

فراسوی DSM
پیش به سوی جایگزین فرایندمدار برای
تشخیص و درمان مشکلات روانی

«حتی بسیاری از تدوین‌کنندگان ملاک‌های DSM نیز موافق این هستند که اگر خواهان پیشرفت این عرصه هستیم باید به فکر توسعه پارادایم‌های جایگزین برای تشخیص و درمان مشکلات روانی باشیم. اما بهترین رویکرد چیست؟ هیز و هافمن، در این کتاب آینده‌نگر، پیچیده‌ترین مدل‌های درمانی را گرد هم آورده‌اند که همه آنها بر فرایند، ابعادنگری، تحلیل کارکردی رفتار و توانایی برای فردی‌سازی و شخصی‌سازی تشخیص تأکید دارند. تمامی متخصصان سلامت روان از چنین پیشرفتی بهره‌مند خواهند شد.»

— **دکتر دیوید بارلو**، استاد بازنشسته روان‌شناسی و روان‌پزشکی، بنیادگذار مرکز اختلال‌های اضطرابی و اختلال‌های مرتبط با آن (CARD) در دانشگاه بوستون

«تشخیص مبتنی بر نشانگان نقطه شروعی برای طبقه‌بندی اختلال‌های روانی است، اما یکی از مشکلات ذاتی آن، این است که در ردیابی مسیرهای زیربنایی سبب‌شناسی و اصول تغییر با محدودیت همراه است. کتاب حاضر رویکرد فرایندمداری را پیش می‌کشد که برای سازمان‌دهی فرایندهای علی‌زیربنایی سبب‌شناسی مشکلات روانی، چه آنها بیماری باشند یا اختلال‌ها و سازگاری‌هایی که برای بقاء ایجاد شده‌اند، متقاعدکننده‌تر است.»

— **دکتر استیو هالن**، استاد روان‌شناسی دانشگاه وندربیلت، علاقه‌مند به پیشگیری و درمان افسردگی

«من عاشق این کتابم. اگر می‌خواهید سردرد بگیرید، کافی‌ست مراقبت‌های مبتنی بر شواهد را در قالب درمان‌هایی که از پشتوانه تجربی برخوردارند، برای نشانگان DSM به‌کار بندید. هم‌زمان، فرایندهای مبتنی بر شواهدی که در منابع علوم پایه مطرح شده‌اند نیز توجه شما را به خود جلب می‌کنند و به نظر می‌رسد مناسب درمانجویی هستند که اکنون در حال درمان او هستید. این کتاب، به این تنگنا می‌پردازد و نظرات خلاقانه‌ای برای علوم یکپارچه آسیب‌شناسی روانی و طبقه‌بندی و درمان آن ارائه می‌کند.»

— **دکتر ژاکلین پرسونز**، رئیس مرکز درمان شناختی‌رفتاری اوکلند؛ استاد بالینی گروه روان‌شناسی دانشگاه کالیفرنیا، برکلی؛ و نویسنده کتاب رویکرد فرمول‌بندی موردی به درمان شناختی‌رفتاری

«بعید است که رویکرد مبتنی بر DSM ما را به سوی فهم بهتر یا توسعه درمان‌های اثربخش‌تر برای مشکلات روانی سوق دهد. هیز و هافمن مسیر رو به جلویی به ما نشان می‌دهند. این کتاب، به‌جای اینکه طبقه‌هایی برای توصیف مشکلات ارائه کند، با رویکردی گشوده نسبت به سنت‌های مختلف درمانی، با اتکا به علم و حساسیت نسبت به فردیت درمانجو، موارد متعدد و بی‌نظیری از فهم و درمان

مشکلات روانی را به واسطه فرایندهایی که موجب ایجاد و تداوم آنها می‌شوند، مطرح می‌کند. کتابی قابل تأمل که باید در کتابخانه هر متخصص و پژوهشگر بالینی جای گیرد.»

— دکتر داگلاس وودز، رئیس دانشکده تحصیلات تکمیلی و استاد روان‌شناسی در دانشگاه مارکت

«این کتاب فوق‌العاده، پیشرفتی واقعی در جهت فهم کژکاری روانی است. هیز و هافمن و سایر نویسندگان این کتاب با بهره‌گیری از پژوهش‌های علوم اعصاب، یادگیری، مقابله، و فرهنگ، جایگزین‌های جالبی برای مدل تشخیصی DSM و ICD ارائه می‌کنند. این اندیشه‌های جدید می‌توانند موجب غنا بخشیدن به جست‌وجوی مکانیسم‌های زیربنایی آسیب روانی شوند و ما را در جهت شناسایی آماج‌های درمان و توسعه مداخله‌های مبتنی بر اصول و فرآیندهای هدایت کنند.»

— دکتر جان ویز، استاد روان‌شناسی دانشگاه هاروارد و رئیس آزمایشگاه سلامت روان نوجوانان، متخصص توسعه و آزمایش مداخله‌های فراتشخیصی برای جوانان

«از هیز و هافمن انتظار می‌رود که چکیده‌ای متفکرانه و یکپارچه از رویکردهای مبتنی بر فرایند را برای سنجش، تشخیص و درمان مشکلات روانی ارائه کنند. در کتاب حاضر، آنها پیشگامان متفکر و به‌روز را برای برآورده ساختن هر چه بهتر چنین انتظاری گرد هم آوردند. فصول کتاب عمیق و مشروح و در عین حال ساده و آسان هستند و بنیان مستحکمی فراهم می‌کنند که پژوهشگران و درمانگران رویکردهای نظری گوناگون می‌توانند درک بهتری داشته باشند. این کار به شکل‌گیری آینده روان‌درمانی فرایندمدار کمک می‌کند.»

