

درمان رفتاری وابستگی به مواد محرک

جلد اول: مباحث نظری

تدوین: دکتر فهیمه فتحعلی لواسانی

دکتر مهرداد افتخار

دکتر ابوالفضل وطن پرست

فهرست

پیشگفتار

بخش نخست

مواد محرک و درمان های آن

فصل اول - کلیات مواد محرک

- تعریف و انواع مواد محرک
- اثرات مصرف
- وابستگی به مواد محرک
- روش های مصرف

فصل دوم - درمان های موجود برای مواد محرک

- درمان های دارویی
- درمان های روانی اجتماعی
- جمع بندی

بخش دوم

برنامه مدیریت مشروط

فصل سوم - کلیات برنامه مدیریت مشروط

- اصول اساسی مدیریت مشروط
- مبانی نظری
- پیشینه و شواهد تجربی

فصل چهارم - اصول طراحی برنامه مدیریت مشروط

- انتخاب رفتار هدف و پایش آن
- انتخاب جمعیت هدف
- تعیین تقویت کننده و جدول برنامه تقویت
- تعیین روش اجرا
- تعیین مدت زمان اجرا

فصل پنجم - تجهیز منابع مالیدر مدیریت مشروط

- تعاریف و مفاهیم پایه
- اصول پایه تجهیز منابع مالی
- انواع کمک های مالی
- منابع مالی عمده برنامه مدیریت مشروط
- اصطلاحات و کلیدواژه ها در تامین منابع مالی
- قوانین تجهیز منابع مالی
- چالش ها و راه کارهای پیشنهادی
- اصول سازمانی و اخلاقی

بخش سوم

رویکرد تقویت اجتماع

فصل ششم: کلیات رویکرد تقویت اجتماع

- تاریخچه و مبانی نظری
- پیشینه پژوهشی
- سیر تکاملی برنامه
- بازنگری رویکرد

فصل هفتم - مولفه های رویکرد تقویت اجتماع

- تحلیل کارکردی
- آزمودن پرهیز
- طرح درمان
- آموزش مهارت های رفتاری
- مهارت های شغلی
- درمان ارتباطی
- زوج درمانی
- پیشگیری از عود
- جمع بندی

پیوست ها

پیشگفتار

وابستگی به مواد محرک یک مشکل تهدید کننده زندگی است که ویژگی مشخصه آن الگوی رفتاری است که ورود به درمان، تبعیت از درمان و تغییر سبک زندگی را دشوار می سازد. رویکرد های درمانی مختلفی برای درمان وابستگی به این مواد ارائه شده است که اثربخشی های مختلفی نیز برای آنها گزارش شده است. در راهنمای حاضر تاکید بر دو درمان رفتاری است که شواهد پژوهشی، حاکی از اثربخشی بالای آن در درمان انواع مختلف وابستگی به مواد از جمله مواد محرک می باشند. این دو درمان مدیریت مشروط و رویکرد تقویت اجتماع هستند که در راهنمای حاضر با هم تلفیق شده اند. هر دو این درمان ها مبتنی بر اصول تغییر و اصلاح رفتار هستند و بر نقش تقویت در تغییر رفتار تاکید دارند. در مدیریت مشروط، به رفتار پرهیز از مواد، تقویت های مادی داده می شود و در برنامه تقویت اجتماع، به بیمار مهارت هایی آموزش داده می شود تا سبک زندگی اعتیادی را تغییر داده و بتواند از محیط زندگی خود، تقویت های موجود را به دست آورد. به عبارت دیگر، برنامه دوم درصدد توانمند ساختن افراد جهت کسب تقویت است.

هدف اصلی این راهنما، کمک به افراد برای پرهیز از مصرف شیشه و ترک آن است و این کار را با ارائه تقویت های مادی برای عدم مصرف و ایجاد تغییرات سبک زندگی در حوزه های مهم زندگی مانند روابط خانوادگی، فعالیت های اجتماعی و تفریحی، بهبود وضعیت روانی و غیره انجام می دهد. فرض زیربنایی آن است که فرد مصرف کننده با ایجاد تغییر در سبک زندگی، تقویت های بیشتری از اجتماع و محیط خود دریافت کرده و بنابراین دیگر نیازی به مصرف مواد برای به دست آوردن تقویت و احساس لذت نخواهد داشت. برای این منظور در ابتدای درمان وضعیت بیمار در زمینه های مختلف سبک زندگی ارزیابی شده و بر اساس آن اهداف درمانی تعیین می شود. سپس مهارت ها و مشاوره های لازم به منظور رسیدن به اهداف درمانی که همان تغییر سبک زندگی است انجام می شود. در عین حال، بیماران در کنار این درمان، درمان تقویت مشروط را نیز دریافت می کنند که پرهیز و پاک ماندن را تسهیل می کند. پرهیز از مواد محرک دشوار است و مصرف آن منجر به پاداش های فوری می شود که ممکن است پاک ماندن را در طی زمانی که بیمار درحال فراگیری و تمرین مهارت های لازم برای تغییر سبک زندگی و به دست آوردن پاداش های طبیعی موجود از محیط است، دشوار سازد. تغییر سبک زندگی و به تبع آن تجربه تقویت های اجتماعی زمان میگیرد و در این فاصله اگر بیمار پاداش های فوری را برای پرهیز از مصرف مواد دریافت نکند احتمال مصرف مجدد مواد و برگشت به سبک زندگی اعتیادی افزایش می یابد. بنابراین، دریافت پاداش های محسوس و مادی که کاملاً براساس اصول تقویت رفتار

انجام می شود نیاز به تجربه پاداش فوری از مصرف مواد را کاهش داده و احتمال ماندگاری در درمان و استمرار پرهیز را افزایش می دهد و برای برنامه تقویت اجتماع این فرصت را فراهم می کند تا در این فاصله تغییرات اساسی را در سبک زندگی بیمار ایجاد کند.

بخش اول: مواد محرک و درمان های آن

فصل اول

کلیات مواد محرک

نویسنده: دکتر ابوالفضل وطن پرست

مقدمه

شیشه^۱ نام مصطلح ماده ای شیمیایی به نام مت آمفتامین^۲ است که اثرات تحریکی بسیار قوی بر سیستم عصبی مرکزی دارد. با آن که بیش از یک قرن از ساخته شدن این دارو می گذرد و در زمان های مختلف مورد استفاده های گوناگون قرار گرفته است، اما آنچه نام این ماده محرک را بر سر زبان ها انداخته، استفاده گسترده آن طی دهه گذشته و اثرات مخرب آن بر نظام های سلامت در کشورهای مختلف بوده است. گزارش های سازمان های مرتبط نشان دهنده آن است که مصرف این ماده در تمام کشورهای جهان وجود دارد و در برخی از مناطق درصد بالایی از سوء مصرف کنندگان مواد را شامل می شود. طبق برآوردهای دفتر کنترل مواد و جرایم سازمان ملل در سال 2008 حدود 14 میلیون مصرف کننده شیشه در جهان وجود داشته است که از این میزان 55 درصد در کشورهای شرق و جنوب شرق آسیا به سر می برده اند. طبق یک بررسی در سال 2004 میلادی در ایالات متحده آمریکا 2.6٪ از دانش آموزان دبیرستانی حداقل یکبار مصرف شیشه را تجربه کرده اند. این ماده در یک دسته بندی کلی متعلق به گروه مواد محرک و از زیر رده محرک های گونه آمفتامینی است، تمام خصوصیات گروه مواد محرک را به طور کامل داراست و به دلیل روش تقریباً سهل تولید آن به شایع ترین ماده آمفتامینی مورد سوء مصرف بدل شده است. در این مجموعه، رویکرد کلی تمرکز بر درمان های رفتاری سوء مصرف مواد محرک است اما از آن جا که مشکل عمده فعلی در کشور ایران سوء مصرف و اعتیاد رو به افزایش شیشه می باشد، بیشترین تمرکز بر تعریف ویژگی ها و عوارض این ماده خواهد بود.

¹ -glass

² -Methamphetamine

تعریف و انواع مواد محرک

مواد به طور کلی به ترکیب های شیمیایی که عملکرد دستگاه عصبی را تحت تاثیر قرار دهند گفته می شود. تاثیرات مواد بر دستگاه عصبی دارای گستره وسیعی است، برخی از این مواد فعالیت های مغز را کند تر از حالت عادی می کنند که به آن ها مواد مخدر گفته می شود. معروف ترین مواد مخدر مورد سوء مصرف در جهان تریاک و مشتقات آن شامل هرویین و مرفین می باشند. برخی از مواد موجب ایجاد آرامش در مصرف کننده می شوند که معروف ترین آن ها قرص های آرامبخش و الکل هستند. داروهای توهم زا¹ از قبیل ال اس دی و مسکالین دسته دیگری از مواد اعتیاد آور می باشند.

مواد محرک دسته ای از مواد هستند که اثرات افزایشده بر مغز دارند. این مواد که سوء مصرف آن ها در سطح جهان از شیوع بسیار بالایی برخوردار است با اثر بر مغز و تحریک ترشح برخی انتقال دهنده های عصبی باعث افزایش فعالیت های مغز می شوند و حالت خوشایند افزایش انرژی و احساس لذت را در فرد مصرف کننده ایجاد می کنند. این مواد حالت سرخوشی ذهنی عمیق و در عین حال همراه با هوشیاری ایجاد می کنند، لذات معمولی را مهم جلوه داده و دلوپسی ها را کاهش، اعتماد به نفس و احساس تسلط بر ادراک و احساسات را افزایش می دهند. بازداری های اجتماعی کاهش داده می شود و ارتباط بین افراد آسان شده و شور و حساسیت های جنسی افزایش می یابد. برخی از این مواد محرک به شکل عادی در زندگی روزمره مورد استفاده قرار می گیرند که کافیین موجود در قهوه، چای و نوشابه های غیر الکلی از آن جمله است. نیکوتین موجود در سیگار نیز از جمله مواد محرکی است که به شکل قانونی مورد استفاده قرار می گیرد. اما طیف گسترده ای از مواد با قدرت بیشتر وجود دارند که مصرف آن ها اثرات نامطلوبی بر وضعیت جسمانی و روانی مصرف کننده به جا می گذارد و در بیشتر موارد موجب ایجاد وابستگی و اعتیاد می شود. این مواد که از راه های گوناگون تزریقی، کشیدنی و استنشامی مورد استفاده قرار می گیرند موجب فوران شدید احساسات و احساس لذت بسیار شدید می شوند. مصرف کنندگان این دسته از مواد تا زمانی که این مواد را در دسترس داشته باشند به مصرف مفرط آن ادامه خواهند داد تا به تجربه لذت اولیه برسند. هر چند این تجربه با افزایش میزان مصرف نیز هیچگاه به دست نمی آید اما موجب ایجاد سازگاری فیزیولوژیک و در نهایت وابستگی شدید جسمی و روانی می شود. در این شرایط ترک مصرف -

¹ Hallucinogens

حتی در شرایطی که مصرف به صورت گاه بگاه و یا منظم بوده باشد - موجب ایجاد افسردگی، خستگی و میل شدید به مصرف می گردد.

مهم ترین مواد محرکی که مورد سوء مصرف واقع می شوند در سه دسته کلی جای می گیرند:

- کوکائین
- آمفتامین ها (ATS)¹
- نیکوتین

کوکائین ماده محرک بسیار قدرتمندی است که به شکل پودر سفید یا شیری رنگ و گاهی به صورت تکه های کوچک مورد مصرف قرار می گیرد. از برگ گیاه کوکا به دست می آید. در پزشکی برای بی حسی های موضعی و منطقه ای مورد استفاده دارد اما به دلیل اثرات تحریکی بسیار قوی بر روی سیستم عصبی مرکزی به طور شایعی مورد سوء مصرف قرار می گیرد. این ماده معمولاً به صورت استنشاقی مصرف می شود و موجب سرخوشی بسیار سریع می شود که تا حدود نیم ساعت باقی می ماند. از روش های تزریق و تدخین نیز برای مصرف آن استفاده می شود.

کوکائین با تاثیر بر سلول های عصبی موجب ترشح دوپامین به میزان زیاد در زمانی کوتاه می شود. افزایش ناگهانی میزان این مواد در مغز موجب ایجاد احساس لذت فراوان می شود. اما اثر مهم تر کوکائین جلوگیری از بازجذب دوپامین در حفره های سیناپسی است که موجب می شود تاثیر لذت بخش آن در زمان بیشتری اعمال گردد. اثرات کلی کوکائین عبارت است از:

- افزایش تدریجی انرژی و احساس سرخوشی
- اعتماد به نفس، پرحرفی و فعالیت زیاد
- گشادی مردمک ها
- خشکی دهان
- بی اشتها
- افزایش فشارخون، حرارت بدن و ضربان قلب و تعداد تنفس

¹ - Amphetamine Type Stimulants(ATS)

مصرف کوکائین می تواند موجب مشکلات روانی شدید، مشکلات قلبی و عروقی و سکنه مغزی شود. نکته مهم در باره کوکائین توجه جدی به این نکته است که بیشتر تحقیقات نشان دهنده خطرناک بودن مصرف تفریحی و گاه به

اکستازی ماده معروفی است که به دلیل اثرات توهم زای بیشتر آن در دسته توهم زاها تقسیم بندی شده است اما به دلیل پایه شیمیایی آن نوعی از ترکیبات آمفتامینی محسوب می شود. اکستازی نام رایج MDMA است (دی اکسید متیلین دی اکسید متافتامین) که شیوع گسترده مصرف آن توسط جوانان در مهمانی ها و جشن ها به امری شایع در بسیاری از کشورها بدل شده است. در دهه های قبل تعدادی از روان درمانگران با توجه به اثر آن در تسهیل ارتباط با بیمار از آن در جلسات درمانی آن استفاده کردند. اثرات محرک آن نیز قابل توجه است و برخی از این اثرات از جمله اجتماعی شدن و احساس شادی مفرط به دلیل اثرات محرک آن می باشد

MDMA در طول دهه ۱۹۸۰ با نام مستعار اکستازی و نام های دیگر مانند XTC، E و ... مورد تجربه گروه جدیدی قرار گرفت و این گروه جوانان بودند که از آن به عنوان داروی کلوب یا پارتی در پارتی های رقص های شبانه استفاده می کردند. عرضه اکستازی با قیمت ارزان و به نحو سهل الوصول در طول دهه ۹۰، سوءمصرف اکستازی در میان جوانان تا ۵ برابر افزایش یافت. در حال حاضر تخمین زده می شود که بیش از ۲ میلیون قرص اکستازی در هر هفته در ایالات متحده قاچاق می شود و بیش از ۱۰ میلیون فرد آمریکایی ۱۲ ساله و با سن بالاتر گزارش دست کم یک بار مصرف آن را می دهند. اکثریت مصرف کنندگان اکستازی بین ۱۸ تا ۲۵ ساله هستند. قرص های اکستازی معمولاً ظاهر خوش ساختی دارند و با علامت های مختلفی در بازار موجودند. معمولاً در مصارف تفریحی ۵۰ تا ۱۵۰ میلی گرم از این ماده در پارتی ها مصرف می شود.

گاه این ماده است و مصرف اتفاقی، به طور پیشرونده ای به سمت مصرف مکرر و وابستگی پیش خواهد رفت.

آمفتامین ها به طور کلی خاصیت تحریک کنندگی بر سیستم عصبی مرکزی دارند. این دسته از مواد، تحریک کننده

مغز هستند که معمولاً به شکل پودر سفیدرنگ و گاهی سفید متمایل به قهوه ای روشن یا سفید چرک مشاهده

می شوند. بسیاری از منابع بر این نظرنند که در بین موادی که به طور معمول مصرف می شوند آمفتامین ها بیشترین

پتانسیل ایجاد آسیب های روانی و فیزیکی و اجتماعی را دارند. این مواد از نظر ساختمانی شبیه ناقل های عصبی نوراپی

نفرین، اپی نفرین و دوپامین مربوط بوده و به داروهای مقلد سمپاتیک یا محرک سیستم عصبی مرکزی معروفند. این

ترکیبات شامل متیل فنیدیت (ریتالین)، دکزآمفتامین، و مت آمفتامین هستند. آمفتامین ها بر خلاف کوکائین محصولاتی

آزمایشگاهی هستند. این مواد وقتی وارد سیستم عصبی مرکزی می شود، باعث آزاد شدن ناگهانی واسطه شیمیایی

دوپامین از مغز می شوند که موجب تحریک سلولهای مغزی و افزایش خلق و خو و حالت تهاجمی و افزایش حرکات

جسمی می شود. . در صورت ادامه مصرف بعد از مدت طولانی علایم بدخلقی و افسردگی و علایم اختلال حرکتی مثل پارکینسون^۱ در فرد ظاهر می شود.

مت آمفتامین (شیشه)

مت آمفتامین یکی از مواد دسته آمفتامین هاست. آمفتامین و مشتقات آن در انتهای قرن نوزدهم و بیستم سنتز شدند و قصد از ساختن آنها استفاده های درمانی بود. مت آمفتامین نخستین بار توسط دانشمندان ژاپنی و با استفاده از ماده افدرین ساخته شد.^۲ افدرین ماده است که از گیاه افدرا ولگاریس^۳ به دست می آید. آمفتامین ها از جمله بنزدترین^۴ و دکسدرین^۵ و مت آمفتامین در دهه های 1920 و 30 استفاده های پزشکی و عمومی گسترده ای پیدا کردند. از آن ها به عنوان ضد اشتها و کاهش دهنده وزن استفاده شد و در برخی اختلالات خلقی همچون افسردگی ها به کار گرفته شد . به خاطر اثرات محرک آن توسط دانش آموزان مورد استفاده قرار می گرفت (که این مورد همچنان طرف توجه بسیاری از دانش آموزان و سایر گروه ها مانند رانندگان می باشد) اما به سرعت به خاطر عوارض جانبی گسترده آن شامل افسردگی، اختلالات فشار خون و برخی مشکلات روانپزشکی و از همه مهم تر خطر وابستگی از بازار خارج شد. مصرف این دارو برای درمان نقص کمبود توجه، اختلالات خواب و نارکولپسی و برخی انواع چاقی مورد تایید اداره دارو و غذای آمریکا می باشد.

^۱ - پارکینسون بیماری است که در اثر کمبود دوپامین در پایانه های عصبی ایجاد می شود. مواد محرک با تخلیه فراوان و مکرر ذخیره دوپامین پایانه های سیناپسی و جلوگیری از بازیافت آنها زمینه ایجاد این بیماری را در فرد مصرف کننده مواد محرک ایجاد می کنند.
^۲ - این ماده نخستین بار در سال 1893 توسط شیمی دان ژاپنی به نام ناگی ناگاواشی سنتز شد. او با اعمال تغییراتی در ترکیب شیمیایی افدرین به این ماده دست یافت. نام مت آمفتامین از ترکیب نام اجزای شیمیایی آن درست شده است (methyl alpha-methyl phenyl ethyl amine)

^۳ - Ephedra vulgaris

^۴ Benzedrin

^۵ Dexedrine

مت آمفتامین نام های گوناگونی در سطح جهان دارد اما معروف ترین نام های آن Meth و Ice است. Crystal Tik و Glass از سایر نام های شایع این ماده محرک هستند. از بین انواع مختلف مت امفتامین ها، دی متافتامین

بیشترین قدرت را دارد و شایع ترین ماده مورد سوء مصرف در آمریکا می باشد. از مهم ترین دلایل شیوع مصرف آن در جهان شیوه سهل تولید غیر قانونی آن در محل های نزدیک به بازار مصرف است که فروشندگان را از خطرات حمل و نقل آن مصون می سازد و دسترسی افراد را به آن راحت تر کرده است. این شیوه تولید علاوه بر گسترش شیوع مصرف، اثرات مخرب زیست محیطی نیز در بر داشته است. تولید کنندگان غیر قانونی و زیر زمینی معمولاً مواد زاید شیمیایی را در محیط های طبیعی همچون رودخانه ها و دریاچه ها رها می کنند و یا در گودال هایی مخفیانه دفن می کنند. این ماده به صورت پودر و قرص و یا ذرات کریستال مانند موجود است.

مهم ترین اثرات جسمی مصرف شیشه

- بی اشتهایی
- پر تحرکی و احساس انرژی زیاد
- افزایش میل جنسی
- گشادی مردمک ها
- پوست بر افروخته
- تعریق زیاد
- بی قراری
- خشکی دهان
- مشکلات لثه و دندان ناشی از براکسیسم
- سردرد
- بالا رفتن ضربان قلب
- بی نظمی ضربان قلب
- تنفس سریع
- فشار خون بالا
- فشار خون پایین
- بالا رفتن دمای بدن
- اسهال یا بیوست
- سرگیجه و دوبینی
- لرزش و بی حسی در اندام ها
- خشکی پوست، جوش
- و در مصرف مزمن یا مصرف با دوز بالا تشنج، حملات قلبی و سکتة مغزی و مرگ شایع است

اثرات مصرف

همچون سایر مواد محرک، شیشه به عنوان محرک سیستم عصبی مرکزی بر سازوکار نورو شیمیایی مغز اثر می گذارد و همزمان ضربان قلب، فشار خون و دمای بدن را افزایش می دهد و حالت گوش بزنگی، کاهش اشتها و تعریق زیاد را به وجود می آورد. به دلیل خاصیت محلول در چربی بودن، این ماده به سرعت وارد مغز می شود و به دلیل مقاومت بیشتر در

برابر مواد تخریب کننده، مدت زمان طولانی تری در مغز باقی می ماند. این ماده بر هر سه ماده واسطه شیمیایی مغز شامل دوپامین، سروتونین و نوراپی نفرین تاثیر گذار است.

آمفتامین، متابولیسم بدن را افزایش و حالت نشاط آور به وجود می آورد، هوشیاری را زیاد می کند و حس افزایش انرژی به مصرف کننده می دهد، ممکن است شخص کمرو را تبدیل به فردی اجتماعی کرده و یک شخص بسیار خسته را پرانرژی سازد.

با مصرف این ماده بدن از لحاظ فیزیولوژیکی فعال می شود اما این تحریک کاذب است. از آنجا که آمفتامین از بازجذب سلول های عصبی جلوگیری می کند عامل کسالت شدیدی است که از مصرف دوزهای بالا ناشی می شود. مصرف کننده به مدت یک یا دو روز بی حال می شود و بدن از این مدت برای تهیه مجدد سلول های عصبی تخلیه شده از ذخائر خود استفاده می کند.

آمفتامین هم مانند کوکائین در دوز پایین موجب توهمات، افزایش هوشیاری ادراکی و روانی، قدرت بدنی، بی تفاوتی نسبت به درد و فوران احساسات می شود که با حالت بی نهایت لذت بخش توصیف می شود و چند دقیقه به طور می انجامد.

فوران احساسات، پاسخ اولیه ای است که مصرف کننده هنگام کشیدن یا تزریق آمفتامین حس می کند و جنبه ای از اثرات ماده محرک است که مصرف کنندگان دوز پایین، هنگام استنشام یا خوردن ماده آن را تجربه نمی کنند. در طی فوران احساسات، ضربان قلب و متابولیسم، فشارخون و سرعت نبض مصرف کننده به شدت افزایش می یابد.

این حالت ممکن است 5 تا 30 دقیقه به طول بینجامد. همانند کوکائین از نظر شیمیایی حالت ترس، هیجان و اضطراب به وجود می آید اما مغز پیام می دهد که همه چیز عالی است زیرا آمفتامین باعث تحریک مرکز احساس لذت مغز می شود.

مصرف آمفتامین در دوز پایین و به صورت آزمایشی می تواند تحریک و فعالیت جنسی را افزایش دهد. عادت به مصرف دوزهای بالا ممکن است به فعالیت جنسی آسیب برساند.

برخی از مهم ترین اثرات روانشناختی مصرف شیشه عبارت است از:

- ✓ احساس سرخوشی و لذت فراوان
- ✓ گوش بزند و افزایش تمرکز
- ✓ افزایش انرژی روانی
- ✓ افزایش اعتماد به نفس و اجتماعی شدن
- ✓ پرخاشگری
- ✓ برخی اختلالات روانی
- ✓ بی قراری و تحریک پذیری
- ✓ رفتارهای تکراری و وسواس گونه
- ✓ بدبینی
- ✓ کندن و آسیب زدن به پوست بدن
- ✓ هذیان های خود بزرگ بینی
- ✓ احساس قدرت زیاد
- ✓ انواع توهم ها(توهم های شنوایی و بینایی)

یکی از مشهورترین علائم مصرف شیشه احساس کرم زدگی بدن است. در برخی از افراد این احساس به قدری شدید می شود که افراد دچار این احساس می شوند که کرم هایی زیر و روی پوستشان در حال حرکت است و تلاش در برطرف کردن این احساس منجر به آسیب هایی به بدن خواهد شد.

در مصرف درازمدت و یا مصرف با دوز بالا احتمال علائم روان پریشی به دلیل مصرف شیشه بسیار بالاست. از آنجا که مکانیسم ایجاد بیماری اسکیزوفرنی، افزایش میزان دوپامین در مغز می باشد، مصرف آفتمامین با دوزهای بالا موجب آزاد شدن ناگهانی میزان فزاینده ای از این ماده در فضاهای سیناپسی می شود که این اثر می تواند عامل برانگیزنده اشکال گوناگون بیماری های روان پریشی باشد .

مصرف مقدار کم آمفتامین می تواند تنفس و سرعت ضربان قلب را افزایش دهد و موجب اضطراب یا عصبانیت شود. دوزهای بالاتر می تواند این اثرات را شدیدتر کند، سردرد، سرگیجه، و ضربان قلب سریع و نامنظم هم ممکن است رخ دهد. برخی افراد ممکن است تندخو و تهاجمی نیز شوند.

آمفتامین می توانند موجب هیپوترمی (کاهش غیرطبیعی دمای بدن) و نقص کلیه ای شوند که می تواند کشنده باشد. آمفتامین ممکن است حاوی موادی باشد که به راحتی در آب حل نشوند، بنابراین وقتی مصرف کنندگان آن را تزریق می کنند این اجزای نامحلول در آب می توانند رگ های خونی کوچک را مسدود یا دیواره های رگ های خونی را ضعیف می کند و ممکن است صدمات کلیوی، مشکلات ریوی، سکنه ها یا دیگر آسیب های بافتی را در پی داشته باشد. علت آمبولی های ریوی و سکنه های مغزی پس از مصرف آمفتامین ها به این اثرات این مواد مرتبط است.

مصرف کننده مقادیر بالا ممکن است پرحرف، بی قرار و هیجان زده شود و احساس قدرت و برتری کند. از آنجا که آمفتامین اشتها را سرکوب می کند و مصرف کنندگانی که از آن به میزان زیاد و در درازمدت استفاده می کنند معمولاً به اندازه کافی مواد غذایی مصرف نمی کنند بنابراین به بیماری های مختلفی که مربوط به کمبود ویتامین و سوء تغذیه است دچار می شوند.

آن ها همچنین برای ابتلا به بیماری ها بسیار مستعد هستند زیرا بدن آن ها در حال ضعیف شدن است و فاقد خواب کافی هستند و در محیط ناسالم زندگی می کنند. احساس به اوج رسیدن انرژی و کم بودن کنترل اجتماعی ممکن است موجب رفتار تهاجمی شود که می تواند در برخی افراد و برخی مکان ها منجر به رفتارهای بسیار خشن شود. تحت تاثیر آمفتامین حتی افسرده ترین افراد باید کاری انجام دهند حتی اگر این کار بسیار تکراری و کسل کننده باشد و چندین ساعت طول بکشد. وقتی مصرف کننده تصور کند که کسی از نیاز شدید و عمیق او برای انجام کار جلوگیری می کند ممکن است به قصد کشتن وی به او حمله ور شود.

در آزمایش های لابراتواری، فردی که در معرض دوز بالای آمفتامین یا دوز پایین و طولانی مدت آن قرار می گیرد، بیش از 50 درصد سلول های مغزی خود را که از انتقال دهنده عصبی دوپامین استفاده می کنند از دست می دهد. این آسیب با افزایش سن یا قرار گرفتن در معرض عوامل سمی دیگر ممکن است با علائم پارکینسون نمایان شود. این علائم با عدم هماهنگی و لرزش شروع می شوند و ممکن است در نهایت موجب شکلی از فلجی شود.

نشانگان محرومیت

در افرادی که به طور منظم شیشه مصرف نمی کنند علائم شدید و آشفتگی بدنی ناشی از ترک دیده نمی شود. به طور معمول باید 30 تا 60 روز از آخرین مصرف بگذرد تا شخص تشخیص دهد که در مرحله ترک است. ترک ابتدا هیچ علامت محسوسی ندارد اما در ادامه، فرد افسرده می شود، توانایی درک لذت را از دست می دهد، خواب آلوده و بی انرژی می شود و در نهایت میل شدید به مصرف مجدد به وجود می آید.

نشانه های اولیه محرومیت شامل افسردگی و خستگی و افزایش اشتهاست. این علائم در مصارف گاه بگاه می توانند برای روزها ادامه یابند و در مورد مصرف طولانی شیشه این علائم تا ماه ها وجود خواهند داشت. سایر علائم مهم محرومیت از مصرف مواد شامل این موارد می باشند:

- اضطراب و تحریک پذیری
- سردرد و بی قراری
- افزایش خواب
- رویاهای واقعی
- افکار خودکشی

از عوارض روانی آن ایجاد علائم بیماری روانی شبیه اسکیزوفرنی شامل توهمات بینایی و شنوایی و بدبینی و پرخاشگری است. احساس کرم زدگی توهمی هست که میان مصرف کنندگان آمفتامینها رواج دارد و علت آن اثر محرک شیشه روی مغز می باشد. توهم کرم زدگی و وجود کرمهایی که تمام بدن و صورت را می خورند تا آنجا شدید است که ممکن است باعث شود شخص در حالت توهم ناشی از آمفتامین به خودش آسیب شدیدی وارد کند که گاهی به بستری شدن فرد می انجامد. مصرف این ماده با عفونتهای پوستی و پوسیدگی شدید دندانها همراه است. عفونت دهانی معتادان آمفتامین یکی از شدیدترین عفونتهای دهانی و پوسیدگی دندان است. علت این عفونت اثرات جانبی مصرف شیشه مثل خشکی دهان، تبلی و بی خیالی در رعایت موارد بهداشتی و مصرف زیاد مشروبات و نوشابه برای جبران کم آبی عوامل اصلی این عفونت دهانی و دندانی هستند.

بیشتر اثرات به ظاهر خوشایند مصرف شیشه مربوط به دفعات اولیه مصرف می باشد و در دفعات بعدی به تدریج این تأثیرات کاهش می یابد و مصرف کننده را مجبور به استفاده از مقادیر بیشتر ماده می کند. اما این فرایند همانگونه که گفته شد مسیری است که در صورت دسترسی به شیشه بی پایان است و فرد مصرف کننده به شکل غیر قابل کنترلی به مصرف ماده برای رسیدن به لذت دست نیافتنی اولیه ادامه خواهد داد و در نهایت موجب می شود که فرد مصرف کننده با اثرات ناخوشایند درازمدت این ماده که بیماری قلبی و روان پریشی از مهم ترین آن هاست، مواجه شود. از اصلی ترین عوارض دراز مدت این مواد می توان به افسردگی و اضطراب شدید، رفتارهای تهاجمی و اقدام به خودکشی اشاره کرد. اما مهم ترین و خطرناک ترین اثر دراز مدت این ماده وابستگی یا اعتیاد شدید است.

وابستگی به آمفتامین ها

به دلیل القای تحریک بسیار بالای مسیر لذت در مغز توسط مت آمفتامین، علاوه بر ایجاد وابستگی شدید، تا ماه ها بعد از استفاده مکرر از این ماده حالت ناتوانی در لذت بردن در فرد ایجاد می شود که دلیل آن تخلیه منابع دوپامین در پایانه های سلول های عصبی است. وابستگی و اعتیاد به شیشه از انواع بسیار شدید می باشد و به همین دلیل درمان آن نیز دارای پیچیدگی و دشواری ها خاصی است که در بخش های مربوطه به آن پرداخته خواهد شد. همچنین به علت درگیر شدن سایر مسیرها و واسطه های شیمیایی شامل سروتونین و نوراپی نفرین باید در فرایند درمان به آن ها توجه کرد. یک نتیجه قابل پیش بینی اعتیاد شدید به شیشه بدتر بودن علایم محرومیت آن نسبت به سایر مواد محرک است. برای مثال علایم افسردگی پس از ترک در این ماده به مراتب شدید تر از ترک ماده محرک دیگر یعنی کوکائین است. در زیر ملاک های DSM برای مسمومیت با آمفتامین ها آمده است:

الف) مصرف اخیر آمفتامین یا مواد وابسته به آن

ب) تغییرات روان شناختی یا رفتاری غیر انطباقی که از لحاظ بالینی قابل توجه است (مانند سرخوشی یا کندی عاطفه، تغییراتی در میزان معاشرت با دیگران، گوش بزنگی، حساسیت بین فردی، اضطراب، تنش یا خشم، رفتارهای قالبی، اختلال قضاوت یا اختلال عملکرد شغلی یا اجتماعی)

پ- تغییرات زیر در خلال مصرف آمفتامین (یا مواد وابسته به آن) یا کمی بعد از آن:

- (1) تاکی کاردی یا برادی کاردی
- (2) اتساع مردمک
- (3) افزایش یا کاهش فشارخون
- (4) تعریق یا احساس سرما
- (5) تهوع یا استفراغ
- (6) شواهد کاهش وزن
- (7) سرآسیمگی یا کندی روانی حرکتی
- (8) ضعف عضلانی، ضعف تنفسی، درد قفسه سینه یا آریتمی های قلبی
- (9) اغتشاش شعور، حملات تشنج، اختلالات حرکتی، دیستونی یا اغما

ت- علائم ناشی از یک بیماری طبی عمومی نبوده و یک اختلال روانی دیگر توضیح بهتری برای آن نیست

روش های مصرف

روش استفاده از شیشه به دلیل ارتباط تنگاتنگ میزان لذت و زمان اوج لذت با سطح خونی ماده، در تواتر مصرف و نوع وابستگی بسیار تاثیر گذار است. روش تزریقی سریع ترین روش برای افزایش سطح خونی ماده است. به همین دلیل تزریق ماده برای بسیاری از مصرف کنندگان مکرر جذابیت بیشتری دارد. شور احساسی فراوان که لذت فراوانی در مصرف کننده ایجاد می کند معمولا در روش مصرف تزریقی و تدخینی ایجاد می شود. استفاده از پایپ مخصوص برای تدخین این ماده از روش های معمول مصرف در کشور ما محسوب می شود. از این ماده به صورت خوراکی و گاهی همراه



مشروبات استفاده می شود. در این روش حالت نشئگی و افزایش انرژی ایجاد می شود اما احساس شور فراوان پس از مصرف تزریقی در این نوع مصرف ایجاد نمی شود. انفیه کردن و تدخین با سیگار نیز از سایر راههای مصرفی است. یکی از راه های کمتر شایع استفاده از شیاف های مقعدی یا واژینال این ماده است. بنابر این شکل تزریقی آن نسبت به سایر انواع آن وابستگی

بیشتری ایجاد می کند. تزریق ماده علاوه بر خطر وابستگی بیشتر، احتمال انتقال برخی بیماری ها از جمله ایدز و هپاتیت را افزایش می دهد. خطر آمبولی ریه به دلیل وجود ترکیبات غیر محلول در آب در هنگام تزریق بسیار بالاست. همچنین احتمال عفونت های پوستی در این روش مصرف بسیار بالاست.

