

تاریخ دریافت مقاله: ۹۲/۰۸/۲۶
تاریخ بررسی مقاله: ۹۲/۰۸/۲۹
تاریخ پذیرش مقاله: ۹۲/۰۹/۳۰

مجله دست آوردهای روان‌شناختی
(علوم تربیتی و روان‌شناسی)
دانشگاه شهید چمران اهواز، پاییز و زمستان ۱۳۹۲
دوره‌ی چهارم، سال ۲۰-۳، شماره‌ی ۲
ص: ۱۸-۱

اثربخشی شناخت درمانی گروهی مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش اضطراب و افسردگی دانش‌آموزان مدارس دبیرستانی

* منصور بیرامی

** یزدان موحدی

*** رضا محمدزادگان

**** معصومه موحدی

***** سجاد وکیلی

چکیده

در پژوهش‌های روان‌درمانی ذهن آگاهی به عنوان یک حالت ارتقاء دهنده تفکر خودآگاهی برای بهبود بهزیستی در نظر گرفته می‌شود. در این پژوهش، اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی به شیوه گروهی در کاهش اضطراب و افسردگی دانش‌آموزان مدارس دبیرستانی مورد بررسی قرار گرفت. روش این پژوهش آزمایشی، طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل است. نمونه شامل ۴۰ نفر از دانش‌آموزان پسر دبیرستانی شهر خرم‌آباد بود. ابتدا از ۴۲۰ نفر از افراد آزمون اضطراب و افسردگی به عمل آمد؛ سپس افرادی از جامعه فوق که طبق معیار نقطه برش بالینی در سطح غیر نرمالی قرار داشتند انتخاب شدند و مورد مصاحبه بالینی ساختار یافته قرار گرفتند. از این تعداد، ۲۰ نفر برای گروه آزمایش و ۲۰ نفر برای گروه گواه به صورت تصادفی ساده انتخاب شدند. درمان ذهن آگاهی طی ۸ جلسه نود دقیقه‌ای، هر هفته یک جلسه اجرا شد. پس از اتمام جلسه‌ها پس‌آزمون روی دو گروه آزمایش و کنترل اجرا گردید. نتایج حاصل از تحلیل واریانس‌های چند متغیری، بیانگر کاهش معنی‌دار

dr.bayrami@yahoo.com

* دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه تبریز

** دانشجوی دکترای تخصصی علوم اعصاب شناختی، دانشگاه تبریز (نویسنده مسئول)

movahedi_yazdan@yahoo.com

reza.moh1@gmail.com

*** کارشناس ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشگاه تبریز

**** کارشناس ارشد مشاوره خانواده، مرکز مشاوره دانشگاه علوم پزشکی لرستان

masumemovahedi@yahoo.com

vakilees@yahoo.com

***** کارشناس ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشگاه تبریز

اضطراب و افسردگی در گروه آزمایش در مقایسه با گروه گواه است ($p < 0/01$) شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی می‌تواند باعث سلامت روان‌شناختی در دانش‌آموزان شود.

کلید واژگان: ذهن آگاهی، اضطراب، افسردگی، دانش‌آموزان

مقدمه

یکی از اهداف و وظایف مهم آموزش و پرورش ایجاد زمینه برای رشد همه جانبه فرد و تربیت انسان‌های سالم، کارآمد و مسئول برای ایفای نقش در زندگی فردی و اجتماعی است. از آنجایی که دانش‌آموزان به عنوان رکن اساسی نظام آموزش کشور، در دستیابی به اهداف نظام آموزشی نقش و جایگاه ویژه‌ای دارند، توجه به این قشر از جامعه از لحاظ آموزشی و تربیتی، باروری و شکوفایی هر چه بیشتر نظام آموزشی و تربیتی جامعه را موجب می‌شود. یکی از عواملی که سلامت دانش‌آموزان را تهدید می‌کند، اضطراب^۱ و افسردگی^۲ است. اضطراب و افسردگی اگر زیاد باشد باعث احساس خشم، ترس و ناکامی می‌شود و سلامت بدنی و روانی دانش‌آموزان را به خطر می‌اندازد (گیگا^۳، ۲۰۰۱؛ به نقل از نریمانی، حسن‌زاده و ابوالقاسمی، ۱۳۹۱).

با توجه به اینکه افسردگی در دانش‌آموزان به طور شایعی با یک اختلال اضطرابی (بیدرمن، فرانسی و میک^۴، ۱۹۹۵؛ شیفر^۵، ۲۰۰۵) یا علائم اضطرابی همراه است (بیدرمن و همکاران، ۱۹۹۵). تخمین زده می‌شود که ۲۰ الی ۵۰ درصد دانش‌آموزان افسرده یک اختلال اضطرابی هم داشته باشند. مطالعات طولی مطرح کننده این هستند که در دانش‌آموزان افسرده نه تنها قبل از شروع افسردگی یک اختلال اضطرابی وجود دارد، بلکه بعد از ناپدید شدن تظاهرات افسردگی ممکن است دوباره اضطراب خود را نشان دهد (شیفر، ۲۰۰۵). اضطراب در دانش‌آموزان ممکن است باعث اعتماد به نفس ضعیف، کناره‌گیری اجتماعی، مهارت‌های اجتماعی ناکافی و مشکلات تحصیلی شود (فریمن، گارسیا و لئونارد^۶، ۲۰۰۲). افسردگی

- 1- anxiety
- 2- depression
- 3- Kika
- 4- Biederman, Faraone, & Mick
- 5- Shuffer
- 6- Freeman, Garcia, & Leonard

دانش‌آموزان به دلیل شیوع آن (۳ درصد بالینی و ۳۵ درصد غیر بالینی) (پترسون، کامپس، بروکس-جان، استیملت و گرت^۱، ۱۹۹۳) و ایجاد اختلال در کارکردهای مختلف اجتماعی، تحصیلی، حرفه‌ای و غیره موضوعی است که به توجه جدی نیاز دارد. افسردگی با شروع زودرس، یک پدیده گذرا نبوده و چنانچه عوامل زمینه‌ساز یا تداوم بخش آن بدون مداخله باقی بمانند، تمایل به دوام داشته و نتایج پایدار و مخربی بر جای خواهد گذاشت (ریچاردسون^۲، ۱۹۹۵).

