

# نقش اختلالات شناختی در پیش‌بینی جستجوی درمان در افراد دچار اختلال سوء مصرف مواد

محمدعلی صادقی پور میبدی<sup>۱</sup>، محمد زارع نیستانک<sup>۱\*</sup>، الهام فروزنده<sup>۱</sup>، سید مصطفی بنی‌طبا<sup>۲</sup>

(۱) گروه روانشناسی، واحد نایین، دانشگاه آزاد اسلامی، نایین، ایران

(۲) گروه علوم پایه، واحد نایین، دانشگاه آزاد اسلامی، نایین، ایران

## چکیده:

هدف از این پژوهش تعیین نقش اختلالات شناختی در پیش‌بینی جستجوی درمان در افراد دچار اختلال سوء مصرف مواد به روش تدخین بود.

روش پژوهش، توصیفی تحلیلی و از نوع مقطعی و جامعه آماری این پژوهش افراد دچار اختلال سوء مصرف مواد (اپیویدی) شهرستان میبد بود. شرکت‌کنندگان پژوهش شامل دو گروه افراد دچار اختلال سوء مصرف مواد غیر درمان‌خواه (۴۰ نفر) و گروه جستجوی درمان (۴۰ نفر) که با توجه به شرایط خاص این افراد به صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. ابزار گردآوری داده‌ها در این پژوهش، آزمون جور کردن کارتهای ویسکانسین بود و تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از روش تحلیل رگرسیون لجستیک به کمک نرم‌افزار SPSS ورژن ۲۱ انجام گرفت.

یافته‌ها نشان داد مولفه خطای درجاماندگی و پاسخهای نادرست اثر معناداری برای مدل دارد و سایر مولفه‌ها اثر معنادار نداشتند. افراد دارای اختلال سوء مصرف غیر درمان‌خواه دارای نمره بالاتری در خطای درجاماندگی بودند که این تفاوت به لحاظ آماری معنادار بود و افراد دارای اختلال سوء مصرف درمان‌خواه دارای نمره بالاتری در تعداد خطاها بودند که این تفاوت نیز به لحاظ آماری معنادار بود.

نتایج پژوهش نشان داد که نقایص شناختی قادر به پیش‌بینی وضعیت افراد دارای اختلال سوء مصرف مواد به روش تدخین در درمان‌خواه بودن و غیر درمان‌خواه بودن می‌باشد. بنابراین می‌توان نتیجه‌گیری کرد که اختلالات متفاوت شناختی در بین دو گروه درمان‌خواه و غیر درمان‌خواه وجود دارد که باید مورد توجه درمانگران قرار گیرد.

**واژگان کلیدی:** اختلالات شناختی، سوء مصرف مواد به روش تدخین، مصرف‌کنندگان درمان‌خواه، مصرف‌کنندگان غیر درمان‌خواه

\* نویسنده مسئول:

محمد زارع نیستانک، گروه روانشناسی، واحد نایین، دانشگاه آزاد اسلامی، نایین، ایران، کد پستی: ۸۳۹۱۸۴۴۱۷۱، پست الکترونیک: [Zarehneyestanak@yahoo.com](mailto:Zarehneyestanak@yahoo.com)

## مقدمه:

اعتیاد یا اختلال سو مصرف مواد ازجمله اختلالاتی است که با کاهش کیفیت زندگی، افزایش مرگ و میر، تقلیل در ارزش‌های اجتماعی و اخلاقی و افزایش رفتارهای مجرمانه یکی از مهم‌ترین موضوعات در حوزه سلامت می‌باشد [۲،۱]. اختلالات روانی همبود با اعتیاد نیز تأثیرات مخربی بر سلامت جسمانی، روان‌شناختی و اجتماعی به همراه دارد [۳،۴].

یکی از مواد اعتیادآور ماده مخدر اپیوم<sup>۱</sup> است که از شیر دانه گیاه خشخاش<sup>۲</sup> به دست می‌آید [۵]. مورفین و کدئین عناصر اصلی و تشکیل‌دهنده ماده مخدر اپیوم می‌باشند که مسئول اثرات تخفیف دهنده درد و اعتیادآوری مواد مخدر می‌باشند. البته این مواد دارای مقادیری ناخالصی مانند آرسنیک هستند که عامل اثرات سمی ناخواسته این مخدرها مانند سرطان دهان و پلی‌نوروپاتی هستند [۶]. در مصرف تدخینی و تنفسی ماده مخدر، بخار مورفین به سرعت از طریق ریه به جریان خون راه یافته و در عرض چند ثانیه به مغز می‌رسد که سرعت آن تقریباً برابر سرعت رسیدن مورفین تزریقی به مغز است. ماده مخدر با اثر بر روی مراکز تنفسی باعث کاهش عمق و تعداد تنفس و نیز کاهش رفلکس سرفه می‌شود [۷].

تدخین، عامل اصلی شناخته‌شده در ایجاد بیماری انسدادی مزمن ریه است؛ اما عوامل ژنتیکی، شغلی و آلاینده‌های محیطی نیز در بروز بیماری انسدادی ریه موثر دانسته شده‌اند. از عوارض مصرف طولانی‌مدت ماده مخدر تدخینی بروز COPD و گاهی کورپولمونال<sup>۳</sup> به صورت اختلال عملکرد ریه و نیز تخریب بافتی در برونش‌ها و بافت بینابینی ریه می‌باشد. بنابراین با توجه به مطالبی که ذکر شد اعتیاد و سو مصرف تدخینی یکی از عوامل بروز اختلالات ریوی فرد می‌باشد. لذا با توجه تأثیری که مصرف تدخینی مواد اپیوم در بروز اختلالات ریوی می‌گذارد، درمان به‌موقع و بهنگام سو مصرف مواد می‌تواند نقش مهمی در بهبود اختلالات ریوی این دسته از افراد داشته باشد.

