



مدیریت مشروط

Contingency Management

مهری نوری

روانشناس مرکز ملی مطالعات اعتیاد

مقدمه

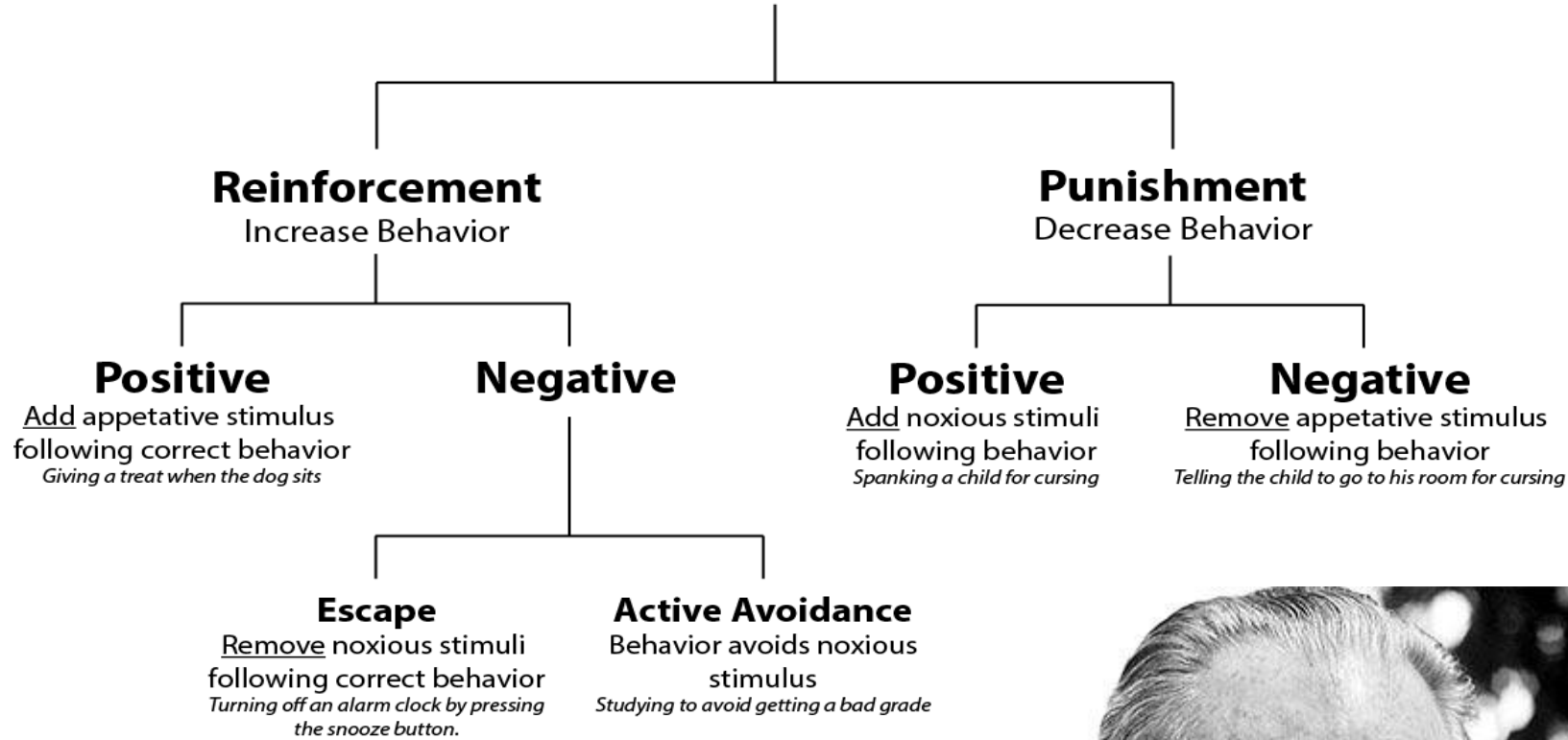
- مدیریت مشروط که گاهی رویکرد مشوق انگیزشی نامیده میشود که بر اساس اصول تغییر و اصلاح رفتار طراحی شده است .
- رویکرد درمانی مستقلی نمی باشد بلکه بخش مهمی از درمانهای کمکی که می توانیم به بیمار ارائه دهیم را شامل می شود.
- شکلی از رفتار درمانی است که مبتنی بر سیستم پاداش و تنبیه است .
- مدیریت مشروط تقویت سیستماتیک رفتارهای مطلوب و خودداری از ارائه تقویت در صورت بروز رفتارهای نامطلوب و یا تنبیه آن است.
- برای دست یابی به اهداف درمان از پاداش های محسوس و مادی استفاده می شود .
- حدود ۳۵ سال است که از این رویکرد در درمان سوء مصرف مواد و وابستگی به مواد استفاده شده است .

