



บทบรรณาธิการ จิตสังคมบำบัดถูกมองสำคัญในการแก้ไขปัญหายาบ้า

เทอดศักดิ์ เดชคง, พ.บ.*

โสฬวรรณ อินทสิทธิ์, พย.บ.*

แนวโน้มความรุนแรงของปัญหายาบ้าในประเทศไทยยังคงทวีความรุนแรงมากขึ้น เนื่องจากการผลิตเพิ่มขึ้น จากเคมียาบ้าส่วนใหญ่จะถูกนำเข้าจากนอกประเทศ แต่ปัจจุบันการผลิตยาบ้าในประเทศเพิ่มสูงขึ้น ทั้งนี้มีสาเหตุมาจากการกีดกันของทางการในการปิดกั้นช่องทางและสกัดกั้นเส้นทางลำเลียงยาบ้าและเคมีภัณฑ์ออกนอกประเทศ การผลิตในประเทศส่วนใหญ่เป็นการผลิตขึ้นคอนอัดเม็ด ฉะนั้นเมื่อจำนวนยาบ้ามีมากขึ้น การค้าและการเสพยาบ้าจึงมีมากขึ้นตามมา โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มเยาวชน การศึกษาสภาพการใช้ยาและสารเสพติด พ.ศ. 2544 โดยวิธีการสำรวจครัวเรือน¹ (National Household Survey) ซึ่งแบ่งพื้นที่การศึกษาออกเป็น 6 พื้นที่ คือ กรุงเทพมหานคร ปริมณฑล (นนทบุรี ปทุมธานี สมุทรปราการ) ภาคเหนือ ภาคกลาง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคใต้ รวมจังหวัดตัวอย่างที่ทำการศึกษา 40 จังหวัด กลุ่มตัวอย่างจำนวน 39,000 คน ระยะเวลาเก็บข้อมูลระหว่างเดือนมีนาคม - สิงหาคม 2544 ได้ผลสรุปเกี่ยวกับกรณียาบ้าดังนี้ ประชากรทั้งประเทศที่มีอายุตั้งแต่ 12 - 65 ปี จำนวน 44,664,700 คน สามารถประมาณการจำนวนประชากรที่ใช้ยาเสพติดในช่วง 1 ปี เป็นผู้ไชยาบ้ามีจำนวนมากที่สุด คือ 1,092,500 คน (ร้อยละ 2.4) รองลงมา คือ กัญชา (ร้อยละ 1.5) และกระท่อม (ร้อยละ 1.4) ประชากรที่ใช้ยาเสพติดในช่วง 30 วันเป็นผู้ไชยาบ้ามีจำนวนมากที่สุด คือ 490,300 คน (ร้อยละ 1.1) รองลงมา คือ กระท่อม (ร้อยละ 0.8) และกัญชา (ร้อยละ 0.5) และผู้ไชยาบ้าเป็นผู้ที่อาศัยอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมากที่สุด จำนวน 374,000 คน

รองลงมาคือ ภาคกลาง 41,600 คน และภาคเหนือ 41,500 คน โดยมีอัตราผู้ใช้ต่อประชากร 1,000 คน ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือสูงสุดคือ 23 ต่อประชากร 1,000 คน

ฤทธิ์ของยาบ้าต่อระบบประสาท

Amphetamine จะมีฤทธิ์กระตุ้นการทำงานของเซลล์สมองให้ทำงานเพิ่มขึ้น มีการส่งสารสื่อประสาทให้แก่งานเร็วขึ้น สารสื่อประสาทที่ออกมาคือ Dopamine (มีหน้าที่ควบคุมการเคลื่อนไหว ควบคุมทางจิตใจทำให้เกิดกำลังวังชา รู้สึกเบิกบาน แจ่มใส เป็นสุข) ขณะเดียวกัน การดูดกลับของ Dopamine จะน้อยลง จึงทำให้ Dopamine คงอยู่ที่ปลายเซลล์ประสาทมาก เป็นเหตุให้ผู้เสพยาบ้ารู้สึกมีความสุข ซึ่งทำให้เกิดความพอใจต่อไป⁴

จากการศึกษาสมองของหนูทดลองที่ได้รับยาบ้าพบว่า มีการเปลี่ยนแปลงของเซลล์สมอง ที่หลัง Dopamine มาก คือ ปลาย axon จะเสื่อมสลาย ทำให้เซลล์ทำหน้าที่ผิดปกติ และมีผลกระทบต่อเซลล์ข้างๆ คือ DNA แตกตัว เซลล์ประสาทเหี่ยวเป็นเหตุให้เซลล์ไม่สมบูรณ์ ซึ่งร่างกายจะมีกระบวนการในการทำลายเซลล์ไม่สมบูรณ์ทิ้ง (apoptosis) ดังนั้น สมองบริเวณที่มีการหลั่ง Dopamine มาก เซลล์สมองจะถูกทำลายมากด้วย อย่าง สมองส่วนที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการคิด ยามืออยู่ด้วยกัน 2 ส่วน คือ 1) สมองส่วนนอกหรือเป็นสมองส่วนคิด (Cerebral Cortex) มีหน้าที่เกี่ยวกับความจำ การรู้คิด ใช้เหตุผล 2) สมองส่วนในหรือเป็นสมองส่วนอยาก (Limbic system) เป็นที่ตั้งของศูนย์ควบคุมอารมณ์ความรู้สึก เมื่อร่างกายได้รับ Amphetamine จะเกิด

* สำนักพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต

กระบวนการดังกล่าวขึ้นในสมอง ซึ่งในระยะแรก เซลล์สมองจะถูกทำลายแบบชั่วคราวเท่านั้น แต่หากใช้ Amphetamine เป็นเวลานานขึ้น หรือปริมาณมากขึ้น เซลล์สมองจะถูกทำลายอย่างถาวร โดยเฉพาะบริเวณ สมองส่วนนอก จึงทำให้การใช้ความคิดอย่างเป็นเหตุ เป็นผลเสียไป มีการตัดสินใจผิดพลาด ไม่สามารถควบคุมอารมณ์ความต้องการของตนเองได้⁵

