



กรมการแพทย์  
DEPARTMENT OF MEDICAL SERVICES



# การบำบัดความคิดและพฤติกรรม สำหรับความผิดปกติของการใช้สารเสพติด

Cognitive Behavior Therapy for Substance Use Disorder

สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี  
กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข



กรมการแพทย์  
DEPARTMENT OF MEDICAL SERVICES



# การบำบัดความคิดและพฤติกรรม สำหรับความผิดปกติของการใช้สารเสพติด

Cognitive Behavior Therapy for Substance Use Disorder

สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี  
กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

# การบำบัดความคิดและพฤติกรรม สำหรับความผิดปกติของการใช้สารเสพติด (Cognitive Behavior Therapy for Substance Use Disorder)

บรรณาธิการ : นายแพทย์สรายุทธ์ บัญชัยพานิชวัฒนา  
ภัทรภรณ์ กินทร์  
พรระนอ กลิ่นกุหลาบ  
สุกมา แสงเดือนฉาย  
นันทา ชัยพิชิตพันธ์

ISBN : 978-616-8322-84-0

พิมพ์ครั้งที่ 2 : กันยายน 2567

จำนวนหน้า : 90 หน้า

จำนวนพิมพ์ : 2,000 เล่ม

โรงพิมพ์ : ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด

จัดพิมพ์โดย : สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี  
กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข



หนังสือ “การบำบัดความคิดและพฤติกรรม สำหรับความผิดปกติของการใช้สารเสพติด (Cognitive Behavior Therapy for Substance Use Disorder)” เป็นหนังสือที่เปรียบเสมือนคู่มือให้นักปฏิบัติที่แพทย์พยาบาลวิชาชีพ และทีมสหสาขาวิชาชีพสามารถนำความรู้เชิงวิชาการ และความรู้ที่ถูกรับเปลี่ยนให้เป็นแนวทางดำเนินกิจกรรมกลุ่มบำบัดตามแนวคิดการบำบัดความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy; CBT) ไปประยุกต์ใช้ในการทำงานที่ตนเองรับผิดชอบได้ โดยหนังสือฉบับนี้เกิดจากความมุ่งมั่นตั้งใจของทีมนักบำบัดของ สบยช. ที่มีแนวคิดในการพัฒนางานผ่านการศึกษาวิจัย ทดสอบแล้วว่ากิจกรรมการบำบัดในหนังสือเล่มนี้สามารถช่วยเหลือผู้ใช้สารเสพติดให้สามารถปรับเปลี่ยนความคิด เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้อย่างเป็นรูปธรรม โดยผู้ปฏิบัติสามารถนำไปใช้ในสถานการณ์จริงได้ ซึ่งนับว่าเป็นประโยชน์สำหรับนักปฏิบัติที่สนใจเรียนรู้ และนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้ใช้สารเสพติดสืบไป

กรมการแพทย์ขอชื่นชมในความวิริยะ อุตสาหะ ของทีมผู้นิพนธ์ และทีมบรรณาธิการ ขอแสดงความขอบคุณ สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี (สบยช.) ที่จัดทำหนังสือคุณภาพฉบับนี้ขึ้น หวังเป็นอย่างยิ่งว่าความรู้จากหนังสือฉบับนี้จะเป็นส่วนหนึ่งที่จะช่วยให้ผู้ป่วยเสพติดเกิดการปรับเปลี่ยนความคิด และเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจนสามารถลด ละ หรือเลิกใช้สารเสพติดได้ซึ่งจะก่อประโยชน์อันยิ่งใหญ่ให้แก่ประเทศชาติสืบไป

(แพทย์หญิงอัมพร เบญจพลพิทักษ์)  
อธิบดีกรมการแพทย์  
กันยายน 2567





สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี (สบยช.) เป็นสถาบันหลักที่มีหน้าที่ตามพระราชกฤษฎีกาในการวิจัย ถ่ายทอดองค์ความรู้ ประเมินเทคโนโลยีด้านการบำบัดรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาและสารเสพติด จากความความมุ่งมั่นตั้งใจที่จะพัฒนางานให้ครอบคลุมทุกมิติ โดยมุ่งเน้นสืบสานปณิธานของสมเด็จพระเจ้าแผ่นดินรัตนโกสินทร์ที่ทรงตรัสไว้ว่า “คนที่ติดยาเขาเป็นคนหรือเปล่า ในเมื่อเขาเป็นตน เรามีการช่วยเหลือเขาได้ไหม ถ้าช่วยเหลือเขาได้เท่ากับชุบชีวิตใหม่ให้เขา...เราก็คควรทำ” ส่งผลให้บุคลากรทุกสาขาวิชาชีพของ สบยช. มีแนวคิดในการพัฒนาผลงานวิชาการโดยต่อยอดจากการศึกษาวิจัยที่นำแนวคิด “การบำบัดความคิดและพฤติกรรม” (Cognitive Behavioral Therapy; CBT) มาพัฒนาเป็นกิจกรรมการบำบัดผู้ใช้น้ำยาและสารเสพติด ซึ่งกิจกรรมเหล่านี้ถูกทดสอบตามกระบวนการวิจัยที่มีมาตรฐานแล้วว่า สามารถช่วยเหลือผู้ใช้น้ำยาและสารเสพติดให้ปรับความคิด จนสามารถเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองได้ หนังสือ “การบำบัดความคิดและพฤติกรรม สำหรับความผิดปกติของการใช้สารเสพติด (Cognitive Behavior Therapy for Substance Use Disorder)” จึงเป็นเอกสารวิชาการที่พัฒนาขึ้นจากความวิริยะอุสาหะของทีมผู้วิจัยซึ่งมีหัวใจของนักบำบัด โดยทีมผู้นิพนธ์ตั้งใจให้หนังสือเล่มนี้ทำหน้าที่เป็นคู่มือการดำเนินกิจกรรมของบุคลากรที่มีหน้าที่ดูแลให้การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยเสพยาได้ใช้ประโยชน์อย่างเป็นรูปธรรม

ผมในฐานะผู้อำนวยการสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี ขอชื่นชมทีมผู้นิพนธ์ที่ช่วยกันพัฒนาหนังสือฉบับนี้ให้สมบูรณ์ และสามารถใช้เป็นแนวทางการปฏิบัติกิจกรรมการบำบัดได้ในสถานการณ์จริง เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเสพยาสามารถเปลี่ยนแปลงตนเองจนมีคุณภาพชีวิตที่ดี และสามารถกลับมาเป็นกำลังในการพัฒนาประเทศชาติสืบไป

(นายแพทย์สรายุทธ์ บุญชัยพานิชวัฒนา)

ผู้อำนวยการสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี

กันยายน 2567



# คำนำ

การบำบัดความคิดและพฤติกรรม (Cognitive behavior therapy: CBT) เป็นรูปแบบจิตบำบัดที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence base) ว่าใช้ได้ผลดีในการบำบัดและลดการติดซ้ำในผู้ใช้สารเสพติด โดยให้ความสำคัญกับความคิดที่บิดเบือนไม่ถูกต้อง และพฤติกรรมการเสพยาและสารเสพติดที่ผิดปกติ ซึ่งการบำบัดจะช่วยให้ผู้ป่วยเรียนรู้เทคนิคการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม และฝึกทักษะในการจัดการกับปัญหาต่าง ๆ ได้ดีขึ้น

สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี กรมการแพทย์ มีบทบาทหน้าที่ในการพัฒนาวิชาการ งานวิจัย และถ่ายทอดหลักสูตรต่าง ๆ ในการบำบัดรักษาผู้ติดยาและสารเสพติด จึงได้จัดทำหลักสูตรการบำบัดความคิดและพฤติกรรมสำหรับความผิดปกติของการใช้สารเสพติดขึ้น เพื่ออบรมให้กับบุคลากรสาธารณสุขที่เป็นผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ ที่ดูแลผู้ติดยาและสารเสพติดทั่วประเทศ จึงได้ผลิตคู่มือฉบับนี้เพื่อใช้เป็นเอกสารประกอบในหลักสูตรดังกล่าว และเป็นคู่มือเบื้องต้นในการเรียนรู้และทำความเข้าใจการบำบัดความคิดและพฤติกรรมในผู้ที่ใช้ยาและสารเสพติด

สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี หวังเป็นอย่างยิ่งว่าเอกสารฉบับนี้จะเป็นประโยชน์ต่อผู้ปฏิบัติงาน สามารถนำไปใช้ในการบำบัดดูแลผู้ติดยาและสารเสพติดในการป้องกันการติดซ้ำได้อย่างครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายได้มากขึ้น และทำให้ผู้ติดยาและสารเสพติดมีคุณภาพชีวิตที่ดี ดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข

คณะผู้จัดทำ  
กันยายน 2567

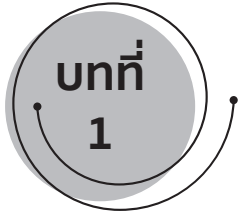






	หน้า
คำนำ	ก
สารบัญ	ข
บทที่ 1 แนวคิดพื้นฐานเกี่ยวกับการบำบัดความคิดและพฤติกรรม	1
รูปแบบของการบำบัดด้วย CBT	1
แนวคิดพื้นฐานของการบำบัดด้วย CBT	4
• เทคนิคพื้นฐานสำหรับ CBT	8
• การบอกอารมณ์ตนเอง (Identifying moods)	8
• การประเมินระดับอารมณ์ (Rating moods)	9
• การหาความคิดอัตโนมัติ (Automatic thoughts)	10
• การประเมินความคิด (Evaluating thoughts)	13
• การปรับแก้ความคิด (Modifying dysfunctional thoughts)	14
บทที่ 2 แนวคิดพื้นฐานการบำบัดความคิดและพฤติกรรมสำหรับความผิดปกติของการใช้สารเสพติด	16
ทฤษฎีการเรียนรู้ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้สารเสพติด	16
การบำบัดความคิดและพฤติกรรมสำหรับความผิดปกติของการใช้สารเสพติด	18
การป้องกันการติดซ้ำ	21
บทที่ 3 โครงสร้างและเทคนิคที่ใช้ในการบำบัดความคิดและพฤติกรรมในผู้ใช้สารเสพติด	23
โครงสร้างในการบำบัดความคิดและพฤติกรรมในผู้ใช้สารเสพติด	23
เทคนิคที่ใช้ในการบำบัดความคิดและพฤติกรรมในผู้ใช้สารเสพติด	26
บทที่ 4 การบำบัดความคิดและพฤติกรรมในผู้ใช้สารเสพติดรายบุคคล	30
ขั้นตอนการบำบัดความคิดและพฤติกรรมในผู้ใช้สารเสพติด	30
แนวทางในการบำบัดความคิดและพฤติกรรมรายบุคคล	33
บทที่ 5 การบำบัดความคิดและพฤติกรรมในผู้ใช้สารเสพติดแบบกลุ่ม	43
กิจกรรม 1 เหยื่อสองด้าน	44
กิจกรรม 2 ความสัมพันธ์ระหว่างความคิดและอารมณ์ที่ส่งผลต่อพฤติกรรม	51
กิจกรรม 3 การจัดการกับความคิดที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาบ้า เมทแอมเฟตามีน	57
กิจกรรม 4 การจัดการกับความอยากและการพลาดพลั้งไปใช้ยาเสพติด	65
กิจกรรม 5 การเผชิญและแก้ไขปัญหา	74





## แนวคิดพื้นฐานเกี่ยวกับการบำบัดความคิดและพฤติกรรม

นพ.ณัฏฐ์ พิทยรัตน์เสถียร

การบำบัดความคิดและพฤติกรรม (Cognitive behavioral therapy: CBT) มีประวัติศาสตร์ความเป็นมายาวนานตั้งแต่ยุคตั้งต้นที่มุ่งเน้นการปรับพฤติกรรมเป็นหลัก โดยผู้ที่เป็บิดาของ CBT ในรูปแบบซึ่งเป็นที่เข้าใจและนิยมใช้มากที่สุดในปัจจุบัน (Cognitive therapy) คือ Aaron T. Beck ซึ่งอยู่ที่ Philadelphia คุณูปการที่สำคัญของ Beck คือการนำส่วนความคิด (Cognitive) เข้ามาเป็นส่วนหนึ่งในการทำ CBT ซึ่งแตกต่างจาก Behavior therapy ในสมัยก่อนซึ่งจะกล่าวถึง Behavior เพียงอย่างเดียว โดยละเลยความคิด ที่มีอยู่เป็นพื้นฐาน แม้จุดตั้งต้นของ CBT จะไม่ได้มีความเกี่ยวข้องกับศาสนา แต่พัฒนาการของ CBT จนถึงทุกวันนี้มาจากการที่ Beck สนใจในพุทธศาสนา และได้พบกับดาไลลามะ ท่านจึงได้เขียนบทความเกี่ยวกับพุทธ ศาสนาและ Cognitive therapy ซึ่ง CBT ถือได้ว่าเป็นแนวคิดที่ใกล้เคียงกับพุทธศาสนามากในส่วนของ การรับรู้ตน มีสติ การจัดการกับตัวตน ความคิดของเรา ในยุคแรกของการนำ Cognitive therapy มาใช้กับผู้ป่วย จะใช้กับโรคซึมเศร้า (Depression) คุณลักษณะที่สำคัญของ CBT คือมีลักษณะเป็น Structure ซึ่งต่างจาก Psychoanalysis เพราะ CBT จะใช้เวลาสั้นกว่าและเน้นที่ปัจจุบัน ไม่ได้ค้นกลับไปยังปมที่มีมาตั้งแต่อดีต

**ความคิด (Cognition) คืออะไร** (ตามความหมายใน Cognitive therapy)

ความคิด (Cognition) เข้าใจง่าย ๆ ว่า คือ ความคิด หรือ กระบวนการคิด ตัวอย่างเช่น Thoughts, Ideal, Attitudes, Beliefs, Assumptions, Expectation, Images Dreams... ทั้งนี้ Cognition ไม่ได้ หมายความว่าถึง แค่ความคิด หรือคำพูด แต่อาจมีลักษณะเป็นภาพก็ได้ เช่น ช่วงเวลาใกล้เที่ยงบางคนอาจมีความคิดว่า “หิวจังเลย” แต่บางคนอาจนึกเห็นภาพอาหาร

### รูปแบบของการบำบัดด้วย CBT

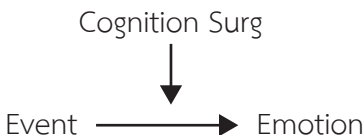
#### 1. The “naïve” model

Event → Emotion

The “naïve” model เป็นแนวคิดดั้งเดิมที่เชื่อตามสามัญสำนึกของมนุษย์โดยทั่วไปว่า เหตุการณ์ (Event) บางอย่างจะทำให้เกิดอารมณ์ (Emotion) บางประการขึ้น เช่น การถูกลอตเตอรี่ ย่อมต้องทำให้คนดีใจก็คือตัวเหตุการณ์เองที่ทำให้เราเกิดความรู้สึก อย่างไรก็ตามความเป็นจริงในชีวิตเราอาจไม่ตรงไปตรงมาเช่นนั้นเพราะเหตุการณ์เดียวกันอาจทำให้คนรู้สึกแตกต่างกันก็ได้ คนถูกลอตเตอรี่ อาจกังวลแทนที่จะดีใจก็ได้ เช่นกังวลว่าจะจัดการกับญาติและคนรู้จัก (และไม่รู้จัก) จำนวนมากที่มาขอเงินอย่างไรดี หรืออาจกลัว เช่น กลัว ลอตเตอรี่หาย กลัวโดนโจรที่รู้ข่าวมาปล้น เป็นต้น อีกตัวอย่างที่ Aaron Beck ใช้สอนเป็นประจำก็คือสมมุติว่าเรานอนอยู่ที่บ้าน แล้วได้ยินเสียงดังตึงตึงที่หลังคา

อารมณ์ที่เกิดคืออาจตกใจกลัว ซึ่งการตกใจกลัว เป็นเพราะความคิดของเราที่คิดว่าเป็นขโมยหรือเป็น เรื่องอันตรายอื่น ๆ แต่หากเราคิดว่าเป็นมะพร้าวหล่นใส่หลังคา หรือ แมวกระโดดลงมาจากกิ่งไม้ เราอีกอาจจะไม่กลัว การตีความเหตุการณ์ซึ่งก็คือความคิดของเราต่อเหตุการณ์นั้น จึงเป็นสิ่งที่บอก ความรู้สึก ดังนั้นในสถานการณ์หรือเหตุการณ์เดียวกัน ความคิดที่เราให้ความหมายหรือตีความเหตุการณ์นั้น ๆ เป็นสิ่งสำคัญที่จะบอกความหมายของเหตุการณ์ ดังนั้นจึงเป็นเหตุผลว่าทำไมคนที่เจอเหตุการณ์เดียวกัน ความรู้สึกจึงต่างกัน

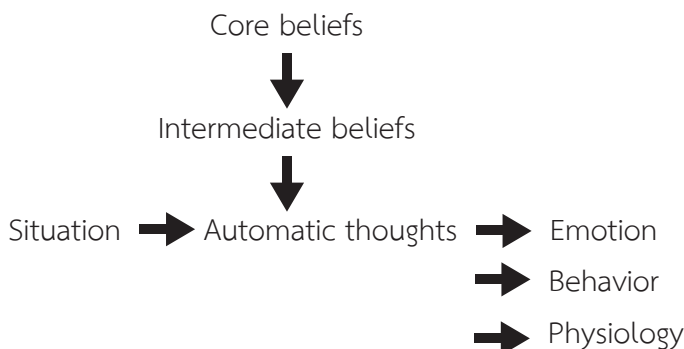
## 2. Cognitive model แบบง่าย



ตามที่ได้อธิบายไปแล้วในหัวข้อที่แล้ว เนื่องจากเหตุการณ์มีผลทำให้เกิดอารมณ์ แต่ในระหว่าง กลางก่อนที่จะเกิดอารมณ์ จะมีสิ่งหนึ่งเกิดขึ้นก่อน คือ ความคิด ซึ่งความคิดจะทำให้เกิดอารมณ์ที่ แตกต่างกันได้เช่น เหตุการณ์มะพร้าวตกใส่หลังคาบ้านแล้วเกิดเสียงดัง อารมณ์ คือ กลัว ความคิดที่เกิด อาจเป็น “ต้องเป็นขโมย ขึ้นบ้านแน่ ๆ” ในทางกลับกัน ถ้าอารมณ์ คือ เฉย ๆ ความคิดที่อาจเป็นไปได้คือคิดว่า “เจ้าเหมียวเอ๊ย...”

