

مقایسه اثربخشی درمان بین‌فردی و درمان شناختی-رفتاری بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی در ایران

دکتر آزاده طاولی^۱، دکتر ندا صدیقی مورنانی^۲، مهدیه موسی الرضایی^۳، مائده آقایی پور گواسرایی^۴

۱. استادیار روانشناسی، گروه روانشناسی دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه الزهرا
۲. دکترای روانشناسی گروه روانشناسی دانشکده علوم انسانی و اجتماعی، دانشگاه بٹ انگلستان
۳. کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی دانشگاه آزاد اسلامی البرز (واحد علوم و تحقیقات البرز)
۴. کارشناس ارشد روانشناسی بالینی دانشگاه آزاد اسلامی رودهن

چکیده

مقدمه: هدف از این پژوهش مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری (CBT) و درمان بین‌فردی (IPT) در بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی می‌باشد.

روش: این مطالعه از نوع طرح‌های پیش‌آزمون-پس‌آزمون دوگروهی است که در آن از بین دانشجویان دختر مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی، نمونه‌ای ۴۰ نفره، انتخاب شدند و به صورت تصادفی به دو گروه CBT و IPT اختصاص داده شدند. جلسات درمانی در قالب گروه‌های ۱۰ نفره و در طول ۱۲ هفته برگزار گردید. ابزارهای مورد استفاده در این مطالعه شامل پرسشنامه هراس اجتماعی (SPIN)، فرم کوتاه پرسشنامه کیفیت زندگی (SF-36) و مصاحبه تشخیصی روانپزشکی مبتنی بر DSM-IV (SCID) بود. داده‌های به دست آمده با روش آماری تحلیل کوواریانس چند متغیره مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: تحلیل داده‌ها مشخص کرد که بین اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و درمان بین‌فردی در کاهش نشانه‌های اختلال اضطراب اجتماعی تفاوت معناداری وجود دارد، به طوری که اثربخشی IPT در کاهش نشانه‌های هراس اجتماعی بیش‌تر از CBT می‌باشد ($P=0/002$)، نتایج همچنین حاکی از آن بود که از لحاظ اثربخشی دو روش درمانی CBT و IPT در بهبود و ارتقای اکثر جنبه‌های کیفیت زندگی جز خرده‌مقیاس عملکرد اجتماعی ($P=0/04$) تفاوت معناداری وجود ندارد.

نتیجه‌گیری: یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد که با وجود آنکه درمان بین‌فردی در کاهش نشانه‌های اضطراب اجتماعی موثرتر از درمان شناختی رفتاری است، با این حال در اغلب خرد مقیاس‌های کیفیت زندگی بیماران مبتلا به اضطراب اجتماعی جز خرده‌مقیاس عملکرد اجتماعی در میزان اثربخشی این دو روش درمانگری تفاوت معناداری وجود ندارد، لکن با توجه به ضعیف‌تر بودن CBT نسبت به IPT در زمینه خرده‌مقیاس عملکرد اجتماعی می‌توان درمان بین‌فردی را برای بهبود بیماران ایرانی مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی در اولویت انتخاب درمانگر قرار داد.

کلیدواژه‌ها: کیفیت زندگی، درمان شناختی-رفتاری، درمان بین‌فردی، اختلال اضطراب اجتماعی

Comparison of interpersonal therapy and cognitive behavior therapy for quality of life in Iranian people with social anxiety disorder

Abstract

Social anxiety disorder is one of the most common anxiety disorders in Iran and has deleterious effects on students' quality of life. The present study compares the effects of cognitive - behavioral therapy (CBT) and interpersonal therapy (IPT) on the quality of life (QOL) of student with social anxiety in culture of Iran.

Methods: it was a pretest – posttest study in which 40 students with social anxiety disorder were selected and randomly assigned to either group CBT and IPT. Tools used in this study included the Social Phobia Inventory (SPIN), and the Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID) and Short Form 36-item Health Survey (SF-36). Data were statistically analyzed using multivariate covariance analysis (MANCOVA).

Results: the results suggested that there are significant differences between the effectiveness of cognitive - behavioral therapy and interpersonal therapy in reducing symptoms of social phobia, so that IPT produced significantly greater decreases in social phobic symptoms, in spite of this significant differences in decreasing in social phobic symptoms, there was no difference between the two psychotherapies in the improvement in most of aspects of quality of life in social phobic students except social functioning ($p=0.04$).

Conclusions: The CBT and IPT decreased the symptoms of social anxiety disorder and improved the quality of life in students with social anxiety disorder. But considering the lower effects of CBT on QoL, especially for social functioning, IPT may be considered the more powerful treatment for social anxiety disorder in Iranian culture.

Keywords: quality of life, Cognitive - Behavioral Therapy, Interpersonal Therapy, Social Anxiety Disorder

مقدمه

اختلال اضطراب اجتماعی^۱ (هراس اجتماعی)، ترسی بارز و مستمر از شرمنده شدن در موقعیت های اجتماعی و یا در زمان انجام فعالیت در حضور دیگران است (انجمن روان پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). بررسی شیوع این اختلال در جامعه ایران در سال ۱۳۸۹، حاکی از شیوع ۱/۱۰٪ با برتری نسبت زنان مبتلا به اضطراب اجتماعی بوده است (طالع پسند و نوکانی، ۲۰۱۰).

اضطراب اجتماعی بیماری مزمن با شروع تدریجی و زودهنگام در دوران نوجوانی می باشد که منجر به ناتوانی و رنج بسیار می گردد (بیسرب^۲ و همکاران، ۱۹۹۶). این اختلال عملکرد تحصیلی، اجتماعی، خانوادگی و شخصی و نیز بهره وری اقتصادی فرد را به طور قابل ملاحظه ای مختل می سازد (ویتچن^۳ و همکاران، ۱۹۹۹) و مبتلایان را در معرض خطر بالای ابتلا به اختلال افسردگی اساسی ثانوی بر اضطراب اجتماعی و کاهش سطح کیفیت زندگی قرار می دهد (ماسیا وارنر و همکاران، ۲۰۰۳، قانندی و همکاران، ۲۰۰۹).

