

فهرست

۲۵	سازمان فصل‌ها	۹	سخن مترجم
۲۵	تاریخ یا سابقه	۱۱	مقدمه مؤلف
۲۶	نظریه‌های شخصیت		
۲۶	نظریه روان‌درمانی		
۲۷	اختلالات روان‌شناختی		مقدمه
۳۵	روان‌درمانی کوتاه‌مدت		۱۳
۳۶	روندهای فعلی و نوآوری‌ها		
۳۶	استفاده از یک نظریه در کنار نظریه‌های دیگر	۱۴	نظریه
۳۶	تحقیق	۱۵	دقت و صراحت
۳۸	موضوعات جنسیتی	۱۵	جامع بودن
۳۹	موضوعات چند فرهنگی	۱۶	آزمون‌پذیری
۴۰	زوج‌درمانی و خانواده‌درمانی	۱۶	مفید بودن
۴۰	گروه‌درمانی	۱۶	روان‌درمانی و مشاوره
۴۱	اصول اخلاقی	۱۸	نظریه‌های روان‌درمانی و مشاوره
۴۱	نظریه روان‌درمانی و مشاوره من		روانکاوی: سابق، ایگو، روابط مَحْمَلی و
۴۱	نظریه شما در مورد روان‌درمانی و مشاوره	۲۰	روان‌شناسی خود
۴۲	منابع	۲۱	تحلیل و درمان یونگی
		۲۱	درمان آدلری
		۲۱	درمان وجودگرا
		۲۲	درمان شخص‌محور
		۲۲	گشتالت‌درمانی
		۲۲	رفتاردرمانی
		۲۲	رفتاردرمانی عقلانی هیجانی
		۲۳	شناخت‌درمانی
		۲۳	واقعیت‌درمانی
		۲۳	درمان فمینیستی
		۲۴	درمان نظام‌های خانواده
		۲۴	سایر رویکردها
	۲ روانکاوی: سابق، ایگو، روابط مَحْمَلی و روان‌شناسی خود		
	۴۳		
۴۵	تاریخ روانکاوی	۲۳	
۵۰	نظریه سابق فروید	۲۳	
۵۱	سابق و غرایز	۲۳	
۵۲	سطوح هشیاری	۲۴	
۵۳	ساختار شخصیت	۲۴	

نظریه‌های روان‌درمانی و مشاوره

۱۰۴	نظریه شخصیت	۵۵	مکانیسم‌های دفاعی
۱۰۵	سطوح هشیاری	۵۷	مراحل رشد روانی جنسی
۱۰۷	کهن‌الگوها	۶۰	روان‌شناسی ایگو
۱۱۱	مواضع و کارکردهای شخصیتی	۶۰	آنا فروید
۱۱۳	انرژی روانی	۶۱	هاینر هارتمن
۱۱۶	تحول شخصیت	۶۲	اریک اریکسون
۱۱۷	تحلیل و درمان یونگی	۶۴	روان‌شناسی روابط مَحْمِلی
۱۱۸	اهداف درمان	۶۵	مارگارت ماهرلر
۱۱۸	تحلیل، درمان و مشاوره	۶۸	دونالد وینیکات
۱۱۹	سنجش	۷۰	اتو کربنبرگ
۱۲۱	رابطه درمانی	۷۲	روان‌شناسی خود کوهات
۱۲۲	مراحل درمان	۷۶	رویکردهای روانکاوانه به درمان
۱۲۲	رؤیاهای و تحلیل	۷۶	هدف‌های درمان
۱۲۵	تخیل فعال	۷۷	سنجش
۱۲۶	فنون دیگر	۷۸	روانکاوی، روان‌درمانی و مشاوره روانکاوانه
۱۲۶	اختلالات روانی	۷۸	تداعی آزاد
۱۲۷	روان‌رنجوری اضطرابی	۷۹	خنثی بودن و همدلی
۱۲۸	اختلال وسواس فکری – اجبار عملی	۷۹	مقاومت
۱۲۹	افسردگی	۸۰	تفسیر
۱۳۰	اختلالات روان‌پریشانه	۸۰	تفسیر رؤیاهای
۱۳۱	درمان کوتاه‌مدت	۸۲	تفسیر و تحلیل انتقال
۱۳۱	منابع	۸۳	انتقال متقابل
		۸۳	اختلالات روانی
		۸۴	درمان هیستری
		۸۶	اضطراب دوران کودکی
		۸۸	اختلالات مرزی
		۹۱	درمان کوتاه‌مدت
		۹۱	روان‌درمانی با محدودیت زمانی مان
		۹۲	درمان کوتاه‌مدت سیفونوس
		۹۲	منابع
			<hr/>
			۳ تحلیل و درمان یونگی
			۹۷
			<hr/>
		۹۸	تاریخ درمان و تحلیل یونگی
			<hr/>
			۴ درمان و مشاوره آدلری
			۱۳۷
			<hr/>
			تاریخ نظریه آدلر
۱۳۸			
۱۴۱	عوامل مؤثر بر روان‌شناسی و درمان آدلری	۹۱	
۱۴۲	نظریه آدلر در مورد شخصیت	۹۲	
۱۴۳	سبک زندگی	۹۲	
۱۴۴	علاقه اجتماعی		
۱۴۵	حقارت و برتری		
۱۴۷	ترتیب تولد		
۱۴۸	نظریه درمان و مشاوره آدلری		
۱۴۸	هدف‌های درمان و مشاوره		

۱۹۴	اختلال وسواس فکری - اجبار عملی	۱۴۹	رابطه درمانی
۱۹۵	درمان کوتاه مدت	۱۵۱	سنجش و تحلیل
۱۹۶	مشاوره و روان‌درمانی گروهی	۱۵۶	بینش و تفسیر
۱۹۶	منابع	۱۵۷	جهت‌گیری دوباره
<hr/>		۱۶۲	اختلالات روانی
<hr/>		۱۶۲	اضطراب فراگیر
<hr/>		۱۶۳	اختلالات خوردن
<hr/>		۱۶۴	درمان کوتاه مدت
<hr/>		۱۶۵	منابع
<hr/>		درمان وجودی	
<hr/>		۱۶۹	
<hr/>		تاریخ تفکر وجودی	
<hr/>		۱۷۰	فلاسفه وجودی
<hr/>		۱۷۱	بنیان‌گذاران روان‌درمانی وجودی
<hr/>		۱۷۴	نویسندگان معاصر روان‌درمانی وجودی
<hr/>		۱۷۵	نظریه شخصیتی وجودی
<hr/>		۱۷۷	بودن در این دنیا
<hr/>		۱۷۸	سه شیوه بودن
<hr/>		۱۷۹	زمان و بودن
<hr/>		۱۸۰	اضطراب
<hr/>		۱۸۲	زندگی و مرگ
<hr/>		۱۸۲	آزادی، مسئولیت‌پذیری و انتخاب
<hr/>		۱۸۳	انزوا و عشق
<hr/>		۱۸۵	معنا و بی‌معنایی
<hr/>		۱۸۶	تعالی نفس
<hr/>		۱۸۷	تلاش برای اصالت
<hr/>		۱۸۸	روان‌درمانی وجودی
<hr/>		۱۸۹	اهداف روان‌درمانی وجودی
<hr/>		۱۸۹	روان‌درمانی و مشاوره وجودی
<hr/>		۱۹۰	سنجش
<hr/>		۱۹۱	استفاده از آزمون‌های عینی و فرافکن
<hr/>		۱۹۲	اختلالات روانی
<hr/>		۱۹۳	افسردگی
<hr/>		۱۹۳	
<hr/>		۱۹۳	

