

Research Article

Methodology of Inquiring “Therapy Failure” in Psychotherapy Research: Practical Guide for Clinical Practitioners and Researchers

Authors

Hojjatollah Farahani^{1*}, Parviz Azadfallah², Rasol Roshan Chesli³, Masoume Pourmohamadreza-Tajrishi⁴, Forough Esrafilian⁵, Fahimeh Fathali Lavasani⁶, Fateme Chiniforoushan⁷

1. Department of Psychology, Tarbiat Modares University, Iran (Corresponding author).

2. Department of Psychology, Tarbiat Modares University, Iran

3. Department of Clinical psychology, Shahed, University, Iran

4. Department of Psychology and Exceptional Children Education, Pediatric Neurorehabilitation Research Center, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran

5. Department of Psychology, Tarbiat Modares University, Iran

6. Department of Clinical psychology, School of Behavioral Sciences & Mental Health, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

7. PhD in Psychology, Tarbiat Modares University, Iran

Abstract

Receive Date:
07/01/2021

Accept Date:
11/04/2021

Psychotherapy is one of the most important and attractive directions in psychology. Most of the researches are concentrating on the statistical and clinical significance of psychological treatment in comparing a given treatment group with the other groups or placebo ones. It is worth noting that therapy leads always to no positive outcome. Sometimes it makes some clients worse and some of them remain without any change (no change). The therapy failure has been ignored. The focus on statistical and clinical significance which is predominantly evaluated using quantitative pre-post outcome questionnaires remains unclear what this means for clients in their real situations. To do this, it is needed to combine treatment evaluation with quantitative and qualitative outcome measures. This paper aimed to provide a theoretical view and practical steps for inquiring therapy failure: “no changing” and “deteriorating” after receiving therapy. Finding the roots of this failure improvement the theoretical basis in explanation of a psychological disorder and the related psychotherapeutic package. This paper stayed away from theoretical and practical ignorance.

Keywords

Methodology, therapeutic failure, psychotherapy, quantitative, grounded theory method.

Corresponding Author's E-mail

hojjat.farahani2@gmail.com

روش‌شناسی واکاوی "شکست درمان" در پژوهش‌های روان‌درمانی: راهنمای بالینگران و پژوهشگران

نویسندگان

- حجت‌اله فراهانی^{۱*}، پرویز آزاد فلاح^۲، رسول روشن‌چسلی^۳، معصومه پورمحمدرضای
تجربشی^۴، فروغ اسرافیلیان^۵، فهیمه فتحعلی لواسانی^۶، فاطمه چینی فروشان^۷
۱. گروه روانشناسی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران (نویسنده مسئول)
 ۲. گروه روانشناسی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران
 ۳. گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران
 ۴. مرکز تحقیقات توانبخشی اعصاب اطفال، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران
 ۵. گروه روانشناسی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران
 ۶. گروه روانشناسی بالینی و کاربردی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، تهران، ایران
 ۷. دانش آموخته دکتری روانشناسی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران

چکیده

روان‌درمانی یکی از مهمترین و جذاب‌ترین حوزه‌ها در علم روان‌شناسی است. بیشتر پژوهش‌ها بر معناداری آماری و بالینی یک درمان روانشناختی و مقایسه آن با دیگر درمان‌ها یا گروه درمان‌ها تمرکز دارند. نکته مهم این است که یک درمان همواره سبب بهبودی نمی‌شود، گاهی وضعیت درمانجو را وخیم‌تر می‌کند و گاهی درمانجو "بدون تاثیر" از آن برجا می‌ماند. این "وخامت زایی" و "بی‌تغییری" (شکست درمانی) در بررسی درمان‌های روانشناختی مغفول مانده‌اند. تمرکز بر معناداری آماری که از طریق ارزیابی میانگین پیش-پس‌آزمون کمی پرسشنامه‌ای انجام می‌شود تغییرات درمانجو در موقعیت واقعی را در محاق می‌کشد. هدف از این مقاله فراهم‌سازی بینش نظری و گام‌های عملی در واکاوی شکست درمان - "بی‌تغییری" - یا "وخامت زایی" است. یافتن ریشه‌های این شکست سبب بالندگی نظری در شناسایی یک اختلال روانشناختی و بسته‌درمانی مرتبط می‌شود. در این مقاله از رهاشدگی نظری و وانهادگی کاربردی دوری شده است.

تاریخ دریافت:

۱۳۹۹/۱۰/۱۸

تاریخ پذیرش:

۱۴۰۰/۰۱/۲۲

کلیدواژه‌ها

روش‌شناسی، شکست درمان، روان‌درمانی، پژوهش کیفی، نظریه داده-بنیاد.

نشانی پست الکترونیکی

نویسنده مسئول

h.farahani@modares.ac.ir

مقدمه

نظر افکندن بر اثر بخشی^۴ و یا کارآمدی^۵ درمان های روان شناختی گزیده اند، آزمون های معناداری آماری و معناداری بالینی را به کار می‌گیرند. آزمون های آماری نشانگری از پایستگی^۶ درمان اندازه گرفته شده پنداشته می‌شود، معناداری آماری در نگاهی ساده، نشان می‌دهد که یک نتیجه درمانی بزرگتر از آن است که تنها از شانس برخیزد. درک ژرف پیامد منفی درمان برای بالینگران و پژوهشگران از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است؛ اما وزن سنگین توجه در تجربه بالینی و در گزارش آن بر تغییرات مثبت گرایش دارد و بر عدم نمود با شکست درمان تکیه نشده یا آنچه‌ان که لازم است تاکید نشده است و در بیشمار پژوهش درمانی منتشر شده مستور و کمرنگ است [۸].

عدم معناداری نتیجه یک درمان

یک خطای همه گیر که در بیان پژوهش‌های روان درمانی دزدیده و آهسته جای گزیده و ریشه در عمق علم روانشناسی دوانده، این است که پژوهشگران یافته های غیر معنادار پژوهش خود را در پستوی یادداشت‌های خود نهان کرده اند. این پدیده در روش‌شناسی پژوهش اثر کشوی میز^۷ نام گرفته است، از دیگر سو، مجله‌هایی نیز راه را برای انتشار یافته های غیر معنادار آماری بسته‌اند، این پدیده به سوگیری انتشار^۸ نام برده گرفته است. این دو خطا می‌تواند برای علم درمان در روانشناسی مهلک باشد و این علم را هک^۹ کند.

