Journal of Research in Behavioral Sciences

Year 2026, Volume 23, Issue 4

Foundations and Applications of the Process-Based Approach in Intervention and Research: Toward a Paradigm Shift

Mohammad Khaleghi[1], **Majid Mahmoud Alilou**[2], **Abbas Bakhshipour Roudsari**[3]

1. (Corresponding author) * Department of Psychology, University of Tabriz, Tabriz, Iran.
2. Department of Psychology, University of Tabriz, Tabriz, Iran.
3. Department of Psychology, University of Tabriz, Tabriz, Iran.

Abstract

Aim and Background: For the past few decades, the medical model grounded in positivism has dominated the field of psychotherapy research and evidence-based interventions. Despite certain advancements, research findings indicate that the overall effectiveness of psychotherapy has either declined or plateaued in recent decades, highlighting the urgent need to reconsider its theoretical and methodological foundations.

Methods and Materials: This study was a narrative review and conceptual analysis of the theoretical foundations and applications of the process-based approach.

Findings: The process-based approach has emerged as a novel paradigm that moves away from syndrome-based diagnoses and static treatment protocols. Rather than fidelity to theoretical schools, this approach focuses on identifying and targeting core psychological processes of change, and it seeks systematic integration through the Extended Evolutionary Meta-Model (EEMM). Utilizing idiographic case formulations, network analysis, multilevel data, and an idionomic analytical framework, this approach examines and applies the dynamic interplay of biopsychosocial processes.

Conclusions: By providing a shared conceptual language, analytical structure and principles of change, process-based approach facilitates interdisciplinary collaboration and offers the potential to shift from rigid protocols to dynamic, personalized interventions. This article introduced the foundations of the process-based approach as well as some of its related challenges, and highlights its potential as a transformative framework for the science of psychological intervention and paradigm shift.

Keywords: Process-based approach, Process-based therapy, Processes of change, Network approach, Idionomic method, Paradigm shift

Citation: Khaleghi M, Mahmoud Alilou M, Bakhshipour Roudsari A. **Foundations and Applications of the Process-Based Approach in Intervention and Research: Toward a Paradigm Shift**. Res Behav Sci 2026; 23(4): 686-715.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-06]

[DOI: 10.48305/23.4.5]

* **Mohammad Khaleghi,**
Email: mohammad.khaleghi66@gmail.com

مبانی و کاربست رویکرد فرایندمدار در مداخله و پژوهش: به سوی تغییر پارادایم

محمد خالقی[۱]، مجید محمود علیلو[۲]، عباس بخشی‌پور رودسری[۳]

۱- (نویسنده مسئول)* گروه روان‌شناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران.

۲- گروه روان‌شناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران.

۳- گروه روان‌شناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: چارچوب غالب در پژوهش و کاربست مداخله‌های مبتنی بر شواهد در چند دههٔ گذشته مدل پزشکی با مبنای اثبات‌گرایی بوده است. با وجود برخی دستاوردها، یافته‌های پژوهشی نشان می‌دهند که اثربخشی مداخله‌ها در دهه‌های اخیر کاهش یافته یا در سطحی ثابت باقی مانده است. موضوعی که لزوم بازنگری در بنیان‌های نظری و روش‌شناسی این عرصه را برجسته می‌سازد.

مواد و روش‌ها: این مطالعه یک مرور روایتی و تحلیل مفهومی از مبانی نظری و کاربردهای رویکرد فرایندمدار بود.

یافته‌ها: رویکرد فرایندمدار به‌منزلهٔ پارادایمی جدید تلاش می‌کند با فاصله گرفتن از تمرکز بر تشخیص‌های مبتنی بر نشانگان و پروتکل‌های ایستا و فارغ از وفاداری به مکاتب نظری، به شناسایی و مداخله در فرایندهای بنیادین تغییر بپردازد و اقدام به یکپارچه‌سازی نظام‌مند رویکردهای مختلف از طریق فرامدل تکاملی گسترش‌یافته می‌کند. این رویکرد با بهره‌گیری از فرمول‌بندی فردی، تحلیل شبکه‌ای، داده‌های چندسطحی و روش‌شناسی فرد–کل‌نگر به مطالعه و کاربست تعاملات پویای فرایندهای زیستی‌روانی‌اجتماعی می‌پردازد.

نتیجه‌گیری: رویکرد فرایندمدار با ارائهٔ زبان، چارچوب تحلیلی و اصول تغییر مشترک به پژوهشگران و درمانگران رویکردهای مختلف امکان همکاری سازنده‌تر را می‌دهد و پتانسیل تغییر از پروتکل‌های ایستا به فرایندهای پویا را دارد و می‌تواند پلی بین پژوهش علمی و عملِ بالینی باشد. در این مقاله، ضمن ارائهٔ مبانی رویکرد فرایندمدار و برخی چالش‌های مرتبط با آن، به پتانسیل‌های این رویکرد به‌منزلهٔ بستری برای تحول در علم مداخله و تغییر پارادایم پرداخته شد.

واژه‌های کلیدی: رویکرد فرایندمدار، درمان فرایندمدار، فرایندهای تغییر، رویکرد شبکه‌ای، روش فرد–کل‌نگر، تغییر پارادایم

ارجاع: خالقی محمد، محمود علیلو مجید، بخشی‌پور رودسری عباس. **مبانی و کاربست رویکرد فرایندمدار در مداخله و پژوهش: به سوی تغییر پارادایم**. مجله تحقیقات علوم رفتاری ۱۴۰۴؛ ۲۳(۴): ۶۸۶-۷۱۵.

* **محمد خالقی،**

رایانامه: mohammad.khaleghi66@gmail.com

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-06]

[DOI: 10.48305/23.4.5]

مقدمه

راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی[1] (۱) و طبقه‌بندی بین‌المللی بیماری‌ها[2] (۲) نقش پیشرویی در طبقه‌بندی اختلال‌های روانی، هدایت پژوهش‌های بالینی و تعیین سیاست‌های درمانی در نیم قرن اخیر داشته‌اند (۳). با این حال، انتقادات گسترده‌ای به این نظام‌ها وارد شده است که از جملهٔ آنها می‌توان به عدم سودمندی درمانی در ارتباط با شناسایی عوامل تداوم‌بخش و ارائهٔ فرایندهای تغییر درمانی (۴)، نادیده گرفتن بافتار فرد (۵) و همبودی بالای اختلال‌های روانی (۶) اشاره کرد. حتی مؤسسهٔ ملی سلامت روان که از پیشگامان استفاده از راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی است اذعان داشت که این نظام تشخیصی احتمالاً ما را به سبب‌شناسی زیربنایی اختلال‌ها نزدیک نخواهد کرد (۷). در یک بررسی تجربی از علائم اختلال افسردگی اساسی نشان داده شد که این اختلال در حدود ۱۰۳۰ نیم‌رخ متفاوت از علائم دارد که نشان می‌دهد افسردگی اساسی اختلال واحدی نیست و به سبب‌شناسی و در نتیجه درمان متفاوتی نیاز دارد (۸). در ارتباط با اختلال استرس پس از تروما نیز نشان داده شد که ۶۳۶۱۲۰ روش برای ابتلا به این اختلال وجود دارد (۹). در مطالعه‌ای دیگر نیز ناکارآمدی نسخهٔ بازنگری شدهٔ راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی[3] با بررسی ناهمگنی آن نشان داده شد، طوری که مشخص شد ۱۰۱۳۰۸۱۴ روش برای ابتلا به اختلال‌های موجود در این نظام طبقه‌بندی وجود دارد (۱۰). یک زمینه‌یابی بین‌المللی در ارتباط با کاربرد راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی و طبقه‌بندی بین‌المللی بیماری‌ها نیز نشان داد که متخصصان سلامت روان این راهنماها را بیشتر برای اهداف اجرایی و نه اهداف درمانی مناسب می‌دانند (۱۱). از طرفی دیگر، برخی مطالعات با استفاده از رویکرد شبکه‌ای مرتبط با آسیب‌شناسی روانی نشان داده‌اند که این نوع آسیب به‌صورت ارتباط کارکردی علائم تظاهر می‌کند (۱۳،۱۲). این موارد بیانگر ناهمگنی اختلال‌ها در افراد مختلف حتی در یک طبقهٔ تشخیصی است و از نیاز به درمان‌های شخصی‌سازی‌شده خبر می‌دهند.

با وجود ارائهٔ جایگزین‌های مختلف، از قبیل ملاک‌های حیطهٔ پژوهش[4] (۷) و طبقه‌بندی سلسله‌مراتبی آسیب روانی[5] (۱۴)، تاکنون رویکردی جامع که بتواند به‌منزلهٔ یک جایگزین پذیرفته شود، مورد توافق قرار نگرفته است. برای مثال، هرچند ملاک‌های حیطهٔ پژوهش نسبت به راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی مزایایی همچون ابعادی بودن و رویکرد پایین به بالا[6] دارد، تأکید بیش از حدی بر بُعد زیستی دارد و به نوعی بر وجود بیماری نهفته (اختلال‌های مدار مغزی) تأکید می‌کند (۱۵). از این رو، پویایی‌های درون‌فردی و بافتارهای فرهنگی–اجتماعی را کمتر مورد توجه قرار می‌دهد (۱۶). به‌طور مشابه، طبقه‌بندی سلسله‌مراتبی آسیب روانی اگرچه ساختار سلسله‌مراتبی منسجمی ارائه می‌کند، همچنان به داده‌های خودگزارشی وابسته است، تحلیل‌های پویای فرایندهای تغییر را نادیده می‌انگارد، طبقه‌بندی ساختاری تجربی از آسیب‌شناسی روانی نیست و شواهد تجربی مبنی بر دستیابی به پیامدهای بالینی بهتر برای آن وجود ندارند (۱۷). برخی نیز بیان داشتند که طبقه‌بندی سلسله‌مراتبی آسیب روانی بر مدل بیماری نهفته یا مدل مبتنی بر نشانگان تأکید دارد، بر قضیهٔ اِرگودیک[7] (شرایط نادری که در آن فرد و جمع یکسان‌اند) استوار است و نوع گسترده‌تری از تشخیص روان‌پزشکی سنتی محسوب می‌شود (۱۸).

با وجود این محدودیت‌ها، اکثر پژوهش‌های آسیب‌شناسی روانی و درمان، از جمله درمان شناختی–رفتاری، بر نظام‌های تشخیصی، پروتکل‌ها برای اختلال‌ها و جهت‌گیری‌های نظری سفت‌وسخت و تک‌بُعدی (شناختی، رفتاری، هیجانی، بین‌فردی و زیستی) تأکید می‌کنند، تغییر را خطی در نظر می‌گیرند و اقدام به سنجش مقطعی علائم قبل و پس از درمان و از طریق میانگین‌های گروهی می‌کنند. چنین تأکیدی بر اختلال‌های تشخیصی و طرح‌های پژوهشی موجب تمرکز درمان‌های مبتنی بر شواهد بر تدوین و آزمودن پروتکل‌های درمانی برای اختلال‌ها شده است (۱۹). هرچند اکنون تعداد زیادی پروتکل برای تقریباً هر اختلال روانی تدوین شده است، بررسی فرایندهای تغییر در روان‌درمانی بسیار آهسته پیش رفته است (۲۰). با وجود عواملی از قبیل میزان بالای مشکلات همبود،

[1]. Diagnostic ans Satistical Manual of Mental Disorders (DSM)
[2]. International Classification of Diseases (ICD)
[3]. Diagnostic ans Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5-TR)
[4]. Research Domain Criteria (RDoC)
[5]. Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP)
[6]. bottom up
[7]. ergodic theorem

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-06]
[DOI: 10.48305/23.4.5]

یادگیری تمامی پروتکل‌ها امکان‌پذیر و کارآمد نیست. هرچند با به‌کارگیری این پارادایم اثربخشی و کارآمدی درمان‌هایی مثل شناختی–رفتاری نشان داده شد، مطالعات حاکی از این هستند که بهبود در پیامدهای روان‌درمانی پیشرفت نداشته است یا در همان حد باقی مانده است (۴).

در سال‌های اخیر علاقهٔ روزافزونی به فاصله گرفتن از تشخیص مبتنی بر نشانگان و پروتکل‌های درمانی متعاقب آن به وجود آمده است. پارادایم غالبِ منطقی–تجربی، به‌جای در نظر گرفتن تغییر، پیش‌فرضِ ثبات را اختیار می‌کند، علیت خطی را بر علیت مُدور مقدم فرض می‌کند، انتظار تغییر تدریجی را نسبت به تغییر سریع دارد و اولویت را به بافتار فرد نمی‌دهد. بسیاری معتقدند که اکنون این پارادایم پاسخگوی نیازهای ما در عرصهٔ مداخله و پژوهش سلامت روان نیست و نیاز به پارادایمی جدید متناسب با تعامل انسانی، مشکلات و راه‌حل او داریم که بهتر از پارادایم کنونی باشد (۲۱). با نگاهی به نظرات و پژوهش‌ها، پارادایم جدیدی در حال ظهور است که بر فرایندهای تغییر درمانی متمرکز است نه پروتکل‌های درمانی برای اختلال‌ها و بر تغییر درون‌فردی متمرکز است نه تغییرات بین فردی گروهی. در واقع، این پارادایم جدید امکان پاسخ به یک سؤال بالینی بنیادین را که با درمان مرتبط است فراهم می‌سازد: اینکه چگونه می‌توانیم به بهترین نحو فرایندهای تغییری را که به احتمال زیاد به یک فرد خاص، در یک بافتار خاص، جهت دستیابی به اهداف او کمک می‌کنند، آماج قرار دهیم؟ (۲۲). از این رو، تمرکز درمان‌ها از پروتکل‌های تشخیصی به درمان‌های فراتشخیصی، فرانظری، چندوجهی و فردنگر[1] تغییر یافته است. به همین ترتیب، روش‌های پژوهشی نیز از مطالعات گروهی ایستا به بررسی‌های مبتنی بر فرد و پویایی‌های غیرخطی تغییر درمانی تغییر جهت داده‌اند (۲۳). در حال حاضر، پژوهشگران به محدودیت‌های تشخیص مبتنی بر نشانگان، پروتکل‌های درمانی و طرح‌های پژوهشی گروهی اشاره و بر روش‌های نوینی برای کاربست و پژوهش در علم مداخله تأکید می‌کنند (۲۴، ۲۵، ۲۶).

در این راستا، رویکرد یا درمان فرایندمدار[2] (۲۷، ۲۸) به‌منزلهٔ تلاشی برای پارادایم نوین پیشنهاد شده است. این رویکرد با بهره‌گیری از تحلیل‌های فرد–کل‌نگر[3] و شبکه‌ای، به‌طور نظام‌مند شکاف‌های مطرح‌شده را پر می‌کند و چارچوبی یکپارچه برای فهم و مداخله در فرایندهای پویای زیستی‌روانی‌اجتماعی در طول زمان ارائه می‌دهد. درمان فرایندمدار یک بستهٔ درمانی جدید نیست، بلکه نوعی نگاه جدید و برنامهٔ نوین درمانی و پژوهشی است که با در پیش گرفتن زیربنای تکاملی سعی در بررسی فرایندهای ناسازگارانه و تبدیل آنها به فرایندهای سازگارانه، فارغ از نظریه یا رویکرد درمانی خاصی دارد. این رویکرد معتقد است که فرایندهای زیستی‌روانی‌اجتماعی زیادی در ارتباط با هر فرد (زوج، گروه، سازمان، جامعه و غیره) جریان دارند که تأثیرگذارند. از این رو، شناخت فرایندهای ناسازگارانه و سازگارانهٔ دخیل برای هر فرد و تعامل آنها می‌تواند به افزایش اثربخشی مداخله‌ها کمک کند. در نتیجه، با تمرکز بر فرایندهای تغییر در بافتار فردی، به‌کارگیری علیت غیرخطی و تأکید بر تحلیل‌های درون‌فردی به‌جای میانگین‌های گروهی، تلاش می‌کند تا بر محدودیت‌های پارادایم‌های سنتی جهت فهم و مداخلهٔ فرایندهای روانی غلبه کند. ویژگی‌های مطرح‌شدهٔ این برنامهٔ نوین درمانی و پژوهشی دربارهٔ فرایندهای تغییر، بسیار متنوع و گسترده‌اند و در منابع مختلفی ذکر شده‌اند. از این رو، با توجه به پتانسیل‌های این رویکرد فرایندمدار و نوظهور بودن آن، کمبود منابع فارسی و پراکندگی اطلاعات مربوط به آن، در این مقاله تلاش شد تا مبانی و کاربست این رویکرد در مداخله و پژوهش ارائه شوند. بنابراین، به تبیین مبانی نظری رویکرد فرایندمدار، ویژگی‌های مرتبط با کاربست آن در مداخله و دلالت‌های بالینی و پژوهشی آن در پرتو چالش‌ها و ضرورت تغییر پارادایم در علم مداخله پرداخته شد.

بررسی

از پروتکل‌های ایستا به فرایندهای پویا

یکی از شاخص‌ترین ویژگی‌های درمان فرایندمدار فاصله گرفتن از مدل تشخیصی پزشکی و پروتکل‌محورِ مبتنی بر نشانگان است. همراه با رشد روان‌درمانی در نظام‌های سلامت، مفهوم‌پردازی مشکلات روانی عمدتاً در چارچوب پارادایم پزشکی صورت گرفته است (۲۹). از این رو، پژوهش‌های سلامت روان برای حدود نیم قرن متأثر از این فرضیه بوده‌اند که رنج انسان بازتابی از بیماری‌های نهفتهٔ مختلف است که از طریق مطالعهٔ طبقه‌های تشخیصی مبتنی بر نشانگان به نحو سودمندی قابل درک است (۳۰). غلبهٔ نگاه مبتنی بر نشانگان

[1]. idiographic
[2]. process-based approach or therapy (PBT)
[3]. idionomic

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-06]
[DOI: 10.48305/23.4.5]

موجب تدوین پروتکل‌های درمانی شد. یک دلیل این بود که اگر در وهلهٔ اول درمانی پیامدهای مناسبی در پی نداشته باشد بررسی فرایندهای آن سودمند نیست (۲۰). از این رو، در نیم قرن اخیر بررسی اثربخشی کلی یک پروتکل یا بستهٔ درمانی صورت گرفته است و تدوین پروتکل‌های درمانی مختلف برای اختلال‌های خاص و بررسی آنها در قالب کارآزمایی‌ها مقایسه‌ای، استاندارد طلایی محسوب می‌شود.

مشکلات مربوط به تدوین پروتکل‌ها و کارآزمایی‌های بالینی مقایسه‌ایِ گروهی جهت کاهش علائم در عرصهٔ سلامت روان این است که درمانگران و درمانجویان کاملاً نسبت به شرایط مداخله کور نیستند، همهٔ افراد تشخیص کاملاً یکسانی ندارند، فرایندهای مختلفی برای هر فرد جریان دارند، همهٔ فرایندهای موجود در پروتکل برای همه مفید نیستند یا گاهی آسیب‌زا هستند، استفاده از میانگین گروهی موجب نادیده گرفتن افرادی می‌شود که درمان برای‌شان اثربخش نبوده و با عنوان خطا در نظر گرفته می‌شوند و اینکه کارآزمایی‌ها اعتبار بوم‌شناختی پایینی دارند طوری که اجرای پروتکل‌ها مثل مطالعات پژوهشی امکان‌پذیر نیست (۲۱، ۲۲). در نتیجه، تفاوت‌ها بین شرایط مطالعه و کاربست دنیای واقعی هم از منظر درمانجو (برای مثال، سن، قومیت، مجموعه‌ای از تشخیص‌ها، مشکلات همبود، ارتباطات اجتماعی، تأثیر نام‌نویسی در مطالعه) و هم روش اجرای درمان (برای مثال، نظام بازپرداخت، تجربهٔ درمانگر، بسامد جلسه‌ها، میزان نظارت بالینی، پای‌بندی به درمان، تأثیر ارائهٔ درمان در یک مطالعه) بسیار زیاد است (۳۱). همچنین بسته‌های درمانی مختلف پیچیده هستند و فرایندهای متفاوت و گاه هم‌پوش را آماج قرار می‌دهند. همچنین، برخی فرایندها ممکن است برای برخی درمانجویان با برخی مشکلات (برای مثال، افسردگی، اضطراب فراگیر و غیره) در برخی اوقات مؤثر و برای برخی دیگر با همان مشکلات یا در زمانی دیگر ناموثر باشند، چرا که فرایندهای تداوم‌بخش دخیل در هر فرد و ارتباطات علّی و پویا میان این فرایندها ممکن است متفاوت باشند (۲۲). ارتباط روان‌درمانی‌ها، از جمله درمان شناختی-رفتاری، با چنین رویکردی هزینهٔ زیادی در بر داشت و آن این بود که تمرکز بر مفروضه‌های فلسفی و فرایندهای تغییر کم شد (۳۲). اکنون نیاز به رویکردی داریم که به‌لحاظ نظری منسجم و به‌لحاظ کاربردی مفید باشد. عصر «پروتکل‌ها برای نشانگان» موجب حجم زیادی از شواهد شده است که ممکن است برای فردی خاص کاربرد نداشته باشند و همچنین ما را از شناسایی و سازمان‌دهی فرایندهای تغییر مفید باز داشت. علاوه بر این، نیاز داریم که بدانیم چه مؤلفه‌هایی مهم هستند و چه فرایندهایی را آماج قرار می‌دهند (۱۸).

