

تأثیر گروه درمانی شناختی به روش مایکل فری در کاهش افسردگی زندانیان

احسان کهریزی^۱، دکتر علیرضا آقا یوسفی^۲

و دکتر مالک میر هاشمی^۳

دریافت مقاله: Oct 13, 2011
پیش‌نویس مقاله: March 20, 2012

افسردگی، یکی از شایع ترین تشخیص ها در اختلالات روانی است که تعداد زیادی از افراد به آن مبتلا هستند و تاکنون، شیوه های مختلفی برای درمان آن ارایه شده است. هدف پژوهش حاضر تعیین میزان اثر بخشی گروه درمانی شناختی به روش مایکل فری در کاهش افسردگی زندانیان بود. بدین منظور، ۱۶ نفر از زندانیان مرد مستقر در بند روان درمانی زندان مرکزی قم که بر اساس آزمون افسردگی بک، افسرده متوسط و شدید تشخیص داده شده بودند، به طور تصادفی در دو گروه ۸ نفره ی آزمایشی و کنترل گمارده شدند، سپس شناخت درمانی گروهی به روش مایکل فری در ۱۲ جلسه ی ۹۰ دقیقه ای برای گروه آزمایش اجرا شد و پس از پایان مداخله ی درمانی، دوباره آزمون افسردگی بک از هر دو گروه اخذ شد. نتایج تحلیل کواریانس، نشان داد که بین میانگین نمره ی افسردگی پس آزمون دو گروه، تفاوت معنادار وجود دارد و می توان نتیجه گرفت که شناخت درمانی گروهی به روش مایکل فری منجر به کاهش افسردگی زندانیان می شود.

واژه های کلیدی: افسردگی، شناخت درمانی گروهی، زندان

مقدمه

افسردگی، واژه ای شناخته شده و مساله ای چالش برانگیز در عرصه ی بهداشت روانی است. شیوع افسردگی، به گونه ای است که آن را به عنوان رایج ترین اختلال و سرماخوردگی بیماری های روانی مطرح کرده اند (ویلیامز، ۱۹۹۶؛ روزنهان و سلیگمن، ۱۹۹۵). از نظر تشخیصی افسردگی، یکی از شایع ترین تشخیص ها در اختلالات روانی است که تعداد زیادی از افراد، با سوابق مختلف را شامل می شود و گسترشی جهان شمول دارد (شارپ و لیسکی، ۲۰۰۲؛ لامبرت، ۲۰۰۶). پیش بینی می شود که شیوع این اختلال تا سال ۲۰۲۰ به رتبه ی دوم جهانی برای هر سن و در هر دو جنس، تبدیل شود در حالی که از این تعداد، کمتر از ۲۵ درصد به درمان های موثر

۱. دپارتمان روان شناسی بالینی دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن، رودهن، ایران (نویسنده ی مسول) kahrizy@yahoo.com

۲. دپارتمان روان شناسی عمومی دانشگاه پیام نور. تهران. ایران.

۳. دپارتمان روان شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن، رودهن، ایران.

دسترسی خواهند داشت (سازمان بهداشت جهانی^۱، ۲۰۰۸). بر پایه ی داده های DSM^۲ مبتلایان به دوره ی افسردگی عمده، اغلب علایمی چون اشکبازی، تحریک پذیری، اشتغال فکری، نشخوار و سواسی، اضطراب، هراس، نگرانی افراطی درباره ی سلامتی جسمانی و شکوه های درد و ناراحتی از خود نشان می دهند؛ علاوه بر آن، در خلال دوره ی افسردگی عمده^۳ برخی افراد دچار حمله های وحشت زدگی^۴ می شوند که در الگویی مطابق با ملاک های تشخیصی اختلال وحشت زدگی روی می دهد. عواملی مثل اشکال در روابط صمیمانه، خشنودی کمتر از روابط اجتماعی یا اشکال در کارکرد جنسی، مشکلات زناشویی (مانند طلاق)، مشکلات شغلی و تحصیلی، سو مصرف الکل یا سایر مواد، استفاده ی بیش از حد از خدمات پزشکی و همچنین میزان بالایی از مرگ زود هنگام در اثر بیماری های جسمانی، ممکن است در این اختلال مشاهده شود. قصد خودکشی یا اقدام به خودکشی، جدی ترین پیامد افسردگی عمده به شمار می رود (انجمن روانپزشکی آمریکا^۵، ۲۰۰۰).

