

Beiträge zur Fundierung spezifischer und schulenübergreifender
Interventionsstrategien in psychodynamischer Psychotherapie

Kumulative Dissertation zur Erlangung des akademischen Grades

Doktor der Philosophie (Dr. phil.)

Vorgelegt im Fachbereich 01 Humanwissenschaften der Universität Kassel

Von Thomas Munder, PhD Dipl.-Psych. M.Sc.

Berlin, September 2023

Erstgutachter: Prof. Dr. Christoph Flückiger

Zweitgutachter: Prof. Dr. Cord Benecke

Tag der Disputation: 13. Dezember 2023

Inhaltsverzeichnis

Einleitung.....	4
Wirkmechanismen von Psychotherapie	4
Interventionsstrategien in der psychodynamischen Therapie	5
Schulenübergreifende Interventionsstrategien.....	15
Ziele des Dissertationsprojekts	18
Artikel 1	22
Artikel 2	41
Artikel 3	53
Artikel 4	75
Artikel 5	93
Diskussion	102
Zusammenfassung der Ergebnisse.....	102
Bezug zu anderen Studien	105
Limitationen.....	107
Zukünftige Forschung und praktische Implikationen.....	110
Literatur.....	114
Anhang	123
Erklärung gemäß § 8 der Allgemeinen Bestimmungen für Promotionen.....	124
Erklärung über den Eigenanteil.....	125
Dokumentation der Forschungsdaten	131

Einleitung

Wirkmechanismen von Psychotherapie

Psychotherapieforschung wird oft in Ergebnis- und Prozessforschung unterteilt: Während Ergebnisforschung danach fragt, ob und in welchem Ausmaß Psychotherapie bei Patient*innen zu klinischen Verbesserungen führt (Barkham & Lambert, 2021), interessiert sich Prozessforschung dafür, welche Prozesse in Psychotherapie stattfinden und welche dieser Prozesse zu klinischen Veränderungen beitragen (Crits-Christoph & Connolly Gibbons, 2021). Auch wenn Ergebnisforschung traditionell mehr Aufmerksamkeit auf sich zieht (z. B. im Kontext gesundheitspolitischer Entscheidungen), zeichnet sich Prozessforschung durch das Potential aus, nützliche Impulse für die klinische Praxis zu liefern, da sie konkrete Hinweise geben kann, welche Interventionsstrategien mit welchen Wirkungen verknüpft sind (Castonguay & Beutler, 2006; Kazdin, 2007).

Psychotherapieprozesse sind nach einer häufig zitierten Definition von Orlinsky, Rønnestad und Willutzki (2004) "(primarily) the actions, experiences, and relatedness of patient and therapist in therapy sessions when they are physically together, and (secondarily) the actions and experiences of the participants specifically referring to one another that occur outside of therapy sessions" (S. 311, Kursivierung entfernt). Die Definition unterscheidet, (1) ob Psychotherapieprozesse bei der Therapeut*in, der Patient*in oder in der Therapiebeziehung lokalisiert sind, (2) ob es sich um Handlungen oder Erfahrungen handelt und (3) ob die Prozesse innerhalb oder außerhalb der Therapie stattfinden. Eine weitere Differenzierung ist, (4) ob ein Prozess eher auf der Ursache- oder Wirkungsseite eines Veränderungsprozesses anzusiedeln ist (Crits-Christoph & Connolly

Gibbons, 2021). Beispielsweise sind die Deutung einer Therapeut*in oder das mutige Erzählen einer Patient*in eher als auslösende Prozesse zu sehen, während das Erleben von Einsicht auf Seiten der Patient*in eher als bewirkter Prozess zu sehen ist. Letztere Prozesse lassen sich nur schwer von Therapie-Outcomes unterscheiden.

In dieser Arbeit soll es ausschließlich um Prozesse gehen, die bei Therapeut*innen lokalisiert sind, auf der Handlungsebene, innerhalb der Therapiesitzungen und auf Seiten der Ursache. Typischerweise werden solche Prozesse als therapeutische Techniken, Interventionen, Skills, Methoden oder Strategien bezeichnet (Hill & Norcross, 2023), wobei die ersten drei Begriffe eine verhaltensnahe Ebene bezeichnen, während die letzten beiden sich eher auf eine abstraktere Ebene beziehen und sich vor allem durch eine bestimmte klinische Intention auszeichnen, die sich mit verschiedenen Mitteln umsetzen lassen (Wampold et al., 2018). Im Folgenden werden Interventionsstrategien danach unterschieden, ob sie spezifisch für eine bestimmte Therapieschule sind oder schulenübergreifend zum Einsatz kommen (Wampold et al., 2018). Zunächst wird auf Interventionsstrategien in der psychodynamischen Therapie eingegangen, dann auf schulenübergreifende Interventionsstrategien.

Interventionsstrategien in der psychodynamischen Therapie

Psychodynamische Technik wird oft als supportiv-expressives Kontinuum beschrieben (z. B. Gabbard, 2004, Luborsky, 1984, Leichsenring & Schauenburg, 2014). Dabei verfolgt expressive Technik im Sinne der klassischen Psychoanalyse das Ziel, vorbewusste und unbewusste Bewusstseinsinhalte der Patient*innen bewusst zu machen. Die seit Freud zentrale Technik hierfür ist die Deutung. Gabbard (2004) zählt zu den expressiven Techniken neben Deutung oder Interpretation noch Beobachtung/Feststellung, Konfrontation und

Klarifikation. Während bei der Deutung eine Verknüpfung zwischen Geschehnissen innerhalb oder außerhalb des Therapieraums (z. B. das wiederholte Zuspätkommen einer Patient*in) und unbewussten Motivation oder Affekten (z. B. Ärger auf die Therapeut*in) hergestellt wird, begnügt sich die Beobachtung/Feststellung damit, interessante oder irritierende Geschehnisse anzusprechen (z. B. das Zuspätkommen), ohne eine Verknüpfung mit unbewusstem Material herzustellen. Ähnlich wie die Beobachtung/Feststellung werden bei der Konfrontation Inhalte benannt, die von Patient*innen vermieden werden. Gabbard sieht den Unterschied der beiden Interventionen darin, dass sich Beobachtung/Feststellung auf unbewusstes Material (z. B. Zuspätkommen als unbewusster Protest) bezieht, Konfrontation hingegen auf bewusstes, jedoch vermiedenes Material (z. B. aggressives Verhalten gegenüber Mitpatient*innen in einer psychodynamischen Gruppentherapie). Klarifikation wird von den genannten Techniken als die am wenigsten expressive angesehen und zeichnet sich dadurch aus, dass Sachverhalte klar benannt werden, die bislang nur implizit oder undeutlich zur Sprache gebracht wurden. In den nachfolgenden beiden Abschnitten wird genauer auf eine zentrale expressive Technik, die Übertragungsdeutung, sowie auf supportive Technik eingegangen.

Übertragungsdeutung

Der Begriff Übertragungsdeutung bezieht sich auf Interventionen, in denen typischerweise das patient*innenseitige Erleben der Therapeut*in zum Thema gemacht wird und in Beziehung zu früheren oder aktuellen anderen Beziehungen gesetzt wird (Benecke, 2014). Gemäß der obigen Definition von Deutung wird also ein Geschehnis in der Therapiebeziehung (z. B. Idealisierung der Therapeut*in durch die Patient*in) mit einem unbewussten Inhalt verknüpft (z. B. Idealisierung als unbewusste Vermeidungsstrategie von Aggression, die in Beziehungen zu den Eltern wurzelt). Aus klassisch psychoanalytischer Sicht

spielt die Übertragungsdeutung aus zwei Gründen eine zentrale Rolle. Einerseits, weil mit ihrer Hilfe zentrale Beziehungsschemata im Hier und Jetzt bewusst gemacht werden können und andererseits, weil die Reinszenierung verinnerlichter Konflikte in der Therapiebeziehung lange Zeit als zwingend notwendiger klinischer Fokus galt (Strachey, 1934). Letztere Annahme einer Zentralität der Übertragungsdeutung wird nicht mehr von allen zeitgenössischen psychodynamischen Therapiekonzepten angenommen. Während beispielsweise Kernbergs übertragungsfokussierte Therapie noch stark auf Übertragungsdeutungen setzt (z. B. Kernberg et al., 2008), werden sie in Fonagys mentalisierungsbasierter Therapie nicht als zentrale (und potenziell auch als problematische) Interventionsstrategie angesehen (z. B. Bateman & Fonagy, 2010).

Als etablierte und überlappende Interventionskonzepte aus psychodynamisch-humanistischen Therapieschulen sind rupture-repair (Safran & Muran, 2000) und immediacy (Hill & Knox, 2009) zu nennen. Das Rupture-repair-Konzept speist sich einerseits aus einer kognitiv-emotionsfokussierten, andererseits aus einer relational-psychodynamischen Tradition und stellt die Entwicklung einer interpersonellen Reflexions- und Konfliktkompetenz ins therapeutische Zentrum. Sehr ähnlich wie das klassische Übertragungskonzept der Psychoanalyse befürworten Safran und Muran einen therapeutischen Fokus auf die Beschaffenheit und die Veränderung der Therapiebeziehung im Hier und Jetzt. Anders als klassisch-psychodynamische Konzeptionen geht es ihnen aber nicht um die Identifikation sich wiederholender Beziehungsmuster bei Patient*innen, sondern um das gemeinsame Ringen um die Überwindung und das Reparieren (repair) von kleineren und größeren auftauchenden Krisen in der therapeutischen Beziehung (ruptures). Das Immediacy-Konzept ist im Vergleich zu den vorgenannten Konzepten allgemeiner gefasst und umschreibt "working with the therapy relationship in the here and now" (Hill &

Knox, 2009, S. 20). Das Konzept beinhaltet gemeinsame Abstimmungen über die Ziele und das Vorgehen der Therapie, das Explorieren des Erlebens in der Therapiebeziehung und auch die Bearbeitung von Spannungen in dieser. Somit schließt das Konzept sowohl Übertragungsdeutung als auch rupture-repair als mögliche Varianten mit ein.

Das Ziel von Übertragungsdeutungen wie das Ziel von expressiver Technik überhaupt ist die Förderung von Einsicht, dem aus klassischer Sicht zentralen Wirkmechanismus der Psychoanalyse, der auch empirisch in seiner Bedeutung für Therapieerfolg belegt ist. In einer Metaanalyse von 23 Studien, die den Zusammenhang von Einsicht und Outcome untersuchten, zeigte sich ein signifikanter positiver Zusammenhang der beiden Variablen in Höhe eines mittleren Effekts ($r = .31$; Jennissen et al., 2018). Die empirische Befundlage zum Zusammenhang von Übertragungsdeutung und Outcome ist hingegen widersprüchlich: In einer großangelegten Dismantling-Studie untersuchten Høglend und Kolleg*innen (2006) den Effekt von Übertragungsdeutungen in einer randomisierten Studie mit 100 Patient*innen, die ein Jahr ambulante psychodynamische Therapie bekamen. Dabei bestand der einzige Unterschied der beiden Experimentalgruppen darin, dass die Therapie der einen Gruppe Übertragungsdeutungen beinhaltete und die der anderen Gruppe nicht. Die Studie zeigte keinen Haupteffekt von Übertragungsdeutungen. In ihrem jüngsten Review zu Veränderungsprozessen in psychodynamischer Therapie verweisen Crits-Christoph und Connolly Gibbons (2021) mangels neuer Studien auf ihre eigene ältere Übersicht (Crits-Christoph et al., 2013), in welcher sich ein widersprüchliches Bild ergeben hatte: Während einige Studien einen positiven Zusammenhang zwischen Übertragungsdeutung und Outcome fanden, sprachen andere Studien eher für einen negativen Einfluss von Übertragungsdeutungen. In einer aktuellen Metaanalyse zur Beziehung zwischen Deutungen und Outcome zeigte sich ebenfalls ein uneindeutiges und widersprüchliches Bild (Zilcha-

Mano et al., 2023). Sekundäranalysen der randomisierten Studie von Høglend et al. (2006) gaben Hinweise auf mögliche Moderatoren des Effekts von Übertragungsdeutungen (Høglend, 2014). Einerseits zeigte sich ein moderierender Effekt des Strukturniveaus: Patient*innen mit geringem Strukturniveau profitierten von Übertragungsdeutungen, während sich bei Patient*innen mit höherem Strukturniveau kein Effekt zeigte. Weitere Analysen legten nahe, dass Übertragungsdeutungen vor allem beim Bestehen von Schwierigkeiten in der therapeutischen Allianz hilfreich sind. Letzterer Befund steht allerdings im Widerspruch zu einer Studie von Piper et al. (1991), in der Übertragungsdeutungen im Kontext einer angespannten Therapiebeziehung ungünstige Effekte hatten. Die genannten Moderatoreffekte lassen sich theoretisch verstehen, sind aber als Ergebnisse aus Sekundäranalysen nicht sonderlich robust und somit am ehesten Hinweise auf ein komplexes Wirkgeflecht. Des Weiteren gibt es Hinweise darauf, dass die widersprüchlichen Befunde zum Effekt von Übertragungsdeutungen mit differierenden Definitionen des Begriffs zu tun haben könnten. Beispielsweise wurde in der bereits oben zitierten Studie von Piper et al. (1991) die Wirkung einer spezifischen Form der Übertragungsdeutung, der genetischen Übertragungsdeutung untersucht (d. h. die Herstellung eines Zusammenhangs zwischen aktuellem Beziehungserleben und der Beziehung zu früheren Bezugspersonen herstellen). Während Piper et al., wie erwähnt, negative Effekte dieser Form der Übertragungsdeutung bei Spannungen in der Therapiebeziehung fanden, fanden Eubanks und Kolleg*innen (2019) positive Effekte für Übertragungsdeutungen in Therapiekrisen, bei denen das krisenhafte Geschehen als gemeinsames Dilemma verstanden und kein Bezug zu früheren Beziehungserfahrungen der Patient*innen hergestellt wurde. Es erscheint also notwendig, weiter zu untersuchen, inwieweit es sich bei der Übertragungsdeutung um ein homogenes Konstrukt handelt.

Supportive Technik

Nach Luborsky (1984) verfolgt supportive Technik das übergeordnete Ziel, dass Patient*innen „sowohl die Therapie, als auch die Beziehung zur Therapeut*in als hilfreich“ (S. 11, übersetzt vom Verfasser) erleben. Als eine der psychoanalytischen Wurzeln der supportiven Technik wird auf Freud verwiesen, beispielsweise auf die folgende Stelle aus den „Behandlungstechnischen Schriften“, in der er sowohl die Wichtigkeit einer positiven affektiven Bindung betont, als auch eine für deren Entwicklung wichtige Grundhaltung, die von Interesse, Empathie und Takt geprägt ist:

Das erste Ziel der Behandlung bleibt, ihn [den Patienten, T. M.] an die Kur und an die Person des Arztes zu attachieren. ... Wenn man ihm ernstes Interesse bezeugt, die anfangs auftauchenden Widerstände sorgfältig beseitigt und gewisse Mißgriffe vermeidet, stellt der Patient ein solche Attachement von selbst her und reiht den Arzt an eine der Imagines jener Personen an, von denen er Liebes zu empfangen gewohnt war. Man kann sich diesen ersten Erfolg allerdings verscherzen, wenn man von Anfang an einen anderen Standpunkt einnimmt als den der Einfühlung, etwa einen moralisierenden[.]“ (Freud, 1913/1975, S. 199)

Darüber hinaus sind psychoanalytische Wurzeln auch in den Beiträgen des frühen Psychoanalytikers Sándor Ferenczi zu verorten (z. B. 1932/2013), sowie in Freuds realer Behandlungsweise, über die Cremerius (1981/1990) nach einer umfassenden Analyse verfügbarer Erfahrungsberichte schlussfolgert, dass diese keineswegs klassisch war, sondern in substantiellem Ausmaß auch stützende und pragmatische Interventionen wie „Ratschläge und Tröstungen“ (S. 381) oder „therapeutische Aktivitäten“ (S. 360) umfasste (z. B. Empfehlungen zur Angstexposition).

Ein ausschlaggebender Faktor für die heutige Würdigung supportiver Technik scheinen aber Ergebnisse der frühen psychoanalytischen Prozess-Outcome-Forschung gewesen sein, wobei insbesondere das "Psychotherapy Research Project" der Menninger Foundation zu nennen ist. Die Menninger Foundation war und ist eine psychoanalytisch-psychiatrische Klinik, die zur Zeit der Studie, d. h. um die Mitte des 20. Jahrhunderts, weithin bekannt war. Mit Otto Kernberg und Lester Luborsky wirkten zwei später sehr einflussreiche Psychoanalytiker und Therapieforscher an der Studie mit. Es handelte sich um eine naturalistische Studie der Behandlungsverläufe von 42 Patient*innen, die teilweise klassisch psychoanalytisch, teilweise supportiv-psychodynamisch behandelt und über viele Jahre in Follow-Up-Messungen untersucht wurden. In seiner Zusammenfassung der Hauptergebnisse hebt Wallerstein (1989) folgende unerwarteten Befunde bezüglich supportiver Technik hervor: (1) Supportive Technik spielte in beiden Therapieverfahren eine deutliche Rolle, auch in der klassisch psychoanalytischen. (2) Supportive Technik erwies sich in beiden Verfahren als bedeutsam für die Ergebnisse der Therapien und bewirkte Veränderung in Problembereichen (z. B. strukturelle Veränderungen der Persönlichkeit), die laut psychoanalytischer Theorie nur durch expressive Technik verändert werden können. (3) Therapien, in denen von supportiver Technik Gebrauch gemacht wurde, verliefen erfolgreicher als Therapien, in denen vor allem expressive Techniken angewendet wurden. Letztlich mündeten die Befunde in einer Aufwertung supportiver Technik, die vielen inzwischen als essentielle Grundlage für den Einsatz expressiv-deutender Technik gilt, was sich in folgender klinischen Maxime von Wachtel (2011) ausgedrückt findet: "Be as supportive as you can be *so that you can be* as expressive as you will need to be" (S. 214, Hervorhebung im Original). Als konkrete supportive Interventionen nennt Gabbard (2004) die Ermutigung, mehr zu erzählen, empathische Validierung, Psychoedukation sowie Lob und

Ratschläge. Eine weitere detaillierte und einflussreiche Zusammenstellung supportiver Techniken stammt von Luborsky und ist in Tabelle 1 wiedergegeben. Diese Aufzählungen machen deutlich, dass supportive Technik als ein Bündel verschiedener therapeutischer Strategien angesehen werden muss.

Entgegen der klaren Verwurzelung der Diskussion um supportive Technik im psychoanalytischen Diskurs betont Luborsky (1984) jedoch mit Bezug auf konzeptuelle Überlegungen und empirische Ergebnisse die schulenübergreifende Natur supportiver Technik. Eine klare Verbindung zu schulenübergreifenden Überlegungen stellt dabei das Konzept der helping alliance dar, welches, wie die am Anfang dieses Kapitel zitierte Definition von Luborsky deutlich macht, eng mit seinem Verständnis von supportiver Technik verbunden ist. Diese verfolgt Luborsky zufolge eben das Ziel, dass Patient*innen die therapeutische Beziehung als hilfreich erleben. Dabei ist die helping alliance eine von mehreren vorgeschlagenen psychoanalytischen Konzeptualisierungen (für eine Übersicht siehe Fetscher, 1998) dessen, was seit Edward Bordin's berühmter Arbeit (1989) schulenübergreifend als „alliance“ bekannt ist. Nach Bordin's weithin akzeptierter Konzeptualisierung definiert sich alliance einerseits als das Bestehen eines emotionalen Vertrauensverhältnisses (die sog. „Bond-Komponente“) und andererseits als ein Übereinstimmen über die Vorgehensweise und die Ziele der Therapie (sog. „Goal- und Task-Komponenten“). Die Bedeutsamkeit der alliance ist empirisch durch rund 300 Studien abgesichert, wie eine Reihe von Metaanalysen zeigt. Zuletzt berichteten Flückiger et al. (2018) einen alliance-Outcome-Zusammenhang von $r = .28$, was einer mittleren Effektstärke entspricht. In der schulenübergreifenden Diskussion richtet sich die Aufmerksamkeit zunehmend auf die Frage, welche Faktoren auf Seiten der Therapeut*innen oder der Interventionstechnik zu einer guten alliance (und in der Konsequenz dann zu gutem

Outcome) führen, womit wir uns schulenübergreifenden Interventionskonzepten annähern, die mit dem Konzept der supportiven Technik stark überlappen. Zu nennen sind beispielsweise Konzepte wie interpersonal competencies (Hatcher, 2015) oder relational expertise (Hill et al. 2017).

Ein weiteres vielversprechendes Konzept ist das der facilitative interpersonal skills (FIS, Anderson et al., 2009). Vielversprechend ist das Konzept deshalb, weil für dessen Erfassung eine performance-basierte Messmethode vorgelegt wurde, deren prognostischen Validität in zwei naturalistischen Studien belegt wurde (Anderson et al., 2009; 2016). Beide Studien fanden, dass Patient*innen von Therapeut*innen mit höheren FIS-Werten signifikant bessere Outcomes erzielten. Im Rahmen der performance-basierten Messung werden Therapeut*innen gebeten, spontan auf eine Reihe von Stimulus-Videos zu reagieren, in denen schwierige oder kritische Äußerungen von Patient*innen nachgestellt werden. Die aufgenommenen Antworten der Therapeut*innen werden von geschulten Rater*innen anhand der FIS-Ratingskala bewertet. Dabei greift der FIS-Performance-Test methodisch und konzeptuell auf die umfangreiche Forschung von Hans Strupp (z. B. 1955; 1993) zurück und führt diese fort. Einer der zentralen Befunde von Strupp war die hinderliche Wirkung von negative complementarity oder negative process auf den Therapieerfolg. Gemeint sind implizit kritisierende oder entwertende Haltungen von Therapeut*innen, die sich in einer Vielzahl von Äußerungen oder Interventionen ausdrücken können. FIS können als das genaue Gegenteil verstanden werden – nämlich als die Fähigkeit, mit einer konstruktiven, wertschätzenden und unterstützenden Grundhaltung zu intervenieren. Anderson et al. (2009) beziehen sich einerseits auf die Arbeiten von Strupp, andererseits auf eine lange Tradition der Forschung zur Bedeutung von interpersonal skills, Rogerian conditions und alliance (siehe bereits die Kapitel zu Therapeut*innenvariablen in den ersten Ausgaben

Tabelle 1. Supportive Techniken und korrespondierende FIS-Items

Supportive Techniken nach Luborsky (1984)	Korrespondierende FIS-Items (Anderson & Patterson, 2013)
“Convey through words and manner support for the patient's wish to achieve the goals.” (S. 82)	Hope and positive expectations Emotional expression Warmth, acceptance and understanding
“Convey a sense of understanding and acceptance of the patient.” (S. 82)	Emotional expression Warmth, acceptance and understanding Empathy
“Develop a liking for the patient.” (S. 82)	Warmth, acceptance and understanding
“Help the patient maintain vital defenses and activities which bolster the level of functioning.” (S. 83)	Warmth, acceptance and understanding Empathy
“Communicate a realistically hopeful attitude that the treatment goals are likely to be achieved.” (S. 83)	Hope and positive expectations Persuasiveness
“Recognition, on appropriate occasions, that the patient has made some progress toward the goals.” (S. 86)	Hope and positive expectations
“Encouraging some patients to express themselves on some occasions.” (S. 87)	Alliance bond capacity
“Encourage a ‘we bond.’” (S. 87)	Alliance bond capacity Alliance rupture-repair responsiveness
“Convey respect for the patient.” (S. 88)	Warmth, acceptance and understanding
“Convey recognition of the patients growing ability to do what the therapist does in using the basic tools of the treatment.” (S. 88)	Hope and positive expectations
“Refer to experiences that the patient and therapist have been through together.” (S. 88)	Alliance bond capacity
“Engage in a joint search for understanding.” (S. 89)	Alliance bond capacity

FIS = Facilitative interpersonal skills

des "Handbook of Psychotherapy and Behavior Change", Truax & Mitchell, 1971; Parloff & Waskow, 1978; Beutler et al., 1986).

Konkret umfasst das FIS-Konzept acht Aspekte oder Items: (1) verbal fluency, (2) hope & positive expectations, (3) persuasiveness, (4) emotional expression, (5) warmth, acceptance and understanding, (6) empathy, (7) alliance bond capacity und (8) alliance rupture-repair responsiveness. Tabelle 1 stellt den supportiven Techniken von Luborsky (1984) die korrespondierenden FIS-Items gegenüber. Es zeigt sich, dass alle supportiven Techniken mindestens mit einem FIS-Item korrespondieren und sich andersherum sieben der acht FIS-Items in den supportiven Techniken wiederfinden. Die stärksten Überschneidungspunkte bilden die FIS-Items (5) warmth, acceptance and understanding, (2) hope and positive expectations und (7) alliance bond capacity.

Schulenübergreifende Interventionsstrategien

Modelle schulenübergreifender Wirkfaktoren oder von common factors haben in der Psychotherapieforschung eine lange Tradition. Ein früher und bekannt gewordener Beitrag stammt von Rosenzweig (1936), in welche die Idee vorgestellt wird, die ähnlichen Erfolge verschiedener Therapiesätze könnten mit gemeinsamen Wirkfaktoren zusammenhängen, wobei diese Wirkfaktoren von den jeweiligen Therapienschulen nicht intendiert sein müssen. Als mögliche Beispiele für common factors nannte Rosenzweig soziales Lernen in der Therapiebeziehung, Katharsis und das Erhalten einer konsistenten Erklärung für die eigenen Schwierigkeiten. Letzterer common factor wurde von Jerome Frank (Frank & Frank, 1993) ausgearbeitet. Frank rückte in seiner Theorie Psychotherapie in die Nähe anderer soziokultureller Heilrituale und postulierte das Erhalten einer konsistenten Erklärung im Kontext einer vertrauensvollen Beziehung als Wirkmodell aller Psychotherapien. Ein

weiteres bekannt gewordenes Modell ist das kontextuelle Modell von Wampold (2001; Wampold et al., 2018) sowie dessen Weiterentwicklung (Wampold & Flückiger, 2023). In Anschluss an Frank und andere formuliert das kontextuelle Modell drei allgemein wirksame Komponenten von Psychotherapie: (1) die reale Beziehung zwischen Therapeut*in und Patient*in; (2) die positive Erwartungsinduktion bezüglich der Behandlung und des Veränderungspotentials und (3) der kollaborative und zielgerichtete Einsatz therapieschulenspezifischer Aktivitäten.

Ein im deutschsprachigen Raum (aber auch darüber hinaus) einflussreiches Modell ist das Modell der Allgemeinen Wirkfaktoren von Klaus Grawe (z. B. 1995, 1997, 1998). Auf der Basis einer Synthese der verfügbaren Prozess-Outcome-Literatur beschrieb Grawe zunächst vier allgemeine Wirkfaktoren – Problembewältigung, motivationale Klärung, Problemaktualisierung und Ressourcenaktivierung. (Später erweiterte er seine Konzeption um einen fünften Wirkfaktor, die therapeutische Beziehung). Laut Grawe unterschieden sich die klassischen Therapieschulen in der Nutzung dieser Wirkfaktoren, weshalb er auch für die Entwicklung einer „Allgemeinen Psychotherapie“ eintrat. Aus Grawes Sicht (1997) stellt sich die psychodynamische Therapie als Therapie mit Fokus auf motivationale Klärung dar, die wenig Gebrauch von den drei anderen Wirkfaktoren macht, welche eher den Arbeitsweisen von Verhaltenstherapie, Gestalttherapie und systematischer Therapie entsprechen. Allerdings lässt sich gut argumentieren, dass die durch expressive Technik bewerkstelligte Konfrontation mit schwierigem Material (z. B. tabuisierten Wünschen oder schwierigen Beziehungsmustern) durchaus eine potente Form von Problemaktualisierung ist (vgl. Grosse Holtforth, 2017). Im Folgenden wird auf den Wirkfaktor Ressourcenaktivierung eingegangen, der aus Grawes Sicht besonders zentral ist (Grawe & Grawe-Gerber, 1999), lange aber als

einer problemorientierten Tendenz der Psychoanalyse entgegengesetzt diskutiert wurde (Huber & Klug, 2017).

Ressourcenorientierung

Grawe und Grawe-Gerber (1999) weisen zunächst darauf hin, dass der Wirkfaktor der Ressourcenaktivierung, den wir hier als Ergebnis *ressourcenorientierter* therapeutischer Interventionen sehen, traditionell mit dem Wirkprinzip hypno-systemischer Therapieansätze verbunden ist. Empirische Gründe, Ressourcenaktivierung als wichtiges allgemeines Prinzip zu formulieren, sah Grawe in Forschung zu sogenannten Aptitude-X-Treatment-Effekten (d. h. differentiellen Effekten spezifischer Therapien in Abhängigkeit bestimmter Persönlichkeitsmerkmale), zu Placeboeffekten und zur Bedeutung der alliance. Diese Befunde ließen sich aus seiner Sicht alle durch die Aktivierung bestimmter Ressourcen erklären: Der Ressource, sich auf ein bestimmtes Therapierational einlassen zu können, das am eigenen Verständnis der Dinge anknüpft; der Ressource, Hoffnung zu mobilisieren; und der Ressource, sich auf ein Beziehungsangebot einzulassen. Als theoretisches Prinzip nahm Grawe einen Rückkopplungsprozess positiver Inhalte (Erinnerungen, Selbstbilder, Erwartungen) an, der einem allen Störungen gemeinsamen Rückkopplungsprozess problematischer Inhalte entgegenwirkt (vgl. auch die neurowissenschaftliche broaden-and-built-Theorie positiver Emotionen, Fredrickson, 2004). Aus Sicht von Grawes Konsistenztheorie antwortet Ressourcenaktivierung darüber hinaus auf frustrierte Grundbedürfnisse nach Selbstwerterhöhung, Kontrolle und vertrauensvoller Beziehung. Für den verhaltenstherapeutisch-integrativen Bereich wurde von Flückiger und Wüsten (2014) ein Therapiemanual zur Ressourcenaktivierung vorgelegt.

Hinsichtlich der Wirksamkeit von Ressourcenaktivierung liegt eine wegweisende Studie von Willutzki et al. (2004) vor, in der die Wirksamkeit klassischer Verhaltenstherapie mit einer um ressourcenorientierte Interventionen ergänzten Verhaltenstherapie an Patient*innen mit sozialer Phobie verglichen wurde. Sowohl hinsichtlich der Primärsymptomatik als auch hinsichtlich der Gesamtbelastung zeigte sich ein Vorteil für die ressourcenorientierte Bedingung, was für deren zusätzlichen Nutzen sprach. Die Ergebnisse ließen sich allerdings in einer sehr ähnlichen konzipierten Studie an Patient*innen mit Depression nicht replizieren (Teismann et al., 2011). Im Bereich der psychodynamischen Therapie liegt eine vielversprechende Studie für eine ressourcenorientierte Behandlung von Traumafolgestörungen vor (Lampe et al., 2008). Bislang gibt es allerdings noch keine systematische Übersicht zu den Effekten ressourcenorientierter Therapien.

Ressourcenorientierung wird in den letzten Jahren zunehmend auch für die psychodynamische Therapie als vielversprechende Perspektive betrachtet, die einerseits an bestehende psychodynamische Konzepte anknüpfen kann (z. B. die supportive Technik, Huber & Klug, 2017; Wachtel, 2011) und sich andererseits potenziell für eine Erweiterung der psychodynamischen Therapie nutzbar machen lässt (Wöller, 2015). Dabei weisen die Bezugnahmen psychodynamischer Autor*innen auf Ressourcenorientierung unterschiedliche Akzente auf, die eine konzeptuelle Klärung nötig erscheinen lassen (z. B. Fokus auf persönliche Stärken versus Fokus auf die Nutzung von Imagination als Ressource).

Ziele des Dissertationsprojekts

Ziel dieses Dissertationsprojekts ist es, zur Fundierung dreier Interventionsstrategien – Übertragungsdeutung, supportive Technik, Ressourcenorientierung – beizutragen, die für die psychodynamische Therapie entweder spezifisch sind (Übertragungsdeutungen,

supportive Technik) oder aus der schulenübergreifenden Forschung stammen und in der Psychotherapieforschung viel diskutiert werden (Ressourcenorientierung).

Dazu wird jeweils an einer oder zwei von drei verschiedenen Grundfragen der Prozessforschung angesetzt:

(1) Besteht konzeptuelle Klarheit darüber, wie die Interventionsstrategie definiert ist?

Für Fragestellungen dieser Art wurde der Begriff „konzeptuelle Forschung“ vorgeschlagen (Leuzinger-Bohleber & Fischmann, 2006).

(2) Lässt sich der Einsatz einer Interventionsstrategie operationalisieren und messen?

(3) Besteht ein Zusammenhang zwischen der Verwendung der Interventionsstrategie und dem Therapieergebnis? Dies ist die zentrale Frage der Prozess-Outcome-Forschung.

Die Dissertation umfasst fünf Publikationen mit folgenden Fragestellungen (siehe Tabelle 2):

- Artikel 1 (Munder et al., 2016) widmet sich der Interventionsstrategie der Übertragungsdeutung und untersucht mittels einer qualitativen Inhaltsanalyse von spontan gegebenen Definitionen, inwieweit Kliniker*innen ein einheitliches Verständnis dieser Interventionsstrategie haben.
- Artikel 2 (Munder, Schlipfenbacher et al., 2019) widmet sich der supportiven Technik und stellt die deutschsprachige Adaptation und psychometrische Analyse des Facilitative-Interpersonal-Skills-Performance-Tests (FIS) vor. Im Rahmen der Vorarbeiten zu diesem Artikel wurde eine deutschsprachige Übersetzung des FIS-Manuals angefertigt (Gumz et al., 2019).

- Artikel 3 (Munder, Karcher et al., 2019) widmet sich der Interventionsstrategie der Ressourcenorientierung und untersucht im Rahmen einer Metaanalyse von Outcome-Studien einerseits wie Ressourcenorientierung im Rahmen psychodynamischer Therapie und Verhaltenstherapie konkret operationalisiert wird und andererseits, inwieweit sich ressourcenorientierte psychodynamische Therapie und ressourcenorientierte Verhaltenstherapie in klinischen Studien als wirksam erweisen.
- Artikel 4 (Flückiger et al., 2023) erweitert die Metaanalyse aus Artikel 3 einerseits um einen Fokus auf den Vergleich ressourcenorientierter Therapien mit regulären (bona fide) Vergleichstherapien, andererseits um eine Synthese von Studien, in denen videobasiert erfasste ressourcenorientierte Interventionen mit dem Therapieergebnis in Beziehung gesetzt wurden.
- Artikel 5 (Munder et al., 2018) widmet sich der Interventionsstrategie der Ressourcenorientierung und untersucht in einer konzeptuellen Analyse zunächst verschiedene ressourcenorientierte Prinzipien in nicht-psychodynamischen Psychotherapien. Sodann wird untersucht, inwieweit diese Prinzipien in Resonanz mit bestehenden psychodynamischen Konzepten stehen.

Tabelle 2. Referenzen der in die Dissertation eingeschlossenen Publikationen

Artikel	Referenz
1	Munder, T., Lorenz, A. M. & Gumz, A. (2016). Was ist eine Übertragungsdeutung? Eine konzeptuelle und empirische Studie. <i>Psychodynamische Psychotherapie</i> , 15, 197–205.
2	Munder, T., Schlipfenbacher, C., Toussaint, K., Warmuth, M., Anderson, T. & Gumz, A. (2019). Facilitative interpersonal skills performance test: Psychometric analysis of a German language version. <i>Journal of Clinical Psychology</i> , 75, 2273–2283.
3	Munder, T., Karcher, A., Yadikar, Ö., Szeles, T. & Gumz, A. (2019). Focusing on patients' existing resources and strengths in cognitive-behavioral therapy and psychodynamic therapy: A systematic review and meta-analysis. <i>Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie</i> , 65, 144–161.
4	Flückiger, C., Munder, T. Del Re, A. C. & Solomnov, N. (2023). Strength-based methods: A narrative review and comparative multilevel meta-analysis of positive interventions in clinical settings. <i>Psychotherapy Research</i> , 33, 856–872.
5	Munder, T., Rugenstein, K. & Gumz, A. (2018). Ressourcenorientierung in der psychodynamischen Therapie. <i>Psychotherapeut</i> , 63, 218–225.

Artikel 1

Munder, T., Lorenz, A. M. & Gumz, A. (2016). Was ist eine Übertragungsdeutung?

Eine konzeptuelle und empirische Studie. *Psychodynamische Psychotherapie*, 15, 197–205.

Was ist eine Übertragungsdeutung? Eine konzeptuelle und empirische Studie

Thomas Munder, Anna Maria Lorenz, Antje Gumz

Zusammenfassung

Der Übertragungsdeutungsbegriff ist theoretisch mehrdeutig und empirische Befunde zur klinischen Wirksamkeit der Übertragungsdeutung sind widersprüchlich. Eine genauere und differenziertere begriffliche Definition scheint daher sinnvoll. In dieser Arbeit wurde zunächst auf der Basis einer systematischen Durchsicht theoretischer Beiträge eine Typologie von Verständnissen der Übertragungsdeutung vorgeschlagen. Anhand dreier inhaltlicher Dimensionen wurden sieben sogenannte Beziehungsinterventionen differenziert. 80 Therapeutinnen und Therapeuten wurden dann befragt, um zu untersuchen, inwieweit diese sieben Beziehungsinterventionen Teil des spontan ausgedrückten konzeptuellen Verständnisses der Übertragungsdeutung sind. Zusammenfassend bestätigte sich im konzeptuellen und empirischen Teil der Untersuchung, dass es sich bei der Übertragungsdeutung um einen heterogenen Begriff handelt. Die erarbeitete Typologie kann dabei behilflich sein, Beziehungsinterventionen differenzierter zu unterscheiden und so einer vergleichenden Forschung zugänglich zu machen.

Einleitung

Die Konzepte der psychodynamischen Psychotherapie werden teilweise sehr unterschiedlich verstanden, was u.a. eine Folge der theoretischen Pluralität und Produktivität der Psychoanalyse ist. Für die Psychoanalyse als Wissenschaft ist diese Ambiguität ein methodologisches Problem, da sie das „reliable Benennen von Beobachtungen“ (Fonagy 2002, S. 13, Übers. d. Verf.) – eine Basisoperation induktiver

Forschung – erschwert. Fonagy plädiert für stärkere Bemühungen, psychodynamische Begriffe klarer zu definieren und operationalisieren, anstatt deren Mehrdeutigkeit und Unschärfe als Ausdruck ihrer Komplexität zu akzeptieren oder gar zu befürworten. Ein Forschungsparadigma, das sich diesem Vorhaben widmet, ist die psychoanalytische Konzeptforschung (Leuzinger-Bohleber et al. 2006), welche theoretische Beiträge zu einem Begriff systematisiert, um dessen theoretische Notwendigkeit, Integrierbarkeit und praktischen Nutzen auszuloten.

Untersuchungen zu psychodynamischen Interventionstechniken weisen auf ähnliche Schwierigkeiten hin. In einer Übersichtsarbeit zeigten Gumz et al. (2014), dass psychodynamische Techniken abstrakt und mehrdeutig beschrieben werden: Statt handlungsnah wurden Techniken eher auf der Ebene handlungsleitender Konzepte, Haltungen oder Einstellungen definiert. Von mehreren Autoren beschriebene Techniken waren uneinheitlich definiert. Insofern stößt auch die Operationalisierung psychodynamischer Techniken auf Hindernisse.

Im Fokus vorliegender Arbeit steht das Verständnis der Übertragungsdeutung. Die Übertragungsdeutung ist eine der am häufigsten genannten psychodynamischen Techniken (Brumberg et al. 2012, Gumz et al. 2014) und aus theoretischer Sicht zentral, da sie das psychodynamische Interesse am Übertragungsgeschehen mit dem psychodynamischen Prinzip der Deutung oder Interpretation verbindet. Die zentrale Stellung der Übertragungsdeutung begründet sich folgendermaßen (Müller-Pozzi 2002): Das psychotherapeutische Setting befördert die Darstellung des verinnerlichten Konflikts des Patienten in der Beziehung zum Therapeuten und macht ihn so der therapeutischen Arbeit zugänglich. Wie weiter unten deutlich werden wird, besteht jedoch wenig Klarheit darüber, was eine Übertragungsdeutung inhaltlich ausmacht.

Ergebnisse der Psychotherapieforschung

Die vorliegenden empirischen Ergebnisse zur Wirksamkeit von Übertragungsdeutungen sind uneinheitlich und sowohl für zuversichtlichere (Høglend 2014) als auch pessimistischere (Barber et al. 2014) Interpretationen offen. Zudem scheint die Frage nach einem Haupteffekt von Übertragungsdeutungen zu kurz zu greifen, da deren positiver oder negativer Effekt vermutlich von anderen klinischen und Prozessvariablen, wie dem Strukturniveau der Patienten oder der therapeutischen Allianz abhängt. So bezeichneten Gabbard et al. (1994) Übertragungsdeutungen als Intervention mit großem Risiko und Potential, deren Einsatz im Wissen um die möglichen Risiken zu erfolgen habe.

In der bisher aufwendigsten Studie (randomisierte Gruppenzuweisung, N = 100) untersuchten Høglend et al. (2006) die Wirksamkeit von psychodynamischer Therapie mit und ohne Übertragungsdeutungen. Auf der Ebene der Haupteffekte fand sich über verschiedene Outcomemaße und Messzeitpunkte kein Unterschied in der Wirksamkeit der beiden Therapien. Auf einer feineren Analyseebene fanden die Autoren entgegen ihrer a priori formulierten Hypothese eine bessere Wirkung von Übertragungsdeutungen bei Patienten mit geringerem Strukturniveau (Objektbeziehungsqualität), nicht jedoch bei Patienten mit besserem Strukturniveau. Erneut entgegen ihrer Erwartung fanden die Autoren weiter (Høglend et al. 2011), dass der förderliche Einfluss von Übertragungsdeutungen bei Patienten mit geringerem Strukturniveau insbesondere dann zu beobachten war, wenn die therapeutische Allianz geringer war. Insgesamt widersprechen die Befunde dieser Studie früher geäußerten Interpretationen, wonach Übertragungsdeutungen eher bei Patienten mit höherem Strukturniveau und im Kontext einer guten therapeutischen Allianz hilfreich seien.

