

Themenschwerpunkt

# Auswahl von Patienten für eine Gruppenpsychotherapie

## Eine Studie zur Überprüfung des GSQ an klinischen Stichproben aus dem deutschen Sprachraum

Julia Löffler<sup>1,2</sup>, Bianca Bormann<sup>2</sup>, Gary Burlingame<sup>1</sup> und Bernhard Strauß<sup>2</sup><sup>1</sup>Brigham Young University, Provo, UT, USA<sup>2</sup>Institut für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie, Klinikum der Friedrich-Schiller-Universität Jena

**Zusammenfassung.** Mit dem Group Selection Questionnaire (GSQ) wurde ein ökonomisches Instrument für die Klinik und Forschung entwickelt, das Informationen über die Erwartungen von Patienten an eine Gruppentherapie, ihre Bereitschaft, mit anderen Teilnehmern in einer positiven Art zu interagieren und ihre Tendenz, in einer Gruppe dominierendes Verhalten zu zeigen, erheben soll. In der vorliegenden Arbeit wurde versucht, die Ergebnisse einer von Cox et al. (2004) in den USA beschriebenen Studie zum GSQ an zwei klinischen Stichproben ( $n = 267$  und  $n = 385$ ) aus dem deutschen Sprachraum zu replizieren. Zwei Teilstichproben von Psychotherapiepatient(inn)en aus acht bzw. fünf stationären Behandlungseinrichtungen wurden im Rahmen der Studie untersucht. Die Patienten wurden gebeten, einmalig vor der ersten Gruppensitzung die 19 Fragen des GSQ zu beantworten. Ziel dieser Studie war es, die Faktorenstruktur des GSQ durch konfirmatorische Faktorenanalysen zu überprüfen. Die Überprüfung erfolgte vorrangig mit Hilfe von Strukturgleichungsmodellen. An der ersten Stichprobe wurde deutlich, dass die deutschen Patienten eine moderate Übereinstimmung mit den amerikanischen Probanden bei der Beantwortung des GSQ zeigten. Mit einem geringfügig modifizierten Modell konnte allerdings eine sehr gute Übereinstimmung erzielt werden. Die verbleibenden Items luden auf denselben Faktoren wie dies in früheren GSQ-Studien mit einer bosnischen bzw. einer amerikanischen Stichprobe gezeigt werden konnte (Cox et al. 2004). Die Kreuzvalidierung dieses Ergebnisses an einer weiteren Patientenstichprobe bestätigte letztlich das Faktorenmodell, wenngleich insgesamt gesehen die psychometrische Qualität der Subskala Dominanz noch zu wünschen übrig lässt. Der GSQ könnte ein geeignetes Screening-Instrument werden, mit dessen Hilfe Kliniker effizient bereits vor Behandlungsbeginn Aussagen darüber treffen können, welche Patienten mit höherer Wahrscheinlichkeit eine Gruppentherapie frühzeitig abbrechen bzw. weniger profitieren werden. Um dies zu bestätigen, sind nun allerdings auch im deutschen Sprachraum Verlaufsstudien nötig.

**Schlüsselwörter:** Group Selection Questionnaire, Gruppentherapie, Patientenmerkmale, Faktorenstruktur

### Patient Selection for Group Psychotherapy – A Validation Study of the Group Selection Questionnaire (GSQ) in German Clinical Samples

**Abstract.** The Group Selection Questionnaire (GSQ) provides an economic measure for research and clinical practice to assess patients' expectations regarding the outcome of therapy, their level of quality of positive interactions with other group members and their affinity to display deviant behavior. The purpose of this study is to replicate results regarding the factor structure of the GSQ with adult populations from Bosnia and the US (Cox et al., 2004) within two clinical samples from Germany ( $n = 267$  and  $n = 385$ ). The patients were selected from eight, respectively five psychotherapeutic hospitals in Germany and were asked to answer the 19-item questionnaire once prior to treatment begin. The goal of this study was to evaluate the factor structure of the GSQ using Confirmatory Factor Analysis. Within the first sample, results showed that native German participants taking the GSQ showed a moderate fit with Americans taking the same questionnaire. With minimal changes, the model fit improved. The items remaining in the model revealed loadings on the same factors as in a Bosnian and an American sample. A cross-validation of the results in a further sample confirmed the model, although the psychometric quality of the subscale «dominance» remains unsatisfactory. The GSQ could become a screening instrument helping clinicians to select patients prior to treatment, who are more likely to either drop out of the group or show less benefit. To support this use of the GSQ, longitudinal studies in Germany are strongly recommended.

**Keywords:** Group Selection Questionnaire, group psychotherapy, patient characteristics, factor structure.

## Einführung

Viele Studien haben mittlerweile gezeigt, dass Gruppenpsychotherapie bei einer Vielzahl von psychischen Störungen erfolgreich angewendet werden kann (Burlingame, MacKenzie & Strauß, 2004; Yalom & Leczsz, 2006). Dabei wurde auch deutlich, dass Gruppentherapie durchaus ähnlich effektiv sein kann wie die Einzeltherapie (McRoberts, Burlingame & Hoag, 1998), obwohl die Gruppenbehandlung lange Zeit als «zweitklassige Therapieform» betrachtet wurde (MacKenzie, 1997). In mehreren Studien wurde versucht, Mechanismen ausfindig zu machen und zu beschreiben, welche die Effektivität von Gruppentherapien erklären können (MacKenzie, 1997; Yalom, 1995). Burlingame, MacKenzie und Strauß (2004) schlugen vor, die Wirksamkeit von Gruppentherapien mit Hilfe von fünf Faktoren zu differenzieren. Abbildung 1 zeigt diese fünf Faktoren und deren Wechselwirkungen. Die Faktoren sind die formale Veränderungsstheorie, Kleingruppenprozesse, Therapeutenmerkmale, strukturelle Merkmale einer Gruppe und schließlich Patientenmerkmale.

Von besonderem Interesse für die Fragestellung dieser Studie sind die Faktoren Kleingruppenprozesse und Patientenmerkmale: Manche Komponenten der Kleingruppenprozesse können mit dem Behandlungsergebnis in Verbindung gebracht werden (Burlingame, MacKenzie & Strauß,

2004). Kleingruppenprozesse beinhalten u. a. auch jene Elemente von interpersonalen Interaktionen, die nur in Gruppentherapien zu finden sind, zum Beispiel Yaloms «therapeutische Faktoren», wie die Universalität des Leidens, die Entwicklung sozialer Techniken, interpersonales Lernen, Katharsis, Einsicht usw., die sich positiv auf Gruppenprozesse und -ergebnisse auswirken können (Fuhriman & Burlingame, 1994). Insbesondere Kohäsion, Engagement und Konflikte sind Bestandteile von Kleingruppenprozessen, von denen man annimmt, dass sie das individuelle Ergebnis von Gruppentherapien maßgeblich beeinflussen und mit Patientenmerkmalen in Verbindung stehen.

Was genau den Erfolg einer Gruppenbehandlung vorhersagt, ist bislang noch nicht ausreichend geklärt. Trotz der generell positiven Ergebnisse und der nachgewiesenen Effektivität von Gruppenpsychotherapie ist diese Art der Behandlung nicht für alle Patienten gleichermaßen geeignet. Dies zeigt sich an vorzeitigen Therapieabbrüchen (Yalom, 1995; Yalom, 1996; MacKenzie, 1997), die wiederum in Beziehung stehen könnten zu einem von der Gruppennorm abweichendem Verhalten (Yalom, 1996), spezifischen Patienteneigenschaften (Piper, 1994) und Erwartungen des Patienten an die Therapie und deren Wirksamkeit (Kaul & Bednar, 1994; MacNair-Semands, 2002).