۲۰۱	درمان شخص محور	۲۰۳	تاریخ درمان شخص محور
۲۰۱		۲۰۸	نظریه شخصیتی شخص محور
<hr/>		۲۰۹	رشد روانی
<hr/>		۲۰۹	رشد و شرطی شدن
<hr/>		۲۱۱	حرمت نفس و روابط
<hr/>		۲۱۱	شخص خودشکوفا
<hr/>		۲۱۲	نظریه روان‌درمانی شخص محور
<hr/>		۲۱۲	هدف‌ها
<hr/>		۲۱۳	سنجش
<hr/>		۲۱۳	شروط لازم و کافی برای تغییر مراجع
<hr/>		۲۱۵	تجربه مراجع در حین درمان
<hr/>		۲۱۶	اختلالات روانی
<hr/>		۲۱۶	اختلال مرزی
<hr/>		۲۱۸	اسکیزوفرنی
<hr/>		۲۱۹	درمان کوتاه مدت
<hr/>		۲۲۰	روندهای فعلی و نوآوری‌ها
<hr/>		۲۲۰	رویکرد تمرکزی گندلین
<hr/>		۲۲۱	منابع
<hr/>		گشتالت‌درمانی	
<hr/>		۲۲۵	
<hr/>		۲۲۷	تاریخ گشتالت‌درمانی
<hr/>		۲۲۹	عوامل مؤثر در پیدایش گشتالت‌درمانی
<hr/>		۲۳۲	نظریه گشتالتی شخصیت
<hr/>		۲۳۲	روان‌شناسی گشتالت و گشتالت‌درمانی

نظریه‌های روان‌درمانی و مشاوره

۲۷۶	حساسیت‌زدایی منظم	۲۳۴	تماس
۲۸۰	غرقه‌سازی‌های تجسمی	۲۳۵	مرزهای تماس
۲۸۱	درمان‌های واقعی	۲۳۶	اختلالات مرزهای تماس
۲۸۳	فنون الگوبرداری	۲۳۸	آگاهی
	آموزش تعلیم به‌خود: رویکرد شناختی - رفتاری	۲۴۰	حال
۲۸۳	رفتاری	۲۴۱	نظریه روان‌درمانی گشتالتی
	مایه‌کوبی علیه استرس: رویکرد شناختی - رفتاری	۲۴۱	هدف‌های درمان
۲۸۴	رفتاری	۲۴۳	مشاوره و روان‌درمانی گشتالتی
۲۸۶	اختلالات روانی	۲۴۳	تغییر درمان‌بخش
۲۸۶	افسردگی	۲۴۴	بالا بردن آگاهی
۲۸۷	اختلال اضطراب فراگیر	۲۵۰	اختلالات روانی
۲۸۹	اختلال مرزی	۲۵۰	افسردگی
۲۸۹	درمان کوتاه‌مدت	۲۵۲	مورد روان تنی کاذب
۲۹۰	روندهای فعلی و نوآوری‌ها	۲۵۳	درمان کوتاه‌مدت
۲۹۱	حساسیت‌زدایی با حرکت چشم	۲۵۴	خانواده‌درمانی
۲۹۱	طب رفتاری	۲۵۵	منابع
۲۹۲	منابع		

۹ رفتاردرمانی عقلانی هیجانی
۲۹۷

۲۹۹	تاریخ رفتاردرمانی عقلانی هیجانی
	نظریه شخصیتی رفتاردرمانی عقلانی هیجانی
۳۰۲	دیدگاه‌های فلسفی
۳۰۲	عوامل بنیادی در نظریه رفتارعقلانی هیجانی
۳۰۴	نظریه A-B-C رفتار عقلانی هیجانی در
۳۰۶	باب شخصیت
۳۰۹	نظریه روان‌درمانی رفتار عقلانی هیجانی
۳۱۰	هدف‌های درمان
۳۱۰	سنجش
۳۱۱	رویکرد درمانی A-B-C-D-E
۳۱۱	اختلالات روانی
۳۱۲	اختلال اضطرابی
۳۱۵	سوء مصرف الکل و مواد مخدر

۸ رفتاردرمانی
۲۵۹

۲۶۰	تاریخ رفتاردرمانی
۲۶۱	شرطی‌سازی کلاسیک
۲۶۳	شرطی‌سازی کنشگر
۲۶۴	نظریه یادگیری اجتماعی
۲۶۶	نظریه رفتاری شخصیت
۲۶۷	تقویت مثبت
۲۶۸	خاموشی
۲۶۹	تعمیم
۲۶۹	تمیز
۲۷۰	شکل‌دهی
۲۷۰	یادگیری مشاهده‌ای
۲۷۲	نظریه‌های رفتاردرمانی
۲۷۳	اهداف رفتاردرمانی
۲۷۳	سنجش رفتاری
۲۷۶	رویکرد کلی درمان