นอกจาก Dopamine แล้ว สารสื่อประสาท อีกตัวหนึ่งที่หลั่งออกมามากคือ Norepinephrine หรือ Noradrenalin ทำให้เกิดความกระชุ่มกระชวย มีกำลังวังชา จิตใจสดชื่น แจ่มใสเช่นกัน

ผลกระทบอื่นๆ จาก Amphetamine ยังมีอีก หลายประการ อาทิเช่น 1) ผลต่อร่างกาย Amphetamine จะกระตุ้น Sympathetic nervous system ทำให้อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น ความดันเลือดสูงขึ้น หลอด เลือดขยายตัว หลอดลมขยายตัว หรืออาจนำไปสู่โรค Cardiomyopathy (กล้ามเนื้อหัวใจผิดปกติ) ได้ นอกจากนี้ ฤทธิ์ของยา ยังควบคุมศูนย์ความอยากอาหาร (Appetite) ทำให้ไม่รู้สึกลหิว ไม่อยากรับประทานอาหาร 2) ผลต่อการนอนหลับ โดยไปกด REM Sleep ทำให้นอนไม่หลับ 3) ผลต่ออารมณ์ ทั้ง Dopamine และ Norepinephrine มีบทบาทต่ออารมณ์ แสดงความพึงพอใจในรายได้ใช้ขนาดสูง โดยการฉีดหรือสูดดมจะ ทำให้เกิดความรู้สึก เคลิ้มสุข (euphoria) และมีความพึงพอใจมากหรือมีความสุขเหมือนอยู่ในสวรรค์ 4) อาการทางจิต มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง หวาดระแวง เกิดจากการใช้ Amphetamine ติดต่อกันเป็นเวลานาน⁴

การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดในอดีต

การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดด้วยวิธีการทาง การแพทย์ ที่ดำเนินการในช่วงเวลาที่ผ่านมาแบ่งเป็น รูปแบบสำคัญได้ 5 รูปแบบ คือ

1. การรักษาแบบผู้รับการบำบัดนอก เป็น รูปแบบที่ให้บริการแก่ผู้รับการบำบัดที่ติดยาเสพติด ไม่ มากนักและไม่มีปัญหาจากการขาดยาที่รุนแรง

2. โรงพยาบาลกลางวัน (Day Treatment or Partial Hospitalization) คือการรักษาแบบผู้รับการบำบัด นอกโดยผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมการรักษาช่วงเวลาหนึ่ง ภายในโรงพยาบาลโดยไม่ต้องพักค้างในโรงพยาบาล ซึ่งเหมาะสำหรับผู้รับการบำบัดที่มีปัญหาพฤติกรรมไม่ รุนแรง หรือมีอาการขาดยาทางกายที่ไม่รุนแรงมากและ ไม่ต้องถึงขั้นบำบัดในโรงพยาบาล

3. การรักษาแบบผู้รับการบำบัดในเป็นการ รักษาที่ต้องดูแลทางการแพทย์อย่างใกล้ชิด ทั้งด้าน ร่างกาย จิตใจ และการปรับตัวทางสังคม โดยใช้เวลา ตลอด 24 ชั่วโมงของแต่ละวันภายในสถานบำบัด เหมาะสำหรับผู้รับการบำบัดที่เสพยาเสพติดปริมาณ มากและยังมีการใช้ต่อเนื่องอยู่ หรือผู้มีอาการเป็นพิษ จากสารเสพติด หรือต้องการสภาพแวดล้อมที่ช่วยใน กระบวนการถอนพิษ

4. บ้านกึ่งวิถี (Halfway house) เป็นรูปแบบ การรักษาที่เสมือนรอยต่อระหว่างการกลับคืนสู่สภาพ ครอบครัวยุติ และสังคมที่แท้จริงกับการบำบัดในสถาน บำบัด โดยระหว่างที่ผู้รับการบำบัดอยู่ในบ้านกึ่งวิธินั้น จะมีโอกาสในการศึกษา ทำงาน หรือรับการรักษาที่ หน่วยงานอื่น ทั้งนี้ต้องเคารพกฎเกณฑ์ของบ้านกึ่งวิถี สำหรับระยะเวลาการบำบัดขึ้นอยู่กับเป้าหมายที่ตั้งไว้

5. ชุมชนบำบัด (Therapeutic Communities) เป็นรูปแบบที่มุ่งเน้นการบำบัดด้านจิตใจและสังคม มี ลักษณะเด่นคือ ใช้สภาพความเป็นอยู่ของชุมชนเป็น เครื่องมือในกระบวนการรักษา มีโครงสร้างและ จำแนกรายละเอียดที่ชัดเจนและรัดกุม ตลอดจนมี กระบวนการต่อเนื่องในการส่งเสริมความมั่นคงทาง อารมณ์ของผู้รับการบำบัด²

ผลการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดด้วยรูปแบบต่าง ๆ ดังกล่าว มีทั้งรายที่ประสบความสำเร็จสามารถเลิกยาได้ บางรายไม่สามารถเลิกยาได้ หรือกลับมาเสพซ้ำอีก ทั้งนี้มีปัจจัยต่าง ๆ หลายประการที่อาจมีผลต่อประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการบำบัดรักษา อาทิ ตัวผู้รับการบำบัด ครอบครัว สภาพแวดล้อม ชนิดของยาเสพติด หรือกระบวนการบำบัดรักษา อย่างไรก็ตาม เชียรชัย งามทิพย์วัฒนา³ ได้แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหาของการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดแบบเดิมไว้ดังนี้