— گوردون آسموندسون، استاد روان‌شناسی دانشگاه رجینا، دستیار سردبیر مجله *Clinical Psychology Review* و سردبیر مجله *Journal of Anxiety Disorders*

فهرست

یادداشت مترجم	۹
فصل ۱: تدوین جایگزین برای تشخیص مبتنی بر نشانگان	۱۱
فصل ۲: طرح ملاک‌های حیطة پژوهش (RDoC) مؤسسه ملی سلامت روان	۳۱
فصل ۳: تغییر پارادایم‌ها	۵۲
فصل ۴: آسیب‌پذیری‌های روانی و پاسخ‌های مقابله‌ای	۷۷
فصل ۵: انتظارات و حیطة‌های شناختی مرتبط	۹۸
فصل ۶: یادگیری، زبان و رفتارهای مشتق شده	۱۱۴
فصل ۷: تأثیرات فرهنگی و اجتماعی در تغییرپذیری فردی مرتبط با فرایندهای هیجان	۱۳۴
فصل ۸: دیدگاه نظام‌های پیچیده چه کمکی به سنجش و روان‌درمانی فرایندمدار می‌کند.....	۱۵۸
فصل ۹: انعطاف‌پذیری روانی در درد مزمن	۱۹۰
فصل ۱۰: رویکرد چندسطحی و چندروشی برای آزمایش و پالایش آماج‌های مداخله	۲۱۳
فصل ۱۱: تدوین نظام تشخیصی فرایندمدار	۲۳۶
درباره ویراستاران کتاب	۲۶۳
واژه‌نامه انگلیسی به فارسی	۲۶۵
واژه‌نامه فارسی به انگلیسی	۲۷۳

یادداشت مترجم

از زمان توسعه طبقه‌بندی مبتنی بر نشانگان برای اختلال‌های روانی، شاهد به‌کارگیری گسترده آن در زمینه‌های پژوهشی و درمانی روان‌شناسی نیز هستیم. توسعه‌دهندگان این مدل تلاش درخور ستایشی جهت فهم و درمان مشکلات روانی داشتند. با توجه به پیشینه پزشکی نسبت به روان‌شناسی، عمده نظریه‌پردازان و پژوهشگران این عرصه از پشتوانه‌ای پزشکی برخوردار بودند و بنابراین سعی کردند پارادایمی که پزشکی به‌کار می‌گرفته را برای فهم و درمان مشکلات روانی هم به‌کار گیرند. با این حال، در حالی که مسائل جسمانی و مشکلات مرتبط با آن هم متنوع هستند، اما مسائل در حیطه روان‌شناسی بسیار پیچیده‌تر و متنوع‌تر هستند طوری که شاید نتوان از این روش و به صورت خطی دنبال علت و درمان آنها باشیم. به دنبال رویکرد تشخیصی مبتنی بر نشانگان، شاهد تدوین و انتشار روزافزون بسته‌های درمانی برای اختلال‌های مبتنی بر DSM/ICD هستیم که افراد را با این حد از تنوع در سطوح مختلف زیستی، روانی، اجتماعی نادیده گرفته و با پیش گرفتن نگاه مقوله‌ای، آنها را در مقوله‌هایی دسته‌بندی و سپس پروتکل‌ها را بدون در نظر گرفتن پیچیدگی‌های فرد به کار می‌بندند. همچنین پویایی‌های ناشی از رشد، بافت، تغییر شرایط، بازگشت‌ها و بازخوردها (روابط دوطرفه و چندطرفه) را نادیده و با نشانگان و درمانجویان به صورت یک ثابت و نه یک متغیر برخورد می‌کنند. نویسندگان در این کتاب، رویکرد جدیدی را برای تشخیص و درمان مشکلات روانی ارائه می‌کنند و با بهره‌گیری از نظام‌های پیچیده پویا و علوم تکاملی سعی در سازمان‌دهی تشخیص و درمان تحت چتر فرامدل تکاملی گسترش‌یافته¹ (EEMM) دارند. آنها با نگاهی انتقادی و تکیه بر پژوهش‌ها در عرصه‌های مختلف، سعی در تدوین نظام تشخیصی باز و در عین حال نظام‌مند در قالب نوع جدیدی از تشخیص، با عنوان تشخیص فرایندمدار و به دنبال آن درمان فرایندمدار دارند. آنها اشاره می‌کنند که رویکرد مبتنی بر نشانگان و پروتکل‌ها برای درمان این نشانگان در زمان خود نقطه شروعی برای بهبود مشکلات سلامت روان بودند، اما ادامه این مسیر موجب رکود خواهد شد و باید به فکر توسعه پارادایم جدیدی جهت پژوهش، تشخیص و درمان مشکلات روانی باشیم. این نوع تشخیص می‌تواند انواعی از رویکردها و جهت‌گیری‌های نظری را بنابر شرایطی در دل خود جای دهد. شاید در حال حاضر هم متخصصانی باشند که از طبقه‌بندی‌هایی نظیر DSM یا ICD استفاده نمی‌کنند، اما عدم انسجام و سازمان‌دهی موجب مشکلاتی در بلندمدت خواهد شد. شایان ذکر است