گزارش‌دهی یافته‌های بی فرجام^{۱۰} و غیر معنادار آماری مضر نیست، بلکه گستره نظری علم را استوار می‌سازد [۹]. در ذهن داشتن این نکته اهمیت دارد که گزارش دهی و انتشار «نیست یافته‌ها»^{۱۱} سبب می‌شود که علم برفراز زمان بالنده شود؛ زیرا «نیست یافته» خود یافته‌ی ارزشمندی است که اگر تکرار گردد، برای پژوهشگران در کنارگذاری یک نظریه روانشناسی یا یک روش درمان، ساز و برگی نظری و تجربی به بار می‌آورد [۱۰].

مفهوم یک یافته‌ی غیر معنادار آماری

در پهنه مفاهیم ذهنی و در چهارچوب شناخت‌شناسی، توجه به این نکته شایان توجه است که همواره برداشت از حقیقت هم‌تا و هم‌سان با حقیقت نیست. هر انسانی از نخستین روزهای زندگی خود در جستجوی شناخت حقیقت است؛ اما شناخت وی تنها در گستره برداشت او محدود می‌شود. گرچه این برداشت برای او واقعیت و حتی در بسیاری از موارد قداست دارد، گاهی فرسنگ‌ها دور از حقیقت ناب و اصیل است. این پدیدار تنها در برداشت‌های روزمره نمایان نیست؛ بلکه در پژوهش‌های علمی و در میدان کاربست روش‌شناسی علمی نیز قابل ردیابی است. اگر بهره‌مندی از روش‌شناسی علمی نیز تنها به برداشتی از حقیقت منتهی می‌گردد، خشک‌اندیشی نسبت به آن گاهی در ترادف با جهل‌ورزی است. این سخن به معنای به زیر کشیدن تلاش‌های علمی و تجربی نیست، بلکه تأکید بر این نکته مهم است، که پژوهشگر به جای قداست‌ورزی بر یافته‌های حاصل از کاربست روش‌های علمی، بر اهمیت کم کردن فاصله بین برداشت از حقیقت و حقیقت واقف باشد.

نتیجه منفی با نتیجه نگرفتن از درمان بخش انکار ناپذیری از تجربه بالینی بالینگران است. برآورد شده است که وضعیت ۵ تا ۱۰ درصد بیماران در فرایند درمان روان شناختی روبه وخامت می‌نهد [۱،۲]؛ و وضعیت نزدیک به ۳۵ تا ۴۰ درصد آنها در مداخله های درمانی رو به بهبودی نمی‌گراید [۲]. باید دانست، درک یگانه‌ای از نتیجه منفی یک درمان در دست نبوده و همداستانی در تعریف "شکست درمان" از نظر همگان وجود ندارد [۳]. پیامد منفی^۱ و با اثر درمانی منفی^۲ کم و بیش یکی دانسته می‌شوند، هر چند که آنها هم‌سان نیستند، پیامد منفی ضرورتاً از درمان سرچشمه نمی‌گیرد [۴،۵]. «اثر درمان» و «پیامد آن» بسته به نظرگاه^۳ (بیمار، درمانگر، پژوهشگر)، نوع پیامد (نشانگان، کیفیت زندگی)، روش اندازه‌گیری (کمی یا کیفی) و زمان اندازه‌گیری تاثیر و کارآیی درمان (پس از درمان یا پیگیری) گوناگون مفهوم سازی می‌شود [۶]. بسیاری از پژوهشگران و درمانگران و گاه درمانگران پژوهشگر با روشها و ملاک‌های لازم برای شناسایی شکست درمان و پیشگیری از رخداد آن بیگانه اند [۷]. در پژوهش‌های جدید روان درمانی، خطاهای درمانی بالینگران توجه فزاینده ای یافته اند [۸].

پژوهش‌هایی که پیامد درمان را تکیه گاهی استوار برای

4. Effectiveness

5. Efficacy

6. Reliability

7. File-drawer effect

8. Publication bias

9. Hack

10. Inconclusive

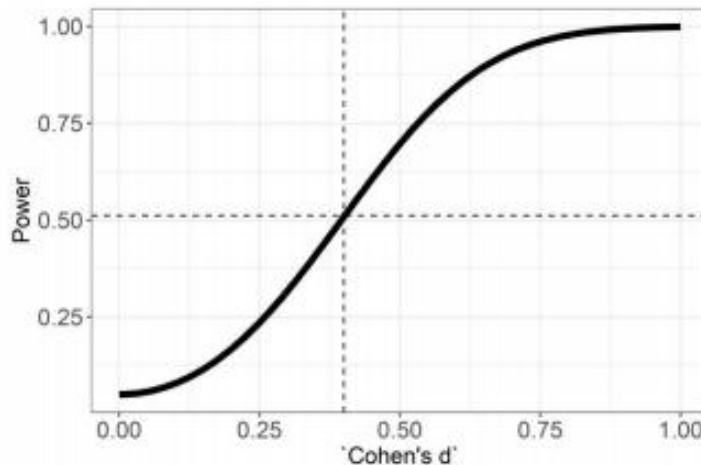
11. Null findings

1. Negative outcome

2. Negative therapeutic effect

3. Perspective

اثر ممکن است بسیار کوچک و ناچیز یا اصلاً غایب باشد. دلیل نخست را با «توان آزمون» می‌توان توضیح داد، فرض کنید که برای مقایسه دو گروه از آزمون t مستقل استفاده شده باشد و اندازه اثر (d کوهن) $0/4$ باشد (مقدار مورد قبول در پژوهش‌های روان‌شناسی این مقدار است [۱۱]). در این شرایط مقدار توان $0/5$ است یعنی فقط در ۵۰ درصد موارد یک اثر معنادار را خواهیم یافت. به سخن دیگر، با توان آزمون این چنین اندک، یافتن نتیجه، همسنگ با پرتاب یک سکه است [۸]؛ (شکل ۱).



شکل ۱. رابطه توان آزمون آماری و اندازه اثر در آزمون تی دو نمونه مستقل

آماري و تفسیر نتایج آماری نیز بدون تأسی از واقعیت‌های نظری و خردورزی انحراف از حقیقت است. به سخن دیگر پژوهشگر باید آمار را در خدمت نظریه بداند و نه آنکه آن را ارباب نظریه در نظر گیرد. در هر حال برخی پژوهشگران، برای اجتناب از تحریف روابط ناب، گریز از ابهام در نتایج آماری و افزون ساختن درستی برداشت از حقیقت، مفهوم معناداری کاربردی یا بالینی را به میان آورده‌اند.

