

ไม่สะดวก เบื่ออาหาร มีความต้องการอยากรับประทานอาหารลดลงหรือเพิ่มมากขึ้น ไม่สนใจตนเอง มีการเคลื่อนไหวช้าลง บางคนจะมีความกระวนกระวาย มีอาการย้ำคิดย้ำทำ การพูดลำบาก บางครั้งไม่พูด ขาดความมั่นใจในตนเอง มีการตัดสินใจลำบากแม้แต่เรื่องเล็กน้อย เริ่มมีการแยกตัวออกจากสังคม ไม่สนใจทำกิจวัตรประจำวัน

4. ภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง (Severe Depression) เป็นภาวะที่มีอารมณ์ซึมเศร้าตลอดเวลาและเป็นอยู่นานไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์และพฤติกรรมอย่างชัดเจน เช่น รู้สึกเศร้ามาก รู้สึกหมดหวัง ทุกข์ทรมาน ไม่มีความสุข ไม่อยากมีชีวิตอยู่ มักจะดูถูกตนเอง คิดว่าตนเองไร้คุณค่า ไม่มีประโยชน์ตลอดเวลา ขาดความสนใจต่อสิ่งแวดล้อมรอบตัว มีการเคลื่อนไหวลดลง การพูดช้าลง เจ็บขริม บางรายอาจมีพฤติกรรมที่ผิดปกติ ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับนี้จะไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ และมักจะถอนตัวจากโลกความเป็นจริงไม่ยอมเข้าสังคม ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม มีความคิดฆ่าตัวตายหรือพยายามฆ่าตัวตายเนื่องจากความคิดที่หลงผิด หรืออาการประสาทหลอน

จากที่กล่าวมาข้างต้น จะเห็นได้ว่าอาการแสดงออกของภาวะซึมเศร้านั้น เป็นการแสดงออกทั้งด้านอารมณ์ ปัญญา แรงจูงใจและด้านร่างกาย มีได้ตั้งแต่ระดับปกติจนถึงระดับรุนแรง สามารถประเมินได้ด้วยการสังเกต การสัมภาษณ์และการใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้า

จากการสำรวจขององค์การอนามัยโลกใน พ.ศ. 2558 พบว่ามีผู้ป่วยด้วยภาวะซึมเศร้าจำนวน 350 ล้านคนทั่วโลก และพบว่าภาวะนี้ยังเป็นสาเหตุของภาวะทุพพลภาพของประชากรโลกด้วย ปัจจุบันจัดลำดับภาวะซึมเศร้าเป็นสาเหตุอันดับ 2 ของปีสุขภาวะที่สูญเสีย หรือ DALYs (Disability Adjusted Life Years: DALYs) ซึ่งเป็นการวัดสถานะสุขภาพของประชากรแบบองค์รวม ที่วัดภาวะการสูญเสียด้านสุขภาพ หรือช่องว่างสุขภาพ (Health Gap) โดยแสดงถึงจำนวนปีที่สูญเสียไปจากการตายก่อนวัยอันควร (Years of Life Lost – YLL) รวมกับจำนวนปีที่มียังมีชีวิตอยู่กับความบกพร่องทางสุขภาพ (Years Life with Disability - YLD) ในประชากรช่วงอายุ 15 - 44 ปีทั่วโลกมีอัตราการความชุกอยู่ระหว่างร้อยละ 2 - 10

ในประเทศไทยจากผลการสำรวจพบว่าความสูญเสียปีสุขภาวะ (DALY) ของประชากรไทยในพ.ศ. 2554 คิดเป็น 10.6 ล้านปี โดยเพศชายมีความสูญเสียมากกว่าเพศหญิงประมาณ 1.3 เท่า เพศชายมีความสูญเสียประมาณ 6.1 ล้านปี และหญิง 4.5 ล้านปี ภาวะซึมเศร้าเป็นอันดับ 12 ของการสูญเสียสุขภาพในเพศชายคิดเป็น ร้อยละ 2.1 และเป็นอันดับ 4 ในเพศหญิง คิดเป็น ร้อยละ 5.4

สาเหตุของภาวะซึมเศร้า

ในปัจจุบันทราบสาเหตุเพียงเล็กน้อย ซึ่งไม่ได้เป็นการบอกว่าสาเหตุใดสาเหตุหนึ่งจะทำให้เครียดหรือซึมเศร้าแต่หลายๆ ปัจจัยประกอบกันทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ (Martin E. Kcek, 2014, อรรถพรณ ลือบุญธวัชชัย, 2554) แบ่งได้ 3 สาเหตุสำคัญ ได้แก่

1. สาเหตุทางกาย (Biological cause) ผู้ป่วยซึมเศร้าจะมีสารสื่อประสาทในสมองบางอย่างไม่สมดุลส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดอารมณ์เศร้าได้ สารสื่อประสาทที่สำคัญคือ ซีโรโทนิน (Serotonin) และนอร์เอพิเนฟริน (Norepinephrine) และโดปามีน (Dopamine) ในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะลดต่ำกว่าในบุคคลปกติ อีกสาเหตุหนึ่ง คือ ด้านกรรมพันธุ์ซึ่งมีความเกี่ยวข้องสูงที่จะก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้า โดยเฉพาะครอบครัวที่มีผู้ป่วยซึมเศร้า มักพบว่าบุคคลในครอบครัวเดียวกันมีโอกาสเกิดภาวะนี้มากกว่าคนทั่วไปถึง 2.8 เท่า อาการซึมเศร้าจากสาเหตุนี้มีลักษณะเฉพาะตัวคือ มีอาการซึมเศร้าซ้ำหลายครั้ง เกิดอาการเป็นพักๆ แต่จะไม่พบความแปรปรวนด้านบุคลิกภาพใดๆ

ภาวะซึมเศร้า อาจเกิดจากความเสียหายของสมองซึ่งเกิดจากหลายสาเหตุ เช่น โรคเส้นเลือดแข็งตัว ผิดปกติ/โรคหลอดเลือดแดงแข็ง (Arteriosclerosis) โรคเส้นเลือดอุดตันหรือแตกในสมอง/โรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดและชนิดเลือดออก โรคสมองซึ่งเกิดภายหลังอุบัติเหตุทางสมอง โรคเนื้องอกสมองหรือโรคทางสมองที่มีอาการซึมเศร้าวรร่วมกับภาวะจิตเภทและลมชัก นอกจากนี้ความผิดปกติทางกายอื่นๆก็อาจทำให้เกิดโรคซึมเศร้าได้ เช่น โรคตับอักเสบ โรคหัวใจ และหลอดเลือดโรคพาร์กินสัน โรคภูมิแพ้ตนเอง (SLE: Systemic Lupus Erythematosus) เป็นต้น รวมถึงผลข้างเคียงจากการใช้ยาบางชนิดเช่น ยา Corticosteroid, Propranolol และยาเสพติดบางประเภท ซึ่งมีผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าในบางคนได้ เป็นต้น

2. สาเหตุด้านจิตใจ (Psychological cause) สาเหตุอื่นๆ ด้านจิตใจ เช่น การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก ผิดหวังในชีวิต ล้มเหลว ผิดพลาด มีความโกรธแค้นแล้วระบายออกไม่ได้จึงย้อนมากัดความรู้สึกผิดในตนเอง มีความคิดลบ มีความคิดบิดเบือน ไม่มีใครช่วยเหลือได้ ไม่มีความหวังแล้ว เป็นต้น บุคคลบางคนมีแนวโน้มเกิดภาวะซึมเศร้าได้มากกว่าผู้อื่น แม้ว่าลักษณะภายนอกจะเป็นมีบุคลิกภาพมั่นคง มีความทะเยอทะยาน มีความซื่อตรงต่อหน้าที่ มีความประพฤติดี แต่บุคคลนั้นอาจมีสภาพจิตใจระดับลึกที่มีความลึกลับซับซ้อนและขาดความมั่นใจ จึงมีแนวโน้มจะเกิดภาวะนี้ได้โดยผู้เกิดภาวะซึมเศร้านี้ต้องประสบกับภาวะเหตุการณ์รุนแรงบางอย่างในชีวิตที่ตนเองไม่สามารถจัดการได้ ซึ่งอาจมีสาเหตุจากครอบครัวตึงเครียด สะเทือนใจอย่างมาก ถูกคาดหวังสูง ถูกบีบบังคับอย่างมาก การหย่าร้าง ความสูญเสีย เป็นต้น

3. สาเหตุด้านสังคม (Social cause) ความกดดันจากสังคมหรือเศรษฐกิจเป็นเวลานานหรือการที่บุคคลไม่สามารถทำได้ตามการคาดหวังของสังคม หรือประคับประคองเศรษฐกิจของตนให้เสถียรได้

บทที่ 2

แนวคิดทฤษฎีการบำบัดความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy: CBT)

แนวคิดของการบำบัดความคิดและพฤติกรรม เห็นว่า ปัญหาทางจิตเกิดขึ้นเพราะบุคคลมีความคิดในลักษณะที่ปรับตัวไม่ได้ เป็นความคิดที่ไม่เหมาะสม ไม่มีเหตุผล ซึ่งสะท้อนให้เห็นความเชื่อของบุคคลที่มีต่อตัวเอง และโลกที่เขาอยู่ (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2543) ดังนั้น การบำบัดจึงมุ่งไปที่ความเชื่อพื้นฐานว่าบุคคลมีความรู้สึกนึกคิด มีการรับรู้ การตีความความหมายต่อเหตุการณ์อย่างไรที่ส่งผลต่อพฤติกรรม ซึ่งถ้ามีการบิดเบือน และผิดพลาดจากความจริงจะต้องแก้ไข ปรับเปลี่ยนความคิดความรู้สึก และพฤติกรรมที่มีปัญหานั้น แนวคิดนี้จึงให้ความสำคัญกับตัวแปรภายในตัวบุคคลที่ส่งผลต่อพฤติกรรมที่แสดงออก (ประเทือง ภูมิภักทราคม, 2535; สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2543) ในระยะแรกๆ มีการนำแนวคิดนี้ไปใช้บำบัดผู้ที่มีปัญหาทางอารมณ์ เช่น อารมณ์ซึมเศร้า วิตกกังวล ต่อมาจึงพัฒนาและนำไปใช้ในกลุ่มที่กว้างขวางขึ้น เนินและดรายเดน (Neenan & Dryden, 2006) กล่าวว่า CBT เป็นการบำบัดที่อยู่บนพื้นฐานของกระบวนการประมวลผลของข้อมูล (Information-Processing Model) ซึ่งเกิดขึ้นระหว่างความคิดที่ทำให้เกิดความทุกข์ ใจจนกลายเป็นความคิดที่ตายตัวไม่ยืดหยุ่น (Rigid) และมีความบิดเบือนไป (Distort) หรือการตัดสินใจที่ขยายความมากเกินไป (Over Generalized) และสรุปความอย่างเบ็ดเสร็จ (Absolute) กับความเชื่อพื้นฐานเกี่ยวกับตนเอง ผู้อื่นและสิ่งต่างๆ รอบตัวจนกลายเป็นความเชื่อที่ยึดติด (Fix) สอดคล้องกับแนวคิดของเบคและคณะ (Beck and et al., 1993) ที่ให้ความหมายของ CBT ว่าเป็นระบบการบำบัดทางจิตที่พยายามลดปฏิกิริยาทางอารมณ์ที่มีมากเกินไป (Excessive Emotional Reactions) และพฤติกรรมที่ทำร้ายตนเอง (Self-Defeating) โดยปรับเปลี่ยนความคิดที่มีความคลาดเคลื่อนบิดเบือนจากความจริง รวมทั้งความเชื่อที่ทำให้การปรับตัวไม่เหมาะสมและเป็นสาเหตุของการเกิดพฤติกรรมที่แสดงออกมา ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของเจียรซัย งามทิพย์วัฒนา (2549) ที่กล่าวว่า CBT เป็นการบำบัดทางจิตใจและพฤติกรรมที่เป็นผลมาจากกระบวนการคิดที่ผิดปกติ หรือคิดในแง่ลบ (Negative cognition) โดยมีความสัมพันธ์ระหว่างความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมในลักษณะที่เชื่อมโยงกัน การบำบัดจึงเป็นการช่วยให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความคิดด้านลบ และเปลี่ยนแปลงความคิดให้สอดคล้องกับความเป็นจริง จากความหมายดังกล่าวข้างต้นจึงสรุปได้ว่า การบำบัดความคิดและพฤติกรรม หมายถึง วิธีการบำบัดรูปแบบหนึ่งที่ปรับเปลี่ยนความคิด ความเชื่อและการรับรู้ของบุคคลซึ่งมีกระบวนการคิดที่บิดเบือน หรือคิดในแง่ลบให้มีความคิดที่ตรงตามความเป็นจริง และมีเหตุผลเชิงบวกเพิ่มขึ้นรวมทั้งมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ด้วยเทคนิคต่างๆ เพื่อจัดการความคิดและพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดปัญหา และนำไปสู่พฤติกรรมที่ปลอดภัยใช้ยาเสพติด

การบำบัดรูปแบบนี้มีประวัติศาสตร์ยาวนานตั้งแต่ยุคที่มุ่งเน้นการปรับพฤติกรรมเป็นหลักโดยบิดาของแนวคิดนี้ คือ เอรอน ที เบค (Aaron T. Beck) ได้นำส่วนความคิด (Cognitive) เข้ามาเป็นส่วนหนึ่งในการทำ CBT ซึ่งแตกต่างจาก Behavior Therapy ในสมัยก่อนที่กล่าวถึงพฤติกรรมเพียงอย่างเดียวโดยละเลยความคิดที่มีอยู่เป็นพื้นฐาน แม้จุดเริ่มต้นของ CBT จะไม่มีความเกี่ยวข้องกับศาสนาแต่ถือว่า CBT มีแนวคิดที่ใกล้เคียงกับพุทธศาสนามากในส่วนของการรับรู้ตน มีสติ การจัดการกับตัวตน และความคิดของตนเอง

ในยุคแรกมีการนำ Cognitive Therapy มาใช้กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (Depression) คุณลักษณะที่สำคัญของ CBT คือมีลักษณะเป็นโครงสร้าง (Structure) ซึ่งต่างจาก Psychoanalysis เพราะ CBT ใช้เวลาน้อยกว่าและเน้นที่ปัจจุบัน ไม่ได้ค้นกลับไปยังปมที่มีมาตั้งแต่อดีต (ฉัตร พิทยรัตน์เสถียร, 2556)

ตัวแบบต่างๆ ของการบำบัดด้วย CBT (ฉัตร พิทยรัตน์เสถียร, 2556)

1. Common Sense model เป็นแนวคิดดั้งเดิมที่เชื่อตามสามัญสำนึกของคนโดยทั่วไปว่า เหตุการณ์ (Event) บางอย่างจะทำให้เกิดอารมณ์ (Emotion) บางอย่างขึ้น เช่น การถูกลี้อตเตอร์ย่อมทำให้ คนดีใจ คือตัวเหตุการณ์เองที่ทำให้เราเกิดความรู้สึก แต่ความเป็นจริงในชีวิตเราอาจไม่ตรงไปตรงมาเช่นนั้น เพราะเหตุการณ์เดียวกันอาจทำให้คนรู้สึกแตกต่างกันได้ กล่าวคือ คนถูกลี้อตเตอร์อาจกังวลแทนที่จะดีใจก็ได้ เช่น กังวลว่าจะจัดการกับญาติและคนรู้จัก (และไม่รู้จัก) จำนวนมากที่มาขอเงินอย่างไรหรืออาจเกิดความกลัวว่าลี้อตเตอร์จะหาย กลัวถูกโจรที่รู้ข่าวจะมาปล้น เป็นต้น Aaron Beck มักยกตัวอย่างว่า สมมติเรานอนอยู่ในบ้าน แล้วได้ยินเสียงดังโครมที่หลังคา อารมณ์ที่เกิด คือ อาจตกใจกลัว ซึ่งการตกใจกลัว เป็นเพราะความคิดของเราที่คิดว่า เสียงดังนั้นอาจเกิดจากขโมยหรือสิ่งอื่นใดที่เป็นเรื่องอันตรายอื่นๆ แต่หากเราคิดว่า เป็นมะพร้าวหล่นใส่หลังคา หรือแมวกระโดดลงมาจากกิ่งไม้เราก็อาจจะไม่กลัว การตีความเหตุการณ์ซึ่งก็คือความคิดของเราต่อเหตุการณ์นั้นจึงเป็นสิ่งที่บอกความรู้สึก ดังนั้นในสถานการณ์หรือเหตุการณ์เดียวกัน ความคิดที่เราให้ความหมายหรือตีความเหตุการณ์นั้นๆ เป็นสิ่งสำคัญที่จะบอกความหมายของเหตุการณ์ ดังนั้นจึงเป็นเหตุผลว่าทำไมคนที่เจอเหตุการณ์เดียวกันความรู้สึกจึงต่างกันดังภาพที่ 1

Event → Emotion

ภาพที่ 1 Common Sense Model

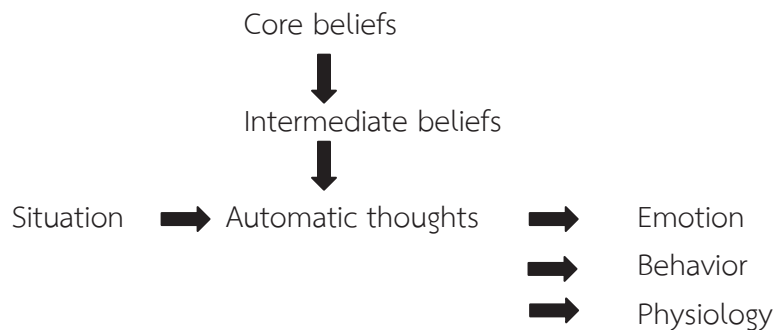
2. Cognitive model อธิบายว่าเนื่องจากเหตุการณ์มีผลทำให้เกิดอารมณ์ แต่ในระหว่างกลางก่อนที่จะเกิดอารมณ์ จะมีสิ่งหนึ่งเกิดขึ้นก่อน คือ ความคิด ซึ่งความคิดจะทำให้เกิดอารมณ์ที่แตกต่างกัน เช่น เหตุการณ์มะพร้าวตกใส่หลังคาบ้านแล้วเกิดเสียงดัง ถ้าอารมณ์คือกลัว ความคิดที่เกิดอาจคิดว่า “ต้องเป็นขโมยขึ้นบ้านแน่ ๆ” แต่ถ้าอารมณ์ คือ เฉยๆ ความคิดที่อาจเกิดขึ้นคือ คิดว่า “เจ้าเหมียวเอ๊ย....” ดังนั้นจึงถือได้ว่าความคิดคือตัวที่ทำให้เกิดอารมณ์ขึ้นมาดังภาพที่ 2

Cognition
↓
Event → Emotion

ภาพที่ 2 Cognitive Model

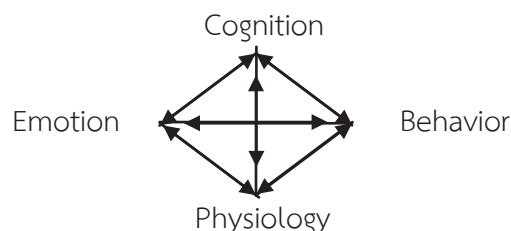
3. Beck's Cognitive Model เป็นแนวคิดของเบคที่อธิบายจากเหตุการณ์ (Situation) ที่เกิดขึ้นจะนำไปสู่ความคิดอัตโนมัติ (Automatic Thoughts) แล้วทำให้เกิดอารมณ์ (Emotion) ขึ้นมา นอกจากทำให้เกิดอารมณ์แล้วยังมีพฤติกรรม (Behavior) และอาการทางร่างกาย (Physiology) ด้วย ซึ่งพฤติกรรมในช่วงที่เกิดอารมณ์จะมีพฤติกรรมที่สอดคล้องกับอารมณ์นั้น เช่น มีอารมณ์กลัวก็อาจมีพฤติกรรมไม่กล้าออกจากห้อง ด้วยความคิดที่สอดคล้องเช่น “ออกไปต้องเจอโจรแน่” และมีอาการแสดงออกทางร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไปด้วย เช่น หัวใจเต้นเร็ว มือเย็น เหงื่อออก เป็นต้น ซึ่งเป็นอาการทางกายที่เกิดขึ้นโดยระบบประสาทอัตโนมัติ sympathetic กล่าวโดยสรุปก็คือ เมื่อเกิดเหตุการณ์ขึ้น บุคคลจะเกิดความคิดอัตโนมัติ และส่งผลให้เกิดอารมณ์ พฤติกรรม และสภาพร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไป

มนุษย์เรามีความคิดอัตโนมัติซึ่งมาจากความเชื่อที่เป็นแก่นของระบบคิดที่เรียกว่า Core Beliefs ซึ่งเป็นความเชื่อที่ฝังรากลึกอยู่ในตัวตนของบุคคลนั้น ส่วน Intermediate beliefs มีลักษณะเป็นกฎเกณฑ์ (Rules) ข้อสันนิษฐาน (Assumption) มักมีลักษณะเป็นเงื่อนไขเช่น “ถ้าเป็นอย่างนั้น...จะทำให้เป็นอย่างนี้...” หรือเป็นประโยคที่มีคำว่า “ควร” หรือ “ต้อง” เป็นส่วนประกอบ เช่น “ฉันต้องทำทุกอย่างให้สมบูรณ์แบบ” “ฉันควรใส่ใจความรู้สึกคนรอบตัวมากกว่าตัวเอง” เป็นต้น ความเชื่อมักมีที่มาซึ่งสามารถสืบค้นได้จากประวัติในอดีต เช่น การที่คนมีความเชื่อว่า “โลกนี้ไม่ปลอดภัย” ก็อาจเป็นเพราะว่าเติบโตมาจากที่มีแต่ความรุนแรง พ่อแม่ทำร้ายกัน หรืออยู่ในชุมชนที่มีการฆ่าฟันกัน ดังนั้นเมื่อมีเสียงดังเกิดขึ้น คนที่มีความเชื่อเช่นนี้ก็จะเกิดมีความคิดอัตโนมัติทันทีว่าเป็นเหตุการณ์ที่รุนแรงน่ากลัวและเกิดความกลัวขึ้นมา แต่ถ้าเป็นบุคคลที่เติบโตมาในสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย เสียงดังตุ้มแม้อาจทำให้ตกใจแต่อาจไม่ทำให้กลัวสักเท่าไร เพราะเชื่อว่าจะไม่มีอะไรรุนแรงเกิดขึ้น ดังนั้นเหตุการณ์เดียวกันการตีความก็อาจไม่เหมือนกัน อยู่ที่แก่นของความเชื่อของคนๆ นั้นว่าเป็นคนมองโลกอย่างไร ซึ่งอาจมาจากการอบรมเลี้ยงดูในวัยเด็ก ในการทำการบำบัดตามแนวคิด CBT อาจมีความจำเป็นต้องกลับไปแก้ไข Core Beliefs เพื่อให้เกิดความเปลี่ยนแปลงในชีวิตที่คงทนและยั่งยืนแต่โดยทั่วไปจะมุ่งเน้นที่การแก้ไข Automatic Thought ก่อนเป็นลำดับแรกเนื่องจากสามารถเข้าถึงได้ง่ายกว่าและมีโอกาสประสบความสำเร็จในการปรับแก้สูงกว่าดังภาพที่ 3



ภาพที่ 3 Beck's Cognitive Model

4. Interactional Model เป็นรูปแบบความคิด (Cognition) อารมณ์ (Emotion) พฤติกรรม (Behavior) และร่างกาย (Physiology) ที่มีความสัมพันธ์เชื่อมโยงถึงกันหมด กล่าวคือเมื่อเกิดความเปลี่ยนแปลงขึ้นกับองค์ประกอบใดองค์ประกอบหนึ่ง ก็อาจส่งผลให้เกิดความเปลี่ยนแปลงกับองค์ประกอบอื่นได้เช่นเมื่อบุคคลเริ่มมีอาการเศร้า ก็อาจมีความคิดในทางลบต่อตนเองว่าตนเองเป็นคนไม่มีคุณค่ามีพฤติกรรมแยกตัวไม่พบปะผู้คน และอาจมีความแปรปรวนทางร่างกาย เช่น รับประทานอาหารไม่ได้หรือนอนไม่หลับเมื่ออารมณ์เศร้ามากขึ้น ความคิดในทางลบก็อาจรุนแรงขึ้นตามลำดับด้วยดังภาพที่ 4



ภาพที่ 4 Interactional model

แนวคิดพื้นฐานของการบำบัดด้วย CBT

การบำบัดด้วย CBT เชื่อว่าความคิดที่บิดเบือนไปจากความเป็นจริง (Dysfunctional Thinking) ทำให้เกิดผลกระทบต่ออารมณ์ของมนุษย์ โดยในโรคทางจิตเวชส่วนใหญ่จะพบลักษณะของความคิดที่บิดเบือนไปบางประการ ดังนั้นแนวทางในการบำบัด คือ ถ้าสามารถประเมิน (Evaluate) ความคิดให้ถูกต้องตามความเป็นจริงหรืออยู่ในโลกของความเป็นจริงได้ (Realistic) อารมณ์เกี่ยวกับอารมณ์ (Emotion) พฤติกรรม (Behavior) ของผู้ป่วยก็จะดีขึ้น โดยขั้นตอนคือ การทำให้ผู้ป่วยเข้าใจก่อนว่าความคิดนั้นมีความผิดปกติอย่างไร ให้การประเมินและช่วยแก้ไขให้ดีขึ้น

CBT เป็นการรักษาที่ใช้การผสมผสานระหว่างเทคนิคการปรับความคิดและการปรับพฤติกรรม ซึ่งในการรักษาโดยวิธีนี้ผู้บำบัดทำหน้าที่ชี้แนะให้ผู้ป่วยเข้าใจรูปแบบต่างๆ ของความคิดที่เบี่ยงเบนและพฤติกรรมที่ผิดปกติ โดยการอภิปรายโต้แย้งความคิดที่ผิดปกติอย่างเป็นระบบ ประกอบกับการให้ผู้ป่วยฝึกทำกิจกรรมต่างๆ เป็นการบ้าน เพื่อช่วยให้เขาประเมิน ปรับเปลี่ยนความคิดที่เบี่ยงเบนและพฤติกรรมที่ผิดปกติด้วยตนเอง

Cognitive therapy เป็นจิตบำบัด (Psychotherapy) แขนงหนึ่งที่มีมุ่งความสนใจที่ความคิดที่บิดเบือน (Dysfunctional Thinking) โดยเฉพาะโรคต่างๆที่เกี่ยวข้องกับความคิดที่บิดเบือนไป และการที่คนรู้สึกคิดหรือมีพฤติกรรมอย่างไรนั้น เกิดจากการที่บุคคลเติบโตหรือมีประสบการณ์มาอย่างไรความคิดที่บิดเบือนในระดับของความคิดอัตโนมัติ หากสามารถเข้าใจและแก้ไขได้อารมณ์ของผู้ป่วยก็จะดีขึ้น แต่ถ้าหากแก้ไขได้ในระดับของความเชื่อก็ยิ่งจะทำให้อาการดีขึ้นอย่างคงทนยืนนาน

การทำ Cognitive Therapy ให้ได้ผลดีต้องมีการทำ Cognitive Conceptualization โดยการใช้ Cognitive Model มาใช้กับผู้ป่วยให้เข้าใจโรคหรือปัญหาของตนเอง เช่น การบำบัดผู้ป่วยซึมเศร้าก็จะดูว่าผู้ป่วยมีรูปแบบการคิดหรือวิธีคิดและมองโลกอย่างไร ทั้งนี้ในคนแต่ละคนก็จะใช้ Cognitive Model ที่ต่างกันไป และเมื่อพบเหตุการณ์ก็จะมีวิธีคิดและตีความแตกต่างกันไป