Einer der Gründe für die Heterogenität der Forschungsbefunde könnten Unterschiede in der Definition der Übertragungsdeutung sein. Diese wurden in einer Übersichtsarbeit von Brumberg et al. (2012) nachgewiesen (siehe auch Hobson et al. 2005). In vielen Studien wurde zudem nicht zwischen verschiedenen Formen von Übertragungsdeutungen unterschieden.

Ziele dieses Beitrags

Dieser Beitrag verfolgt zwei Ziele: Erstens werden im Rahmen einer konzeptuellen Untersuchung des Begriffs der Übertragungsdeutung relevante Bedeutungsunterschiede herausgearbeitet und begrifflich in einer Typologie gefasst. Zweitens wird dargestellt, wie die Übertragungsdeutung von praktizierenden Therapeuten gesehen wird. Mithilfe der erarbeiteten Typologie werden die Ergebnisse einer Befragung ausgewertet und dargestellt. Beide Arbeiten verstehen sich als Beiträge zur Frage, inwieweit es sich bei der Übertragungsdeutung um ein einheitliches Konzept handelt.

Konzeptuelle Analyse des Begriffs der Übertragungsdeutung

Ausgangspunkt der konzeptuellen Analyse war die Frage „Welche Typologie von Übertragungsdeutungen lässt sich aus der Literatur ableiten?“ Zu deren Beantwortung wurde zunächst eine systematische Literatursuche in zwei Quellen durchgeführt: (1) Einschlägige klassische und Grundlagentexte (Freuds Schriften, deutsch- und englischsprachige Nachschlagewerke, deutschsprachige Lehrbücher) wurden mittels ihres Registers nach den Begriffen Übertragung, Deutung und Übertragungsdeutung (und den korrespondierenden englischen Begriffen) durchsucht. (2) Aktuelle theoretische Beiträge wurden mit den Suchbegriffen „Übertragungsdeut*“ und „transference interpret*“ in den

Datenbanken Embase, Psycinfo und Psynindex gesucht (Zeitraum 2002 bis 2012).

Literaturverzeichnisse relevanter Texte wurden nach weiteren relevanten Arbeiten durchsucht. Texte wurden in die Analyse eingeschlossen, wenn die Auseinandersetzung mit der Übertragungsdeutung ein Hauptfokus des Textes war. Insgesamt wurden neben Grundlagentexten 25 neuere Texte eingeschlossen.

Alle Abschnitte der gefundenen Texte zu Übertragungsdeutungen wurden gesichtet. Innerhalb der Abschnitte wurden Unterschiede der Verständnisse identifiziert und klassifiziert. Die Kategorisierung orientierte sich an Vorgehensweisen der qualitativen Inhaltsanalyse (für Details siehe Lorenz 2013). Es zeigte sich, dass eine Unterscheidung verschiedener Verständnisse der Übertragungsdeutung sich besonders gut am inhaltlichen Aspekt der Übertragungsdeutung (d.h. der Übertragung) festmachen lässt, während eine Differenzierung nach dem formalen Aspekt der Übertragungsdeutung (d.h. der Deutung) schwierig schien. Die Diskussion um das Verständnis der Deutung erschien zu komplex und zu wenig fassbar. Laut einer konzeptuellen Untersuchung von Sandler et al. (1992) zum Deutungsbegriff verstand die Mehrzahl der untersuchten Autoren die Deutung als jegliche Art der Bemerkung des Therapeuten zum Patienten, was die Schwierigkeit, dieses Konzept zu fassen, verdeutlichen dürfte.

Für die von uns entwickelte Typologie wurden Begriffe gewählt, die eine möglichst unmissverständliche Beschreibung des Inhalts der Intervention erlauben. Dabei wurde teilweise an terminologische Vorschläge anderer Autoren angeknüpft. Als Hauptkategorie verschiedener Varianten der Übertragungsdeutung wurde der Begriff Beziehungsinterventionen verwendet. Der Begriff wurde in Anlehnung an die Begriffe Beziehungsdeutungen (Crits-Christoph et al. 2002) und Fokussierung von Beziehungen

(Watzke et al. 2006) gewählt. Damit bildet der inhaltliche Bezug auf Phänomene in der Beziehung zweier Personen den äußeren Rahmen der gebildeten Typologie.

Für die Zielsetzung, eindeutige Bezeichnungen und eine eindeutige Systematik zu finden, die sich auch für die Operationalisierung in empirischen Studien eignen, erschienen drei inhaltliche Dimensionen bedeutsam, die sich inhaltsanalytisch in der theoretischen Literatur unterscheiden ließen: (1) Das Ziehen einer Parallele, (2) der Bezug auf die therapeutische Beziehung versus auf Außenbeziehungen und (3) der zeitliche Bezug (Gegenwart vs. Vergangenheit). Die Dimensionen werden in den folgenden Abschnitten beschrieben.

Das Ziehen einer Parallele

Die erste herausgearbeitete Dimension betrifft das Ziehen einer Parallele. In der klassischen Sicht ist der Kern des Übertragungskonzepts die Wiederholung der Vergangenheit in der Gegenwart. Entsprechend zielt die genetische Übertragungsdeutung darauf, eine Parallele zwischen der therapeutischen Beziehung und einer Beziehung zu einer vergangenen Bezugsperson zu ziehen. Während aus dieser monadisch-intrapsychischen Sichtweise der Übertragung gefragt wird, was im gegenwärtigen Erleben wiederholt wird, fügt die dyadisch-interpersonelle Sichtweise die Frage hinzu, was gerade im Moment geschieht. Diese Übertragungsdeutung im Hier und Jetzt bezieht sich primär auf das durch aktuelle Stimuli entstehende gegenwärtige Erleben (Herold et al. 2008) und kann auch ohne das Ziehen einer Parallele auskommen. Diese dyadisch-interpersonelle Auffassung der Übertragung beachtet auch den Einfluss des Therapeuten im Übertragungsgeschehen (Herold et al. 2008, Mertens 2004). Interpersonelle Orientierungen erkennen an, dass maladaptive Interaktionsmuster in die aktuelle Beziehung eingebettet sind, dort hergestellt

und aufrechterhalten werden, gehen jedoch weiterhin von einer Wiederholung und demnach einer intrapsychischen Realität aus (Herold et al. 2008, Hofmann 1983, Mertens 2009). Intersubjektive Orientierungen haben sich sehr weit vom ursprünglichen Übertragungsbegriff entfernt: Sie trennen nicht mehr scharf zwischen Realität und Übertragung bzw. einer abgrenzbaren intrapsychischen Welt, sondern gehen von einer gemeinsamen, sozial-konstruierten Realität aus, die durch gegenseitige, bewusste und unbewusste Beeinflussung in einer Beziehung geschaffen wird (Mertens 2009).

Bezug auf die therapeutische Beziehung versus auf Außenbeziehungen

Die zweite Dimension unterscheidet einen inhaltlichen Bezug auf die Beziehung zum Therapeuten und einen Bezug zu außertherapeutischen Beziehungen. Obwohl sich Übertragung seit Freud auf ein in allen Beziehungen vorkommendes Phänomen bezieht (Freud 1910, Thomä et al. 2006a), sind damit in der theoretischen Literatur meist Phänomene innerhalb der therapeutischen Beziehung gemeint (Wöller et al. 2010a). „Aus Gründen der Vereinfachung“ (Wöller et al. 2010a, S. 227) werden die Spezifizierungen Außen- und Binnen-Übertragung nicht verwendet. Eine andere Position vertritt Mertens (2004), welcher die Übertragungsdeutung weiter fasst und auch sogenannte „Außen-Übertragungsdeutungen“ einschließt, also Interventionen, die keinen Bezug zum Therapeuten enthalten. Übertragungsdeutungen werden dann als Interventionen beschrieben, die eine Parallele zwischen der Beziehung zu einer aktuellen Bezugsperson und einer Bezugsperson der Vergangenheit herstellen. Oder sie fokussieren darauf, „einen [aktuellen] interpersonellen Handlungszusammenhang ... aufzudröseln“ (Mertens 2009, S. 105) und zielen damit auf die Analyse einer außertherapeutischen Beziehung, ohne zwingend eine Parallele herzustellen.

Zeitlicher Bezug

Die dritte Dimension unterscheidet einen aktuellen versus historischen inhaltlichen Bezug. Der Begriff aktuell eignet sich, weil damit Bezüge auf gegenwärtige Beziehungen gefasst werden können, ohne zu implizieren, dass sich die Intervention auf die therapeutische Beziehung bezieht. Dadurch wird Abstand von dem weitverbreiteten Begriff des Hier und Jetzt genommen, der stark mit der therapeutischen Beziehung assoziiert ist. Der Begriff historisch wird verwendet, um Bezugnahmen auf bedeutsame vergangene Beziehungen zu beschreiben, wie z.B. auf frühere Bezugspersonen (Eltern oder auch Geschwister). Dieser Begriff ist gewählt worden, um den Begriff genetisch zu vermeiden, weil mit diesem eine Vorstellung der Entstehung von Phänomenen verbunden ist, diese Entstehung aber nicht prinzipiell auf die Vergangenheit beschränkt werden kann (vgl. den Begriff aktualgenetisch; Thomä et al. 2006b, S. 34).

Typologie

Mithilfe der drei Kategorien lassen sich sieben verschiedene Beziehungsinterventionen differenzieren, die jeweils in Teilen der gesichteten Literatur als Übertragungsdeutungen bezeichnet werden. Abbildung 1 gibt eine Übersicht über das Kategoriensystem. Beispielinterventionen aus der gesichteten Literatur finden sich in Tabelle 1.

Befragung zum Verständnis der Übertragungsdeutung

Um das Verständnis der Übertragungsdeutungen unter Praktikern zu untersuchen, führten wir im Rahmen der Erfurter Psychotherapiewochen 2010 und 2012 eine Therapeutenbefragung durch. Teilnehmern von A. Gumz' Vorträgen „Struktur und Konflikt

im therapeutischen Prozess“ bzw. „Intervenieren und Handeln im therapeutischen Prozess“ wurden gebeten, offen auf die Frage „Was verstehen Sie unter einer Übertragungsdeutung?“ zu antworten. Insgesamt erhielten wir Antworten von 80 Therapeuten. 67% der Therapeuten waren weiblich. Als therapeutische Orientierung gaben 80% psychodynamisch (große Mehrheit tiefenpsychologisch fundiert im Unterschied zu analytisch) und 15% verhaltenstherapeutisch an (vereinzelte Mehrfachantworten). 10% machten keine Angabe zu ihrer therapeutischen Orientierung. Therapeuten hatten im Mittel (Median) 9 Jahre therapeutische Erfahrung (range 0–38).

Auswertung der Antworten

Die offenen Antworten der Therapeuten wurden verschriftlicht und mittels des von uns entwickelten Kategoriensystems ausgewertet. Konkret schätzten zwei unabhängige Beurteiler jede Antwort auf den Kategorien (1) Parallele, (2) Bezug auf Therapie- oder Außenbeziehung und (3) zeitlicher Bezug ein. Mehrfachantworten waren möglich, d.h. die Antworten der Therapeuten konnten z.B. sowohl einen Bezug auf die Therapie- und Außenbeziehungen einschließen. Die prozentualen Übereinstimmungen über die verschiedenen Kategorien lag zwischen 79–91% (Übereinstimmungsmaß kappa 0,34–0,82),

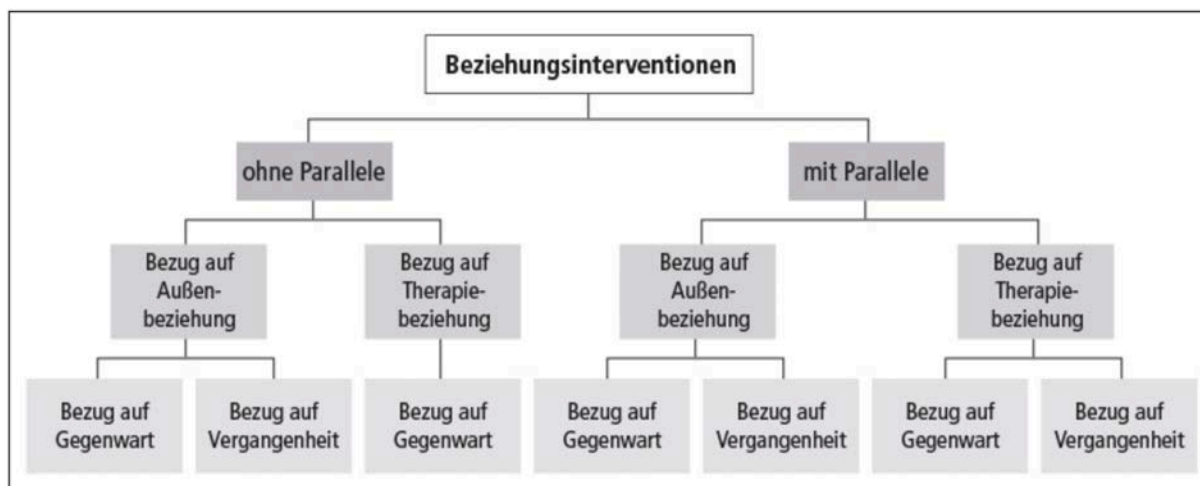


Abbildung 1. Typologie von Beziehungsinterventionen

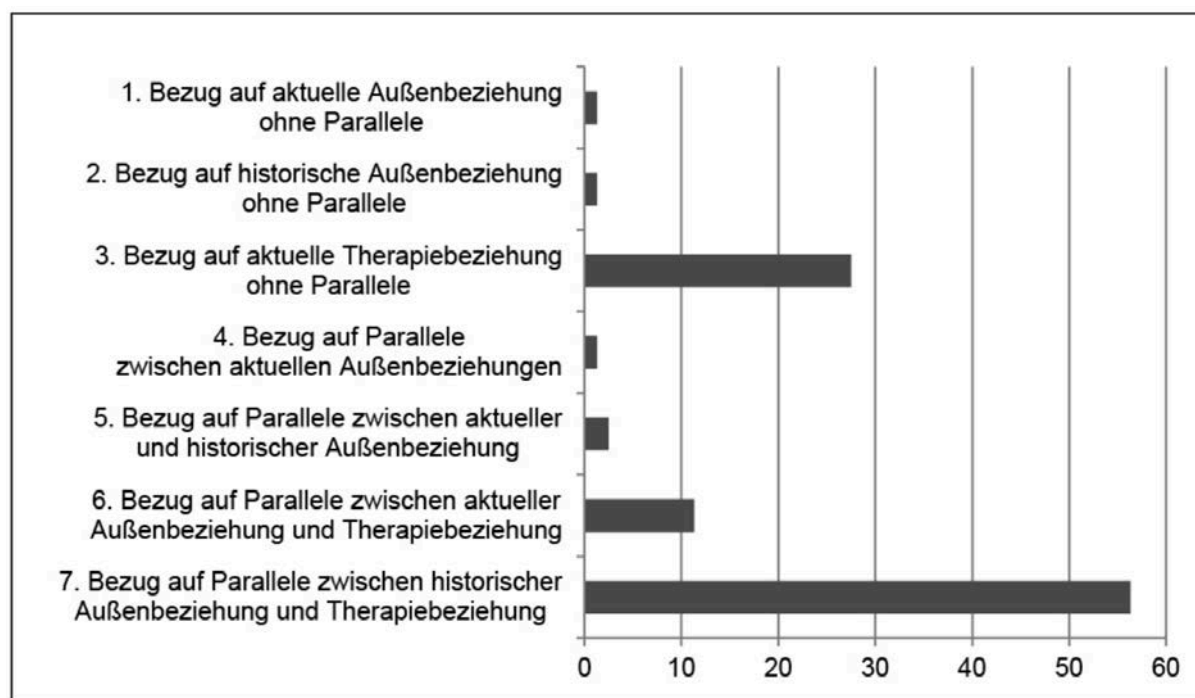


Abbildung 2. Zuordnung des von 80 Therapeuten explizit und spontan geäußerten Verständnisses der Übertragungsdeutung zu den Varianten der Beziehungsintervention in Prozent (Mehrfachnennungen möglich)

Tabelle 1. Sieben Varianten von Beziehungsinterventionen

Beziehungsintervention	Beispiel
1. Bezug auf aktuelle Außenbeziehung ohne Parallele	„Sie haben sich ja gleich verteidigt, als das Gespräch (mit ihrem Vorgesetzten) begann.“ (Körner 2011, S. 110)
2. Bezug auf historische Außenbeziehung ohne Parallele	„Sie müssen sich wegen des neuen Babys so gefühlt haben als ob Sie Ihre Mutter nicht mehr liebte. (Gill 1982, S. 19, Übers. d. Verf.)
3. Bezug auf aktuelle Therapiebeziehung ohne Parallele	„Es klingt so, als ob Ihr Gefühl für die Stärke unserer Verbindung... und dafür, wie sehr ich mich engagiere und für Sie da bin... stark schwankt“ (Safran et al. 2000, S. 189).
4. Bezug auf Parallele zwischen aktuellen Außenbeziehungen	„Ich höre Sie immer und immer wieder sagen, wenn Sie sich auf Ihre Partnerin oder andere Leute beziehen, dass ... Sie irgendwie, wenn Sie das Risiko auf sich nehmen und sich wirklich öffnen und sich behaupten, eins drüber kriegen und wieder niedergeknüppelt werden.“ (Crits-Christoph et al. 2002, S. 289, Übers. d. Verf.)
5. Bezug auf Parallele zwischen aktueller und historischer Außenbeziehung	„Sie fühlen sich gegenüber Ihrer Mitarbeiterin so, wie Sie sich früher gegenüber Ihrer Mutter gefühlt haben: unsicher, moralisch schlecht und minderwertig. Wie ein kleines Mädchen, dem die Mutter sagt: Du bist faul, Du tust nichts für mich.“ (Wöller et al 2010b, S. 183)
6. Bezug auf Parallele zwischen aktueller Außenbeziehung und Therapiebeziehung	„Ich merke, dass ich vorsichtig bin, um bei Ihnen nicht das Gefühl entstehen zu lassen, dass ich Sie zurückweise ... Ich könnte mir vorstellen, dass auch Ihre Freunde und Arbeitskollegen aus diesem Grund Ihnen gegenüber zurückhaltend sind.“ (Mertens 2009, S. 227)
7. Bezug auf Parallele zwischen historischer Außenbeziehung und Therapiebeziehung	„Ihre Auffassung, dass ich immer kritisch mit Ihnen bin, ist ziemlich ähnlich der, die Sie Ihrem Vater zuschreiben.“ (Gill 1982, S. 19, Übers. d. Verf.)

was als mäßig bis gute Übereinstimmung gewertet werden kann. Bei abweichenden Einschätzungen wurde eine Konsentsentscheidung getroffen.

Ergebnisse der Befragung

Bezüglich der drei inhaltlichen Dimensionen wurde das Ziehen einer Parallele in 61 Antworten (76,3%) angesprochen, während ein Verständnis ohne Parallele in 24 Antworten (30%) deutlich wurde. Deutliche Unterschiede fanden sich bezüglich der fokussierten Beziehung: 70 Therapeuten (87,5%) bezogen die Übertragungsdeutung auf das Erleben des Patienten in der therapeutischen Beziehung, während sie nur von 10 (12,5%) auf Außenbeziehungen bezogen wurde. In 50 Antworten (62,5%) wurde ein Bezug auf historisches Material deutlich. Alle Antworten (100%) wiesen einen aktuellen Bezug auf.

Von den sieben Beziehungsinterventionen war diejenige mit Bezug auf eine Parallele zwischen historischer Außenbeziehung und Therapiebeziehung (7. in Tab. 1) am häufigsten erkennbar (n = 45; 56,3%). Am zweithäufigsten (n = 22; 27,5%) wurde ein Bezug auf die aktuelle Therapiebeziehung (ohne Parallele) (3. in Tab. 1) genannt. Am dritthäufigsten (n = 9; 11,3%) der Bezug auf eine Parallele zwischen aktueller und historischer Außenbeziehung (6. in Tab. 1). Die vier anderen Beziehungsinterventionen waren in den Antworten der Therapeuten kaum ersichtlich (Abb. 2).

Diskussion

Die konzeptuelle und empirische Untersuchung des Begriffs der Übertragungsdeutung zeigte, dass es sich nicht um einen homogenen Begriff handelt; hierunter vielmehr klar unterscheidbare Interventionen gefasst sind. Die große Mehrheit der befragten Therapeuten stimmte darin überein, dass es sich auf die eine oder andere Weise

um eine „Exploration der Patient-Therapeut-Beziehung“ handelt, wie Høglend (2014) seinen Überblicksartikel zu Übertragungsarbeit betitelt. In der Theorie werden unter einer Übertragungsdeutung jedoch auch Interventionen verstanden, die sich auf das Erleben in Außen-Beziehungen beziehen. Es liegt nahe, die gefundene Vielfalt der Verständnisse auf technische Kontroversen der Psychoanalyse zurückzuführen (Mitchell et al. 1995): Sollte eher auf die Wiederholung der Vergangenheit oder die Auseinandersetzung mit dem Therapeuten (vor dem Hintergrund der Vergangenheit) fokussiert werden? Ist für die Wirksamkeit der Therapie eher Deutungs- oder Beziehungsarbeit relevant?

Die verschiedenen Varianten der Übertragungsdeutungen wurden in der bisherigen Forschung nicht ausreichend berücksichtigt. So differenzierten Høglend et al. (2004) in ihrer großen Studie zur Wirkung von Übertragungsdeutungen zwar verschiedene Varianten in ihrem Ratingmanual, fassten diese jedoch für die Analysen wieder zusammen, sodass sich keine Aussagen zu differenziellen Effekten treffen lassen. Dabei liegen zu möglichen differenziellen Effekten unterschiedlicher Beziehungsinterventionen bereits theoretische Annahmen und erste Befunde vor: So wird für die genetische Übertragungsdeutung angenommen, dass sich über sie einerseits Scham- und Angstgefühle senkende, kognitive Einsichten erzielen lassen (Mertens 2009), andererseits auch feindselige Interaktionen entstehen können, weil sich Patienten wegen der Vernachlässigung von Anteilen des Therapeuten am Beziehungsgeschehen nicht ernst genommen fühlen (Gill 1982, Mertens 2004, Piper et al. 1999, Thomä et al. 2006a). Für die Übertragungsdeutung im Hier und Jetzt hingegen wird angenommen, dass die offene Anerkennung der Anteile des Therapeuten und die gemeinsame Untersuchung des Erlebens in der therapeutischen Beziehung eine korrektive zwischenmenschliche Erfahrung vermitteln (Gill 1982, Mertens 2004, Safran et al. 2000, Thomä et al. 2006a). Außen-Übertragungsdeutungen wird einerseits eine

selbstwertstärkende, zu Therapiebeginn allianzfördernde, andererseits aber auf Dauer eine intellektualisierende, möglicherweise durch Unterforderung frustrierende Wirkung zugeschrieben (Mertens 2004, 2009).

Limitationen

Eine Limitation der erarbeiteten Typologie ist darin zu sehen, dass sie ausschließlich inhaltlich ausgerichtet ist und keine formalen Aspekte der Deutung beinhaltet. Zudem werden von ihr eine Reihe inhaltlicher Aspekte nicht aufgegriffen: Zum Beispiel könnte unterschieden werden, ob sich die Übertragungsdeutung auf Widerstands- und Abwehrphänomene bezieht oder ob sie im Zusammenhang mit einer gemeinsamen Erkundung eines Erlebensaspekts steht. Ebenso fehlt die Unterscheidung des topografischen Bezugs (bewusste/vorbewusste versus unbewusste Aspekte) der Intervention. Es sollte also unterstrichen werden, dass die vorgestellte Typologie unvollständig ist und sich auf einen Ausschnitt relevanter Gesichtspunkte beschränkt. Insofern wäre die Weiterentwicklung zu einer vollständigeren Systematisierung, die noch weitere Aspekte der Übertragungsdeutung berücksichtigt, wünschenswert.

Die Verallgemeinerbarkeit der von uns durchgeführten Befragung ist durch die fragliche Repräsentativität der befragten Therapeuten eingeschränkt. Die angegebenen Prozentangaben eignen sich vor allem dazu zu veranschaulichen, dass das Verständnis der Übertragungsdeutung auch unter Praktikern variiert. Als Anhaltspunkte für bestimmte theoretische Präferenzen in der Praxis eignen sie sich aus unserer Sicht weniger. Bezüglich der Befragungsmethodik ist anzumerken, dass diese weitgehend auf das spontan zugängliche Verständnis der Praktiker beschränkt ist. Eine intensivere Befragung, z.B. im Rahmen eines halbstrukturierten Interviews, könnte auch latente Verständnisse erfassen

und dadurch ein etwas anderes Bild ergeben. Möglich wäre auch gewesen, die Zustimmung zu den sieben Varianten direkt abzufragen, wogegen wir uns aber entschieden, um die individuellen Konzepte nicht durch Vorgaben zu beeinflussen.

Fazit

Während auf der Ebene der Theorieentwicklung Vieldeutigkeit und Elastizität von Begriffen wichtig ist und zu wertvollen Neuerungen führen kann, sind für die empirische Forschung eindeutige und beobachtungsnahe Begriffe essenziell (Fonagy 2002). Die erarbeitete Typologie kann in diesem Sinn dabei behilflich sein, Beziehungsinterventionen differenzierter zu unterscheiden und so einer vergleichenden Forschung zugänglich zu machen.

Danksagung

Wir danken Dr. Laurence Reuter für die Mithilfe bei der Datenauswertung.

Literatur

Barber JP, Muran JC, McCarthy KS, Keefe RJ (2014). Research on psychodynamic therapies.

In: Lambert MJ (Hrsg). Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change (6. Auflage). New York: Wiley.

Brumberg J, Gumz A (2012). Was sind Übertragungsdeutungen und wie wirken sie? Eine systematische Übersicht. Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie 58, 219–235.

- Crits-Christoph P, Gibbons MBC (2002). Relational interpretations. In: Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients. Norcross JC (Hrsg). Oxford: University Press.
- Fonagy P (2002). Reflections on psychoanalytic research problems – an Anglo-Saxon view. In: An open door review of outcome studies in psychoanalysis (2. rev. Aufl.). Fonagy P (Hrsg.). London: International Psychoanalytic Association.
- Freud S (1910). Über Psychoanalyse. In: Freud A, Bibring E, Hoffer W, Kris E, Isakower O, (Hrsg). Gesammelte Werke. Werke aus den Jahren 1909–1913. Frankfurt a.M.: Fischer.
- Gabbard GO, Horwitz L, Allen JG, Frieswyk S, Newsom G, Colson DB, Coyne, L (1994). Transference interpretation in the psychotherapy of borderline patients: A high-risk, high-gain phenomenon. *Harvard Review Psychiatry* 2, 59–69.
- Gill MM (1982). Analysis of Transference. Volume I: Theory and Technique. New York: International Universities Press.
- Gumz A, Horstkotte JK, Kästner D (2014). Das Werkzeug des psychodynamischen Psychotherapeuten. Verbale Interventionstypen aus theoretischer und aus der Praxis abgeleiteter Perspektive. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie* 60, 219–237.
- Herold R, Weiß H (2008). Übertragung. In: Mertens W, Waldvogel B (Hrsg). *Handbuch psychoanalytischer Grundbegriffe* (3. Aufl). Stuttgart: Kohlhammer.
- Hobson RP, Kapur R (2005). Working in the transference: Clinical and research perspectives. *Psychology and Psychotherapy* 78, 275–293.

- Hoffman IZ (1983). The patient as interpreter of the analyst's experience. *Contemporary Psychoanalysis*, 19, 389–422.
- Høglend P (2014). Exploration of the patient-therapist relationship in psychotherapy. *American Journal of Psychiatry*, 171, 1056–1066.
- Høglend P, Amlo S, Marble A, Bøgwald KP, Sørbye Ø, Cosgrove Sjaastad M, Heyerdahl O (2006). Analysis of the patient-therapist relationship in dynamic psychotherapy: An experimental study of transference interpretations. *American Journal of Psychiatry* 163, 1739–1749.
- Høglend P, Hersoug AG, Bøgwald KP, Amlo S, Marble A, Sørbye Ø, Røssberg JI, Ulberg R, Gabbard GO, Crits-Christoph P (2011). Effects of transference work in the context of therapeutic alliance and quality of object relations. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 79, 697–706.
- Körner J (2011). Deutungen. *Psychotherapeut* 56, 110–117
- Leuzinger-Bohleber M, Fischmann T (2006). What is conceptual research in psychoanalysis? *International Journal of Psychoanalysis* 87, 1355–1386.
- Lorenz AM (2013). Übertragungsdeutungen. Eine Typologie. Universität Leipzig: Unveröffentlichte Diplomarbeit.
- Mertens W (2004). Einführung in die psychoanalytische Therapie (Band 2, 3. Aufl). Stuttgart: Kohlhammer.
- Mertens W (2009). Psychoanalytische Erkenntnishaltungen und Interventionen. Schlüsselbegriffe für Studium, Weiterbildung und Praxis. Stuttgart: Kohlhammer.
- Mitchell SA, Black MJ (1995). Freud and beyond. A history of modern psychoanalytic thought. New York: Basic Books.

Müller-Pozzi H (2002). *Psychoanalytisches Denken* (3. Aufl). Bern: Huber.

Piper WE, Ogrodniczuk JS, Joyce AS, McCallum M, Rosie JS, O'Kelly JG, Steinberg, PI (1999).

Prediction of dropping out in time-limited, interpretive individual psychotherapy.

Psychotherapy Research 36, 114–122.

Safran JB, Muran JM (2000). *Negotiating the therapeutic alliance. A relational treatment*

guide. New York: Guilford.

Sandler J, Dare C, Holder A (1992). *The patient and the analyst. Basis of the psychoanalytic*

process. London: Karnac Books.

Thomä H, Kächele H (2006a). *Psychoanalytische Therapie. Grundlagen* (Band 1, 3. Aufl).

Heidelberg: Springer.

Thomä H, Kächele H (2006b). *Psychoanalytische Therapie. Praxis* (Band 2, 3. Aufl).

Heidelberg: Springer.

Watzke B, Koch U, Schulz H (2006). *Zur theoretischen und empirischen Unterschiedlichkeit*

von therapeutischen Interventionen, Inhalten und Stilen in psychoanalytisch und

verhaltenstherapeutisch begründeten Psychotherapien. *Psychotherapie*

Psychosomatik Medizinische Psychologie, 56, 234–248.

Wöller W, Kruse J (2010a). *Übertragungsphänomene erkennen. Die Diagnose von*

Übertragungsmanifestationen. In: Wöller W, Kruse J (Hrsg). *Tiefenpsychologisch*

fundierte Psychotherapie. Basisbuch und Praxisleitfaden (3. Aufl). Stuttgart:

Schattauer.

Wöller W, Kruse J, Albus C (2010b). *Von der Klärung zur Deutung. Einsichtsorientiertes*

Arbeiten. In: Wöller W, Kruse J (Hrsg). *Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie*.

Basisbuch und Praxisleitfaden (3. Aufl). Stuttgart: Schattauer.

Artikel 2¹

Munder, T., Schlipfenbacher, C., Toussaint, K., Warmuth, M., Anderson, T. & Gumz, A. (2019). Facilitative interpersonal skills performance test: Psychometric analysis of a German language version. *Journal of Clinical Psychology, 75*, 2273–2283.

¹ Das in der Arbeit untersuchte Tool und die dazugehörigen Videoclips wurden von Prof. Dr. med. Antje Gumz, Psychologische Hochschule Berlin, entwickelt und unterliegen ihren Urheber- und Nutzungs-/Verwertungsrechten.

Facilitative interpersonal skills performance test: Psychometric analysis of a German language version

Thomas Munder¹  | Carina Schlipfenbacher¹ | Kyra Toussaint¹ |
Mirjam Warmuth¹ | Timothy Anderson²  | Antje Gumz^{1,3}

¹Psychosomatik und Psychotherapie,
Psychologische Hochschule Berlin, Berlin,
Germany

²Department of Psychology, Ohio University,
Athens, Ohio

³Institut und Poliklinik für Psychosomatische
Medizin und Psychotherapie,
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf,
Hamburg, Germany

Correspondence

Thomas Munder, Psychologische Hochschule
Berlin, Am Köllnischen Park 2, 10179 Berlin,
Germany.
Email: t.munder@psychologische-hochschule.de

Abstract

Objective: This study aimed at a psychometric analysis of the Facilitative Interpersonal Skills (FIS) performance test, a test of therapist relational skills that has repeatedly been found to predict psychotherapy outcome. We investigated the reliability, unidimensionality, and convergent validity of a German language version and psychometrics relevant for repeated and short assessments.

Method: Thirty-nine trainee therapists took the FIS performance test and responded to self-report scales.

Results: Inter-rater agreement and internal consistency were high. The findings suggest that the FIS is a unidimensional scale. Correlations between the FIS and self-reported social skills, interpersonal problems, and working involvement were absent to low. FIS performance was independent from specific video stimuli and there was no indication of temporal effects.

Conclusions: The findings suggest that the FIS is robust and ready to be used in repeated assessments and in short form. Further conceptual clarification of the FIS is needed.

KEYWORDS

interpersonal skills, performance-based assessment, therapist effects

1 | BACKGROUND

One of the clearest findings of psychotherapy research in recent years is that therapists differ in their average effectiveness. These so-called therapist effects have been found consistently across different patient groups and clinical settings and have been estimated to account for approximately 5% of the variance in patient outcomes (see Johns, Barkham, Kellett, & Saxon, 2019, for a recent review). In contrast to this consistent support for the relevance of therapist effects, it is less clear which therapist characteristics are responsible for these effects (Heinonen & Nissen-Lie, 2019).

One therapist variable of interest for explaining such effects is therapists' interpersonal skills (also referred to as relational skills). On the one hand, interpersonal skills can be defined as capturing specific competences, such as empathy, positive regard, dealing with criticism, or repairing of alliance ruptures. On the other hand, they can be regarded as a "meta-competence" guiding the use of more specific techniques and responsively adapting their use to the current interpersonal context (Constantino, Boswell, Bernecker, & Castonguay, 2013; Hatcher, 2015). Interpersonal skills have been described as extending from the professional (e.g., having the knowledge and being trained in an empathic stance) to the personal realm (e.g., dealing with own interpersonal problems that might be triggered in the therapeutic interaction; Hill, Spiegel, Hoffman, Kivlighan, & Gelso, 2017).

One piece of evidence for the role of interpersonal skills comes from studies suggesting that therapists differ in their ability to establish a positive relationship with patients (Kivlighan, Gelso, Ain, Hummel, & Markin, 2015; Zuroff, Kelly, Leybman, Blatt, & Wampold, 2010). Using multi-level or one-with-many methodologies, these studies were able to differentiate the prognostic effect of therapists' and patients' contributions to the relationship (i.e., to separate between-therapist and within-therapist variability). In two recent studies, Zilcha-Mano et al. (Zilcha-Mano & Errázuriz, 2017; Zilcha-Mano et al., 2016) have uncovered heretofore unknown and indirect influences of therapists' ratings on the alliance-outcome relationship via clients in later sessions.

Further evidence for the importance of therapists' interpersonal skills has been derived from research on negative therapy processes (see Binder & Strupp, 1997, for a review) and, more recently, in research on ruptures in the therapeutic alliance (Eubanks, Muran, & Safran, 2018). Difficulties in the interpersonal process have been found to be linked with negative therapy outcomes, such as dropout (Eubanks et al., 2018), and to difficulties in therapists' interpersonal behavior (e.g., acting out of countertransference reactions; Hayes, Gelso, Goldberg, & Kivlighan, 2018) or in their internalized relationship models (Steel, Macdonald, & Schroder, 2018). Consequently, developing therapists' interpersonal abilities has been proposed as a priority for psychotherapy training; further, evidence suggests that such trainings are effective (Eubanks et al., 2018; Muran, Safran, Eubanks, & Gorman, 2018).

Finally, a group of four studies has provided direct evidence for a link between therapists' interpersonal skills and patient outcomes. Instead of using self-report measures, these studies used performance tests of therapists' interpersonal skills. In a first study, Anderson, Ogles, Patterson, Lambert, and Vermeersch (2009) developed a set of brief video clips of difficult situations with clients and asked 25 therapists from a university counseling center to respond to each situation in a way clients might find helpful. Therapists' recorded responses were then judged by independent observers on common therapist characteristics (e.g., warmth/positive regard, hopefulness, empathy, and alliance bond capacity). The mean of these ratings was referred to as therapist facilitative interpersonal skills (FIS). Therapists' FIS scores were related to outcome data of 1,141 patients treated by these therapists. Using multi-level modeling, FIS was found to be the sole predictor of patient outcome in an analysis including therapist age and therapists' self-rated social skills and accounted for 24% of the variance in patient outcomes. Two further studies by the same research team corroborated these results: Anderson, McClintock, Himawan, Song, and Patterson (2016) asked 44 trainee therapists in the preclinical phase of graduate training to take the FIS and followed them prospectively as they started to treat 117 patients. Again, FIS scores significantly predicted patient outcomes, with patients of higher FIS therapists having more symptom change than patients of lower FIS therapists. In this study, therapists' FIS scores correlated substantially with their self-assessed social skills, possibly suggesting that therapists did have some sense of their FIS. However, as in Anderson et al. (2009), self-assessed

social skills did not predict client outcome. Anderson, Crowley, Himawan, Holmberg, and Uhlin (2016) experimentally manipulated therapist FIS by screening high and low FIS therapists (graduate students in either clinical psychology or in nonpsychological areas) using the FIS performance test and self-assessed social skills. Forty-five patients were randomized to a high or low FIS therapist and received seven sessions of therapy. Patients of high FIS therapists had consistently better outcomes than patients of low FIS therapists. Again, FIS scores were positively related to self-assessed social skills. In the fourth study by Schöttke, Flückiger, Goldberg, Eversmann, and Lange (2017), independent raters judged the interpersonal competence of beginning trainee therapists on the basis of their behavior in a group discussion. Trainee therapists' interpersonal competence significantly predicted their patients' outcome in the clinical phase of their training. Despite some limitations—only one study used an experimental design, three studies were conducted by the same research team—the results of these studies provide support for the relevance of performance-based assessment of relational skills for psychotherapy research.

Although existing studies used performance-based assessments of relational skills to predict patient outcome, these measures might also be interesting as outcome measures in the context of training research. For example, the FIS could be used to measure therapists' relational skills before and after trainings, such as AFT. Further psychometric work is needed to accomplish this, however. For the FIS, Anderson et al. (Anderson, Crowley et al., 2016; Anderson et al., 2009; Anderson, McClintock et al., 2016) reported on generally high internal consistency of FIS items, adequate levels of inter-rater agreement, and inconsistent relations with self-assessed social skills. However, to date, no analyses have focused on the psychometric characteristics of the FIS stimulus clips. For example, one might investigate whether or not stimulus clips vary in their levels of difficulty (i.e., if participants have significantly lower FIS scores when responding to some clips as compared to other clips) and whether or not clips are unidimensional (i.e., can be believed to measure the same competence).

The present study had two broad objectives: First, we looked at basic psychometric properties of a German language version of the FIS. Specifically, we analyzed reliability (i.e., inter-rater agreement and internal consistency), unidimensionality, convergent validity (i.e. associations with self-rated social skills, interpersonal problems, and working involvement), and the interpersonal characteristics of the adapted stimulus clips (including a comparison with stimulus clips of the current English language version). Second, we looked at psychometric aspects relevant for modified usage of the FIS test in repeated assessments or in a shortened form. Specifically, we analyzed the difficulties of FIS stimulus clips, possible effects of stimulus clips' interpersonal content, possible learning or fatigue effects, and the minimum number of clips needed for adequate reliability.

2 | METHODS

2.1 | Participants

2.1.1 | Trainee therapists

Thirty-nine trainee therapists were recruited through emails and leaflets at two large psychotherapy training institutions in Berlin, Germany; both offering training in cognitive-behavioral therapy and psychodynamic therapy. Participation was voluntary and anonymous. Therapists were between 24 and 47 years old ($Mdn = 33$) and 29 identified as female (74.4%) and 10 as male (25.6%). Ten therapists were enrolled in cognitive-behavioral training (25.6%), 28 in psychodynamic training (71.8%), and one person was without specification (2.6%). Length of professional experience ranged from 0 to 6 years ($Mdn = 2.2$).

2.1.2 | Coders of stimulus clips

A sample of 15 non-psychologists was used to rate the interpersonal impact of stimulus clips. These coders were between 32 and 81 years old ($Mdn = 43$); eight were identified as female (53.3%) and seven as male (46.3%). Eleven

coders (73.3%) had a bachelor-level or higher university degree. These coders were not used to code trainee therapists' responses (see below).

2.2 | Measures

2.2.1 | FIS performance test (Anderson & Patterson, 2013; Anderson et al., 2009)

As briefly described above, the test asks participants to respond in a helpful fashion to several video stimulus clips simulating challenging therapy situations (see Anderson et al., 2009; Anderson, McClintock et al., 2016, for more details). Challenging situations cover all quadrants of the interpersonal circumplex (IPC), that is, clips vary in terms of affiliation as well as in terms of dominance. Audio recordings of participant responses are coded using a coding manual describing eight different FIS domains: (a) verbal fluency; (b) hope and positive expectations; (c) persuasiveness; (d) emotional expression; (e) warmth, acceptance, and understanding; (f) empathy; (g) alliance bond capacity; and (h) alliance rupture-repair responsiveness. Each domain is rated on a 5-point Likert scale ranging from 1 (*not characteristic*) to 5 (*extremely characteristic*). For each domain and each scale point, specific rating instructions are given in the manual (Anderson & Patterson, 2013). Previous research (Anderson, Crowley et al., 2016; Hill et al., 2016) has demonstrated high intercorrelation of FIS domains (Cronbach's alpha > .95).