در طول تاریخ، انسان‌ها در پی راه‌هایی برای برطرف کردن اختلال‌های روانی و ایجاد تغییر بوده‌اند. برخی از این شیوه‌ها غیرعلمی بوده و البته بی‌تأثیر هم نبوده‌اند (۳۳). در تاریخِ روان‌شناسی نیز درمانگران از روش‌های بسیار متفاوتی برای صحبت از فرایندهای تغییرِ درمانی بهره گرفته‌اند، از جمله بالا بردن آگاهی و تخلیهٔ هیجانی. رویکردهای روان‌تحلیلی از بینش‌یابی مکانیسم‌های دفاعی ناخودآگاه، سائق‌های جنسی دوران کودکی، انتقال و انتقال متقابل سخن گفته‌اند. از سوی دیگر، شناخت‌درمانی بر اصلاح فکرهای خودآیند و باورهای بنیادین متمرکز شد. برخی پژوهشگران و درمانگران نیز از اصطلاح‌شناسی بسیار متفاوتی بهره گرفتند تا فرایندهای تغییر درمانی را به روش‌های بسیار دیگری توصیف و طبقه‌بندی کنند (۱۹). با این حال، اغلب اشتراکات و هم‌پوشی‌ها بین جهت‌گیری‌های نظری نادیده انگاشته می‌شوند چرا که بیشترِ درمانگران به مطالعهٔ منابع نظری مکتب خویش می‌پردازند و کلیشه‌هایی راجع به سایر مکاتب و پیشرفت‌های موازی و مکمل دیگران دارند (۳۴). همچنین با وجود اینکه هر یک از رویکردهای روان‌شناسی به دنبال فرایندها و روش‌های درمانی مرتبط با آنها بودند، با غالب شدن طبقه‌بندی نشانگانی این جست‌وجو کم‌رنگ‌تر شد. این محدودیت‌ها به همراه پتانسیل‌های موجود در تعامل و همکاری در عین مخالفت‌های سازنده، سبب شده‌اند که رویکردهای جایگزین، همچون درمان فرایندمدار، به‌منزلهٔ چارچوبی جدید برای مطالعه و مداخله در عرصهٔ سلامت روان مطرح شوند. حتی در ارتباط با ابعاد زیستی نیز شناخت فرایندها یا مکانیسم‌ها موجب بهبود چشمگیر مداخله شده است. برای مثال، شناخت بهتر مکانیسم‌های زیربنایی رشد تومور از قبیل آنکوژن‌ها و سایر فرایندها، به‌جای صرفاً طبقه‌بندی آنها، موجب توسعهٔ درمان‌های موفقیت‌آمیزی شد (۳۵). برخلاف رویکرد پروتکل‌ها برای نشانگان، درمان فرایندمدار به‌دنبال شناسایی مکانیسم‌های تغییر یا فرایندهای تغییر بنیادین و پویایی است که در بهبود روان‌شناختی نقش دارند. این تغییر رویکرد نه‌تنها در سطح مفهومی، بلکه در سطح روش‌شناسی و عملی نیز نمود پیدا کرده است. برای مثال، نتایج بررسی‌های مربوط به مؤلفه‌های درمانی، به‌جای کل پروتکل‌های درمانی برای اختلال‌های تعریف‌شده در راهنمای

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-06]

[DOI: 10.48305/23.4.5]

تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی یا طبقه‌بندی بین‌المللی بیماری‌ها نشان دادند که رویکردِ بخش‌بندی‌شده، کارآمدتر و اثربخش‌تر از رویکرد «پروتکل برای نشانگان» است (۳۶). در سال‌های اخیر مطالعات روان‌درمانی نیز به انواع جدیدی صورت گرفته‌اند و از روش‌شناسی‌های جدیدی به‌جای رویکرد سنتی که در آن از پیش‌آزمون–پس‌آزمون برای بررسی اثربخشی مداخله استفاده می‌شد بهره گرفته‌اند. برای مثال، برخی پژوهشگران شبکه‌های شخصی‌سازی‌شده و فردنگری از علائم افسردگی و اضطراب را ایجاد کردند که از الگوریتم پویای سنجش–درمان بهره می‌برند و عواملی را که برای یک فردِ خاص بیشترین واریانس را دارند با مداخله‌های درمانی تطبیق می‌دهد و متناسب با درمانجو به‌کار گرفته می‌شوند (۳۷). برخی رویکردهای فراتشخیصی از قبیل پروتکل یکپارچه[1] (۳۸) و درمان پذیرش و پای‌بندی[2] (۳۹) نیز با مجموعهٔ اندکی از مداخله‌های مؤلفه‌ای برای مشکلات مختلف به‌کار برده می‌شوند که نویدبخش بوده‌اند. در ارتباط با رویکرد فرایندمدار، در مطالعه‌ای موردی (۴۰)، درمانگر مشکلات یک درمانجو با تشخیص اضطراب فراگیر را از طریق شناسایی و آماج قرار دادن فرایندهای تغییر کلیدی مورد بررسی قرار داد. با استفاده از تحلیل شبکه‌ای فردنگر، درمانگر فرایندهای ناسازگارانه‌ای مانند آمیختگی با قواعد را شناسایی کرد و با مداخله‌هایی مانند آموزش روانی، شناسایی و ثبت قواعد و گسلش شناختی، بهبود قابل‌توجهی در آگاهی از خود، کاهش اضطراب و افزایش بهزیستی درمانجو ایجاد شد. این موارد نشان‌دهندهٔ پتانسیل درمان فرایندمدار در ارائهٔ مداخله‌های پویا و متناسب با نیازهای فردی است. از این رو، اکنون با وجود شواهد متعدد، به شناسایی عناصرِ کلیدی بخش‌های درمانی و اینکه چگونه به فرایندهای تغییر می‌پردازند، نیاز داریم. این کار کمک می‌کند که مداخله ویژگی‌های فردویژه و ارائهٔ مناسب هسته‌های درمانی‌ای[3] که احتمالاً فرایندهای تغییرِ فردنگر را اصلاح می‌کنند، در بر بگیرد (۱۹).

در جایی فرایندهای تغییر به مجموعه‌ای از مسیرها یا رویه‌ها گفته می‌شود که هدف آنها کمک به فرد برای ایجاد تغییر است. در واقع، فعالیت‌های پیدا و پنهانی که افراد برای تغییر هیجان‌ها، فکرها، رفتارها یا روابط مرتبط با مشکلی خاص یا الگوهای کلی‌تر زندگی انجام می‌دهند (۴۱). در رویکرد فرایندمدار، فرایندهای تغییر به‌صورت توالی‌ها، مکانیسم‌ها یا تغییراتِ مبتنی بر نظریه، پویا، پیش‌رونده، مبتنی بر بافتار، قابل‌اصلاح و چندسطحی که با پیامدهای مهم مرتبط‌اند تعریف می‌شوند، یا به بیانی دیگر مسیرهای کارکردی مهم به پیامدها هستند (۱۸). آنها مکانیسم‌هایی هستند که منجر به تغییرِ فرد می‌شوند، متناسب با بافتارِ او هستند، موجب افزایش سودمندی درمانی و هدایت مداخله می‌شوند و پیچیدگی انسان را ساده‌سازی می‌کنند (۱۹). آنها مبتنی بر نظریه هستند چرا که با روابط واضحی میان رویدادها مرتبط‌اند و منجر به پیش‌بینی‌های آزمون‌پذیر و شیوه‌های تأثیر می‌شوند؛ پویا هستند، زیرا فرایندها ممکن است شامل حلقه‌های بازخورد و تغییرات غیرخطی باشند؛ پیش‌رونده هستند، زیرا شاید لازم باشد به ترتیبی قرار گیرند که به هدف درمان دست یافت؛ مبتنی بر بافتار و قابل‌اصلاح هستند، تا بر پیامدهای آنها جهت تغییرات عملی و هسته‌های مداخله که در دسترس متخصصان هستند، تمرکز شود؛ و چندسطحی هستند، زیرا برخی فرایندها جایگزین شده یا در دلِ دیگر فرایندها قرار می‌گیرند (۱۸، ۳۰). نمونه‌هایی از فرایندها عبارت‌اند از ذهن‌آگاهی، ارزیابی مجدد شناختی، گسلش، شفقت، شفاف‌سازی ارزش‌ها، آموزش روانی، فعال‌سازی رفتاری، پذیرش، تنظیم اپی‌ژنتیک تظاهر ژن‌ها، الگوهای ارتباطات مغزی، حمایت اجتماعی یا صمیمیت زوجی و غیره. برخی از فرایندها ساده‌تر هستند، مانند تقویت تغییر عادت و برخی گسترده‌تر و چندوجهی هستند، مانند شفقت به خود[4] که شامل ذهن‌آگاهی، مهربانی و انسانیت مشترک است (۴۲) یا انعطاف‌پذیری روانی[5] که شامل گسلش، پذیرش، تماس با لحظهٔ حال، خود–به‌مثابهٔ–بافتار، ارزش‌ها و تعهد است (۴۳).

در این میان روش اصلی برای مطالعهٔ فرایندهای تغییر، میانجی‌ها[6] بوده‌اند. هرچند مطالعهٔ میانجی‌ها با محدودیت‌های زیادی از جمله کم‌متغیر بودن، خطی بودن و یک طرفه بودن همراه است، شناخت آنها به ما کمک می‌کند تا درک بهتری از نحوهٔ اثرگذاری مداخله‌ها داشته باشیم، اثربخشی مداخله‌ها را افزایش دهیم و همچنین برای شروع بر داده‌های تجربی تکیه کنیم (۱۹). مطالعهٔ بزرگ میانجی‌های تغییر که به بررسی

[1]. unified protocol
[2]. acceptance and commitment therapy (ACT)
[3]. treatment kernels
[4]. self-compassion
[5]. psychological flexiblity
[6]. mediations

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-06]
[DOI: 10.48305/23.4.5]

میانجی‌های تمامی مداخله‌های روان‌اجتماعی بین سال‌های ۱۹۸۵ تا ۲۰۱۸ اختصاص داشت، نشان داد که انعطاف‌پذیری روانی، ذهن‌آگاهی، باورهای منفی و ناکارآمد، حساسیت اضطرابی، خودکارآمدی و غیره، فرایندهای تغییر یافت‌شده در بین مطالعات میانجی بودند (۱۸). این‌ها مکانیسم‌هایی هستند که به‌صورت تجربی نشان داده شده تغییرات روانی از طریق آنها صورت می‌گیرند. برای مثال، در درمان شناختی-رفتاری، تغییر در باورهای ناکارآمد می‌تواند به کاهش اضطراب منجر شود، در حالی که در درمان پذیرش و پای‌بندی، افزایش انعطاف‌پذیری روانی نقش میانجی دارد. بنابراین، فرایندهای تغییر نه‌تنها توضیح می‌دهند که چگونه درمان مؤثر واقع می‌شود، بلکه می‌توانند به بهبود و توسعهٔ روش‌های درمانی کمک کنند. درمان فرایندمدار بر شناسایی و آماج قرار دادن این فرایندهای تغییر تأکید دارد. با این حال، همان‌طور که پیش‌تر گفته شد مطالعات میانجی[1] از محدودیت‌های مهمی برای بررسی فرایندهای تغییر برخوردارند و لازم است این فرایندهای منتخب به‌صورت فردنگر و طولیِ فشرده نیز مورد مطالعه قرار گیرند و سازمان‌دهی شوند. برخلاف رویکردهای سنتی که به‌طور معمول بر یک مکانیسم خاص (برای مثال، شناخت یا هیجان) تمرکز داشتند، درمان فرایندمدار تلاش می‌کند تا با تکیه بر تکامل این فرایندها را در سطحی جامع‌تر در نظر بگیرد و به‌صورت منسجم یکپارچه سازد.

فرامدل تکاملی گسترش‌یافته: زبان مشترک و اصول تغییر

درمان فرایندمدار ریشه در اصول علم تکاملی دارد تا نظریه‌ها و مدل‌های درمانی مختلفِ مبتنی بر شواهد را سازگار سازد. در این رویکرد تکاملی، آسیب روانی، ناسازگاری در تغییرپذیری، انتخاب و حفظِ فرایندهای زیستی‌روانی‌اجتماعی متناسب با بافتار در نظر گرفته می‌شود. همچنین این رویکرد تکاملی مبنایی برای سازمان‌دهی فرایندها در ابعاد و سطوح مختلف است (۴۴). مطالعهٔ تکامل در علوم زیستی و علوم انسانی در قرن بیستم به‌صورت جداگانه پیش رفت که یکی از دلایل آن ظهور علم ژنتیک بود. سنتز تکاملی مدرن[2] با گسترش نظریهٔ داروین و تغییرات ژنتیکی بر سازگاری از طریق انتخاب طبیعیِ تغییرات ژنتیکیِ تصادفی تأکید کرد. از این رو، ژن‌ها به‌منزلهٔ تنها مکانیسم وراثت در نظر گرفته شدند و مطالعهٔ تکامل خیلی ژن‌محور شد. با این حال، مشخص شده که جنبه‌های فرهنگی نیز در تکامل سهیم‌اند (۴۵). در علم تکاملی معاصر، علاقهٔ زیادی به نقش نظام‌های مختلف وراثت، از جمله اپی‌ژنتیک (تغییراتی در فعالیت ژن‌ها که تحت تأثیر عوامل محیطی قرار دارند، بدون آنکه تغییرات ژنتیکی در دئوکسی‌ریبونوکلئیک اسید[3] رخ دهد)، فرایندهای یادگیری، فرایندهای نمادین یا زبانی و فرهنگ وجود دارد و این نظام‌ها نیز به میزان زیادی با نظام‌هایی که در دل علوم یادگیری و رفتاری قرار دارند، هم‌پوشی دارند (۴۶). با تغییر جهت علم به سوی «رویکرد تکاملی گسترش‌یافتهٔ»[4] چندبعدی و چندسطحی نوین، گسترش تکامل به نظام‌های مبتنی بر فرایند در علوم رفتاری نیز تسهیل شده است. تلفیق تکاملی گسترش‌یافته[5]، امروزه بیان می‌دارد که فقط انتخاب طبیعی و ژنتیک در تغییرپذیری سهیم نیستند بلکه رشد مولد و علیت متقابل نیز نقش دارند و تکامل چندبعدی و چندسطحی است (۴۷). این رویکرد نشان می‌دهد که تکامل فرایندی خطی نیست، بلکه پیچیده و چندبعدی است و بر تعامل پویا بین ابعاد و سطوح مختلف تأکید دارد. به‌طور معمول در متون روان‌شناسی به جز اشاره به مسائل ژنتیکی مرتبط با مبانی زیستیِ رفتار، کمتر به تکامل پرداخته شده است (۴۸). مسائل تکاملی صرفاً به عوامل زیستی ختم نمی‌شوند طوری که یادگیری، شناخت یا رفتار نیز در علوم تکاملی معاصر مد نظر قرار گرفته‌اند. برای مثال مشخص شده که ژن‌ها به‌طور مستقیم موجب فنوتایپ‌های خاصی نمی‌شوند بلکه در شبکه‌ای پیچیده از عوامل زیستی‌روانی‌اجتماعی و محیطی این کار را انجام می‌دهند (۴۵). فرایندهای اپی‌ژنتیک که در فعالیت، تظاهر، رونویسی و کارکرد ژن‌ها تأثیر دارند و ارثی نیز هستند تحت تأثیر محیط و رفتار نیز هستند. در واقع، تنظیم ژن‌ها فقط زیستی نیست و حتی تنظیم زیستیِ تظاهر ژن نیز متأثر از محیط و رفتار است (۴۹). برای مثال، نشان داده شده که دورهٔ کوتاهی از ذهن‌آگاهی موجب روشن یا خاموش شدن صدها ژن در بدن انسان از طریق فرایندهای اپی‌ژنتیک می‌شود (۵۰). حتی یادگیری و حافظه نیز درون‌داد اپی‌ژنتیک مهمی هستند (۵۱). در نتیجه می‌توان مسیری دو طرفه بین تکامل و روان‌شناسی شاهد بود. در حالی که علوم بلوغ‌یافته، مفروضه‌ها و واحدهای تحلیلی دارند که این

[1]. mediator
[2]. modern synthesis
[3]. deoxyribonucleic acid (DNA)
[4]. extended evolutionary account
[5]. Extended Evolutionary Synthesis (EES)

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-06]
[DOI: 10.48305/23.4.5]

امکان را می‌دهد تا پیشرفت در یک زمینه از پیشرفت در زمینهٔ دیگر حمایت کند، در روان‌شناسی مدل‌ها و نظریه‌های مختلفی مطرح شده‌اند اما شاهد چنین وفاقی نیستیم؛ نظریه‌های جدا افتاده از هم، تشخیص مبتنی بر مدل پزشکی که سودمندی درمانی را محدود ساخته است و بسته‌های درمانی جداگانه برای این تشخیص‌ها که ضرورتی برای ادغام با بسته‌های درمانی دیگر نمی‌بینند.

از طرفی، بسیاری از اوقات، مفاهیم موازی در این مکاتب نظری مختلف وجود دارند. در حالی که توافق بر سر مدل‌های کلی اغلب دشوار است، اما شاهد ابراز علاقهٔ مشترک به فرایندهای تغییر بوده‌ایم (۳۲، ۵۲) از این رو، تمرکز بر فرایندهای تغییر فرصت مناسبی برای گِرد هم آمدن پژوهشگران و درمانگرانِ رویکردهای نظری مختلف است. با این حال، فرایندهای تغییر بدون سازمان‌دهی منجر به تدوین یک نظام تشخیصی و درمانی منسجم نمی‌شوند. ضمن اینکه فهرست فرایندهای تغییرِ پیشنهادشده یا شناسایی‌شده که کاربرد گسترده‌ای دارند و فراتشخیصی هستند، بسیار طولانی است و هدایت سنجش و درمان را با مشکل مواجه می‌سازند. در عوض، نظریه و شواهد این فهرست را ساده و کوتاه می‌سازند. نظام(های) سازمان‌دهی فرایندها باید ملاک‌هایی را برآورده سازد. از جمله اینکه فرایندهای این نظام باید طیفی از مشکلات را پوشش دهند، به طیفی از عناصر کلیدی تجربهٔ انسانی از قبیل شناخت، انگیزه، احساس راجع به خویشتن، عاطفه و غیره بپردازند، نه‌تنها بر کاهش مشکلات بلکه به پیشرفت و شکوفایی متمرکز شوند و جهت جایگزینی با راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی یا طبقه‌بندی بین‌المللی بیماری‌ها بهتر است این نظام(ها) تعدد کمی داشته باشند و بتوانند به‌لحاظ تجربی مقایسه شوند چرا که وجود مدل‌های متعدد به‌اندازهٔ تشخیص‌های متعدد در عمل مشکل‌ساز است. همچنین، فرایندهای تغییری که در هر مدل خاصی گنجانده شده‌اند باید به شکلی منسجم با هم در تناسب باشند و شواهد باید نشان دهند که این مجموعه کامل است، باید عمل‌گرا باشد تا از طریق تحلیل کارکردی به درمانگران در انتخاب مداخله‌هایی که پیامدهای بهتری ایجاد می‌کنند کمک کنند، برای طیف وسیعی از درمانجویان از همهٔ اقشار و زمینه‌های فرهنگی مختلف کاربرد داشته باشد و در نهایت منعکس‌کنندهٔ وفاق و زبان مشترک باشد. یکی از برجسته‌ترین مزایای راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی و همچنین طبقه‌بندی بین‌المللی بیماری‌ها، برخورداری از نظام ارتباطی مشترک است و توسعهٔ مجموعهٔ مشترکی از مفاهیم در رویکردهای فرایندمدار نیز مهم است. سایر علوم زندگی با تکیه بر نظریهٔ تکاملی سعی در حل مشکل وفاق کرده‌اند. در میان تمامی جایگزین‌های در دسترس، تنها یک رویکرد فراگیر که از وزن و وسعت لازم برای برآورده کردن تمامی ملاک‌های مذکور برخوردار باشد وجود دارد و آن مادر نظریه‌های علوم زندگی، یعنی نظریهٔ تکاملی، است (۱۹).