مدیریت مشروط در طیف وسیعی از مصرف کنندگان مواد از جمله جمعیت های -
دشوار مانند نوجوانان، زنان باردار، افراد بی خانمان و افراد مبتلا به اختلالات روانی و
نیز انواع مختلف مواد شامل الکل، مواد افیونی و مواد محرک قابل اجراء میباشد.

فلسفه مدیریت مشروط بر اساس شرطی سازی عامل میباشد که اسکینر از پیشروان این -
نظریه میباشد .

- در مدیریت مشروط دو نوع تقویت است : مثبت و منفی

Operant Conditioning



Positive presence of a stimulus

Negative absence of a stimulus

Reinforcement increases behavior

Punishment decreases behavior

Escape removes a stimulus

Avoidance prevents a stimulus



تفاوت اصلی بین تقویت و تنبیه فقط خوشایند بودن یا نبودن آن نیست بلکه در هدف آن است ،هدف تقویت افزایش یک رفتار است و هدف تنبیه کاهش آن رفتار است .

مدیریت مشروط شامل دو مولفه میباشد :

• **Contingent**: شرایط یا رویدادی است که به دنبال رویدادی دیگر رخ می دهد.

• **Management**: نظارت بر توافقی های انجام شده در زمینه ی رفتارها و شروط

سه اصل کلیدی مداخلات مدیریت مشروط عبارتند از :

۱- پایش مکرر رفتاری که قصد تغییر آن وجود دارد :مثال :رفتار هدف مصرف مواد ،پایش تست ادرار

۲-ارائه تقویت کننده های مثبت مادی هر زمان که رفتار مورد نظر اتفاق می افتد.

۳-ممانعت از ارائه تقویت وقتی رفتار هدف اتفاق نمی افتد .

نکته

- در برنامه های مدیریت مشروط هیچ تنبیه مستقیمی وجود ندارد -
، زیرا کسانی که برای مصرف مواد و یا هر رفتار نامطلوب یا منفی
دیگری ، تنبیه می شوند ، بعید است در درمان های غیر اجباری باقی
بمانند . -

- این رویکرد از اقتصاد ژتونی (**Token Economy**) نشأت گرفته است .

مدیریت مشروط چگونه کار می‌کند؟

- مفهوم اصلی در CM **تقویت reinforcement** است.
- تشویق رفتارهای بهبودی (پرهیز، مشارکت در جلسات، جرکت به شمت اهداف شغلی، آموزشی و اجتماعی) با دادن تقویت‌کننده‌ها در صورت عمل به آن رفتارها و یا با سلب تقویت‌کننده‌ها در صورت عدم انجام آن اعمال
- شرطی سازی عامل **operant conditioning**
- پاداش‌ها می‌تواند شامل امتیازات خاص، ژتون، پرداخت نقدی و ... باشد که بر اساس عواملی مانند نوع درمان، فلسفه و خط مشی برنامه، در دسترس بودن و منابع موجود تعیین می‌شود.

طراحی برنامه مدیریت مشروط

گام اول : انتخاب رفتار هدف -

شامل پرهیز از یک ماده خاص و یا حضور در جلسات درمان فردی یا گروهی وقتی می خواهید رفتاری را برای تغییر انتخاب کنید ، باید شاخص های زیر توجه داشته باشید:

- ۱- اهمیت بالینی
- ۲- اختصاصی بودن
- ۳- عینی بودن
- ۴- فراوانی رفتار

۵- عملی بودن

-نکته مهم: وقتی چند رفتار هدف وجود دارد و می خواهید یکی را انتخاب کنید، بیشتر به شاخص های « **عینی بودن رفتار** » و « **عملی بودن پایش آن** » توجه کنید تا بهترین رفتار را برای تقویت انتخاب کنید .