عوامل روانی-اجتماعی بسیاری با سبب‌شناسی اضطراب و افسردگی دانش‌آموزان در ارتباط هستند و نظریه‌های مختلفی همچون درماندگی آموخته شده، سبک اسناد منفی (هارینگتون^۳، ۱۹۹۳)، طرحواره‌های شناختی منفی (هاوتون، سالکویسکی، کریک و کلارک^۴، ۱۹۹۰)، بر عامل یا عوامل خاصی از تعیین‌کننده‌های مؤثر بر اضطراب و افسردگی تأکید دارند. در زمینه‌ی درمان مشکلات روان‌شناختی مانند اضطراب و افسردگی رویکردهای مختلفی از جمله دارو درمانی و درمان‌های ترکیبی به کار گرفته شده‌اند. در این حوزه درمان شناختی-رفتاری از دهه ۱۹۷۰ مطرح شده است، اما به دنبال بعضی انتقادات از این رویکرد، روش‌های تلفیقی دیگری برای درمان این مشکلات ارائه شده است. به عنوان مثال، درمان‌شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی^۵ مطرح و تأثیر قابل توجهی بر درمان و جلوگیری از عود اضطراب و افسردگی دارد (پاپاگیارگیو و ولز^۶، ۲۰۰۴).

شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی برخاسته از پژوهشی گسترده در حوزه شناسایی عوامل و فرایندهای شناختی پیش‌بینی‌کننده عود افسردگی است (کرن^۷، ۲۰۰۹). مطالعات نشان داده‌اند که درمان رفتاری-شناختی در درمان این اختلالات مؤثر می‌باشد، اما اثرات پیشگیرانه آن مورد تردید می‌باشد (فینی سن و مرکر^۸، ۲۰۰۶). این درمان شامل کاربرد راهبردهای ویژه و تجربی متمرکز بر شناخت و رفتار است، اما تأکیدی که بر تغییر افکار و شناخت‌ها دارد در

- 1- Peterson, Compas, Brooks- Gunn, Stemmler, & Grant
- 2- Richardson
- 3- Harrington
- 4- Hawton, Salkovskis, Kirk, & Clark
- 5- mind fulness
- 6- Papageorgio & Wells
- 7- Crane
- 8- Finucane & Mercer

مواردی باعث شده تا مراجعان در چالش با افکار دچار شکست شوند (فینی‌سن و مرکر، ۲۰۰۶).

مداخلات مبتنی بر ذهن آگاهی به عنوان یکی از درمان‌های شناختی- رفتاری نسل سوم یا موج سوم قلمداد می‌شود. ذهن آگاهی نوعی از مراقبه است که ریشه در تعالیم و آیین‌های مذهبی شرقی خصوصاً بودا دارد (اوست^۱، ۲۰۰۸). کابات-زین^۲، ذهن آگاهی را توجه کردن به شیوه‌ای خاص، هدفمند، در زمان کنونی و بدون قضاوت و پیش داوری تعریف کرده است (سگال، ویلیامز و تیزدل^۳، ۲۰۰۳).

مارشال لینهان^۴ (۱۹۹۳) برای اولین بار به ضرورت اهمیت دادن به ذهن آگاهی به عنوان یکی از مؤلفه‌های اساسی درمان‌های روان‌شناختی تأکید کرد. ذهن آگاهی به رشد سه مؤلفه خودداری از قضاوت، آگاهی هدفمندانه و تمرکز بر لحظه‌ی کنونی در توجه فرد نیاز دارد که توجه متمرکز بر زمان حال پردازش تمام جنبه‌های تجربه بلاواسطه شامل فعالیت‌های شناختی، فیزیولوژیکی یا رفتاری را موجب می‌شود. بواسطه تمرین‌ها و تکنیک‌های مبتنی بر ذهن آگاهی فرد نسبت به فعالیت‌های روزانه خود آگاهی پیدا می‌کند، به کارکرد اتوماتیک ذهن در دنیای گذشته و آینده آگاهی می‌یابد و از طریق آگاهی لحظه به لحظه از افکار، احساسات و حالت‌های جسمانی بر آنها کنترل پیدا می‌کند و از ذهن روزمره و اتوماتیک متمرکز بر گذشته و آینده رها می‌شود (رای و ساندرسون^۵، ۲۰۰۴).

حضور ذهن می‌تواند در رهاسازی افراد از افکار اتوماتیک، عادت‌ها و الگوهای رفتاری ناسالم کمک کند و از این رو نقش مهمی را در تنظیم رفتار ایفا کند (ریان و دسی^۶، ۲۰۰۰). بنابراین تأکید بر تغییر آگاهی و ایجاد رابطه‌ی جدید با افکار در مقایسه با تغییر آنها مورد تأکید قرار می‌گیرد. ذهن آگاهی شیوه‌های متفاوتی از مواجهه با هیجانات، درد و پریشانی ارائه می‌کند. فرض بر این است که عدم رابطه با تفکر منفی مهارتی را به همراه می‌آورد که فرد درگیر نشخوارهای ذهنی نمی‌شود (میسی^۷، ۲۰۰۶).

