

# اثربخشی شناخت درمانی به سبک مایکل فری بر کاهش افسردگی زنان زندانی استان تهران

فرامرز سهرابی<sup>۱</sup>، طیبه سنگ پهنی<sup>۲</sup>، احمد برجعلی<sup>۳</sup>

تاریخ دریافت: ۱۳۹۴/۴/۱۵

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۷/۱۵

## چکیده

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی گروه درمانی شناختی به سبک مایکل فری بر کاهش افسردگی زندانیان زن انجام شد. این پژوهش از نوع نیمه آزمایشی بود که در آن از طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل استفاده شد. جامعه پژوهش شامل ۱۲۰۰ زن زندانی که در ندامتگاه مرکزی استان تهران در سال ۹۲-۱۳۹۱ زندانی بودند. بدین منظور، ۱۴ نفر از این زنانی که بر اساس آزمون افسردگی بک (در پیش‌آزمون)، افسرده متوسط و شدید تشخیص داده شدند، انتخاب شدند و به طور تصادفی در دو گروه ۷ نفره‌ی آزمایشی و کنترل گمارده شدند، سپس شناخت درمانی گروهی به سبک مایکل فری در ۱۲ جلسه‌ی ۹۰ تا ۱۲۰ دقیقه‌ای برای گروه آزمایش اجرا شد و پس از پایان مداخله‌ی درمانی، دوباره آزمون افسردگی بک بر روی هر دو گروه اجرا شد. نتایج تحلیل کواریانس تک‌متغیره، نشان داد که بین میانگین نمره‌ی افسردگی پس‌آزمون دو گروه، تفاوت معنادار وجود دارد. محققان دریافتند زندانیان زن گروه آزمایش که در جلسات گروه درمانی شناختی به سبک مایکل فری شرکت کرده بودند نسبت به زندانیان زن گروه کنترل که هیچ‌گونه مداخله‌ی دریافت نکرده بودند میزان افسردگی کم‌تری داشتند. می‌توان نتیجه گرفت که شناخت درمانی گروهی به روش مایکل فری منجر به کاهش افسردگی زندانیان زن می‌شود. این پژوهش تلویحات کاربردی عملی چندی را به دنبال دارد از جمله ضرورت راه‌اندازی کلینیک‌های روان‌درمانی و ارائه خدمات روان‌شناختی فردی و بویژه گروهی در زندان‌ها را به متخصصان و علاقه‌مندان به این حوزه مطرح می‌نماید.

واژگان کلیدی: افسردگی، شناخت درمانی گروهی مایکل فری، زنان زندانی

۱. استاد روان‌شناسی بالینی دانشگاه علامه طباطبائی (نویسنده مسئول) (sohrabi@atu.ac.ir)

۲. کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی دانشگاه علامه طباطبائی (tayebeh\_sangi@yahoo.com)

۳. دانشیار روان‌شناسی عمومی دانشگاه علامه طباطبائی (bojali@atu.ac.ir)

## مقدمه

فضای زندگی نقش مهمی در سلامت جسمانی و روان‌شناختی انسان دارد و بروز هرگونه محدودیت در جنبه‌های مختلف این فضا می‌تواند باعث افزایش آسیب‌پذیری شود در این راستا بررسی مؤلفه‌های مختلف روان‌شناختی و رفتاری زندانیان یکی از موضوعات اساسی مورد بررسی روانشناسان و کارشناسان علوم اجتماعی است (نظری و همکاران، ۱۳۹۲). تعدادی زیادی از زندانیان دارای اختلالات روانی (مثل اختلال افسردگی، اختلال سایکوتیک و اختلال شخصیت ضداجتماعی) هستند؛ تخمین‌هایی از شیوع بیماری‌های روانی در جمعیت زندانیان گوناگون است اما موافقت کلی وجود دارد که نرخ بیماری روانی در زندان نسبت به جمعیت عمومی بیشتر است (فاضل و دانش<sup>۱</sup>، ۲۰۰۲). از آنجا که زندان یک ظرفیت قابل توجهی در اشکال کوچکتر از بیماران روانی را حمل می‌کند، وضعیت‌هایی همچون افسردگی، اضطراب و شرایط عاطفی استرس‌زا در اکثر زندانیان گزارش شده است، از سوی دیگر فشار زندانی شدن باید بر روی سلامت روان زندانیان بررسی شود (فراسر، گادر، های تون<sup>۲</sup>، ۲۰۰۹). حدود ۹ میلیون از مردم در سرتاسر جهان زندانی هستند و تعدادی از آنها با اختلالات روانی (مثل افسردگی، اختلال سایکوتیک و اختلال شخصیت ضداجتماعی) شناخته شده‌اند (فاضل و دانش، ۲۰۰۲).

افسردگی رایج‌ترین اختلال روانی است و اخیراً بشدت رو به افزایش نهاده است، افسردگی سرماخوردگی بیماری روانی است (روزنهان<sup>۳</sup>، ۲۰۰۰، ترجمه سیدمحمدی، ۱۳۸۲). پیش‌بینی شده که افسردگی علت عمده‌ی ناتوانی در کشورها در سال ۲۰۳۰ خواهد بود (ویلز<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۱۲).

طبق متن بازبینی شده چاپ چهارم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی<sup>۵</sup>، اختلال افسردگی اساسی (که افسردگی یک قطبی نیز نامیده می‌شود) بدون سابقه‌ای از دوره‌های

- 
1. Fazel, s, & Danesh, J
  2. Fraser, A., Gatherer, A., & Hayton, P
  3. Rosenhan, D
  4. Wiles, N
  5. DSM- IV-TR

مانیا، مختلط، هیومانیا رخ می دهد. دوره افسردگی اساسی باید لااقل دو هفته طول بکشد. بیماری که دچار دوره افسردگی اساسی تشخیص داده می شود، باید لااقل چهار علامت از فهرستی شامل تغییرات اشتها و وزن، تغییرات خواب و فعالیت، فقدان انرژی، احساس گناه، مشکل در تفکر و تصمیم گیری، و افکار عودکننده مرگ یا خودکشی را هم داشته باشد، بیش از ۳۰ درصد از افراد از افسردگی خفیف تا شدید رنج می برند و از طرف دیگر افسردگی اختلالی است که حداکثر رابطه را با خودکشی دارد، میزان شیوع افسردگی برای همه عمر در مردان حدود ۱۵ درصد و در زنان حدود ۲۵ درصد است (کاپلان و سادوک<sup>۱</sup>، ۲۰۰۷، ترجمه رضاعی، ۱۳۹۰).

