

การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ: ทางเลือกเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยเสพติด

นันทา ชัยพิชิตพันธ์

บทคัดย่อ

ยาเสพติดนับเป็นโรคเรื้อรัง และเป็นปัญหาสาธารณสุขที่ส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจ และสังคม การเสพติดเป็นโรคที่เรียกว่า “โรคสมองติดยา” การบำบัดรักษาต้องใช้ความร่วมมือจากภาคีเครือข่าย สิ่งหนึ่งที่ผู้บำบัดควรทำ คือ การช่วยเหลือผู้ป่วยเหล่านั้นให้สามารถลด ละ หรือเลิกเสพติดได้ แนวคิดเรื่องการบำบัดเพื่อการเสริมสร้างแรงจูงใจ หรือ Motivational enhancement therapy (MET) เป็นทางเลือกหนึ่งที่สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยในกลุ่มนี้ได้ จากหลักฐานเชิงประจักษ์พบว่า MET เป็นรูปแบบของการบำบัดที่เป็นระบบ และเป็นการกระตุ้นผู้ป่วยให้เกิดแรงจูงใจ โดยยึดหลักการพื้นฐานทางจิตวิทยา MET มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงแรงจูงใจภายใน มีผลลัพธ์ของการบำบัดที่รวดเร็ว ใช้ระยะเวลาในการบำบัดเพียง ๑ - ๔ ครั้งแต่แต่ละครั้งใช้เวลาไม่เกิน ๑ ชั่วโมง โดยมีองค์ประกอบของการบำบัด คือ การประเมิน การสะท้อนกลับ และการใช้หลักการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ หากผู้บำบัดมีองค์ความรู้ในส่วนนี้ผสมผสานกับประสบการณ์ในการช่วยเหลือผู้ป่วยเสพติดจะช่วยให้ผู้ป่วยเสพติดสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้กลับไปเป็นคนดีของสังคมได้

คำสำคัญ: การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ, ผู้ป่วยเสพติด

วันที่รับบทความ: ๖ กันยายน ๒๕๕๕

วันที่อนุญาตให้ตีพิมพ์: ๓ มกราคม ๒๕๕๖

บทนำ

เทคโนโลยีในปัจจุบันทำให้องค์ความรู้เรื่องโรคสมองติดยาเจริญก้าวหน้ามากขึ้น “การเสพติด” จึงจัดเป็นโรคเรื้อรังชนิดหนึ่ง สืบเนื่องจากการที่สารเคมีในสมองเปลี่ยนแปลงส่งผลให้การทำหน้าที่ของสมองเสียไป* ผู้ป่วยจึงต้องการความช่วยเหลือเช่นเดียวกับผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ การบำบัดรักษาแบบคลาสสิก (classical treatment) เป็นวิธีการที่นิยมใช้กันอย่างแพร่หลายประกอบด้วย ๔ ขั้นตอน* คือ การเตรียมก่อนรักษา การบำบัดด้วยยา การฟื้นฟูสมรรถภาพ และการติดตามหลังการรักษา ระยะเวลาที่นับว่าได้ผลไม่ควรต่ำกว่า ๔ เดือน อย่างไรก็ตามหลักฐานเชิงประจักษ์ในปัจจุบันชี้ให้เห็นว่าการช่วยเหลือผู้ป่วยเสพติดให้หลุดพ้นจากวงจรการเสพติดนั้น มีเทคนิคและวิธีการอื่นๆ ที่จะสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยเหล่านั้นได้ บทความนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อ

สื่อให้ผู้สนใจได้รับรู้เรื่องราวเกี่ยวกับโรคสมองติดยา แนะนำ แนวคิดการบำบัดเพื่อการเสริมสร้างแรงจูงใจ (motivational enhancement therapy: MET) ซึ่งเป็นวิธีการสำคัญที่นักบำบัดใช้ในการช่วยเหลือผู้ป่วยเสพติด และทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (transtheoretical model: TTM.) หรือบางครั้งเรียกว่า stage of change ซึ่งนับเป็นปัจจัยเสริมความสำเร็จของการบำบัดด้วย MET

โรคสมองติดยา (Brain addiction disease)

การเสพติด คือ โรคทางสมอง (brain disease) ซึ่งส่งผลให้สมองส่วนควบคุมการคิด และอารมณ์เสียหน้าที่ไป สมองประกอบด้วยเซลล์เล็กๆ ที่เรียกว่า เซลล์ประสาท (neuron) สมองทำงานโดยส่งสัญญาณผ่านเซลล์ประสาทเหล่านี้ กับเซลล์ของอวัยวะต่างๆ ทั่วร่างกาย เรียกว่า ระบบประสาท ซึ่งประกอบด้วย ๒ ส่วนคือ ระบบประสาทส่วนกลาง

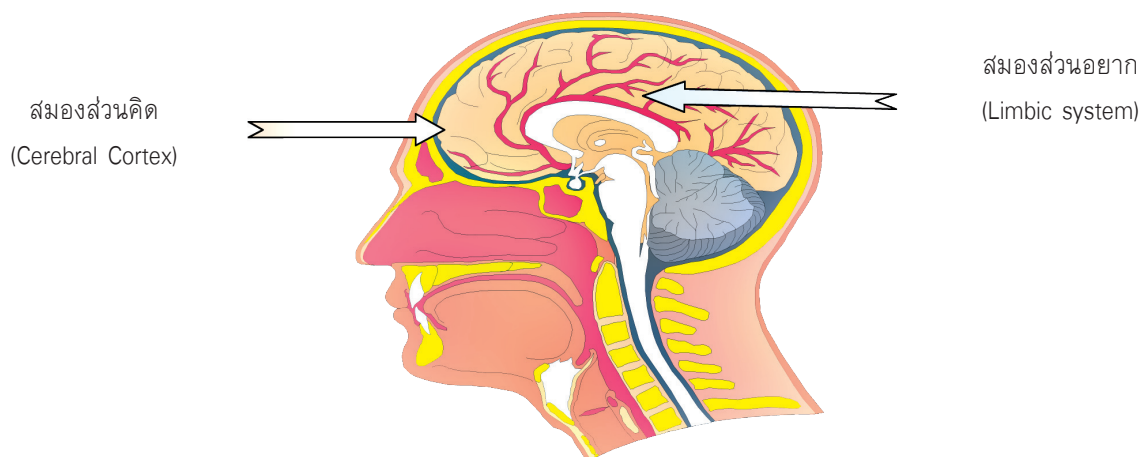
ได้แก่ สมอง และไขสันหลัง และระบบประสาทส่วนปลาย ได้แก่ เส้นประสาทที่กระจายอยู่ทั่วร่างกาย เซลล์ประสาทประกอบด้วยตัวเซลล์ (soma) และแขนรับสัญญาณ เรียกว่า เดนไดรต์ (dendrite) กับแขนส่งสัญญาณ เรียกว่า แอกซอน (axon) สัญญาณประสาทมี ๒ ชนิด คือ สัญญาณไฟฟ้า และสัญญาณเคมี ปลายแขนส่งสัญญาณมีจุดประสานประสาท (synapse) ภายในบรรจุสารเคมีชนิดต่างๆ เรียกว่า สารส่งผ่านประสาท (neurotransmitter) สารเคมีในสมองทำหน้าที่ส่งผ่านสัญญาณประสาทนี้เองที่มีบทบาทเกี่ยวข้องกับกลไกการเสพติดของบุคคล"

การเสพติดเป็นส่วนหนึ่งของกลไกตามธรรมชาติ ร่างกายมนุษย์จะแสวงหาสิ่งที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิต เช่น อาหาร น้ำ อากาศ และสิ่งเร้าที่ทำให้เกิดความพึงพอใจของบุคคล ได้แก่ การมีเพศสัมพันธ์ และความสนุกสนาน สมองมีบทบาทสำคัญในการกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมต่างๆ ซ้ำๆ เพื่อให้ร่างกายได้รับสิ่งเหล่านี้ได้อย่างสม่ำเสมอ การเสพติดเป็นสภาวะที่สิ่งมีชีวิตหมกมุ่นกับพฤติกรรมซ้ำๆ เพื่อส่งผลให้เกิดความพึงพอใจ จนในที่สุดเกิดการสูญเสียสมรรถภาพที่จะควบคุมพฤติกรรมนั้นได้"

สมองแบ่งออกเป็น ๒ ส่วน (รูปที่ ๑) คือสมองส่วนนอกหรือที่เรียกว่า สมองส่วนคิด (cerebral cortex) และสมองส่วนในหรือที่เรียกว่า สมองส่วนอยาก (limbic system) สมองส่วนคิดทำหน้าที่ควบคุมสติปัญญา ความมีเหตุผล ขณะที่สมองส่วนอยากเป็นศูนย์ควบคุมอารมณ์ความรู้สึก สารเคมี