معناداری بالینی

معناداری بالینی یا کاربردی نشان می‌دهد که آیا یک اثر آماری به لحاظ بالینی نیز از اهمیت برخوردار است یا خیر؟ (تغییر به سوی سطح نرمال از عملکرد) [۸ و ۱۲]. بطور کلی معناداری آماری در چهار مقوله جای می‌گیرد (۱) درمان یافتگی^۱ (تغییر بالینی معنادار) (۲) بهبود یافتگی^۲ (تغییر پایدار)، (۳) تغییر نیافتگی^۳، (۴) وخامت یافتگی^۴ (تغییر پایدار در جهت منفی). بررسی کارآمدی و اثر بخشی‌های درمان، عمدتاً از طریق روش

پژوهشگران زمانی از «نیست یافته» سخن به میان می‌آورند که آزمون‌های آماری معنادار نشوند ($p > 5\%$) و بیشتر، نتیجه غیرمعنادار آماری را شاهدهی بر عدم اثر مورد بررسی در پژوهش تلقی می‌کنند [۱۱]. این گونه تفسیر از عدم معناداری آماری گمراه کننده است چرا که، یک اثر غیر معنادار دست کم به دو دلیل در پژوهش ظاهر می‌شود؛ نخست آنکه، ممکن است اثری وجود داشته باشد اما نادیده انگاشته شود زیرا شواهد به دست آمده از یک نمونه خاص ممکن است آنچنان که باید قوی نباشد؛ و دوم اینکه، یک

بررسی منابع نشان می‌دهد که باید حجم نمونه را به گونه‌ای تعیین کرد که توان دست کم ۹۰-۸۰ درصد باشد. بنابراین عدم معناداری آماری بر اساس ارزش p درحالی که توان آزمون کم است نشان نمی‌دهد که یک اثر نیست، بلکه نشان می‌دهد که آن اثر از دیدگان پژوهشگر به سبب توان اندک آزمون آماری نهان مانده است. البته باید توجه داشت که سازوکارهای افزایش توان آزمون مبتنی بر تفکر و دانش نظری پژوهشگر است. به سخن دیگر، برای محقق نزدیک شدن به حقیقت بیش از معناداری رابطه اهمیت دارد. بنابراین هر گامی که درستی برداشت او از حقیقت را مختل سازد، حتی اگر با معنادار شدن تحلیل‌های آماری همبسته باشد، نوعی خودفریبی است. باید توجه داشته باشیم که گاهی بالا بردن ناروای توان آزمون، امکان سایر خطاهای تصمیم‌گیری را افزایش می‌دهد و بزرگ‌نمایی اندازه‌های کوچک رابطه را در پی دارد. از دیگر سو، باید توجه داشت که استناد بی‌اندیشه به یافته‌های آماری صرف، نه تنها در جهت کشف واقعیت نیست، بلکه گاهی همسو با تحریف آن است. بدیهی است که پژوهش‌گری در هیچ لحظه‌ای حرکتی بی‌تأمل و تدبیر نیست و اگر بپذیریم که تلاش‌های علمی در مسیر نظریه‌پردازی حرکت می‌کنند، استفاده از روش و مدل

1. Recovery
2. Improvement
3. No changed
4. Deterioration

تغییر است حاصل می‌شود، همیشه رضایت بیماران از وضعیت خود با این یافته‌ها همسو نیست.

وربارت و همکاران (۲۰۱۵) نشان دادند که فقط ۳ بیمار از ۲۰ بیماری که درمان نیافته‌اند یا درمان اثر وارونه‌ای بر آنها گذارده بود نارضایتی خود از درمان را نشان می‌دهند. با این حال پیوند بین ارزیابی کمی و کیفی از درمان و نتایج آن روشن نیست [۲۳]. در پژوهش‌های مبتنی بر روش‌های آمیخته که در چندین سال گذشته انجام شده است، چگونگی پیوند تجارب بیماران با ارزیابی کمی نتیجه یک درمان آنگونه که باید، بررسی نشده است [۸].

پژوهش‌های متعدد و از جمله مک الونی و تیمولاک (۲۰۱۳) نشان داده‌اند که تفاوت ناچیزی بین بیماران "درمان شده"، "بهبود یافته"، "بی تغییر" و "وخامت یافته" بر اساس تجارب آنها از درمان وجود دارد.

عمده پژوهش‌های مبتنی بر کارآمدی و اثر بخشی درمان متمرکز بر روش‌شناسی کمی بوده‌اند و نتایج این نوع پژوهش‌ها، برای بررسی و تبیین پدیدآیی دو گروه "مقاوم به درمان" و "وارونه درمان‌پذیر" پس از درمان ناکام و ستروانند. بنابراین نیاز به بررسی ویژه‌ای با طرحی نو به میان می‌آید؛ چراکه از رهگذر طرح‌های آزمایشی موجود، این واکاوی شدنی نیست [۱۷].

از این رو، گروهی که بیماری آنها پس از روان‌درمانی به وخامت می‌گراید و گروهی که "بی تغییر از درمان" بر جای می‌مانند نیاز به بررسی ویژه دارند.

بررسی تجارب پسادرمانی این دو گروه می‌تواند چشم اندازی متفاوت از کاربست‌ها و تلویحات موثر درمانی، جنبه‌های پوشیده درون-بیمار، درون-درمانگر موثر در درمان‌پذیری یا وارونگی درمانی یک روش درمانی را برای پژوهشگران حوزه درمان برگشاید. پژوهشگرانی به بررسی این نکته پرداخته‌اند؛ از جمله لمبرت (۲۰۱۱)، مک الونی و تیمولاک (۲۰۱۳) دوسمت و مگانک (۲۰۱۹). برای بررسی "شکست درمان" در پژوهش‌های روان‌درمانی، می‌توان طرح‌های پژوهشی متفاوتی در نظر گرفت.

روش‌شناسی‌ای که نگارندگان این مقاله بر آن انگشت تأکید دارند، می‌تواند از جلوه‌های نوین، عمیق و نهفته تأثیرات روان‌درمانی در قالب یک پژوهش عمیق کیفی پرده بردارد. این روش‌شناسی با جزئیات در ادامه توضیح داده می‌شود.