شیوع اختلالات روانی بین زندانیان، سه تا چهار برابر جامعه ی عادی است و در ایران، شیوع این اختلالات در جامعه ی عادی ۲۵ تا ۳۰ درصد و در زندانهای کشور بین ۵۲ تا ۸۷/۵ درصد است (اسماعیلی، ۲۰۰۷). بررسی ها نیز نشان داده است که اضطراب و افسردگی از شایع ترین اختلالات روانی بین زندانیان کشور است (افشار، ۲۰۰۶). فاضل و دانش (۲۰۰۲) نشان دادند که تقریباً یک هفتم زندانیان، به روان پریشی یا افسردگی اساسی، مبتلا هستند. این آمار در آمریکا نیز بیش از نیمی از زندانیان را شامل می شود (بارلاس، ۲۰۰۶). اهمیت توجه به درمان این اختلالات، آنجا مطرح می شود که طبق آمار تعداد زندانیان و مجرمان در سال های اخیر افزایش یافته و جوامع را با مشکلات جذب مجدد آنها رو به رو کرده است. این در حالی است که بیشتر این زندانیان، قبل از زندانی شدن، دارای مشکلات روانی و همچنین اعتیاد بوده و در دوران زندانی بودنشان یا به درستی درمان نشده یا اصلاً مورد درمان قرار نگرفته و زندانی شدن، وضع آنها را بدتر کرده است (محمدی، ۲۰۰۷).

تاکنون، شیوه های مختلفی برای درمان افسردگی ارائه شده است و در این راستا، دیدگاه شناختی یکی از با نفوذترین نظریه ها را در مورد افسردگی ارائه کرده است (ساراسون و ساراسون، ۲۰۰۴).

1. World Health Organization (WHO)
2. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder
3. Major Depressive Disorder
4. Panic Attacks
5. American Psychiatric Association

هدف تکنیکهای شناختی، شناسایی و چالش با تفکرات منفی، جستجوی کمک برای یافتن روشهای جایگزین تفکر و تسهیل شناسایی علل افسردگی و روشهایی برای حفظ این تکنیک ها است. درمان شناختی، با ایجاد تغییر و دگرگونی در نظام شناختی فرد، موجب می شود که واکنشهای او به وسیله ی کیفیات شناختی وی تغییر یافته و شخص بتواند به طور صحیح واقعیتها را درک و تفسیر کند. پژوهش ها نشان داده است که شناخت درمانی، یکی از مداخلات موثر در مورد افسردگی، به خصوص در مورد بزرگسالان است (هولون و بک، ۱۹۹۵؛ روث و فوناگی، ۲۰۰۵؛ رینک، ریان و دابویس، ۱۹۹۷). شناخت درمانی، یک الگوی درمانی کوتاه مدت و پایدار فراهم می سازد و درمانگران می توانند فنون درمانی آن را به سادگی آموزش دهند (دیویدسون، ۲۰۰۴). مطالعات فرا تحلیلی، نشان می دهد که این درمان در بیماران افسرده تاثیر بسزایی دارد (راش، بک و کواکس، ۱۹۷۷؛ روپک، بلک و رنفرا، ۲۰۰۶) و از دارونما بهتر عمل می کند (مورفی، سیمونز، وتزل و لوستمن، ۱۹۸۴).

