

اثر بخشی امید درمانی بر کاهش میزان افسردگی و پیشگیری از عود در زنان درمان جوی وابسته به مواد مخدر^۱

اکرم سادات رئیسیان^۲، محمود گلزاری^۳، احمد برجعلی^۴

تاریخ دریافت: ۱۳۸۹/۰۹/۲۰ تاریخ پذیرش: ۱۳۸۹/۱۱/۲۰

چکیده

مقدمه: هدف از پژوهش حاضر بررسی اثر بخشی آموزش امید درمانی بر کاهش میزان افسردگی و پیشگیری از عود در زنان درمان جوی وابسته به مواد مخدر بود. **روش:** دریک طرح شبه آزمایشی ۲۰ مراجعه کننده با تشخیص اختلال سوء مصرف مواد افیونی که دوره سم‌زدایی را با موفقیت به پایان رسانده و نمره ۱۴ یا بالاتر علائم افسردگی در پرسشنامه افسردگی بک (ویرایش دوم) را دارا بودند، با روش نمونه‌گیری در دسترس در دو گروه آزمایشی (۱۰ نفر) و گروه گواه (۱۰ نفر) به طور تصادفی تقسیم شدند. گروه آزمایشی به مدت ۸ جلسه گروهی تحت آموزش امید درمانی قرار گرفتند و گروه گواه در طول این مدت هیچ درمانی دریافت نکردند. آزمودنی‌های مورد پژوهش توسط مقیاس امید اسنایدر و افسردگی بک (ویرایش دوم) و آزمایش مورفین پیش از شروع و پایان درمان و پس از اتمام مرحله پیگیری ۲ ماهه، مورد ارزیابی قرار گرفتند. جهت تحلیل داده‌ها از آزمون خی دو، آزمون Z نسبت و آزمون تجزیه و تحلیل کواریانس استفاده شد. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که آموزش امید درمانی می‌تواند کاهش قابل ملاحظه‌ای در میزان نشانگان افسردگی زنان معتاد ایجاد کند. بعلاوه، نتایج آزمون مجذور خی حکایت از معناداری تفاوت تعداد زنان عود کرده با توجه به گروه (آزمایش و گواه) داشته است. **نتیجه‌گیری:** به طور کل، نتایج این تحقیق نشان می‌دهد که آموزش امید درمانی در کاهش میزان افسردگی و پیشگیری از عود در زنان درمان جوی وابسته به مواد مخدر موثر می‌باشد.

کلید واژه‌ها: امید درمانی، افسردگی، وابستگی به مواد، پیشگیری از عود

۱. این پژوهش با حمایت مالی ستاد مبارزه با مواد مخدر انجام شده است.

۲. نویسنده مسئول: کارشناس ارشد روان‌شناسی عمومی دانشگاه علامه طباطبایی. پست الکترونیک: akramraesian@gmail.com

۳. استادیار گروه روان‌شناسی دانشگاه علامه طباطبایی

۴. استادیار گروه روان‌شناسی دانشگاه علامه طباطبایی

مقدمه

در کمتر از چند دهه اخیر، سوء مصرف مواد مخدر به یک مشکل فزاینده و حاد برای نوجوانان دختر تبدیل شده است. بر اساس تحقیقات انجام شده در مورد مسأله اعتیاد در کشورمان، حدود ۱۰ درصد از افرادی که در ارتباط با مصرف مواد مخدر در زندان‌ها به سر می‌برند را زنان تشکیل می‌دهند (بابا گل‌زاده، ۱۳۸۶). معمولاً انسان‌ها به طور ناگهانی و توجیه ناپذیر وابسته به مواد مخدر نمی‌گردند بلکه به صورت فعال گرفتار می‌گردند و وضعیت شخصیتی، سبک زندگی، نگرش‌ها، باورها، هدف‌ها و انتظارات آن‌ها نقش مهمی را در ایجاد وابستگی به مواد مخدر بازی می‌کنند. بنابراین منطقی به نظر می‌رسد که در حیطه درمان کسانی که دچار وابستگی به مواد مخدر شده‌اند توجه جدی به این مسائل اعمال شود تا کمک مؤثری به معتادان در راه ترک وابستگی نموده و از بازگشت مجدد آن‌ها جلوگیری شود (گورسکی^۱، ۱۹۹۴، به نقل از آتش پور، آقایی، گلپور، ۱۳۸۱).

اعتیاد از مواردی است که بیشتر در افرادی دیده می‌شود که زندگی بی‌معنایی دارند و نه در افرادی که اهداف والایی در سر می‌پروراند. بسیاری از الکلی‌ها نیز از بی‌معنایی رنج می‌برند (هدایتی، ۱۳۸۵). یک دسته از افرادی که بیشتر در معرض اعتیاد به مواد مخدر قرار می‌گیرند افراد افسرده می‌باشند؛ آنها ضعف روانی دارند و به نوعی احساس خلاء شخصیتی می‌کنند. آن‌ها به تصور خودشان، توان لذت بردن از دنیا را ندارند، همواره احساس ناتوانی و خستگی می‌کنند و خود را تهی از هرگونه توان و احساس مطلوب می‌دانند؛ چنین افرادی ممکن است با مصرف مواد در جستجوی جادویی بر آیند که به دردهایشان پایان بخشد و خلاءهایی را که در خودشان احساس می‌کنند را رفع کنند (بابا گل‌زاده، ۱۳۸۶).

طبق یک بررسی که در سال ۲۰۰۷ در کانادا صورت گرفته، بیش از ۵۰٪ از جوانانی که در جستجوی درمان اعتیاد بودند به طور هم‌زمان دچار یک اختلال در سلامت روانی خود

نظیر افسردگی و یا اضطراب بوده‌اند (لسلی^۱، ۲۰۰۸). یکی از راهکارهایی که می‌توان اعمال کرد تا افراد مبتلا به اعتیاد هر چه سریع‌تر از این مهلکه رهایی یابند و افراد مستعد دیگری را نیز به دام این گرفتاری نیندازند، پرداختن به مساله درمان اختلالات روانی همایند^۲ این بیماری می‌باشد. بسیاری از بیمارانی که در جستجوی درمان اعتیاد می‌باشند و یا برای درمان اعتیاد ارجاع داده شده‌اند، یک "تشخیص دوگانه"^۳ دارند (میرمن و ویس، ۱۹۹۱؛ ریجر^۴ و همکاران، ۱۹۹۰، به نقل از زمستانی یامچی، ۱۳۸۷). شاید بتوان مساله را به این صورت توجیه کرد که زنان معتاد برای کاهش افسردگی خود به مصرف مواد مخدر روی می‌آورند. تحقیقات نشان داده است که علائم افسردگی و اضطراب در افراد امیدوار کمتر گزارش می‌شود. امید پایین می‌تواند سطح افسردگی و ضعف‌های روانی اجتماعی را پیش بینی کند. افسردگی با عدم تحقق اهدافی که برای فرد اهمیت زیادی دارند مرتبط است (استایدر^۵، ۱۹۹۴).

