

راهنمای فرمول بندی موردی در روان درمانی



فهرست مطالب

۹	درباره ویراستار.....
۱۱	نویسندگان.....
۱۳	پیشگفتار.....
۱۷	۱ تاریخچه و وضعیت فعلی فرمول‌بندی موردی در روان‌درمانی.....
۵۳	۲ مضمون اصلی روابط متعارض برای اختلالات شخصیت.....
۷۹	۳ روان‌درمانی روان‌پویشی مبتنی بر وحشت‌زدگی.....
۱۰۸	۴ سبک فرمول‌بندی طرح.....
۱۳۵	۵ الگوی ناسازگار چرخه‌ای.....
۱۶۸	۶ فرمول‌بندی موردی در روان‌درمانی بین فردی افسردگی.....
۲۰۷	۷ نقشه‌برداری موضوعی: سبک فرا نظری، فرا تشخیصی مفهوم‌پردازی مورد.....
۲۴۱	۸ بهینه‌سازی روان‌درمانی با تجزیه و تحلیل طرح.....
۲۸۷	۹ فرمول‌بندی موردی شناختی-رفتاری.....
۳۲۴	۱۰ فرمول‌بندی موردی در رفتاردرمانی دیالکتیکی افرادی با خودکشی‌گرایی مزمن.....
۳۶۰	۱۱ رویکردهای رفتاری جهت فرمول‌بندی موردی در روان‌درمانی.....
۳۹۵	۱۲ مفهوم‌پردازی موردی در شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی.....
۴۲۳	۱۳ مفهوم‌پردازی موردی در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد.....
۴۵۶	۱۴ فرمول‌بندی موردی در درمان هیجان‌مدار.....
۴۹۳	۱۵ مفهوم‌پردازی در سبک زوج‌درمانی گاتمن.....
۵۳۳	پیوست ۱-۱۵ فهرست مشکلات همیشگی.....
۵۳۵	پیوست ۲-۱۵ مصاحبه تاریخچه 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؛ زوبرنیس 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؛ رینفورت 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 پر جنب‌وجوش باقی مانده‌اند (فیشمن، ۲۰۰۲؛ هرسن، ۲۰۰۲). هر دو مجله شامل ارائه موارد در قالبی استاندارد هستند که شامل بخشی راجع به فرمول‌بندی موردی است. جستجوی پیشینه به‌تازگی 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، فراهم کردن 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 مستعد یا پیشین بر اساس سابقه یادگیری بیماری‌زا، آسیب‌های دوران کودکی، تأثیرات بائیولوژیکی یا ژنتیکی، تأثیرات اجتماعی-فرهنگی، فعالیت‌های فعلی وابسته به تقویت، یا طرح‌واره‌ها و باورهای

1 precipitants

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 [تبيين‌گرا] 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؛ فیشمن، مسر، ادواردز، و داتیلو، 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 تاریخچه 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 رخ داده در بافت‌ها و ساختارهای سلولی و درون‌سلولی است، مفهوم تقلیل‌گرایانه بیماری همچنان غالب است. پزشک قرن هجدهم که از جایگاه‌ها برای معالجه 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. عقیده مورگانی، که علائم «فریاد اندام‌های دردمند» هستند، به‌موازات فرض راهنمای برخی از رویکردهای فرمول‌بندی موردی در روان‌درمانی است که علائم نشان‌دهنده «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 به‌صورت موردی اتفاق بیفتند و چگونه یکپارچه‌سازی و سازمان‌دهی اطلاعات

موجود می‌تواند علم را پیش ببرند. ایجاد ژورنال‌های مطالعه موردی آنلاین، مانند *مطالعات موردی کاربردی در روان‌درمانی* (فیشمین، 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 به‌دقت 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 لینگ 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 به‌عنوان 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 به‌طور 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 میننجر 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 nosologies

