Review

An Overview of Process-Based Therapy; The New Paradigm of Psychotherapy interventions

Farzad Ghadei[1*], Ali Mehrabi[2]

1. PHD of psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran.
2. Assistant Professor, Department of psychology, university of isfahahn, Isfahan, Iran.
*.Corresponding Author: E-mail: Ghaderi68@yahoo.com

(Received 7 December 2022; Accepted 16 July 2023)

Abstract

For decades the development of evidence-based therapy has been based on experimental tests of protocols designed to impact psychiatric syndromes. As this paradigm weakens, a process-based therapeutic approach is emerging as one of the most up-to-date clinical innovations in integrating cognitive-behavioral therapies, focusing on how to target and change core biopsychosocial processes in specific situations and for Specific objectives with specific clients are emphasized. This article describes process-based therapy (PBT) as a natural evolution toward more effective and efficient mental health care. The underlying theory and philosophical foundations, how to apply the principles and provide treatment, evaluate and monitor the treatment result, and the challenges and criticisms of this treatment method are mentioned. Finally, a paradigm shift in psychotherapy to PBT seems to be the next logical step for the field of psychotherapy.

Keywords: Process-Based Therapy, Cognitive Behavioral Therapy, Treatment Processes, Psychotherapy.

ClinExc 2023;13(45-56) (Persian).

[Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2026-11-18]

مروری بر درمان فرایند مدار: پارادایمی نوین در مداخلات رواندرمانی

فرزاد قادری[1*]، علی محرابی[2]

چکیده

برای دهه‌ها، توسعه درمان مبتنی بر شواهد براساس آزمایش‌های تجربی پروتکل‌هایی بوده است که برای تأثیرگذاری بر سندرم‌های روان‌پزشکی طراحی شده‌اند. با ضعیف شدن این پارادایم، رویکرد درمانی مبتنی بر فرآیند به‌عنوان یکی از به‌روزترین نوآوری‌های بالینی در ادغام درمان‌های شناختی-رفتاری، در حال ظهور است، که بر چگونگی هدف قرار دادن و تغییر فرآیندهای اصلی زیستی-روانی اجتماعی در موقعیت‌های خاص برای اهداف معین با مراجعان خاص تمرکز دارد. این مقاله به توصیف درمان مبتنی بر فرآیند به عنوان یک تکامل طبیعی به سمت مراقبت‌های روانی مؤثرتر و کارآمدتر می‌پردازد. نظریه زیربنایی و مبانی فلسفی، نحوه بکارگیری اصول و ارائه درمان، ارزیابی و پایش نتیجه درمان و چالش‌ها و نقدهای وارد شده بر این روش درمانی، توصیه‌های متخصصان برای رفع این چالش‌ها در زمینه‌های توسعه نظری، روش‌شناسی پژوهش و عملکرد بالینی ارائه‌شده و سپس به بحث و نتیجه‌گیری پرداخته شده است. در نهایت، به نظر می‌رسد که تغییر پارادایم رواندرمانی به درمان مبتنی بر فرآیند گام منطقی بعدی برای حوزه رواندرمانی است.

واژه‌های کلیدی: درمان فرایندمدار، درمان شناختی رفتاری، فرایندهای درمان، رواندرمانی.

۱.دکتری روان شناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران.
۲.دکتری روان شناسی بالینی، استادیار گروه روان شناسی دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران.
* نویسنده مسئول: اصفهان، دانشگاه اصفهان،
Email: Ghaderi68@yahoo.com
تاریخ دریافت:۱۴۰۱/۰۹/۱۶ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات: ۱۴۰۲/۰۲/۲۸ تاریخ پذیرش:۱۴۰۲/۰۴/۲۵

[Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2026-11-18]

مقدمه

برای دهه‌ها، توسعه درمان مبتنی بر شواهد براساس آزمایش‌های تجربی پروتکل‌هایی بوده است که برای تأثیرگذاری بر سندرم‌های روان‌پزشکی طراحی شده‌اند(۱). در این میان درمان شناختی-رفتاری[1] به عنوان استاندارد طلایی درمان مبتنی بر شواهد برای بسیاری از بیماری‌های روانی معرفی شده است(۲). دانش غالب در چند دهه گذشته اعلام کرده است که CBT متناسب با اختلالات خاص و کارآزمایی‌های تصادفی‌سازی و کنترل‌شده راه‌حلی برای مشکلات سلامت روان است و اکثر تحقیقات بالینی و بودجه‌های هزینه شده براساس این پیش‌فرض عمل کرده‌اند. همچنین برای دهه‌هاست که در برنامه‌های آموزشی فارغ‌التحصیلان، به متخصصان سلامت روان و رفتار، گفته می‌شود که کارشان باید مبتنی بر شواهد باشد. آن‌ها خواندن ادبیات علمی را یاد می‌گیرند، در تشخیص آموزش دیده‌اند، پروتکل‌های مبتنی بر شواهد را یاد می‌گیرند. اما در عین حال، پیشرفت درمان راکد بوده(۳) و اندازه اثر درمان افزایش نیافته است(۴). همچنین بسیاری از متخصصان، این مدل مراقبت مبتنی بر شواهد را ناکارآمد می‌دانند و خود این زمینه بسیار کند پیش می‌رود(۵).

اگر راه‌حل، پروتکل‌های CBT برای اختلالات و کارآزمایی‌های تصادفی‌سازی‌شده و کنترل‌شده نیست، پس باید به دنبال راه‌حلی بود تا اطمینان حاصل شود که علم روان‌شناسی بالینی می‌تواند به‌اندازه کافی نیازهای درمانی کسانی را که رنج می‌برند، برآورده کند(۶). هم اکنون تمرکز بر فرآیندهای فراتشخیصی در حوزه وسیع‌تر مدل‌های یکپارچه CBT در حال ظهور است(۸-۷). این رویکرد شکل جدیدی از تحلیل عملکردی ایدیوگرافیک را نشان می‌دهد که توسط مدل‌هایی هدایت می‌شود که مجموعه منسجمی از فرآیندهای تغییر را ادغام می‌کنند(۹). اصطلاح کنونی برای درمان مبتنی بر شواهد که از چشم انداز مبتنی بر فرآیند انجام می‌شود، درمان مبتنی بر فرآیند یا درمان فرایندمدار[2] است که مدل جدیدی از درمان مبتنی بر شواهد است(۱۰).