مروری بر روش‌شناسی واکاوی پدیده "شکست اثر روان‌درمانی"

در این مقاله بطور خلاصه کوشش بلیغی شده است تا در قالب چهارچوبی معین برای پژوهشگران علاقه‌مند به این حوزه، پیرنگی نظری در پیوند با کاربست عملی فراهم آورده

شناسی کمی انجام می‌پذیرد. ارزیابی کمی پیش‌آزمون - پس‌آزمون پیامد درمانی به سبب تکیه بر مقیاس‌های درجه بندی تک بعدی و عمدتاً مبتنی بر نشانگان اختلال، زیر تیغ نقد قرار دارد، زیرا این نظرگاه، تنها یک تقریب نارسا از ماهیت چند بعدی عملکرد انسانی بدست می‌دهد [۱۳،۱۴،۱۵].

این ناهمداستانی میان نتیجه اندازه‌گیری شده یک درمان با یک پرسشنامه یا آزمون و آنچه در زندگی روزمره بیماران اهمیت دارد، مسأله‌ای بس مورد پرسش است؛ زیرا نمره نهایی بیمار، ممکن است در گستره غیر بالینی واقع شود، اما این نمره نشان دهنده کارکرد آن فرد نیست [۱۳]. برای درک آنچه در نمرات واقعاً تغییر کرده است بافتار زندگی فردی باید مورد ریز نگری قرار گیرد [۸،۱۶].

از دهه‌های پیشین تاکنون انبوهی از پژوهش‌های کیفی با هدف چیرگی بر این بن بست پژوهشی انجام شده است. پژوهش‌های کیفی متمرکز بر تجارب بیماران از نتیجه درمان، تصویر گونه‌گونی از تغییرات وابسته به درمان به دست داده‌اند [۱۷]. پژوهش‌های کیفی که در مورد روان‌درمانی نیز به سامان رسیده‌اند، بر تجارب بیماران از درمان تکیه دارند که هدف آن شناسایی جنبه‌های بالندگی درمان یا بازدارندگی آن است (مک لود، ۲۰۱۳). مولفه‌های بازدارندگی یک درمان که بیماران از آن سخن به میان می‌آورند به ویژگی‌های نابالنده‌ساز^۱ درمان‌گر مانند بی‌ثباتی، پاسخگو نبودن، بی‌هدفی و پنددهی در درمان و مشکلاتی در بیماران اشاره دارد که آنها در بیان احساسات، تعهدناپذیری، بی‌انگیزی و کم‌رنگی اعتماد خود و درمانگر از خود نشان می‌دهند [۱۸،۱۹]. از دیگر سو، اکتشاف مشکلات بیمار با کمک درمانگر و تجربه همدلی، تفاهم و گفتگوی هدفمند در رابطه درمانی برای بیماران به عنوان جنبه‌های بالنده‌گر پنداشته شده‌اند [۲۰،۲۱].

باید یادآوری کرد که تاکنون تعداد بسیار اندکی از پژوهش‌های کیفی حتی با اهداف گفته شده در مجلات روانشناسی داخلی به چشم می‌خورد.

یافته‌های پژوهش‌های کیفی در مورد نتایج درمان‌های روانشناختی، نتایج متفاوتی را از آنچه معمولاً واری‌های کمی نمایان می‌سازند، برجسته ساخته‌اند. بیماران در نحوه ی مصاحبه بیشتر درمان را به باد انتقاد می‌گیرند؛ مثلاً از ناامیدی در مورد مشکلات اصلی و پایدار خود یا تردیدی فرساینده از مفید بودن درمان سخن به میان می‌آورند [۲۲]. باید توجه داشت که یافته‌های پژوهش‌ها، حاکی آن است که رضایت بیماران از درمان با تغییرات در نمرات نهایی مرتبط نیست. به سخن دیگر، گرچه نمراتی که نمایانگر

^۱ . Contra-productive

شود.

از تحلیل^۲ (حداقل ۰/۷) اطمینان پیدا کرد. باید به خاطر داشت حتی در صورت کفایت حجم نمونه نمی‌توان گفت که تفاوت معنادار نشان دهنده اثر بخشی یا کارآمدی درمان است، زیرا آزمون معناداری فرضیه صفر^۳ (NHST) تا حد بسیار زیادی تحت تأثیر حجم نمونه است [۲۴، ۲۵].

به عبارت دیگر ارزش P متأثر از حجم نمونه (n) و اندازه اثر (ES) است:

$$P=f(ES, n)$$

اندازه اثر همان معناداری بالینی و کاربردی است. بسیاری از صاحب نظران به اهمیت اندازه اثر تأکید دارند [۲۵]، اگر اندازه اثر کوچک باشد اما حجم نمونه بسیار بزرگ باشد، ارزش P از نظر آماری معنادار می‌شود. بنابراین تفسیری درست از معناداری مستلزم توجه توأمان حجم نمونه و اندازه اثر است [۲۶].

به این مثال شگفت‌انگیز از روزنتال و روزنو (۱۹۸۹) توجه کنید که آنها چگونه نتیجه مخوف بی‌توجهی به اندازه اثر و تنها تمرکز بر سایه سنگین ارزش P را روشن کرده‌اند. در یک پژوهش در مورد تأثیر داروی اسپرین بر کاهش حمله قلبی در مقایسه با دارویی دیگر دو گروه از مردان انتخاب شدند (گروه اول ۱۱۰۳۴ مرد و گروه دوم نیز ۱۱۰۳۷ مرد)، مقایسه نتایج تفاوت معناداری ($p < .000001$) در مورد این دو دارو نشان داد که حاکی از تأثیر فوق‌العاده داروی دوم بود. با این همه، این درمان بر اساس معناداری بالینی (اندازه اثر) بسیار متفاوت و دور از اثربخشی درمانی بود؛ زیرا اندازه اثر آن ۰/۰۱۱ بوده است. بنابراین، معناداری آماری و معناداری بالینی قصه‌های متفاوتی برای پژوهشگر دارند [۲۷]. بنابراین باید توجه داشت که تفسیر عدم معناداری آماری به نبود اثر یک "نیستی‌نمایی"^۴ است. این نیستی‌نمایی توان آسیب به علم را در خود دارد.