فصل دوم

مروری بر درمان های موجود برای مواد محرک

نویسنده: دکتر مهرداد افتخار

مقدمه

در بسیاری از جوامع، سوء مصرف و وابستگی به مت آمفتامین بزرگ ترین مشکل مصرف مواد محسوب می شود و این در حالی است که دست اندرکاران برنامه های درمانی بیشترین تجربه و مهارت را در درمان افراد با اختلالات مصرف مواد افیونی، الکل و ماری جوانا دارند. هر چند که متخصصان بالینی برای دهه ها، از درمان های سنتی برای اعتیاد به مواد افیونی و الکلیسم استفاده می کردند و برای هجوم مصرف کنندگان مت آمفتامین آمادگی نداشتند، اما برخی از اجزاء همین درمان های سنتی نیز ممکن است برای مصرف کنندگان مت آمفتامین مناسب باشد. بسیاری از مشکلات ایجاد شده از مصرف مت آمفتامین با علائم ناشی از کوکائین مشابهت دارد. اما در عین حال برخی اختلالات مرتبط با آمفتامین نیز هستند که به نظر می رسد اختصاصاً ناشی از مصرف این ماده باشد. از جمله چالش هایی که در برخورد با مصرف کنندگان مت آمفتامین وجود دارد، میزان کم پایداری به درمان، میزان بالای ترک درمان و عود، حملات روان پریشی، پارانوئای شدید، وسوسه مصرف شدید، دیسفوری طولانی مدت و ناتوانی در لذت بردن می باشد که درمان این بیماران را از آنچه که در جریان درمان استاندارد مصرف کنندگان سایر مواد دیده می شود بسیار مشکل تر کرده است. وابستگی به مت آمفتامین اختلالی دشوار برای درمان است. محرومیت از مت آمفتامین در موارد وابستگی به آن، با فقدان لذت و دیسفوریای طولانی مدت مشخص می شود که با وسوسه شدید برای مصرف همراهی است.

وسوسه مصرف هر چند وقت یک بار در پاسخ به روبرو شدن با نشانه های شرطی شده مثل تجربه سرخوشی پس از مصرف در گذشته ایجاد می شود. این نشانه ها با مکانیسم شرطی شدن کلاسیک، وسوسه ای بسیار قوی را برای مصرف مت آمفتامین برمی انگیزد. اطلاعات جدید از تحقیقات تصویربرداری مغز دیدگاه جدیدی را در زمینه تاثیر آمفتامین ها بر مغز و ایجاد تغییرات نوروشیمیایی مغز و نیز مدت زمان لازم جهت بهبود علائم پس از ترک مصرف مت آمفتامین بدست داده است.

در حال حاضر درمان های درمان های روانی اجتماعی و رفتاری برای مت آمفتامین بیشترین تأثیر را داشته اند در حالی که هنوز دارویی ثابت شده ای در این موارد وجود ندارد. در ادامه شرحی مختصر از روش های درمانی دارویی و غیردارویی

برای مصرف‌کنندگان مت‌آمفتامین که تا کنون در مطالعات به آنها پرداخته شده است بیان می‌شود. گزینه‌های درمانی در مورد بیماران وابسته به مت‌آمفتامین براساس سطح وابستگی به مواد به دو مدل درمانی بستری و سرپایی تقسیم می‌شود. به طور کلی افرادی که بیشتر در درمان باقی می‌مانند و در جلسات درمان به شکل مرتب شرکت می‌کنند بیشتر احتمال دارد که بهبود پیدا کنند. در این فصل گزینه‌های درمانی موجود که هزینه اثربخش است و وابستگی و سوء مصرف مت‌آمفتامین را کاهش می‌دهد اشاره شده است. از بین گزینه‌های درمانی موجود برای وابستگی و سوء مصرف مت‌آمفتامین، درمان‌های روانی اجتماعی پیشگام است. مطالعات بسیار کمی در دسترس است که همزمان درمان‌های روانی اجتماعی و دارویی را در مصرف‌کنندگان مت‌آمفتامین مورد بررسی قرار گرفته باشد. در هر حال، درمان‌های روانی اجتماعی مانند درمان شناختی رفتاری، درمان‌های بازتوانی اقامتی، درمان‌های پاداش‌مدار و مصاحبه انگیزشی و پیشگیری از عود در درمان این بیماران اثربخش بوده‌اند.

درمان‌های دارویی

تا به امروز هیچ دارویی برای درمان وابستگی به مت‌آمفتامین توسط FDA تأیید نشده است. براساس انواع مطالعات به عمل آمده هیچ یک از گروه‌های دارویی از جمله ضد افسردگی‌ها، تنظیم‌کننده‌های خلق، و آگونیست‌های دوپامین تأثیر بارزی در ترک مت‌آمفتامین نداشتند. اما درمان ترکیبی داروهای ضدافسردگی جدید با روش مدیریت مشروط نویدبخش بوده است. در ادامه تأثیر گروه‌های دارویی مختلف در درمان مصرف مت‌آمفتامین براساس نتایج مطالعات دهه اخیر بیان می‌شود.

الف) آگونیست‌های منوآمینی:

سرتالین: در مطالعه‌ای که توسط شابتا^۱ و همکاران (2006) انجام شد به جز میزان بالای پایداری به درمان، 80٪ در گروه دریافت‌کننده سرتالین بهبودی در علائم افسردگی و وسوسه مصرف را نشان ندادند و حتی عواقب بدتری نسبت به بیماران دریافت‌کننده دارونما داشتند.

پاروکستین: در مطالعه‌ای که توسط پیاسکی^۲ و همکاران (2002) انجام شد این دارو تأثیری در قطع مصرف مت‌آمفتامین نداشت. همچنین عوارض این دارو شامل افزایش وزن، اختلالات جنسی و خواب‌آلودگی که با اثرات لذت‌بخش مت‌آمفتامین مغایرت دارد مشکلات زیادی در پذیرش این دارو ایجاد می‌کند.

¹ - Shobtaw

² - Piasecki

فلوکستین: نتایج مطالعه‌ای که توسط باتکی^۱ و همکاران (2000) انجام شد، نشان داد که وسوسه مصرف در گروهی که تحت درمان با فلوکستین بودند کمتر از گروه دارونما بود اما میزان مصرف مت‌آمفتامین در دو گروه فلوکستین و دارونما تفاوتی با یکدیگر نداشت. در واقع می‌توان گفت که براساس مطالعاتی که تا کنون به انجام رسیده داروهای SSRI تأثیر چندانی در درمان وابستگی به مت‌آمفتامین نداشتند.

ایمی پرامین: در مطالعه‌ای که توسط گالووی^۲ و همکاران (1999) انجام شد تأثیر این دارو در دو دوز مختلف با هم مقایسه شد. اگرچه یافته‌ها نشان داد که گروهی که دوز بالاتری از ایمی پرامین را دریافت می‌کردند مدت بیشتری در درمان باقی مانده بودند اما تفاوتی در میزان مصرف مت‌آمفتامین، شدت وسوسه مصرف و افسردگی در دو گروه وجود نداشت.

(ب) آگونیست‌های دوپامینی

بوپروپیون - یافته‌های مطالعه نیوتن^۳ و همکاران (2006) نشان داد که در گروه مصرف‌کننده بوپروپیون میزان مصرف مت‌آمفتامین، میزان میل به مصرف و نیز میزان وسوسه ناشی از عوامل تحریک‌کننده کمتر بوده است. بر این اساس می‌توان نتیجه‌گیری کرد که بوپروپیون می‌تواند در مراحل اولیه ترک در کاهش وسوسه مصرف مت‌آمفتامین نقش مؤثری داشته باشد. همچنین یافته‌ها بیانگر این است که بوپروپیون با کاهش اثرات تقویت مثبت مت‌آمفتامین می‌تواند از شدت عود بکاهد. در مجموع مطالعات انجام شده در زمینه تأثیر بوپروپیون نشان می‌دهند که ترکیب بوپروپیون با رفتاردرمانی گروهی یک استراتژی مؤثر در کاهش مصرف مت‌آمفتامین در مصرف‌کنندگان این ماده می‌باشد. پاسخ‌درمانی به بوپروپیون متأثر از مقدار مصرف مت‌آمفتامین می‌باشد. چرا که مصرف کم یا زیاد این ماده بر انتقال دهنده‌های عصبی مغز تأثیری متفاوت دارد.

متیل فندیت یا دکستروآمفتامین: شارر^۴ و همکاران (2002) روشی جدیدی را برای تجویز متیل فندیت به بیماران وابسته به آمفتامین پیشنهاد کردند. این روش مشابه درمان‌های جایگزین در اعتیاد به مواد افیونی نظیر متادون درمانی بود. براساس یافته‌های تجربی محدودی که از روش آماری با قدرت کم به دست آمده، استفاده از متیل فندیت برای درمان علائم محرومیت در سوء مصرف طولانی مدت آمفتامین می‌تواند روشی امیدبخش باشد. در مجموع می‌توان گفت این دسته از داروها ممکن است به عنوان درمان جایگزین در کاهش علائم محرومیت مت‌آمفتامین در حالتی که

¹ - Batki

² - Galloway

³ - Newton

⁴ - Shearer

همزمان سایر درمان‌ها نیز برای افزایش بهبودی در حال انجام است مؤثر باشد. هر چند که درمان جایگزین برای سوء مصرف و وابستگی به مت‌آمفتامین بحث‌انگیز است اما شاید بتوان آن را مشابه درمان با متادون برای مدتی محدود در روند بهبودی در نظر گرفت.

مدافینیل: مطالعات متعددی در زمینه تأثیر این دارو بر شدت علائم محرومیت و نیز میزان وسوسه مصرف مت‌آمفتامین انجام شده که در بسیاری از آنها تأثیر این دارو چندان چشمگیر نبوده است. اما در مطالعه‌ای که اثرات دکستروآمفتامین مورد ارزیابی قرار گرفت، نتایج نشان داد که علائم محرومیت و شدت وسوسه مصرف در گروهی که این دارو را مصرف کرده بودند به شکل مشخصی کمتر بود.

مدافینیل یک داروی محرک غیرآمفتامین است که برای بهبود علائم نارکولپسی، با یا بدون کاتاپلکسی، سندرم آپنه انسدادی خواب، و هایپرسوفیای ایدئوتاپیک تأیید شده است. مطالعات بالینی نشان داده اند که مدافینیل ممکن است در درمان وابستگی به کوکائین و نیز در درمان وابستگی به مت‌آمفتامین مؤثر باشد و تا به حال شواهدی از سوء مصرف مدافینیل نیز گزارش نشده است. این دارو ممکن است بتواند به عنوان یک افزایش دهنده قدرت شناختی بیمار وابسته به مت‌آمفتامین عمل کند و از این طریق پاسخ به درمان‌های رفتاری را افزایش دهد. با توجه به وجود خواص خفیف این دارو به عنوان یک محرک، مدافینیل می‌تواند به عنوان یک وسیله درمانی جهت کاهش جستجوی مواد محرک و وسوسه مصرف مورد استفاده قرار گیرد.

یافته‌های به دست آمده از مطالعه‌ای که در آن از مدافینیل جهت درمان علائم محرومیت ناشی از مت‌آمفتامین در بیماران بستری استفاده شده بود، نشان داد که این دارو می‌تواند علائم محرومیت را کاهش دهد. همچنین در مطالعه دیگری که تأثیر مدافینیل را به همراه درمان‌های شناختی - رفتاری در بیماران مرد همجنس‌باز HIV+ وابسته به مت‌آمفتامین مورد بررسی قرار داده بود، مشاهده شد که 60٪ شرکت‌کنندگان کاهش پنجاه درصدی مصرف مت‌آمفتامین را گزارش کرده بودند. همچنین در مطالعه‌ای در آن بیماران وابسته به مت‌آمفتامین به مدت 10 هفته تحت درمان با مت‌آمفتامین قرار گرفتند و تا 12 هفته بعد نیز پیگیری شدند، نتایج بیانگر عدم وجود تفاوت معنی‌دار در پایداری به درمان، ترک مت‌آمفتامین، میزان وسوسه و شدت وابستگی بود. بنابراین در مجموع می‌توان نتیجه گرفت که مدافینیل ممکن است تأثیرات مفیدی در درمان بیماران وابسته به مت‌آمفتامین داشته باشد، هر چند که هنوز شواهد واضحی درباره میزان تأثیر این دارو در کاهش مصرف مت‌آمفتامین وجود ندارد.

ج) آگونیزست - آنتاگونیزست‌های منوآمینی:

میرتازاپین - کنک ساکون^۱ و همکاران (2005) اثرات این دارو را با دارونما مقایسه کردند و نتایج نشان داد که علیرغم کاهش علائم محرومیت در گروه میرتازاپین، تفاوتی در علائم افسردگی بین دو گروه وجود نداشت.

د) آنتاگونیزست‌های منوآمینی:

هالوپریدول و ریسپریدون: یافته‌های مطالعه‌ای که واچتل^۲ و همکاران (2002) در مورد اثربخشی این دو دارو در مقایسه با دارو نما انجام دادند، نشان داد که این دو دارو علی‌رغم مهار اثرات خوشایند مصرف مت‌آمفتامین، در درمان این اختلال موثر نبودند.

کوئتیاپین: هرچند یک مطالعه نشان داد که این دارو در کاهش میزان وسوسه برای مصرف مواد موثر است ولی به علت تعداد اندک نمونه و عدم رعایت برخی مسائل آماری نتایج این مطالعه چندان قابل استناد نیست.

آری پی پرازول: بیشترین مطالعات در این زمینه در مورد اثر آری پی پرازول در مصرف مت‌آمفتامین انجام شده است. نتایج مطالعه‌ای که در آن تأثیر درمانی این دارو با دکستروآمفتامین مقایسه شده بود، نشان داد 20 میلی گرم آری پی پرازول با دوزهای کمتر از 15 میلی گرم دکستروآمفتامین تأثیری مشابه داشته است. همچنین در مطالعه‌ای که تأثیر آری پی پرازول را به تنهایی سنجیده شده بود، یافته‌ها حاکی از آن بود که این دارو و سایر داروهای با نیمرخ دارویی مشابه می‌توانند گزینه دارویی مؤثری در مدیریت وابستگی به محرک‌ها باشند. از سوی دیگر برخی دیگر از مطالعات، تأثیر درمانی این دارو را در درمان وابستگی به مت‌آمفتامین رد کرده اند.

ه) آگونیزست‌های رسپتورهای گابا:

باکلوفن و گاباپنتین: مطالعه‌ای که توسط هینزلینگ^۳ و همکاران (2006) انجام شد نشان داد که تفاوت آماری معناداری بین گروه‌های مصرف‌کننده این دارو با گروه دارونما از نظر میزان کاهش علائم افسردگی وسوسه مصرف مت‌آمفتامین و میزان مثبت بودن مت‌آمفتامین ادراری وجود ندارد. با این حال مشاهده شد در بیمارانی که برای طولانی مدت به درمان با باکلوفن ادامه دادند، منفی بودن نتایج تست ادرار برای مت‌آمفتامین بیشتر از گروه گاباپنتین و پلاسبو

¹ - Kongsakon

² - Wachtel

³ - Heinzeling

بود که این امر بیانگر تأثیر مثبت جزئی باکلوفن در کاهش مصرف مت‌آمفتامین بوده است.

گاماوینیل گابا: براساس مطالعه‌ای که برودی^۱ و همکاران (2005) انجام دادند مشخص شد که اکثر افرادی که مطالعه را تا انتها ادامه دادند بودند در بخش اعظم مدت درمان دو ماه، از مصرف مت‌آمفتامین پرهیز کردند. هر چند که این نتایج امیدبخش است ولی به دلیل نبود گروه کنترل چندان قابل اتکاء نیست.

تویی رامات: براساس مطالعه‌ای که توسط جانسون^۲ و همکاران (2007) انجام شد تأثیر مثبتی از تجویز این دارو در درمان وابستگی به مت‌آمفتامین به دست نیامد.

درمان‌های روانی اجتماعی

مطالعات زیادی حاکی از آنند که درمان‌های شناختی رفتاری (CBT) و سایر رویکردهای درمانی در کاهش مصرف مت‌آمفتامین موثر بوده و زمان پاک‌ی و مدت زمان باقی ماندن در درمان را نیز افزایش می‌دهد. مهمترین مطالعات انجام شده در این زمینه در جدول 1 آمده است.

¹ - Brodie

² - Johnson

کلیات نظری درمان مدیریت مشروط و تقویت اجتماع برای
مواد محرک

جدول 1- خلاصه‌ای از مطالعات انتخاب شده

مطالعه	شرکت‌کنندگان	روش	مداخله	یافته‌های اصلی
باکر و لی (2003)	N=9	مروری بر مداخلات روانی اجتماعی در مصرف‌کنندگان آمفتامین	درمان سرپایی و بستری، درمان اقامتی، پیشگیری از عود، CBT، مدل ماتریکس	پیشگیری از عود و CBT مؤثرترین درمان CBT و مصاحبه انگیزشی بهترین درمان
باکر و همکاران (2001)	N=64 مصرف‌کننده آمفتامین 32 نفر در گروه مداخله 32 نفر در گروه کنترل	RCT	مصاحبه انگیزشی و آموزش مهارت‌ها، CBT و پیشگیری از عود در مقابل گروه‌های کمک به کنترل خود	کاهش واضح مصرف مواد
باکر و همکاران (2005)	N=214 مصرف‌کننده آمفتامین	RCT	دو جلسه CBT در مقابل گروه‌های کمک به کنترل خود	کاهش مشخص در مصرف آمفتامین و کاهش شدت افسردگی
باکر و همکاران (2006)	N=130	RCT	دو جلسه CBT و مصاحبه انگیزشی در برابر درمان معمول (TAU)	مصاحبه انگیزشی و CBT تنها ارتباط متوسطی با بهبود در مقایسه با درمان معمول داشتند.
کلیاری و همکاران (2009)	N=9 متاآنالیز 54 مطالعه (30 RCT و 23 مطالعات غیرتجربی)	مصاحبه انگیزشی و CBT +CBT مصاحبه انگیزشی و CM درمان‌های آموزش قاطعیت و CM و برنامه‌های اقامتی	مصاحبه انگیزشی و CBT +CBT مصاحبه انگیزشی و CM درمان‌های آموزش قاطعیت و CM و برنامه‌های اقامتی	مصاحبه انگیزشی می‌تواند در کاهش مصرف مواد در کوتاه مدت مؤثر باشد. بازتوانی اقامتی طولانی مدت مؤثر است اما کیفیت شواهد حمایت‌کننده نیست

مطالعه	شرکت کنندگان	روش	مداخله	یافته های اصلی
درمان های مدیریت مشروط موثر است اما مطالعات بیشتری لازم است				
فینی و همکاران (2006)	N=507	مطالعه طولی	4 هفته CBT بدون گروه کنترل	تغییرات مشخص در سلامت عمومی و اضطراب و افسردگی و اختلال عملکرد اجتماعی داشت
ناپ و همکاران (2007)	N=9	مطالعه مروری سیستماتیک از RCT 27	CBT و پیشگیری از عود و مهارت های مقابله ای	گروه هایی که CBT یا مشاوره یا مدیریت مشروط یا RP دریافت کردند مصرف کمتر مواد نشان دادند
لی و راوسون (2008)	N=9	12 مطالعه RCT از مداخلات شناختی رفتاری و مداخلات رفتاری	درمانی شناختی رفتاری RCT CM	پاسخ مناسب به درمان CBT (با یا بدون مصاحبه انگیزشی و مدیریت مشروط)
لینگ و همکاران (2006)	N=9	مرور مقالات	درمان های رفتاری در مصرف کنندگان مت آمفتامین شامل مدیریت CM و CBT درمان های دارویی (با کلوفن - مدافینیل - بوپروپیون)	کاهش مصرف مت آمفتامین در ماتریکس و سایر وضعیت های درمان در 6-12 ماه پی گیری اثرات درمانی روشن مدیریت مشروط بوپروپیون سبب کاهش وسوسه می شود

مطالعه	شرکت کنندگان	روش	مداخله	یافته های اصلی
			رویکرد در آینده (واکسن علیه مت آمفتامین)	مدافینیل می تواند جایگزین مت آمفتامین شود با کلوفن اثر مشخص در درمان در مقایسه با دارونما دارد CBT نیز مؤثر است
مگلیون و همکاران (2000a)	N=2570	مطالعه طولی	بازتوانی اقامتی بالای 90 روز	یک سوم از افراد شرکت کننده توانستند دوره بازتوانی اقامتی را تکمیل کنند.
راوسون و همکاران (2004)	N=978	RCT	مدل درمان سرپایی معمول در برابر 16 هفته درمان ماتریکس با خانواده درمانی و گروه های	در درمان ماتریکس ماندگاری در درمان و نمونه ادرار منفی بیشتر بود و دوره پاکی بیشتری داشتند ولی در پی گیری این اثر کاهش یافت
راوسون و همکاران (2006)	N=177	RCT	CM در برابر CBT و CBT+CM و	افزایش مشخص کامل کردن دوره درمان در CBT+مدیریت مشروط
رول و همکاران (2006)	N=113	RCT	درمان معمول (TAU) در برابر TAU+CM	اثر درمانی مدیریت مشروط مانند درمانها و مشاوره های روانی اجتماعی بود

مطالعه	شرکت کنندگان	روش	مداخله	یافته های اصلی
شارر (2007)		مطالعه مروری روی RCT 43	رویکرد های تقویت اجتماع ، CM، مصاحبه	نتایج متفاوت با رویکردهای مختلف
		از درمان های روانی اجتماعی	انگیزشی ، سم زدایی ، برنامه دوازده قدمی در مراکز اقامتی	اثر بخشی CBT در گروه های با مشکلات و عدم تاثیر در مصرف کنندگان سنگین مواد
				اثر بخشی بیشتر درمان های فشرده ای مانند ماتریکس در مصرف کنندگان با مصرف سنگین و مشکلات شدیدتر
شاپتا و همکاران (2003)	N=162 در افراد وابسته به مت آمفتامین در افراد همجنس باز	RCT	CBT در برابر CM	نتایج بهتر مدیریت مشروط و مدیریت مشروط + CBT در مقایسه با CBT صرف
شاپتا و همکاران (2006a)	N=229	RCT	سرترالین در برابر سرترالین + CM دارونما + CM	عدم اثربخشی مشخص برای سرترالین یا مدیریت مشروط مدت زمان پاکی بیشتر در گروه مدیریت مشروط نسبت به سایر گروه ها
ین و همکاران (2004)	N=145	RCT	CBT در برابر گروه کنترل در لیست انتظار	بهبود واضح گروه مداخله در مدیریت خود
MA: مت آمتامین، CBT= درمان شناختی رفتاری CM= مدیریت مشروط TAU= درمان معمول، RCT= Randomised control trial				

درمان شناختی رفتاری

باکر و همکاران (2001, 2005) اثر بخشی درمان شناختی رفتاری (CBT) را در پرهیز از مصرف مت آمفتامین بررسی کردند. در این مطالعه دو جلسه مصاحبه انگیزشی و چهارجلسه CBT روی تعدادی از شرکت کنندگان انجام شد و گروه کنترل تنها کتاب‌های خود-کنترلی را مطالعه کردند. نتایج این مطالعه کاهش مصرف مت آمفتامین را در هر دو گروه نشان داد ولی بطور بارزی دوره پاک‌ی درگروه تحت درمان بیشتر از گروه کنترل بود. همچنین میزان متوسط مصرف روزانه آمفتامین نیز در گروه مداخله پایین تر از گروه کنترل بود. در هر دو مطالعه ، دوره پرهیز در زمان درمان CBT طولانی تر از دوره پی گیری بود. فینی و همکاران (2006) نیز در مطالعه خود نیز طولانی تر بودن مدت زمان پاک‌ی را با درمان شناختی رفتاری گزارش دادند.

مگلیون و همکاران (b2000) تاثیر مداخلات CBT را در ماندگاری در درمان در گروه بزرگی از مصرف کنندگان بررسی کرده و نتایج نشان داد که تنها 23٪ شرکت کنندگان، دوره درمانی را تکمیل کردند و مردان 1/35 برابر نسبت به زنان بیشتر درمان را قطع کردند. علاوه بر این بیمارانی که از مراجع قضایی ارجاع داده می‌شوند 0/7 برابر بیشتر درمان را خود را قطع کرده بودند.

در مطالعه دیگری راوسون و همکاران (2004) به مدت 16 هفته روش ماتریکس را با درمان معمول (TAU) که شامل CBT، آموزش خانواده به صورت گروهی، حمایت اجتماعی گروهی و مشاوره فردی بود مقایسه کردند. نتایج درمانی در هر دو گروه مشابه بود. با وجودی که در طی درمان گروهی که تحت درمان ماتریکس بودند، مدت زمان پاک‌ی طولانی تر و نمونه های منفی بیشتر را نشان می دادند ولی این تفاوت در پی گیری کاهش یافت

CBT برای گروه‌های خاص مصرف کننده مت آمفتامین

برخی محققان اثربخشی دو روش درمانی CBT و مدیریت مشروط را در اشکال CBT به تنهایی، مدیریت مشروط صرف ، CBT+مدیریت مشروط و CBT مخصوص هم جنس گرایان را در مردان همجنس گرای وابسته به مت آمفتامین مورد پژوهش قرار داده‌اند. در این زمینه، نتایج مطالعه پک و همکاران (2005) شاپتاو و همکاران (2005) جاف و همکاران (2007) نشان داد که تمام مداخلات با کاهش مصرف مت آمفتامین تا یک سال بعد از درمان همراه است (لی و راوسون، 2008).

برای نمونه نتایج مطالعه شاپتا و همکاران (2005) نشان داد که در گروه‌هایی که تحت درمان‌های مدیریت مشروط

به تنهایی یا CBT+ مدیریت مشروط قرار می‌گیرند به نمونه ادراری آنها برای مت‌آمفتامین به مدت طولانی تری منفی است که این حاکی از دوره پاک‌ی طولانی تر است. علاوه بر این، شرکت‌کنندگان در گروه CBT+ مدیریت مشروط نسبت به افرادی که تنها در برنامه مدیریت مشروط و یا CBT بودند، مشارکت بیشتری در درمان داشتند.

رویکرد مدیریت مشروط

در مدیریت مشروط (CM) از تقویت مثبت برای دستیابی به اهداف درمانی که غالباً پرهیز است استفاده می‌شود. پاداش‌ها شامل دادن امتیازات خاص، جوایز مادی و یا پول می‌باشد. برای مثال به شرکت‌مراجع در جلسات درمانی یا منفی شدن نمونه ادراری با دادن پول پاداش داده می‌شود.

بطور کلی مطالعاتی که روی CM انجام شده است شواهد قوی را مبنی بر اثربخشی این مداخله در وابستگی به انواع مواد نشان داده‌اند. با این وجود پیگیری‌های طولانی مدت در CM کم بوده و برخی شواهد مبنی بر کاهش منافع درمانی در پی‌گیری‌های طولانی مدت است.

برای مثال در مطالعه ای راوسون و همکاران (2006) اثر درمانی CBT + CM و CM به تنهایی را در مصرف کنندگان مت‌آمفتامین و کوکائین بررسی کردند. نتایج این مطالعه نشان داد که مدیریت مشروط مصرف مواد محرک را کاهش داده و ماندگاری در درمان را کاهش داده بود، اگرچه در پی‌گیری تفاوتی بین گروه‌ها دیده نشد. در مطالعه دیگری گروه بزرگی از مصرف‌کنندگان مت‌آمفتامین (با یا بدون انگیزه) که در درمان نگهدارنده متادون ثبت نام کرده بودند مورد مطالعه قرار گرفتند. نتایج نشان داد که گروه‌هایی که تحت برنامه مدیریت مشروط بودند 2 برابر بیشتر نمونه ادراری منفی داشتند. همچنین تداوم پرهیز برای چهار، هشت و دوازده هفته در گروه‌هایی که انگیزه داشتند و تشویق می‌شدند بیشتر دیده می‌شد (پیرس و همکاران، 2006).

رل و همکاران (2006) نیز در مطالعه‌ای دیگری تعداد قابل ملاحظه‌ای از مصرف‌کنندگان مت‌آمفتامین را در دو گروه درمان معمول (TAU) و TAU+CM مورد بررسی قرار دادند. نتایج نشان داد افرادی که تحت درمان مدیریت مشروط قرار گرفتند نمونه‌های ادراری منفی بیشتری نسبت به گروه دیگر داشتند و مدت طولانی‌تری نیز در پرهیز بودند، اما بین این دو گروه در متغیر ماندگاری در درمان تفاوتی وجود نداشت.

پیشگیری از عود

پیشگیری از عود نوعی مداخله است که هدف آن پیشگیری از عود مصرف پس از یک دوره پاکی است. مارلات^۱ و گوردن^۲ (1985) پیشگیری از عود را با توجه به مدل CBT گسترش دادند. در این مدل، مداخلاتی که به منظور پیشگیری از عود انجام می شود شامل مهارت های مقابله با وسوسه مواد، مهارت امتناع از پذیرش مصرف مواد و قاطعیت، شناسایی تصمیمات به ظاهر بی ربط، مهارت های حل و چگونگی مقابله با لغزش هاست. مطالعات زیادی در مورد اثربخشی این مدل در مصرف کنندگان اُمقمامین وجود ندارد. مطالعات مقایسه ای در مورد سایر مواد روانگردان یافته های متفاوتی را در مورد اثربخشی آن نشان داده اند. کارول^۳ (1996) در مرور ادبیات پژوهشی موجود در مصرف کنندگان کوکائین به این نتیجه رسید که پیشگیری از عود در مقایسه با درمان نکردن اثربخشی بیشتری داشته ولی اثربخشی آن با سایر درمان ها تفاوتی ندارد. این درحالیست که سایر یافته ها اثربخشی پیشگیری از عود را نسبت به سایر رویکردهای درمانی در وابستگی به کوکائین کمتر گزارش کرده اند.

مصاحبه انگیزشی

میلر^۴ و رول نیک^۵ (2002) مصاحبه انگیزشی را به منظور افزایش انگیزه افراد مقاوم به درمان و یا کسانی که احساس دوگانه ای برای ترک مواد دارند، گسترش دادند. کارول و همکاران (2006) در یک مطالعه بزرگ با گروه کنترل، اثربخشی مصاحبه انگیزشی را در تداوم برنامه های درمان وابستگی به مواد بررسی کردند و گزارش کردند که مصاحبه انگیزشی ماندگاری در درمان را به طور مشخصی افزایش می دهد.

جمع بندی

به دلیل وجود گزینه های درمانی متفاوت و متعدد ارزیابی هزینه- اثربخشی آنها برای مت اُمقمامین کار دشواری است. اثربخشی درمان های روانی اجتماعی بین 30% و 40% گزارش شده است ولی وجود مدل های مختلف درمانی تفسیر این یافته ها را دشوار می سازد.

اکثر مطالعات اخیر از این یافته حمایت می کنند که تجویز مدافینیل همراه با درمان های شناختی رفتاری تا بیش از 50%

¹ - Marlatt

² - Gordon

³ - Carroll

⁴ - Miller

⁵ - Rollnick

در کاهش مصرف مت آمفتامین مؤثر می باشد. همچنین، این مطالعات نشان دادند که بوپروپیون و باکروفن نیز در مدیریت پرهیز و پیامدهای مصرف مواد موثرند و این درحالیست که مدافینیل در شرایطی که فرد شروع به کم کردن مصرف مواد می کند مفید واقع می گردد. همچنین مشاهده شده که بوپروپیون در بیماران سرپایی می تواند شدت وسوسه مصرف را کاهش دهد. علاوه براین، بنظر می رسد که تجویز دگز آمفتامین می تواند سبب کاهش میزان مصرف و افزایش میزان ماندگاری در درمان شود. در زمینه مصرف داروهای ضد افسردگی هر چند شواهد اثربخشی آنها بسیار ضعیف است اما همچنان برای درمان وابستگی به مت آمفتامین از آنها استفاده می گردد.

بخش دوم - برنامه مدیریت مشروط

فصل سوم

کلیات برنامه مدیریت مشروط

نویسنده: دکتر فهیمه فتحعلی لواسانی

مقدمه

مدیریت مشروط¹ (CM) که گاهی رویکرد مشوق انگیزی نیز نامیده می شود رویکردی است که براساس اصول تغییر و اصلاح رفتار طراحی شده است. مدیریت مشروط تقویت سیستماتیک رفتارهای مطلوب و خودداری از ارائه تقویت در صورت بروز رفتارهای نامطلوب و یا تنبیه آن است. به عبارت دیگر مدیریت مشروط یک استراتژی است که در آن رفتار مثبت مانند پرهیز از مصرف مواد با ارائه تقویت، تشویق می شود و رفتار منفی و نامطلوب مانند مصرف مواد با حذف تقویت و گاهی نیز اقدامات تنبیهی همراه می شود. از آن جایی که در این رویکرد، برای دست یابی به اهداف درمان از پاداش های محسوس و مادی استفاده می شود طراحی CM باید کاملاً براساس اصول تقویت و تنبیه صورت گیرد.

در حدود 35 سال است که از این رویکرد در درمان سوء مصرف و وابستگی به مواد استفاده شده است. از آنجایی که در درمان سوء مصرف مواد، انگیزه برای تغییر نقش مهمی بازی می کند، مدیریت مشروط با افزایش انگیزه برای تغییر از طریق تقویت رفتار مطلوب، نقش مهمی در افزایش ماندگاری در درمان و کاهش احتمال مصرف مواد دارد. در حال حاضر علاقه روزافزونی به استفاده از این رویکرد در بین درمانگران و پژوهشگران حوزه اعتیاد به چشم می خورد که حاصل پژوهش های دقیقی است که کارآمدی این رویکرد را در بهبود پیامد درمان اعتیاد نشان داده اند. مطالعاتی که در این رابطه به بررسی اثربخشی این رویکرد در درمان سوء مصرف و وابستگی به مواد پرداخته اند، نشان می دهند که آن در طیف وسیعی از مصرف کنندگان مواد و نیز انواع مختلف مواد شامل الکل، مواد افیونی و مواد محرک و نیز در طیفی از جمعیت های مصرف کننده از جمله جمعیت های دشواری مانند نوجوانان، زنان باردار، افراد بی خانمان و افراد مبتلا به اختلالات روانی موثر است.

