

## Predicting the Substance Use Relapse according to Childhood Trauma: Mediating Role of Object Relations Alienation, Borderline Personality Organization & Depression

Arbab, H., Mirzahoseini, \*H., Monirpoor, N.

### Abstract

**Introduction:** Harmful effects of substance use relapses has been long a great challenge in the treatment of addiction. The purpose of this study was to explain the substance use relapse model in addict individuals based on the childhood trauma, regarding the mediating roles of object relations alienation, borderline personality organization and depression in a group of Methadone-treated addicts.

**Method:** Applying a descriptive - correlational design, among all male methadone-treated addicts of kashan city in 2019, a sample of 170 subjects were selected by available sampling method and inclusion/exclusion criteria were controlled for. Data were collected through the Relapse Prediction Scale, Childhood Trauma Questionnaire, Beck Depression Inventory, Bell's Object Relations Inventory, and the Kernberg's Inventory of Personality. Data analysed by a path analysis of structural equation modeling.

**Results:** The structural equation modelling of childhood trauma, alienation, personality organization and depression with substance use relapse directly and indirectly demonstrated significant fitness (RMSEA: 0.0489). Among indirect paths, mediator variables including object relations and depression were significant. Overall, this models explained %49/6 of the variances of substance use relapse among Methadone-treated male addicts.

**Conclusion:** Childhood trauma impact personality organization, feelings of alienation, and depression in later life periods, and relapse is a style to get rid of these suffering. From this perspective, identifying and addressing these factors provides a deeper understanding of relapse. It is suggested that in an effective treatment context address the variables expressed in the form of treatment protocols.

**Keywords:** Substance use relapse, Childhood trauma, Object relation, Personality organization, Depression.

## پیش‌بینی عود مصرف مواد بر اساس آسیب‌های دوران کودکی: نقش میانجی بیگانگی روابط موضوعی، سازمان شخصیت مرزی و افسردگی

حمزه ارباب<sup>۱</sup>، حسن میرزاحسینی<sup>۲</sup>، نادر منیرپور<sup>۳</sup>

تاریخ پذیرش: ۹۸/۱۱/۲۰

تاریخ دریافت: ۹۸/۱۰/۱۸

### چکیده

**مقدمه:** اثرات مخرب عود مصرف مواد همواره یکی از چالش‌های عمده در درمان اعتیاد بوده است. هدف این پژوهش تبیین مدل عود مصرف مواد بر اساس آسیب‌های دوران کودکی، با در نظر گرفتن نقش میانجی بیگانگی روابط موضوعی، سازمان شخصیت مرزی و افسردگی در گروهی از معتادان تحت درمان با متادون بود.

**روش:** پژوهش حاضر توصیفی - همبستگی است. جامعه آماری شامل کلیه معتادان مرد تحت درمان با متادون شهرستان کاشان در بهار ۱۳۹۸ بودند. تعداد ۱۷۰ نفره روش نمونه‌گیری در دسترس و بر اساس ملاک‌های ورود و خروج انتخاب شدند. جمع‌آوری داده‌ها از طریق مقیاس عود مصرف، آسیب‌های دوران کودکی، پرسشنامه افسردگی بک، پرسشنامه روابط موضوعی بل، و سیاهه سازمان شخصیت کرنبرگ انجام شد. تحلیل داده‌ها به روش تحلیل مسیر از نوع مدل‌یابی معادلات ساختاری انجام شد.

**یافته‌ها:** مدل‌یابی روابط ساختاری میان متغیرهای آسیب‌های کودکی، بیگانگی روابط موضوعی، سازمان شخصیت مرزی و افسردگی با عود مصرف مواد به صورت مستقیم و غیرمستقیم، برازندگی خوبی نشان داد (RMSEA= ۰/۰۴۸۹). در میان مسیرهای غیرمستقیم، متغیرهای میانجی روابط موضوعی و افسردگی معنادار بودند. در مجموع این مدل ۴۹/۶ درصد از عود مصرف مواد در میان معتادان تحت درمان متادون را تبیین می‌کند.

**نتیجه‌گیری:** آسیب‌های دوران کودکی، می‌تواند به شکل تاثیر بر سازمان شخصیت، احساس بیگانگی و بالتبع افسردگی در دوران‌های بعدی زندگی افراد معتاد بروز کند و عود مواد راهبردی جهت رهایی از این رنج است. از این منظر شناسایی و پرداختن به عوامل مذکور، درک عمیق‌تری از عود ارائه می‌نماید. پیشنهاد می‌گردد متخصصین در یک بستر درمانی مؤثر به متغیرهای مذکور در قالب پروتکل‌های درمانی بپردازند.

**واژه‌های کلیدی:** عود مصرف مواد، آسیب‌های دوران کودکی، روابط موضوعی، سازمان شخصیت، افسردگی.

## مقدمه

متادون<sup>۱</sup> به عنوان یک داروی آگونیسست برای درمان اعتیاد به مواد مخدر تأیید شده است (۱، ۲). این دارو به بیماران کمک می‌کند تا مصرف مواد را کاهش داده و در نهایت باعث بهبودی آنان گردد (۳، ۴). با این وجود ۲۰ تا ۹۰٪ معتادانی که تحت درمان، دچار عود<sup>۲</sup> مجدد می‌شوند (۵). عود بالای مصرف مواد یکی از چالش‌های متخصصین علوم رفتاری است و اکثر معتادان میل شدیدی برای تجربه دوباره مواد دارند (۶). مطالعات در نیویورک، ایتالیا و اروپای شرقی میزان ماندگاری در درمان را ۲۳ ماه، ۷ ماه و ۲/۵ ماه گزارش کرده‌اند (۷-۹). اگر چه عوامل درونی و بیرونی متعددی در عود موثرند اما متغیرهای درون روانی از اهمیت ویژه‌ای برخوردارند (۱۰). برخی مدل‌ها در خصوص پیش بینی عود به عواملی مانند حمایت‌های اجتماعی، هیجانانگ منفی (۱۱) فشار دوستان، وسوسه (۱۲) باورهای مرکزی، هیجان منفی و تنظیم هیجانی (۱۳) پرداخته‌اند اما مطالعات مبتنی بر مدل‌های تحلیلی تشخیصی، که به سبب شناسی پنهان و عمیق-تر عود بپردازند اندک است.

یکی از این عوامل پنهان در تبیین اعتیاد، بد رفتاری و آسیب‌هایی است که معتادان در دوران کودکی داشته‌اند؛ به طوری که افراد دارای سابقه ترومای کودکی میزان بالاتری از رفتارهای اعتیادی را گزارش داده‌اند (۱۴). در بررسی سابقه آسیب‌های دوران کودکی و عود مصرف مواد ۸۹٪ از معتادان تحت درمان، حداقل یک آسیب جسمی، جنسی و یا عاطفی را گزارش نموده‌اند (۱۵). از این منظر رویکردهای روان تحلیلی نیز بد رفتاری دوران کودکی را به عنوان شکست در روابط موضوعی و آسیب به سازمان شخصیت قلمداد می‌کنند (۱۶). کرنبرگ در تبیین سازمان شخصیت در روابط موضوعی با تمرکز بر تجارب کودکی و اثرات آن بر ادراک فرد از خود و روابطش با دیگران تأکید نموده و شخصیت را حاصل درونی‌سازی روابط اولیه‌ای می‌داند که ظرفیت ایگو را شکل داده و مکانیسم‌های دفاعی را به راه می‌اندازد (۱۷). سازمان شخصیت در سه سطح نوروتیک، مرزی و سایکوتیک متمایزاند و هر یک از لحاظ ابعاد آزمون‌گری واقعیت، یکپارچگی هویت و مکانیسم‌های دفاعی متفاوت‌اند

(۱۸). سازمان شخصیت مرزی با بی‌ثباتی فوق‌العاده عاطفه، خلق، رفتار و مشکلات مربوط به روابط موضوعی مشخص شده و این افراد آسیب‌پذیر، سردرگم و دفاع‌های ناکارآمدی را به کار می‌برند (۱۹). چنین الگویی شبیه شخصیت مرزی است (۲۰). اگرچه پژوهش‌های زیادی به بررسی نقش ساختار و ویژگی‌های شخصیتی در اعتیاد انجام شده است (۲۱، ۲۲)، اما در مورد سازمان شخصیت مرزی و مسائل روان‌پویایی رفتارهای اعتیادی، مدل‌های پژوهشی زیادی وجود ندارد. این در حالی است که حمایت‌های تجربی فراوانی نشان می‌دهد احتمالاً برخی مؤلفه‌های ابعاد شخصیت در آغاز و تداوم نشانه‌های اعتیادی و عود نقش دارند (۲۳).

