

راهنمای فرمول بندی موردی در روان درمانی



فهرست مطالب

۷	..... دربارهٔ ویراستار
۸	..... نویسندگان
۱۰	..... پیشگفتار
۱۳	..... ۱ تاریخچه و وضعیت فعلی فرمول‌بندی موردی در روان‌درمانی
۴۸	..... ۲ مضمون اصلی روابط متعارض برای اختلالات شخصیت
۷۴	..... ۳ روان‌درمانی روان‌پویشی مبتنی بر وحشت‌زدگی
۱۰۳	..... ۴ سبک فرمول‌بندی طرح
۱۲۹	..... ۵ الگوی ناسازگار چرخه‌ای
۱۵۱	..... ۶ فرمول‌بندی موردی در روان‌درمانی بین فردی افسردگی
۱۹۰	..... ۷ نقشه‌برداری موضوعی: سبک فرا نظری، فرا تشخیصی مفهوم‌پردازی مورد
۲۲۴	..... ۸ بهینه‌سازی روان‌درمانی با تجزیه و تحلیل طرح
۲۷۰	..... ۹ فرمول‌بندی موردی شناختی-رفتاری
۳۰۷	..... ۱۰ فرمول‌بندی موردی در رفتاردرمانی دیالکتیکی افرادی با خودکشی‌گرایی مزمن
۳۴۳	..... ۱۱ رویکردهای رفتاری جهت فرمول‌بندی موردی در روان‌درمانی
۳۷۸	..... ۱۲ مفهوم‌پردازی موردی در شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی
۴۰۶	..... ۱۳ مفهوم‌پردازی موردی در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد
۴۳۹	..... ۱۴ فرمول‌بندی موردی در درمان هیجان‌مدار
۴۷۶	..... ۱۵ مفهوم‌پردازی در سبک زوج‌درمانی گاتمن
۵۱۶	..... پیوست ۱-۱۵ فهرست مشکلات همیشگی
۵۱۸	..... پیوست ۲-۱۵ مصاحبهٔ تاریخچهٔ شفاهی



تاریخچه و وضعیت فعلی فرمول‌بندی موردی در روان‌درمانی

تریسی دی. ایلز

به رسمیت شناختن نقش اصلی‌ای که فرمول‌بندی موردی در طرح‌ریزی و درمان روان‌درمانی ایفا می‌کند از آخرین ویرایش این کتاب راهنما سرعت گرفته است. شواهدی برای این ادعا شامل انتشار چندین کتاب است که به‌طور انحصاری یا عمدتاً بر فرمول‌بندی موردی تمرکز دارند (به‌عنوان مثال، بروخ، ۲۰۱۵؛ ایلز، ۲۰۱۵؛ گلدمن و گرینبرگ، ۲۰۱۵؛ هاینز، اوبراین و کاهولوکولا، ۲۰۱۱؛ اینگرام، ۲۰۱۲. کرامر، ۲۰۱۹؛ کویکن، پادسکی و دادلی، ۲۰۰۹؛ پرسونز، ۲۰۰۸؛ اسپری و اسپری، ۲۰۲۰؛ استورمی، ۲۰۰۹؛ تاریخ و جانسون، ۲۰۱۶؛ زوبرنيس و اسنایدر، ۲۰۱۶). کتاب‌های دیگر سبک‌های روان‌درمانی را ارائه می‌کنند که در آن فرمول‌بندی گامی کلیدی است (به‌عنوان مثال، بنجامین، ۲۰۱۸؛ لونسون، ۲۰۱۷؛ مک‌ویلیامز، ۲۰۱۱) و برخی دیگر بر فرمول‌بندی موردی در درمان شرایط خاص روان‌شناختی (مانند، کلارک و بک، ۲۰۱۱؛ منبر و کارنی، ۲۰۱۵؛ زایفرت و بکر، ۲۰۰۷) یا جمعیت‌های خاصی مانند کودکان و نوجوانان (ماناسیس، ۲۰۱۴)، خانواده‌ها (ریتر، ۲۰۱۴) یا جمعیت‌های پزشکی قانونی (استورمی و مک‌موران، ۲۰۱۱) تمرکز دارند. فرمول‌بندی موردی در روان‌درمانی همچنین موضوع تحقیقات و بررسی‌های انتقادی بوده است (به‌عنوان مثال، ایزدن و کازانتزیس، ۲۰۱۸؛ ایلز، ۲۰۰۹؛ فیشمن، ۲۰۱۰؛ رینفورث و لارنسن، ۲۰۱۴؛ ریدلی، جفری، و رابرسون، ۲۰۱۷)، از جمله حداقل دو نسخه ویژه ژورنال‌ها (گودوی و هاینز، ۲۰۱۱؛ ریدلی و همکاران، ۲۰۱۷). علاوه بر این، دو مجله معتبر که بر ارائه و بررسی موردی تمرکز دارند همچنان بر جنب‌وجوش باقی‌مانده‌اند (فیشمن، ۲۰۰۲؛ هرسن، ۲۰۰۲). هر دو مجله شامل ارائه موارد در قالبی استاندارد هستند که شامل بخشی راجع به