۲. دسته بندی پیامد کمی درمان بر اساس متغیر

وابسته. در این گام لازم است که بر اساس شاخص پایایی بالینی^۵ (CRI) و تغییر معنادار بالینی شرکت کنندگان براساس برون داد درمان دسته بندی گردند، به این منظور راههای مختلفی وجود دارد که رایج ترین آنها عبارتند از: شاخص تغییر پایا^۱ که از طریق فرمول زیر برای هر شرکت کننده در درمان محاسبه می‌شود.

$$RCI = \frac{(X_{post} - X_{pre})}{\sqrt{rSE}}$$

$$SE = SD \sqrt{1-r}$$

2. Observed power

3. Null hypothesis statistical testing

4. Nullification fallacy

5. Clinical reliable index

مسأله و پرسش‌های پژوهشی

پژوهشگران علاقه مند به این خط پژوهشی عمدتاً با هدف بررسی مسایلی مانند (۱) بیماران کدامیک از تغییرات احتمالی را تجربه کرده‌اند و کدام عامل می‌تواند این تغییرات را از دید آنها توضیح دهد؟ (۲) کدام یک از مشکلات احتمالی بر جا مانده‌اند و کدام عوامل می‌توانند این مشکلات را در این بیماران تبیین کنند؟ (۳) چگونه دیدگاه بیماران از عدم بهبودی شدت نشانه‌ها با ارزیابی کمی نتیجه آن (عدم تغییر ناپایدار) مرتبط می‌شود؟ به این پژوهش مبادرت می‌کنند.

گام‌های اجرایی

۱. طراحی و اجرای درمان در قالب طرح‌های کمی.

پژوهشگر نخست یک پژوهش کمی در مورد اثر بخشی یا کارآمدی روش درمانی را در قالب یک طرح آزمایشی یا کارآزمایی بالینی تصادفی شده^۱ (RCT) اجرا می‌کند و نتیجه آن را با استفاده از دو روش (۱) معناداری آماری و (۲) معناداری کاربردی (بالینی) گزارش می‌دهد. اگرچه این روش‌شناسی ظرافت‌های پنهانی دارد که پرداختن به آنها در این مقال نمی‌گنجد (می‌دانیم که خوانندگان این مقاله در جزیره نارگیل دنبال نارگیل نمی‌گردند!)، استفاده از این روش بسیار روشن و متداول است. به دیگر سخن، معمولاً از آزمون‌های آماری پارامتری، همچون تحلیل کواریانس (در صورت برقراری مفروضه‌های لازم برای در نظر گرفتن پیش-آزمون به عنوان متغیر همپراش)، تحلیل واریانس اندازه‌های مکرر، تحلیل واریانس آمیخته و یا آزمون‌های آماری ناپارامتری بر روی نمرات افزوده (تفاضل) استفاده می‌شود (البته اگر از p-value راضی هستید!). اما باید توجه داشت که استفاده از این روش‌ها محدودیت‌های p-value را در پی دارد.

آنچه در معناداری آماری حائز اهمیت است این است که توان آماری کافی باشد؛ زیرا p-value از توان آماری اثر می‌پذیرد و یادآور می‌گردد که حداقل توان آزمون آماری در پژوهش‌های رفتاری ۰/۷ است [۲۴].

ساده‌ترین راه برای تعیین حجم نمونه مکفی در پژوهش‌های آزمایشی و RCT استفاده از نرم‌افزار G*power است.

پس از انجام پژوهش، لازم است که از کفایت توان پس

1. Randomized controlled trial

براساس آنچه تاکنون گفته شد در این گام باید دو شرط احراز شود تا فرد بهبود یافته پنداشته شود:

(۱) تغییر پس‌آزمون - پیش‌آزمون باید پایا باشد و (۲) نمره باید از توزیع بیماری خارج و به توزیع غیر بیماری وارد شود. اگر فردی هر دو ملاک را دریافت کند "درمان شده"، اگر فقط ملاک شاخص تغییر پایا را داشته باشد "بهبود یافته"، و اگر ملاک تغییر پایا را احراز نکند "بی‌تغییر" و اگر شاخص تغییر پایا در جهت منفی روی دهد "وخامت یافته" نامیده می‌شود.

براساس نمرات حاصل از آزمون و مقیاس مورد استفاده و شاخص تغییر پایا و نقطه برش اصطلاح "شکست درمان" یا "وارونگی اثر درمان یا وخامت نهادگی" مشخص می‌شود. باید توجه داشت که در پژوهش‌های درمان روان‌شناختی گروه "بدون تغییر" و گروه "وخیم"، عموماً بطور جداگانه‌ای بررسی می‌شود؛ چرا که فرض این است که پدیده "بهبود نیافتگی" و «وخامت نهادگی» تلویحات بالینی متفاوتی دارند [۲۱] (شکل ۱).

