سهیلا کرمی ۱

صفورا فخرآذری ۲

عزیزرضا قاسم زاده ۳*

۱- کارشناس ارشد مشاوره و راهنمائی، دانشگاه‌الزهراء

۲- کارشناسی ارشد روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد خوراسگان

۳- مربی مشاوره و راهنمائی، دانشگاه علمی کاربردی سازمان بهزیستی تهران

* **نشانی نویسنده مسؤول:** تهران، میدان تجریش، مقصود بیگ، جنب مدرسه همت، مرکز آموزش سازمان بهزیستی تهران، صندوق پستی: ۱۹۶۱۹۱۵۳۱۱

تلفن: ۰۹۱۲۱۳۳۲۸۵۳

نشانی الکترونیکی: A.ghasemzadeh@irimc.org

مجله علمی سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران، دوره ۳۱، شماره ۳، پاییز ۱۳۹۲: ۲۱۸-۲۲۳

• **مقاله تحقیقی کد مقاله: ۲۲**

اثربخشی مشاوره گروهی با رویکرد شناختی رفتاری در کاهش افسردگی کودکان طلاق

چکیده

زمینه: کودکان نسبت به پدیده طلاق به شیوه‌های بسیار متفاوت منفی، واکنش نشان می‌دهند. ولی در واقع، دردناک‌ترین واکنش کودکان نسبت به پدیده طلاق، افسردگی است که کودک آن را طی طلاق- جدایی والدین و یا پس از طلاق تجربه می‌کند. این مطالعه با هدف بررسی اثربخشی مشاوره گروهی با رویکرد شناختی- رفتاری در کاهش افسردگی کودکان طلاق تحت پوشش مراکز بهزیستی شهر تهران انجام گرفت.

روش کار: این روش پژوهش شبه آزمایشی با طرح پیش آزمون- پس آزمون و گروه کنترل است. جامعه آماری شامل ۲۰ نفرکودک طلاق ساکن در دو مرکز شبانه‌روزی بهزیستی شهر تهران می‌باشد. روش نمونه‌گیری در این پژوهش از نوع در دسترس است. با استفاده از پرسشنامه افسردگی کودکان ماریاکواکس (۱۹۷۷) مشخص شد که همه افراد نمونه افسرده‌اند (نمره‌های متوسط و بالا را کسب کردند). لذا دو مرکز مورد نظر به صورت تصادفی در گروه کنترل و آزمایش جایگزین شدند. برای گروه آزمایش یک برنامه آموزشی- درمانی طی ۸ جلسه یک ساعته اجرا گردید و در پایان همه افراد پرسشنامه افسردگی را در دو مرحله پیش آزمون و پس آزمون پاسخ دادند. فرضیه‌های پژوهش با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس بررسی شدند.

یافته‌ها: تحلیل آماری داده‌ها نشان داد که نمرات پس آزمون توسط متغیر مستقل (مشاوره گروهی با رویکرد شناختی- رفتاری) مورد تأثیر واقع شده (F=۹۴.۲۶۳ و value–P =<۰.۰۰۱) و میانگین و انحراف معیار نمره کل پرسشنامه افسردگی کودکان در گروه آزمایش از ۸۰ /۲۰ و ۶/۹۴۱ در پیش آزمون به ۱۰/۹۰ و ۲/۴۶۹ در پس آزمون کاهش یافت، ولی میانگین فوق در گروه گواه از ۲۱/۲۰ و ۵/۳۹۱ در پیش آزمون به ۲۱/۵۰ و ۵/۳۳۸ در پس آزمون تغییر داشته که این تغییر در گروه گواه معنادار نبوده است.

نتیجه‌گیری: نتایج نشان داد مشاوره گروهی با رویکرد شناختی- رفتاری در کاهش افسردگی و احساس بی‌کفایتی کودکان طلاق اثربخش بوده است.