¹ Contingency Management

اصول اساسی مدیریت مشروط

درمان های مدیریت مشروط از اصول تقویت برای تغییر و اصلاح رفتار استفاده می کنند. به طور کلی دو گروه از پیامدها برای تغییر رفتار وجود دارد: تقویت و تنبیه. هدف تقویت، افزایش وقوع رفتار است درحالیکه هدف تنبیه کاهش وقوع آن است. تنبیه شامل ارائه یک محرک آزار دهنده به دنبال رفتار نامطلوب است که جریمه های رانندگی یک مثال بارز از آن است. تقویت دو نوع است: مثبت و منفی. تقویت مثبت، شامل ارائه محرک خوشایند پس از وقوع رفتار و تقویت منفی حذف محرک خوشایند در صورت وقوع رفتار است.

تفاوت اصلی بین تقویت و تنبیه فقط خوشایند بودن یا نبودن آن نیست بلکه در هدف آن است، هدف تقویت افزایش یک رفتار است درحالیکه هدف تنبیه کاهش آن است. در حالیکه همه انواع مدل های تقویت و تنبیه در زمینه درمان اعتیاد امتحان شده ولی این تقویت مثبت است که استفاده از آن معمول و رایج شده است. تقویت منفی و تنبیه در عین حال که در مواردی موثر هستند، اما استفاده از آنها هم برای کارکنان مراکز و هم بیمار ناخوشایند بوده و موجب ریزش بیماران از درمان و اشکال مختلف مقاومت می شود. به طور کلی، تنبیه روش موثری در درمان سوء مصرف مواد نیست. سه اصل کلیدی مداخلات مدیریت مشروط عبارتند از :

1. پایش مکرر رفتاری که قصد تغییر آن وجود دارد

در رابطه با مصرف مواد، غالباً رفتار هدف، مصرف مواد است. این رفتار باید با روش های عینی و عملی، مرتب مورد ارزیابی قرار گیرد. معمولاً بهترین روش برای پایش مصرف مواد که اغلب متخصصان بالینی نیز با آن آشنا هستند، استفاده از تست ادرار است. اکثر تست های ادرار می توانند مصرف مواد را در یک دوره زمانی دو یا سه روزه کشف کنند. بنابراین با توجه به دوره پنجره ای مواد، در اکثر برنامه های مدیریت مشروط دو تا سه بار در هفته از مصرف کننده تست ادرار گرفته می شود. بنابراین، اگر مراجع در روز دوشنبه مواد مصرف کرده باشد، نمونه تست وی در چهار یا پنج شنبه مثبت خواهد شد و به این ترتیب مصرف یا پرهیز از مصرف می تواند کشف شود.

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

تقویت کننده مثبت باید **هر زمان** که رفتار هدف رخ می دهد، ارائه شود. برای مثال هر زمان که تست ادرار مراجع برای ماده مورد نظر منفی می شود، یک تقویت کننده را دریافت خواهد کرد. نکته مهم در رابطه با تقویت کننده ها، انتخاب تقویت هایی است که برای مراجعان خوشایند و مطلوب بوده و انگیزه داشته باشند که برای به دست آوردن آن تلاش کنند. در سیستم های بسته ای مانند درمان های اقامتی، امتیازات بالینی مانند اجازه استفاده از تلفن و یا مرخصی های ساعتی می تواند مطلوب باشد ولی در مراکز سرپایی، این امتیازات برای مراجعان جذاییتی نداشته و تقویت هایی مثل کارت های هدیه ، کارت پول و یا انواع جوایز، تقویت کننده های مطلوب محسوب می شوند.

3. ممانعت از ارائه تقویت وقتی رفتار هدف اتفاق نمی افتد

براساس این اصل، مراجعانی که رفتار مورد نظر را نشان نمی دهند و یا به عبارت دیگر تست ادرارشان منفی نمی شود، تقویت کننده را دریافت نخواهند کرد. 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 غیراجباری باقی بمانند. بنابراین، استفاده از تنبیه بیشتر موجب منفک شدن مراجع از فرایند درمان می شود تا تشویق رفتار پرهیز از مصرف.

یک مثال خوب در این زمینه گروه های معتادان گمنام (NA) است. در این گروه ها وقتی یک نفر پس از یک دوره پاک، دوباره مواد مصرف می کند تنبیه نمی شود بلکه تشویق می شود تا دوباره به جلسات بیاید و حتی برای آمدن به جلسات و حتی دوره های پرهیز کوتاه مدت مانند چند ساعت و یا چند روز نیز تقویت می شود. درمان های مدیریت مشروط نیز از رویکرد مشابهی استفاده می کنند. وقتی عود اتفاق می افتد، بیمار تقویت کننده ها را از دست می دهد ولی برای پرهیز مجدد و بدست آوردن دوباره تقویت کننده ها تشویق می شود.

مبانی نظری مدیریت مشروط

رویکرد مدیریت مشروط به لحاظ مفهومی مبتنی بر شرطی سازی عاملی است. بر این اساس، مصرف مواد یک شکل از رفتار عاملی است یعنی رفتاری که بوسیله اثرات زیستی شیمیایی تقویت کننده مواد و نیز تاثیرات محیطی تقویت کننده (مانند پذیرش از سوی همسالان) حفظ می شود و لذا مصرف مواد را می توان نوعی رفتار شرطی دید. برخی افراد ممکن است مواد را به دلیل اثرات مثبت آن مصرف کنند مثلاً مواد محرک ممکن است در فرد احساس سرخوشی، قدرت

و اعتماد به نفس ایجاد کرده و یا افسردگی و کسالت را کاهش دهد. پیامدهای مثبت مصرف مواد از فردی به فرد دیگر متفاوت است. برای برخی افراد با آسیب پذیری های خاص مثل وجود تاریخچه خانوادگی اعتیاد و یا مشکلات و اختلالات روان پزشکی، مواد ممکن است بویژه تقویت کننده احساس شود. بنابراین، اگرچه افراد ممکن است به دلائل مختلف مواد مصرف کنند ولی این پیامدهای مصرف مواد است که موجب ادامه آن می شود. همچنین یک علت ادامه مصرف مواد، پیامدهای ناشی از کنارگذاشتن ماده است. عدم مصرف، موجب حالات ناخوشایند و دردناکی بهنام نشانگان محرومیت می شود. بنابراین در بسیاری از موارد، مصرف مواد نه فقط برای تجربه اثرات مثبت مواد بلکه برای اجتناب از اثرات منفی عدم مصرف نیز صورت می گیرد.

در این چارچوب، مداخلات مدیریت مشروط مبتنی بر این دیدگاه هستند که مصرف الکل و مواد را می توان با استفاده از بازآرایی پیامدهای محیطی، تغییر داد. ایده استفاده از تقویت و پیامدها برای شکل دادن رفتار، شرطی سازی عاملی نامیده می شود که مبتنی بر کارهای ثوراندیک و اسکینر است. تحقیقات نشان داده است که استفاده از تقویت یا پیامدها می تواند به تغییر و یا شکل دادن رفتارهای هدف کمک کند.

فرض اساسی مدیریت مشروط آن است که رفتار عدم مصرف مواد باید تقویت شود بطوریکه عدم مصرف، پاداش دهنده تر از مصرف مواد تجربه شود. از آنجایی که مواد به خودی خود تقویت کننده های مثبتی هستند، لذا پاداش های ارائه شده برای پرهیز از مصرف مواد، باید ارزش کافی را داشته باشند تا فرد مصرف کننده، پرهیز از مصرف مواد را تقویت کننده تر از مصرف آن ادراک کند. بنابراین، درمان باید شامل تغییر ساختار تقویتی زندگی مراجع باشد که در حال حاضر تقویت حاصل از مواد بر آن حاکم است. درمان، مستلزم تقویت پرهیز یا رفتارهایی است که با مصرف مواد رقابت می کند. بنابراین، کاهش یا حذف مصرف مواد از طریق تغییر ساختار پاداش در زندگی فرد صورت می گیرد.

پیشینه و شواهد تجربی

استفاده از مدیریت مشروط برای تغییر و اصلاح رفتار قدمت طولانی دارد. این رویکرد از اقتصاد ژتونی نشأت گرفته که سالهاست برای آموزش رفتارهای جدید و یا اصلاح رفتار در جمعیت های مختلف مانند کودکان اوتیستیک، عقب مانده های ذهنی، نوجوانان با اختلال سلوک و بیماران روان پریش مورد استفاده قرار گرفته و اثربخشی آن ثابت شده است. در این برنامه ها، ژتون ها و یا امتیازهایی برای رفتارهای موردنظر به افراد داده می شود که قابل مبادله با تقویت کننده های

مادی و اجتماعی مانند غذا، وسایل سرگرمی و از این قبیل می باشند. در این برنامه ها وقتی بیمار رفتار نامطلوب را انجام می دهد این امتیازات حذف می شود.

پژوهشگران و درمانگران از اواخر دهه 60 و اوایل دهه 70 بود که مدیریت مشروط را برای جمعیت مصرف کننده مواد انطباق داده و اثربخشی آن را مورد مطالعه قرار دادند. اگرچه در آن زمان، این مداخلات CM نامیده نمیشد ولی سه ویژگی اساسی برنامه های مدیریت مشروط را داشت. درواقع، اصطلاح CM برای استفاده از برنامه اقتصاد ژتونی در حوزه مصرف مواد بود که رایج شد. این برنامه در دو زمینه درمان سرپایی و اقامتی برای مصرف کنندگان مواد اجرا شده است.

در مراکز اقامتی، رفتار مورد نظر به دقت پایش شده و افراد برای انجام رفتارهای مورد نظر امتیازات و یا ژتون هایی مانند تماس تلفنی، مرخصی های ساعتی و یا آخر هفته را دریافت می کنند. در مراکز سرپایی، اجرای CM متفاوت از اقامتی است چون امکان کنترل و پایش کامل و همه جانبه رفتار هدف وجود نداشته و علاوه براین، بسیاری از امتیازاتی که در مراکز اقامتی برای افراد مطلوب است در مراکز سرپایی کاربرد ندارد. بنابراین، معمولاً هم ماهیت رفتار مورد نظر و هم تقویت کننده ها در این دو محیط متفاوت است.

استفاده از تقویت کننده ها در جلسات NA بدون اینکه نام CM را داشته باشد، مرسوم و رایج است. برای مثال دادن چای و شیرینی که حضور در جلسات را تقویت می کند و یا تقویت کننده های اجتماعی که موجب تداوم پاکی می شود. نمونه این تقویت کننده ها، کف زدن برای افراد پس از معرفی خود و ذکر مدت پاکی و یا گرفتن جشن های سلگردهای پاکی است.

بررسی های اولیه در مورد اثربخشی CM که با افزایش فشار برای درمان های مبتنی بر شواهد شروع شد در مراکز درمان نگهدارنده با متادون انجام شد. درواقع می توان گفت که درمان CM در این مراکز بود که رشد کرد. در بررسی های اولیه، از متادون برای تقویت پرهیز از مصرف هروئین استفاده می کردند. برای مثال هر زمان که تست ادرار بیمار برای هروئین منفی میشد آنها می توانستند دوز متادون در منزل دریافت کنند. از آنجایی که بیماران باید برای دریافت متادون هر روز به مرکز مراجعه می کردند، گرفتن متادون در منزل یک تقویت کننده بود، تقویت کننده ای که ارزش و مطلوبیت آن با گذشت زمان کاهش پیدا نمی کرد. نتایج این بررسی ها نشان داد که CM در کاهش مصرف هروئین اثربخشی دارد.

پس از اینکه مطالعات انجام شده در مراکز درمان نگهدارنده متادون اثربخشی CM را در کاهش مصرف مواد نشان داد، مطالعات دیگری در مورد سایر جمعیت های مصرف کنندگان مواد انجام شد. نتایج این مطالعات نشان داد که CM در کاهش مصرف مواد در افراد وابسته به الکل (کوهن^۱ و همکاران، 1971، میلر^۲ و همکاران، 1975، پتری^۳ و همکاران، 2000) مواد افیونی (هیگینز^۴ و همکاران، 1986)، ماری جوآنا (بودنی^۵ و همکاران، 2000)، بنزودیازپین ها (استیتزر^۶ و همکاران، 1979)، نیکوتین (رول، 2005) و کوکائین و مواد محرک (هیگینز و همکاران، 1984) موثر است. به طور خلاصه مرور ادبیات پژوهشی نشان می دهد که CM در کاهش مصرف مواد مختلف در جمعیت ها و محیط های درمانی متفاوت موثر است و لذا یکی از موثرترین رویکردها در درمان سوء مصرف مواد می باشد.

مهمترین مطالعه ای که در مورد اثربخشی CM در درمان مواد محرک وجود دارد توسط هیگینز (1991، 1993، 1994) در درمان وابستگی به کوکائین انجام گرفته است. وی از روشی که اغلب درمان تقویت مبتنی بر کارت پول نامیده می شود استفاده می کرد. در این روش وقتی نتیجه تست ادرار افراد برای کوکائین منفی میشد کارت پول هایی را برای دریافت کالاها و یا خدمات دیگر دریافت می کردند. این کالاها و خدمات معمولاً چیزهایی بودند که به هدف پرهیز از مصرف کوکائین و یا تغییر سبک زندگی کمک می کردند. نتایج مطالعات هیگینز نشان داد که این روش، نرخ ماندگاری در درمان و نیز پرهیز از مصرف کوکائین را در مقایسه با کسانی که فقط درمان استاندارد را دریافت می کنند، افزایش می دهد.

در بررسی دیگری که توسط پتری (2005) و پرایس (2006) در 14 کلینیک درمانی و روی بیش از 800 مصرف کننده مواد محرک انجام شد، اثربخشی CM مبتنی بر جایزه در کاهش مصرف مواد محرک بررسی شد. در این روش هر زمان که نتیجه تست ادرار مراجعان برای مواد محرک منفی می شد می توانستند برگه هایی را از جام جایزه بیرون بیاورند که یا شامل تقویت کننده های اجتماعی و یا مادی بود. نتایج این مطالعه که با حمایت NIDA انجام شد، نشان داد که CM نرخ ماندگاری در درمان، پرهیز از مصرف مواد و مدت زمان پرهیز را در مقایسه با درمان های استاندارد معمول، افزایش می دهد. برای مثال نرخ پرهیز در گروه پژوهش دو برابر گروه کنترل بود.

¹ Cohen

² Miller

³ Petry

⁴ Higgins

⁵ Bodney

⁶ Stitzer

بنابراین نتایج مطالعات انجام شده حاکی از آن است که مدیریت مشروط رویکرد نوید بخش و امیدوار کننده ای در درمان وابستگی به مواد محرک و سایر متغیرهای مرتبط با درمان مانند پابندی و ماندگاری در درمان می باشد.

فصل چهارم

اصول طراحی برنامه مدیریت مشروط

نویسنده: دکتر فهیمه فتحعلی لواسانی

مقدمه

از آنجایی که مدیریت مشروط مبتنی بر اصول تغییر و اصلاح رفتار است، طراحی آن مستلزم گام‌های متعددی است که باید با دقت برداشته شود تا برنامه‌ای موفق باشد. آن شامل انتخاب رفتار هدف و روش پایش دقیق آن و نیز تقویت کننده‌ها و جدول زمانی ارائه آن است. علاوه بر این، باید ملاک‌های ورود به برنامه از قبل مشخص شده باشد و براساس آن افراد واجد شرایط انتخاب شوند و در انتها روش اجرا شامل تعداد شرکت کنندگان، مدت زمان برنامه و اجرای فردی یا گروهی آن مشخص شود. برداشتن این گام‌ها باید دقیقاً بر اساس اصول تقویت و تنبیه صورت گیرد تا موفقیت برنامه تضمین شود. بنابراین، اگرچه به ظاهر ممکن است تقویت رفتار هدف و حذف تقویت در صورت اتفاق نیفتادن آن، کار ساده‌ای به نظر برسد اما اگر این کار براساس اصول تقویت و تنبیه صورت نگیرد، اثربخشی برنامه به شدت کاهش خواهد یافت. در این فصل، گام‌های طراحی یک برنامه مدیریت مشروط با تمرکز بر پرهیز از مصرف مواد محرک به تفصیل شرح داده شده است.

گام اول - انتخاب رفتارهدف

اولین قدم در طراحی برنامه مدیریت مشروط، تعیین رفتاری است که قصد تغییر آن را دارید. رفتارهای مختلفی را می‌توان از طریق این برنامه تغییر داد. در زمینه مصرف مواد، این رفتارها شامل پرهیز از مصرف یک ماده خاص و یا حضور در جلسات درمان فردی و گروهی است ولی سایر رفتارها را نیز می‌توان انتخاب کرد. البته باید دقت داشته باشید که مدیریت مشروط یک جعبه جادویی نیست که با آن بتوانید تمام مشکلات بیمار را حل کنید. اصولاً بعید است که روشی وجود داشته باشد که برای تمام مشکلات رفتاری به یک اندازه موثر باشد.

وقتی می‌خواهید رفتاری را برای تغییر انتخاب کنید، باید به شاخص‌های زیر توجه داشته باشید:

1) اهمیت بالینی

رفتاری را برای تقویت انتخاب کنید که به لحاظ بالینی اهمیت داشته و یا به عبارت دیگر ارزش تغییر را داشته باشد. بنابراین، رفتاری باید انتخاب شود که اثر مضری بر کارکرد بیمار و یا محیط داشته باشد. برای مثال رفتار مصرف مواد در مراکز درمان اقامتی که در آن مصرف مواد شدیداً کنترل می شود و یا تقویت شرکت در گروه وقتی حدود 80 درصد افراد در گروه شرکت می کنند، اهمیت بالینی چندانی ندارد. در زیر نمونه هایی از رفتارهایی که به لحاظ بالینی اهمیت دارند، آمده است:

- ✓ کاهش مصرف مواد
- ✓ حضور در جلسات درمان
- ✓ تبعیت دارویی
- ✓ شرکت در گروه
- ✓ انجام تکالیف درمانی
- ✓ مشارکت مثبت در گروه

2) اختصاصی بودن

یک ویژگی مهم رفتاری که می خواهید تغییر دهید اختصاصی بودن آن است. برنامه مدیریت مشروط وقتی موثر است که یک رفتار اختصاصی مانند حضور در تمام جلسات درمان، پرهیز از مصرف یک ماده معین و یا تبعیت دارویی، رفتار هدف برای تغییر باشد. رفتارهایی مثل نگرش مثبت نسبت به درمان، اختصاصی نیست و باید به شکل مشخص تعریف شود. علاوه بر این، CM وقتی بیشترین اثربخشی را دارد که هر بار فقط روی یک رفتار واحد تمرکز داشته باشد. طراحی یک برنامه مدیریت مشروط برای تغییر همزمان دو یا چند رفتار، چالش برانگیز بوده و اجرای آن را دشوار خواهد کرد.

3) عینی¹ بودن

ویژگی دیگر رفتار هدف آن است که بتوان وجود و یا غیاب آن را به شکل عینی، روشن و غیرقابل تردید تعیین کرد. برای مثال مصرف یا عدم مصرف مواد یک رفتار عینی است چون با آزمایش ادرار می توان آن را به شکل عینی و بدون نیاز به قضاوت درمانگر تعیین کرد. آزمایش های ادرار در 99 درصد موارد درست عمل می کنند. به همین ترتیب، حضور

¹ objective

در جلسات درمان یا حضور بموقع نیز یک رفتار عینی است ولی ارزیابی عینی رفتارهایی مانند تبعیت دارویی و یا نگرش مثبت به درمان بسیار دشوارتر است. علاوه بر این، امکان پذیری^۱ ارزیابی عینی رفتار نیز در تعیین رفتار هدف، اهمیت دارد. برای مثال تست ادرار یک ابزار عینی و مطمئن برای ارزیابی مصرف مواد است ولی ممکن است انجام آن در مرکز درمانی شما دشوار باشد.

4) فراوانی رفتار

فراوانی وقوع رفتارها متفاوت است. بعضی رفتارها چند بار در روز اتفاق می افتد مانند 2-3 بار مصرف سیگار در روز، برخی یک بار در روز مثل آمدن به کلینیک متادون و برخی دیگر یکی دو بار در هفته یا ماه مثل مصرف گهگاهی حشیش یا الکل. در مجموع، رفتارهایی برای برنامه مدیریت مشروط هستند که فراوانی وقوع آنها زیاد باشد.

5) عملی بودن

در تعیین رفتارهدف باید به عملی بودن و یا امکان پذیری پایش رفتار نیز توجه شود. برای مثال اگرچه بعضی رفتارها از نظر سایر شاخص ها، برای برنامه مدیریت مشروط ایده آل هستند ولی ممکن است تقویت آن به دلیل هزینه بالا و یا محدودیت زمانی مرکز، امکان پذیر و عملی نباشد. برای مثال پایش رفتارهایی مثل حضور در کلینیک آسان است و هزینه چندانی ندارد ولی ارزیابی رفتارهایی مانند مصرف سیگار مستلزم استفاده از تجهیزات گرانی بوده و وقت زیادی از کارکنان می گیرد.

وقتی چند رفتار هدف وجود دارد که می خواهید یکی از آنها را انتخاب کنید، بیشتر به شاخص های " عینی بودن" رفتار و " عملی بودن" پایش آن توجه کنید تا بهترین رفتار را برای تقویت انتخاب کرده باشید

ب- انواع رفتارهای هدف

همانطور که ذکر شد رفتارهای مختلفی می توند هدف مداخلات مدیریت مشروط قرار گیرند که در زیر به مهمترین آنها اشاره شده است:

¹ feasibility

- **پرهیز از مصرف مواد**

رفتار مصرف مواد یکی از شایع ترین و مهمترین رفتارهای هدف در برنامه های مدیریت مشروط است زیرا مهمترین هدف مراکز درمان سرپایی، پرهیز کامل از مواد است. مصرف مواد، رفتار هدف نسبتا مناسب و سراسستی است چون ارزیابی عینی مصرف مواد بخشی از کار معمول و استاندارد است که در مراکز درمان انجام می شود.

- **ماندگاری در درمان**

یکی از مشکلات اکثر برنامه های درمان اعتیاد ، نرخ بالای ریزش بویژه در اوایل درمان است. بنابراین یکی از رفتارهای هدف برنامه های مدیریت مشروط می تواند افزایش ماندگاری در درمان با تقویت حضور در جلسات درمانی باشد. برای مثال برنامه های NA برای کاهش ریزش از تقویت هایی مثل دادن چای، قهوه و شیرینی استفاده می کنند.

- **مشکلات مرتبط با مصرف مواد**

مصرف کنندگان مواد علاوه بر مصرف مواد، مشکلات متعددی در حوزه های مختلف روانی، جسمی، بین فردی، شغلی و قانونی نیز دارند که می توان از برنامه مدیریت مشروط برای کاهش این مشکلات استفاده کرد. برای مثال مراجعه مرتب به پزشک یا روان پزشک و یا هفته ای یک بار بیرون بردن فرزندان می تواند یک رفتار هدف باشد. در این موارد، باید ابتدا وضعیت فعلی آنها در حوزه های فوق الذکر شناسایی شده و سپس دو تا سه مورد از آنها به عنوان حوزه هدف انتخاب شوند . در مرحله بعد، هر هفته بیمار روی یک فعالیت مربوط به آن حوزه کار می کند. این فعالیت ها باید کاملا اختصاصی بوده و احتمال موفقیت در آنها وجود داشته باشد.

- **رفتارهای درون مرکز**

از برنامه مدیریت مشروط می توان برای تغییر و اصلاح رفتارهای نامطلوب مصرف کنندگان مواد در مراکز درمان نیز استفاده کرد. معمولا آنها در مراکز درمانی، مرتب شکایت می کنند، دیر به جلسات می آیند، با سایر افراد یا کارکنان مرکز درگیر می شوند ، از الفاظ و کلمات زشت و نامناسب استفاده می کنند و یا با صدای بلند در مورد کارهای غیرقانونی خود صحبت می کنند. با استفاده از برنامه مدیریت مشروط می توان با تقویت رفتارهای مثبت مانند منتظر ماندن با صبوری، سلام کردن و ... این رفتارها را تغییر داد.

گام دوم - پایش رفتار هدف

گام بعدی پس از تعیین رفتار هدف، تصمیم گیری در مورد بهترین جدول زمانی برای پایش رفتار است. پایش رفتار باید بر اساس یک سری اصول انجام شود که در زیر به آنها اشاره شده است:

1) تعیین فراوانی رفتار در وضعیت معمول و طبیعی

برای تعیین جدول پایش رفتار باید فراوانی طبیعی رفتار هدف مشخص شود. برای مثال اگر رفتار هدف، مصرف مواد است باید در ارزیابی های اولیه، فراوانی مصرف مواد با روش های ارزیابی عینی و قابل اعتماد مشخص شود. بهترین روش، استفاده از منابع مختلف اطلاعات است. البته، به دست آوردن اطلاعات دقیق از فراوانی رفتار برای طراحی یک برنامه مدیریت مشروط، ضروری نیست ولی داشتن این اطلاعات به شما کمک می کند تا بتوانید تعیین کنید که آیا برنامه، روی رفتار هدف تاثیر داشته است یا خیر.

2) تعیین روش های اثبات¹ عینی رفتار

همانطور که ذکر شد برنامه مدیریت مشروط فقط اختصاص به رفتارهایی دارد که امکان ارزیابی عینی آن وجود داشته باشد. بنابراین استفاده از روش ها و ابزار عینی برای ارزیابی رفتار مورد نظر اهمیت زیادی دارد. در زیر روش های پایش رفتارهای مختلف در حوزه مصرف مواد توضیح داده شده است:

الف - مصرف مواد

برای ارزیابی مصرف مواد روش های عینی متعددی وجود دارد. متداول ترین روش ارزیابی، گرفتن تست ادرار است. این تست ها می توانند با اعتبار و پایایی بالایی، مصرف مواد افیونی و محرک ها را در یک دوره زمانی 48-72 ساعت کشف کنند. نکته مهم در استفاده از این روش آن است که در برنامه های مدیریت مشروط، تست ادرار باید در خود مراکز درمانی انجام شود چون اگر نمونه های ادرار بیرون فرستاده شود 1-3 روز برای دریافت نتیجه تست زمان لازم است و به این ترتیب ارتباط دادن رفتار با تقویت غیرممکن می شود. در حال حاضر کیت های تست ادرار معتبری برای ارزیابی مصرف مواد افیونی و محرک وجود دارد. معمولاً این تست ها، از نقطه برش های آزمایشگاهی برای تعیین

¹ verification

مصرف یا عدم مصرف مواد استفاده می کنند. البته، استفاده از تست های ادرار یک سری مشکلات عملی هم دارد که در زیر به آنها اشاره شده است:

1. در مراکز درمانی، کیت تست ادرار از جمله وسایل ضروری محسوب نمی شود و لذا برای آن هزینه ای نیز تخصیص داده نمی شود. بنابراین، در برآورد هزینه برنامه مدیریت مشروط، باید هزینه خریداری آنها نیز در نظر گرفته شود.
2. وقتی تقویت منوط به منفی شدن نتیجه تست است، برخی مصرف کنندگان مواد ممکن است نمونه های جعلی و تقلبی بدهند. بنابراین لازم است فرایند دادن نمونه توسط کارکنان به دقت مشاهده شود. همچنین بررسی درجه حرارت، غلظت و pH ادرار نیز به تعیین اعتبار نمونه ها کمک می کند.
3. استفاده از تست ادرار برای برخی از مواد با یک سری مشکلات تکنیکی همراه است که در طراحی پرتوکل مدیریت مشروط باید به آن توجه شود. برای مثال انواع مختلف بنزودیازپین ها وجود دارد که کشف همه انواع آنها دشوار بوده و تست هایی که بتوانند همه آنها را غربالگری کند، وجود ندارد. علاوه براین، تمیز بنزودیازپین های تجویز شده توسط پزشک از مصرف خودسرانه آن نیز ممکن نیست. همچنین بسیاری از افراد وابسته به الکل و مصرف کنندگان تزریقی مواد مبتلا به بیماری های کبدی هستند که موجب طولانی تر شدن فاصله زمانی بین پرهیز از مصرف مواد و منفی شدن نمونه ادرار می شود (برای مثال 3-5 روز در مقایسه با 1-2 روز).

ب- ماندگاری در درمان

پایش رفتار ماندگاری در درمان به نظر راحت، آسان و عینی می رسد، چون یا بیمار به جلسات درمان می آید و یا نمی آید. اما واقعیت این است که کار به این سادگی ها هم نیست. یک نمونه از این قضیه مربوط به غیبت های مصرف کنندگان است که چه غیبت هایی باید موجه و کدام یک غیرموجه در نظر گرفته شود. معمولاً این مسئله تحت تاثیر افراد مرکزی که در آن کار می کنید قرار می گیرد. شما باید از راهنماهای موجود در کلینیک خود برای تصمیم گیری در این مورد استفاده کنید. برخی مراکز، سیاست های سخت گیرانه تر داشته و برخی سهل گیرتر هستند. بنابراین، وقتی حضور در مرکز درمانی پایش می شود غیبت های موجه و غیرموجه نیز باید به روش عینی ارزیابی شود. معمولاً وقتی فرد از قبل غیبت خود را اطلاع می دهد و یا یک گواهی معتبر از دکتر، دادگاه و... می آورد، غیبت موجه محسوب می شود. علاوه بر موضوع غیبت ها، تاخیر نیز موردی است که باید در پایش رفتار در نظر گرفته شود. برای مثال چند دقیقه تاخیر، می تواند حضور کامل در نظر گرفته شود. پاسخ درست و غلطی به این سوال وجود ندارد و تصمیم گیری منوط به قواعد مرکزی است که در آن کار می کنید.

ج- سایر رفتارهای درمانی

اگر رفتار هدف، انجام یک سری فعالیت ها به منظور بهبود یا کاهش مشکلات فرد در حوزه های مختلف بهداشتی، خانوادگی، شغلی و قانونی است، لازم است فعالیت های مربوط به این حوزه ها به دقت پایش شود. اگر هیچ روش معتبری برای تعیین انجام یا عدم انجام این فعالیت ها وجود ندارد، پایش آن نیز دشوار خواهد بود. پایش عینی این فعالیت ها کار ساده ای نیست بنابراین، اگر قصد پایش این رفتارها را دارید باید فعالیت هایی را انتخاب کنید که روش های پایش مناسب و عینی را بتوان برای آن طراحی کرد. در مواردی که رفتار هدف، انجام این فعالیت هاست، معمولاً در هر حوزه هدف، 2-3 فعالیت در هفته انتخاب و سپس با روش های عینی پایش می شوند. در زیر یک نمونه از جدول پایش برای دو مورد آمده است.

حوزه مورد نظر	فعالیت	زمان انجام	پایش عینی
- روابط خانوادگی	ای میل زدن به برادر	عصر جمعه	کپی ایمیل
- اشتغال	پیدا کردن کار	شنبه	حداقل 5 تماس تلفنی برای پیدا کردن کار
- سلامت	ترمیم دندان	یک شنبه	از روی روزنامه وقت گرفتن از دندانپزشک

3. ارتباط زمانی بین رفتار و پایش آن

اصل بعدی، انتخاب فاصله زمانی مناسب بین انجام رفتار و پایش آن است. وضعیت ایده آل آن است که تا جای ممکن رفتار در کوتاه ترین فاصله زمانی ممکن، پایش و سپس تقویت شود. زیرا روش های تغییر و اصلاح رفتار وقتی بیشترین اثربخشی را دارند که تا جای ممکن فاصله زمانی کمی بین رفتار و پیامدهای آن وجود داشته باشد. در مورد رفتار پرهیز از مصرف مواد، این زمان با توجه به فاصله زمانی بین مصرف مواد و امکان تشخیص آن در تست ادرار تعیین می شود. تست های ادراری که در مراکز انجام می شود می توانند مصرف یا عدم مصرف مواد را برای اکثر مواد در فاصله زمانی دو روزه نشان دهند. بنابراین در برنامه های مدیریت مشروط، معمولاً مصرف مواد دو تا سه بار در

هفته با یک فاصله زمانی دو تا چهار روزه بین تست ها، پایش می شود. البته وقتی ماده هدف، الکل یا نیکوتین است، فاصله زمانی بین پایش ها بسیار کمتر و شامل چند ساعت می شود که مستلزم چندین بار تست گرفتن در روز است. اگر حضور در درمان پایش می شود، بهترین روش، بررسی حضور در هر جلسه است. در مورد فعالیت های درمانی نیز، پایش فعالیت باید تا جای ممکن نزدیک به زمان انجام فعالیت صورت گرفته و کمتر از یک هفته نباشد.

4. فراوانی پایش ها

قاعده عمومی در مورد فراوانی پایش ها آن است که رفتاری را که نمی توان حداقل هفته ای یک بار پایش کرد، رفتار مناسبی برای برنامه مدیریت مشروط نیست، زیرا این برنامه روی رفتارهایی اثر می گذارد که مرتب رخ می دهند و پس از آن می توانند تقویت شوند. بنابراین معمولاً حداقل دفعات پایش رفتار باید یک بار در هفته بوده و حداکثر آن بستگی به رفتار هدف و فاصله زمانی بین رفتار و امکان پایش آن دارد.

برای رفتار پرهیز از مصرف مواد، فراوانی پایش ها باید با توجه به توان تست برای کشف ماده مورد نظر و عملی بودن انجام آن در مرکز تعیین شود. چون اکثر تست های ادرار می توانند مصرف مواد را در یک دوره پنجره 2-4 روز کشف کنند، بنابراین فراوانی ایده آل پایش، 3 بار در هفته است. اگرچه در اغلب برنامه ها به دلیل مشکلات اجرایی، غالباً دو بار در هفته انجام می شود.

برای ماندگاری در درمان، جلساتی که حداقل یک بار در هفته انجام می شود، رفتار هدف مناسبی هستند. گروه هایی که ماهانه تشکیل می شود چندان مناسب نیستند. البته وقتی تعداد جلسات در هفته زیاد است، ممکن است حضور افراد در هر 2-5 جلسه یک بار پایش شود. در مورد فعالیت های درمانی، انجام فعالیت ها باید حداقل یک بار در هفته پایش و ارزیابی شوند. در مراحل اولیه بهتر است تعداد پایش ها بیشتر باشد. وقتی افراد به انجام این فعالیت ها عادت می کنند، می توان دفعات پایش را کاهش داد. بنابراین در ابتدا، پایش ممکن است دو بار در هفته و سپس بعد از چهار هفته، به هفته ای یک بار کاهش پیدا کند.

