

Beziehung – Bewusstheit – Behaviorismus: Die Funktional Analytische Psychotherapie (FAP)

Norbert Schneider

*Psychotherapeutische Praxis
Fürth*

Zusammenfassung: Die Funktional-Analytische Psychotherapie (FAP) ist eine beziehungs-fokussierte, prozess- und erlebnisorientierte Verhaltenstherapie, die von den radikal-behavioristischen Prinzipien B.F. Skinners geleitet wird. FAP-Therapeuten achten darauf, wie die sozialen und emotionalen Probleme der Klienten im Hier und Jetzt der therapeutischen Begegnung („in vivo“) in Erscheinung treten. Dabei bedienen sie sich funktionaler Analysen zur Reflexion des Klientenverhaltens sowie der eigenen Reaktionen zum Verständnis des Dysfunktionalen, aber auch des Zweckmäßigen des Verhaltens. Das Problemverhalten der Klienten soll sich durch unmittelbare soziale Verstärkung sukzessive in Richtung eines adaptiveren Interaktionsverhaltens entwickeln (shaping). Statt auf „künstliche“ Verstärkungen zurückzugreifen, versuchen FAP-Therapeuten durch das Herstellen einer emotional-intensiven und authentischen Beziehung ein therapeutisches Fluidum hervorzurufen, in dem die natürlichen Reaktionen der Therapeuten verstärkend wirken. FAP verzichtet auf die explizite Vermittlung von allgemeinen sozialen Regeln und vertraut auf die Wirkkraft des Erlebens bzw. der Formung durch die Kontingenzen, die in einer intimen und lebendigen Korrespondenzadresse des Autors: Psychologischer Psychotherapeut Norbert Schneider,

Marktplatz 6, 90762 Fürth, e-mail: nore.schneider@gmx.de

Beziehung hervorgerufen werden.

Schlüsselwörter: Funktional Analytische Psychotherapie; FAP; therapeutische Beziehung; Radikaler Behaviorismus; „Dritte Welle“ der Verhaltenstherapie; Klinische Verhaltensanalyse.

Abstract: Functional Analytic Psychotherapy is a relationship-focused, process- and experiential-based behavior therapy, inspired by the radical-behavioral principles of B.F. Skinner. FAP-therapists pay attention to the client's relational and emotional problems as they manifest in the here-and-now of the therapeutic encounter ("in vivo"). In doing so they apply a functional analysis to reflect the client's behavior as well as their own reactions and to better understand, what is problematic but also what is purposeful about that behavior. By means of immediate social reinforcement the problematic behavior is expected to successively develop in the direction of a more adaptive interpersonal behavior (shaping). Instead of resorting to contrived reinforcers FAP-therapists try to develop an emotionally intense and authentic relationship in order to evoke a therapeutic atmosphere, in which the natural reactions of the therapist can function as reinforcers. FAP relinquishes the explicit instruction of general social rules and trusts in the effect of experiencing and shaping through the contingencies elicited in an intimate and vital relationship.

Keywords: Functional Analytic Psychotherapy; FAP; therapeutic relationship; radical behaviorism; "third wave" of behavior therapy; clinical behavior analysis.

„Das einzig wahre Zahlungsmittel in dieser bankrotten Welt ist das, was du jemandem mitteilst, wenn du uncool bist“ (Lester Banks).

Als Bob Kohlenberg und Mavis Tsai (1991) ihre Klienten mit herkömmlicher Kognitiver Verhaltenstherapie behandelten, machten sie eine verblüffende Beobachtung. Viele ihrer Klienten verbesserten sich in der beabsichtigten Richtung: Sie erlitten weniger Angst, depressive Symptome und Zwänge gingen zurück. Aber darüber hinaus stellten sie fest, dass einige dieser Klienten eine weitere und sehr weitreichende Veränderung erfuhren. Sie fühlten eine größere Verbundenheit, Offenheit und Nähe zu anderen Menschen und hatten eine besondere Fähigkeit zur Herstellung von intimen und emotional intensiven Beziehungen entwickelt. In ihrem Versuch zu rekonstruieren, was hier geschehen war, entdeckten Kohlenberg und Tsai, dass sich im Verlauf dieser Therapien ungewöhnlich nahe und

emotional eindringliche Beziehungen zwischen den Klienten und ihren Therapeuten entwickelt hatten, die für eine herkömmliche Kognitive Verhaltenstherapie untypisch waren und bislang in der KVT als „nicht-notwendig“ betrachtet wurden. Als sie diese Prozesse unter die verhaltensanalytische Lupe nahmen, stellten sie das Wirken bislang in diesem Kontext vernachlässigter behavioraler Prinzipien fest, die sie von nun an bewusster in ihren Therapien zu integrieren versuchten (z.B. Kohlenberg & Callaghan, 2010). Die Funktional Analytische Psychotherapie (FAP; als ein Wort gesprochen) ist die behaviorale Behandlungsform, die sich aus diesen frühen Beobachtungen entwickelte.

FAP ist eine beziehungs-fokussierte und erlebnisorientierte Verhaltenstherapie, die von radikal-behavioralen Prinzipien geleitet wird. Sie basiert auf der Feststellung, dass die Beziehung zwischen Klienten und Therapeuten von zentraler Bedeutung für die therapeutische Wirkung ist, und dass es, um diese Beziehung als Veränderungsagent voll auszuschöpfen, notwendig ist herauszufinden, was die spezifischen Faktoren in diesem vermeintlich „unspezifischen“ Beziehungsfaktor sind, die therapeutisch so wirksam sind.

In den letzten 20 Jahren sind viele neue Verhaltenstherapien entwickelt worden, die Themen in den Vordergrund stellen, die bislang von der KVT eher vernachlässigt wurden: Achtsamkeit, Akzeptanz, die therapeutische Beziehung, Intimität, emotionale Vertiefung, Werte, Präsenz/Gegenwärtigkeit, Metakognition/kognitive Defusion, Meditation und Spiritualität. Diese neueren Therapien unterscheiden sich aber nicht nur inhaltlich von den früheren Verhaltenstherapien, sondern auch in ihren Techniken, die oft stark prozessbetont und erfahrungsorientiert sind und sich neben den herkömmlichen direkten, auch indirekter, „second order“ Veränderungsstrategien wie Akzeptanz bedienen. (Für einen Überblick siehe die Sammelbände: Hayes et al., 1994; Dougher, 2000; Hayes et al., 2004.) Viele dieser Therapien, die zuweilen in ihrer Gesamtheit als die „Dritte Welle“ der Verhaltenstherapie bezeichnet werden, rekurrieren auf den Radikalen Behaviorismus

und die klinische Verhaltensanalyse, wie sie in wesentlichen Punkten schon von B.F. Skinner (z.B. 1953, 1957) beschrieben wurden, sowie auf deren Weiterentwicklungen (z.B. die Relational Frame Theory, Hayes et al., 2001). Zu diesen „radikal-behavioralen“ oder „kontextuellen“ Psychotherapien zählen: die Akzeptanz und Commitment Therapie (ACT; Hayes et al., 1999), die Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT; Linehan, 1993), Behavioral Activation (Martell et al., 2001; Kanter, Busch & Rusch, 2009), die Integrativ-Behaviorale Paartherapie (IBCT; Jacobson & Christensen, 1998) und eben die Funktional Analytische Psychotherapie (Kohlenberg & Tsai, 1991).

Als relationale Psychotherapie ist FAP vor allem bei Klienten indiziert, deren Probleme einen starken interpersonellen Anteil beinhalten, also etwa bei Persönlichkeitsstörungen, die ja eigentlich Beziehungsstörungen sind (z.B. Fiedler, 2001; Sachse, 2010), aber auch bei Sozialen Phobien und weiteren Ängsten, Depressionen, Posttraumatischen Belastungsstörungen, Suchterkrankungen und Zwänge. (Für einen umfassenden Überblick über die Bedeutung von interpersonellen Prozessen bei psychischen Störungen siehe Segrin, 2001.) So können z.B. interpersonelle Probleme, Beziehungsstress und ein Mangel an sozialer Unterstützung die Entstehung, den Verlauf, die Dauer sowie Rezidive von Depressionen vorhersagen (Baruch et al., 2009). Hinsichtlich der herausragenden Bedeutung der therapeutischen Beziehung für die Wirksamkeit von Psychotherapie scheint heute über Therapieschulen hinweg ein allgemeiner Konsens zu bestehen. Auch die Wirksamkeitsforschung konstatiert, dass die Stärke der therapeutischen Allianz die Höhe des erzielten Effektes voraussagt (z.B. Barber et al., 2000; Horvath, 2001; Martin et al., 2000). Manche Therapieforscher argumentieren, dass die Qualität der therapeutischen Allianz gar eine größere Bedeutung für die therapeutische Wirkung hat als die angewandte therapeutische Methode (z.B. Safran & Muran, 1995). All dessen ungeachtet schienen besonders Kognitive Verhaltenstherapeuten ihren Blick bislang kaum jemals auf die therapeutische Beziehung selbst zu richten (z.B. Kanter et al., 2005; Castonguay et al., 1995;

Goldfreid et al., 1997; Gilbert & Leahy, 2007), obgleich gezeigt werden konnte, dass gerade ein Fokus auf die therapeutische Interaktionen die Wirkung herkömmlicher KVT maßgeblich erhöhen kann (Castonguay et al., 2004).

DER RADIKALE BEHAVIORISMUS: EINE ANTITHESE ZUM TRADITIONELLEN BEHAVIORISMUS

Die Theorie, die der FAP zugrundeliegt, ist der Radikale Behaviorismus von B.F. Skinner (z.B. 1953), einschließlich Skinners Theorie des verbalen Verhaltens (1957) und verschiedener Fortentwicklungen (z.B. durch Ferster, 1967 und 1973). Die meisten Nicht-Verhaltenstherapeuten assoziieren den Behaviorismus egal welcher Couleur mit einer reduktionistischen Reiz-Reaktions-Theorie mit mechanistischem Menschenbild, was aber allenfalls für den traditionellen Methodologischen Behaviorismus in Teilen zutrifft. Der Radikale Behaviorismus von B.F. Skinner unterscheidet sich jedoch in wesentlichen Punkten vom methodologischen Behaviorismus (Moore, 1981; Chiesa, 1994). Laut Jacobson (1994) ist der Radikale Behaviorismus Skinners sogar antithetisch zum Methodologischen Behaviorismus und „... hat sehr viel gemeinsam mit sozialem Konstruktivismus, Hermeneutik und existenzialistischer Phänomenologie“ (ebd., S. 109; in Scholz, 2005, S. 755; vgl. auch Morf, 1998). Um die problematische Vermengung des Radikalen mit dem klassischen Behaviorismus zu vermeiden, wird der Radikale Behaviorismus heute von einigen kontextuellen Verhaltenstherapeuten (allen voran der ACT-Gemeinde) lieber „Funktionaler Kontextualismus“ genannt (z.B. Gifford & Hayes, 1999). Für eine konzise und dennoch elaborierte Einführung in die Philosophie und Theorie des Radikalen Behaviorismus sei Chiesa (1994) empfohlen. Hier werden nur drei für die FAP wesentliche Aspekte des Radikalen Behaviorismus kurz skizziert:

1. Der Radikale Behaviorismus nimmt die Gesamtheit menschlicher Erfahrung als Objekt wissenschaftlicher Betrachtung. Im Unterschied zum Methodologischen Behaviorismus interessiert er sich nicht nur für das offene, motorische Verhalten, sondern auch für das nicht sichtbare, sog. „private“ Verhalten wie Fühlen, Denken, Erinnern, das auch „latente“ Inhalte und Bedeutungen bzw. unbewusstes Material umfasst (Kohlenberg & Tsai, 1993).

„Die Verhaltensanalyse schließt das Subjektive oder Private nicht als ein Merkmal ihres Gegenstandsbereichs aus; sie akzeptiert derartige Eigenschaften als Teil von Verhalten im Kontext. Ihre Erkenntnistheorie hat daher eine phänomenologische, ja hermeneutische Qualität an sich, welche die mechanistische Unterscheidung des Erkennenden und des Erkannten Lügen straft“ (Morris, 1991, S. 130; Übersetzung, Scholz, 2005, S. 755).

2. Der Radikale Behaviorismus ist eine kontextualistische Theorie (z.B. Hayes et al., 1993; Pepper, 1957), die u.a. auf eine objektive „Wahrheit“ zugunsten eines pragmatischen Wahrheitskriteriums verzichtet. Nichts kann verstanden werden in Unabhängigkeit von seinem Kontext. Folglich muss eine vollständige Darstellung eines Ereignisses eine ebenso vollständige Darstellung seiner aktuellen und historischen Kontextbedingungen umfassen. Um die Aussage eines Klienten zu begreifen, muss der Kontext der aktuellen Interaktion ebenso in Betracht gezogen werden wie dessen Lebensgeschichte. Dem Prozess der Interaktion wird mithin viel Aufmerksamkeit geschenkt. Die Verhaltensreaktionen, Gedanken und Gefühle des Therapeuten werden zu einer wichtigen Informationsquelle zum Verständnis des Klientenverhaltens.

