จิตสังคมบำบัดสำหรับความผิดปกติของการใช้สารเสพติด

ตะวันชัย จิรประมุขพิทักษ์

จิตสังคมบำบัดสำหรับความผิดปกติของการใช้สารเสพติด

ตะวันชัย จิรประมุขพิทักษ์

จิตสังคมบำบัดสำหรับความผิดปกติของการใช้สารเสพติด

ผู้แต่ง ตะวันชัย จิรประมุขพิทักษ์

ปีที่พิมพ์ 2568

พิมพ์ครั้งที่ 1 e-book

ข้อมูลทางบรรณานุกรมของหอสมุดแห่งชาติ

ตะวันชัย จิรประมุขพิทักษ์.

จิตสังคมบำบัดสำหรับความผิดปกติของการใช้สารเสพติด.-- นครปฐม : สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2568.

180 หน้า.

1. คนติดยาเสพติด -- การรักษา. 2. จิตสังคมบำบัด. I. ชื่อเรื่อง.

362.293

ISBN 978-616-622-063-6

จัดพิมพ์เผยแพร่โดย

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม
มหาวิทยาลัยมหิดล
ตำบลศาลายา อำเภอพุทธมณฑล จังหวัดนครปฐม 73170
เวปไซต์ https://ipsr.mahidol.ac.th/book-report-all/
โทรศัพท์ +66 2441-0201-4
โทรสาร +66 2441-9333
อีเมล directpr@mahidol.ac.th

กิตติกรรมประกาศ

หนังสือเล่มนี้มิอาจลุล่วงไปได้ หากปราศจากเสียคำแนะนำและข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ที่ผู้เขียนได้รับจากครูอาจารย์และเพื่อนๆ แพทย์ พยาบาลทั้งหลายที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยและจัดการกับปัญหายาเสพติด

ขอขอบคุณ ผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติดที่กระตุ้นให้เกิดหนังสือเล่มนี้ขึ้น คณาจารย์ที่ผู้เขียนได้เรียนรู้ตั้งแต่ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ สถาบันจิตเวชศาสตร์ของคิงส์คอลเลจ ลอนดอน สหราชอาณาจักร และสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

หากหนังสือเล่มนี้ มีคุณความดีอยู่บ้าง ผู้เขียนขอมอบคุณความดีนั้นแด่...คุณแม่และคุณพ่อที่ล่วงลับ ครูบาอาจารย์ที่ประสิทธิ์ประสาทวิชา ภรรยา และพี่ๆ น้องๆ ทุกคน

ตะวันชัย จิรประมุขพิทักษ์

คำนิยม

ในปัจจุบันปัญหาการแพร่ระบาดของสารเสพติดในสังคมไทยได้ทวีความรุนแรงเพิ่มขึ้นอย่างมาก ได้ก่อให้เกิดภาระแก่รัฐบาลไทยในการแก้ปัญหาผลกระทบที่ตามมาในหลายๆ ด้าน รัฐบาลมีความพยายามนำผู้เสพติดสารเสพติดเข้าสู่การบำบัดรักษาโดยใช้มาตรการสาธารณสุขและมาตรการทางการปกครองเป็นส่วนนำแทนมาตรการทางกฎหมาย ทำให้ผู้ต้องขังคดีสารเสพติดลดลง แต่ผู้ติดสารเสพติดได้เข้าสู่การบำบัดรักษาเพิ่มขึ้นเป็นจำนวนมาก ดังนั้น วิธีการบำบัดที่มีประสิทธิภาพจึงมีความสำคัญเป็นอย่างมาก เพื่อช่วยให้เกิดความคุ้มทุนและคุ้มค่าต่องบประมาณแผ่นดินที่ทุ่มเทลงไป จิตสังคมบำบัดยังคงเป็นวิธีการหลักในการบำบัดผู้เสพติดสารเสพติด ในขณะที่การบำบัดทางยากำลังมีความก้าวหน้าขึ้นตามลำดับ

จิตสังคมบำบัดสำหรับความผิดปกติของการใช้สารเสพติดเล่มนี้ เป็นการทบทวนหลักฐานทางการแพทย์ในปัจจุบันว่าวิธีการจิตสังคมบำบัดใดบ้างที่เหมาะสมมีประสิทธิภาพ และมีรายละเอียดของการบำบัดอย่างไรบ้าง เช่น การเสริมสร้างแรงจูงใจ การปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม การให้รางวัลแก่พฤติกรรมที่เหมาะสม การบำบัดแบบสั้น สติบำบัด หลัก 12 ขั้นตอน การส่งเสริมพัฒนาการด้านจิตวิญญาณ ชุมชนบำบัด การบำบัดแบบผู้ป่วยใน เป็นต้น ซึ่งล้วนเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของจิตสังคมบำบัดที่มีประสิทธิภาพสำหรับผู้เสพติดสารเสพติด ตำรานี้ยังได้กล่าวถึงจิตสังคมบำบัดที่เฉพาะเจาะจงต่อกลุ่มเยาวชนซึ่งเป็นกลุ่มเปราะบาง และแยกผู้ติดสารเสพติดแต่ละประเภทของสารซึ่งพบได้น้อยในตำราเล่มอื่นๆ การเขียนและใช้ภาษาในตำราเล่มนี้ก็อ่านและเข้าใจได้ง่ายเหมาะสมกับบุคลากรทางสาธารณสุขหลากหลายระดับ ดังนั้น ตำราเล่มนี้จะเป็นประโยชน์อย่างมากต่อบุคลากรทางการแพทย์ที่มีหน้าที่ดูแลบำบัดรักษาผู้เสพติดสารเสพติด และเป็นโอกาสให้บุคลากรได้พัฒนาตนเองให้มีทักษะเพิ่มขึ้นในแต่ละวิธีการของจิตสังคมบำบัด ประสิทธิภาพในการบำบัดรักษาผู้เสพติดสารเสพติดโดยรวมก็จะเพิ่มขึ้น เป็นกำลังใจและรางวัลให้แก่บุคลากรทางการแพทย์ของเราในการกระทำสิ่งที่เป็นคุณประโยชน์ต่อประเทศชาติต่อไป

พลโท นายแพทย์ พิชัย แสงชาญชัย

ประธานชมรมจิตเวชศาสตร์การเสพติดแห่งประเทศไทย (TSAP)

คำนำ

ผู้เขียนพบว่า หนังสือวิชาการด้านสารเสพติดทางการแพทย์ที่เขียนเป็นภาษาไทยส่วนใหญ่มุ่งเน้นการนำเสนอวิธีการรักษาความผิดปกติจากการใช้ยาเสพติดแต่ละชนิด โดยเฉพาะการรักษาด้วยยาและการทำจิตบำบัด แม้จะมีการกล่าวถึงการบำบัดทางจิตสังคมอยู่บ้าง แต่ยังขาดรายละเอียดเกี่ยวกับความเหมาะสมของแต่ละวิธีต่อความผิดปกติจากการใช้สารเสพติดประเภทต่างๆ ตลอดจนหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สนับสนุนประสิทธิผลของการบำบัดทางจิตสังคมแต่ละประเภท ทั้งนี้ สิ่งที่มักถูกมองข้ามคือข้อเท็จจริงที่ว่า การบำบัดแต่ละรูปแบบมีประสิทธิผลแตกต่างกัน และปัญหาการใช้สารเสพติดแต่ละประเภทอาจตอบสนองต่อการบำบัดในรูปแบบต่างๆ ได้ไม่เหมือนกัน

ปัจจุบันองค์ความรู้ด้านการบำบัดยาเสพติด โดยเฉพาะด้านจิตสังคมได้เจริญก้าวหน้าไปอย่างรวดเร็ว มีการศึกษาวิจัยมากขึ้นเรื่อยๆ ที่บ่งชี้ถึงหลักฐานเชิงประจักษ์ด้านประสิทธิผลของการจิตสังคมบำบัดแต่ละรูปแบบ และชี้ให้เห็นถึงช่องว่างขององค์ความรู้และวิธีการบำบัดใดมีหลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุนว่ามีประสิทธิผลหรือไม่ แตกต่างกันอย่างไร หรือยังไม่มีหลักฐานสนับสนุนเพียงพอ ซึ่งช่วยให้ผู้บำบัดมีแนวทางในการตัดสินใจที่จะเลือกรูปแบบใดมาใช้หรือปรับใช้

จุดเด่นสำคัญของหนังสือเล่มนี้คือการมุ่งเน้นที่การปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยเน้นถึงความก้าวหน้าล่าสุดเกี่ยวกับรูปแบบจิตสังคมบำบัดที่มีประสิทธิผล สำหรับใคร ยาเสพติดชนิดใด และในบริบทใด นอกจากนี้ ยังกล่าวถึงประเด็นสำคัญ เช่น การปรับรูปแบบการบำบัดให้เหมาะสมกับวัฒนธรรม การบูรณาการเทคโนโลยีดิจิทัล และความท้าทายในการให้บริการการบำบัดทางจิตสังคมในพื้นที่ที่มีทรัพยากรจำกัด การอภิปรายเหล่านี้มีเป้าหมายเพื่อเชื่อมช่องว่างระหว่างงานวิจัยกับการปฏิบัติจริง เพื่อให้แพทย์ บุคลากรทางการแพทย์ ผู้กำหนดนโยบาย และนักวิจัยได้รับข้อมูลที่สามารถนำไปใช้ได้จริง

หนังสือเล่มนี้ยังกล่าวถึงแนวคิดและเทคนิคพื้นฐานของการบำบัดทางจิตสังคมที่ได้รับความนิยมและมีการนำมาใช้อย่างแพร่หลาย อาทิ การบำบัดเชิงความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy: CBT) และการสัมภาษณ์เพื่อเสริมแรงจูงใจ (Motivational Interviewing: MI) ส่วนแนวทางการบำบัดที่ยังไม่เป็นที่แพร่หลายในประเทศไทย จะกล่าวถึงโดยสังเขป เพื่อให้ผู้อ่านมีภาพรวมของแนวทางการบำบัดที่หลากหลายและสามารถนำไปพิจารณาใช้ได้อย่างเหมาะสม

เนื่องจากจิตสังคมบำบัดมีขอบเขตครอบคลุมแนวทางการบำบัดที่หลากหลาย ผู้เขียนจึงมิได้มุ่งเน้นการนำเสนอรายละเอียดของการบำบัดทางจิตสังคมแต่ละประเภทอย่างลึกซึ้ง หากแต่มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ผู้อ่านเข้าใจหลักการและเทคนิคพื้นฐานของการบำบัดทางจิตสังคมรูปแบบต่าง ๆ

รวมถึงทราบถึงหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สนับสนุนประสิทธิผลของแต่ละแนวทาง ทั้งนี้ เพื่อเป็นจุดเริ่มต้นในการศึกษาค้นคว้าเพิ่มเติมในประเด็นที่ผู้อ่านสนใจ สำหรับการดูแลรักษาด้วยยา ผู้เขียนจะไม่กล่าวถึงในรายละเอียด ซึ่งผู้อ่านสามารถหาอ่านรายละเอียดเพิ่มเติมได้จากตำราทางเภสัชวิทยาหรือการแพทย์ที่มีเนื้อหาครอบคลุมการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาจากยาเสพติดด้วยการใช้ยา

ผู้เขียนหวังเป็นอย่างยิ่งว่า หนังสือเล่มนี้จะเป็นส่วนหนึ่งในการเพิ่มคุณภาพและมาตรฐานในการดูแลผู้ป่วยที่มีความผิดปกติในพฤติกรรมการใช้สารเสพติด และผู้บำบัดสามารถนำไปพัฒนางานด้านจิตสังคมบำบัดสำหรับความผิดปกติของพฤติกรรมการใช้สารเสพติดต่อไป

ตะวันชัย จิรประมุขพิทักษ์
สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

สารบัญ

กิตติกรรมประกาศ ..... ก
คำนิยม ..... ข
คำนำ ..... ค
สารบัญ ..... จ
ชื่อย่อจิตสังคมบำบัด (Acronyms) ..... ฉ

บทที่ 1: บทนำ 1

ภาค 1: จิตสังคมบำบัดรูปแบบต่างๆ สำหรับความผิดปกติของการใช้สารเสพติด 4
บทที่ 2: การบำบัดเชิงความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy) 5
บทที่ 3: การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing) 17
บทที่ 4: การบำบัดแบบสั้น (Brief Intervention) 31
บทที่ 5: การบำบัดโดยการให้สิ่งจูงใจ (Contingency Management) 39
บทที่ 6: การบำบัดจิตสังคมรูปแบบอื่นๆ (Other Psychosocial Therapies) 55
บทที่ 7: จิตสังคมบำบัดสำหรับความผิดปกติของการใช้สารเสพติดในกลุ่มเยาวชน 62
(Psychosocial Therapies for Substance Use Disorders in Adolescents)

ภาค 2: จิตสังคมบำบัดสำหรับยาเสพติดแต่ละชนิด 69
บทที่ 8: จิตสังคมบำบัดสำหรับความผิดปกติของการใช้กัญชา 70
(Psychosocial Therapies for Cannabis Use Disorder)
บทที่ 9: การบำบัดทางจิตสังคมสำหรับผู้ที่มีความผิดปกติของการใช้สารกลุ่มกระตุ้น 75
(Psychosocial Therapies for Stimulant Use Disorder)
บทที่ 10: การบำบัดทางจิตสังคมสำหรับความผิดปกติของการใช้สารกลุ่มฝิ่น 81
(Psychosocial Therapies for Opioid Use Disorder)
บทที่ 11: การบำบัดทางจิตสังคมสำหรับผู้ติดบุหรี่ 85
(Psychosocial Therapies for Tobacco Use Disorder)
บทที่ 12: การบำบัดทางจิตสังคมสำหรับผู้มีความผิดปกติของพฤติกรรมการดื่มสุรา 99
(Psychosocial Therapies for Alcohol Use Disorder)
บทที่ 13: บทสรุป (Conclusion) 111
บรรณานุกรม 113
ดัชนีค้นคำ 162

ชื่อย่อจิตสังคมบำบัด (Acronyms)

ตัวย่อ	ชื่อภาษาอังกฤษ	ชื่อไทย
ACT	Acceptance and Commitment Therapy	การบำบัดแบบการยอมรับและสร้างพันธสัญญา
A-ACC	Adolescent Assertive Continuing Care	การดูแลเชิงรุกอย่างต่อเนื่องสำหรับวัยรุ่น
A-CRA	Adolescent Community Reinforcement Approach	การบำบัดโดยให้แรงเสริมในชุมชนสำหรับวัยรุ่น
BCT	Behavioral Couples Therapy	คู่สมรสบำบัดเชิงพฤติกรรม
BFC	Behavioral Family Counselling	การให้คำปรึกษาพฤติกรรมครอบครัว
BI	Brief Intervention	การบำบัดแบบสั้น
CBI	Combined Behavioural Intervention	การบำบัดเชิงพฤติกรรมแบบผสมผสาน
CBT	Cognitive Behavioural Therapy	การบำบัดเชิงความคิดและพฤติกรรม
CRA	Community Reinforcement Approach	การบำบัดโดยให้แรงเสริมในชุมชน
CaM	Case Management	การจัดการรายกรณี
CM	Contingency Management	การบำบัดโดยการให้สิ่งจูงใจ
CST	Coping Skill Training	การฝึกทักษะการจัดการ
IPR	Intermittent Prize Reinforcement	การจับสลากรางวัลเป็นสิ่งจูงใจ
MBRP	Mindfulness-Based Relapse Prevention	สติบำบัดเพื่อป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ
MET	Motivation Enhancement Therapy	การบำบัดเพื่อสร้างแรงจูงใจ
MI	Motivation Interviewing	การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ
PSI	Personalized Psychosocial Intervention	การบำบัดแบบปรับให้เหมาะกับผู้ป่วยแต่ละราย
RP	Relapse Prevention	การบำบัดเพื่อป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ
TC	Therapeutic Community	ชุมชนบำบัด
TSF	Twelve-Step Facilitation	การบำบัด 12 ขั้นตอน
VBRP	Voucher-Based Reinforcement Therapy	การใช้บัตรกำนัลเป็นสิ่งจูงใจ

บทที่ 1

บทนำ

ความผิดปกติของการใช้สารเสพติดและผลกระทบ

ความผิดปกติของพฤติกรรมการใช้สารเสพติด (Substance Use Disorders, SUDs) เป็นปัญหาสำคัญที่ส่งผลกระทบอย่างกว้างขวางต่อบุคคล ครอบครัว สังคม ตลอดจนเศรษฐกิจ การเมือง และระบบสาธารณสุข ทั้งในประเทศไทยและทั่วโลก จากรายงาน **World Drug Report** โดยสำนักงานว่าด้วยยาเสพติดและอาชญากรรมแห่งสหประชาชาติ (**UNODC,** 2023) ประมาณการว่า ในปี ค.ศ. 2021 มีประชากรทั่วโลกราว 1 ใน 17 คน ในช่วงอายุ 15–64 ปี เคยใช้สารเสพติด (ที่ไม่รวมสุราและบุหรี่) ภายในระยะเวลา 12 เดือนที่ผ่านมา คิดเป็นจำนวนประมาณ 296 ล้านคน เพิ่มขึ้นจาก 240 ล้านคนในปี ค.ศ. 2011 หรือเพิ่มขึ้นร้อยละ 23 กัญชาเป็นสารเสพติดที่มีการใช้มากที่สุด โดยมีผู้ใช้ประมาณ 219 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 4.3 ของประชากรในช่วงวัยดังกล่าว ขณะที่ประมาณ 36 ล้านคนมีการใช้สารในกลุ่มแอมเฟตามีน (**amphetamines**) นอกจากนี้ ปัญหาการดื่มสุราในลักษณะที่ก่อให้เกิดอันตรายก็เป็นปัญหาที่สำคัญเช่นเดียวกัน โดยองค์การอนามัยโลก (**WHO,** 2018) ประมาณการว่า มีประชากรทั่วโลกจำนวนประมาณ 283 ล้านคน ที่มีปัญหาพฤติกรรมการดื่มสุรา

ในแง่มุมทางด้านสาธารณสุข การศึกษาภาระโรค (burden or disease) โดยรวมทั่วโลก ในปี ค.ศ. 2016 บ่งชี้ว่า ยาเสพติดเป็นตัวการสำคัญที่นำไปสู่ภาระโรคในสัดส่วนที่สูง สารเสพติด (ไม่รวม

สุรา) ทำให้เกิดภาระโรคคิดเป็น 31.8 ล้านปีสุขภาวะที่ปรับด้วยความพิการ หรือ Disability Adjusted Life Years (DALYs) คิดเป็น 1.3% ของ DALYs ทั้งหมด โดยความผิดปกติของการใช้สารเสพติดที่พบบ่อย เช่น การติดกัญชา คิดเป็น 22.1 ล้านคนทั่วโลก และการติดสารกลุ่มฝิ่น คิดเป็น 26.8 ล้านคน สุราทำให้เกิดภาระโรคคิดเป็น 99.2 ล้าน DALYs (ราว 4.2% ของ DALYs ทั้งหมด) (Degenhardt et al., 2018)

ในปี ค.ศ. 2019 การสูบบุหรี่เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตของประชากรประมาณ 7.69 ล้านคน และสูญเสีย DALYs จำนวน 200 ล้านปีทั่วโลก ซึ่งทำให้การสูบบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงอันดับหนึ่งที่นำไปสู่การเสียชีวิตในเพศชาย (GBD Tobacco Collaborators, 2021) สารเสพติดจึงเป็นสาเหตุที่พบบ่อยของ**การ**ป่วยและเสียชีวิตที่ป้องกันได้ ผลกระทบของสารเสพติดนั้นยังมีมากไปกว่าตัวผู้เสพ และอาจเกิดผลกระทบโดยทางอ้อมต่อผู้อื่น เช่น เพิ่มความเสี่ยงต่อโรคติดเชื้อที่ติดต่อสู่ผู้อื่น เช่น HIV ไวรัสตับอักเสบซี อาจทำให้อาการทางจิตที่มีอยู่เดิมของผู้เสพรุนแรงขึ้น เพิ่มความเสี่ยงของการเสียชีวิตจากการใช้ยาเกินขนาด และยังอาจเกิดผลกระทบระดับสังคมในหลายด้าน เช่น ปัญหาอาชญากรรม ความสูญเสียทางเศรษฐกิจ และความขัดแย้งในครอบครัว โดยเฉพาะในประเทศที่มีรายได้น้อยและปานกลาง ซึ่งทรัพยากรในการรักษายังมีจำกัด

บทบาทของการจิตสังคมบำบัดในการดูแลรักษาผู้มีปัญหาความผิดปกติของการใช้สารเสพติด

แม้ว่าการรักษาด้วยยาจะมีบทบาทสำคัญในการรักษาผู้มีปัญหาความผิดปกติของการใช้สารเสพติดบางประเภท การบำบัดทางจิตสังคมซึ่งจัดการกับพฤติกรรม อารมณ์ และปัจจัยทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับการเสพติดนั้นมีความจำเป็นต่อการฟื้นฟูผู้ป่วยอย่างยั่งยืน การบำบัดเหล่านี้มีเป้าหมายเพื่อเลิกหรือลดการเสพ ลดความเสี่ยงต่ออันตรายที่เกี่ยวข้องกับการเสพ และช่วยผู้ป่วยสามารถกลับไปดำเนินชีวิตในบริบทได้ตามปกติ

ในช่วงไม่กี่ทศวรรษที่ผ่านมา การบำบัดทางจิตสังคมได้พัฒนาอย่างมาก จากความก้าวหน้าในศาสตร์ต่างๆ เช่น จิตวิทยา ประสาทศาสตร์ และ วิทยาศาสตร์การนำไปปฏิบัติ (implementation science) โดยมีหลักฐานสนับสนุนประสิทธิผลของจิตสังคมบำบัดรูปแบบต่าง ๆ ตัวอย่างเช่น

- การบำบัดเชิงปัญญาและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy) ช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้และปรับเปลี่ยนรูปแบบความคิดและพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมซึ่งเกี่ยวข้องกับการใช้สารเสพติด
- การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing) เพิ่มแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยช่วยให้ผู้ป่วยจัดการกับความลังเลในการหยุดใช้สารเสพติด

- การบำบัดโดยใช้สิ่งจูงใจ (Contingency Management) ใช้แรงเสริมทางบวกเพื่อสนับสนุนการงดเว้นและความร่วมมือในการรักษา
- การบำบัดที่เน้นครอบครัว (Family-Based Therapy) จัดการกับปัจจัยเชิงสัมพันธ์ในครอบครัวที่อาจส่งเสริมหรือยับยั้งการใช้สารเสพติด

ประสิทธิผลของการบำบัดเหล่านี้ได้รับการพิสูจน์จากงานวิจัยมากขึ้นเรื่อยๆ อย่างไรก็ตาม การนำจิตสังคมบำบัดไปใช้ในเวชปฏิบัติยังคงมีความท้าทายหลายประการ โดยเฉพาะการนำการบำบัดตามหลักฐานหลายรูปแบบที่พัฒนาขึ้นในประเทศที่มีรายได้สูงมาปรับให้เหมาะสมกับประเทศรายได้น้อยและปานกลาง (**Low and Middle Income Countries**) ที่มีข้อจำกัดทางวัฒนธรรมและทรัพยากร นอกจากนี้ การผนวกรวมจิตสังคมบำบัดเข้าสู่การบริการสาธารณสุขในระดับปฐมภูมิและชุมชน ซึ่งเป็นจุดที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักมารับบริการเป็นครั้งแรก ยังคงเป็นสิ่งจำเป็นเร่งด่วน

โครงสร้างของหนังสือเล่มนี้

ส่วนที่ 1 ประกอบด้วยบทที่ 2–7 โดยบทที่ 2 ถึง 5 กล่าวถึงจิตสังคมบำบัดชนิดต่างๆ ที่เป็นที่นิยมแพร่หลาย เช่น การบำบัดเชิงความคิดและพฤติกรรม (**cognitive behavior therapy**) การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ **Motivational Interviewing**) การบำบัดแบบสั้น (**Brief Intervention**) การบำบัดด้วยสิ่งจูงใจ (**Contingency Management**) เป็นต้น บทที่ 6 กล่าวถึงจิตสังคมบำบัดรูปแบบอื่นๆโดยเฉพาะการบำบัดแบบเข้มข้นหรือแบบต่อเนื่อง ส่วนบทที่ 7 กล่าวถึงข้อควรพิจารณาในการนำจิตสังคมบำบัดมาใช้กับกลุ่มเยาวชนซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเริ่มต้น เสพสารเสพติด

ส่วนที่ 2 ประกอบด้วยบทที่ 8–12 ประกอบด้วยจิตสังคมบำบัดสำหรับยาเสพติดแต่ละกลุ่มและเป็นกลุ่มยาเสพติดที่ใช้กันแพร่หลายในประเทศไทยทั้งถูกและผิดกฎหมาย เช่น กัญชา กลุ่มสารออกฤทธิ์กระตุ้น สารกลุ่มฝิ่น บุหรี่ (รวมทั้งยาสูบและผลิตภัณฑ์ต่างๆ จากยาสูบ) และสุรา

บทสุดท้าย (บทที่ 13) กล่าวถึงแนวทางในการพิจารณาเลือกใช้จิตสังคมบำบัดรูปแบบต่างๆ ให้เหมาะสมกับระยะต่างๆของการใช้สารเสพติด

ภาค 1:

จิตสังคมบำบัดรูปแบบต่างๆ สำหรับความผิดปกติของการใช้สารเสพติด

บทที่ 2

การบำบัดเชิงความคิดและพฤติกรรม

(COGNITIVE BEHAVIORAL THERAPY)

การบำบัดเชิงความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy, CBT) เป็นหนึ่งในวิธีการบำบัดรักษาสำหรับผู้มีความผิดปกติในการใช้สารเสพติดที่ได้รับการศึกษาวิจัยมากที่สุด มีหลักฐานสนับสนุนถึงประสิทธิผลและกำลังแพร่หลายมากขึ้นเรื่อยๆ สามารถใช้เป็นการบำบัดแบบเดี่ยว หรือเป็นส่วนหนึ่งของการบำบัดแบบบูรณาการที่ประกอบด้วยการบำบัดหลายรูปแบบประกอบกัน CBT สามารถทำแบบตัวต่อตัวหรือแบบกลุ่ม โดยมีจำนวนการบำบัดอยู่ระหว่าง 8 ถึง 24 ครั้ง

บทนี้จะกล่าวถึงแนวคิดและพื้นฐานทางทฤษฎีของ CBT เทคนิคการบำบัด ขั้นตอนการบำบัด รูปแบบการบำบัดชนิดอื่นที่ใช้หลักการของ CBT และภาพรวมของประสิทธิผลในการบำบัดยาเสพติด

แนวคิดและพื้นฐานทางทฤษฎี

พื้นฐานแนวคิดของ CBT อยู่บนทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (social learning theory) (Kadden, 1995, Monti et al., 1989, Marlatt et al., 1985) ซึ่งกล่าวว่าการใช้สารเสพติดเป็นผลมาจากพฤติกรรมการเรียนรู้ แม้ว่าบางคนอาจมีความโน้มเอียงในการใช้สารเสพติดหรือกลับไปใช้สารเสพติดเมื่อเผชิญกับสถานการณ์เสี่ยง อันเนื่องมาจากปัจจัยทางพันธุกรรม ปัจจัยทางชีวภาพหรือปัจจัยอื่นๆ

CBT เป็นการบำบัดที่เน้นการจำแนกแยกแยะความคิด ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและจัดการกับสิ่งกระตุ้นจากภายนอกซึ่งส่งเสริมให้เกิดการใช้สารเสพติด (Gates et al., 2016) โดยผู้บำบัดช่วยผู้เสพในการทำความเข้าใจพฤติกรรมการใช้สารเสพติดในบริบทของเหตุการณ์ที่นำมาก่อนการเสพยา (antecedents) และผลที่ตามมาจากการเสพยา (consequences) และตระหนักถึงสถานการณ์ต่างๆที่สัมพันธ์กับการเสพยาและหลีกเลี่ยงเหตุการณ์เหล่านี้ รวมทั้งฝึกทักษะที่หลากหลายในการจัดการกับพฤติกรรมการเสพ เช่น การเบี่ยงเบนความสนใจ การระลึกถึงผลกระทบในทางลบที่ตามมา การแทนที่ความคิดลบด้วยการคิดบวก เป็นต้น เพื่อให้ใช้ทักษะเหล่านี้ในการหลีกเลี่ยงการเสพยาโดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อไม่สามารถหลีกเลี่ยงสถานการณ์ที่กระตุ้นให้เกิดการเสพ (Carroll and Onken, 2005) ผู้เสพอาจมีกระบวนการรู้คิดที่ทำให้มีความเสี่ยงต่อการเสพยา เช่น

- เชื่อว่าพฤติกรรมของตนเป็นผลมาจากผู้อื่น (external locus of control) จึงมีความยากลำบากในการปฏิเสธยาเมื่อผู้อื่นชักชวน
- เชื่อว่าการกลับไปเสพยาเพียงเล็กน้อยมีค่าเท่ากับกับการกลับไปสู่การติดยาอย่างเต็มตัว (full blown relapse) จึงมีแนวโน้มที่จะเสพหนักหลังจากพลั้งเผลอไปเสพเพียงเล็กน้อย
- มีอคติในความสนใจ (attentional bias) คือการมีแนวโน้มที่จะสังเกตสิ่งกระตุ้นเตือนให้เสพยาจากสภาพแวดล้อมรายรอบ เช่น แนวโน้มที่จะเกิดความสนใจและกระตุ้นการเสพได้ง่ายเมื่อเห็นกิจกรรมการเสพยาหรือโฆษณาเหล้า เป็นต้น

ผู้ที่มีกระบวนการรู้คิดดังกล่าวเมื่อเผชิญกับสถานการณ์เหล่านี้จะนำไปสู่สภาพความตึงเครียดภายใน ซึ่งมีความสัมพันธ์กับการใช้สารเสพติดในอดีตและจะกระตุ้นให้เกิดอาการอยากยา

ขั้นตอนการบำบัด

1. ประเมินปัญหา (assessment) ขั้นตอนแรกคือการประเมินสภาพร่างกายและจิตใจของผู้ใช้สารเสพติด ประเมินระดับรุนแรงของการติดสารเสพติด ประวัติการใช้สารเสพติด และปัญหาอื่นๆเกี่ยวข้อง อาจใช้แบบวัดมาตรฐานในการประเมินความรุนแรงของการใช้สารเสพติดและปัญหาอื่นๆที่พบร่วม
2. สร้างความสัมพันธ์ที่ดี (establishing rapport) โดยการแสดงความเห็นอกเห็นใจ ความเคารพ และความเข้าใจในตัวผู้เสพ
3. ให้ข้อมูล (psychoeducation) เกี่ยวกับหลักการบำบัดด้วย CBT การนำมาใช้ในการบำบัดยาเสพติด และปัญหาการใช้สารเสพติดและผลกระทบ
4. ตั้งเป้าหมาย (goal setting) กำหนดเป้าหมายในการรักษาที่ชัดเจน เช่น หยุดใช้สารเสพติด หรือลดปัญหาที่เกิดจากการใช้สารเสพติด
5. ปรับโครงสร้างทางความคิด (cognitive restructuring) ค้นหารูปแบบการรู้คิดและพฤติกรรมที่เป็นปัญหา ช่วยให้ผู้ป่วยตระหนักรู้ถึงรูปแบบดังกล่าว และคาดการณ์ถึงสถานการณ์เสี่ยงที่รูปแบบการคิดดังกล่าวจะเกิดขึ้น
6. พัฒนาทักษะ (skill building) สอนและฝึกทักษะการจัดการกับอาการอยากยา สอนให้ตระหนักถึงความคิดที่ไม่เหมาะสมที่อาจส่งผลต่อพฤติกรรมการเสพ และช่วยปรับเปลี่ยนความคิดเหล่านี้ให้เป็นบวกและส่งเสริมความรู้สึกที่ดี รวมทั้งพัฒนาทักษะอื่นๆที่จำเป็น เช่น การเพิ่มแรงจูงใจ การปฏิเสธยาเสพติดจากบุคคลอื่น ทักษะการสื่อสาร การรับคำวิจารณ์และคำชม การจัดการกับความเครียด อารมณ์โกรธ เศร้า และปัญหาในชีวิต การจัดการกับความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น การเพิ่มกิจกรรมอื่นๆที่เพลิดเพลิน
7. ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้สารเสพติดและการรับมือกับสิ่งที่อาจกระตุ้นให้ใช้สารเสพติด โดยอาจเริ่มต้นจากการลดปริมาณการเสพหรือหยุดใช้สารที่อันตรายที่สุดก่อน
8. การติดตามและประเมินผลว่าบรรลุเป้าหมายการรักษาหรือไม่ และปรับเปลี่ยนแผนการรักษาหากจำเป็น

ผู้ป่วยอาจได้รับการบ้านไปทำต่อในระหว่างชั่วโมงบำบัดแต่ละครั้ง ในระยะแรกการบ้านอาจเกี่ยวกับการเฝ้าติดตามการใช้สารเสพติดของตนเอง (self-monitoring) และปัจจัยอื่นๆที่สัมพันธ์กับการเสพยา เช่น อาการอยากยา การเผชิญกับสถานการณ์เสี่ยง ในระหว่างการบำบัด ผู้บำบัดใช้เทคนิคของ CBT โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

เทคนิคของ CBT

- การให้สุขภาพจิตศึกษา (psychoeducation) คือการให้ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการเสพยา และ CBT สามารถช่วยผู้ป่วยจัดการกับการติดยาได้อย่างไร
- การวิเคราะห์หน้าที่ของพฤติกรรม (functional analysis) คือการวิเคราะห์โดยละเอียดถึงเกี่ยวกับพฤติกรรมการเสพยา โดยเฉพาะสภาพจิตใจภายในและสภาพแวดล้อมจากภายนอกในช่วงเวลาก่อนเสพยาครั้งล่าสุด (antecedents) ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการเสพอย่างต่อเนื่อง(behavior) และผลกระทบที่ตามมา (consequences) หรือเรียกย่อๆว่า ABC การวิเคราะห์สถานการณ์การเสพยาที่ผ่านมาในอดีตจะช่วยให้ผู้บำบัดและผู้เสพเข้าใจสภาพจิตใจและปัจจัยภายนอกที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการเสพยา ช่วยให้เข้าใจรูปแบบและพฤติกรรมการเสพที่เกิดขึ้นซ้ำๆ และหากลยุทธในการเปลี่ยนแปลงรูปแบบพฤติกรรมเหล่านี้ โดยใช้เทคนิคเช่น การตรวจตราความคิดและพฤติกรรมของตนซึ่งเกิดขึ้นก่อน ระหว่างและหลังสถานการณ์เสี่ยง โดยมีตัวอย่างดังต่อไปนี้

ผู้รับการบำบัด: ชายอายุ 28 ปี มีประวัติใช้ยาไอซ์

1. Antecedents (สิ่งที่เกิดขึ้นก่อนการเสพ):
    - **สภาพจิตใจภายใน:** รู้สึกเครียดมากจากการทะเลาะกับแฟน รู้สึกโดดเดี่ยว ไม่มีใครเข้าใจ
    - **สภาพแวดล้อมภายนอก:** อยู่คนเดียวในห้องเช่า เพื่อนที่เคยใช้ยาด้วยกันโทรมาหาและบอกว่ามียาให้ใช้ฟรี
    - **เวลา:** ช่วงกลางคืนหลังจากเลิกงาน รู้สึกเหนื่อยและว่าง ไม่มีอะไรทำ

2. Behavior (**พฤติกรรม**):
    - ตอบรับคำชวนเพื่อนไปที่ห้องอีกคน
    - เสพยาไอซ์ร่วมกับเพื่อน
    - อยู่ร่วมวงนานหลายชั่วโมง

3. Consequences (**สิ่งที่เกิดตามมา**):
    - ในระยะสั้น รู้สึกโล่ง สบาย ไม่คิดถึงปัญหา รู้สึกมีเพื่อน
    - ในระยะยาว รู้สึกผิด เสียงานในวันถัดไป แฟนจับได้และเลิกติดต่อ
    - มีแรงกระตุ้นให้ใช้ซ้ำเมื่อต้องเผชิญความเครียดหรือความเหงา

- พัฒนาทักษะการจัดการ (coping skills) คือการทำความเข้าใจอาการอยากยาและตัวกระตุ้นให้อยากยา (craving cues) และพัฒนาทักษะในการจัดการกับอาการอยากยา เช่น ช่วยให้ผู้ที่มีแนวโน้มเสพยาเมื่อมีอารมณ์เศร้าหันไปออกกำลังกายหรือพูดคุยกับเพื่อนเพื่อลดแรงจูงใจในการเสพยาเมื่อใดก็ตามที่มีอารมณ์เศร้า
- ฝึกทักษะในการปฏิเสธยา (drug-refusal skill training) รวมทั้งการลดโอกาสหรือหลีกเลี่ยงการเผชิญกับตัวกระตุ้นเตือนให้เกิดการเสพยา โดยมีตัวอย่างสมมุติดังต่อไปนี้

ผู้ป่วยมาปรึกษาว่า เพื่อนเก่าของผู้ป่วยชวนไปปาร์ตี้ซึ่งมักลงท้ายด้วยการเสพยา ผู้บำบัดอาจสอนทักษะในการปฏิเสธยา โดยใช้บทสนทนาดังต่อไปนี้

ผู้บำบัด: *ถ้าสมมุติว่าเพื่อนเก่าของคุณโทรมาชวนไปปาร์ตี้ แล้วคุณรู้ดีว่าที่นั่นมีการใช้ยา คุณจะตอบเขาว่ายังไง?*

ผู้ป่วย: *อืม...อาจจะบอกว่า "ไม่ว่าง" มั้งครับ*

ผู้บำบัด: *โอเค นั่นก็เป็นจุดเริ่มต้นที่ดีครับ แต่เราลองมาฝึกทำให้คำตอบของคุณมั่นใจและชัดเจนมากขึ้นนะครับ ลองพูดใหม่อีกทีโดยใช้คำพูดที่แสดงจุดยืนของคุณให้ชัดเจนหน่อย*

ผู้ป่วย: *โอเคครับ... "ขอบใจที่ชวนนะ แต่ผมขอไม่ไปดีกว่า ผมเลิกยุ่งกับยาแล้ว และไม่อยากกลับไปเจอสภาพแบบนั้นอีก"*

ผู้บำบัด: *ดีมากครับ! น้ำเสียงก็ดูมั่นใจขึ้นด้วย แบบนี้น่าจะช่วยลดโอกาสที่เพื่อนจะชวนอีก แต่ถ้าเขาพยายามจะชวนต่อ เช่น บอกว่า "แค่ไปเจอกันเอง ไม่ต้องเสพก็ได้" คุณจะตอบยังไงดี?*

ผู้ป่วย: *ผมอาจจะตอบว่า "ผมรู้ตัวเองดีครับ ถ้าไป ผมอาจจะห้ามใจไม่ได้ ผมขอเลือกสิ่งที่ปลอดภัยสำหรับตัวเองดีกว่า"*

ผู้บำบัด: *เยี่ยมมากครับ แบบนี้แสดงว่าคุณรู้จักตัวเองดี และกำลังวางแผนป้องกันการเผชิญกับสิ่งกระตุ้น ลองฝึกแบบนี้ต่อไปนะครับ จะช่วยให้คุณรับมือได้จริงในสถานการณ์ที่เจอในชีวิตประจำวัน*

- หาแนวทางปรับปรุงความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับคนรอบข้างให้ดีขึ้น

- ส่งเสริมการกระตุ้นพฤติกรรม (behavioural activation) โดยให้ผู้ป่วยเข้าร่วมในกิจกรรมซึ่งช่วยให้อารมณ์ดีหรือเพลิดเพลิน
- ส่งเสริมการเข้าร่วมกิจกรรมที่ส่งเสริมการฟื้นฟู (recovery-focused activities) เช่น การเข้าร่วมในกลุ่มที่ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน การมีงานและอาชีพ การร่วมกิจกรรมที่มีความหมายต่อผู้ป่วย กิจกรรมที่สร้างอารมณ์บวกและความเพลิดเพลิน ปรับวิถีชีวิตให้สมดุล เช่น จัดตารางชีวิตประจำวัน การผ่อนคลายความเครียด การมีสุขอนามัยที่ดีในการนอน การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การออกกำลังกาย การเข้าหาศาสนา เป็นต้น

อย่างไรก็ตาม ผู้ที่เหมาะกับการบำบัดแบบ CBT ควรมีการทำงานของการรู้คิดที่ยังเป็นปกติอยู่ เนื่องจากการฝึกทักษะการจัดการกับพฤติกรรมการเสพยาจำเป็นต้องอาศัยกระบวนการตรวจสอบการรู้คิดที่เป็นอคติ (cognitive bias) ของตนเอง CBT จึงอาจไม่เหมาะกับผู้ที่มีความบกพร่องของการทำงานของการรู้คิด (cognitive deficit)

การบำบัดอื่นๆ ที่ใช้หลักการของ CBT

จิตสังคมบำบัดหลายชนิดใช้หลักการและเทคนิคของ **CBT** ผนวกเข้ากับเทคนิคอื่นๆ เพื่อจัดการกับประเด็นต่างๆ ที่หลากหลายเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเลิกยาเสพติดได้อย่างเด็ดขาด เช่น การบำบัดเพื่อป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ (Relapse Prevention, RP) (Marlatt et al., 1985) การบำบัดแบบให้แรงเสริมในชุมชน (Community Reinforcement Approach, CRA)) (Budney and Higgins, 1998, Meyers and Smith, 1995) การใช้สติบำบัดเพื่อป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ (Mindfulness-Based Relapse Prevention, MBRP) การบำบัดแบบการยอมรับและสร้างพันธสัญญา (Acceptance and Commitment Therapy, ACT) โดยต่อไปนี้จะกล่าวถึงการบำบัดเหล่านี้พอสังเขป

1. การบำบัดเพื่อป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ (Relapse Prevention, RP)

ในขณะที่ **CBT** โดยทั่วไปมีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยให้หยุดเสพ ลดปริมาณการเสพหรือหยุดเสพได้อย่างต่อเนื่อง **RP** มุ่งไปที่การลดโอกาสและความรุนแรงของการกลับมาเสพซ้ำสำหรับผู้ที่หยุดเสพได้แล้ว (Marlatt and Gordon, 1985, Hendershot et al., 2011) RP มีองค์ประกอบที่สำคัญคือ การเพิ่มความตระหนักรู้เกี่ยวกับกระบวนการกลับมาเสพซ้ำ โดยการตรวจสอบรูปแบบหรือแบบแผนที่ผ่านมาในอดีตของการกลับมาเสพซ้ำ การประเมินจุดแข็งและจุดอ่อนของตนเอง กลยุทธ์การปรับตัวใน

ชีวิตประจำวันทั่วไปและการจัดการกับความไม่สมดุลในวิถีชีวิต โดยเน้นที่การสอนทักษะการรับมือเพื่อจัดการกับสถานการณ์เสี่ยงต่อการกลับไปเสพยาอย่างมีประสิทธิภาพ (Witkiewitz and Marlatt, 2004) โดยสถานการณ์เสี่ยงอาจแบ่งเป็น **4** ประเภทใหญ่ๆ คือ อารมณ์ที่เป็นลบ ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่เป็นปัญหา แรงกดดันทางสังคม และการเผชิญกับตัวกระตุ้นเตือน โดยมีปัจจัยเสี่ยง **2** อย่างที่มีปฏิสัมพันธ์กัน และเป็นตัวทำนายการกลับไปเสพยา คือ

1. ปัจจัยเสี่ยงหรือสภาพแวดล้อมพื้นฐานที่มีอยู่เดิมและค่อนข้างคงที่ เช่น บุคลิกภาพ พันธุกรรม พื้นฐานด้านครอบครัว ลักษณะของอาการถอนยา ปัจจัยด้านการรู้คิด **(cognitive factors)** เช่น ความคาดหวังถึงผลที่ได้จากการเสพ (**outcome expectancies**) ความเชื่อมั่นในความสามารถของตัวเอง (**self-efficacy**) และความเชื่อเกี่ยวกับการหยุดเสพ หรือการกลับไปเสพซ้ำ
2. ปัจจัยเสี่ยงที่เข้ามาใหม่หรือปัจจัยไม่คงที่ ซึ่งมีบางส่วนคาบเกี่ยวกับปัจจัยคงที่ ประกอบด้วย กระบวนการรู้คิดและอารมณ์ ซึ่งจะแปรผันขึ้นลง เมื่อเวลาหรือสิ่งแวดล้อมเปลี่ยนแปลงไป ความอยากยา การคาดหวังถึงผลที่ได้จากการเสพ ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง แรงจูงใจ

หลักการสำคัญของ RP ประกอบด้วย

1. **การจัดการผลกระทบจากการละเมิดความตั้งใจเลิก** (Abstinence Violation Effect – AVE): เป็นปฏิกิริยาทางอารมณ์และความคิดเมื่อผู้ป่วยเกิดการกลับไปใช้ซ้ำในระดับเล็กน้อย **(lapse)** เช่น ความรู้สึกผิด ความอับอาย ความรู้สึกว่าควบคุมตัวเองไม่ได้ ทำให้เกิดความรู้สึกอยากยาและกลับไปเสพซ้ำ **RP** ช่วยให้ผู้ป่วยตระหนักและรับมือกับอารมณ์เชิงลบเหล่านี้ในทางสร้างสรรค์ เพื่อหลีกเลี่ยงการกลับไปใช้ซ้ำอย่างเต็มรูปแบบ
2. **การรับมือกับสถานการณ์เสี่ยงสูง: RP** ระบุสถานการณ์ที่อาจกระตุ้นการใช้สารเสพติด เช่น การอยู่ใกล้ผู้ที่ใช้ยา การเผชิญความเครียด อารมณ์ด้านลบ หรือความเบื่อหน่าย การบำบัดช่วยให้ผู้ป่วยพัฒนากลยุทธ์รับมือที่มีประสิทธิภาพเพื่อไม่ให้ใช้สารเสพติด
3. **การพัฒนาทักษะการรับมือทางความคิดและพฤติกรรม: RP** สอนทักษะต่าง ๆ เช่น การระบุและท้าทายความคิดที่ไม่สมเหตุสมผล การจัดการอารมณ์เชิงลบ การพูดให้กำลังใจตัวเอง และการแก้ปัญหา
4. **การเสริมสร้างความเชื่อมั่นในตนเอง** (Self-Efficacy): RP เน้นการสร้างความเชื่อมั่นว่าผู้ป่วยสามารถจัดการสถานการณ์เสี่ยงได้สำเร็จ โดยผ่านการฝึกทักษะและประสบความสำเร็จเล็กๆ น้อยๆ อย่างต่อเนื่อง

5. **การวางแผนป้องกันการกลับไปใช้ซ้ำ:** มีการพัฒนาแผนเฉพาะที่ร่วมกับผู้ป่วย เช่น การระบุสิ่งกระตุ้น กลยุทธ์การรับมือ รายชื่อผู้ติดต่อฉุกเฉิน และแผนขั้นตอนปฏิบัติเมื่อเกิดสถานการณ์เสี่ยง
6. **การสนับสนุนและการติดตามอย่างต่อเนื่อง: RP** ให้ความสำคัญกับการสนับสนุนประคับประคองจากนักบำบัด ครอบครัว หรือเพื่อน เพื่อเสริมทักษะและช่วยในช่วงเวลาที่ยากลำบาก

RP ให้ความสำคัญกับปัจจัยภายนอก (สิ่งแวดล้อม) มากกว่าปัจจัยภายในในการชักนำให้กลับไปเสพยา แยกแยะความแตกต่างระหว่างการการเผลอกลับเสพซ้ำเป็นครั้งคราวกับความล้มเหลวในการรักษา และมองว่าการกลับไปเสพซ้ำเป็นส่วนหนึ่งของการเรียนรู้และพัฒนามากกว่าความล้มเหลว การวิเคราะห์อภิมานถึงประสิทธิผลของการบำบัดต่างๆ สำหรับผู้ติดยาที่อิงแนวคิด RP พบว่า RP มีประสิทธิผลดีที่สุดในการป้องกันการกลับไปดื่มสุรา และมีประสิทธิผลรองลงมาในการป้องกันการกลับไปสูบบุหรี่และเสพโคเคน (Hendershot et al., 2011)

2. การบำบัดแบบให้แรงเสริมในชุมชน (community reinforcement approach, CRA)

เป็นวิธีการบำบัดที่มีเป้าหมายเพื่อช่วยผู้ที่มีปัญหาการใช้สารเสพติดโดยการปรับปรุงปัจจัยต่าง ๆ ที่อยู่แวดล้อมชีวิตผู้ป่วย เพื่อให้วิถีชีวิตที่ไม่เกี่ยวข้องกับการใช้สารเสพติดนั้นดูมีคุณค่ามากยิ่งขึ้น (Budney and Higgins, 1998, Meyers and Smith, 1995, Hunt and Azrin, 1973, Meyers et al., 2011) โดยเชื่อว่าการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้สารเสพติดอย่างยั่งยืนนั้นจำเป็นต้องปรับบริบททางสังคมและสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย และใช้วิธีการต่างๆ ที่ส่งเสริมการฟื้นฟูผู้ป่วยอย่างรอบด้าน CRA

หลักการสำคัญของ CRA

1. **สร้างทางเลือกในชีวิตที่ดีกว่า: CRA** ช่วยผู้ป่วยค้นหากิจกรรมที่สร้างความพึงพอใจและเป็นประโยชน์ในชีวิต เช่น การช่วยเหลือเรื่องการหางาน การพัฒนาความสัมพันธ์ การเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน การเข้าถึงบริการทางสังคมและสิ่งจำเป็นพื้นฐาน (เช่น อาหาร ที่อยู่อาศัย)
2. **ปรับปรุงความสัมพันธ์ในชีวิต: CRA** มุ่งเน้นการเสริมสร้างความสัมพันธ์ที่สนับสนุนและลดอิทธิพลของปัจจัยที่กระตุ้นให้เกิดการใช้สารเสพติด เช่น การอาศัยอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ผู้ใช้ยาคนอื่นๆ อาศัยอยู่ การให้คำปรึกษาคู่สมรสสำหรับผู้เสพยาที่มีคู่สมรส

3. **การให้รางวัลสำหรับพฤติกรรมที่ดี:** ให้รางวัลหรือแรงเสริมทางบวกสำหรับพฤติกรรมที่สนับสนุนการเลิกใช้สารเสพติด (contingency management) เช่น ให้รางวัลเมื่อการทดสอบยาเสพติดในปัสสาวะให้ผลเป็นลบ
4. **การพัฒนาทักษะการแก้ปัญหา:** CRA ช่วยพัฒนาทักษะในการจัดการความเครียด การแก้ไขความขัดแย้ง และการบริหารจัดการเวลาเพื่อช่วยผู้ป่วยรับมือกับปัญหาในชีวิตประจำวันโดยไม่ต้องพึ่งพาสารเสพติด

CRA ได้รับการพิสูจน์ว่ามีประสิทธิผลในการลดการใช้สารเสพติดในกลุ่มคนหลากหลาย และมักนำไปใช้ร่วมกับการบำบัดรูปแบบอื่น เช่น การใช้ยาเพื่อช่วยในการเลิกสารเสพติด หรือกลุ่มบำบัดยาเสพติดนิรนาม (เช่น Alcoholic Anonymous หรือ Narcotics Anonymous)

3. สติบำบัดเพื่อป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ (Mindfulness-Based Relapse Prevention, MBRP)

MBRP เป็นรูปแบบการบำบัดที่รวมหลักการของสติ (mindfulness) เข้ากับการป้องกันการกลับไปเสพยา (relapse prevention) โดยพัฒนาขึ้นเพื่อช่วยผู้ที่มีปัญหาการใช้สารเสพติดในการจัดการกับความอยากยา ความเครียด และอารมณ์เชิงลบที่อาจกระตุ้นให้เกิดการกลับไปใช้สารเสพติดอีก (Bowen et al., 2011)

หลักการสำคัญของ MBRP

1. **การฝึกสติ** (Mindfulness Training): ช่วยให้ผู้ป่วยมีความตระหนักรู้ถึงความคิด อารมณ์ และความรู้สึกในปัจจุบันโดยไม่ตัดสิน ช่วยเพิ่มระดับการรับรู้ถึงความคิดและสิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบตัว ช่วยลดความตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้น (triggers) ที่อาจนำไปสู่การอยากยา และช่วยจัดการกับอาการอยากยาและภาวะอารมณ์ที่เป็นลบโดยไม่จำเป็นต้องใช้สารเสพติด
2. **การจัดการกับสิ่งกระตุ้น:** สอนวิธีสังเกตและตอบสนองต่อความอยากหรือสถานการณ์เสี่ยงโดยไม่ใช้สารเสพติด
3. **การยอมรับ** (Acceptance): ช่วยให้ผู้ป่วยยอมรับความรู้สึกและสถานการณ์ที่ยากลำบากโดยไม่พยายามหลีกเลี่ยง
4. **การสร้างวิถีชีวิตใหม่:** เสริมสร้างความสามารถในการรับมือกับสถานการณ์ในชีวิตประจำวัน และพัฒนาวิถีชีวิตที่มีสุขภาพจิตที่ดีขึ้น

องค์ประกอบของ MBRP

- **การทำสมาธิ:** เช่น การกำหนดลมหายใจ การสแกนร่างกาย (**body scan**) และการฝึกสติเพื่อสังเกตความอยากยา
- **การพูดคุยแลกเปลี่ยนกระสบการณ์ในกลุ่ม:** เพื่อแบ่งปันประสบการณ์และเรียนรู้จากกันและกัน
- **การเรียนรู้และฝึกทักษะ:** เพื่อเผชิญกับอารมณ์เชิงลบและสถานการณ์ที่ท้าทาย

ความแตกต่างที่สำคัญระหว่าง MBRP และ CBT คือ MBRP เน้นหนักไปที่การฝึกอยู่กับอารมณ์ที่เป็นลบและความรู้สึกอยากเสพมากกว่าที่จะการใช้เทคนิคต่างๆ เพื่อลดหรือขจัดอารมณ์ทางลบเหล่านี้ โดย MBRP มักทำในรูปแบบกลุ่ม (Garland and Howard, 2013)

การวิเคราะห์แบบอภิมานของการทดลองทางคลินิกโดยเปรียบเทียบการใช้ MBRP กับกลุ่มควบคุมที่เป็นการดูแลรักษาตามปกติในผู้ที่มีความผิดปกติของการใช้สารเสพติด บ่งชี้ว่า MBRP มีประสิทธิผลดีกว่าเล็กน้อยถึงปานกลางในการลดจำนวนวันที่ใช้สารเสพติดและลดผลกระทบจากการใช้สารเสพติด (Li et al., 2017) การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบล่าสุดบ่งชี้ว่าการศึกษาส่วนใหญ่สนับสนุนประสิทธิผลของ MBRP เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม (Ramadas et al., 2021)

4. การบำบัดแบบการยอมรับและสร้างพันธสัญญา (Acceptance and Commitment Therapy, ACT)

เป็นรูปแบบการบำบัดที่มุ่งเน้นช่วยให้ผู้ป่วยพัฒนาความสามารถในการยอมรับประสบการณ์ทางอารมณ์หรือความคิดที่ไม่พึงประสงค์ และมุ่งสร้างพันธสัญญาเพื่อดำเนินชีวิตตามคุณค่าหรือเป้าหมายที่มีความหมายสำหรับตนเอง มีจุดมุ่งหมายช่วยให้ผู้ป่วยหลุดพ้นจากวงจรความคิดเชิงลบและพฤติกรรมที่ซ้ำซาก อันเป็นอุปสรรคต่อการฟื้นฟูและการใช้ชีวิตที่มีคุณภาพ

หลักการสำคัญของ ACT

1. **การยอมรับ** (Acceptance): ช่วยให้ผู้ป่วยยอมรับความคิด ความรู้สึก และอารมณ์ที่ไม่พึงประสงค์โดยไม่พยายามหลีกเลี่ยงหรือเปลี่ยนแปลง แต่เลือกตอบสนองต่อสิ่งเหล่านั้นอย่างเหมาะสม

2. **การปลดปล่อยจากความคิด (Cognitive Defusion):** ฝึกให้ผู้ป่วยลดความยึดติดกับความคิดด้านลบและมองความคิดเหล่านั้นในฐานะ "ปรากฏการณ์ทางจิต" มากกว่าความจริงที่ต้องปฏิบัติตาม
3. **การอยู่กับปัจจุบัน (Present Moment):** ใช้เทคนิคของ MBRP โดยสอนให้ผู้ป่วยฝึกสติและตระหนักถึงสิ่งที่เกิดขึ้นในปัจจุบันโดยไม่ถูกครอบงำจากอดีตหรือความกังวลในอนาคต
4. **การสร้างคุณค่า (Values):** ช่วยให้ผู้ป่วยค้นหาและระบุคุณค่าหรือเป้าหมายในชีวิตที่สำคัญสำหรับตนเอง
5. **การลงมือทำ (Committed Action):** ช่วยผู้ป่วยกำหนดแผนและลงมือทำเพื่อดำเนินชีวิตตามเป้าหมายที่สอดคล้องกับคุณค่า

การประยุกต์ใช้ ACT

- **จัดการความอยากยา:** ACT ช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้และยอมรับความอยากยา โดยไม่ให้ความอยากยาควบคุมการตัดสินใจ
- **ลดการหลีกเลี่ยง:** ฝึกให้ผู้ป่วยเผชิญหน้ากับปัญหาแทนที่จะใช้ยาเสพติดเพื่อหลีกเลี่ยงอารมณ์หรือสถานการณ์ที่ไม่พึงประสงค์
- **เสริมสร้างการใช้ชีวิตตามคุณค่า:** ช่วยให้ผู้ป่วยสร้างเป้าหมายใหม่ในชีวิตที่เป็นประโยชน์และหันไปหากิจกรรมหรือความสัมพันธ์ที่มีความหมายแทนการใช้สารเสพติด

การวิเคราะห์อภิมานที่เปรียบเทียบประสิทธิผลของ ACT กับกลุ่มควบคุมคือ กลุ่มที่ได้รับการบำบัด 12 ขั้นตอน (Twelve-Step Facilitation) การรักษาตามปกติ หรือ CBT พบว่า ACT มีขนาดประสิทธิผลเล็กน้อยถึงปานกลางในผลลัพธ์ที่เกี่ยวกับการใช้สารเสพติด (Lee et al., 2015)

ประสิทธิผลของ CBT โดยรวม

CBT มีหลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุนจำนวนมากถึงประสิทธิผลในกลุ่มผู้ใช้สารเสพติดที่หลากหลาย เช่นบุหรี่ สุรา โคเคน กัญชา สารกลุ่มฝิ่น เป็นต้น การวิเคราะห์อภิมานกับการศึกษาที่ใช้ CBT แบบตัวต่อตัวกับผู้ที่ติดสุราหรือยาเสพติดผิดกฎหมาย (ไม่รวมบุหรี่) พบว่า CBT มีประสิทธิผลปานกลาง (modest effect) ต่อผลลัพธ์การใช้สุราหรือสารเสพติดเมื่อเทียบกับการบำบัดชนิดอื่นๆ (Agosti et al., 2012, Dutra et al., 2008, Hobbs et al., 2011, Magill and Ray, 2009) การวิเคราะห์เพิ่มเติมถึงตัวแปรกลางที่มีอิทธิพลต่อความสัมพันธ์ (moderator analyses) พบว่า พบว่าขนาดประสิทธิผลของ CBT สูงกว่าเมื่อนำมาบำบัดผู้มีความผิดปกติจากการเสพกัญชาเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่มีความผิดปกติจาก

พฤติกรรมการดื่มสุรา การใช้สารกลุ่มกระตุ้น สารกลุ่มฝิ่น หรือสารเสพติดหลายชนิดร่วมกัน และการศึกษาที่ไม่มีการบำบัดชนิดอื่นเป็นกลุ่มเปรียบเทียบนั้นพบขนาดประสิทธิผลของ CBT ที่สูงขึ้น

การวิเคราะห์อภิมานของการศึกษาประสิทธิผลของ **CBT** ร่วมไปกับการให้ยารักษาในกลุ่มผู้มีความผิดปกติของการดื่มสุราหรือใช้สารเสพติดอื่นๆ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้ **CBT** มีผลลัพธ์ที่ดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการรักษาตามปกติ แต่ไม่พบว่ากลุ่มที่ได้ **CBT** มีผลลัพธ์ที่ดีกว่ากลุ่มที่ได้ MET **หรือ** CM (Ray et al., 2020)

อย่างไรก็ตาม หลักฐานการศึกษาไม่พบว่า CBT มีประสิทธิผลในกลุ่มผู้ใช้สารเสพติดที่มีโรคจิตเวชอื่นร่วมด้วย การทดลองแบบสุ่มจำนวน **2** การศึกษา ที่ประกอบด้วยกลุ่มตัวอย่างที่มีโรคจิตเภทร่วมกับความผิดปกติของการใช้กัญชา ไม่พบว่ามีความแตกต่างกันในผลลัพธ์ เช่น ปริมาณการเสพกัญชาใน 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา เมื่อติดตามที่ **3** หรือ **6** เดือน ระหว่างกลุ่มที่ได้รับ CBT ร่วมกับการดูแลรักษาตามปกติ เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลรักษาตามปกติอย่างเดียว (Edwards et al., **2006**, Naeem et al., **2005**)