درمان فرایندمدار به عنوان استفاده خاص از فرآیندهای مبتنی بر شواهد، با روش‌های مبتنی بر شواهد، برای کمک به حل مشکلات و ارتقای بهزیستی افراد خاص تعریف می‌شود(۱۱). سه بخش کلیدی در این تعریف وجود دارد. اولاً، مداخله در یک زمینه خاص اتفاق می‌افتد، به این معنی که استفاده از فرآیندها و روش‌های درمانی را نمی‌توان به‌طور معمول به کار برد. در عوض، انتخاب فرآیندها و رویه‌ها باید به متغیرهای زمینه‌ای از جمله نگرانی‌های مراجع، سابقه فردی و عوامل استرس‌زای موقعیتی حساس باشد. دوم، فرآیندهای مبتنی بر شواهد باید به رویه‌های مبتنی بر شواهد مرتبط شوند و بالعکس. به عبارت دیگر، فرآیندها باید توسط رویه‌های موجود قابل دستکاری باشند و رویه‌های مؤثر باید بتوانند فرآیندهای تغییر را اصلاح کنند. در نهایت، PBT یک هدف خاص دارد. حل مشکلات و ارتقاء سلامت روان. بنابراین، هدف آن صرفاً یافتن پیوندهای تجربی بین فرآیندها و علائم، پیش‌بینی مسیر فرآیندها و علائم، یا حتی عملیاتی کردن و طبقه‌بندی این رویدادها نیست، بلکه هدف این است که تأثیر معناداری بر کیفیت زندگی افراد داشته باشد(۱۲). به‌عبارتی هدف درمان مبتنی بر فرایند این است که به بهترین وجه فرآیندهای زیستی-روانشناختی اصلی را در یک فرد با توجه به اهداف خاص و مداخله آنها و با استفاده از تحلیل

[1]. Cognitive Behavioral Therapy: CBT

[2]. Process Based Therapy: PBT

[Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2026-11-18]

کارکردی، رویکردهای شبکه پیچیده، و شناسایی فرآیندهای تغییر اصلی که از درمان‌های مبتنی بر شواهد ایجاد شده است، هدف قرار دهد(۱۱).

درمان فرایندمدار یک درمان جدید نیست، بلکه یک مدل جدید از ارائه درمان مبتنی بر شواهد در عمل است. درمان مبتنی بر فرایند بر اهمیت کارکرد، بیش از محتوا تأکید می‌کند و مبتنی بر شناسایی و آزمایش فرآیندهای کلیدی تغییر است که بر اساس یکدیگر ساخته می‌شوند تا به بهترین نحو با فرد در یک زمینه خاص در یک مقطع زمانی خاص رفتار کنند(۵). چارچوب یکپارچه این درمان به متخصصان از هر رویکرد درمانی اجازه می‌دهد تا یک زبان فرآیند مشترک متمرکز بر شناخت، عاطفه، توجه، خویشتن، انگیزه و رفتار آشکار را به اشتراک بگذارند(۸). درمانگر از طریق تحلیل عملکردی تشخیص می‌دهد که چه فرآیندهایی به مراجع کمک می‌کنند و چه فرآیندهایی بی اثر و ناکارآمد هستند و بر فرآیندهای مؤثر تأکید می‌کند. این بدان معنی است که برخی از جنبه‌های یک پروتکل مبتنی بر شواهد ممکن است حداقل برای یک مراجع خاص کنار گذاشته شود(۱۳).

در این درمان، آسیب‌شناسی روانی به عنوان ناسازگاری با یک زمینه خاص به دلیل مشکل در تنوع، انتخاب و حفظ فرآیندهای زیستی-روانی-اجتماعی در ابعاد و سطوح مختلف در نظر گرفته می‌شود(۱۴). PBT یک رویکرد شبکه‌ای برای درک آسیب‌شناسی روانی است، که بیان می‌کند که نشانه‌ها روابط متقابل علّی با یکدیگر دارند و ناشی از یک بیماری نهفته(همانطور که در مدل زیست‌پزشکی فرض شده است) نیستند(۱۵). این ایده‌ها با هم، مفهوم‌سازی آسیب‌شناسی روانی را به‌عنوان شبکه‌هایی از فرآیندها و مشکلات زیستی-روانی-اجتماعی مرتبط به هم منعکس می‌کنند که یک شبکه علی و پویا را به روش‌هایی منحصر به فرد برای هر فرد تشکیل می‌دهند. بنابراین، حتی اگر دو نفر با یک شکایت مشابه به درمان مراجعه کنند، درمان‌های تجویز شده آنها ممکن است بسته به شبکه فردی از روش‌هایی که باعث ایجاد یا حفظ این مشکل می‌شود، متفاوت باشد(۱۶).

طی چند دهه گذشته، در تحقیقات روان‌شناسی بالینی، حرکت رو به رشدی به سمت استفاده از روش‌های ایدیوگرافیک(یا روش‌هایی که بر روی فرد و عملکرد آنها به جای گروه‌ها و میانگین‌ها تمرکز می‌کنند) با هدف نهایی شخصی‌سازی روان‌درمانی برای هر مراجع وجود داشته است(۱۸-۱۶). چنین دیدگاهی از درمان مبتنی بر شواهد، سؤال بالینی کلاسیک گوردون پل برای درمان مبتنی بر شواهد را تغییر می‌دهد، که در اولین روزهای رفتار درمانی مطرح شد. به جای پرسیدن اینکه، چه درمانی، توسط چه کسی، برای این فرد با آن مشکل خاص، تحت کدام مجموعه شرایط، مؤثرتر است و چگونه باید آن را به کار بست؟ سؤال اصلی رویکرد فرایندمدار این است که با توجه به این هدف در این موقعیت، چه فرآیندهای زیستی-روانی اجتماعی اصلی باید با این مراجع هدف قرار گیرد، و چگونه می‌توان آنها را به بهترین و موثرترین نحو ممکن تغییر داد؟(۱۱). این تغییر در سؤال اساسی توجه را از شناسایی بسته‌های درمانی مؤثر برای انواع مشکل، به بکارگیری عناصر درمانی مؤثر بر اساس سیستم‌های فرآیندهای تغییر درمانی متمرکز می‌کند(۱۹).