مطالعات متعددی که به بررسی سطح کیفیت زندگی افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی در جوامع مختلف پرداخته اند، نشان داده اند که سطح کیفیت زندگی افراد مبتلا به این اختلال پایین تر از گروه کنترل غیر مبتلا است (قانندی و همکاران، ۲۰۰۹). میزان آسیب ناشی از اختلال تحت تأثیر چندین متغیر بالینی از جمله تعداد موقعیت های اضطراب زا، طول دوره و سن شروع اختلال، وجود اختلالات همراه چون افسردگی اساسی قرار دارد (ویتچن و همکاران، ۲۰۰۰). همسو با این یافته ها، مطالعه دیگری نشان داد که تعداد ترس های بیمار ارتباط مثبتی با کاهش کیفیت زندگی و افزایش رفتار های یاری جویانه دارد (آکاترک و همکاران، ۲۰۰۸).

با توجه به تبعات این اختلال و میزان شیوع آن در جامعه (کسلر و همکاران، ۲۰۰۵)، مطالعات زیادی برای ارائه درمان های مؤثر برای اضطراب اجتماعی صورت گرفته است (جورستاد-استین^۴ و همبرگ^۵، ۲۰۰۹) و روش های درمانی گوناگونی شامل انواع درمان های دارویی و روانشناختی جهت بهبود اختلال اضطراب اجتماعی ارائه شده اند و به لحاظ تجربی نیز مورد تأیید واقع شده اند.

رایج ترین درمان روانشناختی برای اضطراب اجتماعی درمان شناختی رفتاری گروهی (CBGT) است (هافمن^۶ و همکاران، ۲۰۰۶، فدورف^۷ و تایلور^۸، ۲۰۰۱). CBGT یک مداخله گروهی ساخت یافته است که بر اساس مدل شناختی اضطراب اجتماعی طراحی شده است و در آن نقش تحریف ها و سوگیری های شناختی در سبب شناسی و ماندگاری اضطراب اجتماعی نمایان است. (رپی^۹ و همبرگ^{۱۰}، ۱۹۹۷). علاوه بر مطالعه اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر علائم اختلالات اضطرابی، هافمن و همکاران (۲۰۱۴) همچنین اثر این روش درمان را بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به اختلالات اضطرابی بررسی کردند و مطرح نمودند که درمان شناختی رفتاری موجب بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به اختلالات اضطرابی به ویژه در ابعاد بدنی و روانشناختی می شود.

اگرچه اثربخشی CBT برای درمان اضطراب اجتماعی به خوبی به تأیید رسیده است، (هافمن و اسمیت^{۱۱}، ۲۰۰۸)، نتایج کارآزمایی های بالینی نشان داده اند که تعداد نسبتاً معدودی از بیمارانی که درمان شناختی رفتاری را با رعایت استانداردهای لازم آن دریافت نموده اند، بعد از اتمام دوره درمان به عملکرد بهینه دست می یابند (۵۴٪ در دیویدسون^{۱۱} و همکاران، ۲۰۰۴، ۵۸٪ در همبرگ^{۱۰}، ۱۹۹۸a). واتانوب و همکاران (۲۰۱۰) است که نشان دادند درمان شناختی رفتاری قادر به کاهش علائم اضطراب

1. social anxiety disorder (SAD)

2. Bisserbe, J.C.

3. Wittchen, H.

4. Jorstad-Stein EC

5. Heimberg RG

6. Hofmann, S. G

7. Fedoroff, I. C.

8. Taylor, S

9. Rapee RM,

10. Smits, J.A

11. Davidson, J. R. T

اجتماعی و اغلب ابعاد کیفیت زندگی می باشد ولی بررسی ۱۲ ماهه اثربخشی این درمان در بعد عملکرد اجتماعی از مقیاس کیفیت زندگی حاکی از پایین بودن میزان تاثیر این روش درمانی بود. با توجه به محدودیت های بالینی موجود در اثربخشی CBT (دیویدسون و همکاران، ۲۰۰۴، تایلور و همکاران، ۱۹۹۶)، سودمند است که کاربرد رویکردهای رواندرمانی جایگزین را برای درمان اضطراب اجتماعی در نظر بگیریم (لیپسیتز^{۱۲} و مارکوویتز^{۱۳}، ۱۹۹۷، ص ۵). لذا تحقیقات اخیر در این زمینه بر کاربست روش های درمانی جدید چون روان درمانی بین فردی (IPT) و ذهن آگاهی متمرکز شده اند (رووا^{۱۴} و آنتونی، ۲۰۰۵). از آنجا که افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی روابط بین فردی محدود و آسیب دیده ای دارند (استین و همکاران، ۲۰۰۰، ویتچن و همکاران، ۱۹۹۹)، بنابراین نشانه های اضطراب اجتماعی را می توان به عنوان یک بخش یا نتیجه آسیب بین فردی کلی تر در نظر گرفت. لذا IPT را می توان به عنوان یک جایگزین موجه برای درمان اضطراب اجتماعی به حساب آورد. IPT که به عنوان درمانی متمرکز و کوتاه مدت جهت درمان افسردگی ابداع شده است، بر بهبود عوامل ارتباطی مختلف در زندگی فرد تمرکز می کند (کلرمن^{۱۵} و همکاران، ۱۹۷۴).

