

Comparison of the effectiveness of mindfulness (MBCT) and spiritual therapy on inhibitory systems and behavioral activators Heroin abusers

Kamran, *A., Ghafari Nahjiri, M., Niyazi Mirak, Jh.

مقایسه اثربخشی ذهن آگاهی (MBCT) و معنویت درمانی بر نظام‌های بازداری و فعال‌ساز رفتاری در سوء مصرف‌کنندگان هروئین

اصغر کامران^۱، مجید غفاری‌نهیجیری^۲، ژیلای نیازی‌میراک^۳

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۲/۱۹ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۵/۱۱

چکیده

مقدمه: بر اساس نظریه حساسیت به تقویت، شخصیت بهنجار و نابهنجار در امتداد یک پیوستار قرار دارند. هدف از پژوهش حاضر، مقایسه اثربخشی معنویت درمانی و ذهن‌آگاهی (MBCT) در سوء مصرف‌کنندگان هروئین می‌باشد.

روش: روش پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی و جامعه پژوهش شامل کلیه سوء مصرف‌کنندگان مواد که تعداد ۳۰۰ نفر مصرف‌کنندگان هروئین در اردوگاه کرامت سپاه صاحب‌الزمان (عج) اصفهان در سال ۱۳۹۹ بودند که به روش نمونه‌گیری در دسترس تعداد ۹۰ نفر انتخاب و به صورت تصادفی به سه گروه همراه با پیش‌آزمون - پس‌آزمون تحت آموزش معنویت‌درمانی (۳۰ نفر) و گروه تحت آموزش ذهن‌آگاهی (۳۰ نفر) و گروه گواه (۳۰ نفر) تقسیم شدند. گروه اول طی ۸ جلسه تحت آموزش معنویت‌درمانی قرار گرفتند و گروه دوم طی ۸ جلسه تحت آموزش ذهن‌آگاهی (MBCT) قرار گرفتند و گروه گواه هیچ برنامه آموزشی نداشتند. ابزار اندازه‌گیری عبارت بود از پرسشنامه شخصیتی گری ویلسون، مقیاس وسواسی جبری مصرف‌مواد. با توجه به ملاک‌های ورود و خروج و همگن‌سازی آزمودنی‌ها بر اساس ویژگی‌های جمعیت‌شناختی مشخص شد قبل از انجام پژوهش بین آزمودنی‌ها تفاوت زیادی وجود ندارد.

یافته‌ها: نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که آموزش معنویت‌درمانی بر سیستم بازداری مغز اثربخش بود ($P=0/001$) و آموزش ذهن‌آگاهی بر سیستم فعال‌ساز رفتاری اثربخش بود ($P=0/001$) و در گروه گواه هیچ تغییری در سیستم بازداری مغز و سیستم فعال‌ساز رفتاری مغز مشاهده نشد.

نتیجه‌گیری: آموزش معنویت‌درمانی بر سیستم بازداری مغز اثربخش بود ولی آموزش ذهن‌آگاهی بر سیستم فعال‌ساز رفتاری اثربخش بود.

واژه‌های کلیدی: سیستم بازداری مغز، سیستم فعال‌ساز رفتاری مغز، معنویت‌درمانی، ذهن‌آگاهی، هروئین.

Abstract

Introduction: According to reinforcement sensitivity theory, normal and abnormal personalities are located along a continuum. The aim of this study was to compare the effectiveness of spiritual therapy and mindfulness (MBCT) in heroin abusers.

Method: The method of the present study was quasi-experimental and the study population included all substance abusers who were 300 heroin users in the Saheb-ol-Zaman Corps Sepah in Isfahan in 2020. 90 people were selected by convenience sampling method and randomly divided into three groups. They were divided into pre-test-post-test under spirituality training (30 people), group under mindfulness training (30 people) and control group (30 people). The first group received 8 sessions of spiritual therapy training and the second group received 8 sessions of mindfulness training (MBCT) and the control group did not have any training program. The measurement tools were Gary Wilson personality questionnaire, and algebraic obsessive-compulsive disorder. According to the entry and exit criteria and homogenization of the subjects based on demographic characteristics, it was found that there was not much difference between the subjects before the study.

Results: The results of analysis of covariance showed that spiritual therapy training was effective on brain inhibition system ($P = 0.001$) and mindfulness training (MBCT) was effective on behavioral activation system ($P = 0.001$) and in the control group, no changes were observed in the Brain Inhibition System and the Brain Behavioral Activation System.

Conclusion: Spirituality therapy training was effective on the brain inhibition system, but mindfulness training was effective on the behavioral activator system.

Keywords: Brain Inhibition System, Brain Behavioral Activation System, Spirituality Therapy, Mindfulness, Heroin.

مقدمه

اعتیاد یکی از مشکلات اصلی کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه است. در کشور ما طبق گزارش دبیرخانه ستاد مبارزه با مواد مخدر علی‌رغم تشدید مبارزه با قاچاق و افزایش مراکز پذیرش و درمان، آمار مصرف‌کنندگان مواد رو به افزایش بوده است؛ و لیکن آمارهای متفاوتی راجع به شیوع اعتیاد در ایران وجود داشته و میزان گزارش شده از ۱،۲۰۰،۰۰۰ تا ۷،۲۰۰،۰۰۰ متغیر می‌باشد و لذا طبق آخرین آمار، میزان افراد مبتلا در سال ۱۳۹۰ تعداد ۱،۳۲۵،۰۰۰ گزارش شده است و می‌توان گفت به طور مستقیم و غیر مستقیم حداقل ده میلیون ایرانی درگیر اعتیاد و تبعات آن هستند که نشان دهنده اهمیت موضوع است (۱، ۲). میزان شیوع بالای اعتیاد درمان‌های متناسب با نیاز بیماران را بسیار مهم و اجتناب‌ناپذیر می‌کند و لیکن علی‌رغم تلاش‌های بسیار متخصصان اعتیاد و به کارگیری درمان‌های مختلف روزآمد؛ عاملی که درمان را بنا به دلایل مختلف من جمله (پس‌چیده بودن انسان، تغییر در سیستم‌های مغزی و هورمونی، محیط خانوادگی و سیستم حمایتی فرد وابسته، بستر و محیط پدیدآیی اعتیاد، وسواسی - جبری بودن آن، شیوه اجتناب افراد از مواد، شدت، مقدار و مدت مصرف) با مشکل مواجه می‌کند «لغزش‌ها^۱ و «عود»^۲ پس از درمان می‌باشد (۳، ۴).

از بین مواد مورد سوءمصرف، مت‌آمفتامین و هروئین مخصوصاً در شکل تزریقی آن، من جمله موادی می‌باشند که دارای بالاترین ولع مصرف بوده و در سال‌های اخیر با افزایش چشمگیر و قابل توجه سوءمصرف (که شواهد آن در مراکز درمانی و سطح جامعه وجود دارد) این مواد مواجه هستیم. این مواد سیستم دوپامینی مغز را به شدت تحریک و بلافاصله بعد از مصرف حالتی به نام نشئه^۳ (وضعیت اوج لذت) برای فرد ایجاد می‌کند که این تجربه ولع بسیار شدیدی برای مصرف مجدد ایجاد نموده و منجر به چرخه مکرر و معیوب مصرف و قطع ماده شده و در نهایت منجر به لغزش‌ها و عود خواهد شد (۵، ۶).

هروئین یکی از مواد مخدر است که از مورفین به دست می‌آید. این ماده به صورت پودر کریستالی سفیدرنگی می‌باشد که در سال ۱۸۷۴ توسط دانشمند انگلیسی به نام وای کشف شد و

به نام تتراستیل‌مورفین نامیده شد. تا اینکه در سال ۱۸۹۰ دانشمند آلمانی به نام درزر با تحقیقات بیشتر دریافت که این ماده مشتق شده از دی‌استیل‌مورفین بوده و از آن برای معالجه اشخاص مبتلا به بیماری‌های تنفسی و ترک اعتیاد به مورفین استفاده می‌شد و هروئین نامیده شد. هروئین به دو صورت؛ یک نوع خالص که به شکل پودر نرم و سفیدرنگ و دیگری پودری ناخالص قهوه‌ای رنگ وجود دارد و به شیوه‌های مختلف خوراکی، تزریقی و استنشاقی مصرف می‌شود. این ماده بعد از همان مراحل اولیه استفاده موجب صدمات گسترده و عمیقی به ساختارهای عالی مغز می‌شود و نواقص زیادی در کارکردهای روانشناختی و عصب‌شناختی ایجاد می‌کند (۷). شواهد تجربی زیادی ارتباط بین BIS^۴ و BAS^۵ و آسیب‌شناسی روانی در اختلالات مختلف را نشان داده‌اند. مطالعات در اعتیاد نشان داده‌اند که معتادان به اپیوئید، سیگاری‌ها و الکلی‌ها نمرات تنوع‌طلبی یا BAS بیشتری نسبت به گروه کنترل دارند (۸). فرانکن، موریس و جئورجیوا (۹) در مقایسه‌ای بین وابستگی به کوکائین و هروئین با الکلی‌ها و گروه کنترل نشان داد که گروه وابستگی به مواد نسبت به گروه کنترل BAS بالاتری دارند ولی گروه الکلی‌ها نسبت به کنترل تفاوتی در BAS نشان ندادند.

