

**فرمول بندی مورد برای
کودکان و نوجوانان**

فهرست

۷	درباره نویسنده.....
۹	مقدمه.....
۱۳	فصل ۱: مزایای فرمول‌بندی مورد و چارچوب مفهومی.....
۳۷	فصل ۲: جمع‌آوری اطلاعات مرتبط.....
۶۱	فصل ۳: جنبه‌های زیستی فرمول‌بندی.....
۸۱	فصل ۴: جنبه‌های روان‌شناختی فرمول‌بندی.....
۱۰۴	فصل ۵: جنبه‌های اجتماعی فرمول‌بندی.....
۱۲۴	فصل ۶: جنبه‌های فرهنگی و معنوی فرمول‌بندی.....
۱۴۴	فصل ۷: فرایند فرمول‌بندی مورد و ملاحظات آن برای کودکان پیش‌دبستانی.....
۱۶۳	فصل ۸: فرمول‌بندی مورد برای کودکان سن مدرسه.....
۱۷۷	فصل ۹: فرمول‌بندی مورد برای نوجوانان.....
۱۹۵	فصل ۱۰: به اشتراک گذاشتن فرمول‌بندی مورد و ملاحظات درمانی.....
۲۰۹	فصل ۱۱: استفاده از فرمول‌بندی برای طرح‌ریزی درمان.....
۲۲۶	فصل ۱۲: چالش‌های فرمول‌بندی و نیاز به نظارت بر روند.....
۲۴۰	منابع.....
۲۴۵	واژه‌نامه انگلیسی به فارسی.....
۲۴۷	واژه‌نامه فارسی به انگلیسی.....

درباره نویسنده

کاتارینا ماناسیس، پزشک و عضو کالج سلطنتی پزشکان کانادا و روان پزشک و دانشمند ارشد در بیمارستان کودکان بیمار در تورنتو است. او در این بیمارستان بخش مربوط به برنامه اختلالات اضطرابی برای کودکان و نوجوانان را تأسیس کرد و در آن مشغول به کار است. این برنامه بر تدوین و ارزیابی علمی درمان‌های شناختی رفتاری تمرکز دارد. همچنین دکتر ماناسیس استاد گروه روان پزشکی در دانشگاه تورنتو و عضو گروه روان‌شناسی کاربردی و رشد انسان در پژوهشکده مطالعات آموزش و پرورش در شهر انتاریو است. این منصب‌ها به او امکان می‌دهد که بر فعالیت درمانی دانشجویان تحصیلات تکمیلی، رزیدنت‌ها و فلوشیپ‌ها نظارت و در مورد اضطراب دوران کودکی نیز مطالعه و تحقیق کند. دکتر ماناسیس چندین طرح پژوهشی را در مورد درک بهتر و درمان اختلالات اضطرابی در کودکان هدایت کرده است. او بیش از ۷۰ مقاله در ژورنال‌های تخصصی در این حوزه، دو کتاب برای والدین با نام‌های کلیدهای فرزندان پروری برای کودک مضطرب و کمک به نوجوانان برای شکست دادن افسردگی و نیز کتاب‌هایی برای متخصصان سلامت روان از جمله حل مسئله در روان‌درمانی کودک و نوجوان نوشته است.

مقدمه

وقتی آموزش خود را در حوزه روان پزشکی کودک و نوجوان در دهه ۱۹۸۰ شروع کردم، یکی از اولین مهارت‌هایی که نیاز به یادگیری آن داشتم، فرمول‌بندی مورد بود. در واقع، بعد از مصاحبه با کودک یا نوجوان و خانواده‌اش انتظار می‌رفت که داستانی یکپارچه از چگونگی به وجود آمدن مشکلات مراجع، به سوپروایز خود ارائه دهم. سپس بر اساس این داستان، باید درمان یا درمان‌های پیشنهادی خود را برای کاهش این مشکلات مطرح می‌کردم. نقطه شروع این داستان، جدولی بود که عوامل زیستی، روان‌شناختی و اجتماعی را که احتمالاً منجر به مشکلات مراجع شده بودند، فهرست می‌کرد. خیلی زود یاد گرفتم که از همین جدول عوامل می‌توان داستان‌های مختلفی درباره شروع مشکلات مراجع، بسته به جهت‌گیری نظری و حوزه‌های علائق سوپروایزر روایت کرد. در حقیقت، کارآموزان باهوش و جاه‌طلب، فرمول‌بندی‌ای را انتخاب می‌کردند که با ترجیحات سوپروایزرشان هم‌راستا بود. گاهی اوقات، با سوپروایزرهایی مواجه می‌شدم که بر تشخیص بیشتر از فرمول‌بندی مورد تأکید داشتند؛ اما در آن زمان، اکثر سوپروایزرها تشخیص را به مثابه «پدیده‌ای صرف» رد می‌کردند و به شدت به فرمول‌بندی مورد اعتقاد داشتند.

