

## The Effectiveness of Cognitive Group Therapy on Decreasing the Symptoms of Depression

Taheri, Afsaneh & Jamshidifar, Zahra

## اثربخشی گروه درمانی شناختی بر کاهش نشانگان افسردگی

افسانه طاهری<sup>۱</sup>، زهرا جمشیدی فر<sup>۲</sup>

*The purpose of this investigation is to study the effectiveness of cognitive group therapy on decreasing the symptoms of depression among students. In so doing, twelve (12) subjects were selected randomly and went under cognitive therapy for twelve sessions. The results of the study indicate that cognitive therapy is effective for reducing the symptoms of depression.*

هدف این پژوهش، بررسی اثربخشی روش درمان گروهی شناختی در کاهش نشانگان افسردگی دانش آموزان است. برای این منظور ۱۲ نفر به صورت تصادفی، انتخاب و طی ۱۲ جلسه، تحت درمان شناختی قرار گرفتند. نتایج نشان می‌دهد درمان شناختی در کاهش نشانگان افسردگی موثر است.

### مقدمه

افسردگی، یکی از اختلال‌های رایج و مهم در عصر ما است. تحقیق‌ها نشان می‌دهد، قریب ۷۵ درصد افرادی که در موسسات درمانی، بستری می‌شوند دچار افسردگی هستند (براون و هریس<sup>۳</sup>، ۱۹۸۷ به نقل از بک<sup>۴</sup>، ۱۹۹۳). زمانی تصور می‌شد که اختلال افسردگی مخصوص بزرگسال‌ها است (هامن<sup>۵</sup>، ۱۹۹۷) اما زمانی که پژوهشگران، به پژوهش در این زمینه پرداختند پی بردند که کودکان هم می‌توانند از افسردگی رنج ببرند (هارینگتون<sup>۶</sup>، ۱۹۹۴) و به این ترتیب بود که انجمن روان پزشکی آمریکا<sup>۷</sup> (۱۹۹۴) در سیستم تشخیصی خود معیارهای تشخیص افسردگی بزرگسال‌ها را با تغییراتی در ماده‌های آن برای کودکان نیز به کار برد. به غیر از عوامل ارثی، نقش الگوهای شناختی (بک، ۱۹۶۷) نومییدی و سبک اسنادی (آبرامسون، متالسکی و الوی<sup>۸</sup>، ۱۹۸۹؛

۱- هیات علمی دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن

۲- کارشناس روان شناسی

3-Brown & Harris

4-Beck

5-Hammen

6-Harrington

7-American Psychiatric Assassination

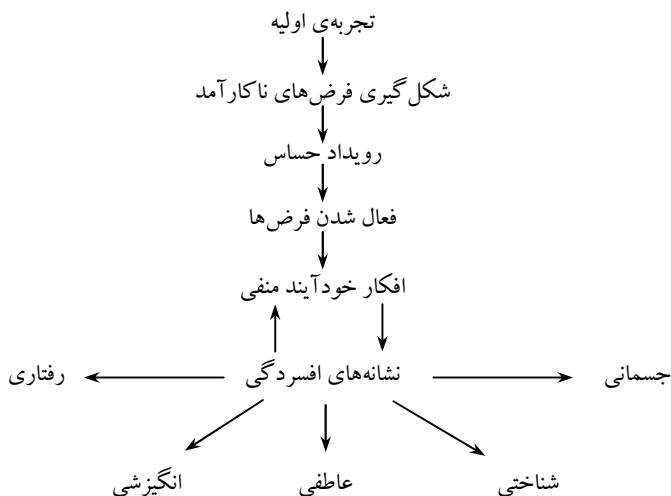
8-Abramson, Metalsky & Alloy

کاسلو، براون و میس<sup>۱</sup>، (۱۹۹۴) ارزیابی منفی از خود (کندال و کانت ول و کازدین<sup>۲</sup>، ۱۹۸۹) وجود مشکل در پردازش اطلاعات (گاربر، برافلات و زی من<sup>۳</sup>، ۱۹۹۱) و تمایل به تحریف و ایستادگی در مقابل اصلاح خلق منفی (گاربر و همکاران، ۱۹۹۱) در این اختلال، نشان داده شده است.