در واقع اختلال افسردگی اساسی معمول ترین بیماری شدید در مکان های زندان است (جانسون، زلاتنیک<sup>۲</sup>، ۲۰۱۲). هر چند که زندانیان همه نوع از اختلال روانی را دارند اما افسردگی به طور مخصوص شیوع بیشتری نسبت به سایر اختلالات محور یک دارد. بررسی (یک تحقیق زمینه یابی) از کارکرد روانشناسان بالینی در زندان کشف کرد که افسردگی بالینی در ۸۰٪ زندانیان پر تکرارترین مسئله است که در زندان با آن روبرو می شدند (بوسی، کلمنس<sup>۳</sup>، ۲۰۰۰ به نقل از زنگر<sup>۴</sup>، ۲۰۰۹). تحقیق زمینه یابی دیگر، از زندانیان کشف کرد که ۵۶/۲٪ زندانیان یک بیماری روانی دارند و بویژه ۲۳٪ از آنها مبتلا به اختلال افسردگی هستند (جمیز و گلایز<sup>۵</sup>، ۲۰۰۶، به نقل از زنگر، ۲۰۰۹). نسبت بالایی از اختلال افسردگی در بین زنان زندانی وجود دارد که این جمعیت را در مقابل پیامدهای منفی افسردگی بسیار آسیب کرده است (جانسون و زلاتنیک، ۲۰۱۲). همچنین شیوعی از بیماری های روانی را در جمعیت زندانیان بوسیله مطالعات تجدید نظر شده سیستماتیک در کشورهای غربی از سال ۱۹۶۶ تا ۲۰۰۱، برآورد کردند که ۱۰٪ مردان و ۱۲٪ زنان زندانی یک اختلال افسردگی در هر زمانی دارند (زنگر، ۲۰۰۹). بعضی از مطالعات نیز برآورد کردند که ۶۰٪

- 
1. Kaplan, H & Sadok, B
  2. Johnson, J., & Zlotnick, C
  3. Boothby & Clemence
  4. Zenger, N.,
  5. James & Glaze

از زندانیان حداقل بعضی معیارها را برای افسردگی در هر زمانی پیدا می کنند (چالیز، وانکلیو، جملیکا، تروپین، ۱۹۹۰، جیمز و گلاز، ۲۰۰۰، به نقل از زنگر، ۲۰۰۹). البته نتایج تحقیقات بین‌المللی در اروپا روی سلامت روانی زندانیان نتایج مشابه را نشان داد تقریباً ۴ درصد از مردان و زنان بیماری روانی دارند و ۱۰ درصد مردان و ۱۲ درصد زنان زندانی افسردگی اساسی دارند و نزدیک به ۸۹ درصد از همه زندانیان نشانگان افسردگی و ۷۴٪ نشانگان سیستماتیک استرس مرتبط را دارند (فراسر و همکاران، ۲۰۰۹). هر چند که برقراری ارتباط بین افسردگی با جرم نیز مشکلات متعددی را مطرح می کند. در این زمینه، می توان به طیفی از احتمالات اشاره کرد: ارتکاب جرم می تواند ناشی از افسردگی فرد مجرم باشد، ممکن است مجرم پس از ارتکاب جرم به علت احساس گناه یا دستگیری و زندانی شدن، دچار افسردگی شود و یا آنکه احتمال دارد که مجرم به هنگام ارتکاب جرم افسرده باشد اما افسردگی، عامل برانگیزنده جرم نباشد (دادستان، ۱۳۸۷).

از سوی دیگر افسردگی اساسی و دیگر بیماری‌های روانی در واقع ریسکی برای فسخ آزادی مشروط زندانیان در آینده است، افسردگی اساسی خطر بازگشت به زندان را افزایش می دهد. همچنین یک مطالعه بزرگ از زندانیان پی برد که افسردگی اساسی به طور معناداری خطر حبس شدن مضاعف را افزایش می دهد، افسردگی همچنین، یک پیش‌بینی نیرومند برای زنان نسبت به مردان در بازگشت به زندان است (جانسون و زلاتینیک، ۲۰۱۲).

همچنین نکته حائز اهمیت این است زندانیان زن نسبت به مردان یک تجربه آسیب‌زا را در دوران کودکی تجربه کرده‌اند، آزار فیزیکی، روانی و جنسی زود هنگام، نیمی از این زنان تجربه خشونت خانوادگی را و یک سوم تجاوز جنسی و یکی از ده نفر آن‌ها تلاش به خودکشی قبل از زندانی شدن را داشته‌اند (فراسر و همکاران، ۲۰۰۹). زنان زندانی در واقع نرخ بالایی از درگیری‌های خانوادگی، مسائل پزشکی، بی‌خانمانی، بیکاری، تهیدستی، فقدان تحصیلات، لکه ننگ، قربانی جنسی و جسمی شدن و چندین اختلال محور ۱ را تجربه کردند. افسردگی اساسی همچنین توانایی این زنان را برای موفقیت و چالش با زندگی، را تحت تأثیر قرار می دهد (جانسون، زلاتینیک، ۲۰۱۲). به دلیل شیوع بالا و مشکلاتی که ابتلا به این اختلال برای بیماران ایجاد می کند، درمان آن ضروری است. درمان شناختی رفتاری یک درمان

کوتاه مدت است که اغلب در درمان افسردگی مؤثر است (ویلیام<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۱۳). شناخت درمانی بر پایه این دیدگاه بنا شده است که حالت‌های تنش‌زا مثل افسردگی، اضطراب و خشم اغلب بوسیله تفکر سویمندانه و افراطی، تداوم می‌یابند یا شدت پیدا می‌کنند. نقش درمانگر، کمک به بیمار برای شناسایی تفکر فرد و اصلاح آن از طریق به کارگیری معیارهای منطقی و تجربی است. شناخت درمانی در واقع مدل‌های استدلالی برای جمع‌آوری و مقوله‌بندی اطلاعات درباره جهان واقعی است (لی هی ۲۰۰۳، ترجمه حمیدپور و اندوز، ۱۳۸۸). بک و فرلین<sup>۲</sup> شناخت درمانی در افسردگی را بعنوان نیروهای مجدد باورهای منطقی تلقی می‌کنند که هدف آن، انرژی‌دهی دوباره به سیستم واقعیت‌سنجی فرد است (مایکل فری<sup>۳</sup>، ۱۹۹۹، ترجمه محمدی و فرنام، ۱۳۹۱). در ادامه بحث لازم است به تحقیقات خارجی و داخلی در ارتباط با پژوهش حاضر اشاره شود:

تحقیق مگلین، هان و هاگن<sup>۴</sup> (۲۰۱۲)، اثربخشی مداخله شناختی بر کاهش تحریفات شناختی بر روی نوجوانان بزهکار دختر و پسر را بررسی کرد. نتایج این تحقیق نشان داد که درمان شناختی بر کاهش تحریفات شناختی (که با استفاده از پرسشنامه "چگونه من فکر می‌کنم (HIT<sup>۵</sup>) سنجیده شد") این دو گروه مؤثر بوده است و تفاوت معناداری بر حسب سن و جنس مشاهده نشد، این برنامه برحسب تحریفات شناختی بزهکاران تنظیم شده بود و همچنین کاهش بزهکاری و رفتار مجرمانه را نیز در پی داشت (مگلین<sup>۶</sup>، ۲۰۱۲).

در یک مطالعه تصادفی ۱۰ مرد زندانی در یک زندان امنیتی برای ۱۴ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای تحت گروه درمانی شناختی قرار گرفتند و برای گروه دیگر ۴ جلسه درمان فردی اجرا شد در هر دو حالت نشانگان افسردگی بدون هیچ گونه تغییر در شرایط زندان، کاهش یافت (جانسون، زلاتینیک، ۲۰۱۲).

- 
1. William, CH., & *et.al.*
  2. Beck & Ferleen
  3. Michael Frey,
  4. McGlynn, A. , Hahn, liP., & Hagan, M.
  5. Questionnaire How I Think.
  6. McGlynn, A. H

در یک مطالعه فراتحلیل که به بررسی نقش درمان شناختی<sup>۱</sup> رفتاری بر کاهش افسردگی در کودکان و بزرگسالان پرداخت همه مطالعات گزارش دادند که درمان شناختی رفتاری کاهش نشانگان بالینی افسردگی و بهبود متغیرهایی مثل رفتار، اعتماد به نفس و شناخت را در پی داشت (ریچاردسون، استلارد، ولمن<sup>۱</sup>، ۲۰۱۰). هویت<sup>۲</sup> (۲۰۰۶) و بلاد<sup>۳</sup> و همکاران (۲۰۰۳) نیز شناخت درمانی را در درمان اختلالات روانی و رفتاری زندانیان بکار بردند. آن‌ها اثر بخشی شناخت درمانی را در افسردگی و اضطراب زندانیان در مقایسه با سایر روش‌ها، معنادار ارزیابی کردند (به نقل از کهیزی، آقا یوسفی، میرهاشمی، ۱۳۹۰). فرنشپ<sup>۴</sup> و همکاران (۲۰۰۳)، کارایی برنامه‌های شناختی<sup>۵</sup> رفتاری را در کاهش نشانگان روان شناختی میزان ارتکاب جرم مجدد در دو گروه از مددجویان مرد زندانی انگلستان که دارای دو سال و بیشتر محکومیت بودند، مقایسه کردند. نتایج نشان داد که گروه آزمایشی و گروه کنترل از نظر وضعیت روان شناختی و از نظر میزان محکومیت مجدد و نرخ جرم تفاوت معناداری داشتند، این نتیجه در واقع نشان داد که تحقیقاتی فراتحلیلی که در آمریکا در این زمینه انجام شده می‌تواند اثر مشابهی روی زندانیان انگلستان نیز داشته باشد. از سوی دیگر لپسی، چپمن و لندنبرگر<sup>۵</sup> (۲۰۰۱)، یک برنامه نظامند با استفاده از روش فراتحلیل که شامل ۱۴ مطالعه بود و این مطالعات بهترین شواهد در مورد تأثیر درمان شناختی<sup>۶</sup> رفتاری در کاهش عود و بازگشت مجدد به زندان در مجرمین جنایی است را ارائه دادند (لپسی، چپمن و لندنبرگر، ۲۰۰۱).

در ایران تحقیقات انجام شده عبارت اند از:

تحقیقی با عنوان تأثیر شناختی<sup>۷</sup> رفتاری گروهی بر کاهش نگرش‌های ناکارآمد، ناامیدی و افکار خودکشی در زندانیان جوان که توسط خاکپور و مهرآفرید (۱۳۹۱) انجام شد، هدف این پژوهش بررسی اثربخشی مداخله شناختی- رفتاری گروهی بر کاهش نگرش کارآمد،

1. Richardson, T., Stallard, P., & Velleman, S

2. Hewitt

3. Ballard

4. Friendship, C., & et.al

5. Lipsey, M. W., Chapman, G. L., & Landenberger, N. A

ناامیدی و افکار خودکشی در زندانیان جوان مرد انجام شد در این پژوهش بر روی زندانیان مرد ۱۸ تا ۳۰ ساله زندان قوچان (۲۵۵ نفر) مداخله گروهی طی ۱۲ جلسه اجرا شد. یافته‌های این پژوهش نشان داد مداخله شناختی<sup>۰</sup> رفتاری گروهی بر کاهش نگرش ناکارآمد، ناامیدی و افکار خودکشی تأثیر دارد.

تحقیق دیگر با عنوان اثربخشی شناخت درمانی به سبک مایکل فری در کاهش افسردگی مردان زندانی شهرستان قم که توسط کهریزی، آقاییوسفی و میرهاشمی (۱۳۹۰) انجام شد، بدین منظور ۱۶ نفر از زندانیان مرد مستقر در بند روان‌درمانی 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 آزمایشی و کنترل گمارده شدند، سپس شناخت درمانی گروهی به روش مایکل فری در ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای برای گروه آزمایش اجرا شد و پس از پایان مداخله‌ی درمانی دوباره آزمون افسردگی بک از هر دو گروه اخذ شد. نتایج نشان داد شناخت درمانی گروهی به روش مایکل فری منجر به کاهش افسردگی زندانیان می‌شود. تحقیقی با اثربخشی مداخلات شناختی<sup>۰</sup> رفتاری بر سلامت روان شناختی زندانیان که توسط خدایاری و همکاران (۱۳۸۷) بر روی زندانیان مرد انجام شد، در این تحقیق تعداد ۴۸ نفر از زندانیان مرد بطور تصادفی نظام دار از بین زندانیان مرد انتخاب و سپس بطور تصادفی در سه گروه با حجم مساوی قرار گرفتند. ۱۶ نفر از این افراد در جلسات روان‌درمانگری «شناختی<sup>۰</sup> رفتاری» فردی و گروهی (هم‌زمان) و ۱۶ نفر فقط در جلسات روان‌درمانگری «شناختی<sup>۰</sup> رفتاری» فردی شرکت داده شدند. ۱۶ نفر دیگر در فهرست انتظار قرار گرفتند (گروه کنترل). در این تحقیق نشان داده شد اگر چه هم درمان فردی و هم همزمان در کاهش نشانگان روانشناختی زندانیان تأثیر داشت اما میزان اثر بخشی درمان همزمان بیش تر از درمان فردی بود.