ในยาเสพติดจะเป็นตัวกระตุ้นทำให้สมองสร้างสารส่งผ่านประสาท ชื่อโดปามีน (dopamine) ซึ่งเป็นสารที่ทำให้มนุษย์เกิดความรู้สึกพึงพอใจ มีความสุข การกระตุ้นทำให้สมองสร้างโดปามีนมากกว่าที่ธรรมชาติกำหนดจนทำให้รู้สึกเป็นสุขมากกว่าปกติ สมองจึงปรับตัวด้วยการลดระดับการหลั่งโดปามีนตามธรรมชาติลง เมื่อหมดฤทธิ์ของยาเสพติดจึงเสมือนว่าร่างกายขาดสารโดปามีนทำให้รู้สึกจิตใจหดหู่ หงุดหงิดง่าย หรือซึมเศร้า เรียกอาการนี้ว่า "อาการขาดยา" (withdrawal symptom)

เมื่อใช้ยาเสพติดบ่อยๆ จะทำให้สมองส่วนคิดสูญเสียหน้าที่ในการใช้ความคิดที่เป็นเหตุเป็นผล สมองส่วนอยากจะอยู่เหนือสมองส่วนคิด จะทำอะไรตามใจตามอารมณ์อยากของตนเองมากกว่าการใช้เหตุผล มักแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เช่น ก้าวร้าว หงุดหงิดง่าย ควบคุมอารมณ์ตนเองไม่ได้ เมื่อต้องการความรู้สึกพึงพอใจ มีความสุข ก็จะไปใช้ยาเสพติดบ่อยครั้งขึ้น การเสพยาแต่ละครั้งสมองจะจดจำสิ่งเร้าที่อยู่รอบตัวขณะเสพยา เช่น สถานที่เสพยา เพื่อนที่เคยเสพด้วยกัน หรือตัวยาเสพติด แล้วนำไปเชื่อมโยงกับความสุขที่เกิดจากฤทธิ์ของยาเสพติด ระดับโดปามีนที่หลั่งตามธรรมชาติไม่เพียงพอกับการสร้างความสุขอีกแล้วจึงเกิดอาการทรมานทรมาย เมื่อต้องการมีความสุขก็จำเป็นต้องพึ่งยาเสพติดให้สมองหลั่งโดปามีนออกมาจนเกิดความสุข อาการเช่นนี้เรียกว่า "สมองติดยา"^๒ ส่งผลให้ผู้เสพติดพยายามแสวงหายามาเสพซ้ำ



รูปที่ ๑ แสดงสมองมนุษย์"

สารเสพติดแต่ละชนิดมีรายละเอียดของกลไกการเสพติดต่างกัน ขอยกตัวอย่างกลไกการเสพติด เฉพาะสารเสพติดที่กำลังแพร่ระบาดในปัจจุบัน อาทิ ยาบ้า เป็นสารสังเคราะห์ที่มีแอมเฟตามีนเป็นส่วนประกอบ มีชื่อเรียกว่า ยายขยัน ยาแก้ง่วง ยาโด๊ป นิยมเสพด้วยวิธีการรับประทานโดยตรงหรือผสมในอาหาร หรือเครื่องดื่ม หรือเสพโดยนำยาบ้ามาบดแล้วนำไปเผาไฟ สูดดมเป็นไอระเหยเข้าสู่ร่างกาย ยาบ้าจัดเป็นยาเสพติดให้โทษประเภทที่ ๑ ตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. ๒๕๒๒ ยาบ้าออกฤทธิ์ต่อสมองส่วนที่ควบคุมความพึงพอใจ โดยกระตุ้นให้มีการหลั่งโดปามีนออกมาจากจุดประสานประสาทมากขึ้น นอกจากนี้ ยาบ้ายังมีฤทธิ์ทำลายส่วนที่เก็บสะสมโดปามีนไว้ในจุดประสานประสาท ส่งผลให้โดปามีนหลั่งออกมามากจนทำลายระบบประสาท ผู้เสพยาอาจเกิดอาการทางจิตประสาทได้^๙

การบำบัดรักษาผู้ป่วยเสพยาเสพติดในปัจจุบันนิยมบำบัด^{๑๐} โดยแบ่งเป็น ๔ ขั้นตอนใช้เวลาารวม ๔ เดือน คือ ๑) ขั้นตอนเตรียมการก่อนรักษา จะเป็นการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยและญาติในเรื่องรูปแบบ ระยะเวลาการรักษา รวมถึงการที่ญาติจะต้องให้ความช่วยเหลือในระหว่างการรักษา ๒) ขั้นตอนพบแพทย์เป็นขั้นที่แพทย์จะเป็นผู้ให้การรักษาด้วยยาตามอาการ และอาการแสดงของผู้เสพยาเสพติด โดยใช้เวลาในการรักษาประมาณ ๗ - ๑๔ วัน หากผู้ป่วยไม่มีอาการแทรกซ้อนทางกายหรือทางจิตที่รุนแรงมากนัก ๓) ขั้นฟื้นฟูสมรรถภาพ จะเป็นขั้นตอนที่ผู้ป่วยซึ่งมักจะเป็นพยาบาลวิชาชีพ นักจิตวิทยา หรือนักสังคมสงเคราะห์ ใช้วิธีการบำบัดโดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยการสอนทักษะชีวิต มีกิจกรรมกลุ่มบำบัด โดยใช้เทคนิคทางจิตวิทยา และการให้คำปรึกษารายบุคคล รายกลุ่ม หรือรายครอบครัวแล้วแต่กรณี และ ๔) ขั้นตอนติดตามการรักษา ด้วยการให้ผู้ป่วยมาพบที่สถานพยาบาล หรือผู้ป่วยอาจใช้โทรศัพท์ติดตามด้วยการพูดคุยให้กำลังใจ ให้คำปรึกษา การติดตามหลังรักษาใช้เวลา ๑ ปี ให้การบำบัดใน ๒ รูปแบบ คือ แบบผู้ป่วยนอก และแบบผู้ป่วยใน นักบำบัดได้พยายามหาหลักฐานทางวิชาการ และหลักฐานเชิงประจักษ์ต่างๆ มาใช้ในการพัฒนาพฤติกรรมของผู้ป่วย ควบคู่ไปกับการรักษาด้วยการให้ยา เพื่อบรรเทาอาการและช่วยฟื้นฟูสมรรถนะของสมองให้ผู้ป่วยเสพยาเสพติดเหล่านั้นกลับมา มีความคิด ความจำ การตัดสินใจที่ปรกติได้

ในปี ค.ศ. ๑๙๘๙^{๑๑} William R. Miller ศาสตราจารย์ด้านจิตวิทยาแห่งมหาวิทยาลัย New Mexico และ Stephen Rollnick ศาสตราจารย์ด้านสาธารณสุขจากมหาวิทยาลัย

Cardiff ได้พัฒนาวิธีการเพื่อบำบัดผู้ติดสุราในโครงการ MATCH ของ National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA) และเรียกวิธีการนี้ว่า การบำบัดแบบเสริมสร้างแรงจูงใจ (motivational enhancement therapy: MET) ซึ่งใช้เทคนิคที่สำคัญคือ การสัมภาษณ์เพื่อการสร้างแรงจูงใจ (motivational interviewing : MI) ผลการศึกษาพบว่าวิธีนี้ได้ผลดีอย่างมีนัยสำคัญและไม่แตกต่างจากวิธีการบำบัดมาตรฐานอื่นๆ เช่น cognitive behavioral therapy (CBT), twelve steps facilitation (TSF), brief intervention (BI) จึงสรุปผลว่า MET เป็นการบำบัดด้านจิตใจที่ใช้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (client - centered) อีกรูปแบบหนึ่งที่มีแนวปฏิบัติกึ่งชี้แนะ (semi - directive) พร้อมทั้งให้ความสำคัญในการมีส่วนร่วมและความรับผิดชอบต่อการรักษาของผู้เสพยาเสพติด ปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้เสพยาเสพติดส่วนใหญ่ขาดแรงจูงใจในการบำบัดรักษาคือ ภาวะความลังเลใจ (ambivalence) MET เป็นเครื่องมือหนึ่งที่ทำให้ผู้บำบัดช่วยเหลือผู้เสพยาเสพติดให้สามารถเอาชนะความลังเลใจ มองเห็นปัญหาที่เกิดขึ้นในปัจจุบันและที่อาจเกิดขึ้นในอนาคตได้^{๑๒} “ซึ่งนับว่าเป็นส่วนดีของการบำบัดด้วย MET