امید درمانی این هدف را در نظر دارد که به درمان جویان کمک کند تا هدف‌های روشنی را مشخص و طبقه‌بندی و مسیرهای متعددی را برای این هدف‌ها ایجاد نمایند و آنها را برانگیزد تا هدف‌ها را تعقیب نموده و مجدداً موانع را به عنوان چالش‌هایی برای غلبه بر آنها چارچوب بندی کنند (کار^۶، ۲۰۰۴، ترجمه شریفی و نجفی زند، ۱۳۸۵).

در رابطه با موضوع تحقیق حاضر، نتایج بررسی‌ها نشان می‌دهد که جلسه‌های روان درمانی اثرات مثبتی بر بهبود سلامت جسمانی و روانی افراد معتاد داشته است. با توجه به تأثیرات روانی بیماری اعتیاد بر وضعیت مبتلایان، در دهه‌های اخیر درخواست حمایت‌های روانی و اجتماعی^۷ از طرف بیماران معتاد رو به افزایش نهاده است (گیبونز^۸، ۱۹۹۰، به نقل از زمستانی یامچی، ۱۳۸۷). تحقیقات متعدد نشان داده‌اند که مقدار شیوع علائم افسردگی

1. Leslie
2. comorbid
3. double diagnosis
4. Rigier
5. Snyder
6. Carr
7. Psycho-social supports
8. Gibbons

در معتادان بالاتر از جامعه قرار دارد و افسردگی جزء اختلالات همایند با سوء مصرف مواد می باشد (کرام^۱، کوپر-پاتریک^۲ و فورد^۳، ۱۹۹۴). از یک طرف، با توجه به اینکه افسردگی می تواند موجب بی علاقه‌گی و ناامیدی شده و در نتیجه تعادل سلامتی انسان را به مخاطره بیندازد و از طرف دیگر با در نظر گرفتن اینکه اختلالات روانی موجب کاهش توانایی فرد در ترک اعتیاد می گردد، این سوال مطرح می شود که آیا می توان با استفاده از امید درمانی روی زنان معتاد، میزان افسردگی آنان را کاهش داد؟

زنان به علت جایگاه ویژه و نقش خطیری که در محیط خانواده دارند اگر گرفتار اعتیاد شوند تأثیر بسیار مخربی بر خانواده خواهند گذاشت و به تبع آن جامعه نیز درگیر مشکلات عدیده خواهد گشت. از این رو پژوهش در رابطه با زنان معتاد و وضعیت آنان بسیار پر اهمیت می باشد (شیرزاد، ۱۳۸۰).

از طرف دیگر زنان معتاد، از گروه‌های شدیداً آسیب پذیر جامعه‌اند، لذا از جنبه‌های گوناگون از جمله، خطر قرار گرفتن در معرض فحشا و تولد کودکان معتاد، لازم است مورد توجه ویژه قرار گیرند. با توجه به آنچه گفته شد پژوهش حاضر در جستجو پاسخگویی به این سوال است که آیا امید درمانی بر کاهش میزان افسردگی و پیشگیری از عود در زنان درمان جوی وابسته به مواد مخدر اثر بخش است؟

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه گیری

روش پژوهش از نوع شبه آزمایشی است. جامعه آماری این پژوهش عبارت بود از افراد وابسته به مواد مراجعه کننده به مرکز ترک اعتیاد جمعیت تولدی دوباره چیتگر شهر تهران که در اردیبهشت سال ۱۳۸۹ مرحله سم‌زدایی را تمام کرده بودند. برای حضور در نمونه و اجرای مداخلات چند شرط به عنوان شرط شمول و خروج در نظر گرفته شده بود که عبارت بودند از: رضایت فرد از حضور در دوره، داشتن دیپلم یا سطحی از سواد که بتواند

1. Crum
2. Cooper-Patrick
3. Ford

مداخلات را درک کرده و تکالیف خانگی مربوط را نوشته و گزارش کتبی از آن بدهد، بیمار حداقل ۱۸ سال و حداکثر ۴۰ سال داشته باشد، نتایج آزمایش منفی باشد، مراجعه کننده در حال ترک مواد باشد، فرد در حال مصرف داروهای ضد روان پریشی نباشد و وی دارای علائم افسردگی باشد. در این پژوهش سه جلسه غیبت به عنوان ملاک افت تعیین شد. در این تحقیق، از روش نمونه گیری در دسترس استفاده شد که بر اساس ملاک های شمول و نمره ۱۴ و بالاتر در پرسشنامه افسردگی بک، ۲۰ نفر از افراد انتخاب شدند. سپس آنها به طور تصادفی به دو گروه ۱۰ نفره (آزمایش و گواه) تقسیم شدند.

روند اجرای پژوهش

در ابتدا پرسشنامه افسردگی بک توسط زنان وابسته به مواد مخدر که تحت درمان بودند تکمیل شد تا بیمارانی که از علائم افسردگی رنج می بردند، مشخص شوند. پس از تشکیل گروه آزمایش و گواه، پرسشنامه امید اسنایدر به عنوان پیش آزمون تکمیل شد. آزمودنی های گروه آزمایشی به مدت ۸ تا ۱۰ هفته در معرض متغیر مستقل که همان "امید درمانی" بود، قرار گرفتند. در حالی که آزمودنی های گروه گواه طبق برنامه همیشگی، به کار خود ادامه داده و تحت هیچ متغیری قرار نگرفتند. همچنین تکمیل پرسشنامه افسردگی بک و مقیاس امید به عنوان پس آزمون توسط هر دو گروه، پس از پایان برنامه امید درمانی انجام گرفت.

پس از گذشت دو ماه از اتمام جلسات، افراد هر دو گروه از طریق آزمایش مورفین مورد آزمایش قرار گرفتند و میزان عود آنها مشخص شد. روش مداخله بدین صورت بود که برنامه "امید درمانی" که بر مبنای گام های زیر توسط اسنایدر و همکاران تنظیم شده است، اجرا گردید (جدول ۱).

