

اثربخشی روان‌درمانی امیدمحور بر انگیزش درمان افراد وابسته به مواد مخدر

طیبه رحیمی پردنجانی^۱، علی محمدزاده ابراهیمی^۲، زهرا صبوری^۳

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۰۱/۱۰ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۵/۰۶/۳

چکیده

هدف: پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی روان‌درمانی امیدمحور بر انگیزش درمان افراد وابسته به مواد مخدر انجام شد. **روش:** روش پژوهش شبه‌آزمایشی و طرح آن از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری عبارت بودند از: افراد وابسته به مواد مخدر مراجعه‌کننده به مراکز و کلینیک‌های ترک اعتیاد مناطق ۹، ۱۰ و ۱۱ شهر مشهد. برای نمونه‌گیری تعداد ۴۰ نفر از بین افراد داوطلب انتخاب و به طور تصادفی به دو گروه تقسیم شدند و کاربردی نیز به تصادف به یک گروه (آزمایش) اختصاص پیدا کرد. گروه آزمایش در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای روان‌درمانی گروهی امیدمحور دریافت نمودند و گروه گواه هیچ مداخله‌ای دریافت نکردند. هر دو گروه، مقیاس آمادگی برای تغییر و انگیزش درمان‌میلر و تونینگان را به عنوان پیش‌آزمون و پس‌آزمون تکمیل کردند. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد روان‌درمانی امیدمحور بر افزایش انگیزش درمان و مؤلفه‌های بازشناسی، دوسوگرایی و گام برداری افراد وابسته به مواد مخدر مؤثر است. **نتیجه‌گیری:** به کارگیری اصول روان‌درمانی امیدمحور نقش مهمی در افزایش انگیزش درمان افراد وابسته به مواد مخدر داشته و استفاده از آن می‌تواند موفقیت برنامه‌های درمانی و سایر پیامدهای مثبت درمانی را در آن‌ها به دنبال داشته باشد.

کلیدواژه‌ها: روان‌درمانی امیدمحور، انگیزش درمان، وابستگی به مواد مخدر

۱. نویسنده مسئول: استادیار گروه روانشناسی دانشگاه بجنورد، بجنورد، ایران، پست الکترونیک: Tayebe.rahimi@yahoo.com

۲. استادیار گروه روانشناسی دانشگاه بجنورد، بجنورد، ایران

۳. کارشناسی ارشد مشاوره دانشگاه بجنورد، بجنورد، ایران

مقدمه

امروزه علاقه فزاینده‌ای به مطالعه رفتارهای مربوط به اعتیاد و وابستگی به مواد مخدر^۱ در زندگی روزمره شکل گرفته است. چنین علاقه‌ای از یک سو ناشی از این واقعیت است که بخش اعظمی از جامعه درگیر و متأثر از چنین رفتارهای مشکل‌زایی می‌شوند و تنوع و شیوع آن در حال گسترش است (لیندسکی^۲ و همکاران، ۲۰۱۲؛ به نقل از دلوز^۳ و همکاران، ۲۰۱۵)؛ از سوی دیگر، پیامدهای اعتیاد بر روی سلامتی جسمانی و بهزیستی روان‌شناختی (نظیر طرد و انزوای اجتماعی، اختلالات روان‌شناختی و بیماری‌های جسمانی) و دغدغه‌های اجتماعی و اقتصادی آن (نظیر هزینه‌های اقتصادی، بهداشتی و مراقبتی) شدید می‌باشد (دلوز و همکاران، ۲۰۱۵). علل شیوع اعتیاد متعدد بوده و باتوجه به ویژگی‌های جوامع مختلف تفاوت‌های قابل ملاحظه‌ای پیدا می‌کند. هیچ انسانی به طور ناگهانی و توجیه‌ناپذیر قربانی اعتیاد نمی‌شود، بلکه معمولاً نگرش‌ها، باورها، هدف‌ها و انتظارات و الگوهای انگیزشی غیر مؤثر و یا ساختار انگیزشی غیر انطباقی وی در این بین نقش مهمی ایفا می‌کنند (ککس و کلینگر^۴، ۲۰۰۲).

در حال حاضر، پژوهش‌ها بیش از گذشته بر اهمیت نقش انگیزش^۵ در تنظیم مصرف مواد طی پیشروی از مراحل ابتدایی تا پیشرفته، کاهش مصرف و همچنین درمان قطعی آن تأکید می‌کنند (اسجواردز^۶ و همکاران، ۲۰۱۴). به ویژه تلاش برای درمان وابستگی به مواد، بدون در نظر گرفتن انگیزش کامل نیست. اغلب افرادی که مشکلات مصرف مواد دارند بیان می‌کنند که مشکلات پیچیده غیر قابل پیش‌بینی دارند که با کاهش سطح انگیزش و عدم تمایل برای تغییر و مقاومت نسبت به درمان همراه است (مولیا^۷، ۲۰۰۲). در واقع، انگیزش اولین گام مهم برای هر عمل یا هر نوع تغییر در رفتار بوده و در درمان اختلالات مصرف مواد نیز انگیزش درمان‌جویان برای تغییر یکی از نکات مهم مورد توجه بالینی بوده است (دی کلمنته، بلینو و نوین^۸، ۱۹۹۹). میلر و رولینک^۹ (۲۰۰۶)، اظهار می‌دارند که اغلب

1. addiction and substance dependence
2. Linskiy
3. Deleuze
4. Cox, & klinger

5. motivation
6. Sjoerds
7. Mulia
8. DiClemente, Bellino, & Neavins
9. Miller, & Rollnick

معتادان علاوه بر اینکه دارای مقاومت، ارادهٔ ضعیف، یا از لحاظ شخصیتی با ناهنجاری‌هایی مواجه هستند، به طور ذاتی در مورد تغییر، احساس دوگانه‌ای دارند.

انگیزش درمان به عنوان "حالت آمادگی یا آماده بودن برای تغییر که ممکن است این حالت، از زمانی به زمان دیگر و از موقعیتی به موقعیت دیگر تغییر کند" تعریف شده است (میلر و رولینک، ۲۰۰۶). از نظر میلر و تونینگان^۱ (۱۹۹۶) انگیزش درمان اعتیاد شامل مراحل بازشناسی^۲، دوسوگرایی^۳ و گام برداری^۴ می‌باشد. بازشناسی به شناخت این که در فرد رفتار مشکل‌زایی وجود دارد، تعریف شده است. دوسوگرایی مرحله انگیزش درمان بعد از بازشناسی مشکل است که هنوز فرد در ترک کردن یا نکردن آن رفتار مردد است. در نهایت، در گام برداری که سومین مرحله انگیزش درمان است، فرد اقدام عملی برای ترک رفتار مشکل‌زای خود انجام می‌دهد.