با گذشت سال‌ها، اکتشافاتی در علوم اعصاب و رشد کودک، ماهیت عواملی را که در این فرمول‌بندی برای کودکان و نوجوانان به کار می‌رفتند، عمیقاً تغییر دادند. متخصصان بالینی نیز بیش از پیش به اهمیت عوامل فرهنگی و مذهبی علاوه بر عوامل زیستی، روان‌شناختی و اجتماعی پی بردند. اگرچه این تحولات به طور قابل توجهی محتوای اکثر فرمول‌بندی‌ها را تغییر دادند، روند فرمول‌بندی مورد دست‌خوش تغییرات زیادی نشده است. متخصصان بالینی هنوز هم باید به دقت اطلاعات را از کودکان، خانواده‌ها، معلمان و سایر متخصصان جمع‌آوری کنند و سپس آنها را در قالب داستانی منسجم با هم ترکیب کنند، از این داستان برای طرح‌ریزی درمان استفاده نمایند و این داستان را به طور مؤثری برای افراد مورد نظر بازگو کنند.

با این حال، در سال‌های اخیر تأکید بر این است که بعد از کسب اطلاعات جدید از مراجع می‌توان در فرمول‌بندی مورد تجدیدنظر کرد. فرمول‌بندی مورد، دیگر به عنوان تبیینی قطعی و غیرقابل‌تغییر از آسیب روانی در نظر گرفته نمی‌شود، بلکه فرضیه‌ای است که باید در طول زمان آزموده و اصلاح شود. این تغییر منطقی به نظر می‌رسد زیرا متخصصان سلامت روان در حال حاضر نسبت به گذشته رویکرد

تجربی تری به کارشان دارند. به عبارت دیگر، آنها معتقدند اگر رفتار کودک با فرضیه اولیه آنها مغایرت دارد، پس احتمالاً فرضیه آنها نادرست بوده است.

علاوه بر این، اکثر متخصصان سلامت روان دیگر تشخیص و فرمول بندی مورد را رقیب یکدیگر نمی دانند. در عوض، این دو رویکرد را مکمل یکدیگر در نظر می گیرند که هر یک چشم انداز مفیدی از پریشانی کودک یا نوجوان و نیازهای درمانی او ارائه می دهد. اخیراً، رویکرد فرمول بندی مورد، نظر متخصصان بالینی را به خود جلب کرده و مورد علاقه آنها شده است، زیرا پی برده اند که صرفاً متکی بودن به طبقه های تشخیصی محدودیت هایی دارد. برای مثال، رویکرد ابعادی به آسیب شناسی روانی در DSM-5 می تواند نشان دهنده این باشد که افراد با مسائل پیچیده سلامت روان رو به رو هستند که همیشه قابل طبقه بندی کردن نیستند. البته، اگر بخواهیم به طور مؤثری درباره سلامت روان و بیماری روانی گفت و گو کنیم، برخی طبقه بندی های آسیب روانی هنوز هم مهم هستند، اما وقتی کودک یا نوجوانی در طبقه ای خاص نمی گنجد، مهم است که به دنبال درک دقیق تری از علائم او باشیم.

پیشرفت های اخیر در رشد کودک و افزایش آگاهی عمومی درباره سلامت روان نیز باعث علاقه به فرمول بندی مورد شده است. آسیب شناسان روانی-رشدی بیش از پیش قادرند تعامل بین چندین عامل خطر ساز و محافظتی و بین اثرات مختلف محیطی و ژنتیکی را توضیح دهند. در نتیجه، تلاش های ما برای فرمول بندی مشکلات کودکان، کمتر بر حسب حدس و گمان شده و بیش از پیش ریشه در علم رشد دارد. به علاوه، از آنجایی که خانواده ها درباره سلامت روان کودکان شان آگاه تر شده اند، انتظار دارند متخصصان بالینی درکی یکپارچه و از نظر رشدی موشکافانه همراه با تشخیصی دقیق ارائه دهند. به طور خلاصه، به نظر می رسد که فرمول بندی مورد مفهومی قدیمی است که دوباره مطرح شده است. در سطحی کاربردی، فرمول بندی مورد، مراقبت سلامت روان را برای کودکان و نوجوانان افزایش می دهد. فرمول بندی مورد رویکردی سیستماتیک است که احتمال از دست رفتن اطلاعات مرتبط با مراجع را کاهش می دهد. فرمول بندی مورد می تواند مدل های تبیینی مفید و کاملی برای کودکانی با شرایط همبود و پیچیده یا برای کودکانی که مشابه آزمودنی های معمول در تحقیقات درمان محور نیستند، فراهم کند. کودکانی که به درمان مبتنی بر شواهد پاسخ نمی دهند یا در لیست انتظار برای درمان هستند نیز می توانند از فرمول بندی مورد سود ببرند، به خصوص وقتی به عواملی توجه شود که می توانند علائم این کودکان را تداوم بخشند. به علاوه، از آنجایی که فرآیند فرمول بندی مورد، فرضیه های قابل آزمونی را درباره مشکلات هر کودک یا نوجوان ارائه می دهد، نظارت دقیق و رویکردی تجربی را به ارزیابی پیشرفت درمان ترغیب می کند.