فرمول‌بندی موردی است. جستجوی پیشینه به تازگی بیش از ۲۷۰۰ نشریه را در مورد «فرمول‌بندی موردی» یا «مفهوم‌پردازی موردی» از سال ۱۹۸۰، با منحنی شتاب‌گیرنده نشان داد؛ و بیش از ۳۰ کتاب در این زمینه از آخرین ویرایش این جلد منتشر شده است.

با در نظر گرفتن این تحولات، وظیفه من در این فصل ردیابی تاریخچه مفهوم فرمول‌بندی در روان‌درمانی و ارائه‌نمایی کلی از وضعیت آن است. هدف اصلی، فراهم‌کردن زمینه‌ای است که در آن فصل‌های مربوط به سبک‌های فرمول‌بندی موردی خاص را بهتر درک کنیم. من با یک تعریف کاربردی شروع می‌کنم و سپس تأثیرات عمده تاریخی و معاصر را بر شکل و محتوای فرمول‌بندی موردی در روان‌درمانی بررسی می‌کنم. در مرحله بعد، گرایش‌ها در پژوهش‌های فرمول‌بندی موردی در روان‌درمانی را با دقت بررسی می‌کنم. در نهایت، پنج تنش را مطرح می‌کنم که بر فرایند فرمول‌بندی موردی در روان‌درمانی تأثیر می‌گذارند. یک مضمون راهنما در سرتاسر فصل این است که فرمول‌بندی موردی مهارت اصلی روان‌درمانی است که در تلاقی تشخیص و درمان، نظریه و عمل، علم و هنر، و سبب‌شناسی و توصیف قرار دارد.

تعریف کاربردی

فرمول‌بندی موردی در روان‌درمانی فرایندی است برای ایجاد یک فرضیه در مورد علل، عوامل تسریع‌کننده^۱ و حفظ تأثیرات مشکلات روان‌شناختی، بین فردی و رفتاری فرد، و همچنین طرحی برای رسیدگی به این مشکلات (ایلز، ۲۰۱۵). فرمول‌بندی موردی به سازمان‌دهی اطلاعات راجع به یک شخص کمک می‌کند، به‌ویژه زمانی که این اطلاعات حاوی تناقضات یا ناپایداری در رفتار، هیجان و محتوای فکری باشند. در حالت ایده‌آل، شامل ساختارهایی است که به درمانگر اجازه می‌دهند این تناقض‌ها را درک کرده و طبقات مهمی از اطلاعات را در یک دیدگاه به‌اندازه کافی فراگیر از بیمار دسته‌بندی کند. فرمول‌بندی موردی همچنین به‌عنوان طرحی برای هدایت درمان و به‌عنوان نشانگری برای تغییر عمل می‌کند. این باید به درمانگر کمک کند که همدلی بیشتری با بیمار داشته باشد (الیوت، بوهارت، واتسون، و مورفی، ۲۰۱۸) و گسیختگی‌های احتمالی را در اتحاد درمانی پیش‌بینی کند (یوبنکس، موران، و سفران، ۲۰۱۸). نکته مهم این است که درمانگر را در مورد اقدامات بعدی در درمان آگاه می‌کند، نه تنها از جلسه‌ای به جلسه دیگر، بلکه همچنین زمانی که رویدادها در جلسات فاش می‌شوند.