2.2.2 | Impact message inventory - Circumplex version (IMI-C; Kiesler & Schmidt, 2006; German language version; Caspar, Berger, Fingerle, & Werner, 2016)

The IMI-C is a questionnaire on the basis of the circumplex model of interpersonal behavior and was included to assess IPC locations of stimulus clips. The IMI-C captures "distinctive internal reactions, referred to as impact messages" (Kiesler & Schmidt, 2006, p. 1) to interpersonal behaviors. It contains 64 items, from which we calculated the IPC dimensions affiliation and dominance (Kiesler & Schmidt, 2006, p. 12). Scott Mimnaugh, New School for Social Research, New York, NY, provided us with affiliation and dominance scores for the original stimulus clips (unpublished data).

2.2.3 | Inventory of interpersonal problems (IIP-D; Horowitz, Alden, Kordy, & Strauß, 2000)

The German version of the IIP was used to assess interpersonal problems and difficulties of participating therapists. The IIP-D has 64 items and, like the IMI-C, is based conceptually on the IPC. Participants respond on a 5-point Likert scale. The items are grouped into eight subscales within the IPC. Scores for affiliation and dominance are computed for each participant using the scores and angles of the eight IIP-subcales.

2.2.4 | Therapeutic working involvement scales (TWIS; Orlinsky & Rønnestad, 2005)

The TWIS is a self-report questionnaire measuring therapists' current working experience along the dimensions of healing involvement (HI) and stressful involvement (SI). The TWIS scales are based on extensive factor analytic work using data from more than 4,000 therapists. The HI domain captures the extent to which therapists experience their work as committed, effective, connected, and competent. The SI domain captures the extent to which therapists experience difficulties in their work, tend to avoid it, and are confronted with negative feelings such as anxiety or boredom. The HI and SI domains are considered conceptually independent; empirically, small negative correlations have been found (Orlinsky & Rønnestad, 2005).

2.2.5 | Social skills inventory (SSI; Riggio, 2002)

The SSI is a self-report measure assessing self-descriptions of social competence. The SSI consists of 90 items capturing six aspects of social competence (emotional expressivity, emotional sensitivity, emotional control, social expressivity, social sensitivity, and social control) using a 5-point scale. The SSI was used as a measure of self-rated social skills in previous FIS studies by Anderson et al. (2009); Anderson, Crowley et al. (2016); Anderson, McClintock et al. (2016).

2.3 | Procedure

2.3.1 | German translation of FIS rating manual (Anderson & Patterson, 2013)

The FIS rating manual was translated into German independently by three masters-level psychologists who then discussed differences and constructed a consensus. Translation of key terms was discussed in a consensus discussion involving all authors. The consensus version was verified by two doctoral-level researchers and translation problems were discussed with Timothy Anderson, one of two authors of the original FIS manual. Finally, an independent group of masters-level psychologists provided feedback on the comprehensibility of the manual. The translated manual is available from Antje Gumz (a.gumz@psychologische-hochschule.de).

2.3.2 | Adaptation of FIS stimulus clips and development of additional clips

All nine stimulus clips of the most recent version of the FIS (FIS English v.2, 2016, fisresearch.com) were adapted. Volunteer actors matched in age and gender were recruited for each clip. Correct understanding of the clips' interpersonal content was established with all actors in an individual meeting. Four additional scenes with typical challenging therapy incidents were developed for the purpose of providing a sufficient number of clips for repeated measurement. In total, 13 stimulus clips were recorded with a professional camera team. Each clip starts with a short presentation of the patient. All portrayed patients are in outpatient therapy. Six patients are female, seven male. The clinical problems include depression, burnout, relationship problems, professional issues, and somatization. Examples of the challenging situations portrayed included dissatisfaction with treatment, flirting, hopelessness, passive-aggressive behavior, self-criticism, and feeling left alone by the therapist. Clip duration ranged from 0:28 to 1:50 min. The German language stimulus clips can be made available for research by Antje Gumz (a.gumz@psychologische-hochschule.de).

2.3.3 | FIS administration

After filling out the IIP, SSI, TWIS, and a socio-demographic questionnaire, trainee therapists were individually presented with all 13 stimulus clips in random order and asked to give an answer to the patients in the clip that he or she might find helpful. Answers were audio recorded.

2.3.4 | FIS rating

Six masters-level psychologists and one doctoral-level researcher were used as raters. Rater training consisted of extensive discussion of the rating manual and independent rating of three sets of responses followed by discussion (the first two sets of responses were only used in training). Rater training was discontinued when intraclass correlations (ICC, see below for the type used in this study) signaled fair rater agreement. About every 2 weeks, raters met for a calibration meeting, during which difficult responses were discussed. All responses of trainee therapists were coded independently by three raters. Calibration meetings did not compromise the independence of codings. All responses by each therapist were coded separately and aggregated into one score for the first part

of the analyses (analysis of the German language FIS). Aggregate scores of the three raters were used for all analyses except for analyses of inter-rater agreement.

2.3.5 | Statistical analyses

One-way, absolute agreement type ICCs were used to analyze the inter-rater agreement. This type of ICC accounts for differences in the mean and the profiles of ratings. We calculated ICCs for single and average measures. Because multiple raters are used for coding procedures like the FIS, average measure ICCs are most informative about coding quality. The following cutoffs were used for the interpretation of ICCs (Fleiss, Levin, & Paik, 2013): <0.40 = poor, 0.40–0.59 = fair, 0.60–0.74 = good, and 0.75–1.00 = excellent. For analyzing internal consistency and unidimensionality of FIS domains and stimulus clips, we calculated Cronbach's alpha, average item correlations (AIC), and the range of individual inter-item correlations (IIC; see Clark & Watson, 2019). A Cronbach's alpha of .80 or more is regarded as adequate internal consistency; AICs and IICs should be 0.15 or more for a scale to be regarded as unidimensional (Clark & Watson, 2019). FIS differences between trainee therapists and possible effects of individual stimulus clips and clip position were investigated using a three-way cross-classified model (Leckie, 2013). This type of model is suitable for nonhierarchical relationships between factors, that is, when factors are crossed and not nested. Therapists, stimulus clips, and clip positions were modeled as random effects and variance explained for each of these three factors was calculated. IPC characteristics of stimulus clips (centered IMI-based affiliation and dominance scores) were added as a fixed effect to investigate possible relations between FIS and IPC characteristics of stimuli. Models were estimated using maximum likelihood estimation assuming an identity covariance structure. STATA 15.0 was used for all analyses.

3 | RESULTS

3.1 | Inter-rater agreement and internal consistency of the German language FIS rating

Three independent raters coded trainee therapists' responses using the adapted FIS manual (see Table 1). Average ICCs for individual FIS domains ranged from 0.51 for verbal fluency to 0.80 for rupture-repair responsiveness and hope and positive expectations, thus being in the range of fair to excellent inter-rater agreement. Verbal fluency was the only domain with an average ICC in the fair range. The average ICC for the FIS total score was 0.81, with

TABLE 1 Descriptive statistics, inter-rater agreement and internal consistencies for FIS domains and total score

FIS domain	M	SD	ICC single measure			ICC average measure			r^a
			estimate	95% CI		estimate	95% CI		
Verbal fluency	3.64	0.32	.26	.06	.47	.51	.16	.72	.56
Hope and positive expectations	3.43	0.33	.56	.38	.72	.79	.65	.88	.89
Persuasiveness	3.53	0.39	.56	.38	.72	.79	.65	.88	.87
Emotional expression	3.62	0.38	.51	.32	.68	.76	.59	.86	.84
Warmth, acceptance, and understanding	3.65	0.36	.49	.31	.67	.75	.57	.86	.90
Empathy	3.37	0.41	.54	.35	.70	.78	.62	.87	.77
Alliance bond capacity	3.57	0.37	.54	.36	.71	.78	.63	.88	.89
Alliance rupture-repair responsiveness	3.32	0.48	.57	.40	.73	.80	.66	.89	.83
FIS total score	3.52	0.33	.58	.41	.73	.81	.67	.89	.95

Abbreviations: FIS, facilitative interpersonal skills performance test; ICC, intraclass correlation. ICCs are on the basis of three independent FIS ratings, averaged across reactions to 13 FIS stimulus clips.

^a r denotes item-rest-correlation of the respective FIS domain and Cronbach's alpha for FIS total score core.

the whole 95% confidence interval being in the range of good to excellent inter-rater agreement (see Table 1). Difficulties of FIS domains ranged between 3.32 for alliance rupture-repair responsiveness and 3.65 for warmth, acceptance, and understanding (see Table 1). The internal consistency of the FIS total score was high (Cronbach's alpha = .95), with item-rest correlations ranging from 0.56 for verbal fluency to 0.90 for the warmth, acceptance, and understanding (see Table 1). An AIC of 0.71 and IICs ranging from 0.24 to 0.92 suggested unidimensionality of FIS domains.

For descriptive purposes, we also looked at FIS differences between trainee therapists. Therapist average FIS was 3.51 (see Table 1), ranging from 2.63 to 4.09. Fifty percent of trainees had an FIS score of 3.52 or more. This means that the majority of therapists were found to exhibit at least an average level of interpersonal skills (FIS = 3) but rarely higher than 4. Thus, it seems that therapists in our sample did not show extreme differences in their interpersonal skills. However, in the three-way cross-classified model with therapist, stimulus clip, and clip position as random effects, therapists accounted for 50.0% (95% CI [31.1%, 80.4%]) of the variance in FIS total scores, suggesting reliable differences across therapists.

3.2 | Convergent validity: Correlates of FIS

Table 2 shows intercorrelations of trainees' self-reported social skills, interpersonal problems, and work involvement, with FIS performance. Despite the conceptual overlap of the FIS with the administered self-report scales, there were no significant relations between FIS and other variables. A trend emerged for therapists who described more dominance in interpersonal behavior: They tended to perform more poorly on the FIS. Self-reported social skills (SSI) correlated with self-reported dominance (IIP dominance) and self-reported HI. Self-reported presence of interpersonal problems (IIP total) was related to more SI. FIS performance was not associated with years of experience, gender, type of training, age, or family status (data not shown).

3.3 | IPC characteristics of stimulus clips and comparison with current English language FIS

The 13 stimulus clips were scattered along the affiliation and dominance dimensions (affiliation: $M = -0.20$, $Mdn = 0.04$, $SD = 0.90$, range = $-2.03, 1.01$, dominance: $M = -1.15$, $Mdn = -1.83$, $SD = 2.84$, range = $-4.14, 3.74$). Of the 13 stimulus clips, one was located in the friendly-dominant quadrant of the IPC, five in the friendly-submissive quadrant, six in the hostile-submissive quadrant, and one in the hostile-dominant quadrant. Comparing the nine clips adapted with those of the current English language FIS version suggested significant and substantial

TABLE 2 Correlations of FIS and therapist self-reports of interpersonal characteristics

Instrument	FIS		IIP-AFF		IIP-DOM		IIP total		SSI		TWIS-HI	
	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>
IIP-AFF	.10	.56										
IIP-DOM	-0.29	.08	-0.16	.34								
IIP total	.04	.82	.19	.24	-0.16	.34						
SSI	-0.14	.40	.17	.31	.45	.00	-0.25	.12				
TWIS-HI	-0.08	.65	.22	.18	.12	.47	-0.28	.09	.44	.01		
TWIS-SI	.13	.43	.21	.20	-0.24	.15	.38	.02	.08	.64	-0.08	.61

Abbreviations: FIS, facilitative interpersonal skills performance test; IIP-AFF, inventory of interpersonal problems affiliation index; IIP-DOM, inventory of interpersonal problems dominance index; SSI, social skills inventory; TWIS-HI, therapeutic working involvement scales healing involvement subscale; TWIS-SI, therapeutic working involvement scales stressful involvement subscale.

correspondence (individual ICCs from two-way random-effects model with absolute agreement, for affiliation: ICC = 0.70, 95% CI 0.17, 0.92, $p = .011$; for dominance: ICC = 0.58, 95% CI $-0.05, 0.88$, $p = .041$). Six stimulus clips were located in the same quadrant as the original clip and three were located in a different quadrant. Two of the discrepantly located clips were originally located in the hostile-dominant quadrant, whereas the adapted clips were located in the hostile-submissive and the friendly-submissive quadrant, respectively. The third discrepant clip was originally located in the hostile-submissive quadrant, whereas the adapted clip was located in the friendly-submissive quadrant. There was a tendency for adapted clips to be less hostile and more submissive (nonsignificant $ps > .29$ from independent t test).

3.4 | Possible effects of stimulus clips and clip position

To gauge the comparability of the 13 stimulus clips, we looked at their potential differences in difficulty and their internal consistency. Difficulties ranged between 3.38 and 3.64 and ANOVA suggested no significant difference between stimulus clips ($F = 1.70$, $df = 12$, $p = .064$). Stimulus clips accounted for 3.1% (95% CI 1.0%, 9.2%) of the variance in the three-way cross-classified model. Internal consistency for the 13 stimulus clips was high (Cronbach's alpha = .94) and item-rest correlations for individual clips ranged from 0.64 to 0.80. AIC of 0.56 and IICs ranging from 0.33 to 0.71 suggested unidimensionality of FIS stimulus clips. Stimulus clips' IMI affiliation and dominance scores did not predict participants' FIS ($ps \geq .44$), suggesting that IPC characteristics of stimuli did not impact on FIS. Similarly, we looked into potential effects of time (i.e., possible effects of training or of lack of motivation). There was no evidence from repeated ANOVA for FIS total scores increasing with time ($F = 1.69$, $df = 12$, $p = .066$). In line with this, clip position accounted for only 0.3% (95% CI 0.0%, 13.2%) of the variance in FIS outcomes in the three-way.

3.5 | Cronbach's alpha for different number of stimulus clips

We also wanted to explore the possible reliability of shortened FIS tests with less than 13 stimulus clips (or less than the nine original stimulus clips). Thus, we calculated Cronbach's alpha for tests consisting of two to 12 clips. Because there are many different possible combinations of stimulus clips for each test length, we randomly selected 100 combinations of clips for each test length and report median alphas. Median alpha coefficients ranged from .73 for tests consisting of two clips to .94 for tests consisting of 12 clips (see Table 3). Alphas $> .80$ were found for all tests with four clips or more and lower bounds of 95% CIs $> .80$ were found for all tests with six clips or more.

4 | DISCUSSION

Investigating the psychometric properties of a German language version of the FIS, this study found high internal consistency and high item-rest correlations for the eight FIS domains, suggesting that these items assess highly related phenomena. This result is consistent with previous studies (Anderson et al., 2009; Anderson, McClintock et al., 2016) and suggests the FIS total score can be regarded as a unidimensional scale. In line with previous studies (Anderson et al., 2009; Anderson, McClintock et al., 2016), three independent raters achieved sufficient agreement supporting both item operationalization in the FIS manual and training procedures used. Thus, it seems that the FIS allows for reliable measurement when diligent procedures are used. Individual measure intraclass correlations suggested that ratings using only one or two raters would have yielded insufficient reliabilities.

Correlations of FIS scores with therapist self-report of similar and related constructs were absent to small and nonsignificant, whereas self-report scales related meaningfully with each other. This picture of little association between FIS and self-report scales was surprising, given the conceptual overlap and also given the

TABLE 3 Cronbach's alpha for different numbers of stimulus clips

Number of stimulus clips	Cronbach's alpha	95% Confidence interval ^a	
		Lower bound	Upper bound
2	.73	.46	.86
3	.79	.62	.89
4	.83	.71	.90
5	.86	.76	.92
6	.88	.81	.93
7	.90	.83	.94
8	.91	.85	.95
9	.92	.87	.95
10	.93	.88	.96
11	.93	.89	.96
12	.94	.90	.96
13	.94	.91	.96

^aNonparametric bootstrap confidence intervals.

findings of some previous studies (Anderson, Crowley et al., 2016; Anderson, McClintock et al., 2016). Thus, our results are more in line with Hill et al.'s (2016) investigation of 191 undergraduate students in helping skill training: In this study, students' FIS showed little associations with self-rated correlates of interpersonal skills (empathy, natural helping inclinations, helping experiences). One possible explanation for this weak link between FIS and self-reported interpersonal skills is method variance, that is, a strong influence of measurement method on correlations. However, it is unlikely that method variance accounts for the whole phenomenon. Another possible explanation is that an existing association between performance-based and self-rated assessments remains undetected because of a restriction of range in participants' FIS scores (the large majority of trainees performed above average on the test). Further, performance measures might assess aspects of therapists' interpersonal behavior that are not picked up by self-report measures. Healthcare providers' difficulties in accurately assessing their strength and weaknesses are a recurring finding in psychotherapy research (Brosan, Reynolds, & Moore, 2008; Walfish, McAlister, O'Donnell, & Lambert, 2012). Finally, the constructs assessed by the FIS and by self-report scales might be less close than speculated. For example, FIS might be related more closely to constructs like emotion regulation in training or high evaluation situations than to social skills.

Analyses on the level of FIS stimulus clips suggested that FIS scores varied mostly as a result of therapist differences rather than as a result of differences between stimulus clips or the positioning of clips. This finding suggests stimulus clips are similar in terms of their difficulty; therefore, FIS testing might be conducted with subsets of stimulus clips, for example, in the context of repeated assessments. Using shortened FIS tests is further supported by our finding of sufficient reliabilities with four to six stimulus clips. Clip position lacked influence, suggesting that training effects and fatigue might not be a concern. Interpersonal characteristics of stimulus clips were not related to how skillful therapists were in their responses. This came as a surprise, as we assumed that dominant and hostile client behavior poses the greatest challenge to therapists (e.g., Binder & Strupp, 1997). One explanation might be that encounters with hopeless and submissive patients are equally challenging for therapists. However, it is also possible that the trainees in our sample were challenged most by having to respond in a helpful way while having little clinical experience.

4.1 | Limitations

Some of the findings discussed above might have been influenced by our limited sample size. For example, the small to absent relations we found between self-report scales, IPC characteristics and FIS, respectively, might be specific to this sample. Clearly, replication studies are necessary to determine the robustness of our findings. Another obvious limitation is that our study did not report on client outcome. Although evidence for the prognostic validity of the English language FIS is accumulating, a similar investigation is also needed for versions in other languages. This would also be relevant in terms of an independent replication of previous findings on the prognostic validity of the FIS.

4.2 | Conclusion

Our development and the first application of a German language FIS version demonstrated adequate reliabilities and suggest that this FIS version can be used in further investigations. Interestingly, therapists' FIS scores were unrelated to their self-report of similar constructs. This finding calls for further conceptual work on the similarities and differences of FIS with concepts, such as relational expertise (Hill et al., 2017), responsiveness (Hatcher, 2015), or emotion regulation. This study was the first to investigate the FIS at the level of stimulus clips. Finding similar difficulties for all stimulus clips and no effects of clip position suggests that the FIS can be used for repeated assessments using distinct sets of stimulus clips. Further studies should aim at further replicating the prognostic validity of the FIS in different settings and at exploring its potential as an outcome measure of therapist training.

ACKNOWLEDGMENTS

We thank Johannes Zimmermann, Universität Kassel, Germany, for invaluable statistical advice; Lena Schestag and Judith Weinreich, Psychologische Hochschule Berlin, Germany, for their involvement in codings; Scott Mimnaugh, New School for Social Research, New York, NY, for sharing data.

ORCID

Thomas Munder  <http://orcid.org/0000-0002-0996-512X>

Timothy Anderson  <http://orcid.org/0000-0001-7224-2728>

REFERENCES

- Anderson, T., Crowley, M. E. J., Himawan, L., Holmberg, J. K., & Uhlin, B. D. (2016). Therapist facilitative interpersonal skills and training status: A randomized clinical trial on alliance and outcome. *Psychotherapy Research, 26*, 511–529.
- Anderson, T., McClintock, A. S., Himawan, L., Song, X., & Patterson, C. L. (2016). A prospective study of therapist facilitative interpersonal skills as a predictor of treatment outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 84*, 57–66.
- Anderson, T., Ogles, B. M., Patterson, C. L., Lambert, M. J., & Vermeersch, D. A. (2009). Therapist effects: Facilitative interpersonal skills as a predictor of therapist success. *Journal of Clinical Psychology, 65*, 755–768.
- Anderson, T., & Patterson, C. (2013). *Facilitative interpersonal skill task and rating method*. Ohio University, Athens, OH: Unpublished rating manual.
- Binder, J. L., & Strupp, H. H. (1997). "Negative process": A recurrently discovered and underestimated facet of therapeutic process and outcome in the individual psychotherapy of adults. *Clinical Psychology: Science and Practice, 4*, 121–139.
- Brosan, L., Reynolds, S., & Moore, R. G. (2008). Self-evaluation of cognitive therapy performance: Do therapists know how competent they are? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 36*, 581–587.
- Caspar, F., Berger, T., Fingerle, H., & Werner, M. (2016). Das deutsche IMI. *PiD - Psychotherapie im Dialog, 17*(4), e1–e10.
- Clark, L. A., & Watson, D. (2019). Constructing validity: New developments in creating objective measuring instruments. *Psychological Assessment*, <https://doi.org/10.1037/pas0000626>. Advance Online Publication.

- Constantino, M. J., Boswell, J. F., Bernecker, S. L., & Castonguay, L. G. (2013). Context-responsive psychotherapy integration as a framework for a unified clinical science: Conceptual and empirical considerations. *Journal of Unified Psychotherapy and Clinical Science*, 2, 1–20.
- Eubanks, C. F., Muran, J. C., & Safran, J. D. (2018). Alliance rupture repair: A meta-analysis. *Psychotherapy*, 55, 508–519.
- Fleiss, J. L., Levin, B., & Paik, M. C. (2013). *Statistical methods for rates and proportions*. Hoboken, NJ: Wiley.
- Hatcher, R. L. (2015). Interpersonal competencies: Responsiveness, technique, and training in psychotherapy. *American Psychologist*, 70, 747–757.
- Hayes, J. A., Gelso, C. J., Goldberg, S., & Kivlighan, D. M. (2018). Countertransference management and effective psychotherapy: Meta-analytic findings. *Psychotherapy*, 55, 496–507.
- Heinonen, E., & Nissen-Lie, H. A. (2019). The professional and personal characteristics of effective psychotherapists: A systematic review. *Psychotherapy Research*, 1–16. <https://doi.org/10.1080/10503307.2019.1620366>. Advance Online Publication.
- Hill, C. E., Anderson, T., Kline, K., McClintock, A., Cranston, S., McCarrick, S., ... Gregor, M. (2016). Helping skills training for undergraduate students: Who should we select and train? *The Counseling Psychologist*, 44, 50–77.
- Hill, C. E., Spiegel, S. B., Hoffman, M. A., Kivlighan, D. M., Jr., & Gelso, C. J. (2017). Therapist expertise in psychotherapy revisited. *The Counseling Psychologist*, 45, 7–53.
- Horowitz, L. M., Alden, L. E., Kordy, H., & Strauß, B. (2000). *Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme: Deutsche Version (IIP-D) [Inventory of Interpersonal Problems: German versions (IIP-D)]*. Weinheim, Germany: Beltz.
- Johns, R. G., Barkham, M., Kellett, S., & Saxon, D. (2019). A systematic review of therapist effects: A critical narrative update and refinement to review. *Clinical Psychology Review*, 67, 78–93.
- Kiesler, D. J., & Schmidt, J. A. (2006). *Manual for the Impact Message Inventory-Circumplex (IMI-C)*. Menlo Park, CA: Mind Garden.
- Kivlighan, D. M., Jr., Gelso, C. J., Ain, S., Hummel, A. M., & Markin, R. D. (2015). The therapist, the client, and the real relationship: An actor-partner interdependence analysis of treatment outcome. *Journal of Counseling Psychology*, 62, 314–320.
- Leckie, G. (2013). *Cross-classified multilevel models. Concepts. LEMMA VLE Module 12*. University of Bristol, Bristol, UK: Unpublished manuscript.
- Muran, J. C., Safran, J. D., Eubanks, C. F., & Gorman, B. S. (2018). The effect of alliance-focused training on a cognitive-behavioral therapy for personality disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 86, 384–397.
- Orlinsky, D. E., & Rønnestad, M. H. (2005). *How psychotherapists develop: A study of therapeutic work and professional growth*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Riggio, R. E. (2002). *Self-Description Inventory English and German translations*. Menlo Park, CA: Mind Garden.
- Schöttke, H., Flückiger, C., Goldberg, S. B., Eversmann, J., & Lange, J. (2017). Predicting psychotherapy outcome based on therapist interpersonal skills: A five-year longitudinal study of a therapist assessment protocol. *Psychotherapy Research*, 27, 642–652.
- Steel, C., Macdonald, J., & Schroder, T. (2018). A systematic review of the effect of therapists' internalized models of relationships on the quality of the therapeutic relationship. *Journal of Clinical Psychology*, 74, 5–42.
- Walfish, S., McAlister, B., O'Donnell, P., & Lambert, M. J. (2012). An investigation of self-assessment bias in mental health providers. *Psychological Reports*, 110, 639–644.
- Zilcha-Mano, S., & Errázuriz, P. (2017). Early development of mechanisms of change as a predictor of subsequent change and treatment outcome: The case of working alliance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 85, 508–520.
- Zilcha-Mano, S., Muran, J. C., Hungr, C., Eubanks, C. F., Safran, J. D., & Winston, A. (2016). The relationship between alliance and outcome: Analysis of a two-person perspective on alliance and session outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 84, 484–496.
- Zuroff, D. C., Kelly, A. C., Leybman, M. J., Blatt, S. J., & Wampold, B. E. (2010). Between-therapist and within-therapist differences in the quality of the therapeutic relationship: Effects on maladjustment and self-critical perfectionism. *Journal of Clinical Psychology*, 66, 681–697.

Artikel 3

Munder, T., Karcher, A., Yadikar, Ö., Szeles, T. & Gumz, A. (2019). Focusing on patients' existing resources and strengths in cognitive-behavioral therapy and psychodynamic therapy: A systematic review and meta-analysis. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 65, 144–161.

Focusing on Patients' Existing Resources and Strengths in Cognitive-Behavioral Therapy and Psychodynamic Therapy: A Systematic Review and Meta-Analysis

Thomas Munder¹, Anna Karcher¹, Öznur Yadikar¹, Tanja Szeles¹, Antje Gumz^{1,2,3}

Summary

Objectives: Integrating a stronger focus on patients' existing strengths in traditional psychotherapy approaches is suggested by recent developments in psychological science, positive psychology, and psychotherapy research. However, the empirical status of treatments focusing on patients' existing strengths is unclear. The aim of this study was to conduct a systematic review (PROSPERO registration CRD42017054362) of studies on adaptations of traditional treatment approaches (e.g., cognitive-behavior therapy or psychodynamic therapy) explicitly focused on using patients' existing resources and strengths (hereafter, resource-focused treatments; RFT).

Methods: Extensive systematic literature search yielded $k = 11$ treatment comparisons from 10 studies contrasting RFTs with either an alternative psychotherapeutic approach or wait list. Effect sizes controlling for pre-treatment differences (g_{PPWC}) and standard Hedges's g effect sizes (g_{POWC}) were aggregated with random-effects methods.

Results: Across 8 direct comparisons, RFTs were superior to other psychotherapeutic approaches, as indicated by small to moderate ($g_{PPWC} = -0.349$, 95 % CI -0.576 , -0.122 , $p = .003$, $I^2 = 46.50\%$) and small effect sizes ($g_{POWC} = -0.190$, 95 % CI -0.355 , -0.025 , $p = .024$, $I^2 = 0.00\%$) in favor of RFTs. Sensitivity analyses corroborated results. Many included studies were characterized by limited sample size, risk of bias or researcher allegiance.

Conclusions: This meta-analysis showed preliminary evidence for the benefits of RFTs and suggests an intensification of further research efforts. The evidence was most convincing for hypnotherapeutic-systemic interventions as an add-on for cognitive-behavioral therapy.

Z Psychosom Med Psychother 65/2019, 144–161

Keywords

Strengths-Based Approach – Resource Activation – Psychotherapy – Meta-Analysis

Zusammenfassung

Fokus auf Ressourcen und Stärken von Patienten in kognitiver Verhaltenstherapie und psychodynamischer Therapie: Eine systematische Übersicht und Metaanalyse

¹ Psychologische Hochschule Berlin, Deutschland.

² Institut und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Deutschland.

³ Schön Klinik Hamburg Eilbek, Hamburg, Deutschland.

Fragestellung: Entwicklungen in psychologischer Grundlagenforschung, positiver Psychologie und Psychotherapieforschung sprechen für das Potential einer stärkeren Orientierung traditioneller Therapieansätze auf die bestehenden Ressourcen und Stärken von Patientinnen und Patienten. Der empirische Status einer stärkeren Orientierung auf die bestehenden Ressourcen ist jedoch ungeklärt. Das Ziel der vorliegenden Studie war eine systematische Übersicht (PROSPERO-Registrierung CRD42017054362) von Studien zu ressourcenorientierten Adaptationen traditioneller Therapieansätze (z.B. der kognitiv-verhaltenstherapeutischen oder psychodynamischen Therapie; im Folgenden: resource-focused treatments; RFT).

Methode: Eine umfangreiche systematische Literaturrecherche ergab $k = 11$ Vergleiche aus zehn Studien, die RFTs mit einer anderen Behandlung oder mit Warteliste verglichen. Effektstärken mit Korrektur für Unterschiede zu Behandlungsbeginn (g_{PPWC}) und klassische Hedges' g -Effektgrößen (g_{POWC}) wurden mit Random-Effects-Methoden aggregiert.

Ergebnisse: In acht direkten Vergleichen waren die RFTs anderen psychotherapeutischen Ansätzen überlegen. Die Überlegenheit von RFTs lag im Bereich kleiner bis mittlerer ($g_{PPWC} = -0.349$, 95 % CI $-0.576, -0.122$, $p = 0.003$, $I^2 = 46.50\%$) beziehungsweise kleiner Effektstärken ($g_{POWC} = -0.190$, 95 % CI $-0.355, -0.025$, $p = 0.024$, $I^2 = 0.00\%$). Sensitivitätsanalysen bestätigten die Ergebnisse. Viele der eingeschlossenen Studien zeichneten sich durch kleine Stichprobengrößen, Bias-Risiko und Allegianz der Untersucherinnen und Untersucher aus.

Diskussion: Insgesamt stützt das vorliegende Review den Nutzen von RFTs und legt eine Intensivierung der Forschungsbemühungen nahe. Am deutlichsten ist die aktuelle Evidenz für hypnotherapeutisch-systemische Erweiterungen der kognitiven Verhaltenstherapie.

1. Introduction

The theories of change underlying psychotherapeutic approaches put a strong emphasis on reducing or compensating patient deficits (Seligman et al. 2006; Wood & Tarrier 2010). The deficits targeted are oftentimes directly linked to the psychopathological model of the disorder treated. For example, cognitive therapy for depression targets dysfunctional cognitions by disconfirming them through Socratic dialogue or by replacing them with more functional cognitions through cognitive restructuring (Beck et al. 1979). Similarly, psychodynamic therapy for depression targets patient's core conflicts and habitual defences by working through them using expressive interventions (Leichsenring & Steinert 2018). From a meta-perspective, change theories focusing on deficits can be described as, not exclusively but predominantly, following a *compensation* model (Cheavens et al. 2012; Flückiger et al. 2016), as they aim at compensating patients' deficits.

In contrast, the theories of change underlying hypnotherapeutic and systemic approaches (Becvar & Becvar 2009; Erickson & Rossi 1979; Haley 1973) and more recently of positive psychology approaches (Seligman & Csikszentmihalyi 2000; Seligman et al. 2006) put a stronger emphasis on patients' strengths and resources. Hypnotherapeutic and systemic approaches both use patients' existing strengths and previous solution attempts to bring about change (Grawe 1997; Grawe & Grawe-

Gerber 1999). Promising effects for systemic therapies have been suggested by a recent meta-analysis (Pinquart et al. 2016): Across 37 randomized trials systemic therapy yielded large effects vis-à-vis control groups and a small sized advantage vis-à-vis alternative treatments. In their approach to positive psychotherapy, Seligman et al. (2006) target depression by way of exercises “building positive emotion, engagement, and meaning” (p. 775). Meta-analytic evidence suggests that positive psychology interventions are beneficial for depression (Sin & Lyubomirsky 2009).

From a meta-perspective, change theories focusing on using patients’ existing strengths have been described as following a *capitalization* model (Cheavens et al. 2012; Flückiger et al. 2016), as change is sought by building on existing strengths and resources. Capitalizing on patients’ existing strengths – referred to as *resource activation* by Grawe (1997) – has been postulated as a key process of psychotherapy across approaches (Gelso & Woodhouse 2013; Grawe 1997). The benefits of strengths-based approaches can be related to basic psychological research demonstrating links between positive emotions and various indicators of learning and growth (Fredrickson 2004; Garland et al. 2010). For psychotherapy possible pathways of strengths-based interventions include positive expectations, a positive therapeutic alliance and an increased motivation to work on problematic areas (Flückiger & Grosse Holtforth 2008).

Although evidence for the efficacy of systemic therapies and positive psychology approaches can be seen as supporting approaches focusing on patients’ existing strengths and resources there are a number of difficulties with this generalization. First, as systemic therapies consist of a variety of different treatment components (e. g., working with a family system), beneficial effects of systemic approaches cannot be attributed unequivocally to their focus on patients’ existing strengths and resources. Second, although positive psychology interventions are explicitly focused on patient strengths, they are not clearly following a capitalization approach, as they also focus on building up additional strengths in patients, that is strengths lacking up to now (Victor et al. 2017).

Three studies explicitly aimed at comparing capitalization and compensation models in psychotherapy yielded inconsistent results. Two of these studies found superior results for interventions following a capitalization approach (Cheavens et al. 2012; Flückiger et al. 2016), while one suggested better effects for a compensating approach (Wingate et al. 2005). Cheavens and colleagues used a measure to detect patients’ deficits and strengths in areas targeted by typical CBT interventions (e. g., cognitive strategies). Patients were than randomized to CBT either focusing on their relative strengths or their relative deficits. Results suggested that patients improved more from strengths-based CBT. Similar results were found by Flückiger et al. (2016), who contrasted two strengths-based approaches to implementing a CBT manual for generalized anxiety disorder (GAD) with a compensation-based approach. In strengths-based implementation therapists focused either on building on patients’ personal strengths or their social resources. In compensation-based implementation therapists aimed at tailoring CBT to the patients’ individual GAD symptoms. Findings suggested an advantage for strengths-based implementation.

The study with a contrasting finding (Wingate et al. 2005) investigated the effects of problem-solving therapy (PST) for suicidal youth. They found patients with low problem-solving skills at pre-treatment to benefit more from PST than patients with better pre-treatment skills, a finding in line with the compensation model.

As a contribution to the discussion on whether integrating a stronger focus on patients' existing strengths in traditional psychotherapy approaches is promising, the aim of this study was to conduct a systematic review and meta-analysis of available studies on strengths-based and resource-focused adaptations of traditional treatment approaches (hereafter, resource-focused treatments; RFT). A study protocol was registered with PROSPERO (CRD42017054362).

2. Methods

2.1. Inclusion criteria

Studies were included into this review if they investigated (a) adaptations of psychotherapeutic approaches explicitly focusing on using patients' existing resources and strengths for treatment, (b) in a controlled research design, (c) in a sample of mentally distressed patients. More specifically, RFT was defined as (a) a resource-focused version of traditionally more problem-focused form of psychotherapy (e.g., cognitive-behavioral therapy, CBT, or psychodynamic therapy, PDT). Studies on traditionally resource-focused forms of psychotherapy (e.g., hypnotherapy or systemic therapy) were excluded. (b) RFTs had to focus on using patients' existing resources and strengths rather than mainly building up non-existing resources and strengths. To qualify, treatment descriptions in research reports had to explicitly mention using patients' existing strengths as a principle of treatment (i.e., merely making reference to treatment principles commonly regarded as strengths-based, e.g., principles of systemic therapy or motivational interviewing, was not sufficient for inclusion). (c) Further, RFTs could use any settings or modality, however, they had to contain some form of individualization to the patient and some form of contact with a therapist (i.e., purely psychoeducational interventions were excluded). In terms of research design, studies had to either use a passive control group (e.g., wait list) or an alternative treatment group (e.g., treatment-as-usual) from the same population. Thus, any forms of one-group designs were excluded. Mentally distressed patients were defined as (a) being diagnosed with a mental disorder or (b) not being diagnosed but clearly being from a distressed population (e.g., traumatized patients). (c) Thus, we excluded studies on rather healthy populations (e.g., students).

2.2. Literature search and screening

Literature search and screening were documented using a flow diagram (see figure 1). Studies were searched via (a) systematic search in bibliographic databases, (b) searching reference lists of relevant articles and similar articles on Google

Scholar, and (c) contacting experts in the field. The Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL), PsycINFO and PSYINDEX were searched in January, 2017. To capture a focus on resources and strengths we used the free text terms *resource** or *strength** or *potential** or *competenc** or *capacit** or *capabilit** or *abilit** in combination with either *patient** or *client** or *person** or *individual** or *human* or *based* or *oriented* or *focused* or *activat** or *target** or *foster** or *centered* or *centred* or *perspective**. These search terms were combined with a broad search strategy for psychotherapy developed by Gerger et al. (2014). A preliminary list of eligible studies was sent to four experts with the request to point out further studies. Titles and abstracts of all references retrieved were screened for inclusion by one experienced researcher. Potentially eligible studies were retrieved in full text and screened for inclusion independently by one experienced researcher and a postgraduate student. Disagreements were resolved by consensus discussion between two experienced researchers and one postgraduate student.

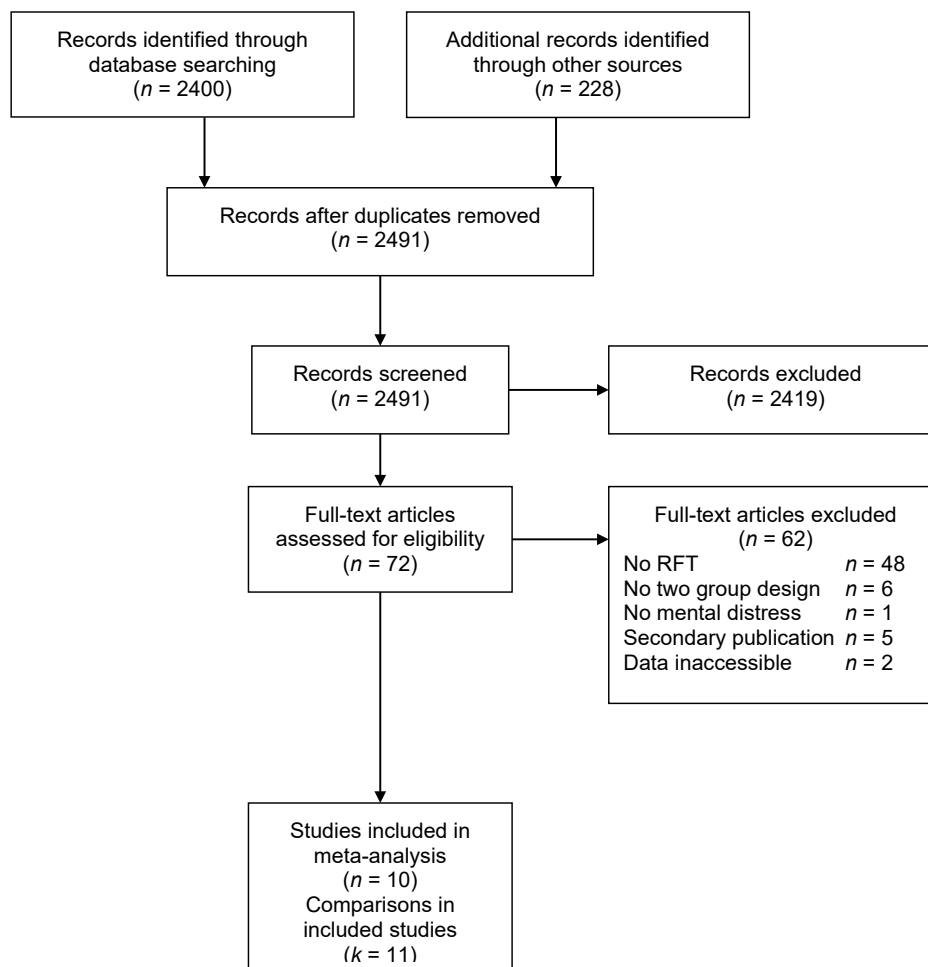


Figure 1: Flow diagram of study inclusion. RFT = Resource-focused treatment.

2.3. Data extraction

We extracted information on the type of research design (randomized versus quasi-experimental design), type of control group (passive versus active), patient population, underlying model of psychotherapy (e.g., cognitive-behavioral therapy), researcher allegiance (i.e., whether or not one of the study authors developed the RFT), risk of bias and study outcome. Risk of bias assessment (Higgins et al. 2016; Munder & Barth 2018) involved (a) bias from the randomization process (i.e., random sequence generation and concealment), (b) bias from deviation of the intended interventions, (c) bias from unblinded outcome assessment, and (d) bias from excluding patients from the analysis (whether or not analysis was based on the intention-to-treat sample). For each study we determined the overall risk of bias (Higgins & Green 2011, Chapter 8.7). The overall risk of bias for a given study was regarded as low when risk of bias was low for all four domains coded. Overall risk of bias was regarded as unclear if risk of bias was unclear for at least one domain. Overall risk of bias was regarded as high if risk of bias was high for at least one domain (see Table A in Appendix A on the journal homepage under <https://www.vandenhoeck-ruprecht-verlage.com> for definitions of each risk of bias domain). All study outcomes measuring (a) primary symptoms, (b) interpersonal functioning, and (c) quality of life were extracted at (a) pre-treatment, (b) post-treatment, and (c) follow-up. Data was extracted independently by one experienced researcher and one of two postgraduate students using a computerized extraction sheet. Disagreements were resolved by consensus discussion between those involved in data extraction.