واژگان کلیدی: مشاوره گروهی، افسردگی، کودکان طلاق، درمان شناختی- رفتاری

تاریخ دریافت مقاله: ۹۲/۳/۲۰ تاریخ اصلاح نهایی: ۹۲/۹/۱۲ تاریخ پذیرش مقاله: ۹۲/۸/۱۸

مقدمه

افسردگی بیماری درماندگی شخصی و شکست شخصی است. زمانی که خود را در دستیابی به هدف‌های‌مان درمانده می‌یابیم، به افسردگی مبتلا می‌شویم. هرکس هر چه بیشتر خود را مهم‌تر از هر چیز تلقی کند و هر چه بیشتر برای هدف‌ها، موفقیت‌ها و رضایت خود ارزش بیش از حدی قائل شود، در صورتی که شکست بخورد با ضربه سخت‌تری مواجه می‌شود و شکست و درماندگی را با شدت بیشتری تجربه می‌کند و این خود عامل خطر جدیدی برای افسردگی است [۱].

افسردگی یکی از مهم‌ترین اختلالات روانی در کودکان و نوجوانان است که فراوانی آن با سن افزایش می‌یابد [۲]. در سال‌های اخیر وجود افسردگی در کودکان و نوجوانان نه تنها محرز شناخته شده بلکه نظر بر این است که افسردگی کودکی می‌تواند مشکلات جدی برای سلامت عمومی ایجاد کند [۳]. به گونه‌ای که ممکن است پیامدهای جدی مانند غیبت از مدرسه و افت تحصیلی دربرداشته باشد [۴]. فروپاشی و اضمحلال خانواده یک ویژگی پیوند خورده با افسردگی در دوران کودکی است. برای مثال شواهد مختلف، کیفیت منفی ارتباط والدین و کودکان را با افسردگی در نوجوانان در این خانواده‌ها مربوط می‌دانند [۵]. برخی پژوهشگران نیز نشان داده‌اند جدایی والدین، سرپرستی توسط یکی از والدین، پایگاه اجتماعی- اقتصادی پایین، تجربه فقدان‌های مکرر، اختلافات والد- کودک، اختلافات زن و شوهر در مورد بچه‌داری، کنترل بیش از حد والدین به رفتار کودک و روابط آسیب‌دیده با همسالان در بروز افسردگی دوران کودکی نقش دارد [۶]. کودکانی که در خطر ابتلا به افسردگی قرار دارند، چه درباره مشکلات شخصی خود و چه درباره مشکلات جهان بدترین سناریوی ممکن را به ذهن می‌آورند. آنها به واسطه مسائل خارج از کنترل، خودشان را سرزنش می‌کنند. آنها به طرف منفی‌ترین تفسیر از وقایع سوق پیدا می‌کنند. برای آنها تصور وقایع خوش‌بینانه دشوار است [۱].

اختلال افسردگی خاصی که غالباً در رابطه با کودکان مطرح می‌شود، اختلال افسردگی ماژور است. بر اساس متن ویراست چهارم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی[۱] (DSM-IV)، وقتی تشخیص افسردگی ماژور داده می‌شود که کودک در یک یا چند دوره ۲ هفته‌ای شواهدی دال بر تغییر کارکرد نشان بدهد؛ از جمله این که افسرده یا تحریک‌پذیر شود، بی‌علاقه شود و از خیلی چیزها لذت نبرد یا هر دو حالت را داشته باشد.

در ضمن، کودک باید حداقل چهار مورد از این نشانه‌ها را تقریباً هر روز داشته باشد و برخی از کارکردهای مهم او مختل شود:

لاغر شدن و نرسیدن به وزن مورد انتظار

اختلال خواب (شامل بی‌خوابی یا پُرخوابی)

کندی یا تحریک روانی حرکتی شدید

خستگی یا کم انرژی بودن

احساس بی‌ارزش بودن یا احساس گناه بی‌جا و افراطی

افت قوه تفکر، تمرکز و تصمیم‌گیری

فکرهای تکراری در مورد مرگ، خودکشی، اقدام به خودکشی یا داشتن نقشه برای خودکشی [۶].