-
- 1- Ost
 - 2- Kabat Zin
 - 3- Segal, Williams, & Teasdale
 - 4- Marshal Linhan
 - 5- Rygh & Sanderson
 - 6- Ryan & Deci
 - 7- Mace

مراقبه ذهن آگاهی موجب فعال شدن ناحیه‌ای از مغز می‌شود که باعث ایجاد عواطف مثبت و اثرهای سودمند در کارکرد ایمن‌سازی بدن می‌شود (دیویدسون^۱ و کابات زین، ۲۰۰۳). پژوهش بر مراقبه‌ی متعالی، مراقبه‌ی ذهن آگاهی، مراقبه‌ی ویپاسانا، یوگا و سایر فنون مراقبه‌ای بهبود معناداری را در توانبخشی نوجوانان گزارش کرده‌اند (ویتکی ویتز، مارلت و الکر^۲، ۲۰۰۵). مطالعات نشان می‌دهد که آموزش ذهن آگاهی با انواع پیامدهای سلامتی نظیر کاهش درد (کابات زین، ۲۰۰۳)، اضطراب و افسردگی (کابات زین، ماسن، کریستلر، پترسون و فلیتچر^۳، ۱۹۹۲) و استرس (اسپیکا، کارلسون، گودی و آنزین^۴، ۲۰۰۰) ارتباط دارد. مطالعه کابات-زین (۲۰۰۳) نشان داد که فنون ذهن آگاهی در افزایش آرام بخشی عضلانی و کاهش نگرانی، استرس و اضطراب مؤثر می‌باشد (کابات زین، ۲۰۰۳).

ریان و دسی^۵ (۲۰۰۰) نشان دادند که آموزش ذهن آگاهی به افراد در تعدیل الگوهای رفتاری منفی و افکار اتوماتیک و تنظیم رفتارهای مثبت مرتبط با سلامتی کمک می‌کند (جنگین^۶، ۲۰۰۷). به عبارت دیگر، ذهن آگاهی از طریق سرزندگی و واضح دیدن تجربیات می‌تواند تغییرات مثبتی را در شادکامی و بهزیستی ایجاد نماید (براون^۷ و ریان، ۲۰۰۳). تحقیقات نشان داده‌اند که مراقبه‌ی ذهن آگاهی خلق را بهبود بخشیده و آموزش کوتاه مدت آن اضطراب را کاهش می‌دهد (زیدان، جانسون، دیاموند، دیوید و گول کاشن^۸، ۲۰۱۰). آموزش ذهن آگاهی بر افسردگی، اضطراب و سازگاری روان‌شناختی تأثیر دارد (بوهملیجر، پرینجر، تال و سی پرچ^۹، ۲۰۱۰) و درمان مبتنی بر ذهن آگاهی به بهبود نشانه‌های استرس، اضطراب و عزت نفس منجر می‌گردد (گلدن و گروس^{۱۰}، ۲۰۱۰). بر اساس مطالعات پیشین، آموزش ذهن آگاهی، باعث کاهش نشانه‌های اضطراب و افسردگی در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر می‌شود (ایوانز، فراندو، فیندلر، استوول، اسمارت و هاگ لین^{۱۱}، ۲۰۰۸) و

- 1- Davidson
- 2- Witkiewitz, Marlatt, & Walker
- 3- Massion, kristelle, & Fletcher
- 4- Speca, Carlson, Goodey, & Angen
- 5- Ryan & Deci
- 6- Junkin
- 7- Brown
- 8- Zeidan, Johnson, Diamond, David, & Goolkasian
- 9- Bohlmeijer, Prenger, Taal, & Cuijpers
- 10- Goldin & Gross
- 11- Evans, Ferrando, Findler, Stowell, Smart, & Haglin

همچنین بهبود کیفیت زندگی و کاهش افسردگی را در پی دارد (کاوایانی، جواهری و بحیرایی، ۱۳۸۴) و از عود افسردگی و اضطراب پیشگیری می‌کند (کاوایانی، حاتمی و شفیعی آبادی، ۱۳۸۷). در مطالعه‌ای اسکامن^۱ (۲۰۰۴)، ۲۳۱ دانشجوی دانشگاه پنسیلوانیا به طور تصادفی به دو گروه ده نفری آزمایش و کنترل تقسیم کردند و با هدف کاهش اضطراب و افسردگی آنها را تحت درمان ذهن آگاهی قرار دادند. پس از یک دوره پیگیری یک ساله، شرکت‌کنندگان گروه آزمایش نسبت به گروه گواه به طور معناداری اضطراب و افسردگی کمتری داشتند (کاوایانی و همکاران، ۱۳۸۴). استفاده از روش‌هایی که ذهن آگاهی در آنها مؤلفه‌ی کلیدی محسوب می‌شود مانند پذیرش و تعهد درمانی نیز برای درمان اختلالات اضطرابی مؤثر بوده است (بلاک^۲، ۲۰۰۲). همچنین، نتایج مطالعات نشان داده است که استفاده از روش ذهن آگاهی موجب کاهش بازگشت حمله‌های افسردگی می‌شود (تیزدل، سگال، ویلیامز، ریگ وی، سولبسی و لا^۳، ۲۰۰۲). ضرورت این پژوهش از آنجا ناشی می‌شود که سلامت روان‌شناختی دانش‌آموزان موضوع مهمی برای همه‌ی اقشار جامعه به شمار می‌آید و لذا اگر بتوانیم از طریق پژوهش‌های مختلف به بررسی‌ها و راهکارها و نتایجی دست یابیم که بتواند میزان سلامت روان‌شناختی دانش‌آموزان را ارتقاء بخشد می‌توانیم در این مهم قدم برداریم. با توجه به مبانی نظری و پژوهشی ذکر شده در این پژوهش تلاش گردید تا اثر بخشی شناخت درمانی گروهی مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش اضطراب و افسردگی دانش‌آموزان مقطع دبیرستان بررسی شود.

روش

پژوهش حاضر از نوع طرح آزمایشی پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. آزمودنی‌های این پژوهش شامل دو گروه از دانش‌آموزان پسر دبیرستانی شهرستان خرم‌آباد بودند که از طریق پرسشنامه‌ی اضطراب و افسردگی بک و مصاحبه‌ی تشخیصی ساختار یافته، شناسایی شدند. یک گروه از این آزمودنی‌ها در معرض درمان ذهن آگاهی قرار گرفتند. و یک گروه به عنوان گروه کنترل در نظر گرفته شد و هیچگونه مداخله‌ای برای آنها اجرا نشد.

-
- 1- Scaman
 - 2- Block
 - 3- Ridgway, Soulsby, & Lau

مداخله مبتنی بر ذهن آگاهی به عنوان متغیر مستقل برای گروه آزمایش اعمال شد، و اضطراب و افسردگی به عنوان متغیر وابسته در نظر گرفته شدند. برای هر دو گروه پیش آزمون و سپس ده روز بعد از اعمال مداخله پس آزمون اجرا شد.