فعالیت BAS قویا شخص را برای انجام دادن عملی که پاداش به دنبال دارد، بدون توجه به احتمال پیامدهای منفی ترغیب می‌کند. حساسیت BAS می‌تواند نقش تعیین‌کننده‌ای در سوء مصرف مواد داشته باشد. حتی برخی از محققان از سندرم نقص پاداش به عنوان عاملی که در رشد اختلال مصرف مواد نقش دارد، صحبت می‌کنند (۱۰). همچنین در مطالعه جانسون (۱۱) بین حساسیت BAS و تشخیص طول عمر سوء مصرف مواد و الکل بدون اختلالات اضطرابی رابطه معناداری وجود داشت. همچنین سوءمصرف کنندگان دختر دبیرستانی (۱۲) و مصرف‌کنندگان سنگین الکل (۱۳) سطوح بالاتری از حساسیت BAS نسبت به گروه کنترل داشته‌اند. ستایجر و همکاران بر اهمیت مورد توجه قرار دادن صفات شخصیتی از قبیل حساسیت BAS در درمان وابستگی مواد، تأکید می‌کنند. مطالعات زیادی

4. Behavioural inhibition system

5. Behavioural activation system

1. Lapses

2. Relapse

3. Rush

کرده است. تمرینات ذهن‌آگاهی به دنبال افزایش پذیرش و آگاهی متمایز از طریق تمرکز خاص بر ناراحتی‌های جسمی و هیجانی است و به سوء‌مصرف‌کنندگان هروئین می‌آموزد که وضعیت‌های هیجانی، جسمانی و شناختی را بدون واکنش غیر ارادی مورد مشاهده قرار دهند (۲۲، ۲۳، ۲۴). مکانیسم اثر ذهن‌آگاهی و اثربخشی بالای آن بر مؤلفه‌های خطر عود سوء‌مصرف و کمبود پژوهش‌های کاربردی داخلی مبنی بر اثربخشی این درمان در حوزه سوء‌مصرف هروئین باعث شد که این طراحی کاربردی، اثربخشی این درمان را بررسی و به بالینگران این حوزه عرضه نماید (۲۵).

در دهه‌های اخیر، مباحث عرفانی و معنوی و تعالیم اشراقی بیش از پیش جایگاه خود را بازیافته است و اهل نظر، حکمت، هنر، ادبیات و روانشناسی به نقش معجزه‌آسای عرفان و ارزش‌های معنوی در پاسخ به نیازهای تکاملی انسان و درمان نامالایمات و بیماری‌های عاطفی و روانی و درمان سوء‌مصرف مواد تأکید فراوان دارند (۲۶). در جوامع امروزی، همه به دنبال یافتن دوباره معنویت به منزله یک بُعد گمشده یا دست‌کم پنهان در یک جامعه عمدتاً مادی هستند. تا آنجا که این موضوع حتی در مباحث سازمان ملل متحد نیز مطرح شده است (۲۷). اما از آنجا که این واژه در زمینه‌های بسیار متفاوتی به کار می‌رود، آن را به آسانی نمی‌توان تعریف کرد. همان‌طور که باومن نیز بیان می‌کند تعریف اصطلاحاتی نظیر معنویت در حالی که تظاهر به شرح و تفصیل می‌کند، موضوع را پیچیده‌تر می‌نماید (۲۸).

معنویت‌درمانی یک شیوه مشاوره‌ای، روان‌پزشکی و آموزشی است که توسط فرانکل مطرح شد (۲۹).

زندگی از نگاه معنادرمانی تحت هر شرایطی معنی‌دار است. درست در جایی که فرد با یک موقعیت روبه‌رو می‌شود که نمی‌تواند آن را تغییر دهد از او انتظار می‌رود که خود را تغییر دهد، رشد کند، بالغ شود و از خود فراتر رود (۳۰). اصول و روش درمانی فرانکل را معنادرمانی تشکیل می‌دهد. معنادرمانی روشی است که در آن بیمار در جهتی راهنمایی می‌شود که معنی زندگی خود را بیابد. بنابراین اصول معنادرمانی تلاش برای یافتن معنی در زندگی است که اساسی‌ترین نیروی محرکه هر فرد در دوران زندگی خویش است. بعد معنوی اولین خصوصیت از سه خصوصیت انسان است که او را از سایر حیوانات متمایز می‌کند و از وجود آن،

ارتباط مثبت و مستقیمی بین حساسیت BAS و سوء‌مصرف الکل (۱۲، ۱۴) سوء مصرف مواد غیرقانونی (۱۵، ۱۶) و مصرف تنباکو (۱۴) را گزارش کرده‌اند. همچنین هم در گروه‌های بالینی و هم غیربالینی نشان داده شده است که حساسیت BAS پیش‌بینی کننده قوی‌ای برای وسوسه الکل است (۱۷). نقش حساسیت BIS در اختلالات مصرف مواد کمتر مشخص است. حدود نیمی از مطالعاتی که در جمعیت عمومی در مورد مشکلات مصرف مواد انجام شده است، همبستگی منفی و معناداری بین حساسیت BIS و مشکلات مصرف مواد را گزارش کرده‌اند (۱۵، ۱۶، ۱۸). دو مطالعه پیشنهاد می‌کنند که مشکلات مصرف مواد شاید با BIS قوی رابطه داشته باشد. کامبوروپولوس و استایجر (۱۳) دریافتند که در موقعیت‌های مصرف الکل بدون پاداش یا آزارنده، حساسیت BIS بگونه مثبت و معناداری با میل منفی به الکل رابطه دارد. مطالعه بعدی، تیلور و همکاران (۱۹) هستند که بین حساسیت بالای BIS و مصرف مواد ارتباط را نشان داده‌اند.

شیوه‌های مبتنی بر ذهن‌آگاهی که در تمام دور (MBCT) آموزش داده می‌شود، شناختن احساسات منفی و نیز جدا شدن از آن‌ها مورد تشویق قرار می‌گیرد. الگوهای تفکر در این رویکرد با هدف کاهش اطلاعات منفی، تعصبات پردازش همزمان در شیوه‌های مبتنی بر ذهن‌آگاهی همه تجربیات دلپذیر، منفی یا خنثی شناخته و پذیرفته می‌شود. به شرکت کنندگان این رویکرد آموخته می‌شود که دیدگاه گسترده‌تری نسبت به تجربه عاطفی و رویکردی غیر قضاوتی نسبت به همه احساسات و عواطف خود داشته باشند (۲۰). درمان‌های مبتنی بر ذهن‌آگاهی و پذیرش به عنوان درمان‌های موج سوم شناختی - رفتاری شناخته می‌شود. این درمان حضور ذهن را به عنوان هدف درمان با تمرین‌هایی مانند: توقف تفکر هوشیار و مشاهده غیرقضاوتی افکار خود فرد ادغام می‌کند. مؤلفه‌های اساسی ذهن‌آگاهی شامل؛ هدفمندی یا قصد، توجه و نگرش است (۲۱).

شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی (MBCT)، بر مهارت‌های پیشگیری از عود شناختی - رفتاری (به عنوان مثال شناسایی کردن موقعیت‌های پرخطر و آموزش مهارت‌های مقابله‌ای و مراقبه ذهن‌آگاهانه محوریت پیدا

1. Mindfulness based cognitive therapy

وجدان، عشق و زیباشناسی مایه می‌گیرند. دومین خصوصیت وجود انسان آزادی است. اگر چه او از شرایطی که در آن زندگی می‌کند آزاد نیست، اما در این که در مقابل آن‌ها چه موضعی بگیرد آزاد است. آزادی انسان نه تنها به مفهوم رها شدن از چیزی است بلکه در تعلق داشتن به چیزی دیگر است و این حالت به گفته فرانکل مسئولیت انسان را تشکیل می‌دهد. انسان در این مکتب، در مقابل خودش، وجدانش و خدایش مسئول است (۳۱).