پیامدهای قابل پیش‌بینی‌ای دارند؛ (۲) علائم بیانگر زیربنای ساختارها و فرایندهای بیماری‌زا هستند؛ (۳) حوزه اصلی اما نه انحصاری پزشکی بیماری است، نه سلامت؛ و (۴) بیماری اساساً یک پدیده فردی است، نه یک موجود اجتماعی یا فرهنگی. رویکرد مقوله‌ای به آسیب‌شناسی روانی در تاریخچه اخیر تا «مفهوم بیماری» کریپلین قابل‌ردیابی است و در راهنمای تشخیصی و آماری منتشرشده توسط انجمن روان‌پزشکی آمریکا از سال ۱۹۸۰ تجسم یافته است.

مدل مقوله‌ای در سال‌های اخیر با انتقادات قابل توجهی مواجه شده است. نارضایتی از مشکلاتی مانند ناهمگونی علائم در نهادهای تشخیصی مقوله‌ای، پایایی^۱ [قابلیت اطمینان] ضعیف، سطوح بالای همبودی، روایی^۲ [اعتبار] پیش‌بینی‌کننده محدود و نگرانی از اینکه مدل‌های مقوله‌ای تفاوت‌های فردی در مشکلات شخصیتی را دربر نمی‌گیرند (هاپ وود و همکاران، ۲۰۱۸؛ کسلر و چیو، دملر، مریکانگاس و والترز، ۲۰۰۵). هاپ وود و سایر آسیب‌شناسان روانی برجسته، با تشبیه مدل مقوله‌ای اختلالات شخصیت به مجسمه‌خوانی^۳، مدل زمین مرکزی کیهان^۴ و دیدگاه‌های پیش از بقراط در مورد بیماری ذهنی، می‌نویسند: «مدل مقوله‌ای مانعی برای پژوهش و عمل شده است» (۲۰۱۸، ص. ۸۴).

کسانی که از رویکرد ابعادی حمایت می‌کنند، ادعا دارند که آسیب‌شناسی روانی بهتر است به‌عنوان پیوستاری از هنجار به ناهنجار نگریسته شود. هاپ وود و همکاران (۲۰۱۸) اظهار داشتند که مدل‌های ابعادی قابلیت اطمینان را افزایش می‌دهند، پیوندهای قوی‌تری با تحقیقات پایه در مورد شخصیت دارند و چالش‌های مرتبط با همبودی اختلال شخصیت و ناهمگونی علائم را برطرف می‌کنند. دیگران ادعا می‌کنند که ابعاد را می‌توان آسان‌تر اندازه‌گیری کرد، پدیده‌های تحت‌بالینی را بهتر به تصویر کشید و روشی ساده‌تر برای درک آسیب‌شناسی روانی است (بلشفیلد و برگس، ۲۰۰۷). حرکت به سمت مدل‌های ابعادی اختلالات شخصیت به نقطه‌ای رسیده است که یک مدل ابعادی در DSM-5 (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳) برای بررسی و تحقیقات آتی ارائه شده است. شاید مهم‌تر از آن، نسخه یازدهم ICD سازمان جهانی بهداشت (۲۰۱۸) که اخیراً منتشر شده است، رویکرد اختلال شخصیت مقوله‌ای را با مدل ابعادی صفات پنج‌گانه جایگزین می‌کند. صفات پنج‌گانه ICD-11 عبارت‌اند از: هیجان‌پذیری منفی^۵، دل‌گسستگی [بریدگی]^۶، اجتماعی نبودن [مخالفت‌جویی]^۷، بازداری‌زدایی [مهارگسستگی]^۸ و انانکاستیا [OCPD، گرایش روان‌پریشی]^۹. متخصصان ابتدا بیمار را با توجه به

1 reliability
2 validity
3 phrenology
4 the geocentric model of the cosmos
5 negative affectivity
6 detachment
7 dissociality
8 disinhibition
9 anankastia

سطح شدت اختلال شخصیت رتبه‌بندی می‌کنند، سپس انتخاب رتبه‌بندی فرد با توجه به صفات پنج‌گانه، همراه با واجد شرایط الگوی مرزی (باگبی و ویدیگر، ۲۰۲۰) وجود دارد. در مورد فرمول‌بندی موردی، ابعادی یا مقوله‌ای بودن طبقه‌بندی بیماری‌ها چه فرقی می‌کند؟ سه عامل را می‌توان شناسایی کرد: پتانسیل برای انگ‌زدن، نیکویی برازش^۱ با تصور درمانگر از سازمان شخصیت و سهولت استفاده.