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

جامعه آماری شامل کلیه دانش‌آموزان پسر دبیرستانی شهرستان خرم آباد بودند که از میان آنها ابتدا به صورت تصادفی خوشه‌ای چند مرحله‌ای ۴۲۰ دانش آموز پرسشنامه‌ی اضطراب و افسردگی بک را تکمیل کردند. از میان این دانش‌آموزان، آن‌هایی که بر اساس معیار نقطه برش بالینی پرسشنامه در وضعیت غیرنرمالی بودند، از طریق مصاحبه بالینی ساختار یافته مورد بررسی دقیق قرار گرفتند. در نهایت ۴۰ دانش‌آموز به روش تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. پس از انتخاب گروه نمونه و جایگزینی تصادفی آنها در دو گروه آزمایش و کنترل، گروه آزمایش ۸ جلسه درمانی نود دقیقه‌ای را به صورت گروهی دریافت کردند. برنامه درمانی طبق پروتکل کابات-زین و همکاران (۱۹۹۲) که در تحقیقات مختلفی مورد مطالعه قرار گرفته است و نتایج حاکی از اثر بخشی این روش درمانی بر افسردگی، اضطراب، استرس و سازگاری روان‌شناختی است (بوهلمیجر و همکاران، ۲۰۱۰؛ گلدن و گروس، ۲۰۱۰) به شرح زیر اجرا شد:

درمان‌شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی

جلسه‌ی اول: تنظیم خط مشی کلی با در نظر گرفتن جنبه‌ی محرمانه بودن و زندگی شخصی افراد، دعوت افراد به معرفی خود با یگدیگر، تمرین واریسی بدنی، تکلیف خانگی، بحث و تعیین جلسات هفتگی توزیع نوارها و جزوات.

جلسه‌ی دوم: شامل آموزش تن آرامی برای ۱۴ گروه از عضلات که شامل ساعد، بازو، عضله پشت ساق پا، ران‌ها، شکم، سینه، شانه‌ها، گردن، لب، چشم‌ها و پیشانی است.

جلسه‌ی سوم: آموزش تن آرامی برای ۶ گروه از عضلات شامل دست‌ها و بازوها، پاها و ران‌ها، شکم و سینه، پیشانی و لب‌ها و تکلیف خانگی تن آرامی است.

جلسه‌ی چهارم: آشنایی با نحوه ذهن آگاهی تنفس، آموزش تکنیک دم و بازدم همراه

آرامش و بدون تفکر در مورد چیز دیگر و آموزش تکنیک تماشای تنفس و تکلیف خانگی ذهن آگاهی تنفس قبل از خواب.

جلسه‌ی پنجم: آموزش تکنیک توجه به حرکت بدن هنگام تنفس، تمرکز بر اعضای بدن و حرکات آنها و جستجوی حس‌های فیزیکی، و تکلیف خانگی ذهن آگاهی خوردن.

جلسه‌ی ششم: آموزش توجه به ذهن، افکار مثبت و منفی، خوشایند یا ناخوشایند بودن افکار، اجازه دادن به ورود افکار منفی و مثبت به ذهن و به آسانی خارج کردن آنها از ذهن بدون قضاوت و توجه عمیق به آنها.

جلسه‌ی هفتم: ۴۰ دقیقه مراقبه‌ی نشسته، بازنگری تکالیف خانگی، تمرین مشاهده ارتباط بین فعالیت و خلق.

جلسه‌ی هشتم: بازنگری مطالب گذشته و جمع‌بندی.

ابزار پژوهش

الف) مصاحبه بالینی ساختار (SCID) DSM-IV: مصاحبه بالینی ساختار یافته برای DSM-IV یک مصاحبه برای ارزیابی انواع مختلف اختلالات محور اول و دوم ویرایش چهارم کتابچه راهنمای تشخیصی آماری اختلالات روانی است. این مصاحبه برای اولین بار در دهه ۹۰ برای تشخیص بر اساس DSM-III-R طراحی شده و نسخه فعلی آن بر اساس DSM-IV به روز شده است که شامل دو نسخه برای محور اول و دوم است. SCID-I هفت گروه تشخیصی اختلالات محور اول شامل اختلالات خلقی، روان پزشکی، وابستگی به مواد، اختلالات اضطرابی، خوردن و سازگاری را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. بررسی ویژگی‌های این ابزار حاکی از آن است که پایایی و اعتبار آن در حد مناسبی است و بین ۰/۸۱ تا ۰/۸۴ گزارش شده است (سادوک و سادوک، ۲۰۰۳). در ایران شریفی و همکاران (شریفی، اسدی، محمدی، امینی، کاویانی و همکاران، ۲۰۰۵) پایایی و قابلیت اجرای آن را برای جمعیت ایرانی بررسی کرده‌اند. یافته‌ها نشان داد که توافق تشخیصی برای اکثر تشخیص‌ها متوسط تا خوب بوده (ضریب کاپای بالاتر از ۰/۶۰) همچنین اکثر مصاحبه‌کنندگان قابلیت اجرای نسخه فارسی این ابزار را خوب ارزیابی کرده‌اند.

ب) **مقیاس اضطراب بک:** این پرسشنامه شامل ۲۱ پرسش است و هر پرسش چهار پاسخ دارد (۳ تا صفر) که حالتی از افزایش شدت است. دامنه‌ی نمره‌ها نیز از ۶۳ تا صفر می‌باشد. این پرسشنامه بیش‌تر بر جنبه‌های فیزیولوژیکی اضطراب تأکید دارد و مشخصات روان‌سنجی آن شامل پایایی و روایی مورد تأیید قرار گرفته است (بک و استر^۱، ۱۹۹۳). بک و کلارک^۲ (۱۹۹۸؛ به نقل از کاظمی، ۱۳۸۲) همسانی درونی این مقیاس را ۰/۹۳ و پایایی بازآزمایی آن را ۰/۷۵ گزارش کردند. پایایی این آزمون در ایران، با روش آلفای کرونباخ، برابر با ۰/۷۸ گزارش شده است. همچنین، در بررسی روایی این آزمون با کاربرد روش تجربی افتراقی بین دو گروه اضطرابی و بهنجار، T در سطح کم‌تر ۰/۰۱ معادل ۱۲/۳ گزارش شده است (کاظمی، ۱۳۸۲).