ดังนั้นจึงถือได้ว่าความคิดคือตัวที่ทำให้เกิดอารมณ์ขึ้นมา

## 3. Cognitive model ตามแบบของ Beck



จากแผนภูมิ เหตุการณ์ (Situation) จะนำไปสู่ความคิดอัตโนมัติ (Automatic thoughts) แล้ว ทำให้เกิดอารมณ์ (Emotion) ขึ้นมา และนอกจากทำให้เกิดอารมณ์ แล้วยังมีพฤติกรรม (Behavior) และอาการทางร่างกาย (Physiology) ด้วย ซึ่งพฤติกรรมเวลาที่มีอารมณ์ ก็จะมีพฤติกรรมที่สอดคล้อง กับอารมณ์นั้น เช่น มีอารมณ์กลัวก็อาจมีพฤติกรรมคือ ไม่ออกจากห้อง ด้วยความคิดที่สอดคล้องเช่น “ออกไปต้องเจอโจรแน่” และมี Physiology เปลี่ยนแปลงไปด้วย เช่น หัวใจเต้นเร็ว มือเย็น เหงื่อออก เป็นต้นซึ่งเป็นอาการทางกายที่ เกิดขึ้นในระบบประสาทอัตโนมัติ Sympathetic กล่าวโดยสรุปก็คือ Situation กับ Automatic thought ทำให้เกิด Emotion, Behavior และ Physiology เปลี่ยนแปลงไป



มนุษย์เรามี Automatic thought ซึ่งมีที่มาจากความเชื่อที่เป็นแก่นของระบบคิดที่เรียกว่า Core beliefs ซึ่งเป็นความเชื่อที่ฝังรากลึกอยู่ในตัวตนของบุคคลนั้น ส่วน Intermediate beliefs มีลักษณะเป็นกฎเกณฑ์ (Rules) ข้อสันนิษฐาน (Assumption) มักมีลักษณะเป็นเงื่อนไข เช่น

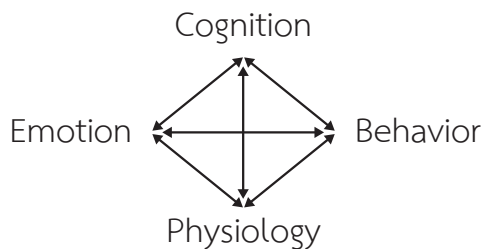
“ถ้าเป็นอย่างนั้น....จะทำให้เป็นอย่างนี้”

หรือเป็นประโยคที่มีคำว่า “ควร” หรือ “ต้อง” เป็นส่วนประกอบ เช่น

“ฉันต้องทำทุกอย่างให้สมบูรณ์แบบ” หรือ “ฉันควรใส่ใจความรู้สึกคนรอบตัวมากกว่าตัวเอง”

ความเชื่อมักมีที่มาซึ่งสามารถสืบค้นได้จากประวัติในอดีต เช่น การที่คนมีความเชื่อว่า “โลกนี้ไม่ปลอดภัย” ก็อาจเป็นเพราะว่าเติบโตมาจากที่มีแต่ความรุนแรง พ่อแม่ทำร้ายกัน หรืออยู่ในชุมชนที่มีการฆ่าฟันกัน ดังนั้นเมื่อมีเสียงดังเกิดขึ้น คนที่มีความเชื่อเช่นนี้ก็จะเกิดมี Automatic เหตุการณ์ที่รุนแรงน่ากลัว และเกิดความกลัวขึ้นมา แต่ถ้าเป็นบุคคลที่เติบโตมาในสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย เสียงดังตูม แม้อาจทำให้ตกใจแต่อาจไม่ทำให้กลัวสักเท่าไร เพราะเชื่อว่าจะไม่มีอะไรรุนแรงเกิดขึ้น ดังนั้น เหตุการณ์เดียวกัน การตีความก็อาจไม่เหมือนกัน อยู่ที่แก่นของความเชื่อของคน ๆ นั้นว่าเป็นคนมองโลกอย่างไร ซึ่งอาจมาจากการอบรมเลี้ยงดูในวัยเด็ก ในการทำ CBT อาจมีความจำเป็นต้องกลับไปแก้ไข Core beliefs เพื่อให้เกิดความเปลี่ยนแปลงในชีวิตที่คงทนและยั่งยืน แต่โดยทั่วไปจะมุ่งเน้นที่การแก้ไข Automatic thought ก่อนเป็นลำดับแรก เนื่องจากสามารถเข้าถึงได้ง่ายกว่า และมีโอกาสประสบความสำเร็จในการ ปรับแก้สูงกว่า

#### 4. Interactional model



ใน model นี้ความคิด (Cognition) อารมณ์ (Emotion) พฤติกรรม (Behavior) และร่างกาย (Physiology) นั้นมีความสัมพันธ์กันเชื่อมโยงถึงกันหมด เมื่อเกิดความเปลี่ยนแปลงขึ้นกับองค์ประกอบใดองค์ประกอบหนึ่ง ก็อาจส่งผลให้เกิดความเปลี่ยนแปลงกับองค์ประกอบอื่นอย่างทั่วถึงกัน เช่น เมื่อบุคคลเริ่มมีอาการเสแสร้ง ก็อาจมีความคิดในทางลบต่อตนเองว่าตนเองเป็นคนไม่มีคุณค่า มีพฤติกรรมแยกตัวไม่พบปะผู้คน และอาจมีความแปรปรวนทางร่างกาย เช่น กินอาหารไม่ได้หรือนอนไม่หลับเมื่ออารมณ์เสแสร้งมากขึ้น ความคิด ในทางลบก็อาจรุนแรงขึ้นตามไปด้วย การบำบัดด้วย CBT นั่นก็คือการไปจัดการกับองค์ประกอบที่จัดการได้ โดยเชื่อว่าจะทำให้องค์ประกอบอื่น ๆ ดีขึ้นตาม เช่น เมื่อได้ปรับเปลี่ยนความคิดเสียใหม่ให้เห็นถึงคุณค่าของ ตนเอง หรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยการมีกิจกรรมเพิ่มมากขึ้นก็จะส่งผลให้อารมณ์ดีขึ้น ความเสแสร้งลดลง เป็นต้น ส่วนการตัดสินใจว่าจะจัดการกับองค์ประกอบใดก่อนหลังนั้น ขึ้นกับชนิดของโรคหรือปัญหาที่แพทย์กำลังดูแล

## แนวคิดพื้นฐานของการบำบัดด้วย CBT

การบำบัดด้วย CBT เชื่อว่าความคิดที่บิดเบือนไปจากความเป็นจริงหรือ Dysfunctional thinking ทำให้เกิดผลกระทบต่ออารมณ์ของมนุษย์ โดยในโรคทางจิตเวชส่วนใหญ่จะพบลักษณะของความคิดที่บิดเบือนไปบางประการ ดังนั้นแนวทางในการบำบัด คือ ถ้าสามารถประเมิน (Evaluate) ความคิดให้ถูกต้องตามความเป็นจริง หรืออยู่ในโลกของความเป็นจริงได้ (Realistic) อาการเกี่ยวกับ Emotion, Behavior ของผู้ป่วยก็จะดีขึ้น โดยขั้นตอนคือการทำให้ผู้ป่วยเข้าใจก่อนว่าความคิดนั้นมีความ Dysfunctional อย่างไร แล้วให้ประเมิน และแก้ไขให้ดีขึ้น

CBT เป็นการรักษาที่ใช้การผสมผสานระหว่างเทคนิคการปรับความคิดและการปรับพฤติกรรม ซึ่งในการรักษาโดยวิธีนี้ผู้รักษาทำหน้าที่ชี้แนะให้ผู้ป่วยได้เข้าใจรูปแบบต่าง ๆ ของความคิดที่เบี่ยงเบนและพฤติกรรม โดยการอภิปรายโต้แย้งความคิดที่ผิดปกติดังกล่าวอย่างเป็นระบบ ประกอบกับการให้ผู้ป่วยฝึกทำกิจกรรมต่าง ๆ เป็นการบ้าน เพื่อช่วยให้เขาประเมิน ปรับเปลี่ยนความคิดที่เบี่ยงเบนและพฤติกรรมที่ผิดปกติดังกล่าวด้วยตนเอง

Cognitive therapy เป็นจิตบำบัด (Psychotherapy) แขนงหนึ่งที่มุ่งความสนใจที่ Dysfunctional thinking โดยเฉพาะโรคต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับความคิดที่บิดเบือนไป และการที่คนรู้สึก คิด หรือมีพฤติกรรมอย่างไรรู้สึก เกิดจากการที่บุคคลเติบโตหรือมีประสบการณ์มาอย่างไร Dysfunctional thinking ในระดับของ Automatic thought หากสามารถเข้าใจและแก้ไขได้อาการของผู้ป่วยก็จะดีขึ้น แต่ถ้าหากแก้ไขได้ในระดับของความเชื่อก็ยิ่งจะทำให้อาการดีขึ้นอย่างคงทนยืนนาน

การทำ Cognitive therapy ให้ได้ผลดีต้องมีการทำ Cognitive conceptualization โดยการใช้ Cognitive model มาใช้กับผู้ป่วยให้เข้าใจโรคหรือปัญหาของตนเอง เช่น การบำบัดผู้ป่วย Depression ก็เชื่อว่าผู้ป่วยมี Cognitive model หรือมีวิธีคิดและมองโลกอย่างไร 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 Depression ก็จะมีความคิดที่ผิดไปจากความเป็นจริงโดยมักมองโลกในทางลบมองตัวเองแย่ ไม่มีคุณค่า สิ้นหวัง หรือสรุปง่ายเป็น 3 องค์ประกอบ (Triad) คือ 1) ตัวเองแย่ 2) โลกรอบตัวแย่ 3) อนาคตแย่ การนำ Cognitive model มาใช้ก็เพื่อให้ผู้ป่วยเห็นความเชื่อมโยงระหว่างกันและสามารถประเมินได้ว่าการมองโลกของเขานั้นถูกต้องหรือผิดเพี้ยนไปจากความเป็นจริงอย่างไร

### บัญญัติ 10 ประการในการทำ Cognitive therapy

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 ว่ามีปัญหาในด้านใดบ้างซึ่งใน Formulation ของคนไข้ นั้นสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา การพบกับผู้ป่วยในแต่ละครั้ง Cognitive model ก็อาจเปลี่ยนได้เมื่อเราได้ข้อมูลเพิ่มเติมขึ้น

2. Cognitive therapy requires a sound therapeutic alliance.

การทำ Cognitive therapy เป็นจิตบำบัด (Psychotherapy) อย่างหนึ่ง ดังนั้น Cognitive therapy จึงต้องมีพื้นฐานของ Therapeutic alliance หรือความสัมพันธ์อันดีระหว่างผู้บำบัดกับผู้ป่วยที่มีขอบเขต โดยผู้บำบัดใช้เทคนิคการบำบัดเบื้องต้นเพื่อสร้างความสัมพันธ์นี้ และคอยตรวจสอบความมั่นคงของความสัมพันธ์นี้ในขณะที่การบำบัดดำเนินไปเรื่อย ๆ เราจะเห็นได้จากกรวิจัยหลายชิ้นที่แสดงให้เห็นว่าความเข้มแข็งของความสัมพันธ์ในการรักษาเป็นตัวทำนายที่ดีที่สุดถึงความสำเร็จในการบำบัดความสัมพันธ์ในการรักษาที่มีประสิทธิภาพมีจุดมุ่งหมายเพียงประการเดียว คือการพยายามทำให้ผู้ป่วยอาการดีขึ้น ซึ่งจำเป็นต้องมีพันธมิตรที่เข้มแข็งในการรักษา เมื่อความสัมพันธ์มั่นคง ผู้ป่วยจะไว้วางใจผู้รักษามากพอที่จะพูดอย่าง ตรงไปตรงมา แสดงความรู้สึกที่แท้จริงไม่แสร้ง ผู้รักษาคือพันธมิตรและผู้ร่วมมือ ไม่ใช่ผู้ปกครอง หรือผู้นำที่ เอาแต่ออกคำสั่ง ส่วนสัญญาณเตือนที่บอกให้รู้ว่าความสัมพันธ์นี้อาจมีปัญหา เช่น

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

### 3. Cognitive therapy emphasizes collaboration and active participation.

การทำ Cognitive therapy เน้นที่ Collaboration ที่ต้องอาศัยความร่วมมือและการมีส่วนร่วมอย่างแข็งขัน แม้ผู้บำบัดจะมีหน้าที่แก้ปัญหาให้ผู้ป่วยแต่ผู้ป่วยเองก็มีหน้าที่ต้องช่วยเหลือตนเองด้วย ผู้บำบัดแบบ CBT จะพยายามกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีบทบาทสำคัญในการบำบัด ซึ่ง Collaboration อาจรวมถึงการทำการบ้าน ตามที่ตกลงกันว่าจะทำในแต่ละครั้ง การบำบัดที่มีประสิทธิภาพเป็นผลจากการทำงานแบบเป็นทีม (Teamwork) ระหว่างผู้บำบัดและผู้ป่วย ในการบำบัดที่ประสบความสำเร็จ ผู้ป่วยจะมีบทบาทมากขึ้นเรื่อย ๆ ในขณะที่การบำบัดดำเนินต่อไป ความร่วมมือกันคือการพูดโต้ตอบ แสดงความคิดเห็นกันอย่างสร้างสรรค์ ระหว่างคนสองคน ไม่ใช่การพูดคนเดียว บทบาทของผู้บำบัดแบบ CBT นั้นจึงเหมือนกับครูฝึก (Coach) ที่จะช่วยให้ผู้ป่วยเรียนรู้เทคนิคต่าง ๆ ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจเหตุผลว่าเหตุใดเราถึงต้องใช้เทคนิคนั้น (Rationale) และ ช่วยให้ผู้ป่วยได้ฝึกฝนการใช้เทคนิคนั้น ๆ จนเกิดความชำนาญ

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

การทำ Cognitive therapy มุ่งเน้นที่ปัญหา มีเป้าหมายที่ชัดเจน และพยายามไปให้ถึงเป้าหมายซึ่งผู้ป่วยและผู้บำบัดต้องทำงานร่วมกันตั้งแต่เริ่มต้น เพื่อกำหนดปัญหาและเป้าหมายที่เป็นประโยชน์

### 5. Cognitive therapy initially emphasizes the present.

การทำ Cognitive therapy เน้นที่ปัจจุบัน ถึงแม้เมื่อบำบัดไประยะหนึ่งอาจมีการย้อนกลับไปดูที่อดีตเพื่อประเมินว่าอดีตมีผลต่อความเชื่อในปัจจุบันอย่างไร แต่อย่างไรก็ตามวัตถุประสงค์เพื่อแก้ปัญหาในปัจจุบันเป็นสิ่งสำคัญ ผู้บำบัดช่วยให้ผู้ป่วยแยกแยะประเมิน และตอบโต้กับความคิดและความเชื่อที่ไม่เป็นประโยชน์ของตนเอง ให้เห็นลักษณะความคิดในปัจจุบันที่ทำให้เกิดความคิดที่ไม่เป็นประโยชน์หรือพฤติกรรมที่เป็นปัญหาสร้างสมมุติฐานเกี่ยวกับปัจจัยที่กระตุ้นให้เกิดปัญหาในปัจจุบัน เหตุการณ์ต่าง ๆ ในช่วงของการเติบโตที่มีอิทธิพลต่อความคิด 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 โดยเป้าหมายสุดท้าย หวังว่าผู้ป่วยจะสามารถเรียนรู้จนสามารถนำไปใช้บำบัดตนเองได้ ซึ่งจะเป็นการป้องกันไม่ให้โรคกลับมาเป็นซ้ำ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ



### 7. Cognitive therapy aims to be time limited.

การทำ cognitive therapy มักมีการกำหนดเวลาในแต่ละ session ไว้ชัดเจนเช่น ครั้งละ 45 นาที หรือ 1 ชั่วโมง รวมทั้งจำนวนครั้งที่ใช้ในการบำบัด เช่น ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ไม่ซับซ้อน อาจกำหนดไว้ 12 ครั้ง หรือ 16 ครั้ง จุดประสงค์ของการกำหนดเวลาที่สำคัญคือเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงคุณค่าของเวลาและพยายามใช้เวลาที่มีให้ เกิดประสิทธิภาพสูงสุด

### 8. Cognitive therapy sessions are structured.

การทำ Cognitive therapy ในแต่ละครั้งมีโครงสร้างที่ชัดเจนตามลำดับ ดังนี้

- ตรวจสอบอารมณ์ของผู้ป่วย
- ให้ผู้ป่วยเล่าคร่าว ๆ ว่าสัปดาห์ที่ผ่านมาเป็นอย่างไรบ้าง
- ทบทวนการบ้านของสัปดาห์ที่แล้ว รวมทั้งข้อมูลสะท้อนกลับ (Feedback) จาก Session ที่แล้ว
- ร่วมมือกันกำหนดหัวข้อ (Set agenda) สำหรับการพูดคุยวันนี้
- พูดคุยหัวข้อตามที่ตกลง สร้างเนื้อหาที่พูดคุย
- กำหนดการบ้านสำหรับวันนี้
- ขอข้อมูลสะท้อนกลับจากผู้ป่วยตอนท้าย Session

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

การทำ Cognitive therapy เป็นการสอน ให้ความรู้หรือให้การศึกษาเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถ Identify และ Evaluate ความคิด ความเชื่อของตนเอง รวมถึงการจะอย่างไรกับตนเองเพื่อแก้ไข Dysfunctional ให้เป็น Functional thought เป้าหมายสูงสุดของ CBT คือสอนให้ผู้ป่วยพัฒนาตนเองจนสามารถเป็นผู้บำบัดของตนเองได้ในการใช้ CBT ผู้บำบัดจะทำตัวเหมือนครูสอนให้ผู้ป่วยรู้ทักษะและเทคนิคใหม่ ๆ ซึ่งผู้ป่วยจะเรียนรู้มากขึ้นได้ด้วยการนำไปฝึกฝน เปรียบเช่น การเล่นฟุตบอลที่ถึงแม้เราจะดูมากแค่ไหนก็ไม่อาจทำให้เราเล่นเก่งได้ถ้าเราไม่ได้ลงไปฝึกฝนเอง เราจึงต้องเรียนรู้วิธีที่จะเล่นฟุตบอลว่าเล่นอย่างไร เช่นเดียวการลง ฝึกซ้อมอย่างสม่ำเสมอ

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

Cognitive therapy ใช้เทคนิคหลากหลายเพื่อเปลี่ยนแปลงความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม ซึ่งการเปลี่ยนแปลงจะเริ่มต้นที่จุดไหนก่อนขึ้นกับความเหมาะสม เช่นในผู้ป่วย Depression ที่เก็บตัวไม่ อยากทำอะไร เพราะอารมณ์เศร้า ถ้าเราสามารถแก้ไขให้อารมณ์ดีก็อาจจะกลับไปทำงานได้แต่การแก้ไข อารมณ์โดยตรงอาจทำได้ยาก หรือการปรับแก้ความคิดก็อาจทำได้ยากในช่วงแรกเช่นกันเนื่องจาก ผู้ป่วยยังอยู่ในช่วงที่ความคิด ความอ่านยังเชื่องช้าคิดอะไรไม่ออก ดังนั้นจึงอาจปรับแก้ที่พฤติกรรม ก่อนโดยกำหนดกิจกรรมให้ทำให้ออกกำลังกาย กิจกรรมหรือตารางกิจกรรมที่ผู้ป่วยควรทำแล้วเฝ้าสังเกต ติดตาม และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในทางที่ทำให้ ผู้ป่วยกระฉับกระเฉงมากขึ้นซึ่งผลสุดท้ายแล้วก็จะ ทำให้อารมณ์ดีขึ้นตามมา



## เทคนิคพื้นฐานสำหรับ CBT

### การบอกอารมณ์ตนเอง (Identifying moods)

การที่บุคคลสามารถบอกถึงอารมณ์ตนเองได้นั้นจะทำให้เกิดการระลึกรู้ (Awareness) และสามารถตั้งเป้าหมายได้ว่า จะจัดการกับอารมณ์อย่างไร อาจไม่ใช่เรื่องง่ายสำหรับทุกคนที่จะสามารถบอกถึงอารมณ์ของตนได้ นอกจากนี้ยังอาจเกิดความสับสนระหว่างอารมณ์ กับ ความคิด การฝึกแยกแยะจึงเป็นทักษะที่ควรฝึกฝนประการหนึ่ง โดยสิ่งที่บ่งบอกว่าน่าจะเป็นอารมณ์มีดังนี้

- Strong moods เป็นตัวบอกว่ากำลังมีเรื่องสำคัญเกิดขึ้นในชีวิต เช่น อยู่ดี ๆ ก็รู้สึกตื่นเต้นหรือเศร้าขึ้นมา นั่นแสดงว่าต้องมีอะไรสำคัญบางประการเกิดขึ้นภายในจิตใจของคน ๆ นั้น ความรู้สึกนั้นไม่ได้เกิดขึ้นลอย ๆ แต่จะต้องมีที่มาของความรู้สึก

- Moods มักบรรยายได้ด้วยคำๆ เดียว สั้น ๆ เช่น โกรธ เสียใจ เจ็บ อิจฉา
- การ Identify moods ช่วยให้เราสามารถตั้งเป้าหมายและติดตามผลได้ง่ายขึ้น
- อาการทางกายอาจเป็นตัวช่วยบอกอารมณ์ ควรให้ผู้ป่วยได้เข้าใจถึงความสัมพันธ์ของอาการทาง กายกับอารมณ์ เช่น มีอาการสั่น เหงื่อออก อาจเป็นเพราะอารมณ์ ตื่นเต้น หรือถ้ามีอารมณ์ เศร้า ก็อาจแสดงอาการทางกายเป็นลักษณะเชื่องช้า ไร้เรี่ยวแรง เป็นต้น

สถานการณ์ (Situations) ไม่ใช่ตัวกำหนดความรู้สึกของเรา ด้วยตัวของสถานการณ์เองไม่ได้มีผลกระทบต่ออารมณ์และพฤติกรรมของเราโดยตรง แต่การรับรู้และการตีความของเราต่างหากที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกและพฤติกรรมของเราอย่างลึกซึ้ง

อารมณ์จะมีความสัมพันธ์กับเหตุการณ์ เราสามารถตั้งคำถามที่ใช้ในการ Identify moods ให้เข้ากับสถานการณ์ โดยใช้หลัก 4 W

- **Who** ตอนนั้นอยู่กับใคร การที่ถามว่าตอนที่เกิดเหตุการณ์อยู่กับใคร เพราะคนแต่ละคนที่อยู่ด้วยมีความสำคัญต่างกันและมีผลต่อความรู้สึกที่ต่างกัน เช่น การชวนคนไปเที่ยว ถ้าเป็นเพื่อนบอกไม่วางก็อาจรู้สึกน้อยใจเล็กน้อย แต่ถ้าเป็นแฟนก็อาจรู้สึกน้อยใจอย่างรุนแรง เป็นต้น

- **What** ตอนนั้นทำอะไรอยู่ เหตุการณ์บางอย่างมีความจำเพาะเจาะจงกับอารมณ์ เช่น กลัวขณะที่อยู่ในลิฟต์ก็อาจเป็นเพราะกลัวที่แคบ ขับรถอยู่บนถนนแล้วกลัวก็อาจเป็นเพราะกลัวที่โล่ง หรือการที่รู้สึกเหงาทั้งที่อยู่กับคนมากๆ ก็มักมีอะไรสักอย่างที่อยู่ภายในใจ

- **When** เกิดขึ้นเมื่อไหร่ ระยะเวลาหรือช่วงเวลาที่เกิดเหตุการณ์ก็มีผลต่ออารมณ์ความรู้สึก
- **Where** ตอนนั้นอยู่ที่ไหน เหตุการณ์เดียวกันแต่หากเกิดในสถานที่ที่ต่างกัน อารมณ์ความรู้สึกที่เกิดขึ้นย่อมต่างกัน

ดังนั้นเมื่อสามารถบรรยายเหตุการณ์ได้แล้ว ก็ควรเชื่อมโยงให้ผู้ป่วยเห็นว่าเหตุการณ์มีความสัมพันธ์กับอารมณ์ ทั้งนี้การฝึกเขียนบันทึกเหตุการณ์และอารมณ์นั้นจะทำให้เห็นภาพได้อย่างชัดเจนขึ้น เนื่องจากบุคคลโดยทั่วไปมักไม่สามารถแยกแยะระหว่างความคิดต่อเหตุการณ์กับอารมณ์ที่เกิดออกจากกันได้ จึงควรฝึกฝน โดยนึกถึงตัวอย่างของเหตุการณ์ที่เรามีอารมณ์ที่เด่นชัดแล้วตอบคำถามตามหัวข้อ 4 W ข้างต้น



## ตัวอย่างการแยก Moods and Situations

- เหตุการณ์ “อยู่ในห้องสัมมนาอยู่กับเพื่อน ๆ ในกลุ่ม กำลังอภิปรายกันเกี่ยวกับการแยกอารมณ์กับเหตุการณ์ เมื่อ 5 นาทีที่ผ่านมา”

อารมณ์ “รู้สึกตื่นเต้นที่ต้องนำเสนอหน้าห้อง”

- เหตุการณ์ “เดินซื้อของอยู่ในห้างกับเพื่อนเมื่อต้นเดือนแล้ว ไปเจอเสื้อแบบที่ถูกใจ”

อารมณ์ “รู้สึกดีใจที่จะได้เสื้อแบบตามที่ต้องการเพราะอยากได้แบบนี้มานานแล้ว”

อารมณ์ สถานการณ์ และการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย (Moods situations and changes in body tension) บางเหตุการณ์ทำให้เกิดอารมณ์ และอาจทำให้มีอาการทางกายเกิดขึ้นร่วมกับผู้ป่วยที่มาเข้ารับการรักษาด้วยอารมณ์ทางลบ เช่น โกรธ ตื่นเต้น เศร้าใจ แต่หลายครั้งพบว่าผู้ป่วยอาจไม่สามารถบอกถึงอารมณ์ของตนเองได้ชัดเจน จึงอาจต้องใช้อาการทางกายเป็นตัวช่วยบอกอารมณ์ เช่น

- เหตุการณ์ “อยู่ในห้องสัมมนาอยู่กับเพื่อน ๆ ในกลุ่ม กำลังอภิปรายกันเกี่ยวกับการแยกอารมณ์กับเหตุการณ์ เมื่อ 5 นาทีที่ผ่านมา”

อารมณ์ “รู้สึกตื่นเต้นที่ต้องนำเสนอหน้าห้อง”

อาการทางกาย “สั่น เหงื่อออก มือเย็น หายใจถี่ขึ้น”

- เหตุการณ์ “เดินซื้อของอยู่ในห้างกับเพื่อน เมื่อต้นเดือน แล้วไปเจอเสื้อแบบที่ถูกใจ”

อารมณ์ “รู้สึกดีใจมากที่จะได้เสื้อแบบตามที่ต้องการเพราะอยากได้แบบนี้มานานแล้ว”

อาการทางกาย “ยืนแทบไม่ติด อยากกระโดด”

- เหตุการณ์ “คุณพ่อเสียชีวิต”

อารมณ์ “รู้สึกเสียใจ เศร้า”

อาการทางกาย “หมดแรง อ่อนเพลีย

การเล่าเรื่องของแต่ละคนนั้น บางคนอาจเริ่มเล่าจากอารมณ์แล้วตามด้วยเหตุการณ์ แต่บางคนอาจเล่าเหตุการณ์ก่อนแล้วตามด้วยอารมณ์ที่เกิดขึ้น หน้าที่ของผู้บำบัดคือการถามให้ได้อรรถระบอบที่ยังขาดไปเพื่อให้เกิดความชัดเจนหรือแน่ใจกับสิ่งที่ผู้ป่วยให้ข้อมูลมา

## การประเมินระดับอารมณ์ (Rating moods)

อารมณ์แต่ละชนิดในแต่ละช่วงเวลามีความรุนแรงไม่เท่ากัน เช่น อารมณ์โกรธ ซึ่งความโกรธในแต่ละเหตุการณ์มักไม่เท่ากัน คือบางทีโกรธมาก บางทีโกรธน้อย ประโยชน์ของการ Rating moods คือ

- ช่วยให้รู้ระดับความแรง (Intensity) ของอารมณ์
- ช่วยให้เรารู้สึกถึงการขึ้นลง (Fluctuation) ของอารมณ์
- เตือนให้รู้ว่าเหตุการณ์หรือความคิดไหนมีผลต่ออารมณ์
- ใช้การเปลี่ยนแปลงระดับอารมณ์เป็นสิ่งที่บอกเราว่า วิธีที่ใช้จัดการอารมณ์นั้นมีประสิทธิภาพขนาดไหน

เราสามารถประเมินระดับอารมณ์ได้โดยลองนึกตัวอย่างเหตุการณ์ที่มีอารมณ์ที่ชัดเจน แล้วจึง Rating โดยอาจใช้เป็น Scale หรือเพื่อให้เห็นภาพชัดเจนอาจนึกถึงปรอท แล้วให้นำหน้าอารมณ์ว่ามีความแรงมากน้อยเท่าใด ดัง Scale ข้างล่าง

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

ไม่เลย เล็กน้อย ปานกลาง มาก มากที่สุดเท่าที่เคยมี

ซึ่งเมื่อ Rating แล้วผู้บำบัดอาจถามต่อว่า ณ ตอนที่รู้สึกโกรธมากนั้นมีอารมณ์อื่น ๆ อีกหรือไม่ หรือก่อนที่จะโกรธได้มากขนาดนี้มีอารมณ์โกรธอยู่บ้างแล้วรึเปล่า เช่น กรณีโดนเพื่อนขโมยของเมื่อไปถามแล้วเพื่อนไม่ยอมรับ ณ ตอนนั้นก็อาจรู้สึกโกรธอยู่นิด ๆ แล้ว และยังจับได้ว่าเขาเป็นคนขโมยอารมณ์โกรธที่มีก็อาจพุ่งสูงถึง 100 % ดังนั้นการที่เราได้รายละเอียดหรือข้อมูลของเหตุการณ์ซึ่งนำมาสู่อารมณ์โกรธของผู้ป่วยนั้นก็จะทำให้เข้าใจที่มาของ Rating อารมณ์นั้น ทั้งนี้อารมณ์ที่เกิดขึ้นนั้นอาจเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลาตาม สถานการณ์

ในขณะที่ใช้ CBT นี้อาจเกิดมี Alternative thought เพิ่มขึ้น และทำให้มีทางเลือกมากขึ้นซึ่ง Alternative thought เป็นตัวที่ทำให้คิดอะไรได้กว้างขึ้น ตามแนวของการทำ CBT ไม่ใช่เป็นการบอกว่าสิ่งที่ผู้ป่วยคิดนั้นเป็นความคิดที่ผิด แต่ความคิดนั้นถูกเพียงบางส่วน เราจึงมีหน้าที่แนะนำให้ผู้ป่วยคิดให้รอบคอบมากขึ้น

### การหาความคิดอัตโนมัติ (Automatic thoughts)

ในเหตุการณ์ใดๆ ก่อนที่จะเกิดเป็น Emotion หรือ Behavior นั้น อาจมีสิ่งหนึ่งเกิดขึ้นก่อน นั่นคือ Automatic thoughts ซึ่งเป็นความคิดต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น เป็นความคิดที่เกิดขึ้นทันที ก่อนที่จะผ่านกระบวนการคิดอย่างมีเหตุผล รวมถึงการแปลความหมายของสิ่งแวดล้อมรอบตัวในปัจจุบัน อาจเป็นความคิดเกี่ยวกับตนเองหรือบุคคลอื่น Automatic thoughts จะอยู่ในกระแสความคิดอื่น ๆ ซึ่งคนเราจะคิดอยู่ตลอดเวลา Automatic thoughts เป็นความคิดที่ผุดขึ้นมาเป็นระยะ ๆ โดยถ้าเปรียบความคิดเป็นกระแสน้ำ Automatic thoughts ก็คงคล้ายปลาที่โผล่ขึ้นมาแล้วก็ดำลงไปใต้น้ำตามเดิม Automatic thoughts ที่ผุดขึ้นมา นั้น มักไม่เป็นที่สังเกตได้ชัดเจน โดยทั่วไปคนเราจะไม่รู้ตัว ทั้ง ๆ ที่ Automatic มีความสัมพันธ์กับอารมณ์หรืออาการทางกาย และการที่จะรู้ Automatic thoughts ได้ นั้นต้องมีการฝึกฝน ความสัมพันธ์ของ Automatic thoughts กับอารมณ์บางชนิด เช่น อารมณ์เศร้า ขึ้นอยู่กับความคิดและการให้ความหมายกับสิ่งนั้น