در طول چند سال گذشته پژوهشگران و درمانگران علاقه زیادی به مفهوم انگیزش و نقش آن در بهبودی از مشکلات مصرف مواد نشان داده‌اند. در پژوهشی لاندگرین^۵ (۲۰۱۵) به این نتیجه دست یافت که افزایش انگیزش برای درمان، در پیش‌بینی مشارکت در درمان و تلاش برای بهبود نقش به‌سزایی دارد. بررسی اسجوردز و همکاران (۲۰۱۴) بر روی افراد وابسته به مواد مخدر نشان داد انگیزش پایین یکی از علل وابستگی، مصرف و سوءمصرف مواد مخدر می‌باشد. کریچ و اسپرانگ^۶ (۲۰۱۰) بیان می‌کنند که برای کار با مراجعین وابسته به مواد مخدر باید انگیزش آن‌ها نسبت به تغییر افزایش پیدا کند. همچنین انگیزش را عامل حیاتی می‌دانند که بر تمایل افراد برای تغییر و درمان بسیار مؤثر است. در پژوهش‌های دیگری نیز بر نقش انگیزش در جستجو و اتمام موفقیت‌آمیز درمان (کریتس-کریستوف^۷ و همکاران، ۲۰۰۹) و آمادگی برای تغییر مصرف مواد (استون، سوآن و سینها^۸، ۲۰۰۰) تأکید شده است.

1. Tonigan
2. recognition
3. ambivalence
4. taking steps
5. Londgren

6. Craig, & Sprang
7. Crits-Christoph
8. Easton, Swan, & Sinha

پژوهش‌ها تأثیر برخی مداخلات درمانی و آموزشی بر انگیزش درمان افراد وابسته به مواد مخدر را بررسی کرده‌اند. در پژوهشی که نایت^۱ و همکاران (۲۰۱۶) بر روی جوانان وابسته به مواد مخدر مقیم در پنج مرکز مراقبتی انجام دادند، دریافتند که برنامه آمادگی و القاء درمان^۲ بر بازشناسی مشکل، تصمیم‌گیری، شروع درمان، مشارکت و رضایت از درمان در جوانان وابسته به مواد مخدر تأثیر دارد. در بررسی دیگری نتایج نشان داد برنامه آمادگی و القاء درمان مستقیماً بر بازشناسی مشکل و به صورت غیرمستقیم بر تمایل به دریافت کمک و آمادگی برای تغییر تأثیر دارد (بیکان^۳ و همکاران، ۲۰۱۵). ویدرین^۴ و همکاران (۲۰۱۳) نشان دادند مداخله انگیزش و حل مسأله^۵، که برنامه‌ای مبتنی بر رویکرد شناختی رفتاری و نظریه شناخت اجتماعی است، در موفقیت و حفظ پرهیز از مواد مصرفی، اشتغال به درمان و اصلاح سایر رفتارهای خطرناک سلامتی مؤثر است. سرانجام، کلدوی، برجعلی، فلسفی نژاد و سهرابی (۱۳۹۰) نشان دادند برنامه پیشگیری از بازگشت بر پایه ذهن آگاهی^۶ بر انگیزش درمان افراد وابسته به مواد افیونی مؤثر است.

از جمله مداخلات درمانی که تاکنون پژوهشی به بررسی اثرات آن در انگیزش درمان افراد وابسته به مواد مخدر نپرداخته است، روان‌درمانی امیدمحور^۷ یا امیددرمانی می‌باشد. روان‌درمانی امیدمحور برخواسته از روان‌شناسی مثبت‌نگر می‌باشد که در این رویکرد به جای توجه صرف به آسیب‌ها یا اختلالات روانی، عواملی نظیر شادکامی، خوش‌بینی، خلاقیت، معنا در زندگی، خویش‌تنداری، حمایت اجتماعی^۸ و امید و به کارگیری روش‌های مبتنی بر همین عوامل در پیشگیری و درمان بیماری‌های روانی و جسمانی مورد توجه قرار گرفته است (اسنایدر و مک کالوف^۹، ۲۰۰۰؛ سلینگمن و سیگزنت‌میهایلی^{۱۰}، ۲۰۰۰ و کار^{۱۱}، ۲۰۰۴؛ ترجمه پاشاشریفی، نجفی ند و جعفری، ۱۳۸۷). روان‌درمانی

1. Knight
2. Treatment Readiness and Induction Program (TRIP)
3. Becan
4. Vidrine
5. motivation and problem solving (MAPS)
6. mindfulness based relapse prevention

7. hope-oriented psychotherapy
8. Welfare, optimism, creativity, meaning in life, continence, & Social support
9. Snyder, & McCullough
10. Seligman, & Csikszentmihalyi
11. Carr

امیدمحور که از نظریه امید اسنایدر و اندیشه‌های برگرفته شده از درمان شناختی-رفتاری، درمان راه‌حل‌محور^۱ و درمان داستانی یا روایتی^۲ است (اسنایدر و پترسون^۳، ۲۰۰۰)، بر این هدف استوار است که به درمان‌جویان کمک کند تا اهداف را فرمول‌بندی کنند و گذرگاه‌های متعددی برای رسیدن به آن‌ها بسازند، خود را برای دنبال کردن اهداف برانگیزانند و موانع را به صورت چالش‌هایی برای غلبه از نو تعریف کنند (کار، ۲۰۰۴؛ ترجمه پاشاشریفی و همکاران، ۱۳۸۷). پژوهشگران معتقدند که افراد امیدوار در رویارویی با شرایط استرس‌زا به صورت فعال‌تری برخورد کرده، از راهبردهای مقابله‌ای بیشتر و بهتری استفاده می‌کنند و از بهزیستی روان‌شناختی بالاتری برخوردار هستند (رئیسیان، گلزاری و برجعلی، ۱۳۸۹). علاوه بر این پژوهش‌ها نشان می‌دهد که امید با خودکارآمدی (لین و چپ‌من^۴، ۲۰۱۱؛ ماگالتا و اولیور^۵، ۱۹۹۹) و انگیزش برای تغییر مشکلات فردی (هایگ، سویکس و دی کلمنته^۶، ۲۰۰۴؛ مدالیا و ساپرستین^۷، ۲۰۱۱) همراه است. همچنین روشن شده است که امید با کارآیی درمانی نیز ارتباط دارد و اصولاً به عنوان یک عنصر ضروری برای بهبود بیماران در نظر گرفته می‌شود (ورنر^۸، ۲۰۱۲).