มิลเลอร์^{๑๓} ให้ความหมายของ MET ว่าเป็นการบำบัดที่เป็นระบบ (systematic intervention) เพื่อกระตุ้นให้เกิดแรงจูงใจ มีหลักการอยู่บนพื้นฐานของหลักจิตวิทยาการเสริมสร้างแรงจูงใจและเป็นรูปแบบการบำบัดที่เห็นผลลัพท์อย่างรวดเร็วต่อการเปลี่ยนแปลงแรงจูงใจภายใน การบำบัดนี้เป็นการบำบัดแบบสั้นใช้ระยะเวลาในการบำบัดจำนวน ๑ - ๔ ครั้ง แต่แต่ละครั้งใช้เวลาไม่เกิน ๑ ชั่วโมง^{๑๔} ประกอบด้วยการประเมิน (assessment) การสะท้อนกลับ (feedback) และใช้หลักการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (motivational interviewing : MI)^{๑๕}

การบำบัดแบบเสริมสร้างแรงจูงใจ (MET)

MET^{๑๖, ๑๗} ประกอบด้วย กระบวนการให้คำปรึกษา (counseling) ที่มุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (client - centered) ด้วยการเพิ่มแรงจูงใจภายใน เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงโดยการแก้ปัญหา การผสมผสานปรัชญาแห่งชีวิตและความเห็นจากผู้เชี่ยวชาญ เป็นการบำบัดทางจิตที่เน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยเฉพาะพฤติกรรมสุภาพ วิธีการนี้อธิบายว่าบุคคลจะมีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการเสพติดอย่างไร โดยอ้างอิงทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (transtheoretical model: TTM, stage of change) ของ Prochaska & DiClemente

MET สามารถแบ่งการบำบัดได้เป็น ๓ ระยะ^{๑๘, ๑๙} (Phase of motivational enhancement therapy) คือ ระยะที่ ๑

เป็นการให้สุศึกษาและข้อมูลสะท้อนกลับ (health education & feed back) เพื่อให้ข้อมูลสะท้อนกลับถึงความรุนแรงของการเสพติดว่าถึงขั้นติดหรือไม่ มีผลต่อสุขภาพร่างกาย จิตใจ ลังคมอย่างไร รุนแรงมาก-น้อยแค่ไหน ผู้บำบัดสรุปข้อมูลที่ได้จากการประเมินผู้ป่วย เช่น แบบฟอร์มการซักประวัติ แบบสอบถามที่ตอบด้วยตนเอง (self-report) การตรวจร่างกาย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เป็นต้น บทบาทของผู้บำบัดในช่วงนี้ คือ อธิบายให้เข้าใจวิธีการตรวจ วิธีการแปลผล ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการเป็นอย่างไรจึงสะท้อนว่า รุนแรง ผู้บำบัดควรมีหน้าที่ที่เป็นกลางเน้นข้อเท็จจริง ไม่ชักจูงหรือครอบงำ ช่มชู้ให้กลัว แต่ควรกระตุ้นให้ผู้ป่วยถามเพื่อตรวจสอบความเข้าใจ

ระยะที่ ๒ เป็นการทำให้เกิดความมั่นคงในคำมั่นสัญญา (commitment strengthening) เพื่อให้คำมั่นสัญญาที่จะเลิกเสพติดมีความหนักแน่นขึ้น ในระยะนี้ผู้บำบัดมีบทบาทในการตรวจสอบความคิดเห็นของผู้ป่วยต่อปัญหาของตนเอง ว่าสิ่งที่ประสบอยู่เป็นปัญหาหรือไม่ หรือเกิดความลังเลไม่แน่ใจ หรือเห็นว่าเป็นปัญหาย่างมากต้องการแก้ไขอย่างจริงจัง หากคิดว่าเป็นปัญหา ผู้บำบัดควรเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ประกาศคำมั่นสัญญาในการเปลี่ยนแปลง ผู้บำบัดควรให้การสนับสนุน ให้กำลังใจในการเปลี่ยนแปลงและเสนอทางเลือกเพื่อการแก้ไข

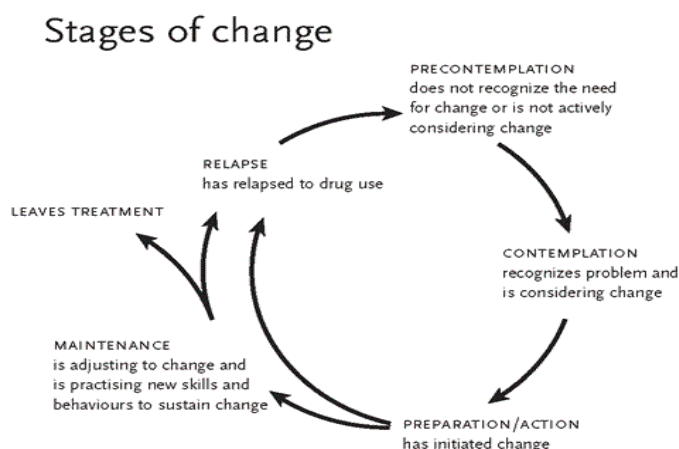
ระยะที่ ๓ เป็นการติดตามต่อเนื่อง (follow through) บทบาทของผู้บำบัดในขั้นนี้ คือ การติดตามความก้าวหน้า ทบทวนเป้าหมายอุปสรรคที่เกิดขึ้น ตรวจสอบแรงจูงใจว่ายังมั่นคงดีหรือไม่

การบำบัดตามแนวคิด MET ผู้บำบัดจะสามารถ

ดำเนินการบำบัดตามระยะที่กำหนดได้ต่อเนื่อง ผู้บำบัดมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Transtheoretical model (TTM)/Stage of change model) ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการช่วยเหลือผู้ป่วยตามบริบทของการเปลี่ยนแปลงที่ประเมินได้ ดังนี้

ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Transtheoretical model / Stage of change model)

ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ถูกพัฒนาขึ้นในปี ค.ศ. ๑๙๘๒ โดย James O. Prochaska และ Carlo DiClemente เป็นอาจารย์ในสาขาจิตวิทยาคลินิก ทฤษฎีนี้อธิบายถึงขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล ตั้งแต่ขั้นตอนที่บุคคลไม่ใส่ใจในปัญหาของตน เริ่มตระหนักรู้ว่าเป็นปัญหา ถึงขั้นที่บุคคลลงมือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง โดยเดินข้ามผ่านพฤติกรรมเดิมก้าวสู่พฤติกรรมใหม่อย่างมั่นคง ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงต่างๆ เหล่านี้ นับเป็นหัวใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล ซึ่งเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง และสามารถก้าวไปข้างหน้า หรือถอยหลังกลับได้ตลอดเวลา รูปแบบของการเปลี่ยนแปลงมีลักษณะเป็นวงกลม หรือวงล้อที่สามารถเคลื่อนที่ไปข้างหน้า หรือถอยหลังได้ และสามารถเปลี่ยนแปลงได้ด้วยอัตราเร็วหรือช้าก็ได้ อย่างไรก็ตามขั้นตอนที่นับเป็นว่าเปลี่ยนแปลงยากที่สุด คือขั้นเฝ้าเฉย โดยขั้นการกลับเสพติดซ้ำถือเป็นเรื่องปกติที่พบได้บ่อย ผู้บำบัดควรวิเคราะห์ให้ได้ว่าผู้ป่วยอยู่ในขั้นตอนใดของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และควรให้การช่วยเหลือได้อย่างเหมาะสม ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยขยับไปสู่ขั้นตอนถัดไป และก้าวสู่การมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์อย่างถาวร แบ่งการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลได้เป็น ๖ ขั้นตอน ดังรูปที่ ๒



รูปที่ ๒ แสดงแผนภาพขั้นตอนการเปลี่ยนแปลง^{๑๔}

ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมแต่ละขั้นตอนจะเกิดการเปลี่ยนแปลงได้ ควรพิจารณาถึงปัญหา และตัวบุคคล ซึ่งกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (process of change) มีรายละเอียดดังนี้^{๑๒, ๑๔}

๑. ขั้นไม่สนใจปัญหา (pre-contemplation stage) ขั้นตอนนี้ผู้ป่วยไม่คิดจะเปลี่ยนแปลงตนเองไม่คิดว่าตนเองมีปัญหาจากการเสพติด มักคิดว่าตนเองสามารถควบคุมการใช้ยาเสพติดได้ มองไม่เห็นผลเสียที่เกิดจากการใช้ยาเสพติด มักโทษบุคคลรอบข้างหรือโทษสิ่งแวดล้อมว่าทำให้ตนเองเครียด จึงต้องใช้ยาเสพติด ผู้บำบัดควรให้ข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์ของผู้ป่วย (feed back) และความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้อง (information) โดยพูดถึงความกังวลเกี่ยวกับความเสี่ยงและปัญหาที่เกิดจากการใช้ยาเสพติด ยอมรับความเห็นที่แตกต่างนัดหมายให้สมาชิกครอบครัวหรือญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการบำบัด สำหรับการรับรู้ปัญหาของผู้ป่วยเกี่ยวกับการเสพติดกระตุ้นให้ผู้ป่วยประเมินแนวโน้มในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม สร้างความตระหนักในปัญหาที่เกิดจากการเสพติด