آنچه از اهمیت خاصی برخوردار است این است که وجود اختلال افسردگی یک پیش‌بینی کننده مهم در بازگشت به زندان و ارتکاب جرم مجدد بخصوص در زنان است. یعنی زنانی که مبتلا به اختلال افسردگی اساسی هستند امکان بیشتری وجود دارد که بعد از آزادی مجدداً به جرم روی آوردند و این موضوع در مطالعات جانسون و زلانتیک (۲۰۱۲)

به خوبی بیان شده است. فقدان مطالعات و پژوهش‌های درمانی درباره افسردگی اساسی در بین جمعیت زندانی، تحقیقات بیشتر در این مکان‌های را ضروری می‌داند (جانسون، زلاتینیک، ۲۰۱۲). از سوی دیگر، زنان زندانی در بسیاری از تحقیقات جرم‌شناسی مورد غفلت واقع شده‌اند و این امر، باعث فقدان شناخت کافی از زنان زندانی شده است. اگرچه تفاوت بسیار زیادی بین مردان و زنان مجرم وجود دارد برنامه‌ها و خدماتی که برای مردان زندانی طراحی شده‌اند برای زنان زندانی با اندکی تغییر به کار می‌رود (استور، بایرن، هاولز، دی، ۲۰۰۲).

حال با توجه به مطالب فوق و آمارهای موجود در مقایسه با جمعیت عمومی به منظور کاهش خطرات احتمالی افسردگی در بین زندانیان اجرای برنامه‌های درمانی بر کاهش افسردگی ضروری به نظر می‌رسد و از آنجا که زنان زندانی دارای مشکلات و آسیب‌های متعددی هستند و اینگونه مطالعات و پژوهش‌ها بر روی جامعه زنان زندانی انجام نشده است پژوهشگران در پی این هستند تا به این سؤال پاسخ علمی دهند که آیا شناخت درمانی گروهی به سبک مایکل فری بر کاهش افسردگی زنان زندانی تأثیر دارد؟

## روش

هدف از اجرای این پژوهش تعیین اثربخشی آموزش شناخت درمانی گروهی به روش مایکل فری بر کاهش افسردگی زنان زندان بود؛ تحقیق حاضر از نوع نیمه‌آزمایشی با دو گروه آزمایش و کنترل که با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل اجرا شد.

### جامعه، روش نمونه‌گیری و تعداد نمونه

جامعه آماری مورد پژوهش در تحقیق حاضر کل زنان زندانی که در ندامتگاه مرکزی استان تهران در سال ۹۲-۱۳۹۱ زندانی بودند که شامل ۱۲۰۰ نفر زندانی زن بود. در این تحقیق روش نمونه‌گیری در دو مرحله انجام شد که ابتدا نمونه‌گیری به گونه‌ای هدفمند بود که زنان زندانی افسرده از بین جامعه ۱۲۰۰ نفری غربالگری شدند و در مرحله دوم از بین این زنان، نمونه مورد نظر به گونه‌ای تصادفی ساده انتخاب شدند. بدین گونه که



ابتدا جامعه مورد نظر با استفاده از پرسشنامه افسردگی بک غربالگری شدند (به ۱۰۰ نفر از این زنان پرسشنامه افسردگی بک داده شد) که از بین آنها ۷۵ نفر مبتلا به اختلال افسردگی بودند (نمره که از پرسشنامه افسردگی بک بدست آمده بود بالاتر از ۲۱ بود). سپس از بین آنها ۲۴ نفر بصورت تصادفی ساده در اجرا تحقیق گنجانده شدند (با توجه به شرایط خاص زندان و آزادی زندانیان، گروه نمونه ریزش داشته و به همین دلیل گروه نمونه از ۲۴ نفر به ۱۴ نفر افت کرده است) از بین این ۱۴ نفر، ۷ نفر در گروه آزمایش و ۷ نفر در گروه گواه قرار گرفتند.

### ملاک ورود و خروج افراد پژوهش

ملاک‌های ورود به تحقیق	
۱-	واجد ملاک‌های تشخیصی اختلال افسردگی بر اساس DSM-IV-TR با استفاده از پرسشنامه افسردگی بک (BDI-II) باشد.
۲-	داشتن حداقل تحصیلات راهنمایی
۳-	داشتن حداقل ۴ ماه حبس
ملاک‌های خروج از تحقیق	
۱-	مرخصی مشروط به آزادی
۲-	عدم سواد خواندن و نوشتن
۳-	عدم تمایل به ادامه شرکت در تحقیق (حداکثر غیبت ۳ جلسه لحاظ شد).

### ابزار پژوهش

پرسشنامه افسردگی بک ویرایش دوم (بک، استیر و بروان، ۱۹۹۶) شکل بازنگری شده پرسشنامه بک است که جهت سنجش علائم و شدت افسردگی تدوین شده بود. این پرسشنامه برای نخستین بار در سال ۱۹۶۱ توسط بک معرفی شد و بعدها در سال ۱۹۷۱ مورد تجدید نظر قرار گرفت و در سال ۱۹۷۸ انتشار یافت. شهرت این ابزار را از آنجا می‌توان دریافت که بیش از ۳۰ سالی که از زمان معرفی آن می‌گذرد هزاران تحقیق درباره آن انجام

شده است و یا در تحقیقات از آن استفاده شده است (مارنات، ۲۰۰۳، ترجمه پاشا شریفی، ۱۳۸۶).