بررسی اثربخشی IPT در درمان اختلال اضطراب اجتماعی نیز توجه محققین را جلب کرده است و اولین مطالعه کارآمدی این درمان توسط لیپسیتز و همکاران، (۱۹۹۹)، بر روی یک گروه از افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی صورت گرفت و در اولین گام، کارآمدی درمان ثابت گردید. همچنین در مطالعات متعاقب، به مقایسه درمان بین فردی با سایر درمان های روانشناختی معتبر نیز پرداخته شده است (لیپسیتز و همکاران، ۱۹۹۹، لیپسیتز و همکاران، ۲۰۰۸، بورگی و همکاران، ۲۰۰۸). با توجه به شیوع بالای اختلالات خلقی در بیماران مبتلا به اضطراب اجتماعی و از آنجا که روان درمانی بین فردی درمان شناخته شده با اثربخشی خاص افسردگی است و بسیاری از مشکلات بین فردی (انتقال نقش، مشاجره ها در نقش) برای هر دو اختلال مشترک هستند و از آنجا که در IPT درمانگر باید افسردگی را به عنوان بخشی از فرمول بندی درمان در نظر بگیرد، ممکن است IPT منافع ویژه ای برای بیماران مبتلا به اضطراب اجتماعی داشته باشد (لیپسیتز و مارکوویتز، ۱۹۹۷، ص ۵). بنابراین هدف از این پژوهش مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری (CBT) و درمان بین فردی (IPT) در بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی در فرهنگ ایران می باشد.

روش

طرح پژوهش

پژوهش حاضر از نوع پژوهش های آزمایشی است. از آنجا که انتصاب آزمودنی ها به گروه های آزمایشی، به صورت تصادفی انجام می شود و مداخلات درمانی توسط درمانگر اعمال می گردد، شاهد طرح پیش آزمون - پس آزمون دوگروهی هستیم. در این طرح، مداخله درمانی (درمان بین فردی و درمان شناختی - رفتاری) به عنوان متغیر مستقل و سطح اضطراب اجتماعی و کیفیت زندگی به عنوان متغیر های وابسته در نظر گرفته می شود. متغیرهای جنس و مقطع تحصیلی و نیز نوع اختلال اضطراب اجتماعی نیز متغیرهای کنترل هستند.

جامعه آماری:

جامعه پژوهش حاضر، دربرگیرنده کلیه بیماران مبتلا به اضطراب اجتماعی است.

12 . Lipsitz, J. D
13 . Markowitz, J. C
14 . Rowa K
15 . Klerman, G. L

نمونه و روش نمونه گیری:

پس از اعلان جلسات در ساین متخصصین مرجع ایران، از تمامی دانشجویان دختر ساکن تهران و متقاضی و علاقمند به شرکت در گروه درمانی ثبت نام به عمل آمد. سپس افراد داوطلب از لحاظ اضطراب اجتماعی مورد سنجش واقع شدند. مبتنی بر نقطه برش 19 در مقیاس اضطراب اجتماعی (SPIN) و مصاحبه بالینی در مورد افراد مراجعه کننده، تعداد 40 نفر از دانشجویان مبتلا به اضطراب اجتماعی شناسایی و انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه انتصاب گردیدند. بنابراین ملاک های ورود به مطالعه عبارتند از: ابتلا به اضطراب اجتماعی، جنس مؤنث، سکونت در تهران و رضایت به مشارکت در پژوهش. ملاک های خروج از مطالعه عبارتند از: سابقه اختلال سایکوتیک یا دوقطبی در طول عمر، سابقه ابتلا به اختلال های شخصیت اسکیزوئید و اجتنابی، اختلال وسواس- اجبار، وحشتزدگی و فکر خودکشی در 6 ماه اخیر، سوء مصرف مواد یا الکل، دریافت دارودرمانی و روان درمانی طی ماه اخیر.

روش اجرای پژوهش:

نخست پرسشنامه هراس اجتماعی (SPIN) بر روی دانشجویان داوطلب درمان اضطراب اجتماعی مراجعه کننده اجرا گردید، تعداد 40 نفر از دانشجویان که نمره آنها در پرسشنامه SPIN 19 و بالاتر بود و سایر ملاک های ورود به مطالعه را داشتند، انتخاب شدند، بعد از انجام مصاحبه بالینی ساخت یافته بر اساس راهنمای تشخیصی - آماری اختلالات روانی (SCID) و تأیید تشخیص اختلال اضطراب اجتماعی، آزمودنی ها مقیاس های پژوهش را تکمیل کردند. سپس آنها به تصادف در دو گروه کاربردی درمان گروهی شناختی - رفتاری و درمان گروهی بین فردی گمارده شدند. بدین صورت دو گروه مورد بررسی و مقایسه در این پژوهش عبارتند از: (1) افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی تحت روان درمانی بین فردی گروهی و (2) افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی تحت روان درمانی شناختی - رفتاری گروهی. هر گروه کاربردی طی 12 هفته و توسط دو روان درمانگر که در زمینه روش های درمانی مذکور دوره آموزشی را طی کرده و تحت سرپرستی متخصصین آن رویکرد درمانی، فعالیت بالینی داشته اند، تحت درمان گروهی واقع شدند. در انتهای جلسه دوازدهم کلیه آزمودنی ها توسط پرسشنامه های پژوهش مورد ارزیابی قرار گرفتند.

ابزارهای پژوهش

در این پژوهش از پرسشنامه هراس اجتماعی و پرسشنامه کیفیت زندگی SF-36 و مصاحبه تشخیصی روانپزشکی مبتنی بر DSM-IV-TR استفاده شد.

(1) پرسشنامه هراس اجتماعی (SPIN): این پرسشنامه نخستین بار توسط کانور و همکاران در سال 2000 به منظور ارزیابی هراس اجتماعی تهیه گردید. این پرسشنامه یک مقیاس خودسنجی 17 ماده ای است که هر ماده یا سؤال براساس مقیاس لیکرت پنج درجه ای: (اصلاً: 0، بی نهایت: 4) نمره گذاری می شود. اعتبار این پرسشنامه به روش بازآزمایی در گروه های با تشخیص اختلال اضطراب اجتماعی 0/78 تا 0/89 بوده و همسانی درونی با ضریب آلفا در گروهی از افراد بهنجار برابر با 0/94 گزارش شده است (کانور و همکاران، 2000). در ایران نیز این پرسشنامه نخستین بار در سال 1382 از نظر ویژگیهای روانسنجی بررسی و روایی آن مورد تأیید قرار گرفت (عبدی، 1382). در پژوهش دیگری مؤمنی (1384) آلفای کرونباخ کل پرسشنامه را 0/88، آلفای نیمه اول و دوم پرسشنامه را به ترتیب برابر با 0/81 و 0/77 و همبستگی بین دو نیمه را 0/77 و ضریب اعتبار آن بواسطه آزمون اسپیرمن را برابر با 0/87 گزارش کرد.

