

39 Prozessforschung

»We know well that therapy ›works‹, i.e. is responsible for change, but we have little knowledge of why and how it works« (Kazdin 2007, S.2).

Die Psychotherapieprozessforschung untersucht die Bedeutung von unterschiedlichen Wirkfaktoren für den Veränderungsprozess. In sogenannten Prozess-Ergebnisstudien (*Process-Outcome-Studies*) wird versucht, das tatsächliche Geschehen in Psychotherapien zu erfassen und mit dem Behandlungsergebnis in Verbindung zu setzen.

Während sich aber bei der oben dargestellten Wirksamkeitsforschung die Problematik vor allem in Designfragen (Randomisierung, Kontrollgruppen, Katamnese Zeiträume etc.) und der Definition und Auswahl geeigneter Variablen und deren Operationalisierbarkeit, z. B. in Bezug auf Therapieerfolgsmessung zeigt, sind die Probleme der Prozessforschung noch weit grundlegender: Welche Verhaltensebene soll analysiert werden? Wie feinkörnig soll das Prozessgeschehen analysiert werden? Welche Ausschnitte sollen analysiert werden? Es besteht keineswegs Konsens über diese Fragen.

Sollen Veränderungen und deren Bedingungen im Therapieverlauf untersucht werden, so besteht ein erster möglicher Schritt darin, sogenannte »veränderungsrelevante Segmente«¹⁹³ zu identifizieren und diese dann in einem zweiten Schritt genauer zu analysieren. Diese Segmente oder Beobachtungseinheiten werden von verschiedenen Autoren nach unterschiedlichen Kriterien definiert und ausgewählt (vgl. Bastine

et al. 1989). So können dies einzelne Therapiesitzungen (»gute« und »schlechte« Stunden) sein, die auf die Qualität der therapeutischen Beziehung hin untersucht werden. Bei der *Episodenforschung* werden aus dem Therapieverlauf herausragende Änderungsprozesse oder Interventionen, deren Zeitpunkt und -spanne bestimmt und einer genauen Betrachtung unterzogen. Wie für die Unterscheidung von Therapiesitzungen fehlen auch hier eindeutige Bestimmungskriterien. Auch bleibt die Frage nach dem Bedingungsgefüge einzelner Episoden und dessen Einfluss auf den Therapieverlauf ungeklärt (Fiedler & Rogge 1989).

Angesichts der anzunehmenden Nicht-Linearität psychotherapeutischer Veränderungsprozesse (z. B. Krause & Howard 2002; Haken & Schiepek 2006) stellt eine Vorselektion von veränderungsrelevanten Passagen allerdings ein grundlegendes Problem der Prozessforschung dar.

Generell können innerhalb der Prozessforschung verschiedene Ebenen des Zugangs unterschieden werden. So können die Daten von Patienten, von Therapeuten oder von Dritten erhoben werden. Die Daten können sich auf die gesamte Therapie, auf umgrenzte Phasen einer Therapie, auf einzelne Stunden oder auf die Mikroebene des Erlebens und Verhaltens innerhalb von einzelnen Sitzungen beziehen. Fragestellungen beziehen sich bspw. auf

193 Es handelt sich hierbei um zeitlich begrenzte Beobachtungseinheiten, in denen für die Veränderungsprozesse des Patienten bedeutsames Geschehen vermutet wird.

die Beschreibung von Veränderungsverläufen, auf Abfolgen von Veränderungen, auf Vergleiche von Prozessvariablen bei unterschiedlichen Behandlungsformen und/oder auf den Zusammenhang zwischen Prozessvariablen und dem Behandlungsergebnis.

Die folgende Darstellung legt den Schwerpunkt

- auf Methoden zur Erfassung von Prozessvariablen durch externe Beurteiler (anhand von Audio/Video-Aufnahmen

oder Transkripten von Behandlungsstunden) sowie

- auf die Fragestellungen und Ergebnisse des Zusammenhangs zwischen erfassten Prozessvariablen und dem Behandlungsergebnis.

Diese sogenannten *Process-Outcome-Studien* sind am ehesten geeignet, die oben gestellten Fragen (Kazdin 2007) nach dem »why and how« der Wirkung von Psychotherapie zu beantworten.