این پرسشنامه در واقع یک پرسشنامه ۲۱ ماده‌ای خودگزارشی است که برای ارزیابی افسردگی طراحی شده است هر گروه سؤال شامل چهار گزینه است و نمره جملات بین صفر تا سه متغیر است آزمودنی باید گزینه‌ای را علامت بزند که با حال کنونی او بیشتر سازگار است. نمره کلی از صفر تا شصت و سه می‌باشد.

روایی آزمون با روش کودریچاردسون ۰/۷۸. و با روش بازآزمایی ۰/۷۵. بدست آمده است (مارنات، ۲۰۰۳، ترجمه پاشا شریفی، ۱۳۸۶). در ایران پور شهباز همسانی درونی این آزمون را ۰/۸۵. برآورد کرد (به نقل از بهشتیان، ۱۳۸۸).

آلفای کرونباخ در تحقیق حاضر ۰/۸۹. می‌باشد.

پس از تصویب طرح تحقیق توسط دانشگاه، تأییدیه آن به مرکز پژوهش‌های زنان تقدیم می‌شود و بعد از اخذ مجوز، ابتدا جامعه مورد نظر (زنان زندانی استان تهران) با استفاده از پرسشنامه افسردگی بک غربال شدند بدین ترتیب که ابتدا به ۱۰۰ نفر از زندانیان زن پرسشنامه مورد نظر داده می‌شود که از بین این زنان ۷۵ نفر از آنها مبتلا به افسردگی بودند (نمره که از پرسشنامه افسردگی بک بدست آمده بود بالاتر از ۲۱ بود). سپس از بین آنها ۲۴ نفر بصورت تصادفی ساده در اجرا تحقیق گنجانده شدند، از بین این ۲۴ نفر، ۱۲ نفر در گروه آزمایش و ۱۲ نفر در گروه گواه، قابل ذکر است نمونه مورد نظر (گروه آزمایشی) بعد از ۳ ماه مداخله درمانی به ۷ نفر رسید و سپس شناخت درمانی گروهی به سبک مایکل فری در ۱۲ جلسه ۹۰-۱۲۰ دقیقه‌ای برای گروه آزمایش اجرا شد پس از پایان مداخله‌ی درمانی دوباره آزمون افسردگی بک بر روی هر دو گروه اجرا شد.

در این پژوهش، گروه آزمایشی به مدت ۱۲ جلسه‌ی ۹۰-۱۲۰ دقیقه‌ای، 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.

جدول ۱. طرح درمان شناختی گروهی در درمان افسردگی به سبک مایکل فری

### جلسه اول

توضیح قوانین گروه، توضیح تعامل فرایندهای فیزیولوژیکی، شناختی و رفتاری؛ آشنایی شرکت کنندگان با مؤلفه های شناختی 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 دوم

یادگیری جنبه های نظریه های شناختی افسردگی، اضطراب و خشم؛ آشنایی با افکار خودآیند؛ 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.

### جلسه سوم

آشنایی با بنیادهای پیامدهای رفتاری، آموزش ماهیت طرحواره ها (باورهای اصلی، طرحواره ها، نگرش های ناکارآمد و ارتباط بین طرحواره ها و افکار خودآیند و همچنین شناسایی طرحواره ها با استفاده از روش پیکان عمودی.

تکالیف: مرور تکالیف جلسه دوم، ادامه نوشتن A-B-C های روزانه و رسم پیکان عمودی برای دو مورد از آنها.

### جلسه 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 های منفی متداول و قرار دادن باورهای خود در این ده طبقه.

تکالیف: مرور تکالیف جلسه قبل، آموزش دسته بندی باورها.

### جلسه 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 قبل، تهیه فهرست اصلی باورها و علت دوام باورهای منفی، استفاده از رتبه‌بندی واحدهای ناراحتی ذهنی، ادامه‌ی ترسیم پیکان عمودی و دسته‌بندی باورها و درجه‌بندی هر باور روی مقیاس واحدهای ناراحتی ذهنی.

#### جلسه 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 شده‌اند.

#### جلسه هفتم

درک این نکته که باورها از نظر سودمندی متفاوتند و آن‌ها را می‌توان بر اساس معیارهایی، ارزشیابی کرد.

تکالیف: شناخت باورهای مشکل‌زای خود و ارزشیابی آن‌ها، تصمیم‌گیری در مورد نگهداری یا کنار گذاشتن آن‌ها.

#### جلسه هشتم

یادگیری کاربرد تحلیل منطقی در مورد باورهای خود.

تکالیف: تکمیل تحلیل منطقی تمامی طرحواره‌های شرطی و قطعی.

#### جلسه نهم

دستیابی شرکت‌کنندگان به مفهوم باور مخالف.

تکالیف: تهیه سلسله‌مراتب موقعیت‌های مرتبط با باورهای اصلی، تهیه عبارت‌های مخالف با باورهای منفی خود، یافتن باورهای مخالف خود، تهیه کارتی که یک طرف آن باورهای اصلی و طرف دیگر آن باورهای منفی نوشته شده باشد.

#### جلسه دهم

در این جلسه دو حوزه‌ی محتوایی تغییر ادراکی و بازدارندگی قشری اختیاری مورد توجه قرار می‌گیرد. تکالیف: بررسی تکالیف جلسه قبل، آموزش تغییر ادراکی به وسیله‌ی آرایه‌ی تصاویر مبهم و تمرین آن، تمرین بازدارندگی قشری انجام روزانه بازدارندگی قشری اختیاری یا تغییر ادراکی.

#### جلسه یازدهم

یادگیری روش تنبیه خود و خودپاداش دهی.

تکالیف: مرور تکالیف جلسه قبل، تمرین روش تنبیه خود - خودپاداش دهی برای تغییر تفکر، مرور باورهای مخالف، تمرین خیال‌پردازی، تکمیل طرح نگهدارنده‌ی خود.

#### جلسه دوازدهم

بررسی طرح‌های شرکت‌کنندگان برای نگهداری اهداف درمان و اخذ بازخورد از آن‌ها درباره‌ی برنامه‌ی درمانی.

با توجه به اینکه در این پژوهش از روش پیش‌آزمون -پس‌آزمون با گروه کنترل استفاده شده بود و با عنایت به تأیید نرمال بودن توزیع نمره‌ها توسط آزمون کولموگروف -اسمیرنوف و همگنی واریانس‌ها از طریق آزمون لون و تأیید شدن همگنی شیب‌های رگرسیون، از تحلیل کوواریانس تک متغیره استفاده و داده‌ها مورد تحلیل قرار گرفت.