معنویت‌درمانی به معنای کمک به فرد است که خویشتن واقعی را بیابد و از هجران و جدایی از خویشتن واقعی، به وصل و اتصال برسد. هدف عمومی مداخلات معنوی و مذهبی تسهیل و رشد سبک‌های مقابله‌ای و بهزیستی معنوی مددجویان می‌باشد. (۳۲) روان‌درمانی معنوی بر پایه شش اصل متعالی استوار است. سه اصل سرزندگی روان که عبارتند از: عشق به دیگران، عشق به کار و عشق به تعلقات و سه اصل معنویت که شامل: اعتقاد به معنویت، اعتقاد به یگانگی و وحدانیت و اعتقاد به دگرگونی است. در معنویت‌درمانی از مکانیسم درمانی (طرح‌واره درمانی متعالی) استفاده شده است، در این مکانیسم درمانی طرح‌واره‌های فرد که بعد شناختی، رفتاری، هیجانی و ارتباطی دارند مورد درمان قرار می‌گیرند و ارتباط تعاملی بعد معنوی مراجعان با این طرح‌واره‌ها مورد مطالعه و هدف تغییر قرار می‌گیرد. (۳۳)

متعالی بودن درمان نیز این معنا را می‌دهد که انسان از لحاظ معنوی نیاز به تقلا دارد و این سازماندهی ارکتایی (که‌ن الگویی) در روان ناخودآگاه و فرآیند فردانیت این تعالی را تسهیل می‌کند. با تکیه بر بعد تعالی معنوی و بالندگی و شکوفایی بالقوه انسان‌ها، طرح‌واره‌های آسیب دیده را که بعدهای شناختی، هیجانی، رفتاری و ارتباطی (تحولی) دارند می‌تواند مورد آماج قرار دهد. (۳۴)

نظریه زیست‌شناختی شخصیت “گری”^۱ دو نظام مغزی اصلی که عبارت است از نظام بازداری رفتاری و نظام فعال ساز را معرفی رفتاری می‌کند که این دو نظام رفتار گرایشی و اجتنابی را در پاسخ به محرک‌های محیطی تنظیم می‌کنند (۳۵، ۳۶). نظام بازداری رفتاری فرد را نسبت به احتمال وقوع خطر یا تنبیه هشیار نگه داشته، رفتار اجتنابی را تسهیل می‌کند؛ در حالی که نظام فعال‌ساز رفتاری به نشانه‌های

2. Sensitivity

پاداش حساس بوده، فرد را درگیر رفتارهای گرایشی می‌کند. به طور کلی فعالیت نظام بازداری موجب احساس اضطراب شده، فعالیت فعلی فرد را متوقف می‌سازد تا فرد بتواند نشانه‌های موجود در موقعیت را به خوبی بررسی کند. فعالیت نظام فعال‌ساز موجب رفتار تکانه‌ای شده، فرد را به سوی عملی که موجب دست‌یابی به پاداش می‌شود، تشویق می‌کند و بر می‌انگیزد بدون آن که فرد متوجه احتمال پیامدهای منفی آن باشد (۳۷). حساسیت نظام‌های بازداری و فعال‌ساز رفتاری در نظریه “گری” منعکس کننده تفاوت‌های فردی حساسیت نظام عصب‌شناختی زیربنایی افراد در پاسخ به نشانه‌های محیطی می‌باشد (۳۸). پیامدهای فعالیت نظام بازداری عبارت از اختلال در رفتار فعلی، خلق منفی، سوگیری توجه به سمت منابع تعارض و افزایش برانگیختگی است. این پیامدها موجب می‌شود تا فرد با اجتناب از منبع تهدید، تعارض خویش را حل کند. همچنین حساسیت^۲ نسبت به محرک‌های آزارنده به عنوان یک عامل خطر ساز در قلمرو آسیب‌شناسی روانی، به ویژه اضطراب، مفهوم‌سازی شده است (۳۹). البته باید دقت داشته باشیم که حساسیت بازداری رفتاری متمایز از خصیصه اضطراب است، زیرا بازداری رفتاری شامل گرایش به پاسخ‌دهی اضطراب‌آمیز در رویارویی با رویدادهای تنیدگی‌زا می‌باشد؛ در حالی که خصیصه اضطراب با تجربه سطوح بالای اضطراب تعمیم‌یافته به رویدادهای روزانه مشخص می‌شود. فردی که دارای خصیصه اضطرابی بالایی است، در بیشتر موقعیت‌ها که تنها محدود به رویدادهای ترسناک نیست، اضطراب زیادی را از خود نشان می‌دهد (۴۰). در قلمرو روانشناسی تحولی، بازداری رفتاری نوعی گرایش در برخی کودکان است که موجب اختلال در رفتار جاری وی شده، کودک در هنگام مواجهه با افراد یا موقعیت‌های ناآشنا با خودداری و کناره‌گیری واکنش نشان می‌دهد (۴۱). پیامدهای نظام فعال‌ساز رفتاری نیز عبارت از تقویت رفتار فعلی، خلق مثبت، سوگیری توجه به سمت منبع پاداش و افزایش برانگیختگی می‌باشد. این پیامدها رفتار پاداش گرفته را حفظ و تقویت کرده، تماس فضایی و زمانی با پاداش را نزدیک‌تر می‌سازند (۴۲).

جفری‌گری با اشاره به سیستم‌های زیست‌شناختی متفاوت که مبتنی بر تکامل مجزای مکانیسم‌های پاداش و تنبیه در

1. Gray

اینکه فعالیت سیستم فعال‌ساز رفتاری باعث سوق دادن فرد به انجام کارهایی با احتمال وقوع پاداش (بدون در نظر گرفتن احتمال پیامدهای منفی مثل سوء‌مصرف مواد) می‌شود، حساسیت این سیستم به عنوان عاملی برای گسترش سوء‌مصرف مواد در نظر گرفته می‌شود. اگرچه این امکان وجود دارد که نقص سیستم بازداری باعث افزایش گرایش به مصرف مواد شود، اما این ارتباط دوجانبه می‌باشد، به طوری که مطالعات نشان دادند مصرف هروئین نیز سبب اشکال در سیستم بازداری و نقص‌های شناختی از جمله کارکردهای اجرایی می‌شود (۵۱).

همچنین بیشترین یافته‌ها در مورد فعالیت این سیستم در انسان، از مطالعات مربوط به انتقال دهنده عصبی دوپامین نشأت می‌گیرد. آزادسازی دوپامین در مسیرهای دوپامینرژیک مرتبط با سیستم فعال‌ساز رفتاری با جریان یافتن برنامه‌های حرکتی این سیستم همراه است (۵۲). (BAS) بر اساس هدایت دوپامینرژیک به سیگنال‌های مثبت و پاداش‌ها حساس است و از مجازات اجتناب می‌کند. نظام فعال‌ساز رفتاری (BAS) به نفع تنظیم رفتارهای هدفمند همراه با احساس‌های امید و رضایت است. درمان‌هایی که اخیراً برای طیف گسترده‌ای از اختلالات، اثربخشی آنها اثبات شده است و به طور گسترده توسط روان‌درمانگران مورد استفاده قرار می‌گیرند، درمان‌های موج سوم می‌باشند که به طور کلی به رفتار درمانی‌های مبتنی بر پذیرش یا رفتار درمانی‌های مبتنی بر پذیرش و ذهن‌آگاهی معروف هستند (۵۳، ۵۴). ذهن‌آگاهی به علت سازوکارهای نهفته در آن مانند: پذیرش، افزایش آگاهی، حساسیت‌زدایی، حضور در لحظه و مشاهده‌گری بدون داوری می‌تواند ضمن کاهش علائم و پیامدهای پس از ترک، اثربخشی درمان را افزایش داده و به پیشگیری از عود مصرف کمک کند (۵۵، ۵۶). رویکرد کابات زین برای درمان سوء‌مصرف هروئین شامل: واریسی بدنی یا فن آگاهی از بدن، یکسری تغییرات عمدی را در بر می‌گیرد که در آغاز بر کل بدن و سپس بر هر بخشی از بدن در یک شیوه بدون داوری متمرکز می‌شود. (۵۷، ۵۸).

با استفاده از تمرین‌های مبتنی بر ذهن‌آگاهی فرد یاد می‌گیرد که پاسخ‌هایی جایگزین به ناراحتی‌های هیجانی بدهد و پاسخ‌های شرطی شده نسبت به مصرف کاهش می‌یابد. در

مغز مهره‌داران است، سه سیستم (مغزی - رفتاری) را شناسایی کرد که زمینه‌ساز تفاوت‌های شخصیتی هستند، ضمن آن که غلبه و فعالیت هر یک از این سیستم‌ها منجر به حالت‌های هیجانی متفاوت مانند: اضطراب، زود‌انگیزگی و ترس می‌شود. شیوه‌های رویارویی و واکنش‌های رفتاری متفاوتی را نیز برمی‌انگیزد (۴۳، ۴۴).

نظریه‌های اصلی شخصیت و خلق و خوی در سیستم رویکرد رفتاری (BAS) و سیستم مهار رفتاری (BIS) همگرا شده است. (BAS) اولین سیستم فعال‌ساز رفتاری می‌باشد که به محرک‌های شرطی پاداش و فقدان تنبیه پاسخ می‌دهد. فعالیت و افزایش حساسیت این سیستم موجب فراخوانی هیجان‌های مثبت و اجتناب فعال می‌گردد (۴۵، ۴۶).

پایه‌های کالبدشناسی عصبی این سیستم که از لحاظ ساختاری با مسیرهای مغزی دوپامینرژیک^۱ و مدارهای کورتیکو - استریاتوپالیدوتالامیک^۲ مرتبط می‌باشد، در قشر پره‌فرونتال^۳، آمیگدال^۴ و تالامیک^۵ هسته‌های قاعده‌ای^۶ قرار دارد. حساسیت سیستم فعال‌ساز رفتاری، نشانه تکانشگری فرد می‌باشد. این سیستم یک مکانیزم کنترل تجربه اضطراب بر روی محرک‌هایی است که این حالت را تحریک می‌کنند. این مشوق‌ها، نشانه‌های مجازات و فقدان پاداش هستند که منجر به خودداری از دستیابی به هدف می‌شود.