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 را هروقت که رخ می دهد، تقویت کنید"

گام سوم - انتخاب جمعیت هدف

گام بعدی پس از تعیین رفتار هدف، انتخاب جمعیتی است که می خواهید برنامه را روی آنها اجرا کنید. اگرچه انتخاب جمعیت هدف، بستگی به رفتار هدفی دارد که در گام قبل تعیین کرده اید ولی اجرای این برنامه برای تمامی افرادی که به مرکز شما می آیند و رفتار هدف را نشان می دهند به لحاظ زمانی و مالی امکان پذیر نیست. بنابراین در غالب اوقات مجبورید تعداد کمی از بیماران را انتخاب و برنامه را روی آنها اجرا کنید. به طور کلی دلایل انتخاب بخشی از - و نه همه - بیماران عبارت است از:

- ✓ از نقطه نظر عملی، اجرای CM روی بخش کوچکی از بیماران به شما فرصت می دهد که با این رویکرد آشنا شوید. اجرای یک رویکرد درمانی جدید کار راحتی نیست و تسلط بر آن مستلزم زمان و تمرین است. اگر آن را در بار اول روی تعداد زیادی از بیماران اجرا کنید خسته و گیج می شوید و امکان ارتکاب اشتباه بیشتر می شود.
- ✓ اجرای CM روی گروهی از بیماران به شما فرصت می دهد تا این روش را به دقت پایش و ارزیابی کنید. اگر همه چیز طبق پیش بینی شما پیش رفت، تجربه ارزشمندی را برای اجرای این برنامه کسب کرده اید و مهارت و اعتماد به نفس کافی را برای اجرای بهتر آن در آینده به دست آورده اید و در صورتی که مشکلی وجود داشت، می توانید از اشتباهات خود درس بگیرید و قبل از اجرای آن روی گروه های بعدی آن را اصلاح کنید. بنابراین، اجرای در مقیاس کوچک نه تنها به شما امکان یادگیری می دهد بلکه موجب می شود تجربه های ارزشمندی را کسب کنید.
- ✓ موضوع دیگر مربوط به هزینه است. اجرای CM روی تعداد زیادی از افراد، هزینه زیادی لازم دارد که تامین آن ممکن است کار دشواری باشد. بنابراین اجرای برنامه روی همه کسانی که به مراکز درمانی می آیند خیلی گران تمام میشود. از طرف دیگر اجرای آن روی همه افراد ممکن است هزینه - اثربخش نباشد چون ممکن است برخی از آنها بدون مشوق های بیرونی، انگیزه کافی برای پرهیز از مواد و یا حضور مرتب در جلسات را داشته باشند.
- ✓ از آنجایی که در CM هر بار فقط روی یک رفتار تمرکز می شود بعید است تمام کسانی که به مرکز می آیند مشکل مشترکی داشته باشند. بنابراین انتخاب گروهی از بیماران این امکان را فراهم می کند که هربار فقط روی یک رفتار تمرکز کنید. البته شما می توانید در موارد بعدی رفتار هدف را تغییر دهید تا گروه های مختلف بیماران این شانس را داشته باشند که برنامه برای آنها نیز اجرا شود.

همانطور که ذکر شد انتخاب بیماران واجد شرایط بستگی به رفتار هدف دارد. اگر رفتار هدف، حضور در جلسات درمانی و ماندگاری در درمان است، بنابراین باید کسانی را انتخاب کنید که در مراحل اولیه درمان هستند. زیرا نرخ ریزش در ابتدای درمان بالاست و برنامه CM می تواند ماندگاری را افزایش دهد. ولی اگر رفتار هدف، پرهیز از مصرف مواد است باید بیمارانی انتخاب شوند که در ارزیابی های اولیه ملاک های وابستگی به ماده هدف - برای مثال شیشه - را برآورده می کنند. کسانی که مصرف گهگاهی مواد را گزارش می دهند مناسب برای این برنامه نیستند زیرا CM مستلزم پایش مرتب مصرف مواد و سپس ارائه تقویت است. بنابراین تصمیم گیری در مورد اینکه چه کسی وارد درمان شود اختیاری نیست بلکه به ملاک هایی بستگی دارد که از قبل تعیین می کنید. یک نگرانی در مورد بیمارانی است که برنامه روی آنها اجرا نمی شود و ممکن است ناراحت و یا تحریک پذیر شوند. در چنین مواردی وقتی منطق کار را برای آنها توضیح داده می شود غالباً بخش زیادی از مشکل حل می شود. برای مثال "خوشحالم که به این برنامه علاقه داری، ولی ما فعلاً داریم آن را روی تعداد کمی از افراد امتحان می کنیم. اگر برنامه موثر بود امیدوارم بتوانیم هزینه آن را تامین کنیم تا بتوانیم آن را گسترش دهیم".

همانطور که ذکر شد لازم نیست که CM روی همه بیمارانی که به مرکز درمانی شما می آیند اجرا شود. اما تعداد افراد بستگی به رفتار هدف، هزینه پایش و تقویت و نوع اجرا یعنی فردی یا گروهی دارد. ولی به عنوان یک قاعده توصیه می شود که ابتدا این برنامه را در اجرای فردی روی 10-15 نفر و در اجرای گروهی روی 4-5 گروه اجرا کنید.

چون امکان اجرای تقویت مشروط روی همه بیماران وجود ندارد بهتر است این برنامه به گروه های خاصی از مصرف کنندگان اختصاص پیدا کند. این گروه ها عبارتند از:

- (1) کسانی که به درمان های معمول پاسخ نمی دهند
- (2) بیماران جدید به منظور ماندگاری در درمان
- (3) مصرف کنندگان مواد خاصی مثل آمفتامین ها که اثرات فوری و مخربی بر روی خود فرد و خانواده ها و اجتماع دارد
- (4) جمعیت های با آسیب پذیری بالا مانند زنان باردار و یا مصرف کنندگان مبتلا به اختلالات روانی

گام چهارم - تعیین تقویت کننده

قدم بعدی در طراحی پرتوکل مدیریت مشروط، تصمیم گیری در مورد مناسب ترین و عملی ترین تقویت کننده هاست. در این قسمت چهار تقویت کننده شایع و مزایا و معایب هریک توضیح داده می شود.

انواع تقویت کننده ها

1. امتیازات بالینی

امتیازات بالینی از قدیمی ترین تقویت کننده هایی است که در برنامه های مدیریت مشروط مورد استفاده قرار گرفته است. استفاده از این تقویت کننده ها بیشتر در مراکز درمان نگهدارنده متادون و مراکز درمانی اقامتی امکان پذیر است. در مراکز درمان متادون، دادن دوز متادون در منزل یک تقویت کننده بسیار مطلوب است که هزینه ای برای مرکز ندارد و بیمار هرگز از آن اشباع نمی شود چون ارزش تقویت کنندگی آن هرگز کاهش نمی یابد. درواقع، دوز متادون در منزل، یک تقویت کننده ایده آل برای اهداف برنامه مدیریت مشروط است.

در مراکز درمان اقامتی نیز امتیازات بسیار مطلوبی وجود دارد که هزینه پایینی داشته و یا هیچ هزینه ای ندارد. این امتیازات شامل اجازه استفاده از تلفن، مرخصی های بعدازظهر و آخر هفته، دیدن فیلم یا تلویزیون، دیر خوابیدن، معاف شدن از انجام برخی تکالیف، ساعات ملاقات، دسترسی به تجهیزات ورزشی و غیره است. بدیهی است که تفاوت های فردی زیادی بین افراد وجود داشته و برخی تقویت کننده ها مطلوب تر از بقیه است. بنابراین، اگر می خواهید از امتیازات بالینی به عنوان تقویت کننده استفاده کنید، لازم است تنوع زیادی در انتخاب تقویت کننده ها وجود داشته باشد تا همه بیماران بتوانند تقویت های مطلوب خود را از میان آنها انتخاب کنند.

مزیت اصلی این تقویت کننده ها آن است که هزینه پایینی داشته و یا هیچ هزینه ای ندارند و عیب آن نیز این است که قابلیت کاربرد آنها محدود است زیرا معمولاً در مراکز درمان سرپایی ارزش محدودی به عنوان تقویت کننده دارند.

کارت پول¹

کارت پول بر خلاف امتیازات بالینی در همه محیط ها قابل اجراست آنها شبیه پول هستند ولی پول نقد مستقیماً به دست بیمار داده نمی شود. در عوض، به بیمار کارتی داده می شود که ارزش پولی خاصی دارد و در یک نوع حساب

¹ voucher

بانکی در مرکز درمان جمع آوری می شود. وقتی بیمار کارت های با ارزش پولی کافی را برای خرید چیزی که دوست دارد، به دست می آورد، سفارش چیزهایی را که دوست دارد، می دهد. اگر تقاضای او با اهداف درمانی هماهنگ بود، برای چیزهای مورد نظر بیمار تهیه شده و به وی داده می شود.

در برنامه هایی که از این تقویت کننده استفاده می شود، هر بار که تست ادرار فرد برای ماده موردنظر منفی شد، به وی کارتی داده می شود که ارزش خاصی دارد. روی این کارت علاوه بر ارزش پولی کارت، مقدار پولی را که می تواند دفعه بعد به دست آورد، مقدار کل پولی که تا به حال به دست آورده و مقداری که در حسابش مانده نوشته شده است. تفاوت بین این دو عدد، مقدارپولی است که بیمار خرج کرده است.

امروز نتیجه تست ادرار شما برای شیشه منفی بود و 18.750 تومان به دست آوردید جلسه بعدی تست ادرار جمعه... اردیبهشت است. اگر نتیجه تست شما منفی شود، 20.000 تومان به دست خواهید آورد.
درمجموع، تا بحال 188.000 تومان از کارت ها به دست آوردید و در حال حاضر، 128.000 تومان در حسابتان دارید.
به تلاش ادامه بده

اگر رفتار موردنظر اتفاق نمی افتد، بیمار هیچ کارتی را دریافت نمی کند و در صورتی که در نوبت بعد، تست او منفی شود، ارزش کارتی را که دریافت می کند به پایین ترین ارزش آن - یعنی کارتی که اولین بار دریافت کرده، برمی گردد. مزیت اصلی کارت پول این است که برای بسیاری از بیماران مطلوب است چون شباهت زیادی با پول دارد و افراد می توانند کاملاً به صورت شخصی چیزهایی را که دوست دارند، سفارش دهند. علاوه بر این، مقدار تقویت در برنامه هایی که از کارت پول استفاده می شود، بالا بوده و افراد می توانند تا 1000 دلار در طی دوره درمان به دست آورند. اما مهمترین نقطه ضعف کارت پول، هزینه بالای آن است. این هزینه ی بالا شامل ارزش مالی تقویت کننده و مقدار زمانی است که کارکنان مرکز باید صرف خرید کالاهای سفارشی بیماران و حمل و نقل آن کنند. چون افراد ممکن است اقلام متنوعی را سفارش دهند و حتماً تا جلسه بعد باید تهیه و به بیماران داده شود، بنابراین زمان زیادی صرف خرید کردن مکرر از فروشگاه های مختلف می شود. بررسی ها نشان می دهد که هزینه مدیریت برنامه های مبتنی بر کارت

پول گاهی دو تا سه برابر هزینه خود کارت پول است. برخی برای کاهش هزینه ها، ارزش کارت پول را کاهش می دهند ولی این کار معمولاً کارآمدی این روش را کاهش می دهد. روش دیگر برای کاهش هزینه های اجرایی سیستم کارت پول، حذف سفارش کالا از سوی بیماران و دادن بن کالا و یا کارت های هدیه برای خرید از فروشگاه هاست.

جوایز¹

دادن جوایز یکی دیگر از تقویت کننده هاست که به طور شایعی در برنامه های مدیریت مشروط از آن استفاده می شود. در واقع، سیستم دادن جوایز، برای کاهش هزینه های کارت پول بدون کاهش اثربخشی آن طراحی شده است. در این روش، فرد از یک جام جایزه، برگه هایی را بیرون می کشد که روی آن نوع جایزه ای را که بیمار برنده شده، نوشته شده است. حدود 40 درصد جوایز، جوایز کوچک هستند (حدود 1 دلار) و بقیه جوایز بزرگ و جایزه ویژه است. ارزش جوایز بزرگ حدود 20 دلار و جایزه ویژه 100 دلار است. جوایز کوچک شامل چیزهایی مثل بلیط مترو، شارژ تلفن همراه، نوشیدنی، کارت هدیه برای ساندویچ فروشی ها، لوازم بهداشتی و غیره است. ارزش جوایز بزرگ حدود 20 دلار است و شامل سویی شرت، ساعت، سی دی player، واکمن و کارت های هدیه و بن برای فروشگاه ها و رستوران هاست. ارزش جایزه ویژه حدود 100 دلار بوده و جوایز معمولاً شامل تلویزیون، ضبط صوت و از این قبیل است. در این سیستم نیز مثل کارت پول، تداوم رفتارهدف موجب افزایش تقویت می شود بدین ترتیب که بیمار با اولین نمونه ادرار منفی، می تواند یک برگه را از جام جایزه بیرون بکشد، دومین تست منفی دو برگه، سومین تست منفی سه برگه و به همین ترتیب تعداد برگه ها افزایش می یابد. معمولاً حداکثر برگه هایی که یک بیمار می تواند از جام بیرون بکشد، 8 برگه است. به این ترتیب، یک بیمار در طی دوره 12 هفته ای درمان، حداکثر می تواند 260 برگه را از جام بیرون بکشد. در این سیستم نیز مانند کارت پول، مصرف مواد موجب می شود که تعداد برگه ها در نوبت بعدی تست منفی ادرار به یک برگه کاهش پیدا کند. در این روش نیز در هربار یک کارت به بیمار داده می شود که روی آن تعداد برگه هایی که می تواند از جام بیرون بکشد، توضیح داده شده است.

امروز نتیجه تست شما برای شیشه منفی شد و توانستید 7 برگه را از جام بیرون بکشید. جلسه تست بعدی شما، یکشنبه ... اردیبهشت است. اگر نتیجه تست شما منفی شود می توانید 8 برگه را از جام بیرون بیاورید. بخاطر داشته باشید که هرچه برگه های بیشتری داشته باشید شانس شما برای برنده شدن جوایز بزرگ و جایزه ویژه بیشتر می شود.

شما می توانید این کار را انجام دهید

¹ Prize

مزیت اصلی سیستم جایزه در مقایسه با کارت پول این است که هزینه های برنامه را بدون کاهش اثربخشی کاهش می دهد. سیستم جایزه در واقع نوعی تقویت متناوب است چون همه نمونه های منفی ادرار تقویت نمی شوند ولی به دلیل اینکه سیستم تقویت با تکرار رفتار هدف، افزایش می یابد، احتمال به دست آوردن تقویت بیشتر می شود. از آنجایی که به نظر می رسد برنامه تقویت متناوب نسبت به تقویت ثابت، تاثیر بیشتری در ماندگاری رفتار دارد، بنابراین سیستم جایزه می تواند اثربخشی بالایی در تغییر رفتار هدف داشته باشد. علاوه بر این وجود یک جایزه ویژه در این سیستم - حتی اگر احتمال برنده شدن آن خیلی زیاد نباشد - جذابیت این روش را افزایش می دهد در حالیکه به هزینه های کلی برنامه مبلغ کمی را اضافه می کند. مزیت دیگر سیستم جایزه آن است که هزینه های اجرایی آن در مقایسه با کارت پول پایین تر است چون نیاز به خرید مداوم کالاهای سفارشی وجود ندارد و می توان جوایز را ماهی یک بار خریداری کرد. عیب آن این است که شبیه سیستم لاتاری است چون افراد شانس برنده شدن افراد متفاوت است. این سیستم ممکن است برای کسانی که قمار می کنند، مناسب نباشد اگرچه شواهدی مبنی بر افزایش احتمال قمار با این سیستم دیده نشده است. موضوع دیگر آن است که مثل کارت پول، اثربخشی این برنامه بستگی به ارزش تقویت کننده ها دارد. برای هر بیمار در نظر گرفتن 300-400 دلار جایزه توصیه می شود ولی اگر این مقدار کاهش پیدا کند، اثربخشی آن نیز کاهش می یابد.

برنامه جایزه نام در کلاه

این برنامه تقویت یک نوع از سیستم جایزه است که برای زمینه گروهی طراحی شده و هدف آن تقویت شرکت در گروه است. در این سیستم هربار که بیمار در گروه شرکت می کند، نامش در کلاهی انداخته می شود. تعداد دفعاتی که نام وی در کلاه قرار می گیرد بستگی به تعداد دفعات حضور او در گروه دارد به این ترتیب که بیمارانی که یک بار در گروه شرکت کرده اند یک بار نامشان در کلاه می رود کسانی که دو بار شرکت کرده اند، دو بار و به همین ترتیب. سپس تعداد خاصی از نام ها - معمولاً به تعداد نیمی از افراد شرکت کننده - از کلاه بیرون کشیده می شود. کسانی که نامشان از کلاه بیرون می آید می توانند یک برگه جایزه را از جام بیرون بیاورند. همه برگه های درون جام شامل جایزه است و بنابراین هر کسی که نامش از کلاه بیرون می آید، یک جایزه را می برد. ارزش هر جایزه معمولاً حدود 4 دلار است. اگر یک گروه شامل 10 نفر باشند، هزینه کل این سیستم تقویت، 20 دلار در هفته و در طی 12 هفته حدود 240 دلار

خواهد بود. از آنجایی که ارزش جوایز نسبتاً بالاست، هیجان اعضای گروه را افزایش می دهد. علاوه براین، بیماران برنده شدن سایر اعضای گروه را نیز مشاهده می کنند که تاثیر مثبتی بر حضور مرتب آنان در گروه دارد. مزیت اصلی این سیستم کاهش هزینه هاست - به طور متوسط 20 دلار در هفته. علاوه براین مزیت دیگر این روش قابلیت اجرای آن در شکل گروهی و در انواع گروه ها شامل گروه های NA¹، آموزش روانی¹، شناختی رفتاری، پیشگیری از عود و غیره است. امتیاز دیگر این روش استفاده از آن برای حضور به موقع در جلسات گروهی است. به این ترتیب که اگر بیماران دیر بیایند دیگر نام شان 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

تقویت کننده های اجتماعی می توانند شامل جملات مثبت (تو داری کار بزرگی را انجام می دی)، تشویق اجتماعی (مانند دست زدن) و یا موقعیت اجتماعی (مانند رهبر گروه شدن) باشد. این موارد مثال های خوبی از تقویت مثبت هستند که باید در برنامه های مدیریت مشروط با تقویت کننده های مادی ترکیب شوند. اگرچه این نوع تقویت کننده هیچ هزینه ای ندارد ولی اثربخشی برنامه هایی که فقط مبتنی بر این تقویت کننده های اجتماعی هستند، مشخص نیست. ولی از آنجایی که ارزش تقویت، ارتباط مستقیمی با اثربخشی مدیریت مشروط دارد، احتمالاً کمتر از تقویت کننده های مادی موثر هستند. البته اگر هیچ حق انتخاب دیگری وجود نداشته باشد، طراحی یک پروتکل مدیریت مشروط که کاملاً مبتنی بر تقویت کننده های اجتماعی است، ضرری ندارد ولی مشکل اصلی در طراحی برنامه ای است که بر اساس اصول رفتاری باشد. زیرا اولاً امکان افزایش این تقویت کننده ها با تداوم رفتار هدف دشوار است در حالیکه افزایش تقویت برای ادامه تغییر رفتار اهمیت زیادی دارد و ثانیاً تقویت کننده باید برای بیماران مطلوب باشد و از آن اشباع نشوند درحالیکه استفاده یکنواخت از جملات مثبت، جذابیت آن را بتدریج برای بیمار کمتر می کند. بنابراین استفاده از روش های متنوع تقویت اجتماعی و ادغام آن با تقویت های مادی و طراحی برنامه براساس اصول رفتاری اهمیت زیادی دارد.

انواع مختلف تقویت کننده ها می توانند رفتار را تغییر دهند ولی در مجموع، تقویت کننده های مادی کارآمدتر هستند

¹ Psychoreducation

سایر سیستم های تقویت

ودیه^۱

در این روش، بیماران در ابتدای درمان، مبلغی به عنوان ودیه پیش مرکز می گذارند که اگر موفق شدند مواد را ترک کنند، این مبلغ به آنها برگردانده می شود. معمولاً مبلغ ودیه به چند قسمت تقسیم شده تا هر وقت که رفتار مورد نظر انجام می شود تقویت نیز صورت گیرد. برای مثال اگر از بیمار 200 دلار برای 8 هفته گرفته شده است، بطور متوسط هفته ای 25 دلار به وی پرداخته می شود.

امتیاز این روش آن است که این نوع تقویت کننده برای مرکز درمانی هزینه ای ندارد ولی عیب آن این است که برای افرادی که وضعیت اقتصادی ضعیف و یا خوبی دارند، قابل استفاده نیست و یا جذابیت ندارد. برای برطرف کردن این مانع می توان مبلغ ودیه را از خانواده و یا از طریق مراکز خیریه و سازمان های مردم نهاد تامین کرد. در مجموع، این روش فقط برای بخش خاصی از بیماران قابل استفاده است.

پول نقد

از پول نقد نیز می توان به عنوان تقویت کننده استفاده کرد. مزیت اصلی این روش آن است که پول، تقویت کننده بسیار محبوبی برای افراد است و علاوه بر آن، اجرای آن بسیار آسان تر از سیستم جوایز و کارت پول است. برخی افراد معتقدند دادن پول نقد به عنوان تقویت کننده به مصرف کنندگان مواد، کار درستی نیست چون ممکن است از پول برای خرید مواد استفاده کنند. اما این نگرانی بی مورد است چون اگر آنها با این پول مواد تهیه کنند، نتیجه تست اشان در جلسه بعدی مثبت می شود و تقویت کننده حذف می شود و در صورت منفی شدن نتیجه تست در نوبت پس از آن، ارزش پول به مقدار اولیه بازگردانده می شود. بنابراین، به نظر می رسد استفاده از پول برای رفتار پرهیز از مصرف مواد، خالی از اشکال باشد اگرچه ممکن است برای سایر اهداف مانند شرکت در گروه مناسب نباشد.

ترکیب امتیازات و جوایز

ترکیب دو نوع تقویت کننده جوایز و امتیازات، هزینه های سیستم جوایز را کاهش می دهد. در این روش وقتی نتیجه تست بیماران منفی می شود می توانند از میان جوایز مادی و یا امتیازات بالینی هر کدام را که دوست دارند، انتخاب کنند.

¹ deposit

نکته مهم در مورد این سیستم آن است که افراد باید برای انتخاب جوایز و امتیازات بالینی، حق انتخاب های کافی داشته باشند.

انتخاب بهترین رویکرد تقویت

تصمیم گیری برای انتخاب بهترین تقویت کننده بستگی به عوامل متعددی مانند رفتار مورد نظر، جمعیت، محل اجرا و منابع موجود دارد. در مورد رفتار هدف، قاعده کلی آن است که برای رفتارهایی که تغییر آن دشوارتر است ارزش تقویت کننده ها نیز باید بالاتر باشد. بنابراین برای ترک مواد باید از تقویت کننده های بسیار با ارزش تری نسبت به حضور در گروه استفاده کرد. همچنین کاربرد برخی از تقویت کننده ها به افراد و یا جمعیت های خاصی محدود می شود. برای مثال امتیازات بالینی برای مراکز اقامتی مناسب هستند ولی در مراکز سرپایی ارزش محدودی دارند و یا روش نام در کلاه برای شرکت در جلسات گروهی مناسب است ولی برای ترک مواد که نتایج تست ادرار باید محرمانه بماند، چندان مناسب نیست. و در نهایت، باید در انتخاب تقویت کننده، منابع موجود نیز در نظر گرفته شود. اگرچه سیستم های کارت پول و جایزه در تغییر رفتار در محیط های مختلف موثر هستند ولی ممکن است مراکز درمانی منابع مالی کافی برای استفاده از این روش ها را نداشته باشند. در چنین موقعیت هایی ممکن است از ترکیب سیستم جوایز و امتیازات بالینی و یا کمک گرفتن از مراکز خیریه استفاده شود.

گام پنجم - طراحی جدول برنامه تقویت

در طراحی پروتکل مدیریت مشروط، قدم بعدی پس از تعیین نوع تقویت کننده، تعیین جدول برنامه تقویت است. به طور کلی جدول تقویت باید با جدول پایش رفتار هدف هماهنگ باشد تا هر زمان که رفتار مناسب اتفاق می افتد، تقویت نیز ارائه شود. علاوه بر این، طراحی جدول تقویت باید بر اساس اصول رفتاری انجام شود تا اثربخشی آن در تغییر رفتار تضمین شود. مهمترین اصول رفتاری ارائه تقویت در زیر آمده است:

تقویت اولیه^۱

تقویت اولیه به معنی تقویت بیمار قبل از نشان دادن رفتار مورد نظر است. هدف از انجام این کار این است که بیماران بتوانند تقویت کننده را تا حدودی تجربه کنند و متوجه ارزش تقویت کننده بشوند. برای مثال تا وقتی که کارت پول به افراد داده نشده و با آن چیزهای مورد علاقه خود را تهیه نکرده اند و یا تا زمانی که یک جایزه را نبرده اند، ممکن است این سیستم های تقویت برای آنها انتزاعی و بیگانه به نظر برسد. معمولاً تقویت اولیه خیلی زود یعنی در اولین جلسه انجام می شود.

فوریت

یادگیری زمانی اتفاق می افتد که هر وقت فرد رفتار مورد نظر را نشان می دهد، پیامدهای آن را فوری و بدون تاخیر تجربه کند. برنامه کارت پول و جایزه با ارائه فوری کارت و یا جایزه پس از منفی شدن نتیجه تست براساس این اصل رفتاری هستند. چون فوریت تقویت با اثربخشی مدیریت مشروط ارتباط دارد بنابراین پرتوکل مدیریت مشروط باید بگونه ای طراحی شود که تقویت کننده ها تا جای ممکن بلافاصله پس از پایش رفتار ارائه شوند.

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 در صورت عدم تکرار رفتار طراحی شود، زیرا این کار برای استمرار تغییر رفتار ضروری است. افزایش تدریجی تقویت کننده به این شکل انجام می شود که همانطور که مدت پرهیز از مصرف مواد بیشتر می شود و یا بیمار مرتب در درمان شرکت می کند، ارزش، تعداد و یا مقدار تقویت کننده افزایش پیدا می کند. ولی وقتی رفتار اتفاق نمی افتد، ارزش تقویت کننده به ارزش اولیه یا پایه برگردانده می شود. برای مثال اگر نمونه ادرار بیمار مثبت می شود و یا از دادن نمونه امتناع می کند، ارزش کارت پولی که با نمونه منفی بعدی دریافت خواهد کرد به اولین مقدار کارت پول کاهش می یابد و یا اگر جایزه دریافت می کند، مانند بار اول فقط می تواند یک برگه از جام جایزه بیرون بیاورد. سپس اگر بازهم تست او منفی شد، دوباره ارزش تقویت کننده افزایش پیدا می کند.

¹ priming

ارزش تقویت کننده

ارزش تقویت کننده بر پیامد برنامه مدیریت مشروط اثر می گذارد. قاعده کلی این است که هرچه ارزش تقویت بیشتر باشد احتمال تغییر رفتار نیز بیشتر می شود. البته باید بین ارزش تقویت و واقعیت های موجود تعادل ایجاد شود. برای مثال یکی از دلایل استفاده از سیستم جایزه مربوط به مسائل مالی است. البته اگر ارزش جوایز خیلی پایین باشد در کاهش مصرف مواد خیلی موثر نخواهد بود.

گام ششم - تعیین روش اجرا

مدیریت مشروط به دو شکل فردی و گروهی قابل اجراست. اکثر برنامه ها به شکل انفرادی اجرا می شوند ولی در سال های اخیر، اجرای گروهی نیز رایج شده است. هر کدام از این روش ها، معایب و محاسن خود را دارند. مزیت اصلی اجرای فردی آن است که امکان پایش و تقویت رفتار به شکل خصوصی و محرمانه و با رعایت اصل رازداری وجود دارد و این بویژه برای رفتارهای خاصی مثل مصرف مواد و یا موضوعات حساسی مثل تبعیت دارویی اهمیت زیادی دارد. علاوه براین وقتی برنامه به شکل فردی اجرا می شود، اتحاد کاری بین بیمار و درمانگر قوی تر می شود چون درمانگر می تواند ارتباط مستقیمی با بیمار داشته باشد. همچنین اجرای فردی، این امکان را به درمانگر می دهد که برنامه برای هر فرد و متناسب با ویژگی های وی طراحی و دوخته شود. البته اجرای فردی، معایبی نیز دارد. شاید یکی از مهمترین معایب آن هزینه بالاتر و زمان زیادی است که از کارکنان و درمانگر می گیرد. همچنین بیمارانی که تقویت دریافت نمی کنند، ممکن است در اجرای فردی ارزش تقویت کننده را مشاهده و تشخیص ندهند. اما در اجرای گروهی، بیماران می توانند مشاهده کنند که وقتی دیگران رفتار مطلوب را انجام می دهند، تقویت دریافت می کنند و بدین ترتیب مستقیماً با مزایای مثبت تغییر رفتار آشنا می شوند. اجرای گروهی نیز معایب و محاسنی دارد. مهمترین مزیت آن این است که این روش اجرا برای برخی رفتارها، مثل شرکت در گروه درمانی تناسب بیشتری دارد، زیرا موضوع رازداری درمیان نیست و امکان تقویت گروهی نیز به راحتی وجود دارد. مزیت دیگر روش گروهی و شاید مهمترین مزیت آن، هزینه کلی کمتر هم برحسب هزینه های مالی و هم زمان اجراست. مزیت دیگر آن است که بیماران مستقیماً سایر افرادی را که رفتار موردنظر را انجام داده و تقویت شده اند، مشاهده می کنند. این موضوع می تواند روی کسانی که تازه وارد گروه شده و یا تابحال رفتار موردنظر را انجام نداده اند، تاثیر مثبتی داشته باشد. علاوه براین، اعضای گروه می توانند یکدیگر را برای انجام رفتار هدف و به دست آوردن تقویت،

تشویق کنند و این کار انسجام گروهی را افزایش می دهد. به عبارت دیگر وقتی بیماران با هم برای رسیدن به اهداف کار می کنند تا تقویت کننده ها را به دست آورند، این هدف مشترک و تلاش جمعی برای دست یابی به آن برای تجربه پیامدهای مثبت، موجب افزایش انسجام گروهی می شود.

اجرای گروهی، معایبی نیز دارد. اگر دریافت تقویت وابسته به این است که همه اعضا رفتار مورد نظر را انجام دهند برای مثال هیچ کس تقویت دریافت نمی کند تا این که همه اعضا در گروه شرکت کنند، بیماران ممکن است مستقیم یا غیرمستقیم از اعضایی که مسئول عدم دریافت تقویت گروهی بوده اند، عصبانی شده و رفتار بدی با آنها داشته باشند. موضوع دیگر آن است که همه افراد گروه باید شرایط لازم برای دریافت تقویت را داشته باشند. اگر در یک گروه، فقط چند نفر برای پرهیز از مصرف مواد و یا شرکت در گروه، تقویت شوند و بقیه هرگز شانس کسب تقویت را نداشته باشند، ممکن است در گروه دوم احساس های منفی ایجاد شود.

هزینه ها و معایب اجرای فردی و گروهی مدیریت مشروط	
فردی	گروهی
مزایا: تقویت اتحاد کاربین بیمار و درمانگر طراحی اختصاصی برنامه برای هر بیمار رعایت اصل اخلاقی رازداری	کاهش هزینه کاهش زمان اجرا تقویت انسجام گروهی
معایب: پرهزینه نیاز به زمان بیشتر برای پایش و تقویت رفتار عدم مشاهده تقویت رفتار مناسب دیگران	احتمال ایجاد خشم و روابط خصمانه در اعضا واجد شرایط نبودن تمام افراد گروه برای برنامه

در انتخاب پرتوکل فردی یا گروهی، باید به معایب و هزینه ها و نیز رفتار هدف توجه داشته باشید. رفتارهایی مثل پرهیز از مصرف مواد و یا تبعیت دارویی که ماهیت شخصی داشته و یا اختصاص به افراد خاصی دارد و یا فقط برای عده کمی

مشکل محسوب می شود برای اجرای فردی مناسب تر است ولی مواردی مانند شرکت در گروه و یا انجام تکالیف خانه، که در مورد اکثر افراد گروه صدق می کند ، برای روش گروهی مناسب تر است.

گام هفتم - تعیین مدت زمان اجرای برنامه

آخرین موضوعی که باید به آن توجه شود، مدت زمان مداخله موثر است که عوامل مختلفی مانند ملاحظات مربوط به بیمار ، درمانگر و مرکز درمانی در تعیین آن اثر می گذارد. اکثر پروتکل های مدیریت مشروط یک قاعده اساسی دارند : "برنامه مدیریت مشروط باید برای حداقل 8 هفته و حداکثر 24 هفته انجام شود". اگر مداخله کمتر از این مدت باشد، بعید است که تغییر رفتار زیادی اتفاق افتد، چون تغییر چیزی است که باید به طور مکرر رخ دهد. اگر بیمار به دفعات معدود برای تغییر رفتار، تقویت دریافت کند رفتار تثبیت نخواهد شد. از طرف دیگر مداخلاتی که بیش از 24 هفته طول می کشند، خیلی گران تمام می شوند، زیرا هرچه تقویت مشروط طولانی تر باشد، هزینه ها نیز افزایش پیدا خواهد کرد. علاوه براین، وقتی رفتار تغییر می کند، دیگر نیازی به فراهم کردن تقویت کننده های بیرونی مداوم وجود ندارد.

برنامه باید برای یک مدت زمان کافی اجرا شود تا تغییرات رفتاری اتفاق بیفتد. برای تغییر هر رفتاری، زمان خاصی لازم است. اما باید توجه داشته باشید که شما نمی توانید یک برنامه مدیریت مشروط را به مدت طولانی اجرا کنید

اکثر برنامه های مدیریت مشروط از مداخلات 12 هفته ای استفاده می کنند که معمولاً مدت زمان خوبی است. برای اینکه هر بیمار، مدیریت مشروط را برای 12 هفته دریافت کند، پروتکل مدیریت مشروط باید برای 12 هفته یا بیشتر برنامه ریزی شود، زیرا همه بیماران در یک زمان برنامه را شروع نمی کنند. پس بهترین کار این است که کار را با چند بیمار شروع کنید و سپس مداخله را ارائه دهید تا تعداد مورد نظر بیماران کامل شوند. بنابراین، تصمیم گیری در مورد مدت زمان مداخله بستگی به این دارد که این برنامه قرار است برای چند بیمار اجرا شود.

مدت زمان 8-24 هفته ایده آل است. این مدت زمان به شما فرصت کافی می دهد تا برنامه را اجرا کنید و ببینید که در عمل چقدر موثر است. درعین حال، خیلی طولانی نیست و شما می توانید بدون اینکه مجبور به اجرای طولانی مدت آن باشید اصلاحات لازم را برای بهبود برنامه انجام دهید.