3. Der Radikale Behaviorismus bedient sich der Funktionalen Analyse als Werkzeug zum Verständnis von Verhalten und spezifiziert die aktuellen Kontextbedingungen, also die vorauslaufenden (S) und folgenden (K) Bedingungen des Verhaltens. Zudem beeinflussen Lernerfahrungen aus der Lebensgeschichte und weitere Prädispositionen als „Etablierende“ oder „Motivationale Operationen“ (EO) alle drei Kontingenzen (S, R, K). EOs bedingen oder

verändern die Salienz und den Einfluss diskriminativer Stimuli, die Wahrscheinlichkeit von Reaktionen aus einer Reaktionsklasse sowie die Wirkkraft der verstärkenden Konsequenzen (Michael, 1993).

EIN BEHAVIORALER BLICK AUF DAS DENKEN, FÜHLEN, SPRECHEN

„Nichts ist so praktisch wie eine gute Theorie“ (Kurt Lewin). Der Radikale Behaviorismus ermöglicht eine neue und oft frappante Sicht auf klinische Phänomene, etwa indem er funktionale statt symptomatische, „topographische“ Kriterien verwendet, um über klinische Diagnosen nachzudenken (z.B. Follette et al., 2000). Wie erwähnt, befasst sich der Radikale Behaviorismus nicht nur mit dem offenen, motorischen Verhalten, sondern auch mit „privaten“, verdeckten Verhaltensweisen wie Emotionen und Kognitionen. Bereits Skinner (1989), aber auch Ferster (1972) erachteten Gefühle als klinisch besonders wichtiges Verhalten. Emotionen werden verstanden als Beiprodukte der Kontaktaufnahme mit den persönlich wesentlichen Reizen der Welt. Die Abwesenheit oder geringe Ausprägung von bestimmten Gefühlsqualitäten ist auch deshalb problematisch, weil sie auf eine Vermeidung dieser subjektiv wichtigen Umweltreize hinweist (Kohlenberg & Tsai, 1991). Die Vermeidung von Emotionen wird also durch einen reduzierten Kontakt mit den wichtigen Kontingenzen der Umwelt erreicht, wodurch aber auch die Gelegenheit zum Erwerb neuen Verhaltens verringert wird (Kohlenberg & Tsai, 1987). Die emotionale Vermeidung erfolgt durch unmittelbare Vermeidung der Reize selbst (z.B. von körperlicher Nähe oder Bewertungssituationen) und/oder durch die Vermeidung des Körpererlebens und der Emotionen, die in Anwesenheit solcher Reize aktiviert werden (z.B. durch Alkoholkonsum, Dissoziieren oder Ablenkung).

FAPs Klassifikationen des Sprechens basieren auf B.F. Skinners Theorie verbalen Verhaltens (1957). Als besonders hilfreich hat sich dessen Unterscheidung zwischen „tacts“ und „mands“ erwiesen. Ein „tact“ wird definiert als ein verbales Verhalten, das

unter der Kontrolle eines spezifischen diskriminativen Stimulus steht und durch breite und generalisierte sekundäre Verstärker konditioniert wird (Kohlenberg & Tsai, 1991, S. 54). Wenn ein zweijähriges Kind auf einen Apfel zeigt und „Apfel“ sagt, nennen wir das verbale Verhalten einen „tact“, denn die spezifische Aussage („Apfel“) wird durch den vorlaufenden Stimulus (den Apfel) festgelegt und durch unspezifische, generalisierte Verstärker („richtig“, „gut“, Nicken, usw.) aufrechterhalten. Tacts können sich auf diskriminative Stimuli (Sds) beziehen, die in der Therapiesitzung, im Alltag der Klientin oder in beiden lokalisiert sind. FAP fokussiert vor allem auf Tacts, die sich auf die Therapiesituation beziehen, und verleiht diesen eine besondere Relevanz. Ein „mand“ hingegen ist Sprechen in Form von Befehlen, Bitten und Fragen. Mands erscheinen bei einer breiten Vielfalt von diskriminativen Stimuli und werden von spezifischen Verstärkern konditioniert. Wenn eine Klientin also sagt „Ich brauche ein Taschentuch“ wird sie kaum „richtig“ oder „gut“ als Antwort hören wollen. Die Aussage wird vielmehr durch die spezifische Reaktion des daraufhin gereichten Taschentuches verstärkt. Nun ist aber ein Tact nicht immer ein Tact: Häufig kommen Tacts als verdeckte Mands und Mands als verschleierte Tacts daher, d.h. die Form muss nicht unbedingt der erwarteten Funktion entsprechen. Eine Klientin, die von ihrer gestrigen Panikattacke berichtet, kann damit einfach von ihrem Anfall berichten wollen (Tact) oder damit an die Therapeutin appellieren, sie heute sanft zu behandeln und langsam vorzugehen (Mand). Das gesprochene Wort soll also nicht immer wörtlich genommen werden. Jede Aussage kann sowohl als ein Tact als auch als ein Mand fungieren und die meisten Aussagen sind sogar mehrfach determiniert (Kohlenberg & Tsai, 1993). Diese multiple Kausalität kann erklären, warum eine bestimmte Bemerkung in einer Situation erfolgt, wenn viele andere Bemerkungen auch möglich gewesen wären. So könnte eine Klientin, die sich eine längere Sitzungsfrequenz wünscht, vermehrt über ihren Stress in der Arbeit berichten, der sie zwar durchaus belastet, aber nur eins von mehreren möglichen Therapiethemen gewesen wäre.

Klienten mit Schwierigkeiten hinsichtlich der Regulation und des adaptiven Ausdrucks ihrer Emotionen sowie der Kontrolle ihrer Verhaltensimpulse haben oft in frühen Stadien ihres Lebens die wiederholte Erfahrung gemacht, dass das eigene Benennen (tacting) sowie das Diskriminieren ihrer Gefühle und ihres Selbsterlebens von den Eltern oder anderen zentralen Bezugspersonen nicht validiert, sondern bestraft oder gelöscht wurden (etwa: „Hör auf zu weinen, sonst gebe ich dir einen Grund zu weinen!“). Oft haben diese Bezugspersonen die Gefühle des Kindes nach ihren eigenen Maßgaben benannt und dem Kind zu vermitteln versucht, was sie vermeintlich „wirklich“ mit dem Gefühlsausdruck beabsichtigen (Sätze in der Art: „Du willst doch nur ...“). Diese Aussagen sind der äußeren Form nach Tacts, die aber als verdeckte Mands fungieren (Skinner, 1957). Dadurch können die betroffenen Kinder aber keine innere Reizkontrolle über ihre Emotionen entwickeln und Gefühle nur schwer regulieren lernen (Kohlenberg & Tsai, 1991). Der eigenen Selbstwahrnehmung wird in der Folge wenig vertraut und die Person ist zur „Selbsterkenntnis“ übermäßig auf externe diskriminative Stimuli und soziale Prompts angewiesen, so dass die Neigung zu Soziotropie und die Übernahme von „looking-glass“-Selbstbildern gebahnt wird, anstatt dass dem eigenen Gefühl und der eigenen Selbstwahrnehmung getraut wird. Da das Ausdrücken von „sozial nicht erwünschten“ Gefühlen und Bedürfnissen von den Bezugspersonen zurückgewiesen und mithin bestraft wurde, werden via Reizäquivalenzen (Sidman, 1994) die Bedingungen, die solche Emotionen evozieren (z.B. zwischenmenschliche Nähe und Intimität) ebenso als aversiv erlebt und deshalb vermieden.

In FAP wird die Bedeutung von Validierung, Gefühlswahrnehmung und emotionalem Ausdruck besonders hervorgehoben (vgl. z.B. FIAT, Callaghan, 2006). Emotionen sind grundsätzlich adaptiv, da sie Menschen helfen, die Komplexität von Informationen in einer Situation nach Maßgabe ihrer persönlichen Wichtigkeit schnell und automatisch zu verarbeiten, um Handlungen zur Befriedigung der eigenen wesentlichen Bedürfnissen in die Wege zu leiten (Greenberg & Safran, 1987). Viele Beziehungsprobleme sind

auf einem fehlenden oder inadäquaten emotionalen Ausdruck zurückzuführen. Es wird in FAP daher viel Wert darauf gelegt, durch die Gestaltung einer emotional intensiven Therapiebeziehung und durch erlebnisorientierte Methoden dafür zu sorgen, dass aversive wie auch schöne Gefühle in der Therapie hervorgerufen werden, damit deren achtsame Wahrnehmung, Bestätigung, Akzeptanz und sozialer Ausdruck möglichst adaptiv geformt werden können (Cordova & Kohlenberg, 1994).

Das innere Erleben ist häufig verwirrend, konflikthaft und ambivalent. Zuweilen nehmen wir zerrissene Unstimmigkeiten wahr zwischen verschiedenen Emotionen oder Kognitionen, zwischen Kognitionen und Emotionen oder zwischen unseren Einsichten und Handlungsimpulsen. Kognitive Therapeuten kennen das Problem der „Kopf-Bauch“-Diskrepanzen, bei denen Klienten nach einer kognitiven Intervention z.B. beklagen, dass sie zwar nun „rationaler“ über sich selbst denken würden, sich aber gleichwohl weiterhin „wertlos“ *fühlen*. Diese Ambivalenzen sind nicht „krankhaft“, sondern durchaus normal und verständlich. Respondent bedingtes Körpererleben wird i.d.R. intensiver erlebt als operant bedingtes Körpererleben. Wenn respondente und operante Verhaltensimpulse nicht korrespondieren, kann der Eindruck entstehen, dass man sich etwa in der einen Art fühlt und zugleich „inkongruent“, auf eine andere Art denkt oder handelt (Kohlenberg & Tsai, 1991).

Auch Kognitionen werden im Radikalen Behaviorismus ungeachtet ihrer „Privatheit“ als Verhalten verstanden und somit einer funktionalen Betrachtung zugänglich gemacht. Kohlenberg und Tsai (1991) empfehlen eine behavioral informierte und modifizierte Variante des Ellis'schen ABC-Modells der Kognition für die therapeutische Praxis. Sie bemängeln die starre unidirektionale Kausalität, die das ABC-Modell impliziert (Auslösendes Ereignis → Kognition → emotionale und Verhaltenskonsequenzen). So hat z.B. Klein (1974) darauf hingewiesen, dass negative Selbstbilder und Hilflosigkeit auch Folgen von, nicht nur Ursachen für dysphorische Verstimmungen sein können. Und wie Russell und Brandsma (1974) diskutierten, können die anfangs vermittelnden Kognitionen nach

vielfachen Wiederholungen einer ABC-Sequenz aufgrund von Prozessen der respondenten Konditionierung zweiter Ordnung sukzessive verschwinden und eine AC-Sequenz hinterlassen. Als Beispiel stellen wir uns eine Klientin vor, die bei berichteten Ereignissen bisweilen keine dem Verhalten und Gefühl vorauslaufenden Gedanken benennen kann. Zumal bei „alten Mustern“ werden vielmehr „AC-Schlüsse“ berichtet: Sobald sie etwa einen bestimmten Tonfall in der Stimme ihres Vaters höre, kämen Wut und aggressive Verhaltensimpulse „blitzschnell“ über sie. Anstatt das Nichtbenennen von Kognitionen als Ausweis unzureichender Selbstbeobachtung zu invalidieren und weiter nach automatischen Gedanken zu suchen, schlagen Kohlenberg & Tsai (1991) vor, das ABC-Modell zu flexibilisieren. Dabei werden die verschiedensten Interaktionen zwischen Ereignis, Kognition, Emotion und Verhalten als Möglichkeiten offengelassen und in Entsprechung zum berichteten Selbsterleben des Klienten ein jeweils idiosynkratisches Modell für diese spezifische Situationen angeboten (ABC; ACB; A führt zugleich zu B und C; etc.). Diese Flexibilisierung des ABC-Modells legt auch die Verwendung jeweils verschiedener Methoden nahe und trägt so zu einer adaptiven Indikation und einem flexibel angepassten Behandlungsplan bei. Wenn Klienten ABC-Reihungen beschreiben, erscheinen kognitive Methoden, wie kognitive Umstrukturierung oder Defusionstechniken (Hayes et al., 1999), indiziert. Bei subjektiv wahrgenommenen AC-Sequenzen sind dagegen fürs Erste keine kognitiven Interventionen angeraten, sondern die Anwendung behavioraler Techniken. (Für einen zeitgemäßen Überblick über behaviorale Interventionen s. Farmer & Chapman, 2008)