از نظر فری (۱۹۹۹) شناخت درمانی سنتی تنها باورهای عقلانی فرد را تغییر می دهد در حالی که باورهای هیجانی آنها را کمتر دستکاری می کند و گروهی کردن این مداخلات، باعث موثرتر شدن آن می شود. فری (۱۹۹۹) و مک درموت (۲۰۰۱) با مقایسه ی ۴۸ تحقیق انجام شده اثربخشی گروه درمانی را در درمان افسردگی تایید کرده اند. به نظر مونت گومری (۲۰۰۲) فرد در گروه، از حمایت سایر اعضای گروه برخوردار شده و می تواند مهارت های اجتماعی خود را گسترش دهد؛ به خصوص اینکه گروه درمانی برای بهبود عملکردهای عالی بزرگسالان، موثرتر از درمان های فردی است (لورنتزن، بوگوالد و هوگلند، ۲۰۰۲). علاوه بر این، مقرون به صرفه بودن اقتصادی و زمانی یکی دیگر از نقاط قوت گروه درمانی است به ویژه در موقعیت هایی که با محدودیت زمانی مواجه ایم (فیرس و ترال، ۲۰۰۲). با توجه به مطالب گفته شده، در این پژوهش به دنبال بررسی تاثیر گروه درمانی به روش مایکل فری در کاهش افسردگی زندانیان بودیم.

روش

پژوهش حاضر، از نوع طرح های نیمه آزمایشی بود. اطلاعات گردآوری شده در این پژوهش، با روش پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل، برای بررسی اثر متغیر مستقل (گروه درمانی

شناختی به روش فری) بر متغیر وابسته (افسردگی زندانیان) و با استفاده از روش تحلیل کواریانس مورد بررسی و تحلیل قرار گرفته است.

جامعه ی آماری این پژوهش، شامل زندانیان مرد مستقر در زندان مرکزی قم بود. از میان این زندانیان، به صورت نمونه گیری در دسترس، ۱۶ نفر که مددجوی بند روان درمانی بودند و نمره ی افسردگی آنها بر اساس آزمون بک از ۲۱ بالاتر بود، به شرط داشتن سواد خواندن و نوشتن انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه ۸ نفری آزمایشی و کنترل کاربندی شدند. گروه آزمایشی به مدت ۱۲ جلسه ی ۹۰ دقیقه ای تحت مداخله ی گروه درمانی شناختی - رفتاری مایکل فری قرار گرفت. بعد از اتمام جلسات هر دو گروه دوباره با پرسشنامه ی بک^۱ مورد آزمون قرار گرفتند.

برای اندازه گیری افسردگی، از پرسشنامه ی افسردگی بک (BDI) استفاده شد. این پرسشنامه شامل ۲۱ گزینه ی خود گزارش دهی^۲ و ابزاری رایج برای ارزیابی وجود و شدت افسردگی است که شدت این اختلال را در زمینه های عاطفی، رفتاری، شناختی و جسمانی مورد ارزیابی قرار می دهد به طوری که ۶ مورد از ۹ مورد از ملاک های DSM-IV در زمینه ی افسردگی را در بر می گیرد (مرکز مطالعات روان شناختی^۳، ۲۰۰۸). پژوهش ها، اعتبار^۴ و پایایی^۵ این پرسشنامه را در سطح بالایی گزارش می کند (سایت مرکز مطالعات روان شناختی، ۲۰۰۸؛ گراث-مارنات، ۲۰۰۵). نتایج فرا تحلیلی، حاکی از آن است که همسانی درونی این پرسشنامه بین ۰/۷۳ تا ۰/۹۳ با میانگین ۰/۸۶ و ضرایب پایایی حاصل از بازآزمایی بر حسب فاصله ی بین دفعه های اجرا و نوع جمعیت در دامنه ی ۰/۴۸ تا ۰/۸۶ قرار دارد، اعتبار این پرسشنامه نیز در پژوهش های مختلف تایید شده است (گراث-مارنات، ۲۰۰۵). در ایران، غرابی (۲۰۰۳) ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس را ۰/۷۸ گزارش کرده است و همچنین محمدخانی (۲۰۰۷) نیز ضریب آلفای ۰/۹۲ را برای بیماران سرپایی و ۰/۹۳ را برای دانشجویان گزارش کرده است.