در مجموع، باتوجه به اینکه انگیزش درمان در افراد وابسته به مواد مخدر از جمله متغیرهای مهم در تعیین موفقیت برنامه‌های درمانی اعتیاد می‌باشد؛ و تأکید محققان بر اهمیت معنا، هدف و امید در ایجاد و پایداری انگیزش (رایان و دسی^۹، ۲۰۰۸)، پژوهش حاضر در صدد پاسخگویی به این مسأله است که آیا روان‌درمانی گروهی امیدمحور بر انگیزش درمان و مؤلفه‌های آن، یعنی بازشناسی، دوسوگرایی و گام‌برداری در افراد وابسته به مواد مخدر تأثیر دارد؟

1. solution-focused therapy
2. narrative therapy
3. Peterson
4. Lane, & Chapman
5. Magaletta, & Oliver

6. Haug, Sviki, & Diclemente
7. Medalia, & Saperstein
8. Werner
9. Ryan, & Deci

روش

جامعه آماری، نمونه و روش نمونه‌گیری

روش پژوهش حاضر از نوع شبه‌آزمایشی می‌باشد که در آن از طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه استفاده شده است. جامعه آماری عبارت بودند از: افراد وابسته به مواد مخدر مراجعه‌کننده به کلینیک‌ها و مراکز ترک اعتیاد مناطق ۹، ۱۰ و ۱۱ شهر مشهد در سال ۱۳۹۴. روش نمونه‌گیری به این صورت بود که ابتدا از بین مراکز ترک اعتیاد مناطق ۹، ۱۰ و ۱۱ شهر مشهد، به تصادف ۹ مرکز (از هر منطقه ۳ مرکز) انتخاب گردید و سپس، در این مراکز یک فراخوان جهت شرکت در جلسات روان‌درمانی امید محور اعلام شد؛ در مجموع ۸۷ نفر در برنامه فراخوان ثبت‌نام کردند؛ سپس از بین افراد داوطلب که آمادگی خود را جهت شرکت در جلسات درمانی اعلام کرده بودند، ۴۲ نفر به صورت هدفمند با در نظر گرفتن ملاک‌های ورود و خروج انتخاب شدند. از این تعداد ۲۱ نفر در گروه آزمایش و ۲۱ نفر در گروه گواه به صورت تصادفی جایگزین شدند؛ که در نهایت به دلیل ناتوانی یکی از افراد گروه آزمایش برای تکمیل جلسات درمان و متعاقباً حذف تصادفی یکی از افراد گروه گواه، به منظور رعایت تساوی تعداد افراد دو گروه، حجم نمونه به ۴۰ نفر، هر گروه ۲۰ نفر، تقلیل یافت. لازم به ذکر است که ملاک‌های ورود به پژوهش حاضر عبارت بودند از: قرار داشتن در دامنه‌ی سنی بین ۱۸ تا ۴۰ سال، حداقل تحصیلات دیپلم، حداقل ۱۲ ماه وابستگی به مواد مخدر، تحت درمان بودن در یکی از مراکز ترک اعتیاد. همچنین ملاک خروج، انصراف و یا عدم توانایی تکمیل جلسات درمان بود.

ابزار

مقیاس مراحل آمادگی برای تغییر و انگیزش برای درمان^۱: این مقیاس توسط میلر و تونیکان (۱۹۹۶) به منظور ارزیابی میزان اشتیاق افراد الکلی برای ایجاد تغییر ساخته شد، اما امروزه از این ابزار برای ارزیابی معتادین به دیگر انواع مواد مخدر نیز استفاده می‌شود. این

مقیاس دارای ۱۹ گویه است و افراد باید در یک مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای (شدیدا مخالف = ۱ تا شدیدا موافق = ۵) میزان موافقت یا مخالفت خود را با هر یک از عبارات آن مشخص کنند؛ حداکثر نمره قابل کسب در این پرسش‌نامه برابر ۹۵ و حداقل نمره ۱۹ می‌باشد. این مقیاس دارای سه مؤلفه بازشناسی، دوسوگرایی و گام‌برداری است. خرده‌مقیاس بازشناسی نشانگر آگاهی فرد نسبت به وجود مشکل و تمایل وی نسبت به ایجاد تغییر است. خرده‌مقیاس دوسوگرایی بیانگر شک و عدم اطمینان فرد نسبت به وجود مشکل و آسیب‌ها است و خرده‌مقیاس گام‌برداری دربرگیرنده فعالیت‌هایی است که فرد به منظور ایجاد تغییر انجام داده است. میلر و تونیگان (۱۹۹۶) ضرایب آلفای کرونباخ بازشناسی در دامنه ۰/۸۵ تا ۰/۹۵، دوسوگرایی در دامنه ۰/۶۰ تا ۰/۸۸ و گام‌برداری در دامنه ۰/۸۳ تا ۰/۹۶ گزارش شده است. روایی همگرا از طریق همبستگی با فرم ۳۹ سؤالی آن برای هر یک از مقیاس‌های این آزمون به این شرح گزارش شده است. بازشناسی ۰/۹۶، دوسوگرایی ۰/۸۸ و گام‌برداری ۰/۹۴. در ایران اعتبار این ابزار را بشرپور، جعفرتبار، نریمانی و مساح (۱۳۹۲) ضرایب آلفای کرونباخ را به ترتیب ۰/۷۶ برای بازشناسی، ۰/۷۱ برای دوسوگرایی و ۰/۸۵ برای گام‌برداری و برای کل آزمون نیز ۰/۸۳ گزارش نمودند. در پژوهش حاضر جهت سنجش اعتبار مقیاس مراحل آمادگی برای تغییر و انگیزش درمان از روش ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد که این میزان ۰/۷۳ برای کل مقیاس، ۰/۷۱ برای مؤلفه بازشناسی، ۰/۶۹ برای مؤلفه دوسوگرایی و ۰/۷۰ برای مؤلفه گام‌برداری به‌دست آمد.