Automatic thoughts มีได้หลายรูปแบบ อาจเป็นคำสั้น ๆ เป็นวลี เป็นประโยค หรืออาจเป็นภาพบางครั้งอาจมีลักษณะเหมือนสัญญาณโทรเลขที่ต้องอาศัยความชำนาญในการปะติดปะต่อเพื่อรับสารตัวอย่างเช่น คนที่กำลังโกรธ Automatic thoughts อาจเป็นคำพูด เช่น “อยากจะฆ่ามัน” และอาจเป็นภาพโดยที่นึกถึงภาพที่ตนเองเอาปืนมายิงเขาหรืออาจเห็นเป็นภาพตนเองกำลังชกเขาอยู่ แต่บางคนอาจเห็นเป็นภาพตนเองติดคุก เพราะโกรธปนกับกลัวหากตนเองทำอะไรรุนแรงไป การดู Automatic thoughts นั้นก็เพื่อดูว่ามันสัมพันธ์กับอารมณ์อย่างไร โดยอาจดูที่อารมณ์ก่อน



เพราะมักจับได้ง่ายกว่า แล้วค่อยดูว่าเกิด Automatic thoughts อย่างไร ส่วนใหญ่คนเราจะเชื่อใน Automatic thoughts แทนที่โดยที่ไม่มีการตรวจสอบกับตนเอง และความเป็นจริงของโลกภายนอกอย่างเป็นระบบ

ทั้งนี้ การคาดการณ์เกี่ยวกับเหตุการณ์ในอนาคตจากเหตุการณ์หรือประสบการณ์ที่เกิดขึ้นในอดีตต่าง ๆ นานาทำให้เกิดอาการต่าง ๆ ของ Depression เช่น การไม่มีพลังกำลัง เฉื่อยชา วิตกกังวล รู้สึกผิด สมาธิไม่ดี นอนไม่หลับ ซึ่งเมื่อเกิด Depression แล้ว Automatic thoughts ทางลบก็จะเกิดตามมาเรื่อย ๆ และรุนแรงมากขึ้นจนความคิดที่มีเหตุผลก็จะถูกบดบังและเลื่อนหายไปมากที่สุด และหากมี Depression มากเท่าไร ก็ยิ่งจะทำให้มีความคิดด้านลบมากขึ้นเท่านั้น นอกจากนี้ก็จะทำให้ยิ่งเชื่อไปตามความคิดนั้นและเกิดอารมณ์เศร้ามากตามไปด้วย

คำถามที่ใช้เพื่อจับความคิดอัตโนมัติ (Identifying automatic thoughts)

ในการตั้งคำถามผู้ป่วนนั้นก็เพื่อให้ผู้ป่วนเข้าใจ Automatic thoughts ว่าคืออะไรและทำให้เกิดความรู้สึกอย่างไร โดยการถามเพื่อ Identify automatic thoughts นั้น อาจเริ่มจากอารมณ์ที่เกิดแล้วตามด้วยการถาม Automatic thoughts เพราะจะทำให้ง่ายต่อการเข้าถึง Automatic thoughts ซึ่งคำถามที่ใช้ถามมีดังนี้

- ตอนที่เกิดเหตุการณ์นั้นขึ้นคุณจำได้ไหมว่าคิดอะไรขึ้นมา ?
- หรือตอนที่เกิดเหตุการณ์นั้นขึ้นคุณนึกเห็นภาพอะไร ?
- ถ้าที่คุณคิดเป็นจริง หมายความว่าตัวคุณเป็นอย่างไร ?
- สิ่งนี้มีความหมายอย่างไรกับตัวคุณ ชีวิตคุณ หรืออนาคตของคุณ ?
- ถ้าที่คุณคิดเป็นจริง หมายความว่าคนอื่นจะมองคุณว่าอย่างไร ?
- สิ่งนี้มีความหมายว่าคนอื่นเป็นอย่างไร ?
- ถ้าที่คุณคิดเป็นจริง แล้วคุณคิดว่าจะเกิดอะไรขึ้น ?
- หรือคุณกลัวว่าจะเกิดอะไรขึ้น ?
- ถ้าความคิดนี้เป็นจริง เรื่องแย่ที่สุดที่อาจเกิดขึ้นได้คืออะไร?

Hot Thought (หรือ Key Cognition)

Hot thought เป็น Automatic thoughts ที่ควรได้รับความสนใจมากที่สุดเนื่องจากมีผลต่ออารมณ์มากที่สุด เช่น ในขณะที่เศร้าอาจมีความคิดหลายอย่างเกิดขึ้น ควรพิจารณาว่าความคิดไหนที่มีผลต่อความเศร้า มากที่สุด ซึ่ง Hot thought เป็นความคิดที่จำเป็นต้องได้รับการปรับแก้ก่อนความคิดอื่น

**รูปแบบความคิดที่บิดเบือน (Thinking Errors)**

Thinking errors มีหลายรูปแบบทั้งที่เป็น automatic thought และ beliefs ตัวอย่างของ Thinking errors ที่พบบ่อย เช่น

**1. All-or-nothing thinking** (black-and-white, polarized, Dichotomous thinking) คือ ความคิดสุดขั้วในด้านใดด้านหนึ่ง เป็นดำหรือขาวไปหมด บวกหรือลบไปหมด โดยไม่สามารถ มองอะไร กลาง ๆ ได้

“ถ้าทำได้ไม่สมบูรณ์แบบ อย่าทำซะดีกว่า”

“ฉันพูดอะไรที่ไม่เข้าท่า ฉันเป็นผู้บ่าวบอดที่ไม่ได้เรื่องที่สุด”

“ถ้าไม่รักฉันที่สุดในโลก ก็ไม่ต้องมายุ่งเกี่ยวกับฉัน”

**2. Catastrophizing** เป็นความคิดแบบ Overgeneralization ที่รุนแรง เป็นการแปลสถานการณ์ หรือเรื่องราวที่เกิดขึ้นให้รุนแรงสุดขีด เป็นความหายนะ

“ถ้าฉันไม่หายปวดหลัง ฉันคงไม่สามารถมีความสุขไปชั่วชีวิต”

“ถ้าเขาไปที่นั่น ฉันคงหงุดหงิดแล้วทำอะไรต่อไม่ได้”

“ตายแน่ ๆ ตายแน่ ๆ”

**3. Disqualifying or discounting the positive** ไม่พึงพอใจในสิ่งดี ๆ ที่ตนมีหรือเป็น อยู่เพราะให้ความสำคัญสิ่งที่ไม่ดีมากกว่า

“งานนี้เชื่อว่าฉันทำดี แต่ฉันว่าพลุก”

“วิชาเลขไม่มีความหมายหรือเพราะได้ A ทุกที ผลสอบฟิสิกส์ต่างหากที่เรื่องใหญ่”

(สอบเลขได้ A แต่สอบฟิสิกส์ได้ C)

**4. Emotional reasoning** ใช้ความรู้สึกตัดสิน ดูเหมือนมีเหตุผล แต่เป็นเหตุผลที่มาจาก อารมณ์ ความรู้สึกของตนเอง เช่น ลางสังหรณ์ หรือ “รู้สึกว่ามันต้องเป็น...แน่ ๆ”

“ดูเหมือนอะไรจะเป็นไปด้วยดี แต่ฉันก็ยังเชื่อว่าชีวิตมันแย่”

“ฉันรู้สึกสิ้นหวัง เพราะฉะนั้นอะไรก็คงไม่ดีขึ้นสำหรับฉัน”

“ฉันรู้สึกไม่ค่อยดีกับการลงทุนครั้งนี้ แปลว่ามันน่าจะไม่รอด”

**5. Labeling** เป็นการตีตราตนเอง หรือ คนอื่นในทางลบ ไม่ว่าจะทำอะไรก็มักยึดติดกับ ความรู้สึกที่ตนได้ตีตราไว้

“เด็กโง่”

“ปัญญาอ่อน”

“ไอ้คนไม่เอาไหน!”

**6. Magnification / Minimization** เมื่อเกิดความผิดพลาดกับตนเองจะมองปัญหานั้นแบบ ขยายให้ใหญ่โตเกินความเป็นจริง เรียกว่า Magnification และเมื่อมีเรื่องที่เกิดขึ้นก็มองข้อดีหรือ ความสำเร็จของตนเองเป็นเรื่องเล็ก ซึ่งเรียกความคิดลักษณะนี้ว่า Minimization

“วันนี้ทำกุญแจหายอีกแล้ว ไม่ได้เรื่องซักอย่างเลยฉัน”

“วันนี้เล่นดี แต่ไม่ได้แปลว่าพรุ่งนี้จะทำได้”



**7. Mental filter** เลือกที่จะเชื่อหรือคิดในสิ่งที่ตนเองมีความเชื่อหรือคิด

“เฮงซวยจริง ๆ เลยฉัน” (คะแนนสอบ 7 วิชา: A A D A B A A)

(เนื่องจากเชื่อมาก่อนแล้วว่า ตนเองไม่เก่งจึงมองเห็นแต่คะแนนวิชาที่ไม่ดี และ ละเลยวิชาที่คะแนนดี)

“เขาไม่มีเวลาให้ฉัน” (คุยโทรศัพท์ที ๆ กับแฟน 2 ชั่วโมง แฟนขอลางโทรศัพท์ ไปทำงาน)

**8. Mind reading** สรุปรูป เดา ในทางลบเกี่ยวกับความคิด โดยไม่มีหลักฐานมาสนับสนุน

“มองตาก็มองว่าเขาเกลียดฉัน”

“เขาถูกฉันว่าคงไม่มีปัญญาซื้อของใช้แพง ๆ” (คนโตะข้าง ๆ มาถามว่ากระโปรงตัวนี้ ซื้อที่ไหน)

**10. Overgeneralization** การสรุปแบบเหมารวม ด่วนสรุปอย่างไม่มีหลักฐานหรือมีหลักฐาน เพียงเล็กน้อย

“ฉันเป็นคนมีปัญหามนุษยสัมพันธ์” (ไปงานเลี้ยงแล้วรู้สึกอึดอัด)

“อายุ 25 ยังหาแฟนไม่ได้ แปลว่าฉันคนชั่วร้าย

**11. Personalization** การสรุปเหตุการณ์เข้าหาตนเอง การแปลสถานการณ์ เหตุการณ์ หรือพฤติกรรมภายนอกว่า เป็นตัวยืนยันให้เห็นว่าตนไม่ดี หรือบางคนก็คิดตรงข้ามคือเมื่อเกิดเรื่องไม่ดี ก็จะโทษคนอื่นเสมอโดยไม่พยายามดูว่าตนเองก็มีส่วนเกี่ยวข้อง

“เออ! คนจนมันไม่ขายตัวให้” (อยากดูหนังแต่ซื้อตัวไม่ได้เพราะตัวเต็ม)

“เขาหาเรื่องเล่นงานฉัน” (หัวหน้าออกกฎเรื่องการใช้โทรศัพท์ในที่ทำงาน)

**12. Should and must statements** การคิดคาดหวังให้ตนเองหรือคนอื่นเป็นอย่างนั้น อย่างไม่ตามที่ตนคาดหวังหรือความต้องการของตน

“ฉันต้องพยายามให้ดีที่สุดในทุกอย่างที่ผมทำ

“นักเรียนควรตั้งใจเรียนเต็มร้อยทุกนาทีในห้องเรียน” (อาจารย์)

**การประเมินความคิด (Evaluating thoughts)**

ในการทำ CBT นั้นหลักการสำคัญที่ควรสอนผู้ป่วยด้วยก็คือไม่ควรเชื่อความคิดของตนเอง ทั้งหมดเนื่องจากความคิดเป็นเพียงสมมติฐานเท่านั้น ไม่ใช่ความจริง ผู้ป่วยควรเรียนรู้ที่จะประเมิน ความคิดทั้งในแง่ ความถูกต้องตามความเป็นจริง (Validity) และประโยชน์ของความคิดนั้น (Utility) โดยการประเมินความถูกต้องนั้นมักเริ่มจากการหาหลักฐาน (Evidence) หลักฐานที่สนับสนุนว่า ความคิดที่เราเชื่อมั่นจริงมักหาได้ง่ายแต่การหาหลักฐานที่จะมาคัดค้านความคิด นั้นทำได้ยากเนื่องจาก เวลาเรามี Negative automatic thought เรามักหมกมุ่นครุ่นคิดอยู่กับข้อมูลที่ยืนยันความคิดเรา ทางที่ดีควรมองความคิดนั้นเป็นแค่สมมติฐานหรือการคาดเดา การมองหาข้อมูลมาสนับสนุนหรือ คัดค้านความคิดของเราจะทำให้มองความคิดนั้นได้กระจ่างขึ้น ประเภทของหลักฐานประกอบด้วย Data, Information, และ Facts ส่วน Interpretations และ Opinions ไม่ใช่หลักฐาน การหาหลักฐาน

ที่จะมาคัดค้านความคิดสามารถทำได้โดยการถามเพื่อให้ผู้ป่วยได้มองมุมที่ต่างจากที่เขาคิด ซึ่งคำถามที่ใช้เพื่อช่วยในการหาหลักฐานมาคัดค้านความคิด เช่น

- เคยมีครั้งไหนสักครั้งใหม่ที่ความคิดนี้ไม่จริง?
- ถ้าเพื่อนสนิทหรือคนที่คุณรักสักคนคิดแบบนี้ คุณจะบอกเขาว่าอย่างไร?
- ถ้าเพื่อนสนิท หรือคนที่คุณรักสักคนรู้ว่าคุณคิดแบบนี้
  - คุณจะบอกเขาว่าอย่างไร?
  - คุณจะยกเหตุผลอะไรมาบอกว่าสิ่งที่เขาคิดไม่ได้ถูกทั้ง 100%?
- ตอนที่คุณไม่ได้อยู่ในอารมณ์นี้ คุณคิดต่างไปจากนี้หรือเปล่า ?
- ถ้าคุณเคยรู้สึกแบบนี้มาแล้วในอดีต คุณคิดอย่างไรถึงทำให้รู้สึกดีขึ้นได้ ?
- คุณเคยอยู่ในสถานการณ์แบบนี้มาก่อนหรือเปล่า
  - แล้วครั้งนั้นกับครั้งนี้มันต่างกันอย่างไร ?
  - สิ่งที่คุณได้เรียนรู้จากประสบการณ์ครั้งนั้น จะช่วยให้คุณในตอนนี้ได้อย่างไร ?
- มีอะไรเล็ก ๆ น้อย ๆ ที่คัดค้านความคิดของคุณแต่คุณละเลยหรือมองข้ามมันไปหรือเปล่า ?
- 10 ปีจากวันนี้ไป ถ้าคุณมองย้อนกลับมาวันนี้ คุณจะมองมันต่างไปจากเดิมหรือเปล่า ?
- มีเรื่องดี ๆ เกี่ยวกับตัวคุณหรือเหตุการณ์นี้ที่คุณมองข้ามไปหรือเปล่า ?
- คุณอาจสรุปอะไรเร็วไปโดยไม่ดูหลักฐานหรือเหตุผลให้ครบถ้วนหรือเปล่า?
- คุณกำลังตำหนิตัวเองในสิ่งที่คุณไม่สามารถควบคุมได้ทั้งหมดหรือเปล่า?