(BIS) سیستم بازداری رفتاری است که به محرک‌های شرطی تنبیه و فقدان پاداش و همچنین به محرک‌های جدید و محرک‌های ترس‌آور ذاتی پاسخ می‌دهد (۴۷). فعالیت این سیستم موجب فراخوانی حالت عاطفی اضطراب و بازداری رفتاری، اجتناب منفعل، خاموشی، افزایش توجه و برپایی می‌گردد. پایه‌های کالبدشناسی عصبی این سیستم که فعالیت زیاد آن با تجربه اضطراب مرتبط می‌باشد (۴۸). در قشر اربیتوفرونتال دستگاه یا سیپتوهیپوکمپی (SHS) و مدار پایز قرار دارد (۴۹).

دو مؤلفه رفتاری این سیستم، اجتناب منفعل، اجتناب از تنبیه، از طریق عدم فعالیت یا تسلیم و خاموشی (متوقف ساختن رفتارهایی که پاداشی در پی ندارند) است (۵۰). با توجه به

1. Dopaminergic brain pathways
2. Cortico-striatopallidothalamic circuits
3. Prefrontal cortex
4. Amygdala
5. Thalamic
6. Rule cores

بیماری‌های شدید بدنی که فرد را از شرکت در درمان بازدارد و شرکت همزمان در برنامه دیگری بود.

ابزار

۱. مقیاس وسواسی جبری مصرف مواد (OCDUS)^۲: این مقیاس در سال ۲۰۰۲ توسط اینگمار فرانکن و همکاران وی از پرسشنامه OCDUS^۳ ویژه ارزیابی ولع مصرف الکل که در سال ۱۹۵۵ توسط آنتوان و همکاران وی طراحی گردیده بود اقتباس شده است که این پرسشنامه، خود برگرفته از پرسشنامه بررسی رفتارهای وسواسی جبری گودمن و همکاران که در سال ۱۹۸۹ طراحی گردیده، می‌باشد. (OCDUS) با محوریت ولع مصرف به عنوان یک فکر وسواسی طراحی گردیده و ولع مصرف را در طول هفته گذشته مورد بررسی قرار می‌دهد. هروین دارای ۱۲ پرسش است که سه عامل را مورد سنجش قرار می‌دهد. عامل اول سنجش افکار مربوط به مصرف هروین و دخالت آنها در زندگی سوءمصرف کنندگان بوده که سؤالات ۱، ۲، ۳، ۴، ۶ و ۹ را در بر می‌گیرد. عامل دوم به بررسی میل به مصرف و کنترل مصرف می‌پردازد که در برگیرنده سؤالات ۷، ۸، ۱۱ و ۱۲ است. عامل سوم مقاومت در برابر افکار و تصمیم‌ها برای مصرف هروین را می‌سنجد و شامل سؤالات ۵ و ۱۰ می‌باشد. میزان پایایی آزمون باز آزمون OCDUS که توسط مرکز ملی مطالعات اعتیاد انجام گرفته است به شرح ذیل می‌باشد: (افکار مرتبط با مصرف ۰/۷۹، مقاومت در برابر مصرف ۰/۷۹، میل به مصرف ۰/۷۲ سؤالات در طیف لیکرت قابل پاسخگویی می‌باشند و شدت ولع را مورد سنجش قرار می‌دهند که نمره بالاتر نشان دهنده ولع بیشتر می‌باشد) (۶۲).

۲. مصاحبه بالینی: مصاحبه بالینی طرح شده توسط روانپزشکان بر اساس پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی DSM-5 جهت تشخیص و بررسی معیارهای ورود و خروج شرکت کنندگان استفاده شد.

۳. پرسشنامه شخصیتی گری ویلسون: (GWPQ)^۴ ویلسون، بارت و گری در سال ۱۹۸۹ این پرسشنامه را طراحی کردند. این پرسشنامه، غلبه و حساسیت سیستم‌های مغزی رفتاری و مؤلفه‌های آنها را ارزیابی می‌کند و دارای ۱۲۰ سؤال است، که برای بررسی فعالیت هر یک از سیستم‌های فعال‌ساز

ذهن‌آگاهی افراد یاد می‌گیرند که تجربیات را به عنوان تجربیات مجزا از خود به عنوان یک حالت گذرا و موضوعی برای تغییر بپذیرند (۵۹، ۶۰، ۶۱).

در سال‌های اخیر شماری از پژوهشگران نشان دادند که ایمان مذهبی و باورهای معنوی عامل نگهدارنده و یکی از مهم‌ترین مهارت‌های رویارویی در بهبودی اعتیاد می‌باشند که نادیده گرفته شده‌اند. کاردینی منبع. مطهری معنویت را نوعی احساس و گرایش ذاتی انسان نسبت به امور غیر مادی مانند علم و دانایی خیر اخلاقی جمال و زیبایی تقدس و پرستش می‌داند که وجه تمایز انسان و موجودات دیگر می‌باشد در نظر برخی درمانگران به دلیل آنکه معنویت‌درمانی در درمان سوءمصرف مواد اثربخش است لذا تحقیقی با هدف مقایسه اثربخشی ذهن‌آگاهی (MBCT) و معنویت‌درمانی بر نظام‌های بازداری و فعال‌ساز رفتاری در سوءمصرف کنندگان هروئین لازم و ضروری به نظر می‌رسد.

روش

طرح پژوهش: این پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی همراه با گروه گواه و پیش‌آزمون - پس‌آزمون بود.

آزمودنی‌ها: جامعه آماری پژوهش ۳۰۰ نفر از سوءمصرف کنندگان هروئین بود که برای ترک در اردوگاه کرامت وابسته به سپاه صاحب‌الزمان (عج) اصفهان در سال ۱۳۹۹ بستری بودند. که به روش نمونه‌گیری در دسترس تعداد ۹۰ نفر انتخاب و به صورت تصادفی به سه گروه تحت آموزش معنویت‌درمانی (۳۰ نفر) و گروه تحت آموزش ذهن‌آگاهی (۳۰ نفر) و گروه گواه (۳۰ نفر) گمارده شدند. گروه تحت آموزش معنویت‌درمانی در جلسات درمانی معنویت‌درمانی و گروه تحت آموزش ذهن‌آگاهی در جلسات درمانی ذهن‌آگاهی شرکت نمودند و گروه گواه بدون حضور در جلسات درمان فقط برای مقایسه حضور داشتند. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بود از: داشتن سن بین ۱۸ تا ۵۰ سال، وجود معیارهای تشخیص وابستگی به هروئین بر پایه معیارهای DSM-5^۱، گذشتن بیش از یک ماه از سم‌زدایی موفقیت‌آمیز و ملاک‌های خروج از پژوهش عبارت بود از: مصرف منظم داروهای ضدروانپزیشی، ابتلا به بیماری دوقطبی،

2. Obsessive compulsive drug use scale
3. Obsessive compulsive drug scale
4. Gray wilson personality questionnaire

1. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

سپس افراد شرکت‌کننده در پژوهش را به صورت انفرادی به اتاق پژوهش دعوت کرده و چند دقیقه‌ای صحبت‌های معمولی با آن‌ها انجام شد، در ادامه در خصوص آزمون‌ها و نحوه انجام آن‌ها اطلاعاتی داده شد و به شخص اطمینان داده شد که اطلاعات و نتایج آزمون‌ها خصوصی و محرمانه خواهد ماند. در مرحله پیش‌آزمون - پس‌آزمون پرسشنامه گری ویلسون و مقیاس وسواسی جبری مصرف مواد فقط در مرحله پیش‌آزمون در اختیار فرد قرار داده شد و در نهایت داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS-23 و بر اساس شاخص‌های آمار توصیفی، آزمون آماری تحلیل کوواریانس و آزمون تعقیبی توکی تحلیل شد.

جدول ۱. پروتکل معنویت‌درمانی: گروه آزمایش طی ۸ جلسه، در هر هفته ۲ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای، در جلسات آموزشی معنویت‌درمانی، شرکت نمودند. پروتکل معنادرمانی گروهی در پژوهش حاضر مبتنی بر پروتکل معنادرمانی فرانکل بود (۶۴). لازم به ذکر است که این پروتکل درمانی در تحقیقات مختلف مورد استفاده قرار گرفته و با جامعه و نمونه ایرانی سنخیت کامل دارد (۶۵).

جدول ۲. پروتکل ذهن‌آگاهی (MBCT): اجرای مراحل درمانی (MBCT): روش درمانی ذهن‌آگاهی در ۸ جلسه یک و نیم ساعته پی در پی و در ۸ هفته در ارتباط با مصرف کنندگان هروئین در گروه آزمایشی مطابق با پروتکل ۸ جلسه‌ای ذیل، بکار گرفته شد (سگال، ویلیامز و تیزدل، ۲۰۰۲).