1. extended evolutionary meta-model

که رویکرد ارائه‌شده در این کتاب نقطه‌ای برای تغییر پارادایم و پیشرفت ما فراهم می‌کند. وقت آن رسیده است که تحولی در پژوهش، تشخیص و درمان مشکلات روانی رقم بزنیم تا بیشتر و بهتر به افرادی که از این مشکلات رنج می‌برند کمک کنیم. سخن کوتاه می‌کنیم چراکه مطالب عمیق و قابل تأملی پیش رو است. پیش از آن، لازم به ذکر است که از ارائه پانویس‌های زیاد خودداری و تا جای ممکن اصطلاحاتی که نیاز به ارائه معادل انگلیسی داشتند در دو قسمت واژه‌نامه انگلیسی و فارسی آورده شدند. امید داریم ترجمه این اثر گامی در جهت پیشبرد پژوهش و درمان مشکلات سلامت روان باشد و مورد استفاده جامعه دانشگاهی، پژوهشگران، درمانگران و تمامی افرادی قرار گیرد که در این عرصه فعالیت دارند. با توجه به نوآوری‌ها و گستردگی مباحث مطرح‌شده در کتاب حاضر، از تمامی خوانندگان علاقه‌مند تقاضا می‌کنیم نظرات خود را در ارتباط با ترجمه این اثر با ما در میان بگذارند. از تمامی عزیزانی که در ترجمه و انتشار این اثر یاری‌مان کردند، به‌ویژه دست‌اندرکاران محترم انتشارات ارجمند، تشکر می‌کنیم.

محمد خالقی

mohammad.Khaleghi66@gmail.com

الیاس اکبری

elyasakbari09@gmail.com

مرتضی فیاضی

mortezafeayazi@yahoo.com

فصل ۱

تدوین جایگزین برای تشخیص مبتنی بر نشانگان

ویژگی‌های مورد نیاز فرایندهای تغییر و مدل‌هایی برای سازمان‌دهی آنها

دکتر استیون هیز
دانشگاه نوادا، رینو

دکتر استفان هافمن
دانشگاه بوستون

دکتر جوزف سیاروچی
دانشگاه کاتولیک استرالیا

طی دهه‌ها، علم مداخله از راهبرد تحلیلی اولیه، یعنی تشخیص مبتنی بر نشانگان، پیروی کرده است که زمینه نیرومندی را خلق کرد و پیشرفت‌هایی نیز حاصل شد، اما اکنون به بن‌بست رسیده است. در حال حاضر، تعداد اندکی [از دانشمندان و متخصصان] بر این باورند که زمینه مناسبی از درمان مبتنی بر شواهد از سوی پژوهشگرانی که همچنان به ارزیابی پروتکل‌های روانی اجتماعی و درمان‌های دارویی تأییدشده متمرکز بر نشانگان روان‌پزشکی مشغول هستند، ظهور خواهد کرد. در عوض باید راهبرد نوینی بیابیم و رو به جلو حرکت کنیم. تنها سؤالی که باقی می‌ماند این است: «آن راهبرد چه خواهد بود؟»

دهه‌هاست که راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (DSM؛ انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳) و طبقه‌بندی بین‌المللی بیماری‌ها و مشکلات مرتبط با سلامت (ICD؛ سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۱۸) رویکرد غالب در این عرصه بوده‌اند و آن را در یک خماری فکری گذاشته‌اند، چیزی که آینده آن را تحت تأثیر قرار می‌دهد. عمده مباحث ما در کتاب حاضر بر DSM متمرکز خواهند بود، اما در ارتباط با ICD نیز وارد هستند.

برنامه‌های بالینی نسل‌های متمادی دانشجویان را با رویکرد جسمانی^۱ (مکان‌نگارانه) برای کاهش رنج انسان آموزش داده‌اند و بر این موضوع تأکید کرده‌اند که رویکرد زیستی پزشکی مبتنی بر نشانگان - مجموعه‌ای از نشانه‌ها^۲ (آنچه قابل رؤیت است) و علائم^۳ (آنچه افراد اظهار و از آن شکایت می‌کنند) - منجر به فهم عمیق و سودمند از آسیب روانی خواهد شد. به دانشجویان یاد داده می‌شود تا ملاک‌ها را به خاطر بسپارند، مانند «پنج مورد از نه مورد» یا «چهار مورد از هفت مورد» علائم و نشانه‌ها، و سپس مجموعه‌ی درستی از تکنیک‌های سازمان‌یافته را از فهرست تأییدشده پروتکل‌های درمانی، که همگی برآمده از کارآزمایی‌های بالینی کنترل‌شده تصادفی (RCTs) هستند، به کار گیرند. از نظر خیلی‌ها، مهارت‌های بالینی به معنای پای‌بندی به ارائه بی‌چون‌وچرای تکنیک‌های پروتکل‌های مبتنی بر شواهد هستند. درمان مبتنی بر شواهد مترادف با این راهبرد «پروتکل‌ها برای نشانگان» قلمداد می‌شود.

