

بررسی تأثیر آموزش خوش‌بینی بر امنیت روانی فرزندان مقطع ابتدایی والدین معتاد

حسین جناآبادی^۱، شکوفه محمد شکاری^۲

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۰۹/۰۱ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۱۲/۰۳

چکیده

هدف: هدف از این پژوهش بررسی تأثیر آموزش خوش‌بینی کودکان بر امنیت روانی فرزندان مقطع ابتدایی والدین معتاد در زاهدان بود. **روش:** روش پژوهش نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری شامل، فرزندان ۷ تا ۱۱ ساله معتادان به مصرف مواد مخدر سنتی شهرستان زاهدان بود که برای ترک اعتیاد مراجعه کرده بودند. از این تعداد، ۳۰ نفر با ملاک‌های ورود انتخاب و در دو گروه گواه و آزمایش به صورت تصادفی قرار گرفتند. پرسش‌نامه‌های امنیت روانی مازلو و آزمون جهت‌گیری زندگی بر روی آن‌ها اجرا شد. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد، آموزش خوش‌بینی بر ارتقای امنیت روانی فرزندان والدین معتاد موثر بوده است. **نتیجه‌گیری:** بنابراین می‌توان گفت آموزش خوش‌بینی موجب ایمن‌سازی روانی کودکان والدین وابسته به مواد می‌شود.

کلیدواژه‌ها: آموزش خوش‌بینی، امنیت روانی فرزندان، والدین معتاد

۱. نویسنده مسئول: دانشیار گروه علوم تربیتی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه سیستان و بلوچستان، زاهدان،

ایران، پست الکترونیکی: hjenaabadi@ped.usb.ac.ir

۲. کارشناس ارشد روان‌شناسی، عضو کمپ ترک اعتیاد شهر زاهدان

مقدمه

خانواده افراد معتاد فشار چشمگیری را تجربه می‌کنند. ممکن است واکنش‌ها به این شکل متفاوت باشد و از پذیرش مسئولیت و در نتیجه، اتخاذ رویکرد پدرانانه مبتنی بر درگیری گرفته تا قطع ارتباط کامل و عدم درگیری را شامل شود. هر چه میزان مسئولیت‌پذیری اعضای خانواده بیشتر باشد، اثرات این مشکل بر پویایی خانواده عمیق‌تر خواهد بود (گارلند، بوئتيجر، گیلورد، شانون و هوارد، ۲۰۱۲). خانواده، به عنوان یک واحد، جهت کسب مجدد ثبات و تعادل، تعاملات و راهبردهای مقابله‌ای پیچیده‌ای اتخاذ می‌کند که ممکن است در مزن شدن سوء مصرف نقش داشته باشند. آگاهی از این فرایندها و تعاملات، در فهم ماهیت مشکل سوء مصرف و پیشرفت آن توسط اعضای خانواده اهمیت به‌سزایی دارد (هسو، کالینز و مارلت، ۲۰۱۳). مسائل و مشکلاتی که خانواده معتاد با آن‌ها روبرو هستند موقتی نبوده بلکه بدون وقفه ادامه دارد. برای کودکانی که در خانواده‌ای دارای والدین معتاد رشد می‌کنند، ممکن است هیچ نقطه امن و پناهگاهی وجود نداشته باشد؛ چون افرادی که کودکان باید به آغوش آن‌ها پناه ببرند خودشان از مشکلات ناشی از بیماری اعتیاد در عذاب هستند و نمی‌توان از آن‌ها انتظار داشت که بتوانند توجه و محبت کافی به کودکان داشته و آن‌ها را به طور کامل تحت حمایت خود قرار دهند. اگر برای بهبودی عضو معتاد خانواده اقدامی صورت نگیرد، تاثیرات ناشی از اعتیاد و رفتارهای ناهنجار و غیر معقولی که اعضای خانواده برای کنار آمدن با فرد معتاد و زندگی خانوادگی در پیش می‌گیرند به رفتاری عادی و دائمی تبدیل می‌شود. افراد خانواده معتاد همواره با ذهنی آشفته و دردناک زندگی می‌کنند و همیشه یا می‌خواهند از محیط خانه فرار کنند یا در برابر دیگر اعضا عصبانی و پرخاشگر می‌شوند. در صورت طولانی شدن زندگی در این شرایط ناخوشایند، اعضای خانواده در معرض مبتلا شدن به انواع مشکلات روحی و روانی قرار خواهند گرفت (والش و شاپیرو، ۲۰۰۶).

