

บทที่ 2

ผลงานวิจัยและงานเขียนอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยเรื่อง “ผลของโปรแกรมการบำบัดพฤติกรรมความคิดต่อระดับความซึมเศร้าของผู้ป่วยมะเร็ง” ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องสรุปสาระสำคัญที่เป็นประโยชน์ต่อการวิจัยครั้งนี้ นำเสนอเป็นลำดับ คือ

1. แนวคิดเกี่ยวกับความซึมเศร้า

- 1.1 นิยามเกี่ยวกับความซึมเศร้า
- 1.2 สาเหตุของความซึมเศร้าและแนวคิดทฤษฎีต่างๆ
- 1.3 ความซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็ง
- 1.4 อาการและการแสดงของความซึมเศร้า
- 1.5 ระดับความรุนแรงของความซึมเศร้า
- 1.6 เครื่องมือที่ใช้ในการวัดความซึมเศร้า

2. แนวคิดเกี่ยวกับการบำบัดความซึมเศร้า

- 2.1 การบำบัดความซึมเศร้า
- 2.2 แนวคิดเกี่ยวกับการบำบัดพฤติกรรมความคิด (Cognitive Behavior Therapy)
- 2.3 แนวคิดเกี่ยวกับความคิดอัตโนมัติด้านลบ
- 2.4 โปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด

3. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

แนวคิดเกี่ยวกับความซึมเศร้า

นิยามเกี่ยวกับความซึมเศร้า

สถาบันสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุขและสมาคมจิตเวชแห่งประเทศไทย (2536) กล่าวว่าความซึมเศร้าหมายถึงภาวะจิตใจหม่นหมอง หดหู่ เศร้า รวมถึงความรู้สึกท้อแท้หมดหวัง และมองโลกในแง่ร้าย รู้สึกมีคุณค่าต่ำ ต่ำหนิตนเอง ความรู้สึกเหล่านี้คงเป็นอยู่ระยะเวลานาน และเกี่ยวข้องกับการสูญเสีย

สมสร เชื้อหิรัญ (2525) กล่าวว่า ความซึมเศร้ามาจากคำว่า “Deprive” ซึ่งเป็นภาษาละตินมีความหมายว่า “กดต่ำลง” (To press down) หรือ “จมลง” โดยต่ำลงกว่าตำแหน่งเดิมซึ่งหมายถึงระดับอารมณ์ต่ำลง ความคิดช้าลง พฤติกรรม และอาการทางกายเปลี่ยนไป

สุนีย์ เกียวกิ่งแก้ว (2545) กล่าวว่า ความซึมเศร้าคือ ภาวะจิตใจหม่นหมองหดหู่และเศร้าสร้อย ร่วมกับการมีความรู้สึกท้อแท้หมดหวังและมองโลกในแง่ร้าย (Pessimism) ความรุนแรงของความซึมเศร้านั้นมีอยู่หลายระดับ เริ่มตั้งแต่ความเหนื่อยหน่ายเล็กน้อย ท้อแท้ใจไปจนถึงขั้นรู้สึกหมดหวัง ต้องการจะหนีความยากลำบากด้วยการทำลายตนเอง

จำลอง ดิษยวณิช (2531) กล่าวถึง ความซึมเศร้าไว้ว่า เป็นปฏิกิริยาทางอารมณ์ที่พบได้ในปुरुชนทุกคน เมื่อมีการสูญเสียอย่างสำคัญ (Significant loss) เกิดขึ้น การสูญเสียมักเกี่ยวข้องกับเหตุการณ์สามอย่าง อาจเป็นอย่างใดอย่างหนึ่งหรือหลายอย่างร่วมกันได้แก่ของรัก เช่น พ่อ แม่ ญาติพี่น้อง เพื่อนฝูงถึงแก่ชีวิต ตนเองถูกตัดแขนขาหรืออวัยวะบางส่วนออกไปการสูญเสียเงินทองและทรัพย์สินสมบัติ ตลอดจนการสูญเสีย สถานภาพทางสังคม เช่น สบตถูกไล่ออกจากงาน ถูกฟ้องล้มละลาย มีเหตุการณ์ที่ทำให้ต้องเสียชื่อเสียง และเกียรติยศ

บีเบอร์ (Beeber, 1996) กล่าวว่า ความซึมเศร้าเป็นลักษณะของความรู้สึกอย่างหนึ่งจัดเป็นปัญหาทางสุขภาพจิต แสดงออกในกลุ่มอาการต่างๆต่อไปนี้ โศกเศร้า เสียใจ รู้สึกไม่มีอะไรเลย โดดเดี่ยว รู้สึกท้อแท้หมดหวัง

เคน และ บูฟาโน (Caine & Bufalino, 1998) กล่าวว่า ความซึมเศร้าเป็นการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์บ่อยครั้งที่เกี่ยวกับการสูญเสีย มีลักษณะว่าเศร้าเสียใจ (Sadness) การมองโลกแต่ในแง่ร้าย (Pessimism) ความสลดใจ (Despondence) สูญเสียความหวังและความว่างเปล่า (Emptiness) และสามารถที่จะเกี่ยวข้องถึงส่วนภายใน (Internalization) ของความโกรธหรือความรู้สึกก้าวร้าวอีกด้วย

เวเลนเต้ (Velente, 1994) กล่าวว่า ความซึมเศร้า หมายถึง ภาวะที่มีความรู้สึกเศร้าเสียใจ ขาดแรงจูงใจ ขาดความกล้าหาญ ไม่สนใจทำกิจกรรมต่างๆ

เคอโลวิช (Kurlowicz, 1997) กล่าวว่า ความซึมเศร้า หมายถึง กลุ่มอาการของความผิดปกติ ด้านอารมณ์ การรู้คิด ความเข้าใจ และด้านร่างกาย

แคปแพน และ ซาด็อก (Kaplan & Sadock, 1989) กล่าวถึง ความซึมเศร้าและให้แนวคิดว่ามี ความหมาย 3 ประการ คือ ประการที่ 1 ความซึมเศร้าเป็นคำที่ใช้อธิบายถึงความรู้สึกเสียใจเมื่อบุคคลสูญเสียบางสิ่งบางอย่างที่มีความสำคัญต่อตนเอง ประการที่ 2 เป็นความหมายในทางจิตเวชที่แสดงให้เห็นถึงความผิดปกติทางอารมณ์ จะมีความรู้สึกเศร้าเสียใจ ไม่มีความสุข มีความรู้สึกทรมานกับประสบการณ์ต่างๆ ในแต่ละวัน บุคคลนั้นจะไม่ตระหนักในตนเองและความคิดจะเชิงข้างลง และประการสุดท้าย คำว่าความซึมเศร้าเป็นคำที่ใช้เรียกอาการหรือโรค

ซุง (Zung, 1965) กล่าวว่า ความซึมเศร้าเป็นภาวะของอารมณ์เศร้าใจ หดหู่ใจ จิตใจ กระวนกระวายสับสน การตัดสินใจยาก บุคลิกภาพเปลี่ยนมีอาการแสดงออกทางกาย เช่น เบื่ออาหาร ท้องผูก นอนไม่ค่อยหลับ รู้สึกเหนื่อยล้าหมดแรงโดยไม่มีเหตุผล

เบ็ค (Beck, 1967) ให้ความเห็นว่า ความซึมเศร้ามีลักษณะสำคัญ คือ มีอัตมโนทัศน์ในทางลบ ตีเดียตนเอง มีการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ทำให้บุคคลพยายามหลีกเลี่ยงจากสถานการณ์ต่างๆ กิจกรรมทางกายลดน้อยลง มีอาการเบื่ออาหาร นอนไม่หลับ สูญเสียแรงขับทางเพศ ซึ่งความซึมเศร้ามีหลายระดับ อาจเริ่มตั้งแต่ความวิตกกังวลในระยะเริ่มแรกและรุนแรงขึ้นจนกระทั่งทำให้คนๆ นั้นมีอาการเฉยเมย เฉื่อยชาต่อสิ่งแวดล้อม ตัดตัวออกจากสังคมและไม่มีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น

จากความหมายของความซึมเศร้าสรุปโดยรวมได้ว่า ความซึมเศร้าเป็นปฏิกิริยาตอบสนองของบุคคลทางด้านจิตใจต่อภาวะวิกฤตหรือสถานการณ์ที่มีความเครียด แสดงออกในรูปของอาการเบี่ยงเบนทางด้านความคิดและการรับรู้ ด้านอารมณ์ และความเบี่ยงเบนทางด้านร่างกายและพฤติกรรม อันได้แก่ โศกเศร้าเสียใจ หดหู่อ้างว้าง รู้สึกไร้ค่า หมดหวัง มีความคิดอัตโนมัติในทางลบต่อตนเอง สิ่งแวดล้อมทั้งในปัจจุบันและอนาคต และบุคคลจะพยายามหลีกเลี่ยงสถานการณ์ต่างๆ กิจกรรมทางกายน้อยลง เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ สูญเสียแรงขับทางเพศ

สาเหตุของความซึมเศร้าและแนวคิดทฤษฎี

สาเหตุความซึมเศร้าเชื่อว่าสาเหตุใหญ่เกิดจากความรู้สึกสูญเสีย (Burns, 1982) ในผู้ป่วยสูญเสียอาจเกิดจากการสูญเสียอวัยวะในร่างกาย สูญเสียการทำงานของอวัยวะในร่างกาย ความสูญเสียบทบาทหน้าที่ ความรู้สึกสูญเสียความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรู้สึกสูญเสียเกี่ยวกับตน (สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ, 2537; Roy, 1984) และมีบุคคลพยายามอธิบายสาเหตุของ

ความซึมเศร้าไว้หลายประการในลักษณะที่แตกต่างกัน สามารถแบ่งเป็น 2 ด้านใหญ่ด้วยกัน คือ ด้านร่างกาย และด้านจิตสังคม ดังรายละเอียดต่อไปนี้ (Steiner & Marcopulos, 1991)

ด้านร่างกาย

1. ทฤษฎีชีวเคมี (Biochemical theory of depression) ทฤษฎีนี้อธิบายว่าความซึมเศร้าเกิดจากการเปลี่ยนแปลงชีวเคมีของสมอง ซึ่งจากผลการศึกษาของผู้วิจัยหลายคนมีความเห็นตรงกันว่าความซึมเศร้ามีสาเหตุมาจากความไม่สมดุลของสารชีวเคมีในสมองโดยมีความเข้มข้นของสารสื่อประสาท คือ อะเซทิลโคลีน (Acetylcholine) ซีโรโทนิน (Serotonin) โดปามีน (Dopamine) และนอร์อิพิเนฟริน (Norepinephrine) ลดลง (Brasfield, 1991; Hagerty, 1995; Miller, 1986) รวมถึงเป็นผลมาจากมีการหลั่งสารโมโนแอมมีนออกซิเดส (Monoamine oxidase) เพิ่มขึ้นด้วย (Gomes & Gomes, 1993; Hawranilk & Kondratik, 1986) เห็นได้จากการศึกษาของ Sano (1989) พบว่า ระดับความเข้มข้นของสารซีโรโทนินจะลดลงต่ำในผู้ป่วยซึมเศร้าร่วมกับมีภาวะสมองเสื่อม ทฤษฎีนี้อธิบายว่า บุคคลที่มีความซึมเศร้าจะมีพลังงานไฟฟ้าแตกต่างไปจากบุคคลอื่นที่ปกติ พลังนี้สามารถทำให้บุคคลนั้นไวต่อความรู้สึก ซึ่งจะมีมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับระดับพลังงานไฟฟ้าที่แตกต่างกัน (Collins, 1983)

2. ทฤษฎียีนส์หรือพันธุกรรม (Genetic) กล่าวถึง ความซึมเศร้าว่าเป็นลักษณะการบกพร่องในพันธุกรรม ที่รับมรดกกันได้โดยถ่ายทอดจากรุ่นหนึ่งไปยังอีกรุ่นหนึ่ง เช่น โรค Manic depression psychosis ซึ่งเป็นโรคที่มีความรู้สึกสับสนอย่างมากและความซึมเศร้าในขั้นรุนแรงเกิดสลับกัน (Gomes & Gomes, 1993; Hawranilk & Kondratik, 1986; Kurlowice, 1997)

3. ความเจ็บป่วยเรื้อรัง เชื่อว่า ความเจ็บป่วยหรือโรคหลายๆ โรค ที่มีลักษณะทำให้ผู้ป่วยเกิดการเจ็บป่วยเรื้อรัง เกิดการสูญเสียการทำงานของอวัยวะในร่างกาย เจ็บปวดอย่างรุนแรง เช่นโรคกระดูก โรคไตวายเรื้อรัง และโรคอัมพาต รวมถึงโรคที่เกิดจากความผิดปกติของต่อมธัยรอยด์ ความผิดปกติของต่อมพาราธัยรอยด์ ความผิดปกติของตับอ่อน โรคระบบหัวใจและหลอดเลือด ทำให้ไม่สามารถแสดงบทบาทหน้าที่ได้ตามปกติ ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมานกายและใจอย่างมากซึ่งจะเป็นตัวสำคัญทำให้ผู้ป่วยเกิดความซึมเศร้าได้ (พูนศรี รังสีขจี, 2544)

4. สารเคมี มีการอธิบายกันว่า มียาหลายตัวที่สามารถทำให้เกิดความซึมเศร้าได้ เช่น ยาต้านกันชัก (Scrution, 1989) ยาแก้ปวด ยาลดความเจ็บปวด ยาต้านโรครุมตอยด์ ยาปฏิชีวนะ ยาต้านอาการพาร์กินสัน ยารักษาความดันโลหิตสูง ยาพวกคอร์ติโคสเตียรอยด์ ยารักษาโรคหัวใจและหลอดเลือด ยาคุมกำเนิดชนิดรับประทาน (Jenike, 1985 cited by Steiner &

Marcopulos, 1991) ยาต้านโรคจิต ยับยั้งความหิวหรือยาที่ใช้ลดความอ้วน แอลกอฮอล์ รวมถึงยาเคมีบำบัด (Buckwalter, 1990)

ทฤษฎีทางจิตสังคม

1. ทฤษฎีทางจิตวิเคราะห์ (Psychoanalytic Theory) ทฤษฎีนี้เริ่มโดย Sigmund Freud และ Karl Abraham โดย Karl Abraham กล่าวว่าความซึมเศร้าเป็นการแสดงถึงความเสียใจจากการสูญเสียความรักจากบุคคลสำคัญ ทำให้มีความรู้สึกสูญเสีย (loss) รู้สึกผิด (guilt) และความรู้สึกไม่เพียงพอ (inadequacy) ฝังอยู่ในจิตใต้สำนึก (unconscious) ซึ่งการเกิดอารมณ์ซึมเศร้าเป็นผลจากการขาดความรัก การสนับสนุนจากมารดาในช่วงแรกของชีวิต ต่อมา Sigmund Freud อธิบายความซึมเศร้าว่าเป็นกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกทั้งรักทั้งเกลียด (ambivalent) สิ่งที่สูญเสียไป เมื่อมีการสูญเสียสิ่งที่ตนรักโดยไม่สามารถตอบโต้ได้ ความรู้สึกโกรธแค้นในสิ่งที่สูญเสียจึงหันกลับเข้าตนเอง นำไปสู่อาการซึมเศร้าโดยทำให้มีความรู้สึกผิด สูญเสียความมีคุณค่าในตนเอง การศึกษาของทั้งสองท่านมีความสอดคล้องและให้การสนับสนุนว่าประสบการณ์สูญเสียในวัยเด็ก จะเพิ่มความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าที่จะเกิดขึ้นในอนาคตได้ กับบุคคลเมื่อเผชิญกับเหตุการณ์สูญเสียอีก (ไพรัช พุทษชาติคุณากร, 2533; อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2543; Lewin, 2003)

2. ปัจจัยด้านวัฒนธรรม (Cultural Factors) ภาวะซึมเศร้ามีอยู่ทั่วโลกและมีอัตราที่เพิ่มสูงขึ้น ซึ่งมีความแตกต่างกันไปในแต่ละสังคมวัฒนธรรม บางวัฒนธรรมใช้คำว่า “stoic” ในกลุ่มชาวนา Midwestern ชาว Amish และชาวยุโรปตอนกลางจะไม่ใช้การรายงานอาการของความซึมเศร้า แต่จะใช้การรายงานในด้านของอารมณ์ และยังต้องการความช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัว ศาสนา หรือด้านจิตวิญญาณมากกว่าผู้เชี่ยวชาญ ส่วนในทางเอเชีย จะมองความซึมเศร้าว่าเกี่ยวข้องกับทั้งกายและจิตเป็นแบบองค์รวม และเพศก็มีความเปราะบางต่อการเกิดความซึมเศร้า (Lewin, 2003) ซึ่งจะเห็นว่าวัฒนธรรมที่แตกต่างกันทำให้เกิดโรคซึมเศร้าในลักษณะที่แตกต่างกันรวมไปถึงความต้องการในการรักษาที่แตกต่างกันด้วย

3. ทฤษฎีพฤติกรรมความคิด (Cognitive – Behavioral Theories) เริ่มต้นในปี 1970 ประยุกต์จากรูปแบบการเรียนรู้ (learning models) ต่อปรากฏการณ์การเกิดโรคซึมเศร้ารูปแบบที่สำคัญที่ใช้อธิบายการเกิดโรคซึมเศร้าได้แก่ รูปแบบพฤติกรรม (behavioral models) เช่นทฤษฎีการเสริมแรง (reinforcement theory) รูปแบบภาพการคิด (cognitive perspective) เช่นทฤษฎี

การเรียนรู้การหมดหนทางแก้ไข (learned helplessness theory) และมีการพัฒนาต่อมาเป็น ทฤษฎีการรู้คิดของเบค (Beck's cognitive theory) ซึ่งกล่าวว่าความซึมเศร้าเป็นผลจาก กระบวนการคิดในแง่ลบของบุคคลนั้น เกี่ยวกับการรับรู้ตนเอง การรับรู้สภาพแวดล้อม และ สภาพการณ์ในอนาคต ความคิดในแง่ลบดังกล่าวก่อให้เกิดรูปแบบทางการคิดในแง่ลบของบุคคล เมื่อใดก็ตามที่บุคคลเผชิญกับปัญหาหรือประสบการณ์ที่ยังไม่สามารถแก้ไขได้รูปแบบทางการคิด ในแง่ลบนี้จะกระตุ้นให้เกิดความคิดในแง่ลบและมีผลในการให้ความหมายที่บิดเบือนไปมากกว่า บุคคลอื่น (Lewin, 2003) (รายละเอียดในแนวคิดการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด)

ความซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็ง

โรคมะเร็งเป็นหนึ่งในกลุ่มโรคเรื้อรังที่ต้องใช้ระยะเวลาในการดูแลรักษาค่อนข้างยาวนาน และมีโอกาสแพร่กระจาย ลักษณะการเจ็บป่วยส่งผลให้เกิดความทุกข์ทรมานต่อชีวิตผู้ป่วยทั้ง ทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ การดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งจึงเป็นเรื่องที่ ละเอียดยากเพราะนอกเหนือจากการรักษาที่ดีแล้ว สภาพจิตใจก็มีส่วนสำคัญซึ่งส่งผลต่อการ รักษา ร่างกายและจิตใจเป็นส่วนที่มีความสัมพันธ์และมีอิทธิพลจนไม่สามารถแยกออกจากกันได้ จึงต้องดูแลควบคู่กันไป โรคมะเร็งมีผลต่อความรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วยเป็นอย่างมาก ประมาณร้อยละ 47 ของผู้ป่วยมะเร็งมีอาการทางจิตเวช ในจำนวนนี้ ร้อยละ 67 มีอาการซึมเศร้า ผู้ป่วยที่มี อาการซึมเศร้ามากจะรู้สึกท้อแท้ เปราะบางต่อการที่ต้องเผชิญกับโรคร้าย ตลอดจนการรักษาซึ่ง ต้องใช้ความอดทนอย่างมาก ผู้ป่วยมะเร็งที่มีอาการซึมเศร้ามีความเสี่ยงที่จะฆ่าตัวตายสูง (สมภพ เรื่องตระกูลและคณะ, 2536) ความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยโรคมะเร็งเริ่มตั้งแต่การได้รับการ วินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็ง การรักษาโรค การกลับเป็นซ้ำ และการตอบสนองที่น้อยมากจาก การรักษา สิ่งต่างๆเหล่านี้เป็นส่วนที่ก่อให้เกิดความเครียด วิตกกังวล และซึมเศร้า ซึ่งมี ผลกระทบต่อแผนการดำเนินชีวิต ภาพลักษณ์ บทบาทหน้าที่ อัตมโนทัศน์ และควมมีคุณค่าใน ตนเองของผู้ป่วยโรคมะเร็ง สภาพผลกระทบทางจิตใจของผู้ป่วยโรคมะเร็งมีดังนี้ (สถาบันวิทยา มะเร็งศิริราช คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล, 2002)

1. ระยะก่อนและขณะที่ได้รับการวินิจฉัย ผู้ป่วยมะเร็งส่วนใหญ่มักอยู่ในวัยที่ต้อง รับผิดชอบต่อครอบครัว ดังนั้นจึงเกิดความเครียด กังวลต่อโรคที่ได้รับการวินิจฉัยค่อนข้างสูง ด้วยความรู้สึกและเจตคติต่อโรคมะเร็งว่าเป็นแล้วต้องตาย ไม่มีทางรักษา พฤติกรรมที่แสดงออก มีลักษณะต่างๆกันคือ การปฏิเสธความจริง การโกรธและก้าวร้าว การต่อรอง การยอมแพ้ และ ภาวะซึมเศร้า ซึ่งระยะต่างๆอาจมีได้เรียงตามลำดับก็ได้ ซึ่งจากรายงานของสถาบันฯ พบว่ามี ภาวะซึมเศร้าร่วมด้วยร้อยละ 20-50 และหากมีการใช้สารเสพติดในระยะนี้และระยะที่ให้การ รักษาจะมีความคิดฆ่าตัวตาย (suicidal attempts) ร่วมด้วย (พิทยา เสงวีศรีมี และคณะ, 2548)

2. ระยะที่ให้การรักษา เป็นที่ทราบกันดีว่าการรักษาโรคมะเร็งมีวิธีการต่างๆกัน ตั้งแต่การผ่าตัด การให้ยาเคมีบำบัด การฉายรังสี และการผสมผสานมากกว่า 1 วิธี ซึ่งผู้ป่วยไม่เข้าใจและกังวลต่อภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาเป็นอย่างมาก ตั้งแต่การผ่าตัด ภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยาเคมีบำบัด เช่น ความเจ็บปวด การติดเชื้อ คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร ผอมลง และภาวะแทรกซ้อนจากการฉายรังสี เช่น ความเจ็บปวด คอแห้ง เจ็บคอ เบื่ออาหาร กลืนลำบาก กลืนเคี้ยวอาหารลำบาก กลืนผื่นไหม้เกรียม และกลืนผลกระทบจากการฉายรังสี พบว่าผู้ป่วยมีความกลัวและไม่มั่นใจต่อการรักษาร้อยละ 65 นอกจากนี้ระดับความรุนแรงของโรคมะเร็งมีผลต่อระดับซึมเศร้าโดยพบว่าผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของโรคมะเร็งในระยะสูงจะมีระดับซึมเศร้าสูงกว่าผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของโรคในระยะแรก (พัทยา เสงวีศรี และคณะ, 2548)

3. ระยะติดตามการรักษา ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักมีความสบายใจและมั่นใจมากขึ้น แต่มีความกังวลเกี่ยวกับการกลับเป็นใหม่หรือการกระจายของโรค และพบว่าหากมีการกลับเป็นซ้ำก็จะทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ (พัทยา เสงวีศรี และคณะ, 2548)

4. ระยะสุดท้าย ระยะนี้ผู้ป่วยจะท้อแท้เป็นที่สุด มีความรู้สึกอยากตายและไม่อยากตาย ระยะนี้ผู้รักษาคควรอธิบายญาติให้เข้าใจและจัดสิ่งแวดล้อมตามความพอใจของผู้ป่วยโดยอาจให้กลับไปอยู่บ้าน ระยะนี้จิตใจเป็นสิ่งสำคัญที่สุดซึ่งการทำให้ผู้ป่วยพอใจเป็นสิ่งที่ควรทำ อาจให้ยาบรรเทาปวดตามความพอใจ นำไปสู่การปรับตัวและจิตใจ ซึ่งจะช่วยให้การดูแลระยะสุดท้ายของชีวิต

อาการและอาการแสดงของความซึมเศร้า (ดวงใจ กษานติกุล, 2542)

อาการหลักของความเศร้า คือ มีอารมณ์เศร้าหมอง เบื่อหน่าย ไม่มีความสุข และมีอาการร่วมอื่นๆ เปลี่ยนแปลงไปจากปกติวิสัยของผู้ป่วย มีอาการเกือบตลอดวัน นานกว่า 2 สัปดาห์ซึ่งมีอาการร่วมอื่นๆ ได้แก่

1. อาการรู้สึกเบื่อหมดความสนใจหรือหมดอารมณ์เพลิดเพลิน (anhedonia) ไม่รู้สึกสนใจหรือสนุกในกิจกรรมที่เคยชอบ มีอารมณ์เย็นชา หมดอารมณ์สนุก ทั้งที่พยายามฝืนใจ สิ้นน้ำแรงเครียด ไม่สนใจทำกิจกรรมที่เคยชอบ

2. รู้สึกเบื่ออาหาร ไม่รู้สึกหิว ต้องฝืนใจรับประทาน ทำให้น้ำหนักร่างกายลดลงและผอมลง

3. อาการนอนไม่หลับ นอนไม่หลับตั้งแต่ตอนหลับยากหรือนอนไม่หลับระยะต้น (initial insomnia) หรือนอนหลับได้ง่ายใช้เวลาไม่นานแต่หลับๆตื่นๆ ทั้งคืน (total insomnia) อาการนอน

ไม่หลับที่เป็นรูปแบบของความซึมเศร้า (depressive insomnia) คือหลับได้ง่ายแต่ก็รู้สึกตัวตื่นเร็วกว่าปกติ 2 – 3 ชั่วโมง (terminal insomnia) และไม่สามารถหลับต่อได้อีก

4. พฤติกรรมเปลี่ยนแปลง ได้แก่ กระวนกระวายทั้งกายและใจ (agitation) เชื่องช้า เชื่องซึม (retardation) พูด ซ้ำๆ พูดเสียงเบาๆ หรือพูด น้อยลงไปมาก (poverty of speech) อยู่ในท่าไหล่ค่อมคอดก สีหน้าเฉยเมยหรือหน้านิวคิ้วขมวด มีความยากลำบากในการทำกิจวัตรประจำวัน

5. ความรู้สึกผิดโทษตนเอง มีได้ตั้งแต่รู้สึกไร้ความสามารถไปจนถึงไม่เห็นคุณค่าในตนเอง ผู้ป่วยมักจะคิดซ้ำเติมตนเอง คิดว่าตนเองเลวหรือโง่ ทำให้ยิ่งมองตนเองไปในด้านลบมากยิ่งขึ้น ลดความภาคภูมิใจ ความนับถือตนเองหรือขาดความมั่นใจในตนเองอย่างมาก

6. อาการไม่มีสมาธิ คิดซ้ำ ความคิดไม่แล่น ซ้ำลิ้มเนื่องจากขาดสมาธิ อาการคล้ายความจำเสื่อม แต่ตรวจไม่พบว่ามี การสูญเสียความจำ อาการขาดสมาธิเป็นอาการที่พบได้บ่อยมีความรุนแรงได้หลายระดับตั้งแต่การทำกิจวัตรประจำวันธรรมดา จนถึงขั้นมีอาการเหมือนความจำเสื่อม

7. อาการคิดหมกมุ่นเกี่ยวกับความตาย อาการอาจจะมีตั้งแต่รู้สึกกลัวตายคิดถึงหรือฝันถึงญาติหรือเพื่อนใกล้ชิดที่เสียชีวิต ความคิดอยากตายพบได้ในผู้ป่วยซึมเศร้าระดับรุนแรงแทบทุกคน คิดว่าการตายเป็นทางออกที่ดีสำหรับผู้ป่วย หรือกับบุคคลที่ผู้ป่วยรักใคร่ห่วงใย

8. อารมณ์แปรปรวนตามเวลาของวันคือมีอารมณ์เศร้ามากที่สุดในช่วงเช้านี้ และอารมณ์ดีขึ้นในช่วงบ่ายหรือค่ำ เป็นผลจากมีการเปลี่ยนแปลงของระดับ Cortisol ในพลาสมาซึ่งหลังออกมาสูงสุดในเวลาเช้านี้ประมาณ 4 – 5 นาฬิกา และระดับลดต่ำสุดในช่วงเย็น

9. อาการคิดมากวิตกกังวล พบได้ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าถึงร้อยละ 60 – 70 หรือเกือบทุกคน อาการวิตกกังวลจากระบบประสาทอัตโนมัติทำงานไวกว่าปกติ ได้แก่ ใจสั่น ใจหวิว ตกใจง่าย ใจเต้นแรง ร้อนวูบวาบตามตัว มีอาการชาตามปลายมือปลายเท้า ปากแห้ง ปวดศีรษะหรือปวดตามส่วนต่างๆ ของร่างกาย เช่น ปวดหลังเรื้อรัง รู้สึกแน่นท้อง ท้องผูก กลัวไปต่างๆ นานา กลัวไปหมด

10. อาการหมดอารมณ์ทางเพศ พบบ่อยโดยเฉพาะผู้ป่วยชายมีอารมณ์เพศหรือสมรรถภาพทางเพศลดลงทำให้เป็นปัญหาที่อาจนำผู้ป่วยมาขอรับการรักษาหรือไม่เป็นที่เข้าใจของภรรยาได้ ผู้ป่วยหญิงก็ประสบปัญหานี้ได้เช่นกัน

11. อาการวิตกกังวลหมกมุ่นว่าป่วยเป็นโรคทางกาย (hypochondriasis) ผู้ป่วยมักจะไม่รับทราบหรือไม่ยอมรับว่าตนมีอาการเศร้าหรือความเครียด และยืนยันว่าเจ็บป่วยจากโรคทางกาย

ระดับความรุนแรงของความซึมเศร้า

การพิจารณาอาการและอาการแสดงของโรคซึมเศร้าที่แสดงออกโดยมีความแปรปรวน 4 ด้าน คือ ความแปรปรวนด้านความคิด ความแปรปรวนด้านอารมณ์ ความแปรปรวนด้านแรงจูงใจ ความแปรปรวนด้านร่างกายและพฤติกรรม แบ่งระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร้าออกได้ 3 ระดับ คือ โรคซึมเศร้าระดับเล็กน้อย ระดับปานกลาง และระดับรุนแรง (Beck, 1967; Beck et al., 1979) มีรายละเอียดดังนี้

1. ความแปรปรวนด้านความคิด มีความคิดประหม่นค่าตนเองต่ำ มองโลกในแง่ร้าย ต่ำหนิตนเอง มีความยากลำบากในการตัดสินใจ คิดว่าภาพลักษณ์ของตนเองบิดเบือนไป โดยมีความแปรปรวนแตกต่างกันออกไปตามระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร้าดังต่อไปนี้

- ระดับเล็กน้อย มักชอบเปรียบเทียบตนเองกับผู้อื่นแล้วคิดว่าตนเองด้อยกว่า คิดว่าปัญหาหรือความยากลำบากต่างๆ ที่เผชิญอยู่เป็นความผิดของตนเอง รู้สึกผิดเกินกว่าความเป็นจริง มองโลกในแง่ร้าย ตัดสินใจช้า ไม่พอใจในรูปลักษณ์ของตนเอง

- ระดับปานกลาง มักคิดว่าตนเองเป็นคนล้มเหลวไม่มีประสิทธิภาพมองปัญหารุนแรงเกินกว่าความเป็นจริง มองอนาคตอย่างสิ้นหวัง คิดว่าสิ่งต่างๆ ที่ตนเองทำไปไม่ประสบความสำเร็จ โทษตนเอง ตัดสินใจยากแม้แต่ เรื่องเล็กน้อย วิพากษ์วิจารณ์ว่าร่างกายมีความผิดปกติเกิดขึ้น

- ระดับรุนแรง คิดว่าตนเองเป็นคนไร้ค่า ล้มเหลวทุกสิ่งทุกอย่าง เป็นคนไม่ดี ไม่มีประโยชน์ สร้างภาระให้ผู้อื่น ตัดสินใจไม่ได้เลย คิดว่ามีความผิดปกติเกี่ยวกับร่างกาย คิดว่าตนเองเป็นที่รังเกียจของสังคม

2. ความแปรปรวนด้านอารมณ์ มีอารมณ์เศร้า เป็นอาการสำคัญ มีความรู้สึกต่อตนเองไปในลบ ร้องไห้ง่าย ความสนใจในผู้อื่นลดลง โดยมีความแปรปรวนแตกต่างกันออกไปตามระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร้า ดังต่อไปนี้

- ระดับเล็กน้อย มีอารมณ์เศร้า ไม่สดชื่นแจ่มใส ซึ่งอารมณ์เศร้านี้จะมีการเปลี่ยนแปลงขึ้นๆ ลงๆ ทั้งวัน แต่ยังมีบางช่วงเวลาที่อารมณ์สดชื่น บางครั้งอารมณ์เศร้านี้ก็มีสาเหตุเพียงพอ บางครั้งก็ไม่มีสาเหตุใดๆ มีความรู้สึกผิดหวังกับตนเองไม่ค่อยมีความรู้สึกสนุกสนาน ไม่พึงพอใจกับสถานการณ์หรือสิ่งแวดล้อมรอบตัวทั้งเรื่อง ครอบครัว เพื่อน การทำงาน กิจกรรมต่างๆ ความกระตือรือร้นในการทำงานต่างๆ ลดลง ความสนใจต่อสิ่งแวดล้อมน้อยลง ร้องไห้ง่ายกว่าปกติ

- ระดับปานกลาง มีอารมณ์เศร้ารุนแรง และเกิดขึ้นต่อเนื่องยาวนาน มักมีอาการรุนแรงมากที่สุดหลังตื่นนอนตอนเช้า รู้สึกถูกกดดัน รู้สึกเบื่อหน่ายตลอดเวลา ความสนใจตนเอง และสิ่งแวดล้อมลดลง ไม่มีอารมณ์ขัน ร้องไห้โดยไม่มีเหตุผล

- ระดับรุนแรง มีอารมณ์ซึมเศร้ารุนแรงตลอดเวลา รู้สึกทุกข์ทรมานใจอย่างมากสิ้นหวัง ไร้เจตนาตัวเอง เห็นว่าตนเองไม่มีค่าพอที่จะมีชีวิตอยู่ต่อไป ไม่พึงพอใจกับสิ่งต่างๆ หหมดความสนใจตนเองและสิ่งแวดล้อม เฉยชา

3. ความแปรปรวนด้านแรงจูงใจ ขาดแรงจูงใจรู้สึกเหนื่อยง่าย แยกตัวจากสังคมหรือมีความคิดฆ่าตัวตาย มีความแปรปรวนแตกต่างกันออกไปตามระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร้า ดังต่อไปนี้

- ระดับเล็กน้อยไม่ต้องการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันแต่ยังสามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ หลีกเลียงหรือผ่อนผันในการทำกิจกรรมต่างๆ ต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่น พึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น มีความต้องการที่จะตาย

- ระดับปานกลาง ไม่ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่างๆ แต่ยังสามารถบังคับตนเองหรือถูกกระตุ้นให้ปฏิบัติได้ ต้องการได้รับความช่วยเหลือจากผู้อื่น ต้องการที่จะหลีกเลี่ยงจากสถานการณ์ต่างๆ แยกตัวออกจากสังคม เกิดความคิดฆ่าตัวตายรุนแรงและถี่ขึ้น พยายามฆ่าตัวตาย

- ระดับรุนแรง หหมดแรงจูงใจที่จะทำกิจกรรมต่างๆ ทุกชนิด แม้จะถูกผู้อื่นกระตุ้นให้ทำ ต้องให้ผู้อื่นดูแลตนเองทั้งหมด แทบจะไม่มีอาการเคลื่อนไหว รู้สึกทุกข์ทรมานใจอย่างมากกับสถานการณ์ที่เผชิญอยู่ จนกระทั่งรู้สึกว่าไม่สามารถที่จะมีชีวิตอยู่ต่อไปได้

