



## روان درمانی تحلیلی-کارکردی (FAP): رویکرد و مفاهیم درمانی

زهرة رنجبر کهن

استادیار دکتری روان شناسی بالینی، دانشکده روانشناسی، موسسه غیر انتفاعی امین فولادشهر

zohreh\_300@yahoo.com

الهام سلیمانی

کارشناس ارشد روانشناسی بالینی

Soleimani\_e@ymail.com

سید محمدرضا صمصام شریعت

دکترای روانشناسی، عضو هیات علمی موسسه آموزش عالی امین فولادشهر

Mohammad5@yahoo.com

### چکیده

روان درمانی تحلیلی-کارکردی (FAP)، مدلی برای روان درمانی، بر اساس رفتارگرایی افراطی است و بر اساس آن رابطه درمانی بافت اولیه برای تغییر رفتار در فرایند درمانی است. در این رویکرد سه طبقه رفتار مناسب بالینی (CRB) شامل؛ 1. مشکلات رفتاری درحین جلسه، 2. پیشرفت در جلسه و 3. توصیف مراجع درباره متغیرهای کنترل کننده کارکردی رفتارهایش، وجود دارد. پنج قانون شامل، 1. مشاهده وقوع رفتارهای بالینی متناسب، 2. برانگیختن آن رفتارها، 3. تقویت آنها، 4. مشاهده اثرات رفتار درمانگر بر آن رفتارها و 5. ارایه تفاسیر مربوط به متغیرهایی که بر رفتار مراجع اثر می گذارد، مورد توجه است. همچنین در این شیوه، مشاهده و اصلاح رفتارهای مشکل ساز در حین جلسه درمان و ارائه تقویت پیوسته بر مبنای رفتارهای بالینی مناسب و قوانین مذکور می تواند نقص سایر روشهای رفتاری را جبران نماید. هدف عمده آن کمک به درمانگر برای توسعه یک بافت درمانی است که توازنی کارکردی بین محیط درمان و زندگی روزمره را در مراجع ایجاد نماید. در این رویکرد تعامل و رابطه و شیوه ارائه و نوع تقویت حائز اهمیت است و در تلفیق با درمانهای متداولی چون شناختی- رفتاری، درمان ترکیبی و مکملی موثر قلمداد می گردد.

واژه های کلیدی: روان درمانی تحلیلی- کارکردی، رفتاردرمانی.



**Abstract:** Functional analytic psychotherapy is a model of psychotherapy based on radical behaviorism. In this model, therapeutic relationship is the initial context to change client' problematic behavior. It is crucial to consider 3 clinically relevant behavior including: 1) behavioral problems is occurring during the session, 2) improvement in problematic behaviors and 3) client's descriptions of functional controlling variables. 5 rules are followed in this approach, these are; 1) observation, 2) evoking, 3) reinforcing, 4) observation the effect of therapist' behavior and 5) interpretation of effective variables related to clinically relevant behavior. The purpose of this method is to develop a functional equivalence between daily life and environment in order to observe and alter problematic behaviors during the session. Then, this method can be incorporated in to other current therapies as it might compensate their deficits.

**Keywords:** functional analytic, psychotherapy, behavior therapy.

Archive of SID



درمان های رفتاری مبتنی بر اصول شرطی سازی عامل و پاسخگر، در درمان طیف وسیعی از مشکلات رفتاری در کودکان و بزرگسالان موثرند. مثلاً تکنیک های عاملی برای درمان کودکانی که آسیب های زبانی شدید دارند به خوبی تأیید شده اند. همچنین، استفاده از تکنیک های پاسخگر مثل مواجهه، در درمان بزرگسالان دارای مشکلات مربوط به اضطراب موثرند. از این درمان های رفتاری اولیه گاهی با عنوان "موج اول درمان رفتاری" یاد می شود. با این حال، اکثر روان درمانی های رفتاری که در محیط های سرپایی و برای مشکلات فراگیرتر و عمومی تر مثل مشکلات شخصیتی، افسردگی شدید یا مشکلات وسواسی طراحی شده اند، هدفشان تغییر وضعیت روانی است و معمولاً شامل روش های درمان شناختی می شود. از این رویکردها، که در مجموع به عنوان درمان شناختی-رفتاری<sup>1</sup> شناخته می شوند، گاهی اوقات با عنوان "موج دوم درمان رفتاری" یاد می شود (اگویو<sup>2</sup> و همکاران، 2011). در همین راستا در سال های اخیر، گروهی از درمان ها تحت عنوان "موج سوم رفتار درمانی" مطرح شده که شامل درمانهایی مثل رفتار درمانی دیالکتیک<sup>3</sup>، درمان پذیرش و تعهد<sup>4</sup>، زوج درمانی رفتاری تلفیقی<sup>5</sup>، فعال سازی رفتاری<sup>6</sup> و روان درمانی تحلیلی-کارکردی<sup>7</sup> است. مشخصه این درمان ها، توانایی شان در غلبه بر مشکلات روانشناختی از دیدگاهی مبتنی بر رفتارگرایی زمینه نگر است که در آن فرایندهای شناختی نیز صرفاً به عنوان نوع دیگری از رفتار تلقی می شوند. گرچه موج سوم رفتار درمانی ها ریشه های مشترکی دارند و به لحاظ نظری بهم مرتبط و با یکدیگر هماهنگ اند، در تکنیک ها و حیطه های مود تأکیدشان با یکدیگر متفاوتند. این مقاله دیدگاه روان درمانی تحلیلی-کارکردی را از فرایند تغییر درمانی و نیز روش ها و تکنیک هایی که بیش از همه با آن مرتبط هستند، را بررسی می کند.