روش اجرا

پس از آنکه افراد گروه آزمایش و گواه انتخاب شدند، طی جلسه‌ای (یک هفته پیش از جلسات درمانی) از هر دو گروه پیش‌آزمون به عمل آمد. بدین ترتیب که مقیاس مراحل آمادگی برای تغییر و انگیزش درمان توسط افراد هر دو گروه تکمیل گردید.

جدول ۱: شرح مختصری از جلسات پروتکل روان‌درمانی امیدمحور

جلسه‌ها	هدف و روش	تمرین‌ها
اول	هدف: آشنایی اعضا با درمان و رهنمودهایی برای مشارکت، معرفی برنامه‌ها و آشنایی با اهداف گروه، ایجاد ارتباط و همدلی؛ روش: خطوط کلی جلسات برای اعضا گروه.	از اعضا خواسته می‌شد تا داستان یا روایتی از زندگی خود که در بردارنده موفقیت‌ها و شکست‌هایشان می‌باشد، بطور خلاصه و در چند صفحه (حداکثر تا ۴ صفحه) بنویسند و در جلسه بعدی، به همراه خود بیاورند.
دوم	هدف: کار بر روی داستان و حکایات زندگی اعضا، و مشخص نمودن مؤلفه‌های امید: اهداف، گذرگاه‌ها، و نیروی عامل، در این داستان‌ها؛ روش: بیان داوطلبانه داستان زندگی و بیان روایت‌های موفقیت و شکست و تأکید بر داشتن اهمیت هدف در زندگی.	از اعضا خواسته می‌شد اهدافی که در زندگی دنبال می‌کنند را نوشته و اگر هدفی را دنبال نمی‌کنند بنویسند «فاقد هدف مشخص».
سوم	هدف: بحث و گفتگو درباره اهداف و شناسایی خصوصیات اهداف مناسب (آموزش اولویت‌بندی اهداف مهم، قابل دستیابی، و قابل اندازه‌گیری؛ روش: انتخاب یک هدف مثبت و حفظ آن در طول این جلسات.	از اعضا خواسته می‌شد که اهداف خود را بر اساس آموزشی که دیدند مجدداً مورد بازبینی قرار دهند و آن‌ها را بازنویسی کنند و در جلسه بعد یکی از آن‌ها را در گروه عنوان نمایند.
چهارم	هدف: تهیه فهرست مسیرها و شناسایی گذرگاه‌های مناسب برای رسیدن به اهداف (یعنی از حالت انتزاعی در بیابند و عینی شوند)؛ روش: تبدیل اهداف کلی به اهداف خرد و تعیین مسیرهایی برای رسیدن به آن‌ها.	از اعضا خواسته می‌شد تمام راه‌های ممکن و کارآمد برای رسیدن به اهداف‌شان را نوشته و در جلسه بعد گروه عنوان نمایند.
پنجم	هدف: کار بر روی افزایش نیروی عامل با استفاده از تفکر مثبت و تکرار واژه‌های مثبت؛ روش: بیان اهداف به صورت مثبت و تأکید بر مثبت‌اندیشی.	از اعضا خواسته می‌شد که در زندگی روزمره خود از این فن استفاده نموده و در تعاملات روزانه سعی نمایند جملات مثبت و تفکر مثبت را به کار گیرند و نتایج آن را در جلسه بعد برای گروه تشریح کنند.
ششم	هدف: شناسایی موانع، از جمله خودگویی‌های منفی و خطاهای شناختی؛ روش: بحث بر سر موانع رسیدن به هدف و بازبینی خودگویی‌های منفی.	از اعضا خواسته می‌شد تا لیستی از موانع و خودگویی‌های منفی که در تعقیب هدف مورد نظرشان ایجاد شده را فراهم نمایند.
هفتم	هدف: آموزش مقابله با موانع، به وسیله ایجاد گذرگاه‌های جانشین با به کارگیری خلاقیت؛ روش: بیان نحوه برخورد با موانع و آموزش تفکر خلاق برای ایجاد گذرگاه‌های جانشین.	از اعضا خواسته می‌شد تا خلاصه‌ای از پیشبرد اهداف تعیین شده در جلسات اول را بنویسند و در جلسه بعد در گروه مطرح نمایند.
هشتم	هدف: جمع‌بندی و نتیجه‌گیری از کل جلسات گروه، و جشن پایانی؛ روش: به خاطر سپردن امید در زندگی و بهره‌بردن از آن.	-

قبل از شروع جلسات درمانی برای اعضای گروه آزمایش جلسه‌ای توجیهی ترتیب داده شد که طی آن در مورد بیماری اعتیاد، تأثیر مخرب آن بر فرد، خانواده و جامعه، تأثیر امید و هدف در زندگی و همچنین طرح پژوهش حاضر، اهداف و مدت زمان آن به صورت کلی توضیحاتی داده شد. همچنین به آن‌ها اطلاعاتی در مورد محرمانه بودن، حق خروج از پژوهش در هر زمان که می‌خواهند و زمان و مکان تشکیل جلسات ارائه شد. سپس، جلسات گروه‌درمانی مبتنی بر پروتکل نظریه امید (اسنایدر، میشل^۱ و چیونز^۲، ۱۹۹۹؛ اسنایدر، ۲۰۰۰؛ اسنایدر و پترسون، ۲۰۰۰) برای گروه آزمایش به مدت ۸ جلسه هفتگی ۹۰ دقیقه‌ای برگزار گردید. یک هفته پس از اتمام جلسات درمانی از هر دو گروه آزمایش و گواه پس‌آزمون به عمل آمد. در جدول شماره ۱ شرح جلسات پروتکل روان‌درمانی امید محور به اختصار ارائه شده است.