4. ความแปรปรวนด้านร่างกายและพฤติกรรม เพื่ออาหารแบบแผนการนอนหลับแปรปรวน ความต้องการทางเพศลดลง รู้สึกอ่อนล้าเหนื่อยล้า น้ำหนักลดโดยมีความแปรปรวนแตกต่างกันออกไป ตามระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร้า ดังต่อไปนี้

- ระดับเล็กน้อย ความอยากอาหารลดลง หลับยากกว่าปกติ ตื่นนอนเร็วกว่าปกติเล็กน้อย ความต้องการทางเพศลดลง เหนื่อยง่ายกว่าปกติ

- ระดับปานกลาง แทบจะไม่อยากรับประทานอาหาร หรือลิ้มรับประทานอาหาร ตื่นนอนเร็วกว่าปกติ 1 – 2 ชั่วโมง นอนหลับไม่สนิท รู้สึกอ่อนล้าตั้งแต่ตื่นนอนเวลาเช้าเหนื่อยง่ายรู้สึกไม่ต้องการทำกิจกรรมใดๆ

- ระดับรุนแรง ไม่รับประทานอาหาร ทำให้น้ำหนักลด นอนหลับได้ 4 – 5 ชั่วโมงต่อวัน ตื่นนอนแล้วไม่สามารถนอนหลับต่อได้ หรือนอนไม่หลับเลย ไม่มีความต้องการทางเพศ อ่อนล้าจนไม่สามารถทำกิจกรรมใดๆได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวัดความซึมเศร้า

แบบประเมินความซึมเศร้ามีแบบวัดมากมาย เนื่องจากภาวะซึมเศร้าเป็นกลุ่มอาการความผิดปกติ (syndrome) มากกว่าเป็นอาการเดี่ยว (single entity) จึงมีแนวคิดในการตั้งเกณฑ์การวัดที่แตกต่างกันออกไปในแต่ละแบบวัด อยู่ที่ยุทธศาสตร์การมองปัญหาอาการซึมเศร้าในลักษณะใด โดยสามารถแบ่งกลุ่มแบบวัดซึมเศร้าเป็น 2 กลุ่มคือ

1. Self rating scale ผู้ป่วยหรือผู้ที่ถูกประเมินเป็นผู้ตอบแบบสอบถาม ผลที่ได้ค่อนข้างเป็นจิตวิสัย ความแม่นยำสูญเสียไปบ้าง แต่มีประโยชน์คือใช้ง่ายประเมินในกลุ่มคนจำนวนมาก ประหยัด มักใช้ในการสำรวจเพื่อค้นหาผู้มีความเจ็บป่วย

2. Clinical rating scales เป็นการประเมินภาวะซึมเศร้าโดยใช้เครื่องมือในการวัด ผู้ประเมินเป็นผู้ตอบแบบสอบถามจากการซักถามอย่างเป็นระบบ (structure interview) โดยประเมินตามหัวข้อที่มีในแบบประเมิน มักใช้ในกรณีผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการรักษา โดยแพทย์เป็นผู้ประเมินความรุนแรงของอาการซึมเศร้า (รณชัย คงสกนธ์ และคณะ, 2546) ซึ่ง Beck และคณะจึงได้แบ่งรูปแบบของเครื่องมือออกเป็น 3 ชนิดดังนี้ (วันเพ็ญ แสงสงวน, 2539 อ้างถึงในสุจิตรา กฤติยาวรรณ, 2548)

2.1 แบบสัมภาษณ์ที่มีโครงสร้างแน่นอนเพื่อการวินิจฉัยโรค (Structured Psychiatric Interviews for Diagnosis) มีจุดประสงค์เพื่อการวินิจฉัยโรค แบบสัมภาษณ์ประกอบด้วยอาการต่างๆ ของโรคที่กำหนดคำถามและคำตอบไว้เรียบร้อยแล้ว ตัวอย่างแบบสัมภาษณ์มีดังต่อไปนี้

ก) Structure Clinical Intervention for DSM – III / DSM-III-R (SCID) เป็นแบบสัมภาษณ์ชนิดมีโครงสร้างแน่นอนรวมกับทั้งโครงสร้างประกอบการสังเกต สร้างขึ้นเพื่อให้บุคลากรทางจิตเวชเป็นผู้สัมภาษณ์โดยเฉพาะ สามารถวินิจฉัยโรคตามหลักเกณฑ์ของ DSM-III-R ลักษณะของข้อคำถามประกอบไปด้วย ข้อมูลส่วนตัวและอาการที่มาพบแพทย์อย่างละเอียดเป็นแบบสัมภาษณ์ที่ใช้แพร่หลายมากในปัจจุบัน และมีคุณสมบัติของเครื่องมือเป็นที่ยอมรับและเชื่อถือได้

2.2 แบบสอบถามที่มีโครงสร้างแน่นอนชนิดรายงานผลด้วยตนเอง (Self Report Rating Scale, Questionnaire)

ก) Beck Depression Inventory (BDI) สร้างขึ้นโดย Beck ในปี 1961 และได้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ประกอบด้วย 21 ข้อคำถามแบ่งคะแนนตั้งแต่ 0 – 3 ซึ่ง ข้อแรกเป็นคำถามเกี่ยวกับอาการทางจิตใจ และอีก 6 ข้อ เป็นคำถามเกี่ยวกับอาการทางร่างกาย ซึ่งข้อคำถามเหล่านี้มีเนื้อหาครอบคลุมค่านิยมความซึมเศร้าของ Beck อาการทางด้านจิตใจ ได้แก่ อารมณ์ (sadness) การมองโลกในแง่ร้าย (pessimism or discouragement) ความรู้สึกถึงความ

ล้มเหลว (sense of failure) การไม่พึงพอใจ (dissatisfaction) ความรู้สึกผิด (guilt) การคาดว่าจะถูกลงโทษ (expectation of punishment) การไม่ชอบตนเอง (self dislike) การตำหนิตนเอง (self accusation) ความคิดอยากฆ่าตัวตาย (suicide ideation) การร้องไห้ (crying) การหงุดหงิด (irritability) การแยกตัวออกจากสังคม (social withdrawal) การลังเลในการตัดสินใจ (indecisiveness) ความคิด หมกมุ่น เกี่ยวกับความเจ็บป่วย (somatic preoccupation) อาการทางกายได้แก่ ความไม่สนใจของตนเอง (unattractiveness) ความจำกัดในการทำงาน (work inhibition) การนอนไม่หลับ (insomnia) ความอ่อนเพลียของร่างกาย (fatigability) การเบื่ออาหาร (loss of appetite) น้ำหนักลด (weight loss) และขาดความสนใจทางเพศ (loss of libido) ซึ่งสอบถามความรู้สึกที่เกิดขึ้นในระยะเวลาไม่เกิน 1 สัปดาห์ และให้ตอบคำถามในขณะนั้นเป็นแบบประเมินที่ง่ายและประเมินซ้ำได้มีผู้นำมาใช้ในการพัฒนางานบริหารและวิจัยมาก ใช้ได้ทั้งในคลินิกและผู้ป่วยและในประชาชนทั่วไป เพื่อประเมินระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าซึ่งแบ่งเป็น 5 ระดับได้แก่ ภาวะซึมเศร้าในช่วงคนปกติ (normal range) ภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย (mild depression) ภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง (mild – moderate depression) ภาวะซึมเศร้าระดับมาก (moderate–severe depression) และภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง (severe depression) (ลัดดา แสนสีหา, 2536)

ข) Zung Self Rating Depression Scale (SDS) สร้างโดย Zung (1965) เพื่อประเมินความเปลี่ยนแปลงของภาวะซึมเศร้ามีทั้งหมด 20 ข้อ โดยแต่ละข้อมีคะแนน 0 – 3 ตามระดับความรุนแรงของอาการ เดิมแบบประเมินนี้นิยมนำไปวัดความซึมเศร้าในผู้สูงอายุมากกว่ากลุ่มอายุอื่นๆ ในระยะหลังแบบประเมินนี้ไม่ค่อยได้รับความนิยมเนื่องจากไม่สามารถประเมินอาการเปลี่ยนแปลงของภาวะซึมเศร้าได้ดีเท่าที่ควร ข้อดีของแบบประเมินนี้คือ สามารถวัดความเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายและจิตใจที่มักแสดงให้เห็นได้ง่ายในช่วงระยะเวลานั้นๆ

ค) Center of Epidemiological Study Depression Scale (CES-D) สร้างโดย Radloff โดยปรับปรุงจากแบบสอบถามของ Beck, Raskin, Zung และ Minnesota Multiphasic Personality Inventory Depression scale ซึ่งประกอบด้วยอาการอารมณ์เศร้า 4 กลุ่ม จุดประสงค์เพื่อคัดกรองกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า ข้อดีของแบบวัดนี้คือ สะดวกต่อการนำไปใช้ประหยัดเวลาและค่าใช้จ่าย สะดวกต่อการแปลผล ข้อจำกัด คือ ไม่สามารถแยกได้ว่าภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นนั้นเป็นแบบเฉียบพลันโดยที่ไม่มีการเจ็บป่วยทางจิตอย่างอื่นมาก่อนหรือเป็นภาวะซึมเศร้าที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยทางจิตหรือเป็นผลจากการเจ็บป่วยอย่างอื่น

2.3 แบบสัมภาษณ์ชนิดกึ่งมีโครงสร้างเน้นถามประกอบการสังเกตเพื่อประเมินอาการ (Observer Scale; Semi-Structured, Goal Direct Interview) เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ได้กำหนด

คำถามไว้เป็นแนวทางในการสัมภาษณ์ ผู้สัมภาษณ์จะทำการสัมภาษณ์ผู้ป่วยพร้อมทั้งสังเกตอาการที่แสดงออกประกอบการสัมภาษณ์ด้วยทุกครั้ง ตัวอย่างแบบสัมภาษณ์ชนิดนี้ได้แก่

ก) Hamilton Rating Scale for Depression (HRS - D) สร้างโดยHamilton เพื่อใช้แบ่งกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าตามระดับความรุนแรงของโรคเป็นประโยชน์ต่อการทำนายผลการรักษา ประกอบด้วยคำถามทั้งหมด 21 ข้อ วัดภาวะซึมเศร้า 17 ข้อ และวัดอาการอื่นอีก 4 ข้อสัมภาษณ์โดยผู้สัมภาษณ์ที่ได้รับการฝึกอบรม โดยใช้สัมภาษณ์ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก แบบสัมภาษณ์นี้มีจำนวนข้อไม่มากและง่ายต่อการทำแต่ผู้สัมภาษณ์ต้องมีความชำนาญในการสังเกตและตัดสินอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยและต้องได้รับการฝึกอบรมมาก่อน

ข) Montgomery Asberg Depression Rating Scale (MADRS) สร้างโดยMontgomery และ Asberg ในปี ค.ศ. 1979 เพื่อใช้ประเมินผลการรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าด้วยยาต้านอาการเศร้า (รณชัย คงสกนธ์ และคณะ, 2546) หรือดูประสิทธิภาพของยามีข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ มีระดับความรุนแรงของอาการ 0 – 6 ไม่มีข้อคำถามที่เกี่ยวข้องกับอาการทางกาย แบบสอบถามนี้ มีความเชื่อมั่นและค่าความเที่ยงตรง อยู่ในเกณฑ์สูงซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck (1967) ซึ่งแปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดยมุกดา ศรีรงค์ (2522 อ้างในลัดดา แสนสีหา, 2536) เนื่องจากมีความสอดคล้องกับรูปแบบการเกิดโรคซึมเศร้าตามแนวคิดของเบค และสอดคล้องกับแนวเหตุผลและสมมติฐานของโปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด

แนวคิดเกี่ยวกับการบำบัดความซึมเศร้า

การบำบัดความซึมเศร้า

ปัจจุบันมีความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีทำให้มีการพัฒนาการรักษาให้มีประสิทธิภาพทั้งทางด้านร่างกายและทางด้านจิตใจ ซึ่งแบ่งการรักษาความซึมเศร้าในปัจจุบันได้เป็น 2 ประเภท คือการรักษาทางร่างกาย และการบำบัดรักษาทางด้านจิตใจ (Lewin, 2003; มานิต ศรีสุภานนท์ และจำลอง ดิษยวณิช, 2542; สุชาติ พหลภาคย์, 2542) มีรายละเอียดดังนี้

1. การรักษาทางกาย (Somatic Treatment)

1.1 การบำบัดด้วยยา (Pharmacological Therapy) ประเภทของยาระงับอาการซึมเศร้า แบ่งตามกลไกการออกฤทธิ์ออกเป็น 4 กลุ่มใหญ่ ดังนี้ (มานิต หล่อตระกูล, 2549)

1.1.1 กลุ่ม Tricyclic antidepressants (TCA) มีโครงสร้างหลักเป็น Tricyclic ring ยากลุ่มนี้เช่น imipramine, amitriptyline, nortriptyline, clomipramine และ doxepin

1.1.2 กลุ่ม monoamine oxidase inhibitor ที่มีใช้ในประเทศไทยเป็นชนิด reversible Inhibitor of MAO subtype A (RIMA) คือ moclobemide

1.1.3 กลุ่ม selective serotonin reuptake inhibitor (SSRI) มีทั้งหมดด้วยกัน 5 ชนิดได้แก่ fluoxetine, fluvoxamine, paroxetine, sertraline และ citalopran ออกฤทธิ์โดยการยับยั้ง reuptake เฉพาะระบบ serotonin

1.1.4 กลุ่ม new generation ได้แก่ mianserin, trazodone, tianeptine, bupropion และล่าสุดได้แก่ venlafaxine และ mirtazapine ซึ่งยาซึมเศร้าโดยทั่วไปออกฤทธิ์ยับยั้งการดูดกลับของ norepinephrine และ / หรือ serotonin ทำให้มีการเพิ่มขึ้นของ norepinephrine และ / หรือ serotonin ช่วยให้อาการของผู้ป่วยจะดีขึ้นหลังจากได้รับยาแล้วอย่างน้อย 2 - 3 สัปดาห์ ซึ่งการบำบัดอาการซึมเศร้าแบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือระยะเฉียบพลัน (acute treatment) ใช้เวลา 6 - 12 สัปดาห์เพื่อลดอาการซึมเศร้าลง ระยะการรักษาต่อเนื่อง (continuation treatment) ใช้เวลา 4 - 9 เดือนเพื่อเป็นการป้องกันการกลับป่วย (relapse) และการรักษาแบบคงสภาพ (maintenance treatment) รักษาติดต่อกันนาน 3 ปีเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ (recurrence) สำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในการวิจัยครั้งนี้ได้รับการรักษาด้วยยาบรรเทาอาการซึมเศร้าในกลุ่ม Tricyclic antidepressants (TCA) ได้แก่ยา imipramine ขนาด 25 มิลลิกรัม amitriptyline ขนาด 25 มิลลิกรัม ยากลุ่ม selective serotonin reuptake inhibitor (SSRI) ได้แก่ยา fluoxetine ขนาด 20 มิลลิกรัม ยากลุ่ม new generation ได้แก่ยา mianserin ขนาด 30 มิลลิกรัม trazodone ขนาด 100 มิลลิกรัม

1.2 การรักษาด้วยไฟฟ้า (Electroconvulsive Therapy) เป็นการรักษาโดยมีการกระตุ้นด้วยไฟฟ้าช่วงสั้นๆ (brief electrical stimulus) เพื่อให้เกิดการชักของสมอง (cerebral seizure) ภายใต้ภาวะที่มี การควบคุมดูแล มีจุดมุ่งหมายเพื่อรักษาโรคจิตเวชที่รุนแรง (major mental disorder) การทำ ECT ถูกนำไปใช้ในการรักษา โรคจิตเภท และ mood disorders อย่างกว้างขวางแม้ว่าการรักษาวิธีนี้จะได้รับความนิยมลดลงหลังจากมีการค้นพบยารักษาโรคจิต และ ยารักษาอาการซึมเศร้า แต่ในปัจจุบัน ECT ก็ยังจัดว่าเป็นการรักษาที่มีความปลอดภัย และมีประสิทธิภาพสูง ปัจจุบันการรักษาด้วยไฟฟ้า มีวิธีทำอยู่ 2 วิธี คือ วิธีการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบเดิม (non-modified ECT) และการรักษาด้วยไฟฟ้าที่ใช้ยาสลบช่วย (modified ECT) การศึกษาพบว่า การรักษาด้วยวิธีนี้ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงมากมายในระบบต่างๆ ของ neurotransmitter, neuropeptides และ neuroendocrine โดยทั่วไปแล้ว ECT ถูกนำมาใช้ในการรักษาผู้ป่วยที่ต้อง การให้อาการดีขึ้นอย่างรวดเร็ว เช่น เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย, ไม่รับประทานอาหารและน้ำ

2 การบำบัดทางจิต สังคม (Psychosocial Treatments)

2.1 การทำจิตบำบัดระยะสั้น (Short - term psychotherapy) มีรากฐานมาจากทฤษฎีจิตวิเคราะห์ที่อธิบายว่า ความผิดหวังหรือความล้มเหลว มีสาเหตุจากปัญหาด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคลตั้งแต่ชีวิตวัยเยาว์ ทำให้บุคคลนั้นมีความเปราะบางต่อการเผชิญกับความสูญเสียหรือความผิดหวัง ที่เกิดขึ้นในชีวิตปัจจุบัน บุคลิกภาพชนิดซึมเศร้าเป็นผู้มีความต้องการเป็นผู้มีความต้องการพึงพิงสูง จิตใจอ่อนไหวเปราะบาง ต้องการความเอาอกเอาใจและคำยกย่องชมเชยอย่างมาก เพื่อรักษาไว้ซึ่งความพอใจในตนเอง (narcissistic gratification) และความภาคภูมิใจในตนเอง (self esteem) เมื่อความต้องการไม่ได้รับการตอบสนองเกิดความคับข้องใจและสะท้อนต่อความภาคภูมิใจในตนเองและตามมาด้วยอารมณ์เศร้า จิตบำบัดระยะสั้นมีเป้าหมาย เพื่อเปลี่ยนโครงสร้างทางบุคลิกภาพของผู้ป่วย เพิ่มความใกล้ชิดสนิทสนมและความไว้วางใจระหว่างบุคคลเรียนรู้การใช้กลไกป้องกันทางจิตที่เหมาะสม มีความสามารถที่จะจัดการกับอารมณ์ต่างๆ ในระหว่างการรักษาส่วนใหญ่ให้ผู้ป่วยมีประสบการณ์กับความวิตกกังวลและความยุ่งยากใจโดยใช้เวลารักษาต่อเนื่องหลายปี