به‌عنوان یک فرضیه، فرمول‌بندی موردی ممکن است شامل استنباط‌هایی در مورد آسیب‌پذیری‌های

1 precipitants

مستعد یا پیشین بر اساس سابقه یادگیری بیماری‌زا، آسیب‌های دوران کودکی، تأثیرات بایولوژیکی یا ژنتیکی، تأثیرات اجتماعی-فرهنگی، فعالیت‌های فعلی وابسته به تقویت، یا طرح‌واره‌ها و باورهای ناهنجار در مورد خود یا دیگران باشد. ماهیت این فرضیه بسته به اینکه متخصص از کدام نظریه روان‌درمانی و آسیب‌شناسی روانی و از چه شواهدی استفاده می‌کند، می‌تواند بسیار متفاوت باشد. رویکردهای روان‌پویشی بر فرایندها و تعارضات ذهنی ناهشیار تمرکز دارند (مسر و وولیتزکی، ۲۰۰۷؛ بایندر و بتان، فصل ۵، همین جلد؛ بوش و میلرود، فصل ۳، همین جلد؛ پری، کوپر و میشلز، ۱۹۸۷؛ سامرز، ۲۰۰۳). فرمول‌بندی شناخت درمانی ممکن است بر افکار و باورهای ناهنجار در مورد خود، دیگران، جهان یا آینده تمرکز کند (به‌عنوان مثال، بک، ۲۰۲۰؛ پرسونز و تامپکینز، فصل ۹، همین جلد). در مقابل، فرمول‌بندی رفتاری به‌طور سنتی ممکن است بر رویدادهای درون روانی تأکید نداشته باشد، اما در عوض، بر تاریخچه یادگیری فرد و آنالیز کارکردی مرتبط با وابستگی‌های محیطی تقویت‌کننده و استنباط در مورد زوج‌های محرک-پاسخ تمرکز می‌کند (استورمی، فصل ۱۱، همین جلد؛ ولپه و ترکات، ۱۹۸۵). فرمول‌بندی‌های رفتاری معاصر به‌طور فزاینده‌ای شناخت و عاطفه را به‌عنوان مؤلفه‌هایی در آنالیز کارکردی ترکیب می‌کنند (نزو، نزو، و کاز، ۲۰۰۷). توضیحات بایولوژیکی نیز ممکن است در فرمول‌بندی موردی درهم‌تنیده شوند. برخی کارشناسان از پیگیری ارتباطات علی دقیق بین یک وضعیت آسیب‌شناسی روانی و عوامل تعیین‌کننده آن حمایت می‌کنند (هاینز، اوبراین، و گودی، ۲۰۲۰؛ موما و فلاک، ۲۰۱۶)، درحالی‌که برخی دیگر بر دستیابی به یک روایت توضیحی [تبیین‌گرا] تأکید می‌کنند که ممکن است مبنایی واقعی در «حقیقت تاریخی» نداشته باشد اما باین وجود از این جهت درمانی است که گزارشی مفهومی از وضعیت بیمار و روشی برای بهبود آن ارائه می‌دهد (بایندر و بتان، فصل ۵، همین جلد؛ فرانک و فرانک، ۱۹۹۱؛ اسپنس، ۱۹۸۲). منابع شواهد ممکن است شامل گزارش خود مراجعه‌کننده، یافته‌های روان‌سنجی، فرایند روان‌درمانی و تحقیقات پیامد، تحقیقات اپیدمیولوژیک [همه‌گیرشناسی] و شواهدی از ژنتیک‌های رفتاری باشد (ایلز، ۲۰۱۵). به‌عنوان یک فرضیه، فرمول‌بندی موردی نیز در معرض بازنگری قرار می‌گیرد، زیرا اطلاعات جدید ظاهر می‌شوند، همان‌طور که آزمون‌های فرضیه کاری نشان می‌دهند و همان‌طور که یک متخصص بیمار را از دریچه چارچوب نظری جایگزین مشاهده می‌کند.