ج) **مقیاس افسردگی بک:** این پرسشنامه شامل ۲۱ پرسش است که نشانه‌های تعریف شده‌ی افسردگی از جمله غمگینی، احساس گناه، از دست دادن علاقه، کناره‌گیری اجتماعی و افکار خودکشی را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. هر گروه از پرسش‌ها شامل ۴ گزینه است. همه‌ی پرسش‌ها بر اساس مقیاس لیکرت (۳ تا صفر) نمره‌گذاری شده و نمره کل فرد بین ۶۳ تا صفر خواهد بود. هنجاریابی این پرسشنامه برای نخستین بار در ایران به وسیله‌ی جلیلی و اخوت (۱۳۶۳؛ به نقل از کاظمی، ۱۳۸۲) انجام گرفته است. پایایی این پرسشنامه از راه ضریب همسانی درونی بر حسب آلفای کرونباخ ۰/۸۴ و همبستگی بدست آمده از روش تصنیف بر اساس پرسش‌های زوج و فرد، برابر ۰/۷۰ گزارش شده است (کاظمی، ۱۳۸۲).

روش اجرا: در این پژوهش، روش اجرا بدین صورت بود که ابتدا پس از اخذ مجوزهای لازم، پرسشنامه‌های اضطراب و افسردگی بک در بین دانش‌آموزان اجرا شد، سپس دانش‌آموزانی که طبق نقطه برش پرسشنامه در وضعیت غیرنرمالی قرار داشتند انتخاب شدند، و مورد مصاحبه بالینی ساختار یافته قرار گرفتند. درمان‌شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی طی ۸ جلسه نود دقیقه‌ای اجرا و ده روز بعد از اتمام مداخله نیز مجدداً پرسشنامه‌های فوق به عنوان پس آزمون بر روی آنها اجرا شد. داده‌های جمع‌آوری شده به کمک آمار توصیفی و تحلیل کوواریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

1- Beck & Steer

2- Clarck

نتایج

پس از اجرای برنامه درمانی از هر دو گروه پس آزمون نیز بعمل آمد و سپس داده‌های مرتبط با پیش آزمون و پس آزمون استخراج شد. آماره‌های توصیفی در جدول شماره ۱ نشان داده شده است.

جدول ۱. داده‌های توصیفی متغیرهای مورد مطالعه در گروه‌های مورد مطالعه

متغیرها	گروه‌ها	N	میانگین پیش آزمون	انحراف استاندارد پیش آزمون	میانگین پس آزمون	انحراف استاندارد پس آزمون
اضطراب	آزمایش	۲۰	۳۳/۳۰	۲/۱۶	۲۴/۲۱	۱/۶۸
	کنترل	۲۰	۳۲/۱۵	۲/۴۹	۳۱/۳۵	۲/۲۴
افسردگی	آزمایش	۲۰	۳۷/۴۰	۱/۸۲	۲۹/۰۵	۱/۶۹
	کنترل	۲۰	۳۶/۵۵	۲/۱۳	۳۵/۴۰	۱/۳۱

در این پژوهش پیش فرض‌های لازم برای انجام تحلیل واریانس شامل: تقسیم تصادفی افراد به دو گروه آزمایش و کنترل، نرمال بودن توزیع نمره‌ها و همگنی واریانس داده‌ها با آزمون لوین تأیید گردید، لذا پس از انجام محاسبات ذکر شده، ابتدا یک تحلیل واریانس چند متغیری (مانوا) انجام گرفت.

جدول شماره ۲ نشان می‌دهد که سطوح معنی‌داری همه آزمون‌ها قابلیت استفاده از مانوا را معجز می‌شمارند؛ بدین معنی که بین آزمودنی‌های گروه آزمایش و کنترل حداقل از لحاظ یکی از متغیرهای وابسته تفاوت معنی‌دار وجود دارد. همان‌گونه که در جدول شماره ۳ مشاهده می‌شود، بین آزمودنی‌های گروه آزمایش و گروه کنترل تفاوت معنی‌داری در همه‌ی متغیرهای وابسته دیده می‌شود.

جدول ۲. نتایج تحلیل واریانس چند متغیری بر تفاضل نمره‌های پس آزمون- پیش آزمون متغیرهای وابسته (اضطراب و افسردگی) در گروه‌های آزمایش و کنترل

منبع	آزمون	ارزش	F	فرضیه Df	خطا Df	سطح معنی‌داری
گروه	اثر پیلایی	۰/۹۳۲	۲۵۳/۸۳	۲	۳۷	۰/۰۰۱
	لمبدای ویلکز	۰/۰۶۸	۲۵۳/۸۳	۲	۳۷	۰/۰۰۱
	اثر هتلینگ	۱۳/۷۲	۲۵۳/۸۳	۲	۳۷	۰/۰۰۱
	بزرگترین ریشه روی	۱۳/۷۲	۲۵۳/۸۳	۲	۳۷	۰/۰۰۱

جدول ۳. نتایج تحلیل واریانس تک متغیری روی تفاضل نمره‌های پس آزمون- پیش آزمون متغیرهای وابسته (اضطراب و افسردگی) در گروه‌های آزمایش و کنترل

منبع	متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری
گروه	اضطراب	۶۰۸/۴۰	۱	۶۰۸/۴۰	۱۷۸/۵۲	۰/۰۰۱
	افسردگی	۴۹۷/۰۲	۱	۴۹۷/۰۲	۳۹۵/۵۳	۰/۰۰۱
خطا	اضطراب	۱۲۹/۵۰	۳۸	۳/۴۰		
	افسردگی	۴۷/۷۵	۳۸	۱/۲۵		
کل	اضطراب	۱۹۲۶/۰۰	۴۰			
	افسردگی	۱۵۷۵/۰۰	۴۰			

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج مطالعه‌ی حاضر نشان داد که درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش اضطراب و افسردگی دانش‌آموزان مؤثر بوده است. نتایج مربوط به اثربخش بودن درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی (MBCT) در کاهش اضطراب و افسردگی دانش‌آموزان در پژوهش حاضر با نتایج پژوهش شلمن^۱ همسو است که با استفاده از شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی به درمان افراد افسرده پرداخت که در نهایت باعث کاهش چشمگیر افسردگی در این افراد شد (کاوایانی و همکاران، ۱۳۸۴).