یافته‌ها

جدول ۲: آماره‌های توصیفی انگیزش درمان و مؤلفه‌های آن به تفکیک گروه‌ها و نوع آزمون

متغیرها	گروه‌ها	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
انگیزش درمان	آزمایش	۶۱/۲۵	۸/۹۰	۸۱/۹۰	۳/۶۰
	گواه	۵۷/۰۵	۱۱/۰۴	۵۴/۵۵	۹/۶۲
بازشناسی	آزمایش	۲۶/۳۵	۵/۰۸	۳۳/۲۵	۱/۳۳
	گواه	۲۴/۲۰	۶/۲۷	۲۳/۵۰	۶/۰۶
دوسوگرایی	آزمایش	۱۴/۷۰	۲/۷۱	۱۱/۶۵	۳/۳۶
	گواه	۱۴/۱۵	۲/۷۲	۱۴/۵۵	۳/۲۸
گام‌برداری	آزمایش	۱۸/۴۰	۵/۱۶	۳۷	۱/۹۷
	گواه	۱۷/۴۵	۵/۳۰	۱۶/۵۰	۴/۵۷

میانگین سن افراد در گروه آزمایش ۳۱/۶ سال، با انحراف استاندارد ۵/۶۲ سال و گروه گواه ۳۰/۴۵، با انحراف استاندارد ۵/۶۴ سال بود. از لحاظ سطح تحصیلات نیز در گروه آزمایش ۲۰ درصد افراد دارای تحصیلات دیپلم، ۴۰ درصد فوق‌دیپلم، ۳۰ درصد لیسانس

و ۱۰ درصد فوق‌لیسانس بودند. همچنین، در گروه گواه ۲۲ درصد دارای تحصیلات دیپلم، ۳۸ درصد فوق‌دیپلم، ۳۲ درصد لیسانس و ۸ درصد دارای تحصیلات فوق‌لیسانس بودند. آماره‌های توصیفی انگیزش درمان و مؤلفه‌های آن به تفکیک گروه‌ها و نوع آزمون در جدول ۲ ارائه شده است.

به منظور بررسی اثربخشی امیددرمانی می‌بایستی از تحلیل کواریانس چند متغیری استفاده شود. یکی از پیش‌فرض‌های این تحلیل نرمال بودن توزیع نمرات است. نتایج آزمون کولموگروف اسمیرنوف نشان داد در گروه آزمایش خرده‌مقیاس بازشناسی ($z=0/95, P>0/05$)، دوسوگرایی ($z=0/55, P>0/05$) و گام‌برداری ($z=0/89, P>0/05$) این پیش‌فرض برقرار است. همچنین در گروه گواه نیز پیش‌فرض نرمال بودن در خرده‌مقیاس بازشناسی ($z=0/54, P>0/05$)، دوسوگرایی ($z=0/58, P>0/05$) و گام‌برداری ($z=0/76, P>0/05$) برقرار است. همچنین برای بررسی همگنی واریانس‌ها از آزمون لون استفاده شد که نتایج آن نشان داد در خرده‌مقیاس بازشناسی ($z=0/13, P>0/05$)، دوسوگرایی ($z=1/40, P>0/05$) و گام‌برداری ($z=0/43, P>0/05$) این پیش‌فرض برقرار است. همچنین نتایج بررسی پیش‌فرض همگنی شیب‌های رگرسیون در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳: نتایج پیش‌فرض همگنی شیب‌های رگرسیون

معناداری	F آماره	میانگین - مجذورات	درجه - آزادی	مجموع - مجذورات	تعامل‌ها
۰/۰۵۲	۴۶/۸	۹۲۷/۶۱	۲	۱۸۵۵/۲۲	متغیر مستقل × پیش‌آزمون بازشناسی
۰/۷۵	۰/۲۸	۲/۳۷	۲	۴/۷۵	متغیر مستقل × پیش‌آزمون دوسوگرایی
۰/۲۱	۱/۶۵	۱۲/۷	۲	۲۵/۴۱	متغیر مستقل × پیش‌آزمون گام‌برداری

همانگونه که در جدول ۳ مشاهده می‌شود پس‌فرض همگنی شیب‌های رگرسیون در تمام مؤلفه‌ها برقرار است. به منظور بررسی خطی بودن رابطه بین متغیرهای وابسته، نمودار پراکنده متغیرهای وابسته ترسیم گردید که در هیچ‌یک از مؤلفه‌ها موردی از غیرخطی بودن مشاهده نشد. بنابراین تحلیل کواریانس چندمتغیری انجام شد و نتایج آن حکایت از

معنادار بودن تفاوت داشت ($F=182/45, P<0/001$)، $F=182/45, P<0/001$ ، لامبدای ویکز). برای بررسی الگوهای تفاوت از تحلیل کواریانس تک متغیری به شرح جدول زیر استفاده شد.

جدول ۴: نتایج تحلیل کواریانس تک متغیری برای بررسی الگوهای تفاوت در مؤلفه‌های انگیزش درمان

متغیرها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	معناداری	اندازه اثر
بازشناسی	۵۷۲/۵۸	۱	۵۷۲/۵۸	۹۰/۹۲	۰/۰۰۰۵	۰/۷۲
دوسوگرایی	۱۰۳/۹۳	۱	۱۰۳/۹۳	۱۱/۵۶	۰/۰۰۲	۰/۲۵
گام برداری	۳۴۴۲/۴۳	۱	۳۴۴۲/۴۳	۴۳۴/۶۶	۰/۰۰۱	۰/۹۲

همانگونه که در جدول ۴ مشاهده می‌شود در تمام مؤلفه‌ها تفاوت برقرار است. به بیان دیگر روان‌درمانی امیدمحور توانسته است تمام مؤلفه‌های انگیزش را بهبود بخشد.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی روان‌درمانی گروهی امیدمحور بر انگیزش درمان افراد وابسته به مواد مخدر بود. نتایج نشان داد روان‌درمانی گروهی امیدمحور در افزایش انگیزش درمان و مؤلفه‌های آن، یعنی بازشناسی، دوسوگرایی و گام برداری در افراد وابسته به مواد مخدر تأثیر دارد. با توجه به اینکه تاکنون پژوهشی که به بررسی تأثیر روان‌درمانی امیدمحور بر انگیزش درمان افراد وابسته به مواد مخدر پرداخته است؛ نتایج این پژوهش با یافته‌های حاصل از پژوهش‌های هامپتون^۱ و همکاران (۲۰۱۱) مبنی بر نقش واسطه‌ای انگیزش در رابطه بین امید و درمان اعتیاد، کوهن، آنلی و شری^۲ (۲۰۱۲) در رابطه با نقش حیاتی امید در مشاوره سوء مصرف مواد، رئیس‌یان و همکاران (۱۳۸۹) در مورد تأثیر آموزش امیددرمانی در کاهش میزان افسردگی و پیشگیری از عود در زنان درمان جوی وابسته به مواد مخدر، دی کلمنته و همکاران (۱۹۹۹) مبنی بر نقش انگیزش تغییر و درمان در بهبودی افراد وابسته به الکل و روباک، سانددیک، لوریتزن و کریستین^۳ و همکاران (۲۰۰۵) در مورد تأثیر امید بر تغییر سطح انگیزش همسو می‌باشد.