2.4. Calculation of effect sizes

Following Hoyt and Del Re (2018), two different effect sizes were calculated: g_{PPWC} and g_{POWC} . PPWC stands for pre-post with control (Carlson & Schmidt 1999 cited in Hoyt & Del Re) and g_{PPWC} expresses the group difference in change from pre-assessment to post-assessment (or from pre-assessment to follow-up assessment) standardized by the pooled standard deviation. POWC stands for post-test only with control (Carlson & Schmidt 1999 cited in Hoyt & Del Re) and g_{POWC} is equivalent to standard Hedges' g and expresses the group difference at post-assessment (or follow-up-assessment) standardized by the pooled standard deviation at post-assessment (or follow-up assessment). We report g_{PPWC} in addition to standard g_{POWC} because the former has the advantage of correcting relative effects for pre-treatment differences between study groups. This seems especially relevant in the context of the present meta-analyses, because studies were allowed to have quasi-experimental designs and some sample sizes were expected to be small. Another advantage of using two different effect sizes estimates is being able to compare results from analyses using respective effect size estimates. In calculating g_{PPWC} we also used the pooled standard deviation at post assessment (or follow-up assessment) in order to facilitate comparisons between both effect sizes. Also, deriving

pooled standard deviations from post-assessment is regarded as more conservative (Morris 2008). Both effect sizes involved the small sample correction described by Hedges (Borenstein et al. 2009). Standard errors (SE) for both effect sizes were calculated using a standard formula (e.g., formulas 4.20 and 4.21 in Borenstein et al. 2009). For one study that contributed comparisons of two different RFTs with the same control group (Flückiger et al. 2016), we split up the sample size of the control group when calculating the SEs in order to not inflate this study's weight in meta-analyses (see Higgins & Green 2011). Overall effect sizes (across all outcome measures extracted) and aggregate effects sizes per outcome domain (across all outcome measures for a given outcome domain) were calculated using aggregation formulas proposed by Borenstein et al. (2009, formula 24.4 for the aggregate effect sizes, formula 24.5 or the respective SE) and recommended by Hoyt and Del Re (2018). Following suggestions from Wampold et al. (1997), in calculating SEs for aggregated effect sizes correlations of instruments were assumed to be $r = .5$. In studies without pre-assessment, available g_{POWC} effect sizes were used to substitute g_{PPWC} in analyses focusing on g_{PPWC} . For both effect sizes negative signs indicate more benefit in RFT conditions.

2.5. Meta-analytic procedure

Standard inverse variance weighted random-effect meta-analyses were calculated, in which method of moments (DerSimonian & Laird 1986) was used to estimate the random component, t^2 . Fixed-effect meta-analyses were calculated to confirm results of random-effect meta-analyses. Heterogeneity was investigated by the Q statistic and by I^2 which quantifies the amount of heterogeneity and where 0% are regarded as indicating no heterogeneity, and values of 25%, 50%, and 75% are regarded as indicating low, moderate, and strong heterogeneity, respectively (Higgins et al. 2003). Summary estimates were tested for statistical significance using the z -distribution. Funnel plot and Egger's test were used to inspect for publication bias (Egger et al. 1997). All analyses were conducted within STATA.

3. Results

3.1. Description of included studies

Systematic literature search yielded 10 eligible studies (Bebermeier 2014; Cheavens et al. 2012; Flückiger et al. 2016; Flückiger & Grosse Holtforth 2008; Haug et al. 2010; Kosfelder 2000; Lampe et al. 2008; Steinert et al. 2017; Teismann et al. 2011; Willutzki et al. 2004). Six studies had CBT as their basic therapeutic orientation (60%), 3 PDT (30%) and 1 was conducted in an inpatient setting with mixed treatment backgrounds (10%). Studies reported on $k = 11$ comparisons of RFT with an active or passive control group, reporting on a total of 918 patients (Flückiger et al. 2016, compared two different RFT with an active comparison). Additional results

for Willutzki et al. (2004) were drawn from two other publications (Willutzki et al. 2011; 2012).

Table 1 shows descriptive information for the included studies. On average, each comparison consisted of $M = 83.45$ patients ($Mdn = 67$, $SD = 86.01$, range 24–326). Studies were published between 2000 and 2017. One study was conducted in Cambodia (10%), 6 in Germany (60%), 2 in Switzerland (20%), and 1 in the United States (10%). Seven studies used an active comparator (70%) and 3 studies used wait list control groups (30%). Five studies used randomization of patients to conditions (50%), five studies used quasi-experimental methods of assigning patients.

3.2. Characterization of RFTs

Table 1 shows information on the type of RFT used in the included studies. RFT was implemented as individual psychotherapy in 7 studies (70%), as part of multimodal inpatient therapy consisting of individual and group therapy in 2 studies (20%), and as a group format in 1 study (10%). All but 1 study implemented RFT in a face-to-face setting. This study (Haug et al. 2010) used an online group format as aftercare of inpatient psychotherapy. In 8 studies patients' individual resources were part of treatment planning.

3.3. Outcome domains and assessment time points

On average $M = 4.20$ instruments ($Mdn = 2.50$, $SD = 3.33$, range 2–13) were extracted per study. Six studies (60%) reported outcomes for one outcome domain, 4 studies (40%) reported outcome for two outcome domains, and no study (0%) reported outcome for all three outcome domains. Nine studies (90%) reported on outcome in primary symptoms, 3 studies (30%) on outcome in interpersonal functioning, and 2 studies (20%) on outcomes in quality of life. Nine studies (90%) reported assessments at pre-treatment, all studies (100%) reported on results at post-treatment, and 4 studies (40%) reported on the results of follow-up assessments.

3.4. Meta-analysis

Including all comparisons in one meta-analysis resulted in strong heterogeneity for both g_{PPWC} ($Q = 99.00$, $df = 10$, $p < .001$, $I^2 = 89.9\%$) and g_{POWC} ($Q = 75.24$, $df = 10$, $p < .001$, $I^2 = 86.7\%$). We therefore separated comparisons with passive and active control groups for further analyses. Aggregating the three comparisons with passive control groups yielded a mean $g_{PPWC} = -0.925$ (95% CI -2.045, 0.195, $p = .11$) and a mean $g_{POWC} = -0.935$ (95% CI -1.900, 0.029, $p = .057$). Although large in magnitude, both effect sizes were not significant and heterogeneity was strong (g_{PPWC} : $Q = 85.87$, $df = 2$, $p < .001$, $I^2 = 97.7\%$; g_{POWC} : $Q = 64.38$, $df = 2$, $p < .001$, $I^2 = 96.9\%$), suggesting diverging results in these 3 studies. All 3 studies with passive control groups investigated versions of resource-focused PDT for trauma-associated disorders (Bebermeier 2014; Lampe et al. 2011; Steinert et al. 2017). Individual effects for

Table 1: Description of included studies and comparisons

Study	Treatment approach	Strengths-based interventions used	Comparator	Patient population	N
Bebermeier (2014)	Inpatient trauma-focused PDT	(a) Use of patients' imaginative resources as stabilization in trauma confrontation, (b) validation of patients' strengths, (c) positive reframing of dysfunctional ego states	Wait list	Mainly post-traumatic, dissociative and depressive disorders	326
Cheavens et al. (2012)	CBT for depression (behavioral, cognitive, interpersonal, & mindfulness modules)	Two treatment modules were selected to reflect individual patients' relative strengths	Two treatment modules were selected to reflect individual patients' relative deficits	Major depression	30
Flückiger & Grosse Holtforth (2008)	Integrative psychotherapy with elements from CBT, interpersonal and process-experiential therapy	(a) Assessment of patients' strengths, (b) use of resource-focused interventions (e.g. positive reframing, planning pleasure, imaginative techniques)	Integrative psychotherapy with elements from CBT, interpersonal and process-experiential therapy	Mainly depressive and anxiety disorders	40
Flückiger et al. (2016)	CBT for GAD	(a) Assessment of patients' strengths, (b) tailoring CBT to match with patients' strengths	(a) Assessment of patients' GAD symptoms and comorbidities, (b) tailoring CBT to match patients' specific deficits	GAD	25
	CBT for GAD	(a) Assessment of patients' social resources, (b) inclusion of significant others in CBT implementation	(a) Assessment of patients' GAD symptoms and comorbidities, (b) tailoring CBT to match patients' specific deficits	GAD	24
Haug et al. (2010)	Inpatient treatment with online aftercare	Resource activating writing task based on solution-focused therapy aimed at activating "cognitive-emotional schema" (p. 133)	Online aftercare as usual	Mainly affective disorders	69
Kosfelder (2000)	CBT	Solution-focused interventions (focus on previous solution attempts, early change, compliments)	CBT as usual	Anxiety disorder	67

Study	Treatment approach	Strengths-based interventions used	Comparator	Patient population	N
Lampe et al. (2008)	Inpatient trauma-focused PDT	(a) Use of patients' imaginative resources as stabilization in trauma confrontation, (b) validation of patients' strengths, (c) positive reframing of dysfunctional ego states	Wait list	Mainly complex post-traumatic disorder	127
Steinert et al. (2016)	Trauma-specific PDT	Resource-activating Eye Movement Desensitization and Reprocessing technique accessing positive memories and fantasies	Wait list	Post-traumatic stress disorder	84
Teismann et al. (2011)	CBT for depression	(a) Solution-focused interventions (focus on previous solution attempts, early change, compliments), (b) strengths-oriented modification of CBT techniques (finding functional cognitions without elaborating dysfunctional cognitions)	CBT for depression	Major depression	52
Willutzki et al. (2004)	CBT for social anxiety	(a) Solution-focused interventions (focus on previous solution attempts, early change, compliments), (b) strengths-oriented modification of CBT techniques (finding functional cognitions without elaborating dysfunctional cognitions)	CBT for social anxiety	Social anxiety disorder	74

CBT = cognitive-behavior therapy, GAD = generalized anxiety disorder, PDT = psychodynamic therapy.

these studies ranged from near zero ($g_{\text{PPWC}} = -.051$; 95 % CI, .131, -.232; Bebermeier 2014) to large ($g_{\text{PPWC}} = -2.596$; 95 % CI $-2.087, -3.104$; Steinert et al. 2017). No further subgroup analyses were conducted for comparisons with passive control groups.

Aggregating 8 comparisons with active control groups yielded a mean $g_{\text{PPWC}} = -0.349$ (95 % CI $-0.576, -0.122$, $p = .003$) and mean $g_{\text{POWC}} = -0.190$ (95 % CI $-0.355, -0.025$, $p = .024$). Effect sizes were small to moderate and small in magnitude, respectively, and significantly different from zero ($ps < .05$). Heterogeneity was moderate for g_{PPWC} ($Q = 13.08$, $df = 7$, $p = .070$, $I^2 = 46.50\%$) and absent for g_{POWC} ($Q = 4.72$, $df = 7$, $p = .69$, $I^2 = 0.00\%$). Figure 2 shows a forest plot of g_{PPWC} effect sizes for contrasts of RFTs and active control groups. Further subgroup analyses within comparisons with active comparators (see Table 2) showed robust effects across type of study design (randomized studies versus quasi-experiments) and type of outcome dimensions. The relative effect of RFTs vis-à-vis active comparisons was small to moderate in $k = 5$ randomized comparisons ($g_{\text{PPWC}} = -0.471$, 95 % CI $-0.184, -0.757$; $p < .001$; $g_{\text{POWC}} = -0.252$, 95 % CI $-0.031, -0.473$, $p = .025$). Effect sizes were reduced and non-significant at follow-up assessment. Fixed-effects meta-analyses yielded closely similar results (see Table B in Appendix B on the journal homepage under <https://www.vandenhoeck-ruprecht-verlage.com>). Results regarding risk of publication bias were inconclusive: For comparisons of RFTs with active comparators, the funnel plot indicated some asymmetry (see Figure C in Appendix C on the journal homepage under <https://www.vandenhoeck-ruprecht-verlage.com>) however, Egger's test for evidence of publication bias was not significant ($p = .38$).

3.5. Risk of bias and researcher allegiance

No study was judged to have low overall risk of bias (0 %). Overall risk of bias was judged to be high in 8 studies (80 %) and unclear in 2 studies (20 %). Risk of bias from the randomization process was judged to be low in 1 study (10 %), unclear in 5 studies (50 %), and high in 4 studies (40 %). In all cases, high risk of bias from the randomization process was due to the non-random design of the study. Risk of bias from deviations from intended interventions was judged to be low in 5 studies (50 %), unclear in 4 studies (40 %), and high in 1 study (10 %). Risk of bias from unblinded outcome assessors was judged to be low in 8 studies (80 %), unclear in 1 study (10 %), and high in 1 study (10 %). Finally, risk of bias from excluding patients from the analysis was judged to be low in 1 study (10 %), unclear in 3 studies (30 %), and high in 6 studies (60 %). For 7 studies (70 %) researcher allegiance was regarded as present, while presence of researcher allegiance was unclear in 3 studies (30 %). Individual ratings for risk of bias domains and researcher allegiance are shown in Table A in Appendix A (on the journal homepage under <https://www.vandenhoeck-ruprecht-verlage.com>).

Table 2. Relative effect of RFTs in comparison to alternative psychotherapies overall and in subgroups

Subgroup	k	g_{PPWC}				g_{POWC}				
		ES	p	lower	upper	ES	p	lower	upper	
Overall	8	-0.349	.003	-0.122	-0.576	-0.190	.024	-0.025	-0.355	0.00%
Study design										
Randomized	5	-0.471	.001	-0.184	-0.757	-0.252	.025	-0.031	-0.473	0.00%
Quasi-experimental	3	-0.192	.299	0.171	-0.555	-0.111	.383	0.138	-0.360	0.00%
Outcome dimension										
Primary symptoms	7	-0.372	.007	-0.100	-0.643	-0.252	.016	-0.047	-0.456	15.94%
Interpersonal functioning	3	-0.257	.029	-0.026	-0.489	-0.035	.814	0.258	-0.329	0.00%
Quality of life	2	-0.457	.047	-0.006	-0.907	-0.202	.195	0.103	-0.508	0.00%
Follow-up	3	-0.271	.118	0.068	-0.610	-0.120	.485	0.217	-0.457	0.00%

Note. All meta-analyses based on random-effects model. All Q homogeneity tests $p > .05$. CI = confidence interval, ES = effect sizes estimate, g_{POWC} = Hedges's g , g_{PPWC} = Hedges's g controlled for pre-treatment differences, RFT = resource-focused treatments.

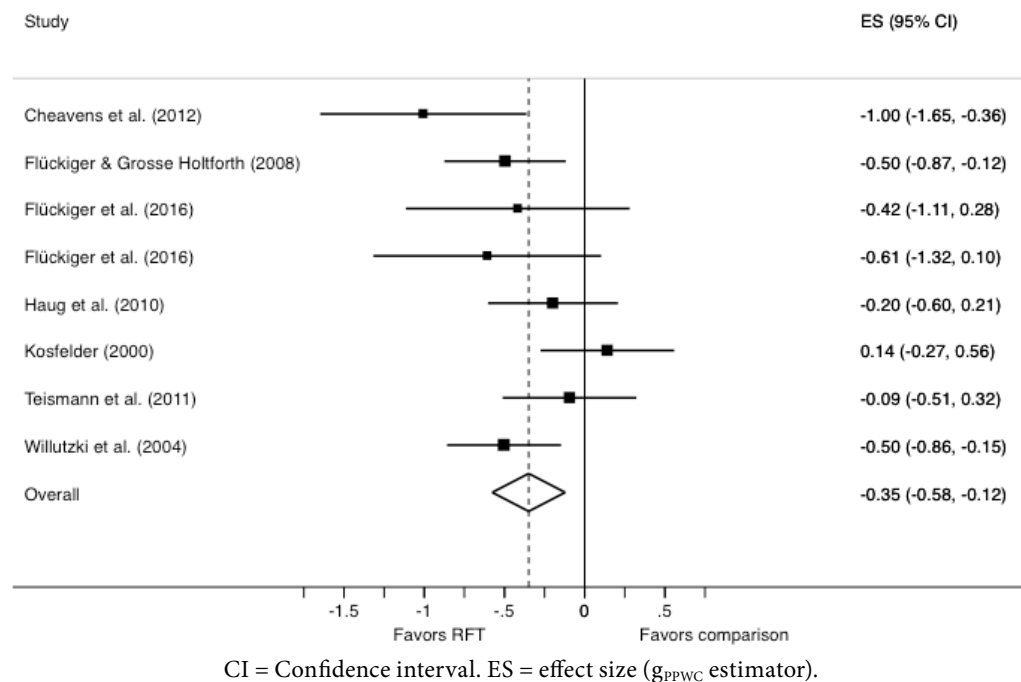


Figure 2: Relative effect of resource-focused treatments (RFT) in comparison to alternative treatments. Pooled estimate is from random-effects meta-analysis.

4. Discussion

This systematic review looked at the potential benefits of focusing on patients existing resources and strengths in psychotherapy. A small to moderate advantage of RFTs in comparison to alternative psychotherapies remained robust in sensitivity analyses, suggesting a beneficial effect of RFTs. Studies in this subset investigated RFTs mainly consisting of systemic or hypnotherapeutic interventions as an add-on to CBT or integrative therapy in the treatment of anxiety or depressive disorders.

Discrepant results were found across 3 studies investigating RFTs in comparison to passive control groups (i. e., wait list). RFTs in this subset mainly used imaginative techniques in a PDT framework in the treatment of posttraumatic disorders. A large and significant effect was found in one study that used a randomized design (Steinert et al. 2017). However, as this study was conducted in a Cambodian refugee camp, generalization to Western settings might be limited.

It is an interesting finding of this review that most included studies stem from German-speaking countries. One possible explanation for this is the popularity of Grawe's conception of psychotherapeutic change principles in German speaking countries (e. g., Grawe 1997). Based on an extensive review of the research literature, Grawe proposed five principles of change of which he regarded resource activation (i. e., using patients' existing strengths and resources) as especially im-

portant (the other principles are *problem actuation*, *mastery*, *clarification of meaning*, and *therapeutic alliance*, see Grawe 1997). Another possible explanation is the strong influence of systemic therapies in German speaking countries (see Retzlaff 2013).

5. Limitations

Overall, the studies included in this systematic review were challenged by various methodological factors: First, most studies were rather small, therefore limited in terms of statistical power and possibly prone to small-study effects (Nüesch et al. 2010). Second, studies were either at an unclear or a high risk of bias, thereby limiting the validity of possible inferences from this set of studies. Third, many studies were conducted by proponents of RFTs and therefore effects of researcher allegiance cannot be ruled out (Munder et al. 2013). However, this is to be expected in a rather early phase of a research program in which a new idea is proposed to the scientific community. Another possible limitation is that some relevant studies might have been missed by our search strategy. A focus on patients' existing resources and strengths might overlap conceptually with other research topics and therefore might be difficult to be thoroughly covered by any set of search terms. To reduce this problem we used broad search terms, contacted experts in the field for further studies and conducted a snowball search within relevant articles. Finally, the number of studies in this meta-analysis is rather small and therefore the evidence presented here has to be regarded as preliminary.

6. Conclusions

Mainly, this study found diverging trends in two different subsets of studies and therefore different conclusion can be drawn for each of these subsets: There is emerging evidence suggesting that hypnotherapeutic and systemic interventions are an effective add-on to CBT in patients with anxiety or depression. Further studies should investigate the robustness of this effect in other patient populations (e.g. personality disorders or posttraumatic stress). Further, an investigation into the enduring effects of RFTs seems important as most studies reviewed here have not demonstrated long-term efficacy.

The inconclusive results for the subset of studies investigating imaginative techniques in PDT frameworks for posttraumatic symptoms suggests a need for further testing of these interventions under more rigorous conditions, especially using randomized designs (only one randomized study is available so far, Steinert et al. 2017). Also, future studies should include patients with clinical problems other than post-traumatic symptoms. Further, the promising results from the first subset of studies suggest investigating hypnotherapeutic and systemic interven-

tions as an add-on to PDT. Expanding PDT in this direction has been proposed in conceptual work (Fürstenau 1992; Gelso & Woodhouse 2013; Munder et al. 2018; Wachtel 2011; Wöller 2015) and is linked, among others, with long-standing discussions about the importance of supportive techniques in PDT (Wachtel 2011; Wallerstein 1989).

References

References marked with an asterisk indicate studies included in the meta-analysis.

- *Bebermeier, A. (2014): Kurzfristige und langfristige Effekte der Psychodynamisch Imaginativen Traumatherapie und ihrer Bestandteile auf Ressourcenaktivierung und Symptomreduktion [Short- and long-term effects of psychodynamic-imaginative trauma therapy and its ingredients on resource activation and symptom reduction]. University of Bielefeld, Germany: Unpublished dissertation.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., Emery, G. (1979): *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford.
- Becvar, D. S., Becvar, R. J. (2009): *Family therapy: A systemic integration (7th ed.)*. Boston: Pearson.
- Borenstein, M., Hedges, L. V., Higgins, J. P. T., Rothstein, H. (2009): *Introduction to meta-analysis*. Hoboken, NJ: Wiley.
- *Cheavens, J. S., Strunk, D. R., Lazarus, S. A., Goldstein, L. A. (2012): The compensation and capitalization models: A test of two approaches to individualizing the treatment of depression. *Behav Res Ther* 50, 699–706.
- DerSimonian, R., Laird, N. (1986): Meta-analysis in clinical trials. *Control Clin Trials* 7, 177–188.
- Egger, M., Smith, G. D., Schneider, M., Minder, C. (1997): Bias in meta-analysis detected by a simple, graphical test. *BMJ* 315, 629–634.
- Erickson, M. H., Rossi, E. I. (1979): *Hypnotherapy: An Exploratory Casebook*. New York: Irvington.
- *Flückiger, C., Forrer, L., Schnider, B., Bättig, I., Bodenmann, G., Zinbarg, R. E. (2016): A single-blinded, randomized clinical trial of how to implement an evidence-based treatment for Generalized Anxiety Disorder [IMPLEMENT]. Effects of three different strategies of implementation. *EBioMedicine* 3, 163–171.
- *Flückiger, C., Grosse Holtforth, M. (2008): Focusing the therapist's attention on the patient's strengths: A preliminary study to foster a mechanism of change in outpatient psychotherapy. *J Clin Psych* 64, 876–890.
- Fredrickson, B. L. (2004): The broaden-and-build theory of positive emotions. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci* 359, 1367–1377.
- Fürstenau, P. (1992): *Entwicklungsförderung durch Therapie. Grundlagen psychoanalytisch-systemischer Psychotherapie [Facilitating growth through therapy. Foundations of psychoanalytic-systemic psychotherapy]*. Munich: Pfeiffer.
- Garland, E. L., Fredrickson, B. L., Kring, A. M., Johnson, D. P., Meyer, P. S., Penn, D. L. (2010): Upward spirals of positive emotions counter downward spirals of negativity: Insights from the broaden-and-build theory and affective neuroscience on the treat-

- ment of emotion dysfunctions and deficits in psychopathology. *Clin Psychol Rev* 30, 849–864.
- Gelso, C.J., Woodhouse, S. (2003): Toward a positive psychotherapy: Focus on human strength. In: Walsh, W.B. (Ed.): *Counseling psychology and optimal human functioning*, pp. 171–196. Malwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Gerger, H., Munder, T., Gemperli, A., Nüesch, E., Trelle, S., Jüni, P., Barth, J. (2014): Integrating fragmented evidence by network meta-analysis: Relative effectiveness of psychological interventions for adults with post-traumatic stress disorder. *Psychol Med* 44, 3151–3164.
- Grawe, K. (1997): Research-informed psychotherapy. *Psychother Res* 7, 1–19.
- Grawe, K., Grawe-Gerber, M. (1999): Ressourcenaktivierung. Ein primäres Wirkprinzip der Psychotherapie [Resource activation. A primary principle of change in psychotherapy]. *Psychotherapeut* 44, 63–73.
- Haley, J. (1973): *Uncommon therapy. The psychiatric techniques of Milton H. Erickson*, M.D. New York: Norton.
- *Haug, S., Gabriel, C., Flückiger, C., Kordy, H. (2010): Ressourcenaktivierung bei Patienten. Wirksamkeit einer Minimalintervention in Internetchatgruppen [Resource activation in patients. Efficacy of a minimal intervention in online chat groups]. *Psychotherapeut* 55, 128–135.
- Higgins, J.P.T., Thompson, S.G., Deeks, J.J., Altman, D.G. (2003): Measuring inconsistency in meta-analyses. *BMJ* 327, 557–560.
- Higgins, J.P.T., Green, S. (2011): *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions*. <http://handbook-5-1.cochrane.org/>
- Higgins, J.P.T., Savović, J., Page, M.J., Sterne, J.A.C. (2016): Background information and detailed guidance on using the RoB 2.0 tool. <https://sites.google.com/site/riskofbias-tool/welcome/rob-2-0-tool>.
- Hoyt, W.T., Del Re, A.C. (2018): Effect size calculation in meta-analyses of psychotherapy outcome research. *Psychother Res* 28, 379–388.
- *Kosfelder, J. (2000): Handlungsorientierung durch Lösungsfokus. Eine klinisch-psychologische Interventionsstudie [Action orientation through focus on solutions. A clinical psychological intervention study]. Osnabrück, Germany: Der Andere Verlag.
- *Lampe, A., Mitmansgruber, H., Gast, U., Schüssler, G., Reddemann, L. (2008): Therapieevaluation der Psychodynamisch Imaginativen Traumatherapie (PITT) im stationären Setting [Evaluation of psychodynamic-imaginative trauma therapy (PITT) in an inpatient setting]. *Neuropsychiatrie* 22, 189–197.
- Leichsenring, F., Steinert, C. (2018): Towards an evidence-based unified psychodynamic protocol for emotional disorders. *J Affect Disord* 232, 400–416.
- Morris, S.B. (2008): Estimating effect sizes from pretest-posttest-control group designs. *Organ Res Methods* 11, 364–386.
- Munder, T., Barth, J. (2018): Cochrane's risk of bias tool in the context of psychotherapy outcome research. *Psychother Res* 28, 347–355
- Munder, T., Brütsch, O., Leonhart, R., Gerger, H., Barth, J. (2013): Researcher allegiance in psychotherapy outcome research: An overview of reviews. *Clin Psychol Rev* 33, 501–511.
- Munder, T., Rugenstein, K., Gumz, A. (2018): Ressourcenorientierung in der psychodynamischen Therapie [Resource-orientation in psychodynamic therapy]. *Psychotherapeut* 63, 218–225.

- Nüesch, E., Trelle, S., Reichenbach, S., Rutjes, A. W., Tschannen, B., Altman, D. G., Jüni, P. (2010): Small study effects in meta-analyses of osteoarthritis trials: Meta-epidemiological study. *BMJ* 341, c3515-c3515.
- Pinquart, M., Oslejsek, B., Teubert, D. (2016): Efficacy of systemic therapy on adults with mental disorders: A meta-analysis. *Psychother Res* 26, 241–257.
- Retzlaff, R. (2013): Development of family therapy and systemic therapy in Germany. *Contemp Fam Ther* 35, 349–363.
- Seligman, M. E. P., Csikszentmihalyi, M. (2000): Positive psychology: An introduction. *Am Psychol* 55, 5–14.
- Seligman, M. E. P., Rashid, T., Parks, A. C. (2006): Positive psychotherapy. *Am Psychol* 61, 774–788.
- Sin, N. L., Lyubomirsky, S. (2009): Enhancing well-being and alleviating depressive symptoms with positive psychology interventions: A practice-friendly meta-analysis. *J Clin Psychol* 65, 467–487.
- *Steinert, C., Bumke, P. J., Hollekamp, R. L., Larisch, A., Leichsenring, F., Mattheß, H., Sek, S., Sodemann, U., Stingl, U., Ret, T., Vojtová, H., Wöller, W., Kruse, J. (2017): Resource activation for treating post-traumatic stress disorder, co-morbid symptoms and impaired functioning: A randomized controlled trial in Cambodia. *Psychol Med* 47, 553–564.
- *Teismann, T., Dymel, W., Schulte, D., Willutzki, U. (2011): Ressourcenorientierte Akutbehandlung unipolarer Depressionen: Eine randomisierte kontrollierte Psychotherapiestudie [Resource-focused treatment for unipolar depression: A randomized controlled study]. *Psychother Psychosom Med Psychol* 61, 295–302
- Victor, P. P., Teismann, T., Willutzki, U. (2017): A pilot evaluation of a strengths-based CBT intervention module with college students. *Behav Cogn Psychother* 45, 427–431.
- Wachtel, P. L. (2011): Therapeutic communication. Knowing what to say when (2nd ed.). New York: Guilford.
- Wallerstein, R. S. (1989): Psychoanalysis and psychotherapy: A historical perspective. *Int J Psychoanal* 70, 563–591.
- Wampold, B. E., Mondin, G. W., Moody, M., Stich, F., Benson, K., Ahn, H.-N. (1997): A meta-analysis of outcome studies comparing bona fide psychotherapies: Empirically, “all must have prizes.” *Psychol Bull* 122, 203–215.
- *Willutzki, U., Neumann, B., Haas, H., Koban, C., Schulte, D. (2004): Zur Psychotherapie sozialer Ängste: Kognitive Verhaltenstherapie im Vergleich zu einem kombiniert ressourcenorientierten Vorgehen [Psychotherapy for social phobia: Cognitive behavioral therapy in comparison to a combined resource-oriented approach. A randomized controlled interventional trial]. *Z Klin Psychol Psychother (Gott)* 33, 42–50.
- *Willutzki, U., Teismann, T., Schulte, D. (2011): Zur Psychotherapie sozialer Ängste: Veränderungen des Wohlbefindens bei kognitiver Verhaltenstherapie im Vergleich zu einem kombiniert-ressourcenorientierten Vorgehen [Psychotherapy for social phobia. Changes in well-being after cognitive behavioral therapy in comparison to a combined resource-oriented approach]. *Z Klin Psychol Psychother (Gott)* 40, 53–58.
- *Willutzki, U., Teismann, T., Schulte, D. (2012): Psychotherapy for social anxiety disorder: Long-term effectiveness of resource-oriented cognitive-behavioral therapy and cognitive therapy in social anxiety disorder. *J Clin Psychol* 68, 581–591.
- Wingate, L. R., Van Orden, K. A., Joiner Jr, T. E., Williams, F. M., Rudd, M. D. (2005): Comparison of compensation and capitalization models when treating suicidality in young adults. *J Consult Clin Psychol* 73, 756–762.

- Wöller, W. (2015): Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie als ressourcenbasiertes integratives Verfahren [Psychodynamic psychotherapy as a resource-based integrative method] *Psychodynamische Psychotherapie* 14, 3–12.
- Wood, A. M., Tarrrier, N. (2010): Positive clinical psychology: A new vision and strategy for integrated research and practice. *Clin Psychol Rev* 30, 819–829.

Corresponding author: Thomas Munder, Psychologische Hochschule Berlin (PHB),
Am Köllnischen Park 2, D-10179 Berlin, Germany;
E-Mail: t.munder@psychologische-hochschule.de

Focusing on Patients' Existing Resources and Strengths in Cognitive-Behavioral Therapy and Psychodynamic Therapy: A Systematic Review and Meta-Analysis

Thomas Munder¹, Anna Karcher¹, Öznur Yadikar¹, Tanja Szeles¹, Antje Gumz^{1,2,3}

Appendix A

Table A: Risk of bias and researcher allegiance in included studies

Study	Risks of bias				
	R	DI	BO	EP	RA
Bebermeier (2014)	High	Unclear	Low	High	Unclear
Cheavens et al. (2012)	Unclear	Unclear	Unclear	High	Unclear
Flückiger & Grosse Holtforth (2008)	High	Low	Low	Unclear	Yes
Flückiger et al. (2016)	Unclear	Low	Low	Low	Yes
Haug et al. (2010)	Low	Low ^a	Low	High	Yes
Kosfelder (2000)	High	Low	Low	Unclear	Unclear
Lampe et al. (2008)	High	High	Low	High	Yes
Steinert et al. (2016)	Unclear	Unclear	Low	High	Yes
Teismann et al. (2011)	Unclear	Unclear	High	High	Yes
Willutzki et al. (2004)	Unclear	Low	Low	Unclear	Yes

BO = Blinding of outcome assessors, DI = deviation from intended interventions, EP = exclusion of patients, R = randomization process, RA = researcher allegiance. Risk of bias was regarded as low when generation of randomization sequence and concealment of allocation were adequate; risk of bias was regarded as unclear when randomization was used but adequacy of generation or concealment were unclear; risk of bias was regarded high when the study did not use random allocation or inadequate methods of generation or concealment were used. DI: Risk of bias was regarded as low when therapists were specifically trained, supervised and adherence was monitored; risk of bias was regarded as unclear when therapists were specifically trained, supervised or adherence was monitored (but not all three); risk of bias was regarded as high when no specific training, supervision and adherence monitoring was mentioned. BO: Risk of bias was regarded as low when outcome assessors were blinded or only self-report instruments were used; risk of bias was regarded as unclear when information on the blinding of outcome assessors was unavailable; risk of bias was regarded as high when unblinded outcome assessors were used. EP: Risk of bias was regarded as low when all randomized patients were analyzed; risk of bias was regarded as unclear if information was insufficient to make this determination; risk of bias was regarded as high if randomized patients were excluded from analysis. RA was regarded as present when one of the authors developed the resource-focused component of the treatment (RFT) or was cited in the description of the RFT; RA was regarded as unclear when no information on the authors' involvement with the development of the RFT was given; RA was regarded as not present when authors were explicitly uninvolved with the development of the RFT.

^a In this study the RFT was a writing task and therefore therapist training and supervision was not required for this dimension.

¹ Psychologische Hochschule Berlin, Deutschland.

² Institut und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Deutschland.

³ Schön Klinik Hamburg Eilbek, Hamburg, Deutschland.

Appendix B

Fixed-effects meta-analysis

Including all comparisons in one meta-analysis resulted in strong heterogeneity for both g_{PPWC} ($Q = 99.00$, $df = 10$, $p < .001$, $I^2 = 89.9\%$) and g_{POWC} ($Q = 75.24$, $df = 10$, $p < .001$, $I^2 = 86.7\%$). Aggregating the three comparisons with passive control groups yielded a mean $g_{PPWC} = -0.307$ (95% CI -0.453 , -0.160 , $p < .001$) and a mean $g_{POWC} = -0.470$ (95% CI -0.617 , -0.323 , $p < .001$). Although significant, for both effect sizes heterogeneity was strong (g_{PPWC} : $Q = 85.87$, $df = 2$, $p < .001$, $I^2 = 97.7\%$; g_{POWC} : $Q = 64.38$, $df = 2$, $p < .001$, $I^2 = 96.9\%$). Further subgroup analyses for comparisons with active comparisons are shown in Table B.

Table B: Relative effect of RFTs in comparison to alternative psychotherapies overall and in subgroups (fixed-effects meta-analyses)

Subgroup	k	ES	p	g_{PPWC}		I^2		g_{POWC}		I^2
				lower	upper			lower	upper	
Overall	8	-0.330	.000	-0.170	-0.490	46.50%		-0.025	-0.355	0.00%
Study design										
Randomized	5	-0.448	.000	-0.225	-0.671	32.55%		-0.031	-0.473	0.00%
Quasi-experimental	3	-0.204	.082	0.026	-0.435	59.49%		0.138	-0.360	0.00%
Outcome dimension										
Primary symptoms	7	-0.331	.000	-0.146	-0.515	49.43%		-0.065	-0.431	15.94%
Interpersonal functioning	3	-0.257	.029	-0.026	-0.489	0.00%		0.258	-0.329	0.00%
Quality of life	2	-0.471	.003	-0.161	-0.781	52.02%		0.103	-0.508	0.00%
Follow-up	3	-0.271	.118	0.068	-0.610	0.00%		0.217	-0.457	0.00%

Note. All Q homogeneity tests $p > .05$. CI = confidence interval, ES = effect sizes estimate, g_{PPWC} = Hedges's g , g_{POWC} = Hedges's g controlled for pre-treatment differences, RFT = resource-focused treatments.

Appendix C

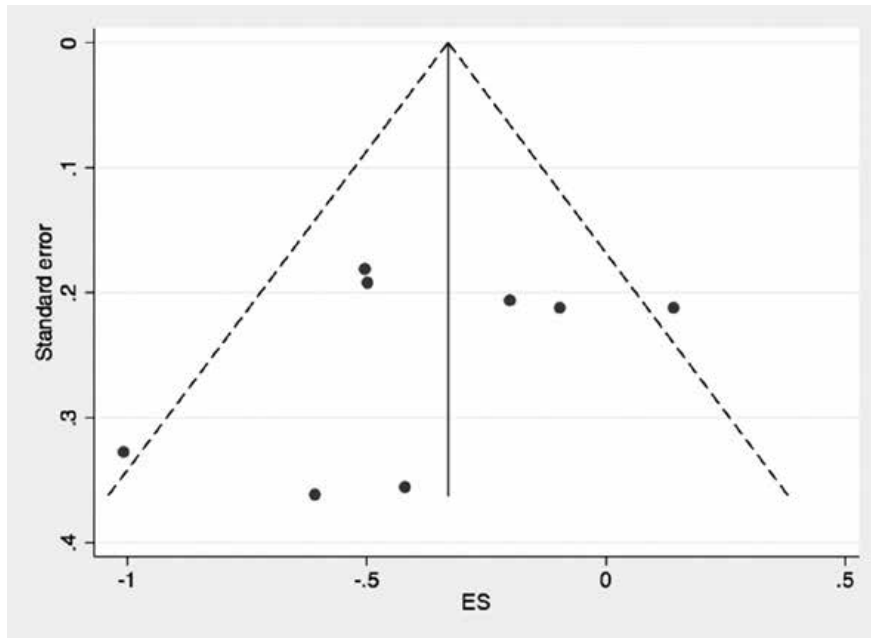


Figure C: Funnel plot for resource-focused treatments in comparison to alternative psychotherapies. ES = effect size estimate (g_{PPWC}).

Artikel 4

Flückiger, C., Munder, T., Del Re, A. C. & Solomnov, N. (2023). Strength-based methods: A narrative review and comparative multilevel meta-analysis of positive interventions in clinical settings. *Psychotherapy Research*, 33, 856–872.

EMPIRICAL PAPER

Strength-based methods – a narrative review and comparative multilevel meta-analysis of positive interventions in clinical settings

CHRISTOPH FLÜCKIGER ^{1,2}, THOMAS MUNDER ^{1,2}, A. C. DEL RE ¹, & NILI SOLOMONOV ³

¹Department of Psychology, University of Kassel, Kassel, Germany; ²Department of Psychology, University of Zürich, Zürich, Switzerland & ³Department of Psychiatry, Weill Cornell Medicine, New York, USA

(Received 7 December 2022; revised 12 January 2023; accepted 29 January 2023)

ABSTRACT

Objective In psychotherapy, strength-based methods (SBM) represent efforts to build on patients' strengths while addressing the deficits and challenges that led them to come to therapy. SBM are incorporated to some extent in all major psychotherapy approaches, but data on their unique contribution to psychotherapy efficacy is scarce.

Methods First, we conducted a systematic review and narrative synthesis of eight process-outcome psychotherapy studies that investigated in-session SBM and their relation to immediate outcomes. Second, we conducted a systematic review and multilevel comparative meta-analysis contrasting strength-based bona fide psychotherapy vs. other bona fide psychotherapy at post-treatment (57 effect sizes nested in 9 trials).

Results Despite their methodological variability, the pattern of results in the process-outcome studies was generally positive, such that SBM were linked with more favorable immediate, session-level patient outcomes. The comparative meta-analysis found an overall weighted average effect size of $g = 0.17$ (95% CIs [0.03, 0.31], $p < .01$) indicating a small but significant effect in favor of strength-based bona fide psychotherapies. There was non-significant heterogeneity among the effect sizes ($Q(56) = 69.1$, $p = .11$; $I^2 = 19\%$, CI [16%, 22%]).

Conclusion Our findings suggest that SBMs may not be a trivial by-product of treatment progress and may provide a unique contribution to psychotherapy outcomes. Thus, we recommend integration of SBM to clinical training and practice across treatment models.

Keywords: strength-based psychotherapy; resource activation; positive interventions; positive affect; resilience; capitalization; multilevel meta-analysis

Clinical or methodological significance of this article: Strength-based methods highlight the importance of balancing responsiveness and capitalization on patients' strengths while also addressing their weaknesses in therapy. Our systematic review suggests that strength-based methods contribute to positive in-session processes and treatment outcomes. The comparative meta-analysis indicates that strength-based methods may increase treatment efficacy of bona fide psychotherapy. Thus, strength-based methods should be incorporated in clinical trainings and practice across treatment modalities.

In their pioneering work, Cronbach and Snow (1977) claimed that some treatments are more effective for particular individuals depending on their preexisting capabilities. In the context of educational sciences, the authors suggested optimal learning occurs in at

least two different ways: compensating the individual's deficits (e.g., support lessons for learners with poor grades) or capitalizing on the individual's behaviors and capabilities ("strengths") (e.g., choice of a profession related to personal skills and interests).