สรุป

CBT มีพื้นฐานอยู่บนทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม ที่เชื่อมโยงความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมเข้ากับวงจรการใช้สารเสพติด โดยมีเทคนิคสำคัญ เช่น การปรับโครงสร้างทางความคิด การฝึกทักษะการเผชิญปัญหา และกลยุทธ์ป้องกันการกลับไปเสพยาเมื่อเผชิญกับสถานการณ์เสี่ยง เทคนิคเหล่านี้ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถรับรู้และจัดการตัวกระตุ้น แก้ไขความคิดที่ไม่เหมาะสม และพัฒนากลไกการเผชิญปัญหาที่ดีต่อสุขภาพ ขั้นตอนการบำบัดเริ่มตั้งแต่การประเมินและกำหนดเป้าหมาย ไปจนถึงการสร้างทักษะและวางแผนการดูแลระยะยาว หลักฐานเชิงประจักษ์แสดงให้เห็นว่า CBT มีประสิทธิผลในการลดการใช้สารเสพติดและป้องกันการกลับไปใช้ สามารถนำ CBT ไปปรับใช้ได้กับผู้ใช้สารเสพติดที่หลากหลาย

บทที่ 3

การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ

(MOTIVATIONAL INTERVIEWING)

การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing, MI) เป็นการบำบัดแบบให้คำแนะนำปรึกษาบนแนวทางในการมองผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง มีเป้าหมายเพื่อเพิ่มแรงจูงใจภายในโดยการสำรวจและจัดการกับความลังเลใจเพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Miller and Rollnick, 2002)

ผู้ที่มีความผิดปกติของการใช้สารเสพติดมักมีความรู้สึกและความคิดที่ผสมปนเปเกี่ยวกับพฤติกรรมการเสพ ถึงแม้ผู้เสพอาจเข้าใจถึงผลกระทบในทางลบจากการเสพ แต่ผู้เสพเองก็มีประสบการณ์ในทางบวกจากการเสพ เช่น อาการมึนเมา การช่วยให้เข้าสังคม และความเพลิดเพลิน ผู้เสพมักมีความรู้สึกสับสน ขัดแย้งในตัวเอง หรือลังเลเกี่ยวกับการเปลี่ยนพฤติกรรม การทำความเข้าใจและจัดการกับความลังเลใจเหล่านี้จึงเป็นเป้าหมายหลักของ MI โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์เพื่อทำความเข้าใจมากกว่าการพยายามโน้มน้าวผู้ป่วย

ผู้บำบัดสามารถใช้เทคนิคในการสัมภาษณ์ที่หลากหลาย เช่น การแสดงความเห็นอกเห็นใจและไม่มีท่าทีตัดสิน ช่วยให้ผู้ป่วยสำรวจและจัดการกับความลังเลเกี่ยวกับการปรับพฤติกรรมการเสพสาร

เสพติด สร้างความตระหนักถึงความแตกต่างระหว่างตัวตนของผู้ป่วยในปัจจุบันและตัวตนที่ผู้ป่วยที่อยากเป็นการล้อไปตามการต่อต้านของผู้ป่วย (rolling with resistance) สนับสนุนการเป็นตัวของตัวเอง การพึ่งพาตัวเอง เสริมความเชื่อมั่นในความสามารถของตัวเอง (self-efficacy) (Miller and Rollnick, 2002) อาจกล่าวได้ว่าท่าทีลักษณะนี้เป็นจิตวิญญาณของการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ (motivational interviewing spirit) เทคนิคเหล่านี้จะช่วยให้ผู้ป่วยร่วมมือในการบำบัด ลดการต่อต้าน และนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ดีขึ้น

แนวคิดและทฤษฎีพื้นฐาน

MI ช่วยทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยตระหนักถึงความพร้อมของผู้ป่วยที่จะเปลี่ยนแปลงและเคารพการตัดสินใจของผู้ป่วย ไม่ฝืนหากผู้ป่วยยังไม่มีความพร้อม ท่าทีนี้มีความสอดคล้องกับแนวคิดที่เรียกว่า Transtheoretical Model (TTM) หรือ Stages of Change Modelself (Prochaska and Velicer, 1997) แนวคิดนี้มองการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมว่าการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไม่ได้เกิดขึ้นทันที แต่เป็นกระบวนการที่ดำเนินไปทีละขั้นตอน เป็นกระบวนการที่พัฒนาจากการไม่ตระหนักรู้ถึงปัญหาและไม่มีความตั้งใจที่จะเปลี่ยนแปลงไปสู่การตระหนักถึงปัญหาและเกิดความพยายามที่จะเปลี่ยนแปลงอย่างถาวร

เทคนิคในการทำให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความไม่สอดคล้องของพฤติกรรมที่มีอยู่และพฤติกรรมที่เป็นประสงค์มีความสอดคล้องกับทฤษฎีการกำหนดตนเอง (Self Determination Theory (SDT) (Markland et al., 2005) โดยมีความมุ่งหมายในการสร้างแรงจูงใจภายในเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและกระตุ้นให้ผู้ป่วยเติบโตในทิศทางที่เป็นบวก ทฤษฎี SDT กล่าวว่าการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจเน้นที่แรงจูงใจของตัวเองเพื่อนำไปสู่พฤติกรรมที่พึงประสงค์ ประกอบไปด้วยการได้รางวัลภายใน (intrinsic gain) การได้ประโยชน์จากภายนอก (extrinsic gain) และการเพิ่มความสอดคล้องระหว่างค่านิยมของตนเองและอัตลักษณ์ของตนเอง

การคล้อยตามไปกับแรงต้านของผู้ป่วย (rolling with resistance) สอดตล้องกับทฤษฎีความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal Theory) ทฤษฎีนี้เน้นย้ำว่าความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลมีบทบาทสำคัญในการสร้างหรือฟื้นฟูสุขภาพจิตและความเป็นอยู่ที่ดีของมนุษย์ และชี้ให้เห็นว่าท่าทีที่เป็นมิตรของผู้บำบัดจะกระตุ้นให้เกิดการตอบสนองที่เป็นมิตรจากผู้ป่วยเช่นเดียวกัน ในขณะที่ท่าทีที่ก้าวร้าวของผู้บำบัดก็จะกระตุ้นให้เกิดการตอบสนองที่ก้าวร้าว (Miller et al., 1999)

ข้อบ่งชี้ของการบำบัด

MI สามารถนำมาใช้กับผู้ที่มีปัญหาการใช้สารเสพติดที่หลากหลาย ตั้งแต่มีปัญหาการใช้สารเสพติดไม่มากไปจนถึงผู้ที่มีปัญหาการใช้อย่างรุนแรงกับผู้ป่วยทุกกลุ่มอายุ สามารถนำมาใช้ในสถานบำบัดรูปแบบต่างๆ นอกจากสถานพยาบาล (ซึ่งรวมถึงการบำบัดในระบบยุติธรรม) และเป้าหมายการบำบัดต่างๆ ที่หลากหลาย (Hettema et al., 2005)

ไม่มีข้อห้ามใดๆ สำหรับการเลือกผู้ป่วยมาบำบัดแบบ MI แต่ผู้ที่มีความบกพร่องของพุทธิปัญญาหรือมีความสามารถในการคิดเชิงนามธรรมที่จำกัดอาจมีความยากลำบากในการเข้าใจถึงประโยชน์ที่จะได้รับจากการเปลี่ยนแปลง หรือการตัดสินใจในการเลือกกลยุทธ์ในการเปลี่ยนแปลง

การบำบัดเพื่อสร้างแรงจูงใจ (Motivation Enhancement Therapy, MET)

คือรูปแบบหนึ่งของการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ แต่มีโครงสร้างชัดเจนมากขึ้น ประกอบไปด้วยการบำบัดจำนวน 4–6 ครั้ง และมีการประเมินที่มีโครงสร้างและเฉพาะเจาะจงถึงการใช้สารเสพติด เช่น การประเมินปริมาณการเสพยา การสะท้อนให้ผู้ป่วยทราบถึงความเสี่ยงหรืออันตรายจากการเสพ (Miller et al., 1999)

เทคนิคของการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ

กระบวนทัศน์ของผู้บำบัดแบบ MI มีความสำคัญในกระบวนการบำบัด แทนที่ผู้บำบัดจะมองว่าผู้ป่วยว่ามีความผิดปกติการใช้สารเสพติด การมองว่าผู้ป่วยติดอยู่ในกับดักของพฤติกรรมที่ไม่ดีต่อสุขภาพอาจเหมาะสมกว่า แบบแผนพฤติกรรมที่ไม่เป็นผลดีดังกล่าวเป็นผลมาจากการแข่งขันกันระหว่างแรงจูงใจภายในเพื่อที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม กับแรงจูงใจที่อยากคงพฤติกรรมเป็นแบบเดิม เมื่อข้อดีของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมมีมากกว่าการคงพฤติกรรมเป็นแบบเดิม ผู้ป่วยก็จะเลือกที่จะดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง เมื่อผู้ป่วยตัดสินใจที่จะปรับพฤติกรรมของตนเอง การที่ผู้บำบัดสามารถกระตุ้นให้ผู้ป่วยกล่าวถึงความตั้งใจว่าจะเปลี่ยนพฤติกรรมนั้นก็มีความสำคัญ การศึกษาพบว่าการลดการใช้สารเสพติดมักเกิดขึ้นตามหลังการที่ผู้ป่วยให้คำมั่นด้วยวาจาว่าจะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Marlatt et al., 1988, Amrhein et al., 2003)

ในระหว่างการบำบัด ผู้บำบัดควรพยายามรับข้อมูลจากผู้ป่วยมากกว่าการให้ข้อมูลผู้ป่วย โดยถามมากกว่าบอก ฟังมากกว่าแนะนำ และแสดงความอยากรู้อยากเห็นเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้สารเสพติดของผู้เสพมากกว่าการรับบทบาทเป็นผู้เชี่ยวชาญที่รู้ดีกว่าผู้ป่วย และหากผู้บำบัดต้องการให้ข้อมูลเพิ่มเติม ควรเริ่มจากการตรวจสอบสิ่งที่ผู้ป่วยรู้อยู่แล้ว หลังจากนั้นจึงอาจขออนุญาตให้ข้อมูลเพิ่มเติม และติดตามดูว่าผู้ป่วยตอบสนองอย่างไร หากผู้บำบัดเลือกที่จะให้คำแนะนำควรทำหลังจากที่ผู้ป่วยยินยอมแล้ว

เทคนิคเฉพาะ

1. การแสดงออกถึงความเห็นอกเห็นใจ (empathy)

ผู้บำบัดสามารถสร้างความสัมพันธ์และมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย โดยการทำความเข้าใจและแสดงความเห็นใจกับสถานการณ์ที่ผู้ป่วยเผชิญอยู่ แล้วจึงประเมินความพร้อมของผู้ป่วยที่จะเปลี่ยนพฤติกรรม การใช้เทคนิคการฟังที่ดี เช่น การฟังเพื่อสะท้อนความ (reflective listening) คือ การสะท้อนสิ่งที่ผู้ป่วยพูดและอาจสรุปความเป็นระยะๆ เพื่อตรวจสอบความเข้าใจ โดยการฟังอย่างตั้งใจและตั้งสมมติฐานถึงสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการจะบอก หลังจากนั้นจึงสะท้อนสมมติฐานนี้กลับไปที่ผู้ป่วย ตัวอย่างเช่น หากผู้ป่วยกล่าวว่า *“ผมพยายามจะเลิกยามาหลายครั้งแล้ว”* ผู้บำบัดเมื่อได้ยินคำพูดดังกล่าวอาจมีสมมติฐานว่าผู้ป่วยกำลังหมดหวังจึงอาจตอบสนองกลับไปว่า *“มันไม่ง่ายที่จะเลิกยาได้สำเร็จ”* ถ้าผู้ป่วยเห็นด้วยอาจพยักหน้าและดำเนินการสนทนาต่อ หรืออาจพูดขยายความเพื่อช่วยให้ผู้บำบัดเข้าใจดีขึ้น การฟังเพื่อสะท้อนความจึงอาจเกิดขึ้นซ้ำๆ และทำให้สิ่งที่ผู้บำบัดเข้าใจถูกต้องมากขึ้น

2. เทคนิค OARS

OARS ย่อมาจาก

- **Open questions** คือการใช้คำถามปลายเปิดเพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยพูดขยายความ เช่น *“คุณมีความกังวลเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพบ้างหรือไม่”*
- **Affirmations** คือการที่ผู้บำบัดยืนยันหรือตอบสนองในทางบวกเพื่อช่วยส่งเสริมความรู้สึกในทางบวกของผู้ป่วย เช่น ผู้บำบัดอาจกล่าวว่า *"คุณกล้ามาเข้ารับการบำบัด นั่นไม่ใช่เรื่องง่ายเลยนะครับ ต้องใช้ความกล้าหาญและความตั้งใจมาก ผมขอชื่นชมคุณจริงๆ"*
- **Reflections** คือการสะท้อนความซึ่งบ่งบอกว่าผู้บำบัดได้รับฟังและเข้าใจผู้ป่วยอย่างถูกต้อง ดังบทสนทนาดังต่อไปนี้

ผู้เสพ: "ผมพยายามเลิกมาหลายรอบแล้ว แต่สุดท้ายก็กลับไปใช้ทุกที มันเหนื่อยมากครับ"

ผู้บำบัด:"คุณรู้สึกท้อใจ เพราะแม้จะพยายามหลายครั้ง ก็ยังรู้สึกว่ามันไม่สำเร็จ"

- **Summaries** คือการสรุปความ เพื่อทำให้การสนทนาไปได้อย่างต่อเนื่อง หรือส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความสนใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เช่น ผู้บำบัดอาจกล่าวสรุปว่า *"จากที่เราคุยกันวันนี้ ผมได้ยินว่า คุณรู้สึกผิดทุกครั้งหลังจากใช้ยา รู้ว่ามันส่งผลกระทบต่อครอบครัวและงานของคุณ แต่ในขณะเดียวกัน คุณก็รู้สึกว่ายาช่วยให้คุณผ่านช่วงเวลายากๆ ได้ โดยเฉพาะเวลาที่รู้สึกเครียดหรือเหงา และคุณก็เริ่มคิดว่าอยากหาทางใหม่ในการรับมือกับอารมณ์เหล่านั้นโดยไม่ต้องพึ่งยา ผมเข้าใจถูกไหมครับ?"*

เทคนิคต่างๆ ของ **OARS** ช่วยสร้างความสัมพันธ์ที่ดี ทำให้ผู้บำบัดเข้าใจปัญหาต่างๆ ของผู้ป่วย สามารถชี้นำผู้ป่วยไปสู่เรื่องอื่นที่เป็นประโยชน์ในการพิจารณา และทำให้เกิดพันธะสัญญาที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

3. การแสดงให้เห็นถึงความแตกต่างระหว่างพฤติกรรมที่เป็นอยู่กับพฤติกรรมที่อยากให้เป็น (developing discrepancy)

คือการชี้ให้ผู้ป่วยเห็นถึงความไม่สอดคล้องกันระหว่างพฤติกรรมของผู้ป่วยในขณะนี้ กับพฤติกรรมที่ผู้ป่วยต้องการ เช่น ผู้บำบัดอาจถามว่า "คุณบอกผมหน่อยสิว่าการดื่มแบบนี้ไปด้วยกันกับแผนการเรียนต่อของคุณอย่างไร" วิธีนี้ช่วยให้ผู้ป่วยสนใจไปที่พฤติกรรมที่เป็นปัญหา เป้าหมายของผู้ป่วย และการเสริมสร้างแรงจูงใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

4. การผ่อนไปกับแรงต้าน (roll with resistance)

คือเทคนิคในการจัดการแรงต้านในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วย โดยแทนที่ผู้บำบัดจะโต้เถียงกับผู้ป่วยเพื่อให้ปรับพฤติกรรม ผู้บำบัดอาจผ่อนไปกับแรงต้านของผู้ป่วย โดยผู้บำบัดอาจกล่าวเห็นด้วยกับเหตุผลที่ผู้ป่วยยกมาแต่ก็เชิญชวนให้ผู้ป่วยขยายความ หรือคิดถึงเหตุผลหรือทางเลือกที่เป็นไปได้อื่นๆ เพื่อนำไปสู่ปรับพฤติกรรม ตัวอย่างเช่น

ถ้าผู้ป่วยกล่าวว่า

“ผมไม่ได้มีปัญหาอะไร ภรรยาผมบอกให้ผมมา การดื่มของผมจริงๆ แล้วไม่ได้เป็นเรื่องใหญ่โตอะไร”

ผู้บำบัดที่ใช้เทคนิคการผ่อนไปกับแรงต้านอาจกล่าวว่า

“การทำให้ภรรยาสบายใจ โดยการมาหาหมอเป็นเรื่องสำคัญสำหรับคุณ แต่คุณไม่คิดว่าการดื่มเป็นปัญหาตรงไหน ช่วยบอกหน่อยได้มั๊ยครับว่า การดื่มช่วยคุณยังไงบ้าง”

เมื่อผู้ป่วยเริ่มพูดคุยเกี่ยวกับการดื่ม และข้อดีจากการดื่ม ผู้ป่วยอาจเล่าถึงผลเสียของการดื่มขึ้นมาเอง แต่ถ้าผู้ป่วยไม่ได้พูดถึงข้อเสียของการดื่ม ผู้บำบัดอาจใช้เทคนิคสะท้อนความและสอบถามเพิ่มเติม เช่น

*“ดูเหมือนว่าคุณชอบดื่มเพื่อผ่อนคลายหลังจากทำงานหนักมาตลอดทั้งวันและดูเหมือนว่าการดื่มเบียร์ซัก **4-5** กระป๋อง ก็โอเคสำหรับคุณ คุณว่าการดื่มแบบนี้มีผลเสียอะไรบ้างมั๊ยครับ”*

เทคนิคนี้อาจช่วยให้ผู้ป่วยเล่าถึงความรู้สึกที่ขัดแย้ง หรือลังเลเกี่ยวกับพฤติกรรมการดื่มด้วยท่าทีที่เป็นกลางมากขึ้น และไม่รู้สึกว่าตนเองถูกตัดสิน การใช้เทคนิคนี้อาจช่วยให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความรู้สึกลังเลเกี่ยวกับพฤติกรรมการดื่มและเกิดแรงจูงใจในการจัดการกับความลังเล อย่างไรก็ตามความพร้อมของผู้ป่วยในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอาจเปลี่ยนไปมาภายในชั่วโมงการบำบัด ผู้บำบัดควรยึดมุมมองของผู้ป่วยเป็นหลักและค้นหาว่าผู้ป่วยมีความพร้อมที่จะเปลี่ยนแปลงอย่างไร มากกว่าที่จะกดดันให้ผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ด้วยวิธีนี้จึงสามารถหลีกเลี่ยงการต่อต้านจากผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองนั้นมีผู้เข้าใจและเคารพ และพร้อมที่จะร่วมในกระบวนการเปลี่ยนแปลง

5. ส่งเสริมการเชื่อในความความสามารถของตนเอง

การเชื่อในความสามารถของตนเอง (self-efficacy) คือการเชื่อว่า ตนเองสามารถเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองได้ เช่น เชื่อว่าตนเองสามารถหลีกเลี่ยงการเสพยาในขณะที่อยู่บ้าน แต่อาจไม่มั่นใจที่จะปฏิเสธยาเมื่ออยู่บ้านเพื่อน ผู้บำบัดควรตระหนักว่าเป็นความรับผิดชอบของผู้ป่วยเองในการตัดสินใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การวางแผนเพื่อที่จะเปลี่ยนแปลง และการปฏิบัติตามแผน บทบาทของผู้บำบัดคือการชี้แนะและส่งเสริมให้เกิดกระบวนการเหล่านี้ ผู้บำบัดอาจช่วยเสริม self-

efficacy ของผู้ป่วยโดยใช้เทคนิคสะท้อนความ แล้วจึงตั้งคำถาม เช่น “ตอนนี้คุณได้ตัดสินใจที่จะลดหรือหยุดกัญชา ในขณะที่อยู่บ้าน คุณทิ้งอุปกรณ์ในการเสพและไม่เก็บกัญชาไว้ที่บ้านแล้ว ตอนนี้ยังเหลือแต่ว่าคุณไม่แน่ใจว่าคุณอาจใช้กัญชาเมื่อคุณอยู่กับเพื่อนและเพื่อนอาจชวนให้เสพ คุณจะทำอย่างไรกับสถานการณ์นี้” นอกจากนี้ ผู้บำบัดยังอาจสามารถส่งเสริม self-efficacy ได้โดยการชื่นชมความสำเร็จเล็กๆ น้อยๆ ของผู้ป่วย (Miller and Rollnick, 2002)

ขั้นตอนการบำบัด

กระบวนการหลักๆ ของ MI ประกอบด้วย การสร้างการมีส่วนร่วม (engaging) การเลือกประเด็นที่ต้องการเปลี่ยนแปลง (focusing) การปลุกเร้าให้เกิดการเปลี่ยนแปลง (evoking) และการวางแผนเพื่อดำเนินการเปลี่ยนแปลง (planning) (Meyers and Smith, 1995, Miller and Rollnick, 2012) โดยการมีส่วนร่วมและสร้างความสัมพันธ์ รวมทั้งการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยด้วยท่าทีที่ไม่ตัดสิน การสอบถามเกี่ยวกับความคิดและอารมณ์ความรู้สึกของผู้ป่วยที่เกี่ยวกับพฤติกรรมการเสพ ตรวจสอบว่าความคิดและความรู้สึกเหล่านี้สอดคล้องกับความหวังและค่านิยมของผู้ป่วยอย่างไร สามารถคิดถึงทางเลือกที่ดีกว่าวิธีการที่มีอยู่ในปัจจุบัน และมีความสนใจในการสร้างการเปลี่ยนแปลง ผู้บำบัดจะเชื่อมโยงเป้าหมายของการบำบัดเข้ากับเป้าหมายที่ผู้ป่วยให้ความสำคัญ และการเปลี่ยนแปลงที่เป็นไปได้ มักเรียกกระบวนการนี้ว่า “การสนทนาเพื่อการเปลี่ยนแปลง” หรือ “change talk” โดยเชื่อว่าเมื่อใดที่ผู้ป่วยต้องการเปลี่ยนแปลงผู้ป่วยสามารถลงมือทำเองได้ รายละเอียดของกระบวนการและขั้นตอนมีดังต่อไปนี้

1. สร้างการมีส่วนร่วม (engaging)

การทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่ามีส่วนร่วมเป็นจุดเริ่มต้นที่ดีของบำบัด ผู้บำบัดควรมีท่าทีที่เป็นมิตร สร้างความไว้วางใจทำความเข้าใจ และสร้างความสัมพันธ์ที่ดีมากกว่าที่จะเน้นเรื่องการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม มีเทคนิคหลายอย่างที่ช่วยนำไปสู่จุดเริ่มต้นที่ดีของความสัมพันธ์ เช่น การมองหาจุดแข็งของผู้ป่วย การมีท่าทีที่ไม่ตัดสิน การมองผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ผู้บำบัดควรสร้างความสัมพันธ์ในการรักษาที่เป็นลักษณะร่วมมือกัน มากกว่าที่จะเป็นเรื่องระหว่างผู้เชี่ยวชาญกับผู้รับคำปรึกษา (Rollnick and Miller, 1995) ความสัมพันธ์ที่ไม่ได้อยู่บนการเคารพซึ่งกันและกันจะนำไปสู่ความคับข้องใจของทั้งผู้บำบัดและผู้ป่วย

การใช้เทคนิค OARS ที่กล่าวไว้ข้างต้นสามารถช่วยให้เกิดกระบวนการมีส่วนร่วมและนำไปสู่การสนทนาที่สร้างสรรค์เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และเกิดพันธสัญญาที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในเวลาต่อมา

2. กำหนดวาระและประเด็นในการสนทนา (focusing)

คือ การค้นหาเป้าหมายในการบำบัดและจัดลำดับสิ่งที่ผู้ป่วยให้ความสำคัญ โดยเลือกประเด็นที่สำคัญที่สุดและควรให้ความสนใจจากประเด็นต่างๆ ที่อยู่ในวาระมาสนทนาในชั่วโมงบำบัด ผู้ป่วยอาจมีปัญหาชีวิตหลายอย่าง หรืออาจมีปัญหาสุขภาพหลายด้าน จึงอาจมีหลายประเด็นที่ผู้บำบัดควรให้ความสนใจ แต่การเจาะไปที่ประเด็นที่สำคัญที่สุดเพียง 1 ถึง 2 ประเด็น จะช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงสูงกว่าการนำหลายๆประเด็นที่ต้องการเปลี่ยนแปลงมาสนทนาในคราวเดียวกัน

การเปลี่ยนแปลงที่อยู่ในวิสัยที่ผู้ป่วยสามารถทำได้ อาจเริ่มจากการเปลี่ยนแปลงเล็กๆ น้อยๆ ที่ทำให้สำเร็จได้โดยไม่ยากและรวดเร็ว และเมื่อผู้ป่วยเริ่มประสบความสำเร็จบ้างแล้ว จะช่วยทำให้มีกำลังใจในการทำสิ่งที่ยากขึ้น เช่นเดียวกับกระบวนการสร้างการมีส่วนร่วม (engaging) ผู้บำบัดอาจใช้เทคนิค OARS เพื่อช่วยเลือกประเด็นมาพูดคุย

- “เรื่องที่คุณอยากจะเปลี่ยนแปลงมากที่สุดในตอนนี้คืออะไรครับ/ค่ะ”
- ถามคำถามปลายเปิดเพิ่มเติมเกี่ยวกับประเด็นที่ต้องการเปลี่ยนแปลงนั้นและอารมณ์ความรู้สึกที่เกี่ยวข้องรวมถึงผลกระทบ ซึ่งอาจช่วยในการจัดอันดับความสำคัญของปัญหา
- มองหาจุดแข็งของผู้ป่วย (เช่น ความพยายามที่ผ่านมาของผู้ป่วย) และกล่าวย้ำจุดแข็งนั้นอาจช่วยเสริมความเชื่อมั่นและแรงจูงใจในการปรับพฤติกรรมให้มากขึ้น
- การสะท้อนความสิ่งที่ผู้ป่วยกล่าว เพื่อยืนยันว่าผู้บำบัดเข้าใจถึงความรู้สึก การกระทำและความคิดของผู้ป่วยเกี่ยวกับพฤติกรรมนั้น และแสดงให้เห็นถึงความเห็นอกเห็นใจของผู้บำบัด ทำให้การสำรวจความคิดและความรู้สึกดำเนินไปได้ต่อไป
- ผู้บำบัดสรุปประเด็นสำคัญเป็นระยะๆ เพื่อช่วยให้เกิดความชัดเจนและตกลงร่วมกันในประเด็นที่ควรให้ความสนใจ

3. การปลุกเร้าให้เกิดพลังเพื่อเปลี่ยนแปลง (evoking)

แก่นของการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจคือการปลุกเร้า (evoking) ให้เกิดการเปลี่ยนแปลง คือการสนทนาที่กระตุ้นให้ผู้เสพยาเกิดความคิดและความตั้งใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเอง

โดยมุ่งในการช่วยให้ผู้เสพค้นพบเหตุผลและแรงจูงใจภายในเพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลง โดยไม่ใช้การบังคับหรือสั่งการ ซึ่งประเมินได้จากคำพูดของผู้เสพที่บ่งบอกถึงความพร้อม ความตั้งใจ ความมุ่งมั่นหรือพันธสัญญาที่จะเปลี่ยนแปลง ทั้งหมดนี้เรียกรวมกันว่า “การสนทนาเพื่อการเปลี่ยนแปลง (Change Talk) (Miller and Rollnick, 2023) การสนทนาเพื่อการเปลี่ยนแปลงจะช่วยให้ผู้รับการบำบัด ตระหนักรู้ถึงความสำคัญของการเปลี่ยนแปลง และเริ่มลงมือปฏิบัติ โดยอาจแบ่งเป็น 2 ประเภทได้ดังนี้ ตามหลักที่เรียกว่า DARN–CAT

1. การแสดงความคิดเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลง (Preparatory Change Talk) หรือ DARN
    - D (Desire) – ความต้องการเปลี่ยนแปลง เช่น “ผมอยากหยุดใช้ยาแล้ว”
    - A (Ability) – ความเชื่อว่าตนเองทำได้ เช่น “ผมคิดว่าผมทำได้ถ้ามีคนช่วย”
    - R (Reason) – เหตุผลในการเปลี่ยนแปลง เช่น “ผมต้องหยุดใช้ยาเพราะมันทำลายสุขภาพของผม”
    - N (Need) – ความจำเป็นต้องเปลี่ยนแปลง เช่น “ผมรู้ว่าผมต้องเลิกยา ไม่อย่างนั้นชีวิตจะพัง”
2. การเตรียมพร้อมสู่การปฏิบัติ (Mobilizing Change Talk) หรือ CAT
    - C (Commitment) – การแสดงออกถึงความมุ่งมั่น เช่น “ผมตัดสินใจแล้วว่าจะเลิกยา”
    - A (Activation) – การเริ่มต้นลงมือ เช่น “พรุ่งนี้ผมจะเข้าพบเพื่อปรึกษา”
    - T (Taking Steps) – การลงมือทำแล้วบางส่วน เช่น “ผมหยุดใช้ยามาได้สองวันแล้ว”

การจัดการกับความลังเลเป็นกระบวนการด้านพุทธิปัญญา (cognitive task) แต่ก็มีองค์ประกอบสำคัญทางอารมณ์ซึ่งไม่ควรมองข้าม อาจกล่าวได้ว่าแรงจูงใจเป็นกระบวนการในการเปิดรับประสบการณ์ใหม่ๆ ในขณะเดียวกันก็ต้องมีทรัพยากรเพื่อช่วยประคับประคองการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Fredrickson, 2004, Fredrickson and Losada, 2005) การปลุกเร้าให้เกิดอารมณ์ที่เป็นบวก เช่น ทำให้ผู้ป่วยเกิดความสนใจ นำไปสู่การเปิดใจกว้างที่มากขึ้น เมื่อผู้ป่วยมีความสนใจและความอยากรู้อยากเห็น กระบวนการคิดก็จะเปิดกว้างและนำไปสู่ทางเลือกใหม่ๆ เพิ่มความยืดหยุ่นในการมองสถานการณ์ นำไปสู่ความตั้งใจ ลดความลังเลใจและการเปิดกว้างที่มากขึ้น และนำไปสู่การเข้าร่วมในกิจกรรมต่างๆ ซึ่งช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยผู้บำบัดอาจใช้เทคนิคต่างๆ เช่น ถามคำถามและสะท้อนความคิดและความรู้สึกของผู้ป่วยเพื่อทำให้เกิดความเข้าใจใหม่ๆเกี่ยวกับมุมมองของผู้ป่วย สำรวจพฤติกรรมที่เกี่ยวกับปัญหาการใช้สารเสพติด สำรวจความลังเล ความกังวล อารมณ์ความรู้สึกของผู้ป่วยเกี่ยวกับพฤติกรรมเหล่านี้ ข้อดีข้อเสียของการใช้สารเสพติด และปลุกเร้าให้เกิดความตั้งใจที่จะเปลี่ยนแปลงหรือมีความรู้สึกบวกเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลง โดยมีสาระสำคัญคือความ

ร่วมมือกันระหว่างผู้บำบัดกับผู้รับการบำบัด ซึ่งอาจมีความสำคัญมากกว่าเทคนิคต่างๆ ของการบำบัดเสียอีก

ตัวอย่างของการใช้เทคนิคเพื่อปลุกเร้า เช่น

เมื่อผู้ป่วยพูดว่า *“ผมอยากจะลดบุหรี่ให้น้อยลงอีก แต่อาการถอนบุหรี่รบกวนผมมาก”*

ผู้บำบัดอาจกล่าวว่า *“คุณมีความรู้สึกที่ผสมปนเปเกี่ยวกับการเลิกบุหรี่ คุณมีความก้าวหน้าในการลดบุหรี่ แต่ว่าการเลิกบุหรี่นั้นไม่ง่ายเลย”*

วิธีการตอบสนองดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า ผู้บำบัดสามารถจับประเด็นเกี่ยวกับความลังเลที่พบบ่อยในช่วงที่ผู้ป่วยครุ่นคิดเกี่ยวกับการเลิกบุหรี่ หรือเมื่อผู้ป่วยกล่าวว่า *“ผมอยากหยุดสูบบุหรี่”* ผู้บำบัดอาจกล่าวตอบว่า *“อะไรที่ทำให้คุณอยากหยุดบุหรี่ คุณจะทำอย่างไรเพื่อให้หยุดบุหรี่ได้”*

การใช้มาตรวัดเป็นเทคนิคหนึ่งในการแปลงระดับความสำคัญ ความมั่นใจ และความพร้อมให้เป็นตัวเลข เช่น การขอให้ผู้ป่วยให้คะแนนตัวเองในช่วง 0–5 โดยที่ 5 เป็นคะแนนสูงสุด เมื่อผู้ป่วยให้คะแนนแล้วจึงถามต่อ เช่น “ทำไมคุณให้ 5 คะแนน ไม่ใช่ 0 คะแนน” อันจะเป็นการกระตุ้นให้เกิดกระบวนการสนทนาเพื่อการเปลี่ยนแปลง เมื่อผู้ป่วยเข้าร่วมในกระบวนการนี้ ผู้บำบัดสามารถสะท้อนความ หรือพูดทวนตามเพื่อเน้นย้ำถึงความสำคัญของสิ่งที่ผู้ป่วยกล่าว ขั้นตอนเหล่านี้ช่วยเสริมแรงจูงใจของผู้ป่วยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และเตรียมผู้ป่วยสำหรับกระบวนการวางแผนต่อไป

เช่นเดียวกับเทคนิค focusing เราสามารถใช้หลัก OARS ในการการสนทนาเพื่อการเปลี่ยนแปลง เช่น การใช้คำถามปลายเปิด เพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยสนทนาอย่างต่อเนื่อง และสอดคล้องกับเป้าหมายในการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจที่ต้องการส่งเสริมให้ผู้ป่วยพูด เพื่อให้ผู้บำบัดทำความเข้าใจมุมมองของผู้ป่วย ผู้บำบัดอาจเริ่มจากคำถามสำรวจในประเด็นกว้างๆ เช่น

- ความกังวลเกี่ยวกับการกลับไปใช้สารเสพติดและเหตุผลในการเข้ารับการบำบัด
- ความกังวลเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้สารเสพติดและประโยชน์ที่ได้จากเสพ
- ความคาดหวังในอนาคตซึ่งรวมถึงการเลือกที่จะลดหรือหยุดใช้ยาของผู้ป่วย

เทคนิคในการกระตุ้น change talk โดยใช้เทคนิค OARS

1. ถามคำถามปลายเปิด เพื่อช่วยให้ผู้รับการบำบัดได้พูดถึงความรู้สึกและแรงจูงใจ เช่น
    - “อะไรทำให้คุณอยากหยุดใช้ยา?”

- “คุณรู้สึกอย่างไรเมื่อคิดถึงผลเสียของการใช้ยา?”

2. สะท้อนความรู้สึก (Reflective Listening)
   - ทวนความรู้สึกหรือคำพูดเพื่อแสดงความเข้าใจ เช่น “คุณรู้สึกว่าการใช้ยาทำให้ความสัมพันธ์กับครอบครัวแย่ลง”
3. สรุปความคิดและเหตุผล (Summarizing)
   - ทบทวนคำพูดของผู้รับการบำบัด โดยเน้นประเด็นเกี่ยวกับความตั้งใจเปลี่ยนแปลง
4. สำรวจข้อดี–ข้อเสีย (Pros and Cons)
   - กระตุ้นให้ผู้รับการบำบัดเห็นทั้งข้อดีของการเปลี่ยนแปลงและข้อเสียของการเสพยาต่อไป
5. ถามคำถามเกี่ยวกับความสำคัญและความมั่นใจ
   - เช่น “ในระดับ 1–10 คุณคิดว่าการเลิกยามีความสำคัญแค่ไหน?”

4. การวางแผน (planning)

ขั้นตอนสุดท้าย คือ การวางแผน ถึงแม้ว่าการวางแผนอาจไม่ได้เป็นส่วนหนึ่งของการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจเสียทีเดียว แต่การพูดคุยเกี่ยวกับกระบวนการในบางด้าน เช่น การสำรวจในรายละเอียดเกี่ยวกับอุปสรรคที่มีต่อการปรับพฤติกรรม สิ่งอำนวยความสะดวกที่จะทำให้การเปลี่ยนแปลงนั้นง่ายขึ้น การหาวิธีการจัดการกับความยุ่งยากที่อาจเกิดขึ้น และวิธีการวัดความสำเร็จ สิ่งเหล่านี้เป็นส่วนหนึ่งของการแก้ปัญหา ซึ่งผู้ป่วยสามารถพิจารณาเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง

ผู้บำบัดอาจเริ่มกระบวนการวางแผนโดยการสรุปการสนทนาที่ผ่านมา เช่น พูดถึงความสำเร็จในอดีต ซึ่งอาจช่วยเร้าให้เกิดความต้องการที่จะเปลี่ยนแปลง การพูดสะท้อนความ การสรุปความเป็นระยะ การช่วยให้ผู้ป่วยพึ่งพาตนเอง ช่วยวางแผนสำหรับการเปลี่ยนแปลง และเสนอความช่วยเหลือถ้าผู้ป่วยต้องการ

ขั้นตอนต่อไปนี้อาจใช้เป็นตัวอย่างการใช้ **OARS** สำหรับการวางแผน

- “พฤติกรรมอะไรที่คุณอยากเปลี่ยน”
- “อะไรคือเหตุผลสำคัญที่สุดที่ต้องมีการเปลี่ยนแปลงในตอนนี้”
- “ขั้นตอนแรกคืออะไร อะไรคือขั้นตอนต่อไป”
- “มีใครบ้างที่สามารถช่วยคุณได้”
- “อะไรที่จะเป็นอุปสรรค”

ประสิทธิผล

การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของการการทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุมที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมของผู้บำบัด พฤติกรรมของผู้ป่วยและผลลัพธ์ของผู้ป่วย พบว่าองค์ประกอบ 3 อย่างมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ของการรักษา (Apodaca and Longabaugh, 2009)

- การสนทนาเพื่อการเปลี่ยนแปลงมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ที่ดีขึ้น
- การรับรู้ของผู้ป่วยถึงความไม่สอดคล้องระหว่างพฤติกรรมในปัจจุบันและพฤติกรรมที่ต้องการจะเปลี่ยน (discrepancy) มีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ที่ดีขึ้น
- การใช้เทคนิคที่ไม่สอดคล้องกับการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ เช่น การให้คำแนะนำโดยไม่ได้ดูความต้องการของผู้ป่วย มีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ที่แย่ลง

การวิเคราะห์แบบอภิมานของการทดลองแบบสุ่มในกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการวินิจฉัยว่า มีความผิดปกติของการใช้สารเสพติด พบว่า MI มีประสิทธิผลในการลดการใช้สารเสพติดอย่างมีนัยยะสำคัญหลังการบำบัดสิ้นสุด (standard mean difference (SMD) = 0.79, 95%CI 0.48–1.09) และเมื่อติดตามที่ 12 เดือนต่อมา (SMD =0.15, 95%CI 0.04–0.25) เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ไม่ได้รับการบำบัดชนิดใดๆ (Smedslund et al., 2011) แต่ไม่พบความแตกต่างด้านประสิทธิผลเมื่อเปรียบเทียบ MI กับการบำบัดชนิดอื่น

หลักฐานจากการวิเคราะห์อภิมานล่าสุด พบว่า MI มีประสิทธิผลในการลดปริมาณการใช้สารเสพติดเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับการบำบัดใดๆ และประสิทธิผลอาจยาวนานถึง 1 ปี อย่างไรก็ตาม MI มีผลลัพธ์ใกล้เคียงกับกลุ่มควบคุมเมื่อติดตามหลัง 1 ปี เมื่อเปรียบเทียบกับการบำบัดชนิดอื่นๆ MI มีผลลัพธ์ใกล้เคียงกับการบำบัดชนิดอื่นๆ เมื่อติดตามที่ระยะสั้นและระยะยาว แต่ผลลัพธ์ที่ค่อนข้างแตกต่างและหลากหลายจากการศึกษาต่างๆ ทำให้ยังมีข้อจำกัดในการสรุปถึงประสิทธิผลของ MI เมื่อเปรียบเทียบกับการบำบัดชนิดต่างๆ (Schwenker et al., 2023)

การศึกษาทบทวนอย่างเป็นระบบและวิเคราะห์แบบอภิมานยังพบว่า การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจมีประสิทธิผลในการรักษาการใช้สารเสพติดในวัยรุ่น (Tait and Hulse, 2003) และในนักศึกษามหาวิทยาลัย (Carey et al., 2007) และในการเลิกบุหรี่ (Lai et al., 2010)

การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจยังได้มีการมาปรับใช้ เพื่อบำบัดผู้ใช้สารเสพติดที่มีโรคจิตเภทร่วมด้วย (Ziedonis and Stern, 2001)(reference 21) โดยปรับให้มีการให้คำแนะนำหรือใช้ภาษาที่เข้าใจง่ายตรงไปตรงมา และมีการเน้นย้ำซ้ำๆ หลายครั้งสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้ โดยเฉพาะถ้าผู้ป่วยมีความ

บกพร่องทางด้านการรู้คิด (cognitive impairment) ระยะเวลาของการบำบัดในแต่ละครั้งอาจต้องสั้นลงกว่าการบำบัดสำหรับคนทั่วไป แต่จำนวนครั้งของการบำบัดอาจต้องมากขึ้นเพื่อช่วยเสริมให้การเรียนรู้และทักษะต่างๆ มีความมั่นคง (Ziedonis and Stern, 2001) หลักฐานจากการทดลองทางคลินิกพบว่าการให้การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจมีประสิทธิผลกับกลุ่มผู้ที่มีปัญหาความผิดปกติของการใช้สารเสพติดร่วมกับมีโรคจิตเวชรุนแรงอื่นๆ ร่วมด้วย แต่อย่างไรก็ตาม การศึกษาส่วนใหญ่นั้นคุณภาพยังไม่ดีนัก มีขนาดตัวอย่างที่ค่อนข้างน้อย มีระยะเวลาการบำบัดที่ค่อนข้างสั้น รวมทั้งระยะเวลาการติดตามที่ค่อนข้างสั้น (Hunt et al., 2019, Ziedonis and Stern, 2001)

ตัวอย่างเช่น การวิเคราะห์อภิมานของการศึกษาแบบทดลอง พบว่า ประสิทธิผลของการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจไม่ว่าจะเป็นการบำบัดแบบเดี่ยว หรือให้ร่วมกับจิตสังคมชนิดอื่น กับกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่คือผู้มีความผิดปกติของการใช้สารเสพติดร่วมกับโรคจิตเวชกลุ่ม schizophrenia–spectrum disorders (Wang et al., 2021) พบว่า การบำบัดโดยให้การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจอย่างเดียวไม่มีประสิทธิผลในการลดปริมาณการใช้สารเสพติด ส่วนการบำบัดโดยให้การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจร่วมกับจิตสังคมบำบัดอีกชนิดหนึ่ง พบว่า มีประสิทธิผลเล็กน้อยในการลดปริมาณการใช้สารเสพติด ผลการศึกษาเหล่านี้สนับสนุนว่าการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจอาจมีประโยชน์ในการบำบัดผู้ใช้สารเสพติดเมื่อนำมาใช้เป็นส่วนหนึ่งของโปรแกรมการบำบัดแบบองค์รวมหรือผสมผสาน (Miller and Rollnick, 1991)

การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจสามารถทำได้โดยแพทย์ ผู้ให้คำปรึกษาและบุคลากรวิชาชีพต่างๆ ความแตกต่างของวิชาชีพไม่มีผลต่อประสิทธิผล (Rubak et al., 2005) การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจควรใช้เวลาในการบำบัดอย่างน้อยราว 20 นาที จำนวนครั้งของการบำบัดที่มากขึ้นมีความสัมพันธ์กับประสิทธิผลที่สูงขึ้น

โดยทั่วไป MI จะทำในรูปแบบแบบตัวต่อตัวจำนวน 1– 4 ครั้ง โดยมีระยะเวลาในการบำบัดแต่ละครั้งนาน 15 ถึง 45 นาที อย่างไรก็ตาม มีการพัฒนาการรบำบัด MI ในรูปแบบกลุ่ม (Wagner, 2012) ซึ่งพบว่ามีประสิทธิผลดีเท่อเทียบกับกลุ่มควบคุม (Santa Ana et al., 2021)

สรุป

โดยสรุป MI เป็นวิธีการให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยาที่เน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง โดยมีพื้นฐานจากทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ดำเนินไปทีละขั้นตอน ให้ความสำคัญกับความร่วมมือ ความเป็นอิสระ และการกระตุ้นแรงจูงใจภายใน หลักการสำคัญของ MI ได้แก่ การแสดงออกถึงความเห็นอก

เห็นใจ (empathy) การแสดงให้เห็นถึงความแตกต่างระหว่างเป้าหมายและพฤติกรรม (discrepancy) การคล้อยไปกับแรงต้าน (rolling with resistance) และการสนับสนุนเชื่อในความสามารถของตนเอง (self-efficacy) วิธีการนี้เหมาะสำหรับผู้ที่ยังไม่มั่นใจหรือมีความลังเลในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้สารเสพติด

เทคนิคที่ใช้ใน MI ได้แก่ การตั้งคำถามปลายเปิด การฟังอย่างตั้งใจ การให้กำลังใจ และการสรุปเนื้อหา ซึ่งดำเนินการผ่านขั้นตอนสำคัญ 4 ขั้น ได้แก่ การสร้างการมีส่วนร่วม (engaging) การกำหนดประเด็น (focusing) การปลุกเร้า (evoking) และการวางแผน (planning) หลักฐานจากการวิจัยและการวิเคราะห์อภิมานแสดงให้เห็นว่า MI มีประสิทธิภาพในการลดการใช้สารเสพติด โดยเฉพาะเมื่อนำไปใช้ร่วมกับวิธีการรักษาอื่นๆ ความยืดหยุ่นและการมุ่งเน้นแรงจูงใจภายในของ MI ทำให้เป็นการบำบัดหนึ่งที่มีความสำคัญในการจัดการปัญหาการใช้สารเสพติด

บทที่ 4
การบำบัดแบบสั้น
(BRIEF INTERVENTION)

ปัจจุบันการดูแลผู้ที่ใช้สารเสพติดชนิดต่างๆ มีแนวโน้มไปในเชิงป้องกันมากขึ้น เช่น เริ่มจากการคัดกรองผู้ที่มีปัญหาการเสพตั้งแต่เนิ่นๆ โดยการสัมภาษณ์สั้นๆ หรือใช้แบบคัดกรอง เมื่อพบว่ามีปัญหาจากการเสพหรือมีความเสี่ยง ผู้บำบัดอาจให้การบำบัดแบบสั้น (**Brief Intervention, BI**) ซึ่งมักให้หลังจากมีการคัดกรองผู้ที่มีความเสี่ยงหรือได้รับผลกระทบจากการใช้สารเสพติด การดำเนินการคัดกรองก่อนบำบัดจะช่วยแยกผู้ที่น่าจะได้ประโยชน์จากการดูแลรักษาเบื้องต้นจากผู้ที่ควรได้รับการวินิจฉัยหรือรักษาเฉพาะทางเพิ่มเติมต่อไป

การบำบัดแบบสั้น โดยทั่วไปหมายถึง การบำบัดแบบจำกัดเวลาอันประกอบด้วยการให้ข้อมูลและคำปรึกษาจำนวน 1–2 ครั้งๆ ละ 10–15 นาที โดยมีจุดประสงค์เพื่อเพิ่มแรงจูงใจ ความร่วมมือและความมั่นใจในการลดปริมาณการเสพหรือหยุดสารเสพติดอย่างต่อเนื่อง และอาจสอนทักษะในการลดการใช้สารเสพติดและลดโอกาสการเกิดผลกระทบที่ไม่พึงประสงค์อื่นๆ โดยเป้าหมายของการบำบัดขึ้นอยู่กับความพร้อมและการตกลงร่วมกันกับผู้เสพ ปกติการบำบัดแบบสั้นเหมาะกับผู้ที่มีปัญหาการเสพความรุนแรงน้อยหรือปานกลาง และมักดำเนินการโดยบุคลากรทางการแพทย์ในสถานพยาบาลปฐมภูมิ

ขั้นตอนการบำบัดแบบสั้น

แนวทางการบำบัดแบบสั้นอาจสรุปได้ด้วยอักษรย่อ FRAMES (Mueser et al., 2007) (Bien et al., 1993) โดยมีรายละเอียดดังนี้

1) **Feedback:** เริ่มต้นกระบวนการบำบัดด้วยการให้ข้อมูลผู้เสพเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพและผลกระทบที่อาจเกิดจากการเสพ เพื่อให้ผู้เสพเข้าใจผลเสียอันเกิดจากการเสพมากขึ้น ขั้นตอนนี้อาจประกอบด้วย
   a. ให้ข้อมูลเรื่องผลของการประเมินหรือคัดกรอง ผลการตรวจร่างกาย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นหากผู้ป่วยยังเสพต่อไป
   b. ผู้บำบัดแสดงออกถึงความห่วงใยในขณะให้ข้อมูลสะท้อนกลับ
   c. ถามผู้เสพว่า คิดอย่างไรกับข้อมูลที่ให้และพฤติกรรมการใช้สารเสพติดของตนเอง
2) **Responsibility:** เน้นย้ำว่าเป็นความรับผิดชอบและการตัดสินใจของผู้เสพเองในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการเสพยา
3) **Advice:** ให้คำแนะนำถึงความจำเป็นในการปรับพฤติกรรมการเสพ ประกอบด้วย
   a. อธิบายว่าการเปลี่ยนพฤติกรรมสำคัญอย่างไร
   b. ให้คำแนะนำหลังจากผู้เสพแสดงถึงความต้องการในการรับคำแนะนำ
   c. แนะนำให้หยุดเสพ หรือ อาจแนะนำให้ลดการเสพลงหากความเสี่ยงยังไม่สูงนัก เช่น ไม่ดื่มหรือเสพยาในสถานการณ์เสี่ยง อย่างเช่นก่อนหรือในขณะขับขี่ยานพาหนะ
4) **Menu for change:** พูดคุยถึงทางเลือกและเป้าหมายที่มีอยู่ โดยอาจเลือกที่จะหยุดเสพโดยเด็ดขาด หรือลดปริมาณการเสพลง สำหรับผู้ติดสุรานั้น การหยุดดื่มโดยเด็ดขาดอาจเหมาะสมกว่าการลดปริมาณการดื่ม ส่วนผู้ที่ดื่มแบบอันตรายแต่ยังไม่ติด อาจเลือกที่จะลดปริมาณการดื่มลง หรือดื่มในระดับที่มีความเสี่ยงต่ำ ผู้บำบัดอาจมีขั้นตอนการสนทนาดังนี้
   a. ถามความเห็นของผู้เสพว่าคิดอย่างไรกับคำแนะนำเกี่ยวกับเป้าหมายการบำบัดที่เหมาะสม
   b. ให้ผู้เสพมีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายและวิธีการ เช่น การหลีกเลี่ยงการพบปะกับเพื่อนที่ชักชวนให้ดื่ม ไม่ซื้อสุรามาดื่มที่บ้าน เพิ่มระยะห่างของการดื่มแต่ละครั้ง
   c. พูดคุยในรายละเอียดถึงทางเลือกที่ผู้เสพสนใจ
   d. เมื่อตกลงถึงเป้าหมายที่เป็นไปได้ ขั้นตอนต่อไปคือการหาความสมดุลระหว่างเป้าหมายที่ดีที่สุดและเป้าหมายที่ผู้เสพพร้อมปฏิบัติตาม

5) **Empathy:** ให้คำแนะนำปรึกษาที่ประกอบด้วยความเห็นอกเห็นใจผู้เสพ ซึ่งจะช่วยให้เกิดความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้เสพ ทำให้รู้สึกว่าตนเองมีผู้เข้าใจ และสามารถพูดคุยได้อย่างเปิดเผย โดยใช้เทคนิคการฟังและการทำความเข้าใจ การสะท้อนความ เช่น การพูดทวนความ (repeating) หรือปรับเปลี่ยนคำพูดของผู้ป่วยให้เป็นคำพูดของผู้บำบัดเอง (parapharsing) เนื่องจากการปรับพฤติกรรมการเสพไม่ใช่เรื่องง่ายและต้องอาศัยความพยายาม ท่าทีของผู้บำบัดที่เข้าใจผู้เสพจะทำให้ผู้เสพจะทำให้ความรู้สึกต่อต้านการรักษาลดลง และร่วมมือในการบำบัดมากขึ้น ตัวอย่างเช่น หากผู้ป่วยกล่าวว่า “ผมอยากดื่มให้น้อยลง เพราะไปทำงานสายประจำ” ผู้บำบัดอาจตอบสนองดังนี้
   a. “คุณอยากจะดื่มให้น้อยลง” (การสะท้อนความแบบง่ายๆ)
   b. “คุณอยากจะลดการดื่มลง เพื่อจะได้ไปทำงานทัน” (ปรับสิ่งที่ผู้ป่วยพูดให้เป็นคำพูดของตัวเอง)
   c. “การดื่มแบบนี้ทำให้คุณรู้สึกเครียด” (การสะท้อนความรู้สึก)
6) **Self-efficacy:** สร้างความมั่นใจในความสามารถที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตนเองได้ให้เกิดขึ้น เมื่อมีความเชื่อมั่น ผู้เสพก็จะลงมือกระทำเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตนเอง โดยอาจใช้เทคนิคต่างๆ ที่ช่วยเพิ่มระดับ self-efficacy เช่น การพูดกับตัวเองว่าตัวเองทำได้ (verbal persuasion หรือ positive self-talk) การหาต้นแบบที่ประสบความสำเร็จในการเลิกเสพ (positive role models) การมีประสบการณ์รับรู้เกี่ยวกับบุคคลอื่นที่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการเสพได้สำเร็จ (vicarious experience) การประสบความสำเร็จเล็กๆ น้อยในการปรับลดพฤติกรรมการเสพของตนเอง (mastery experiences) เป็นต้น (Bandura, 1997)

ปัญหาที่เหมาะกับการบำบัดแบบสั้น

รูปแบบต่างๆ ของการบำบัดแบบสั้น ส่วนใหญ่เป็นรูปแบบสำหรับการบำบัดผู้ดื่มสุราที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ บางรูปแบบปรับมาจากการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจซึ่งไม่มีโครงสร้างการบำบัดชัดเจน บางรูปแบบอาจมีโครงสร้างชัดเจน

1. การดื่มสุราที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ (unhealthy alcohol use)

คือพฤติกรรมการดื่มที่ทำให้เกิดผลกระทบด้านสุขภาพ ซึ่งรวมถึงพฤติกรรมการดื่มซึ่งเริ่มเสี่ยงที่จะมีผลกระทบด้านสุขภาพ จนถึงพฤติกรรมการดื่มที่เกิดผลกระทบแล้ว และยังรวมถึงความผิดปกติของพฤติกรรมการดื่มสุรา (alcohol use disorders) ตามเกณฑ์วินิจฉัยของ DSM-5-TR (American Psychiatric Association, 2022) การดื่มสุราที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยแต่มักถูกละเลยในเวชปฏิบัติทั่วไป หลักฐานจากการทดลองทางคลินิกสนับสนุนประโยชน์ของการคัดกรองปัญหาการดื่มสุราในเวชปฏิบัติและให้การบำบัดแบบสั้นในผู้ที่มีความเสี่ยง (Krist et al., 2020)

การตั้งเป้าหมายเพื่อหยุดดื่มอย่างต่อเนื่องเป็นทางเลือกที่ดีที่สุดสำหรับผู้ที่มีการดื่มสุราจนเป็นอันตรายและมีลักษณะเข้าได้กับเกณฑ์ข้อใดข้อหนึ่งหรือหลายข้อดังต่อไปนี้

- อายุต่ำกว่า 20 ปี (เนื่องจากเหตุผลทางกฎหมายและผลกระทบที่อาจจะเกิดขึ้นต่อพัฒนาการของสมอง)
- ได้รับการวินิจฉัยว่ามีความผิดปกติของการใช้ดื่มสุราในระดับความรุนแรงปานกลางจนถึงมาก
- มีประวัติพยายามลดปริมาณการดื่มลงแต่ไม่สำเร็จ
- หญิงตั้งครรภ์หรือวางแผนที่จะมีบุตร
- มีอาการป่วยทางร่างกายหรือจิตใจที่เป็นผลมาจากการดื่มสุรา
- ได้รับยารักษาโรคซึ่งมีข้อห้ามไม่ให้ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์

นอกจากเกณฑ์ที่กล่าวมาข้างต้น การได้รับผลกระทบอื่นๆ จากการดื่มสุรา เช่น การบาดเจ็บ มีประวัติความผิดปกติของการดื่มสุราในสมาชิกคนอื่นๆ ของครอบครัว การตั้งเป้าหมายหยุดดื่มอย่างต่อเนื่องควรเป็นเป้าหมายที่ดีที่สุด แต่การลดปริมาณการดื่มลงก็เป็นทางเลือกที่สมเหตุสมผลสำหรับผู้ดื่มในปริมาณที่เสี่ยงหรือได้รับผลกระทบจากการดื่มแต่ยังมีอาการไม่เข้ากับเกณฑ์การวินิจฉัยความผิดปกติของการดื่มสุราระดับความรุนแรงปานกลางถึงมากตามระบบ DSM-5

2. ผู้ที่มีความผิดปกติของการใช้สารเสพติดที่ไม่ใช่สุราและมีความรุนแรงปานกลางถึงมาก

เป้าหมายที่ดีที่สุดสำหรับผู้เสพกลุ่มนี้ คือ การหยุดเสพหรือลดปริมาณการเสพเพื่อลดผลกระทบ แต่เนื่องจากเป้าหมายเหล่านี้อาจบรรลุได้ยากจากการบำบัดแบบสั้น และหลักฐานที่สนับสนุนถึงประสิทธิผลก็ไม่ชัดเจนนักจากการศึกษาในสถานพยาบาลปฐมภูมิและแผนกฉุกเฉินในกลุ่มตัวอย่างที่ได้จากการคัดกรอง (Bertholet et al., 2020) เป้าหมายที่รองลงมาอาจเป็นการสนับสนุนให้ผู้

เสพยังคงอยู่ในกระบวนการบำบัดอย่างต่อเนื่อง ไม่ว่าจะเป็นการบำบัดในสถานพยาบาลปฐมภูมิหรือส่งต่อให้ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง

หากพบผู้ที่มีความความผิดปกติของการใช้สารเสพติดที่รุนแรงในสถานพยาบาลแบบปฐมภูมิ กลยุทธ์ที่ดีที่จะช่วยให้ผู้เสพยังคงอยู่ในกระบวนการบำบัดก็คือการให้การบำบัดแบบสั้นซ้ำๆ กันทุกครั้งที่ผู้ป่วยมาติดตามการรักษา ตัวอย่างเช่น เมื่อมีการนัดผู้ป่วยมาติดตามการรักษาตามปกติในช่วง 1-3 เดือน ผู้บำบัดควรสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้สารเสพติด ความพยายามในการลดปริมาณการเสพยาหรือเลิกเสพ ข้อดีข้อเสียในการเสพ ความพร้อมที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ความสนใจต่อการรักษารูปแบบต่างๆ โดยเป้าหมายในการรักษายังคงเป็นเช่นเดียวกับที่กล่าวไว้ข้างต้น

การประเมินความพร้อมในการเปลี่ยนพฤติกรรม

ความพร้อมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมีมากน้อยแตกต่างกันไปในแต่ละคน การประเมินความพร้อมของผู้เสพอมีประโยชน์ในการพิจารณาปรับวิธีการบำบัดแบบสั้นให้เหมาะกับผู้เสพแต่ละคน (Prochaska et al., 1992) โดยการปรับเนื้อหาและเป้าหมายของการบำบัดให้เหมาะกับระยะของความพร้อม (stage of change) (Samet et al., 1996) ดังต่อไปนี้

- ระยะก่อนพิจารณาหยุดเสพ (precontemplation) สำหรับผู้ที่ยังไม่ตระหนักถึงปัญหาการเสพ เป้าหมายของการบำบัดในระยะนี้คือการทำให้ผู้เสพรับรู้ว่าผู้บำบัดมีความห่วงใยถึงปัญหาการใช้สารเสพติด โดยไม่มีท่าทีที่ตัดสิน ยอมรับความเห็นที่แตกต่างระหว่างผู้บำบัดกับผู้เสพ และย้ำถึงความสำคัญของนัดมาติดตามการรักษา ถึงแม้ว่าผู้เสพยังไม่ประสงค์ที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

ในระยะนี้อาจใช้เทคนิคของการสนทนาเพื่อการเปลี่ยนแปลง (change talk) เช่น หากผู้เสพให้คะแนนความสำคัญของการเปลี่ยนพฤติกรรม 3 คะแนนจากคะแนนเต็ม 10 แสดงให้เห็นว่าผู้เสพเห็นความสำคัญของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอยู่บ้าง ผู้บำบัดสามารถใช้โอกาสนี้สอบถามต่อถึงเหตุผลในการให้คะแนนดังกล่าว ซึ่งอาจช่วยให้เข้าใจดีขึ้นถึงความกังวลของผู้เสพเกี่ยวกับการปรับพฤติกรรมการใช้สารเสพติด และอาจถามผู้เสพต่อว่าทำอย่างไรจึงจะทำให้คะแนนสูงขึ้น

- ระยะพิจารณาหยุดเสพ (contemplation) เป็นระยะที่ผู้ป่วยเริ่มพิจารณาการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและตระหนักว่าการเสพยานั้นอาจมีโทษ เป้าหมายของการบำบัดสำหรับระยะนี้คือคือการพิจารณาข้อเสียของการเสพและการปรับพฤติกรรม