از آنجایی که اختلال های خلقی برحسب رویکردهای زیستی، روان شناختی و اجتماعی- فرهنگی توجیه شده اند، درمان افسردگی نیز براساس دیدگاههای زیستی، روان شناختی و اجتماعی- فرهنگی شکل گرفته است. اما نکته ی جالب آن است که داروهای ضد افسردگی در مورد همهی کودکان موثر نیست (سامرز- فلانگان و سامرز- فلانگان<sup>۴</sup>، ۱۹۹۶) در حالی که نتایج مداخله های روان شناختی، بخصوص درمان رفتاری شناختی، چهارچوب نویدبخشی را فراهم کرده است (استارک، ری نولد و کاسلو<sup>۵</sup>، ۱۹۸۷، بوتلر، مینس اتیس فریدمن و کول<sup>۶</sup>، ۱۹۸۰، استارک، ۱۹۹۰ و ۱۹۹۶، راینک، ریان و دوویس<sup>۷</sup>، ۱۹۹۸، رهم و شارپ<sup>۸</sup>، ۱۹۹۶، رودلف، هامن و برگ<sup>۹</sup>، ۱۹۹۷، استارک، کندال، مک کارتی<sup>۱۰</sup> و دیگران، ۱۹۹۶).

مدل شناختی بک (۱۹۶۷ و ۱۹۷۶) در تصویر شماره ی ۱ نشان داده شده است. همانگونه که مشاهده می کنید، عقیده ی این رویکرد آن است که تجربه در افراد، به تشکیل فرض ها و یا طحوازهایی در مورد خود و دنیا می انجامد. با وارد شدن این فرض ها و طحوازه ها در سازمان بندی ادراک، این موضوعات شناختی در کنترل و ارزیابی رفتار مورد استفاده قرار می گیرند. هرگاه این فرض ها انعطاف ناپذیر، افراطی و مقاوم شوند، به ساختاری ناکارآمد تبدیل می شوند که او را در مقابل شکست و طرد، شکننده و مستعد افسردگی می سازد.

- 
- 1-Kaslow, Brown & Mees
  - 2-Kendal, Cantwell & Kazdin
  - 3-Garber, Braafladt & Zeman
  - 4-Sommers-Flanagan
  - 5-Stark, Reynolds & Kslo
  - 6-Butler, Mietzitz, Friedman & Cole
  - 7-Reninecke, Ryan & Dubois
  - 8-Rehm & Sharp
  - 9-Rudolph, Hammen & Burge
  - 10-Stark, Kendall, McCarthy



نمودار (۱): مدل شناختی افسردگی

به دنبال مطالعات اولیه، مجموعه‌ی فزاینده‌ای از روش‌های رفتاردرمانی شناختی، پدید آمد. شواهد، حاکی از آن است که کاربرد روش‌های مداخله‌ای به منظور کاهش دامنه یا شدت افکار افسردگی‌زا، اثری سودمند دارد. مطالعه‌ی مربوط به پیگیری‌های درمانی نیز، با اطمینان نشان می‌دهند که رفتاردرمانی شناختی در کاهش افسردگی، حداقل اثری برابر داروهای سه حلقوی دارند. برابر شدن میزان و نسبت افسردگی در دوره‌ی نوجوانی با بزرگسال‌ها (کوپر و گودییر<sup>۱</sup> ۱۹۹۳) به همراه افزایش توانایی‌های شناختی نوجوانان این امکان را فراهم می‌سازد تا از روش‌های مبتنی بر درمان شناختی و به صورت گروهی در مورد نوجوانان، استفاده کنیم. با توجه به آنچه گذشت، در این پژوهش به دنبال آن هستیم تا اثر شناخت درمانی گروهی را در کاهش نشانگان افسردگی نوجوانان، مورد بررسی قرار دهیم.