Studien zu Abbruchraten in Gruppen ergaben, dass zwischen 17 % bis weit über 50 % der Patienten, die eine Therapie beginnen, die Behandlung vorzeitig abbrechen (Bur-

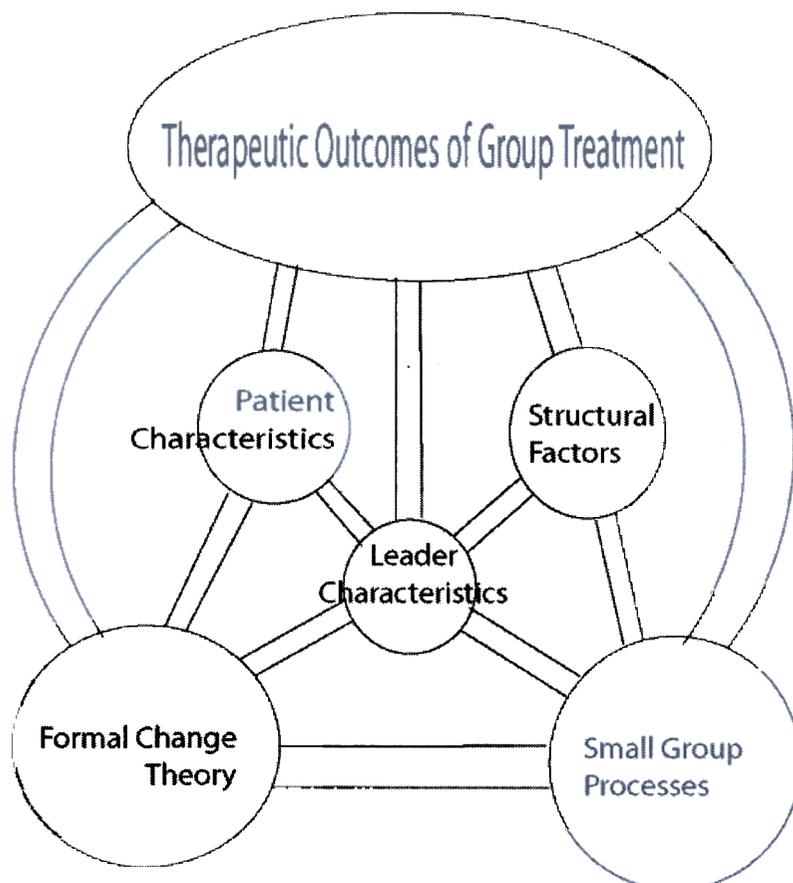


Abbildung 1. Ein Modell zu den Einflussfaktoren auf die Ergebnisse von Gruppenpsychotherapie (nach Burlingame, MacKenzie & Strauß, 2004).

lingame et al., 2004; Yalom, 1995; Stone & Rutan, 1984, Kordy & Senf, 1992). Bostwick (1987) ermittelte in einer Übersicht über 21 Studien über Therapieaussteiger eine durchschnittliche Abbruchrate von 35 %. Aussteiger aus einer Gruppe wurden in der Gruppenpsychotherapieliteratur schon früh als ein signifikantes Problem erkannt (Yalom, 1966; 1995; Yalom & Leszcz, 2006). Einige Studien konnten verschiedene Einflüsse auf das vorzeitige Beenden der Therapie, einschließlich der Gruppenprozesse (Burlingame, Fuhrman & Johnson, 2002; MacKenzie, 1997; Yalom, 1995; Woods & Melnick, 1979) deutlich machen. So zeigen Gruppen mit höherer Kohäsion üblicherweise eine niedrigere Abbruchrate (MacKenzie, 1997; Yalom, 1995). Umgekehrt scheint der frühe Ausstieg eines Mitglieds aus einer Gruppe sowohl Gruppenprozesse als auch das Ergebnis der Behandlung negativ zu beeinflussen (Yalom, 1995) und die Gruppenarbeit nachhaltig zu stören (Yalom, 1966; 1995).

Das verfrühte Aussteigen aus der Gruppe scheint sich schnell auf andere zu übertragen und hat einen nachteiligen Einfluss auf die verbleibenden Gruppenmitglieder, die dann Anzeichen von Entmutigung zeigen und oft dazu neigen, die Therapie ebenfalls vorzeitig zu beenden (Yalom, 1995; Stone, Blaze & Bozzuto, 1980). Demzufolge wäre es wichtig, Prädiktoren für Therapieabbrüche zu ermitteln, um potenzielle Aussteiger aus einer Therapie bereits vor Beginn zu identifizieren.

Die empirische Forschung zu diesen Prädiktoren ist noch unzureichend. Die Mehrzahl der Angaben zu den Einschluss- und Ausschlusskriterien für die Indikation zu einer Gruppenpsychotherapie basiert eher auf klinischen Erfahrungen, denn auf Forschungsbefunden (vgl. Piper, 1994; Eckert, 1996).

So wird in der Literatur empfohlen, Patienten, die nicht in der Lage sind, angemessenes Verhalten im gegenseitigen Austausch von Feedback zu zeigen, wie es in Gruppentherapien üblich ist, nicht in eine Gruppe aufzunehmen, da diese Patienten förderliche Gruppenprozesse mit hoher Wahrscheinlichkeit nachteilig beeinflussen. Sie können sich andererseits selbst von der Gruppe isoliert fühlen, was unweigerlich zu einem ungünstigeren Ergebnis führen wird.

Zu weiteren Ausschlusskriterien für Patienten aus Gruppentherapien gehören Probleme mit Intimität und Nähe oder provokante Verhaltensweisen (Yalom, 1966). Yalom hat außerdem dargestellt, dass laute, verärgerte, störende und vom Rest der Gruppe isolierte Teilnehmer offensichtlich nicht genügend Empathie besitzen. Zu abweichendem Verhalten in Gruppen zählt MacKenzie (1997) unter anderem «Unfreundlichkeit und schlechtes Benehmen», wie zum Beispiel ständiges Zuspätkommen oder die Neigung, Gruppendiskussionen zu dominieren.

Ausschlusskriterien, die ebenfalls in der Literatur genannt werden, sind ein Mangel an psychologischem Verständnis (*psychological mindedness*), unzureichendes Einfühlungsvermögen, Feindseligkeit, hirnorganische Beeinträchtigungen, paranoide Tendenzen, hypochondrische

Störungen, primär somatische Symptome sowie akute Psychosen (Yalom, 1995; Piper & McCallum, 1994; MacNair & Corazzini, 1994). Yalom (1995) meint, dass Patienten mit einem niedrigeren Bildungsniveau sowie einzelne Patienten mit schizophrenen Symptomen Gruppenprozesse beeinträchtigen und oft «auf einem symptombeschreibenden, ratgebenden und -suchenden oder bewertenden Level bleiben und Diskussionen um unmittelbare Gefühle in der Hier-und-Jetzt Interaktion vermeiden» (Yalom, 1995).

Von Woods und Melnick (1979) stammt eine ältere Zusammenfassung über die wichtigsten Kriterien für den Ausschluss von Patienten. Zu diesen gehören interpersonale Kontraindikationen, wie die Furcht davor, sich zu öffnen, oder auch die individuelle Inkompatibilität mit der Gruppe. Außerdem führen die Autoren motivationale Kontraindikationen an, wie das Fokussieren auf äußere Ereignisse anstatt auf zwischenmenschliche Faktoren bei der Äußerung von Kritik oder Beschwerden. Schließlich werden traditionelle diagnostische Kontraindikationen genannt. Dazu zählen akute Psychosen, schwerwiegender schizoider Rückzug und eine schizoide Persönlichkeit. MacNair und Corazzini (1994) konnten introvertiertes Verhalten als einen Prädiktor für negative Ergebnisse und einen vorzeitigen Abbruch identifizieren. Diese Autoren haben weitere Faktoren untersucht, die eine vorzeitige Beendigung der Therapie vorhersagen. Dazu zählen Alkohol- und Drogenprobleme, frühere negative Therapieerfahrungen, somatische Beschwerden, allgemeine Streitsucht mit körperlichen Auseinandersetzungen, insbesondere in einer Partnerschaft oder mit Mitbewohnern. Burlingame, Fuhrman und Johnson (2002) kommen auf der Basis der Literatur zu dem Schluss, dass vermeidendes und defensives Verhalten sowie Konflikte einen negativen Einfluss auf die Kohäsion in der Gruppe und letztendlich auf das Ergebnis haben.

Von einigen Autoren wurden spezifische Aufnahmekriterien für Patienten vorgeschlagen. Diese beinhalten ein Mindestmaß an interpersonalen Fähigkeiten, Motivation für die Behandlung, keine aktuellen gruppenbezogenen Ängste und die Erwartungen an die Therapie selbst. Ein vielversprechendes Auswahlkriterium ist die aktive Teilnahme des Patienten am Gruppengeschehen. Die interpersonalen Fähigkeiten eines Patienten sind dabei von großer Bedeutung (Piper, 1994) und können möglicherweise die positive Zusammenarbeit mit anderen Teilnehmern der Gruppe günstig beeinflussen. Ein Mindestmaß an interpersonalen Fähigkeiten im Umgang mit anderen Gruppenteilnehmern begünstigt Gruppenprozesse und individuelle Ergebnisse (MacNair-Semands, 2002; Piper & McCallum, 1994). Friedman (1989) argumentiert, dass ein Gruppenmitglied die Fähigkeit haben sollte, auf andere offen zuzugehen.