در حال حاضر همه اینها به سرعت در حال دگرگونی هستند. کارگروه برنامه‌ریزی ویراست پنجم DSM (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳) پس از بررسی تلاش ۳۰ ساله در رابطه با طبقه‌بندی مبتنی بر نشانگان، به این نتیجه رسید که بعید است کل این مجموعه، پژوهشگران را به سمت شناسایی موجودیت‌های سودمند سوق دهد: «همه این محدودیت‌ها در پارادایم تشخیصی جاری نشان می‌دهند که انحصار پژوهشی متمرکز بر نشانگان DSM ممکن است هیچ‌وقت به سبب‌شناسی زیربنایی نائل نیاید. برای دستیابی به چنین هدفی، نیاز به تغییر پارادایم داریم، پارادایمی که هنوز ناشناخته است» (کوپفر، فیرست و ریگر، ۲۰۰۲، ص. xix).

رویکرد ملاک‌های حیطه پژوهش^۴ (RDoC) مؤسسه ملی سلامت روان (NIMH) در مقابل استیلاي طبقه‌بندی مبتنی بر نشانگان سنت‌شکنی کرده است (اینسل و همکاران، ۲۰۱۰)، شاید با این هدف که «به تغییر پارادایم ناشناخته» نائل آید. ما به بررسی تاریخچه و وضعیت کنونی ملاک‌های حیطه پژوهش (RDoC) می‌پردازیم. مهم نیست در نهایت چه جریانی به دنبال RDoC حاصل شود، زیرا هر ناظر بی‌طرفی نیز اذعان می‌کند همان نهادی [مؤسسه ملی سلامت روان] که راهبرد «پروتکل‌ها برای نشانگان» را به کار می‌گرفت، اکنون به آن پشت کرده است و در مسیر فرایندمدار قرار دارد. این موضوع موجب گشایش در به روی دیدگاه فرایندمدار جدیدی در ارتباط با درمان مبتنی بر شواهد و نظام‌های تشخیصی‌ای خواهد شد که بر آن استوار است. این دقیقاً موضوع کتاب حاضر است.

از برخی جهات، تغییرات فعلی ممکن است مانند بازگشت به دستور کار اصلی رفتاردرمانی به نظر آیند (دیویسون، ۲۰۱۹). درمان مبتنی بر شواهد خود مبتنی بر گسترش اصول به تحلیل‌های کارکردی

1. topographical
 2. signs
 3. symptoms
 4. The Research Domain Criteria

فردنگر قرار داشت. این اصول از نظر دقت (برای مثال، تعریف یک «تقویت‌کننده» به این محدود می‌شود که چه زمانی می‌توانید از این اصطلاح استفاده کنید و چه زمانی نمی‌توانید) و دامنه (برای مثال، تعداد اندکی از اصول ترکیب شدند تا پدیده‌های زیادی را تبیین کنند) بالا بودند و منجر به توسعه روش‌های کاربردی متعدد شدند.

با این حال، این شباهت تاریخی تا حدودی گمراه‌کننده است، زیرا رفتاردرمانی خیلی ناچیز ما را به سوی توسعه دانش نوین راجع به فرایند تغییر سوق داد. بیشترین تأکید آن بر کاربرد اصول برآمده از آزمایشگاه‌های حیوانی بود. به عبارتی دیگر، گام‌های مورد نیاز برای توسعه مجموعه مناسب‌تری از فرایندهای تغییر دغدغه اصلی آن نبود، زیرا در آن زمان علم اصول تغییر روانی نسبت به وضعیت نوپای علم مداخله بسیار پیشرفته به نظر می‌آمد.

در عوض، رفتاردرمانگران اولیه، عمده توجه خود را به نحوه تدوین شیوه‌های تغییر مبتنی بر شواهد تکرارپذیری معطوف ساختند که با فرد متناسب باشند. این موضوع را می‌توان به وضوح در دستور کار درمان مبتنی بر شواهد، که از سوی گوردن پل فقید مطرح شد، مشاهده کرد: «چه درمانی، توسط چه کسی، برای این فرد با این مشکل خاص، تحت چه مجموعه شرایطی و چگونه مؤثرتر است؟ (پل، ۱۹۶۹، ص. ۴۴). منظور از سؤال «چه» به‌طور واضح فناورانه بود (چه درمانی)، در حالی که تمرکز اصلی بر چگونگی ارائه و تناسب آن فناوری با شخص بود (توسط چه کسی، برای چه مشکل خاصی و تحت چه مجموعه شرایطی). بخش آخر آن، در ارتباط با فرایندهای تغییر («... و چگونه؟»)، را تقریباً دو سال بعد به این اظهارنظر افزود (پل، ۱۹۶۷). منظور پل این نبود که «چه نظریه جدیدی برای این تأثیرات نیاز است؟» منظور او این بود که «چگونه می‌توان این نتایج را بر اساس اصول شناخته‌شده توضیح داد؟»

در واقع، رفتاردرمانی هم‌زمان به صورت شیوه‌های تجربه‌ای آزمون‌شده‌ای تعریف شد که با «نظریه یادگیری عملیاتی» مرتبط و تبیین می‌شد (فرانک و ویلسون، ۱۹۷۴، ص. ۷). به‌طور مشابه، این موضوع مطرح شد که ویژگی مشخص تحلیل رفتار کاربردی، وضوح تکنیک‌های آن است که با نیازهای اجتماعی مهم افراد مرتبط است (بایرف و وولف و ریسلی، ۱۹۶۸)، در حالی که تنها نظریه لازم، پای‌بندی به «اصول رفتاری» بود.