๒. ขั้นลังเลใจ (contemplation stage) ขั้นนี้ผู้ป่วยจะรู้สึกไม่แน่ใจในพฤติกรรมเสพติดของตนเองว่าดีหรือไม่ดี รู้สึกขัดแย้งในตนเองและเริ่มประสพกับผลกระทบจากการเสพติดบ้างแล้ว แต่อาจจะไม่รุนแรงมากนัก ขณะเดียวกันยังเห็นว่าการเสพติดมีคุณมากกว่าโทษ พยายามควบคุมการเสพติดมากขึ้น แต่ก็ยังเสพติดอยู่ ผู้บำบัดควรพูดคุยถึงความสมดุลแห่งการตัดสินใจ (decisional balancing) ข้อดี ข้อเสียของการเสพติดและการไม่เสพติด (pros and cons) เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ทบทวนอย่างอิสระพร้อมทั้งให้ข้อมูลที่ถูกต้องด้วยการสรุปความคิดเห็นของผู้ป่วยเกี่ยวกับข้อดี - ข้อเสียของการเสพติด และการไม่เสพติด ทำให้ผู้ป่วยเห็นประโยชน์ของการเปลี่ยนแปลงและลงมือปฏิบัติ โดยกระตุ้นให้เห็นถึงเหตุผลของการเปลี่ยนแปลง เน้นให้ผู้ป่วยรับผิดชอบตนเองและยอมรับผลที่จะเกิดขึ้นหลังการตัดสินใจ

๓. ขั้นตัดสินใจหยุดใช้ยาเสพติดอย่างจริงจัง (determination) ขั้นตอนนี้ผู้ป่วยมักรับรู้ถึงโทษของการเสพติดที่รุนแรง ตระหนักถึงปัญหาที่เกิดขึ้น และต้องการเลิกใช้ยาเสพติด ผู้บำบัดควรให้ทางเลือก (menu) ในจำนวนที่ไม่มากเกินไปจนเกิดความสับสน หรือน้อยเกินไปเหมือนถูกบังคับ ควรเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยเลือกได้อย่างอิสระเน้นความรับผิดชอบในการเลือกของผู้ป่วยเอง (responsibility) และส่งเสริมศักยภาพในการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย (self-efficacy) โดยการให้ความรู้ที่จำเป็นต่อการตัดสินใจ การแสวงหาการรักษา ให้ความมั่นใจว่าจะประสบความสำเร็จ บอกถึงสิ่งที่เป็นอุปสรรคต่อ

การเปลี่ยนแปลง สิ่งสำคัญ คือ ผู้ป่วยต้องตระหนักถึงความรับผิดชอบตนเองและยอมรับในผลที่จะเกิดขึ้นหลังการตัดสินใจ

๔. ขั้นลงมือปฏิบัติ (action stage) เป็นขั้นตอนที่ผู้ป่วยสนใจซักถามวิธีการแก้ปัญหาพยายามทำตามวิถีทางที่ตนเองเลือก เพื่อการเลิกยาเสพติด แต่อาจจะทำได้ไม่สม่ำเสมอในช่วง ๖ เดือนแรก ผู้บำบัดควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยกระทำตามวิธีการที่ตนเองเลือกอย่างต่อเนื่อง (compliance) ช่วยจัดอุปสรรคที่อาจทำให้ดำเนินการไม่ต่อเนื่อง ตรวจสอบความเข้าใจในวิธีการ และให้ความมั่นใจว่าผู้ป่วยสามารถทำได้ โดยแสดงความเห็นใจ (empathy) ให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะถอนพิษยาเสพติด ให้แรงเสริมโดยเน้นให้ผู้ป่วยมีเป้าหมายและเชื่อมั่นในการตัดสินใจ ควรมีการวางแผนเพื่อการเปลี่ยนแปลง และเลือกวิธีการรักษา

๕. ขั้นกระทำต่อเนื่อง (maintenance stage) ในขั้นตอนนี้ผู้ป่วยมักเลิกใช้ยาเสพติดได้ประมาณ ๖ เดือน อารมณ์ความคิดค่อนข้างมั่นคง และทำตามวิถีที่ตนเองเลือกอย่างต่อเนื่อง มีความมั่นใจว่าตนเองสามารถเลิกใช้ยาเสพติดได้ ผู้บำบัดควรให้คำแนะนำ (advice) เรื่องการป้องกันการเสพติดซ้ำ แนวทางการปฏิบัติตน การใช้ชีวิตอย่างสมดุลและมีคุณค่า เช่น การหางานอดิเรกทำ การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด การดูแลสุขภาพตนเอง การควบคุมความเสี่ยงในการกลับไปเสพติดซ้ำ การสังเกตสัญญาณเตือนของการกลับไปเสพติดซ้ำ และเน้นย้ำว่า หากกลับไปเสพติดซ้ำต้องกลับเข้ารับการบำบัด ควรเสริมทักษะต่างๆ เพื่อป้องกันการเสพติดซ้ำ

๖. ขั้นกลับไปเสพติดซ้ำ (relapse stage) ในขั้นนี้ผู้ป่วยเริ่มนำตนเองไปสู่สถานการณ์เสี่ยงปล่อยให้ตนเองมีความประมาททางอารมณ์ไม่จัดการกับอาการอยากใช้ยาเสพติด ประมาท และเผลอใจกลับไปใช้ยาเสพติดอีกครั้ง ผลทางจิตใจที่ตามมา คือความรู้สึกผิด ข้ำเติมตนเอง และปฏิเสธความจริง ผู้บำบัดควรเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยบอกเล่าถึงสิ่งที่ได้เรียนรู้จากการกลับไปเสพติดซ้ำ กระตุ้นให้ผู้ป่วยพูดถึงความกังวลและความผิดหวังเสียใจในการกลับไปเสพติดซ้ำ ให้กำลังใจ ให้การยอมรับในสิ่งที่เกิดขึ้น เน้นความคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ สนับสนุนให้เกิดความเชื่อมั่นในตนเอง (self-efficacy) ชื่นชมส่วนดีที่ค้นพบ (affirmation) ให้ข้อมูลว่าหากมีความตั้งใจมีความพยายามจะสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมให้ดีขึ้นได้

การบำบัดแบบเสริมสร้างแรงจูงใจ มี ๖ องค์ประกอบหลักที่สำคัญ เรียกว่า “เฟรม” (FRAMES)^๑ มีรายละเอียดดังนี้

๑. การให้ข้อมูลสะท้อนกลับ (feedback: F) คือ การให้ข้อมูลย้อนกลับเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักและยอมรับที่จะแก้ไข

๒. ความรับผิดชอบ (responsibility: R) คือ การเน้นให้มีความรับผิดชอบต่อตนเอง มีอิสระในการเลือกตัดสินใจด้วยตนเอง

๓. การให้คำแนะนำ (advice: A) คือ การแนะนำด้วยการให้เหตุผล ให้ข้อมูลที่แท้จริง เพื่อประกอบการตัดสินใจ

๔. เสนอทางเลือก (menu: M) คือ การเสนอแนะทางเลือกให้เห็นความเหมาะสม ทุกทางเลือกสามารถนำไปปฏิบัติได้และให้เลือกด้วยตนเอง

๕. ความเข้าใจ เข้าใจ (empathy: E) คือ การรับฟังอย่างเข้าใจ แสดงการยอมรับแม้ว่าผู้เสพติดจะไม่คิดว่าการเสพติดเป็นปัญหา

๖. ส่งเสริมศักยภาพด้วยการให้ความหวัง และกำลังใจ (self-efficacy: S) คือ การส่งเสริมให้เห็นศักยภาพที่ผู้เสพติดมีอยู่จนเกิดความเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสพติดได้

องค์ประกอบเหล่านี้จะช่วยให้ผู้บำบัดสามารถสร้างแรงจูงใจ และมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยเสพติด สร้างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เน้นให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกว่าเขาทำได้ การให้ความหวัง และความเข้าใจ (self-efficacy) เป็นกุญแจสำคัญของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ และค้นหาแรงจูงใจภายใน (intrinsic motivation) ต่อการเปลี่ยนแปลงซึ่งจะนำไปสู่การเริ่มต้นการเปลี่ยนแปลง ความพยายามในการเปลี่ยนแปลง และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างยั่งยืน แนวคิดนี้มีหลักการที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วย คือ “DARES”^{๑๒} ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