درباره افسردگی کودکی توجه به سه نکته قابل ملاحظه است. نکته نخست این است که ملاک‌هایی که برای افسردگی بزرگسالان به کار رفته است می‌تواند برای افسردگی کودکان نیز به کار رود و ویژگی‌های اساسی نشانگان افسردگی که در کودکان قابل تشخیص است همانند ویژگی‌های بزرگسالان می‌باشد. نکته دوم چون برون نمود یا ایذایی کودکان در مقایسه با رفتارهای درون نمود بیشتر مورد توجه قرار می‌گیرد گاه افسردگی دوران کودکی به عنوان یک رفتار درون نمود نادیده گرفته می‌شود و ممکن است تشخیص داده نشود یا ارزیابی نگردد. نکته آخر اینکه ویژگی‌های اندکی در مورد نشانگان افسردگی مانند خلق تحریک پذیر وجود دارد که بیشتر مخصوص کودکان می‌باشد [۷].

۱- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition

یکی از رویکردهای درمانی افسردگی کودکان، درمان شناختی- رفتاری می‌باشد. اگر چه سال‌هاست که بر رویکردهای شناختی- رفتاری افسردگی بزرگسالان توجه شده و درباره آن تحقیقات گسترده‌ای انجام گرفته است، ولی تنها مطالعات اندکی به سنجش کارایی مداخلات شناختی- رفتاری در افسردگی کودکان اختصاص داشته است [۸]. بر همین اساس پژوهش حاضر با هدف تعیین کارایی درمان شناختی- رفتاری و ارزشمندی این روش در بهبود اختلال افسردگی و احساس بی‌کفایتی[۲] کودکان انجام گرفت.

روش کار

هدف اصلی این پژوهش تعیین میزان مؤثر بودن شیوه مشاور گروهی با رویکرد شناختی- رفتاری بر کاهش افسردگی کودکان طلاق مقطع ابتدایی مراکز بهزیستی شهر تهران.

روش تحقیق حاضر شبه آزمایشی؛ طرح پیش آزمون- پس آزمون و گروه کنترل است. نمونه‌های این پژوهش تعداد ۲۰ دانش آموز دختر پایه چهارم و پنجم در مقطع ابتدایی در سنین ۱۰ تا ۱۲ سالگی بودند که بر اساس روش نمونه‌گیری در دسترس از دو مرکز شبانه‌روزی وابسته به مرکز بهزیستی شهر تهران انتخاب شدند و به صورت تصادفی یک مرکز در گروه آزمایش و دیگری در گروه کنترل جایگزین گشتند (جدول شماره ۱) و میزان افسردگی هر دو گروه قبل از اجرای برنامه آموزشی با استفاده از پرسشنامه افسردگی کودکان ماریا کواکس مورد اندازه‌گیری قرار گرفت.

برنامه آموزشی برای گروه آزمایش طی هشت جلسه یک ساعته ارائه و اجرا گردید، سپس به فاصله دو هفته بعد از اتمام جلسات آموزشی، پس آزمون توسط پرسشنامه مذکور برای هر دو گروه اجرا شد. اطلاعات حاصله از پیش آزمون و پس آزمون از طریق آزمون‌های آمار توصیفی و استنباطی جهت بررسی فرضیه‌های پژوهش مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

شیوه ارائه و اجرای آموزش

جلسات هفته‌ای یک روز در فضایی مناسب (مؤسسه مهر طاها) مطابق با روحیه کودکان برگزار شده و زمان هر جلسه یک ساعت بود. به منظور تشویق کودکان برای انجام تکالیف سعی می‌شد از شیوه کلامی و مثال‌های ساده و همچنین برگه‌های انجام تکالیف جذاب استفاده شود.