۳۶۸	انتخاب رفتار	۳۱۷	درمان کوتاه مدت
۳۷۰	نظریه واقعیت درمانی	۳۱۸	منابع
۳۷۱	اهداف واقعیت درمانی		
۳۷۱	سنجش		
۳۷۳	فرایند واقعیت درمانی		
۳۸۰	راهبردهای واقعیت درمانی		
۳۸۴	اختلالات روانی		
۳۸۴	انتخاب افسردگی		
۳۸۵	انتخاب وسواس		
۳۸۶	منابع		
درمان فمینیستی		۱۰	
۳۸۹		۳۲۳	
		۳۲۴	تاریخ شناخت درمانی
		۳۲۷	عوامل نظری مؤثر
		۳۲۹	نظریه شناختی شخصیت
		۳۲۹	علیت و اختلالات روانی
		۳۳۰	مدل شناختی رشد
		۳۳۰	افکار خودکار
		۳۳۲	طرحواره‌های شناختی
		۳۳۴	تحریف‌های شناختی
		۳۳۶	نظریه شناخت درمانی
		۳۳۶	هدف‌های درمان
		۳۳۷	سنجش در شناخت درمانی
		۳۴۱	رابطه درمانی
		۳۴۱	فرایند درمان
		۳۴۴	فنون درمان
		۳۴۸	شناخت درمانی اختلالات روانی
		۳۴۸	افسردگی
		۳۵۳	اختلال وسواس
		۳۵۴	شناخت درمانی کوتاه مدت
		۳۵۵	منابع
درمان فمینیستی		۱۱	
۳۸۹		۳۵۹	
		۳۶۱	نظریه واقعیت درمانی
		۳۶۳	نظریه شخصیت: نظریه کنترل
		۳۶۴	تصویرهای واقعیت
		۳۶۴	نیازها
		۳۶۶	انتخاب و کنترل
		۳۶۷	رفتار
درمان نظام‌های خانواده		۱۳	
۴۲۹		۴۲۹	
		۴۳۱	پیشینه تاریخی

روان‌درمانی‌های دیگر

۴۷۵

۱۴

روان‌درمانی‌های آسیایی

۴۷۷

پیشینه

۴۷۷

نظریه‌های آسیایی شخصیت

۴۷۹

۴۸۰

نظریه‌های آسیایی روان‌درمانی

۴۸۶

منابع

۴۸۷

روان‌درمانی‌های بدنی

۴۸۷

پیشینه

۴۹۰

نظریه شخصیت و بدن

۴۹۳

رویکردهای روان‌درمانبخش

۴۹۷

منابع

۴۹۷

هیپنوتیزم‌درمانی

۴۹۸

پیشینه

۴۹۹

رویکردهای هیپنوتیزم‌درمانی

۵۰۲

منابع

۵۰۳

نمایش روانی

۵۰۳

پیشینه

۵۰۴

نظریه شخصیت

۵۰۶

نظریه روان‌درمانی

۵۱۱

منابع

۵۱۱

درمان با هنرهای آفرینشی

۵۱۲

هنردرمانی

۵۱۴

رقص‌درمانی

۵۱۶

نمایش‌درمانی

۵۱۷

موسیقی‌درمانی

۵۱۸

منابع

۴۳۱

رویکردهای اولیه در مشاوره خانوادگی

۴۳۳

تأثیر روان‌کاوی و عوامل مربوط به آن بر خانواده‌درمانی
مطالعه الگوهای ارتباطی در خانواده‌های

۴۳۵

اسکیزوفرنیایی

۴۳۷

نظریه نظام‌های کلی

۴۴۰

رویکرد بین‌نسلی بوئن

۴۴۰

نظریه نظام‌های خانواده

۴۴۴

هدف‌های درمان

۴۴۴

فنون خانواده‌درمانی بوئن

۴۴۷

نمونه‌ای از درمان نظام‌های خانواده
بین‌نسلی

۴۴۹

خانواده‌درمانی ساختاری

۴۵۰

مفاهیم خانواده‌درمانی ساختاری

۴۵۲

اهداف خانواده‌درمانی ساختاری

۴۵۳

فنون خانواده‌درمانی ساختاری

۴۵۶

نمونه‌ای از خانواده‌درمانی ساختاری

۴۵۷

درمان راهبردی

۴۵۸

مفاهیم درمان راهبردی

۴۵۹

هدف‌ها

۴۵۹

فنون خانواده‌درمانی راهبردی

۴۶۳

نمونه‌ای از درمان راهبردی

۴۶۵

خانواده‌درمانی‌های تجربه‌ای و انسان‌گرا

۴۶۵

درمان تجربه‌ای کارل ویتکر

۴۶۷

رویکرد انسان‌گرایانه ویرجینیا ساتیر

رویکرد ادغامی در درمان نظام‌های

۴۶۹

خانواده

۴۷۰

منابع

فصل



مقدمه

فهرست مطالب

سایر رویکردها	نظریه
سازمان فصلها	دقت و صراحت
تاریخ یا سابقه	جامع بودن
نظریه‌های شخصیت	آزمون‌پذیری
نظریه روان‌درمانی	مفید بودن
اختلالات روان‌شناختی	روان‌درمانی و مشاوره
روان‌درمانی کوتاه‌مدت	نظریه‌های روان‌درمانی و مشاوره
روندهای فعلی و نوآوری‌ها	روانکاوی: سایق، ایگو، روابط مَحْمَلی و
استفاده از یک نظریه در کنار نظریه‌های دیگر	روان‌شناسی خود
تحقیق	تحلیل و درمان یونگی
موضوعات جنسیتی	درمان آدلری
موضوعات چند فرهنگی	درمان وجودگرا
زوج‌درمانی و خانواده‌درمانی	درمان شخص‌محور
گروه‌درمانی	گشتالت‌درمانی
اصول اخلاقی	رفتاردرمانی
نظریه روان‌درمانی و مشاوره من	رفتاردرمانی عقلانی هیجانی
نظریه شما در مورد روان‌درمانی و مشاوره	شناخت‌درمانی
منابع	واقعیت‌درمانی
	درمان فمینیستی
	درمان نظام‌های خانواده

مقدمه

کمک به دیگران یکی از محترم‌ترین فعالیت‌های انسانی است. نظریه‌های این کتاب همگی یک وجه اشتراک دارند؛ کمک به کسانی که مشکلات روان‌شناختی دارند. تحقیقات و روان‌درمانی بیماران و مراجعان موجب شده برای کاهش و تسکین مصایب انسان‌ها، رویکردهای مختلفی پدید آیند. من در این کتاب، نظریه‌های اصلی و مهم روان‌درمانی، زمینه‌ها و تاریخ آنها، نظریه‌های شخصیتی خاصی که از آنها مشتق شده‌اند و کاربردهای آنها را شرح خواهم داد. برای آن‌که خوانندگان با نحوه اجرای روان‌درمانی و مشاوره آشنا شوند، مثال‌هایی می‌آورم که نشان می‌دهند چطور از این نظریه‌ها می‌توانیم در مورد مراجعان و بیماران استفاده کنیم. در عین حال، در این فصل مروری خواهیم داشت بر نظریه‌ها و کاربردهای آنها. ولی قبل از این کار، ابتدا باید کلماتی را که در عنوان این کتاب استفاده شده‌اند یعنی کلمات نظریه^۱، روان‌درمانی^۲ و مشاوره^۳ تعریف کنم.