*Correspondence concerning this article should be addressed to: Christoph Flückiger Department of Psychology, Clinical Psychology, University of Kassel, Holländische Straße 36-38, DE-34127 Kassel, Germany. Email: christoph.fluckiger@uni-kassel.de

In psychotherapy, a skillful balance between using patient capitalization and compensation strategies within a collaborative therapeutic relationship has long been suggested to contribute to optimal treatment outcomes (e.g., Cheavens et al., 2012; Cronbach & Snow, 1977; Gelso & Woodhouse, 2003). In addition, strategies to capitalize on the therapist's abilities can also be used to increase the therapist's effectiveness (Constantino et al., 2021). For therapists, a first step in patient capitalization is to systematically assess patients' existing strengths and form hypotheses about how these strengths can be addressed in therapy. During therapy, the therapist can identify and emphasize the patient's strengths and use them as a catalyst for change.

Whereas mental health is often seen as a unidimensional dichotomy or continuum of psychological suffering (e.g., depression yes/no; mild, moderate, severe major depressive episode; 0–100 global assessment of functioning), a bi-dimensional conceptualization considers psychological strengths in addition to problems and suffering (e.g., Cacioppo et al., 2012). In the present systematic review, we use a working definition of mental health as actively and intentionally engaging fully in life as a mainly independent quality that is not exclusively due to the absence of suffering or a mental disorder. An example of a patient strength is resilience, that is, the capacity to cope adaptively with adversity with minimal psychological suffering (e.g., Bonanno, 2021; Lee et al., 2013). Other examples of human strength include well-being (e.g., Jebb et al., 2020; Tay & Diener, 2011), self-efficacy (Scholz et al., 2002), human agency (Bandura, 2006), meaning of life (e.g., Hill, 2018), resources (Hobfoll, 1989) or happiness (Helliwell et al., 2021).

Definitions and Clinical Description

In psychotherapy, strength-based methods (SBM) represent efforts to balance between enhancing patients' strengths, while addressing their deficits and challenges. The term *strength-based methods* (also called *positive interventions*, *resilience-based* or *resource-oriented*) refers to therapist behaviors designed to acknowledge, validate, and foster the client's strengths, capabilities, and motivational readiness for psychotherapy change. SBM are based on the premise that working with patient strengths is key to psychotherapeutic change. The unpleasant, unsatisfying, and maladaptive parts of behavior are integrated into a fuller picture of mental health by also including the pleasant, satisfying, and functional parts of behavior.

Strength-based psychotherapy refers to multiple treatment approaches. These include positive psychotherapy (Conoley & Scheel, 2018; Parks & Schueller, 2014; Rashid & Seligman, 2019), strength-based and/or resilience-focused cognitive-behavioral therapy (e.g., Cheavens et al., 2012; Padesky & Mooney, 2012; Willutzki et al., 2004), and psychotherapy integration (e.g., Flückiger et al., 2010, 2013; Grawe, 1997; Gelso & Woodhouse, 2003; Scheel et al., 2013).

SBM is incorporated to some extent in all major psychotherapy orientations. In cognitive-behavioral therapy (CBT), specific SBMs are designed to increase positive affect (Craske et al., 2019) or engagement in pleasurable activities (Solomonov et al., 2020); psychodynamic therapy promotes insight, meaning making (Wachtel, 2011), and thriving in relationships (Tolpin, 2002). SBM are identified as a basic component of counseling psychology and humanistic psychotherapy (e.g., Gelso & Woodhouse, 2003; Satir et al., 1991; Scheel et al., 2013). Resource activation as a therapeutic factor represents a collaborative process that (re)activates skills, behaviors, and motivation for further change in patients and the psychosocial environment to achieve treatment goals.

All SBM capitalize on patient strengths, but they vary in their specific clinical context. Below, we provide an overview of different ways in which SBM are conceptualized in psychotherapy practice:

- *Therapist responsiveness to the patient self-directed strength AND/OR therapist strength-based instructions.* SBM exist in transaction (at least a dyadic construct), that is, patients proactively contribute to their therapy (e.g., Bohart, 2007; Macdonald & Muran, 2020; Ryan & Deci, 2008). Some psychotherapies emphasize the therapist's strength-based responsiveness to patients' self-directed abilities and motivational readiness (Flückiger et al., 2021), whereas others highlight the therapist's strength-based instructions and patient reactions to those instructions (Suhr et al., 2017). It is difficult to separate these two strength-based aspects in individual sessions, as patients, as part of their patient role, often are guided by therapists to emphasize positively valued aspects during sessions.

- *Disorder-specific AND/OR general strength-based methods.* While several clinician's guides propose disorder-specific SBM (such as positive psychotherapy for psychosis; Riches et al., 2016), others highlight more generic SBM that include focusing more broadly on wellbeing and personal engagement (e.g., strength-based CBT to build on resilience; Padesky & Mooney, 2012).

- *Trait AND/OR state strengths.* Some SBM build on individual traits (e.g., character strengths;

Niemiec, 2018) whereas others focus on the situational strengths in a particular therapeutic action or moment (Gonçalves et al., 2014).

- *Capitalizing on preexisting strengths AND/OR building new strengths.* Some SBM enhance preexisting abilities (e.g., proposing actions that correspond with the patients' preexisting skills; Cheavens et al., 2012). Other methods highlight the development of new skills (e.g., building pleasure; Rashid & Seligman, 2019).

- *Building patients' individual strengths AND/OR building social and community strengths.* SBM are based on multiple levels of social networks. Some aim to build on the patients' individual strengths (e.g., fostering own gratitude practice, Emmons & Stern, 2013), some on interpersonal relationships, and still others on community or environmental strengths (e.g., fostering social support; Hirani et al., 2018; Li et al., 2021).

- *SBM in the therapy room AND/OR outside of the therapy room.* Strength-based methods can be focused on in-session (micro-) skills (e.g., Flückiger et al., 2009) but also outside of the therapy room via strength-based homework and augmented online tools (e.g., De Vries et al., 2020; Scheel et al., 2004).

Overall, SBM are based on a common premise that the general positive quality of SBM contributes to treatment progress, while also maintaining a clear focus on the patients' difficulties (Yulish et al., 2017).

Assessments

Assessment of Strength-Based Therapist and Patient Behaviors

There are several video-rating systems to measure therapists' in-session use of SBM. These include overall rating of the positivity/resource activation at the end of sessions (von Consbruch et al., 2013), a moment-to-moment coding system where innovative moments of the patient change process are assessed (Gonçalves et al., 2011), and resource-oriented micro-process analysis (ROMA-T/P, e.g., Flückiger et al., 2009), where strength-based therapist and patient behaviors are assessed separately during 1-minute segments.

As an example, the ROMA-Therapist version assesses the following strength-based categories (Flückiger & Grosse Holtforth, 2008b): (i) immediate reinforcement of specific strengths, (ii) emphasis on patients' self-directed change, (iii) expression of confidence for improvement, (iv) focus of personal skills, (v) emphasis on positive emotions, (vi) focus on interpersonal skills and social support, (vii) focus on physical health, (viii) emphasis on positive therapeutic process and relationship, (ix) focus on

treatment goals, (x) emphasis on solutions to problems, (xi) emphasis on self-directed choice, (xii) pick up a positive patients' metaphors, (xiii) exploring exceptions, and (xiv) normalizing and reframing a targeted problem. An overall minute-by-minute rating of the quality of strength-based methods is evaluated from -2 (e.g., therapist ignores positive aspects mentioned by the patient for at least several minutes) to +2 (e.g., therapist explores in detail strengths for more than several minutes) and as a further category +3 (e.g., too excessive positivity, therapist appears overly enthusiastic or disingenuous). Corresponding with the therapist categories, ROMA-Patient rating system assesses the strength-based categories of the patient on a minute-to-minute level.

ROMA-T/P does not differentiate who initiates the strength-based therapeutic focus; it is assumed that both therapist and patient contribute to strength-based therapeutic talks and the sum of the therapist's SBM may help to keep a strength-based focus across several minutes. For example, a therapist may ask an open question and the patient may respond in a manner where the therapist starts to explore and reflect positive aspects more precisely. What matters is that therapist and patient successively include and appreciate strength-based aspects in the sessions.

Strength-Based Assessments Post-Session, Between Sessions, and Treatment Progress

The definition, repeated assessment and monitoring of strength-based concepts is a SBM itself; for example, the repeated assessment of strengths increases patient awareness for strength. There are post-session reports where strength-based in-session experiences are assessed from the patient and therapist perspectives (e.g., Flückiger et al., 2010; Mander et al., 2015). Patients' positive experiences of well-being may also be assessed outside of the therapy room, for example, using inter-session diaries or ecological momentary assessments/interventions (e.g., De Vries et al., 2020; Suhr et al., 2017; Vislă et al., 2021).

Patient strength may be optimally assessed in a broad battery of measures that evaluates various domains of functioning including physical and mental health, such as psychological and social well-being, positive affectivity, self-esteem, self-efficacy, and social support (e.g., Probst et al., 2022; Schürmann-Vengels et al., 2022). Further, the items and answer formats of *clinical questionnaires* can be systematically discussed in terms of patients' strength, abilities, skills, needs and

motivation (e.g., item of the Beck Depression Inventory: “I have as much energy as ever.”).

Many have also suggested using individualized assessments of progress toward mutually developed and well-defined treatment goals (e.g., criterion-oriented outcomes such as Goal Attainment Scaling, Kiresuk & Sherman, 1968, or Target Complaints, Battle et al., 1966). A strength-based formulation of treatment goals would cover both maladaptive domains that should be targeted (e.g., fewer symptoms, fewer interpersonal problems) as well as positive behaviors and functioning that should be enhanced (e.g., Grosse Holtforth & Grawe, 2002). Finally, reviewing satisfaction with the therapist and therapy (e.g., Seligman, 1995; Wampold & Flückiger, 2023) is a critical SBM to validate patient-centered outcomes.

Previous Meta-Analyses

Table I summarizes prior meta-analyses on treatment outcomes of strength-based psychotherapies, with the majority comparing strength-based psychotherapies with control conditions on distal (not disorder-specific) outcomes. The majority of these contrasts indicated small to medium effects in favor of the positive/strength-based approaches. However, all meta-analyses investigated the efficacy of SBM vis-à-vis control conditions that were not designed to be fully therapeutic (i.e., that were not bona fide psychotherapy; Wampold & Imel, 2015). Thus, prior studies do not provide information on whether SBM increase or decrease the efficacy of preexisting bona fide psychotherapy. To the best of our knowledge, this is the first comparative meta-analysis that investigates the potential added contribution of SBM to bona fide psychotherapy outcomes.

Research Review

The goal of this systematic review and meta-analysis was two-fold. First, we reviewed the research evidence on strength-based process-outcome studies. We conducted a narrative review of studies that assess in-session SBM (comparable to the above-mentioned ROMA-rating) under bona fide psychotherapy conditions and its contribution to immediate outcomes. Second, we conducted a comparative meta-analysis of trials that contrasted strength-based psychotherapies vs. other bona fide psychotherapies. Most of these trials contrasted SBM with more problem-focused methods within the same orientation, sometimes even using the same treatment manual/approach, but contrasting different degrees of implementing SBM during sessions.

Inclusion Criteria

The inclusion criteria include: (a) the study author(s) referred to the individual psychotherapy as “strengths based” or “solution focused” or “resource oriented” or “resilience based;” (b) patients had a current mental health diagnosis; (c) treatments were bona fide psychotherapy, and (d) comparable amount of treatment, supervision and training sessions across the conditions. Studies were excluded if: (a) the trials focused on children (< 13 years) or couples or family therapy; (b) the study design focused on prevention, after-care or at-risk programs; (c) the trials were preliminary pilot studies with less than 10 patients per group or with less than 3 therapists. When multiple treatments were available in the same study, we selected only those that met our criteria outlined above (e.g., medication conditions were excluded). For the process-outcome studies, we included studies that directly assessed SBM at the in-session level (e.g., using ratings of video-/audio recordings). We excluded studies that assessed strength-based session experiences only as overall ratings at post-session (e.g., using post-session reports).

The following criteria were used for bona fide psychotherapy (Wampold et al., 1997; Wampold & Imel, 2015): psychotherapists with at least a master’s degree delivered the treatment, patients met diagnostic criteria, and two of the following four criteria were satisfied: (a) treatments were generally recognized as legitimate treatment, such as CBT or psychodynamic therapy and therapists were not proscribed from well-accepted therapeutic actions, such as psychoeducation, being empathic, providing a treatment rationale; (b) description of treatment contained a reference to a psychological mechanism (e.g., operant conditioning); (c) a treatment manual/guide was used; and (d) treatment contained an active component that appeared in the psychological literature.

Search Strategy

For the systematic review and comparative meta-analysis, we located comparative trials of strength-based approaches under bona fide psychotherapy conditions, and we inspected the above-mentioned prior comparative meta-analyses on positive psychotherapy (Carter et al., 2016 ($s = 8$); Chakhssi et al., 2018 ($s = 30$); Munder et al., 2019 ($s = 10$); White et al., 2019 ($s = 51/39$); Zheng et al., 2016 ($s = 6$); Hoppen & Morina, 2021 ($s = 20$)). Furthermore, to broaden the scope, we searched (via EBSCO) the PsycINFO, ERIC, MEDLINE, and PSYNDEX databases with the keywords

Table I. Prior meta-analyses of strength-based treatments.

Authors	<i>k</i>	<i>N</i>	Targeted mental health suffering	Treatment	Comparison	Primary Outcome	Effects
Bolier et al. (2013)	39	6139	Psychosocial problems	PPI	NI, WL, TAU, PL	WB, DS	Effects after removing outliers (I^2 non-significant): Increase in subjective WB: $d = 0.26$, 95%-CI [0.18, 0.33], $Z = 6.43$, $p < .01$ Increase in psychological WB: $d = 0.17$, 95%-CI [0.09, 0.25], $Z = 4.18$, $p < .01$ Decrease in DS: $d = 0.18$, 95%-CI [0.07, 0.28], $Z = 3.33$; $p < .01$
Chakhssi et al. (2018)	30	1864	Mental and somatic disorders	PPI	AC, NI, WL	WB, DS	Effects after removing outliers and low-quality studies: Increase in WB: $g = 0.19$, 95%-CI [0.02, 0.37], $p < .03$, $I^2 = 40.9\%$ Decrease in DS: $g = 0.07$, 95% CI [-0.19, 0.32], $p = .60$; $I^2 = 66.1\%$
Munder et al. (2019)	10	918	Mental disorders	RFT	WL, AC	PS, IF, QoL	Superiority of RFT compared to TAU in 8 out of 11 comparisons: $g_{PPWC} = 0.349$, 95%-CI [0.576, 0.122], $p < .003$, $I^2 = 46.50\%$ $g_{POWC} = 0.190$, 95%-CI [0.355, 0.025], $p < .02$; $I^2 = 0.00\%$
Sin and Lyubomirsky (2009)	51	4266	Depressive symptoms	PPI	NT PL, TAU, NC	WB, DS	Increase in WB: $Z_r = 0.29$ (range: -0.31, 0.84), $p < 0.001$, $\chi^2_{(48)} = 230.92$ Decrease in DS: $Z_r = 0.31$ (range: -0.28, 0.81), $p < 0.001$, $\chi^2_{(24)} = 146.32$
White et al. (2019)	51/ 39	4266/ 6139	Depressive symptoms, psychosocial problems	PPI	NT, WL, TAU, PL	WB, DS	Replications accounting for SSSB and omitting outliers: Sin and Lyubomirsky (2009): Increase in WB: $r = .10$, 95%-CI [-0.1, .20] (Q(38) = 70.68, $p < .001$) Decrease in DS: $r = -.03$, 95%-CI [-.17, .11], (Q(19) = 26.82, $p = .11$) Bolter et al. (2013): Increase of subjective WB: $r = .13$, 95%-CI [0.00, 0.26] (Q(22) = 57.39, $p < .001$) Increase in psychological WB: $r = .02$, 95%-CI [-.09, 0.13] (Q(15) = 18.41, $p = .24$) Decrease in DS: $r = .15$, 95%-CI [.06, .24] (Q(11) = 11.51, $p = .40$)

Hoppen and Morina (2021)	20	1360	Mental and somatic disorders	PPI	WL, active treatment	WL: Increase in positive outcomes: $g = 0.72, 95\%-CI [0.14, 1.31]$ Decrease in negative outcomes: $g = 0.48, 95\%-CI [0.18, 0.78]$ Active treatment: Increase in positive outcomes: $g = 0.92, 95\%-CI [0.11, 1.74]$ Decrease in negative outcomes: $g = 0.94, 95\%-CI [0.18, 1.70]$
--------------------------	----	------	------------------------------	-----	----------------------	--

Notes: k = number of studies included; N = patient sample size; MDD = Major Depression Disorder; AfD = Affective Disorders; PSD = Psychotic Spectrum Disorders; AnD = Anxiety Disorders; SD = Stress Disorders; DD = Dissociative disorders; PD = Personality Disorders; ADHD = Attention Deficit Hyperactivity Disorder
Treatments: PPI = Positive Psychology Intervention; RFT = Resource-focused Treatment; AC = active control group; PC = passive control group; PL = placebo; NT = no treatment; NC = neutral control group; TAU = treatment as usual; WL = waitlist
Outcomes: WB = well-being; DS = depressive symptoms; BMI = body-mass index; PS = primary symptoms; IF = interpersonal functioning; QoL = quality of life; d = Cohen's d ; g = Hedges' g ; Z = mean Fisher effect size; PPWC = pre-post with control; POWC = post-test only with control, OR = odds ratio; RR = risk ratio; SSSB = small study size bias; Q = Cochran's Q (residual heterogeneity).

«psychotherapy OR treatment» AND «strength based OR solution focused OR resource oriented OR resilience based» AND «RCT OR randomized control trial OR randomized controlled trial OR clinical trial» AND «disorder» in March, 2021. For the process-outcome studies, we examined the introduction and reference sections of included studies to detect further process-outcome studies. Furthermore, we checked the hits of a further systematic review with the keywords «resource activation OR Ressourcenaktivierung OR resource realization OR Ressourcenrealisierung» in April 2021.

Figure 1 flowchart provides an overview of the extraction procedure. From the 534 and 2,353 articles respectively (8 and 446 were duplicates), we identified eight process-outcome studies (representing 416 patients) and nine comparative trials (reporting 57 effect sizes at post assessment representing 804 patients with an average of 89 patients per study). The eight process-outcome studies and nine clinical trials are summarized in Tables II and III (for bona fide criteria and Risk of Bias 2 see <https://osf.io/s7z2w/>). Agreement between raters of bona fide criteria for strength-based treatments and contrasting treatments was 92%. Coding disagreements were discussed and resolved by reaching consensus. Effect size extractions and sample characteristics were coded, double-checked, and collaboratively discussed between the first and second author.

For the nine comparative trials, data included both peer-reviewed manuscripts ($s = 8$) and one dissertational thesis without peer-review ($s = 1$, i.e., Kosfelder, 2000), data collected from randomized controlled trials ($s = 7$) and from trials where patients were not randomized, but grouped using propensity score methods on the basis of previously collected data ($s = 2$; i.e., Flückiger & Grosse Holtforth, 2008a; Kosfelder, 2000). No trial with Positive Psychotherapy as a specific strength-based approach met the inclusion criteria (potential trials that did not meet the inclusion criteria: Andrewes et al., 2014 and Asgharipoor et al., 2012 treated 5 clients in the CBT control condition, Fava et al., 2005 and Chaves et al., 2017 considered less than 3 therapists; Uliaszek et al., 2016 investigated a subclinical student population; in Furchtlehner et al., 2020 group leaders were not psychotherapists).

Review of In-Session SBM and Their Relation to Immediate Outcomes

Studies on therapist in-session use of SBM, as assessed with video-based observer ratings, and their relation to outcomes are summarized in Table II. Video-ratings in all reviewed process-outcome

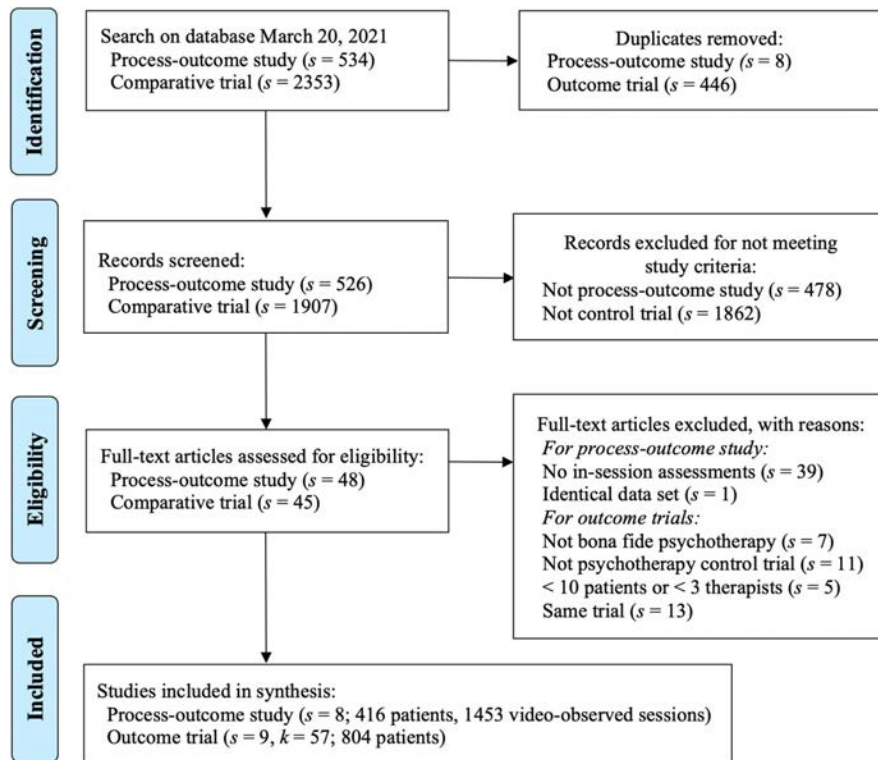


Figure 1. Flowchart of the included process-outcome studies and comparative trials (s = studies, k = effect sizes).

studies are primarily based on the theoretical framework initiated by Grawe (1997) in which SBM are operationalized as a general positivity factor (e.g., ROMA-P/T overall quality ratings). A representative example is provided by Smith and Grawe (2003, 2005), who used an advanced analytic methods of decision trees (a machine learning algorithm). The authors analyzed SBM in a sample of 613 sessions of 128 different patients to predict a composite score of session productivity evaluated at post-session (2829 strength-based ratings of 10-min sequences) in integrative CBT. The authors documented positive associations between strength-based therapist methods and immediate outcomes during the course of treatment. They concluded that when a proposed therapeutic procedure was tailored to the individual skills and strengths of the patient so that they became actively involved, the likelihood that the patient evaluated the session as productive was higher (60.8%) compared to methods where patients were unable to respond adequately (20.9%). However, even in these less-optimal sequences, a subsequent discussion about the patient's positive skills and abilities enhanced the likelihood of a session to be rated as productive

(51.1% of the 20.9%). This finding may suggest that SBMs are experienced by patients as helpful and therapeutic. Of course, the correlative nature of the study precludes a definite causal interpretation.

The reviewed studies in Table II varied in use of methods and samples (e.g., selection of particular sessions over a treatment course). Given their methodological heterogeneity, it is not surprising that the effects of SBM on the session level may be highly situational. Descriptively, an inspection of these studies reveal that therapists use SBM with multiple client populations, across theoretical orientations, and with a range of mental health conditions. Notably, despite their methodological variability, the general pattern of results was uniformly positive in that SBM was linked with more favorable immediate, session-level patient outcomes. SBM consistently emerged as a therapeutic factor that is related to treatment progress across sessions. At the same time, and somewhat unexpectedly, therapists' use of SBM was also evident in situations where treatment relapse was evident (Gassmann & Grawe, 2006; Schilling et al., 2021). In these situations, the therapeutic function of SBM may be less straightforward as in successful sessions.

Table II. Summary of strengths-based process-outcome studies investigating bona fide psychotherapy.

Authors	Sess.	N	Disorder	Inpatient/ Outpatient	Treatment	Process measure	Summary of immediate and delayed in-session effects
Flückiger et al. (2009)	96	36	Mixed / SAD	Outpatient	ICBT	ROMA-T; ROMA-P	Comparable quality of SBM across two strength-based approaches. Personal skills highest associated with the patient's post-session evaluations of mastery ($r = .44$), personal goals highest association with clarification/insights ($r = .49$). Quality of SBM ($r = .39$, $p < .01$) correlated with the extent of goal achievement (GAS-R) at session 10
Regli et al. (2000)	168	45	Mixed	Outpatient	ICBT	GCFE	Successful vs. less successful therapies: significant difference in quality of SBM during the first few therapy sessions (higher quality of SBM in successful therapies). Therapy with above-average alliance vs. below-average alliance: significantly higher quality of SBM in therapies with above-average alliance)
Kech (2008)	112	20	MDD	Inpatient	IPT	GCFE	Successful therapies: high emotional activation with simultaneous high quality of SBM ($r = .52$, $p < 0.001$). Opposite effect in unsuccessful therapies: high emotional activation but simultaneously low quality of SBM ($r = -.13$; $p = .30$)
Gassmann and Grawe (2006)	120	30	Mixed	Outpatient	ICBT	CMP	In successful therapy and therapy sessions: Quality of SBM positively associated to patient strength-based in-session talks ($r > .20$). In less successful therapies: high quality of SBM but low levels of patient strength-based talks at the end of sessions
Flückiger and Studer (2009)	108	48	Mixed	Outpatient	ICBT	ROMA-T; ROMA-P	Personal skills and personal goals predicted shift into deeper emotional stages during sessions. After a shift, patients usually reframed or normalized their behavior.
Flückiger et al. (2014)	20	20	GAD	Outpatient	ICBT	ROMA-P	Personal skills at the beginning of sessions followed a more problem-focused stage that was characterized by a higher level of negative emotional expressions during therapy
Schilling et al. (2021)	89	89	Mixed	Outpatient	ICBT	ROMA-T; ROMA-P	Sessions before a substantial increase of symptoms; personal goals and positive reinterpretations significantly mentioned earlier in the sessions ($p < .01$)
Smith and Grawe (2003, 2005)	740	128	Mixed	Outpatient	ICBT	GCFE	Association of quality of SBM and session outcome composite ($d = 0.85$). In-session process: In situation where the patient do not respond to the therapist's proposed method (20.92%), subsequent discussion about personal skills enhances the chance to turn into a productive session (51.1%).

Notes: N = patient sample size; ICBT = Integrative Cognitive Behavioral Therapy; IPT = Interpersonal Psychotherapy; MDD = Major Depression Disorder; GAD = Generalized Anxiety Disorder; SAD = Social Anxiety Disorder; SBM = Strength-based methods (therapist); ROMA-P/ ROMA-T = Resource-Oriented Microprocess Analysis (Patient-/ Therapist-Version); CMP = Consistency Theory Micro-Process Analysis; (Grawe, 1997, 2004), GCFE = General Change Factors (Grawe, 1999). Scores at study level: + = mainly positive associations with facilitative in-session effects, 0 = mixed or nondistinctive associations with facilitative in-session effects, - = mainly negative associations with facilitative in-session effects.

Table III. Comparative trials contrasting strength-based methods with bona fide psychotherapy.

Study	Patient population	Gender (% male)	Mean age (years)	Depression or anxiety comorbidities		SUD excluded	Bona fide strength-based psychotherapy		Bona fide comparison psychotherapy		Study-level effect size (<i>g</i>)
				excluded	yes		excluded	yes	excluded	yes	
Boyer et al. (2015)	ADHD	74	14.5	yes	yes	Solution-focused Therapy + Motivational Interviewing	Manualized CBT (Plan My Life) + Motivational Interviewing	159	-0.07		
Chevens et al. (2012)	Major depression	41	37.0	no	yes	Modular CBT for depression: Two treatment modules were selected to reflect individual patients' strengths	Modular CBT for depression: Two treatment modules were selected to reflect individual patients' deficits	42	0.52		
Flückiger et al. (2008a)	multidiagnostic (depression & anxiety)	45	35.4	no	yes	Custom tailored CBT: (a) Case formulation of patients' strengths, (b) use of resource-focused methods (e.g. positive reframing, planning pleasure, imaginative techniques) in addition to CBT as usual	Custom tailored CBT: (a) Case formulation without augmented focus on patients' strengths, (b) use of CBT as usual	40	0.39		
Flückiger, Forrer et al., (2016)	GAD	25	43.9	no	no	Manualized CBT for GAD (MAW): (a) Case formulation of patients' strengths, (b) tailoring CBT to match patients' strengths	Manualized CBT for GAD (MAW): (a) Case formulation of patients' comorbidities, (b) tailoring CBT to match patients' GAD symptoms	57	0.22		
Flückiger et al. (2021)	GAD	25	31.4	no	no	Manualized CBT for GAD (MAW): (a) Case formulation of patients' strengths, (b) tailoring CBT to patient's change behaviors	Manualized CBT for GAD (MAW): (a) Case formulation of patients' comorbidities, (b) tailoring CBT to match patients' GAD symptoms	80	0.08		
Knekt et al. (2008, 2013, 2015)	multidiagnostic (depression & anxiety)	32	24.4	no	yes	Solution-focused Therapy	Short-time psychodynamic therapy	198	0.06		
Kosfelder (2000)	Anxiety disorder	34	31.0	no	yes	Custom tailored CBT: CBT + Solution-focused methods (focus on previous solution attempts, early change, compliments)	Custom tailored CBT: use of CBT as usual	75	-0.04		

Teismann et al. (2011)	Major depression	33	46.0	no	yes	Manualized CBT for depression: (a) Solution-focused methods (focus on previous solution attempts, early change, compliments), (b) strengths-oriented modification of CBT techniques (e.g., finding functional cognitions without elaborating dysfunctional cognitions)	Manualized CBT for depression: use of CBT as usual	70	0.07
Willutzki et al. (2004)	SAD	58	38.2	yes	yes	Manualized CBT for SAD: (a) Solution-focused methods (focus on previous solution attempts, early change, compliments), (b) strengths-oriented modification of CBT techniques (finding functional cognitions without elaborating dysfunctional cognitions)	Manualized CBT for SAD: use of CBT as usual	83	0.42

Notes: effect sizes in favor to SBM, ADHD = Attention deficit hyperactivity disorder, GAD = Generalized anxiety disorder, SAD = Social anxiety disorder, SUD = Substance use disorder, CBT = Cognitive behavioral therapy, MAW = Mastery your Anxiety and Worry, NN = Nearest Neighbor method, RS = Retrospective Sample.

Comparison of Strength-Based Psychotherapies to Other Bona Fide Psychotherapies

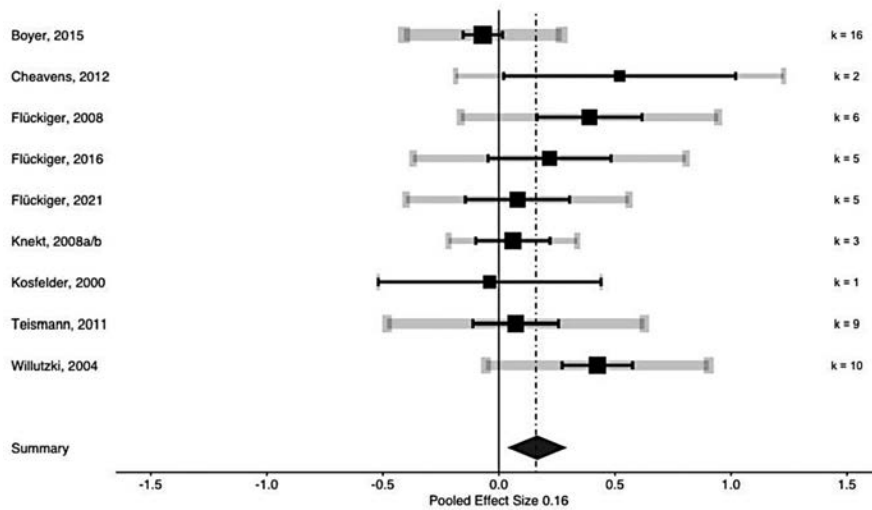
For the comparative multi-level meta-analysis, we used random-effects restricted maximum-likelihood estimator. This analysis is based on the assumption that studies in this meta-analysis were randomly sampled from a population of studies. Effect sizes were generated using the R statistical software “compute.es” package (Del Re, 2013), and the multi-level meta-analytic models and meta-analytic diagnostics (i.e., tests for outliers) used the R “metafor” package (Viechtbauer, 2010; for the forest plot: Fernández-Castilla et al., 2020).

To account for multiple outcomes per study (i.e., within-study effect sizes nested in a trial), we conducted multi-level meta-analytic models with 3 levels, where sampling variance of the extracted effect sizes at Level 1 were nested in *k* measures at Level 2 and *s* studies at Level 3 (e.g., Assink & Wibbelink, 2016; Raudenbush & Bryk, 2002). The use of multi-level models in meta-analytic research enables integration of multiple outcomes and accounts for their interdependency as correlations between outcomes are rarely reported in primary studies and therefore difficult to obtain. In addition, the three-level approach allows examining outcome variance within studies (i.e., within-study heterogeneity) as well as between studies (i.e., between-study heterogeneity).

For the specific treatment contrasts, overall heterogeneity was assessed with the *Q* and *I*² statistics (Higgins & Thompson, 2002). *I*² is calculated as the percentage of variability due to true differences among effect sizes. We also tested whether within-study heterogeneity (i.e., various measures nested in a study) explained a significant proportion of the overall heterogeneity by comparing the full model with a reduced model, where the within-study variance was fixed as zero (Assink & Wibbelink, 2016).

We estimated power based on Jackson and Turner’s (2017) recommendation using “meta-power” package in R (Griffin, 2021). Given a small effect of *d* of 0.10, an average group size across studies of *n* = 80 patients, and some heterogeneity of *I*² = 20%, the power for meta-analytic random effects models was 0.86 for 57 effect sizes. That indicated that there was sufficient power to detect treatment differences.

The overall weighted effect size contrasting strength-based psychotherapies vs. bona fide psychotherapies based on 57 effect sizes nested in 9 trials was *g* = 0.166 (95% CIs [0.027, 0.305], *p* < .01) in favor of strength-based psychotherapies. The omnibus effect size was computed while accounting for the sample size of each study, as well as within-study dependence between outcome measures. The forest plot (Figure 2) depicts the 57 effect sizes nested in 9 studies. There was non-significant heterogeneity among the effect sizes (*Q*(56) =



Note. Grey bars indicate variability at measurement level, black bars represent variability at study level

Figure 2 Forest plot - Relative efficacy in favor of strength-based methods vis à vis bona fide psychotherapy (*s* = 9 studies, *k* = 57 effect sizes, 804 patients).

69.1, $p = .11$; $I^2 = 19\%$, CI [16, 22]). A small portion of heterogeneity was primarily impacted by between-study variance ($\sigma^2_{\text{level } 3} = .03$), whereas within-study variance across particular outcome measures was marginal ($\sigma^2_{\text{level } 2} = .00$). That is, the small heterogeneity observed in this meta-analysis was primarily based on the various study contexts and relatively independent from the particular outcome measure used within studies.

The funnel plot (Figure 3) is a diagram that plots the standard error on the Y-axis and the effect size on the X axis. Due to the relatively small proportion of within-study heterogeneity, we provided the study-level estimates for illustrative purposes ($s = 9$). In the presence of bias, the plot would show a higher concentration of studies on one side of the mean than the other. There was no indication of publication bias in our sample (asymmetry, $p > .48$; trim and fill missing studies: 0). As well, we computed how many unpublished non-significant studies it would take to reduce the overall effects size to $g = 0$. In this dataset, this failsafe value was greater than 11 additional non significant studies.

Moderators of meta-analysis. We analyzed disorder-specific outcomes as a potential moderator in the meta-analysis (1: targeted disorder-specific outcome measure, 0: general outcome). We considered that the disorder-specific measures (e.g., Beck Depression Inventory in depressed patients) might differ from overall distress measures (e.g., Symptom Check List-90, Working Ability Index). As a trend, targeted disorder-specific outcomes ($g = 0.178$ (95% CIs [0.025, 0.332], $p < .05$, $k = 28$)) revealed marginally higher effect sizes in strength-based conditions than general outcomes ($g = 0.155$

(95% CIs [0.003, 0.306], $p < .05$; $k = 29$; moderator: $F(2/55) = 2.95$, $p < .06$)).

To summarize, our meta-analysis of comparative trials indicated an additional small but significant benefit of SBM in comparison to other bona fide psychotherapies with a less systematized focus on SBM. Based on 57 effect sizes nested in 9 trials, the effect size on distal, end-of-treatment outcomes was 0.166 in favor of strength-based psychotherapies. In all these trials, SBM were used as augmentation strategies within bona fide psychotherapies. The results of the comparative trials indicate that SBMs may not be a trivial by-product of treatment progress and may provide a unique contribution to psychotherapy outcomes.

Limitations of the Research

This article is based on a systematic synthesis of the research. While we used gold-standard methods to identify any available research on SBM in psychotherapy, no systematic review or meta-analysis is truly exhaustive. To address the complexity in the comparative meta-analysis, we selected only comparative trials with treatment contrasts where the comparison groups were conducted under minimal standards of (bona fide) psychotherapy.

Limitations of our review of process-outcome studies include a relatively small number of studies that met our criteria of direct SBM assessments. Further, most of the reviewed process-outcome studies used correlational designs and could not rule out alternative explanations for their findings (e.g., confound of SBM with other therapist or treatment variables such as general treatment progress). There is little knowledge about the potential short-time impact of strength-based micro methods using analog experiments (see Murphy et al., 2022; Strauman et al., 2015 for exceptions). Finally, from a methodological perspective, there is a lack of qualitative process studies (see Scheel et al., 2013, for an exception).

With respect to the comparative meta-analysis, although most studies have used both disorder-specific and general outcomes, we were not able to investigate particular strength-based outcomes such as treatment satisfaction (Seligman, 1995) or individual goal attainment (Kiresuk & Sherman, 1968), as they were not collected in the studies. Furthermore, potential serious adverse effects generally were not systematically assessed (e.g., Klatte et al., 2022, for exceptions see Flückiger et al., 2016, 2021). Thus, there is a need for research on a broader range of strength-based as well as disorder-specific outcomes including long-term follow-up.

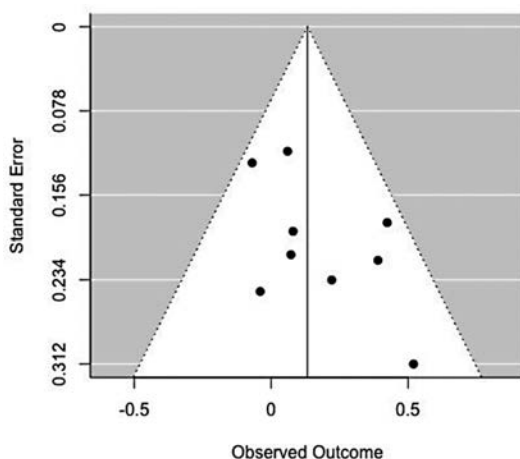


Figure 3 Funnel plot of the 9 comparative trials.

The reviewed studies primarily were conducted in Europe and there is need for comparative trials under bona fide conditions outside of Europe (see Cheavens et al., 2012, for an exception, also see Hendriks et al., 2018).

Training Implications

SBM are rarely emphasized explicitly in clinical training (Jankowski et al., 2020). One possible reason is that they are often perceived as a professional competence of developing positive attitudes toward patients, rather than specific skills that can be taught (e.g., Gelso & Woodhouse, 2003; Scheel et al., 2013). However, training programs can incorporate an explicit focus on SBM, through the use of structured assessments (e.g., ROMA-T) as well as technical skills and therapeutic strategies to promote strength building. Many psychotherapy approaches emphasize SBM, including positive psychotherapy (e.g., Conoley & Scheel, 2018; Parks & Schueller, 2014; Rashid & Seligman, 2019), strength-based cognitive-behavioral therapy (Cheavens et al., 2012; Padesky & Mooney, 2012), and resource activation (Flückiger et al., 2010; Willutzki & Teismann, 2013). Based on these models, we offer the following pantheoretical training recommendations:

- Include education regarding the risk of a bias toward negative information in clinical populations (Smith et al., 2006).
- Address in clinical training SBMs with both long-term perspectives (e.g., matching treatments to patients' preexisting capabilities and motivational readiness) and short-term perspectives (detection of strengths during sessions, applying methods that foster wellbeing and positive qualities).
- Consider discussions on the situation-specific nature of strengths, as certain qualities can be adaptive and healthy in certain situations but maladaptive in others.
- Teach strength-based (micro-)skills by means of deliberate practice and using video-based feedback.
- Train students to monitor and balance their emphasis on distress and problems with their focus on client strengths. Psychotherapeutic methods should integrate both problem-focused and strength-based perspectives.
- Encourage trainees to be responsive to patients' expressions of their own strengths, while leaving space to discuss their distress when needed.
- The principles of the strength-based approach are relevant not only for therapy, but equally

for creating optimal learning conditions in training and supervision. Strength-based approaches are best exemplified in the interaction with and supervision of trainees.