جدول ۱: چک لیست تقویت مسیرها و توان تفکر در بزرگسالان (لوپز و همکاران، ۲۰۰۴)

جلسات	مسیرهای تفکر	توان تفکر
جلسه اول: اجرای پرسشنامه امید	انجام دهید: هدف اصلی را به اهداف فرعی تجزیه کنید.	انجام دهید: هدفی را انتخاب کرده‌اید، پس به دنبال آن باشید.
محاسبه امتیاز عامل و مسیرهای تفکر	انجام ندهید: فکر کردن به اینکه می‌توانید فوراً به هدف بزرگ دست یابید.	انجام ندهید: اجازه دهید تا از موانع زندگیتان تعجب کنید.
جلسه دوم: یادگیری درباره امید	انجام دهید: پیگیری خود را درباره یک هدف آغاز کنید.	انجام دهید: درباره کلمات مثبت حرف بزنید.
آموزش تئوری امید و پیامدهای مثبت آن	انجام ندهید: در ایجاد مسیر برای هدف بسیار عجله کنید.	انجام ندهید: هر افکار درونی مزاحم را کاملاً سرکوب کنید.
جلسه سوم: سازماندهی امید	انجام دهید: برای ایجاد مسیرهای اهداف فعالیت کنید و بهترین را انتخاب کنید.	انجام دهید: پیگیری‌های قبلی موفقیت آمیز هدف را به خاطر آورید.
تهیه فهرست مؤلفه‌های مهم زندگی توسط مراجع	انجام ندهید: برای انتخاب بهترین مسیر هدف‌تان شتاب کنید.	انجام ندهید: اگر تفکر آرزومندانه شما افزایش نیافت، بی‌حوصله و ناشکیبا شوید.
جلسه چهارم: ایجاد اهداف مثبت و معین	انجام دهید: در ذهن، تمام نکات در مواجهه با مانع را شرح دهید.	انجام دهید: لیکن بزنید، حتی اگر در پیگیری هدف با مانع مواجه شوید.
همکاری درمانگر و مراجع برای ایجاد اهداف عملی مثبت و معین	انجام ندهید: به ایده یافتن یک مسیر کامل بسیار فکر کنید.	انجام ندهید: نتیجه بگیرید که هیچ‌وقت چیزی تغییر نمی‌کند.
جلسه پنجم: تمرین برای تحقق	انجام دهید: اگر برای دست‌یابی به هدف، به مهارت جدیدی نیاز دارید آن را بیاموزید.	انجام دهید: اگر هدف اصلی مسدود شد، یک هدف جایگزین بیابید.
مشخص کردن و بیان گام‌های دست‌یابی به اهداف مراجع توسط مراجع	انجام ندهید: نتیجه‌گیری درباره اینکه فاقد استعداد هستید.	انجام ندهید: در مواجهه با بدبختی خود را بیچاره بدانید.
جلسه ششم: بررسی	انجام دهید: در جایی که می‌توانید توصیه کنید یا توصیه‌پذیر باشید، دوستی‌های دو طرفه ایجاد کنید.	انجام دهید: از فرایند دست‌یابی به اهداف لذت ببرید و فقط بر هدف نهایی متمرکز نباشید.
به کارگیری اهداف، مسیرها و عامل تفکر در زندگی و گزارش به درمانگر	انجام ندهید: دوستانی انتخاب کنید که شما را تحسین کنند و در زمینه مشکلات شما، راه حل ارائه ندهند.	انجام ندهید: اگر هدفی واقعاً مسدود شد، به آن بچسبید.

روش درمانی مبتنی بر نظریه امید درمانی در این بررسی شامل این موارد بود: معرفی امید و جنبه‌های مختلف آن، معرفی اهداف و انواع آن به‌عنوان بخشی از فرایند افزایش امید، ایجاد ساختاری برای کشف اهداف، ارائه‌ی راهکار برای تنظیم اهداف واضح و

عملی در سطوح مختلف، تهیه لیست اهداف، اولویت بندی آنها و انتخاب یک هدف برای کار در گروه، اهمیت داشتن قصد و هدف و معنی در زندگی، آشنایی با شیوه‌های افزایش انگیزه و نیروی اراده روانی و جسمی در پی گیری اهداف، نقش امید در بهبود علائم افسردگی و پیگیری اهداف، آشنایی با هیجان‌های مثبت و هیجان‌های منفی، نقش هیجان‌های منفی در ابقای افسردگی و زندگی تهی، به کارگیری هیجان‌های مثبت و مسیرهای جایگزین در برخورد با موانع، استفاده از پیوستار پیشرفت برای ارزیابی فرایند پی گیری هدف و بازخورد، آشنایی با شیوه‌های غلبه بر موانع و چالش‌ها، شناسایی افکار خود آیند برای تغییر باورها و نگرش‌های ناکارآمد، ترسیم رابطه تفکر و احساس مثبت ناشی از رسیدن به هدف در افزایش امید، شناسایی و استفاده از توانمندی‌های شخصی به شکل تازه و آشنایی با دسته بندی توانمندی‌ها و فضیلت‌های اخلاقی.

لازم به ذکر است که محتوای جلسات هفتگی را گفتگو و بیان افکار و احساسات، بحث گروهی، تمرین و ارائه تکلیف تشکیل می‌داد.

ابزار

۱- پرسشنامه افسردگی بک-ویرایش دوم^۱: این آزمون ابتدا در سال ۱۹۶۱ از سوی بک معرفی شد، در سال ۱۹۷۱ مورد تجدید نظر قرار گرفت و در سال ۱۹۷۸ منتشر گردید. این پرسشنامه با ملاک‌های افسردگی در چهارمین ویراست راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی منطبق شده است. این آزمون در مجموع از ۲۱ ماده مرتبط با نشانه‌های مختلف تشکیل می‌شود و از آزمودنی خواسته می‌شود شدت نشانه‌ها را بر اساس یک مقیاس بین ۰ تا ۳ درجه بندی کند. نقاط برش تشخیص افسردگی در این آزمون به شرح زیر است:

۰ تا ۱۳ = افسردگی جزئی^۲، ۱۴ تا ۱۹ = افسردگی خفیف^۳، ۲۰ تا ۲۸ = افسردگی متوسط^۴ و ۲۹ تا ۶۳ = افسردگی شدید^۵.

1. Beck Depression Inventory-II
2. minimal
3. mild
4. moderate
5. severe

این آزمون با مقیاس درجه بندی افسردگی همیلتون همبستگی $r=0/71$ دارد و اعتبار بازآزمایی یک هفته‌ای آن $r=0/93$ است. همسانی درونی این پرسشنامه نیز $r=0/91$ است (بک، استر^۱ و براون^۲، ۱۹۹۶، به نقل از زمستانی یامچی، ۱۳۸۷).