با توجه به نظر محققان ویژگی مهم اما کمتر شناخته شده اختلال سو مصرف مواد، تفاوت بین خصوصیات کسانی که به دنبال درمان هستند در مقایسه با کسانی که در پی درمان نیستند، می‌باشد [۸]. به عنوان مثال در اختلال مصرف الکل فقط ۴/۸٪ از مبتلایان تحت درمان قرار می‌گیرند [۹]. دلایل این امر پیچیده است و از عوامل مختلف اجتماعی و فردی ناشی می‌شود [۹،۱۰]. بدیهی است که این عدم درمان خواهی می‌تواند پیامدهای ناگواری بر روند درمان و سلامت جسمانی و این دسته از بیماران داشته باشد.

طبق مدل باور بهداشتی [۱۱] و مدل‌های استرس و مقابله [۱۲]، عوامل مهم در تصمیم‌گیری برای درمان اعتیاد، عواقب شدیدتر اعتیاد و شدت بیماری است. علاوه بر این، افراد دارای اعتیاد که به سیستم قانونی و کیفری مراجعه می‌کنند، اغلب مجبور به درمان هستند. در مقابل این موارد، موانعی برای جستجوی درمان مانند مقاومت در برابر کاهش مصرف مواد و الکل، هزینه، انگ اعتیاد و دسترسی به درمان، وجود دارد [۹،۱۳].

تحقیقات همه‌گیرشناسی که عمدتاً در گروه‌های اجتماعی انجام شده است، عوامل مرتبط با رفتار درمان‌خواهی را در افراد دچار اعتیاد شناسایی کرده است که شامل سن بالاتر، جنسیت مرد، نژاد غیر سفید و همچنین وضعیت بیکار یا مجرد بوده است [۱۴]. نتایج پژوهش‌ها در رابطه بین پیامدهای اجتماعی و تمایل به درمان متفاوت است، با مطالعاتی که تأثیر مثبت، منفی یا هیچ تأثیری بر ورود به درمان را نشان دادند [۱۲، ۱۴، ۱۵]. اختلال در حافظه و عملکرد نیز با کاهش انگیزه برای درمان در افراد دارای اختلال سو مصرف همراه است [۱۶]. برخی از محققان به نقش اضطراب در غیر درمان‌خواهی افراد دارای اختلال سو مصرف مواد توجه دارند [۱۷]، برخی از محققان به نقش اختلالات همبود نیز در گرایش افراد دارای اختلال سو مصرف به سمت درمان اشاره کردند [۱۸].

نتایج پژوهش‌ها نشان از میزان بالای همبودی اختلال مصرف مواد و اختلالات اضطرابی شامل اختلال اضطرابی منتشر، اختلال پانیک<sup>۴</sup> و اختلال استرس پس از حادثه دارد [۱۹، ۲۰]. اختلال مصرف مواد همچنان با شیوع

<sup>۱</sup> Opium<sup>۲</sup> Papaver Somniferum<sup>۳</sup> Cor pulmonale<sup>۴</sup> Panic

بالایی همبودی با افسردگی و اختلالات دو قطبی [۲۰-۲۲]، بیش‌فعالی و نقص توجه [۲۳]، بیماری‌های سایکوتیک<sup>۱</sup> [۲۴، ۲۵]، اختلال شخصیت مرزی و اختلال شخصیت ضد اجتماعی دارد [۲۵، ۲۶]. بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی میزان بسیار بالاتری از مصرف الکل، سیگار و اختلال مصرف دارو و مواد نسبت به جمعیت عادی دارند [۲۷]. همپوشانی اصلی در واقع در بیماری‌های شدید روانی مثل افسردگی شدید، اسکیزوفرنی<sup>۲</sup>، اختلالات دو قطبی و بیماری‌هایی که اختلالات کارکردی شدید دارند می‌باشد. حدود یک نفر از هر چهار نفر این گروه درگیر اختلال مصرف مواد هستند.

یکی دیگر از مواردی که با اختلال سو مصرف مواد همبودی نسبتاً بالایی دارد بحث مشکلات شناختی می‌باشد. اختلال سو مصرف مواد یک تغییر زیربنایی در مدارهای مغزی را (به ویژه در افراد با اختلالات شدید) به وجود می‌آورد که ممکن است بعد از سم‌زدایی هم این تغییرات باقی بمانند [۲۸]. بنابر این مشاهدات بالینی، عقل متعارف و مکانیسم‌های نظری پیشنهاد می‌کنند که استفاده حاد و مزمن از مواد روان‌گردان عملکرد شناختی افراد را مختل می‌کند. در این راستا، کارکردهای اجرایی یکی از موثرترین فرایندهای عملکرد شناختی محسوب می‌گردد که بر نقش آن در اعتیاد به سو مصرف مواد تاکید شده است [۲۹]. کارکردهای اجرایی مجموعه‌ای از توانایی‌های برتر سازمان‌دهی و یکپارچه‌سازی هستند که در سطح عصبی-آناتومیک با مسیرهای مختلف تعامل عصبی همچون قشر پیش‌پیشانی در ارتباط بوده [۳۰] و شامل پیش‌بینی و ایجاد اهداف، برنامه‌ریزی، خودتنظیمی و نظارت بر اهداف، اجرا و بازخورد موثر برنامه‌ها، حافظه کاری و غیره هستند [۳۱] که برای فعالیت مستقل، هدفمند و سازگاری موفقیت‌آمیز حیاتی‌اند. در این رابطه مطالعات مختلفی نشان داده‌اند که استفاده طولانی‌مدت از مواد مخدر با سطوح بالایی از نقایص عصب روان‌شناختی همراه است [۳۲]. تلاش شده است که در این مقوله این مهم نیز بررسی شود.