با گسترش علوم تکاملی، می‌توانیم از یک مدل تکاملی گسترش‌یافتهٔ چندبُعدی و چندسطحی برای سازمان‌دهی فرایندها و مداخله‌های رفتاری بهره ببریم و ساختاری را برای مدل‌های فرایندهای تغییر فراهم آوریم (۵۳). بر این اساس، می‌توان سنتز تکاملی گسترش‌یافته را با علوم رفتاری پیوند داد. این کار از طریق فرامدل تکاملی گسترش‌یافته[1] (۵۴) صورت می‌گیرد. این فرامدل با کنار گذاشتن جهت‌گیری درمانی و گرد هم آوردن فرایندهای تغییر مبتنی بر شواهد به فهم ما از نیازهای فرد برای خَلق پیامدهای مداخله‌ای بهتر کمک کند (۱۸). رویکرد فرایندمدار با اتخاذ رویکرد علمیِ تکاملی به‌منزلهٔ فرامدل بیان می‌دارد مدل‌های فرایندی‌ای که بسنده‌تر هستند باید به این بپردازند که چگونه ابعاد و سطوح مختلف فرایندها به تغییرپذیری، انتخاب و حفظ متناسب با بافتار می‌پردازند. از طریق این فرامدل می‌توان به بررسی مدل‌های مختلف آسیب‌شناسی روانی، مشکلات روانی و روان‌شناسی مثبت و به‌طور کلی علم مداخله در زمینه‌های مختلف، از جمله سازمانی، ورزشی و غیره، دست زد. به این ترتیب علم مداخله در میان انبوه مدل‌های اختصاصی که به‌صورت جزایر جداگانه و پراکنده مطرح می‌شوند و عمدتاً یکپارچه‌سازی آنها دشوار است، به انسجام دست می‌یابد و فرامدلی برای تمامی مدل‌های مبتنی بر شواهد در اختیار دارد. فرامدل تکاملی گسترش‌یافته با الهام از سنتز تکاملی گسترش‌یافته در قالب مدلی کاربردی سعی در پیوند روان‌شناسی (بالینی) با علم تکاملی دارد، طوری که از طرفی اصول تکاملی در مداخله به‌کار بسته شوند و از طرفی دیگر روان‌شناسی در پیشرفت علم تکاملی سهیم باشد (۴۸). از این رو، «فرامدل» نامیده می‌شود که خودش مدل درمانی نیست، بلکه مدلی است برای بررسی تمامی مدل‌های مداخله‌ای است و به‌دنبال چارچوب و زبانی مشترک جهت فهم آنهاست.

[1]. Exended Evolutionary Meta-Model (EEMM)

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-06]

[DOI: 10.48305/23.4.5]

«گسترش‌یافته» است زیرا به‌دنبال به‌کارگیری اصول تکاملی فراتر از محدودیت‌های ژنتیک به تمامی جنبه‌های رشد انسان است (۲۲). این موضوع به‌معنای این نیست که ژن‌ها مهم نیستند، بلکه به‌منزلهٔ بخشی از شبکه‌های کلی ابعاد در حال تکامل، از جمله نظام‌های ژنی، تنظیم اپی‌ژنتیک، فرایندهای زیستی‌عصبی، محیط، رفتار، یادگیری، رویدادهای نمادین، فرهنگ، بیوم گوارش[1] و غیره (۴۵) هستند. عقیده بر این است که این فرایندهای تغییر بر اساس تغییرپذیری تصادفی و بقای تصادفی نیستند، بلکه عامدانه‌اند (۵۳).

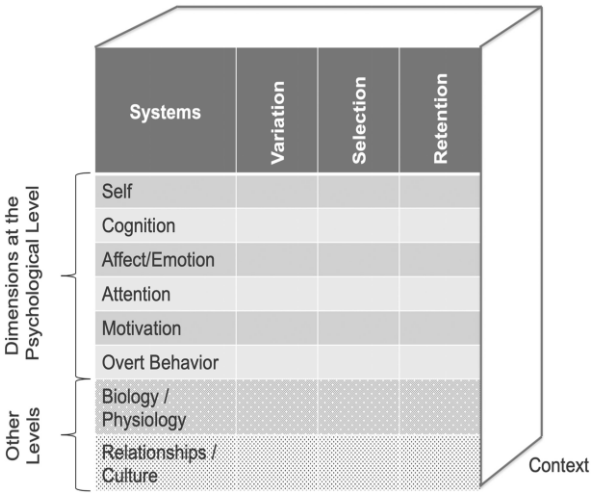
به‌کارگیری فرامدل تکاملی گسترش‌یافته برای فرایندهای تغییر، مزیت‌های زیادی در پی دارد. نخست، موجب زبان مشترک و تعامل سودمند بین رویکردهای درمانی مختلف که تفاوت‌های نظری دارند، می‌شود. همچنین موجب سازمان‌دهی و تمرکز بر فرایندهای تغییر زیستی‌روانی‌اجتماعی می‌شود. در زمینهٔ بالینی، از آنجا که فرایندهای تغییر مسیرهای کارکردی مهمی هستند، بر پرسش بالینی‌ای تمرکز خواهد شد که وسیله‌ای برای رسیدن به اهدافی است که برای فرد اهمیت دارند (۱۸). همچنین به‌طور معمول نظریه‌پردازان بین مداخله‌های روان‌شناسی مثبت و مداخله‌ها برای آسیب روانی یا روان‌درمانی تمایز قائل می‌شوند. با به‌کارگیری این فرامدل در قالب فرایندها این دو حیطه نیز به یکدیگر نزدیک می‌شوند. برای مثال، هرچند گشودگی هیجانی[2] موجب کاهش آسیب روانی می‌شود، از طرفی موجب پرورش شکوفایی روانی نیز می‌شود (۵۵). در نهایت این رویکرد فراگیر را می‌توان نه‌تنها برای روان‌درمانی بلکه سایر زمینه‌های مداخله از جمله تغییرات سازمانی، آموزشی، ورزشی و سایر علوم رفتاری کاربردی مرتبط با انسان نیز به‌کار بست (۱۹). رویکرد فرایندمدار دیدگاهی است که هرگونه فرایند تغییر مبتنی بر شواهد را فارغ از جهت‌گیری نظری خاصی منطبق می‌سازد. برای این کار، نیاز به نظامی با مفروضه‌های واضح، جامع، منسجم و کارکردی برای سازمان‌دهی فرایندهای تغییر است که همچنین بتوان آن را برای طیف زیادی از افراد به‌کار گرفت. مبانی نظری این فرامدل بر پایهٔ اصول تکاملی استوارند که به ما کمک می‌کند تحول نظام‌های پیچیده را در علوم زندگی بشناسیم. در واقع، تکامل جهت توصیف پدیده‌های مربوط به نظام‌های زندهٔ پیچیده مورد استفاده قرار می‌گیرد. فرامدل تکاملی گسترش‌یافته در انجام این تکلیف به ما کمک می‌کند طوری که موجب وفاق و زبان مشترک برای چنین نظامی می‌شود (۳۵، ۴۸). اندیشهٔ اصلی زیربنای فرامدل تکاملی گسترش‌یافته این است که نظریه‌ای که در علوم زندگی بیشترین وزن را دارد و مورد وفاق اکثر افراد است نظریهٔ تکاملی است و اگر مد نظر قرار دادن نظام‌های زندهٔ پیچیده از منظر تکاملی امکان‌پذیر است، می‌توان از آن جهت سازمان‌دهی فرایندهای تغییر نیز بهره برد. از این فرامدل تکاملی می‌توان برای تشخیص و مداخله در روان‌شناسی بالینی از طریق سازمان‌دهی فرایندهای تغییر بهره جست که موجب وفاق در عرصهٔ روان‌شناسی شده و از طرفی آن را با دیگر رشته‌ها پیوند می‌دهد.

پیش‌تر نیز تلاش‌هایی برای یکپارچه‌سازی اطلاعات دربارهٔ فرایندهای تغییر در طیف گسترده‌ای از درمان‌ها صورت گرفته است. با این حال، این تلاش‌ها بر اساس مدل‌های نظری خاصی بنا شده‌اند که موجب محدودیت در کاربست مکاتب فکری مختلف می‌شود. در واقع، تلاش برای فراتر رفتن از رویکردهای نظری واحد به‌صورت یکپارچه‌سازی نظری، التقاط‌گرایی، عوامل مشترک، درمان‌های فراتشخیصی و رویکردهای پست‌مدرن صورت گرفته است (۵۶). با این حال، این مدل‌های یکپارچه‌سازی ممکن است خودشان به فهرست درمان‌های موجود افزوده شوند. درمان فرایندمدار بستهٔ درمانی جدیدی نیست بلکه نوعی نگاه جدید به درمان مبتنی بر شواهد است. هدف درمان فرایندمدار، دادن فرصتی برابر به تمامی فرایندها از همهٔ جریان‌های روان‌درمانی است تا بر اساس سودمندی ثابت‌شدهٔ آنها در دستیابی به هدف درمانی، نه تبعیت از نظریه‌های روانیِ خاص، در نظر گرفته شوند (۱۹). به‌طور خلاصه، فرامدل تکاملی گسترش‌یافته، فرامدلی مبتنی بر فرایندهای تغییر زیستی‌روانی‌اجتماعی و همچون مدل تکاملی چندبُعدی و چندسطحی است که بر اصول تکاملیِ تغییرپذیری، انتخاب و حفظ متناسب با بافتار تأکید دارد. این مدل بیان می‌کند که مفاهیم مختلف در رویکردهای مختلف را می‌توان در قالب شبکه‌ای گسترده از ابزارهای سنجش مرتبط با ابعاد و سطوح فرایندهای تغییرِ زیستی‌روانی‌اجتماعی و تغییرپذیری، انتخاب، حفظ و حساسیت بافتاری عملیاتی‌سازی کرد. برای شناخت فرامدل تکاملی گسترش‌یافته لازم است به تشریح هر یک از این موارد پرداخت.

[1]. gut biome
[2]. Emotional openness

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-06]

[DOI: 10.48305/23.4.5]



شکل ۱. فرامدل تکاملی گسترش‌یافته. برگرفته از سیاروچی و همکاران (۵۷)

فرایندهای تغییر زیستی‌روانی‌اجتماعی اشاره به توالی‌هایی دارند که به‌صورت تجربی نشان داده شده مسیرهای کارکردی مهمی در جهت برآورده ساختن اهداف درمانجویان در زندگی آنها و در درمان هستند. در ظاهر هر یک از رویکردهای مختلف فرایندهای تغییر متفاوتی را پیش کشیده‌اند و اصطلاح‌شناسی خاص خود را دارند. برای مثال، در ارتباط با شناخت‌ها، رویکرد پذیرش و پای‌بندی بر گسلش تأکید دارد و رویکرد پویشی بر بینش. رویکرد فرایندمدار به دنبال حذف این اصطلاح‌شناسی‌های متفاوت نیست. فرامدل تکاملی گسترش‌یافته با در نظر گرفتن ابعاد به ایجاد زبان مشترک در ارتباط با فرایندهای تغییر کمک می‌کند. در واقع، بُعد اشاره به این دارد که افراد کدام رشته از رویدادها را انتخاب و حفظ می‌کنند. در حیطهٔ روانی، این موارد شامل، عاطفه، شناخت، توجه، خویشتن، انگیزش و رفتار آشکار است. با این حال ابعاد در سایر سطوح نیز وجود دارند. سطح به‌معنای درجهٔ سازمان‌دهی و پیچیدگی آماج‌های فرایندهای انتخاب برای کل موجود زنده است. در فرامدل تکاملی گسترش‌یافته دو سطح زیستی‌فیزیولوژیکی و فرهنگی‌اجتماعی مد نظر قرار داده شده‌اند. توانایی‌ها و ناتوانایی‌های فیزیکی، تغذیه، ورزش، خواب و مقیاس‌های عملکرد زیستی از طریق تصویربرداری مغز، ژنتیک و عوامل اپی‌ژنتیک، نمونه‌هایی از سطح زیستی‌فیزیولوژیکی و رابطهٔ درمانی، حمایت اجتماعی و تعامل با همسر/خانواده/دوستان نمونه‌هایی از مورد دوم هستند. از طرفی، اصول تکاملی نیز در این فرامدل مد نظر قرار می‌گیرند که عبارت‌اند از تغییرپذیری، انتخاب و حفظِ متناسب با بافتار. تغییرپذیری یعنی همواره اَشکال کمی متفاوت در هر نظام موجود زنده‌ای وجود دارد. انتخاب به‌معنای توانایی برای انتخابِ انواع خاصی به‌جای بقیه است. به‌طور معمول، آنها بر اساس پیامدهای ظاهراً مفیدی که ایجاد می‌کنند انتخاب می‌شوند. حفظ به‌معنای این است که یک فرد، گروه یا فرهنگ، تغییرات انتخاب‌شده را طی زمان تکرار و تقویت می‌کنند، طوری که تبدیل به عادات یا آداب ثابتی می‌شوند. مثال‌هایی از راهبردهای حفظ در کارهای کاربردی فراوان یافت می‌شود، از قبیل تکالیف خانگی، در میان گذاشتن پیشرفت در تغییر عادات با دیگران، دنبال کردن «برنامه‌ها،» تشکیل گروه اجتماعی برای تغییر عادات با هم و غیره. در نهایت، بافتار اشاره به شرایط موقعیتی و تاریخی یا اهدافِ مداخله دارد که بر اینکه فرد یا گروه کدام رفتار را انتخاب یا حفظ کند تأثیر می‌گذارند. ابعاد و سطوح در فرامدل تکاملی گسترش‌یافته، کارکردی‌اند[1] نه مکان‌نگارانه[2]. ابعاد برگرفته از مطالعات موجود در ارتباط با میانجی‌های تغییر استوارند. در واقع، ممکن است طیف زیادی از سایر ابعاد نیز قابل گنجاندن باشند، از قبیل خاطرات، امیال و غیره. برای مثال خاطرات را می‌توان به‌صورت حفظِ محتوای شناختی و عاطفی در نظر گرفت و امیال نیز به انگیزش مرتبط‌اند اما به بُعد عاطفی نیز مربوط‌اند. در عمل وجود بالای ابعاد می‌تواند موجب سردرگمی شود ولی با در نظر گرفتن عمل‌گرایی، اگر داده‌ها نشان دهند که ابعادی لازم است افزوده شوند می‌توان به فرامدل تکاملی گسترش‌یافته افزود. سطوح نیز می‌توانند با پیشروی مطالعات مثل ابعاد تفکیک شوند، اما در حال حاضر چون داده‌های فرایند تغییر یا میانجی در این ارتباط زیاد وجود ندارد فعلا در قالب سطوحِ کلی هستند.

برای ساده‌سازی، می‌توان فرامدل تکاملی گسترش‌یافته را به‌منزلهٔ چارچوبی در نظر گرفت که مانند یک نقشه، تعاملات پیچیده بین عوامل زیستی (مانند خواب و تغذیه)، روانی (مانند فکرها و احساس‌ها)، و اجتماعی (مانند حمایت خانوادگی) را در بافتار فرد سازمان‌دهی می‌کند. برای مثال، فردی به دلیل کمبود خواب (عامل زیستی) و انزوای اجتماعی (عامل اجتماعی) دچار فکرهای منفی مداوم (عامل روانی) شده است. فرامدل تکاملی گسترش‌یافته به درمانگر کمک می‌کند تا این عوامل را به‌صورت

[1]. functional
[2]. topographical

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-06]
[DOI: 10.48305/23.4.5]

یک شبکهٔ به‌هم‌پیوسته تحلیل کند و مداخله‌هایی مانند بهبود عادات خواب، تقویت ارتباطات اجتماعی و اصلاح/پذیرش فکرهای منفی را به‌صورت منسجم و هماهنگ طراحی کند. این‌گونه، فرامدل تکاملی گسترش‌یافته پیچیدگی‌های انسانی را به‌شکلی کاربردی ساده‌سازی می‌کند. هرچند در این مدل ابعاد، سطوح و سلول‌ها و ردیف‌هایی مشخص شده‌اند اما کل آنها و پویایی‌های‌شان با هم در نظر گرفته می‌شوند. در نتیجه هیچ بُعد یا سطحی اولویت ندارد و متناسب با فرد و بافتار بررسی می‌شود. فرامدل تکاملی گسترش‌یافته به درمانگران و پژوهشگران کمک می‌کند راجع به این تأمل کنند که فرایندهای تغییر چگونه به‌صورت پویا عمل می‌کنند و با دیگر فرایندهای تغییر تعامل دارند.

تحلیل کارکردی فرایندمدار در ترکیب با رویکرد شبکه‌ای: از تفکر خطی به شبکه‌های پویا

دورهٔ درمان فرایندمدار را می‌توان به‌طور کلی به‌صورت مفهوم‌پردازی شخصی‌سازی‌شدهٔ فرایندمدار، تعیین اهداف اختصاصی و کلی درمان، انتخاب و اجرای مداخله‌ها یا هسته‌های درمان و نظارت بر پیشرفت بیان کرد. در قدم اول نیاز به مفهوم‌پردازی شخصی از فرایندهای پیچیده، پویا و چندسطحی داریم. یک نقطهٔ شروع مناسب برای مفهوم‌پردازی موردی در درمان فرایندمدار و مرتبط ساختن فرایندهای تغییر با سطح فردی، به‌کارگیری تحلیل کارکردی همراه با رویکرد شبکهٔ پیچیده است. این رویکرد، به تحلیل کارکردی از مشکلات فرد کمک می‌کند و امکان درک بهتر این مشکلات را فراهم می‌سازد. مدل درمانی استاندارد معمولاً تعامل فرایندها را در ابعاد و سطوح مختلف در هنگام مفهوم‌پردازی مسائل مورد توجه قرار نمی‌دهد. در عوض، مدل شبکه‌ای مفهوم‌پردازی منعطف و پویا از مشکلات فرد و همچنین درمان فراهم می‌کند و آن را پدیدارگیِ تعامل پیچیده و پویای فرایندهای زیستی‌روانی‌اجتماعی در نظر می‌گیرد (۵۷). در نتیجه، با این ترکیب می‌توان سؤال اصلی درمان فرایندمدار را برای فرمول‌بندی در پیش گرفت: «چه فرایندهای زیستی‌روانی‌اجتماعیِ بنیادینی باید برای این درمانجو با این هدفِ خاص در این موقعیت آماج قرار گیرند و چگونه می‌توان آنها را به کارآمدترین و اثربخش‌ترین شکل تغییر داد؟» (۲۸).