در مطالعه‌ی هال (۲۰۰۳) نیز آموزش کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی میزان اضطراب و افسردگی را به نحو چشمگیری کاهش داد (کاوایانی و همکاران، ۱۳۸۷). در ایران نیز مطالعه‌ی کاوایانی و همکاران (۱۳۸۴) که به منظور بررسی اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر افسردگی و اضطراب با پیگیری ۶۰ روزه انجام شد، نشان داد که نمرات افسردگی و اضطراب گروه آزمایشی که آموزش دریافت کرده بودند، نسبت به گروه شاهد که آموزش دریافت نکرده بودند، کاهش چشمگیری پیدا کرده بود (کاوایانی و همکاران، ۱۳۸۴)؛ بنابراین تمرین مهارت‌های ذهن آگاهی، توانایی مراجعان برای تحمل هیجان‌های منفی را افزایش می‌دهد و آنها را به مقابله مؤثر قادر می‌سازد (بیر^۲، ۲۰۰۳). آرچ و کرسک^۳ (۲۰۰۵) در

- 1- Shelman
- 2- Baer
- 3- Arc & Craske

مطالعه‌ی خود به این نتیجه رسیدند که شرکت‌کنندگانی که ۱۵ دقیقه تنفس متمرکز داشتند (یکی از تمرین‌های ذهن آگاهی) عاطفه‌ی منفی کمتری را گزارش کردند تا افرادی که تحت این نوع تنفس قرار نداشتند (آرچ و کرسک، ۲۰۰۵). آموزش ذهن آگاهی بهبود قابل توجهی را در کیفیت زندگی و نشانگان استرس بیماران مبتلا به سرطان نشان داده است (کارلسون و اسپیکا، کارلسون، پاتیل^۱ و گودی، ۲۰۰۳). علاوه بر این کاهش استرس با استفاده از روش ذهن آگاهی به طور معناداری به افزایش وضوح ذهنی، سلامت روان و نیز کاهش تنش بدنی انجامیده است (بلاک، ۲۰۰۲). در پژوهش راس و رایبیز^۲ (۲۰۰۴) که به منظور بررسی تأثیر کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر سلامت عمومی و سلامت مرتبط با کیفیت زندگی انجام شد، نتایج نشان داد که گروه آزمایش نسبت به گروه شاهد، بعد از گذراندن دوره کامل بهبودی چشمگیری را در پنج مقیاس از هشت مقیاس کیفیت زندگی (SF-36) نشان دادند (راس و رایبیز، ۲۰۰۴). همچنین در مطالعه کارلسون و همکاران (۲۰۰۳) نیز اثر مثبت آموزش ذهن آگاهی را بر کیفیت زندگی نشان داده است.

همچنین یافته‌های این پژوهش با آنچه در نظریه تیزدل و همکاران بیان می‌شود هماهنگ است. طبق این نظریه ذهن ما در مورد وقایعی که اتفاق می‌افتد تعبیر و تفسیر می‌کند و باعث واکنش‌ها و احساسات پایداری می‌شود. در افرادی که مستعد افسردگی هستند ذهن دائماً به سمت افکار ناراحت‌کننده و منفی است که این خود باعث تداوم بیشتر افسردگی می‌شود (تیزدل و همکاران، ۲۰۰۰). نکته‌ی مهم دیگر این است که درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی باعث بازنمایی ذهنی اشیاء موجود در زندگی می‌شود که از کنترل انسان خارج است و این امر از طریق تنفس عمیق و فکر کردن آموزش داده می‌شود (نریمانی، آریاپوران، ابوالقاسمی و احدی، ۱۳۸۹). بنابراین آموزش ذهن آگاهی می‌تواند با وجود چنین تکنیک‌هایی نقش به‌سزایی در کاهش اضطراب و افسردگی داشته باشد.

به نظر می‌رسد درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی با ترغیب افراد به تمرین مکرر توجه متمرکز روی محرک‌های خنثی و آگاهی هدفمندانه روی جسم و ذهن، افراد اضطرابی را از اشتغال ذهنی با افکار تهدیدی و نگرانی در مورد عملکرد رها کنند و ذهن آنها را از دنده

1- Patel

2- Rath & Robbins

اتوماتیک خارج کنند. یعنی این فنون با افزایش آگاهی فرد از تجربیات لحظه‌ی حاضر و برگرداندن توجه بر سیستم شناختی و پردازش کارآمدتر اطلاعات موجب کاهش نگرانی و تنش فیزیولوژیک در فرد می‌گردد (کاوایانی و همکاران، ۱۳۸۴). ویژگی ذهن آگاهی آن است که بیمار را نسبت به ریشه‌های اختلال و مکانیسم آن در مغز آگاه نموده، از مضطرب شدن او جلوگیری می‌نماید و بر افکار و تمایلات او در حالت هشیاری متمرکز می‌شود و به فرد امکان می‌دهد تا تکرار اعمال یا افکار و نشخوار آنها را برای کاهش اضطراب انتخاب نکند و به ریشه‌های زیستی اختلال بیندیشد (موسوی، مرادی، میرزایی، شهیدفر، محمودی و طاهری، ۱۳۸۹).