در مدل عصبی شناختی کودی و رووکو<sup>۳</sup> در سطح عصبی شناختی، این علائم و صفات تا حدی تحت تاثیر کارکردهای اجرایی قرار می‌گیرند که رفتارهای هدفمند انطباقی را تسهیل می‌کنند و به تصمیم‌گیری موثر کمک می‌کنند [۳۳]. هنگامی که این عملکردهای شناختی مختل می‌شود احتمال شروع مصرف مواد افزایش می‌یابد و در نتیجه استفاده از مواد می‌تواند اثرات مخربی بر روی شناخت داشته باشد. این مدل عصبی شناختی تلاش می‌کند تا این یافته‌ها را با استفاده از یک مرجع عصبی شناختی تلفیق کند [۳۳]. پژوهش حاضر نیز با الهام از مدل عصبی-شناختی کودی و رووکو، نقص در کارکردهای شناختی و همچنین اختلالات روانی همچون اختلالات شخصیت را به لحاظ روان‌شناختی همبود با اختلال مصرف مواد در معتادان در نظر گرفته و همچنین فرض را بر این قرار داده که این نقایص در گروه معتادان درمان‌خواه بالاتر نسبت به گروه غیر درمان‌خواه می‌باشند. به طوری که همبودی اختلالات شناختی قادر به پیش‌بینی جستجوی درمان در بین افراد مبتلا به اختلال سو مصرف مواد بود. از آن جا که در این مورد پژوهش کمی انجام شده است، بر آن شدیم به این موضوع پردازیم و هدف از این پژوهش تعیین نقش اختلالات شناختی در پیش‌بینی جستجوی درمان در افراد دچار اختلال سو مصرف مواد بود.

### مواد و روش‌ها:

پژوهش حاضر به لحاظ روش‌شناسی توصیفی-تحلیلی و از نوع مقطعی می‌باشد. این روش به صورت علی-مقایسه‌ای برای مقایسه همبودی نقایص شناختی در دو گروه (معتادان در جستجوی درمان و گروه غیر درمان‌خواه) استفاده شد. جامعه آماری پژوهش افراد معتاد به مواد مخدر اپیویدی به روش تدخینی و تنفسی شهرستان میبد بودند. این افراد بر اساس معیارهای ورود به پژوهش از جمله تشخیص نقایص شناختی بر اساس مصاحبه بالینی، داشتن تحصیلات حداقل سیکل و بالاتر و مصرف مواد مخدر اپیویدی تدخینی و تنفسی انتخاب شدند. نمونه‌های گروه غیر درمان‌خواه شامل ۴۰ نفر از افرادی بودند که معیارهای ورود به پژوهش را دارا بودند

<sup>1</sup> Psychotic<sup>2</sup> Schizophrenia<sup>3</sup> Koudys & Ruocco

نادری پایایی این آزمون را در جمعیت ایران با روش بازآمایی ۰/۸۵ ذکر کرده است [۳۷].

روش تجزیه و تحلیل اطلاعات: داده‌های اولیه و یافته‌های حاصل از نتایج حاصل از مصاحبه با استفاده از روش‌های آمار توصیفی همچون میانگین، انحراف معیار، نمودار و سایر روش‌های توصیفی گزارش شد و در بخش استنباطی داده‌ها با استفاده از تحلیل رگرسیون لجستیک توسط نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۱ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

### نتایج:

جهت بررسی نقش عوامل شناختی پیش‌بینی کننده طبقه معتادان درمان‌خواه و غیر درمان‌خواه از رگرسیون لجستیک استفاده شد چون متغیر ملاک دو مقوله‌ای بود (درمان‌خواه و غیر درمان‌خواه). در پژوهش حاضر متغیر پیش‌بین مولفه‌های آزمون ویسکانسین که شامل تعداد طبقات، خطای در جاماندگی، پاسخ‌های درست، پاسخ‌های نادرست، مدت زمان اجرا، تعداد کوشش‌ها برای الگوی اول، پاسخ‌های سطح مفهومی، شکست در حفظ توالی، درصد پاسخ‌ها در سطح مفهومی، پاسخ‌های سطح مفهومی و متغیر ملاک وضعیت معتادان (درمان‌خواه=۰ و غیر درمان‌خواه=۱) هست.

نتایج تحلیل لجستیک نشان داد که بطور کلی مدل مبتنی برمولفه‌های ۱۰ گانه شناختی در مقایسه با مدل منحصر به مقدار ثابت بطور معناداری به پیش‌بینی بهتر طبقه معتادان منجر می‌شود ( $p=0/048$ ،  $X^2=16/30$ ). از این یافته می‌توان نتیجه گرفت که مدل بطورکلی معنادار است.

نتایج آزمون هاسمر-لمشو<sup>۴</sup> نشان می‌دهد که مقدار سطح معناداری بالای ۰/۰۵ است. لذا فرض صفر مبنی بر توزیع قابل قبول داده‌ها توسط مدل تایید شد.