39.1 Methoden der Prozessforschung

Die ersten Instrumente zur systematischen Erfassung des tatsächlichen Geschehens in der Psychotherapie wurden im Umfeld der Gesprächspsychotherapie entwickelt. Rogers selbst setzte sich früh für Tonbandaufzeichnung von Therapiesitzungen und deren Analyse ein. Die ersten Audioaufzeichnungen machte schon 1933 ein Psychoanalytiker namens Earl Zinn (Kächele 2009).

Watzke (2002) gibt einen umfangreichen Überblick über die Prozessinstrumente und beschreibt vierzehn Instrumente jeweils anhand von fünfzehn Aspekten. Seifert et al. (2009) geben einen Überblick über Instrumente zur Erforschung des Prozesses in psychodynamischen Psychotherapien und stellen zehn Instrumente exemplarisch vor.

Es kann im Folgenden nur eine kleine Auswahl von Prozessforschungsmethoden dargestellt werden.

39.1.1 Prozess-Fragebögen

Meist werden Fragebögen eingesetzt, um die subjektiv erlebte Qualität der therapeutischen Allianz bzw. Beziehung zu erfassen.

Sehr gebräuchlich ist der WAI (Working Alliance Inventory; Horvath & Greenberg 1989), welcher die drei Dimensionen der von Bordin (1979) entwickelten schulenübergreifenden Theorie der therapeutischen Allianz erfasst.

Die drei zusammenhängenden Dimensionen des WAI sind:

1. Ziele: »client and therapist agreement on goals of treatment«,
2. Prozess: »client and therapist agreement on how to achieve the goals (Task agreement)« und
3. Bindung: »the development of a personal bond between the therapist and client.«

WAI liegt als Patienten-, Therapeuten- und Observer-Version vor. Zur psychometrischen Güte der Kurzversion siehe Wilmers et al. (2008) und Munder et al. (2010). Item-Beispiele (Observer-Version) lauten: »There is agreement about the steps taken to help improve the client's si-

tuation« (Prozess); »The client and therapist are working on mutually agreed upon goals« (Ziele); »There is a mutual liking between the client and therapist« (Bindung).

Bordin und auch Horvath und Greenberg gehen von einem generellen Faktor (und drei Subfaktoren) der Qualität der therapeutischen Allianz aus. Empirisch findet sich eher eine 2-Faktoren-Struktur, mit »Beziehung« (Relationship) und »client's agreement with and confidence in the therapist and CBT (Agreement/Confidence)« (Andrusyna et al. 2001). Das macht insofern Sinn, als sich die emotionale Bindung doch sehr von einer eher kognitiven Übereinstimmung bezüglich der Therapieziele und den zu deren Erreichung nötigen Aufgaben unterscheidet.

Weitere Alliance-Messinstrumente sind beispielsweise HAQ (Helping Alliance Questionnaire) CALPAS (California Psychotherapy Alliance Scale), VTAS (Vanderbilt Therapeutic Alliance Scale), TARS (Therapeutic Alliance Rating Scale) oder STA-R (Skala Therapeutische Allianz-Revised).

Fragebögen, die Beziehungsaspekte unabhängig vom Allianz-Konzept erfassen (z. B. INTREX), werden seltener eingesetzt. Gleiches gilt für die Erfassung des emotionalen Erlebens innerhalb therapeutischer Prozesse.

Fragebögen, die eher therapeutisch-technische Aspekte erfassen, sind ebenfalls selten. Ein Beispiel ist die *Comparative Psychotherapy Process Scale* (CPPS; Hilsenroth et al. 2005, ► Kap. 39.1.2), die auch als Fragebogen zum Ausfüllen nach Therapie-sitzungen in Patienten- und Therapeuten-version vorliegt.

39.1.2 Stunden-Ratings

Die meisten Prozess-Ergebnisstudien bedienen sich globaler Beurteilungen. Dabei werden meist einzelne Sitzungen hinsichtlich des Vorhandenseins und/oder Ausmaßes bestimmter Qualitäten oder Verhaltensweisen auf Seiten der Therapeuten und/oder Patienten bewertet.