القاء امید در جلسات روان‌درمانی امید محور فرایندی فعال است که بر تحرک، تغییر جهت و فعالیت به جای انتظار منفعلانه تأکید دارد. امیددرمانی فرایند خلاق است که شکل‌گیری دیدگاهی متفاوت از دیدگاه قبلی مراجعان را به دنبال دارد (کوهن و همکاران، ۲۰۱۲). افرادی که به واسطه روان‌درمانی امیدمحور میزان بالاتری از امیدواری را کسب می‌کنند در یافتن راه‌های جایگزین برای دستیابی به اهداف خلاق‌ترند، انگیزه بیشتری برای دنبال کردن آن‌ها دارند و مهم اینکه موانع را به عنوان چالش در نظر می‌گیرند و اعتقاد دارند که قادر به درس گرفتن از موفقیت‌ها و شکست‌های قبلی برای دستیابی به هدف‌های آینده هستند. اهدافی را انتخاب می‌کنند که نیاز به تلاش بیشتری دارد. به مهارت‌ها و اهداف خود اطمینان دارند و بر آنان تمرکز می‌کنند. در واقع، افراد با سطح امید بالا تنها از نتیجه دستیابی به هدف لذت نمی‌برند، بلکه از فرایند هم لذت می‌برند (چان^۱، ۲۰۰۹). همه این تغییرات توأم با افزایش انگیزش درمان در افراد وابسته به مواد مخدر می‌باشد. بخش مهمی از اثرگذاری روان‌درمانی امیدمحور بر انگیزش درمان افراد وابسته به مواد مخدر، به رابطه بالای تفکر عامل^۲ امید و انگیزش برمی‌گردد (اسنایدر و همکاران، ۲۰۰۲). تفکر عامل یک مؤلفه انگیزشی مهم برای به حرکت درآوردن فرد در مسیرهایی است که برای رسیدن به هدف در نظر گرفته است. در واقع، تفکر عامل نوعی حس اطمینان از موفقیت معطوف به هدف است که این حس اطمینان در فرد نیرویی ایجاد می‌کند که خود را عامل اثرگذار بر شرایط می‌داند و همین باعث ایجاد انگیزه می‌شود. به عبارتی افرادی که امید بالایی دارند احساس می‌کنند بر رویدادهای شخصی زندگی خود کنترل دارند در نتیجه خود را موجودی فعال در نظر می‌گیرند که قادر به خودنظم‌دهی و تنظیم رفتار خود است و این حس کنترل، پایه‌ای برای انگیزش، بهزیستی و دستاوردهای فردی در همه حیطه‌های زندگی ایجاد می‌کند (راند، مارتین و شی^۳، ۲۰۱۱). علاوه بر این، راهبرد تنظیم اهداف که در جلسات امیددرمانی بر آن تأکید می‌شود خود کارآمدی فرد را به منظور کسب مهارت‌های لازم برای تعقیب کردن اهداف و غلبه بر

1. Chan
2. agency thinking
3. Rand, Martin, & Shea

چالش‌هایی که در مسیر رسیدن به این اهداف هستند، افزایش می‌دهد (کروین، آرتیستیکو و بری^۱، ۲۰۰۶). در واقع، از طریق امیددرمانی ظرفیت و توانایی‌های ادراک شده افراد برای ایجاد راهبردهایی به منظور دستیابی به اهداف افزایش پیدا می‌کند (اسنایدر، ۱۹۹۹؛ به نقل از هامپتون و همکاران، ۲۰۱۱) و این امر افزایش انگیزش درمان را در آن‌ها به دنبال دارد. افراد امیدوار انرژی بیشتری دارند و هیجانات مثبت آن‌ها بالاتر است. امید حالت انگیزشی و معنی‌داری ایجاد می‌کند و به فردی که در مصیبت‌ها و موقعیت‌های سخت قرار گرفته انرژی لازم را برای مقابله با سختی‌ها برای رسیدن به هدف و سازگاری با شرایط می‌دهد (کابرال، سوشن، زیگمن و پیرلو^۲، ۲۰۱۲).

مطالعات قبلی حاکی از رابطه قوی بین عزت نفس و امید می‌باشد (فریسون و فریسون^۳، ۱۹۹۷). همچنین، پی برده شده که عزت نفس نقش مهمی در استفاده از موادمخدر دارد (لوئیز، فیلیپی و نیورز^۴، ۲۰۰۷؛ راوو، زوجری و دنسرو^۵، ۲۰۰۹؛ روان-زال، جو، سیمپسون، گرینر و ونس^۶، ۲۰۰۹). اصول و مفاهیم به کار رفته در روان‌درمانی امیدمحور می‌تواند با افزایش عزت نفس افراد وابسته به موادمخدر همراه بوده و این تغییر در سطح عزت نفس نیز به نوبه خود انگیزش آن‌ها برای تعقیب کردن اهداف را افزایش می‌دهد (لاو و جو^۷، ۲۰۱۲). در نهایت، امیددرمانی به واسطه تغییرات دیگری نیز می‌تواند افزایش انگیزش درمان در افراد وابسته به موادمخدر را در پی داشته باشد. پژوهش‌ها نشان داده‌اند افزایش سطح امید به عنوان یک میانجی‌گر برای بهبود پیامدهای سلامت روان، شغل‌یابی و کاهش وابستگی به دیگران عمل می‌کند. افرادی که به واسطه امیددرمانی به سطح بالاتری از امید دست می‌یابند، به احتمال بیشتری از راهبردهایی نظیر سبک‌های مقابله‌ای، دستیابی به حمایت، توقف افکار ناخوشایند و منفی به منظور مدیریت بهتر موقعیت‌های استرس‌زا استفاده می‌کنند. همچنین، پی برده شده که مداخلات امیدمحور سطح اضطراب و افسردگی را

1. Cervone, Artistic, & Berry
2. Cabral, Suescun, Zigman, & Perello
3. Frieson, & Frieson
4. Lewis, Phillippi, & Neighbors
5. Rao, Czuchry, & Dansereau

6. Rowan-Szal, Joe, Simpson, Greener, & Vance
7. Law, & Gou

کاهش و عزت نفس را افزایش می‌دهند (هرگنرادر، جیشیکر، کلارک و رودیز، ۲۰۱۳) به ویژه، مؤلفه تفکر عامل که در جلسات امیددرمانی بر آن تأکید می‌شود در بهبود علائم افسردگی و اضطراب در افراد وابسته به مواد مؤثر است (می، هانتر، فراری، نیل و جیسون، ۲۰۱۵).