متأسفانه، یادگیری فرمول بندی مورد و نیز آموزش آن به متخصصان بالینی تازه کار آسان نیست. سرهم بندی کردن اطلاعات درباره رشد روان شناختی کودک (عادی یا مرضی)، با درکی از اختلالات

رایج دوران کودکی، تأثیر مزاج و ژنتیک، والدگری و زندگی خانوادگی، زندگی تحصیلی و بسیاری از تأثیرات اجتماعی و فرهنگی در زندگی کنونی کودکان دشوار است. ارزیابی که شامل کسب اطلاعات از افراد آگاه (یعنی والدین، معلمان و سایر متخصصان و نیز کودک و نوجوان است) است، چالش‌های بیشتری را برای ترکیب کردن اطلاعاتی که ممکن است متناقض یا ناهم‌سو باشند، ایجاد می‌کند. ارائه اطلاعات به دست آمده به شیوه‌ای که برای تمام افراد مفید و قابل‌درک باشد نیز چالش‌برانگیز است؛ بنابراین، تعجب‌آور است که در حال حاضر کتابی وجود ندارد که به درک فرمول‌بندی مورد برای کودکان و نوجوان اختصاص داشته باشد. این کتاب برای پُر کردن این شکاف تأسف‌برانگیز نگاشته شده است.

بر اساس تجربه‌ام به‌عنوان روان‌پزشک کودک، این کتاب را برای برجسته کردن عناصری از فرمول‌بندی که آنها را مهم می‌دانم یا عناصری که به‌راحتی نادیده گرفته می‌شوند و می‌تواند منجر به پیامدهای ناگواری برای کودک یا نوجوان شود، نگاشته‌ام. در ابتدا، جنبه‌های مهم ارزیابی کودک و نوجوان و هر یک از عوامل مؤثر (زیستی، روان‌شناختی، اجتماعی، مذهبی-فرهنگی) در بافت رشد کودک مرور می‌شوند. سپس، چالش‌های فرمول‌بندی مورد برای هر یک از گروه‌های سنی (پیش‌دبستانی‌ها، کودکان مدرسه‌ای، نوجوانان) با ارائه مثال‌های دقیق شرح داده می‌شوند. در آخر، مهارت‌های مورد نیاز برای ارائه مؤثر فرمول‌بندی مورد، استفاده از آن جهت طرح‌ریزی درمان به بهترین وجه و نیز تجدیدنظر کردن در آن در مواقع لازم توصیف می‌شوند.

با این حال، دلیل اصلی من برای نگارش این کتاب این است که لذت تلاش برای درک دنیای کودک یا نوجوان را بیان کنم. فرآیند فرمول‌بندی مورد، مشابه حل کردن پازلی پیچیده است. با وجود این، برخلاف حل جدول کلمات متقاطع یا سودوکو، پیدا کردن راه‌حل برای پازل مفهوم‌پردازی مورد می‌تواند در زندگی افراد تغییر ایجاد کند و بنابراین آن را به فعالیتی رضایت‌بخش‌تر و بامعنا تر تبدیل می‌کند. چه مزیتی! دوستانم گاهی از من می‌پرسند که آیا این کار برایم خسته‌کننده نشده است یا اینکه آیا بعد از گذشت یک ربع قرن در کار بالینی همه چیز را درباره آن می‌دانم؟ من با صداقت به آنها پاسخ می‌دهم که هر فرمول‌بندی مورد، هر تلاشی برای درک و شناسایی نقاط قوت و نیز مشکلات کودک یا نوجوان، نوعی ماجراجویی است. فرمول‌بندی مورد به من یادآور می‌شود هر کودک و نوجوانی که ملاقات می‌کنم، منحصر به فرد است و فرمول‌بند مورد هنوز هم بعد از گذشت تمام این سال‌ها، برای من بسیار جذاب است.

مزایای فرمول بندی مورد و چارچوب مفهومی

مورد مالکوم

معلم کلاس سوم مالکوم متوجه شد که او تمرکز ندارد. بارها اتفاق افتاده بود که هنگام پرسیدن سؤال از دانش آموزان دیگر، مالکوم ناگهان جواب‌ها را بلند گفته بود و به ندرت تکالیفش را به اتمام می‌رساند. معلم او به والدینش پیشنهاد کرد که احتمال وجود اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی را در مالکوم بررسی کنند. مادر مالکوم اظهار داشت که او در خانه مشکل توجه و تمرکز ندارد و بلافاصله ادامه داد که «من نمی‌خوام کودکم دارو مصرف کنه به دلیل اینکه شما بلد نیستید چطور به او آموزش بدید». با این حال، او تأیید کرد که پسرش گاهی اوقات قبل از مدرسه دچار معده درد می‌شود و معتقد بود که پزشک خانوادگی آنها باید مالکوم را ارجاع دهد تا مشخص شود که مبتلا به اختلالی اضطرابی هست یا نه. از سوی دیگر، پدر مالکوم گفت: «مالکوم پسر خوبیه. گاهی اوقات کمی تنبلی می‌کنه، اما این تنبلی به خاطر اینه که مادرش بیش از حد به او آسون می‌گیره». هیچ‌کس از مالکوم درباره مشکلاتش سؤال نکرد.