Die Ratings können von Patienten und Therapeuten selbst abgegeben werden oder von externen Ratern auf der Basis von Audio-/Videoaufnahmen. Die externen Rater sind idealerweise »verblindet« gegenüber der Behandlungsform (sofern mehrere Behandlungsformen verglichen werden) und insbesondere gegenüber den Ergebnissen der Behandlungen. Beispiele für solche Stundenrating-Methoden sind:

Psychotherapy Process Q-Sort (PQS)

Ablon & Jones (1998) baten international angesehene Experten in kognitiver und in psychodynamischer Psychotherapie, anhand der 100 Items des Psychotherapy Process Q-Sort (PQS, Jones 2000) die »ideale« Behandlung zu beschreiben, und konstruierten auf der Basis dieser Expertenbeschreibung Prototypen *idealer kognitiver* respektive *idealer psychodynamisch-psychoanalytischer Psychotherapiesitzungen*¹⁹⁴:

Der **psychoanalytisch-psychodynamische Prototyp**¹⁹⁵ des PQS betont den unstrukturierten Dialog: offene Besprechungen (z. B. von Fantasien und Träumen); Identifizierung von sich wiederholenden Themen im Erleben des Patienten; Verbin-

194 Im Anhang von Levy et al. (2012) findet sich eine überarbeitete Version der 100 PQS-Items.

195 Die Autoren bezeichnen den Prototyp uneinheitlich: in Ablon und Jones (1998) als »psychodynamisch«, in Ablon und Jones (2005) als »analytic«.

Tab. 39.1: Beispiel-Items einer »idealen« psychodynamisch-psychoanalytischen sowie der »idealen« kognitiv-behavioralen Therapie gemäß Ablon und Jones (1998; Ablon & Jones 2005; deutsche Übers. der Items aus Albani et al. 2008).

Beispiel-Items einer »idealen« psychodynamischen Therapie	Beispiel-Items einer »idealen« kognitiv-behavioralen Therapie
90: Träume und Phantasien des Patienten werden besprochen.	38: Es werden spezifische Aktivitäten oder Aufgaben besprochen, die der Patient außerhalb der Sitzungen in Angriff nehmen soll.
93: Der Therapeut ist neutral.	30: Die Diskussion ist um kognitive Themen zentriert, d. h. Gedanken oder Überzeugungen.
36: Der Therapeut weist auf Abwehrmechanismen des Patienten hin, zum Beispiel Unge-schehenmachen, Verleugnung.	4: Die Therapieziele des Patienten werden besprochen.
100: Der Therapeut stellt Verbindungen zwischen der therapeutischen Beziehung und anderen Beziehungen des Patienten her.	85: Der Therapeut ermuntert den Patienten, neue Verhaltensweisen im Umgang mit anderen auszuprobieren.
67: Der Therapeut interpretiert verdrängte oder unbewusste Wünsche, Gefühle oder Über-zeugungen.	17: Der Therapeut kontrolliert die Interaktion aktiv (zum Beispiel strukturiert und/oder führt neue Themen ein).
98: Die therapeutische Beziehung ist ein Fokus des Gesprächs.	45: Der Therapeut nimmt eine supportive Haltung ein.
50: Der Therapeut lenkt die Aufmerksamkeit auf Gefühle, die der Patient für inak-zeptabel hält (zum Beispiel Wut, Neid oder Aufregung).	23: Das Gespräch hat einen spezifischen Fokus.
11: Sexuelle Gefühle und Erfahrungen werden besprochen.	69: Die aktuelle oder kurz zurückliegen-de Lebenssituation des Patienten wird besprochen.
91: Erinnerungen oder Rekonstruktionen der Kindheit sind Gegenstand des Gesprächs.	27: Therapeut gibt explizit Ratschläge und Anleitungen.
92: Gefühle oder Wahrnehmungen des Patien-ten werden mit Situationen oder Verhalten in der Vergangenheit verknüpft.	80: Der Therapeut bietet eine Erfahrung oder ein Ereignis aus einer anderen Perspekti-ve an.
62: Der Therapeut benennt ein sich in der Er-fahrung oder dem Verhalten des Patienten wiederholendes Thema.	57: Der Therapeut erläutert das Rational seiner Technik oder seines Behandlungsansatzes.
79: Der Therapeut spricht eine Veränderung in der Stimmung oder dem Affekt des Patienten an.	48: Der Therapeut ermutigt den Patienten zur Unabhängigkeit im Handeln oder Denken.

den der Wahrnehmungen und Gefühle des Patienten mit vergangenen Erfahrungen; Lenkung der Aufmerksamkeit auf für den Patienten als unakzeptabel erlebten Gefühle (z. B. Ärger, Neid, Erregung); Aufzeigen von Abwehrmanövern; Interpretation von Widerstand oder unbewussten Wünschen, Gefühlen oder Fantasien; Fokussierung auf die therapeutische Beziehung; Verbindungen zwischen therapeutischer Beziehung und anderen Beziehungen.