این پرسشنامه مبتنی بر پنج عامل افسردگی و نشانه‌های افسردگی تنظیم و تدوین شده است که عبارتند از:

عامل یک: بدبینی، احساس شکست، تنفر از خود، افکار خودکشی، نداشتن تصمیم و کندی

عامل دو: احساس گناه، انتظار تنبیه و سرزنش خود

عامل سه: گریه کردن، تغییر تصویر بدنی، ناخشنودی و غمگینی

عامل چهار: کاهش وزن، شکایات جسمانی و خستگی

عامل پنج: زودرنجی، بی‌خوابی و بی‌اشتهایی

فتی (۱۳۸۲) با اجرای این پرسشنامه روی یک نمونه ۹۴ نفری ایرانی ضریب آلفا را $r=0/91$ ، ضریب همبستگی را $r=0/89$ و ضریب بازآزمایی به فاصله یک هفته را $r=0/94$ گزارش کرده است. قاسم زاده و همکاران (۱۳۸۴) در بررسی ویژگی‌های روان سنجی نسخه فارسی پرسشنامه افسردگی بک چاپ دوم^۳ روی ۱۲۵ دانشجوی ایرانی از دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی تهران و دانشگاه علامه طباطبایی، ضریب آلفای کرونباخ را $r=0/87$ و ضریب بازآزمایی را $r=0/74$ گزارش کرده‌اند (به نقل از عیسی زادگان، ۱۳۸۵).

اعتبار و روایی این آزمون از هنگام تدوین تا کنون مورد ارزیابی‌های متعددی قرار گرفته است که عمدتاً نتایج مطلوبی داشته‌اند. در تحقیقات متعدد روایی این آزمون از $r=0/73$ تا $r=0/93$ با میانگین $r=0/86$ به دست آمده است. روایی هم‌زمان با درجه بندی‌های بالینی برای بیماران روان پزشکی نشانگر ضریب همبستگی متوسط تا بالا است ($r=0/55$ تا $r=0/96$). همچنین این آزمون با آزمون‌های دیگری که افسردگی را

1. Steer
2. Brown
3. BDI-II. Persian version

می‌سنجد، همبستگی بالایی داشته است. از جمله همبستگی این آزمون با زیرمقیاس افسردگی از آزمون چند وجهی شخصیتی مینه سوتا^۱، $r = 0/74$ به دست آمده است (مارنات، ۲۰۰۳، ترجمه پاشا شریفی و نیکخو، ۱۳۸۶).

در جمعیت ایرانی نیز این آزمون دارای اعتبار و روایی مناسبی است. بخشانی (۱۳۸۱) در پژوهشی همبستگی سوالات آزمون بک با مقیاس افسردگی همیلتون را $0/93$ گزارش نموده است.

۲- مقیاس امید اسنایدر^۲: برای سنجش ویژگی امید در نوجوانان و بزرگسالان، سنین ۱۵ و بالاتر، اسنایدر و همکاران (۱۹۹۱) مقیاس امید را طراحی کردند. این مقیاس شامل دو خرده مقیاس گذرگاه^۳ (گذرگاه‌ها مسیرها و راه‌های گوناگونی را برای رسیدن به هدف مشخص می‌کنند) و کارگزار^۴ (تصمیم برای رسیدن به هدف) می‌باشد و مدت زمان کوتاهی ۲ تا ۵ دقیقه برای پاسخ دادن به آن کفایت می‌کند. برای پاسخ دادن به هر سؤال، پیوستاری از (۱) کاملاً غلط تا (۴) کاملاً درست در نظر گرفته شده است. سوالات (۱۲ و ۱۰، ۹، ۲) مربوط به خرده مقیاس انگیزش و سوالات (۸ و ۶، ۴، ۱) مربوط به خرده مقیاس گذرگاه می‌باشد و چهار سؤال (۱۱ و ۷، ۵، ۳) مربوط به حواس پرتی‌اند و نمره گذاری نمی‌شوند. نمره امید، حاصل جمع دو خرده مقیاس انگیزش و گذرگاه می‌باشد. بنابراین مجموع نمرات می‌تواند بین ۸ تا ۳۲ قرار گیرد.

در پژوهشی که توسط گلزاری (۱۳۸۶) روی ۶۶۰ دانش آموز دختر در استان تهران انجام شد، پایایی مقیاس اسنایدر با روش همسانی درونی مورد بررسی قرار گرفت و ضریب آلفای کرونباخ $0/89$ به دست آمد. به منظور بررسی مقدماتی اعتبار و روایی این پرسشنامه، علاءالدینی (۱۳۸۶) آن را روی ۶۰ نفر از دانشجویان دانشگاه اصفهان اجرا نمودن. نتایج حاکی از آن بود که این پرسشنامه دارای همسانی درونی (آلفای کرونباخ $0/68$ است. همبستگی مقیاس امید اسنایدر با پرسشنامه بک برابر با $0/42$ - گزارش شده است.

1. Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI)
2. Snyder Hope Scale
3. pathways
4. agency

۳- آزمایش مورفین: در این پژوهش پاک بودن مراجعه کننده از مواد مخدر نشانه عدم بازگشت (عود) در نظر گرفته می شود. برای بررسی عود در افراد شرکت کننده در پژوهش، از آزمایش مورفین (کیت های ویژه) که مورفین موجود در ادرار را اندازه گیری می کند، استفاده شد.

یافته ها

میانگین و (انحراف استاندارد) سن گروه آزمایش ۲۶/۸ و (۴/۵۱) و همچنین گروه گواه ۲۸/۳ و (۴/۰۵) بوده است. در ارتباط با وضعیت تأهل نتایج نشان داد ۲۰ درصد افراد گروه آزمایش مجرد، ۵۰ درصد متأهل و ۳۰ درصد باقی مانده متارکه کرده بودند. در گروه گواه نیز ۵۰ درصد مجرد، ۴۰ درصد متأهل و ۱۰ درصد متارکه کرده بودند. همچنین در ارتباط با تحصیلات، ۱۰ درصد افراد گروه آزمایش دارای تحصیلات دبیرستان، ۲۰ درصد دیپلم، ۵۰ درصد فوق دیپلم و ۲۰ درصد نیز لیسانس بودند. در گروه گواه ۲۰ درصد دارای سطح تحصیلات دبیرستان، ۴۰ درصد دیپلم، ۲۰ درصد فوق دیپلم و ۲۰ درصد لیسانس بودند.