#### مفهوم شناسی روان درمانی تحلیلی کارکردی (FAP)

روان درمانی تحلیلی کارکردی (FAP)، مدلی برای روان درمانی، بر اساس رفتارگرایی افراطی است و نخستین بار توسط کلنبرگ و تی سای<sup>8</sup> (1991) تدوین شد. این مدل چنین فرض می کند که رابطه درمانی بافت اولیه برای تغییر رفتار در فرایند درمانی مراجعان دارای مشکلات بین فردی است (کلنبرگ و تی سای، 2001؛ کلنبرگ و همکاران، 2009). بنابراین، همه آنچه درمانگر برای کمک به مراجعان در طی فرایند تغییر نیاز دارد و می تواند به کار برد، در حین جلسه های درمانی و در رابطه درمانی اتفاق می افتد. روان درمانی تحلیلی کارکردی، درمانگر را به شناسایی سه طبقه رفتار مناسب بالینی<sup>9</sup> (CRB) که در جلسه درمان رخ می دهد، تشویق می کند: نخست؛ مشکلات رفتاری که در حین جلسه رخ می دهد<sup>10</sup>، دوم؛ بهبود در رفتار یا پیشرفت در جلسه<sup>11</sup> و در آخر؛ توصیف مراجع درباره متغیرهای کنترل کننده کارکردی رفتارهایش (هم در درون و هم بیرون جلسه). روان درمانی تحلیلی کارکردی (FAP) پنج قانون وضع می کند که درمانگر باید آنها را اساس درمان قرار دهد. قانون اول: مشاهده وقوع رفتارهای بالینی متناسب، قانون دوم؛ برانگیختن آن رفتارها، قانون سوم؛ تقویت آنها و قانون چهارم؛ مشاهده اثرات رفتار درمانگر بر آن رفتارها و قانون پنجم؛ آرایه تفاسیر مربوط به متغیرهایی که بر رفتار مراجع اثر می گذارد (تی سای و همکاران، 2009). همچنین از آنجا که روان درمانی تحلیلی کارکردی بر اساس اصول رفتارگرایی افراطی و تحلیل رفتار (اسکینر<sup>12</sup>، 1953) قرار دارد، نقش تقویت پیوسته در آن مورد تأکید است. اثربخشی تقویت پیوسته جزء اصول تغییر رفتار است که بیش از همه مورد حمایت تجربی قرار گرفته است. تحقق تقویت پیوسته شامل ارائه پیوستگی بلافاصله (از نظر زمان و مکان) نسبت به رفتار مورد نظر است (اگویو و همکاران، 2011). موضوعی که در روان درمانی تحلیلی کارکردی حائز اهمیت است.

<sup>1</sup>- cognitive behavior therapy

- Aguayo<sup>2</sup>

- Dialectical Behavior<sup>3</sup>

- Acceptance and Commitment Therapy<sup>4</sup>

- Integrative Behavioral Couple Therapy<sup>5</sup>

- Behavioral Activation<sup>6</sup>

- Functional Analytic Psychotherapy<sup>7</sup>

- Kohlenberg, & Tsai<sup>8</sup>

- clinically relevant behavior<sup>9</sup>

- occurring in session<sup>10</sup>

- behavioral improvements<sup>11</sup>

- skinner<sup>12</sup>



## ضرورت استفاده از روان درمانی تحلیلی کارکردی

این موضوع همواره مشخص بوده که در حین کاربرد موج اول شرطی سازی عامل، رفتارهای مراجع (مثل اختلال زبان، رفتار خود آسیب رسان) در حضور درمانگر و در محیط های کنترل شده مانند مدرسه و بیمارستان رخ می داد. این محیط ها به نوبه خود، مانع مشاهده مستقیم رفتار مشکل سازی می شد که می بایست مورد تقویت قرار گیرد، شکل داده شود، و یا در صورت نیاز تنبیه شود. هم چنین، استفاده از مواجهه، معمولاً در همان موقعیتهای انجام می گرفت. مثلاً درمان ترس از سگ ها شیوه کار، مواجهه ساختن مراجع با سگ های واقعی در محیط طبیعی بود. در این موارد، مشکل اینکه چطور، درمان با زندگی روزمره مراجع مرتبط می شد، با این واقعیت که درمان در همان محیطی که مشکل ایجاد شده بود انجام می گرفت، مرتفع می شد (یعنی بیمارستان، مدرسه یا خانه). اگرچه در همه موارد، رفتار مشکل ساز و بافت محیطی آن در طی جلسه درمان مستقیماً مورد مشاهده و دستکاری واقع می شد. در همین حال، در این خصوص که به واقع چطور این روش های رفتاری در موقعیت روان درمانی سرپایی نوعی، مثل درمانگر و مراجعی که با یکدیگر صحبت می کنند بکار می رفت، ابهام وجود داشت. چرا که به نظر می رسید همه مشکلات زندگی روزمره مراجع در این بافت درمانی به وقوع نمی پیوست. همسو با این فرضیه اشتباه که مشکلات مراجع در زندگی روزمره رخ می دهد و نه جلسه درمان، هم چنین فرض بر این بود که درمانگر نمی تواند مستقیماً رفتار جدید و بهبود یافته را مشاهده کند و تقویت پیوسته برای آن فراهم سازد (که این به نوبه خود می تواند در زندگی روزمره مفید باشد). اما در روان درمانی تحلیلی کارکردی، همان طور که در ادامه خواهیم دید، فرض های مذکور نادرست تلقی می شوند.

روان درمانی تحلیلی کارکردی، بر اساس اصول رفتاری ادعا می کند که "شباهت کارکردی"<sup>1</sup> که بین یک موقعیت و موقعیت دیگر وجود دارد، به جای شباهت های ظاهری یا فیزیکی، باید مورد توجه قرار گیرد. اگر رفتارهای مشکل سازی که در زندگی روزمره اتفاق می افتند، در حین درمان هم رخ دهد، از اینرو، محیط درمانی به لحاظ کارکردی، همان موقعیت های زندگی روزمره است (کلنبرگ و همکاران، 1999). مثلاً اگر مراجعی که خزانه رفتاری ضعیفی برای دوست یابی یا روابط نزدیک دارد، مشکلات مشابهی نیز در رابطه با درمانگرش دارد و می توان نتیجه گرفت که دو محیط از نظر کارکردی یکی هستند. هم چنین، اگر مشکلات زندگی روزمره مراجعی شامل بروز کنترل نشده خشم باشد، و نسبت به درمانگر نیز پرخاشگری کلامی داشته باشد، پس دو محیط از نظر کارکردی یکی هستند. در این موارد، از آنجا که رفتار مشکل ساز در طول جلسه رخ می دهد، فرصتی درمانی برای تغییر مستقیم رفتار در حالی که رخ می دهد، وجود دارد. از آنجا که تقویت فوری، به ویژه یک مکانیزم موثر برای تغییر است (شاید موثرترین)، اینها موقعیت های درمانی خاصی برای ایجاد بهبود بالینی قابل ملاحظه و عمیق است.

## اهداف عمده درمانی

بنا بر آنچه ذکر شد، روان درمانی تحلیلی-کارکردی بر این عقیده استوار است که مشکلات زندگی روزمره مراجع در موقعیت و در حین جلسه های درمان، در بافت رابطه درمانگر-مراجع نیز رخ می دهد. پس هدف تغییرات مهم از طریق با شکل گیری و تقویت پیوسته اند. علاوه بر اینها، فرض بر این است که پیشرفت های حاصل، در حین و در طی جلسه های درمان قابل تعمیم و انتقال (و هم چنین بر اساس معادل بودن دو محیط از نظر کارکردی) به زندگی روزمره مراجع اند (آگوایو و همکاران، 2011). بنابراین، هدف روان درمانی تحلیلی کارکردی، کمک به درمانگر برای توسعه یک بافت درمانی است که توافقی کارکردی بین محیط درمان و زندگی روزمره که تقویت طبیعی فوری و شکل گیری در آن رخ می دهد، را برمی انگیزد (کلنبرگ و تی سای، 199؛ کلنبرگ و همکاران، 2009).