عصر «پروتکل‌ها برای نشانگان» که حمایت فدرال را به همراه داشت و کاملاً با دنیای تکنیک‌محور مراقبت‌های روانی اجتماعی مبتنی بر شواهد متناسب بود، خیلی زود مورد استقبال قرار گرفت. در این میان، به‌ویژه پژوهشگران درمان شناختی‌رفتاری (CBT)، با آزمودن پروتکل‌ها برای نشانگان در قالب طرح‌های کنترل‌شده سری‌های زمانی و به‌خصوص کارآزمایی‌های کنترل‌شده تصادفی (RCTs)، در توسعه درمان مبتنی بر شواهد موفق عمل کردند (تامپسون-هالند، ساسر-زاوالا و بارلو، ۲۰۱۴). این

روش‌ها به‌عنوان رویکرد غالبِ مراقبت‌های روانی اجتماعی مبتنی بر شواهد ظهور یافتند (هافمن، آسنانی، وونک، ساویر و فانگ، ۲۰۱۲). مفاهیم و نظریه همچنان برای توصیف و توجیه روش‌های بالینی مختلف مهم در نظر گرفته می‌شدند، اما موضوع اصلی نبودند. برای مثال، تا همین دهه اخیر شاهد تحلیل‌های میانجی در درمان شناختی رفتاری نبودیم.

با کم‌رنگ شدن عصر «پروتکل‌ها برای نشانگان»، توجهات به فرایندهای تغییر معطوف شده است (هیز و هافمن، ۲۰۱۸؛ هافمن و هیز، ۲۰۱۹). فرایندهای مبتنی بر اجماع در نوآوری RDoC و در خود CBT (کلپاک و همکاران، ۲۰۱۲) هر دو بر سر این موضوع توافق دارند که آینده علم مداخله فرایندمدار خواهد بود. در این مقطع، نیازمند وضوح بیشتری در ارتباط با نحوه جست‌وجوی فرایندهای تغییر و سازمان دادن آنها در مدل‌ها و نظریه‌ها هستیم.

در این فصل، به این موضوع می‌پردازیم که منظور پژوهشگران از «فرایندهای تغییر» چیست و این فرایندها باید چه ویژگی‌هایی داشته باشند تا بنیانی برای جایگزینی با تشخیص مبتنی بر نشانگان فراهم آورند. ما به بررسی آنچه برای مدل‌ها و نظریه‌های چنین فرایندهایی لازم است، خواهیم پرداخت و روشی را برای حرکتِ رو به جلو زیر چتر علم تکاملی مطرح خواهیم کرد.

فرایندهای تغییر

چگونه می‌توانیم به بهترین نحو مجموعه مؤثری از فرایندهای تغییر را گردآوری کنیم، که در قالب مدل‌های ساده‌سازی شده سازمان یافته‌اند و درمانگران را قادر می‌سازند به سرعت به این سؤال کلیدی پاسخ دهند: «چه فرایندهای زیستی روانی اجتماعی باید برای این درمانجو، با این هدف، در این موقعیت، آماج قرار گیرند و چگونه می‌توان آنها را به کارآمدترین و مؤثرترین نحو تغییر داد؟» (هافمن و هیز، ۲۰۱۹، ص. ۴۷). ما کارمان را با ویژگی‌های مهم فرایندهای تغییر آغاز می‌کنیم.

فرایندهای تغییر چه هستند؟

فرایندهای تغییر درمانی عبارت‌اند از تغییرات یا مکانیسم‌های مبتنی بر نظریه، پویا، پیش‌رونده، مبتنی بر بافت، قابل اصلاح و چندسطحی که در توالی‌های قابل پیش‌بینی و تجربی، در جهت پیامدهای مطلوب به وقوع می‌پیوندند (هافمن و هیز، ۲۰۱۹، ص. ۳۸). این فرایندها:

- مبتنی بر نظریه هستند، زیرا با روابط واضحی میان رویدادها مرتبط هستند 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 بافت و قابل اصلاح 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.

همان‌طور که خواهیم دید، چند ویژگی مهم و کلیدی در این تعریف نهفته است. اگر بخواهیم از فرایندها برای فراتر رفتن از DSM بهره ببریم، لازم است از ویژگی‌های خاصی برخوردار باشند.

دقت، دامنه و عمق بالا

یک فرایند تغییر باید از دقت و دامنه برخوردار باشد، درست همان‌طور که پیش‌تر در ارتباط با اصول رفتاری مطرح شد. زمانی که فرایند تغییر خاصی به کار برده می‌شود باید واضح و شفاف باشد (دقت) و این فرایند در مورد طیفی از پدیده‌ها کاربرد داشته باشد (دامنه). نیاز به دقت موجب حذف اکتشافات عمومی و استعاره‌های بی‌پایه و اساس به‌عنوان فرایندهای تغییر می‌شود. الزام مرتبط با دامنه موجب حذف آن دسته از فرایندهای تغییری می‌شود که صرفاً بازگفت‌هایی از تکنیک‌ها هستند و آن دسته از فرایندهای تغییری را که کاربرد گسترده‌ای دارند مد نظر قرار می‌دهد. نه به لحاظ علمی و نه به لحاظ عملی، مفید نیست تا اقدام به تدوین فرایندهای تغییر بی‌شماری بکنیم که فقط برای حیطه‌های اندکی کاربرد دارند.