(2) مصاحبه تشخیصی روانپزشکی مبتنی بر DSM 5 : مصاحبه مذکور بر مبنای ملاک های تشخیصی DSM 5 و به منظور تشخیص اختلالات روانی به صورت ساخت یافته طراحی شده است و با به پرسش نهادن نشانه های اختلال اضطراب اجتماعی تشخیص اختلال اضطراب اجتماعی را تأیید می نماید و اختلال هایی چون اختلال هراس، اختلال هراس با یا بدون گذر هراسی، اختلال شخصیت اجتنابی و اختلال طبی کلی یا اختلال روانی دیگر که ترس این اختلال با آن ربط ندارد چون ترس مربوط به

لکنت زبان، لرزش در بیماری پارکینسون، یا ابراز رفتارهای نابهنجار مربوط به خوردن در بی اشتها بی روانی یا پر اشتها بی روانی را رد می کند.

۳) پرسشنامه کیفیت زندگی SF-36: این پرسشنامه، ۸ بعد کیفیت زندگی را بررسی می کند که دارای ۳۶ گزینه می باشد. هر یک از مؤلفه ها شامل: مؤلفه مربوط به سلامت عمومی ۵ سؤال، عملکرد جسمانی ۱۰ سؤال، سلامت روانی ۵ سؤال، عملکرد اجتماعی ۲ سؤال، درد ۲ سؤال، محدودیت نقش جسمانی ۴ سؤال، محدودیت نقش روانی ۳ سؤال، نشاط و سرزندگی ۴ سؤال می باشد. سؤالات این پرسشنامه به طریقه بسته جواب و بر اساس مقیاس لیکرت طراحی شده است. نمرات مؤلفه های هشت گانه بین صفر تا ۱۰۰ بود. نمره ۱۰۰ وضعیت ایده آل را نشان داده و نمره صفر بدترین وضعیت موجود را در هر بعد نشان می دهد. این پرسشنامه دارای پایایی و روایی بین المللی است و در ایران توسط پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی ترجمه و پایایی و روایی آن بررسی و تأیید شد. برای تعیین پایایی پرسشنامه کیفیت زندگی، از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد که مقدار آن $\alpha = 0.87$ به دست آمد (منتظری و همکاران، ۲۰۰۵)

ساختار برنامه های درمانی مورد مطالعه:

درمان های مورد نظر در این پژوهش مبتنی بر راهنماهای درمانی است که به منظور درمان افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی توسط لیپسیتز و همکاران، (۱۹۹۹) و همبرگ و همکاران، (هوپ و همکاران، ۲۰۰۰) طراحی شده است. افراد طی ۱۲ هفته تحت درمان بین فردی گروهی و یا شناختی رفتاری گروهی قرار می گیرند. بجز جلسه پیش گروهی که در آن درمانگر از طریق مصاحبه در مورد علائم اضطراب اجتماعی افراد اطلاعاتی بدست می آورد و ضمن برقراری اتحاد درمانی، تشخیص اختلال را به بیمار ارائه می نماید، باقی جلسات در قالب گروهی انجام می گردد. جلسات گروهی در قالب گروه های ۱۰ نفره در هر دو درمان طی مدت ۹۰ دقیقه و بصورت هفتگی برگزار می گردد.

روان درمانی بین فردی (IPT):

IPT یک درمان ۱۶ - ۱۲ هفته ای است و بر این فرض مبتنی است که اختلالات روانی در بافت بین فردی ایجاد شده و در آن نیز تداوم می یابند (کلرمن و همکاران، ۱۹۸۴؛ به نقل از لیپسیتز و همکاران، ۱۹۹۹). IPT برای اضطراب اجتماعی (IPT-SP) مانند IPT برای افسردگی از سه مرحله تشکیل می شود (ویژمن و همکاران، ۲۰۰۰).

مرحله اول (جلسه ۱ تا ۳): شامل مرور علائم، ارزیابی روابط فعلی و گذشته بیمار و تعریف علائم به عنوان بخشی از یک اختلال شناخته شده است. در مرحله اول، به منظور تخفیف بار هیجانی اختلال، بیمار در وضعیتی قرار می گیرد که "نقش مریض"^{۱۶} نامیده می شود. درمانگر بین اضطراب اجتماعی به عنوان یک اختلال با یک (و گاهی اوقات دو) مشکل بین فردی خاص ارتباط برقرار می کند. درمانگر قبل از اختتام مرحله اول، قرارداد درمانی را برای کار روی این مشکل در هفته های آینده با بیمار منعقد می نماید. مرحله میانی (جلسات ۴ تا ۱۰): در این مرحله درمانگر روی حیطه مشکل بین فردی تمرکز می کند. در IPT برای افسردگی، چهار حیطه مشکلات بین فردی عبارتند از: سوگ، مشاجره در نقش، گذار نقش و نارسایی بین فردی. لیپسیتز و مارکوویتز (۱۹۹۹) بر مبنای تحقیقات اولیه (مانند اسکینر و همکاران، ۱۹۹۴) و مطالعه مقدماتی لیپسیتز و همکاران، (۱۹۹۹) دال بر اینکه افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی در برقراری و تداوم روابط و طی کردن گذارها مشکل دارند، بیان کردند که حیطه های مشکل در IPT-SP عمدتاً شامل گذار نقش و مشاجره در نقش بوده و به میزان کمتری سوگ را دربر می گیرد. مرحله آخر یا اختتام (جلسات ۱۱ و ۱۲): در این مرحله درمانگر و بیمار پیشرفت را بررسی می کنند، تغییرات حاصله را تحکیم نموده و برای تجربیات و موقعیت های چالش انگیز آماده می شوند. درمانگر بیمار را ترغیب می کند که در مورد پیشرفتش یا عدم پیشرفتش بحث کند و احساسش در مورد خاتمه درمان را ابراز کند. (لیپسیتز و مارکوویتز، ۱۹۹۷).