فرا مدل تکاملی توسعه یافته EEMM

رویکرد فرایند مدار مبتنی بر تفکر شبکه‌ای است. مدل ابعادی PBT، فرا مدل تکاملی توسعه‌یافته یا EEMM نامیده می‌شود(۱۴). هدف این مدل مشخص کردن

[Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2026-11-18]

ارتباط متقابل بین فرآیندها با توجه به ابعاد و سطوح EEMM و تسهیل راهبردهای درمانی بهینه برای هدف قرار دادن مرتبط‌ترین فرآیندها است.EEMM فضایی را برای در نظر گرفتن جنبه‌های مختلف روانشناختی یک فرد فراهم می‌کند(۶). متا مدل تکاملی توسعه‌یافته چند بعدی و چند سطحی[3] زبان مشترکی را برای تشخیص مبتنی بر فرآیند فراهم می‌کند EEMM .مفاهیم تکاملی تنوع، انتخاب و حفظ متناسب با زمینه را در ابعاد و سطوح کلیدی زیست روانی اجتماعی مرتبط با رنج، مشکلات و عملکرد مثبت انسان به کار می‌گیرد. EEMM یک فرامدل از رویکردهای تشخیصی و مداخله‌ای است که می‌تواند هر مجموعه‌ای از فرآیندهای تغییر مبتنی بر شواهد را بدون توجه به جهت‌گیری درمانی خاص در خود جای دهد و یک جایگزین ایدیوگرافیک، تحلیلی عملکردی و از نظر بالینی مفید برای سیستم‌های روان‌شناختی روانپزشکی معاصر ارائه می‌کند(۲۰).

فرایندهای درمان

گروه‌های ویژه علم روان‌شناسی به‌دنبال ایجاد اجماع برای تمرکز بر فرآیند بوده‌اند. به عنوان مثال، گزارش کارگروه بین سازمانی در مورد آموزش دکتری روانشناسی شناختی و رفتاری(۲۱)، خواستار تمرکز بیشتر بر درک فرآیندهایی است که حفظ و تغییر رفتار را تعیین می‌کنند. به‌طور مشابه، گروه ویژه انجمن علوم رفتاری بافتاری[4] در مورد راهبردها و تاکتیک‌های تحقیقات علوم رفتاری زمینه‌ای خواستار تحقیقات بیشتر برای شناسایی فرآیندهای تغییر شد(۵).

تاکید فعلی در درمان مبتنی بر فرآیند، شناسایی واسطه‌های علّی قابل دستکاری تغییر در روان‌درمانی است، و اینکه چگونه اثربخشی آن‌ها توسط زمینه‌های فردی تعدیل می‌شود(۲۲)، فرآیندهای درمانی مکانیسم‌های تغییر اساسی هستند که منجر به دستیابی به هدف درمانی مورد نظر می‌شوند. به‌عنوان نمونه‌هایی از تکنیک‌های مورد استفاده برای دستیابی به این اهداف، PB-CBT به عناصر مبتنی بر شواهد زیر اشاره می‌کند، ذهن‌آگاهی، مواجهه، زندگی ارزشمند، مقابله و تنظیم هیجان، کاهش یا مدیریت برانگیختگی، انعطاف‌پذیری توجه، حل‌مسئله، فعال‌سازی رفتاری، مهارت‌های بین‌فردی، انعطاف‌پذیری شناختی و ارزیابی مجدد، اصلاح یا پرداختن به باورهای اصلی، گسلش، پذیرش روان‌شناختی، ارزش‌ها، ذهن‌آگاهی و راهبردهای انگیزشی(۱۱).

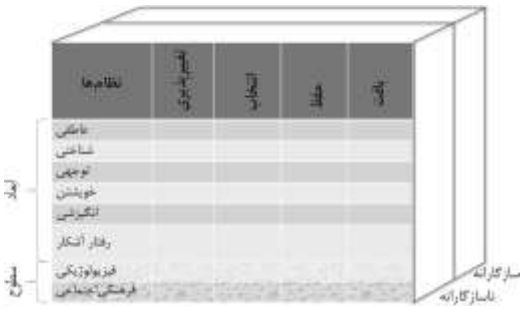
هافمن و هیز(۱۹)، فرآیندهای درمانی تغییر را به‌عنوان تغییرات یا مکانیسم‌هایی مبتنی بر نظریه، پویا، پیشرونده، مبتنی بر بافت، اصلاح‌پذیر و چندسطحی تعریف می‌کنند که در توالی‌های قابل پیش‌بینی و تجربی، در جهت پیامدهای مطلوب به وقوع می‌پیوندند. به بیان دیگر، فرآیندهای تغییر توالی‌های زیست‌روانی-اجتماعی هستند که محققان نشان داده‌اند از نظر عملکردی مسیرهای مهمی برای رسیدن به اهداف افرادی هستند که مداخله را دریافت می‌کنند(۵،۱۱،۱۴،۲۰-۱۹)، این فرآیندها مبتنی بر نظریه هستند، زیرا با روابط واضحی میان رویدادها مرتبط هستند و منجر به پیش‌بینی‌ها و روش‌های تأثیر قابل آزمایش می‌شوند، پویا هستند، زیرا ممکن است شامل حلقه‌های بازخورد و تغییرات غیرخطی باشد. پیشرونده هستند، زیرا ممکن است برای رسیدن به هدف درمان نیاز به‌ترتیب آنها در توالی‌های خاصی داشته باشیم. مبتنی بر بافت و قابل‌اصلاح هستند،