โรคทางจิตเวชที่มีงานวิจัยสนับสนุนว่าบำบัดด้วย CBT ได้ผลดี

- Major depression
- Generalized anxiety disorder
- Panic disorder
- Social phobia
- Substance abuse
- Eating disorders
- OCD (Obsessive Compulsive Disorder)
- PTSD (Post-Traumatic Stress Disorder)
- Personality disorders
- Bipolar disorder
- Schizophrenia

ในแต่ละโรคที่นำ CBT มาใช้นั้นต้องมีการตั้งเป้าหมายก่อนเสมอว่าจะบำบัดเพื่อแก้ไขอะไร การทำ Cognitive Conceptualization โดยใช้ Cognitive Model จะทำให้เข้าใจว่าแต่ละโรคจะมีลักษณะของความคิดที่บิดเบือน เช่น ภาวะซึมเศร้าก็จะมีความคิดที่ผิดไปจากความเป็นจริงโดยมักมองโลกในทางลบ มองตัวเองแย่ ไม่มีคุณค่า สิ้นหวังหรือสรุปลงเป็น 3 องค์ประกอบ (triad) คือ 1) ตัวเองแย่ 2) โลกรอบตัวแย่

3) อนาคต แยก การนำ cognitive model มาใช้เพื่อให้ผู้ป่วยเห็นความเชื่อมโยงระหว่างกันและสามารถประเมินได้ว่าการมองโลกของเขานั้นถูกต้องหรือผิดไปจากความเป็นจริงอย่างไร

ประเด็นสำคัญที่ควรคำนึงถึงในการบำบัด

1. Cognitive therapy is based on an ever-changing formulation of the patient and problems in cognitive terms การทำ cognitive therapy อยู่บนพื้นฐานของการสังเคราะห์ (Formulate) ปัญหาของผู้ป่วย โดยนำข้อมูลที่ได้จากผู้ป่วยมาวิเคราะห์ในรูปแบบของ Cognitive Model ซึ่งจะช่วยให้เข้าใจผู้ป่วยว่าในแต่ละสถานการณ์เขามีความรู้สึกและความคิดอย่างไร แล้วพิจารณา Cognitive Model ว่ามีปัญหาด้านใดบ้าง ซึ่งใน formulation ของคนใช้นั้นสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา การพบกับผู้ป่วยในแต่ละครั้ง Cognitive Model ก็อาจเปลี่ยนได้เมื่อเราได้ข้อมูลเพิ่มเติม

2. Cognitive therapy requires a sound therapeutic alliance.

การทำ Cognitive Therapy เป็นจิตบำบัด (Psychotherapy) อย่างหนึ่ง ดังนั้น Cognitive Therapy จึงต้องมีพื้นฐานของ Therapeutic Alliance หรือความสัมพันธ์อันดีระหว่างผู้บำบัดกับผู้ป่วยที่มีขอบเขต โดยผู้บำบัดใช้เทคนิคการบำบัดเบื้องต้นเพื่อสร้างความสัมพันธ์นี้ และคอยตรวจสอบความมั่นคงของความสัมพันธ์นี้ในขณะที่การบำบัดดำเนินไปเรื่อยๆ เราจะเห็นได้จากการวิจัยหลายชิ้นที่แสดงให้เห็นว่าความเข้มแข็งของความสัมพันธ์ในการรักษาเป็นตัวทำนายที่ดีที่สุดถึงความสำเร็จในการบำบัดความสัมพันธ์ในการรักษาที่มีประสิทธิภาพมีจุดมุ่งหมายเพียงประการเดียว คือ การพยายามทำให้ผู้ป่วยอาการดีขึ้น ซึ่งจำเป็นต้องมีพันธมิตรที่เข้มแข็งในการรักษา เมื่อความสัมพันธ์มั่นคง ผู้ป่วยจะไว้วางใจผู้รักษามากพอที่จะพูดอย่างตรงไปตรงมา แสดงความรู้สึกที่แท้จริงไม่แสร้ง ผู้บำบัดคือพันธมิตรและผู้ร่วมมือ ไม่ใช่ผู้ปกครองหรือผู้นำที่เอาแต่ออกคำสั่ง ส่วนสัญญาณเตือนที่บอกให้รู้ว่าความสัมพันธ์นี้อาจมีปัญหาเช่น

- ไม่มาตามนัด
- ขอยกเลิกนัด มาสาย หรือขู่ว่าจะหยุดมารักษา
- ลืมทำงานที่ตกลงกันไว้ว่าจะทำ
- กล่าวโทษ ตำหนิหรือวิพากษ์วิจารณ์
- ทำ “การบ้าน” ไม่เสร็จ
- ขัดแย้งกับผู้บำบัดตลอดเวลา
- พฤติกรรมยั่ววนทางเพศ
- มีลักษณะพึงพิงสูง หรือยอมตามมากเกินไป

3. Cognitive therapy emphasizes collaboration and active participation.

การทำ Cognitive Therapy เน้นที่ Collaboration ที่ต้องอาศัยความร่วมมือและการมีส่วนร่วมอย่างแข็งขันแม้ผู้บำบัดจะมีหน้าที่แก้ปัญหาให้ผู้ป่วยแต่ผู้ป่วยเองก็มีหน้าที่ต้องช่วยเหลือตนเองด้วย ผู้บำบัดแบบ CBT จะพยายามกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีบทบาทสำคัญในการบำบัด ซึ่ง Collaboration อาจรวมถึงการทำการบ้านตามที่ตกลงกันว่าจะทำในแต่ละครั้ง การบำบัดที่มีประสิทธิภาพเป็นผลจากการทำงานแบบเป็นทีม (Teamwork) ระหว่างผู้บำบัดและผู้ป่วยในการบำบัดที่ประสบความสำเร็จ ผู้ป่วยจะมีบทบาทมากขึ้นเรื่อย ๆ ในขณะที่การบำบัดดำเนินต่อไป ความร่วมมือกันคือการพูดโต้ตอบแสดงความคิดเห็นกันอย่างสร้างสรรค์ระหว่างคนสองคน ไม่ใช่การพูดคนเดียว บทบาทของผู้บำบัดแบบ CBT นั้นจึงเหมือนกับโค้ช (Coach) ที่จะช่วยให้ผู้ป่วยเรียนรู้เทคนิคต่างๆ ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจเหตุผลว่าเหตุใดเราถึงต้องใช้เทคนิคนั้น (Rationale) และช่วยให้ผู้ป่วยได้ฝึกฝนการใช้เทคนิคนั้นๆ จนเกิดความชำนาญ

4. Cognitive therapy is goal-oriented and problem-focused.

การทำ cognitive therapy มุ่งเน้นที่ปัญหา มีเป้าหมายที่ชัดเจน และพยายามไปให้ถึงเป้าหมาย ซึ่งผู้ป่วยและผู้บำบัดต้องทำงานร่วมกันตั้งแต่เริ่มต้น เพื่อกำหนดปัญหาและเป้าหมายที่เป็นประโยชน์

5. Cognitive therapy initially emphasizes the present.

การทำ Cognitive therapy เน้นที่ปัจจุบัน ถึงแม้เมื่อบำบัดไประยะหนึ่งอาจมีการย้อนกลับไปดูที่อดีตเพื่อประเมินว่าอดีตมีผลต่อความเชื่อในปัจจุบันอย่างไรแต่อย่างไรก็ตามมีวัตถุประสงค์เพื่อแก้ปัญหาในปัจจุบันเป็นสิ่งสำคัญ ผู้บำบัดช่วยให้ผู้ป่วยแยกแยะประเมิน และตอบโต้กับความคิดและความเชื่อที่ไม่เป็นประโยชน์ของตนเอง ให้เห็นลักษณะความคิดในปัจจุบันที่ทำให้เกิดความคิดที่ไม่เป็นประโยชน์หรือพฤติกรรมที่เป็นปัญหา สร้างสมมติฐานเกี่ยวกับปัจจัยที่กระตุ้นให้เกิดปัญหาในปัจจุบัน เหตุการณ์ต่างๆในช่วงของการเติบโตที่มีอิทธิพลต่อความคิด และลักษณะการตีความเหตุการณ์ที่เป็นแบบนั้นมานาน

6. Cognitive therapy is educative, aims to teach the patient to be his/her own therapist, and emphasizes relapse prevention.

การทำ Cognitive Therapy จะมีส่วนที่เป็นการสอนและให้ความรู้แก่ผู้ป่วย เช่น ใน Session มักมีการสอนผู้ป่วยเรื่องการดำเนินของโรค หลักการและแนวคิดของ Cognitive Therapy และ Cognitive Model รวมทั้งเทคนิคต่าง ๆ ที่ใช้จัดการกับความคิด คุณสมบัติที่สำคัญของผู้บำบัดแบบ CBT ที่ดีประการหนึ่งจึงต้องมีความเป็น “ครู” ที่สามารถถ่ายทอดเรื่องราวต่าง ๆ ให้กับผู้ป่วยได้อย่างชัดเจนและเข้าใจ โดยเป้าหมายสุดท้ายหวังว่าผู้ป่วยจะสามารถเรียนรู้จนสามารถนำไปใช้บำบัดตนเองได้ ซึ่งจะเป็นการป้องกันไม่ให้โรคกลับมาเป็นซ้ำได้อย่างมีประสิทธิภาพ

7. Cognitive therapy aims to be time limited.

การทำ Cognitive Therapy มักมีการกำหนดเวลาในแต่ละ Session ไว้ชัดเจน เช่น ครั้งละ 45 นาที หรือ 1 ชั่วโมง รวมทั้งจำนวนครั้งที่ใช้ในการบำบัด เช่น ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ไม่ซับซ้อนอาจกำหนดไว้ 12 ครั้ง หรือ 16 ครั้ง จุดประสงค์ของการกำหนดเวลาที่สำคัญคือเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงคุณค่าของเวลาและพยายามใช้เวลาที่มีให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด

8. Cognitive therapy sessions are structured.

การทำ Cognitive Therapy ในแต่ละครั้งมีโครงสร้างที่ชัดเจนตามลำดับ ดังนี้

- ตรวจสอบอารมณ์ของผู้ป่วย
- ให้ผู้ป่วยเล่าคร่าว ๆ ว่าสัปดาห์ที่ผ่านมาเป็นอย่างไรบ้าง
- ทบทวนกรบ้านของสัปดาห์ที่แล้ว รวมทั้งข้อมูลสะท้อนกลับ (Feedback) จาก Session ที่แล้ว
- ร่วมมือกันกำหนดหัวข้อ (Set Agenda) สำหรับการพูดคุยวันนี้
- พูดคุยหัวข้อตามที่ตกลง
- สรุปเนื้อหาที่พูดคุย
- กำหนดการบ้านสำหรับวันนี้
- ขอข้อมูลสะท้อนกลับจากผู้ป่วยตอนท้าย Session

9. Cognitive therapy teaches patients to identify, evaluate, and respond to their dysfunctional thoughts and beliefs.

การทำ Cognitive Therapy เป็นการสอน ให้ความรู้หรือให้การศึกษาเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถแยกแยะและประเมินความคิด ความเชื่อของตนเอง รวมถึงการจะอย่างไรกับตนเองเพื่อแก้ไขความคิดที่บิดเบือนให้เป็นความคิดที่สมเหตุสมผล เป้าหมายสูงสุดของ CBT คือสอนให้ผู้ป่วยพัฒนาตนเองจนสามารถเป็นผู้บำบัดของ

ตนเองได้ ในการใช้ CBT ผู้บำบัดจะทำตัวเหมือนครูสอนให้ผู้ป่วยรู้จักชะและเทคนิคใหม่ๆ ซึ่งผู้ป่วยจะเรียนรู้มากขึ้นได้ด้วยการนำไปฝึกฝน เปรียบเช่นการเล่นฟุตบอล ที่ถึงแม้เราจะดูมากแค่นั้นก็ไม่อาจทำให้เราเล่นเก่งได้ถ้าเราไม่ได้ลงไปฝึกฝนเอง เราจึงต้องเรียนรู้วิธีที่จะเล่นฟุตบอลว่าเล่นอย่างไร เช่นเดียวการลงฝึกซ้อมอย่างสม่ำเสมอ

10. Cognitive therapy uses a variety of techniques to change thinking, mood, and behavior

Cognitive therapy ใช้เทคนิคหลากหลายเพื่อเปลี่ยนแปลงความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมซึ่งการเปลี่ยนแปลงจะเริ่มต้นที่จุดไหนก่อนขึ้นกับความเหมาะสม เช่นในผู้ป่วยซึมเศร้าที่เก็บตัวไม่ยอมทำอะไร เพราะอารมณ์เศร้าถ้าเราสามารถแก้ไขให้อารมณ์ดีก็อาจจะกลับไปทำงานได้ แต่การแก้ไขอารมณ์โดยตรงอาจทำได้ยากหรือการปรับแก้ความคิดก็อาจทำได้ยากในช่วงแรกเช่นกันเนื่องจากผู้ป่วยยังอยู่ในช่วงที่ความคิดความอ่านยังเชื่องช้าคิดอะไรไม่ออก ดังนั้นจึงอาจปรับแก้ที่พฤติกรรมก่อนโดยกำหนดกิจกรรมให้ทำ ให้ช่วยคิดกิจกรรมหรือตารางกิจกรรมที่ผู้ป่วยควรทำ แล้วเฝ้าสังเกต ติดตาม และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในทางที่ทำให้ผู้ป่วยกระฉับกระเฉงมากขึ้น ซึ่งผลสุดท้ายแล้วก็จะทำให้อารมณ์ดีขึ้นตามมา (ฉัตร พิทยรัตน์เสถียร, 2556)

เทคนิคพื้นฐานสำหรับ CBT

1. การบอกอารมณ์ตนเอง (Identifying Moods)

การที่บุคคลสามารถบอกถึงอารมณ์ตนเองได้นั้นจะทำให้เกิดการระลึกรู้ (Awareness) และสามารถตั้งเป้าหมายได้ว่าจะจัดการกับอารมณ์อย่างไรอาจไม่ใช่เรื่องง่ายสำหรับทุกคนที่จะสามารถบอกถึงอารมณ์ของตนได้นอกจากนี้ยังอาจเกิดความสับสนระหว่าง “อารมณ์” กับ “ความคิด” การฝึกแยกแยะจึงเป็นทักษะที่ควรฝึกฝนประการหนึ่งโดยสิ่งที่บ่งบอกว่าน่าจะเป็นอารมณ์มีดังนี้

- Strong Moods เป็นตัวบอกว่ากำลังมีเรื่องสำคัญเกิดขึ้นในชีวิต เช่น อยู่ดีก็รู้สึกตื่นเต้นหรือเศร้าขึ้นมาทันทีแสดงว่าต้องมีอะไรสำคัญบางประการเกิดขึ้นภายในจิตใจของคนๆ นั้นความรู้สึกนั้นไม่ได้เกิดขึ้นลอยๆ แต่จะต้องมีที่มาของความรู้สึก

- Moods มักบรรยายได้ด้วยคำๆ เดียว สั้นๆ เช่น โกรธ เสียใจ เศร้า อิจฉา

- การแยกแยะอารมณ์ (Identify Moods) ช่วยให้เราสามารถตั้งเป้าหมายและติดตามผลได้ง่ายขึ้น

- อาการทางกายอาจเป็นตัวช่วยบอกอารมณ์ ควรให้คนไข้ได้เข้าใจถึงความสัมพันธ์ของอาการทางกายกับอารมณ์ เช่น มีอาการสั่น เหงื่อออก อาจเป็นเพราะอารมณ์ “ตื่นเต้น” หรือถ้ามีอาการ “เศร้า” ก็อาจแสดงอาการทางกายเป็นลักษณะเชื่องช้า ไร้เรี่ยวแรง เป็นต้น

2. สถานการณ์ต่างๆ (Situations)

สถานการณ์ไม่ใช่ตัวกำหนดความรู้สึกของเรา ด้วยตัวของสถานการณ์เองไม่ได้มีผลกระทบต่ออารมณ์และพฤติกรรมของเราโดยตรงแต่การรับรู้และการตีความของเราต่างหากที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกและพฤติกรรมของเราอย่างลึกซึ้ง

อารมณ์จะมีความสัมพันธ์กับเหตุการณ์ เราสามารถตั้งคำถามที่ใช้ในการแยกแยะความคิดให้เข้ากับเหตุการณ์โดยใช้หลัก 4 W

- Who ตอนนี้อยู่กับใคร การที่ถามว่าตอนที่เกิดเหตุการณ์อยู่กับใคร เพราะคนแต่ละคนที่อยู่ด้วยมีความสำคัญต่างกันและมีผลต่อความรู้สึกที่ต่างกัน เช่น การชวนคนไปเที่ยว ถ้าเป็นเพื่อนบอกไม่ว่ากัน อาจรู้สึกน้อยใจเล็กน้อยแต่ถ้าเป็นแฟนก็อาจรู้สึกน้อยใจอย่างรุนแรง เป็นต้น

- What ตอนนั้นทำอะไรอยู่ เหตุการณ์บางอย่างมีความจำเพาะเจาะจงกับอารมณ์ เช่น กลัว ขณะที่อยู่ในลิฟต์ก็อาจเป็นเพราะกลัวที่แคบ ขับรถอยู่บนถนนแล้วกลัวก็อาจเป็นเพราะกลัวที่โล่ง หรือการที่ รู้สึกเหงาทั้งที่อยู่กับคนมากๆ ก็มักมีอะไรสักอย่างที่อยู่ใจ

- When เกิดขึ้นเมื่อไหร่ ระยะเวลาหรือช่วงเวลาที่เกิดเหตุการณ์ก็มีผลต่ออารมณ์ความรู้สึก

- Where ตอนนั้นอยู่ที่ไหน เหตุการณ์เดียวกันแต่หากเกิดในสถานที่ที่ต่างกัน อารมณ์ความรู้สึก ที่เกิดขึ้นย่อมต่างกัน

ดังนั้นเมื่อสามารถบรรยายเหตุการณ์ได้แล้วก็ควรเชื่อมโยงให้ผู้ป่วยเห็นว่าเหตุการณ์มีความสัมพันธ์ กับอารมณ์ ทั้งนี้การฝึกเขียนบันทึกเหตุการณ์และอารมณ์นั้นจะทำให้เห็นภาพได้อย่างชัดเจนขึ้นเนื่องจาก บุคคลโดยทั่วไปมักไม่สามารถแยกแยะระหว่างความคิดต่อเหตุการณ์กับอารมณ์ที่เกิดออกจากกันได้ จึงควรฝึกฝน โดยนึกถึงตัวอย่างของเหตุการณ์ที่เรามีอารมณ์ที่เด่นชัดแล้วตอบคำถามตามหัวข้อ 4W ข้างต้น

3. อารมณ์ สถานการณ์ และการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายเมื่อเกิดความเครียด (Moods Situations, and Changes in Body Tension)

เหตุการณ์ทำให้เกิดอารมณ์และอาจทำให้มีอาการทางกายเกิดขึ้นร่วมด้วย ผู้ป่วยที่มาเข้ารับ การบำบัดมักมาด้วยอารมณ์ทางลบ เช่น โกรธ ตื่นเต้น เศร้าใจ แต่หลายครั้งพบว่าผู้ป่วยอาจไม่สามารถบอกถึง อารมณ์ของตนเองได้ชัดเจนจึงอาจต้องใช้อาการทางกายเป็นตัวช่วยบอกอารมณ์

การเล่าเรื่องของแต่ละคนนั้น บางคนอาจเริ่มเล่าจากอารมณ์แล้วตามด้วยเหตุการณ์ แต่บางคนอาจ เล่าเหตุการณ์ก่อนแล้วตามด้วยอารมณ์ที่เกิดขึ้น หน้าที่ของผู้บำบัดคือการถามให้ได้องค์ประกอบที่ยังขาดไป เพื่อให้เกิดความชัดเจนหรือแน่ใจกับสิ่งที่คนไข้ให้ข้อมูลมา

4. การประเมินระดับอารมณ์ (Rating Moods)

อารมณ์แต่ละชนิดในแต่ละช่วงเวลามีความรุนแรงไม่เท่ากัน เช่น อารมณ์โกรธซึ่งความโกรธในแต่ละ เหตุการณ์มักไม่เท่ากันคือบางทีโกรธมาก บางทีโกรธน้อย ประโยชน์ของการ Rating Moods คือ

- ช่วยให้รู้ระดับความแรง (Intensity) ของอารมณ์
- ช่วยให้เราสังเกตการขึ้นลง (Fluctuation) ของอารมณ์
- เตือนให้รู้ว่าเหตุการณ์หรือความคิดไหนมีผลต่ออารมณ์
- ใช้การเปลี่ยนแปลงระดับอารมณ์เป็นสิ่งที่บอกเราว่าวิธีที่ใช้จัดการอารมณ์นั้นมีประสิทธิภาพ

ขนาดไหน

เราสามารถประเมินระดับอารมณ์ได้โดยลองนึกตัวอย่างเหตุการณ์ที่มีอารมณ์ที่ชัดเจนแล้ว Rating โดยอาจใช้เป็น Scale หรือเพื่อให้เห็นภาพชัดขึ้นอาจนึกถึงปรอท แล้วให้น้ำหนักอารมณ์ว่ามีความแรงมาก น้อยเท่าใด ดัง Scale ข้างล่าง

0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100

ไม่เลย	เล็กน้อย		ปานกลาง			มาก		มากที่สุดเท่าที่เคยมี		

เมื่อ Rating แล้วผู้บำบัดอาจถามต่อว่า ณ ตอนที่รู้สึกโกรธมากนั้นมีอารมณ์อื่นๆ อีกหรือไม่หรือ ก่อนที่จะโกรธได้มากขนาดนี้มีอารมณ์โกรธอยู่บ้างแล้วรึเปล่า เช่น กรณีโดนเพื่อนขโมยของ เมื่อไปถามแล้ว เพื่อนไม่ยอมรับ ณ ตอนนั้นก็อาจรู้สึกโกรธอยู่นิดๆแล้ว และยังจับได้ว่าเขาเป็นคนขโมยอารมณ์โกรธที่มีก็อาจ

พุ่งสูงถึง 100 % ดังนั้นการที่เราได้รายละเอียดหรือข้อมูลของเหตุการณ์ซึ่งนำมาสู่อารมณ์โกรธของผู้ป่วยนั้นก็จะทำให้เข้าใจที่มาของ Rating อารมณ์นั้น ทั้งนี้อารมณ์ที่เกิดขึ้นนั้นอาจเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลาตามสถานการณ์

ในขณะที่ใช้ CBT นี้ อาจเกิดมีความคิดที่เป็นทางเลือก (Alternative Thought) เพิ่มขึ้นมาและทำให้มีทางเลือกมากขึ้น ซึ่ง Alternative Thought เป็นตัวที่ทำให้คิดอะไรได้กว้างขึ้น ตามแนวของการทำ CBT ไม่ใช่เป็นการบอกว่าสิ่งที่ผู้ป่วยคิดนั้นเป็นความคิดที่ผิด ในความคิดนั้นถูกต้องเพียงบางส่วน เราจึงมีหน้าที่แนะนำให้ผู้ป่วยคิดให้รอบคอบมากขึ้น

5. การหาความคิดอัตโนมัติ (Automatic Thoughts)

ในเหตุการณ์ใดๆ ก่อนที่จะเกิดเป็นอารมณ์ และพฤติกรรมนั้นอาจมีสิ่งหนึ่งเกิดขึ้นก่อน นั่นคือ Automatic Thoughts ซึ่งเป็นความคิดต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเป็นความคิดที่เกิดขึ้นทันทีก่อนที่จะผ่านกระบวนการคิดอย่างมีเหตุผลรวมถึงการแปลความหมายของสิ่งแวดล้อมรอบตัวในปัจจุบัน อาจเป็นความคิดเกี่ยวกับตนเองหรือบุคคลอื่น ความคิดอัตโนมัติจะอยู่ในกระแสความคิดอื่นๆ ซึ่งคนเราจะคิดอยู่ตลอดเวลา ความคิดอัตโนมัติเป็นความคิดที่ผุดขึ้นมาเป็นระยะๆ โดยถ้าเปรียบความคิดเป็นกระแสน้ำ ความคิดอัตโนมัติก็คล้ายปลาที่โผล่ขึ้นมาแล้วก็ดำลงไปใต้น้ำตามเดิม ความคิดอัตโนมัติที่ผุดขึ้นมา นั้นมักไม่เป็นที่สังเกตได้ชัดเจน โดยทั่วไปคนเราจะไม่รู้ตัว ทั้งๆ ที่ความคิดอัตโนมัติมีความสัมพันธ์กับอารมณ์หรืออาการทางกาย และการที่จะรู้ความคิดอัตโนมัติได้นั้นต้องมีการฝึกฝนความสัมพันธ์ของความคิดอัตโนมัติกับอารมณ์บางชนิด เช่น อารมณ์เศร้าขึ้นอยู่กับการคิดและการให้ความหมายกับสิ่งนั้น

ความคิดอัตโนมัติมีได้หลายรูปแบบ อาจเป็นคำสั้นๆ เป็นวลี เป็นประโยค หรืออาจเป็นภาพ บางครั้งอาจมีลักษณะเหมือนสัญญาณโทรเลขที่ต้องอาศัยความชำนาญในการปะติดปะต่อเพื่อรับสาร ตัวอย่างเช่นคนที่กำลังโกรธ ความคิดอัตโนมัติอาจเป็นคำพูด เช่น “อยากจะฆ่ามัน” และอาจเป็นภาพโดยที่นึกถึงภาพที่ตนเองเอาปืนมายิงเขาหรืออาจเห็นเป็นภาพตนเองกำลังชกเขาอยู่ แต่บางคนอาจเห็นเป็นภาพตนเองติดคุก เพราะโกรธปนกับกลัวหากตนเองทำอะไรรุนแรงไป

การดูความคิดอัตโนมัตินั้นก็เพื่อดูว่าสัมพันธ์กับอารมณ์อย่างไร โดยอาจดูที่อารมณ์ก่อนเพราะมักจับได้ง่ายกว่าแล้วค่อยดูว่าเกิดความคิดอัตโนมัติอย่างไรส่วนใหญ่คนเราจะเชื่อในความคิดอัตโนมัติทันทีโดยที่ไม่มีการตรวจสอบกับตนเองและความเป็นจริงของโลกภายนอกอย่างเป็นระบบ

ทั้งนี้ การคาดการณ์เกี่ยวกับเหตุการณ์ในอนาคตจากเหตุการณ์หรือประสบการณ์ที่เกิดขึ้นในอดีตต่าง ๆ นานาทำให้เกิดอาการต่างๆ ของภาวะซึมเศร้า เช่น การไม่มีพลังกำลัง เหนื่อยชา วิตกกังวล รู้สึกผิด สมาธิไม่ดี นอนไม่หลับ ซึ่งเมื่อเกิดภาวะซึมเศร้าแล้วความคิดอัตโนมัติทางลบก็จะเกิดตามมาเรื่อยๆ และรุนแรงมากขึ้นจนความคิดที่มีเหตุผลก็จะถูกบดบังและเลือนหายไปที่สุดในที่สุด และหากมีภาวะซึมเศร้ามากเท่าไรก็ยิ่งจะทำให้มีความคิดด้านลบมากขึ้นเท่านั้น นอกจากนี้ก็จะทำให้ยิ่งเชื่อไปตามความคิดนั้นและเกิดอารมณ์เศร้ามากตามไปด้วย

6. คำถามที่ใช้เพื่อจับความคิดอัตโนมัติ (Identifying Automatic Thoughts)

ในการตั้งคำถามผู้ป่วยนั้นก็เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจความคิดอัตโนมัติว่าคืออะไรและทำให้เกิดความรู้สึกอย่างไร โดยการถามเพื่อแยกแยะความคิดอัตโนมัติ (Identify Automatic Thoughts) นั้น อาจเริ่มจากอารมณ์ที่เกิดแล้วตามด้วยการถามความคิดอัตโนมัติ เพราะจะทำให้ง่ายต่อการเข้าถึงความคิดอัตโนมัติ ซึ่งคำถามที่ใช้ถามมีดังนี้

- ตอนที่เกิดเหตุการณ์นั้นขึ้นคุณจำได้ไหมว่าคิดอะไรขึ้นมา?
- หรือตอนที่เกิดเหตุการณ์นั้นขึ้นคุณนึกเห็นภาพอะไร?