الزام عمومی نیز برای فرایندهای تغییر مناسب وجود دارد: *باید عمق داشته باشند*. در بافت علم یکپارچه، مفاهیم در یک سطح از تحلیل نباید با یافته‌های معتبر در سطوح دیگر تحلیل در تضاد باشند. انسجام در سطوح مختلف تحلیل ملاک بسیار مهمی برای علوم چندرشته‌ای همچون سلامت روانی و رفتاری است. روان‌شناسی در دل سایر سطوح تحلیل نیز گنجانده شده است، از قبیل فیزیولوژی، ژنتیک، فرایند اجتماعی و فرهنگ، که تنها چند مورد از آنها هستند، و لازم است مفاهیم آن [روان‌شناسی] در طیف وسیعی از سطوح مختلف به‌خوبی جای گیرند. برای مثال، داده‌های حاصل از عصب‌زیست‌شناسی هیجان نباید با یک فرایند تغییر هیجانی که به نظر می‌رسد در سطح روانی وارد است، در تضاد باشند. در صورت وجود تناقض مشخص می‌شود که تعریف علمی ما از فرایند تغییر، تعریف بسنده‌ای نیست. ما از تقلیل‌گرایی، که در آن هر سطح از تحلیل کار خودش را می‌کند، سخن نمی‌گوییم. در عوض، هدف از علم یکپارچه را باید همواره به‌خاطر بسپاریم.

یکی از دلالت‌های چنین دیدگاهی این است که مفاهیم در علم بالینی باید با برنامه‌های بادوام^۱ علوم پایه پیوند داشته باشند، زیرا آنجاست که مقدمات لازم برای آزمودن مفاهیمی که دارای سطوح

۱. viable: بادوام/پایدار/رستنی، اشاره به نظریه‌ها یا فرضیه‌هایی دارد که از آزمون‌های تجربی سخت هم سربلند بیرون می‌آیند (م.م).

بالایی از دقت، دامنه و عمق هستند، وجود دارند. در همین راستا، مهم این است که هنگام پژوهش در ارتباط با فرایندهای تغییر، به طور کلی در سطح بالینی درجا نزنیم. می‌توانیم فرایندهای تغییر اصلی را که در مطالعات تحولی، مطالعات طولی طبیعی، مطالعات آزمایشی و غیره مشخص شده‌اند، بیابیم. هر فرایند تغییری که این‌گونه به شکلی گسترده و دقیق بررسی نکرده باشیم، به احتمال زیاد سنگ بنای نظام‌های تشخیصی فرایندمدار نخواهد بود.

فرایندهای فردنگر

توسعه دانش قانون‌نگر در ارتباط با فرایندهای تغییر بسیار مهم است. در علوم کاربردی علاقه‌ای به «روانشناسی فرد» وجود ندارد، زیرا دانشی که برای بسیاری از افراد به‌کار نیاید دانشی نیست که متخصصان بتوانند برای یادگیری و کاربرد آن وقت صرف کنند. این بخشی از موضوع «دامنه» است. فرایندهای تغییر باید برای طیف معقولی از افراد، حیطه‌های مشکل، زمینه‌ها و شیوه‌های ارائه دانش مذکور مفید باشند. اما بین دانشی که بتوان به شکل کلی‌تر به‌کار گرفت و دانشی که برای شروع مبتنی بر سطح تحلیل جمعی است، تفاوت زیادی وجود دارد.

سنت رفتاری و شناختی مدت‌هاست درگیر این جدال است که میانگین‌های گروهی مقطعی و بررسی‌های طولی افراد سطوح تحلیل متفاوتی هستند (برای مثال، بارلو، هیز و نلسون، ۱۹۸۴؛ سیدمن، ۱۹۶۰، وون ای و برگمن، ۲۰۰۳)، اما این حیطه به‌طور کلی در فهم اینکه چقدر این مسئله واقعاً درست است، ناتوان بوده است. حدود ۱۰۰ سال است که باور غلط تجربی در ارتباط با «فرد متوسط»^۱ در فرهنگ غرب رواج دارد (رُز، ۲۰۱۷) و علوم غربی نیز آن را دنبال کرده‌اند. اگر همه آنچه اهمیت دارد فقط یک پیامد واحد است، تا حدودی منطقی است. بله، مسیرهای منتهی به آن ممکن است مهم باشند، اما اگر ۴ نفر از ۱۰ نفر، برای مثال بعد از این مداخله خاص دیگر از کار اجتناب نکنند (در مقایسه با ۷ نفر از ۱۰ نفر در گروه دیگر)، در نتیجه تمرکز بر جمع ممکن است آسیب زیادی ایجاد نکند.

با این حال، در سطح فرایندهای تغییر، این موضوع کمتر نویدبخش است. همان‌طور که چند متغیر و مسیرها و روابط متقابل میان آنها را در طی زمان در نظر می‌گیریم، تحلیل ما در سطح جمعی، از ارائه اطلاعات قابل کاربرد شناخته‌شده برای فرد جلوگیری می‌کند. شاید فرایندهای تغییری را در سطح گروهی شناسایی کنیم که یک فرد آن را نشان ندهد. همچنین ممکن است هر یک از این سطوح تحلیل، پاسخ متفاوتی به یک سؤال یکسان بدهند.

رابطه بین سرعت تایپ کردن و تعداد اشتباه هنگام تایپ کردن را در نظر بگیرید. اگر تقریباً هر

1. average person

گروه بزرگی از افراد را دور هم جمع کنید، درخواست کنید که تایپ‌های حرفه‌ای نسبت به تایپ‌هایی که با دو انگشت کار می‌کنند، سریع‌تر (و با اشتباهات کمتری) تایپ می‌کنند. در سطح جمعی، سرعت تایپ کردن رابطه منفی با اشتباهات دارد. با این حال، برای هر فرد واحدی، چه مبتدی و چه متخصص، تلاش برای تایپ کردن سریع‌تر موجب اشتباهات بیشتری خواهد شد. از این رو، سرعت تایپ کردن و اشتباهات تایپی همبستگی منفی در یک گروه از افراد دارند، اما برای هر یک از افراد همان گروه همبستگی مثبت نشان می‌دهند.