Funktionale Analysen ermöglichen eine neue Sichtweise auf Kognitionen, indem sie helfen, das Funktionale in (vermeintlich nur) dysfunktionalen Kognitionen zu erkennen. Wie Janoff-Bulman (1979) in Zusammenhang mit den Selbstvorwürfen von Vergewaltigungsopfern anmerkte, kann es durchaus adaptiv und funktional sein, uns selbst als (unrealistisch) verantwortlich für negative Ereignisse in unserem Leben zu sehen, wenn die Alternative

lautet, gewahr zu werden, wie macht- und hilflos wir in dieser Welt sind. Auch imperative Gedanken („Mussturbationen“ sensu Ellis, z.B. 1997) entstehen, weil sie kurzfristig positive Funktionen erfüllen, etwa indem sie helfen, eine stark aversiv erlebte Realität zu negieren und eine Illusion der Kontrolle über eine unkontrollierbare Welt zu generieren (Backx, 2003). Negative Selbstzuschreibungen werden ebenso aufgrund ihrer Funktionalität aufrechterhalten: Sie können der eigenen Identität eine Beständigkeit verleihen („Konsistenzsuche“), sie können im Sinne eines „defensiven Pessimismus“ vor Enttäuschung schützen, sie können die Erlaubnis erteilen, nach Maßgabe kurzfristiger Kontingenzen zu handeln oder sie können beruhigen, weil sie vermeintlich zu Veränderung motivieren (Schneider, 2006). Indem Therapeuten die oft verborgene Funktionalität solcher dysfunktionalen Kognitionen verstehen, werden sie dazu befähigt, auf dieses Denken und Sprechen mit hilfreichen kontingenten Reaktionen einzuwirken (Rosenfarb, 2010). Die Betonung der Funktionalität von Kognitionen hilft Klienten, ihre problematischen Gedanken nicht als destruktive Autoaggressionen zu betrachten, die ausgemerzt werden müssen, sondern als selbstfürsorgliche Handlungen, die der eigenen Person zumindest kurzfristig Erleichterung verschaffen, auch wenn diese Strategien zugleich maladaptiv sind und schmerzhaft Kosten verursachen. „Niemand wählt das Böse, weil es böse ist, sondern weil man es für das Glück, für das Gute hält, das man sucht“ (Mary Wollstonecraft). Ein alter Behavioristen-Ulk, der trotz seiner Laborkonnotation viel Menschlichkeit durchscheinen lässt, lautet: „Die Ratte hat immer recht“. Klienten fühlen, denken und handeln genau wie sie sollen in Anbetracht ihrer gegebenen Lerngeschichte und ihres aktuellen Kontextes.

KLINISCH RELEVANTES VERHALTEN: HAUTNAH MITERLEBT

Von zentraler Bedeutung für FAPs „Hier und Jetzt“-Ansatz ist das Konzept des „Klinisch Relevanten Verhaltens“ (Clinically Relevant

Behavior, CRB). CRBs sind Problemverhalten oder Annäherungen an Zielverhaltensweisen, die in der Therapiesitzung selbst in Erscheinung treten. Um ein CRB als solches zu erkennen muss Verhalten als Repräsentant einer breiten „Reaktionsklasse“ (response class) wahrgenommen werden. Das Konzept der „Reaktionsklasse“ weist darauf hin, dass äußerlich („topographisch“) sehr verschiedenes Verhalten gleichwohl derselben Funktion dienen kann. Ein Verhalten innerhalb der Therapiesitzung kann dem äußeren Anschein nach keine Ähnlichkeit mit Verhaltensweisen im alltäglichen Leben der Klienten vorweisen, und dennoch kann die Betrachtung des Verhaltens unter funktionalen Gesichtspunkten eine instrumentelle Äquivalenz offenbaren. So kann etwa Nähe- oder emotionsvermeidendes Verhalten im Alltag und in der Therapie sehr unterschiedliche äußere Formen annehmen. Eine Klientin kann Intimität in ihrer Partnerschaft vermeiden, indem sie Konflikte schürt, während sie die Nähe zur Therapeutin verhindert, indem sie das Berichten von fragilen Gefühlen mit inkongruentem non- oder paraverbalen Verhalten entschärft (etwa indem sie lächelt während sie von einem traurigen Ereignis erzählt). Beide Verhaltensweisen sind trotz ihrer topographischen Verschiedenheit gleichwohl Repräsentanten derselben Reaktionsklasse, da sie beide einer gemeinsamen Funktion dienen.

In der FAP wird zwischen drei verschiedenen CRBs unterschieden:

CRB1: Problemverhalten der Klienten, das in der Therapiesitzung stattfindet

CRB1s sind Verhaltensweisen in der Therapiesitzung selbst, die aufgrund benannter Ziele oder der Fallkonzeption als „problematisch“ definiert werden. Es soll eine funktionale Parallele zwischen dem spezifischen CRB1 und dem Problemverhalten im täglichen Leben bestehen. In einer erfolgreichen FAP sollten die CRB1s im Verlauf der Therapie seltener und weniger intensiv werden. CRB1s stehen typischerweise unter der Kontrolle aversiver Stimuli und sind häufig

Vermeidungsverhaltensweisen. Als Beispiel für ein CRB1 stellen wir uns eine Frau vor, die soeben einen schnellen Wechsel kurzdauernder Liebesbeziehungen erfahren hat und die sehr leidet, wenn die „ausschließliche“ Aufmerksamkeit der Männer nachzulassen beginnt. In der Therapie verbringt sie viel Zeit damit, den Therapeuten mit amüsanten Geschichten über sich zu unterhalten. Sie versucht das pünktliche Ende der Therapie hinauszuschieben und verdächtigt den Therapeuten, seine anderen Klienten mit Terminen zu bevorzugen.

CRB2: Verbesserung des Klientenverhaltens, die in der Therapiesitzung stattfindet

CRB2s sind Verbesserungen im Bereich des CRB1-Repertoires in Richtung des angestrebten Verhaltens. In einer erfolgreichen FAP sollten sie durch selektive Verstärkung (Shaping) sukzessiv häufiger auftreten. Zu Beginn der Therapie werden sie definitionsgemäß selten oder nur schwach ausgeprägt in Erscheinung treten. Als Beispiel stellen wir uns einen Mann vor, der dazu neigt, sich zurückzuziehen und sich „wertlos“ zu fühlen, wenn andere ihm nicht aufmerksam zuhören. Als die Therapeutin ihn in der Sitzung vorschnell unterbricht und das Thema abwandelt, beobachtet sie, dass er seinen Blick senkt und zwar zustimmend nickt, zugleich aber abwesend wirkt (CRB1). Mögliche CRB2s könnten hier eine Zunahme von selbstsicherem Verhalten wie ein angemessenes Rückmelden seines Erlebens oder das Zurückführen der Therapeutin zu seinem Ausgangsthema sein. Ein CRB2 wäre auch, das mangelnde Interesse der Therapeutin frühzeitig zu erkennen und mit einer angemessenen Modifikation des Themas darauf zu reagieren. Als weiteres Beispiel nehmen wir eine Frau mit einer Geschichte sexuellen Missbrauchs in der Kindheit, die jetzt intime Beziehungen vermeidet. Mögliche CRB2s könnten sein: das Zulassen von aversiven Gefühlen wie Angst, Scham, Ärger und Trauer in Anwesenheit der Therapeutin, das verbesserte Wahrnehmen und Äußern der eigenen Bedürfnisse (d.h. lernen, dass ihre Bedürfnisse wichtig sind und Aufmerksamkeit

verdienen) und das Zulassen und Annehmen der Fürsorge der Therapeutin (Kohlenberg & Tsai, 1998). Die Frage, ob ein Verhalten als CRB1 oder CRB2 einzustufen ist, kann nur kontextuell in Abhängigkeit der aktuellen Kompetenzen der Klientin beantwortet werden. Dasselbe Verhalten könnte bei einer Klientin als CRB1 gelten, bei einer anderen als CRB2. So könnte das Verwenden von Schimpfwörtern bei Impulskontrollproblemen ein CRB1, bei Schwierigkeiten mit Ärgerausdruck ein CRB2 sein.

CRB3: Funktionale Interpretationen

CRB3s sind Interpretationen des eigenen Verhaltens. Im Verlauf der Therapie lernen Klienten durch die Anleitung und das Modellverhalten der Therapeuten ihr Verhalten mit einer zunehmend „funktionalen“ Brille zu sehen. Die Förderung von CRB3s kann als eine Schulung in Achtsamkeit verstanden werden, bei der die Klienten lernen, die eigene gegenwärtige innere und äußere Reaktionen nicht-bewertend wahrzunehmen und deren Bedingungen (S, K, EO) bewusst zu werden. Die meisten Erklärungen der Klienten werden zu Beginn der Therapie wenig funktional sein. Aber jeder Versuch, die Ursachen und Bedingungen ihres Verhaltens und Erlebens zu beschreiben, ist eine Gelegenheit für die Therapeutin, noch funktionalere und hilfreichere Beobachtungen zu fördern. So identifiziert die Erklärung „Ich habe meine Partnerin angebrüllt, weil ich ein haltloser Choleriker bin!“ zwar eine Ursache, die aber für eine Verhaltensänderung zunächst wenig hilfreich ist. Diese kausale Aussage wird in FAP gleichwohl als günstige Gelegenheit wahrgenommen, funktionalere Erklärungen zu formen (shaping). Die Therapeutin kann den Klienten helfen, die diskriminativen Reize, die das Schreien (mit-)veranlassten (z.B. der Klient fühlte sich von seiner Partnerin übergangen und damit gedemütigt) sowie die verstärkenden Kontingenzen (z.B. kurzfristig fühlte er sich größer und bedeutender) zu identifizieren. Die Therapeutin und der Klient können auch die historischen Faktoren (EO) betrachten, die zu dem Verhalten beigetragen haben, wie die Tatsache, dass der Klient in einer

Umgebung aufgewachsen ist, in der „Brüllen“ von „erfolgreichen“ Vorbildern vorgelebt wurde, oder dass er wenig Gelegenheit hatte, alternatives und längerfristig adaptives Verhalten zu lernen. Funktional-analytische Gespräche sind zum einen zuträglich, weil sie hilfreiche Interventionen generieren, zum anderen aber auch, weil sie die „Schuldfrage“ außen vor lassen, indem sie das oft zunächst verborgen „Funktionale“ im „Dysfunktionalen“ betonen, und den Klienten damit helfen, sich selbst auch mit ihrem Problemverhalten zu verstehen und nicht-verurteilend anzunehmen. Letztendlich ist die Entwicklung von hilfreichen CRB3s jedoch nicht Endzweck der Therapie, sondern als Werkzeug gedacht, CRB2s zu fördern und auf das alltägliche Leben zu generalisieren.

FÜNF REGELN, DIE KEINE SIND

Die behaviorale Kernstrategien der FAP lauten: Diskriminieren und konsequent Reagieren. FAP-Therapeuten sollen darin versiert werden, problematisches Klientenverhalten im Hier und Jetzt der Therapiestunde („in vivo“) zu erkennen und hervorzurufen, ihres eigenen Anteils an dem Klientenverhalten gewahr zu werden und kleine Schritte zu einem adaptiveren Verhalten unmittelbar und natürlich zu verstärken.

Die fünf FAP-„Regeln“, die hier beschrieben werden, sind nicht als strikte, imperative Regeln, sondern als freundliche Heuristiken gedacht. Gerade FAP und die weiteren kontextuellen Verhaltenstherapien betonen die Bedeutung einer Abkehr von der Regelgeleitetheit des Verhaltens hin zur Förderung einer verbesserten und selbstständigen Diskrimination und Sensibilität für Kontingenzen (Achtsamkeit) (vgl. Hayes, 1989; Rosenfarb et al., 1989). Deshalb werden diese Regeln eher als Vorschläge in der Art von „Versuch es doch mal!“ und nicht als gebietende und einengende Anweisungen aufgefasst. Diese Faustregeln sollen die Integration anderer therapeutischer Techniken nicht ausschließen. Vielmehr kann die Anwendung dieser Regeln die Methoden aus anderen Therapien oft ergänzen und deren Wirkkraft erhöhen.

Regel 1: Achte auf CRBs!

Diese Regel bildet geradezu die Basis der FAP. Ziel der FAP ist die Verbesserung des Beziehungsverhaltens der Klienten in ihrem Alltag. Aber die Therapeuten verfügen nur über einen indirekten, durch die Klienten verbal vermittelten Zugang zu diesem Alltagsverhalten, der subjektiv ist und von verschiedenen Verzerrungen geprägt sein kann. Ein anderer Zugang zur „Diagnose“ des Sozialverhaltens ist die unmittelbare Wahrnehmung des Klientenverhaltens sowie der eigenen Reaktionen darauf, so wie diese sich im Hier und Jetzt der therapeutischen Begegnung zeigen. Das achtsame Beobachten von CRBs führt zwar für sich allein noch nicht zu einer Verbesserung des Klientenverhaltens, aber das Wahrnehmen des Problemverhaltens in der Sitzung ist Prämisse für alle weiteren FAP-Prozesse. An sich kann jedes Verhalten bzw. jede Reaktionsklasse in der Therapiesitzung auftauchen. Um das Problemverhalten als solches zu erkennen muss es nach Maßgabe seiner Funktion betrachtet werden. Also: Wozu dient das Verhalten?