- ถ้าที่คุณคิดเป็นจริง หมายความว่าตัวคุณเป็นอย่างไร ?
- สิ่งนี้มีความหมายอย่างไรกับตัวคุณ ชีวิตคุณ หรืออนาคตของคุณ?
- ถ้าที่คุณคิดเป็นจริง หมายความว่าคนอื่นจะมองคุณอย่างไร?
- สิ่งนี้มีความหมายว่าคนอื่นเป็นอย่างไร?
- ถ้าที่คุณคิดเป็นจริง แล้วคุณคิดว่าจะเกิดอะไรขึ้น?
- หรือคุณกลัวว่าจะเกิดอะไรขึ้น?
- ถ้าความคิดนี้เป็นจริง เรื่องแย่ที่สุดที่อาจเกิดขึ้นได้คืออะไร?

7. ความคิดอัตโนมัติที่เราสนใจที่สุด (Hot Thought/ Key Cognition)

Hot Thought เป็นความคิดอัตโนมัติที่ควรได้รับความสนใจมากที่สุดเนื่องจากมีผลต่ออารมณ์มากที่สุด เช่น ในขณะที่เร้าอาจมีความคิดหลายอย่างเกิดขึ้น ควรพิจารณาว่าความคิดไหนที่มีผลต่อความเร้ามากที่สุด ซึ่ง hot thought เป็นความคิดที่จำเป็นต้องได้รับการปรับแก้ก่อนความคิดอื่น

รูปแบบความคิดที่บิดเบือน (Thinking Errors)

รูปแบบความคิดที่บิดเบือนมีหลายรูปแบบทั้งที่เป็นความคิดอัตโนมัติและความเชื่อมีดังนี้

1. All-or-nothing thinking (หรือเรียกว่า Black-and-White หรือPolarized หรือ Dichotomous Thinking) คือความคิดสุดขั้วในด้านใดด้านหนึ่ง เป็นดำหรือขาวไปหมด บวกหรือลบไปหมด โดยไม่สามารถมองอะไรกลาง ๆ ได้

- “ถ้าทำได้ไม่สมบูรณ์แบบอย่าทำซะดีกว่า”
- “ฉันพูดอะไรที่ไม่เข้าท่า ฉันเป็นผู้บ่่าบดที่ไม่ได้เรื่องที่สุด”
- “ถ้าไม่รักฉันที่สุดในโลกก็ไม่ต้องมายุ่งเกี่ยวกับฉัน”

2. Catastrophizing เป็นความคิดแบบ Overgeneralization ที่รุนแรง เป็นการแปลสถานการณ์หรือเรื่องราวที่เกิดขึ้นให้รุนแรงสุดขีด เป็นความหายนะ

- “ถ้าฉันไม่หายปวดหลัง ฉันคงไม่สามารถมีความสุขไปชั่วชีวิต”
- “ถ้าเขาไปที่นั่นฉันคงหงุดหงิดแล้วทำอะไรต่อไม่ได้”
- “ตายแน่ๆ ตายแน่ๆ”

3. Disqualifying or discounting the positive ไม่พึงพอใจในสิ่งดีที่ตนมีหรือเป็นอยู่เพราะให้ความสำคัญสิ่งที่ไม่ดีมากกว่า

- “งานนี้เขาว่าฉันทำดีแต่ฉันว่าพลู๊ก”
 - (สอบเลขได้ A แต่สอบฟิสิกส์ได้ C) “วิชาเลขไม่มีความหมายหรอกเพราะได้ A ทุกที่ ผลสอบฟิสิกส์ต่างหากที่เรื่องใหญ่”

4. Emotional reasoning ใช้ความรู้สึกตัดสิน ดูเหมือนมีเหตุผล แต่เป็นเหตุผลที่มาจากอารมณ์ ความรู้สึกของตนเอง เช่น ลางสังหรณ์ หรือ “รู้สึกว่ามันต้องเป็น...แน่ ๆ”

- “ดูเหมือนอะไรจะเป็นไปได้ด้วยดีแต่ฉันก็ยังเชื่อว่าชีวิตมันแย่”
- “ฉันรู้สึกสิ้นหวังเพราะฉะนั้นอะไรก็คงไม่ดีขึ้นสำหรับฉัน”
- “ฉันรู้สึกไม่ค่อยดีกับการลงทุนครั้งนี้แปลว่ามันน่าจะไม่รอด”

5. Labeling เป็นการตีตราตนเอง หรือ คนอื่นในทางลบ ไม่ว่าจะทำอะไรก็มักยึดติดกับความรู้สึกที่ตนได้ตีตราไว้

- “เด็กโง่”
- “ปัญญาอ่อน”

6. Magnification/ Minimization เมื่อเกิดความผิดพลาดกับตนเองจะมองปัญหานั้นแบบขยายให้ใหญ่โตเกินความเป็นจริง เรียกว่า Magnification และเมื่อมีเรื่องดีเกิดขึ้นก็มองข้อดีหรือความสำเร็จของตนเองเป็นเรื่องเล็ก ซึ่งเรียกความคิดลักษณะนี้ว่า Minimization

- “วันนี้ทำกุญแจหายอีกแล้ว ไม่ได้เรื่องซักอย่างเลยฉัน”
- “วันนี้เล่นดีแต่ไม่ได้แปลว่าพรุ่งนี้จะได้ดี”

7. Mental filter เลือกที่จะเชื่อหรือคิดในสิ่งที่ตนเองมีความเชื่อหรือคิด

- (คะแนนสอบ 7 วิชา: A A D A B A A) – “เฮงช่วยจริง ๆ เลยฉัน” (เนื่องจากเชื่อมาก่อนแล้วว่าตนเองไม่เก่งจึงมองเห็นแต่คะแนนวิชาที่ไม่ดีและละเลยวิชาที่คะแนนดี)

- (คุยโทรศัพท์ทีๆ กับแฟน 2 ชั่วโมงแฟนขอวางโทรศัพท์ไปทำงาน) – “เขาไม่มีเวลาให้ฉัน”

8. Mind reading สรุปลงเดา ในทางลบเกี่ยวกับความคิด โดยไม่มีหลักฐานมาสนับสนุน

- “มองตาก็อธิษฐานว่าเขาเกลียดฉัน”
- (คนโต๊ะข้างๆ มาถามว่ากระป๋องตัวนี้ซื้อที่ไหน) – “เขาดูถูกฉันว่าคงไม่มีปัญญาซื้อของใช้แพงๆ”

9. Overgeneralization การสรุปแบบเหมารวม ด่วนสรุปอย่างไม่มีหลักฐานหรือมีหลักฐานเพียงเล็กน้อย

- (ไปงานเลี้ยงแล้วรู้สึกอึดอัด) – “ฉันเป็นคนมีปัญหามนุษยสัมพันธ์”
- “อายุ 25 ยังหาแฟนไม่ได้ แปลว่าฉันคนชั่ว”

10. Personalization การสรุปเหตุการณ์เข้าหาตนเอง การแปลสถานการณ์ เหตุการณ์หรือพฤติกรรมภายนอกว่าเป็นตัวยืนยันให้เห็นว่าตนไม่ดี หรือบางคนก็คิดตรงข้ามคือเมื่อเกิดเรื่องไม่ดีก็จะโทษคนอื่นเสมอโดยไม่พยายามคิดว่าตนเองก็มีส่วนเกี่ยวข้อง

- (อยากดูหนังแต่ซื้อตั๋วไม่ได้เพราะตั๋วเต็ม) – “เออ! คนจนมันไม่ขายตั๋วให้”
- (หัวหน้าออกกฎเรื่องการใช้โทรศัพท์ในที่ทำงาน) – “เขาหาเรื่องเล่นงานฉัน”

11. “Should” and “must” statements การคิดคาดหวังให้ตนเองหรือคนอื่นเป็นอย่างนั้นอย่างนี้ตามที่ตนคาดหวังหรือความต้องการของตน

- “ฉันต้องพยายามให้ดีที่สุดในทุกอย่างที่ฉันทำ”
- (อาจารย์) “นักเรียนควรตั้งใจเรียนเต็มร้อยทุกนาทีในห้องเรียน”

การประเมินความคิดและพฤติกรรม

ในการทำ CBT นั้นหลักการสำคัญที่ควรสอนผู้ป่วยด้วยก็คือไม่ควรเชื่อความคิดของตนเองทั้งหมดเนื่องจากความคิดเป็นเพียงสมมติฐานเท่านั้น ไม่ใช่ความจริง ผู้ป่วยควรเรียนรู้ที่จะประเมินความคิดทั้งในแง่ความถูกต้องตามความเป็นจริง (Validity) และประโยชน์ของความคิดนั้น (Utility) โดยการประเมินความถูกต้องนั้นมักเริ่มจากการหาหลักฐาน (Evidence)

หลักฐานที่สนับสนุนว่าความคิดที่เรานั้นจริงมักหาได้ง่าย แต่การหาหลักฐานที่จะมาคัดค้านความคิดนั้นทำได้ยากเนื่องจากเวลาเรามี Negative Automatic Thought เรามักหมกมุ่นครุ่นคิดอยู่แต่กับข้อมูลที่ยืนยันความคิดเรา ทางที่ดีควรมองความคิดนั้นเป็นแค่สมมติฐานหรือการคาดเดาการมองหาข้อมูลมาสนับสนุนหรือคัดค้านความคิดของเราจะทำให้มองความคิดนั้นได้กระจ่างขึ้น

ประเภทของหลักฐานประกอบด้วย Data, Information, และ Facts ส่วน Interpretations และ Opinions ไม่ใช่หลักฐาน การหาหลักฐานที่จะมาคัดค้านความคิดสามารถทำได้โดยการถามเพื่อให้ผู้ป่วยได้มุมมองที่ต่างจากที่เขาคิด ซึ่งคำถามที่ใช้เพื่อช่วยในการหาหลักฐานมาคัดค้านความคิด เช่น

- เคยมีครั้งไหนสักครั้งไหมที่ความคิดนี้ไม่จริง?

- ถ้าเพื่อนสนิทหรือคนที่คุณรักสักคนคิดแบบนี้ คุณจะบอกเขาว่าอย่างไร?
- ถ้าเพื่อนสนิทหรือคนที่คุณรักสักคนรู้ว่าคุณคิดแบบนี้
 - คุณจะบอกเขาว่าอย่างไร?
 - คุณจะยกเหตุผลอะไรมาบอกว่าสิ่งที่เขาคิดไม่ได้ถูกทั้ง100%?
- ตอนที่คุณไม่ได้อยู่ในอารมณ์นี้ คุณคิดต่างไปจากนี้หรือเปล่า?
- ถ้าคุณเคยรู้สึกแบบนี้มาแล้วในอดีต คุณคิดอย่างไรถึงทำให้รู้สึกดีขึ้นได้?
- คุณเคยอยู่ในสถานการณ์แบบนี้มาก่อนหรือเปล่า
 - แล้วครั้งนั้นกับครั้งนี้มันต่างกันอย่างไร?
 - สิ่งที่คุณได้เรียนรู้จากประสบการณ์ครั้งนั้นจะช่วยคุณในตอนนี้ได้อย่างไร?
- มีอะไรเล็กๆ น้อยๆ ที่ค้ำความคิดของคุณ แต่คุณละเลยหรือมองข้ามมันไปหรือเปล่า?
- 10 ปีจากวันนี้ไป ถ้าคุณมองย้อนกลับมาวันนี้ คุณจะมองมันต่างไปจากเดิมหรือเปล่า?
- มีเรื่องดี ๆ เกี่ยวกับตัวคุณหรือเหตุการณ์นี้ที่คุณมองข้ามไปหรือเปล่า?
- คุณอาจสรุปอะไรเร็วไปโดยไม่ดูหลักฐานหรือเหตุผลให้ครบถ้วนหรือเปล่า?
- คุณกำลังตำหนิตัวเองในสิ่งที่คุณไม่สามารถควบคุมได้ทั้งหมดหรือเปล่า?

การปรับแก้ความคิด (Modifying Dysfunctional Thoughts)

1. Dysfunctional thought สามารถประเมินได้จาก 2 อย่าง คือ

1) ความถูกต้องตามความเป็นจริง (Validity) ของข้อมูล เช่น คุณแม่คนหนึ่งซึ่งมีความคิดว่าลูกไม่รักและไม่ต้องการตนแล้วทำให้เกิดความเศร้า เมื่อได้มาประเมินหลักฐานต่างๆ แล้วก็พบว่าความคิดนี้อาจบิดเบือนไป เนื่องจากลูกก็ยังเอาใจใส่แม่ที่อยู่เพียงแต่ช่วงนั้นลูกอาจจะงานยุ่งมากซึ่งเมื่อได้ปรับแก้ความคิดแล้วก็ช่วยให้อารมณ์ดีขึ้น

2) ประโยชน์ (Utility) ของข้อมูลหรือความคิดบางอย่างอาจตรงหรือถูกต้องตามความเป็นจริง แต่ไม่มีประโยชน์ เช่น คนทำงานในช่วงที่มีงานมากๆ อาจมี Automatic Thought ขึ้นมาว่า “โน่นก็ยังไม่ทำ นี่ก็ยังไม่ทำ แย่แน่เลย” ซึ่งเป็นความจริงและ Valid เพราะงานหลายอย่างก็ยังไม่ได้ทำจริง และถ้าทำงานไม่เสร็จก็อาจเดือดร้อนได้จริง ๆ แต่ปัญหาคือยิ่งคิดก็ยิ่งเครียด แล้วก็ทำงานได้น้อยลง ซึ่งไม่เป็นประโยชน์ต่อการทำงานเลย จึงควรเปลี่ยนเป็นความคิดที่ดีมีประโยชน์กว่า เช่น “งานเยอะก็ค่อยๆ ทำเดี๋ยวก็เสร็จ” จะเป็นผลดีต่อการทำงานมากกว่า

2. เทคนิคการปรับความคิด โดยสรุปมีดังนี้

1) การตั้งคำถาม ผู้บำบัดจะใช้ทักษะการถามเพื่อทดสอบความมีเหตุผลในกระบวนการคิดของผู้ป่วย โดยผู้บำบัดพยายามให้ผู้ป่วยคิดหาทางออกด้วยตนเอง

2) ใช้แบบฟอร์มความคิดอัตโนมัติ เพื่อบันทึกเหตุการณ์ ความคิดอัตโนมัติ ผลที่เกิดขึ้น และการตอบสนองที่ผู้ป่วยใช้

3) การหันเหความสนใจ การฝึกหันเหความสนใจหรือการพยายามนึกถึงเหตุการณ์ที่เกิดความสุข อาจช่วยให้สามารถหยุดความคิดทางลบของผู้ป่วยได้

4) การพิจารณาข้อดีข้อเสียของการที่จะคงความคิดทางลบนั่นไว้ และให้ผู้ป่วยทดลองทำตามความคิดใหม่

5) ชี้ให้ผู้ป่วยเห็นว่าปัญหาไม่ใช่เกิดจากตัวผู้ป่วย และให้พยายามคิดแบบเป็นกลาง ไม่สุดขั้วไปด้านใดด้านหนึ่ง

6) ฝึกให้ผู้ป่วยแปลการรับรู้ใหม่กับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ซึ่งหากเปลี่ยนมุมมองของการรับรู้จะช่วยให้เกิดความคิดเกี่ยวกับตนเองในทางที่ดีและเกิดการเปลี่ยนแปลงได้

3. การตั้งคำถามกับความคิด (Questioning Thoughts)

วิธีการตั้งคำถามกับความคิดมีดังนี้

1) อะไรทำให้คิดอย่างนั้น?

- หลักฐานสนับสนุน เป็นการหาว่าสิ่งที่ทำให้คิดอย่างนี้คืออะไร มีหลักฐานหรือเหตุผลอะไร?
- หลักฐานคัดค้าน เป็นการคิดในทางตรงกันข้ามว่ามีหลักฐานไปในอีกทางหนึ่งไหม?

2) มีคำอธิบายอื่น ๆ ที่เป็นทางเลือก (Alternative Explanations) หรือไม่?

3) ถ้าเป็นอย่างที่คิดจริงๆ สิ่งแย่ที่สุดที่เป็นไปได้คืออะไร?

- อะไรทำให้เชื่ออย่างนั้น?
- แล้วถ้าเป็นอย่างนั้นจริงจะรับได้แค่ไหน? จะดำเนินชีวิตต่อได้ไหม?
- สิ่งดีที่สุดที่เป็นไปได้คืออะไร?
- แล้วผลลัพธ์ที่น่าจะเป็นไปได้มากที่สุด (Most Realistic Outcome) คืออะไร?

4) ถ้าเราเชื่อความคิดนี้จะมีผลอะไรกับชีวิตเรา?

- แต่ถ้าเราเปลี่ยนความคิดจะเกิดผลอะไรขึ้น?

5) ถ้าอย่างนั้น สรุปว่าจะ “เชื่อ” และ “ทำ” อย่างไรดี?

การประยุกต์ใช้การบำบัดความคิดและพฤติกรรม (Beck et al., 1979)

ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่ การสอนผู้ป่วย (Didactic) เทคนิคการบำบัดทางความคิด (Cognitive technique) และเทคนิคบำบัดทางพฤติกรรม (Behavior technique) คุณลักษณะของผู้บำบัดเป็นสิ่งสำคัญที่สุดที่จะนำไปสู่ความสำเร็จของการรักษา ผู้บำบัดต้องมีความอบอุ่น ยอมรับและเข้าใจประสบการณ์ชีวิตของผู้ป่วยด้วยความจริงใจ มีความซื่อสัตย์ต่อตนเองและต่อผู้ป่วยจะต้องมีความสามารถในการใช้ทักษะและการมีปฏิสัมพันธ์ไปกับผู้ป่วยจะต้องมีการกำหนดระเบียบวาระก่อนเริ่มต้นในแต่ละครั้งและมีการสอนทักษะใหม่ทั้งผู้ป่วยและผู้บำบัดจะต้องมีส่วนร่วมเหมือนกันในการดำเนินการบำบัด ส่วนประกอบของการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ดังนี้ (Sadock&Sadock, 2003; สุขชาติ พหลภาคย์, 2542)

ขั้นตอนที่ 1 การสอนผู้ป่วย (Didactic Aspects) หมายถึง ผู้บำบัดอธิบายให้ผู้ผู้ป่วยทราบเกี่ยวกับแบบแผนความคิดของผู้ป่วย (Cognitive triad) โครงสร้างทางความคิด (Schema) ที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วย โดยผู้บำบัดจะต้องบอกผู้ป่วยให้รู้ถึงวิธีการและตั้งสมมติฐานเกี่ยวกับความคิดในเรื่องใดเรื่องหนึ่งและร่วมกันทดสอบสมมติฐานที่ตั้งขึ้น และอธิบายถึงความสัมพันธ์ระหว่างอารมณ์ซึมเศร้า กับความคิด อารมณ์และพฤติกรรม และเหตุผลของการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด

ขั้นตอนที่ 2 เทคนิคการบำบัดทางความคิด (Cognitive Technique) มี 4 ขั้นตอน คือ

1. การสกัดความคิดที่เกิดขึ้นอย่างอัตโนมัติ (Eliciting Automatic Thought) ของผู้ป่วยหรือการค้นหา Automatic Thought ผู้บำบัดควรให้ผู้ผู้ป่วยสังเกตผลที่เกิดขึ้นภายหลังเหตุการณ์ภายนอกที่มักกระตุ้นผู้ป่วยอาจรายงานถึงเหตุการณ์ต่างๆที่ทำให้ไม่สบายใจอย่างไม่มีเหตุผลอธิบาย โดยใช้การบันทึกด้วยตนเอง การบันทึกดังกล่าวสามารถนำมาวิเคราะห์ถึงระบบความคิดและเนื้อหาของความคิดได้ นอกจากนี้ยังสามารถอธิบายกระบวนการทางความคิดที่มีต่อพฤติกรรมของบุคคลได้

2. การทดสอบความคิดชนิดที่เกิดขึ้นอย่างอัตโนมัติ (Testing Automatic Thought) ผู้บำบัดทำหน้าที่เป็นครูช่วยผู้ป่วยทดสอบความคิดที่เกิดขึ้นอย่างอัตโนมัติว่ามีความสมเหตุสมผลเพียงใดและเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอาจเกิดจากสาเหตุอื่นๆ (Alternative Possible Interpretation) หรือเป็นการค้นหาความคาดหวังของผู้ป่วยว่าถูกต้องสมเหตุสมผลเพียงใด ผู้บำบัดจะช่วยให้ผู้ป่วยเลิกความคิดที่ผิดพลาดเกินความจริงที่มักจะเกิดขึ้นอย่างอัตโนมัติ การตรวจสอบความคิดที่เกิดขึ้นอย่างอัตโนมัติช่วยให้ผู้ป่วยมีการแก้ไขปรับเปลี่ยนความคิดที่เกิดขึ้นอย่างเหมาะสม โดยการวิเคราะห์ความคิด ทศนคติ การให้ความหมายของผู้ป่วยต่อปัญหาหรือสถานการณ์นั้นๆ เป็นการสะท้อนให้ผู้ผู้ป่วยได้เห็นถึงความคิดที่ไม่เหมาะสม มุ่งแต่จะโทษตนเองให้ตระหนักถึงความคิดที่ไม่ถูกต้องแล้วเกิดการปรับเปลี่ยนความคิดที่บิดเบือน

3. การพิสูจน์มูลบทหรือข้อสันนิษฐานที่ไม่เหมาะสม (Identifying Maladaptive Assumption) ในขณะที่ผู้ป่วยและผู้บำบัดช่วยกันสกัดและทดสอบความคิดที่เกิดขึ้นอย่างอัตโนมัติ ผู้บำบัดมักจะพบมูลบทหรือข้อสันนิษฐานที่ไม่เหมาะสมที่มีอยู่ในความคิด การเข้าใจของผู้ป่วยยึดมูลบทหรือข้อสันนิษฐานเป็นเกณฑ์ในการดำเนินชีวิตจนเกิดความคิดอัตโนมัติที่ไม่ถูกต้อง ทำให้ผู้ป่วยไม่พอใจตนเอง รู้สึกว่าตนเองล้มเหลวและมีอารมณ์ซึมเศร้าตามมา ในขั้นตอนนี้จะเป็นการช่วยให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนความคิดเพื่อให้มีมุมมองในการคิดที่ยืดหยุ่น สมเหตุสมผล ตรงตามความจริงมากขึ้น โดยปรับเปลี่ยนความคิดได้จากปัจจัยเหตุของปัญหาและต่อผลลัพธ์ของปัญหา

4. การวิเคราะห์มูลบทหรือข้อสันนิษฐานที่ไม่เหมาะสม (Analyzing Maladaptive Assumption) ขั้นตอนนี้คล้ายกับการทดสอบความคิดชนิดที่เกิดขึ้นอย่างอัตโนมัติ คือเป็นการที่ผู้บำบัดช่วยผู้ป่วยทดสอบว่า มูลบทหรือข้อสันนิษฐานที่ผู้ป่วยมีนั้นไม่เหมาะสมหรือไม่ถูกต้อง ในขั้นตอนนี้จะมีการอภิปรายวิธีหนึ่งคือการชวนผู้ป่วยให้ป้องกันตนเองว่ายังมีมูลบทหรือข้อสันนิษฐานที่ดียิ่งกว่า ในขั้นตอนนี้เบคและคณะ (Beck et al., 1979) กล่าวว่าเป็นการค้นหาแนวทางแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนความคิดได้ โดยมีการเข้าใจและแยกแยะความคิดอัตโนมัติทางลบ และค้นหาแนวทางในการแก้ไขปัญหา เป็นวิธีการเพื่อให้ผู้ป่วยมองปัญหาในแง่มุมมองใหม่ มีลักษณะความคิด การตีความปัญหา และวิธีการเผชิญปัญหาในแนวทางอื่น

ขั้นตอนที่ 3 เทคนิคการบำบัดทางพฤติกรรม (Behavior Technique)

เทคนิคการบำบัดพฤติกรรมที่ใช้ในการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดมีอยู่ด้วยกันหลายเทคนิค (Beck et al., 1979) เช่น

1. การจัดกิจกรรม (Scheduling Activity) การจัดกิจกรรมจะทำให้ผู้มีภาวะซึมเศร้ามีแรงกระตุ้นในการทำกิจกรรมต่างๆ ลดอาการเฉื่อยชา หมกมุ่นกับความคิดทางลบของตนเอง ลดความคิดที่ว่าไม่สามารถในการทำสิ่งต่างๆ

2. การฝึกทักษะการสร้างความคิดใหม่ด้วยวิธีการหยุดความคิด (Thought Stopping) ช่วยให้ผู้ผู้ป่วยได้เกิดทักษะใหม่ในการควบคุมความคิดและสร้างความคิดใหม่ที่เหมาะสม สมเหตุสมผล เนื่องจากปัญหาของผู้ป่วยบางปัญหาทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถหยุดความคิดได้ หรือเลิกคิดได้ยาก เทคนิคการหยุดความคิด สามารถใช้ได้ดีในความคิดที่เป็นปัญหา เมื่อผู้ป่วยสามารถหยุดความคิดนั้นได้แล้ว จึงให้ผู้ผู้ป่วยนำไปใช้หยุดความคิดในปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตจริง

3. การให้คะแนนความสำเร็จ และความพึงพอใจในการทำกิจกรรม (Master and Pleasure Technique) เป็นการทำให้ผู้รับการบำบัดมีอารมณ์ดีขึ้น

4. การมอบหมายงานอย่างเป็นขั้นตอน (Graded Task Assignment) ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะคิดว่าตนเองไม่สามารถทำงานได้ เมื่อผู้รับการบำบัดสามารถทำงานตามที่วางแผนได้สามารถประเมิน

ความสำเร็จและความพอใจในการทำกิจกรรม การมอบหมายงานอย่างเป็นขั้นตอนจะต้องมีการประเมินความสามารถของผู้รับการบำบัดก่อนแล้วจึงมอบหมายงานที่เหมาะสม

5. การทำการบ้าน (Homework) ผู้บำบัดใช้เทคนิคของการมอบหมายการบ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ หรือมีทักษะใหม่ๆ เพราะการที่ผู้ป่วยได้หัดทำแทนการฟังและพูดในการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม การให้ผู้ป่วยทำการบ้านเพื่อให้ผู้ป่วยเรียนรู้การควบคุมอาการของตน

บทที่ 3

โปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเมทแอมเฟตามีน

การดำเนินการกิจกรรมมีวัตถุประสงค์เพื่อลดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยเมทแอมเฟตามีนที่เข้ารับการรักษา ซึ่งโปรแกรมนี้มีกิจกรรมทั้งหมด 9 กิจกรรม ใช้เวลากิจกรรมละ 120 นาที ดำเนินการสัปดาห์ละ 2 ครั้ง มีกิจกรรมดังนี้

- กิจกรรมที่ 1 รู้ทันอารมณ์เศร้า
- กิจกรรมที่ 2 รู้ทันความคิด
- กิจกรรมที่ 3 การปรับพฤติกรรมเพื่อลดอารมณ์เศร้า
- กิจกรรมที่ 4 ความคิดที่นำไปสู่อารมณ์เศร้า
- กิจกรรมที่ 5 การปรับเปลี่ยนความคิดเพื่อลดอารมณ์เศร้า
- กิจกรรมที่ 6 การเผชิญและแก้ไขปัญหา 1
- กิจกรรมที่ 7 การเผชิญและแก้ไขปัญหา 2
- กิจกรรมที่ 8 ภาวะซึมเศร้า...เราจัดการได้
- กิจกรรมที่ 9 ฉันเลือกที่จะ...ชนะ!!