در این پژوهش، گروه آزمایشی به مدت ۱۲ جلسه ی ۹۰ دقیقه ای، بر اساس کتاب راهنمای عملی شناخت درمانی گروهی مایکل فری مورد درمان قرار گرفت. در جدول ۱، طرح درمان به کار گرفته شده به تفکیک جلسات گزارش شده است.

1. Beck Depression Inventory
2. self-report

3. Center for Psychological Studies
4. validity

5. reliability

جدول ۱: طرح درمان شناختی گروهی در درمان افسردگی به شیوه ی مایکل فری**جلسه ی اول**

خوش آمد گویی، توضیح قوانین گروه، توضیح تعامل فرایندهای فیزیولوژیکی، شناختی و رفتاری؛ آشنایی شرکت کنندگان با مولفه های شناختی و واکنش های هیجانی؛ شناسایی افکار سطحی اولیه که بین واقعه و واکنش هیجانی قرار می گیرند و نوشتن آنها در جدول سه ستونی رویداد فعال ساز (A)، باورها یا افکار (B) و پیامد و واکنش هیجانی (C) تکالیف: نوشتن ده مورد از بدترین حوادث زندگی خود با استفاده از توالی A-B-C

جلسه ی دوم

یادگیری جنبه های نظریه های شناختی افسردگی، اضطراب و خشم؛ آشنایی با افکار خود آیند؛ آشنایی با تحریف های شناختی و شناسایی آنها در تفکر خود؛ شناخت مقاومت های احتمالی در برابر درمان و طراحی راهبردهایی برای مقابله با این مقاومت ها. تکالیف: شناسایی افکار خود آیند و ثبت آنها در برگه ی A-B-C، دسته بندی عقاید و نوشتن بدترین A-B-C روزانه.

جلسه ی سوم

آشنا با بنیادهای پیامدهای رفتاری، آموزش ماهیت طرحواره ها (باورهای اصلی، طرحواره ها، نگرش های ناکارآمد) و ارتباط بین طرحواره ها و افکار خود آیند و همچنین شناسایی طرحواره ها با استفاده از روش پیکان عمودی. تکالیف: مرور تکالیف جلسه ی دوم، تمرین تزییق فکر، ادامه نوشتن A-B-C های روزانه، نوشتن پیامدهای رفتاری A-B-C های تکمیل شده و رسم پیکان عمودی برای دو مورد از آنها.

جلسه ی چهارم

۱. کار روی پیکان عمودی و حل مشکلاتی که اعضای گروه در به کار بستن روش پیکان عمودی به منظور شناسایی طرحواره های منفی خود با آن روبرو می شوند.
۲. توانا ساختن شرکت کنندگان در شناسایی ده نوع طرحواره ی منفی متداول و قرار دادن باورهای خود در این ده طبقه. تکالیف: مرور تکالیف جلسه ی قبل، آموزش دسته بندی باورها.

جلسه ی پنجم

دستیابی شرکت کنندگان به تصویر واضح تری از چگونگی ارتباط و تناسب باورهای منفی با یکدیگر؛ تنظیم فهرست باورهای منفی؛ رسم نقشه های شناختی از چگونگی ارتباط باورهای منفی با یکدیگر و رتبه بندی آنها. تکالیف: مرور تکالیف جلسه ی قبل، تهیه ی فهرست اصلی باورها و علت دوام باورهای منفی، استفاده از رتبه بندی واحدهای ناراحتی ذهنی، ادامه ی ترسیم پیکان عمودی و دسته بندی باورها و درجه بندی هر باور روی مقیاس واحدهای ناراحتی ذهنی.

جلسه ی ششم

پذیرش این نکته که باورها تغییر پذیرند و این امکان وجود دارد که افراد بتوانند باورهایشان را مورد تجدید نظر قرار دهند. تکالیف: تکمیل فهرست اصلی باورها و تحلیل عینی باورهایی که تاکنون شناسایی شده اند.

جلسه ی هفتم

درک این نکته که باورها از نظر سودمندی متفاوتند و آنها را می توان بر اساس معیارهایی، ارزشیابی کرد. تکالیف: شناخت باورهای مشکل زای خود و ارزشیابی آنها، تصمیم گیری در مورد نگهداری یا کنار گذاشتن آنها.