فصل پنجم

تجهیز منابع مالی در برنامه های مدیریت مشروط

نویسنده: دکتر ابوالفضل وطن پرست

مقدمه

ساختار کلی برنامه های درمانی مدیریت مشروط بر یک چالش همیشگی بنا شده است، تامین منابع مالی. به طور کلی، یافتن پول یک دغدغه برای هر موسسه خصوصی^۱ و سازمان غیر دولتی^۲ است (سهل است که این چالشی اساسی برای همه ابناء بشر است!). هر سازمانی که پا به عرصه فعالیت اجتماعی می گذارد و قصد انجام کاری را دارد از همان گام نخست با مسئله پول و منابع تامین آن روبروست. چند نوجوان که می خواهند یک تیم فوتبال محله ای راه بیندازند در همان گام نخست با چالش یافتن پولی برای خریدن وسایل اولیه مورد نیازشان روبرو می شوند. در فرایند مدیریت مشروط این دغدغه شکلی مضاعف پیدا می کند زیرا اساس این فرایند بر پرداخت پاداش هایی بنا شده است که نیاز به پول دارد. به همین دلیل ورود به این فرایند مستلزم برنامه ای از پیش اندیشیده شده برای تامین منابع مالی است. نخستین پرسش هایی که افراد در مواجهه با این برنامه مطرح می کنند پرسش هایی از همین جنس است: این همه پول را از کجا بیاوریم؟ چه کسی حاضر است برای درمان معتادان پولی به ما پرداخت کند؟ در شرایطی که درمان اعتیاد خود فرایندی است برای تولید پول^۳، چطور باید انتظار داشته باشیم که برای این فرایند پول هم هزینه کنیم؟ این کاری غیر ممکن است و... صدها پرسش از این دست.

در این فصل قصد داریم به این موضوع بپردازیم که فعال یک برنامه درمانی با استفاده از فرایند مدیریت مشروط، وارد فضای کاری اجتماعی می شود که هدفش یاری رساندن به گروهی آسیب دیده است. در این مسیر او همچون هر فعال اجتماعی^۴ دیگر می باید برای تامین منابع مالی فعالیت هایش، اقدام هایی از پیش طراحی شده انجام دهد که منجر به

^۱ - private institute

^۲ - non governmental organization

^۳ - موضوع تاسف بار در باره بیماری اعتیاد همین داستان است. فرایند بیماری زایی اجتماعی و فردی این بیماری بیشتر دستاویزی برای اهداف مادی گروه های مختلف می شود. درمان اعتیاد همچون سایر بخش های تولید و تجارت مواد، خود به بخشی درآمد زا بدل می شود. در این بین اگر از روشی گفت و گو شود که اساس آن پرداخت پاداش های مادی به فرد بیمار است با مقاومتی ذهنی روبرو خواهد شد. نکته ما عدم تخصیص منابع مالی لازم برای مدیریت این بیماری، همچون سایر بیماری ها نیست، بلکه این رویکرد غالب را به چالش می کشیم که فرد معتاد می تواند دریافت کننده پاداش های مادی هم باشد نه الزاماً پرداخت کننده پول. اینکه چه کسانی باید منابع مالی این فرایند هزینه بر را تامین کنند موضوع پر چالشی است که در رویکرد مدیریت مشروط بر چالش های آن افزوده می شود.

^۴ - social activist

تولید پول یا امکان هایی شود که برنامه را قابل اجرا کند. در این فصل به این پرسش ها پاسخ می دهیم که یک سازمان خصوصی یا یک موسسه غیر انتفاعی به طور کلی چه راه هایی برای تامین منابع مالی برای فعالیت های خود دارد؟ یک موسسه خصوصی در راه تامین این منابع مالی باید به چه نکات ویژه ای توجه کند؟ و یک سازمان خصوصی چگونه می تواند با پایدار کردن منابع مالی خود، پایداری برنامه هایش را تضمین کند؟ تعاریف و مدل های مرسوم در تمام موسسه های و سازمان های بخش خصوصی و سازمانهای عام المنفعه مورد بحث قرار خواهد گرفت و به موارد خاص در برنامه های مدیریت مشروط اشاره خواهد شد

تعاریف و مفاهیم پایه در تجهیز منابع مالی^۱

تجهیز منابع مالی^۲

موضوع تأمین منابع مالی، دغدغه ای دائمی برای مدیران یک سازمان غیردولتی، نهادجامعه مدنی و به طور کلی موسسه هایی است که به امور اجتماعی از جمله اعتیاد می پردازند. دغدغه ای که هیچگاه پایان نمی پذیرد، هم به دلیل محدودیت های همیشگی در منابع و هم به دلیل محدودیت هایی که این سازمان ها برای دسترسی به آنها دارند. اصلی ترین پرسش هایی که همواره در ذهن مدیران این موسسه ها و کارکنانش وجود دارد از این قرار است:

- ✓ چگونه می توان منابعی پایدار برای فعالیت های سازمان تعریف کرد؟
- ✓ چگونه می توان فعالیت هایی انجام داد که درعین تولید پول، به اهداف سازمان لطمه ای نرزد؟
- ✓ با دولت و سازمان های بین المللی چگونه می توان ارتباط داشت؟

نکته و پرسش: هدف اصلی یک مرکز درمانی، کمک به فرد بیمار برای ورود به درمان و تداوم یک برنامه درمانی است. بنابر این جستجو برای تامین منابع مالی هدف اصلی یک مرکز درمانی نیست. چگونه یک وسیله تبدیل به هدف می شود؟

^۱ - این بخش با اندکی تغییر و مناسب سازی با توجه به موضوع اصلی، از کتاب مدیریت سازمان های اجتماع محور نوشته دکتر ابوالفضل وطن پرست و دکتر پدرام موسوی وام گرفته شده است.

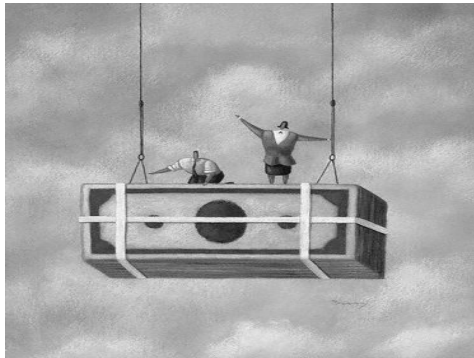
^۲ Financial resource mobilization or fund raising

بلوغ و شکوفایی و یا — مرگ می‌رسد، انرژی و توان فراوانی را از مدیران و اعضای آن می‌گیرد. در باره مدیریت مشروط حتی پیش از شکل‌گیری موسسه یا فعالیت‌های مرتبط، این پرسش‌ها آغاز شده‌اند.

طراحی یک سیستم منظم برای تأمین منابع مالی از ضروریات یک برنامه مدیریت مشروط است. هرچند پایداری و حیات یک موسسه فعال در زمینه درمان اعتیاد به داشتن یک برنامه منظم برای تأمین منابع مالی بسیار مرتبط است اما ذکر این نکته بسیار مهم در همین ابتدا ضروری است که حیات پایدار یک موسسه تنها به این موضوع وابسته نیست. " پایداری سازمانی "۱ موضوعی است [که تنها به نحوه تأمین پول مربوط نمی‌شود و] بسیار فراتر از پرسش درباره منابع مالی است. پایداری [سازمانی] برحول محور تعامل [مستمر] بین تأمین منابع [شامل منبع مالی و انسانی]، نیازها، [اهداف] سازمان و نیز بازسازی [منظم] — سازمانی^۲، می‌گردد. موضوع مورد اشاره اهمیتی اساسی در حیات این موسسه‌ها دارد، زیرا اکثر این نهادها چنان به موضوع تأمین منابع مالی اهمیت می‌دهند که اساس پایداری سازمان خود را بر محور پول بنا می‌کنند و از مسایل مهمی از قبیل برنامه ریزی مناسب، بازنگری و اصلاح برنامه‌ها، اصلاح ساختارها متناسب با شرایط درونی و بیرونی سازمان و نیز مدیریت منابع انسانی به ویژه منابع انسانی داوطلب غافل می‌شوند. درحالی‌که اکثر موارد فروپاشی یا نزول عملکرد این موسسه‌ها به این موارد مربوط می‌شود و موضوع تأمین منابع مالی عموماً دستاویزی برای سرپوش نهادن بر ضعف‌های عمده است که درباره موارد فوق‌الذکر وجود دارد.

هر چند رویکرد مدیریت مشروط به شدت متکی به منابع مالی است، اما واقعیت این است که در پایداری این برنامه‌ها تنها گفت و گو در باره پول، شرط کافی نیست و در بیشتر مواقع اشاره به محدودیت‌های مالی نوعی فرار از بیان یا مواجهه با سایر محدودیت‌ها و مشکلاتی است که سازمان‌ها و موسسات با آن‌ها روبرویند. تاکید بر این مورد از دو منظر قابل توجه است:

- رویکرد مدیریت مشروط همانند سایر رویکردهای درمانی مبتنی بر شواهد، نیازمند برنامه ریزی و اجرای درست توسط نیروهای آموزش دیده و متعهد است و موسسات متولی این برنامه‌ها همانند هر موسسه دیگری نیازمند برخورداری از سایر توانمندی‌های سازمانی از قبیل مدیریت منابع انسانی و برنامه ریزی سازمانی هستند.
- نکته حایز اهمیت دوم این است که تلاش برای تأمین منابع مالی، تلاشی برای اجرای برنامه‌های هدف در رویکرد مدیریت مشروط است و تلاشی برای تأمین منابع مالی بیشتر برای مجریان این برنامه‌ها نیست - بدیهی است بخشی از هزینه‌های سازمان‌های متولی تأمین هزینه نیروی متخصص خود می‌باشد.



Fund Raising به معنی تأمین منابع مالی برای یک فعالیت،

پروژه یا برنامه است. این مفهوم شامل 3 جزء مرتبط با یکدیگر است:

- جذب منابع مالی: به معنی موفقیت یک سازمان در یافتن، برقراری ارتباط، جلب نظر و نهایتاً قانع سازی یک فرد یا سازمان برای اهدا کمک مالی است. جذب منابع مالی در ابتدای شکل گیری یک موسسه خیریه یا مرکز درمان غیر دولتی،

اهمیت بسیار زیادی دارد

- افزایش منابع مالی: به معنی افزودن تعداد افراد و سازمان ها و انواع منابعی است که موسسه می تواند از آنها بهره مند شود. در حقیقت با رشد یک سازمان، باید تدابیری اندیشید که اهداکننده های جدیدی به اهداکننده های قدیم اضافه شوند و قبلی ها هم تمایل به افزایش کمک داشته باشند. به علاوه سازمان ممکن است به روش های دیگری برای تأمین منابع روی آورد که قبلاً به آنها نیندیشده است.
- تداوم منابع مالی: به معنی حفظ تمایل اهدا کنندگان برای کمک به سازمان و همچنین استفاده از روش هایی است که منابع مالی را برای سازمان بازتولید می کنند.

اصول پایه تجهیز منابع مالی

شش اصل کلیدی در تأمین منابع مالی در مدیریت مشروط

تأمین پول نیاز به مهارت هایی دارد که در طول زمان و با تمرین بیشتر حاصل خواهد شد. در این راه به این نکات کلیدی توجه کنید. اما پیش از ورود به مبحث اصلی، تأکید بر شش اصل اساسی در تأمین منابع مالی در سازمان های غیردولتی حائز اهمیت است:

اول: تلاش در ایجاد تنوع منابع مالی

در بیشتر موارد برنامه ریزان مدیریت مشروط به یک منبع واحد - مثلاً اعتبارات دانشگاه یا یک سازمان خاص - اتکا می کنند. "وابستگی تنها به یک منبع مالی نه عملی است و نه پسندیده. این شیوه کار نه تنها سازمان را به یک منبع مالی وابسته می کند. بلکه اغلب سبب دخالت های بی جا از جانب دستگاه کمک دهنده می شود. برای پرهیز از این معضل سازمان باید برای گرفتن کمک های مالی به منابع گوناگون روی آورد و از وسایل مختلف برای این منظور استفاده کند."

دوم: برنامه ریزی و حرکت به سمت اتکای هرچه بیشتر به منابع داخلی

سازمان ها باید حداکثر تلاش خود را به خرج دهند تا حد ممکن از منابع داخلی تر همچون اعضا و حامیان موسسه خود و سازمان های همکار، پول مورد نیاز خود را تامین کنند. زیرا اتکا به منابع درونی تر پایداری و استحکام سازمان را بیشتر خواهد کرد. . اتکا به منابع محلی نیز افزایش حس مالکیت اجتماع محلی به خروجی های برنامه ها را به همراه خواهد داشت که طبعاً با مسولیت پذیری بیشتر در حفظ و نگهداری خروجی ها همراه خواهد بود. در مراحل بعدی، منابع خارجی تر همچون سایر سازمان ها و سازمان های دولتی و بین المللی مد نظر قرار می گیرند.

سوم: طراحی برنامه متنوع برای درآمدزایی

سازمان ها علاوه بر تنوع گروه ها و افرادی که برای تامین منابع به سراغشان می روند، باید از روش های متنوعی برای ارتباط و تاثیر گذاری استفاده کنند. موسسه درمان اعتیاد باید سعی کند برنامه های متنوعی برای تامین منابع مالی داشته باشد. استفاده از یک روش مثلاً برگزاری نمایشگاه یا برگزاری دوره های آموزشی درآمدزا به تدریج درآمدهای موسسه را دچار افت می کند. این موضوع نیاز به خلاقیت و ابداع روش های تازه دارد.

چهارم: افزایش تعداد منابع قابل استفاده و در دسترس

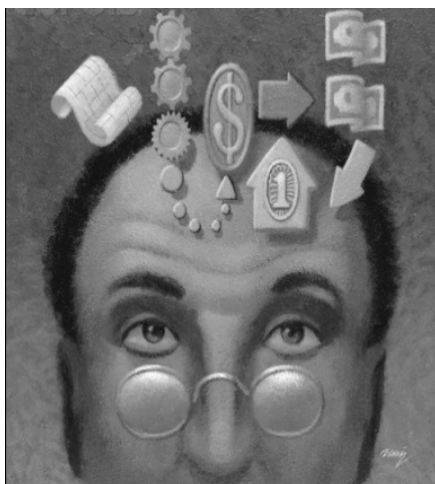
موسسات درگیر رویکرد های مدیریت مشروط بهتر است همواره به افزایش سازمان ها و افرادی که می توانند به آن ها مراجعه و از آن ها کمک دریافت کنند بپاایندیشند و به سازمان های ثابت و همیشگی اکتفا نکنند. ممکن است شما به یک سازمان - مثلاً سازمان بهزیستی - برای دریافت بخشی از منابع خود دسترسی داشته باشید. چرا به سازمان های دیگر از جمله دانشگاه ها، موسسه های خیریه دیگر، نهادهای بین المللی، شهرداری ها و غیره... فکر نمی کنید؟

پنجم: دید موسع به منابع

گاهی جذب منابع انسانی یا اطلاعات مهم تر است. جمله مشهور تجهیز منابع این است: اگر پول می خواهید، به اهداکننده بگویید ما را نصیحت کنید! اگر نصیحت می خواهید، به اهداکننده بگویید به ما کمک مالی کنید!

ششم: افزایش عمق: اهداکنندگان قبلی بهترین اهداکنندگان بعدی هستند

سازمان های خیریه همواره باید در پی حفظ اهداکنندگان قبلی کمک های مالی باشد این کار نه تنها کاری است که انرژی کمتری را می طلبد بلکه اعتماد بیشتری را در بین سایر اهداکنندگان نسبت به سازمان شما ایجاد خواهد کرد.



انواع کمک های مالی

کمک های مالی را در یک تقسیم بندی کلی می توان به 2 دسته تقسیم کرد:

الف) کمک های مالی غیر محدود کننده

ب) کمک های مالی محدود کننده

الف) کمک های مالی غیر محدود کننده¹: در این نوع کمک، اهداکننده کمک به موسسه خیریه این اختیار را می دهد که کمک

مالی را برای هر هدفی که خود صلاح می داند صرف کند. به عبارت دیگر در چگونگی مصرف این نوع از کمک مالی انعطاف پذیری وجود دارد و تصمیم گیری در مورد نحوه استفاده از کمک مالی بر عهده موسسه گذاشته می شود. معمولاً موسسات حمایتی برخورداری از این نوع کمک را ترجیح می دهند اما دریافت این نوع کمک مالی معمولاً دشوار است و لازمه آن جلب اعتماد، اعتبار و خوشنامی برای سازمان است.

¹Unrestricted grants

ب) کمک های مالی محدود کننده¹: این نوع کمک ها باید تنها صرف آن چیزهایی شوند که در یک پروژه یا برنامه آمده است. این پروژه را ممکن است فرد یا سازمان اهدا کننده طراحی کرده باشد و یا این که توسط موسسه خیریه شما تدوین شده باشد. پس در حقیقت اهداکننده کمک، برای یک منظور و فعالیت روشن و از قبل طراحی شده کمک مالی خود را اهدا می کند و انتظار دارد که کمک اهدا شده صرف همان فعالیت یا پروژه شود. اهدا این نوع کمک رایج تر از نوع قبلی است.

بدیهی است که گاهی ترکیب دو نوع کمک مذکور هم محتمل است. یعنی بخشی از کمک محدود کننده و بخشی غیر محدود کننده باشد. مثلاً یکی از افراد خیر در یک محله ممکن است 10 میلیون تومان به فعالیت های برنامه مدیریت مشروط موسسه شما کمک کند و بخواهد که 8 میلیون از آن صرف بهبود وضعیت فیزیکی موسسه شما و نحوه ورود و خروج بیماران شود (کمک مالی محدود کننده) و 2 میلیون باقیمانده هم به صلاحدید موسسه شما صرف اهداف برنامه (از جمله پرداخت پاداش ها در جریان برنامه گردد) (کمک مالی غیر محدود کننده).

فکر کنید:

محاسن و معایب هر یک از دو نوع کمک محدود کننده و غیر محدود کننده چیست؟ برای یک برنامه مدیریت مشروط کدام مورد مناسب تر است؟ موسسه شما ترجیح می دهد دریافت کننده کدام کمک باشد؟

منابع مالی عمده یک برنامه مدیریت مشروط

توجه داشته باشید چهار منبع عمده ای که در زیر اشاره می شوند منابع قابل تصور هستند. به این معنا که هر موسسه و سازمانی از شرایط ویژه خود برخوردار است بنابر این در استفاده از این منابع، باید به آنچه موقعیت خاص یک سازمان نامیده می شود توجه کنید. ضمناً همواره به شش اصل کلیدی در روبرو شدن با منابع مختلف توجه داشته باشید.

یک برنامه ریز مدیریت مشروط به طور عمده به این منابع دسترسی خواهد داشت:

الف / جمع آوری کمک از مردم

¹Restricted grants

ب/ دریافت کمک های مالی از سازمان های داخلی وخارجی

ج / فروش خدمات و محصولات

د / مشارکت وسرمایه گذاری در طرح ها محلی و ملی

جمع آوری کمک از مردم

مهم ترین وپایدارترین راه برای تامین منابع مالی برای همه سازمان های غیردولتی و موسسه خصوصی یا خیریه که فعالیت های داوطلبانه دارند، اتکا به منابعی است که از طریق هواداران آن ها، دوستدارانشان ویا عموم مردم تامین میشود. هرچند به دلایل قابل تصویری "کمک های فردی" به سازمان های جامعه مدنی روی هم رفته زیاد نیست. آمارهای موجود نشان می دهد که تنها ده درصد از درآمد سازمان های خیریه از منابع غیردولتی،شامل بنیادها وشرکت ها و افراد حاصل می شود. ازاین مقدار، شصت درصد درآمد ها از محل کمک های افراد است که البته هنوز بالنسبه رقم مهمی است. راه های عمده جذب کمک های مردم را این گونه می توان برشمرد.

1. برگزاری برنامه های گردهمایی، مجالس ویژه، حراج و ...

اجرای این گونه برنامه ها یکی از روش های معمول گردآوری کمک مالی است. این برنامه ها عبارتند از برگزاری میهمانی ها، تأثر، کنسرت های هنری و... که برای شرکت درآنها بلیط فروشی به نفع موسسه و فعالیت های آن انجام می شود. انتخاب سازمان های همکار و نحوه مشارکت آنها دراین برنامه ها باید به دقت انجام شود، زیرا ممکن است سوء استفاده از اعتبار یک سازمان داوطلبانه درجهت منافع فرد یا گروه همکار، مدنظر آن ها باشد و زیان اجتماعی این برنامه ها از منافع مالی آن افزون تر باشد. روش دیگر به حراج گذاشتن و فروش همت عالی کالاهایی است که اعضای سازمان یا سایر مردم در آن مشارکت می کنند.

در اجرای این برنامه ها ممکن است از همیاری خود مراجعین نیز استفاده کنید. تلفیق برنامه مدیریت مشروط با سایر فعالیت های موسسه شما به اثر بخشی این فعالیتها کمک خواهد کرد.

2. استفاده از رسانه ها

رسانه ها وسیله بسیار مناسبی برای آگاه ساختن مردم از وجود سازمان و فعالیت هایش و گردآوری کمک مالی به شمار می آیند. روزنامه ها، نشریات نوشتاری و اینترنتی و رادیو و تلویزیون برای این منظور ابزارهای کارآمدی می باشند. یکی از بهترین روش ها، ارسال نامه هایی از طریق پست عادی یا پست الکترونیک برای افراد انتخاب شده و معرفی سازمان جهت دریافت کمک مالی می باشد.

3. ارتباط های چهره به چهره، روابط دوستانه و فامیلی

روی آوردن به تک تک مردم یکی از موفق ترین راه های گردآوری کمک مالی است که البته باید با رعایت کلیه اصول حرفه ای و شرایط استاندارد صورت پذیرد تا از اشکال ناخوشایند اجتماعی و مشابهت با برخی از رفتارهای زننده اجتماعی جلوگیری شود.

ازسوی دیگر از فضاهای خانوادگی و دوستانه به شکل موثری برای این منظور می توان استفاده کرد. ایجاد ارتباط های شخص به شخص با سایر افراد در محیط های کار، محله و اعضای سازمان ها و یا به طور ویژه اعضای هیأت مدیره و یا گروه تأمین کننده منابع مالی یکی از بهترین شیوه های تأمین مالی است.¹

4. حق عضویت

اگر موسسه شما سازمانی است که می تواند اعضایی داشته باشد حق عضویت سالانه، یک منبع کمک دائمی به سازمان شماست که درضمن آن اعضا می توانند با دادن کمک های مالی اضافی، منبع سرشاری برای سازمان باشند. این شرایط تنها برای سازمان هایی مصداق دارد که به شکلی واقعی و برنامه ریزی شده عضو پذیر باشند و بتوانند سامانه ای منظم و حساب شده برای دریافت حق عضویت اعضای خود تعریف کنند.

اتکای سازمان ها و موسسه ها به حق عضویت اعضای خود، کم خطرترین و پایدارترین راه تأمین مالی است، اما مشکل مهم آن این است که تعداد اعضای دائم و فعال سازمان ها نسبت به اعضای موقت و غیرفعال بسیار اندک است و به همین دلیل شرایط انگیزشی مناسبی دربین اکثریت اعضا برای پرداخت به موقع و منظم این منابع وجود ندارد. ازسوی دیگر ناتوانی مدیران سازمان ها در ایجاد سازکاری مناسب مزید بر علت می شود. برگزاری منظم نشست های سالانه و ارتباط

¹ مدل دیگری نیز بویژه در محله ها قابل اجراست که از طریق اعتبارات خرد و برنامه ریزی مشارکتی محلی و تسهیل توانمند سازی، تقویت برنامه های مشارکتی، همبستگی محلی و ... صورت می گیرد

رسانه‌ای منظم با اعضا از مهم‌ترین اقدام‌هایی است که یک موسسه می‌تواند انجام دهد تا جذب حق عضویت اعضا را سازمان‌دهی نماید.

5. دریافت کمک‌های عمده از افراد ثروتمند

رایزنی و جلب حمایت برخی از افراد متمول که دارای دیدگاه‌های مشترک با فعالیت‌های موسسه شما می‌باشند می‌تواند راه خوبی برای تأمین پول باشد. هرچند آرزوی هرسازمانی این است که از کمک‌های کلان چند فرد ثروتمند بزرگ برخوردار باشد، اما این موهبت نه همیشه امکان‌پذیر است و نه در واقع شایسته. اغلب افراد که مبالغ زیادی به سازمان‌ها کمک می‌کنند انتظار دارند که در مدیریت سازمان و هزینه‌های آن دخالت و اعمال نظارت داشته باشند. در برنامه‌های مدیریت مشروط، افراد متمولی را می‌توان یافت که با مشکل اعتیاد در اطراف خود درگیر بوده‌اند و اغلب برای کمک در این زمینه تمایل دارند. **برخی از این افراد ممکن است خانواده برخی از مراجعین شما باشند. این افراد نه تنها به افراد خانواده خود کمک می‌کنند، بلکه می‌توانند حامیان موسسه شما در تأمین منابع مالی برای سایر مددجویان نیز باشند.**

دریافت کمک‌های مالی داخلی و خارجی

تأمین منابع مالی از این طریق بسیار خطرناک و نیازمند دقت فراوانی در برنامه‌ریزی و اجراست. در تمام کشورهای جهان اتکا به کمک‌های نهادهای بین‌المللی مرتبط با برنامه‌های حمایتی و درمانی و نیز کمک‌های دولتی به صورت مستقیم و غیرمستقیم صورت می‌پذیرد و به عنوان یکی از مهم‌ترین منابع مالی این موسسات درگیر در فرایند‌های درمانی تلقی می‌گردد. اما به دلایل عدیده‌ای اتکا به این کمک‌ها می‌تواند سازمان را از هویت خود تهی کرده و به ابزاری دردست کمک‌دهندگان بدل سازد.

1- دریافت کمک از بخش‌های غیردولتی

حمایت از گسترش فعالیت‌ها و پویایی موسسات حمایتی که رویکرد توانمندسازی دارند از مهم‌ترین برنامه‌های دولت‌های رفاه است. در جوامع در حال توسعه نیز دولت‌ها به تدریج به اهمیت حضور این سازمان‌ها در تقویت برنامه‌های حمایتی و توانمندسازی و کاهش مسوولیت‌های بی‌مورد دولت پی می‌برند و به انجای گوناگون در پی تقویت این نهادها برمی‌آیند. تخصیص منابع مالی مستقیم یا کمک‌های غیرمستقیم دولتی از مهم‌ترین حمایت‌هایی است که بخش‌های

دولتی در بسیاری از جوامع موظف به ارایه آن هستند. در حال حاضر همکاری و تعاملات مالی بین بخش های دولتی، بخش های بازرگانی و سازمان های حمایتی، درمانی از مهم ترین و رایج ترین بخش های فعالیت بنگاه های اقتصادی است. چندی چون این تعاملات به بحث های مفصل تری نیاز دارد اما آن چه در این جا برای تأکید دارای اهمیت ویژه است دقت سازمان های غیردولتی در دریافت کمک های مستقیم از دولت ها است که بنا به دلایل متعدد پیش گفته، بهتر است این سازمان ها در برخورد با آن در کمال احتیاط عمل کنند، بویژه در کشور های در حال توسعه، دولت ها با وابسته کردن این سازمان ها به خود، قدرت انتقاد و استقلال عمل این سازمان ها را از آنها سلب می کنند.

2- دریافت کمک از بخش خصوصی

از مهم ترین اقداماتی که دولت ها در حمایت از سازمان های غیردولتی انجام می دهند ایجاد سازوکاری حمایتی است که براساس آن نهادهای بخش خصوصی شامل شرکت های تجاری و بخش های صنعتی به تأمین نیازهای مالی سازمان های خیریه و سازمانهای جامعه مدنی تمایل داشته باشند. دولت های حامی نهادهای مدنی با وضع قوانین مالیاتی و تشویقی، بسیاری از شرکت های خصوصی بزرگ را به تعریف راهبردهایی در جهت کمک به نهادهای اجتماعی تشویق کرده اند. حمایت بخش بازرگانی در ایجاد سرمایه اجتماعی بسیار پر ارزش است. در کشورهای صنعتی کمک کشورها و سازمان های بازرگانی به سازمان های غیرانتفاعی، تاریخی بس دراز دارد. معافیت مالیاتی که به شرکت ها در صورت کمک به سازمان های غیرانتفاعی تعلق می گیرد، انگیزه مهمی است که بخش خصوصی را وادار می دارد تا در راه تقبل مسوولیت های مالی و اجتماعی گام بردارند کمک های مالی بالفعلی که شرکت ها به سازمان های غیرانتفاعی میکنند، در ایالات متحده آمریکا سالانه به هشت میلیارد، در اروپا به دومیلیارد و در ژاپن به یک و نیم میلیارد دلار می رسد. این همکاری ها منافع چند جانبه ای هم برای سازمان های غیردولتی و هم برای شرکت های بخش خصوصی دارد. از آن جا که گسترش این سازمان ها و موسسه های حمایتی، درمانی، ثبات سیاسی و اجتماعی را در کشور ها بالا می برد و در نتیجه فعالیت اقتصادی این شرکت ها نیز در فضایی مساعد تر به انجام می رسد دولت ها می توانند از راه های گوناگون به شرکت هایی که به خدمات اجتماعی و امور خیریه می پردازند کمک های فراوانی برسانند. معافیت های مالیاتی و تسهیلات اداری برای این گونه شرکت ها نمونه های بارزی در این زمینه ها هستند."

3 - دریافت کمک های خارجی

بسیاری از نهادهای بین المللی و نهاد های جهانی با هدف گسترش سلامت عمومی در مقیاسی منطقه ای و جهانی و بعضا با اهداف ویژه ای از قبیل حمایت از حقوق بشر، کمک به گروه های آسیب پذیر و حمایت از محیط زیست، در حال فعالیتند. این نهادهای بین المللی می توانند ارائه دهنده کمک های فراوانی به موسسات خصوصی از قبیل موسسات درمان اعتیاد باشند. دریافت این گونه کمک ها مستلزم رعایت شرایط ویژه ای است:

نخست: آشنایی با شرایط عمومی سرزمینی است که هر سازمان ملی یا محلی، بنا بر ضروریات امنیت ملی باید با آشنایی کامل به قوانین و مقررات مربوط نسبت به دریافت کمک از آژانس های بین المللی و با حفظ شاخص های سرزمینی و با اطلاع رسانی شفاف و هماهنگی های لازم اقدام کند.

دوم: رعایت محدودیت هایی است که هر سازمانی بنا بر اهداف و اصول خود برای خودش تعریف می کند. سوم: آشنایی با مقررات و استانداردهای سازمان های اهدا کننده کمک¹ است. بدیهی ترین اصل در این خصوص توانایی های حرفه ای در یک موسسه خصوصی و سازمان خیریه، برای تهیه درخواست ها و پیشنهاد های متناسب با **دستورالعمل ها و راهنماهای نهاد کمک کننده و نیز** روش های خاص ایجاد ارتباط و تعامل با این سازمان هاست که خود از ضروریات برنامه های توانمند سازی در درون یک سازمان غیردولتی است.

4- دریافت وام

استفاده از تسهیلات مناسب بانکی یکی از راه هایی است که مراکز درمان و موسسه های حمایتی می توانند برای اجرای برنامه های خود از آن استفاده کنند. این وام ها معمولاً با شرایط و تسهیلات ویژه ای برای این سازمان ها در نظر گرفته می شود و به عنوان بخشی از کمک های نظام بانکی، چه خصوصی و چه دولتی به نهادهای جامعه مدنی تلقی می شود.

فروش محصولات و خدمات

یکی از روش‌های تأمین مالی برای موسسات خیریه و نهاد های حمایتی درسراسردنیا، فروش محصولات، خدمات و مشاوره های تخصصی است. سازمان های غیردولتی ازطریق کسب منفعت مالی برای پیشبرد حمایت های غیرانتفاعی خود برنامه‌ریزی می کنند. منظوراز کسب درآمد از راه فروش محصولات ،بستن قرارداد با یک مجموعه تولیدی ویا استفاده ازمنابع درون سازمانی است که درنتیجه آن محصولات متناسب با فعالیت های آن نهاد اجتماعی تولید می‌شود که فروش آن درآمد زا وسود آورخواهد بود. این قبیل محصولات که امروزه درسراسردنیا به فروش می‌رسد،یکی از راه های جمع آوری کمک های مردمی برای نهادهای اجتماعی مذکور و بین المللی و ملی محسوب می‌شوند. درست است که انگیزه ها و هدف های اجتماعی بازرگانان وسازمان های جامعه مدنی یکی نیست اما ابزار تولید وسود آنها یکی است. برای این که سازمان بتواند بیشترین سود را بدست بیاورد باید مانند هرموسسه بازرگانی ازبالاترین درجه کارایی اقتصادی و قدرت رقابت دربازار برخوردار باشد.

مهم ترین خدماتی که یک موسسه فعال در برنامه های مدیریت مشروط می تواند با ارایه و فروش آنها برای خود کسب درآمد کند از این قرارند:

- ارایه برنامه های آموزشی، کمک های فنی، جمع آوری وتولید اطلاعات، کـــارآموزی این موسسه های با توجه به توان تخصصی خود می توانند دوره های آموزشی تعریف شده ای برای سایر سازمان ها برگزار کنند و همچنین با ارایه برخی خدمات مشاوره به سازمان هایی که در زمینه درمان و بازتوانی معتادان فعالیت می کنند بخشی از منابع مالی خود را تامین کنند همچنین این موسسه ها می توانند با مراکز آموزش عالی خصوصی و دولتی برای پوشش دادن به فعالیت های کارورزی دانشجویانشان طرف قرارداد باشند.
- برخی دیگر از موسسه ها از راه فعالیت بازرگانی وابسته به وظایف خود در آمد بدست می‌آورند وبرخی دیگرمی‌توانند برای کسب درآمدبه فعالیت های بازرگانی دست بزنند که وابسته به هدف و وظایف آن ها میباشد. یک سازمان غیرانتفاعی ممکن است مراکزی برای فروش کالایا انجام دادن خدماتی تاسیس کند که وابسته به حوزه فعالیت آن است. فروش محصولات که مددجویان تولید می کنند علاوه بر ایجاد فضایی برای اشتغال ان ها، یک منبع درآمد برای سازمان محسوب می شود.

مشارکت و سرمایه‌گذاری در طرح های ملی و محلی

مراکز درمان اعتیاد معمولاً از ظرفیت های بالای نیروی انسانی و توان تخصصی بهره می برند. یکی از مسیرها برای کسب درآمد های منطقی و آبرومند برای این موسسه ها، مشارکت در طرح هایی است که دولت ها یا نهادهای بین المللی متولی آن هستند. در این مدل، این موسسات، درعین استفاده از تسهیلاتی که دولت ها و نهادهای بین المللی برای حمایت از سازمان های غیردولتی در نظر گرفته اند، با انجام کارهای مشخص استفاده از ظرفیت های منابع انسانی خود ضمن افزایش توانمندی های خود با کسب درآمدهای معقول در فرایند های توسعه ای و حمایتی حوزه فعالیتشان مشارکت می کنند. راه های مختلف این مشارکت ها در زیر آمده است:

1- مشارکت در طرح های ملی از طریق عقد قرار داد با بخش های دولتی

دولت ها به تدریج به این نتیجه می‌رسند که سازمان های غیردولتی و موسسه های عام المنفعه، مشارکت کنندگانی مطمئن و کارآمد هستند. به همین دلیل بخش های عمده‌ای از دولت در اجرای طرح های ملی و محلی خود این سازمان ها را به همکاری دعوت می‌کنند. موسسه ها و نهاد های درگیر فعالیت های درمانی و حمایتی، در صورتی که آمادگی مناسبی برای این همکاری ها داشته باشند می‌توانند بخش عمده‌ای از برنامه های سازمانی خود را متناسب با این طرح ها هماهنگ کرده و پیش ببرند چند نکته مهم در این تعامل قابل ذکر است:

✓ آشنایی با سازوکارهای همکاری با دولت از جمله نحوه گفتگو با طرف های دولتی، آشنایی با قوانین و دستور العمل ها و نیز محدودیت های اداری و مالی خاص سیستم های دولتی از جمله مواردی است که فعالان سازمان های حمایتی و خیریه، به آشنایی دقیق با آن نیازمندند زیرا بسیاری از موارد شکست در ایجاد این همکاری ها و ناتوانی در مشارکت در طرح های دولتی به دلیل این عدم آشنایی است.

