

اثربخشی توانبخشی شناختی بر بهبود بازداری پاسخ در مردان مبتلا به سوءصرف هروئین

جهانگیر کرمی^۱، اکرم آبیاریکی^۲، محمد جشن پور^۳

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۰۷/۰۸ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۰۴/۱۲

چکیده

هدف: افراد مبتلا به سوءصرف هروئین مشکلات زیادی در عملکردهای اجرایی همچون بازداری پاسخ، سازماندهی، خودتنظیمی هیجانی، توجه و حافظه دارند. هدف از این پژوهش بررسی تأثیر توانبخشی شناختی رایانه‌ای بر بهبود بازداری پاسخ در افراد مبتلا به سوءصرف هروئین بود. **روش:** پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل کلیه افراد مبتلا به سوءصرف هروئین شهر تهران بود. از میان آن‌ها، ۳۰ نفر به روش نمونه گیری هدفمند انتخاب و در دو گروه آزمایش و کنترل گمارده شدند. ابزار پژوهش شامل آزمون رایانه‌ای برونسرو بود. برنامه توانبخشی شناختی Captain's Log به مدت ۲۰ جلسه ۵۰-۶۰ دقیقه‌ای و دو بار در هفته برای گروه آزمایش اجرا شد. **یافته‌ها:** نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که برنامه توانبخشی شناختی Captain's Log موجب بهبود بازداری پاسخ در مردان با سوءصرف هروئین شد. **نتیجه گیری:** نتایج پژوهش حاضر نشان داد که برنامه توانبخشی شناختی رایانه‌ای می‌تواند به عنوان روشی مناسب در بهبود بازداری پاسخ مردان با سوءصرف هروئین به کار رود و در نتیجه منجر به ترک و عدم بازگشت مصرف هروئین شود.

کلیدواژه‌ها: توانبخشی شناختی، بازداری پاسخ، سوءصرف هروئین

۱. دانشیار، گروه روانشناسی، دانشگاه رازی، کرمانشاه، ایران

۲. نویسنده مسئول: دانشجوی دکتری روانشناسی، دانشگاه رازی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران، پست الکترونیک:

Abbariki.akram1992@gmail.com

۳. کارشناس ارشد روانشناسی، دانشگاه رازی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران

مقدمه

اختلال سوءصرف مواد^۱، دسته‌ای از علائم شناختی، رفتاری و فیزیولوژیکی است که فرد با وجود مشکلات ناشی از مصرف مواد هم چنان استفاده از مواد را ادامه می‌دهد. یکی از ویژگی‌های مهم اختلالات سوءصرف مواد، یک تغییر اساسی در مدار غذی است که ممکن است بعد از سم زدایی نیز، به ویژه در افراد مبتلا به اختلالات شدید، ادامه یابد. اثرات رفتاری این تغییرات غذی ممکن است در موارد عود و تکرار شدید دارو در زمانی که افراد در معرض محرك‌های مرتبط با مواد مخدر هستند، آشکار شوند. به طور کلی، تشخیص اختلال سوءصرف مواد بر اساس الگوی آسیب‌شناسی رفتارهای مربوط به استفاده از مواد است (انجمن روان‌پزشکی آمریکا^۲، ۲۰۱۳). اعتیاد یک بیماری مزمن است که با جستجو و استفاده اجباری مواد مخدر و مشکل کنترل مصرف آن با وجود عواقب زیان‌بار آن مشخص می‌شود. تصمیم اولیه برای مصرف مواد مخدر برای اکثر افراد عملی داوطلبانه است، اما استفاده مکرر مواد مخدر می‌تواند تغییراتی را در مغز ایجاد کند که توانایی کنترل خود افراد را به چالش بکشد و با توانایی افراد برای مقاومت در برابر میل شدید به مواد مخدر تداخل کند (موسسه ملی سوءصرف مواد^۳، ۲۰۱۶).

افراد مبتلا به سوءصرف مواد با دامنه‌ای از مشکلات جسمانی، اجتماعی، روان‌شناختی و نرخ بالای بیکاری مواجه هستند (یان^۴ و همکاران، ۲۰۱۴). همچنین این پدیده با نقص در کارکردهای شناختی هم‌چون بازداری پاسخ^۵ و انعطاف‌پذیری شناختی^۶ همراه است (لندینز، پلیگرینا و لچوگا^۷، ۲۰۱۵). افراد وابسته به مواد مخدر نسبت به افراد عادی بازداری پاسخ کمتر و توانایی برنامه‌ریزی ضعیف‌تری دارند (پور محسنی کلوری و حضرتی، ۱۳۹۷). پژوهش‌های مختلفی به بررسی نقش آسیب در بازداری پاسخ در آغاز و تداوم اعتیاد پرداخته‌اند (لیمن، هوف، کریشان-سارین، پاتوک-پاتونزا^۸، ۲۰۱۴؛ لیمن و همکاران، ۲۰۱۴؛ جنتچ و پنینگتن^۹، ۲۰۱۴).

۲۶۸
268

۱۳۹۷، ۱۴، ۱۷، ۳۶، Summer ۲۰۲۰
Vol. ۱۴, No. ۳۶, Summer ۲۰۲۰

1. substance use disorder
2. American Psychiatric Association
3. National Institute on Drug abuse
4. Yan
5. Response Inhibition

6. Cognitive Flexibility
7. Lendinez, Pelegrina, & Lechuga
8. Leeman, Hoff, Krishnan-Sarin, Patock-Peckham & Potenza
9. Jentsch, & Pennington

در پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی^۱، اختلالات مرتبط با مواد ده گروه جداگانه از مواد را در بر می‌گیرد. مواد افیونی یکی از این طبقات است. هروئین جزو طبقه اختلالات مرتبط با مواد افیونی قرار گرفته است و رایج‌ترین ماده افیونی مورد سوءصرف و وابستگی است که قابلیت انحلال و قدرت اثر آن از مورفین بیشتر است. به دلیل همین خواص، هروئین سریع‌تر از سد خونی- مغزی عبور می‌کند و اثری سریع‌تر از مورفین دارد. در کشورهای توسعه‌یافته بیشترین داروی افیونی مورد سوءصرف هروئین است. نسبت مرد به زن در وابستگی به هروئین حدود ۳ به ۱ است (سادوک و همکارن، ۲۰۱۵، ترجمه رضاعی، ۱۳۹۵). پستی، کلارک، مهتا، جسی و کینگ^۲ (۲۰۰۸) در پژوهشی نشان دادند که وابستگی به هروئین باعث تداخل شیمی- عصبی و اختلال در عملکرد نواحی مغزی تگمتال جانی، هسته‌های اکومین، آمیگدال و کرتکس پیش‌پیشانی می‌شود. به عبارت دیگر وابستگی به هروئین موجب تخریب عملکرد قشر پیشانی و پیش‌پیشانی می‌شود که پیامد این مسئله اختلال در عملکردهای اجرایی مختلف فرد خواهد بود. در نتیجه‌ی این امر افراد مبتلا به سوءصرف هروئین مشکلات زیادی در عملکردهای اجرایی همچون بازداری از پاسخ، انعطاف‌پذیری ذهنی و سازماندهی خواهند داشت.