رفتاری، بازداری رفتاری و ستیز و گریز، از ۴۰ ماده در نظر گرفته شده است. از ۴۰ ماده مربوط به فعالیت سیستم فعال‌ساز رفتاری، ۲۰ ماده به مؤلفه اجتناب فعال مرتبط است. از ۴۰ ماده مربوط به سنجش فعالیت سیستم بازداری رفتاری، ۲۰ ماده مربوط به اجتناب منفعل و ۲۰ ماده به مؤلفه خاموشی اختصاص دارد و از ۴۰ ماده مربوط به فعالیت ستیز و گریز، ۲۰ ماده به مؤلفه ستیز و ۲۰ ماده به مؤلفه‌ی گریز اختصاص یافته است. در زمینه اعتبار این آزمون، ویلسون، بارت و گری، ضرایب آلفای کرونباخ را برای مؤلفه‌های روی‌آوری، اجتناب فعال، اجتناب منفعل، خاموشی، جنگ، و گریز به این ترتیب به دست آوردند: برای مردان ۰/۷۱، ۰/۶۱، ۰/۵۸، ۰/۶۱، ۰/۶۵ و ۰/۶۵ و برای زنان ۰/۶۸، ۰/۳۵، ۰/۵۹، ۰/۶۳، ۰/۷۱ و ۰/۷۱؛ که بیانگر ثبات درونی مناسب آزمون است. همچنین با استفاده از همبستگی میان مؤلفه‌های پرسشنامه شخصیتی گری ویلسون و پرسشنامه شخصیتی آیزنک EPQ، روایی همگرایی آزمون را نشان دادند. این پرسشنامه توسط آزاد فلاح و همکاران به فارسی برگردانده شده و در یک گروه ۲۱۱ نفری از دانشجویان ایرانی اجرا شده است. برای این پژوهش، از نسخه فارسی پرسشنامه که یکی از استادان زبان انگلیسی آن را در مقایسه مجدد با پرسشنامه اصلی تصحیح کرده است، استفاده شد (۶۳).

روند اجرای پژوهش: پس از توضیح اهداف مطالعه به شرکت‌کنندگان از آنان رضایت کتبی اخذ گردید و جهت رعایت اخلاق پژوهشی اعلام شد؛ هر زمان که تمایل به ادامه و حضور در پژوهش را ندارند می‌توانند، انصراف دهند.

جدول (۱) پروتکل معنادرمانی گروهی فرانکل

جلسه اول	هدف از تشکیل جلسات و قوانین آن برای اعضا تشریح شد و به منظور آشنایی بیشتر، هر یک از اعضا به معرفی خود پرداختند. سپس از طرف مشاور، توضیحاتی در مورد معنویت داده شد.
جلسه دوم	در مورد عبادات و مناسک و شیوه‌های آن و تأثیرش بر روح و جسم انسان توضیح داده شد.
جلسه سوم	در مورد دعا، شیوه‌های آن و فلسفه و تأثیرش بر انسان بحث شد.
جلسه چهارم	در مورد اندیشه معنوی و مراقبه و چگونگی انجام آن و اثرات آن بحث شد.
جلسه پنجم	در مورد بخشایشگری، شیوه‌های آن و اثرات آن توضیح داده شد.
جلسه ششم	در مورد معنای همراهی و خدمت و تأثیرش بر جسم و روان بحث شد.
جلسه هفتم	در مورد معنای تمرکز و مراحل آن و این که چگونه انسان از طریق آن می‌تواند بدون قضاوت به خودش گوش فرا دهد و بین ذهن و جسم و روح خود رابطه برقرار کند توضیح داده شد.
جلسه هشتم	در مورد معنای خود افشاسازی معنوی و تأثیرش بر انسان بحث شد و در نهایت جلسه با یادآوری خلاصه‌ای از آنچه در جلسات قبل بحث شده بود به اتمام رسید.

جدول ۲) پروتکل آموزش ذهن آگاهی (MBCT) طراحی شده توسط کابات زین (۱۹۹۵)

جلسه اول	خوردن کشمش همراه با حضور ذهن، تمرین واری بدن، معطوف کردن توجه به فعالیت روزمره توأم با حالت حضور ذهن.
جلسه دوم	تمرینات مربوط به واری بدن، حضور ذهن بر روی جریان تنفس به مدت ۷۰ دقیقه، تمرین افکار و احساسات، تبیین هیجان و شناسایی هیجان‌های مثبت و منفی، آموزش ثبت کردن رویدادهای مطلوب، عطف توجه به فعالیت روزمره همراه با حضور ذهن.
جلسه سوم	مراقبه در حالت دیدن و شنیدن، مراقبه نشسته (حضور ذهن مربوط به تنفس و بدن) قدم زدن به همراه حضور ذهن، تمرین فضای تنفس ۹ دقیقه‌ای، ثبت رخداد‌های نامطلوب.
جلسه چهارم	مراقبه دیدن و شنیدن، مراقبه در وضعیت نشسته (آگاهی از تنفس، بدن، اصوات، افکار) تعریف اصول و قوانین حاکم بر هیجان، فضای تنفس سه دقیقه‌ای بطور منظم، فضای تنفس سه دقیقه‌ای مقابله‌ای.
جلسه پنجم	مراقبه نشسته (آگاهی از تنفس، اجزای بدن، صداها و افکار) و چگونگی واکنش‌دهی به افکار، احساسات و حس‌های بدن، سه دقیقه فضای تنفس منظم و مقابله‌ای، خواندن داستان پادشاه و سه پرسش و معرفی مفهوم پذیرش.
جلسه ششم	مراقبه در وضعیت نشسته (آگاهی یافتن از تنفس، اجزای بدن، صداها و افکار) برقرار کردن ارتباط با افکار و احساسات خود و توسعه آن‌ها و پذیرفتن افکار و هیجان‌های ناخوشایند.
جلسه هفتم	مراقبه در وضعیت نشسته (آگاهی یافتن از تنفس، اجزای بدن، صداها و افکار) آگاهی از رابطه بین فعالیت و خلق، تهیه فهرستی از فعالیت‌های لذت بخش و فعالیت‌هایی که احساس تسلط در فرد ایجاد می‌کند، ۹ دقیقه فضای تنفس منظم و مقابله‌ای.
جلسه هشتم	تأمل در واری بدن، مرور کل دوره، شیوه حفظ دستاوردهای فرا گرفته شده، در نظر گرفتن برنامه‌هایی برای تمرینات قابل تداوم تا ماه آینده، بحث و تبادل نظر در خصوص دلایل مثبت و محدودیت‌ها و موانع احتمالی تمرین‌ها در پایان دوره و تکمیل فرم نظرسنجی پیرامون دوره توسط شرکت کنندگان.

یافته‌ها

مصرف کنندگان بیشتر از ۵۰ سال بود. مدت مصرف: ۲۰ درصد از مصرف کنندگان کمتر از ۵ سال سابقه مصرف و ۳۵ درصد از مصرف کنندگان بین ۵ تا ۱۰ سال سابقه مصرف و ۴۵ درصد از مصرف کنندگان بیشتر از ۱۰ سال سابقه مصرف داشتند.

ویژگی‌های جمعیت شناختی: سن ۲۱ درصد از مصرف کنندگان بین ۲۰ تا ۳۰ سال و سن ۲۷ درصد از مصرف کنندگان بین ۳۱ تا ۴۰ سال و سن ۳۷ درصد از مصرف کنندگان بین ۴۱ تا ۵۰ سال و ۱۵ درصد از

جدول ۳) ویژگی‌های توصیفی نمرات گروه‌های شرکت کننده به تفکیک مراحل ارزیابی

متغیر	مرحله ارزیابی	معنویت درمانی		ذهن آگاهی		هنجار	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
بازداری رفتاری	پیش آزمون	۳۰/۰۳	۵/۳۳	۳۱/۲۷	۶/۱۳	۳۱/۶۳	۵/۳۲
	پس آزمون	۳۶/۸۷	۷/۱۶	۳۲/۵۳	۵/۲۳	۳۱/۳۳	۸/۰۷
فعال ساز رفتاری	پیش آزمون	۴۱/۲۰	۶/۰۸	۴۲/۵۳	۶/۳۹	۴۱/۵۷	۵/۸۸
	پس آزمون	۳۹/۳۳	۶/۶۵	۳۶/۰۳	۵/۵۱	۴۰/۶۷	۵/۰۴

جدول ۴، ویژگی‌های توصیفی شامل میانگین و انحراف معیار عملکرد شرکت کننده های گروه‌های مختلف را در ابعاد بازداری رفتاری (BIS) و فعال سازی رفتاری (BAS) از مقیاس شخصیتی گری - ویلسون به تفکیک پیش آزمون و پس آزمون نشان می‌دهد.

به منظور تحلیل فرضیه‌های پژوهش از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده شد. بدین منظور مفروضه

جدول ۴، ویژگی‌های توصیفی شامل میانگین و انحراف معیار عملکرد شرکت کننده های گروه‌های مختلف را در ابعاد بازداری رفتاری (BIS) و فعال سازی رفتاری (BAS) از مقیاس شخصیتی گری - ویلسون به تفکیک پیش آزمون و پس آزمون نشان می‌دهد.

به منظور تحلیل فرضیه‌های پژوهش از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده شد. بدین منظور مفروضه

جدول ۴) نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری برای مقایسه گروه‌ها در متغیر بازداری رفتاری و فعال ساز رفتاری

آزمون چندمتغیره	ارزش	آماره F	سطح معناداری	مجذور اتای سهمی	توان آزمون
لامبدای ویلکز	۰/۳۸	۱۰/۰۲	۰/۰۰۱	۰/۱۹	۱/۰۰

تفاوت معنادار وجود دارد ($F= ۱۰/۰۲$) $p < ۰/۰۵$ و لامبدای ویلکز، $p < ۰/۰۵$ چون اثر چند متغیری از نظر آماری معنادار است، می‌توان آزمون F تک متغیری جداگانه برای هر یک از متغیرها را ادامه داد.