[3]. EEMM
[4]. ACBS

[Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2026-11-18]

تا بر پیامدهای آنها جهت تغییرات عملی و هسته‌های مداخله که در دسترس متخصصان هستند، تمرکز شود و چندسطحی هستند، زیرا برخی از فرآیندها جایگزین شده یا در دل دیگر فرایندها قرار می‌گیرند. بسیاری از رویه‌های موردنیاز برای هدف قرار دادن این فرآیندها از قبل شناخته شده است. آن‌ها فقط باید به‌گونه‌ای کنار هم قرار گیرند که متناسب با فرد باشد(۵، ۱۹، ۲۳).

ویلسون و همکاران(۲۴) جنبه‌های اصلی EEMM را از نظر تنوع، انتخاب، حفظ و زمینه توضیح می‌دهند و بر در نظر گرفتن و به کارگیری این مفاهیم در چندین حوزه تأکید می‌کنند. تغییرپذیری اولین قدم مهم به سوی سازگاری است، زیرا بهبود مستلزم تغییر است. قدم مهم بعدی انتخاب سالم است. نمونه‌هایی از انواع فرآیندهای انتخاب عبارتند از: تقویت، تحقق ارزش‌ها، دستیابی به هدف، ارضای نیازها یا دلبستگی اجتماعی. فرآیندهای انتخاب سالم برای ارائه عملکردهای تطبیقی مهم هستند، زیرا تعیین می‌کنند که کدام تغییرات احتمال بیشتری دارد دوباره رخ دهد. حفظ شامل حفظ دستاوردها و ایجاد عادات سالم جدید است که در برابر عود مقاوم هستند. زمینه، شامل عواملی است که باید برای تعیین اینکه آیا انتخاب و حفظ مورد نظر رخ خواهد داد یا خیر در نظر گرفته شود، زیرا موضوعاتی مانند تنوع، فرهنگ، حمایت اجتماعی، مجموعه موجود و خانواده می‌توانند نقش بزرگی در تعیین اینکه کدام حرکت در یک موقعیت معین مفید است، ایفا کند. انتخاب چند سطحی و چند بعدی مهم است، به این معنی که چگونه عوامل تکاملی در بسیاری از سیستم‌ها مانند سیستم‌های ژنی، کلاس‌های رفتاری، مضامین شناختی، سطوح بیوفیزیولوژیکی و اجتماعی-فرهنگی عمل می‌کنند(۱۱).



شکل شماره ۱: متا مدل تکاملی توسعه یافته (EEMM) برگرفته از هیز و هافمن(۵).

درمان فرایندمدار در عمل

استفاده از PBT در عمل بالینی نیازمند تغییر اساسی در نحوه مفهوم سازی و ارزیابی مشکلات روانی است. PBT به جای اینکه برچسب‌های تشخیصی و نشانه‌های آنها را تکرار کند، از متخصصان می‌خواهد تا نحوه حفظ و ارتباط فرآیندهای مختلف با یکدیگر را برای ایجاد یک شبکه آسیب شناختی خودپایدار از گره‌ها یا رویدادهای مرتبط که اساس برنامه ریزی درمان را تشکیل می‌دهد، مورد توجه قرار دهند(۲۵). هدف در درمان فرایندمدار کمک به درمانجو برای برهم زدن فرایندهای ناسازگارانه قدیمی و ایجاد فرایندهای سازگارانه جدیدی است که در خدمت منافع عمیق‌تر و معنادارتر او هستند. در واقع در PBT، هدف درمان این است که مراجعان را به سمت رشد سازگارانه با تکیه بر تنوع، انتخاب و حفظ در امتداد ابعاد و سطوح EEMM در یک زمینه معین سوق دهد. این کار با بکارگیری فرایندهای درمانی خاص انجام می‌شود که پاسخ‌های جدید(تغییر) را معرفی می‌کنند، راهبردهای سازگارتر را با توجه به اهداف(انتخاب) مراجع شناسایی می‌کنند و به مراجع در تداوم پاسخ‌های مفید(نگهداری)، در جنبه‌های مختلف روان‌شناختی(ابعاد) و در مقیاس‌های درون فردی و بین فردی(سطوح)، به روش‌هایی که به تاریخچه، خواسته‌های موقعیتی و آرزوهای

[Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2026-11-18]

شخصی(زمینه) مراجع مرتبط هستند، کمک می‌کنند(۱۲).

متخصصان می‌توانند شبکه‌هایی را با مراجعان خود ایجاد کنند تا درک بهتری از نحوه ارتباط مشکلات آنها با یکدیگر داشته باشند. این می‌تواند مکمل یا جایگزین مصاحبه استاندارد باشد که اکثر درمانگران قبلاً انجام می‌دادند.

در ابتدا، درمانگر یک ارزیابی معمولی را انجام می‌دهد که شامل جمع‌آوری داده‌ها در مورد متغیرهای جمعیت شناختی، تاریخچه فردی، تظاهرات بالینی، تشخیص‌ها و ارزیابی فرآیندهای تغییر احتمالی است. این اطلاعات با اهداف درمانی مراجع منطبق می‌شود. به‌طور خاص، درمانگر یک مفهوم‌سازی موردی از فرآیندهایی که برای افزایش احتمال تغییر رفتاری نیاز هست ارائه می‌کند، که به مراجعان در دستیابی به اهداف درمانی‌شان کمک می‌کند. هنگامی که متخصصان شروع به درک تظاهرات بالینی از منظر فرآیندها می‌کنند، باید:

(۱) فرآیندهای کلیدی تغییر را برای مراجعین روشن کنند،

(۲) روش‌هایی را شناسایی کنند که فرآیندهای تغییر مربوطه را به حرکت در می‌آورند، و

(۳) قوانین تصمیم گیری بالینی را براساس چارچوب‌های نظری و فلسفه‌های علم بالقوه ناآشنا توضیح دهد.