๑. การค้นหาช่องว่างระหว่างเป้าหมายกับสิ่งที่อยู่ในปัจจุบัน (development discrepancy: DD) แรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงจะเกิดขึ้นต่อเมื่อบุคคลรับรู้ว่ามีชีวิตที่ยังเกิดขึ้นระหว่างเขากับสิ่งที่ต้องการจะเป็น ผู้บำบัดจะต้องช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงปัญหาที่เกิดจากการเสพติดที่ผู้ป่วยประสบอยู่เป็นอย่างไร และสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการให้เกิดขึ้น (ในทางที่ดี) เป็นอย่างไร โดยผู้บำบัดต้องเข้าใจความแตกต่างของบุคคล เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยยอมรับความแตกต่างระหว่างพฤติกรรมใหม่ คุณค่า และเป้าหมายระยะยาว ในส่วนนี้ผู้บำบัดต้องช่วยให้ผู้ป่วยเรียนรู้ทั้งข้อดี และข้อเสียของพฤติกรรมใหม่ เพื่อป้องกันการลapse และสนับสนุนให้ผู้ป่วยเชื่อว่าการเปลี่ยนแปลงเป็นเรื่องสำคัญ

๒. หลีกเลี่ยงการโต้แย้ง (avoid argumentation: AA) ในระหว่างการบำบัดผู้ป่วยอาจเกิดความไม่พอใจ ไม่พอใจ ไม่สนใจ ไม่สนใจ อาจใช้กลไกการป้องกันตนเอง และไม่ต้องการที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ผู้บำบัดควรหลีกเลี่ยงการทะเลาะ

โต้แย้ง ไม่ตัดสินผู้ป่วย ผู้บำบัดไม่จำเป็นต้องยืนยันความถูกต้องหรือชักชวนด้วยการโต้เถียงเพื่อเอาชนะ แต่ผู้บำบัดควรหาวิธีอื่นที่จะช่วยเหลือให้ผู้ป่วยเห็นผลลัพธ์ และโทษที่เกิดขึ้นจากการเสพ ในขณะเดียวกันให้เห็นข้อดีของการลดการใช้ยาเสพติดลง

๓. การยอมรับแรงต้านที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยเสพติด (roll with resistant : RR) เพราะการต่อต้านเป็นเรื่องปกติ ดังนั้นผู้บำบัดควรแสดงท่าทีที่สอดคล้องกับกระบวนการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย และตระหนักว่ามุมมองความคิดในการแก้ปัญหาต้องเกิดขึ้นจากตัวผู้ป่วยมิใช่จากตัวผู้บำบัดเรียกเทคนิคนี้ว่า “การกลิ้งไปกับแรงต้าน”

๔. การแสดงความเห็นอกเห็นใจ (express empathy: EE) MET เป็นการสื่อสารที่เคารพความเป็นบุคคลของผู้ป่วย และยอมรับในสิ่งที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ ผู้ป่วยจึงมีอิสระในการเลือกและการตัดสินใจที่จะเปลี่ยนแปลงตนเอง สิ่งสำคัญ คือ ผู้บำบัดต้องเข้าใจผู้ป่วย โดยไม่ตัดสิน หรือวิพากษ์วิจารณ์ การกระทำของผู้ป่วย การฟังอย่างตั้งใจ และสะท้อนความ (reflective listening) เป็นทักษะพื้นฐานของการสื่อสารที่เข้าใจเข้าใจผู้ป่วย เทคนิคนี้จึงใช้ทักษะการฟังมากกว่าการบอกให้ทำ (listening rather than telling)

๕. การสนับสนุนให้เกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง (support self - efficacy: SS) ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง (self - efficacy) เป็นสิ่งที่กำหนดให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามแนวคิดของแบนดูรา^{๑๔} ผู้บำบัดใช้เทคนิคการสนับสนุน ให้กำลังใจผู้ป่วยจนเกิดความเชื่อมั่นในตนเองว่าตนเองสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองได้สำเร็จ

หลักการที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยนับเป็นเทคนิคพื้นฐานในการเสริมสร้างแรงจูงใจเปรียบเสมือนปรัชญาที่ใช้ในการบำบัดตามแนวคิดนี้ โดยเชื่อว่ามนุษย์มีศักยภาพในการเปลี่ยนแปลงตลอดระยะเวลาของการบำบัด ผู้บำบัดจึงควรสร้างความเชื่อมั่นในตนเองให้เกิดขึ้นกับผู้ป่วย และเชื่อในสมรรถนะของผู้ป่วยที่พยายามเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเสพติด ผู้บำบัดควรช่วยเหลือด้วยการใช้คำพูดที่หนักแน่นกระตุ้นให้ผู้ป่วยค้นหาปัญหาและทางเลือกในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม สิ่งสำคัญสำหรับผู้บำบัด คือ ต้องสร้างความเข้มแข็งให้แก่ผู้ป่วยจากแหล่งสนับสนุนที่มีอยู่จนสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเสพติดสำเร็จ นอกจากนี้ MET ยังเป็นการบำบัดโดยใช้หลักการของการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (MI) โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (client-centered) เพื่อกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้วยการสำรวจค้นหา และ

แก้ไขความกังวลของผู้ป่วย^{๑๐} ญานแจสำคัญในการทำ MI คือ การที่ผู้ป่วยได้พูดและแสดงความรู้สึกของตนเองออกมา โดยผู้ป่วยคิดว่าการเสพติดเป็นปัญหา และเกิดความต้องการที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การเสพติดด้วยตนเอง แล้วเปล่งเสียงพูดออกมา ตามแนวคิดนี้เชื่อว่า ผู้ป่วยเสพติดที่กล่าวข้อความออกมาจากปากของตนเองมีแนวโน้มที่จะเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การเสพติด ทั้งนี้ยุทธวิธีในการสร้างแรงจูงใจให้เกิดขึ้นในตัวผู้ป่วยยึดหลักทฤษฎีการรับรู้ตนเอง (self-perception theory)^{๑๑} ที่กล่าวว่า “หากฉันได้ยินเสียงที่คุยกับตัวเองฉันจะเรียนรู้ในสิ่งที่ฉันเชื่อ” (As I hear myself talk, I learn what I believe) หมายถึง คำพูดที่ออกมาจากปากของผู้ป่วยเป็น คำพูดข้อความจูงใจโดยไม่มีใครบังคับให้พูดข้อความนั้นจะทำให้ผู้ป่วยเชื่อในสิ่งที่พูด (If I say it, and no one has forced me to say it, then I must believe it!)

สิ่งที่ผู้บำบัดต้องการให้ผู้ป่วยกล่าวออกมาในการสนทนาตามวิธีของ MI คือ ข้อความที่จูงใจตนเอง (Self-Motivational Statement : SMS) ซึ่งมีแนวคิดว่ายิ่งมีคำพูดข้อความจูงใจตนเองออกมาจากปากของผู้ป่วยเองมากเท่าไรจะยิ่งทำให้เกิดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงมากขึ้นเท่านั้น ข้อความจูงใจตนเอง (SMS) แบ่งเป็น ๔ ประเภทดังนี้^{๑๒}

๑. ข้อความที่แสดงถึง ความตระหนักในปัญหา (problem recognition) เช่น “ผมเพิ่งจะรู้ว่าผมมีปัญหาหนักกว่าที่คิดไว้”

๒. ข้อความที่แสดงถึง ความกังวลใจกับปัญหาการเสพติด (concern) เช่น “เหลือเชื่อมันเป็นไปได้ไง” “ผมกังวลกับมันจริงๆ”

๓. ข้อความที่แสดงถึง ความตั้งใจที่จะเลิกเสพติด (intention to change) เช่น “มันถึงเวลาแล้วที่จะต้องหยุด” “ผมต้องทำอะไรสักอย่าง”

๔. ข้อความที่แสดงถึง ทศณคติที่ดีต่อการเลิกเสพติด (optimism for change) เช่น “ผมมั่นใจว่าผมทำได้” “ผมจะทำให้ได้” ในช่วงการบำบัด ผู้บำบัดช่วยให้ผู้ป่วยเสริมหนึ่งคุยกับตนเองโดยใช้เทคนิค “OARS” ซึ่งได้แก่

การตั้งคำถามปลายเปิด (open-ended questioning: O) การยืนยันรับรอง (affirmation: A) การฟังอย่างตั้งใจและสะท้อนความ (stening: R) การสรุปความ (summarization: S) เทคนิคเหล่านี้จะสะท้อนให้ผู้ผู้ป่วยได้ยินสิ่งที่ตนเองคิดและรู้สึก^{๑๓}

กลยุทธ์ที่ช่วยให้ผู้ป่วยกล่าวข้อความจูงใจตนเอง (SMS) ตามวิธีการของ MI มีดังต่อไปนี้

๑. การถามเพื่อกระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยพูดข้อความจูงใจตนเอง (evocative questions) ก่อนอื่นผู้บำบัดควรประเมินว่า