بازداری پاسخ به توانایی درنگ، ممانعت یا قطع یک پاسخ رفتاری گفته می‌شود و یکی از ابعاد مهم کارکردهای اجرایی است. سرکوب یک پاسخ رفتاری نامناسب به فرد فرصت خواهد داد تا پیامدهای احتمالی سایر گزینه‌ها را بررسی کرده و رفتار مناسب‌تری را برگزیند. در سوءصرف مواد بازداری پاسخ آسیب می‌بیند و موجب می‌شود که فرد معتاد، مواد بیشتری مصرف نماید و در صورت تمایل نتواند مصرف خود را کاهش دهد. در پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، فقدان بازداری پاسخ به عنوان ملاک سوءصرف مواد مطرح شده است (انجمن روان‌پژوهشکی آمریکا، ۲۰۱۳). پژوهش‌های متعدد حاکی از آن است که آسیب در بازداری پاسخ با سوءصرف مواد

1. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5)

2. Passetti, Clark, Mehta, Joyce & King

در گذشته و آینده ارتباط نیرومندی دارد (گالو، لوکستون و دیو^۱، ۲۰۱۴؛ لاستر^۲ و همکاران، ۲۰۱۲؛ ریان، مکیلوب و کارپتر^۳، ۲۰۱۳). به نظر می‌رسد ضعف در عملکردهای اجرایی مانند حل مسئله، اجرا و ارزیابی راه حل‌ها که سطوح بالای شناختی محسوب می‌شوند باعث می‌شود که افراد مصرف‌کننده در کنترل ولع مصرف و اتخاذ راه حل مناسب در کنترل آن ناکارآمد بمانند (کادت و بیساغنو^۴، ۲۰۱۶). پژوهش رامرتامسون، استرلند، هیث و فلدستینگ-ایوینگ^۵ (۲۰۱۸) حاکی از آن است که نقص در بازداری پاسخ عامل خطر در ابتلا به سوءصرف مواد است. چنین به نظر می‌رسد که رسشن نایافتگی کارکرد عصبی مرتبط با کنترل بازداری، احتمال بروز رفتارهای سوءصرف مواد را در افراد پیش‌بینی می‌کند (اسکوگلیا^۶ و همکاران، ۲۰۱۷).

رویکردی که در چند سال اخیر گسترش یافته است و می‌توان آن را به جرأت یکی از موفق‌ترین رویکردهای نظری به مسئله اعتماد در نظر گرفت، رویکرد اعتماد به منزله‌ی یک «بیماری مغز» می‌باشد. به این معنا که فرآیند حیاتی که رفتار اختیاری مصرف مواد را به مصرف جبری مواد تبدیل می‌کند، ریشه در تغییراتی در ساختمان و شیمی اعصاب مغز مصرف‌کننده دارد. امروزه شواهد کافی وجود دارد که این تغییرات در مناطق مرتبطی از مغز روی می‌دهند (سادوک و همکاران، ۲۰۱۵، ترجمه رضاعی، ۱۳۹۵). استفاده از دیدگاه‌های شناختی و عصب‌شناختی در ارزیابی افراد وابسته به مواد افزایش یافته است (پالوس^۷ و همکاران، ۲۰۰۲). همان‌طور که در پژوهش‌های موجود در این زمینه ذکر شد، یکی از آسیب‌های جدی به دنبال سوءصرف مواد، آسیب مغزی است. آسیب مغزی و اختلالات شناختی همراه با سوءصرف مواد، اهمیت نظری و بالینی اساسی دارد؛ چرا که این آسیب‌های نسبتاً پایدار در سیستم مغزی می‌تواند به عنوان مانع بر سر راه درمان عمل کند و از عوامل عود مجدد مصرف مواد باشد (ماردپور، ۱۳۹۶)؛ بنابراین این افراد نیاز به برنامه‌های مختلف درمان برای بهبود توجه و انعطاف‌پذیری

۲۷۰
270

۱. Vol. 14, No. 56, Summer 2020
۲. Vol. 14, No. 56, Summer 2020
۳. Vol. 14, No. 56, Summer 2020
۴. Vol. 14, No. 56, Summer 2020
۵. Vol. 14, No. 56, Summer 2020
۶. Vol. 14, No. 56, Summer 2020
۷. Vol. 14, No. 56, Summer 2020

-
- 1. Gullo, Loxton, & Dawe
 - 2. Lester
 - 3. Ryan, MacKillop, & Carpenter
 - 4. Cadet & Bisagno

- 5. Rømer Thomsena, Osterland, Hessea & Feldstein Ewing
- 6. Squeglia
- 7. Paulus

شناختی دارند. از این‌رو، اختلالات شناختی به عنوان عواملی که مانعی بر سر راه درمان هستند باید مورد توجه قرار گیرند (الزهراوی و السید^۱، ۲۰۰۹).

از اواخر قرن هجدهم، برنامه‌های مختلفی جهت پرورش توانایی‌های شناختی گسترش یافته است که از امیدبخش‌ترین این برنامه‌ها، توانبخشی شناختی است؛ به طوری که اکثر مطالعات، سودمندی این برنامه را نشان می‌دهد (شریفی، یزدانبخش، مؤمنی، ۲۰۱۷). توانبخشی شناختی اصطلاحی است که برای درمان و بازتوانی اختلالات شناختی استفاده می‌شود و به معنای ارائه خدمات درمانی برای تقویت حوزه‌های دچار آسیب و یا جایگزینی الگوهای جدید برای جبران اختلال پیش‌آمده است (شهبازی، ۱۳۹۰).

توانبخشی شناختی را در واقع می‌توان نوعی تجربه یادگیری دانست که معطوف به بازگرداندن کارکردهای مغزی دارای اشکال است و منجر به بهبود عملکرد در زندگی واقعی می‌شود. درمان توانبخشی شناختی مبنی بر اصولی از شکل‌پذیری عصبی مغز است که به تمرين‌های هدفمند برای بهبود حوزه‌های گوناگون شناخت مانند، توجه حافظه، زبان و کارکردهای اجرایی اشاره می‌کند (برگو^۲ و همکاران، ۲۰۱۶). دو روش پایه برای توانبخشی شناختی وجود دارد: روش توانبخشی ترمیمی^۳ (که در آن نقایص ذهنی به‌وسیله تمرين‌های مکرر گوناگون ترمیم می‌شود) و روش جبرانی^۴ (که در آن راهبردها و ابزارهای انطباقی و اصلاحی محیط علی‌رغم نقایص در حال پیشرفت به کاربرده می‌شود تا عملکردها را جبران کند). این دو تکنیک را می‌توان با هم به کار برد و می‌تواند عناصری از یک برنامه توانبخشی چند رشته‌ای جامع باشد که انواع دیگری از درمان روانی - اجتماعی و باز توانی را در برمی‌گیرد (هیز^۵، ۲۰۱۵).

توانبخشی شناختی موجب بهبود کارکردهای اجرایی و توانایی شناختی می‌شود. بوگدانو، یی، هو و سیسرون^۶ (۲۰۱۶) در پژوهشی به بررسی تأثیر توانبخشی شناختی رایانه‌ای بر بهبود توجه و کارکردهای اجرایی در بیماران آسیب مغزی پرداختند. نتایج پژوهش نشان داد که این روش درمان سبب بهبود عملکرد شناختی این بیماران شده است.