این یک مثال عقل سلیم بود، از این رو می‌توان فرض کرد که تمام آنچه باید انجام شود افزودن تخصص تایپ به‌عنوان متغیر هم‌پراش جهت از بین بردن این تناقض است. مسئله این است که در حیطه‌های نوین، پیشاپیش نمی‌توان گفت چگونه می‌توان چنین خطاهایی را تشخیص داد و چه متغیرهای هم‌پراشی را باید افزود. به‌طور طبیعی، وقتی تحلیل‌ها در سطح جمعی و در سطح فردی متفاوت‌اند (برای مثال، فیشر، میداگلیا و جرونیوموس، ۲۰۱۸؛ ترنر و هیز، ۱۹۹۶) واقعاً از چرایی آن سر در نمی‌آوریم، اما به‌عنوان قطعیت از نظر ریاضیات می‌دانیم که وقتی نتایج تحلیل فرایندهای تغییر در سطح گروهی را برای یک فرد خاص به‌کار می‌گیریم، نمی‌توانیم فرض کنیم که فرایند تغییر برای آن فرد مفید خواهد بود (فیشر، ۲۰۱۵).

چرا می‌توانیم با قطعیت از نظر ریاضیات بگوییم؟ زیرا چنین کاربردی از دانش یک اثبات ریاضی پذیرفته‌شده را که نزدیک به ۹۰ سال در علوم طبیعی تثبیت شده است، نقض می‌کند: قضیه ارگودیک^۱. در ابتدای قرن اخیر، فیزیک‌دانان می‌خواستند بدانند مولکول‌های مجزای گاز چگونه رفتار می‌کنند، اما فقط قادر بودند حجم گاز را اندازه‌گیری کنند، نه هر یک از مولکول‌ها را به صورت مجزا. یک ریاضی‌دان نشان داد که رفتار این دو می‌تواند یکسان باشد، اما تنها تحت شرایط نادر و بسیار ویژه (بیرخوف، ۱۹۳۱). این اثبات، قضیه ارگودیک نام گرفت و از آن زمان به بعد در علوم طبیعی مد نظر واقع شد، اما در علوم رفتاری کمتر شناخته شده است. این قضیه شرایطی را بیان می‌کند که در آن جمع، منعکس‌کننده زیرواحدها [فرد] است: وقتی که مولکول‌ها یکسان هستند و با گذشت زمان تغییر نمی‌کنند. تعداد بسیار کمی از گازها چنین هستند (ولکوفسکی و سینای، ۱۹۷۱)، اما از آنجا که روان‌شناسان و سایر متخصصان سلامت رفتاری، با کلونی‌های منجمد سروکار ندارند، این شرایط هیچ‌وقت در علوم رفتاری کاربرد نداشته است.

دلالت‌های آن کاملاً واضح است. روش‌های آماری مبتنی بر تغییرات بین‌فردی، مانند تحلیل میانجی سنتی به شیوه ضرب متقاطع ضرایب^۲ (پریچر و هیز، ۲۰۰۸) قادر نیستند به‌طرز مناسبی فرایندهای تغییر را مدل‌سازی کنند (مولینار، ۲۰۰۸a، ۲۰۰۸b). در نتیجه برای پیشرفت نیازمند روش‌های دیگری هستیم.

1. the ergodic theorem

2. cross-product of the coefficients methods of classical mediational analysis

این یک مسئله روش‌شناختی و آماری است که تنها در طول زمان به‌طور کامل حل می‌شود، اما کار بر روی شبکه‌های پیچیده و نظام‌های پویا راه را برای پیشرفت بیشتر و رو به جلوی این عرصه فراهم می‌کند (به فصل ۸ مراجعه کنید). ما نیاز به شناسایی مکرر فرایندهای تغییر در سطح فردی طی زمان داریم. سپس می‌توانیم این الگوها را در سطح تعمیم‌های قانون‌نگر جمع‌آوری کنیم (یا در شکل پارامترهای زیرجامعه یا پارامترهای جامعه کل)، که نشان می‌دهند موارد قانون‌نگر آنچه را در سطح فردنگر یافت‌شده تحریف نمی‌کنند. فرایندهای تغییری که در طرح‌های سری‌های زمانی شناسایی یا آزمون شده‌اند (هیز، بارلو و نلسون-گری، ۱۹۹۹) نمونه بسیار مهمی برای اهداف کنونی هستند، زیرا وسعت و عمق زیادی در سنت پژوهشی روان‌شناسی کاربردی دارند. اکنون چیزهای زیادی می‌دانیم. در تحلیل شبکه‌ای، ابزارهای تحلیلی وجود دارند که می‌توانند بدون در نظر گرفتن داده‌های فردنگر به شکل «خطا»، برآورد جمعی داشته باشند، مانند روش برآورد مدل چندگانه چرخشی گروهی^۱ (GIMME؛ گیتز و مولینار، ۲۰۱۲).