در درمان فرایندمدار، برای پاسخ به این سؤال از تحلیل کارکردی و رویکرد شبکه‌ای استفاده می‌شود. تحلیل کارکردی در سنت رفتاری برای کاربرد اصول موجود در موقعیت‌های جدید توسعه یافت اما در نیم قرن اخیر با تسلط رویکرد مبتنی بر نشانگان تقریباً کاربرد آن محدود شد. در رویکرد فرایندمدار، تحلیل کارکردی در ترکیب با شواهد فرایندهای تغییر تحت فرامدل تکاملی گسترش‌یافته مجدد به‌کار گرفته می‌شود. این نوع تحلیل کارکردی مبتنی بر علم رفتاری بافتاری[1] است و همچنین امکان تعامل مؤثر با دیگر رویکردهای مداخله و علم تکاملی را فراهم می‌کند. نگریستن از منظر رویکرد تکاملی گسترش‌یافته را می‌توان به شکل دقیق‌تری از تحلیل کارکردی مرتبط ساخت. در واقع می‌توان سازگاری روانی را در قالب شبکهٔ پیچیده‌ای از ویژگی‌های در حال ظهور که کارکردهای این سازگاری‌ها را تعریف می‌کنند، بررسی کرد. هر مدل مداخله‌ای نسبتاً جامع و منسجمی را که فرایندهای تغییر شناخته‌شده‌ای دارد می‌توان در فرامدل تکاملی گسترش‌یافته سازمان‌دهی کرد، طوری که شکل جدیدی از تحلیل کارکردی را تدوین کرد که نقاط ضعف تحلیل کارکردی کلاسیک از جمله، مشخص نبودن ابعاد سنجش اولیه، مجموعهٔ محدودی از اصول، عدم ارتباط مستقیم با مداخله هنگام وجود آماج‌های مختلف و عدم مطالعهٔ تحلیل کارکردی در سطح فردنگر و کل‌نگر (قانون‌نگر)[2] را کاهش دهد. از آنجا که درمان فرایندمدار بر فرایندهای تغییرِ مهم از نظر کارکردی متمرکز می‌شود تا سودمندی درمان تضمین شود اهداف آن، از قبیل مد نظر قرار دادن بافتار و سودمندی رفتارهای خاص، مشابه با تحلیل کارکردی کلاسیک‌اند. با این حال، از منظر طیف فرایندهایی که در نظر می‌گیرد و آنها را در جهت اهداف بالینی طراحی می‌کند، گسترده‌تر است (۵۸). از طرفی، در زندگی روزمره تفکر نسبتاً خطی و عِلّی به‌طور معمول بسنده است، اما در ارتباط با مسائل روانی شاهد زیرنظام‌های متعددی هستیم که ارتباط تنگاتنگی با هم دارند که نمی‌توان آنها را با مفاهیم علت–معلولیِ خطی نشان داد بلکه به‌صورت پویا و غیرخطی رفتار می‌کنند (۲۹). مطالعهٔ پیچیدگی، پویایی‌های غیرخطی و آشوب در نظام‌های باز موجب تغییر طیف وسیعی از دیدگاه‌ها در مورد ماهیت نظام‌ها در حیطه‌های مطالعاتی مختلف شده است (۲۱). در دههٔ اخیر، رویکرد شبکه‌ای به‌منزلهٔ روشی جایگزین برای مفهوم‌پردازی آسیب‌شناسی روانی توسعه یافته است، طوری که اختلال‌های

[1]. contextual behavioral science
[2]. nomothetic

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-06]
[DOI: 10.48305/23.4.5]

روانی از تعامل مستقیم میان علائم ایجاد می‌شوند نه یک علت مشترک (۵۹). یکی از وظایف اصلی درمان بر هم زدن الگوهای ناسازگارانه و کمک به رشد روش‌های جدید عملکرد است. این کار شبیه به تغییر دادن وضعیت هر نظام زندهٔ طبیعی از یک سطح عملکردی پایین‌تر به سطحی بالاتر است. علومی که به مطالعهٔ نظام‌های سازگارپذیرِ پیچیده می‌پردازند، از تحلیل‌های کاهشیِ اجزای سازنده و روابط علت‌ـمعلولیِ خطی، به سمت مطالعهٔ الگوهای عناصر به هم پیوسته و حلقه‌های بازخوردی که اغلب به‌شیوه‌های غیرخطی تغییر می‌کنند، تغییر جهت داده‌اند. علوم مختلف اعم از فیزیک، بوم‌شناسی، علوم اعصاب، اقتصاد، بهداشت جهانی و بیماری‌های عفونی، و علوم سیاسی، با استفاده از چارچوب سازمان‌دهی مشترک نظریهٔ نظام‌های پیچیده، برخی از اصول کلی رشد و تغییر الگو را شناسایی کرده‌اند. اعتقاد بر این است که پژوهشگران و درمانگران در عرصهٔ روان‌درمانی نیز در این سطح میانیِ انتزاع، که دربرگیرندهٔ اصول و فرایندهای تغییر است می‌توانند به سمت شیوهٔ متفاوت نگریستن به کاهش رنج و ارتقا سازگاری بهتر پیشروی کنند. این چارچوب می‌تواند علم و عرصهٔ ما را بیشتر هم‌راستای سایر علومی که نظام‌های پویای پیچیده را مطالعه می‌کنند قرار داده و انجام مقایسه در نظام‌های مختلف را تسهیل کند (۲۳).

تشخیص در رویکرد شبکه‌ای به‌صورت فرایندی است که در آن درمانگر به شناسایی مؤلفه‌های موجود و سپس تعامل میان آنها که موجب حفظشان در شبکه‌ای به هم قفل‌شده می‌شود، اقدام می‌کند (۵۹). در هر لحظهٔ خاص، تعداد زیادی از فرایندهای تغییر وجود دارند که هم‌زمان تعامل دارند. این فرایندها با احساس‌ها، فکرها، رفتارها، احساس راجع به خویشتن و حتی تجارب زیستی، اجتماعی و فرهنگیِ او پیوند دارند. اگر بخواهیم موقعیت فرد را با تمامی پیچیدگی آن به شکلی ساختارمند و عملی نشان دهیم، نیاز به رویکردی معتبر و ساده داریم تا اطلاعات و ویژگی‌های درمانجو را در یک زمینهٔ فرایندمدار سازمان‌دهی کنیم. در رویکرد فرایندمدار اعتقاد بر این است که با اتخاذ رویکرد شبکه‌ای می‌توان به این چالش پاسخ داد. تشخیص‌های روان‌پزشکی از طریق طبقه‌بندی مقوله‌ای موجب این برداشت می‌شوند که یک موجودیت نسبتاً ثابت‌اند. با این حال، زمانی که علامت‌شناسی به‌صورت درون‌فردی و طولی طی ساعت‌ها، روزها، هفته‌ها، یا سال‌ها بررسی می‌شود شاهد نوسان‌های زیادی هستیم (۶۰، ۶۱). نگاهِ شبکه‌ای امکان ساخت مدل‌های شبکهٔ پیچیدهٔ فردی از اختلال‌های روانی را فراهم می‌کند. از منظر رویکرد فرایندمدار، روابط پیچیده بین متغیرهای مختلف در روان‌درمانی را می‌توان به بهترین وجه از طریق رویکرد شبکه‌ای پویای فردنگر بررسی کرد تا بتوان به بهترین شکل به (۱) مفهوم‌پردازی فردی، (۲) انتخاب متناسب‌ترین راهبردهای درمانی و (۳) پیش‌بینی روند درمان، پرداخت (۱۹). چنین مدل‌هایی کمک می‌کنند تا به‌طور نظام‌مند به بررسی فرایندهای مرتبط با هر فرد دست زد و متغیرهای مختلف را لحاظ کرد، طوری که نشان می‌دهند فرایندهای مرتبط با فردی خاص در طول زمان چگونه آشکار می‌شوند (۶۲، ۶۳).

رویکرد شبکهٔ پیچیده برای تبیین اختلال‌ها بیان می‌دارد که علائم به دلیل اینکه از علت واحدی (بیماری پنهان) ناشی می‌شوند با هم مرتبط نیستند بلکه آنها از طریق ارتباط کارکردی با هم مرتبط‌اند. برای مثال ایسورانو و همکاران (۱۲) نشان دادند که مسیرهای متعددی بین تروما و روان‌پریشی وجود دارند که در فرایندهای فراتشخیصی سودمندند. برای مثال، اضطراب پل ارتباطی اصلی از ترومای هیجانی به علائم مثبت همچون پارانویا، هذیان و توهم بود. همچنین کنترل تکانهٔ پایین پل بین سوءاستفادهٔ جسمی و علائم مثبت بزرگ‌منشی، خصومت و هیجان‌زدگی بود. مطالعات دیگر با استفاده از روش نمونه‌گیری تجربه[1] نیز نشان دادند که افزایش اضطراب شروع دوره‌های پارانویا را پیش‌بینی کرد (۶۴، ۶۵). این موارد بیانگر این هستند که اختلال‌های روانی نظام‌های علّی هستند و مسیرهای متعددی وجود دارند که درمان را نیز متفاوت می‌کند. با این حال، رویکرد فرایندمدار ضمن استفاده از رویکرد شبکه‌ای، تأکید صرف بر علائم و ارتباط میان آنها را به‌نوعی منعکس‌کنندهٔ اختلال‌های پنهان می‌داند و بیان می‌دارد که لازم است فرایندهای بنیادین ورای علائم لحاظ شوند و پویایی میان آنها مد نظر قرار گیرند (۱۸).

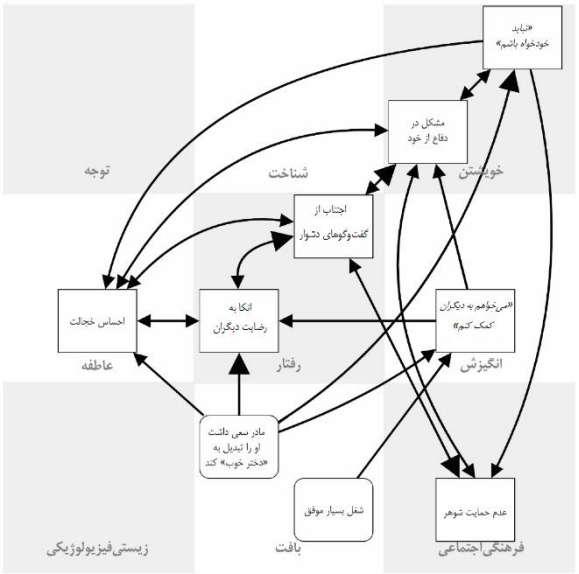
فرمول‌بندی شبکه‌ای در درمان فرایندمدار با استفاده از مربع‌ها و پیکان‌ها انجام می‌شود طوری که مربع‌ها بیانگر رویدادهای زندگی فرد هستند که با کارکرد مرتبط‌اند و پیکان‌های بین این مربع‌ها بیانگر رابطهٔ بین این رویدادها و جهت تأثیر آنها هستند. در شکل ۲ نمونه‌ای از ترکیب فرامدل تکاملی گسترش‌یافته، تحلیل کارکردی و رویکرد شبکه‌ای جهت تشخیص و مفهوم‌پردازی فرایندمدار را ملاحظه می‌کنید که با

[1]. experience sampling

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-06]

[DOI: 10.48305/23.4.5]

اقتباس از هافمن و همکاران (۱۹) به‌طور خلاصه ارائه می‌شود. درمانگر با در نظر گرفتن فرد به‌منزلهٔ یک کل، ابعاد فردی خویشتن، شناختی، توجهی، انگیزش، رفتار، عاطفه و سطوح فرهنگی‌اجتماعی و زیستی‌فیزیولوژیکی فرامدل تکاملی گسترش‌یافته را بررسی می‌کند و دست به مفهوم‌پردازی می‌زند. از آنجا که به‌طور معمول درمانجویان در قالب شبکه‌ای و غیرخطی به زندگی‌شان نمی‌نگرند به فرایندهای زیربنایی توجه نمی‌کنند. این بر عهدهٔ درمانگر است که این فرایندها و تعامل میان آنها را شناسایی کند.



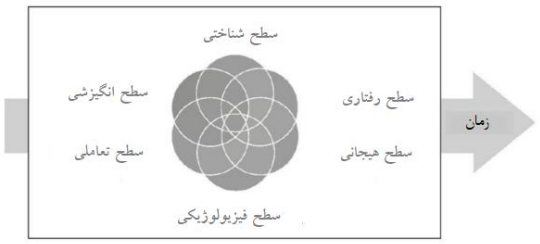
شکل ۲. تشخیص و مفهوم‌پردازی در درمان فرایندمدار با استفاده از فرامدل تکاملی گسترش‌یافته در ترکیب با تحلیل کارکردی و رویکرد شبکه‌ای. برگرفته از هافمن و همکاران (۱۹)

در ارتباط با نمونهٔ ذکر شده می‌توان به بررسی فرایندهای به هم مرتبط در زیربنای گفت‌وگوی درمانی پرداخت. این درمانجو با شکایت از اینکه نمی‌تواند از حقوق خود دفاع کند مراجعه کرد. به همین خاطر از بحث با همسرش اجتناب می‌کند و از آنجا که زیاد از بحث اجتناب می‌کند، نمی‌تواند به تمرین دفاع کردن از خودش بپردازد. این رابطه دوطرفه و نیرومند است و یک سر پیکان نیز بزرگ‌تر از دیگری است تا نیرومندی آن نشان داده شود. هم‌زمان او در بافتار فرهنگی‌اجتماعی زندگی می‌کند جایی که همسرش از او حمایت نمی‌کند. همچنین او تاریخچه‌ای در ارتباط با مشکل دفاع کردن از خودش دارد که در اینجا نقش ایفا می‌کند (تعدیل‌کننده). در گذشته مادرش سعی داشت تا به نحوی خودپندارهٔ او را شکل دهد، که این امر منجر به دشواریِ او در دفاع کردن از خودش شده است و در حضور دیگران احساس خجالت می‌کند و هر زمان که مخالفت می‌کرد یا مطابق با خواستهٔ خودش پیش می‌رفت، مادرش به او می‌گفت که «این‌قدر خودخواه نباش.» این خودپنداره بر او تأثیر گذاشت و اکنون این فکر به ذهن‌اش می‌آید که نباید این‌طور باشد. قصد او برای «خودخواه» نبودن تا حد زیادی مانع از توانایی او در دفاع از خودش شده و از تمایل او برای اجتناب از بحث پشتیبانی می‌کند. به‌علاوه، موجب تقویت احساس‌های خجالت در حضور دیگران می‌شود. با این حال، عدم دفاع از خودش، به نحو زیادی موجب تقویت خودپنداره می‌شود. از این رو، پیکان دوطرفه است. از طرفی وقتی احساس خجالت می‌کند کمتر با مسائل رویارو می‌شود و اینکه اجتناب او از بحث کردن نیز موجب تقویت احساسِ راحت نبودن در حضور دیگران می‌شود (از این رو، این رابطه به‌صورت پیکان دوطرفه نشان داده می‌شود). زمانی که به این نحو احساس خجالت می‌کند حتی در دفاع کردن از خودش بیشتر مشکل دارد، که آن نیز، یک بار دیگر، موجب تشدید احساس‌های خجالت در او می‌شود. هرچند احساس او راجع به خودش و اینکه «قرار است چه کسی باشد» موجب تشدید مشکلِ او در بلندمدت می‌شود، در کوتاه‌مدت برای او کارکرد دارد. با توجه به تاریخچهٔ او با مادرش، ممکن است رفتار کردن مانند یک دخترِ «خوب» را با احساس دوست‌داشتنی بودن مرتبط کرده باشد، در حالی که استقلال بیشتر با احساس انتقاد و رهاشدگیِ احتمالی همراه شده است. این ارتباطات تا امروز با درمانجو بوده‌اند، طوری که فقط وقتی «خوب» رفتار می‌کند به خودش اجازه می‌دهد احساس دوست داشته شدن کند و هر زمان که «خودخواهانه» عمل می‌کند احساس دوست داشته شدن را انکار می‌کند. از آنجا که هر وقت جرأت کرد جلوی مادرش بایستد اغلب با عنوان «خودخواه» از او یاد شد، خیلی زود یاد گرفت که تسلیمِ تقاضاها و امیال دیگران شود و به‌طور کلی از بحث اجتناب کند. در حالی که داستان او دربارهٔ خودش موجب تداوم و تشدید مشکل او در دفاع کردن از خودش می‌شود، اما فضای امنِ روانی ایجاد می‌کند که در آنجا می‌تواند در صورت «خوب» رفتار کردن، احساس دوست داشته شدن کند (کارکرد). به عبارتی دیگر، داستان درمانجو دربارهٔ خودش و اینکه قرار است چه کسی باشد (دخترِ خوب) کارکرد مفیدی دارد. در حالی که شاید این موضوع در بلندمدت رنج‌آفرین باشد، در کوتاه‌مدت آرامش‌بخش است.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-06]

[DOI: 10.48305/23.4.5]

از طرفی، انگیزهٔ اصلی این درمانجو کمک به دیگران است، که این کار را به شکل حرفه‌ای و شخصی انجام می‌دهد. اتفاق خاصی که باعث شد تا پای به درمان بگذارد این بود که تمایل او برای رفتن به همایش حرفه‌ای توسط شوهرش سرکوب شد. مشکل اینجاست، قدم‌هایی که در جهت کمک به دیگران برمی‌دارد ممکن است موجب این فکر شود که او «دارد این کار را به‌خاطرِ دیگران» انجام می‌دهد و یک بارِ دیگر، به راضی کردن دیگران و اجتناب از بحث برمی‌خوریم که این نظام را حفظ می‌کنند. در ارتباط با سایر ابعاد و سطوح نیز درمانگر می‌تواند دست به بررسی بزند. برای مثال در بُعد توجه یا شناختی آیا به نشخوار فکری و نگرانی دست می‌زند؟ آیا توجه او پراکنده یا انعطاف‌ناپذیر است؟ همچنین در سطح زیستی‌فیزیولوژیکی چگونه است؟ تغذیه، ورزش یا کم‌تحرکی و خواب او چگونه در این شبکه تأثیرگذارند؟ آیا مشکل زیستی خاصی دارد که تأثیرگذار باشد؟ مطابق با شکل ۳ باید در نظر داشته باشیم که هر چند در رویکرد فرایندمدار به بررسی و تفکیک ابعاد و سطوح پرداخته می‌شود اما کل ارگانیزم در نظر گرفته می‌شود و تعامل این ابعاد و سطوح با هم اهمیت دارد. همچنین شبکهٔ اولیه شبکه‌ای مفروض است که می‌توان با استفاده از سنجش طولیِ فشرده به‌صورت تجربی در محیط واقعی درمانجو آن را ارزیابی و مدام پالایش کرد که این امر با تحلیل شبکه‌ای و شناسایی آماج‌های مداخله انجام می‌شود. شایان ذکر است که فرض می‌شود درمانگران از مهارت‌های لازمِ درمانگری همچون بررسی سطوح انگیزش، انتظارات، مهارت‌های ارتباط و غیره نیز برخوردارند و آنها را به‌کار می‌بندند. برای مثال، ممکن است درمانجویی در جلسه‌های اولیه نیاز به همدلی، حمایت و ارتباط بیشتری از سوی درمانگر داشته باشد تا یک جلسهٔ معمول ارزیابی برای فرمول‌بندی. درمانگر فرایندمدار در تمامی سطوح فرایندی فکر می‌کند و ممکن است این موارد را نیز در مدل شبکه‌ای بگنجاند. یک اصل در تدوین شبکه این است که شبکه باید تا جایی که نیاز است پیچیده بوده و تا جای ممکن ساده هم باشد. هنگامی که مدل شبکه‌ای درمانجو را تدوین کردیم، می‌توانیم از آن برای بیان معنادارِ آنچه منجر به مشکل شد، کدام عوامل موجب تداوم آن می‌شوند، پیشروی احتمالی مشکل چگونه است و چه جاهایی ممکن است مداخلهٔ مؤثری جهت هدایت درمانجو به سوی یک تغییر معنادار داشته باشید، استفاده کنید.



شکل ۳. تعامل ابعاد فردی و سطوح در طول زمان. برگرفته از اسویتاک و هافمن (۲۹)

به‌منظور آگاهی از اینکه مهم‌ترین فرایندها در هر مدل شبکه‌ای خاص کدام‌ها هستند، یعنی کدام فرایندها موجب تداوم شبکه می‌شوند و کدام‌یک بیشتر مستعد تغییرند به تحلیل مدلِ شبکه‌ای می‌پردازیم. با نگاه به مدل می‌توانیم نتیجه بگیریم که مرتبط‌ترین رویدادهای زندگی کدام‌ها هستند، چگونه برخی رویدادها موجب به راه افتادن دیگر رویدادها می‌شوند، چگونه رویدادها فرایندی را شکل می‌دهند که موجب تداوم مشکلات درمانجو می‌شود، چگونه این فرایندها با یکدیگر مرتبطاند، تأثیر آنها چقدر نیرومند است و نقش بزرگ‌تر آنها درون شبکه چیست. در تحلیل شبکه‌ای به روابط خودتقویت‌کننده یا حلقه‌های بازخوردی، نیرومندی روابط، زیرشبکه‌ها و مرکزیت توجه می‌شود. با مفهوم‌سازی یک مورد بالینی در قالب چنین مدلی می‌توانیم آسیب روانی را چیزی بنگریم که پیوسته طی زمان جابه‌جا شده و تغییر می‌کند. این موضوع بر انتقال بین حالات آسیب و سلامتی تأکید می‌کند. همچنین قادرمان می‌سازد به‌جای اینکه بر این فرض تکیه کنیم که علائم تظاهراتی از بیماری‌های زیربنایی هستند، روابط مستقیمی بین ویژگی‌های مختلفِ زندگی درمانجو ترسیم کنیم. این مدل‌های شبکه‌ایِ فردویژه که به‌منظور تناسب با موقعیت منحصربه‌فرد درمانجو طراحی شده‌اند می‌توانند با شناسایی آن دسته از فرایندهایی که برای تغییر مهم‌ترین و مستعدترین هستند بر انتخابِ راهبردهای درمانی تأثیر بگذارند.

هرچند ترسیم شبکه در اثر تکرار و تمرین سهل‌تر می‌شود و درمانگر می‌تواند تعاملات پویا را دنبال کند، در ابتدا ترسیم شبکه همراه با درمانجو می‌تواند مفید واقع شود. این کار را به چند طریق می‌توان انجام داد. در ابتدا که شبکه‌ای مفروض ترسیم می‌شود می‌توان از مشبکی که در شکل ۲ در پس‌زمینهٔ گره‌ها و پیکان‌ها آمده است استفاده کرد. همچنین از ابزارهای برخط diagram.net یا PLAN (Personalized Life

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-06]

[DOI: 10.48305/23.4.5]

(Assesment Network نیز می‌توان جهت ترسیم شبکه بهره برد که با توجه به بررسی دوره‌ای شبکه و بازخورد تجربی در درمان فرایندمدار، امکان ذخیره‌سازی و اصلاح مجدد شبکه را به شکلی کاربرپسند ارائه می‌دهند.