### การปรับแก้ความคิด (Modifying dysfunctional thoughts)

Dysfunctional thought สามารถประเมินได้จาก 2 อย่าง คือ

1. ความถูกต้องตามความเป็นจริง (Validity) ของข้อมูล เช่น คุณแม่คนหนึ่งซึ่งมีความคิดว่าลูกไม่รักและไม่ต้องการตนแล้วทำให้เกิดความเศร้า เมื่อได้มาประเมินหลักฐานต่าง ๆ แล้วก็พบว่าความคิดนี้อาจบิดเบือนไป เนื่องจากลูกก็ยังคงเอาใจใส่แม่ที่อยู่ เพียงแต่ช่วงนั้นลูกอาจจะงานยุ่งมาก ซึ่งเมื่อได้ปรับแก้ความคิดแล้วก็ช่วยให้อารมณ์ดีขึ้น

2. ประโยชน์ (Utility) ของข้อมูลหรือความคิด ความคิดบางอย่างอาจตรงหรือถูกต้องตามความเป็นจริงแต่ไม่มีประโยชน์ เช่น คนทำงานในช่วงที่มีงานมาก ๆ อาจมี Automatic thought ขึ้นมาว่า “โน่นก็ยังไม่ทำ นี้อีกยังไม่ทำ แย่นะเลย” ซึ่งเป็นความจริงและ Valid เพราะงานหลายอย่างก็ยังไม่สามารถทำได้ และถ้าทำงานไม่เสร็จก็อาจเดือดร้อนได้จริง ๆ แต่ปัญหาคือยิ่งคิดก็ยิ่งเครียด แล้วก็ทำงานได้น้อยลง ซึ่งไม่เป็นประโยชน์ต่อการทำงานเลย จึงควรเปลี่ยนเป็นความคิดที่ดีมีประโยชน์กว่า เช่น “งานเยอะก็ค่อย ๆ ทำเดี๋ยวก็เสร็จ” จะเป็นผลดีต่อการทำงานมากกว่า

เทคนิคการปรับความคิด โดยสรุปมีดังนี้

1. การตั้งคำถาม ผู้บำบัดจะใช้ทักษะการถามเพื่อทดสอบความมีเหตุผลในกระบวนการคิดของผู้ป่วยโดยผู้บำบัดพยายามให้ผู้ป่วยคิดหาทางออกด้วยตนเอง
2. ใช้แบบฟอร์มความคิดอัตโนมัติ เพื่อบันทึกเหตุการณ์ ความคิดอัตโนมัติ ผลที่เกิดขึ้น และการตอบสนองที่ผู้ป่วยใช้



3. การหันเหความสนใจ การฝึกหันเหความสนใจหรือการพยายามนึกถึงเหตุการณ์ที่เกิดความสุข อาจช่วยให้สามารถหยุดความคิดทางลบของผู้ป่วยได้

4. การพิจารณาข้อดีข้อเสียของการที่จะคงความคิดทางลบนั้นไว้ และให้ผู้ป่วยทดลองทำตามความคิดใหม่

5. ชี้ให้ผู้ป่วยเห็นว่าปัญหาไม่ใช่เกิดจากตัวผู้ป่วย และให้พยายามคิดแบบเป็นกลาง ไม่สุดขั้วไปด้านใด ด้านหนึ่ง

6. ฝึกให้ผู้ป่วยแปลการรับรู้ใหม่กับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ซึ่งหากเปลี่ยนมุมมองของการรับรู้จะช่วยให้ เกิดความคิดเกี่ยวกับตนเองในทางที่ดีและเกิดการเปลี่ยนแปลงได้

การตั้งคำถามกับความคิด (Questioning thoughts)

วิธีการตั้งคำถามกับความคิดมีดังนี้

1. อะไรทำให้คิดอย่างนั้น?

- หลักฐานสนับสนุน เป็นการหาว่าสิ่งที่ทำให้คิดอย่างนั้นคืออะไร มีหลักฐานหรือเหตุผลอะไร?
- หลักฐานคัดค้าน เป็นการคิดในทางตรงกันข้ามว่ามีหลักฐานไปในอีกทางหนึ่งไหม?

2. มีคำอธิบายอื่น ๆ ที่เป็นทางเลือก (Alternative explanations) หรือไม่?

3. ถ้าเป็นอย่างที่คิดจริงๆ สิ่งแย่ที่สุดที่เป็นไปได้คืออะไร?

- อะไรทำให้เชื่ออย่างนั้น?
- แล้วถ้าเป็นอย่างนั้นจริงจะรับได้แค่ไหน? จะดำเนินชีวิตต่อได้ไหม?
- สิ่งดีที่สุดในไปได้คืออะไร?
- แล้วผลลัพธ์ที่น่าจะเป็นไปได้มากที่สุด (Most realistic outcome) คืออะไร?

4. ถ้าเราเชื่อความคิดนี้จะมีผลอะไรกับชีวิตเรา?

- แต่ถ้าเราเปลี่ยนความคิดจะเกิดผลอะไรขึ้น?

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

### เอกสารอ้างอิง

Beck JS. (1995). Cognitive Therapy: Basics and Beyond. New York: Guilford Press.

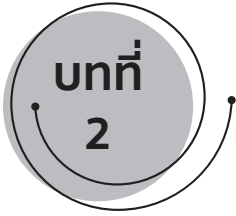
Bennett-Levy J, Butler G, Fennell M, et al. (editors). (2004). Oxford Guide to Behavioral Experiments in Cognitive Therapy. Oxford: Oxford University Press.

Greenberger D, Padesky CA. (1995). Mind over Mood. New York: Guilford Press.

Leahy R.L. (2003). Cognitive Therapy Techniques: A Practitioner's Guide. New York: Guilford Press.

Westbrook D, Kennerley H, Kirk J. (2007). An Introduction to Cognitive Behavior Therapy: Skills and Application. (2). London: Sage Publications.





## แนวคิดพื้นฐานการบำบัดความคิดและพฤติกรรมสำหรับความผิดปกติของการใช้สารเสพติด

พญ. ภัทราภรณ์ กินทร์

การบำบัดความคิด และพฤติกรรม (Cognitive behavioral therapy: CBT) เป็นการผสมผสานกันระหว่างสองแนวทางการรักษา ได้แก่ การบำบัดเพื่อปรับเปลี่ยนความคิด (Cognitive therapy) และการบำบัด เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Behavioral therapy) ซึ่งมีต้นกำเนิดทฤษฎีจาก Aron Beck โดยมีพื้นฐานมาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social learning theory) ที่กล่าวว่าพฤติกรรมเกิดขึ้นได้จากหลากหลายแนว ททางการเรียนรู้ทั้งการเรียนรู้ตามแนวทางแบบคลาสสิก (Classical conditioning) การเรียนรู้แบบมีเงื่อนไข (Operant conditioning) และการเรียนรู้โดยการลอกเลียนตัวอย่างพฤติกรรม (Modeling) การบำบัดแบบ CBT พัฒนาขึ้นมาเพื่อรักษาโรคซึมเศร้าในช่วงแรกนั้น ต่อมาได้ถูกนำมาประยุกต์ใช้กับการบำบัดรักษาโรคทาง จิตเวชต่าง ๆ นอกจากโรคซึมเศร้า เช่น โรควิตกกังวล โรคย้ำคิดย้ำทำ เป็นต้น รวมถึงมีหลักฐานสนับสนุนจาก การศึกษา Meta analysis พบว่าการบำบัดด้วย CBT มีประสิทธิภาพในการบำบัดรักษาผู้ติดสารเสพติด

### ทฤษฎีการเรียนรู้ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้สารเสพติด

#### 1. การเรียนรู้ตามแนวทางแบบคลาสสิก (Classical conditioning)

Pavlov (1849-1936) เป็นผู้ริเริ่มทฤษฎีการวางเงื่อนไขแบบคลาสสิก (Classical condition or Respondent condition) ซึ่งเป็นทฤษฎีที่เชื่อมโยงระหว่างพฤติกรรมที่เกิดขึ้นโดยมีสิ่งเร้ามากระตุ้น การทดลองที่มีชื่อเสียงของ Pavlov เกี่ยวกับพฤติกรรมการมีน้ำลายไหลของสุนัขเมื่อเจออาหาร และเมื่อมีการวางเงื่อนไขโดยการสั่นกระดิ่ง ในผู้ใช้สารเสพติดก็เช่นเดียวกันต่างมีสถานการณ์ และสิ่งกระตุ้นที่เชื่อมโยงจับคู่กับการใช้สารเสพติด และถึงแม้ไม่ได้ใช้สารเสพติดแล้ว แต่เมื่อพบเจอกับสิ่งกระตุ้นก็สามารถทำให้เกิดปฏิกิริยาของร่างกายในการตอบสนองต่อความต้องการใช้สารเสพติด เช่น การอยู่สถานการณ์เดิมกับที่กำลังใช้สารเสพติด การพบสถานที่ขายสารเสพติด การเจอเพื่อนที่ใช้สารเสพติดร่วมกัน เป็นต้น ความสำคัญของทฤษฎีการวาง เงื่อนไขแบบคลาสสิกในผู้ติดสารเสพติดนั้นมีความเกี่ยวเนื่องกัน โดยต้องช่วยผู้ป่วยค้นหาปัจจัยที่เป็นตัวกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของร่างกายต่อพฤติกรรมการใช้สารเสพติดเป็นอะไรได้บ้าง เพื่อจะได้นำมาวางแผนฝึกทักษะในการหลีกเลี่ยง และจัดการกับตัวกระตุ้นนั้น



## 2. การเรียนรู้แบบมีเงื่อนไข (Operant conditioning)

ช่วงกลางทศวรรษ 1950 B.F Skinner ได้ศึกษา Operant conditioning ซึ่งเป็นหลักสำคัญในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการรักษาผู้ป่วยทางจิตเวช

Operant คือการบรรยายถึงพฤติกรรมต่อสิ่งแวดล้อม โดยเราเชื่อว่าพฤติกรรมที่เกิดขึ้นอย่างอิสระนั้น สิ่งแวดล้อมจะมีผลที่จะทำให้พฤติกรรมนั้นคงอยู่หรือหยุดไป ซึ่งการเปลี่ยนพฤติกรรมนั้นจะขึ้นอยู่กับว่า ผลการตอบสนองเป็นเชิงบวกหรือเชิงลบ แปลว่าผลที่ตามมาหรือการตอบสนองเป็นตัวบอกว่า จะเกิดหรือไม่เกิด (Contingent) พฤติกรรมนั้นตามทฤษฎีของ Operant theory การตอบสนองพฤติกรรมมี 3 แบบ

1. Positive reinforcement คือการเพิ่มความถี่ของการแสดงออกทางพฤติกรรมโดยให้ของบางอย่างที่ชอบเพื่อเป็นตอบสนองต่อพฤติกรรมนั้น

2. Negative reinforcement คือการเพิ่มความถี่ของการแสดงออกทางพฤติกรรมโดยการหยุดการตอบสนองในสิ่งที่ไม่ชอบหรือเกลียดชัง เพื่อการตอบสนองต่อพฤติกรรมนั้นเช่น การหยุดการตำหนิหลังจากลูกทำความสะอาดห้อง

3. Punishment คือการลดความถี่ของการแสดงออกทางพฤติกรรมโดยการแสดงการตอบสนองในสิ่งที่ไม่ชอบหรือเกลียดชัง เพื่อการตอบสนองต่อพฤติกรรมนั้น หรือการเอากิจกรรมเชิงบวกออก

ทั้ง Positive reinforcement และ Negative reinforcement แตกต่างจาก Punishment ตรงที่ ทำเพื่อเพิ่มพฤติกรรม ส่วน Punishment ทำเพื่อลดพฤติกรรม การทดลองในสัตว์เกี่ยวกับพฤติกรรมของการใช้สารเสพติด แสดงให้เห็นถึงความเชื่อมโยงของพฤติกรรมที่ตอบสนองจากการได้รับแรงเสริมตามการเรียนรู้แบบมีเงื่อนไข (Operant conditioning) แสดงให้เห็นถึงพฤติกรรมที่สัตว์ใช้สารเสพติดเพิ่มขึ้น เนื่องจากการได้รับการตอบสนองแรงเสริมในมนุษย์ก็เช่นกัน การใช้สารเสพติดเปรียบเสมือนการได้รับแรงเสริมทางบวก เช่น เมื่อใช้แล้วทำให้รู้สึกมีความสุข มีพลัง ทำงานได้ และช่วยลดความรู้สึกเศร้าทุกข์ ไม่สบายใจ ขณะที่ใช้สารเสพติดผู้ป่วยจึงเรียนรู้ที่จะหาความสุขจากการใช้สารเสพติดอย่างต่อเนื่อง นอกจากนั้นแล้วการที่ผู้ป่วยยังคงมีพฤติกรรมการใช้สารเสพติดอยู่เพราะเมื่อใช้สารเสพติดทำให้ความทุกข์ที่มีลดลง หรือต้องการลดความทุกข์จากภาวะถอนสารเสพติดเมื่อเป็นเช่นนี้พฤติกรรมของการใช้สารเสพติดจึงเป็นไปอย่างต่อเนื่องจนทำให้เกิดการติดสารเสพติด และผลกระทบที่สร้างปัญหาทั้ง ทางร่างกาย จิตใจ สังคมตามมาในที่สุด ดังนั้นการวิเคราะห์พฤติกรรมที่ใช้สารเสพติดของผู้ป่วยว่าใช้เพื่อให้เกิด แรงเสริมจากสาเหตุใดจึงเป็นสิ่งสำคัญในการรักษาผู้ติดสารเสพติด

## 3. การเรียนรู้โดยการลอกเลียนตัวอย่างพฤติกรรม (Modeling)

พื้นฐานทฤษฎีนี้เชื่อว่า การเรียนรู้ของมนุษย์เกิดได้จากการที่บุคคลพยายามเรียนรู้พฤติกรรมใหม่ ๆ จากสิ่งที่ได้เห็นผู้อื่นทำ และพยายามที่จะทำตาม เช่น เด็กเรียนรู้พฤติกรรมต่าง ๆ จากพ่อแม่ ในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการใช้สารเสพติดก็เช่นเดียวกัน มีวัยรุ่นที่เริ่มใช้สารเสพติด จากการเห็นบุคคล

ในครอบครัวใช้สารเสพติดเพื่อแก้ปัญหาต่าง ๆ รวมถึงเป็นช่วงวัยที่มีการทดลองใช้สารเสพติดเมื่อเห็นกลุ่มเพื่อนใช้ ดังนั้นพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงจึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญของการเริ่มใช้สารเสพติด จนทำให้เกิดการใช้อย่างต่อเนื่องตามมาได้ การนำแนวทางของทฤษฎี Modeling มาใช้ในการช่วยแก้ปัญหาจากการติดสารเสพติดคือ การทำให้เกิดพฤติกรรมใหม่ โดยทำให้สิ่งแวดล้อมมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของผู้ติดสารเสพติดในทางที่ดีขึ้น ไม่ว่าจะเป็นการ เรียนรู้โมเดลจากคนมีชีวิตที่สังเกตเห็นได้ (Live modeling) โมเดลจากสัญลักษณ์อื่น เช่น จากภาพยนตร์ วีดีโอ (Symbolic modeling) และ โมเดลที่มีชีวิตในกลุ่มเดียวกัน (Participant modeling) นอกจากการสังเกตเห็นแล้วยังสามารถทำให้เกิดความพยายามปฏิบัติตามพฤติกรรมแบบเดียวกันด้วยเพื่อให้เกิดพฤติกรรมในการดำเนินชีวิตด้านบวกที่ไม่เกี่ยวข้องกับสารเสพติด

### การบำบัดความคิดและพฤติกรรมสำหรับความคิดปกติของการใช้สารเสพติด

การบำบัดเพื่อปรับเปลี่ยนความคิด และพฤติกรรมในผู้ติดสารเสพติดเริ่มต้นจากการนำหลักการมาประยุกต์ใช้ในการรักษาผู้ป่วยติดแอลกอฮอล์ในการป้องกันการติดซ้ำ (Relapse prevention) และต่อมาได้มีการนำการบำบัดรูปแบบ CBT ไปใช้ในผู้ติดสารเสพติดชนิดอื่น โดยเป้าหมายของการบำบัดรูปแบบ CBT คือใช้กระบวนการปรับความคิด และพฤติกรรมช่วยให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการควบคุมตนเองไม่ให้ใช้สารเสพติด และฝึกทักษะต่าง ๆ ในการดำเนินชีวิตที่จะช่วยให้ไม่กลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ

### ประสิทธิผลการรักษา

การบำบัดรูปแบบ CBT เป็นวิธีการรักษาที่มีหลักฐานทางการศึกษา Meta analysis สนับสนุนว่ามีประสิทธิภาพในการรักษาผู้ติดแอลกอฮอล์ และสารเสพติดชนิดอื่น (กัญชา โคเคน โอปิออยด์ นิโคติน) การบำบัดผู้ติดสารเสพติดด้วย CBT สามารถใช้ร่วมกับวิธีการรักษาอื่นได้ การบำบัดผู้ติดสารเสพติดด้วย CBT ร่วมกับการบำบัดด้วยยา หรือจิตสังคมบำบัดรูปแบบอื่น เช่น การปรับพฤติกรรมโดยการให้รางวัล (Contingency management) จิตบำบัดครอบครัว กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน (Self-help groups) ช่วยทำให้ ประสิทธิภาพการรักษาเพิ่มขึ้น แต่มีการศึกษาพบว่า การบำบัดด้วยการปรับเปลี่ยนความคิดเพียงอย่างเดียว ไม่มีประสิทธิภาพในการรักษาเหมือนกับการปรับเปลี่ยนความคิดร่วมกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

### องค์ประกอบหลักของการบำบัดความคิดและพฤติกรรมในผู้ใช้สารเสพติด

1. การวิเคราะห์ความเชื่อมโยงของความคิด และพฤติกรรม (Functional analysis) เพื่อเข้าใจสถานะปัญหาในปัจจุบันของผู้ป่วย สถานการณ์เสี่ยงที่ทำให้เกิดการกลับไปใช้สารเสพติด ว่ามีที่มาเช่นไร จากตัวกระตุ้นที่ทำให้เสพ ซึ่งอาจเป็นตัวกระตุ้นภายนอก และภายใน หรือเกิดจากความเชื่อดั้งเดิมของผู้ป่วยความคิดอัตโนมัติที่เกี่ยวข้องกับการใช้สารเสพติด อารมณ์และพฤติกรรมด้านลบ เช่น อารมณ์ยากและความต้องการสารเสพติด ความเชื่อที่ทำให้พฤติกรรมการใช้สารยังคงอยู่ เพื่อนำมาวางแผนแนวทางการแก้ปัญหาโดย การปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม



2. ฝึกทักษะต่าง ๆ ในการดำเนินชีวิต (Skills training) เพื่อป้องกันการกลับเสพยาได้แก่ การมีทักษะในการจัดการเกี่ยวกับอาการของร่างกาย และอารมณ์ที่เกิดจากการขาดสารเสพติด (Coping with craving) มีความตั้งใจมุ่งมั่นในการหยุดใช้สารเสพติดอย่างจริงจัง (Shoring up motivation and commitment to stop) มีทักษะความสามารถในการปฏิเสธสิ่งที่ไม่เหมาะสม (Refusal skills/assertiveness) มีความสามารถในการไม่ใช้การตัดสินใจที่จะทำให้เกิดปัญหา (Seemingly irrelevant decisions) มีการวางแผนแนวทางการ จัดการกับปัญหาเกี่ยวกับสารเสพติด (An All-purpose coping plan) มีทักษะการแก้ปัญหาต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันเพิ่มขึ้น (Problem solving) การจัดการอารมณ์โกรธ (Anger management) ทักษะการพัฒนาความสัมพันธ์ด้านบวก ในครอบครัว บุคคลรอบตัวและการดำเนินชีวิตในสังคม (Improve interpersonal functioning and enhance social supports)

### รูปแบบในการบำบัด (Format and setting)

การบำบัดผู้ติดสารเสพติดด้วย CBT สามารถทำการบำบัดเป็นรายบุคคลหรือรายกลุ่มได้ทั้ง รูปแบบผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก ข้อดีของการรักษาแบบผู้ป่วยนอกคือ การที่ผู้ป่วยได้ใช้ชีวิตอยู่ในสิ่งแวดล้อมจริงที่เผชิญ ได้ฝึกทักษะโดยการนำสิ่งที่ได้เรียนรู้ไปทดลองปฏิบัติใช้จริงในชีวิตประจำวัน และสามารถนำเอาประสบการณ์จากเหตุการณ์ที่ประสบในชีวิตจริงมาร่วมวิเคราะห์กับผู้บำบัดเพื่อวางแผนแนวทางการจัดการในการดำเนินชีวิตต่อไป

### ระยะเวลาในการบำบัด (Length)

การบำบัดโดยการปรับเปลี่ยนความคิดมีการกำหนดเวลาในแต่ละครั้งของการบำบัดอย่าง ชัดเจนรวมทั้งจำนวนครั้งที่ใช้ในการบำบัดด้วยการใช้ CBT รักษาผู้ติดสารเสพติดมีจำนวนครั้งของ การบำบัดประมาณ 12-16 ครั้ง และใช้เวลาในการบำบัด 12 สัปดาห์ขึ้นไป ส่วนการบำบัดต่อเนื่อง เพื่อป้องกันการกลับไปเสพยา มีระยะเวลาต่อเนื่อง 6-12 เดือนโดยผู้เข้ารับการบำบัดจะมาเข้ารับการบำบัด 1-2 ครั้งต่อเดือน

### ลักษณะของผู้เข้ารับการบำบัด

ผู้ติดสารเสพติดที่ยังอยู่ในภาวะถอนพิษยาที่มีอาการรุนแรง มีปัญหาทางจิตเวช เช่น อาการทางจิต อาการทางอารมณ์ที่รุนแรง มีโรคทางกายที่อาการยังอยู่ในภาวะวิกฤติหรือไม่คงที่ มีปัญหาเกี่ยวกับระดับสติปัญญา และความสามารถในการคิดวิเคราะห์อาจไม่เหมาะสมต่อการทำการบำบัดด้วย CBT

### ลักษณะของผู้ทำการบำบัด

การบำบัดผู้ติดสารเสพติดด้วย CBT ต้องทำโดยผู้ทำการบำบัดที่มีความรู้และได้รับการอบรม เกี่ยวกับการทำการบำบัดด้วย CBT ดังนั้นสถานพยาบาลที่ไม่มีบุคลากรที่ผ่านการอบรมมีความรู้ ความชำนาญเกี่ยวกับการบำบัดด้วย CBT อาจไม่สามารถทำการรักษาด้วยวิธีนี้ได้ นอกจากนี้แล้ว ในการรักษาผู้ติดสารเสพติดด้วย CBT ความสัมพันธ์อันดีในขอบเขตที่เหมาะสมระหว่างผู้บำบัด

และผู้รับการบำบัดเป็นเรื่องที่จำเป็นอย่างยิ่ง เพราะการบำบัดจะไม่สามารถดำเนินต่อไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ ถ้าไม่ได้รับความร่วมมือจากผู้รับการบำบัด องค์ประกอบพื้นฐานที่สามารถสร้างสัมพันธภาพอันดีในการรักษานั้น ผู้ทำการบำบัดต้องมีความจริงใจ เปิดเผย เคารพให้เกียรติผู้รับการบำบัดตลอดช่วงเวลาที่ทำการรักษา ซึ่งความสัมพันธ์อันดีในขอบเขตที่เหมาะสมระหว่างผู้บำบัด และผู้รับการบำบัดเป็นพื้นฐานสำคัญที่ทำให้เกิดความร่วมมือในการรักษา

### หลักการสำคัญของการบำบัดรูปแบบ CBT

**1. ความร่วมมือ (Collaboration)** การบำบัดความคิดและพฤติกรรม ผู้รับการบำบัดต้องให้ความร่วมมือและมีส่วนร่วมอย่างมากในการบำบัด เนื่องจากการบำบัดรูปแบบ CBT ผู้รับการบำบัดต้องมีหน้าที่ในการช่วยเหลือตนเองในการแก้ปัญหา โดยมีผู้บำบัดทำหน้าที่เหมือนเป็นครูฝึกที่คอยช่วยเหลือ แนะนำ กระตุ้น ให้เกิดการคิด การเปลี่ยนแปลง เรียนรู้ฝึกฝนการใช้เทคนิคต่าง ๆ ดังนั้นถ้าผู้รับบำบัดที่ขาดความร่วมมือ ไม่มีแรงจูงใจในการรักษาอาจยังไม่พร้อมสำหรับการบำบัดด้วย CBT ในการรักษาผู้ติดสารเสพติดด้วย CBT กระบวนการสร้างแรงจูงใจจึงถือเป็นสิ่งสำคัญสำหรับการเริ่มต้นบำบัด

**2. การสังเคราะห์ปัญหาผู้ป่วย (Case conceptualization)** การบำบัดความคิดและพฤติกรรมเป็นรูปแบบการบำบัดที่มีการสังเคราะห์ปัญหาของผู้ป่วย และนำมาวิเคราะห์ จนสามารถสร้างกรอบแนวคิด (Case conceptualization) ของปัญหาตามรูปแบบ Cognitive model ได้ ผู้ทำการบำบัดจะต้องทำความเข้าใจ สภาวะปัญหาในปัจจุบันของผู้ป่วย ตัวกระตุ้นที่ทำให้เสพ ซึ่งอาจเป็นตัวกระตุ้นภายนอก และภายใน ความเชื่อ คั้งเดิมของผู้ป่วย ความคิดอัตโนมัติที่เกี่ยวข้องกับการใช้สารเสพติด อารมณ์และพฤติกรรมด้านลบ เช่น อาการ อยากรและความต้องการสารเสพติด ความเชื่อที่ทำให้พฤติกรรมการใช้สารยังคงอยู่ และนำข้อมูลที่ได้มาสร้าง กรอบแนวคิดที่สามารถอธิบายความเชื่อมโยงของความคิด และพฤติกรรมของการใช้สารเสพติดได้

**3. โครงสร้างของการบำบัด (Structure of session)** การบำบัดความคิดและพฤติกรรมเป็นการบำบัดที่มีคู่มือ(Protocol) ให้ปฏิบัติตามโดยมีโครงสร้างของการบำบัดที่ชัดเจน และเป็นลำดับขั้นตอน (Structure) ซึ่งประกอบไปด้วย

1. การร่วมกำหนดปัญหา (Setting the agenda)
2. การตรวจสอบอารมณ์ (Mood check)
3. การเชื่อมโยงกับชั่วโมงบำบัดครั้งที่ผ่านมา (Bride from last session)
4. การเลือกหัวข้อที่จะพูดคุยในครั้งนี้ (Discussion of today's agenda)
5. การใช้คำถามเพื่อให้เกิดการค้นพบความเข้าใจเกี่ยวกับการเชื่อมโยงของความคิด (Socratic questioning)
6. สรุปสิ่งที่ได้เรียนรู้เป็นระยะในการบำบัด (Capsule summaries)
7. ให้นำบ้านที่ผู้รับการบำบัดต้องนำไปฝึกไปปฏิบัติ (Homework assignment)
8. การแสดงความคิดเห็นให้ข้อมูลสะท้อนกลับเกี่ยวกับการบำบัดในครั้งนี้ (Feed

back in the therapy session)



**4. การขัดเกลาทาสังคม (Socialization)** การบำบัดรูปแบบ CBT ในผู้ติดสารเสพติด ผู้ทำการบำบัดต้องมีการให้ความรู้ (Psycho education) ผู้บำบัดเกี่ยวกับโรคที่เกิดจากการใช้สารเสพติด ความเชื่อมโยงของการใช้ความคิด อารมณ์ พฤติกรรม และความเข้าใจเกี่ยวกับ Cognitive model ผู้ทำการบำบัด เปรียบเหมือนครูฝึกที่ช่วยให้ผู้บำบัดสามารถค้นหาปัญหา วิเคราะห์ความเชื่อมโยงของตัวกระตุ้น อารมณ์ พฤติกรรมที่ทำให้เกิดการใช้สารเสพติด (Dysfunction automatic thoughts process) และสามารถปรับเปลี่ยนความคิด ความเชื่อในทางที่ผิดเกี่ยวกับการใช้สารเสพติดเพื่อให้สอดคล้องกับความเป็นจริงมากขึ้น (Construction of new thought) โดยใช้การตั้งคำถามที่กระตุ้นให้เกิดการคิด และค้นพบคำตอบด้วยตนเอง (Socratic questioning นำไปสู่ Guidant discovery) และเทคนิคของการปรับเปลี่ยนความคิดพฤติกรรม

**5. เทคนิค (CBT techniques)** การบำบัดรูปแบบ CBT ในผู้ติดสารเสพติด ผู้ทำการบำบัด ใช้การตั้งคำถามที่กระตุ้นให้ผู้รับการบำบัดเกิดการคิด และค้นพบคำตอบด้วยตนเอง (Socratic questioning นำไปสู่ Guidant discovery) และมีการใช้เทคนิคของการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (Cognitive behavioral technique) และการป้องกันการเสพยา (Relapse prevention) เทคนิคที่ถูกนำมาใช้ในการรักษา เช่น การวิเคราะห์ความเชื่อมโยงของความคิดและพฤติกรรม (Functional analysis) การค้นหาผลที่ตามมาทั้งทางด้านบวก และด้านลบจากการใช้สารเสพติดอย่างต่อเนื่อง (Advantage disadvantage analysis) การบันทึกความคิด พฤติกรรมประจำวัน (Daily thought record) เทคนิคการช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาได้มีทักษะ ในการสำรวจตนเอง (Self monitoring skill) เกี่ยวกับอาการของร่างกาย และอารมณ์ที่เกิดจากการขาดสาร เสพติด (Craving) และสามารถบอกได้ว่าสถานการณ์เสี่ยงที่ทำให้เกิดอาการเช่นนี้คือสถานการณ์ใด จัดการปัญหาที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์เสี่ยง (High risk situation) ที่ทำให้กระตุ้นอาการขาดสารเสพติด (Craving) การคาดการณ์ล่วงหน้าเกี่ยวกับปัญหาที่สามารถทำให้เกิดการกระตุ้นการกลับไปใช้สารเสพติด (Slip) และการกลับไปติดซ้ำ (Relapse) พัฒนาทักษะการแก้ไขปัญหาเมื่อพบสิ่งกระตุ้น รวมถึงทักษะการแก้ปัญหาทั่วไปที่ สามารถเกิดขึ้นในชีวิต

### **การป้องกันการติดซ้ำ (Relapse prevention: RP)**

ในการบำบัดความคิดและพฤติกรรมนั้น มีการนำแนวคิดของการป้องกันการติดซ้ำ (Relapse prevention: RP) มาประยุกต์ใช้ร่วมด้วย เนื่องจากการติดสารเสพติดมีลักษณะการดำเนินโรคที่เรื้อรัง มีโอกาสในการกลับมาเสพติดซ้ำสูง รูปแบบการบำบัดแบบ RP ที่ Marlatt และ Gordon พัฒนาขึ้นมาเพื่อนำมาใช้ในการรักษาผู้ติดสารเสพติดนั้น มีเป้าหมายเพื่อลดการกลับมาเสพ และกลับมาติดซ้ำ การบำบัดแบบ RP มีลักษณะสำคัญคือช่วยให้ผู้รับการบำบัดเรียนรู้และฝึกทักษะในการจัดการกับปัญหา (Coping skill) โดยใช้ เทคนิคของการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (Cognitive behavioral technique) ในการป้องกันไม่ให้เกิดกลับไปเสพติดซ้ำ เช่น การฝึกการค้นหาตัวกระตุ้นที่นำมาสู่การเสพ การคาดการณ์ล่วงหน้าถึงสถานการณ์เสี่ยง และสามารถหลีกเลี่ยงได้ สามารถแสดงความต้องการของตนเอง ทักษะการปฏิเสธ ทักษะการจัดการกับ ความเครียดด้วยตนเอง สามารถปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต

ให้มีความสุขเพิ่มขึ้นได้ ซึ่งการบำบัดแบบ RP เป็นแนวทาง ที่มีประโยชน์ในช่วงที่มีการหยุดสารเสพติดอย่างต่อเนื่องหรือช่วงฟื้นฟูสมรรถภาพ และสามารถผสมผสานการบำบัดแบบ RP เข้ากับรูปแบบการบำบัดอื่น ๆ ในการรักษาผู้ติดสารเสพติด

### เอกสารอ้างอิง

Kathleen M. Carroll. (1998). Therapy Manual for Drug Addiction: A Cognitive Behavioral Approach Treating Cocaine Addiction. Maryland: National Institute on Drug Abuse.

Lissa Dutra, Georgia Stathopoulou, Shawnee L. Basden, Teresa M. Leyro, Mark B Powers, Michael W. Otto. (2008). A Meta-Analytic Review of Psychosocial Interventions for Substance Use Disorders. Am J of Psychiatry. 165(2): 179–187.

Magill M, Ray LA. (2009). Cognitive-Behavioral Treatment with Adult Alcohol and Illicit Drug Users: A Meta-analysis of Randomized Controlled trials. J Stud Alcohol Drugs, 70: 516-27.

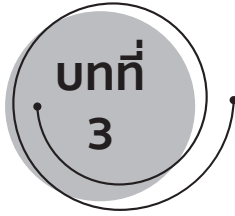
Mark D. Litt, Ronald M. Kadden, Elise Kabelo-Cormier, Nancy M. Petry. (2008). Coping Skills Training and Contingency Management Treatments for Marijuana Dependence: Exploring Mechanisms of Behavior Change. Addiction, 103(4): 638-648.

National Institute on Drug Abuse (NIDA). (2012). Principles of Drug Addiction Treatment: Research Base Guide. (3). Revised April; December.