- ระยะตัดสินใจและเตรียมการ (determination and preparation) เป็นระยะที่ผู้เสพตัดสินใจลดหรือหยุดการเสพ เป้าหมายของระยะนี้คือการตกลงถึงเป้าหมายที่น่าจะบรรลุได้ ระยะนี้ผู้เสพอาจยังมีความลังเลใจเกี่ยวกับการปรับพฤติกรรม ดังนั้นการพูดคุยถึงเหตุผลในการเปลี่ยนพฤติกรรมจึงอาจยังมีความจำเป็น
- ระยะลงมือทำ (action) เมื่อผู้เสพเริ่มลงมือปรับพฤติกรรม เป้าหมายของผู้บำบัดคือช่วยผู้เสพดำเนินการอย่างที่ตั้งใจ ประกอบไปด้วยการให้ความช่วยเหลือประคับประคอง ให้กำลังใจ ชี้ให้เห็นถึงผลดีหลังจากเริ่มปรับพฤติกรรม และการจัดการกับความไม่สบายหรืออุปสรรคต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้น (เช่น อาการถอนยา) เพื่อให้การเปลี่ยนแปลงนั้นยั่งยืน
- ระยะหยุดเสพอย่างต่อเนื่อง (maintenance) เมื่อผู้เสพสามารถหยุดเสพและหยุดเสพได้อย่างต่อเนื่อง เป้าหมายของการบำบัดในระยะนี้คือการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ การบำบัดจึงอาจประกอบด้วย
    - การสร้างความตระหนักว่าระยะนี้ยังมีความท้าทาย
    - ช่วยประคับประคองและให้กำลังใจในความพยายามอย่างต่อเนื่อง
    - เน้นย้ำว่าการกลับไปเสพซ้ำจะไม่กระทบความสัมพันธ์ระหว่างผู้เสพกับผู้บำบัด
    - คาดการณ์ถึงสถานการณ์เสี่ยงที่อาจชักนำให้กลับไปเสพซ้ำ
- ระยะการหวนกลับไปเสพซ้ำ (relapse) ในกรณีที่มีการกลับไปเสพใหม่ เป้าหมายของการบำบัดระยะนี้คือการเริ่มต้นกระบวนการพิจารณาการหยุดเสพ (contemplation) ครั้งใหม่ การบำบัดอาจประกอบด้วย
    - เริ่มต้นด้วยการแสดงออกถึงความห่วงใย
    - เน้นย้ำถึงประโยชน์ของการหยุดเสพที่ผ่านมา และประโยชน์ของความพยายามขอความช่วยเหลือในขณะนี้
    - สรุปบทเรียนที่ได้จากการกลับไปเสพซ้ำ

การนัดติดตามผู้ป่วย

หลักฐานจากการทดลองทางคลินิกสนับสนุนประสิทธิผลของการบำบัดแบบสั้นที่ให้หลายครั้งมากกว่าการให้ครั้งเดียว (Whitlock et al., 2004) ดังนั้น การนัดติดตามเพื่อบำบัดอย่างต่อเนื่องเป็นสิ่งที่ควรทำไม่ว่าผู้เสพจะมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือไม่ โดยการติดตามอาจทำในสถานพยาบาลหรือทางโทรศัพท์ โดยมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

- ประเมินการใช้สารเสพติดและผลกระทบ
- ทบทวนเป้าหมาย สถานการณ์และความก้าวหน้าของผู้ป่วย
- ประเมินความพร้อมที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

- ให้ข้อเสนอแนะและกำลังใจเกี่ยวกับการพัฒนาการในทางบวกของผู้ป่วย
- ให้คำแนะนำเกี่ยวกับทางเลือกต่างๆ
- การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ หากมีความจำเป็น
- วางแผนเกี่ยวกับการติดตามการรักษาครั้งต่อๆ ไป

ประสิทธิผลของการบำบัดแบบสั้น

การศึกษาประสิทธิผลของการบำบัดแบบสั้นนั้น มักมุ่งไปที่ผู้เสพยาที่ไม่มีอาการติดยารุนแรง และผู้ที่ตรวจพบการใช้สารเสพติดจากการคัดกรองที่คลินิกเวชปฏิบัติทั่วไปหรือแผนกฉุกเฉิน ถึงแม้ว่าบำบัดแบบสั้นสามารถทำได้โดยแพทย์และบุคลากรที่ไม่ใช่แพทย์ซึ่งได้รับการอบรม หลักฐานสำหรับประสิทธิผลของการบำบัดส่วนใหญ่มาจากการบำบัดโดยแพทย์ที่สถานพยาบาลปฐมภูมิ (Kaner et al., 2009, Ballesteros et al., 2004, Bertholet et al., 2005, Beich et al., 2003, Whitlock et al., 2004)

ผู้บำบัดแบบสั้นเชื่อว่า ประสิทธิผลของการบำบัดเกิดจากการส่งสารที่ซ้ำๆและสม่ำเสมอต่อผู้เสพ การบำบัดแบบสั้นที่มีหลักฐานรองรับถึงประสิทธิผลมักใช้เวลา 10–15 นาที มากกว่า 1 ครั้ง ถึงแม้ว่าระยะเวลาของการบำบัดอาจไม่ได้เป็นส่วนสำคัญที่มีผลต่อประสิทธิผลของการบำบัด (Kaner et al., 2009, Whitlock et al., 2004)

การศึกษาขนาดใหญ่โดยองค์การอนามัยโลกในสถานบริการปฐมภูมิ ใน 4 ประเทศ คือ ออสเตรเลีย บราซิล อินเดีย และสหรัฐอเมริกา (Humeniuk et al., 2008) โดยผู้เสพยาที่ได้คะแนนไม่เกินความเสี่ยงปานกลางจากแบบประเมินชื่อ ASSIST สำหรับคัดกรองการใช้สารเสพติดอันประกอบด้วย กัญชา โคเคน แอมฟาตามีน และสารกลุ่มฝิ่น โดยกลุ่มตัวอย่างจะถูกแบ่งเป็นกลุ่มควบคุม (wait–list control) และกลุ่มที่ได้รับการบำบัดแบบสั้น ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มที่ได้รับการบำบัดแบบสั้นเพียง 1 ครั้ง มีอัตราการใช้สารเสพติดน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญที่ 3 เดือนต่อมา

อย่างไรก็ตาม การศึกษาอื่นๆ ในเวลาต่อมาพบว่า การคัดกรองควบคู่ไปกับการบำบัดแบบสั้นไม่มีประสิทธิผลชัดเจนนักในผู้ที่เสพสารเสพติดชนิดต่างๆ (ที่ไม่ใช่สุรา) ในสถานพยาบาลปฐมภูมิ (Bernstein et al., 2005, Otto et al., 2009, Zahradnik et al., 2009, Roy–Byrne et al., 2014, Saitz et al., 2014, Gelberg et al., 2015, Humeniuk et al., 2012, Bogenschutz et al., 2014) ส่วนการศึกษาใน

สถานพยาบาลระดับอื่นๆ ที่ไม่ใช่ระดับปฐมภูมินั้นให้ผลการศึกษาที่หลากหลายและยังไม่สามารถสรุปได้ถึงประสิทธิผลที่ชัดเจน

สรุป

BI เป็นการบำบัดที่มีโครงสร้างและใช้ระยะเวลาสั้น มีวัตถุประสงค์เพื่อลดการใช้สารเสพติดและผลกระทบจากการใช้ โดยเฉพาะในผู้ที่เสพในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง และยังไม่จำเป็นต้องเข้ารับการบำบัดอย่างเข้มข้น

หลักการของ BI อิงอยู่บนแนวคิดของการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ โดยเน้นความร่วมมือ การสร้างแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลง และการเสริมสร้างความเชื่อมั่นในตนเอง เทคนิคที่ใช้ ได้แก่ FRAMES (การให้ข้อมูลย้อนกลับ ความรับผิดชอบของผู้เสพในการเปลี่ยนพฤติกรรม การให้คำแนะนำให้ทางเลือก มีวามเข้าอกเข้าใจ และการเสริมสร้างความเชื่อมั่นในตนเอง

BI เหมาะสำหรับผู้ที่ผ่านการคัดกรองแล้วพบว่า มีความเสี่ยงต่ออันตรายจากการใช้สารเสพติดแต่ยังไม่ถึงขั้นมีความผิดปกติรุนแรง มักนิยมใช้ในเวชปฏิบัติทั่วไป แผนกฉุกเฉิน และในชุมชน งานวิจัยชี้ว่า BI สามารถลดการใช้แอลกอฮอล์และสารเสพติดในกลุ่มเสี่ยงได้ แม้ว่าประสิทธิผลมักมีขนาดไม่มากและคงอยู่ในระยะสั้น BI มีประสิทธิผลสูงกว่าในการลดการดื่มสุราเมื่อเทียบกับการใช้สารเสพติดชนิดอื่น

บทที่ 5
การบำบัดโดยการให้สิ่งจูงใจ
(CONTINGENCY MANAGEMENT)

การบำบัดโดยการให้สิ่งจูงใจ (**Contingency Management, CM**) คือการบำบัดทางจิตสังคมชนิดหนึ่ง ที่ใช้เทคนิคการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยการให้สิ่งจูงใจ โดยนำสิ่งจูงใจมาเป็นแรงกระตุ้นเพื่อให้ผู้ป่วยร่วมมือในการรักษา (เช่น ให้รางวัลเมื่อมารับการบำบัดที่คลินิก หรือเมื่อส่งปัสสาวะตรวจสารเสพติด) หรือให้รางวัลเมื่อหยุดสารเสพติดได้ (เช่น ผลตรวจยาเสพติดในปัสสาวะเป็นลบอย่างต่อเนื่อง) และยังสามารถนำไปใช้เป็นการบำบัดแบบเสริมควบคู่กับการบำบัดหลักอีกชนิดหนึ่ง เช่น **MI, CBT** หรือ **counselling** ไม่ว่าจะเป็นแบบรายบุคคลและแบบกลุ่ม

แนวคิด

CM เป็นรูปแบบหนึ่งของการเรียนรู้ที่อยู่บนหลักการของการวางเงื่อนไขแบบการกระทำ (operant conditioning) (Skinner, 1971) โดยมีองค์ประกอบสำคัญคือ การเสริมแรง (reinforcement) คือการทำให้ความถี่ของพฤติกรรมที่พึงประสงค์เพิ่มขึ้น อันเป็นผลมาจากแรงเสริมทางบวก (positive

reinforcement) แรงเสริมทางลบ (negative reinforcement) การลงโทษ (punishment) หรือการทำให้พฤติกรรมยุติลงโดยการหยุดให้แรงเสริม (extinction)

หากการเสพยาคือพฤติกรรมที่มีแรงจูงใจและคงอยู่ต่อเนื่องอันเกิดจากแรงเสริมทางชีววิทยาจากการเสพยา (เช่น ความรู้สึกพึงพอใจ หรือลดอาการถอนยา) การให้สิ่งจูงใจจะช่วยลดพฤติกรรมการเสพยาโดยผ่านแรงเสริมทางบวกอื่นๆที่ไม่ใช่จากการเสพยา โดยนำแรงเสริมนี้มาแข่งกับแรงเสริมจากการเสพยา เช่น การให้คำชม การให้รางวัลชนิดต่างๆ

ในทางปฏิบัติผู้เสพยามักมองว่า ผลลัพธ์ทางบวกของการหยุดเสพ (เช่น สุขภาพ สัมพันธภาพ และผลพลอยได้อื่นๆที่ดีขึ้น) เป็นเรื่องไกลตัวและมีความไม่แน่นอน เมื่อเปรียบเทียบกับผลที่ได้ทันทีทางจิตใจและสรีรวิทยาจากการเสพยา CM ทำให้พฤติกรรมการหยุดเสพเกิดขึ้นและคงอยู่โดยการให้ผู้เสพยาได้รับผลลัพธ์ทางบวกที่เร็วขึ้น ชัดเจน และแน่นอนจากการหยุดยา แรงเสริมที่เป็นรูปธรรม เช่น รางวัลที่มีมูลค่า หรือบัตรกำนัลที่นำมาแลกเป็นสินค้าอาจนำมาใช้เป็นสิ่งจูงใจ เมื่อผู้เสพสามารถแสดงพฤติกรรมเป้าหมายที่ตกลงร่วมกันกับผู้บำบัดและวัดได้ เช่น การมีหลักฐานยืนยันว่าหยุดเสพได้โดยมีผลการตรวจสารเสพติดในร่างกายเป็นลบ

การให้แรงเสริมทางบวกมีหลายรูปแบบ ซึ่งมีผลต่อการคงอยู่ของพฤติกรรมแตกต่างกันไป เช่น ให้ตัวเสริมแรงทุกครั้งที่มีการแสดงออกของพฤติกรรมที่พึงประสงค์ หรือให้ตัวเสริมแรงเป็นครั้งคราวแทนที่จะให้ทุกครั้งที่มีการแสดงพฤติกรรม (partial or intermittent reinforcement schedule) ตัวเสริมเป็นครั้งคราวอาจแบ่งได้เป็น 2 ประเภทใหญ่ๆ คือ

1. ตัวเสริมแรงแบบคงที่ โดยการให้ขึ้นอยู่กับจำนวนของการตอบสนองทางพฤติกรรมหรือเวลาที่ผ่านไปตั้งแต่การเสริมแรงที่ให้ครั้งสุดท้าย ประกอบด้วย
    a. Fixed ratio (FR) ให้ตัวเสริมแรงหลังจากมีการแสดงพฤติกรรมในจำนวนครั้งที่คงที่ เช่น ให้รางวัลก็ต่อเมื่อมีการแสดงพฤติกรรมนั้นจำนวน 10 ครั้ง
    b. Fixed interval (FI) ให้ตัวเสริมแรงหลังจากเวลาที่กำหนดไว้ผ่านไป เช่น ให้รางวัลได้ไม่เกิน 1 ครั้ง ในช่วงเวลา 30 วัน
2. ตัวเสริมแรงแบบไม่คงที่ ประกอบด้วย
    a. Variable ratio (VR) ให้ตัวเสริมแรงหลังจากแสดงพฤติกรรมซ้ำๆจำนวนหนึ่ง แต่จำนวนนั้นแปรเปลี่ยนและไม่คงที่ เช่น รางวัลจากการถูกลอตเตอรี่ ซึ่งผู้ซื้อไม่ทราบว่าจะถูกรางวัลเมื่อซื้อไปกี่งวด
    b. Variable interval (VI) ให้ตัวเสริมแรงหลังจากเวลาผ่านไประยะหนึ่ง แต่ระยะเวลานั้นแปรเปลี่ยนไปและไม่คงที่

การศึกษาต่างๆ บ่งชี้ว่า ตัวเสริมแรงรูปแบบ FR และ VR ทำให้เกิดความถี่ของพฤติกรรมมากที่สุด แต่ VR ทำให้พฤติกรรมคงอยู่นานที่สุด (Ferster, 1957 #6084}

หลักการของการบำบัดความผิดปกติของสารเสพติดด้วย CM

CM อาจมีประโยชน์มากในบางกรณี เช่น ผู้เสพยาที่ไม่มีผู้ใกล้ชิดคอยช่วยเหลือประคับประคอง ผู้ที่ไม่สามารถเข้าถึงยารักษาหรือรักษาด้วยยาแล้วตอบสนองได้ไม่ดี ผู้เสพยาจำนวนมากมีวิถีชีวิตที่วุ่นวายและไม่แน่นอน ความสม่ำเสมอของการให้สิ่งจูงใจจะค่อยๆ สร้างความเชื่อมั่นของผู้เสพต่อสถานพยาบาลและบุคลากรที่บำบัด และช่วยเปลี่ยนความเชื่อ หรือความคาดหวังแบบเดิมของผู้เสพบางรายที่อาจเคยมีประสบการณ์ที่ไม่ดีนักต่อการบำบัดยาเสพติดที่ผ่านๆ มา โดยทั่วไปมักให้ **CM** ร่วมกับการบำบัดทางจิตสังคมอื่นๆ โดยจัดเป็นส่วนหนึ่งของโปรแกรมการบำบัดผู้ติดยา

CM มีองค์ประกอบดังต่อไปนี้ (Rash and DePhilippis, 2019)

- มีหลักฐานที่เชื่อถือได้ยืนยันว่าสามารถบรรลุพฤติกรรมที่พึงประสงค์ เช่น หลักฐานบ่งชี้ว่าการเสพยาหยุดไปแล้วหรือยังดำเนินอยู่ ตัวอย่างเช่น ผลการตรวจปัสสาวะเป็นลบ เพื่อยืนยันว่าไม่มีการเสพยาในปัจจุบัน (Rash, 2023)
- มุ่งไปที่การปรับพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่งมากกว่าหลายๆพฤติกรรมพร้อมๆกัน เช่น เริ่มที่การปรับลดสารเสพติดตัวใดตัวหนึ่งก่อน (หากมีการเสพสารเสพติดหลายตัว) อย่างไรก็ตาม พบบ่อยว่าหากลดพฤติกรรมการใช้สารเสพติดตัวใดตัวหนึ่งสำเร็จ (เช่น เมทแอมเฟตามีน) อาจนำไปสู่การลดการใช้สารเสพติดตัวอื่นได้ด้วย (เช่น บุหรี่) ในเวลาเดียวกัน (Rash, 2023)
- ให้ตัวเสริมแรงรูปแบบต่างๆ เมื่อมีการแสดงออกถึงพฤติกรรมที่พึงประสงค์
- ให้รางวัลทันที เมื่อการแสดงออกถึงพฤติกรรมที่พึงประสงค์ (เช่น ให้รางวัลทันทีเมื่อผลตรวจสารเสพติดในปัสสาวะเป็นลบ) ช่วงเวลาระหว่างการแสดงออกของพฤติกรรมและการให้รางวัลที่นานจะทำให้ประสิทธิผลของ CM ลดลง} (Lussier et al., 2006)
- ให้รางวัลบ่อยๆจะช่วยเพิ่มประสิทธิผลของ CM เช่น มีโอกาสได้รับรางวัลอย่างน้อย 2 ครั้งต่อสัปดาห์ เมื่อหยุดสารเสพติดได้ต่อเนื่องในช่วงเวลาที่กำหนด (Petry, 2000)
- ให้รางวัลที่มีขนาดหรือมูลค่าเพียงพอ (ซึ่งมูลค่าอาจแตกต่างกันไปในแต่ละบริบท) เช่น การศึกษาในสหรัฐอเมริกา CM มีประสิทธิผลเมื่อให้สิ่งจูงใจที่มีมูลค่ารวมสูงสุดระหว่าง 650 – 1,800 ดอลล่าร์สหรัฐ หากผู้ป่วยสามารถหยุดเสพได้ในตลอดช่วงของการบำบัด

นาน 12 สัปดาห์ (Rash, 2023, Benishek et al., 2014, DePhilippis et al., 2018, Lussier et al., 2006)

- ให้รางวัลอย่างต่อเนื่องและยาวนานพอ ประสิทธิผลจะชัดเจนเมื่อให้สิ่งจูงใจอย่างน้อยนาน 12 สัปดาห์ โดยระยะเวลาที่นานขึ้นมีความสัมพันธ์กับโอกาสของการหยุดเสพหลังหยุดการบำบัดที่สูงขึ้น (Ginley et al., 2021) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าระยะเวลาของการบำบัดด้วย CM ที่นานขึ้นมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ที่ดีขึ้นในระยะยาว (Ginley et al., 2021, Bart, 2012)
- หยุดหรืองดให้รางวัลเมื่อมีการเสพยาเกิดขึ้น

การประเมินก่อนการบำบัด

การประเมินเกี่ยวกับความรุนแรงของความผิดปกติของการใช้สารเสพติด ในระยะแรกของการบำบัดมีประโยชน์ในการวางแผนและปรับการบำบัดให้เหมาะกับผู้ป่วยแต่ละคน วิธีที่ง่ายและเชื่อถือได้มากที่สุดในการประเมินความรุนแรงของการเสพและปริมาณการใช้สารเสพติดในปัจจุบัน คือการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อดูระดับสารเสพติดในช่วงสัปดาห์แรกของการรักษา ผู้ที่มีผลการตรวจเป็นลบบ่งบอกว่า เป็นผู้ที่มีระดับความรุนแรงของปัญหาน้อย และอยู่ในช่วงของการหยุดเสพสารเสพติดในขณะนั้น ในขณะที่ผู้ที่มีผลการตรวจเป็นบวกอาจมีระดับความรุนแรงสูงกว่า จึงอาจต้องให้จูงใจเพื่อส่งเสริมให้ ผู้เสพเข้าร่วมโปรแกรมการรักษาอย่าสม่ำเสมอตั้งแต่เนิ่นๆ

การประยุกต์ใช้ CM

มีหลักการในการพิจารณาดังนี้

1. การเลือกพฤติกรรมเป้าหมาย

พฤติกรรมเป้าหมายสำหรับการบำบัดควรเป็นพฤติกรรมที่สามารถสังเกตและวัดได้ชัดเจน ซึ่งจะช่วยลดอคติในการประเมินของผู้บำบัดและผู้ป่วย พฤติกรรมที่นิยมนำมาเป็นเป้าหมายคือการเข้าร่วมในโปรแกรมการบำบัดอย่างสม่ำเสมอ และการหยุดเสพอย่างต่อเนื่อง

1.1 การเข้าร่วมโปรแกรมการบำบัด

สามารถวัดจากการสังเกตโดยตรงของทีมผู้รักษา เนื่องจากการบำบัดทางจิตสังคมต้องอาศัยความร่วมมือจากผู้ป่วยในการเข้าร่วมในชั่วโมงการบำบัด หากการเข้าร่วมไม่สม่ำเสมอหรือไม่ต่อเนื่องอาจนำไปสู่ความรู้สึกไม่มีส่วนร่วมและการหยุดการรักษากลางคัน ดังนั้นการให้รางวัลเพื่อจูงใจในการ

เข้าร่วมในการบำบัดจะช่วยให้ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาอย่างสม่ำเสมอและป้องกันการหยุดการรักษากลางคัน

1.2 การหยุดเสพยาอย่างต่อเนื่อง

สามารถประเมินได้จากการตรวจสารเสพติดหรือสารอนุพันธ์ (metabolites) ในร่างกาย เช่น ในลมหายใจ น้ำลาย หรือปัสสาวะ

2. วิธีการตรวจการใช้สารเสพติด

2.1 กลุ่มสารกระตุ้น ฝิ่น และกัญชา

การตรวจปัสสาวะเป็นวิธีที่ใช้แพร่หลายมากที่สุดเพื่อตรวจสารเสพติด เช่น สารกระตุ้น ฝิ่น หรือกัญชา ปัจจุบันการตรวจปัสสาวะเป็นวิธีที่ดีที่สุดสำหรับการตรวจสารเหล่านี้ เพราะว่าเป็นวิธีการที่หาได้ทั่วไป โดยตรวจหาสารเสพติดได้ถึง 2–4 ชั่วโมงหลังจากเสพยา (หรืออาจนานกว่านั้นในกรณีของกัญชา) แต่การตรวจโดยใช้น้ำลายที่เชื่อถือได้ก็เริ่มมีให้ใช้บ้างแล้ว การตรวจควรทำอย่างน้อย 2 ครั้งต่อสัปดาห์ในช่วงแรกของการบำบัด โดยความถี่ของการตรวจอาจลดลงเหลือสัปดาห์ละครั้งหรือน้อยกว่านั้นเมื่อผู้ป่วยสามารถหยุดยาได้อย่างต่อเนื่อง (Petry et al., 2004, Petry et al., 2006) หากการตรวจทำได้ไม่บ่อย ควรเก็บตัวอย่างในช่วงเวลาที่ผู้ป่วยไม่สามารถคาดการณ์ได้เพื่อไม่ให้ผู้ป่วยสามารถเตรียมตัวล่วงหน้าสำหรับการตรวจคราวต่อไป การให้รางวัลทันทีสามารถทำได้โดยดูจากการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่มีอยู่ในสถานบำบัดนั้น การส่งไปตรวจที่ห้องปฏิบัติการภายนอกอาจต้องใช้เวลาหลายวันกว่าจะได้ผลตรวจ

ผู้ตรวจควรเก็บตัวอย่างน้ำลาย ปัสสาวะหรืออื่นๆภายใต้การดูแลใกล้ชิดเพื่อป้องกันการปลอมแปลงหรือปรับเปลี่ยนตัวอย่าง ในกรณีของกัญชาที่อาจคงอยู่ในปัสสาวะได้เป็นเวลา **2** สัปดาห์หลังจากผู้ป่วยหยุดเสพไปแล้ว (ซึ่งขึ้นกับความถี่และปริมาณของการเสพครั้งล่าสุด) มีข้อแนะนำว่าควรใช้เวลา **2** สัปดาห์แรกสำหรับการให้สิ่งจูงใจเพื่อกระตุ้นให้เข้าร่วมในโปรแกรมการรักษาอย่างสม่ำเสมอก่อน หลังจากนั้นจึงค่อยเปลี่ยนไปให้สิ่งจูงใจเพื่อหยุดกัญชา

2.2 สุรา

การตรวจระดับแอลกอฮอล์ในลมหายใจ (12–24 ชม หลังการดื่ม) ถือเป็นวิธีหลักในปัจจุบันในการตรวจการดื่มสุรา ถึงแม้จะมีช่วงเวลาที่จำกัดในการตรวจพบแอลกอฮอล์ แต่มีข้อดีคือทำได้ง่าย

ปัจจุบัน มีนวัตกรรมใหม่ๆ ในการตรวจการดื่มสุราที่ไม่ยุ่งยากในทางปฏิบัติและมีประสิทธิผล เช่น กำไลข้อมือ SCRAM ซึ่งสามารถตรวจการดื่มสุราได้จากเหงื่อบนผิวหนัง (Barnett et al., 2011,

Dougherty et al., 2015, Barnett et al., 2017) การตรวจ ethyl-glucuronide ซึ่งเป็นตัวบ่งชี้ทางชีวภาพ (biomarkers) ที่อยู่ในร่างกายได้นานกว่า (McDonell et al., 2017, McDonell et al., 2012) และการตรวจแอลกอฮอล์ในทางลมหายใจผ่านระบบอินเตอร์เน็ตระยะไกล (Alessi and Petry, 2013, Koffarnus et al., 2018)

2.3 บุหรี่

ตัวบ่งชี้ทางชีวภาพที่นิยมนำมาใช้ตรวจการสูบบุหรี่หรือยาเส้น คือ carbon monoxide ในลมหายใจ ซึ่งเป็นสารที่ตกค้างจากการเผาไหม้ของยาสูบ และช่วยในการตรวจร่องรอยการสูบบุหรี่ได้ แต่ต้องตั้งค่าให้อยู่ในเกณฑ์ที่ต่ำพอสมควร (เช่น 6 ppm หรือต่ำกว่า) การตรวจสามารถทำได้บ่อยขึ้นหากทำผ่าน internet โดยวัดระดับ carbon monoxide ในลมหายใจ และส่งผลการตรวจผ่านกล้องวีดีโอที่อยู่ในบ้าน (Alessi et al., 2017) หรือผ่านสมาร์ทโฟน (Stoops et al., 2009, Dallery et al., 2017) นอกจากนี้สาร cotinine ในปัสสาวะหรือน้ำลายก็สามารถนำมาใช้ตรวจการใช้ยาสูบได้ โดย cotinine เป็น metablite หลักของนิโคติน เป็นตัวบ่งชี้ที่มีความจำเพาะสูงในการตรวจการสูบบุหรี่ช่วงหลายวันที่ผ่านมา ข้อจำกัดของวิธีนี้ก็คือ การไม่สามารถนำมาตรวจการใช้ยาสูบในปัจจุบันได้หากผู้ป่วยกำลังได้รับการรักษาด้วยนิโคตินทดแทน

3. การใช้แรงเสริมประเภทต่างๆ

สิ่งที่ทำหน้าที่เป็นแรงเสริมอาจมีความแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล โดยทั่วไปถ้าต้องการใช้รางวัลเป็นแรงเสริม รางวัลควรเป็นรูปธรรม เป็นที่ต้องการของผู้ป่วย และมีมูลค่าที่สูงพอที่กระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การให้รางวัลในรูปแบบของเงินสดเป็นวิธีที่สะดวกในการใช้เป็นแรงเสริม และไม่มีหลักฐานบ่งชี้ว่ารางวัลในรูปของเงินสดเพิ่มความเสี่ยงต่อการใช้สารเสพติดหรือการกลับไปใช้สารเสพติดอีก (Dempsey et al., 2008, Festinger et al., 2008) แต่สถานพยาบาลหลายแห่งหลีกเลี่ยงการใช้เงินสดกับผู้ป่วยเนื่องจากกังวลว่าเงินอาจถูกนำมาใช้ซื้อยาเสพติดได้ แต่เลือกใช้รูปแบบบัตรกำนัลหรือบัตรเติมเงิน ซึ่งผู้บำบัดสามารถโอนเงินหรือเติมเงินในบัตรให้ผู้ป่วยเพื่อแลกซื้อสินค้าได้ (Koffarnus et al., 2018) อาจมีการจำกัดประเภทสินค้าที่สามารถใช้บัตรแลกซื้อได้ เช่นไม่สามารถนำไปแลกซื้อสุราหรือบุหรี่ได้ บัตรเติมเงินจึงมีคุณสมบัติในการจูงใจ มีความยืดหยุ่นในการเปลี่ยนขนาดของรางวัล และสามารถนำมาใช้แลกสินค้าที่ผู้ป่วยต้องการจริงๆ

การศึกษาบ่งชี้ว่า ขนาดของตัวเสริมแรง (เช่น มูลค่าของรางวัล) ที่สูงขึ้นมีความสัมพันธ์กับโอกาสที่สูงขึ้นในการเปลี่ยนพฤติกรรม (Petry et al., 2004, Higgins et al., 2007, Lussier et al., 2006, Petry et al., 2012, Petry et al., 2015, Jirapramukpitak et al., 2020) การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของการศึกษาที่ใช้สิ่งจูงใจด้วยบัตรกำนัลบ่งชี้ว่า ขนาดของประสิทธิผลของการบำบัดจะ

เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ เมื่อมูลค่าเฉลี่ยของแรงเสริมเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ (จากน้อยกว่า 5 ดอลลาร์ต่อวันไปจนถึงมากกว่า 16 ดอลลาร์ต่อวัน) (Lussier et al., 2006) ตัวอย่างเช่น การศึกษาเป็นระยะเวลา 6 เดือนของการใช้สิ่งจูงใจในการบำบัดผู้ติดโคเคน พบว่าเมื่อสิ้นสุดการบำบัด กลุ่มผู้ได้รับสิ่งจูงใจที่มีมูลค่ารวม 2,000 ดอลลาร์มีสัดส่วนผู้หยุดโคเคนได้สูงกว่าราว 2 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ได้รับสิ่งจูงใจมูลค่า 500 ดอลลาร์ (50% vs 20%) (Higgins et al., 2007) ดังนั้น เมื่อใดที่การบำบัดด้วยสิ่งจูงใจไม่ได้ผล ผู้บำบัดอาจต้องพิจารณาทบทวนประเภทและขนาดของแรงเสริมที่ใช้และปรับเปลี่ยนให้เหมาะสม

4. รูปแบบการให้สิ่งจูงใจ

รูปแบบที่นิยมมีดังนี้

4.1 บัตรกำนัล

คือการให้บัตรกำนัลที่มีมูลค่าตามที่กำหนดไว้ ซึ่งสามารถนำไปแลกสินค้าที่ผู้ป่วยต้องการ การศึกษาระยะเวลา 12 สัปดาห์ในผู้ที่มีความผิดปกติของการใช้สารกระตุ้น โดยถูกสุ่มให้อยู่ในกลุ่มควบคุมหรือกลุ่มที่ได้รับสิ่งจูงใจในรูปแบบบัตรกำนัล โดยได้รับบัตรกำนัลเมื่อมีผลตรวจปัสสาวะเป็นลบ โดยมีการตรวจปัสสาวะ 3 ครั้งต่อสัปดาห์ (Higgins et al., 1994b) มูลค่าของบัตรเริ่มจาก 2.50 ดอลลาร์ แต่มูลค่าเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ เมื่อเวลาผ่านไป และได้รับโบนัสคือบัตรกำนัลมูลค่า 10 ดอลลาร์ เมื่อใดที่ผลตรวจปัสสาวะเป็นลบ 3 ครั้งติดต่อกัน แต่มีการลงโทษโดยการลดมูลค่าของบัตรกำนัลให้เหลือมูลค่าที่จุดตั้งต้น เมื่อใดก็ตามที่ผลการตรวจปัสสาวะเป็นบวกหรือไม่ส่งผลตรวจ การเพิ่มมูลค่าของบัตรกำนัลไปเรื่อยๆ รวมทั้งการลดมูลค่าไปสู่จุดตั้งต้นเพื่อเป็นการทำโทษมีจุดประสงค์เพื่อส่งเสริมให้เกิดการหยุดสารเสพติดอย่างต่อเนื่อง (มากกว่าที่จะหยุดเป็นครั้งคราว) โดยมูลค่าสูงสุดรวมทั้งสิ้นของบัตรกำนัลที่ผู้ป่วยแต่ละคนจะได้รับในช่วง 12 สัปดาห์หากหยุดเสพได้ต่อเนื่องคือ 1,000 ดอลลาร์ ซึ่งเป็นมูลค่าที่สูงพอและจูงใจให้หยุดเสพได้อย่างต่อเนื่อง โดยผู้ป่วยสามารถสะสมรางวัลไปได้เรื่อยๆ และแลกซื้อสินค้าที่ต้องการได้ตลอดเวลา

ข้อเสียของการให้การบำบัดในรูปแบบของบัตรกำนัล คือต้นทุนที่ค่อนข้างสูงในการรักษา จึงมีการพัฒนารูปแบบที่ใช้ต้นทุนที่ต่ำกว่าของการให้บัตรกำนัลคือการใช้การเสริมแรงเป็นครั้งคราว (intermittent reinforcement) แทนที่จะให้แรงเสริมทุกครั้ง รูปแบบที่นิยมใช้คือการจับสลากรางวัล

4.2 การได้รางวัลเป็นครั้งคราวโดยการจับสลาก

การให้รางวัลเป็นครั้งคราวนำมาใช้ เพื่อลดต้นทุนของสิ่งจูงใจ แต่ยังคงประสิทธิผลไม่ต่างจากการให้สิ่งจูงใจทุกครั้ง (Petry et al., 2004, Petry and Martin, 2002) ซึ่งหมายถึงการมีความคุ้มค่าด้าน

ต้นทุนต่อประสิทธิผล (cost-effectiveness) ที่ดีขึ้น โดยใช้เทคนิคของการจับสลากรางวัล ผู้ป่วยจะได้รับโอกาสให้จับสลากเมื่อหยุดเสพในระยะเวลาที่กำหนด และจำนวนสลากที่ได้รับอนุญาตให้จับจะเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ หากแสดงพฤติกรรมเป้าหมายได้อย่างต่อเนื่อง (เช่น มีผลตรวจปัสสาวะเป็นลบติดต่อกัน) และอาจถูกทำโทษโดยการให้จับสลากในจำนวนที่จุดตั้งต้นเมื่อไม่ส่งผลตรวจปัสสาวะ หรือมีผลตรวจปัสสาวะเป็นบวก

ในทางปฏิบัติสลากควรมีมูลค่าที่หลากหลาย ซึ่งสามารถแลกเปลี่ยนเป็นรางวัลได้ โดยรางวัลส่วนใหญ่มีมูลค่าไม่สูงนัก (1 ดอลลาร์) แต่มีโอกาสถูกรางวัลใหญ่ (50 ดอลลาร์) (Sindelar et al., 2007) หรืออาจออกแบบให้มูลค่าของรางวัลสูงขึ้นเมื่อระยะเวลาการหยุดเสพอย่างต่อเนื่องยาวขึ้นเรื่อยๆ (Stitzer and Petry, 2006) การศึกษาหนึ่งออกแบบ โดยให้สลากจำนวนครึ่งหนึ่งไม่มีมูลค่าใดๆ นอกจากข้อความให้กำลังใจ สลากที่เหลือครึ่งหนึ่งมีมูลค่าตั้งแต่ 1 ถึง 100 ดอลลาร์ในกล่องจับสลาก สลากที่มีมูลค่าน้อยจะมีจำนวนมากกว่าสลากที่มีมูลค่ามาก (Petry and Martin, 2002) จำนวนและมูลค่าของสลากอาจปรับเปลี่ยนได้ เพื่อควบคุมต้นทุนของรางวัลทั้งหมดที่สามารถให้ได้ หรืออาจสอบถามผู้ป่วยก่อนว่าต้องการรางวัลอะไร และรางวัลที่ผู้ป่วยต้องการนั้นจะถูกตั้งไว้ในที่ที่ผู้ป่วยเห็นชัดเจนเพื่อเพิ่มสร้างความจูงใจ

การเลือกใช้ระหว่างการให้บัตรกำนัลกับการจับสลากรางวัล

การพิจารณาว่าจะใช้วิธีการใดระหว่างการให้บัตรกำนัลกับการจับสลากรางวัลขึ้นอยู่กับความพึงพอใจของผู้ป่วยและทรัพยากรที่มีอยู่ ในขณะที่มูลค่าของรางวัลทั้งหมดที่สามารถได้รับเป็นปัจจัยสำคัญต่อผลลัพธ์การรักษา โดยเฉพาะในกรณีใช้รูปแบบบัตรกำนัล (Lussier et al., 2006) มูลค่ารวมของสิ่งจูงใจอาจมีความสำคัญน้อยกว่าในกรณีใช้รูปแบบจับสลากรางวัล (Petry et al., 2015) ตัวอย่างเช่น การทดลองแบบสุ่มกับผู้เสพโคเคน โดยกลุ่มหนึ่งได้รับการรักษาตามปกติ อีกกลุ่มหนึ่งได้รับการบำบัดด้วยสิ่งจูงใจรูปแบบใดรูปแบบหนึ่งจากทั้งหมด 3 รูปแบบ ซึ่งประกอบด้วยการจับสลากที่ได้รางวัลรวมมูลค่า 300 ดอลลาร์สหรัฐ รางวัลรวมมูลค่า 900 ดอลลาร์สหรัฐ หรือบัตรกำนัลรวมมูลค่า 900 ดอลลาร์ ในช่วงของการศึกษา 12 สัปดาห์ พบว่ากลุ่มที่ได้รับการบำบัดด้วยสิ่งจูงใจทั้ง 3 กลุ่มมีผลการตรวจไม่พบโคเคนในปัสสาวะประมาณ 55 – 59 เปอร์เซ็นต์ ของจำนวนตัวอย่างปัสสาวะที่ส่ง และไม่พบความแตกต่างของผลลัพธ์ระหว่างกลุ่มที่ได้รับสิ่งจูงใจทั้ง 3 กลุ่ม ส่วนกลุ่มที่ได้รับการรักษาตามปกติมีผลการตรวจปัสสาวะเป็นลบประมาณ 36 เปอร์เซ็นต์ของจำนวนตัวอย่างที่ส่ง (Petry et al., 2015)

อย่างไรก็ตาม การใช้บัตรกำนัลและการจับสลากรางวัลมีความยากง่ายแตกต่างกันในทางปฏิบัติ และในแง่ความพึงพอใจของผู้ป่วยที่แตกต่างกัน เมื่อเปรียบเทียบกับบัตรกำนัล การจับสลากมีข้อดีข้อเสียดังต่อไปนี้

- อาจดึงดูดผู้ป่วยได้มากกว่าจากการที่ผู้ป่วยมีโอกาสเข้าร่วมในกระบวนการจับรางวัล ซึ่งมีการกำหนดมูลค่าของสิ่งจูงใจในการจับรางวัลแต่ละครั้ง
- มีความดึงดูดน้อยกว่าต่อบุคลากรที่ดำเนินการบำบัด เนื่องจากต้องใช้เวลาและทรัพยากรในการจัดการกับวิธีการและกระบวนการการจับสลาก
- เป็นรูปแบบที่ต้นทุนต่ำกว่าแต่ยังคงมีประสิทธิผลเท่าเดิม (cost-effective) เนื่องจากการให้รางวัลเป็นครั้งคราวแทนที่จะให้ทุกครั้ง (Petry et al., 2015, Olmstead and Petry, 2009)

4.3 รูปแบบอื่นๆ

นอกเหนือจากการใช้บัตรกำนัลหรือการจับสลากรางวัล ยังมีการศึกษาที่ให้สิ่งจูงใจในรูปแบบของเงินสด ตัวอย่างเช่น การศึกษาในประเทศไทยแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุมกับผู้ติดสุราในชุมชนเป็นเวลา 3 เดือน และติดตามต่ออีก 1 เดือน ติดตามผลลัพธ์คือ การหยุดดื่มสุราโดยอาสาสมัครหมู่บ้าน (อสม) และใช้เครื่องตรวจวัดแอลกอฮอล์ในลมหายใจ (breathalyzer) เพื่อยืนยันพฤติกรรมการหยุดดื่ม โดยแบ่งอาสาสมัครเป็น 3 กลุ่ม กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลโดยการเยี่ยมบ้านอย่างเดียวโดยไม่มีการให้สิ่งจูงใจ กลุ่มทดลองแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้รับสิ่งจูงใจเมื่อหยุดดื่มสุราได้เป็นรางวัลเงินสด 30 หรือ 60 บาทต่อครั้ง และยืนยันโดยมีผลการเป่าเพื่อตรวจแอลกอฮอล์ในลมหายใจเป็นลบ พบการศึกษาพบว่ากลุ่มที่ได้รับรางวัลมูลค่า 60 บาท มีสัดส่วนการตรวจแอลกอฮอล์ในลมหายใจเป็นลบสูงกว่าและสัดส่วนการหยุดสุราอย่างต่อเนื่องสูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญ เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มได้รับรางวัลมูลค่า 30 บาท และกลุ่มที่ได้รางวัลมูลค่า 30 บาทมีสัดส่วนการหยุดสุราต่อเนื่องสูงกว่ากลุ่มควบคุม เมื่อติดตามที่ 1 เดือนหลังหยุดให้รางวัล (Jirapramukpitak et al., 2020)

ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีดิจิทัล ได้ทำให้เกิดการนวัตกรรมการบำบัดแบบ CM ระยะไกล (digital therapeutics) สำหรับผู้ที่มีความผิดปกติของการใช้สารเสพติด การวิเคราะห์แบบอภิมาน พบว่ากลุ่มที่ได้รับการบำบัดด้วยสิ่งจูงใจผ่านโทรศัพท์มือถือมีประสิทธิผลดีกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้สิ่งจูงใจในการลดการสูบบุหรี่และการดื่มสุรา (Getty et al., 2019) โดยสามารถให้สิ่งจูงใจเป็นบัตรกำนัลหรือการจับสลากรางวัล ซึ่งสะดวกกับผู้ป่วยที่ไม่สามารถเดินทางมาสถานพยาบาลได้บ่อย และยังสามารถดำเนินการบำบัดผ่านระบบอินเทอร์เน็ต (web-based) (Freese et al., 2023, Hammond et al., 2021, Hallgren et al., 2023)

5. การบำบัดหลักที่ให้ควบคู่ไปกับ CM

CM มักนำมาใช้เป็นการบำบัดเสริมควบคู่ไปกับการบำบัดอีกชนิดหนึ่งที่เป็นการบำบัดหลัก เช่น การให้คำแนะนำปรึกษา (counselling) การบำบัดด้วยการปรับความคิดและพฤติกรรม (CBT) หรือการบำบัดโดยการเสริมแรงในชุมชน (CRA) การบำบัดเหล่านี้มีหลักการที่สอดคล้องกับ CM ตัวอย่างเช่น CBT ช่วยฝึกทักษะในการหยุดสารเสพติดอย่างต่อเนื่อง CRA ช่วยสนับสนุนกิจกรรมทางเลือกอื่นที่ไม่ใช่พฤติกรรมการเสพยา โดยเชื่อว่า การบำบัดหลายวิธีควบคู่กัน เช่นให้ CM ร่วมกับ CBT หรือ CRA น่าจะช่วยให้ผลลัพธ์ในระยะยาวดีกว่าการให้ CM อย่างเดียว ถึงแม้ว่าหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สนับสนุนการบำบัดร่วมกันดังกล่าวยังไม่ชัดเจนนัก (Budney et al., 2006, Farronato et al., 2013, Carroll et al., 2012, Higgins et al., 2003)

การศึกษาหนึ่งในประเทศสหรัฐอเมริกา ได้เปรียบเทียบการบำบัดด้วยการให้บัตรกำนัลอย่างเดียวกับการให้บัตรกำนัลควบคู่ไปกับการบำบัดแบบ CRA ในผู้ใช้สารกลุ่มกระตุ้น พบว่า การบำบัดแบบควบคู่ไปด้วยกันมีประสิทธิผลในการลดการใช้สารเสพติดในช่วงบำบัดดีกว่า เมื่อเปรียบเทียบกับการให้บัตรกำนัลอย่างเดียว แต่ไม่พบว่ามีความแตกต่างในผลลัพธ์ระหว่าง 2 กลุ่มในช่วงหลังการบำบัด (Higgins et al., 2003) อย่างไรก็ตาม การให้ CRA ควบคู่ไปด้วยจะช่วยทำให้ผลลัพธ์ด้านอื่นๆ ดีกว่าในระยะยาว เช่น การดื่มสุรา การจ้างงาน โรคทางกาย และการทำผิดกฎหมาย

การประยุกต์ใช้ในทางปฏิบัติ

กลยุทธ์การนำการนำ CM ไปใช้ในทางปฏิบัติมีดังนี้

- เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยเข้าร่วมในชั่วโมงบำบัดอย่างสม่ำเสมอ (attendance) โดยให้สิ่งจูงใจตั้งแต่ครั้งแรกของการบำบัดและให้อย่างต่อเนื่องในช่วง 12 สัปดาห์แรกของการบำบัดกับผู้ใช้สารเสพติดที่บำบัดแบบผู้ป่วยนอก
- เพื่อจูงใจให้หยุดสารเสพติดอย่างต่อเนื่อง (abstinence) ในผู้ที่ยังหยุดสารเสพติดไม่ได้ (โดยประเมินจากผลการตรวจสารเสพติดเป็นบวก ในช่วงเริ่มต้นของการบำบัด) วิธีนี้จัดว่าเป็นกลยุทธที่มีเหตุผลและมีหลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุน การศึกษาพบว่าผู้ที่ยังหยุดเสพไม่ได้ในช่วงแรกของการบำบัดเป็นกลุ่มที่น่าจะได้ประโยชน์มากที่สุดจาก CM (Petry et al., 2004, Campbell et al., 2014) และช่วยลดต้นทุนในการรักษา (Cunningham et al., 2017)

เทคนิคต่างๆ ในการบำบัดแบบ CM

- **การเพิ่มขนาดสิ่งจูงใจขึ้นไปเรื่อยๆเปรียบเทียบกับการให้สิ่งจูงใจขนาดคงที่ (escalating vs fixed schedule)**

การให้สิ่งจูงใจที่มีมูลค่าสูงขึ้นไปเรื่อยๆ เมื่อหยุดยาได้อย่างต่อเนื่อง เป็นที่นิยมมากกว่าการให้สิ่งจูงใจที่มีขนาดคงที่ไปเรื่อยๆ การศึกษาพบว่า การเพิ่มมูลค่าสิ่งจูงใจขึ้นเรื่อยๆ และการให้แบบคงที่ทำให้ระยะเวลาหยุดยาโดยรวมใกล้เคียงกัน (เช่น ประเมินจากจำนวนตัวอย่างปัสสาวะทั้งหมดที่มีผลลบ) แต่การเพิ่มมูลค่าขึ้นเรื่อยๆ นั้นช่วยทำให้ระยะเวลาการหยุดเสพได้อย่างต่อเนื่องนั้นยาวนานกว่า (Roll et al., 1996, Roll and Higgins, 2000) และระยะเวลาในการหยุดเสพอย่างต่อเนื่องที่นานขึ้นมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ที่ดีกว่าในระยะยาว (Higgins et al., 2000b) ถึงแม้ว่าความสัมพันธ์มีแนวโน้มลงไปลงเมื่อเวลาผ่านไป (Higgins et al., 2007)

- **การเลือกยาเสพติดที่เป็นเป้าหมายในการบำบัด (ในกรณีผู้ป่วยใช้ยาเสพติดหลายชนิด)**

การศึกษาการบำบัดแบบ CM ส่วนใหญ่มุ่งไปที่การหยุดยาเสพติดชนิดใดชนิดหนึ่งอย่างต่อเนื่อง มากกว่าที่จะหยุดยาเสพติดหลายตัวพร้อมๆ กันในผู้ที่เสพสารเสพติดหลายชนิด อย่างไรก็ตาม การศึกษามักพบว่า การใช้สารเสพติดตัวอื่นๆ มักลดลงไปด้วยเมื่อให้การบำบัดสารเสพติดตัวหลัก การทดลองทางคลินิกในผู้ที่เสพโคเคนและสารกลุ่มฝิ่น โดยมีโคเคนเป็นเป้าหมายของการรักษา พบว่า การเสพสารกลุ่มฝิ่นมีการลดลงไปด้วย (Silverman et al., 1998) ดังนั้น ในทางปฏิบัติผู้บำบัดจึงควรตั้งเป้าหมายในการบำบัดสารที่เสพเป็นหลักที่เป็นเหตุให้ผู้ป่วยเข้ารับกระบวนการบำบัด และใช้เทคนิคเพิ่มมูลค่าสิ่งจูงใจขึ้นไปเรื่อยๆ จะช่วยทำให้กระบวนการบำบัดง่ายขึ้นและเพิ่มโอกาสที่จะประสบความสำเร็จในการรักษา หรืออาจใช้กลยุทธ์ในการให้โบนัสเป็นรางวัล เมื่อผู้ป่วยสามารถหยุดเสพสารเสพติดตัวอื่นๆ ที่ไม่ได้เป็นเป้าหมายหลักของการรักษา ซึ่งจะช่วยขยายขอบเขตและเป้าหมายในการรักษา **(Campbell et al., 2014)**

ระยะเวลาในการบำบัด

โดยทั่วไปใช้เวลา 8 ถึง 16 สัปดาห์ในการบำบัดแบบ CM แต่มีคำแนะนำให้ CM ให้นานที่สุดเท่าที่เป็นไปได้ การศึกษาต่างๆ รายงานว่าการกลับไปเสพมักเกิดขึ้นเมื่อสิ้นสุดการบำบัด ถึงแม้ว่าจะให้การบำบัดยาวนานถึง 52 สัปดาห์ (Silverman et al., 2004) และพบความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาในการหยุดเสพในช่วงของการบำบัดและผลลัพธ์ระยะยาว จึงบ่งชี้ว่า การบำบัดแบบ CM (โดยเฉพาะแบบผู้ป่วยนอก) ควรดำเนินไปจนกว่าผู้ป่วยสามารถหยุดเสพอย่างต่อเนื่องในระยะเวลาที่นานพอควร (เช่น 6–12 เดือน) หลักฐานบ่งชี้ว่า การหยุดสารเสพติดอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลาอย่าง

น้อย 3 ปีอาจจำเป็น เนื่องจากหลังจากนี้ความเสี่ยงของการกลับไปเสพซ้ำจะต่ำลงอย่างมาก (Dennis et al., 2007, Hser et al., 2001)

ประสิทธิผล

การศึกษาทดลองทางคลินิกโดยทั่วไปสนับสนุนประสิทธิผลของ CM ในการเพิ่มความสม่ำเสมอในการเข้ารับการบำบัดรักษา การหยุดยาเสพติดอย่างต่อเนื่อง และปรับพฤติกรรมสุขภาพในผู้ใช้สารเสพติด โดยมีประสิทธิผลในการลดพฤติกรรมการใช้สารเสพติดหลายกลุ่มไม่ว่าจะเป็นกลุ่มสารกระตุ้น (stimulants) สุรา กัญชา กลุ่มฝิ่น (opioids) และบุหรี่ (Bentzley et al., 2021, De Crescenzo et al., 2018, Bolívar et al., 2021, Dutra et al., 2008, McDonell et al., 2021) โดยอาจมีประสิทธิผลดีที่สุดสำหรับกลุ่มผู้ใช้สารกระตุ้น (AshaRani et al., 2020) (Bentzley et al., 2021, De Crescenzo et al., 2018)

1. การเพิ่มความสม่ำเสมอในการบำบัด

การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของการทดลองแบบสุ่ม เพื่อประเมินประสิทธิผลของ CM ในการเพิ่มความสม่ำเสมอในการเข้ารับการบำบัด พบว่า โดยภาพรวมผลการศึกษาสนับสนุนประสิทธิผลดังกล่าว (Milward et al., 2014) และความสม่ำเสมอในการบำบัดมีความสัมพันธ์กับอัตราการหยุดสารเสพติดอย่างต่อเนื่องที่สูงขึ้น (Pfund et al., 2022, Petry et al., 2018) CM มีประโยชน์ในการเพิ่มอัตราการมาติดตามการรักษาอย่างสม่ำเสมอ โดยเฉพาะในช่วงเริ่มต้นการบำบัด เช่น การทำจิตบำบัดในผู้ป่วยนอก ซึ่งการมาบำบัดอย่างต่อเนื่องเป็นสิ่งที่สำคัญมาก (Milward et al., 2014) และการเข้ารับการบำบัดอย่างสม่ำเสมอในระยะแรกมีความสัมพันธ์กับคงอยู่ในการบำบัดและการร่วมมือในการบำบัดในระยะยาวที่ดีกว่า (Crèvecoeur-MacPhail et al., 2010, Vandrey et al., 2011)

2. การช่วยให้หยุดเสพอย่างต่อเนื่อง

การวิเคราะห์อภิมานของการศึกษาทดลองทางคลินิกกับผู้ที่มีความผิดปกติของการใช้สารเสพติดหลายรูปแบบ พบว่า **CM** ช่วยเพิ่มอัตราการหยุดยาเสพติดอย่างต่อเนื่องในระหว่างการบำบัดเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม **(Lussier et al., 2006, Benishek et al., 2014)** โดยมีขนาดของประสิทธิผลโดยเฉลี่ยเท่ากับ **0.32** (95%CI0.26.–0.38) (Lussier et al., 2006) และ 0.46 (95%CI 0.37–0.54) (Benishek et al., 2014) ตามลำดับ ขนาดของประสิทธิผลมีความใกล้เคียงกัน ไม่ว่าจะเป็นสารกลุ่มกระตุ้น ฝิ่น กัญชา สุรา และบุหรี่ (Lussier et al., 2006) การวิเคราะห์อภิมานล่าสุดศึกษาประสิทธิผลของ CM ในการเลิกสารเสพติดผิดกฎหมายเปรียบเทียบกับการบำบัดชนิดอื่นๆพบว่า CM มีประสิทธิผลดีกว่าเมื่อติดตามที่ 1 ปี (Ginley et al., 2021)

อย่างไรก็ตาม การศึกษาระยะยาวอื่นๆ พบว่า ประสิทธิผลของ CM ไม่ต่อเนื่องไปถึง 6 ถึง 12 เดือนหลังจากหยุดการบำบัด (Benishek et al., 2014, Sayegh et al., 2017) ดังนั้น จึงอาจมีความจำเป็นที่จะขยายเวลาการให้ CM ให้นานที่สุดและให้ควบคู่กับการบำบัดทางจิตสังคมชนิดอื่นๆ ซึ่งเน้นไปที่การหยุดยาเสพติดอย่างต่อเนื่องหลังจากที่มีการหยุดใช้สิ่งจูงใจแล้ว

นอกจากนี้ ยังพบว่าประสิทธิผลในช่วงของการบำบัดและหลังการบำบัดด้วยสิ่งจูงใจจะดียิ่งขึ้น หากมูลค่าของสิ่งจูงใจสูงขึ้นและระยะเวลาของการให้สิ่งจูงใจนานขึ้น (Hart et al., 2000, Higgins et al., 1994a, Roll and Higgins, 2000, Rash, 2023, Ginley et al., 2021, Carroll et al., 2002, Packer et al., 2012) และเมื่อระยะเวลาการแสดงออกของพฤติกรรมที่พึงประสงค์กับการให้รางวัลสั้นลง (Lussier et al., 2006) และยังพบว่า CM มีขนาดของประสิทธิผลสูงที่สุด เมื่อเปรียบเทียบกับการรักษาทางจิตสังคมแบบอื่นๆ เช่น CBT, RP, DBT, group drug counselling, MET, 12-step facilitation (Dutra et al., 2008)

3. การช่วยให้หยุดเสพในผู้ใช้สารเสพติดหลายชนิด

การให้ CM เพื่อบำบัดสารเสพติดตัวใดตัวหนึ่งในผู้ที่เสพสารเสพติดหลายชนิดนอกจากจะช่วยลดพฤติกรรมการเสพสารเสพติดตัวนั้นแล้ว ยังอาจช่วยลดการเสพสารเสพติดตัวอื่นๆ ที่ไม่ได้เป็นเป้าหมายของ CM ไปด้วย (Hirchak et al., 2022, McPherson et al., 2018)

ปัจจุบัน CM ได้รับการยอมรับให้เป็นการบำบัดประเภทหนึ่งสำหรับผู้เสพยา โดยได้รับการบรรจุอยู่ในแนวทางการรักษาที่เป็นมาตรฐาน (clinical practice guideline) ในหลายประเทศ เช่น สหรัฐอเมริกา สหราชอาณาจักร เป็นต้น

4. การลดการเสพในผู้ที่มีโรคจิตเวชอื่นร่วมด้วย

การทดลองทางคลินิกหลายการศึกษาสนับสนุนประสิทธิผลของการให้ CM ในผู้ป่วยที่มีโรคจิตเวชรุนแรงร่วมกับความผิดปกติของการใช้สารเสพติด (McDonell et al., 2013, Tracy et al., 2007, Destoop et al., 2021) ตัวอย่างเช่น การวิเคราะห์อภิมานของการทดลองทางคลินิกจำนวน 5 การศึกษาเพื่อสรุปประสิทธิผลของ CM สำหรับผู้ป่วยที่มีโรคจิตชนิดใดชนิดหนึ่ง (เช่น กลุ่ม schizophrenia-spectrum disorder) ร่วมกับมีความผิดปกติของใช้สารเสพติด เช่น กัญชา บุหรี่ สารกระตุ้น สุรา (Destoop et al., 2021) ผู้ที่อยู่ในกลุ่มที่ได้รับ CM เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลรักษาตามปกติรายงานว่ามีจำนวนวันที่ใช้สารเสพติดโดยเฉลี่ยน้อยกว่าเมื่อสิ้นสุดการศึกษา (standardized mean difference – 0.52, 95% CI – 0.98 to – 0.06) แต่ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยยะสำคัญระหว่างกลุ่มเมื่อติดตามในระยะเวลาต่อมา (standardized mean difference – 0.36, 95% CI – 0.77

to 0.05) อย่างไรก็ตาม สัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับ CM มีจำนวนตัวอย่างการตรวจจากลมหายใจที่ไม่พบสารเสพติดมากกว่ากว่ากลุ่มได้รับการดูแลรักษาตามปกติ (odds ratio 1.47, 95% CI 1 .04 – 2.08)

ข้อถกเถียงเกี่ยวกับการบำบัดด้วย CM

1. ประเด็นด้านจริยธรรมของการให้สิ่งจูงใจ

อาจมีความกังวลเกี่ยวกับประเด็นด้านจริยธรรมของการใช้ CM กับผู้ที่มีความผิดปกติในการใช้สารเสพติด เช่น ผู้ป่วยสมควรได้รับสิ่งจูงใจในลักษณะนี้หรือไม่ หรือเป็นการให้สินบนผู้ป่วยหรือไม่ การหยุดสารเสพติดไม่ได้เกิดจากแรงจูงภายใน (intrinsic motivation) อย่างไรก็ตาม หลักฐานจากการศึกษาพบว่า การให้สิ่งจูงใจไม่ได้ทำให้แรงจูงใจภายในของผู้เสพลดลง แต่อาจทำให้แรงจูงใจภายในเพิ่มขึ้น อันเนื่องมาจากความรู้สึกมั่นใจที่สูงขึ้นเมื่อหยุดสารเสพติดได้ การเริ่มมองเห็นประโยชน์อันเกิดจากการเลิกเสพ เช่น สุขภาพที่ดีขึ้นและสัมพันธภาพกับคนรอบข้างที่ดีขึ้น (Promberger and Marteau, 2013) CM ยังมีประสิทธิผลดีในกลุ่มที่มีปัญหาจิตสังคมที่ซับซ้อนและมีประวัติการบำบัดด้วยวิธีอื่นมาแล้วแต่ไม่ได้ผล (Forster et al., 2019)

2. การปฏิบัติต่อกลุ่มเปราะบางอย่างไม่เหมาะสม

อาจมีข้อกังวลถึงความเหมาะสมของการนำ CM ไปใช้กับกลุ่มเปราะบาง หลักฐานการศึกษาบ่งชี้ว่า CM มีประสิทธิผลดีกับกลุ่มเปราะบาง เช่น ผู้ใช้สารเสพติดที่มีปัญหาด้านเศรษฐานะ ไม่มีสมาชิกในครอบครัวดูแลหรือเร่ร่อน (homeless) (McDonell et al., 2013) ดังนั้น CM จึงค่อนข้างเหมาะสมกับผู้เสพยาที่ได้รับการบำบัดด้วยวิธีอื่นๆ แล้วไม่ได้ผล ผู้เสพยาที่มีปัญหาเศรษฐสถานะหรือมีปัญหาค่าใช้จ่ายต่างๆ ในการเข้ารับการบำบัด ผู้เสพยาที่ไม่มีผู้ช่วยเหลือประคับประคอง เช่น ครอบครัวหรือมีผู้ใกล้ชิดดูแลผู้เสพยาที่อยู่คนเดียว

3. ประเด็นเรื่องต้นทุนประสิทธิผล (cost-effectiveness) ของ CM

การบำบัดด้วย CM อาจดูเหมือนว่าต้องใช้ต้นทุนที่สูง และอาจมีคำถามถึงความคุ้มค่า ถึงแม้ยังไม่มีการศึกษาเรื่องต้นทุนประสิทธิผลของ CM ในประเทศไทย หลักฐานจากการศึกษาในต่างประเทศพบว่า CM มีต้นทุนประสิทธิผลดี (Murphy et al., 2015, Orme et al., 2023) โดยเฉพาะเมื่อพิจารณาถึงต้นทุนด้านอื่นๆ ที่อาจลดลงในระยะยาวเมื่อผู้ป่วยสามารถเลิกสารเสพติดได้ เช่น จำนวนที่ลดลงของการใช้บริการสาธารณสุข คดีความจากอุบัติเหตุ การบาดเจ็บหรือความรุนแรง ความสัมพันธ์ในครอบครัวที่ดีขึ้นและผลิตภาพ (prodcutivitiy) ที่สูงขึ้นเมื่อผู้ป่วยทำงานได้ดีขึ้น