فرمول‌بندی موردی هر دو جنبه محتوا و فرایند را دربر می‌گیرد. جنبه‌های محتوا شامل چندین مؤلفه هستند که باهم تصویری جامع از فرد را ترسیم و بر مشکلات او تمرکز می‌کنند. آن‌ها همچنین ممکن است شامل یک مؤلفه تجویزی [قراردادی] باشند که مستقیماً از توصیفات و فرضیه‌های قبلی سرچشمه می‌گیرد و طرحی را برای درمان پیشنهاد می‌کند (اسپری، گودمن، بلک ول و فاکنر، ۱۹۹۲). طرح درمانی ممکن است شامل جزئیاتی مانند نوع درمان یا مداخلات توصیه‌شده، دفعات و مدت

جلسات، اهداف درمانی، موانع دستیابی به این اهداف، منابع برای رسیدگی به مشکلات، پیش‌آگهی و ارجاع برای مداخلات کمکی مانند درمان دارویی، گروه‌درمانی، درمان سوء‌مصرف مواد، یا ارزیابی پزشکی باشد. روش دیگر، ممکن است مداخلاتی غیر از روان‌درمانی یا اصلاً مداخله‌ای توصیه نشود.

جنبه‌های فرایندی فرمول‌بندی موردی به فعالیت‌های متخصص با هدف استخراج اطلاعات مورد نیاز برای توسعه محتوای فرمول‌بندی اشاره دارد. به‌طور معمول، این فرایند در درجه اول شامل انجام مصاحبه بالینی است. دو دسته کلی از اطلاعات باید در طول مصاحبه برای استخراج فرمول‌بندی در نظر گرفته شود. اولی اطلاعات توصیفی است که شامل اطلاعات دموگرافیک، مشکلات ارائه‌شده، گام‌های مقابله‌ای بیمار، هرگونه تاریخچه مشکلات قبلی سلامت ذهنی یا مراقبت، تاریخچه پزشکی و تاریخچه تحولی، اجتماعی، تحصیلی و کاری است. اگرچه انتخاب اطلاعات توصیفی هرگز نمی‌تواند عاری از تأثیر نظریه یا سوگیری ضمنی باشد، معمولاً تلاشی برای تفسیر یا استنتاج معنا در این بخش وجود ندارد؛ در عوض، تأکید بر ارائه یک پایگاه اطلاعاتی قابل‌اعتماد است. دسته دوم اطلاعات معنای شخصی است که به نحوه تجربه و تفسیر بیمار از رویدادهای توصیف‌شده اشاره دارد. برای استخراج این اطلاعات، درمانگر می‌پرسد و مشاهده می‌کند که چگونه رویدادهای توصیفی بر افکار، احساسات و رفتار بیمار تأثیر می‌گذارند. درمانگر همچنین می‌تواند اطلاعات معنای شخصی را از روایت‌هایی که بیمار می‌گوید استخراج کند.

تأثیرات تاریخی و معاصر

در این بخش، چهار تأثیر بر فرمول‌بندی موردی در روان‌درمانی را بررسی می‌کنم. این‌ها معاینه پزشکی و تاریخچه مورد، مدل‌های آسیب‌شناسی روانی و طبقه‌بندی آن، مدل‌های روان‌درمانی و ارزیابی روان‌سنجی هستند.

معاینه پزشکی و تاریخچه مورد

تأثیرات عمده بر شکل و منطق فرمول‌بندی موردی در روان‌درمانی، معاینه پزشکی و مطالعه موردی است که ریشه در پزشکی بقراطی و جالینوسی دارد. ظهور پزشکی بقراطی در قرن پنجم قبل از میلاد مسیح انکار شرک و اساطیر را به‌عنوان منبع بیماری یا درمان مشخص کرد. همچنین نشان‌دهنده پذیرش دلیل، منطق و مشاهده در درک بیماری و این اعتقاد بود که فقط نیروهای طبیعی در بیماری نقش دارند. پزشکان بقراطی معتقد بودند که تشخیص باید بر پایه مشاهدات استوار باشد و پیش‌بینی را به‌عنوان وسیله‌ای برای تأیید تشخیص‌شان به کار می‌گرفتند. آن‌ها دیدگاهی کل‌نگر نسبت به بیماری داشتند و بیمار را به‌عنوان شرکت‌کننده‌ای فعال در درمان می‌دیدند. بقراطی‌ها با پیش‌بینی جنبش