1. Al-Zahrani & Elsayed,

4. Compensatory

2. Bergo

5. Hayes

3. Restorative

6. Bogdanova, Yee, Ho & Cicerone

فریا، اندراد، سوآرس و بدیا^۱ (۲۰۱۶) در پژوهشی به بررسی «مزیت واقعیت حیاتی توانبخشی شناختی در سرتاسر فعالیت‌های تحریک‌شده: یک آزمایش کنترل شده تصادفی با بیماران ضربه‌معزی» پرداختند. نتایج پژوهش بهبود معنادار عملکردهای شناختی توجه، حافظه، توانایی‌های دیداری-فضایی و کارکردهای اجرایی را نشان داد. لی و لی^۲ (۲۰۱۷) در پژوهشی با عنوان «توانبخشی شناختی برای بیماران اسکیزوفرنی» به این نتیجه رسیدند که برنامه‌ها و آموزش‌های عصب روان‌شناختی اثرات مفیدی بر پردازش دیداری، انواع توجه و کارکرد اجرایی دارد. قمری گیوی، نریمانی و محمودی (۱۳۹۰) در پژوهش خود اثربخشی نرم‌افزار پیشبرد شناختی بر کارکردهای اجرایی، بازداری پاسخ و حافظه کاری کودکان مبتلا به نارساخوانی و نقص توجه-بیش فعالی را بررسی کردند. نتایج نشان داد که نرم‌افزار پیشبرد شناختی روی مهارت‌های حافظه کاری و بازداری پاسخ این کودکان تأثیر مثبت دارد. عیوضی، یزدانبخش و مرادی (۱۳۹۷) در پژوهشی به بررسی اثربخشی توانبخشی شناختی رایانه‌یار بر بهبود کارکرد اجرایی بازداری پاسخ در کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه-بیش فعالی پژوهشی پرداختند. نتایج نشان داد که توانبخشی شناختی سبب بهبود کارکرد اجرایی بازداری پاسخ در کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه-بیش فعالی می‌شود. فیضی پور، سپهریان نظر، عیسیزادگان و عشايري (۲۰۱۹) در پژوهشی نشان دادند که توانبخشی شناختی سبب بهبود انعطاف‌پذیری و بازداری پاسخ در بیماران مبتلا به MS می‌شود. شریفی و همکاران (۲۰۱۹) در پژوهشی نشان دادند که توانبخشی شناختی رایانه‌ای سبب بهبود کارکردهای اجرایی در بیماران مبتلا به MS می‌شود. امانی، مظاہری، نجاتی و شمسیان (۱۳۹۶) در یک مطالعه به بررسی اثربخشی توانبخشی شناختی بر کارکردهای اجرایی (توجه و حافظه فعال) نوجوانان بقا یافته از لوسومی حاد لنفوبلاستیک دارای سابقه شیمی‌درمانی پرداختند. نتایج تحلیل داده‌ها نشان‌دهنده اثربخشی این روش درمانی بود.

اعتیاد به مواد مخدر واقعیتی در دنیا است و یکی از مهم‌ترین مشکلات اجتماعی، اقتصادی و بهداشتی است که عوارض ناشی از آن تهدیدی جدی برای جامعه محسوب

می شود. اعتیاد موجب رکود اجتماعی در زمینه های مختلف می شود؛ همچنین ویرانگری های حاصل از آن زمینه ساز سقوط بسیاری از ارزش ها و هنجارهای فرهنگی و اخلاقی شده و بدین ترتیب سلامت جامعه را به طور جدی به مخاطره می اندازد (کرمی و جشن پور، ۱۳۹۶). همان طور که مطرح شد افراد مبتلا به مصرف هروئین مشکلاتی در کار کردهای اجرایی از جمله بازداری پاسخ و توانایی برنامه ریزی دارند و تاکنون پژوهشی به ارائه روش های بهبود عملکردهای شناختی از جمله توانبخشی شناختی رایانه ای در این افراد نپرداخته است. لذا هدف این پژوهش پاسخ دهی به این سؤال بود که آیا برنامه توانبخشی شناختی رایانه ای موجب بهبود بازداری پاسخ و توانایی برنامه ریزی در افراد مبتلا به اختلال مصرف هروئین می شود؟

روش

جامعه، مونه، و روش نمونه گیری

طرح پژوهش شباهزماشی از نوع پیش آزمون - پس آزمون با گروه گواه بود. جامعه‌ی آماری شامل افراد مبتلا به سوء مصرف هروئین، مراجعه کننده به ۴ کلینیک ترک اعتیاد در شهر تهران از آذر تا اسفند سال ۱۳۹۷ بود که شرایط ورود به پژوهش را داشتند. شرکت کنندگان در مرحله اول به صورت در دسترس انتخاب شدند. به این ترتیب که به مدت ۴ ماه مردان مبتلا به اختلال سوء مصرف هروئین که به کلینیک های ترک اعتیاد مراجعه کردند و بر اساس نظر متخصص های بالینی دارای ملاک های تشخیصی اختلال سوء مصرف مواد با توجه به ملاک های DSM-5 بودند انتخاب و در متغیر بازداری پاسخ با استفاده از نرم افزار برو / نرو مورد ارزیابی قرار گرفتند. سپس از میان افرادی که نمره بالاتر از نقطه برش یا دارای بازداری نامناسب و دارای سایر ملاک های ورود به پژوهش بودند ۳۰ نفر به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب و درنهایت در دو گروه ۱۵ نفره آزمایش و گواه به صورت تصادفی گمارده شدند. هر دو گروه از لحاظ سن (تا حد امکان و گاهی با یک سال اختلاف) و جنسیت همتا شدند. برنامه توانبخشی شناختی کاپیتان لاگ^۱ به مدت ۲۰ جلسه ۶۰ دقیقه ای و دو بار در هفته به شکل انفرادی اجرا شد. ۱۵ روز پس از آخرین

1. Captain's Log

جلسه مداخله پس آزمون برای دو گروه انجام گرفت. پس از انتخاب شرکت کننده‌ها، توضیحات لازم از سوی پژوهش‌گر در مورد برنامه توانبخشی و انجام پژوهش به شرکت کننده‌ها ارائه شد. شرکت کنندگان انتخاب شده پس از اعلام رضایت جهت شرکت در پژوهش و دریافت تضمین لازم مبنی بر این که اطلاعات آن‌ها محرمانه باقی خواهد ماند، وارد پژوهش شدند. معیارهای ورود شامل همکاری و رضایت افراد، کسب نمره بالا در آزمون بازداری پاسخ، داشتن سلامت روان (بر اساس مقیاس GHQ)، نداشتن بیماری‌های عصب‌شناختی دیگر (بر اساس نظر متخصص بالینی)، دامنه سنی ۱۸ تا ۴۵ سال، داشتن سطح تحصیلات حداقل سیکل و سابقه ۱ سال مصرف هروئین بود. معیارهای خروج از پژوهش عبارت بودند از انجام برنامه‌های درمانی توانبخشی شناختی غیر از مداخله اخیر، ابتلا به سایر اختلالات روان‌شناختی غیر از سوءمصرف مواد، اعتیاد به سایر انواع مواد.