بعد از اینکه مادر مالکوم با پزشک خانوادگی‌شان صحبت کرد، او مالکوم را به یک کلینیک سلامت روان برای ارزیابی اضطراب ارجاع داد. رزیدنت روان‌پزشکی در کلینیک، مصاحبه تشخیصی کاملی با مادر مالکوم انجام داد، به طور مختصر وضعیت روانی مالکوم را ارزیابی کرد و نتیجه گرفت که مالکوم ملاک‌های تشخیصی اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی از نوع بی‌توجهی و نیز اختلال اضطراب فراگیر را دارد. با توجه به عدم رضایت مادر مالکوم به استفاده پسرش از داروهای محرک (درمان انتخابی مبتنی بر شواهد برای اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی)، رزیدنت، مالکوم را به گروه درمانی شناختی-رفتاری متمرکز بر اضطراب ارجاع داد. درمان شناختی رفتاری نوعی درمان است که بر تغییر رفتارها و افکار اضطراب‌زا تمرکز دارد.

درمانگر گروه متوجه شد که مالکوم تمرکز ندارد، هنگام پرسیدن سؤال در گروه، ناگهان جواب‌ها را می‌پراند و به‌ندرت تکالیف خود را تکمیل می‌کرد. او درخواست کرد که جلسه‌ای با والدین مالکوم داشته باشد تا به آنها توضیح دهد که مالکوم از جلسات گروه‌درمانی بهره‌ای نمی‌برد و بهتر است برای تشخیص اولیه‌ای که دریافت کرده یعنی اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی تحت درمان قرار گیرد. مادر مالکوم در پیامی صوتی پاسخ داد که او و همسرش اخیراً از هم جدا شده‌اند و همسر سابقش حاضر به حضور در این جلسه نیست. در جلسه، مادر مالکوم دوباره مخالفت خود را برای دارودرمانی اظهار داشت و خواستار قطع درمان‌های سلامت روان برای مالکوم شد. او به درمانگر گفت «به محض اینکه پدر مالکوم مخارج او را پرداخت کند، قصد دارم مالکوم را در مدرسه‌ای خصوصی ثبت‌نام کنم.» والدین مالکوم درگیر تعارضات شدیدی در مورد حضانت شدند که سه سال به طول انجامید. در این مدت اُفت عملکرد تحصیلی مالکوم ادامه داشت.

در این مورد، مشکل کجا بود؟

در نگاه اول، به نظر می‌رسد که مالکوم قربانی محیط و شرایط تأسّف‌بار اطرافش است. معلم او به درستی مشکل عدم توجه و تمرکزش را شناسایی کرد که در نهایت منجر به تشخیص اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی برای او شد. پزشک خانوادگی آنها، مالکوم را به کلینیک سلامت روان ارجاع داد و در آنجا ارزیابی تشخیصی کاملی از او به عمل آمد. ارزیابی نشان داد که مشاهدات معلم مالکوم و مادرش درست بوده و او دو تشخیص اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی و اختلال اضطراب فراگیر را دریافت کرد. درمان‌های پیشنهادی (داروی محرک برای نقص توجه/بیش‌فعالی و درمان شناختی-رفتاری برای اختلال اضطرابی) هر دو مبتنی بر شواهد و مناسب بودند. شاید بتوان ادعا کرد که احتمالاً مالکوم از روان‌درمانی فردی نسبت به روان‌درمانی گروهی بهره بیشتری می‌برده است، اما با توجه به تعداد زیادی از کودکانی که نیاز به خدمات سلامت روان دارند، درمان فردی همیشه در دسترس نیست.