## روش

جامعه و نمونه‌ی آماری: جامعه‌ی آماری پژوهش، دانش آموزان سال دوم و سوم دوره‌ی راهنمایی شهرستان تهران است. از این جامعه دو مدرسه ی دخترانه و پسرانه به صورت در دسترس انتخاب و از هر یک، یک کلاس دوم و سوم به صورت تصادفی، گزینش شد. از مجموع دانش آموزان چهار کلاس (n=۱۳۱)، ۱۲ نفر که بیشترین نمره را در تست بک، کسب کرده بودند، انتخاب و در دو گروه، جهت درمان، کاربندی شدند.

## ابزار

پرسش نامه‌ی افسردگی بک: این آزمون، نه تنها در تشخیص بیماران، بلکه در مورد جمعیت‌های طبیعی نیز استفاده می‌شود و از لحاظ اعتبار همزمان، همبستگی مثبت و بالایی با سایر مقیاس‌های کلینیکی و خود گزارشی دارد. این پرسش نامه در سال ۱۹۶۱ به وسیله‌ی بک ساخته شد و در سال ۱۹۷۴ مورد بازبینی قرار گرفت. پایایی و اعتبار این پرسش نامه مورد تایید قرار گرفته است. پرسش نامه‌ی (SCL-90-R)<sup>۱</sup>: چک لیست یا سیاهه‌ی نشانه‌های بیماری توسط دروکاتیس<sup>۲</sup> (۱۹۹۴) معرفی شده است. این سیاهه، وسیله‌ی مناسبی برای سنجش سطح فعلی نشانه‌های بیماری است که طی یک فاصله‌ی زمانی یک هفته‌ای، روی می‌دهد. این پرسش نامه، نشانه‌ها را در ۹ بُعد متفاوت و سه شاخص کلی، مورد اندازه‌گیری قرار می‌دهد. در این پژوهش، شاخص افسردگی این پرسش نامه مورد استفاده قرار گرفته است. نمره‌ی بالا در این مقیاس، نشان می‌دهد که شخص در حال تجربه‌ی نشانه‌های بیشتری از مجموع نشانگان افسردگی است. پایایی و اعتبار این پرسش نامه، توسط مطالعات داخلی و خارجی مورد تایید قرار گرفته است.

## طرح درمان

در این پژوهش، از چهارچوب زیر استفاده شده است. این برنامه در مجموع، تحت تاثیر رویکرد بک، درمان عقلانی هیجانی و رویکرد مک مولین ساخته شده است. چهارچوب درمان در طول جلسات به شرح زیر است:

- پیش جلسه آماده سازی شرکت کنندگان، فهم دستورالعمل ها و موضوعات مطرح در درمان شناختی.
- جلسه اول** خوش آمدگویی، توضیح قوانین و مقررات گروه، تمرین آشنایی، تفکر و احساس قدیس، استانداردهای وضع شده ما برای خودمان و دیگران تمثیل چمدان برای مراحل شناخت درمانی، آرامش تصویری هدایت شده، تکلیف خانگی.
- جلسه دوم** مرور و بررسی تکلیف های انجام شده، توضیح نظریه ی شناختی افسردگی تمرین طبقه بندی باورها اضطراب و خشم مرضی، تمرین افکار خودآیند، توضیح مقاومت در برابر درمان، تشخیص مقاومت های جلوگیری نده، تکلیف خانگی.
- جلسه سوم** مرور تکلیف های جلسه ی قبل، توضیح القای فکر، تمرین القای فکر، تدریس آشنایی با روش پیکان رو به پایین، تکلیف خانگی.
- جلسه چهارم** بررسی تکلیف های خانگی، مرور و بررسی پیکان رو به پایین، تمرین ادامه ی پیکان رو به پایین پیشرفته توضیح انواع باورها، طبقه بندی باورها تکلیف خانگی.
- جلسه پنجم** مرور تکلیف های خانگی، تهیه ی فهرست باورها، توضیح نقشه های شناختی تهیه ی نقشه های شناختی تهیه ی درجه بندی واحدهای ناراحتی ذهنی درجه بندی واحدهای ناراحتی ذهنی، تکلیف خانگی.
- جلسه ششم** مرور تکلیف ها، آیا به عمو نوروز اعتقاد دارید؟ نشان دادن تغییرپذیر بودن باورها، آزمایش باورها تحلیل عینی، تحلیل استاندارد، تکلیف خانگی.
- جلسه هفتم** بررسی تکلیف های خانگی، تحلیل کارآمدی، تمرین تحلیل کارآمدی توضیح تحلیل هماهنگی، تحلیل هماهنگی، تکلیف خانگی.
- جلسه هشتم** بررسی تکلیف ها، توضیح تحلیل منطقی، تحلیل منطقی، تدریس تحلیل منطقی، تمرین تحلیل منطقی تکلیف های خانگی.
- جلسه نهم** مرور تکلیف ها، تدریس ساخت سلسله مراتب، تمرین به وجود آوردن حداقل یک سلسله مراتب تدریس مخالف ورزی، ایجاد مخالفت ورز تکلیف های خانگی.
- جلسه دهم** مرور تکلیف ها، تدریس تغییر ادراکی، پر کردن فرم های تغییر ادراکی، بازداری ارادی کر نکس تمرین بازداری ارادی کر نکس، تکلیف های خانگی.
- جلسه یازدهم** بررسی و مرور تکلیف های خانگی، تدریس خودتنبیهی، خودپاداش دهی تمرین خودتنبیهی - خودپاداش - دهی، تدریس تکنیک های نگهداری تمرین گسترش برنامه ی نگهداری، تکلیف های خانگی.
- جلسه دوازدهم** بررسی و مرور تکلیف های خانگی، مروری بر برنامه، قراردایی برای پیگیری، مراسم اختتامیه، ارایه مدرک دوره.

همانگونه که مشاهده می شود، ساختار جلسات به گونه ای طراحی شده است که در آن دو موضوع آموزش داده می شود و هر دو موضوع، تمرین می شود. جلسات درمانی ۹۰ تا ۱۲۰ دقیقه است و هر هفته یک بار، تشکیل می شود.

## یافته‌ها

همانگونه که گفته شد، برای غربالگری آزمودنی‌ها ابتدا تست افسردگی بک، بر روی چهار کلاس (۲ کلاس دخترانه و ۲ کلاس پسرانه) اجرا شد. سپس از بین این گروه ۱۲ نفر که بیشترین نمره‌ها را در آزمون گرفته بودند، انتخاب و مورد کاربردی قرار گرفتند. جدول شماره ی یک، مولفه‌های آماری نمره‌های افسردگی آزمودنی‌ها را نشان می‌دهد.

جدول ۱: مولفه‌های آماری نمره‌های افسردگی کل آزمودنی‌ها

پسران	کل	دختران	
۶۴	۱۳۱	۶۷	تعداد
۱۵	۱۵/۷۴	۱۶/۴۴۷۸	میانگین
۱/۴۴	۱/۰۳	۱/۴۹۳۳	انحراف معیار میانگین
۱۱/۵	۱۲	۱۳	میانه
۳	۳	۳۳	نما
۱۱/۵۹۵	۱۱/۸۹۶۷	۱۲/۲۲۳	انحراف معیار
۱۳۴/۴۴۴۴	۱۴۱/۵۳۲۱	۱۴۹/۴۰۲۵	واریانس
۰/۶۰۱	۰/۴۸۵	۰/۳۸۸	کشیدگی
۰/۲۹۹	۰/۲۱۲	۰/۲۹۳	خطای کشیدگی
-۰/۹۰۷	-۱/۱۷۸	-۱/۳۸۰	چولگی
۰/۵۹۰	۰/۴۲۰	۰/۵۷۸	خطای چولگی
۳۹	۳۹	۳۹	دامنه
۹۶۰	۲۰۶۲	۱۱۰۲	جمع