2.2 การบำบัดด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal therapy) Sullivan เน้นที่ปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ว่าเป็น ได้ทั้งสาเหตุและผลของโรคซึมเศร้า การบำบัดด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคลมีเป้าหมายการรักษา เพื่อลดอาการซึมเศร้า และเพิ่มการยกย่องตัวเอง และช่วยให้ผู้ป่วยเกิดแนวทาง และวิธีการที่จะมีสัมพันธภาพที่ดีกับสังคมและบุคคลอื่น และเนื่องจากการรักษานี้ใช้ระยะเวลาสั้นจึงไม่ได้พยายามที่จะสร้างบุคลิกลักษณะผู้ป่วยขึ้นมาใหม่ ไม่เน้นถึงความสำคัญของการตอนต้นของชีวิต แต่ก็เน้นความสำคัญของสัมพันธภาพระหว่างบุคคลในชีวิตปัจจุบัน

2.3 พฤติกรรมบำบัด (Behavior therapy) Ferster (1965) เป็นผู้ริเริ่มนำเอาพฤติกรรมบำบัดมารักษาโรคซึมเศร้าโดยอธิบายว่าอาการซึมเศร้าเกิดจากการขาดแรงเสริม (reinforcement) ในสถานการณ์ต่างๆ นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงของแรงเสริมยังเป็นสาเหตุหรือเป็นปัจจัยที่ทำให้อารมณ์เศร้าดีขึ้นหรือเลวลง และว่าการขาดทักษะทางสังคม (social skill) ทำให้ขาดโอกาสที่จะได้จากแรงเสริมทางสังคม ยิ่งทำให้รู้สึกเศร้าได้มากขึ้น พฤติกรรมบำบัดมีเป้าหมายเพื่อสร้างเสริมสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น (แรงเสริมทางบวก) และลดความขัดแย้งซึ่งเป็นแรงเสริมด้านลบลง การประสบแต่เหตุการณ์ดีจะทำให้อารมณ์เศร้าของผู้ป่วยดีขึ้น

2.4 การบำบัดด้านความคิด (Cognitive therapy) วิธีนี้ให้ความสำคัญกับความคิดความรู้สึกของผู้ป่วย (subjective experience) ตามที่ผู้ป่วยรู้สึกหรือคิดเอาเอง ซึ่งมักจะไม่เป็นความจริง (objective reality) ข้อสำคัญอีกอย่างคือ ยอมรับว่าอารมณ์เป็นผลของความคิด Aron Beck(1979) เป็นผู้ตั้งทฤษฎีการบำบัดทางความคิด ว่าผู้ป่วยซึมเศร้ามีอาการหลัก 3 ข้อ คือ

มองตนเอง มองโลก และมองอนาคตในแง่ลบ เขาเชื่อว่าลักษณะหรือความคิดยืมนั้นดังกล่าวเป็น “แก่น” (core) ของโรคซึมเศร้า ส่วนอารมณ์และอาการอื่นๆของความเศร้า เป็นผลจากการคิดว่าล้มเหลวในทุกๆสิ่ง อาการหมดกำลังใจ ขาดความกระตือรือร้นมาจากการมองทุกสิ่งในด้านลบ และรู้สึกหมดหวังมีเป้าหมายการรักษาคือลดอาการซึมเศร้าและป้องกันการเกิดโรคซ้ำการบำบัดมีส่วนประกอบพื้นฐาน 3 อย่าง คือ Diactic – aspects, Cognitive technique และ Behavior technique

แนวคิดเกี่ยวกับการบำบัดพฤติกรรมความคิด (Cognitive Behavior Therapy)

การบำบัดทางพฤติกรรมความคิด แยกออกมาจากพฤติกรรมบำบัดที่มีพื้นฐานมาจากทฤษฎีการเรียนรู้ เนื่องจากการการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดจะจัดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมภายในหรือปัญญา เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมภายนอก (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2549) ซึ่งมีการประยุกต์ทฤษฎีการเรียนรู้มาใช้ในการจัดการแก้ไขกับปัญหาที่เผชิญในชีวิต 1) ได้แก่ทฤษฎีการวางเงื่อนไขแบบคลาสสิก (classical conditioning) เป็นทฤษฎีที่กล่าวถึงกระบวนการเรียนรู้พฤติกรรมที่เป็นการตอบสนองทางด้านสรีระวิทยาโดยตรง ไม่สามารถควบคุมบังคับได้ 2) ทฤษฎีการวางเงื่อนไขแบบจัดกระทำ (operational conditioning) เป็นทฤษฎีที่กล่าวถึงอิทธิพลของสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อพฤติกรรมที่อยู่ภายใต้ความควบคุมของจิตใจ 3) ทฤษฎีการเรียนรู้แบบทางสังคม (social modeling) อธิบายไว้ว่าพฤติกรรมสามารถเรียนรู้ได้โดยอาศัยการสังเกตและการเรียนแบบ 4) ทฤษฎีการเรียนรู้ทางด้านความคิด (cognitive theory) Aron Beck เป็นผู้ริเริ่มพัฒนาทฤษฎีทางด้านความคิดและได้นำมาเป็นพื้นฐานของการบำบัดทางความคิด (อรรถพรณ ลือบุญวัชชัยและพีรพนธ์ ลือบุญวัชชัย, 2549; Stuart and Laraia, 2005)ซึ่งงานวิจัยนี้ผู้วิจัยได้ใช้การบำบัดทางพฤติกรรมความคิดซึ่งมีพื้นฐานมาจากการบำบัดทางปัญญา ที่พัฒนาขึ้นโดย Aron Beck มาใช้เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาและเป็นแนวทางในการสร้างโปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดซึ่ง Beck เป็นจิตแพทย์ชาวอเมริกัน มีความเชี่ยวชาญทางจิตวิเคราะห์ สนใจเกี่ยวกับการอธิบายถึงการเป็นโรคจิต โดยเฉพาะเรื่องของอาการของโรคซึมเศร้า จึงตรวจสอบหลักการของทฤษฎีจิตวิเคราะห์อย่างจริงจัง โดยการเริ่มสังเกตในคลินิกอย่างเป็นระบบ และทำการวิจัยจนกระทั่งปลายปี 1950 เขาจึงเริ่มทำการปฏิรูปวิธีการบำบัดของเขาไปสู่การบำบัดทางปัญญาในการแก้ไขปัญหายุทธศาสตร์ซึมเศร้า ในปี 1963 Beck เริ่มสังเกตเห็นว่าปัญญา (cognition) เป็นองค์ประกอบที่สำคัญที่เกี่ยวข้องกับอาการซึมเศร้าซึ่งเป็นสิ่งที่จิตวิเคราะห์ไม่ได้ให้ความสนใจ จึงทำการศึกษเกี่ยวกับโครงสร้างของเนื้อหาทางความคิดของคนไข้โรคจิต พบว่าโครงสร้างของเนื้อหาทางความคิดมีลักษณะที่สม่ำเสมอและเชื่อมโยงกับลักษณะ

อาการทางประสาทของคนเรา ซึ่งรวมทั้งอาการซึมเศร้าด้วยและพบอีกว่าคนไข้โรคจิตเหล่านั้นมักจะบิดเบือนลักษณะความคิดของตนอย่างเป็นระบบ Beck พบว่าลักษณะของการบิดเบือนนั้นเป็นลักษณะที่เกิดขึ้นโดยอัตโนมัติควบคุมไม่ได้ (Beck, 1971 อ้างถึงในสมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2549)

ความหมายของการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด

Aron Beck (1979) กล่าวว่า การบำบัดทางพฤติกรรมความคิดเป็นการบำบัด ซึ่งมีลักษณะที่สำคัญคือเป็นการบำบัดเชิงรุกและมีทิศทาง (active and directive) มีระยะเวลาในการบำบัดที่มีขอบเขต (time - limited) และมีรูปแบบโครงสร้างชัดเจน (structured) สามารถใช้บำบัดรักษาโรคทางจิตเวชได้หลากหลาย โดยการบำบัดมีแนวคิดอยู่บนพื้นฐานที่ว่า อารมณ์ความรู้สึกและพฤติกรรมของคนเราส่วนใหญ่แล้วขึ้นอยู่กับแนวทางการมองโลกของบุคคลนั้นๆ Stuart and Laraia (2005) กล่าวว่า การบำบัดทางพฤติกรรมความคิดเป็นการบำบัดที่มุ่งเน้นการแก้ไขปัญหาในปัจจุบัน มีเป้าหมายในการบำบัดรักษาที่ชัดเจน ผู้รับการรักษจะต้องมีบทบาทในการวางแผนเป้าหมายของการรักษาร่วมไปกับผู้บำบัดรักษาด้วย อรพรรณ ลือบุญวัชชัย และพีรพันธ์ ลือบุญวัชชัย (2549) การบำบัดทางพฤติกรรมความคิด (Cognitive Behavior Therapy / CBT) หมายถึง จิตบำบัดระยะสั้นรูปแบบหนึ่ง ซึ่งมีโครงสร้างและมีกระบวนการในการบำบัดรักษาที่ชัดเจน มีเป้าหมายของการรักษาเพื่อปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมหรือเป็นปัญหา โดยใช้เทคนิคต่างๆ ของการบำบัดทางจิตมาทำให้ผู้รับการบำบัดได้เข้าใจสถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง และเรียนรู้ที่จะจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างถูกต้องและเหมาะสม สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต (2549) กล่าวว่า การบำบัดทางพฤติกรรมความคิดเป็นการนำกระบวนการทางความคิด พฤติกรรมและความรู้สึกมาประยุกต์ใช้ โดยช่วยให้ผู้รับการบำบัดได้ปรับเปลี่ยนเหตุผลมุมมองต่อเหตุการณ์หรือสถานการณ์จากเดิมที่เคยบิดเบือน กลายเป็นมุมมองต่อเหตุการณ์หรือสถานการณ์ต่างๆ ที่ตรงตามความเป็นจริงมากยิ่งขึ้นโดยสรุป การบำบัดทางพฤติกรรมความคิด หมายถึง การบำบัดรูปแบบหนึ่งที่มีโครงสร้างมีทิศทางและมีขอบเขตที่ชัดเจน มีการใช้กระบวนการและเทคนิคของการเรียนรู้มาใช้ในการปรับเปลี่ยนความคิด ความเชื่อของบุคคลที่ไม่ถูกต้องเหมาะสมช่วยให้เกิดความคิดที่ถูกต้องเหมาะสมและสามารถปรับตัวต่อสถานการณ์ต่างๆ ได้ดีขึ้น

ความเชื่อของการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด

รูปแบบของการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดของ Beck นั้นเชื่อว่าอารมณ์ที่ผิดปกติของคนเรานั้นเป็นผลมาจากการบิดเบือนความคิดหรือการประเมินเหตุการณ์ในชีวิตด้วยความคิดที่ไม่ตรงกับความเป็นจริง นอกจากนี้ยังเชื่อว่าความรู้สึกและความคิดนั้นมีความสัมพันธ์กันและมักจะเสริมแรงซึ่งกันและกันจึงเป็นผลทำให้เกิดความบกพร่องทางอารมณ์และความคิดมากยิ่งขึ้น (Beck, 1971 อ้างถึงใน สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2549) Beck กล่าวว่าอารมณ์ซึมเศร้าเกิดจากการคิด การเข้าใจ 3 สิ่ง (Cognitive Triad) ผิดพลาดของสามสิ่งในที่นี่ หมายถึงตนเอง โลกและอนาคต การคิดการเข้าใจที่ผิดพลาด (Cognitive Error) เกิดจากการที่ผู้ป่วยมีแบบแผนการคิดไปในทางลบ (Negative Thought Schema) (สุชาติ พหลภาคย์, 2542) เช่นเดียวกับ ดวงมณี จงรักษ์ (2549) กล่าวถึงความเชื่อของการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด ว่าความรู้สึกและพฤติกรรมของบุคคลถูกกำหนดจากการประเมินการรับรู้สถานการณ์ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการรู้คิดความคิดที่ส่งผลกระทบต่อตนเองมีส่วนทำให้มีอารมณ์เสีย และมีผลกับปฏิกิริยาทางสรีระ และมีผลกับพฤติกรรม โดยเฉพาะพฤติกรรมหลักเลียง ยกตัวอย่างความสัมพันธ์รูปแบบการคิดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์รูปแบบการคิด (Cognitive Pattern) ความคิด (Thought) และพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม (Maladaptive Behavior) ตามแนวคิดของ Beck

รูปแบบการคิด (Cognitive Pattern)	ความคิด (Thought)	พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม (Maladaptive Behavior)
มองตนเองด้านลบ มองโลกด้านลบ มองอนาคตด้านลบ	ไร้ค่า, 'ไม่ดีพอ, ไม่มีใครช่วยเหลือ, ไม่ยุติธรรม, ล้มเหลว	ปฏิเสธ, แยกตัว, สิ้นหวัง, ฆ่าตัวตาย

ระดับความคิด (Beck, 1995 อ้างถึงใน ดวงมณี จงรักษ์, 2549) มี 4 ระดับ ได้แก่

ความคิดอัตโนมัติ หมายถึง คลื่นของกระแสดความคิดที่ไหลผ่านสมองอยู่ตลอดเวลา เช่น วันนี้ฉันคงส่งการบ้านไม่ทัน เพียงนี้ฉันจะกินข้าวที่..... เป็นต้น ความคิดเหล่านี้จะแทรกอยู่ระหว่างสถานการณ์และอารมณ์ต่างๆ ซึ่งการเข้าใจความคิดอัตโนมัติเป็นประตูสำคัญที่จะช่วยเปลี่ยนอารมณ์ เพราะสิ่งที่ทำให้เกิดอารมณ์คือ การรับรู้ความหมายที่บุคคลให้กับสถานการณ์

ความเชื่อชั้นกลาง หมายถึง ความคิดที่เกิดขึ้นตามหลังความคิด อัตโนมัติมีอิทธิพลต่อความคิดที่เกิดขึ้น ระหว่างนั้นความคิดที่เกิดขึ้นมักเป็นความเชื่อหรือกฎที่สลับไต่

ความคิดที่เป็นแกน หมายถึง ความคิดหลัก เกี่ยวกับตนเอง คนอื่นและอนาคต ทั้งในแง่บวกและแง่ลบ ความคิดเหล่านี้มีรากฐานจากประสบการณ์ในวัยเด็ก ตัวอย่างในแง่บวก เช่น ฉันเป็นคนที่มีความสามารถ ในแง่ลบ เช่น สังคมเต็มไปด้วยอันตราย เป็นต้น

Schema หมายถึง โครงสร้างความคิดที่รวมเอาความคิดที่เป็นแกนไว้ด้วย ทำหน้าที่ควบคุมการประมวลข้อมูลในเรื่องราวต่างๆ บุคคลมี Schema หลายชนิด เช่น เรื่องเพศ ศาสนา วัฒนธรรม อาชีพ ฯลฯ Schema เหล่านี้จะถูกเร้าด้วยตัวกระตุ้นที่แตกต่างกันข้อมูลที่สอดคล้องกับข้อมูลเดิมใน Schema ถูกบรรจุเพิ่มเข้าไป ต่อยำโครงสร้างของ Schema ข้อมูลที่ไม่สอดคล้องจะถูกปฏิเสธ พยาธิสภาพเกิดขึ้นเมื่อระบบหรือแบบแผนความคิดไม่เป็นกลาง ทำให้มีการแปลสถานการณ์ไปในทางลบ เป็นความล้มเหลว สูญเสียหรืออันตราย โดยที่บุคคลนั้นไม่รู้ตัวเมื่อใดที่เขาอยู่ในภาวะที่ความรู้สึกหรือสถานการณ์สอดคล้องกับแบบแผนความคิดที่มีอยู่ ระบบความคิดจะถูกกระตุ้นและทำให้การรับรู้และการแปลสถานการณ์ทั้งปัจจุบันและอนาคตถูกควบคุมโดยระบบที่ผิดพลาด (จันทิมา องค์โษษิต, 2545) ตัวอย่างเช่นคนที่มีความรู้สึกซึมเศร้าต่อตนเองจะรับรู้ข้อมูลทางลบที่มีต่อตน และมองไม่เห็นหรือไม่รับรู้ข้อมูลทางบวก Schema สามารถปรับเปลี่ยนได้ถ้าบุคคลมีประสบการณ์การเปลี่ยนแปลงทางบวก ซึ่งเกิดขึ้นหลังจากที่เขาได้ปรับความคิดอัตโนมัติและความเชื่อที่เป็นแกนแล้ว เบค เชื่อว่าการปรับเปลี่ยนสกีมาเป็นกระบวนการของการรักษา (Beck, Freeman and Associates, 1990 อ้างถึงใน ดวงมณี จงรักษ์, 2549) ตัวอย่างของโครงสร้างความคิดที่เหมาะสมและไม่เหมาะสมดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ตัวอย่างของ Adaptive Schemas และ Maladaptive Schema

Adaptive Schemas	Maladaptive Schema
- ถ้ามีเหตุการณ์ใดๆ เกิดขึ้นฉันก็สามารถจัดการกับเหตุการณ์นั้นได้ - ถ้าฉันทำอะไรบางอย่างฉันสามารถควบคุมสิ่งที่ฉันทำได้ - ฉันเป็นนักค้นหาจึงไม่กลัวความล้มเหลว - คนอื่นไว้วางใจฉันได้ - ผู้คนเคารพนับถือฉัน - ฉันสามารถคาดการณ์เหตุการณ์ - ถ้าฉันมีการเตรียมตัวสำหรับอนาคตฉันจะทำได้ดีกว่า - ฉันชอบความท้าทาย - สิ่งที่ทำให้ฉันกลัวมีไม่มาก	- ฉันจะต้องจัดการกับเหตุการณ์ใดๆ ก็ตามให้เรียบร้อยสมบูรณ์แบบเท่านั้น - ถ้าฉันเลือกทำอะไรสิ่งนั้นต้องสำเร็จ - ฉันรู้สึกไม่ดีแยกล้ว กังวลกับสิ่งที่ทำ - ฉันไม่มีใคร - ฉันไม่รู้จะทำอะไร เพราะไม่ว่าจะทำอะไร มักจะไม่ประสบความสำเร็จ - คนอื่นไม่ควรเชื่อใจฉัน - ฉันไม่เคยรู้สึก สะดวกสบายหรือพึงพอใจกับอะไรเลย - ถ้าฉันพลาดฉันจะสูญเสียทุกอย่าง - โลกนี้เต็มไปด้วยสิ่งที่ทำร้ายฉัน