ผู้ป่วยมีความล่งเลใจอยู่ในระดับใด เช่น ผู้บำบัดประเมินได้ว่าผู้ป่วยมีแรงจูงใจอยู่ในขั้นที่ ๒ คือ ล่งเลใจ กำลังตัดสินใจว่าจะเลิกเสพติดหรือไม่ แม้ว่าผู้ป่วยจะไม่ตระหนักในปัญหาการเสพติดก็ตาม ผู้บำบัดควรถามคำถามผู้ป่วยว่า “คุณห่วงกังวลกับการเสพติดอย่างไร” มากกว่าจะถามว่า “คุณห่วงกังวลกับการเสพติดหรือไม่” การถามเช่นนี้เป็น การกระตุ้นเร้าให้ผู้ผู้ป่วยได้คิด และพูดข้อความจูงใจตนเองที่กระตุ้นเร้าคำถามที่ผู้บำบัดสามารถให้ผู้ผู้ป่วยเกิดการคิด และต้องการพูดข้อความจูงใจตนเองมีดังต่อไปนี้

๑.๑ คำถามที่กระตุ้นให้เกิดความตระหนักในปัญหา เช่น “อะไรที่ทำให้คิดว่าการเสพติดเป็นปัญหา” “การที่คุณติดยา มีผลกระทบต่อคุณหรือคนรอบข้างอย่างไรบ้าง”

๑.๒ คำถามที่กระตุ้นให้เกิดความกังวลกับปัญหาการเสพติด เช่น “คุณเป็นห่วงกังวลในเรื่องการเสพติดของตนเองอย่างไรบ้าง” “คุณคิดว่ามันจะเป็นอย่างไรบ้าง หากคุณยังติดยาต่อไป”

๑.๓ คำถามที่กระตุ้นให้เกิดความตั้งใจที่จะเลิกเสพติด เช่น “อะไรที่ทำให้คุณต้องการเลิกใช้ยาเสพติด” “สมมติว่าคุณเลิกมันได้สำเร็จ ชีวิตคุณจะดีขึ้นอย่างไรบ้าง”

๑.๔ คำถามที่กระตุ้นให้เกิดทัศนคติที่ดีต่อการเลิกเสพติด เช่น “อะไรที่ทำให้คุณคิดว่า คุณจะเลิกเสพติดได้สำเร็จ”

๒. ตรวจสอบเหตุผลทั้งสองด้าน (exploring pros and cons) เป็นกลวิธีในการตรวจสอบเหตุผลทั้งด้านบวกและด้านลบ ประเด็นสำคัญ คือ การเปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยได้ตรวจสอบข้อดี - ข้อเสียของการเสพติดและการเลิกเสพติด ผู้บำบัดควรมีหน้าที่ที่ไม่ถือคติ เป็นกลางไม่ครอบงำหรือจูงใจจนเกินเหตุ ผู้บำบัดควรเปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยได้ตรวจสอบทุกด้าน เพราะผู้ป่วยจะได้ไตร่ตรองอย่างรอบด้านจนกระทั่งตัดสินใจได้เอง ส่งผลให้เกิดแรงจูงใจที่มั่นคงกว่าการชักจูงจากผู้บำบัดฝ่ายเดียว การตรวจสอบเหตุผลมีทั้งหมด ๔ ด้าน คือ ข้อดี - ข้อเสียของการติดยาเสพติด ข้อดีและข้อเสียของการเลิกเสพติด

๓. ถามเพื่อให้ได้รายละเอียดมากขึ้น (elaboration) เป็นกลยุทธ์การถามเพื่อให้ได้รายละเอียดมากขึ้น เมื่อผู้ป่วยมีโอกาสพูดได้มาก ผู้ป่วยจะพูดข้อความจูงใจตนเองมากขึ้น ผู้บำบัดก็ทำหน้าที่ตั้งคำถามสะท้อนและสรุป ทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสได้คิดได้ฟังข้อความจูงใจของตนเองมากขึ้นเรื่อยๆ แรงจูงใจก็จะมากขึ้นตามไปด้วย

๔. จินตนาการสมมติ (imagining) เป็นยุทธวิธีที่ผู้บำบัดถามให้ผู้ผู้ป่วยได้คิด เพื่อสร้างภาพสมมติ โดยผู้บำบัด

ถามถึงสิ่งที่เลวร้ายที่สุดที่คาดว่าจะเกิดขึ้นหากไม่เลิกใช้ยาเสพติด แล้วให้ผู้ป่วยจินตนาการสมมติว่าตนเองอยู่ในสภาวะนั้นจะเป็นอย่างไร สิ่งเหล่านี้จะเป็นสิ่งเร้าให้ผู้ป่วยเกิดความกังวลจนส่งผลให้เกิดแรงจูงใจ เพื่อการเปลี่ยนแปลงแก้ไข

๕. คาดการณ์ในอนาคต (looking forward) เป็นวิธีการที่ให้ผู้ป่วยลองคาดการณ์ในอนาคต โดยผู้บำบัดถามถึงความคาดหวังในอนาคตด้วยการตั้งคำถามว่า “คุณคิดว่าอะไรในชีวิตของคุณจะดีขึ้นบ้าง หากคุณเลิกติดยาเสพติด” “สุขภาพของคุณจะเปลี่ยนไปอย่างไร หาก你不เลิกใช้ยาเสพติด”

๖. มองย้อนกลับในอดีต (looking back) เป็นกลวิธีที่ให้ผู้ป่วยมองย้อนกลับไปสู่อดีต โดยเปรียบเทียบช่วงอดีตก่อนที่จะติดยากับปัจจุบันที่ติดยาว่ามีอะไรแตกต่างกันบ้าง เช่น ผู้บำบัดอาจถามว่า “ยาบ้าทำให้สุขภาพเปลี่ยนแปลงไปจากช่วงก่อนหน้านี้ที่จะติดยาอย่างไรบ้าง” เป็นต้น

๗. สำรวจเป้าหมายในชีวิต (exploring goals) เป็นกลยุทธ์การสำรวจเป้าหมายในชีวิต ผู้บำบัดอาจถามผู้ป่วยว่าอะไรคือสิ่งที่สำคัญที่สุดในชีวิต อะไรคือเป้าหมายในชีวิต อะไรเป็นสิ่งที่สำคัญที่สุดในชีวิต ความเจ็บป่วยเป็นอุปสรรคในการบรรลุเป้าหมายในชีวิตอย่างไร เมื่อผู้ป่วยได้พูดถึงเป้าหมายในชีวิตหรือสิ่งที่มีค่าในชีวิตพร้อมกับการได้เห็นผลเสียของความเจ็บป่วยในปัจจุบัน ผู้ป่วยก็จะเกิดแรงจูงใจในการแก้ไขความเจ็บป่วย เพื่อให้บรรลุเป้าหมายในชีวิต

๘. ชัดเพื่อให้แย้ง (paradoxical challenge) เป็นยุทธวิธีสร้างความเห็นต่าง เพื่อให้ผู้ป่วยเห็นตามโดยผู้บำบัดใช้เหตุผลของจิตใจด้านที่ไม่อยากรักษาย่างต่อเนื่อง เพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยโต้แย้งหรือกระตุ้นจิตใจด้านที่อยากรักษาย่างต่อเนื่อง เช่น “ดูแล้วคุณยังเสียดายความสุขที่เกิดจากการใช้ยาบ้าอยู่มากคงจะเลิกมันได้ยาก” “สำหรับคุณแล้วการเมาดูจะเป็นเรื่องสำคัญกว่าสุขภาพ ดูว่าคุณคงจะเลิกมันได้ยาก”

ในต่างประเทศมีนักวิชาการหลายท่านที่พยายามพิสูจน์ว่า MET มีประสิทธิภาพมากน้อยเพียงใด ดังเช่น

Macgowan และคณะ^{๑๖} ได้ศึกษาผลการนำ MI ไปใช้โดยการวิจัยด้วยการทบทวนอย่างเป็นระบบ (systematic review) พบว่า เมื่อเปรียบเทียบวิธีการบำบัดผู้ป่วยยาเสพติดใน ๓ รูปแบบ ได้แก่ การบำบัดพฤติกรรม (BT) การบำบัดด้วย MI และการบำบัดทั้งสองวิธีผสมผสานกัน โดยบำบัดในกลุ่มวัยรุ่นที่มีมั่วสุมและใช้สารเสพติด ผลลัพธ์ที่ได้ คือ การบำบัดด้วยวิธีการของ MI จัดเป็นวิธีที่ “promising” ในขณะที่การบำบัดด้วย BT จัดเป็น “probably efficacious” ตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดโดยสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน^{๑๗} (American Psychological Association, APA) สำหรับประเมินวิธีการบำบัดต่างๆ