مؤلفه‌های روابط موضوعی و سازمان شخصیت به عنوان شاخصی برای تشخیص سطح آسیب کلی امکان پیش‌بینی مرضی را فراهم می‌نمایند و چنان که تکالیف تحولی مهمی نظیر اعتماد و خود مختاری در دوران کودکی به خوبی شکل نگیرد، فرد را به سوی اختلالات روانی و عود مصرف مواد سوق می‌دهد (۲۴، ۲۵). در این میان بیگانگی مؤلفه روابط موضوعی است که می‌تواند منجر به بی‌معنایی زندگی و جدایی از دیگران گردد (۲۶). به طوری که این انزوا و بیگانگی به احساس طرد شدن، حقارت و احتمالاً افسردگی که یکی دیگر از عوامل زمینه‌ساز عود است منجر شود.

افسردگی به عنوان یکی از عوامل مؤثر عود اعتیاد در پژوهش‌های بسیاری بررسی شده است (۲۷-۲۹). مشکلات مربوط با مصرف مواد و افسردگی به طور قابل توجهی با یکدیگر همبستگی دارند. طبق یک بررسی در کانادا، بیش از ۵۰٪ از جوانانی که در جستجوی درمان اعتیاد بودند به طور همزمان دچار یک اختلال افسردگی یا اضطراب نیز بوده‌اند (۳۰). چالانا و همکاران (۲۷) در مطالعه و پیگیری یک ساله معتادان تحت درمان نشان دادند افراد دارای عود مکرر مواد، تقریباً ۲ برابر نمره بالاتری از میزان افسردگی را نسبت به سایر افراد گروه گزارش نموده و بیش از ۱۶٪ از آنان دارای افسردگی بسیار شدید بودند. مدل پژوهش فیوچر و همکاران (۳۱) با عنوان نقش نشانه‌های افسردگی و رفتارهای اعتیادی پس از تروماهای کودکی در بزرگسالان جوان نشان داده که اهمیت تجارب اولیه در رشد یا عدم رشد عاطفی و مشکلات خلقی بعدی زندگی رابطه تنگاتنگی دارد. لذا افسردگی به عنوان یک تغییر میانجی با بد کارکردی که

1. Methadone

2. Relapse

تحلیل همسو با ملاحظات نظری باشد؛ کلاین (۲۰۱۵) معتقد است در مدل ساختاری، حداقل حجم نمونه براساس متغیرهای پنهان تعیین شود و ۲۰ نمونه برای هر عامل (متغیر پنهان) لازم است که در مجموع ۱۰۰ تا ۲۰۰ نمونه کفایت می‌کند (۳۲). ملاک‌های ورود شرکت کنندگان در پژوهش شامل: ۱. رضایت برای همکاری، ۲. داشتن حداقل ۲۰ و حداکثر ۶۰ سال سن، ۳. سطح تحصیلات حداقل ابتدایی، ۴. عدم ابتلا به بیماری‌های روان‌پزشکی حاد مانند سایکوز با تشخیص روان‌پزشک، ۵. حداقل سه ماه از درمان آنها گذشته باشد؛ ملاک خروج نیز شامل: ۱. عدم رضایت همکاری، ۲. نقص در تکمیل سؤالات، ۳. افراد دارای سن کمتر از ۲۰ سال سن، ۴. نداشتن سواد، ۵. افراد دارای سابقه و تشخیص اختلالات حاد روانی بود.

### ابزار

۱. مقیاس پیش‌بینی بازگشت<sup>۲</sup> (عود) (RPS): یک مقیاس خودسنجی ۴۵ سؤالی است که توسط رایت و همکاران (۲۰۰۱) ساخته شده است. سؤالات آن به صورت لیکرت (۴-۰) پاسخ داده می‌شود. هر سؤال شامل یک موقعیت می‌شود که آزمودنی باید خود را در آن تصور کند. این مقیاس شامل دو قسمت شدت نیرومندی میل در موقعیت خاص و احتمال مصرف در آن موقعیت است (۳۳). با استفاده از آلفای کرونباخ همسانی درونی برای میزان وسوسه ۰/۸۱ و برای احتمال مصرف ۰/۷۸ گزارش شده است (۳۴). در پژوهش حاضر پایایی آزمون از طریق آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس وسوسه ۰/۹۲ و برای خرده مقیاس میل ۰/۹۴ محاسبه شد.

۲. مقیاس آسیب‌های دوران کودکی<sup>۳</sup> (CTQ): این مقیاس توسط برنستین و همکاران در سال ۱۹۹۴ ساخته شد که دو فرم دارد (۳۵). فرم اصلی ۷۰ ماده و فرم کوتاه ۲۸ ماده‌ای ۵ مؤلفه‌ای (آزار عاطفی، آزار جسمی، آزار جنسی، غفلت عاطفی و غفلت جسمی) است که در این تحقیق استفاده می‌شود. این آزمون با مقیاس لیکرت ۵ بخشی است. برنستین و همکاران پایایی عوامل مختلف آزمون را با دو روش بازآزمایی و آلفای کرونباخ بین ۰/۷۹ تا ۰/۹۴ گزارش کرده‌اند (۳۵). در ایران به منظور تعیین اعتبار پرسشنامه روی ۳۵۰ دانش‌آموز اجرا شد که پایایی عوامل آن بین ۰/۶۵ تا

در نظام روانی فرد ایجاد می‌کند نقش مؤثری در گرایش به مصرف مجدد مواد ایفا می‌کند. از آنجایی که ماندگاری در درمان برای بیمار، خانواده و تیم درمانی مهم است بررسی آسیب‌شناسی عود از مسیر مستقیم و غیر مستقیم همبندی روابط متغیرهای این پژوهش و میزان اثر آنها ضروری است. از این رو با نگاهی به آنچه که عنوان شد نیاز بر این است الگویی جهت درک عمیق‌تر پدیده عود طراحی شود تا بر اساس مطالعات قبلی و تئوری‌های مصرف مواد، سازمان شخصیت، روابط موضوعی، ترومای دوران کودکی و افسردگی مدل پدیدار شناختی‌ای ترسیم شود تا کمک نماید مداخلات بعدی در راستای پیش‌بینی و تشخیص دقیق‌تر عود تدوین گردد. بعلاوه در کارهای درمانی، اواخر پیوستار و زمانی که عود اتفاق می‌افتد به فرد رسیدگی می‌شود، بهتر است پیش‌بینی عود در طول فرایند درمانی مورد توجه قرار گرفته و اقدامات لازم مبتنی بر رویکردهای تحلیلی گنجانده شده تا به کاهش رنج معتادان کمک نماید. در این راستا سعی شده است به سؤالات مرتبط در قالب مدل پاسخ داده شده و اینکه آیا عود مصرف مواد بر اساس آسیب‌های دوران کودکی با نقش میانجی بیگانگی روابط موضوعی، سازمان شخصیت مرزی و افسردگی برازش خوبی دارد؟

### روش

**طرح پژوهش:** مطالعه‌ی حاضر از نوع توصیفی و به روش همبستگی است. در بررسی داده‌ها از روش تحلیل مسیر از نوع مدل‌یابی معادلات ساختاری استفاده شده است.