نتایج دو آماره کاکس و نل<sup>۵</sup> و نیگل کرک<sup>۶</sup> که همانند ضریب تعیین در رگرسیون خطی هستند، به ترتیب ۰/۱۸ و ۰/۲۴۶ هست؛ این ضرایب نشان می‌دهند که متغیر مستقل این تحقیق توانسته‌اند بین ۱۸ تا ۲۴/۶ درصد از

که تاکنون برای درمان اعتیاد خود مراجعه‌ای نداشته و هم‌اکنون نیز متقاضی درمان نبوده‌اند؛ بنابراین به دلیل شرایط خاص این افراد به صورت نمونه‌گیری در دسترس به شیوه غیر تصادفی زنجیره‌ای انتخاب شدند. گروه معتادان در جستجوی درمان نیز ۴۰ نفر بودند که برای درمان به مراکز سرپایی مراجعه کرده بودند. به منظور رعایت اصول اخلاقی در ابتدا توضیحاتی برای پژوهش مطرح و رضایت‌نامه‌ای برای اختیاری بودن شرکت برای پژوهش به آزمودنی‌ها و مراکز درمانی ارائه شد.

### ابزار پژوهش:

در این پژوهش از آزمون جور کردن کارت‌های ویسکانسین<sup>۱</sup> (WCST) برای جمع‌آوری اطلاعات استفاده شد. نسخه اولیه آزمون دسته‌بندی کارت‌های ویسکانسین توسط گرانت و برگ<sup>۲</sup> معرفی و ارائه شده است [۳۴]. این آزمون برای سنجش استدلال انتزاعی و توانایی سازگار کردن راهبردهای شناختی فرد با چالش‌های محیطی طراحی شد. بدین علت، عقیده بر این است که WCST گستره پیچیده‌ای از کنش‌های اجرایی را می‌سنجد که شامل برنامه‌ریزی، سازمان‌دهی، استدلال انتزاعی، شکل‌گیری مفهوم، حفظ قوانین شناختی، توانایی تغییر و بازدارد پاسخ‌های تکانه‌ای است. در راهنمای تجدیدنظر شده WCST، هیتون و همکاران مروری جامع بر تغییرات مواد آزمون و شیوه اجرایی که قبلاً استفاده می‌شده عمل آوردند [۳۵]. نسخه‌های قدیمی در تعداد کارت‌های پاسخ (برای مثال دو دسته ۴۸ تایی، دو دسته ۶۰ تایی، یا دو دسته ۶۴ تایی)، نوع طرح‌های مورد استفاده (برای مثال اشکال استاندارد یا اشکال تغییر یافته) و شیوه ارائه محرک (برای مثال آرایش نظام‌مند یا غیر نظام‌مند در ترتیب تصادفی یا استاندارد شده) با هم تفاوت داشتند. لذا میزان روایی این آزمون را برای سنجش نقایص شناختی به دنبال آسیب‌های مغزی بالای ۰/۸۶ ذکر کرده است [۳۱]. پایایی این آزمون نیز بر اساس ضریب توافق ارزیابی‌کنندگان در مطالعه اسپرین و استراوس<sup>۳</sup> معادل ۰/۸۳ گزارش گردیده است [۳۶].



<sup>4</sup> Hosmer-Lemeshow test

<sup>5</sup> Cox and Nell coefficient

<sup>6</sup> Nigel Kirk coefficient

<sup>1</sup> Wisconsin Card Sorting Test (WCST)

<sup>2</sup> Grant & Berg

<sup>3</sup> Spreen & Strauss

جدول ۱ - طبقه‌بندی بیانگر درصد پیش‌بینی درست طبقات معتادان درمان‌خواه و غیر درمان‌خواه

| وضعیت مشاهده شده              | وضعیت پیش‌بینی شده (نمره برش ۵۰۰/۰) |                | درصد پیش‌بینی درست |
|-------------------------------|-------------------------------------|----------------|--------------------|
|                               | درمان‌خواه                          | غیر درمان‌خواه |                    |
| درمان‌خواه                    | ۲۵                                  | ۱۵             | ۶۲/۵               |
| غیر درمان‌خواه                | ۱۱                                  | ۲۹             | ۷۲/۵               |
| درصد پیش‌بینی درست به طور کلی |                                     |                | ۶۷/۵               |

تغییرات را در طبقه معتادان درمان‌خواه و غیر درمان‌خواه تبیین کنند.

جدول ۱ که طبقه‌بندی نام دارد به ما کمک می‌کند تا از طریق ترسیم توافقی پاسخ‌ها در طبقات مشاهده شده و مورد انتظار عملکرد مدل و قدرت تفکیک افراد در طبقات متغیر وابسته را ارزیابی کنیم.

با توجه به نتایج جدول ۲، مدل چهار مرحله رگرسیون لجستیک می‌تواند وضعیت طبقه معتادان (درمان‌خواه / غیر درمان‌خواه) را در ۶۷ درصد موارد به درستی پیش‌بینی کند. نتایج این جدول علاوه بر ارائه خلاصه‌ای از نقش هر متغیر در مدل، نشان می‌دهند که کدام متغیرها بعد از اجرای رگرسیون لجستیک در مدل معنادار است.

نتایج جدول ۲ نشان داد که از بین این ۱۰ مولفه، تنها دو مولفه خطای درجاماندگی ( $Wald=4/13$ ،  $p=0/042$ ) و پاسخ‌های نادرست ( $Wald=3/69$ ،  $p=0/05$ ) اثر معناداری برای مدل دارد و سایر مولفه‌ها اثر غیر معنادار دارند و برای پیش‌بینی سودمند نیستند. مولفه خطای درجاماندگی اثر معنادار بر متغیر درمان‌خواهی و غیر درمان‌خواه بودن معتادان بوده است. نسبت شانس برای این متغیر ۱/۲۵ به دست آمد که با توجه به مثبت بودن شاخص برآورد ( $B=0/233$ ) با تغییر معتادان در مولفه خطای درجاماندگی نسبت غیر درمان‌خواه به ۱/۲۵ افزایش می‌یابد. یعنی معتادان با خطای درجاماندگی بیشتر با احتمال بیشتری در طبقه غیر درمان‌خواه قرار خواهند گرفت.