کودکانی که توسط پدر یا مادر معتاد بزرگ شده‌اند همیشه از فشارها و مشکلات عصبی و آسیب‌های روانی جدی و عمده‌ای در عذاب هستند. آن‌ها همیشه به شدت مراقب اوضاع و احوال و محیط اطراف خود هستند و چشم در چشم اطرافیان خود می‌دوزند تا اگر خطری آن‌ها را تهدید کرد به موقع متوجه بشوند. اگر در دیگران حالت‌هایی را مشاهده کنند که آن‌ها را به یاد رفتارهای پدر یا مادر معتادشان بیاندازد به سرعت از خود واکنش نشان داده و تا حدودی خود را از خطر و تهدید دور می‌کنند. ممکن است آن‌ها در دوران کودکی یاد گرفته باشند که اگر با انجام کارهای خوب و دلخواه خود موجبات رضایت والدین شان را فراهم کرده و روز آن‌ها با آرامش سپری شود، آسیب کمتری متحمل شوند. این گونه رفتارها که برای جلب رضایت خاطر دیگران در دوران کودکی در پیش گرفته می‌شوند در بزرگسالی نیز ممکن است ادامه پیدا کنند. همه این مسائل باعث می‌شود تا آن‌ها نتوانند در فراز و نشیب روابط و مناسبات عاشقانه، زندگی راحت و آسوده‌ای داشته باشند (ورنینگ و اورسیلو، ۲۰۰۹).

ایمن‌سازی روانی از مهمترین اهداف در خانواده‌های این بیماران است و یکی از مهمترین عواملی که سلامت کودکان را در این خانواده‌ها تهدید می‌کند، نایمنی و سبک‌های دلبستگی نایمن است؛ که باعث انتخاب‌های اشتباه این افراد می‌شود (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۰۰). از مهمترین دلایل انتخاب‌های اشتباه در زندگی شان سبک‌های دلبستگی است که به صورت نایمن و چسبندگی بیمارگونه به افرادی است که بتوانند خلاهای آن‌ها را پرکنند. هدف این پژوهش آموزش خوش‌بینی در ساخت شخصیت ایمن این کودکان است تا مانع از انتخاب‌های اشتباه آن‌ها شود.

گسترده‌گی و پیامد مسئله‌ی دلبستگی نایمن باعث شده که شیوه‌های درمانی متعددی برای آن ارائه شود و مورد بررسی قرار گیرد. با این همه هر چند که پژوهش‌ها از اثربخشی درمان‌های موجود حمایت می‌کنند، این اثربخشی، نسبی بوده و هنوز هیچ درمانی وجود ندارد که بتوان آن را راه حلی قطعی برای تغییر و ایجاد دلبستگی ایمن دانست. تاکنون، شیوه‌های مختلفی برای درمان عوارض ناشی از دلبستگی ارائه شده است

که دیدگاه شناختی رفتاری یکی از با نفوذترین آن‌ها بوده است (اسکانیو، لاکویلی و آبین، ۲۰۱۱).

با توجه به پژوهش کهریزی، هدف تکنیک‌های خوش‌بینی، که از موج سوم در روان‌شناسی است، پذیرش و شناسایی و چالش با تفکرات منفی، جستجوی کمک برای یافتن روش‌های جایگزین تفکر و تسهیل شناسایی علل و روش‌هایی برای حفظ این تکنیک‌ها است. درمان شناختی، با ایجاد تغییر و دگرگونی در نظام شناختی فرد، موجب می‌شود که واکنش‌های او به وسیله‌ی کیفیات شناختی وی تغییر یافته و شخص بتواند به طور صحیح واقعیت‌ها را درک و تفسیر کند. اصل بنیادی درمان شناختی این است که رفتار و احساس فرد تا اندازه‌ی زیادی به چگونگی تفسیر او از جهان بستگی دارد (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۰۰). آموزش خوش‌بینی راهبردهایی را ارائه می‌دهد که به بازسازی شناختی و رد باورهای غیرمنطقی می‌پردازد و فرد مهارت‌هایی را می‌آموزد که به طور فعالانه به تغییر دنیای ذهنی افراد می‌انجامد. طبق مفروضه بنیادی مدل‌های شناختی رفتاری، تفکرات و ادراک‌های بیماران، هیجانات و رفتارهای آن‌ها را شکل می‌دهد. در بیشتر این مطالعات مشخص شده که این افراد خصوصیات شناختی از قبیل تحجر شناختی، عدم مهارت‌های حل مسئله، سبک اسنادی منفی، خود انتقادگری و نظر منفی نسبت به خود دارند که می‌تواند عوامل خطرسازی برای خودکشی باشد. از این رو مدل‌های شناختی رفتاری در اصلاح باورها و رفتارهای مرتبط با سلامت و نیز رفع عوامل خطر ساز بسیار مفیدند (بوستانوف، کیون، کوتچوبی و هاتزینگر، ۲۰۱۲). مطالعات مختلف نشان می‌دهد که مداخله‌های درمانی مناسب می‌توانند به میزان بسیار بالایی سلامت روانی افراد را افزایش دهند. بدین دلیل بر آن شدیم تا در تحقیق حاضر به بررسی این مسئله پردازیم که تا چه حد آموزش خوش‌بینی می‌تواند در ایمن‌سازی روانی کودکان والدین وابسته به مواد تاثیر بگذارد.