✓ فعالان سازمان های غیردولتی باید به شدت مراقب دام های فساد در سیستم های دولتی باشند. چرخه‌های پیچیده و بعضاً بیمار در ساختار های دولتی از جمله انجام امور براساس روابط پشت پرده، رد و بدل شدن رشوه و... . از مواردی است که به اصل کار این سازمان ها یعنی گسترش سلامت عمومی و مشارکت واقعی مردم در برنامه های اجتماعی، خدشه وارد می کند. به همین دلایل در تعامل با بخش های دولتی با فشاری بر اصول اخلاقی سازمان های خیریه و حمایتی ضروری است.

✓ درهرتعاملی با دولت باید این حساسیت ویژه وجود داشته باشد که استقلال داخلی سازمان و نیز قدرت نقد آن درقبال سیستم های دولتی طرف قرارداد خدشه دارنشود. اتفاقی که درباره بسیاری از سازمان های غیردولتی همکار دولت رخ داده است.

2- همکاری در طرح های سلامت عمومی از طریق عقد قرارداد با سازمان های بین المللی

بسیاری از نهادهای بین المللی و آژانس های جهانی در راستای اهداف خود اعتباراتی برای اجرای طرح های مرتبط با موضوع فعالیتشان در تمام کشورهای جهان تخصیص می دهند. سازمان های غیر دولتی با رعایت اصول پیش گفته و از همه مهم تر رعایت مصالح ملی و امنیت داخلی می توانند به عنوان مشارکت کنندگان اصلی در اجرای این طرح ها وارد عمل شوند. همان گونه که پیشتر اشاره شد، داشتن توانایی برای تدوین پیشنهاد نامه ای مناسب و طرح های اجرایی استاندارد از مهم ترین توانمندی هایی است که اعضای یک سازمان غیردولتی و نهاد حمایتی باید با آن آشنا باشند. نحوه مشارکت در این طرح ها و روش های عقد قرارداد و مدل سرمایه گذاری سازمان های غیردولتی بحث ویژه ایست که در منابع اطلاع رسانی نهاد بین المللی امکان دسترسی به آن وجود دارد.

هر یک از چهار منبع عمده ذکر شده و زیر مجموعه های آن ها، می توانند از جمله منابع محدود کننده و یا غیر محدود کننده باشند. مثلاً کمک هایی که خیرین به موسسه شما می کنند می تواند محدود کننده باشد اما دریافت وام از یک سازمان دولتی غیر محدود کننده باشد. منابع داخلی مثل فروش خدمات و محصولات و کمک های مالی حامیان داخلی و اعضا معمولاً غیر محدود کننده هستند.

برخی اصطلاحات و کلیدواژه ها در تامین منابع

Donor: این واژه به معنی "اهداننده"^۱ به طور کلی است که در بحث تأمین منابع مالی به معنی فرد یا سازمان اهداننده کمک مالی است. توجه داشته باشید که کمک مالی الزاماً به معنی اهدا "پول نقد" نیست و چه بسا مواردی که اهدانندگان بجای پول، اجناسی را به یک موسسه درمان اعتیاد اهدا می کنند که در صورت مدیریت مناسب، به خوبی

^۱ مانند اهداننده خون، عضو بدن، کتاب و غیره

می توان از این اجناس در برنامه های مدیریت مشروط استفاده کرد. برخورداری از این اجناس در یک موسسه حمایتی که به کمک های مردمی محله خود تکیه دارد بسیار محتمل و رایج است. همچنین ممکن است که یک اهداکننده بجای پول، خدمتی را در اختیار یک سازمان قرار دهد؛ به عبارت دیگر کاری را برای آن سازمان انجام می دهد. توجه داشته باشید که اهداکننده ممکن است یک فرد (مانند یک فرد خیر در محله، مردم محله) و یا یک سازمان (مانند یک شرکت در محله و یا یک سازمان دولتی) باشد. این موضوع به نوبه خود به ما یادآور می شود که اهداکننده های کمک مالی را ممکن است در یک تقسیم بندی جغرافیایی در سطوح مختلفی مانند محله، روستا یا شهر، استان، کشور و حتی در سطح بین المللی در نظر گرفت.

Seed money میزان این نوع کمک مالی معمولاً کم است و از طرف اهداکننده برای پروژه هایی اهدا می شود که برای اولین بار در یک برنامه تجربه می شوند و در طراحی آنها خلاقیت بکار رفته است؛ پروژه ها یا برنامه هایی که در

یک نمونه یک چالش

یک موسسه خصوصی که در یکی از شهرهای کوچک شمال کشور در حال فعالیت است قصد دارد از رویکرد درمانی مدیریت مشروط برای بیماران مبتلا به مصرف شیشه استفاده کند. مکان فعالیت این موسسه اجاره ای است و در حال حاضر دو نفر پرسنل ثابت در آن کار می کنند و یک روانپزشک پاره وقت با این مرکز همکاری دارد

فکر کنید این موسسه برای تامین منابع مالی برنامه مدیریت مشروط خود از کدام منابع گفته شده می تواند بهره بگیرد؟

یک سازمان دولتی که دارای یک کلینیک درمان اعتیاد در یکی از مراکز خود می باشد قصد دارد رویکرد مدیریت مشروط را به برنامه های درمان خود اضافه کند. تعدادی نیروی ثابت سازمانی در اختیار دارد و می تواند از فضاهای موجود در کلینیک استفاده کند.

فکر کنید این سازمان برای تامین منابع مالی این برنامه از کدام منابع می تواند استفاده کند؟

چالش ها: کار کدام نهاد در ابتدا ساده تر خواهد بود؟

فعالیت های کدام نهاد از احتمال پایداری بیشتری برخوردار است؟

فعالیت در کدام نهاد برای کارکنان آنها جذاب تر است؟

امکان استفاده از منابع متنوع تر برای کدام سازمان بیشتر خواهد بود؟

آنها نوعی آغازگری و ریسک وجود دارد. در این نوع کمک مالی، با توجه به نتایج بدست آمده از کمک مالی اول، کمک مالی ممکن است تجدید و افزوده شود.

در این حالت در واقع اهدا کننده کمک در نظر دارد برای موسسه خیریه و نهاد حمایتی این فرصت را فراهم سازد تا "عرضه و توانایی" خود را نشان دهد! و بدین ترتیب چنانچه سازمان از این امتحان سربلند بیرون بیاید، در ادامه فعالیتش می تواند منابع بیشتری را از همان اهداکننده و یا از محل های متنوع تری جذب کند.



Capital grants این نوع کمک های مالی برای پروژه های ساختاری و بنیادی اختصاص می یابند تا انجام پروژه های بعدی امکان پذیر باشد. مانند کمک مالی برای خرید مکان، ساختن یا بازسازی یکی از تسهیلات فیزیکی، وسعت بخشی زمین و یا خرید تجهیزات اساسی. معمولاً این نوع کمک مالی در ابتدای فعالیت یک موسسه و یا در هنگام توسعه سازمانی اهمیت بیشتری پیدا می کنند.

Endowments اهداکننده تلاش می کند که با اهدا این نوع کمک، موسسه را در درآمدزایی یاری دهد. مثلاً پولی در اختیار سازمان خیریه قرار داده می شود تا بتواند با سرمایه گذاری مناسب، از محل سود آن پول، درآمد سالانه ای برای سازمان حاصل شود تا برای پرداخت هزینه های برنامه مدیریت مشروط استفاده کند. در حقیقت در این حالت، اصل پول متعلق به اهداکننده باقی می ماند. این نوع کمک، تا حدی می تواند امنیت مالی سازمان را تامین کند.

Challenge (matching) grants ممکن است هر یک از کمک های ذکر شده پیشین به صورتی مشروط و "تلاش برانگیز" در اختیار موسسه شما قرار گیرد. به این صورت که سازمان باید مبلغی معادل نصف کمک مالی درخواست شده (یا درصد معینی از آن) را از منابع دیگر تهیه کند. یعنی برخورداری از کمک مالی منوط به تأمین بخشی از منابع مالی از محل داشته های خود سازمان و یا منابع مالی دیگر است.

In-kind support پیش از این اشاره شد که کمک های مالی الزاماً نقدی نیستند. در این نوع کمک، پول نقد به سازمان داده نمی شود بلکه افراد یا سازمان ها "جنس" یا "خدمتی" را به سازمان شما اهدا می کنند. در دریافت این کمک سازمان باید اطمینان حاصل کند که جنس یا خدمت اهدایی را می خواهد و توان استفاده از آن را دارد. به طور مشخص

باید موسسه شما فکر کرده باشد که آیا از این کمک ها به عنوان پاداش در جریان برنامه مدیریت مشروط می تواند استفاده کند؟

قوانین تجهیز منابع مالی

قانون 1: اهداکنندگان برای کمک به موسسه و برنامه شما در صف نایستاده اند!

تجهیز منابع ترکیبی از علم و هنر است. این علم و هنر را باید به روش صحیحی بکار گرفت تا منجر به نتیجه شود. رخوت و بی انگیزگی در یک سازمان مانع از تلاش برای تحقیق، یافتن، پرورش دادن و درخواست کردن از اهداکنندگان احتمالی کمک مالی می شود. به بیان دیگر این قانون اشاره می کند که اهدا کنندگان برای کمک به سازمان ما معطل نمانده اند! افراد و سازمان های اهداکننده معمولاً وقت کمی دارند و بسیار پر مشغله اند. این مدیر یا کارشناس یک برنامه مدیریت مشروط است که با روش های مناسب باید در صدد جلب این افراد و سازمان ها باشد. به یاد داشته باشید که "مردم کمک می کنند؛ ولی وقتی دلیل آن را بیابند."

قانون 2: تجهیز منابع، نوعی "مذاکره" بین اهداکننده و سازمان شما است.

چنانکه می دانید "بازاریابی" در حقیقت مذاکره بین کسی است که چیزی را برای ارائه دارد و کسی که به آنچه ارائه شده است علاقه مند است. تجهیز منابع در یک سازمان خیریه نیز نوعی بازاریابی است که در آن "واژه" جای خود را به "عمل" می دهد. اهدا کننده کمک مالی در این مذاکره با ارائه سرمایه اقتصادی یا اجتماعی وارد می شود و سازمان خیریه و نهاد حمایتی در این مذاکره با ارائه عملی ارزشمند شرکت می کند. در این جا عمل سازمان شما خدمت به مردم و حل بخشی از مشکل مردم است. این سازمان شما است که باید بیندیشد که چگونه می تواند محصول و فعالیت خود را به بهترین شکل ارائه دهد تا اهدا کننده کمک را قانع کند که خوب است به این فعالیت کمک کند!

قانون 3: تجهیز منابع "اثر بخشی" نتیجه بیان داستان سازمان شماست!

در تجهیز منابع باید هدف سازمان و روش های فعالیت آن به خوبی برای اهداکننده روشن بوده و نتایج قابل اندازه گیری داشته باشد. اهداکنندگان مایلند که تصویر نهایی به وضوح برایشان ترسیم شود تا بتوانند نقش خود را در تحقق آن

تصویر حس کنند. باید از هر موقعیتی برای ارائه تصویر سازمان و فعالیت هایش استفاده کرد. نمونه‌هایی از مواردی که به ارائه تصویر درستی از فعالیت موسسه شما کمک می‌کنند عبارتند از:

- ارائه مقالات، دستاوردها و تلاش‌های سازمانی در مطبوعات
- تهیه گزارش جذاب سالانه از فعالیت‌های سازمان
- تهیه بروشور
- تهیه خبرنامه
- تهیه مطالب سمعی و بصری
- تماس تلفنی اعضای هیئت مدیره با افراد ذی نفوذ
- ملاقات با هنرمندان
- برگزاری تور از مؤسسه و فعالیت‌های آن

قانون 4: "مردم به مردم" کمک می‌کنند.

در بسیاری از موارد شاهدیم که موسسه ها با دادن شعارهایی مانند "به درمان معتادان کمک کنید؛ به بی پناهان جا بدهید؛ رنج ها را درمان کنید." انتظار دارند که اهداکنندگان کمک های خود را تقدیم کنند. اگر نگوییم که گوش مردم از این شعارها پر است، باید بگوییم که بسیاری از این شعارها دیگر اثر چندانی در اهدا کنندگان ندارند. انسان ها (و به طبع آن سازمان هایی که انسان ها در آنها مشغول به فعالیتند) موجوداتی اجتماعی هستند و انرژی و وقت زیادی را صرف "شبکه سازی" اجتماعی می‌کند. نقش سازمان خیریه شما این است: که انسان ها را به هم مرتبط سازد. یعنی مردم (اهداکنندگان) را به سازمان و از آن طریق به خدمت گیرندگان نهایی - بیماران معتاد تحت درمان - ارتباط دهد. به بیان دیگر موسسه باید بکوشد که حتی الامکان این رابطه را به گونه ای محسوس بین اهداکننده و خدمت گیرندگان برقرار سازد.

قانون 5: پیرسید! بخواهید!

کمک مالی درخواست کردنی است؛ از هوا نمی‌آید! بسیاری از سازمان‌های خیریه معتقدند که این کار سخت‌ترین قسمت در هر گونه فعالیت تجهیز منابع است. این دشواری احتمالاً معلول آن است که درخواست کمک، نوعی حس استیصال و درماندگی را در فرد درخواست کننده ایجاد می‌کند و عزت نفس او را تحت تأثیر قرار می‌دهد. اما به نظر می‌رسد با کمی

تفکر بتوان راه ها و روش‌هایی را پیدا کرد که درخواست کمک را به گونه ای حرفه‌ای و بدون ایجاد احساس کاهش عزت نفس محقق سازد. به عنوان مثال نوشتن یک پروژه و ارسال آن به همراه "نامه رویی" که فحوای آن دلالت بر درخواست مبلغ مشخصی برای اجرای فعالیت های مرتبط با درمان معتادان کند یکی از این راه‌ها است. در بسیاری از موارد اهداکنندگان برای کمک مالی تمایل دارند و آماده کمک به مردم نیازمند و فعالیت های موسسات خیریه هستند اما ابهام در بیان فعالیت ها و میزان کمک درخواستی، ما را شاهد شنیدن این جمله مشهور اهداکنندگان می‌کند که زیر لب می‌گویند: "بالاخره نفهمیدیم دقیقاً برای چه کاری و چقدر کمک می‌خواهند؟"

قانون 6: اصل 20/80

این قانون را که اصل "پارتو" نیز می‌نامند دلالت بر آن دارد که نسبت 20/80 در خیلی از موارد مرتبط با تجهیز منابع صدق می‌کند. مثلاً:

80 درصد از نتایج بدست آمده از تجهیز منابع مالی حاصل 20 درصد فعالیت‌های انجام شده است.

80 درصد از نتایج بدست آمده از تجهیز منابع مالی حاصل فعالیت 20 درصد از افراد فعال در سازمان ها است.

80 درصد تلاش های یک سازمان خیریه برای تجهیز منابع مالی بر 20 درصد از اهداکنندگان بالقوه متمرکز است.

قانون 7: سرمایه‌گذاری نه هدیه.

اهدا کنندگان کمک مالی، با هر انگیزه ای که برای اهدا داشته باشند، در واقع مایلند که منابع مالی خود را به نحو مناسبی بکار بگیرند. پس بهتر است سازمان شما، اهدا آنان را به عنوان یک هدیه در نظر نگیرد بلکه آنرا به عنوان سرمایه‌گذاری اهداکننده در بهبود وضعیت محله یا شهر قلمداد کند. این چارچوب ذهنی باعث می شود که حتی در هنگام درخواست کمک مالی، موسسه شما چنین ادبیاتی را بکار گیرد: "در سازمان ما پول خود را بکار بگیرید تا «با هم» این کارها را انجام بدهیم". چنانکه ملاحظه می شود در این جمله تغییر نگرشی نسبت به مفهوم اهداء کمک مستتر است و آن اینکه مسئولیت ها در بین اهدا کننده و سازمان تقسیم شده است.

قانون 8: اهداکننده پرورش می‌یابد، زائیده نمی‌شود!



هر اهداکننده‌ای در حقیقت 3 ویژگی دارد:

- 1 با سازمان خیریه ارتباط دارد؛
- 2 به موفقیت سازمان در برنامه‌ها و پروژه‌هایش علاقمند است؛
- 3 توانائی کمک مالی به سازمان را دارد.

بنابراین اگر یک سازمان حمایتی بتواند این 3 ویژگی را تقویت کند عملاً به

"پرورش اهداکننده" پرداخته است. اجازه بدهید برای روشن شدن بیشتر این موضوع مهم به 5 عنصر مهم در پرورش اهدا کننده اشاره کنیم. این 5 عنصر با 5 کلمه انگلیسی که کلیه آنها با حرف I شروع می‌شوند خلاصه می‌شوند:

- 1. • Identification
- 2. • Information
- 3. • Interest
- 4. • Involvement
- 5. • Investment

1 تشخیص اهداکننده

2 اطلاع دادن و گرفتن درباره اهداکننده و شناختن او

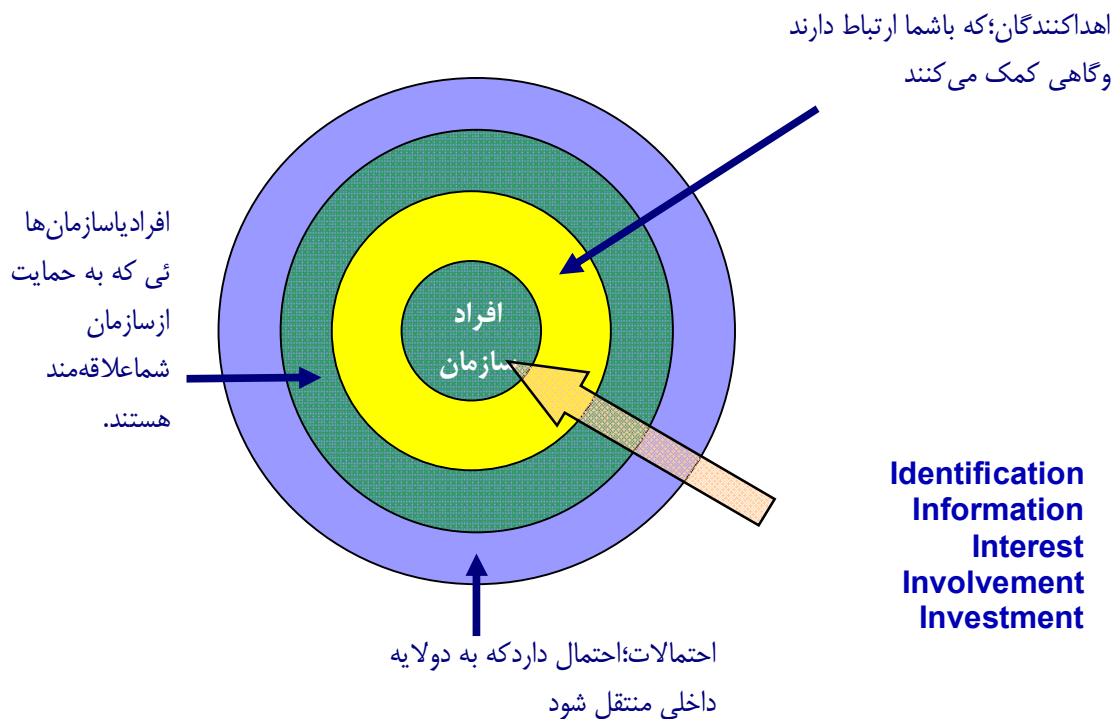
3 جلب علاقه اهداکننده به کار سازمان

4 درگیر کردن اهداکننده در فعالیت سازمان

5 کمک مالی کردن توسط اهداکننده

به دیاگرام زیر توجه کنید. دایره داخل در حقیقت افراد فعال در یک سازمان هستند. دایره بیرونی آن اهداکنندگانی هستند که به سازمان کمک کرده‌اند و باز هم کمک خواهند کرد. دایره بیرونی تر، اهدا کنندگانی هستند که به سازمان علاقمندند اما به هر علت هنوز هدایی به آن سازمان نداشته‌اند و نهایتاً بیرونی ترین دایره، افراد یا سازمان هایی هستند

که فعلاً با سازمان آشنا نیستند. همانطور که ملاحظه می کنید عناصر I 5 در حقیقت کاری می کنند که افراد و سازمان ها (اهداکندگان بالقوه) از دواير بیرونی به دواير داخلی تر منتقل شوند و حتی نهایتاً به خود سازمان ملحق شوند. این فرایند در واقع همان "پرورش اهداکننده" است.



قانون 9: تجهیز منابع در ناامیدی "پوچ" است.

مسلم است که مردم به سازمان‌های ناامید کمک نمی کنند. سازمان خیره ای در جذب منابع موفق خواهد بود که هیجان و شور کمک به وضعیت مددجویان در آن متبلور باشد. این اشتیاق توأم با مدیریت مالی و رهبری مناسب در کنار یکدیگر سازمان را در تجهیز منابع مالی یاری می دهند. سازمانی که به موفقیت خود باور داشته باشد و امیدوارانه پیش برود این گونه با اهدا کنندگان روبرو می شود:

"ما برنده هستیم"

"ما کارمان را بلدیم"

"پشتیبانی مان کنید"

"یک موضوع هیجان انگیز در بهبود وضعیت محله و مددجویان"

یک برنامه خوب و نهایتاً مدیریت شایسته فعالیت‌ها، هر فردی را در اهدا کمک ترغیب می کند.

قانون 10: هر موقع دلم بخواهد!

انسان یک موجود غیر قابل پیش بینی است. بنابراین چنانچه در مناسب‌ترین روز، با مناسب‌ترین کلمات، مناسب‌ترین کمک را، از مناسب‌ترین اهداکننده، برای مناسب‌ترین دلیل و توسط مناسب‌ترین فرد سازمان درخواست کنیم . . . این امکان وجود دارد که موفق نشویم؛ چرا که مردم "اگر بخواهند" کمک می کنند. بنابر این در تجهیز منابع باید استوار ادامه دهیم:

در این تلاش استقامت برنده است؛ نه سرعت.

و این تجهیز منابع مالی را جالب تر می کند!

چالش‌های شایع و برخی راهکارهای پیشنهادی در تجهیز منابع سازمان‌های غیر دولتی و بخش

خصوصی

همانگونه که گفته شد، تامین منابع مالی برای فعالیت های مدیریت مشروط فعالیتی چالش برانگیز و گاه دشوار است در این راه برخی چالش های ویژه وجود دارد که با شناخت مقدماتی آن می توان برایش فکریایی کرد. در زیر به برخی از این موارد می پردازیم:

چالش	راهکار پیشنهادی
بدست آوردن پول برای یک برنامه کوچک آسان تر از تهیه پول برای یک برنامه طولانی مدت است.	یک برنامه طولانی مدت جامع تهیه کنید و آن را به برنامه های کوچک تر تقسیم کرده به دنبال منابع مالی برای هر قسمت کوچک باشید . برای هر قسمت کوچک می توانید از همان منبع قبلی یا منابع جدید کمک مالی بگیرید.
سازمان های خیریه معمولاً به دنبال جذب پول از منابع سنتی هستند.	به دنبال اهداکنندگان متنوع تری باشید که قادر باشند برنامه های شما را به میزان متفاوت و در مقاطع مختلف زمانی حمایت کنند. به دنبال اهداکنندگان ملی/محلی و بین المللی باشید.
بیشتر اهداکنندگان اغلب پولی کمتر از آن چه که مورد نیاز است در اختیار سازمان شما می گذارند یا آن که توان اهدا بیشتر از آن را ندارند.	داشتن برنامه تجهیز منابع متنوع مهم است. یک استراتژی جالب قانون "نزدیکتر به اهدا کننده مقدار کمتر" است. کسی که در خیابان محله شما در حال تردد است، شاید فقط توان اهدای مقدار پول کمی را که همراه خود در جیب دارد، داشته باشد ، اما شخص یا سازمانی که دورتر است، ممکن است که پول بیشتری را اهدا کند.
بسیاری از ضوابطی که توسط سازمان های اهداکننده - مثلاً سازمان های دولتی یا بین المللی - وضع می شود، استفاده از پول اهدا شده را محدود می سازد.	از دریچه دید اهداکنندگان نگاه کنید تا متوجه علت این قوانین و ضوابط شوید. مطمئن شوید که به روشنی نیاز خود را بیان کرده اید. تلاش کنید از طریق مباحثه با سازمان اهداکننده یک راه بینابینی پیدا کنید. بدون گذشتن از نیازهای خود، نیازهای این سازمان ها را نیز برآورده سازید.
رفتارهای ناهنجار و فساد در بعضی از سازمان های درمان اعتیاد سبب بروز بی اعتمادی و سوء تفاهم می شود.	منشور اخلاقی تدوین کنید. همیشه آماده باشید تا در مورد ارزش ها، آرمان ها و اهداف سازمان خود و برنامه هایتان اطلاع رسانی کنید. ارتباط خوبی با رسانه ها برقرار کنید و فردی را به عنوان سخنگو داشته باشید.
اهداکنندگان با درآمدهای بالا و کشورهای که دارای ارگان گسترش همکاری های اقتصادی هستند معمولاً نمی توانند به	تا آنجا که مقدور است ائتلافی با سایر سازمان ها و موسساتی که فعالیت هایی مشابه فعالیت شما انجام می دهند تشکیل دهید. از طریق مشارکت متخصصین گوناگون و دانش آنها، رسیدن به اهداف وسیع تر و بهره مندان

سازمان‌ها و موسسه های کوچک پول اهدا کنند.	بیشتر میسر می‌گردد.
گاهی یافتن اهداکننده‌ای که راغب به اهدا منابع مالی برای کمک به درمان معتادان باشد، بسیار مشکل است.	به سایر نقاط نیز نظر داشته باشید . گاهی یک تاجر محلی یا یک شرکت علاقه‌مند به کمک کردن می‌باشد. اما تنها در صورتی که از آنها خواسته شود. به دنبال منابع مالی "غیرسنتی" باشید که ممکن است در نزدیکی شما وجود داشته باشند.
پیدا کردن و کسب منابع مالی بسیاری از اوقات زمان‌بر و نیازمند تلاش فراوان است.	تمام کارکنان یک سازمان حمایتی باید قسمتی از زمان خود را صرف تجهیز منابع کنند (هر یک به جنبه خاصی از روند مورد نیاز توجه کنند). کارکنان باید قادر به نوشتن پروژه بوده، توان جذب منابع مالی را داشته و قادر باشند با اهداکنندگان ارتباط برقرار کرده، نشست برگزار کنند و گزارش‌های لازم را تهیه نمایند.
اغلب سازمان‌های خیریه فاقد مهارت‌ها و دانش لازم برای تجهیز منابع بصورت حرفه‌ای و مؤثرند.	شبکه‌ای از سازمان‌های درمان اعتیاد، بوجود بیاورید. به گسترش دانش و مهارت‌های مورد نیاز برای رسیدن به این هدف اقدام نمایید.
غالب اوقات سازمان‌های خیریه و موسسات درمانی و حمایتی برای یافتن منابع مالی با یکدیگر در رقابت هستند.	سعی در یافتن تفاوت‌ها و نقاط منحصر به فرد موسسه خود داشته باشید و اینکه چه دیدگاه و عملکرد جدیدی را برگزیده‌اید. اغلب اوقات هر سازمان جنبه متفاوت یا جمعیت متفاوتی را خدمات رسانی می‌کند- به وضعیت خاص بیماران خود از نظر جنس و سن و شرایط خاص اجتماعی و فرهنگی توجه کنید.

بهتر است همیشه نگاهی به سازمان و فعالیت‌های خود داشته باشید و سعی کنید خود را به جای اهداکننده قرار دهید. از خود این سوال را بپرسید که چرا یک اهداکننده باید به برنامه درمان مدیریت مشروط شما منابع مالی اهدا کند. آیا برنامه شما به اندازه کافی منحصر به فرد، متفاوت و خلاق می‌باشد؟ آیا برنامه درمانی حمایتی شما به اندازه کافی برای اهدا کننده کمک مالی، جذابیت دارد؟ آیا نیروی انسانی مناسب و متخصص برای اجرای برنامه‌هایتان دارید؟ آیا جامعه هدف

شما به خوبی تعریف شده است؟ شما چه احتیاجی به کار کردن با آنها دارید؟ منافع حاصل از فعالیت شما برای محله و شهر چگونه تبیین می شود؟ آیا اهدا کننده می تواند احساس کند که به فرایند کلی سلامت در اجتماع خود کمک می کند؟ یافتن پاسخ واقعی برای این سوالات چراغ راهی برای طی کردن مسیر تجهیز منابع مالی در برنامه های مدیریت مشروط خواهد بود.

اصول سازمانی و اخلاقی در تجهیز منابع مالی در برنامه های درمانی حمایتی

در دریافت هرگونه کمک مالی داخلی یا خارجی توجه به شش مفهوم اساسی درباره وضعیت سازمان های خیریه و فعالیت هایشان حائز اهمیت است.^۱

- استقلال داخلی

هرکمی دارای این توان بالقوه است که برفرایند تصمیم گیری آزادانه موسسه شما تاثیر بگذارد و قدرت "نه" گفتن را از آن سلب کند.

مفهوم استقلال در سازمان های غیر دولتی و موسسات بخش خصوصی

منظور از استقلال، تنها دیدگاه مالی نسبت به آن نیست؛ چه بسا آنکه مقدم بر استقلال مالی باید به فکر سطوح دیگری از استقلال بود:

- استقلال برنامه ای:

✓ برنامه ی متناسب با نیازهای واقعی جامعه

✓ فارغ از تحمیل فرد یا سازمان دیگر

- استقلال سازمانی:

✓ ظرفیت و منابع درون سازمانی برای برنامه ریزی، پایش و ارزشیابی، برخورداری از بیانیه چشم انداز و

ماموریت سازمانی

- استقلال مالی:

✓ تنوع اهداکننده

^۱ - کل این مبحث از بخش هشتم (mobilizing resources and sustaining the organization) کتاب The Earthscan reader on NGO Management نقل شده است .

✓ افزایش میزان کمک از یک اهدا کننده

✓ تنوع منابع درآمد

✓ درآمد تضمین شده

پس استقلال در سازمان یعنی برخورداری از:

- برنامه^۱ (برنامه ای متناسب با نیاز واقعی مردم و خدمات گیرندگان و تخصصی عمل کردن)
- اشتها و اعتبار و موقعیت^۲ (خوشنامی سازمان، پیشرو بودن، خلاق بودن و یاری رسان بودن)
- طرفداران و حامیان^۳ (حمایت مردمی، بخش خصوصی)
- تنوع درآمد^۴

محدودیت منابع مالی موجود برای برنامه های مدیریت مشروط، سازمان ها و موسسه های متولی این برنامه های را به شدت در معرض وابسته شدن به تعداد محدودی سازمان خاص و از دست دادن استقلال سازمانی می کند. بنابر این بر این اصل مهم باید پافشاری کرد که با ایجاد تنوع در منابع، ضمن پایدار کردن برنامه درمان مدیریت مشروط، استقلال سازمانی خود را نیز حفظ خواهید کرد.

- ثبات و استحکام داخلی

برآورد اینکه دریافت هر کمکی چه میزان سازمان را وابسته می کند و به استحکام داخلی آن لطمه احتمالی وارد می سازد اهمیت دارد. سازمان های باثبات و مستحکم، کمک های سازگار با اهداف و هویت خود را دریافت می کنند. عدم ثبات سازمانی موجب اتکا به کمک هایی می شود که هویت سازمان را مخدوش می کنند.

- آسیب پذیری

حوادث بیرونی می توانند بر کمک دهندگان خارجی سازمان تاثیر بگذارند و به این وسیله به سازمان شما نیز آسیب بزنند. بنابر این مراقب اتکا بیش از حد به یک سازمان باشید تا تلاطمات یک سازمان، فعالیت های موسسه شما را نیز دچار چالش های بزرگ زیاد نکند.

¹ Program

² Perception

³ Popular Support

⁴ Revenue mix

- حساسیت

دقت در این مسأله که هرگونه تغییر محتمل در [سیاست ها و رفتارهای] منابع [تأمین کمک مالی] می تواند سازمان را تحت فشار قرار دهد موجب آن می شود که مدیران سازمان های غیردولتی تا حد ممکن خود را از سیرتغییرات نهادهای کمک کننده دورنگه دارند.

- ایجاد بحران

استفاده نادرست از پولی که برای منظوری خاص - در اینجا کمک به فرایند مدیریت مشروط - اهدا شده است می تواند سازمان شما را با بحران مشروعیت روبه رو کند.

- مطابقت با نیازهای سازمان

به این نکته ظریف اشاره دارد که سازمان ها کمک ها را براساس نیازهای تعریف شده خود دریافت کنند. دریافت باری به هرجهت کمک و انباشت این کمک ها بدون تعریف برنامه های سازمانی امکان فساد سازمانی را افزایش می دهد.

حقوق اهداکنندگان منابع مالی

معمولاً حقوق اهدا کنندگان کمک به موسسات خیریه و حمایتی نادیده گرفته می شود. گویی ما فقط تا زمانی که به فرد اهدا کننده نیاز داریم موظفیم با او ارتباط برقرار کنیم و پس از آن او را فراموش می کنیم. در هنگام درخواست کمک نیز بسیاری از حقوق بدیهی اهدا کننده نادیده گرفته می شود که این عدم آگاهی نسبت به حقوق، بر فرایند کلی جذب منابع مالی تأثیری مخرب به جا می گذارد. هنگامی که یک فرد یا سازمان اهدا کننده کمک، تمایل پیدا کند که از یک فعالیت در سازمان خیریه یا موسسه درمانی حمایت کند، طبعاً پیش از اهداء کمک و یا پس از آن حقوقی خواهد داشت که هم اهدا کننده و هم سازمان باید نسبت به آنها مطلع بوده و حتی در این باره با یکدیگر گفتگو کنند. نمونه هایی از حقوق سازمان یا فرد اهداکننده کمک عبارتند از:

1. از مأموریت، اهداف و شکل کار سازمان شما باخبر باشد و بداند که چگونه از منابع اهدایی استفاده خواهد شد.