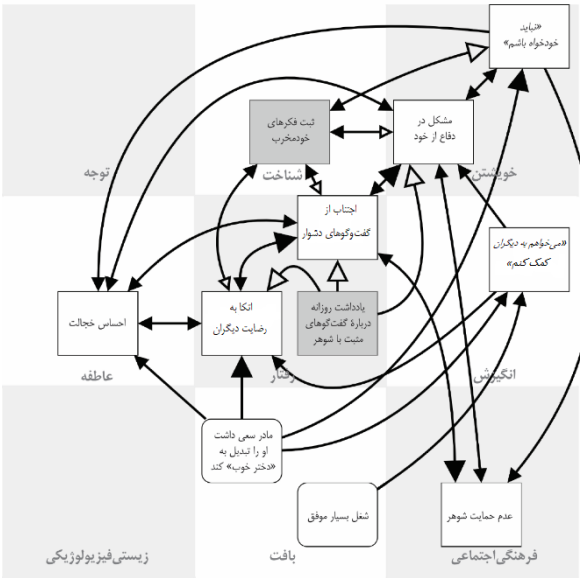
جهت تحلیل تجربی شبکه در درمان فرایندمدار از ابزارهای مختلفی بهره گرفته می‌شود که مهم‌ترین آنها ابزارهای تحلیل شبکه‌ای هستند. mindgrapher ابزاری است که با قصد تحلیل شبکه‌ای در حال ارتقا است. اکنون این نرم‌افزار با دادهٔ طولی فشردهٔ کم می‌تواند روابط دو گره را در زمان واقعی شناسایی کند اما همچنان جهت توسعه نیاز به ارتقا به سطح تحلیل شبکه‌ای پیچیده دارد. نرم‌افزارهایی مانند R (بسته qgraph) و Python (بسته networkx) نیز به‌طور گسترده استفاده می‌شوند. برای مثال، بسته qgraph امکان ترسیم گره‌ها (مانند علائم یا فرایندهای تغییر) و پیکان‌ها (روابط بین آنها) را فراهم می‌کند و می‌تواند روابط خودتقویت‌کننده یا حلقه‌های بازخوردی را شناسایی کند. علاوه بر این، روش‌های آماری مانند برآورد مدل چندگانهٔ چرخشی گروهی[1] علاوه بر کاربرد پژوهشی، برای تحلیل تجربی داده‌های طولی فشرده و شناسایی الگوهای فردنگر در مداخله نیز مناسب هستند (۶۶).

مداخله در رویکرد فرایندمدار: هسته‌های درمان

برای اینکه فرایندهای تغییر جایگزین راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی و طبقه‌بندی بین‌المللی بیماری‌ها شوند، باید به‌شکلی مستقیم و موفقیت‌آمیز منجر به انتخاب و اجرای راهبردهای مداخله شوند. عناصر اساسی این راهبردها هسته‌های درمان[2] هستند، یعنی روش‌های تغییر خاصی که برای اصلاح فرایندهای تغییر طراحی شده‌اند (۱۹). درمان فرایندمدار به‌جای تمرکز بر پروتکل‌ها و درمان‌های خاص، بر عناصری از آنها که فرایندهای تغییر خاصی را به راه می‌اندازند تمرکز می‌کند و معتقد است که مداخله‌ها باید برای هر فرد در بافتار خاص او طراحی شوند و اینکه مداخله‌های مشابه تأثیر مشابهی برای همه و در همهٔ اوقات در پی ندارند (۲۲). زمانی که فرمول‌بندی شبکه‌ای بر اساس تحلیل کارکردی فرایندمدار و مبتنی بر فرامدل تکاملی گسترش‌یافته برای فردی خاص تدوین شد، نشان می‌دهد که چه گره‌هایی در شبکه بر بخشی از شبکه یا کل شبکه تأثیر می‌گذارند، سپس می‌توان راهبردهای درمانی را برای فردی خاص برگزید (۲۰). شایان ذکر است که هرچند درمان فرایندمدار فارغ از مکاتب نظری، بر فرایندها و هسته‌های درمانی مبتنی بر شواهد تأکید می‌کند، آنها باید به‌لحاظ نظری منسجم نیز باشند. به بیانی دقیق‌تر، هسته‌ها فرایندهای تغییر را آماج قرار می‌دهند و فرایندهای تغییر نیازمند نظریه و مدل‌هایی هستند تا به درستی درک شوند (۱۹). در مورد نمونهٔ ذکر شده، در مرکز مشکلات فرد، شاهد تلاش برای دفاع کردن از خودش، تمایل او به اجتناب از بحث و عادت او به راضی کردن دیگران به قیمت عدم مراقبت از خود هستیم. این عوامل تداوم‌بخش هستند و حول محور فکرهای خودخواه بودن او می‌چرخند. در این مورد، درمانگر به دنبال کردن فکرهای خودمخرب و روشی در مورد چگونگی انجام این کار به بهترین نحو می‌پردازد. همهٔ این عوامل (برای مثال، «اجتناب از بحث»، «مشکل در دفاع کردن از خود») برانگیزانی برای فکرهای خودمخرب هستند و از این رو دنبال کردن و ثبت آنها توسط درمانجو را توجیه می‌کنند. اگر «ثبت فکرهای خودمخرب» را به‌منزلهٔ گره‌ای جدید در مدل شبکه‌ای اضافه کنیم شکلی شبیه به ۴ را خواهیم داشت که موجب چرخشِ سازگارانه‌ای در فرایندهای مستحکم ناسازگارانهٔ درمانجو می‌شود. وقتی به مدل شبکه‌ای این درمانجو نگاه می‌کنیم، مشخص می‌شود که مشکل به حیطهٔ رفتار نیز مربوط است، جایی که در دفاع کردن از خودش مشکل دارد، از بحث اجتناب می‌کند و دائم در پی راضی کردن دیگران است. اجتناب آشکار نقش بسیار نیرومند خاصی ایفا می‌کند، چون برای حضور در بافتارهای اجتماعی که در آنها ممکن است احساس خویشتن او به‌منزلهٔ دختر خوب تهدید شود، مشکل دارد. در نتیجه میزان رفتار اجتنابی او را می‌توان رصد کرد یا به آموزش مهارت جرأتمندی پرداخت.

[1]. Group Iterative Multiple Model Estimation (GIMME)
[2]. treatment kernels

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-06]
[DOI: 10.48305/23.4.5]



شکل ٤. مداخله در درمان فرایندمدار. برگرفته از هافمن و همکاران (۱۹)

انتخاب مداخله در رویکرد فرایندمدار بر اساس تأثیر فرایندهای تداوم‌بخش در شبکهٔ چندبعدی و چندسطحی و اینکه آیا ما را به اهداف درمانی مورد توافق سوق می‌دهند یا نه، انتخاب می‌شوند. کارگروه بین‌سازمانی آموزش دکتری روان‌شناسی شناختی و رفتاری[1] (۶۷) مداخله‌های تجربی استاندارد را برای استفاده در مداخله‌ها مطرح کرد که برخی از آنها عبارت‌اند از: مدیریت همایندی، کنترل محرک، خودمدیریتی، راهبردهای کاهش برانگیختگی، تحمل پریشانی، تنظیم هیجان، فعال‌سازی رفتاری، آموزش مهارت‌های بین‌فردی، اصلاح فرایندهای شناختی، گسلش/فاصله‌گیری، پذیرش، تمرین ذهن‌آگاهی، افزایش انگیزه و مدیریت بحران. هیچ فهرستی جامع و کامل نخواهد بود و اینها تنها نمونه‌ای از هسته‌های درمان هستند که اگر درمانگران فارغ از رویکرد و جهت‌گیری خاص خود با آنها آشنا باشند می‌توانند با توجه به فرایندهای ناسازگارانه و اهداف توافق‌شده با درمانجو به‌کار بگیرند. هر یک از رویکردها اصطلاح‌شناسی‌هایی دارند که ممکن است متفاوت به‌نظر برسند ولی مفهوم مشابهی را در بر دارند یا برعکس شاید مشابه به‌نظر برسند ولی به مفهوم متفاوتی اشاره کنند. برای مثال، در حالی که درمانگران شناختی‌رفتاری از تحریف شناختی و فعال‌سازی رفتاری، درمانگران پویشی از مکانیسم‌های دفاعی و انتقال، درمانگران رفتاردرمانی دیالکتیکی از مهارت‌های تنظیم هیجان و تحمل پریشانی و درمانگران درمان پذیرش و پای‌بندی بر انعطاف‌پذیری روانی و رفتارهای مبتنی بر ارزش‌ها سخن می‌گویند، ممکن است در اصول زیربنایی یا آماج قرار دادن فرایندهای مشابهی هم‌پوش باشند ولی در کاربرد و تأکید متفاوت‌اند (۵۷). برای مثال، فرایند اجتناب از هیجان در رویکردهای مختلفی از جمله شناختی‌رفتاری، درمان پذیرش و پای‌بندی، روان‌درمانی پویشی فشردهٔ کوتاه‌مدت[2] و غیره آسیب‌زا تلقی می‌شود. از این رو، درمانگران شناختی‌رفتاری و پذیرش و پای‌بندی می‌توانند از هستهٔ درمانی روان‌درمانی پویشی فشردهٔ کوتاه‌مدت از جمله تکنیک‌های فشار[3] برای درمانجویی که پس از بازسازی شناختی همچنان «اجتناب هیجانی» دارد جهت پذیرش آن بهره ببرند و در عین حال درمانگران روان‌درمانی پویشی فشردهٔ کوتاه‌مدت از پذیرش، خود–به‌مثابهٔ–بافتار، بازسازی شناختی و مواجهه استفاده کنند (۶۸). در نتیجه انتخاب هسته‌های درمان از رویکردهای مختلف نه بر اساس نظریه بلکه بر اساس کارکردشان نیز است. موضوع مهمی که باید در نظر داشت این است که رویکرد فرایندمدار به دنبال حذف یا برتری رویکرد یا جهان‌بینی خاصی نیست و هسته‌های درمانی فارغ از اینکه از چه رویکرد یا جناحی هستند، در ترکیب با هم و به‌لحاظ فلسفی منسجم می‌توانند برای تکلیف مهمِ نیاز درمانجو بر اساس تحلیل کارکردی فرایندمدار به‌کار بسته شوند. از این رو، در حال حاضر و تا زمان اولویت فرایندهای تغییر به‌جای مکاتب درمانی، می‌توان از درمان شناختی‌رفتاری فرایندمدار (۳۲، ۶۹)، درمان پذیرش و پای‌بندی فرایندمدار (۷۰)، درمان متمرکز بر شفقت فرایندمدار (۷۱)، روان‌درمانی پویشی فشردهٔ کوتاه‌مدت فرایندمدار (۶۸)، روان‌درمانی تحلیلی کارکردیِ فرایندمدار (۷۲)، درمان وجودی فرایندمدار (۷۳) و غیره سخن گفت. فرامدل تکاملی گسترش‌یافته که پیش‌تر شرح آن رفت می‌تواند در به‌کارگیری نظام‌مند این فرایندها کمک کند. زمانی که مسیرهای مختلف مداخله را مد نظر قرار می‌دهیم، این معیارها را باید به خاطر داشته باشیم: دسترسی، مرکزیت، صلاحیت، خطر، احتمالِ تغییر و موقعیت‌یابی راهبردی (۱۹). بسته به اینکه مسیرهای مختلف

[1]. Inter-Organizational Task Force on Cognitive and Behavioral Psychology Doctoral Education

[2].Intensive short-term dynamic psychotherapy (ISTDP)
[3]. techniques of pressure

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-06]
[DOI: 10.48305/23.4.5]

چه رتبه‌ای در این معیارها کسب می‌کنند، برخی مسیرها بر بقیه ارجح هستند. در نتیجه پویایی‌های موجود در ارتباط با هر درمانجو مشخص می‌کند که چه مداخله‌هایی بر شبکهٔ او تأثیر می‌گذارند تا از وضعیت ناسازگارانه به سازگارانه تغییر کند. همچنین جهت حفظ تغییراتِ انتخاب‌شده نیز راهبردهایی مد نظر قرار می‌گیرند که از جملهٔ آنها عبارت‌اند از تکلیف خانگی، گره زدن با الگوهای عمل گسترده‌تر، در نظر گرفتن پیامدهای طبیعی و غیره. علاوه بر این، در دورهٔ درمان، تحلیل کارکردی فرایندمدار به‌صورت دائم انجام می‌شود تا تغییرات در زیرشبکه‌ها و شبکهٔ کلی در جهت اهداف توافق‌شده و فراگیر پایش شوند. خوانندگان می‌توانند جهت مطالعهٔ بیشتر در ارتباط با کاربست درمانی رویکرد فرایندمدار و نمونه‌های بالینی مختلف، به هافمن و همکاران (۱۹)، اسویتاک و هافمن (۲۹) و اونگ و لی (۷۴) مراجعه کنند.

پژوهش از منظر رویکرد فرایندمدار: روش‌شناسی فرد-کل‌نگر

به دنبال اتخاذ طبقه‌های تشخیصی، مطالعهٔ پدیده‌های روانی نیز عمدتاً در سطح بین‌فردی صورت گرفته است. در حال حاضر مفروضهٔ رایج در عمدهٔ پژوهش‌های روان‌شناسی و مداخله‌ای این است که تغییر تدریجی و خطی است (۷۵). مطالعهٔ فرایندهای تغییر عمدتاً از طریق میانجی‌ها بوده است که نخستین‌بار توسط بارون و کنی (۷۶) مطرح شد. رویکرد آنها به مطالعهٔ میانجی به‌صورت کل‌نگر و مقطعی است و تغییر را خطی، یک طرفه و کم‌متغیر در نظر می‌گیرد (۲۰). از منظر رویکرد فرایندمدار این روش بسنده نیست، چرا که فرایندها عمدتاً پیچیده، دو یا چندطرفه و شامل متغیرهای زیادی هستند. مطابق با رویکرد فرایندمدار، فرایندهای تغییر باید خصوصیاتی داشته باشند تا بتوانند جایگزینی برای تشخیصِ مبتنی بر نشانگان باشند. ویژگی‌هایی که رویکرد فرایندمدار در ارتباط با بررسی فرایندهای تغییر بیان می‌کند عبارت‌اند از اینکه این فرایندها باید دقت[1]، دامنه[2] و عمق[3] داشته باشند، فردنگر بوده، خیلی فوری و به‌صورت مکرر قابل‌اندازه‌گیری باشند، قابل‌تغییر و مبتنی بر بافتار[4]، کارکردی و همراه با تعدیل‌کننده‌های منسجم[5] باشند (۳۰).

زمانی که فرایند تغییر خاصی به‌کار برده می‌شود باید واضح و شفاف باشد (دقت) تا موجب حذف اکتشافات عمومی و استعاره‌های بی‌پایه و اساس به‌منزلهٔ فرایندهای تغییر شود. همچنین این فرایند باید در مورد طیفی از پدیده‌ها کاربرد داشته باشد (دامنه) چرا که نه به‌لحاظ علمی و نه به‌لحاظ عملی، مفید نیست تا اقدام به تدوین فرایندهای تغییر بی‌شماری بکنیم که فقط برای حیطه‌های اندکی کاربرد دارند. همین‌طور در بافتار علم یکپارچه، مفاهیم در یک سطح از تحلیل نباید با یافته‌های معتبر در سطوح دیگر تحلیل در تضاد باشند (عمق). انسجام در سطوح مختلفِ تحلیل ملاک بسیار مهمی برای علوم چندرشته‌ای همچون سلامت روانی و رفتاری است (۳۰). برخی از مطالعات به بررسی چندسطحی پرداخته‌اند تا عمق تحلیل‌ها را منعکس سازند و با رشد سریعِ فناوری، استفاده از شاخص‌ها و ابزارهای سطح زیستی‌فیزیولوژیکی هم‌زمان به سایر سطوح تحلیل افزایش یافته است. در مطالعه‌ای که توسط دنسون و همکاران (۷۷) انجام شد، پژوهشگران ارتباطِ دو نوع تنظیم هیجانِ مرتبط با خشم، یعنی ارزیابی مجدد و سرکوبیِ ابرازی را با تغییرپذیری ضربان قلب[6] در یک موقعیت آزمایشی بررسی کردند (N = ۱۳۱) و مشخص شد گروهی که آموخته بودند ارزیابی مجدد انجام دهند تغییرپذیری ضربان قلب بالایی نشان دادند که منعکس‌کنندهٔ توانایی برای تنظیم هیجان سازگارانه و سازگاری با تغییرات در محیط است. در تحلیل چندسطحی دیگری، کارکلا و همکاران (۷۸) به بررسی دو سطح روان‌شناختی و عصب‌شناختی (با استفاده از تصویربرداری مغز) پرداختند و نشان دادند که انعطاف‌پذیری روانی برخی تفاوت‌های عصب‌شناختی افراد مبتلا به میگرن را تبیین می‌کند. چنین مطالعاتی بیانگر اهمیت تحلیل چندسطحیِ مرتبط با انعطاف‌پذیری روانی و تنظیم هیجان هستند.

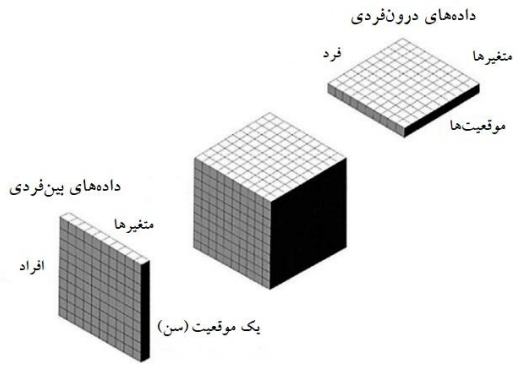
از منظر فردنگری، اغلب در پژوهش‌های روان‌شناسی بر تغییرپذیری بین‌فردی تمرکز می‌شود. اما باید به این نکته توجه داشت که بین تغییرپذیری درون‌فردی[7] و تغییرپذیری بین‌فردی[8] تفاوت وجود دارد. این تفاوت را می‌توان با استفاده از شکل ۵ نشان داد. در تغییرپذیری بین‌فردی یک مجموعه تصادفی از چند آزمودنی، یک مجموعه از متغیرها جهت استنباط و یک

1. precision
2. scope
3. depth
4. context
5. coherent moderator
6. heart rate variability (HRV)
7. Intra-individual variation (IAV)
8. Inter-individual variation (IEV)

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-06]

[DOI: 10.48305/23.4.5]

موقعیت اندازه‌گیری انتخاب می‌شود. در مقابل، در تغییرپذیری درون‌فردی، یک فردِ خاص، یک مجموعه از متغیرها جهت استنباط و یک مجموعه از موقعیت‌های اندازه‌گیری مختلف انتخاب می‌شود (۷۹). در مورد اول تعمیم به جمعیت و در مورد دوم تعمیم در طول زمان مد نظر است.



شکل ۵. جعبهٔ دادهٔ کتل. برگرفته از گیتز و همکاران (۷۹)

از طرفی، یافته‌های مرتبط با روابط میان متغیرهای روانی بر اساس داده‌های گروهی تجمیعی، قابل تعمیم به هر فرد در همان گروه نیستند. در واقع، تحلیل‌های تغییرپذیری بین‌فردی موجب دستیابی به یافته‌هایی به دست آمده از تغییرپذیری درون‌فردی در طول زمان و بافتارهای مختلف نمی‌شوند (۸۰). برای مثال، در بررسی از طریق روش نمونه‌گیری تجربه نشان داده شده که ارتباط شفقت به خود/دیگران با بهزیستی در افراد مختلف، متفاوت است (۸۱). بسیاری از روان‌شناسان و پژوهشگران رفتاری معتقدند که اگر پدیدهٔ مورد مطالعه اِرگودیک باشد نمی‌توان نتایج جمعی به دست آمده را برای فرد به‌کار برد (۸۲). ارگودیستی مفهوم جدیدی نیست و بیش از ۱۵۰ سال است که در فیزیک آماری جریان دارد و از زمانی که از منظر ریاضی در اوایل دههٔ ۱۹۳۰ اثبات شد، علم پذیرفته شده‌ای است. در علوم فیزیکی، ارگودیسیتی بر چگونگی ارتباط رویدادها در فضا و با رویدادها در زمان متمرکز است. قضیهٔ ارگودیک بیان می‌دارد که رفتار جمعی از عناصر در فضا متناظر با رفتار این عناصر در طول زمان است (۱۸).