เอียร์ชัย งามทิพย์วัฒนา. (2549). การบำบัดเพื่อปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมสำหรับการเสพยาเสพติด

พิชัย แสงชาญชัย, พงศธร เนตราคม, นวพร หิรัญวิวัฒน์กุล, บรรณาธิการ, ตำราจิตเวชศาสตร์ และ สารเสพติด กรุงเทพมหานคร: สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด





### โครงสร้างในการบำบัดความคิดและพฤติกรรมในผู้ใช้สารเสพติด

ในการบำบัดความคิดและพฤติกรรมที่ใช้โดยทั่วไปในการในแต่ละครั้งมีโครงสร้างการบำบัดทั้ง 8 ขั้นตอนดังนี้คือ (Beck; et al, 1993; เถียรชัย งามทิพย์วัฒนา, 2549)

1. กำหนดเนื้อหา (Setting the agenda) เป็นการกำหนดเนื้อหาที่จะพูดคุยกันในแต่ละครั้ง เพื่อเน้นเป้าหมายหลักของการบำบัด

2. ตรวจสอบอารมณ์ (Mood check) เป็นการประเมินภาวะอารมณ์ของผู้ป่วยในแต่ละครั้งของชั่วโมง การบำบัดเพื่อติดตามการเปลี่ยนแปลงอารมณ์ เนื่องจากอารมณ์มีความเกี่ยวข้องกับการใช้ยา และความพร้อมในการเรียนรู้

3. เชื่อมโยงกับชั่วโมงการบำบัดครั้งที่ผ่านมา (Bridge from previous session) เป็นการเชื่อมโยงสิ่งที่พูดคุยในครั้งที่แล้วเข้าสู่ชั่วโมงการบำบัดในปัจจุบัน เพื่อป้องกันการหลงลืมสิ่งสำคัญที่เรียนรู้จากครั้งที่แล้วผู้บำบัดอาจเริ่มด้วยการขอให้ผู้ป่วยสรุปใจความสำคัญของการพูดคุยครั้งที่แล้ว หรือการถามถึงการบ้านของครั้งที่ผ่านมา

4. พิจารณาประเด็นที่จะพูดคุย (Discussion of current agenda items) เนื่องจากเวลาที่มีจำกัดในแต่ละครั้งผู้บำบัดจึงจำเป็นต้องกำหนดประเด็นหลักของการพูดคุย

5. ช่วยให้ผู้ป่วยให้มองเห็นความเชื่อมโยงของความคิด (Guided discovery) เป็นเทคนิคในการประเมินและค้นหาความสัมพันธ์ระหว่างรูปแบบความคิด (Schema) ความเชื่อ ความคิดอัตโนมัติ อารมณ์ และ พฤติกรรม

6. สรุปสิ่งที่เรียนรู้ (Capsule summaries) สรุปสิ่งที่พูดในชั่วโมงการบำบัดนอกจากจะช่วยให้การบำบัดดำเนินไปในทิศทางที่วางไว้ ยังมีความจำเป็นในแง่ของการเสนอสมมติฐานที่ผู้บำบัดมีต่อผู้ป่วยในเรื่องนั้น ๆ

7. ให้การบ้านกลับไปทำ (Home work) การบ้านเป็นสิ่งสำคัญของการบำบัดในการให้ผู้ป่วยได้ปฏิบัติ ตามทักษะที่เรียนรู้ และทดสอบความเชื่อที่เป็นปัญหา

8. สรุปและให้ความเห็นโดยผู้ป่วย (Feedback in therapy session) ผู้บำบัดตรวจสอบความเข้าใจของผู้ป่วยที่มีต่อการบำบัดเพื่อมั่นใจว่ามีการสื่อสารที่เข้าใจกัน

จากโครงสร้างของการบำบัดดังที่กล่าวมา เป็นโครงสร้างที่ใช้ในการดำเนินการบำบัดความคิดและพฤติกรรมกับผู้ป่วยในแต่ละครั้งซึ่งอาจเป็นการบำบัดแบบรายบุคคล (Individual) หรือแบบกลุ่ม (Group) ทั้งนี้ขึ้นกับบริบทของผู้มารับบริการว่าสามารถดำเนินการเป็นกลุ่มได้หรือไม่ ซึ่งกลุ่มละประมาณ 6-8 คน ก็สามารถดำเนินการแบบกลุ่มได้ ถ้ามีปริมาณมากกว่านี้อาจต้องมีผู้ช่วยผู้นำกลุ่มเพิ่มอีก 1 คน หรือถ้ากรณีที่ผู้ติดยาและสารเสพติดมีปัญหาที่ยุ่ยากซับซ้อนมากขึ้น อาจให้การบำบัด



เป็นรายบุคคล โดยการบำบัดรายบุคคล จะดำเนินการตามโครงสร้างของการบำบัดทั้ง 8 ขั้นตอน ดังที่กล่าวมา (รายละเอียดกิจกรรมบทที่ 4) สำหรับการบำบัดแบบกลุ่มจะดำเนินการเป็น 3 ขั้นตอน (รายละเอียดกิจกรรมบทที่ 5)

จากการศึกษาและทำวิจัยของผู้เขียนที่นำการบำบัดความคิดและพฤติกรรมมาบำบัดเพื่อป้องกันการติดยาในกลุ่มผู้ป่วยติดสุรา (2554) และผู้ป่วยเมทแอมเฟตามีน (2557) โดยใช้กระบวนการบำบัดแบบกลุ่ม พบว่า ผู้เข้ารับการบำบัดมีความพึงพอใจต่อโปรแกรมโดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก มีการรับรู้ว่ายาโปรแกรมช่วยกระตุ้นให้ได้ทบทวนเหตุการณ์หรือสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในอดีต ผลดี ผลเสียของการเสพยาและการเลิกยา ช่วยปรับมุมมองความคิดให้ตรงตามความเป็นจริง และเป็นไปในทางบวกและสามารถนำความรู้และทักษะในการป้องกัน ตนเองจากยาเสพติดไปใช้ในชีวิตประจำวันได้ จึงสามารถชะลอการกลับไปเสพยาได้ยาวนานมากขึ้น ซึ่งในการวิจัยนี้ได้ออกแบบการบำบัดความคิดและพฤติกรรมเป็นการบำบัดด้วยกระบวนการกลุ่ม โดยได้นำ โครงสร้างการบำบัดทั้ง 8 ขั้นตอน ประยุกต์เป็นขั้นตอนในการดำเนินการของกลุ่มบำบัดได้ 3 ขั้นตอน ดังนี้

1. ขั้นเริ่มต้น เป็นระยะแรกเริ่มของการบำบัด มีการประเมินสภาพความพร้อมประเมินสภาพอารมณ์ของผู้ป่วยในการเตรียมตัวเข้าสู่กิจกรรม มีการสอนวิธีการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การหายใจที่ถูกวิธี การฟังเพลง บรรเลงต่างๆ เพื่อให้ผ่อนคลายมีสภาพร่างกาย และจิตใจพร้อมในการเริ่มการบำบัด มีการเชื่อมโยงสิ่งที่ได้ เรียนรู้ในครั้งที่แล้วเข้าสู่ชั่วโมงการบำบัดในปัจจุบัน โดยให้นำเสนองานที่ได้รับมอบหมาย และสรุปประเด็น สำคัญเชื่อมโยงเข้าสู่ขั้นตอนต่อไป

2. ขั้นดำเนินการ เป็นระยะที่ผู้ป่วยร่วมกันคิดวิเคราะห์ สะท้อน อภิปราย และแสดงความคิดเห็น แลกเปลี่ยนซึ่งกันและกัน รวมทั้งการลงปฏิบัติในกิจกรรมต่าง ๆ ซึ่งผลของการทำกิจกรรมจะทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับปัญหาของตนเอง และแนวทางในการเผชิญปัญหาได้ชัดเจนมากขึ้น มีการเปลี่ยนแปลงในความคิด ความเชื่อ การรับรู้ มุมมองทางเลือกที่มีความหลากหลาย รวมทั้งมีการพัฒนาทักษะที่ จำเป็นในการป้องกันการติดยา

3. ขั้นสรุป เป็นขั้นสุดท้ายของกิจกรรมที่ผู้ป่วยและนักบำบัดร่วมกันรวบรวมแนวคิดที่สำคัญ ที่ได้จากการพูดคุยแลกเปลี่ยนเรียนรู้ สรุปเป็นหลักการเพื่อจะนำไปใช้ และเพื่อเป็นการให้ผู้ป่วยได้ ทบทวนสิ่งที่เรียนรู้ในชั่วโมง จะมีงานให้ผู้ป่วยได้ทำเป็นการบ้าน ซึ่งเป็นสิ่งที่เป็ประโยชน์ในการทบทวนสิ่งที่ได้เรียนรู้ในชั่วโมง การบำบัด ได้นำสิ่งที่เรียนรู้ไปฝึกฝนซ้ำๆ ทำให้เกิดทักษะ

สำหรับโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยเมทแอมเฟตามีน (สุกมา แสงเดือนฉาย และคณะ, 2557) ประกอบด้วย 4 ระยะดังนี้

#### 1. ระยะเตรียมการก่อนการรักษา มี 1 กิจกรรม

มีเป้าหมายเพื่อเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยก่อนเข้ารับการบำบัดรักษา เกิดแรงจูงใจ และตัดสินใจที่จะเข้ารับการบำบัด ซึ่งในระยะนี้ประกอบด้วย 1 กิจกรรม ใช้เวลา 60 นาที มีกิจกรรมดังนี้คือ

ครั้งที่ 1 กิจกรรม “เพียงครั้งเดียวก็เลิกได้”



## 2. ระยะบำบัดยามี่ 7 กิจกรรม

มีเป้าหมายเพื่อเป็นการสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยในการบำบัดรักษา และเข้าใจถึงตัวกระตุ้นที่มีอยู่ภายในตนเอง ที่เป็นความคิดอารมณ์ความรู้สึก และตัวกระตุ้นจากภายนอก เช่น เพื่อนที่เข้าสถานในที่ที่เคยซื้อยาสถานที่ที่เสพยา แรงกดดันจากครอบครัวและสังคม การรับรู้ความคิดและพฤติกรรมที่นำไปสู่การใช้ยาเสพติด รวมถึงการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมใหม่ ซึ่งในระยะนี้ประกอบด้วย 7 กิจกรรม ใช้เวลากิจกรรม ละ 90 นาที ดำเนินการทุกวัน ๆ ละ 1 กิจกรรมดังนี้

ครั้งที่ 1 กิจกรรมจุดหมาย

ครั้งที่ 2 กิจกรรมเหรียญสองด้าน

ครั้งที่ 3 กิจกรรมความสัมพันธ์ระหว่างความคิดและอารมณ์ที่ส่งผลต่อพฤติกรรม

ครั้งที่ 4 กิจกรรมการจัดการกับความคิดที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาบ้า/เมทแอมเฟตามีน

ครั้งที่ 5 กิจกรรมการแก้ไขปัญหาอย่างชาญฉลาด

ครั้งที่ 6 กิจกรรมการจัดการกับความรู้สึกอยากยาและสิ่งกระตุ้นที่ทำให้อยากยา

ครั้งที่ 7 กิจกรรม Always say no

## 3. ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพมี 10 กิจกรรม

มีเป้าหมายเพื่อปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม และสร้างเสริมทักษะในการป้องกันตนเองจากการติดยาของผู้ป่วยประกอบด้วย 10 กิจกรรมใช้เวลาครั้งละ 120 นาที สัปดาห์ละ 1 กิจกรรมดังนี้

ครั้งที่ 1 กิจกรรมการสร้างแรงจูงใจในการบำบัดรักษา

ครั้งที่ 2 กิจกรรมเป้าหมายและความเชื่อมั่นต่อการบำบัดรักษา

ครั้งที่ 3 กิจกรรมการจัดการอารมณ์และความคิด

ครั้งที่ 4 กิจกรรมส่งเสริมความเชื่อมั่นในการหยุดใช้ยาบ้า/เมทแอมเฟตามีน

ครั้งที่ 5 กิจกรรมการจัดการกับความอยากและการพลาดพลั้งไปใช้ยาเสพติด

ครั้งที่ 6 กิจกรรมการจัดการกับความโกรธและการถูกวิพากษ์วิจารณ์

ครั้งที่ 7 กิจกรรมการจัดการความเครียด

ครั้งที่ 8 กิจกรรมทักษะการปฏิเสธ

ครั้งที่ 9 กิจกรรมการเผชิญและแก้ไขปัญหา

ครั้งที่ 10 กิจกรรมการวางแผนการดำเนินชีวิตโดยไม่ใช้ยาเสพติด

## 4. ระยะติดตามการรักษามี 4 กิจกรรม

มีเป้าหมายเพื่อส่งเสริมการใช้ทักษะ และการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมรวมทั้งให้การดูแลช่วยเหลือภายหลังผู้ป่วยจำหน่ายกลับบ้านประกอบด้วย 4 กิจกรรม ใช้เวลากิจกรรมละ 60 นาที โดยกำหนดในการเข้ากลุ่มเมื่อผู้ป่วยมาติดตามนัดครั้งแรกหลังจากจำหน่ายกลับบ้านได้ 2 สัปดาห์ 2 ครั้งและทุกเดือน อีก 2 ครั้งดังนี้

- ครั้งที่ 1 กิจกรรมต้นทุนชีวิต
- ครั้งที่ 2 กิจกรรมจุดเปลี่ยนปรับความคิดชีวิตเปลี่ยน
- ครั้งที่ 3 กิจกรรมสู้ชีวิตที่สมดุล
- ครั้งที่ 4 กิจกรรมคำมั่นสัญญา

อย่างไรก็ตามสำหรับกิจกรรมที่ใช้ในการฝึกปฏิบัติการบำบัดความคิดและพฤติกรรมที่ใช้ในหลักสูตรนี้ ได้เลือกมาเพียง 5 กิจกรรม ซึ่งเป็นกิจกรรมหลักในการทำความเข้าใจกับแนวคิดพื้นฐานของการบำบัดความคิดและพฤติกรรม รวมทั้งการฝึกทักษะเพื่อใช้ในการป้องกันการติดยา ซึ่งมีกิจกรรมดังนี้ (รายละเอียดกิจกรรมใน บทที่ 5)

- กิจกรรมที่ 1 เหยียดสองด้าน
- กิจกรรมที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างความคิดและอารมณ์ที่ส่งผลต่อพฤติกรรม
- กิจกรรมที่ 3 การจัดการกับความคิดที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาเสพติด
- กิจกรรมที่ 4 การจัดการกับความอยาก และการพลาดพลั้งไปใช้ยาเสพติด
- กิจกรรมที่ 5 การเผชิญและการแก้ไขปัญหา

### เทคนิคที่ใช้ในการบำบัดความคิดและพฤติกรรมในผู้ใช้สารเสพติด

วิธีการที่ใช้ในการบำบัดความคิดและพฤติกรรม ผู้บำบัดทำหน้าที่สอน ชี้แนะให้ผู้ป่วยเข้าใจรูปแบบต่าง ๆ ของความคิดที่บิดเบือน และพฤติกรรมที่เบี่ยงเบนผิดปกติ รวมทั้งการฝึกฝนทักษะต่าง ๆ ที่จำเป็นด้วยการอธิบายโต้แย้งความคิดที่บิดเบือน การปรับเปลี่ยนความคิดที่อาจนำไปสู่การใช้สารเสพติด และฝึกฝน ทักษะต่าง ๆ ที่จำเป็นในการป้องกันการติดยา โดยดำเนินการกิจกรรมต่าง ๆ ทั้งในชั่วโมงการบำบัด และการมอบหมายให้ฝึกฝนเป็นการบ้านในบางกิจกรรม ซึ่งจะช่วยให้เพิ่มความสามารถในการจัดการกับสถานการณ์เสี่ยงที่นำไปสู่การติดยา ทั้งความเสี่ยงที่เกิดจากปัจจัยภายในตัวผู้ป่วยเอง และเกิดจากปัจจัยภายนอกเมื่อมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น โดยหลักในการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมคือการพยายามเปลี่ยนแปลงความคิด ความเชื่อ การคาดหวังเกี่ยวกับการใช้สารเสพติด และลดพฤติกรรมที่ไม่ต้องการ (Unwanted behavior) จากนั้นจึงพยายามเสริมสร้างการรับรู้ ความเข้าใจ ทักษะใหม่ ๆ ให้กับผู้ป่วย และฝึกฝนเรียนรู้จนเกิดความมั่นใจในความสามารถของตนมากขึ้น โดยในกระบวนการบำบัดผู้ป่วยจะมีส่วนร่วมอย่างเข้มแข็ง มีการพูดคุย แลกเปลี่ยนซึ่งกันและกัน ได้แสดงออกถึงความรู้สึก เรียนรู้ร่วมกัน เน้นการแก้ปัญหาในปัจจุบัน (Here and now) มีการเรียนรู้จากตัวแบบการฝึกปฏิบัติ โดยได้รับการเสนอแนะจากผู้ป่วยในกลุ่ม และผู้บำบัดในแนวทางที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งจะช่วยให้การพัฒนาความสามารถของตน และช่วยในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตัว ผู้ป่วยได้ โดยมีเทคนิคต่าง ๆ ดังนี้

**1. การวิเคราะห์ข้อดี และข้อเสีย (Advantage disadvantage analysis) ของการใช้ยาเสพติด หรือการเลิกใช้ยาเสพติด** เป็นอีกเทคนิคหนึ่งที่น่าสนใจ เนื่องจากผู้ป่วยมักจะมองเห็นแต่ด้านบวกและลบที่จะมองด้านลบของการใช้ยาเสพติด ขณะที่ผู้บำบัดมักจะเห็นด้านลบ และสื่อนึกถึงด้านบวกที่มีความสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยยังคงใช้ยาเสพติดอยู่ วิธีนี้ทำให้ผู้ป่วยมองปัญหาได้อย่างเป็นรูปธรรมชัดเจน



เป็นเหตุเป็นผล ขณะเดียวกันผู้บำบัดก็มีความเข้าใจในตัวผู้ป่วยมากขึ้นด้วย หลังจากนั้นจึงให้ผู้ป่วยได้พิจารณาข้อมูลอย่างรอบคอบ และชั่งน้ำหนักวิเคราะห์ถึงผลดีผลเสียที่ใช้สารเสพติด และผลดีผลเสียของการเลิกใช้สารเสพติดเพื่อตัดสินใจในการที่เลิกยาเสพติดอย่างจริงจัง