4. ประเด็นเรื่องประสิทธิผลในระยะยาวและความเสี่ยงต่อการกลับไปเสพซ้ำเมื่อหยุดให้การบำบัด

ดังที่กล่าวไว้ข้างต้น หลักฐานถึงประสิทธิผลของ CM ในช่วงของการบำบัดนั้นมีความหนักแน่นสูง แต่ประสิทธิผลในระยะยาวหลังจากหยุดให้การบำบัดไปแล้วนั้น อาจยังไม่หนักแน่นเท่ากับช่วงการบำบัด หลักฐานบ่งชี้ว่า ระยะเวลาของการให้ CM ที่นานขึ้นนั้น สัมพันธ์กับระยะเวลาของการหยุดสารเสพติดหลังการบำบัดที่นานขึ้นด้วย และการบำบัดด้วย CM ควบคู่ไปกับการบำบัดชนิดอื่นๆ อาจให้ผลลัพธ์ในระยะยาวดีขึ้น อย่างไรก็ตาม หลักฐานถึงประสิทธิผลในระยะยาวของการบำบัดทางจิตสังคมชนิดอื่นๆ นั้นก็ไม่ได้หนักแน่นไปกว่า CM เช่นเดียวกัน

ประเด็นในการนำ CM ไปดำเนินการในทางในปฏิบัติ

การให้ความรู้และฝึกอบรมผู้ให้การบำบัดผู้ใช้สารเสพติดด้วย CM ในสถานพยาบาลนั้นมีความจำเป็นก่อนที่จะนำ CM ไปดำเนินการได้อย่างประสบความสำเร็จ โดยใช้หลักการและองค์ประกอบต่างๆ ที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์รองรับ การให้ความรู้และฝึกอบรมจะช่วยแก้ไขความเข้าใจผิดต่างๆ ที่เกี่ยวกับการบำบัดชนิดนี้ เข้าใจถึงการนำ CM ไปดำเนินการในสถานบำบัด โดยบุคลากรทางการแพทย์ และการเพิ่มประสิทธิภาพและประสิทธิผลของ CM (Rash et al., 2020, Becker et al., 2023, Helseth et al., 2018)

ในปัจจุบันการให้บริการ CM แก่ผู้ที่มีปัญหาการใช้สารเสพติดยังไม่แพร่หลายเท่าที่ควร และบุคลากรทางการแพทย์จำนวนไม่น้อยยังมีความเข้าใจ หรือความเชื่อที่ผิดเกี่ยวกับการบำบัดวิธีนี้นำไปสู่ความไม่เต็มใจในการใช้วิธีนี้ในการบำบัด (Rash et al., 2020, Scott et al., 2021) อย่างไรก็ตาม การศึกษาพบว่า หากผู้บำบัดได้รับความรู้และการฝึกอบรมเกี่ยวกับประโยชน์ของ CM รวมทั้งมีประสบการณ์ตรงถึงผลลัพธ์ที่ดีขึ้นในผู้ป่วยที่ได้รับ CM จะทำให้ทัศนคติและเข้าใจที่มีต่อ CM เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม (Kellogg et al., 2005)

CM มีความคล้ายคลึงกับโครงการให้เงินสวัสดิการช่วยเหลือต่างๆ จากรัฐในหลายๆ ประเทศที่มีประสิทธิผลในการป้องกัน หรือบำบัดปัญหาสุขภาพอื่นๆ และเพิ่มผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษาแก่เด็ก เช่น โปรแกรมการให้เงินช่วยเหลือครอบครัวยากจน (cash transfer) โดยมีเงื่อนไขว่า แม่ต้องพาเด็กมาตรวจสุขภาพและฉีดวัคซีนตามกำหนด รับประทานอาหารที่ดีต่อสุขภาพ และเข้าเรียนในโรงเรียนอย่างสม่ำเสมอ (Fuller et al., 2022, Ngamasana and Moxie, 2024) ซึ่งโปรแกรมลักษณะนี้มีหลักฐานถึงประสิทธิผลในการทำให้เด็กที่ได้รับความช่วยเหลือมีสุขภาพที่ดี มีพัฒนาการที่เหมาะสม มีผลรับด้านการศึกษา เช่น การไม่หลุดออกจากระบบการศึกษา และผลการเรียนที่ดีขึ้น นอกจากนี้ยังมีหลักฐานการศึกษาที่พบว่า โปรแกรมลักษณะนี้ทำให้สุขภาพจิตและครอบครัวดีขึ้นด้วย (Zimmerman et al.,

2021) โปรแกรมเหล่านี้และโปรแกรมการบำบัดด้วย CM ยังมีเป้าหมายร่วมกันในเรื่องของการลดความไม่เท่าเทียมด้านสุขภาพสังคมและเศรษฐกิจ

CM มีข้อดีเมื่อเทียบกับการบำบัดทางจิตสังคมอื่นๆ ในแง่ที่ว่าผู้บำบัดไม่จำเป็นต้องเป็นผู้เชี่ยวชาญ หรือต้องเข้ารับการฝึกทักษะการบำบัดทางจิตสังคมเฉพาะบุคคลเหมือนการให้การบำบัดทางจิตสังคมชนิดอื่นๆ แต่จำเป็นต้องมีการสร้างระบบและแนวทางในการให้การบำบัดกับ CM ที่เหมาะสมและปฏิบัติได้ในสถานบำบัดนั้นๆ เช่น การตรวจหาการใช้สารเสพติดโดยใช้เครื่องมือที่เหมาะสม ระบบการให้รางวัล และทัศนคติที่ดีต่อการบำบัดชนิดนี้ได้หลายๆ ประเทศ เช่น ประเทศสหรัฐอเมริกา สหราชอาณาจักร ออสเตรเลีย ได้มีการนำ CM ไปใช้ในสถานบำบัดและสามารถเบิกค่ารักษาได้ (US Department of Health and Human Services, 2023) ไปประเทศสหรัฐอเมริกาได้นำ CM ไปใช้ร่วมกับ CRA และการฝึกอาชีพและการหางานทำให้ผู้ป่วย ทำให้เกิดผลลัพธ์ในการบำบัดที่ดี ในประเทศสหราชอาณาจักรสามารถนำ CM ไปใช้ได้โดยเป็นส่วนหนึ่งของระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า

สรุป

CM เป็นการบำบัดทางจิตสังคมที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ ซึ่งใช้การเสริมแรงทางบวกเพื่อส่งเสริมให้ผู้ที่มีความผิดปกติของใช้สารเสพติดเลิกใช้สารเสพติด และร่วมมือตามแผนการรักษา หลักการของ CM อิงตามทฤษฎีการวางเงื่อนไขแบบการกระทำ (Operant Conditioning) โดยการให้รางวัล เช่น บัตรกำนัลหรือจับสลากรางวัล เมื่อผู้เข้ารับการบำบัดมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์ เช่น ผลตรวจสารเสพติดเป็นลบ หรือการเข้าร่วมโปรแกรมการบำบัด องค์ประกอบสำคัญของ CM ได้แก่ การกำหนดพฤติกรรมเป้าหมายอย่างชัดเจน ระบบการให้รางวัลที่มีประสิทธิภาพ และการติดตามผลอย่างต่อเนื่อง หลักฐานบ่งชี้ว่า CM มีประสิทธิผลในการช่วยเลิกสารเสพติดหลายประเภท เช่น สารกระตุ้น ฝิ่น แอลกอฮอล์ และนิโคติน อย่างไรก็ตาม อุปสรรคสำคัญได้แก่ ค่าใช้จ่าย ความยั่งยืนของโปรแกรม และข้อกังวลเกี่ยวกับการใช้แรงจูงใจจากภายนอก แม้จะมีข้อท้าทายเหล่านี้ แต่การบูรณาการ CM เข้ากับโปรแกรมการรักษาแบบองค์รวม เช่น การบำบัดเชิงความคิดและพฤติกรรม (CBT) และการใช้ยาสามารถช่วยให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีในระยะยาว

บทที่ 6
การบำบัดจิตสังคมรูปแบบอื่นๆ
(OTHER PSYCHOSOCIAL THERAPIES)

ในการบำบัดผู้ที่มีความผิดปกติของการใช้สารเสพติดที่ไม่รุนแรง ผู้บำบัดอาจเลือกใช้วิธีบำบัดแบบผู้ป่วยนอกสำหรับการบำบัดในระยะแรก อย่างไรก็ตาม มีผู้เสพจำนวนหนึ่งที่ไม่สามารถลดปริมาณการเสพได้ หรืออาจกลับไปเสพซ้ำอีก แม้ว่าจะได้รับการบำบัดมาแล้วระยะหนึ่ง มีการประมาณการว่าราว 40 – 60% ของผู้มีความผิดปกติของการใช้สารเสพติดที่อยู่ในระบบการรักษานั้น จำเป็นต้องได้รับการดูแลระยะยาวอย่างต่อเนื่อง (Lappan et al., 2020) ดังนั้น ผู้บำบัดจึงอาจพิจารณาการบำบัดรูปแบบอื่นๆ ที่เข้มข้นขึ้น ได้แก่ การบำบัดฟื้นฟูระยะยาวรูปแบบต่างๆ เช่น การบำบัดแบบอาศัยอยู่ในสถานพักฟื้น (Residential Rehabilitation) แบบชุมชนบำบัด (Therapeutic Community) แบบผู้ป่วยใน (Inpatient) การบำบัดแบบ 12 ขั้นตอน (Twelve-Step Facilitation) ควบคู่ไปกับการเข้ากลุ่มช่วยเหลือซึ่งกันและกัน (Self-Help Group)

ชุมชนบำบัด (Therapeutic Community, TC)

ชุมชนบำบัด คือการบำบัดโดยอาศัยชุมชนมามีส่วนร่วมในการบำบัด มีกลุ่มเพื่อนคอยประคับประคองและเป็นต้นแบบ (peer support and peer role model) และเน้นถึงความรับผิดชอบของ

ตนเองในการกระทำ การตัดสินใจและพัฒนาการในระหว่างการบำบัด ภายในสภาพแวดล้อมที่มีระเบียบแบบแผน โดยดำเนินการในสถานที่ ที่มีที่พักอาศัยทั้งระยะสั้นและระยะยาว ใช้เวลาบำบัดราว 12–18 เดือน แต่อาจมีการปรับรูปแบบให้เป็นแบบไปเช้า–กลับเย็น TC มีวิวัฒนาการเปลี่ยนไปตามความต้องการและลักษณะของผู้ป่วย รูปแบบดั้งเดิมของ TC นั้น คือบำบัดฟื้นฟูอยู่ในสถานที่พักแบบระยะยาว และมักมีต้นทุนหรือค่าใช้จ่ายสูง

TC สามารถสรุปได้เป็นวลีสั้นๆ คือ “ใช้ชุมชนเป็นวิธีบำบัด” (community as method) (De Leon, 2000) เนื่องจาก TC ใช้กิจกรรมต่างๆ ที่หลากหลายในชุมชนมาช่วยในการบำบัดฟื้นฟู เช่น การแบ่งงานกันดูแลสถานที่พักอาศัย การบริหารจัดการที่พัก การประชุมกลุ่มย่อย การช่วยเหลือซึ่งกันและกันภายในกลุ่ม การให้คำแนะนำปรึกษาแบบกลุ่มและรายบุคคล การให้ความรู้ กิจกรรมบำบัด และสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการออกแบบกิจกรรมต่างๆ

หลักการทั่วไปของการบำบัด

1. ใช้ชุมชนเป็นวิธีบำบัด (community as method) ให้สมาชิกในชุมชนคอยช่วยเหลือประคับประคอง โดยผู้ป่วยและบุคลากรที่ทำหน้าที่บำบัด ร่วมมือกันสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการบำบัดฟื้นฟูยาเสพติด ชุมชน คือ เครื่องมือสำหรับการเปลี่ยนพฤติกรรม โดยให้ผู้ป่วยเรียนรู้และเติบโตผ่านกระบวนการปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น
2. เพื่อนมีอิทธิพลต่อเพื่อน (peer influence) การมีกลุ่มเพื่อนช่วยเหลือและการมีเพื่อนที่เป็นต้นแบบ มีบทบาทสำคัญในชุมชนบำบัด โดยสมาชิกในชุมชนสามารถเรียนรู้ซึ่งกันและกัน แลกเปลี่ยนประสบการณ์ และให้กำลังใจซึ่งกันและกัน
3. ส่งเสริมความรับผิดชอบในตนเอง (personal responsibility) โดยสนับสนุนให้ผู้ป่วยรับผิดชอบในการตัดสินใจ พัฒนาการและการกระทำของตนเอง เรียนรู้ที่จะยอมรับผลลัพธ์ของพฤติกรรมของตนเอง และการปรับพฤติกรรมไปสู่การเปลี่ยนแปลงในชีวิตที่ดีขึ้น
4. การเรียนรู้ทางสังคม (social learning) สนับสนุนการเรียนรู้ผ่านการสังเกตพฤติกรรมผู้อื่น การได้รับข้อมูลสะท้อนกลับ และการมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ ในชุมชน ผู้ป่วยจะเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มที่หลากหลาย กิจกรรมกลุ่มสนทนา และการฝึกบทบาทสมมุติ (role play) เพื่อพัฒนาทักษะใหม่ๆ รวมทั้งทักษะการปรับตัวและการแก้ปัญหา

นอกจากนี้ ในชุมชนบำบัดอาจมีการให้การบำบัดทางจิตสังคมหลายรูปแบบเสริมไปด้วยกัน เช่น การให้คำปรึกษา (counselling) การบำบัดเชิงความคิดและพฤติกรรม (CBT) ฝึกอาชีพ การศึกษาเพื่อพัฒนาความรู้และทักษะใหม่ๆเพื่อวางแผนชีวิตและเตรียมตัวก่อนกลับไปอยู่ที่บ้าน

ในประเทศไทย มีการนำ TC มาปรับใช้ในสถานบำบัดต่างๆ เช่น มีอยู่ที่สถานบำบัดและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี (สถาบันธัญญารักษ์) และศูนย์บำบัดยาเสพติดในเครือข่ายของกรมการแพทย์ทั่วประเทศ โดยลดระยะเวลาบำบัดลงเหลือ 4 เดือน ที่เรียกว่า FAST Model (Pattrakorn and Chaipichitpan, 2015) โดยมีองค์ประกอบต่างๆ ดังนี้คือ

1. **F = Family** ครอบครัวมีส่วนร่วมในการบำบัดผู้เสพตั้งแต่เริ่มต้น โดยเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มและสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้เสพ ฝึกทักษะการแก้ปัญหาในครอบครัวร่วมกัน และเตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้าน โดยปูพื้นฐานความรู้ที่ครอบครัวต้องทราบ เจตคติ ความเข้าใจเกี่ยวกับการทำหน้าที่ของครอบครัว สามารถเฝ้าระวังปัญหายาเสพติด โดยครอบครัวอาจเข้ากระบวนการบำบัดแบบให้คำปรึกษาครอบครัว (Family Counselling) หรือครอบครัวบำบัด (Family Therapy)

2. **A = Alternative Treatment Activity** ใช้กิจกรรมทางเลือกในการบำบัดฟื้นฟูที่เหมาะสมกับผู้เสพตามความต้องการของผู้เสพแต่ละคน รวมทั้งการฝึกอาชีพ ใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์และพัฒนาศักยภาพของตนเองได้อย่างเต็มความสามารถ

3. **S = Self Help** คือกระบวนการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน เรียนรู้เพื่อช่วยเหลือตนเอง โดยฝึกรับผิดชอบกิจกรรมต่างๆ ฝึกทักษะการปฏิเสธยาเสพติด การควบคุมอารมณ์ สมาชิกในกลุ่มจะช่วยเหลือซึ่งกันและกันโดยความดูแลของเจ้าหน้าที่ผู้บำบัด

4. **T = Therapeutic Community** คือการที่ผู้เสพมาอยู่รวมกันภายในโครงสร้างสังคมจำลอง ในสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย เข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ เพื่อส่งเสริมความรับผิดชอบต่อตนเอง ผู้อื่นและสังคม

การบำบัดแบบ 12 ขั้นตอนและกลุ่มยาเสพติดนิรนาม

การบำบัดแบบ 12 ขั้นตอน (Twelve-Step Facilitation หรือ TSF) คือการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคล ที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยเข้าร่วมในกลุ่มที่ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน เช่น กลุ่ม Alcoholics Anonymous (AA) สำหรับผู้ติดสุรา หรือกลุ่ม Narcotics Anonymous (NA) สำหรับผู้ติดสารเสพติดกลุ่มฝิ่น โดยทั่วไปมักทำ 1 ครั้งต่อสัปดาห์ เป็นเวลา 12 สัปดาห์ มีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมให้ผู้เสพเข้าร่วมในกิจกรรมของกลุ่ม และรับปรัชญาและวิธีการของกลุ่มมาปฏิบัติ โดยอิงความเชื่อหรือหลักปฏิบัติทางศาสนา โดยมีเป้าหมายหลัก 2 ประการ (Nowinski et al., 1999)

1) การยอมรับ (acceptance) คือการยอมรับว่าตนเองติดสารเสพติดอย่างรุนแรง
2) การยอมจำนน (surrender) การยอมรับว่าตนเองไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมการเสพได้และเชื่อว่ามีพลังอำนาจเหนือกว่าที่สามารถช่วยตนได้

การบำบัดแบบผู้ป่วยใน

คือรูปแบบการบำบัดเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดสารเสพติดแบบผู้ป่วยใน สำหรับประเทศไทย รูปแบบที่ถือว่า แพร่หลายและเป็นต้นแบบรูปแบบหนึ่งนั้นอยู่ที่โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า มีชื่อเรียกว่า พระมงกุฎเกล้าโมเดล (PMK) (Daengthoen et al., 2014) ซึ่งเป็นโครงการบำบัดผู้ป่วยติดสุราในขั้นฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยพัฒนารูปแบบมาจากการบำบัดแบบ 12 ขั้นตอน (TSF) และการฟื้นฟูสมรรถภาพแบบมินเนโซต้า (Minnesota Model) ประกอบด้วยกลุ่มบำบัด 5 ประเภท คือ กลุ่มสุขศึกษา กลุ่ม CBT กลุ่มบำบัดแบบ 12 ขั้นตอนแนวพุทธ กลุ่มผ่อนคลายความเครียด และกลุ่มครอบครัวศึกษา ใช้เวลาบำบัดนาน 4 สัปดาห์ โดยทีมสหวิชาชีพ หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแล้ว ผู้ป่วยยังได้รับการสนับสนุนให้เข้าร่วมกลุ่มบำบัดแบบผู้ป่วยนอก สัปดาห์ละครั้งๆ ละ 2 ชั่วโมงต่ออีก 16 สัปดาห์

การศึกษาแบบกึ่งทดลอง (ไม่สุ่ม) เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการบำบัดยาเสพติดรูปแบบโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า (PMK) เปรียบเทียบกับการบำบัดยาเสพติดวิวัฒน์พลเมืองรูปแบบเดิม (FAST Model) (แก้วคำ et al., 2018) โดยกลุ่มที่ได้รับการบำบัดรูปแบบ PMK ประกอบด้วยกลุ่มตัวอย่างจาก 2 ศูนย์ คือ 1) ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด ลาดหลุมแก้ว ปทุมธานี และ 2) ศูนย์บำบัดยาเสพติดวิวัฒน์พลเมืองกองทัพบก 1 แห่ง ส่วนกลุ่มที่ได้รับการบำบัดรูปแบบ FAST ประกอบด้วยกลุ่มตัวอย่างจากศูนย์บำบัดยาเสพติดวิวัฒน์พลเมืองของกองทัพบก 1 แห่ง ผลการศึกษาพบว่า ทั้งสองกลุ่มมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรุนแรงของการใช้สารเสพติดลดลงและมีค่าคะแนนการรับรู้ความสามารถในตนเอง (self-efficacy) เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเทียบจากคะแนนตั้งต้น แต่รูปแบบ PMK มีประสิทธิผลเหนือกว่ารูปแบบ FAST ในด้านคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น แต่ไม่แตกต่างกันในการลดความรุนแรงของการใช้สารเสพติด เมื่อติดตามที่ 3 เดือน และ 6 เดือน

การให้จิตสังคมบำบัดหลายชนิดร่วมกัน (multimodal therapy)

เมื่อพบว่า การบำบัดด้วยจิตสังคมบำบัดชนิดใดชนิดหนึ่งไม่ได้ผลในการลดปริมาณการใช้สารเสพติด หรือในการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยที่มีโรคจิตเวชอื่นร่วมด้วย การเพิ่มความเข้มข้นของการบำบัด และหรือการให้จิตสังคมบำบัดหลายๆ ชนิดร่วมกัน เช่น การให้การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ การบำบัดโดยการให้สิ่งจูงใจ การใช้กลุ่มช่วยเหลือประคับประคองซึ่งกันและกัน การบำบัดเชิงความคิดและพฤติกรรม การฝึกทักษะทางสังคม การให้จิตศึกษา การตั้งเป้าหมายการรักษาร่วมกัน การบำบัดเพื่อป้องกันการจัดไปเสพซ้ำ มีประสิทธิผลดีกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม (Bellack et al., 2006) การศึกษายังพบว่า กลุ่มที่ได้รับการบำบัดหลายชนิดร่วมกันรายงานว่ามีการใช้สารเสพติดลดลง มีสัดส่วนที่ตรวจพบยาเสพติดในปัสสาวะเป็นลบสูง

กว่า (59% vs. 25%) มีความร่วมมือในการบำบัดที่ดีกว่า และมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม (Gouzoulis-Mayfrank et al., 2015, Barrowclough et al., 2014)

การดูแลอย่างต่อเนื่องรูปแบบต่างๆ (Continuing Care)

ปัจจุบันหลายประเทศเริ่มตระหนักว่าปัญหาการใช้สารเสพติดอาจเป็นภาวะเรื้อรังและผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยมีการกลับมาเสพซ้ำ จึงมีลักษณะที่ไม่ต่างจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังทางกาย เช่น โรคเบาหวาน หรือความดันโลหิตสูง ซึ่งต้องการการดูแลในระยะยาวอย่างต่อเนื่อง การศึกษาบ่งชี้ว่าการรักษาในระยะ 2-3 สัปดาห์แรกที่แผนกผู้ป่วยนอกนั้น มีความสำคัญในการกำหนดระดับความเข้มข้นของการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องในเวลาต่อมา การศึกษาในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยด้วยความผิดปกติของการติดสุรา หรือโคเคน พบว่าผู้ที่สามารถหยุดสุราและโคเคนในช่วง 2 ถึง 3 สัปดาห์แรกของการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกมีแนวโน้มที่จะหยุดได้อย่างต่อเนื่องต่อไปด้วยการดูแลอย่างต่อเนื่องที่ไม่ต้องเข้มข้นมากนัก (McKay et al., 2005, McKay et al., 1999, McKay et al., 2013)

การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์อภิมานของการดูแลอย่างต่อเนื่องโดยการให้จิตสังคมบำบัดที่มีระยะเวลาอย่างน้อย 18 เดือน สำหรับผู้มีความผิดปกติของการใช้สารเสพติดเมื่อเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติที่มีระยะเวลาน้อยกว่า พบว่า การดูแลอย่างต่อเนื่องระยะยาวให้ผลลัพธ์ที่ดีกว่าในด้านระยะเวลาหยุดเสพอย่างต่อเนื่องและปริมาณการเสพ (odds ratio 1.35, 95% CI 1.09 – 1.67) (Beaulieu et al., 2021)

การดูแลอย่างต่อเนื่องอาจมีรูปแบบดังต่อไปนี้

- การเยี่ยมบ้านโดยพยาบาลเป็นเวลา 12 เดือน (Patterson et al., 1997)
- การจัดการรายกรณีแบบเข้มข้น (intensive case management) เป็นเวลา 12 ถึง 15 เดือน (Morgenstern et al., 2006, Morgenstern et al., 2009)
- การดูแลต่อเนื่องเชิงรุก (assertive aftercare) สำหรับเยาวชนเป็นเวลา 3 เดือน หลังจากได้รับการรักษาระยะแรกในสถานบำบัดแบบพักพิง (Godley et al., 2007)
- การติดตามทางโทรศัพท์สำหรับผู้ที่ติดสุราและโคเคนเป็นเวลา 24 เดือน (McKay et al., 2005)
- การติดตามทางโทรศัพท์และส่งข้อความหลังจากได้รับการบำบัดแบบอาศัยในสถานพักฟื้น (residential treatment) สำหรับผู้มีปัญหาความผิดปกติของพฤติกรรมการดื่มสุรา (Graser et al., 2021)

- การติดตามทางโทรศัพท์เป็นเวลา 15 เดือน สำหรับผู้มีความผิดปกติทางจิตเวชร่วมกับการใช้สารเสพติด (Woodhead et al., 2023)
- การป้องกันการกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำโดยใช้สติบำบัด (mindfulness-based relapse prevention, MBRP) โดยบำบัดสัปดาห์ละครั้งเป็นเวลา 8 สัปดาห์หลังจากเสร็จสิ้นการบำบัดระยะแรก (Bowen et al., 2014)
- การให้การบำบัดประคับประคองแบบอัตโนมัติทางโทรศัพท์มือถือเวลา 8 เดือนหลังจากได้รับการบำบัดในสถานบำบัดแบบพักฟิง (Gustafson et al., 2014)
- การบำบัดแบบติดตามอย่างต่อเนื่อง (maintenance check-up sessions) ที่ 1 และ 3 เดือนหลังจากเสร็จสิ้นการบำบัดทางจิตสังคมในช่วงแรก (Walker et al., 2015)
- การส่งข้อความทางโทรศัพท์มือถือเพื่อการช่วยเหลือฟื้นฟู (mobile texting recovery support) สำหรับเยาวชนเป็นเวลา 3 เดือนหลังจากได้รับการรักษาระยะแรก (Gonzales et al., 2016)
- การใช้โปรแกรมการดูแลติดตามทางโทรศัพท์มือถือ (Scott et al., 2020)

ประสิทธิผลของการดูแลอย่างต่อเนื่องรูปแบบต่างๆ

การประเมินประสิทธิผลของการบำบัดฟื้นฟูรูปแบบต่างๆนั้นมีหลายคำถามที่ควรพิจารณา เช่น 1) มีการบำบัดฟื้นฟูรูปแบบใดมีประสิทธิผลกว่ารูปแบบอื่นหรือไม่ 2) การพักฟื้นในสถานพยาบาลมีผลลัพธ์ดีกว่าการบำบัดแบบบำบัดแบบผู้ป่วยนอกหรือไม่ โดยอาจสรุปจากหลักฐานที่มีอยู่ได้ดังนี้ ยังไม่มีหลักฐานชัดเจนจากการศึกษาทดลองแบบสุ่ม (RCT) ถึงประโยชน์ที่ได้มากขึ้นจากการใช้เวลาบำบัดแบบพักฟิงที่นานขึ้น (Nemes et al., 1999) หรือรูปแบบใดดีกว่าระหว่างการให้การบำบัดแบบพักอาศัยในสถานบำบัดเปรียบเทียบกับการมาบำบัดแบบไปเช้า- กลับเย็น (Greenwood et al., 2001) หลักฐานบ่งชี้ว่าการบำบัดโดยอาศัยอยู่ในสถานพักฟื้นไม่นานนักแล้ว ตามด้วยการบำบัดแบบนัดติดตาม หรือแบบไปเช้า- กลับเย็นอย่างต่อเนื่อง มีประสิทธิผลไม่แตกต่างจากการบำบัดแบบพักอาศัยระยะยาวอยู่ในสถานบำบัด (Babor et al., 2010)

นอกจากนี้ การวิเคราะห์แบบอภิมาน (Smith et al., 2006, Fiestas and Ponce, 2012) ยังไม่พบหลักฐานชัดเจนว่า ชุมชนบำบัดมีประสิทธิผลดีกว่ารูปแบบการรักษาอื่นที่อาศัยอยู่ในสถานบำบัดฟื้นฟูระยะยาวที่แพร่หลายกว่า และอาจมีต้นทุนต่ำกว่าอย่างเช่น บ้านพักในชุมชนแบบบ้านกึ่งวิถี (halfway house) หรือแบบผู้ป่วยในในโรงพยาบาล และยังไม่พบว่า ชุมชนบำบัดรูปแบบใดรูปแบบหนึ่งมีประสิทธิผลดีกว่าชุมชนบำบัดรูปแบบอื่นๆ อย่างไรก็ตาม ชุมชนบำบัดที่ดำเนินการในเรือนจำอาจมีประสิทธิผลดีกว่ารูปแบบการรักษาแบบอื่นในการป้องกันการกลับไปกระทำผิดซ้ำ และหากดูจากภาพรวมของการศึกษาต่างๆ ที่นำมาทบทวนแล้ว พบว่า ยังมีข้อจำกัดในระเบียบวิธีวิจัยอยู่หลาย

ประการที่อาจนำไปสู่อคติ และทำให้การสรุปผลถึงประสิทธิผลของการบำบัดฟื้นฟูชนิดต่างๆ เมื่อเปรียบเทียบกันยังไม่ชัดเจน

สรุป

การบำบัดฟื้นฟูและดูแลอย่างต่อเนื่อง สำหรับผู้ที่มีความผิดปกติของการใช้สารเสพติดมีหลายรูปแบบ TC เป็นการบำบัดแบบอยู่ประจำที่มีโครงสร้างชัดเจน มุ่งเน้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมผ่านสภาพแวดล้อมที่สนับสนุนและช่วยเหลือกัน TSF และกลุ่มประคับประคองซึ่งกันและกัน เช่น AA หรือ NA เน้นการสนับสนุนซึ่งกันและกัน การเติบโตทางจิตวิญญาณ และความรับผิดชอบส่วนบุคคล การดูแลแบบผู้ป่วยในเป็นการรักษาแบบเข้มข้นภายใต้การดูแลทางการแพทย์ เหมาะสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพาสารเสพติดรุนแรง หรือมีปัญหาสุขภาพจิตร่วมด้วย นอกจากนี้ ยังมีการดูแลต่อเนื่องรูปแบบอื่นๆ อีกมากมาย ซึ่งช่วยป้องกันการกลับไปใช้สารเสพติดอีกหลังจากสิ้นสุดการรักษาหลัก แม้ว่าจะไม่มีวิธีใดที่ได้ผลดีที่สุดสำหรับทุกคน แต่หลักฐานชี้ให้เห็นว่า การเข้าร่วมโปรแกรมบำบัดอย่างต่อเนื่องในระยะยาวช่วยเพิ่มโอกาสในการฟื้นตัว การใช้แนวทางแบบผสมผสานที่ปรับให้เหมาะกับผู้ป่วยแต่ละรายจะให้ผลลัพธ์ที่ดีที่สุดในการเลิกใช้สารเสพติดและการมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

หลักฐานในปัจจุบันยังไม่สามารถสรุปได้ว่า การบำบัดระยะยาวแบบอาศัยในสถานฟื้นฟูมีประสิทธิผลดีกว่าการบำบัดแบบไปเช้า– กลับเย็น หรือแบบผู้ป่วยนอก นอกจากนี้ ยังไม่มีข้อมูลเพียงพอที่จะยืนยันว่า การบำบัดแบบอาศัยในสถานพักฟื้นในระยะเวลาไม่นานแล้ว ติดตามต่อด้วยการบำบัดแบบอื่นๆ เช่น การบำบัดแบบแบบผู้ป่วยนอก แบบไปเช้าเช้า– กลับเย็น การจัดการรายกรณี การติดตามทางโทรศัพท์หรือรูปแบบอื่นๆ มีประสิทธิผลแตกต่างกันหรือไม่ แต่หากพิจารณาในด้านต้นทุนประสิทธิผล ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่มีข้อบ่งชี้ชัดเจนในการบำบัดแบบพักอาศัยหรือแบบผู้ป่วยในแล้ว การบำบัดแบบผู้ป่วยนอกแบบระยะยาว หรือบำบัดแบบพักอาศัยในสถานพักฟื้นระยะสั้นแล้ว ต่อด้วยแบบผู้ป่วยนอกหรือแบบอื่นๆ น่าจะมีต้นทุนประสิทธิผลดีกว่าการบำบัดแบบอาศัยระยะยาวในสถานพักฟื้น

บทที่ 7

การบำบัดสำหรับความผิดปกติของการใช้สารเสพติดในกลุ่มเยาวชน

(PSYCHOSOCIAL THERAPIES FOR SUBSTANCE USE DISORDERS IN ADOLESCENTS)

การประเมินและบำบัดกลุ่มเยาวชนที่มีปัญหาจากการใช้สารเสพติดมีความคล้ายคลึงกับการประเมินและบำบัดกลุ่มผู้ใหญ่ แต่มีข้อควรพิจารณาเพิ่มเติมถึงการประเมินและการบำบัดที่เหมาะสมกับระดับสติปัญญา พัฒนาการ สภาพสังคม และสถานะทางกฎหมายของเยาวชน

การบำบัดทางจิตสังคมในกลุ่มเยาวชนมีเป้าหมายดังต่อไปนี้

- เพิ่มแรงจูงใจในการเข้ารับการบำบัดและการเลิกหรือลดใช้สารเสพติด
- เพิ่มพูนทักษะในการเลิกหรือลดสารเสพติดอย่างต่อเนื่อง
- ฝึกทักษะการเลี้ยงลูกของผู้ปกครองในการควบคุมพฤติกรรมการใช้สารเสพติด
- ค้นหาเพื่อนที่ทำกิจกรรมที่มีประโยชน์มาทดแทนเพื่อนที่มีพฤติกรรมเบี่ยงเบน

ต่อไปนี้จะกล่าวถึงจิตสังคมบำบัดที่นำมาใช้กับกลุ่มเยาวชนที่ใช้สารเสพติด

ครอบครัวบำบัด (Family-Based Treatment)

ครอบครัวบำบัดเป็นรูปแบบการบำบัดที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุนมากที่สุดสำหรับเยาวชนที่มีปัญหาการใช้สารเสพติด การวิเคราะห์อภิมานของการทดลองทางคลินิกกับกลุ่มตัวอย่างวัยรุ่น โดยเปรียบเทียบครอบครัวบำบัดกับการดูแลรักษาตามปกติ หรือการบำบัดอีกชนิดหนึ่ง (Tanner–Smith et al., 2013a) พบว่า ครอบครัวบำบัดมีประสิทธิผลปานกลางในการลดพฤติกรรมการใช้สารเสพติดในเยาวชน เช่น จำนวนวันที่ใช้สารเสพติดต่อเดือน จำนวนตัวอย่างปัสสาวะที่ตรวจพบสารเสพติด เมื่อเปรียบเทียบกับการบำบัดเยาวชนแบบกลุ่ม (adolescent group therapy) และการให้การศึกษาครอบครัวแบบกลุ่ม (family education group) (Liddle et al., 2001) ถึงแม้ว่าทั้ง 3 กลุ่มมีพัฒนาการที่ดีขึ้นในเรื่องอาการและการทำหน้าที่เอื้อสังคม (prosocial functioning) แต่กลุ่มที่ได้รับครอบครัวบำบัดมีผลลัพธ์โดยรวมที่ดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอีก 2 กลุ่ม เมื่อติดตามที่ 6 เดือน และ 12 เดือน

การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing, MI)

การบำบัดด้วย MI กับเยาวชนที่ใช้สารเสพติดใช้วิธีการและเทคนิคเช่นเดียวกับที่ใช้กับผู้ใหญ่ โดยทั่วไปประกอบด้วยการบำบัดจำนวน 1 ถึง 4 ครั้ง ครั้งละประมาณ 15 – 45 นาที หลักฐานจากการทดลองแบบสุ่ม พบว่า MI มีประสิทธิผลดีกว่ากลุ่มควบคุมเล็กน้อย ในการลดปริมาณการดื่มสุรา การวิเคราะห์อภิมานในปี 2015 ของการทดลองทางคลินิกแบบสุ่มโดยเปรียบเทียบ MI กับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการบำบัดอื่นๆ หรือไม่ได้รับการบำบัดใดๆ ในวัยรุ่นที่มีปัญหาการดื่มสุรา (Hogue et al., 2018) พบว่า MI มีประสิทธิผลดีกว่าเล็กน้อยในการลดปริมาณการดื่มสุราและปัญหาที่เกิดจากการดื่มสุรา และประสิทธิผลยังคงอยู่อย่างต่อเนื่องยาวนานถึง 1 ปีหลังจากที่การบำบัดสิ้นสุด และประสิทธิผลไม่ได้ขึ้นอยู่กับลักษณะทางประชากร ระยะเวลาของการบำบัด และรูปแบบที่หลากหลายของการบำบัด การวิเคราะห์อภิมานของการทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุมล่าสุดโดยเปรียบเทียบ MI กับกลุ่มควบคุมคือการดูแลรักษาตามปกติในเยาวชนที่ดื่มสุราแบบเสี่ยง (Steele et al., 2020) พบว่า MI มีประสิทธิผลดีกว่ากลุ่มควบคุมเล็กน้อยในการลดจำนวนวันที่ดื่มสุราต่อเดือนและจำนวนวันที่ดื่มหนัก การวิเคราะห์อภิมานพบว่า MI มีประสิทธิผลที่ยังไม่ชัดเจนกับการใช้สารเสพติดชนิดอื่นที่ไม่ใช่สุรา (Jensen et al., 2011, Li et al., 2016, Steele et al., 2020) และหลักฐานด้านประสิทธิผลยังจำกัดในผู้ที่มีปัญหาการใช้สารเสพติดที่รุนแรง แต่อาจช่วยลดผลกระทบหรืออันตรายจากการเสพในเยาวชนที่เสพกัญชา (Steele et al., 2020)

การบำบัดเชิงความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy, CBT)

CBT สำหรับเยาวชนสามารถทำในรูปแบบบุคคลหรือในแบบกลุ่ม หลักฐานการทดลองทางคลินิกแบบสุ่มกับกลุ่มตัวอย่างเยาวชนโดยเปรียบเทียบ CBT กับกลุ่มควบคุมที่ได้รับจิตศึกษา (psychoeducation) และการดูแลตามปกติ พบว่ากลุ่มที่ได้รับ CBT มีการใช้สารเสพติดที่ลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม (Kaminer et al., 2002, Waldron et al., 2001, Liddle et al., 2008) การศึกษาเปรียบเทียบ CBT กับ family therapy พบว่า การบำบัดทั้ง 2 รูปแบบสามารถลดจำนวนวันการใช้สารเสพติดในรอบหนึ่งเดือนที่ผ่านมาเมื่อติดตามที่ 6 เดือนและ 12 เดือน แต่พบว่าปริมาณการใช้สารเสพติดลดลงไปเรื่อยๆ ในกลุ่มที่ได้รับครอบครัวบำบัด ส่วนกลุ่มที่ได้รับ CBT มีปริมาณการใช้สารเสพติดคงที่หลังจากติดตามที่ 6 เดือน (Liddle et al., 2008) การทบทวนอย่างเป็นระบบของการศึกษาถึงประสิทธิผลของ CBT ในการบำบัดเยาวชนที่มีปัญหาความผิดปกติของการเสพกัญชาที่มีระดับความรุนแรงปานกลางถึงมากพบว่ามีประสิทธิผลดี (Mauries et al., 2024)

การบำบัดด้วยสิ่งจูงใจ (Contingency Management, CM)

โดยภาพรวมการทดลองทางคลินิกสนับสนุนประสิทธิผลของการบำบัดด้วย CM ในวัยรุ่นอย่างน้อยในระยะสั้น การศึกษาส่วนใหญ่พบว่า CM มีประสิทธิผลช่วยให้หยุดใช้สารเสพติดได้ดีกว่ากลุ่มควบคุม (Stanger et al., 2009, Henggeler et al., 2012, Godley et al., 2010, Stewart et al., 2015, Stanger et al., 2017, Killeen et al., 2012, Kaminer et al., 2014) และมีประสิทธิผลในการเพิ่มความร่วมมือในการเข้ารับการบำบัดจนครบตามที่กำหนด (attendance completion) เมื่อให้ร่วมกับการได้รับข้อความเตือน (text reminder) เมื่อถึงเวลานัดหมาย (Pedersen et al., 2021) และช่วยลดการกระทำผิดกฎหมาย (del Palacio-Gonzalez et al., 2022)

การคัดกรองและการให้การบำบัดแบบสั้น (Screening and Brief Intervention)

การศึกษาพบว่า การให้การบำบัดแบบสั้น (Brief Intervention, BI) สามารถช่วยลดปริมาณการดื่ม การวิเคราะห์อภิมานของการทดลองแบบสุ่ม และแบบกึ่งทดลอง โดยเปรียบเทียบการให้ BI กับ 1) กลุ่มที่ไม่ได้รับการรักษา 2) กลุ่มควบคุมที่รอการรักษา (wait-list) และ 3) กลุ่มที่ได้รับการรักษาตามปกติในเยาวชนอายุ 17 ถึง 30 ปี ที่มีปัญหาการดื่มสุราที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ (Tanner-Smith

and Lipsey, 2015) พบว่า BI ช่วยลดปริมาณการดื่มและปัญหาที่สัมพันธ์กับการดื่มลงเล็กน้อย (effect size 0.17–0.27 and 0.11–0.19) ประสิทธิผลดังกล่าวยังคงอยู่นานถึง 1 ปีหลังจากการสิ้นสุดของการบำบัดและไม่ขึ้นอยู่กับลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง ความยาวของการบำบัด และรูปแบบ (format) ของการบำบัด

การทดลองทางคลินิกแบบสุ่มเปรียบเทียบการให้ BI 2 รูปแบบในกลุ่มตัวอย่างเยาวชนที่มีปัญหาการดื่มสุราและการใช้สารเสพติดจากการคัดกรองในโรงเรียน (Winters et al., 2014, Winters et al., 2012) โดยสุ่มกลุ่มตัวอย่างคือเยาวชนและผู้ปกครองให้ได้รับ BI ในรูปแบบอย่างใดอย่างหนึ่งดังต่อไปนี้ 1) กลุ่มเฉพาะเยาวชน ได้รับ BI 2 ครั้ง 2) กลุ่มเฉพาะเยาวชนได้รับ BI 2 ครั้ง ร่วมกับกลุ่มเฉพาะผู้ปกครองได้รับ BI 1 ครั้ง 3) กลุ่มควบคุม ไม่ได้รับ BI แต่ได้รับเพียงแต่การคัดกรองอย่างเดียว โดยติดตามที่ 6 และ 12 เดือน ผลลัพธ์คือการหยุดสารเสพติดอย่างต่อเนื่องในช่วง 90 วันที่ผ่านมา พบว่ากลุ่มที่ได้รับ BI มีผลลัพธ์ที่ดีกว่ากลุ่มควบคุม และกลุ่มที่ทั้งเยาวชนและผู้ปกครองได้รับ BI มีผลลัพธ์ที่ดีที่สุด อย่างไรก็ตาม หลักฐานยังไม่เพียงพอที่จะสรุปถึงประสิทธิผลของ BI ในวัยรุ่นที่มีปัญหาความผิดปกติของการดื่มสุราที่มีความรุนแรงตั้งแต่ปานกลางหรือมาก

การดูแลเชิงรุกอย่างต่อเนื่องสำหรับวัยรุ่น (Adolescent Assertive Continuing Care, A-ACC)

การดูแลเชิงรุกอย่างต่อเนื่องสำหรับวัยรุ่น (A–ACC) ประกอบด้วยการจัดการกับภาวะเฉียบพลัน (acute care) ในระยะแรก ติดตามด้วยการดูแลอย่างต่อเนื่องในระยะยาว (long term care)

องค์ประกอบของการบำบัดรูปแบบนี้ประกอบด้วย

- การจัดการรายกรณี (case management)
- การเยี่ยมบ้านอย่างสม่ำเสมอหรือเมื่อมีความจำเป็น
- การช่วยเหลือให้ได้เข้ารับการบริการที่จำเป็นอื่นๆ
- การช่วยเหลือในเรื่องการเดินทางไปรับบริการอื่นๆที่จำเป็น
- การช่วยเหลือให้เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม (prosocial activities) หรือการหางาน
- การประเมินติดตามการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ
- การประคับประคองทางสังคมที่ช่วยป้องกันการหวนกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำหรือปัญหาอื่นๆ

A-ACC มีส่วนคล้ายคลึงกับการจัดการรายกรณีซึ่งพัฒนาขึ้นสำหรับการดูแลโรคเรื้อรัง (Godley et al 2006) การศึกษาถึงประสิทธิผลของ A-ACC หลังจากได้รับการบำบัดแบบอยู่พักอาศัยในสถานบำบัด (residential treatment) (Godley et al., 2010, Godley et al., 2007) พบว่า เยาวชนที่ได้รับการบำบัดในกลุ่ม A-ACC มีสัดส่วนของการหยุดกัญชาได้อย่างต่อเนื่องสูงกว่าผู้ที่อยู่ในกลุ่มควบคุม

การบำบัดโดยให้แรงเสริมในชุมชน (Adolescent Community Reinforcement Approach, A-CRA)

การบำบัดโดยให้แรงเสริมในชุมชนสำหรับวัยรุ่น (A-CRA) คือรูปแบบหนึ่งของการบำบัดที่อิงหลักการของ CBT โดยมีเป้าหมายเพื่อทำให้การหยุดใช้สารเสพติดเป็นทางเลือกที่น่าดึงดูดมากกว่าการใช้สารเสพติด (Mitchell et al., 2013, Wu et al., 2016, Burrow-Sánchez et al., 2015) โดยช่วยให้เยาวชนและครอบครัวใช้เวลาไปกับการทำกิจกรรมทางสังคมหรือนันทนาการมากกว่าใช้ไปกับการเสพ (Godley et al., 2001)

A-CRA ประกอบด้วย 1) การบำบัดด้วย CBT สำหรับวัยรุ่นแบบตัวต่อตัว 2) การบำบัดสำหรับผู้ดูแลและ 3) การบำบัดสำหรับวัยรุ่นและผู้ดูแลด้วยกัน โดยกระบวนการจะมุ่งไปที่การเสริมทักษะในการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ ทักษะความสัมพันธ์กับผู้อื่น ทักษะการติดต่อสื่อสาร การแก้ปัญหา การตั้งเป้าหมาย การก้าวข้ามอุปสรรคต่างๆ การวิเคราะห์พฤติกรรมการเสพ การคบเพื่อนที่ไม่ใช้สารเสพติด การเข้าร่วมกับกิจกรรมนันทนาการและกิจกรรมทางสังคมที่ไม่เกี่ยวข้องกับสารเสพติด การทดลองกิจกรรมใหม่ๆ เป็นต้น

การทดลองทางคลินิกแบบสุ่มกับกลุ่มตัวอย่างเยาวชนที่ไร้บ้านหรือหนีออกจากบ้าน โดยสุ่มให้อยู่ในกลุ่ม A-CRA หรือกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ กลุ่มที่ได้รับ A-CRA รายงานการใช้สารเสพติดที่ลดลง มีอาการซึมเศร้าลดลง และการเข้ากิจกรรมทางสังคมที่เพิ่มขึ้น (Slesnick et al., 2007) การศึกษาเปรียบเทียบ A-CRA กับการบำบัดวิธีอื่นๆ พบว่ามีความแตกต่างกันน้อยมากในผลลัพธ์พฤติกรรมการใช้สารเสพติด (Dennis et al., 2004) แต่เมื่อให้ A-CRA ร่วมกับ A-ACC พบว่ามีผลลัพธ์ที่ดีกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลรักษาตามปกติ (Henderson et al., 2016)

การบำบัดโดยใช้โรงเรียนเป็นฐาน (School-Based Treatmentbe)

นอกเหนือจาการบำบัดแบบสั้นที่อาจดำเนินการได้ในโรงเรียน การวิเคราะห์อภิมาน พบว่าโปรแกรมที่จัดการกับพฤติกรรมเสี่ยงที่ระดับตัวบุคคลและครอบครัวแบบไม่เจาะจง (universal) ในโรงเรียนมีประสิทธิผลในการลดพฤติกรรมการดื่มสุรา (MacArthur et al., 2018) นอกจากนี้ โปรแกรมในโรงเรียนที่มีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันพฤติกรรมการดื่มสุราในเยาวชนยังอาจมีประสิทธิผลในการลดการดื่มแบบเสี่ยง (risky drinking) และอันตรายจากการดื่มสุรา (alcohol-related harm) เมื่อติดตามกลุ่มเยาวชนที่เข้าร่วมโครงการไปจนเป็นผู้ใหญ่ หลักฐานการศึกษาติดตามระยะยาวจากการทดลองแบบสุ่มเลือกเป็นกลุ่ม (cluster randomized controlled trial) โดยมีกลุ่มตัวอย่างคือโรงเรียนถูกสุ่มเป็น 4 กลุ่ม

กลุ่มที่ 1 เข้าร่วมกิจกรรมเพื่อป้องกันพฤติกรรมการดื่มสุราแบบไม่เจาะจงผ่านเว็บไซต์ (universal web-based prevention)

กลุ่มที่ 2 ได้รับกิจกรรมกลุ่มเฉพาะสำหรับนักเรียนที่มีบุคลิกภาพเสี่ยงต่อการดื่มสุรา

กลุ่มที่ 3 ได้รับกิจกรรมทั้ง 2 แบบที่กลุ่ม 1 และกลุ่ม 2 ได้รับ

กลุ่มที่ 4 คือกลุ่มควบคุมซึ่งได้รับเพียงความรู้ด้านสุขภาพทั่วไป (Newton et al., 2022) เมื่อติดตามที่ 7 ปีต่อมาหลังจบโครงการ ผู้เข้าร่วมในกิจกรรมของ 3 กลุ่มแรกมีความเสี่ยงต่ออันตรายจากการดื่มสุราลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม

การผสมผสานการบำบัดด้วยวิธีต่างๆ

การสัมภาษณ์หรือการบำบัดเพื่อสร้างแรงจูงใจ (MI, MET) และการบำบัด โดยการให้สิ่งจูงใจ (CM) มักจะนำมาใช้เป็นการบำบัดเสริมควบคู่ไปกับการบำบัดหลักอย่างเช่น การบำบัดเชิงความคิดและพฤติกรรม (CBT) หรือการบำบัดครอบครัว การผสมผสานการบำบัดเสริมไปกับการบำบัดหลักพบว่ามีประสิทธิผลที่ดีกว่าการให้การบำบัดหลักอย่างเดียว (Dennis et al., 2004)

การวิเคราะห์อภิมานของการการให้ MI ควบคู่ไปกับ CBT พบว่ามีประสิทธิผลดีกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับการบำบัดด้วย CBT อย่างเดียวในการลดการใช้สารเสพติด (effect size 0.59, 95%CI -1.88 to 3.07) (Tanner-Smith et al., 2013b)

มีการนำ CM มาใช้เป็นการบำบัดควบคู่ไปกับการบำบัดอื่นๆ และพบว่ามีหลักฐานด้านประสิทธิผลที่เพิ่มขึ้นอย่างน้อยในระยะสั้น การศึกษาทดลองทางคลินิกกับผู้ที่มีที่มีปัญหาการเสพกัญชา โดยกลุ่มตัวอย่างถูกสุ่มให้ได้รับการบำบัดด้วย MET/CBT หรือ MET/CBT + CM หรือ MET/CBT + CM + การอบรมผู้ปกครอง (parent training) (Stanger et al., 2015) พบว่าการเสริมการบำบัดด้วย CM นั้นช่วยเพิ่มอัตราการหยุดเสพกัญชาในระยะสั้น แต่ไม่พบความแตกต่างของอัตราการหยุดเสพกัญชาระหว่างกลุ่มเมื่อติดตามที่ 1 ปีต่อมา

สรุป

การบำบัดทางจิตสังคมสำรับปัญหาการใช้สารเสพติดในวัยรุ่นมีความแตกต่างจากในผู้ใหญ่ เนื่องจากให้ความสำคัญกับพลวัตของครอบครัว พัฒนาการของวัยรุ่น และอิทธิพลจากเพื่อน จิตบำบัดที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุนมากที่สุดคือ ครอบครัวบำบัด ซึ่งมุ่งเน้นที่การปรับปรุงการสื่อสารในครอบครัว ความสัมพันธ์ และการดูแลของพ่อแม่ การบำบัดอื่นๆ เช่น การดูแลเชิงรุกอย่างต่อเนื่อง (A–ACC) เน้นการดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยการเยี่ยมบ้านและการจัดการรายกรณี เพื่อการฟื้นฟูในระยะยาว การบำบัดโดยให้แรงเสริมในชุมชน (A–CRA) ผสมผสานหลักการของ CBT กับการใช้แรงเสริมทางบวกเพื่อส่งเสริมกิจกรรมที่สร้างสรรค์แทนการใช้สารเสพติด การบำบัดโดยใช้โรงเรียนเป็นฐาน เป็นการบำบัดที่ให้บริการในโรงเรียนซึ่งเข้าถึงได้ง่ายและมักรวมการพัฒนาทักษะชีวิตและการสนับสนุนจากเพื่อน โดยรวมแล้วการบำบัดเหล่านี้ เน้นความเหมาะสมตามพัฒนาการของวัยรุ่น การมีส่วนร่วมของครอบครัว และการสร้างระบบสนับสนุน ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการจัดการกับปัญหาการใช้สารเสพติดในวัยรุ่น

ภาค 2:

จิตสังคมบำบัด
สำหรับยาเสพติดแต่ละชนิด

บทที่ 8

จิตสังคมบำบัดสำหรับความผิดปกติของการใช้กัญชา (*PSYCHOSOCIAL THERAPIES FOR CANNABIS USE DISORDER)*

การบำบัดผู้ที่มีความผิดปกติของการใช้กัญชาส่วนใหญ่อยู่ในแผนกผู้ป่วยนอก แต่การบำบัดแบบผู้ป่วยในหรือในสถานบำบัดแบบพักฟื้นอาจมีความจำเป็น หากการบำบัดแบบผู้ป่วยนอกไม่ได้ผล หรืออาจจำเป็นสำหรับผู้ที่ใช้สารเสพติดหลายชนิดร่วมกับกัญชา หรือผู้เสพกัญชามีอาการทางจิต ทำร้ายตนเอง ซึมเศร้ารุนแรง กระวนกระวาย หรือมีโรคจิตเวชอื่นๆ ร่วมด้วย

โดยทั่วไปผู้บำบัดควรนำเครือข่ายทางสังคมของผู้เสพ โดยเฉพาะครอบครัวมาเข้าร่วมในกระบวนการบำบัดให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้โดยได้รับความยินยอมจากผู้เสพ เพื่อให้ได้ข้อมูลและประวัติอื่นๆ เพิ่มเติม ช่วยประคับประคองผู้เสพในกระบวนการรักษา และช่วยติดตามความก้าวหน้าและการร่วมมือในการรักษา ผู้บำบัดอาจตั้งเป้าหมายของการรักษาความผิดปกติของการใช้กัญชาที่การเลิกเสพโดยสิ้นเชิง หรือลดปริมาณการเสพเพื่อลดผลกระทบหรืออันตรายจากการเสพ (harm reduction) (Lozano et al., 2006) โดยอาจมุ่งไปที่การเลิกเสพมากกว่าที่จะลดอันตรายจาการเสพ ถึงแม้ว่ายังไม่มีการศึกษาที่เปรียบเทียบผลลัพธ์ระหว่างการบำบัดสองรูปแบบนี้ที่มีเป้าหมายแตกต่างกันสำหรับผู้เสพบางราย การลดปริมาณหรือความถี่ของการเสพ หรืองดการเสพในสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงสูง (เช่น ไม่เสพในขณะที่ขับขี่ยานพาหนะ) อาจเป็นเป้าหมายเบื้องต้นในการรักษา โดยหลักฐาน

บ่งชี้ว่า การลดความถี่ของการเสพมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ที่ดีขึ้นมากกว่าการลดปริมาณการเสพ (Brezing et al., 2018) แต่ไม่ว่าเป้าหมายจะเป็นแบบใด ในระยะแรกผู้บำบัดอาจเริ่มต้นโดยการส่งเสริมให้ผู้เสพมีแรงจูงใจเข้าร่วมในกระบวนการบำบัดและคงอยู่ในกระบวนการบำบัดเสียก่อน โดยอาจใช้เทคนิคการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ หลังจากนั้นผู้บำบัดอาจค่อยๆ ตั้งเป้าหมายในการรักษาให้สูงขึ้นเรื่อยๆ จนถึงการหยุดเสพอย่างต่อเนื่อง เป้าหมายอื่นๆ อาจประกอบด้วยการเพิ่มความสามารถด้านจิตสังคมและการทำงาน การตรวจหากัญชาในร่างกายเป็นระยะอย่างต่อเนื่องมีประโยชน์ในการติดตามความก้าวหน้าในการบำบัดและช่วยให้ตรวจพบการหวนกลับไปเสพได้แต่เนิ่นๆ และนำไปสู่เพิ่มอัตราการการหยุดเสพได้สำเร็จ

ประสิทธิผลของการบำบัดรูปแบบต่างๆ

การบำบัดความผิดปกติของการใช้กัญชา ควรใช้รูปแบบจิตสังคมเป็นลำดับแรกมากกว่าการใช้ยา หลักฐานจากการทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุมบ่งชี้ถึงประสิทธิผลที่ชัดเจนของจิตสังคมบำบัด แต่ไม่ชัดเจนในกรณีของการใช้ยาบำบัดความผิดปกติของการใช้กัญชา (Kondo et al., 2020) การวิเคราะห์อภิมานของการทดองแบบสุ่มในผู้เสพกัญชาที่ต้องการรับการรักษาพบว่าผู้ที่ได้รับจิตสังคมบำบัดมีแนวโน้มสูงกว่าเป็น 2 เท่าของกลุ่มควบคุมในการเลิกเสพเมื่อติดตามที่ 3 – 4 เดือน (21% vs 10%, relative risk 2.08, 95%CI 1.51–3.07) (Patnode et al., 2020) ตัวอย่างการบำบัดทางจิตสังคมที่มีหลักฐานมากที่สุดถึงประสิทธิผลในการรักษาคือ CBT หรือ MET การบำบัดเหล่านี้ยังไม่ได้นำมาศึกษาแบบเปรียบเทียบตัวต่อตัวโดยตรง (head–to–head comparison) ดังนั้น การเลือกวิธีใดในการบำบัดจึงขึ้นอยู่กับความพอใจของผู้ป่วยและความถนัดของผู้บำบัด แต่ถ้าหากพบว่าการบำบัดอย่างใดอย่างหนึ่งข้างต้นนั้นไม่มีประสิทธิผล การบำบัดด้วย CBT และ MET ควบคู่ไปด้วยกัน หรือเสริมด้วยการให้ CM ควบคู่ไปกับ CBT หรือ MET อาจช่วยเพิ่มประสิทธิผลการรักษา (Gates et al., 2016) นอกจากนี้ การผนวกองค์ประกอบต่างๆ ต่อไปนี้เข้าไปในการบำบัดยังอาจช่วยเพิ่มประสิทธิผลของการบำบัด (Gates et al., 2016)

- การเพิ่มแรงจูงใจในการลดปริมาณหรือหยุดเสพ
- ฝึกทักษะทางสังคม
- การเกื้อหนุนทางสังคมจากบุคคลรอบข้าง
- การจัดการกับความรู้สึกปวด
- การให้ความรู้เกี่ยวกับผลของการเสพกัญชา

การคัดกรองและการบำบัดแบบสั้น (Screening and Brief Intervention)

ผู้เสพกัญชาที่รับการคัดกรองปัญหาจากการเสพไม่ว่าจะในสถานที่ที่เป็นสถานพยาบาลหรือไม่ใช่สถานพยาบาลอาจได้รับประโยชน์จากการบำบัดแบบสั้น โดยเฉพาะในกลุ่มเยาวชน ซึ่งโดยทั่วไปมักจะทำการบำบัดแบบสั้นไม่เกิน 2 ครั้ง ครั้งละไม่เกิน 15–30 นาที โดยใช้เทคนิคของการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ ถึงแม้หลักฐานด้านประสิทธิผลของการบำบัดแบบสั้นมีค่อนข้างจำกัด การวิเคราะห์อภิมานในกลุ่มตัวอย่างเยาวชนอายุ 15–30 ปี โดยคัดกรองในสถานที่ไม่ใช่สถานพยาบาล พบว่าเพิ่มสัดส่วนของการเลิกกัญชาที่ 1–3 เดือนต่อมา (odds ratio 1.73, 95%CI 1.13–2.66) (Halladay et al., 2019) แต่การบำบัดแบบสั้นไม่มีผลในการลดการเสพที่ 3 เดือนต่อมาหรือหลังจากนั้นในกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการคัดกรองในสถานพยาบาล (Imtiaz et al., 2020)

การบำบัดเชิงความคิดและและพฤติกรรม (Cognitive Behaviour Therapy, CBT)