از این رو بسیاری از روش‌های آماری اصلی برای شناسایی فرایندهای تغییر کلیدی در روان‌شناسی از میانگین‌ها یا هنجارهای گروهی استفاده می‌کردند که رویکرد کل‌نگر نام دارد. از طرفی، صرفاً تمرکز بر داده‌های فردنگر در علم کافی نیست و ما برای پیشرفت علمی نیاز به داده‌های کل‌نگر نیز داریم چرا که ممکن است فرایندهای روانی‌ای وجود داشته باشند که در سطح گروهی یا زیرگروه‌ها همگن باشند (۶۶). اما این داده‌های سطح گروهی یا زیرگروه‌ها با داده‌های کل‌نگر پیشین از این منظر متفاوت‌اند که همان اول بر مبنای شاخص‌های جمعی و بین‌فردی نیستند. در واقع بین دانشی که بتوان در سطح کلی‌تر به‌کار گرفت و دانشی که برای شروع مبتنی بر سطح تحلیل جمعی است تفاوت وجود دارد (۳۵). یافته‌های کل‌نگرِ سنتی چون مشکل ناهمگنی دارند در تصمیم‌گیری‌های بالینی که در آن برای یک فرد خاص باید تصمیم گرفت ما را گمراه می‌سازند، چرا که اثرهای مشاهده‌شده در سطح گروهی را نمی‌توان با اطمینان در سطح فردی به‌کار بست. به‌جای در پیش گرفتن رویکرد فردنگرِ محض یا رویکرد کل‌نگرِ محض، رویکرد فرد–کل‌نگر برای تحلیل داده‌ها مستلزم این است که نخست به بررسی داده‌ها در سطح فردی پرداخته شود و سپس فقط در صورتی که نتایج گروهی با نتایج سطح فردی تناسب داشته باشند داده‌های سطح گروهی ایجاد شوند.

رویکرد فرد–کل‌نگر یک تکنیک آماری جدید نیست بلکه یک جهت‌گیری و رویکرد جدید به داده‌ها است که موجب تدوین تکنیک‌های آماری جدید یا استفاده از تکنیک‌های موجود به روش‌های جدید، برای مثال GIMME (۶۶) و i-ARiMAX[1] (۸۳)، می‌شود. روش‌های مرسوم مختلفی به جز میانجی نیز برای مطالعهٔ فرایندهای تغییر وجود دارند، از جمله تحلیل کارکردی، طرح‌های تک‌آزمودنی و سری‌های زمانی بصری و آماری. حتی مطالعاتی مانند طرح‌های تک‌آزمودنی مرسوم نیز به‌صورت ایستا و نه به‌صورت پویا به بررسی فرایندهای مد نظر می‌پردازند. از منظر رویکرد فرایندمدار با اصلاحاتی در این روش‌ها طوری که بتوانند داده‌های طولی فشرده را جمع‌آوری کنند و پویایی‌های فرایندها را در طول زمان بررسی کنند، می‌توان از آنها برای مدل‌های پژوهشی و درمانی فرایندمدار به‌کار گرفت (۱۹). از منظر قابلیت اندازه‌گیری مکرر اتکای صرف به مقیاس‌های خودگزارشی کافی نیست و ما نیاز به مقیاس‌های سنجش لحظه‌ای بوم‌شناختی[2] و مقیاس‌های

[1]. idiographic autoregressive integrative moving average models with an exogenous variable
[2]. ecological momentary assessment (EMA)

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-06]
[DOI: 10.48305/23.4.5]

سنجش خودکار داریم که فرایندهای تغییر را به‌صورت فوری و مکرر می‌سنجند و می‌توانند بازخورد فوری فراهم کنند (۳۵).

دیگر ویژگی مورد تأکید رویکرد فرایندمدار در ارتباط با فرایند تغییر این است که قابل‌تغییر و مبتنی بر بافتار باشد. در این رویکرد، کل ارگانیسم در رابطه با بافتار تاریخی و بلافصل خودش موضوع بررسی است. با وجود اهمیت عوامل بافتاری در تبیین و تأثیر بر رفتار، مطالعهٔ آسیب‌شناسی روانی و روان‌درمانی به‌طرز نامتناسبی بر فرد متمرکز شده است. برای مثال، مطالعات نشان داده‌اند که بافتار افراد از قبیل خانواده (۸۴) و سبک فرزندپروری (۸۵) بر پیامدهای درمانی تأثیر می‌گذارند. در نتیجه، فرایندهای تغییر باید به‌طرز مستقیم و موفقیت‌آمیز منجر به انتخاب و پیاده‌سازی هسته‌های اصلی درمان شوند، از این رو باید از بستر بافتار و تاریخچه بیرون آیند. این موضوع نشان می‌دهد که بافتار خانواده و سبک‌های فرزندپروری به‌ویژه در طول زمان بر سلامت روانی نوجوانان تأثیر می‌گذارند چرا که این عوامل بافتاری انعطاف‌پذیری روانی را تغییر می‌دهند. در نتیجه، جمع‌آوری و تجزیه‌وتحلیل اطلاعات دربارهٔ متغیرهای تاریخی و موقعیتی در بافتارهای مختلف ضروری است (۳۱).

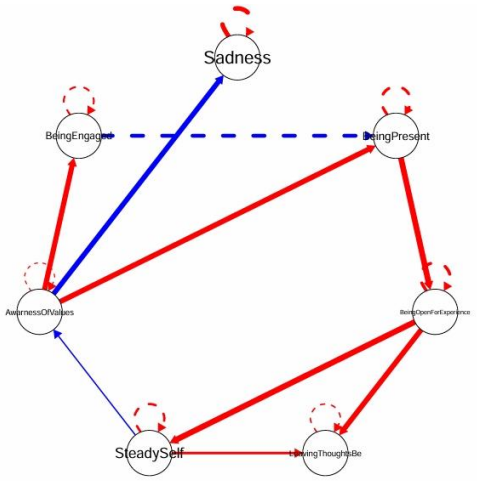
به‌طور خلاصه، رویکرد فرایندمدار به پژوهش، طرح فرد–کل‌نگر را مد نظر دارد. در این طرح لازم است در ابتدا متغیرها یا فرایندها در سطح هر فرد به‌صورت جداگانه بررسی شوند و سپس با استفاده از روش‌های آماری به سطح کل‌نگر تعمیم داده شوند. نمونه در این طرح صرفاً افراد نیستند بلکه نقاط داده که به‌صورت طولی و فشرده سنجیده می‌شوند نمونه محسوب می‌شوند (نمونه‌گیری تجربه). همچنین تشویق به استفاده از ابزارهایی غیر از خودگزارشی می‌شود، از جمله ابزارهای مرتبط با فناوری‌های زیستی، تا داده‌های مرتبط با تحلیل‌های چندسطحی داشته باشیم. همین‌طور نیاز به ابزارهای خودگزارشی‌ای داریم که در سطح فرد–کل‌نگر و طولی فشرده اعتباریابی شده باشند نه به‌صورت مقطعی و کل‌نگر (برای مثال، ابزار سنجش فرایندمدار[1] (۸۶، ۸۷). جهت تجزیه‌وتحلیل داده‌ها نیز از روش‌های آماری موجود یا روش‌های جدید می‌توان بهره برد. یکی از این روش‌ها بستهٔ برآورد مدل چندگانهٔ چرخشی گروهی[2] است. این روشی برای تحلیل داده‌های طولی فشرده است که در سه سطح فردی، گروه و زیرگروه بررسی می‌شود. این روش یک الگوریتم فردنگر است که داده‌های طولیِ فشردهٔ هر فرد را در طول زمان و بر اساس چارچوب مدل‌سازی معادلات ساختاری[3] و خودبازگشتیِ بُرداری[4] تجزیه‌وتحلیل می‌کند و نشان می‌دهد که چگونه متغیرهای مورد نظر با یکدیگر مرتبط‌اند. همچنین قدرت و جهت روابط را در میان متغیرهای مورد نظر نشان می‌دهد (۷۹). در گامِ نخست داده‌های هر فرد به‌صورت شبکه‌ای مجزا تجزیه‌وتحلیل می‌شوند و سپس در صورتی که اکثر افراد روابطِ خاصی بین متغیرها را نشان دهند به سطح کل‌نگر (گروه یا زیرگروه) تعمیم داده می‌شود. از آنجا که GIMME داده‌های هر فرد را به‌صورت جداگانه تحلیل می‌کند نمونه‌گیری به‌صورت نمونه‌گیری تجربه است نه بر حسب تعداد افراد. GIMME با نمونهٔ یک نفر نیز اجرا می‌شود و مهم داده‌های طولی فشرده هستند، اما جهت تعمیم از سطح فردنگر به سطح کل‌نگر وجود داده‌های طولی فشرده برای حداقل ۱۰ نفر جهت جست‌وجوی الگوریتم‌های مشابه و دست‌یابی به نتایج دقیق‌تر لازم است، با این حال با نمونهٔ کمتر از این میزان نیز نتایج معتبر هستند. پس از اقدامات مقدماتی و پیش‌پردازش داده‌ها، با وارد کردن کدها یا دستوراتی[5] که ارائه‌دهندهٔ GIMME ارائه کرده است، تجزیه‌وتحلیل اجرا[6] می‌شود و نتایج در پوشه‌های جداگانهٔ فردی و جمعی ارائه می‌شوند. GIMME می‌تواند بین ۳ تا ۲۰ متغیرِ وارد شده را هم‌زمان در قالب شبکه تجزیه‌وتحلیل کند. خروجی آن به‌صورت نمودارهای گرافیکی شبکهٔ روابط فردنگر و الگوریتم‌های جمعی (گروه، زیرگروه) و آمارهای مربوط به جهت و قدرت روابط و همچنین برازش مدل‌ها است که تقریباً به‌صورت تمام‌خودکار انجام می‌شود. نمونه‌ای از این تحلیل شبکه‌ای GIMME در سه سطح فردی، زیرگروهی و گروهی در شکل‌های زیر نشان داده شده‌اند.

[1]. process-based assessment tool (PBAT)
[2]. Group Iterative Multiple Model Estimation (GIMME)

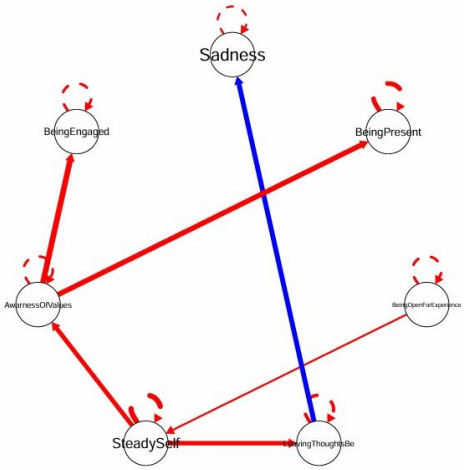
[3]. structural equation modeling (SEM)
[4]. vector autoregression (VAR)
[5]. syntax
[6]. run

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-06]

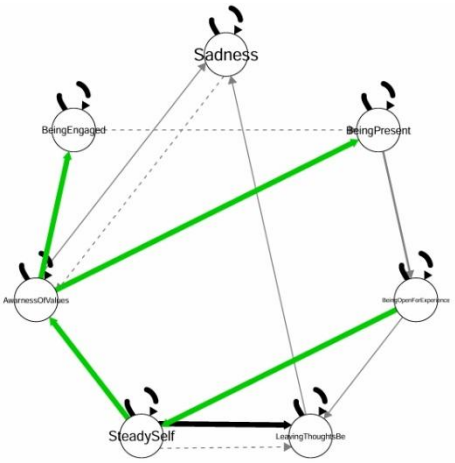
[DOI: 10.48305/23.4.5]



شکل ٦. نمونه‌ای از تحلیل شبکه‌ای سطح فردی



شکل ۷. نمونه‌ای از تحلیل شبکه‌ای سطح فردی



شکل ۸. نمونه‌ای از تحلیل شبکه‌ای سطح زیرگروهی و گروهی

در شکل ۶ و ۷ نمونه‌ای از تحلیل شبکه‌ای سطح فردی را برای دو فرد به‌صورت جداگانه در طول زمان و در ارتباط با شش فرایند انعطاف‌پذیری روانی و یک پیامد غمگینی نشان می‌دهد. عناصر مختلف این شبکه با پیکان‌های ممتد یا خطتیره و با رنگ‌های قرمز و آبی به هم مرتبط شده‌اند. خط ممتد به‌معنای روابط هم‌زمان[1] و خطتیره بیانگر روابط با تأخیر زمانی[2] هستند. همچنین رنگ قرمز بیانگر روابط مثبت (افزاینده) و رنگ آبی بیانگر روابط منفی (کاهنده) است. با مقایسهٔ دو شکل مشخص می‌شود که با وجود اشتراکات، پویایی‌های متفاوتی در روابط شبکه‌ای هر یک وجود دارند، به‌ویژه اینکه در شکل ۶ «آگاهی از ارزش‌ها» از مرکزیت برخوردار است و با کاهش «غمگینی» برای این فرد همراه است در حالی که برای فرد شکل ۷ نیز «آگاهی از ارزش‌ها» از مرکزیت برخوردار است، اما «اجازه دادن به فکرها که باشند (گسلش)» با کاهش غمگینی مرتبط است. در شکل ۸ نمونه‌ای از خروجی تحلیل شبکه‌ای GIMME برای سطوح زیرگروهی و گروهی ارائه شده است. روابط مرتبط با زیرگروه به رنگ سبز هستند. این زیرگروه شامل برخی از افراد تحت مطالعه است که یک توالی شامل چهار پیوند را نشان دادند. این توالی شامل پیوندهای هم‌زمان از «گشوده بودن نسبت به تجارب» به «خودِ پایدار[3]» سپس به «آگاهی از ارزش‌ها» و از آنجا به «اقدام کردن» و همچنین «حضور داشتن» است. در این زیرگروه «آگاهی از ارزش‌ها» بیشترین ورودی و خروجی را داشت و از مرکزیت برخوردار است. پیوند سطح گروهی نیز با پیکان‌های مشکی پررنگ نشان داده می‌شود که در این نمونه شاهد یک پیوند در سطح گروهی هستیم که بیانگر ارتباط هم‌زمان از «خودِ پایدار» به «اجازه دادن به فکرها که باشند» است. یعنی اکثر افراد گروه فقط یک پیوند مشابه، فارغ از جهت و وزن آن، در شبکه داشتند. این اطلاعات برای هر یک از افراد می‌تواند به مداخلهٔ شخصی‌سازی‌شده و پیامدهای مد نظر کمک کند. از این رو، روابط شبکه‌ای افراد متفاوت‌اند و با افزایش تمرکز پژوهش به این شکل روی فرایندها و پیامدها در طول زمان و به‌صورت پویا می‌توان دانش کل‌نگری را جمع‌آوری کرد که از اول بر مبنای فرد است نه برعکس.

[1]. contemporaneuos
[2]. lagged
[3]. steady self

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-06]
[DOI: 10.48305/23.4.5]

شواهد تجربی رویکرد فرایندمدار

در یکی از نخستین بررسی‌های تجربی درمان فرایندمدار اونگ و همکاران (۸۸) در یک کارآزمایی تصادفی‌سازی‌شده (۷۷ = N) اثرهای افزایشی درمان شناختی و انگیزشی در کمال‌گرایی را بررسی کردند. یافته‌ها نشان داد که شرکت‌کنندگان از یادگیری مهارت‌های رویکردهای مختلف سود بردند و بر اساس اهداف‌شان آنها را به‌کار گرفتند. با این حال، از آنجا که این مطالعه در قالب کارآزمایی بود و قضیهٔ اِرگودیک را نقض کرد، تحلیل فردنگر را که رویکرد فرایندمدار بر آن تأکید می‌کند مد نظر قرار نداد. به‌علاوه، پژوهشگران از تحلیل شبکه‌ای و تحلیل طولیِ فشردهٔ مد نظر رویکرد فرایندمدار استفاده نکردند. در ادامه اونگ و همکاران (۴۰) در یک مطالعهٔ موردی اقدام به درمان یک درمانجو در درمان شناختی‌رفتاری فرایندمدار کردند. آنها برخی اصول رویکرد فرایندمدار از جمله مفهوم‌پردازی و تحلیل شبکه‌ای کارکردی، سنجش لحظه‌ای بوم‌شناختی (داده‌های طولی فشرده)، تحلیل فردنگر و هسته‌های درمانی مختلف را به‌کار بستند. با استفاده از تحلیل شبکه‌ای فردنگر، درمانگر فرایندهای ناسازگارانه‌ای مانند آمیختگی با قواعد را از طریق مداخله‌هایی از قبیل آموزش روانی، شناسایی و ثبت قواعد و گسلش شناختی آماج قرار داد که با بهبود قابل‌توجهی در آگاهی از خود، کاهش اضطراب و افزایش بهزیستی همراه بود. نتایج حاکی از تغییر شبکهٔ کلی درمانجو و اندازه‌های پیامد درمان بود. شایان ذکر است که این مطالعه به‌صورت فردنگر با یک درمانجو انجام شد و قادر به تعمیم‌دهی به سطح کل‌نگر که همچنان یکی از دغدغه‌های رویکرد فرایندمدار است، نبود. هرچند رویکرد فرایندمدار از اتکای صرف به مقیاس‌های خودگزارشی پرهیز می‌کند، اما تدوین‌کنندگان این رویکرد اقدام به توسعهٔ ابزاری با نام ابزار سنجش فرایندمدار کردند. ابزار سنجش فرایندمدار (۸۶) یک مجموعه ابزار خودگزارشیِ ۱۸ گویه‌ای است. این ابزار بر اساس مدل زیستی‌روانی‌اجتماعی و فرامدل تکاملی گسترش‌یافته، تغییرپذیری، انتخاب (شناخت، توجه، عاطفه، رفتارِ آشکار، انگیزش، خویشتن) و حفظ و سطوح زیستی‌فیزیولوژیکی و فرهنگی‌اجتماعیِ در بافتار را که زیربنای درمان فرایندمدار است، اندازه‌گیری می‌کنند. با توجه به مدت زمانی که مشخص می‌شود (از چند دقیقه، تا یک ساعت، روزانه، هفتگی و ...) فرد در مقابل گویه‌ها در مقیاسی پیوسته از ۰ تا ۱۰۰ علامت می‌زند. بعداً چهار گویهٔ شفقت به خود و شفقت به دیگران همراه با گویه‌های مربوط به پیامدها و اتحاد درمانی نیز برای کاربرد در مداخله افزوده شدند. در ارتباط با مطالعهٔ تجربی فرایندها زیستی‌روانی‌اجتماعی و روش‌شناسی فرد–کل‌نگر، سَنفورد و همکاران (۸۷) به بررسی فرایندهای روانی و پیامدها در قالب تحلیل شبکه‌ای فرد–کل‌نگر با استفاده از ابزار سنجش فرایندمدار پرداختند. در این مطالعه شرکت‌کنندگان به مدت ۳۵ روز ابزارهای فرایندی و پیامدی را تکمیل کردند که از طریق بستهٔ برآورد مدل چندگانهٔ چرخشی گروهی تجزیه‌وتحلیل شدند. نتایج این مطالعه نشان داد که عناصر این ابزار به‌طرز پایایی در مسیرهای مستقیمی در شبکه بر عناصر پریشانی روانی و بهزیستی افراد نمونه تأثیر گذاشتند و پژوهشگران نتیجه‌گیری کردند که مدل‌های شبکه‌ای فردنگر سودمندی بالینی بالقوه‌ای دارند. این مطالعه، علاوه بر نشان دادن اعتبار این ابزار نشان داد که پویایی‌های موجود در فرایندهای روانی هر فرد را می‌توان به‌صورت فردنگر و در طول زمان سنجید و سپس به سطح کل تعمیم داد. سیاروچی و همکاران (۵۷) اقدام به اعتباریابی تجربی فرامدل تکاملی گسترش‌یافته جهت دسته‌بندی فرایندهای درمانی، با به‌کارگیری ابزارهای میانجی (۱۸) کردند. در این اعتباریابی از چهار ارزیاب انسانی و یک ارزیاب هوش مصنوعی جهت دسته‌بندی فرایندها (میانجی‌ها) در ابعاد و سطوح این فرامدل بهره گرفته شد. نتایج این بررسی نشان داد که توافق همسانی بین ارزیاب‌ها و همچنین بین ارزیاب‌ها و هوش مصنوعی وجود داشت. این نتایج به اعتبار کاربرد فرامدل تکاملی گسترش‌یافته در دسته‌بندی فرایندهای درمانی اشاره دارد. در مطالعه‌ای دیگر، سادرا و همکاران (۸۳) به مقایسهٔ روش‌های فرد–کل‌نگر با مدل‌سازی چندسطحی سنتی[1] و سایر روش‌های تغییرپذیری درون‌فردی با استفاده از سنجش لحظه‌ای بوم‌شناختی پرداختند. متغیرهای فرایندهای عمل ارزشمند و بهزیستی مبتنی بر لذت به‌منزلهٔ متغیرهای نمونه مورد استفاده قرار گرفتند. نتایج آنها که با بررسی ۴۲۵ نفر و ۶۴۵۶ اندازهٔ ثبت‌شده صورت گرفت نشان داد که روش فرد–کل‌نگرِ i-ARIMAX بهتر از سایر روش‌ها، از جمله مدل‌سازی چندسطحی در دستیابی به ناهمگنی درون‌فردی بین عمل ارزشمند و متغیرهای مرتبط با عواطف عمل کرد. به‌طور خلاصه این روش به‌خوبی نشان داد که افزایش در عمل ارزشمند با