Der **kognitiv-behaviorale Prototyp** des PQS betont einen mehr fokussierten Dialog: die Strukturierung der Interaktion und die Einführung von Themen durch den Therapeuten; Therapeut hat mehr didaktische oder edukative Funktion; Therapeut bietet explizite Anleitung und Rat; Besprechung der Behandlungsziele des Patienten; Erläuterung der Rationale hinter der Behandlungstechnik; Fokussierung auf die gegenwärtige Lebenssituation des Patien-

ten; Fokussierung auf kognitive Themen wie Gedanken und »Glaubenssysteme«; Besprechung von Aufgaben und Aktivitäten (»Hausaufgaben«) des Patienten außerhalb der Behandlungsstunden.

Neben weiteren auf den Therapeuten bezogene Items enthält der PQS auch Items zur Erfassung von Patientenreaktionen und -verhalten. Beispiele hierfür sind: Item 7: *Der Patient ist ängstlich oder angespannt*; Item 20: *Der Patient provoziert, testet die Grenzen der therapeutischen Beziehung*; Item 26: *Der Patient empfindet unangenehme oder schmerzliche Gefühle*; Item 56: *Der Patient spricht affektiv unbeteiligt über seine Erfahrungen*; Item 84: *Der Patient drückt Ärger oder aggressive Gefühle aus*.

Problematisch an den Prototypen erscheint, dass in die oben genannten Verfahrensprototypen auch patientenbezogene Items eingehen, wie z. B. Item 32 »*Der Patient gewinnt ein neues Verständnis oder Einsicht*« als typisch für analytische Therapie oder Item 95 »*Der Patient fühlt sich unterstützt*« als typisch für kognitiv-behaviorale Therapie. Auch müssen wohl einige Items, die bisher als prototypisch für ein Verfahren gelistet werden (z. B. Item 6 »*Der Therapeut ist einfühlsam, auf den Patienten eingestellt, empathisch*«) als verfahrensübergreifend betrachtet werden. Inwieweit die Prototypen noch den modernen Behandlungskonzepten entsprechen erscheint (vor allem in Bezug auf den kognitiv-behavioralen Prototyp) fraglich.

Comparative Psychotherapy Process Scale (CPPS)

Blagys & Hilsenroth (2000; Blagys & Hilsenroth 2002) analysierten Studien zum

Vergleich von Prozess und Technik zwischen psychodynamischen und kognitiven Therapien daraufhin, welche Interventionsmerkmale psychodynamische und kognitive Therapien zuverlässig voneinander unterschieden. Aus dieser empirischen Analyse von Originalaufzeichnungen und Transkripten wurde die *Comparative Psychotherapy Process Scale (CPPS)* entwickelt, die zehn Items typisch für psychodynamisch-interpersonelle Psychotherapientechnik und zehn Items typisch für kognitiv-behaviorale Psychotherapientechnik enthält.¹⁹⁶ Diese jeweils typischen Items sind den PQS-Prototypen (siehe oben) recht ähnlich. Die CPPS wird an Videoaufnahmen durchgeführt und das Rating bezieht sich auf die gesamte Stunde (zudem liegt die CPPS auch als Fragebogen zum Ausfüllen nach Therapiesitzungen in Patienten- und Therapeutenversion vor). Die CPPS zeigt sehr gute psychometrische Eigenschaften (Interraterreliabilität, Interne Konsistenz; Konkurrente Validität; Kriteriumsvalidität; Hilsenroth et al. 2005); zusätzlich wurden erfahrene Kliniker gebeten (analog dem Vorgehen bei der Konstruktion der PQS), die einzelnen CPPS-Items dahingehend zu bewerten, wie charakteristisch das Item für eine ideale, prototypische Stunde ihrer Therapieform (psychodynamisch, kognitiv-behavioral) ist: Die Experteneinschätzungen zeigten sehr hohe Differenzierung zwischen der psychodynamischen und der kognitiv-behavioralen CPPS-Subskala. Zudem differenzierten auch die CPPS-Ratings von psychodynamischen und kognitiv-behavioralen Therapievideos durch unerfahrene Psychologie-Studierende ohne weitere Schulung gemäß den erwarteten Prototypen. Auch entsprachen die Einschätzungen