Therapeutic Practices

Our systematic review of strength-based in-session studies and meta-analysis of comparative trials suggests that SBM can increase psychotherapy effects. The meta-analytic evidence presented in this article indicates that strength-based psychotherapies prove as efficacious, and sometimes slightly more efficacious, than other bona fide psychotherapies. Based on this research evidence, we recommend that practitioners:

- Consider incorporating SBM throughout the treatment phases.
- Integrate the assessment of strengths into the clinical interview and standardized assessment and discuss weaknesses and strengths explicitly with the patient.
- Integrate weaknesses and strengths in case formulation to derive a more balanced and comprehensive understanding of patients' narrative and needs.
- Be aware that the assessment of positive constructs might identify problematic aspects of functioning (e.g., low self-esteem, hope, gratitude, kindness).
- Collaborate with patients in defining and amplifying their strengths. Therapists and patients may disagree on the value or meaning of certain strengths and their role in patients' functioning. A culturally sensitive approach is crucial here.
- Consider obtaining an outside perspective from a significant other on the patients' strengths; it can sometimes provide beneficial information of which the patient is unaware.
- Use SBM to improve and broaden therapy success in terms of the WHO mental health definition (e.g., symptom reduction, wellbeing, social integration).
- Create wording or therapist slang that communicates inclusiveness and positive regard (e.g., "You just said *highlight moment*. What does this mean to you?", "This voice of your *silly old man*, does it have something wise to say or is it just silly?").
- Monitor and validate positive change across the whole psychosocial functioning during therapy.
- Identify and discuss with the patient functional aspects in behaviors that may easily dismissed as dysfunctional (by either you or the patient).

- Identify preexisting problem-solving strategies to facilitate behavioral change and use them to build new skills.
- Incorporate patient strengths into homework assignments (e.g., observation of positive moments or experiences during a week, planning enjoyment) and in fostering activities outside of the therapy room (e.g., recreation, physical movement, social support).
- Note that sometimes emphasizing strengths may be mistuned with the patient's experience. For example, a therapist who is overwhelmed by the patient's despair may try to "cheer them up" and "focus on the positive." This could cause the patient to feel invalidated and alone if their distress is not addressed properly.

Acknowledgement

This article is adapted, by special permission of Oxford University Press, by the same authors in C. E. Hill & J. C. Norcross (Eds.) (2023), *Psychotherapy skills and methods that work*. New York: Oxford University Press. The interorganizational Task Force on Psychotherapy Methods and Skills was cosponsored by the APA Division of Psychotherapy/Society for the Advancement of Psychotherapy.

Disclosure Statement

No potential conflict of interest was reported by the author(s).

Funding

We thank Alan-David Mardi, Ladina Hummel, and Christophe Luder for their contributions to this meta-analysis supported by the grants PP00P1_1163702 and PP00P1_190083 from the Swiss Science National Foundation. Dr. Nili Solomonov is supported by a grant from the National Institute of Mental Health (K23 MH123864).

ORCID

CHRISTOPH FLÜCKIGER  <http://orcid.org/0000-0003-3058-5815>

THOMAS MUNDER  <http://orcid.org/0000-0002-0996-512X>

A. C. DEL RE  <http://orcid.org/0000-0002-9571-7623>

NILI SOLOMONOV  <http://orcid.org/0000-0003-1573-5715>

References

*Study included in the process-outcome review and comparative meta-analysis.

- Andrewes, H. E., Walker, V., & O'Neill, B. (2014). Exploring the use of positive psychology interventions in brain injury survivors with challenging behaviour. *Brain Injury, 28*(7), 965–971. <https://doi.org/10.3109/02699052.2014.888764>
- Asgharipour, N., Asgharnejad Farid, A., Arshadi, H., & Sahebi, A. (2012). A comparative study on the effectiveness of positive psychotherapy and group cognitive-behavioral therapy for the patients suffering from major depressive disorder. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences, 6*(2), 33–41. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3940016/>
- Assink, M., & Wibbelink, C. J. M. (2016). Fitting three-level meta-analytic models in R: A step-by-step tutorial. *The Quantitative Methods for Psychology, 12*(3), 154–174. <https://www.tqmp.org/RegularArticles/voll12-3/p154/>. <https://doi.org/10.20982/tqmp.12.3.p154>
- Bandura, A. (2006). Toward a psychology of human agency. *Perspectives on Psychological Science, 1*(2), 164–180. <https://doi.org/10.1111/j.1745-6916.2006.00011.x>
- Battle, C. C., Imber, S. D., Hoehn-Saric, R., Nash, E. R., & Frank, J. D. (1966). Target complaints as criteria of improvement. *American Journal of Psychotherapy, 20*(1), 184–192. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.1966.20.1.184>
- Bohart, A. C. (2007). Insight and the active client. In L. G. Castonguay, & C. Hill (Eds.), *Insight in psychotherapy* (pp. 257–277). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/11532-012>
- Bolier, L., Haverman, M., Westerhof, G. J., Riper, H., Smit, F., & Bohlmeijer, E. (2013). Positive psychology interventions: A meta-analysis of randomized controlled studies. *BMC Public Health, 13*(1), 119. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-119>
- Bonanno, G. A. (2021). *The end of trauma: How the new science of resilience is changing how to think about PTSD*. Basic Books.
- *Boyer, B. E., Geurts, H. M., Prins, P. J., & Van der Oord, S. (2015). Two novel CBTs for adolescents with ADHD: The value of planning skills. *European Child & Adolescent Psychiatry, 24*(9), 1075–1090. <https://doi.org/10.1007/s00787-014-0661-5>
- Cacioppo, J. T., Berntson, G. G., Norris, C. J., & Gollan, J. K. (2012). The evaluative space model. In P. A. M. Van Lange, A. W. Kruglanski, & E. T. Higgins (Eds.), *Handbook of theories of social psychology* (pp. 50–72). Sage. <https://doi.org/10.4135/9781446249215.n4>
- Carter, T., Morres, I. D., Meade, O., & Callaghan, P. (2016). The effect of exercise on depressive symptoms in adolescents: A systematic review and meta-analysis. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 55*(7), 580–590. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2016.04.016>
- Chakhssi, F., Kraiss, J. T., Sommers-Spijkerman, M., & Bohlmeijer, E. T. (2018). The effect of positive psychology interventions on wellbeing and distress in clinical samples with psychiatric or somatic disorders: A systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry, 18*(1), 211. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1739-2>
- Chaves, C., Lopez-Gomez, I., Hervas, G., & Vazquez, C. (2017). A comparative study on the efficacy of a positive psychology intervention and a cognitive behavioral therapy for clinical depression. *Cognitive Therapy and Research, 41*(3), 417–433. <https://doi.org/10.1007/s10608-016-9778-9>
- *Cheavens, J. S., Strunk, D. R., Lazarus, S. A., & Goldstein, L. A. (2012). The compensation and capitalization models: A test of two approaches to individualizing the treatment of depression.

- Behaviour Research and Therapy*, 50(11), 699–706. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2012.08.002>
- Conoley, C. W., & Scheel, M. J. (2018). *Goal focused positive psychotherapy: A strength-based approach*. Oxford University Press.
- Constantino, M. J., Boswell, J. F., Coyne, A. E., Swales, T. P., & Kraus, D. R. (2021). Effect of matching therapists to patients vs assignment as usual on adult psychotherapy outcomes: A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*, 78(9), 960–969. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2021.1221>
- Craske, M. G., Meuret, A. E., Ritz, T., Treanor, M., Dour, H., & Rosenfield, D. (2019). Positive affect treatment for depression and anxiety: A randomized clinical trial for a core feature of anhedonia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 87(5), 457. <https://doi.org/10.1037/ccp0000396>
- Cronbach, L. J., & Snow, R. E. (1977). *Aptitudes and instructional methods: A handbook for research on interactions*. Irvington.
- Del Re, A. C. (2013). compute.es: Compute Effect Sizes. <https://cran.r-project.org/package=compute.es>
- De Vries, L. P., Baselmans, B. M. L., & Bartels, M. (2020). Smartphone-based ecological momentary assessment of well-being: A systematic review and recommendations for future studies. *Journal of Happiness Studies: An Interdisciplinary Forum on Subjective Wellbeing*, 22(5), 2361–2408. <https://doi.org/10.1007/s10902-020-00324-7>
- Emmons, R. A., & Stern, R. (2013). Gratitude as a psychotherapeutic intervention. *Journal of Clinical Psychology*, 69(8), 846–855. <https://doi.org/10.1002/jclp.22020>
- Fava, G. A., Ruini, C., Rafanelli, C., Finos, L., Salmaso, L., Mangelli, L., & Sirigatti, S. (2005). Wellbeing therapy of generalized anxiety disorder. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 74(1), 26–30. <https://doi.org/10.1159/000082023>
- Fernández-Castilla, B., Declercq, L., Jamshidi, L., Beretvas, N., Onghena, P., & Van den Noortgate, W. (2020). Visual representations of meta-analyses of multiple outcomes: Extensions to forest plots, funnel plots, and caterpillar plots. *Methodology*, 16(4), 299–315. <https://doi.org/10.5964/meth.4013>
- *Flückiger, C., Caspar, F., Holtforth, M. G., & Willutzki, U. (2009). Working with patients' strengths: A microprocess approach. *Psychotherapy Research*, 19(2), 213–223. <https://doi.org/10.1080/10503300902755300>
- *Flückiger, C., Forrer, L., Schnider, B., Bättig, I., Bodenmann, G., & Zinbarg, R. E. (2016). A single-blinded, randomized clinical trial of How to implement an evidence-based treatment for generalized anxiety disorder [IMPLEMENT]—effects of three different strategies of implementation. *EBioMedicine*, 3, 163–171. <https://doi.org/10.1016/j.ebiom.2015.11.049>
- *Flückiger, C., & Grosse Holtforth, M. (2008a). Focusing the therapist's attention on the patient's strengths: A preliminary study to foster a mechanism of change in outpatient psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology*, 64(7), 876–890. <https://doi.org/10.1002/jclp.20493>
- Flückiger, C., & Grosse Holtforth, M. (2008b). Ressourcenorientierte Mikroprozess-Analyse (ROMA) - Ressourcenagnostik und Ressourcenaktivierung im Therapieprozess. *Klinische Diagnostik und Evaluation*, 1(2), 171–185.
- Flückiger, C., Grosse Holtforth, M., Del Re, A. C., & Lutz, W. (2013). Working along sudden gains - responsiveness on small and subtle early changes and exceptions. *Psychotherapy*, 50(3), 292–297. <https://doi.org/10.1037/a0031940>
- *Flückiger, C., & Studer, R. (2009). Bern Strength Task force - Resource activation and problem activation as interdependent processes (Die Berner- Ressourcen Taskforce - Ressourcenaktivierung und Problembearbeitung unter der Lupe). *Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis (VPP)*, 41(4), 829–839. Tübingen: DGVT-Verlag.
- *Flückiger, C., Vislä, A., Wolfer, C., Hilpert, P., Zinbarg, R. E., Lutz, W., Grosse Holtforth, M., & Allemand, M. (2021). Exploring change in cognitive-behavioral therapy for generalized anxiety disorder—A two-arms ABAB crossed-therapist randomized clinical implementation trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 89(5), 454–468. <https://doi.org/10.1037/ccp0000639>
- Flückiger, C., Wüsten, G., Zinbarg, R. E., & Wampold, B. E. (2010). Resource activation - Using clients' own strengths in psychotherapy and counseling. Hogrefe.
- *Flückiger, C., Zinbarg, R. E., Znoj, H., & Ackert, M. (2014). Resource activation in generalized anxiety - An observer-based microprocess analysis of patients' in-session outcomes. *Psychotherapy*, 51(4), 535–545. <https://doi.org/10.1037/a0034119>
- Furchtlehner, L. M., Schuster, R., & Laireiter, A.-R. (2020). A comparative study of the efficacy of group positive psychotherapy and group cognitive behavioral therapy in the treatment of depressive disorders: A randomized controlled trial. *Journal of Positive Psychology*, 15(6), 832–845. <https://doi.org/10.1080/17439760.2019.1663250>
- *Gassmann, D., & Grawe, K. (2006). General change mechanisms: The relation between problem activation and resource activation in successful and unsuccessful therapeutic interactions. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 13(1), 1–11. <https://doi.org/10.1002/cpp.442>
- Gelso, C. J., & Woodhouse, S. (2003). Toward a positive psychotherapy: Focus on human strength. In W. B. Walsh (Ed.), *Counseling psychology and optimal human functioning* (pp. 171–197). Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Gonçalves, M. M., Gabalda, I. C., Ribeiro, A. P., Pinheiro, P., Borges, R., Sousa, I., & Stiles, W. B. (2014). The innovative moments coding system and the assimilation of problematic experiences scale: A case study comparing two methods to track change in psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 24(4), 442–455. <https://doi.org/10.1080/10503307.2013.835080>
- Gonçalves, M. M., Ribeiro, P. A., Mendes, I., Matos, M., & Santos, A. (2011). Tracking novelties in psychotherapy process research: The innovative moments coding system. *Psychotherapy Research*, 21(5), 497–509. <https://doi.org/10.1080/10503307.2011.560207>
- Grawe, K. (1997). Research-informed psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 7(1), 1–19. <https://doi.org/10.1080/10503309712331331843>
- Grawe, K., Regli, D., Smith, E., & Dick, A. (1999). Curative factor analysis (Wirkfaktorenanalyse). *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, 31, 201–225.
- Grawe, K. (2004). *Psychological Therapy*. Bern: Hogrefe.
- Griffin, J. (2021). *Metapower - Computing and visualizing statistical power for meta-analysis*. <https://cran.r-project.org/web/packages/metapower/index.html>
- Grosse Holtforth, M., & Grawe, K. (2002). Bern inventory of treatment goals: Part 1 - development and first application of a taxonomy of treatment goal themes. *Psychotherapy Research*, 12(1), 79–99. <https://doi.org/10.1080/10713869618>
- Helliwell, J. F., Layard, R., Sachs, J., De Neve, J.-E., Aknin, L. B., & Wang, S. (2021). *World happiness report 2021*. Sustainable Development Solutions Network.
- Hendriks, T., Schotanus-Dijkstra, M., Hassankhan, A., Graafisma, T., Bohlmeijer, E., & de Jong, J. (2018). The efficacy of positive psychology interventions from non-Western countries: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Wellbeing*, 8(1), 71–98. <https://doi.org/10.5502/ijw.v8i1.711>
- Higgins, J. P., & Thompson, S. G. (2002). Quantifying heterogeneity in a meta-analysis. *Statistics in Medicine*, 21(11), 1539–1558. <https://doi.org/10.1002/sim.1186>

- Hill, C. E. (2018). *Meaning in life: A therapist's guide*. American Psychological Association.
- Hirani, S. S., Norris, C. M., Van Vliet, K. J., Van Zanten, S. V., Karmaliani, R., & Lasiuk, G. (2018). Social support intervention to promote resilience and quality of life in women living in Karachi, Pakistan: A randomized controlled trial. *International Journal of Public Health, 63*(6), 693–702. <https://doi.org/10.1007/s00038-018-1101-y>
- Hobfoll, S. E. (1989). Conservation of resources: A new attempt at conceptualizing stress. *American Psychologist, 44*(3), 513–524. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.44.3.513>
- Hoppen, T. H., & Morina, N. (2021). Efficacy of positive psychotherapy in reducing negative and enhancing positive psychological outcomes: A meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ Open, 11*(9), e046017. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-046017>
- Jackson, D., & Turner, R. (2017). Power analysis for random-effects meta-analysis. *Research Synthesis Methods, 8*(3), 290–302. <https://doi.org/10.1002/jrsm.1240>
- Jankowski, P. J., Sandage, S. J., Bell, C. A., Davis, D. E., Porter, E., Jessen, M., Motzny, C. L., Ross, K. V., & Owen, J. (2020). Virtue, flourishing, and positive psychology in psychotherapy: An overview and research prospectus. *Psychotherapy, 57*(3), 291–309. <https://doi.org/10.1037/pst0000285>
- Jebb, A. T., Morrison, M., Tay, L., & Diener, E. (2020). Subjective wellbeing around the world: Trends and predictors across the life span. *Psychological Science, 31*(3), 293–305. <https://doi.org/10.1177/0956797619898826>
- *Kech, S. (2008). *Einflussfaktoren auf den Behandlungserfolg der Interpersonellen Psychotherapie bei stationären Depressionspatienten: Analyse der Wirkmechanismen* [Unpublished dissertational thesis]. University of Freiburg, Germany.
- Kiresuk, T. J., & Sherman, R. E. (1968). Goal attainment scaling: A general method for evaluating comprehensive community mental health programs. *Community Mental Health Journal, 4* (6), 443–453. <https://doi.org/10.1007/BF01530764>
- Klatte, R., Strauss, B., Flückiger, C., Färber, F., & Rosendahl, J. (2022). Defining and assessing adverse events and harmful effects in psychotherapy study protocols: A systematic review. *Psychotherapy*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1037/pst0000359>
- *Knekt, P., Lindfors, O., Härkänen, T., Välikoski, M., Virtala, E., Laaksonen, M. A., Marttunen, M., Kaipainen, M., Renlund, C., & Helsinki Psychotherapy Study Group. (2008). Randomized trial on the effectiveness of long- and short-term psychodynamic psychotherapy and solution-focused therapy on psychiatric symptoms during a 3-year follow-up. *Psychological Medicine, 38* (5), 689–703. <https://doi.org/10.1017/S003329170700164X>
- Knekt, P., Lindfors, O., Sares-Jäske, L., Virtala, E., & Härkänen, T. (2013). Randomized trial on the effectiveness of long- and short-term psychotherapy on psychiatric symptoms and working ability during a 5-year followup. *Nordic Journal of Psychiatry, 67*(1), 59–68. <https://doi.org/10.3109/08039488.2012.680910>
- Knekt, P., Heinonen, E., Härkäpää, K., Järvikoski, A., Virtala, E., Rissanen, J., Lindfors, O., & Helsinki Psychotherapy Study Group. (2015). Randomized trial on the effectiveness of long- and short-term psychotherapy on psychosocial functioning and quality of life during a 5-year follow-up. *Psychiatry Research, 229* (1-2), 381–388. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.05.113>
- *Kosfelder, J. (2000). *Handlungsorientierung durch Lösungsfokus. Eine klinisch-psychologische Interventionsstudie*. Der Andere Verlag.
- Lee, J. H., Nam, S. K., Kim, A-R, Kim, B., Lee, M. Y., & Lee, S. M. (2013). Resilience: A meta-analytic approach. *Journal of Counseling & Development, 91*(3), 269–279. <https://doi.org/10.1002/j.1556-6676.2013.00095.x>
- Li, F., Luo, S., Mu, W., Li, Y., Ye, L., Zheng, X., Xu, B., Ding, Y., Ling, P., Zhou, M., & Chen, X. (2021). Effects of sources of social support and resilience on the mental health of different age groups during the COVID-19 pandemic. *BMC Psychiatry, 21*(1), 16. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-03012-1>
- Macdonald, J., & Muran, C. J. (2020). The reactive therapist: The problem of interpersonal reactivity in psychological therapy and the potential for a mindfulness-based program focused on “mindfulness-in-relationship” skills for therapists. *Journal of Psychotherapy Integration, 31*(4), 452–467. <https://doi.org/10.1037/int0000200>
- Mander, J., Schlarb, A., Teufel, M., Keller, F., Hautzinger, M., Zipfel, S., Wittorf, A., & Sammet, I. (2015). The individual therapy process questionnaire: Development and validation of a revised measure to evaluate general change mechanisms in psychotherapy. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 22*(4), 328–345. <https://doi.org/10.1002/cpp.1892>
- Munder, T., Flückiger, C., Leichsenring, F., Abbass, A. A., Hilsenroth, M. J., Luyten, P., Rabung, S., Steinert, C., & Wampold, B. E. (2019). Let's distinguish relative and absolute efficacy to move psychotherapy research forward. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, 65*(2), 178–182. <https://doi.org/10.13109/zptm.2019.65.2.178>
- Murphy, S. T., Cheavens, J. S., & Strunk, D. R. (2022). Framing an intervention as focused on one's strength: Does framing enhance therapeutic benefit? *Journal of Clinical Psychology, 78* (6), 1046–1057. <https://doi.org/10.1002/jclp.23302>
- Niemiec, R. M. (2018). *Character strengths interventions: A field guide for practitioners*. Hogrefe Publishing.
- Padesky, C. A., & Mooney, K. A. (2012). Strength-based cognitive-behavioural therapy: A four-step model to build resilience. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 19*(4), 283–290. <https://doi.org/10.1002/cpp.1795>
- Parks, A. C., & Schueller, S. M. (2014). *The Wiley Blackwell handbook of positive psychological interventions*. Hoboken (NJ): Wiley.
- Probst, G., Vislă, A., & Flückiger, C. (2022). Patients' symptoms and strengths as predictors of long-term outcomes of CBT for generalized anxiety disorder - A three-level, multi-predictor analysis. *Journal of Anxiety Disorders 92*:102635. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2022.102635>
- Rashid, T., & Seligman, M. E. P. (2019). *Positive psychotherapy*. Oxford University Press.
- Raudenbush, S. W., & Bryk, A. S. (2002). *Hierarchical linear models*. Sage.
- *Regli, D., Bieber, K., Mathier, F., & Grawe, K. (2000). Beziehungsgestaltung und Aktivierung von Ressourcen in der Anfangsphase von Therapien. *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin, 21*(4), 399–420.
- Riches, S., Schrank, B., Rashid, T., & Slade, M. (2016). WELLFOCUS PPT: Modifying positive psychotherapy for psychosis. *Psychotherapy, 53*(1), 68–77. <https://doi.org/10.1037/pst0000013>
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2008). A self-determination theory approach to psychotherapy: The motivational basis for effective change. *Canadian Psychology/Psychologie Canadienne, 49*(3), 186–193. <https://doi.org/10.1037/a0012753>
- Satir, V., Banmen, J., Gerber, J., & Gomori, M. (1991). *The Satir Model: Family therapy and beyond. Science and behavior books*. Palo Alto (CA): Science & Behavior Books.
- Scheel M.J., Davis C.K., & Hederson J.D. (2013). Therapist use of client strengths: A qualitative study of positive processes. *The Counseling Psychologist 41*(3), 392–427. <https://doi.org/10.1177/0011000012439427>
- Scheel, M. J., Hanson, W. E., & Razzhavaikina, T. I. (2004). The process of recommending homework in psychotherapy: A review of therapist delivery methods, client acceptability, and factors that affect compliance. *Psychotherapy: Theory,*

- Research, Practice, Training*, 41(1), 38–55. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.41.1.38>
- *Schilling, V. N. L. S., Boyle, K. S., Rubel, J. A., Flückiger, C., Zimmermann, D., & Lutz, W. (2021). Patients' and therapists' actions on the precipice of change: Session processes before sudden gains and sudden losses. *Journal of Psychotherapy Integration*, 31(3), 238–256. <https://doi.org/10.1037/int0000242>
- Scholz, U., Doña, B. G., Sud, S., & Schwarzer, R. (2002). Is general self-efficacy a universal construct? Psychometric findings from 25 countries. *European Journal of Psychological Assessment*, 18(3), 242–251. <https://doi.org/10.1027//1015-5759.18.3.242>
- Schürmann-Vengels, J., Appelbaum, S., Apel, M.-K., Trimpop, L., Muermans, M. M., Ostermann, T., Teismann, T., & Willutzki, U. (2022). Association of patients' pre-therapy strengths and alliance in outpatient psychotherapy: A multilevel growth curve analysis. *Psychotherapy Research*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1080/10503307.2022.2146543>
- Seligman, M. E. (1995). The effectiveness of psychotherapy. The consumer reports study. *The American Psychologist*, 50(12), 965–974. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.50.12.965>
- Sin, N. L., & Lyubomirsky, S. (2009). Enhancing wellbeing and alleviating depressive symptoms with positive psychology interventions: A practice-friendly meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology*, 65(5), 467–487. <https://doi.org/10.1002/jclp.20593>
- *Smith, E. C., & Grawe, K. (2003). What makes psychotherapy sessions productive? A new approach to bridging the gap between process research and practice. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 10(5), 275–285. <https://doi.org/10.1002/cpp.377>
- *Smith, E. C., & Grawe, K. (2005). Which therapeutic mechanisms work when? A step towards the formulation of empirically validated guidelines for therapists' session-to-session decisions. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 12(2), 112–123. <https://doi.org/10.1002/cpp.427>
- Smith, N. K., Larsen, J. T., Chartrand, T. L., Cacioppo, J. T., Katafiasz, H. A., & Moran, K. E. (2006). Being bad isn't always good: Affective context moderates the attention bias toward negative information. *Journal of Personality and Social Psychology*, 90(2), 210–220. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.90.2.210>
- Solomonov, N., Victoria, L. W., Dunlop, K., Respino, M., Hoptman, M. J., Zilcha-Mano, S., Oberlin, L., Liston, C., Areán, P. A., Gunning, F. M., & Alexopoulos, G. S. (2020). Resting state functional connectivity and outcomes of psychotherapies for late-life depression. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 28(8), 859–868. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2020.04.008>
- Strauman, T. J., Socolar, Y., Kwapil, L., Cornwell, J. F., Franks, B., Schnert, S., & Higgins, E. T. (2015). Microinterventions targeting regulatory focus and regulatory fit selectively reduce dysphoric and anxious mood. *Behaviour Research and Therapy*, 72, 18–29. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2015.06.003>
- Suhr, M., Risch, A. K., & Wilz, G. (2017). Maintaining mental health through positive writing: Effects of a resource diary on depression and emotion regulation. *Journal of Clinical Psychology*, 73(12), 1586–1598. <https://doi.org/10.1002/jclp.22463>
- Tay, L., & Diener, E. (2011). Needs and subjective wellbeing around the world. *Journal of Personality and Social Psychology*, 101(2), 354–365. <https://doi.org/10.1037/a0023779>
- *Teismann, T., Dymel, W., Schulte, D., & Willutzki, U. (2011). Ressourcenorientierte Akutbehandlung unipolarer Depressionen: Eine randomisierte kontrollierte Psychotherapiestudie. *Psychotherapie, Psychosomatik und Medizinische Psychologie*, 61(7), 295–302. <https://doi.org/10.1055/s-0030-1270453>
- Tolpin, M. (2002). Doing psychoanalysis of normal development: Forward edge transferences. In A. Goldberg (Ed.), *Postmodern self psychology* (pp. 167–190). The Analytic Press/Taylor & Francis Group.
- Uliaszek, A. A., Rashid, T., Williams, G. E., & Gulamani, T. (2016). Group therapy for university students: A randomized control trial of dialectical behavior therapy and positive psychotherapy. *Behaviour Research and Therapy*, 77, 78–85. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2015.12.003>
- Viechtbauer, W. (2010). Conducting meta-analyses in R with the metafor package. *Journal of Statistical Software*, 36(3), 1–48. <https://doi.org/10.18637/jss.v036.i03>
- Vislä, A., Zinbarg, R. E., Hilpert, P., Allemann, M., Flückiger, C. (2021). Worry and positive episodes in the daily lives of individuals with generalized anxiety disorder: An ecological momentary assessment study. *Frontiers in Psychology – Psychology for Clinical Settings*, 12, 722881. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.722881>
- von Connsbruch, K., Flückiger, C., Stangier, U., Beutel, M. E., Herpertz, S., Hoyer, J., Leibing, E., Leichsenring, F., Salzer, S., Strauß, B., & Wiltink, J. (2013). WIFA-k: Ein neues Messinstrument zur zeitökonomischen Erfassung allgemeiner Wirkfaktoren nach Grawe [Assessing common factors in psychotherapy: Psychometric properties of a new time-economic instrument (WIFA-k)]. *PPmP: Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 63(7), 286–289. <https://doi.org/10.1055/s-0032-1331206>
- Wachtel, P. L. (2011). *Therapeutic communication: Knowing what to say when* (2nd ed.). Guilford.
- Wampold, B. E., Mondin, G. W., Moody, M., Stich, F., Benson, K., & Ahn, H.-n. (1997). A metaanalysis of outcome studies comparing bona fide psychotherapies: Empirically, "all must have prizes." *Psychological Bulletin*, 122(3), 203–215. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.122.3.203>
- Wampold, B. E., & Flückiger, C. (2023). The alliance in mental health care: Conceptualization, evidence and clinical application. *World Psychiatry*, 22(1), 1–17. <https://doi.org/10.1002/wps.21035>
- Wampold, B. E., & Imel, Z. E. (2015). *The great psychotherapy debate: The evidence for what makes psychotherapy work* (2nd ed.). Routledge/Taylor & Francis Group.
- White, C. A., Uttl, B., & Holder, M. D. (2019). Meta-analyses of positive psychology interventions: The effects are much smaller than previously reported. *PLoS one*, 14(5), e0216588. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0216588>
- *Willutzki, U., Haas, H., Neumann, B., Koban, C., & Schulte, D. (2004). Zur Psychotherapie sozialer Ängste: Kognitive Verhaltenstherapie im Vergleich zu einem kombiniert ressourcenorientierten Vorgehen. Eine randomisierte kontrollierte Interventionsstudie. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 33(1), 42–50. <https://doi.org/10.1026/0084-5345.33.1.42>
- Willutzki, U., & Teismann, T. (2013). *Ressourcenaktivierung in der Psychotherapie*. Hogrefe.
- Yulish, N. E., Goldberg, S. B., Frost, N. D., Abbas, M., Oleen-Junk, N. A., Kring, M., Chin, M. Y., Raines, C. R., Soma, C. S., & Wampold, B. E. (2017). The importance of problem-focused treatments: A meta-analysis of anxiety treatments. *Psychotherapy*, 54(4), 321–338. <https://doi.org/10.1037/pst0000144>
- Zheng, W., Li, Q., Lin, J., Xiang, Y., Guo, T., Chen, Q., Cai, D., & Xiang, Y. (2016). Tai Chi for schizophrenia: A systematic review. *Shanghai Archives of Psychiatry*, 28(4), 185–194. <https://doi.org/10.11919/j.issn.1002-0829.216051>

Artikel 5²

Munder, T., Rugenstein, K. & Gumz, A. (2018). Ressourcenorientierung in der psychodynamischen Therapie. *Psychotherapeut*, 63, 218–225.

² Reproduced with permission from Springer Nature.

Psychotherapeut 2018 · 63:218–225
<https://doi.org/10.1007/s00278-017-0264-y>
 Online publiziert: 12. Januar 2018
 © Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von
 Springer Nature 2018

Redaktion

Manfred Cierpka, Heidelberg
 Bernhard Strauß, Jena

Thomas Munder¹ · Kai Rugenstein^{1,2} · Antje Gumz^{1,3,4}

¹ Psychologische Hochschule Berlin, Berlin, Deutschland

² Privatpraxis Berlin Mitte, Berlin, Deutschland

³ Institut und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Universitätsklinikum
 Hamburg-Eppendorf, Hamburg, Deutschland

⁴ Schön Klinik Hamburg-Eilbek, Hamburg, Deutschland

Ressourcenorientierung in der psychodynamischen Therapie

Ressourcenorientierung ist als allgemeiner Wirkfaktor von Psychotherapie anerkannt, allerdings ist die Konzeptualisierung dieses Wirkprinzips in der psychodynamischen Therapie noch weniger weit fortgeschritten als in anderen Verfahren. Es lohnt sich daher ein genauerer Blick darauf, inwieweit die Nutzung von Ressourcen bereits Teil bestehender psychodynamischer Ansätze ist.

Das Verhältnis der psychodynamischen Therapie zur Nutzung von Ressourcen wird mit Verweis auf klassische psychoanalytische Leitgedanken wie die Notwendigkeit tiefer regressiver Prozesse oder die therapeutische Vermeidung von Ersatzbefriedigungen als schwierig beschrieben (Fürstenau 2007; Gelso und Woodhouse 2003). Allerdings liegen schon länger auch ressourcenorientierte psychodynamische Ansätze vor (Fürstenau 1992; Reddemann 2001), in die auf theoretischer und behandlungstechnischer Ebene Elemente anderer Therapieschulen integriert werden (bei Reddemann z. B. aus imaginativer, achtsamkeitsbasierter und Körperpsychotherapie). Erst kürzlich wurden für eine integrativ-ressourcenorientierte psychodynamische Traumatherapie vielversprechende Befunde vorgelegt (Steinert et al. 2017).

Ein wichtiger Impuls für eine stärkere Beachtung der Rolle von Ressourcen waren die Veröffentlichungen von Grawe, in denen er Ressourcenaktivierung als einen zentralen Wirkfaktor von Psychotherapie postulierte (Grawe 1995; Grawe

und Grawe-Gerber 1999). Grawes Überlegungen stimulierten innerhalb der kognitiven Verhaltenstherapie verschiedene Weiterentwicklungen (Flückiger und Wüsten 2014; Willutzki und Teismann 2013), die mit einer Öffnung für hypnotherapeutisch-systemische Sicht- und Vorgehensweisen einhergehen und deren Wirksamkeit durch die Ergebnisse klinischer Studien gestützt wird (z. B. Flückiger et al. 2016; Willutzki et al. 2004).

Der Fokus dieser Arbeit liegt nicht auf integrativen oder eklektischen Konzepten. Vielmehr soll untersucht werden, inwieweit Ressourcenorientierung Teil bestehender psychodynamischer Ansätze ist. Mit Huber und Klug (2017) soll dabei insbesondere gefragt werden, ob das Prinzip der Ressourcenorientierung in psychodynamischen Ansätzen bereits implizit wirksam ist, obgleich es bislang nur wenig systematisch expliziert und konzeptualisiert wurde. Konkret werden zunächst 4 Prinzipien der Ressourcenorientierung in hypnotherapeutisch-systemischer, humanistischer und kognitiv-verhaltenstherapeutischer Therapie herausgearbeitet, deren Vorkommen, theoretische Einbettung und technische Umsetzung dann in psychodynamischen Ansätzen untersucht wird. Der Begriff „Prinzip“ wird im Sinne des „therapeutischen Veränderungsprinzips“ von Goldfried (1980) verwendet, mit dem eine mittlere Abstraktionsebene zwischen theoretischem Rahmen (z. B. psychoanalytische Theorie) und therapeutischer Technik (z. B. genetische Übertragungsdeutung) be-

schrieben wird (auch Wampold und Imel 2015).

Unter Ressourcenorientierung wird in dieser Arbeit die therapeutische Nutzung von Ressourcen, die bei Patienten bereits vorhandenen sind, verstanden. Dadurch wird Ressourcenorientierung von Konzepten wie der positiven Psychologie abgegrenzt, in denen auch der Aufbau fehlender Ressourcen eine große Rolle spielt, da diese Konzepte mindestens teilweise noch problemorientiert sind (Willutzki und Teismann 2013).

Definition von Ressourcen

Anhand einer Definition von Grawe und Grawe-Gerber lässt sich eine Reihe begrifflicher Differenzierungen entwickeln, die in den folgenden Abschnitten verwendet werden:

„Als Ressource kann jeder Aspekt des seelischen Geschehens und darüber hinaus der gesamten Lebenssituation eines Patienten aufgefasst werden, also z. B. motivationale Bereitschaften, Ziele, Wünsche, Interessen, Überzeugungen, Werthaltungen, Geschmack, Einstellungen, Wissen, Bildung, Fähigkeiten, Gewohnheiten, Interaktionsstile, physische Merkmale wie Aussehen, Kraft, Ausdauer, finanzielle Möglichkeiten sowie seine zwischenmenschlichen Beziehungen. Die Gesamtheit all dessen stellt, aus der Ressourcenperspektive betrachtet, den Möglichkeitsraum des Patienten dar, in dem er sich gegenwärtig bewegen kann oder, anders ausgedrückt, sein positives Potenzial, das ihm zur Befriedigung seiner Grundbedürfnisse zur

Verfügung steht“ (Grawe und Grawe-Gerber 1999, S. 66f.).

In der Definition finden sich eine Unterscheidung von inneren (psychische und psychosoziale Eigenschaften, kulturelles Kapital), äußeren (z. B. soziales Netz, Besitz) und äußerlichen (körperliche Merkmale) Ressourcen sowie eine Unterscheidung handlungsbezogener (z. B. Kompetenzen, Intelligenz) und motivationaler Ressourcen (z. B. Bedürfnissen, Interessen, Vorlieben, Bereitschaften). Im Rahmen dieser Arbeit interessieren v. a. innere Ressourcen. Gleichzeitig soll daran erinnert sein, dass die Durchführung einer Psychotherapie vom Vorhandensein äußerer Ressourcen (z. B. einigermaßen stabiles Umfeld) abhängt.

Eine weitere Unterscheidung taucht in der zitierten Definition implizit auf, und zwar die zwischen einer normativen oder objektivierenden und einer funktionalen oder konstruktivistischen Definition von Ressourcen (auch Willutzki und Teismann 2013). Ein normatives oder objektivierendes Verständnis beschreibt Merkmale, die unabhängig von Person und Kontext als vorteilhaft angesehen werden können (z. B. hohe Intelligenz) und deren Fehlen einen Risikofaktor darstellt. Dieser Zugang findet sich in der psychologischen Ressourcenforschung, die Konstrukte wie Selbstwirksamkeit, interne Kontrolle, dispositionellen Optimismus, hohen Selbstwert und hohes Kohärenzgefühl untersucht (Hobfoll 2002). Auf ähnliche Weise werden in der psychodynamischen Literatur Konzepte wie Ich-Stärke, hohes Strukturniveau, sicherer Bindungsstil und gute Mentalisierungsfähigkeit als Ressourcen verstanden (z. B. Arbeitskreis OPD 2007). Für ein funktionales oder konstruktivistisches Verständnis bestimmt sich eine Ressource hingegen dadurch, dass sie als Mittel für die Erreichung eines Ziels eingesetzt werden kann. Insofern kann prinzipiell „jeder Aspekt des seelischen Geschehens“ (Grawe und Grawe-Gerber 1999, S. 66, Hervorhebung durch die Autoren des vorliegenden Beitrags) als Ressource angesehen werden; vorausgesetzt, er lässt sich mit einem Ziel verbinden. Diese Formulierung von Ressourcen hat einen persönlichen Bezug

und beinhaltet ein kreatives Moment. Es liegt nahe, dass eine solche Definition weniger stabilen Charakter hat als die aus einer normativen Perspektive.

Zuletzt kann noch ein individueller von einem universalen Ressourcenbegriff unterschieden werden. Ersterer beschreibt die Ressourcen einzelner Patienten (also Unterschiede zwischen Personen, z. B. in der Mentalisierungsfähigkeit); Letzterer formuliert optimistische Grund- oder Menschenbildannahmen, die für alle Patienten gelten (z. B. prinzipielle Freiheit).

Nichtpsychodynamische Therapieschulen

Im Folgenden werden für die hypnotherapeutisch-systemische, die humanistische und die kognitiv-verhaltenstherapeutische Tradition zunächst die theoretischen Grundannahmen genannt, die sich ex- oder implizit auf die Arbeit mit Ressourcen beziehen. Dann werden die sich daraus ergebenden ressourcenorientierten Behandlungsprinzipien abgeleitet und entsprechende konkrete Interventionen vorgestellt. Der Beitrag stützt sich weitestgehend auf Literatur, die die Arbeit mit Ressourcen in den jeweiligen Therapieschulen beschreibt.

Systemische und hypnotherapeutische Ansätze

Verschiedene Autoren stimmen darin überein, dass die Arbeit mit Ressourcen historisch mit der hypnotherapeutisch-systemischen Therapietradition verknüpft ist (Retzlaff 2008; Grawe und Grawe-Gerber 1999). Ressourcenorientierung ergibt sich in dieser Tradition klar aus den zentralen theoretischen Annahmen.

Grundannahmen

Milton Erickson, zentrale Figur der Hypnotherapie, sah das Unbewusste generell als positive, in der Therapie zu befreiende Kraft und Patienten als grundsätzlich plastisch und veränderbar an (Haley 1973). In ähnlicher Weise beschreibt Retzlaff (2008, S. 25) das „Menschenbild der systemischen Therapie ... [als] grundlegend optimistisch und lösungs-

orientiert“. Im Sinne einer universalen Ressource wird die Expertise von Patienten bezüglich der für sie sinnvollen Art der Veränderung betont (Retzlaff 2008). Der grundlegende Veränderungs-optimismus drückt sich in einer Präferenz für kurze Therapien aus. Gemeinsam ist den beiden Ansätzen eine konstruktivistische Grundhaltung, der zufolge Störungen immer auch soziale oder individuelle Konstruktionen sind.

Behandlungsprinzipien

Es lassen sich aus Sicht der Autoren 2 ressourcenorientierte Behandlungsprinzipien differenzieren. Erstens fokussieren hypnotherapeutisch-systemische Therapien auf die Potenziale von Patienten, etwa, wenn Patienten geholfen wird, „ihre eigenen Assoziationen, Erinnerungen und Lebenspotenziale für die Erreichung ihrer eigenen therapeutischen Ziele nutzbar zu machen“ (Erickson und Rossi 1997, S. 13). Zweitens kann Ressourcenorientierung in der hypnotherapeutisch-systemischen Tradition als Dekonstruktion von Problemen beschrieben werden, indem sie auf „Bedeutungsgebungsprozesse“ und die Veränderung „einschränkender Narrative“ (Retzlaff 2008, S. 20) fokussiert.

Interventionen

Auf der Ebene der Intervention wirkt sich die Fokussierung auf individuelle Potenziale in einer expliziten Ziel- und Auftragsklärung aus, die ja eine Voraussetzung für die Bestimmung von Ressourcen im funktionalen Sinn darstellt. Die berühmte Wunderfrage (z. B. Retzlaff 2008) erlaubt eine Konkretisierung erwünschter Zielzustände und gibt Hinweise auf bestehende Lösungsansätze. Fragen nach Ausnahmen, nach Symptomverbesserungen im Vorfeld der Therapie und nach Therapiefortschritten geben Hinweise auf vorhandene Ressourcen (de Shazer 1999). Die Dekonstruktion von Problemen kann mit Techniken wie dem Reframing oder der Externalisierung von Problemen in Verbindung gebracht werden. Ausführlichere Darstellungen finden sich in den entsprechenden Lehrbüchern (z. B. Retzlaff 2008).