ผู้บำบัดอาจเลือก CBT เป็นการบำบัดลำดับแรกสำหรับผู้ที่มีความผิดปกติของการใช้กัญชา เนื่องจากมีหลักฐานสนับสนุนถึงประสิทธิผลที่หนักแน่นเมื่อเทียบกับจิตสังคมบำบัดชนิดอื่นๆ **(Gates et al., 2016)** การทดลองโดยเปรียบเทียบกลุ่มที่ได้รับ CBT กับกลุ่มควบคุมในผู้ติดกัญชาพบว่า ผู้ที่ได้รับ CBT เสพกัญชาในปริมาณต่อเดือนน้อยกว่ากลุ่มควบคุม (Stephens et al., 2000) อีกการศึกษาหนึ่งสุ่มอาสาสมัครเป็น 3 กลุ่ม กลุ่มที่หนึ่งได้รับ CBT เพียง 1 ครั้ง กลุ่มที่สองได้รับ CBT 6 ครั้งในช่วงเวลา 6 สัปดาห์ กลุ่มที่ 3 คือ กลุ่มควบคุม (Copeland et al., 2001) เมื่อติดตามที่ 8 เดือนต่อมา พบว่าสัดส่วนของอาสาสมัครที่มีการหยุดเสพกัญชาอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 1 เดือนสูงสุดในกลุ่มผู้ที่ได้รับ CBT จำนวน 6 ครั้ง และสัดส่วนของผู้หยุดเสพกัญชาอย่างต่อเนื่องในกลุ่มที่ได้รับ CBT 1 ครั้งสูงเป็น 2 เท่าของกลุ่มควบคุม (20.7% vs. 16.4% vs. 7.7%) สัดส่วนของผู้หยุดเสพอย่างต่อเนื่องยังคงไปในทิศทางเดียวกันใน 3 กลุ่ม เมื่อติดตามตลอดเวลาที่ศึกษานาน 8 เดือน (15.1 vs. 4.9 vs. 0%)

การสัมภาษณ์และการบำบัดเพื่อสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing, MI/Motivational Enhancement Therapy, MET)

การวิเคราะห์แบบอภิมานในปี 2016 พบว่า MET สามารถลดจำนวนวันของการเสพกัญชาได้ดีกว่ากลุ่มควบคุม (mean difference 4.45, 95%CI 1.90–7.00) (Gates et al., 2016) แต่ไม่พบความแตกต่างในเรื่องอัตราการหยุดเสพอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 1 เดือน ตัวอย่างเช่น การทดลองโดยสุ่มผู้เสพกัญชาให้ได้รับ MET เป็นเวลา 2 ชั่วโมงจำนวน 1 ครั้ง เปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับความรู้เกี่ยวกับผลกระทบด้านสุขภาพจากการเสพกัญชา พบว่ากลุ่มที่ได้รับ MET สามารถลดปริมาณการเสพกัญชาต่อวัน (standardized mean difference =3.60, 95% CI 3.01 – 4.18) และลดจำนวนอาการ (SMD 5.16, 95%CI 4.41–5.92) เมื่อติดตามที่ 7 สัปดาห์ (Stephens et al., 2007)

การบำบัดด้วยสิ่งจูงใจ (Contingency Management, CM)

การทดลองทางคลินิกพบว่า การให้สิ่งจูงใจด้วยบัตรกำนัลมีประสิทธิผลช่วยเพิ่มอัตราการหยุดเสพกัญชาอย่างต่อเนื่อง (Budney et al., 2000, Budney et al., 2006, Carroll et al., 2006, Stanger et al., 2009, Kadden et al., 2007, Budney et al., 2015) และประสิทธิผลดียิ่งขึ้นเมื่อให้ CM ร่วมกับการบำบัดทางจิตสังคมอีกชนิดหนึ่ง เช่น CBT หรือ MET อย่างไรก็ตาม การที่สารอนุพันธ์ของกัญชา เช่น canabinoids สามารถตกค้างอยู่ในร่างกายได้ยาวนานหลังจากการเสพ อาจเป็นข้อจำกัดในการใช้การบำบัดด้วย CM เนื่องจากต้องทิ้งช่วงระยะหนึ่งก่อนที่จะตรวจกัญชาในร่างกายหลังจากที่ผู้เสพเริ่มหยุดเสพได้อย่างต่อเนื่อง (Melanson, 2012)

การบำบัดแบบผสมผสาน

การบำบัดด้วย CBT ควบคู่กับการบำบัดชนิดอื่ นอาจมีประสิทธิผลมากกว่าการให้การบำบัดชนิดนั้นอย่างเดียว การวิเคราะห์อภิมานของการทดลองทางคลินิกพบว่าการให้การบำบัด MET กับ CBT ควบคู่ไปด้วยกันสามารถลดจำนวนวันที่เสพกัญชาต่อเดือน เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการบำบัดด้วย MET หรือ CBT อย่างใดอย่างหนึ่ง (Gates et al., 2016) อีกการศึกษาหนึ่ง สุ่มผู้เสพกัญชาเป็น 3 กลุ่ม กลุ่มที่ 1 ได้รับ CBT และ MET ควบคู่ไปด้วยกันจำนวน 2 ครั้งในช่วงเวลา 6 สัปดาห์ กลุ่มที่ 2 ได้รับ CBT และ MET ควบคู่กันจำนวน 9 ครั้งในช่วงเวลา 12 สัปดาห์ และกลุ่มที่ 3 ซึ่งเป็นกลุ่มควบคุม (รอการรักษา) พบว่ากลุ่มที่ได้รับการบำบัดควบคู่กันไม่ว่าจะเป็นจำนวน 2 ครั้งหรือ 9 ครั้ง สามารถลดจำนวนวันที่เสพกัญชา โดยกลุ่มที่ได้รับการบำบัด 9 ครั้งมีสัดส่วนการหยุดเสพต่อเนื่อง

อย่างน้อย 1 เดือนสูงที่สุด (8.6% ในกลุ่มที่หนึ่ง 22.6% ในกลุ่มที่สอง และ 7.4% ในกลุ่มควบคุม) (Marijuana Treatment Project Research, 2004)

การศึกษาหลายชิ้นแสดงให้เห็นว่าการเสริมการรักษาด้วยการให้ **CM** เพิ่มเติมจากการบำบัดด้วย **MET** หรือ **CBT** อย่างใดอย่างหนึ่งหรือควบคู่กันสามารถลดการเสพกัญชาได้ดีกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับการบำบัดที่ไม่ได้เสริมด้วย **CM** (Gates et al., 2016, Stanger et al., 2009)

สรุป

การบำบัดทางจิตสังคมสำหรับความผิดปกติจากการใช้กัญชาเน้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การเพิ่มแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะในการจัดการกับการเสพ การบำบัดมีหลายรูปแบบให้เลือกใช้และขึ้นกับเป้าหมายในการบำบัด BI มักมีประสิทธิผลสำหรับผู้ที่เสพปริมาณเล็กน้อยถึงปานกลาง MI หรือ MET ช่วยให้ผู้เสพสำรวจและขจัดความลังเลเกี่ยวกับการเลิกเสพกัญชา CBT สอนกลยุทธ์ในการรับมือกับอาการอยากเสพ หลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้น และส่งเสริมพฤติกรรมที่ดีต่อสุขภาพ การบริหารจัดการโดยใช้แรงเสริม CM ให้รางวัลหรือสิ่งจูงใจที่เป็นรูปธรรมสำหรับการหยุดเสพ CBT และ MI เป็นแนวทางการรักษาที่มีหลักฐานสนับสนุนมากที่สุดถึงประสิทธิผล CM มีประสิทธิผลสูงในระยะสั้น และควรใช้ร่วมกับการบำบัดชนิดอื่น

บทที่ 9

การบำบัดทางจิตสังคมสำหรับผู้ที่มีความผิดปกติของการใช้สารกลุ่มกระตุ้น *(PSYCHOSOCIAL THERAPIES FOR STIMULANT USE DISORDER)*

ความผิดปกติของการใช้สารกลุ่มที่ออกฤทธิ์กระตุ้นประสาท เช่น โคเคน เมทแอมเฟตามีน กระท่อม และสารสังเคราะห์อื่นๆที่มีฤทธิ์กระตุ้น จัดเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2021) สารกระตุ้นหลายชนิดมีกลไกการออกฤทธิ์และทำให้เกิดอาการแสดงทางคลินิกที่คล้ายกัน จึงอาจกล่าวได้ว่าการบำบัดทางจิตสังคมที่มีหลักฐานว่ามีประสิทธิผลในการบำบัดความผิดปกติของการใช้สารกระตุ้นชนิดหนึ่ง (เช่น โคเคน) น่าจะได้ผลเช่นเดียวกันเมื่อนำไปใช้บำบัดผู้ที่ใช้สารกระตุ้นอีกชนิดหนึ่ง (เช่น เมทแอมเฟตามีน) (Haney, 2008)

หลักทั่วไปในการเลือกชนิดของการบำบัด

เช่นเดียวกับสารเสพติดตัวอื่นๆ เป้าหมายในการรักษาผู้มีความผิดปกติของการใช้สารกระตุ้นคือการหยุดเสพโดยสิ้นเชิง อย่างไรก็ตามในผู้เสพบางราย การลดการเสพลงอาจเป็นเป้าหมายที่

เป็นไปได้มากกว่าและมีประโยชน์ในแง่การลดอันตรายจากการเสพและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของผู้เสพ (Amin-Esmaeili et al., 2024)

การบำบัดทางจิตสังคมนั้นควรเป็นทางเลือกอันดับแรกในการรักษาผู้มีความผิดปกติของการใช้สารกลุ่มกระตุ้น เพราะมีหลักฐานถึงประสิทธิผลมากกว่าการบำบัดโดยใช้ยา การเลือกใช้จิตสังคมบำบัดชนิดใดนั้นขึ้นอยู่กับระดับความรุนแรงของความผิดปกติ โดยระดับความรุนแรงสามารถประเมินได้จากจำนวนอาการที่ผู้ป่วยมีตามเกณฑ์วินิจฉัยความผิดปกติของการใช้สารกระตุ้นตามระบบ DSM-5-TR (American Psychiatric Association, 2022) โดยความรุนแรงน้อยหมายถึงผู้ป่วยมีอาการเข้าได้กับเกณฑ์การวินิจฉัยจำนวน **2-3** ข้อ ความรุนแรงปานกลางหมายถึงมีอาการเข้าได้กับเกณฑ์จำนวน **4-5** ข้อ และความรุนแรงมากหมายถึงมีอาการเข้าได้กับเกณฑ์จำนวน **6** ข้อขึ้นไป โดยพิจารณาการให้การบำบัดดังนี้

1. ความรุนแรงน้อย ผู้บำบัดอาจเริ่มต้นโดยการให้การบำบัดแบบสั้น **(brief intervention, BI)** เป็นเวลา **2 -3** สัปดาห์ หลังจากนั้นจึงประเมินว่าผู้ป่วยตอบสนองต่อการบำบัดหรือไม่ หากยังไม่ตอบสนองต่อการรักษาหรือตอบสนองเล็กน้อย อาจให้การบำบัดด้วยสิ่งจูงใจ **(contingency management,** CM) เป็นทางเลือกต่อไป หากสถานพยาบาลไม่มี CM ให้บริการ อาจให้การบำบัดเชิงความคิดและพฤติกรรม (cognitive behavior therapy, CBT) แทน และอาจเลือกใช้การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ (motivational interviewing, MI) เป็นการบำบัดเสริมเมื่อจำเป็นหรือเมื่อพบว่าผู้มารับบริการยังไม่มีแรงจูงใจในการลดหรือเลิกเสพมากนัก

2. ความรุนแรงปานกลางถึงมาก ผู้บำบัดอาจเลือกใช้ CM เป็นการบำบัดแรก หากไม่มี CM ให้บริการอาจเลือกใช้ CBT เป็นลำลดับถัดไป ในทำนองเดียวกัน และอาจเลือกใช้ MI เป็นการบำบัดเสริมเมื่อจำเป็นหรือเมื่อพบว่าผู้มารับบริการยังไม่มีแรงจูงใจในการลดหรือเลิกเสพมากนัก

ประสิทธิผลของจิตสังคมบำบัดแต่ละชนิด

หลักฐานการศึกษาโดยรวมบ่งชี้ว่าการบำบัดโดยให้สิ่งจูงใจ (contingency management, CM) และการบำบัดเชิงความคิดและพฤติกรรม (cognitive behavior therapy, CBT) มีประสิทธิผลในการบำบัดความผิดปกติของการใช้สารกลุ่มกระตุ้น หลักฐานประสิทธิผลของการบำบัดโดยการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ (motivational interviewing, MI) การให้คำแนะนำปรึกษา (drug counselling) และการบำบัดแบบผู้ป่วยนอกแบบชนิดเข้มข้น (intensive outpatient therapy, IOT) นั้นยังไม่หนักแน่นเท่า CM หรือ CBT

หลักฐานจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบแบบ **Cochrane** ล่าสุดพบว่า จิตสังคมบำบัดไม่ว่าจะเป็น **CBT, CM** และ **MI** เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับจิตสังคมบำบัด

เฉพาะใดๆ มีประสิทธิผลในการลดการหยุดรักษากลางคัน (dropout) ลดปริมาณการเสพในระหว่างการบำบัด และเพิ่มอัตราการหยุดเสพอย่างต่อเนื่อง โดยจิตสังคมที่มีการศึกษามากที่สุดและน่าจะมีศักยภาพที่สุดในการบำบัดความผิดปกติของการใช้สารกลุ่มกระตุ้นคือ CM (Minozzi et al., 2024)

ต่อไปนี้จะกล่าวในรายละเอียดประสิทธิผลของจิตสังคมบำบัดที่มีหลักฐานค่อนข้างหนักแน่น

การบำบัดเชิงความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy, CBT)

การศึกษาในกลุ่มตัวอย่างผู้เสพโคเคนและเมทแอมเฟตามีน พบว่า **CBT** มีประสิทธิผลดีกว่าการรักษาตามปกติและอาจดีกว่าการบำบัดทางจิตสังคมบางรูปแบบ (Maude-Griffin et al., **1998**, Monti et al., **1997**, Rohsenow et al., **2000**, Rawson et al., **2004**) ตัวอย่างเช่น การศึกษาเปรียบเทียบ **CBT** กับการบำบัดด้วยการบำบัดแบบ 12 ขั้นตอน (**Twelve-Step Facilitation, TSF**) เป็นเวลา 12 สัปดาห์ ในผู้ที่ติดโคเคน (Maude-Griffin et al., 1998) พบว่าผู้ที่ได้รับ **CBT** มีแนวโน้มสูงกว่าที่จะหยุดเสพได้อย่างต่อเนื่องเป็นเวลาอย่างน้อย 4 สัปดาห์เมื่อสิ้นสุดการศึกษา อีกการศึกษาหนึ่งสุ่มผู้ติดโคเคนให้อยู่ในกลุ่มที่ได้รับการฝึกทักษะการจัดการ (**Coping Skills Training, CST**) ซึ่งเป็นการบำบัดที่ใช้หลักการของ **CBT** นาน 2-3 สัปดาห์ เปนียบเทียบกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการฝึกสมาธิและผ่อนคลายตามคู่มือ (**Monti et al., 1997**) ไม่พบว่ามีความแตกต่างระหว่างกลุ่มในสัดส่วนของผู้ที่หยุดเสพอย่างต่อเนื่องในช่วงติดตามหลังการรักษาที่ 3 เดือน แต่กลุ่มที่ได้รับ **CST** นั้นมีจำนวนวันที่เสพน้อยกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมในช่วงติดตามหลังเริ่มการรักษาที่ 3 และ 6 เดือน (Rohsenow et al., 2000)

การศึกษาในกลุ่มตัวอย่างผู้ติดเมทแอมเฟตามีน โดยสุ่มให้ได้รับการบำบัดแบบ Matrix (ซึ่งมีองค์ประกอบหลักคือ CBT) หรือได้รับการดูแลตามปกติ (**Rawson et al., 2004**) เป็นเวลา 16 สัปดาห์ กลุ่มที่ได้รับการบำบัดแบบ Matrix มีผลการตรวจเมทแอมเฟตามีนในปัสสาวะเป็นลบมากกว่า และมีระยะเวลาการหยุดเสพอย่างต่อเนื่องมากกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

การวิเคราะห์ข้อมูลแบบทุติยภูมิของการทดลองทางคลินิกพบว่า CBT อาจมีประสิทธิผลดีในผู้ติดโคเคนที่มีอาการรุนแรงและมีอาการซึมเศร้าร่วมด้วย (Maude-Griffin et al., 1998, Carroll et al., 1994a) หลักฐานยังบ่งชี้ว่า CBT มีประสิทธิผลต่อเนื่องที่ยาวนานกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

และยังพบว่าการเสพโคเคนยังคงลดลงอย่างต่อเนื่องหลังจากที่การบำบัดด้วย **CBT** สิ้นสุดแล้ว (Carroll et al., 1994a, Carroll et al., 2000)

การวิเคราะห์อภิมานของการทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุมบ่งชี้ว่า CBT มีประสิทธิผลในการบำบัดผู้ใช้สารกลุ่มแอมเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติหรือได้รับคำแนะนำปรึกษา (counselling) ตัวอย่างเช่น กลุ่มผู้ใช้เมทแอมเฟตามีนที่ได้รับ CBT เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ได้รับคำแนะนำปรึกษา มีอัตราการลดการเสพมากกว่าเมื่อสิ้นสุดการรักษา (relative risk **0.76, 95%**CI **0.64–0.91)** (Tran et al., 2021)

การบำบัดด้วยการให้สิ่งจูงใจ (Contingency Management, CM)

ในบรรดาสารเสพติดชนิดต่างๆ หลักฐานถึงประสิทธิผลของ **CM** มีมากที่สุดในผู้ใช้สารกลุ่มกระตุ้น โดยเฉพาะประสิทธิผลในระยะสั้น (Lussier et al., 2006, Benishek et al., 2014) หลักฐานยังบ่งชี้ว่า เมื่อเทียบกับความผิดปกติของการใช้สารเสพติดชนิดอื่นๆ **CM** อาจมีประสิทธิผลดีที่สุดกับผู้ที่ใช้สารกลุ่มกระตุ้น (Bentzley et al., 2021, De Crescenzo et al., 2018, Dutra et al., 2008, AshaRani et al., 2020, Rawson et al., 2006) นอกจากนี้ การทดลองทางคลินิกของการบำบัดโดยให้สิ่งจูงใจผ่านทางอินเตอร์เน็ตในกลุ่มผู้ที่เสพสารกลุ่มกระตุ้น สารกลุ่มฝิ่น สุรา หรือกัญชา พบว่า **CM** มีประสิทธิผลสำหรับผู้ที่ใช้สารกลุ่มกระตุ้นเท่านั้น **(Cochran et al., 2015)**

หลักฐานการวิเคราะห์อภิมานและการทดลองแบบสุ่มหลายการศึกษาบ่งชี้ว่า **CM** มีประสิทธิผลในการส่งเสริมให้เกิดการหยุดเสพในผู้ใช้โคเคน ตัวอย่างเช่น การวิเคราะห์อภิมานของการทดลองแบบสุ่มถึงประสิทธิผลของ **CM** ในผู้มีความผิดปกติของการใช้โคเคน โดยเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมที่ใช้ยาต้านเศร้า ยากันชัก ยากระตุ้นตัวรับโดปามีน (dopamine agonists) ยากระตุ้นระบบประสาท **(psychostimulants)** หรือจิตบำบัดชนิดอื่น พบว่า กลุ่มที่ได้รับ CM มีสัดส่วนในการตรวจพบสารเสพติดในปัสสาวะเป็นลบสูงที่สุดเมื่อการบำบัดสิ้นสุด (odds ratio 2.1, 95%CI 1.6–2.8) (Bentzley et al., 2021) การวิเคราะห์อภิมานอีกการศึกษาหนึ่งในกลุ่มตัวอย่างผู้ใช้สารกลุ่มแอมเฟตามีน โดยเปรียบเทียบ **CM** กับกลุ่มควบคุมที่ได้รับคำแนะนำปรึกษา **(counselling)** พบว่า **CM** มีประสิทธิผลในการลดการเสพเมื่อการบำบัดสิ้นสุด (risk ratio 0.8, 95%CI 0.8–0.9) (Tran et al., 2021)

หลักฐานถึงประสิทธิผลชอง **CM** ต่อการหยุดเสพอาจในระยะยาวยังไม่หนักแน่น หลักฐานบ่งชี้ว่าประสิทธิผลอาจค่อยๆลดลงหลังจากที่หยุดให้สิ่งจูงใจ (Prendergast et al., 2006) ตัวอย่างเช่น การทดลองแบบสุ่มกับกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะติดสารกลุ่มกระตุ้น เป็น 3 กลุ่ม 1) ได้รับการบำบัดด้วย

CM 2) ได้รับการบำบัดด้วย CBT หรือ 3) ได้รับการบำบัดแบบควบคู่กันของทั้ง 2 วิธีเป็นเวลา 16 สัปดาห์ พบว่าผู้ที่ได้รับการบำบัดด้วย CM มีอัตราการมาบำบัดรักษาสูงกว่าและมีอัตราการเสพสารกระตุ้นต่ำกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับการให้การบำบัดด้วย CBT (Rawson et al., 2006) แต่ผลลัพธ์ของการใช้ สารกระตุ้นของทั้ง 3 กลุ่มนั้นใกล้เคียงกันเมื่อติดตามที่ 6 และ 12 เดือน

ประสิทธิผลการบำบัดด้วยสิ่งจูงใจประเภทต่างๆ

1. การใช้บัตรกำนัลเป็นสิ่งจูงใจ (Voucher-Based Reinforcement Therapyprize, VBRT)

การทดลองแบบสุ่มหลายการศึกษาพบว่าการให้สิ่งจูงใจในรูปแบบบัตรกำนัล มีประสิทธิผลในการส่งเสริมให้เกิดการหยุดเสพในผู้ที่ใช้โคเคน และช่วยเพิ่มระยะเวลาการหยุดเสพอย่างต่อเนื่อง (Higgins et al., 1994b, Silverman et al., 1996, Higgins et al., 2000a, Rawson et al., 2006, Rawson et al., 2002) ตัวอย่างเช่น การศึกษาพบถึงประสิทธิผลของการใช้บัตรกำนัลในผู้เสพโคเคนที่มารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก โดยบัตรกำนัลมีมูลค่ารวมทั้งหมด 1,000 ดอลลาร์ หากมีผลการตรวจโคเคนในปัสสาวะเป็นลบตลอดช่วงระยะเวลาการบำบัดนาน 12 สัปดาห์ (Higgins et al., 1994b, Higgins et al., 2000b) การให้บัตรกำนัลยังมีประสิทธิผลในการส่งเสริมการหยุดโคเคนในผู้ที่กำลังได้รับเมทาโดนทดแทนสำหรับการบำบัดความผิดปกติของการใช้สารกลุ่มฝิ่น (Silverman et al., 1996, Silverman et al., 1998, Silverman et al., 2004)

2. การจับสลากรางวัลเป็นสิ่งจูงใจ (Intermittent Prize Reinforcement, IPR)

การจับสลากรางวัลควบคู่ไปกับการให้คำแนะนำปรึกษาเรื่องยาเสพติด (drug counselling) มีประสิทธิผลเมื่อเปรียบเทียบกับการให้คำแนะนำปรึกษาเรื่องยาเสพติดอย่างเดียวในผู้ที่มีความผิดปกติของการใช้สารกลุ่มกระตุ้นในแผนกผู้ป่วยนอก (Petry et al., 2004, Petry et al., 2005b) และในผู้ที่มีความผิดปกติของการใช้สารกลุ่มกระตุ้นร่วมกับสารกลุ่มฝิ่นที่อยู่ในโปรแกรมการบำบัดด้วยเมทาโดน (Petry and Martin, 2002, Peirce et al., 2006)

การศึกษาแบบทดลองเป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์กับกลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในโครงการบำบัดด้วยเมทาโดนทดแทน (methadone maintenance program) โดยสุ่มผู้ที่ใช้สารกลุ่มกระตุ้นให้อยู่ในกลุ่มที่ได้รับรางวัลจากการจับสลาก (มูลค่ารวม 400 ดอลลาร์) ควบคู่ไปกับการดูแลรักษาตามปกติ หรืออยู่ในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลรักษาตามปกติอย่างเดียว (Peirce et al., 2006) พบว่ากลุ่มที่ได้รับรางวัลเป็นครั้งคราวจากการจับฉลากมีสัดส่วนผู้ที่มีผลตรวจสารกระตุ้นในปัสสาวะเป็นลบสูงเป็น 2 เท่าเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการรักษาตามปกติ (odds ratio 1.98; 95% CI 1.42–2.77) และมีสัดส่วนของการหยุดเสพโคเคนอย่างต่อเนื่องมากกว่าควบคุม (60% vs. 40%)

สรุป

การบำบัดทางจิตสังคมเป็นแนวทางหลักในการรักษาความผิดปกติของใช้สารกระตุ้น โดยการบำบัดเชิงความคิดและพฤติกรรม (CBT) และ การบำบัดด้วยสิ่งจูงใจ (CM) เป็นวิธีที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุนมากที่สุด การบำบัดทางจิตสังคมชนิดอื่นๆ เช่น การสัมภาษณเพื่อสร้างแรงจูงใจ (MI) อาจมีบทบาในด้านช่วยกระตุ้นให้ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาและคงอยู่ในกระบวนการบำบัด โดยรวมแล้ว การใช้แนวทางผสมผสาน เช่น การให้ CM ควบคู่กับ CBT น่าจะให้ผลลัพธ์ที่ดีที่สุด

บทที่ 10

การบำบัดทางจิตสังคมสำหรับความผิดปกติของการใช้สารกลุ่มฝิ่น *(PSYCHOSOCIAL THERAPIES FOR OPIOID USE DISORDER)*

การบำบัดด้วยยารักษาหรือยาที่ออกฤทธิ์คล้ายฝิ่น (medications for opioid use disorders, MOUD) นั้นควรเป็นทางเลือกลำดับแรกของการบำบัดผู้มีความผิดปกติของการใช้สารกลุ่มกลุ่มฝิ่น การบำบัดทางจิตสังคมจะถูกใช้เป็นการรักษาเสริมเมื่อผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาหรือตอบสนองได้ไม่ดีนัก หลักฐานด้านประสิทธิผลของจิตสังคมบำบัดสำหรับความผิดปกติของการใช้สารกลุ่มกลุ่มฝิ่นมีความหลากหลายและยังยากที่จะสรุปให้ไปในทิศทางเดียวกัน (Dugosh et al., 2016, Schwartz et al., 2012, Calsyn et al., 1995, Gruber et al., 2008, Saxon et al., 1996, Fishman et al., 2021, Weiss et al., 2011)

ประสิทธิผลของจิตสังคมบำบัดชนิดต่างๆในการรักษาผู้มีความผิดปกติของการใช้สารกลุ่มฝิ่นมีดังนี้

การบำบัดด้วยสิ่งจูงใจ (Contingency Management, CM)

CM มีประสิทธิผลในการบำบัดผู้ที่มีความผิดปกติของการใช้ **opioids** แต่ยังไม่แนะนำให้ใช้เป็นการบำบัดชนิดแรก (first-line) เนื่องจากการบำบัดด้วยยาทดแทนฝิ่น เช่น เมทาโดน (methadone) นั้นมีประสิทธิผลดีและช่วยป้องกันการเสพ opioids เกินขนาด (Krawczyk et al., 2020) การทดลองทางคลินิกของการบำบัดด้วยสิ่งจูงใจด้วยเมทาโดนในผู้ที่มีความผิดปกติของการใช้สารประเภทฝิ่น พบว่าช่วยเพิ่มอัตราการเข้ารับการบำบัด (Hartzler et al., 2014, Kidorf et al., 1994, Petry et al., 2005a) เพิ่มความร่วมมือในการกินยา (Dunn et al., 2013, Carroll et al., 2001, Preston et al., 1999) และเพิ่มอัตราการหยุดเสพ (Griffith et al., 2000, Metrebian et al., 2021) การวิเคราะห์อภิมานของการศึกษาการบำบัดด้วย CM พบว่า ผู้ได้รับเมทาโดนทดแทนสำหรับผู้ที่ติดสารกลุ่มฝิ่น (Griffith et al., 2000) มีแนวโน้มตรวจพบปัสสาวะเป็นบวกน้อยกว่ากลุ่มควบคุม (Chen et al., 2013, Hser et al., 2011) การวิเคราะห์อภิมานของการทดลองแบบสุ่มโดยให้ CM เสริมในกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับยารักษาที่ออกฤทธิ์คล้ายฝิ่น (MOUD) พบว่า CM มีขนาดประสิทธิผลปานกลางถึงมากในการหยุดเสพสารกลุ่มฝิ่นที่ผิดกฎหมาย (Cohen's d 0.58, 95%CI 0.3–0.86) และมีขนาดประสิทธิผลน้อยถึงปานกลางในการเพิ่มความร่วมมือในการเข้าโปรแกรมบำบัด (treatment attendance) (Cohen's d 0.43, 95%CI 0.22–0.65) (Bolívar et al., 2021)

ปัจจุบันมีการใช้เทคโนโลยีสมัยใหม่โดยให้ CM ผ่าน smartphone ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยเข้าถึงการบำบัดได้ง่ายและสะดวกขึ้น ตัวอย่างเช่น การศึกษาการบำบัดด้วย CM ผ่าน smartphone application เป็นเวลา **4** เดือน (DeFulio et al., 2021) เปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม พบว่ากลุ่มที่ได้รับ CM มีสัดส่วนในการตรวจพบสารเสพติดในปัสสาวะเป็นลบ และร่วมมือในการเข้าร่วมในชั่วโมงบำบัดมากกว่ากลุ่มควบคุม

การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing, MI)

หลักฐานที่สนับสนุนประสิทธิผลของ MI ในการรักษาความผิดปกติของการใช้สารประเภทฝิ่นมีค่อนข้างจำกัด การศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า การบำบัดด้วย MI ในสถานพยาบาลสามารถลดอัตราการใช้โคเคนและเฮโรอีนได้ โดยกลุ่มตัวอย่างคือผู้ที่ได้รับการตรวจพบว่ากำลังใช้โคเคนหรือเฮโรอีนจากการคัดกรองที่คลินิกต่างๆ โดยกลุ่มที่ได้รับ **MI** หนึ่งครั้ง และติดตามต่อด้วยการ

สัมภาษณ์ทางทางโทรศัพท์ใน 10 วันต่อมา มีอัตราการใช้โคเคนและเฮโรอีน ในช่วง 6 เดือนต่อมาต่ำกว่าผู้ที่ได้รับเพียงแต่คู่มือแนะนำการปฏิบัติตัวสำหรับผู้เสพยา **(Bernstein et al., 2005)**

การบำบัดเชิงความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behaviour Therpy, CBT)

การทดลองทางคลินิกของการให้ **CBT** กับผู้ที่มีความผิดปกติของการใช้สารกลุ่มฝิ่นควบคู่ไปกับการให้ยาออกฤทธิ์คล้ายฝิ่น (MOUD) พบผลการศึกษาที่หลากหลาย (Griffith et al., 2000, Magill and Ray, 2009, Scherbaum et al., 2005, Kouimtsidis et al., 2012) บางการศึกษาพบว่า **CBT** มีประสิทธิผล (เช่น เพิ่มความร่วมมือในการบำบัด หรือจำนวนปัสสาวะที่มีผลตรวจพบสารเสพติดในปัสสาวะลดลง) (Scherbaum et al., 2005, Gregory Jr and Ellis, 2020, Miotto et al., 2012) บางการศึกษาไม่พบว่า **CBT** มีประสิทธิผล (Fiellin et al., 2013, Ling et al., 2013, Moore et al., 2012)

ตัวอย่างเช่น การทดลองในกลุ่มตัวอย่างผู้ติดสารประเภทฝิ่นที่ได้รับเมทาโดนโดยสุ่มให้ได้รับ **CBT** แบบกลุ่ม1 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ เปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมคือได้รับคำแนะนำปรึกษาสัปดาห์ละครั้ง **(Scherbaum et al., 2005, Kouimtsidis et al., 2012)** หลังจากบำบัดไป 20 สัปดาห์ ไม่พบว่ามีความแตกต่างระหว่างกลุ่มในอัตราการตรวจปัสสาวะเป็นลบ แต่เมื่อติดตามที่ 6 เดือนต่อมา กลุ่มที่ได้รับ **CBT** มีอัตราการตรวจปัสสาวะเป็นบวกน้อยกว่าเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม ผลการศึกษาบ่งบอกว่า **CBT** อาจมี **sleeper effect** ซึ่งหมายถึง **CBT** มีประสิทธิผลเพิ่มขึ้นในช่วงติดตามผู้ป่วยหลังการบำบัดสิ้นสุด ซึ่งพบผลในลักษณะเดียวกันกับกลุ่มผู้ที่ใช้โคเคนที่ได้รับ **CBT (Carroll et al., 1994b) (Carroll et al., 2000)**

การให้คำปรึกษาครอบครัวเชิงพฤติกรรม (Behavioural Family Counselling, BFC)

การบำบัดชนิดนี้มีประสิทธิผลในการเพิ่มความร่วมมือในการรักษาและลดพฤติกรรมการเสพ การศึกษาทดลองทางคลินิกกับกลุ่มตัวอย่างชายที่มีความผิดปกติของการใช้สารเสพติดประเภทฝิ่นที่อาศัยอยู่ในครอบครัว โดยสุ่มให้ได้รับคำปรึกษาครอบครัวเชิงพฤติกรรมหรือกลุ่มควบคุม (Fals-Stewart and O'Farrell, 2003, Fals-Stewart et al., 2001) พบว่า ผู้ที่รับการบำบัดชนิดนี้มีความร่วมมือที่ดีขึ้นในการกินยา **naltrexone** มีจำนวนชั่วโมงเข้าร่วมรับการบำบัดสูงกว่าและมีจำนวนวันที่ไม่เสพสูงกว่า

การบำบัดแบบปรับให้เหมาะกับผู้ป่วยแต่ละราย (Personalized Psychosocial Intervention, PSI)

การทดลองแบบสุ่มในกลุ่มตัวอย่างผู้ใช้สารกลุ่มฝิ่นและ/หรือโคเคน และได้รับยารักษาที่ออกฤทธิ์คล้ายฝิ่น (opioid agonists) เช่น buprenorphine หรือ methadone โดยสุ่มให้ได้รับ PSI ซึ่งเป็นการบำบัดสัปดาห์ละครั้งประกอบด้วยจิตสังคมบำบัดรูปแบบใดรูปแบบหนึ่งที่เหมาะกับผู้ป่วยแต่ละคน เช่น CBT, CM, TSF หรือกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลรักษาตามปกติ (Marsden et al., 2019) ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มที่ได้รับ PSI มีสัดส่วนการหยุดเสพสารกลุ่มฝิ่นและโคเคนอย่างต่อเนื่องและจำนวนวันที่หยุดเสพสูงกว่ากลุ่มควบคุม

สรุป

การบำบัดทางจิตสังคมสำหรับผู้ใช้สารกลุ่มฝิ่นมักจะนำใช้เป็นการรักษาเสริมเมื่อผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาหรือตอบสนองได้ไม่ดีนัก หลักฐานด้านประสิทธิผลของจิตสังคมบำบัดสำหรับความผิดปกติของการใช้สารกลุ่มกลุ่มฝิ่นมีความหลากหลายและยังยากที่จะสรุปให้ไปในทิศทางเดียวกัน การบำบัดทางจิตสังคมที่ใช้กันโดยทั่วไปสำหรับความผิดปกติของการใช้สารกลุ่มฝิ่น ได้แก่ CBT CM MI และ TSF ทั้งนี้ การบำบัดเหล่านี้มีประสิทธิภาพมากขึ้นเมื่อใช้ร่วมกับ การรักษาด้วยยา เช่น methadone และอาจทำให้ผลลัพธ์ของการรักษาดีขึ้น

บทที่ 11

การบำบัดทางจิตสังคมสำหรับผู้ติดบุหรี่

(PSYCHOSOCIAL THERAPIES FOR TOBACCO USE DISORDER)

การสูบบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงของโรคเรื้อรังต่างๆ ที่คิดเป็นสัดส่วนของภาระโรคในระดับที่สูง การเลิกบุหรี่สามารถช่วยป้องกันการเกิดโรคเรื้อรังและภาวะแทรกซ้อนและอาจทำให้อายุยืดยาวออกไปได้มากขึ้นอีกถึง 10 ปีเมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่เลิกบุหรี่ (Jha et al., 2013, Rigotti et al., 2022)

ในเวชปฏิบัติ บุคลากรทางการแพทย์มีบทบาทสำคัญในการช่วยให้ผู้ติดบุหรี่สามารถเลิกบุหรี่สำเร็จด้วยวิธีการต่างๆ โดยเริ่มจากการค้นหาผู้ที่กำลังสูบบุหรี่ และให้ความช่วยเหลือด้วยแนวทางการบำบัดที่มีประสิทธิผลและอยู่บนหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยดูแลผู้สูบบุหรี่ในลักษณะเดียวกับผู้ป่วยเรื้อรังที่อาศัยทีมบุคลากรทั้งการประเมิน ดูแลรักษา และส่งต่อถ้าจำเป็น การดูแลแบบทีมจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลและแบ่งเบาภาระให้กับแพทย์ที่มีเวลาจำกัด

ขั้นตอนในการประเมินผู้ติดบุหรี่

การสอบถามผู้ป่วยเป็นระยะๆ อย่างต่อเนื่องถึงประวัติการสูบบุหรี่มีความสำคัญในเวชปฏิบัติและอาจช่วยเพิ่มอัตราการเลิกบุหรี่ (Than et al., 2023) เครื่องมือและเทคนิคต่างๆ มากมายได้ถูกพัฒนาขึ้นเพื่อประเมินประวัติการสูบบุหรี่ แนะนำการเลิกบุหรี่ ประเมินแรงจูงใจในการเลิก ช่วยเหลือผู้

ที่มีความประสงค์อยากเลิก และเพื่อติดตามผู้ที่ยังไม่พร้อมจะเลิก เทคนิคหนึ่งที่ใช้กันอย่างแพร่หลาย คือแนวทาง 5 ขั้นตอน ที่มีตัวย่อ 5**A's** คือ

- Ask ถามประวัติการสูบบุหรี่
- Advise ให้คำแนะนำในการเลิก
- Assess ประเมินความพร้อมที่**จะ**เลิก
- Assist ให้ความช่วยเหลือในผู้ที่ต้องการเลิก
- Arrange การนัดติดตาม

อีกทางเลือกหนึ่งนอกเหนือจากการดำเนินการตามขั้นตอน 5**A's** คือการเสนอความช่วยเหลือเชิงรุกเพื่อช่วยเลิกบุหรี่โดยไม่ต้องรอให้ผู้สูบพร้อม (**proactive offer of treatment**) วิธีนี้ผู้บำบัดจะปฏิบัติกับผู้ติดบุหรี่ในลักษณะเดียวกับโรคเรื้อรังอื่นๆ (เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง) โดยไม่จำเป็นต้องประเมินว่าผู้สูบมีความประสงค์อยากเลิกบุหรี่หรือไม่ ผู้บำบัดสามารถเริ่มต้นการบำบัดได้เลย และติดตามการรักษาในลักษณะเดียวกับการรักษาโรคเรื้อรังทางกาย **(Steinberg et al., 2008)**

การเสนอความช่วยเหลือให้ผู้ป่วยเข้ารับการบำบัดทันทีอาจเริ่มต้นโดยผู้บำบัดกล่าวสั้นๆถึงรูปแบบการบำบัดการติดบุหรี่ที่มีอยู่ ตามขั้นตอนดังต่อไปนี้

- ผู้บำบัดแสดงความเห็นใจและเข้าใจถึงความยากในการเลิกบุหรี่
- ให้ข้อมูลถึง**การรักษา**การติดบุหรี่ที่มีประสิทธิผล
- ผู้บำบัดพร้อม**จะ**ช่วยเหลือด้วยรูปแบบการบำบัดที่มีอยู่
- ให้รายละเอียดต่างๆเพิ่มเติมเกี่ยวกับรูปแบบการบำบัดที่ใช้

การเสนอความช่วยเหลือเพื่อช่วยเลิกบุหรี่ทันทีนั้นยังคงใช้ประโยชน์จากองค์ประกอบต่างๆ ของ **5A's** ซึ่งประกอบด้วยการประเมินประวัติการสูบบุหรี่ การช่วยเหลือผู้ที่พร้อมที่จะเลิก และการนัดติดตามการรักษา การเสนอความช่วยเหลือเพื่อช่วยเลิกบุหรี่ช่วยเพิ่มโอกาสที่ผู้สูบบุหรี่จะเข้ารับการรักษา หลักฐานจากการทดลองแบบสุ่มของรูปแบบการให้ความช่วยเหลือในลักษณะนี้ในกลุ่มทหารผ่านศึกและผู้ที่มีเศรษฐานะต่ำพบว่ามีประสิทธิผลในการเพิ่มอัตราการหยุดบุหรี่ได้สำเร็จเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการรักษาตามปกติ (Steinberg et al., 2008, Haas et al., 2015, Fu et al., 2014, Danan et al., 2016)

การดำเนินการตามขั้นตอน 5 A's

ระบบการดูแลรักษาผู้ติดบุหรี่นั้นมีความสำคัญ เนื่องจากการดูแลแบบเป็นทีมนั้นมีประสิทธิผลในการดูแลผู้ติดบุหรี่ดีกว่าการมีแพทย์หรือบุคลากรคนใดคนหนึ่งดูแลผู้ติดบุหรี่เพียงคนเดียว (Schroeder, 2005) โดยอาจแบ่งหน้าที่ของบุคลากรในทีมให้ทำหน้าที่ตามขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. สอบถามประวัติการสูบบุหรี่และการสัมผัสกับควันบุหรี่ (Ask)

คือการสัมภาษณ์ผู้มีความเสี่ยงทุกคนเกี่ยวกับประวัติการสูบบุหรี่และการสัมผัสกับควันบุหรี่ หลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุนว่าขั้นตอนนี้ช่วยให้นำไปสู่การพูดคุยถึงพฤติกรรมการสูบและช่วยเพิ่มอัตราการเลิกบุหรี่ (Lancaster and Stead, 2004, PHS Guideline Update Panel, 2008, Boyle et al., 2010, Park et al., 2015) การซักประวัติการสูบบุหรี่หรือยาสูบในอดีตและปัจจุบันมีความสำคัญ เนื่องจากผู้ที่สูบเป็นครั้งคราวอาจไม่คิดว่าตนเองเป็นผู้ที่กำลังใช้ยาสูบ การสัมภาษณ์ควรประเมินปริมาณการสูบและการสัมผัสควันบุหรี่ และผลิตภัณฑ์ยาสูบทั้งหมดไม่ว่าจะเป็นซิการ์ ไปป์ ยาเส้น ยาสูบที่ไม่มีควัน บารากู่ และบุหรี่ไฟฟ้า การสำรวจในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า มีคนจำนวนไม่น้อยใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบมากกว่า 1 ชนิด และมีจำนวนไม่น้อยสูบทั้งบุหรี่ธรรมดาและบุหรี่ไฟฟ้า (Kasza et al., 2017)

ความรุนแรงของการติดนิโคตินนั้นสามารถประเมินได้จากอายุที่เริ่มสูบ จำนวนที่สูบต่อวัน และระยะเวลาหลังจากตื่นนอนจนถึงการสูบบุหรี่หรือยาสูบตัวแรก ผู้ที่ติดอย่างหนักมักเริ่มต้นสูบเมื่ออายุยังน้อย สูบหลายมวนต่อวัน และสูบตัวแรกภายใน **30** นาทีหลังตื่นนอน (West, 2004, Heatherton et al., 1991) ผู้ที่ไม่ได้ประวัติใช้ผลิตภัณฑ์จากยาสูบโดยตรงควรได้รับการสอบถามถึงประวัติการสัมผัสควันบุหรี่มือสองจากคนรอบข้าง เช่น ที่บ้าน ในรถยนต์ หรือที่ทำงาน เนื่องจากการสัมผัสควันบุหรี่มือสองมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงที่สูงขึ้นต่อโรคที่สัมพันธ์กับการสูบบุหรี่โดยตรงเช่นเดียวกัน

2. แนะนำการหยุดบุหรี่ (Advice)

ขั้นตอนนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อกระตุ้นให้เกิดความพยายามในการเลิกบุหรี่ แพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์ที่มีภารกิจรัดตัวสามารถให้คำแนะนำแบบสั้น **(brief advice)** ซึ่งใช้เวลาไม่เกิน 5 นาที ซึ่งมีประสิทธิผลช่วยเพิ่มอัตราการเลิกบุหรี่ได้ (Fiore, 2008) การศึกษาสนับสนุนว่า การให้คำแนะนำแบบสั้นสามารถเพิ่มอัตราการเลิกบุหรี่ได้ ถึงแม้ว่าไม่ใช่ทุกคนที่ได้รับคำแนะนำพร้อมที่จะเลิกบุหรี่ในทันที (West, 2004, Heatherton et al., 1991)

การวิเคราะห์อภิมานของประสิทธิผลของการให้คำแนะนำเพื่อเลิกบุหรี่เมื่อเปรียบเทียบกับการไม่ให้คำแนะนำพบว่าช่วยเพิ่มอัตราการเลิกบุหรี่เมื่อติดตามที่ 6 เดือน **(8% vs 4%, relative risk 1.76 95%CI 1.58–1.96) (Patnode et al., 2021)** การศึกษาทบทวนอย่างเป็นระบบยังพบว่าการให้คำแนะนำแบบสั้นสามารถเพิ่มอัตราการเลิกบุหรี่ขึ้นราว 1–3% (จาก 2– 3%) โดยที่ผู้สูบไม่ได้รับความช่วยเหลืออื่นๆ **(Stead et al., 2013a)** โดยการนัดให้ผู้สูบพบกับพยาบาลเพื่อรับคำปรึกษาในการปรับพฤติกรรมหรือเรียนรู้กลยุทธในการเลิกบุหรี่เพิ่มอีก 2 ครั้ง มีความสัมพันธ์กับอัตราการเลิกบุหรี่ที่สูงขึ้นเมื่อติดตามที่ 6 เดือน (**RR** 1.29 95%**CI** 1.21–1.38) **(Rice et al., 2017)**

การศึกษาที่คลินิกปฐมภูมิหลายแห่งพบว่าผู้สูบบุหรี่ 1 ใน 5 คนที่ไปรับการบริการนั้นมีความประสงค์ที่จะรับการช่วยเหลือในการเลิกบุหรี่หลังให้การบำบัดแบบสั้น โดยขอเข้ารับการบำบัดเพิ่มเติมด้วยการให้ยาเลิกบุหรี่และการรับคำปรึกษาทางโทรศัพท์ (Smith et al., 2009)

3. ประเมินความพร้อมในการเลิกบุหรี่ (Asses)

ขั้นตอนนี้อยู่บนแนวคิดที่ว่า กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการสูบบุหรี่จะค่อยๆ เกิดขึ้นเมื่อเริ่มมีการพูดคุยเรื่องการเลิกบุหรี่ ซึ่งอาจจัดเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการการเปลี่ยนแปลง 5 ขั้นตอน (**Stages of Change**) อย่างไรก็ตามผู้สูบหลายคนอาจไม่ได้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปตามลำดับขั้นตอนดังกล่าว และการศึกษายังพบว่าการให้ความช่วยเหลือตามแนวคิดการเปลี่ยนพฤติกรรม 5 ขั้นตอนนั้นไม่ได้มีประสิทธิผลแตกต่างจากกระบวนการช่วยเหลือที่ไม่ได้ใช้แนวคิดดังกล่าว (West, 2005, Cahill et al., 2010)

4. ช่วยเหลือผู้ที่ต้องการเลิกบุหรี่ (Assist)

ขั้นตอนนี้คือการให้การบำบัดเพื่อช่วยเลิกบุหรี่ที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ด้านประสิทธิผลรองรับ เช่น การปรับพฤติกรรมและการรักษาด้วยยา โดยอาจเริ่มต้นโดยใช้เทคนิคดังต่อไปนี้

4.1 กำหนดวันเลิกบุหรี่ (quit date)

กระบวนการเลิกบุหรี่เริ่มด้วยการกำหนดวันที่ต้องการจะเลิก โดยทั่วไปภายใน **2–4** สัปดาห์หลังจากผู้สูบตัดสินใจว่าจะเลิก โดยแนะนำให้ผู้ป่วยหยุดบุหรี่ทันทีภายในวันที่กำหนดไว้ อย่างไรก็ตามการค่อยๆ ลดจำนวนบุหรี่ที่สูบลงช้าๆ ก่อนถึงวันเลิกบุหรี่ก็เป็นอีกทางเลือกหนึ่ง การศึกษาทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบไม่พบว่ามีความแตกต่างในอัตราการเลิกบุหรี่สำเร็จระหว่างกลุ่มที่ค่อยๆ ลดบุหรี่และกลุ่มที่หยุดบุหรี่ทันทีในวันที่กำหนดดังกล่าว (**RR 1.01 95% CI0.87 –1.17**) **(Lindson et al., 2019a)**

4.2 จิตสังคมบำบัดรูปแบบต่างๆ

นอกเหนือจากการให้คำแนะนำแบบสั้นที่กล่าวไว้ข้างต้น การช่วยให้ผู้สูบบุหรี่เข้าถึงการบำบัดรูปแบบต่างๆ จะช่วยเพิ่มโอกาสในการเลิกบุหรี่สำเร็จให้สูงขึ้น โดยการบำบัดที่ดีที่สุดคือการให้ยาเลิกบุหรี่และจิตสังคมบำบัดร่วมกัน (Krist et al., 2021) การวิเคราะห์อภิมานของการทดลองทางคลินิกพบว่า การให้จิตสังคมบำบัด เช่น การคำแนะนำปรึกษา หรือการรักษาด้วยยามีหลักฐานเชิงประจักษ์หนักแน่นถึงประสิทธิผลในการช่วยเลิกบุหรี่ และการให้คำแนะนำปรึกษาควบคู่ไปกับการให้ยารักษาจะทำให้ประสิทธิผลสูงขึ้นไปอีก (Suls et al., 2012, Stead et al., 2015, Stead et al., 2016) การบำบัดที่เหมาะสมนั้นช่วยให้ผู้ที่ต้องการเลิกบุหรี่ราว 25 ถึง 35 เปอร์เซ็นต์สามารถหยุดบุหรี่ได้อย่างต่อเนื่องเป็นเวลา 6 เดือนหรือมากกว่า (Anthenelli et al., 2016) ในทางตรงกันข้าม มีผู้ติดบุหรี่เพียง 3 ถึง 6 เปอร์เซ็นต์ที่สามารถเลิกบุหรี่เองโดยไม่อาศัยความช่วยเหลือ และสามารถเลิกบุหรี่ได้อย่างต่อเนื่องเป็นเวลา 1 ปี (Rigotti, 2012, Babb et al., 2017)

จิตสังคมบำบัดสำหรับเลิกบุหรี่มีหลายรูปแบบ การจะเลือกใช้รูปแบบใดนั้นขึ้นกับหลายปัจจัย เช่น ความชอบของผู้สูบ โรคประจำตัว ความเชื่อ และชนิดของการบำบัดที่มีให้บริการ โดยผู้สูบอาจได้ประโยชน์จากการบำบัดมากกว่า 1 รูปแบบ และแต่ละรูปแบบก็มีประสิทธิผลที่แตกต่างกัน (Hartmann-Boyce et al., 2021)

4.2.1 การให้คำปรึกษาเพื่อปรับพฤติกรรม (Behavioural Counselling)

คือการให้คำปรึกษาที่มุ่งเน้นเรื่องการปรับพฤติกรรม การวิเคราะห์อภิมานบ่งชี้ว่าการให้คำปรึกษาเพื่อปรับพฤติกรรมนั้นมีประสิทธิผลดีกว่าการดูแลรักษาตามปกติในการช่วยเลิกบุหรี่ **(odds ratio 1.44, 95%CI 1.22–1.70) (Hartmann-Boyce et al., 2021)** ไม่ว่าจะเป็นแบบรายบุคคลหรือแบบกลุ่ม **(Laude et al., 2017, Lancaster and Stead, 2017)** และอัตราการเลิกบุหรี่จะเพิ่มสูงขึ้นเมื่อความเข้มข้นของการบำบัด (เช่น ความถี่หรือระยะเวลาของการบำบัด) เพิ่มสูงขึ้น (Krist et al., 2021)

4.2.2 การให้คำปรึกษาแบบตัวต่อตัว (Individual Counselling)

ผู้สูบบางรายอาจจำเป็นต้องได้รับคำปรึกษาแบบตัวต่อตัวระยะหนึ่ง เพื่อช่วยเหลือประคับประคองในระหว่างการเลิกบุหรี่ การบำบัดรูปแบบนี้ประกอบด้วยการพบผู้บำบัดอย่างต่อเนื่อง อาจเป็นสัปดาห์ละครั้ง โดยเริ่มตั้งแต่ก่อนหยุดบุหรี่ และติดต่อกันเป็นเวลาอย่างน้อย 1 ถึง 3 เดือนหลังจากการเลิกบุหรี่ได้แล้ว การศึกษาทบทวนอย่างเป็นระบบพบว่าการให้คำปรึกษาแบบตัวต่อตัวเปรียบเทียบ

กับการให้การช่วยเหลือประคับประคองเพียงเล็กน้อยช่วยเพิ่มอัตราการเลิกบุหรี่จากเดิมได้ประมาณ **40** ถึง **80** เปอร์เซ็นต์ โดยจำนวนชั่วโมงการบำบัดมีความสัมพันธ์กับประสิทธิผลที่เพิ่มขึ้น (Laude et al., 2017, Lancaster and Stead, 2017) แต่การให้คำบำบัดรูปแบบนี้มักไม่นิยมในเวชปฏิบัติเนื่องจากเวลาและทรัพยากรที่ต้องใช้เมื่อเปรียบเทียบกับการมีรูปแบบการบำบัดอื่นๆที่สั้นกว่าให้เลือกใช้

4.2.3 การให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม (Group Counselling)

การให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม ประกอบไปด้วยการสอนเทคนิคการปรับพฤติกรรมและการช่วยเหลือประคับประคองซึ่งกันและกัน ระหว่างสมาชิกภายในกลุ่มที่กำลังพยายามเลิกบุหรี่เหมือนกัน เทคนิคการบำบัดประกอบด้วยการให้ความรู้เกี่ยวกับกระบวนการเลิกบุหรี่ การค้นหาตัวกระตุ้นที่ทำให้รู้สึกอยากบุหรี่ กลยุทธ์ในการจัดการกับตัวกระตุ้นเหล่านี้ การค่อยๆ ลดจำนวนบุหรี่ที่สูบลงจนกระทั่งสามารถกำหนดวันที่หยุดบุหรี่ได้ และแนวทางในการป้องกันการกลับไปสูบบุหรี่ใหม่ การศึกษาพบว่าการบำบัดแบบกลุ่มมีประสิทธิผลดี โดยอัตราการหยุดที่ 1 ปีหลังจากเข้ารับการบำบัดมีประมาณ 20 เปอร์เซ็นต์ (Fiore, 2008) และการบำบัดแบบกลุ่มนั้นมีประสิทธิผลสูงกว่าการการพยายามเลิกบุหรี่ด้วยตนเองเกือบ 2 เท่า (Stead et al., 2017)

4.2.4 การให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ (Telephone Counselling)

การให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์สามารถนำมาใช้เป็นการบำบัดหลักเพื่อเลิกบุหรี่ หรือเสริมการบำบัดหลัก อย่างไรก็ตาม หลักฐานบ่งชี้ว่าการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์เชิงรุก (**proactive**) มีประสิทธิผลมากกว่าการให้การปรึกษาทางโทรศัพท์แบบตั้งรับ (**reactive**) (Stead et al., 2013b) โดยผู้ให้คำปรึกษาเชิงรุกจะโทรศัพท์ถึงผู้สูบบุหรี่ในวันเวลาที่กำหนด ส่วนการให้คำปรึกษาแบบตั้งรับผู้สูบจะเป็นคนโทรไปหาผู้ให้คำปรึกษา การศึกษาพบว่า การให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์นั้นมีประสิทธิผลมากกว่าการให้ข้อมูลเพื่อช่วยให้เลิกบุหรี่ด้วยตนเอง (เช่น การให้เอกสารคำแนะนำ หรือสื่อภาพและเสียงเพื่อช่วยในการเลิกบุหรี่ด้วยตนเอง) (Stead and Lancaster, 2005, Coleman, 2004) การทดลองทางคลินิกโดยสุ่มผู้สูบให้ได้รับบริการให้คำปรึกษาการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์เพิ่มเติมจากการดูแลในเวชปฏิบัติทั่วไปตามปกติ พบว่าผู้ที่ได้รับการช่วยเหลือเพิ่มเติมทางโทรศัพท์ มีอัตราการเลิกบุหรี่ที่ **3** และ **12** เดือนสูงกว่า เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่ได้รับการดูแลตามปกติจากแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปอย่างเดียว (Borland et al., 2008)

การวิเคราะห์อภิมานพบว่า การให้คำแนะนำปรึกษาทางโทรศัพท์เชิงรุกจำนวน **3** ครั้งหรือมากกว่ามีประสิทธิผลช่วยให้เลิกบุหรี่สำเร็จ (**risk ratio 1.38, 95 %CI 1.28–1.39**) เมื่อเทียบกับกลุ่ม

ควบคุม และมีประสิทธิผลที่สูงขึ้นเมื่อได้รับคำปรึกษาในจำนวนครั้งที่มากขึ้น การทดลองแบบสุ่มของการให้การปรึกษาทางโทรศัพท์เชิงรุกในกลุ่มวัยรุ่นพบอัตราการหยุดบุหรี่ที่สูงขึ้นที่ 6 เดือน โดยเฉพาะกลุ่มที่สูบบุหรี่ทุกวัน (**10% vs 6 %) (risk ratio 1.38, 95%CI 1.28–1.39)** (Peterson et al., 2009) ในทางกลับกันหลักฐานของประสิทธิผลการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์เชิงตั้งรับมีค่อนข้างจำกัดและไม่ชัดเจนว่ามีประสิทธิผลในการเพิ่มอัตราการเลิกบุหรี่หรือไม่เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม (Stead et al., 2013b, Sood et al., 2009)

การวิเคราะห์อภิมานอีกการศึกษาหนึ่งถึงประสิทธิผลของการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์เพื่อเลิกบุหรี่ **(Matkin et al., 2019)** โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูบบุหรี่วัยผู้ใหญ่ มีบางการศึกษาที่มีกลุ่มตัวอย่างเป็นวัยรุ่นหญิงตั้งครรภ์และผู้ป่วยโรคจิตเวชเรื้อรัง การศึกษาส่วนใหญ่เป็นการให้คำแนะนำปรึกษาทางโทรศัพท์เชิงรุก โดยมีส่วนน้อยเป็นการให้เชิงตั้งรับ พบว่าอัตราการเลิกบุหรี่นั้นสูงกว่าในผู้รับบริการที่ได้รับคำปรึกษามากกว่า **1** ครั้ง (RR 1.38 95%CU 1.19 – 1.61) เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับเอกสารให้ความรู้ในการเลิกบุหรี่ด้วยตนเองหรือได้รับคำปรึกษาจำนวน **1** ครั้ง และพบว่าการให้คำแนะนำปรึกษาทางโทรศัพท์มีความสัมพันธ์กับประสิทธิผลที่สูงขึ้นเมื่อให้ร่วมกับเอกสารให้คำแนะนำในการเลิกบุหรี่ด้วยตนเอง หรือให้ควบคู่ไปกับการให้คำแนะนำแบบสั้นโดยบุคลากรทางการแพทย์ นอกจากนี้ การให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ยังมีประสิทธิผลสูงขึ้นในกลุ่มผู้ที่มีแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่ จึงอาจสรุปได้ว่ามีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ค่อนข้างแน่นอนว่าการให้คำแนะนำปรึกษาทางโทรศัพท์เชิงรุกสามารถช่วยเพิ่มอัตราการเลิกบุหรี่ แต่หลักฐานยังไม่ชัดเจนเกี่ยวกับประสิทธิผลของการให้การปรึกษาทางโทรศัพท์เชิงตั้งรับเนื่องจากมีจำนวนการศึกษาค่อนข้างจำกัด

การศึกษาถึงประสิทธิผลของสายด่วนเลิกบุหรี่ในประเทศไทย (Meeyai et al., 2015) เป็นการประเมินแบบก่อนและหลังรับการบริการ โดยไม่มีกลุ่มควบคุม ในช่วงปี 2009–2012 โดยติดตามกับกลุ่มตัวอย่างที่ถูกสุ่มมาจากผู้โทรเข้ามาใช้บริการ โดยได้รับคำแนะนำปรึกษาและการโทรติดตามอย่างน้อย 1 ครั้ง เมื่อเปรียบเทียบลักษณะของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษากับผู้สูบบุหรี่ในประชากรทั่วไป พบว่า ผู้โทรเข้ามาใช้บริการมีอายุน้อยกว่า ระดับการศึกษาสูงกว่า มีแนวโน้มที่จะเป็นนักศึกษา และสูบบุหรี่มากกว่ายาเส้น ผลการศึกษาพบว่าอัตราการหยุดบุหรี่อย่างต่อเนื่องที่ 1 เดือน 3 เดือนและ 6 เดือนหลังจากรับบริการอยู่ที่ 49.9 เปอร์เซ็นต์ 38.0 เปอร์เซ็นต์นัก 33.1 เปอร์เซ็นต์ ตามลำดับ โดยมีการพยากรณ์อัตราการเลิกบุหรี่ที่ 12 เดือน อยู่ที่ 19.54% (95%CI 14.55–26.24) และมีต้นทุนที่ใช้ในการแนะนำปรึกษาเสร็จสิ้นต่อ 1 คน เท่ากับ 31 ดอลลาร์สหรัฐ (คิดเป็นเงินไทยราว 1,000 บาท) ดังนั้น ในประเทศไทยการให้บริการสายด่วนเลิกบุหรี่นั้นจึงอาจเป็นรูปแบบทางเลือกที่ดีรูปแบบหนึ่งสำหรับช่วยเลิกบุหรี่ในกลุ่มผู้สูบบางกลุ่ม

4.2.5 การส่งข้อความทางโทรศัพท์เพื่อช่วยเลิกบุหรี่ (Text Messages)