ابزار

۱-آزمون برو/نرو: این تکلیف که نسخه اصلی و اولیه آن توسط هافمن در سال ۱۹۸۴ طراحی شده (ودکا^۱ و همکاران، ۲۰۰۷) به طور وسیعی جهت ارزیابی بازداری پاسخ به کار می‌رود. بازداری پاسخ عبارت است از کنترل اجرایی بر پاسخ‌های حرکتی از پیش آماده مطابق با تغییر در خواست موقعیتی. در تکلیف برو/نرو، فرد در یک موقعیت (مرحله برو و یا حرکت) با ارائه یک حرکت باید هر چه سریع‌تر پاسخ همخوان با حرکت را ارائه دهد. در موقعیت دیگر (مرحله نرو یا مهار حرکت) پس از ارائه حرکت نخست حرکت دیگری ارائه می‌شود و فرد با ظهور حرکت دو باید از پاسخ دادن خودداری نماید. دو نوع موقعیت برو و نرو به صورت تصادفی در یک تکلیف قرار می‌گیرند. توانایی فرد در مهار پاسخ خود در موقعیت دو، شاخصی از کنترل مهاری او است. عدم بازداری مناسب یا خطای ارتکاب به معنی انجام پاسخ حرکتی در هنگام ارائه حرکت غیرهدف می‌باشد. از این آزمون که به صورت کامپیوترا اجرا و نمره گذاری می‌شود، سه نمره جداگانه به دست می‌آید: درصد خطای ارتکاب، درصد بازداری

۲۷۴

274

۱- مقاله: Wodkiewicz, A., & Szarejko, J. (2007). The Polish version of the Borsen-Norm Test. *Journal of Clinical Psychology in Sport and Exercise*, 11(1), 35-40.

نامناسب و زمان واکنش. نمره بالا در خطای ارتکاب، بازداری نامناسب و زمان واکنش نشانگر ضعف و ناتوانی فرد در بازداری پاسخ است و هر چه نمره فرد در مؤلفه‌های آزمون بیشتر باشد، به همان نسبت فرد در کنترل مهاری و بازداری پاسخ نقص دارد. ضریب اعتبار به دست آمده برای این آزمون در مطالعه قدیری، جزایری و قاضی طباطبایی در افراد مبتلا به اختلال اسکیزوفرنیا و وسوسی اجباری جهت پیشنهاد راهکارهای درمانی مبتنی بر توانبخشی شناختی (۱۳۸۵) به ترتیب ۰/۷۲، ۰/۷۰ و ۰/۸۷ گزارش شده است. این آزمون به صورت رایانه‌ای و با استفاده از نرم‌افزار سوپر لب ۴ ساخته شد. در این آزمون، محرک go به شکل هندسی مستطیل بود که در بین اشکال هندسی (no go) در وسط صفحه مانیتور ۱۶ اینچ در فاصله ۶۰ سانتیمتری از چشم فرد به مدت ۵۰۰ میلی ثانیه ارائه می‌شد و فرد باید پس از رؤیت آن، هر چه سریع‌تر با فشار دادن دکمه‌های (z) و (y) روی صفحه کلید به آن پاسخ می‌داد و در صورت مشاهده دیگر اشکال هندسی نباید پاسخ می‌داد. در ابتدا چند کوشش به صورت تمرینی ارائه شد تا فرد نسبت به آزمون و جایابی کلید پاسخ کاملاً آشنا شود و سپس ۱۲۰ کوشش اصلی ارائه می‌شد که ۸۴ مورد از آن‌ها محرک go بوده تا بتواند پاسخ نیرومندی را ایجاد کند. از آنجایی که آزمون برو/نرو وابسته به فرهنگ نبوده و مبنای عصب‌شناختی دارد، پس روی هر جامعه‌ای قابل اجرا است (اختیاری و بهزادی، ۲۰۰۷).

۲- نرم‌افزار توانبخشی شناختی کاپیتان لاگ (نسخه ۲۰۱۴): نرم‌افزار پرورش شناختی کاپیتان لاگ توسط سندفورد و براؤن^۱ (۱۹۸۸) برای ایجاد طیف گسترده‌ای از مهارت‌های شناختی از طریق تمرین‌های مختلف برای مغز طراحی شده است و توسط سندفورد (۲۰۰۷) توسعه یافته و سه مجموعه آموزش مهارت‌های یادگیری، آموزش مهارت‌های حل مسئله و آموزش حافظه کاری را در بر می‌گیرد. در حال حاضر این مجموعه توسط شرکت آموزش مغز^۲ تولید و در اختیار پژوهش‌گران و درمان‌گران قرار گرفته است. نرم‌افزار کاپیتان لاگ در طی سال‌های گذاشته چندین بار بازنگری و ارتقا پیدا کرده و اکنون نسخه ۲۰۱۴ آن در کلینیک‌ها استفاده می‌شود. نرم‌افزار بر پایه‌ی گستره‌ای از تحقیقات آموزش

شناختی استوار است و به افراد با آسیب مغزی، افرادی که تاخیرات رشدی آنها عامل رژیمیکی داشته باشد، مثل کودکان اختلال یادگیری خاص، افرادی که دچار عدم تعادل نوروشیمیایی در مغز هستند مثل کودکان بیشفعال، کودکانی که در اثر مواجهه با کوکائین در دوران جنینی دچار مشکلاتی شده‌اند و درنهایت به افرادی که دچار سکته شده‌اند می‌تواند کمک زیادی کند (سندرپورد، ۲۰۰۳). این مجموعه دارای ۲۰۰۰ برنامه و تکلیف مختلف در سطوح گوناگون برای ارتقاء کارکردهای شناختی گوناگون است. این برنامه بر مبنای سیستم پردازش اطلاعات پایه طراحی شده که معتقد است هر فردی باید توانایی این را داشته باشد که جمعی از مهارت‌های تحصیلی، اجتماعی و فردی را برابر موقیت داشته باشد و لازم است توانایی یادگیری و پردازش عمومی خوبی داشته باشد. اساس آن بر حافظه فعال و سرعت پردازش مرکزی استوار است؛ لذا هم مهارت‌های پایه شناختی و هم مهارت‌های عالی‌تر را شامل می‌شود. نرم‌افزار کاپیتان لاگ تقریباً تنها ابزاری است که از این جامعیت برخوردار است، علاوه بر مهارت‌های پایه، مهارت‌های عالی‌تر شناختی را نیز بهبود می‌دهد و این کار را بر اساس سیستم ارزیابی منحصر به فردی که در اختیار دارد، انجام می‌دهد. سیستم ارزیابی کاپیتان لاگ می‌تواند فرد را در ۹ حوزه از کارکردهای شناختی ارزیابی کرده و مناسب با وضعیت فرد برنامه آموزشی پیشنهاد دهد. گزارش‌های عملکردی و مقایسه جلسات نیز از ویژگی‌های دیگر این نرم‌افزار هستند که البته در برخی نرم‌افزارهای مشابه مانند آن وجود دارد؛ اما مزیت بزرگ‌تر برنامه تقویت ۲۲ مهارت پایه و عالی شناختی است؛ ۲۲ مؤلفه در این برنامه ارتقاء پیدا می‌کنند که در نوع خود برای یک برنامه کم‌نظیر است. به ویژه این که این برنامه‌ها برای گروه‌های سنی متفاوت از ۵ سال به بالا طراحی شده‌اند. از آنجایی که این ابزار شناختی وابسته به فرهنگ نبود و بر روی هر جامعه‌ای با هر فرهنگی قابل اجرا بود لذا از نرم افزار استفاده شد. همچنین از این نرم‌افزار در پژوهش‌های معتبر داخلی و خارجی استفاده شده است (آبیاریکی، ۱۳۹۶، آبیاریکی، یزدانیخس، مؤمنی، ۱۳۹۶؛ آبیاریکی، یزدانیخس، مؤمنی، ۱۳۹۷).