Humanistische Psychotherapie

Grundannahmen

Die humanistische Therapie rückt mit der von ihr postulierten Selbstaktualisierungstendenz eine universale Ressource ins Zentrum ihres Therapiekonzepts. Als solche wird die Tendenz jedes Organismus verstanden, seine „Kapazitäten so zu entwickeln, dass sie dazu dienen, den Organismus zu erhalten oder zu erweitern“ (Rogers 1959, zit. nach Eckert 2013, S. 520). Eine zweite in der humanistischen Therapie angenommene universale Ressource ist die der prinzipiellen Freiheit. Diese sah Rogers in einem paradoxen Verhältnis zur Determiniertheit des Menschen: „Unabhängig davon, wie sehr ein Mensch sich als determiniert versteht – als Produkt vergangener Erlebnisse und Ereignisse, er kann nie als ein Objekt leben, er kann nur subjektiv leben“ (1961, zit. nach Wild 1975, S. 64). Eine weitere zentrale Annahme ist, dass Veränderung nur durch ein akzeptierendes und echtes Beziehungsangebot erreicht werden kann (Eckert 2013), wobei allen Personen das Potenzial zugesprochen wird, eine solche Beziehung nutzen zu können.

Behandlungsprinzipien

Es lassen sich auch hier 2 ressourcenorientierte Behandlungsprinzipien unterscheiden. Wie in der hypnotherapeutisch-systemischen Tradition fokussiert die humanistische Therapie auf Potenziale von Patienten, die hier universalen Charakter haben, sodass z. B. generell angestrebt wird, das Potenzial zu Selbstbestimmung und Verantwortungsübernahme zu entwickeln (Elliott und Greenberg 2007). Als weiteres ressourcenorientiertes Prinzip der humanistischen Therapie kann die Nutzung der Therapiebeziehung angesehen werden, da diese die Entwicklung von Selbstaktualisierung und Verantwortungsübernahme fördert.

Interventionen

Behandlungstechnisch wird es zur Aktivierung der Selbstaktualisierungstendenz als ausreichend angesehen, die Therapie nondirektiv zu gestalten und empathisch auf das emotionale Fremd-

Psychotherapeut 2018 · 63:218–225 <https://doi.org/10.1007/s00278-017-0264-y>
© Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von Springer Nature 2018

T. Munder · K. Rugenstein · A. Gumz

Ressourcenorientierung in der psychodynamischen Therapie

Zusammenfassung

In der psychodynamischen Therapie ist die Konzeptualisierung des Wirkprinzips Ressourcenorientierung noch weniger weit fortgeschritten als in anderen Verfahren. Der vorliegende konzeptuell-theoretische Beitrag widmet sich deshalb der Ressourcenorientierung aus psychodynamischer Perspektive und geht der Frage nach, inwieweit ressourcenorientierte Prinzipien von hypnotherapeutisch-systemischer, humanistischer und kognitiv-verhaltenstherapeutischer Therapie mit psychodynamischen Beiträgen in Verbindung gebracht werden können. Dabei zeigen sich innerhalb der psychodynamischen Therapie

vielfältige Anknüpfungspunkte, die als Grundlage einer ressourcenorientiert akzentuierten psychodynamischen Therapie dienen können. Als möglichen Ausgangspunkt für die weitere Diskussion werden 10 Vorschläge für eine ressourcenorientierte Praxis in der psychodynamischen Therapie formuliert.

Schlüsselwörter

Psychodynamische Psychotherapie · Psychologische Grundannahmen · Psychologische Prozesse und Prinzipien · Stärkenbasierte Ansätze · Allgemeine Wirkfaktoren

Resource orientation in psychodynamic therapy

Abstract

In psychodynamic therapy, concepts of strength-based intervention are less advanced than in other therapeutic approaches. Therefore, our conceptual-theoretical contribution is devoted to resource orientation from a psychodynamic perspective and investigates the extent to which resource-oriented principles of hypnotherapeutic-systemic, humanistic and cognitive-behavioral therapy can be linked with psychodynamic contributions. A variety of connecting points within psychodynamic theory can

be identified, which can serve as a basis for a resource-oriented psychodynamic therapy. As a starting point for further discussion, we formulate 10 recommendations for resource-oriented practice in psychodynamic therapy.

Keywords

Psychodynamic therapy · Psychological theories · Psychologic processes and principles · Strength-based approaches · Common efficacy factors

und Selbsterleben zu fokussieren (Eckert 2013). Die Ausrichtung auf die Autonomie der Patienten drückt sich in dem Vertrauen aus, dass Patienten ohne externe Strukturierung an den für sie wichtigen Themen arbeiten. Die Autonomie kann auch angesprochen werden, indem das therapeutische Vorgehen auf die Mitarbeitsbereitschaften der Patienten abgestimmt wird (Elliot und Greenberg 2007).

Kognitive Verhaltenstherapie

Grundannahmen

Wie die psychodynamische Therapie gilt die Verhaltenstherapie als eher problemorientiert. Ressourcenorientierung ergibt sich bei Grawe und den nachfolgenden Autoren aus einer Offenheit

für Ergebnisse und Entwicklungen in Grundlagen- und Psychotherapieforschung. Dabei handelt es sich z. B. um Befunde zur zentralen Rolle positiver Emotionen für Lernen und Veränderung, zur prognostischen Bedeutung der therapeutischen Allianz (Flückiger und Wüsten 2014) und zum Zusammenhang positiver Veränderungserwartungen mit dem Therapieergebnis (Wampold und Imel 2015). Viele solcher Befunde wurden von Grawe in seine Konsistenztheorie des psychischen Geschehens integriert.

Behandlungsprinzipien

Ressourcenorientierung als Veränderungsprinzip kann in der Verhaltenstherapie als Förderung von Hoffnung, Motivation und Zusammenarbeit cha-

rakterisiert werden. Zum Beispiel wird Ressourcenaktivierung als Voraussetzung für die Bearbeitung problematischer Bereiche betrachtet (Willutzki und Teismann 2013).

Interventionen

Behandlungstechnisch wird zwischen einer prozessualen und einer inhaltlichen Aktivierung von Ressourcen unterschieden (Grawe und Grawe-Gerber 1999). Prozessuale Aktivierung ermöglicht das Erleben eigener Ressourcen in der Therapie, ohne dass diese zum Thema gemacht werden müssen. Dies kann von handlungsorientierten Präferenzen, über den bevorzugten Sprachstil bis hin zu interpersonellen Vorlieben (z. B. Sich-führen-Lassen vs. Selbstgestalten) reichen. Eine solche Einstellung des Therapeuten auf die Beziehungsmotive des Patienten wird als „motivorientierte Beziehungsgestaltung“ bezeichnet (Willutzki und Teismann 2013). Bei der sog. inhaltlichen Aktivierung werden Ressourcen explizit zum Gegenstand des therapeutischen Gesprächs. Dabei kann es darum gehen, Patienten zu einer Bewusstheit für ihren „eigenen Werkzeugkasten“ (Willutzki und Teismann 2013) zu verhelfen oder Ressourcen konkret in die Erarbeitung von Problemlösungen einzubeziehen. Für detaillierte Ausarbeitungen zum Einbezug von Ressourcen in die Verhaltenstherapie wird auf entsprechende Manuale verwiesen (Flückiger und Wüsten 2014; Willutzki und Teismann 2013).

Psychodynamische Positionen

Im Durchgang durch die verschiedenen nichtpsychodynamischen Ansätze ließen sich 4 verschiedene Behandlungsprinzipien der Ressourcenorientierung beschreiben: Ressourcenorientierung als (1) Fokussierung auf Potenziale von Patienten, (2) Dekonstruktion von Problemen, (3) Nutzung der Therapiebeziehung und (4) Förderung von Hoffnung, Motivation und Zusammenarbeit. Zu jedem dieser 4 Prinzipien werden in den folgenden Abschnitten jeweils erst psychodynamische Grundannahmen, dann Behandlungsprinzipien und ggf. konkrete Interventionen diskutiert.

Fokussierung auf Potenziale von Patienten

Grundannahmen

In der psychodynamischen Literatur finden sich verschiedene Beiträge, in denen ressourcenorientierte Grundannahmen getroffen werden. So wird in einigen Ansätzen von einer grundsätzlich vorhandenen Veränderungsmotivation ausgegangen. Gemäß der „Controlmastery“-Theorie (Weiss 2002, S. 545, Übersetzung durch die Autoren des vorliegenden Beitrags) sind Patienten „bewusst und unbewusst stark motiviert, ... ihre Probleme zu lösen, sich von ihren Symptomen zu befreien und adaptive und wichtige Ziele anzustreben“. Im Konzept der Kreditierung (Grimmer 2006, S. 146) wird eine „Veränderungs- oder Bewältigungsmotivation unterstellt, die jenseits der versuchten Befriedigung infantiler Triebwünsche liegt“. Grimmer (2006) plädiert deshalb für eine innere Haltung, die vom Glauben an das Veränderungspotenzial der Patienten geprägt ist, und für eine Technik, die Patienten etwas zumutet. Die Zuschreibung eines universalen Veränderungspotenzials kann auch psychodynamischen Kurzzeittherapieansätzen unterstellt werden, da diese davon ausgehen, in wenigen Sitzungen relevante Veränderungen erreichen zu können (z. B. Safran und Muran 2000). Eine Verbindung zum humanistischen Konzept der Selbstaktualisierungstendenz findet sich in der sog. humanistischen Psychoanalyse (z. B. bei Fromm und Horney, zit. nach Yalom 2002). Auch Reddemann (2001) sowie Wöller und Kruse (2010) gehen von vorhandenen „Selbstheilungskräften“ aus. Freud (1919, S. 243) formuliert einen ähnlichen Gedanken, wenn er bemerkt, dass es lediglich Aufgabe der Psychoanalyse sei, die Bedingungen für eine Heilung zu schaffen, diese jedoch vollziehe sich dann dank der synthetischen Funktion des Ich „ohne unser Eingreifen, automatisch“. Fürstenau (1992) betont, dass es viele Menschen auch ohne Therapie schaffen, sich zu verändern, und zitiert eine andere Bemerkung Freuds, der zufolge sich „manche Kindheitsneurosen ... auswachsen“ (Fürstenau 1992, S. 77).

Behandlungsprinzipien und Interventionen

In Beiträgen zur psychodynamischen Technik finden sich ebenfalls Empfehlungen, individuelle Stärken in die therapeutische Arbeit einzubinden. Wöller und Kruse (2010, S. 166) sehen es als Ziel ihres tiefenpsychologischen Konzepts, „dass der Patient lernt, Situationen mit den Mitteln zu bewältigen, die ihm in ausreichendem Maße zur Verfügung stehen. Er sollte primär seine Stärken aktivieren und nicht ... verzweifelt versuchen, seine Schwächen zu überwinden“. Deshalb sollen in der Therapie „bisherige Bewältigungsstrategien“ und biografische Situationen, in denen Schwierigkeiten gemeistert wurden, exploriert und die Erinnerung an positive Beziehungserfahrungen aktiviert werden. Ähnlich dem oben beschriebenen Prinzip der prozessualen Aktivierung schlagen Wöller und Kruse weiter vor, charakterliche Züge wie Zwanghaftigkeit oder Abhängigkeit nicht nur problemorientiert zu betrachten, sondern für die Therapie nutzbar zu machen, z. B. indem die Therapie in Abhängigkeit von starken oder schwachen Autonomietendenzen der Patienten eher direktiv oder offen gestaltet wird. Wöller und Kruses Zugriff auf ressourcenorientierte Techniken lässt sich als integrativ charakterisieren, da dieser mit Bezug auf die Überlegungen Grawes und auf Ergebnisse der Psychotherapieforschung geschieht.

Dekonstruktion von Problemen

Grundannahmen

Mit Phillips (2015) kann es als Ziel psychodynamischer Therapie angesehen werden, ein komplexeres, kreativeres und vielfältigeres Selbstverständnis sowie versöhnliche Sichtweisen zu erarbeiten, um damit Probleme zu entdramatisieren und Selbstvorwürfe und Selbstkritik zu überwinden. Er leitet dieses Ziel aus Freuds Begriff der „Überdeutung“ ab und stellt damit implizit einen Anschluss an systemische und narrative Ansätze her. Vonseiten einer „nicht-normalisierenden Psychoanalyse“ (Fink 2013) wird generell zur Vorsicht im Umgang mit Vorstellungen von normaler Entwicklung oder einer bestimmten Natur des

Menschen angeregt und davor gewarnt, vermeintlich objektive Wahrheiten über Normalität oder Gesundheit (z. B. bezüglich Sexualität, Affektregulation, Funktionsniveau und Realitätsprüfung) als Maßstäbe auf Patienten anzulegen. Vielmehr sei offen zu lassen, was Patienten in ihrem Leben akzeptieren oder genießen können und inwieweit sie Veränderung wünschen. Diese Sichtweise stellt eine Gegenposition zu medizinischen und manchen psychodynamischen Konzepten von psychischer Krankheit dar.

Behandlungsprinzipien und Interventionen

In entsprechenden behandelungstechnischen Beiträgen wird die Wichtigkeit einer Sensibilität für Ressourcen, die in den problematischen Verhaltens- oder Erlebensweisen oder in Abwehrphänomenen verborgen sind, unterstrichen (Gelso und Woodhouse 2003; Wachtel 2011). Die Wahrnehmung und die Anerkennung dieser Ressourcen würden helfen, positive Selbstbilder und Akzeptanz aufzubauen, was zugleich mit einer Abschwächung habitueller Selbstkritik einhergehen kann. Rudolf (2013) plädiert dafür, positive Aspekte an gemeinhin negativ bewerteten Eigenschaften oder Verhaltensweisen wahrzunehmen oder aufzuzeigen. Er beschreibt Fähigkeiten, die mit verschiedenen Neurosenstrukturen verbunden sind: Schizoidvermeidende Patienten würden über eine „Sachlichkeit [verfügen], die sich freihalten kann von Gruppenzwängen und Zeitgeistströmungen und dadurch in die Lage versetzt wird, Zustände und Entwicklungen klar zu erkennen“. Bei regressiven Patienten sei „die Möglichkeit zum rauschhaften und bewusstseinserweiternden Erleben“ (Rudolf 2013, S. 65) als Ressource anzusehen.

Nutzung der Beziehung

Grundannahmen

Die Konzeption eines therapeutischen Potenzials, das an das Eingehen einer Beziehung geknüpft ist, ist einer der Schwerpunkte der psychodynamischen Therapie. Ein Bezugspunkt ist das psychodynamische Konzept der therapeutischen Allianz (Bordin 1979), in

dem Patienten prinzipiell das Potenzial zur Kooperation mit ihren Therapeuten zugesprochen wird. Dieses Potenzial kann als basale Fähigkeit, sich auf ein Gegenüber einzulassen, gesehen werden. Aus evolutionärer Perspektive wird dies dadurch erklärbar, dass Kooperation und soziales Lernen in der menschlichen Entwicklungsgeschichte einen Selektionsvorteil darstellten (Cortina und Liotti 2010). In diesem verfügbaren Begegnungsraum besteht, so kann man in der Nachfolge Ferenczis, Balints und Alexanders sagen, prinzipiell die Chance eines Neuanfangs oder einer korrigierenden emotionalen Erfahrung, die es ermöglicht, aus alten Mustern auszubrechen (Gödde 2016). Mit einer relationalen (Mitchell 2005) und konstruktivistischen (Hoffman 1992) Psychoanalyse verändert sich bekanntlich das Verständnis der Übertragung, insofern sie weniger als Verzerrung, sondern eher als subjektives Erleben der Beziehung zum Therapeuten verstanden wird. So wird die allgegenwärtige Übertragungsneigung von Patienten als Ressource und Aspekt von Beziehungsfähigkeit gesehen. Auch die psychoanalytische Selbstpsychologie betont das Veränderungspotenzial der Therapiebeziehung (Mertens 2011; Silberner-Becker und Amler 2005). Einer ihrer Grundgedanken ist die entwicklungsnotwendige Beziehung zu einem Selbstobjekt und entsprechend das therapeutische Ziel, „das Erleben eines sich als wertvoll, anerkannt, geliebt und kompetent fühlenden Selbst [zu stärken] ... und dessen Entwicklung“ zu fördern (Mertens 2011, S. 13). Eine Voraussetzung dieser Arbeit ist, „dass der Patient nie aufhört zu hoffen, sich mit Hilfe neuer responsiver Beziehungserfahrungen weiterentwickeln zu können“ (Silberner-Becker und Amler 2005, S. 234; auch Grimmer 2006).

Behandlungsprinzipien und Interventionen

Eine praktische Umsetzung der genannten selbstpsychologischen Überlegungen beinhaltet, den progressiven Aspekt des therapeutischen Geschehens zu deuten, d. h., die sich im Erleben der Patienten ausdrückenden Entwicklungsbedürfnisse zu spiegeln. Unter relationaler Per-

spektive sprechen sich auch Safran und Muran (2000) dafür aus, das Beziehungserleben von Patienten zu validieren. Dies sei insbesondere in therapeutischen Krisen wichtig, da bei Patienten so ein Bewusstsein ihrer interpersonellen Sensibilität entstehen kann (auch Gumz 2012; Gumz et al. 2017; Thomä und Kächele 1988).

Förderung von Hoffnung, Motivation und Zusammenarbeit

Grundannahmen

Die Förderung von Behandlungsmotivation, Hoffnung und einer kooperativen Atmosphäre lässt sich in der psychodynamischen Therapie mit dem theoretischen Konzept der therapeutischen Allianz (s. oben) und dem behandelungstechnischen Konzept der supportiven Technik in Verbindung bringen. Supportive Technik verfolgt das Ziel, dass Patienten sich in der Therapie sicher fühlen, die therapeutische Arbeit als zielführend erleben (Luborsky 1995) und sich auf die Arbeit an schwierigen Themen einlassen (Wöller und Kruse 2010). In seinem v. a. auf Borderline-Patienten bezogenen Beitrag zu psychodynamischer Therapie und Ressourcen stellt Fabian (2015) die Überlegung an, dass Patienten nur Vertrauen zu sich bekommen, wenn sie sich unbewusst mit dem Interesse und Glauben des Therapeuten an ihren positiven Seiten identifizieren können.

Behandlungsprinzipien und Interventionen

Zur Förderung der therapeutischen Allianz und zu supportivem Arbeiten finden sich viele Ausarbeitungen. Thomä und Kächele (1988, S. 35) beschreiben es als Aufgabe des Therapeuten, „günstige Änderungsbedingungen“ zu schaffen, wozu eine „vertrauensvolle Beziehung“ und die „Hoffnung des Patienten [zählen], den Problemen des Lebens durch eine Analyse besser gewachsen zu sein“. Zu diesem Zweck soll Patienten ihre „trotz aller Einschränkungen verbliebene Fähigkeit zur Veränderung gezeigt werden“ (Thomä und Kächele 1988, S. 39) und auf erste therapeutische Erfolge hingewiesen werden. Wöller und Kruse (2010, S. 164) befürworten, „positive Erwartun-

gen zu induzieren und zu verstärken“ und zur Stabilisierung des Arbeitsbündnisses „selbstwerterhöhende Bestätigungen“ zu geben.

Ressourcenorientierte psychodynamische Therapie in der Praxis

Aus den genannten psychodynamischen Beiträgen werden wir im Folgenden 10 Vorschläge für ein ressourcenorientiertes Vorgehen in der psychodynamischen Therapie abgeleitet. Vorschläge 1 bis 4 beziehen sich auf die therapeutische Grundhaltung, Vorschläge 5 bis 10 auf Behandlungsprinzipien und mögliche konkrete Interventionen. Fast alle Vorschläge lassen sich aus Sicht der Autoren mit den oben genannten psychodynamischen Konzepten begründen. Die Vorschläge 8 bis 10 haben eher integrativen Charakter, weil sie eine Öffnung für bewältigungsorientiertes Arbeiten und den Einsatz von Techniken anderer Therapieschulen beinhalten.

1. Reflektieren Sie, inwieweit ressourcenorientierte Grundannahmen zu Veränderungspotenzial, Entscheidungsfreiheit, Veränderungsmotivation und grundlegender Beziehungsfähigkeit Teil Ihres Grundverständnisses sind und ob Sie deren Ausprägung erhöhen können. Betrachten Sie sich auch selbst ressourcenorientiert, da dies die Voraussetzung dafür ist, Ihren Patienten in dieser Hinsicht authentisch zu begegnen.
2. Erarbeiten Sie sich ein positives Bild Ihrer Patienten, indem Sie sich einen Eindruck von deren lebendigen Seiten sowie aktuellen und früheren Lebensleistungen machen und explizit nach Ausnahmen von Problemen fragen. So können Sie bei sich die Hoffnung auf Veränderung und Sympathie erhöhen und dadurch günstige Voraussetzungen für Veränderung und für Phasen mit negativer Gegenübertragung schaffen (Fabian 2015; Luborsky 1995).
3. Halten Sie eine kritische Distanz zu Pathologiekonzepten (Willutzki 2000) und sehen Sie diese als Modellvorstellungen und Werkzeuge und nicht als Wahrheiten. Eine sol-

che kritische Distanz kann geringen Veränderungserwartungen und antizipatorischer negativer Gegenübertragung vorbeugen (Fabian 2015). Seien Sie generell offen für die Überzeugungen Ihrer Patienten, auch wenn es sich um für Sie ungewöhnliche, verstörende und verwerfliche Vorstellungen handelt. Greifen Sie nicht auf normative Vorstellungen zurück (Fink 2013).

4. Vertrauen Sie in die Fähigkeit Ihrer Patienten, mit Ihnen zu kooperieren, eine wertvolle Perspektive auf die Therapiebeziehung einzubringen und in der Beziehung zu Ihnen etwas Neues zu lernen (Bordin 1979; Safran und Muran 2000). Vertrauen Sie auch darauf, dass Patienten in einer vertrauensvollen und akzeptierenden Beziehung beginnen, an ihren wichtigen Themen zu arbeiten. Eine Konsequenz einer solchen Haltung ist, dass für therapeutische Veränderung keine weit entwickelte Übertragungsneurose nötig ist (Fürstenau 1992; Wachtel 2011).
5. Verlieren Sie Ressourcen in Phasen von Widerstand nicht aus den Augen (Wachtel 2011). Zeitgleich mit Widerstandsphänomenen kann therapeutische Arbeit stattfinden, oder der Widerstand kann selbst progressive Aspekte enthalten. Gehen Sie also nicht immer zuerst auf den Widerstand ein. Wachtel (2011) nennt das Beispiel einer stark selbstkritischen Patientin, die ihre Depressivität und das In-Therapie-Sein als Versagen erlebt und die häufig zu spät zur Therapie kommt. Die Exploration der Verspätungen zeigt, dass die Patientin, bevor sie aus dem Haus geht, stets duscht und es ihr sehr schwerfällt, das Duschen zu beenden. In diesem Widerstandsphänomen lässt sich ein Keim von Selbstfürsorge erkennen, den die Patientin vor lauter Selbstkritik selbst nicht wahrnimmt und der zu einem interessanten Thema für die Therapie werden kann.
6. Positives Umdeuten (Wöller und Kruse 2010) und Deuten: Seien Sie sensibel für positive Aspekte von Erlebens- und Verhaltensweisen, die zunächst als Schwäche oder Schwie-

rigkeit auftauchen und nutzen Sie „positiv-konnotierende“ Deutungen (Fürstenau 1992), um bei ihren Patienten ein Bewusstsein für diese Aspekte zu schaffen. Verwenden Sie entwicklungsorientierte Deutungen (Silberner-Becker und Amler 2005), indem Sie auf Aspekte von Entwicklung und Wachstum fokussieren. Dabei ist es in vielen Situationen zugleich möglich, auf einen regressiven Aspekt einzugehen, sodass eine entwicklungsorientierte Deutung eine Entscheidung erfordert. Miller (2005) berichtet seinem Supervisor Heinz Kohut von einem Patienten, der ihm private Informationen über eine von Miller verehrte Berühmtheit erzählt. Miller deutete diese Szene als Bedürfnis des Patienten, mit ihm zu konkurrieren. Kohut hingegen spricht in der Szene eher die Freude und der Stolz eines Jungens an, der seinem Vater etwas Neues und Aufregendes zu berichten hat. Positive Umdeutungen können sich auch auf eine Bedeutung in der Vergangenheit beziehen. Gelso und Woodhouse (2003) berichten das Beispiel einer traumatisierten Patientin, die regelmäßig dissoziiert, wenn sie andere zur Begrüßung umarmt und dies als Makel erlebt. Ihre Therapeutin versteht die Dissoziation vor dem biografischen Hintergrund als Relikt einer frühen Fähigkeit, sich zu schützen, womit sie der Patientin hilft, sich mehr zu akzeptieren und konstruktiver mit ihrer Schwierigkeit umzugehen.- 7. Fördern Sie ein positives, weniger kritisches Selbstbild und benennen Sie explizit die Stärken, die Ihnen an Ihren Patienten auffallen. Stellen Sie sich Selbstkritik und Selbststigmatisierungen entgegen und hinterfragen Sie problematische oder zu gewissenhaft realitätsorientierte Zuschreibungen. Schlagen Sie mögliche andere, weniger einschränkende Sichtweisen vor (Phillips 2015).
- 8. Passen Sie Ihr therapeutisches Vorgehen an Stärken, Vorlieben und Mitarbeitsbereitschaften ihrer Patienten an und bedienen Sie sich dafür am Technikfundus der ver-

schiedenen Verfahren, z. B. an erlebnisaktivierenden Techniken der humanistischen Psychotherapie, an strukturierten Methoden der Verhaltenstherapie oder an imaginativen Verfahren (Fürstenau 1992; Reddemann 2001; Wöller und Kruse 2010).

9. Unterstreichen Sie Veränderungen, erste Therapieerfolge und generell Variationen von Erlebens- und Verhaltensmustern (Wachtel 2011). Da man davon ausgehen kann, dass Schwierigkeiten nicht immer zu allen Zeiten in gleicher Weise auftreten, können deren Variationen oder Ausnahmen (de Shazer 1999) betont werden, da sonst unterschwellig ein wenig motivierendes statisches Bild kommuniziert wird. Wachtel (2011) nennt das Beispiel eines Patienten, der beklagt, sich in sozialen Situation nicht wohlfühlen und nicht zu wissen, was er sagen soll. Seine Therapeutin spiegelt, dass es ihm schwerfalle zu sprechen. Wachtel schlägt als Supervisor alternativ vor: „In manchen Momenten fällt Ihnen das Sprechen leichter als in anderen Momenten“ (Wachtel 2011, S. 169).
10. Unterstützen Sie konkrete Lösungs- und Bewältigungsimpulse Ihrer Patienten vor dem Hintergrund ihres psychodynamischen Fallverstehens. Fürstenau (1992, S. 86) bezeichnet dies als „direkte Förderung der Progression“ ohne Arbeit am Konflikt. Öffnen Sie sich für passende bewältigungsorientierte oder lösungsorientierte Verfahren anderer Therapieschulen. Führen Sie mehr Kurzzeittherapien durch.

Fazit für die Praxis

Zwischen Ressourcenorientierung in nichtpsychodynamischen Verfahren und psychodynamischen Ansätzen lassen sich vielfältige Parallelen aufzeigen. Ressourcenorientierung lässt sich als impliziter Bestandteil vieler psychodynamischer Ansätze beschreiben. Eine noch ausstehende explizite Konzeptualisierung von Ressourcenorientierung in

der psychodynamischen Therapie kann sich demnach substantiell auf eigene theoretische Beiträge beziehen. Psychodynamische Ansätze nehmen aber auch direkten Bezug auf ressourcenorientierte Konzepte anderer Therapieschulen, was als Ausdruck einer integrativen Tendenz und einer Orientierung an allgemeinen Wirkfaktoren gelesen werden kann. Eine stärkere Orientierung der psychodynamischen Therapie auf Ressourcenorientierung hin, deren mögliche Umriss in dieser Arbeit dargestellt wurden, könnte insbesondere für die psychodynamische Kurzzeittherapie einen nützlichen konzeptuellen Rahmen bieten.

Korrespondenzadresse

T. Munder, PhD
Psychologische Hochschule Berlin
Am Köllnischen Park 2, 10179 Berlin,
Deutschland
t.munder@psychologische-hochschule.de

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. T. Munder, K. Rugenstein und A. Gumz geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Dieser Beitrag beinhaltet keine von den Autoren durchgeführten Studien an Menschen oder Tieren.

Literatur

- Arbeitskreis OPD (2007) Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik OPD-2. Huber, Bern
- Bordin ES (1979) The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy (Chic)* 16:252–260
- Cortina M, Liotti G (2010) Attachment is about safety and protection, intersubjectivity is about sharing and social understanding. *Psychoanal Psychol* 27:410–441
- Eckert J (2013) Ressourcenorientierung in der Gesprächspsychotherapie. In: Schaller J, Schemmel H (Hrsg) Ressourcen. Ein Hand- und Lesebuch zur psychotherapeutischen Arbeit. DGVT, Tübingen, S 515–527
- Elliott R, Greenberg LS (2007) The essence of process-experiential: emotion-focused therapy. *Am J Psychother* 61:241–254
- Erickson MH, Rossi E (1997) Hypnotherapie. Pfeiffer, München
- Fabian E (2015) Die Haben-Seite der Psyche. Psychodynamische Arbeit mit Ressourcen. Schattauer, Stuttgart
- Fink B (2013) Grundlagen der psychoanalytischen Technik. Turia + Kant, Wien

- Flückiger C, Wüsten G (2014) Ressourcenaktivierung. Ein Manual für Psychotherapie, Coaching und Beratung. Huber, Bern
- Flückiger C, Forrer L, Schnider B et al (2016) A single-blinded, randomized clinical trial of how to implement an evidence-based treatment for generalized anxiety disorder. Effects of three different strategies of implementation. *EBioMedicine* 3:163–171
- Freud S (1919) Wege der psychoanalytischen Therapie. Studienausgabe, Ergänzungsband. Fischer, Frankfurt a. M., S 239–249
- Fürstenau P (1992) Entwicklungsförderung durch Therapie. Grundlagen psychoanalytisch-systemischer Psychotherapie. Pfeiffer, München
- Fürstenau P (2007) Psychoanalytisch verstehen, Systemisch denken, Suggestiv intervenieren. Klett-Cotta, Stuttgart
- Gelso CJ, Woodhouse S (2003) Toward a positive psychotherapy: focus on human strength. In: Walsh WB (Hrsg) Counseling psychology and optimal human functioning. Lawrence Erlbaum, Mahwah, S 171–196
- Gödde G (2016) Die Weichenstellung zur therapeutischen Beziehung als vorrangigem Therapiefokus. In: Gödde G, Stehle S (Hrsg) Die therapeutische Beziehung in der psychodynamischen Psychotherapie. Psychosozial, Gießen, S 19–49
- Goldfried MR (1980) Towards the delineation of therapeutic change principles. *Am Psychol* 35:991–999
- Grawe K (1995) Grundriß einer allgemeinen Psychotherapie. *Psychotherapeut* 40:130–145
- Grawe K, Grawe-Gerber M (1999) Ressourcenaktivierung. Ein primäres Wirkprinzip der Psychotherapie. *Psychotherapeut* 44:63–73
- Grimmer B (2006) Psychotherapeutisches Handeln zwischen Zumuten und Mut machen. Kohlhammer, Stuttgart
- Guinz A (2012) Kritische Momente im Therapieprozess: Chance oder Sackgasse? *Psychotherapeut* 27:256–262
- Guinz A, Rugenstein K, Munder T (2017) Allianz-fokussiertes Training. Schulenübergreifender Weg zum Umgang mit Krisen in der therapeutischen Beziehung. *Psychotherapeut*. <https://doi.org/10.1007/s00278-017-0227-3>
- Haley J (1973) Uncommon therapy. The psychiatric techniques of Milton H. Erickson, M. D. Norton, New York
- Hobfoll S (2002) Social and psychological resources and adaption. *Rev Gen Psychol* 6:307–324
- Hoffman IZ (1992) Some practical implications of a social-constructivist view of the psychoanalytic situation. *Psychoanal Dialogues* 2:287–304
- Huber D, Klug G (2017) Ressourcenaktivierung auch in der psychodynamischen Therapie. *Psychotherapeut* 62:113–120
- Luborsky L (1995) Einführung in die analytische Psychotherapie. Ein Lehrbuch. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen
- Mertens W (2011) Psychoanalytische Schulen im Gespräch. Selbstpsychologie, Post-Selbstpsychologie, relationale und intersubjektive Kritik. Huber, Bern
- Miller J (2005) How Kohut actually worked. *Selbstpsychologie* 6:119–140
- Mitchell SA (2005) Psychoanalyse als Dialog. Psychosozial, Gießen
- Phillips A (2015) Unforbidden pleasures. Hamish Hamilton, London
- Reddemann L (2001) Imagination als heilsame Kraft. Pfeiffer, Stuttgart

-
- Retzlaff R (2008) Spielräume. Lehrbuch der systemischen Therapie mit Kindern und Jugendlichen. Klett-Cotta, Stuttgart
- Rudolf G (2013) Strukturbezogene Psychotherapie. Schattauer, Stuttgart
- Safran JD, Muran JC (2000) Negotiating the therapeutic alliance. Guilford, New York
- de Shazer S (1999) Wege der erfolgreichen Kurzzeittherapie. Klett-Cotta, Stuttgart
- Silberner-Becker N, Amler M (2005) Leading edge: Die Suche nach einer entwicklungsfördernden Selbstobjektbeziehung. Selbstpsychologie 6:233–261
- Steinert C, Bumke PJ, Hollekamp RL et al (2017) Resource activation for treating post-traumatic stress disorder, co-morbid symptoms and impaired functioning: a randomized controlled trial in Cambodia. Psychol Med 47:553–564
- Thomä H, Kächele H (1988) Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie. Praxis. Springer, Berlin
- Wachtel PL (2011) Therapeutic communication. Guilford, New York
- Wampold EB, Imel ZE (2015) The great psychotherapy debate. Routledge, New York
- Weiss J (2002) Control-mastery-theory. In: Hersen M, Sledge W (Hrsg) Encyclopedia of Psychotherapy. Academic Press, New York, S 545–549
- Wild A (1975) Die Persönlichkeitstheorie von Rogers und die Ziele des psychotherapeutischen Handelns. In: Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (Hrsg) Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie. Kindler, München, S 61–71
- Willutzki U (2000) Ressourcenorientierung in der Psychotherapie. Eine „Neue“ Perspektive? In: Hermer M (Hrsg) Psychotherapeutische Perspektiven am Beginn des 21. Jahrhunderts. DGVT, Tübingen, S 193–212
- Willutzki U, Teismann T (2013) Ressourcenaktivierung in der Psychotherapie. Hogrefe, Göttingen
- Willutzki U, Neumann B, Haas H et al (2004) Zur Psychotherapie sozialer Ängste: Kognitive Verhaltenstherapie im Vergleich zu einem kombiniert ressourcenorientierten Vorgehen. Z Klin Psychol Psychother 33:42–50
- Wöller W, Kruse J (2010) Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie. Schattauer, Stuttgart
- Yalom ID (2002) Der Panama-Hut oder was einen guten Therapeuten ausmacht. BTB, München

Diskussion

Zusammenfassung der Ergebnisse

In Artikel 1 wurde mittels einer Typologie verschiedener theoretischer Definitionen der Übertragungsdeutung untersucht, wie einheitlich oder uneinheitlich das Verständnis dieser Interventionsstrategie bei 80 befragten Kliniker*innen ist. Die qualitative Analyse der spontan von diesen Kliniker*innen gegebenen subjektiven Definitionen von Übertragungsdeutung ergab kein einheitliches Verständnis. Während etwas mehr als die Hälfte der Befragten dem klassischen Verständnis einer genetischen Übertragungsdeutung anhängen, verstanden ein gutes Viertel der Befragten unter Übertragungsdeutung schlicht eine Fokussierung der Therapiebeziehung, ohne dass dabei Parallelen zu vergangenen oder aktuellen anderen Beziehungen hergestellt werden. Als Hauptergebnis lässt sich also festhalten, dass die Interventionsstrategie der Übertragungsdeutung weder theoretisch noch bei Praktiker*innen einheitlich verstanden wird.

In Artikel 2 wurde eine psychometrische Analyse einer deutschsprachigen Version des FIS-Performance-Tests unternommen, welcher die Fähigkeit von Therapeut*innen misst, konstruktiv-supportiv auf schwierige Therapiesituationen zu reagieren. Wie in den Voruntersuchungen von Andersson et al. (2009, 2016) erwiesen sich die FIS-Items als intern konsistent, was ein Argument dafür ist, die inhaltlich heterogenen Items der FIS-Skala als Ausdruck einer Facilitative-interpersonal-Kernkompetenz zu konzipieren. Die deutschsprachigen Stimulus-Clips erwiesen sich hinsichtlich ihrer interpersonellen Circumplex-Profile als mit denen der amerikanischen Originalversion gut vergleichbar. Jedoch gab es einen Trend, dass die deutschsprachigen Versionen weniger feindselig und etwas submissiver waren. Die Analysen zu möglichen Effekten von Stimulus-Clips und Clip-

Position auf die FIS-Performance legten eine Äquivalenz der Clips nahe und sprechen für das Potential, die Anzahl der FIS-Stimulus-Clips zu reduzieren, um den hohen Aufwand der Prozedur zu verringern. Die Analysen zeigten weiter, dass sich die FIS-Werte der untersuchten Therapeut*innen zwar reliabel differenzieren ließen, die untersuchte Stichprobe jedoch keine starken Unterschiede in der Kompetenz aufwies. Entgegen der Erwartung zeigten sich keine Zusammenhänge zwischen den FIS-Werten der Therapeut*innen und deren selbsteingeschätzten interpersonellen Schwierigkeiten, working involvement und sozialen Fertigkeiten.

In Artikel 3 und 4 wurden Metaanalysen zur Wirksamkeit ressourcenorientierter Therapien in klinischen Studien untersucht. In Artikel 3 wurden insgesamt zehn Studien zusammengefasst, von denen drei ressourcenorientierte psychodynamische Therapie untersuchten, sechs ressourcenorientierte Verhaltenstherapie und eine Ressourcenorientierung im Rahmen stationärer Therapie. Sieben Studien (mit acht ressourcenorientierten Bedingungen) untersuchten aktive Vergleichsgruppen, drei Studien untersuchten Kontrollgruppen oder Prä-Post-Effekte. Es zeigte sich ein signifikanter kleiner Effekt (Hedges's $g = 0.19$) zugunsten ressourcenorientierter Therapien gegenüber aktiven Vergleichsgruppen. Der Effekt ließ sich auch zeigen, wenn die Effektstärke für Unterschiede zum Prätest kontrolliert wurde ($d = 0.35$). Für die psychodynamische Therapie lag keine aktive Vergleichsstudie vor, weshalb sich der gefundene Effekt für Ressourcenorientierung nicht auf psychodynamische Therapie übertragen lässt. In der Synthese der drei Studien mit Kontrollgruppe oder Prä-Post-Vergleich fand sich kein signifikanter Effekt, was vor allem auf die starke Heterogenität der drei Studien zurückzuführen ist. Allerdings fand eine hochwertige randomisierte Studie einen deutlichen Nutzen für psychodynamisch-ressourcenorientierte Therapie bei Traumafolgestörung (Steinert et al., 2017). Ein

interessanter Befund war zudem, dass Ressourcenorientierung bei der Verhaltenstherapie über systemisch-lösungsorientierte Techniken umgesetzt wurde, bei der psychodynamischen Therapie hingegen vor allem über den Einbezug imaginativer Verfahren.

Artikel 4 führte die Frage nach dem relativen Effekt ressourcenorientierter Therapien fort und verwendete eine strengere Definition für Vergleichsbedingungen, der zufolge diese bona-fide-Therapien zu sein hatten, also ernstzunehmende Therapien und keine psychologischen Placebogruppen. Gegenüber Artikel 3 konnten noch zwei weitere Studien eingeschlossen werden, so dass insgesamt neun Vergleichsstudien zur Verfügung standen. Aus diesen Studien wurden insgesamt 57 Effekte für verschiedene Outcomemaße extrahiert. Es ergab sich ein signifikanter kleiner Effekt zugunsten ressourcenorientierter Therapie (Hedges's $g = 0.17$). Darüber hinaus untersuchte Artikel 4 direkte Prozess-Outcome-Effekte zwischen in Therapiesitzungen gemessenen ressourcenorientierten Interventionen und deren Effekten. Es konnten acht Studien identifiziert werden, die den Einschlusskriterien entsprachen. Aufgrund der Heterogenität der verwendeten Methoden konnte allerdings keine Metaanalyse durchgeführt werden. Es zeigte sich aber ein deutliches Muster positiver Effekte für ressourcenorientierte Interventionen. Das Ergebnis muss als vorläufig betrachtet werden und erlaubt keine starken Schlussfolgerungen.

Artikel 5 ging von der Überlegung aus, dass das Konzept der Ressourcenorientierung zwar nicht explizit Teil psychodynamischer Therapien ist, aber möglicherweise mit bestehenden psychodynamischen Konzepten kompatibel. Zur Beantwortung dieser Frage wurden bestehende ressourcenbezogene Konzeptionen aus anderen Therapieschulen herausgearbeitet und mit psychodynamischen Konzepten in Beziehung gesetzt. Es wurden vier ressourcenorientierte Prinzipien identifiziert: (1) Fokussierung auf Potenziale von Patient*innen, (2) Dekonstruktion von Problemen, (3) Nutzung der Therapiebeziehung und

(4) Förderung von Hoffnung, Motivation und Zusammenarbeit. Es zeigte sich, dass sich für alle diese Prinzipien Anknüpfungspunkte in psychodynamischen Theorien finden ließen. Das Prinzip „Förderung von Hoffnung, Motivation und Zusammenarbeit“ überlappt zum Beispiel stark mit dem Konzept der supportiven Technik.