ครั้งที่ 1 กิจกรรมรู้ทันอารมณ์เศร้า

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วย

1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีและไว้วางใจผู้บำบัด
2. รู้วัตถุประสงค์ และแนวปฏิบัติในการเข้าร่วมโครงการ
3. เข้าใจวงจรการเกิดภาวะซึมเศร้าที่สัมพันธ์กับการใช้สารเสพติด

แนวความคิด

ภาวะซึมเศร้า เป็นผลจากการมองตนเอง มองโลก และอนาคต ในด้านลบ ซึ่งเกิดจากการมีความคิดที่บิดเบือนจากความจริง ดังนั้นหากผู้ป่วยมีความรู้และเข้าใจ ความคิดและอารมณ์ของตนเองที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าแล้ว ก็จะสามารถวิเคราะห์ความคิดที่บิดเบือนได้

ระยะเวลา 120 นาที

วิธีดำเนินการ

ขั้นเริ่มต้น (20 นาที)

1. ผู้บำบัดให้สมาชิกนั่งเป็นวงกลม จากนั้นผู้บำบัดแนะนำตนเอง แล้วให้ผู้ป่วยแนะนำตัวที่ทุกคนจนครบทุกคน แล้วชวนให้ผู้ป่วยเล่าเรื่องเกี่ยวกับชีวิตครอบครัว การทำงาน/ การประกอบอาชีพ งานอดิเรกที่สนใจ สิ่งที่มีความสำคัญในชีวิต เหตุการณ์ที่มีความสุขที่สุดในชีวิต และเหตุการณ์ที่มีความสุขน้อยที่สุดในชีวิต เพื่อทำความรู้จักและสร้างความคุ้นเคยให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ และร่วมมือในการทำกิจกรรม

2. ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย กำหนดวัน เวลาการทำกิจกรรม และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถาม หลังจากนั้นกำหนดข้อปฏิบัติร่วมกันในการทำกิจกรรมกลุ่ม เพื่อให้การดำเนินกิจกรรมกลุ่มแต่ละครั้งบรรลุวัตถุประสงค์

ขั้นดำเนินการ (90 นาที)

1. ผู้บำบัดอธิบายวิธีการประเมินระดับความสุขเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจการตีค่าเป็นระดับตัวเลขในกราฟ โดยยกตัวอย่างให้ผู้ป่วยฟัง เช่น ถ้าผู้ป่วยมีความสุขที่สุด จะมีค่าระดับเลขที่ 10 ถ้ารู้สึกเศร้ามากที่สุดจะมีค่าระดับเลขที่ 0 ถ้ารู้สึกเฉยๆ จะมีค่าระดับเลขที่ 5 เป็นต้น

2. ให้ผู้ป่วยประเมินระดับความรู้สึกเป็นสุขของตนเองโดยให้ผู้ป่วยทำเครื่องหมายกากบาทบนเส้นกราฟ ตามใบงานที่ 1.1 “แบบบันทึกระดับความรู้สึกเป็นสุขของฉัน”

3. ผู้บำบัดและสมาชิกร่วมกันกำหนดเป้าหมายการบำบัด โดยตั้งคำถามให้ผู้ป่วยแสดงความคิดเห็นเพื่อสำรวจความคาดหวังในการร่วมโครงการ ดังตัวอย่างคำถามเช่น

- หลังจบโปรแกรมนี้ คุณคิดว่าชีวิตคุณจะเป็นอย่างไร
- คุณต้องการให้ชีวิตเปลี่ยนแปลงไปอย่างไรหลังเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้

4. ผู้บำบัดให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเรื่องภาวะซึมเศร้า ตามใบความรู้ที่ 1.1 “ความรู้เรื่องภาวะซึมเศร้า: เรียนรู้วงจรความคิดต่อภาวะซึมเศร้า” และความคิดอัตโนมัติ โดยอธิบายถึง สาเหตุ และวงจรของความคิดที่ส่งผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าและการหายจากภาวะซึมเศร้า

5. ผู้บำบัดสรุปความรู้เรื่องภาวะซึมเศร้าและความคิดอัตโนมัติ โดยอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจว่าความคิดมีผลต่ออารมณ์ ร่างกาย และการแสดงออกของบุคคล และเมื่อจัดประเภทของความคิดที่ทำให้รู้สึกเศร้าแล้ว จะเห็นว่า มี 3 แบบคือ การคิดลบต่อตัวเอง ความคิดลบต่อโลก และการคิดลบต่ออนาคต ดังนั้นหากทุกคนมาเข้า

กลุ่มเพื่อเรียนรู้และฝึกปรับความคิด และการปฏิบัติตัวก็จะทำให้อารมณ์และความรู้สึกซึมเศร้าซึ่งเป็นสาเหตุของการนำไปสู่การใช้ยาเสพติด ลดลงได้

ขั้นสรุป (10 นาที)

ผู้บำบัดกระตุ้นให้ผู้ป่วยร่วมกันสรุปประเด็นสำคัญที่ได้จากการเข้ากิจกรรมกลุ่มและสรุปเพิ่มเติม ประเด็นที่ไม่ครบถ้วน

สื่อและอุปกรณ์

1. ใบความรู้ที่ 1.1
2. ใบงานที่ 1.1
3. กระดาษ Flip Chart
4. ปากกาเคมี ปากกา / ดินสอ

การประเมินผล

1. ประเมินการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยโดยการสังเกตการตอบสนอง ให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรม
2. ประเมินสัมพันธภาพระหว่างผู้บำบัดกับผู้ป่วยในเรื่องความเข้าใจและรู้จักผู้ป่วยเกี่ยวกับเรื่องครอบครัว
3. ผู้ป่วยมีความคาดหวังต่อการเข้าร่วมโครงการที่เหมาะสม
4. ผู้ป่วยเข้าใจวงจรการเกิดภาวะซึมเศร้า

ใบความรู้ที่ 1.1

ความรู้เรื่องภาวะซึมเศร้า : เรียนรู้วงจรความคิดต่อภาวะซึมเศร้า

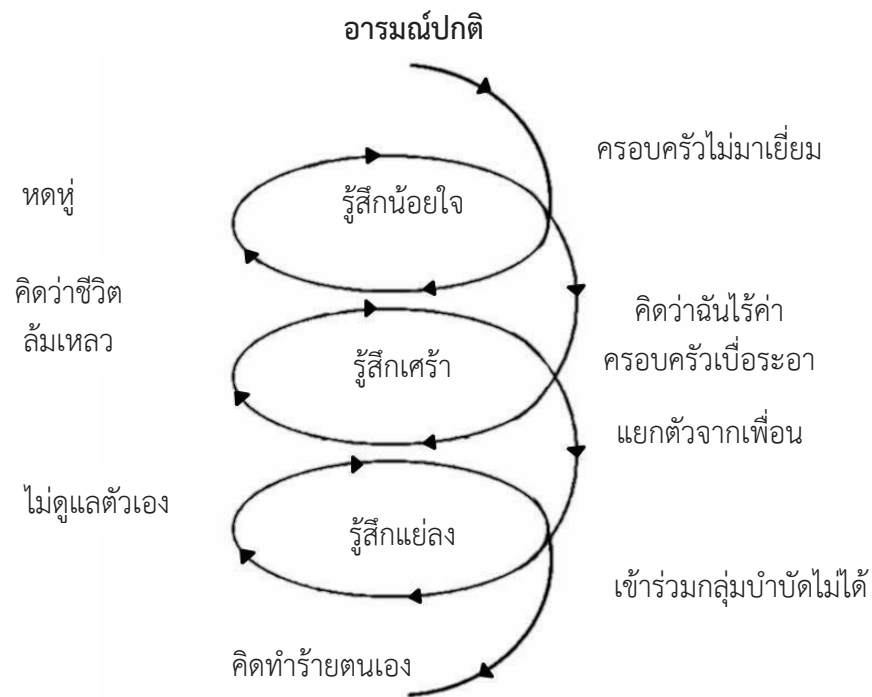
เมื่อก้าวถึงภาวะซึมเศร้า คนส่วนใหญ่มักนึกว่าเป็นเรื่องของอารมณ์ ความรู้สึกที่เกิดจากความผิดหวัง หรือสูญเสีย แต่จริง ๆ แล้ว ภาวะซึมเศร้าเป็นอารมณ์ที่สามารถเกิดขึ้นได้บ่อยกับทุกคนและไม่จัดเป็นความผิดปกติที่ร้ายแรง เมื่อเกิดภาวะซึมเศร้าขึ้นแล้วก็สามารถจัดการให้หายได้ ผลจากการสำรวจภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุเสพติดที่เข้ารักษาในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพของสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี พบว่าร้อยละ 23.1 มีภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลางและ 30.8 มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย ภาวะซึมเศร้ามีหลายระดับ ทุกคนได้ทำแบบประเมินภาวะซึมเศร้าและได้ทราบระดับคะแนนของตัวเองไปแล้ว หลายคนอาจคิดและรู้สึกกังวลกับผลคะแนนของตัวเอง ดังนั้นเรามาเรียนรู้และทำความเข้าใจกับภาวะซึมเศร้ากัน

ภาวะซึมเศร้า หมายถึง อารมณ์เศร้า เหงา โดดเดี่ยว หมดหวัง รู้สึกผิด เสียใจ/น้อยใจ หงุดหงิด อ่อนล้า นอนไม่หลับ/นอนมาก เบื่ออาหาร/กินจุ ไม่มีแรง เหนื่อยง่าย ไม่มั่นใจในตนเอง ขาดสมาธิ ความจำไม่ดี

สาเหตุการเกิดภาวะซึมเศร้า

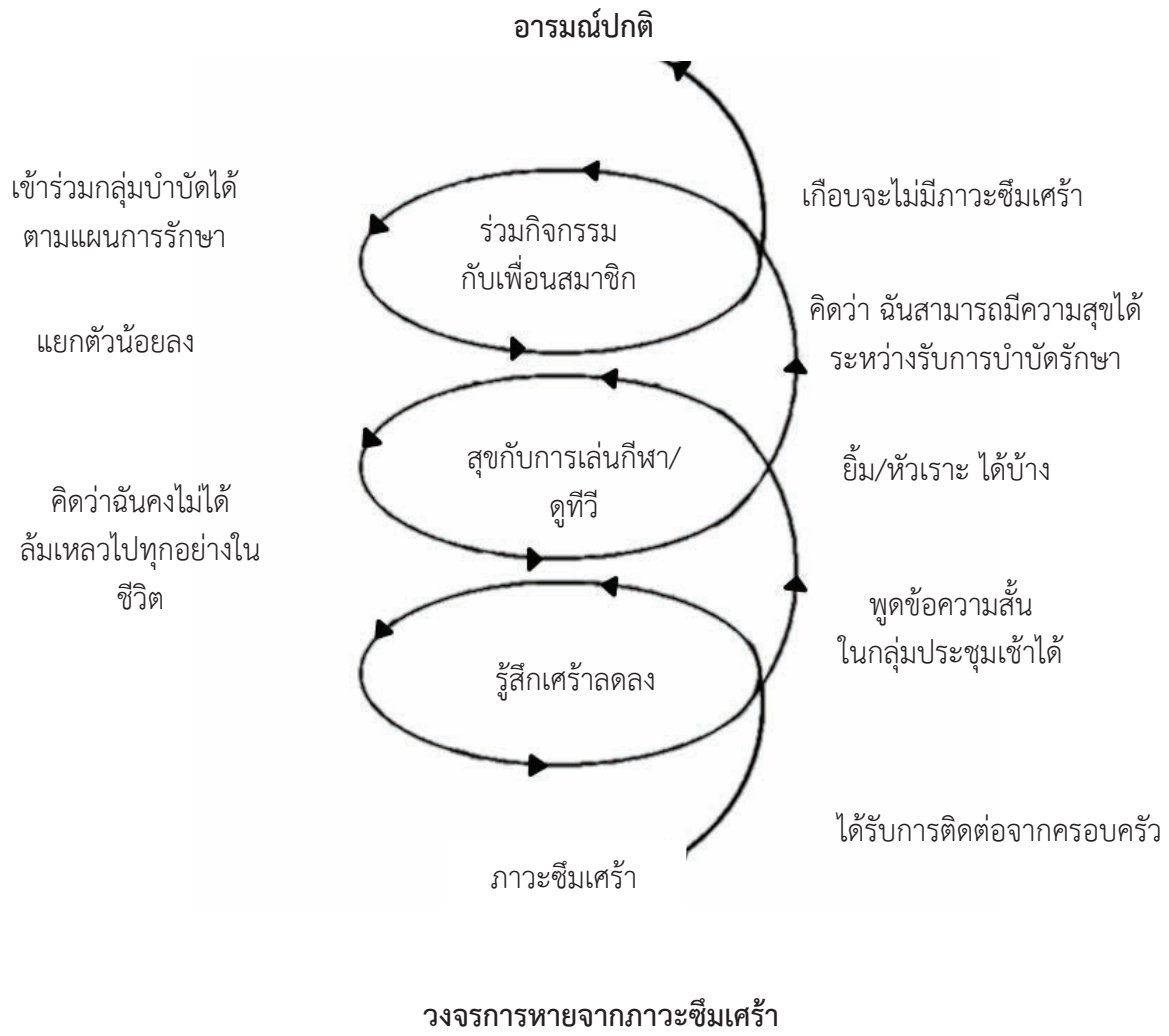
1. ด้านร่างกาย อาจเกิดจาก
 - พันธุกรรม คือ มี พ่อ หรือ แม่ เป็นโรคซึมเศร้า
 - การขาดภาวะสมดุลด้านการทำงานของสารสื่อประสาทในสมอง ซึ่งเกิดจากการใช้สารเสพติด
 2. ด้านจิตใจ
 - มีระบบและวิธีการคิดในลักษณะบิดเบือนจากความเป็นจริง
 - เกิดความเศร้าโศกจากการสูญเสียต่างๆ เช่น สูญเสียบุคคลสำคัญในชีวิต สูญเสียความภาคภูมิใจในตนเอง สูญเสียความหวัง เป็นต้น
 3. ด้านสิ่งแวดล้อม หรือสิ่งเร้าที่เข้ามากระตุ้น เช่น การพบกับเหตุการณ์ที่ไม่คาดคิดมาก่อน
- เนื่องจากภาวะซึมเศร้า อาจเกิดจากสาเหตุใดสาเหตุหนึ่ง ดังกล่าวข้างต้น อย่างไรก็ตามภาวะซึมเศร้าสามารถรักษาให้หายได้โดยรับการบำบัดทางจิตใจด้วยวิธี ปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (CBT) ซึ่งวิธีการบำบัดแบบนี้ได้รับการทดสอบทางวิทยาศาสตร์แล้วพบว่ามีประสิทธิภาพ เพราะจะช่วยให้ผู้รับการบำบัดสามารถเปลี่ยนแปลงความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมของตนเองได้ รวมทั้งมีวิธีการจัดการกับปัญหาหรืออยู่กับปัญหานั้นได้

สำหรับสาเหตุหนึ่งที่สำคัญ คือ การใช้สารเสพติด ซึ่งขณะนี้ทุกคนได้พยายามหยุดเสพแล้ว จึงขอชวนให้ดูตัวอย่างวงจรการเกิดภาวะซึมเศร้า



วงจรเกิดภาวะซึมเศร้า

จากภาพหากทุกคนอยากหายจากภาวะซึมเศร้าและกลับไปมีชีวิตเป็นสุขเหมือนปกติ ซึ่งมีตัวอย่างวงจรการหายจากภาวะซึมเศร้า ดังนี้





ใบงานที่ 1.1
แบบบันทึกระดับความรู้สึกเป็นสุขของฉัน

คำชี้แจง ให้ท่านทำเครื่องหมาย X ลงในช่องตามระดับอารมณ์ของท่านในแต่ละวันตามที่เป็นจริง

วันที่เริ่มบันทึก.....

10										
9										
8										
7										
6										
5										
4										
3										
2										
1										
0										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

ครั้งที่เข้าร่วมกิจกรรม



ครั้งที่ 2 กิจกรรม รู้ทันความคิด

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วย

1. เรียนรู้ความสัมพันธ์ของความคิด ความรู้สึก ที่ส่งผลต่อพฤติกรรม
2. เรียนรู้ความสัมพันธ์ระหว่างความคิดอัตโนมัติด้านลบที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้า

แนวความคิด

แนวคิดของการบำบัดความคิดและพฤติกรรม ให้ความสำคัญการปรับความคิด และการปรับพฤติกรรม โดยเห็นความสัมพันธ์ระหว่างความคิดที่ส่งผลต่ออารมณ์ ความรู้สึก และนำไปสู่การเกิดพฤติกรรมของบุคคลนั้น และการที่บุคคลมีภาวะซึมเศร้าเกิดจากบุคคลที่มีลักษณะการคิดในทางลบต่อตนเอง ต่อโลก และต่ออนาคตของเขา ซึ่งความคิดนั้นเป็นความคิดอัตโนมัติด้านลบ คือ ความคิด ที่เกิดขึ้นอย่างทันทีโดยไม่มีตั้งใจ ไม่ผ่านกระบวนการคิดที่มีเหตุผล ไม่สามารถควบคุมได้ ดังนั้นบุคคลควรเรียนรู้และเข้าใจกระบวนการค้นหาความคิดอัตโนมัติของตน เพื่อให้เข้าใจกระบวนการของการเกิดความคิดที่ทำให้เกิดความทุกข์ และนำไปสู่การปรับความคิดให้เหมาะสมซึ่งจะช่วยให้บุคคลมีอารมณ์และพฤติกรรมที่เหมาะสมได้

ระยะเวลา 120 นาที

วิธีดำเนินการ

ขั้นเริ่มต้น (20 นาที)

1. ผู้บำบัดทักทายสอบถามอารมณ์ และความรู้สึกของผู้ป่วยแล้วให้ทำใบงานที่ 1.1 “แบบบันทึกระดับความรู้สึกเป็นสุขของฉัน”

ขั้นดำเนินการ (90 นาที)

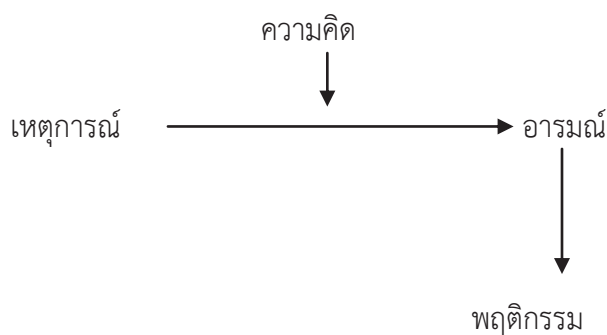
1. ผู้บำบัดชวนพูดคุยเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องหรือเคยเป็นประสบการณ์ของผู้ป่วย แล้วถามผู้ป่วยว่าขณะเกิดเหตุการณ์นั้นผู้ป่วยมีความคิดอะไรเกิดขึ้น อารมณ์ / ความรู้สึก เป็นอย่างไร และผู้ป่วยทำอะไร (พฤติกรรม) เพื่ออธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม ซึ่งเมื่อมีความคิดต่อเหตุการณ์แตกต่างกัน อารมณ์ / ความรู้สึกและพฤติกรรมที่แสดงออกก็แตกต่างกันไปด้วย

ตัวอย่างเหตุการณ์

เหตุการณ์ที่ 1 ขณะเดินอยู่ในตลาด มีคนไม่รู้จักเดินผ่านแล้วยิ้มให้

เหตุการณ์ที่ 2 ขณะเดินอยู่ในตลาด มีคนรู้จักเดินผ่านแล้วไม่ยิ้มให้

2. ผู้บำบัดอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจว่า คนส่วนมากจะคิดว่าเหตุการณ์จะมีผลต่ออารมณ์ / ความรู้สึก และพฤติกรรมที่แสดงออก แต่หากเราพิจารณาให้ดีจะพบว่าระหว่างเหตุการณ์ และอารมณ์ / ความรู้สึกจะมีความคิดเกิดขึ้นแทรกอยู่ ซึ่งความคิดที่เกิดขึ้นแบบแตกต่างกันนี้เองที่เป็นตัวกระตุ้นให้เกิดอารมณ์ หรือพฤติกรรมที่แสดงออกแตกต่างกัน ดังนั้นในการเผชิญเหตุการณ์เดียวกัน บุคคลกลับมีอารมณ์ และพฤติกรรมแสดงออกที่ไม่เหมือนกัน เช่นเดียวกับความคิดของผู้มีอารมณ์ซึมเศร้า กับผู้ไม่มีอารมณ์ซึมเศร้า จะมีความคิด ความรู้สึกต่อเหตุการณ์ต่างๆ แตกต่างกัน ผู้บำบัดเขียนภาพรูปแบบของความคิด (Cognitive Model) ประกอบการบรรยาย



3. แจกใบงานที่ 2.1 “ฉันคือ อะไร” ให้ผู้ป่วยจำแนกประเภทของตัวอย่างคำที่ให้เป็น ความคิด อารมณ์ หรือพฤติกรรม เมื่อผู้ป่วยทำเสร็จแล้ว ผู้บำบัดเฉลยคำตอบที่ถูกต้องในกลุ่ม

4. ผู้บำบัดกระตุ้นให้ผู้ป่วยช่วยกันคิดว่า มีเหตุการณ์ ความคิด และความรู้สึกอะไรบ้าง ที่ทำให้เกิด อารมณ์เศร้าแล้วเขียนบน Flip Chart

5. แจกใบงานที่ 2.2 “คิดแบบนี้แล้วสุขน้อยลง” ให้ผู้ป่วยแต่ละคนเขียนตัวอย่างเหตุการณ์ ความคิด และอารมณ์ ที่เกิดขึ้นก่อนผู้ป่วยจะมีอารมณ์ / รู้สึกซึมเศร้า

6. ผู้บำบัดและผู้ป่วยช่วยกันสรุปสาเหตุการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเสพติดและเขียนบน Flip chart

ขั้นสรุป (10 นาที)

1. ผู้บำบัดกระตุ้นให้ผู้ป่วยร่วมกันสรุปประเด็นสำคัญและอธิบายเพิ่มกรณีผู้ป่วยสรุปไม่ครบถ้วน
2. ผู้บำบัดมอบการบ้านและอธิบายวิธีทำ ตามใบงานที่ 2.3 “แบบสำรวจความเชื่อมโยงของเหตุการณ์ ความคิดอัตโนมัติ ความรู้สึก และพฤติกรรม” เพื่อฝึกให้ผู้ป่วยสำรวจและบันทึกความเชื่อมโยงของ เหตุการณ์ ความคิด และอารมณ์เศร้า

สื่อและอุปกรณ์

1. ใบงานที่ 2.1, 2.2 และ 2.3
2. Flip Chart และปากกาเคมี
3. กระดาษ ปากกา / ดินสอ

การประเมินผล

1. สังเกตจากการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยขณะทำกิจกรรม
2. ความรู้ ความเข้าใจของผู้ป่วยเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างความคิด อารมณ์ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออก
3. สามารถบอกความสัมพันธ์ระหว่างการเสพติดกับอารมณ์ซึมเศร้าได้




ใบงานที่ 2.1
ฉันคือ อะไร

คำชี้แจง ให้ทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ถูกต้อง ตรงกับประเภทของคำ

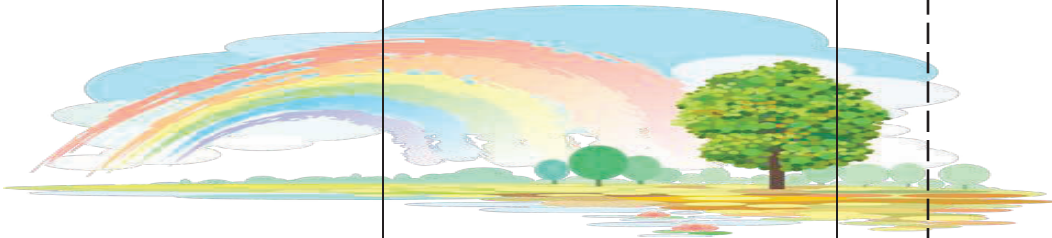
ตัวอย่างคำ	ความคิด	อารมณ์	พฤติกรรม
1. ยิ้ม			
2. อยากให้แฟนมาเยี่ยมจังเลย			
3. เหงา			
4. อาหารมีเนื้ออร่อยดี			
5. เล่นกีฬา			
6. ไปเดินเล่นกับเพื่อน			
7. อยู่ที่นี่ก็สบายดี			
8. เศร้า			
9. คุยกับเพื่อน			
10. ฉันพูดในกลุ่มไม่ได้แน่ๆ			
11. โมโห			
12. เล่นดนตรี			





ใบงานที่ 2.2
คิดแบบนี้แล้วสูซน้อยลง

คำชี้แจง ให้ท่านเขียนข้อความลงในช่องว่าง โดยเล่าถึงเหตุการณ์ และความคิดที่เกิดขึ้นในเวลานั้น (ความคิดอัตโนมัติ)

เหตุการณ์ที่ทำให้เกิดอารมณ์เศร้า	ความคิดที่เกิดขึ้นในเวลานั้น
	

ครั้งที่ 3

กิจกรรม การปรับพฤติกรรมเพื่อลดอารมณ์ซึมเศร้า

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วย

1. เข้าใจ และเห็นประโยชน์ของกิจกรรมที่กระทำเพื่อลดอารมณ์ซึมเศร้า
2. สามารถวางแผนกิจกรรมที่จะไปทดลองปฏิบัติ
3. ฝึกปฏิบัติด้วยการทดลองกระทำพฤติกรรมเพื่อลดอารมณ์ซึมเศร้า

แนวความคิด

ความคิด อารมณ์/ความรู้สึก อากาการทางร่างกาย และพฤติกรรมมีความสัมพันธ์กัน ดังนั้นการปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติทางลบของผู้ป่วยซึมเศร้าที่มีต่อตนเอง ต่อโลก และต่ออนาคต ที่มีลักษณะหมดหวัง ไม่มีคุณค่า ย่อมส่งผลต่ออารมณ์ซึมเศร้า หดหู่ ท้อแท้ใจ ให้เปลี่ยนแปลงไปสู่ภาวะสมดุล รวมทั้งมีการเปลี่ยนแปลงอาการทางร่างกาย และพฤติกรรมหรือการกระทำด้วย

อย่างไรก็ตามในการบำบัดผู้ป่วยซึมเศร้า ในระยะเริ่มแรกที่ยังไม่มีความพร้อมในการปรับความคิด หรือยังมีอารมณ์มากอยู่ การปรับพฤติกรรมก่อนจะช่วยได้ดีมากกว่าโดยการให้ผู้ป่วยกระทำกิจกรรมต่างๆ ทั้งนี้จะสังเกตเห็นว่าผู้ป่วยที่มีอารมณ์ซึมเศร้าบางทีก็รู้สึกอยากทำอะไร จะทำสิ่งต่างๆ น้อยลง เมื่อทำสิ่งต่างๆ น้อยลงก็ยิ่งรู้สึกเศร้า เมื่อยังรู้สึกเศร้า ก็ยิ่งทำสิ่งต่างๆ น้อยลงไปอีก จึงวนเวียนอยู่ในวงจรชั่วร้าย (Vicious cycle) ทำให้อารมณ์เศร้าคงอยู่ ดังนั้นในการให้ผู้ป่วยเริ่มด้วยการลงมือกระทำกิจกรรมต่างๆ (Activities) จึงเป็นการบำบัดรักษาผู้ป่วยในระยะแรกๆ เพื่อให้มีอารมณ์เศร้ามืดน้อยลงซึ่งกิจกรรมที่ใช้มี 2 ลักษณะควบคู่กันไป คือ 1) กิจกรรมที่ทำแล้วรู้สึกมีความสุข (Pleasant activities) และ 2) กิจกรรมต้องใช้ความพยายาม ความอดทน ทำให้สำเร็จแล้วจะเกิดความสุข ความภาคภูมิใจ (Mastery activities) กิจกรรมจะช่วยกระตุ้นให้มีการเคลื่อนไหว มีพลังกำลัง ลดความเฉื่อยชา มีอารมณ์ดีขึ้นไม่หมกมุ่นอยู่กับความคิดลบของตนเอง