سلامت معاصر، رویکردهای پزشکی کل‌نگر و حمایت روان‌درمانگران برای تمرکز بر «مشکلات زندگی» بیماران (سالیوان، ۱۹۵۴)، بیماری را رویدادی می‌دانستند که در متن کامل زندگی بیمار رخ می‌دهد. تلاش‌های درمانی آن‌ها با هدف بازگرداندن تعادل نیروهای طبیعی در بیمار انجام شد.

وظیفه اصلی پزشک بقراطی که بر اساس مفروضات نظری نادرست شامل تعامل هومورال^۱ [مزاج‌ها]، حیات‌گرایی و «حرارت درونی» است، تعیین ماهیت عدم تعادل مزاج بیمار بود. برای این منظور، یک معاینه فیزیکی بسیار پیچیده ایجاد شد که در آن پزشک، با استفاده از حواس پنج‌گانه خود، به دنبال شواهد عینی برای تعیین علت اصلی علائم مشاهده شده بود. به گفته نولاند (۱۹۸۸)، گزارش‌های موردی بقراط شامل توصیف تغییرات در دمای بدن، رنگ، حالت چهره، الگوی تنفس، وضعیت بدن، پوست، مو، ناخن‌ها و کانتور [خط میانی] شکم بود. علاوه بر این، پزشکان بقراطی طعم خون و ادرار را چشیدند؛ آن‌ها ترشحات پوست، موم گوش، مخاط بینی، اشک، خلط و چرک را بررسی کردند؛ آن‌ها بوی مدفوع را حس کردند؛ و چسبندگی عرق را مشاهده کردند. هنگامی که پزشک این اطلاعات را جمع‌آوری و ادغام می‌کرد، از آن برای استنباط منشأ عدم تعادل هومورال و میزان پیشرفت بیماری استفاده می‌کرد. تنها پس‌از آن مداخله تجویز می‌شد. نکته اصلی که قابل‌قدردانی است کیفیت تجربی این بررسی است. علائم به‌صورت ظاهری در نظر گرفته نمی‌شدند و همچنین تصور نمی‌شد که آن‌ها محصول مداخله الهی باشند؛ در عوض، شواهد عینی از بیماری بدن جستجو می‌شد.

تمرکز بر مشاهده و تجربه‌گرایی توسط بقراط و شاگردانش، پایه و اساس معاینات فیزیکی شکل‌گرفته امروزی را شکل داد. این به‌عنوان باوری ارزشمند برای فرمول‌بندی موردی در روان‌درمانی مدرن عمل می‌کند. نکته مهم این است که طرفداران بقراط همچنین به کسانی که فرمول‌بندی موردی در روان‌درمانی مدرن را انجام می‌دهند این هشدار را ارائه می‌دهند که حتی تلاش‌های هماهنگ برای عینیت و تجربه‌گرایی می‌تواند طعمه باور بیش‌ازحد به یک چارچوب نظری شود که مشاهدات در آن سازمان‌دهی شده‌اند.