شرح جلسات:

جلسه اول: در جلسه اول اعضای گروه به معرفی خود پرداختند و بعد از معارفه و خوش‌آمدگویی، درباره قوانین گروه شامل به موقع آمدن، رازداری، شرکت در فعالیت‌های گروهی و ... توضیحاتی ارائه داده شد.

جلسات دوم تا هفتم: در این جلسات آموزش‌هایی در مورد شناختن افکار منفی، خطاهای شناختی، تقویت عزت نفس، کنترل خشم، ابراز وجود و آموزش حل مسأله، به کودکان داده شد و در انتهای هر جلسه تکالیفی داده شد و در ابتدای جلسه بعد تکالیفی که در هفته گذشته داده شده بود بررسی شد و همچنین در مورد مطالب یاد گرفته شده از جلسات قبل بحث و بررسی شد.

جلسه هشتم: در آخرین جلسه همه مواردی که در جلسات پیشین آموزش داده شده بود مرور شد. در ادامه آرمیدگی عضلانی به کودکان آموزش داده شد و تمرینی را به صورت گروهی انجام دادند و سپس به فاصله دو هفته بعد از اتمام جلسات آموزشی، پس آزمون توسط پرسشنامه CDI[۳] برای هر دو گروه اجرا شد.

ابزار به کار گرفته شده در این تحقیق عبارت بودند از:

در این پژوهش برای سنجش و ارزیابی افسردگی، از آزمون CDI (پرسشنامه افسردگی کودکان) استفاده گردید. این آزمون از مناسب‌ترین ابزارهای خودسنجی برای جمعیت کودکان و نوجوانان ۷ تا ۱۷ ساله است. این آزمون ۵ زیر مقیاس افسردگی را مورد ارزیابی قرار می‌دهد، خلق منفی، مشکلات بین فردی، احساس بی‌کفایتی، بی‌لذتی و خود ارزیابی منفی از زمان ساخته شدن این آزمون در ۱۹۷۷ توسط ماریاکواکس تاکنون، این مقیاس موضوع بررسی‌های طولانی از نظر

---

[۲] - ineffectiveness

[۳] - Children's Depression Inventory

روان سنجی در نمونه‌های کودکان و نوجوان سالم و بیمار بوده است. میزان آلفای کرونباخ این آزمون در بررسی مقدماتی در ایران [۹] برابر با ۰/۸۶ و ضریب پایایی با روش اسپیرمن براون معادل ۰/۸۵ به دست آمده است و میزان آلفا به دست آمده در این پژوهش، ۷۱/۸۶ است.

روش آماری:

در این پژوهش به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش‌های آماری توصیفی و استنباطی استفاده شده است به طوری که برای رسم جدول‌ها و فراوانی‌ها، محاسبه میانگین و انحراف استاندارد داده‌های مربوط به گروه آزمایش و کنترل از آمار توصیفی و برای آزمودن فرضیه‌ها در رابطه با تفاوت گروه‌ها از آزمون تحلیل کواریانس به وسیله نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶ بهره گرفته شده است.

یافته‌ها

فرضیه اول: مشاوره گروهی با رویکرد شناختی- رفتاری در کاهش افسردگی کودکان طلاق مؤثر است.

با توجه به نتایج حاصل از آزمون تحلیل کواریانس در جدول شماره [۲]، رابطه معنی‌داری بین نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون دیده شد. (P>۰/۰۰۱). با حذف تأثیر تمامی متغیرهای کنترل، بین میانگین تعدیل شده نمرات افسردگی شرکت‌کنندگان بر حسب عضویت گروهی (دو گروه آزمایش و کنترل) تفاوت معناداری مشاهده می‌شود (P>۰/۰۰۱). لذا فرضیه اصلی تأیید می‌شود و نتیجه گرفته می‌شود مشاوره گروهی با رویکرد شناختی- رفتاری بر میزان افسردگی شرکت‌کنندگان گروه آزمایش تأثیر داشته است. میزان این تفاوت ۸۵/۵ درصد بوده است. توان آماری یک و معنی‌داری صفر، حاکی از دقت آماری بسیار بالای این آزمون و کفایت حجم نمونه است.