Jedes Verhalten der Klientin muss auch dahingehend diskriminiert werden, ob es sich um ein CRB1 oder ein CRB2 handelt. Nehmen wir z.B. an, jemand hat eine als Hausaufgabe vereinbarte Achtsamkeitsübung nicht erledigt und drückt in der folgenden Stunde mit Verve ihre Empörung darüber aus, dass ihr „so was Stumpfsinniges“ aufgetragen worden ist. Häufig reagieren Therapeuten auf ein solches Verhalten mit einer weiteren Erklärung, wozu Hausaufgaben und diese Aufgabe im Speziellen doch sinnvoll und hilfreich sein können, und versuchen, die Klienten doch noch zu der Aufgabe zu motivieren. Im Unterschied dazu werden FAP-Therapeuten sich zunächst fragen: Ist das hier gezeigte Verhalten ein Parallelverhalten zu den problematischen Verhaltensweisen, die sie im täglichen Leben zeigt (CRB1)? Oder stellt dieses Verhalten eine auch nur leichte Verbesserung im Vergleich zu ihrem täglichen Problemverhalten dar (CRB2)? Sollte die Klientin z.B. sonst Schwierigkeiten haben, Ärger zu zeigen oder ihre Bedürfnisse offen zu

benennen und durchzusetzen, dann ist das gezeigte Verhalten ein CRB2 und sollte „natürlich“ verstärkt werden, etwa indem der Anlass ihres Ärgers ernsthaft reflektiert wird, die Hausaufgabe ggf. fallen gelassen und ihr rückgemeldet wird, welche Resonanz das selbstsichere Verhalten bei dem Therapeuten ausgelöst hat. Neigt die Klientin aber eher zu obstruktivem, oppositionellem Verhalten oder zu Passivität und Extrapunitivität und delegiert sie die Verantwortung für ihre Veränderung übermäßig an den Therapeuten, dann handelt es sich um ein CRB1. In diesem Fall würde der Therapeut das Klientenverhalten eher problematisieren und versuchen, die Klientin zu einem erneuten Anlauf der Hausaufgabe zu motivieren.

Therapeuten können ihre Fähigkeit, CRBs zu erkennen, auf verschiedener Weise schärfen. Sie können reflektieren, welche natürlich vorkommenden Therapiesituationen bei dieser Klientin CRBs hervorrufen könnten (z.B. die zeitliche Begrenzung der Sitzung, Urlaubsunterbrechungen, Schweigen in der Sitzung, Komplimente oder positive Rückmeldungen, Fehler des Therapeuten, das Absagen von Terminen; s. Kohlenberg & Tsai, 1991, S. 63-68). Desweiteren können und sollen sie auf ihre eigenen Reaktionen achten (vgl. Gegenübertragung). Entscheidend ist dabei eine gute Bewusstheit über die eigenen Reaktionstendenzen und eine gute Einschätzung, inwieweit diese Reaktionen repräsentativ für die Welt außerhalb des Therapiezimmers sind. Dazu ist es wichtig, über Informationen zur sozialen Welt der Klienten zu verfügen, und sich diese durch Fragen an die Klienten einzuholen: „Ich merke gerade, wie ich mich besser auf Sie konzentriere, wenn Sie langsamer und fokussierter sprechen. Wie würde Ihr Mann wohl auf das langsamer Sprechen reagieren?“ Wichtig für die Verwendung der eigenen Reaktion zum Erkennen von CRBs ist eine intensive Eigenreflektion, entweder in Form einer eigenen Therapie, Selbsterfahrung, regelmäßiger Supervision oder Peer-Intervision (Tsai et al., 2009).

Als Heuristik zur Identifikation möglicher CRBs hat Callaghan (2006) eine Kategorisierungshilfe entworfen: das „Functional Idiographic Assessment Template“ (FIAT). Er unterteilt CRBs in fünf

verschiedenen Reaktionsklassen: Die Durchsetzung von Bedürfnissen (einschl. deren Identifikation und adaptiven Ausdruck), Bidirektionale Kommunikation (die Fähigkeit, die Wirkung des eigenen Verhaltens einzuschätzen sowie die Fähigkeit, Rückmeldung zu geben und zu empfangen), Konfliktverhalten, Offenheit und interpersonelle Nähe sowie emotionales Erleben und Ausdruck. Die Items dieser Kategorien können Therapeuten auf spezifische CRB1-Verhaltensweisen der Klienten aufmerksam machen. Eine weitere Hilfestellung zur Wahrnehmung von CRBs kann die Kenntnis von verbalen und non-verbalen Mikromarkern wie Veränderungen der Stimmqualität sein (Kennedy-Moore & Watson, 1999).

Als wesentliches Mittel zur Identifikation von CRBs dient auch das Aufdecken der „versteckten Bedeutungen“ hinter Klientenaussagen („hidden meaning“, s. z.B. Kohlenberg & Tsai, 1993; 1991, S. 52 ff.). Der Skinner'sche Ansatz zur Interpretation von sprachlichen Aussagen (1957; z.B. die Unterscheidung von Tacts und Mands) kann ein hilfreiches Werkzeug sein, um CRBs auf die Spur zu kommen. Das Konzept der „versteckten Mands“ impliziert, dass auch „harmlos“ wirkende Aussagen in Wirklichkeit Metapher sein können für ein bedeutenderes oder akuterer Anliegen. Wenn also die Klientin über Interaktionen oder Gefühle von außerhalb des Therapiezimmers berichtet, wird die FAP-Therapeutin auf Parallelen zu analogen Interaktionen oder Gefühle in der therapeutischen Beziehung achten. Gleichwohl sind freilich nicht alle Aussagen „Verschleierungen“ und von klinischer Relevanz. Multiple Kausalitäten und verschleierte Mands und Tacts sind gewissermaßen behaviorale Pendants zu den „latenten“ oder „unbewussten“ Bedeutungen in der Psychoanalyse. Und wie in der Psychoanalyse gilt auch im Behaviorismus: Manchmal ist eine Zigarre nur eine Zigarre (Tsai et al., 2009).

Regel 2: Rufe CRBs hervor!

Aus FAP-Sicht ruft eine intensive, authentische und intime therapeutische Beziehung CRB1s hervor, die wiederum Wegbereiter für die Entwicklung und Förderung von CRB2s sind. Scholz (2005)

weist in diesem Zusammenhang auf die Nähe der FAP zum Vorgehen Carl Rogers, die auch von Kohlenberg & Tsai (1987) selbst konstatiert wird. „Rogers Ruf nach Echtheit und positiver Wertschätzung ist eine indirekte Methode der Begünstigung des Auftretens natürlich verstärkender Kontingenzen“ (ebd., S. 408; Übersetzung von Scholz, 2005, S. 759).

Psychische Probleme werden meist durch ungünstige nahe zwischenmenschliche Begegnungen ausgelöst (Segrin, 2001). Eine nahe zwischenmenschliche Therapiebeziehung, so wie sie in der FAP herzustellen versucht wird, kann dieses problematische Verhalten also reaktivieren. Dadurch kann das Erleben der therapeutischen Beziehung im Sinne einer „korrigierenden“ Erfahrung eine Löschung problematischen öffentlichen und privaten Verhaltens ermöglichen. Eine Klientin, die Angst spürt, wenn sie mit Intimität konfrontiert wird und diese Angst auch unmittelbar in der Therapie erlebt, erhält die Gelegenheit, das schwierige Gefühl auszuhalten, während sie zugleich wahrnimmt, dass die jetzige Situation anders ist als die vergangenen Situationen, in denen sie diese Angst erworben hat. Das tatsächliche Erfahren des gefürchteten Reizes führt bekanntlich zu besseren Behandlungsergebnissen als das bloße Vorstellen des Stimulus und der eigenen Reaktion (Goldfried, 1985). So ist die Expositionsbehandlung von Ängsten und PTBS-Symptomen dann am wirksamsten, wenn der gefürchtete Reiz anwesend ist (Foa & Rothbaum, 1998).

CRBs können durch eine entsprechende Strukturierung der therapeutischen Sitzung (etwa durch die Verwendung von Fragebögen zum Erleben der therapeutischen Beziehung), aber auch durch die Anwendung erfahrungsorientierter und emotional intensiver Methoden (etwa Gestaltmethoden wie der „leere Stuhl“) hervorgerufen werden. Das Bemühen von FAP-Therapeuten, CRBs hervorzurufen, trägt wesentlich dazu bei, dass FAP eine stark erlebnisorientierte und emotions-fokussierte Therapie ist. FAP versteht sich als eine integrative Therapie (Kohlenberg & Tsai, 1994) – mit einer hohen theoretischen Kohärenz aber einem methodischen Eklektizismus - und jede therapeutische Technik ist ungeachtet ihrer

schultherapeutischen Provenienz willkommen, sofern sie dazu dient CRBs hervorzurufen. Was diese Methoden aber gemein haben, ist, dass sie Kontexte schaffen, die Klienten dazu verhelfen, vermiedene Gefühle und Gedanken zu kontaktieren und diese den Therapeuten gegenüber auszudrücken.

Die FAP-Beziehung verlangt ein „offenes Visier“ und ein hohes Maß an Intimität (zum behavioralen Verständnis von Intimität s. Cordova & Scott, 2001, sowie Kohlenberg et al. 2009). Eine evokative therapeutische Beziehung zu gestalten erfordert von den Therapeuten viel Mut und die Bereitschaft zur persönlichen Offenheit. Eine FAP-Eigenheit, die von anderen Therapien wenig geteilt wird, und die u.a. dem Hervorrufen von CRBs dient, ist die besondere Bereitschaft der Therapeuten zur Selbstoffenbarung. Die Offenheit der Therapeuten hinsichtlich ihrer Gefühle und Gedanken z.B. den Klienten gegenüber kann neben der Evozierung von CRBs (Tsai et al, 2010) Intimität förderndes Verhalten modellieren (Goldfried et al, 2003), das therapeutische Machtgefälle reduzieren (Mahalik et al, 2000), das Erleben der Klienten normalisieren, Echtheit und positive Wertschätzung demonstrieren (Robitschek & McCarthy, 1991) und insgesamt die therapeutische Allianz stärken (Safran & Muran, 1995; 2000). Aus einer FAP-Perspektive gesehen, ist zudem maßgeblich, dass die therapeutische Beziehung durch Selbstoffenbarungen der Therapeuten über die dadurch entstehende Reziprozität mehr den Beziehungen im Alltag ähnelt. Dadurch können die Veränderungen in der Therapie sich leichter auf außertherapeutische Beziehungen generalisieren. Strategische Überlegungen darüber, wann und welche Form von Offenheit indiziert sind, sollten auf drei Fragen fußen: Werden dabei CRBs hervorgerufen? Werden CRB1s geblockt? Und werden CRB2s verstärkt? (Tsai et al., 2009). Die Maß der Offenheit sollte stets berücksichtigen, wie diese auf die Klienten wirken (z.B. welche „Dosis“ von Offenheit wirkt bei dieser Klientin als Verstärker, welche als Bestrafung?). Das anschließende Gespräch sollte klären, welche Gefühle und Gedanken durch die Offenheit ausgelöst wurden und aus welchem Grund die Selbstoffenbarung angeboten wurde (Tsai et al, 2010).

Regel 3: Verstärke durch die Anwendung von natürlichen Kontingenzen

Eine zentrale Annahme der FAP ist, dass die Wirkung einer therapeutischen Intervention (einer Verstärkung) größer ist, je unmittelbarer sie erfolgt. Die stärkere Wirkung von unmittelbarer versus verzögerter Verstärkung zeigt sich sowohl in Tierexperimenten (Renner, 1964; Tarpy & Sawabini, 1974), als auch bei der Lernförderung und Verhaltensmodifikation von Kindern (z.B. Hockman & Lipsitt, 1961; Atkinson, 1969; Stricker et al., 2003). Ein therapeutisches Lob für selbstsicheres Verhalten, das Tage zuvor in der Arbeit gezeigt wurde, wird voraussichtlich weniger effektiv sein, als die positive Reaktion der Vorgesetzten auf das sichere Auftreten an Ort und Stelle. Da die Klienten in der Therapie selbst funktional ähnliche Verhaltensweisen aus der selben Reaktionsklasse zeigen werden, gilt es für die Therapeuten, möglichst unmittelbar und „in-vivo“ auf diese verstärkend oder bestrafend zu reagieren.