از آنجا که محیط درمان اساساً، رابطه درمانی است، روان درمانی تحلیلی-کارکردی بر آنچه که بین درمانگر و مراجع، اینجا و اکنون<sup>2</sup>، اتفاق می افتد، تمرکز دارد. به این معنا که هر جلسه با وضعیت شخص مراجع سازگار است. روان درمانی تحلیلی کارکردی، استفاده از جمعی تکنیک خاص نیست، بلکه سطح فعلی کارکرد مراجع را به منظور تعیین اینکه پیشروغتی رخ داده است و باید تقویت شود، مورد توجه قرار می دهد. بعلاوه، روان درمانی تحلیلی کارکردی، می تواند به تنهایی یا همراه با دیگر درمانها بکار رود و نتایجی توأمان ایجاد کند (کلنبرگ و همکاران، 2005).

<sup>1</sup> functional similarity

<sup>2</sup> here and now



کلید تحقق روان درمانی تحلیلی کارکردی، نیازمند درک چیزی است که با دو مورد اساسی شامل؛ الف. رفتار بالینی مناسب (CRB) و ب. کاربرد پنج قانون یا راهنمای درمانی معنا می یابد (کانتر و همکاران، 2009؛ کلنبرگ و همکاران، 2009).

**الف- رفتار بالینی مناسب (CRB):** سه نوع رفتار بالینی مناسب وجود دارد و درمانگران باید آنها را به منظور انجام روان درمانی تحلیلی کارکردی شناسایی کنند. رفتار بالینی مناسب نوع اول (CRB1)؛ اینها مشکلات مراجع اند که در جلسه درمان رخ می دهند. همچنین این دسته از رفتارها بیشتر تحت کنترل حرکت های انزجاری قرار دارند و اغلب رفتارهای اجتنابی اند، از جمله؛ اجتناب هیجانی. مثلاً مراجعی مثل آقای الف با مشکلات روزمره از جمله اجتناب از بیان احساس های مثبت و دریافت آن از سوی دیگران، را در نظر بگیرید. در نتیجه آقای الف در شروع و حفظ روابط بین فردی نزدیک، مشکل دارد. یک رفتار بالینی مناسب نوع اول، برای او عبارت است از انجام همان رفتار اجتنابی در رابطه با درمانگر. رفتار بالینی مناسب نوع دوم (CRB2)؛ شامل پیشرفت های مراجع است که در جلسه درمان رخ می دهد. از اینرو، اگر آقای الف یک احساس مثبت نسبت به درمانگر در طی جلسه بروز دهد، این یک رفتار بالینی مناسب نوع دوم است. درمانگر باید از این رفتارها (پیشرفت ها) آگاه باشد تا آنها را بلافاصله تقویت کند و حداکثر تغییر درمانی حاصل شود. رفتار بالینی مناسب نوع سوم (CRB3)؛ در بردارنده تفاسیر مراجعان درباره رفتار خودشان است که شامل عوامل رفتار نیز می شود. یک رفتار بالینی مناسب نوع سوم ایده ال، شامل مشاهده و توصیف رفتار و تقویت همراه با آن، محرک تمییز دهنده و فراخوان آن رفتار است. مثلاً رفتار بالینی مناسب نوع سوم آقای الف می تواند این باشد: "وقتی احساسات مثبت ام را نسبت به والدینم ابراز کرده ام آنها مرا مسخره کرده اند و به همین دلیل من حالا از بیان احساسات مثبت به دیگران اجتناب می کنم. این موضوع مانع روابط نزدیک می شود."

**ب- قوانین درمانی:** پنج قانون برای این درمان وجود دارد که درمانگران از آنها تبعیت می کنند. اینها شامل شناسایی<sup>1</sup>، برانگیختن<sup>2</sup>، تقویت<sup>3</sup>، توجه به تأثیر تقویت<sup>4</sup> و تفسیر رفتار مراجع<sup>5</sup> است. قانون اول (آگاهی)؛ عبارت است از مشاهده یا آگاه بودن از رفتارهای بالینی مناسب است که در طی جلسه بروز می یابد. در مورد آقای الف، درمانگر به این توجه می کند که او احساسات مثبت نسبت به درمانگر را زمانی که حتی وجود دارد و ابراز آن نیز مناسب و لازم است، بیان نمی کند. قانون دوم (که نیازمند تشویق درمانگر است)؛ نشان می دهد که باید محیط درمانی ای ایجاد شود که رفتار بالینی مناسب را برانگیزد. مثلاً درمانگر می تواند احساسات مثبت اصیل خود یا احساس مراقبت خود نسبت به آقای الف را بیان کند که این کار به نوبه خود فضایی برای انجام چنین کاری از سوی مراجع فراهم می سازد. قانون سوم؛ بر تقویت مثبت رفتارهای بالینی مناسب نوع دوم به شیوه ای طبیعی، متمرکز است. بنابراین درمانگر باید (به تبعیت از قانون اول) از تلاش آقای الف برای ابراز احساس مثبت آگاه باشد و به طور طبیعی آن را تقویت کند (مثلاً وقتی به من می گوید که تلاشم برای کمک به شما قابل تحسین است نسبت به شما احساس نزدیکی می کنم). قانون چهارم؛ عبارت است از مشاهده خزانه رفتارهای تقویت کننده درمانگر در رابطه با رفتارهای بالینی مناسب مراجع. در مورد آقای الف، به طور ایده ال، درمانگر افزایش فراوانی بیان هیجان های مثبت مراجع را مشاهده و سپس می تواند تأیید کند که آیا این رفتارهای بالینی مناسب نوع دوم تقویت شده اند یا نه. بالاخره، قانون پنجم؛ عبارت است از توصیف روابط کارکردی بین رفتار مراجع و متغیرهایی که آن را کنترل می کنند (مثلاً درمانگر به آقای الف کمک می کند تا با رفتارهای بالینی مناسب نوع سوم توصیف شده قسمت قبل آشنا شود). (کانتر و همکاران، 2009؛ کلنبرگ و همکاران، 2009).