جلسه ی هشتم

یادگیری کاربرد تحلیل منطقی در مورد باورهای خود. تکالیف: تکمیل تحلیل منطقی تمامی طرحواره های شرطی و قطعی.

جلسه ی نهم

دستیابی شرکت کنندگان به مفهوم باور مخالف.

تکالیف: تهیه ی سلسله مراتب موقعیت های مرتبط با باورهای اصلی، تهیه ی عبارت های مخالف با باورهای منفی خود، یافتن باورهای مخالف خود، تهیه ی کارتی که یک طرف آن باورهای اصلی و طرف دیگر آن باورهای منفی نوشته شده باشد.

جلسه ی دهم

در این جلسه دو حوزه ی محتوایی تغییر ادراکی و بازداری قشری اختیاری مورد توجه قرار می گیرد.

تکالیف: بررسی تکالیف جلسه ی قبل، آموزش تغییر ادراکی به وسیله ی ارایه ی تصاویر مهم و تمرین آن، تمرین بازداری قشری انجام روزانه بازداری قشری اختیاری یا تغییر ادراکی.

جلسه ی یازدهم

یادگیری روش تنبیه خود و خودپاداش دهی.

تکالیف: مرور تکالیف جلسه ی قبل، تمرین روش تنبیه خود- خودپاداش دهی برای تغییر تفکر، مرور باورهای مخالف، تمرین خیال پردازی، تکمیل طرح نگهدارنده ی خود.

جلسه ی دوازدهم

بررسی طرح های شرکت کنندگان برای نگهداری اهداف درمان و اخذ بازخورد از آنها درباره ی برنامه ی درمانی.

با توجه به اینکه در این پژوهش از روش پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل استفاده شده بود و با عنایت به تایید نرمال بودن توزیع نمره ها توسط آزمون کولموگروف- اسمیرنوف و همگنی واریانس ها از طریق آزمون لون و تایید شدن همگنی شیب های رگرسیون، از تحلیل کوواریانس استفاده و داده ها با بکارگیری نرم افزار SPSS ویرایش ۱۶ مورد تحلیل قرار گرفت.

یافته ها

در جدول ۲، مولفه های آماری نمرات افسردگی آزمودنیها در پیش آزمون و پس آزمون گزارش شده است.

جدول ۲: مولفه های آماری نمرات افسردگی پیش آزمون و پس آزمون دو گروه

گروه	میانگین	واریانس	انحراف معیار
پیش آزمون	۳۳/۶۳	۱۰۹/۱۲۵	۱۰/۴۵
کنترل	۳۳/۳۸	۵۴/۵۵۴	۷/۳۹
پس آزمون	۱۶/۱۳	۵۵/۸۳۹	۷/۴۷
کنترل	۳۹	۶۹/۷۱۴	۸/۳۵

در جدول ۳، خلاصه ی نتایج تحلیل کوواریانس نمرات افسردگی آزمودنیها ارایه شده است.

جدول ۳: خلاصه تحلیل کواریانس نمرات افسردگی آزمودنی ها

منابع تغییر	مجموع مجذورات	درجه ی آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذور ایتا
پیش آزمون	۱۵۶/۹۹۹	۱	۱۵۶/۹۹۹	۲/۷۲۴	۰/۱۲۳	۰/۱۷۳
گروه ها	۲۰۶۳/۸۹۷	۱	۲۰۶۳/۸۹۷	۳۵/۸۰۴	۰/۰۰۰	۰/۷۳۴
خطا	۷۴۹/۳۷۶	۱۳	۵۷/۶۴۴			