1. รูปแบบการรักษาแบบเดิม หรือแบบจำลองที่ใช้ในการบำบัด ยังมีโครงสร้างการบำบัดรักษาไม่ชัดเจน โดยเฉพาะกลุ่มผู้ติดยาประเภทสารกระตุ้นหรือยาบ้า ที่ผ่านมาการบำบัดรักษาจะเป็นกลุ่มผู้ติดยา กลุ่มประสาท ซึ่งมีฤทธิ์กดประสาทส่วนกลางและเมื่อหยุดใช้ยาจะเกิดอาการขาดยาที่รุนแรงต้องถอนพิษด้วยการใช้ยา การบำบัดในการบำบัดขั้นต่อไปคือ ชุมชนบำบัด ซึ่งไม่สามารถนำมาใช้กับกลุ่มผู้ติดยาประเภทสารกระตุ้นได้

2. การดูแลทางสังคมจิตใจ ยังมีขั้นตอนหรือรูปแบบไม่ชัดเจน โดยเฉพาะการรักษาแบบผู้ป่วยนอก ดังจะเห็นได้จากการสอบถามผู้รับการบำบัดในวันที่ผู้รับการบำบัดมารับการตรวจตามนัด เจ้าหน้าที่มักจะถามผู้รับการบำบัดในบางคำถามเท่านั้นเช่น มีอาการอยากยาอีกหรือไม่ กลับไปใช้ยาซ้ำหรือไม่ มีปัญหากับญาติหรือไม่ แต่ไม่สามารถให้ข้อมูลความรู้หรือวิธีการปฏิบัติตัวใหม่ ๆ แก่ผู้รับการบำบัดได้ กรณีชุมชนบำบัด พบว่าการดำเนินชีวิตของผู้รับการบำบัดไม่สอดคล้องกับสถานการณ์ชีวิตจริง เพราะรูปแบบในชุมชนบำบัดไม่ใช่ชีวิตจริงที่ผู้รับการบำบัดต้องเผชิญในโลกภายนอก

3. ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องทั้งผู้บำบัด ผู้รับการบำบัด และญาติ ไม่รู้บทบาทที่ชัดเจนของตนเอง จึงทำให้มีวิธีการปฏิบัติตัวที่ไม่เอื้อต่อการเลิกยาของผู้รับ

การบำบัด แต่การรักษาแบบผู้รับการบำบัดในค่อนข้างได้ผล เนื่องจากสามารถควบคุมผู้รับการบำบัดให้อยู่ในขอบเขตที่กำหนดได้

4. ขาดเกณฑ์การรักษาที่เหมาะสมกับผู้รับการบำบัดแต่ละประเภท ดังนั้นผู้ติดยาเสพติดทุกประเภท จะได้รับการรักษาแบบเดียวกัน จึงทำให้ไม่สามารถจำแนกได้ว่าผู้รับการบำบัดประเภทใด เหมาะกับรูปแบบการรักษาแบบใด

การหาแนวทางในการบำบัดผู้ติดยาอย่างได้ผลดีเป็นสิ่งจำเป็นให้มีการประยุกต์วิธีบำบัดขึ้นมาหลายวิธี และจิตสังคมบำบัดก็เป็นวิธีการที่น่าจะได้ผลดี

จิตสังคมบำบัดสำหรับผู้ติดยาบ้า

โปรแกรมเมทริกซ์ (matrix) เริ่มพัฒนาเพื่อรักษาผู้ติดยาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2527 โดยคณะผู้เชี่ยวชาญจากมหาวิทยาลัยยูซีแอลเอ (University of Los Angellis : UCLA) ซึ่งประกอบด้วย Jean Olbert, Walter Ling, และ Richard Rollson

โดยแรกเริ่มนั้น โปรแกรมเมทริกซ์มีวัตถุประสงค์เพื่อการบำบัดผู้ติดยาประเภทที่เรียกว่า โคเคนเป็นหลัก ต่อมาประยุกต์เพื่อบำบัดผู้ติดยาเสพติดประเภทอื่น ๆ ไม่ว่าจะเป็นเฮโรอีน สุรา รวมถึงยาบ้าด้วย ข้อดีของโปรแกรมเมทริกซ์ เป็นการรักษาแบบผู้รับการบำบัดนอก ไม่ต้องเสียเวลานานอนพักรักษาตัวในสถานบำบัดรวมทั้งค่าใช้จ่ายของสถานบำบัดก็ไม่เพิ่มขึ้นนัก ซึ่งแตกต่างจากวิธีการผู้รับการบำบัดในรวมทั้งแบบชุมชนบำบัด ซึ่งต้องใช้อาคาร สถานที่ และบุคลากรในการทำกิจกรรมค่อนข้างมากและโปรแกรมเมทริกซ์ก็ใช้บุคลากรน้อยกว่า

ในประเทศไทยนั้นเริ่มมีการนำโปรแกรมเมทริกซ์มาใช้บำบัดผู้ติดยาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2543 โดยในระยะแรก ๆ ได้นำมาใช้ในสถานบำบัดบางแห่ง เช่น โรงพยาบาลธัญญารักษ์ โรงพยาบาลราชบุรีใน

เวลาต่อมาจึงได้ขยายบริการออกไปทั้งประเทศเนื่องจากนโยบายรัฐบาลที่จะส่งเสริมการบำบัดยาบ้า ในการแก้ไขปัญหานี้อย่างจริงจัง

โปรแกรมเมทริกซ์นี้ เมื่อนำมาประยุกต์ใช้ในสังคมไทย ได้มีการปรับเปลี่ยนโครงสร้าง และเนื้อหาบางประการ ทั้งนี้ยังคงไว้ซึ่งปรัชญาและหลักการสำคัญเอาไว้อย่างครบถ้วน และกระทรวงสาธารณสุขได้มีการตกลงที่จะเรียกชื่อโปรแกรมเมทริกซ์ “จิตสังคมบำบัดสำหรับผู้ติดยาบ้า”