Bezug zu anderen Studien

Die konzeptuelle Untersuchung des Konzepts der Übertragungsdeutung in Artikel 1 machte dessen Unschärfe deutlich und damit auch eine fehlende Abgrenzung zu den in der Einleitung genannten alternativen Konzepten. Varianten der Übertragungsdeutung, die keine Parallele zu anderen Beziehungen ziehen, überschneiden sich in Fällen, in denen es um konflikthafte (negative) Übertragungen geht, mit dem rupture-repair-Konzept. Alle Varianten der Übertragungsdeutung, das wurde in der Einleitung angedeutet, lassen sich auch unter das Konzept von immediacy fassen. Die Spezifität des Begriffs der Übertragungsdeutung steht somit infrage. Angesichts der konzeptuellen Überschneidung ist überraschend, dass die Befundlage zu den Effekten von rupture-repair und immediacy etwas positiver ist. In einer Metaanalyse von elf Studien fanden Eubanks und Kolleg*innen (2019) einen signifikanten positiven Zusammenhang zwischen rupture-repair und Outcome. In einer qualitativen Metaanalyse von 15 Studien wurden mehrheitlich positive Effekte von immediacy berichtet, jedoch auch einige negative Effekte (Hill et al., 2019, zitiert nach Farber et al., 2023). Jedoch ist einschränkend anzumerken, dass die Evidenz auch für diese beiden Konzepte nicht sehr stark ist.

Die Ergebnisse von Artikel 2 lassen sich sehr gut mit den Ergebnissen einer Nachfolgestudie (Gumz et al., 2020) vergleichen, die teilweise zu ähnlichen, teilweise zu anderen Schlussfolgerungen kommt. Die mit identischem Studiendesign durchgeführte

Studie verfügt mit 115 Therapeut*innen über eine deutlich größere Stichprobe. Zudem wurden teilweise andere statistische Methoden angewandt, die beispielsweise auch die Untersuchung quadratischer Effekte ermöglichen. Auch in dieser Studie zeigten sich hohe interne Konsistenzen der FIS-Items und auch diese Studie kam zu dem Schluss, dass der Einsatz einer um einige FIS-Stimulus-Clips gekürzten Version gut möglich ist. Allerdings zeigten sich anders als in Artikel 2 sowohl signifikante Unterschiede in den Schwierigkeiten der Stimulus-Clips als auch zwischen den Positionen der Clips in der Testreihe. Ersterer Befund spricht dafür, dass die Stimulus-Clips weniger austauschbar sind, als auf der Basis der Ergebnisse von Artikel 2 angenommen. Zweiterer Befund spricht dafür, dass eine Kürzung des FIS-Performance-Tests um mindestens vier Stimulus-Clips notwendig ist, da sich Ermüdungseffekte zeigten. Leider wurde in der Studie von Gumz et al. (2020) auch keine Informationen zur prognostischen Validität erhoben, so dass die Verallgemeinerbarkeit auch dieser Studie eingeschränkt ist.

Die Metaanalysen zu ressourcenorientierten Therapien in Artikel 3 und 4 können auf die Ergebnisse der Forschung zu positiv-psychologischen Interventionen bezogen werden. Konzeptuell besteht zwischen den beiden Traditionen der Unterschied, dass Ressourcenorientierung tendenziell konstruktivistisch ist und keine normativen Definitionen von Ressourcen verwendet, während in der Positiven Psychologie ein objektivistisch-normatives Verständnis von Stärken zu finden ist. Dennoch gibt es klare Parallelen zwischen den beiden Ansätzen, so dass die jeweiligen Evidenzen zur Orientierung herangezogen werden können. Eine Metaanalyse von Carr et al. (2021) untersuchte den Effekt positiv-psychologischer Interventionen an einer breiten Population von 347 Studien (aggregiert wurden u. a. nicht-klinische und klinische Stichproben, Erwachsene und Kinder, Kontroll- und Vergleichsgruppen). Es zeigten sich signifikante kleine bis mittlere Effekte zugunsten positiv-

psychologischer Interventionen, die auch über mehrere Moderatoranalysen hinweg robust blieben. Diese Ergebnisse können als indirekte Stütze der Befunde zu ressourcenorientierter Therapie gesehen werden.

Die Kompatibilität der ressourcenorientierten Perspektive mit psychodynamischer Therapie, die als ein Ergebnis von Artikel 5 anzusehen ist, wird durchaus auch von anderen Autor*innen betont. In einer Studie von Huber und Klug (2017) wurden drei zufällig ausgewählte Behandlungen (je eine aus Analytischer Therapie, Tiefenpsychologischer fundierter Therapie und Verhaltenstherapie, jeweils 15 Sitzungen) mit einem Ratingssystem kodiert, das unter anderem die Grawe'schen Wirkfaktoren umfasste. Für alle Verfahren zeigten sich ähnliche Häufigkeiten ressourcenorientierter Interventionen, was dafür spricht, Ressourcenorientierung bereits als Teil der psychodynamischen Therapie anzusehen. Darüber hinaus zeichnet sich ein neues ressourcenorientiertes Selbstverständnis ab. So gab der in dieser Hinsicht als Pionier anzusehende Psychoanalytiker Wolfgang Wöller seinem Lehrbuch für psychodynamische Psychotherapie (2022) den Untertitel „Lehrbuch der ressourcenorientierten Praxis“.

Limitationen

Generalisierbarkeit und statistische Power

Mehrere der in dieser Dissertation zusammengefassten Publikationen sind aufgrund der zugrunde gelegten Stichprobe in ihrer Generalisierbarkeit eingeschränkt. Sehr deutlich trifft das auf die in Artikel 1 befragten Kliniker*innen zu. Zum einen ist die Stichprobe eher klein, zum anderen wurden die Kliniker*innen nur an einem Ort rekrutiert. Dennoch erscheint plausibel, dass sich die theoretische Heterogenität in Beiträgen zur

Übertragungsdeutung auch im Verständnis von Kliniker*innen wiederfindet, so dass nicht von einer starken Einschränkung der Generalisierbarkeit ausgegangen werden muss. Auch die Stichprobe der in Artikel 2 untersuchten Therapeut*innen war eher klein, was durch die teilweise abweichenden Ergebnisse der Nachfolgestudie unterstrichen wurde. Die in Artikel 3 und Artikel 4 präsentierten Metaanalysen zur Wirksamkeit ressourcenorientierter Therapie zeichnen sich allesamt durch eine vergleichsweise geringe Zahl eingeschlossener Studien aus. Die gefundenen Effekte sind zwar signifikant, allerdings weisen die hohen Heterogenitätsparameter darauf hin, dass sich die eingeschlossenen Studien substantziell unterscheiden, so dass die Verallgemeinerbarkeit des gefundenen Effekts deutlich eingeschränkt ist. Dabei erscheint die geringe Anzahl der eingeschlossenen Studien nicht als Effekt der verwendeten Methoden. In beiden Artikeln wurden systematische Literatursuchen eingesetzt, um auch unveröffentlichte Studien zu finden. Es scheint vielmehr die Realität von Psychotherapie-Outcome-Forschung zu sein, dass die Anzahl klinischer Studien für spezifische und transtheoretische Fragestellungen oft niedrig ist, weil die Durchführung klinischer Studien aufwändig und teuer ist. Die Befunde zur Wirksamkeit ressourcenorientierter Therapien müssen demnach als vorläufig betrachtet werden. Dies trifft insbesondere auch auf die in Artikel 4 enthaltene Übersicht zu Prozess-Outcome-Studien zu, die zudem alle mehr oder weniger aus einer Arbeitsgruppe stammten.

Konstrukts -und Inhaltsvalidität

In Artikel 1 wurde mit einer Typologie von Übertragungsdeutungen gearbeitet, die viele der in der Literatur diskutierten Aspekte des Konzeptes abbildete. Es ist aber nicht auszuschließen, dass weitere wichtige konzeptuelle Aspekte übersehen wurden. So wird in letzter Zeit die selbstpsychologische Differenzierung einer trailing-edge- und einer leading-edge-Übertragung populär (z. B. Zimmermann & Paul, 2021; siehe auch Artikel 5). Während

mit trailing-edge-Übertragung die Wiederholung defensiver oder dysfunktionaler Muster in der Therapiebeziehung gemeint ist, umfasst die leading-edge-Übertragung Wachstumstendenzen, die auf Resonanz in der Therapiebeziehung hoffen. Aus Sicht der selbstpsychologischen Psychoanalyse macht es einen großen Unterschied, auf welche dieser oft gleichzeitig wahrnehmbaren Tendenzen in der Therapie der Fokus gelegt wird. Hier lässt sich durchaus die Brücke schlagen zur Unterscheidung einer ressourcenorientierten und einer problemorientierten Sichtweise (siehe Artikel 3-5). Eine weitere wichtige Einschränkung dieser Arbeit ist, dass mit der Übertragungsdeutung nur eine spezifische expressive Technik untersucht wurde und die Arbeit also nichts über die konzeptuelle Klarheit und Struktur expressiver Technik im Allgemeinen ausdrücken kann. Eine Reflexion des konzeptuellen Gehalts der Übertragungsdeutung ist aber dennoch sinnvoll, weil die Intervention aus historischen Gründen von großer Bedeutung ist. Es soll jedoch nicht der Eindruck entstehen, dass die Technik noch heute unter psychodynamischen Forscher*innen und Kliniker*innen als essentiell oder gar besonders zentral angesehen wird.

In Artikel 2 wurde das psychodynamische Konzept der supportiven Technik mittels des schulenübergreifenden FIS-Konzepts operationalisiert. Wie in der Einleitung beschrieben, lassen sich klare Verbindungen zwischen beiden Konzepten ziehen, wobei der Interventionsfokus auf die alliance eine Kernübereinstimmung ist. Dennoch kommen beide Konzepte aus verschiedenen Theorietraditionen, so dass es wichtig ist, auch nach den Differenzen der beiden Konzepte zu fragen. Ein Hinweis auf eine Differenz ist der Umstand, dass sich eines der FIS-Items – verbal fluency – nicht mit Luborskys (1984) ausführlichem Konzept der supportiven Technik verbinden ließ und ein weiteres Item – persuasiveness – nur schwach repräsentiert war. Hier wird deutlich, dass das FIS-Konzept eine Vorstellung von rhetorischer Kompetenz beinhaltet, die nicht explizit Teil supportiver Technik ist. Auch wenn

durchaus anzunehmen ist, dass die in FIS enthaltenen rhetorischen Kompetenzen im Zusammenspiel mit den anderen FIS-Aspekten durchaus unterstützend wirken. Allerdings ist die konzeptuelle Binnenstruktur des FIS-Konzeptes bislang wenig herausgearbeitet – die bisherigen Untersuchungen betonen dessen interne Konsistenz und Unidimensionalität.

Prognostische Validität

Wie eingangs beschrieben setzten die hier zusammengefassten Untersuchungen an verschiedenen Fragen der Prozessforschung an. Artikel 1 und 5 waren eher konzeptuell orientiert und Artikel 2 psychometrisch und querschnittlich. In keiner dieser Arbeiten wurde ein Bezug zum Therapieergebnis hergestellt und so bleibt innerhalb dieser Untersuchungen offen, welche prognostische Relevanz die gefundenen Ergebnisse haben. Bei Artikel 1 und 5 erscheint dies insofern zu rechtfertigen, als diese ein klares konzeptuelles Interesse verfolgten. Bei Artikel 2 wäre es tatsächlich ein Mehrwert gewesen, Aussagen über die mögliche differentielle prognostische Relevanz von FIS-Items und FIS-Stimulus-Clips treffen zu können. Insbesondere die innovativen Ergebnisse der Studie zur möglichen Äquivalenz von FIS-Items, FIS-Stimulus-Clips und FIS-Kurzversionen sind somit in ihrer Belastbarkeit eingeschränkt und sollten in einer Replikation um Informationen zur prognostischen Validität ergänzt werden.

Zukünftige Forschung und praktische Implikationen

Aus den Ergebnissen dieser Arbeit und ihrer Reflexion vor dem Hintergrund bisheriger Forschung und Theoriebildung lassen sich folgende Ideen für weiterführende Forschung ableiten:

- Angesichts der begrifflichen Unschärfe der Übertragungsdeutung und ihrer gemischten Evidenz scheint es aussichtsreich, sich für die Weiterentwicklung des Konzepts der florierenden schulenübergreifenden Forschung zu den angesprochenen Konzepten der “relational work” anzuschließen.
- Das Konzept der FIS sollte konzeptuell weiter überprüft und differenziert werden. Beispielsweise deutet sich die Relevanz einer Differenzierung zwischen einer fürsorglich-einfühlenden Komponente und einer rhetorischen Komponente an (siehe dazu Wampold & Flückiger, 2023).
- Die Ergebnisse dieser Arbeit sprechen dafür, dass die Anzahl der im Rahmen des FIS-Performance-Tests eingesetzten Stimulus-Videos deutlich reduziert werden kann, was für einen potentiellen Einsatz an großen Stichproben (z. B. im Kontext von Psychotherapieausbildungen) vielversprechend ist. Weitere Studien sollten dieses Ergebnis unter Einbezug von Outcome-Daten zu replizieren versuchen, etwa indem die Vorhersagekraft kürzerer und längerer FIS-Prozeduren verglichen wird.
- Auch die Vorhersagekraft des FIS-Performance-Tests an sich bedarf weiterer Forschung. So umfassten die in den bisherigen Validierungsstudien eingesetzten Stichproben größtenteils Kurzzeittherapien und Behandlungen von Studierenden. Es ist also noch unklar, wie prädiktiv der FIS-Performance-Test für die Erfolge von Langzeittherapien ist, wie sie in Deutschland (und in anderen europäischen Ländern) etabliert sind.
- Für eine weitere Absicherung der Wirkung ressourcenorientierter Interventionen scheint die Durchführung weiterer Prozess-Outcome-Studien notwendig.

- Des Weiteren fehlen weitere hochwertige klinische Studien zu ressourcenorientierter psychodynamischer Therapie. (Eine groß angelegte Studie befindet sich aktuell in Durchführung, Leichsenring et al., 2020).
- Ressourcenorientierte psychodynamische Therapie basierte in den bisherigen Studien stark auf ressourcenorientierten Imaginationsübungen. Hingegen identifizierte die Literaturübersicht auch auf klassische Ressourcenorientierung (z. B. auf die Förderung von Hoffnung und die Wahrnehmung von Stärken) orientierte psychodynamische Vorgehensweisen, die noch weiter empirisch untersucht werden müssen. (Das in der Studie von Leichsenring et al., 2020, eingesetzte Manual von Wöller et al., 2020, enthält beide Aspekte, was die Studie noch zusätzlich relevant macht).

Folgende praktische Implikationen für klinische Behandlung und Therapieausbildung lassen sich ableiten:

- Bei der Arbeit mit Übertragungsdeutungen scheint es vielversprechend, zwischen einem Fokus auf Wachstum (z. B. Übertragungsgeschehen als mutige Innovation) und einem Fokus auf Defizite (z. B. Übertragungsgeschehen als Wiederholung eines dysfunktionalen Musters) zu unterscheiden. Die Prägnanz dieser Unterscheidung ergibt sich sowohl aus einer supportiven, als auch aus einer ressourcenorientierten Haltung (vgl. Wachtel, 2011; Leibovich et al., 2020).
- Bei der Arbeit mit Übertragungsdeutungen scheint es essenziell, den aktuellen Beziehungskontext sowie die mögliche eigene Defensivität zu reflektieren (vgl. Safran & Muran, 2000).

- Für die Therapeutenausbildung scheint es aussichtsreich, für die Entwicklung von FIS verschiedene Formate zu prüfen: Für die Entwicklung fürsorglich-einführender Kompetenzen könnte eine entsprechend orientierte Selbsterfahrung und Supervision zentral sein; für die Entwicklung rhetorischer Kompetenzen ließe sich an den auf Übung setzenden Ansatz der deliberate practice denken (Rousmaniere et al., 2017).
- Die konzeptuelle Überlappung zwischen supportiver Technik und Ressourcenorientierung unterstreicht sowohl deren Bedeutung als auch deren Eigenständigkeit. Supportive Technik wirkt vermutlich nicht primär indirekt, indem sie den Einsatz expressiver Technik vorbereitet, sondern direkt, indem sie (a) eine heilsame Beziehungserfahrung herstellt, (b) positive Erwartungseffekte auslöst (Wampold & Flückiger, 2023) und (c) über die Förderung von Selbstöffnung zu Einsicht führt (vgl. Levitt et al., 2016).
- Die Wirksamkeit ressourcenorientierter Interventionen lässt sich positiv einschätzen, wobei sich der Befund bislang vor allem auf die eingesetzten verhaltenstherapeutischen Konzepte und nur eingeschränkt auf die eingesetzten psychodynamischen Konzepte generalisieren lässt, für die bislang nur eine hochwertige Studie mit positiven Ergebnissen vorliegt (Steinert et al., 2017).
- Ressourcenorientierte Ansätze aus hypno-systemischer Therapie, Verhaltenstherapie und humanistischer Therapie lassen sich konzeptuell mit psychodynamischen Konzepten verbinden und sind somit innerhalb des Rahmens eines psychodynamischen Vorgehens nutzbar.

Literatur

- Anderson, T., McClintock, A. S., Himawan, L., Song, X. & Patterson, C. L. (2016). A prospective study of therapist facilitative interpersonal skills as a predictor of treatment outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 84*, 57–66.
- Anderson, T., Ogles, B. M., Patterson, C. L., Lambert, M. J. & Vermeersch, D. A. (2009). Therapist effects: Facilitative interpersonal skills as a predictor of therapist success. *Journal of Clinical Psychology, 65*, 755–768.
- Anderson, T., & Patterson, C. (2013). *Facilitative interpersonal skill task and rating method*. Ohio University, Athens, OH: Unpublished rating manual.
- Barkham, M. & Lambert, M. J. (2021). The efficacy and effectiveness of psychological therapies. In M. Barkham, W. Lutz, & L. G. Castonguay (Hrsg.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (7. Aufl., S. 135–189). New York: Wiley.
- Bateman, A. & Fonagy, P. (2010). Mentalization based treatment for borderline personality disorder. *World Psychiatry, 9*, 11–15.
- Benecke, C. (2014). *Klinische Psychologie und Psychotherapie. Ein integratives Lehrbuch*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Beutler, L. E., Crago, M. & Arizmendi, T. G. (1986). Research on therapist variables in psychotherapy. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Hrsg.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (3. Aufl., S. 257–310). New York: Wiley.
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy, 16*, 252–260.

- Carr, A., Cullen, K., Keeney, C., Canning, C., Mooney, O., Chinseallaigh, E. & O'Dowd, A. (2021). Effectiveness of positive psychology interventions: a systematic review and meta-analysis. *The Journal of Positive Psychology, 16*, 749–769.
- Castonguay, L. G., & Beutler, L. E. (2006). Principles of therapeutic change: A task force on participants, relationships, and techniques factors. *Journal of Clinical Psychology, 62*, 631–638.
- Cremerius, J. (1981/1990). Freud bei der Arbeit über die Schulter geschaut: Seine Technik im Spiegel von Schülern und Patienten. In J. Cremerius (Hrsg.), *Vom Handwerk des Psychoanalytikers: Das Werkzeug der psychoanalytischen Technik* (Band 2, S. 326–363). Stuttgart: Frommann-Holzboog.
- Crits-Christoph, P., Connolly Gibbons, M. B. & Mukherjee, D. (2013). Psychotherapy process-outcome research. In M. J. Lambert (Hrsg.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (6. Aufl., S. 298–340). New York: Wiley.
- Crits-Christoph, P. & Connolly Gibbons, M. B. (2021). Psychotherapy process-outcome research: Advances in understanding causal connections. In M. Barkham, W. Lutz, & L. G. Castonguay (Hrsg.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (7. Aufl., S. 263–295). New York: Wiley.
- Eubanks, C. F., Muran, J. C. & Safran, J. D. (2019). Repairing alliance ruptures. In J. C. Norcross & M. J. Lambert (Hrsg.), *Psychotherapy relationships that work: Evidence-based therapist contributions* (S. 549–579). Oxford University Press.
- Farber, B. A., Hill, C. E., Knox, S., Eubanks, C. F., Muran, J. C. & Norcross, J. C. (2023). Affirmation/validation, self-disclosure, immediacy, and rupture repairs. In C. E. Hill &

- J. C. Norcross (Hrsg.), *Psychotherapy skills and methods that work* (S. 28–52). New York: Oxford University Press.
- Ferenczi, S. (1932/2013). *Das klinische Tagebuch*. Gießen: Psychosozial.
- Fetscher, R. (1998). Die Bündniskonzepte. *Forum der Psychoanalyse*, 14, 203–224.
- Flückiger, C., Del Re, A. C., Wampold, B. E., & Horvath, A. O. (2018). The alliance in adult psychotherapy: A meta-analytic synthesis. *Psychotherapy*, 55, 316–340.
- Flückiger, C., Munder, T. Del Re, A. C. & Solomnov, N. (2023). Strength-based methods: A narrative review and comparative multilevel meta-analysis of positive interventions in clinical settings. *Psychotherapy Research*, 33, 856–872.
- Flückiger, C. & Wüsten, G. (2014). *Ressourcenaktivierung. Ein Manual für die Praxis* (3. Aufl.). Bern: Huber.
- Frank, J. D. & Frank, J. B. (1993). *Persuasion and healing. A comparative study of psychotherapy* (3. Aufl.). Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.
- Fredrickson, B. L. (2004): The broaden-and-build theory of positive emotions. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London. Series B, Biological Sciences*, 359, 1367–1378
- Freud, S. (1913/1975). Zur Einleitung der Behandlung (Weitere Ratschläge zur Technik der Psychoanalyse I). A. Mitscherlich, A. Richards, J. Strachey & I. Grubrich-Simitis (Hrsg.), *Sigmund Freud Studienausgabe. Schriften zur Behandlungstechnik* (S. 181–203). Frankfurt a. M.: Fischer.
- Gabbard, G. O. (2004). *Long-term psychodynamic psychotherapy: A basic text*. Arlington, VA: American Psychiatric Association.

- Grawe, K. (1995). Grundriß einer allgemeinen Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 40, 130–145.
- Grawe, K. (1997). Research-informed psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 7, 1–19.
- Grawe, K. (1998). *Psychologische Therapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Grawe, K. & Grawe-Gerber, M. (1999) Ressourcenaktivierung. Ein primäres Wirkprinzip der Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 44, 63–73.
- Grosse Holtforth, M. (2017). Was ist Problemaktualisierung? *Psychotherapeut*, 62, 77–82.
- Gumz, A., Longley, M., Schestag, L., Hirschmeier, C., Derwahl, L., Weinreich, J., ... & Kästner, D. (2020). Die „Facilitative interpersonal skills“-Übung: Messen therapeutischer Kompetenz mit der deutschsprachigen Version. *Psychotherapeut*, 65, 465–474.
- Gumz, A., Munder, T., Schlipfenbacher, C., Toussaint, K., Warmuth, M. (2018). *FIS Manual, deutsche Version*. <https://www.researchgate.net/publication/330523365>
- Hatcher, R. L. (2015). Interpersonal competencies: Responsiveness, technique, and training in psychotherapy. *American Psychologist*, 70, 747–757.
- Hill, C. E. & Knox, S. (2009). Processing the therapeutic relationship. *Psychotherapy Research*, 19, 13–29.
- Hill, C. E. & Norcross, J. C. (2023). *Psychotherapy skills and methods that work*. New York: Oxford University Press.
- Hill, C. E., Spiegel, S. B., Hoffman, M. A., Kivlighan, D. M., Jr., & Gelso, C. J. (2017). Therapist expertise in psychotherapy revisited. *The Counseling Psychologist*, 45, 7–53.
- Høglend, P. (2014). Exploration of the patient-therapist relationship in psychotherapy. *American Journal of Psychiatry*, 171, 1056–1066.

- Høglend, P., Amlo, S., Marble, A., Bøgwald, K. P., Sørbye, Ø., Cosgrove Sjaastad, M. & Heyerdahl, O. (2006). Analysis of the patient-therapist relationship in dynamic psychotherapy: An experimental study of transference interpretations. *American Journal of Psychiatry* 163, 1739–1749.
- Huber, D. & Klug, G. (2017). Ressourcenaktivierung auch in der psychodynamischen Therapie. *Psychotherapeut*, 62, 113–120.
- Jennissen, S., Huber, J., Ehrenthal, J. C., Schauenburg, H. & Dinger, U. (2018). Association between insight and outcome of psychotherapy: Systematic review and meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, 175, 961–969.
- Kazdin, A. E. (2007). Mediators and mechanisms of change in psychotherapy research. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3, 1–27.
- Kernberg, O. F., Yeomans, F. E., Clarkin, J. F., & Levy, K. N. (2008). Transference focused psychotherapy: Overview and update. *The International Journal of Psychoanalysis*, 89, 601–620.
- Lampe, A., Mitmansgruber, H., Gast, U., Schüssler, G. & Reddemann, L. (2008). Therapieevaluation der Psychodynamisch Imaginativen Traumatherapie (PITT) im stationären Setting. *Neuropsychiatrie*, 22, 189–197.
- Leibovich, L., Wachtel, P. L., Nof, A. & Zilcha-Mano, S. (2020). “Take a sad song and make it better”: What makes an interpretation growth facilitating for the patient? *Psychotherapy*, 57, 400–413.
- Leichsenring, F. & Schauenburg, H. (2014). Empirically supported methods of short-term psychodynamic therapy in depression: Towards an evidence-based unified protocol. *Journal of Affective Disorders*, 169, 128–143.

- Leichsenring, F., Steinert, C., Beutel, M. E., Feix, L., Gündel, H., Hermann, A., ... & Hoyer, J. (2020). Trauma-focused psychodynamic therapy and STAIR Narrative Therapy of post-traumatic stress disorder related to childhood maltreatment: Trial protocol of a multicentre randomised controlled trial assessing psychological, neurobiological and health economic outcomes (ENHANCE). *BMJ open*, *10*, e040123.
- Leuzinger-Bohleber, M., & Fischmann, T. (2006). What is conceptual research in psychoanalysis? *The International Journal of Psychoanalysis*, *87*, 1355–1386.
- Levitt, H. M., Pomerville, A., & Surace, F. I. (2016). A qualitative meta-analysis examining clients' experiences of psychotherapy: a new agenda. *Psychological Bulletin*, *142*, 801–830.
- Luborsky, L. (1984). *Principles of psychoanalytic psychotherapy. A manual for supportive-expressive treatment*. New York: Basic Books.
- Munder, T., Karcher, A., Yadikar, Ö., Szeles, T., & Gumz, A. (2019). Focusing on patients' existing resources and strengths in cognitive-behavioral therapy and psychodynamic therapy: A systematic review and meta-analysis. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, *65*, 144–161.
- Munder, T., Lorenz, A. M. & Gumz, A. (2016). Was ist eine Übertragungsdeutung? Eine konzeptuelle und empirische Studie. *Psychodynamische Psychotherapie*, *15*, 197–205.
- Munder, T., Rugenstein, K., & Gumz, A. (2018). Ressourcenorientierung in der psychodynamischen Therapie. *Psychotherapeut*, *63*, 218–225.
- Munder, T., Schlipfenbacher, C., Toussaint, K., Warmuth, M., Anderson, T., & Gumz, A. (2019). Facilitative interpersonal skills performance test: Psychometric analysis of a German language version. *Journal of Clinical Psychology*, *75*, 2273–2283.

- Orlinsky, D. E., Rønnestad, M. H. & Willutzki, U. (2004). Fifty years of psychotherapy-outcome research: Continuity and change. In M. J. Lambert (Hrsg.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5. Aufl., S. 307–389). New York: Wiley.
- Parloff, M. B. & Waskow, I. E. (1978). Research on therapist variables in relation to process and outcome. A. E. Bergin & S. L. Garfield (Hrsg.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (2. Aufl., S. 233–282). New York: Wiley.
- Piper, W. E., Ogrodniczuk, J. S., Joyce, A. S., McCallum, M., Rosie, J. S., O'Kelly, J. G., & Steinberg, P. I. (1999). Prediction of dropping out in time-limited, interpretive individual psychotherapy. *Psychotherapy, 36*, 114–122.
- Rosenzweig, S. (1936). Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy. *American Journal of Orthopsychiatry, 6*, 412–415.
- Rousmaniere, T., Goodyear, R. K., Miller, S. D. & Wampold, B. E. (2017). *The cycle of excellence: Using deliberate practice to improve supervision and training*. New York: Wiley.
- Safran J. B. & Muran, J. M. (2000). *Negotiating the therapeutic alliance. A relational treatment guide*. New York: Guilford.
- Steinert, C., Bumke, P. J., Hollekamp, R. L., Larisch, A., Leichsenring, F., Mattheß, H. ... & Kruse, J. (2017): Resource activation for treating post-traumatic stress disorder, co-morbid symptoms and impaired functioning: A randomized controlled trial in Cambodia. *Psychological Medicine, 47*, 553–564.
- Strachey, J. (1934). The nature of the therapeutic action of psychoanalysis. *The International Journal of Psychoanalysis, 15*, 127–159.

- Strupp, H. H. (1955). An objective comparison of Rogerian and psychoanalytic techniques. *Journal of Consulting Psychology, 19*, 1–7.
- Strupp, H. H. (1993). The Vanderbilt psychotherapy studies: Synopsis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61*, 431–433.
- Teismann, T., Dymel, W., Schulte, D. & Willutzki, U. (2011). Ressourcenorientierte Akutbehandlung unipolarer Depressionen: Eine randomisierte kontrollierte Psychotherapiestudie. *Psychotherapie, Psychosomatik und medizinische Psychologie, 61*, 295–302.
- Truax, C. B. & Mitchell, K. M. (1971). Research on certain therapist interpersonal skills in relation to process and outcome. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Hrsg.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (1. Aufl., S. 299–344). New York: Wiley.
- Wachtel, P. L. (2011). *Therapeutic communication. Knowing what to say when* (2. Aufl.). New York: Guilford.
- Wallerstein, R. S. (1989). The psychotherapy research project of the Menninger foundation: An overview. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 57*, 195–205.
- Wampold, B. E. (2001). *The great psychotherapy debate: Models, methods and findings*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Wampold, B. E., & Flückiger, C. (2023). The alliance in mental health care: Conceptualization, evidence and clinical applications. *World Psychiatry, 22*(1), 25–41.
- Wampold, B. E., Imel, Z. E. & Flückiger, C. (2018). *Die Psychotherapie-Debatte. Was Psychotherapie wirksam macht*. Göttingen: Hogrefe.
- Willutzki, U., Neumann, B., Haas, H., Koban, C. & Schulte, D. (2004). Zur Psychotherapie sozialer Ängste: Kognitive Verhaltenstherapie im Vergleich zu einem kombiniert

ressourcenorientierten Vorgehen. Eine randomisierte kontrollierte Interventionsstudie. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 33, 42–50.

Wöller, W. (2015). Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie als ressourcenbasiertes integratives Verfahren. *Psychodynamische Psychotherapie*, 14, 3–12.

Wöller, W. (2022). *Psychodynamische Psychotherapie. Lehrbuch der ressourcenorientierten Praxis*. Stuttgart: Klett-Cotta.

Wöller, W., Lampe, A., Schellong, J., Leichsenring, F., Kruse, J. & Mattheß, H. (2020). *Psychodynamische Therapie der komplexen posttraumatischen Belastungsstörung. Ein Manual zur Behandlung nach Kindheitstrauma*. Stuttgart: Schattauer.

Zilcha-Mano, S., Fisher, H., Dolev-Amit, T., Keefe, J. R., & Barber, J. P. (2023). A systematic review of the association between interpretations and immediate, intermediate, and distal outcomes. *Psychotherapy*, 60, 266–282.

Zimmermann, P., & Paul, H. (2021). The origins of the leading edge in Kohut's work. *Psychoanalytic Review*, 108, 169–196.

Anhang

**Erklärung gemäß § 8 der Allgemeinen Bestimmungen für Promotionen der Universität
Kassel vom 14.07.2021**

1. Bei der eingereichten Dissertation zu dem Thema „Beiträge zur Fundierung spezifischer und schulenübergreifender Interventionsstrategien in psychodynamischer Psychotherapie“ handelt es sich um meine eigenständig erbrachte Leistung.
2. Anderer als der von mir angegebenen Quellen und Hilfsmittel habe ich mich nicht bedient. Insbesondere habe ich wörtlich oder sinngemäß aus anderen veröffentlichten oder unveröffentlichten Werken übernommene Inhalte als solche kenntlich gemacht.
3. Die Dissertation oder Teile davon habe ich [Zutreffendes bitte ankreuzen]
 - bislang nicht an einer Hochschule des In- oder Auslands als Bestandteil einer Prüfungs- oder Qualifikationsleistung vorgelegt.
 - wie folgt an einer Hochschule des In- oder Auslands als Bestandteil einer Prüfungs- oder Qualifikationsleistung vorgelegt.
4. Die abgegebenen digitalen Versionen stimmen mit den abgegebenen schriftlichen Versionen überein.
5. Ich habe mich keiner unzulässigen Hilfe Dritter bedient und insbesondere die Hilfe einer kommerziellen Promotionsberatung nicht in Anspruch genommen.
6. Im Fall einer kumulativen Dissertation: Die Mitwirkung von Koautoren habe ich durch eine von diesen unterschriebene Erklärung dokumentiert. Eine Übersicht, in der die einzelnen Beiträge nach Ko-Autoren und deren Anteil aufgeführt sind, füge ich anbei (siehe den nachfolgenden Anhang).
7. Die Richtigkeit der vorstehenden Erklärungen bestätige ich.

15. September 2023

Datum

Unterschrift

Erklärung über den Eigenanteil an den veröffentlichten wissenschaftlichen Schriften innerhalb meiner Dissertationsschrift

Munder, Thomas, Institut für Psychologie

Thema der Dissertation: „Beiträge zur Fundierung spezifischer und schulenübergreifender Interventionsstrategien in psychodynamischer Psychotherapie“

Nummerierte Aufstellung der eingereichten Schriften

1. Munder, T., Lorenz, A. M. & Gumz, A. (2016). Was ist eine Übertragungsdeutung? Eine konzeptuelle und empirische Studie. *Psychodynamische Psychotherapie*, 15, 197–205.
2. Munder, T., Schlipfenbacher, C., Toussaint, K., Warmuth, M., Anderson, T., & Gumz, A. (2019). Facilitative interpersonal skills performance test: Psychometric analysis of a German language version. *Journal of Clinical Psychology*, 75, 2273–2283.
3. Munder, T., Karcher, A., Yadikar, Ö., Szeles, T., & Gumz, A. (2019). Focusing on patients' existing resources and strengths in cognitive-behavioral therapy and psychodynamic therapy: A systematic review and meta-analysis. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 65, 144–161.
4. Flückiger, C., Munder, T., Del Re, A. C. & Solomnov, N. (2023). Strength-based methods: A narrative review and comparative multilevel meta-analysis of positive interventions in clinical settings. *Psychotherapy Research*, 33, 856–872.
5. Munder, T., Rugenstein, K., & Gumz, A. (2018). Ressourcenorientierung in der psychodynamischen Therapie. *Psychotherapeut*, 63, 218–225.

Auf den folgenden Seiten wird für jedes der vorgenannten Manuskripte der eigene Anteil angelehnt an CRediT-Taxonomie³ dargestellt und es findet sich die Bestätigungen dieser Darstellungen durch die Mitautor*innen.

³ doi:10.1087/20150211

Eigenanteil für Artikel 1: Munder, T., Lorenz, A. M. & Gumz, A. (2016). Was ist eine Übertragungsdeutung? Eine konzeptuelle und empirische Studie. Psychodynamische Psychotherapie, 15, 197-205.

Rolle	Anteil
Konzeptualisierung	In Teilen (qualitative Analyse)
Methodik	In Teilen (qualitative Analyse)
Datenaufbereitung	In Teilen (qualitative Analyse)
Datenanalyse	Vollständig (qualitative Analyse)
Writing (Original draft)	Mehrheitlich
Writing (Review & editing)	Überwiegend
Visualisierung	Mehrheitlich

Anschriften der Mitautor*innen

Dipl.-Psych. Anna Maria Lorenz

Prof. Dr. med. Antje Gumz

29. Juni 2023,

Datum, Unterschrift Thomas Munder

Ich bestätige die von Thomas Munder oben abgegebene Erklärung:

Anna Maria Lorenz _____

Antje Gumz _____

Eigenanteil für Artikel 2 / Role in publication 2: Munder, T., Schlipfenbacher, C., Toussaint, K., Warmuth, M., Anderson, T., & Gumz, A. (2019). Facilitative interpersonal skills performance test: Psychometric analysis of a German language version. Journal of Clinical Psychology, 75, 2273-2283.

Role/Rolle*	Degree/Anteil
Konzeptualisierung/Conceptualization	Partly/In Teilen
Methodik/ Methodology	Partly/In Teilen
Durchführung/Investigation	Partly/In Teilen
Datenaufbereitung/Data curation	Predominantly/Überwiegend
Datenanalyse/Formal analysis	Mostly/Mehrheitlich
Writing (Original draft)	Predominantly/Überwiegend
Writing (Review & editing)	Predominantly/Überwiegend

*Das in der Arbeit untersuchte Tool und die dazugehörigen Videoclips wurden von Prof. Dr. med. Antje Gumz, Psychologische Hochschule Berlin, entwickelt und unterliegen ihren Urheber- und Nutzungs-/Verwertungsrechten

Addresses of co-authors/Anschriften der Mitautor*innen

Dipl.-Psych. Carina Schlipfenbacher

Dipl.-Psych. Kyra Toussaint

Dipl.-Psych. Mirjam Warmuth

Prof. Timothy Anderson, PhD

Prof. Dr. med. Antje Gumz

29. Juni 2023,

Date/Datum, Signature/Unterschrift Thomas Munder

I confirm Thomas Munder's above statement / Ich bestätige die von Thomas Munder oben abgegebene Erklärung:

Carina Schlipfenbacher _____

Kyra Toussaint _____

Mirjam Warmuth _____

Timothy Anderson _____

Antje Gumz _____

Eigenanteil für Manuskript: Munder, T., Karcher, A., Yadikar, Ö., Szeles, T., & Gumz, A. (2019). Focusing on patients' existing resources and strengths in cognitive-behavioral therapy and psychodynamic therapy: A systematic review and meta-analysis. Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, 65, 144-161.

Rolle	Anteil
Konzeptualisierung	Überwiegend
Methodik	Überwiegend
Durchführung	Mehrheitlich
Datenaufbereitung	Überwiegend
Datenanalyse	Vollständig
Writing (Original draft)	Überwiegend
Writing (Review & editing)	Überwiegend
Visualisierung	Vollständig

Anschriften der Mitautor*innen

Dipl.-Psych. Anna Karcher

Dipl.-Psych. Öznur Yadikar-Cengiz

M.Sc. Tanja Szeles

Prof. Dr. med. Antje Gumz

29. Juni 2023,

Datum, Unterschrift Thomas Munder

Ich bestätige die von Thomas Munder unter 3c) abgegebene Erklärung:

Anna Karcher

Öznur Yadikar-Cengiz

Tanja Szeles

Antje Gumz

Eigenanteil für Artikel 4 / Role in publication 4: Flückiger, C., Munder, T. Del Re, A. C. & Solomov, N. (2023). Strength-based methods: A narrative review and comparative multilevel meta-analysis of positive interventions in clinical settings. Psychotherapy Research, 33, 856–872.

Role/Rolle	Degree/Anteil
Investigation/Durchführung	In parts/in Teilen (meta-analysis)
Data curation/Durchführung	In parts/in Teilen (meta-analysis)
Formal analysis/Datenanalyse	In parts/in Teilen (meta-analysis)
Writing (Original draft)	In parts/in Teilen
Writing (Review & editing)	In parts/in Teilen

Addresses of co-authors/Anschriften der Mitautor*innen

Prof. Dr. phil. Christoph Flückiger

Prof. Nili Solomov, PhD

A. C. Del Re, PhD

29. Juni 2023,

Date/Datum, Signature/Unterschrift Thomas Munder

I confirm Thomas Munder's above statement / Ich bestätige die von Thomas Munder oben abgegebene Erklärung:

Christoph Flückiger

Nili Solomov

A. C. Del Re

Eigenanteil für Artikel 5: Munder, T., Rugenstein, K., & Gumz, A. (2018).

Ressourcenorientierung in der psychodynamischen Therapie. Psychotherapeut, 63, 218-225.

Rolle	Anteil
Konzeptualisierung	Mehrheitlich
Methodik	Mehrheitlich
Durchführung (Literaturrecherche)	Vollständig
Datenanalyse (konzeptuelle Analyse)	Überwiegend
Writing (Original draft)	Überwiegend
Writing (Review & editing)	Überwiegend

Anschriften der Mitautor*innen

Dr. phil. Kai Rugenstein

Prof. Dr. med. Antje Gumz

29. Juni 2023,

Datum, Unterschrift Thomas Munder

Ich bestätige die von Thomas Munder oben abgegebene Erklärung:

Kai Rugenstein

Antje Gumz

Dokumentation der Forschungsdaten

(1) In Artikel 1 wurden qualitative Daten zur spontanen Definition des Begriffs der Übertragungsdeutung durch Psychotherapeut*innen analysiert. In Artikel 2 wurden quantitative Daten (2) zur FIS-Kodierung der untersuchten Teilnehmer*innen durch jeweils drei Rater*innen und (3) zur Bewertung der interpersonellen Eigenschaften des deutschsprachigen FIS-Stimulus-Materials analysiert. Die Daten (1) bis (3) werden vom Verfasser (munder@posteo.de) ab Abgabe der Arbeit (September 2023) für zehn Jahre verschlüsselt und mehrfach gesichert aufbewahrt, so dass Anfragen für wissenschaftliche Nutzung gestellt werden können. Die in Artikel 3 und Artikel 4 untersuchten Daten stammen aus veröffentlichten Primärstudien und sind somit grundsätzlich öffentlich zugänglich. Die Primärstudien können über die Literaturangaben in Artikel 3 und 4 lokalisiert werden. In Artikel 5 wurden keine Daten analysiert.