بر اساس یافته‌های پژوهش حاضر به کارگیری اصول روان‌درمانی امیدمحور در کلینیک‌ها و سایر مراکز ترک و درمان اعتیاد توسط روان‌شناس و سایر متخصصان، در برنامه‌های درمانی بسیار حائز اهمیت است؛ چراکه این کار می‌تواند نقش مهمی در افزایش انگیزش درمان افراد وابسته به موادمخدر داشته و از این طریق، موفقیت برنامه‌های درمانی و سایر پیامدهای مثبت درمانی را به دنبال داشته باشد. از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به عدم انجام مرحله پیگیری پژوهش، محدود بودن جامعه آماری به افراد وابسته به مواد مخدر نواحی ۹، ۱۰، و ۱۱ شهر مشهد اشاره کرد. همچنین انگیزش درمان، در واقع به عنوان یکی از شرایط مهم تسهیل‌کننده و زمینه‌ساز درمان موفقیت‌آمیز اعتیاد می‌باشد؛ اینکه افزایش انگیزش درمان افرادی که در پژوهش حاضر تحت جلسات روان‌درمانی امیدمحور قرار گرفتند، در نهایت تا چه میزان با درمان و ترک موفقیت‌آمیز اعتیاد در آن‌ها همراه بود و یا اینکه میزان عود در افرادی که مورد مداخله روان‌درمانی امیدمحور قرار گرفتند، در مقایسه با گروه گواه چگونه بود، بررسی نگردید. بر این اساس پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آتی به بررسی این موضوع پردازند که افزایش انگیزش درمان در افرادی که مداخله روان‌درمانی امیدمحور را دریافت می‌کنند در نهایت تا چه میزان با درمان و ترک موفقیت‌آمیز آن‌ها همراه است. همچنین، پیشنهاد می‌شود پژوهش‌ها میزان عود یا بازگشت به اعتیاد را در افرادی که تحت روان‌درمانی امیدمحور قرار می‌گیرند، مورد بررسی قرار دهند.

منابع

بشرپور، سجاد؛ جعفرتبار، علی‌رضا؛ نیرمانی، محمد؛ و مساح، امید (۱۳۹۲). نقش ادراک خطر و خودتاملی در پیش‌بینی انگیزش درمان افراد وابسته به مواد. *فصلنامه توانبخشی*، ۱۴(۶۰)، ۹-۲۱.

رئیس‌یان، اکرم سادات؛ گلزاری، محمود؛ و برجعلی، احمد (۱۳۹۰). اثربخشی امیددرمانی بر کاهش میزان افسردگی و پیشگیری از عود در زنان درمان‌جوی وابسته به مواد مخدر. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، ۵(۱۷)، ۲۱-۴۰.

کار، آلان. (۱۳۸۷). *روان‌شناسی مثبت، علم شادمانی و نیرومندی‌های انسان*، ترجمه: حسن پاشاشریفی، جعفر نجفی‌زند و باقر ثنائی. تهران: انتشارات سخن.

کلدوی، علی؛ برجعلی، احمد؛ فلسفی‌نژاد، محمدرضا و سهرابی، فرامرز (۱۳۹۰). اثربخشی مدل پیشگیری از بازگشت بر پایه ذهن‌آگاهی در پیشگیری از بازگشت و انگیزش در افراد وابسته به مواد افیونی. *مجله روان‌شناسی بالینی*، ۳(۱۲)، ۶۹-۷۹.

Becan, J.E.; Knight, D.K.; Crawley, R.D.; Joe, G.W.; & Flynn, P.M. (2015). Effectiveness of the Treatment Readiness and Induction Program for increasing adolescent motivation for change. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 50, 38-49.

Cabral, A.; Suescun, O.; Zigman, J.M.; & Perello, M. (2012). Ghrelin indirectly activates hypophysiotropic CRF neurons in rodents. *Plos one*, 7(2), 10-3. DOI: 10.1371/journal.pone.0031462.

Chan, C.Y. (2009). *Hope, Participation, and subjective well-being of people with spinal cord injuries in the community*. Doctoral Dissertation, University of Wisconsin-Madison.

Cox, W.; & Klinger, E. (2002). Motivational structure: relationship with substance use & processes of change. *Addictive behavior*, 27(6), 925-40. DOI: 10.1016/S0306-4603(02)00290-3.

Cervone, D.; Artisticco, D.; & Berry, J. (2006). Self-efficacy and adult development. In C. Hoare (Ed.), *Handbook of adult development and learning* (pp. 169-195). New York: Oxford University Press.

Craig, C.D.; & Sprang, G. (2010). Compassion satisfaction, compassion fatigue, and burnout in a national sample of trauma treatment therapists. *Anxiety, Stress, & Coping*, 23(3), 319-39.

Crits-Christoph, P.; Gallop, R.; Temes, C.M.; Woody, G.; Ball, S.A.; Martino, S.; & Carrol, K.M. (2009). The alliance in motivational enhancement therapy and counseling as usual for substance use problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77, 1125-35.

Deleuze, J.; Rochat, L.; Romo, L.; Van der Linden, M.; Achab, S.; Thorens, G.; Khazaal, Y.; Zullino, D.; Maurage, P.; Rothen, D.; & Billieux, J. (2015). Prevalence and characteristics of addictive behaviors in a community sample: A latent class analysis. *Addictive Behaviors Reports*, 1, 49-56.

DiClemente, C.C. (1999). Motivation for change: Implications for substance abuse treatment. *Psychological Science*, 10(3), 209-13.

DiClemente, C.C.; Bellino, L.E.; & Neavins, T.M. (1999). Motivation for change and alcoholism treatment. *Alcohol Research & Health*, 23(2), 86-92.

Easton, C.; Swan, S.; & Sinha, R. (2000). Motivation to change substance use among offenders of domestic violence. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 19(1), 1-5.

Frieson, T.C.; & Frieson, C.W. (1997). Relationship between hope and self-esteem in transplant recipients. *Transplantation Proceedings*, 29, 3739-40.