۲۷۶
276

مجله علمی پژوهشی
Vol. 14, No. 56, Summer 2020
۱۳۹۷

روند اجرا

در ابتداء برای هر یک از افراد یک پنل درمانی شامل ۴ برنامه به مدت ۶۰ دقیقه تنظیم شد هر برنامه شامل ۱۵ مرحله است. در هر جلسه، از هر برنامه ۱ مرحله اجرا می‌شود یعنی در مدت زمان ۶۰ دقیقه‌ای فرد ۱۰ مرحله را پشت سر می‌گذاشت. سرعت تکمیل در تعداد مراحلی که فرد پشت سر می‌گذارند تأثیر دارد. به عبارت دیگر اگر در کمتر از ۶۰ دقیقه ۱۰ مرحله را با موفقیت پشت سر گذاشته شود نرم‌افزار به صورت خودکار مراحل بیشتری را اجرا می‌کند. از طرف دیگر رفتن به مراحل بالا مستلزم گذراندن مراحل قبل با موفقیت است. هیچ کدام از شرکت‌کنندگان تا مرحله آخر (۱۵) پیش نرفتند و بعضی از آن‌ها حتی ۳ جلسه در یک مرحله بودند. خلاصه‌ی برنامه‌ها و دستورالعمل‌های اجرا در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱: خلاصه برنامه‌ها و دستورالعمل اجرا (سنديور، ۲۰۰۷)

	برنامه‌ها	دستورالعمل اجرا	ارتفاع مهارت
۲۷۷	بازداری واکنشی پویشی	تصویری در صفحه نمایش ارائه می‌شد در صورتی که رنگ تصویر هماهنگ با رنگ حاشیه صفحه باشد فرد باید کلیک می‌کرد و در صورت مغایرت نباید کاری انجام می‌داد. مراحل این برنامه متفاوت است و در برخی از مراحل این دستورالعمل کاملاً برعکس است.	توجه تناوب، ردیابی توجه تناوب، بازداری توجه تناوب، بازداری
۲۷۷	بازداری واکنشی محرك	تصاویری به صورت تصادفی در بخشی از زمان ارائه می‌شد با ارائه تصویر فرد باید به سرعت تصمیم بگیرد، تصویر با حاشیه صفحه از نظر رنگ هماهنگ است یا نه؟ تمرین این برنامه باعث افزایش خودکنترلی و پردازش ذهنی می‌شود.	توجه تناوب، بازداری توجه تناوب، بازداری توجه تناوب، بازداری
شال چهارراه، شماره ۱۳۹۹، تابستان ۱۳۹۹، Vol. 14, No. 56, Summer 2020	بازداری / تمیز رنگ	یک شیء در رنگ و شکل‌های مختلف در مرکز قرار می‌گیرد و یک تا چهار شیء با رنگ و شکل‌های مختلف در اطراف آن قرار می‌گیرد. باید متناسب با قوانین و دستورالعمل‌های ارائه شده در ابتدای هر مرحله مبتنی بر تطبیق بر اساس رنگ، شکل و هر دو عمل شود.	طبقه‌بندی فضایی، بازداری توجه عمومی، سرعت پردازش مرکزی
زمان واکنش پویشی	زمان واکنش پویشی	کلمه یا تصویر در یک زمان ارائه می‌شود؛ اگر کلمه یا تصویر با آنچه در بالای صفحه نمایش ارائه شده هماهنگ باشد فرد باید کلیک کند و اگر متفاوت باشد نباید کلیک کند.	سرعت پردازش دیداری، توجه عمومی، بازداری توجه عمومی، بازداری

یافته‌ها

گروه نمونه شامل ۳۰ نفر از افرادی که مبتلا به اختلال سوءصرف هروئین در دامنه سنی ۱۸-۴۵ سال بود. میانگین (انحراف استاندارد) سن گروه آزمایش ۲۹/۵۳ (۳/۳۱) و گروه گواه ۳۳/۲۹ (۳/۳۷) بود. از لحاظ تحصیلات، ۱۲٪ از شرکت کنندگان تحصیلات عالی (فوق دیپلم و بالاتر) و ۸۸٪ دیپلم و پایین‌تر از آن داشتند. آماره‌های توصیفی متغیرها با توجه به نوع آزمون و گروه در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲: آماره‌های توصیفی مولفه‌های بازداری پاسخ به تفکیک گروه‌ها و نوع آزمون

متغیرها	گروه‌ها	میانگین	انحراف استاندارد	پس آزمون	پیش آزمون	پس آزمون	پیش آزمون
خطای ارتکاب	آزمایش	۲۰/۰۷	۰/۱۲۵	۰/۱۲	۱/۶۰	۰/۱۲	۰/۱۲۵
	گواه	۲۰/۰۶	۰/۱۲۰	۰/۱۲۰	۲/۰۵	۰/۱۲۰	۰/۱۲۰
بازداری نامناسب	آزمایش	۱/۳۲	۰/۰۴۱۱	۰/۰۴۳	۱/۰۹	۰/۰۴۳	۰/۰۴۱۱
	گواه	۱/۳۱	۰/۰۴۰	۰/۰۳۹	۱/۳۰	۰/۰۳۹	۰/۰۴۰
زمان واکنش	آزمایش	۳۹۰/۴۰	۲۷/۷۳	۵/۳۴	۳۷۰/۱۳	۵/۳۴	۲۷/۷۳
	گواه	۳۹۰/۶۷	۵/۲۹	۵/۳۸	۳۹۰/۲۷	۵/۳۸	۵/۲۹

برای تحلیل داده‌ها می‌بایستی از تحلیل کواریانس چند متغیری استفاده شود. یکی از مفروضه‌های این تحلیل نرمال بودن توزیع متغیرهای است. نتایج آزمون کولموگروف-اسمیرنف در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳: نتایج آزمون کولموگروف-اسمیرنف برای بررسی نرمال بودن توزیع متغیرهای پژوهش

متغیرها	نوع آزمون	آماره Z	معناداری
خطای ارتکاب	پیش آزمون	۰/۱۴۰	۰/۰۶
	پس آزمون	۰/۱۳	۰/۰۷
بازداری نامناسب	پیش آزمون	۰/۱۳۹	۰/۱۴
	پس آزمون	۰/۱۶۷	۰/۰۹
زمان واکنش	پیش آزمون	۰/۱۵	۰/۱۱
	پس آزمون	۰/۲۷	۰/۰۶

۲۷۸
278

۱۳۰۰، ۱۴، ۳۷، ۰، ۵۶، Summer ۲۰۲۰
Vol. 14, No. 37, 0, 56, Summer 2020

مفروضه‌ی دیگر این تحلیل برابری واریانس‌های خطاست. نتایج آزمون لون نشان داد در متغیرهای خطای ارتکاب ($F=20.8, P<0.05$), بازداری نامناسب ($F=2.92, P>0.05$)، و زمان واکنش ($F=10.4, P<0.05$) این مفروضه نیز برقرار است. همچنین برای بررسی همگنی شبیه رگرسیون، تعامل متغیرهای مستقل با متغیرهای همپراش، مورد بررسی قرار گرفت که سطح معناداری از 0.05 بیشتر بود. بنابراین تحلیل کواریانس چندمتغیری انجام شد و نتایج حکایت از تفاوت معنادار ترکیب خطی متغیرها در دو گروه داشت ($F=23.2/9.5, P<0.001$, $=\lambda_{امدادی} / \lambda_{ولکر}$). برای بررسی الگوهای تفاوت در متغیرها از تحلیل کواریانس تک متغیری به شرح جدول ۴ استفاده شد.