**آزمودنی‌ها:** جامعه آماری مورد مطالعه شامل کلیه معتادان مرد تحت درمان متادون شهرستان کاشان در بهار ۱۳۹۸ می‌باشند. طبق آمار معاونت درمان علوم پزشکی کاشان تعداد ۳۸۰۰ نفر پرونده حقیقی دریافت متادون در این شهرستان وجود دارد. حجم نمونه به تعداد ۱۷۰ نفر از سه مرکز امید، رها و شفق شهرستان کاشان به صورت نمونه گیری در دسترس و از بین افراد دارای ملاک‌های ورود مورد آزمون قرار گرفتند. حدود ۳۳۰ پرسشنامه میان شرکت کنندگان توزیع شد. پس از سه بار پیگیری ۲۶۰ پرسشنامه از آزمودنی‌ها دریافت شد. از میان ۲۶۰ پرسشنامه ۱۷۰ پرسشنامه کامل و مناسب بودند و برای تحلیل وارد نرم‌افزار آموس<sup>۱</sup> شدند. سعی شد تا تعداد پرسشنامه‌های پر شده برای

2. Relapse Prediction Scale  
3. Childhood Trauma Questionnaire

1. Amos

سیاهه و ابعاد دفاع‌های روانشناختی نخستین، سردرگمی هویت و آزمونگری واقعیت، به ترتیب ۰/۹۰، ۰/۸۲، ۰/۶۸، ۰/۹۱ محاسبه نمودند (۴۱). در پژوهش حاضر پایایی آزمون از طریق آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس دفاع‌های روانشناختی نخستین ۰/۸۳، سردرگمی هویت ۰/۷۵، آزمونگری واقعیت ۰/۹۲ و شخصیت مرزی ۰/۷۹ محاسبه شد.

۵. پرسشنامه روابط موضوعی و واقعیت آزمایی<sup>۳</sup> (BORRTI): این پرسشنامه توسط بل در سال ۱۹۵۵ طراحی شد (۴۲). در این پرسشنامه دو قسمتی، ۴۵ سؤال به سنجش روابط موضوعی و ۴۵ سؤال به سنجش واقعیت آزمایی می‌پردازد که در این پژوهش ۴۵ سؤال اول استفاده گردید. این پرسشنامه ۴ خرده مقیاس بی‌کفایتی، بیگانگی، دلبستگی و خودمیان‌بینی را شامل می‌شود. در این پرسشنامه بیگانگی به کمبود اعتماد در روابط، ناامیدی و عدم موفقیت در صمیمیت روابط اشاره دارد. دلبستگی نایمن، به روابط بین فردی دردناک، حساسیت طرد و تأکید زیاد به تأیید دیگران مربوط می‌شود. خود میان‌بینی شامل بی‌اعتمادی به دیگران و اعمال قدرت به دیگران است. بی‌کفایتی اجتماعی به خجالتی بودن و تردید به توانایی‌های خود در برقراری روابط اشاره دارد. بل ضریب پایایی مقیاس را با فاصله زمانی ۲ هفته ۰/۵۸ تا ۰/۹۰ و با فاصله زمانی ۱۳ هفته بین ۰/۶۵ تا ۰/۸۱ بدست آورد. در پژوهش حاضر پایایی آزمون از طریق آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس‌های بیگانگی ۰/۶۶، دلبستگی نایمن ۰/۶۹، خودمیان‌بینی ۰/۸۱ و بی‌کفایتی ۰/۶۴ محاسبه شد.

**روند اجرای پژوهش:** پس از اخذ مجوزهای لازم جهت اجرای پژوهش در ابتدا بر اساس معیارهای ورود - خروج و انتخاب نمونه‌ها ضمن توضیح اهداف پژوهش و کسب رضایت آگاهانه، توضیح لازم در خصوص نحوه پاسخ‌گویی به پرسشنامه‌ها و هرگونه ابهامات احتمالی در متن و دستورالعمل به آنان ارائه گردید. پرسشنامه‌ها در پاکت‌هایی به شرکت‌کننده‌ها تحویل و در همان پاکت‌ها باز پس گرفته می‌شد. بدین ترتیب شرایط یکسانی برای پاسخ‌گویی به پرسشنامه‌ها برای همه فراهم شد. پس از حذف پرسشنامه

۰/۹۴ گزارش شده است (۳۶). در پژوهش حاضر پایایی آزمون از طریق آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس سوءاستفاده جسمانی ۰/۸۵، سوءاستفاده جنسی ۰/۹۲، غفلت عاطفی ۰/۸۹، سوءاستفاده عاطفی ۰/۸۸، و غفلت جسمانی ۰/۷۷ محاسبه شد.

۳. پرسشنامه افسردگی بک<sup>۱</sup> (BDI): این پرسشنامه توسط بک و همکاران در سال ۱۹۶۱ تدوین شد (۳۷). مقیاس دارای دو فرم بلند و کوتاه است که در این پژوهش از فرم بلند ۲۱ سؤالی که پاسخ‌های آن روی یک مقیاس ۴ درجه‌ای است استفاده گردید. نمره گذاری از ۰ تا ۳ درجه‌بندی شده، با هم جمع و نمره کل افسردگی بدست می‌آید. بک و همکاران همسانی درونی این مقیاس را بین ۰/۷۳ تا ۰/۹۲ گزارش نمودند (۳۷). پایایی این پرسشنامه در یک جمعیت ۹۴ نفری در ایران ۰/۹۱ و ضریب باز آزمایی به فاصله یک هفته ۰/۹۴ گزارش شده است (۳۸). در پژوهش حاضر پایایی آزمون از طریق آلفای کرونباخ برای این مقیاس ۰/۹۱ محاسبه شد.

۴. پرسشنامه سازمان شخصیت کرنبرگ<sup>۲</sup> (IPO): این پرسشنامه توسط کرنبرگ و کلارکین در سال ۱۹۹۵ بر اساس سازمان‌بندی شخصیت مرزی که دارای ۱۵۵ سؤال بود طراحی شد. از این تعداد، ۵۷ سؤال سه بُعد مهم دفاع‌های روانشناختی نخستین، آشفتگی هویت و آزمونگری واقعیت را می‌سنجد. بقیه سؤالات نیز به نوع و میزان روابط بین فردی مربوط بوده که در تحقیق اصلی از آنها استفاده نشده است (۳۹). آنها از این ابزار برای ارزیابی کلی شخصیت مرضی (حاصل جمع هر سه عامل)، سازمان شخصیت مرزی (حاصل جمع دو عامل دفاع‌های روانشناختی و سردرگمی هویت) و ارزیابی جداگانه هر یک از ابعاد آن در گروه‌های بالینی و غیر بالینی استفاده کرده اند. در این تحقیق از فرم ۳۷ سؤالی سازمان شخصیت کرنبرگ (۲۰۰۲) استفاده شد. پاسخ‌ها براساس لیکرت ۵ نقطه‌ای است. همسانی درونی سر در گمی هویت، آزمونگری واقعیت و دفاع‌های روانشناختی نخستین، به ترتیب ۰/۸۸، ۰/۸۸، ۰/۸۱ و گزارش شده است، همچنین اعتبار عوامل سیاهه، با استفاده از روش باز آزمایی به ترتیب ۰/۸۳، ۰/۸۰، ۰/۸۱ و برآورد شده است (۴۰). آل بهبهانی و محمدی (۱۳۸۶) نیز ضرایب اعتبار برای کل

3. Bell Object Relations and Reality Testing Inventory

1. Beck Depression Inventory  
2. Kernberg's Inventory of Personality

۱۰ نشان دهنده توزیع بهنجار متغیرها است. همان‌طور که جدول ۲ نشان می‌دهد متغیرها دارای توزیع بهنجاری‌اند. نمرات جدول ۳ همبستگی پیرسون میان متغیرهای تحقیق را مورد بررسی قرار داده است. نتایج جدول نشان می‌دهد که افسردگی با آزار فیزیکی ( $p < ۰/۰۵$ ,  $r = ۰/۱۴$ )، آزار جنسی ( $p < ۰/۰۵$ ,  $r = ۰/۱۵$ )، آزار عاطفی ( $p < ۰/۰۵$ ,  $r = ۰/۱۸$ )، غفلت ( $p < ۰/۰۱$ ,  $r = ۰/۱۴$ ) و غفلت فیزیکی ( $p < ۰/۰۱$ ,  $r = ۰/۱۷$ ) رابطه مثبت و معنی‌دار وجود دارد. در این پژوهش به منظور آزمون مدل مفروض عود مواد بر اساس آسیب‌های دوران کودکی با نقش میانجی روابط موضوعی، سازمان شخصیت و افسردگی از روش آماری مدل‌یابی معادلات ساختاری استفاده شده است. شکل ۱ مدل مفروض را پس از اصلاح نشان می‌دهد.