جدول ۱: توزیع فراوانی و درصد زمان وابستگی به مواد به تفکیک گروه

گروه	مدت مصرف	فراوانی	درصد
آزمایش	زیر یک سال	۱	۱۰
	۱-۳ سال	۲	۲۰
	۳-۵ سال	۶	۶۰
گواه	۵-۸ سال	۱	۱۰
	زیر یک سال	۰	۰
	۱-۳ سال	۳	۳۰
	۳-۵ سال	۵	۵۰
	۵-۸ سال	۲	۲۰

بر اساس نتایج مندرج در جدول ۱، بیشترین درصد مدت زمان مصرف در گروه آزمایش ۳-۵ سال با ۶۰ درصد و برای گروه گواه ۳-۵ سال با ۵۰ درصد می باشد.

جدول ۲: توزیع فراوانی و درصد تعداد دفعات ترک مواد در گذشته به تفکیک گروه

گروه	تعداد دفعات	فراوانی	درصد
آزمایش	یکبار	۴	۴۰
	دو بار	۳	۳۰
	سه بار	۲	۲۰
	چهار بار	۱	۱۰
گواه	یکبار	۲	۲۰
	دو بار	۴	۴۰
	سه بار	۲	۲۰
	چهار بار	۲	۲۰

بر اساس نتایج مندرج، بیشترین درصد تعداد دفعات ترک مواد در گروه آزمایش یکبار با ۴۰ درصد و برای گروه گواه دو بار با ۴۰ درصد می‌باشد.

جدول ۳: آماره‌های توصیفی مقیاس امید به تفکیک گروه و نوع آزمون

گروه‌ها	نوع آزمون	تعداد	حداقل	حداکثر	میانگین	انحراف استاندارد
آزمایش	پیش آزمون	۱۰	۱۳/۰۰	۲۱/۰۰	۱۸/۱۰	۲/۶۸
	پس آزمون	۱۰	۲۵/۰۰	۳۱/۰۰	۲۸/۱۰	۱/۸۵
گواه	پیش آزمون	۱۰	۱۵/۰۰	۱۹/۰۰	۱۷/۴۰	۱/۲۶
	پس آزمون	۱۰	۱۰/۰۰	۲۰/۰۰	۱۷/۴۰	۲/۹۱

جدول ۴: آماره‌های توصیفی مقیاس افسردگی به تفکیک گروه و نوع آزمون

گروه‌ها	نوع آزمون	تعداد	حداقل	حداکثر	میانگین	انحراف استاندارد
آزمایش	پیش آزمون	۱۰	۲۵	۴۲	۲۹/۹۰	۴/۸۸
	پس آزمون	۱۰	۲	۱۳	۷/۹۰	۳/۴۷
گواه	پیش آزمون	۱۰	۲۵۰	۴۸	۳۱/۸۰	۸/۵۰
	پس آزمون	۱۰	۲۲	۴۸	۳۱	۹/۰۵

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که میانگین افسردگی گروه آزمایش در پس آزمون نسبت به آزمون گواه کاهش داشته است.

اثر بخشی امید درمانی بر کاهش میزان افسردگی و پیشگیری از عود در زنان درمان جوی وابسته به مواد مخدر

برای بررسی اثربخشی درمان می‌بایست از تحلیل کواریانس استفاده شود. یکی از پیش شرط‌های تحلیل کواریانس یکسان بودن شیب خط رگرسیون است. نتایج حکایت از آن داشت که این شرط برقرار است ($F = 0.058$ & $p > 0.05$). شرط دیگر برابری واریانس‌ها است. نتایج آزمون لون حکایت از آن داشت که این شرط نیز برقرار است ($F = 2.984$ & $p > 0.05$).

جدول ۵: نتایج تحلیل کواریانس در متغیر افسردگی

شاخص‌های آماری منابع واریانس	مجموع مجذورات	درجات آزادی	میانگین مجذورات	آماره‌ی F	سطح معناداری
پیش‌آزمون	۹۹/۸۲۱	۱	۹۹/۸۲	۲/۲۷۱	۰/۱۵۰
گروه‌ها	۲۷۶۱/۵۷	۱	۲۷۶۱/۵۷	۶۲/۸۴	۰/۰۰۰۵
خطا	۷۴۷/۰	۱۷	۴۳/۹۵		
مجموع	۱۱۰۸۱/۰۰	۲۰			

همانگونه که در جدول بالا مشاهده می‌شود درمان اثربخش بوده است ($F = 62.84$ & $p < 0.001$). به بیان دیگر امید درمانی توانسته است باعث کاهش نمرات افسردگی افراد شود. در مرحله پیگیری نیز درمان جویانی که در دسترس بودند مجدداً در زمینه بازگشت یا عدم بازگشت مورد بررسی قرار گرفتند. نتایج ارائه شده در جدول ۶ اطلاعات بدست آمده از گروه‌های آزمایشی و گواه را در مرحله پیگیری نشان می‌دهد.

جدول ۶: توزیع فراوانی افرادی که به تفکیک گروه عود داشته‌اند

گروه	تعداد افرادی که عود داشتند	تعداد افرادی که عود نداشتند	کل
آزمایش	۲	۸	۱۰
گواه	۷	۳	۱۰

چنانچه نتایج جدول نشان می‌دهد، در گروه آزمایش که درمان را دریافت کرده بودند تنها ۲ نفر، در حالیکه در گروه گواه که این درمان را دریافت نکرده‌اند ۷ نفر عود داشته‌اند. برای بررسی تفاوت نسبت‌ها از آزمون Z فیشر استفاده شد که نتایج آن حکایت از معناداری آماری داشت. بدین معنا که درمان در کاهش عود تأثیر گذار بوده است ($Z = 2.25$ & $p < 0.01$).

بحث و نتیجه گیری

یافته‌های پژوهش نشان می‌دهند که آموزش امید درمانی در پیش‌گیری از عود افراد وابسته به مواد موثر بوده است. تیلور^۱ و براون^۲ (۱۹۸۸) ابراز می‌کنند که افکار امیدوارانه و خیال‌های مثبت با سلامت روان همراه می‌باشد. علاوه بر آن اسنایدر و هاریس^۳ (۱۹۹۱) ثابت کرده‌اند که مقدار معینی از امید به منظور آغاز فعالیت برای رسیدن به هدف مهم می‌باشد. این اظهارات نتیجه یافته‌هایی است که مبنی بر رابطه بین بهبود یافتن و انتظارات مطلوب می‌باشد.