โครงสร้างของโปรแกรม

จิตสังคมบำบัดสำหรับผู้ติดยาบ้า เป็นการบำบัดแบบผู้รับการบำบัดนอกใช้เวลาในการบำบัดทั้งสิ้น 4 เดือน โดยจะมีกิจกรรมหลักอยู่ 4 อย่าง คือ

1. การให้การปรึกษารายบุคคล/ครอบครัว (Individual / Conjoint Sessions)
2. กลุ่มฝึกทักษะการเลิกยาระยะเริ่มต้น (Early recovery skills group ; ER)
3. กลุ่มฝึกทักษะป้องกันการกลับไปติดยาซ้ำ (Relapse Prevention skills ; RP)
4. กลุ่มครอบครัวบำบัด (Family education group ; FE)

การให้การปรึกษารายบุคคล/ครอบครัว หมายถึง การให้การปรึกษาแก่ผู้เสพยาและญาติ ซึ่งจะเข้าร่วมในบางครั้ง ทั้งนี้ก็เพื่อสร้างให้เกิดความเข้าใจ กระตุ้นให้เกิดความร่วมมือและแรงจูงใจในการบำบัด อีกทั้งยังเป็นการหาข้อตกลงร่วมกันถึงกระบวนการบำบัดและกฎระเบียบต่างๆ เพื่อให้การบำบัดเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

กลุ่มฝึกทักษะการเลิกยาระยะเริ่มต้น หมายถึง กลุ่มบำบัดที่เน้นการให้ความรู้และเกิดความเข้าใจในตัวผู้เสพยาเกี่ยวกับผลของยาบ้าที่มีต่อสมอง ปัจจัยต่างๆ ที่ทำให้แต่ละคนประสบปัญหาในการเลิกยาบ้า การพบกันในแต่ละครั้งจึงเป็นการพูดคุยใน

หัวข้อต่างๆ เกี่ยวกับการตระหนักรู้ถึงตัวกระตุ้น ปัจจัยที่มีผลต่อการใช้ยาและการจัดการอารมณ์กับความคิดถึงพฤติกรรมกรรมการเสพยา ทั้งนี้ผู้เสพยาจะเข้ากลุ่มทั้งหมด 8 ครั้ง

กลุ่มฝึกทักษะป้องกันการกลับไปติดยาซ้ำ หมายถึง กระบวนการกลุ่มเพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจในทักษะการใช้ชีวิต เพื่อไม่ให้กลับมาติดยาซ้ำอีก เนื้อหาจึงมีความหลากหลาย ตั้งแต่การใช้ชีวิตในวันหยุด การมีเพศสัมพันธ์ไปจนถึงการจัดการภาวะทางอารมณ์และสังคมที่ทำให้เสี่ยงต่อการกลับไปใช้ยาซ้ำอีก

กลุ่มครอบครัวบำบัด หมายถึง กลุ่มบำบัดที่เน้นการสร้างความรู้ความเข้าใจในตัวสมาชิก และครอบครัวของผู้เสพยาร่วมทั้งการใช้ความสัมพันธ์ในครอบครัว เป็นปัจจัยเสริมให้ผู้เสพยาเลิกยาได้ดียิ่งขึ้น

นอกจากกิจกรรมหลักแล้วจิตสังคมบำบัดยังเสนอให้ใช้กิจกรรมเสริมเพื่อให้กระบวนการบำบัดได้ผลดียิ่งขึ้น กิจกรรมเสริมเหล่านี้ได้แก่ กลุ่มสนับสนุนทางสังคม (Social support) กลุ่มช่วยเหลือกันเอง (Self help group) กลุ่ม 12 ขั้นตอน (12 steps meeting) ของชมรมผู้เลิกเสพยา กิจกรรมดังกล่าวนี้เลือกใช้เพื่อเสริมประสิทธิภาพของการบำบัดได้ทั้งสิ้น แต่ผู้บำบัดควรเลือก กิจกรรมหลักซึ่งดำเนินการได้ไม่ยากนัก โดยทั่วไปแล้วกลุ่มสนับสนุนทางสังคม มักเป็นทางเลือกแรกๆ ทั้งนี้เพราะกลุ่มชนิดนี้ดำเนินการโดยผู้บำบัด ซึ่งมีกิจกรรมที่ชัดเจน

การประยุกต์ใช้โปรแกรมจิตสังคมบำบัดในประเทศไทย

กระทรวงสาธารณสุขโดยกรมการแพทย์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และกรมสุขภาพจิต ได้นำโปรแกรมจิตสังคมบำบัด มาใช้ในการบำบัดรักษาผู้ติดยาบ้าทั้งแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน โดยให้ศูนย์บำบัดรักษาเสพติด โรงพยาบาลศูนย์

โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลจิตเวช เปิดให้บริการจิตสังคมบำบัดแบบผู้ป่วยนอก ส่วนการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยในนั้นกรมสุขภาพจิตได้นำโปรแกรมจิตสังคมบำบัดมาประยุกต์ใช้เป็นบางส่วน เพื่อให้เหมาะสมกับผู้เสพยาบ้าที่มีอาการทางจิตที่จำเป็นต้องบำบัดรักษาในโรงพยาบาลจิตเวช ขณะเดียวกันกรมสุขภาพจิตได้ดำเนินการพัฒนารูปแบบบริการจิตสังคมแบบผู้ป่วยนอกที่เหมาะสมกับสภาพสังคมและวัฒนธรรมไทยให้มากยิ่งขึ้น โดยใช้กระบวนการวิจัยและพัฒนา ซึ่งยังคงยึดแนวคิดทฤษฎีและหลักการของโปรแกรมเมทริกซ์ไว้ ทั้งนี้ รูปแบบบริการที่ได้จะนำมาขยายผลต่อไป