با این حال، نتایج ضعیف مالکوم این سؤالات را به ذهن می‌آورد که «متخصصان سلامت روانی که با مالکوم کار کردند، چه کارهای دیگری می‌توانستند برای او انجام دهند؟ آیا بهتر نبود به جای اینکه در طول ارزیابی فقط بر ملاک‌های تشخیصی تمرکز کنند، جزئیات بیشتری درباره روابط درون خانواده مالکوم به دست می‌آوردند؟ آیا بهتر نبود که احتمال وجود ناتوانی یادگیری، اختلال تشنجی یا سایر دلایل عصب روان‌شناختی را برای عدم توجه و تمرکز او بررسی می‌کردند؟ آیا اگر زمان بیشتری را صرف مصاحبه با مالکوم می‌کردند، اطلاعات بیشتری به دست نمی‌آوردند؟ آیا جستجوی دلایل اینکه چرا مادر مالکوم انقدر در برابر دارودرمانی مقاومت داشت، ارزشمند نبود؟»

شاید فردی به این سؤالات این‌گونه پاسخ دهد: «معماً چون حل شود آسان شود، آنها بهترین کاری

را که در آن زمان می‌توانستند، انجام دادند». با وجود اینکه این پاسخ تا حدی درست است، ناامیدکننده هم هست. من در حرفه خود در مقام روان‌پزشک و مشاور روان‌پزشکی کودک، با کودکان زیادی با تاریخچه‌ای مشابه مالکوم مواجه شده‌ام. متخصصانی که با این مراجعان کار کرده بودند، اغلب کارآموده و دارای حسن نیت هستند و حداقل استاندارد کاری را رعایت می‌کنند. متأسفانه، آنها هنگام ارزیابی این کودکان اطلاعات مرتبط و مهمی را نادیده گرفته بودند که اغلب با نتایج فاجعه‌باری همراه بوده است.

هدف این کتاب

هدف اصلی این کتاب، کاهش تعداد «افرادی با داستان مشابه با داستان مالکوم» در حوزه سلامت روان کودکان است. برای رسیدن به این هدف، رویکرد فرمول‌بندی مورد معرفی می‌شود که نشان می‌دهد چگونه به طور منظم اطلاعات مرتبط را برای درک مشکلات فعلی در سلامت روان کودک جمع‌آوری و ترکیب کنید. رویکرد فرمول‌بندی مورد، مختص هیچ رشته خاصی نیست بلکه می‌تواند برای تمام متخصصانی که به ارزیابی و درمان کودکان دارای مشکلات سلامت روان می‌پردازند، اطلاعات بالینی مهمی فراهم کند.

اطلاعاتی که در فرمول‌بندی مورد به کار می‌روند، شامل علائم مرتبط با تشخیص و نیز اطلاعات بافتاری و تاریخچه‌ای هستند که درک کامل‌تری از زندگی کودک و مشکلات رفتاری و هیجانی او فراهم می‌کنند. اطلاعات بافتاری و تاریخچه‌ای نه تنها منجر به درک بهتری از کودک می‌شوند بلکه از لحاظ بالینی بسیار مفید هستند. ترکیب کردن چنین اطلاعاتی به طور مؤثر به متخصصان بالینی امکان می‌دهد فرضیه‌های مرتبط را در مورد علت ایجاد مشکلات فعلی در کودک تدوین کنند. این مجموعه فرضیه‌های مرتبط، فرمول‌بندی مورد را می‌سازند. هنگام تعریف فرمول‌بندی مورد، متخصصان این حوزه، بر سه عنصر مهم تأکید می‌کنند: (۱) فرمول‌بندی مورد به مثابه فرضیه‌هایی درباره عواملی که منجر به مشکلات رفتاری و هیجانی فرد می‌شوند، (۲) فرمول‌بندی مورد به مثابه ابزار سازمان‌دهی اطلاعات پیچیده و گاهی متناقض درباره مشکلات فرد، (۳) فرمول‌بندی مورد به مثابه طرحی برای هدایت درمان (ایلس، ۲۰۰۶، صفحه ۴). همچنان که کودک رشد می‌کند و به درمان پاسخ داده یا در پاسخ به درمان شکست می‌خورد، فرضیه‌های فرمول‌بندی مورد می‌توانند آزموده و (در صورت لزوم) اصلاح شوند؛ بنابراین، پاسخ کودک به درمان، شواهدی را نشان می‌دهد که از فرضیه‌های خاصی حمایت یا آنها را رد می‌کنند و به این ترتیب فرمول‌بندی در طول زمان دقیق و دقیق‌تر می‌شود.

قبل از اینکه فرمول‌بندی مورد را با جزئیات بیشتر شرح دهم، ضروری است تا دو تصور اشتباه و رایج را رفع کنم و چهارچوب مفهومی که در این کتاب استفاده شده، ارائه دهم. این دو تصور اشتباه

عبارت هستند از: ۱) افرادی که از فرمول‌بندی مورد استفاده می‌کنند ارزشی برای تشخیص‌های سلامت روان قائل نیستند و ۲) فرایند فرمول‌بندی مورد، علمی یا مبتنی بر شواهد نیست. هر یک از این تصورات غلط در ادامه بحث خواهند شد و سپس توصیفی از مفاهیم کلیدی که در سراسر این کتاب به کار رفته است، ارائه خواهد شد.