مولفه پاسخ‌های نادرست دارای اثر معنادار بر متغیر درمان‌خواهی و غیر درمان‌خواه بودن معتادان بوده است. نسبت شانس برای این متغیر ۱/۲۵ به دست آمده است که با توجه به منفی بودن شاخص برآورد ( $B=-0/204$ ) با تغییر و افزایش معتادان در مولفه پاسخ‌های نادرست،

نسبت غیر درمان‌خواه به ۱/۰۳۶ کاهش می‌یابد. یعنی معتادان با پاسخ‌های نادرست بیشتر با احتمال بیشتری در طبقه درمان‌خواه قرار خواهند گرفت.

### بحث:

هدف از این پژوهش تعیین همبودی نقایص شناختی در معتادان تحت درمان و غیردرمان‌خواه بود. نتایج نشان داد که از بین ۱۱ مولفه تنها دو مولفه خطای درجاماندگی و پاسخ‌های نادرست اثر معناداری برای مدل دارد و سایر مولفه‌ها برای پیش‌بینی سودمند نیستند. مولفه خطای درجاماندگی اثر معنادار بر متغیر درمان‌خواهی و غیر درمان‌خواه بودن معتادان داشته است. به طوری که معتادان با خطای درجاماندگی نیز با احتمال بیشتری در طبقه غیر درمان‌خواه قرار گرفتند.

همان‌طور که یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که یکی از عواملی که می‌تواند منجر به عدم درمان‌خواهی در افراد دارای اختلال سو مصرف گردد خطای شناختی درجاماندگی می‌باشد، این یافته پژوهش حاضر همسو با نتایج پژوهش‌هایی است که نشان می‌دهد اختلال در حافظه و عملکرد نیز با کاهش انگیزه برای درمان در افراد دارای اختلال سو مصرف همراه است [۱۶]. همان‌طور که پیشتر نیز بیان شد، یکی دیگر از مواردی که با اختلال سو مصرف مواد همبودی نسبتاً بالایی دارد، بحث مشکلات شناختی می‌باشد که خطای درجاماندگی یکی از این خطاهای شناختی است اما این که اختلال شناختی منجر به سو مصرف مواد گشته یا این که اختلال سو مصرف مواد با توجه به تغییراتی که در مدارهای عصبی (به ویژه در افراد با اختلالات شدید) به وجود می‌آورد، منجر به خطای شناختی می‌شود جای تامل دارد. اما مشاهدات بالینی، عقل متعارف و مکانیسم‌های نظری پیشنهاد می‌کنند که استفاده حاد و مزمن از مواد روان‌گردان عملکرد شناختی افراد را مختل می‌کند [۲۸].



جدول ۲ - تفسیر نتایج مربوط به معناداری و میزان تاثیر هر متغیر مستقل به متغیر وابسته

| متغیرهای ورودی<br>به مدل       | برآورد<br>(B) | خطای<br>استاندارد<br>(S.E.) | آزمون والد*<br>(احتمال<br>معناداری) | درجه<br>آزادی<br>(df) | سطح<br>معناداری<br>(Sig.) | نسبت شانس<br>[Exp (B)] |
|--------------------------------|---------------|-----------------------------|-------------------------------------|-----------------------|---------------------------|------------------------|
| تعداد طبقات                    | -۰/۷۱۳        | ۰/۵۰۷                       | ۱/۹۷۷                               | ۱                     | ۰/۱۶۰                     | ۰/۴۹۰                  |
| خطای<br>درجاماندگی             | ۰/۲۲۳         | ۰/۱۱۰                       | ۴/۱۲۸                               | ۱                     | ۰/۰۴۲                     | ۱/۲۵۰                  |
| پاسخ‌های درست                  | ۰/۰۳۵         | ۰/۱۰۳                       | ۰/۱۱۵                               | ۱                     | ۰/۷۳۵                     | ۱/۰۳۶                  |
| پاسخ‌های<br>نادرست             | -۰/۲۰۴        | ۰/۱۰۶                       | ۳/۶۹۳                               | ۱                     | ۰/۰۵۰                     | ۰/۸۱۵                  |
| مدت زمان اجرا                  | -۰/۰۰۳        | ۰/۰۰۲                       | ۱/۲۰۰                               | ۱                     | ۰/۲۷۳                     | ۰/۹۹۷                  |
| تعداد کوشش‌ها<br>برای گروه اول | -۰/۰۰۹        | ۰/۰۲۵                       | ۰/۱۴۱                               | ۱                     | ۰/۷۰۸                     | ۰/۹۹۱                  |
| پاسخ‌های سطح<br>مفهومی         | ۹/۶۸۱         | ۱۳/۳۴۸                      | ۰/۵۲۶                               | ۱                     | ۰/۴۶۸                     | ۱۶۰۱۵/۰۶۵              |
| شکست در حفظ<br>توالی           | -۰/۰۷۷        | ۰/۵۴۵                       | ۰/۰۲۰                               | ۱                     | ۰/۸۸۷                     | ۰/۹۲۶                  |
| درصد پاسخ‌ها در<br>سطح مفهومی  | -<br>۲۱/۴۷۲   | ۴۰۱۹۳/۰۶۸                   | ۰/۰۰۰                               | ۱                     | ۱/۰۰۰                     | ۰/۰۰۰                  |
| پاسخ‌های سطح<br>مفهومی         | -۰/۵۶۸        | ۰/۷۹۹                       | ۰/۵۰۶                               | ۱                     | ۰/۴۷۷                     | ۰/۵۶۷                  |
| مقدار ثابت                     | ۲۶/۱۱۵        | ۴۰۱۹۳/۰۶۹                   | ۰/۰۰۰                               | ۱                     | ۰/۹۹۹                     | ۲۱۹۵۱۱۹۰۳۸۶۶/۶۲۶       |