قبل از اینکه بتوان آن را به‌عنوان مدرن توصیف کرد، خصلت بقراطی به دو عنصر دیگر نیاز داشت: تمرکز بر ساختار و عملکرد آناتومیکی (و زیرکالبدی) به‌عنوان پایه بیماری و ایجاد آزمایش طرح‌ریزی‌شده به‌عنوان ابزاری برای درک آناتومی و بیماری. این عناصر بیش از ۵۰۰ سال پس از بقراط توسط پزشکی یونانی به نام جالینوس از پرگامون تهیه شد. قبل از جالینوس، دانش دقیق از آناتومی بدن و اینکه بیماری چگونه آن را مختل می‌کند، در بهترین حالت، اطلاعات کمکی در آموزش پزشکی محسوب می‌شد. تأکید جالینوس بر آناتومی و ساختار را می‌توان به‌عنوان پیشروی

فیزیولوژیکی برای نظریه‌های روان‌شناختی فعلی که نقش اصلی را برای ساختارهای ذهنی مطرح می‌کنند، در نظر گرفت. این‌ها شامل مفاهیم روان‌پویشی اید، ایگو و سوپرایگو، و همچنین بازنمایی‌های خویشتن یا طرح‌واره‌ها می‌شوند که برخی از نظریه‌پردازان و پژوهشگران روان‌پویشی و شناختی بر آن تأکید دارند (سگال و بلات، ۱۹۹۳).

جالینوس اولین کسی بود که برای آزمایش به‌عنوان روشی جهت درک آناتومی ارزش قائل شد. او در یک‌سری آزمایش‌های ساده و ظریف ثابت کرد که شریان‌ها حاوی خون هستند و نبض‌های شریانی از قلب منشأ می‌گیرند. مطابق با این روح جالینوسی، آزمایش برای آزمون فرمول‌بندی‌های مربوط به «آناتومی روان‌شناختی» بیماران روان‌درمانی توسط چندین پژوهشگر و متدولوژیست روان‌درمانی پیشنهاد شده است (مانند بارلو و هرسن، ۱۹۸۴؛ فیشرمن، مسر، ادواردز، و داتیلیو، ۲۰۱۷؛ هاینز، اوبراین، و گودوی، ۲۰۲۰؛ مک لئود، ۲۰۱۰؛ مورگان و مورگان، ۲۰۰۱؛ استایلز، ۲۰۰۳). علاوه بر این، بسیاری از نویسندگان فصول این جلد به‌صراحت سبک‌های فرمول‌بندی موردی خودشان را به روان‌درمانی‌های مورد حمایت تجربی و سنت تجربه‌گرایی مرتبط می‌کنند.

پیشرفت قابل توجه دیگری در علم پزشکی راجع به تشخیص قرن‌ها پس از جالینوس رخ داد. این انتشار، در سال ۱۷۶۹، از کتاب جومانی مورگانی، جایگاه‌ها و علل بیماری‌ها در آناتومی بود. کار مورگانی تلفیق بیش از ۷۰۰ تاریخچهٔ مورد بالینی است که به‌خوبی فهرست شده‌اند، که هرکدام علائم بیمار را به گزارش آسیب‌شناسی یافت‌شده در کالبدشکافی و هر آزمایش مربوطی که انجام شده است مرتبط می‌کند. جایگاه‌ها از این جهت که «مفهوم آناتومی بیماری» جالینوس را به‌طور محکم تثبیت می‌کردند، دستاوردی قابل توجه بودند. اگرچه اکنون می‌دانیم که بیماری نه‌تنها محصول اندام‌های بیمار، بلکه فرایندهای پاتولوژیک رخ‌داده در بافت‌ها و ساختارهای سلولی و درون‌سلولی است، مفهوم تقلیل‌گرایانهٔ بیماری همچنان غالب است. پزشک قرن هجدهم که از جایگاه‌ها برای معالجهٔ بیمار استفاده می‌کند، می‌تواند از این شاخص برای جستجوی علائم بیمارش نیز استفاده کند، که این می‌تواند به فهرستی از فرایندهای پاتولوژیک که ممکن است درگیر باشند ارجاع داده شود. عقیدهٔ مورگانی، که علائم «فریاد اندام‌های دردمند» هستند، به‌موازات فرض راهنمای برخی از رویکردهای فرمول‌بندی موردی در روان‌درمانی است که علائم نشان‌دهندهٔ «فریاد» ساختارها و فرایندهای زیربنایی آسیب‌شناسی روانی‌اند.