<sup>1</sup> - identifying  
<sup>2</sup> - evoking  
<sup>3</sup> - reinforcing  
<sup>4</sup> - noticing the impact of reinforcement  
<sup>5</sup> - interpreting the client's behavior  
<sup>6</sup> - Kanter





## فرایند تغییر در روان درمانی تحلیلی کارکردی

در طول جلسه، درمانگر باید به طور دائم تلاش کند تا آگاهی از رفتارهای بالینی مناسب (قانون اول) و اینکه آیا اینها رفتارهای بالینی مناسب نوع اول هستند یا نوع دوم، را افزایش، و آنها را شکل دهد و تقویت کند (قانون دوم)، و به گونه ای واکنش نشان دهد که رفتارهای بالینی مناسب نوع دوم تقویت شوند (قانون سوم). این اصولاً یک فرایند شکل دهی مداوم است (فرو<sup>1</sup> و همکاران، 2009). همچنین دانستن اینکه تاریخچه مربوط مراجع، نقشی حیاتی در پدیدایی و تداوم مشکلات دارد، می تواند به درمانگر کمک کند (به تبعیت از قانون پنجم) تا توجیهی برای رفتار فعلی فراهم سازد. سپس این توجیه به مراجع کمک می کند تا رفتار فعلی را در چهارچوب تاریخچه پیوستگی های خودش توجیه کند (یک رفتار بالینی مناسب نوع سوم). بعد درمانگر به همراه مراجع تلاش می کند تا درباره اینکه چطور مشکلات زندگی روزمره می تواند در رابطه درمانی بروز یابد، فرضیه سازی می کند. مثلاً اگر مراجعی قادر با ابراز خود در زندگی روزمره اش نیست یا نمی تواند مراجع قدرت را مورد سوال قرار دهد، این وضعیت مشابه در درمان نیز شکل می گیرد (رفتار بالینی مناسب نوع اول). به عبارت دیگر، معادل کارکردی بین مشکلاتی که در زندگی رخ می دهد و مشکلاتی که در جلسه درمان رخ می دهد، برقرار می شود. این معادل سازی به وسیله مشاهده (قانون اول) و برانگیختن این مشکلات (قانون دوم) حاصل می گردد. همچنین پیشرفت های مراجع در حین جلسه ها ممکن است موجب شود تا مراجع از درمانگر درخواست کند تا به او اجازه دهد هیچ تکلیف خانگی انجام ندهد چون بعنوان نمونه، هفته پرمشغله ای در پیش دارد (رفتارهای بالینی مناسب نوع دوم). همچنین یک مفهوم سازی از موضوع، می تواند به درمانگر کمک کند تا از وقوع یک رفتارهای بالینی مناسب نوع دوم آگاه باشد و سپس به طور طبیعی آن را تقویت کند. با در نظر گرفتن معادل کارکردی می توان انتظار داشت بهبود در طی جلسه ها به زندگی روزمره تعمیم یابد (اگوایو و همکاران، 2011).

در عین حال، درمانگرانی که معادل های بین آنچه اولاً در رابطه بین درمانگر- مراجع اتفاق می افتد و ثانیاً آنچه بین مراجع و سایرین، در زندگی روزمره، اتفاق می افتد این موضوع را خاطر نشان می کنند، که احتمال تعمیم یابی می تواند افزایش یابد (قانون پنجم). این اثرات بعدها در تعامل های آینده مشاهده می شود (قانون چهارم) و تفسیر و تبیین های مراجع درباره رفتارش (رفتارهای بالینی مناسب نوع سوم) نیز رفتاری تر می شود (مثلاً مراجع به موقعیت های مشکل ساز اشاره میکند، به این توجه می کند که آیا پیشرفتی در رفتارش نشان می دهد یا نه، و می فهمد که آیا تقویت شده است یا نه). در این بین رفتارهای بالینی مناسب نوع سوم هم چنین مفاهیم شناختی یا عقایدی درباره بهداشت روانی یا بهزیستی روانشناختی هستند. در نهایت درمانگر به مراجع کمک می کند تا بین مجموعه ای توصیفی از روابط کارکردی که رفتارش را توجیه می کند، ارتباط ایجاد کند (قانون پنجم).

## تأکید کارکردی در درمان

روان درمانی تحلیلی کارکردی تلاش می کند تا کارکرد مشکلات افراد را، و نه شکل مشکلات، را بفهمد. روزن و دیویدسون<sup>2</sup> (2003) از استفاده از اصول تأیید شده تجربی مثل تقویت و تحلیل کارکردی، به جای استفاده از مقوله های تشخیصی دفاع می کنند. در واقع برخلاف آسیب شناسی روانی مبتنی بر مقوله های تشخیصی، هدف درمان رفتاری حذف رفتار نامناسب یا نشانه های آن نیست بلکه، متغیرهای تداوم بخش را هدف قرار می دهد. برای مثال، شخصی که هر روز گریه می کند، احساس غم دارد، به سایر اعضای خانواده با بد رفتاری پاسخ می دهد، قصد خودکشی دارد، انگیزه ای برای کار ندارد و از رختخواب بیرون نمی رود، را می توان چنین تشخیص داد که "افسردگی عمده" دارد. البته این تشخیص در درمان مفید واقع نمی گردد. چراکه در شناسایی متغیرهایی که باید تغییر کند لزوماً به درمانگر کمکی نمی کند. باید توجه داشت که، یک دلیل احتمالی افسردگی، افزایش شدت تقویت مثبت در زندگی مراجع به واسطه فقدان روابط بین فردی نزدیک است (فرستر<sup>3</sup>، 1973؛ لویسون<sup>4</sup> و همکاران، 1985). در این صورت درمان بر استفاده از رابطه درمانی برای تقویت مهارت های بین فردی تأکید می کند. از جنبه دیگر، تقویت اجتماعی اعضای خانواده می تواند دلیل رفتار افسرده وار

<sup>1</sup>- Ferro  
<sup>2</sup>- Rosen, & Davison  
<sup>3</sup>- Ferster  
<sup>4</sup>- Lewinsohn



باشد و درمانگر به ویژه نسبت به اینکه همان رفتار را درحین درمان انجام ندهد، هشیار است. بنابراین، جهت گیری FAP به سمت متغیرهای مربوط به تغییر در درون فرایند روان درمانی است (کلنبرگ و همکاران، 2002).