برای بررسی معناداری تفاوت مشاهده شده، در میانگین افسردگی دخترها و پسرها میانگین دو گروه را در جدول ۲ مقایسه کرده‌ایم. همانگونه که مشاهده می‌کنید، تفاوت مشاهده شده در میزان افسردگی دخترها و پسرها، یک تفاوت معنادار نیست.

**جدول ۲: مقایسه ی میانگین افسردگی دخترها و پسرها**

95% confidence interval of the Difference		Std	تفاوت میانگین‌ها	Sig 2tailed	df	t	Sig	F	فرض‌ها
Upper	Lower								
۵/۵۷۰۱	-۲/۶۷۴۶	۲/۰۸۳۵	۱/۴۴۸	۰/۴۸۸	۱۲۹	۰/۶۹۵	۰/۳۶۴	۰/۸۳۱	یکسانی واریانس
۵/۵۶۵۱	-۲/۶۶۹۶	۲/۰۸۱	۱/۴۴۸	۰/۴۸۸	۱۲۹	۰/۶۹۶			نایکسانی واریانس

بعد از اینکه ۱۲ نفر را که بالاترین نمره‌ها را در افسردگی کسب کرده بودند، به دو گروه تقسیم کردیم، مجدداً آنها را از نظر تفاوت افسردگی با یکدیگر مقایسه کرده‌ایم (جدول ۳ و ۴). همانگونه که می‌بینیم دو گروه آزمایشی، تفاوت معناداری با یکدیگر ندارند.

**جدول ۳: مولفه‌های آماری نمرات افسردگی آزمودنی‌ها بعد از انتخاب گروه درمان**

تعداد	میانگین	انحراف معیار	خطای انحراف معیار میانگین
۶	۳۶/۱۶۶۷	۲/۳۱۶۶	۰/۹۴۵۸
۶	۳۶/۸۳۳۳	۲/۴۸۳۳	۱/۰۱۳۸

**جدول ۴: مقایسه ی افسردگی دو گروه درمانی**

فرض‌ها		آزمون لون برای یکسانی واریانس‌ها				
		F	Sig	t	df	Sig
یکسانی واریانس	۰/۲۸۶	۰/۶۰۴	-۰/۴۸۱	۱۰	-۰/۶۴۱	-۰/۶۶۶۷
نایکسانی واریانس			-۰/۴۸۱	۹/۹۵۲	-۰/۶۴۱	-۰/۶۶۶۷

بعد از اجرای جلسات درمانی، نمرات هریک از جلسات را مورد بررسی قرار داده‌ایم (جدول ۵).

جدول ۵: مقایسه ی میانگین نمرات نشانگان افسردگی در هر جلسه از درمان

Sig	تفاوت میانگین	میانگین بعد	میانگین جلسه قبل	
۰/۰۰۰	۲/۷۵۰	۳۰/۱۶۷	۳۲/۹۲	اول به دوم
۰/۰۱۹	۱/۱۶۷	۲۹	۳۰/۱۶۷	دوم به سوم
۰/۶۴۵	۰/۵	۲۸/۵	۲۹	سوم به چهارم
۰/۱۳۴	۲	۲۶/۵	۲۸/۵	چهارم به پنجم
۰/۷۵۶	۰/۴۱۷	۲۶/۰۸	۲۶/۵	پنجم به ششم
۰/۷۳۷	۰/۴۱۷	۲۵/۶۷	۲۶/۰۸	ششم به هفتم
۰/۰۱۲	۳/۱۶۷	۲۲/۵	۲۵/۶۷	هفتم به هشتم
۰/۰۰۳	۱/۴۱۷	۲۱/۰۸	۲۲/۵	هشتم به نهم
۰/۰۰۲	۲	۱۹/۰۸	۲۱/۰۸	نهم به دهم
۰/۰۰۰	۲/۵۸۳	۱۶/۵	۱۹/۰۸	دهم به یازدهم
۰/۰۰۱	۳/۳۸۳	۱۲	۱۶/۵	یازدهم به دوازدهم