196 Das CPPS-Manual (Comparative Psychotherapy Process Scale: Scoring Manual) findet sich im Netz unter: http://supp.apa.org/psycarticles/supplemental/pst_42_3_340/pst_hilsenroth0110_web_supplement.pdf. Eine autorisierte deutsche Übersetzung der CPPS (Patientenversion) liegt von Leichsenring und Rabung (2004) vor.

von Patienten in psychodynamischen Behandlungen, die die CPPS-Patientenversion nach den Sitzungen ausfüllten, sehr deutlich dem psychodynamischen Prototyp, während die cognitiv-behavioralen CPPS-Items von diesen Patienten niedrig eingeschätzt wurden.

39.1.3 Methoden zur Erfassung von Prozessvariablen auf der Mikroebene

Mit den im Folgenden beschriebenen Methoden wird eine Behandlungssequenz bzw. -sitzung nicht hinsichtlich bestimmter Variablen global beurteilt, sondern es wird versucht, das »tatsächliche« Verhalten auf der Mikroebene (d.h. üblicherweise: von Verhaltensakt zu Verhaltensakt, oder kurze Zeitsegmente) zu erfassen.

Structural Analysis of Social Behavior (SASB): SASB (Benjamin 1974; Tress 1993) ist ein System, welches auf einem Zirkumplexmodell basiert und interpersonelles Verhalten erfasst. Es wird zwischen drei Fokusebenen unterschieden (transitive, intransitive und Introjekt-Ebene). Dabei erfasst der transitive Fokus (Fokus 1) aktiv auf andere gerichtete Verhaltensweisen, der intransitive Fokus (Fokus 2) reaktives Verhalten anderen gegenüber und der Introjekt-Fokus (Fokus 3) Verhalten sich selbst gegenüber. Fokus-1-Verhalten wird auch als »elternartig«, Fokus-2-Verhalten als »kindartig« beschrieben (Tress 1993, S.41). Jeder Fokus wird durch die beiden Achsen Affiliation (feindselig vs. liebevoll) und Interdependenz (Kontrolle vs. Autonomie) aufgespannt.

Die Kodiereinheit ist »one complete thought«, was eine relativ feinkörnige Erfassung des Sprachinhaltes und damit eine recht präzise zeitliche Zuordnung erlaubt. Das ursprüngliche Modell umfasst 108

Verhaltens-Items, üblicherweise wird heute jedoch mit der sog. Clusterversion (8 Verhaltenscluster pro Fokus) gearbeitet (► Abb.39.1).

SASB eignet sich sowohl zur Analyse des Interaktionsverhaltens auf der Mikroebene als auch zur Analyse des Sprachinhaltes.

Weitere Instrumente sind: *Vanderbilt Psychotherapy Process Scale (VPPS)*, *Psychodynamic Intervention Rating Scale (PIRS)*, *Therapist Intervention Rating Scale (TIRS)*, *Analytic Process Scales (APS)*, *Achievements of Therapeutic Objectives Scale (ATOS)*, *Codiersystem zur Interaktion in der Psychotherapie (CIP)*, *Therapeutic Activity Coding System (TACS)*.