جدول ۴: نتایج تحلیل کواریانس تک متغیره برای بررسی الگوهای تفاوت در مولفه‌های بازداری پاسخ

متغیرها	مجموع مجذورات	میانگین مجذورات	معناداری	اندازه اثر	F	آماره	مجموع مجذورات	متغیرهای
خطای ارتکاب	۱/۵۳	۱/۵۳	۰/۹۴	۰/۰۰۰۵	۴۴۰/۱۱	۰/۰۰۰۵	۰/۹۴	خطای ارتکاب
بازداری نامناسب	۰/۳۴	۰/۳۴	۰/۹۳	۰/۰۰۰۵	۳۴۸/۲۳	۰/۰۰۰۵	۰/۹۳	بازداری نامناسب
زمان واکنش	۳۰۶۸/۲۰	۳۰۶۸/۲۰	۰/۳۰	۰/۰۰۰۵	۱۰/۷۷	۰/۰۰۰۵	۰/۳۰	زمان واکنش

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر باهدف تعیین اثربخشی توانبخشی شناختی بر بهبود بازداری پاسخ افراد مبتلا به اختلال سوءصرف هرőئین انجام شد. نتایج حاصل از تحلیل آماری داده‌ها نشان داد که درمان توانبخشی شناختی موجب بهبود بازداری پاسخ در این افراد می‌شود. نتایج این پژوهش با پژوهش‌های بوگدانوا و همکاران (۲۰۱۶)، قمری گیوی و همکاران (۱۳۹۹)، عیوضی و همکاران (۱۳۹۷)، فیضی‌پور و همکاران (۲۰۱۹) و شریفی و همکاران (۲۰۱۹) همسو است. یافته‌های پژوهش فیشباین، تود، ریچتس و سمنبا^۱ (۲۰۰۸) و صفرزاده و صباحی و محمودی خورنده (۱۳۹۵) نیز نشان داد که افراد مبتلا به سوءصرف هرőئین در عملکردهای اجرایی همچون بازداری پاسخ و انعطاف‌پذیری ذهنی مشکلات متعددی دارند. مصرف مواد مخدر با ایجاد آسیب در عملکرد لوب پیش‌پیشانی موجب اختلال

در عملکرد اجرایی و انعطاف‌پذیری شناختی افراد مصرف کننده می‌شود (هاگن^۱ و همکاران، ۲۰۱۶). بازداری پاسخ، نوعی پاسخ تکانشی حرکتی و توانایی انتخاب و حفظ یک پاسخ مناسب و هدفمند و سرکوب پاسخ‌های نامرتبه باهدف می‌باشد (اسمیت، ماتیک، جامادر و ایردل^۲). بدین ترتیب افراد دارای بازداری پاسخ ضعیف در مقایسه با افراد دارای کنترل مهاری مناسب، مشکلات بیشتری در واکنش به بر انگیزاندهای مصرف مواد باوجود پیامدهای منفی بالقوه آن دارند (گالو و داو^۳). در فرآیند بازیابی مغز، سایر مناطق مغز به تدریج وظایف بخش‌های آسیب‌دیده را بر عهده می‌گیرند و راه‌های عصی جدید شکل می‌گیرند. برنامه‌های توانبخشی شناختی نیز با کمک به مغز برای شناختن و شکل دادن همین راه‌های جایگزین، اثرات سوء آسیب مغزی را به حداقل می‌رسانند (پاول، ۱۳۹۵). برنامه‌هایی که در نرم افزارهای توانبخشی شناختی طراحی می‌شوند ابزارهایی را در اختیار فرد قرار می‌دهد که از طریق آن‌ها بتوان کمک کرد تا فرایندهای پایه‌ای ذهنی که در یادگیری سطح بالا مهم هستند را بهبود بخشد (لطفی، ۱۳۹۱). بر طبق اصل شکل‌پذیری مغز، اگر مناطق کمتر فعال به‌طور مناسب و مکرر تحریک شوند، به دلیل تغییراتی که در ساختار نورون‌ها ایجاد می‌شود، تغییراتی پایداری خواهد داشت. توانبخشی شناختی رایانه یار هم که بر طبق اصل شکل‌پذیری و خودترمیمی مغزی عمل می‌کند، با برانگیختگی پایه‌ی مناطق کمتر فعال در مغز تغییرات سیناپسی پایداری در آن‌ها ایجاد می‌کند (اکنل، بلگرو و رابرستون^۴). نتایج تحقیقات پستی و همکاران (۲۰۰۸) نشان می‌دهد که وابستگی به هروئین موجب تخریب عملکرد قشر پیشانی و پیش پیشانی می‌شود که پیامد این مسئله اختلال در عملکردهای اجرایی مختلف فرد خواهد بود. بر اساس نتایج پژوهش‌ها ضعف در عملکردهای اجرایی مانند بازداری پاسخ، حل مسئله، اجرا و ارزیابی راه حل‌ها که سطوح بالای شناختی محسوب می‌شوند باعث می‌شود که افراد مصرف کننده در کنترل ولع مصرف و اتخاذ

1. Hagen, Erga, Hagen, Nesvåg,
McKay, Lundervold, & Walderhaug
2. Smith, Mattick, Jamadar, &
Iredale

3. Gullo & Dawe
4 .Ecanel, Belgro, Rabraston

راه حل مناسب در کنترل آن ناکارآمد بمانند. از این رونق در بازداری پاسخ عامل خطر در ابتلا به سوءصرف مواد است. مداخلات توانبخشی شناختی می‌تواند فعالیت مغز را در کرتكس پیش‌پیشانی افزایش دهد و درنتیجه آن کارکردهای اجرایی را بهبود بخشد. توانبخشی شناختی با ارائه محركها و تکاليف می‌تواند این مناطق که مرتبط با کارکردهای اجرایی بازداری پاسخ است را تحریک کند. پس دور از انتظار نخواهد بود که با توانبخشی شناختی، کارکرد اجرایی بازداری پاسخ بهبود پیدا کند. بنابراین برای عدم بازگشت افرادی که قبلًا مواد مخدر استفاده می‌کردند به صرف مجدد می‌توان در کلینیک‌های ترک در کنار سایر درمان‌های ترک مواد از توانبخشی شناختی برای بهبود کارکرد اجرایی و بازداری پاسخ این افراد استفاده کرد و تا حدودی به عدم بازگشت این افراد به سوءصرف مواد کمک کرد. در تبیین نتایج پژوهش، می‌توان گفت افرادی که سوءصرف هروئین دارند بازداری پاسخ آن‌ها بسیار پایین است و مناطق مغزی مربوط به بازداری پاسخ در آن‌ها آسیب دیده است. بازداری پاسخ شامل سه بخش است: خطای ارتکاب، بازداری نامناسب و زمان واکنش. خطای ارتکاب به این صورت عمل می‌کند که فرد معتاد در میزان مصرفش مرتباً دچار خطای شود و به سمت صرف دوزهای بالاتر و سوءصرف پیش می‌رود. بازداری نامناسب به این صورت عمل می‌کند که فرد معتاد توان کنترل در برابر وسوسه را ندارد. زمان واکنش بدین صورت عمل می‌کند که فرد معتاد در مواجهه با مسائل چالش‌برانگیز و هیجانی برای تسکین درد هیجانی خود فوراً اقدام به صرف مواد می‌کند. با توجه به پژوهش‌های انجام گرفته با کمک نرمافزار توانبخشی شناختی رایانه‌ای می‌توان اقدام به درمان و ترمیم مناطق آسیب دیده مغزی افراد معتاد کرد (اکانل و همکاران، ۲۰۰۷). همچنین بازداری پاسخ را می‌توان در این افراد به صورت مؤثری بهبود بخشد و در نتیجه به ترک و عدم بازگشت افراد مبتلا به سوءصرف هروئین کمک کرد.