نظریه

برای شناخت نظریه‌های روان‌درمانی و مشاوره که محصول نظریه‌های شخصیت هستند، باید نقش و هدف نظریه را در علم خصوصاً در روان‌شناسی بفهمیم. نظریه که اهمیت خاصی در پیدایش علم فیزیک و زیست‌شناسی داشته، در روان‌شناسی نیز بسیار مهم بوده است. به‌طور خلاصه نظریه عبارت است از «مجموعه‌ای از قوانین یا روابط سازمان یافته منطقی که امکان تبیین در یک رشته را فراهم می‌آورند» (هاینز، ۱۹۸۵، ص ۴۱۴).

1. theory

2. psychotherapy

3. counseling

مفاد یک نظریه شامل مفروضاتی است که با موضوع نظریه مرتبطند و تعاریفی که می‌توانند مفروضات را به مشاهدات پیوند بزنند (هال و لیندزی، ۱۹۸۵). در بخش زیر، ملاک‌های ارزیابی نظریه‌های روان‌درمانی را به‌طور مختصر شرح خواهیم داد (فاوست و داوونز، ۱۹۸۶؛ مارکس، ۱۹۵۱؛ اسنو، ۱۹۷۳).

دقت و صراحت

نظریه‌ها باید بر قواعد واضح و صریحی استوار باشند. اصطلاحات مورد استفاده برای تشریح این قواعد نیز باید مشخص باشند. برای مثال، اصطلاح روانکاوانه ایگو^۱ باید به نحوی تعریف شود که روان‌شناسان بالینی و محققان روی آن اجماع داشته باشند. در صورت امکان، نظریه‌ها باید از تعاریف عملیاتی^۲ استفاده کنند که عملیات‌ها یا روش‌های مورد استفاده برای اندازه‌گیری یک متغیر در آنها مشخص باشند. ولی اتفاق نظر در مورد تعریف عملیاتی ایگو دشوار است و تعریف حاصل در این زمینه بیشتر محدودیت دارد تا مطلوبیت. تعریف متداول ایگو یعنی «بخشی از شخصیت که متوجه واقعیت و دنیای خارج است» (هال و لیندزی، ۱۹۸۵، ص ۵۹۵) اگرچه صراحت دارد ولی برای مقاصد تحقیقاتی به اندازه کافی مشخص نیست. علاوه بر وضوح مفاهیم و قواعد، نظریه باید تا حد امکان موجز و صریح باشد. سازه‌هایی چون اید، ایگو و سوپرایگو (که در فصل دوم تحت عنوان «روانکاوی» تشریح خواهند شد) باید با یکدیگر مرتبط باشند و به قواعد رفتار انسان ربط داده شوند. در نظریه‌ها باید موضوع مورد مطالعه (مثلاً شخصیت یا روان‌درمانی) با حداقل مفروضات تبیین شوند.

جامع بودن

نظریه‌ها از لحاظ رویدادهای مورد پیش‌بینی، با یکدیگر فرق دارند. به‌طور کلی هر چه نظریه جامع‌تر باشد، کاربرد بیشتری خواهد داشت و در عین حال خطاپذیری آن بیشتر می‌شود. برای مثال، تمام نظریه‌های روان‌درمانی و مشاوره این کتاب جامع هستند چون در مورد مردان و زنان، صرف نظر از سن و زمینه فرهنگی آنان کاربرد دارند. در روان‌درمانی، نظریه‌ای که هدفش صرفاً تغییر دادن کارایی روان‌شناختی مردان است، جامعیت کافی ندارد.

1. ego

2. operational definitions

آزمون‌پذیری

نظریه وقتی قابل استفاده است که آزمون‌پذیر و ابطال‌پذیر باشد. در نظریه‌های روان‌درمانی علاوه بر این که تجربه باید بر اعتبار یا مؤثر بودن نظریه حکم بدهد، تحقیقات نیز باید نشان بدهند نظریه مورد نظر، رفتار افراد را تغییر می‌دهد. در صورت تعریف شدن واضح مفاهیم، فرضیه‌ها (یا پیش‌بینی‌های مشتق از نظریه‌ها) دقیق و آزمون‌پذیر خواهند شد. گاهی ابطال‌ناپذیر بودن فرضیه‌ها یا کل نظریه، زمینه‌ساز تدوین فرضیه‌های دیگری می‌شود.

مفید بودن

نظریه خوب نه تنها باید فرضیه‌های جدید آزمون‌پذیر ارائه دهد بلکه باید به متخصصان بالینی در کارهای شان کمک کند. در روان‌درمانی و مشاوره، یک نظریه خوب، راه‌های شناخت مراجعان و فنون لازم برای کارکرد بهتر آنان را ارائه می‌دهد. متخصص بالینی بدون نظریه مجبور است به فنون غیرنظام‌مند روی آورد یا «دایم در حال اختراع باشد» یعنی آنقدر فنون جدید را روی بیمارانش بیازماید تا بالاخره یکی مؤثر بیفتد. ولی به کمک نظریه‌ها می‌توانیم از مفاهیم و فنون اثبات شده در جهت بهبود زندگی افراد استفاده کنیم.

البته هیچ‌کدام از نظریه‌های شخصیت و روان‌درمانی و مشاوره نمی‌توانند تمام این ملاک‌ها را داشته باشند. در این کتاب نه تنها نظریه‌ها را به صورت رسمی بلکه آنها را به شکلی مطرح کرده‌ام که تغییرات رفتار، افکار و احساسات را نیز بفهمانند. حتی در استفاده از اصطلاح نظریه نیز سهل‌گیری کرده‌ام چون رفتار انسان خیلی پیچیده‌تر از آن است که بتوانیم مثل فیزیک، نظریه‌های دقیقی در مورد آن بدهیم. در هر فصل نمونه‌های تحقیقاتی یا بررسی‌های منظمی را لحاظ کرده‌ام که با یک نظریه شخصیتی خاص یا نظریه‌ای در روان‌درمانی و مشاوره رابطه دارند. نوع تحقیق به دقت، صراحت، وضوح، جامع بودن و آزمون‌پذیری نظریه بستگی دارد.