روش

جامعه، نمونه، و روش نمونه‌گیری

طرح پژوهش به صورت نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه بود. شرکت‌کنندگان گروه آزمایش تحت آموزش خوش‌بینی به شیوه‌ی گروهی و به صورت هفته‌ای یک جلسه ۲ تا ۲/۵ ساعته قرار گرفتند. جامعه آماری پژوهش حاضر را فرزندان دختر ۷ تا ۱۱ ساله معتادان شهرستان زاهدان تشکیل دادند. با توجه به این که آموزش در این پژوهش به صورت گروهی انجام پذیرفت و در گروه درمانی که بر مبنای کار لینهان و دیمف^۱ (۲۰۰۷) پایه‌ریزی شده بود از گروه‌های ۱۵-۹ نفره استفاده شده در این پژوهش نیز، گروه‌ها ۱۵ نفری تقسیم شدند.

ابزار

پرسش‌نامه امنیت روانی مزلو: این پرسش‌نامه دارای ۶۲ سؤال است که پاسخ‌های آن دو گزینه‌ای بله یا خیر می‌باشد. به پاسخ‌های درست نمره ۱ و پاسخ‌های نادرست نمره ۰ داده می‌شود. کسب نمرات بالا در این آزمون معرف امنیت روانی بالای فرد و نمره‌های پایین نشان‌دهنده امنیت روانی پایین است. نمرات بین ۵۴ تا ۶۲ به بالا نشان‌دهنده امنیت روانی خیلی بالا، بین ۴۱ تا ۵۳ معرف امنیت روانی بالا، بین ۲۷ تا ۴۰ امنیت روانی متوسط، بین ۱۳ تا ۲۶ امنیت روانی پایین و نمرات ۱۳ به پایین نشان‌دهنده امنیت روانی خیلی پایین است (شرینر و مالکوم، ۲۰۰۸). بوئن، چاولا و مارلت^۳ (۲۰۱۱)، ضریب آلفای کرونباخ کل را در بین دانش‌آموزان دبیرستانی ۰/۹۲ گزارش نمودند. همچنین بریتان^۴ و همکاران (۲۰۱۰) ضریب آلفای کرونباخ را ۰/۸۷ و اعتبار بازآزمایی به فاصله دو هفته را ۰/۸۱ گزارش نمودند. دارای مولفه‌های اعتماد به نفس، احساس سلامت، احساس سعادت‌مندی و سازگاری با دیگران است.