### یافته‌ها

روش آماری مناسب جهت آزمون این فرضیه، روش تحلیل کواریانس تک متغیره (ANCOVA) است. برای بررسی مفروضه نرمال بودن از آزمون کالمگروف-اسمیرنوف استفاده شد. نتایج این آزمون در جدول زیر آمده است.

جدول ۵. آزمون کالمگروف-اسمیرنوف برای مفروضه نرمال بودن داده‌ها

متغیر	مقدار Z کالمگروف-اسمیرنوف	معنی داری
افسردگی	۰/۵۳	۰/۹۳۶

نتایج مربوط به نرمال بودن داده‌ها نشان داد که این مفروضه رعایت شده است ( $P > ۰/۰۵$ ).

برای اطمینان از یکسان بودن واریانس‌ها در اجرای روش آماری تحلیل کواریانس برای گروه‌های مطالعه، بررسی مفروضه همگنی واریانس‌ها از طریق آزمون لون نشان داد که این مفروضه‌ها رعایت شده است ( $F = ۰/۶۷۳, p > ۰/۰۵$ ). همچنین تعامل میان گروه‌ها (گروه آزمایش و کنترل) و متغیر همگام (نمره پیش‌آزمون افسردگی) معنی‌دار نیست ( $P > ۰/۰۵$ ). یعنی شیب رگرسیون برای هر دو گروه آزمایش و کنترل یکسان است و این مفروضه رعایت شده است ( $F = ۱/۹۸, P > ۰/۰۵$ ).

بنابراین از تحلیل کواریانس تک متغیره برای آزمون فرضیه پژوهش استفاده شد، نتایج این آزمون در جدول زیر آمده است

در جدول ۶، مؤلفه‌های آماری نمرات افسردگی آزمودنی‌ها در پیش‌آزمون و پس‌آزمون گزارش شده است.

جدول ۶. داده‌های توصیفی نمرات افسردگی زنان زندانی در دو گروه آزمایش و کنترل در دو مرحله

پیش‌آزمون و پس‌آزمون

گروه	مرحله اندازه‌گیری	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	پایین‌ترین نمره	بالا‌ترین نمره
آزمایش	پیش‌آزمون	۷	۳۲/۲۸	۷/۲۰	۲۵	۴۷
	پس‌آزمون	۷	۲۱/۴۲	۱۰/۳۰	۱۴	۴۴
کنترل	پیش‌آزمون	۷	۳۳/۵۷	۷/۹۳	۲۴	۴۹
	پس‌آزمون	۷	۳۴/۴۲	۸/۳۴	۲۶	۵۱

همانطور که در جدول (۶) مشاهده می‌شود در گروه آزمایش در مرحله پیش‌آزمون میانگین و انحراف استاندارد نمره افسردگی زنان به ترتیب برابر ۳۲/۲۸ و ۷/۲۰ و در مرحله پس‌آزمون به ترتیب برابر با ۲۱/۴۲ و ۱۰/۳۰ است. در گروه گواه نیز در مرحله پیش‌آزمون میانگین و انحراف استاندارد افسردگی زنان به ترتیب برابر با ۳۳/۵۷ و ۷/۹۳ و در مرحله پس‌آزمون به ترتیب برابر با ۳۴/۴۲ و ۸/۳۴ می‌باشد.

جدول ۷. نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیره مقایسه میانگین نمرات افسردگی در دو گروه

منبع تغییرات	مجموع مجدورات	درجه آزادی	میانگین مجدورات	F	معنی‌داری	مجدورات
نمره	۹۳۴/۳۳	۱	۹۳۴/۳۳	۸۴/۸۷	**۰/۰۱	۰/۸۸۵
پیش‌آزمون						
گروه	۴۵۹/۲۵	۱	۴۵۹/۲۵	۴۱/۷۱	**۰/۰۱	۰/۷۹۱
خطا	۱۲۱/۰۹	۱۱	۱۱/۰۰۸			
کل	۱۲۵۶۷	۱۴				

\*\* $p < 0/01$

یافته‌های جدول (۷) نشان می‌دهد که با کنترل نمره پس‌آزمون، بین نمرات افسردگی دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنی‌داری وجود دارد ( $0/791 =$  مجذور اتا،  $P < 0/01$ )،  $(F_{(1, 11)} = 41/71)$ . شاخص‌های توصیفی جدول (۶) نشان می‌دهد که میانگین نمرات گروه

آزمایش (۲۱/۴۲) در نمره افسردگی در مرحله پس‌آزمون کمتر از میانگین نمرات گروه کنترل (۳۴/۴۲) است، بنابراین شناخت درمانی گروهی به سبک مایکل فری موجب کاهش افسردگی در زنان زندانی استان تهران شده است. همچنین مجذور اتا نشان می‌دهد که ۷۹٪ تغییرات نمرات پس‌آزمون در افسردگی ناشی از شناخت درمانی گروهی به سبک مایکل فری بوده است. بنابراین فرض پژوهش تأیید شد.

### بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با طرح نیمه‌آزمایشی با پیش‌آزمون<sup>۰</sup> پس‌آزمون و گروه کنترل با هدف بررسی تأثیر آموزش شناخت درمانی گروهی به سبک مایکل فری بر کاهش افسردگی زنان زندانی استان تهران انجام شد. بدین منظور ۱۴ نفر از این زنان (که بر اساس پرسشنامه افسردگی بک نمره بالاتر از ۲۱ داشتند) به گونه‌ای تصادفی در دو گروه کنترل و آزمایش قرار داده شدند. و آموزش شناخت درمانی به سبک مایکل فری به مدت ۱۲ جلسه ۹۰-۱۲۰ بر روی گروه آزمایش اجرا شد.

### فرضیه پژوهش: شناخت درمانی گروهی به سبک مایکل فری بر کاهش افسردگی زنان زندانی مؤثر است.

میانگین پس‌آزمون در گروه آزمایش حکایت از کاهش افسردگی دارد و این به این معناست که فرضیه پژوهش تأیید می‌شود.

پژوهشگران دریافتند زندانیان گروه آزمایشی که در جلسات گروه درمانی شناختی<sup>۰</sup> رفتاری شرکت کرده بودند نسبت به زندانیان گروه کنترل که هیچ گونه مداخله‌ای دریافت نکرده بودند بعد از مداخله میزان افسردگی کم‌تری دارند.