ระยะเวลา 120 นาที

วิธีดำเนินการ

ขั้นเริ่มต้น (20 นาที)

1. ผู้บำบัดทักทาย พูดคุย และให้ทำใบงานที่ 1.1 “แบบบันทึกระดับความรู้สึกเป็นสุขของฉัน” และให้ผู้ป่วยนำเสนอการบ้าน ใบงานที่ 2.3 “แบบสำรวจความเชื่อมโยงของเหตุการณ์ ความคิดอัตโนมัติ ความรู้สึก และพฤติกรรม”

2. เปิดโอกาสให้มีการพูดคุย ชักถามเกี่ยวกับการบ้านและทบทวนกิจกรรมที่ผ่านมา

ขั้นดำเนินการ (90 นาที)

1. ผู้บำบัดสอบถามผู้ป่วยแต่ละคนถึงช่วงเวลาที่มึภาวะซึมเศร้าว่ามีอาการอะไรบ้าง รวบรวมแล้วเขียนขึ้นบน Flip chart และทบทวนอธิบายให้เห็นความสัมพันธ์ของภาวะซึมเศร้ากับกิจกรรมต่างๆ ที่ทำซึ่งจะเห็นได้ว่าเมื่อมีภาวะซึมเศร้า มักจะมีอาการแยกตัว ไม่สนใจ เบื่อหน่าย ไม่มีความสุข ก็ไม่ยอมทำอะไร เมื่อเราไม่ยอมทำอะไร กิจกรรมต่างๆ ก็ลดน้อยลง และเมื่อกิจกรรมต่างๆ ลดน้อยลงก็ยิ่งทำให้เรามีอาการซึมเศร้าน่ามากขึ้น

2. ผู้บำบัดให้ผู้ป่วยทำใบงานที่ 3.1 “กิจกรรมเติมความสุข ด้านความเศร้า” และนำเสนอแลกเปลี่ยนกัน โดยให้เขียนกิจกรรมลงในช่องกิจกรรม และให้พิจารณาว่ากิจกรรมนี้ทำแล้วมีความสุขมาก

น้อยแค่นั้นและเป็นกิจกรรมที่รู้สึกว่าจะต้องใช้ความพยายาม/อดทนมากน้อยแค่นั้นกว่าจะทำให้สำเร็จ หรือทำให้รู้สึกภาคภูมิใจ โดยมีระดับคะแนนจาก 0 ถึง 10

3. ผู้บำบัดอธิบายให้เห็นว่าในชีวิตประจำวันมีกิจกรรมมากมายที่ทำแล้วทำให้เรามีความสุขเพลิดเพลิน (Pleasant activities = P) แต่บางกิจกรรมเราก็ต้องใช้ความพยายาม อดทน เพื่อทำสำเร็จ ซึ่งเราก็จะภาคภูมิใจและรู้สึกมีความสุขที่ได้ทำสิ่งนั้น (Mastery activities = M) ผู้บำบัดร่วมกับผู้ป่วยพิจารณาในใบงานแต่ละคนว่ากิจกรรมใดที่มีน้อยเกินไป ควรเพิ่มเติมให้ทำมากขึ้น โดยเฉพาะถ้าเป็นกิจกรรมที่ต้องใช้ความพยายาม หรือความอดทนถึงแม้ว่าจะลำบากแต่เมื่อเราทำสำเร็จก็จะเป็นความภาคภูมิใจ ซึ่งการทำกิจกรรมต่างๆ นี้ทำให้เรามีความสุขเพิ่มขึ้น ความเศร้าของเราจะลดน้อยลงได้

นอกจากนี้ควรได้มีการอภิปรายร่วมกันในเรื่องของผลที่ได้ของกิจกรรมนั้นในระยะสั้น และระยะยาว เช่น กรณีผู้ป่วยเขียนว่ากิจกรรมใช้ยาเสพติด ทำให้มีความสุข และสงบได้สำเร็จด้วย ผู้บำบัดควรอภิปรายเพิ่มเติมว่า เป็นความสุขจริงหรือ และในระยะยาวเกิดผลเสีย ผลกระทบอย่างไร ดังนั้นกิจกรรมที่ควรทำคืออะไร

4. ผู้บำบัดให้ผู้ป่วยทำใบงานที่ 3.2 “แผนกิจกรรมพิชิตภาวะซึมเศร้า” ซึ่งเป็นการวางแผนของกิจกรรมในชีวิตประจำวัน que ผู้ป่วยจะนำไปปฏิบัติ ซึ่งกิจกรรมจะมีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล

ขั้นสรุป (10 นาที)

1. ผู้บำบัดและผู้ป่วยร่วมกันสรุปสิ่งที่ได้จากการเรียนรู้จากกิจกรรม
2. ผู้บำบัดมอบหมายให้ผู้ป่วยทำใบงานที่ 3.3 “ปฏิบัติการพิชิตความเศร้า”

สื่อและอุปกรณ์

1. ใบงานที่ 3.1, 3.2 และ 3.3
2. Flip Chart และ ปากกาเคมี

การประเมินผล

1. สังเกตพฤติกรรมการมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็น การทำใบงาน และการซักถามข้อสงสัย
2. ผู้ป่วยบอกถึงกิจกรรมที่ทำแล้วมีความสุข และกิจกรรมที่ต้องใช้ความพยายามทำให้สำเร็จ จึงจะเกิดความภาคภูมิใจ
3. ผู้ป่วยสามารถบอกถึงประโยชน์ของการทำกิจกรรมต่างๆ เพื่อลดอารมณ์ซึมเศร้า
4. ผู้ป่วยฝึกวางแผนกิจกรรม และนำกิจกรรมสู่การปฏิบัติ

ครั้งที่ 4 กิจกรรม ความคิดที่นำสู่อารมณ์ซึมเศร้า

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วย

1. เรียนรู้ความสัมพันธ์ระหว่างความคิด ความรู้สึก ปฏิกริยาทางร่างกาย และพฤติกรรม
2. รู้จักและสามารถแยกแยะลักษณะของความคิดทั้งที่ทำให้เกิดอารมณ์ซึมเศร้าและไม่ทำให้เกิดอารมณ์ซึมเศร้า
3. สามารถปรับเปลี่ยนความคิดที่นำสู่อารมณ์เศร้าได้

แนวความคิด

แนวคิดความสัมพันธ์ของความคิด (Cognition) อารมณ์/ความรู้สึก (Emotion) อากาทางร่างกาย (Physiology) และพฤติกรรม (Behavior) หรือเรียกว่ารูปแบบ Interaction model เป็นความเชื่อมโยงและเกี่ยวข้องกันของความคิด อารมณ์/ความรู้สึก ปฏิกริยาทางร่างกาย และพฤติกรรมที่ส่งผลซึ่งกันและกัน ถ้ามีสิ่งกระตุ้นทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านใดด้านหนึ่งจะส่งผลกระทบต่อการเปลี่ยนแปลงในด้านอื่นๆ ด้วย ดังเช่นเมื่อพ่อแม่ไม่มาเยี่ยมที่โรงพยาบาล ผู้ป่วยคิดว่าพ่อแม่ไม่รักและห่วงใยตน จึงรู้สึกซึมเศร้า เบื่ออาหาร ร่างกายอ่อนล้า แยกตัว เก็บตัวอยู่แต่ในห้อง ไม่พูดจากับใครซึ่งการที่ผู้ป่วยมีความเข้าใจถึงปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้น ก็จะช่วยให้สามารถวิเคราะห์สาเหตุในแต่ละช่วงของการเกิดอารมณ์ซึมเศร้าได้ดีขึ้น รวมทั้งการบำบัดด้วย CBT นั้นจะช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในด้านต่างๆได้ก็จะทำให้องค์ประกอบด้านอื่นๆ ดีขึ้นตามไปด้วย

ความคิดเป็นสิ่งที่สำคัญที่นำไปสู่อารมณ์ซึมเศร้า และทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของปฏิกริยาทางร่างกายและพฤติกรรม โดยความคิดที่จะทำให้เกิดอารมณ์ซึมเศร้า มีลักษณะของความไม่ยืดหยุ่น (Not flexible) และเป็นการตัดสิน (Judgmental) ส่วนความคิดที่ไม่นำไปสู่อารมณ์ซึมเศร้า จะเป็นความคิดที่มีความท้าทาย (Changeable) มีความหวังที่จะเปลี่ยนแปลงได้ (Hope for change) และให้ความสำคัญในสิ่งที่ทำไม่ใช่บุคคลที่ทำ (Looks at what we do, not who we are)

ระยะเวลา 120 นาที

วิธีดำเนินการ

ขั้นเริ่มต้น (20 นาที)

1. ผู้บำบัดทักทาย พูดคุย ประเมินความคิด และอารมณ์ซึมเศร้าของผู้ป่วยในช่วงวันที่ผ่านมาโดยให้ทำใบงานที่ 1.1 “แบบบันทึกระดับความรู้สึกเป็นสุขของฉัน” เพื่อเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่กิจกรรม
2. ให้ผู้ป่วยนำเสนอการบ้านในใบงานที่ 3.3 “ปฏิบัติการพิชิตความเศร้า” และให้ผู้ป่วยร่วมกันสรุปข้อคิดที่ได้จากการบ้าน

ขั้นดำเนินการ (90 นาที)

1. ให้ผู้ป่วยนั่งในท่าที่สบาย ผีกรการหายใจเพื่อผ่อนคลาย โดยหายใจเข้าช้าๆ ลึกๆ เมื่อหายใจสุดแล้วให้กลั้นลมหายใจไว้นานประมาณ 5-10 วินาที จากนั้นให้หายใจออกช้าๆ ทำซ้ำๆ ประมาณ 10 ครั้งแล้วสอบถามความรู้สึกของผู้ป่วย
2. ผู้บำบัด ให้ผู้ป่วยทำใบงานที่ 4.1 “ความสัมพันธ์ระหว่างความคิด อารมณ์/ความรู้สึก อากาทางร่างกาย และพฤติกรรม” นำเสนอและอภิปรายร่วมกันในใบงาน และผู้บำบัดอธิบายรูปแบบปฏิสัมพันธ์ (Interaction model) ซึ่งเป็นความสัมพันธ์ระหว่างความคิด (Cognition) อารมณ์/ความรู้สึก (Emotion) อากาทางร่างกาย (Physiology) และพฤติกรรม (Behavior) ที่ส่งผลซึ่งกันและกัน ถ้ามีสิ่งกระตุ้นทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านใดด้านหนึ่งจะส่งผลกระทบต่อการเปลี่ยนแปลงในด้านอื่นๆด้วย ซึ่งจากตัวอย่างในใบ

งานสถานการณ์เดียวกันคือ ขณะที่เดินอยู่ในตลาด มีคนรู้จักเดินผ่านแล้วยิ้มให้ ถ้าเรามีความคิดในทางบวก อารมณ์ก็จะเป็นปกติ ไม่เศร้า แต่ถ้าเรามีอารมณ์ในทางลบ ก็จะทำให้เรารู้สึกไม่ดี อาจเกิดความรู้สึกเศร้าได้

3. ผู้บำบัดให้ผู้ป่วยทำใบงานที่ 4.2 “กักตักความคิดที่นำไปสู่อารมณ์ซึมเศร้า” โดยผู้บำบัดอาจยกตัวอย่างความคิดที่มีในใบงานขึ้นมา 1-2 ตัวอย่าง และสอบถามผู้ป่วยว่าเคยมีความคิดในลักษณะนี้ไหม ซึ่งความคิดแบบนี้เป็นความคิดอัตโนมัติทางลบที่นำไปสู่อาการซึมเศร้าได้ หลังจากนั้นลองให้ผู้ผู้ป่วยจับคู่ความคิดในรูปแบบต่างๆ และอภิปรายร่วมกัน

4. อธิบายเพิ่มเติมในใบความรู้ 4.1 “ความคิดที่นำไปสู่อารมณ์ซึมเศร้า” ความคิดที่นำไปสู่อารมณ์ซึมเศร้าจะมีลักษณะไม่มีความยืดหยุ่น และมีลักษณะเป็นการตัดสิน ส่วนความคิดที่ไม่นำไปสู่อารมณ์ซึมเศร้าจะเป็นความคิดที่มีความท้าทาย มีความหวังที่จะเปลี่ยนแปลงได้ และให้ความสำคัญในสิ่งที่ทำหรือพฤติกรรม ไม่ใช่บุคคลที่ทำ

5. ผู้บำบัดให้ผู้ผู้ป่วยตรวจสอบความคิดตามใบงานที่ 4.3 “ตรวจสอบความคิดสัณนิท ชีวิตไม่เศร้า” โดยมีหลักในการพิจารณาใน 2 ประเด็น คือ

5.1 ความคิดนั้นเป็นจริง ถูกต้องไหม ซึ่งการที่จะรู้ว่าเป็นจริงหรือไม่ เราต้องหาหลักฐานหรือข้อมูลที่มาสนับสนุนหรือคัดค้านความคิดที่เกิดขึ้นนั้น ถ้าประเมินความคิดไม่เป็นจริงก็ต้องมีการปรับเปลี่ยนความคิด ถ้าความคิดนั้นเป็นจริงต้องใช้วิธีการแก้ปัญหา

5.2 ความคิดที่เกิดขึ้นเป็นประโยชน์ไหม ถ้าคิดแล้วเกิดความทุกข์ใจ ซึมเศร้า ชีวิตแย่งลง ท้อแท้ใจ ก็ควรที่จะปรับเปลี่ยนความคิด หรือไม่ควรที่จะให้มีความคิดเช่นนี้อีก

ขั้นสรุป (10 นาที)

1. ให้ผู้ป่วยร่วมกันสรุปในสิ่งที่ได้เรียนรู้ในชั่วโมงนี้ ผู้บำบัดเพิ่มเติมและทบทวนให้เห็นความสัมพันธ์ระหว่างสถานการณ์ อารมณ์ ความคิด และพฤติกรรมที่เกิดขึ้นได้ และความคิดที่ส่งผลต่ออารมณ์ซึมเศร้า และอารมณ์ที่ไม่ซึมเศร้า

2. ผู้บำบัดมอบหมายการบ้านให้ผู้ผู้ป่วยทำตามใบงานที่ 4.4 “ฉันจับเธอได้แล้ว (อารมณ์เศร้า)”

สื่อและอุปกรณ์

1. ใบความรู้ที่ 4.1
2. ใบงานที่ 4.1, 4.2 และ 4.3
3. Flip chart และปากกาเคมี

การประเมินผล

1. สังเกตพฤติกรรมการมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็น การทำใบงาน และการซักถามข้อสงสัย
2. ผู้ป่วยสามารถบอกได้ถึงความสัมพันธ์ระหว่างความคิด ความรู้สึก ปฏิกริยาทางร่างกาย และพฤติกรรม
3. ผู้ป่วยบอกได้ถูกต้องว่าความคิดลักษณะใดที่ทำให้เกิดอารมณ์ซึมเศร้า และไม่เกิดอารมณ์ซึมเศร้า

ใบความรู้ที่ 4.1 ความคิดที่นำสู่อารมณ์ซึมเศร้า

ความคิดเป็นสิ่งที่สำคัญที่นำไปสู่อารมณ์ซึมเศร้า และทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของปฏิกิริยาทางร่างกายและพฤติกรรม โดยความคิดที่จะทำให้เกิดอารมณ์ซึมเศร้า มีลักษณะของความไม่ยืดหยุ่น (Not flexible) และเป็นการตัดสิน (Judgmental) ส่วนความคิดที่ไม่นำไปสู่อารมณ์ซึมเศร้า จะเป็นความคิดที่มีความท้าทาย (Changeable) มีความหวังที่จะเปลี่ยนแปลงได้ (Hope for change) และให้ความสำคัญในสิ่งที่ทำไม่ใช่บุคคลที่ทำ (Looks at what we do, not who we are)

รูปแบบความคิดที่บิดเบือน (Thinking Errors)

Thinking errors มีหลายรูปแบบทั้งที่เป็น Automatic Thought และ Beliefs ตัวอย่างของ Thinking Errors ที่พบบ่อยเช่น

1. All-or-nothing thinking (หรือเรียกว่า black-and-white หรือ polarized หรือ Dichotomous thinking) คือความคิดสุดขั้วในด้านใดด้านหนึ่ง เป็นดำหรือขาวไปหมดบวกหรือลบไปหมด โดยไม่สามารถมองอะไรกลาง ๆ ได้

“ถ้าทำได้ไม่สมบูรณ์แบบ อย่าทำซะดีกว่า”

“ถ้าไม่รักฉันที่สุดในโลก ก็ไม่ต้องมายุ่งเกี่ยวกับฉัน”

“ถ้าแฟนไม่มาเยี่ยมฉัน ก็เลิกกันไปเลย”

2. Seeing one bad event as meaning everything will be bad เห็นเหตุการณ์บางอย่างไม่ดีก็ตีความว่าทุกสิ่งจะไม่ดี

“ฉันเรียนไม่เก่งสมัยอยู่ในโรงเรียนฉันคงจะทำได้ไม่ดีเมื่อเข้าในกลุ่มบำบัด”

3. Mental filter เลือกที่จะเชื่อหรือคิดในสิ่งที่ตนเองมีความเชื่อหรือคิด

“เฮงช่วยจริง ๆ เลยฉัน” (คะแนนสอบ 7 วิชา: A A D A B A A) (เนื่องจากเชื่อมาก่อนแล้วว่า ตนเองไม่เก่งจึงมองเห็นแต่คะแนนวิชาที่ไม่ดี และ ละเลยวิชาที่คะแนนดี)

“เขาไม่มีเวลาให้ฉัน” (คุยโทรศัพท์ที ๆ กับแฟน 2 ชั่วโมง แฟนขอร้องโทรศัพท์ไปทำงาน)

“ถึงฉันพูดให้เพื่อนเข้าใจได้ แต่พอพูดหน้าห้องก็ทำไม่ได้ ฉันมันไม่ได้เรื่องจริงๆ”

4. Jumping to Conclusion ด่วนสรุป

4.1 Mind Reading สรุป เดา ในทางลบเกี่ยวกับความคิด โดยไม่มีหลักฐานมาสนับสนุน

“มองตาก็รู้ว่าพี่เขาไม่ชอบฉัน”

“เขามองมาที่ฉันแล้วหัวเราะ เขาต้องหัวเราะเยาะฉัน” (เพื่อนนั่งคุย และเล่าเรื่องสนุกๆ กันอยู่โต๊ะข้างๆ)

4.2 Fortune Telling การพยากรณ์ ทำนาย คาดการณ์โดยเชื่อว่าสิ่งไม่ดีที่เกิดขึ้นต้องเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับตัวเอง

5. Disqualifying or Discounting the Positive ไม่พึงพอใจในสิ่งดีๆ ที่ตนมีหรือเป็นอยู่เพราะให้ความสำคัญสิ่งที่ไม่ดีมากกว่า

“งานนี้เชื่อว่าฉันทำดี แต่ฉันว่าพลั้ง”

“วิชาเลขไม่มีความหมายหรอกเพราะได้ A ทุกที ผลสอบฟิสิกส์ต่างหากที่เรื่องใหญ่” (สอบเลขได้ A แต่สอบฟิสิกส์ได้ C)

6. Catastrophizing เป็นความคิดแบบ Overgeneralization ที่รุนแรง เป็นการแปลงสถานการณ์หรือเรื่องราวที่เกิดขึ้นให้รุนแรงสุดขีด เป็นความหายนะ

“ถ้าฉันไม่หายปวดหลัง ฉันคงไม่สามารถมีความสุขไปชั่วชีวิต”

“ถ้าเขาไปที่นั่น ฉันคงหงุดหงิดแล้วทำอะไรต่อไม่ได้”

“ตายแน่ ๆ ตายแน่ ๆ”

7. Labeling เป็นการตีตราตนเอง หรือ คนอื่นในทางลบ ไม่ว่าจะทำอะไรก็มักยึดติดกับความรู้สึกที่ตนได้ตีตราไว้

“เด็กโง่”

“ฉันมันเป็นคนไม่เอาไหน”

8. Magnification/Minimization เมื่อเกิดความผิดพลาดกับตนเองจะมองปัญหานั้นแบบขยายให้ใหญ่โตเกินความเป็นจริง เรียกว่า Magnification และเมื่อมีเรื่องดีเกิดขึ้นก็มองข้อดีหรือความสำเร็จของตนเองเป็นเรื่องเล็ก ซึ่งเรียกความคิดลักษณะนี้ว่า Minimization

“วันนี้ทำกุญแจหายอีกแล้ว ไม่ได้เรื่องซักอย่างเลยฉัน”

“วันนี้เล่นดี แต่ไม่ได้แปลว่าพรุ่งนี้จะทำได้ดี”

“ส่งฉันมาฟื้นฟู 4 เดือน ฉันทนอยู่ไม่ได้หรอก”

9. Overgeneralization การสรุปแบบเหมารวม ด่วนสรุปอย่างไม่มีหลักฐานหรือมีหลักฐานเพียงเล็กน้อย

“ฉันเป็นคนมีปัญหามนุษยสัมพันธ์” (ไปงานเลี้ยงแล้วรู้สึกอึดอัด)

“อายุ 25 ยังหาแฟนไม่ได้ แปลว่าฉันคนชั่วร้าย”

10. Should and Must Statements การคิดคาดหวังให้ตนเองหรือคนอื่นเป็นอย่างนั้นอย่างนี้ตามที่ตนคาดหวังหรือความต้องการของตน

“ฉันต้องพยายามให้ดีที่สุดในทุกอย่างที่ผมทำ”

“นักเรียนควรตั้งใจเรียนเต็มร้อยทุกนาทีในห้องเรียน” (อาจารย์)

“เพื่อนควรที่จะเข้าใจฉันมากกว่านี้”

ใบงานที่ 4.1

ความสัมพันธ์ระหว่างความคิด อารมณ์/ความรู้สึก อากาารทางร่างกาย และพฤติกรรม

คำชี้แจง

1. ให้บันทึกความคิดที่เกิดขึ้นครั้งแรกที่เร็วที่สุดที่มีต่อสถานการณ์/สิ่งกระตุ้นในช่องความคิด
2. ให้ออกถึงอารมณ์ซึมเศร้า/ความรู้สึกซึมเศร้าที่เกิดขึ้น โดยให้คะแนนให้ตรงกับความรู้สึกของตนเองในขณะนั้น
คะแนน ตั้งแต่ 0-10 คะแนน 0 หมายถึง ไม่มีความรู้สึกเศร้าหรืออารมณ์ซึมเศร้าเลย
คะแนน 10 หมายถึง มีความรู้สึกเศร้าหรืออารมณ์ซึมเศร้ามากที่สุด

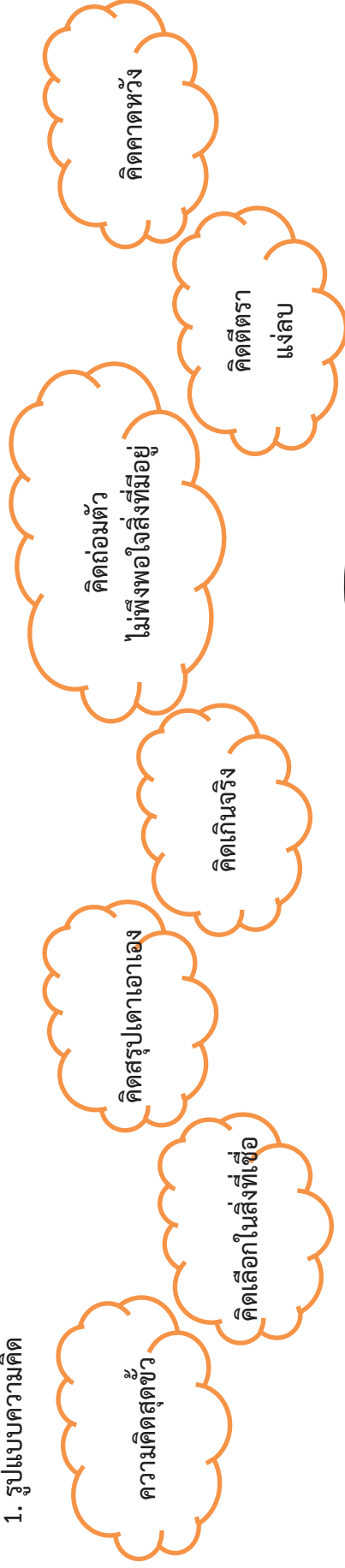
สถานการณ์/สิ่งกระตุ้น	ความคิดที่มีต่อสถานการณ์/สิ่งกระตุ้น	อารมณ์ซึมเศร้า/ความรู้สึกซึมเศร้า (0-10)	อาการทางร่างกายที่เกิดขึ้น	พฤติกรรม/การกระทำ
สถานการณ์ที่ 1: ขณะที่เดินอยู่ในตลาด มีคนไม่รู้จักเดินผ่านแล้วยิ้มให้				
สถานการณ์ที่ 2: ขณะที่เดินอยู่ในตลาด มีคนรู้จักเดินผ่านแล้วยิ้มให้				

ใบงานที่ 4.2

กบฏักความคิดที่นำสู่อารมณ์ซึมเศร้า

คำชี้แจง ให้ท่านจับคู่โดยการเรียงเส้นรูปแบบความคิดที่ทำให้เกิดอารมณ์ซึมเศร้าไปยังตัวอย่างความคิดนั้น