نتایج گزارش شده نشان داد پس از خارج کردن اثر پیش‌آزمون به روش تحلیل کوواریانس چند متغیری، یک اثر معنی‌دار برای عامل گروهی وجود دارد. این اثر نشان می‌دهد که حداقل در یکی از متغیرهای بررسی شده بین گروه‌ها

جدول ۵) نتایج آزمون تحلیل کوواریانس مقایسه گروه‌ها در متغیر بازداری و فعال‌ساز رفتاری

متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذورات انا
بازداری رفتاری	۷۵۴/۰۲	۲	۳۷۷/۰۱	۱۳/۱۲	۰/۰۰۱	۰/۲۳
فعال‌ساز رفتاری	۴۱۲/۶۳	۲	۲۰۶/۳۱	۷/۵۶	۰/۰۰۱	۰/۱۵

به منظور مقایسه زوجی گروه‌ها در هر یک از متغیرهای بازداری و فعال‌ساز رفتاری از آزمون تعقیبی بین گروه‌ها استفاده شد. نتایج آزمون تعقیبی در ادامه گزارش شده است.

نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره به منظور مقایسه گروه‌ها در هر یک از ابعاد بازداری و فعال‌ساز رفتاری در جدول ۵ نشان داد بین گروه‌ها در این متغیرها پس از کنترل اثر متغیر همپراش پیش‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد ($p < ۰/۰۵$).

جدول ۶) نتایج آزمون تعقیبی بین گروه‌ها در متغیر بازداری و فعال‌ساز رفتاری

گروه‌ها	بازداری (bis)		فعال‌ساز (bas)	
	تفاوت میانگین‌ها	سطح معناداری	تفاوت میانگین‌ها	سطح معناداری
معنویت درمانی	۵/۳۰*	۰/۰۰۱	۳/۸۵*	۰/۰۰۶
	۶/۷۹*	۰/۰۰۱	۱/۱۸-	۰/۳۸۳
ذهن‌آگاهی	-۵/۳۰*	۰/۰۰۱	۳/۸۵*	۰/۰۰۶
	۱/۴۸	۰/۲۸۵	۵/۰۳*	۰/۰۰۰
گواه	۶/۷۹*	۰/۰۰۱	۱/۱۸	۰/۳۸۳
	۰/۴۸-	۰/۲۸۵	۵/۰۳*	۰/۰۰۰

بین میانگین فعال‌ساز رفتاری در گروه تحت آموزش معنویت درمانی نسبت به گروه گواه تفاوت معناداری وجود ندارد ($p < ۰/۰۵$).

بحث

در جهان کنونی وابستگی به مواد مشکلات متعدد اجتماعی و روانشناختی در سراسر دنیا ایجاد کرده است و کمتر کشوری را می‌توان یافت که از این پدیده در امان باشد (۶۶). دامنه‌ی تأثیرات وابستگی به مواد از آن جهت حائز اهمیت است که عواقب وخیم آن تنها زندگی شخصی فرد را دربر نمی‌گیرد بلکه خانواده، دوستان و همکاران وی نیز در معرض آثار ویرانگر آن خواهند بود. آمارها حاکی از وجود نه میلیون نفر وابسته به هروئین در سرتاسر جهان می‌باشد (۶۷).

بررسی گرایش به سوءمصرف هروئین، حاکی از آسیب پذیری بیشتر برخی افراد است. در این میان برخی محققان

با توجه به نتایج آزمون تعقیبی مقایسه گروه‌ها در جدول ۵ و میانگین گروه‌ها در جدول ۴ می‌توان نتیجه گرفت میانگین بازداری در گروه تحت آموزش معنویت درمانی بطور معناداری بیشتر از گروه تحت آموزش ذهن‌آگاهی است ($p < ۰/۰۵$). همچنین میانگین بازداری در گروه تحت آموزش معنویت درمانی نسبت به گروه گواه بطور معناداری افزایش یافته است ($p < ۰/۰۵$). اما بین میانگین بازداری در گروه تحت آموزش ذهن‌آگاهی نسبت به گروه گواه تفاوت معناداری وجود ندارد ($p > ۰/۰۵$).

علاوه بر این میانگین فعال‌ساز رفتاری در گروه تحت آموزش ذهن‌آگاهی بطور معناداری بیشتر از گروه تحت آموزش معنویت درمانی است ($p < ۰/۰۵$). همچنین میانگین متغیر فعال‌ساز رفتاری در گروه تحت آموزش ذهن‌آگاهی نسبت به گروه گواه بطور معناداری افزایش یافته است ($p < ۰/۰۵$). اما

افکار و احساسات خود ارتباط برقرار کردند و در توسعه و پذیرفتن افکار و هیجان‌های ناخوشایند خود آموزش دیدند و بدون پیش داوری افکار، احساسات و هیجانات ناخوشایند را قضاوت نمودند، حساسیت و اشتیاق به سوءمصرف کاهش یافت که باعث گرایش به پاداش و اجتناب از تنبیه در افراد گردید. این یافته همسو با سایر پژوهش‌های انجام گرفته در زمینه افراد مبتلا به سوءمصرف هروئین می‌باشد که حساسیت بالای (BAS) در آن‌ها نشان داده شده است.

در این راستا، گری بیان کرد که سیستم مزولمبیک سوءمصرف‌کنندگان موادمخدر در تقویت اثر تحریک‌ها در گیر است و مواد روانگردان بر سیستم دوپامینرژیک که پاسخ‌های هیجانی را تنظیم می‌کند اثر گذاشته و مسیر مزولمبیک این سیستم در ایجاد پاداش هیجانی مصرف مواد نقش دارد. در واقع، سطح بالای برافراشتگی ابعاد شخصیتی جست‌وجوی سرگرمی، سائق و پاسخ‌دهی به پاداش در افراد سوءمصرف‌کننده هروئین با ویژگی‌هایی مانند: تکانشگری، خطرجویی، لذت‌طلبی، نوجویی و تنوع‌خواهی رابطه دارد؛ ویژگی‌هایی که با دستیابی به مواد و مصرف غیرقانونی آن در ارتباط است. به بیان دیگر می‌توان گفت فعالیت یا حساسیت بالای (BAS) در فرد، موجب انجام اعمالی می‌شود که به احتمال بالا به جای منتهی شدن به پیامدهای منفی، به پاداش منجر می‌گردد. به نظر می‌رسد این سامانه به دلیل همین ویژگی نقش مهمی در گرایش به مصرف هروئین دارد، به صورتی که برخی از پژوهشگران مفهوم نشانگان نارسایی پاداش را عامل احتمالی مهم در پدیدآیی مشکل مصرف هروئین بیان کرده‌اند.

از دیگر نتایج این پژوهش می‌توان اثربخشی معنویت درمانی بر سیستم بازدارنده مغز (BIS) اشاره کرد. این نتیجه هم با برخی از یافته‌ها همسو و با برخی یافته‌ها مغایر است.

به نظر می‌رسد، علت این ناهمخوانی در یافته‌ها را می‌توان مطابق با نتایج (Jackson) ناشی از تغییر تعریف عملکرد در سیستم بازدارنده رفتاری در دو نظریه‌ی اصلی و تجدید نظر شده حساسیت به تقویت‌گری دانست. در نظریه تجدید نظر شده حساسیت به تقویت‌گری سیستم تجدید نظر شده بازدارنده رفتاری، یک رویکرد دفاعی غیر مستقیم است که بر اجتناب منفعل و نیاز به محتاط بودن تأکید دارد.

این یافته با شواهد بالینی که در آن بر آموزش راهبردهای مقابله‌ای مبتنی بر اجتناب (به ویژه اجتناب از احساسات

نقش عوامل شخصیتی و آمادگی زیستی در گرایش به سوءمصرف هروئین را بررسی کرده‌اند. برای تبیین ارتباط بین ویژگی‌های شخصیتی و مستعد بودن افراد به اعتیاد، الگوهای نظری مختلفی همچون نظریه شخصیت‌گری به کار رفته است. نظریه "حساسیت به تقویت‌گری"، یک رویکرد زیستی به شخصیت است که در تبیین اشتیاق کنترل‌ناپذیر افراد به سوءمصرف مواد مورد استفاده قرار گرفته است. در همین راستا، هدف از پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی معنویت درمانی و ذهن‌آگاهی (MBCT) بر سیستم‌های فعال‌سازی - بازدارنده رفتاری در سوء مصرف‌کنندگان هروئین بود.

نتایج نشان داد که تفاوت معنی‌داری در میزان نمرات سیستم فعال‌سازی - بازدارنده مصرف‌کنندگان هروئین وجود دارد، و این مطابق با پیش‌بینی نظریه‌ی گری و نیز در راستای پژوهش‌های گوناگون انجام گرفته در این زمینه از جمله فرانکل، موری و پژوهش‌های کیمبرل می‌باشد (۹، ۶۳). در تبیین این یافته، متخصصان گزارش کردند که یکی از عوامل تداوم بخش رفتارهای منفی سوءمصرف‌کنندگان هروئین، اشتیاق کنترل‌ناپذیر افراد به مصرف است. در واقع، می‌توان گفت که مصرف‌کنندگان در محیط زندگی خود به محرک‌های جدید، محرک‌های ترس‌آور یا موقعیت‌هایی که ممکن است با تنبیه همراه باشد یا پاداشی به دنبال نداشته باشد، حساسیت بیشتری نشان می‌دهند.