همان طور که در جدول ۳ ملاحظه می شود، احتمال پذیرش فرض صفر برای مقایسه ی عملکرد گروه آزمایش و کنترل در پس آزمون متغیر افسردگی از ۰/۰۵ کوچکتر است ($F=35/804$ ، $P<0/001$)؛ بنابراین، می توان نتیجه گرفت که بین عملکرد اعضای دو گروه در پس آزمون متغیر افسردگی، تفاوت معنادار وجود دارد. مجذور ایتا، نشان می دهد که ۷۳/۴ درصد (۰/۷۳۴) واریانس افسردگی به وسیله ی متغیر مستقل یعنی درمان شناختی به روش فری تبیین می شود. در نهایت، با توجه به شواهد جمع آوری شده در این تحقیق، می توان نتیجه گرفت که درمان شناختی به روش فری، می تواند افسردگی زندانیان را کاهش دهد و همچنین، شواهد کافی برای پذیرش فرضیه ی این تحقیق وجود دارد.

بحث و نتیجه گیری

پژوهشها نشان می دهد که اختلالات روانی یکی از مشکلات توام با زندانی شدن افراد است. این یافته ها بیانگر آن است که بین ۱۰ تا ۱۵ درصد زندانیان، مبتلا به اختلالات روانی (لمب و واینبرگر، ۱۹۹۸) هستند و میزان شیوع اختلالات روانی در نمونه های متشکل از افراد مجرم و زندانی بسیار بالاتر از افراد جامعه است (بیکل و کمبل، ۲۰۰۲). افسردگی، یکی از رایج ترین اختلالات روانی است که همواره وجود داشته و باعث تغییر در تفکر، احساس، رفتار و بهزیستی می شود. شیوع این اختلال در زندانیان نسبت به جمعیت عمومی بیشتر است و تاکنون کوشش های زیادی در جهت شناخت و درمان این اختلال انجام شده که احتمالاً با نفوذترین آنها، از دیدگاه شناختی مشتق می شود.

اصل بنیادی درمان شناختی این است که رفتار و احساس فرد تا اندازه ی زیادی به چگونگی تفسیر او از جهان بستگی دارد. شناخت درمانی، به مراجع کمک می کند تا به وسیله ی شناختن و تغییر دادن تفکر، رفتار و پاسخ هیجانی ناکارآمد، بر مشکلاتش غلبه کند. در این پژوهش، تاثیر شناخت

درمانی گروهی به روش مایکل فری در کاهش افسردگی زندانیان استان قم، مورد بررسی قرار گرفته است. نتایج آزمون های انجام شده روی نمرات پیش آزمون- پس آزمون آزمون افسردگی بک در دو گروه از مبتلایان به افسردگی که یک گروه، تحت شناخت درمانی گروهی به روش مایکل فری و گروه دیگر هیچ درمانی دریافت نکرده بود، نشان داد که اثر تعاملی شناخت درمانی گروهی به روش مایکل فری معنادار ($p < 0/005$) بوده است؛ یعنی می توان نتیجه گرفت که شناخت درمانی گروهی به روش مایکل فری در کاهش افسردگی زندانیان استان قم، موثر بوده است.

هویت (۲۰۰۶) و بلاد و همکاران (۲۰۰۳) نیز شناخت درمانی را در درمان اختلالات روانی و رفتاری زندانیان به کار بردند. آنها اثر بخشی شناخت درمانی را در درمان افسردگی و اضطراب زندانیان در مقایسه با سایر روش ها، معنادار ارزیابی کردند. همچنین، ویلسون در تحقیق خود شناخت درمانی را در حل مشکلات بین فردی، بهبود مهارت های اجتماعی و افزایش مهارت های خود کنترلی اثربخش ارزیابی کرد (بورکه، ۲۰۰۷). بر این اساس می توان انتظار داشت که افراد تحت درمان، با بهبود مهارت های اجتماعی و افزایش مهارت های کنترلی خود نقش فعال تر و مسوولانه تری در زندگی خود ایفا کنند. به همین دلیل بورکه معتقد است که شناخت درمانی در درمان مجرمان و مجرمان جنایی اثر مثبتی دارد (۲۰۰۷). در ایران نیز جلالی تهرانی (۱۹۹۶) شناخت درمانی گروهی را در درمان افسردگی زندانیان در زندان وکیل آباد مشهد به اجرا در آورد و آن را موثر ارزیابی کرد.