دوم، درمانگران می‌توانند برنامه‌های درمانی را بر اساس شبکه طراحی کنند و از بین تکنیک‌هایی که از قبل در خزانه درمانی خود دارند، انتخاب کنند. تفاوت این است که استفاده از این تکنیک‌های مبتنی بر فرآیند، به‌صورت جداگانه و مبتنی بر فرضیه‌ها(در نتیجه دقیق‌تر) به جای تشخیص متمرکز خواهد بود، شبیه به توصیه برای مصرف میوه‌ای خاص به جای درخواست از فرد برای مصرف بیشتر میوه‌ها و سبزیجات(۶).

برای هر کدام از ابعاد و فرایندهای درمانی، شناسایی مؤلفه‌های درمانجو هنگام درگیری با مشکل، بحث در رابطه با چگونگی تناسب این مؤلفه‌ها با الگوی درمانجو، شناسایی الگوهای ناسازگارانه مشخصی از فرایندها در هنگام درگیری درمانجو با مشکل، نقش الگوهای غالب فرایند در تداوم مشکل، کارکردهای اشکال ناسازگارانه ابعاد در شبکه، شناسایی الگوهای سازگارانه‌تر، کارکردهای اشکال سالم‌تر ابعاد، علت عدم تداوم الگوهای سازگارانه تر، ویژگی‌های دیگری از شبکه که با حفظ دستاوردهایی که گاها رخ می‌دهد، تداخل دارند، از سؤالات و نکات مهمی است که در رابطه با هر کدام از ابعاد و فرایندها در جلسات درمانی مورد توجه قرار می‌گیرند(۱۹).

ایده کلیدی ارزیابی ایدیوگرافیک، شناسایی و ردیابی دقیق و قابل‌اعتماد فرآیندهای تغییر خاص، اهداف درمان و درک سلامتی مراجع است. متخصصان باید روش‌هایی را برای انجام منظم این ارزیابی‌ها توسعه دهند. این ارزیابی‌ها می‌تواند قابلیت استفاده از روش فرایندمدار را بهبود بخشد، خطر خطای انسانی را کاهش دهد و منجر به پذیرش بسیار بیشتر درمان شود(۲۷-۲۶). در درمان فرایندمدار به ابزارهایی نیاز است که بتواند بین فرآیندهای بسیار همبسته و دارای همپوشانی اما متفاوت، تمایز قائل شود(۲۸).

بحث

علم روان شناسی بالینی اکنون به یک نقطه اوج رسیده است و الگو و نسل جدیدی از مراقبت‌های مبتنی بر شواهد شروع به حرکت به سمت روش‌های درمانی مبتنی بر فرآیند کرده است تا فرایندها، واسطه‌ها و تعدیل کننده‌های اصلی را براساس نظریه‌های قابل آزمایش هدف قرار دهند. این تغییرات می‌توانند

[Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2026-11-18]

جهت‌گیری های مختلف درمانی و حتی فرهنگ‌ها را یکپارچه یا متصل کنند، که می‌تواند یک تغییر پارادایم در علم روانشناسی بالینی با پیامدهای چشمگیر باشد(۱۱). درمان مبتنی بر فرآیند تعریف جدیدی از معنای درمان مبتنی بر شواهد است PBT یک چارچوب جدید برای سازماندهی تکنیک‌های درمانی مبتنی بر شواهد(که قبلاً برای روانشناسان شناخته شده است) در کنار ابعاد روانشناختی اساسی مربوط به سازگاری انسان با یک زمینه خاص، از جمله شناخت، توجه، عاطفه، رفتار، خود، و انگیزه و همچنین سطوح بیوفیزیولوژیکی و اجتماعی فرهنگی است(۲۳).

در این درمان تکنیک‌های جدید یا سایر استراتژی‌های درمانی معرفی نمی‌شوند. مواجهه، فعال‌سازی رفتاری، انعطاف‌پذیری شناختی و نظم‌جویی هیجان برای افسردگی و اضطراب همگی راهبردهایی هستند که هنوز در جعبه ابزار بالینی درمانگر هستند(۲۹۸). در واقع، جعبه ابزاری که متخصصان در دسترس دارند مجموعه نسبتاً محدودی از استراتژی‌ها است، اما هنر درمان این است که از این استراتژی‌ها به مؤثرترین روش برای هر مراجع و در هر موقعیت فردی استفاده شود. این رویکرد جدید، فرآیندهای مبتنی بر شواهد را به فرایندهای مرکزی درمان مبتنی بر شواهد مرتبط می‌کند، که در مدل‌های ساده‌تر و در عین حال جامع‌تر سازمان‌دهی شده‌اند که بهتر به خواسته‌های مراجعان می‌پردازند. از نظر درمان مبتنی بر فرایند، افراد و مراجعان مقوله‌های تشخیصی نیستند. آن‌ها انسان‌های رنج کشیده‌ای هستند که هر کدام داستان، تاریخ و اهداف خود را دارند. مراجعان به دلیل عوامل زیستی-روانی-اجتماعی خاص خودشان، که شامل؛ تاریخچه شخصی، تجربیات گذشته و روش‌های ناسازگارانه برای مقابله با ناملایمات می‌شود، احساس رنج می‌کنند(۳۰).