درمان شناختی - رفتاری گروهی (CBGT):

در این تحقیق، از درمان شناختی - رفتاری گروهی مبتنی بر الگوی هیمبرگ (هوپ و همکاران، ۲۰۰۰) برای بهبود اضطراب اجتماعی عده ای از آزمودنی ها استفاده می شود. درمان شناختی - رفتاری گروهی هیمبرگ ترکیبی از سه مؤلفه: رویارویی، بازسازی شناختی و تکالیف خانگی می باشد (بارلو، ۲۰۰۲). در این برنامه درمانی، درمانگر الگوی شناختی - رفتاری اضطراب اجتماعی را به اختصار و برای مراجعان توضیح می دهد و شرح می دهد که چگونه برای غلبه بر ترسها لازم است مراجع با آنها روبرو شود. علاوه بر آن لازم است بر نقش مداخلات شناختی در کمک به اعضای گروه به منظور نفع بیشتر از رویارویی و مقابله با اضطراب تاکید شود. (هوپ و همکاران، ۲۰۰۰). قرارداد درمانی در این رویکرد درمانی نقش با اهمیتی دارد، چرا که مبتلایان به اختلال اضطراب اجتماعی اغلب از دامنه متنوعی از موقعیتهای میهراسند و اجتناب می کنند (هوپ و همکاران، ۲۰۰۶). درمان شناختی - رفتاری گروهی هیمبرگ در گروههای کوچک اجرا می گردد (کینگسپ^{۱۷} و ناتان^{۱۸}، ۲۰۰۱؛ به نقل از هالپرین^{۱۹} و همکاران، ۲۰۰۰). انجام درمان شناختی - رفتاری گروهی تنها با یک درمانگر کاری بسیار دشوار و خسته کننده است و موكداً وجود دو درمانگر توصیه می گردد (بارلو، ۲۰۰۲). تمرکز جلسات درمان شناختی رفتاری هیمبرگ به شرح زیر است: جلسات ۲ و ۱: دو جلسه اول گروهی این برنامه درمانی به ایجاد اتحاد درمانی در گروه و بحث بر روی الگوی شناختی - رفتاری اضطراب اجتماعی و آموزش مهارت های بنیادین بازسازی شناختی به مراجعین اختصاص دارد. جلسات ۳ تا ۱۰: در بخش اعظم هر جلسه اعضای گروه به نوبت رویارویی های خود را انجام می دهند. درمانگران برای هر عضو گروه تکلیف رویارویی خاصی را به عنوان تکلیف خانگی تعیین می کنند. هر جلسه با تخصیص تکلیف برای جلسه بعد پایان می گیرد. این تکالیف به طور معمول شامل یک رویارویی واقعی به همراه بازسازی شناختی می باشد. جلسات ۱۱ و ۱۲: به مرور میزان پیشرفت اعضای گروه، تعیین پاسخ های منطقی قابل قبولی که قصد تداوم آنها را دارند و تنظیم اهداف برای ادامه مسیر پس از خاتمه درمان، اختصاص داده می شود. (هوپ و همکاران، ۲۰۰۶).

روش تجزیه و تحلیل آماری داده ها

روش پردازش داده ها در سطح توصیفی با استفاده از شاخص های گرایش مرکزی و پراکندگی و در سطح استنباطی نیز تحلیل کوواریانس چند متغیره (MANCOVA) به منظور کنترل اثر پیش آزمون و مقایسه دو گروه مورد مطالعه در متغیرهای اضطراب اجتماعی، ابعاد هشتمانه کیفیت زندگی به کار می رود. طرح های تحلیل کوواریانس، طرح هایی هستند که در آنها متغیر مستقل متریک در ارتباط با عامل های غیر متریک به کار برده می شود (هومن، ۱۳۸۵). در این مطالعه به علت وجود بیش از یک متغیر وابسته مرتبط با یکدیگر (وینتون و همکاران، ۱۹۹۵، گیلبرت، ۲۰۰۰)، از تحلیل کوواریانس چند متغیره استفاده می شود.

17 . Kingsep, P

18 . Nathan P

19 . Halperin, S

یافته ها

در این پژوهش ۳۰ بیمار مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی مورد بررسی قرار گرفتند. آزمودنی ها در دامنه سنی ۱۸-۳۱، با میانگین سنی ۲۳/۱۳ و انحراف معیار ۳/۴۴ قرار داشتند، اکثر بیماران مورد مطالعه مجرد (۸۳/۳ درصد) دانشجوی کارشناسی (۶۶/۷ درصد) بودند و از نظر جنسیتی نیز همه مؤنث بودند. توصیف آماری خصوصیات دموگرافیک آزمودنی ها در جداول ۱ آمده است.

جدول شماره ۱: توصیف آماری خصوصیات دموگرافیک آزمودنی ها در دو گروه مورد مطالعه

درمان بین فردی (N=۱۶)	درمان شناختی- رفتاری (N=۱۴)	
۲۲/۳ (۲/۸)	۲۴ (۳/۹)	سن (میانگین، انحراف معیار)
وضعیت تأهل (فراوانی، درصد)		
۱۳	۱۲	مجرد
۳	۲	متأهل
مقطع تحصیلی (فراوانی، درصد)		
۲	۳	فوق دیپلم
۱۲	۸	کارشناسی
۲	۲	کارشناسی ارشد
۰	۱	دکتری

بخش دیگر یافته های توصیفی شامل میانگین و انحراف معیار نمرات آزمودنی ها در پرسشنامه هراس اجتماعی و کیفیت زندگی در پیش آزمون و پس آزمون می باشد. این یافته ها در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول شماره ۲: میانگین و انحراف معیار نمره های گروه های در پیش آزمون و پس آزمون اضطراب اجتماعی و بعد عملکرد اجتماعی کیفیت زندگی

درمان بین فردی (N=۱۶)	درمان شناختی- رفتاری (N=۱۴)	مقیاس
مقیاس هراس اجتماعی		
۳۰ (۷/۶)	۲۷/۹ (۸/۳)	پیش آزمون
۱۳/۱ (۴/۸)	۱۶/۹ (۵/۴)	پس آزمون
بعد عملکرد اجتماعی کیفیت زندگی		
۳۷/۶ (۱۵/۵)	۳۸/۵ (۱۴/۱)	پیش آزمون
۵۵/۵ (۱۸/۱)	۴۵/۴ (۱۶/۲)	پس آزمون