1. รูปแบบความคิด



2. ตัวอย่างความคิด

ถ้าแฟนไม่มาเยี่ยมฉัน ก็เลิกกันไปเลย

ฉันมันเป็นคนไม่เอาไหน

เพื่อนควรที่จะเข้าใจฉันมากกว่านี้

ถึงฉันพูดให้เพื่อนเข้าใจได้ แต่พอพูดหน้า
ห้องก็ทำไม่ได้ ฉันมันไม่ได้เรื่องจริงๆ

ส่งฉันมาพันฟู 4 เดือน
ฉันทนอยู่ไม่ได้หรอก

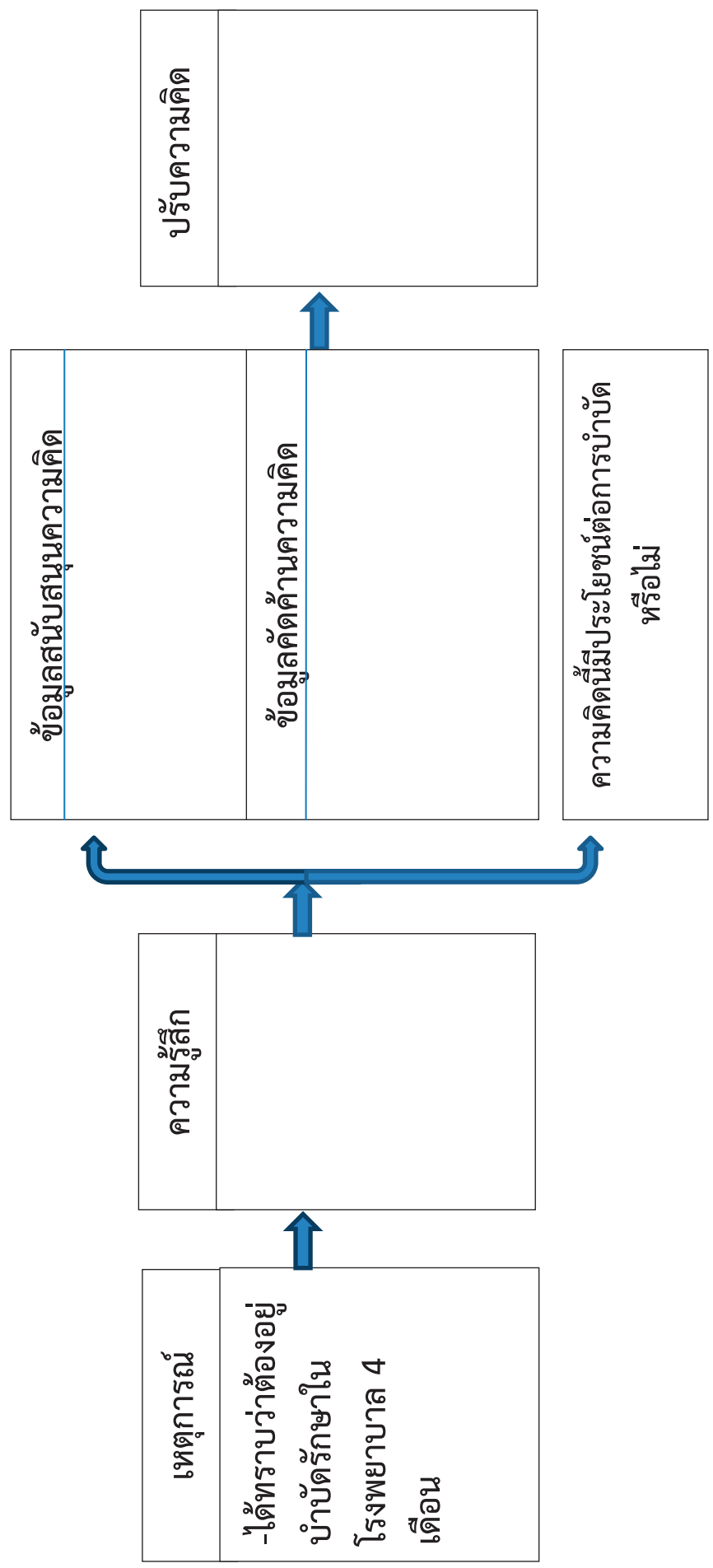
เพื่อนว่าฉันเก่ง แต่ฉันว่า
มันฟลุคนะ

พี่เขาไม่ชอบฉันหรอก
มองตากี่รู้

ใบงานที่ 4.3
ตรวจสอบความคิดลักษณะ ซีวิตไม่เศร้า

คำชี้แจง ให้พิจารณาข้อความที่เป็นความคิดอัตโนมัติและประเมินความคิดลงในช่อง

การประเมินความคิด



ใบงานที่ 4.4
ฉันทับเธอได้แล้ว (อารมณ์เศร้า)

คำชี้แจง ให้ท่านสำรวจอารมณ์เศร้าที่เกิดในแต่ละวัน และให้ใส่เครื่องหมาย × ทับในช่องเวลา และเขียนเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น

วัน..... เวลา	เหตุการณ์	วัน..... เวลา	เหตุการณ์
5-6		5-6	
6-7		6-7	
7-8		7-8	
8-9		8-9	
9-10		9-10	
10-11		10-11	
11-12		11-12	
12-13		12-13	
13-14		13-14	
14-15		14-15	
15-16		15-16	
16-17		16-17	
17-18		17-18	
18-19		18-19	
19-20		19-20	
20-21		20-21	
21-22		21-22	
22-23		22-23	
23-24		23-24	
24-1		24-1	
1-2		1-2	
2-3		2-3	
3-4		3-4	
4-5		4-5	

ครั้งที่ 5

กิจกรรม การปรับเปลี่ยนความคิดเพื่อลดอารมณ์ซึมเศร้า

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วย

1. สามารถประเมินความคิดอัตโนมัติที่นำไปสู่อารมณ์ซึมเศร้า
2. รู้จักวิธีการคิด และสามารถปรับเปลี่ยนความคิดเพื่อนำสู่ภาวะอารมณ์ที่สมดุล

แนวความคิด

ความคิดมีความสำคัญที่นำไปสู่อารมณ์ซึมเศร้า การที่สามารถค้นหาความคิดอัตโนมัติและรู้จักแยกแยะความคิดที่เกิดขึ้นทั้งทางบวกและทางลบได้จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนัก รู้เท่าทันความคิดของตนเอง และนำไปสู่การปรับเปลี่ยนความคิดของตนเองได้ ซึ่งจะส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงอารมณ์/ความรู้สึกซึมเศร้าได้ ในการฝึกวิธีการปรับเปลี่ยนความคิดนั้น ในเบื้องต้นผู้ป่วยต้องรู้จักค้นหาความคิดอัตโนมัติให้ได้ก่อนว่าเนื้อหาความคิดนั้นเป็นอย่างไร เกิดขึ้นเมื่อไร ซึ่งวิธีการนี้จะทำให้ผู้ป่วยสามารถจับความคิด และแยกแยะความคิดที่เกิดขึ้นกับตนเองว่ามีลักษณะอย่างไร ส่งผลหรือมีอิทธิพลต่อตนเองอย่างไร และความคิดที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วนี้ไม่ได้ถูกต้อง เชื่อถือได้เสมอ แต่มีผลต่อการกระทำ หรือการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยอย่างมาก ดังนั้นเมื่อมีความคิดเกิดขึ้น ความคิดนั้นเป็นเพียงแค่สมมุติฐาน ยังไม่สามารถเชื่อถือได้จนกว่าจะมีการตรวจสอบประเมินความคิดของตนเองก่อนโดยหาข้อพิสูจน์ว่าความคิดนั้นเป็นจริง หรือความคิดนั้นมีประโยชน์หรือไม่

ระยะเวลา 120 นาที

วิธีดำเนินการ

ขั้นเริ่มต้น (20 นาที)

1. ผู้บำบัดทักทาย พูดคุย และให้ผู้ป่วยทำใบงานที่ 1.1 “แบบบันทึกระดับความรู้สึกเป็นสุขของฉัน” และนำเสนอการบ้านตามใบงานที่ 4.4 “ฉันจับเธอได้แล้ว (อารมณ์เศร้า)”
2. เปิดโอกาสให้มีการพูดคุย และทบทวนเนื้อหากิจกรรมครั้งที่ผ่านมา

ขั้นดำเนินการ (90 นาที)

1. ผู้บำบัดฝึกผ่อนคลายโดยให้ผู้ป่วยนั่งหลับตาอยู่ในท่าที่สบาย และเปิดเพลงบรรเลงเสียงเบาๆ ให้ฟังประมาณ 2-3 นาที หลังจากนั้น ให้ผู้ป่วยลืมนตา สอบถามความรู้สึกของผู้ป่วยจากการฟังเสียงบรรเลง
2. ผู้บำบัดให้ผู้ป่วยทำใบงานที่ 5.1 “การประเมินความคิด” โดยมีตัวอย่าง 4 สถานการณ์ ให้ยกตัวอย่างที่ละสถานการณ์และตั้งคำถาม ใน 3 ประเด็นคือ 1) ความคิดนั้นเป็นจริง ถูกต้องไหม 2) ความคิดที่เกิดขึ้นเป็นประโยชน์ไหมและ 3) ถ้าไม่คิดอย่างนี้แล้ว คิดอย่างอื่นได้ไหม โดยแต่ละคำถามให้ผู้ป่วยตอบ และอภิปรายร่วมกันที่ละประเด็น ซึ่งมีการพิจารณาดังนี้
 - 2.1 ความคิดนั้นเป็นจริง ถูกต้องไหม ซึ่งการที่จะรู้ว่าเป็นจริงหรือไม่ เราต้องหาหลักฐานหรือข้อมูลที่มาสสนับสนุนหรือคัดค้านความคิดที่เกิดขึ้นนั้น ถ้าประเมินความคิดไม่เป็นจริงก็ต้องมีการปรับเปลี่ยนความคิด ถ้าความคิดนั้นเป็นจริงต้องใช้วิธีการแก้ปัญหา
 - 2.2 ความคิดที่เกิดขึ้นเป็นประโยชน์ไหม ถ้าคิดแล้วเกิดความทุกข์ใจ ซึมเศร้า ชีวิตแย่ลง ท้อแท้ใจ ก็ควรที่จะปรับเปลี่ยนความคิด หรือไม่ควรที่จะให้มีความคิดเช่นนี้อีก
 - 2.3 ถ้าไม่คิดอย่างนี้ คิดอย่างอื่นได้ไหม ซึ่งเป็นการปรับเปลี่ยนความคิด และเกิดความคิดอื่นๆ ขึ้นมาใหม่

3. ผู้บำบัดอธิบายในใบความรู้ที่ 5.1 “แนวทางการเสริมสร้างความคิด” ซึ่งมีทั้งการเพิ่มความคิดเพื่อสร้างอารมณ์ที่ดี และการลดความคิดที่ทำให้เกิดอารมณ์ที่ไม่ดี และให้ผู้ป่วยร่วมแสดงความคิดเห็นเพิ่มเติม

ขั้นสรุป (10 นาที)

1. ผู้บำบัดและผู้ป่วยร่วมกันสรุปสิ่งที่ได้จากการเรียนรู้จากกิจกรรม
2. ผู้บำบัดให้ผู้ป่วยพูดคุยแลกเปลี่ยนถึงการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม
3. ผู้บำบัดมอบหมายให้ผู้ป่วยแต่ละคนทำใบงานที่ 5.2 “แบบสำรวจอารมณ์ซึมเศร้า”

สื่อและอุปกรณ์

1. ใบความรู้ที่ 5.1
2. ใบงานที่ 5.1 และ 5.2
3. Flip chart และ ปากกาเคมี

การประเมินผล

1. สังเกตพฤติกรรมการมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็น การทำใบงาน และการซักถามข้อสงสัย
2. ผู้ป่วยบอกวิธีการประเมินความคิด และสามารถปรับเปลี่ยนความคิดเพื่อนำสู่ภาวะอารมณ์ที่

สมดุลได้

ใบความรู้ที่ 5.1 แนวทางการเสริมสร้างความคิด

ความคิดมีความสัมพันธ์ต่ออารมณ์/ความรู้สึก ต่อพฤติกรรม ซึ่งส่งผลต่อร่างกายและจิตใจ ถ้ามีความคิดที่ถูกต้อง เหมาะสม และเป็นความคิดดี ในเชิงบวก ก็ส่งผลต่อสุขภาพร่างกายและจิตใจที่สมบูรณ์ แข็งแรง ในทางกลับกันถ้าความคิดบิดเบือนจากความเป็นจริง และเป็นไปในเชิงลบก็ส่งผลต่อปัญหาสุขภาพทางร่างกายและจิตใจ ได้แก่ ภาวะอารมณ์ซึมเศร้า เป็นต้น

อย่างไรก็ตามมีแนวทางในการพัฒนาความคิดดังนี้

1. การเพิ่มความคิดที่ทำให้อารมณ์มีความสุขมากขึ้น

1.1 การเพิ่มจำนวนความคิดดีๆ ในจิตใจ ทำโดยการรวบรวมความคิดที่ดีเกี่ยวกับตนเอง และเกี่ยวกับชีวิต

1.2 สามารถแสดงความยินดี ชื่นชมกับตัวเองได้ ทั้งนี้เนื่องจากส่วนใหญ่สิ่งต่างๆที่เราทำคนอื่นไม่ได้รู้ ไม่ได้เห็น ดังนั้นมันจึงเป็นสิ่งสำคัญสำหรับตัวเราที่จะสังเกตเห็นได้ และเชื่อถือได้ในสิ่งที่ทำ

1.3 รู้จักที่จะปล่อยวาง หยุดพัก ขอเวลานอกให้จิตใจได้ผ่อนคลาย ให้ร่างกายรู้สึกถึงความเป็นอิสระ สงบ ซึ่งความรู้สึกสงบจะทำให้เรากลับมีพลังขึ้นมาอีกครั้ง

1.4 ใช้จินตนาการในการนำพาตนเองให้เคลื่อนไปตามเวลา เพื่อก้าวเดินไปสู่สิ่งดีๆที่จะเกิดขึ้น

2. การลดความคิดที่ทำให้อารมณ์/ความรู้สึกที่ไม่ดี

2.1 หยุดความคิด เมื่อความคิดทำให้เกิดอารมณ์ที่ไม่ดี

2.1.1 แยกแยะจับความคิด

2.1.2 บอกกับตัวเอง “ความคิดนี้เป็นอารมณ์ที่ไม่ดี”

2.1.3 คิดถึงความคิดอื่นๆ

2.2 ช่วงเวลาที่ลำบากให้ทำตารางในแต่ละวันจะช่วยให้สามารถมีใจจดจ่ออยู่กับความคิดที่จำเป็น และใช้เวลาพักผ่อนอยู่กับช่วงเวลาที่ไม่เครียดปราศจากความกังวล ซึ่งจะใช้เวลาอยู่ประมาณ 10-30 นาที

2.3 ทำให้สนุกกับปัญหา

2.3.1 มีอารมณ์ขัน

2.3.2 พยายามทำให้สนุกกับเรื่องที่วิตกกังวล

2.4 พิจารณาสีเลวร้ายที่สุดที่สามารถเกิดขึ้นได้บ่อยครั้งที่ความกลัวคลุมเครือไม่รู้ได้ว่าอะไรจะเกิดขึ้นทำให้ภาวะซึมเศร้ามีมากกว่าสิ่งที่คิด และเผชิญกับความเป็นไปได้ที่เลวร้าย

2.4.1 จำว่าสีเลวร้ายที่สุดสามารถเกิดขึ้นได้เพียง 1 ใน 100

2.4.2 เพราะว่ามันเป็นสิ่งที่เลวร้ายที่สุด มันไม่ใช่สิ่งที่น่าจะเกิดขึ้นมากที่สุด

2.5 เป็นพี่เลี้ยงให้กับตัวเอง

2.5.1 คิดวิธีการที่ต้องการให้สถานการณ์นั้นเกิดขึ้น

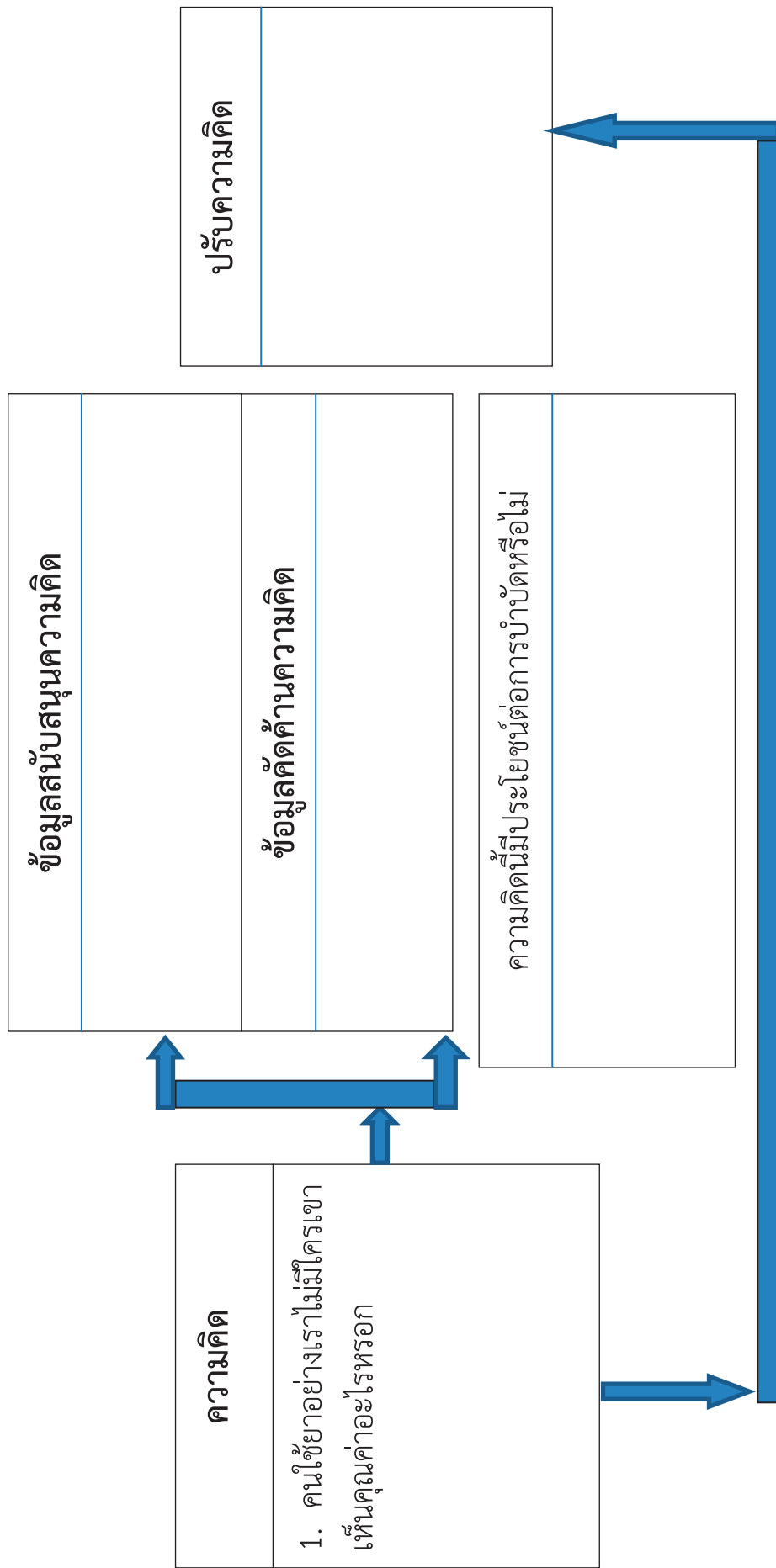
2.5.2 เป็นผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจริงใช่ไหม

2.5.3 คิดเกี่ยวกับขั้นตอนที่จำเป็นที่นำไปสู่เป้าหมาย

2.5.4 จดจำว่าการทำสิ่งเหล่านี้ คุณกำลังที่จะควบคุมภาวะซึมเศร้าของคุณ

ใบงานที่ 5.1
การประเมินความคิด

คำชี้แจง ให้พิจารณาข้อความที่เป็นความคิดอัตโนมัติและประเมินความคิดลงในช่อง



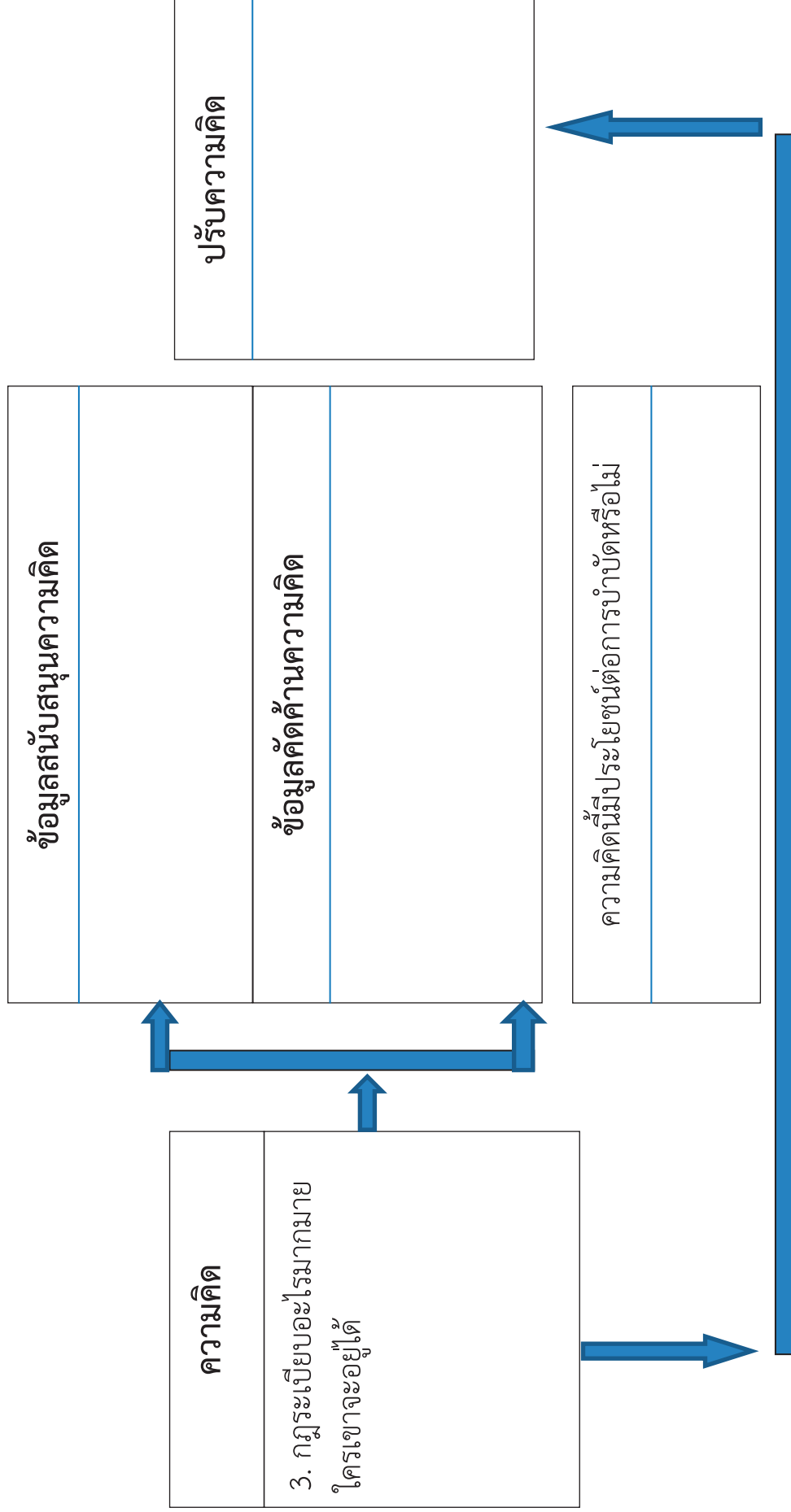
ใบงานที่ 5.1 (ต่อ)
การประเมินความคิด

คำชี้แจง ให้พิจารณาข้อความที่เป็นความคิดอัตโนมัติและประเมินความคิดลงในช่อง

<table border="1"> <tr> <td data-bbox="696 1645 816 2086">ความคิด</td> <td data-bbox="816 1645 1209 2086">2. คนที่บางคนจะทิ้งเราไว้ ทันที</td> </tr> </table>	ความคิด	2. คนที่บางคนจะทิ้งเราไว้ ทันที	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="497 729 587 1489">ข้อมูลสนับสนุนความคิด</td> <td data-bbox="587 729 765 1489"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="765 729 867 1489">ข้อมูลคัดค้านความคิด</td> <td data-bbox="867 729 1123 1489"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="1123 729 1362 1489">ความคิดนี้มีประโยชน์ต่อการบำบัดหรือไม่</td> <td data-bbox="1123 729 1362 1489"></td> </tr> </table>	ข้อมูลสนับสนุนความคิด		ข้อมูลคัดค้านความคิด		ความคิดนี้มีประโยชน์ต่อการบำบัดหรือไม่		<table border="1"> <tr> <td data-bbox="703 255 799 699">ปรับความคิด</td> <td data-bbox="799 255 1151 699"></td> </tr> </table>	ปรับความคิด	
ความคิด	2. คนที่บางคนจะทิ้งเราไว้ ทันที											
ข้อมูลสนับสนุนความคิด												
ข้อมูลคัดค้านความคิด												
ความคิดนี้มีประโยชน์ต่อการบำบัดหรือไม่												
ปรับความคิด												

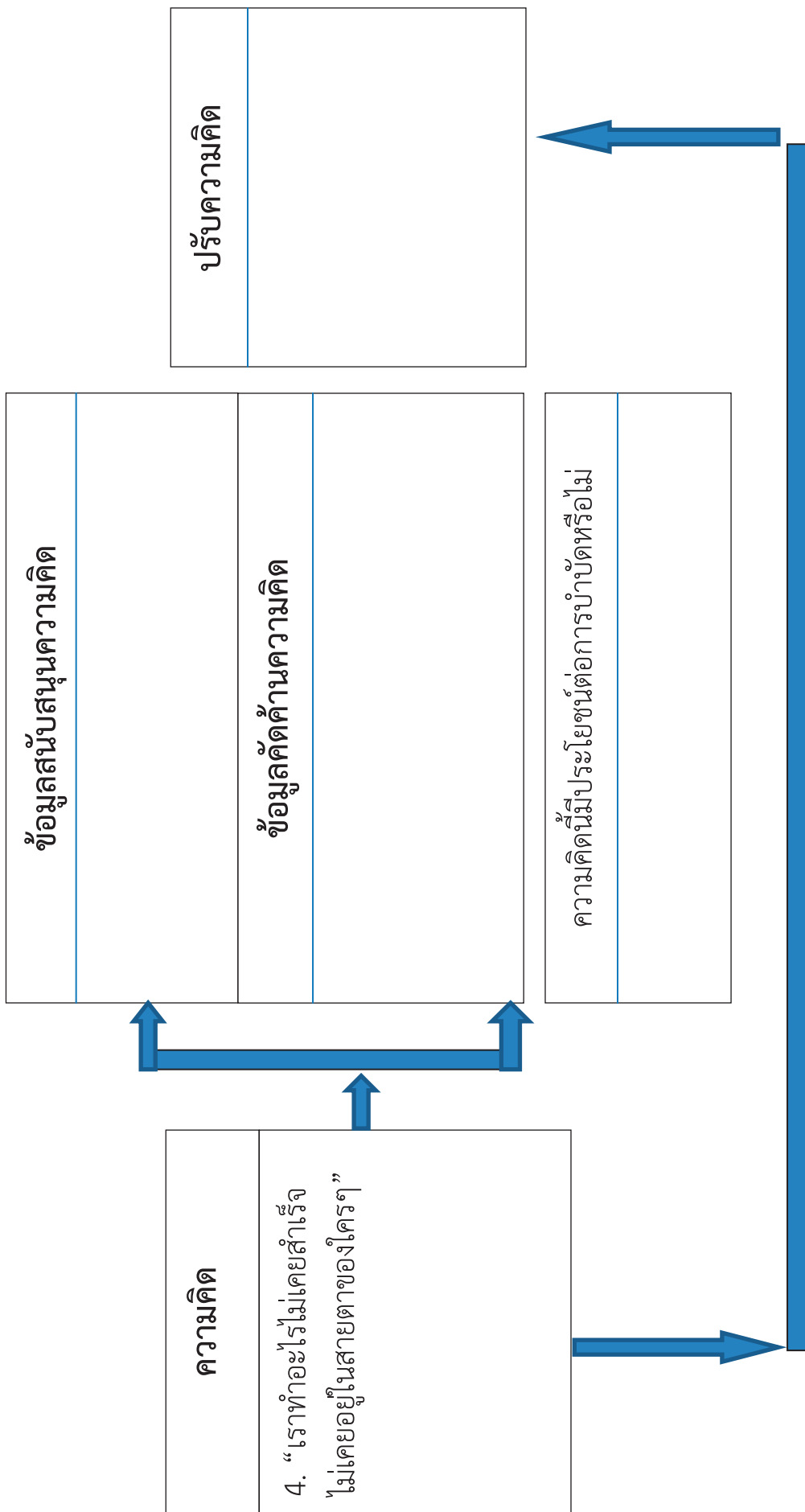
ใบงานที่ 5.1 (ต่อ)
การประเมินความคิด

คำชี้แจง ให้พิจารณาข้อความที่เป็นความคิดอัตโนมัติและประเมินความคิดลงในช่อง



ใบงานที่ 5.1 (ต่อ)
การประเมินความคิด

คำชี้แจง ให้พิจารณาข้อความที่เป็นความคิดอัตโนมัติและประเมินความคิดลงในช่อง



ใบงานที่ 5.2
แบบสำรวจอารมณ์ซึมเศร้า

คำชี้แจง ให้ท่านนิยมนไปในช่วงเวลาที่เกิดอารมณ์ซึมเศร้าว่ามีเหตุการณ์อะไรเกิดขึ้นตอนนั้นมีความคิด/ความเชื่ออะไร ที่ทำให้เกิดอารมณ์ซึมเศร้า ให้เขียนลงในตาราง และถ้าจะโต้แย้งความคิดนั้นจะโต้แย้งอย่างไร