ที่มา : Wright and Beck (1995)

แนวคิดเกี่ยวกับความคิดอัตโนมัติด้านลบ

ความคิดอัตโนมัติด้านลบหรือ Automatic Thought เป็นความคิด ที่เกิดขึ้นอย่างอัตโนมัติทันทีทันใด ค่อนข้างไม่มีเหตุผลและค่อนข้างไม่เป็นไปตามความเป็นจริงสามารถเรียกอีกอย่างหนึ่งว่าความคิดที่บิดเบือน (Cognitive Error) (Wright and Beck, 1995) แบบแผนการคิดด้านลบประกอบไปด้วยแบบแผนต่างๆ ดังต่อไปนี้ (Stuart, 2005; จันทิมา องค์ไชยิต, 2545)

1. การสรุปเหตุการณ์แบบครอบคลุมเรื่องอื่นที่นอกเหนือออกไป(Overgeneralization) เป็นความคิดที่ไม่แยกแยะเรื่องราว มีการอนุมานหรือสรุปอย่างไม่มีหลักฐานจากประสบการณ์เดียวโดยมองทุกอย่างรวมเหมือนกันไปหมด ถ้าเกิดเรื่องที่ไม่ดีขึ้นเรื่องหนึ่งก็คิดว่าทุกอย่างที่เกิดขึ้นต่อไปก็ต้องไม่ดีไปหมด เช่น การได้ฟังข่าวว่าเครื่องบินตกเครื่องหนึ่งก็ทำให้คิดไปว่าการเดินทางทางอากาศนั้นไม่ปลอดภัยไปหมด หรือ การที่เพื่อนคนหนึ่งไม่ชอบตน ก็กลายเป็นคิดว่าทุกคนไม่ชอบตนไปหมด เป็นต้น

2. นำเอาเหตุการณ์ภายนอกเข้ามาสัมพันธ์กับตนโดยไม่มีเหตุผล(Personalization) เป็นการแปลเหตุการณ์ สถานการณ์ หรือพฤติกรรมภายนอกว่าเป็นตัวแสดง หรือยืนยันให้เห็นว่าตนนั้นไม่ดี เช่น เมื่อผู้ป่วยได้รับรายงานว่าลูกสาวเรียนไม่ดี ก็กลับไปคิดว่า “ฉันผิดเองที่เป็นแม่ไม่ดี” แทนการพยายามหาต้นเหตุของปัญหา การคิดเช่นนี้นำไปสู่ความรู้สึกผิด การลงโทษตนเอง ความลະอายใจและความรู้สึกที่ว่าตนเองไร้ค่า

3. มีการแปลความหมายเป็น 2 สิ่งที่ตรงข้ามกันชัดเจน (ดีทั้งหมดหรือไม่มีอะไรเลย)(Dichotomous thinking) เป็นความคิดในลักษณะขาวหรือดำไปหมด หรือต้องสมบูรณ์ บวกหรือลบไปหมดโดยที่ไม่จำเป็น เมื่อสถานการณ์ไม่สมบูรณ์แบบเต็มร้อยก็จะเห็นเป็นตรงกันข้ามเป็นความล้มเหลวอย่างสิ้นเชิง เช่น เมื่อผลงานมีความผิดพลาดเพียงจุดเดียว ก็มองว่างานนี้ล้มเหลวไปหมด

4. การมองเหตุการณ์และการมองบุคคลไปในทางร้ายหรือการมองโลกในแง่ร้าย (Catastrophizing) เป็นความคิดแบบ Overgeneralization ที่รุนแรง มีการแปลสถานการณ์หรือเรื่องที่เกิดขึ้นให้รุนแรงสุดขีด เป็นความหายนะ เช่น การที่คิดว่าสอบเข้ามหาวิทยาลัยไม่ได้แปลว่าชีวิตนี้สิ้นหวัง หมดอนาคต หรือการที่คิดว่าไม่ได้เลื่อนขั้นแปลว่าหมดความก้าวหน้าในอาชีพแล้ว

5. การเลือกเก็บรายละเอียดโดยมีการสรุป โดยยึดเอารายละเอียดส่วนหนึ่งส่วนใดโดยไม่สนใจส่วนอื่น (Selective Abstraction) ความคิดนี้เป็นความคิดที่มุ่งเน้นแต่เรื่องราว ความทรงจำหรือความหมายที่เป็นลบอยู่อย่างเดียวโดยไม่สนใจกับเรื่องที่ดีหรือที่เป็นกลาง หรือมองว่าเรื่องที่ดีนั้นไม่มีความสำคัญ ไม่นับ เช่น ผู้ป่วยย้ำคิดและก่อกวนใจหลังจากที่เพื่อนร่วมงานคนหนึ่งได้หักท้วงผลงานของผู้ป่วย ทั้งที่ผู้ป่วยได้รับคำชมจากนาย และเพื่อนร่วมงานคนอื่นๆ ว่าผลงานดีเยี่ยมเป็น ต้น

6. การสรุปไปในทางลบโดยไม่มีเหตุการณ์สนับสนุน (Arbitrary Inference) เช่น หญิงคนหนึ่งสรุปว่า “เพื่อนๆ คงไม่ชอบฉันอย่างมาก” เพราะเธอไม่ได้รับบัตรอวยพรวันเกิดจากเพื่อน

7. การที่คิดว่ารู้ว่าอีกฝ่ายคิดอย่างไรกับตน (Mind Reading) เป็นการสรุปเดา หรือการอนุมานในทางลบเกี่ยวกับความคิด ความเจตนาหรือสิ่งที่ตั้งใจผู้อื่นโดยไม่มีหลักฐานมาสนับสนุนเช่น “พวกเขาต้องคิดว่าฉันอ้วนและน่าเกลียด”

8. การให้ความสำคัญกับเหตุการณ์บางอย่างอย่างมากหรือน้อยเกินไป (Magnification /Minimization) เป็นความคิดเกี่ยวกับปัญหาหรือความผิดพลาดของตนเองถูกมองแบบขยายให้ใหญ่โตเกินความเป็นจริง (Magnification) เช่น การคิดว่าตนเองไม่เก่งเลย เพื่อนร่วมงานทุกคนเก่งกว่าตนเองหมด เป็นการขยายความคิดว่าตนไม่เก่ง จนมองว่าเพื่อนทุกคน

เก่งกว่าตน สำหรับลักษณะความคิดว่าเรื่องที่ดีของตนเองเป็นเรื่องเล็ก (Minimization) เช่น การสอบได้ถูกมองว่าเป็นเพราะความบังเอิญ เพราะว่าตนเองไม่เก่งเลย เป็นความคิดที่ลดความสำคัญหรือลดความสามารถของตนเอง

9. ความคิดที่ว่าทุกอย่างต้องสมบูรณ์แบบ (Perfectionism) เป็นความคิดที่บังคับตนเองว่าเรื่อง “ควร” หรือ “ต้อง” หรือ “น่าจะต้อง” เป็นไปตามความคาดหวังหรือความปรารถนาของตนเช่น นักดนตรีที่ต้องเล่นเพลงที่ยากมากคิดว่าตนเอง “ต้อง” เล่นไม่พลาดเลยแม้แต่โน้ตเดียวยอมรู้สึกผิดหวั่นในตนเองจะอายใจหรือรู้สึกผิดได้เมื่อเกิดความผิดพลาดเพียงเล็กน้อย

10. การให้คุณค่าแก่คนใดคนหนึ่งโดยยึดรูปลักษณภายนอก (Externalization of Self - Worth) เช่น “ฉันต้องดูดีตลอดเวลา”

เป้าหมายการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงความเชื่อและความคิดที่ไม่สมเหตุสมผล การให้เหตุผลที่ไม่ถูกต้อง และการมองตนเองในด้านลบ (อรรถพรณ ลือบุญธวัชชัย และพีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย, 2549; Stuart, 2005) หรือเป็นการทดแทนการประเมินเหตุการณ์ในชีวิตที่บิดเบือน ไปสู่การประเมินเหตุการณ์ในชีวิตที่ตรงกับความเป็นจริง (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2549) และยังเป็นการบรรเทาอาการซึมเศร้า และป้องกันการกลับมามีอาการซ้ำโดยช่วยให้ผู้ป่วยค้นหาและทำการทดสอบความคิดด้านลบ (negative cognition) ช่วยให้ผู้ป่วยสร้างแบบแผนของการคิด แบบแผนอื่นๆ โดยต้องเป็นแบบแผนที่ยืดหยุ่น ช่วยผู้ป่วยชักจูง การคิดที่เกิดขึ้นใหม่และพฤติกรรมที่กำเริบขึ้นใหม่ (Sadock and Sadock, 2003)

เทคนิคของการบำบัดทางความคิด (Cognitive therapy) ที่พัฒนาขึ้นโดย เบคและคณะ(Beck et al., 1979) ซึ่งประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่ การสอนผู้ป่วย (Didactic) เทคนิคการบำบัดทางความคิด (Cognitive technique) และเทคนิคการบำบัดทางพฤติกรรม (Behavior technique) (Sadock and Sadock, 2003; สุชาติ พหลภาคย์, 2542) คุณลักษณะของผู้บำบัดเป็นสิ่งสำคัญที่จะนำไปสู่ความสำเร็จของการรักษา ผู้บำบัดจะต้องมีความอบอุ่น ยอมรับและเข้าใจประสบการณ์ชีวิตของผู้ป่วยด้วยความจริงใจ มีความซื่อสัตย์ต่อตนเองและต่อผู้ป่วย จะต้องมีความสามารถในการใช้ทักษะและการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย จะต้องมีการกำหนดระเบียบวาระ (agenda) ก่อนเริ่มต้นในแต่ละครั้ง มีการมอบหมายการบ้านในระหว่างการบำบัดแต่ละครั้ง และมีการสอนทักษะใหม่ ทั้งผู้ป่วยและผู้บำบัดจะต้องมีส่วนร่วมมือกันในการดำเนินการในการ

บำบัด ส่วนประกอบของ การบำบัดทางพฤติกรรมความคิดประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ดังนี้ (Sadock and Sadock, 2003; สุชาติ พหลภาคย์, 2542)

ขั้นตอนที่ 1 การสอนผู้ป่วย (Didactic Aspects) หมายถึง ผู้บำบัดอธิบายให้ผู้ป่วยทราบเกี่ยวกับแบบแผนการคิดของผู้ป่วย (cognitive triad) โครงสร้างความคิด (schema) ที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วย โดยผู้บำบัดจะต้องบอกผู้ป่วยให้รู้ถึงวิธีการและตั้งสมมุติฐานเกี่ยวกับการคิดในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง แล้วร่วมกันทดสอบสมมุติฐานที่ตั้งขึ้นและอธิบายให้ผู้ป่วยความสัมพันธ์ระหว่างอารมณ์ที่เชื่อมเร้ากับความคิด อารมณ์ พฤติกรรม และเหตุผลของการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด

ขั้นตอนที่ 2 เทคนิคการบำบัดทางความคิด (Cognitive Techniques) มี 4 ขั้นตอน คือ

1. การสกัดความคิดที่เกิดขึ้นอย่างอัตโนมัติ (eliciting automatic thought) ของผู้ป่วย หรือการค้นหา automatic thought ความคิดชนิดที่เกิดขึ้นอย่างอัตโนมัติหมายถึง cognition ที่คั่นอยู่ระหว่างเหตุการณ์ภายนอกที่มากระทบ (external event) ปฏิกริยาทางอารมณ์ที่มีต่อเหตุการณ์นั้น (สุชาติ พหลภาคย์, 2542; Sadock and Sadock, 2003) ผู้รักษาควรฝึกให้ผู้ป่วยสังเกตผลที่เกิดขึ้นตามมาภายหลังเหตุการณ์ภายนอกที่มากระตุ้น ผู้ป่วยอาจรายงานเหตุการณ์ต่างๆ ที่ทำให้ไม่สบายใจหรือไม่พอใจอย่างไม่มีเหตุผลอธิบาย (วีรุฒิ เอกมงคลกุล, 2537) โดยใช้การบันทึกด้วยตนเองซึ่งส่วนใหญ่จะใช้แนวคิด ABC ของ Ellis โดย A หมายถึง สภาพการณ์หรือสิ่งเร้าที่เกิดขึ้น B หมายถึง ความคิดหรือความเชื่อต่อสภาพการณ์หรือสิ่งเร้าที่เกิดขึ้น C หมายถึง สภาพอารมณ์ที่เป็นผลมาจากความคิดหรือความเชื่อต่อสภาพการณ์หรือสิ่งเร้าที่เกิดขึ้น (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2549) หรือ ABCs of Behavior (อรพวรรณ ลีอนุญวัชชัย และพีรพนธ์ ลีอนุญวัชชัย, 2549; Stuart & Laraia, 2005) ซึ่งยกตัวอย่างตารางบันทึกความคิดด้วยตนเอง (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2549) แสดงดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ตัวอย่างตารางบันทึกความคิดด้วยตนเอง

สภาพการณ์หรือสิ่งเร้า (A)	ความคิดหรือความเชื่อ (B)	อารมณ์หรือความรู้สึก (C)

การบันทึกด้วยตนเองสามารถวิเคราะห์ถึงระบบความคิดและเนื้อหาของความคิดได้นอกจากนี้ยังสามารถอธิบายกระบวนการทางความคิดที่มีผลต่อพฤติกรรมของบุคคลได้

2. การทดสอบความคิดชนิดที่เกิดขึ้นอย่างอัตโนมัติ (testing automatic thought) ผู้รักษาทำหน้าที่เป็นครูช่วยผู้ป่วยทดสอบว่าความคิดที่เกิดขึ้นอย่างอัตโนมัติของผู้ป่วยมีความแม่นยำหรือมีความสมเหตุสมผลหรือตรงตามความเป็นจริงเพียงใด ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจว่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอาจเกิดจากสาเหตุอื่นๆ หรือเป็นการค้นหาตีความที่เป็นไปได้อย่างอื่น (alternative possible interpretation) หรือเป็นการค้นหาว่าความคาดหวังของผู้ป่วยถูกต้องสมเหตุสมผลเพียงใด ผู้รักษาจะช่วยให้ผู้ป่วยเลิกความคิดที่ผิดพลาด (inaccurate) เกินความจริง (exaggerated) ที่มักจะเกิดขึ้นอย่างอัตโนมัติ (สุชาติ พหลภาคย์, 2542; Sadock and Sadock, 2003) การตรวจสอบความคิดที่เกิดขึ้นอย่างอัตโนมัติ ช่วยให้ผู้ป่วยมีการแก้ไขปรับเปลี่ยนความคิดที่เกิดขึ้นอัตโนมัติให้เหมาะสม โดยการวิเคราะห์ความคิด ทศนคติ การให้ความหมายของผู้ป่วยต่อปัญหาหรือสถานการณ์นั้น ๆ เป็นการสะท้อนให้ผู้ผู้ป่วยเห็นถึงความคิดที่ไม่เหมาะสม ไม่สมเหตุสมผล และความคิดที่มุ่งแต่จะโทษตนเอง ตระหนักถึงความคิดที่ไม่ถูกต้องแล้วเกิดการปรับเปลี่ยนความคิดที่บิดเบือน (Beck et al., 1979)

3. พิสูจน์หามูลบทหรือข้อสันนิษฐานที่ไม่เหมาะสม (identifying maladaptive assumption) ในขณะที่ผู้ป่วยและผู้รักษาช่วยกันสังเกตและทดสอบความคิดที่เกิดขึ้นอย่างอัตโนมัติ ผู้รักษามักจะพบมูลบทหรือข้อสันนิษฐานที่ไม่เหมาะสมที่มีอยู่ในการคิดการเข้าใจของผู้ป่วย ผู้ป่วยยึดมูลบทหรือข้อสันนิษฐานเป็นเกณฑ์มูล (underlying rule) ในการดำเนินชีวิตจนเกิดความคิดอัตโนมัติที่ไม่ถูกต้อง ซึ่งทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่พอใจในตนเอง รู้สึกว่าตนเองล้มเหลวและมีอารมณ์ซึมเศร้าตามมา (สุชาติ พหลภาคย์, 2542; Sadock and Sadock, 2003) ในขั้นตอนนี้ Beck et al., (1979) กล่าวว่าจะเป็นการปรับเปลี่ยนความคิด เพื่อให้ผู้ป่วยมีมุมมองในการคิดที่ยึดหยุ่นสมเหตุสมผลตรงตามความเป็นจริงมากขึ้น โดยปรับเปลี่ยนความคิดได้จากปัจจัยเหตุของปัญหา (reattribution) ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามักจะมีความคิดอัตโนมัติในทางลบเกี่ยวกับปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเองและปรับเปลี่ยนความคิดในทางลบต่อผลลัพธ์ของปัญหา (decatastrophizing) ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามักจะมองสิ่งเร้าหรือประสบการณ์ที่ประสบแล้วแปรความที่บิดเบือนไปในทางลบ คาดการณ์ถึงเฉพาะแต่ผลลัพธ์ในทางลบ มองว่าปัญหาไม่สามารถแก้ไขได้ จึงไม่คิดหาแนวทางแก้ไขปัญหา

4. วิเคราะห์มูลบทหรือข้อสันนิษฐานที่ไม่เหมาะสม (analyzing maladaptive assumption) ขั้นตอนนี้จะคล้ายกับการทดสอบความคิดชนิดที่เกิดขึ้นอย่างอัตโนมัติ คือเป็นการที่