قابلیت اندازه‌گیری فوری و مکرر

بخش پیشین کمک کرد تا توضیح دهیم که چرا نیاز به سنجش فرایندهای تغییر، با استفاده از روش‌های اندازه‌گیری داریم که قادر به سنجش طولی مکرر و به‌طور آرمانی با بسامد نسبتاً بالا هستند. به‌منظور اهداف عملی، مهم است که این روش‌های اندازه‌گیری با هزینه پایینی در دسترس باشند و بازخورد فوری برای درمانگر فراهم کنند. مشاهدات رفتاری درون جلسه‌ای مثال دیرینه‌ای از اندازه‌گیری‌هایی هستند که چنین خصوصیتی دارند. نمونه‌های خوبی از تحلیل رونوشت^۲ و سایر ابزارهای درون جلسه‌ای وجود دارند که شواهدی از فرایندهای کارکردی مهم تغییر ارائه می‌کنند (هسر، وستین، هیز و اندرسون، ۲۰۰۹). با پیشرفت نرم‌افزار تجزیه و تحلیل زبان طبیعی، توانایی درمانگران برای دریافت بازخورد در ارتباط با الگوهای کلامی درمانجویان در جلسه تنها پس از چند دقیقه، در آستانه تحقق است. توسعه روزافزون مقیاس‌های سنجش لحظه‌ای بوم‌شناختی و مقیاس‌های سنجش خودکار، نمونه‌های دیگری از آن هستند. مقیاس‌هایی که فرایندهای تغییر را به این شکل می‌سنجند تا حدودی به این خاطر که می‌توانند بازخورد فوری برای درمانگران فراهم کنند، ارجحیت دارند.

بیشتر مشکلات، به شواهد مربوط به مقیاس‌های خودگزارشی برمی‌گردد. حتی مقیاس‌های خودگزارشی معتبر نیز به‌طورکلی برای استفاده مکرر و فراوان مورد آزمون واقع نشده‌اند و فقط به‌کارگیری مجموعه اندکی از چنین مقیاس‌هایی موجب فرسودگی درمانجو در هر موردی می‌شود.

1. Group Iterative Multiple Model Estimation method
2. transcript analysis

راه‌حل‌های مطرح‌شده، از قبیل استفاده از ماده‌هایی با بالاترین بار و استفاده مکرر از آنها، صرفاً قواعدی سرانگشتی هستند و بر منطق اندازه‌گیری معتبری استوار نیستند. بخشی از مشکل این است که روان‌سنجی و نظریه کلاسیک آزمون^۱ نیز قضیه ارگودیک را نقض می‌کنند (مولینار، ۲۰۰۸a)، اما راه‌حل قطعی برای این مشکل تاکنون ارائه نشده است.

نبایستی مقیاس خودگزارشی را به‌عنوان ابزاری موفق برای سنجش فرایند تغییر در نظر بگیریم، تا وقتی که نشان دهیم در تحلیل‌های طولی با تراکم بالا که بر فرد متمرکزند، کاربرد دارد. فرایندهایی که می‌توانیم در حالات متعدد اندازه‌گیری کنیم - برای مثال، از طریق خودگزارشی و مشاهده رفتاری - نیز به احتمال زیاد فرایندهای نیرومندتری محسوب می‌شوند و از این رو به‌عنوان جایگزینی برای DSM درخور توجه هستند.

قابل تغییر و بافتاری

علم مداخله شکلی از علوم کاربردی است - و از این رو، فرایندهای تغییر (که قابل تغییر هستند و با ویژگی‌های بافتاری که می‌توانیم اصلاح‌شان کنیم، مرتبط‌اند) نسبت به فرایندهایی که فقط متغیرهای وابسته هستند و هیچ ارتباط مشخص و شناخته‌شده‌ای با رویدادهای قابل‌کنترل و قابل دست‌کاری ندارند، ارجحیت دارند. استفاده از اطلاعاتی درباره فرایندهای تغییر مستلزم تمرکز بر رابط بین کنش و بافت تغییرپذیر آن است: تاریخچه‌ای، موقعیتی و درونی.

فرایندهای تغییر توالی‌های کارکردی هستند که ایستا نیستند. شناسایی همبسته‌های تغییر پیامد، گام نخست خوبی است، اما تا در نظر گرفته شدن به‌عنوان روشی برای شناسایی فرایندهای تغییر فاصله زیادی دارد. اگر فرایندهای تغییر بخواهند به‌عنوان جایگزینی برای DSM مد نظر قرار گیرند، در نتیجه این فرایندها باید به‌طرز مستقیم و موفقیت‌آمیزی منجر به انتخاب و پیاده‌سازی هسته‌های اصلی درمان شوند. به این دلیل، باید فرایندهایی را ارجح بدانیم که از بستر بافت و تاریخچه بیرون می‌آیند.

مسیرهای کارکردی تغییر

یک مسیر کارکردی تغییر که از اهمیت برخوردار است، یک «علت» در معنای مکانیکی ساده نیست، زیرا همواره حضور متغیر سوم امکان‌پذیر است و تغییر احتمالاً خطی، یک‌طرفه یا یک‌متغیره نیست. برای مثال، مهم است بین شاخص‌های محض درمان و مکانیسم‌های درمان تمایز قائل شویم. اغلب درمانجویان یاد می‌گیرند از یک نوع روان‌درمانی خاص «خوب حرف بزنند» [اما در عمل شاید این‌گونه نباشد] و اگر مداخله نیرومند باشد، هر اندازه‌گیری از این نوع، «پوچ‌افزاری» تحلیلی از فرایند