تشخیص و فرمول‌بندی مورد

عنوان این بخش یعنی «تشخیص و فرمول‌بندی» نشان می‌دهد که این دو رویکرد رقیب هم نیستند بلکه مکمل یکدیگرند. همان‌طور که در جدول ۱-۱ مشاهده می‌کنید، هر کدام موارد متفاوتی را ارائه می‌دهند. تشخیص در سلامت روان کودکان، چه بر اساس راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-5)، انجمن روان‌پزشکی آمریکا، (۲۰۱۳) و چه بر اساس طبقه‌بندی بین‌المللی بیماری‌ها (ICD-10)، سازمان بهداشت جهانی، (۱۹۹۴)، مبتنی بر پدیدارشناسی است. به عبارت دیگر، تشخیص بر اساس وجود یا عدم وجود علائم یا رفتارهای خاصی در کودک گذاشته می‌شود. در بسیاری از تشخیص‌ها، علائم باید برای مدت زمان مشخصی وجود داشته باشند یا با عملکرد روزانه کودک تداخل کنند. در بسیاری از مراجع قضایی، تنها تعداد محدودی از متخصصان حوزه سلامت روان کودک که معمولاً روان‌پزشکان و روان‌شناسان هستند، اجازه دارند وجود اختلال را در کودک تشخیص دهند.

با وجود این، تشخیص در کودک هیچ اشاره‌ای به علت ایجاد علائم در او نمی‌کند. در کتاب‌های مرجع روان‌پزشکی، این اطمینان داده می‌شود که تشخیص بر واقعیت‌های عینی و نه بر حدس و گمان (اغلب ذهنی) متخصصان بالینی استوار است. در عمل، اطلاعات تشخیصی درباره خردسالان اغلب از

جدول ۱-۱. مقایسه رویکردهای تشخیصی و فرمول‌بندی مورد

رویکرد تشخیصی	رویکرد فرمول‌بندی مورد
مبتنی بر پدیدارشناسی (علائم) است	هم نکات مربوط به پدیدارشناسی و هم علت شناسی را شامل می‌شود.
محدود به روان‌پزشکان و روان‌شناسان است	به رشته خاصی محدود نیست
کمتر بر اساس حدس و گمان است	بیشتر بر اساس حدس و گمان است
به‌راحتی قابل گفت‌وگو و انتقال است	به‌راحتی قابل گفت‌وگو و انتقال نیست
می‌توان برای دسترسی به منابع مورد استفاده قرار گیرد.	برای دسترسی به منابع مفید نیست.
شرم روانی بیشتری به همراه دارد	شرم روانی کمتری به همراه دارد.
گاهی منجر به «جای دادن» کودکان متفاوت در گروهی واحد می‌شود.	هر کودک و مشکلات او را منحصر به فرد در نظر می‌گیرد.
به احتمال بیشتری منجر به از دست رفتن اطلاعات تاریخیچه‌ای و بافتاری مرتبط می‌شود	به احتمال کمتری منجر به از دست رفتن اطلاعات تاریخیچه‌ای و بافتاری مرتبط می‌شود.
گاهی منجر به فرضیات اشتباه درباره علت مشکلات می‌شود.	منجر به فرضیات قابل آزمون درباره علت مشکلات می‌شود.

بزرگ‌سالانی که با کودک در ارتباط هستند، به دست می‌آید و بنابراین تحت تأثیر عینیت‌گرایی (یا فقدان عینیت‌گرایی) مشاهده‌گر است. با این حال، اطلاعات تشخیصی تا حدی عینی در نظر گرفته می‌شوند و بنابراین مرجعی مختصر و مفید برای برقراری ارتباط بین متخصصان هستند. برای مثال، عبارت «این نوجوان از اختلال عاطفی دوقطبی رنج می‌برد» واضح‌تر و سراسرتر از فهرست کردن تمام علائمی است که با این تشخیص در نوجوان مرتبط است. همچنین تشخیص‌گذاری می‌تواند برای دسترسی کودک به منابع خاص مفید باشد. برای مثال، در سیستم مدرسه، کودکانی که تشخیص اختلال طیف اتیسم دارند و از ناتوانی یادگیری رنج می‌برند نسبت به کودکانی که صرفاً ناتوانی یادگیری بدون تشخیص اتیسم دارند، اغلب به حمایت‌های آموزشی بیشتری دسترسی دارند.

معایب تشخیص عبارت هستند از: شرم روانی، درک محدودتر از مشکلات کودک و احتمال فرضیات غلط درباره علت مشکلات کودک و درباره کودکان متفاوتی که برچسب تشخیصی یکسانی را دریافت می‌کنند. شرم روانی زمانی رخ می‌دهد که برچسب تشخیصی برای کودک، خانواده و دیگران شرم‌آور است. در برخی فرهنگ‌ها، تمام تشخیص‌های سلامت روان با شرم روانی همراه هستند. در فرهنگ‌های دیگر، تنها برخی مشکلات سلامت روان (مانند اعتیاد یا اسکیزوفرنی) شرم روانی به همراه دارند. در آمریکای شمالی، آموزش عمومی در سال‌های اخیر تلاش کرده است تا شرم روانی ناشی از تشخیص‌های سلامت روان را کاهش دهد، اما برخی تعصبات نسبت به افراد دارای مشکلات خاص سلامت روان هنوز باقی مانده است. از سوی دیگر، وقتی کودکان به دلیل داشتن رفتارهای خاص (مانند آداب غیرمعمول یا تیک‌هایی که در کلاس درس به چشم می‌خورند) در معرض شرم روانی قرار می‌گیرند، برچسبی تشخیصی (مانند اختلال وسواسی جبری یا سندرم تورت) می‌تواند به توضیح رفتارهای آنها به دیگران کمک کند و بنابراین شرم روانی را کاهش دهد.