گام دوم – پایش رفتار

۱- تعیین فراوانی رفتار در وضعیت معمول و طبیعی

۲- تعیین روش های اثبات وقوع رفتار

۳- ارتباط زمانی بین رفتار و پایش آن

۴- فراوانی پایش ها

نکته مهم

- رمز برنامه های موفق مدیریت مشروط ،پایش پرهیز از مصرف مواد حداقل دو بار در هفته و حضور در درمان یک بار در هفته است .اصل اساسی برنامه مدیریت مشروط این است :

«رفتاری را که هدف تغییر است به طور مکرر پایش کنید تا بتوانید آن رفتار را هر وقت که رخ داد ،تقویت کنید»

گام سوم - انتخاب جمعیت هدف

چون امکان اجرای مدیریت مشروط روی همه بیماران وجود ندارد بهتر است این برنامه در گروه‌های خاصی از مصرف‌کنندگان اختصاص پیدا کند. این گروه‌ها عبارتند از :

۱- کسانی که در درمان‌های معمول پاسخ نمی‌دهند.

۲- بیماران جدید به منظور ماندگاری در درمان

۳- مصرف‌مواد خاصی مثل شیشه یا هرویین که اثرات فوری و مخربی بر روی فرد و خانواده و اجتماع دارد.

۴- جمعیت‌هایی با آسیب‌پذیری بالا مانند زنان باردار و مصرف‌کنندگان مبتلا به اختلالات روانی

گام چهارم : انتخاب سیستم تقویت

انواع تقویت کننده ها یا پاداش ها

۱- امتیازات بالینی

۲- کارت پول (Voucher)

۳- جوایز (Prize)

۴- برنامه نام در کلاه

۵- تقویت کننده های اجتماعی

امتیازات بالینی :

- ۱- یکی از قدیمی ترین تقویت کننده هایی است که در مدیریت مشروط مورد استفاده قرار گرفته است .
- ۲- استفاده از این تقویت کننده ها بیشتر در مراکز ام ام تی و مراکز درمان اقامتی امان پذیر است .
- ۳- در مراکز درمان متادون دادن دوز منزل یک تقویت کننده بسیار مطلوب است بیمار هرگز اشباع نمی شود و ارزش تقویت کنندگی آن کاهش نمی یابد.
- ۴- در مراکز اقامتی این امتیازات شامل اجازه استفاده از تلفن ، دیدن فیلم یا تلویزیون ، دیر خوابیدن ، ساعات ملاقات اضافی ، دسترسی به وسایل ورزشی و غیره

مزایا و معایب امتیازات بالینی :

مزیت اصلی این تقویت کننده ها آن است که کم هزینه یا رایگان هستند. -

-معایب آنها این است که قابلیت کاربرد آن ها محدود است زیرا در مراکز سرپایی ارزش محدودی بعنوان تقویت کننده دارند.

برنامه نام در کلاه :

- ۱- این برنامه برای درمان گروهی طراحی شده است و هدف آن تقویت شرکت در گروه است .
- ۲- هر بار که فرد در گروه شرکت میکند نامش در کلاهی انداخته می شود.
- ۳- بیمارانی که ۱ بار در گروه شرکت کرده اند یکبار نامشان در کلاه می رود . بیمارانی که ۲ بار یا بیشتر شرکت کرده ند به همین ترتیب نامشاه در کلاه قرار میگیرد.
- ۳-سپس تعداد خاصی از نام ها معمولا به تعداد نیمی از افراد شرکت کننده از کلاه بیرون کشیده می شود (یک برگه جایزه از جام بیرون می آورد)

مزایا و معایب نام برنامه نام در کلاه :

- مزیت اصلی این سیستم کاهش هزینه ها است .
- این روش قابلیت اجرای آن در شکل گروهی در انواع گروه ها شامل معتادان گمنام ،بیماران روانی ،پیشگیری از عود و غیره است.
- مزیت دیگر حضور به موقع در جلسات گروهی (اگر بیماران دیر بیایند دیگر نامشان در کلاه نمی رود.)
- تنها عیب آن این است که به دلیل شباهت آن با لاتاری بهتر است برای افرادی که مشکل قمار دارند استفاده نشود.