همچنین اطلاع از ظرفیت سازمان برای استفاده مؤثر از منابع نیز حق سازمان اهداکننده است

2. از هویت اعضای هیأت مدیره سازمان با خبر باشد و از آنها انتظار داشته باشد که قضاوت دقیق و سالمی از

نحوه انجام مسئولیت خود در رهبری سازمان داشته باشند

3. به گزارشات مالی اخیر سازمان دسترسی داشته باشد

4. درباره جزئیات فعالیت ها اطلاعات بیشتری بخواهد.
5. در صورت توافق، به طور مناسبی همکاری سازمان اهداکننده در مواقع و مکان های مقتضی منعکس شود
6. اطمینان یابد که در صورت توافق، اطلاعات مربوط به کمک اهدایی تا حدی که قانون اجازه می دهد، محرمانه باقی بماند
7. اطمینان یابد که موارد اهدایی تنها صرف اهداف تعیین شده می شود
8. پس از اهدا از نحوه پیشرفت سؤال کند و جواب سریع، صریح و صادقانه دریافت کند
9. انتظار داشته باشد که کلیه ارتباطات افراد سازمان با سازمان اهداکننده، ماهیت حرفه ای، کاری و تخصصی داشته باشد
10. درخواست کند نام سازمانش از لیست سازمان های اهداکننده کمکی که سازمان می خواهد با دیگران در میان بگذارد حذف شود

شفافیت و گزارش دهی

اصل طلایی در تجهیز منابع مالی وجود شفافیت در فرایند های مالی و گزارش دهی درست و به موقع است.

اصل شفافیت به این موضوع اشاره می کند که در موسسه شما باید به طور کامل مشخص باشد که چه میزان کمک دریافت شده است. چه میزان پاداش به معتادان در حال درمان پرداخت شده است؟ سایر هزینه های موسسه شما چگونه بوده است؟ اعضای سازمان شما چه میزان حقوق دریافت کرده اند؟ در یک کلمه میزان ورود و نحوه هزینه ها در موسسه شما باید کاملاً واضح و بدون ابهام باشد. این اصل طلایی نه تنها اعتبار سازمان شما را بالا می برد، بلکه موجب جذب منابع مالی بیشتری برای سازمان شما خواهد شد. اما افزون بر این دو دلیل اساسی، اصل شفافیت حکمی اخلاقی برای یک سازمان اجتماعی است که هدف نهایی اش کم کردن بار مشکلات گروهی از آسیب دیدگان اجتماعی است.

اصل پاسخگویی، ناظر بر این موضوع است که چه کسانی، در چه زمان هایی باید در جریان چه اطلاعات مالی در باره سازمان شما قرار گیرند؟ مثلاً ممکن است سازمان های دولتی متولی امور مالی به طور سالانه باید به دفتر مالی شما دسترسی داشته باشند. شاید اهدا کنندگان مالی نیاز به گزارش های عملکرد ماهانه داشته باشند. برای پاسخگویی درست به طرف های مختلف، نیاز مند یک برنامه دقیق مستند سازی و اطلاع رسانی هستید. سازمان های پاسخگو، سازمان

هایی هستند که اعتماد تولید می کنند و منابع مالی مطمئنی برای خود دست و پا می کنند و در نهایت برنامه های مدیریت مشروط با ثبات بیشتری را اجرا می کنند.

بخش سوم - رویکرد تقویت اجتماع

فصل ششم

کلیات رویکرد تقویت اجتماع

نویسنده: دکتر مهرداد افتخار

مقدمه

رویکرد تقویت اجتماع¹ (CRA)، یک برنامه رفتاری جامع برای درمان مشکلات سوء مصرف مواد است. این رویکرد بر این اعتقاد است که شرایط محیطی نقش بسیار مهمی در تشویق یا اجتناب از مصرف الکل یا مواد دارند و از مشوق‌های اجتماعی، تفریحی و خانوادگی و شغلی برای کمک به مصرف‌کنندگان در فرآیند بهبود استفاده می‌کند. هدف آن ساختن یک سبک زندگی آگاهانه با لذت‌هایی فراتر از سوء مصرف مواد می‌باشد.

در حالی که تقریباً همه نتایج تحقیقات در رابطه با درمان الکل و مواد، برنامه رویکرد تقویت اجتماع را از نظر شواهد علمی موثرترین رویکرد مطرح کرده‌اند، اما به شکل تعجب‌آوری تعداد کمی از درمانگران با این رویکرد آشنا هستند. هدف این فصل آشنا کردن شما با فرایند شکل‌گیری و تکامل، اصول و پشته‌ها، پژوهشی این رویکرد است. به این ترتیب یک دانش نظری را به دست خواهید آورد که می‌توانید کار حرفه‌ای خود را روی بر اساس آن پایه‌گذاری و مداخله موثرتری را طراحی و اجرا کنید. نکته مهم در مورد این رویکرد - و البته سایر رویکردها - دارا بودن دانش نظری و عملی توانمان با هم است.

¹ Community Reinforcement Approach

تاریخچه و مبانی نظری رویکرد تقویت اجتماع

داستان CRA به حدود 30 سال پیش هنگامی که الکلیک‌های فقیر به نزدیک‌ترین بیمارستان ایالتی ایلینویز^۱ مراجعه می‌کردند، برمی‌گردد. در این بیمارستان افراد الکلیک را در بخش روانپزشکی در کنار سایر بیماران مبتلا به اختلالات روانی بستری می‌کردند. اگرچه آنها در بخش روانپزشکی بستری می‌شدند اما در طی روز برای شرکت در برنامه درمان الکلی^۲ به ساختمان دیگری می‌رفتند. این درمان براساس مدل بیماری و درمان 12 قدمی بود. در این واحد بود که درمان CRA متولد شد. در واقع، CRA ایده جورج هانت^۳، دانشجوی دکترای روانشناسی بود که در این بخش بیمارستان کار می‌کرد. پس از مرگ هانت، ناتان آزرین^۴ مطالعات روی CRA را دنبال کرد و اولین کارآزمایی آن را انجام داد.

این رویکرد مبتنی بر تئوری یادگیری و بخصوص رویکرد عاملی^۵ اسکینر (1938) بوده و بر تعامل بین رفتار فرد و محیط در درمان وابستگی به الکلی تأکید داشت. تا آن زمان، اغلب برنامه‌های درمانی الکلی، متمرکز بر خود فرد بود و اهمیت محیط اجتماعی را نادیده می‌گرفتند. هانت و آزرین این فرضیه را مطرح کردند که الگوهای تقویت مثبت و منفی بر پدیدآیی مشکلات مربوط به الکلی اثر می‌گذارند. مصرف الکلی به واسطه اثرات تقویت‌کنندگی که روی ذهن و جسم دارند (برای مثال احساس سرخوشی و آرمیدگی) و نیز ویژگی الکلی در ایجاد وابستگی تداوم می‌یابد. با این حال هانت و آزرین این تئوری را مطرح کردند که وقتی سایر منابع رضایت و تقویت‌کننده‌های عدم مصرف الکلی مانند روابط بین فردی بهتر یا شغل رضایت‌بخش به حداکثر برسند و مشروط به مصرف نکردن الکلی شوند، مصرف الکلی را می‌توان کاهش داد. برای رسیدن به این هدف، CRA تلاش می‌کند که این تقویت‌کننده‌های مشروط را بازآرایی کند به نحوی که رفتارهای پاک بودن بیشتر از رفتار مصرف الکلی با پاداش همراه باشد.

مطالعات اولیه در مورد اثربخشی این رویکرد در ابتدا در بیماران بستری و سپس بیماران سرپایی انجام شد و یافته‌ها نشان داد که CRA از درمان استاندارد الکلی مؤثرتر است. در سال‌های بعد از این روش برای درمان وابستگی به سایر مواد نیز استفاده شد که نتایج مطالعات انجام شده در این زمینه نیز نتایج نوید بخشی به همراه داشته است.

¹ Anna Stute Hospital

² - alcohol treatment programme

³ - George Hunt

⁴ - Nathan Azrin

⁵ - operant conditioning

پیشینه پژوهشی

رویکرد تقویت اجتماع (CRA) یک برنامه رفتاری برای درمان مشکلات سوء مصرف و وابستگی به الکل و سایر مواد است که به صورت تجربی در بیماران بستری (آزرین، 1976؛ هانت^۱، 1973) سرپایی (آزرین، سیسون، میرز^۲، گودلی^۳، 1982؛ مالام^۴، گودلی، هال^۵ و ئیرز، 1982؛ میرز و میلرز، 2001) و جمعیت بی‌خانمان (اسمیت^۶، میرز و دلانی^۷، 1998) مورد مطالعه قرار گرفته و در مجموع یافته‌ها حاکی از اثربخشی آن در درمان طیف وسیعی از مشکلات مصرف مواد است. علاوه بر این، نتایج فراتحلیل‌ها نیز نشان می‌دهد که این رویکرد یکی از اقتصادی‌ترین برنامه‌های درمانی موجود سوء مصرف الکل می‌باشد (فینی، موناهان^۸، 1996؛ هالدر^۹، لانگباق^{۱۰}، میلراند^{۱۱} و رابونیس^{۱۲}، 1991؛ میلرز و همکارانش، 1995).

اولین مطالعه‌ای که اثر بخشی این رویکرد را مورد بررسی قرار داد توسط هانت و آزرین در سال 1973 انجام شد. در این مطالعه 16 بیمار بستری با وابستگی به الکل به صورت کاملاً تصادفی در برنامه درمانی CRA و یا در برنامه درمانی متداول که درمان دوازده قدمی بود، جایگزین شدند. نتایج نشان داد که در پی‌گیری شش ماهه، گروه CRA نسبت به گروه 12 قدمی، در 14 درصد روزهای دوره پیگیری الکل مصرف کرده بودند در حالی که این رقم در گروه کنترل، 79 درصد بود. علاوه بر این، طول مدت بستری نیز در گروه CRA به شکل قابل ملاحظه‌ای کمتر از گروه کنترل بود.

دومین مطالعه که توسط آزرین (1979) بر روی بیماران بستری انجام شد، CRA با برنامه 12 قدمی با حجم نمونه بزرگتری مقایسه شد و نتایج یک بار دیگر حاکی از اثربخشی بیشتر CRA در کاهش مصرف الکل، کاهش طول مدت بستری و افزایش روزهای اشتغال به کار بود. علاوه بر این، پی‌گیری دو ساله این مطالعه نشان داد که میزان ترک الکل در گروه CRA بسیار بالا و در حدود 90 درصد بود.

در مطالعه دیگری که توسط آزرین و همکاران (1982) انجام شد اثربخشی این رویکرد در پذیرش دی‌سولفیرام (

¹ - Hunt

² - Meyers

³ - Godley

⁴ - Mallams

⁵ - Hall

⁶ - Smiths

⁷ - Delaney

⁸ - Nonahan

⁹ - Holder

¹⁰ - Longlaugh

¹¹ - Millerend

¹² - Rubbonis

یک ماده ضد سوء مصرف الکل) در الکلیک های مراکز سرپایی مورد بررسی قرار گرفت. مولفه های این درمان شامل آموزش اعضای خانواده و یا دوستان علاقمند، معرفی دی سولفیرام به افراد الکلیک و تقویت کلامی بود. نتایج این مطالعه نشان داد گروه CRA در پی گیری 6 ماهه پذیرش بالاتر مصرف دی سولفیرام و کاهش بیشتری را در مصرف الکل در مقایسه با گروه کنترل دوازده قدمی نشان دادند.

علاوه براین، در برخی از مطالعات اثر بخشی برنامه درمانی ترکیبی CRA با مدیریت مشروط در درمان مشکلات مصرف مواد از جمله وابستگی به کوکائین مورد بررسی قرار گرفته است. در یکی از این مطالعات که توسط هیگینز و همکاران (1991) انجام شد افرادی که در کلینیک های درمان متادون تحت درمان برای هروئین قرار داشتند و علاوه بر آن به کوکائین نیز وابستگی داشتند به دو گروه درمان CM + CRA و گروه کنترل (درمان دوازده قدمی) تقسیم شده و برای وابستگی به کوکائین تحت درمان قرار گرفتند. نتایج نشان داد مصرف کوکائین در گروهی که درمان ترکیبی CRA و CM را دریافت کرده بودند، نسبت به گروه کنترل به صورت قابل ملاحظه ای مصرف کمتر شده بود. همچنین نرخ ریزش از درمان در این گروه کمتر بود و مدت زمان ترک طولانی تری داشتند.

همچنین، برنامه CRA با خانواده درمانی یک سوپیه¹ نیز ادغام شده است که به نام رویکرد تقویت اجتماع و آموزش آموزش خانواده (CRAFT)² معروف است. در این برنامه، با یکی از افراد مهم زندگی افراد وابسته به مواد که غالباً والدین و یا همسر است کار می شود تا انگیزه فرد وابسته به مواد را برای ورود به درمان و ماندگاری در آن افزایش دهند. در این روش تمرکز روی ایجاد تغییرات محیطی در زندگی فرد مصرف کننده از طریق حذف انگیزه های مصرف مواد و تقویت رفتار عدم مصرف و یا رفتارهای مرتبط با آن است.

در مطالعات مختلفی که توسط میلر و همکاران (1999) و میرز و همکاران (1999) انجام شد اثر بخشی CRAFT در افزایش انگیزه معتادان مقاوم به درمان در پذیرش و تادوم درمان مورد بررسی قرار گرفت. نتایج این دو مطالعه نشان داد که CRAFT در مقایسه با سایر روش های متداول اثربخشی بیشتری در پذیرش درمان دارد. در مجموع، مرور ادبیات پژوهشی نشان می دهد که برنامه CRA روشی موثر برای درمان مشکل الکل و سایر مواد و همچنین راهی برای کمک به افراد خانواده برای وارد کردن افراد بی انگیزه در درمان سوء مصرف مواد می باشد.

¹ unilateral family therapy

² Community Reinforcement Approach and Family Training

سیر تکاملی برنامه CRA

CRA بیشتر یک بسته درمانی است تا یک رویکرد درمانی واحد. درمان شامل مجموعه‌ای از مولفه‌های درمانی و تکنیک‌ها است که بتدریج کامل و کامل تر شده است و می‌توان طرح درمان را با توجه به نیاز هر مراجع طراحی و اجرا کرد. هانت وازرین (1973) اجزاء اصلی درمان را شامل این موارد معرفی کردند:

- شیوه‌های شغل‌یابی
- زوج‌درمانی رفتاری
- مشاوره اجتماعی و اوقات فراغت
- کلوپ اجتماعی^۱
- ویژگی‌های خانگی

شغل‌یابی یکی از اجزاء مهم CRA است که از همان ابتدای معرفی این رویکرد در بسته درمانی وجود داشت. منطق آموزش این مولفه بر این پایه بود که اگر افراد شغل رضایت‌بخشی پیدا کنند احتمال پاک ماندن افزایش می‌یابد. بنابراین مهارت‌های پایه‌ای شغل‌یابی مانند خواندن آگهی‌ها و تمرین مصاحبه شغلی به مراجع آموزش داده می‌شد ولی تأکید اصلی بر شناسایی اهمیت روابط اجتماعی برای افزایش احتمال به دست آوردن شغل بود. درمانگران برای آموزش این مهارت از تکنیک‌هایی مانند ایفای نقش، مدل سازی تماس با کارفرما و انجام تماس تلفنی در حین جلسه استفاده می‌کردند.

مولفه بعدی زوج درمانی رفتاری بود که ترکیبی از رویکرد تقویت عاملی^۲ و رویکرد مشاوره زوج استوارت^۳ است. این زوج‌درمانی رفتاری با استفاده از سه روش انجام می‌شد (1) تقویت رفتارهای زناشویی مناسب (2) تقویت حفظ رابطه با همسر و (3) ناهم‌ساز کردن مصرف الکل با روابط رضایت بخش زناشویی. برای این منظور از تکنیک‌های آموزش ارتباط و تمرین رفتاری در جلسه استفاده میشد. مشاوره اجتماعی و اوقات فراغت نیز مولفه دیگر این رویکرد بود که به دلیل اهمیت حمایت‌های محیطی و اجتماعی برای پرهیز از مصرف مواد طراحی شده بود.

¹ Social Club

² - operant reinforcement approach

³ - Stuart

بازنگری رویکرد CRA

اولین مطالعه آزرین و همکارانش در مورد اثربخشی CRA نتایج امیدوارکننده‌ای به دنبال داشت. آزرین (1976) برپایه تجربیات و اطلاعات به دست آمده از این مطالعه، تغییراتی در برنامه ایجاد کرد و بسته درمانی جدید را مورد آزمون قرار داد. برای مثال، یک مشکل نسخه اول CRA این بود که زمان زیادی برای اجرای تمام مولفه‌ها لازم بود. برای حل این مشکل مشاوره مراجع و همسرانشان در گروه‌ها کوچک انجام شد و مدت زمان متوسط جلسه از 50 دقیقه به 30 دقیقه کاهش یافت. همچنین در بازنگری بسته اهمیت بیشتری به مشارکت مراجع در تعاملات بین فردی و فعالیت‌های اجتماعی داده شد و همکاری همسر مراجعین در درمان با استفاده از تماس‌های تلفنی، جلسات مشاوره ازدواج، جلسات گروهی و تکمیل گزارش‌های روزانه در مورد وجود علائم هشدار دهنده و شبکه دوستان مراجع افزایش یافت. تجویز دی سولفیرام برای کنترل میل تکانه‌ای شدید برای مصرف الکل، تبعیت از دی سولفیرام برای اطمینان از مصرف دی سولفیرام و تقویت آن، یک سیستم هشدار دهنده اولیه برای بررسی احتمال لغزش و مصرف مجدد الکل، آموزش حل مسئله برای مقابله با موقعیت‌های پرخطر و یک سیستم حمایتی متشکل از دوستان غیر مصرف‌کننده از دیگر مواردی بود که در فرایند بازنگری به این مجموعه اضافه شد.

این مجموعه جدید نیز در طی سال‌های دهه 80 مورد بررسی قرار گرفت و بازنگری مجددی براساس یافته‌های این مطالعات در بسته درمانی تقویت اجتماع انجام شد. در این بازنگری جدید مواردی شامل مشاوره انگیزشی، آزمودن پرهیز¹، تجویز فوری دی سولفیرام، آموزش مهارت‌های امتناع از مصرف الکل² و آموزش مهارت‌های آرمیدگی عضلانی³ به آن اضافه شد. جدیدترین نسخه CRA شامل مجموعه کاملی از مهارت‌های مورد نیاز برای پرهیز از مصرف مواد و ایجاد تغییرات مثبت و سازنده در سبک زندگی است که در آن به درمانگران توصیه می‌شود تا آن مولفه‌هایی از CRA را برای مراجعان خود استفاده کنند که متناسب با ویژگی‌ها و نیازهای آنان باشد.

¹ - sobriety sampling

² - drink-refusal skills

³ - muscle relation

فصل هفتم

مولفه های رویکرد تقویت اجتماع

نویسنده: دکتر مهرداد افتخار

مقدمه

همانطور که در فصل قبل ذکر شد رویکرد تقویت اجتماع یک بسته کامل درمانی آموزشی است که شامل مشاوره ها و مهارت های لازم برای پرهیز از مصرف مواد و ایجاد یک سبک زندگی عاری از مواد به منظور تداوم پرهیز و کاهش احتمال برگشت مجدد به مصرف مواد است. بازنگری های انجام شده روی این بسته درمانی آموزشی که حاصل نتایج مطالعات مختلف است آن را تبدیل به یک رویکرد درمانی جامع کرده است که درمانگر می تواند براساس ارزیابی بیمار، مجموعه خاصی از مداخلات را متناسب برای نیازهای هر مراجع انتخاب و اجرا کند. به عبارت دیگر جامعیت این رویکرد درمانی این امکان را به درمانگر می دهد تا درمان را به قواره هر بیمار بدوزد. در زیر مولفه های ارزیابی و درمان آخرین نسخه CRA به تفصیل شرح داده شده است.

تحلیل کارکردی^۱

تحلیل کارکردی یک مصاحبه نیمه ساختار یافته است که در آن عوامل برانگیزنده و پیامدهای یک رفتار خاص مورد بررسی قرار گرفته و هدف آن مشخص کردن زمینه ای است که رفتار در آن رخ می دهد. هنگامی که عوامل برانگیزان رفتارها شناسایی شدند، می توان برنامه ای را طراحی کرد تا هم از موقعیت پرخطر اجتناب شود و هم توانایی های لازم جهت مقابله با آنها کسب شود. شناخت پیامدها نیز به درمانگر کمک می کند تا نقشی که آن رفتار در زندگی فرد ایفا می کند، روشن شود. در CRA علاوه بر پیامدهای منفی مصرف مواد، پیامدهای مثبت آن نیز در نظر گرفته می شود تا بتوان مراجع را تشویق کرد تا راه های سالم تری برای دستیابی به همان نتایج مثبت پیدا کرده و انجام دهد. عواقب منفی رفتار مشکل ساز نیز به آنها یادآوری می شود که تا متوجه اثرات مخرب مصرف مواد بر جنبه های مختلف زندگی خود بشوند. این رویکرد، همچنین فهرستی از افراد و یا موقعیت هایی را که برای مراجعان مهم بوده و ممکن است در نتیجه رفتار نادرست شان از دست بدهند یا رابطه با آنها را به مخاطره بیندازد فراهم می کند. این اطلاعات ممکن است بعدها

^۱ Functional Analysis

در ایجاد انگیزه برای تصمیم گیری جهت ترک مواد مورد استفاده قرار گیرد.

یکی از جنبه‌های بی‌نظیر تحلیل کارکردی CRA این است که هم رفتار مصرف مواد و هم رفتارهای لذت‌بخش و غیرمشکل‌ساز را با هدف تقلیل دادن رفتار مصرف مواد و افزایش رفتار غیرمشکل‌ساز مورد بررسی قرار می‌دهد. درمانگر برای تحلیل رفتار مصرف مواد از مراجع می‌خواهد تا یک موقعیت شایع مصرف و نیز موقعیتی را که ممکن است در طی هفته آینده با آن مواجه شود، توصیف کند و بر اساس این توصیف عوامل برانگیزان و پیامدهای مصرف را در فرم تحلیل کارکردی مصرف مواد ثبت می‌کند.

اولین ستون این فرم عوامل برانگیزان بیرونی یا محیطی مانند افراد، مکان‌ها و زمان مربوط به مصرف الکل و مواد را پوشش می‌دهد. هنگامی که عوامل محیطی پرخطر شناسایی شد، باید عوامل برانگیزان درونی که شامل افکار، احساسات فیزیکی و هیجانات است، روشن شود. بخش میانی تحلیل کارکردی CRA مستلزم جمع‌آوری اطلاعات پایه‌ای کمی در مورد رفتار مصرف الکل و مواد است. شدت مشکل مصرف الکل و مواد و همچنین پایش پیشرفت در درمان را می‌توان با استفاده از این اطلاعات مشخص کرد.

آخرین قسمت تحلیل کارکردی، پیامدهای رفتار مصرف مواد را بررسی می‌کند. شناسایی پیامدهای مثبت مصرف مهم است زیرا این نتایج و اثرات مثبت هستند که سبب پایداری و ماندگاری رفتار می‌شوند. در همین جا ست که باید ماهیت کوتاه مدت بودن آنها نیز به مراجع نشان داده شود. هدف نهایی این قسمت فهم عمل مصرف مواد و در نهایت پیدا کردن راه‌های دیگر برای رسیدن به همان نتایج است.

آخرین بخش از تحلیل کارکردی، کاوش پیامدهای منفی است. احتمالاً خود مراجع، شماری از آنها را ذکر می‌کند ولی بررسی پیامدهای منفی در هر یک از حوزه‌های میان‌فردی، جسمی، هیجانی، قانونی، شغلی و مالی اهمیت دارد.

CRA یک نوع دوم منحصر به فرد از تحلیل کارکردی را پیشنهاد می‌کند: تحلیل رفتارهای لذت‌بخش غیر از مصرف مواد (پیوست را ملاحظه کنید). هدف چنین تحلیلی آن است که بتوان مراجع را در کارهای لذت‌بخشی که وابسته به مصرف مواد نیست، درگیر کرد. در نتیجه، درمانگر مراجع را ترغیب می‌کند تا دفعات انجام این رفتارها و یا سایر رفتارهای عاری از مواد را افزایش دهد. اما برای این کار باید پیشایندها و پیامدهای این رفتارها هم بررسی شود. از آنجا که در این موقعیت، هدف افزایش فراوانی رفتار است، به مراجع آموزش داده می‌شود تا این عوامل برانگیزان را بشناسد و به طور منظم با یک رفتار سالم به آنها پاسخ دهد. همچنین در جلسه‌ی بعدی مهارت حل مساله آموزش داده می‌شود تا مراجع بتواند رفتارهای لذت‌بخش بیشتر، با حداقل پیامدهای منفی را انجام دهد.

بیشتر مصرف کنندگان مواد، تمام لذت خود را از رفتارهای مربوط به مصرف مواد به دست می آورند، رفتارهایی که باید از آن دست می کشیدند ولی نمی توانسته اند. بنابراین خیلی مهم است که درمانگر به روشنی درباره ی رفتارهای عاری از مواد توضیح دهد و در مورد راه های پیدا کردن و انجام کارهای لذت بخشی که می تواند با رفتار مصرف مواد رقابت کند یا جایگزین آن شود، با مراجع بحث و گفتگو کند. در این روش از مراجع خواسته می شود تا از رفتارهای موجود در برنامه ی خود یکی از رفتارهای غیرمصرف را انتخاب کند و توضیح دهد و درمانگر عوامل برانگیزان درونی و بیرونی آن را از روی توضیحات مراجع تعیین می کند.

چون در غالب اوقات ستون رفتار در این مرحله پر شده است، لذا باید پیامدهای کوتاه مدت منفی رفتار مورد بررسی قرار گیرد. خیلی از کارهای لذت بخش، اجزای آزار دهنده ای دارند که با دلیل انتخاب این فعالیت مغایرت دارد. تحلیل کارکردی کمک می کند این عوامل با پرس و جوی اختصاصی درباره ی افکار و احساسات منفی مراجع در طول و بلافاصله پس از رفتارهای مورد علاقه مشخص شود. در مرحله بعد، پیامدهای مثبت طولانی مدت برای رفتارهای مثبت تعیین می شود.

درنهایت از مراجع خواسته می شود تا فعالیت های سرگرمی دیگری را با سایر افراد - غیر مصرف کننده - برنامه ریزی کند که می تواند مزایایی مشابه فعالیت اصلی ذکر شده داشته باشند. علاوه بر این، روش های برطرف کردن موانع انجام این فعالیت ها نیز با مراجع مورد بحث قرار خواهد گرفت.

اگرچه تحلیل کارکردی رفتار مصرف مواد و رفتارهای مثبت همیشه در زمان شروع درمان CRA انجام می شود ولی لازم است که در طی درمان دوباره مورد بررسی قرار گیرند تا موارد جدید نیز تحلیل شوند. همچنین کپی هایی از فرم تحلیل کارکردی به بیمار نیز داده می شود تا در خانه آن را کامل کند.

آزمودن پرهیز¹

بسیاری از برنامه های سنتی درمان بر پرهیز به عنوان تنها هدف خود تاکید می کنند. بنابراین، در همان ابتدا به مراجعان گفته می شود که دیگر نمی توانند هرگز دوباره مواد مصرف کنند. برای بسیاری از افراد این پیام تهدید کننده ای است، به خصوص آنهایی که هنوز متقاعد نشده اند که مشکل مصرف مواد دارند و جای تعجب ندارد که درصد بالایی از آنها هرگز به درمان بر نمی گردند. رویکرد "آزمودن پرهیز" برنامه ی CRA، اهداف درمانی ملایم تری دارد و بر اساس این

¹ Sobriety Sampling

فرض است که اگر مراجعان را با قوانین سفت و سخت و انتظارات وحشتناک بمباران نکنیم در درمان موفق‌تر خواهند بود. بنابراین در این روش بین درمان‌گر و مراجع یک قرارداد بسته می‌شود که در آن مراجع برای یک دوره محدود پرهیز متعهد می‌شود. پرهیز برای یک دوره‌ی کوتاه به نظر کمتر تهدیدکننده می‌آید. صرف‌نظر از اینکه هدف نهایی، پرهیز است یا کاهش مصرف، یک دوره‌ی محدود پرهیز در ابتدای درمان برای همه مراجعان تشویق‌کننده است. وقتی مراجع با این روش موافقت می‌کند، یک مدت زمان معقول باید انتخاب شود. این زمان با پیشنهاد یک دوره‌ی طولانی مثلاً 90 روز شروع می‌شود. منطق این پیشنهاد آن است که بیشترین عودها در این دوره زمانی اتفاق می‌افتد. شاید جای تعجب نداشته باشد که بسیاری از مراجعان مطرح می‌کنند که مایل یا قادر به یک تعهد 90 روزه نیستند. این مخالفت به عنوان مقاومت تفسیر نمی‌شود بلکه با مراجع مذاکره می‌شود تا دوره‌ی کوتاه‌تری را انتخاب کند که با این‌که چالش‌برانگیز است اما دست‌یافتنی‌تر است. در صورت امکان، مشوق‌های درمان‌جو برای ایجاد انگیزه‌ی بیشتر معرفی می‌شوند.

صرف‌نظر از طول مدت قرارداد عدم مصرف، درمان‌گر تا زمانی که مراجع مهارت‌های لازم برای پرهیز را بیاموزد، در طراحی برنامه‌ای برای انجام دادن این کار به وی کمک می‌کند. معمولاً این کار با تعیین عوامل برانگیزان مصرف مواد و سپس انتخاب رفتارهایی که در رقابت با مصرف مواد در این موقعیت‌های پرخطر هستند، انجام می‌شود. همچنین آموزش حل مساله نیز در این زمان به او معرفی می‌شود. در نهایت، در طول این مرحله از درمان، چند جلسه در هفته برنامه‌ریزی می‌شود تا مراجع بتواند به سرعت مهارت‌های لازم برای متعهد ماندن به دوره پرهیز را فرا گیرد. همچنین درمان‌گر با این فرض که مراجع به هدف قرارداد پرهیز می‌رسد، درباره‌ی مزایای "آزمودن پرهیز" برای یک دوره‌ی محدود اضافی توضیح می‌دهد. در حالت ایده‌آل، تقویت‌های حاصل از پرهیز به عنوان یک عامل انگیزه بخش عمل خواهند کرد.

طرح درمان CRA

اساس برنامه‌ی درمان رفتاری CRA بر دو ابزار بنا شده است: مقیاس شادکامی^۱ و سیاهه اهداف مشاوره^۲. مقیاس شادکامی یک پرسشنامه یک صفحه‌ای است که سطح فعلی شادی افراد را در ده حوزه مورد بررسی قرار می‌دهد: مصرف مواد، پیشرفت تحصیلی یا شغلی، مدیریت مالی، زندگی اجتماعی، عادات شخصی، روابط خانوادگی، مسائل

^۱ Happiness Scale

^۲ Goals of Counseling Form

قانونی، زندگی هیجانی، ارتباطات، شادکامی کلی (پیوست را مشاهده کنید). مراجع باید میزان شادکامی خود را از شماره 1 (کاملاً شاد) تا 10 (کاملاً ناراحت) درجه بندی کند. مقیاس شادکامی خط پایه‌ای از ناخوشنودی‌های فرد را در حوزه‌های مختلف زندگی فراهم می‌کند و اجرای دوباره آن به درمانگر اجازه می‌دهد تا پیشرفت بعدی را ارزیابی کند. در واقع، مراجع با تکمیل این فرم، حوزه‌های مهم درمان را که باید در کنار مصرف مواد روی آن تمرکز شود، مشخص می‌کند.

پس از تعیین حوزه‌های مشکل، برای هر مورد اهدافی تعیین شده و برای دستیابی به آن اهداف برنامه ریزی می‌شود. سیاهه اهداف مشاوره چارچوب مفیدی را برای این کار فراهم می‌کند چون شامل همان 10 حوزه‌ای است که در مقیاس شادکامی فهرست شده است. همانند بیشتر برنامه‌های رفتاری، هنگام تعیین اهداف و استراتژی‌های مداخله‌ای از عبارات کوتاه و قابل اندازه‌گیری استفاده می‌شود. همچنین در صورت امکان، اهداف باید به شیوه مثبت بیان شوند؛ یعنی چیزی را که مراجع انجام خواهد داد و نه کارهایی را که دیگر انجام نخواهد داد. در بسیاری از موارد مشخص است که مراجعان انجام چه کارهایی را باید کنار بگذارند ولی اغلب نمی‌دانند که چه رفتاری را باید جایگزین آن کنند و از آنجا که آنها در صورت بندی قابلیت اندازه‌گیری رفتارها نیز مشکل دارند، بنابراین درمانگر باید وقت مناسبی را به تعیین اهداف اختصاص دهد. در تنظیم اهداف باید سه قانون در نظر گرفته شود: کوتاه باشد، قابل اندازه‌گیری باشد و از اصطلاحات مثبت استفاده شود (روی کارهایی تمرکز کنید که مراجع باید انجام دهد نه آنهایی که نباید انجام دهد) برای مثال، در نظر بگیرید که مراجع آرزو دارد که زندگی اجتماعی‌اش را بهبود بخشد. اولین کاری که در این راستا می‌خواهد انجام دهد این است: «من می‌خواهم پرسه زدن در خیابان‌ها را کاملاً متوقف کنم». درمانگر باید مراجع را در بیان این هدف تشویق کند ولی اگرچه این هدف، به شکل کوتاه بیان شده است ولی باید در اصطلاحات مثبت و قابل اندازه‌گیری نیز تعریف شود. برای مثال «من در طی ماه آینده هر هفته در یک فعالیت اجتماعی جدید غیر مصرف مواد شرکت می‌کنم».

پس از آن استراتژی‌های خاصی برای دستیابی به اهداف مشخص می‌شود. بسته به مهارت فرد، ممکن است نیاز به برداشتن گام‌های متعدد وجود داشته باشد. برای مثال، تعریف برخی فعالیت‌های لذت بخش عاری از مواد، ترغیب مراجع برای داشتن یک دوست جدید، شناخت موانع و راه‌های برطرف کردن آن. در جلسه‌ی بعدی پیشرفت به سمت هدف بررسی می‌شود. همچنین اگر توانایی مراجع اجازه می‌دهد، می‌توان اهداف منطقی دیگری را نیز در یک حوزه دیگر تعیین کرد (پیوست را ملاحظه کنید).

ذکر این نکته ضروری است که در فرایند درمان، نه تنها اهداف درمان جویان با پیشرفت درمان تغییر می‌کند، بلکه همان طور که مراجعین مهارت‌های رفتاری بیشتری را کسب می‌کنند، استراتژی‌های در دسترس آنها برای دستیابی به اهداف نیز تنوع بیشتری پیدا می‌کند.