ماجرای مالکوم که پیش‌تر توصیف شد، نشان‌دهنده خطرات ناشی از درک محدود از مشکلات کودک است؛ به‌ویژه درکی که منحصراً بر اساس اطلاعات تشخیصی است. برخی متخصصان بالینی تصمیمات درمانی را بر این اساس اتخاذ می‌کنند که تشخیص خاصی بر علت خاصی دلالت دارد. در مورد مالکوم، رزیدنت روان‌پزشکی بدون در نظر گرفتن احتمال ناتوانی یادگیری زیربنایی، حواس‌پرتی مرتبط با پریشانی هیجانی (با توجه به محیط پرتنش خانه)، یا دلایل دیگر برای عدم توجه، فرض کرد که تشخیص نقص توجه/بیش‌فعالی از نوع بی‌توجه، به درمان دارویی با محرک‌ها نیاز دارد. تصمیم برای ارجاع مالکوم به گروه درمانی شناختی-رفتاری متمرکز بر اضطراب، بر اساس تشخیص اختلال اضطراب فراگیر بود و بر این فرض استوار بود که کودکان با این تشخیص به اندازه کافی به هم شبیه هستند تا از این درمان مشابه سود برند. در مورد مالکوم، این فرض اشتباه بود.

در مقابل، فرمول‌بندی مورد نسبت به تشخیص، طیف گسترده‌تری از اطلاعات را در بر می‌گیرد و

بنابراین می‌تواند منجر به درک کامل‌تر و وسیع‌تر از مشکلات کودک شود. فرمول‌بندی مورد فرض می‌کند که در هر کودک دلایل منحصر به فردی برای بروز مشکلات وجود دارند و احتمال «جای دادن» کودکان متفاوت در یک طبقه‌بندی واحد کاهش می‌یابد. در مورد مالکوم، متخصص بالینی با به کار بردن فرمول‌بندی مورد می‌تواند اطلاعات بیشتری دربارهٔ محیط خانوادگی، رشد اولیه (هم جنبه‌های پزشکی و هم روان‌شناختی) و سابقهٔ یادگیری قبلی او جمع‌آوری کند. روابط او با هریک از والدینش، معلمش و گروه هم‌سالانش نیز از زوایای متعدد (حداقل از دیدگاه مالکوم، والدینش و نیز معلمش) بررسی می‌شود. روش جمع‌آوری چنین اطلاعاتی با جزئیات بیشتر در فصل بعدی ارائه شده است.

ترکیب کردن این اطلاعات برای تدوین فرمول‌بندی مورد، مستلزم گمانه‌زنی بیشتری نسبت به تشخیص‌گذاری است. فرمول‌بندی مورد شامل بررسی عوامل مؤثر و دلایل احتمالی برای مشکلات کودک و نیز شرح مفصلی از علائم است. با این حال، اکثر متخصصان، مراقب هستند که فرضیه‌های خود را در قالب احتمالات و نه قطعیت بیان کنند. به علاوه، به دلیل اینکه فرمول‌بندی مورد شامل فرضیات قابل‌آزمون است، مستلزم ارزیابی عینی در طول زمان است. در واقع، مداخلات مختلف و پاسخ یا عدم پاسخ کودک به آنها، معیاری است که به متخصص بالینی امکان می‌دهد معتبرترین جنبه‌های فرمول‌بندی و نیز جنبه‌های نیازمند اصلاح و تغییر را شناسایی کند؛ بنابراین، فرمول‌بندی مورد می‌تواند به تکمیل تشخیص به منظور تعیین مؤثرترین مداخله (مداخلات) برای کودک کمک کند.

گاهی اوقات فرمول‌بندی مورد نسبت به تشخیص با شرم روانی کمتری همراه است؛ اما همیشه این‌طور نیست. برای مثال، وقتی متخصصان بالینی تعاملات خانوادگی یا شیوه‌های فرزندپروری گذشته را در رابطه با علائم کودک بررسی می‌کنند، والدین دچار شرم روانی می‌شوند. همچنین، فرمول‌بندی به‌طور کلی نمی‌تواند جهت تخصیص منابع اضافی به کودک به کار رود و به اشتراک گذاشتن فرمول‌بندی بالینی با متخصصی دیگر معمولاً وقت‌گیرتر از به اشتراک گذاشتن تشخیص است.