فرضیه دوم: مشاوره گروهی با رویکرد شناختی- رفتاری در کاهش احساس بی‌کفایتی کودکان طلاق مؤثر است.

نتایج حاصل از فرض دوم در جدول شماره (۳) نشان می‌دهد که با حذف تأثیر تمامی متغیرهای کنترل، بین میانگین تعدیل شده نمرات احساس بی‌کفایتی شرکت کنندگان بر حسب عضویت گروهی تفاوت معناداری مشاهده می‌شود (P>۰/۰۵). لذا فرضیه دوم تأیید می‌شود و نتیجه گرفته می‌شود مشاوره گروهی با رویکرد شناختی- رفتاری بر میزان احساس بی‌کفایتی شرکت‌کنندگان گروه آزمایش تأثیر داشته است. میزان این تفاوت ۲۵/۳ درصد بوده است. همچنین جدول ۴ حاکی از آن است که به طور کلی اجرای درمان شناختی- رفتاری در گروه آزمایش، موجب کاهش نشانگان افسردگی و بی‌کفایتی در پس آزمون نسبت به پیش آزمون شده است و در گروه گواه که روش فوق اعمال نشده بین پیش آزمون و پس آزمون تفاوت معناداری دیده نمی‌شود.

بحث و نتیجه‌گیری

بر اساس نتایج به دست آمده از فرض اول مشاوره گروهی با رویکرد شناختی- رفتاری در کاهش افسردگی کودکان تأثیر داشته است، این یافته با یافته‌های دیوید فردون و کاسلو [۱۰]، تیان ای و دینگل [۱۱]، دلوچیا واک و گلمن [۱۲]، کرنی ریچارد و همکاران [۱۳]، گیلمن جان، اشنایدر و شولاک [۱۴]، میشل هبی و همکاران [۱۵] مبنی بر تأثیر مشاوره گروهی در کاهش افسردگی کودکان همسو است و با تحقیقات یان پینگ وانگ [۱۶] مبنی بر افسردگی کودکان خانواده‌های طلاق همسو می‌باشد. مشاوره گروهی با رویکرد شناختی- رفتاری به عنوان روشی کارآمد برای اکثر اختلالات روانی از جمله افسردگی شناخته شده است. بررسی ها نشان داده است که این روش یکی از مؤثرترین روش‌ها در درمان افسردگی است. از میان نظرات متعدد شناختی، الگوی تحریف شناسی بک[۴]، اساسی‌ترین و با نفوذترین دیدگاه شناختی افسردگی است. بک افسردگی را اختلال تفکر می‌داند تا اختلال خلق، در عین حال که به ارتباط دوسویه بین تفکر و شناخت با هیجان‌ها و خلق معتقد می‌باشد. افراد افسرده و ناراحت برداشت‌های سوگیرانه از قضایا دارند و استدلال و منطق‌شان درباره مسائل اشتباه و نارسا است. اینان به خاطر تمایل به مقایسه خود با دیگران و نسبت دادن تمام بدبختی‌هایشان به کاستی‌های شخصیتی خود، خودپنداره منفی و عزت نفس پایینی دارند. این منفی گرایی علاوه بر خود شامل محیط و آینده (مثلث شناختی) هم می‌شود. دیگر مکانیسم افراد افسرده خطاهای شناختی است، تفکری با خصوصیات فاجعه انگاری، شخصی کردن، تعمیم افراطی، استدلال احساسی، انتزاع انتخابی و ...