นอกจากการให้บริการในสถานบริการสาธารณสุขแล้ว ยังมีการนำโปรแกรมจิตสังคมบำบัดแบบผู้ป่วยนอกสำหรับผู้ติดยาบ้าไปประยุกต์ใช้ในหน่วยงานอื่นๆ หรือใช้กับกลุ่มเป้าหมายอื่นๆ อีก อาทิ เช่น การบำบัดรักษาผู้ติดยาบ้าในค่ายทหาร การจัด

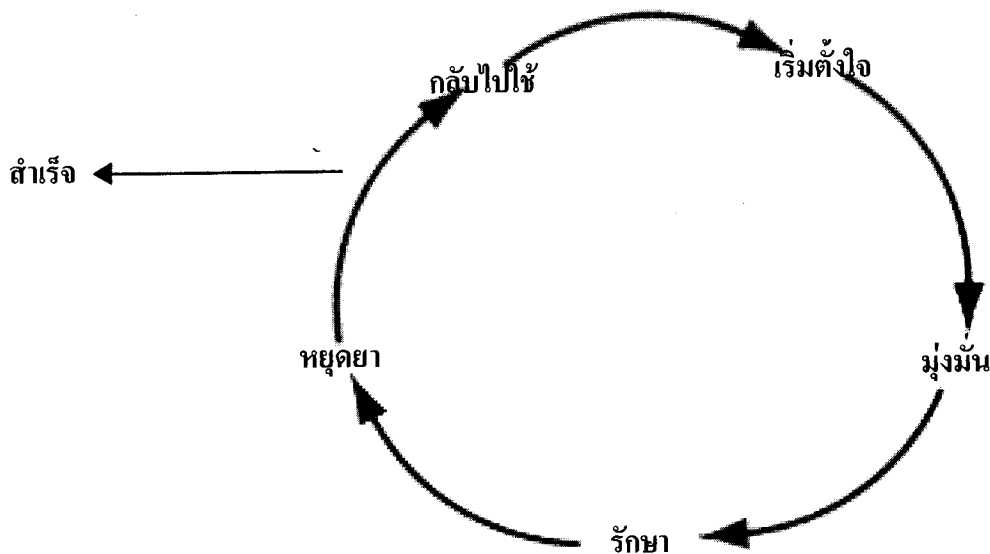
กิจกรรมกลุ่มจิตสังคมบำบัดในโรงเรียน ใช้สำหรับช่วยเหลือเยาวชนกลุ่มเสี่ยง และการจัดกิจกรรมค่ายฝึกทักษะเพื่อป้องกันยาเสพติด

เงื่อนไขความสำเร็จ

การดำเนินงานจิตสังคมบำบัดก็เป็นเช่นเดียวกับการบำบัดอื่น ๆ นั่นก็คือ มีความจำเป็นที่ผู้บำบัดจะต้องเข้าใจกฎเกณฑ์สำคัญที่ปรากฏอยู่ในกระบวนการบำบัด ซึ่งจะขอนำเสนอตามโครงสร้างหลัก 4 ประการของจิตสังคมบำบัด

1. การให้การปรึกษารายบุคคล

กฎเกณฑ์สำคัญเชิงโครงสร้าง : สิ่งสำคัญ คือ การสร้างแรงจูงใจและช่วยให้เกิดความตั้งใจในตัวผู้รับการบำบัด ทั้งนี้แรงจูงใจดังกล่าวมีความสัมพันธ์กับระยะเวลาที่จะบำบัด ซึ่งเรียกปรากฏการณ์นี้ว่า Wheel of change ซึ่งสามารถแสดงได้ดังรูป



ระยะต่าง ๆ ของแรงจูงใจในการบำบัด	บทบาทของผู้บำบัด
● ก่อนตั้งใจ (Pre-Contemplation) ● เริ่มตั้งใจ (Contemplation) ● มุ่งมั่น (Determination) ● รักษา (Action) ● หยุดยา (Maintenance) ● กลับไปใช้ยา (Relapse)	แหวกคอก : ช่วยให้ผู้รับการบำบัดตระหนักถึงปัญหาการคิดยาและไม่สามารถเลิกได้ของตนเอง ตอกย้ำ : อธิบายให้เข้าใจถึงเหตุผลการหยุดยาผลที่จะเกิดขึ้นหากไม่หยุดยา และสร้างความเชื่อมั่น ให้ทำจริง : ช่วยหาหนทางรักษาที่ดีที่สุด วิ่งต่อไป : ผลักดันให้เห็นความก้าวหน้า ไม่ใช้ยา : ป้องกันการกลับไปใช้ยาซ้ำ หาทางใหม่ : สร้างความตั้งใจใหม่ มุ่งมั่นรักษาต่อไป

การเข้าใจถึงบทบาทที่เปลี่ยนไปของระยะเวลาเข้ารับการบำบัดทำให้ผู้บำบัดตอบสนองความต้องการและเอื้ออำนวยให้ผู้เสพติดมีความมั่นใจและติดตามการรักษาได้จนจบ ซึ่งสิ่งนี้เป็นสิ่งสำคัญมาก เนื่องจากความสำเร็จจากการบำบัดเกิดจากการเข้ารับการบำบัดจนครบตามกำหนดเวลา

กลยุทธ์สำคัญเชิงเทคนิค เป็น เทคนิคการให้การปรึกษา หมายถึง การสื่อสาร 2 ทาง ระหว่างผู้บำบัดและผู้รับการบำบัด โดยเน้นการให้กำลังใจ การแสดงความเข้าใจเห็นใจ ขณะเดียวกันก็หลีกเลี่ยงการโต้แย้งหรือการทะเลาะกับผู้รับการบำบัดแม้ว่าพวกเขาอาจกลับไปเสพยาใหม่หรือไม่ได้ปฏิบัติตามสิ่งที่ตกลงกันไว้ก็ตาม การยอมรับอย่างไม่มีเงื่อนไขนั่นเองที่จะแก้ไขประสบการณ์ของผู้รับการบำบัดได้