Auch Patientenerwartungen scheinen ein vielversprechendes Auswahlkriterium zu sein (Piper & McCallum, 1994). Yalom (1995) vermutet eine Verbindung von Erwartungen des Patienten mit der Verbesserung der psychischen Beschwerden. Er erklärt, dass höhere Erwartungshaltungen einen Einfluss auf eine höhere Beteiligung haben, wodurch letztlich das individuelle Ergebnis vorhersagbar sei. Einige

Studien haben deutlich gemacht, dass optimistische Vorstellungen zu einer besseren Gruppenstimmung und zu einer höheren Motivation beitragen. Das wiederum unterstützt den Patienten dabei, neue Fähigkeiten zu erlernen (Bootzin, 1985). Ein ähnlicher Effekt bezieht sich auf Erwartungen bezüglich der Symptomverbesserung. Ross und Olson (1982) berichten, dass Patienten mit höheren Erwartungen an die Therapie generell motivierter sind. Dies könnte eine wichtige Voraussetzung für den Umgang mit anderen Gruppenmitgliedern sein. Patienten in Gruppentherapie haben aber nicht selten auch unrealistische Vorstellungen von der Therapie (Kaul & Bednar, 1994) und fürchten die bevorstehenden Anforderungen. Diese negativen Erwartungen können einen hinderlichen Einfluss auf den Gruppenprozess und das Ergebnis haben (Kaul & Bednar, 1994). Frühe Forschungsarbeiten haben die Erwartungen eines Patienten mit Abbruchraten in Verbindung gebracht und Belege für die Bedeutung von Patientenerwartungen für das Behandlungsergebnis betont. Gleichzeitig wurde der Einsatz dieser Variablen als Prädiktor empfohlen (Piper, 1994; Botswick, 1987; Woods & Melnick, 1979; MacKenzie, 1997; Yalom, 1995; Piper & McCallum, 1994).

Gerade vor dem Hintergrund der Befunde zum Einfluss von Patientenerwartungen auf den Gruppenverlauf wurden vor allem im angloamerikanischen Sprachraum Vorschläge unterbreitet, spezifische Maßnahmen zur Vorbereitung von Patienten auf Gruppentherapien (*pre-group training*, systematische Informationen) zu ergreifen. Wahrscheinlich ist der positive Einfluss derartiger Maßnahmen einer der am besten gesicherten Befunde der Gruppenpsychotherapieforschung (vgl. Kaul & Bednar, 1994; Burlingame et al., 2004; 2006; Strauß et al., 2006).

Wie gezeigt, gibt es mehrere Gründe, warum eine Gruppenpsychotherapie nicht bei allen Patienten hilfreich ist. Darauf aufbauend haben mehrere Forscher versucht, geeignete Screening-Instrumente zu entwickeln, die in der Lage sind, den Therapieerfolg in Gruppen vorherzubestimmen, oft allerdings nur mit geringem Erfolg (vgl. z. B. die Jourard Self-Disclosure Scale, von Jourard, 1971, die Salzberg Psychotherapy Screening Scale, SGPSS, von Salzberg, 1969, oder den Group Therapy Questionnaire, GTQ, von MacNair-Semands, 2002).

## Entwicklung des Group Selection Questionnaire (GSQ)

Ein vielversprechendes US-amerikanisches Instrument zur Vorhersage der Qualität von Gruppenprozessen ist der Group Selection Questionnaire (GSQ). Der Bogen wurde entwickelt, um einen vorzeitigen Therapieabbruch und das Ergebnis von Gruppenpsychotherapien vorherzusagen zu können (Davies et al., 2002; Cox et al., 2004). Einige Studien haben bereits eine Verbindung zwischen dem GSQ und Indikatoren für Therapieabbrüche, Prozess und Ergeb-

nis in der Gruppenpsychotherapie bestätigt (Cox et al., 2004). Der GSQ ist ein Fragebogen mit 19 Items mit einer 5-fach abgestuften Antwortmöglichkeit und bezieht sich in seiner aktuellen Form auf drei zentrale Aspekte: Partizipation, Erwartungen und Dominanz (vgl. Abb. 2).

Der GSQ wurde in zwei Phasen entwickelt. Die ursprüngliche Fassung des GSQ wurde als 14-Item-Version in Bosnien zwischen 1997 und 2001 als Teil einer Programmevaluation für ein von der UNICEF unterstütztes, schulgebundenes psychosoziales Programm für kriegstraumatisierte Jugendliche entwickelt und angewandt (Layne et al., 2001). Nach einem Screening-Gespräch wurden 80 Schüler zufällig einer Trauma-Gruppe, 80 weitere Schüler einer Kontrollgruppe zugeordnet. Die ursprüngliche Version des GSQ mit 14 Items wurde den Mitgliedern der Therapiegruppe vor Behandlungsbeginn ausgehändigt.

Eine Hauptkomponentenanalyse der Daten aus der bosnischen Stichprobe deutete auf fünf Faktoren, die eine zufriedenstellende Varianzaufklärung von insgesamt 68 % der Gesamtvarianz ergab. Der erste Faktor, Partizipation, umfasste drei Items wie: *«Ich denke, dass es mir wirklich helfen wird, in einer Gruppe zu arbeiten»*. Dieser Faktor erklärte 22 % der Varianz. Ein zweiter Faktor (Nicht-Beteiligung) mit vier Items erklärte 17 % der Varianz auf. Eine der Fragen lautete: *«Wenn ich in einer Gruppe von Menschen bin, sage ich so gut wie nie, was ich denke.»* Der dritte Faktor, Dominanz, klärte 11 % der Varianz auf und beinhaltete Fragen wie: *«Wenn meine Meinung nicht mit der einer anderen Person übereinstimmt, unterbreche ich ihn/sie bevor er/sie die Möglichkeit hat, auszusprechen.»* Faktor 4 (Gruppendevianz, 9 % der Varianz) enthielt Fragen wie: *«Wenn ich meine Meinung zu einer Gruppendiskussion beibringe, habe ich das Gefühl, dass andere von mir genervt sind.»* Der letzte Faktor (Offenheit) konnte 8 % der Varianz aufklären. Eine Frage, die zu diesem Faktor gehörte, lautete: *«Ich teile meine Gefühle anderen gegenüber gerne mit.»* Nach Davies et al. (2002) war dieses 5-Faktoren Modell konsistent mit der ursprünglichen Hypothese, wonach Partizipation, Erwartungen und ein Mangel an sozialen Kompetenzen theoretisch unterschiedliche Konstrukte darstellen. Die Autoren berichten, dass sowohl die einzelnen GSQ-Fragen wie auch die Einzelskalen dazu genutzt werden konnten, wichtige Prozessvariablen (z. B. Engagement, Kohäsion) und Behandlungsergebnisse (z. B. PTSD-Symptomreduktion) in den in Bosnien untersuchten Gruppen vorherzusagen.

Eine weitere Studie zum GSQ wurde mit einer Stichprobe ( $n = 288$ ) von potenziellen Therapiepatienten am Counseling Center der Brigham Young University durchgeführt, wobei die Faktorenstruktur aus der bosnischen Stichprobe überprüft wurde. Zusätzlich wurden zehn neue Items getestet, um zu bestimmen, ob diese die Faktorstruktur und die Ladungen der Einzelskalen verbessern. Vor Behandlungsbeginn wurden die Studenten gebeten, den GSQ auszufüllen. Alle Patienten des Counseling Centers außerdem den Ergebnisfragen-45 (EB-45; Haug et al. 2004) zu Beginn der Therapie und nach jeder Sitzung aus.

Eine konfirmatorische Faktorenanalyse (KFA) der ur-

## Wie ich darüber denke, mich in einer Gruppe zu befinden

(GSQ™ 3.0) D. Rob Davies, Ph.D., and Gary M. Burlingame, Ph.D. All rights reserved.