درمان فرایندمدار جنبه مهمی از درمان را روشن می‌کند، فرآیندهای فراتشخیصی که منجر به اختلال در عملکرد می‌شوند و باید در درمان مورد هدف قرار گیرند(۷، ۳۱). در دوره‌ای که هر روز، بسته مداخله‌ای با علامت تجاری دیگری در بازار ظاهر می‌شود، درمان فرایندمدار یک راه روشن و سیستماتیک برای درک فرآیندهای مؤثری است که در بسته‌های درمانی مختلف رخ می‌دهند و باعث می‌شود که متخصصان در مورد رنج مراجع به جای پدیده‌های ثابت، از منظر سیستم‌های پویا و به شکلی متفاوت بنگرند. درمان مبتنی بر فرایند به متخصصان بالینی یک جایگزین متناسب به جای پروتکل‌های متمرکز بر اختلال ارائه می‌دهد. یک رویکرد فرانظری و فراتشخیصی نویدبخش با تمرکز بر فرآیندهای تغییر مبتنی بر شواهدی که متناسب با نیازهای یک مراجع خاص است. بسیاری از رویکردهای درمانی متمایز را می‌توان با دانش و ابزارهای عملی در این مدل، تقویت کرد.

فرایندمداری در درمان مزایای دیگری نیز دارد. هر رویکرد درمانی، روش‌های ارزیابی، اصطلاحات و تکنیک‌های خاص خود را به همراه دارد که باید در صورت لزوم متناسب با فرد باشد. چشم انداز مبتنی بر فرآیند یکی از مجموعه‌های منسجم فرآیندهای تغییر است که می‌تواند در طیف وسیعی از حوزه‌های مشکل به شیوه‌ای شخصی‌سازی شده اعمال شود و به درمانگران یک وظیفه آموزشی کمتر دلهره‌آور برای استفاده از فرآیندهای تغییر برای تطبیق شالوده کلی درمان با نیازهای مراجعان ارائه می‌دهد. در این رویکرد نیازی به تعهد به مکتب یا جهت‌گیری درمانی یا پروتکل‌های خاصی نیست. در واقع، PBT متخصصان بالینی را تشویق می‌کند تا فرآیندهای مبتنی بر شواهد را که خارج از رویکرد درمانی خودشان، وجود دارند را

[Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2026-11-18]

در نظر بگیرند و از آن‌هایی استفاده کنند که بهترین کارایی را برای مراجعانشان دارند. مکاتب درمانی گسترده، تفاوت در جهت‌گیری و مداخلات مشخص در جایگاه بعدی نسبت به نیازهای فردی مراجعان قرار می‌گیرند(۱، ۱۱).

یکی دیگر از نکات قابل توجه PBT این است که تعداد فرآیندهای تغییر و رویه‌های درمانی در درمان‌های با پشتیبانی تجربی، به طور قابل‌توجهی کمتر از تعداد اختلالات شناسایی‌شده و پروتکل‌های مختلف طراحی‌شده برای آن‌ها است. بنابراین، اگرچه درمان مبتنی بر فرآیند مستلزم دور شدن از آشنایی با مداخلات معمول برای تشخیص‌های خاص است، اما ممکن است در نهایت ساده‌تر باشد، زیرا عناصر کمتری برای آشنایی و یادگیری آن‌ها وجود دارد. علاوه بر این، از آنجایی که مراجعین با تشخیص یکسان دارای تنوع قابل توجهی هستند، معمولاً با تشخیص‌های کمبود مراجعه می‌کنند و توجه به این نکته که مراجعین می‌توانند حتی بدون داشتن علایم و معیارهای تشخیصی به خدمات بالینی نیاز داشته باشند، تمرکز بر عملکرد یا فرآیندها(برخلاف برچسب‌های تشخیصی) ممکن است ابزار مفیدتری برای مفهوم‌سازی مورد و برنامه‌ریزی مداخله ارائه دهد. رویکرد مبتنی بر فرآیند همچنین به درمانگران اجازه می‌دهد تا چندین مشکل را به‌طور همزمان هدف قرار دهند، درک جامع‌تری از آنچه عملکرد و رضایت از زندگی مراجع را محدود می‌کند، داشته باشند و مشکلاتی را که هیچ درمان مبتنی بر شواهد برای آنها وجود ندارد، درمان کنند.

اگرچه شواهد اولیه در مورد رویکردهای ایدیوگرافیک هم دلگرم‌کننده و هم آشکار بوده است، تحقیقات روان‌درمانی سه چالش کلیدی برای روان‌درمانی مبتنی بر فرآیند را برجسته می‌کند: چالش اول تصمیم‌گیری بالینی است. از آنجایی که درمان‌ها کمتر استاندارد و بیشتر ایدیوگرافیک‌تر می‌شوند، درمانگران باید برای هر مراجع تصمیم بگیرند که کدام فرآیندها، به چه ترتیب، و با کدام روش‌های خاص، با توجه به گزینه‌های متعددی که توسط شواهد پشتیبانی می‌شوند را برای هر مراجع آماج درمان قرار دهند. در نتیجه یک وظیفه بلندمدت مهم برای علم مداخله مبتنی بر فرایند، توسعه راهبردهایی برای هدایت چنین تصمیم‌گیری و تعیین ترکیب بهینه قضاوت مبتنی بر داده و هدایت‌شده توسط درمانگران خواهد بود. چالش دیگر غنی‌سازی ارزیابی بالینی برای به تصویر کشیدن فرآیندهای اساسی است که در درمان نیاز به توجه دارند. به عنوان مثال، ارزیابی مجدد شناختی، نشخوار فکری، نگرانی، و فاجعه سازی. با این حال، فرآیندهای جدیدتر، عمیق‌تر و متمرکز بر زمینه‌ای که شناسایی شده‌اند(مانند گسلش شناختی، انعطاف‌پذیری، عدم واکنش‌پذیری و فاصله روان‌شناختی سالم از فکر) ممکن است به اقدامات جدید و احتمالاً راهبردهای ارزیابی کاملاً جدیدی نیاز داشته باشند.