روان‌درمانی و مشاوره

تعریف کردن روان‌درمانی و مشاوره بسیار سخت است چون در مورد تعریف آنها و متفاوت بودن یا نبودن آنها، توافق نظر کمی وجود دارد. ولی در تعریف کوتاه زیر، روان‌درمانی و مشاوره پوشش داده شده‌اند:

روان‌درمانی و مشاوره عبارتند از تعامل یک درمانگر/ مشاور با یک یا چند بیمار/ مراجع. هدف این تعامل نیز کمک به بیمار و مراجعی است که مشکلات خاصی دارد. مشکلات او می‌توانند اختلالات تفکر، ناراحتی‌های هیجانی یا مشکلات رفتاری باشند. درمانگرها با دانش خویش در زمینه شخصیت و روان‌درمانی یا مشاوره، مشکلات بیمار یا مراجع را بهبود می‌بخشند. رویکرد درمانگر باید از لحاظ قانونی و اخلاقی تأیید شده باشد.

اگر چه این تعریف جای انتقاد دارد چون تمام نظریه‌ها و فنون را پوشش نمی‌دهد ولی برای مرور مؤلفه اصلی کمک به کسانی که مشکلات روان‌شناختی دارند، کافی است. تا به حال تلاش‌های زیادی برای جدا کردن روان‌درمانی و مشاوره صورت گرفته است ولی به نظر من هیچ‌کدام از این تلاش‌ها قانع‌کننده نبوده‌اند. برخی از مؤلفان گفته‌اند مشاوره روی افراد بهنجار صورت می‌گیرد و روان‌درمانی روی افرادی که اختلالات شدیدی دارند (تایلر، ۱۹۵۸). اشکال این تمایز آن است که تعیین شدت اختلال دشوار می‌باشد و متخصصان بالینی غالباً برای درمان مراجعانی که شدت اختلالاتشان متفاوت است از فنون یکسانی استفاده می‌کنند. تفاوت دیگری که برای این دو مطرح کرده‌اند آن است که برخی می‌گویند مشاوره اصولاً تربیتی است و روان‌درمانی اصولاً شخصی. البته مرز مشاوره تربیتی، شغلی و شخصی هنوز مشخص نیست؛ وانگهی بسیاری از مشاوران (اعم از مشاوران مذهبی، مدرسه و مشاوران متخصص در امر بهداشت روانی) نیز روی مشکلات شخصی افراد کار می‌کنند. وجه تمایز دیگر مطرح شده این است که روان‌درمانگرها در بیمارستان کار می‌کنند و مشاوران در مراکزی مثل مدارس و درمانگاه‌های راهنمایی. ولی همپوشی زیاد مشکلات بیماران باعث می‌شود چنین تمایزی بی‌فایده باشد. همانطور که پترسون (۱۹۸۶) می‌گوید فرق جدی و شدیدی بین فرایند، فنون، هدف‌ها و مراجعان روان‌درمانی و مشاوره نیست. در این کتاب جز در چند مورد، دو اصطلاح مشاوره و روان‌درمانی به جای یکدیگر به کار رفته‌اند.

طبق سنت، اصطلاح روان‌درمانی یادآور روان‌پزشکان و محیط‌های پزشکی است و اصطلاح مشاوره، یادآور محیط‌های تربیتی و مددکاری اجتماعی. اگرچه دو اصطلاح روان‌درمانی و مشاوره همپوشی زیادی دارند ولی در مورد نظریه‌های روان‌پزشکان غالباً از اصطلاح روان‌درمانی یا به صورت خلاصه‌تر، درمان استفاده می‌شود تا اصطلاح مشاوره.

نظریه‌های روان‌درمانی و مشاوره

من در فصل‌های مختلف این کتاب از اصطلاحی استفاده می‌کنم که اغلب پیروان نظریه مورد نظر از آن استفاده می‌کنند. در تعداد کمی از رویکردهای نظری (مثل رویکرد آدلری، گشتالتی و وجودگرا) نیز تفاوت‌هایی بین روان‌درمانی و مشاوره قایل می‌شوند که در جای خودش به آنها اشاره خواهم کرد. در دو نظریه روانکاوی و تحلیل یونگی از اصطلاح روانکاوی^۱ استفاده می‌شود. در این دو فصل توضیح خواهم داد که روانکاوی چه فرقی با روان‌درمانگر یا مشاور دارد.

موضوعی که با همین بحث رابطه دارد فرق بیمار^۲ و مراجع^۳ است. اصطلاح بیمار عمدتاً در محیط‌های پزشکی مطرح می‌شود و اصطلاح مراجع در محیط‌های تربیتی و مددکاری اجتماعی. در این کتاب از دو اصطلاح به جای یکدیگر استفاده کرده‌ام و منظورم در هر دو مورد کسی است که تحت روان‌درمانی یا مشاوره قرار می‌گیرد.

نظریه‌های روان‌درمانی و مشاوره

چند نظریه روان‌درمانی وجود دارد؟ قبل از دهه ۱۹۵۰ تعداد نظریه‌های روان‌درمانی، انگشت شمار بود و اکثراً از نظریه روانکاوی فروید مشتق شده بودند. ولی از آن زمان به بعد، افزایش چشمگیری در تعداد نظریه‌های مورد استفاده برای رفع اختلالات روان‌شناختی مردم پدید آمد. کورسینی (۱۹۸۱) به ۲۴۱ نظام روان‌درمانی اشاره و ۶۵ مورد از آنها را تشریح می‌کند. اگرچه اکثر این نظریه‌ها طرفداران اندکی دارند و تحقیقات از اثر بخشی آنها حمایت نمی‌کنند ولی این جریان نشان می‌دهد که روان‌درمانگرها چه خلاقیتی در پیدا کردن راه‌های تسکین ناراحتی‌های روانی افراد دارند.

در عین حال که افزایشی در رویکردهای نظری دیده می‌شود، در ادغام نظریه‌ها و التقاط‌گرایی نیز شاهد افزایش چشمگیری هستیم. به طور کلی، التقاط‌گرایی^۴ عبارت است از استفاده از فنون و مفاهیم دو یا چند نظریه. گارفیلد و برگین (۱۹۹۴) در مرور هفت بررسی انجام شده روی درمانگرانی که خودشان را التقاط‌گرا نامیده‌اند متوجه شدند ۲۹ تا ۶۸ درصد از روان‌پزشکان، روان‌شناسان بالینی یا مشاور، مددکاران اجتماعی و خانواده درمانگرها و ازدواج درمانگرها خودشان را التقاط‌گرا می‌نامیدند. عده‌ای از محققان از درمانگرها در مورد گرایش نظری‌شان سؤال کرده‌اند. مثلاً

1. analyst
3. client

2. patient
4. eclecticism

نورکراس و پروچاسکا (۱۹۹۴) دو مطالعه منتشر شده در سال‌های ۱۹۸۶ و ۱۹۸۸ را ترکیب کردند. در این دو مطالعه از ۸۱۸ روان‌شناس، مشاور، روان‌پزشک و مددکار اجتماعی خواسته شده بود گرایش نظری اصلی خود را مشخص کنند. در قسمت زیر خلاصه‌ای از یافته‌های آنان ارائه شده است. در این خلاصه، اهم گرایش‌های نظری و درصد روان‌درمانگران پیرو این گرایش‌ها آمده است.