Die Zurückhaltung vieler Therapeuten, das Prinzip der Verstärkung in der Psychotherapie zumal bei Erwachsenen anzuwenden, ist auch darauf zurückzuführen, dass sie „Verstärkung“ mit willkürlicher (arbitrary) oder künstlicher (contrived) Verstärkung (z.B. die Vergabe von Tokens; s. Ferster, 1967; Skinner, 1982) gleichsetzen, die von vielen Nicht-Behavioristen fälschlicherweise für die einzige Form von Verstärkung gehalten wird. Verstärkung findet aber fast immer und überall auf natürlichem Wege statt und ist nur selten das Ergebnis eines bewussten Versuches, Verhalten gezielt zu modifizieren (Beier & Young, 1989). In aller Regel findet sie unbewusst statt; eine Bewusstheit darüber oder bestimmte Gefühle sind nicht erforderlich, damit sie geschieht. Natürliche Verstärker sind im täglichen Leben allenthalben zu finden, während künstliche Verstärker nur punktuell in Erscheinung treten. Einer Klientin einen „Smiley“ zu geben für das laute und vernehmliche Sprechen in einem nicht zu schnellen Tempo, ist willkürlich oder künstlich, das Nachlassen der Aufmerksamkeit der Therapeutin infolge des undeutlichen Sprechens findet hingegen natürlich statt. Künstliche

Verstärker können durchaus sehr wirksam sein in bestimmten restriktiven Settings (etwa in geschlossenen Einrichtungen), aber sie generalisieren nur schwer auf das tägliche Leben außerhalb dieser Settings. Klienten werden in ihrem Alltag wohl kaum Smileys oder ein Lob dafür erhalten, dass sie mit entschiedener Stimme ihre Bedürfnisse geltend machen. Folglich werden Klienten, die mit Smileys zu einem selbstsicheren Auftreten „dressiert“ wurden, auf das Leben jenseits des „Smiley-Settings“ nicht gut vorbereitet sein. Eine natürliche Verstärkung von selbstsicherem Verhalten könnte dagegen sein, dass die Therapeutin die vorgetragene Bedürfnisse ernst nehmen und ihnen gerecht zu werden versucht. Ein solcherart verstärktes Verhalten wird leichter auf den Alltag generalisieren, da die verstärkenden Reaktionen dort ähnlich sein werden. Die gezielte Anwendung von Verstärkern, z.B. die übermäßige Verwendung von Lob, kann dazu führen, dass diese von den Klienten als „künstlich“ und „unaufrichtig“ empfunden werden und damit ihre Wirkkraft verlieren (Ferster, 1972). Klienten erleben das geplante Setzen von Konsequenzen als manipulativ und neigen in der Folge zu Reaktanz (Skinner, 1953). Deshalb soll durch die Strukturierung der Therapie selbst ein Kontext geschaffen werden, die Verstärkung in Form von natürlichen, authentischen Reaktionen der Therapeutin erleichtert (Kohlenberg & Tsai, 1994).

FAP postuliert, dass interpersonelles Verhalten, das in der Sitzung durch natürliche Kontingenzen geformt wird, besser auf den Alltag generalisiert als Verhalten, das in Form von „Regeln“ vermittelt wurde (etwa: „Halte Augenkontakt!“). Regelgeleitetes Verhalten ist Verhalten, das durch verbale Beschreibungen von Reizen und Verstärkern kontrolliert wird. Das Befolgen von Regeln ermöglicht Verhaltensänderungen ohne direkten Kontakt zu den Folgen des Verhaltens und kann deshalb zu einer mangelnden Sensitivität für die tatsächlichen Kontingenzen, also zu einem Mangel an Achtsamkeit führen. (Eine sehr elaborierte Darstellung der Problematik regelgeleiteten Verhaltens findet sich bei Hayes, 1989.) Wenn Verhalten dagegen durch direkt erlebte Kontingenzen geformt wird, sind Menschen besser dazu in der Lage, ihr Verhalten den sich

verändernden Reizen der Umwelt anzupassen (Rosenfarb et al., 1993; Catania et al., 1982). Viele Verhaltensweisen können nur durch die wiederholte Erfahrung von Kontingenzen gelernt werden. Wenn Sie etwa Skifahren lernen wollen, werden sie es allein anhand der bloßen Lektüre von noch so guten Skilehrbüchern einfach nicht lernen. Sie müssen auf die Piste. FAP vermeidet es, allgemeine Regeln für angemessenes Sozialverhalten anzubieten, die bar einer Diskrimination der idiosynkratischen Reaktionen der Sozialpartner befolgt werden. FAP vertraut stattdessen auf natürliche Verstärkung und deren achtsame Wahrnehmung, so dass Klienten eine stärkere Bewusstheit für ihre eigenen Reaktionen und deren Bedingungen entwickeln und flexibel auf Veränderungen (z.B. in der Mimik oder Stimmlage ihres Gegenübers) reagieren können. FAP-Therapeuten sagen weniger, *wie* Klienten sich verhalten sollen, sondern sagen Klienten, *was* passiert, wenn sie sich so oder so verhalten: „Wenn Sie wie jetzt so offen über ihre Scham sprechen, habe ich das Gefühl, Ihnen wieder näher zu sein, und ich kann mich besser in ihre Situation einfühlen.“

Natürliche Verstärkung ist ubiquitär und unvermeidlich - im täglichen Leben wie in der Therapie. Verstärkung findet auch in Therapiesitzungen oft subtil und außerhalb des Bewusstseins der Therapeuten statt (Beier & Young, 1998; Frank, 1961). Ausgerechnet Forschung zur Wirkung von Carl Rogers klientenzentriertem, humanistischem Ansatz, der eine „bedingungslose“, also „kontingenzfreie“ Zuwendung propagiert, zeugt von der Unvermeidbarkeit und der Bedeutung kontingenter, „natürlicher“ Verstärkung in der Therapie. Als Truax (1966) Carl Rogers tatsächliches therapeutisches Vorgehen einer Prozessanalyse unterzog, zeigte sich, dass Verbesserungen in der Therapie mit einer differentiellen, wenngleich unabsichtlichen Verstärkung von verbessertem Klientenverhalten einhergingen. Die Ergebnisse legen nahe, dass selbst die Anwendung „nicht-direktiver“ Interventionen und „bedingungsloser Wärme“ nicht frei von Verstärkungsprozessen ist, auch wenn diese nicht beabsichtigt sind. Auch Interpretationen innerhalb der Psychoanalyse fungieren nolens volens als verbale Verstärker (Noblin et al., 1963).

FAP erkennt die Unvermeidlichkeit dieser Art von Einflussnahme durch Therapeuten an und ermutigt dazu, für subtile Verstärker achtsam zu werden und sie mit Vorbedacht zu nutzen, um peu a peu wirksameres interpersonelles Klientenverhalten zu formen (Shaping). Dabei stellt der Therapeut in Rechnung, „wo die Klientin gerade steht“, und verstärkt möglichst jede kleinschrittige, sukzessive Approximation an das Zielverhalten, auch wenn das aktuelle Sozialverhalten noch lange nicht hinreichend adaptiv ist. „Gewohnheit ist Gewohnheit. Man kann sie nicht einfach zum Fenster hinauswerfen. Sie muss Stufe um Stufe der Treppe abwärts gelockt werden“ (Mark Twain). Die therapeutische Beziehung bietet einen sicheren Ort an, an dem interpersonelles Verhalten geübt und allmählich adaptiver werden kann, bevor es sich im Alltag bewähren muss.

Sehr oft ist es hilfreich, wenn Therapeuten ihre innere Reaktionen auf das Klientenverhalten verbal explizieren und metakommunizieren. Dadurch können auch subtile Therapeuten-Reaktionen, die sonst von den Klienten nicht wahrgenommen werden würden, als Verstärker genutzt werden. Die Therapeutin macht dabei eine funktionale Analyse ihrer eigenen positiven und aversiven Reaktionen (Gefühle, Gedanken, Verhaltensimpulse, etc.) sowie der dazugehörigen Kontingenzen (v.a. Verhalten des Klienten) und versucht diese in einer ehrlichen und konstruktiven Weise zu vermitteln (z.B. Kohlenberg, 2000). So kann die Therapeutin etwa rückmelden: „Ich fühle mich gerade von Ihnen ausgeschlossen. Das scheint mir damit zusammenzuhängen, dass Sie im Gespräch keine Pausen zum Nachdenken machen. So bekomme ich den Eindruck, dass Sie vielleicht nicht richtig darüber nachdenken, was ich sage. ... Können Sie was mit der Rückmeldung anfangen?“ Jeremy Safran (2006; Safran & Muran, 2000; Safran & Zindel, 1990) hat solcherart Metakommunikation als eine interpersonelle „Achtsamkeit in Aktion“ beschrieben (s.a. Hick & Bien, 2008). Die funktionale Analyse des eigenen Erlebens in der Interaktion ist eine Methode zur Förderung intra- und interpersoneller Achtsamkeit. Gerade „bestrafende“ Interventionen dürfen sich aber nicht darin erschöpfen, den

negativen Impact des Klientenverhaltens auf die Therapeutin zu kommunizieren, sondern müssen von Prompts oder dem gemeinsamen Erarbeiten von alternativen und hilfreicherem Verhaltensweisen gefolgt werden, die bei ihrer späteren Anwendung von der Therapeutin wiederum natürlich verstärkt werden.

Zur Illustration: Als der Klient in der Therapiesitzung sehr laut klagt, bemerkt die Therapeutin, dass sie sich erschrecke, wenn er so laut mit ihr spräche, und das Bedürfnis spüre, innerlich einen Schritt zurückzugehen. Sie fragt den Klienten, ob er das beabsichtige. Als der Klient dies verneint, fragt die Therapeutin, was er sich denn für eine Reaktion gewünscht habe. Der Klient sagt, er habe vielmehr in seinem Leiden „gehört“ und ernst genommen werden wollen. Die Therapeutin bietet daraufhin dem Klienten an, gemeinsam nach Alternativen zum Lautwerden zu suchen, um dieses Ziel zu erreichen. Zum anderen weist die Therapeutin aber darauf hin, dass die Konsequenzen des Verhaltens zwar nicht mit den bewussten Absichten übereinstimmen müssen, aber dass unser Verhalten gleichwohl auch von seinen Konsequenzen gesteuert wird. Deshalb suchen der Klient und die Therapeutin nach möglichen „Vorteilen“ des Lautwerdens, wenn die Therapeutin oder andere sich daraufhin zurückziehen. Der Klient stellt fest, dass er Erleichterung spürt, wenn die Therapeutin oder andere ihm in solchen Situationen „in Ruhe lassen“ und nicht widersprechen und wenn er die anderen mit dem Lautwerden „wegstoßen“ kann, bevor er selbst „weggestoßen“ wird.

Regel 4: Beobachte die verstärkende Wirkung des Therapeutenverhaltens

Aus behavioraler Sicht kann alles, was Therapeuten sagen und tun, als die Präsentation dreierlei Arten von Stimuli gesehen werden: Verstärkend (resp. bestrafend oder löschend), diskriminativ (operant) oder hervorrufend (respondent) – jeweils als solches definiert in Abhängigkeit der spezifischen Wirkung, die das Therapeutenverhalten auf die Klienten ausübt (Kohlenberg et al.,

2009). Jedes Therapeutenverhalten kann eines oder mehrere dieser Funktionen gleichzeitig erfüllen. Fragt die Therapeutin etwa: „Wie nimmst du gerade unsere Beziehung wahr?“, dann kann diese Frage eine responsive Reaktion hervorrufen (z.B. Pulsbeschleunigung, Erröten, Schwitzen), die u.a. von der jeweiligen Lebens- und Lerngeschichte der Klientin abhängen wird. Die Frage kann eine diskriminative Funktion einnehmen und etwa signalisieren, dass es jetzt angezeigt ist, in sich hinein zu spüren und über die eigenen Gefühle und Wahrnehmungen zu sprechen. Das Verhalten kann aber auch das unmittelbar zuvor erfolgte Klientenverhalten verstärken oder bestrafen. Hat die Klientin etwa die Therapeutin gerade kritisch taxiert und empfindet sie die Frage als aversiv, weil sie Schamgefühle auslöst, dann wird das Taxieren bestraft und sich in Zukunft mit einer geringeren Wahrscheinlichkeit zeigen. Empfindet die Klientin die Frage dagegen als dankbare Gelegenheit, ihre Gefühle für die Therapeutin endlich zu offenbaren, wird das Taxieren verstärkt und in Zukunft tendenziell häufiger auftreten. Erst die zukünftige Veränderung der Häufigkeit des Taxierens kann bestimmen, ob die Therapeutenfrage eine verstärkende oder bestrafende Funktion einnahm. Der Köder muss schließlich dem Fisch schmecken und nicht dem Angler. Die einzige zuverlässige Art festzustellen, wie das Therapeutenverhalten auf die Klientin wirkt, ist also genau zu beobachten, ob das angezielte Verhalten in Häufigkeit und Intensität zu- oder abnimmt. Dabei kann es auch hilfreich sein, die Wirkung der Interventionen über begleitende Klientenmarker wie veränderte Mimik, Gestik und Stimmlage zu überprüfen (Kennedy-Moore & Watson, 1999). Regel 4 legt Therapeuten eine eingehende Selbstreflektion nahe, denn eine gesteigerte Bewusstheit hinsichtlich der eigenen Reaktionen geht Hand-in-Hand mit einer zunehmenden Bewusstheit der eigenen Wirkung auf die Klientin (Tsai et al., 2009). Auch gezielte Fragen, die nach einer Intervention folgen, können Hinweise zur Wirkung der Interaktion bieten. Dazu eignen sich direkte Fragen in der Art: „Wie haben Sie sich denn gerade gefühlt, als ich sagte, ich hätte den Eindruck, von Ihnen in den Schwitzkasten genommen zu werden?“ Oder: „Was meinen Sie: Wird

meine Antwort es in Zukunft wahrscheinlicher oder weniger wahrscheinlich machen, dass Sie mir von ihrer Wut auf mich erzählen?“