เหตุการณ์	ความคิด/ความเชื่อ	ความรู้สึกที่ตามมา	ความคิดที่โต้แย้งความคิดเดิม



ครั้งที่ 6

กิจกรรม การเผชิญและแก้ไขปัญหา 1

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วย

1. มีความรู้ ความเข้าใจ และพิจารณาข้อดีข้อเสียของการแก้ไขปัญหา
2. สามารถระบุปัญหาได้ถูกต้อง
3. สามารถวางแผนในการแก้ไขปัญหาได้

แนวคิด

ผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้านักจะมีความคิดอัตโนมัติทางลบและมีวิธีการเผชิญปัญหาที่ไม่มีประสิทธิภาพ บางคนอาจจะแก้ไขปัญหาด้วยการเสพยา ซึ่งทำให้เกิดอาการซึมเศร้ามากยิ่งขึ้น ควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยตระหนักพิจารณาถึงข้อดีข้อเสียของการแก้ไขปัญหาด้วยการเสพยา และกระตุ้นให้ผู้ป่วยคิดหาวิธีการแก้ปัญหาด้วยวิธีการอื่นอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งวิธีการหนึ่งที่จะช่วยให้แก้ไขปัญหาดได้คือการปรับเปลี่ยนความคิดความสามารถในการเผชิญและแก้ไขปัญหาด จึงมีความสำคัญที่จะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถแก้ไขปัญหาดและหายจากอาการซึมเศร้าได้

ระยะเวลา 120 นาที

วิธีดำเนินการ

ขั้นเริ่มต้น (20 นาที)

1. ผู้บำบัดทักทาย พูดคุย และประเมินความรู้สึกเป็นสุขของผู้ป่วย ในใบงานที่ 1.1 “แบบบันทึกระดับความรู้สึกเป็นสุขของฉัน”
2. ให้ผู้ป่วยนำเสนอการบ้าน ในใบงานที่ 5.2 “แบบสำรวจอารมณ์ซึมเศร้า” พูดคุยอภิปราย

ขั้นดำเนินการ (90 นาที)

1. ผู้บำบัดสุ่มถามผู้ป่วย 1-2 คนว่าในชีวิตที่ผ่านมาใครพบเจอปัญหาอะไรบ้าง แล้วแต่ละคนมีความคิดต่อปัญหานั้นอย่างไร และทำอย่างไร ให้แต่ละคนเล่าให้เพื่อนในกลุ่มฟัง ผู้บำบัดสรุปปัญหาและวิธีการแก้ไขปัญหาดของแต่ละคนใน Flip chart
2. ผู้บำบัดเชื่อมโยงถึงวิธีการแก้ไขปัญหาดของผู้ป่วยที่ใช้วิธีการเสพยาในการแก้ปัญหาดว่าเพราะอะไรจึงใช้วิธีนี้ กรณีที่ไม่มีผู้ป่วยพูดถึงการใช้วิธีแก้ไขปัญหาดด้วยการไปเสพยาให้ผู้บำบัดสอบถามผู้ป่วยว่าที่ผ่านมาใครมีปัญหาแล้วแก้ไขปัญหาดด้วยการไปเสพยาบ้าง ซึ่งการแก้ไขปัญหาดด้วยวิธีการเสพยานั้นมีข้อดี หรือข้อเสียอย่างไร ให้ผู้ป่วยช่วยกันระดมสมอง ผู้บำบัดสรุปข้อดี ข้อเสียการแก้ไขปัญหาดด้วยการไปเสพยาใน Flip chart

ข้อดีของการแก้ไขปัญหาดด้วยการเสพยา	ข้อเสียของการแก้ไขปัญหาดด้วยการเสพยา

3. ผู้บำบัดสรุปเชื่อมโยงให้ผู้ป่วยเห็นว่าการเสพยานอกจากไม่ได้ช่วยให้สามารถแก้ไขปัญหาดได้แล้วยังทำให้อาการซึมเศร้าที่ผู้ป่วยเป็นอยู่นั้นมีอาการมากยิ่งขึ้น เนื่องจากผลของยาเสพติดทำให้อาการซึมเศร้าได้ (ตามใบความรู้ในกิจกรรมที่ 1) หลังจากนั้นให้ผู้ป่วยช่วยกันระดมสมองช่วยกันคิดหาวิธีการแก้ปัญหาดโดยการไม่ใช่ว่าจะมีวิธีการแก้ไขปัญหาดได้อย่างไรบ้าง

4. ผู้บำบัดกล่าวว่า ในการตรวจสอบความถูกต้องของความคิดนั้น ถ้าเราพิสูจน์แล้วว่าความคิดของเรานั้นมีส่วนจริงหรือเป็นความจริง การปรับเปลี่ยนความคิดบางครั้งไม่สามารถช่วยได้ เพราะเกิดเป็นปัญหาดแล้ว

หรือถ้าปล่อยทิ้งไว้จะทำให้เกิดปัญหาขึ้นได้ ดังนั้นสิ่งที่เราจะต้องเรียนรู้หรือหาวิธีที่จะมาช่วยได้ก็คือ การแก้ไขปัญหา ผู้บําบัดสอนขั้นตอนการแก้ไขปัญหา 6 ขั้นตอนตามใบความรู้ที่ 6.1 “การแก้ไขปัญหา”

5. ผู้บําบัดให้ผู้ป่วยฝึกปฏิบัติการแก้ไขปัญหา โดยแบ่งผู้ป่วยออกเป็น 2 กลุ่ม ให้แต่ละกลุ่มช่วยกันคิด เหตุการณ์/สถานการณ์ ซึ่งอาจจะใช้เรื่องราวของผู้ป่วยเอง หรือสถานการณ์ที่คิดขึ้นเพื่อใช้เป็นกรณีศึกษาให้ เวลา 5 นาที แล้วให้แต่ละกลุ่มแลกเปลี่ยนกรณีศึกษากัน โดยให้แต่ละกลุ่มคิดหาวิธีการแก้ไขปัญหาใน กรณีศึกษาที่ได้รับมอบหมาย ตามใบงานที่ 6.1 “การแก้ไขปัญหา” ข้อ 1-4 ให้แต่ละกลุ่มส่งตัวแทนขึ้นมาเสนอ สำหรับข้อที่ 5 และ 6 ให้ผู้บําบัดสอนเพิ่มเติม

6. ผู้บําบัดสรุปเพิ่มเติม

ขั้นสรุป (10 นาที)

1. ผู้บําบัดสอบถามความรู้สึกและสิ่งที่ได้รับจากการทำกลุ่ม
2. ผู้บําบัดให้ผู้ป่วยสรุปสาระสำคัญที่ได้จากการเรียนรู้และประโยชน์ที่ได้รับจากการทำกลุ่ม
3. ผู้บําบัดมอบหมายการบ้านให้ผู้ป่วยนำวิธีการแก้ไขปัญหาที่ได้จากการเรียนรู้ไปฝึกใช้ โดยให้ทำตามใบ

งานที่ 6.2 “ปรับความคิดพิชิตปัญหา”

สื่อและอุปกรณ์

1. ใบความรู้ที่ 6.1
2. ใบงานที่ 6.1 และ 6.2
3. Flip chart, ปากกาเคมี

การประเมินผล

1. ผลจากการมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็นในกลุ่ม
2. ผู้ป่วยสามารถระบุปัญหาที่เกิดขึ้นได้ถูกต้อง
3. ผู้ป่วยสามารถบอกขั้นตอนการแก้ไขปัญหาได้ถูกต้อง

ใบความรู้ที่ 6.1 การแก้ไขปัญหา

ปัญหาเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นได้กับทุกคนและเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา ทุกสถานที่ แต่จะเป็นปัญหาใหญ่เพียงใดขึ้นอยู่กับว่า การรับรู้ ความคิด และประสบการณ์ของแต่ละคน ที่จะมองปัญหานั้นมีความยุ่งยากหรือซับซ้อนเพียงใด ปัญหานั้นส่งผลกระทบต่อให้เกิดความรู้สึกตึงเครียดและเศร้าใจเพียงใด บุคคลที่มีทักษะการแก้ปัญหาที่ดีจะช่วยให้สามารถจัดการคลี่คลายปัญหาได้ง่ายขึ้น ซึ่งการแก้ไขปัญหาเป็นกระบวนการคิดที่สามารถใช้ในการจัดการกับปัญหาได้อย่างเป็นรูปธรรม โดยมีขั้นตอน 6 ขั้นตอน ซึ่งในแต่ละขั้นตอนมีรายละเอียด ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ระบุปัญหา คือ ขั้นตอนการระบุปัญหา ตัวอย่างปัญหา เช่น

- ปัญหาพฤติกรรม
- ปัญหาความรัก ความสัมพันธ์
- ปัญหาการทำงาน การดำเนินชีวิต

ขั้นตอนที่ 2 เลือกปัญหาที่แก้ได้ คือ ขั้นตอนการเลือกปัญหาที่สำคัญและสามารถแก้ได้

- ใช้วิธีการตั้งคำถามเพื่อค้นหาสาเหตุและวิธีการแก้ไขปัญหา
- ค้นหาปัญหาที่คิดว่าอยากแก้
- เลือกปัญหาที่มีความจำเป็นเร่งด่วน แก้ไขได้ง่าย และควบคุมได้

ขั้นตอนที่ 3 พิจารณาทางเลือก

- เปรียบเทียบข้อดีและข้อเสียของแต่ละทางเลือก

ขั้นตอนที่ 4 ตัดสินวางแผน

- ทำอะไร กับใคร เมื่อไร ที่ไหน และพิจารณาความเป็นไปได้

ขั้นตอนที่ 5 ลงมือปฏิบัติ

- โดยต้องคำนึงถึงความสอดคล้อง ความสำเร็จที่เป็นไปได้ มีทรัพยากรพอเพียงและเกิดความพึง

พอใจ

ขั้นตอนที่ 6 ประเมินผลจากการแก้ไขปัญหา

- ประเมินว่ามีปัญหาและอุปสรรคอย่างไร
- การแก้ปัญหาดังกล่าวนั้นได้ผลหรือไม่อย่างไร

ตัวอย่างการแก้ไข้ปัญหา

สถานการณ์

ผู้ป่วยติดยาบ้าเข้ามารับการบำบัดในตึกฟื้นฟูสมรรถภาพครั้งนี้เป็นครั้งที่ 3 ปัจจุบันอยู่ในรพ.เป็นเวลานาน 1 เดือน ภรรยาไม่มาเยี่ยม รู้สึกอยากกลับบ้าน

1. ปัญหาที่เกิดขึ้นเป็นปัญหาอะไร (ขั้นระบุปัญหา)

- 1.1ถ้ากลับบ้านอาจกลับไปเสพยาซ้ำ.....(ปัญหาด้านพฤติกรรม).....
- 1.2รู้สึกอยากกลับบ้าน...(ปัญหาความรู้สึก/อารมณ์).....
- 1.3ภรรยาไม่มาเยี่ยม...(ปัญหาสัมพันธภาพในครอบครัว).....

2. จะเลือกแก้ไข้ปัญหาอะไร เพราะอะไร (ขั้นเลือกปัญหา)

ลำดับของปัญหาที่ ต้องการแก้ไข	ปัญหา	เหตุผล
1	ภรรยาไม่มาเยี่ยม (คิดว่าภรรยาจะไปมีแฟนใหม่)	เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นในขณะนี้ มีผลทำให้รู้สึกไม่สบายใจมาก ถ้าไม่ได้รับการแก้ไข อาจทำให้หลบหนีออกจากรพ.ได้
2	รู้สึกอยากกลับบ้าน	เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน เป็นผลมาจากปัญหาแรก ถ้าสามารถแก้ไข้ปัญหาแรกได้ปัญหานี้จะหมดไป
3	กลับไปเสพยาซ้ำ	เป็นปัญหาที่เคยเกิดขึ้น และเป็นปัญหาที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต ซึ่งยังมีเวลาในการวางแผนแก้ไข้ปัญหา

3. จากปัญหาที่เกิดขึ้นท่านมีแนวทางแก้ไข้ปัญหานั้นอย่างไร แต่ละวิธีมีข้อดีข้อเสียอย่างไร (ขั้นพิจารณาทางเลือก)

วิธีที่	วิธีการแก้้ปัญหา	ข้อดี	ข้อเสีย
1	ขอโทรศัพท์ไปพูดคุยกับพ่อแม่เพื่อถามถึงภรรยา	- พ่อแม่ให้ข้อมูลตามความจริง - ลดการเผชิญหน้า ไม่เกิดการทะเลาะกัน	- พ่อแม่ไม่เห็นพฤติกรรมของภรรยาเมื่ออยู่นอกบ้าน - พ่อแม่อาจจะให้ข้อมูลตามที่เห็นและเข้าใจเอง
2	ขอโทรศัพท์พูดคุยกับภรรยาโดยตรง	- ได้พูดคุยกันโดยตรงทำให้ทราบในสิ่งที่สงสัย ไม่ต้องผ่านบุคคลอื่น	- ถ้าพูดคุยไม่เข้าใจกันอาจทำให้ทะเลาะกันได้
3	ให้พยาบาลโทรศัพท์แจ้งให้มาเยี่ยมและร่วมกิจกรรมวันครอบครัว เพื่อให้ได้พูดคุยทำความเข้าใจกัน	- ได้เห็นสีหน้า ท่าทาง - มีเวลาให้ได้คิดทบทวนและเตรียมตัว/ คำพูดเกี่ยวกับเรื่องที่ต้องการพูดคุย	- ภรรยาอาจจะไม่มาเยี่ยมหรือมาร่วมกิจกรรม ทำให้เสียใจมากยิ่งขึ้น

สรุปวิธีการแก้ไขปัญหาคัดสนใจเลือก คือ ...ให้พยาบาลโทรศัพท์แจ้งให้มาเยี่ยมและร่วมกิจกรรม วันครอบครัว เพื่อให้ได้พูดคุยทำความเข้าใจกัน

เหตุผล ...เพื่อให้ได้พูดคุยทำความเข้าใจกันโดยตรง และมีการเตรียมตัว/ คำพูดเกี่ยวกับเรื่องที่ต้องการพูดคุย..

4. จากวิธีการแก้ไขปัญหาคัดสนใจเลือก ท่านจะนำไปปฏิบัติอย่างไร (ขั้นตัดสินใจวางแผน)

ทำอะไร (what)/ ทำอย่างไร (How)	กับใคร (who)	เมื่อไร (when)	ที่ไหน (where)
- แจ้งพยาบาลขอให้พยาบาล โทรศัพท์หาภรรยาขอให้มา เยี่ยมและแจ้งวันเวลาในการ มาเข้าร่วมกิจกรรมวัน ครอบครัว	- พยาบาล	- วันนี้ เวลา 18.00 น.	- ห้องทำงานของ พยาบาลในตึก

5. (ขั้นลงมือปฏิบัติ)

.....ได้นำไปปฏิบัติจริงเมื่อวันที่ 15 สิงหาคม 2559 โดยได้ขอโทษภรรยาในสิ่งที่เคยทำไม่ได้ไว้กับภรรยา และได้พูดคุยตกลงถึงแนวทางปฏิบัติหลังจากที่รับการบำบัดรักษาแล้ว และได้สอบถามภรรยาว่าต้องการไปมีแฟนใหม่หรือไม่ ซึ่งภรรยาบอกว่าไม่มี แต่ถ้าตนเองยังเลิกยาเสพติดไม่ได้ก็ขอเลิก.....

6. หลังจากนำไปปฏิบัติแล้ว ผลการปฏิบัติเป็นอย่างไร มีปัญหาอุปสรรคหรือไม่ อย่างไร (ขั้นประเมินผล)

6.1 ผลการปฏิบัติ ...ภรรยาหายโกรธ ให้อภัยในสิ่งที่ผ่านมา

6.2 ปัญหา อุปสรรคที่เกิดขึ้น ...ถ้ากลับไปเสพยาอีกภรรยาจะขอเลิก.....

ใบงานที่ 6.1
การแก้ไขปัญหา

1. ปัญหาที่เกิดขึ้นเป็นปัญหาอะไร (ชั้นระบุปัญหา)

1.1

1.2

1.3

2. จะเลือกแก้ไขปัญหอะไร เพราะอะไร (ชั้นเลือกปัญหา)

ลำดับของปัญหาที่ ต้องการแก้ไข	ปัญหา	เหตุผล

3. จากปัญหาที่เกิดขึ้นท่านมีแนวทางแก้ไขปัญหานั้นอย่างไร แต่ละวิธีมีข้อดีข้อเสียอย่างไร (ชั้นพิจารณา
ทางเลือก)

วิธีที่	วิธีการแก้ปัญหา	ข้อดี	ข้อเสีย
1.			
2.			
3.			

สรุปวิธีการแก้ไขปัญหที่ตัดสินใจเลือก คือ

เหตุผล

4. จากวิธีการแก้ไขปัญหานั้นที่ท่านเลือก ท่านจะนำไปปฏิบัติอย่างไร (ขั้นตัดสินใจวางแผน)

ทำอะไร (what)/ ทำอย่างไร (How)	กับใคร (who)	เมื่อไร (when)	ที่ไหน (where)

5. (ขั้นลงมือปฏิบัติ)

.....

.....

6. หลังจากนำไปปฏิบัติแล้ว ผลการปฏิบัติเป็นอย่างไร มีปัญหาอุปสรรคหรือไม่ อย่างไร (ขั้นประเมินผล)

6.1 ผลการปฏิบัติ

.....

.....

6.2 ปัญหา อุปสรรคที่เกิดขึ้น

.....

.....

ครั้งที่ 7

กิจกรรม การเผชิญและแก้ไขปัญห 2

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วย

1. สามารถระบุปัญหาได้ถูกต้อง
2. สามารถวางแผนในการแก้ไขปัญหได้
3. สามารถเผชิญและแก้ไขปัญหได้ถูกต้อง

แนวคิด

ผู้ป่วยซึมเศร้า/ผู้ป่วยยาเสพติดจะเคยชินกับวิธีการแก้ไขปัญหแบบเดิมๆที่เคยทำอยู่ ดังนั้น การส่งเสริมทักษะการแก้ไขปัญหอย่างมีประสิทธิภาพของผู้ป่วยซึมเศร้า/ผู้ป่วยยาเสพติดจำเป็นต้องให้มีการกระทำซ้ำๆ เพื่อให้ผู้ป่วยจดจำได้และเกิดประสบการณ์มากยิ่งขึ้น

ในการแก้ไขปัญหานั้น สิ่งที่สำคัญและจำเป็นอย่างยิ่ง คือ ต้องพยายามให้ผู้ป่วยเห็นภาพที่ชัดเจนว่า ปัญหาที่แท้จริงคืออะไร มีปัจจัยอะไรบ้างที่มาเกี่ยวข้อง ปัญหานั้นมีผลกระทบอย่างไรกับชีวิตของผู้ป่วย มีบุคคลสำคัญของผู้ป่วยเกี่ยวข้องกับปัญหอย่างไรและที่ผ่านมาใช้วิธีอะไรในการแก้ไขปัญห ดังนั้นในการฝึกการแก้ไขปัญหานั้นจึงต้องมีการคิดทบทวนตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน เพื่อนำมาใช้ประกอบการวางแผนการแก้ไขปัญหอย่างถูกต้อง

ระยะเวลา 120 นาที

วิธีดำเนินการ

ขั้นเริ่มต้น (20 นาที)

1. ผู้บำบัดทักทาย พูดคุย และประเมินความรู้สึกเป็นสุขของผู้ป่วย ในใบงานที่ 1.1 “แบบบันทึกระดับความรู้สึกเป็นสุขของฉัน”
2. ให้ผู้ป่วยนำเสนอการบ้าน ในใบงานที่ 6.2 “ปรับความคิดพิชิตปัญหา” พูดคุยอภิปราย

ขั้นดำเนินการ (90 นาที)

1. ผู้บำบัดสุ่มถามผู้ป่วย 1-2 คน ในช่วงระยะเวลาในการบำบัดที่ผ่านมา ใครพบเจอปัญหาในการบำบัดบ้าง ปัญหานั้นเป็นปัญหาอะไร แล้วแต่ละคนมีความคิดต่อปัญหานั้นอย่างไร และทำอย่างไร ให้แต่ละคนเล่าให้เพื่อนในกลุ่มฟัง ให้ผู้ป่วยแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ผู้บำบัดกล่าวชื่นชมผู้ป่วยที่สามารถฝ่าฟันปัญหาและอุปสรรคนั้นมาได้ และให้กำลังใจผู้ที่แก้ปัญหไม่สำเร็จ

2. ผู้บำบัดกล่าวเพิ่มเติม “คนเราเกิดมาทุกคนล้วนมีปัญหาไม่มากก็น้อย ถือเป็นเรื่องธรรมดา แต่สิ่งสำคัญที่ทำให้เราดำเนินชีวิตอยู่ได้อย่างมีความสุข คือ การรู้จักแก้ปัญหที่ถูกรวิธี ในการแก้ไขปัญหานั้นในเบื้องต้นต้องทำให้ใจให้สงบ ตั้งสติคิดไตร่ตรองให้รอบคอบ ทำความเข้าใจกับปัญหา ทบทวนปัญหาที่เกิดขึ้นเป็นปัญหาอะไร มีสาเหตุมาจากอะไร แล้วเราจะต้องทำอย่างไรจึงจะทำให้ปัญหานั้นผ่านลุล่วงไปได้” และให้ผู้ป่วยทบทวนความรู้เรื่องการแก้ไขปัญห 6 ขั้นตอน ตามใบความรู้ที่ 6.1 “การแก้ไขปัญห” ซ้ำอีกครั้งหนึ่งผู้บำบัดอาจสรุปเพิ่มเติมในกรณีที่ผู้ป่วยยังไม่สามารถจดจำได้

3. ให้ผู้ป่วยเรียนรู้และฝึกการแก้ไขปัญห โดยให้ผู้ป่วยแต่ละคนนึกถึงเหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่ทำให้ตนเองรู้สึกไม่ดี ทั้งที่ผ่านมาในอดีตหรือที่เกิดขึ้นในขณะที่บำบัด แล้วตนเองมีความคิดที่สำคัญต่อสถานการณ์นั้นอย่างไร ทำการตรวจสอบทั้งความถูกต้องและประโยชน์ของความคิดแล้วเป็นอย่างไร ให้ปรับความคิดหรือหาวิธีแก้ปัญห โดยพิจารณาข้อดีข้อเสีย และตัดสินใจเลือกวิธีแก้ปัญห ตามใบงานที่ 7.1 “ปัญหามีไว้ให้แก้”

4. ผู้บําบัดให้ผู้ป่วยพูดคุยตามใบงานและให้เพื่อนในกลุ่มช่วยแบ่งปันประสบการณ์
5. ผู้บําบัดสรุปประเด็นเพิ่มเติม

ขั้นสรุป (10 นาที)

1. ผู้บําบัดสอบถามความรู้สึกและสิ่งที่ได้รับจากการทำกลุ่ม
2. ผู้บําบัดให้ผู้ป่วยสรุปสาระสำคัญที่ได้จากการเรียนรู้และประโยชน์ที่ได้รับจากการทำกลุ่ม
3. ผู้บําบัดมอบหมายการบ้านให้ผู้ป่วยนำวิธีการแก้ปัญหาที่ได้จากการเรียนรู้ไปฝึกใช้ โดยให้ทำตามใบ

งานที่ 7.2 “แบบบันทึกปัญหาและแนวทางการแก้ไขปัญหา”

สื่อและอุปกรณ์

1. ใบงานที่ 7.1 และ 7.2
2. Flip chart, ปากกาเคมี

การประเมินผล

1. ผลจากการมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็นในกลุ่ม
2. ผู้ป่วยสามารถระบุปัญหาที่เกิดขึ้นได้ถูกต้อง
3. ผู้ป่วยสามารถบอกถึงสาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดปัญหาได้
4. ผู้ป่วยสามารถบอกขั้นตอนการแก้ไขปัญหาได้ถูกต้อง

ใบงานที่ 7.1
ปัญหามีไว้ให้แก้

1. ปัญหา/สถานการณ์/เรื่องที่ทำให้รู้สึกเศร้า/ไม่สบายใจ

.....
.....

2. **ความคิดสำคัญ** ที่ตนเองมีต่อปัญหา/สถานการณ์/เรื่องที่ทำให้รู้สึกเศร้า/ไม่สบายใจ

.....
.....

3. ความคิดนี้ทำให้รู้สึก ระดับ/10

4. ได้ทำการตรวจสอบความคิดนั้นแล้ว พบว่า

4.1 ความถูกต้องของความคิด

ความคิด	ข้อมูล/หลักฐานสนับสนุน	ข้อมูล/หลักฐานคัดค้าน	ผลสรุปความคิด (จริง/ไม่จริง)

4.2 ประโยชน์ของความคิด

มีประโยชน์ เพราะ

ไม่มีประโยชน์เพราะ

.....

5. จึงได้ปรับเปลี่ยนความคิด ซึ่งทำให้ความรู้สึกเปลี่ยนไป คือ

ความคิดที่ได้ปรับเปลี่ยน	ความรู้สึกที่เปลี่ยนไป

6. ถ้าความคิดเดิมจริงหรือมีส่วนจริง ได้ทำการแก้ปัญหาโดยไล่เรียงวิธีแก้ปัญหาที่เป็นไปได้ ดังนี้

วิธีที่	วิธีแก้ปัญหา	ข้อดีของวิธีนี้	ข้อเสียของวิธีนี้
1.			
2.			
3.			
4.			

7. เมื่อคิดอย่างรอบคอบแล้วได้ตัดสินใจแก้ปัญหานี้ด้วยวิธี

.....