### اهمیت رابطه و تعامل

به منظور کمک به آگاهی بهبود آگاهی درمانگر (قانون اول)، کالوگان<sup>1</sup> (2006) رویکردی را با عنوان سنجش کارکردی مهارتهای درمانگران بین فردی (FASIT<sup>2</sup>) وضع نموده، که می تواند به تقویت آگاهی درمانگران از CRB کمک کند. مهارتهای درمانگران بین فردی می کوشند تا مشکلاتی که ممکن است درمانگران در طی درمان داشته باشند را ارزیابی و طبقه بندی نماید. این راهنما تعاریف و مثالهایی از حیطه های مشکلات مربوط به تعاملات بین فردی ارائه می دهد. اینها عبارتند از: بیان نیازها، گفتگوی دوطرفه (دادن و گرفتن پاسخوراند)، مشکلات مربوط به حل تعارض، مهارتهای خود-افشاگری در رابطه با ایجاد روابط نزدیک بین فردی، و مشکلات مربوط به تجربه و ابراز هیجان. کارکردی مهارتهای درمانگران بین فردی، به افزایش ابراز حمایت و درک مراجع و نیز برقراری یک "رابطه نزدیک"، "همدلی" و "اتحاد درمانی" کمک می کند. برای دستیابی به اینها درمانگر باید پاسخ های فوری و طبیعی داشته باشد که در خزانه رفتاری اش به صورت قانون مند و تحت کنترل شکل نگرفته باشد (کالوگان و همکاران، 1996).

### نقش تقویت در درمان

استفاده از تقویت یکی از بزرگترین معماهای روان درمانی است. تقویت رفتار مطلوب، عامل اصلی تغییر در بافت بالینی است. اگرچه، اگر درمانگر بکوشد تا از تقویت به صورت عمدی استفاده کند، اثربخشی آن از بین می رود چون مراجع تقویت را به عنوان وسیله ای دستکاری کننده و کنترل گر می بیند و به رفتار ضدکنترل روی می آورد. در این میان تقویت طبیعی زمانی موثر است که اصیل باشد. وقتی به صورت موثر به کار رود، درمانگر می تواند رفتار مراجع را تقویت و شروع به تغییر آن کند. برای مثال، اگر مشکل زندگی روزمره مراجع، اعتماد به دیگران است اما برای درمانگر اتفاق شرم آوری را بازگو می کند که به دلیل ترس از تمسخر و طرد به هیچ کس دیگری نگفته است (به عبارت دیگر، یک رفتار بالینی مناسب نوع دوم از مراجع سر می زند)، یک تقویت تصنعی (که درمانگران روان درمانی تحلیلی کارکردی باید از آن اجتناب کنند) این است که لیخند بزند و بگوید "ممنونم از اینکه با من در میان گذاشتی." این، احتمالاً تصنعی و تحمیلی است چون چیزی نیست که در روابط توأم با اعتماد در دنیای واقعی اتفاق بیفتد. در حالی که اگر درمانگر با توجه گوش دهد و به شیوه ای محبت آمیز که نشان دهنده شفقت و مهربانی نسبت به احساس مراجع است، پاسخ دهد، این احتمالاً تقویت کننده ای طبیعی است که رفتار بالینی مناسب نوع دوم مورد نظر را تقویت می کند. به تبعیت از قانون سوم، درمانگر باید هر زمان که مراجع علائم اعتماد نسبت به درمانگر را نشان می دهد، به طور طبیعی او را تقویت کند. هم چنین، اگر مراجع در بیان هیجان یا علاقه در روابط نزدیک مشکل دارد، درمانگر باید در ابتدا تلاش کند تا محیطی درمانی ایجاد کند که به شکل گیری یک رابطه نزدیک با درمانگر کمک می کند (قانون دوم)، به ابراز هیجان مراجع توجه کند - یک رفتار بالینی مناسب نوع دوم (قانون اول)، و سپس درکی اصیل از ابراز هیجانی مراجع ارایه ، و شاید تا حدودی به هیجان بودن، پاسخ دهد (قانون سوم).

تقویت افتراقی مورد استفاده نیز، باید مثل همه موارد شکل دهی برجسته سازی شود. بنابراین، استفاده از خاموشی یا محرک انزجارآور خفیف می تواند در کاهش یا ممانعت از بروز رفتارهای بالینی مناسب نوع اول نقش داشته باشد (اشمیت<sup>3</sup>، 1985). به طور کلی، روان درمانی تحلیلی کارکردی از اصول کلی مورد تأیید اسکینر که در آن استفاده از تنبیه به سود استفاده از تقویت مثبت، منع می شود، تبعیت می کند. اگرچه، وقتی تنبیه استفاده می شود این کار معمولاً بهترین کاری است که یک رفتار بالینی مناسب نوع دوم را تشدید می کند. برای مثال ممکن است مراجعی که در ایجاد روابط نزدیک مشکل دارد بگوید: "من از شما تعریف کردم و شما آن را رد کردید. منظور من واقعاً همان بود که گفتم و اگر به من اجازه می دادید که بدانم حرفم را پذیرفته اید دوست داشتم این کار را بکنم." بعدها وقتی مراجع یک اظهار نظر مثبت درمانگر را تأیید کند مهم است که درمانگر به طور طبیعی آن را تقویت کند. مثلاً "تأیید شما از حرفی که من زدم احتمال اینکه در آینده هم حرفهای مثبتی بزنم بیشتر می کند" (قانون پنجم).