กลยุทธ์สำคัญเชิงเนื้อหา เนื้อหาของการให้การปรึกษารายบุคคลมีความซ้ำซ้อนกับกลุ่มกิจกรรมอื่นๆ แต่นั่นก็คือสิ่งที่จำเป็นเพราะผู้รับการบำบัดต้อง

ใช้เวลาในการทบทวนเนื้อหาเหล่านี้กว่าจะเข้าใจและเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเองได้

เนื้อหาส่วนหนึ่งก็เป็นการทำความเข้าใจระหว่างผู้รับการบำบัดและครอบครัว ซึ่งเดิมมีความขัดแย้งกับมานาน ให้เกิดความเข้าใจว่าพฤติกรรมอันไม่พึงประสงค์ที่มีอยู่มีสาเหตุส่วนใหญ่จากการใช้ยาบ้าหาได้เกิดจากนิสัยดั้งเดิมไม่

2. กลุ่มฝึกทักษะการเลิกยาในระยะเริ่มต้น

กลยุทธ์สำคัญเชิงโครงสร้าง : เน้นย้ำในเรื่องปฏิสัมพันธ์ในกลุ่มผู้รับการบำบัด กิจกรรมใดๆ ก็ตามจึงต้องมีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ประสานการณ์ร่วมกันเสมอ การฝึกทักษะระยะเล็กระยะเริ่มต้นนี้จะกระทำได้ในเดือนแรกของการบำบัด ทั้งนี้ก็เพราะในเดือนแรกนั้นผู้รับการบำบัดมักเริ่มต้นอย่างมีกำลังใจพอสมควร แต่ต่อมาพวกเขาก็ต้องต่อสู้กับสิ่งกระตุ้นจากทั้งภายในและภายนอก การพบกับกลุ่มสัปดาห์ละ 2 ครั้ง และเน้นความรับผิดชอบตนเองในการบันทึก

กิจกรรมกระทำตามที่ตกลงกันไว้เป็นสิ่งสำคัญที่ส่งผลต่อการบำบัด เช่นเดียวกับการวิเคราะห์ตนเอง แต่ละกิจกรรมจะช่วยให้ผู้รับการบำบัดเกิดความเข้าใจ มีสติที่จะควบคุมตนเองต่อไปได้

บุญแจสำคัญเชิงทักษะ : ทักษะสำคัญที่ต้องใช้นั้นก็คือ การสร้างกระบวนการกลุ่ม อันได้แก่ การเชื่อมโยงบทสนทนาเชิงความคิดไปสู่ความรู้สึก และการพูดคุยของผู้คนหนึ่งที่กระจายไปสู่ความคิดเห็นของสมาชิกในกลุ่ม

อย่างไรก็ตามพื้นฐานของทักษะที่บำบัดนั้นยังอยู่ที่ให้สมาชิกในกลุ่มผูกพันกัน มีการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างสมาชิกที่ประสบปัญหาหันหน้าทางออกหรือแก้ปัญหาาร่วมกันได้

บุญแจสำคัญเชิงเนื้อหา : เนื้อหาต่าง ๆ จะสัมพันธ์กับระยะของผู้รับการบำบัดในเดือนแรกของการบำบัด คือ การเรียนรู้วงจรการใช้ยา การแยกแยะสิ่งเร้าที่กระตุ้นการให้เสพยา รวมถึงเทคนิคที่จะจัดการกับสิ่งเร้าเหล่านั้น ไม่ว่าจะเป็นการหลีกเลี่ยงสิ่งเร้าหรือการหยุดความคิดก็ตาม

เทคนิคของการหยุดความคิดบุญแจสำคัญของการเลิกเสพยา

เทคนิคของการหยุดความคิด (thought stopping) เป็นเทคนิคที่ผู้บำบัดจะแนะนำผู้รับการบำบัดในช่วงสัปดาห์แรกของจิตสังคมบำบัด และเป็นกิจกรรมในกลุ่มฝึกทักษะการเลิกเสพยาระยะเริ่มต้น (ER) เท่าที่ผ่านมามีผู้บำบัดมักมองเทคนิคการหยุดความคิดว่าเป็นเทคนิคเล็ก ๆ ที่ไม่สำคัญทั้งยังไม่เข้าใจถึงปรัชญาและเงื่อนไขความสำเร็จของเทคนิคของการหยุดความคิด ไม่สามารถแนะนำเทคนิคเหล่านี้อย่างครบถ้วนได้

แนวคิดของการหยุดความคิดวางอยู่บนความเป็นจริงที่ว่า เมื่อผู้รับการบำบัดได้รับสิ่งเร้าที่ทำให้เกิดความอยากยา และมีพฤติกรรมการหาขายาเสพติดนั้นเป็นขั้นตอนที่มีความซ้ำซ้อนดังรูปต่อไปนี้เพื่อให้เข้าใจมากขึ้น



การตัดสิ่งเร้า เช่น หลีกเลี่ยงการพบเพื่อนที่เสพยาจัดว่าเป็นการกระทำที่ขั้นตอนที่ 1 ขณะที่พยายามหยุดความคิดหรือหากิจกรรมอื่นมาทดแทน เป็นการกระทำที่ขั้นตอนที่ 2 และ 3 ส่วน ขั้นตอนที่ 4 และ 5 หากต้องการยับยั้งไม่สามารถใช้เทคนิคการหยุดความคิดได้