های مخدوش و ناتمام، جهت تحلیل داده‌ها از روش تحلیل مسیر از نوع مدل‌یابی معادلات ساختاری و نرم‌افزار آموس استفاده شد.

### یافته‌ها

در این بخش اطلاعات جمعیت شناختی شرکت‌کنندگان در جدول ۱ ارائه شده است. در بخش بعدی، شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش و توزیع بهنجار تک متغیری نمرات در جدول ۲ ارائه گردیده است که نشان می‌دهد بیشترین پراکندگی در متغیر شدت نیرومندی میل در موقعیت خاص و کمترین میزان پراکندگی در متغیر بی‌کفایتی است. در این جدول حداقل و حداکثر نمره سایر متغیرها نیز ارائه شده است. طبق نظر کلاین (۲۰۱۵) قدر مطلق ضریب چولگی کمتر از ۳ و ضریب کشیدگی کمتر از

جدول (۱) مشخصات جمعیت شناختی شرکت‌کنندگان پژوهش

متغیرها	میانگین	انحراف معیار	حداقل	حداکثر
سن	۴۱/۵	۴/۲	۲۰	۶۰
متغیرها	گروه‌ها	فراوانی		درصد
سطح تحصیلات	ابتدائی	۱۷		۱۰
	سیکل	۵۷		۳۳/۵۲
	دیپلم	۴۵		۲۶/۴۷
	فوق دیپلم	۳۵		۲۰/۵۸
	لیسانس و بالاتر	۱۶		۹/۴۱
وضعیت تأهل	متاهل	۷۶		۴۴/۷۰
	مجرد	۵۶		۳۲/۹۴
	طلاق گرفته	۲۵		۱۴/۷۰
سابقه اعتیاد والدین	فوت همسر	۱۴		۸/۲۳
	اعتیاد والدین	۴۹		۲۸/۸۲
سابقه مصرف مواد	عدم اعتیاد والدین	۱۲۲		۷۱/۷۶
	۱ تا ۵ سال مصرف	۲۵		۱۴/۷۰
	۶ تا ۱۰ سال مصرف	۵۴		۳۱/۷۶
	۱۱ تا ۱۵ سال	۷۱		۴۱/۷۶
سابقه ترک مواد	بیشتر از ۱۵ سال مصرف	۲۱		۱۲/۳۵
	یک بار سابقه ترک مواد	۲۴		۱۴/۱۱
	دو بار سابقه ترک مواد	۵۹		۳۴/۷۰
	سه بار و بیشتر سابقه ترک مواد	۸۷		۵۱/۱۷

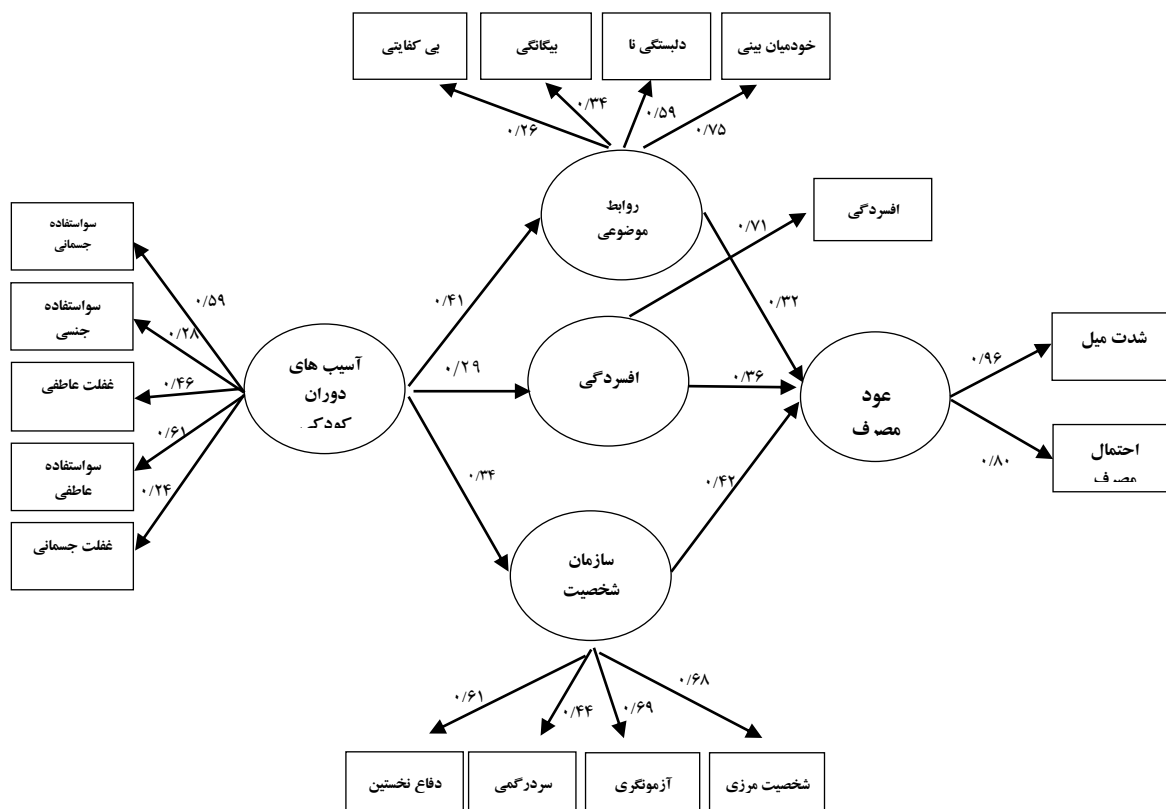
جدول ۲) میانگین، انحراف استاندارد، چولگی، کشیدگی و بیشترین و کمترین نمره متغیرهای پژوهش