نتیجه ی این پژوهش با یافته های جلالی تهرانی (۱۹۹۶) بورکه (۲۰۰۷) پترسون و هالیستد (۱۹۹۸) مایکل فری (۱۹۹۸) سلیگمن و همکاران (۲۰۰۷) و ثنایی ذاکر و نصیری (۲۰۰۰) و تقه ی الاسلام و همکاران (۲۰۰۲) در مورد زندانیان و درمان افسردگی همخوانی دارد. به نظر می رسد که این نتیجه را می توان به سایر زندان های کشور تعمیم داد و از آن در درمان افسردگی زندانیان سود برد؛ در نتیجه خطرات احتمالی افسردگی در زندان مثل سو مصرف مواد، خودکشی، خود زنی پرخاشگری، تحریک پذیری، اختلالات خواب، مشکلات جنسی و همانند آنها را کاهش داد، بر عزت نفس آنها تاثیر گذاشت و از بازگشت مجدد زندانیان به زندان جلوگیری کرد.

References

- Afshar, P. (2006). Depression and anxiety common mental disorders in prisoner. *Salamatnews*, available at: <http://www.salamatnews.ir>. (Persian).
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM IV, 4th*. Translated by: M. R. Nikkhou, H. Avadisyans, (2005). Tehran: Sokhan.

- Aronson, E. (NS). *Social psychology*. Translated by H. Shokrkon.(2002). Tehran:Roshd.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (2000). *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Bickel, R., & Campbell, A. (2002). Mental health of adolescents in custody: The use of the adolescent psychopathology scale in a tasmanian context. *Austral & Newzealand. Journal of Psychiatry*, 36:603-9.
- Butler, A. C., Chapman, J. E., Forman, E. M. & Beck, A. T. (2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy: a review of meta-analyses. *Clinical Psychology Rev* 26 (1): 17–31.
- Center for Psychological Studies. (2008). *Beck Depression Inventory - 2nd Edition*. available at: <http://www.cps.nova.edu>
- Cooper, M. (2008). *Essential Research Findings in Counselling and Psychotherapy: The Facts are Friendly*. London: Sage Publications.
- Dadsetan, P .(2003). *Developmental psychopathology from infancy through adulthood*. Tehran: Samt.(Persian).
- Davidson, K. M. (NS). *Cognitive therapy for personality disorders: aguid for therapists*. Translated by: G. Shams. (2004). Tehran:Roshd.
- Esmaeili, E. (2007). Mental disorders in prison. *Eslah va Tarbiat*, 69 , 21-23. (Persian).
- Fazel, S., & Danesh, G. (2002). Serious mental disorder in 23000 prisoners : a systematic review of 62 survey. *Lancet*, 359, 545- 550. (Persion)
- Free, M. (1999). *Cognitive therapy in groups: guidelines and resources for practice*. Translated by M. Mohammadi., & R. Farnam (2005). Tehran: Roshd.
- Gharayi, B. (2003). *Identity and its relation to depression in adolescents*. Doctoral thesis, University of Medical Sciences, Tehran Psychiatric Institute. (Persian).
- Groth-Marnat, G. (2003). *Handbook of psychological assessment*. Translated by H. PashaSharifi., & M. R. Nikkhou. (2005). Tehran:Sokhan.
- Hollon, S. D., & Beck, A. T. (1995). Cognitive and Cognitive behavioral therapies. In: *Handbook of psychotherapy and behavior chang* (4th edn), ed. S. L. Garfied & A. E. Bergin. 428-66. New York: Wiley.
- Jalali-Tehrani, S. M. M. (1996). An application of Cognitive Therapy in Iran. *Journal of Cognitive Therapy*, 3 (10), 219-225. (Persian)
- Kaplan, H., & Sadock, V.(2003). *Synopsis of psychiatry:Behavioral sciences,clinical psychiatry*. 9th ed. Translated by N. Porafkari (2004). Tehran: Shahrab.
- Lamb, H. R., & Weinberger, L. E. (1998). Persons with severe mental illness in jails and prisons: A review. *Psychiat Services*, 49:438-92.
- Lambert, K. G. (2006). Rising rates of depression in today's society: Consideration of the roles of effort-based rewards and enhanced resilience in day-to-day functioning. *Neuroscience & Biobehavioral*. 30 (4), 497–510.
- Lorentzen ,S., Bogwald, K., & Hoglend, P. (2002). Change during and after long-term analytic group psychotherapy. *International Journal of Group Psychotherapy*, 52 (3), 419-30.
- Mc Dermut, A. (2001). The Efficacy of Group Psychotherapy for Depression: A Meta-analysis and Review of the Empirical Research. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 8, 98-116.
- Mohammadi, A. (2007). *The Effects of prison on mental health*. Tehran: Rahe Tarbiyat. (Persian).
- Mohammadkhani, P. (2007). Psychometric profile of the Beck Depression Inventory in patients with major depressive disorder in partial recovery. *Rehabilitation*, 8(29), 86-80. (Persian).
- Montgomery, C .(2002). Role of dynamic group therapy in psychiatry . *Psychiatric Treatment*, 8(1), 34-41.
- Murphy, G. E., Simons, A. D., Wetzel, R. D., & Lustman, P. J. (1984). Cognitive therapy and pharmacotherapy. Singly and together in the treatment of depression. *Arch Gen Psychiatry*. 84; (41): 33-41.
- Petterson, A. L., Halstead, T. S. (1998). Group cognitive behavior therapy for depression in a omunity setting: A clinical replication series. *Journal of Behavior therapy*, 29: 3-18.
- Phares, J. E., & Trull .T. (2002). *Clinical psychology:concepts, methods and profession*,6th ed. Translated by M. Firozbakht., & S.Bahari. (2003). Tehran:Roshd.
- Reinecke, M. A., Ryan, N. E., & DuBois, D. L. (1997). 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 (1), 26–34.