การส่งข้อความทางโทรศัพท์เป็นรูปแบบหนึ่งของการช่วยเลิกบุหรี่ ประกอบด้วยการส่งชุดข้อความให้กำลังใจแบบอัตโนมัติ เพื่อส่งเสริมให้เกิดการปรับพฤติกรรม ให้ข้อความสะท้อนกลับเชิงบวก และสามารถขอรับการช่วยเหลือเพิ่มเติมหากต้องการ

การทดลองแบบสุ่มหลายการศึกษา พบว่า การส่งข้อความทางโทรศัพท์ให้ผู้สูบบุหรี่มีประสิทธิผลในการช่วยให้เลิกบุหรี่ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว การวิเคราะห์อภิมานในปี 2019 พบว่าการส่งข้อความทางโทรศัพท์อัตโนมัติช่วยเพิ่มอัตราการเลิกบุหรี่ที่ 6 เดือนเมื่อเปรียบเทียบกับการให้การช่วยเหลือเล็กน้อย (**RR** 1.54 **,** 95%**CI** 1.19–2.00) **(Whittaker et al., 2019)** และการเสริมการบำบัดที่ได้รับอยู่ด้วยการส่งข้อความทางโทรศัพท์มีประสิทธิผลมากกว่าการให้การบำบัดนั้นเพียงอย่างเดียว (**RR** 1.59 95%**CI** 1.09 –2.33)

อย่างไรก็ตาม หลักฐานจากการศึกษาในประเทศไทยมาจากการศึกษาเรื่อง “การทดสอบประสิทธิผลของการส่งข้อความผ่านโทรศัพท์มือถือต่อการรับบริการเลิกบุหรี่และการตัดสินใจเลิกบุหรี่” **(Kingkaew, 2018)** ไม่พบว่าการส่งข้อความผ่านโทรศัพท์มือถือช่วยให้เลิกบุหรี่ได้สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญ การศึกษานี้ส่งข้อความผ่านโทรศัพท์มือถือของกลุ่มตัวอย่าง โดยส่งข้อความวันละ 2 ข้อความในช่วงเช้าและเย็นเป็นระยะเวลา 30 วัน โดยพบว่าข้อความที่แตกต่างกันให้ผลไม่แตกต่างกัน

4.2.6 การให้ข้อมูลและบำบัดทางอินเทอร์เน็ต (Web-based Intervention)

การให้การบำบัดเสริมกันมากกว่า 1 รูปแบบ สามารถช่วยเพิ่มอัตราการเลิกบุหรี่ให้สูงขึ้น ดังนั้น การให้การบำบัดเสริมด้วยการให้ข้อมูลและวิธีการอื่นๆ เพิ่มเติมสำหรับผู้ติดบุหรี่ที่ต้องการเลิกบุหรี่ด้วยตนเอง (**self-help material**) อาจช่วยเสริมประสิทธิผลและช่วยประหยัดเวลาผู้บำบัด

การทบทวนอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์อภิมานของการทดลองและกึ่งทดลอง พบว่าแหล่งข้อมูลจากเว็บไซต์ที่ออกแบบให้มีปฏิสัมพันธ์กับผู้รับบริการ (**interactive**) หรือปรับให้เหมาะสมกับผู้รับบริการแต่ละคน มีประสิทธิผลมากกว่าแหล่งข้อมูลที่ไม่มีปฏิสัมพันธ์กับผู้รับบริการ (Civljak et al., 2013, Taylor et al., 2017) โดยสามารถเพิ่มอัตราการเลิกบุหรี่ได้ที่ 6 เดือน (**RR** 1.48**,** 95%**CI** 1.11–2.78) และสูงขึ้นเมื่อเสริมด้วยการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ (**RR** 2.05**,** 95%**CI** 1.42–2.97) (Civljak et

al., 2013) แต่การให้ข้อมูลและบำบัดผ่านอินเทอร์เน็ตอาจมีประสิทธิผลน้อยกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ (Neri et al., 2016)

นอกจากนี้ยังพบว่า การบำบัดที่ใช้ประโยชน์จากเครือข่ายทางสังคมบนอินเตอร์เน็ต เช่น การเข้าร่วมกลุ่มสนทนาในสื่อสังคมออนไลน์ เช่น **Twitter Facebook** และ **WhatsApp** เพื่อช่วยเลิกบุหรี่ มีแนวโน้มที่จะให้ผลลัพธ์ที่ดีในกลุ่มผู้ที่มีแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่และรวมทั้งการป้องกันการกลับไปสูบใหม่ (Pechmann et al., 2017, Ramo et al., 2015)

4.2.7 การบำบัดด้วยสิ่งจูงใจ (Contigency Management, CM)

การวิเคราะห์อภิมานของการทดลองทางคลินิกและการทดลองแบบสุ่มหลายการศึกษาสรุปว่าการบำบัดด้วย CM มีประสิทธิผลในการช่วยเลิกบุหรี่ (Kock et al., 2023, Alessi et al., 2008, Secades-Villa et al., 2020, Dallery et al., 2017, Halpern et al., 2015) และช่วยเพิ่มอัตราการเลิกบุหรี่เมื่อติดตามในระยะยาวหลังจากที่หยุดสิ่งจูงใจไปแล้ว (Notley et al., 2019) และยังมีหลักฐานถึงประสิทธิผลการใช้การบำบัดด้วยสิ่งจูงใจในสถานที่ทำงาน (Volpp et al., 2006, Volpp et al., 2009, Halpern et al., 2015)

ในหญิงตั้งครรภ์ (Ussher et al., 2024) และการใช้เทคโนโลยีเพื่อเฝ้าติดตามระยะไกลผ่านอินเตอร์เน็ต (Dallery et al., 2017) โดยตรวจหลักฐานการหยุดบุหรี่ด้วยการวัดปริมาณคาร์บอนมอนนอกไซด์ในลมหายใจและถ่ายวิดีโอให้ดูเป็นหลักฐาน และ CM สามารถเพิ่มอัตราการเลิกบุหรี่ให้สูงขึ้นได้อีกราว 2 เท่าของผู้ที่ที่ได้รับการบำบัดด้วยยาเลิกบุหรี่ (Secades-Villa et al., 2020)

การศึกษายังพบว่า สิ่งจูงใจที่แตกต่างกันมีผลที่ไม่เท่ากัน โดยผลของสิ่งจูงใจขึ้นอยู่กับมูลค่าของสิ่งจูงใจหรือจำนวนเงินที่ได้เมื่อเลิกบุหรี่ แต่ยังไม่ชัดเจนว่าให้สิ่งจูงใจอย่างไรจึงจะมีประสิทธิผลสูงสุดและใช้ต้นทุนต่ำที่สุด และการให้สิ่งจูงใจแบบใดจึงจะให้ผลต่อเนื่องในระยะยาว (Aveyard and Bauld, 2011)

4.2.8 การบำบัดเชิงความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy, CBT)

CBT มีประสิทธิผลในการช่วยเลิกบุหรี่ (Hooper et al., 2024, Webb et al., 2022) เทคนิคในการนำ **CBT** มาบำบัดการติดบุหรี่ ประกอบด้วย การค้นหาและหลีกเลี่ยงตัวกระตุ้นที่ทำให้สูบบุหรี่ (เช่น สถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด การอยู่ใกล้กับผู้สูบบุหรี่คนอื่น การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การดื่มกาแฟ) และการจัดการกับสถานการณ์ซึ่งทำให้มีความรู้สึกอยากบุหรี่ เทคนิคอื่นๆ ประกอบด้วย

การประเมินตนเอง (**self–monitoring**) การลดปริมาณการสูบบุหรี่อย่างค่อยเป็นค่อยไปก่อนเลิกบุหรี่อย่างถาวร (แต่อาจมีผู้สูบบางรายเลือกที่จะเลิกแบบทันที) และกำหนดวันเลิกบุหรี่ การบำบัดที่มีประสิทธิผลมักประกอบด้วยการประคับประคองทางสังคมซึ่งช่วยให้มีความมั่นใจในการเลิกบุหรี่ (Fiore, 2008, Stead and Lancaster, 2005) การให้ความรู้เกี่ยวกับอาการถอนบุหรี่ซึ่งมักมีมากที่สุดในช่วง 1–2 สัปดาห์หลังเลิกบุหรี่และอาจมีอาการถอนอย่างต่อเนื่องอีกหลายเดือน

ตัวอย่างกลยุทธ์การจัดการกับตัวกระตุ้นที่ทำให้เกิดความอยากบุหรี่ ประกอบด้วย (O'Connell et al., 1998)

- การออกกำลังกาย นอกจากเป็นวิธีจัดการกับความอยากบุหรี่แล้ว การออกกำลังกายยังเป็นวิธีการในการจัดการกับน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นหลังหยุดบุหรี่ การศึกษาบ่งชี้ว่า การผนวกโปรแกรมการออกกำลังกายเข้ากับโปรแกรมการเลิกบุหรี่ช่วยเพิ่มอัตราการเลิกบุหรี่สำเร็จให้สูงขึ้น เช่น การออกกำลังกายด้วยวิธีการเดินหรือออกกำลังเป็นกลุ่ม (O'Connell et al., 1998, Ussher et al., 2014)
- จัดให้มีพื้นที่ห้ามสูบบุหรี่ เพื่อลดโอกาสในการอยู่ใกล้ชิดกับผู้สูบบุหรี่คนอื่น
- ใช้สิ่งเบี่ยงเบนความสนใจ (**cognitive distraction**) เช่น การจดจ่ออยู่กับงานหรือสิ่งอื่น
- กลยุทธ์การไม่ให้ปากอยู่ว่าง (**oral strategies**) เช่น เคี้ยวหมากฝรั่ง จิบน้ำ หรือกินของขบเคี้ยวที่เป็นประโยชน์ต่อร่างกาย
- พูดให้กำลังใจตนเองและจินตนาการสิ่งที่เป็นบวก เช่น การกล่าวกับตนเองว่า การเลิกบุหรี่จะง่ายขึ้นเรื่อยๆหรือจินตนาการว่าตัวเองเลิกบุหรี่ได้แล้ว
- คิดถึงประโยชน์ของการเลิกบุหรี่ ประโยชน์ต่อสุขภาพ ค่าใช้จ่ายที่จะประหยัดได้จากการไม่ซื้อบุหรี่

นอกจากนี้ เทคนิคของ acceptance and commitment therapy (ACT) อาจมีประโยชน์ในการช่วยเลิกบุหรี่ (Mak et al., 2020, Bricker et al., 2022) โดยสอนให้ผู้สูบยอมรับประสบการณ์ ความคิด อารมณ์ หรือความรู้สึกที่ไม่พึงประสงค์ต่างๆที่เกิดขึ้นเมื่อเลิกบุหรี่ เช่น อาการอยากบุหรี่ (craving)

4.2.9 การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing, MI)

นอกเหนือจากเทคนิค **5A's** ที่กล่าวไว้ข้างต้น หรือการใช้ Stage of Change Model ยังมีเทคนิคอื่นๆ ที่ช่วยให้ผู้บำบัดใช้ในการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจเพื่อเลิกบุหรี่ เช่น เทคนิค **5 Rs** (PHS Guideline Update Panel, 2008) ประกอบด้วย

- **Relevance** คือการให้ข้อมูลที่เหมาะสมกับบริบทของผู้สูบ เช่น การเจ็บป่วยหรือโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ที่สัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ ปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ การพยายามของผู้ป่วยที่จะเลิกบุหรี่ในอดีต และอุปสรรคต่อต่อการเลิกบุหรี่ของผู้สูบแต่ละราย
- Risks คือการให้ข้อมูลเกี่ยวกับผลกระทบที่เป็นล**บ**ด้านสุขภาพหากผู้สูบยังคงสูบต่อไป เช่น
  - ความเสี่ยงในระยะสั้น เช่น ปัญหาทางเดินหายใจ อันตรายต่อเด็กในครรภ์
  - ความเสี่ยงในระยะยาว เช่น โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคปอด โรคมะเร็งต่างๆ
  - ความเสี่ยงต่อบุคคลรอบข้าง การเพิ่มความเสี่ยงต่อมะเร็งปอดในคู่สมรส การติดเชื้อทางเดินหายใจของเด็กที่อยู่ในครัวเรือนเดียวกัน
- Rewards คือการทำให้ผู้สูบเห็นประโยชน์ที่เกิดจากการเลิกบุหรี่ เช่น สุขภาพที่ดีขึ้นของตนเองและครอบครัว การประหยัดค่าใช้จ่าย เป็นต้น
- Roadblocks คือการค้นหาอุปสรรคที่มีต่อการเลิกบุหรี่และเสนอการช่วยเหลือที่ช่วยให้ผู้ป่วยก้าวข้ามอุปสรรคดังกล่าว
- Repetition คือการใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจซ้ำๆ ทุกครั้งที่มีการนัดติดตาม หากผู้สูบยังไม่มีแรงจูงใจในการเลิก เนื่องจากในความเป็นจริงผู้สูบบุหรี่ส่วนใหญ่ต้องใช้ความพยายามหลายครั้งก่อนที่จะประสบความสำเร็จในการเลิกบุหรี่

หลักฐานจากการวิเคราะห์อภิมานล่าสุดในปี 2019 พบว่าหลักฐานการศึกษายังไม่เพียงพอที่จะสรุปว่าการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจมีประสิทธิผลดีกว่าการดูแลรักษาตามปกติ หรือการบำบัดเชิงพฤติกรรมรูปแบบอื่นๆ และยังไม่เพียงพอที่จะสรุปว่าการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจที่มีความเข้มข้นสูงมีประสิทธิผลดีกว่าการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจที่มีความเข้มข้นต่ำ (Lindson et al., 2019b)

4.2.10 การเลิกบุหรี่ด้วยตนเอง (self-help)

สำหรับผู้ติดบุหรี่ที่ไม่มีเวลาหรือไม่สามารถเข้าถึงบริการการช่วยเหลือเพื่อเลิกบุหรี่ที่กล่าวมาข้างต้น สื่อสำหรับช่วยให้เลิกบุหรี่ด้วยตนเอง เช่น แผ่นพับ เทปเสียง วีดีโอเทป มีประสิทธิผลดีกว่าเล็กน้อยเมื่อเทียบกับการไม่ได้รับการช่วยเหลือใดๆ เลย (Hartmann-Boyce et al., 2014) การทดลองแบบสุ่มที่มีกลุ่มควบคุม พบว่า การส่งคู่มือช่วยเลิกบุหรี่และสื่อช่วยเหลืออื่นๆ จำนวน 10 ครั้งให้แก่ผู้ติดบุหรี่เป็นระยะในช่วงเวลา 18 เดือน ช่วยเพิ่มอัตราการเลิกบุหรี่ที่ระยะเวลา 2 ปีได้ดีกว่าการได้รับคู่มือการเลิกบุหรี่เพียง 1 ครั้ง ตอนเริ่มต้นของการศึกษา (30% vs 19%) (Brandon et al., 2016) การศึกษาหลายชิ้นบ่งชี้ว่า สื่อสำหรับช่วยเลิกบุหรี่ด้วยตนเองที่ปรับให้เหมาะกับแต่ละบุคคลอาจมี

ประสิทธิผลดีกว่าสื่อที่ไม่ได้ปรับให้เหมาะกับรายบุคคล (Fiore, 2008, Hartmann-Boyce et al., 2014) อย่างไรก็ตาม ไม่มีหลักฐานถึงประสิทธิผลที่เพิ่มขึ้นจากสื่อที่ช่วยให้เลิกบุหรี่ด้วยตนเองเมื่อนำมาใช้ร่วมกับการให้คำแนะนำปรึกษาหรือการบำบัดด้วยการให้นิโคตินทดแทน (Hartmann-Boyce et al., 2014)

ระยะเวลาของการบำบัด

การวิเคราะห์แบบอภิมานของการทดลองแบบสุ่ม พบว่า มีความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มข้นของการบำบัดแบบให้คำปรึกษาแบบตัวต่อตัวกับการตอบสนองต่อการรักษา (dose response relationship) โดยพบความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลารวมของการให้การบำบัด (จำนวนครั้งของการบำบัด และระยะเวลาของการบำบัดแต่ละครั้ง) และอัตราการเลิกบุหรี่ (Lancaster and Stead, 2017) เช่น การศึกษาพบว่า การให้คำแนะนำปรึกษาที่มีเวลานานมากกว่า 10 นาที จำนวนตั้งแต่ 4 ครั้ง หรือมากกว่า พบว่ามีประสิทธิผลค่อนข้างดี (Fiore, 2008, Lancaster and Stead, 2017) อย่างไรก็ตาม ประสิทธิผลอาจเพิ่มขึ้นถึงระดับหนึ่ง และไม่เพิ่มขึ้นอีกถึงแม้จะได้รับการบำบัดในจำนวนที่มากขึ้น หรือนานขึ้น อีกการศึกษาหนึ่งเป็นการทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม พบว่า การขยายเวลาการบำบัดด้วย CBT ไปจนถึง 48 สัปดาห์ หลังจากได้รับการบำบัดเบื้องต้นระยะเวลา 26 สัปดาห์ควบคู่ไปกับการให้ยาเลิกบุหรี่ไม่พบว่า มีประสิทธิผลเพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการติดตามทางโทรศัพท์ทุกเดือน โดยพบอัตราการเลิกบุหรี่ต่อเนื่องกันเป็นเวลา 7 วันเท่ากับ 40 % ทั้ง 2 กลุ่ม (Laude et al., 2017) หลักฐานจากการศึกษาทบทวนอย่างเป็นระบบนั้น ยังไม่สามารถสรุปได้ว่า จำนวนครั้งของการให้คำแนะนำปรึกษาทางโทรศัพท์ที่มากขึ้นนั้น มีความสัมพันธ์กับอัตราการเลิกบุหรี่ที่สูงขึ้น โดยการศึกษาส่วนใหญ่ที่อยู่ในการทบทวนฯ ประกอบด้วยการโทรศัพท์จำนวน 3 ครั้ง หรือมากกว่า (Stead et al., 2013b) ดังนั้น ประสิทธิผลที่เพิ่มขึ้นตามระยะเวลาจึงอาจขึ้นกับชนิดของการบำบัด

5. การนัดติดตาม

ขั้นตอนที่ 5 ของกระบวนการ 5A's คือการนัดติดตาม ควรมีการนัดผู้ป่วยภายใน 1-2 สัปดาห์หลังจากวันที่กำหนดให้หยุดบุหรี่ เพื่อติดตามดูการตอบสนองต่อการบำบัด ปรับเปลี่ยนการบำบัดตามความเหมาะสม และติดตามผลข้างเคียงของยารักษา (ถ้ามีการให้ยาช่วยเลิกบุหรี่ร่วมด้วย) โดยการนัดติดตามอาจเป็นแบบพบต่อหน้าหรือคุยทางโทรศัพท์ก็ได้

การป้องกันการกลับไปสูบใหม่หลังจากเลิกบุหรี่ได้สำเร็จ (Relapse Prevention)

การป้องกันการกลับไปสูบใหม่เป็นส่วนหนึ่งของการนัดติดตามเมื่อผู้สูบเลิกบุหรี่ได้สำเร็จ โดยเฉพาะในช่วง 3 เดือนแรกหลังหยุดบุหรี่ ซึ่งการหวนกลับไปสูบใหม่มักเกิดขึ้น โดยมีข้อแนะนำในการปฏิบัติดังต่อไปนี้เมื่อติดตามผลการรักษา (Siu and Force, 2015)

- ยินดีกับการเลิกบุหรี่สำเร็จและให้กำลังใจในการเลิกบุหรี่ได้อย่างต่อเนื่องต่อไป
- สำรวจปัญหาอื่นๆ ที่สัมพันธ์กับการสูบและประเมินถึงสิ่งที่ท้าทายที่อาจประสบต่อไป
- ประเมินการใช้ยารักษา ปัญหาต่างๆที่เกิดจากการใช้ยาและประสิทธิผล
- ให้ข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งที่ให้ความช่วยเหลือในการหยุดบุหรี่ต่างๆเพิ่มเติม

มีหลักฐานเชิงประจักษ์ค่อนข้างน้อยที่บ่งชี้ว่าการให้การบำบัดเชิงพฤติกรรมอย่างต่อเนื่องนั้นช่วยป้องกันการกลับไปสูบซ้ำหลังจากเลิกบุหรี่ได้ (Agboola et al., 2010) การศึกษาทบทวนอย่างเป็นระบบในปี 2013 เพื่อประเมินประสิทธิผลของการบำบัดเพื่อป้องกันการกลับไปสูบซ้ำ พบว่ายังไม่มีหลักฐานเพียงพอสนับสนุนถึงประสิทธิผลการให้การบำบัดเชิงพฤติกรรมชนิดใดชนิดหนึ่งเพื่อช่วยป้องกันการกลับไปสูบซ้ำ (Hajek et al., 2013)

การดำเนินการเมื่อมีการกลับไปสูบซ้ำ

หากกลับไปสูบซ้ำ ผู้สูบควรได้รับการสนับสนุนประคับประคองให้พยายามในการเลิกสูบบุหรี่ต่อไป โดยเพิ่มความเข้มข้นของการบำบัด การให้ยาเพื่อช่วยเลิกบุหรี่ หรือทั้งสองอย่าง ในความเป็นจริงผู้สูบบุหรี่จำนวนมากต้องใช้ความพยายามหลายครั้ง ก่อนที่จะสามารถเลิกได้อย่างถาวร การศึกษาประมาณการว่า 72 % ของผู้สูบที่เลิกบุหรี่ สามารถหยุดได้อย่างต่อเนื่องได้ไม่ถึง 3 เดือน (Hughes et al., 2014) ราว 35 ถึง 40 เปอร์เซ็นต์กลับไปสูบใหม่ภายใน 1 ถึง 5 ปีหลังจากเลิกบุหรี่ได้ (Hajek et al., 2013, Stapleton et al., 1998, Anthonisen et al., 1994) และประมาณ 2 ใน 3 ของผู้ที่กลับไปสูบใหม่รายงานว่ามีความต้องการที่จะหยุดสูบอีกครั้งภายใน 30 วัน (Fu et al., 2006)

สรุป

บุคลากรทางการแพทย์มีบทบาทสำคัญในการช่วยผู้ติดบุหรี่ โดยเริ่มจากการประเมินโดยใช้เครื่องมือต่างๆ เช่น 5A's จิตสังคมบำบัดสำหรับช่วยเลิกสูบบุหรี่มีหลากหลายวิธีที่มีหลักฐานรองรับว่ามีประสิทธิผลในการลดหรือเลิกบุหรี่ เช่น การให้คำปรึกษา (counselling) ซึ่งอาจดำเนินการแบบเป็นกลุ่มหรือตัวต่อตัว หรือการผ่านทางโทรศัพท์ เช่น สายด่วนเลิกบุหรี่ ซึ่งการทำแบบเชิงรุกได้ผลดีกว่าเชิงตั้งรับ และช่วยเพิ่มให้ผู้สูบเข้าถึงบริการและมีประสิทธิผล CBT ช่วยให้ผู้สูบสามารถจัดการกับสิ่งกระตุ้นและความอยากสูบผ่านการเรียนรู้กลยุทธ์การเผชิญปัญหาและการสังเกตตนเอง MI มุ่งเน้นการกระตุ้นแรงจูงใจภายใน โดยช่วยให้ผู้ป่วยตระหนักและจัดการกับความลังเลในการเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบ ในขณะที่ CM ใช้แรงเสริมทางบวกเพื่อสนับสนุนการเลิกบุหรี่ นอกจากนี้ การให้ข้อมูลสำหรับการเลิกบุหรี่ด้วยตนเอง หรือผ่านทางสื่อดิจิตัล หรือ website โดยเฉพาะที่ออกแบบให้มีปฏิสัมพันธ์กับผู้ใช้ ก็อาจช่วยเพิ่มอัตราการเลิกบุหรี่ให้สูงขึ้น การบำบัดเหล่านี้จะได้ผลดีที่สุดเมื่อใช้ร่วมกับการรักษาด้วยยาและปรับให้เหมาะกับความพร้อมและความต้องการของแต่ละบุคคล และอาจต้องใช้ความพยายามหลายครั้งในการเลิกบุหรี่ได้อย่างถาวร

บทที่ 12

การบำบัดทางจิตสังคมสำหรับผู้มีความผิดปกติของพฤติกรรมการดื่มสุรา *(PSYCHOSOCIAL THERAPIES FOR ALCOHOL USE DISORDER)*

การบำบัดทางจิตสังคมสามารถช่วยลดปริมาณการดื่มและเพิ่มอัตราการเลิกดื่มอันเป็นผลมาจากการบำบัดเองหรือการบำบัดควบคู่ไปกับการรักษาด้วยยา โดยทั่วไปเป้าหมายระยะสั้นของการบำบัดด้วยจิตสังคมสำหรับผู้มีความผิดปกติของพฤติกรรมการดื่มสุรา ประกอบด้วย

- ส่งเสริมให้หยุดหรือลดปริมาณการดื่ม
- ส่งเสริมให้ผู้**ป่วย**ร่วมมือในการบำบัด
- ส่งเสริมให้ผู้ป่วยร่วมมือในการกินยารักษา
- ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเข้ารับบริการทางสังคมประเภทอื่นๆ
- ส่งเสริมให้ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมในการบำบัดและเพิ่มโอกาสในการทำงานและมีรายได้

เป้าหมายระยะยาวประกอบด้วย

- การสร้างเสริมความภาคภูมิใจในตัวเอง (self-esteem)
- การแก้ปัญหาข้างเคียงต่างๆ ทางสังคมที่สัมพันธ์กับการดื่มสุรา
- **การทำ**ให้สุขภาพทางกายดีขึ้น
- **การ**หยุดดื่มสุราอย่างถาวร

ประสิทธิผลของการบำบัดทางจิตสังคมชนิดต่างๆ

1. การบำบัดแบบสั้น (Brief Intervention, BI)

การทดลองแบบสุ่มโดยใช้ **BI** สำหรับผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคติดสุรา ซึ่งมีจำนวนการศึกษาค่อนข้างน้อย **(Saitz, 2010a)** พบว่า การบำบัดแบบสั้นไม่มีประสิทธิผล (Saitz et al., 2007, **Field et al., 2014, Saitz, 2010a, Field and Caetano, 2010**) การศึกษาที่สนับสนุนประสิทธิผลของ **BI** มาจากการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างผู้มีความผิดปกติของพฤติกรรมการดื่มสุราที่ไม่รุนแรงนัก ในสถานบำบัดประเภทต่างๆ โดยรายละเอียดดังต่อไปนี้

1.1 แบบผู้ป่วยนอก

หลักฐานถึงประสิทธิผลของ **BI** กับปัญหาพฤติกรรมการดื่มสุราในสถานบำบัดแบบผู้ป่วยนอกมาจากการทดลองทางคลินิกแบบสุ่มในหลายประเทศ **(Bien et al., 1993, Kahan et al., 1995, Wilk et al., 1997, Moyer et al., 2002)** ซึ่งให้ผลสอดคล้องกันว่า **BI** มีประสิทธิผลดีกว่าการไม่ได้รับการบำบัดใดๆ ในบางการศึกษาพบว่าอาจมีประสิทธิผลใกล้เคียงกับการบำบัดแบบเข้มข้น และมีหลักฐานถึงประสิทธิผลของ **BI** ในผู้ที่มารับการรักษาในสถานพยาบาลปฐมภูมิ ซึ่งได้รับการคัดกรองว่ามีปัญหาการดื่มสุราที่อาจเป็นอันตรายต่อสุขภาพแต่ไม่รุนแรง แต่หลักฐานด้านประสิทธิผลยังไม่ชัดเจนนักในผู้ที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราระดับรุนแรงปานกลางถึงมาก (Kaner et al., 2009, Whitlock et al., 2004) **(Kaner** et al., 2009, Whitlock et al., 2004, Ballesteros et al., 2004, Bertholet et al., 2005, Beich et al., 2003, Jonas et al., 2012, O'Donnell et al., 2014, Force, 2004)

การวิเคราะห์อภิมานของการทดลองทางคลินิก พบว่า **BI** มีประสิทธิผลในการลดสัดส่วนของผู้ที่มีพฤติกรรมดื่มสุราแบบเสี่ยงเมื่อติดตามที่ 1 ปีต่อมาเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม (57% **vs** 69% **absolute risk reduction** 12%) (Beich et al., 2003) การวิเคราะห์อภิมานอีกการศึกษาหนึ่งพบว่า **BI** สามารถลดปริมาณการดื่มของผู้ป่วยลงโดยเฉลี่ย 3.6 หน่วยการดื่มมาตรฐาน (**standard drink**) ต่อสัปดาห์เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม และยังพบว่าสัดส่วนของผู้ที่ดื่มแบบเสี่ยงลดลง 11% เมื่อติดตามที่ 12 เดือนต่อมา (Jonas et al., 2012)

การศึกษาโดยใช้แบบจำลอง (simulation modeling) บ่งชี้ว่า **BI** ช่วยลดการเข้ารับบริการสุขภาพและมีผลทำให้ประหยัดต้นทุนในการรักษา (Fleming et al., 2002, Solberg et al., 2008) การศึกษาดังกล่าว ทำในผู้ ที่ได้รับการคัดกรองว่ามีพฤติกรรมการดื่มสุราที่มีความเสี่ยงต่อสุขภาพ โดยกลุ่มตัวอย่างถูกสุ่มให้ได้รับ **BI** หรือการดูแลรักษาตามปกติในสถานพยาบาลปฐมภูมิ (Fleming et al.,

2002) โดย **BI** ในการศึกษานี้ประกอบด้วยการพูดคุยกับผู้บำบัด 2 ครั้งครั้งละ 10–15 นาทีและการติดตามทางโทรศัพท์โดยพยาบาล 1 ครั้ง และพบว่า **BI** มีประสิทธิผลในการลดปริมาณการดื่มลงอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม โดยประสิทธิผลยังคงอยู่เมื่อติดตามที่ 36 เดือนต่อมา นอกจากนี้การมารับบริการที่สถานพยาบาลยังลดลงในช่วงติดตามที่ 4 ปีต่อมา **BI** จึงสามารถลดต้นทุนค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ **(medical costs)** และต้นทุนทางสังคม (**societal costs)** อันเป็นผลมาจากอุบัติเหตุจากการเมาในขณะขับขี่ยานพาหนะที่ลดลง

การศึกษาต้นทุนและประสิทธิผลของการตรวจคัดกรองร่วมไปกับการให้ BI ในผู้มีปัญหาการดื่มสุราในประเทศไทย เทียบกับการไม่คัดกรองโดยใช้แบบจำลองทางเศรษฐศาสตร์โดยใช้มุมมองต้นทุนทางสังคม (societal costs) พบว่า การคัดกรองมีต้นทุนต่ำกว่าและประสิทธิผลดีกว่าการไม่คัดกรอง และการคัดกรองในคนอายุน้อยมีแนวโน้มคุ้มค่ากว่าการคัดกรองในคนอายุมาก (Chantarastapornchit et al., 2013)

1.2 แบบผู้ป่วยใน

การศึกษาทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของการทดลองทางคลินิกที่ใช้ **BI** สำหรับผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุราในผู้ที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยในจากการบาดเจ็บด้วยสาเหตุต่างๆ พบว่า BI มีประสิทธิผลในการลดปริมาณการดื่มได้ที่ 6 เดือนและ 9 เดือน แต่ไม่แตกต่างกันที่ 1 ปี (McQueen et al., 2011, Mdege et al., 2013) อย่างไรก็ตาม การบำบัดแบบสั้นอาจมีประสิทธิผลน้อยกว่าในผู้ป่วยในเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยนอกเนื่องจากผู้ป่วยในมีแนวโน้มที่จะมีปัญหาการดื่มสุรารุนแรงกว่าผู้ป่วยนอก โดยพบว่าราวหนึ่งในสามของผู้ป่วยในที่มีปัญหาการดื่มสุราพบว่ามีอาการเข้าได้กับการวินิจฉัยโรคติดสุราตามเกณฑ์วินิจฉัย DSM – IV (Emmen et al., 2004, Freyer-Adam et al., 2008, Bischof et al., 2010, Saitz, 2010b)

ในประเทศไทยมีการศึกษาทดลองแบบสุ่มถึงประสิทธิผลของ **BI** ในผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุราในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยในซึ่งได้รับการบำบัดแบบสั้น 1 ครั้ง (Chavengchaiyong et al., 2000) โดยมีพยาบาลเป็นผู้ทำการบำบัด ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มที่ได้รับการบำบัดสามารถลดปริมาณการดื่ม ลดความถี่ในการดื่ม หรือหยุดดื่มได้มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ เมื่อติดตามที่ 6 เดือน

1.3 ในแผนกฉุกเฉิน

หลักฐานจากการวิเคราะห์แบบอภิมานของทดลองแบบสุ่มซึ่งประกอบด้วยกลุ่มตัวอย่างผู้ที่ได้รับบาดเจ็บและ/หรือเมาสุราที่มารับการรักษาที่แผนกฉุกเฉินพบว่า **BI** มีประสิทธิผลในการลดปริมาณการดื่ม แต่มีขนาดประสิทธิผลที่ค่อนข้างน้อย (standardized mean difference = 0.19 หน่วยการดื่ม (standard drink) ต่อสัปดาห์หรือต่อเดือนเมื่อติดตามที่ 12 เดือน) (Schmidt et al., 2016)

1.4 การบำบัดแบบสั้นในประชากรกลุ่มเฉพาะ

1.4.1 หญิงตั้งครรภ์

การทดลองแบบสุ่มส่วนใหญ่ **(Chang et al., 1999)** ในสถานพยาบาลแบบปฐมภูมิพบว่า การบำบัดแบบสั้นสามารถลดการดื่มสุราในขณะตั้งครรภ์ หรือป้องกันการตั้งครรภ์ในขณะดื่มสุรา **(O'Connor and Whaley, 2007, Hankin, 2002, Floyd et al., 2007, Chang et al., 2005)**

1.4.2 นักศึกษามหาวิทยาลัย

การให้ **BI** ในกลุ่มนักศึกษามหาวิทยาลัยที่มีปัญหาการดื่มสุราพบว่ามีประสิทธิผลปานกลางในการลดปริมาณการดื่มสุราในกลุ่มที่ดื่มหนัก **(Samson and Tanner–Smith, 2015, Schaus et al., 2009, Scott–Sheldon et al., 2014)**

1.4.3 ผู้ป่วยจิตเวช

การทดลองแบบสุ่มกับผู้ที่มารับบริการที่สถานบริการด้านสุขภาพจิต พบว่า การบำบัดแบบสั้นช่วยให้จำนวนวันที่ดื่มหนักในช่วง 90 วันที่ผ่านมาลดลงเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม **(3.6 วัน vs 7.5 วัน)** เมื่อติดตามที่ 3 **เดือน** (Karno et al., 2021)

1.5 ประเภทของผู้ให้การบำบัด เนื้อหาของการบำบัด และสถานบำบัด

การวิเคราะห์แบบอภิมานของการทดลองแบบสุ่ม พบว่า ขนาดของประสิทธิผลไม่แตกต่างกันไม่ว่าจะเป็นการทำ **BI** โดยแพทย์เฉพาะทางสาขาใดก็ตาม หรือมีความแตกต่างในเนื้อหาของการบำบัด ขนาดของประสิทธิผลของ **BI** จะสูงกว่าในสถานพยาบาลแบบปฐมภูมิและในสถานพยาบาลของมหาวิทยาลัย เมื่อเปรียบเทียบกับการบำบัดในที่ที่ไม่ใช่สถานพยาบาล (Platt et al., 2016) และยังพบว่า **BI** ที่ทำโดยบุคลากรที่ไม่ใช่แพทย์ในสถานพยาบาลปฐมภูมิมีประสิทธิผลที่ใกล้เคียงกับการบำบัดโดยแพทย์ **(Sullivan et al., 2011)** ดังนั้น ไม่ว่าจะเป็นพยาบาล ผู้ช่วยพยาบาล ผู้ช่วยแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ต่างๆ ควรได้รับการฝึกอบรมเพื่อทำการคัดกรองและการบำบัดแบบสั้น (Lock et al., 2006)

2. การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจและการบำบัดเพื่อสร้างแรงจูงใน (Motivational Interviewing, MI, Motivational Enhancement Therapy, MET)

การวิเคราะห์แบบอภิมานของการทดลองแบบสุ่ม กับกลุ่มตัวอย่างที่มีปัญหาการเสพสารเสพติด หรือติดสารเสพติดตามเกณฑ์การวินิจฉัย DSM-IV โดยรวบรวมการศึกษาที่รวมกลุ่มตัวอย่างที่มีปัญหาความผิดปกติของพฤติกรรมการดื่มสุราและติดสุรา (Smedslund et al., 2011) ผลการศึกษาพบว่า MI สามารถลดปริมาณการดื่มสุราในช่วงระยะเวลาของการศึกษา (standardized mean difference (SMD) 0.15, 95%CI 0.04-0.25) เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม แต่ไม่พบความแตกต่างในผลลัพธ์เมื่อเปรียบเทียบ MI กับการบำบัดชนิดอื่นๆ

การวิเคราะห์อภิมานซึ่งเปรียบเทียบจิตบำบัดหลายรูปแบบในการรักษาความผิดปกติของปัญหาพฤติกรรมการดื่มสุรายังพบว่า MET มีประสิทธิผลดีกว่าการดูแลรักษาตามปกติในการลดจำนวนวันที่หยุดดื่ม (Zhang et al., 2022)

ในประเทศไทย การศึกษาในกลุ่มผู้รับบริการที่สถานพยาบาลปฐมภูมิ โดยให้การบำบัดที่มุ่งสร้างแรงจูงใจ (Motivational Enhancement Therapy, MET) ซึ่งเป็นรูปแบบหนึ่งของ MI จำนวน 3 ครั้ง (Noknoy et al., 2010) โดยมีพยาบาลเป็นผู้ทำการบำบัดเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลรักษาตามปกติ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มที่ได้รับ MET สามารถลดปริมาณการดื่ม ลดความถี่ในการดื่มหรือหยุดดื่มได้มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ เมื่อติดตามที่ 6 เดือน

3. การบำบัดเชิงความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy, CBT)

การวิเคราะห์อภิมานของการทดลองทางคลินิก พบว่า CBT มีประสิทธิผลปานกลาง (modest effect) ในการบำบัดการติดสุราเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมและกลุ่มที่ไม่ได้รับการรักษา (Magill and Ray, 2009) และไม่พบว่าการให้ CBT ควบคู่ไปกับการให้ยารักษาอาการติดสุรา มีผลลัพธ์ในการรักษาที่ดีกว่าการให้การบำบัดเพียงอย่างใดอย่างหนึ่ง (Anton et al., 2006, Weiss and Kueppenbender, 2006)

การศึกษายังพบว่า การบำบัดแบบสั้น (BI) ที่ใช้หลักการของ CBT พบว่า มีประสิทธิผลช่วยให้ผู้ป่วยที่มีปัญหาการดื่มสุรา หรือติดสุราเข้าสู่กระบวนการบำบัด (Stecker et al., 2012) โดยการศึกษานี้เป็นการทดลองแบบสุ่มกับกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการคัดกรองว่ามีความผิดปกติของพฤติกรรมการดื่มสุรา โดยเปรียบเทียบ BI ที่ใช้หลักการของ CBT ผ่านทางโทรศัพท์หนึ่งครั้งกับกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มที่ได้รับ

BI มีทัศนคติที่ดีในการเข้าร่วมโปรแกรมบำบัดการดื่มสุราแบบเต็มรูปแบบและมีแนวโน้มสูงกว่า 3 เท่าที่จะเข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดภายใน 3 เดือนเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม (31% vs 12%)

การวิเคราะห์ของการศึกษาประสิทธิผลของการบำบัดด้วย CBT ร่วมไปกับการให้ยารักษาในกลุ่มผู้มีความผิดปกติของการดื่มสุราพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้ CBT มีผลลัพธ์ที่ดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการรักษาตามปกติ แต่ไม่พบว่ากลุ่มที่ได้ CBT มีผลลัพธ์ที่ดีกว่ากลุ่มที่ได้ MET หรือ CM (Ray et al., 2020)

4. การบำบัดในสถานพักฟื้น (Residential Treatment) หรือผู้ป่วยใน (Inpatient)

คือการบำบัดในสถานบำบัดหรือในสภาพแวดล้อมที่ไม่สามารถเข้าถึงสุราหรือสารเสพติดได้ตลอด 24 ชั่วโมง โดยอาจมีรูปแบบที่แตกต่างกันไปในเรื่องของความเข้มข้นของการรักษา แบ่งได้เป็น 3 รูปแบบใหญ่ๆ ดังนี้

- รูปแบบจิตสังคม (psychosocial model) เน้นไปที่การให้คำแนะนำปรึกษาแบบรายบุคคลหรือแบบกลุ่ม ฝึกทักษะทางสังคม และกลุ่มที่ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน
- รูปแบบที่เน้นการประคับประคองและบำบัดฟื้นฟู (supppotive and rehabiltative model) โดยมีการการฝึกอาชีพและบริการเพื่อการบำบัดฟื้นฟูอื่นๆ นอกเหนือไปจากบริการด้านจิตสังคม
- รูปแบบการบำบัดแบบเข้มข้น (intensive treatment model) โดยมีการให้บริการทางการแพทย์และจิตเวช การให้คำปรึกษาคู่สมรสหรือครอบครัว การให้คำปรึกษาด้านโภชนาการนอกเหนือไปจากการประคับประคองและบำบัดฟื้นฟู

ยังไม่มีหลักฐานจากการทดลองทางคลินิก ที่ศึกษาประสิทธิผลของการบำบัดแบบอยู่ในสถานพักฟื้นเปรียบเทียบการบำบัดรูปแบบอื่นๆ ที่มีความเข้มข้นน้อยกว่า การบำบัดแบบอยู่ในสถานพักฟื้นนั้น อาจมีประโยชน์กับผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราที่มีความรุนแรงปานกลางถึงสูงที่ยังไม่สามารถหยุดดื่มได้ด้วยการบำบัดชนิดอื่นที่มีความเข้มข้นน้อยกว่า (เช่น การบำบัดที่ผู้ป่วยนอกแบบเข้มข้น) หรือผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงหากยังคงปล่อยให้อยู่ในสภาพแวดล้อมแบบเดิม เช่น ผู้ที่ไร้บ้าน หญิงตั้งครรภ์ หรือผู้ที่อาศัยอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่มีเพื่อนหรือครอบครัวที่ดื่มสุรา หลักฐานบ่งชี้ว่าการให้การดูแลรักษาต่อเนื่องหลังจากออกจากสถานบำบัดและการบำบัดแบบกลุ่มช่วยเหลือซึ่งกันและกันมีแนวโน้มสัมพันธ์กับผลลัพธ์ที่ดีในระยะยาวกว่าการบำบัดในสถานพักฟื้นอย่างเดียว (Timko et al., 2000)

5. การบำบัดรูปแบบโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

ในประเทศไทย มีการทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุมกับกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า เพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมบำบัดแบบผู้ป่วยใน สำหรับการลดหรือเลิกดื่มสุรา ที่มีชื่อเรียกย่อว่า PMK Model โดยกลุ่มทดลองได้รับการบำบัดแบบผู้ป่วยในเป็นระยะเวลา 28 วัน ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับเพียงคู่มือการปฏิบัติตัวและคำปรึกษาแบบสั้น 1 ครั้ง กลุ่มตัวอย่างคือผู้ที่มีคะแนน AUDIT มากกว่า 19 คะแนน ผลลัพธ์คือปริมาณและรูปแบบการดื่มโดยใช้แบบสอบถามที่พัฒนาขึ้นเองโดยคณะผู้วิจัย ติดตามผลลัพธ์ที่1, 3 และ 6 เดือนหลังการบำบัด ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองสามารถลดการดื่ม หรือมีจำนวนวันที่หยุดดื่มมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญในเดือนที่ 3 และเดือนที่ 6 (Daengthoen et al., 2014) นอกจากนี้ ยังมีการศึกษารูปแบบ PMK model ที่พัฒนาเป็นแบบผู้ป่วยนอก โดยกลุ่มทดลองเข้ากลุ่มบำบัดสัปดาห์ละครั้งๆ ละ 90 – 120 นาที จำนวนทั้งหมด 12 ครั้ง กลุ่มควบคุมได้รับเพียงคู่มือการปฏิบัติตัวและคำปรึกษาแบบสั้น 1 ครั้ง ผลการศึกษา พบว่า เมื่อติดตามผลที่ 3 เดือนหลังการบำบัด กลุ่มทดลองสามารถลดการดื่มหรือมีจำนวนวันที่หยุดดื่มมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญเช่นเดียวกัน (Daengthoen et al., 2012)

6. การบำบัดโดยกลุ่มที่ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

กลุ่มช่วยเหลือประคับประคองซึ่งกันและกันมีหลายรูปแบบ เช่น โปรแกรมการบำบัดแบบ 12 ขั้นตอน (Twelve-Steps Facilitation, TSF) และรูปแบบอื่นๆ เน้นไปที่การหยุดดื่มอย่างต่อเนื่องโดยการช่วยเหลือซึ่งกันและกันภายในกลุ่ม รูปแบบที่เป็นที่รู้จักกันดีที่สุดคือ กลุ่มแอลกอฮอล์นิรนาม (Alcoholics Anonymous, AA) โดยใช้หลักการการช่วยเหลือประคับประคองซึ่งกันและกัน การเป็นส่วนหนึ่งทางสังคมของกลุ่ม (social fellowship) ความเชื่อในกระบวนการทางจิตวิญญาณเพื่อให้หายขาดจากการเสพติด การเป็นแบบอย่างที่ดี (role modeling) การเป็นพี่เลี้ยงคอยดูแล (mentoring) และการหยุดดื่มเป็นวันๆ ไป (one day at a time basis) โดยสมาชิกของกลุ่มมีการพบปะพูดคุยแลกเปลี่ยนเกี่ยวกับประสบการณ์การดื่มและการหยุดดื่ม รวมทั้งการใช้หลักการ 12 ขั้นตอนจนไปสู่การเลิกการดื่มอย่างเด็ดขาด (Kelly et al., 2020) อย่างไรก็ตาม รูปแบบ AA นั้นยังไม่แพร่หลายนักในประเทศไทย

หลักฐานจากการทดลองแบบสุ่ม บ่งชี้ถึงประสิทธิผลพอประมาณของกลุ่มแอลกอฮอล์นิรนาม โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้ (Kelly et al., 2020)

- การวิเคราะห์อภิมานของการศึกษาเปรียบเทียบการทำจิตบำบัด โดยใช้คู่มือซึ่งสนับสนุนการเข้าร่วมกลุ่มแอลกอฮอล์นิรนามแบบ 12 ขั้นตอน (TSF) เปรียบเทียบกับการบำบัดรูปแบบอื่น เช่น การบำบัดเชิงความคิดและพฤติกรรม (CBT) การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Enhancement Therapy, MET) และการจัดการราย

กรณี (Case Management) พบว่า อัตราการหยุดดื่มสุราต่อเนื่องกันเป็นเวลา 12 เดือน หลังการบำบัดสูงกว่าในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับ TSF เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการบำบัดแบบอื่น แต่ความแตกต่างด้านประสิทธิผลระหว่างกลุ่มนั้นค่อนข้างน้อย (relative risk 1.21, 95%CI 1.03–1.42)

- การทดลองแบบสุ่มผู้ป่วยให้ได้รับการบำบัดแบบ TSF, MET หรือ CBT เมื่อติดตามผลหลังการบำบัดที่ 12 เดือน พบว่า สัดส่วนของวันที่ไม่ได้ดื่มสุราในกลุ่มที่ได้รับ TSF นั้นสูงกว่ากลุ่มอื่น 15 เปอร์เซ็นต์

นอกจากนี้ ยังมีการวิเคราะห์อภิมานของการทดลองที่ศึกษาประสิทธิผลของการเข้าร่วมกลุ่มแอลกอฮอล์นิรนาม โดยในการวิเคราะห์นี้มี 4 การศึกษา ที่มีผู้ป่วยโรคจิตเภทอยู่ในกลุ่มตัวอย่าง (Tonigan et al., 2018) ผลการศึกษา พบว่า ผู้เสพยาที่มีโรคจิตเภทร่วมด้วยที่เข้าร่วมกลุ่มแอลกอฮอล์นิรนามมีอัตราการหยุดดื่มที่สูงกว่าเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุมเมื่อติดตามที่ 6 เดือน และ 12 เดือน หากวิเคราะห์ผลแบบแยกกลุ่มย่อย (subgroup analysis) พบว่า ขนาดของประสิทธิผลของการเข้าร่วมกลุ่มแอลกอฮอล์นิรนามในผู้ที่มีโรคจิตเภทมีขนาดใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่มีโรคซึมเศร้า หรือโรคจิตเวชชนิดอื่น

7. คู่สมรสบำบัดเชิงพฤติกรรม (Behaviour Couples Therapy, BCT)

คือจิตบำบัดที่คู่สมรสหรือคู่รักของผู้มีปัญหาการดื่มสุรามีส่วนร่วมในการบำบัดร่วมกับนักบำบัด โดยช่วยส่งเสริมให้ผู้ดื่มลดการดื่มหรือหยุดดื่มและทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างคู่สมรสดีขึ้น การวิเคราะห์อภิมานของการบำบัดชนิดนี้ โดยการเปรียบเทียบกับการบำบัดส่วนบุคคลชนิดอื่นๆ เช่น CBT พบว่า BCT มีประสิทธิผลดีกว่าในการลดความถี่ของการดื่ม ผลกระทบจากการดื่ม และทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างคู่สมรสดีขึ้น (Zhang et al., 2022, Song et al., 2023)

8. การบำบัดโดยให้สิ่งจูงใจ (Contingency Management, CM)

การทดลองทางคลินิกแบบสุ่มหลายการศึกษาพบว่า CM สามารถลดการดื่มสุราในผู้ที่มีภาวะการติดสุราหรือดื่มหนัก (Petry et al., 2000, Barnett et al., 2017, McDonell et al., 2017) โดยอาจดำเนินการได้ในสถานบำบัดที่สามารถตรวจแอลกอฮอล์ในลมหายใจได้บ่อย (เช่น ผู้ป่วยนอก ชุมชน หรือผู้ที่เข้าโปรแกรมการรักษาด้วย methadone) (Petry et al., 2000)

ตัวอย่างของการศึกษาประสิทธิผลของการใช้ CM กับผู้ติดสุราที่ใช้เทคนิคการจับสลากรางวัล โดยตั้งเงื่อนไขว่า เมื่อผู้ติดสุราสามารถหยุดดื่ม (จากการตรวจด้วยเครื่องวัดแอลกอฮอล์ในลมหายใจ) และปฏิบัติตามขั้นตอนต่างๆ ครบถ้วน (เช่น กินยาครบและมาติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง) ผู้ป่วยจะได้รับสิทธิในการจับฉลาก โดยรางวัลคือบัตรกำนัลมูลค่าตั้งแต่ 1 ถึง 100 ดอลลาร์สหรัฐ หลังจากการบำบัดผ่านไป 8 สัปดาห์ อาสาสมัครที่อยู่ในกลุ่มที่ได้รับ CM ร่วมด้วยได้รับบัตรกำนัลมูลค่ารวมทั้งสิ้นโดยเฉลี่ย 200 ดอลลาร์สหรัฐ โดย 84% ของกลุ่มที่ได้รับ CM เข้าร่วมการบำบัดจนครบตามกำหนด เทียบกับ 22% ของกลุ่มควบคุม และยังพบว่า 69% ของกลุ่มที่ได้รับ CM หยุดดื่มได้ต่อเนื่องตลอดช่วงการศึกษา เทียบกับ 39% ของกลุ่มควบคุม (Petry et al., 2000)

การศึกษาในประเทศไทย พบว่า การบำบัดด้วยสิ่งจูงในในชุมชน โดยอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) พบว่ามีแนวโน้มได้ผลดี (Jirapramukpitak et al., 2020) โดยกลุ่มตัวอย่างถูกสุ่มเป็น 3 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มควบคุมได้รับการเยี่ยมบ้านโดย อสม. อย่างเดียว 2) กลุ่มที่ได้รับการเยี่ยมบ้านโดย อสม. และได้รับสิ่งจูงใจมูลค่า 30 บาท เมื่อผู้ป่วยและญาติรายงานว่าไม่มีพฤติกรรมการดื่มสุราตลอดช่วงเวลาระหว่างการเยี่ยมบ้านในแต่ละครั้ง ร่วมกับผลตรวจแอลกอฮอล์ในลมหายใจเป็นลบ 3) กลุ่มที่ได้รับการเยี่ยมบ้านโดย อสม. และได้รับสิ่งจูงใจมูลค่า 60 บาทเมื่อผู้ป่วยและญาติรายงานว่าไม่มีพฤติกรรมการดื่มสุราตลอดช่วงเวลาระหว่างการเยี่ยมบ้านในแต่ละครั้ง ร่วมกับผลตรวจแอลกอฮอล์ในลมหายใจเป็นลบ เมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโครงการไปแล้วเป็นระยะเวลา 3 เดือน การให้สิ่งจูงใจมูลค่า 60 บาทสามารถเพิ่มอัตราการหยุดดื่มเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ไม่ได้รับสิ่งจูงใจหรือได้สิ่งจูงใจที่มีมูลค่าต่ำกว่า (30 บาท) และมีจำนวนครั้งของการตรวจแอลกอฮอล์ในลมหายใจมีผลเป็นลบน้อยกว่ากลุ่มที่ได้สิ่งจูงใจมูลค่าต่ำกว่าหรือไม่ได้สิ่งจูงใจ

การพัฒนาตัวบ่งชี้ทางชีวภาพ (biomarkers) (McDonell et al., 2017) และวิธีการใหม่ๆ สำหรับตรวจระดับแอลกอฮอล์ทางไกล (remote testing) (Barnett et al., 2017, Alessi and Petry, 2013, Koffarnus et al., 2018) มีศักยภาพช่วยทำให้การบำบัดด้วย CM แพร่หลายขึ้น ตัวอย่างเช่น การทดลองทางคลินิกโดยเก็บตัวอย่างจากส่วน bronchoalveloar ในปอดเพื่อตรวจแอลกอฮอล์ในทางเดินหายใจ และให้รางวัลเมื่อตรวจไม่พบแอลกอฮอล์ โดยให้ผู้ป่วยดำเนินกระบวนการทั้งหมดผ่านทางไกลและส่งข้อมูลทางออนไลน์ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มที่ได้ที่สิ่งจูงใจมีสัดส่วนตรวจพบแอลกอฮอล์เป็นลบสูงกว่ากลุ่มควบคุม (85% vs 38%) (Koffarnus et al., 2018)

9. การบำบัดเชิงพฤติกรรมแบบผสมผสาน (Combined Behavioral Intervention, CBI)

การบำบัดเชิงพฤติกรรมแบบผสมผสาน (CBI) คือการบำบัดที่ประกอบด้วยองค์ประกอบต่างๆของการบำบัดหลายๆ ชนิด เช่น CBT, TSF, MET และการให้ความช่วยเหลือประคับประคองด้านต่างๆ (support serices) การทดลองแบบสุ่มโดยเปรียบเทียบ CBI กับการบำบัดชนิดอื่นๆ พบว่า จำนวนวันที่หยุดดื่มไม่มีความแตกต่างกันระหว่างผู้ที่ได้รับ CBI หรือกลุ่มควบคุมที่ได้รับยา (เช่น naltrexone) แต่ไม่ได้รับ CBI (Anton et al., 2006)

10. การบำบัดโดยผ่านระบบอินเตอร์เน็ต

ยังมีหลักฐานค่อนข้างจำกัดที่สนับสนุนประสิทธิผลของการบำบัดผ่านอินเทอร์เน็ต หรือวิดีทัศน์ทางไกลสำหรับผู้ที่มีความผิดปกติของพฤติกรรมการดื่มสุรา การศึกษาทบทวนอย่างเป็นระบบพบว่า การบำบัดผ่านระบบวีดีทัศน์ทางไกล (เช่น CBT) มีประสิทธิผลใกล้เคียงกับการบำบัดแบบเผชิญหน้าในสถานบำบัด โดยมีผลลัพธ์คือจำนวนวันที่ดื่มหรือจำนวนวันที่ดื่มหนัก (Uhl et al., 2022) และยังพบว่า การบำบัดด้วย CBT ผ่านระบบอินเตอร์เน็ตมีประสิทธิผลใกล้เคียงกับการบำบัดแบบเผชิญหน้าในสถานบำบัด โดยมีผลลัพธ์คือ อัตราการหยุดดื่มอย่างต่อเนื่อง (rate of overall abstinence) จำนวนวันที่ดื่ม และคุณภาพชีวิตที่ 8 สัปดาห์ต่อมา อย่างไรก็ตาม คุณภาพของหลักฐานด้านประสิทธิผลของการบำบัดผ่านอินเตอร์เน็ตยังอยู่ในระดับต่ำเนื่องจากยังมีจำนวนการศึกษาและกลุ่มตัวอย่างค่อนข้างน้อย การทดลองทางคลินิกเมื่อเร็วๆนี้เปรียบเทียบการบำบัดด้วย CBT ผ่านอินเทอร์เน็ตกับการบำบัดด้วย CBT แบบเผชิญหน้าในสถานบำบัด โดยติดตามที่ 6 เดือน พบว่าปริมาณการดื่มที่ลดลงในกลุ่มที่ได้รับการบำบัดผ่านอินเตอร์เน็ตไม่แตกต่างจากกลุ่มที่ได้รับการบำบัดแบบเผชิญหน้าในสถานบำบัด (Johansson et al., 2021)

11. การบำบัดแบบผู้ป่วยนอกเทียบกับแบบสถานพักฟื้นหรือผู้ป่วยใน

การศึกษาทบทวนอย่างเป็นระบบ พบว่า การให้การรักษาแบบผู้ป่วยนอกอย่างต่อเนื่องเปรียบเทียบกับรูปแบบอยู่ในสถานพักฟื้นหรือผู้ป่วยในให้ผลลัพธ์ที่ใกล้เคียงกัน ถึงแม้ว่าผู้ป่วยบางรายอาจได้ประโยชน์มากกว่าจากการรักษาอยู่ในสถานที่พักฟื้นหรือผู้ป่วยในเนื่องจากมีโรคทางกาย หรือจิตเวชร่วมด้วย (Finney et al., 1996)

เมื่อพิจารณาถึงต้นทุน–ประสิทธิผลของการบำบัดทางเลือกอื่นๆ เปรียบเทียบกับการบำบัดแบบผู้ป่วยใน อาจกล่าวโดยสรุปได้ว่า 1) การบำบัดผู้ติดสุราแบบผู้ป่วยในที่มีระยะเวลา 4 สัปดาห์ขึ้นไปจนถึงหลายเดือนไม่ได้มีประสิทธิผลดีกว่าการบำบัดแบบผู้ป่วยในระยะที่สั้นกว่า 2) ผู้ป่วยบางราย

สามารถผ่านระยะถอนพิษได้โดยไม่ต้องใช้ยาในสภาพแวดล้อมที่ไม่ใช่สถานพยาบาล 3) การบำบัดแบบไปเช้าเย็นกลับ (หรือที่เรียกว่าโรงพยาบาลกลางวัน) อาจได้ผลดีเท่ากับหรือดีกว่าการบำบัดแบบผู้ป่วยในโดยใช้ต้นทุนในการบำบัดเพียงครึ่งเดียวหรือหนึ่งในสาม 4) ในบางกลุ่มประชากร การบำบัดแบบผู้ป่วยนอกให้ผลลัพธ์ที่ใกล้เคียงกับการบำบัดแบบผู้ป่วยใน (Finney et al., 1996, Babor, 2008)

12. การดูแลอย่างต่อเนื่อง (continuing care)

การดูแลอย่างต่อเนื่องเป็นรูปแบบการบำบัดที่ดำเนินการหลังจากผู้ป่วยผ่านกระบวนการจิตสังคมบำบัดแบบเข้มข้นที่แผนกผู้ป่วยนอกมาแล้วระยะหนึ่ง โดยมีหลักฐานการศึกษาสนับสนุนถึงประสิทธิผลของการดูแลรูปแบบนี้ ตัวอย่างเช่น การทดลองแบบสุ่มกับกลุ่มตัวอย่างผู้มีปัญหาการดื่มสุราที่ผ่านจิตสังคมบำบัดรูปแบบใดรูปแบบหนึ่งที่แผนกผู้ป่วยนอกมาแล้วเป็นระยะเวลา 3 สัปดาห์ และถูกสุ่มให้ได้รับการดูแลต่อเนื่องอย่างใดอย่างหนึ่งดังต่อไปนี้เป็นเวลา 12 เดือน

- ได้รับการติดตามต่อทางโทรศัพท์และคำแนะนำปรึกษา (counselling)
- ได้รับการช่วยเหลือประคับประคองผ่าน smartphone app
- ได้รับการติดตามต่อทางโทรศัพท์และคำแนะนำปรึกษาและการช่วยเหลือประคับประคองผ่าน smartphone app
- กลุ่มควบคุม ไม่ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องใดๆ ต่อ

ผลการศึกษา พบว่า 3 กลุ่มแรกที่ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องมีจำนวนวันที่ดื่มหนักน้อยกว่ากลุ่มควบคุม แต่ 3 กลุ่มมีผลลัพธ์ไม่แตกต่าง (McKay et al., 2022)