متغیر	ابعاد	میانگین	انحراف معیار	چولگی	کشیدگی	کمترین	بیشترین
عود مصرف	شدت نیرومندی میل در موقعیت خاص	۴۸/۶	۳۰/۰۵	۰/۹۷	۰/۴۷	۴	۱۳۶
	احتمال مصرف در آن موقعیت	۴۵/۳۷	۳۰/۲۳	۰/۹۶	۰/۸۶	۹	۱۳۲
روابط موضوعی	بیگانگی	۱۱/۳۴	۲/۱۸	-۰/۲۹	۰/۳۶	۴	۱۸
	دلپستگی نایمن	۹/۶۵	۲/۴۵	۰/۱۵	-۰/۳۴	۴	۱۷
	خودمحوری	۴/۸۴	۱/۶۵	۰/۰۹۷	-۰/۸۰	۱	۸
	بی کفایتی	۳/۶۱	۱/۱۹	۰/۰۲۸	-۰/۱۱	۰	۶
آسیب دوران کودکی	آزار عاطفی	۱۰/۸۵	۲/۲۴	۰/۳۰۱	-۰/۰۷۶	۵	۱۸
	آزار فیزیکی	۱۳/۵۷	۳/۳۱	۰/۶۳	-۰/۱۴	۶	۲۲
	آزار جنسی	۱۱/۶۶	۲/۵۹	۰/۰۲۲	۰/۳۵۴	۵	۲۰
	غفلت عاطفی	۱۱/۰۷	۲/۸۵	۰/۵۵	-۰/۲۰۲	۶	۲۰
	غفلت فیزیکی	۱۱/۰۲	۳/۷۷	۰/۷۲۴	-۰/۵۳۷	۵	۲۰
سازمان شخصیت	دفاع‌های روانشناختی نخستین	۲۷/۸۱	۶/۹۲	۰/۴۲۲	۰/۰۲۸	۱۴	۴۷
	سردرگمی هویت	۱۹/۹۳	۵/۳۴	۰/۷۸	۰/۹۷	۸	۳۸
	شخصیت مرزی	۴۷/۷۵	۱۰/۰۹	۰/۷۱	۰/۹۴	۲۷	۸۳
	آزمونگری واقعیت	۵۶/۸۱	۱۱/۷۵	۰/۳۰۸	-۰/۳۴۸	۳۱	۸۷
افسردگی		۱۹/۴۱	۷/۹۸	-۰/۱۶۹	-۰/۹۱۵	۳	۳۵

جدول ۳) ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش

مولفه‌ها	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲	۱۳	۱۴	۱۵	۱۶
۱. دفاع‌های نخستین																
۲. سردرگمی هویت	۰/۳۴**															
۳. شخصیت مرزی	۰/۱۸**	۰/۷۶**														
۴. آزمونگری واقعیت	۰/۴۲**	۰/۳۳**	۱													
۵. افسردگی	۰/۴۴**	۰/۲۷**	۰/۴۱**	۱												
۶. شدت نیرومندی	۰/۱۶*	۰/۴۴**	۰/۳۵**	۰/۲۰**	۱											
۷. احتمال مصرف در	۰/۳۲**	۰/۴۱**	۰/۴۴**	۰/۴۲**	۰/۲۵**	۱										
۸. آزار فیزیکی	۰/۱۷*	۰/۳۷**	۰/۳۱**	۰/۰۰۲	۰/۱۴*	۰/۳۰**	۱									
۹. آزار جنسی	۰/۲۲**	۰/۱۱	۰/۲۱**	۰/۱۳*	۰/۱۵*	۰/۱۳*	۰/۲۴**	۱								
۱۰. آزار عاطفی	۰/۲۳**	۰/۲۰**	۰/۲۸**	۰/۳۱**	۰/۱۸**	۰/۱۹**	۰/۲۹**	۰/۱۳*	۱							
۱۱. غفلت عاطفی	۰/۱۵*	۰/۲۱**	۰/۱۰۵	۰/۲۵**	۰/۱۴*	۰/۲۰**	۰/۱۴*	۰/۳۸**	۰/۱۶*	۱						
۱۲. غفلت فیزیکی	۰/۱۷*	۰/۱۰۷	۰/۱۲۶	۰/۲۲**	۰/۱۷*	۰/۱۳*	۰/۱۷*	۰/۱۵*	۰/۱۶*	۰/۱۹**	۱					
۱۳. بیگانگی	۰/۲۰**	۰/۲۶**	۰/۲۷**	۰/۱۵*	۰/۳۴**	۰/۱۳*	۰/۱۶*	۰/۱۵*	۰/۲۱**	۰/۱۹**	۰/۱۷*	۱				
۱۴. دلپستگی نایمن	۰/۲۶**	۰/۲۵**	۰/۲۵**	۰/۴۸**	۰/۶۶**	۰/۳۷**	۰/۱۴*	۰/۱۷*	۰/۱۴*	۰/۱۵*	۰/۱۴*	۰/۳۰**	۱			
۱۵. خودمحوری	۰/۲۶**	۰/۲۷**	۰/۳۸**	۰/۱۴*	۰/۶۶**	۰/۳۷**	۰/۳۴**	۰/۱۳*	۰/۱۷*	۰/۲۳**	۰/۱۵*	۰/۱۴*	۰/۳۰**	۱		
۱۶. بی کفایتی	۰/۳۸**	۰/۲۲**	۰/۳۸**	۰/۲۶**	۰/۲۲**	۰/۱۰۸	۰/۲۱**	۰/۱۳*	۰/۲۴**	۰/۱۱۲	۰/۱۳*	۰/۲۱**	۰/۲۳**	۰/۲۳**	۱	

\* معناداری در سطح ۰/۰۵ \*\* معناداری در سطح ۰/۰۰۱



شکل ۱) مدل تحلیل مسیر با ضرایب استاندارد عود مصرف مواد بر اساس آسیب‌های دوران کودکی با نقش میانجی روابط موضوعی، سازمان شخصیت و افسردگی

جدول ۴) شاخص‌های برازندگی مدل ساختاری عود مصرف مواد بر اساس آسیب‌های دوران کودکی با نقش میانجی روابط موضوعی، سازمان شخصیت و افسردگی

شاخص	حد مطلوب	مقدار برازش شده
کای اسکوئر تقسیم بر درجه‌آزادی ۱	۳ < خوب؛ ۵ < متوسط	$50.9/53 \div 98 = 5/19$
مقدار p برای مدل	$> 0.05$	0.001
شاخص برازندگی تطبیقی ۲	$> 0.95$ عالی؛ $> 0.90$ خوب	0.921
شاخص تاکر لوییس ۳	$> 0.90$	0.909
شاخص برازندگی ۴	$> 0.90$	0.904
شاخص نرم شده برازندگی ۵	$> 0.90$	0.936
شاخص برازندگی فزاینده ۶	$> 0.90$	0.949
ریشه دوم برآورد واریانس خطا ۷	$< 0.05$ عالی؛ $0.05$ تا $0.1$ خوب	0.489

1. Chi-square/df (cmin/df)
2. Comparative fit index (CFI)
3. Tucker-Lewis index (TLI)
4. Goodness-of-fit statistic (GFI)
5. Normed-fit index (NFI)
6. Incremental fit indices
7. Root mean square error of approximation (RMSEA)

بهتر است. البته لازم به ذکر است که این مقدار در این شاخص‌ها باید حداقل ۰/۹۰ باشد تا مدل مورد نظر پذیرفته شود؛ مقادیر این شاخص‌ها در این تحقیق، نشان از برازندگی مناسب مدل دارند. شاخص ریشه دوم برآورد واریانس خطا نیز در این تحقیق، مقدار عالی را نشان می‌دهد که برازندگی مناسب مدل از آن نتیجه می‌شود.