1. Dimeff
2. Schreiner, & Malcolm

3. Bowen, Chawala, & Marlatt
4. Britton

روند اجرا

بعد از نمونه‌گیری و گروه‌بندی تصادفی افراد واجد شرایط (فرزندان ۷ تا ۱۱ سال)، گروه آزمایش تحت آموزش گروهی خوش‌بینی در ۸ جلسه به صورت هفته‌ای ۱ جلسه‌ی ۲ تا ۲/۵ ساعته قرار گرفت. به هریک از افراد هنگام غیبت، آموزش خصوصی ارائه شد. تماس تلفنی مراجعان گروه آزمایش با درمانگر از ابتدای درمان تا پایان جلسات گروهی امکان‌پذیر بود. مراجعین می‌توانستند در موقع بروز بحران با درمانگر تماس بگیرند. در این تماس‌ها درمانگر مراجع را به استفاده از مهارت‌ها هدایت می‌کرد. زمان مکالمه کوتاه و بین ۱ تا ۱۰ دقیقه بود و بیشتر در جهت کمک به مراجع در اجتناب از رفتارهای خود آسیب‌رسان انجام می‌گرفت. آموزش خوش‌بینی بر مبنای کار سلیگمن (۱۹۹۱) براساس کتاب مهارت‌آموزی سلیگمن (۱۹۹۳) برنامه‌ریزی و اجرا شد (فرناندز، وود، استین و روسی، ۲۰۱۰). محتوای جلسات آموزشی به تفکیک جلسات در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱: محتوای آموزش خوش‌بینی به تفکیک جلسات

جلسات	محتوا
جلسه اول	آشنایی با افکار خودکار و باورهای منفی درباره خود، دیگران، زندگی و آینده.
جلسه دوم	مبارزه با افکار منفی از طریق ردیابی منبع افکار، به چالش کشیدن افکار منفی و متوقف ساختن آن‌ها.
جلسه سوم	تحلیل ABC شامل آشنایی با رابطه بین رویدادهای ناگوار، باورها و تغییرات خلقی ناشی از آن‌ها.
جلسه چهارم	اصلاح اسنادی؛ تغییر سبک‌های تبیین بدبینانه (درونی، کلی و پایدار) به سبک‌های تبیین خوش‌بینانه (بیرونی، خاص و گذرا).
جلسه پنجم	تحلیل DE شامل آشنایی با فنون منحرف کردن توجه مثل نه گفتن.
جلسه ششم	آشنایی با فنون پذیرش خود، خودباوری، تمرکز بر توانمندی‌ها و محدودتلقی کردن ناتوانی‌ها.
جلسه هفتم	تقویت باورهای دینی، آشنایی با نقش ایمان، توکل به خدا در مواجهه با رویدادهای ناگوار.
جلسه هشتم	جمع‌بندی و نتیجه‌گیری.

یافته‌ها

آماره‌های توصیفی مولفه‌های امنیت روانی به تفکیک گروه‌ها و نوع آزمون در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲: آماره‌های توصیفی مولفه‌های امنیت روانی به تفکیک گروه‌ها و نوع آزمون

مولفه‌ها	گروه‌ها	پیش آزمون	پس آزمون
		انحراف استاندارد	انحراف استاندارد
		میانگین	میانگین
اعتماد به نفس	آزمایش	۴/۵۰	۰/۳۴
	گواه	۴/۳۲	۰/۳۶
احساس سلامت	آزمایش	۳/۵۳	۰/۴۱
	گواه	۳/۶۷	۰/۳۳
احساس	آزمایش	۳/۲۱	۰/۲۳
	گواه	۳/۱۱	۰/۲۱
سعادتمندی	آزمایش	۵/۱۲	۰/۵۲
	گواه	۴/۹۹	۰/۴۶
سازگاری با	آزمایش	۵/۱۲	۰/۵۲
	گواه	۴/۹۹	۰/۴۶
دیگران	آزمایش	۵/۱۲	۰/۵۲
	گواه	۴/۹۹	۰/۴۶

۱۵۱

151

برای بررسی اثربخشی آموزش می‌بایستی از تحلیل کواریانس چندمتغیری استفاده شود. یکی از مفروضه‌های این تحلیل برابری ماتریس واریانس-کواریانس است. نتایج آزمون باکس حکایت از برقراری این مفروضه داشت ($M=۶/۳۲$, $F=۰/۵۳۳$, $P>۰/۰۵$). همچنین همگنی واریانس‌های خطا با آزمون لون مورد سنجش قرار گرفت. نتایج نشان داد در اعتماد به نفس ($F=۱/۳۲۰$, $P>۰/۰۵$)، احساس سلامت ($F=۱/۸۳۲$, $P>۰/۰۵$)، احساس سعادتمندی ($F=۲/۰۶$, $P>۰/۰۵$)، و سازگاری با دیگران ($F=۱/۷۴$, $P>۰/۰۵$)، شرط همگنی برقرار است. بنابراین مانکوا انجام شد و نتایج حکایت از برقراری تفاوت ترکیب خطی متغیرها در دو گروه داشت ($F=۰/۸۵۳$)=اندازه اثر، $P<۰/۰۰۱$ ، $F=۳۰/۵۸۳$ ، $P<۰/۰۰۱$ ، $F=۰/۱۴۷$)=لامبدای ویلکز). برای بررسی الگوهای تفاوت از آنکوا استفاده شد. نتایج نشان داد در اعتماد به نفس ($F=۰/۴۹$)=اندازه اثر، $P<۰/۰۰۱$ ، $F=۲۳/۲۲۵$)، احساس سلامت ($F=۰/۴۳$)=اندازه اثر، $P<۰/۰۰۱$ ، $F=۱۸/۱۹۱$)، احساس سعادتمندی ($F=۰/۶۳$)=اندازه اثر، $P<۰/۰۰۱$ ، $F=۴۰/۸۱۳$)، و سازگاری با دیگران ($F=۰/۶۲$)=اندازه اثر، $P<۰/۰۰۱$ ،