สรุป

การบำบัดทางจิตสังคมเป็นองค์ประกอบสำคัญในการรักษาผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุรา ซึ่งอาจให้ควบคู่ไปกับการรักษาด้วยยา สามารถบำบัดแบบผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน ในสถานพักฟื้น หรือผ่านอินเตอร์เน็ต รูปแบบที่มีประสิทธิผลและใช้กันอย่างแพร่หลาย ได้แก่ CBT ที่มุ่งเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับการดื่ม และช่วยป้องกันให้ผู้ที่หยุดดื่มได้แล้วไม่ให้กลับไปดื่มซ้ำ MI ช่วยให้ผู้รับการบำบัดสำรวจและลดความลังเลใจในการเปลี่ยนพฤติกรรม มีประสิทธิผลในการกระตุ้นให้เริ่มต้นเลิกดื่ม การบำบัดแบบ CM คือการให้สิ่งจูงใจ เช่น รางวัลเพื่อกระตุ้นให้เกิดการหยุดดื่ม การใช้ TSF ควบคู่ไปกับกลุ่มช่วยเหลือซึ่งกันและกัน เช่น กลุ่มแอลกอฮอล์นิรนาม (AA) ที่เน้นการสนับสนุนจากเพื่อนร่วมกลุ่มและความรับผิดชอบส่วนบุคคล แม้จะไม่เหมาะกับทุกคน แต่ให้ผลดีในระยะยาวสำหรับผู้ที่มีส่วนร่วมอย่างสม่ำเสมอ ส่วน BI มักใช้ในคลินิกเวชปฏิบัติทั่วไปหรือห้องฉุกเฉิน ซึ่งเหมาะสำหรับผู้ที่มีปัญหาไม่รุนแรง โดยเน้นให้ข้อมูล สร้างความตระหนักรู้ และกระตุ้นให้เปลี่ยนพฤติกรรม

รูปแบบการบำบัดที่มีการพัฒนาในประเทศไทยได้แก่ **PMK Models** ซึ่งมีทั้งแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน โดยสรุป การทำจิตสังคมบำบัดสำหรับผู้มีปัญหาการดื่มสุราควรปรับให้เหมาะกับบริบท ความรุนแรง และความต้องการของแต่ละบุคคล

บทที่ 13

บทสรุป *(CONCLUSION)*

แนวทางในการเลือกจิตสังคมบำบัดให้เหมาะกับผู้ป่วย

ในประเทศไทย รูปแบบการให้บริการแบบเป็นขั้นตอน (**Stepped Care Model**) สำหรับการดูแลผู้มีปัญหาการใช้สารเสพติดชนิดต่างๆ และมีความรุนแรงต่างๆ จากน้อยไปมากยังไม่เป็นระบบและมีขั้นตอนที่ชัดเจนนัก หลักการสำคัญของ **Stepped Care** มีดังนี้

- เริ่มต้นด้วยการให้บำบัดที่มีความเข้มข้นและซับซ้อนน้อยที่สุด แต่ยังมีประสิทธิผล
- ติดตามและประเมินอาการอย่างสม่ำเสมอ
- หากไม่ตอบสนองต่อการรักษา ให้ เพิ่มขั้นตอน (**step up**) ไปสู่การบำบัดที่เข้มข้นมากขึ้น
- หากผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น สามารถลดขั้นตอน (**step down**) กลับไปสู่การบำบัดที่เข้มข้นน้อยลงและง่ายขึ้น
- ผสมผสานระหว่างการบำบัดทางจิตสังคม การรักษาด้วยยา และการสนับสนุนทางสังคมอย่างเหมาะสม

อย่างไรก็ตาม โดยทั่วไปการที่ผู้บำบัดจะเลือกจิตสังคมบำบัดแบบใดมาใช้กับผู้ป่วยแต่ละรายอย่างเหมาะสมนั้น อาจเริ่มต้นโดยการพิจารณาจากความรุนแรงของความผิดปกติของการเสพและความพร้อมของผู้ป่วย ซึ่งอาจพิจารณาได้จากความพร้อมของผู้ป่วยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามแนวทาง Stage of Change Model (Prochaska et al., 1992) (ดูรายละเอียดของ Stage of Change Model ในบทที่ว่าด้วยเรื่องของการให้การบำบัดแบบสั้น) โดยอาจกล่าวสรุปเป็นแนวทางได้ดังนี้

- ผู้ที่มีปัญหาพฤติกรรมการเสพที่เริ่มมีผลกระทบต่อสุขภาพ อาการไม่รุนแรงและยังไม่เข้าได้กับความผิดปกติของการใช้สารเสพติด (Substance Use Disorders) ตามเกณฑ์วินิจฉัยของ DSM–5 ผู้บำบัดอาจเริ่มด้วยการให้การบำบัดแบบสั้น (Brief Intervention, BI)

- หากผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการให้การบำบัดแบบสั้น หรือผู้ที่มีอาการเข้าได้กับความผิดปกติของการใช้สารเสพติด (Substance Use Disorders) และอยู่ในช่วงระยะก่อนพิจารณาการหยุดเสพ (precontemplation) หรือระยะพิจารณาการหยุดเสพ (contemplation) อาจพิจารณาให้การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ (Motivation Interviewing, MI) เพื่อกระตุ้นให้เกิดแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการเสพ
- หากให้การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจแล้วพบว่าผู้ป่วยยังมีระดับแรงจูงใจต่ำในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการเสพ ผู้บำบัดอาจพิจารณาให้การบำบัดด้วยสิ่งจูงใจ (Contingency Management, CM) (หากสถานบำบัดมีงบประมาณ และระบบที่เอื้อต่อการดำเนินการ) เพื่อช่วยให้เกิดแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและเพิ่มความร่วมมือในการบำบัด
- เมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ระยะการเตรียมการ (preparation) หรือระยะลงมือทำ (action) ผู้บำบัดอาจใช้การบำบัดเชิงความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy, CBT) หรือการบำบัดที่ใช้หลักการของ CBT (เช่น Coping Skill Training, CST) หรือ Mindfulness–Based Cognitive Therapy, MBCT)เพื่อช่วยปรับให้มีวิธีคิดที่เหมาะสมและเสริมสร้างทักษะในการปรับพฤติกรรมและแก้ปัญหา หากผู้ป่วยมีความต้องการความช่วยเหลือในด้านจิตสังคมอื่นๆด้วยเช่น การหางานและอาชีพ ผู้บำบัดอาจเลือกใช้จิตสังคมบำบัดที่เข้มข้นขึ้นเช่น CRA ซึ่งเป็นการบำบัดที่ใช้หลักการของ CBT ร่วมไปกับความช่วยเหลือทางด้านจิตสังคมอื่นๆเช่นการฝึกอาชีพและหางานทำ
- หากผู้ป่วยอยู่ในระยะลงมือทำ (action) และเริ่มมีการหยุดเสพอย่างต่อเนื่อง (maintenance) แต่ยังมีความเสี่ยงในการกลับไปเสพซ้ำ การเสริมการรักษาด้วยการบำบัดที่เน้นการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ (Relapse Prevention) หรือการเข้ากลุ่มช่วยเหลือซึ่งกันและกัน เช่น กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนในรูปแบบที่คล้ายกับ Alcoholic Anonymous (AA) หรือ Narcotics Anonymous (NA) อาจช่วยเสริมให้เกิดกระบวนการการฟื้นฟูในระยะยาว (recovery)
- ในผู้ที่มีอาการรุนแรงและมีแนวโน้มที่จะทำการการบำบัดแบบผู้ป่วยนอกได้ยาก หรือมีโรคทางกาย ทางจิตหรือภาวะแทรกซ้อนซึ่งต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด การบำบัดแบบผู้ป่วยในหรือในสถานพักฟื้นหรือแบบชุมชนบำบัดอาจเป็นทางเลือกที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้
- ผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการกับไปเสพสารเสพติดในระยะยาว เนื่องจากมีปัจจัยเสี่ยงหรือสถานการณ์เสี่ยงในหลายๆด้าน เช่น ขาดการประคับประคองทางสังคมจากครอบครัวและคนใกล้ชิด การอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่รายล้อมไปด้วยผู้เสพยา เป็นต้น การดูแลแบบต่อเนื่องระยะยาว (continuity of care) โดยใช้รูปแบบทางเรื่องอื่นๆที่หลากหลาย เช่นการจัดการรายกรณี (Case Management) อาจเป็นอีกทางเลือกที่เหมาะสม

แนวทางที่กล่าวมาข้างต้นจัดว่าเป็นแนวทางในการพิจารณาแบบหยาบๆ ผู้บำบัดอาจพิจารณาปัจจัยอื่นๆ และบริบทของผู้ป่วยแต่ละราย รวมทั้งควรพิจารณาปัจจัยด้านสังคมในรายละเอียดและปรับให้เหมาะสมกับผู้ป่วยเป็นรายๆ ไป โดยควรพิจารณาแนวทางและหลักการดังต่อไปนี้ประกอบ

- การป้องกันปัญหาพฤติกรรมการเสพหรือการจัดการกับปัญหาพฤติกรรมการเสพแต่เนิ่นๆ นั้นดีกว่าการบำบัดเมื่อปัญหาการเสพรุนแรงแล้ว
- ผู้มารับบริการที่เป็นวัยรุ่นควรนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการบำบัดเสมอ หากเป็นไปได้และไม่มีข้อห้าม
- การบำบัดทางจิตสังคมในแต่ละชนิดโดยตัวมันเองมีขนาดผลประสิทธิภาพหรือ effect size ไม่มากนัก และอาจไม่มีความแตกต่างมากนักในเรื่องของประสิทธิผลโดยเฉพาะในระยะยาว ส่วนหลักฐานจากประสิทธิผลในระยะยาวก็ยังไม่มีหลักฐานการศึกษามากนัก จึงยังมีช่องว่างอีกมากในการพัฒนาแนวทางการรักษาใหม่ๆ รวมถึงการพัฒนาจิตสังคมบำบัดที่มีอยู่ให้มีประสิทธิผลสูงขึ้น
- การบำบัดดูแลผู้เสพยาเสพติดแบบผสมผสาน (Multimodal Therapy) และเป็นองค์รวมโดยดูแลปัจจัยเสี่ยงทั้งด้านกายจิตและสังคมน่าจะเป็นการบำบัดที่ดีที่สุดสำหรับผู้ที่มีปัญหาความผิดปกติของการใช้สารเสพติดที่เรื้อรังและซับซ้อน รวมทั้งผู้ที่มีโรคจิตเวชอื่นร่วมด้วย

ท้ายที่สุดแล้ว การดูแลรักษาผู้ที่มีปัญหาการใช้สารเสพติดมักไม่ได้สิ้นสุดที่เพียงการเลือกวิธีบำบัดใดวิธีหนึ่ง แต่สาระสำคัญอยู่ที่การทำความเข้าใจผู้ป่วยในบริบทเฉพาะของแต่ละคน และเลือกแนวทางที่เหมาะสมอย่างยืดหยุ่นภายใต้กรอบแนวคิดเช่น Stepped Care Model และ Stage of Change Model ทั้งนี้ การบูรณาการจิตสังคมบำบัดในหลากหลายรูปแบบให้สอดคล้องกับความต้องการ ระดับความรุนแรงของการใช้สารเสพติด สภาวะจิตใจ และบริบททางสังคมของผู้ป่วย จะเป็นกุญแจสำคัญในการเสริมสร้างโอกาสในการฟื้นฟูอย่างยั่งยืน การทำงานอย่างต่อเนื่องและประสานกันในระบบบริการสุขภาพทุกระดับ ร่วมกับเครือข่ายครอบครัวและชุมชน จึงเป็นหัวใจสำคัญในการพาผู้ป่วยก้าวข้ามวงจรของการเสพติด และกลับคืนสู่ชีวิตที่มีคุณค่าในสังคมได้อีกครั้ง

บรรณานุกรม

AGBOOLA, S., MCNEILL, A., COLEMAN, T. & BEE, J. L. 2010. A systematic review of the effectiveness of smoking relapse prevention interventions for abstinent smokers. *Addiction,* 105, 1362–1380.

AGOSTI, V., NUNES, E. V. & O'SHEA, D. 2012. Do manualized psychosocial interventions help reduce relapse among alcohol–dependent adults treated with naltrexone or placebo? A meta–analysis. *Am. J. Addict.,* 21, 501–507.

ALESSI, S. M. & PETRY, N. M. 2013. A randomized study of cellphone technology to reinforce alcohol abstinence in the natural environment. *Addiction,* 108, 900–9.

ALESSI, S. M., PETRY, N. M. & URSO, J. 2008. Contingency management promotes smoking reductions in residential substance abuse patients. *Journal of Applied Behavior Analysis,* 41, 617–622.

ALESSI, S. M., RASH, C. J. & PETRY, N. M. 2017. A Randomized Trial of Adjunct mHealth Abstinence Reinforcement With Transdermal Nicotine and Counseling for Smoking Cessation. *Nicotine Tob. Res.,* 19, 290–298.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION 2022. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed, Text Revision (DSM–5–TR),* Washington, DC.

AMIN-ESMAEILI, M., FAROKHNIA, M., SUSUKIDA, R., LEGGIO, L., JOHNSON, R. M., CRUM, R. M. & MOJTABAI, R. 2024. Reduced drug use as an alternative valid outcome in individuals with stimulant use disorders: Findings from 13 multisite randomized clinical trials. *Addiction,* 119, 833–843.

AMRHEIN, P. C., MILLER, W. R., YAHNE, C. E., PALMER, M. & FULCHER, L. 2003. Client commitment language during motivational interviewing predicts drug use outcomes. *J. Consult. Clin. Psychol.,* 71, 862–878.

ANTHENELLI, R. M., BENOWITZ, N. L., WEST, R., ST AUBIN, L., MCRAE, T., LAWRENCE, D., ASCHER, J., RUSS, C., KRISHEN, A. & EVINS, A. E. 2016. Neuropsychiatric safety and efficacy of varenicline, bupropion, and nicotine patch in smokers

with and without psychiatric disorders (EAGLES): a double–blind, randomised, placebo–controlled clinical trial. *Lancet,* 387, 2507–2520.

ANTHONISEN, N. R., CONNETT, J. E., KILEY, J. P., ALTOSE, M. D., BAILEY, W. C., BUIST, A. S., CONWAY, W. A., JR., ENRIGHT, P. L., KANNER, R. E. & O'HARA, P. 1994. Effects of smoking intervention and the use of an inhaled anticholinergic bronchodilator on the rate of decline of FEV1. The Lung Health Study. *JAMA,* 272, 1497–1505.

ANTON, R. F., O'MALLEY, S. S., CIRAULO, D. A., CISLER, R. A., COUPER, D., DONOVAN, D. M., GASTFRIEND, D. R., HOSKING, J. D., JOHNSON, B. A., LOCASTRO, J. S., LONGABAUGH, R., MASON, B. J., MATTSON, M. E., MILLER, W. R., PETTINATI, H. M., RANDALL, C. L., SWIFT, R., WEISS, R. D., WILLIAMS, L. D., ZWEBEN, A. & GROUP, C. S. R. 2006. Combined pharmacotherapies and behavioral interventions for alcohol dependence: the COMBINE study: a randomized controlled trial. *JAMA,* 295, 2003–2017.

APODACA, T. R. & LONGABAUGH, R. 2009. Mechanisms of change in motivational interviewing: a review and preliminary evaluation of the evidence. *Addiction,* 104, 705–715.

ASHARANI, P., HOMBALI, A., SEOW, E., ONG, W. J., TAN, J. H. & SUBRAMANIAM, M. 2020. Non–pharmacological interventions for methamphetamine use disorder: a systematic review. *Drug and Alcohol Dependence,* 212, 108060.

AVEYARD, P. & BAULD, L. 2011. Incentives for promoting smoking cessation: What we still do not know. *Cochrane Database Syst. Rev.*, ED000027.

BABB, S., MALARCHER, A., SCHAUER, G., ASMAN, K. & JAMAL, A. 2017. Quitting Smoking Among Adults – United States, 2000–2015. *MMWR Morb. Mortal. Wkly. Rep.,* 65, 1457–1464.

BABOR, T., CAULKINS, J., EDWARDS, G., FISCHER, B., FOXCROFT, D., HUMPHREYS, K., OBOT, I., REHM, J., REUTER, P., ROOM, R., ROSSOW, I. & STRANG, J. 2010. *Drug policy and the public good,* Oxford, Oxford University Press.

BABOR, T. F. 2008. Treatment for persons with substance use disorders: mediators, moderators, and the need for a new research approach. *Int J Methods Psychiatr Res,* 17 Suppl 1, S45–9.

BALLESTEROS, J., DUFFY, J. C., QUEREJETA, I., ARIÑO, J. & GONZÁLEZ–PINTO, A. 2004. Efficacy of brief interventions for hazardous drinkers in primary care: systematic review and meta–analyses. *Alcohol. Clin. Exp. Res.,* 28, 608–618.

BANDURA, A. 1997. *Self–efficacy: The Exercise of Control,* New York, W.H. Freeman and Company.

BARNETT, N. P., CELIO, M. A., TIDEY, J. W., MURPHY, J. G., COLBY, S. M. & SWIFT, R. M. 2017. A preliminary randomized controlled trial of contingency management for alcohol use reduction using a transdermal alcohol sensor. *Addiction,* 112, 1025–1035.

BARNETT, N. P., TIDEY, J., MURPHY, J. G., SWIFT, R. & COLBY, S. M. 2011. Contingency management for alcohol use reduction: a pilot study using a transdermal alcohol sensor. *Drug Alcohol Depend,* 118, 391–9.

BARROWCLOUGH, C., MARSHALL, M., GREGG, L., FITZSIMMONS, M., TOMENSON, B., WARBURTON, J. & LOBBAN, F. 2014. A phase–specific psychological therapy for people with problematic cannabis use following a first episode of psychosis: a randomized controlled trial. *Psychological medicine,* 44, 2749–2761.

BART, G. 2012. Maintenance medication for opiate addiction: the foundation of recovery. *Journal of addictive diseases,* 31, 207–225.

BEAULIEU, M., TREMBLAY, J., BAUDRY, C., PEARSON, J. & BERTRAND, K. 2021. A systematic review and meta–analysis of the efficacy of the long–term treatment and support of substance use disorders. *Social Science & Medicine,* 285, 114289.

BECKER, S. J., DICLEMENTE–BOSCO, K., RASH, C. J. & GARNER, B. R. 2023. Effective, but underused: lessons learned implementing contingency management in real–world practice settings in the United States. *Preventive medicine,* 176, 107594.

BEICH, A., THORSEN, T. & ROLLNICK, S. 2003. Screening in brief intervention trials targeting excessive drinkers in general practice: systematic review and meta–analysis. *BMJ,* 327, 536–542.

BELLACK, A. S., BENNETT, M. E., GEARON, J. S., BROWN, C. H. & YANG, Y. 2006. A randomized clinical trial of a new behavioral treatment for drug abuse in people with severe and persistent mental illness. *Archives of general psychiatry,* 63, 426–432.

BENISHEK, L. A., DUGOSH, K. L., KIRBY, K. C., MATEJKOWSKI, J., CLEMENTS, N. T., SEYMOUR, B. L. & FESTINGER, D. S. 2014. Prize–based contingency management for the treatment of substance abusers: a meta–analysis. *Addiction,* 109, 1426–36.

BENTZLEY, B. S., HAN, S. S., NEUNER, S., HUMPHREYS, K., KAMPMAN, K. M. & HALPERN, C. H. 2021. Comparison of treatments for cocaine use disorder among adults: a systematic review and meta–analysis. *JAMA network open,* 4, e218049–e218049.

BERNSTEIN, J., BERNSTEIN, E., TASSIOPOULOS, K., HEEREN, T., LEVENSON, S. & HINGSON, R. 2005. Brief motivational intervention at a clinic visit reduces cocaine and heroin use. *Drug Alcohol Depend,* 77, 49–59.

BERTHOLET, N., DAEPPEN, J.–B., WIETLISBACH, V., FLEMING, M. & BURNAND, B. 2005. Reduction of alcohol consumption by brief alcohol intervention in primary care: systematic review and meta–analysis. *Arch. Intern. Med.,* 165, 986–995.

BERTHOLET, N., MELI, S., PALFAI, T. P., CHENG, D. M., ALFORD, D. P., BERNSTEIN, J., SAMET, J. H., LLOYD–TRAVAGLINI, C. & SAITZ, R. 2020. Screening and brief intervention for lower–risk drug use in primary care: A pilot randomized trial. *Drug and alcohol dependence,* 213, 108001.

BIEN, T. H., MILLER, W. R. & TONIGAN, J. S. 1993. Brief interventions for alcohol problems: a review. *Addiction,* 88, 315–35.

BISCHOF, G., REINHARDT, S., FREYER–ADAM, J., CODER, B., GROTHUES, J. M., MEYER, C., JOHN, U. & RUMPF, H.–J. 2010. Severity of unhealthy alcohol

consumption in medical inpatients and the general population: is the general hospital a suitable place for brief interventions? *Int. J. Public Health,* 55, 637–643.

BOGENSCHUTZ, M. P., DONOVAN, D. M., MANDLER, R. N., PERL, H. I., FORCEHIMES, A. A., CRANDALL, C., LINDBLAD, R., ODEN, N. L., SHARMA, G., METSCH, L., LYONS, M. S., MCCORMACK, R., MACIAS-KONSTANTOPOULOS, W. & DOUAIHY, A. 2014. Brief intervention for patients with problematic drug use presenting in emergency departments: a randomized clinical trial. *JAMA Intern. Med.,* 174, 1736–1745.

BOLÍVAR, H. A., KLEMPERER, E. M., COLEMAN, S. R., DESARNO, M., SKELLY, J. M. & HIGGINS, S. T. 2021. Contingency management for patients receiving medication for opioid use disorder: a systematic review and meta-analysis. *JAMA psychiatry,* 78, 1092–1102.

BORLAND, R., BALMFORD, J., BISHOP, N., SEGAN, C., PITERMAN, L., MCKAY-BROWN, L., KIRBY, C. & TASKER, C. 2008. In-practice management versus quitline referral for enhancing smoking cessation in general practice: a cluster randomized trial. *Fam. Pract.,* 25, 382–389.

BOWEN, S., CHAWLA, N. & ALAN MARLATT, G. 2011. *Mindfulness-Based Relapse Prevention for Addictive Behaviors: A Clinician's Guide*, Guilford Press.

BOWEN, S., WITKIEWITZ, K., CLIFASEFI, S. L., GROW, J., CHAWLA, N., HSU, S. H., CARROLL, H. A., HARROP, E., COLLINS, S. E., LUSTYK, M. K. & LARIMER, M. E. 2014. Relative efficacy of mindfulness-based relapse prevention, standard relapse prevention, and treatment as usual for substance use disorders: a randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry,* 71, 547–556.

BOYLE, R. G., SOLBERG, L. I. & FIORE, M. C. 2010. Electronic Medical Records to Increase the Clinical Treatment of Tobacco Dependence. *American Journal of Preventive Medicine,* 39, S77–S82.

BRANDON, T. H., SIMMONS, V. N., SUTTON, S. K., UNROD, M., HARRELL, P. T., MEADE, C. D., CRAIG, B. M., LEE, J.-H. & MELTZER, L. R. 2016. Extended

Self–Help for Smoking Cessation: A Randomized Controlled Trial. *Am. J. Prev. Med.,* 51, 54–62.

BREZING, C. A., CHOI, C. J., PAVLICOVA, M., BROOKS, D., MAHONY, A. L., MARIANI, J. J. & LEVIN, F. R. 2018. Abstinence and reduced frequency of use are associated with improvements in quality of life among treatment-seekers with cannabis use disorder. *The American Journal on Addictions,* 27, 101–107.

BRICKER, J. B., SULLIVAN, B. M., MULL, K. E., TORRES, A. J. & CARPENTER, K. M. 2022. Full–scale randomized trial comparing acceptance and commitment therapy telephone–delivered coaching with standard telephone–delivered coaching among medicare/uninsured quitline callers. *Nicotine and Tobacco Research,* 24, 1556–1566.

BUDNEY, A. J. & HIGGINS, S. T. 1998. A community reinforcement plus vouchers approach: Treating cocaine addiction (NIH Publication No. 98–4309). *Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse*.

BUDNEY, A. J., HIGGINS, S. T., RADONOVICH, K. J. & NOVY, P. L. 2000. Adding voucher–based incentives to coping skills and motivational enhancement improves outcomes during treatment for marijuana dependence. *J. Consult. Clin. Psychol.,* 68, 1051–1061.

BUDNEY, A. J., MOORE, B. A., ROCHA, H. L. & HIGGINS, S. T. 2006. Clinical trial of abstinence–based vouchers and cognitive–behavioral therapy for cannabis dependence. *J. Consult. Clin. Psychol.,* 74, 307–316.

BUDNEY, A. J., STANGER, C., TILFORD, J. M., SCHERER, E. B., BROWN, P. C., LI, Z., LI, Z. & WALKER, D. D. 2015. Computer–assisted behavioral therapy and contingency management for cannabis use disorder. *Psychol. Addict. Behav.,* 29, 501–511.

BURROW–SÁNCHEZ, J. J., MINAMI, T. & HOPS, H. 2015. Cultural accommodation of group substance abuse treatment for Latino adolescents: Results of an RCT. *Cultur. Divers. Ethnic Minor. Psychol.,* 21, 571–583.

CAHILL, K., LANCASTER, T. & GREEN, N. 2010. Stage–based interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*, CD004492.

CALSYN, D. A., WELLS, E. A., SAXON, A. J., JACKSON, T. R., WREDE, A. F., STANTON, V. & FLEMING, C. 1995. Contingency management of urinalysis results and intensity of counseling services have an interactive impact on methadone maintenance treatment outcome. *Journal of Addictive Diseases,* 13, 47–63.

CAMPBELL, A. N. C., NUNES, E. V., MATTHEWS, A. G., STITZER, M., MIELE, G. M., POLSKY, D., TURRIGIANO, E., WALTERS, S., MCCLURE, E. A., KYLE, T. L., WAHLE, A., VAN VELDHUISEN, P., GOLDMAN, B., BABCOCK, D., STABILE, P. Q., WINHUSEN, T. & GHITZA, U. E. 2014. Internet–delivered treatment for substance abuse: a multisite randomized controlled trial. *Am. J. Psychiatry,* 171, 683–690.

CAREY, K. B., SCOTT–SHELDON, L. A. J., CAREY, M. P. & DEMARTINI, K. S. 2007. Individual–level interventions to reduce college student drinking: a meta–analytic review. *Addict. Behav.,* 32, 2469–2494.

CARROLL, K. M., BALL, S. A., NICH, C., O'CONNOR, P. G., EAGAN, D. A., FRANKFORTER, T. L., TRIFFLEMAN, E. G., SHI, J. & ROUNSAVILLE, B. J. 2001. Targeting behavioral therapies to enhance naltrexone treatment of opioid dependence: efficacy of contingency management and significant other involvement. *Arch. Gen. Psychiatry,* 58, 755–761.

CARROLL, K. M., EASTON, C. J., NICH, C., HUNKELE, K. A., NEAVINS, T. M., SINHA, R., FORD, H. L., VITOLO, S. A., DOEBRICK, C. A. & ROUNSAVILLE, B. J. 2006. The use of contingency management and motivational/skills–building therapy to treat young adults with marijuana dependence. *J. Consult. Clin. Psychol.,* 74, 955–966.

CARROLL, K. M., NICH, C., BALL, S. A., MCCANCE, E., FRANKFORTER, T. L. & ROUNSAVILLE, B. J. 2000. One–year follow–up of disulfiram and psychotherapy for cocaine–alcohol users: sustained effects of treatment. *Addiction,* 95, 1335–1349.

CARROLL, K. M., NICH, C., LAPAGLIA, D. M., PETERS, E. N., EASTON, C. J. & PETRY, N. M. 2012. Combining cognitive behavioral therapy and contingency management to enhance their effects in treating cannabis dependence: less can be more, more or less. *Addiction,* 107, 1650–1659.

CARROLL, K. M. & ONKEN, L. S. 2005. Behavioral therapies for drug abuse. *Am. J. Psychiatry,* 162, 1452–1460.

CARROLL, K. M., ROUNSAVILLE, B. J., GORDON, L. T., NICH, C., JATLOW, P., BISIGHINI, R. M. & GAWIN, F. H. 1994a. Psychotherapy and pharmacotherapy for ambulatory cocaine abusers. *Arch Gen Psychiatry,* 51, 177–87.

CARROLL, K. M., ROUNSAVILLE, B. J., NICH, C., GORDON, L. T., WIRTZ, P. W. & GAWIN, F. 1994b. One–year follow–up of psychotherapy and pharmacotherapy for cocaine dependence. Delayed emergence of psychotherapy effects. *Arch Gen Psychiatry,* 51, 989–97.

CARROLL, K. M., SINHA, R., NICH, C., BABUSCIO, T. & ROUNSAVILLE, B. J. 2002. Contingency management to enhance naltrexone treatment of opioid dependence: a randomized clinical trial of reinforcement magnitude. *Experimental and clinical psychopharmacology,* 10, 54.

CHANG, G., MCNAMARA, T. K., ORAV, E. J., KOBY, D., LAVIGNE, A., LUDMAN, B., VINCITORIO, N. A. & WILKINS–HAUG, L. 2005. Brief intervention for prenatal alcohol use: a randomized trial. *Obstet. Gynecol.,* 105, 991–998.

CHANG, G., WILKINS–HAUG, L., BERMAN, S. & GOETZ, M. A. 1999. Brief intervention for alcohol use in pregnancy: a randomized trial. *Addiction,* 94, 1499–1508.

CHANTARASTAPORNCHIT, V., LEELAHAVARONG, P. & TEERAWATTANANON, Y. 2013. The cost–effectiveness of population–based screening for alcohol use disorder in Thailand. *Journal of Health Systems Research,* 7.

CHAVENGCHAIYONG, W., FONGCOM, A. & CHOKEARD, N. 2000. The Effect of Brief Intervention to Changing Behavior of Alcohol Disorder Patients at Lamphun Hospital *Bull Dept Med Serv,* 25, 87–95.

CHEN, W., HONG, Y., ZOU, X., MCLAUGHLIN, M. M., XIA, Y. & LING, L. 2013. Effectiveness of prize–based contingency management in a methadone maintenance program in China. *Drug Alcohol Depend.,* 133, 270–274.

CIVLJAK, M., STEAD, L. F., HARTMANN–BOYCE, J., SHEIKH, A. & CAR, J. 2013. Internet–based interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst. Rev.*, CD007078.

COCHRAN, G., STITZER, M., CAMPBELL, A. N. C., HU, M.–C., VANDREY, R. & NUNES, E. V. 2015. Web–based treatment for substance use disorders: differential effects by primary substance. *Addict. Behav.,* 45, 191–194.

COLEMAN, T. 2004. ABC of smoking cessation. Use of simple advice and behavioural support. *BMJ,* 328, 397–399.

COPELAND, J., SWIFT, W., ROFFMAN, R. & STEPHENS, R. 2001. A randomized controlled trial of brief cognitive–behavioral interventions for cannabis use disorder. *J. Subst. Abuse Treat.,* 21, 55–64.

CRÈVECOEUR–MACPHAIL, D., RANSOM, L., MYERS, A. C., ANNON, J. J., DIEP, N., GONZALES, R., RAWSON, R. A., VIEMES, J., JR., SUGITA, W. & BARGER, J. 2010. Inside the black box: measuring addiction treatment services and their relation to outcomes. *J. Psychoactive Drugs,* Suppl 6, 269–276.

CUNNINGHAM, C., STITZER, M., CAMPBELL, A. N. C., PAVLICOVA, M., HU, M.–C. & NUNES, E. V. 2017. Contingency Management Abstinence Incentives: Cost and Implications for Treatment Tailoring. *J. Subst. Abuse Treat.,* 72, 134–139.

DAENGTHOEN, L., SAENGCHARNCHAI, P., YINGWIWATTANAPONG, J. & PERNGPARN, U. 2014. Effects of the Phramongkutklao model on alcohol–dependent patient: a randomized controlled trial. *Journal of Substance Use,* 19, 81–88.

DAENGTHOEN, L., SAENGCHARNCHAI, P., YINGWIWATTANAPONG, J., PIANSAM–ANG, P. & PERNGPARN, U. 2012. OUTCOME TO THE NEW OUTPATIENT TREATMENT PROGRAM ON ALCOHOL DEPENDENCE: A PILOT STUDY. *Journal of Health Research,* 26, 19–26.

DALLERY, J., RAIFF, B. R., KIM, S. J., MARSCH, L. A., STITZER, M. & OTHERS 2017. Nationwide access to an internet-based contingency management intervention to promote smoking cessation: a randomized controlled trial.

DANAN, E. R., JOSEPH, A. M., SHERMAN, S. E., BURGESS, D. J., NOORBALOOCHI, S., CLOTHIER, B., JAPUNTICH, S. J., TAYLOR, B. C. & FU, S. S. 2016. Does Motivation Matter? Analysis of a Randomized Trial of Proactive Outreach to VA Smokers. *J. Gen. Intern. Med.,* 31, 878–887.

DE CRESCENZO, F., CIABATTINI, M., D'ALÒ, G. L., DE GIORGI, R., DEL GIOVANE, C., CASSAR, C., JANIRI, L., CLARK, N., OSTACHER, M. J. & CIPRIANI, A. 2018. Comparative efficacy and acceptability of psychosocial interventions for individuals with cocaine and amphetamine addiction: a systematic review and network meta-analysis. *PLoS medicine,* 15, e1002715.

DE LEON, G. 2000. *The Therapeutic Community: Theory, Model and Method* New York, Springer.

DEFULIO, A., RZESZUTEK, M. J., FURGESON, J., RYAN, S. & REZANIA, S. 2021. A smartphone–smartcard platform for contingency management in an inner-city substance use disorder outpatient program. *Journal of Substance Abuse Treatment,* 120, 108188.

DEGENHARDT, L., CHARLSON, F., FERRARI, A., SANTOMAURO, D., ERSKINE, H., MANTILLA-HERRARA, A., WHITEFORD, H., LEUNG, J., NAGHAVI, M. & GRISWOLD, M. 2018. The global burden of disease attributable to alcohol and drug use in 195 countries and territories, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *The Lancet Psychiatry,* 5, 987–1012.

DEL PALACIO-GONZALEZ, A., HESSE, M., THYLSTRUP, B., PEDERSEN, M. U. & PEDERSEN, M. M. 2022. Effects of contingency management and use of reminders for drug use treatment on readmission and criminality among young people: A linkage study of a randomized trial. *Journal of Substance Abuse Treatment,* 133, 108617.

DEMPSEY, J. P., BACK, S. E., WALDROP, A. E., JENKINS, L. & BRADY, K. T. 2008. The influence of monetary compensation on relapse among addicted participants: empirical vs. anecdotal evidence. *Am. J. Addict.,* 17, 488–490.

DENNIS, M., GODLEY, S. H., DIAMOND, G., TIMS, F. M., BABOR, T., DONALDSON, J., LIDDLE, H., TITUS, J. C., KAMINER, Y., WEBB, C., HAMILTON, N. & FUNK, R. 2004. The Cannabis Youth Treatment (CYT) Study: main findings from two randomized trials. *J. Subst. Abuse Treat.,* 27, 197–213.

DENNIS, M. L., FOSS, M. A. & SCOTT, C. K. 2007. An eight–year perspective on the relationship between the duration of abstinence and other aspects of recovery. *Eval. Rev.,* 31, 585–612.

DEPHILIPPIS, D., PETRY, N. M., BONN–MILLER, M. O., ROSENBACH, S. B. & MCKAY, J. R. 2018. The national implementation of Contingency Management (CM) in the Department of Veterans Affairs: Attendance at CM sessions and substance use outcomes. *Drug and Alcohol Dependence,* 185, 367–373.

DESTOOP, M., DOCX, L., MORRENS, M. & DOM, G. 2021. Meta–analysis on the effect of contingency management for patients with both psychotic disorders and substance use disorders. *Journal of Clinical Medicine,* 10, 616.

DOUGHERTY, D. M., KARNS, T. E., MULLEN, J., LIANG, Y., LAKE, S. L., ROACHE, J. D. & HILL–KAPTURCZAK, N. 2015. Transdermal alcohol concentration data collected during a contingency management program to reduce at–risk drinking. *Drug Alcohol Depend,* 148, 77–84.

DUGOSH, K., ABRAHAM, A., SEYMOUR, B., MCLOYD, K., CHALK, M. & FESTINGER, D. 2016. A systematic review on the use of psychosocial interventions in conjunction with medications for the treatment of opioid addiction. *Journal of addiction medicine,* 10, 93–103.

DUNN, K. E., DEFULIO, A., EVERLY, J. J., DONLIN, W. D., AKLIN, W. M., NUZZO, P. A., LEOUTSAKOS, J.–M. S., UMBRICHT, A., FINGERHOOD, M., BIGELOW, G. E. & SILVERMAN, K. 2013. Employment–based reinforcement of adherence to oral naltrexone treatment in unemployed injection drug users. *Exp. Clin. Psychopharmacol.,* 21, 74–83.

DUTRA, L., STATHOPOULOU, G., BASDEN, S. L., LEYRO, T. M., POWERS, M. B. & OTTO, M. W. 2008. A meta–analytic review of psychosocial interventions for substance use disorders. *Am J Psychiatry,* 165, 179–87.

EDWARDS, J., ELKINS, K., HINTON, M., HARRIGAN, S., DONOVAN, K., ATHANASOPOULOS, O. & MCGORRY, P. 2006. Randomized controlled trial of a cannabis-focused intervention for young people with first-episode psychosis. *Acta Psychiatrica Scandinavica,* 114, 109–117.

EMMEN, M. J., SCHIPPERS, G. M., BLEIJENBERG, G. & WOLLERSHEIM, H. 2004. Effectiveness of opportunistic brief interventions for problem drinking in a general hospital setting: systematic review. *BMJ,* 328, 318.

FALS–STEWART, W. & O'FARRELL, T. J. 2003. Behavioral family counseling and naltrexone for male opioid–dependent patients. *J. Consult. Clin. Psychol.,* 71, 432–442.

FALS–STEWART, W., O'FARRELL, T. J. & BIRCHLER, G. R. 2001. Behavioral couples therapy for male methadone maintenance patients: Effects on drug–using behavior and relationship adjustment. *Behavior Therapy,* 32, 391–411.

FARRONATO, N. S., DÜRSTELER–MACFARLAND, K. M., WIESBECK, G. A. & PETITJEAN, S. A. 2013. A systematic review comparing cognitive–behavioral therapy and contingency management for cocaine dependence. *J. Addict. Dis.,* 32, 274–287.

FESTINGER, D. S., MARLOWE, D. B., DUGOSH, K. L., CROFT, J. R. & ARABIA, P. L. 2008. Higher magnitude cash payments improve research follow–up rates without increasing drug use or perceived coercion. *Drug Alcohol Depend.,* 96, 128–135.

FIELD, C., WALTERS, S., MARTI, C. N., JUN, J., FOREMAN, M. & BROWN, C. 2014. A multisite randomized controlled trial of brief intervention to reduce drinking in the trauma care setting: how brief is brief? *Ann. Surg.,* 259, 873–880.

FIELD, C. A. & CAETANO, R. 2010. The effectiveness of brief intervention among injured patients with alcohol dependence: who benefits from brief interventions? *Drug Alcohol Depend.,* 111, 13–20.

FIELLIN, D. A., BARRY, D. T., SULLIVAN, L. E., CUTTER, C. J., MOORE, B. A., O'CONNOR, P. G. & SCHOTTENFELD, R. S. 2013. A randomized trial of cognitive behavioral therapy in primary care–based buprenorphine. *The American journal of medicine,* 126, 74. e11–74. e17.

FIESTAS, F. & PONCE, J. 2012. [Efficacy of the therapeutic community model in the treatment of drug use–related problems: a systematic review]. *Rev Peru Med Exp Salud Publica,* 29, 12–20.

FINNEY, J. W., HAHN, A. C. & MOOS, R. H. 1996. The effectiveness of inpatient and outpatient treatment for alcohol abuse: the need to focus on mediators and moderators of setting effects. *Addiction,* 91, 1773–96; discussion 1803–20.

FIORE, M. 2008. *Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update*, Department of Health and Human Services Public Health Servic.

FISHMAN, M., WENZEL, K., VO, H., WILDBERGER, J. & BURGOWER, R. 2021. A pilot randomized controlled trial of assertive treatment including family involvement and home delivery of medication for young adults with opioid use disorder. *Addiction,* 116, 548–557.

FLEMING, M. F., MUNDT, M. P., FRENCH, M. T. & OTHERS 2002. Brief physician advice for problem drinkers: long-term efficacy and benefit-cost analysis. *Alcohol. Clin. Exp. Res.*

FLOYD, R. L., SOBELL, M., VELASQUEZ, M. M., INGERSOLL, K., NETTLEMAN, M., SOBELL, L., MULLEN, P. D., CEPERICH, S., VON STERNBERG, K., BOLTON, B., JOHNSON, K., SKARPNESS, B., NAGARAJA, J. & PROJECT, C. E. S. G. 2007. Preventing alcohol–exposed pregnancies: a randomized controlled trial. *Am. J. Prev. Med.,* 32, 1–10.

FORCE, U. S. P. S. T. 2004. Screening and behavioral counseling interventions in primary care to reduce alcohol misuse: recommendation statement. *Am. Fam. Physician,* 70, 353–358.

FORSTER, S. E., DEPHILIPPIS, D. & FORMAN, S. D. 2019. “I's” on the prize: A systematic review of individual differences in Contingency Management treatment response. *Journal of substance abuse treatment,* 100, 64–83.

FREDRICKSON, B. L. 2004. The broaden–and–build theory of positive emotions. *Philos. Trans. R. Soc. Lond. B Biol. Sci.,* 359, 1367–1378.

FREDRICKSON, B. L. & LOSADA, M. F. 2005. Positive affect and the complex dynamics of human flourishing. *Am. Psychol.,* 60, 678–686.

FREESE, T. E., RUTKOWSKI, B. A., PECK, J. A., URADA, D., CLARK, H. W., BLAND, A. N., FRIEDMAN, J. & RAWSON, R. A. 2023. Recovery incentives program: California's contingency management benefit. *Preventive Medicine,* 176, 107703.

FREYER–ADAM, J., CODER, B., BAUMEISTER, S. E., BISCHOF, G., RIEDEL, J., PAATSCH, K., WEDLER, B., RUMPF, H.–J., JOHN, U. & HAPKE, U. 2008. Brief alcohol intervention for general hospital inpatients: a randomized controlled trial. *Drug Alcohol Depend.,* 93, 233–243.

FU, S. S., PARTIN, M. R., SNYDER, A., AN, L. C., NELSON, D. B., CLOTHIER, B., NUGENT, S., WILLENBRING, M. L. & JOSEPH, A. M. 2006. Promoting repeat tobacco dependence treatment: are relapsed smokers interested? *Am. J. Manag. Care,* 12, 235–243.

FU, S. S., VAN RYN, M., SHERMAN, S. E., BURGESS, D. J., NOORBALOOCHI, S., CLOTHIER, B., TAYLOR, B. C., SCHLEDE, C. M., BURKE, R. S. & JOSEPH, A. M. 2014. Proactive tobacco treatment and population–level cessation: a pragmatic randomized clinical trial. *JAMA Intern. Med.,* 174, 671–677.

FULLER, A. E., ZAFFAR, N., COHEN, E., PENTLAND, M., SIDDIQI, A., VANDERMORRIS, A., VAN DEN HEUVEL, M., BIRKEN, C. S., GUTTMANN, A. & DE OLIVEIRA, C. 2022. Cash transfer programs and child health and family economic outcomes: a systematic review. *Canadian Journal of Public Health,* 113, 433–445.

GARLAND, E. L. & HOWARD, M. O. 2013. Mindfulness–oriented recovery enhancement reduces pain attentional bias in chronic pain patients. *Psychother. Psychosom.,* 82, 311–318.

GATES, P. J., SABIONI, P., COPELAND, J., LE FOLL, B. & GOWING, L. 2016. Psychosocial interventions for cannabis use disorder. *Cochrane Database Syst. Rev.*, CD005336.

GBD TOBACCO COLLABORATORS 2021. Spatial, temporal, and demographic patterns in prevalence of smoking tobacco use and attributable disease burden in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet (London, England),* 397, 2337.

GELBERG, L., ANDERSEN, R. M., AFIFI, A. A., LEAKE, B. D., ARANGUA, L., VAHIDI, M., SINGLETON, K., YACENDA–MURPHY, J., SHOPTAW, S., FLEMING, M. F. & BAUMEISTER, S. E. 2015. Project QUIT (Quit Using Drugs Intervention Trial): a randomized controlled trial of a primary care–based multi–component brief intervention to reduce risky drug use. *Addiction,* 110, 1777–1790.

GETTY, C. A., MORANDE, A., LYNSKEY, M., WEAVER, T. & OTHERS 2019. Mobile telephone-delivered contingency management interventions promoting behaviour change in individuals with substance use disorders: a meta-analysis.

GINLEY, M. K., PFUND, R. A., RASH, C. J. & ZAJAC, K. 2021. Long–term efficacy of contingency management treatment based on objective indicators of abstinence from illicit substance use up to 1 year following treatment: A meta–analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology,* 89, 58.

GODLEY, M. D., GODLEY, S. H., DENNIS, M. L., FUNK, R. R. & PASSETTI, L. L. 2007. The effect of assertive continuing care on continuing care linkage, adherence and abstinence following residential treatment for adolescents with substance use disorders. *Addiction,* 102, 81–93.

GODLEY, S. H., GARNER, B. R., PASSETTI, L. L., FUNK, R. R., DENNIS, M. L. & GODLEY, M. D. 2010. Adolescent outpatient treatment and continuing care: main findings from a randomized clinical trial. *Drug Alcohol Depend.,* 110, 44–54.

GODLEY, S. H., MEYERS, R. J. & SMITH, J. E. 2001. *The Adolescent Community Reinforcement Approach for Adolescent Cannabis Users,* Rockville, MD, Center for Substance Abuse Treatment; Substance Abuse and Mental Health Services Administration.

GONZALES, R., HERNANDEZ, M., MURPHY, D. A. & ANG, A. 2016. Youth recovery outcomes at 6 and 9 months following participation in a mobile texting recovery support aftercare pilot study. *Am. J. Addict.,* 25, 62–68.

GOUZOULIS–MAYFRANK, E., KÖNIG, S., KOEBKE, S., SCHNELL, T., SCHMITZ–BUHL, M. & DAUMANN, J. 2015. Trans–sector integrated treatment in psychosis and addiction: A randomized controlled study of a motivational, cognitive behavioral therapy program under standard hospital treatment conditions. *Deutsches Ärzteblatt International,* 112, 683.

GRASER, Y., STUTZ, S., RÖSNER, S., MOGGI, F. & SORAVIA, L. M. 2021. Telephone–and text message–based continuing care after residential treatment for alcohol use disorder: A randomized clinical multicenter study. *Alcoholism: clinical and experimental research,* 45, 224–233.

GREENWOOD, G. L., WOODS, W. J., GUYDISH, J. & BEIN, E. 2001. Relapse outcomes in a randomized trial of residential and day drug abuse treatment. *J Subst Abuse Treat,* 20, 15–23.

GREGORY JR, V. L. & ELLIS, R. J. B. 2020. Cognitive–behavioral therapy and buprenorphine for opioid use disorder: A systematic review and meta–analysis of randomized controlled trials. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse,* 46, 520–530.

GRIFFITH, J. D., ROWAN–SZAL, G. A., ROARK, R. R. & SIMPSON, D. D. 2000. Contingency management in outpatient methadone treatment: a meta–analysis. *Drug Alcohol Depend,* 58, 55–66.

GRUBER, V. A., DELUCCHI, K. L., KIELSTEIN, A. & BATKI, S. L. 2008. A randomized trial of 6–month methadone maintenance with standard or minimal counseling versus 21–day methadone detoxification. *Drug and alcohol dependence,* 94, 199–206.

GUSTAFSON, D. H., MCTAVISH, F. M., CHIH, M.–Y., ATWOOD, A. K., JOHNSON, R. A., BOYLE, M. G., LEVY, M. S., DRISCOLL, H., CHISHOLM, S. M., DILLENBURG, L., ISHAM, A. & SHAH, D. 2014. A smartphone application to support

recovery from alcoholism: a randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry,* 71, 566–572.

HAAS, J. S., LINDER, J. A., PARK, E. R., GONZALEZ, I., RIGOTTI, N. A., KLINGER, E. V., KONTOS, E. Z., ZASLAVSKY, A. M., BRAWARSKY, P., MARINACCI, L. X., ST HUBERT, S., FLEEGLER, E. W. & WILLIAMS, D. R. 2015. Proactive tobacco cessation outreach to smokers of low socioeconomic status: a randomized clinical trial. *JAMA Intern. Med.,* 175, 218–226.

HAJEK, P., STEAD, L. F., WEST, R., JARVIS, M., HARTMANN–BOYCE, J. & LANCASTER, T. 2013. Relapse prevention interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst. Rev.*, CD003999.

HALLADAY, J., SCHERER, J., MACKILLOP, J., WOOCK, R., PETKER, T., LINTON, V. & MUNN, C. 2019. Brief interventions for cannabis use in emerging adults: A systematic review, meta–analysis, and evidence map. *Drug and alcohol dependence,* 204, 107565.

HALLGREN, K. A., DUNCAN, M. H., ILES–SHIH, M. D., COHN, E. B., MCCABE, C. J., CHANG, Y. M. & SAXON, A. J. 2023. Feasibility, engagement, and usability of a remote, smartphone–based contingency management program as a treatment add–on for patients who use methamphetamine: Single–arm pilot study. *JMIR Formative Research,* 7, e47516.

HALPERN, S. D., FRENCH, B., SMALL, D. S., SAULSGIVER, K., HARHAY, M. O., AUDRAIN–MCGOVERN, J., LOEWENSTEIN, G., BRENNAN, T. A., ASCH, D. A. & VOLPP, K. G. 2015. Randomized trial of four financial–incentive programs for smoking cessation. *N. Engl. J. Med.,* 372, 2108–2117.

HAMMOND, A. S., SWEENEY, M. M., CHIKOSI, T. U. & STITZER, M. L. 2021. Digital delivery of a contingency management intervention for substance use disorder: A feasibility study with DynamiCare Health. *Journal of Substance Abuse Treatment,* 126, 108425.

HANEY, M. 2008. Neurobiology of stimulants.

HANKIN, J. R. 2002. Fetal alcohol syndrome prevention research. *Alcohol Res. Health,* 26, 58–65.

HART, C. L., HANEY, M., FOLTIN, R. & FISCHMAN, M. 2000. Alternative reinforcers differentially modify cocaine self–administration by humans. *Behavioural pharmacology,* 11, 87–91.

HARTMANN–BOYCE, J., LANCASTER, T. & STEAD, L. F. 2014. Print–based self–help interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst. Rev.*, CD001118.

HARTMANN–BOYCE, J., LIVINGSTONE–BANKS, J., ORDÓÑEZ–MENA, J. M., FANSHAWE, T. R., LINDSON, N., FREEMAN, S. C., SUTTON, A. J., THEODOULOU, A. & AVEYARD, P. 2021. Behavioural interventions for smoking cessation: an overview and network meta-analysis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*.

HARTZLER, B., JACKSON, T. R., JONES, B. E., BEADNELL, B. & CALSYN, D. A. 2014. Disseminating contingency management: impacts of staff training and implementation at an opiate treatment program. *J. Subst. Abuse Treat.,* 46, 429–438.

HEATHERTON, T. F., KOZLOWSKI, L. T., FRECKER, R. C. & FAGERSTROM, K.–O. 1991. The Fagerstrom Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. *Addiction,* 86, 1119–1127.

HELSETH, S. A., JANSSEN, T., SCOTT, K., SQUIRES, D. D. & BECKER, S. J. 2018. Training community–based treatment providers to implement contingency management for opioid addiction: Time to and frequency of adoption. *Journal of Substance Abuse Treatment,* 95, 26–34.

HENDERSHOT, C. S., WITKIEWITZ, K., GEORGE, W. H. & MARLATT, G. A. 2011. Relapse prevention for addictive behaviors. *Subst Abuse Treat Prev Policy,* 6, 17.

HENDERSON, C. E., WEVODAU, A. L., HENDERSON, S. E., COLBOURN, S. L., GHARAGOZLOO, L., NORTH, L. W. & LOTTS, V. A. 2016. An independent replication of the Adolescent–Community Reinforcement Approach with justice–involved youth. *Am. J. Addict.,* 25, 233–240.

HENGGELER, S. W., MCCART, M. R., CUNNINGHAM, P. B. & CHAPMAN, J. E. 2012. Enhancing the effectiveness of juvenile drug courts by integrating evidence–based practices. *J. Consult. Clin. Psychol.,* 80, 264–275.

HETTEMA, J., STEELE, J. & MILLER, W. R. 2005. Motivational interviewing. *Annu. Rev. Clin. Psychol.,* 1, 91–111.

HIGGINS, S. T., BADGER, G. J. & BUDNEY, A. J. 2000a. Initial abstinence and success in achieving longer term cocaine abstinence. *Exp Clin Psychopharmacol,* 8, 377–86.

HIGGINS, S. T., BICKEL, W. K. & HUGHES, J. R. 1994a. Influence of an alternative reinforcer on human cocaine self–administration. *Life Sciences,* 55, 179–187.

HIGGINS, S. T., BUDNEY, A. J., BICKEL, W. K., FOERG, F. E., DONHAM, R. & BADGER, G. J. 1994b. Incentives improve outcome in outpatient behavioral treatment of cocaine dependence. *Arch Gen Psychiatry,* 51, 568–76.

HIGGINS, S. T., HEIL, S. H., DANTONA, R., DONHAM, R., MATTHEWS, M. & BADGER, G. J. 2007. Effects of varying the monetary value of voucher–based incentives on abstinence achieved during and following treatment among cocaine–dependent outpatients. *Addiction,* 102, 271–81.

HIGGINS, S. T., SIGMON, S. C., WONG, C. J., HEIL, S. H., BADGER, G. J., DONHAM, R., DANTONA, R. L. & ANTHONY, S. 2003. Community reinforcement therapy for cocaine–dependent outpatients. *Arch. Gen. Psychiatry,* 60, 1043–1052.

HIGGINS, S. T., WONG, C. J., BADGER, G. J., OGDEN, D. E. & DANTONA, R. L. 2000b. Contingent reinforcement increases cocaine abstinence during outpatient treatment and 1 year of follow–up. *J Consult Clin Psychol,* 68, 64–72.

HIRCHAK, K. A., LYONS, A. J., HERRON, J. L., KORDAS, G., SHAW, J. L., JANSEN, K., AVEY, J. P., MCPHERSON, S. M., DONOVAN, D. & ROLL, J. 2022. Contingency management for alcohol use disorder reduces cannabis use among American Indian and Alaska Native adults. *Journal of substance abuse treatment,* 137, 108693.

HOBBS, J. D., KUSHNER, M. G., LEE, S. S., REARDON, S. M. & MAURER, E. W. 2011. Meta–analysis of supplemental treatment for depressive and anxiety

disorders in patients being treated for alcohol dependence. *Am J Addict,* 20, 319–29.

HOGUE, A., HENDERSON, C. E., BECKER, S. J. & KNIGHT, D. K. 2018. Evidence Base on Outpatient Behavioral Treatments for Adolescent Substance Use, 2014–2017: Outcomes, Treatment Delivery, and Promising Horizons. *J. Clin. Child Adolesc. Psychol.,* 47, 499–526.

HOOPER, M. W., LEE, D. J., SIMMONS, V. N., BRANDON, K. O., ANTONI, M. H., ASFAR, T., KORU–SENGUL, T. & BRANDON, T. H. 2024. Cognitive behavioral therapy versus general health education for smoking cessation: A randomized controlled trial among diverse treatment seekers. *Psychology of Addictive Behaviors,* 38, 124.

HSER, Y.–I., LI, J., JIANG, H., ZHANG, R., DU, J., ZHANG, C., ZHANG, B., EVANS, E., WU, F., CHANG, Y.–J., PENG, C., HUANG, D., STITZER, M. L., ROLL, J. & ZHAO, M. 2011. Effects of a randomized contingency management intervention on opiate abstinence and retention in methadone maintenance treatment in China. *Addiction,* 106, 1801–1809.

HSER, Y. I., HOFFMAN, V., GRELLA, C. E. & ANGLIN, M. D. 2001. A 33–year follow–up of narcotics addicts. *Arch. Gen. Psychiatry,* 58, 503–508.

HUGHES, J. R., SOLOMON, L. J., NAUD, S., FINGAR, J. R., HELZER, J. E. & CALLAS, P. W. 2014. Natural history of attempts to stop smoking. *Nicotine Tob. Res.,* 16, 1190–1198.

HUMENIUK, R., ALI, R., BABOR, T., SOUZA–FORMIGONI, M. L. O., DE LACERDA, R. B., LING, W., MCREE, B., NEWCOMBE, D., PAL, H., POZNYAK, V., SIMON, S. & VENDETTI, J. 2012. A randomized controlled trial of a brief intervention for illicit drugs linked to the Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST) in clients recruited from primary health–care settings in four countries. *Addiction,* 107, 957–966.

HUMENIUK, R., DENNINGTON, V. & ALI, R. 2008. The effectiveness of a brief intervention for illicit drugs linked to the alcohol, smoking and substance involvement screening test (ASSIST) in primary health care settings: a

technical report of phase III findings of the WHO ASSIST randomized controlled trial. Geneva: World Health Organization.

HUNT, G. E., SIEGFRIED, N., MORLEY, K., BROOKE-SUMNER, C. & CLEARY, M. 2019. Psychosocial interventions for people with both severe mental illness and substance misuse. *Cochrane Database of Systematic Reviews*.

HUNT, G. M. & AZRIN, N. H. 1973. A community–reinforcement approach to alcoholism. *Behav. Res. Ther.,* 11, 91–104.

IMTIAZ, S., ROERECKE, M., KURDYAK, P., SAMOKHVALOV, A. V., HASAN, O. S. & REHM, J. 2020. Brief interventions for cannabis use in healthcare settings: systematic review and meta–analyses of randomized trials. *Journal of addiction medicine,* 14, 78–88.

JENSEN, C. D., CUSHING, C. C., AYLWARD, B. S., CRAIG, J. T., SORELL, D. M. & STEELE, R. G. 2011. Effectiveness of motivational interviewing interventions for adolescent substance use behavior change: a meta–analytic review. *J. Consult. Clin. Psychol.,* 79, 433–440.

JHA, P., RAMASUNDARAHETTIGE, C., LANDSMAN, V., ROSTRON, B., THUN, M., ANDERSON, R. N., MCAFEE, T. & PETO, R. 2013. 21st–century hazards of smoking and benefits of cessation in the United States. *New England Journal of Medicine,* 368, 341–350.

JIRAPRAMUKPITAK, T., PATTANASERI, K., CHUA, K.–C. & TAKIZAWA, P. 2020. Home–Based Contingency Management Delivered by Community Health Workers to Improve Alcohol Abstinence: A Randomized Control Trial. *Alcohol Alcohol,* 55, 171–178.

JOHANSSON, M., SINADINOVIC, K., GAJECKI, M., LINDNER, P., BERMAN, A. H., HERMANSSON, U. & ANDRÉASSON, S. 2021. Internet–based therapy versus face–to–face therapy for alcohol use disorder, a randomized controlled non–inferiority trial. *Addiction,* 116, 1088–1100.

JONAS, D. E., GARBUTT, J. C., AMICK, H. R., BROWN, J. M., BROWNLEY, K. A., COUNCIL, C. L., VIERA, A. J., WILKINS, T. M., SCHWARTZ, C. J., RICHMOND, E. M., YEATTS, J., EVANS, T. S., WOOD, S. D. & HARRIS, R. P. 2012.

Behavioral counseling after screening for alcohol misuse in primary care: a systematic review and meta–analysis for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann. Intern. Med.,* 157, 645–654.

KADDEN, R. 1995. *Cognitive–behavioral Coping Skills Therapy Manual: A Clinical Research Guide for Therapists Treating Individuals with Alcohol Abuse and Dependence*, DIANE Publishing.

KADDEN, R. M., LITT, M. D., KABELA–CORMIER, E. & PETRY, N. M. 2007. Abstinence rates following behavioral treatments for marijuana dependence. *Addict. Behav.,* 32, 1220–1236.

KAHAN, M., WILSON, L. & BECKER, L. 1995. Effectiveness of physician–based interventions with problem drinkers: a review. *Cmaj,* 152, 851–9.

KAMINER, Y., BURLESON, J. A., BURKE, R. & LITT, M. D. 2014. The efficacy of contingency management for adolescent cannabis use disorder: a controlled study. *Subst. Abus.,* 35, 391–398.

KAMINER, Y., BURLESON, J. A. & GOLDBERGER, R. 2002. Cognitive–behavioral coping skills and psychoeducation therapies for adolescent substance abuse. *J. Nerv. Ment. Dis.,* 190, 737–745.

KANER, E. F. S., DICKINSON, H. O., BEYER, F., PIENAAR, E., SCHLESINGER, C., CAMPBELL, F., SAUNDERS, J. B., BURNAND, B. & HEATHER, N. 2009. The effectiveness of brief alcohol interventions in primary care settings: a systematic review. *Drug Alcohol Rev.,* 28, 301–323.

KARNO, M. P., RAWSON, R., ROGERS, B., SPEAR, S., GRELLA, C., MOONEY, L. J., SAITZ, R., KAGAN, B. & GLASNER, S. 2021. Effect of screening, brief intervention and referral to treatment for unhealthy alcohol and other drug use in mental health treatment settings: a randomized controlled trial. *Addiction,* 116, 159–169.

KASZA, K. A., AMBROSE, B. K., CONWAY, K. P., BOREK, N., TAYLOR, K., GONIEWICZ, M. L., CUMMINGS, K. M., SHARMA, E., PEARSON, J. L., GREEN, V. R., KAUFMAN, A. R., BANSAL–TRAVERS, M., TRAVERS, M. J., KWAN, J., TWOREK, C., CHENG, Y.–C., YANG, L., PHARRIS–CIUREJ, N., VAN BEMMEL, D. M., BACKINGER, C. L., COMPTON, W. M. & HYLAND, A. J. 2017. Tobacco–

Product Use by Adults and Youths in the United States in 2013 and 2014. *N. Engl. J. Med.,* 376, 342–353.

KELLOGG, S. H., BURNS, M., COLEMAN, P., STITZER, M., WALE, J. B. & KREEK, M. J. 2005. Something of value: The introduction of contingency management interventions into the New York City Health and Hospital Addiction Treatment Service. *Journal of Substance Abuse Treatment,* 28, 57–65.