چالش **سوم**، شناسایی مکانیسم‌های تغییر است. چندین فرآیند ممکن است توضیح دهند که چرا مداخلات روان‌شناختی برای کاهش علائم خاص مؤثر هستند، و می‌تواند ترکیب‌های مختلفی از فرآیندها وجود داشته باشد که در درمان علامت X در مقایسه با علامت Y ضروری هستند. بنابراین، شناسایی فرآیندهای روانشناختی که واسطه تغییرات علائم نه‌تنها در حین، بلکه پس از هر مداخله‌ای است، می‌تواند در افزایش اثربخشی درمان تاثیرگذار باشد و امکان استفاده مقرون به‌صرفه‌تری از منابع را فراهم کند. با توجه به اجماع در حال ظهور در مورد فرآیندهای روانشناختی تثبیت‌شده تجربی، به روش‌هایی نیاز است تا ارزیابی شود که آیا

[Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2026-11-18]

شایستگی‌های مربوطه در طول آموزش کسب شده‌اند یا خیر. به عنوان مثال، آیا درمانگران قادر به شناسایی و هدف قرار دادن فرآیندهای اصلی تغییر هستند یا خیر. همچنین نیاز به توسعه روش‌های ارزیابی برای ارزیابی اینکه آیا متخصصان قادر به ارائه درمان‌های مبتنی بر فرآیند هستند، وجود دارد. هیز و هافمن تعداد قابل‌توجهی از مطالعات را بررسی می‌کنند که فرآیندهای تغییر را شناسایی می‌کنند. آن‌ها پیشنهاد می‌کنند که سازماندهی تعداد زیادی فرآیندهای روانی در ابعاد مفید است و آنها را در شش بعد طبقه بندی می‌کنند. با این حال، محدود کردن طبقه بندی به این ابعاد کمی چالش برانگیز است. بنابراین، باید دید که آیا فرآیندهای روان‌شناختی تثبیت‌شده تجربی می‌توانند در شش بعد پیشنهادی سازماندهی شوند یا خیر(۳۲).

همچنین، در بیشتر تحقیقات مراقبت‌های بهداشتی، مطالعات بر اساس داده‌های گروهی است که معمولاً قبل از درمان، بلافاصله پس از درمان و در دوره پیگیری جمع‌آوری می‌شوند. اگر هدف درمان کاملاً فردی باشد، این تمرکز بر گروه‌ها به وضوح مشکلات قابل توجهی را به همراه خواهد داشت. در نتیجه در آینده، نیاز به استفاده بیشتر از طرح‌های آزمایشی تک موردی با جمع‌آوری داده‌های طولی فشرده وجود دارد(۳۳). تغییر به پارادایم فرآیندمدار آسان نخواهد بود. بهبودی و دستیابی به نتایج مطلوب فوری نخواهد بود. باید منتظر اشتباهات در این مسیر بود. بدتر از همه، فضای دانشگاهی کنونی برای این تغییرات آماده و مساعد نیست. دانشگاه‌ها، پژوهشگران و متخصصان را برای انتشار سریع و کارآمد در مجلات برتر تحت فشار قرار می‌دهند و این معمولاً به معنای ماندن در پارادایم‌های پذیرفته شده و ایمن است. جامعه علمی باید تصمیم بگیرد که آیا ۲۰ سال دیگر را صرف نشان دادن عملکرد بهتر پروتکل‌های استاندارد شده نسبت به دارونما، اما نه بهتر از سایر پروتکل‌ها کند یا خیر. یا اینکه ریسک کند و ببیند که آیا می‌تواند مداخلات شخصی ایجاد کند که به هر فردی کمک کند تا به پتانسیل کامل خود برسد یا خیر؟ (۱۳).

نتیجه گیری

درمان مبتنی بر فرآیند ادغام عوامل بیولوژیکی، روان‌شناختی و اجتماعی در مدل‌های ساختاری ایدیوگرافیک است که برای مفهوم‌سازی مشکلات بیمار و انتخاب روش‌های فراتشخیصی مبتنی بر شواهد برای مداخله بالینی به‌منظور بهبود سلامت و بهزیستی مراجع مورد استفاده قرار می‌گیرد. در نهایت، هدف و تاکید درمان نه لزوماً کاهش علائم، بلکه افزایش بهزیستی روانشناختی و ترویج رفتار منطبق با اهداف و ارزش‌های فرد است. محققان و متخصصان پتانسیل PBT را بسیار زیاد می‌دانند و پیش‌بینی می‌کنند که PBT می‌تواند اساساً نحوه مفهوم‌سازی بهزیستی ذهنی و طراحی درمان‌های روان‌شناختی را تغییر دهد و منجر به توسعه مداخلاتی شود که می‌تواند به‌طور مؤثرتر و کارآمدتر نیازهای ناشی از پیچیدگی بی‌نهایت انسان را برآورده کند. با این حال، تحقیقات و آزمایش‌های بالینی بیشتری برای شفاف‌سازی و اصلاح کاربرد آن در طیف وسیعی از زمینه‌ها مورد نیاز است. در حالی که PBT پتانسیل اصلاح پایه‌های عمل بالینی را دارد، مهم است که به‌عنوان یک فرضیه تلقی شود که هنوز اثبات نشده است. اگرچه مطالعاتی که راهبردهای متمرکز بر فرآیند را اتخاذ کرده‌اند، موفقیت‌آمیز بوده‌اند(۱۲،۲۳،۳۱، ۳۵-۳۴). اما این بدان معنا نیست که اتخاذ یک رویکرد PBT لزوماً منجر به اثربخشی بیشتر در مداخلات روان‌شناختی می‌شود. بسیاری از نمونه‌های موردی،

[Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2026-11-18]

آزمایش‌های بالینی و مداخله‌های تجربی با جمعیت‌های متنوع برای آزمایش و سنجش میزان اثربخشی PBT مورد نیاز است. با وجود این موارد، به نظر می‌رسد که تغییر پارادایم رواندرمانی به PBT گام منطقی بعدی برای حوزه رواندرمانی است.