- Rosenhan, D. L., & Seligman, M. E. P. (1995). *Abnormal psychology*. Translated by Y.Seyed Mohammadi (2005). Tehran: Arasbaran.
- Roth, A., & Fonagy, P. (2005). *What Works for Whom? Second Edition: A Critical Review of Psychotherapy Research*. New York: Guilford Press.
- Rupke, S. J., Blecke, D., & Renfrow, M. (2006). Cognitive therapy for depression. *Am Fam Physician*, 73(1): 83-86.
- Rush, A. J., Beck, A. T., Kovacs, M., & Hollon, S. (1977). Comparative efficacy of cognitive therapy and psychotherapy in the treatment of depressed outpatients. *Cogn Ther Res*, 77 (1): 17-37.
- Sanaei Zaker, B., & Nasiri, H. (2000). The Effects of Cognitive therapy to reduce depression and anxiety in patients with mood disorder. available at: <http://sid.ir>. (Persian).
- Sarason, I.G., & Sarason, B. R. (NS). *Abnormal psychology: the problem of maladaptive behavior*. Translated by B. Najariyan., M. Asghari Moghadam., & M. Dehghan (2004). Tehran: Roshd.
- Seghatoleslam, T., Rezaei, O., & Aghighi, K. (2002). The Effects of Cognitive behavior therapy to reduce depression in addicted. *Journal of Ardabil University of medical sciences & health services*. available at: <http://www.arums.ac.ir/majaleh/Index.htm>. (Persian).
- Seligman, M. E. P., Schulman, P., & Tryon, A. M. (2007). Group prevention of depression and anxiety symptoms. *Behaviour research and therapy*, 45(6), 1111-1126.
- Sharp, L. K., & Lipsky, M. S. (2002). Screening for depression across the lifespan: a review of measures for use in primary care settings. *American family physician*, 66 (6), 1001-8.
- Williams, J. M. G. (1996). *The specificity of autobiographical memory in depression*. In *remembering our past: studies in autobiographical memory*. Cambridge: Cambridge University Press.
- World Health Organization. (2007). *What is depression?*. available at: http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en/index.html.

Archive of SID