Bei einem günstigen Therapieverlauf werden infolge des erfolgreichen Shapings ursprüngliche CRB2s allmählich als CRB1s eingestuft und neue Zielverhaltensweisen (CRB2s) werden generiert, die noch näher an optimalem Zielverhalten angesiedelt sind (sukzessive Approximation). Zum Beispiel: Eine Klientin, die anfangs Konflikte durchgehend zu vermeiden sucht und deshalb ihre eigene Bedürfnisse negiert (ursprüngliches CRB1), beginnt, ihre Bedürfnisse zu äußern, allerdings spricht sie diese nur indirekt an und lenkt schnell wieder ein (ursprüngliches CRB2). Wenn das indirekte Ansprechen von Konflikten sich mit der Zeit konsolidiert, wird es indessen zum neuen CRB1 und ein direkteres und weniger schnell einlenkendes Konfliktverhalten avanciert zum neuen CRB2.

Regel 5: Interpretiere die Variablen, die das Verhalten beeinflussen (Funktionale Analyse)

FAP ist sowohl eine erlebnisorientierte als auch eine verbale Therapie und Klienten werden ermutigt, sowohl die therapeutische Beziehung bewusst zu erfahren, als auch darüber verbal zu reflektieren. Klienten werden angeregt, die Funktionalität ihres Verhaltens in Anbetracht der aktuellen kontrollierenden Variablen (S,K) sowie der eigenen historischen Variablen (EO) zu entdecken. Funktional analytische Gespräche sollen Klienten zu einer verbesserten interaktionellen Achtsamkeit in ihrem täglichen Beziehungsleben verhelfen, so dass die Fortschritte in der Therapie auf die Außeninteraktionen generalisieren. Eine funktional analytische Erklärung schließt die Lebensgeschichte der Klienten mit ein und erklärt, inwiefern es zu einem früheren Zeitpunkt durchaus adaptiv gewesen sein kann, sich so zu verhalten, wie sie es jetzt tun. Die Konsequenzen des Verhaltens müssen zwar nicht mit den eigenen bewussten Absichten übereinstimmen, gleichwohl wurde es von ähnlichen Konsequenzen anderer Personen in der Vergangenheit

verstärkt und hatte oder hat eine – womöglich noch verborgene – Funktionalität.

FAP-Therapeuten versuchen, jede Art von Klientenverhalten – sei es offenes motorisches Verhalten wie eine Veränderung in der Mimik oder Sprachmelodie, seien es die Inhalte des Gesprochenen, Gefühle oder gedankliche Assoziationen – sowie deren Einbettung in die therapeutische Interaktion wahrzunehmen. Nehmen wir als Beispiel einen depressiven Klienten, der unlängst von seiner Partnerin wegen fehlender Nähe verlassen wurde und das Problem beschreibt, keine Liebesbeziehung länger halten zu können. Nehmen wir an, dass wir, während er dieses Problem schildert, wahrnehmen können, wie er gerade Augenkontakt vermeidet und seine Körpersprache starr und „eingefroren“ wirkt. Die Ausführungen zu seinen Emotionen wirken abstrakt und wenig spezifisch und er berichtet mehr intellektualisierend und von begleitenden Gedanken als von erlebten Gefühlen. Sein inhaltlich z.T. drastisches Berichten von dysphorischen Verstimmungen wirkt inkongruent zum eher souveränen Erzählstil. Die Stimmqualität erscheint wenig fokussiert, eher „externalisierend“ (sensu Rice & Kerr, 1986): Er spricht schnell, mit kräftiger Stimme und fast ohne Unterbrechungen, die Erzählung wirkt „einstudiert“ und vorgeplant, als hätte er sie schon mehrfach wiederholt. Die Therapeutin fühlt sich „ausgeblockt“ und auf Abstand gehalten. Sie spürt den Impuls, den Klienten einfach reden zu lassen und ihn nicht mit Nachfragen „belästigen“. Nehmen wir nun an, dieses Klientenverhalten hätte sich verstärkt dann gezeigt, als die Therapeutin den Klienten eingehend zu seinen aktuellen Gefühlen gefragt hatte und versucht hatte, seinen Schmerz empathisch zu validieren. Viele der genannten Klientenmarker wirken wie Indikatoren emotionaler Vermeidung, als würde die Gefahr aversiver, verletzlicher Emotionen vermieden werden, indem eine intime Nähe zur Therapeutin vermieden wird. Eine gemeinsame funktionale Analyse mit dem Klienten würde nun neben den aktuellen auch die historischen Bedingungen (etablierende Operationen) in Rechnung stellen, die zu diesem Verhalten beigetragen haben könnten. Vielleicht erfahren wir, dass der Klient in der Vergangenheit oft von

nahen Menschen verletzt wurde, die ihn vorher geschätzt hatten, und dass das „Einfrieren“ und Intellektualisieren als „Prophylaxe“ dient, um eine vorweggenommene Enttäuschung abzumildern. Womöglich hat der Klient die Erfahrung gemacht, dass er intelligent wirken müsse, um die Anerkennung wichtiger Bezugspersonen aufrechtzuerhalten. Oder die empathische Zuwendung der Therapeutin könnte Ängste ausgelöst haben, die wahrgenommene Sympathie wieder zu verlieren, so dass er sich bemüht fühlt, möglichst unterhaltsam und wenig belastend zu erzählen, um es ihr „leicht“ zu machen und damit ihre Zuneigung aufrechtzuerhalten.

Eine Generalisierung von CRB2s kann durch die Vergabe von Hausaufgaben gefördert werden, bei denen CRB2s, die in der Therapie bereits erfolgreich angewandt werden, in Situationen mit Menschen ihres täglichen Lebens umgesetzt werden. Eine Gefahr bei solchen Hausaufgaben besteht freilich darin, dass der Therapeut nicht vorhersehen kann, wie die andere Personen auf das neue Klientenverhalten reagieren werden (Tsai et al., 2009). Dies gilt im Besonderen, wenn die CRB2 eine noch „unvollendete“ Annäherung an das Zielverhalten darstellt.

Auch das Feststellen von Parallelen zwischen Verhaltensweisen in der Therapie und Verhalten im Alltag leistet einer Generalisierung der Therapiefortschritte Vorschub und hilft zudem, CRBs zu identifizieren (Kanter et al., 2009). Potentielle CRBs, die aufgrund der Reaktionen der Therapeutin als Hypothese festgehalten werden, können überprüft werden, indem die Klientin gefragt wird: „Kommt das Ihnen bekannt vor? Gibt es andere Situationen in Ihrem Leben, in denen Sie ähnlich reagieren?“ Solche „Innen-Außen-Parallelen“ weisen darauf hin, dass eine Verhaltensweise im Alltag mit Verhalten in der Therapiesitzung korrespondieren kann. Eine Therapeutin, die feststellt, dass sie mit einem Klienten besonders bedächtig umgeht, könnte etwa sagen: „Ich fühle mich gerade sehr vorsichtig hinsichtlich der Worte, die ich wähle, so als könnte ich Sie leicht verletzen. Ich frage mich, ob Sie das auch schon bei anderen Menschen im Umgang mit Ihnen bemerkt haben. Ich würde gerne ermitteln, ob das nur meine persönliche Reaktion ist, oder ob das

mehr was Generelles ist.“ „Innen-Außen-Parallelen“ werden gezogen, wenn das Alltagsverhalten ein Pendant in der Therapieinteraktion aufzuweisen scheint. Zur Illustration der Arbeit mit „Innen-Außen“-Entsprechungen nehmen wir einen erwachsenen Klienten, der verschiedene fürsorgliche Verhaltensweisen des Vaters (z.B. dessen Bereitschaft, ihn bei sich wieder aufzunehmen, als der Klient seine Wohnung verlor) als „lieblose Erfüllung seiner Vaterpflichten“ abwertet. In einer späteren Stunde konfrontiert er den Therapeuten mit der Aussage, dass der Therapeut sich nicht wirklich für ihn interessiere, denn er säße nur mit ihm zusammen, weil er Geld dafür bekäme. Der Therapeut fragt ihn daraufhin: „Was fühlen Sie jetzt? Ist es ähnlich wie das, was Sie Ihrem Vater gegenüber fühlen?“ und „Könnte das, was gerade zwischen uns abläuft, eine Ähnlichkeit haben zu den Konflikten mit Ihrem Vater?“. Gerade hinsichtlich der Wahrnehmung von Verhaltensentsprechungen innerhalb und außerhalb der Therapie ist es wichtig, sich auf das Konzept der „Reaktionsklassen“ zu besinnen und zu bedenken, dass zwei dem äußeren Anschein nach sehr unterschiedliche Verhaltensweisen gleichwohl der selben Funktion dienen können.

DER FAP-THERAPEUT: EIN BEHAVIORIST IN HUMANISTISCH-PSYCHOANALYTISCHEM GEWAND - ODER UMGEKEHRT?

FAP ist eine Art prozeduraler Rahmen, der Heuristiken für das Evozieren sowie die Wahrnehmung, Verstärkung und Reflektion des Klientenverhaltens anbietet. Sehr unterschiedliche Techniken aus verschiedenen therapeutischen Traditionen können dabei zur Anwendung kommen. Diese werden eingesetzt in Abhängigkeit davon, ob die Probleme vorrangig regelgeleitet oder kontingenzgeformt sind, wodurch das Problemverhalten (CRB1) in der Sitzung hervorgerufen wird und welches spezifische Verhalten der Therapeutin als natürliche Verstärkung für das angestrebte Verhalten (CRB2) wirkt. FAP verfügt nicht über eigene Techniken oder konkrete Inhalte, die zu vermitteln wären. Sie ist vielmehr prozessorientiert, an dem

idiosynkratischen Einzelfall ausgerichtet und deshalb nicht „manualisierbar“. Dadurch wird eine empirische Evaluation indes zur Herausforderung. Bisher sind eine Vielzahl von Einzelfallstudien zur Wirksamkeit von FAP bei verschiedenen Störungen erschienen (z.B. Callaghan et al., 2003; López, 2003; Kohlenberg & Tsai, 1998; Kohlenberg & Vandenberghe, 2007; Vandenberghe, 2007; Vandenberghe et al., 2003). Gleichwohl liegt noch keine Evaluation von „reinem“ FAP mit einem randomisierten Kontrollgruppenvergleich vor. FAP kann aber nicht nur alleine angewandt werden, sondern sie wird häufig mit anderen Therapien kombiniert. Hier bieten sich aufgrund der theoretischen Affinität zu FAP vor allem die anderen Vertreter der „Radikal Behavioralen Psychotherapien“ (Kohlenberg et al., 1993) an wie die Akzeptanz- und Commitment Therapie (ACT; Kohlenberg & Callaghan, 2010), Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT; Waltz et al., 2010) oder Behavioral Activation (Busch et al., 2010; Kanter et al., 2009). Einzelfallstudien zur Kombination von FAP mit ACT (z.B. Baruch et al., 2009; Paul et al., 1999) oder mit DBT (z.B. Wagner, 2005) zeugen von potentiell sehr wirkungsvollen Therapiemengeln. Auch die Erweiterung von Kognitiver Therapie mit FAP (FECT: FAP-Enhanced Cognitive Therapy) zeigte in einer Gruppenstudie eine Steigerung der Wirkung gegenüber einer Kognitiven Therapie in Reinkultur (Kohlenberg et al., 2002).