مطالعات نشان می‌دهد که نتیجه مثبت انتظارات مطلوب از کم کردن مواد مصرفی در معتادین وابسته به آن مواد بیش‌تر تأثیر گذار بوده و فرد آمادگی بیش‌تری برای تغییر پذیری دارد (رالینک^۴، مورگان^۵ و هیتر^۶، ۱۹۹۶). تصورات اخیر حاکی از همراهی امید و خود متکی بودن با انتظارات مطلوب می‌باشد که یکی از مهم‌ترین عوامل پیش‌بینی شده برای درمان پذیری است. امید به انسان اجازه می‌دهد که بر موقعیت‌های استرس‌زا غلبه کند و او را قادر می‌سازد تا تلاش ثابتی برای رسیدن به اهداف خود داشته باشد. انسان‌هایی که امید بیشتری دارند تلاششان را صرف کسب اهداف مشکل‌تر می‌کنند، اهدافشان را با اطمینان بیشتری به دست می‌آورند و آنها را با اهداف سخت‌تر دیگری ارزیابی می‌کنند. اما کسانی که امید کمتری دارند این‌گونه نیستند (اسنایدر و همکاران، ۱۹۹۱).

اگر فرد معتاد به این باور برسد که مواد مخدر راه حل مناسبی برای حل مسائل و فرار از مشکلات نیست و از طرف دیگر چنانچه در مواقع مواجه شدن با مشکلات جسمی و روانی نسبت به راه حل‌های منطقی و اصولی آگاهی و بینش داشته باشد، به گونه دیگری عمل کرده و دوباره در دام اعتیاد گرفتار نخواهد شد. پژوهش‌های انجام شده نشان داده شده است که افراد امیدوارتر نسبت به کسانی که امید کمتری دارند، از تفکرات مثبت،

عزت نفس و اعتماد به نفس بیشتری برخوردارند؛ افراد با سطح امید بالا احساسات را با انرژی بیشتری گزارش می کنند و خودشان را به شکل مثبت تری معرفی می کنند. تحقیقات انجام شده درباره ی نقش امید و افکار مثبت در دستیابی به اهداف، نشان می دهد که امید زیاد، خود اتکایی، پرهیز طولانی مدت از مواد و کیفیت بالای زندگی در کسانی که مراحل درمان را پشت سر گذاشته اند دیده شده است. خوش بینی به عنوان تکمیل کننده خوبی برای کسانی که در حال گذراندن دوره بعد از درمان مواد می باشند، پیش بینی شده است (استراک^۱، کارور^۲ و بلانی^۳، ۱۹۸۷).

جکسون^۴ و ورنیکل^۵ در سال ۲۰۰۳ تحقیقی درباره امید به عنوان پیش بینی کننده شروع درمان سوء مصرف مواد انجام دادند. نتایج این تحقیق نشان داد که برخلاف انتظار، انسان ها با درجه های متفاوت از امید ممکن است برای مشکلاتشان به دنبال کمک باشند. زیرا معتقدند که مشکل را باید حل کنند یا به خودی خود حل خواهد شد.

نتیجه این پژوهش با یافته های کارواجال^۶، کلر^۷، نش^۸ و اوانز^۹، (۱۹۹۸) همسو است و نتایج نشان می دهد که سه عامل امید، خوش بینی و عزت نفس عوامل تعیین کننده اجتناب از سوء مصرف مواد هستند. طبق نتایج بدست آمده خوش بینی و امید هر دو پیش فرضی برای اجتناب استفاده از مواد می باشند.

بر اساس نتایج پژوهش حاضر، آموزش امید درمانی توانسته است اثر مثبتی در کاهش میزان افسردگی زنان وابسته به مواد داشته باشد، لذا می توان نتیجه گرفت که امید درمانی، درمانی موثر در کاهش میزان افسردگی بیماران وابسته به مواد است.

یکی از متغیرهایی که نقش پررنگی در بهبود افسردگی بازی می کند؛ امید است. می توان گفت با سطح بالایی از امید افراد می توانند خودشان را در برابر افسردگی حفاظت کنند و در دوره های کوتاه مدت افسردگی زودتر بهبود یابند و احتمال کمتری دارد که تجربه دوباره ای داشته باشند (اسنایدر، ۲۰۰۰).

1. Strack
2. Carver
3. Blaney
4. Jackson
5. Wernickle
6. Carvajal
7. Clair
8. Nash
9. Evans

تحقیقات نشان داده است که علائم افسردگی و اضطراب در افراد امیدوار کمتر گزارش می‌شود. امید پایین می‌تواند سطح افسردگی و ضعف‌های روانی اجتماعی را پیش‌بینی کند. افسردگی با عدم تحقق اهدافی که برای فرد اهمیت زیادی دارند مرتبط است. بک در نظریه خود از ناامیدی به عنوان علامت اصلی افسردگی یاد می‌کند و یادآور می‌شود که ناامیدی هم فلج‌کننده اراده است و هم باعث تحمل ناپذیر شدن و میل به گریز از یک موقعیت می‌گردد. بررسی‌ها بر نقش رویدادهایی مانند رخداد‌های منفی زندگی که امکان دارد در سبب شناسی، دوره و پیشرفت ناامیدی نقش داشته باشند متمرکز شده‌اند (اسکات^۱ و کلوم^۲، ۱۹۸۲، به نقل از هدایتی ۱۳۸۵).

نتایج تحقیق اسنایدر و همکاران (۲۰۰۶) نشان داد که مداخله کوتاه مدت امید درمانی می‌تواند برخی از توانایی‌های روان‌شناختی را افزایش داده و علائم آسیب‌شناسی روانی را کاهش دهد. طبق گزارش کوهن^۳، فرد ریکسون^۴ و براون (۱۹۹۱) احتمال مصرف سیگار، ماری‌جوآنا و الکل در بین زنان مبتلا به افسردگی به ترتیب ۹۰ درصد، ۱۰۰ درصد و ۱۲۰ درصد بیشتر از زنانی است که سابقه ابتلا به بیماری افسردگی نداشته‌اند. تعداد قابل توجهی از پژوهش‌ها نشان داده‌اند که در سبب شناسی، درمان و پیشگیری از بازگشت (عود) به مصرف مواد، حالت‌های هیجانی منفی (از قبیل خشم و افسردگی)، میل و وسوسه از مهم‌ترین عوامل اصلی بازگشت هستند (مارلات^۵ و ویتکوویتز^۶، ۲۰۰۵).

عوامل دیگری که مستقیماً در درمان دخالت دارند شامل استفاده مواد در زمان گذشته، اختلالات روان‌پزشکی متفاوت از اختلالات ناشی از استفاده مداوم مواد و افسردگی در گذشته و حال می‌باشد. (کارول^۷، رانساویل^۸، ۱۹۹۲؛ فینی^۹، موس^{۱۰}، ۱۹۹۵).