همانگونه که در جدول ۵ مشاهده می شود، هرچند در بعضی از جلسات نسبت به جلسه ی قبل تغییر معناداری پیدا نشده است ولی آهنگ وقوع نشانگان افسردگی در تمام جلسات موضوعی کاهشی است. چنانکه از جلسه ی هشتم به بعد، در تمام جلسات درمانی این بهبود نسبت به مراحل قبل مشاهده می شود. به طوری که آنالیز واریانس نمرات به دست آمده در هریک از جلسات نیز، بیانگر تغییر معنادار در درون جلسات است (جدول ۶).

جدول ۶: مقایسه ی میانگین نمرات در طول جلسات درمان

Sig	F	df	مجموع مجذورات	تغییرات
۰/۰۰۰	۴۲۴/۸۷۱	۱۱	۴۶۷۳/۵۷	بین گروهی
	۷/۷۶۵	۱۳۲	۱۰۲۴/۹۲	میان گروهی
		۱۴۳	۵۶۹۸/۴۹	جمع کل



### بحث و نتیجه گیری

درمان شناختی، یکی از رویکردهای مهم درمانی است که در سالهای گذشته، تحقیقات زیادی پیرامون آن انجام گرفته است. در این پژوهش، تلاش بر این بود تا از یک چهارچوب تعریف شده و روشن و درواقع یک پکیج درمانی شناختی استفاده شود. روشنی پکیج مطرح شده، توسط مایکل فری در انجام گام به گام پژوهش، نشان داد که روش شناختی می تواند در کاهش نشانگان افسردگی نقش مهمی داشته باشد.

این پژوهش نشان داد که افکار غیرمنطقی، رفتارهای غیرمنطقی را به وجود می آورند و اینگونه افکار، معمولا از خطاهای انتساب اساسی سرچشمه می گیرند که افراد در مورد خودشان وضع می کنند و می توان با فراهم ساختن یک چهارچوب تربیتی در مقابل نشانگان افسردگی مقاومت کرد. در این درمان، نوجوانان یاد می گیرند که افکار خود آیند، عادت ها نشخوارهای ذهنی، افکار و احساسات منفی خود را چگونه تغییر جهت دهند، نسبت به آنها آگاه شوند و در چشم انداز وسیع تری افکار و احساسات خود را ببینند. و راههای تغییر در آن را تجربه نمایند.

### منابع

- Abramson, L., Metalsky, C., & Alloy, L.B. (1989). Hopelessness depression: A theory subtype of depression. *Psychological Review*, 96, 358—372.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.)*. Washington, DC: Author.
- Beck, A. T. (1991). Cognitive therapy: A 30-year retrospective. *American Psychologist*, 46(4), 368-375.
- Beck, A.T. (1967). *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*. New York: Harper & Row.
- Beck, A.T. (1976). *cognitive theory and the emotional disorders*. New York: International University Press.
- Beck, A.T. (1987). Cognitive models of depression. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 1, 5—38.
- Beck, J. S. (1995). *Cognitive therapy: Basics and beyond*. New York: Guilford Press.
- Butler, L., Mietzitz, S., Friedman, R., & Cole, E. (1980). The effects of two school-based intervention programs on depressive symptoms in preadolescents. *American Educational Research Journal*, 17, 111—119.
- Cooper, P.J., & Goodyear, I. (1993). A community study of depression in adolescent girls: Estimates of symptom and syndrome prevalence. *British Journal of Psychiatry*, 163, 369—374.