به واسطه این نوع تفکر و بدبینی، این افراد در روابط بین فردی دچار مشکل می‌شوند. بنابراین بک معتقد است تنها شیوه در درمان افراد افسرده کمک به بیمار است تا افکار خود را آزمون کند و به نادرستی آن پی ببرد. به اعتقاد سلیگمن و همکارانش کودکانی که بیش از سایرین در معرض خطر ابتلا به افسردگی قرار

---

[۴] Beck -

دارند بر این باورند که علل رویدادهای بد و ناگوار که برای آنها پیش می‌آید دائمی، فراگیر و شخصی است [۱۷]. تأیید این فرضیه به معنای آن است که با تغییر باورهای منفی از طریق بازسازی شناختی می‌توانیم افسردگی را کاهش دهیم.

همچنین بر اساس نتایج به دست آمده از فرض دوم مشاوره گروهی با رویکرد شناختی- رفتاری در کاهش احساس بی‌کفایتی کودکان تأثیر داشته و میزان این تأثیر ۲۵/۳ درصد بوده است. با توجه به اینکه خرده مقیاس احساس بی‌کفایتی با افسردگی در ارتباط است و افراد به خاطر عدم اعتماد به توانایی‌های خود دچار یأس و ناامیدی می‌شوند و در نهایت با افسردگی روبه‌رو می‌شوند لذا در برنامه آموزشی سعی شد از شیوه حل مسأله و تصمیم گیری مناسب استفاده شود تا افراد علاوه بر پی‌بردن به توانایی‌های خود در برخورد با مشکلات، توانایی کشف راه حل‌های مناسب را یاد بگیرند و به میزان کفایت و کارآمدی خود اطمینان داشته باشند بنابراین مشاوره گروهی موجب تأیید این فرضیه گردیده است. این یافته با یافته‌های گیلمن جان و همکاران [۱۴]، تیان ای و دینگل [۱۱] و ماهون و یارچسکی [۱۸] مبنی بر تأثیر مشاوره گروهی با رویکرد شناختی- رفتاری همسو است.

جدول ۱- اطلاعات افراد گروه آزمایش و کنترل

گروه	تعداد	جنس	میانگین سنی	پایه تحصیلی
آزمایش	۱۰	دختر	۱۱±۱	چهارم و پنجم
کنترل	۱۰	دختر	۱۱±۱	چهارم و پنجم

جدول ۲- نتایج تحلیل کوواریانس تأثیر عضویت گروهی بر میزان افسردگی دو گروه

متغیرها	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	میزان تأثیر	توان آماری
پیش آزمون	۱	۱۵۳/۰۳۳	۲۳/۸۷۹	<۰/۰۰۰	۰/۵۹۹	۰/۹۹۶
سن شرکت‌کنندگان	۱	۱/۲۳۷	۰/۲۱۹	۰/۶۴۶	۰/۰۱۳	۰/۰۷۲
عضویت گروهی	۱	۵۳۳/۰۴۸	۹۴/۲۶۳	<۰/۰۰۰	۰/۸۵۵	۱/۰۰۰

جدول ۳- نتایج تحلیل کوواریانس تأثیر عضویت گروهی بر میزان احساس بی‌کفایتی دو گروه

متغیرها	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	میزان تأثیر	توان آماری
پیش آزمون	۱	۱/۵۶۳	۱/۸۳۳	۰/۱۰۶	۰/۱۰۹	۰/۲۴۵
سن شرکت‌کنندگان	۱	۰/۰۳۶	۰/۰۴۲	۰/۸۴۱	۰/۰۰۳	۰/۰۵۴
تحصیلات والدین	۱	۱/۶۷۹	۱/۹۶۸	۰/۱۸۱	۰/۱۱۶	۰/۲۶۰
عضویت گروهی	۱	۴/۳۳۹	۵/۰۸۸	۰/۰۳۹	۰/۲۵۳	۰/۵۶۰

جدول ۴- میانگین و انحراف معیار نمره کل افسردگی و بی‌کفایتی در گروه‌ها

گروه	تعداد	نوبت اجرا	میانگین		انحراف استاندارد	
			افسردگی	بی‌کفایتی	افسردگی	بی‌کفایتی
گواه	۱۰	پیش آزمون	۲۱/۲۰	۳/۴۰	۵/۳۹۱	۰/۸۴۳
		پس آزمون	۲۱/۵۰	۳/۱۰	۵/۳۳۸	۱/۱۹۷
آزمایشی	۱۰	پیش آزمون	۲۰/۸۰	۴/۰۰	۶/۹۴۱	۱/۹۴۳
		پس آزمون	۱۰/۹۰	۲/۴۰	۲/۴۶۹	۰/۹۶۶