تقویت کننده های اجتماعی :

به کار بردن جملات مثبت (تو داری کار بزرگی انجام میدی) -

تشویق اجتماعی (دست زدن) -

-موقعیت اجتماعی (رهبر گروه شدن)

مزایا و معایب تقویت کنند های اجتماعی :

مزیت این روش این است که هیچ هزینه ی ندارد .

-معایب این روش این است که اثر بخشی نسبت تقویت کنند های مادی کمتر است .

امکان افزایش تقویت با تداوم رفتار هدف دشوار است .(افزایش تقویت برای ادامه تغییر اهمیت زیادی دارد .)

-استفاده یکنواخت از جملات مثبت ، جذابیت آن را برای بیمار کمتر می کند.

نکته مهم

- انواع مختلف تقویت کننده ها و پاداش ها می توانند رفتار را تغییر دهند ولی در مجموع، تقویت کننده ها یا پاداش های **مادی** تاثیر بیشتری دارند.

سایر رویکرد های تقویت :

۱- ودیعه (Deposit)

۲- پول نقد

۳- ترکیب امتیازات و جوایز

- ودیعه :

- در این روش ،بیماران در ابتدای درمان ،مبلغی به عنوان ودیعه پیش مرکز می گذارند که در صورتی که موفق شدند مواد را ترک کنند این مبلغ به آنها برگردانده میشود.

-مبلغ ودیعه در چند قسمت تقسیم شده و به بیمار داده میشود.

-مزیت این روش این است که برای مرکز درمانی هزینه ندارد .

-معایب این روش این است برای افرادی که وضعیت اقتصادی ضعیف دارند قابل اجرا و جذاب نمیشود.

- این مبلغ را میتوان از خانواده یا مراکز خیره تهیه کرد.

گام پنجم - طراحی جدول برنامه تقویت (جدول ستاره ها)

۱- **تقویت اولیه** : تقویت بیمار قبل از انجام رفتار مورد هدف

۲- **فوریت** : یادگیری زمانی اتفاق می افتد که هر وقت فرد رفتار مورد نظر را نشان داد، فوراً تقویت و پاداش دریافت کند.

۳- **افزایش و کاهش ارزش تقویت کننده** : برنامه تقویت باید با توجه به دو اصل افزایش تدریجی ارزش تقویت در صورت تداوم رفتار هدف و کاهش آن به سطح پایه (اولین مقدار کارت پول) کاهش می یابد.

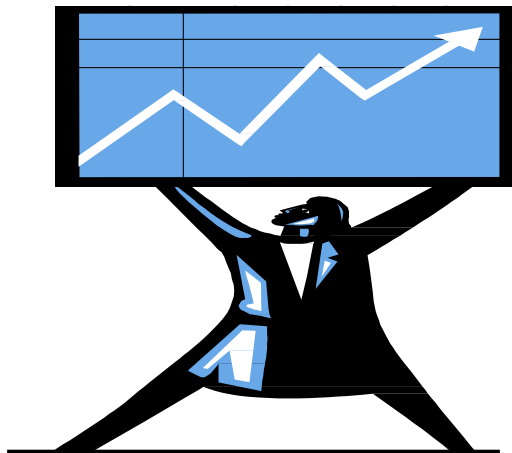
۴- **ارزش تقویت کننده** : هر چه ارزش تقویت کننده بیشتر باشد احتمال تغییر بیشتر میشود.

معرفی پروتکل جدول ستاره‌ها به مراجعین

- تمام بیماران می‌توانند وارد برنامه شوند و مشارکت در برنامه کاملن داوطلبانه و بدون تنبیه برای غیر داوطلبین است.
- مراجعین حاضر در برنامه، به‌ازای رفتارهای مشخص، ستاره‌هایی را دریافت می‌کنند و جدول ستاره‌های آن‌ها در پوشه‌های مشخص و مجزا و توسط مشاور آن‌ها نگه‌داری می‌شود.
- نوع پاداش‌ها نیز در ابتدای برنامه مشخص شده‌است. می‌توان برای تعیین پاداش‌ها از نظرات خود مراجعین نیز استفاده کرد.
- پروتکل برنامه باید برای مراجعینی که مشارکت می‌کنند، توسط مشاور تشریح شود. رفتارهای هدف، زمان به دست آوردن ستاره‌ها، چگونگی کسب پاداش‌ها و جوایز و ...
- برنامه باید برای مراجعین جدید نیز معرفی شود.
- یکسان بودن قوانین و شرایط برای تمام بیماران، و ثابت بودن رفتارهای توافق شده باید برای مراجعین توضیح داده‌شود.