آدلری	٪۱	میان فردی / سالیوانی	٪۲
رفتاری	٪۵	روانکاوی	٪۱۱
شناختی	٪۵	روان‌پویایی	٪۱۹
التقاطی / ادغامی	٪۳۸	راجرزی / شخص محور	٪۳
وجودگرا / انسان‌گرا	٪۵	نظام‌ها	٪۷
گشتالتی	٪۱	گرایش‌های نظری دیگر	٪۳

بدیهی است تعداد درمانگران التقاط‌گرا خیلی بیش از سایر درمانگرها است. به دلیل تفاوت خیلی زیاد رویکردهای التقاطی یا ادغامی، جادارد ببینیم روان‌درمانگرهای التقاط‌گرا تابع کدام گرایش‌های نظری هستند. جنسن، برگین و گریوز (۱۹۹۰) در بررسی ۴۲۳ روان‌شناس بالینی، خانواده‌درمانگر و ازدواج‌درمانگر، مددکار اجتماعی و روان‌پزشک دریافتند ۶۸ درصدشان التقاط‌گرا بودند. وقتی از این درمانگران پرسیدند رویکردشان از چه نظریه‌هایی تشکیل می‌شود به‌طور متوسط به ۴/۴ نظریه اشاره کردند. در بخش زیر درصد هر نظریه را در فهرست ۲۸۳ درمانگر التقاط‌گرا می‌بینید.

آدلری	٪۱۲	گشتالتی	٪۲۳
رفتاری	٪۴۹	انسان‌گرا	٪۴۲
شناختی	٪۵۴	دینی / فراشخصی	٪۱۷
ارتباطی	٪۳۲	راجرزی / شخص محور	٪۲۳
پویشی	٪۷۲	سالیوانی	٪۱۶
وجودگرا	٪۲۶	نظام‌ها (نظام‌های خانواده)	٪۴۸

نظریه‌های روانکاوی (یعنی نظریه‌هایی که رابطه نزدیکی با کارهای فروید و هم عصران وی دارند) و نظریه‌های پویشی (یعنی نظریه‌هایی که تا حدودی به نظریه‌های روانکاوانه شباهت دارند) همچنان گرایش نظری متداول بین درمانگران حوزه‌های مختلف هستند.

نظریه‌های روان‌درمانی و مشاوره

جنسن، برگین و گریوز (۱۹۹۰) متوجه شدند نظریه‌های روانکاوانه بیشتر در بین روان‌پزشکان و مددکاران اجتماعی شهرت دارند؛ یافته‌ای که پروچاسکا و نورکراس (۱۹۹۴) نیز آن را تأیید کرده‌اند. البته در مورد بررسی‌های صورت گرفته روی سلايق نظری درمانگران تا حدودی اختلاف نظر وجود دارد چون نحوه طرح سؤالات متفاوت است و روندهای حاکم بر سلايق نظری دایم در حال تغییر می‌باشند. به این ترتیب که برخی از حرفه‌های مرتبط با بهداشت روانی تا حدودی به رویکردهای شناختی و رفتاری متمایل شده‌اند.

من در انتخاب نظریه‌های قابل طرح در این کتاب چند ملاک داشته‌ام. نخست آن‌که به نظرسنجی‌هایی مثل نظرسنجی‌های فوق مراجعه کردم تا ببینم کدام نظریه‌ها بیشتر مورد استفاده قرار گرفته‌اند. در عین حال نظریه‌هایی را لحاظ کرده‌ام که مورد علاقه متخصصان بالینی بوده‌اند. معیارم نیز داشتن یک سازمان، چند مجله، نشست‌های ملی یا بین‌المللی و کتاب‌ها، مقاله‌ها و فصل‌های کتاب بوده‌اند. در ضمن با عده‌ای از درمانگرها و اساتید نیز مشورت کردم تا بفهمم کدام نظریه‌ها بیشترین نفوذ را دارند. در نهایت نظریه‌هایی را برگزیدم که برای کسانی که می‌خواهند روان‌درمانگر بشوند یا علاقه‌مند به روان‌درمانی هستند از همه مهم‌ترند.

در سیزده فصل دیگر این کتاب، ۲۷ رویکرد نظری مختلف را مورد بحث و بررسی قرار خواهم داد. بعضی از این نظریه‌ها مثل روانکاوای نظریه‌های فرعی خاصی دارند که از نظریه اصلی مشتق شده‌اند. در عین حال این نکته را نیز در نظر داشته‌ام که جنبش قابل توجهی در زمینه ادغام نظریه‌ها (یعنی استفاده از مفاهیم و فنون چند نظریه) در حال شکل‌گیری است. نظریه‌های اصلی و مهم به دانشجویان کمک خواهند کرد رویکرد نظری خود را پیدا و انتخاب کنند. در چند پاراگراف زیر، خلاصه‌ای کوتاه و غیر نظری از فصل‌ها (و نظریه‌های) این کتاب ارائه می‌دهم تا مرور مختصری داشته باشیم بر روش‌های مختلف و خلاق کمک به انسان‌های دارای مشکلات روان‌شناختی.

روانکاوای: سایق، ایگو، روابط مَحْمَلی و روان‌شناسی خود

زیگموند فروید روی سایق‌های فطری (خصوصاً سایق جنسی) در رشد شخصیت تأکید می‌کرد. برخی از پیروانش نیز روی نقش مهم تطبیق با محیط، روابط اولیه کودک و مادر و تحولات رشدی ناشی از مجذوب خود شدن به بهای از دست دادن روابط معنادار با دیگران تأکید می‌ورزیدند. در تمامی این دیدگاه‌ها از مفاهیم مورد نظر فروید در رابطه با

فرایندهای ناهشیار (یعنی بخشی از کار ذهن که از آن بی‌خبریم) و به‌طور کلی برداشت وی از ساختار شخصیت (اید، ایگو و سوپرایگو) استفاده می‌شود. درمان با روش‌های سنتی روانکاوی، چند سال طول می‌کشد. به همین دلیل بعداً فنون و روش‌های کوتاه‌مدت‌تر و خلاصه‌تری ابداع شدند که در آنها از فنون مستقیم‌تری استفاده می‌شد. در نوشته‌های جدید روانکاوی همچنان روی تأثیر دوران کودکی بر شخصیت آتی و استفاده از فنون جدید در درمان کوتاه‌مدت تأکید می‌شود.