ผู้รักษาช่วยผู้ป่วยทดสอบว่ามุลบทหรือข้อสันนิษฐานที่ผู้ป่วยมีนั้นไม่เหมาะสมหรือไม่ถูกต้อง ในขั้นตอนนี้จะมีการอีกวิธีหนึ่งก็คือการชวนผู้ป่วยให้ป้องกัน (defend) ตนเองว่ามุลบทหรือข้อสันนิษฐานดีแล้วหรือยังมีมุลบทหรือข้อสันนิษฐานที่ดีอย่างอื่น (สุชาติ พหลภาคย์, 2542; Sadock and Sadock, 2003) ในขั้นตอนนี้ Beck et al., 1979 จะเป็นการค้นหาแนวทางแก้ไขปัญหาเกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนความคิดได้ โดยมีเข้าใจและแยกแยะความคิดอัตโนมัติในทางลบ สิ่งเร้าหรือสถานการณ์ที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าขึ้นได้และค้นหาแนวทางในการแก้ปัญหาเป็นวิธีการเพื่อให้ผู้ป่วยมองปัญหาในแง่มุมใหม่ ซึ่งมีลักษณะของการคิดการตีความปัญหา และวิธีการเผชิญปัญหาในแนวทางอื่น

ขั้นตอนที่ 3 เทคนิคการบำบัดทางพฤติกรรม (Behavior Techniques)

เทคนิคการปรับพฤติกรรมที่ใช้ในการบำบัดทางปัญญามีอยู่ด้วยกันหลายเทคนิค (Beck et al., 1976) เช่น

1. การจัดกิจกรรม (scheduling activity) การจัดกิจกรรมจะทำให้ผู้มีความซึมเศร้ามีแรงกระตุ้นในการทำกิจกรรมต่างๆ ลดอาการเฉื่อยชา หมกมุ่นกับความคิดทางลบของตนเอง ลดความคิดที่ว่าไม่สามารถในการทำสิ่งต่างๆ

2. การให้คะแนนความสำเร็จและความพึงพอใจในการทำกิจกรรม (mastery and pleasure techniques) การให้คะแนนความสำเร็จและความพึงพอใจในการทำกิจกรรมเป็นการทำให้ผู้รับการบำบัดมีอารมณ์ที่ดีขึ้น แม้ว่าจะเป็นการชั่วคราว เป็นการให้ผู้รับการบำบัดได้ตระหนักถึงความสัมพันธ์ระหว่างอารมณ์และพฤติกรรม ของตนเอง

3. การมอบหมายงานอย่างเป็นขั้นตอน (graded task assignment) ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะคิดว่าตนเองไม่สามารถทำงานได้ เมื่อผู้รับการบำบัดสามารถทำงานตามที่วางแผนได้สามารถประเมินความสำเร็จ และความพอใจในการทำกิจกรรม การมอบหมายงานอย่างเป็นขั้นตอนจะต้องมีการประเมินความสามารถของผู้รับการบำบัดก่อนแล้วจึงมอบหมายงานที่เหมาะสม

4. การทำการบ้าน (Homework) ผู้บำบัดใช้เทคนิคของการมอบหมายการบ้านเพื่อให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ หรือหัดมีทักษะใหม่ๆ เพราะการที่ผู้ป่วยได้หัดทำแทนการฟังและพูด ในการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดการให้ผู้ป่วยทำการบ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยเรียนรู้การควบคุมอาการของตน

กระบวนการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมของ Stuart, 2005

ซึ่งมีกระบวนการในการบำบัด 2 ขั้นตอนมีรายละเอียดดังต่อไปนี้ (Stuart, and Laraia, 2005; อรพรรณ ลือบุญวัชชัย และพีรพนธ์ ลือบุญวัชชัย, 2549)

1. **ขั้นประเมินความคิดและพฤติกรรม** เป็นกระบวนการบำบัดที่สำคัญที่สุดในการประเมินผู้ป่วย ผู้บำบัดจะประเมินสิ่งที่แสดงออก (actions) ความคิด (thoughts) และความรู้สึก (feeling) ของผู้ป่วยในสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย การประเมินจะทำการเก็บรวบรวมข้อมูลและระบุปัญหาจากข้อมูล การระบุพฤติกรรมที่เป็นปัญหารวมถึงวิธีการวัดพฤติกรรมที่เป็นปัญหา การระบุปัญหาของผู้รับการบำบัดที่ดี ควรมีความถูกต้องชัดเจนที่สุดเบื้องต้นควรประเมินปัญหาของผู้ป่วยด้วยคำถามต่อไปนี้ปัญหาคืออะไร? ปัญหาเกิดขึ้นที่ไหน? ปัญหาเกิดเมื่อใด? ใครหรืออะไรทำให้เกิดปัญหาขึ้น? ผลกระทบที่เกี่ยวข้องกับปัญหานั้นคืออะไร? พยาบาลสามารถประเมินถึงความถี่ ความรุนแรงและระยะเวลาของการเกิดปัญหา หลังจากนั้นจะเป็นการค้นหาประสบการณ์ของผู้ป่วยในปัญหานั้นๆ โดยอาศัยการวิเคราะห์พฤติกรรม ซึ่งประกอบด้วย 3 ส่วน (ABCs of Behavior) สิ่งที่เกิดขึ้นก่อน (Anticident) หมายถึง สิ่งกระตุ้นหรือสิ่งที่เกิดขึ้นก่อนพฤติกรรมนั้นๆ พฤติกรรม (Behavior) หมายถึง สิ่งที่คุณคนนั้นพูดหรือกระทำ หรือแสดงออกมาให้เห็นได้ผลที่ตามมา (Consequence) หมายถึง ผลที่เกิดจากการแสดงพฤติกรรมนั้นซึ่งจะมีผลทั้งด้านลบและด้านบวกเมื่อมีสิ่งเร้าเกิดขึ้นบุคคลจะแสดงพฤติกรรมต่างๆออกมาทำให้เกิดผลของการแสดงพฤติกรรมนั้นสามารถแสดงความสัมพันธ์ระหว่าง A, B และ C ได้ดังนี้



Phases of behavior (Stuart, 2005: 658)

นอกจากนี้การประเมินประสบการณ์ของผู้ป่วยที่มีต่อปัญหาอาจกระทำได้โดยใช้ ABCs of Treatment ซึ่งประกอบด้วยอารมณ์ (Affective) หมายถึง อารมณ์และความรู้สึกที่ตอบสนองต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น พฤติกรรม (Behavior) หมายถึง พฤติกรรมหรือการกระทำที่แสดงออกมาให้เห็นได้ ความคิด (Cognitive) หมายถึง คือ ความคิดที่เกิดขึ้นต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้น

ส่วนประกอบทั้ง 3 ด้านนี้มีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กันอารมณ์มีผลต่อความคิด ความคิดมีผลต่อการกระทำ และการกระทำมีผลต่ออารมณ์ความรู้สึก การประเมินส่วนประกอบทั้ง 3 ด้านนี้มีส่วนในการทำความเข้าใจปัญหาและแก้ไขปัญหได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. **ขั้นปฏิบัติการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด** โดยทั่วไปการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดจะเน้นการจัดกระทำ 4 ประการ ได้แก่ การเพิ่มกิจกรรม (increasing activity) การลดพฤติกรรมที่ไม่ต้องการ (reducing unwanted behavior) เน้นที่พฤติกรรมที่เป็นปัญหาเท่านั้น การเพิ่มความพึงพอใจ (increasing pleasure) เพิ่มทักษะทางสังคม (enhancing social skills) เน้น

การสร้างเสริมทักษะในการปฏิสัมพันธ์ทางสังคม และผู้บำบัดสามารถใช้เทคนิควิธีการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดประกอบไปด้วย 3 วิธี สามารถนำมาใช้เทคนิคเดียว หรือนำมาผสมผสานกันหลายเทคนิคก็ได้ ซึ่งวิธีการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดมีวิธีการดังต่อไปนี้

2.1 วิธีการลดความวิตกกังวล (anxiety reduction) ในขั้นแรกจะเริ่มต้นที่การจัดความวิตกกังวลของผู้ป่วยด้วยการใช้วิธีการต่างๆ ดังนี้

2.1.1 การฝึกการผ่อนคลาย (relaxation training) เป็นวิธีการลดความตึงเครียดและความวิตกกังวล หลักการของเทคนิคนี้ ได้แก่ การฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ และการดึงของกล้ามเนื้อ วิธีการที่สามารถนำมาใช้ผ่อนคลาย

2.1.2 การใช้เครื่องวัดสัญญาณทางชีวภาพ (bio-feedback) ที่ใช้กันได้อีก อัตราการเต้นของหัวใจ ความดันโลหิต ความตึงของกล้ามเนื้อ อุณหภูมิของร่างกาย เพื่อให้ผู้ป่วยทราบว่าขณะนี้มีความตึงเครียดหรือความวิตกกังวลมากน้อยเพียงใด

2.1.3 การลดความไวในการตอบสนองต่อสิ่งที่กลัวอย่างเป็นระบบ(systematic desensitization) เป็นการลดพฤติกรรมการถอยหนีจากสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดความรู้สึกกลัว โดยให้ผู้ป่วยค่อยๆ เผชิญกับสิ่งที่กลัวอย่างเป็นระบบ

2.1.4 การเผชิญความกลัวสูงสุดในทันที (flooding) เป็นรูปแบบหนึ่งของการบำบัดด้วยการเผชิญกับสิ่งที่กลัวโดยตรง ในระดับสูงสุดในสถานการณ์จริงในทันทีโดยไม่มีการฝึกผ่อนคลายหรือการให้เผชิญสิ่งที่กลัวตามลำดับขั้น ผู้ป่วยจะเกิดความรู้สึกกลัวสูงสุดหลังจากนั้นจะลงจนหมดไป ผู้ป่วยจะเรียนรู้และเกิดความรู้สึกเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถควบคุมสถานการณ์ที่กลัวนั้นได้

2.1.5 การไม่ให้กระทำพฤติกรรมเพื่อลดความกลัวหรือความกังวล (response prevention) เป็นการให้ผู้ป่วยเผชิญกับสิ่งที่กลัวหรือกังวล โดยไม่ให้กระทำพฤติกรรมเพื่อลดความกลัวหรือความกังวลนั้นๆ

2.2 วิธีการสร้างความคิดที่ถูกต้องขึ้นใหม่ (cognitive restructuring) การสร้างความคิดที่ถูกต้องขึ้นใหม่ ประกอบด้วยขั้นตอนต่างๆ ดังต่อไปนี้

2.2.1 การตรวจสอบความคิดและอารมณ์ ความรู้สึก (monitoring thoughts and feeling) การปรับเปลี่ยนความคิดเริ่มต้นด้วยการค้นหาสิ่งที่จะเป็นตัวเสริมแรงและก่อให้เกิดความคิดที่ไม่เหมาะสมและพฤติกรรมที่เป็นปัญหายังคงอยู่ขั้นตอนที่สำคัญในลำดับแรก ได้แก่ การช่วยให้ผู้ป่วยได้ตระหนักรู้และสามารถคอยตรวจสอบความคิด และอารมณ์ความรู้สึกที่เกิดขึ้นของผู้ป่วย โดยให้บันทึกความคิดที่ไม่เหมาะสมที่เกิดขึ้นในแต่ละวัน 5 ประเด็น คือ 1. สถานการณ์ที่เกิดขึ้น 2. อารมณ์ ความรู้สึก 3. ความคิดอัตโนมัติที่เกิดขึ้นตอบสนองต่อ

เหตุการณ์ 4.พฤติกรรมที่ตอบสนองต่อความคิดอัตโนมัติที่เกิดขึ้นนั้น และ 5. ผลลัพธ์หรือผลที่เกิดขึ้น

2.2.2 การถามถึงหลักฐานยืนยัน (questioning the evidence) เป็นขั้นที่สองของการบำบัด ได้แก่ การที่ผู้ป่วยและผู้บำบัดช่วยกันตรวจสอบหลักฐานที่ยืนยันหรือสนับสนุนความเชื่อของผู้ป่วย รวมไปถึงการตรวจสอบแหล่งที่มาของผู้ให้ข้อมูลด้วย ผู้ป่วยมักจะให้น้ำหนักของแหล่งข้อมูลที่สนับสนุนความคิดที่บิดเบือน จึงเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสซักถามผู้บำบัด ครอบครัวและสมาชิกอื่นๆ เพื่อพิสูจน์ข้อมูลที่ผู้ป่วยตีความไว้ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถตีความได้อย่างถูกต้องและตรงกับความเป็นจริงมากยิ่งขึ้น

2.2.3 การตรวจสอบทางเลือกอื่นๆ (examining alternatives) ผู้ป่วยมักจะรู้สึกว่าตนเองไม่มีหนทางแก้ไขปัญหา ขั้นตอนนี้ผู้ให้การบำบัดกระตุ้นให้ผู้ป่วยระดมกันคิดวิธีการแก้ไขปัญหามากมาย วิธี ออกมาด้วยตนเอง ผู้บำบัดช่วยเหลือในการให้ข้อเสนอแนะวิธีการหรือแนวทางแก้ไขปัญหามีประโยชน์ให้ผู้ผู้ป่วยลองพิจารณาและตัดสินใจเลือกวิธีการแก้ไขปัญหา

2.2.4 ลองให้คาดการณ์ถึงสถานการณ์ที่รุนแรงที่สุด (catastrophizing) เป็นเทคนิคที่ให้ผู้ผู้ป่วยลองคาดการณ์ถึงสถานการณ์รุนแรงที่สุดที่อาจเกิดขึ้น ผู้บำบัดจะใช้คำถามเพื่อให้ผู้ป่วยได้คิดทบทวน ประเมินสถานการณ์รุนแรงที่คาดว่าจะเกิดขึ้นนั้นเป็นอย่างไร สถานการณ์เลวร้ายที่สุดที่อาจเกิดขึ้นได้แก่อะไรบ้าง ถ้าสถานการณ์นั้นเกิดขึ้นจริงจะจัดการหรือแก้ปัญหาได้หรือไม่ แล้วจะจัดการอย่างไร เป้าหมายของวิธีการนี้คือการลองให้ผู้ผู้ป่วยคาดคะเนถึงผลที่อาจเป็นไปได้ที่อาจเกิดขึ้นตามความเป็นจริง ไม่กลัวหรือกังวลเกินความเป็นจริง ไม่กลัวและกังวลไปล่วงหน้า การกระทำเช่นนี้เป็นการช่วยผู้ป่วยสามารถคาดการณ์สถานการณ์ที่เกิดขึ้นเห็นแนวทางที่จะแก้ไขสถานการณ์นั้นหากปัญหานั้นเกิดขึ้นจริง และมีความพร้อมที่จะเผชิญปัญหานั้นได้

2.2.5 การเปลี่ยนมุมมองเดิมเป็นมุมมองทางบวก (reframing) เป็นวิธีเปลี่ยนมุมมองการรับรู้สถานการณ์ หรือพฤติกรรมซึ่งได้แก่การช่วยให้ผู้ป่วยได้มองปัญหาในมุมมองที่แตกต่างไปจากเดิม การให้ผู้ผู้ป่วยได้มองปัญหาในแง่บวกทั้งในข้อดีและข้อเสีย จะช่วยพัฒนาให้ผู้ผู้ป่วยมีมุมมองต่อปัญหาอย่างรอบด้าน

2.2.6 การหยุดความคิด (thought stopping) ปัญหาของผู้ป่วยบางปัญหาทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถหยุดคิดได้ หรือเลิกคิดได้ยาก เทคนิคการหยุดความคิด สามารถใช้ได้ดีในความคิดที่เป็นปัญหาในระยะเริ่มต้น ในระยะเริ่มต้นผู้ให้การบำบัดจะช่วยผู้ป่วยในการหยุดความคิดโดยให้ผู้ผู้ป่วยค้นหาปัญหาและความคิดที่เป็นปัญหา และให้ผู้ผู้ป่วยนึกถึงปัญหานั้นๆ และผู้บำบัดก็จะบอกให้ผู้ผู้ป่วยว่า “หยุด” เพื่อให้ผู้ป่วยหยุดความคิดที่กำลังคิดถึงปัญหานั้นอยู่

เมื่อผู้ป่วยสามารถหยุดความคิดนั้นได้แล้ว จึงให้ผู้ป่วยนำไปใช้หยุดความคิดในปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตจริง

2.3 วิธีการเรียนรู้พฤติกรรมใหม่ (learning new behavior) เน้นการสร้างพฤติกรรมใหม่ในผู้ป่วย โดยมีวิธีการต่างๆ ดังนี้

2.3.1 การเลียนแบบ (modeling) หมายถึง วิธีการที่ใช้เพื่อสร้างรูปแบบของพฤติกรรมใหม่ที่ต้องการให้เกิดขึ้น เพิ่มทักษะต่างๆ ที่ดีที่ต้องการและลดพฤติกรรมการหลีกเลี่ยง โดยให้ผู้ป่วยสังเกตบุคคลที่แสดงพฤติกรรมที่ผู้ป่วยรู้สึกว่าเป็นพฤติกรรมที่ดี

2.3.2 การปรับแต่งพฤติกรรม (shaping) เป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดพฤติกรรมใหม่ที่ต้องการ โดยอาศัยวิธีการเสริมแรง (reinforcement) ดังเช่น การให้ความสนใจหรือการให้คำชมเมื่อผู้ป่วยกระทำพฤติกรรมที่ดีที่เหมาะสม

2.3.3 การให้เบี้ยอรรถกร (token economy) อาศัยหลักของการเสริมแรงหรือการให้รางวัลเมื่อผู้ป่วยกระทำพฤติกรรมที่ดีที่เหมาะสม โดยจะให้สิ่งที่สามารถนำไปแลกตัวเสริมแรงที่เขาพอใจได้ เช่น ให้เหรียญเมื่อผู้ป่วยกระทำพฤติกรรมที่เหมาะสม

2.3.4 การแสดงบทบาทสมมติ (role playing) ช่วยให้ผู้ป่วย ได้มีโอกาสฝึกซ้อมการทำพฤติกรรมที่รู้สึกว่ายากหรือลำบาก และได้รับข้อมูลย้อนกลับจากผู้บำบัด

2.3.5 การฝึกทักษะทางสังคม (social skills training) ทักษะทางสังคมเป็นทักษะที่จำเป็นสำหรับการมีชีวิตอยู่ร่วมกับบุคคลอื่นๆ ในสังคมปัญหาทักษะทางสังคมมักจะพบเสมอในผู้ป่วยทางจิตเวชหลายๆราย อาจจะใช้วิธีการชี้แนะแนวทาง (guidance) การแสดงให้เห็น (demonstration) การฝึกปฏิบัติ (practice) การให้ข้อมูลย้อนกลับ (feedback) มักใช้ในผู้ป่วยที่ขาดทักษะทางสังคม และขาดความเชื่อมั่นในตนเองและผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมความโกรธ

2.3.6 การให้สิ่งที่ไม่พึงพอใจ (Aversive therapy) เป็นการช่วยลดพฤติกรรมที่ไม่ต้องการโดยให้สิ่งที่ไม่น่าพึงพอใจหลังจากมีพฤติกรรมที่ไม่ต้องการให้เกิดขึ้น เช่น อาจจะทำให้ผู้ป่วยติดหนังยางที่ข้อมือให้เจ็บ เมื่อมีการย้าคิดเรื่องใดเรื่องหนึ่งที่ไม่ต้องการเกิดขึ้น

ระยะเวลาในการรักษา

การบำบัดทางพฤติกรรมความคิดผู้ป่วยและผู้รักษาจะพบกันประมาณ 15 – 20 ครั้งภายใน 12 สัปดาห์ (สุชาติ พหลภาคย์, 2542) เช่นเดียวกับ Greist and Jefferson(1992); Wright and Beck, 1995 การบำบัดทางพฤติกรรมความคิดมักจะใช้ในการรักษาระยะสั้น 10 – 20 ครั้งต่อ Course แต่ White and Freeman, (2000) กล่าวว่า การบำบัดทางพฤติกรรมความคิด เป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพโดยมีระยะเวลาการบำบัดตั้งแต่ 8 - 16 สัปดาห์ ซึ่งจำนวนครั้งที่น้อยที่สุดที่ทำให้การบำบัดประสบความสำเร็จได้คือ 8 ครั้งและต้องมีการดำเนินการบำบัด

อย่างต่อเนื่อง การบำบัดทางพฤติกรรมความคิดใช้ในการรักษาผู้ป่วยที่มีอาการไม่มาก สอดคล้องกับ Greist and Jefferson, 1992 กล่าวว่า การบำบัดทางพฤติกรรมความคิดให้ผลการบำบัดที่เฉพาะเจาะจงกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีอาการในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง แต่ไม่เหมาะสมกับผู้ป่วยที่มีระดับอาการซึมเศร้าในระดับรุนแรง ซึ่งในโปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดนี้ ผู้วิจัยใช้ระยะเวลาในการบำบัดจำนวน 8 ครั้ง มีการพบกันกับผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และทำการบำบัดในผู้ป่วยที่มีความซึมเศร้าในระดับปานกลางถึงมาก

โปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด

ความซึมเศร้าเป็นปัญหาทางจิตเวชปัญหาหนึ่งที่พบบ่อย โดยมีอาการประกอบด้วย อารมณ์ซึมเศร้า หรือสูญเสียความสนใจหรือความรื่นรมณ์ ในกิจกรรมตามปกติของชีวิต และอาการเหล่านี้เกิดติดต่อกันเป็นเวลา 2 สัปดาห์ หรือนานกว่านั้น นอกจากนี้ผู้ป่วยมักมีอาการตามมาในลักษณะต่างๆ ของการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ ความคิด พฤติกรรมและการเปลี่ยนแปลงของสภาวะทางร่างกาย ซึ่งปัจจัยหรือสาเหตุการเกิดโรคซึมเศร้าตามแนวคิดของการบำบัดที่เน้นการปรับความคิด(cognitive therapy) มองว่าโรคซึมเศร้ามีรากฐานมาจากการคิดในทางลบต่อตนเอง ต่อสิ่งแวดล้อมและต่ออนาคต โดยผู้ป่วยจะคอยคิดว่าตัวเอง โลกของเขา หรืออนาคตของเขา ขาดบางสิ่งบางอย่างที่จำเป็นต่อการมีความสุขไป ผู้ป่วยจะเริ่มมองตนเอง บกพร่อง ขาดความสามารถหรือไม่มีคุณค่ามองว่าครอบครัวคอยด่าคอยว่า วิพากษ์วิจารณ์ หรือไม่ช่วยเกื้อหนุน และมองว่าอนาคตของตนเองมืดมน มีความคิดทางลบเกิดขึ้น ผลร้ายของโรคมีหลายประการทำให้ประสิทธิภาพทางด้านต่างๆ ของผู้ป่วยลดลง เช่น การเรียน การทำงาน การมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น และอันตรายที่น่าเป็นห่วงมากที่สุดคือ การฆ่าตัวตายมีงานวิจัยพบว่า ร้อยละ 15 ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าฆ่าตัวตายสำเร็จ (สมภาพ เรื่องตระกูล, 2543)

จากปัจจัยหรือสาเหตุการเกิดความซึมเศร้าตามทฤษฎีปัญญานิยม (cognitive theory) ของ เบคและคณะ (Beck et al., 1979) ได้มีการศึกษาวิจัยถึงผลของการนำแนวคิดของการปรับความคิดมาใช้ เช่นอัญชลี ฉัตรแก้ว (2546) ได้ศึกษาผลของการบำบัดทางปัญญาต่อความซึมเศร้าของเยาวชนหญิงในสถานสงเคราะห์ ผลการศึกษาพบว่า คะแนนความซึมเศร้าของเยาวชนหญิงลดลงก่อนการเข้ารับการบำบัดทางปัญญา และเมื่อศึกษาในระยะติดตามผล 2 สัปดาห์ มีคะแนนความซึมเศร้าน้อยกว่าก่อนเข้าร่วมการบำบัดทางปัญญา และคะแนนความซึมเศร้าหลังเข้าร่วมการบำบัดทางปัญญานั้นที่และระยะติดตามหลังการบำบัดทางปัญญาสิ้นสุดลง 2 สัปดาห์ ไม่แตกต่างกัน และจากการศึกษาของสกาเวรัตน์ พวงลัดดา (2545) ได้ศึกษาการปรับพฤติกรรมทางปัญญาในผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้าในลักษณะของกรณีศึกษาจำนวน 1 ราย มี

การนัดผู้ป่วยทั้งหมด 6 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง พบว่าผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้าดีขึ้นกว่าก่อนการปรับพฤติกรรมทางปัญญา มีความคิดทางบวกมากขึ้น เห็นปัญหาที่เกิดขึ้นจากการคิดในทางลบ นอกจากนี้ยังมีการศึกษาจากต่างประเทศที่เป็นการทบทวนและวิเคราะห์เกี่ยวกับสถานะของการทดลองเกี่ยวกับการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดในผู้ป่วยซึมเศร้า (Butler, Chapman, Forman, and Beck, 2006) การศึกษาส่วนใหญ่เป็นการศึกษาเชิงทดลองเปรียบเทียบการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดกับการบำบัดอื่นๆ เช่น การบำบัดด้วยจิตวิเคราะห์ การรักษาด้วยยาต้านซึมเศร้า พฤติกรรมบำบัด การใช้ยาหลอก เป็นต้น ผลที่ปรากฏ พบว่าการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดอยู่ในอันดับต้นที่เหนือกว่าการบำบัดอื่นๆ ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำวิธีการและเทคนิคของการบำบัดทางปัญญา (cognitive therapy) ที่พัฒนาขึ้นโดย เบคและคณะ (Beck et al., 1979) ซึ่งประกอบด้วย 3 องค์ประกอบได้แก่การสอนผู้ป่วย (didactic) เทคนิคการบำบัดทางความคิด (cognitive technique) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ การค้นหาความคิดอัตโนมัติทางลบ การทดสอบความคิดอัตโนมัติ การพิสูจน์หามูลบทหรือข้อสันนิษฐานที่ไม่เหมาะสม และการวิเคราะห์มูลบทหรือข้อสันนิษฐานที่ไม่เหมาะสมและเทคนิคการบำบัดทางพฤติกรรม (behavior technique) (Sadock and Sadock, 2003; สุชาติ พหลภาคย์, 2542) มาประยุกต์ร่วมกับกระบวนการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดของ Stuart, 2005 (Stuart and Laraia, 2005; อรพรรณ ลือบุญวัชรชัย และพีรพนธ์ ลือบุญวัชรชัย, 2549) และจากการทบทวนวรรณกรรม มาสร้างเป็นโปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด มุ่งเน้นการลดความซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งซึมเศร้า ในการเผชิญปัญหาได้ดีขึ้นและเหมาะสม โดยมีการบำบัด 3 ขั้นตอนประกอบด้วยกิจกรรม 8 ครั้ง ดังต่อไปนี้

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและการประเมินพฤติกรรมความคิด

1. การแนะนำตัว เป็นการทำให้ผู้บำบัดและผู้ป่วยสร้างสัมพันธภาพเพื่อให้เกิดความคุ้นเคยลดความวิตกกังวลในการพบกันครั้งแรก ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด ระยะเวลาในการรับการบำบัด เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมในการบำบัด ให้ผู้ป่วยเข้าใจยอมรับเหตุผล วิธีการและแนวทางของโปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด เปิดโอกาสให้ซักถาม

2. สร้างข้อตกลงร่วมกันกับผู้ป่วยในการวางแผนในการบำบัด และปฏิบัติตามแผนการบำบัด ในการประเมินพฤติกรรมความคิด และร่วมกันสร้างข้อตกลงว่าผู้ป่วยจะต้องมีการสำรวจตนเอง (self – monitoring) ขณะที่ได้รับการบำบัดพร้อมกับเปิดเผยความคิด ความรู้สึกได้ภายในกลุ่ม และยอมรับว่าจะต้องมียานที่เอากลับไปทำเป็นงานบ้าน (homework assignment)

3. ผู้วิจัยจะประเมินความคิด อารมณ์ และความรู้สึกที่เกิดขึ้นในสถานการณ์ต่างๆของผู้ป่วย โดยเก็บรวบรวมข้อมูลและระบุปัญหาจากการสังเกต การซักถามถึงปัญหา สถานที่เกิดปัญหา เวลาที่เกิดปัญหา ใครหรืออะไรที่ทำให้เกิดปัญหา และผลกระทบที่เกี่ยวข้องกับปัญหา ประเมินความถี่ ความรุนแรง ระยะเวลาของปัญหาที่เกิดขึ้น หลังจากนั้นค้นหาประสบการณ์ของผู้ป่วยในปัญหานั้นๆ ด้วยการประเมินประสบการณ์ของผู้ป่วยที่มีต่อปัญหาอาจกระทำได้โดยใช้รูปแบบ (ABCs of Treatment) (Stuart and Laraia, 2005; อรพรรณ ลีอนุญวัชชัย และพีรพนธ์ ลีอนุญวัชชัย, 2549)ซึ่งประกอบด้วย อารมณ์ความรู้สึก (affective) พฤติกรรม (behavior) ความคิด(cognitive)

4. สรุปกิจกรรมร่วมกับผู้ป่วย และนัดหมายการบำบัดในครั้งต่อไป

กิจกรรมที่ 2 การให้ความรู้สุขภาพจิตเรื่องความซึมเศร้า

1. ให้ความรู้สุขภาพจิต เรื่องความซึมเศร้า มีเนื้อหาเกี่ยวกับ ความหมาย สาเหตุ อาการ และการรักษา โดยเน้นสาเหตุการเกิดโรคซึมเศร้าตามทฤษฎีการบำบัดทางความคิด (cognitive therapy) ตามแนวคิดของ Aron Beck ว่าเกิดจากความคิดที่บิดเบือนไปในทางลบ (cognitive triad) ได้แก่การมองตนเอง มองสิ่งแวดล้อมหรือโลก และอนาคตไปในทางลบ เกิดจากโครงสร้างความคิด (schema) ที่บิดเบือน และเกิดจากเนื้อหาความคิดที่บิดเบือน (cognitive error)

2. ร่วมกันกับผู้ป่วยทบทวนถึงกิจกรรมครั้งที่ 1 และอธิบายความสัมพันธ์ของอาการซึมเศร้า กับการคิด (cognitive) อารมณ์ความรู้สึก (affective) และพฤติกรรม (behavior) และฝึกให้ผู้ป่วยวิเคราะห์ความสัมพันธ์ตามรูปแบบ (ABCs of Treatment) ตามปัญหาของผู้ป่วยแต่ละคนที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการซึมเศร้า

3. มอบหมายการบ้านให้ผู้ป่วยบันทึกประสบการณ์ของผู้ป่วยแต่ละวัน โดยบันทึกอารมณ์ (affective) ความคิด (cognitive) และพฤติกรรม (behavior) ที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่ประทับใจ หรือรู้สึกซึมเศร้า (ในแบบบันทึกที่ 1)

4. สรุปกิจกรรมที่ 2 ร่วมกับผู้ป่วย และนัดหมายการบำบัดในครั้งต่อไป

กิจกรรมที่ 3 การค้นหาความคิดอัตโนมัติทางลบ

1. ทบทวนถึงกิจกรรมที่ 2 และทบทวนถึงการบ้านที่มอบหมายให้ผู้ป่วยใน (แบบบันทึกที่ 1) ใช้หลักการปรับแต่งพฤติกรรม (shaping) โดยเป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดพฤติกรรมใหม่ที่ต้องการ คือ การทำการบ้าน โดยอาศัยวิธีการเสริมแรง (reinforcement) เช่น การให้ความสนใจหรือการให้คำชมเมื่อผู้ป่วยกระทำพฤติกรรมที่ดีที่เหมาะสม
2. อธิบายเกี่ยวกับ ความหมายของความคิดอัตโนมัติทางลบ ความสัมพันธ์ระหว่างความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม โดยการยกตัวอย่าง (เหตุการณ์สมมุติที่ 1) ที่เกี่ยวกับการเกิดความคิดอัตโนมัติทางลบ ร่วมกับผู้ป่วยวิเคราะห์ถึงความสัมพันธ์ระหว่างความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม ที่ทำให้เกิดความคิดอัตโนมัติทางลบ
3. ให้ผู้ป่วยได้ลองวิเคราะห์เหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความคิดอัตโนมัติทางลบและความสัมพันธ์ความสัมพันธ์ระหว่างความคิด อารมณ์และพฤติกรรมของผู้ป่วยจาก (แบบบันทึกที่ 1) เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจเกี่ยวกับความคิดอัตโนมัติทางลบ
4. มอบหมายการบ้านให้ผู้ป่วย บันทึกความคิดอัตโนมัติทางลบที่ตอบสนองต่อเหตุการณ์พฤติกรรมที่ตอบสนองต่อความคิดอัตโนมัตินั้น และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นตามมาใน (แบบบันทึกที่ 2)
5. สรุปกิจกรรมที่ 3 และนัดหมายการบำบัดในครั้งต่อไป

กิจกรรมที่ 4 การตรวจสอบความคิดอัตโนมัติทางลบ

1. สนทนากับผู้ป่วยถึงการบ้านในกิจกรรมที่ 3 และเน้นให้เห็นความสำคัญของความคิดอัตโนมัติทางลบที่ทำให้เกิดความซึมเศร้าซึ่งจะทำให้ความซึมเศร้ารุนแรงขึ้นเรื่อยๆ วิธี การที่มอบหมายให้ผู้ป่วยทำจะเป็นการช่วยในการตรวจสอบ การประเมินและการปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติทางลบ
2. ยกตัวอย่าง (เหตุการณ์สมมุติที่ 2) ให้ผู้ป่วยได้ฝึกหัดความคิดอัตโนมัติทางลบและกระตุ้นให้ผู้ป่วยวิเคราะห์ว่าในสถานการณ์นั้นๆ สามารถเกิดจากสาเหตุอื่นๆ หรือมีความเป็นไปได้อื่นอีกหรือไม่ด้วยการถามถึงหลักฐานยืนยัน กระตุ้นให้ผู้ป่วยตรวจสอบด้วยทางเลือกอื่นๆ (alternative possible interpretation)
3. สนทนาเกี่ยวกับการบ้านที่มอบหมายให้ผู้ป่วยทำใน (แบบบันทึกที่ 2) และกระตุ้นให้ผู้ป่วยตรวจสอบความคิดอัตโนมัติทางลบ ว่ามีสาเหตุอื่นๆ หรือมีความเป็นไปได้อื่นอีกหรือไม่ในสถานการณ์ของผู้ป่วยเอง เพื่อฝึกให้ผู้ป่วยมีการแก้ไข ปรับเปลี่ยนความคิดที่เกิดขึ้นอัตโนมัติให้เหมาะสม และเมื่อผู้ป่วยเกิดพฤติกรรมที่ถูกต้อง ผู้บำบัดใช้หลักการเสริมแรง (reinforcement) คือ ด้วยการให้ความสนใจ ให้กำลังใจ หรือการให้คำชม
4. ผู้บำบัดถามถึงหลักฐานยืนยัน (questioning the evidence) ในการตรวจสอบความคิดอัตโนมัติ โดยผู้ป่วยและผู้บำบัดช่วยกันตรวจสอบหลักฐานที่ยืนยันหรือสนับสนุนความ

เชื่อของผู้ป่วย และกระตุ้นให้ผู้ป่วยตรวจสอบทางเลือกอื่นๆ (examining alternatives) ผู้ให้การบำบัดกระตุ้นให้ผู้ป่วยระดมกันคิดวิธีการแก้ไขปัญหาหลายๆ วิธี

5. ให้ข้อมูลเปรียบเทียบของความคิดที่สมเหตุสมผล กับความคิดที่บิดเบือนไม่สมเหตุสมผล (adaptive schemas and maladaptive schema) และท้าทายให้ผู้ผู้ป่วยได้ลองปรับเปลี่ยนความคิด ของผู้ป่วยด้วยการบันทึกความคิดใหม่ที่เกิดขึ้น

6. มอบหมายการบ้านให้ผู้ผู้ป่วยบันทึกความคิดอัตโนมัติทางลบ และการตรวจสอบความเป็นไปได้อื่น (alternative possible interpretation) ใน แบบบันทึกที่ 3

7. สรุปกิจกรรมที่ 4 ร่วมกันกับผู้ผู้ป่วยและนัดหมายการบำบัดในครั้งต่อไป

กิจกรรมที่ 5 การปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติทางลบ

1. ทบทวนถึงการบ้านใน แบบบันทึกที่ 3 ซึ่งเป็นการบันทึกสถานการณ์ของผู้ป่วยที่ทำให้เกิดความคิดอัตโนมัติทางลบ และเป็นการฝึกให้ผู้ผู้ป่วย หาหลักฐานสนับสนุนความคิดหรือความเป็นไปได้อื่น แล้วทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมอะไรเกิดขึ้น และผลที่ตามมาเกิดอะไรขึ้นบ้าง ผู้วิจัยรับฟังให้กำลังใจ ชมเชยเมื่อผู้ป่วยปฏิบัติได้เหมาะสม