مراجع

1- Seligman, M. (2002). Positive psychology, positive prevention, and positive therapy. In C.R. Synder& S.J. Lopez (Eds.), Handbook of positive psychology. New York: Oxford University Press.

2- Pataki, C. S., Carlson, G. A. (1995). Childhood and Adolescent Depression: A Review. Harv Rev Psychiatry, 3(3): 140-151.

3- Lamarine, R. J. (1995). Child and adolescent depression. Journal of School Health, 65, 390-393

4- Carlson, G. A. (2000). The challenge of diagnosing depression in childhood and adolescence. Journal of Affective Disorder, 61 (1), 3-8.

5- Najarian, B and Davoodi, I. in translation:Child psychopathology. Kendall, P.C (Author). Tehran, Roshd Publication, 1384. [Persian]

6- Firouzbakht, M. in translation: Assessment and treatment of childhood problems.Carolyn S. Schroeder, Betty N. Gordon (Author). Tehran, DanjehPublication. 1384. [Persian]

7- Touzandehjani, H., Tavakolizadeh, Jahanshir and Kamalpour, N. in translation: Child Psychopathology.Mash, E. J& Barkley, R. A.(Authors). Mashahd, AvayeKalak Publication. (2003).[Persian]

8- Nainian, M. in translation: The Practice of Child Therapy. Morris, R. J and Kratochwill, T. R. (Authors). Tehran, Roshd Press. 1381. [Persian]

9- Akbarzadeh, N and Pourshahryari, M.(1387). Investigation of Depression on adolescents with CDI.Human Sciences Modares, 3(12). [Persian]

10- David-Ferdon, C. &Kaslow, N. J. (2008). Evidence-based psychosocialtreatments for child and adolescent depression. journal of clinical child & adolescent psychology, 37(1): 62-104.

11- Oei, T. P. S., & Dingle, G. (2008). the effectiveness of group cognitive behavior therapy for unipolar depressive disorders. Journal of Affective Disorders, 107, 5-21.

12- DeLucia-Waack, J.L., Gellman, R.A. (2007). The efficacy of using music in children of divorce groups: Impact on anxiety, depression, and irrational beliefs about divorce. American Psychological Association, 11(4), 272-282.

13- O'Kearney, R., Gibson, M. Christensen, McGriffiths, K. (2006). Effects of a cognitive-behavioural internet program on depression, vulnerability to depression, stigma in adolescent males: a school-based controlled trial. Cognitive Behavior Therapy, 35(1), 43-54.

14- Gilman, J., Schneider, D., Shulak, R. (2005). Children's Ability to CopePost Divorce: The effects of Kids Turn Intervention Program on 7-9 yearolds. Journal of Divorce and Remarriage, 42, (3/4), 109-126.

15- Haby, Michelle M., Tonge, B., Littlefield, L, Carter, R., and Vos, T (2004) Cost-effectiveness of cognitive behavioural therapy and selective serotonin reuptake inhibitors for major depression in children and adolescents, Australian and New Zealand journal of psychiatry, 38(8): 579-591

16- Yanping Wang and Thomas H.Ollendick. (2002). Consequences of divorce on the adjustment of children in china. Journal Of clinical child and adolescent psychology, vol.1, 101-110.

17- Seligman,martin E.p. (1996). Authentic Happiness: Using the New Positive Psychology to Realize Your Potential for Lasting Fulfillment. New York: Free Press

18- Mahon, N. E., &Yarcheski, A. (2001). Outcomes of depression in early adolescents. Western journal of nursing research. 23, 360-375.