در مقایسه با مدل‌های ابعادی، رویکردهای مقوله‌ای ممکن است بیشتر مستعد انگ‌زدن به بیماران باشند، زیرا تمایل بیشتری به ایجاد ساختار نظری دارند. به‌عنوان مثال، گفتن اینکه یک فرد «دارای» اختلال شخصیت است، می‌تواند باعث ایجاد یا تشدید احساس ناقص بودن شود، به‌ویژه زمانی که به‌عنوان «توضیح» وضعیت فرد ارائه می‌شود. این «فرمول‌بندی» همچنین می‌تواند اثر دلسردکننده‌ای به‌طور غیرضروری بر روحیه درمانگر بگذارد. رویکردهای ابعادی ممکن است کمتر مستعد انگ‌زدن باشند، زیرا ابعاد از محدودهٔ هنجار تا ناهنجار متفاوت هستند و فرض نمی‌شود که شرایط روانشناسی مجزا را نشان دهند.

هنگامی که در شرایط تجربهٔ شخصی، عملکردی و زمینهٔ خاص بیان می‌شود، فرمول‌بندی موردی می‌تواند به‌عنوان یک مکمل درمانی برای سیستم مقوله‌ای یا ابعادی عمل کند، بنابراین پتانسیل انگ‌زدن را کاهش می‌دهد. به‌عنوان مثال، درمانگر ممکن است به‌جای برچسب‌زدن به یک فرد به‌عنوان «دارای» اختلال شخصیت، مداخله‌ای مبتنی بر فرمول‌بندی ارائه دهد، مانند «آیا ممکن است وقتی تهدید به رها شدن شدید، در تلاش برای نزدیک‌کردن دیگران به خودتان آسیب بزنید و در عوض فقط آن‌ها را از خود دور کنید؟» یا «برای من سؤال است که آیا به‌جای اینکه برای خودت تصمیم بگیری، به دیگران اجازه می‌دهی در مورد احساسات تصمیم بگیرند؟»

بحث ابعادی-مقوله‌ای همچنین پیامدهایی برای چارچوب منبع درک شخصیت در کسی که فرمول‌بندی موردی را می‌نویسد، دارد. اگر فرد به شخصیت در یک بافت درون فردی نگاه کند (والسینر، ۱۹۸۶، ۱۹۸۷) - یعنی به‌عنوان یک سیستم سازمان‌یافتهٔ درونی از اجزای به‌هم‌پیوسته - آنگاه ترجیح فرد برای رویکرد مقوله‌ای یا ابعادی بر «بخش‌هایی» که شناسایی می‌کند و دیدگاه او در مورد چگونگی ارتباط متقابل آن‌ها تأثیر می‌گذارد. رویکرد مقوله‌ای فرض می‌کند که نشانه‌ها، علائم و صفات شخصیتی در کنار هم قرار می‌گیرند و یک کل را تشکیل می‌دهند که سازمانی را بیشتر از مجموع اجزای آن تشکیل می‌دهد (نگاه کنید به آلپورت، ۱۹۶۱). بنابراین، از دیدگاه درون فردی، اگر بیمار ترس شدید از رها شدن را نشان دهد، که حاکی از اختلال شخصیت مرزی است، کسی که فرمول‌بندی موردی را می‌نویسد ممکن است تکانش‌گری، مشکلات خود-انگاره، و خطر خودکشی را

1 goodness-of-fit

با دقت بیشتری بررسی کند. با رسیدن به پیشینه پژوهش، کسی که فرمول‌بندی موردی را می‌نویسد ممکن است در هنگام ارزیابی خودکشی، احساس بار سنگین متحمل‌شده^۱ و قابلیت خودکشی را ارزیابی کند (چو و همکاران، ۲۰۱۷).