بسیاری از پژوهشگران مجذور کای را نسبت به درجه‌آزادی آن (مجذور کای نسبی) می‌سنجند. پژوهشگران بیان می‌کنند که اگر این شاخص کمتر از ۳ باشد، خوب و اگر بزرگتر از ۵ باشد، متوسط است؛ این شاخص در این تحقیق برابر با ۵/۱۹ است. شاخص برازندگی تطبیقی، شاخص تاکر لوییس، شاخص برازندگی، شاخص نرم‌شده برازندگی و شاخص برازندگی فزاینده هر چه به یک نزدیک‌تر باشد، برازش مدل

جدول ۵) نتایج مسیرهای مستقیم و غیر مستقیم متغیرهای تحقیق

مسیر غیرمستقیم			مسیرهای مستقیم			
سطح معناداری	تست سوبل	مسیر	بتا	مسیر	بتا	مسیر
۰/۰۱۲	۲/۲۳	آسیب‌های دوران کودکی به عود مصرف با نقش میانجی روابط موضوعی	۰/۳۲	روابط موضوعی به عود مصرف	۰/۴۱	آسیب‌های دوران کودکی به روابط موضوعی
۰/۰۱۸	۲/۰۸	آسیب‌های دوران کودکی به عود مصرف با نقش میانجی افسردگی	۰/۳۶	افسردگی به عود مصرف	۰/۲۹	آسیب‌های دوران کودکی به افسردگی
۰/۰۴۷	۱/۶۳	آسیب‌های دوران کودکی به عود مصرف با نقش میانجی سازمان شخصیت	۰/۴۲	سازمان شخصیت به عود مصرف	۰/۳۶	آسیب‌های دوران کودکی به سازمان شخصیت

شخصیت (۰/۰۴۷) رابطه معناری را تشکیل می‌دهند. در مجموع متغیرهای آسیب‌های دوران کودکی، روابط موضوعی، سازمان شخصیت و افسردگی ۴۹/۶ درصد از عود مصرف مواد در میان معتادان مرد تحت درمان با متادون را تبیین می‌کند.

#### بحث

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد عود مصرف مواد هم به صورت مستقیم و هم به صورت غیرمستقیم و از طریق آسیب‌های دوران کودکی با نقش میانجی روابط موضوعی اولیه و سازمان شخصیت مرزی و افسردگی به صورت مثبت تبیین می‌گردد. نتایج تحقیق نشان می‌دهد که آسیب‌های دوران کودکی به عملکرد بین فردی معتادان (روابط موضوعی)، واقعیت‌سنجی و حالت عاطفی آنان همچون افسردگی در دوران‌های بعدی زندگی اثر دارد. نتایج با پژوهش‌های قبلی همسو است (۱۵، ۲۴، ۴۳-۴۶). برای تبیین نتایج می‌توان اشاره داشت که معتادان دارای تجارب آزار و غفلت کودکی، در رشد مهارت‌های بین فردی دچار مشکل‌اند. تئوری روابط موضوعی نشان می‌دهد که این تجارب دردناک منجر به نقص در درونی‌سازی دیگران مهم و در نتیجه اختلال در روابط بین فردی، احساس بیگانگی بیشتر، مشکل در صمیمیت و نا امنی در دل‌بستگی به دیگران می‌گردد (۴۷).

علاوه بر نتایج اصلی بدست آمده، تحلیل مسیر از نوع مدل یابی معادلات ساختاری پژوهش در جدول ۵ حاکی است که اثر مستقیم و غیرمستقیم آسیب‌های دوران کودکی با عود مصرف مواد با نقش میانجی روابط موضوعی، سازمان شخصیت و افسردگی معناداری است. ضریب مسیر اثر آسیب‌های دوران کودکی بر روابط موضوعی ۰/۴۱ و روابط موضوعی بر عود مصرف مواد برابر ۰/۳۲، ضریب مسیر اثر آسیب‌های دوران کودکی بر افسردگی ۰/۲۹ و افسردگی بر عود مصرف مواد برابر ۰/۳۶، و ضریب مسیر اثر آسیب‌های دوران کودکی بر سازمان شخصیت ۰/۳۴ و سازمان شخصیت بر عود مصرف مواد برابر ۰/۴۲ است. با توجه به این نتایج فرضیه صفر با ۹۵ درصد اطمینان رد می‌شود؛ یعنی بین آسیب‌های دوران کودکی و عود مصرف مواد با نقش میانجی روابط موضوعی، سازمان شخصیت و افسردگی رابطه معناداری وجود دارد و آسیب‌های دوران کودکی با نقش میانجی روابط موضوعی، سازمان شخصیت و افسردگی بر عود مصرف مواد اثر می‌گذارد. از طرف دیگر مسیرهای غیرمستقیم نیز معنادار هستند (با انجام آزمون سوبل)؛ آسیب‌های دوران کودکی به عود مصرف با نقش میانجی روابط موضوعی (۰/۰۱۲)، آسیب‌های دوران کودکی به عود مصرف با نقش میانجی افسردگی (۰/۰۱۸)، و آسیب‌های دوران کودکی به عود مصرف با نقش میانجی سازمان



نیازها و آسیب‌ها باعث می‌شود خودتنظیم‌گری با موفقیت انجام نشود و ساختارهای روانی مرتبط با کنترل درونی رفتار شکل نگیرند. در نتیجه، این افراد به امور و اشیای بیرونی وابستگی پیدا می‌کنند و مصرف مجدد مواد یکی از شیوه‌های جبرانی محسوب می‌شود (۵۱). آسیب‌های دوران کودکی نشان از نقص در امنیت دارد و محدود به روابط بینفردی نمی‌شود بلکه در ظرفیت و توانمندی ایگو نیز ظهور می‌یابد. بدین شکل که فرد در واقعیت سنجی و تمایز ادراک و واقعیت مشکل دارد (۵۲). همچنین در درک احساسات خود و دیگران به صورت سردرگمی هویت و آنچه در سازمان شخصیت مرزی است مشاهده می‌شود (۵۳). از نظر کرنبرگ افرادی که در سطح سازمان شخصیت مرزی قرار می‌گیرند بدلیل پرخاشگری افراطی و ناتوانی در تحمل ناکامی یا به علت تروماهای شدید اولیه در یکپارچه کردن جنبه‌های خوب و بد خود و ابژه ناتوان‌اند (۵۴). از این منظر می‌توان عود مصرف مواد را ریشه در یک مشکل زیر بنایی شخصیتی درباره اینکه خودش کیست؟ با چه کسی و چه طور می‌خواهد در رابطه باشد یا نباشد، احساس پوچی، روابط ناپایدار و به صورت نقص در کنترل تکانه و به شکل عود مجدد تبیین نمود (۱۷).

با توجه به نتایج بدست آمده می‌توان استنباط نمود که اهمیت در نظر گرفتن آسیب‌های دوران کودکی و نقش مؤلفه‌های روابط موضوعی، سازمان شخصیت مرزی و افسردگی نقش مهمی در پیش‌بینی نشانه‌های مرضی همچون عود مواد در معتادان دارند. در این راستا، به نظر می‌رسد جهت پیشگیری از بازگشت به اعتیاد، پرداختن به این عوامل کمک کننده باشد. با توجه با سازمان شخصیت آسیب دیده معتادان و مؤلفه‌های پنهانی روابط موضوعی همچون بیگانگی که مانع مهمی در برقراری رابطه مطلوب با ابژه‌های دیگر و حتی درمانگران است لذا متخصصینی که در این حوزه فعالیت دارند بهتر است همچون مراقبینی ایمن، بستر درمانی مؤثری که اجازه تجربه اعتماد سالم و ترمیم آسیب‌های اولیه را می‌دهد طرح‌ریزی نموده و در پروتکل های درمان به نقش متغیرهای مذکور توجه شود.