برونداد سیستم فعال‌ساز رفتاری که توسط محرک‌های خوشایند مرتبط با پاداش فعال می‌شود عبارت است از؛ جستجوی فعالانه محرک‌های پاداش دهنده بدون توجه به پیامد رفتار به عبارت دیگر افزایش فعالیت در این سیستم که دلیل بنیادی صفت تکانشگری در این افراد است، موجب می‌شود که فرد فعالانه و بدون تفکر و بر اساس احساس لذت به جستجوی مواد به عنوان یک محرک بسیار خوشایند بپردازد. بنابراین هرچه سیستم فعال‌ساز رفتاری حساسیت بیشتری داشته باشد، اشتیاق افراد به مصرف هروئین و تلاش برای دستیابی به آن افزایش خواهد یافت.

همچنین نتایج نشان داد که آموزش ذهن‌آگاهی (MBCT) بر سیستم فعال‌ساز رفتاری اثربخش بود. در تبیین این یافته می‌توان گفت آموزش ذهن‌آگاهی حساسیت و اشتیاق افراد مصرف‌کننده را کاهش داده؛ در واقع با نظرسنجی از مصرف‌کنندگان مشخص شد زمانی که مصرف‌کنندگان با

منابع

1. Sarami H, Ghorbani M, Minouei M, The Study of four decade of addiction epidemiological research in Iran. *Quart J Res Addict.* 2013; 7(26): 29-52. [Persian].
2. Rafiei H. Qualitative and quantitative research methods, interdisciplinary addiction, 1th ed. Tehran: Danjeh. 2008; 25-55. [persian].
3. Rafiei H. Qualitative and quantitative research methods, interdisciplinary addiction, 1th ed. Tehran: Danjeh. 2008; 25-55. [persian].
4. Rosenberg H. Clinical and laboratory assessment of the subjective experience of drug craving. *Clinic Psychol Rev.* 2009; 29(6): 519-34.
5. Rosenberg H. Clinical and laboratory assessment of the subjective experience of drug craving. *Clinic Psychol Rev.* 2009; 29(6): 519-34.
6. Ekhtiari H, Alam-Mehrjerdi Z, Hassani-Abharian P, Nouri M, Farnam R, Mokri A Examination and Evaluation of Craving-Inductive Verbal Cues among Persian-Speaking Methamphetamine Abusers. *Adv Cognit Sci.* 2010; 12(2): 69-82.
7. Zandi payam A, Davari A. The effect of heroin addiction on sexuality and quality of life of patients referred to the clinics in Sahneh, Iran. *Nursing development.* 2019; (1)-10 [persian]
8. Le Bon, O., Basiaux, P., Strel, E., Tecco, J., Hanak, C., Hansenne, M., et al. Personality profile and drug of choice: A multivariate analysis using Cloninger's TCI on heroin addicts, alcoholics, and a random population group. *Drug and Alcohol Dependence,* 2004, 73(2), 175-182.
9. Franken, I. H. A., Muris, P., & Georgieva, I. Gray's model of personality and addiction. *Addictive Behaviors,* 2006, 31, 399-403.
10. Blum, K., Braverman, E. R., Holder, J. M., Lubar, J. F., Monastera, V. J., Miller, D., et al. Reward deficiency syndrome: A biogenetic model for the diagnosis and treatment of impulsive, addictive, and compulsive behaviors. *Journal of Psychoactive Drugs,* 2000, 32, 1-68.
11. Johnson, S. L., Turner, R. J., & Iwata, N. BIS/BAS Levels and psychiatric disorder: An epidemiological study. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment,* 2003, 25, 25-36.
12. Loxton, N. J., & Dawe, S. How do dysfunctional eating and hazardous drinking women perform on behavioral measures of reward and punishment sensitivity? *Personality and Individual Differences,* 2008, 42, 1163-1172.
13. Kambouropoulos, N., & Staiger, P. K. Reactivity to alcohol-related cues: Relationship among cue type, motivational processes, and personality. *Psychology of Addictive Behaviors,* 2004, 18, 275-283.
14. O'Connor, R. M., Stewart, S. H., & Watt, M. C. Distinguishing BAS risk for university students' drinking, smoking, and gambling behaviors.

منفی (در مصرف کنندگان مواد تأکید شده است، همخوانی دارد) (۶۸) در تبیین این نتیجه با استناد به آموزش راهبردهای مقابله‌ای می‌توان گفت معنویت درمانی بیشتر منجر به کسب مهارت‌های مقابله‌ای در سوءمصرف کنندگان هروئین گردیده ولی منجر به داشتن یک رویکرد دفاعی نگردد یعنی در آموزش معنویت درمانی به جای اینکه به مصرف کنندگان یک رویکرد دفاعی القاء شود بیشتر به کسب مهارت مقابله‌ای تأکید گردیده (۶۹، ۷۰). از آنجا که اعتیاد به طور قابل ملاحظه‌ای موروثی است و حدود ۵۰ درصد خطر اعتیاد، ژنتیکی است، و این در مورد بسیاری از اعتیادها از جمله هروئین، صادق می‌باشد. گرچه ژن‌های مشخصی که خطر اعتیاد را بالا می‌برند هنوز ناشناخته هستند، بررسی سیستم‌های مغزی رفتاری می‌تواند پیش‌بینی کننده خوبی برای گرایش افراد به مصرف هروئین باشد. خوشبختانه در طول چند دهه اخیر، ناهنجاری‌های رفتاری در مدل‌های حیوانی همچون نظریه گری، مدل‌سازی شده و این مدل‌سازی‌های حیوانی این امکان را میسر نموده است تا پایه‌های عصب زیست‌شناختی فرآیند اعتیاد، مورد بررسی قرار گیرد. ضمن اشاره به محدودیت‌های پژوهش حاضر نظیر محدودیت در مقطعی بودن مطالعه، تک جنسیتی بودن مطالعه حاضر و مشکل احتمالی مربوط به ویژگی‌های روانسنجی ابزار پژوهشی، عدم نمونه‌گیری از معتادین به سایر مواد مورد سوءمصرف مانند مواد محرک پیشنهاد می‌گردد در پژوهش‌های آتی نمونه‌گیری از هر دو جنسیت مذکر و مؤنث و نیز سایر مواد مورد سوء مصرف انجام شده و مدت طولانی لحاظ گردد تا ضمن افزایش تعمیم‌پذیری نتایج پژوهش؛ مقایسه مستدل انجام و به مبادی ذی‌ربط منعکس گردد اگرچه حساسیت بالای سیستم فعال‌ساز رفتاری به عنوان صفت شخصیتی که با ثبات است در نظر گرفته می‌شود، اما این فرض را نمی‌توان نادیده گرفت که حساسیت بالای سیستم فعال‌ساز رفتاری، پیامد سوءمصرف هروئین است. برخی پژوهش‌ها نشان داده است که ابعاد شخصیتی افراد مصرف‌کننده هروئین، در گذر زمان تغییر می‌کند. لذا با در نظر گرفتن این نکته نمی‌توان به صورت قاطع در مورد رابطه سیستم‌های مغزی - رفتاری و اعتیاد به صورت علت و معلولی نتیجه‌گیری کرد و این موضوع نیازمند پژوهش‌های بیشتری است.