راهنمای مشاوران

- آماده کردن جدول ستاره‌ها
- جلسات هفتگی با مراجعین برای مرور جدول مراجع و دادن ستاره‌ها
- ارتباط با سایر اعضای تیم درمان برای به‌روز نگه‌داشتن جداول مراجعین
- تست‌های ادراری: ماهیانه دو تست به‌صورت رندوم
- تعیین اهداف اختصاصی و تکالیف لازم برای دستیابی به آن اهداف
- مبادله‌ی ستاره‌ها با جوایز
- آماده داشتن جوایز در هر لحظه



جدول ستاره ها

WEEKLY STARCHART

Client ID	Week 1				Week 2			
	IS	GRP	UA	Goal	IS	GRP	UA	Goal
Joe R.	★		★			★	★	★
Mickey		★				★		
Samantha	★	★	★				★	★
Barney			★				★	
Joe G.		★		★	★			★
Susan	★	★	★	★	★	★	★	★
J.R.	★						★	
Gina	★				★			

Figure 1

IS=Individual Session GRP=Group UA=Clean UA Goal=Completed Task

جدول ستاره ها

MONTHLY STARCHART

August 2004

Client ID	8/2	8/3	8/4	8/5	8/6	8/7	8/8	8/9
Joe R.	◆		■			★	■	★
Mickey	●	★		■		★		
Samantha	★	●	★	◆		■	★	
Barney			★				★	
Joe G.		■		★	◆			★
Susan	◆	★	■	◆	★	◆	★	●
J.R.	★						★	
Gina	★				◆		●	

Figure 2

◆=Individual Session ★=Group ■=Clean UA ●=Completed Task

گام ششم - تعیین نوع اجرا

- مدیریت مشروط به دو شکل فردی و گروهی قابل اجرا است .

هزینه ها و معایب اجرای فردی و گروهی مدیریت مشروط		
فردی	گروهی	
<ul style="list-style-type: none">• تقویت اتحاد کاری بین بیمار و درمانگر• طراحی اختصاصی برنامه برای هر بیمار• رعایت اصل اخلاقی رازداری	<ul style="list-style-type: none">• کاهش هزینه• کاهش زمان اجرا• تقویت انسجام گروهی	مزایا
<ul style="list-style-type: none">• پرهزینه بودن• نیاز به زمان بیشتر برای پایش و تقویت رفتار• عدم مشاهده تقویت مناسب رفتار دیگران	<ul style="list-style-type: none">• احتمال ایجاد خشم و روابط خصمانه در اعضا• واجد شرایط نبودن تمام افراد گروه برای برنامه	معایب

گام هفتم : تعیین مدت زمان مداخله

اکثر پروتکل های مدیریت مشروط یک قاعده اساسی دارند: « برنامه مدیریت مشروط - باید برای حداقل ۸ هفته و حداکثر ۲۴ هفته انجام شود.» (۱۲ هفته ایده آل)

اگر مداخله کمتر از این باشد تغییر رفتار زیادی رخ نمی دهد. -

- اگر مداخله بیشتر هم شود برای سیستم درمانی خیلی گران تمام می شود.

مشکلات فلسفه مدیریت مشروط :

- برخی از درمانگران موافق اجرای برنامه‌های CM نیستند:
- مراجعین باید به دنبال دلایل درونی باشند و ارائه پاداش‌های بیرونی پیام دوگانه‌ای به آنها می‌دهد.
- CM یک درمان واقعی و مبتنی بر گفت‌وگو نیست.
- پرداختن (نقدی یا کالایی یا خدماتی) به مراجعین در قبال کاری که باید انجام دهند، اشتباه و غیر اخلاقی است.
- CM برخلاف آموزه‌های ۱۲ قدم است.
- مراجعین با این روش با سیستم بازی می‌کنند و این منجر به نتایج درازمدت نخواهد شد.
- انجام تحریم‌ها منطقی‌تر از ارائه‌ی مشوق‌هاست.