- Callaghan<sup>1</sup>

- Functional Assessment of Skills for Interpersonal Therapists<sup>2</sup>

- Schmitt<sup>3</sup>



## تحلیل کارکردی زبان<sup>1</sup> در روان درمانی تحلیلی کارکردی

تحلیل کارکردی زبان از دیدگاه اسکینر و نیز در کارکرد و انجام روان درمانی تحلیلی کارکردی ضروری است. مهم است که درمانگر تحلیلی کارکردی زبان را به منظور درک تعامل های کلامی که در طی جلسه رخ می دهد، بفهمد. روان درمانی تحلیلی کارکردی، مفاهیم "تقاضاها" و "توصیف ها"ی اسکینر را برای کمک به هشیار بودن درمانگر از رفتارهای بالینی مناسب بکار می برد (قانون اول). یک توصیف، در واقع وصفی ساده است در حالی که تقاضا، یک درخواست است. اگرچه، حتی با فرض اینکه این واژه ها به طور کارکردی توضیح داده شوند، گاهی وقتها و صرفاً بر اساس آنچه مراجعان می گویند، تعیین اینکه آنها در حال تقاضا هستند یا توصیف، دشوار است. این موضوع به ویژه زمانی که اظهار مراجع به شکل توصیف است اما به لحاظ کارکردی یک تقاضاست، مشکل ساز است. موردی را در نظر بگیرید که در آن مراجع می گوید: "احساس می کنم می خواهم خودکشی کنم." از آنجایی که این گفته توصیفی از یک احساس و مشاهده است، بنظر می رسد یک توصیف باشد. اگرچه این گفته در واقع، یک توصیف مبدل و تغییر شکل داده است که به لحاظ کارکردی درخواستی است برای توجه. یعنی مراجع به لحاظ کارکردی دارد تقاضا می کند که توجه بیشتری به او داشته باشید مثلاً به صورت تماس تلفنی خارج از جلسه درمان برای اینکه بدانید او چه می کند یا اینکه از اعضای خانواده اش بخواهید که مراقب او باشند. این مثال موردی است از "معنای پنهان". یکی از تکنیک ها در روان درمانی تحلیلی کارکردی این است که احتمال اینکه آنچه مراجع می گوید معنای پنهان داشته باشد، بررسی شود. در مورد مراجعی که می گوید احساس می کند می خواهد خودکشی کند، درمانگر می تواند از او بپرسد که آیا او از تجربه هیجانی فعلی اش صحبت می کند یا اینکه توجه و مراقبت بیشتری می خواهد. این برداشت مهم است چون به تحقق قانون اول (مشاهده رفتارهای بالینی مناسب) کمک می کند. اگر گفته مراجع درباره احساس خودکشی واقعاً یک درخواست توجه از سوی درمانگر یا دیگران است، این می تواند یک رفتار بالینی مناسب نوع اول باشد، چون روشی مشکل ساز برای کسب توجه یا مراقبت از دیگران است. سپس درمانگر روان درمانی تحلیلی کارکردی می تواند روش های موثرتر جلب توجه را پیشنهاد دهد، برانگیزد یا شکل دهد. (مثلاً برانگیختن یک رفتار بالینی مناسب نوع دوم مثل "من احساس تنهایی می کنم و آرزو می کنم کسی به من توجه نکند"). درمانگر می تواند رفتار بالینی مناسب نوع دومی مثل این را به طور طبیعی با گفتن چیزی مثل "این یک درخواست مستقیم است و من تلاش می کنم به شما کمک کنم تا بفهمید که چطور توجه بیشتری از سوی دیگران دریافت کنید، از جمله با بررسی راههایی که من توجه ام را به شما نشان دادم." به واسطه این فرایند شکل دهی، رفتارهای بالینی مناسب نوع دوم این مراجع پیچیده تر می شود طوری که می تواند به طور ماهرانه دیگران را درگیر، رابطه نماید، بدون اینکه مستقیماً بگوید "به من توجه کن". این توالی نشان می دهد که چطور جستجوی معنای پنهان می تواند به تحقق قانون اول (هشیار شدن درمانگر نسبت به رفتار بالینی مناسب)، قانون دوم (برانگیختن یک رفتار بالینی مناسب نوع دوم) و قانون سوم (تقویت طبیعی یک پیشرفت) - یک رفتار بالینی مناسب نوع دوم - کمک کند. از آنجا که این تعامل اینجا و اکنون شکل می گیرد و شامل تقویت فوری است، دارای توان بالقوه تاثیر قابل ملاحظه بر نحوه ارتباط مراجع با سایر افراد مهم است. باید توجه نمود که استفاده از واژه های توصیف و تقاضا به دقتی که مورد نظر اسکینر بود نیست اما با تعبیر بارن- هولمز<sup>2</sup> (2000) از نظریه چهارچوب ارتباطی هماهنگ است (تی سای و همکاران، 2009).

## درمان شناختی - رفتاری و روان درمانی تحلیلی کارکردی

در درمان شناختی-رفتاری (CBT) این موضوع به طور گسترده پذیرفته شده است که علیت اساسی فکر یا هیجان به مشکلات یک فرد، در عین حال تشخیص یک "فرایند ذهنی" دوگانه که بر رفتار موثر است، بستگی دارد. از دیدگاه درمان شناختی-رفتاری، فرض بر این است که با تغییر فرایند استدلال و عقاید مراجع یا هیجانهای همراه با افکار او، تغییری در رفتارش اتفاق خواهد افتاد. درمان شناختی-رفتاری، درمانی است که از حمایت تجربی وسیعی برای طیف گسترده ای از اختلال ها برخوردار است. اگرچه برخی تفاوت های مفهومی در رابطه با نقش احساس ها، خاطره ها و افکار وجود دارد (کلنبرگ و تی سای، 1991)، روان درمانی تحلیلی کارکردی می تواند با درمان شناختی-رفتاری استاندارد ترکیب و آن را تقویت کند (کلنبرگ و همکاران، 2002). برای نشان دادن اینکه روان درمانی تحلیلی کارکردی چطور می تواند با درمان شناختی-رفتاری ترکیب و به آن اضافه شود، بر یک جنبه غنی و رویکرد نسبتاً پیچیده ای که اساساً

<sup>1</sup> - Functional Analysis of Language

<sup>2</sup> - Barnes-Holmes





توسط بک و همکارانش مطرح شده (بک و همکاران، 1979) تمرکز می کنیم. فرضیه شناختی می گوید که یک رویداد پیشایند، یک شناخت ناکارآمد را (مثل عقاید یا فرضیه های فرد) برمی انگیزد که به نوبه خود، منجر به مشکل بالینی-پاسخ های هیجانی و رفتاری مشکل ساز- می شود. درمان شامل شناسایی این شناخت های ناکارآمد و تلاش برای جایگزین نمودن آنها با شناخت های منطقی و دقیق است. یک ابزار درمانی برای درمان شناختی- رفتاری استاندارد، تکلیف "ثبت افکار" روزانه است، نوعی تکلیف روزانه که شامل ستون هایی است با عناوین "موقعیت زندگی"، "شناخت ها یا عقاید"، و "پاسخ" و یا "رفتار هیجانی" مشکل ساز. برگه تکمیل شده افکار در جلسه مورد بحث قرار می گیرد و سپس شناخت های منطقی و دقیق بررسی می شوند. روش دیگر درمان شناختی- رفتاری عبارت است از؛ وادار نمودن مراجع به آزمون صحت فرضیه ناکارآمد با پرداختن به رفتار مورد اجتناب در طی زندگی روزمره تا ببیند که آیا این فرضیه ناکارآمد به وسیله واقعیت حمایت می شود. مثلاً یک مراجع افسرده را در نظر بگیرید که برگه ثبت افکار روزانه اش نشان می دهد که ناراضی یا درخواستش را مطرح نمی کند چون فرض می کند که "اتفاق وحشتناکی خواهد افتاد" (یک شناخت ناکارآمد). پیشنهاد افزودن روان درمانی تحلیلی کارکردی به درمان شناختی- رفتاری در واقع عبارت است از استفاده از برگه های یادداشت روزانه به همراه ستون کوچک دیگری که در آن از مراجع می پرسد: "آیا این اتفاق تاکنون در جلسه درمان و در رابطه با درمانگر اتفاق افتاده است؟" این ستون به درمانگر کمک می کند تا از اینکه آیا هیجان مشکل ساز و باور ناکارآمد به صورت "اینجا و اکنون" در رابطه با درمانگر اتفاق می افتد، آگاه شود (قانون اول و یک رفتار بالینی مناسب نوع اول). به این ترتیب، اگر باورهای ناکارآمد در طی جلسه ها بروز یابد، می توان از مراجع خواست تا درستی این فرض ها را با بیان خواسته ها و ناراضی های هایش نسبت به درمانگر (یک رفتار بالینی مناسب نوع دوم) بیازماید تا این موضوع را که "اتفاق وحشتناکی خواهد افتاد" یا نه، مورد آزمون قرار دهد.