تحلیل و درمان یونگی

یونگ بیش از هر درمانگر دیگری روی نقش فرایندهای ناهشیار در رفتار انسان تأکید می‌کرد. پیروان یونگ علاقه خاصی به رؤیاها، تخیلات و دیگر مواردی دارند که معرف فرایندهای ناهشیارند. درمان یونگی بر تحلیل فرایندهای ناهشیار تأکید دارد به نحوی که بیماران بتوانند درک هشیار بهتری از فرایندهای ناهشیار پیدا کنند.

درمان آدلری

آلفرد آدلر معتقد بود شخصیت افراد محصول روابط آنان در خانواده آن‌هم در سال‌های نخست زندگی‌شان است. وی برای سهم و نقش فرد در اجتماع و جامعه اهمیت زیادی قایل بود. پیروان آدلر به رویکرد افراد نسبت به زندگی و روابط خانوادگی علاقه‌مندند. رویکرد آدلری یک رویکرد عملی است و به افراد اجازه می‌دهد عقاید مخرب خویش را تغییر بدهند و گام‌های جدیدی در جهت تغییر زندگی خویش بردارند. خصوصیت دیگر درمان آدلری، تأکید بر آموزش و تربیت افراد و خانواده‌ها در رابطه با مشکلات میان فردی است.

درمان وجودگرا

روان‌درمانی وجودگرا به‌عنوان رویکردی فلسفی به مردم و مشکلات انسانیت و وجود، عمدتاً با درون‌مایه‌های زندگی سر و کار دارد تا با فنون. این درون‌مایه‌ها عبارتند از مرگ و زندگی، آزادی، مسئولیت‌پذیری در قبال خود و دیگران، یافتن معنای زندگی و کنار آمدن با احساس پوچی، آگاه شدن از خود و نگرستن به فراسوی مشکلات موجود و وقایع روزمره و همچنین برقراری روابط صادقانه و صمیمی با دیگران. اگرچه در این درمان از برخی فنون هم استفاده می‌شود ولی بیشتر بر معضلات و درون‌مایه‌ها تأکید می‌شود تا بر روش‌ها.

درمان شخص‌محور

کارل راجرز در کارهای درمانی خود بر درک مراجع و احترام گذاشتن به وی تأکید داشت تا بر تشخیص، توصیه یا اقناع. ویژگی رویکرد درمانی راجرز خلوص کلامی و غیرکلامی در درمان و پذیرش نامشروط مراجعان است. درمانگران شخص‌محور به درک تجربه‌های مراجعان و منتقل کردن این درک به مراجعان علاقه‌مندند. این کار اعتماد ایجاد می‌کند و موجب می‌شود مراجع تغییر کند. در این نوع درمان، مراجعان باید تغییرات مثبتی در زندگی خویش ایجاد کنند.

گشتالت‌درمانی

گشتالت‌درمانی که فریتز پرلز آن را ابداع کرد به افراد کمک می‌کند نسبت به خود و دیگران آگاهی بیشتری پیدا کنند. وی بر آگاهی بدنی و روان‌شناختی تأکید دارد. رویکردهای گشتالت‌درمانی بر مسئولیت‌پذیری در قبال خویش و توجه به زبان، رفتارهای غیر کلامی، احساسات و تعارضات درونی و تعارض با دیگران تأکید دارند. فنون این نوع درمان هم عبارتند از آزمایش‌های خلاقانه و تمرین‌هایی که خود آگاهی مراجعان را افزایش می‌دهند.

رفتاردرمانی

رفتاردرمانی بر اصول علمی رفتار، مثلاً شرطی‌سازی کلاسیک و عامل و یادگیری مشاهده‌ای مبتنی است. در رفتاردرمانی از اصولی مثل تقویت، خاموشی، شکل‌دهی و الگوبرداری استفاده می‌شود. در این نوع درمان بر دقت و توجه به جزئیات در ارزیابی مشکلات روان‌شناختی تأکید می‌شود. سپس از روش‌های درمانی مختلفی استفاده می‌شود از جمله آرامش عضلانی، مواجهه با شیء ترسناک، تکرار رفتارها یا نقش‌بازی کردن. در این نوع درمان از فنون زیادی استفاده می‌شود که برخی از آنها رفتارهای مشهود و برخی دیگر، افکار مراجعان را تغییر می‌دهند.

رفتاردرمانی عقلانی هیجانی

رفتاردرمانی عقلانی هیجانی (REBT) که آلبرت ایس آن را ابداع کرد بر عقاید نامعقولی تمرکز دارد که باعث مشکلات هیجانی (مثلاً ترس‌ها و اضطراب‌ها) و رفتاری

(مثلاً طفره رفتن از تعامل اجتماعی یا حرف زدن) می‌شوند. هر چند در رفتاردرمانی عقلانی هیجانی از فنون مختلفی استفاده می‌شود ولی متداول‌ترین روش در آن بحث درباره عقاید نامعقول و آموزش راه و رسم مقابله با عقاید نامعقول به مراجعان است به نحوی که اضطراب خود را کم و راه‌های کامل و مناسبی برای تعامل با دیگران بیابند.

شناخت‌درمانی

نظام‌های اعتقادی و تفکر، نقش مهمی در تعیین رفتار و احساسات و تأثیرگذاری بر آنها دارند. آرون بک رویکردی را ابداع کرد که به افراد کمک می‌کند تفکر ناسازگارانه خود را بشناسند و بفهمند چطور روی احساسات و اعمال آنها تأثیر می‌گذارد.

شناخت‌درمانگرها در شناساندن نظام‌های اعتقادی مراجعان به آنها از روش ساخت‌دار استفاده می‌کنند. آنها از مراجعان خود می‌خواهند افکار مخرب خویش را ثبت کنند و از پرسشنامه‌ها جهت تشخیص تفکر ناسازگارانه استفاده می‌کنند. به این ترتیب می‌توانند برای تغییر دادن عقایدی که جلوی کارکرد موفقیت‌آمیز را می‌گیرند از فنون مختلفی استفاده کنند.