American Professional Credentialing Services LLC © 2005 PO Box 751, Baltic, CT 06330, (888) 822-0836 webquery@oqfamily.com

### Anweisungen:

Die folgenden Fragen sollen herausfinden, wie Sie sich bei der Zusammenarbeit in einer Gruppe erleben. Denken Sie beispielsweise an Situationen an Ihrem Arbeitsplatz oder in Vereinen. Bitte lesen Sie sich jede Frage aufmerksam durch. Danach kreuzen Sie Ihre Antwort in dem entsprechenden Feld an welches anzeigt, wie oft Sie sich während des letzten Monats (30 Tage) in dieser Situation befanden. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten, deshalb beantworten Sie diese Fragen bitte so ehrlich wie möglich.

	Nie	Kaum	Manchmal	Häufig	Fast Immer
1. Wenn Sie sich in einer Gruppe von Menschen befinden, die sich über ein Thema unterhalten, zu dem Sie viel beitragen können, wie hoch ist die Wahrscheinlichkeit, dass Sie Ihre Meinung dazu äussern?-----	<input type="radio"/>				
2. Ich teile meine Gefühle anderen gegenüber gerne mit.-----	<input type="radio"/>				
3. Ich vermeide es, in Gruppen zu sprechen.-----	<input type="radio"/>				
4. Ich fühle mich oft als Aussenseiter in Gruppendiskussionen.-----	<input type="radio"/>				
5. Normalerweise bestimme ich Gruppendiskussionen.-----	<input type="radio"/>				
6. Ich sage so gut wie nie was ich denke, wenn ich mich in einer Gruppe von Menschen befinde.-----	<input type="radio"/>				
7. Wenn meine Meinung nicht mit der von einer anderen Person übereinstimmt unterbreche ich ihn/sie, bevor er/ sie die Möglichkeit hat, auszusprechen.-----	<input type="radio"/>				
8. Bereits bei der ersten Begegnung teile ich einer Person Dinge über mich selbst mit, auch einschliesslich persönliche Informationen.-----	<input type="radio"/>				
9. Ich bin sehr verschlossen und teile seltenst jemandem mit, wie ich mich fühle.----	<input type="radio"/>				
10. Ich glaube, dass es mir wirklich helfen wird in einer Gruppe zu arbeiten.-----	<input type="radio"/>				
11. Wenn ich an einer Gruppe teilnehme erhoffe ich mir davon, mich danach bedeutend besser zu fühlen.-----	<input type="radio"/>				
12. Ich glaube, dass ich mich besser fühlen werde, wenn ich meine Gefühle anderen gegenüber äussere.-----	<input type="radio"/>				
13. Ich verhalte mich anderen gegenüber abweisend, wenn ich von meiner Meinung überzeugt bin.-----	<input type="radio"/>				
14. Ich neige dazu, mich in Gruppen nicht einzubringen.-----	<input type="radio"/>				
15. Ich trage oft etwas zu Gruppendiskussionen bei.-----	<input type="radio"/>				
16. Ich bin eine offene Person.-----	<input type="radio"/>				
17. Ich diskutiere um des Diskutierens Willen.-----	<input type="radio"/>				
18. Ich bringe Stimmung in jede Party.-----	<input type="radio"/>				
19. Ich teile negative Gefühle anderen gegenüber nicht mit.-----	<input type="radio"/>				

### Demographische Daten:

**Geschlecht:** Männlich Weiblich      **Alter:** \_\_\_\_\_

**Staatsangehörigkeit:** \_\_\_\_\_

**Familienstand:** Ledig Verheiratet Geschieden Verwitwet  mit Partner  ohne Partner

**Schulabschluss:** Hauptschulabschluss Mittlere Reife Abitur Berufsausbildung Sonstiges

**Name und Ort der Einrichtung:** \_\_\_\_\_

Abbildung 2. Group Selection Questionnaire (GSQ).

sprünglichen 14-Item Fassung des GSQ mit der amerikanischen Stichprobe zeigte, dass die 5-Faktoren Lösung prinzipiell adäquat war. Zwei Items wurden geringfügig verändert, um sie allgemeiner und verhaltensorientierter zu formulieren. Anschließend wurden die zehn neuen Items zusätzlich getestet. Im Gegensatz zu jener mit der bosnischen Stichprobe zeigte diese Studie eine hohe Interkorrelationen der Faktoren. Folglich wurde ein Modell mit nur drei Faktoren, Partizipation, Dominanz und Erwartungen, entwickelt. Dies führte zu einer Struktur, in der fünf der zehn neuen Items erwartungskonform luden und damit zu einer verbesserten Version des GSQ mit letztlich 19 Items beitragen (vgl. Abbildung 2). In der amerikanischen Stichprobe korrelierten die Werte der Skala Partizipation mit der von Patienten erlebten Kohäsion, Katharsis, Einsicht, Engagement und Konflikt am Ende von Sitzung 4 und 8 der Therapie. Die Skalenwerte zeigten ferner einen Bezug zu wahrgenommener Kohäsion in Sitzung 12 und zu einer Verbesserung der Symptome. Werte der Dominanz-Skala korrelierten erwartungskonform mit Engagement und Kohäsion in der 12. Sitzung, wie auch mit einer Änderung der Symptome (Cox et al., 2004).

Diese ersten, vielversprechenden Ergebnisse legen nahe, den GSQ als ein kurzes Screening-Instrument weiterzuentwickeln und zu nutzen, um Kliniker in ihrer Auswahl von Gruppenpatienten zu unterstützen. Der GSQ hat sich in den bisher vorliegenden Studien auch als geeignet erwiesen, Aussagen über das selbstbeurteilte Gruppenklima und das Behandlungsergebnis zu machen und wurde – in Ermangelung alternativer Methoden – zusammen mit dem allerdings erheblich aufwändigeren Group Therapy Questionnaire, GTQ, von MacNair-Semands (2002) für das von der AGPA erstellte Basismethodeninventar für die gruppenpsychotherapeutische Praxis und Forschung (Burlingame et al., 2006; Strauss et al., 2006) empfohlen.

## Fragestellung der Studie

Ziel der hier beschriebenen Studie war die Überprüfung einer deutschen (19-Item-)Version des GSQ an Stichproben aus dem stationären Feld. Der GSQ wurde zunächst in einer ersten Stichprobe vorgegeben, um die Faktorenstruktur des Bogens, wie sie von Cox et al. (2004) berichtet wurde, konfirmatorisch zu prüfen. In einer weiteren klinischen Stichprobe sollte das Ergebnis Kreuzvalidiert werden, um zu einer Version des GSQ zu gelangen, die für künftige Studien zur weiteren Überprüfung des Instruments empfohlen werden kann. Abbildung 2 zeigt die Version des GSQ, die für beiden Erhebungen benutzt wurde.

## Methode

Die 19-Item-Fassung des GSQ wurde von der Erstautorin und zwei weiteren bilingualen Personen mehrfach ins

Deutsche und ins Englische (rück-)übersetzt, bis eine akzeptierte Version des Bogens in deutscher Sprache vorlag. Eine erste Prüfung der Konstruktvalidität erfolgte an 267 stationären Patienten. Der Fragebogen wurde den Patienten unmittelbar vor Therapiebeginn ausgehändigt mit der Bitte, die 19 Items zu beantworten. Dafür wurden einschließlich einiger weniger Angaben zu demographischen Daten am Ende des Bogens ca. drei bis fünf Minuten veranschlagt. Die erste Erhebung der Daten fand im Zeitraum von Anfang Mai 2005 bis Ende Juli 2005 statt.

Entsprechend der Absicht der Studie wurde die Faktorenstruktur des Instruments mit Hilfe von Strukturgleichungsmodellen getestet, um die Struktur aus früheren Studien des GSQ zu überprüfen. Dazu wurde in einem ersten Durchgang das Strukturgleichungs-Programm AMOS 4.0 (Arbuckle, 1999) benutzt, welches erlaubt, die Modelle auch graphisch darzustellen. Darüber hinaus wurden Indizes für die Modellanpassung berechnet, die es ermöglichen, die bestmögliche Übereinstimmung mit dem hypothetischen Modell festzustellen (vgl. Löffler, 2005).