X_{post} : نمره پس از درمان

X_{pre} : نمره پیش از درمان

SE: خطای استاندارد و اندازه‌گیری

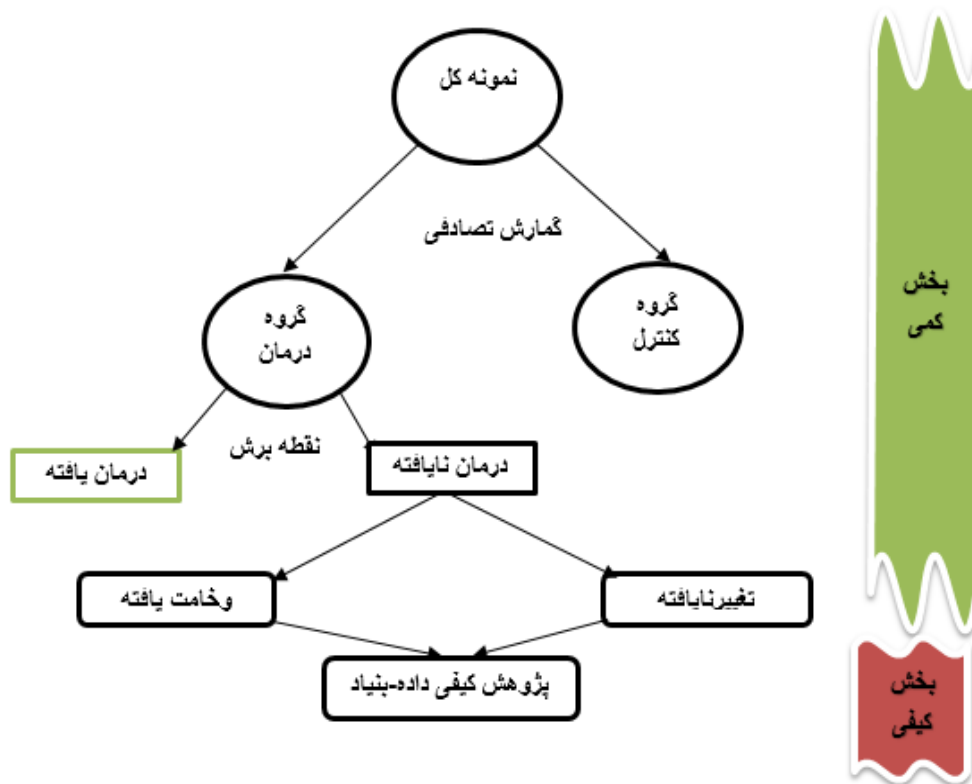
r: ضریب اعتبار آزمون

SD: انحراف استاندارد تفاوت نمرات

اگر مقدار RCI در یک شرکت کننده کمتر از $1/96$ باشد، آن فرد با $P < 5\%$ تغییر پایایی را نشان داده است. گام دیگر تعیین معناداری بالینی برای برآورد یک نقطه برش برای جداسازی فرد بیمار از فرد سالم است. برای این منظور نیز روش‌های مختلفی پیشنهاد شده است برخی از این روش‌ها بسیار حساسیت بالا یا ویژگی پایایی دارند. یکی از روش‌های بهتر روشی است که جیکوبسن (۱۹۸۴) پیشنهاد می‌کند [۲۷].

$$\text{نقطه برش} = \frac{(SD_{\text{بیمار}} \times M_{\text{بیمار}}) + (SD_{\text{بیمار}} \times M_{\text{بیمار}})}{(SD_{\text{بیمار}} + SD_{\text{بیمار}})}$$

6. Reliable change index



شکل ۲. مراحل اجرای پژوهش

یا علت مشخصی برای درمان نیافتگی یا وخامت‌گرایی آنها وجود دارد (که ارتباطی به روش درمان ندارد) خارج کند.

لازم است پژوهشگر در این مرحله ملاک‌هایی را در نظر بگیرد، مثلاً کسانی را که در چند جلسه درمانی حضور نیافته

استراس و کوربین برای پژوهشگران علوم روان‌شناختی مخصوصاً نوپژوهشگران مفید و آسان تر است. در مورد مصاحبه نیز باید یادآوری کرد که مصاحبه در هر مورد باید با توجه به شرایط شرکت‌کنندگان و متغیرهای مورد بررسی تطبیق داده شود و برخی از مصاحبه‌ها به عنوان مصاحبه اولیه اجرا و مورد بازنگری قرار می‌گیرد. کدها (سرنخ) ها می‌تواند در متن^۷ یا بر متن^۸ (استنباط از متن) باشد (سرنخی که عیناً از متن استخراج می‌شود) مراحل اجرای نظریه ی بر پایه استراس و کوربین به طور خلاصه به شرح زیر است.

سرنخ یابی اولیه (باز)^۹

در این مرحله، پژوهشگر در داده‌ها غرق می‌شود و از رهگذر خواندن و بازخوانی مکرر، بخش‌های مرتبط از مصاحبه که مرتبط با مسأله پژوهش یعنی "شکست درمان" است شناسایی می‌شود (انتخاب واحدهای معنایی، جیورجی و جیورجی، ۲۰۰۳) برچسب‌ها به بخش‌هایی از متن داده می‌شود، مسائلی که از عوامل درمانی یا دیگر تأثیرات بیان شده در مصاحبه و در تجربه بیمار تغییر یافته یا بی‌تغییر مانده‌اند بررسی می‌شوند. مسائل نامرتبط با تغییر در تجربه بیمار، بهزیستی و درمان او حذف می‌شوند. می‌توان از نرم افزار هم برای سرنخ یابی و کنارگذاری بخش‌های نامرتبط در این مرحله بهره برد نرم افزار Nvivo یا MaxQDA نمونه‌هایی از آنها هستند. در این گام اولین طبقه بندی شامل تغییرات تجربه شده، مسائل حل نشده اثرهای درمان، بافتار اجتماعی، فرهنگی و خانوادگی حاصل می‌آید.

سرنخ یابی محوری (میانی)^{۱۰}

در این مرحله بن‌مایه‌های مرتبط و خرده بن‌مایه‌های مرتبط (هم خانواده) کشف و در هم خلاصه می‌شوند. زیرا کدها پیرامون محوریت مقوله انجام می‌شود، پیوند مقوله‌ها در این مرحله در سطح ویژگی‌ها و ابعاد انجام می‌گیرد [۲۸]. در پایان این مرحله است که پژوهشگر به دنبال تصویر و استعاره‌ای روشن است که کمک می‌کند تا او مقوله‌های و ساز و کارهای اصلی را صید کند. آنچه از روایت بیماران نمایان شده است (مثلاً گیر افتادگی، دو سوگرایی انگیزه - عمل، بن بست) تشکیل دهنده این مقوله‌ها است. این مقوله‌ها در گام بعدی توسعه یافته و ناب می‌شوند.

سرنخ یابی پیشرفته (انتخابی)^۱

گام آخر: تحلیل کیفی پدیده شکست درمان. پس از اجرای موفق گام‌های پیشین؛ در این مرحله پس از انتخاب نمونه مورد هدف "درمان نیافته" یا "وخامت یافته"، پژوهشگر در پی واکاوی سبب‌ها، عوامل و پایه‌های زمینه ساز، مداخله گر و راهبردهای بیمارانی است که اثر درمان را به وادی شکست و ناکامی کشانده است. یکی از طرح‌های مناسب برای رسیدن به این مقصود نظریه‌ی بر پایه^۱ یا داده بنیاد (استراس و کوربین، ۲۰۱۵) است، در این روش کیفی پژوهشگر سنگ بنای نظریه‌ای را بر پایه داده‌های کیفی بدست آمده از طریق مصاحبه با این بیماران، در بافتاری مشخص فراهم می‌سازد (به همین دلیل نظریه زمینه‌ای هم نام گرفته است)، نظریه‌ای که یک نظریه کلی^۲ و در نتیجه ناشاف نیست؛ بلکه یک نظریه مبتنی بر بافت و واکاونده^۳ است. ذهن پژوهشگر در این روش مانند زنبوری است که بر گلهای پراکنده‌های از داده‌های رویداده در گستره تجربی اذهان افراد، فرود می‌آید و با تلفیق این شاهدهای پراکنده عسل نظریه را تولید می‌کند که در درک یک پدیده بسی رهگشاست. نظریه ی بر پایه یک روش پژوهش کیفی تفسیری و واکاونده است [۲۸].