در پژوهش حاضر به دلیل محدودیت زمانی و دشواری در دسترسی به بسیاری از آزمودنی‌ها، اجرای دوره پیگیری جهت ارزیابی تداوم اثربخشی آموزش میسر نشد. نرمافزار کاپیتان لاگ قابلیت‌های فراوانی دارد و مؤلفه‌های شناختی زیادی را در برمی‌گیرد

و برای هر کدام از مؤلفه‌ها برنامه‌های متنوع دارد اما به دلیل انگلیسی بودن زبان آن برخی از برنامه‌های آن برای آزمودنی‌های فارسی‌زبان قابل اجرا نیست. با توجه به این محدودیت‌ها پیشنهاد می‌شود یک برنامه‌نویس این نرم افزار را به زبان فارسی ترجمه کند؛ و پس از دوره مداخله لازم است مشکلات و مسائل افراد شرکت کننده را در فواصل زمانی مختلف بررسی و ارزیابی کنند تا اثربخشی این روش درمانی در بلند مدت نیز مشخص شو؛ همچنین با توجه به نتایج پژوهش و اندازه اثر بسیار خوب این نوع مداخله پیشنهاد می‌شود از این نرم افزار برای توانبخشی بازداری پاسخ معتادان با بازگشت مجدد استفاده شود.

منابع

اماونی، امید؛ مظاہری، محمدعلی؛ نجاتی، وحید و شمسیان، بی‌بی شهین (۱۳۹۶). اثربخشی توانبخشی شناختی بر کارکردهای اجرایی (توجه و حافظه فعل) نوجوانان بقا یافته از لوسمی حاد لنفوپلاستیک دارای سابقه شیمی درمانی: یک کار آزمایی بالینی. مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ۲۷(۱۴۷)، ۱۲۶-۱۳۸.

پاول، ترمور (۱۳۹۵). کتاب کار و تمرین توانبخشی مغزی (بیش از ۱۴۰ تمرین برای باز توانی عملکردهای مغزی آسیب دیده). ترجمه مهدی شریف الحسینی تهران: مهرسا. (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۲۰۱۶).

پور محسنی کلوری، فرشته؛ حضرتی، شیوا (۱۳۹۷). بررسی و مقایسه تکانشگری شناختی و توانایی برنامه‌ریزی در افراد مبتلا و غیر مبتلا به سوء مصرف مواد. فصلنامه اعتیاد پژوهی، ۱۲(۴۵)، ۲۰۸-۲۱۶.

سادوک، بنیامین جیمز؛ سادوک، ویرجینیا آلکوت؛ روئیز، پدرو (۲۰۱۵). خلاصه روانپژوهی: علوم رفتاری / روانپژوهی بالینی (ویراست یازدهم). جلد سوم. ترجمه فرزین رضاعی (۱۳۹۵). تهران: ارجمند.

شهبازی، محمدرضا (۱۳۹۰). توانبخشی شناختی چیست؟. فصلنامه خبر، پژوهشی، آموزشی و اطلاع و رسانی، ۲۳، ۶۸-۳۸.

صفرازاده، سمیه؛ صباحی، پرویز و محمودی خورنده، زینب (۱۳۹۵). مقایسه عملکرد توجه در سوء مصرف کنندگان هروئین و افراد بهنگار. مجله علوم پزشکی رازی، ۲۲(۱۲۸)، ۹۸-۸۸.

۲۸۲

282

۱۳۹۵، Vol. ۱۴، No. ۵۶، Summer ۲۰۲۰
مجله علوم پزشکی رازی

عیوضی، سیما؛ یزدانبخش، کامران و مرادی، آسیه (۱۳۹۷). اثربخشی توانبخشی شناختی رایانه یار بر بهبود کارکرد اجرایی بازداری پاسخ در کودکان مبتلا به اختلال نارسانی توجه/بیش فعالی. *فصلنامه عصب-روانشناسی*، ۴(۳)، ۲۲-۹.

قدیری، فاطمه؛ جزایری، علیرضا؛ عشايري، حسن و قاضی طباطبایی، محمود (۱۳۸۵). بررسی ارتباط متقابل بین تفاوچ کارکردهای اجرایی و نشانه‌های وسواسی اجباری در افراد مبتلا به اختلال اسکیزوفرزنيا و وسواسی اجباری جهت پيشنهاد راهکارهای درمانی مبتنی بر توانبخشی شناختی. رساله‌ی دکتری تخصصی روانشناسی باليني. چاپ نشده، دانشگاه علوم بهزيستی و توانبخشی.

قمري گويي، حسين؛ نريمانی، محمدو محمودي، هيوا (۱۳۹۰). اثربخشی نرمافزار پيشبرد شناختي بر کارکردهای اجرایی، بازداری پاسخ و حافظه کاري کودکان دچار نارسانحوانی و نقص توجه/بیش فعالی. *مجله‌ی ناتوانی‌های يادگيري*، ۱(۲)، ۱۱۵-۹۸.

کرمی، جهانگير و جشن پور، محمد (۱۳۹۶). مقایسه سبک‌های دلیستگی، سبک‌های عاطفی و منبع کنترل در افراد وابسته به مواد و افراد بهنجار. *فصلنامه سلامت اجتماعی و اعتیاد*، ۱۵(۴)، ۱۲۱-۱۱۵.

.۱۰۵

لطفي، صلاح الدين. (۱۳۹۱). اثربخشی تمرین رایانه‌ای شناختی بر عملکرد حافظه فعال ديداري فضائي دانش آموزان با مشكلات خواندن. پيانانame کارشناسی ارشد. چاپ نشده، دانشگاه تهران.

ماردپور، علیرضا. (۱۳۹۶). اعتیاد و عملکردهای شناختی. *فصلنامه سلامت اجتماعی و اعتیاد*، ۱۵(۴)، ۹۲-۶۳.

References

- Al-Zahrani, M. A & Elsayed, Y. A. (2009). The impacts of substance abuse and dependence on neuropsychological functions in a sample of patients from Saudi Arabia. *Behavioral and Brain Functions*, 5(1), 1-11.
- Bergo, E., Lombardi, G., Pambuku, A., Della Puppa, A., Bellu, L., D'Avella, D., & Zagonel, V. (2016). Cognitive rehabilitation in patients with gliomas and other brain tumors: state of the art. *BioMed research international*, 2016, 3041824, <https://doi.org/10.1155/2016/3041824>
- Bogdanova, Y., Yee, M. K., Ho, V. T., & Cicerone, K. D. (2016). Computerized cognitive rehabilitation of attention and executive. Function in acquired brain injury: A systematic review. *The Journal of head trauma rehabilitation*, 31(6), 419-433.
- Cadet, J. L & Bisagno, V. (2016). Neuropsychological consequences of chronic drug use: relevance to treatment approaches. *Frontiers in psychiatry*, 6(189), 1-10.