- Garber, J., Braafladt, N., & Zeman, J. (1991). The regulation of sad affect: An information processing perspective. In J. Garber & K. Dodge (Eds.), *The development of emotion regulation and dysregulation* (pp. 208-240). New York: Cambridge University Press.
- Garber, J., Kriss, M.R., Koch, M., & Rehm, L.P., & Sharp, R.N. (1996). Strategies for childhood depression. In M.A. Reineke, F.M. Dattio, & A. Freeman (Eds.), *Cognitive therapy with children and adolescents: A casebook for clinical practice* (pp. 103-123). New York: Guilford Press.
- Hammen, C. (1991). *Depression runs in families: The social context of risk and resilience in children of depressed mothers*. New York: Springer-Verlag.
- Hammen, C. (1997). *Depression*. Hove, UK: Psychology Press.
- Harrington, R.C. (1994). Affective disorders. In M. Rutter, E. Taylor, & L. Hersov (Eds.), *Child and adolescent psychiatry* (pp. 330-350). Oxford, UK: Blackwell Scientific Publications.
- Kaslow, N., & Thompson, M. (1998). Applying the criteria for empirically supported treatments to studies of psychosocial interventions for child and adolescent depression. *Journal of Clinical Child Psychology*, 27, 146-155.
- Kaslow, N., Brown, R., & Mees, L. (1994). Cognitive and behavioral correlates of childhood depression: A developmental perspective. In W.M. Reynolds & H. Johnston (Eds.), *Handbook of depression in children and adolescents* (pp. 97-122). New York: Plenum Press.
- Kendall, E.C., Cantwell, D., & Kazdin, A.E. (1989). Depression in children and adolescents: Assessment issues and Parkinsorian symptoms, tardive dyskinesia, and associated factors in child and adolescent psychiatric patients. *American Journal of Psychiatry*, 148, 1322—1328.
- Kendall, P.C. (Ed.) (2000). *Child and adolescent therapy: Cognitive-behavioral procedures (2nd ed.)*. New York: Guilford Press.
- Reinecke, M.A., Ryan, N., & DuBois, D. (1998). Cognitive-behavioral therapy of depression and depressive symptoms during adolescence: A review and meta-analysis. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37, 26-34.
- Rudolph, K.D., 1-lammen, C., & Burge, D. (1997). A cognitive-interpersonal approach to depressive symptoms in preadolescent children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 25, 33-45.
- Rudolph, K.D., Hammen, C., & Burge, D. (1997). A cognitive-interpersonal approach to depressive symptoms in preadolescent children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 25, 33—45.
- Sommers-Flanagan, J., & Sommers Flanagan R. (1996). Efficacy of antidepressant medication with depressed youth: What psychologists should know. *Professional Psychology: Research and Practice*, 27, 145—153.
- Stark, K., & Kendall, P.C. (1996). *Treating depressed children: Therapist manual for "ACTION."* Ardmore, PA: Workbook Publishing.

- Stark, K.D. (1990). *The treatment of depression during childhood: A school- based program*. New York: Guilford Press.
- Stark, K.D., Kendall, P.C., McCarthy, M., Stafford, M., Barron, R., & Thomeer, M. (1996). *Taking action: A workbook for overcoming depression*. Ardmore, PA: Workbook Publishing.
- Stark, K.D., Reynolds, W.M., & Kaslow, N. (1987). A comparison of the relative efficacy of self-control therapy and behavioral problem-solving therapy for depression in children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 15, 91-113.
- Watson D, and Clark LA (1991) *The Mood and Anxiety Questionnaire*. Unpublished Manuscript, University of Iowa, Department of Psychology, Iowa City