دلیل اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی در این مطالعات این است که آموزش ذهن آگاهی، منجر به تغییر شناختی در طرز تفکر و اعمال بیمار شده و از اصول تقویت شرطی، سود می‌برد. بدین ترتیب که فرد مبتلا برای رفتن به گام بعدی تلاش می‌کند تا خود را در گامی بالاتر ببیند و این تمایل به سوی گام بالاتر به طور مستمر باعث بهبود تدریجی مرحله به مرحله‌ی بیمار می‌شود و در عین آرامش و آگاهی، به درمان فردی خود ادامه می‌دهد و نواقص و اشکالات خود را در جلسات حضوری حل می‌نماید (موسوی و همکاران، ۱۳۸۹).

همچنین می‌توان گفت چون ذهن آگاهی و آموزش آن باعث تعدیل احساسات بدون قضاوت و افزایش آگاهی نسبت به احساسات روانی و جسمانی می‌شود و به واضح دیدن و پذیرش هیجانات و پدیده‌های فیزیکی، همان گونه که اتفاق می‌افتند، کمک می‌کند (نیف^۱، ۲۰۰۳)، بنابراین می‌تواند در تعدیل نمرات سلامت روان نقش مهمی داشته باشد و این امر از این نظر که در پژوهش‌های قبلی نشان داده شده است که درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی در تعدیل رفتارهای منفی و افکار منفی کمک نماید و موجب رفتارهای مثبت مرتبط با سلامتی می‌شود (جنگین، ۲۰۰۷) قابل توجیه است؛ به عبارت دیگر می‌توان گفت که آموزش ذهن آگاهی توجه و آگاهی فرد را نسبت به احساسات جسمانی و روانی بیشتر می‌کند و احساس اعتماد در زندگی، دلسوزی عمیق، و پذیرش واقعی رخدادهای زندگی را به دنبال دارد (میس^۲، ۲۰۰۸)، زیرا یکی از جنبه‌های مهم درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی این است که افراد یاد می‌گیرند با هیجانات و افکار منفی مقابله نموده و حوادث ذهنی را به صورت مثبت تجربه

1- Neff

2- Mace

کنند (بوهلمیجر و همکاران، ۲۰۱۰). با این اوصاف به نظر می‌رسد تمرین‌های MBCT با افزایش آگاهی افراد نسبت به لحظه حال، از طریق فنونی مثل توجه به تنفس و بدن، و معطوف کردن آگاهی به اینجا و اکنون، بر نظام شناختی و پردازش اطلاعات تأثیر دارد. با توجه به مؤثر واقع شدن این نوع درمان و با در نظر گرفتن سودمندی‌های این روش در زمینه درمان اضطراب و افسردگی و با توجه به این که دانش‌آموزان مقطع دبیرستانی در مرحله مهمی قرار دارند، به کارگیری گسترده این درمان برای دانش‌آموزان توصیه می‌شود. به نظر می‌رسد که مهم‌ترین محدودیت پژوهش حاضر در دسترس نبودن ابزارهای عینی جهت سنجش متغیرهای پژوهش می‌باشد، و نیز پژوهش حاضر به دانش‌آموزان پسر محدود شده است. بنابراین به پژوهشگران توصیه می‌گردد که پژوهش حاضر را بر روی هر دو جنس پسران و دختران و سایر مقاطع سنی انجام دهند و تغییرات هر دو گروه را با هم مقایسه کنند.

تقدیر و تشکر

نویسندگان بر خود لازم می‌دانند از مدیریت محترم آموزش و پرورش شهر خرم‌آباد؛ و تمامی دانش‌آموزانی که در این پژوهش ما را یاری نمودند صمیمانه تقدیر و تشکر به عمل آورند.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

منابع

فارسی

- کاظمی، وحید (۱۳۸۲). مقایسه تحریف‌های شناختی در بیماران مضطرب و افسرده. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه شیراز.
- کاوایانی، حمید؛ حاتمی، ندا؛ شفیق‌آبادی، عبدالله (۱۳۸۷). اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی افراد افسرده (غیربالینی). تازه‌های علوم شناختی، ۴ (۱۰)، ۳۹-۴۸.
- کاوایانی، حسین؛ جواهری، فروزان؛ بحیرایی، هادی (۱۳۸۴). اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش افکار خودآیند منفی، اضطراب و افسردگی: با پیگیری ۶۰ روزه. تازه‌های علوم شناختی، ۳ (۷)، ۴۹-۵۹.
- نریمانی، محمد؛ آریاپوران، سعید؛ ابوالقاسمی، عباس؛ احدی، بتول (۱۳۸۹). مقایسه اثربخشی آموزش ذهن آگاهی و تنظیم هیجان در سلامت روان جانبازان شیمیایی. مجله روان‌شناسی بالینی، ۲ (۴)، ۶۱-۷۱.
- نریمانی، محمد؛ حسن‌زاده، شهناز و ابوالقاسمی، عباس (۱۳۹۱). اثربخشی آموزش ایمن‌سازی روانی بر کاهش استرس، اضطراب و افسردگی دانش‌آموزان دختر مقطع پیش دانشگاهی. مجله روان‌شناسی مدرسه، ۱ (۳)، ۱۰۱-۱۱۷.
- موسویان، نرگس؛ مرادی، علی‌رضا؛ میرزایی، جعفر؛ شیدفر، فرزاد؛ محمودی کهریز، بهرام؛ طاهری، فاطمه (۱۳۸۹). اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش چاقی. مجله اندیشه و رفتار، ۴ (۱۶)، ۴۹-۵۷.

لاتین

- Arch, J. J., & Craske, M. G. (2005). Mechanisms of mindfulness: emotion regulation following a focused breathing induction. *J Behav Res & Ther*, 44, 1849-1858.
- Baer, R. A. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 125-143.