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author.
- Ekhtiari, H., & Behzadi, A. (2007). Which one has negative effect on us? Investigating the risky decision making strategies by AIWA gambling test. *Journal of Cognitive Science*, 6(3-4), 17-25.
- Faria, A. L., Andrade, A., Soares, L., & Badia, S. B. (2016). Benefits of virtual reality based cognitive rehabilitation through simulated activities of daily living: a randomized controlled trial with stroke patients. *Journal of NeuroEngineering and Rehabilitation*, 13(95), 2-12.
- Fezipour, H., Sepehrianazar, F., Issazadegan, Ali., Ashayeri, H. (2019). The Effectiveness of Cognitive Rehabilitation on Cognitive Flexibility, Response Inhibition, and Selective Attention in Patients with Multiple Sclerosis: A Quasi-Experimental Study. *The Journal of Urmia University of Medical Sciences*, 30(1), 49-62.
- Fishbein, D. H., Todd, A. C., Ricketts, E. P., & Semba, R. D. (2008). Relationship between lead exposure, cognitive function, and drug addiction: pilot study and research agenda *Environmental Research*, 108(3), 315-319.
- Gullo, M. J., Dawe S. (2008). Impulsivity and adolescent substance use: rashly dismissed as "all-bad"? *Neuroscience and Bio Behavioral Review*, 32(8), 1507-1518.
- Gullo, M. J., Loxton, N. J., & Dawe, S. (2014). Impulsivity: Four ways five factors are not basic to addiction. *Addictive Behaviors*, 39, 1547–1556.
- Hagen, E., Erga, A. H., Hagen, K. P., Nesvåg, S. M., McKay, J. R., Lundervold, A. J & Walderhaug, E (2016). Assessment of executive function in patients with substance use disorder: A comparison of inventory-and performance-based assessment. *Journal of substance abuse treatment*, 66, 1-8.
- Hayes, Inc. (2015). Medical Technology Directory. Cognitive-Behavioral Therapy for the Treatment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) in Adults. *Lansdale, PA*, 6(1), 98-107.
- Jentsch, J. D., & Pennington, Z. T. (2014). Reward, interrupted: inhibitory control and its relevance to addictions. *Neuro Pharmacology*, 76(1), 479–486.
- Lee, W. H., & Lee, W. K. (2017). Cognitive rehabilitation for patients with schizophrenia in Korea. *Asian Journal of Psychiatry*, 25, 109–117.

- Leeman, R. F., Beseler, C. L., Helms, C. M., Patock-Peckham, J. A., Wakeling, V. A., & Kahler, C. W. (2014a). A brief, critical review of research on impaired control over alcohol use and suggestions for future studies. *Alcohol and Clinical, Experiment Research*, 38(2), 301–308.
- Leeman, R. F., Hoff, R. A., Krishnan-Sarin, S., Patock-Peckham, J. A., & Potenza, M. N. (2014b). Impulsivity, sensation seeking, and part-time job status in relation to substance use and gambling in adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 54(4), 460–466.
- Lendinez, C., Pelegrina, S., Lechuga, M. T. (2015). Age differences in memory updating: the role of interference, focus switching and stituting information. *Acta Psychologica*, 157(1), 106-113.
- Lester, B. M., Lin, H., DeGarmo, D. S., Fisher, P. A., LaGasse, L. L., Levine, T. P., ..., & Higgins, R. D. (2012). Neurobehavioral disinhibition predicts initiation of substance use in children with prenatal cocaine exposure. *Drug and Alcohol Dependence*, 126(2), 80–86.
- National Institute on drug abuse. (2016). *Understanding drug use and addiction*. <https://www.drugabuse.gov/>
- O'Connel, R. G., Bellgrove, M. A., & Robertson, I. H. (2007). *Avenues for the neuro-remediation of ADHD: Lessons from Clinical Neurosciences*. In M. Fitzgerald, M. Bellgrove, M., Gill. (eds.), *Handbook of Attention Deficity Hyperactivity Disorder* (pp. 441-463). West Sussex: John Wiley & Sons Ltd.
- Passetti, F., Clark, L., Mehta, M. A., Joyce, E., King, M. (2008). Neuropsychological predictors of clinical outcome in opiate addiction. *Drug and Alcohol Dependence*, 94(1), 82-91.
- Paulus, M. P., Hozack, N. E., Zauscher, B. E., Frank, L., Brown, G. G., Braff, D.L & Schuckit, M. (2002). Behavioral and functional neuroimaging evidence for prefrontal dysfunction in methamphetamine-dependent subjects. *Neuropsycho pharmacolog*, 26(1), 53-63.
- Romer Thomsen, K., Osterland, T. B., Hesse, M., Feldstein Ewing, S. W. (2018). The intersection between response inhibition and substance use among adolescents. *Addictive Behaviors*, 78, 228-240.
- Ryan, K. K., MacKillop, J., Carpenter, M. J. (2013). The relationship between impulsivity, risk-taking propensity and nicotine dependence among older adolescent smokers. *Addictive Behavior*, 38(1), 1431–1434.
- Sandford, J. A. & Browne, R. J. (1988). *Captain's Log Cognitive System*. Richmond, VA: Brain Train.

- Sandford, J.A. (2003). *Cognitive Training and Computers: An Innovative Approach*. In: Fine, A.H. and Kotkin, R.A., Eds., *Therapist's Guide to Learning and Attention Disorders*, Academic Press, London, 421-441.
- Sandford, J. A. (2007). *Captain's Log Computerized Cognitive Training System*. Richmond, VA: Brain Train.
- Sharifi, A., Yazdanbakhsh, Kamran., & Momeni, Khodamorad. (2019). The Effectiveness of Computer-Base Cognitive Rehabilitation in Executive Functions in Patients with Multiple Sclerosis. *Journal of Kermanshah University of Medical Sciences*, 23(1), 1-6.
- Smith, J. L., Mattick, R. P., Jamadar, S. D., & Iredale, J. M. (2014). Deficits in behavioral inhibition in substance abuse and addiction: a meta-analysis. *Drug Alcohol Depend*, 145, 1-33.
- Squeglia, L. M., Ball, T. M., Jacobus, J., Brumback, T., McKenna, B. S., Nguyen-Louie, T., ..., & Tapert, S. F. (2017). Neural Predictors of Initiating Alcohol Use during Adolescence. *American Journal of Psychiatry*, 174(2), 172-185.
- Wodka, E. L., Mahone, M. E., Blankner, J. G., Larson, J. C., Fotedar, S., Denckla, M. B., & Mostofsky, S. H. (2007). "Evidence that response inhibition is a primary deficit in ADHD". *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 29(4), 345- 356.
- Yan, W. S., Li, Y. H., Xiao, L., Zhu, N., Bechara, A., & Sui, N. (2014). Working memory and affective decision-making in addiction: a neurocognitive comparison between heroin addicts, pathological gamblers and healthy controls. *Drug and Alcohol Dependence*, 134(3), 194-200.