سالوی^۱، راثمن^۲، دیویلر^۳ و استوارد^۴ (۲۰۰۰) ذکر می کنند که افراد مصرف کننده و سوء مصرف کننده مواد در پاسخ به یک حادثه تلخ مواد مصرف می کنند؛ زیرا در پی آن هستند که مصرف مواد حالت خلقی منفی آن‌ها را تحت تأثیر قرار می دهد. اهمیت این یافته در این است که تحقیقات نشان داده اند که افراد معتاد از جمله جمعیت هایی هستند که مقدار بالاتری از علائم افسردگی را دارند و با توجه به این که وجود تنها چند علامت از علائم افسردگی به کاهش معنادار در عملکرد فرد منجر می شود (کرام و همکاران، ۱۹۹۴)، وجود این علائم در افراد معتاد می تواند پیامدهای نامطلوبی بر روند درمان اعتیاد آن‌ها به همراه داشته باشد. بنابراین، توسعه درمانی کوتاه مدت نه تنها زمان زیادی از اوقات افراد معتاد را نمی گیرد بلکه به بهبود علائم آن‌ها منجر می گردد.

نتایج تحقیقات یانگ (۱۹۹۸) و پوستر (۲۰۰۱) نشان دادند که امیدواری سهم مهمی در بهبودی بیماری های مختلف روانی دارد به نحوی که ارتقای معنی و مفهوم زندگی باعث امیدواری شده و امیدواری از بروز نشانه های اختلالات به ویژه افسردگی پیشگیری به عمل می آورد. همچنین امیدواری که نوعی احساس امکان پذیر بودن یک رویداد یا رفتار مطلوب در آینده است، عامل مهم درمانی در مشاوره و روان درمانگری فردی (آدامز، ۱۹۹۸ و بیلر، ۲۰۰۴) و گروه درمانگری (کوری، کوری، ۲۰۰۰) به حساب می آید (به نقل از هدایتی، ۱۳۸۵).

یافته های مهم^۵ و روزین^۶ (۲۰۰۹) نشان دادند که امید به گونه ای پایدار با نشانه های کمتر افسردگی مرتبط است و امید چیزی است که می تواند آموزش داده شود. به نظر می رسد، روان درمانی مثبت نگر نه تنها از طریق کاهش نشانگان منفی بلکه به گونه ای موثر و مستقیم می تواند از طریق ایجاد هیجانات مثبت، توانمندی های منش و معنا موجب تغییر آسیب پذیری تاب آوری شود. روان درمانی مثبت نگر نه تنها می تواند منابع

مثبت را ایجاد نماید، بلکه می تواند تأثیر متقابلی بر نشانگان منفی داشته و نیز سدی برای وقوع مجدد آن‌ها باشد.

پژوهش حاضر نشان می دهد که وجود علائم افسردگی در افراد معتاد روند درمان اعتیاد آن‌ها را با مشکلات جدی روبرو ساخته و در نتیجه، بهبودی کامل آن‌ها را با مشکلات عدیده‌ای مواجه می سازد. بنابراین به نظر می رسد که اگر سطوح امید در بیماران معتاد افزایش یابد، سطح افسردگی آن‌ها کاهش یافته و در نتیجه سلامت عمومی این بیماران ارتقا می یابد که این خود موجب کاهش عود (بازگشت) به مصرف مواد مخدر می گردد.

در این تحقیق با همسران این گروه نمونه (۵۰ درصد از اعضای نمونه متأهل بودند) هیچ گونه مصاحبه یا نظر سنجی صورت نگرفت. این در حالی است که تحقیقات بسیاری به نقش همسران در دوره بهبودی تأکید می کنند و این از محدودیت‌های این پژوهش است که می تواند نارسایی‌هایی را ایجاد کرده باشد. همچنین تعداد کم آزمودنی‌های پژوهش، حذف متغیر جنس و عدم استفاده از مراجعین مرد و کوتاه بودن مدت پیگیری از دیگر محدودیت‌های این پژوهش بود. از این رو پیشنهاد می شود در پژوهش‌های بعدی از هر دو جنس مرد و زن و دوره پیگیری بلند مدت و اختلالات وابسته به سایر مواد از قبیل محرک‌ها استفاده شود تا از طریق به کارگیری گروه‌های مختلف قابلیت تعمیم‌پذیری نتایج افزایش یابد.

با توجه به لزوم توجه چند وجهی به درمان، پیشنهاد می شود که روان درمانی مثبت نگر بیش از پیش در برنامه‌های درمانی در نظر گرفته شود. گنجاندن والدین و همسران در طرح آموزش، اثر بخشی و تداوم تغییر را تسهیل و تقویت می کند. از این رو پیشنهاد می گردد تا پژوهشگران دیگر با آموزش مهارت‌های مرتبط به خانواده‌ها زمینه تقویت و استمرار تغییرات درمانی مورد نظر را فراهم آورند. امید است تا نتایج پژوهش حاضر بتواند در مراکز درمان و بازپروری اعتیاد مورد استفاده قرار گیرد.

استفاده از امید درمانی به عنوان یکی از فنون روان شناسی مثبت گرا می تواند در ارتقای سطح سلامت عمومی این قشر و در نتیجه سلامت جامعه مفید واقع شود. بنابراین، لازم به

نظر می‌رسد تا در پژوهش‌هایی روند تغییرات خلقی این افراد مورد بررسی قرار گرفته تا امکان تدوین الگویی درمانی برای درمان مؤثرتر علائم افسردگی این افراد فراهم شود.