خلاصه اینکه اکنون این روش به عنوان فرصتی برای ایجاد بهبود قابل ملاحظه که به واسطه قدرت تقویت فوری برای تغییر درمانی که واقعاً اتفاق می افتد، در دسترس است (به جای گفتگوی صرف درباره این تغییرات در زندگی روزمره). بنابراین، به جای گفتگو درباره باورهای ناکارآمد و روشهای اصلاح آنها، افزودن روان درمانی تحلیلی کارکردی به این فرایند کمک می کند که در موقعیت درمان عملی شود. پس، یک مزیت برای تمرکز بر تعامل درمانگر-مراجع در حین درمان شناختی- رفتاری این خواهد بود که باورهای ناکارآمد در رابطه با روابط بین فردی را می توان شناسایی کرد، مورد چالش قرار داد و اینجا و اکنون، اصلاح کرد. داده ها از این ایده که افزودن روان درمانی تحلیلی کارکردی بر درمان شناختی- رفتاری؛ (1) می تواند توسط درمانگران شناختی باتجربه آموخته و در عمل اجرا شود، (2) به هواداری و صلاحیت (کیفیت) درمان شناختی- رفتاری که توسط متخصصان مستقل تأیید شده خدشه وارد نمی کند، (3) موجب بهبود در کارکرد بین فردی می شود و (4) تداوم دستاوردهای درمان را تقویت می کند (کلنبرگ و همکاران، 2002).

### ارائه منطق<sup>1</sup> درمانی در روان درمانی تحلیلی کارکردی

منطق درمانی اظهاراتی است که در شروع درمان با مراجع در میان گذاشته می شود، و توضیح می دهد که درمان چگونه اجرا خواهد شد و چگونه می تواند منجر به بهبودهایی در زندگی مراجع شود. ساختار این توضیح با سبک خاص درمانگر و مشکلات یک مراجع خاص هماهنگ می شود. برای مثال، درمانگر: توجه کنید که من درباره دو تاملون خیلی صحبت کردم و حالا می خواهم به شما بگویم که چرا. من فکر می کنم که یکی از قویترین روشهایی که یک درمان می تواند موثر واقع شود این است که ما به روی مشکلات شما همان طور که اتفاق می افتد، واقعاً کار کنیم. یعنی مثلاً اگر شما درباره مادران نگرانید یا در رابطه با مادران مشکل دارید، ما اینجا در موردش صحبت می کنیم. این می تواند مفید باشد. ما می فهمیم که شما چه احساسی دارید و او چه احساسی دارد و به این ترتیب عمل می کنیم. اما اگر مشکلاتی که با مادران دارید در رابطه تان با من به وقوع بپیوندد این بهتر و مفیدتر خواهد بود. و این اتفاق افتاد. یعنی شما در پایان جلسه گذشته خیلی شبیه به واکنشی که به مادران داشتید به من واکنش نشان دادید...مراجع: درسته...درمانگر: اگر شما بتوانید به این مسایل درحالی که در جلسه اتفاق می افتند پی ببرید، درمان قوی تر و موثرتر خواهد بود. پس من می خواهم شما بدانید که چرا این سوالات را از شما می پرسم و چرا روی رابطه مان متمرکز می شوم.

<sup>1</sup> - Literature



توضیحی که توسط درمانگر ارائه می شود به نظر می رسد مهمترین عنصر در تجربه مراجعان است. در پژوهش کانتر و همکاران (2002)، شرکت کنندگان در پژوهش یک توضیحی نوشتاری دریافت کردند که در آن (A) حوادث یا محرک ها، (B) شناخت ها، و (C) هیجان ها به هم مربوط می شدند. یک گروه توضیح ABC و گروه دیگر توضیح ACB دریافت کرد. سپس به گروهها تکلیفی کامپیوتری داده شد که در آن باید نشان می دادند که با دیدن تصویر ابتدا افکار را تجربه کرده اند یا هیجان ها را نتایج نشان داد که اکثر شرکت کنندگان در هر دو گروه قبل از خواندن مطالب بر اساس مدل شناختی ABC پاسخ می دهند. اگرچه بعد از خواندن اطلاعات مربوط به ACB افراد گروه ACB به طور معناداری پاسخ شناختی دادند. در مطالعه دوم نیز کانتر و همکاران (2004) همان شرایط آزمایش را مورد استفاده قرار دادند اما تصاویر دارای بار هیجانی مختلف بکار بردند. بعد از اینکه تصاویر دارای بار مثبت، منفی و خنثی به افراد نشان داده شد بلافاصله از آنها خواسته شد تا افکار اتوماتیک و یا هیجان های شان را بیان کنند. به هر دو گروه توضیحی نوشتاری و رهنمودی مطابق با مدل ABC یا ACB داده شد. نتایج شبیه به آزمایش قبلی بود، یک گروه بیشتر درباره افکار اتوماتیک صحبت کرده بود و گروه دیگر بیشتر درباره هیجان ها. این نتایج پیشنهاد می کند که شرکت کنندگان بعد از اینکه رهنمودی به آنها داده می شود، واکنش شان نسبت به تصاویر تغییر می کند. به عبارت دیگر، نوع منطق ارائه شده به مراجعان بر تجربه آنها از درمان و اینکه رویکردشان در درمان چگونه خواهد بود، تأثیر می گذارد.