پژوهش حاضر با تحقیقات فرنند شیپ (۲۰۰۳)، هویت (۲۰۰۶)، بلاد و همکاران (۲۰۰۳)، جانسون و زلانتیک (۲۰۱۲) و همچنین تحقیقات خدایاری و همکاران (۱۳۸۷)، کهریزی، آقاییوسفی و میرهاشمی (۱۳۹۰) و جلانی تهرانی (۱۹۹۶) که اثربخشی درمان شناختی را بر کاهش نشانگان افسردگی بررسی کردند. همخوانی دارد. تحقیقات دیگر عبارت بودند از

ریچاردسون، استلارد، ولمن (۲۰۱۰)، مرهوت، میلر و براون (۲۰۰۱) که تأثیر شناخت درمانی گروهی را بر کاهش افسردگی بررسی کردند و آن را مؤثر دانستند نتایج را تأیید می‌کند. از سوی دیگر تحقیقات که مشابه تحقیق حاضر بودند و بر روی جامعه زندانیان انجام شد. عبارت بودن از تحقیق مگلین و همکاران (۲۰۱۲)، لندبرگ و لیسی (۲۰۰۵)، لپیسی، لندبرگ، چیمین (۲۰۰۱) و خاکپور و مهرآفرید (۱۳۹۱)، که اثر درمان شناختی را بر کاهش مؤلفه‌هایی همچون تحریف شناختی، کاهش خشم، مشکلات بین فردی، اصلاح رفتار، کاهش بازگشت به زندان، کاهش نگرش ناکارآمد و کاهش افکار خودکشی بررسی کردند، نتیجه این تحقیقات نشان داد که درمان شناختی رفتاری مؤثر است و این تحقیقات نیز تا حدی مشابه تحقیق حاضر است.

به منظور تبیین یافته‌ها ابتدا لازم است بیان شود که در افراد افسرده همان طور که بک (۱۹۶۷) بیان کرده است الگوی شناختی منفی دارند و هماهنگ با این استدلال بک که علائم شناختی نقش محوری تری در توصیف اختلال افسردگی دارند و شناخت به جای عاطفه ویژگی اصلی افسردگی تلقی می‌شود. در واقع بر اساس نظریه افسردگی بک، انسان‌ها بر اساس چند رویداد منفی تعمیم افراطی می‌دهند و فکرشان را تخریب می‌کنند (هاوتون و همکاران، ۱۹۸۹، ترجمه قاسم‌زاده، ۱۳۸۶).

در تحقیق حاضر آموزش شناخت درمانی مورد استفاده قرار گرفت، مهم‌ترین کنش روش‌های بازسازی شناختی، آموزش الگوهای تفکر سازش یافته در زندانیان زن بود تا آن‌ها بتوانند به کشف الگوی فکری منفی و تحریف شده در خود پردازند، بدین ترتیب تأثیرات آسیب‌رسان این الگوی فکری را تشخیص دهند و به جای دریافت‌های شناختی ناکارآمد خود الگوهای فکری سازش یافته و درست تری را جایگزین سازند.

محققان از روش آموزش شناختی برای تغییر باورها، نگرش‌ها و مفروضه‌های نادرست این زنان استفاده کرد این روش‌ها بر این فرض استوارند که اگر زندانیان در زمینه بازشناسی و اصلاح تحریف‌هایی از واقعیت به عمل می‌آورند، آموزش ببینند، می‌توانند برای تغییر پاسخ‌های عاطفی و رفتاری ناکارآمد مرتبط با خود در موقعیت بهتری قرار بگیرند. نشانه‌های شناختی که می‌توانند شامل باورها، تعبیر و تفسیرها، خوگویی‌ها منفی (افکار خودکار منفی)



و فرایند شناختی تحریف شده باشند، به عنوان هدف مداخله شناختی تعیین شدند. علاوه بر این هدف از مقرر کردن تمرین‌ها برای گروه آزمایش این بود تا مفروضه‌ها و باورهای ناکارآمد خود را که شناسایی شده‌اند را بیازمایند.

همچنین باید بیان کرد که محیط زندان، محیطی است که بیش از هر محیط دیگری نیاز به داشتن مهارت‌های برقراری ارتباط و حل مسایل بین فردی و مهارت‌های مقابله‌ای از جمله جرأت‌ورزی دارد و کلیه این مهارت‌ها طی جلسات آموزش گروهی به زندانیان گروه آزمایش، آموزش داده شده است، لذا احتمالاً زندانیان این گروه هم از طریق پویایی گروه و هم از طریق به کارگیری فنون شناخت درمانی در محیط زندان قادر به حل مشکلات بین فردی خود شده‌اند و در نتیجه کمتر دچار مشکلات روان شناختی نظیر افسردگی شده‌اند.

این پژوهش تلویحات نظری و کاربردهای عملی چندی را به دنبال دارد از تلویحات نظری آن می‌توان به تأثیر ایجاد بینش و تغییر نگرش و تسهیل مهارت‌های سازش یافته در افراد اشاره نمود که احتمالاً رفتارهای ناسازگارانه را پائین می‌آورد که این امر در نظریه‌های مختلف روان شناختی و روان‌درمانگری مورد تأکید قرار گرفته است به علاوه این نتایج ضرورت راه‌اندازی کلینیک‌های روان‌درمانی و ارائه خدمات روان‌شناختی فردی و علی‌الخصوص خدمات روان‌شناختی گروهی توسط روان‌شناسان زندان به زندانیان را به متخصصان و علاقه‌مندان به این حوزه و دست‌اندرکاران جامعه مطرح می‌نماید.

از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر انتخاب آزمودنی بر اساس میزان تحصیلات و مدت محکومیت بوده بنابراین نتایج پژوهش حاضر قابلیت تعمیم به زندانیان دارای تحصیلات پایین و بی‌سواد را ندارد. پیشنهاد می‌گردد در پژوهش‌های بعدی ضمن انتخاب گروه نمونه از بین کلیه زندانیان بدون توجه به سطح تحصیلات کارایی رویکردهای مختلف درمانی در کاهش میزان افسردگی مورد بررسی قرار گیرد.