FAP ist eine entschieden behaviorale Verhaltenstherapie, die sich aber, wenn sie in der Praxis beobachtet wird, mehr wie eine humanistisch-erlebnisorientierte oder psychodynamische Therapie ausnimmt und diesen in vielerlei Hinsicht ähnelt. Durch die Modifikation mancher Begrifflichkeiten scheinen FAP-Protagonisten die Nähe zu humanistischen Verfahren zu pointieren. So werden in neueren Publikationen die Regel 1 mit „Bewusstheit“, die Regel 2 mit „Mut“ und die Regel 3 mit „therapeutischer Liebe“ umschrieben (z.B. Tsai et al., 2009). Zugleich aber trägt FAP schwer am Ballast einer behavioristischen Diktion (z.B. „Reaktionsklassen“, „diskriminative Stimuli“, „arbiträre Verstärkung“, „etablierende Operationen“), die ihr im Grunde humanistisches Antlitz verschleiert und sie technokratisch erscheinen lässt. Gerade die eher technisch-

wissenschaftliche Sprache schreckt viele Menschen vorzeitig von der Anwendung einer behavioristischen Therapie ab. Zur Illustration: In einem Experiment zum Einfluss sprachlicher Darstellungen von therapeutischen Interventionen (Woolfolk et al., 1977) betrachteten Studenten ein Video über eine Schulstunde, in der eine Lehrerin, die Schüler mit Verhaltens- und Lernproblemen unterrichtete, Verstärkermethoden anwandte. Einer Gruppe wurde das Video als Demonstration einer Verhaltensmodifikation beschrieben, die auf Experimenten zur Verhaltenskontrolle von Tieren zurückgeführt wurde. Der zweiten Gruppe wurde das gleiche Video als ein Prototyp humanistischer Erziehung angeboten, bei der die Schüler durch die Anerkennung von Erfolgen zu einer verbesserten Selbsteinschätzung verholfen wurden. Die zweite Gruppe beurteilte die Lehrerin sympathischer, kompetenter und flexibler und schätzte die Lernmethode als effektiver ein als die erste Gruppe. Woolfolk und Kollegen (1977) plädierten in Anbetracht dieser Ergebnisse für eine Humanisierung der behavioristischen Sprache und den Verzicht auf technische und mechanistisch anmutende Begriffen (s.a. Eschenröder, 1994).

Die FAP Gründer, Robert Kohlenberg und Mavis Tsai (1991), betrachten FAP als eine Brücke zwischen der Psychoanalyse und der Verhaltenstherapie. Wie die Psychoanalyse nimmt FAP an, dass das problematische Beziehungsverhalten der Klienten auch im Kontext der Therapie in Erscheinung treten wird. Übertragungen sind allgegenwärtig und geschehen in einer Vielfalt alltäglicher sozialen Beziehungen (Andersen & Baum, 1994; Andersen & Cole, 1990; Andersen et al., 1995) und eben auch in der therapeutischen Beziehung (Connolly et al., 1996, Crits-Christoph et al., 1990). Trotz der augenscheinlichen Ähnlichkeit zu den tiefenpsychologischen Verfahren (zur Affinität von FAP und der psychodynamischen Control/Mastery Theorie der Mount Zion Gruppe siehe Steever, 1999) unterscheidet sich FAP von der traditionellen Psychoanalyse insofern, als dass sie sich mehr für die aktuell gelebten als für die vergangenen Beziehungen der Klienten interessiert und die therapeutische Beziehung als keine bloß reinszenierte oder metaphorische Relation,

sondern als eine authentische, lebendige, „real deal“ Beziehung apostrophiert (z.B. Rosenfarb, 2010). Eine Gefahr der Überbetonung der (Gegen-) Übertragung besteht darin, dass diese der Funktion dienen kann, einer genuinen Intimität und emotionalen Intensität in der Begegnung mit den Klienten auszuweichen (Cohen, 1996). Dagegen kann die Gestaltung einer echten und tiefgreifenden Beziehung Therapeuten ermöglichen, in Kontakt mit gerade denjenigen Gefühlen zu kommen, die mit höherer Wahrscheinlichkeit auch bei wichtigen Personen im Alltag der Klienten entstehen. FAP verlangt deshalb sehr viel von ihren Therapeuten: Sie müssen bereit sein, ihre Komfortzone zu verlassen, eindringliche, intime Beziehungen zu entwickeln und interpersonelle Risiken einzugehen. Sie müssen dem Zug emotionaler Vermeidung widerstehen und auch dort authentisch und präsent bleiben, wo ihnen selbst bange ist.

Gestehe deine verborgenen Schwächen ein.
Nähere dich dem, was du abstoßend findest.
Hilf denjenigen, denen du nicht helfen zu können glaubst.
Geh an die Orte, die du fürchtest.
(Ratschläge für die tibetische Yogini Machik Labdrön von ihrem Meister)

LITERATUR

- Andersen, S.M. & Baum, A.B. (1994). Transference in interpersonal relations: Inferences and affect based on significant-other representations. *Journal of Personality*, 62, 460-497.
- Andersen, S.M. & Cole, S.W. (1990). „Do I know you?“. The role of significant others in general social perception. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59, 384-399.
- Andersen, S.M., Glassmann, N.S., Chen, S., & Cole, S.W. (1995). Transference in social perception: The role of chronic accessibility in significant-other representations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 41-57.
- Atkinson, R.C. (1969). Information delay in human learning. *Journal of Verbal Learning and Verbal Behavior*, 8, 507-511.
- Backx, W. (2003). REBT as an intentional therapy. In W. Dryden (Ed.). *Rational Emotive Behavior Therapy: Theoretical developments* (pp. 55-76). New York: Brunner-Routledge.
- Barber, J.P., Connolly, M.B., Crits-Christoph, P., Gladis, L., & Siqueland, L. (2000). Alliance predicts patients' outcome beyond in-treatment change in symptoms. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 6, 1027-1032.
- Baruch, D.E., Kanter, J.W., Busch, A.M., Plummer, M.D., Tsai, M., Rusch, L.C., Landes, S.J., & Holman, G.I. (1999). Lines of evidence in support of FAP. In M. Tsai, R.J. Kohlenberg, J.W. Kanter, B. Kohlenberg, W.C. Follette, & G.M. Callaghan. *A guide to Functional Analytic Psychotherapy: Awareness, courage, love, and behaviorism* (pp. 21-36). New York: Springer.
- Beier, E.G. & Young, D. (1989). *The silent language of psychotherapy: Social reinforcement of unconscious processes*. Chicago: Aldine.
- Busch, A.M., Manos, R.C., Rusch, L.C., Bowe, W.M., & Kanter, J.W. (2010). FAP and Behavioral Activation. In J.W. Kanter, M. Tsai, & R.J. Kohlenberg (Eds.). *The practice of Functional Analytic Psychotherapy* (pp. 65-82). New York: Springer.

- Callaghan, G.M. (2006). The Functional Idiographic Assessment Template (FIAT) System: For use with interpersonally-based interventions including Functional Analytic Psychotherapy (FAP) and FAP-enhanced treatments. *The Behavior Analyst Today*, 7, 357-398.
- Callaghan, G.M., Summers, C.J., & Weidman, M. (2003). The treatment of histrionic and narcissistic personality disorder behaviors: A single-subject demonstration of clinical effectiveness using Functional Analytic Psychotherapy. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 33, 321-339.
- Castonguay, L.G., Hayes, A.M., Goldfried, M.R., & DeRubeis, R.J. (1995). The focus of therapist interventions in cognitive therapy for depression. *Cognitive Therapy and Research*, 19, 485-503.
- Castonguay, L.G., Schut, A.J., Aikins, D., Constantino, M.J., Laurendeau, J.P., Boloth, L., & Burns, D.D. (2004). Integrative cognitive therapy: A preliminary investigation. *Journal of Psychotherapy Integration*, 14, 4-20.
- Catania, A.C., Matthews, A.A., & Shimoff, E. (1982). Instructed versus shaped human verbal behavior: Interactions with nonverbal responding. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 38, 233-248.
- Chiesa, M. (1994). *Radical behaviorism: The philosophy and the science*. Sarasota, FL: Authors Cooperative.
- Cohen, S.J. (1996). Love between therapist and patient: A review. *American Journal of Psychotherapy*, 50, 14-27.
- Connolly, M.B., Crits-Christoph, P., Demorest, A., Azarian, K., Muenz, L., & Chittams, J. (1996). Varieties of transference patterns in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1213-1221.
- Cordova, J.V. & Kohlenberg, R.J. (1994). Acceptance and the therapeutic relationship. In S.C. Hayes, N.S. Jacobson, V.M. Follette & M.J. Dougher (Eds.). *Acceptance and change: Content and context in psychotherapy* (pp. 125-140). Reno, NV: Context.
- Cordova, J.V. & Scott, R.L. (2001). Intimacy: A behavioral interpretation. *The Behavior Analyst*, 24, 75-86.
- Crits-Christoph, P., Demorest, A., & Connolly, M.B. (1990). Quantitative assessment of interpersonal themes over the course of a psychotherapy. *Psychotherapy*, 27, 513-521.
- Dougher, M.J. (2000). *Clinical Behavior Analysis*. Reno, NV: Context.
- Elliott, R., Watson, J.C., Goldman, R.N., & Greenberg, L.S. (2008). *Praxishandbuch der Emotions-Fokussierten Therapie: Einführung in die prozess- und erlebensorientierte Psychotherapie mit genauer Beschreibung der Vorgehensweise*. München: CIP-Medien.
- Ellis, A. (1997). *Grundlagen und Methoden der Rational-Emotiven Verhaltenstherapie*. München: Pfeiffer.
- Eschenröder, C.T. (1994). Über die schriftliche Darstellung der verhaltenstherapeutischen Praxis. *Verhaltenstherapie*, 4, 112-115.
- Farmer, R.F. & Chapman, A.L. (2008). *Behavioral interventions in cognitive behavior therapy: Practical guidance for putting theory into action*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Ferster, C.B. (1967). Arbitrary and natural reinforcement. *Psychological Record*, 22, 1-16.
- Ferster, C.B. (1972). Clinical reinforcement. *Seminars in Psychiatry*, 4, 101-111.
- Ferster, C.B. (1973). A functional analysis of depression. *American Psychologist*, 28, 857-870.
- Fiedler, P. (2001). *Persönlichkeitsstörungen*. Weinheim: Beltz / PVU.
- Foa, E.B., & Rothbaum, B.O. (1998). *Treating the trauma of rape: Cognitive behavioral therapy for PTSD*. New York: Guilford.
- Follette, W.C., Naugle, A.E., & Linnerooth, P.J.N. (2000). Functional alternatives to traditional assessment and diagnosis. In M.J. Dougher (Ed.). *Clinical Behavior Analysis* (pp. 99-125). Reno, NV: Context.
- Gabbard, G.O. & Westen, D. (2003). Rethinking therapeutic action. *International Journal of Psychoanalysis*, 84, 823-841.
- Gifford, E. V. & Hayes, S. C. (1999). Functional contextualism: A pragmatic philosophy for behavioral science. In W. O'Donohue & R. Kitchener (Eds.). *Handbook of behaviorism* (pp. 285-327). San Diego: Academic Press.
- Gilbert, P. & Leahy, R.L. (Eds.) (2007). *The therapeutic relationship in the cognitive behavioral psychotherapies*. London: Routledge.
- Goldfried, M.G. (1985). In vivo intervention or transference? In W. Dryden (Ed.). *Therapist dilemmas* (pp. 71-94). London: Harper & Row.
- Goldfried, M.R., Burckell, L.A., Eubanks-Carter, C. (2003). Therapist self-disclosure in Cognitive-Behavior Therapy. *Journal of Clinical Psychology*, 59, 555-568.
- Goldfried, M.R., Castonguay, L.G., Hayes, A.M., Drozd, J.F., & Shapiro, D.A. (1997). A comparative analysis of the therapeutic focus in cognitive-behavioral and psychodynamic-interpersonal sessions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 740-748.
- Hayes, S.C. (1989). *Rule-governed behavior: Cognition, contingencies, and instructional control*. New York: Kluwer Academic / Plenum.