### نتیجه گیری

با در نظر گرفتن مبانی درمانهای موج سوم، روان درمانی تحلیلی کارکردی به لحاظ ترکیب با سایر درمان های موج سوم مثل رفتار درمانی دیالکتیک، درمان پذیرش و تعهد و فعال سازی رفتاری، درمانی نویدبخش است. رویکرد روان درمانی تحلیلی کارکردی نسبت به درمان سرپایی بر اصول تحلیل رفتار مبتنی است. این درمان هم چنین روش های متکی بر تحقیقات اخیر در زمینه زبان را تلفیق می کند که به نوبه خود امکان بررسی طیف وسیعتری از مشکلات پیچیده بالینی (مثل مشکلات شخصیت، خود و مشکلات وجودی) را می دهد. آنچه روان درمانی تحلیلی کارکردی را منحصر بفرده می سازد، کاربرد شکل دهی پیوسته و کاربرد تقویت طبیعی در طی یک جلسه درمان است. هسته مرکزی روان درمانی تحلیلی کارکردی، مکانیزم فرضی تغییر به واسطه پاسخ پیوسته درمانگر به مشکلاتی است که در جلسه و به طور زنده رخ می دهد. همان طور که رفتار بروز یافته در درون و بیرون جلسه بالینی دارای کارکردهای مشابه است، تعمیم کارکردی نیز اتفاق می افتد؛ این رفتارها به شیوه ای مشابه حفظ می شوند بدون اینکه درمانگر برنامه ای خاص برای آن طراحی کند. رفتار شناختی نیز بدون اینکه به صورت ماهیتی روانی در نظر گرفته شود، بلکه در عوض به رفتاری که همان اصول مربوط به سایر رفتارها درموردش مصداق دارد، با دیگر رفتارها یکسان تلقی می گردد. اینها همه به واسطه یک رابطه نزدیک و هیجانی درمانگر-مراجع کسب می شود که در آن، توانایی های درمانگر برای هشیار بودن، برانگیزاننده و مشوق بودن، و تقویت کردن به طور طبیعی، عناصر کلیدی تغییراند.



- Aguayo, Luis Valero. García, Rafael Ferro. Kohlenberg, Robert T. Tsai, Mavis. (2011). Therapeutic Change Processes in Functional Analytic Psychotherapy. *Clínica y Salud*. Vol. 22, n. 3, 2011 - Págs. 209-221.
- Barnes-Holmes, D., Barnes-Holmes, Y., & Cullinan, V. (2000). Relational Frame Theory and Skinner's Verbal Behavior: A possible synthesis. *The Behavior Analyst*, 23, 69-84.
- Beck, A. T., A. J. Rush, et al. (1979). *The Cognitive Therapy of Depression*. New York: Guilford Press
- Callaghan, G. M. (2006c). Functional Assessment of Skills for Interpersonal Therapists: The FASIT System. For the assessment of therapist behavior for interpersonally-based interventions including Functional Analytic Psychotherapy or FAP-enhanced treatments. *The Behavior Analyst Today*, 7(3), 399-433
- Callaghan, G. M., Naugle, A. E. & Follette, W. C. (1996). Useful constructions of the client-therapist relationship. *Psychotherapy*, 33 (3), 381-390
- Ferro García, R., Valero Aguayo, L., & López Bermúdez, M. A. (2009). La conceptualización de Casos Clínicos desde la Psicoterapia Analítica Funcional. *Papeles del Psicólogo*, 30, 255-264.
- Ferster, C. B. (1973). A functional analysis of depression. *American Psychologist*, 28, 857-870.
- Kanter, J. W., Kohlenberg, R. J., & Loftus, E. F. (2004). Experimental and psychotherapeutic demand characteristics and the cognitive therapy rationale: An analogue study. *Cognitive Therapy and Research*, 28, 229-239.
- Kanter, J. W., Kohlenberg, R. J., & Loftus, E. F. (2002). Demand characteristics, treatment rationales, and cognitive therapy for depression. *Prevention & Treatment*, 5, Article 41.
- Kanter, J. W., Weeks, C. E., Bonow, J. T., Landes, S. J., Callaghan, G. M., & Follette, W. C. (2009). Assessment and Case Conceptualization. In Tsai, M., Kohlenberg, R. J., Kanter, J. W., Kohlenberg, B., Follette, W. C., & Callaghan, G. M. (Eds). *A Guide to Functional Analytic Psychotherapy. Awareness, courage, Love, and Behaviorism*. (pp. 37-59). New York: Springer.
- Kohlenberg, R. J., Kanter, J. W., Bolling, M. Y., Parker, C. R., & Tsai, M. (2002). Enhancing Cognitive Therapy for Depression with Functional Analytic Psychotherapy: Treatment Guidelines and Empirical Findings. *Cognitive and Behavioral Practice*, 9, 213-229.
- Kohlenberg, R. J., Tsai, M., & Kanter, J. W. (2009). What is Functional Analytic Psychotherapy? En M. Tsai, R. J. Kohlenberg, J. W. Kanter, B. Kohlenberg, W.C. Follette, y G. M. Callaghan, G.M. (Eds). *A Guide to Functional Analytic Psychotherapy. Awareness, Courage, Love and Behaviorism*. (pp. 1-19). New York: Springer
- Kohlenberg, R. J. & Tsai, M. (1991/2008). *Functional Analytic Psychotherapy. Creating intense and curative therapeutic relationship*. New York: Plenum Press. Traducción Servicio de Publicaciones Universidad de Málaga
- Kohlenberg, R. J., Tsai, M., Ferro García, R., Valero, L., Fernández Parra, A., & Virués-Ortega, J. (2005). Psicoterapia analítico-funcional y terapia de aceptación y compromiso: Teoría, aplicaciones y continuidad con el análisis del comportamiento. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5, 37-67
- Kohlenberg, R. J., Tsai, M., Parker, C. R., Bolling, M. W., & Kanter, J. W. (1999). Focusing on the client-therapist interaction: FAP a behavioral approach. *European Psychotherapy*, 1, 15-25



Lewinsohn, P. M., Hoberman, H. M., Teri, L., & Hautzinger, M. (1985). An Integrative Theory of Depression, in *Theoretical Issues in Behavior Therapy* (pp. 331- 359): New York: Academic Press, Inc.

Rosen, G. M. & Davison, G. M. (2003). Psychology should determine empirically supported principles of change (ESPs) and not credential trademarked therapies. *Behavior Modification*, 27, 300-312

Skinner, B. F. (1953/1978). *Science and human behavior*. New York, Macmillan. Traducción Ed. Trillas

Schmitt, J. P. (1985). Client-assumed responsibility: A basis for contingent and noncontingent therapeutic responding. *Professional Psychology: Research and Practice*, 16, 286-295.

Tsai, M., Kohlenberg, R. J., Kanter, J. W., & Waltz, J. (2009). Therapeutic Technique: The Five Rules. In M. Tsai, R. J. Kohlenberg, J. W. Kanter, B. Kohlenberg, W. C. Follette, & G. M. Callaghan (Eds). *A Guide to functional Analytic Psycho-therapy. Awareness, courage, Love, and Behaviorism*. (pp. 61-102). New York: Springer.

Archive of SID