In der Zeit zwischen August 2005 und März 2006 wurden weitere Daten bei stationären Psychotherapiepatienten vor einer gruppenorientierten Behandlung erhoben, anhand derer eine Kreuzvalidierung des Modells aus der ersten Stichprobe durchgeführt werden sollte. Diese erfolgte erneut mit Hilfe von Strukturgleichungsmodellen (diesmal mit dem Programm LISREL-Version 8.72) sowie Faktoren- und Itemanalysen unter Verwendung des Statistikprogramms SPSS 13.

## Stichprobe

An der ersten Studie nahmen 267 Patienten aus acht verschiedenen psychotherapeutischen Einrichtungen teil (Tabelle 1). Die Stichprobe für diese Studie bestand aus Patienten zwischen 18 und 77 Jahren. Das Durchschnittsalter der Stichprobe lag bei 38.1 Jahren ( $SD = 12.4$ ). Die Gesamtgruppe bestand aus 93 männlichen und 171 weiblichen Personen (drei Personen hatten ihr Geschlecht nicht angegeben). 98.8 % der Stichprobe waren Deutsche. Circa 1/3 (32.6 %) der Patienten waren verheiratet, 14.6 % waren geschieden und 39.3 % waren ledig. Teilnehmer der Studie waren entweder neue Gruppenmitglieder oder Patienten, die sich noch nicht für ein Therapieformat entschieden hatten. Die Auswahl der Probanden geschah unabhängig von deren Diagnosen. Da die Studie lediglich zum Ziele hatte, die Struktur des GSQ zu überprüfen bzw. zu validieren, wurden die Diagnosen im Einzelnen nicht erfasst. Nach der Auswahl der Teilnehmer durch die jeweiligen Therapeuten hatten die Patienten die Möglichkeit, die Teilnahme zu verweigern.

Die Stichprobe der zweiten Studie bestand aus 385 Patienten, die in fünf Kliniken rekrutiert wurden. Hier handelte es sich um 257 Frauen (67.3 %) und 128 Männer. Das Durchschnittsalter dieser Teilstichprobe lag bei 35.9 Jahren ( $SD = 12.9$ ). Auch in dieser Gruppe waren ungefähr 1/3 verheiratet (31.3 %).

Tabelle 1  
Stichproben der beiden Studien

Klinik	Studie 1	Studie 2	Gesamt
MH Hannover Psychiatrische Tagesklinik	50	73	123
Klinik Ginsterhof Rosengarten	18	18	36
Rheinklinik Bad Honnef	36	46	82
Klinik Christophsbad Göttingen	49	–	49
Klinik Erlabrunn	38	159	197
Universitätsklinik Göttingen	27	–	27
Universitätsklinik Jena	30	89	119
Psychotherapeutische Klinik ZI Mannheim	16	–	16
Gesamt	267	385	652

Tabelle 3  
Güteindikatoren für die getesteten Modelle in Stichprobe 1 (vgl. Löffler 2005)

Modell	$\chi^2$	df	CFI	RMSEA
	344.242			
	285.286			
	208.855			
	155.87			
	<b>146.8</b>			
	160.1			
	361.3			

Anmerkungen: CFI = Comparative Fit Index (Hu & Bentler 1998); RMSEA = Root Mean Square Error of Approximation (Brown & Cudeck 1993).

## Ergebnisse

### Deskriptive Statistiken

Die nachfolgende Tabelle (Tabelle 2) zeigt die Mittelwerte und Standardabweichungen für die Antworten bezogen auf die 19 Einzelitems.

### Konfirmatorische Faktorenanalysen

Zunächst wurden in der ersten Stichprobe insgesamt sieben Lösungen (Tabelle 3), das orthogonale Ausgangsmodell (Modell 1) und potenzielle Modellrevisionen (Modelle 2–7) evaluiert. Modell 5 bezog sich auf die Testung einer Stichprobe, die nur aus den deutschsprachigen Patienten besteht ( $n = 264$ ), d. h. die Daten von drei Probanden nicht-deutscher Herkunft wurden nicht in die Berechnungen mit einbezogen, um den Einfluss von Verständnisproblemen auszuschließen. Das Ergebnis resultierte in einem Modell

Tabelle 2  
Mittelwerte und Standardabweichungen für GSQ-Items

GSQ Item	GSQ Einzelskala*	Studie 1		Studie 2	
		Mittelwert	SD	Mittelwert	SD
GSQ1	Partizipation	2.29	0.94	3.74	0.94
GSQ2	Partizipation	3.10	0.96	2.87	0.98
GSQ3	Partizipation	2.94	1.11	2.91	1.14
GSQ4	Partizipation	2.72	1.08	2.78	1.11
GSQ5	Dominanz	2.07	0.94	1.98	0.94
GSQ6	Partizipation	2.61	1.01	2.57	1.10
GSQ7	Dominanz	2.03	0.90	2.05	0.93
GSQ8	Partizipation	3.81	1.00	2.03	0.97
GSQ9	Partizipation	2.89	1.08	2.98	1.97
GSQ10	Erwartungen	2.55	0.97	3.1	1.07
GSQ11	Erwartungen	2.66	1.00	3.18	1.11
GSQ12	Erwartungen	2.65	1.01	3.3	0.94
GSQ13	Dominanz	2.40	0.96	2.34	0.99
GSQ14	Partizipation	2.64	1.11	2.65	1.11
GSQ15	Partizipation	2.75	1.01	3.23	1.01
GSQ16	Partizipation	2.71	1.13	3.28	1.19
GSQ17	Dominanz	2.08	0.97	2.11	1.01
GSQ18	Dominanz	2.46	1.02	2.49	1.10
GSQ19	Partizipation	2.94	1.03	3.06	1.11

Anmerkung: \*GSQ Einzelskala gemäß dem Modell von Cox et al. (2004; amerikanische Version).

mit verbesserten Indizes im Vergleich zu den getesteten Modellen mit der gemischten Stichprobe.

Das Ursprungsmodell (1, Cox et al. 2004) zeigte zusammen mit einem 2-Faktoren Modell (Modell 7) die schlechteste Anpassung von allen getesteten Modellen. Das erste Modell erbrachte den höchsten Chi-Quadrat Wert, was auf die stärkste Abweichung zwischen der hypothetischen und der empirischen Kovarianz-Matrix hinweist. Der Comparative Fit Index (CFI) fiel für diese Modelle ebenfalls in den schwachen Bereich (Werte unter .90). Der Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA) war mit einem Wert von .073 im mäßigen Bereich. Nachdem sukzessive drei Items (2, 7 und 13) aus dem Modell eliminiert wurden, bot am Ende das 5. Modell die beste Passung von allen getesteten Modellen: Der Chi-Quadrat Wert war niedrig und nicht-signifikant ( $\chi^2 = 146.8$ ;  $df = 97$ ) und der CFI lag in einem akzeptablen Bereich. Der RMSEA zeigte ebenfalls einen sehr zufrieden stellenden Wert (.044). In der Stichprobe 1 zeigte sich eine erwartungskonform hohe Interkorrelation zwischen den Faktoren Beteiligung und Dominanz (-.94), die übrigen Korrelationen waren moderat. Die 3-Faktoren Lösung, bestehend aus den drei latenten Variablen Partizipation, Dominanz und Erwartung, stimmt somit konzeptionell mit der Faktorstruktur aus der bosnischen und der amerikanischen Stichprobe überein.

In Stichprobe 2 konnte das beschriebene Modell nicht exakt repliziert werden, was vor allem daran lag, dass das Item 8 auf dem Faktor «Dominanz» nicht bestätigt werden konnte. Stattdessen ergab sich ein akzeptables Modell, bei dem alle Items auf den theoretisch postulierten latenten Faktoren des Originalmodells laden. Resultat ist ein 14-Item-Modell, das in beiden Datensätzen eine gute bis sehr gute Passung mit der empirischen Datenstruktur aufweist. Lediglich der p-Wert der Chi-Quadrat-Statistik in der zweiten Stichprobe zeigt ein signifikantes Ergebnis. Die übrigen Indizes deuten aber einhellig auf eine gute Modell-Anpassung hin (vgl. Abb. 3a/b; zur Beschreibung der Indizes s. Brown & Cudeck, 1993; Kline, 1998; Hu & Bentler, 1998).