به‌طور خلاصه، هم تشخیص و هم فرمول‌بندی سهم منحصر به فردی در ارزیابی مشکلات سلامت روان در کودکان دارند؛ بنابراین، بهتر است به مثابهٔ رویکردهای رقیب در نظر گرفته نشوند. اکثر کودکان از ارزیابی‌های سلامت روان که هم تشخیص و هم فرمول‌بندی را در بر می‌گیرند، سود می‌برند.

عملکرد مبتنی بر شواهد و فرمول‌بندی مورد

این عقیده که فرمول‌بندی مورد با عملکرد مبتنی بر شواهد مغایرت دارد، باوری اشتباه است. معمولاً این باور اشتباه بر اساس سوءبرداشت از اجزای عملکرد مبتنی بر شواهد، سوءبرداشت از چگونگی

استفاده از فرمول‌بندی مورد یا هر دو ایجاد شده است.

معمولاً متخصصان هنگام توصیف عملکرد مبتنی بر شواهد تأکید دارند که این عملکرد شامل یافته‌های پژوهشی است ولی محدود به این یافته‌ها نیست. برای مثال، در مدلی معروف از عملکرد مبتنی بر شواهد، پری، روث و فوناگی (۲۰۰۵) مطرح کرده‌اند که عملکرد مبتنی بر شواهد به دستورالعمل‌های روش بالینی که مبتنی بر یافته‌های پژوهشی و نیز توافق متخصصان است، پایبندی دارد. این دستورالعمل‌ها بهتر است همراه با قضاوت بالینی که بر اساس درکی روشن از مشکلات مراجع است؛ به کار روند (پری و همکاران، ۲۰۰۵)؛ بنابراین، این محققان فرمول‌بندی مورد را مؤلفه‌ای مهم از عملکرد مبتنی بر شواهد می‌دانند.

به‌علاوه، با توجه به محدودیت‌های پژوهش‌های موجود در حوزه سلامت روان کودک و ماهیت منحصر به فرد هر کودک، تمرکز صرف بر یافته‌های پژوهشی می‌تواند مشکل‌زا باشد. برخی از محدودیت‌های پژوهشی مهم که باید در نظر گرفته شوند عبارت هستند از: تمایل پژوهشگران برای تمرکز بر مداخلاتی که مطالعه آنها آسان است (روث و فوناگی، ۲۰۰۵)، تفاوت بین موفقیت در مداخلات پژوهشی (که «کارآیی»^۱ نامیده می‌شود) و موفقیت در مداخلات بالینی در کلینیک (که «اثربخشی»^۲ نامیده می‌شود) (ماناسیس ۲۰۰۹a)، تفاوت در نتایج بر حسب اینکه چه کسی آنها را گزارش می‌کند (کازدین، ۱۹۹۴)، عدم توجه مداوم به عملکرد کودک و پیگیری بلندمدت (آدلر-نو و ماناسیس، ۲۰۰۹) و فقدان مطالعات با کیفیت برای برخی شرایط و مشکلات (به ماناسیس، ۲۰۰۹b، بخش مربوط به لالی انتخابی، مراجعه کنید). برای مثال، مطالعه درمان شناختی رفتاری از سایر اشکال روان‌درمانی آسان‌تر است زیرا این درمان از نظر زمانی محدود است (به محققان امکان می‌دهد که مطالعه خود را در دوره زمانی کوتاه‌تری به اتمام برسانند) و کتابچه‌های راهنما دارد که مراحل درمان به خوبی در آنها شرح داده شده است (سنجش پایبندی درمانگر و تکرار مطالعات در مکان‌های مختلف را نسبتاً آسان می‌کند). این مزایای پژوهشی می‌تواند تعداد مطالعات مثبت برای درمان شناختی رفتاری را نسبت به سایر درمان‌ها افزایش دهد. تفاوت‌های بین مفاهیم کارآیی و اثربخشی می‌توانند منجر به ناامیدی در کار بالینی شوند، زیرا مداخلاتی که در بافت پژوهشی با نتایج مثبتی همراه بوده‌اند، در بافت جامعه و در کار با مراجعان به همان اندازه مؤثر نیستند. دلایل این پدیده عبارت هستند از: جمعیت‌هایی با شرایط و مشکلات سخت‌تر و پیچیده‌تر در بافت جامعه نسبت به بافت پژوهشی، فقدان آموزش یا نظارت بالینی بر متخصصان در بافت جامعه و پارامترهای عملکردی متفاوت در بافت جامعه و مراکز دانشگاهی (مانند فقدان مصاحبه تشخیصی پیش از درمان، تعداد محدودی از جلسات درمانی مجاز). همچنین یافته‌های تحقیقاتی با توجه به اینکه اطلاعات از چه

1. efficacy
2. effectiveness