به منظور بررسی اثرات روش های درمانی و نیز کنترل آماری اثر متغیر کمکی (پیش آزمون) بر متغیر وابسته (میزان اضطراب اجتماعی) ها از تحلیل کوواریانس چند متغیره استفاده شد. نتایج این تحلیل در جداول ۳ و ۴ نشان داده شده است. در جدول آزمون های چند متغیره با توجه به معناداری آزمون با $p=0/001$ و $f=7/2$ می توان نتیجه گرفت که اثربخشی درمان بین فردی بر کاهش نشانه های اضطراب اجتماعی در مجموع بیشتر از درمان شناختی رفتاری است (جدول ۳).

جدول شماره ۳: تحلیل کوواریانس چند متغیره برای مقایسه میانگین متغیرهای وابسته در پیش آزمون و پس آزمون

توان آزمون	ضریب اتا	سطح معناداری	df	F	گروه
۰/۹۹	۰/۷۱	۰/۰۰۲	۶	۷/۲	

اکنون به منظور بررسی معناداری تفاوت های مشاهده شده در متغیرهای وابسته (ضمن کنترل اثر پیش آزمون) به جدول test of between subjects effects مراجعه می کنیم. نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس چندمتغیره نشان می دهد نشان می دهد که با کنترل آماری واریانس پیش آزمون، تفاوت بین میانگین نمرات پس آزمون دو گروه مورد مطالعه در دو متغیر هراس اجتماعی و خرده مقیاس عملکرد اجتماعی از پرسشنامه sf-36 تفاوت معنادار وجود دارد، به عبارت دیگر، اثربخشی درمان بین فردی بر کاهش نشانه های هراس اجتماعی ($p=0/002$ ، $f=12/4$) و افزایش بعد عملکرد اجتماعی از کیفیت زندگی ($f=8/6$ ، $p=0/04$) بیشتر از درمان شناختی رفتاری است (جدول ۴).

جدول شماره ۴: تحلیل کوواریانس نمرات هراس اجتماعی و ابعاد کیفیت زندگی در دو گروه درمان شناختی-رفتاری و درمان بین فردی، پس از تعدیل نمرات پیش آزمون

منبع تغییرات	متغیرهای وابسته	F	سطح معناداری	ضریب اتا	توان آزمون
عامل گروهی	هراس اجتماعی	۱۲/۴۷	۰/۰۰۲	۰/۵۲	۰/۹۲
	بعد عملکرد اجتماعی کیفیت زندگی	۸/۶	۰/۰۴	۰/۴۸	۰/۸۶

بحث و نتیجه گیری

هدف از این پژوهش مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری (CBT) و درمان بین فردی (IPT) در بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی بود.

یکی از نتایج این تحقیق این بود که درمان بین فردی در مقایسه به طور معنی داری بیشتر از درمان شناختی-رفتاری منجر به کاهش نشانه های اضطراب اجتماعی در میان مبتلایان می گردد. به دلیل این که هر دو گروه را درمانگران یکسانی هدایت کردند تا اثر تفاوت های شخصیتی درمان گران مختلف خنثی گردد، این تفاوت در میزان بهبودی نمی تواند ناشی از اثر درمانگر ناشی شده باشد. لذا می توان گفت که این تفاوت آماری به دست آمده، ناشی از تفاوت در اثربخشی دو روش درمانی مذکور بوده است.

یافته دیگر در پژوهش حاضر برتری معنی دار درمان بین فردی در کاهش اضطراب در تعاملات اجتماعی در مقایسه با درمان شناختی- رفتاری است. قابل پیش بینی است که IPT روش درمانی که مشکلات بین فردی را هدف قرار داده و به حل مسائل کنونی موجود در تعاملات بیماران می پردازد، اثربخشی بیشتری بر کاهش اضطراب در تعاملات اجتماعی داشته باشد.

اگرچه در بررسی ادبیات پژوهش، مطالعه مستقیم و مشخصی یافت نشد که به مقایسه اثربخشی دو درمان CBT و IPT بر کاهش نشان های اختلال اضطراب اجتماعی پرداخته باشد، اما برخی مطالعات نسبتاً مشابه (همچون مطالعات بورگی و همکاران، ۲۰۰۸ و استنجر و همکاران، ۲۰۱۱) وجود دارد که در اینجا به مقایسه یافته تحقیق حاضر با نتایج آن مطالعات پرداخته می شود. نتایج مطالعه حاضر با نتایج مطالعه بورگی و همکاران (۲۰۰۸) در زمینه مقایسه اثربخشی IPT و CT مغایرت داشت. بورگی و همکاران (۲۰۰۸) نیز طی مطالعه ای، اثربخشی RIPT و RCT را بر روی دو گروه از بیماران مبتلا به اضطراب اجتماعی بستری در بخش های یک کلینیک اختلالات روانی مقایسه گردید. نتایج مقایسه این دو روش درمانی حاکی از آن بود که هر دو درمان بهبود معناداری را در نمرات اضطراب اجتماعی بیماران ایجاد کرده و هیچ تفاوت معناداری بین پاسخ به دو درمان وجود ندارد. یک تبیین احتمالی مغایرت یافته های مطالعه حاضر با مطالعه بورگی (۲۰۰۸) در رابطه با خصوصیات آزمودنی ها و ماهیت بستری درمان می باشد. در مطالعه بورگی و همکاران (۲۰۰۸) با وجود آنکه بیماران مبتلا به اختلالات سایکوتیک، اختلالات روانی عضوی، سوءمصرف مواد، دارای سابقه افسردگی اساسی و تحت درمان با داروهای ضد افسردگی از مطالعه خارج شدند، با این حال نمونه مورد بررسی آن مطالعه شامل بیماران مبتلا به هراس اجتماعی شدیدی بود که در مراجعات قبلی به مراکز درمانی مختلف بهبود نیافته بودند، و نیز تعدادی از آنها به اختلال همراه کژدیده تنی مبتلا بودند. این در حالی است که آزمودنی های مطالعه حاضر از میان دانشجویان مشغول به تحصیل انتخاب شده و همانطور که در بخش یافته ها مشاهده می شود، از لحاظ شدت علائم و نرخ آسیب و بیکاری ناشی از اختلال و درجه افسردگی پایین تر از شرکت کنندگان مطالعه بورگی و همکاران و یا بیماران تحت بررسی لیپسیتز و همکاران (۲۰۰۸) بودند.