Smedslund และคณะ^{๑๘} ได้ประเมินประสิทธิผลของการใช้ MI ในการบำบัดผู้เสพติด กับ การบำบัดรูปแบบต่างๆ ๔ รูปแบบ โดยเปรียบเทียบการบำบัดด้วย MI กับกลุ่มที่ไม่ได้รับการบำบัด กลุ่มที่ได้รับการบำบัดตามปกติ กลุ่มที่ได้รับการบำบัดโดยการประเมินและการให้ข้อมูลย้อนกลับ และกลุ่มที่ได้รับการบำบัดที่ใช้ในสถานบำบัด โดยเปรียบเทียบผลการบำบัดหลังการให้ intervention ทันที และติดตามหลังให้การบำบัดในระยะสั้น ระยะกลาง และระยะยาว พบว่าผลการบำบัดโดยใช้ MI ให้ผลลัพธ์การบำบัดที่ดีที่สุดในระยะหลังการบำบัดทันที และค่อยๆ ให้ผลลัพธ์การบำบัดที่น้อยลงในระยะติดตามผลระยะสั้น - ยาว จากการทำการประเมินด้วยวิธี meta - analysis ยังพบว่าการบำบัดด้วย MI ไม่ได้ให้ผลการบำบัดดีกว่าการบำบัดโดยการประเมินและการให้ข้อมูลย้อนกลับ ในช่วงการติดตามผลระยะกลาง ผู้วิจัยอภิปรายว่าการบำบัดด้วย MI สามารถลดขนาดการใช้ยาเสพติดได้เมื่อเทียบกับการบำบัดแบบอื่นๆ ทั้งนี้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ผู้วิจัยสืบค้นมาเพื่อดำเนินการวิจัยครั้งนี้มีคุณภาพค่อนข้างต่ำ Jensen และคณะ^{๑๙} ได้ประเมินประสิทธิภาพของการบำบัดด้วย MI เพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยาเสพติดในวัยรุ่น ด้วยการวิเคราะห์ห่อภิณงานวิจัย (meta - analysis review) พบว่า การบำบัดด้วย MI มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยาเสพติดของวัยรุ่น กิจกรรมการบำบัดด้วย MI ยังมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่หลากหลายในการใช้ยาเสพติดของวัยรุ่นด้วย การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยาเสพติดนี้ยังขึ้นอยู่กับ จำนวนครั้ง ระยะเวลา สถานที่ รวมถึงความรู้ของผู้บำบัดในการทำกิจกรรม MI ทั้งนี้ผู้วิจัยให้ข้อเสนอแนะว่า ผู้บำบัดควรพิจารณาใช้ MI ในการบำบัดผู้ติดยาเสพติดในกลุ่มวัยรุ่นเท่านั้น

NIDA^{๒๐} ได้สรุปผลการวิจัยเกี่ยวกับ MET ว่า การบำบัดผู้ป่วยเสพติดด้วยวิธี MET จะให้ผลการบำบัดที่ดีขึ้นอยู่กับประเภทของยาเสพติดที่ผู้ป่วยใช้ โดยให้ผลการบำบัดที่ดีในผู้ป่วยเสพติดสุรา และกัญชา โดยเฉพาะวัยรุ่นผู้ใหญ่ ทั้งนี้การบำบัดผู้ป่วยเสพติดนิยมนำมาใช้ด้วย MET ควบคู่กับการบำบัดทางความคิด และพฤติกรรม (CBT) การบำบัดด้วย MET จะถูกผสมผสานเข้าไปในการบำบัดผู้ป่วยเสพติดประเภทอื่น เช่น เฮโรอีน โคเคน นิโคติน เป็นต้น และยังนำไปใช้กับผู้ป่วยเสพติดวัยรุ่นที่ติดยาเสพติดหลายชนิดด้วย ผู้วิจัยยังให้ข้อเสนอแนะว่าการบำบัดด้วย MET ให้ผลลัพธ์ที่ดีในผู้เสพติดมากกว่าบำบัดในผู้ติดยาเสพติด

Montgomery และคณะ^{๒๐} ได้ประเมินประสิทธิภาพของการบำบัดผู้เสพติดด้วย MET เปรียบเทียบกับการบำบัดด้วยการให้บริการปรึกษาตามปกติในแผนกผู้ป่วยนอก พบว่า อัตราการคงอยู่ในการบำบัดของผู้เสพติดหญิงชาวแอฟริกันที่ได้รับการบำบัดด้วย MET สูงกว่ากลุ่มหญิงที่ได้รับการบำบัดด้วยการให้บริการปรึกษา ส่วนในผู้เสพติดชายให้ผลการคงอยู่ในการรักษาไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้กลุ่มที่ได้รับการบำบัดด้วย MET มีจำนวนวันที่ใช้ยาเสพติดต่อสัปดาห์น้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการบำบัดด้วยการให้คำปรึกษา จากการศึกษาข้างพบว่า หากผู้เสพติดที่ได้รับการบำบัดด้วย MET มีการกล่าวคำพูดเชิงใจตนเอง (self talk) ออกมา การบำบัดมีแนวโน้มประสบความสำเร็จมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้กล่าวคำพูดเชิงใจตนเอง

ในประเทศไทยเริ่มมีการนำแนวคิดนี้มาใช้ในการช่วยเหลือผู้ป่วยเสพติดสุราตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๔๓ โดยจิตแพทย์จากโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า^{๒๑} นำแนวคิดนี้มาใช้ในการบำบัดรักษาผู้ป่วยเสพติดสุรา ผลการบำบัดพบว่า ผู้ป่วยกลุ่มนี้สามารถหยุดดื่มสุราได้ หลังจากนั้นก็มีนักวิชาการอีกหลายท่านนำแนวคิดนี้ไปประยุกต์ใช้ในการบำบัดผู้ป่วยเสพติดสุรา โดยพัฒนาเป็นรูปแบบการบำบัดเฉพาะสถานบริการ เช่น โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ สถาบันธัญญารักษ์ และโรงพยาบาลธัญญารักษ์ เชียงใหม่ ซึ่งทั้งหมดเป็นการนำแนวคิดนี้ไปประยุกต์ใช้ในการบำบัดรักษาผู้ป่วยสุราทั้งแบบผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน ตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๔๕ ถึงปัจจุบัน^{๒๒-๒๔} ผลลัพธ์ของการพัฒนารูปแบบการบำบัดสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยเสพติดสุรา ให้ลด ละ หรือเลิกดื่มสุราได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับค่า $p = 0.0๕$ ทั้งนี้ยังมีการนำแนวคิดนี้ไปประยุกต์ใช้เพื่อบำบัดผู้ป่วยเสพติดประเภทอื่น เช่น บุหรี่ ยาบ้า และมีการดำเนินการศึกษาวิจัย เพื่อพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาในสถาบันธัญญารักษ์ และสถานบำบัดอื่นๆ เช่น คณะพยาบาลศาสตร์ศิริราช โรงพยาบาลฉะเชิงเทรา ซึ่งผลให้การบำบัดที่ดีเช่นกัน ดังนั้นผู้ที่ทำหน้าที่เกี่ยวข้องกับการช่วยเหลือผู้ป่วยเสพติด จึงควรมีความรู้เรื่อง MET เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการประยุกต์ใช้แนวคิดดังกล่าว ส่วนทักษะที่สำคัญจากแนวคิดนี้ต้องใช้เวลาในการฝึกปฏิบัติซึ่งเป็นการส่งเสริมประสบการณ์ เพื่อประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วยเสพติด

การช่วยเหลือผู้ป่วยเสพติดให้หลุดพ้นจากวงจรเลวร้าย ต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วน ผู้บำบัดเป็นส่วนหนึ่งที่สำคัญ จึงควรมีองค์ความรู้เพียงพอ เพื่อให้สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องตามหลักวิชาการ จากหลักฐานเชิงประจักษ์ พบว่า แนวคิดการเสริมสร้างแรงจูงใจเป็นหนึ่งใน

องค์ความรู้ที่จะช่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคลได้ แม้ว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคลจะเป็นเรื่องยาก แต่ก็ไม่ใช่เรื่องยากจนเกินไป สำหรับบุคลากรสาธารณสุขที่มีองค์ความรู้ มีประสบการณ์ และมีจิตที่เป็นกุศล ซึ่งนับว่าเป็นทุนเดิมของบุคลากรในส่วนนี้อยู่แล้ว ดังนั้นหากบุคลากรสาธารณสุขท่านใดสนใจที่จะนำ MET ไปประยุกต์ใช้ เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยเสพติด หรือบุคคลที่ใกล้ชิด ท่านจึงควรเรียนรู้เทคนิค วิธีการ รวมถึงทักษะต่างๆ ก่อนลงมือปฏิบัติ หากท่านมีความมุ่งมั่น และตั้งใจที่จะนำความรู้นี้ไปช่วยเหลือผู้ที่ต้องโอกาสกว่า ให้เขาปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจนสามารถลด ละ หรือเลิกเสพติดได้ ท่านก็เป็นอีกหนึ่งบุคคลสำคัญในการสร้างสรรค์สังคมให้น่าอยู่ยิ่งขึ้น อาจกล่าวได้ว่า “ท่านคือบุคคลคุณภาพ และเป็นผู้สร้างคุณภาพชีวิตให้กับผู้ป่วยเสพติด”