References

1. Hayes SC, Hofmann SG, Stanton CE, Carpenter JK, Sanford BT, Curtiss JE, Ciarrochi J. The role of the individual in the coming era of process-based therapy. Behaviour Research and Therapy. 2019;117:40-53.
2. Linardon J, Wade TD, De la Piedad Garcia X, Brennan L. The efficacy of cognitive-behavioral therapy for eating disorders: A systematic review and meta-analysis. Journal of consulting and clinical psychology. 2017;85(11):1080.
3. Loerinc AG, Meuret AE, Twohig MP, Rosenfield D, Bluett EJ, Craske MG. Response rates for CBT for anxiety disorders: Need for standardized criteria. Clinical psychology review. 2015;42:72-82.
4. Springer KS, Levy HC, Tolin DF. Remission in CBT for adult anxiety disorders: a meta-analysis. Clinical psychology review. 2018;61:1-8.
5. 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(3):363-375.
6. 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.
7. Ghaderi F, Akrami N, Namdari K, Abedi A. The Effectiveness of Transdiagnostic Treatment on Maladaptive Personality Traits and Mentalized Affectivity of Patients with Generalized Anxiety Disorder Comorbid with Depression (a Case Study). Practice in Clinical Psychology. 2023;11(2).
8. Ghaderi F, Akrami N, Namdari K, Abedi A. Developing an integrated psychotherapy model of generalized anxiety disorder comorbid with emotional disorders; a qualitative approach. IJRN. 2020; 6(4) :70-82.
9. Piccirillo ML, Beck ED, Rodebaugh TL. A clinician's primer for idiographic research: considerations and recommendations. Behavior Therapy. 2019;50(5):938-951.
10. 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.
11. Hofmann SG, Hayes SC. The future of intervention science: Process-based therapy. Clinical Psychological Science. 2019;7(1):37-50.
12. Ong CW, Lee EB, Levin ME, Twohig MP. Online process-based training for perfectionism: A randomized trial. Behaviour Research and Therapy. 2022;156:104152.
13. Ciarrochi J. The coming revolution in intervention science: from standardized protocols to personalized processes. World Psychiatry. 2021;20(3):385.
14. Hayes SC, Hofmann SG, Wilson DS. Clinical psychology is an applied evolutionary science. Clinical Psychology Review. 2020;81:101892.
15. Bringmann LF, Albers C, Bockting C, Borsboom D, Ceulemans E, Cramer A, Epskamp S, Eronen MI, Hamaker E, Kuppens P, Lutz W. Psychopathological networks: Theory, methods and practice. Behaviour Research and Therapy. 2022;149:104011.
16. Levinson CA, Hunt RA, Keshishian AC, Brown ML, Vanzhula I, Christian C, Brosof LC, Williams BM. Using individual networks to identify treatment targets for eating disorder treatment: A proof-of-concept study and initial data. Journal of Eating Disorders. 2021;9:1-8.
17. Fisher AJ, Bosley HG, Fernandez KC, Reeves JW, Soyster PD, Diamond AE, Barkin J. Open trial of a personalized modular treatment for mood and anxiety. Behaviour research and therapy. 2019;116:69-79.
18. Rubel JA, Fisher AJ, Husen K, Lutz W. Translating person-specific network models into personalized treatments: Development and demonstration of the dynamic assessment treatment algorithm for individual networks (DATA-IN). Psychotherapy and psychosomatics. 2018;87(4):249-51.
19. Hofmann SG. Learning Process-Based Therapy: A Skills Training Manual for Targeting the Core Processes of Psychological Change in Clinical Practice (2021) by Stefan G. Hofmann, Steven C. Hayes, and David N. Lorscheid. New

[Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2026-11-18]

Harbinger Publications. ISBN: 9781684037551.
20. 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.
21. Klepac RK, Ronan GF, Andrasik F, Arnold KD, Belar CD, Berry SL, Christofff KA, Craighead LW, Dougher MJ, Dowd ET, Herbert JD. 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):687-97.
22. McLoughlin S, Roche BT. ACT: A process-based therapy in search of a process. Behavior Therapy. 2022.
23. 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.
24. 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.
25. Moskow DM, Ong CW, Hayes SC, Hofmann SG. Process-based therapy: A personalized approach to treatment. Journal of Experimental Psychopathology. 2023;14(1):20438087231152848.
26. Levin ME, Navarro C, Cruz RA, Haeger J. Comparing in-the-moment skill coaching effects from tailored versus non-tailored acceptance and commitment therapy mobile apps in a non-clinical sample. Cognitive Behaviour Therapy. 2019;48(3):200-16.
27. Levin ME, Pierce B, Schoendorff B. The acceptance and commitment therapy matrix mobile app: A pilot randomized trial on health behaviors. Journal of Contextual Behavioral Science. 2017;6(3):268-275.
28. 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.
29. Mehrabi A, Mohammadkhani P, Dolatshahi B, Pourshahbaz A, Mohammadi A. Emotion regulation in depression: An integrative review. Practice in Clinical Psychology. 2014;2(3):181-194.
30. Ghaderi F, Akrami N, Namdari K, Abedi A. Life Experiences of Patients with Generalized Anxiety Disorder (GAD) Comorbid with Emotional Disorders: A Qualitative Study. Journal of Qualitative Research in Health Sciences. 2022;11(1):10-88.
31. Ghaderi F, Akrami N, Namdari K, Abedi A. Comparing the effects of integrated cognitive-behavioral therapy and transdiagnostic treatment on symptoms of patients with generalized anxiety disorder comorbid with depression. Iranian journal of psychiatry and clinical psychology. 2022;27(4):440-57.
32. Lappalainen R. Challenges in the evolution toward process-based interventions. World Psychiatry. 2021;20(3):382.
33. McCracken LM. Cognitive behavioral therapy, process-based approaches, and evolution in the context of physical health. World Psychiatry. 2021;20(3):383.
34. Hamonniere T, Billieux J. Individually delivered mindfulness-based cognitive therapy in concomitant problematic substance use and emotional symptoms: A process-based case study. Clinical Psychology & Psychotherapy. 2023.
35. 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 ce.mazums.ac.ir on 2026-11-18]