[1]. traditional multilevel modeling (MLM)

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-06]

[DOI: 10.48305/23.4.5]

بهزیستی مبتنی بر لذت ارتباط مثبتی داشت اما درجهٔ زیادی ناهمگنی نیز وجود داشت و گروهی از افراد شناسایی شدند که با پرداختن به عمل ارزشمند افزایش در بهزیستی نشان ندادند. این نویسندگان چنین نتیجه گرفتند که این نتایج حاکی از برتری روش فرد–کل‌نگر نسبت به روش‌های کل‌نگر محض در شناسایی مسیرهای متعدد به پیامدهای بالینی مرتبط و مداخله‌های شخصی‌سازی‌شده است. همچنین در پژوهش‌ها نشان داده شده که شفقت به خود و شفقت به دیگران ارتباط مثبتی با هم دارند. با این حال، سادرا و همکاران (۸۱) دست به بررسی این موضوع زدند که آیا این ارتباط برای همهٔ افراد صدق می‌کند. آنها فرض کردند که ممکن است این دو با هم ناسازگار باشند و در برخی افراد ناهمبسته یا همبستگی منفی داشته باشند. با استفاده از روش نمونه‌گیری تجربه که در آن افراد روزانه ۶ بار به مدت یک هفته به تکمیل ابزارهای مرتبط پاسخ می‌داند، نشان دادند که هر چند شفقت به خود با شفقت به دیگران ارتباط مثبت داشت اما توازن خود–دیگری ارتباط بین شفقت با خود یا دیگران و بهزیستی را تعدیل کرد. تنها افرادی که چنین توازنی داشتند موجب می‌شد که شفقت با سطوح بالاتر بهزیستی همراه باشد و زمانی که خود–دیگری در توازن نبودند شفقت به خود یا دیگری با بهزیستی ارتباطی نداشت. این مسئله از اهمیت شخصی‌سازی مداخله خبر می‌دهد چرا که به‌کارگیری روش یکی–برای–همه[1] همیشه مؤثر نیست و نیازمند بررسی تأثیر آن بر هر فرد است. در نتیجه، هنگام مداخله می‌توان تفسیر درمانجو از شفقت به خود و دیگری را بررسی کرد که آیا، برای مثال، فرد شفقت به خود را نوعی خودپسندی تلقی می‌کند یا نه. چنین بررسی‌هایی موجب می‌شود تا ارتباط آن با پیامدها را بهتر پیش‌بینی کرده و اثرگذاری را افزایش دهیم.

بحث و نتیجه‌گیری

در این مقاله سعی شد مبانی نظری رویکرد فرایندمدار و کاربست آن در مداخله و پژوهش بیان شوند. با وجود مزایای مفهومی رویکرد فرایندمدار برای مداخله و پژوهش، در عمل چالش‌هایی نیز وجود دارند. همان‌طور که اشاره شد، درمان فرایندمدار کار را با فاصله گرفتن از مدل غالبِ پزشکی آغاز می‌کند. از منظر این رویکرد، مدل پزشکی و پارادایم اثبات‌گرایی زیربنای آن تا به امروز موجب پیشرفت‌هایی از جمله شناخت آسیب‌های روانی و تدوین درمان‌هایی برای این مشکلات شده‌اند، اما برای پیشرفت در این عرصه، نیازمند تغییر پارادایم و بسط نگاه‌مان به انسان هستیم. این کاری چالش‌برانگیز است چرا که نگاه مبتنی بر نشانگان مجموعهٔ منسجمی از مفروضه‌ها داشت که راهبرد علمی و سلامت عمومی آن بود و زیر سؤال بردن مفروضه‌ها در علم و تغییر پارادایم می‌تواند موجب سردرگمی شود. در این راستا تمرکز بر مداخله‌های شخصی‌سازی‌شده و لزومِ تناسب روش‌های تجربی با پیچیدگی فرد می‌تواند کمک‌کننده باشد (۱۹). چالش دیگر این است که از زوایای مختلفی غیر از مدل پزشکی نیز به انسان نگریسته شده است اما تاکنون تعامل میان جهان‌بینی‌ها ممکن به‌نظر نمی‌رسید و رویکردی که سعی در تحمیل جهان‌بینی خویش نداشته نباشد مورد وفاق نبوده است. همچنین ممکن است برای بسیاری رویکرد فرایندمدار نوعی جایگزین برای درمان‌های موجود یا نوعی التقاط‌گرایی به‌نظر برسد که سعی دارد رویکردهای درمانی مختلف را در یک جعبه‌ابزار بزرگ قرار دهد. با این حال، رویکرد فرایندمدار درمان جدیدی نیست بلکه نوعی نگاه به درمان‌های موجود است. تغییر به رویکرد فرایندمدار مستلزم تجدیدنظر در سؤال «چه درمان‌هایی مؤثرند؟» به «چگونه درمان‌ها مؤثرند؟» است. این رویکرد مبتنی بر فرامدل تکاملی گسترش‌یافته و فرایندهای تغییرِ مرتبط با بافتارِ تغییرپذیری، انتخاب و حفظ است. در واقع این رویکرد نسبت به گفت‌وگو و تعامل به شکلی نظام‌مند و منسجم گشوده است. هر یک از رویکردهای درمانی فلسفه و جهت‌گیری نظری خودشان را راجع به فرایندها و به‌کارگیری آنها دارند. درمان فرایندمدار به پژوهشگران و درمانگران امکان ارتباط و یادگیری از پژوهش و تجربه و اینکه چگونه و چه زمانی می‌توان فرایندها و درمان‌های خاصی را به‌کار بست، می‌دهد. آنها می‌توانند در سطح میانی گرد هم آیند و راجع به اینکه چگونه رویکردهای مختلف برای ایجاد تغییرپذیری، انتخاب و حفظ در ابعاد و سطوح مختلف در بافتاری خاص عمل می‌کنند، گفت‌وگو کنند (۵۷). با اینکه اهداف جهان‌بینی‌های مختلف متفاوت‌اند اما در تعارض مستقیم با یکدیگر هم نیستند (۸۹). رویکردهای مختلف می‌توانند تا آنجا که هدف مشترکی همچون کاهش رنج و افزایش بهزیستی دارند هر یک با مفروضه‌های خویش با هم

[1]. one-size-fits-all

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-06]

[DOI: 10.48305/23.4.5]

تعامل کنند. برای مثال، در علوم روان‌شناسی می‌توان مواضع فرانظری مانند چارچوب شناختی-کارکردی[1] (۹۰) اتخاذ کرد که در سطح متفاوت تحلیل ولی حمایت‌گرانه به پیش می‌روند. این امر سبب می‌شود که درمانگران و پژوهشگران مختلف به دور از تعاملات غیرسازنده و با اصطلاحات و مفاهیم خویش جهت ارتقای علم مداخله گرد هم آیند که به بلوغ و یکپارچه‌سازی علم مداخله کمک می‌کند. همچنین آموزش فلسفهٔ علم به درمانگران و پژوهشگران در این راه کمک می‌کند (۶۷). از آنجا که دیدگاه تکاملی مورد پذیرش اکثر رویکردهای مبتنی بر شواهد است، رویکرد فرایندمدار با در پیش گرفتن فرامدل تکاملی سعی در ایجاد چنین وفاقی دارد. رویکرد فرایندمدار با اتکا بر رویکرد متمرکز بر فرایندِ چندبُعدی و چندسطحی در قالب اصول تکاملی، سعی در شخصی‌سازی درمان برای هر فرد دارد. در این راه از رویکرد شبکه‌ای برای تحلیل کارکردیِ فرایندهای ناسازگارانه و به راه انداختن فرایندهای سازگارانه بهره می‌برد. از این رو، درمانگران با در پیش گرفتن مدل‌های نظری منسجم و به دور از التقاط‌گرایی محض نسبت به به‌کارگیری روش‌های درمانی مختلف در ابعاد و سطوح مختلف فرایندهای زیستی‌روانی‌اجتماعی اقدام می‌کنند. این امر موجب انعطاف‌پذیری درمانگر بدون از دست رفتن انسجام می‌شود. با این حال، هرچند این ابزارها به درمانگران اجازه می‌دهند تا شبکه‌های پویای درمانجویان را به‌صورت تجربی مدل‌سازی و گره‌های کلیدی برای مداخله را شناسایی کنند، استفاده از آنها نیازمند داده‌هایی با حجم بالا، آموزش تخصصی و دسترسی به داده‌های باکیفیت است.

چالش دیگر مربوط به شناسایی فرایندها، ابزارهای بسنده برای سنجش آنها و روش‌های مرتبط برای تأثیر بر آنها است. رویکرد فرایندمدار، با مد نظر قرار دادن پویایی و پیچیدگی، بر این انگاره استوار است که فرایندها را فراتر از مطالعات میانجی و ایستا، در این بافتار مورد مطالعه قرار دهد. همچنین، علاوه بر تأکید بر به‌کارگیری رویکرد فردنگر، دغدغهٔ تعمیم در قالب کل‌نگر را هم دارد. این رویکرد این را در نظر می‌گیرد که ممکن است فرایندهای مشابهی در سطح جمعی وجود داشته باشند، اما بین علمی که بر اساس داده‌های جمعی حاصل می‌شود و علمی که به جمع اهمیت می‌دهد تمایز قائل می‌شود. از این رو، مدل فرد-کل‌نگر را در پیش می‌گیرد که در آن داده‌ها ابتدا در سطح فردی بررسی می‌شوند و در صورت تناسبِ داده‌های جمعی با داده‌های فردی به سطح کل (گروه، زیرگروه) تعمیم داده می‌شوند. در نتیجه نیاز به بررسی فرایندهای تغییر به‌صورت پویا و فرد-کل‌نگر در قالب طرح‌های پژوهشی داریم. جهت جلوگیری از واریانس زیاد بین پژوهشگران و درمانگران در ارتباط با شناسایی فرایندها و محدود شدن موقعیت‌های مرتبط با آنها، به‌کارگیری دقت، دامنه و عمق بالا در کنار تأثیر علم بنیادین و کاربردی بر یکدیگر، کمک می‌کند تا یادگیری و اجرای فرایندهای رویکرد فرایندمدار واضح بوده و قابلیت کاربرد گسترده‌ای داشته باشند. همچنین نیاز به ابزارهایی داریم که به‌صورت پویا و طولیِ فشرده اطلاعاتی به ما بدهند. تدوین و به‌کارگیری ابزارهای خودگزارشی فراگیر و غیرحساس به بافتار موجب همان مسئلهٔ تعدد مدل‌های درمانی می‌شود. از این رو، نیاز به ابزارهایی داریم که فرایندهای همبسته و در عین حال متمایز را با حساسیت بافتاری اندازه‌گیری کنند و اعتبار و روایی آنها به شکل متفاوتی سنجیده شوند طوری که به جمع‌آوری دانش بر اساس هدف اعلام‌شده و هم‌افزایی مطالعات مختلف کمک کند (۹۱). ابزارهای خودگزارشی از قبیل ابزار سنجش فرایندمدار و ابزارهای بررسی شاخص‌های زیستی مثل تغییرپذیری ضربان قلب نمونه‌هایی از این دست هستند. از طرفی نیاز به پژوهش در ارتباط با روش‌های درمانی (هسته‌های درمانی) داریم که پیچیدگی فرایندها و روش‌های مرتبط را نه به‌صورت ایستا بلکه به‌صورت پویا مدل‌سازی کنند و به ما بگویند که چه فرایندهایی را آماج قرار می‌دهند. چالش‌های این کار را می‌توان با بررسی فردنگر و روش‌های سنجش دقیق و فشرده در طول زمان برای هر یک از افراد و سپس تعمیم به سطح کل‌نگر انجام داد، که این امر نشان می‌دهد چگونه روش‌ها و فرایندها برای افراد مختلف به شکل پیچیده و پویا تعامل دارند. همچنین رویکرد پایین به بالا نیازمند تعامل بین علم بنیادین و کاربردی است طوری که صرفاً فرایندها و روش‌های آماج قرار دادن آنها از سوی پژوهشگران به درمانگران اعلام نمی‌شوند بلکه درمانگران نیز با ارائهٔ نظرات و داده‌ها، به پژوهش و همچنین بررسی تجربی آنها کمک می‌کنند (۵۷). از این رو، تعامل پژوهشگران با درمانگران و تدوین پلتفرم‌هایی جهت کسب داده‌های درمانی در ارتباط با فرایندها، پیامدها و روش‌ها از سوی درمانگران، برای مثال پلتفرم PsychFlex، می‌تواند سودمند واقع شود.

[1]. functional-cognitive

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-06]

[DOI: 10.48305/23.4.5]

از طرفی، هرچند شواهد اولیه از مفید بودن رویکرد فرایندمدار در تبیین مکانیسم‌ها یا فرایندها حکایت دارند، همچنان نیازمند شواهد تجربی گسترده‌تر هستیم. محدودیت‌های مطالعات مربوط به اثربخشی درمان فرایندمدار هم شامل حجم نمونه کم و تمرکز بر مشکلات خاص (مانند اضطراب یا کمال‌گرایی) و عدم دوره‌های پیگیری بلندمدت است که تعمیم‌پذیری نتایج را محدود می‌کنند. همچنین، نبود مطالعات طولی گسترده برای ارزیابی پایداری اثرهای درمانی درمان فرایندمدار یک شکاف پژوهشی است. پژوهش‌های آینده می‌توانند با استفاده از طرح‌های پژوهشی فرد–کل‌نگر و طولی فشرده و نمونه‌های متنوع‌تر، این محدودیت‌ها را برطرف کنند. روش‌های آماری جدید مانند GIMME و i-ARiMAX اگرچه برای تحلیل داده‌های طولی فشرده و مدل‌سازی پویایی‌های درون‌فردی مناسب هستند، به حجم بالایی از داده‌های باکیفیت نیاز دارند که جمع‌آوری آنها با ابزارهای EMA ممکن است زمان‌بر و پرهزینه باشد. همچنین، پیچیدگی محاسباتی این روش‌ها نیازمند دانش تخصصی در آمار و برنامه‌نویسی است که ممکن است برای پژوهشگران در محیط‌های با منابع محدود از جمله ایران چالش‌برانگیز باشد. برای رفع این محدودیت‌ها، توسعهٔ ابزارهای کاربرپسند (مانند رابط‌های گرافیکی برای تحلیل شبکه‌ای) و آموزش‌های آنلاین می‌تواند دسترسی به این روش‌ها را تسهیل کنند.

اجرای هسته‌های درمانی در درمان فرایندمدار نیز ممکن است با چالش‌هایی همراه باشد. برای مثال، درمانگران نیازمند آموزش گسترده در ارتباط با جهان‌بینی‌ها و فلسفهٔ علم، شناسایی فرایندهای تغییر، تحلیل شبکه‌ای و استفاده از ابزارهای سنجش مانند سنجش لحظه‌ای بوم‌شناختی و روش‌های نظارت بر پیشرفت و بازخورد گرفتن هستند که ممکن است در نظام‌های درمانی با منابع محدود مانند ایران دشوار باشد. همچنین، برخی درمانجویان ممکن است در برابر مداخله‌های پویا و غیرسنتی مقاومت نشان دهند، به‌ویژه اگر به پروتکل‌های ساختاریافته عادت داشته باشند. برای غلبه بر این چالش‌ها، پیشنهاد می‌شود برنامه‌های آموزشی کوتاه‌مدت در قالب ماژول‌های مختلف برای درمانگران طراحی شود و از ابزارهای دیجیتال ساده (مانند اپلیکیشن‌های ثبت روزانه) برای تسهیل مشارکت درمانجویان استفاده شود. این اقدامات می‌توانند پذیرش و کارایی درمان فرایندمدار را در عمل افزایش دهند. برای پیشبرد رویکرد فرایندمدار در ایران، پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آینده بر توسعهٔ ابزارهای سنجش بوم‌سازی‌شده (مانند نسخه‌های فارسی سنجش لحظه‌ای بوم‌شناختی) و آموزش درمانگران در شناسایی فرایندهای تغییر، تحلیل شبکه‌ای، مداخله‌های مرتبط با آماج قرار دادن فرایندها، سنجش و بازخورد گرفتن و انطباق مداوم با درمانجو تمرکز کنند. این امر نیازمند آموزش بالینی انعطاف‌پذیرتری است که کمتر بر دنبال کردن خطی فناوری‌های درمانی متمرکز است و بیشتر بر شناسایی و اقدام نسبت به شاخص‌های پیشرفت در ایجاد فرایندهای تغییر تأکید دارد (۲۸). بررسی اینکه چگونه مداخله‌های درمانگر در کنار سایر فرایندهای درمانی و درون‌جلسه‌ای می‌تواند به شخصی‌سازی درمان کند، نیز مهم است. برای مثال این موضوع مطرح شده که اتحاد درمانی به‌خودی‌خود یک مداخله نیست. این امر به لحاظ مفهومی در نظر گرفتن آن به‌منزلهٔ فرایند تغییر در فرامدل تکاملی گسترش‌یافته را دشوار می‌سازد. با این حال، این موضوع مطرح شده که رابطهٔ درمانی خودش ممکن است انعکاسی از اجرای موفقیت‌آمیز فرایندهای تغییر درمانی مرتبط باشد (۲۲). از طرفی نشان داده شده که اثرهای درمانگر از قبیل ایجاد انگیزه، امید و انتظارات مثبت نیز در پیامدهای درمانی نقش دارند (۹۲، ۹۳). هرچند این موارد در چارچوب فرامدل تکاملی گسترش‌یافته نیز قرار می‌گیرند و در کار بالینی فرایندمدار در نظر گرفته می‌شوند (۲۹)، بررسی اثرهای درمانگر بر پیامدهای درمانی و بررسی روش‌های آموزش و کاربست آنها در قالب فرامدل تکاملی گسترش‌یافته و رویکرد فرایندمدار می‌تواند به درک بیشتر و بهتر از اثربخشی درمان کمک کند (۶۹). رویکرد فرایندمدار معتقد است که درمانگران در اثر تجربهٔ بیشتر، توانمندتر نمی‌شوند، زیرا بازخوردِ فوری از کارِ خود دریافت نمی‌کنند. این رویکرد معتقد است که دنبال کردن فرایندهای تغییرِ نزدیک[1] طی زمان که با پیامدها مرتبط هستند می‌تواند نوعی بازخورد مفید فوری و کاربردی فراهم کند که برای تبدیلِ تجربه به تخصص لازم است (۱۹). همچنین، بررسی کاربرد رویکرد فرایندمدار در مشکلات شایع در ایران در بافتارهای فرهنگی–اجتماعی خاص می‌تواند به گسترش این رویکرد در نظام درمانی کشور کمک کند. چالش‌هایی مانند کمبود منابع و مقاومت نظام‌های درمانی سنتی نیازمند همکاری بین‌رشته‌ای و استفاده از فناوری‌های دیجیتال است. این اقدامات می‌توانند

[1]. proximal

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-06]

[DOI: 10.48305/23.4.5]

رویکرد فرایندمدار را به‌منزلهٔ یک پارادایم تحول‌آفرین در روان‌درمانی و در ایران همراه کنند.