ถ้าหากจะสรุปเงื่อนไขความสำเร็จของเทคนิคการหยุดความคิดก็จะได้ว่าดังนี้

1. การหยุดความคิดต้องควบคู่กับการหลีกเลี่ยงสิ่งเร้า
2. การหยุดความคิดจะใช้ได้ผลก็ต่อเมื่อเกิดความคิดเกี่ยวกับการเสพยาแต่ยังไม่มีอาการเสียนยา (เช่น มวนท้อง ปวดเมื่อย หงุดหงิด)
3. ควรมีการฝึกใน Session แล้วให้ผู้รับการบำบัดแต่ละคนได้เลือกเทคนิคที่เหมาะสมกับตนเองเพื่อเอาไปใช้ (เทคนิคการหยุดความคิดมีหลายอย่าง เช่น

การฝึกหายใจ การคิดหนังยาง การจินตนาการถึงไฟเขียวไฟแดง ฯลฯ)

4. ควรมีการฝึกในชีวิตประจำวันของผู้รับการบำบัดแล้วนำมาแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับผู้รับการบำบัดคนอื่นในกลุ่มซึ่งสามารถทำได้เรื่อยๆ ตามโอกาสอันสมควร

5. ผู้บำบัดควรทดลองใช้เทคนิคการหยุดความคิดด้วยตนเอง (เช่น ใช้ในการหยุดความอยากกินอาหารที่มากเกินไป การหยุดความคิดกังวลถึงงานอย่างมากเกินไป) จะได้เกิดความเข้าใจยิ่งขึ้น

3. กลุ่มฝึกทักษะการป้องกันการกลับไปติดยาซ้ำ

กุญแจสำคัญเชิงโครงสร้าง ได้แก่ การเรียนรู้ที่จะผ่านระยะอุปสรรค (the wall) โดยใช้การเรียนรู้ภายในกลุ่มผู้รับการบำบัด

กุญแจสำคัญเชิงทักษะ คล้ายกับกลุ่มฝึกทักษะการเลิกยาในระยะเริ่มต้น กุญแจสำคัญเชิงเนื้อหาเน้นที่การดำเนินชีวิต ดังนั้นจะพบว่ามียุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับการใช้ชีวิตประจำวันปรากฏอยู่ในกิจกรรมซึ่งโดยสรุปแล้วก็คือการใช้ชีวิตอย่างชาญฉลาดสามารถจัดการกับความรู้สึกของตนเองและเรียนรู้จากข้อผิดพลาด หากกลับไปเสพยาซ้ำอีก

4. กลุ่มครอบครัวบำบัด

กุญแจสำคัญเชิงโครงสร้าง ได้แก่ การพบกัน

ระหว่างครอบครัวผู้ติดยาเป็นระยะๆ ทุกสัปดาห์อย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกัน การให้กำลังใจและแนะนำระหว่างกัน นอกเหนือจากการได้รับความรู้จากผู้บำบัด

กุญแจสำคัญเชิงทักษะ ได้แก่ การเปิดโอกาสให้แต่ละครอบครัวได้เกิดการสื่อสารมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกัน ไม่ใช่เป็นเพียงการมานั่งฟังบรรยายร่วมกันเท่านั้น

ผู้บำบัดจึงควรกระตุ้นให้ญาติผู้รับการบำบัดได้แสดงความคิดเห็นมีส่วนร่วมในแต่ละบทเรียนและมีการดึงเอาประสบการณ์เดิมมาเชื่อมโยงกับความรู้ใหม่ๆ

กุญแจสำคัญเชิงเนื้อหา เนื้อหาของครอบครัวบำบัดมีความกว้างขวางครอบคลุมตั้งแต่ความเข้าใจในตัวผู้รับการบำบัด การใช้ชีวิตของผู้รับการบำบัด ไปจนถึงการช่วยเหลือให้ผู้รับการบำบัดประสบความสำเร็จในการบำบัด เนื้อหาเหล่านี้มีความเชื่อมโยงกับกลุ่ม ER และ RP เป็นอย่างมาก

ข้อดีและข้อจำกัด

จากประสบการณ์ของการใช้จิตสังคมบำบัดในประเทศไทยพบว่าแม้ว่าจิตสังคมบำบัดจะมีข้อดีอยู่มากแต่ก็ยังมีข้อจำกัดในการบริหารจัดการอยู่พอสมควรซึ่งอาจสรุปได้ดังนี้

ข้อดี	ข้อจำกัด
1. กิจกรรมมีความหลากหลายครอบคลุมวิถีชีวิตของผู้รับการบำบัด 2. เทคนิคการบำบัดมีความชัดเจนในเนื้อหา โครงสร้างเป็นลำดับขั้นตอน 3. เน้นความรู้ร่วมไปกับภาคปฏิบัติ 4. ครอบคลุมมีส่วนร่วม 5. ค่าใช้จ่ายน้อยกว่าแบบผู้รับการบำบัดใน	1. ต้องการบุคลากรที่มีความเข้าใจและได้รับการฝึกอบรม 2. ระยะเวลารักษายาวนานถึง 4 เดือน 3. สถานบำบัดส่วนใหญ่ บริการเฉพาะในเวลา ราชการทำให้เยาวชนที่ต้องเรียนหนังสือมีข้อจำกัด ในการเข้าร่วมกิจกรรม 4. ระบบการส่งต่อเพื่อรับการบำบัดยังไม่เข้มแข็ง 5. สถานบำบัดยังไม่ได้กระจายไปอยู่ใกล้ชุมชน และชุมชนเองยังขาดความมีส่วนร่วมในกระบวนการบำบัด

ปัญหาต่างๆ ที่เด่นชัดคงจะเป็น 2 เรื่องใหญ่ คือ

1. บุคลากรที่ยังขาดแคลนอีกทั้งต้องการการฝึกอบรมและปฏิบัติงานให้เกิดความชำนาญ บุคลากรที่ปฏิบัติงานจิตสังคมบำบัดอยู่ในตอนนี้ อาจต้องทำงานหนักมากขึ้นเนื่องจากต้องทำงานประจำบวกกับงานด้านจิตสังคมบำบัดไปด้วย ขณะที่แนวคิดของการใช้บุคลากรที่มาจากสาขาวิชาชีพอื่น นอกเหนือจากบุคลากรสาธารณสุขอาจยังต้องการเวลาในการทดลองใช้สักระยะเวลาหนึ่ง