Hampton, A.S.; Conner, B.T.; Albert, D.; Anglin, M.D.; Uradab, D.; & Longshore, D. (2011). Pathways to treatment retention for individuals legally coerced to substance use treatment: The interaction of hope and treatment motivation. *Drug and Alcohol Dependence*, 118(2-3), 400-7.

- Haug, N.A.; Sviki, D.S.; & DiClemente, C. (2004). Motivational Enhancement Therapy for Nicotine Dependence in Methadone-Maintained Pregnant Women. *Psychology of Addictive Behaviors, 18*(3), 289-92.
- Hergenrather, K.H.; Geishecker, S.; Clark, G.; & Rhodes, S.D. (2013). A pilot test of the hope Intervention to explore employment and mental health among African American gay men living with HIV/AIDS: results from a CBPR study. *AIDS Education and Prevention, 25*(5), 405-22.
- Knight, D.K.; Joe, G.W.; Crawley, R.D.; Becan, J.E.; Dansereau, D.F.; & Flynn, P.M. (2016). The Effectiveness of the Treatment readiness and induction program (TRIP) for improving during-treatment outcomes. *Journal of Substance Abuse Treatment, 62*, 20-7.
- Koehn, C.; O'Neill, L.; & Sherry, J. (2012). Hope-Focused Interventions in Substance Abuse Counselling. *International Journal of Mental Health Addiction, 10*(3), 441-52. DOI: 10.1007/s11469-011-9360-3.
- Lane, F.; & Chapman, N. (2011). The Relationship of Hope and Strength's Self-efficacy to the Social Change Model of Leadership. *Journal of Leadership Education, 10*(2), 116-37.
- Law, F.M.; Gou, G.J. (2012). Hope and recovery from substance abuse for female drug offenders in Taiwan. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology, 56*(8), 1258-82.
- Lewis, M.A.; Phillippi, J.; & Neighbors, C. (2007). Morally based self-esteem, drinking motives, and alcohol use among college students. *Psychology of Addictive Behaviors, 21*, 398-403.
- Londgren, J.K. (2015). *A Phenomenological Study of the Experience of Counseling for Women with Addictions*, (Doctoral dissertation), Minnesota State University, Mankato.
- Magaletta, P.R.; & Oliver, J.M. (1999). The hope construct, will, and ways: their relations with self-efficacy, optimism, and general well-being. *Journal of Clinical Psychology, 55*(5), 51-3.
- May, E.M.; Hunter, B.A.; Ferrari, J.; Noel, N.; & Jason, L.A. (2015). Hope and Abstinence Self-Efficacy: Positive Predictors of Negative Affect in Substance Abuse Recovery. *Community health public journal, 51*, 695- 700.
- Medalia, A.; & Saperstein, A. (2011). The Role of Motivation for Treatment Success. *Schizophrenia Bulletin, 37*(s2), s122-8. DOI: 10.1093/schbul/sbr063.
- Miller, W.R.; & Rollnick, S. (2006). Motivational Interviewing: Preparing People for Change. *Developmental and Behavioral Pediatrics, 27*(5), 417-20.
- Miller, W.R.; & Tonigan, J.S. (1996). Assessing Drinkers' Motivation for Change: The Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES). *Psychology of Addictive Behaviors, 10*(2), 81-9.
- Mulia, N. (2002). Ironies in the pursuit of well-being: The perspectives of low-income, substance-using women on service institutions. *Contemporary Drug Problems, 29*(4), 711-48.
- Seligman, M.; & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: an introduction. *American psychology, 55*, 5-14.
- Sjoerds, Z.; Luigjes, J.; Brink, W.; Denys, D.; & Yucel, M. (2014). The Role of Habits and Motivation in Human Drug Addiction: A Reflection. *Front Psychiatry, 5*(8), 1-5. DOI: 10.3389/fpsyt.2014.00008.
- Snyder, C.R. (2000). *Handbook of hope: theory, measures, and applications*. ACADEMIC PRESS, USA.
- Snyder, C.R.; & McCullough, M.E. (2000). A positive psychology field of dreams: If you build it, they will come. *Journal of Social and Clinical Psychology, 19*(1), 151-70.

- Snyder, C.R.; Michael, S.; & Cheavens, J. (1999). Hope as a psychotherapeutic foundation of nonspecific factors, placebos, and expectancies. In M. A. Hubble, B. Duncan, & S. Miller (Eds.), *Heart and soul of change* (pp. 179–200). Washington, DC: American Psychological Association.
- Snyder, C.R.; & Peterson, C. (2000). *Handbook of hope: theory, measures & applications*. San Diego: Academic Press.
- Snyder, C.R.; Shorey, H.S.; Cheavens, J.; Pulvers, K.M.; Adams, V.H.I.; & Wiklund, C. (2002). Hope and academic success in college. *Journal of Educational Psychology, 94*(4), 820–6.
- Rand, K.L.; Martin, A.D.; & Shea, A.M. (2011). Hope, but not optimism, predicts academic performance of law students beyond previous academic achievement. *Journal of Research in Personality, 45*, 683–6.
- Rao, S.R.; Czuchry, M.; & Dansereau, D.F. (2009). Gender differences in psychosocial functioning across substance abuse treatment. *Journal of Psychoactive Drugs, 41*, 267-73.
- Rowan-Szal, G.; Joe, G.W.; Simpson, D.; Greener, J.M.; & Vance, J. (2009). During-treatment outcomes among female methamphetamine-using offenders in prison-based treatments. *Journal of Offender Rehabilitation, 48*, 388-401.
- Ryan, R.M.; & Deci, E.L. (2008). A Self-Determination Theory Approach to Psychotherapy: The Motivational Basis for Effective Change. *Canadian Psychology, 49*(3), 186–93.
- Rubak, S.; Sandbæk, A.; Lauritzen, T.; & Christensen, B. (2005). Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis. *British Journal of General Practice, 55*(30), 305- 12.
- Vidrine, J.I.; Reitzel, L.R.; Figueroa, P.Y.; Velasquez, M.; Mazas, C.A.; Cinciripini, P.M., & Wetter, D.W. (2013). Motivation and Problem Solving (MAPS): Motivationally Based Skills Training for Treating Substance Use. *Cognitive and Behavioral Practice, 20*(4), 501-16.
- Werner, S. (2012). Subjective well-being, hopes, and needs of individuals with serious mental illness. *Journal of Psychiatry Research, 14*(2), 1-6.