\* Wald test

گردد و شانس قرار گرفتن وی را در گروهی که به دنبال درمان نیستند را افزایش دهد. یافته‌های پژوهش همچنین نشان داد که مولفه پاسخ‌های نادرست دارای اثر معنادار بر متغیر درمان‌خواهی و غیر درمان‌خواه بودن معنادار بوده است و معنادان با پاسخ‌های نادرست با احتمال بیشتری در طبقه درمان‌خواه قرار گرفتند. همان‌طور که پژوهش حاضر نشان داد معنادان درمان‌خواه نیز در شاخص‌های اختلال شناختی در مواردی بالاتر از گروه غیر درمان‌خواه هستند به طوری که افراد با پاسخ‌های نادرست با احتمال بیشتری در طبقه درمان‌خواه قرار گرفتند. این نتایج با یافته‌های برخی از محققان که به نقش اختلالات همبود روانی و شناختی در افراد دارای اختلال سو مصرف غیر درمان‌خواه اشاره کردند همسو می‌باشد [۱۸، ۱۹].

با توجه به این‌که نقش‌های شناختی که از طریق آزمون وپسکانسین مورد ارزیابی قرار می‌گیرد نشان دهنده ضعف

در این راستا، کارکردهای اجرایی یکی از موثرترین فرایندهای عملکرد شناختی محسوب می‌گردد که بر نقش آن در سو مصرف مواد تاکید شده است [۲۹].

خطای درجاماندگی در حالت کلی، تکرار یک پاسخ پیش‌آموخته در برابر محرک جدید می‌باشد. خطای درجاماندگی سازوکار اصلی نقص در کارکردهای اجرایی است. کارکردهای اجرایی مجموعه‌ای از توانایی‌های سازمان‌دهی و یکپارچه‌سازی هستند (۳۰) و شامل پیش‌بینی و ایجاد اهداف، برنامه‌ریزی، خودتنظیمی و نظارت بر اهداف، اجرا و بازخورد موثر برنامه‌ها، حافظه کاری و غیره می‌باشند (۳۱) که برای فعالیت مستقل، هدفمند و سازگاری موفقیت‌آمیز حیاتی‌اند. بنابراین در تبیین این یافته می‌توان گفت خطای درجاماندگی از جمله نقص‌های شناختی است که می‌تواند منجر به کاهش تمایل فرد به درمان اختلال سوء مصرف مواد





گسترده‌تر که نماینده واقعی‌تر برای جامعه افراد دارای اختلال سو مصرف مواد هستند، اجرا کنند تا نتایج قابلیت تعمیم بیشتری داشته باشد.

### نتیجه‌گیری:

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که نقایص شناختی قادر به پیش‌بینی وضعیت افراد دارای اختلال سو مصرف مواد اپیویدی به روش تدخینی و تنفسی، در درمان‌خواه بودن و غیر درمان‌خواه بودن است. نتایج نشان داد که افراد دارای اختلال سو مصرف غیر درمان‌خواه دارای نمره بالاتری در خطای درج‌اماندگی هستند که این تفاوت به لحاظ آماری معنادار می‌باشد. اما گروه افراد دارای اختلال سو مصرف درمان‌خواه دارای نمره بالاتری در تعداد خطاها هستند که این تفاوت نیز به لحاظ آماری معنادار می‌باشد. بنابراین می‌توان نتیجه‌گیری کرد که اختلالات متفاوت شناختی در بین دو گروه درمان‌خواه و غیر درمان‌خواه وجود دارد که باید مورد توجه درمانگران قرار گیرد. یافته‌های این پژوهش می‌تواند راه‌گشایی برای پژوهش‌های آتی در ارتباط با اختلالات همبود سو مصرف مواد باشد و به محققان حوزه شناختی و عصب‌شناختی مسیرهای جدید پژوهشی را ایجاد کند.

### تشکر و قدردانی:

پژوهش حاضر استخراج شده از پایان‌نامه دکترای در دانشگاه آزاد واحد نائین می‌باشد. از کلیه افرادی که در اجرای هر چه بهتر پژوهش، همکاری نمودند تقدیر و تشکر می‌شود. در اجرای این پژوهش، هیچ حمایت مالی توسط سازمانی صورت نگرفته و هزینه‌ها توسط نویسندگان تامین شده است.

### منابع:

- 1) Hollinghurst S, Peters T, Kaur S, Wiles N, Lewis G, Kessler D. Cost-effectiveness of therapist delivered online cognitive behavioral therapy for depression. The British Journal of Psychiatry. 2010;197(4):297-304.
- 2) Morton J, Snowden S, Gopold M, Guymer, E. Acceptance and commitment therapy group treatment for symptoms of borderline personality disorder. A public sector pilot study. Cognitive and Behavioral Practice. 2012;19(4):527-544.