29. Wubbolding RE. Using reality therapy. New York: HarperCollins; 1988.
30. Garcia-Alandete J. Does meaning in life predict psychological well-being? *Eur J Couns Psychol*. 2015;3(2):89-98.
31. Dejkam N. Adaptation and standardization of the Beck hopelessness scale for Islamic Azad University students in Tehran [Dissertation]. Tehran: Islamic Azad University of Central Tehran Branch; 2004. [Persian]
32. Avantes, S. K. & Margoline, A. Development of spiritual self-schema therapy for the treatment of addictive and HIV risk behavior: A convergence of cognitive and buddhist psychology. *Journal of Psychotherapy Integration*. 2004. 14, 253-289.
33. Hayes, S. C., Masuda, A. & De Mey, H. Acceptance and commitment therapy and the third wave of behavior therapy. *Gedragtherapie (Dutch Journal of Behavior Therapy)*, 2005, 36, 69-96.
34. Piri, J, Panah Ali, Agdasi, A.N. Effectiveness of Self-awareness-based Spirituality Therapy in Psychological Well-being and Self-assertiveness. *Quarterly Journal of New Psychological Research*. 2020; (59)-15 [Persian]
35. Gray JA. The psychology of fear and stress. 2nd ed. New York: CUP Archive; 1987.
36. Gray JA. The neuropsychology of temperament. In: Strelau J, Angleitner A, editors. *Explorations in temperament: international perspectives on theory and measurement*. New York: Plenum Press; 1991.
37. Muris P, Meesters C, Dekanter E, Timmerman P. Behavioural inhibition and behavioural activation system scales for children: relationships with Eysenck's personality traits and psychopathological symptoms. *Personality and Individual Differences* 2005; 38(4): 831-41.
38. Carver CS, White TL. Behavioral inhibition, behavioral activation, and affective responses to impending reward and punishment: The BIS/BAS Scales. *Journal of Personality and Social Psychology* 1994; 67(2): 319-33.
39. Rothbart MK, Ahadi SA, Evans DE. Temperament and personality: origins and outcomes. *J Pers Soc Psychol* 2000; 78(1): 122-35.
40. Leen-Feldner EW, Zvolensky MJ, Feldner MT. Behavioral inhibition sensitivity and emotional response suppression: a laboratory test among adolescents in a fear-relevant paradigm. *J Clin Child Adolesc Psychol* 2004; 33(4): 783-91.
41. Kagan J, Reznick JS, Snidman N. The physiology and psychology of behavioral inhibition in children. *Child Dev* 1987; 58(6): 1459-73.
42. Smillie LD, Jackson LDC. Distinguishing between learning and motivation in behavioral tests of the reinforcement sensitivity theory of personality. *Personality and Social Psychology Bulletin* 2007; 33(4): 476-89.
43. Gray JA. A model of the limbic system and basal ganglia: Applications to anxiety and schizophrenia. *Personality and Individual Differences*, 2009, 46, 514-519.
15. Hundt, N. E., Kimbrel, N. A., Mitchell, J. T., & Nelson-Gray, R. O. High BAS, but not low BIS, predicts externalizing symptoms in adults. *Personality and Individual Differences*, 44, 563-573.
16. Simons, J. S., Dvorak, R. D., & Batien, B. Methamphetamine use in a rural college population: Associations with marijuana use, sensitivity to punishment, and sensitivity to reward. *Psychology of Addictive Behaviors*, 22, 2008, 444-449.
17. Franken, I. H. A., Muris, P., & Georgieva, I. Gray's model of personality and addiction. *Addictive Behaviors*, 31, 2002, 399-403.
18. Genovese, J. E. C., & Wallace, D. Reward sensitivity and substance abuse in middle school and high school students. *Journal of Genetic Psychology*, 2007, 168, 465-469.
19. Taylor, J., Reeves, M., James, L., & Bobadilla, L. Disinhibitory trait profile and its relation to cluster B personality disorder features and substance use problems. *European Journal of Personality*, 2006, 20, 271-284.
20. Segal, Z. V., Williams, J. M. G., Teasdale, J. D. *Mindfulness based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. New-York: Guilford press
21. Shapiro, S.L., Bootzin, R.R., Figueredo, A.J., Lopez, A.M., Schwartz, G.E. (2006). The efficacy of mindfulness based stress reduction in the treatment of sleep disturbance, woman with breast cancer An exploratory study. *Journal psychosom Research*, (54): 85-91.
22. Witkiewitz K, Bowen S. Depression, craving, and substance use following a randomized trial of mindfulness-based relapse prevention. *J consul clin psychol*. 2010; 78(3): 362.
23. Bowen S, Chawla N, Marlatt GA. Mindfulness-based relapse prevention for addictive behaviors: A clinician's guide: Guilford Press. 2010; 1-250.
24. Witkiewitz K, Bowen S, Douglas H, Hsu SH. Mindfulness-based relapse prevention for substance craving. *Addict Behav*. 2013; 38(2): 1563-71.
25. Salimi, S.H., Haghazari, A, Ahmadi-Tahour - Soltani, M, Zohreh-Vand, M. The Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) on Drug Craving in Heroin Addicts Treated by Methadone Maintenance. *Journal of Clinical Psychology*. 2016; (2):30-8 [Persian]
26. Momeni K, Karimi H. The comparison of general health of the residents/non residents in the elder house. *Salmand Iran J Ageing*. 2010; 5(17):23-9. [Persian]
27. Yalom ID, Leszcz M. The theory and practice of group psychotherapy. 5th Edition. New York: Basic Books; 2008.
28. Heelas P, editor. Religion, modernity, and post modernity. Oxford: Blackwell Publishers; 1998.

58. Bowen S, Chawla N, Marlatt GA. Mindfulness-based relapse prevention for addictive behaviors: A clinician's guide: Guilford Press. 2010;:1-250.
59. Witkiewitz K, Bowen S. Depression, craving, and substance use following a randomized trial of mindfulness-based relapse prevention. *J consul clin psychol*. 2010; 78(3): 362.
60. Esmaeilian N, Tahmassian K, Dehghani M, Mootabi F. Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Depression Symptoms in Children with Divorced Parents. *J Clin Psychol*. 2013; 5(3): 47-58. [Persian].
61. Izadi R, Asgari K, Neshatdust H, Abedi M. Case Study of the Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Frequency and Severity of Obsessive Symptoms in Obsessive- Compulsive Disorder. *J Med Res*. 2011; 1(1): 20-6. [Persian].
62. Abharian P, Ekhtiari H. Self Report Questionnaires for Drug Craving Assessment. *Quart Addict*. 2008; 4(5): 37-47. [Persian].
63. Azad Fallah, P., Dadsetan, P.; Ejei, J, Moazani, S. M. Stress, Brain / Behavioral Activity, and Secretary Immunoglobulin Changes A. *Journal of Psychology*, 1999. Year 3, Issue 8, pp. 3-22.
64. Dejkam N. Adaptation and standardization of the Beck hopelessness scale for Islamic Azad University students in Tehran [Dissertation]. Tehran: Islamic Azad University of Central Tehran Branch; 2004. [Persian]
65. Frankl VE. The will to meaning: foundations and applications of logotherapy. New York, NY: Penguin Publishing Group; 2014.
66. Ghoreishizade MA, Torabi K. The mental health study combined with addiction in 200 cases referred to the referrals drug rehabilitation centers in Tabriz. *J Tabriz Univ Med Sci*; 2003.24:49-53.
67. Lewis MD. Dopamine and the Neural "Now": Essay and Review of Addiction: A Disorder of Choice. *Perspect Psychol Sci*; 2011.6(2):150-155.
68. Kamran A. MA, Mir Mehdi S.R. PhD, Abdulla Zadeh H.Ph D Hosseini Dastjerdi S.H. MA. Effectiveness of Spirituality Therapy on the Dimensions of Quality of Life of Elderly. 2019. ISSN: 2322-2166; *Islamic Life Style Centered on Health*. 2019;3(2):75-82 [Persian]
69. Faseli E, Maulavi F. The Study of drug abuse among Iranian men abusers, 1th ed. Tehran: Secretariat of the Headquarters for Combating Drugs; 2003. p. 11-20. [persian].
70. Mattick RP, Breen C, Kimber J, Davoli M. Methadone maintenance therapy versus no opioid replacement therapy for opioid dependence. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009; 3. In: Gazzaniga M, editor. The cognitive neuroscience. Cambridge: MIT 1995; 1165-76.
44. Gray JA, McNaughton N. The neuropsychology of anxiety: An enquiry into the functions of the septohippocampal system. New York: Oxford University; 2000; 53-98.
45. Carver CL, White TL. Behavioral inhibition, behavioral activation, and affective responses to impending reward and punishment: The BIS/BAS scales. *J Pers Soc Psychol*; 1994. 67: 319-333.
46. *Quarterly Journal of Research on Addiction*, Vol. 14, No. 55, Spring 2020.
47. Hewig J, Hageman D, Seifert J, Naumann E, Bartussek D. The relation of cortical activity and BIS/BAS on the trait level. *Biol Psychol* 2006; 71: 42-53.
48. Corr P J, Perkins AM. The role of theory in the Psychophysiology of personality: From Ivan Pavlov to Jeffrey Gray. *Int J Psychophysiol* 2006; 62: 367-76.
49. Hewig J, Hageman D, Seifert J, Naumann E, Bartussek D. The relation of cortical activity and BIS/BAS on the trait level. *Biol Psychol* 2006; 71: 42-53.
50. Hundt, N. E., Kimbrel, N. A., Mitchell, J. T., Nelson-Gray, R. O. (2008). High BAS, but not low BIS, predicts externalizing symptoms in adults. *Personality individual difference*, 44(3): 565-75.
51. Gruber SA, Dahlgren MK, Sagar KA, Gönenc A, Killgore WD. Age of onset of marijuana use impacts inhibitory processing. *Neuroscience Letters* 2012, 9; 511(2):89-94.
52. Feldon J, Gary JA, Hamersley DR, Smith AD. The neuropsychology of schizophrenia. *Behavioral and Brain Sciences* 1991; 14-9.
53. Zargar F, Mohammadi A, Omidi A, Bagherian Sararoudi R. The third wave of behavior therapy with emphasis on acceptance-based behavior therapy. *J Res Behav Sci*. 2013; 10(5): 383- 90. [Persian].
54. Petter M, McGrath PJ, Chambers CT, Dick BD. The Effects of Mindful Attention and State Mindfulness on Acute Experimental Pain among Adolescents. *J pediatric psychol*. 2014; 1-7.
55. Hsu SH, Grow J, Marlatt GA. Mindfulness and addiction. *Recent Dev Alcohol*: Springer. 2008; 229-50.
56. Breslin FC, Zack M, McMains S. An information-processing analysis of mindfulness: Implications for relapse prevention in the treatment of substance abuse. *Clin Psychol: Sci Pract*. 2002; 9(3): 275-99.
57. Kiani A, Ghasemi ND, Pourabas A. The comparison of effectiveness of group Acceptance and Commitment Therapy on Craving and Emotion Regulation in glass abusers. *Quart J Res Addict*. 2012; 6(24): 27-37. [persian].