Die Parameterschätzung in LISREL erfolgte mit der Maximum Likelihood Methode und basiert auf asymptotischen Kovarianzmatrizen und polychorischen Korrelationen. Bei diesem Vorgehen werden die fehlenden Werte fallweise ausgeschlossen. Somit wird das Problem umgangen, dass sich die Antworten von Personen mit fehlenden Angaben systematisch von den Antworten der Personen mit vollständigen Angaben unterscheiden, allerdings schränkt dieses Vorgehen die Stichprobengröße etwas ein. Bei der Berechnung von Strukturgleichungsmodellen sollten die Werte ein hohes Skalenniveau besitzen, d. h. intervallskaliert sein. Ist diese Voraussetzung verletzt und liegt «nur» eine Ordinalskala vor, sollten polychorische Korrelationen berechnet werden (Jöreskog & Sörbom, 1996).

Wie an den Modellen in Abbildung 3a/b erkennbar, wurden bei der Modellierung jeweils vier Messfehlerkorrelationen zugelassen, die in beiden Stichproben zu finden sind. Diese wurden mit Hilfe von Modifikations-Indizes (MI) ermittelt, die vom LISREL-Programm geliefert wer-

den. Die MI geben an, um wie viele Punkte sich der Chi-Quadrat ändert, wenn man den angegebenen Parameter freischätzen lässt. Eine Freisetzung erfolgte, wenn:

1. der MI größer als 4.0 war und
2. sie einen inhaltlichen Sinn ergab.

Tabelle 4 fasst die Skalen zusammen, wie sie auf der Basis aller bisher vorliegender Faktorenlösungen empfohlen werden können. Die Skala Partizipation umfasst insgesamt acht Items, die Skalen Dominanz und Erwartung jeweils

Tabelle 4  
Abgesicherte Skalen des GSQ

Skala	Item
	Wenn Sie sich in einer Gruppe von Menschen befinden, die sich über ein Thema unterhalten, zu dem Sie viel beitragen können, wie hoch ist die Wahrscheinlichkeit, dass Sie Ihre Meinung dazu äußern?
	3- Ich vermeide es, in Gruppen zu sprechen.
	4- Ich fühle mich oft als Außenseiter in Gruppendiskussionen
	6- Ich sage so gut wie nie was ich denke, wenn ich mich in einer Gruppe von Menschen befinde.
	9- Ich bin sehr verschlossen und teile seltenst mit, wie ich mich fühle.
	14- Ich neige dazu, mich in Gruppen nicht einzubringen.
	15 Ich trage oft etwas zu Gruppendiskussionen bei.
	16 Ich bin eine offene Person.
Erwartung (E)	10 Ich glaube, dass es mir wirklich helfen wird, in einer Gruppe zu arbeiten.
	11 Wenn ich an einer Gruppe teilnehme, erhoffe ich mir davon, mich danach bedeutend besser zu fühlen.
	12 Ich glaube, dass ich mich besser fühlen werde, wenn ich meine Gefühle anderen gegenüber äußere.
Dominanz (D)	5 Normalerweise bestimme ich Gruppendiskussionen.
	17 Ich diskutiere um des Diskutierens Willen.
	18 Ich bringe Stimmung in jede Party.
Füllitem	2 Ich teile meine Gefühle anderen gegenüber gerne mit.
	7 Wenn meine Meinung nicht mit der von einer anderen Person übereinstimmt, unterbreche ich sie, bevor sie die Möglichkeit hat, auszusprechen.
	8 Bereits bei der ersten Begegnung teile ich einer Person Dinge über mich selbst mit, einschließlich persönlicher Informationen.
	13 Ich verhalte mich anderen gegenüber abweisend, wenn ich von meiner Meinung überzeugt bin.
	19 Ich teile negative Gefühle anderen gegenüber nicht mit.

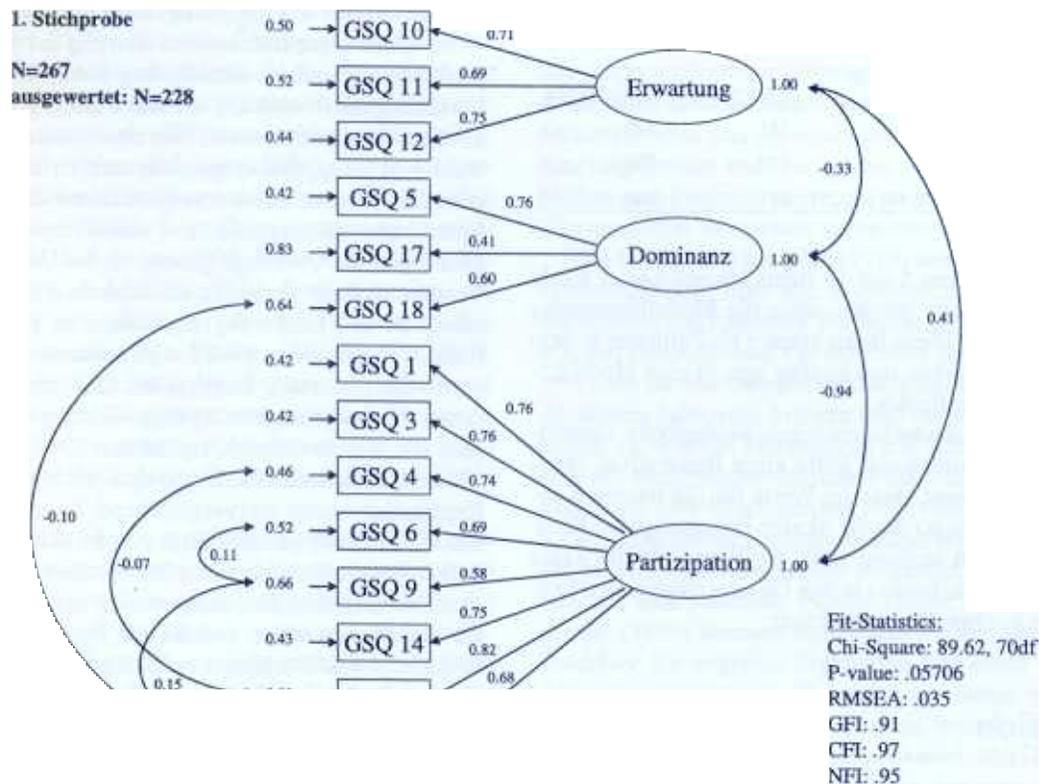


Abbildung 3a. Strukturgleichungsmodell Stichprobe

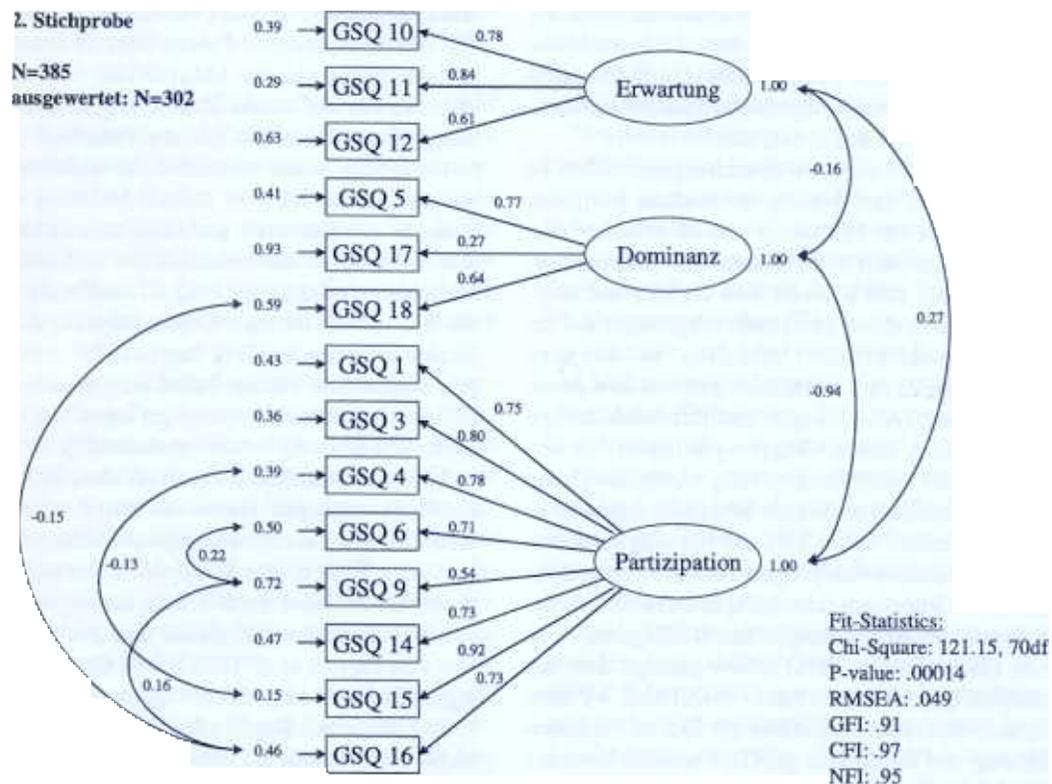


Abbildung 3b. Strukturgleichungsmodell Stichprobe 2.