เอกสารอ้างอิง

๑. Leshner AI. Addiction is a brain disease. [Internet]. 2009 [cited 2012 June 25]. Available from: http://www.health.harvard.edu/newsweek/The_addiction_brain.htm.
๒. วิโรจน์ วีรชัย และคณะ, บรรณาธิการ. ตำราเวชศาสตร์การเสพติด. พิมพ์ครั้งที่ ๒. กรุงเทพมหานคร: องค์การทหารผ่านศึก; ๒๕๔๘.
๓. คณะผู้เชี่ยวชาญจากสถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์การแพทย์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. สมองกับกลไกการเสพติด. [อินเทอร์เน็ต]. ไม่ปรากฏปีพิมพ์. [เข้าถึงเมื่อ ๒๕ กรกฎาคม ๒๕๕๕]. เข้าถึงได้จาก: http://www.ihr.chula.ac.th/t3_files/brain_drug.pdf.
๔. Karl GH, Hawkins JD, Bailey JA, Catalano RF, Abbott RD, Shapiro TV. Neurobiological mechanisms in the transition from drug use to drug dependence. *Neurosci Biobehav Rev* 2004;27:739-49.
๕. คณะผู้เชี่ยวชาญจากกองประสานการปฏิบัติการบำบัดรักษาผู้ติดยาและสารเสพติด. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. โรคสองติดยา ตัวกระตุ้นและการอยากยา. [อินเทอร์เน็ต]. ไม่ปรากฏปีพิมพ์. [เข้าถึงเมื่อ ๒๕ กรกฎาคม ๒๕๕๕]. เข้าถึงได้จาก: www.skp.moe.go.th/.../index.php?.
๖. DiClemente CC, Bellino LE, Neavins TM. Motivation for change and alcoholism treatment. *Alcohol Research & Health* 1999;23:86-92.

๗. พิชัย แสงชาญชัย. การเสริมสร้างแรงจูงใจและการบำบัดทางยาสำหรับผู้ป่วยติดสารเสพติด. กรุงเทพมหานคร: กองจิตเวชและประสาทวิทยา โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า; ๒๕๔๘.
๘. ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติด จังหวัดเชียงใหม่ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการดูแลผู้ป่วยเสพติดสุราตามแนวทางการบำบัดเพื่อการเสริมสร้างแรงจูงใจ. เชียงใหม่: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; ๒๕๕๒.
๙. Miller WR. Motivational enhancement therapy with drug abusers. New Mexico: The university of New Mexico Department of psychology and center on alcoholism substance abuse and addictions (CASSAA); 1995a.
๑๐. Miller WR. Motivational enhancement therapy: Description of counseling approach. Department of Health and Human Services, NIH publication; 2004.
๑๑. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism [NIAAA]. Assessing alcohol problem: A guide for clinicians and researchers. 2nd ed. In Allen TP, Wilson VB (Eds.). Department of Health and Human Services, NIH Publication; 2003.
๑๒. Miller WR. Motivational enhancement therapy with drug abusers. New Mexico: Department of psychology and center on alcoholism substance abuse and addictions (CASAA) The university of New Mexico Albuquerque; 1995.
๑๓. พิชัย แสงชาญชัย, พงศธร เนตราคม, และนพพร หิรัญวิวัฒน์กุล. ตำราจิตเวชศาสตร์การติดสารเสพติด. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานป้องกันและปราบปรามยาเสพติด; ๒๕๔๙.
๑๔. Prochaska J, DiClemente CC. Charging for Good : A revolutionary six-stage program for overcoming bad habits and moving your life positively forward. New York: Avon Books; 1999.
๑๕. Bandura, A. Perceived self-efficacy in cognitive development and functioning. Educational Psychologist 1993;28:117-48
๑๖. Macgowan MJ, Engle B. Evidence for optimism: behavior therapies and motivational interviewing in adolescent substance abuse treatment. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am 2010;19:527-45.
๑๗. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. Washington DC: American Psychiatric Association; 1994.
๑๘. Smedslund G, Berg RC, Hammerstrom KT, Sterio A, Leiknes KA, Dahl HM, et al. Review: Motivational interviewing reduces substance use compared with no treatment in substance dependence individuals. Engle B.Evid Based Ment Health 2011;4:116.
๑๙. Jensen CD, Cushing CC, Aylward BS, Craig JT, Sorell DM, Steele RG. Effectiveness of motivational interviewing interventions for adolescent substance use behavior change : a meta-analysis review. J Consult Clin Psychol 2011;79:433-40.
๒๐. National Institute on Drug Abuse Principles of Drug Addiction treatment: A research – based guide. 2nd ed. National of Health. U.S. Department of Health and Human Services; 2009.
๒๑. Montgomery LT, Burlew AK, Kosinski AS, Forcehimes AA. Motivational enhancement therapy for African American substance users: A randomized clinical trial. Cultur Divers Ethnic Minor Psychol 2011;17:357-65.
๒๒. Miller WR, Rollnick S. Motivational interviewing: What is MI?. Behavior and cognitive psychotherapy [Internet]. 1995 [cited 2012 August 28]. Available from: www.motivationalinterview.org2clinical/whatismi.html.
๒๓. เจียรชัย งามทิพย์วัฒนา. การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ (Motivation interview). [อินเทอร์เน็ต]. ไม่ปรากฏปีพิมพ์ [เข้าถึงเมื่อ ๒๘ พฤษภาคม ๒๕๕๕] เข้าถึงได้จาก <http://www.kkctc.go.th/main/main/download/nu/motivation%20interviewkm.doc>.

๒๔. ดรุณี ภูขาว. การพัฒนาและประเมินประสิทธิผลรูปแบบการบำบัดที่เหมาะสมกับสภาพสังคมไทยที่ใช้ในการบำบัดผู้ประสบปัญหาที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการดื่มแอลกอฮอล์แบบซ้ำๆ. [วิทยานิพนธ์ปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต]. ควีนส์แลนด์: มหาวิทยาลัยควีนส์แลนด์; ๒๕๕๕.
๒๕. สุนทรี ศรีโกไสย. ประสิทธิผลของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการลดปัญหาการดื่มสุราของผู้ติดยาที่มารับบริการโรงพยาบาลสวนปรุง. [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; ๒๕๕๘.
๒๖. ดอกกรัก พิศาคำ. ผลการเสริมสร้างแรงจูงใจบำบัดรายกลุ่มต่อพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ติดยาในคลินิกสารเสพติดโรงพยาบาลสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่. [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; ๒๕๕๙.
๒๗. สายชล ยุบลพันธ์. ผลของการบำบัดแบบเสริมสร้างแรงจูงใจ โดยญาติมีส่วนร่วมต่อพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ที่เป็นโรคติดยา โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่. [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; ๒๕๕๑.
๒๘. อรุณญา แพจุ้ย และคณะ. การให้คำปรึกษาโดยการสร้างแรงจูงใจในการรักษาผู้ติดยา: ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติด จังหวัดเชียงใหม่ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; ๒๕๕๑.
๒๙. ฐาปณี ภาณุภาส, นันทา ชัยพิชิตพันธ์, วชิร มีศิลป์. ประสิทธิผลของโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจเพื่อเข้ารับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูกระบวนการคิดในผู้ป่วยเสพติดสุราที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข. ปทุมธานี: สถาบันัญญารักษ์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; ๒๕๕๓.

Abstract

Motivational enhancement therapy: Alternative care for drug abuse patient

Nanta Chaipichitpan

Registered Nurse Professional Level, Research and technology assessment unit. the academic department, Thanyarak Institute
PhD candidate, Department of Family and Community Medicine, Faculty of Medicine, Thammasat University

Addiction is a chronic disease and a public health problem that affect the nation economy and social status. The disease has been called "The addiction brain" The treatment requires the cooperation of all parties. One thing that the therapist should do is to help these patients decrease or quit their drug use. The treatment concepts of the motivational enhancement therapy (MET) is one option that can help these patients. MET is a form evidence – based, systematic intervention therapy which has been shown to be able to stimulate the patient's intrinsic motivation. This concepts are based on the principles of motivation psychology. The treatment requires 1-4 sessions. The time of each session is less than an hour and the result is fast. The elements of each session compose of assessment, feedback and the motivational interviewing technique. The psychotherapists who deal with addiction should be required to have this knowledge and have experiences in dealing with these groups in order to be a workforce who can return the clean men to society.

Key words: Motivational enhancement therapy, Drug abuse patient