هدف آن ساخت نظریه‌ها یا منطق و استدلال نو بر پایه داده‌ها است. در اینجا گزاره‌ای معناداری که در مصاحبه با بیماران بدست می‌آید همان داده‌ها یا ریزدادگانی است که پژوهشگر از آنها مفهوم و بن‌مایه‌های^۴ بدیعی را بیرون می‌کشد [۲۹ و ۳۰]؛ با استفاده از این روش مدلی مفهومی پر مایه از "شکست درمان" بدست می‌آید که تغییرات تجربه شده در بیمارانی که زیست درمانی داشته‌اند و عوامل اکتشافی آن را در بر می‌گیرد. این روش شامل مراحل است که در فحوای آن مراحل، پدیده "شکست درمان" از کلام شرکت‌کنندگان اکتشاف و بن‌مایه‌های مستور در آنها از رهگذرالگوی پایین^۵ (متن مصاحبه‌ها) به بالا^۶ (اکتشاف بن‌مایه) برای ظهور نظریه‌ای مبتنی بر متن، بافت و فرهنگ برمی‌خیزد.

پژوهشگر در مورد هر شرکت‌کننده اطلاعاتی مانند اطلاعات جمعیت شناختی، دوره درمان و هرچه به او کمک خواهد کرد را از هر شرکت‌کننده پرسش و یادداشت می‌کند. سپس مصاحبه با رعایت مسائل اخلاقی و رضایت آگاهانه از بیمار ضبط و سپس رونوشتی از آن فراهم می‌شود. لازم به یادآوری است که برای انجام نظریه ی بر پایه، رویکردها و روشهای مختلفی وجود دارد که رویکرد

1 . Grounded theory method

2 . Grand theory

3 . Explorative

4. Thems

5 . Bottom

6. Top

7. Vivo

8. Constructed

9. Initial(open) coding

10. Intermediate(axial) coding

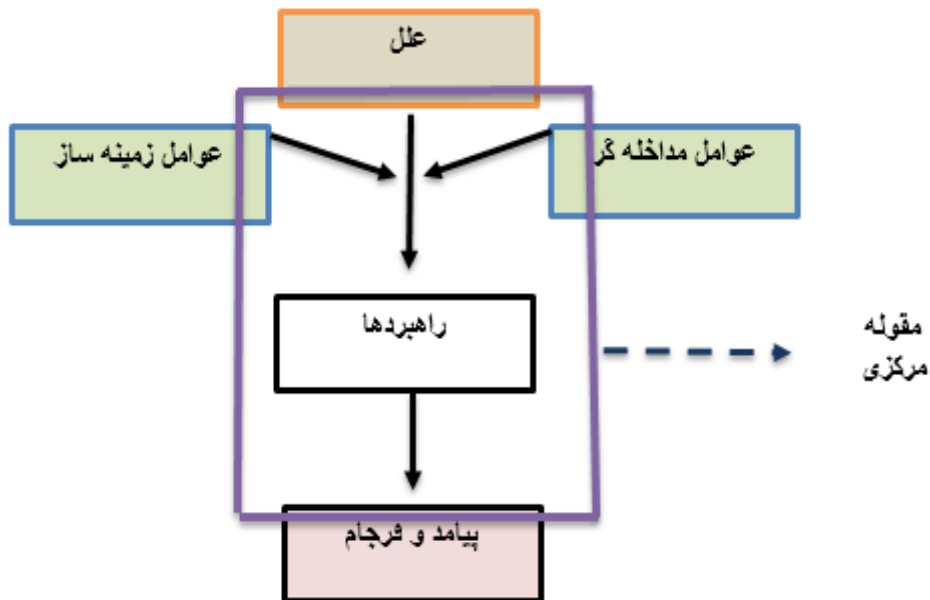
این مدل پارادایمیک استفاده کرد. می‌توان مدل فرضی را به عنوان نتیجه پژوهش ارائه کرد، هر چند این مدل دارای انعطاف کافی است و بسته به مورد می‌تواند تغییر کند و نکته مهم این است که می‌توان "شکست درمان" را از دید درمانگران یا درمانجویان یا هر دو بررسی و مدل‌های مختلفی ارائه کرد، همچنین می‌توان شکست درمان را در فرآیند یا در نتیجه درمان بالینی، مدل سازی کرد.

براساس مدل پارادایمی استراس و کوربین می‌توان نتیجه حاصل از مصاحبه و پس از طی فرآیند کدگذاری و یافتن بن مایه های اصلی و مقوله مرکزی از شکل زیر استفاده کرد. این مدل کمک می‌کنند تا نتایج در قالب یک کلیت جامع، درک پذیر از علل، عوامل زمینه ساز، عوامل مداخله گر، راهبردها و پیامدها رافراهم می‌سازد.

این مرحله شامل فرآیند در هم تنیده سازی و ناب سازی مقوله های حاصل از مرحله پیشین است در این مرحله نظریه یا مدل نهایی پایه پا به عرصه ذهنی پژوهشگر می‌گذارد. لازم به یادآوری است که نظریه در این جا یک مدل مفروض کیفی در تفسیر و تحلیل پدیده‌ای در بافتی مشخص است؛ نه یک نظریه جهانی و کلی. پس از پایان رساندن نظریه، عبارتهای مناسب و با ارزش برای توصیف مقوله‌ها و محتوای عمیق در نشان دادن مقوله‌های مختلف و تأثیرات و روابط میان آنها انتخاب می‌شود.

لازم به یادآوری است که هدف از نظریه‌برپایه یافتن علل، عوامل زمینه ساز و ساختاری، عوامل مداخله گر راهبردها و پیامدها و فرجام پدیده مورد واکاوی است. می‌توان در مرحله آخر و مرحله سر نخ یابی انتخابی از

1. Advanced (selective) coding



شکل ۳. مدل پارادایمی استراس و کوربین

معناداری آماری صرفاً نشان دهنده صرفاً " نشان دهنده‌ی بخشی از واریانس نمرات توسط روش درمانی مورد بررسی است و نه تأثیر آن. این روش در پژوهش‌های روان شناختی افراد اثر ناپذیر از درمان یا وارونه درمان شده از دید دریافت کنندگان درمان (بیماران) و ارائه کنندگان (درمانگران) بررسی مبتنی بر بافت و عمق می‌شوند واز عوامل اکتشافی، بافتاری، زمینه مداخله گر و راهبرد و پیامدها در یک قالب مفهومی در دو بخش نتیجه درمان و فرآیند درمان پرده بر داشته می‌شود.