2. ระบบของสถานบำบัด หลายแห่งมีผู้รับการบำบัดน้อยเนื่องจากระบบส่งต่อเพื่อรับการบำบัดยังไม่ชัดเจน ซึ่งปัญหานี้อาจได้รับการแก้ไขในอีกไม่นานนี้ เพราะเป็นที่คาดหมายไว้ว่า เมื่อกฎหมายบังคับบำบัด ได้รับการประกาศใช้จะทำให้ผู้รับการบำบัดที่มีอยู่ถูกผลักดันเข้าสู่ระบบบำบัดรักษาเอง นอกจากนี้ประเด็นของความเป็น Community-based คือ สถานบำบัดตั้งอยู่ในชุมชนและชุมชนมีส่วนร่วมก็ยังเป็นข้อจำกัดที่ต้องอาศัยการแก้ไขในอนาคต

การพัฒนาคุณภาพการบำบัด

การบำบัดที่ดีต้องมีคุณภาพควบคู่ไปกับปริมาณที่พอเพียงต่อจำนวนผู้รับการบำบัดด้วย แนวคิดเช่นนี้ทำให้กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ได้พัฒนาการประเมินผลและพัฒนางานจิตสังคมบำบัด โดยอาศัยเครื่องมือสำคัญ คือ ระบบการรายงานผลผ่านแบบฟอร์มต่าง ๆ ประกอบไปด้วยการติดตามเครื่องชี้วัดคุณภาพของงานบริการ ซึ่งประเด็นสำคัญที่ต้องติดตามนั้นมีหลายประเด็น เช่น

1. ร้อยละของผู้รับการบำบัดที่เลิกเสพยา
2. คุณภาพชีวิตของผู้รับการบำบัดเพิ่มขึ้น
3. การเข้าถึงบริการ
4. ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ

การติดตามเครื่องชี้วัดเหล่านี้จะทำให้ผู้ให้บริการและผู้รับการบำบัดสามารถประเมินตัวผู้บำบัด สถานบำบัดและกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อใช้ในการปรับปรุงพัฒนางานบริการบำบัดรักษาต่อไป

บทสรุป

ปัญหา ยาบ้า เป็นปัญหาใหญ่ที่ส่งผลกระทบต่อประเทศไทย ผู้ติดยาบ้าจำนวนมากเป็นเยาวชน ซึ่งเป็นกำลังสำคัญของชาติในอนาคต การแก้ไขปัญหานี้ อย่างจริงจังจึงเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งยวด ในด้านการบำบัดรักษานั้น การนำเอาองค์ความรู้ ซึ่งเป็นที่ยอมรับแล้วว่า ได้ผลในการบำบัดผู้ติดยาบ้า มาประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับสังคมไทย นับว่าเป็นทางออกที่ดี โดยเฉพาะอย่างยิ่ง โปรแกรมจิตสังคมบำบัดสำหรับผู้ติดยาบ้า ซึ่งได้รับการส่งเสริมให้สามารถเปิดบริการได้ทั่วประเทศในขณะนี้

อย่างไรก็ตาม ผู้ที่จะใช้จิตสังคมบำบัดให้ได้ผลดี จำเป็นต้องเข้าใจถึงความเป็นมา การประยุกต์ใช้ ตลอดจนคุณูปการสำคัญของกิจกรรม เพื่อให้สามารถดำเนินกิจกรรมอย่างมีคุณภาพ ได้ผลดี การดำเนินงานเช่นนี้ คงต้องอาศัยการพัฒนาทั้งองค์ความรู้ และเครือข่าย การสนับสนุนจากผู้บริหาร เพื่อให้งานบริการและงานพัฒนาวิชาการของจิตสังคมบำบัด ยังคงดำเนินการต่อเนื่องต่อไปอย่างได้คุณภาพ

เอกสารอ้างอิง

1. สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์การแพทย์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. รายงานผลโครงการประมาณการจำนวนผู้เกี่ยวข้องกับยาเสพติดในประเทศไทย. 2544.
2. อัมพร เบญจพลพิทักษ์. ความรู้เรื่องยาบ้า. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ ร.ส.พ ; 2544.
3. เขียวชัย งามทิพย์วัฒนา. ปัจจัยกำหนดความสำเร็จของโปรแกรมจิตสังคมบำบัดแบบผู้รับการบำบัดนอก. รายงานการประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนารูปแบบบริการจิตสังคมบำบัดสำหรับผู้ติดยาบ้า ; 29-30 มกราคม 2545 ; นนทบุรี ; 2545 หน้า 2 - 3.
4. ทรงเกียรติ ปิยะกะ. ยืมผู้เรียนรู้ยาเสพติด. กรุงเทพฯ : บริษัท พิมเนศ พรินตติ้ง เซ็นเตอร์ จำกัด ; 2540.
5. สุชาติ ตรีทิพย์ธิด. การบรรยายเรื่อง จิตสังคมบำบัดในการรักษาเสพติดแบบผู้รับการบำบัดในสำหรับผู้รับการบำบัดและญาติ ; การประชุมปฏิบัติการเพื่อจัดทำมาตรฐานบริการทางจิตสังคมสำหรับผู้ติดยาบ้าแบบผู้รับการบำบัดใน ; 3 - 4 พฤษภาคม 2544 ; สุราษฎร์ธานี
6. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือผู้รับการบำบัด ; กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย ; 2544.
7. กรมสุขภาพจิต คู่มือวิทยากรหลักสูตรจิตสังคมบำบัด กระทรวงสาธารณสุข : กรมสุขภาพจิต ; 2544.
8. Matrix Center. The Matrix intensive out Patient Program Therapist manual Los Angeles : Matrix Center ; 1998.