دومین دستاورد مورگانی، پایه‌گذاری روش بالینی آسیب‌شناسی تحقیقات پزشکی است که در آن همانندی‌های بین علائم بیمار و آسیب‌شناسی زیربنایی که در کالبدشکافی فاش می‌شود، بررسی می‌گردد. اگرچه هیچ معادل روان‌شناختی برای کالبدشکافی نهایی وجود ندارد، اما ظهور روش آسیب‌شناسی بالینی تأکید بر دستیابی به شواهد مستقل و تأییدکننده برای اثبات روابط فرضی در

روان‌شناسی را پیش‌بینی کرد. جایگاه‌های مورگانی همچنین نشان دادند که چگونه پیشرفت‌ها در علم پزشکی می‌توانند به صورت موردی اتفاق بیفتند و چگونه یکپارچه‌سازی و سازمان‌دهی اطلاعات موجود می‌توانند علم را پیش ببرند. ایجاد ژورنال‌های مطالعه موردی آنلاین، مانند *مطالعات موردی کاربردی در روان‌درمانی* (فیشرمن، ۲۰۰۰)، پایگاه داده‌ای از موارد روان‌درمانی با دسته‌بندی‌های استاندارد و قابل پژوهش از اطلاعات را فراهم می‌کنند. چنین تلاش‌هایی ممکن است سرآغاز *جایگاه‌های روان‌شناسی* باشند.

با گسترش دامنه حواس پنج‌گانه ما، ابزارها و فناوری‌های پزشکی نیز به دقت تشخیص تا حد زیادی افزودند؛ با انجام این کار، پزشکی مدلی برای فرمول‌بندی‌های موردی در روان‌درمانی ارائه کرده است. نمونه‌هایی از پیشرفت‌های پزشکی که به تشخیص کمک می‌کنند عبارت‌اند از: اختراع گوشی پزشکی لینک در اوایل قرن نوزدهم، کشف اشعه ایکس توسط رونتگن و پیشرفت‌های اخیر در تکنیک‌های تصویربرداری مغز. اگر مشابه‌هایی در روان‌شناسی وجود داشته باشد، می‌توان به تداعی آزاد فروید (لوتین، ۲۰۱۸)، نمایش اسکینر از قدرت کنترل محرک بر رفتار (اسکینر، ۱۹۵۳)، تکنولوژی ژنتیک رفتاری (والدمن، ۲۰۰۷؛ پلومین، ۲۰۱۸) و ظهور روان‌سنجی (رود، گارب، و نوزورسکی، ۲۰۰۷) اشاره کرد. هر یک از این «تکنولوژی‌ها» به درک ما از عملکرد روان‌شناختی و آسیب‌شناسی روانی افراد افزوده است.

همان‌طور که بررسی معاینه پزشکی و مطالعه موردی نشان داده‌اند، ساختار و منطق فرمول‌بندی موردی در روان‌درمانی سنتی دقیقاً پس از پزشکی مدل‌سازی شده است. جنبه‌های خاص وام گرفته‌شده عبارت‌اند از: تأکید بر مشاهده، این فرض که علائم منعکس‌کننده فرایندهای بیماری زمینه‌ای هستند، آزمایش به عنوان وسیله‌ای برای کشف، مورد تأیید مطلوب قرار گرفتن فرمول‌بندی پس از کالبدشکافی (یا پس از بررسی‌ها در درمان) و اتکای فزاینده به تکنولوژی برای کمک به تشخیص.

مدل‌های آسیب‌شناسی روانی و طبقه‌بندی آن

درک و دانش یک متخصص از آسیب‌شناسی روانی و روش‌هایی که در آن حالات آسیب‌شناسی روانی ایجاد، حفظ و سازمان‌دهی می‌شوند، چگونگی فرمول‌بندی موارد توسط متخصص را مشخص خواهد کرد. درک و دانش مجموعه‌ای از محدودیت‌ها را در مورد اینکه متخصص چه چیزی را در شخص «اشتباه» در نظر می‌گیرد، چه چیزی باید تغییر کند، چقدر تغییر ممکن است و چگونه ممکن است تغییر کند، تحمیل می‌کند. اگرچه بحث گسترده در مورد ماهیت و طبقه‌بندی آسیب‌شناسی روانی فراتر از حوزه این فصل است، سه مضمونی که زمینه بحث‌های جاری در مورد این موضوع را تشکیل می‌دهند به طور ویژه با فرمول‌بندی موردی مرتبط‌اند. (برای بحث گسترده، به آخنباخ، ۲۰۲۰؛ بلشفیلد، ۱۹۸۴؛ و بلشفیلد و برگس، ۲۰۰۷ مراجعه کنید.)