با توجه پایین بودن سطح ناتوانی و بدکنشی کلی بیماران مورد بررسی می توان انتظار داشت که IPT در کاهش علائم هراس اجتماعی مؤثرتر از CBT عمل نماید، زیرا همانطور که بورگی و همکاران (۲۰۱۰) نشان داده اند، اختلال ناچیز عملکرد اجتماعی پیش بین نتیجه درمانی بهتر در IPT است و اگر عملکرد عمومی و شناختی بیمار شدیداً دچار اختلال شده باشد، IPT اثربخشی ضعیفی در پی خواهد داشت.

نتایج مطالعه حاضر که در بافت فرهنگی ایران و در میان دانشجویان اجرا گردیده است، همسو با پژوهش واتانوب و همکاران (۲۰۱۰) است که بر روی دانشجویان ژاپنی صورت گرفته و نشان داده است که درمان شناختی رفتاری قادر به کاهش علائم اضطراب اجتماعی و اغلب ابعاد کیفیت زندگی می باشد ولی بررسی پیگیری سه ماهه و ۱۲ ماهه اثربخشی معناداری در جهت افزایش عملکرد اجتماعی نشان نداد. با در نظر گرفتن محدودیت اثربخشی CBT بر روی کیفیت زندگی بویژه عملکرد اجتماعی، درمان IPT که در این زمینه نیز اثربخشی قابل ملاحظه ای به دنبال داشت، در اولویت استفاده در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی است.

با وجود آنکه مطالعه حاضر گستره مطالعات مربوط به اثربخشی درمان های اختلال اضطراب اجتماعی را توسعه داده است، از محدودیت هایی نیز برخوردار است که در این بخش به اهم آنها اشاره می گردد: محدود بودن نمونه مورد بررسی به دانشجویان دختر ممکن است تعمیم یافته های آن به سایر بیماران مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی، شامل بیماران جنس مذکر و بویژه بیماران مراجعه کننده به مراکز روان درمانی را که از علائم شدیدتر و اختلالات همراه بیشتر رنج می برند، محدود نماید. از این رو تکرار مطالعه حاضر در جامعه بالینی می تواند مقایسه بهتر نتایج و تعمیم پذیری یافته ها را امکان پذیر نماید. همچنین عدم ارزیابی پیگیری یک ساله جهت مقایسه نرخ تداوم بهبودی در دو روش درمانی محدودیت دیگر این مطالعه است و انجام آن در مطالعات متعاقب امکان اظهار نظر قطعی در مورد پایداری اثرات درمانی دو روش IPT و CT را فراهم می نماید. از آنجا که در این

پژوهش، صرفاً از روش درمان گروهی استفاده شد، توصیه می شود مقایسه اثربخشی IPT و CBT در قالب درمان های انفرادی نیز مورد بررسی قرار گیرد و نتایج فردی و گروهی با یکدیگر مقایسه شوند. همچنین پیشنهاد می شود جهت امکان تعیین فرایند تغییر درمانی، به بررسی و اندازه گیری هفتگی اضطراب و افسردگی در طول درمان اقدام شود.

منابع

- عیدی، محمد. (۱۳۸۲). سوگیری تعبیر در افراد مبتلا به هراس اجتماعی. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی دانشگاه علوم پزشکی ایران، انیستیتو روانپزشکی تهران
- مؤمنی، ناهید. (۱۳۸۴). بررسی اثر بخشی روش درمانی حساسیت زدایی از طریق حرکت چشم و باز پردازش آن در درمان اختلال فوبی اجتماعی. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی. دانشگاه شاهد.
- ویزمن، میرنا.م، مارکوویتز، جان. س، کلرمن، جرال.د. ال. (۱۳۸۸). روان درمانی بین فردی: راهنمای فوری متخصصان بالینی. ترجمه محمدخانی پروانه، زمستانی، مهدی. تهران: نشر دانه.

منابع انگلیسی

- Acarturk, C., de Graaf, R., van Straten, A., Have, M., & Cuijpers, P. (2008). Social phobia and number of social fears, and their association with comorbidity, health-related quality of life and help seeking. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43(4), 273-279.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, (5th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Barlow, D.H. (2002). *Anxiety and its disorders*. The Guilford Press- New York-London.
- Bisserbe, J.C., Weiller, E., Boyer, P. (1996). Social phobia in primary care: level of recognition and drug use. *Int Clin Psychopharmacol*, 11, 25–28.
- Borge, F.M., Hoffart, A., Sexton, H., Clark, D.M., Markowitz, J.C., McManus, F. (2008). Residential cognitive therapy versus residential interpersonal therapy for social phobia: A randomized clinical trial. *Journal of Anxiety Disorders*, 22, 991–1010.
- Borge FM, Hoffart A, Sexto H. (2010). Predictors of outcome in residential cognitive and interpersonal treatment for social phobia: Do cognitive and social dysfunction moderate treatment outcome?. *J Behav Ther Exp Psychiat*, 41, 212–19.
- Borge, F.M., Hoffart, A., Sexton, H., Clark, D.M., Markowitz, J.C., McManus, F. (2008). Residential cognitive therapy versus residential interpersonal therapy for social phobia: A randomized clinical trial. *Journal of Anxiety Disorders*, 22, 991–1010.
- Connor, K.M., Jonathan, R.T., Davidson, L., Churchill, E., Sherwood, A., Weisler, R.H., Foa, E. (2000). Psychometric properties of the Social Phobia Inventory (SPIN). *The British Journal of Psychiatry*, 176, 379-386.
- Davidson, J.R.T., Foa, E.B., Huppert, J.D., Keefe, F.J., Franklin, M.E., Compton, J.S., Zhao, N., Connor, K.M., Lynch, T.R., & Gadde, K.M. (2004). Fluoxetine, comprehensive cognitive behavioral therapy, and placebo in generalized social phobia. *Archives of General Psychiatry*, 61, 1005–1013.
- Gilbert, P. (2000). The Relationship of Shame, Social Anxiety and Depression: The Role of the Evaluation of Social Rank. *Clin Psychol Psychother*, 7, 174–189.
- Ghaedi G.H., Tavoli, A., Bakhtiari, M., Melyani, M., Sahragard, M. Quality of Life in College Students with and without Social Phobia. *Soc Indic Res*. 2010, 97, 247-256.
- Heimberg, R.G., Liebowitz, M.R., Hope, D.A., Schneier, F.R., Holt, C.S., Welkowitz, L.A., Juster, H.R., Campeas, R., Bruch, M.A., Cioitre, M., Fallon, B., & Klein, D.F. (1998).
- Hofmann, S.G., & Bogels, S.M. (2006). Recent advances in the treatment of social phobia: introduction to the special issue. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 20, 3–5.