- Hayes, S.C., Barnes-Holmes, D., & Roche, B. (Eds.) (2001). *Relational frame theory: A post-Skinnerian account of human language and cognition*. New York: Plenum.
- Hayes, S.C., Follette, V.M., & Linehan, M.M. (2004). *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive-behavioral tradition*. New York: Guilford.
- Hayes, S.C., Hayes, L.J., Reese, H.W., & Sarbin, T.R. (Eds.) (1993). *Varieties of scientific contextualism*. Reno, NV: Context.
- Hayes, S.C., Jacobson, N.S., Follette, V.M., & Dougher, M.J. (Eds.) (1994). *Acceptance and change: Content and context in psychotherapy*. Reno, NV: Context.
- Hayes, S.C., Strosahl, K.D., & Wilson, K.G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford.
- Hick, S.F. & Bien, T. (Eds.) (2008). *Mindfulness and the therapeutic relationship*. New York: Guilford.
- Hockman, C.H., & Lipsitt, L.P. (1961). Delay-of-reward gradients in discrimination learning with children for two levels of difficulty. *Journal of Comparative and Physiological Psychology*, 54, 24-27.
- Horvath, A.O. (2001). The alliance. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38, 365-372.
- Jacobson, N.S. (1994). Behavior therapy and psychotherapy integration. *Journal of Psychotherapy Integration*, 4, 105-119.
- Jacobson, N.S. & Christensen, A. (1998). *Acceptance and change in couple therapy: A therapist's guide to transforming relationships*. New York: Norton.
- Janoff-Bulman, R. (1979). Characterological versus behavioral self-blame: Inquiries into depression and rape. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37, 1798-1809.
- Kanter, J.W., Busch, A.M., & Rusch, L.C. (2009). *Behavioral Activation: Distinctive features*. London: Routledge.
- Kanter, J.W., Schildcrout, J.S., & Kohlenberg, R.J. (2005). In vivo process in cognitive therapy for depression: Frequency and benefits. *Psychotherapy Research*, 15, 366-373.
- Kanter, J.W., Weeks, C.E., Bonow, J.T., Landes, S.J., Callaghan, G.M., & Follette, W.C. (2009). Assessment and case conceptualization. In M. Tsai, R.J. Kohlenberg, J.W. Kanter, B. Kohlenberg, W.C. Follette, & G.M. Callaghan. *A guide to Functional Analytic Psychotherapy: Awareness, courage, love, and behaviorism* (pp. 37-59). New York: Springer.
- Kennedy-Moore, E. & Watson, J.C. (1999). *Expressing emotions: Myths, realities, and therapeutic strategies*. New York: Guilford.
- Klein, D.F. (1974). Endogenomorphic depression. *Archives of General Psychiatry*, 31, 447-454.
- Kohlenberg, B.S. (2000). Emotion and the relationship in psychotherapy: A behavior analytic perspective. In M.J. Dougher (Ed.). *Clinical Behavior Analysis* (pp. 271-289). Reno, NV: Context.
- Kohlenberg, B.S. & Callaghan, G.M. (2010). FAP and Acceptance and Commitment Therapy (ACT): Similarities, divergence, and integration. In: J.W. Kanter, M.Tsai, & R.J. Kohlenberg (Eds.), *The practice of Functional Analytic Psychotherapy* (pp. 31-46). New York: Springer.
- Kohlenberg, B.S., Yeater, E.A., & Kohlenberg, R.J. (1998). Functional Analytic Psychotherapy, the therapeutic alliance, and brief psychotherapy. In J.D. Safran & J.C. Muran (Eds.). *The therapeutic alliance in brief psychotherapy* (pp. 63-93). Washington, DC: American Psychological Association.
- Kohlenberg, R.J., Hayes, S.C., & Tsai, M. (1993). Radical Behavioral Psychotherapy: Two contemporary examples. *Clinical Psychology Review*, 13, 579-592.
- Kohlenberg, R.J., Kanter, J.W., Bolling, M.Y., Parker, C., & 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., Kohlenberg, B.S., & Tsai, M. (2009). Intimacy. In M. Tsai, R.J. Kohlenberg, J.W. Kanter, B. Kohlenberg, W.C. Follette, & G.M. Callaghan, *A guide to Functional Analytic Psychotherapy: Awareness, courage, love, and behaviorism* (pp. 131-144). New York: Springer.
- Kohlenberg, R.J. & Tsai, M. (1987). Functional Analytic Psychotherapy. In N.S. Jacobson (Ed.). *Psychotherapists in clinical practice. Cognitive and behavioral perspectives* (pp. 388-444). New York: Guilford.
- Kohlenberg, R.J. & Tsai, M. (1991). *Functional Analytic Psychotherapy: Creating intense and curative therapeutic relationships*. New York: Plenum.
- Kohlenberg, R.J. & Tsai, M. (1993). Hidden meaning: A behavioral approach. *The Behavior Therapist*, 16, 80-82.
- Kohlenberg, R.J. & Tsai, M. (1994). Functional Analytic Psychotherapy: A radical behavioral approach to treatment and integration. *Journal of Psychotherapy Integration*, 4, 175-201.

- Kohlenberg, R.J. & Tsai, M. (1998). Healing interpersonal trauma with the intimacy of the therapeutic relationship. In V.M. Follette, J.I. Ruzek, & F.R. Abueg (Eds.), *Cognitive-behavioral therapies for trauma* (pp. 305-320). New York: Guilford.
- Kohlenberg, R.J., Tsai, M., & Kanter, J.W. (2009). What is Functional Analytic Psychotherapy? In M. Tsai, R.J. Kohlenberg, J.W. Kanter, B. Kohlenberg, W.C. Follette, & G.M. Callaghan. *A guide to Functional Analytic Psychotherapy: Awareness, courage, love, and behaviorism* (pp. 1-19). New York: Springer.
- Kohlenberg, R.J., Tsai, M., Kanter, J.W., Parker, C.R. (2009). Self and mindfulness. In M. Tsai, R.J. Kohlenberg, J.W. Kanter, B. Kohlenberg, W.C. Follette, & G.M. Callaghan. *A guide to Functional Analytic Psychotherapy: Awareness, courage, love, and behaviorism* (pp. 103-130). New York: Springer.
- Kohlenberg, R.J. & Vandenberghe, L. (2007). Treatment resistant OCD, inflated responsibility, and the therapeutic relationship: Two case samples. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 80, 455-465.
- Linehan, M.M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford.
- López, F.J.C. (2003). Jealousy: A case of application of Functional Analytic Psychotherapy. *Psychology in Spain*, 7, 86-98.
- Mahalik, J.R., Van Ormer, E.A., & Simi, N.L. (2000). Ethical issues in using self-disclosure in feminist therapy. In M. Brabeck (Ed.). *Practicing feminist ethics in psychology* (pp. 189-201). Washington, DC: American Psychological Association.
- Martell, C.R., Addis, M.E., & Jacobson, N.S. (2001). *Depression in context: Strategies for guided action*. New York: Norton.
- Martin, D.J., Garske, J.P., & Davis, M.K. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 438-450.
- Michael, J. (1993). Establishing operations. *The Behavior Analyst*, 16, 191-206.
- Morf, M.E. (1998). Sartre, Skinner, and the compatibilist freedom to be authentically. *Behavior and Philosophy*, 26, 29-43.
- Moore, J. (1981). On mentalism, methodological behaviorism, and radical behaviorism. *Behaviorism*, 9, 55-77.
- Morris, E.K. (1991). The contextualism that is behaviour analysis: An alternative to cognitive psychology. In A. Still & A. Costall (Eds.). *Against cognitivism: Alternative foundations of cognitive psychology* (pp. 123- 149). London: Harvester Wheatsheaf.
- Nobiln, C., Timmons, E., & Reynard, M. (1963). Psychoanalytic interpretations as verbal reinforcers: Importance of interpretation content. *Journal of Clinical Psychology*, 19, 479-481.
- Paul, R.H., Marx, B.P., Orsillo, S.M. (1999). Acceptance-based psychotherapy in the treatment of an adjudicated exhibitionist: A case example. *Behavior Therapy*, 30, 149-162.
- Pepper, S.C. (1957). *World hypothesis*. Berkeley: University of California.
- Renner, K.E. (1964). Delay of reinforcement: A historical review. *Psychological Bulletin*, 61, 341-361.
- Robitschek, C.G. & McCarthy, P.R. (1991). Prevalence of counselor self-reference in the therapeutic dyad. *Journal of Counseling & Development*, 69, 218-221.
- Rosenfarb, I.S. (2010). FAP and psychodynamic therapies. In J.W. Kanter, M.Tsai, & R.J. Kohlenberg (Eds.). *The practice of Functional Analytic Psychotherapy* (pp. 83-95). New York: Springer.
- Rosenfarb, I.S., Burker, E.J., Morris, S.A., & Cush, D.T. (1993). Effects of changing contingencies on the behavior of depressed and nondepressed individuals. *Journal of Abnormal Psychology*, 102, 642-646.
- Rosenfarb, I.S., Hayes, S.C., & Linehan, M.M. (1989). Instructions and experiential feedback in the treatment of social skills deficits in adults. *Psychotherapy*, 26, 242-251.
- Russell, P.L. & Brandsma, J.M. (1974). A theoretical and empirical integration of the rational emotive and classical conditioning theories. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42, 389-397.
- Sachse, R. (2010). *Persönlichkeitsstörungen verstehen: Zum Umgang mit schwierigen Klienten*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Safran, J.D. (2006). Achtsamkeit und interaktionelle Ablaufmuster in der Psychoanalyse. *Psychotherapie im Dialog*, 7, S. 244-251
- Safran, J.D. & Muran, J.C. (1995). Resolving therapeutic alliance ruptures: Diversity and integration. *In Session: Psychotherapy in Practice*, 1, 1-12.
- Safran, J.D. & Muran, J.C. (2000). *Negotiating the therapeutic alliance: A relational treatment guide*. New York: Guilford.
- Safran, J.D. & Zindel, S. (1990). *Interpersonal process in cognitive therapy*. Lanham: Jason Aronson.

- Schneider, N. (2006). Akzeptanz-basierte Suchttherapie (ABS): Konzept und Anwendung. *Zeitschrift für Rational-Emotive & Kognitive Verhaltenstherapie*, 17, 5-41.
- Scholz, W.-U. (2005). Skinner und die Funktional-Analytische Therapie. *Verhaltenstherapie & Psychosoziale Praxis*, 4, 753-768.
- Segrin, C. (2001). *Interpersonal processes in psychological problems*. New York: Guilford.
- Sidman, M. (1994). *Equivalence relations and behavior: A research story*. Boston: Authors Cooperative.
- Skinner, B.F. (1953). *Science and human behavior*. New York: Macmillan.
- Skinner, B.F. (1957). *Verbal behavior*. New York: Appleton-Century-Crofts.
- Skinner, B.F. (1982). Contrived reinforcement. *The Behavior Analyst*, 5, 3-8.
- Skinner, B.F. (1989). The origins of cognitive thought. *Recent Issues in the Analysis of Behavior* (Chapter 1). Merrill Publishing Company.
- Stever, E.E. (1999). The integration of psychodynamic and behavior therapies revisited: Approaching rapprochement? Implications for theory and practice. *Journal of Mental Health*, 8, 583-596.
- Stricker, J.M., Miltenberger, R.G., & Garlinghouse, M. (2003). Augmenting stimulus intensity with an awareness enhancement device in the treatment of finger sucking. *Education and Treatment of Children*, 26, 22-29.
- Tarpy, R.M. & Sawabini, F.L. (1974). Reinforcement delay: A selective review of the last decade. *Psychological Bulletin*, 81, 984-997.
- Truax, C.B. (1966). Reinforcement and nonreinforcement in Rogerian Psychotherapy. *Journal of Abnormal Psychology*, 71, 1-9.
- Tsai, M., Kohlenberg, R.J., Kanter, J.W., Kohlenberg, B., Follette, W.C., & Callaghan, G.M. (2009). *A guide to Functional Analytic Psychotherapy*. New York: Springer.
- 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. *A guide to Functional Analytic Psychotherapy: Awareness, courage, love, and behaviorism* (pp. 61-102). New York: Springer.
- Tsai, M., Plummer, M.D., Kanter, J.W., Newring, R.W., & Kohlenberg, R.J. (2010). Therapist grief and Functional Analytic Psychotherapy: Strategic self-disclosure of personal loss. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 40, 1-10.
- Vandenbergh, L. (2007). Functional Analytic Psychotherapy and the treatment of obsessive compulsive disorder. *Counseling Psychology Quarterly*, 20, 105-114.
- Vandenbergh, L., Ferro, C.L.B., Furtado da Cruz, A.C. (2003). FAP-enhanced group therapy for chronic pain. *The Behavior Analyst Today*, 4, 369-375.
- Wagner, A.W. (2005). A behavioral approach to the case of Ms. S. *Journal of Psychotherapy Integration*, 15, 101-114.
- Waltz, J., Landes, S.J., & Holman, G.I. (2010). FAP and Dialectical Behavior Therapy (DBT). In J.W. Kanter, M. Tsai, & R.J. Kohlenberg (Eds.). *The practice of Functional Analytic Psychotherapy* (pp. 47-64). New York: Springer.
- Woods, D.W. & Kanter, J.W. (Eds.) (2007). *Understanding behavior disorders: A contemporary behavioral perspective*. Reno, NV: Context.
- Woolfolk, A.E., Woolfolk, R.L., & Wilson, G.T. (1977). A rose by any other name ...: Labeling bias and attitudes toward behavior modification. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 45, 184-191.

Zum Autor

Norbert Schneider, Dipl.-Psychologe, Dipl.-Sozialpädagoge (FH), Psychologischer Psychotherapeut (Verhaltenstherapie), tätig in eigener Praxis, Dozent in der Ausbildung von Therapeuten. Interessensschwerpunkte: Akzeptanzbasierte und interpersonelle Verhaltenstherapien (v.a. ACT, FAP), humanistisch-erlebnisorientierte Therapien, die therapeutische Beziehung, Achtsamkeit.