2. สอนให้ผู้ผู้ป่วยเปลี่ยนมุมมองเดิมเป็นมุมมองทางบวก (reframing) โดยวิธีการกระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยมองปัญหาในทุกแง่มุม ทั้งข้อดี ข้อเสีย เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยมีมุมมองต่อปัญหารอบด้าน

3. ร่วมกันกับผู้ผู้ป่วยค้นหาความคิดทางบวกในสถานการณ์ของผู้ป่วยแต่ละคน ให้แรงเสริมทางบวกแก่ผู้ป่วยเมื่อแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสม แล้วกระตุ้นให้เกิดการปรับเปลี่ยนความคิดที่บิดเบือน (Beck et al., 1979) ไปในทางที่เหมาะสม

4. มอบหมายการบ้านให้บันทึกสถานการณ์ที่เกิดขึ้นส่งผลต่อความคิดความรู้สึกของผู้ป่วย และความคิดใหม่ของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นส่งผลใหม่ต่อความรู้สึกของผู้ป่วยอย่างไรในสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันของผู้ป่วย ใน แบบบันทึกที่ 4

5. สรุปกิจกรรมที่ 5 ร่วมกันกับผู้ผู้ป่วยและนัดหมายการบำบัดในครั้งต่อไป

กิจกรรมที่ 6 การค้นหาแนวทางแก้ไขปัญหา

1. ผู้วิจัยทบทวนถึงกิจกรรมที่ผ่านมา และถามถึงการบ้านที่มอบหมายใน แบบบันทึกที่ 4 หลังจากมีการปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติแล้วส่งผลต่อผู้ป่วยอย่างไร
2. ฝึกให้ผู้ป่วยมีการค้นหาแนวทางแก้ไขปัญหามาจาก สถานการณ์สมมุติที่ 3 และกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ร่วมกันอภิปรายเกี่ยวกับการค้นหาแนวทางแก้ไขปัญหามาจากสถานการณ์สมมุติ
3. ผู้วิจัยให้การเสริมแรง ด้วยการชมเชย และสรุปสิ่งที่ผู้ป่วยอภิปรายอีกครั้ง
4. กระตุ้นให้ผู้ป่วยแต่ละคนในกลุ่มได้สำรวจปัญหาที่รบกวนใจผู้ป่วย แล้วหาแนวทางแก้ไขปัญหามาโดยสมาชิกจับฟัง ให้กำลังใจ และเสนอข้อเสนอนะที่สร้างสรรค์
5. สรุปกิจกรรม ให้กำลังใจและกระตุ้นให้ทำการบ้านใน แบบบันทึกที่ 4 อย่างต่อเนื่อง

กิจกรรมที่ 7 ฝึกทักษะการสร้างความคิดใหม่

1. สนทนาและกระตุ้นให้ผู้ป่วยบอกประโยชน์ที่เกิดขึ้นกับตัวผู้ป่วยจากกิจกรรมที่ผ่านมา
2. ผู้วิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวกับความคิดอัตโนมัติทางลบที่สามารถเกิดได้ตลอดเวลาในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย
3. ฝึกทักษะการสร้างความคิดใหม่ด้วยวิธีการหยุดความคิด (thought stopping) โดยให้ผู้ป่วยคิดถึงปัญหาในสถานการณ์ของผู้ป่วย แล้วผู้วิจัยบอกให้ “หยุด” เพื่อให้ผู้ป่วยหยุดคิดถึงปัญหาที่กำลังคิดอยู่ แล้วให้ผู้ป่วยใส่ความคิดใหม่เข้าไปแทนที่ (Stuart, and Laraia, 2005; อรรถพรณ ลือบุญวรวัชชัย และพีรพนธ์ ลือบุญวรวัชชัย, 2549)
4. ผู้วิจัยกระตุ้นให้ผู้ป่วยอธิบายถึงข้อดีที่เกิดขึ้นจากการฝึกทักษะการสร้างความคิดใหม่ และกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้เชื่อมโยงถึงประโยชน์ในการนำไปใช้ในการดำเนินชีวิตในสังคม
5. ผู้วิจัยกระตุ้นให้ฝึกใช้เป็นประจำ และมอบหมายให้บันทึกจำนวนครั้งที่ได้ฝึกการหยุดความคิดในแต่ละวัน ใน แบบบันทึกที่ 5
6. สรุปกิจกรรมที่ 7 ร่วมกันกับผู้ป่วย และนัดหมายการบำบัดในครั้งต่อไป

กิจกรรมที่ 8 การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ และยุติโปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด

1. ผู้วิจัยสนทนากับผู้ป่วย เปิดโอกาสให้เล่าถึงความก้าวหน้าในการบำบัดเกี่ยวกับตัวผู้ป่วยทบทวนถึงกระบวนการคิดที่ไม่ถูกต้องทำให้เกิดอาการซึมเศร้า ทบทวนวิธีการบำบัดความคิดและพฤติกรรมในแต่ละกิจกรรมที่ผ่านมา
2. ให้ข้อมูลกับผู้ป่วยเกี่ยวกับอาการซึมเศร้าที่สามารถเกิดขึ้นได้อีก และกระตุ้นให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญของกระบวนการคิดว่าเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดอาการได้

3. กระตุ้นให้ฝึกด้วยการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในแต่ละกิจกรรมที่ผ่านมาอย่างต่อเนื่อง ผู้วิจัยสรุปโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมทั้งหมด ยุติสัมพันธภาพ

4. ตอบแบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck (1967) ซึ่งแปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทย โดยมุกดา ศรียงค์ (2522 อ้างในลัดดา แสนสีหา, 2536)

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

มีงานวิจัยที่ได้แสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพของการบำบัดทางความคิดในโรคทางจิตเวช โดยเฉพาะอย่างยิ่งในโรคซึมเศร้า และโรคทางจิตเวชอื่นๆ ซึ่งมีการศึกษาทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศดังมีรายละเอียดสรุปไว้ดังต่อไปนี้

ปทุมรัตน์ เกตุเล็ก (2548) ศึกษาการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มโดยใช้แนวความคิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคจิตกังวล พบว่าผู้ป่วยมีระดับความวิตกกังวลลดลงกว่าก่อนที่ได้รับการให้คำปรึกษา

นิพนธ์ คำล้วน (2547) ศึกษาการใช้กลุ่มบำบัดตามแนวความคิดการปรับเปลี่ยนทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ติดยา โดยการประเมินปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์ และแบบสอบถามกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พบว่า ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดื่มสุราลดลง

ณัฐทิพร ชัยประทาน (2547) ได้ศึกษาผลของการให้การปรึกษารายบุคคลโดยใช้แนวความคิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึกผ่อนคลายและฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อในผู้ป่วยโรคจิตกังวล พบว่า ความวิตกกังวลในขณะเผชิญและความวิตกกังวลประจำตัวของผู้ป่วยโรคจิตกังวลหลังการบำบัดลดลงน้อยกว่าก่อนการบำบัด และในระยะติดตามผลภาวะซึมเศร่ายังอยู่ในระดับต่ำ นอกจากนี้เนื้อหาในแผนการบำบัดยังทำให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ และเข้าใจภาวะเจ็บป่วยของตนเอง เกิดแรงจูงใจ มั่นใจในการรักษา และสามารถควบคุมความวิตกกังวลด้วยตนเองมีการปรับเปลี่ยนความคิด หรือมุมมองต่อการเผชิญปัญหาเป็นไปในทางบวกหรือยืดหยุ่นขึ้น

อัญชลี จันทรแก้ว (2546) ศึกษาผลของการบำบัดทางปัญญาต่อภาวะซึมเศร้าของเยาวชนหญิงในสถานสงเคราะห์ ผลการศึกษาพบว่า คะแนนภาวะซึมเศร้าของเยาวชนหญิงลดลงกว่าก่อนการเข้ารับการบำบัดทางปัญญา และเมื่อศึกษาในระยะติดตามผล 2 สัปดาห์ มีคะแนนภาวะซึมเศรำน้อยกว่าก่อนเข้าร่วมการบำบัดทางปัญญา และคะแนนภาวะซึมเศร้าหลังเข้าร่วมการบำบัดทางปัญญาทันทีและระยะติดตามหลังการบำบัดทางปัญญาสิ้นสุดลง 2 สัปดาห์ ไม่แตกต่างกัน

ขวัญใจ นามชื่อ (2548) ศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดทางปัญญาต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์ พบว่า คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าวัดทันทีหลังการทดลองสิ้นสุดต่ำกว่าก่อนการทดลอง และเมื่อติดตามวัดในระยะ 2 สัปดาห์ พบว่ามีคะแนนภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับต่ำ ยุทธนา อองอาจสกุลม้น (2548) ได้ศึกษาการทำจิตบำบัดแบบ Cognitive behavior therapy ในผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 4 ราย ในแง่ของการรักษา และนำเทคนิคต่างๆมาใช้ ผลพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทั้ง 4 รายมีอาการดีขึ้น ยอมรับว่าตนเองเจ็บป่วยเป็นโรคจิตเภท และยอมรับร่วมมือในการรับประทานยาและติดตามการรักษา

อภิญา พรหมพยอม (2548) ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการบำบัดทางปัญญาต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรัง โดยเปรียบเทียบกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ผลพบว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการบำบัดทางปัญญามีคะแนนภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และคะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ยุพาพัทธ์ รัทมนวิวงศ์ (2547) ได้พัฒนารูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลตามแนวความคิดการปรับพฤติกรรมทางปัญญาโดยใช้การฝึกสมาธิแบบลมหายใจเป็นฐานต่อการลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยอัมพาต พบว่า ผู้ป่วยอัมพาตที่ได้รับการบำบัดมีค่าคะแนนของภาวะซึมเศร้าน้อยกว่าก่อนการบำบัด และจากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ หลังการบำบัดผู้ป่วยมีแบบแผนความคิดที่มีความยืดหยุ่นและยอมรับความเป็นจริงมากขึ้น

สุจิตรา กฤติยารรณ (2548) ได้พัฒนารูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลโดยใช้แนวความคิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมในนักศึกษาพยาบาลที่มีภาวะซึมเศร้า ซึ่งหลังจากที่นักศึกษาได้รับการให้คำปรึกษาแล้วพบว่าคะแนนภาวะซึมเศร่าลดลง และจากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพพบว่านักศึกษามีการพัฒนาด้านความคิดที่เป็นเหตุเป็นผล มีความคิดด้านบวกและสามารถนำไปใช้ในชีวิตประจำวันได้

สการวรัตน์ พวงลัดดา (2545) ได้ศึกษาการปรับพฤติกรรมทางปัญญาในผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้าในลักษณะของกรณีศึกษาจำนวน 1 ราย มีการนัดผู้ป่วยทั้งหมด 6 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง พบว่า ผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้าดีขึ้นก่อนการปรับพฤติกรรมทางปัญญา มีความคิดทางบวกมากขึ้นเห็นปัญหาที่เกิดขึ้นจากการคิดในทางลบ

Fava, Rafanelli, Grandi, Conti and Belluardo (1998) ได้ศึกษาการป้องกันการกลับมีอาการซ้ำของโรคซึมเศร้าด้วยการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด โดยศึกษาในผู้ป่วยที่มีประวัติกลับเป็นซ้ำเคยประสบความสำเร็จในการรักษาด้วยยามาแล้ว สุ่มแยกผู้ป่วยเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด กลุ่มควบคุมได้รับการ

จัดการทางคลินิกปกติ ทั้งสองกลุ่มได้รับยาต้านเศร้าในระดับเท่ากัน และเป็นยาในกลุ่มเดียวกัน และมีการประเมินอาการซึมเศร้าด้วยแบบวัด (The paykel Clinical Interview for Depression) ด้วยการนัดมาประเมินเมื่อครบ 2 ปี ในระหว่างนี้ผู้ป่วยจะไม่ได้รับยานอกจากว่าจะแน่ใจว่าผู้ป่วยเริ่มมีอาการกำเริบซ้ำ ซึ่งผลพบว่ากลุ่มบำบัดทางพฤติกรรมความคิดมีอาการซึมเศร้าที่หลงเหลืออยู่ในระดับต่ำหลังจากที่ได้รับการบำบัดด้วยยาไม่ต่อเนื่อง เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการจัดการทางคลินิกและเมื่อวัดซ้ำ 2 ปี พบว่ากลุ่มที่ได้รับการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดมีอัตราการกำเริบซ้ำในระดับต่ำ 25 % มากกว่ากลุ่มที่ได้รับการจัดการทางคลินิก 80%

Fava et al (2004) ศึกษาผลลัพธ์ของการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดในการป้องกันการกลับมีอาการซ้ำ 6 ปี เป็นการศึกษาต่อเนื่องมาจากการประเมินการกลับมีอาการซ้ำใน 2 ปี ผลพบว่าหลังจาก 6 ปี ผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดมีอัตราการกลับมีอาการซ้ำในระดับต่ำมี 40% มากกว่า ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการจัดการทางคลินิกมี 90% เมื่อพิจารณาถึงความหลากหลายของอาการที่กลับเป็นซ้ำก็พบว่ากลุ่มที่ได้รับการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดมีจำนวนของการกลับเป็นซ้ำน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการจัดการทางคลินิก

Seok – Man Kwon and Tian P.S. Oei (2003) ศึกษาความสัมพันธ์เชิงเหตุเชิงผลระหว่างการเปลี่ยน automatic thought, dysfunctional attitudes และ อาการแสดงของโรคซึมเศร้าใน 12 สัปดาห์ ของโปรแกรมกลุ่มบำบัดทางพฤติกรรมความคิดในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจำนวน 35 คน พบว่า (1) โปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดช่วยลดการคิดด้านลบ (2) มีผลในการเปลี่ยนในความคิดอัตโนมัติและ ความเชื่อทัศนคติที่ไม่เหมาะสมชักนำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของอาการแสดงของโรคซึมเศร้า และ (3) ความคิดอัตโนมัติยังแสดงบทบาทในการประนีประนอม ระหว่างความเชื่อที่ไม่เหมาะสมกับอาการซึมเศร้า นอกจากนี้งานวิจัยยังสนับสนุนเกี่ยวกับสาเหตุเชิงเหตุเชิงผลของรูปแบบของการคิด (Cognition Model) กับอาการซึมเศร้า

Tsai – Hwei Chen et al (2006) ได้ทำการประเมินผลของกลุ่มบำบัดทางพฤติกรรมความคิดต่อภาวะซึมเศร้าและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองในผู้ป่วยซึมเศร้า ใช้เวลาในการบำบัด 12 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มที่ได้รับการบำบัดมีการปรับปรุงการคิดที่ดีขึ้น เช่นอาการซึมเศร้าบรรเทาลงความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น และเมื่อทำการวัดภาวะซึมเศร้าซ้ำหลัง 1 เดือนที่สิ้นสุดการบำบัดพบว่ากลุ่มทดลองมีภาวะซึมเศร้าเหลืออยู่เพียงเล็กน้อย ซึ่งดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

Tian P.S. Oei., Bullbeck and Cambell (2006) ได้ศึกษาการเปลี่ยนแปลงของกระบวนการคิดในระหว่างที่ได้รับการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดในผู้ป่วยซึมเศร้าที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกจำนวน 168 คนได้รับการบำบัดด้วยโปรแกรมกลุ่มบำบัดทางพฤติกรรมความคิด

เป็นเวลา 12 สัปดาห์ มีการประเมินด้วยแบบวัด ATQ, DAS และ BDI จำนวน 3 ครั้งคือก่อนการบำบัด ระหว่างการบำบัด และระยะสิ้นสุดการบำบัด พบว่า ความเชื่อที่ไม่เหมาะสม ความคิดอัตโนมัติด้านลบและอาการของโรคซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญระหว่างที่ได้รับการบำบัด นอกจากนี้ยังมีการศึกษาจากต่างประเทศที่เป็นการทบทวนและวิเคราะห์เกี่ยวกับสถานะของการทดลองเกี่ยวกับการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดในผู้ป่วยซึมเศร้า (Butler, Chapman, Forman, and Beck, 2006) การศึกษาส่วนใหญ่เป็นการศึกษาเชิงทดลองเปรียบเทียบการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดกับการบำบัดอื่นๆ เช่น การบำบัดด้วยจิตวิเคราะห์ การรักษาด้วยยาต้านซึมเศร้าพฤติกรรมบำบัด การใช้ยาหลอก เป็นต้น ผลที่ปรากฏ พบว่า การบำบัดทางพฤติกรรมความคิดอยู่ในอันดับต้นที่เหนือกว่าการบำบัดอื่นๆ มีเพียงการเปรียบเทียบกับพฤติกรรมบำบัดที่ให้ผลไม่แตกต่างกัน แต่จากการศึกษาของ Elkin et al., (1989) อ้างถึงใน Butler et al. (2006) พบว่า การบำบัดทางพฤติกรรมความคิดกับสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดมีผลในการลดอาการซึมเศร้าเท่าเทียมกันแต่เมื่อทำการศึกษาระยะยาว 1 ปี สัมพันธภาพเพื่อการบำบัดทำให้อาการซึมเศร้าลดลง (Shapiro et al., 1994 cited in Butler et al., 2006) ในขณะที่เมื่อเปรียบเทียบการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดกับยาต้านอาการซึมเศร้าพบว่าให้ผลเท่าเทียมกัน (DeRubeis et al., 2005) แต่การศึกษาของ Hollon and Beck (1994) อ้างถึงใน Butler et al. (2006) รายงานว่า การใช้การบำบัดทางความคิดและยาต้านอาการซึมเศร้าวร่วมกันจะให้ผลดีกว่าที่จะใช้การบำบัดด้วยวิธีการใดวิธีหนึ่งเพียงอย่างเดียว และยังมีผลของการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ซึ่งการศึกษาของ DeRubeis et al. (2005) พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดสิ้นสุดแล้วในระยะเวลา 1 ปี จะมีอาการกลับเป็นซ้ำน้อยกว่าที่ผู้ป่วยได้รับการบำบัดด้วยยาซึ่งเมื่อหยุดยาแล้วจะมีโอกาสกลับมีอาการซ้ำสูง