- Hofmann, S.G., Smits, J.A. (2008). Cognitive-behavioral therapy for adult anxiety disorders: a meta-analysis of randomized placebo controlled trials. *J Clin Psychiatry*, 69, 621–632.
- Hofmann, S.G., Wu, J.Q., Boettcher, H. (2014). Effect of cognitive-behavioral therapy for anxiety disorders on quality of life: A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 82(3), 375-391.
- Hope, D.A., Heimberg, R.G., Juster, H.R., Turk, C.L. (2000). *Managing Social Anxiety (client work)*. Graywind publications incorporated- New York.
- Hope, D.A., Heimberg, R.G., Turk, C.L. (2006). *Managing Social Anxiety (therapist guide)*. Oxford University Press- New York.
- Jorstad-Stein, E.C., & Heimberg R.G. (2009). Social Phobia: An Update on Treatment psychiatric. *Clinics of North America*, 32(3), 641-663.
- Kessler, R.C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K.R., Walters, E.E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 593-602.
- Lipsitz, J. D., Markowitz, J. C., & Cherry, S. (1997). *Manual for interpersonal psychotherapy of social phobia*. New York: Columbia University College of Physicians and Surgeons (Unpublished manuscript).
- Lipsitz, J.D., Markowitz, J.C., Cherry, S., Fryer, A.J. (1999). Open trial of interpersonal psychotherapy for the treatment of social phobia. *Am J Psychiatry*, 156, 1814–6.
- Lipsitz, J.D., Gur, M., Vermes, D. Petkova, E., Cheng, J., Miller, M., Laino, J., Liebowitz, M.R., & Fyer, A.J. (2008). Randomized trial of interpersonal therapy versus supportive therapy for social anxiety disorder. *Depression and Anxiety*, 25, 542–553.
- Montazeri A, Goshtasebi A, Vahdaninia M, Gandek B. of life: A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical The Short Form Health Survey (SF-36):Translation and validation study of Iranian version. Qual Life Res.* 2005; 14 (3): 875-82.
- Rapee, R.M., & Heimberg, R.G. (1997). A cognitive-behavioral model of anxiety in social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 741–765.
- Rowa, K., Antony, M.M. (2005). Psychological Treatments for Social Phobia. *Can J Psychiatry*, 50(6), 308-316.
- Schneier, F.R., Johnson, J., Hornig, C.D., Liebowitz, M.R. & Weissman, M.M. (1992). Social Phobia: Comorbidity and morbidity in an epidemiologic sample. *Archives of General Psychiatry*, 49, 282-288.
- Stangier U, Schramm E, Heidenreich T, Berger M., Clark D.M. (2011). Cognitive Therapy vs Interpersonal Psychotherapy in Social Anxiety Disorder A Randomized Controlled Trial FREE. *Arch Gen Psychiatry*, 68(7), 692-700.
- Stein, M.B., Walker, J.R., Forde, D.R. (1994). Setting diagnostic thresholds for social phobia: Considerations from a community survey of social anxiety. *American Journal of Psychiatry*, 151, 408–412.
- Stein, M.B., Walker, J.R. & Forde, D.R. (1996). Public speaking fears in a community sample. Prevalence, impact on function and diagnostic classification. *Archives of General Psychiatry*, 53, 169-174.
- Stein, D.J., Ono, Y., Tajima, O., Muller, J.F. (2004). The social anxiety disorder spectrum. *Journal of Clinical Psychiatry*, 65, 27-33.
- Stein, M.B., Stein, D.J. (2008). Social anxiety disorder. *Lancet*, 371(9618), 1115-1125.
- Stein, D.J. Hollander Eric Rothbaum, Barbara O. (2009). *Textbook of Anxiety Disorders*. American psychiatric Publishing, Inc.
- Talepasand, S., Nokani, M. (2010). Social Phobia Symptoms: Prevalence and Sociodemographic Correlates. *Archives of Iranian Medicine*, 13(6), 522-527.
- Taylor, S. (1996). Meta-analysis of cognitive-behavioural treatments for social phobia. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 27, 1–9.
- Wittchen, H.U., Stein, H.B. & Kessler, R.C. (1999). Social fears and social phobia in a community sample of adolescents and young adults: prevalence, risk factors, and comorbidity. *Psychol M*, 29, 309–323.
- Weissman, M.M., Markowitz, J.C., Klerman, G.L. (2000). *Comprehensive guide to interpersonal psychotherapy*. New York: Basic Books.
- Watanabe,Norio, Toshi A Furukawa, Junwen Chen, Yoshihiro Kinoshita, Yumi Nakano, Sei Ogawa, Tadashi Funayama, Tetsuji Ietsugu, Yumiko Noda .Change in quality of life and their predictors in the long-term follow-up after group cognitive behavioral therapy for social anxiety disorder: a prospective cohort study.. *BMC Psychiatry* 2010, 10:81