در نهایت اینکه، پژوهش حاضر دارای محدودیت‌هایی نیز بوده است. نمونه پژوهش معتادان تحت درمان با متادون بودند که به لحاظ ابعاد شخصیتی، فرهنگی، اجتماعی،

بیگانگی به معنای جهت‌گیری احساسات ناهماهنگ فرد، احساس بی‌معنی بودن زندگی، جدایی از خویشتن و بیزار بودن از ارزش‌های جامعه است (۴۸). در تبیین رابطه بین مؤلفه بیگانگی روابط موضوعی با عود مصرف مواد می‌توان گفت افراد تحت درمانی که دچار بیگانگی هستند به علت عدم تجربه اعتماد در روابط اولیه، احساس پوچی، انزوای ناشی از آسیب‌های کودکی، جهت‌رهایی از این رنج‌ها به مصرف مجدد مواد رو آورده و در پاسخ به احساس امنی درونی، احساس حقارت و طردشدگی، عود مجدد می‌کنند. در طول فرآیند شکل‌گیری دلبستگی در دوران کودکی، نحوه اعتباریابی هیجانی و همدلی مراقب، نسبت به آشفتگی کودک سبب تقویت بازنمودهای ذهنی و ظرفیت‌سازی روانی می‌شود. در صورتی که فرد مراقب، احساسات آشفتگی کودک را تسکین نبخشد یا از طریق غفلت‌های عاطفی منجر به آسیب بیشتر کودک گردد، اعتبارزدایی هیجانی، آنان را مستعد افسردگی می‌کند (۴۹). در مورد افسردگی و عود می‌توان گفت که افراد افسرده نیز معمولاً از ارتباطات اجتماعی کناره‌گیری می‌کنند و بدون داشتن یک شبکه اجتماعی پشتیبان برای آسایش و راحتی به مواد متوسل می‌شوند. مطالعات نیز نشان داد افراد افسرده نسبت به استفاده از مواد آسیب‌پذیرترند و از طریق تعامل با افراد مصرف‌کننده به مصرف مجدد روی می‌آورند (۲۷، ۲۸). این نتیجه با مطالعات صورت گرفته در مورد رابطه عود مصرف مواد و سوء استفاده جسمی و جنسی در کودکی با نقش میانجی افسردگی اضطراب برابر است (۱۵، ۴۵، ۵۰).

نظریه پردازان روابط موضوعی غالباً مشکلات بعدی در زندگی را متأثر از روابط اولیه مراقبین می‌دانند. در خانواده افراد معتاد، کودک دچار آسیب، نه تنها حمایت نشده بلکه با والدینی بی‌توجه، طردکننده و غافل به نیازهای عاطفی روبرو شده‌اند که در بزرگسالی مواد مخدر به عنوان ابژه‌های انتقالی آرام بخش عمل می‌کند (۵۱). از این رو در اغلب درمان‌های دارویی اعتیاد، عدم توجه به تجارب آسیب‌زای کودکی معتادان، واکنش ضعیف افراد به این نوع درمان‌ها و میزان بالای عود مصرف مواد را شکل می‌دهد (۴۴). به طور کلی در نظریات روان تحلیلی معتادان افرادی هستند که از تجربیات دردناک کودکی ناشی از سرخوردگی‌های شدید در ارتباط با مراقب رنج برده‌اند. بی‌توجهی مراقب نسبت به

maintenance treatment. *Chin J AIDS STD*. 2007; 13(2): 160-1.

8. Magura S, Nwacheze PC, Demsky SY. Pre-and in-treatment predictors of retention in methadone treatment using survival analysis. *Addiction*. 1998; 93(1): 51-60.

9. Esteban J, Gimeno C, Barril J, Aragonés A, Climent JM, de la Cruz Pellín M. Survival study of opioid addicts in relation to its adherence to methadone maintenance treatment. *Drug and alcohol dependence*. 2003; 70(2): 193-200.

10. Davison, G.C., and Neale, G. M. *Abnormal Psychology*. 2001; 8 th Ed. New York: John Wiley & Sons Inc.

11. Farnam A, Mahmoudzahi Sh, The Relationship between negative emotions with temptation and the likelihood of returning substance abusers: The mediating role of social support. *Social Psychology Research*. 2018; 18-33. [In Persian].

12. Afsar A, Bashirian S, Poorolaja, J, Hazavehei S M. M, Vatan Nawaz E, & Zinat Motlagh F. Predictors of Factors Affecting Recurrence of Drug Use among Patients With Maintenance Treatment. *Journal of Health System Research*. 2011; 2034-45. [In Persian].

13. Mohammadkhani S, Sadeghi N, Farzad V. The Causal Model of Relationships of Negative Emotions, Core Beliefs, Substance-related Beliefs, Craving and Emotion Regulation with Substance Abuse Relapse. *Journal of Modern Psychological Researches*. 2011; 6(23): 155-81. [In Persian].

14. Mørkved N, Winje D, Dovran A, Arefjord K, Johnsen E, Kroken RA, Rettenbacher M. Childhood trauma in schizophrenia spectrum disorders as compared to substance abuse disorders. *Psychiatry research*. 2018; 261, 481-487.

15. Farley M, Jacqueline M, Golding B, Young G, Mulligan M, Minkoff J. Trauma history and relapse probability among patients seeking substance abuse treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 2004; 27(2): 161-7.

16. Kernberg OF. *Borderline conditions and pathological Narcism*. New York. 1975. (Jason Aronson).

17. Kernberg OF, Yeomans FB. Borderline personality disorder, bipolar disorder, depression, attention deficit/ hyperactivity disorder, and narcissistic personality disorder: practical differential diagnosis. *Bulletin of the Menninger clinic*. 2013; 77(1): 21-2.

18. Hanif R, Kliever W, Riaz R. Personality traits differentiate Pakistani males in recovery versus relapse from substance use disorders. *Personality and Individual Differences*. 2019; 141, 226-228.

19. Millon T, Grossman S, Millon C, Meagher S, Ramnath R. *Personality disorder in modern life*. John Wiley & Sons. 2012.

20. Eurelings-Bontekoe EH, Luyten P, Jssennagger M, Veeswijk MV, Koelen J. Relationship between

اقتصادی و نوع شیوه درمانی ممکن است با سایر گروه‌های همتای خود متفاوت باشند. بنابراین تعمیم نتایج با احتیاط صورت گیرد. لذا پیشنهاد می‌گردد این موضوع در پژوهش‌های آتی لحاظ گردد و متغیرهای پژوهش بر روی گروه‌های دیگر معنادان تحت درمان نیز بررسی گردد. همچنین استفاده از ابزارهای خود سنجی و شرایط معنادان، می‌تواند سوگیری‌هایی را در پاسخ‌گویی به سؤالات ایجاد کند که به آن نیز باید توجه شود. از آنجایی که کمتر پژوهشی به مسئله آسیب‌های دوران کودکی معنادان و عود آنها پرداخته و از لحاظ متدولوژی، این پژوهش یک مدل ایستاتیک و ایستایی است، در مقطع خاصی امکان دارد عوامل دیگر روان تحلیلی را در نظر نگرفته باشد، پیشنهاد می‌گردد متغیرهای دیگر این نظریه در مطالعات بعدی بررسی گردد. همچنین به لحاظ کاربردی پیشنهاد می‌شود به منظور پیشگیری و تشخیص زودهنگام عود، مؤلفه‌های پژوهش در رویکردهای درمانی لحاظ و مورد استفاده فعالان و درمانگران این حوزه قرار گیرد.

#### منابع

1. Kelly SM, O'Grady KE, Mitchell SG, Brown BS, Schwartz RP. Predictors of methadone treatment retention from a multi-site study: A survival analysis. *Drug and alcohol dependence*. 2011; 117(2-3): 170-5.
2. Villafranca SW, McKellar JD, Trafton JA, Humphreys K. Predictors of retention in methadone programs: A signal detection analysis. *Drug and alcohol dependence*. 2006; 83(3): 218-24.
3. Joseph H, Stancliff S, Langrod J. Methadone maintenance treatment (MMT): a review of historical and clinical issues. *The Mount Sinai Journal of Medicine*. 2000; 67(5-6): 347-64.
4. Teoh J, Yee, A, & Danaee M. Predictors of retention and mortality among patients on methadone maintenance therapy. *Heroin Addiction and Related Clinical Problems*. 2018; 20(4), 19-28.
5. Wallace J. Theory of 12-step oriented treatment. In F. J. Rotgers, & S. W. Morgenstern (Eds.), *Treating substance abuse: Theory and technique* New York: The Guilford Press. 2003.
6. Ahmadpanah M, Mirzaei Alavijeh M, Allahver-Dipour H, Jalilian F, Haghighi M, Afsar A, Gha-Ribnavaz H. Effectiveness of coping skills education program to reduce craving beliefs among addicts referred to addiction centers in Hamadan: a randomized controlled trial. *Iranian J Publ Health*. 2013; 42(10): 1139-44. [In Persian].
7. Liu J, Dilixiati Y, Li F, Zhang F, Mo L, Jiao L, et al. Cox regression analysis on maintenance duration and affecting factors of methadone