واقعیت‌درمانی

واقعیت‌درمانگرها، افراد را مسئول زندگی خویش می‌دانند و معتقدند آنها روی اعمال، احساسات و تفکر خویش کنترل دارند. واقعیت‌درمانی توسط ویلیام گلاسر ابداع شد. در این درمان، تغییر رفتار، فرایند مشخصی دارد. درمانگر رابطه‌ای با مراجعان برقرار می‌کند تا نسبت به فرایند درمان متعهد شوند. در این نوع درمان روی تغییر رفتارهایی تأکید می‌شود که در تفکر و احساس مراجعان اصلاحاتی ایجاد می‌کنند. یکی از ابعاد مهم واقعیت‌درمانی، برنامه‌ریزی و متعهد بودن به این برنامه‌ها است ضمن این‌که فرد در قبال خودش مسئولیت می‌پذیرد.

درمان فمینیستی

درمانگران فمینیست به جای تمرکز صرف بر مشکلات روان‌شناختی افراد، نقش جامعه را در ایجاد مشکلات در نظر می‌گیرند. آنها علاقه خاصی به قضیه نقش‌های جنسیتی و تفاوت مردان و زنان در زمینه قدرت دارند. درمانگران فمینیست روش‌های متفاوت

نظریه‌های روان‌درمانی و مشاوره

زنان و مردان در زندگی را بررسی می‌کنند (مثلاً رشد جنسی و اجتماعی، شیوه بزرگ شدن، و نقش‌های شغلی). درمانگران فمینیست به تفاوت‌های زنان و مردان در تصمیمات اخلاقی، رابطه برقرار کردن با دیگران و نقش زنان در سوءرفتارها و خشونت نیز علاقه‌مندند. آنها با تلفیق درمان فمینیستی و نظریه‌های دیگر، دیدگاهی جامعه‌شناختی و روان‌شناختی اتخاذ می‌کنند که علاوه بر جنسیت بر مباحث و موضوعات چند فرهنگی تأکید دارد. از جمله فنون مورد استفاده آنها می‌توانیم به تغییر دادن نابرابری‌های جنسیتی و قدرتی از طریق تغییر رفتار و گروه‌ها و نهادهای اجتماعی اشاره کنیم.

درمان نظام‌های خانواده

درمانگران نظام‌های خانواده بر خلاف سایر درمانگرها که روی مشکلات افراد متمرکزند، به تعاملات اعضای خانواده توجه می‌کنند و کل خانواده را یک واحد یا نظام در نظر می‌گیرند. هدف از درمان هم تغییر دادن کارکردها و روابط درون خانواده است تا افراد در درمان نظام‌های خانواده شاهد چند رویکرد هستیم. برخی از این رویکردها بر تأثیر خانواده‌های خود بیماران تأکید دارند و برخی دیگر بر شیوه ارتباط اعضای خانواده با یکدیگر در حین درمان. برخی نیز روی تغییر دادن نشانه‌ها تمرکز می‌کنند. در برخی از این رویکردها، تمام اعضای خانواده باید در جلسه حضور داشته باشند و در برخی دیگر، والدین یا برخی اعضای خانواده.

سایر رویکردها

در این کتاب به پنج مورد از روان‌درمانی‌های متفاوت نیز به طور مختصر اشاره می‌کنیم. درمان‌های آسیایی^۱ غالباً بر تعمق و مسئولیت‌پذیری در قبال دیگران متمرکزند. درمان‌های بدنی^۲ به تعامل کارکردهای روانی و فیزیولوژیک می‌پردازند. نمایش روانی^۳ عبارت است از ایفای نقش و نمایش بازی کردن در حضور اعضای گروه و مخاطبان. نقش‌ها با مشکلات افراد مرتبطند و درمانگر نقش کارگردان را دارد. هیپنوتیزم^۴ فنی است برای تغییر دادن آگاهی که توسط درمانگران مختلف با گرایش‌های نظری گوناگون

1. asian therapies

2. body therapies

3. psychodrama

4. hypnosis

مورد استفاده قرار می‌گیرد. درمان با هنرهای خلاق^۱ نیز شامل استفاده از هنر، رقص، نمایش و موسیقی برای انجام کنش‌های احساسی و ایجاد تغییرات درمان‌بخش می‌شود. این درمان‌ها در رویکردهای درمانی دیگر هم قابل استفاده‌اند.

اگرچه در این کتاب هر نظریه‌ای به صورت رویکردی مجزا مطرح شده ولی این نوع ارائه مطلب نباید شما را غافل کند که در بسیاری از نظریه‌ها جنبش ادغام‌گرایی راه افتاده است. در این کتاب سعی کرده‌ام بر مفاهیم و فنونی که با هر نظریه متداعی هستند تأکید ورزم.

وقتی نظریه‌ای و امدار نظریه‌های دیگر است (مثل شناخت درمانی که و امدار رفتاردرمانی است)، عمدتاً روی فنونی متمرکز می‌شوم که با نظریه اصلی مرتبطند. در هر فصل، مفاهیم و فنون مهمی را تشریح خواهم کرد که معرف نظریه مورد نظرند. همچنین آن نظریه را در مورد مشکلات روان‌شناختی، معضلات و موقعیت‌های مختلف به کار می‌برم.

سازمان فصل‌ها

تمام فصل‌های کتاب جز سه فصل آخر، سازمان‌دهی واحدی دارند. در دو بخش نخست هر فصل یعنی تاریخ و نظریه شخصیتی، سابقه نظریه مورد نظر را توضیح می‌دهم. در بخش نظریه نیز هدف‌ها، روش‌های سنجش و فنون را بررسی می‌کنم و در بخش‌های بعدی نیز کاربردهای مختلف نظریه مورد نظر را بررسی خواهم کرد. برای روشن شدن کاربردهای هر نظریه از موردهای نمونه نیز استفاده می‌کنم. از این گذشته، مباحث مهم مثل روان‌درمانی کوتاه‌مدت، روندهای کنونی، استفاده از یک نظریه در نظریه‌های دیگر و تحقیقات مربوط به آن نظریه را نیز توضیح می‌دهم. همچنین کاربرد نظریه مورد نظر برای زوج‌ها، خانواده‌ها و گروه‌درمانی را شرح می‌دهم و ارتباط نظریه مورد نظر با مسایل جنسیتی و فرهنگی را بیان خواهم کرد.

تاریخ یا سابقه

برای شناخت نظریه‌های موجود باید با نحوه پیدایش آن نظریه‌ها و عوامل مؤثر در پیدایش آنها آشنا شویم. مبحث سابقه نظریه عمدتاً بر زندگی و فلسفه نظریه‌پرداز و ادبیات و سایر نیروهای عقلانی مؤثر بر عقاید نظریه‌پرداز متمرکز است. برای مثال،