$F= 40/663$)، تفاوت معناداری بین گروه‌ها وجود دارد. بدیم معنا که آموزش خوش‌بینی در گروه آزمایش باعث افزایش نمرات شده است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر، تاثیر آموزش خوش‌بینی بر ایمن‌سازی روانی کودکان والدین وابسته به مواد بود. روش پژوهش نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون پس‌آزمون با گروه گواه بود. نتایج نشان داد آموزش خوش‌بینی باعث ارتقای اعتماد به نفس، احساس سلامت، احساس سعادتمندی، و سازگاری با دیگران شد. به طور کلی آموزش خوش‌بینی موجب ایمن‌سازی روانی کودکان والدین وابسته به مواد می‌شود و فرضیه اصلی تحقیق تأیید شد. نتایج پژوهش‌های بک (۲۰۰۴) نشان داد، ایمن‌سازی روانی موجب به وجود آمدن شناخت‌واره‌های منفی می‌شود و در نوجوانانی که در آستانه بلوغ می‌باشند موجب بلوغ دیررس می‌شود. این افراد بیشتر از سایرین در معرض افسردگی و اضطراب قرار داشته و بیشتر از کودکان دیگر دچار بیماری‌های مزمن جسمی می‌شوند. همچنین در این کودکان خوش‌بینی به نحو معناداری پایین‌تر از سایر نوجوانان است. نتایج پژوهش‌های کلیک (نقل از: یان و نابیشیما، ۲۰۰۹) نشان داد طرحواره‌های ناسازگار فرزندان معتادان منجر به ایمن‌سازی روانی ناقص در آنان می‌شود و آن‌ها همیشه مضطرب و وحشت‌زده در جستجوی کمک هستند. این کودکان بیشتر از دیگر کودکان دچار اختلال اضطراب جدایی می‌شوند. در تبیین این نتایج می‌توان گفت: آموزش باعث درست ارزیابی کردن موقعیت و به تبع آن بهتر درگیر شدن با مشکلات و گرفتن نتایج قابل قبول می‌شود. بنابراین این امر باعث ارتقای اعتماد به نفس کودکان می‌شود. همچنین ارزیابی درست و استفاده از راه کارهای آموخته شده باعث سازگاری بهتر با محیط و به تبع آن احساس سلامت و سعادتمندی بهتر می‌شود. همچنین افزایش سازگاری در نتیجه آموزش خانوادگی شکل می‌گیرد که بیشتر با کودکان‌شان ارتباط دارند و به سایرین و آرمان‌ها و ایده‌های آن‌ها احترام می‌گذارند.

این پژوهش مانند سایر پژوهش‌ها دارای محدودیت‌هایی بود که عبارتند از: محدودیت در انتخاب افراد گروه نمونه به صورت تصادفی، موجب شد از روش در دسترس استفاده شود؛ به علت محدودیت زمانی، پیگیری تداوم زمانی و انتقال بلندمدت مهارت‌ها بر بهبود عملکرد صورت نگرفت. پیشنهاد می‌شود: (۱) جهت بررسی دقیق‌تر اثربخشی مهارت‌های آموزش خوش‌بینی که به صورت مجموعه‌ای از مهارت‌هاست، هر یک از مهارت‌ها و تکنیک‌ها می‌تواند به طور ویژه و موردی مورد بررسی قرار گیرد. (۲) برای بررسی دقیق‌تر اثربخشی در اینگونه مطالعات که به صورت گروهی انجام می‌شود، مطلوب‌تر آن است که علاوه بر مقایسه گروه‌ها، با طرح مطالعه تک آزمودنی، عملکرد تک تک افراد مد نظر قرار گیرد. (۳) پیگیری و تداوم زمانی اثربخشی آموزش خوش‌بینی بر عملکرد افراد، با فاصله زمانی مختلف انجام شود. (۴) این پژوهش فقط در مورد نوجوانان خانواده‌های معتاد صورت گرفته است. پیشنهاد می‌شود چنین پژوهشی روی افراد سایر سنین این خانواده‌ها نیز صورت گیرد.