منابع

- آتش پور، سید حمید؛ آقایی، اصغر؛ گلپور، محسن (۱۳۸۱). روان درمانی اختلالات وابسته به اعتیاد. **فصلنامه تازه‌های روان‌درمانی**، سال هفتم، شماره ۲۶-۲۵.
- بابا گل‌زاده، طیبه (۱۳۸۶). **بررسی علل گرایش زنان به اعتیاد و عوامل مؤثر بر گرایش مجدد**. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. حوزه علمی جامعه الزهرا (س) بابل.
- بخشانی، نورمحمد (۱۳۸۱). **بررسی ابعاد شخصیتی با رویدادهای استرس‌زا و حمایت‌های اجتماعی در افراد افسرده آزمون مدل شناختی افسردگی**. پایان‌نامه دکتری. روان‌شناسی بالینی. انستیتو روان‌پزشکی تهران.
- بیجاری، هانیه؛ قنبری هاشم آبادی، بهرام علی؛ آقا محمدیان شهرباف، حمیدرضا و همایی شاندریز، فاطمه (۱۳۸۸). **بررسی اثر بخشی گروه درمانی مبتنی بر رویکرد امید درمانی بر افزایش میزان امید به زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان**. **مجله مطالعات تربیتی و روان‌شناسی دانشگاه فردوسی**. دوره دهم. ۱، ۱۸۴-۱۷۱.
- زمستانی یامچی، مهدی (۱۳۸۷). **تأثیر مداخلات روان‌درمانی حمایتی گروهی به شیوه‌ی IPT در کاهش علائم افسردگی بیماران مرد مبتلا به اعتیاد**. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه علامه طباطبایی.
- شیرزاد، کبری (۱۳۸۰). **بررسی رابطه بین طول مدت اعتیاد و برخی ویژگی‌های اجتماعی زنان معتاد**. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه علامه طباطبایی.
- علاء‌الدینی، زهره (۱۳۸۷). **بررسی اثر بخشی امید درمانی گروهی بر کاهش افسردگی و ناامیدی و افزایش امید دانشجویان دختر اصفهان**. **فصلنامه پژوهش در سلامت روان شناختی**. دوره اول، شماره چهارم، ۶۷-۶۶.
- عیسی‌زادگان، علی (۱۳۸۵). **بررسی پردازش معنایی اطلاعات هیجانی و نقش درمان استعاره‌ای در تغییر آن در بین افراد با روان رنجوری افسردگی و مقایسه آن با افراد دارای صفت شخصیتی بر روان‌گرایی**. پایان‌نامه دکتری. دانشگاه علامه طباطبایی.
- کار، آلان (۱۳۸۵). **روان‌شناسی مثبت**. ترجمه حسن پاشا شریفی و جعفر نجفی زند. نشر، سخن، ۱۳۸۵.
- گلزاری، محمود (۱۳۸۶). **اعتباریابی مقیاس امید شنایدر (چاپ نشده)**. دانشگاه علامه طباطبایی تهران.

مارنات، گری گراث (۱۳۸۶). **راهنمای سنجش روانی**. ترجمه حسن پاشا شریفی و محمد رضا نیکخو. نشر: رشد، ۱۳۸۶.

هدایتی، ناجی (۱۳۸۵). **اثر بخشی مشاوره گروهی به روش معنی‌درمانی (فرانکل) بر کاهش ناامیدی در نوجوانان سنین بین ۱۳ تا ۱۸ ساله هنرستان آزادگان سقز**. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه علامه طباطبایی.

Blair, R. G. (2004). Helping older adolescents search for meaning in depression. **journal of mental health counseling**, 24, 333-348.

Carroll, K. M., & Rounsaville, B. J. (1992). Contrast of treatment-seeking and untreated cocaine abusers. **Archives of General Psychiatry**, 49, 464-471.

Carvajal, S. C. and Clair, S. D, Nash, and Evans, R. (1998). Relating optimism, hope & self-esteem to social influences in deterring substance use in adolescents. **Journal of social and clinical psychology**, 17, 443-446.

Cohen, M, A. Fredrikson, B, L. Brown (1991). "An Epidemiological Study of Disorders in late Childhood and Adolescence". **Journal of Child Psychology and Psychiatry**, 34 , 851-867.

Crum, R. M., Cooper-Patrick, L., & Ford, D. E (1994). Depressive symptoms among general medical patients: prevalence and one-year outcom. **Psychosomatic Medicine**, 56, 109-117.

Finney, J. W., & Moos, R. H. (1995). Entering treatment for alcohol abuse: a stress and coping model. **Addiction**, 90, 1223 -1240

Jackson, R., Wernicke, R., Haaga, A. F. (2003). Hope and problem-solving healthy adjustment. **Journal of human resource**, 43.

leslie, K. (2008). Youth substance use and abuse: challenges and strategies for identification and intervention. **Canadian medical Association journal**, 178, 76-81.

Lopez. S. J, Snyder. C. R, et al (2004). **Strategies for accentuating hope in: P. A. Linley and S. Joseph, positive psychology in practice**. john wiley & sons, Inc.

Marlatt, G. A, & Witkiewitz, K (2005). **Relapse prevention for alcohol & drug prodems (3th edition)**. New York, the Gilford press.

Mehmet, C. & Michael Rozien. (2009). **You,ve got to have hope: Studies show "hope therapy" fights depression**. Ohio State University.; Anouymous. New SRX science. Atlanta. P. 68.

Rollnick, S., Morgan, M., & Heather, N. (1996). The development of a brief scale to measure outcome expectations of reduced consumption among excessive drinkers. **Addictive Behaviors**, 21, 377-387.

- Salovey, P., Rothman, A. J., Deweiler, J. B., Steward, W. T. (2000). Emotional state and psychical health. **Journal of American Psychological**, 55, 1, 110-121.
- Snyder, C. R. (1989). Reality negotiation: from excuses to hope and beyond. **Journal of Social and Clinical Psychology**, 8, 130-157.
- Snyder, C. R. (1994). **The Psychology Of Hope: You can get there From Here**. Newyork: Free Press.
- Snyder, C. R. (2000). **Handbook of hope**. Copyright by Academic press.
- Snyder, C. R., Irving, L. M., & Anderson, J. R. (1991). **Hope and health**. In C. R. Snyder, & D. R. Forsyth (Eds.). *Handbook of social and clinical psychology: the health perspective* (pp. 285-305). New York: Pergamon.
- Snyder, C. R., Harris, C., Anderson, J. R., Holleran, S. A., Irving, L. M., Sigmon, S. T., Yoshinobu, L., Gibb, J., Langelle, C., & Harney, P. (1991). The wills and the ways: development and validation of an individual differences measure of hope. **Journal of Personality and Social Psychology**, 60, 570-585.
- Snyder, C. R., et al. (2006). **Hope for Rehabilitation and vice versa**. *Rehabilitation Psychology*.
- Snyder, C. R. & Lopez S. J. (2007). **Positive psychology the scientific and practical, explorations of human strengths**. sage publications, Inc.
- Strack, S., Carver, C. S., & Blaney, P. H. (1987). Predicting successful completion of an aftercare program following treatment for alcoholism: the role of dispositional optimism. **Journal of Personality and Social Psychology**, 53, 579-584.
- Taylor, S. E., & Brown, J. D. (1988). Illusion and well-being: a social psychological perspective on mental health. **Psychological Bulletin**, 103, 193-210.