کارکردهای اجرایی است که از موثرترین فرایندهای شناختی محسوب می‌گردد [۲۹] بنابراین می‌توان گفت وجود خطاهای شناختی همبود با سو مصرف مواد می‌تواند خود را در کارکردهای اجرایی نشان دهند. به طوری که در مدل عصبی-شناختی خود نشان دادند که در سطح عصبی شناختی، این علائم روان‌شناختی سو مصرف تا حدی تحت تاثیر کارکردهای اجرایی قرار می‌گیرند و رفتارهای هدفمند انطباقی را تسهیل نموده و به تصمیم‌گیری موثر کمک می‌کنند [۳۳]. هنگامی که این عملکردهای شناختی مختل می‌شوند، احتمال شروع مصرف مواد افزایش می‌یابد و در نتیجه استفاده از مواد می‌تواند اثرات مخربی بر روی شناخت داشته باشد. مدل عصبی شناختی کودیس و رووکو تلاش می‌کند تا این یافته‌ها را با استفاده از یک مرجع عصبی شناختی تلفیق کند. پژوهش حاضر نیز بر طبق مدل کودیس و رووکو نقص در کارکردهای شناختی را به صورت همبود با اختلال مصرف مواد در معتادان می‌داند [۳۰]. پژوهش حاضر نشان داد که نقص شناختی مانند تعداد خطاها در گروه معتادان درمان‌خواه نسبت به گروه غیر درمان‌خواه بالاتر می‌باشند. به طوری که همبودی اختلالات شناختی که کارکردهای اجرایی چون رفتارهای هدفمند و تصمیم‌گیری را مختل می‌کند، قادر به پیش‌بینی جستجوی درمان در بین افراد مبتلا به اختلال سو مصرف مواد می‌باشد. در راستا و همسو با نتایج این بخش، برخی از محققان به نقش اختلالات همبود با سو مصرف مواد نیز در گرایش افراد دارای اختلال سو مصرف به سمت درمان اشاره کردند [۱۸].

### محدودیت‌های پژوهش:

پژوهش حاضر به صورت علی-مقایسه‌ای صورت پذیرفته و لذا از کنترل برخی از متغیرهای مزاحم ناتوان بود. لذا پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آینده با استفاده از روش‌های آزمایشی یا تجربی به کنترل متغیرهای مداخله کننده بپردازند.

پژوهش حاضر با توجه به دسترسی محدود به افراد دارای اختلال سو مصرف مواد روی نمونه کوچک انجام گرفت، بنابراین تعمیم نتایج این پژوهش باید با احتیاط صورت گیرد. جهت رفع این محدودیت پیشنهاد می‌گردد پژوهشگران آینده این پژوهش را روی نمونه‌های



- 11) Bardsley PE, Beckman LJ. The health belief model and entry into alcoholism treatment. *International Journal of the Addictions*. 1988;23(1):19–28.
- 12) Finney JW, Moos RH. Entering treatment for alcohol abuse, a stress and coping model. *Addiction*. 1995;90:1223–1240.
- 13) Andréasson S, Finn SW, Bakshi AS. Barriers to treatment for alcohol dependence: a qualitative study. *Addiction Science & Clinical Practice*. 2013 8(Suppl 1):A5.
- 14) Weisner C. Toward an alcohol treatment entry model: a comparison of problem drinkers in the general population and in treatment. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*. 1993;17:746–752.
- 15) Weisner C, Matzger H. A prospective study of the factors influencing entry to alcohol and drug treatment. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*. 2002;29:126–137.
- 16) Le Berre A-P, Vabret F, Cauvin C, et al. Cognitive barriers to readiness to change in alcohol-dependent patients. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*. 2012;36:1542–1549.
- 17) Karlsgodt KH, Lukas SE, Elman I. Psychosocial stress and the duration of cocaine use in non-treatment seeking individuals with cocaine dependence. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*. 2003;29(3):539–551.
- 18) Higgins C, Smith BH, Matthews K. Comparison of psychiatric comorbidity in treatment seeking opioid dependent patients with versus without chronic pain. *Addiction*. 2019;36(3):112–113.
- 19) Magidson JF, Liu S-M, Lejuez CW, Blanco C. Comparison of the course of substance use disorders among individuals with and without generalized anxiety disorder in a nationally representative sample.
- 3) Astals M, Díaz L, Domingo A, Santos A, Bulbena A, Torrens M. Impact of co-occurring psychiatric disorders on retention in a methadone maintenance program. *Journal Environmental Research and Public Health*. 2009;6(11):2822–2832.
- 4) Roberts RE, Roberts CR, Oxine Y. Comorbidity of substance use disorder and other psychiatric disorder among adolescents, evidence from an epidemiologic survey. *Drug and Alcohol Dependence*. 2007;88(1):4–13.
- 5) Kalant H. Opium revisited: a brief review of its nature, composition, non-medical use and relative risks. *Addiction*. 1997;92(3):267–77.
- 6) Wijesekera AR, Henry KD, Ranasinghe P. The detection and estimation of Arsenic in opium and strychnine in opium. *Forensic Science International*. 1988;36:193–209.
- 7) Charles P, Brien O. Goodman and Gilman's the pharmacological basis of therapeutics. 10th ed. New York: McGraw-Hill; 2001. P. 631–634.
- 8) Rohn MCH, Lee MR, Kleuter SB, Schwandt ML, Falk DE, Leggio L. Differences between treatment-seeking and nontreatment-seeking alcohol-dependent research participants: an exploratory analysis. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*. 2017;41(2):414–420.
- 9) American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5). American Psychiatric Association Publishing. 2013.
- 10) Xu J, Rapp RC, Wang J, Carlson RG. The multidimensional structure of external barriers to substance abuse treatment and its invariance across gender, ethnicity and age. *Substance Abuse*. 2008;29(1):43–54.