منابع

- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.)*. Washington, DC: Author.
- Bostanov, V., Keune, P. M., Kotchoubey, B., & Hautzinger, M. (2012). Event related brain potentials reflect increased concentration ability after mindfulness-based cognitive therapy for depression: A randomized clinical trial. *Psychiatry Research*, 199(3), 174-180. DOI: 10.1016/j.psychres.2012.05.031.
- Bowen, S., Chawala, N. & Marlatt, G. A. (2011). *Mindfulness-Based Relapse Prevention for Addictive Behaviors*. The Guilford Press New York London.
- Britton, W. B., Bootzin, R. R., Cousins, J. C., Hasler, B. P., Peck, T., & Shapiro, Sh. L. (2010). The Contribution of Mindfulness Practice to a Multicomponent Behavioral Sleep Intervention Following Substance Abuse Treatment in Adolescents: A Treatment-Development Study. *Substance Abuse*, 31(2), 86-97.
- Challaly, T., Trauer, T., Munro, L., & Whelan. G. (2001). Prevalence of psychiatric disorder in a methadone maintenance population. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 35(5), 601-605.
- Fernandez, A. C., Wood, M. D., Stein, L. A., & Rossi, J. S. (2010). Measuring mindfulness and examining its relationship with alcohol use and negative consequences. *Psychology of Addictive Behaviors*. 24(4), 608-616.

- Garland, E. L., Boettiger, C. A., Gaylord, S. W., Chanon, V., & Howard, M. O. (2012). Mindfulness is Inversely Associated with Alcohol Attentional Bias among Recovering Alcohol-Dependent Adults. *Cognitive Therapy and Research*, 36(5), 441-450.
- Hsu, S. H., Collins, S. E., & Marlatt, G. A. (2013). Examining psychometric properties of distress tolerance and its moderation of mindfulness-based relapse prevention effects on alcohol and other drug use outcomes. *Addictive Behaviors*, 38(3), 1852-1858.
- Michalak, J., Burg, J., & Heidenreich, T. (2012). Don't Forget Your Body: Mindfulness, Embodiment, and the Treatment of Depression. *Mindfulness*, 3(3), 190-199.
- Paul, N. A., Stanton, S. J., Greeson, J. M., Smoski, M. J. & Wang, L. (2012). Psychological and Neural Mechanisms of Trait Mindfulness in Reducing Depression Vulnerability. *Social cognitive and affective neuroscience*, 8(1), 56-64. DOI: 10.1093/scan/nss070.
- Schreiner, I., & Malcolm, J. P. (2008). The Benefits of Mindfulness Meditation: Changes in Emotional States of Depression, Anxiety, and Stress. *Behavior Change*, 25(3), 156-168.
- Skanavi, S., Laqueille, X., Aubin, H. J. (2011). Mindfulness based interventions for addictive disorders: A review. *Encephale*. 37(5), 379-387. DOI: 10.1016/j.encep.2010.08.010.
- Vernig, P. M., & Orsillo, S. M. (2009). Psychophysiological and Self-Reported Emotional Responding in Alcohol-Dependent College Students: The Impact of Brief Acceptance/Mindfulness Instruction. *Cognitive Behavior Therapy*, 38(3), 174-183.
- Walsh, R., & Shapiro, Sh. L. (2006). The meeting of meditative disciplines and Western psychology: A mutually enriching dialogue. *American Psychologist*, 61(3), 227-239.
- Yan, Y., Nabeshima, T. (2009). Mouse model of relapse to the abuse of drugs: Procedural considerations and characterizations. *Behavioral Brain Research*, 196(1), 1° 10. DOI: 10.1016/j.bbr.2008.08.017.