Tabelle 5  
*Interne Konsistenz (Cronbachs  $\alpha$ ) der Skalen in den beiden Stichproben*

Skala	1. Stichprobe	2. Stichprobe
Erwartung (10, 11, 12)	.721	.770
Dominanz (5, 17, 18)	.570	.501
Partizipation (1, 3, 4, 6, 9, 14, 15, 16)	.881	.886

drei Items. Insgesamt 5 der 19 Items können keiner Skala eindeutig zugeordnet werden, ohne die Modellanpassung zu verschlechtern. Diese Items können als Füllitems in dem Fragebogen verbleiben und künftig ggf. in eine Modifikation der Skalen einfließen.

Die in beiden deutschsprachigen Stichproben identifizierten Skalen wurden mit Hilfe einer Itemanalyse überprüft. Tabelle 5 zeigt, dass die Werte für die interne Konsistenz (Cronbachs  $\alpha$ ) für die Skalen Erwartung und Partizipation zufrieden stellend sind, die Werte für die Skala Dominanz ist – wie bereits in den US-amerikanischen bzw. bosnischen Stichproben – niedriger.

## Diskussion

Ausgangspunkt der Arbeit war die Diskrepanz zwischen eindeutigen Befunden zur Wirksamkeit von Gruppenpsychotherapie auf der einen Seite (z. B. Burlingame et al., 2004) und einem Mangel an Forschungsergebnissen zu der Frage, wer letztendlich von Gruppenpsychotherapien am meisten profitieren kann. Es wurde darauf hingewiesen, dass zu der letztgenannten Frage überwiegend klinische Beiträge vorliegen, während empirische Studien die Ausnahme darstellen (Yalom & Leczsz, 2006).

Ein Grund für den Mangel an Forschungsbefunden ist sicher darin zu sehen, dass bislang noch kaum geeignete Forschungsmethoden zur Erfassung von Merkmalen vorliegen, die für die Auswahl von Patienten für Gruppenpsychotherapien relevant sein können. Wie die Literaturübersicht zeigt, lassen sich diese Merkmale eingrenzen auf Indikatoren für abweichendes Verhalten in Gruppen (insbesondere ausgeprägte Dominanz), positive Erwartungen an die Gruppenpsychotherapie und ihre Wirksamkeit sowie die Bereitschaft, sich in Gruppen partizipativ zu verhalten. Auf der Basis dieser Eingrenzung wurde der Group Selection Questionnaire vor einigen Jahren im anglo-amerikanischen Sprachraum entwickelt, um mit möglichst wenig Aufwand Indikatoren von prognostischer Relevanz für den Verlauf einer Gruppenpsychotherapie erfassen zu können. Studien aus der Arbeitsgruppe um Burlingame (Cox et al., 2004; Davies et al., 2002) haben gezeigt, dass der Group Selection Questionnaire relativ stabil eine 3-Faktorenstruktur aufweist, auf deren Basis die Skalen Partizipation, Erwartung und Dominanz gebildet werden konnten. Diese Skalen wiederum erwiesen sich in ersten Untersuchungen aus den USA und in Bosnien als durchaus bedeut-

sam für die Vorhersage von Therapieergebnis und von Prozessmerkmalen in Gruppenpsychotherapien.

Im Sinne einer Internationalisierung der Gruppentherapieforschung und zur Etablierung einer Kernbatterie von Forschungsmethoden auf diesem Feld (vgl. Strauß et al., 2006) erschien es sinnvoll, kein neues Instrument zur Auswahl von Gruppentherapiepatienten zu entwickeln, sondern den Versuch zu unternehmen, den GSQ im deutschen Sprachraum zu erproben. Bei dieser Erprobung sollte es zum einen um die Frage gehen, ob die US-amerikanische Version auch für Patienten im deutschen Sprachraum verständlich und bedeutungsäquivalent ist (vgl. Angleitner, Buss & Demtroeder, 1990); zum anderen war von Interesse, ob die faktorielle Struktur des GSQ sich auch an deutschen Stichproben, hier zwei klinischen Stichproben aus dem stationären Bereich, replizieren lässt.

Letztendlich sind die Ergebnisse der hier beschriebenen Replikationsstudie vielversprechend. Es zeigte sich auf der Basis von Analysen mit Hilfe von Strukturgleichungsmodellen, dass in den deutschen Stichproben relativ stabil eine dem theoretischen Ursprungsmodell entsprechende Struktur identifizierbar ist, welche die Bereiche Partizipation, Erwartung und Dominanz reflektiert.

Eine Reihe von Items der Originalversion des GSQ konnte aus unterschiedlichen Gründen nicht in die hier vorgeschlagene Faktorenlösung eingehen. Insbesondere die Items 2 und 19 («Ich teile meine Gefühle anderen gegenüber gerne mit»; «Ich teile negative Gefühle anderen gegenüber nicht mit») erwiesen sich als faktoriell uneindeutig. Weitere drei Items, die ursprünglich dem Dominanzfaktor zugeordnet waren («Wenn meine Meinung nicht mit der von einer anderen Person übereinstimmt, unterbreche ich sie, bevor sie die Möglichkeit hat, auszusprechen», «Bereits bei der ersten Begegnung teile ich einer Person Dinge über mich selbst mit, einschließlich persönlicher Informationen»; «Ich verhalte mich anderen gegenüber abweisend, wenn ich von meiner Meinung überzeugt bin») konnten den Faktoren gar nicht zugeordnet werden, was u. a. kulturelle Unterschiede in der Bedeutung der Itemformulierung reflektieren mag. Unabhängig davon ergaben die hier beschriebenen Datenanalysen, dass ein aus drei Skalen bestehender GSQ durchaus für weitere Anwendungen empfohlen werden kann, wenngleich die Dominanzskala aufgrund einer relativ geringen internen Konsistenz sicherlich noch verbesserungsbedürftig ist.

Um die prädiktive Qualität des GSQ nun auch im deutschsprachigen Raum zu testen, wären Studien erwünscht, die Zusammenhänge zwischen den GSQ-Skalen und dem Risiko, aus Gruppen frühzeitig auszuschneiden, untersuchen, aber auch Untersuchungen zur Vorhersage des Behandlungsergebnisses und des Therapieprozesses. Die von Davies et al. (2002) und Cox et al. (2004) vorgelegten Befunde sind diesbezüglich ermutigend und würden – im Falle einer Replikation im deutschen Sprachraum – sicher dazu beitragen, in der Klinik und Forschung ein geeignetes Maß zur Selektion von Patientinnen und Patienten für Gruppenpsychotherapien zu etablieren.

## Danksagung

Die Studie entstand mit Unterstützung des Arbeitskreises «Stationäre Gruppenpsychotherapie» (Leitung: B. Strauß, J. Eckert), begründet 1989 im Rahmen der Mainzer Werkstatt zur empirischen Forschung in der stationären Psychotherapie. Für die spezielle Unterstützung bei der Datenerhebung danken wir Hans-Jürgen Haehnsen, Klinik Erlabrunn, Thomas Huber, Klinik für Allgemeine Psychiatrie und Psychotherapie, Medizinische Hochschule Hannover, Ralf Mörschel, Abt. Internistische Psychotherapie, Universitätsklinik Jena, Karin Schreiber-Willnow, Rhein-Klinik Bad Honnef, Thomas Bolm, Klinik Christophsbad, Göttingen, Rainer Papenhausen, Klinik Ginsterhof, Rosengarten, Henning Schauenburg, Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Universitätsklinik Göttingen sowie Andreas Rimmel, Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, ZI Mannheim.