Verfahren zur Erfassung von emotionalen Komponenten innerhalb von Therapiesitzungen wurden insbesondere im humanistisch-therapeutischen Umfeld entwickelt. Die bekannteste ist die **Experiencing Scale**. Die Experiencing-Skala basiert auf der Experiencing-Theorie von Gendlin und wurde von Klein et al. (1969) entwickelt. Eine deutsche Fassung findet sich in Dahlhoff & Bommert (1978). Die Experiencing Skala erfasst das »Ausmaß, in dem der Patient in seinen Äußerungen eine Bezugnahme auf sein aktuelles Erleben zeigt. Eine solche Bezugnahme ist gegeben, wenn der Patient sich auf seine eigenen Gefühle und Reaktionen – so wie er sie im Moment erfährt – bezieht, und/oder wenn er auf der Suche nach der persönlichen Bedeutung ist, die Ereignisse, Situationen, Gefühle und Ideen für ihn haben« (Dahlhoff & Bommert 1978, S.73). Ein Gesprächsausschnitt (meist vier Minuten in der Mitte einer Therapiestunde) wird auf einer 7-stufigen Skala eingeschätzt.

Die Experiencing-Skala wurde innerhalb der humanistischen Orientierung entwickelt; gleichzeitig ist in der Stufenfolge ersichtlich, dass hier ebenso ein wesentlicher Aspekt psychodynamischer Veränderungsprozesse erfasst wird, was daran liegt, dass die Bewusstmachung von vormals Unbewusst-

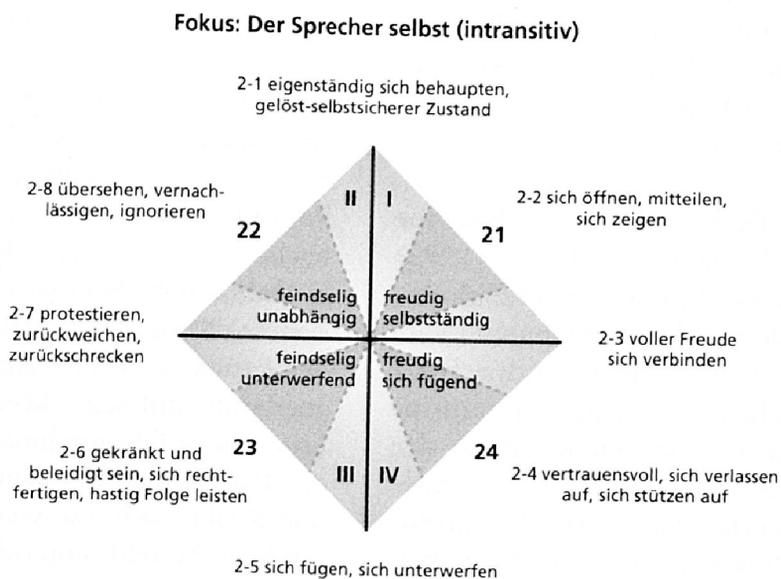
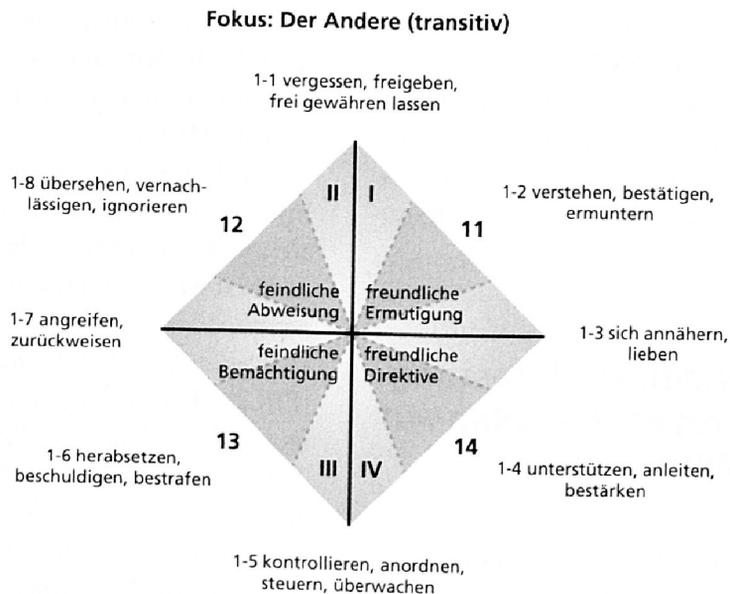


Abb. 39.1: SASB-Modell, Foki 1 und 2 (Tress 1993).

Experiencing Scale Stufenbeispiele (gekürzt aus Dahlhoff & Bommert 1978, S. 73 f.):

Stufe 1: Der Klient schildert Ereignisse in allgemeiner, unpersönlicher Weise. Seine Äußerungen sind von unbeteiligter Art, so als ob sie von einem Fremden stammen. Eine persönliche Anteilnahme an seinen Mitteilungen ist nicht ersichtlich.