در مجموع، رویکرد فرایندمدار نویدبخش کنار گذاشتن مرزهای مکاتب فکری و پروتکل‌ها در علم مداخله است تا رویکرد آزادانه‌تری شکل گیرد و سنت‌های مختلف مبتنی بر شواهد برای جست‌وجوی فرایندهای تغییرِ منسجم و نیرومند گرد هم آیند (۲۸). هرچند پیش‌تر نیز تلاش‌هایی در این زمینه صورت گرفتند، همراه با مجموعه‌ای از انگاره‌ها که آماج، رویکرد و راهبرد تحلیل مشخص ارائه دهند، نبوده است. از طرفی، رویکرد فرایندمدار مخالف علم پزشکی و روان‌پزشکی نیست. تمامی رویکردها و موج‌های درمانی، روان‌پزشکی و به‌طور کلی مداخله‌های مبتنی بر شواهد در مسیر پیش رو نقش دارند چرا که شناسایی فرایندهای تغییر از همان اول در دستور کار علم مداخله بوده است و اکنون نیاز داریم این مسئله محور آشکار این عرصه باشد (۹۴). رویکرد فرایندمدار نوعی نگاه جدید است که در زمینهٔ مداخله از راهبرد تشخیص مبتنی بر نشانگان و پروتکل‌ها برای آنها فاصله می‌گیرد و از تنوعِ درمانی حمایت می‌کند. در عین حال زمینه‌ای مشترک میان روش‌ها و رویکردهای مختلف ایجاد می‌کند که موجب افزایش ارتباط، همکاری و مقایسه و راهبردهای درمانی اثربخش می‌شود و در را به روی یکپارچه‌سازی مداخله باز می‌کند (۵۷). رویکرد فرایندمدار به‌منزلهٔ رویکردی نوین سعی در سهیم بودن در تغییر پارادایم دارد. هرچند شواهد اولیه از مفید بودن این رویکرد در شناسایی فرایندهای روانی و پیامدهای درمانی خبر می‌دهند، پتانسیل‌های درمانی و پژوهشی آن نیازمند بررسی بیشتر هستند. با توسعه و تعامل علوم مربوط به نظام‌های پیچیده، رویکرد فرایندمدار می‌تواند نقشهٔ راهِ رو به جلویی فراهم کند، طوری که از تأکید صرف بر تشخیص‌های بالینی، جهت‌گیری‌های نظری و رویکردهای تک‌متغیری و ایستا در درمان و پژوهش فاصله بگیریم تا اثربخش‌تر و کارآمدتر به کاهش رنج و افزایش بهزیستی افراد کمک کنیم.

تعارض منافع

نویسندگان تعارض منافعی را گزارش نکردند.

حمایت مالی

این مطالعه بدون هیچ‌گونه حمایت مالی انجام شد.

مشارکت نویسندگان

مقالهٔ حاضر برگرفته از رسالهٔ دکتری رشتهٔ روان‌شناسی بالینی نویسندهٔ اول است. نویسندهٔ دوم استاد راهنما و نویسندهٔ سوم استاد مشاور رساله بودند.

References

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th ed, Washington, DC: Author, 2013.
2. World Health Organization. International classification of diseases and related health problems, 11th rev, Geneva: Author, 2018.
3. Rief W. Moving from tradition-based to competence-based psychotherapy. Evidence based Mental Health. 2021;24(3): 115-120.
4. Hayes SC, Hofmann SG, Ciarrochi J. The idionomic future of cognitive behavioral therapy: What stands out from criticisms of ACT development. Behavior Therapy. 2023;54(6):1036-1063.
5. Vanheule S. Diagnosis and the DSM: A critical review. London: Palgrave Macmillan, 2014.
6. Frank RI, Mckay MM. Psychological Vulnerabilities and Coping Responses: An Innovative Approach to Transdiagnostic Assessment and Treatment Planning in the Age Beyond DSM-5. In Hayes SC, Hofmann SG (eds). Beyond the DSM: Toward a process-based alternative for diagnosis and mental health treatment. Oakland: New Harbinger Publications, 2020:199-223
7. Insel T, Cuthbert B, Garvey M, Heinssen R, Pine DS, Quinn, K, et al. Research domain criteria (RDoC): toward a new classification framework for research on mental disorders. American Journal of psychiatry. 2010;167(7):748-751.
8. Galatzer-Levy IR, Bryant RA. 636,120 ways to have posttraumatic stress disorder. Perspectives on psychological science. 2013;8(6):651-662.
9. Borgogna NC, Owen T, Aita SL. The absurdity of the latent disease model in mental health: 10,130,814 ways to have a DSM-5-TR psychological disorder. Journal of Mental Health. 2023;1-9.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-06]

[DOI: 10.48305/23.4.5]

10. First MB, Rebello TJ, Keeley JW, Bhargava R, Dai Y, Kulygina M, et al. Do mental health professionals use diagnostic classifications the way we think they do? A global survey. World Psychiatry. 2018;17(2):187-195.

11. Isvoranu AM, van Borkulo CD, Boyette LL, Wigman JT, Vinkers CH, Borsboom D, et al. A network approach to psychosis: pathways between childhood trauma and psychotic symptoms. Schizophrenia bulletin. 2017;43(1):187-196.

12. Borsboom D, Cramer AO. Network analysis: an integrative approach to the structure of psychopathology. Annual review of clinical psychology. 2013;9:91-121.

13. Kotov R, Krueger RF, Watson D, Achenbach TM, Althoff RR, Bagby RM, et al. The Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP): A dimensional alternative to traditional nosologies. Journal of abnormal psychology. 2017;126(4):454-477.

14. Hofmann SG. Imagine there are no therapy brands, it isn't hard to do. Psychotherapy Research. 2020;30(3):297-299.

15. Franklin JC, Jamieson JP, Glenn CR, Nock MK. How developmental psychopathology theory and research can inform the research domain criteria (RDoC) project. Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology. 2015;44(2):280-290.

16. Haeffel GJ, Jeronimus BF, Kaiser BN, Weaver LJ, Soyster PD, Fisher AJ, e al. Folk classification and factor rotations: Whales, sharks, and the problems with the Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP). Clinical Psychological Science. 2022;10(2):259-278.

17. Hayes SC, Ciarrochi J, Hofmann SG, Chin F, Sahdra B. Evolving an idionomic approach to processes of change: Towards a unified personalized science of human improvement. Behaviour Research and Therapy. 2022;104155.

18. Hofmann SG, Hayes SC, Lorscheid DN. Learning process-based therapy: A skills training manual for targeting the core processes of psychological change in clinical practice. Oakland: New Harbinger Publications, 2021.

19. Hofmann SG, Curtiss JE, Hayes SC. Beyond linear mediation: Toward a dynamic network approach to study treatment processes. Clinical Psychology Review. 2020;*76*:101824.

20. Fraser JS. Unifying effective psychotherapies: Tracing the process of change. Washington DC: American Psychological Association. 2018.

21. Ciarrochi J, Hayes SC, Hayes L, Sahdra B, Ferrari M, Yap K, et al. From package to process: An evidence-based approach to processes of change in psychotherapy. In Asmundson GJ, Hofmann, Stefan G (eds). comprehensive clinical psychology. 2022;26-44.

22. Hayes AM, Andrews LA. What a complex systems perspective can contribute to process-based assessment and psychotherapy. In Hayes SC, Hofmann SG. (eds). Beyond the DSM: Toward a process-based alternative for diagnosis and mental health treatment. Oakland: New Harbinger Publications. 2020:169-204.

23. Fisher AJ, Medaglia JD, Jeronimus BF. Lack of group-to-individual generalizability is a threat to human subjects research. Proceedings of the National Academy of Sciences. 2018;115(27):E6106-E6115.

24. Fisher AJ, Reeves JW, Lawyer G, Medaglia JD, Rubel JA. Exploring the idiographic dynamics of mood and anxiety via network analysis. Journal of abnormal psychology. 2017;126(8):1044-1056.

25. Piccirillo ML, Beck ED, Rodebaugh TL. A clinician's primer for idiographic research: considerations and recommendations. Behavior Therapy. 2019;50(5):938-951.

26. Hayes SC, Hofmann SG. The third wave of cognitive behavioral therapy and the rise of process-based care. World psychiatry. 2017;16(3):245-246.

27. Hofmann SG, Hayes SC. The future of intervention science: Process-based therapy. Clinical Psychological Science. 2019;7(1):37-50.

28. Svitak M, Hofmann SG. A Process-Based Approach to CBT: Understanding and Changing the Dynamics of Psychological Problems. Hogrefe Publishing GmbH. 2024.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-06]

[DOI: 10.48305/23.4.5]

29. Hayes SC, Hofmann SG, Ciarrochi J. Creating an alternative to syndromal diagnosis: Needed Features of Processes of Change and the Models that Organize Them. In Hayes SC, Hofmann SG (eds). Beyond the DSM: Toward a process-based alternative for diagnosis and mental health treatment. Oakland: New Harbinger Publications. 2020:1-21.
30. Gloster AT, Karekla M. A multilevel, multimethod approach to testing and refining intervention targets. In Hayes SC, Hofmann SG (eds). Beyond the DSM: Toward a process-based alternative for diagnosis and mental health treatment. Oakland: New Harbinger Publications: 2020:231-256.
31. Hayes SC, Hofmann SG. (eds). Process-based CBT: The science and core clinical competencies of cognitive behavioral therapy. Oakland: New Harbinger Publications. 2018.
32. Corsini RG, Wedding D. Current psychotherapies. Brooks/Cole. 2011.
33. Wachtel, PL Therapeutic communication: Knowing what to say when. New York: Guilford Press. 2011.
34. Hayes SC, Hofmann SG, Ciarrochi J. Building a Process-Based Diagnostic System: An Extended Evolutionary Approach. In Hayes SC, Hofmann SG (eds). Beyond the DSM: Toward a process-based alternative for diagnosis and mental health treatment. Oakland: New Harbinger Publications. 2020. pp. 251-280.
35. Weisz JR, Chorpita BF, Palinkas LA, Schoenwald SK, Miranda J, Bearman SK et al. Testing standard and modular designs for psychotherapy treating depression, anxiety, and conduct problems in youth: A randomized effectiveness trial. Archives of General Psychiatry. 2012;69(3):274–282.
36. Fernandez KC, Fisher AJ, Chi C. Development and initial implementation of the Dynamic Assessment Treatment Algorithm (DATA). PloS One. 2017;12(6):e0178806.
37. Barlow DH, Farchione TJ, Fairholm CP, Ellard KK., Boisseau CL, Allen LB, et al. Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: Therapist guide. Oxford University Press. 2010.
38. Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG. Acceptance and commitment therapy, 2nd ed. New York: Guilford Press. 2016.
39. Ong CW, Hayes SC, Hofmann SG. A process-based approach to cognitive behavioral therapy: A theory-based case illustration. Frontiers in Psychology. 2022;13:6840.
40. Prochaska JO, Norcross JC. Systems of psychotherapy: A transtheoretical analysis. Oxford University Press. 2018.
41. Neff K. Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. Self and identity. 2003;2(2):85-101.
42. Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG. Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change. New York: Guilford Press. 1999.
43. Moskow DM, Ong CW, Hayes SC, Hofmann SG. Process-based therapy: A personalized approach to treatment. Journal of Experimental Psychopathology. 2023;4(1):1-8.
44. Jablonka E, Lamb MJ. Evolution in four dimensions: Genetic, epigenetic, behavioral, and symbolic variation in the history of life, 2nd ed. Cambridge, MA: MIT Press. 2014.
45. Dougher MJ, Hamilton DA. The contextual science of learning: Integrating behavioral and evolution science within a functional approach. In Wilson DS, Hayes SC. Evolution and contextual behavioral science: An integrated framework for understanding, predicting, and influencing human behavior. Oakland: New Harbinger Publications. 2018.
46. Pigliucci M. Do we need an extended evolutionary synthesis?. Evolution. 2007;61(12):2743-2749.
47. Hayes SC, Hofmann SG, Wilson DS. Clinical psychology is an applied evolutionary science. Clinical Psychology Review. 2020;81:101892.
48. Champagne FA. Epigenetic mechanisms and the transgenerational effects of maternal care. Frontiers in neuroendocrinology. 2008;29(3):386-397.
49. Dusek JA, Out HH, Wohlhueter AL, Bhasin M, Zerbini LF, Joseph MG, et al. Genomic counter-stress changes induced by the relaxation response. PloS one. 2008;3(7):e2576.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-06]

[DOI: 10.48305/23.4.5]

50. Levenson JM, Sweatt JD. Epigenetic mechanisms in memory formation. Nature Reviews Neuroscience. 2005;6(2):108-118.
51. Goldfried MR. Obtaining consensus in psychotherapy: What holds us back?. American Psychologist. 2019;74(4):484-496.
52. Wilson DS, Hayes SC, Biglan A, Embry DD. Evolving the future: Toward a science of intentional change. Behavioral and brain sciences. 2014;37(4):395-416.
53. Hayes SC, Hofmann SG, Ciarrochi J. A process-based approach to psychological diagnosis and treatment: The conceptual and treatment utility of an extended evolutionary meta model. Clinical psychology review. 2020;82:101908.
54. Ciarrochi J, Hayes SC, Oades LG, Hofmann SG. Toward a unified framework for positive psychology interventions: Evidence-based processes of change in coaching, prevention, and training. Frontiers in Psychology. 2022;12:809362.
55. Wampold BE. The basics of psychotherapy: An introduction to theory and practice. American Psychological Association. 2019.
56. Ciarrochi J, Hernández C, Hill D, Ong C, Gloster AT, Levin ME et al. Process-based therapy: A common ground for understanding and utilizing therapeutic practices. Journal of Psychotherapy Integration. 2024;34(3):265-290.
57. Hayes SC, Hofmann SG, Stanton CE. Process-based functional analysis can help behavioral science step up to novel challenges: COVID-19 as an example. Journal of contextual behavioral science. 2020;18:128-145.
58. Borsboom D. A network theory of mental disorders. World psychiatry. 2017;16(1):5-13.
59. Molenaar PC, M. A manifesto on psychology as idiographic science: Bringing the person back into scientific psychology, this time forever. Measurement: Interdisciplinary Research & Perspective. . 2004;2(4):201–218.
60. Watson D. Stability versus change, dependability versus error: Issues in the assessment of personality over time. Journal of Research in Personality. 2004;38(4):319–350.
61. Epskamp S, van Borkulo CD, van Der Veen DC, Servaas MN, Isvoranu AM, Riese H, et al. Personalized network modeling in psychopathology: The importance of contemporaneous and temporal connections. Clinical Psychological Science. 2018;6(3):416-427.
62. Hofmann SG, Curtiss J, McNally RJ. A complex network perspective on clinical science. Perspectives on Psychological Science. 2016;11(5):597-605.
63. Thewissen V, Bentall R P, Oorschot M, à Campo J, van Lierop T, van Os J, et al. Emotions, self-esteem, and paranoid episodes: An experience sampling study. British Journal of Clinical Psychology. 2011;50(2):178-195.
64. Ben-Zeev D, Ellington K, Swendsen J, Granholm E. Examining a cognitive model of persecutory ideation in the daily life of people with schizophrenia: a computerized experience sampling study. Schizophrenia bulletin. 2011;37(6):1248-1256.
65. Gates KM, Molenaar PC. Group search algorithm recovers effective connectivity maps for individuals in homogeneous and heterogeneous samples. NeuroImage. 2012;63(1):310-319.
66. Klepac RK, Ronan GF, Andrasik F, Arnold KD, Belar CD, Berry SL, et al. Guidelines for cognitive behavioral training within doctoral psychology programs in the United States: Report of the Inter-organizational Task Force on Cognitive and Behavioral Psychology Doctoral Education. Behavior Therapy. 2012;43(4):687-697.
67. Thoma N C, Abbass A. Intensive short-term dynamic psychotherapy (ISTDP) offers unique procedures for acceptance of emotion and may contribute to the process-based therapy movement. Journal of Contextual Behavioral Science. 2022;25:106-114.
68. Ryum T, Kazantzis N. Elucidating the process-based emphasis in cognitive behavioral therapy. Journal of Contextual Behavioral Science. 2024;33:100819.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-06]
[DOI: 10.48305/23.4.5]

69. Ong CW, Ciarrochi J, Hofmann SG, Karekla M, Hayes, SC. Through the extended evolutionary meta-model, and what ACT found there: ACT as a process-based therapy. Journal of Contextual Behavioral Science. 2024;32:100734.
70. Fraser MI, Gregory K. Applying a process-based therapy approach to compassion focused therapy: A synergetic alliance. Journal of Contextual Behavioral Science. 2024;32:100754.
71. Maitland DW. The extended evolutionary meta-model and process-based therapy: Contemporary lenses for understanding functional analytic psychotherapy. Journal of Contextual Behavioral Science. 2024;32:100750.
72. Menzies RG, Menzies RE. Existential therapies and the extended evolutionary meta-model: Turning existential philosophy into process-based therapy. Journal of Contextual Behavioral Science. 2024;34:100840.
73. Ong CW, Lee EB. A Process-Based Approach to Psychotherapy: Principles for Practice. Oxford University Press. 2025.
74. Hayes AM, Laurenceau JP, Feldman G, Strauss JL, Cardaciotto L. Change is not always linear: The study of nonlinear and discontinuous patterns of change in psychotherapy. Clinical psychology review. 2007;27(6):715-723.
75. Baron RM, Kenny DA. The moderator–mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. Journal of personality and social psychology. 1986;51(6):1173-1182.
76. Denson TF, Grisham JR, Moulds ML. Cognitive reappraisal increases heart rate variability in response to an anger provocation. Motivation and Emotion. 2011;35:14-22.
77. Karekla M, Vasileiou V, Papacostas S, Christou G, Constantinidou F, Eracleous E, et al. Altered grey matter density and restingstate functional connectivity among headache sufferers vs. matched controls. Poster presented at the Society for Behavioral Medicine Conference. Washington DC, USA. 2019.
78. Gates KM, Chow SM, Molenaar PC. Intensive Longitudinal Analysis of Human Processes. CRC Press. 2023.
79. Hayes SC, Merwin RM, McHugh L, Sandoz, EK, A-Tjak JGL, Ruiz FJ, et al. Report of the ACBS Task Force on the strategies and tactics of contextual behavioral science research. Journal of Contextual Behavioral Science. 2021;20:172-183.
80. Sahdra BK, Ciarrochi J, Fraser MI, Yap K, Haller E, Hayes SC, et al. The compassion balance: Understanding the interrelation of self-and other-compassion for optimal well-being. Mindfulness. 2023;14(8):1997-2013.
81. Molenaar PC, Campbell CG. The new person-specific paradigm in psychology. Current directions in psychological science. 2009;18(2):112-117.
82. Sahdra BK, Ciarrochi J, Klimczak KS, Krafft J, Hayes SC, Levin M. Testing the applicability of idionomic statistics in longitudinal studies: The example of ‘doing what matters’. Journal of Contextual Behavioral Science. 2024;32:100728.
83. Whisman MA, Baucom DH. Intimate relationships and psychopathology. Clinical child and family psychology review. 2012;15:4-13.
84. Williams KE, Ciarrochi J, Heaven PC. Inflexible parents, inflexible kids: A 6-year longitudinal study of parenting style and the development of psychological flexibility in adolescents. Journal of youth and adolescence. 2012;41:1053-1066.
85. Ciarrochi J, Sahdra B, Hofmann SG, Hayes SC. Developing an item pool to assess processes of change in psychological interventions: The Process-Based Assessment Tool (PBAT). Journal of Contextual Behavioral Science. 2022;23:200-213.
86. Sanford BT, Ciarrochi J, Hofmann SG, Chin F, Gates KM, Hayes SC. Toward empirical process-based case conceptualization: An idionomic network examination of the process-based assessment tool. Journal of Contextual Behavioral Science. 2022;25:10-25.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-06]

[DOI: 10.48305/23.4.5]

87. Ong CW, Lee EB, Levin ME, Twohig MP. Online process-based training for perfectionism: A randomized trial. Behaviour Research and Therapy. 2022;156:104152.
88. Hughes S. The philosophy of science as it applies to clinical psychology. In Hayes SC, Hofmann SG. (eds.). Process-based CBT: The science and core clinical competencies of cognitive behavioral therapy. Oakland: New Harbinger Publications. 2018;23-43.
89. De Houwer J, Barnes-Holmes PMD, Barnes-Holmes Y. What is cognition? A functional-cognitive perspective. In Hayes, S. C., & Hofmann, S. G. (eds). Process-based CBT: The science and core clinical competencies of cognitive behavioral therapy. Oakland: New Harbinger Publications. 2018;119-136.
90. Ong CW, Levin ME, Twohig MP. Beyond acceptance and commitment therapy: Process-based therapy. The Psychological Record. 2020;70(4), 637-648.
91. Wampold BE, Imel ZI. The great psychotherapy debate: The evidence for what makes psychotherapy work, 2nd ed, Routledge. 2015.
92. Swift JK, Greenberg RP, Whippl JL,Kominiak N. Practice Recommendations for Reducing Premature Termination in Therapy. Professional Psychology: Research and Practice. 2012;43(4): 379-387.
93. Hayes SC, Hofmann SG. “Third-wave” cognitive and behavioral therapies and the emergence of a process-based approach to intervention in psychiatry. World Psychiatry. 2021;20:363-375.

© 2025 The Author(s). Published by Isfahan University of Medical Sciences. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (http://creativecommons.org/licenses/by/4.0), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-06]

[DOI: 10.48305/23.4.5]