## Literatur

- Angleitner, A., Buss, D. & Dementroeder, A. I. (1990). A cross-cultural comparison using the act frequency approach (AFA) in West Germany and the United States. *European Journal of Personality*, 4, 187–207.
- Arbuckle, J. L. (1999). *Amos 4.0* [Computer Software]. Chicago: Smallwaters.
- Bednar, R. & Kaul, T. (1994). Experiential group research: Can the canon fire? In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed.). New York: Wiley.
- Bootzin R. R. (1985). The role of expectancy in behavior change. In L. White, G. Schwartz & B. Tursky (Eds.), *Placebo: Clinical phenomena and new insights* (pp. 196–210). New York: Guilford.
- Bostwick, G. (1987). «Where's Mary?»: A review of the group treatment dropout literature. *Social Work with Groups*, 10, 117–131.
- Brown, M. W. & Cudeck, R. (1993). Alternative ways of assessing model fit. In K. A. Bollen & J. S. Long, *Testing structural equation models* (pp. 136–162). Newbury Park, CA: Sage.
- Burlingame, G. M., MacKenzie, K. R. & Strauß, B. (2004). Evidence-based small group treatments. In M. Lambert, A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (5th ed.). New York: Wiley.
- Burlingame, G., Fuhriman, A. & Johnson, J. (2002). Cohesion in group psychotherapy. In J. C. Norcross (Ed.), *A guide to psychotherapy relationships that work*. Oxford: Oxford University Press.
- Burlingame, G. M., Strauß, B., Joyce, A., MacKenzie, K. R., MacNair-Semands, R., Ogrodniczuk, J. & Taylor, S. M. (2006). *CORE-R – Manual*. New York: AGPA.
- Cox, J. C., Burlingame, G. M., Davies, D. R., Gleave, R., Barlow, S. & Johnson, J. (2004, February). *The group selection questionnaire: Further refinements in group member selection*. Paper presented at the annual conference of The American Group Psychotherapy Association in New York City.
- Davies, R., Seamam, S., Burlingame, G. M. & Layne, C. M. (2002, February). *Selecting adolescents for group-based trauma treatment using a self report questionnaire*. Paper presented at the annual meeting of the American Group Psychotherapy Association, New Orleans, Louisiana.
- Eckert, J. (1996). Indikation und Prognose. In B. Strauß, J. Eckert & V. Tschuschke (Hrsg.), *Methoden der empirischen Gruppentherapieforschung. Ein Handbuch* (S. 16–29). Wiesbaden: Westdeutscher Verlag.
- Friedman, W. H. (1989). *Practical group therapy: A guide for clinicians*. San Francisco, CA: Jossey-Bass/Pfeiffer.
- Fuhriman, A. & Burlingame, G. M. (1994). Group psychotherapy: Research and practice. In A. Fuhriman & G. M. Burlingame (Eds.), *Handbook of group psychotherapy: An empirical and clinical synthesis*. New York: Wiley.
- Haug, S., Puschner, B., Lambert, M. J. & Kordy, H. (2004). Veränderungsmessung in der Psychotherapie mit dem Ergebnisfragebogen (EB-45). *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie* 25, 141–151.
- Hu, L. & Bentler, P. M. (1998). Fit indices in covariance structure modeling: Sensitivity to underparameterized model misspecification. *Psychological Methods*, 3, 424–453.
- Jöreskog, K. G. & Sörbom, D. (1996). *LISREL. User's reference guide*. Chicago: Scientific Software International.
- Jourard, S. (1971). *Self-disclosure: An experimental analysis of the transparent self*. New York: Wiley-Interscience.
- Kaul, T. J. & Bednar, R. L. (1994). Pretraining and structure: Parallel lines yet to meet. In A. Fuhriman & G. M. Burlingame (Eds.), *Handbook of group psychotherapy: An empirical and clinical synthesis*. New York: Wiley.
- Kline, R. B. (1998). *Principles and practice of structural equation modeling*. New York: Guilford.
- Kordy, H., & Senf, W. (1992). Therapieabbrecher in geschlossenen Gruppen. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 42, 127–135.
- Layne, C. M., Pynoos, R. S., Saltzman, W. R., Arslanagic, B., Black, M., Savjak, N., Popovic, T., Durakovic, E., Campara, N., Djapo, N., Ryan, H. & Music, M. (2001). Trauma/grief-focused group psychotherapy: School-based postwar intervention with traumatized Bosnian adolescents. *Group Dynamics*, 5, 277–290.
- Leary, M. R. & Miller, R. S. (1986). *Social psychology and dysfunctional behavior: Origins, diagnosis, and treatment*. New York: Springer-Verlag.
- Löffler, J. (2005). *Patient selection for group psychotherapy in Germany – A validation study of the Group Selection Questionnaire*. Masters Thesis, Brigham Young University, Utah.
- MacKenzie, K. R. (1997). *Time-managed group psychotherapy: Effective clinical applications*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- MacNair, R. R. & Coarazzini, J. G. (1994). Client factors influencing group therapy dropout. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 31, 352–362.
- MacNair-Semands, R. R. (2002). Predicting attendance and expectations for group therapy. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*, 6, 219–228.
- McRoberts, C., Burlingame, G. M. & Hoag, M. J. (1998). Comparative efficacy of individual and group psychotherapy: A meta-analytic perspective. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*, 2, 101–117.
- Morran, D. K., Stockton, R., Cline, R. J. & Teed, C. (1998). Fa-

- cilitating feedback exchanged in groups: Leader interventions. *Journal For Specialists In Group Work*, 23, 257–268.
- Piper, W.E. (1994). Client variables. In A. Fuhrman & G.M. Burlingame (Eds.), *Handbook of group psychotherapy: An empirical and clinical synthesis* (pp. 83–113). New York: Wiley.
- Piper, W.E. & McCallum, M. (1994). Selection of patients for group interventions. In H. S. Bernard & K.R. MacKenzie (Eds.), *Basics of group psychotherapy* (pp. 1–34). New York: Guilford.
- Piper, W.E., Joyce, A. S., Rosie, J. S. & Azim, H. F.A. (1994). Psychological mindedness, work, and outcome in day treatment. *International Journal of Group Psychotherapy*, 44, 291–311.
- Piper, W.E. & Joyce A.S. (1996). A consideration of factors influencing the utilization of time-limited short-term group therapy. *International Journal of Group Psychotherapy*, 46, 311–328.
- Ross, M. & Olson, J.M. (1982). Placebo effects in medical research and practice. In J.R. Eiser (Ed.), *Social psychology and behavioral medicine* (pp. 441–48). London: Wiley.
- Salzberg, H.C. (1969). Group psychotherapy screening scale: A validation study. *International Journal of Group Psychotherapy*, 19, 226–228.
- Stone, W.N. & Rutan, J. S. (1984). Duration of treatment in group psychotherapy. *International Journal of Group Psychotherapy*, 34, 93–109.
- Stone, W.N., Blaze, M. & Buzzuto, J. (1980). Late drop-outs from group psychotherapy. *American Journal of Group Psychotherapy*, 34, 401–413.
- Strauß, B., Burlingame, G. M., Joyce, A., MacKenzie, K. R., MacNair-Semands, R., Ogrodniczuk, J. & Taylor, S.M. (2006). Entwicklung eines Basismethodeninventars für die gruppenpsychotherapeutische Praxis und Forschung (CORE-R). *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik*, 52, 207–228.
- Toseland, R. W. & Siporin, M. (1986). When to recommend group treatment: A review of the clinical and group literature. *International Journal of Group Psychotherapy*, 36, 171–201.
- Woods, M. & Melnick, J. (1979). A review of group therapy selection criteria. *Small Group Behavior*, 10, 15–175.
- Yalom, I. D. (1966). A study of group therapy dropouts. *Archives of General Psychiatry*, 14, 393–414.
- Yalom, I. D. (1995). *The theory and practice of group psychotherapy* (4th ed.). New York: Basic Books.
- Yalom, I. D., Houts, P. S. & Zimerberg, S. M. (1967). Prediction of improvement in group therapy: An exploratory study. *Archives of General Psychiatry*, 17, 159–168.
- Yalom, I. D., & Leszcz, M. (2006). *The theory and practice of group psychotherapy* (5th ed.). New York: Basic Books.

Prof. Dr. Bernhard Strauß

---

Institut für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie  
 Klinikum der Friedrich-Schiller-Universität Jena  
 Stoyst. 3  
 D-07740 Jena  
 E-Mail bernhard.strauss@med.uni-jena.de