33. Wright FD, Beck AT, Newman CF, Liese BS. Cognitive therapy of substance abuse 2001;IN: Ali Goudarzi, Shiraz: Publishers of Rahgosh.
34. Kafi SM, Mollazade Esfenaji R, Norikhajavi M, Salehi E. The Effectiveness of Group Behavioral Therapy on Interaction Behavior Analysis on Marital Adjustment and Prevention of Detoxification. *Modern Psychological Research*. (Tabriz University Psychology) 2010; 6(23): 111-132. [In Persian].
35. Bernstein DP, Fink L, Handelsman L, Foote J, Lovejoy M, Wenzel K. Initial reliability and validity of a new retrospective measure of child abuse and neglect. *The American journal of psychiatry*. 1994;151(8):1132.
36. Shanni Yeilagh M, Milaili N, Shokrkon H. Prevalence of child abuse and prediction of this through general health of parents, adaptability, variable self-esteem and student's academic performance and demographic variables in harried and normal girl students in guidance school of Ahvaz. *J Educ Sci Psychol*. 2007; 14(1): 167-94. [In Persian].
37. Beck A, Ward C. H, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychology*. 1961; 4, 561-571.
38. Fata L, Bireskh B, Atef V, Mohammad K, Dobson D. Schema semantic structures, emotional states, and cognitive processing of emotional information. *Journal of Thought and Behavior*. 2010;11(2): 25-32. [In Persian].
39. Kernberg OF, Clarkin OF. "The Inventory personality organization". 1995; The New York Hospital-Cornell Medical Center.
40. Lenzenweger MF, Clarkin J, Kernberg OF, Foelsch PA. "The Inventory of Personality Organization: Psychometric properties, factorial composition, and criterion relations with affect, aggressive dyscontrol, psychosis proneness, and self-domains in a nonclinical sample". *Psychological Assessment*. 2001; Vol. 13(4): 577-591.
41. Al Behbahani M, Mohammadi N. Investigating the Psychometric Properties of the Kernberg Personality Inventory. *Iranian Journal of Psychology*. 2007; vol 42: 185-195. [In Persian].
42. Bell M, Billington R, Becker B. A scale for the assessment of object relations: Reliability, validity, and factorial invariance. *Journal of Clinical Psychology*. 1986; 42(5): 733-41.
43. Derefinko KJ, Salgado García FI, Talley KM, Bursac Z, Johnson KC, Murphy JG, McDevitt-Murphy ME, Andrasik F, Sumrok DD. Adverse childhood experiences predict opioid relapse during treatment among rural adults. *Addict Behav*. 2019; 96:171-174.
44. Banducci AN, Hoffman E, Lejuez CW, Koenen KC. The relationship between child abuse and negative outcomes among substance users: psychopathology, health, and comorbidities. *Addict Behav*. 2014; 39(10):1522-7.
- personality organization and Yongs cognitive model of personality pathology. *Personality and Individual Differences*. 2010; 49(3): 198-203.
21. Hebert E, Diguier L, Descoteaux J, Daoust JP, Rousseau JP, Normandian L, Scullion M. The personality Organization Diagnostic Form (Podf): A preliminary report on its validity and inter rater reliability. *Psychotherapy Research*. 2003; 13(2): 243-254.
22. Preti E, Rottoli C, Dainese S. Personality Structure Features Associated with Early Dropout in Patients with Substance-Related Disorders and Comorbid Personality Disorders. *Int J Ment Health Addiction*. 2015; 13(4): 536-547.
23. Asgari A, Pourshahbaz A, Farhoodian A. Personality Dimensions Influencing the Relapse of Substance Abuse in Drug Dependents under Methadone Maintenance Treatment. *Journal of research on addiction*. 2011; 5(19):7-20.
24. Gaber OH, Abelfatah ME. Relationship between Personality Disorders and Relapses among Sample of Substance Abuse Patients. *J Psychol Clin Psychiatry*. 2016; 6(6): 00381.
25. Fisher LA, Elias JW, Ritz K. Predicting relapse to substance abuse as a function of personality dimensions. *Alcohol-Clin Exp Res*. 1998; 22(5): 1041-7.
26. Mohseni Tabrizi A. Active Alienation And Passive Alienation: A Case Study of Iranian Students. *Journal of Social Sciences*. 2003; Vol. 22: 131-146. [In Persian].
27. Chalana H, Kundal T, Malhari AS. Depression as a Risk Factor for Relapse After Inpatient Opioid Detoxification: 1-Year Follow-Up Study. *International Journal of High Risk Behaviors and Addiction*. 2017; 6(3): e59543.
28. Heiweil S, Lönnquist L, Källmén H. Potential risk factors associated with risk for drop-out and relapse during and following withdrawal of opioid prescription medication. *European Journal of Pain*. 2011; 15(9): 966-970.
29. Hasin D, Liu X, Nunes E, McCloud S, Samet S, Endicott J. Effects of Major Depression on Remission and Relapse of Substance Dependence. *Arch Gen Psychiatry*. 2002;59(4):375-380.
30. Leslie K. Youth substance use and abuse: challenges and strategies for identification and intervention. *Cmaj*. 2008; 178(2), 145-148.
31. Fuchshuber J, Hiebler-Ragger M, Kresse A, Kapfhammer HP, Human F. Depressive Symptoms and Addictive Behaviors in Young Adults After Childhood Trauma: The Mediating Role of Personality Organization and Despair. *Front Psychiatry*. 2018; 9: 318.
32. Kline RB. Principles and practice of structural equation modeling: Guilford publications. 2015; New York: Guilford Press.

45. Fernández-Montalvo J, López-Goñi JJ, Arteaga A. Psychological, physical, and sexual abuse in addicted patients who undergo treatment. *Journal of interpersonal violence*. 2015;30(8):1279-98.
46. Gil-Rivas V, Prause J, Grella CE. Substance use after residential treatment among individuals with co-occurring disorders: The role of anxiety/depressive symptoms and trauma exposure. *Psychology of Addictive Behaviors*. 2009; 23(2): 303–314.
47. Blizard RA, Bluhm AM. Attachment to the abuser: Integrating object-relations and trauma theories in treatment of abuse survivors. *Psychotherapy*. 1994; 3(1):383-390.
48. Atkinson R, Atkinson RS, Heilgard E. *Psychology*. Translated by: Barahani M, Karimi Y, Shahrarai M, Birshak B, Beik M, Gahan N, Zamani Z, Mohammaduddin Bana M. Tehran 2011; Vol. I, Roshd Publications. [In Persian].
49. Leahy RL, Tirsch D, Napolitano LA. *Emotion regulation in psychotherapy: A practitioner's guide* 2011: Guilford Press.
50. Sihvola E, Rose RJ, Dick DM, Pulkkinen L, Marttunen M, Kaprio J. Earlyonset depressive disorders predict the use of addictive substances in adolescence: A prospective study of adolescent Finnish twins. *Addiction* 2008; 103(12), 2053–45.
51. Kohut H. *The restoration of the self: CT*: University of Chicago Press; 2009.
52. Yousefzadeh Ch, Yasrabi k, Yasrabi M. The Relationship between Object Relationships and Interpersonal Guilt in Drug and Drug Abuse Problems. *First International Comprehensive Congress of Iranian Psychology*. 2015; Tehran, Iran Development Conferences Center.
53. Bellak L, Hurvich M, Gediman HK. *Ego Functions in Schizophrenics, Neurotics, and Normals* 1973; New York: John Wiley.
54. Summers F. *Object relations theories and psychopathology: A comprehensive text*: Routledge; 2014.