 เนื่องจาก

ใบงานที่ 7.2
แบบบันทึกปัญหาและแนวทางการแก้ไขปัญหา

คำชี้แจง ให้ท่านเขียนบันทึกปัญหา และแนวทางการแก้ไขปัญหาลงในแต่ละช่องรายการตามที่กำหนด

ปัญหา/เหตุการณ์ที่เกิดขึ้น	แก้ปัญหอย่างไร	กับใคร	เมื่อไร	ที่ไหน	ผลที่เกิดขึ้น

ครั้งที่ 8

กิจกรรม ภาวะซึมเศร้า...เราจัดการได้

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วย

1. เรียนรู้วิธีการจัดการกับภาวะซึมเศร้า
2. วางแผนในการปรับตัวเพื่อลดภาวะซึมเศร้า
3. ป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าซ้ำ

แนวความคิด

หลักการบำบัดผู้ป่วยเสพติดที่มีภาวะซึมเศร้า ระบุว่าความคิดเป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพล ทำให้บุคคลเกิดพฤติกรรมที่แสดงออกด้วยภาวะซึมเศร้า การช่วยเหลือให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม จึงควรปรับแก้ความคิดของตนเองมากกว่าการที่จะไปหลีกเลี่ยงกับเหตุการณ์เสี่ยงต่างๆ ที่จะทำให้บุคคลเกิดภาวะซึมเศร้าได้ ฉะนั้น การเปลี่ยนความคิดนั้นต้องมีแผนการปฏิบัติที่สนับสนุนให้เกิดการปรับเปลี่ยนวิธีการคิด และก่อให้เกิดพฤติกรรมใหม่ โดยผู้ป่วยควรมีแผนการปฏิบัติเพื่อช่วยให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้นด้วยตนเอง เพื่อแผนปฏิบัติเหล่านั้นจะได้เหมาะสมกับแบบแผนการดำเนินชีวิตและบริบทของผู้ป่วยเอง บุคคลเหล่านั้นจะตระหนักได้ว่าตนเป็นผู้กำหนดและเป็นเจ้าของแผนปฏิบัติการนั้น ดังนั้นเขาจึงมีแนวโน้มที่มุ่งมั่นตั้งใจ และรับผิดชอบต่อแผนปฏิบัติการดังกล่าว จนสามารถประสบความสำเร็จในการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการนั้น

ระยะเวลา 120 นาที

วิธีการดำเนินการ

ขั้นเริ่มต้น (20 นาที)

1. ผู้บำบัดพูดคุยซักถามสอบถามชีวิตความเป็นอยู่ และสิ่งที่ได้เรียนรู้ในช่วงเวลาที่ผ่านมา
2. ให้ผู้ป่วยทำใบงานที่ 1.1 “แบบบันทึกระดับความรู้สึกเป็นสุขของฉัน”
3. เปิดเพลงบรรเลง หรือเพลงจากหมู่บ้านพลัม (เพลง ณ ตรงนี้ที่ฉันสุข) ให้ผู้ป่วยหลับตาและ

จินตนาการตาม

4. ผู้บำบัดสุ่มถามผู้ป่วย 2 – 3 คน คิดอะไรจากการฟังเพลงนี้

ขั้นดำเนินการ (90 นาที)

1. ผู้บำบัดสอบถามผู้ป่วยว่า 1-2 คนว่าช่วง ระยะเวลาที่ผ่านมา ที่อยู่ในสถานพยาบาล เคยเกิดความรู้สึกไม่ดี หรือกังวลใจหรือไม่ เมื่อเกิดเหตุการณ์แล้วท่านรู้สึกอย่างไร ถ้ารู้สึกไม่ดี ได้มีการเตรียมตัวรับมือกับความรู้สึกไม่ดี หรือกังวลใจหรือไม่ และขณะนั้นผู้ป่วยคิดอย่างไร ความรู้สึกนั้นเป็นปัญหาหรือทำให้เป็นทุกข์หรือไม่ หากเป็นทุกข์ มีวิธีจัดการทุกข์นั้นอย่างไร

2. ให้ผู้ป่วยนึกถึงสถานการณ์/ เหตุการณ์อะไรในชีวิตที่ทำให้ตนเองเกิดภาวะเศร้า แล้วให้เขียนลงในใบงานที่ 8.1 “แผนการป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้า” ในช่อง 1 เหตุการณ์/ สถานการณ์ที่สำคัญต่อความรู้สึกและคิดว่าจะมีวิธีการหรือเครื่องมืออะไรที่จะช่วยป้องกันไม่ให้เป็นภาวะซึมเศร้าอีก และมีใครหรือบุคคลใดที่จะช่วยเตือนสติตัวเราได้ โดยเขียนลงในช่องที่ 2 และ 3 แล้วให้นำเสนอทีละคน หลังจากนั้นให้แลกเปลี่ยนประสบการณ์กัน

3. ผู้บำบัดเสริมสร้างความมั่นใจว่า ผู้ป่วยแต่ละคนนั้นมีศักยภาพหรือความสามารถที่จะปรับตัวเพื่อลดภาวะซึมเศร้าที่จะเกิดกับตนเองได้ และยกตัวอย่างกิจกรรมตนเองทำสำเร็จพร้อมทั้งชื่นชมให้กำลังใจ สำหรับ

ผู้ที่สามารถลดภาวะซึมเศร้าได้ตลอดระยะเวลาที่อยู่บำบัดรักษา ซึ่งเป็นเวลามากกว่า 1 เดือนแล้ว เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกมั่นใจในตนเองมากยิ่งขึ้น

4. ผู้บำบัดสรุปเพิ่มเติมตามใบความรู้ที่ 8.1 “การบริหารจัดการภาวะซึมเศร้า” เพื่อช่วยเพิ่มความเข้าใจให้ผู้ป่วย

ขั้นสรุป (10 นาที)

1. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ถามข้อสงสัยต่างๆ พร้อมกับการพูดคุยให้กำลังใจ
2. มอบหมายให้ผู้ป่วยทำการบ้านตามใบงานที่ 8.2 “ทบทวนการเรียนรู้”

สื่อและอุปกรณ์

1. ใบความรู้ที่ 8.1
2. ใบงานที่ 8.1, 8.2
3. คอมพิวเตอร์ ที่เปิดเพลงได้
4. แผ่นซีดี เพลงจากหมู่บ้านพลัม (เพลง ณ ตรงนี้ที่ฉันสุข)
5. ปากกาเคมี/ ปากกา/ ดินสอ/ กระดาษ Flip Chart

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยบอกเหตุการณ์/ สถานการณ์เสี่ยงที่อาจจะทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้
2. ผู้ป่วยมีแนวทางหรือวิธีการที่เหมาะสมกับตนเองในการป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าซ้ำ

ใบความรู้ที่ 8.1 การบริหารจัดการภาวะซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้าเป็นอาการทางจิตเวชที่พบบ่อย บุคคลจะสูญเสียโอกาสด้านการทำงานและการศึกษาในขณะที่ป่วย ภาวะซึมเศร้าเป็นความเจ็บป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูงถึงร้อยละ 15-1 ภาวะนี้เกี่ยวข้องกับอารมณ์ ความคิด และทุกๆ ส่วนของร่างกาย โดยมีผลต่อการนอนหลับ การรับประทานอาหาร ตลอดจนความรู้สึกนึกคิดที่มีต่อตนเองและสิ่งต่างๆ รอบตัว

ภาวะซึมเศร้าไม่ใช่เป็นเพียงความรู้สึกหรืออารมณ์เศร้าหมองที่ผ่านเข้ามาและจะผ่านไปได้ง่ายๆ ดังใจปรารถนาและไม่ได้แสดงถึงความอ่อนแอหรือใจอ่อนของบุคคลนั้น บุคคลที่มีอาการซึมเศร้าจะไม่สามารถรวบรวมสติและพลังที่จะต่อสู้ให้ดีขึ้นได้ด้วยตนเอง ภาวะซึมเศร้าสามารถเกิดขึ้นได้จากหลายปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยทางพันธุกรรม ชีวภาพ บุคลิกภาพและภาวะตั้งเครียดในชีวิต บุคลิกภาพที่ขาดความเชื่อมั่นไม่สามารถมองเห็นคุณค่าในตนเอง มองโลกและตนเองในแง่ร้ายไม่สามารถขจัดความเครียดได้อย่างเหมาะสมจะทำให้บุคคลนั้นเสี่ยงต่อการเกิดโรคซึมเศร้าได้

เทคนิคการปรับความคิด เพื่อลดและป้องกันภาวะซึมเศร้า มี 3 ขั้นตอนหลัก ผู้บำบัดสามารถให้ความรู้ควบคู่กับการฝึกทักษะ เพื่อความเข้าใจของผู้ป่วย ดังนี้

1. ปรับความคิดเพื่ออารมณ์ที่ดีกว่า ด้วยการ

1.1 เพิ่มจำนวนความคิดดี ๆ ในสมอง/หัวใจ เช่น คิดว่า ฉันดี ฉันเก่ง ฉันสามารถ หรือคิดว่าการให้อภัยเป็นสิ่งที่ดี คิดมุกกลับบ้างเพื่อชีวิตที่ดีกว่า เช่น โกรธแล้วได้อะไร ถ้าไม่โกรธจะรู้สึกสบายกว่าหรือไม่ เป็นต้น

1.2 ให้ผู้ป่วยลองหลับตา และหายใจเข้า – ออกลึกๆ ยาวๆ แล้วลองคิดว่าหากเราเศร้า หรือวิตกกังวลจนส่งผลให้เราซึมเศร้า เราลองเก็บความคิดเหล่านั้นโดยไม่คิดถึงมัน และหาสิ่งที่เราชอบทำ เช่น ฟังเพลง เดินเล่น ปลูกต้นไม้ หรือออกกำลังกาย เป็นต้น

1.3 ให้ผู้ป่วยลองคิดว่า ความซึมเศร้าเป็นเหมือนสิ่งของสักอย่างหนึ่งที่เราพยายามแบกมันไว้ เมื่อเรารู้สึกหนัก ให้ตั้งเวลาปล่อยวางหรือปลดความความซึมเศร้าให้ออกไปจากตัว โดย “ลองคิดว่าเมื่อเราเดินขึ้นบันไดแล้วแบกของหนักไว้ข้างหลัง ให้คิดว่า “ควรจะทำอย่างไรต่อไป เพื่อให้เกิดประโยชน์กับตัวเองที่สุด” โดยอาจให้สมาชิกในกลุ่มช่วยกันคิดทั้งความคิดเชิงบวกและความคิดเชิงลบ โดยเขียนบนกระดาษ Flip Chart ตามตาราง ดังนี้

ความคิดเชิงบวก	ความคิดเชิงลบ
มันหนักก็วางลงสิ	แบกไปเรื่อยๆ เดี๋ยวก็ชินไปเอง

2. การหยุดความคิดที่ทำให้คุณรู้สึกแย่

2.1 หยุดคิด: เมื่อความคิดเหล่านั้นทำร้ายความรู้สึกของคุณควรใช้เทคนิค

- (1) แยกแยะ ความคิด ดี/ไม่ดีของความคิดที่ทำให้เกิดความเศร้า
- (2) เตือนตัวเองว่า “ความคิดนี้ทำร้ายความรู้สึกของตนเอง”

(3) เปลี่ยนกระบวนการคิดเพื่อให้เกิดความคิดใหม่ เช่น คิดในด้านที่เป็นประโยชน์ต่อตัวเอง เป็นต้น

2.2 ทบทวนระยะเวลาที่ใช้ในการคิดและทำให้เกิดความวิตกกังวลโดยใน 1 วัน คุณต้องคิดในสิ่งที่จำเป็นต่อการดำเนินชีวิตมากมาย ผู้บำบัดจึงควรแนะนำว่าควรจะทำอย่างไรหรือหยุดคิดบ้าง โดยใช้เทคนิค

(1) จำกัดเวลาคิดเรื่องวิตกกังวลให้ได้ โดยใช้เวลารวันละ 10-30 นาทีเท่านั้น เช่น ลองให้ผู้ป่วยตั้ง/จับเวลาว่าวันนี้คิดเรื่องที่ทำให้เศร้ามานานแค่ไหนแล้ว หากนานเกินกว่าครึ่งชั่วโมงควรหยุดหรือเลิกคิดได้แล้ว หรือค่อยๆ ลดเวลาคิดเรื่องวิตกกังวลลงวันละ 5 – 10 นาที โดยลดเวลาลงเรื่อยๆ จนทำให้หยุดคิด อาจจะใช้เวลาที่ค่อยข้างยาวนาน แต่ต้องใช้ความพยายาม

(2) หากิจกรรมอย่างอื่นทำเพื่อความผ่อนคลาย เช่น ฟังเพลง ปลูกต้นไม้ ทำอาหาร เป็นต้น

2.3 ทำปัญหาให้เป็นเรื่องตลก โดย

(1) สร้างความรู้สึกดีๆ ด้วยอารมณ์ขัน

(2) ลองทำความวิตกกังวลให้เป็นเรื่องตลกโดยการเปลี่ยนมุมมอง เช่น

- ท่านคิดว่า “เหงาจัง คิดถึงบ้าน”

- เปลี่ยนมุมมองว่า “บ้านเราก็อยู่ที่เดิม อยู่บ้านมาตั้งนานแล้วเปลี่ยนที่อยู่บ้างสิ จะได้

ไม่เบื่อ”

2.4 หากพบผู้ป่วยที่มีความเศร้าจากความสูญเสีย แนะนำให้ผู้ผู้ป่วยคิดว่า

(1) เมื่อเกิดการสูญเสียแล้ว ความสูญเสียนั้นอาจเกิดขึ้นเพียงครั้งเดียว และเป็นครั้งสุดท้ายในชีวิตก็ได้

(2) ความสูญเสียเกิดขึ้นแล้ว หากเรายังเศร้าอยู่จะเกิดผลกระทบต่อตนเอง ครอบครัว และคนรอบข้างอย่างไร หากเราเข้มแข็งเราจะสามารถอยู่กับความสูญเสียนั้นต่อไปได้

3. การป้องกันความซึมเศร้า เมื่อเกิดความเศร้า ผู้ป่วยมักไม่รู้ตัว แต่อาจสังเกตได้ด้วยตัวเอง เช่น รู้สึกเหงาๆ อากาศไม่สดชื่น อารมณ์ขุ่นมัว เป็นต้น เมื่อเกิดความรู้สึกเช่นนี้ให้ลองถามตัวเองก่อนว่ากำลังคิดอะไร หลังจากนั้นพยายามบอกกับตัวเองว่าความคิดนั้นเป็นจริงหรือไม่ เป็นประโยชน์กับตัวหรือไม่ หรือความคิดนั้นกำลังทำร้ายตัวเอง และหาบุคคล สิ่งของ หรืออะไรก็ได้ที่จะช่วยให้เกิดสติ เช่น เสียงระฆัง บัตรคำโดนใจ เป็นต้น เพื่อเตือนว่าไม่ให้คิดถึงเรื่องที่ทำให้เกิดภาวะเศร้าต่อไปโดยให้ลองฝึกปรับเปลี่ยนความคิดของตนเอง ดังนี้

(1) คิดว่าจะทำอะไรเมื่อไม่ต้องการให้เหตุการณ์ที่ทำให้ตนเองเศร้ากลับมารบกวนอีก

(2) ผลลัพธ์ที่เกิดจากเหตุการณ์นั้นซึ่งส่งผลให้เกิดภาวะเศร้านั้น เป็นเรื่องจริงหรือไม่ มีข้อมูลสนับสนุนว่าเป็นจริงอย่างไรบ้าง และมีข้อมูลสนับสนุนว่าไม่เป็นจริงอย่างไรบ้าง

(3) หลังจากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์ วางแผนหาวิธีการที่จะปฏิบัติ เพื่อลดความวิตกกังวลที่ส่งผลให้เกิดอาการซึมเศร้า

(4) ตั้งใจทำในสิ่งนั้นซ้ำๆ เพื่อจะควบคุมความซึมเศร้าได้ด้วยตนเอง

ใบงานที่ 8.1
แผนการป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้า

คำชี้แจง ให้ท่านเขียนแผนการป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าที่เกิดกับตนเองตามช่องรายการที่กำหนดไว้ในช่องต่อไปนี้

1. เหตุการณ์/ความเสี่ยงที่

ทำให้ฉันเศร้า.....

.....

.....

.....

.....

.....

2. แนวทาง/วิธีการป้องกัน

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

3. บุคคล/สิ่งของ/คำพูดที่สามารถช่วยเตือนสติ
ท่านได้.....

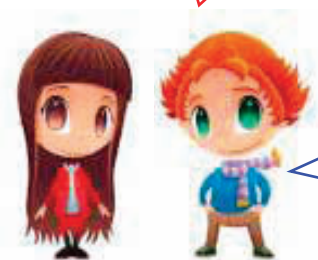
.....

.....

.....

.....

.....



ครั้งที่ 9 กิจกรรม ฉันทเลือกที่จะ...ชนะ!!

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วย

1. ทบทวนสิ่งที่ได้เรียนรู้จากกิจกรรมที่ผ่านมา
2. วางแผนในการนำความรู้ไปใช้เพื่อลดภาวะซึมเศร้า
3. ป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าและลดการกลับไปเสพติดซ้ำ

แนวความคิด

ภาวะซึมเศร้าเกิดจากความคิดที่บิดเบือน ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมที่ผิดปกติ การช่วยเหลือบุคคลเหล่านี้เน้นที่การเปลี่ยนแปลงความคิด เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การเรียนรู้จากกิจกรรมที่ผ่านมาจำนวน 8 ครั้ง เริ่มตั้งแต่การสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้บำบัดกับผู้ป่วย และกลุ่มเพื่อน การเรียนรู้รูปแบบของความคิดที่ส่งผลต่อพฤติกรรม (Cognitive Model) การเรียนรู้เทคนิคปรับเปลี่ยนความคิด การวางแผนเพื่อการปฏิบัติ การค้นหาปัญหาที่ผ่านมาในชีวิต พร้อมทั้งการเรียนรู้ขั้นตอนในการแก้ปัญหาอย่างเป็นระบบ และครั้งที่ 8 ได้เรียนรู้เทคนิควิธีการปรับความคิดและการวางแผนในการลดหรือปลดภาวะซึมเศร้าออกจากตัว ตลอดระยะเวลาที่ได้เรียนรู้ ผ่านการทดสอบประสบการณ์ ผ่านการทดลองทำ ผ่านการคิดถ่วงถ่วง จนสุดท้ายในกิจกรรมครั้งนี้เป็นการสร้างภาพฝันเพื่อนำความรู้ทั้งหมดไปใช้ในชีวิตประจำวันหากเกิดภาวะซึมเศร้าและเมื่อเกิดอาการอยากยาเสพติด

ระยะเวลา 120 นาที

วิธีการดำเนินการ

ขั้นเริ่มต้น (20 นาที)

1. ผู้นำกลุ่มทักทาย และพูดคุย ประเมินความคิดและอารมณ์ซึมเศร้าโดยให้ทำใบงานที่ 1.1 “แบบบันทึกระดับความรู้สึกเป็นสุขของฉัน” และให้ผู้ป่วยเปรียบเทียบคะแนนในแต่ละครั้งจนถึงครั้งนี้ว่ามีความเห็นหรือความคิดอย่างไร

2. ให้นำเสนอการบ้านในใบงานที่ 8.2 “ทบทวนการเรียนรู้”

ขั้นดำเนินการ (90 นาที)

1. ให้ผู้ป่วยนั่งนิ่ง ๆ กลับตา หายใจเข้าออก ลึก ๆ ยาว ๆ ประมาณ 2 นาที ผู้บำบัดพูดคุยทักทาย สอบถามถึงสิ่งที่ได้เรียนรู้ใน 8 ครั้งที่ผ่านมาได้เรียนรู้อะไรบ้าง มีใครทดลองนำความรู้ที่เรียนมาไปใช้บ้าง ผลลัพธ์เป็นอย่างไร (ทบทวนการบ้าน: ทบทวนการเรียนรู้) หรือได้ข้อคิดอะไรบ้างที่สามารถนำมาเป็นข้อคิดหรือคติประจำตัวได้ และให้ผู้ป่วยเขียนคติเก็บไว้กับตนเอง

2. แบ่งผู้ป่วยเป็น 2 – 3 กลุ่มๆ ละ 2 -3 คนให้ช่วยสรุปการเรียนรู้ที่ผ่านมา ตามใบงานที่ 9.1 “สรุปสิ่งที่ได้เรียนรู้...ฉันต้องชนะ...”

3. ให้แต่ละกลุ่มหาผู้แทนเพื่อนำเสนอสิ่งที่ได้เรียนรู้ และให้เวลา ประมาณ 10 – 15 นาที เพื่อเตรียมสรุปกลุ่ม

4. ผู้บำบัดให้ผู้ป่วยแต่ละกลุ่มนำเสนอ โดยเขียนบนกระดาษ Flip Chart และผู้บำบัดเพิ่มเติมในสิ่งที่ขาด โดยใช้เทคนิคการให้ความรู้แบบ Sandwich Technique ดังนี้

4.1 ขนมหั้งซึ้บที่ 1 ใ้ผู้ป่วยสรุปรว่าไ้เรียนรู้อะไรบ้าง

4.2 ใ้ของ Sandwich คือ ใ้ที่ผู้ป่วยยังหลงใ้หรือบอไ้ไม่หมด โดยใ้เทคนิค “ขออนุญาตเพิ่มเติมส่วนที่ขาด/ ยังไม่ครบนะคะ”

4.3 ขนมหั้งซึ้บบนสุด คือ หากผู้ป่วยมีอะไรสงสัย หรือต้องการใ้ผู้บ้บัดเพิ่มเติม ผู้บ้บัดอาจสรุปรประเด็นเฉพาะบุคคลใ้ผู้ป่วยแต่ละราย เพื่อนำไปใ้ใ้ให้เหมาะสมเป็นรายบุคคล

5. ใ้ผู้ป่วยนำคติของตนเองที่เขียนไว้แต่แรกมาพูดให้เพื่อนในลุ่มฟัง และใ้เพื่อนลงความเห็นวว่าส่วนใหญ่ชอบคติของใคร ผู้นำลุ่มให้คำซึ้บชมหรือของรางวัลเช่น ขนมหั้ง ปากกา

6. ใ้ผู้ป่วยเขียนความรู้สึกที่มีต่อเพื่อนผ่านกระดาษรูปรวงกลมซึ่งเปรียบเสมือน “โลกใบใหม่” ที่ผู้ป่วยจะคิดใหม่ทำใหม่ (ผู้บ้บัดแจกกระดาษรูปรวงกลม และใ้ผู้ป่วยเขียนชื่อของตนเองไว้ที่ส่วนใดส่วนหนึ่งของวงกลม) และเวียนใ้ผู้ป่วยทุกคนเขียนจนครบ

7. ใ้ผู้ป่วยทำใ้งานที่ 9.2 “ส่งต่อความรู้สึก..”

ซึ้บสรุปร (10 นาที)

1. ผู้บ้บัดสอบถามความรู้สึก และใ้ที่ใ้รับจากการทำลุ่ม กิจกรรมในภาพรวมทั้ง 8 กิจกรรม ใ้ผู้ป่วยสรุปรสาระสำคัญที่ใ้จากการเรียนรู้ และประโยชน์ที่ใ้รับ ผู้บ้บัดสรุปรเพิ่มเติม

2. ใ้ผู้ป่วยจับมือประสานกัน และเปิดเพลง/ ร้องเพลงเกี่ยวกับเพื่อนและการอ้ลากลุ่มพร้อมกับผู้บ้บัดนำลุ่มฝากข้อคิดเตือนใ้ใ้ผู้ป่วยก่อนจบกิจกรรมลุ่ม

สื่อและอุปกรณ์

1. ใ้งานที่ 9.1 และ 9.2
2. คอมพิวเตอร์เปิดเพลงใ้
3. แผ่นซีดี เพลงศรัทธา/ ซึ้ชนะ พร้อมอ้ลากลุ่ม
4. ปากกา/ ดินสอ
5. กระดาษสีตัดเป็นวงกลมเท่าจำนวนผู้ป่วย
6. Flip Chart และปากกาเคมี

การประเมินผล

1. ทำแบบประเมินอาการซึ้บเศร้้า ตามกิจกรรมครั้งที่ 1 โดยเทียบคะแนนกับคะแนนครั้งที่ 9
2. ทำแบบประเมินหลังการทดลอง

ใบงานที่ 9.1
สรุปสิ่งที่ได้เรียนรู้...ฉันต้องชนะ...

คำชี้แจง สมาชิกกลุ่มละ 2 – 3 คน ทบทวนกิจกรรมที่ผ่านมาแล้วบันทึกสิ่งที่ได้เรียนรู้ การนำไปใช้ และสิ่งที่ได้รับ หลังจากนั้นเลือกเพื่อนสมาชิก 1 คน นำเสนอต่อกลุ่ม

สิ่งที่ได้เรียนรู้จากกิจกรรมครั้งที่ 1 – 8.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ตัวอย่างเรื่องที่น่าไปทดลองใช้ คือ

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น

.....

.....

.....

.....

.....

ใบงานที่ 9.2
ส่งต่อความรู้สึก....



ท่านรู้สึกอย่างไรเมื่อเข้ากลุ่มกิจกรรมจนจบโปรแกรม ขอให้ท่านวงกลม
ล้อมรอบหมายเลข 0 - 10 หมายเลข 1 คือ ท่านรู้สึกไม่ดีมาก ๆ - 10 รู้สึกดีเลิศ

1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10

ท่านอยากบอกอะไรเราบ้างไหม....บอกเถอะนะ...เราอยากรู้...เพื่อจะได้
นำไปปรับปรุงให้ดีกว่าเดิม

1. ต้องการให้ผู้บังคับปรับปรุงอะไรบ้าง.....

.....

2. ท่านต้องการให้เราช่วยนัดกลุ่มที่มีความเศร้าเช่นเดียวกับท่านมาคุยกันอีก
หรือไม่ (ทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง ตามความคิดของท่าน)

ต้องการ ไม่ต้องการ

เพราะ.....

.....

.....

.....

บรรณานุกรม

- กมลเนตร วรณเสวก. (2558). ภาวะซึมเศร้า ใน นันทวัช สิริธีร์, กมลเนตร วรณเสวก, กมลพรวรรณฤทธิ์, ปณิต ผู้กฤตยาคามิ, สุพร อภินันทเวช และพนม เกตุมาน (บรรณาธิการ). *จิตเวชศิริราช DSM-5*. (พิมพ์ครั้งที่ 2) กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ณัฏฐร พิทยรัตน์เสถียรและคณะ. (2556). การบำบัดผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยเทคนิคการปรับเปลี่ยนความคิด และพฤติกรรม. สืบค้นเมื่อ 10 มิถุนายน 2559. จาก : [http://www.thaidepression.com/www/56/CBT depression.pdf](http://www.thaidepression.com/www/56/CBT%20depression.pdf)
- ดารารวรรณ ต๊ะปิ่นตา. (2556). ภาวะซึมเศร้า: การบำบัดและการให้การปรึกษาโดยการปรับความคิดและพฤติกรรม. เชียงใหม่: วนิดาการพิมพ์.
- เชียรชัย งามทิพย์วัฒนา. (2545). โรคทางจิตเวชที่พบบ่อยในผู้ป่วยติดสารเสพติด. วารสารจิตวิทยาคลินิก, 33(2):85-88.
- ประเทือง ภูมิภัทราคม. (2535). การปรับพฤติกรรม: ทฤษฎีและการประยุกต์. กรุงเทพฯ : วิทยาลัยครูเพชรบุรี วิทยาลัยการณ.
- มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนธ์. (2550). *จิตเวชศาสตร์รามธิบดี*. (พิมพ์ครั้งที่ 2) กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี.
- สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. (2543). *ทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรม = Theories and techniques in behavior modification*. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุชาติ พหลภาคย์ (2542). *ความผิดปกติทางอารมณ์ = Mood disorders*. ขอนแก่น : โรงพิมพ์ศิริภรณ์ ออฟเซ็ท.
- หยาดชล ทวีธนาวิชย์. (2557). ผลของโปรแกรมบำบัดแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ต่อภาวะซึมเศร้าของ คนพิการ. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, ปีที่ 28 ฉบับที่ 3: 26-30.
- อรพรรณ ลือบุญวัชชัย. (2554). การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. (พิมพ์ครั้งที่ 4) . กรุงเทพฯ: บริษัท วี.พรีน (1991) จำกัด.
- อุบล ก่องแก้ว. (2547). ภาวะซึมเศร้าของผู้เสพติดสุราในคลินิกสุขภาพจิตโรงพยาบาลเครือข่ายสุขภาพจิตและจิตเวช จังหวัดลำพูน. ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (สุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช) บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author.

Beck, A.T. (1967). *Depression: Clinical experimental and theoretical aspects*. New York: Hoeber Medical Division.

Beck, A. T., Rush, A.J., Shaw, B. F., and Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford.

Beck, A. T., Wright, F. D., Newman, C. F., Liese, B. S., (1993). *Cognitive Therapy of Substance Abuse*. New York: The Guilford Press.

Beck, A. T., Rush, A.J., Shaw, B.F., & Emery, G. (1997). *Cognitive Therapy of depression*. New York: The Guilford Press.

Martin E. Kcek. (2014). *Depression*. Retrieved July 21, 2016, from http://www.migesplus.ch/fileadmin/Publikationen/depressionen_en_neu_1_.pdf.

Neenan, M and Dryden, W. (2006). *Rational Emotive Behavior Therapy in a Nutshell*. London: Sage.

Ranna Parekh. (2015). *What is Depression?*. American Psychiatric Association. Retrieved July 11, 2016, from <https://www.psychiatry.org/patients-families/depression/what-is-depression>.

Sadock, B., J., and Sadock, V. A. (2003). Psychotherapies. In: Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/ Clinical Psychiatry. 9th ed. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins: 923- 973.