- Beck, A. T., & Steer, R. A. (1993). *Beck Depression Inventory Manual*. The Psychological Corporation. Harcourt Brace & Company. San Antonio.
- Biederman, J., Faraone, S., & Mick, E. (1995). Psychiatric 16 isseratio among referred juveniles with major depression: fact or artifact? *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 35, 579-90.
- Block, J. A. (2002). *Acceptance or change of private experiences: A comparative analysis in college students with public speaking anxiety*. Doctoral disseration. University at Albany, State University of new York.
- Bohlmeijer, E., Prenger, R., Taal, E., & Cuijpers, P. (2010). The effects of mindfulness-based stress reduction therapy on mental health of adults with a chronic medical disease: A meta-analysis. *J Psychosom Res*, 17, 539-544.
- Brown, K. W., & Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *J Pers Soc Psycho*, 14, 822-848.
- Carlson, L. E., Speca M., Patel, K. D., & Goodey, E. (2003). Mindfulness-based stress reduction in relation to quality of life, mood, symptoms of stress and immune parameters in breast & prostat cancer outpatients. *Psychosomatic Medicine*. 65, 571-581.
- Crane, R. (2009). *Mindfulness based cognitive therapy*. 1st ed. New York: Rout ledge press; 35.
- Davidson, R. J., & Kabat-zinn, J. (2003). Alterations in brain and immune function produced by mindfulness meditation. *Psychosomatic Medicine*, 65, 564-570.
- Evans, S., Ferrando, S., Findler, M., Stowell, C., Smart, C., & Haglin, D. (2008). Mindfulness-based cognitive therapy for generalized anxiety disorder. *J Anxiety Disord*, 22, 716-721.
- Finucane, A., & Mercer, S. W. (2006). An Exploratory mixed methods study of the acceptability and effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy for patients with active depression and anxiety in primary care. *BMC Psychiatry*, 7, 6-14.
- Freeman, J. B., Garcia, A. M., & Leonard, H. I. (2002). *Anxiety disorders*. In: Lewis M, editors. Child and Adolescent psychiatry A Comprehensive Textbook. 3th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 823.
- Goldin, P. R., & Gross, J. J. (2010). Effects of mindfulnessbased stress reduction (MBSR) on emotion regulation in social anxiety

- disorder. *Emotion*, 21, 83-91.
- Harrington, R. (1993). *Depressive Disorder in Childhood and Adolescence*, New York, John Wiley Sons.
- Hawton, K., Salkovskis, P. M., Kirk, J., & Clark, D. M. (1990). *Cognitive Behavior Therapy for Psychiatric Problems*, New York, Oxford University Press.
- Junkin, S. E. (2007). *Yoga and self-esteem: exploring change in middle-age women* [Dissertation]. Saskatoon, Canada; University of Saskatchewan; 42-46.
- Kabat-Zinn, J., Massion, A.O., Kristeller, J., Peterson, L.G., Fletcher, K.E., Pbert, L., Lenderking, W.R., & Santorelli, S.F. (1992). Effectiveness of a meditation-based stress reduction program in the treatment of anxiety disorders. *Am J Psychiatry*, 49, 936-943.
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 10, 144-156.
- Mace, C. (2006). *Long-term impacts of mindfulness practice on wellbeing: new findings from qualitative research*. In Delle Fave A. *Dimensions of Well-being. Research and Intervention*. Milano: FrancoAngeli. p. 455-69.
- Mace, C. (2008). *Mindfulness and mental health: therapy, theory, and science*. America, New York. Routledge Press. 35-36.
- Neff, K. (2003). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self-Identity*, 2, 85-101.
- Ost, L-G. (2008). Efficacy of the third wave of behavioral therapies: A systematic review and meta-analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 46, 296-321.
- Papageorgio, C., & Wells, A. (2004). *Depressive rumination: nature, theory and treatment chichester*. 5th ed. UK: Wiley. 187-215.
- Peterson, A. C., Compas, B. E., Brooks-Gunn, J., Stemmler, M.E., & Grant, K. E. (1993). Depression in Adolescence, *American Psychologist*, 48, 155-168.
- Richardson, E. D. (1995). *Adventure Based Therapy and Self Efficacy Theory: Test of a Treatment Model for Late Adolescents With Depressive symptomatology*, Dissertation of Virginia Polytechnic Institute and State University.

- Roth, B., & Robbins, D. (2004). Mindfulness-based stress reduction and health related quality of life. *Psychosomatic Medicine*, 66, 113-123.
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *Am Psychol*, 55, 68-78.
- Rygh, J. L., & Sanderson, W. C. (2004). *Treating generalized anxiety disorder: Evidence-based strategies, tools, and techniques*. New York: Guilford Press.
- Sadock, B. J., Sadock, V. A. (2003). (Eds.) *Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry* (9th Ed.). New York: Williams & Wilkins.
- Segal, Z. V., Williams, M. G., Teasdale, J. D. (2003). *Mindfulness based on cognitive therapy for depression*. New York: Guilford Press.
- Sharifi, V., Asadi, S. M., Mohammadi, M. R., Amini, H., Kaviyani, H., Semnani, U., Shabani, A., Shahrivar, Z., Davari, R., Hakim Shoshtari, M., Sedigh, A., Jalali Rodsari, M. (2005). Reliability and capability of the Persian version of the Structured Clinical interview for DSM-IV. *Adv in Cogn Sci*, 6, 10-22.
- Shuffer, D., *Depressive disorders and suicide in children and adolescents*. In: Sadok, BJ., Sadok, VA., (2005). Editors. *Comprehensive textbook of Psychiatry*. 8th ed. Philadelphia: Baltimor Lippincott Williams & Wilkins. 3263.
- Specia, M., Carlson, L. E., Goodey, E., & Angen, M. (2000). A randomized, wait-list controlled clinical trial: The effect of a mindfulness meditation-based stress reduction program on mood and symptoms of stress in cancer outpatients. *Psychosom Med*, 62, 613-22.
- Teasdale, J. D., Segal, Z. V., Williams, JMG., Ridgeway, V. A., Soulsby, J. M., & Lau, M. A. (2000). Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 68, 615-623.
- Witkiewitz, K., Marlatt, G., & Walker, D. (2005). Mindfulness-based relapse prevention for alcohol and substance use disorders. *J Cogn Psychother*, 19, 211-228.
- Zeidan, F., Johnson, S. K., Diamond, B. J., David, Z., & Goolkasian, P. (2010). Mindfulness meditation improves cognition: Evidence of brief mental training. *Conscious Cogn*, 19, 597-605.