آموزش مهارت‌های رفتاری

یک مولفه اصلی برنامه CRA شناسایی نقایص مهارت رفتاری و آموزش مراجع برای بهبود این مهارت‌ها است. برخی از این نقایص در خلال صحبت و مصاحبه با مراجع روشن می‌گردد و برخی زمانی که روی اهداف خاص در فرم اهداف مشاوره کار می‌شود خود را به صورت موانع آشکار می‌کنند. درنهایت بازگشت به تحلیل کارکردی جهت مرور نقشی که مصرف مواد در زندگی مراجع ایفا می‌کند مفید است. اگر مصرف مواد با تقویت مثبت ماندگار شده باشد باید مشخص شود که آیا مراجع ذخایر مهارت‌های رفتاری را برای دستیابی به تقویت مثبت از طریق راه‌های سالم‌تری دارد یا خیر. برای مثال اگر مصرف مواد به عنوان یک تفریح و فرصتی برای اجتماعی شدن باشد، باید ارزیابی شود که آیا مراجع مهارت‌های ارتباطی برای برقراری ارتباط با افراد جدیدی که مواد مصرف نمی‌کنند را دارد یا نه. در مواقعی که مراجع مهارت‌های اجتماعی قابل قبولی دارد ولی در یافتن دوستان غیر مصرف کننده مردد است، آموزش مهارت حل مسئله¹ در دستور کار قرار می‌گیرد. همچنین در جایی که مراجع مشتاق پیدا کردن راه‌های اجتماعی جدید برای گریز از مصرف مواد است ولی مهارت قاطعیت را ندارد مهارت رد مواد² باید آموزش داده شود. در افرادی که مصرف مواد با تقویت منفی مانند کاهش استرس و اضطراب ماندگار می‌شود باید مشخص شود که آیا مراجع نیازمند آموزش حل مسئله برای پیدا کردن راه‌های عملی جهت کاهش استرس هست یا نه.

آموزش مهارت‌های ارتباطی در برنامه CRA روی افزایش مهارت‌های تعاملات مثبت که براساس هفت راهنمای پایه‌ای استوار شده متمرکز شده است. اگر چه این راهنماها در بیشتر گفتگوها با موفقیت به کار گرفته می‌شود اما به خصوص در حل مشکلات بین فردی مفیدند. آن‌ها به این دلیل آموزش داده می‌شوند که مهارت‌های ارتباطی را به شیوه‌ای عرضه می‌کند که حداقل واکنش دفاعی را در شنونده بر می‌انگیزد. قدم‌ها عبارتند از:

1- کوتاه صحبت کنید

2- مثبت باشید

¹ problem-solving

² drink-refusal Skills

3- از واژه‌های مشخص استفاده کنید

4- احساساتتان را مشخص کنید

5- از عبارات حاکی از فهم استفاده کنید

6- مسئولیت‌پذیری نسبی خود را بیان کنید

7- برای کمک به حل مشکل پیشنهاد ارائه کنید

سه قدم اول باید آشنا به نظر برسد چون چارچوبی را برای صورت بندی اهداف و استراتژی‌های برنامه درمانی فراهم می‌کنند. قدم های چهار و پنج نیز مکمل سه قدم اول هستند چراکه یکی از آنها احساسات فرد را بیان می‌کند در حالی - که عبارت درک طرف مقابل بیانگر همدلی است. همچنین مراجع تشویق می‌شود تا مسئولیت نسبی نقشی که در ایجاد مشکل داشته است بپذیرد. قدم آخر ارائه پیشنهاد راه حل برای رفع مشکل است که در حقیقت اولین قدم مثبت به سوی حل مسئله است. تعجب آور نیست که گاهی برخی مراجعان، هنگامی که از آنها خواسته می‌شود دو قدم آخر را انجام دهند خشمگین می‌شوند، به خصوص وقتی که معتقدند در مقابل مشکل به وجود آمده هیچ مسئولیتی ندارند. در چنین مواردی به آنها یادآوری می‌شود زمانی ارتباط می‌تواند مؤثر باشد که فرد مقابل به حرف شما گوش دهد و دو قدم آخر در تسهیل این امر اهمیت زیادی دارند.

بسیاری از مراجعان در طی این فرآیند آموزشی به طور بازاری پیشرفت می‌کنند اما برخی هم فقط می‌توانند تعداد معدودی از این قدم‌ها را در جملاتشان تلفیق کنند. همه مراجعان به خاطر تلاششان تشویق می‌شوند و متوجه می‌شوند که استفاده از تنها یک یا دو قدم جدید هم می‌تواند ارتباطشان را نسبت به قبل بهبود بخشد. تعمیم این مهارت‌ها به دنیای واقعی نیز پایش می‌شود.

قسمت دوم مهارت های رفتاری CRA، آموزش **حل مسئله** است که هدف آن آموزش یک استراتژی مناسب جدید برای غلبه بر عوامل استرس‌زا بدون مصرف مواد است. گام های حل مسئله عبارت است از:

1- مشکل را شناسایی کنید - مراجع مشکل را تعیین می‌کند و درمانگر به او کمک می‌کند تا مشکل، واضح و با واژه‌های خیلی اختصاصی بیان شود.

2- بیان راه‌حل‌های احتمالی متعدد با استفاده از بارش افکار - از مراجع خواسته می‌شود فهرستی از راه‌لهایی که به ذهنش می‌رسد تهیه کند و به او اطمینان داده می‌شود که هیچ یک از این راه‌حل‌ها مورد انتقاد و سؤال قرار نمی‌گیرد. تمام پیشنهادها روی کاغذ نوشته می‌شود تا مراجع آنها را ببیند. معمولاً انتظار می‌رود حداقل ده

پیشنهاد ارائه شود و اگر پیشنهادهاى بیشتری نیز نیاز دارد به او کمک مى شود.

3- حذف راه حل هاى که مراجع تمایلى به استفاده از آنها ندارد- از مراجع خواسته مى شود راه حل هاى را که فکر مى کند نمى تواند اجرا کند خط بزند و هیچ توضیحى لازم نیست.

4- یک راه حل مناسب انتخاب مى شود- از مراجع خواسته مى شود که راه حل هاى باقى مانده را مرور کند و یکى را انتخاب کند و متعهد شود آن را تا جلسه بعدى اجرا کند.

5- بررسی موانع احتمالى - از مراجع خواسته مى شود موانع احتمالى را که در هفته آینده در اجرای راه حل انتخابى تداخل ایجاد مى کند بیان کند. معمول ترین مثال هاى که ممکن است گفته شود فراموش کردن و مشغولیت زیاد است.

6- فکر کردن به راه هاى رفع هر کدام از موانع - از مراجع خواسته مى شود که برای هر مانع یک راه حل خاص پیدا کند. اگر این کار خیلی سخت بود از او خواسته مى شود که راه حل دیگری را انتخاب کند.

7- ارزیابى مؤثر بودن راه حل - در جلسه بعدى درمانگر اجرای راه حل و تاثیر آن را در رفع مشکل بررسی مى کند. گاهى نیاز است راه حل به گونه اى دیگر تغییر یابد و یا یک راه حل دیگر اتخاذ شود.

آموزش حل مسئله مکانیسمى عالى برای مواجه شدن با عوامل استرس زا در زمینه هاى مختلف است. یادگیرى حل مسئله احتمال استفاده از مواد را برای رهاى از مشکلات کاهش مى دهد. همچنین ضرورى است که مراجعان این مهارت را در زندگى واقعى خود بکار گیرند. به همین دلیل درمانگر از هر موقعیتى برای معرفى و تمرین حل مساله در طول جلسات استفاده مى کند. برای مثال اگر مراجع 20 دقیقه دیر به جلسه برسد و توضیح دهد که مشکلىش پیدا کردن وسیله نقلیه بوده است، به او آموزش داده مى شود که از فرایند حل مسئله برای رفع مشکل رفت و آمدش استفاده کند.

سومین مولفه اصلى آموزش مهارت هاى رفتارى مهارت **رد کردن مصرف مواد** است که خود شامل قسمت هاى متعددى است. اولین قسمت آن دریافت حمایت اجتماعى از اجتماع مراجع است. از مراجع خواسته مى شود که به افراد فامیل و دوستان نزدیکش اعلام کند که دیگر مواد مصرف نمى کند. دومین قسمت آموزش رد مصرف مواد، مرور موقعیت هاى پرخطرى است که فرد را به سمت مصرف مجدد مواد سوق مى دهند. در این رابطه مى توان از اطلاعات تحلیل کارکردى مصرف مواد استفاده کرد. این موقعیت ها مى توانند عوامل برانگیزنده اى باشند که حداقل برای یک موقعیت معمول ذکر شده اند. از مراجع خواسته مى شود که 5 الی 10 سناریوى معمول مصرف مواد را فهرست کند. سپس براساس موقعیت ها و سطح توانایى وی، از او خواسته مى شود که از آن موقعیت ها اجتناب کند و یا این که با

قاطعیت مواد پیشنهاد داده شد، رد کند.

آموزش رد قاطعانه پیشنهاد مصرف مواد، سومین جزء آموزش رد مصرف مواد در برنامه CRA است. اما این آموزش فقط اولین قدم است و تمرین رفتاری به وسیله ایفای نقش نیز لازم است. گزینه‌های اصلی برای این رد قاطعانه عبارتند از:

- 1- گفتن «نه، متشکرم»،
- 2- پیشنهاد فعالیت دیگری
- 3- موضوع بحث را عوض کردن
- 4- پرسیدن علت اصرار طرف مقابل

فقط نه گفتن، کار مشکلی است چون بسیاری از مراجعان تصور می‌کنند که باید حتماً برای قبول نکردن پیشنهاد مصرف الکل و سایر مواد دلیل بیاورند چون فکر می‌کنند مصرف نکردن مواد کاری غریب است و دیگران هم همین طور فکر می‌کنند. بعد از توضیح کوتاه بخش‌های مختلف پاسخ قاطعانه، از مراجعان خواسته می‌شود تا این روش را یک هفته تمرین کنند و سپس در جلسه بعدی نتیجه آن را گزارش دهند. بسیاری از مراجعان ممکن است به گزینه‌های دیگر نیاز پیدا کنند. برای مثال اگر درمانگر به مراجع یاد می‌دهد که بگوید «واقعاً دلم می‌خواهد یک فنجان قهوه به جای کشیدن سیگار بخورم» پیشنهاد سوم که عوض کردن موضوع صحبت است و یک تکنیک پرت کردن حواس است، امتحان می‌شود و یا بگوید «نه متشکرم، امشب واقعاً دلم نمی‌خواهد شیشه بکشم، راستی فکر می‌کنید کدام تیم به فینال این فصل برسد؟»

معمولاً گزینه چهارم و پنجم به موقعیت‌هایی اختصاص دارد که مراجع علی‌رغم استفاده از سه گزینه اول همچنان برای مصرف مواد تحت فشار قرار می‌گیرد. برای مثال، «من بارها گفتم که امشب دوست ندارم شیشه بکشم و تو هنوز مرا تحت فشار قرار می‌دهی، برای چه اینقدر شیشه کشیدن من برای تو مهم است؟» علاوه براین، به مراجعان یاد داده می‌شود که از تن صدا و زبان بدن محکم خود در هنگام گفتن این جملات استفاده کنند زیرا کلمات قاطع بدون لحن چندان مورد توجه قرار نمی‌گیرد.

مهارت‌های شغلی

برای بیشتر افراد، محیط کار یک اجتماع مهم محسوب می شود. داشتن شغل ذاتاً تقویت کننده است. این منابع تقویت ممکن است چالش‌های تحریک کننده، تقدیر روستا، افزایش اعتماد به نفس، تعاملات لذت بخش با همکاران و پاداش‌های مادی (حقوق پایه و افزایش آن) باشد. علاوه بر این، یک شغل ثابت می تواند با مصرف مواد رقابت کند و به عنوان یک عامل بازدارنده به کار رود. برنامه مشاوره‌ی شغلی CRA سه مولفه دارد: پیدا کردن شغل، حفظ آن و افزایش رضایت شغلی. راهنمای شغلی مشاوران (Azrin & Besalel, 1980) مبنای آموزش مهارت‌های شغلی به مراجعان بیکار است. این کتابچه، راهنمایی برای آماده کردن یک رزومه، تکمیل برنامه‌های شغلی و ایجاد و پیگیری فرصت‌های شغلی است. تمرین رفتاری برای تماس‌های تلفنی اولیه و مصاحبه‌های شغلی مورد تاکید قرار می گیرد. نظارت فراگیری بر رفتارهای جستجوی کار انجام می شود چون این کار به درمانگر اجازه می دهد تا با مراجعان قراردادهای رفتاری منعقد کند و نشانه‌های پیشرفت را تقویت نماید. درنهایت، همیشه چشم‌انداز کار جدید از نظر خطر نسبی برای مصرف مواد مورد توجه قرار می گیرد.

معمولاً پیدا کردن کار برای نسبتاً آسان است؛ بخش مشکل، نگهداری آن است. در نتیجه بیشتر انرژی و وقت به بررسی دلایل اخراج یا رها کردن کار در گذشته اختصاص داده می شود. دلیل بسیاری از این موارد ممکن است به مصرف الکل یا مواد مربوط باشد، اما ممکن است عوامل دیگری هم در آن دخیل باشند، مانند مشکل در کنترل خشم یا افسردگی. در اینگونه موارد آموزش مهارت‌های ارتباطی یا حل مساله می تواند مفید باشد.

آخرین مولفه در برنامه‌ی شغلی CRA شامل موضوعی است که اغلب نادیده گرفته می شود و آن افزایش رضایت شغلی است. اما CRA به طور جدی به آن توجه دارد. پایش رضایت شغلی مهم است چون می توان در صورت لزوم به آن پرداخت. مقیاس شادکامی، رضایت شغلی را هم بررسی می کند و در نتیجه مراجع متوجه می شود که تا چه حدی کار خود را تقویت کننده می داند. گزارش های نارضایتی شغلی به طور عمیق مورد کاوش قرار می گیرد و اغلب با یک مداخله‌ی حل مساله برای حل آن تلاش می شود.

مشاوره اجتماعی / تفریحی

چون هدف CRA ایجاد فعالیت‌های عاری از مواد به عنوان تقویت کننده در مقابل رفتار مصرف الکل و مواد است، توجه خاصی به زندگی اجتماعی مراجع می شود. متأسفانه بسیاری از درمان‌گران با این فرض اشتباه که افراد می‌دانند چگونه از وقت آزاد خود لذت ببرند، انرژی و وقت کمی برای این موضوع می گذارند. اما در غالب اوقات مراجعی که وارد درمان می شود تقریباً تمام روابط دوستانه و فعالیت‌های سرگرم‌کننده‌اش حول مصرف مواد می چرخد و این عامل خطر بزرگی برای مصرف مجدد مواد است. بنابراین گسترش دوستی های جدید و انجام فعالیت های لذت بخش عاری از مواد اهمیت زیادی پیدا می کند.

هنگامی که نیاز به تعیین فعالیت‌ها و دوستان غیر مصرف کننده مشخص شد، بسیاری از مراجعان قبل از اینکه بتوانند هر تغییری را در زندگی اجتماعی‌شان ایجاد کنند به کمک و تشویق نیازدارند. ممکن است این کمک، راهنمایی در تهیه‌ی فهرست گزینه‌ها یا تکمیل تحلیل کارکردی برای رفتارهای غیر مصرف باشد. این نکته خیلی مهم است و درمانگر هرگز نباید فرض کند که مراجع فعالیت جدید را صرفاً به این دلیل که به او گفته است، به راحتی دنبال می‌کند یا برای انجام آن تلاش می‌کند. در عوض، هر مانعی که ممکن است با شرکت او در این فعالیت ها تداخل داشته باشد بررسی شده و اگر مانعی وجود داشت از حل مساله استفاده می شود. همینطور برای به حداکثر رساندن شانس مراجع برای آزمودن فعالیت جدید بر روشی که تشویق سیستماتیک نام دارد، تکیه می‌شود. این تکنیک سه مولفه دارد:

1. احتمالاً مراجع در برقراری اولین تماس خود مشکل دارد. از "ایفای نقش" برای تمرین تماس تلفنی

استفاده کنید. بعد از تمرین و بازخورد کافی، مراجع باید در طول جلسه تماس تلفنی واقعی داشته باشد.

2. یک مخاطب برای این فعالیت مشخص کنید و اگر ممکن است مراجع را وادار کنید که قبل از ملاقات،

با او تماس داشته باشد. اگر ترتیبی داده‌شود که وقتی مراجع این کار را انجام می‌دهد مخاطبش از پیش

انتظار تماس او را داشته باشد احتمال بیشتری وجود دارد که این فعالیت را انجام دهد.

3. این تمرین را با مراجع در جلسه‌ی بعدی مرور کنید تا متوجه شوید که این فعالیت به اندازه‌ی کافی

لذت‌بخش بوده است و او قصد دارد که دوباره در آن شرکت کند؟ حل مساله را به او آموزش دهید تا در

مواجهه با هر مشکلی از آن استفاده کند، یا فعالیت جدیدی را انتخاب کند و این شیوه را تکرار کند.

اگر برنامه‌ی CRA برای درمان شمار زیادی از افراد استفاده می‌شود، می‌توان یک باشگاه اجتماعی را شبیه آن چه در چندین مطالعه (Mallams et al., 1982; Smith, Meyers & Delaney, 1998) استفاده شده، سازمان‌دهی کرد. هدف این باشگاه این است که فعالیت‌های اجتماعی غیر مصرف مواد را که می‌تواند لذت بخش باشد به مراجعان نشان دهد و برای انجام کارها و فعالیت‌هایی که می‌تواند در رقابت با مصرف مواد در مواقع پرخطر باشد (مثلاً برای پنج شنبه و جمعه‌ها) برنامه‌ریزی کند. کلینیک می‌تواند بسته به منابع و تعداد مراجعان، با ارائه فعالیت‌هایی مثل نمایش رایگان فیلم، رویدادهای ورزشی، تلویزیون، جلسات حمایتی و پذیرایی میزبانان یک باشگاه اجتماعی باشد.

درمان ارتباطی در CRA

احتمالاً منطقی به نظر می‌رسد اگر فرض شود که ارتباط فرد مصرف‌کننده با کسانی که زندگی می‌کند و دوستان دارد، دچار آسیب می‌شود. گاهی اوقات مشکلاتی که در روابط خانوادگی به وجود می‌آید مسئول مصرف مواد در اولین بار است، چون برخی افراد برای رهایی از مشکلات عاطفی‌شان به الکل و مواد پناه می‌برند. برای برخی دیگر، رابطه‌شان به دلیل ادامه یافتن جر و بحث‌ها به خاطر مصرف مواد و الکل و یا تحمل نکردن فرد مقابل و قطع کردن رابطه است که دچار آسیب می‌شود. همین استرس ناشی از پیامد مصرف الکل و مواد ممکن است سبب مصرف بیشتر مواد شود. بنابراین اگر منحصراً روی مشکل مصرف مواد متمرکز شود و مشکلات بین فردی او که مصرف مواد از آن نشأت گرفته است و یا در اثر مصرف ایجاد شده مورد توجه قرار نگیرد مراجع از درمان سود لازم را نخواهد برد. در نتیجه معمولاً از همسر مراجع نیز برای شرکت در قسمت‌هایی از برنامه درمانی دعوت می‌شود.

هدف درمان روابط CRA ایجاد رابطه‌ای است که برای هر دو آن‌ها تقویت‌کننده تر باشد. این هدف با آموزش حل مسئله، کار کردن روی روابط زوجین و آموزش داشتن انتظارات واقع بینانه از یکدیگر است که میسر می‌گردد. می‌توان از فرآیند حل مسئله که قبلاً توضیح داده شد به آسانی استفاده کرد، با این تفاوت که هر گاه مشکلی پیش می‌آید هر دو طرف در فرایند حل مسئله شرکت می‌کنند. برای آموزش مهارت‌های ارتباطی، ابتدا مقیاس شادکامی رابطه¹ که نسخه‌ای از مقیاس شادکامی است داده خواهد شد (پیوست را ملاحظه کنید). سپس هر فرد به طور مستقل به میزان رضایت از همسرش در 10 زمینه مختلف امتیاز می‌دهد که شامل مسئولیت‌پذیری در انجام کارهای خانه، رسیدگی به فرزندان،

¹Relationship Happiness Scale

فعالیت های اجتماعی، مدیریت مالی، برقراری ارتباط، رابطه جنسی و محبت، شغل/مدرسه، حمایت احساسی، استقلال همسر و شادکامی عمومی می باشد. این حوزه ها براساس نیازهای خاص زوجین می تواند تغییر کند.

در ادامه، امتیازهایی را که زوجین به هم داده اند، مطرح می شود و بعد از آن در باره درک ناهمخوان آنها از مشکل بحث می شود. در مرحله بعد، حوزه ای که هر دو حداقل رضایت را در آن گزارش داده اند برای شروع تمرین هدف گذاری و بیان انتظارات انتخاب می شود. زمانی که فرم روابط بی نقص¹ به آنها معرفی می شود، توضیح داده می شود که راهنمای پر کردن این فرم مانند فرم اهداف مشاوره است. به عبارت دیگر عبارات باید مختصر، مثبت و اختصاصی و قابل اندازه گیری باشند. برای این کار هر طرف خواسته و هدفش را بیان می کند و آن را براساس راهنما، صورت بندی می کند و به طرف مقابل یک درخواست برای تغییر رفتار خاصی را ارائه می کند و درمانگر نیز برای تغییر عبارات وی به نحوی که براساس راهنما باشد، کمک می کند.

آموزش مهارت های ارتباطی با تمرین "روابط بی نقص" ادامه می یابد که بر سه قانون پایه گذاری شده و چهار قانون دیگر به آن اضافه می شود که شامل بیان کردن احساسات، بیان درک طرف مقابل و پذیرفتن قسمتی از مسئولیت و ارائه پیشنهاد در جهت حل مشکل می باشد که مهارت های ارتباطی پیشرفته محسوب می شوند. برای شروع، باید درخواست ها در فرم روابط بی نقص نوشته شود تا هم تغییرات لازم روی آن انجام شوند و هم شفافاً تمرین شوند. همچنین زوجین به تمرین اضافه کردن اجزاء بیشتری از یک مکالمه خوب تشویق می شوند تا پیشرفت قابل ملاحظه ای ایجاد شود.

قسمت دیگر رابطه درمانی CRA شامل "سیاهه یادآوری روزانه مهربان بودن"² است (پیوست را ملاحظه کنید). معمولاً در اول کار زوج ها مطرح می کنند که دیگر برای اشتیاقی به انجام کارها و گفتگوهای کوچک و خوشایند که قبلاً برای نشان دادن علاقه شان به هم دیگر استفاده می کردند، ندارند. برای آنها توضیح داده می شود که یک هدف از درمان این است که آنها رابطه عاشقانه و لذت بخش را دوباره تجربه کنند. برای شروع سیاهه یادآور روزانه مهربان بودن به هر کدام از آنها داده شد. در این سیاهه یک صفحه ای، فهرستی از کارها و رفتارهای مثبتی که هر فرد می تواند برای طرف مقابل انجام دهد آورده شده است. اگر چه حتماً زمینه های بیان شده متناسب با هر زوج خاص تغییر می کند اما اجزاء آن عبارتند از:

1- آیا امروز از همسرت قدردانی کرده ای؟

2- آیا امروز به همسرت احترام گذاشته ای؟

¹ Perfect Relationship

² Daily Reminder TO Be Nice

3- آیا امروز به همسرت یک هدیه خوشایند داده‌ای؟

4- آیا امروز علاقه ات را به همسرت ابراز کرده‌ای؟

5- آیا برای یک مکالمه لذتبخش با همسرت وقت گذاشته‌ای؟

6- آیا امروز یک مکالمه لذتبخش را شروع کرده‌ای؟

7- آیا امروز قبل از این که از شما درخواست شود به همسرت کمک کرده‌ای؟

در مراحل اولیه درمان، بعضی افراد از این که برای همسر مصرف کننده شان کارهای خوشایند انجام دهند احساس خشم می‌کنند. درباره این احساسات به آنها آگاهی و توضیح داده می‌شود. در همین زمان به همسر گفته می‌شود که این کار، اولین قدم در جهت داشتن رابطه خوشایند مجدد است. متعاقباً از آن‌ها خواسته می‌شود که تعهد کنند که حداقل یکی از این رفتارها را هر روز انجام دهند. این فرم در جلسه آینده مرور شده و از زوج‌ها خواسته می‌شود تا بیان کنند که وقتی کسی که دوستش دارند کاری را برای آنها انجام می‌دهد، چه احساسی داشتند. اگر یک رابطه با احساس حمایت‌گری و تقویت و تشویق برای هر دو طرف، شروع شود، بعداً تغییرات بیشتری که می‌تواند سبک زندگی عاری از مواد فرد را تقویت کند رخ می‌دهد.

زوج‌درمانی در CRA

اگرچه وقتی مشکل مصرف الکل و مواد شدید نباشد، خیلی از روابط بهبود می‌یابد، اما مشکلات بین فردی همچنان باقی می‌مانند. درمانگران CRA تلاش می‌کنند تا همسران مراجعان را نیز وارد فرآیند درمان کنند، بنابراین ممکن است مشکلات ارتباطی معلوم شود و همین باعث می‌شود بعضی از افراد برای حمایت از همسران خود (که مواد مصرف می‌کنند) داوطلب شوند. این جلسات درمان با زوج‌درمانی در برنامه‌ی ارزیابی و درمان CRA شروع می‌شود. برای این کار، حوزه‌های مشکل مشخص شده، اهداف تعیین می‌شود و استراتژی‌های لازم برای رسیدن به اهداف مورد نظر تعیین و آموزش داده می‌شود.

پیشگیری از عود در CRA

از نظر تکنیکی پیشگیری از عود از اولین جلسه‌ی CRA شروع می‌شود. از آن جا که فرم تحلیل کارکردی مصرف الکل و مواد عوامل برانگیزنده استفاده از الکل و مواد و موقعیت‌های پرخطر را نشان می‌دهد، می‌توان با رشد رفتار و

مهارت‌هایی که با مصرف مواد در رقابت هستند، با آنها مقابله کرد. برای وقتی که لغزش اتفاق می‌افتد، یک تحلیل کارکردی دیگر برای آن موقعیت خاص انجام شده و عوامل برانگیزنده لغزش مورد بررسی قرار می‌گیرد. در ادامه برای مقابله با این عوامل، حل مساله و یا سایر مهارت‌های لازم آموزش داده می‌شود.

همچنین پیشگیری از عود با توجه به یک "سیستم هشدار اولیه"¹ نیز مورد بحث قرار می‌گیرد. در طی زمانی که مراجع سناریو مصرف مواد را بازآفرینی می‌کند درمانگر زنجیره‌ی رفتاری را که از عوامل برانگیزان شروع شده، به رفتار منجر می‌شود و خود به نوبت به پیامدها ختم می‌شود، ترسیم می‌کند و از مراجع می‌خواهد تا توالی علائم هشدار دهنده را در این فرایند شناسایی کند. علاوه براین، درمانگر برخی از عوامل برانگیزنده قدیمی را که ممکن است سیگنال‌های هشدار دهنده اولیه برای مراجع باشد به او یادآوری می‌کند. مرحله‌ی بعدی تنظیم یک برنامه‌ی عاری از مصرف مواد است که باید با اولین علامت هشداردهنده شروع شود.

جمع بندی

CRA یک رویکرد جامع در درمان فردی است که بر پایه‌ی تغییر در سبک زندگی و محیط اجتماعی مراجع طراحی شده تا از او برای پرهیز طولانی مدت حمایت کند. کارآزمایی‌های بالینی روی نمونه‌های بستری و سرپایی، با قومیت‌ها و فرهنگ‌های مختلف و برای انواع مختلف مواد شامل الکل، هروئین و کوکائین انجام شده که نتایج حاکی از اثربخشی آن است. در این رویکرد، درمانگر به مراجع یاد می‌دهد که چگونه تقویت‌کننده‌های حقیقی را پیدا و از آن استفاده کند. این یک بخش لازم و خاص از فرآیند درمان CRA است.

مثل همه‌ی برنامه‌های رفتاری، CRA هم وقتی اثربخش است که درمانگر آن را خوب اجرا و مدیریت کند. در نتیجه، اگر یک درمانگر بر مهارت‌های بالینی پایه تسلط نداشته باشد، اثربخشی برنامه محدود خواهد شد. علاوه بر این، گاهی اوقات درمانگران مشتاق کاملاً متعهد به تکنیک‌های مختلف CRA می‌مانند اما در این روند از هدف کلی دور می‌شوند: کمک به فرد برای این که سبک زندگی عاری از مواد به اندازه‌ی سبک زندگی اعتیادی تقویت‌کننده باشد. به منظور انجام این کار، درمانگر باید همواره از مشوق‌های موجود در محیط مراجع در حوزه‌های مختلف خانوادگی، اجتماعی و شغلی آگاه باشد. استفاده منظم از این مشوق‌ها در ایجاد و حفظ تغییر، اهمیت بسیار زیادی دارد.

¹ Early Warning System

پیوست ها

الف- تحلیل کارکردی برای رفتار مصرف مواد

ب- تحلیل کارکردی CRA برای رفتار غیر مصرف مواد

ج- مقیاس شادکامی

چ - رابطه‌ی بی نقص

و- یادآوری روزانه برای مهربان بودن

ه- مقیاس شادکامی در روابط

تحلیل کارکردی برای رفتار مصرف مواد

عوامل برانگیزنده بیرونی	عوامل برانگیزنده درونی	رفتار و شیوه مصرف	پیامدهای مثبت کوتاه مدت	پیامدهای منفی بلند مدت
1- معمولاً با چه کسی مواد مصرف می کنی؟	1- معمولاً درست قبل از مصرف به چی فکر می کنی؟	1- چه مصرف می کنی؟	1- چه چیزی را از مصرف مواد با او (با کسی که مصرف می کند) دوست داری؟	1- عواقب منفی مصرف مواد در هر یک از حیطه های زیر چه هستند؟
2- معمولاً کجا مواد مصرف می کنی؟	2- معمولاً درست قبل از مصرف چه حسی در بدنت داری؟	2- چقدر مصرف می کنی؟	2- چه چیزی را از مصرف مواد در آن مکان(جایی که در آن مصرف می کند) دوست داری؟	الف) روابط بین فردی ب) جسمی ج) هیجانی د) قانونی ه) کار و) اقتصادی ز) سایر موارد
3- معمولاً چه زمانی مواد مصرف می کنی؟	3- معمولاً قبل از مصرف چه احساسی داری؟	3- معمولاً چه مدت زمانی را صرف مصرف مواد می کنی؟	3- چه چیزی را از مصرف مواد در آن زمان (زمانی که مواد مصرف می کند) دوست داری؟	
			4- در زمان مصرف چه افکار خوشایندی داری؟	
			5- در حین مصرف چه حس خوشایندی در بدنت داری؟	
			6- در حین مصرف چه احساسات خوشایندی داری؟	

تحلیل کارکردی CRA برای رفتار غیر مصرف مواد

عوامل برانگیزان بیرونی	عوامل برانگیزان درونی	رفتار مغایر با مصرف مواد	پیامدهای منفی کوتاه مدت	پیامدهای مثبت بلندمدت
معمولاً با چه کسی هستید وقتی (این رفتار) را انجام می‌دهید؟	معمولاً قبل از اینکه (این رفتار) را انجام دهید درباره‌ی چه چیزی فکر می‌کنید	رفتار غیر مصرف شما چیست؟	با چه کسی دوست نداری این فعالیت را انجام دهی؟	در هر یک از حوزه‌های زیر چه نتایج مثبتی با انجام این فعالیت وجود دارد؟
معمولاً کجا (این رفتار) را انجام می‌دهید؟	معمولاً چه حالت جسمی دارید دقیقاً قبل از اینکه (این رفتار) را انجام دهید؟	اغلب چه مواقعی آن را انجام می‌دهید؟	چه مکانی را برای انجام این فعالیت دوست نداری؟	الف- بین فردی
معمولاً چه زمانی (این رفتار) را انجام می‌دهید؟	معمولاً چه هیجانی را احساس می‌کنید قبل از اینکه (این رفتار) را انجام دهید؟	اغلب این رفتار چقدر طول می‌کشد؟	چه زمانی دوست نداری این فعالیت را انجام دهی؟	ب- جسمی / هیجانی
			چه افکار نامطلوبی در موقع انجام این فعالیت داری؟	ج- قانونی
			چه احساس جسمی نامطلوبی در حین انجام این فعالیت داری؟	د- شغلی / مالی
			چه هیجان‌های نامطلوبی در حین انجام این فعالیت داری؟	د- سایر موارد

مقیاس شادکامی

این مقیاس می‌خواهد شادکامی فعلی شما در زندگی‌تان را در 10 حوزه‌ای که در فهرست زیر آمده است، ارزیابی کند. سوال زیر را از خودتان بپرسید و در هر بخش میزان آن را تعیین کنید

من از این بخش از زندگی‌ام چقدر شادم؟ در هر حوزه، دور شماره‌های (0-10) دایره بکشید.

شماره‌های سمت چپ میزان ناراحتی و نارضایتی و شماره‌های سمت راست سطوح مختلف شادی را بیان می‌کند.

به یاد داشته باشید: سعی کنید هر احساسی را که دیروز داشته‌اید از ذهن بیرون کنید و احساس امروز خود را در حوزه‌های مختلف زندگی در نظر بگیرید. همچنین سعی کنید اجازه ندهید که احساس شما در مورد یک بخش در درجه بندی سایر حوزه‌ها تداخل ایجاد کند.

کاملاً ناراحت	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	کاملاً خوشحال
مصرف الکل/ مواد	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
پیشرفت تحصیلی یا شغلی	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
مدیریت مالی	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
زندگی اجتماعی	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
عادات شخصی	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
روابط خانوادگی	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
مسائل قانونی	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
زندگی هیجانی	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
ارتباطات	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
شادکامی کلی	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

رابطه‌ی بی نقص

در فهرستی که در پایین آمده است فعالیت‌هایی را که به نظر آرمانی می‌رسند بنویسید. عبارات باید خلاصه، مثبت و به صورت خاص و قابل اندازه گیری باشند .

1- در زمینه مسئولیت‌های مربوط به کارهای خانه دوست دارم که همسرم:

- -1
- -2
- -3
- -4
- -5

2- در زمینه رسیدگی و تربیت فرزندان دوست دارم که همسرم:

- -1
- -2
- -3
- -4
- -5

3- در فعالیت‌های اجتماعی دوست دارم همسرم :

- -1
- -2
- -3
- -4
- -5

یادآوری روزانه برای مهربان بودن

شنبه	یکشنبه	دوشنبه	سه‌شنبه	چهارشنبه	پنجشنبه	جمعه
						آیا از همسرت امروز سپاسگزاری کردی؟
						آیا امروز به همسرت احترام گذاشتی؟
						آیا امروز به همسرت کادوی خوشایندی دادی؟
						آیا امروز محبت خودت را به همسرت ابراز کرده‌ای؟
						آیا برخی از اوقات را صرف اختصاص دادن به یک بحث خوشایند با تمام توجهت با همسرت کرده‌ای؟
						آیا امروز بحث خوشایندی را شروع کرده‌ای؟
						آیا امروز قبل از این که ازت خواسته شود خودت پیشنهاد کمک داده‌ای؟

مقیاس شادکامی در روابط