منابع

نتیجه گیری

تکیه بر روشهای کمی در تعیین اثربخشی و یا کارآمدی یک درمان با مقایسه نمرات پیش آزمون و پس آزمون، بخش مهمی از یافته‌ها از جمله بی تأثیری و وخامت زایی یک درمان را از چشمان پژوهشگر نهان می‌سازد. بنابراین پس از این نوع پژوهش‌ها در قالب یک پژوهش کیفی از جمله نظریه داده بنیاد یا برپایه می‌توان علل این شکست را در افراد بررسی عمیق و مدل‌سازی کرد. این مدل سازی مفهومی و نظری می‌تواند شکاف میان پژوهش‌های دانشگاهی و کوشش‌های درمانی را پر کند. معناداری آماری لزوماً معناداری بالینی را تعیین نمی‌کند و از دیگر سو

- 455–462.
14. Kazdin, A. E. Arbitrary metrics: implications for identifying evidence-based treatments. *Am. Psychol.* 2006; 61, 42–71.
 15. Hill, C. E., Chui, H., and Baumann, E. Revisiting and envisioning the outcome problem in psychotherapy: an argument to include individualized and qualitative measurement. *Psychotherapy*, 2003; 50, 68–76
 16. Braakmann, D. Historical paths in psychotherapy research in *Psychotherapy Research: Foundations, Process and Outcome*, eds O. C. G. Gelo, A. Pritz, and B. Rieken (Vienna: Springer), 2015; 39–66.
 17. McElvaney, J., and Timulak, L. Clients' experience of therapy and its outcomes in 'good' and 'poor' outcome psychological therapy in a primary care setting: an exploratory study. *Counseling and Psychotherapy. Research*, 2003; 13, 246–253.
 18. McLeod, J. Qualitative research. Methods and contributions in Bergin and Garfield's *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, 6th Edn. M. J. Lambert (New York, NY: John Wiley and Sons), 49–84. 2013.
 19. Paulson, B. L., Everall, R. D., and Stuart, J. Client perceptions of hindering experiences in counselling. *Couns. Psychother. Res.*, 2001; 1, 53–61.
 20. Lambert, M. J., and Ogles, B. M. Using clinical significance in psychotherapy outcome research: the need for a common procedure and validity data. *Psychother. Res.* 2009; 19, 493–501.
 21. Lambert, M. J., Hansen, N. B., and Bauer, S. "Assessing the clinical significance of outcome results," in *Evidence-Based Outcome Research. A Practical Guide to Conducting Randomized Controlled Trials for Psychosocial Interventions*, eds A. M. Nezu and C. M. Nezu (New York, NY: Oxford University Press, Inc.), 359–378. 2008.
 22. Lambert, M. J. What have we learned about treatment failure in empirically supported treatments? Some suggestions for practice. *Cogn. Behav. Pract.* 2011; 18, 413–420
 23. Werbart, A., von Below, C., Brun, J., and Gunnarsdottir, H. Spinning one's Wheels: non-improved patients view their psychotherapy. *Psychotherapy. Research*, 25. 2015.
 24. Cohen, J. The world is round ($p < .05$). *American Psychologist*, 1994; 49, 997–1003
 25. Cohen, J. Things I have learned (so far). *American Psychologist*, 1990; 45, 1304–1312.
 1. Kühberger, A., Fritz, A., & Scherndl, T. "Publication Bias in Psychology: A Diagnosis Based on the Correlation between Effect Size and Sample Size." *PloS One*, 2014; 9(9), e105825.
 2. Lambert, M. J. "Presidential address: what we have learned from a decade of research aimed at improving psychotherapy outcome in routine care". *Psychother. Res.* 2007; 17, 1–14.
 3. Lampropoulos, G. K. Failure in psychotherapy: an introduction. *J. Clin. Psychol.* 2011; 67, 1093–1095.
 4. Mays, D. T., and Franks, C. M. *Negative Outcome in Psychotherapy and What to do about it.* New York, NY: Springer. 1985.
 5. Mehler, D. M. A., Edelsbrunner, P. A., & Matic, K. Appreciating the Significance of Non-significant Findings in Psychology. *Journal of European Psychology Students*, 2019; 10(4), 1–7.
 6. Bohart, C. A., and Wade, A. M. The client in psychotherapy in Bergin and Garfield's *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, 6th Ed. 2013.
 7. Barlow, D. H. Negative effects from psychological treatments: a perspective. *Am. Psychol.* 65, 13–20. Doi: 10.1037/a0015643, 2010.
 8. Blanton, H., and Jaccard, J. Arbitrary metrics in psychology. *Am. Psychol.* 2006; 61, 27–41
 9. Algermissen, J., & Mehler, D. M. A. May the power be with you: are there highly powered studies in neuroscience, and how can we get more of them? *Journal of Neurophysiology*, 2017; 119(6), 2114–2117.
 10. Fidler, F., Singleton Thorn, F., Barnett, A., Kambouris, S., & Kruger, A. The Epistemic Importance of Establishing the Absence of an Effect. *Advances in Methods and Practices in Psychological Science*, 1(2), 237–244. 2018.
 11. Hoekstra, R., Finch, S., Kiers, H. A., & Johnson, A. Probability as certainty: Dichotomous Thinking and the Misuse of p-values. *Psychonomic Bulletin & Review*, 2006; 13(6), 1033–1037.
 12. Jacobson, N. S., Roberts, L. J., Berns, S. B., and McGlinchey, J. B. Methods for defining and determining the clinical significance of treatment effects: description, application, and alternatives. *J. Consult. Clin. Psychol.* 1999; 67, 300–307
 13. Kazdin, A. E. Almost clinically significant ($p < .10$): current measures may only approach clinical significance. *Clin. Psychol.* 2001; 8,

- Research Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory. London:Sage Publications.1990
29. Charmaz, K. Constructing Grounded Theory, 2nd Edn. Thousand Oaks.2014.
30. Fassinger, R. E. Paradigms, praxis, problems, and promise: grounded theory in gounseling psychology research. J. Couns. Psychol, 2005; 52, 156-166.
26. Wilkinson, L. The Task Force on Statistical Inference .Statistical methods in psychology: guidelines and explanations. American Psychologist, 1999; 54, 594 – 604.
27. Nezu, A., M., Nezu, C., M. Evidence-Based Outcome Research: A practical guide to conducting randomized controlled trials for psychosocial interventions.UK: Oxford.2007.
28. Strauss, A., and Corbin, J. Basics of Qualitative