KELLY, J. F., ABRY, A., FERRI, M. & HUMPHREYS, K. 2020. Alcoholics Anonymous and 12–Step Facilitation Treatments for Alcohol Use Disorder: A Distillation of a 2020 Cochrane Review for Clinicians and Policy Makers. *Alcohol Alcohol,* 55, 641–651.

KIDORF, M., STITZER, M. L., BROONER, R. K. & GOLDBERG, J. 1994. Contingent methadone take–home doses reinforce adjunct therapy attendance of methadone maintenance patients. *Drug Alcohol Depend.,* 36, 221–226.

KILLEEN, T. K., MCRAE–CLARK, A. L., WALDROP, A. E., UPADHYAYA, H. & BRADY, K. T. 2012. Contingency Management in Community Programs Treating Adolescent Substance Abuse: A Feasibility Study. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing,* 25, 33–41.

KINGKAEW, P. 2018. *Optimising the development of effective mobile health behaviour change interventions: text messages to support smoking cessation in Thailand. PhD thesis, University of Leeds.* PhD thesis, University of Leeds.

KOCK, L. S., ERATH, T. G., COLEMAN, S. R., HIGGINS, S. T. & HEIL, S. H. 2023. Contingency management interventions for abstinence from cigarette smoking in pregnancy and postpartum: a systematic review and meta–analysis. *Preventive Medicine*, 107654.

KOFFARNUS, M. N., BICKEL, W. K. & KABLINGER, A. S. 2018. Remote alcohol monitoring to facilitate incentive–based treatment for alcohol use disorder: a randomized trial. *Alcohol. Clin. Exp. Res.,* 42, 2423–2431.

KONDO, K. K., MORASCO, B. J., NUGENT, S. M., AYERS, C. K., O'NEIL, M. E., FREEMAN, M. & KANSAGARA, D. 2020. Pharmacotherapy for the treatment of cannabis use disorder: a systematic review. *Annals of internal medicine,* 172, 398–412.

KOUIMTSIDIS, C., REYNOLDS, M., COULTON, S. & DRUMMOND, C. 2012. How does cognitive behaviour therapy work with opioid–dependent clients? Results of the UKCBTMM study. *Drugs: Education, Prevention and Policy,* 19, 253–258.

KRAWCZYK, N., MOJTABAI, R., STUART, E. A., FINGERHOOD, M., AGUS, D., LYONS, B. C., WEINER, J. P. & SALONER, B. 2020. Opioid agonist treatment and fatal overdose risk in a state-wide US population receiving opioid use disorder services. *Addiction,* 115, 1683–1694.

KRIST, A. H., DAVIDSON, K. W., MANGIONE, C. M., BARRY, M. J., CABANA, M., CAUGHEY, A. B., CURRY, S. J., DONAHUE, K., DOUBENI, C. A. & EPLING, J. W. 2020. Screening for unhealthy drug use: US Preventive Services Task Force recommendation statement. *Jama,* 323, 2301–2309.

KRIST, A. H., DAVIDSON, K. W., MANGIONE, C. M., BARRY, M. J., CABANA, M., CAUGHEY, A. B., DONAHUE, K., DOUBENI, C. A., EPLING, J. W. & KUBIK, M. 2021. Interventions for tobacco smoking cessation in adults, including pregnant persons: US Preventive Services Task Force recommendation statement. *Jama,* 325, 265–279.

LAI, D. T., CAHILL, K., QIN, Y. & TANG, J. L. 2010. Motivational interviewing for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*, CD006936.

LANCASTER, T. & STEAD, L. 2004. Physician advice for smoking cessation. *Cochrane Database Syst. Rev.*, CD000165.

LANCASTER, T. & STEAD, L. F. 2017. Individual behavioural counselling for smoking cessation. *Cochrane Database Syst. Rev.,* 3, CD001292.

LAPPAN, S. N., BROWN, A. W. & HENDRICKS, P. S. 2020. Dropout rates of in-person psychosocial substance use disorder treatments: a systematic review and meta-analysis. *Addiction,* 115, 201–217.

LAUDE, J. R., BAILEY, S. R., CREW, E., VARADY, A., LEMBKE, A., MCFALL, D., JEON, A., KILLEN, D., KILLEN, J. D. & DAVID, S. P. 2017. Extended treatment for cigarette smoking cessation: a randomized control trial. *Addiction,* 112, 1451–1459.

LEE, E. B., AN, W., LEVIN, M. E. & TWOHIG, M. P. 2015. An initial meta–analysis of Acceptance and Commitment Therapy for treating substance use disorders. *Drug Alcohol Depend.,* 155, 1–7.

LI, L., ZHU, S., TSE, N., TSE, S. & WONG, P. 2016. Effectiveness of motivational interviewing to reduce illicit drug use in adolescents: a systematic review and meta–analysis. *Addiction,* 111, 795–805.

LI, W., HOWARD, M. O., GARLAND, E. L., MCGOVERN, P. & LAZAR, M. 2017. Mindfulness treatment for substance misuse: A systematic review and meta–analysis. *J. Subst. Abuse Treat.,* 75, 62–96.

LIDDLE, H. A., DAKOF, G. A., PARKER, K., DIAMOND, G. S., BARRETT, K. & TEJEDA, M. 2001. Multidimensional family therapy for adolescent drug abuse: results of a randomized clinical trial. *Am. J. Drug Alcohol Abuse,* 27, 651–688.

LIDDLE, H. A., DAKOF, G. A., TURNER, R. M., HENDERSON, C. E. & GREENBAUM, P. E. 2008. Treating adolescent drug abuse: a randomized trial comparing multidimensional family therapy and cognitive behavior therapy. *Addiction,* 103, 1660–1670.

LINDSON, N., KLEMPERER, E., HONG, B., ORDÓÑEZ–MENA, J. M. & AVEYARD, P. 2019a. Smoking reduction interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst. Rev.,* 9, CD013183.

LINDSON, N., THOMPSON, T. P., FERREY, A., LAMBERT, J. D. & AVEYARD, P. 2019b. Motivational interviewing for smoking cessation. *Cochrane Database Syst. Rev.,* 7, CD006936.

LING, W., HILLHOUSE, M., ANG, A., JENKINS, J. & FAHEY, J. 2013. Comparison of behavioral treatment conditions in buprenorphine maintenance. *Addiction,* 108, 1788–1798.

LOCK, C. A., KANER, E., HEATHER, N., DOUGHTY, J., CRAWSHAW, A., MCNAMEE, P., PURDY, S. & PEARSON, P. 2006. Effectiveness of nurse–led brief alcohol intervention: a cluster randomized controlled trial. *J. Adv. Nurs.,* 54, 426–439.

LOZANO, B. E., STEPHENS, R. S. & ROFFMAN, R. A. 2006. Abstinence and moderate use goals in the treatment of marijuana dependence. *Addiction,* 101, 1589–1597.

LUSSIER, J. P., HEIL, S. H., MONGEON, J. A., BADGER, G. J. & HIGGINS, S. T. 2006. A meta–analysis of voucher–based reinforcement therapy for substance use disorders. *Addiction,* 101, 192–203.

MACARTHUR, G., CALDWELL, D. M., REDMORE, J., WATKINS, S. H., KIPPING, R., WHITE, J., CHITTLEBOROUGH, C., LANGFORD, R., ER, V. & LINGAM, R. 2018. Individual–, family–, and school–level interventions targeting multiple risk behaviours in young people. *Cochrane database of systematic reviews*.

MAGILL, M. & RAY, L. A. 2009. Cognitive–behavioral treatment with adult alcohol and illicit drug users: a meta–analysis of randomized controlled trials. *J Stud Alcohol Drugs,* 70, 516–27.

MAK, Y. W., LEUNG, D. Y. & LOKE, A. Y. 2020. Effectiveness of an individual acceptance and commitment therapy for smoking cessation, delivered face–to–face and by telephone to adults recruited in primary health care settings: a randomized controlled trial. *BMC Public Health,* 20, 1–14.

MARIJUANA TREATMENT PROJECT RESEARCH, G. 2004. Brief treatments for cannabis dependence: findings from a randomized multisite trial. *J. Consult. Clin. Psychol.,* 72, 455–466.

MARKLAND, D., RYAN, R. M., TOBIN, V. J. & OTHERS 2005. Motivational interviewing and self–determination theory. *Journal of social and*.

MARLATT, G. A., CURRY, S. & GORDON, J. R. 1988. A longitudinal analysis of unaided smoking cessation. *J. Consult. Clin. Psychol.,* 56, 715–720.

MARLATT, G. A. & GORDON, J. R. 1985. *Addictive behaviors: readings on etiology, prevention and treatment,* Washington, DC, American Psychological Association.

MARLATT, G. A., GORDON, J. R. & WILSON, T. G. (eds.) 1985. *Relapse Prevention: Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors*: Guilford Publications.

MARSDEN, J., STILLWELL, G., JAMES, K., SHEARER, J., BYFORD, S., HELLIER, J., KELLEHER, M., KELLY, J., MURPHY, C. & MITCHESON, L. 2019. Efficacy and cost–effectiveness of an adjunctive personalised psychosocial intervention in

treatment–resistant maintenance opioid agonist therapy: a pragmatic, open–label, randomised controlled trial. *The Lancet Psychiatry,* 6, 391–402.

MATKIN, W., ORDÓÑEZ–MENA, J. M. & HARTMANN–BOYCE, J. 2019. Telephone counselling for smoking cessation. *Cochrane Database Syst. Rev.,* 5, CD002850.

MAUDE–GRIFFIN, P. M., HOHENSTEIN, J. M., HUMFLEET, G. L., REILLY, P. M., TUSEL, D. J. & HALL, S. M. 1998. Superior efficacy of cognitive–behavioral therapy for urban crack cocaine abusers: main and matching effects. *J Consult Clin Psychol,* 66, 832–7.

MAURIES, S., DUFAYET, G., LENGEREAU, A., LEJOYEUX, M., GEOFFROY, P. A. & DUPONG, I. 2024. Cognitive–behavioral therapies in the management of adolescents with cannabis use disorder (CUD): a systematic review. *Drug and alcohol dependence*, 111321.

MCDONELL, M. G., HIRCHAK, K. A., HERRON, J., LYONS, A. J., ALCOVER, K. C., SHAW, J., KORDAS, G., DIRKS, L. G., JANSEN, K. & AVEY, J. 2021. Effect of incentives for alcohol abstinence in partnership with 3 American Indian and Alaska Native communities: a randomized clinical trial. *JAMA psychiatry,* 78, 599–606.

MCDONELL, M. G., HOWELL, D. N., MCPHERSON, S. & OTHERS 2012. Voucher-based reinforcement for alcohol abstinence using the ethyl-glucuronide alcohol biomarker. *Journal of applied*.

MCDONELL, M. G., LEICKLY, E., MCPHERSON, S., SKALISKY, J., SREBNIK, D., ANGELO, F., VILARDAGA, R., NEPOM, J. R., ROLL, J. M. & RIES, R. K. 2017. A Randomized Controlled Trial of Ethyl Glucuronide–Based Contingency Management for Outpatients With Co–Occurring Alcohol Use Disorders and Serious Mental Illness. *Am. J. Psychiatry,* 174, 370–377.

MCDONELL, M. G., SREBNIK, D., ANGELO, F., MCPHERSON, S., LOWE, J. M., SUGAR, A., SHORT, R. A., ROLL, J. M. & RIES, R. K. 2013. Randomized controlled trial of contingency management for stimulant use in community mental health patients with serious mental illness. *American Journal of Psychiatry,* 170, 94–101.

MCKAY, J. R., ALTERMAN, A. I., CACCIOLA, J. S., O'BRIEN, C. P., KOPPENHAVER, J. M. & SHEPARD, D. S. 1999. Continuing care for cocaine dependence: comprehensive 2–year outcomes. *J. Consult. Clin. Psychol.,* 67, 420–427.

MCKAY, J. R., GUSTAFSON, D. H., IVEY, M., PE-ROMASHKO, K., CURTIS, B., THOMAS, T., OSLIN, D. W., POLSKY, D., QUANBECK, A. & LYNCH, K. G. 2022. Efficacy and comparative effectiveness of telephone and smartphone remote continuing care interventions for alcohol use disorder: a randomized controlled trial. *Addiction,* 117, 1326–1337.

MCKAY, J. R., LYNCH, K. G., SHEPARD, D. S. & PETTINATI, H. M. 2005. The effectiveness of telephone–based continuing care for alcohol and cocaine dependence: 24–month outcomes. *Arch Gen Psychiatry,* 62, 199–207.

MCKAY, J. R., VAN HORN, D. H. A., LYNCH, K. G., IVEY, M., CARY, M. S., DRAPKIN, M. L., COVIELLO, D. M. & PLEBANI, J. G. 2013. An adaptive approach for identifying cocaine dependent patients who benefit from extended continuing care. *J. Consult. Clin. Psychol.,* 81, 1063–1073.

MCPHERSON, S., ORR, M., LEDERHOS, C., MCDONELL, M., LEICKLY, E., HIRCHAK, K., OLUWOYE, O. A., MURPHY, S. M., LAYTON, M. & ROLL, J. M. 2018. Decreases in smoking during treatment for methamphetamine–use disorders: Preliminary evidence. *Behavioural pharmacology,* 29, 370–374.

MCQUEEN, J., HOWE, T. E., ALLAN, L., MAINS, D. & HARDY, V. 2011. Brief interventions for heavy alcohol users admitted to general hospital wards. *Cochrane Database Syst. Rev.*, CD005191.

MDEGE, N. D., FAYTER, D., WATSON, J. M., STIRK, L., SOWDEN, A. & GODFREY, C. 2013. Interventions for reducing alcohol consumption among general hospital inpatient heavy alcohol users: a systematic review. *Drug Alcohol Depend.,* 131, 1–22.

MEEYAI, A., YUNIBHAND, J., PUNKRAJANG, P. & PITAYARANGSARIT, S. 2015. An evaluation of usage patterns, effectiveness and cost of the national smoking cessation quitline in Thailand. *Tob. Control,* 24, 481–488.

MELANSON, S. E. 2012. The utility of immunoassays for urine drug testing. *Clinics in laboratory medicine,* 32, 429–447.

METREBIAN, N., WEAVER, T., GOLDSMITH, K., PILLING, S., HELLIER, J., PICKLES, A., SHEARER, J., BYFORD, S., MITCHESON, L. & BIJRAL, P. 2021. Using a pragmatically adapted, low–cost contingency management intervention to promote heroin abstinence in individuals undergoing treatment for heroin use disorder in UK drug services (PRAISE): a cluster randomised trial. *BMJ open,* 11, e046371.

MEYERS, R. J., ROOZEN, H. G. & SMITH, J. E. 2011. The community reinforcement approach: an update of the evidence. *Alcohol Res. Health,* 33, 380–388.

MEYERS, R. J. & SMITH, J. E. 1995. *Clinical Guide to Alcohol Treatment: The Community Reinforcement Approach*, Guilford Press.

MILLER, W. & ROLLNICK, S. 2023. Motivational Interviewing: Helping People Change and Grow. 4th ed. New York, NY: Guilford Press.

MILLER, W. R. & ROLLNICK, S. 1991. *Motivational Interviewing: Preparing people to change addictive behavior,* New York, Guildford Press.

MILLER, W. R. & ROLLNICK, S. 2002. *Motivational Interviewing, Second Edition: Preparing People for Change*, Guilford Publications.

MILLER, W. R. & ROLLNICK, S. 2012. *Motivational Interviewing, Third Edition: Helping People Change*, Guilford Press.

MILLER, W. R., ZWEBEN, A., DICLEMENTE, C. C. & OTHERS 1999. Motivational Enhancement Therapy Manual: a clinician research guide for therapist treating individuals with alcohol abuse and dependence. Rockville (MD): National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (US). NIH Publication.

MILWARD, J., LYNSKEY, M. & STRANG, J. 2014. Solving the problem of non-attendance in substance abuse services. *Drug Alcohol Rev.*

MINOZZI, S., SAULLE, R., AMATO, L., TRACCIS, F. & AGABIO, R. 2024. Psychosocial interventions for stimulant use disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews.*

MIOTTO, K., HILLHOUSE, M., DONOVICK, R., CUNNINGHAM–RATHNER, J., CHARUVASTRA, C., TORRINGTON, M., ESAGOFF, A. E. & LING, W. 2012. Comparison of buprenorphine treatment for opioid dependence in 3 settings. *Journal of addiction medicine,* 6, 68–76.

MITCHELL, S. G., GRYCZYNSKI, J., O'GRADY, K. E. & SCHWARTZ, R. P. 2013. SBIRT for adolescent drug and alcohol use: current status and future directions. *J. Subst. Abuse Treat.,* 44, 463–472.

MONTI, P. M., ABRAMS, D. B., KADDEN, R. M. & COONEY, N. L. 1989. Treating alcohol dependence: A coping skills training guide in the treatment of alcoholism. *Guilford, New York*.

MONTI, P. M., ROHSENOW, D. J., MICHALEC, E., MARTIN, R. A. & ABRAMS, D. B. 1997. Brief coping skills treatment for cocaine abuse: substance use outcomes at three months. *Addiction,* 92, 1717–1728.

MOORE, B. A., BARRY, D. T., SULLIVAN, L. E., O'CONNOR, P. G., CUTTER, C. J., SCHOTTENFELD, R. S. & FIELLIN, D. A. 2012. Counseling and directly observed medication for primary care buprenorphine maintenance: a pilot study. *Journal of addiction medicine,* 6, 205–211.

MORGENSTERN, J., BLANCHARD, K. A., MCCRADY, B. S., MCVEIGH, K. H., MORGAN, T. J. & PANDINA, R. J. 2006. Effectiveness of intensive case management for substance–dependent women receiving temporary assistance for needy families. *Am. J. Public Health,* 96, 2016–2023.

MORGENSTERN, J., HOGUE, A., DAUBER, S., DASARO, C. & MCKAY, J. R. 2009. A practical clinical trial of coordinated care management to treat substance use disorders among public assistance beneficiaries. *J. Consult. Clin. Psychol.,* 77, 257–269.

MOYER, A., FINNEY, J. W., SWEARINGEN, C. E. & VERGUN, P. 2002. Brief interventions for alcohol problems: a meta–analytic review of controlled investigations in treatment–seeking and non–treatment–seeking populations. *Addiction,* 97, 279–92.

MUESER, KAVANAGH, D. J. & BRUNETTE 2007. Implications of research on comorbidity for the nature and management of substance misuse. *In:* MILLER, P. & KAVANAGH, D. J. (eds.) *Translation of Addiction Science into practice.* Amsterdam: Elsevier.

MURPHY, S. M., MCDONELL, M. G., MCPHERSON, S., SREBNIK, D., ANGELO, F., ROLL, J. M. & RIES, R. K. 2015. An economic evaluation of a contingency–management intervention for stimulant use among community mental health patients with serious mental illness. *Drug and alcohol dependence,* 153, 293–299.

NAEEM, F., KINGDON, D. & TURKINGTON, D. 2005. Cognitive behaviour therapy for schizophrenia in patients with mild to moderate substance misuse problems. *Cognitive Behaviour Therapy,* 34, 207–215.

NEMES, S., WISH, E. D. & MESSINA, N. 1999. Comparing the impact of standard and abbreviated treatment in a therapeutic community. Findings from the district of Columbia treatment initiative experiment. *J Subst Abuse Treat,* 17, 339–47.

NERI, A. J., MOMIN, B. R., THOMPSON, T. D., KAHENDE, J., ZHANG, L., PUCKETT, M. C. & STEWART, S. L. 2016. Use and effectiveness of quitlines versus Web–based tobacco cessation interventions among 4 state tobacco control programs. *Cancer,* 122, 1126–1133.

NEWTON, N. C., STAPINSKI, L. A., SLADE, T., SUNDERLAND, M., BARRETT, E. L., CHAMPION, K. E., CHAPMAN, C., SMOUT, A., LAWLER, S. M. & MATHER, M. 2022. The 7–year effectiveness of school–based alcohol use prevention from adolescence to early adulthood: a randomized controlled trial of universal, selective, and combined interventions. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry,* 61, 520–532.

NGAMASANA, E. L. & MOXIE, J. 2024. Cash transfer, maternal and child health outcomes: a scoping review in sub–Saharan Africa. *Global Health Action,* 17, 2309726.

NOKNOY, S., RANGSIN, R., SAENGCHARNCHAI, P., TANTIBHAEDHYANGKUL, U. & MCCAMBRIDGE, J. 2010. RCT of effectiveness of motivational enhancement

therapy delivered by nurses for hazardous drinkers in primary care units in Thailand. *Alcohol Alcohol,* 45, 263–70.

NOTLEY, C., GENTRY, S., LIVINGSTONE-BANKS, J., BAULD, L., PERERA, R. & HARTMANN-BOYCE, J. 2019. Incentives for smoking cessation. *Cochrane Database Syst. Rev.,* 7, CD004307.

NOWINSKI, J., BAKER, S. & CARROLL, K. M. 1999. Twelve-step facilitation therapy manual: a clinical resource guide for therapists treating individuals with alcohol abuse and dependence (Project MATCH monograph series). Rockville, MD.: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, National Institutes of Health, U.S. Department of Health and Human Services.

O'CONNELL, K. A., GERKOVICH, M. M., COOK, M. R., SHIFFMAN, S., HICKCOX, M. & KAKOLEWSKI, K. E. 1998. Coping in real time: Using ecological momentary assessment techniques to assess coping with the urge to smoke. *Research in Nursing & Health,* 21, 487–497.

O'CONNOR, M. J. & WHALEY, S. E. 2007. Brief intervention for alcohol use by pregnant women. *Am. J. Public Health,* 97, 252–258.

O'DONNELL, A., ANDERSON, P., NEWBURY-BIRCH, D., SCHULTE, B., SCHMIDT, C., REIMER, J. & KANER, E. 2014. The impact of brief alcohol interventions in primary healthcare: a systematic review of reviews. *Alcohol Alcohol,* 49, 66–78.

OLMSTEAD, T. A. & PETRY, N. M. 2009. The cost-effectiveness of prize-based and voucher-based contingency management in a population of cocaine- or opioid-dependent outpatients. *Drug Alcohol Depend.,* 102, 108–115.

ORME, S., ZARKIN, G. A., LUCKEY, J., DUNLAP, L. J., NOVAK, M. D., HOLTYN, A. F., TOEGEL, F. & SILVERMAN, K. 2023. Cost and cost-effectiveness of abstinence contingent wage supplements. *Drug and alcohol dependence,* 244, 109754.

OTTO, C., CRACKAU, B., LÖHRMANN, I., ZAHRADNIK, A., BISCHOF, G., JOHN, U. & RUMPF, H.-J. 2009. Brief intervention in general hospital for problematic prescription drug use: 12-month outcome. *Drug Alcohol Depend.,* 105, 221–226.

PACKER, R. R., HOWELL, D. N., MCPHERSON, S. & ROLL, J. M. 2012. Investigating reinforcer magnitude and reinforcer delay: a contingency management analog study. *Experimental and Clinical Psychopharmacology,* 20, 287.

PARK, E. R., GAREEN, I. F., JAPUNTICH, S., LENNES, I., HYLAND, K., DEMELLO, S., SICKS, J. D. & RIGOTTI, N. A. 2015. Primary Care Provider–Delivered Smoking Cessation Interventions and Smoking Cessation Among Participants in the National Lung Screening Trial. *JAMA Intern. Med.,* 175, 1509–1516.

PATNODE, C. D., HENDERSON, J. T., COPPOLA, E. L., MELNIKOW, J., DURBIN, S. & THOMAS, R. G. 2021. Interventions for tobacco cessation in adults, including pregnant persons: updated evidence report and systematic review for the US Preventive Services Task Force. *Jama,* 325, 280–298.

PATNODE, C. D., PERDUE, L. A., RUSHKIN, M., DANA, T., BLAZINA, I., BOUGATSOS, C., GRUSING, S., O'CONNOR, E. A., FU, R. & CHOU, R. 2020. Screening for unhealthy drug use: updated evidence report and systematic review for the US Preventive Services Task Force. *Jama,* 323, 2310–2328.

PATTERSON, D. G., MACPHERSON, J. & BRADY, N. M. 1997. Community psychiatric nurse aftercare for alcoholics: a five–year follow–up study. *Addiction,* 92, 459–468.

PATTRAKORN, A. & CHAIPICHITPAN, N. 2015. The Effect of FAST Model for addiction patient in Thanyarak Institute. *J Psychiatr Assoc Thailand,* 60, 71–81.

PECHMANN, C., DELUCCHI, K., LAKON, C. M. & PROCHASKA, J. J. 2017. Randomised controlled trial evaluation of Tweet2Quit: a social network quit–smoking intervention. *Tob. Control,* 26, 188–194.

PEDERSEN, M. U., HESSE, M., THYLSTRUP, B., JONES, S., PEDERSEN, M. M. & FREDERIKSEN, K. S. 2021. Vouchers versus reminders to prevent dropout: Findings from the randomized youth drug abuse treatment project (youthDAT project). *Drug and alcohol dependence,* 218, 108363.

PEIRCE, J. M., PETRY, N. M., STITZER, M. L., BLAINE, J. & OTHERS 2006. Effects of lower–cost incentives on stimulant abstinence in methadone maintenance

treatment: A National Drug Abuse Treatment Clinical Trials Network study. *Arch. Gen. Psychiatry*.

PETERSON, A. V., JR., KEALEY, K. A., MANN, S. L., MAREK, P. M., LUDMAN, E. J., LIU, J. & BRICKER, J. B. 2009. Group–randomized trial of a proactive, personalized telephone counseling intervention for adolescent smoking cessation. *J. Natl. Cancer Inst.,* 101, 1378–1392.

PETRY, N. M. 2000. A comprehensive guide to the application of contingency management procedures in clinical settings. *Drug Alcohol Depend,* 58, 9–25.

PETRY, N. M., ALESSI, S. M., BARRY, D. & CARROLL, K. M. 2015. Standard magnitude prize reinforcers can be as efficacious as larger magnitude reinforcers in cocaine–dependent methadone patients. *J. Consult. Clin. Psychol.,* 83, 464–472.

PETRY, N. M., ALESSI, S. M., CARROLL, K. M., HANSON, T., MACKINNON, S., ROUNSAVILLE, B. & SIERRA, S. 2006. Contingency management treatments: Reinforcing abstinence versus adherence with goal–related activities. *J. Consult. Clin. Psychol.,* 74, 592–601.

PETRY, N. M., ALESSI, S. M., RASH, C. J., BARRY, D. & CARROLL, K. M. 2018. A randomized trial of contingency management reinforcing attendance at treatment: Do duration and timing of reinforcement matter? *J. Consult. Clin. Psychol.,* 86, 799–809.

PETRY, N. M., BARRY, D., ALESSI, S. M., ROUNSAVILLE, B. J. & CARROLL, K. M. 2012. A randomized trial adapting contingency management targets based on initial abstinence status of cocaine–dependent patients. *J. Consult. Clin. Psychol.,* 80, 276–285.

PETRY, N. M. & MARTIN, B. 2002. Low–cost contingency management for treating cocaine– and opioid–abusing methadone patients. *J Consult Clin Psychol,* 70, 398–405.

PETRY, N. M., MARTIN, B., COONEY, J. L. & KRANZLER, H. R. 2000. Give them prizes, and they will come: contingency management for treatment of alcohol dependence. *J Consult Clin Psychol,* 68, 250–7.

PETRY, N. M., MARTIN, B. & SIMCIC, F., JR. 2005a. Prize reinforcement contingency management for cocaine dependence: integration with group therapy in a methadone clinic. *J. Consult. Clin. Psychol.,* 73, 354–359.

PETRY, N. M., PEIRCE, J. M., STITZER, M. L., BLAINE, J., ROLL, J. M., COHEN, A., OBERT, J., KILLEEN, T., SALADIN, M. E., COWELL, M. & OTHERS 2005b. Effect of prize–based incentives on outcomes in stimulant abusers in outpatient psychosocial treatment programs: a national drug abuse treatment clinical trials network study. *Arch. Gen. Psychiatry,* 62, 1148–1156.

PETRY, N. M., TEDFORD, J., AUSTIN, M., NICH, C., CARROLL, K. M. & ROUNSAVILLE, B. J. 2004. Prize reinforcement contingency management for treating cocaine users: how low can we go, and with whom? *Addiction,* 99, 349–60.

PFUND, R. A., GINLEY, M. K., RASH, C. J. & ZAJAC, K. 2022. Contingency management for treatment attendance: a meta–analysis. *Journal of Substance Abuse Treatment,* 133, 108556.

PHS GUIDELINE UPDATE PANEL, L. S. 2008. Treating tobacco use and dependence: 2008 update U.S. Public Health Service Clinical Practice Guideline executive summary. *Respir. Care,* 53, 1217–1222.

PLATT, L., MELENDEZ–TORRES, G. J., O'DONNELL, A., BRADLEY, J., NEWBURY–BIRCH, D., KANER, E. & ASHTON, C. 2016. How effective are brief interventions in reducing alcohol consumption: do the setting, practitioner group and content matter? Findings from a systematic review and metaregression analysis. *BMJ Open,* 6, e011473.

PRENDERGAST, M., PODUS, D., FINNEY, J., GREENWELL, L. & ROLL, J. 2006. Contingency management for treatment of substance use disorders: a meta–analysis. *Addiction,* 101, 1546–60.

PRESTON, K. L., SILVERMAN, K., UMBRICHT, A., DEJESUS, A., MONTOYA, I. D. & SCHUSTER, C. R. 1999. Improvement in naltrexone treatment compliance with contingency management. *Drug Alcohol Depend.,* 54, 127–135.

PROCHASKA, J. O., DICLEMENTE, C. C. & NORCROSS, J. C. 1992. In search of how people change. Applications to addictive behaviors. *Am. Psychol.,* 47, 1102–1114.

PROCHASKA, J. O. & VELICER, W. F. 1997. The transtheoretical model of health behavior change. *Am. J. Health Promot.,* 12, 38–48.

PROMBERGER, M. & MARTEAU, T. M. 2013. When do financial incentives reduce intrinsic motivation? comparing behaviors studied in psychological and economic literatures. *Health Psychology,* 32, 950.

RAMADAS, E., LIMA, M. P. D., CAETANO, T., LOPES, J. & DIXE, M. D. A. 2021. Effectiveness of mindfulness–based relapse prevention in individuals with substance use disorders: A systematic review. *Behavioral Sciences,* 11, 133.

RAMO, D. E., THRUL, J., CHAVEZ, K., DELUCCHI, K. L. & PROCHASKA, J. J. 2015. Feasibility and Quit Rates of the Tobacco Status Project: A Facebook Smoking Cessation Intervention for Young Adults. *J. Med. Internet Res.,* 17, e291.

RASH, C. J. 2023. Implementing an evidence–based prize contingency management protocol for stimulant use. *Journal of Substance Use and Addiction Treatment,* 151, 209079.

RASH, C. J., ALESSI, S. M. & ZAJAC, K. 2020. Examining implementation of contingency management in real–world settings. *Psychology of Addictive Behaviors,* 34, 89.

RASH, C. J. & DEPHILIPPIS, D. 2019. Considerations for implementing contingency management in substance abuse treatment clinics: The veterans affairs initiative as a model. *Perspectives on Behavior Science,* 42, 479–499.

RAWSON, R. A., HUBER, A., MCCANN, M., SHOPTAW, S., FARABEE, D., REIBER, C. & LING, W. 2002. A comparison of contingency management and cognitive–behavioral approaches during methadone maintenance treatment for cocaine dependence. *Arch Gen Psychiatry,* 59, 817–24.

RAWSON, R. A., MARINELLI–CASEY, P., ANGLIN, M. D., DICKOW, A., FRAZIER, Y., GALLAGHER, C., GALLOWAY, G. P., HERRELL, J., HUBER, A., MCCANN, M. J.,

OBERT, J., PENNELL, S., REIBER, C., VANDERSLOOT, D., ZWEBEN, J. & METHAMPHETAMINE TREATMENT PROJECT CORPORATE, A. 2004. A multi–site comparison of psychosocial approaches for the treatment of methamphetamine dependence. *Addiction,* 99, 708–717.

RAWSON, R. A., MCCANN, M. J., FLAMMINO, F., SHOPTAW, S., MIOTTO, K., REIBER, C. & LING, W. 2006. A comparison of contingency management and cognitive–behavioral approaches for stimulant–dependent individuals. *Addiction,* 101, 267–274.

RAY, L. A., MEREDITH, L. R., KILUK, B. D., WALTHERS, J., CARROLL, K. M. & MAGILL, M. 2020. Combined pharmacotherapy and cognitive behavioral therapy for adults with alcohol or substance use disorders: a systematic review and meta–analysis. *JAMA network open,* 3, e208279–e208279.

RICE, V. H., HEATH, L., LIVINGSTONE–BANKS, J. & HARTMANN–BOYCE, J. 2017. Nursing interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst. Rev.,* 12, CD001188.

RIGOTTI, N. A. 2012. Strategies to help a smoker who is struggling to quit. *JAMA,* 308, 1573–1580.

RIGOTTI, N. A., KRUSE, G. R., LIVINGSTONE–BANKS, J. & HARTMANN–BOYCE, J. 2022. Treatment of tobacco smoking: a review. *Jama,* 327, 566–577.

ROHSENOW, D. J., MONTI, P. M., MARTIN, R. A., MICHALEC, E. & ABRAMS, D. B. 2000. Brief coping skills treatment for cocaine abuse: 12–month substance use outcomes. *J. Consult. Clin. Psychol.,* 68, 515–520.

ROLL, J. M. & HIGGINS, S. T. 2000. A within–subject comparison of three different schedules of reinforcement of drug abstinence using cigarette smoking as an exemplar. *Drug Alcohol Depend,* 58, 103–9.

ROLL, J. M., HIGGINS, S. T. & BADGER, G. J. 1996. An experimental comparison of three different schedules of reinforcement of drug abstinence using cigarette smoking as an exemplar. *J Appl Behav Anal,* 29, 495–504; quiz 504–5.

ROLLNICK, S. & MILLER, W. R. 1995. What is Motivational Interviewing? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy,* 23, 325–334.

ROY-BYRNE, P., BUMGARDNER, K., KRUPSKI, A., DUNN, C., RIES, R., DONOVAN, D., WEST, I. I., MAYNARD, C., ATKINS, D. C., GRAVES, M. C., JOESCH, J. M. & ZARKIN, G. A. 2014. Brief intervention for problem drug use in safety-net primary care settings: a randomized clinical trial. *JAMA,* 312, 492-501.

RUBAK, S., SANDBÆK, A., LAURITZEN, T. & OTHERS 2005. Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis. *British journal of general.*

SAITZ, R. 2010a. Alcohol screening and brief intervention in primary care: Absence of evidence for efficacy in people with dependence or very heavy drinking. *Drug Alcohol Rev.,* 29, 631-640.

SAITZ, R. 2010b. Most inpatients with unhealthy alcohol use have an alcohol use disorder. *Int. J. Public Health,* 55, 527-8; author reply 529-30.

SAITZ, R., PALFAI, T. P., CHENG, D. M., HORTON, N. J., FREEDNER, N., DUKES, K., KRAEMER, K. L., ROBERTS, M. S., GUERRIERO, R. T. & SAMET, J. H. 2007. Brief intervention for medical inpatients with unhealthy alcohol use: a randomized, controlled trial. *Ann. Intern. Med.,* 146, 167-176.

SAITZ, R., PALFAI, T. P. A., CHENG, D. M., ALFORD, D. P., BERNSTEIN, J. A., LLOYD-TRAVAGLINI, C. A., MELI, S. M., CHAISSON, C. E. & SAMET, J. H. 2014. Screening and brief intervention for drug use in primary care: the ASPIRE randomized clinical trial. *JAMA,* 312, 502-513.

SAMET, J. H., ROLLNICK, S. & BARNES, H. 1996. Beyond CAGE. A brief clinical approach after detection of substance abuse. *Arch. Intern. Med.,* 156, 2287-2293.

SAMSON, J. E. & TANNER-SMITH, E. E. 2015. Single-Session Alcohol Interventions for Heavy Drinking College Students: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J. Stud. Alcohol Drugs,* 76, 530-543.

SANTA ANA, E. J., LAROWE, S. D., GEBREGZIABHER, M., MORGAN-LOPEZ, A. A., LAMB, K., BEAVIS, K. A., BISHU, K. & MARTINO, S. 2021. Randomized controlled trial of group motivational interviewing for veterans with substance use disorders. *Drug and Alcohol Dependence,* 223, 108716.

SAXON, A. J., WELLS, E. A., FLEMING, C., JACKSON, T. R. & CALSYN, D. A. 1996. Pre-treatment characteristics, program philosophy and level of ancillary services

as predictors of methadone maintenance treatment outcome. *Addiction,* 91, 1197–1210.

SAYEGH, C. S., HUEY, S. J., ZARA, E. J. & JHAVERI, K. 2017. Follow–up treatment effects of contingency management and motivational interviewing on substance use: A meta–analysis. *Psychol. Addict. Behav.,* 31, 403–414.

SCHAUS, J. F., SOLE, M. L., MCCOY, T. P., MULLETT, N. & O'BRIEN, M. C. 2009. Alcohol screening and brief intervention in a college student health center: a randomized controlled trial. *J. Stud. Alcohol Drugs Suppl.*, 131–141.

SCHERBAUM, N., KLUWIG, J., SPECKA, M., KRAUSE, D., MERGET, B., FINKBEINER, T. & GASTPAR, M. 2005. Group psychotherapy for opiate addicts in methadone maintenance treatment––a controlled trial. *Eur. Addict. Res.,* 11, 163–171.

SCHMIDT, C. S., SCHULTE, B., SEO, H. N., KUHN, S. & OTHERS 2016. Meta-analysis on the effectiveness of alcohol screening with brief interventions for patients in emergency care settings.

SCHROEDER, S. A. 2005. What to Do With a Patient Who Smokes. *JAMA,* 294, 482.

SCHWARTZ, R. P., KELLY, S. M., O'GRADY, K. E., GANDHI, D. & JAFFE, J. H. 2012. Randomized trial of standard methadone treatment compared to initiating methadone without counseling: 12-month findings. *Addiction,* 107, 943–952.

SCHWENKER, R., DIETRICH, C. E., HIRPA, S., NOTHACKER, M., SMEDSLUND, G., FRESE, T. & UNVERZAGT, S. 2023. Motivational interviewing for substance use reduction. *Cochrane Database of Systematic Reviews*.

SCOTT–SHELDON, L. A. J., CAREY, K. B., ELLIOTT, J. C., GAREY, L. & CAREY, M. P. 2014. Efficacy of alcohol interventions for first–year college students: a meta–analytic review of randomized controlled trials. *J. Consult. Clin. Psychol.,* 82, 177–188.

SCOTT, C. K., DENNIS, M. L., JOHNSON, K. A. & GRELLA, C. E. 2020. A randomized clinical trial of smartphone self–managed recovery support services. *Journal of substance abuse treatment,* 117, 108089.

SCOTT, K., MURPHY, C. M., YAP, K., MOUL, S., HURLEY, L. & BECKER, S. J. 2021. Health professional stigma as a barrier to contingency management

implementation in opioid treatment programs. *Translational Issues in Psychological Science,* 7, 166.

SECADES-VILLA, R., AONSO-DIEGO, G., GARCÍA-PÉREZ, Á. & GONZÁLEZ-ROZ, A. 2020. Effectiveness of contingency management for smoking cessation in substance users: A systematic review and meta-analysis. *Journal of consulting and clinical psychology,* 88, 951.

SILVERMAN, K., HIGGINS, S. T., BROONER, R. K., MONTOYA, I. D., CONE, E. J., SCHUSTER, C. R. & PRESTON, K. L. 1996. Sustained cocaine abstinence in methadone maintenance patients through voucher-based reinforcement therapy. *Arch Gen Psychiatry,* 53, 409-15.

SILVERMAN, K., ROBLES, E., MUDRIC, T., BIGELOW, G. E. & STITZER, M. L. 2004. A randomized trial of long-term reinforcement of cocaine abstinence in methadone-maintained patients who inject drugs. *J. Consult. Clin. Psychol.,* 72, 839-854.

SILVERMAN, K., WONG, C. J., UMBRICHT-SCHNEITER, A., MONTOYA, I. D., SCHUSTER, C. R. & PRESTON, K. L. 1998. Broad beneficial effects of cocaine abstinence reinforcement among methadone patients. *J. Consult. Clin. Psychol.,* 66, 811-824.

SINDELAR, J., ELBEL, B. & PETRY, N. M. 2007. What do we get for our money? Cost-effectiveness of adding contingency management. *Addiction,* 102, 309-16.

SIU, A. L. & FORCE, U. S. P. S. T. 2015. Behavioral and Pharmacotherapy Interventions for Tobacco Smoking Cessation in Adults, Including Pregnant Women: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Ann. Intern. Med.,* 163, 622-634.

SKINNER, B. F. 1971. *Beyond freedom and dignity*.

SLESNICK, N., PRESTOPNIK, J. L., MEYERS, R. J. & GLASSMAN, M. 2007. Treatment outcome for street-living, homeless youth. *Addict. Behav.,* 32, 1237-1251.

SMEDSLUND, G., BERG, R. C., HAMMERSTRØM, K. T., STEIRO, A., LEIKNES, K. A., DAHL, H. M. & KARLSEN, K. 2011. Motivational interviewing for substance abuse. *Cochrane Database Syst. Rev.,* CD008063.

SMITH, L. A., GATES, S. & FOXCROFT, D. 2006. Therapeutic communities for substance related disorder. *Cochrane Database Syst Rev*, CD005338.

SMITH, S. S., MCCARTHY, D. E., JAPUNTICH, S. J., CHRISTIANSEN, B., PIPER, M. E., JORENBY, D. E., FRASER, D. L., FIORE, M. C., BAKER, T. B. & JACKSON, T. C. 2009. Comparative effectiveness of 5 smoking cessation pharmacotherapies in primary care clinics. *Arch. Intern. Med.,* 169, 2148–2155.

SOLBERG, L. I., MACIOSEK, M. V. & EDWARDS, N. M. 2008. Primary care intervention to reduce alcohol misuse ranking its health impact and cost effectiveness. *Am. J. Prev. Med.,* 34, 143–152.

SONG, Y., LI, D., ZHANG, S., WANG, L., ZHEN, Y., SU, Y., ZHANG, M., LU, L., XUE, X. & LUO, J. 2023. The Effect of Behavior Couples Therapy on Alcohol and Drug Use Disorder: a Systematic Review and Meta–Analysis. *Alcohol and Alcoholism,* 58, 13–22.

SOOD, A., ANDOH, J., VERHULST, S., GANESH, M., EDSON, B. & HOPKINS–PRICE, P. 2009. "Real–world" effectiveness of reactive telephone counseling for smoking cessation: a randomized controlled trial. *Chest,* 136, 1229–1236.

STANGER, C., BUDNEY, A. J., KAMON, J. L. & THOSTENSEN, J. 2009. A randomized trial of contingency management for adolescent marijuana abuse and dependence. *Drug Alcohol Depend.,* 105, 240–247.

STANGER, C., RYAN, S. R., SCHERER, E. A., NORTON, G. E. & BUDNEY, A. J. 2015. Clinic– and home–based contingency management plus parent training for adolescent cannabis use disorders. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry,* 54, 445–53.e2.

STANGER, C., SCHERER, E. A., BABBIN, S. F., RYAN, S. R. & BUDNEY, A. J. 2017. Abstinence based incentives plus parent training for adolescent alcohol and other substance misuse. *Psychol. Addict. Behav.,* 31, 385–392.

STAPLETON, J. A., SUTHERLAND, G. & RUSSELL, M. A. 1998. How much does relapse after one year erode effectiveness of smoking cessation treatments? Long–term follow up of randomised trial of nicotine nasal spray. *BMJ,* 316, 830–831.

STEAD, L. F., BUITRAGO, D., PRECIADO, N., SANCHEZ, G., HARTMANN-BOYCE, J. & LANCASTER, T. 2013a. Physician advice for smoking cessation. *Cochrane Database Syst. Rev.*, CD000165.

STEAD, L. F., CARROLL, A. J. & LANCASTER, T. 2017. Group behaviour therapy programmes for smoking cessation. *Cochrane Database Syst. Rev.,* 3, CD001007.

STEAD, L. F., HARTMANN-BOYCE, J., PERERA, R. & LANCASTER, T. 2013b. Telephone counselling for smoking cessation. *Cochrane Database Syst. Rev.*, CD002850.

STEAD, L. F., KOILPILLAI, P., FANSHAWE, T. R. & LANCASTER, T. 2016. Combined pharmacotherapy and behavioural interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst. Rev.,* 3, CD008286.

STEAD, L. F., KOILPILLAI, P. & LANCASTER, T. 2015. Additional behavioural support as an adjunct to pharmacotherapy for smoking cessation. *Cochrane Database Syst. Rev.*, CD009670.

STEAD, L. F. & LANCASTER, T. 2005. Group behaviour therapy programmes for smoking cessation. *Cochrane Database Syst. Rev.*, CD001007.

STECKER, T., MCGOVERN, M. P. & HERR, B. 2012. An intervention to increase alcohol treatment engagement: a pilot trial. *J. Subst. Abuse Treat.,* 43, 161–167.

STEELE, D. W., BECKER, S. J., DANKO, K. J., BALK, E. M., ADAM, G. P., SALDANHA, I. J. & TRIKALINOS, T. A. 2020. Brief behavioral interventions for substance use in adolescents: a meta-analysis. *Pediatrics,* 146.

STEINBERG, M. B., SCHMELZER, A. C., RICHARDSON, D. L. & FOULDS, J. 2008. The case for treating tobacco dependence as a chronic disease. *Ann. Intern. Med.,* 148, 554–556.

STEPHENS, R. S., ROFFMAN, R. A. & CURTIN, L. 2000. Comparison of extended versus brief treatments for marijuana use. *J. Consult. Clin. Psychol.,* 68, 898–908.

STEPHENS, R. S., ROFFMAN, R. A., FEARER, S. A., WILLIAMS, C. & BURKE, R. S. 2007. The Marijuana Check-up: promoting change in ambivalent marijuana users. *Addiction,* 102, 947–957.

STEWART, D. G., FELLEMAN, B. I. & ARGER, C. A. 2015. Effectiveness of Motivational Incentives for Adolescent Marijuana Users in a School–Based Intervention. *J. Subst. Abuse Treat.,* 58, 43–50.

STITZER, M. & PETRY, N. 2006. Contingency management for treatment of substance abuse. *Annu Rev Clin Psychol,* 2, 411–34.

STOOPS, W. W., DALLERY, J., FIELDS, N. M., NUZZO, P. A., SCHOENBERG, N. E., MARTIN, C. A., CASEY, B. & WONG, C. J. 2009. An internet–based abstinence reinforcement smoking cessation intervention in rural smokers. *Drug Alcohol Depend.,* 105, 56–62.

SUBSTANCE ABUSE AND MENTAL HEALTH SERVICES ADMINISTRATION 2021. Results from the 2020 National Survey of Drug Use and Health (NSUDH). Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Department of Health and Human Services.

SULLIVAN, L. E., TETRAULT, J. M., BRAITHWAITE, R. S. & OTHERS 2011. A meta-analysis of the efficacy of nonphysician brief interventions for unhealthy alcohol use: implications for the patient-centered medical home. *American Journal on ….*

SULS, J. M., LUGER, T. M., CURRY, S. J., MERMELSTEIN, R. J., SPORER, A. K. & AN, L. C. 2012. Efficacy of smoking–cessation interventions for young adults: a meta–analysis. *American journal of preventive medicine,* 42, 655–62.

TANNER–SMITH, E. E. & LIPSEY, M. W. 2015. Brief alcohol interventions for adolescents and young adults: a systematic review and meta–analysis. *J. Subst. Abuse Treat.,* 51, 1–18.

TANNER–SMITH, E. E., WILSON, S. J. & LIPSEY, M. W. 2013a. The comparative effectiveness of outpatient treatment for adolescent substance abuse: A meta–analysis. *Journal of substance abuse treatment,* 44, 145–158.

TANNER–SMITH, E. E., WILSON, S. J. & LIPSEY, M. W. 2013b. The comparative effectiveness of outpatient treatment for adolescent substance abuse: a meta–analysis. *J. Subst. Abuse Treat.,* 44, 145–158.

TAYLOR, G. M. J., DALILI, M. N., SEMWAL, M., CIVLJAK, M., SHEIKH, A. & CAR, J. 2017. Internet-based interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst. Rev.,* 9, CD007078.

THAN, C. T., BEAN-MAYBERRY, B., SCHWEIZER, C. A., LEE, M., CHANFREAU-COFFINIER, C., CLAIR, K., HAMILTON, A. B. & FARMER, M. M. 2023. Ask and Ask Again: Repeated Screening for Smoking Increases Likelihood of Prescription for Cessation Treatment Among Women Veterans. *Journal of General Internal Medicine,* 38, 2553-2559.

TIMKO, C., MOOS, R. H., FINNEY, J. W. & LESAR, M. D. 2000. Long-term outcomes of alcohol use disorders: comparing untreated individuals with those in alcoholics anonymous and formal treatment. *J Stud Alcohol,* 61, 529-40.

TONIGAN, J. S., PEARSON, M. R., MAGILL, M. & HAGLER, K. J. 2018. AA attendance and abstinence for dually diagnosed patients: a meta-analytic review. *Addiction,* 113, 1970-1981.

TRACY, K., BABUSCIO, T., NICH, C., KILUK, B., CARROLL, K. M., PETRY, N. M. & ROUNSAVILLE, B. J. 2007. Contingency Management to reduce substance use in individuals who are homeless with co-occurring psychiatric disorders. *Am J Drug Alcohol Abuse,* 33, 253-8.

TRAN, M. T. N., LUONG, Q. H., LE MINH, G., DUNNE, M. P. & BAKER, P. 2021. Psychosocial interventions for amphetamine type stimulant use disorder: an overview of systematic reviews. *Frontiers in Psychiatry,* 12, 512076.

UHL, S., BLOSCHICHAK, A., MORAN, A., MCSHEA, K., NUNEMAKER, M. S., MCKAY, J. R. & D'ANCI, K. E. 2022. Telehealth for Substance Use Disorders: A Rapid Review for the 2021 U.S. Department of Veterans Affairs and U.S. Department of Defense Guidelines for Management of Substance Use Disorders. *Ann. Intern. Med.,* 175, 691-700.

US DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES 2023. Contingency Management for the Treatment of Substance Use Disorders: Enhancing Access, Quality, and Program Integrity for an Evidence-Based Intervention. *Washington, DC: USDHSS*.

USSHER, M., BEST, C., LEWIS, S., MCKELL, J., COLEMAN, T., COOPER, S., ORTON, S. & BAULD, L. 2024. Effect of 3 months and 12 months of financial incentives on 12-month postpartum smoking cessation maintenance: A randomized controlled trial. *Addiction*.

USSHER, M. H., TAYLOR, A. H. & FAULKNER, G. E. J. 2014. Exercise interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst. Rev.*, CD002295.

VANDREY, R., STITZER, M. L., ACQUAVITA, S. P. & QUINN-STABILE, P. 2011. Pay-for-performance in a community substance abuse clinic. *J. Subst. Abuse Treat.,* 41, 193-200.

VOLPP, K. G., GURMANKIN LEVY, A., ASCH, D. A., BERLIN, J. A., MURPHY, J. J., GOMEZ, A., SOX, H., ZHU, J. & LERMAN, C. 2006. A randomized controlled trial of financial incentives for smoking cessation. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev,* 15, 12-8.

VOLPP, K. G., TROXEL, A. B., PAULY, M. V., GLICK, H. A., PUIG, A., ASCH, D. A., GALVIN, R., ZHU, J., WAN, F., DEGUZMAN, J., CORBETT, E., WEINER, J. & AUDRAIN-MCGOVERN, J. 2009. A randomized, controlled trial of financial incentives for smoking cessation. *N Engl J Med,* 360, 699-709.

WAGNER, C. 2012. *Motivational Interviewing in Groups*, Guilford Press.

WALDRON, H. B., SLESNICK, N., BRODY, J. L., TURNER, C. W. & PETERSON, T. R. 2001. Treatment outcomes for adolescent substance abuse at 4- and 7-month assessments. *J. Consult. Clin. Psychol.,* 69, 802-813.

WALKER, D. D., STEPHENS, R. S., TOWE, S., BANES, K. & ROFFMAN, R. 2015. Maintenance Check-ups Following Treatment for Cannabis Dependence. *J. Subst. Abuse Treat.,* 56, 11-15.

WANG, W., CHAU, A. K. C., KONG, P., SUN, X. & SO, S. H.-W. 2021. Efficacy of motivational interviewing in treating co-occurring psychosis and substance use disorder: a systematic review and meta-analysis. *The Journal of clinical psychiatry,* 83, 38865.

WEBB, J., PEERBUX, S., ANG, A., SIDDIQUI, S., SHERWANI, Y., AHMED, M., MACRAE, H., PURI, H., MAJEED, A. & GLASNER, S. 2022. Long-term effectiveness of a

clinician–assisted digital cognitive behavioral therapy intervention for smoking cessation: secondary outcomes from a randomized controlled trial. *Nicotine and Tobacco Research,* 24, 1763–1772.

WEISS, R. D. & KUEPPENBENDER, K. D. 2006. Combining psychosocial treatment with pharmacotherapy for alcohol dependence. *J. Clin. Psychopharmacol.,* 26 Suppl 1, S37–42.

WEISS, R. D., POTTER, J. S., FIELLIN, D. A., BYRNE, M., CONNERY, H. S., DICKINSON, W., GARDIN, J., GRIFFIN, M. L., GOUREVITCH, M. N. & HALLER, D. L. 2011. Adjunctive counseling during brief and extended buprenorphine–naloxone treatment for prescription opioid dependence: a 2–phase randomized controlled trial. *Archives of general psychiatry,* 68, 1238–1246.

WEST, R. 2004. Assessment of dependence and motivation to stop smoking. *BMJ,* 328, 338–339.

WEST, R. 2005. Time for a change: putting the Transtheoretical (Stages of Change) Model to rest. *Addiction,* 100, 1036–1039.

WHITLOCK, E. P., POLEN, M. R., GREEN, C. A., ORLEANS, T. & KLEIN, J. 2004. Behavioral counseling interventions in primary care to reduce risky/harmful alcohol use by adults: a summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med,* 140, 557–68.

WHITTAKER, R., MCROBBIE, H., BULLEN, C., RODGERS, A., GU, Y. & DOBSON, R. 2019. Mobile phone text messaging and app–based interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst. Rev.,* 10, CD006611.

WILK, A. I., JENSEN, N. M. & HAVIGHURST, T. C. 1997. Meta–analysis of randomized control trials addressing brief interventions in heavy alcohol drinkers. *J Gen Intern Med,* 12, 274–83.

WINTERS, K. C., FAHNHORST, T., BOTZET, A., LEE, S. & LALONE, B. 2012. Brief intervention for drug–abusing adolescents in a school setting: outcomes and mediating factors. *J. Subst. Abuse Treat.,* 42, 279–288.

WINTERS, K. C., LEE, S., BOTZET, A., FAHNHORST, T. & NICHOLSON, A. 2014. One–year outcomes and mediators of a brief intervention for drug abusing adolescents. *Psychol. Addict. Behav.,* 28, 464–474.

WITKIEWITZ, K. & MARLATT, G. A. 2004. Relapse prevention for alcohol and drug problems: that was Zen, this is Tao. *Am Psychol,* 59, 224–35.

WOODHEAD, E. L., ILGEN, M. & TIMKO, C. 2023. Telephone monitoring and 15–month outcomes for patients with co–occurring substance use and mental health disorders: Moderating effects of high–risk patient characteristics. *Journal of Substance Use and Addiction Treatment,* 152, 209094.

WU, S. S., SCHOENFELDER, E. & HSIAO, R. C.–J. 2016. Cognitive Behavioral Therapy and Motivational Enhancement Therapy. *Child Adolesc. Psychiatr. Clin. N. Am.,* 25, 629–643.

ZAHRADNIK, A., OTTO, C., CRACKAU, B., LÖHRMANN, I., BISCHOF, G., JOHN, U. & RUMPF, H.–J. 2009. Randomized controlled trial of a brief intervention for problematic prescription drug use in non–treatment–seeking patients. *Addiction,* 104, 109–117.

ZHANG, P., ZHAN, J., WANG, S., TANG, Y., CHEN, H., WANG, Y., WEI, X., WEN, H., PAN, T. & CHEN, Z. 2022. Psychological Interventions on Abstinence in Patients with Alcohol Use Disorder: A Systematic Review and Network Meta–Analysis of Randomized Controlled Trials. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 1815–1830.

ZIEDONIS, D. M. & STERN, R. 2001. Dual recovery therapy for schizophrenia and substance abuse. SLACK Incorporated Thorofare, NJ.

ZIMMERMAN, A., GARMAN, E., AVENDANO–PABON, M., ARAYA, R., EVANS–LACKO, S., MCDAID, D., PARK, A.–L., HESSEL, P., DIAZ, Y. & MATIJASEVICH, A. 2021. The impact of cash transfers on mental health in children and young people in low–income and middle–income countries: a systematic review and meta–analysis. *BMJ global health,* 6, e004661.

แก้วคำ, นิรมล, ยิ่งวิวัฒนพงษ์, เจษฎา และ ลีฬหานาจ, ธวัชชัย. 2018. ประสิทธิผลของการบำบัดยาเสพติด วิวัฒน์ พลเมืองรูปแบบโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า เปรียบเทียบกับการบำบัดยาเสพติด วิวัฒน์ พลเมืองรูปแบบเดิม. *วารสารแพทย์ทหารบก,* 71, 11–21.

ดัชนีค้นคำ

5A's 91, 98, 99, 102, 103
acceptance and commitment therapy 10, 14, 100
adolescents 64–70
alcohol 101–12, 114
alcoholic anonymous 14, 114
amphetamines..... *See* stimulant
behaviour couples therapy 111
behavioural family counselling..88
brief intervention 32, 66, 73, 77, 102, 113
burden of disease 2
cannabis 72–76
CBT..... *See* cognitive behavioral therapy
change talk 24, 26, 27, 36
cognitive behavioral therapy.3, 6–17, 6, 114
community reinforcement approach..... 10, 12, 69
contingency management 14, 40–56, 66, 75, 78-79, 83, 109, 114
continuing care 60, 67, 114
counselling. 40, 49, 52, 57, 58, 81, 83, 84, 94, 95, 103, 114
DALYs. *See* Disability Adjusted Life Years
DARN-CAT 26
Disability Adjusted Life Years 2
FAST Model.....58, 60
FRAMES.....33, 39
intermittent prize reinforcement 84
mindfulness-based relapse prevention.....10, 13, 61
motivational enhancement ..... *See* motivational interviewing
motivational interviewing....18–31, 65, 78, 96
multimodal therapy 59, 118
narcotics anonymous . 13, 58, 117
OARS 21, 25, 27, 28
opioid.....83–86
personalized psychosocial intervention 89
PMK 59, 60, 107, 112
reinforcement 40, 41, 67, 81
relapse prevention .. 11, 14, 62, 98
RP..... *See* Relapse Prevention
school-based Treatment..... 70
screening 66, 73
Screening..... 66
self determination theory 19
self-help 56, 101
stages of change model 19
stimulant.....77–82

TC..... *See* Therapeutic Community
text messages.....97
therapeutic community 57, 59
tobacco..... 2, 87–100
transtheoretical model.....19
TSF..... *See* twelve-step facilitation
twelve-step facilitation. 16, 57, 59, 79
voucher-based reinforcement therapy 84
web-based intervention 48, 98
เมทแอมเฟตามีน..... *See* stimulant
เยาวชน.....61, 62, *See* adolescents
โคเคน ..... *See* stimulant
กัญชา.. 1, 2, 16, 17, 23, 38, 44, 51, 53, 66, 69, 75, 76, 80, *See* cannabis
การเสริมแรง..... *See* reinforcement
การให้คำแนะนำปรึกษา..... *See* counselling
การคัดกรอง..... *See* screening
การบำบัดแบบ 12 ขั้นตอน..... *See* twelve-step facilitation
การบำบัดแบบให้แรงเสริมในชุมชน. *See* community reinforcement approach
การบำบัดแบบการยอมรับและสร้างพันธสัญญา .. *See* acceptance and commitment therapy
การบำบัดแบบสั้น..... *See* brief intervention
การบำบัดโดยการให้สิ่งจูงใจ..... *See* contingency management
การสนทนาเพื่อการเปลี่ยนแปลง.... *See* change talk
การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ ... *See* motivational interviewing
จับสลาก ..... *See* intermittent prize reinforcement
ชุมชนบำบัด..... *See* therapeutic community
บัตรกำนัล..... *See* voucher-based reinforcement therapy
บุหรี่ ..... 1, 2, 13, 16, 17, 27, 29, 42, 45, 49, 51, 53, *See* tobacco
ภาระโรค..... 2
สติบำบัดเพื่อป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ .. *See* mindfulness-based relapse prevention
สารกลุ่มฝิ่น.....2, 16, 17, 38, 50, 80, 81, *See* opioid
สุรา..1, 2, 4, 13, 16, 17, 33, 34, 35, 38, 39, 45, 46, 48, 49, 51, 53, 59, 61, 65, 66, 68, 80, *See* alcohol

ผู้ทรงคุณวุฒิ

– **พลโท นายแพทย์ พิชัย แสงชาญชัย**
ประธานชมรมจิตเวชศาสตร์การเสพติดแห่งประเทศไทย (TSAP)
กองจิตเวชและประสาทวิทยา โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

– **แพทย์หญิงภัทราภรณ์ กินร**
จิตเวชเด็กและวัยรุ่น
สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี

– **รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ ธีรยุทธ รุ่งนิรันดร**
ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สถาบันวิจัยประชากรสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล
ถนนพุทธมณฑลสาย 4 ต.ศาลายา อ.พุทธมณฑล
จ.นครปฐม 73170
โทร 024410201-4 โทรสาร 024419333
website: www.ipsr.mahidol.ac.th