اگر فردی شخصیت کسی را در چارچوب مرجع بین فردی ببیند، رویکرد ابعادی مناسب‌تر است (والسینر، ۱۹۸۶، ۱۹۸۷)؛ یعنی به‌عنوان مجموعه‌ای از صفات که لزوماً به هم مرتبط نیستند و بر اساس نحوه مقایسه آن‌ها با بیانشان در افراد دیگر به بهترین وجه قابل‌درک است. رویکردهای ابعادی مانند مدل پنچ عاملی (کاستا و ویدیرگر، ۱۹۹۴) با این فرض ساخته شده‌اند که ابعاد همبستگی ندارند. بنابراین امتیاز یک فرد در مورد عامل «توافق‌پذیری» به پیش‌بینی درجه «وجدان کاری [وظیفه‌شناسی]» او کمک نمی‌کند. متخصصی که در چارچوب بین فردی کار می‌کند ممکن است مجموعه‌ای از صفات اصلی را به‌عنوان تشکیل‌دهنده هسته فرمول‌بندی موردی پیشنهاد کند.

سهولت استفاده یکی دیگر از ملاحظات مربوط به فرمول‌بندی موردی است، زیرا آن اغلب باید به‌سرعت انجام شود. بسیاری از افراد فکر کردن در مقوله‌ها را طبیعی‌تر می‌دانند تا در ابعاد، از جمله در مراقبت‌های بهداشتی، زیرا تصمیم‌های بالینی اغلب ماهیت مقوله‌ای دارند (به‌عنوان مثال، درمان یا عدم درمان، استفاده از مداخله A یا B). مقوله‌ها همچنین ممکن است سهولت بیشتری برای کمک به درمانگر و بیمار در شناسایی و برچسب‌گذاری مشکلاتی که باید در درمان به آن‌ها پرداخته شود، به‌عنوان نوعی مختصرنویسی داشته باشند. برای مثال، ریدلی و جفری (فصل ۷، همین جلد) توجه می‌کنند که استعاره «دختر ناخواسته بابا» در موردی که تعریف می‌کنند چقدر مفید بوده است.

آیا می‌توان دیدگاه‌های مقوله‌ای و ابعادی را باهم تطبیق داد؟ همان‌طور که در جای دیگر گفته شد (ایلز، ۲۰۱۵)، درمانگر نیازی به انتخاب بین دیدگاه مقوله‌ای و ابعادی ندارد و آشنایی با هر دو حالت تفکر مفید است. دانشمندان علوم شناختی دریافته‌اند که ما در دیدگاه مقوله‌ای راحت‌تر فکر می‌کنیم؛ طبیعی و سریع است. با این حال، رویکردهای ابعادی امساک‌گری کرده و کاستی‌های سیستم‌های مقوله‌ای را برطرف می‌کنند. هرکدام می‌توانند هدفی را دنبال کنند و می‌توان یاد گرفت که مراجعین را به‌طور متناوب با استفاده از هر یک از این رویکردها مشاهده کرد.

نرمال بودن در مقابل غیر نرمال بودن

موضوع مرتبط با مدل‌های ابعادی در مقابل مدل‌های مقوله‌ای آسیب‌شناسی روانی، تصمیم‌گیری در مورد این است که چه چیزی رفتار و تجربه نرمال [هنجار] و چه چیزی غیر نرمال [ناهنجار] است. این تصمیمات در امر مهم فرمول‌بندی موردی در روان‌درمانی نقش اساسی دارند. آن‌ها نه تنها ساختار و

محتوای فرمول‌بندی و فرایندی که توسط آن فرمول‌بندی موردی شناسایی می‌شود را هدایت می‌کنند، بلکه راهبردهای مداخله متخصص و اهداف درمان را نیز هدایت می‌کنند. اول، مهم است که بدانیم تمام مفاهیم آسیب‌شناسی روانی، حداقل تا حدی، ساختارهای اجتماعی هستند (میلون، ۲۰۱۱). آن‌ها دیدگاه‌های برگرفته از فرهنگ را منعکس می‌کنند که چه چیزی غیر نرمال و چه چیزی نرمال تلقی می‌شود.