Stufe 3: Der Klient bezieht sich zwar auf sein Fühlen und Erleben, jedoch werden diese überwiegend als Verhaltensweisen oder Situationen dargestellt oder als in enger Verknüpfung mit diesen Verhaltensweisen oder Situation stehend geschildert.

Stufe 5: Der Klient konzentriert sich auf seinen inneren Bezugsrahmen; dabei werden innere Erlebnisse weiterverarbeitet, erforscht und verdeutlicht. Jetzt kann sich der Klient auf bisher vage, nicht ausformulierbare aber bedeutsame Aspekte seines unmittelbaren Erlebens beziehen und diese allmählich differenzieren.

Stufe 6: Der Klient gewinnt Zugang zu seinem zuvor unbewussten inneren Erleben (impliziten Gefühlen und persönlichen Bedeutungen).

Stufe 7: Der Klient verfügt über ein klares Bild von seinem unmittelbar ablaufenden Erleben und kann dieses in seinen Äußerungen vermitteln. Er ist in der Lage, sich in seinem wechselnden Erleben zu bewegen, die Bedeutung des Erlebens für ihn selbst zu verstehen und Bedeutungsänderungen in seinen Bezugsrahmen zu integrieren.

tem in beiden Veränderungstheorien eine zentrale Rolle spielt (vgl. ► **Kap. 31.1.2** und ► **Kap. 33.1.1.2**).

Vielversprechende Weiterentwicklungen, mit Fokus auf das **emotional processing**, wurden insbesondere von der Arbeitsgruppe um Leslie Greenberg vorgelegt. »Emotional processing« beinhaltet im Verständnis von Greenberg zwei Aspekte: a) Die Integration von Affekt und Kognition, um dem emotionalen Erleben eine Bedeutung zu geben und neue Bedeutungen zu generieren sowie b) die »creation« neuer emotionaler Reaktionen, um alte zu transformieren. Diese Prozesse tragen dazu bei, implizite emotionale Bedeutungen zu verändern (Greenberg et al. 2007). Die Gruppe um Greenberg entwickelte mehrere Instrumente zur Erfassung emotionaler Aspekte von Psychotherapiesitzungen.

Mit der **Client Expressed Emotional Arousal Scale-III** (Warwar & Greenberg 1999) wird die Intensität von emotionalem Ausdruck auf einer 7-Punkte-Skala eingeschätzt, wobei sich auf nonverbale Signale bezogen wird (Prosodie der Stimme, Mimik

und Gestik, wie sie auf Videobändern zu sehen sind). Für das Rating ausgewählt wird eine Sequenz, wenn darin eine von 15 Emotionen¹⁹⁷ identifiziert wird.

Eine deutliche Differenzierung von emotionsbezogenen Ratings erfolgte mit der Entwicklung der **Emotion Productivity Scale** (vgl. Greenberg et al. 2007), mit der versucht wird, die *Produktivität des Emotionsausdrucks* eines Patienten zu erfassen. Hintergrund ist die Emotionstheorie von Greenberg (2002; ► **Kap. 8.1.4**), die adaptive und maladaptive primäre Emotionen sowie sekundäre Emotionen (immer maladaptiv) unterscheidet. *Produktivität* hat sechs emotionsbezogene und eine themenbezogene Komponente: Die Emotion muss (a) eine primäre sein, (b) als gegenwärtig und (c) in bewusster Aufmerksamkeit erlebt werden sowie (d) als zum Patienten gehörig, der sich als Agent und nicht als Opfer der Emotion erlebt; (e) die Emotion ist nicht überwältigend und (f) im Fluss; (g) die Emotion steht im Zusammenhang mit einem für die Therapie relevanten Thema.

197 Pain/hurt, sadness, hopelessness/helplessness, loneliness, anger/resentment, contempt/disgust, fear/anxiety, love, joy/excitement, contentment/calm/relief, shame/guilt, pride/self-confidence, surprise/shock, anger/sadness, and pride/anger, plus »unspecified bad feeling«; vgl. Greenberg et al. 2007.