نکته

درگیر کردن افراد بیشتری در اجرای درمان و ارائه مقالات و مستندات به نفع مدیریت مشروط می تواند در رفع موانع ناشی از دیدگاهها مخالف کمک کننده باشد.

مشکلات اجرای مدیریت مشروط

- پارامترهایی مانند زمان ارائه‌ی پاداش‌ها، میزان پاداش‌ها، میزان تلاش برای دریافت پاداش‌ها و ... در گروه‌های مختلف بسیار متفاوت هستند و برای تدوین پروتکل‌های درمانی آزادی عمل بسیاری وجود دارد.
- برخی از نکاتی که در هنگام طراحی برنامه باید مدنظر قرار گیرند:
 - رفتارهای هدف
 - انتظار از درمان
 - چگونگی همراه کردن پاداش‌ها با رفتارها
 - منابع موجود برای تأمین پاداش‌ها
 - چگونگی پایش اجرای تعهدات
 - طول دوره‌ی CM
 - ارزیابی برنامه

نکته

هیچ برنامه ی واحدی که مناسب برای تمام مناسب باشد وجود ندارد.

مشکلات اجرایی

- اهداف برنامه باید بر مبنای توانایی‌های ستادی تعیین شوند.
- انتخاب اهداف وسیع و فراوان ممکن است قابلیت اجرا، پایش و ارزیابی را نداشته باشد و گروه ستادی باید انتظارات واقع‌بینانه و قابل اجرایی از برنامه داشته باشند.
- CM روشی مناسب برای شکل‌دهی و ایجاد تغییرات رفتاری است، ولی یک روش جادویی برای برطرف کردن تمام مشکلات مراجعین نیست.



پاداش ها

- هم میزان و هم زمان ارائه‌ی پاداش‌ها مهم است.
- اجرای این برنامه نیاز به بودجه‌های بالایی ندارد.
- پاداش‌ها می‌توانند هم مادی و هم اجتماعی باشند.
- اولین قدم برنامه، توافق گروه اجرا بر روی اهداف است. بسیاری از برنامه‌ها یک فرآیند متوالی را ترجیح می‌دهند:
- پرهیز و پیشگیری از عود
- مشارکت در درمان‌های گروهی یا برنامه‌های خودیاری
- بهبود کارکردهای خانوادگی و حمایت‌یابی اجتماعی
- رفتارهای کمک‌کننده به سبک زندگی عاری از مواد و افزایش کارکردهای اجتماعی

پاداش ها

- برای انتخاب رفتارهای هدف باید به پرسش‌های زیر پاسخ داد:
- آیا انتخاب این رفتار بار اضافی کاری و مالی غیرقابل مدیریت بر تیم درمان وارد نمی‌کند؟
- رفتار هدف چگونه سنجیده خواهد شد؟ (زمان‌بندی تست‌های ادراری، دفتر گزارش و ثبت گروه‌درمانی، ثبت‌نام برای دوره‌های آموزشی و ...)
- ارائه تقویت‌کننده‌ها چگونه برنامه‌ریزی می‌شود؟ پاداش‌های فوری یا ارائه‌ی پاداش در قبال یک سری از رفتارها
- ثبت و پایش اطلاعات چگونه انجام می‌شود؟ استفاده از یک کارمند مشخص برای ثبت کلیه مراحل یا ثبت هر مرحله توسط هر یک از اعضای مرتبط تیم درمان

راهنمای تعیین هدف گذاری توسط تیم اجرایی:

- خوش آمدگویی
- معرفی ساختار جلسه هدف گذاری
- فرآیند هدف گذاری
- بحث و کنکاش پاسخ های مراجع
- تعیین تکالیف، فعالیت ها و گام ها
- استفاده از متافورها برای توصیف معنا و اهمیت اقدامات گام به گام
- بحث و تصمیم گیری برای تکالیف
- زمان بندی تکالیف
- ارزش گذاری تکالیف
- تعیین شیوه ارزیابی
- ختم جلسه

کلام آخر

مدیریت مشروط یک روش جادویی یا عصای جادویی نیست که با آن بتوانید تمام مشکلات بیمار را حل کنید اصولاً بعید است روشی وجود داشته باشد که برای تمام مشکلات رفتاری به یک اندازه موثر باشد.

سپاس از توجه شما