چندین معیار می‌توانند در تصمیم‌گیری راجع به اینکه چه چیزی نرمال است یا نیست کمک کنند. این‌ها شامل موارد زیر هستند: انحراف آماری از رفتار هنجاری، پریشانی شخصی، ایجاد پریشانی در دیگران، نقض هنجارهای اجتماعی یا فرهنگی، انحراف از ایده‌آل سلامت ذهن، انعطاف‌ناپذیری شخصیت، سازگاری ضعیف با استرس و غیرمنطقی بودن (میلون، ۲۰۱۱؛ رامسدن، ۲۰۱۳). این معیارها پایه و زمینه‌ای را ارائه می‌دهند که می‌توان رفتار و تجربیات بیمار را با آن مقایسه کرد. آن‌ها کسی که فرمول‌بندی موردی را می‌نویسد را قادر می‌سازند، اولاً، بیماران را با مقایسه پاسخ‌های استرس آن‌ها با پاسخ‌های استرس هنجار بهتر درک کنند و، ثانیاً، ارزیابی سهم مجزای عوامل موقعیتی، فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی در تظاهرات بالینی بیمار. فرمول‌بندی موردی به‌عنوان قاضی درباره تجربیات بیمار عمل نمی‌کند، بلکه از دیدگاه‌های هنجاری نرمال بودن و غیر نرمال بودن برای کمک به سازگاری بیمار استفاده می‌کند.

در مجموع، محتوا و ساختار فرمول‌بندی موردی در روان‌درمانی به‌طور جدایی‌ناپذیری با دیدگاه‌های ضمنی یا صریح درمانگر در رابطه با سبب‌شناسی مشکلات هیجانی، بحث ابعادی در مقابل مقوله‌ای راجع به اختلالات روانی و مفروضاتی در مورد آنچه در عملکرد روان‌شناختی هنجار و ناهنجار است، مرتبط است.

مدل‌های روان‌درمانی

البته رویکرد درمانگر به روان‌درمانی تأثیر زیادی بر فرایند فرمول‌بندی موردی و محصول نهایی خواهد داشت. در این بخش، چهار مدل اصلی روان‌درمانی را با تمرکز بر سهم آن‌ها در فرمول‌بندی موردی بررسی می‌کنم. این رویکردها عبارت‌اند از: درمان‌های روانکاو، انسان‌گرایانه، رفتاری و شناختی.

روانکاو

اگرچه تأثیر آن در سال‌های اخیر کاهش یافته است (پاریس، ۲۰۱۹)، روانکاو حداقل سه تأثیر عمده بر فرایند فرمول‌بندی موردی در روان‌درمانی داشته است. سهم اصلی، توسعه مدل‌هایی از شخصیت و آسیب‌شناسی روانی توسط فروید و جانشینان او است که درک ما را از تجربه و رفتار هنجار و ناهنجار