سبب‌شناسی در مقابل توصیفی

روان‌پزشکی در طول تاریخ خود بین مدل‌های توصیفی و سبب‌شناسی آسیب‌شناسی روانی در نوسان بوده است (مک، فورمن، براون، و فرانسیس، ۱۹۹۴؛ سوریس، هالیدی، و نورث، ۲۰۱۶). تنش بین این رویکردها در طبقه‌بندی بیماری‌ها هم نارضایتی از مدل‌های توصیفی و هم نارسایی علمی مدل‌های سبب‌شناسی گذشته را منعکس می‌کند. در طول قرن بیستم و تا قرن بیست و یکم، این گرایش دیده شده است که روان‌پزشکی توصیفی کریپلین جای خود را به تمرکز روانی اجتماعی با الهام از آدولف مایر و کارل مینجر و همچنین تأکید فرویدی‌ها بر عوامل ناهشیار تعیین‌کننده رفتار داده است. تمرکز بر توصیف در محرومیت تقریبی سبب‌شناسی در سال ۱۹۸۰ با انتشار سومین نسخه راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-III؛ انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۱۹۸۰) احیا شد و تاکنون با DSM-5 (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳)، و همچنین طبقه‌بندی بین‌المللی بیماری‌ها (ICD-10 و ICD-11؛ سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۱۸) ادامه یافته است. با این وجود، همان‌طور که چارچوب معیارهای حوزه تحقیقاتی موسسه ملی سلامت روان^۱ (RDoC) نشان می‌دهد، تحقیقات در مورد علل و عوامل آسیب‌شناسی روانی به شدت ادامه دارد (موسسه ملی سلامت روان، ۲۰۲۰). با این حال، تأثیر چارچوب RDoC بر روی طبقه‌بندی بیماری‌های تجدیدنظر شده نامشخص است (مک‌دونالد و کروگر، ۲۰۱۳) و برخی از پژوهشگران ابراز نگرانی کرده‌اند که این چارچوب به تحقیقات زیست-پزشکی در مقایسه با تحقیقات روانی-اجتماعی و فرهنگی-اجتماعی (برنباوم، ۲۰۱۳؛ تیچمن و همکاران، ۲۰۱۹) امتیاز بیشتری می‌دهد. با سبب‌شناسی‌ای که در حال حاضر در طبقه‌بندی بیماری‌های روان‌پزشکی فعلی نشان داده نشده است، یک خلأ مفهومی ایجاد می‌شود که فرمول‌بندی موردی در روان‌درمانی آن را برای هر بیمار پر می‌کند.

مدل‌های مقوله‌ای در مقابل ابعادی

درست همان‌طور که آسیب‌شناسان روانی بین طبقه‌بندی بیماری‌ها^۲ از نظر سبب‌شناسی و توصیفی در نوسان بوده‌اند، آن‌ها همچنین مدت‌ها در مورد شایستگی‌های مدل‌های مقوله‌ای در مقابل ابعادی آسیب‌شناسی روانی بحث کرده‌اند (کندل، ۱۹۷۵). دیدگاه مقوله‌ای یا «سندرومی» این است که اختلالات روانی از نظر کیفی از یکدیگر متمایز و از نظر عملکرد روان‌شناختی «هنجار» هستند. رویکرد مقوله‌ای بیانگر «مدل پزشکی» آسیب‌شناسی روانی است که علاوه بر مشاهده بیماری‌ها به‌عنوان موجودیت‌های آسیب‌شناسی مجزا، به احکام زیر نیز پایبند است: (۱) بیماری‌ها علل، دوره‌ها و

1 National Institute of Mental Health Research Domain Criteria

2 nosologies