- Archives of General Psychiatry. 2007;64(5):566-576.
- 27) Lubman DI, King JA, Castle DJ. Treating comorbid substance use disorders in schizophrenia. International review of psychiatry (Abingdon, England). 2010;22(2):191-201.
  - 28) American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5), 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Association. 2013.
  - 29) Lyvers G, Leggio L, Abenavoli L, Gasbarrini G. Neurobiochemical and clinical aspects of craving in alcohol addiction: a review. Addictive Behaviors. 2005;30(2):1209-1224.
  - 30) Roberts AC, Robbins TW, Weiskrantz L. The prefrontal cortex: executive and cognitive functions. 1<sup>st</sup> ed. Oxford: Oxford University Press. 1998.
  - 31) Lezak MD, Howieson DB, Loring DW. Neuropsychological assessment. 4th ed. New York: Oxford University Press. 2004.
  - 32) Grant BF, Saha TD, Ruan WJ, et al. Epidemiology of DSM-5 drug use disorder: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions-III. JAMA Psychiatry. 2016;73(1):39e47.
  - 33) Koudys JW, Ruocco AC. A neurocognitive model of the comorbidity of substance use and personality disorders. In: Verdejo-Garcia A, editor. Cognition and addiction: a researcher's guide from mechanisms towards interventions. Elsevier Science. 2020. p. 79-89.
  - 34) Strauss E, Sherman, EMS, Spreen O. A compendium of neuropsychological tests: administration, norms and commentary. 3<sup>rd</sup> ed. New York: Oxford University Press. 2006.
  - 35) Heaton RK, Chelune GJ, Talley JL, Kay GG, Curtiss G. Wisconsin card
  - Journal of Psychiatric Research. 2012;46(5):659-666.
  - 20) Torrens M, Gilchrist G, Domingo-Salvany A. Psychiatric comorbidity in illicit drug users: substance-induced versus independent disorders. Drug Alcohol Depend. 2011;113(2-3):147-156.
  - 21) Conway KP, Compton W, Stinson FS, Grant BF. Life time comorbidity of DSM-IV mood and anxiety disorders and specific drug use disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. Journal of Clin Psychiatry. 2006;67(2):247-257.
  - 22) Pettinati HM, O'Brien CP, Dundon WD. Current status of co-occurring mood and substance use disorders: a new therapeutic Target. American Journal of Psychiatry. 2013;170(1):23-30.
  - 23) De Alwis D, Lynskey MT, Reiersen AM, Agrawal A. Attention deficit/hyperactivity disorder subtypes and substance use and use disorders in NESARC. Addictive Behaviors. 2014;39(8):1278-1285.
  - 24) Hartz SM, Pato CN, Medeiros H, et al. Comorbidity of severe psychotic disorders with measures of substance use. JAMA Psychiatry. 2014;71(3):248-254.
  - 25) Flórez-Salamanca L, Secades-Villa R, Budney AJ, García-Rodríguez O, Wang S, Blanco C. Probability and predictors of cannabis use disorders relapse: results of the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC). Drug and Alcohol Dependence. 2013;132(0):127-133.
  - 26) Compton WM, Thomas YF, Stinson FS, Grant BF. Prevalence, correlates, disability and comorbidity of DSM-IV drug abuse and dependence in the United States: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions.



- sorting test manual: revised and expanded. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources Inc; 1993.
- 36) Spreen O, Strauss E. A Compendium of neuropsychological tests: administration, norms, a commentary. New York: Oxford University Press. 1991.
- 37) Naderi, N. Evaluation of information processing and some neuropsychological functions of patients with obsessive-compulsive disorder. [dissertation]. Tehran: Tehran Institute of Psychiatry; 1996. (In Persian)



# The Role of Cognitive Disorders in Predicting Treatment Seeking in People with Substance Use Disorders

Mohamadali Sadeghipour Meybodi<sup>1</sup>, Mohamad Zare Neyestanak<sup>1\*</sup>,  
Elham Foroozandeh<sup>1</sup>, Seyed Mostafa Banitaba<sup>2</sup>

1) Psychology Department, Naein Branch, Islamic Azad University, Naein, Iran

2) Basic Science Department, Naein Branch, Islamic Azad University, Naein, Iran

## Abstract:

The aim of this study was to determine the role of cognitive disorders in predicting treatment seeking (seeking and/or not-seeking treatment) among people with inhalatory substance use disorder.

The research method was descriptive-analytical and cross-sectional. The statistical population of this study was people with substance abuse disorder (opioids) in Meybod city (Yazd, Iran). The participants included two groups of substance abuser people: non-treatment seeking (n = 40) and the treatment seeking (n = 40). They were selected by available sampling method, according to the specific conditions of these individuals. The Wisconsin card sorting test was data collection tool of this study. Furthermore, using logistic regression, the data analysis was performed by SPSS 21 software.

The results showed that the preservation error component and incorrect responses have significant effects on the model while the other components do not have significant effects. The non-treatment seeking substance abusers had higher score on preservation error, which was statistically significant different. Meanwhile, the treatment seeking group had higher score on the number of errors, which was also statistically significant.

The results showed that cognitive deficits are able to predict the status of people with inhalatory substance abuse disorders for treatment seeking. Therefore, it can be concluded that there are different cognitive disorders between the two groups that should be considered by therapists.

**Keywords:** Cognitive Disorders, Inhalatory Substance Abuse, non-treatment seeking, treatment seeking

---

## \*Corresponding Author:

Mohamad Zare Neyestanak. Psychology Department, Naein Branch, Islamic Azad University, Naein, Iran.  
Zip code: 8391844171, Email: [Zarehneyestanak@yahoo.com](mailto:Zarehneyestanak@yahoo.com)