انسانی شکل داده‌اند. از جمله مهم‌ترین مفاهیم روانکاوی عبارت‌اند از: جبر روانی و مفهوم ناهشیار پویا، تعیین چندعاملی و معنای نمادین علائم، تولید علائم به‌عنوان نوعی شکل‌گیری سازش، مکانیسم‌های دفاعی ایگو به‌عنوان حفظ‌کننده تعادل روانی و مدل ساختاری سه‌جانبه ذهن. روانکاوی با این فرمول‌بندی اولیه که «هیستریک‌ها عمدتاً از خاطره‌گویی [یادآوری] رنج می‌برند» (بروئر و فروید، ۱۹۵۵/۱۸۹۳، ص. ۷) چارچوبی کلی برای درک تجربیاتی که بیماران در روان‌درمانی گزارش می‌کنند، به درمانگران ارائه کرده است. فرمول‌بندی‌های بعدی توسط نظریه‌پردازان روابط ابژه (مانند کرنبرگ، ۱۹۷۵، ۱۹۸۴) و روان‌شناسان خود (کوهات، ۱۹۷۱، ۱۹۷۷، ۱۹۸۴) به مفاهیم روان‌کاوانه افراد مبتلابه اختلالات شخصیت اضافه شدند (همچنین به مک‌ویلیامز، ۲۰۱۱ مراجعه کنید).

سهم دوم روانکاوی در فرمول‌بندی موردی به دیدگاه مبسوطی از مصاحبه روان‌درمانی مربوط می‌شود. قبل از فروید، مصاحبه روان‌پزشکی مشابه مصاحبه در معاینه پزشکی تلقی می‌شد. این بسیار ساختاریافته بود و بر دریافت شرح حال و بررسی وضعیت روانی، رسیدن به تشخیص و طرح‌ریزی درمان متمرکز بود (گیل، نیومن و ردلیچ، ۱۹۵۴). از زمان فروید، درمانگران متوجه شده‌اند که بیماران اغلب مشکلات روان‌شناختی و به‌ویژه مشکلات بین فردی‌شان را درحالی‌که آن‌ها را برای درمانگر شرح می‌دهند، مجدداً به نمایش می‌گذارند (به‌عنوان مثال، بایندر و بتان، فصل ۵، همین جلد؛ بوش و میلرود، فصل ۳، همین جلد؛ کرتیس و سیلبرشاتز، فصل ۴، همین جلد؛ گرنیر، مارستو و وایزمن، فصل ۲، همین جلد؛ لوینسون، ۲۰۱۷). فرایند مصاحبه خودش منبع مهمی از اطلاعات برای فرمول‌بندی است. به این معنا که روشی که بیماران ارائه‌ها و افکار خویش را سازمان‌دهی می‌کنند، به موضوعات خاصی نزدیک می‌شوند یا از آن‌ها اجتناب می‌کنند و رفتار غیرکلامی به بخشی از آنچه درمانگر فرمول‌بندی می‌کند تبدیل می‌شود.

سومین کمک روانکاوی در فرمول‌بندی، تأکید آن بر مطالعه موردی است. اگرچه ارزش شرح حال موردی همچنان مورد بحث قرار می‌گیرد (به‌عنوان مثال، فیشر و همکاران، ۲۰۱۷؛ فلیوبیرگ، ۲۰۰۶؛ مک لئود، ۲۰۱۰؛ مک لئود و الیوت، ۲۰۱۱)، اما تردیدی وجود ندارد که فروید مشخصات علمی سبک را ارتقا داده است. مطالعه موردی ابزار اصلی فروید بود که از طریق آن مفاهیم روانکاوی را ارائه و پشتیبانی کرده است.

جالب‌توجه است که روانکاوی به‌طور سنتی مفهوم تشخیص پزشکی را در فرمول‌بندی ادغام نکرده است (گیل و همکاران، ۱۹۵۴). عدم علاقه خود فروید به تشخیص در نمایه نسخه استاندارد آثار کامل او آشکار می‌شود، که هیچ مدخلی برای «تشخیص» یا «فرمول‌بندی» نشان نمی‌دهد، اگرچه مقدار کمی در زیر «تاریخچه» آمده است. پاسناو (۱۹۸۷) و ویلسون (۱۹۹۳) اظهار می‌دارند که عدم تأکید روانکاوان بر تشخیص، به «پزشکی‌زدایی» روان‌پزشکی در اوایل قرن بیستم منجر شد. این نویسندگان