## منابع

- بهشتان، محمد. (۱۳۸۸). بررسی مقایسه‌ای اثربخشی درمانهای شناختی رفتاری حضوری گروهی، اینترنتی آنلاین و اینترنتی افلاین بر میزان افسردگی دانشجویان مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره دانشگاههای تهران. رساله دکتری دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی.
- خاکپور، مسعود و مهر افزید، معصومه. (۱۳۹۱). تأثیر شناختی رفتاری گروهی بر کاهش نگرش‌های ناکارآمد، نامیدی و افکار خودکشی در زندانیان جوان. فصلنامه پیشگیری از جرم (علمی ترویجی)، سال هفتم، شماره ۲۵، ۱۵۴-۱۳۹.
- خدایاری، محمد، عابدینی، یاسمین، اکبری زردخانه‌ای، سعید، غباری بناب، باقر، سهرابی، فرامرزی و یونسی، سید جلال. (۱۳۸۷). اثربخشی مداخلات شناختی رفتاری بر سلامت روان شناختی زندانیان. نشریه علوم رفتاری، سال دوم شماره ۴، ۲۹۰-۲۸۳.
- دادستان، پریرخ. (۱۳۸۷). روان‌شناسی جنایی، تهران: سمت.
- روزنهان، دیوید ال و سلیگمن، مارتین ای. پی. (۲۰۰۰). روان‌شناسی نابهنجار آسیب‌روانی. ترجمه یحیی سید محمدی، ۱۳۸۲ تهران: سالوان.
- سادوک، بنیامین و سادوک، ویرجینیا. (۲۰۰۷). خلاصه روانپزشکی علوم رفتاری/ روانپزشکی بالینی. ترجمه فرزین رضاعی، ۱۳۹۰. تهران: ارجمند.
- فری، مایکل. (۱۹۹۹). شناخت درمانی گروهی راهنمای عملی. ترجمه مسعود محمدی و رابرت فرنام، ۱۳۹۱. تهران: رشد.

- کههریزی، احسان، اقایوسفی، علیرضا و میرهاشمی، مالک. (۱۳۹۰). تاثیر گروه درمانی شناختی به روش مایکل فری در کاهش افسردگی زندانیان. فصلنامه اندیشه و رفتار، دوره ششم، ۲۲، ۲۹-۲۱.
- گیلبرت، پاول. (۱۹۹۹). غلبه بر افسردگی. ترجمه سیاوش جمالفر (۱۳۸۶). تهران: رشد.
- لی هی، رابرت. (۲۰۰۳). تکنیک های شناخت درمانی. ترجمه حسن حمیدپور و زهرا اندوز (۱۳۸۸). تهران: ارجمند.
- مارنات، گری گراث. (۲۰۰۳). راهنمای سنجش روانی. ترجمه حسن پاشا شریفی و محمدرضا نیکخو (۱۳۸۴). تهران: رشد.
- نظری، علی محمد، نیکوسیرجهرمی، محمد، امینی منش، سجاد و طاهر، مهدی. (۱۳۹۲). اثربخشی گروه درمانی شناختی ° رفتار بر کاهش نشانگان بی خوابی زندانیان مرد. مجله تحقیقات علوم رفتاری، سال یازدهم، شماره ۲، ۱۴۶-۱۳۹.
- هاوتون، کیت، سالکوس کیس، پاول، کرک، جوان، کلارک، دیوید. (۱۹۸۹). رفتار درمانی شناختی. ترجمه حبیب الله قاسم زاده (۱۳۸۶). تهران: انتشارات ارجمند.

- Fazel, S., & Danesh, J. (2002). Serious mental disorder in 23000 prisoners: a systematic review of 62 surveys. *The lancet*, 359 (9306), 545-550.
- Fraser, A., Gatherer, A., & Hayton, P. (2009). Mental health in prisons: great difficulties but are there opportunities? *Public health*, 123(6), 410-414.
- Friendship, C., Blud, L., Erikson, M., Travers, R., & Thornton, D. (2003). Cognitive-behavioural treatment for imprisoned offenders: An evaluation of HM Prison Service's cognitive skills programmers. *Legal and Criminological Psychology*, 8(1), 103- 114.
- Johnson, J. E., & Zlotnick, C. (2012). Pilot study of treatment for major depression among Woman prisoners with substance use disorder. *Journal of psychiatric research*, 46(9), 1174- 1183
- Landenberger, N. A., Lipsey. M. W. (2005). The positive effects of cognitive ° behavioral Programs for offenders: A meta- analysis of factors associated with effective treatment *journal of experimental criminology*, 1(4), 451-476.

- Lipsey, M. W., Chapman, G. L., & Landenberger, N. A. (2001). Cognitive-behavioral programs for offenders. *The annals of the American academy of political and social science*, 578(1), 144-157.
- Mcglynn, A. H., Hahn, P., & Hagan, M. P. (2012). The Effect of a Cognitive Treatment program for male and female juvenile offenders. *International journal of offender therapy and Comparative criminology*. 10(2), 46-72.
- Oei, T. P., Bullbeck, K., & Campbell, J. M. (2006). Cognitive change process during group cognitive behaviour therapy for depression. *Journal of affective disorders*, 92(2), 231- 241.
- Richardson, T., Stallard, P., & Velleman, S. (2010). Computerised cognitive behavioural therapy for the prevention and treatment of depression and anxiety in children and adolescents: a systematic review. *Clinical child and family psychology review*, 13(3), 275-290
- Vearoy, H. (2011). Depression, anxiety, and history of substance abuse among Norwegian inmates in preventive detention: Reasons to worry? *BMC (Bio Med Central) Psychiatry*, 11(40), 1471- 2445.
- Wiles, N., Thomas, L., Abel, A., Ridgway, N., Turner, N., Campbell, J., & Lewis, G. (2012). Cognitive behavioural therapy as an adjunct to pharmacotherapy for primary care based patients with treatment resistant depression: results of the Cobalt randomized controlled trial. *The Lancet*. 381(2), 375-384.
- William, ch, Wilson, ph, Morrison, J, McMahan, A, Andrew, W, Lesley Allan, L, Mcconnachie, A, Mcneill, Y, Tansey, L. (2013). Guided Self-Help Cognitive Behavioural Therapy for Depression in Primary Care: A Randomised Controlled Trial, *PLOSE ONE*, Volume 8(1), 5273.
- Zenger, N. L. (2009). *Malingering of Depression in a Prison Population: Evaluating the Utility of the Beck Depression Inventory-II* (Doctoral dissertation, Brigham Young University, Department of Psychology).