**2. การบอกอารมณ์และการประเมินอารมณ์ของตนเองได้** (Identifying moods and rating moods) เป็นการให้ผู้ป่วยบอกอารมณ์ที่เกิดขึ้นของตนเองในปัจจุบัน ทำให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักรู้ว่าขณะนี้อารมณ์เป็นอย่างไร เพื่อสามารถตั้งเป้าหมายว่าจะจัดการกับอารมณ์ตนเองได้อย่างไร โดยอารมณ์มักจะสัมพันธ์กับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นก่อนที่อารมณ์จะเปลี่ยนแปลง โดยให้ผู้ป่วยนึกถึงตอนที่เกิดอารมณ์นั้นอยู่กับใคร (Who) ขณะนั้นทำอะไรอยู่ (What) เหตุการณ์เกิดขึ้นเมื่อไร (When) และตอนนั้นอยู่ที่ไหน (Where) เพื่อ อารมณ์อย่างไร (How) โดยเชื่อมโยงให้เห็นความสัมพันธ์ของเหตุการณ์กับอารมณ์ และให้ประเมินระดับอารมณ์ของตนเองว่า อยู่ในระดับไหน จากคะแนน 0-100 คะแนน

**3. การหาความคิดอัตโนมัติ** (Automatic thoughts) ลักษณะของความคิดอัตโนมัติ เป็นความคิดที่เกิดขึ้นทันทีก่อนที่จะผ่านความคิดที่มีเหตุผล เป็นความคิดที่ผุดขึ้นมาเป็นระยะ ๆ โดยเราอาจไม่รู้ตัว ทั้ง ๆ ที่มีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับอารมณ์และพฤติกรรม การที่จะรู้ได้ทันทีว่ามีความคิดเกิดขึ้น ต้องรู้จักความคิดว่าเป็น อย่างไร และฝึกจับความคิดที่เกิดขึ้น หรือบางที่อาจเริ่มต้นด้วยการบอกอารมณ์ที่เกิดขึ้น แล้วตามด้วยการเล่า ถึงเหตุการณ์นั้นว่าเป็นอย่างไร มีความคิดอะไรเกิดขึ้น โดยทั่วไปบุคคลจะเชื่อในความคิดอัตโนมัติทันที โดยไม่มีการตรวจสอบ ทำให้หมกมุ่นครุ่นคิดอยู่กับความคิดนี้ วิธีแก้ไขความคิดนี้ ควรสอนและฝึกให้ผู้ป่วยสามารถตรวจสอบความคิดของตนเอง (Testing Cognition) โดยการมองอย่างเป็นกลาง ๆ ว่าความคิดนี้เป็นเพียงแค่มมติฐานหรือการคาดเดา ยังไม่ใช่ความจริง ให้พยายามหาข้อมูล หรือหลักฐานที่แตกต่างมาคัดค้านความคิด ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยเห็นว่าความคิดที่เกิดขึ้น โดยอัตโนมัติของตนเองอาจไม่ใช่ความจริงตามที่ผู้ป่วยปักใจเชื่อ หรือปฏิบัติตามนั้น ส่งผลให้ผู้ป่วยมีสติในการคิดพิจารณา มีความยืดหยุ่น มีเหตุผลอยู่บนข้อมูลและหลักฐานของข้อเท็จจริงมากขึ้น

นอกจากนี้ในการวิเคราะห์เพื่อปรับแก้ความคิด (Dysfunctional thought) มีเกณฑ์เบื้องต้นที่ใช้ในการประเมินใน 2 ลักษณะคือ ความคิดมีความถูกต้องตรงความเป็นจริงหรือไม่ (Validity) และการคิดเช่นนั้นมประโยชน์เพียงใด (Utility) ซึ่งเป็นการทำให้สามารถตัดสินใจที่จะเปลี่ยนแปลงความคิดนั้น (ฉัตร พิทยรัตน์ เสถียร, 2551)

**4. การแยกแยะความเชื่อที่สัมพันธ์กับสารเสพติด** (Identifying drug-related beliefs) เป็นการฝึกแยกแยะสถานการณ์เสี่ยงและวิธีการเผชิญปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพบนเส้นทางความเสี่ยง เพื่อที่จะป้องกันหรือหยุดพฤติกรรมบางอย่างที่ไม่ต้องการ ซึ่งใช้การออกแบบใบงานให้ผู้ป่วยทำ หรือยกเป็นประเด็นตัวอย่างนำมาวิเคราะห์ร่วมกัน และชี้ให้เห็นกระบวนการเกิดของพฤติกรรมและความสัมพันธ์กับปัจจัยต่าง ๆ ซึ่งจะเป็นการทำให้เข้าใจถึงความเชื่อมโยง ของความคิด ความเชื่อ และพฤติกรรมของตนเอง ที่นำไปสู่การพัฒนาและควบคุมตนเองได้มากขึ้น

**5. การใช้คำถาม** ถามผู้ป่วยเพื่อนำไปสู่การค้นพบคำตอบด้วยตนเอง (Guided discovery) เป็นวิธีการที่ช่วยให้ผู้ป่วยได้เปิดเผย (Open up) ความเข้าใจ (Closed-minded) และความคิดที่เป็นปัญหา (Problem-perpetuating thinking) โดยนักบำบัดใช้ทักษะการถามเพื่อประเมิน และค้นหาความสัมพันธ์ระหว่างแบบความคิด (Schema) ความเชื่อ (Beliefs) ความคิดอัตโนมัติ (Automatic thoughts) อารมณ์ (Emotions) และพฤติกรรม (Behaviors) ของผู้ป่วยเพื่อหาความเชื่อมโยงของสถานการณ์กระตุ้นที่ทำให้ความเชื่อเกี่ยวกับการใช้สารเสพติด และความคิดอัตโนมัติทำงาน จากนั้นสะท้อนให้ผู้ป่วยเห็นถึงความคิดที่บิดเบือน และไม่ตรงตามความเป็นจริง จึงส่งผลให้ผู้ป่วยเปลี่ยนมุมมองทางเลือกแบบอื่น ๆ ด้วยตนเอง

**6. การจินตนาการ (Imagery)** เป็นการให้ผู้ป่วยนึกถึงเหตุการณ์ที่ผ่านมา และอธิบายสิ่งที่เกิดขึ้นในเหตุการณ์นั้น เหมือนกับเป็นเรื่องราวที่กำลังเกิดขึ้นในปัจจุบัน จะทำให้ผู้ป่วยได้มองเห็นเรื่องราวต่าง ๆ อย่างชัดเจน ซึ่งเป็นการกระตุ้นความรู้สึกในทางลบ และสิ่งที่เกี่ยวข้องกับความคิดอัตโนมัติ วิธีการนี้สามารถช่วยให้ ผู้ป่วยมองภาพปัญหาที่เกิดขึ้น ทำให้มีการควบคุมตนเองเพื่อหลีกเลี่ยงจากการใช้ยาเสพติดได้ดีขึ้น หรือมีการ จัดการกับความทุกข์ยากและสิ่งกระตุ้นได้

**7. การหยุดความคิด (Thought-stopping)** เมื่อพบว่ามีความคิดที่เกิดขึ้นซ้ำ ๆ นำไปสู่ความวิตกกังวล หรือรบกวนจิตใจ ให้ผู้ป่วยพูดดังๆ กับตัวเองว่า “หยุด” ซึ่งเป็นการหยุดความคิดที่กำลังคิดวนเวียนนั้น และดึงตัวเองให้กลับมีสติอีกครั้ง วิธีการนี้จะใช้ได้ผลในระยะสั้น ๆ ในการเตือนตนเอง และเบี่ยงเบนความสนใจ ไปสู่เรื่องอื่น ๆ

**8. การใช้คำพูดบอกกับตัวเอง (Self-statement)** เป็นวิธีการใช้คำพูดที่มีข้อความที่เป็นประโยชน์ หรือมีความหมายในทางบวกบอกกับตัวเอง เพื่อสร้างความเชื่อมั่นให้กับตนเอง จะช่วยให้ผู้ป่วยได้ตอกย้ำถึง เป้าหมาย หรือความตั้งใจของตนเองในการหยุดใช้ยาเสพติด และคงไว้ซึ่งความเชื่อหรือพฤติกรรมที่เหมาะสม (Good qualities)

**9. บันทึกประจำวัน (Daily thought record)** เป็นแบบบันทึกที่ช่วยในการวิเคราะห์ความคิด อัตโนมัติ และความรู้สึกที่เกี่ยวข้องกับการใช้สุราและสารเสพติด ซึ่งจะเป็นการบันทึกถึงสิ่งที่เกิดขึ้นใน ชีวิตประจำวันในสถานการณ์ต่างๆ โดยให้ผู้ป่วยบันทึกว่าเกิดเหตุการณ์ในสถานการณ์ใด มีความคิดอะไรที่เกิดขึ้น ขณะนั้นมีอารมณ์ที่สัมพันธ์กับสถานการณ์ดังกล่าวอย่างไร และมีการตอบสนองอย่างสมเหตุสมผลหรือไม่ แนวทางที่เหมาะสมควรเป็นอย่างไร และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นเป็นอย่างไร แบบบันทึกนี้จึงประกอบด้วย 5 ส่วน คือ สถานการณ์ ความคิด อารมณ์ การตอบสนอง และผลลัพธ์ โดยในการเริ่มต้นควรมีการฝึกให้ผู้ป่วยทำ หลังจากนั้นเมื่อมีความเข้าใจ จึงให้ทำเป็นการบ้าน บันทึกนี้ ผู้บำบัดต้องนำมาอ่าน พูดคุยกันในชั่วโมงเพื่อประเมินผู้ป่วย และให้ความช่วยเหลือต่อไป ซึ่งเทคนิคนี้จะเป็นประโยชน์มากสำหรับผู้ป่วยทำให้มีโอกาสกลับไปคิด ตรึกตรอง ในสิ่งต่าง ๆ ขณะที่ผู้บำบัดก็ได้ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยเพิ่มขึ้น



10. การฝึกฝนทักษะซ้ำ ๆ เป็นการเรียนรู้ทักษะการเผชิญปัญหา (Learning coping skills) และแก้ปัญหาบนเส้นทางการไม่ใช้ยาเสพติด โดยใช้เทคนิคต่าง ๆ ที่หลากหลายมาประยุกต์ในการปรับเปลี่ยนความคิด อารมณ์และพฤติกรรม เช่น การจัดการกับความคิดที่เกี่ยวกับการใช้สารเสพติด (Managing thoughts about drugs addict) การจัดการกับความรู้สึกอยากดื่ม และสิ่งกระตุ้นการใช้ยาเสพติด (Coping with cravings and urges to use) ทักษะการปฏิเสธ (Refusal skills) ทักษะการกล้าแสดงออก (Assertiveness) การแก้ปัญหา (Problem-solving) การผ่อนคลายความตึงเครียด (Relaxation) การวางแผนฉุกเฉินและการจัดการเมื่อพลาดไปใช้ยาเสพติด (Planning for emergencies and coping with a lapse) การฝึกทักษะเหล่านี้สามารถฝึกให้ผู้ป่วยทำในขณะที่อยู่ในชั่วโมงการบำบัด และมอบหมายให้ฝึกทำต่อเป็นการบ้าน

### เอกสารอ้างอิง

- เชียรชัย ยามทิพย์วัฒนา. (2549). การบำบัดเพื่อปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม สำหรับการเสพยาเสพติด, ในตำราจิตเวชศาสตร์การติดยาเสพติด, หน้า 165-192. กรุงเทพฯ: บางกอกบล๊อค.
- ณัฏฐ์ พิทยรัตน์เสถียร. (2551), Cognitive Behavioral Therapy. (เอกสารประกอบการสอน) กรุงเทพฯ ม.ป.พ. เอกสารอัดสำเนา
- สุกมา แสงเดือนฉาย. (2554). ผลของโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อความพร้อมที่จะป้องกันการติดยาและพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยสุรา, กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- สุกมา แสงเดือนฉาย, วันเพ็ญ ใจปทุม, สำเนา นิลบรรพ์, สุวภัทร คงหอม. (2557). คู่มือโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยเมทแอมเฟตามีน, กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- Beck, Aaron T.; et al (1993), Cognitive Therapy of Substance Abuse. New York: The Guilford Press.
- Gerard J. Connors, Dennis M. Donovan, Carlo C. Diclement. (2001). Substance Abuse Treatment and Stages of Change. New York: Guilford Press.
- Mark D. Litt, Ronald M. Kadden, Elise Kabela-Cormier, Nancy M. Petry. (2008). Coping Skills Training and Contingency Management Treatments for Marijuana Dependence: Exploring Mechanisms of Behavior Change. *Addiction*, 103(4): 638–648.
- National Institute on Drug Abuse (NIDA). (2012). Principles of Drug Addiction Treatment: Research Base Guide. (3). Revised April; December.



## การบำบัดความคิดและพฤติกรรมในผู้ใช้สารเสพติดรายบุคคล

ดร. สุกมา แสงเดือนฉาย

การบำบัดความคิดและพฤติกรรมของผู้ใช้สารเสพติด จะเน้นความสำคัญกับการป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยกลับไปเสพซ้ำ (Relapse prevention: RP) ซึ่งในการบำบัดจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักรู้เข้าใจตนเอง มากขึ้นถึงกระบวนการที่ทำให้กลับมาเสพซ้ำ มีการทบทวนตนเองถึงสถานการณ์เสี่ยงต่าง ๆ (High-risk situation) การวิเคราะห์ความสามารถในการรับมือหรือเผชิญกับสถานการณ์เสี่ยงนั้น พร้อมทั้งมีการฝึกฝน ทักษะ เตรียมความพร้อมในการกลับไปเผชิญกับสภาพการณ์ และสถานการณ์เสี่ยง

### ขั้นตอนการบำบัดความคิดและพฤติกรรมในผู้ใช้สารเสพติด

ในการดำเนินการบำบัดด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรายบุคคล จะใช้เวลาพูดคุยกัน 12-16 ครั้ง ในแต่ละครั้งใช้เวลาประมาณ 60 นาที ซึ่งการพูดคุยกันในแต่ละครั้งให้ดำเนินการตามขั้นตอนโครงสร้างการ บำบัด รวมระยะเวลาในการบำบัด 12 สัปดาห์ขึ้นไป โดยมีเนื้อหาครอบคลุม 3 ระยะ ดังนี้

### ระยะที่1 การสร้างแรงจูงใจ และความตระหนักในการบำบัดรักษา

การบำบัดผู้ใช้น้ำยาและสารเสพติดมีความแตกต่างจากการบำบัดรักษาโรคทั่วไป ทั้งนี้เนื่องจากผู้ใช้น้ำยา และสารเสพติดส่วนใหญ่ไม่สมัครใจหรือเต็มใจเข้าสู่การบำบัดรักษา โดยให้เหตุผลว่าตนเองไม่ได้ติดยา ไม่ได้ใช้ ยาทุกวัน บางวันสามารถหยุดหรือไม่ใช้น้ำยาเองก็ได้ จึงไม่เห็นความจำเป็นหรือประโยชน์ที่ตนเองจะเข้าสู่การบำบัดรักษา นอกจากนี้คือผู้ใช้สารเสพติดจะประเมินผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการใช้น้ำยาและสารเสพติดต่ำกว่า ความเป็นจริง ละเลย เพิกเฉยต่อผลกระทบที่เกิดขึ้น จนกระทั่งเกิดความผิดปกติจากการใช้สารเสพติดรุนแรง มากขึ้น และกลายเป็นปัญหาที่ซับซ้อนทำให้การบำบัดรักษายุ่งยากมากขึ้น ดังนั้นในระยะแรกของการบำบัดจึง ต้องมีการประเมินแรงจูงใจในการเลิกยาของผู้ป่วยว่าอยู่ในระยะใด เพื่อที่จะได้พูดคุยและให้การช่วยเหลือให้ เหมาะสมกับระดับของแรงจูงใจของผู้ป่วยที่มีอยู่แตกต่างกันในแต่ละราย

Beck & et al (1993) กล่าวไว้ว่าการบำบัดรักษาผู้ใช้สารเสพติดจะไม่สำเร็จ ถ้าไม่ได้คำนึงถึงแรงจูงใจ ซึ่ง Miller and Rollnick (อ้างอิงใน Beck & et al, 1993) ได้อธิบายถึงธรรมชาติของผู้ใช้สารเสพติดว่าส่วนใหญ่มีความลังเลใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยา (ขาดความมุ่งมั่น ตั้งใจ มีความบกพร่องในการใช้ เหตุผล) ทั้ง ๆ ที่แรงจูงใจนั้นมีความสำคัญ เพราะผู้ที่มีแรงจูงใจจะเป็นผู้ที่มีความพร้อม มีความตั้งใจกระตือรือร้น ให้ความร่วมมือ ลงมือกระทำเพื่อเปลี่ยนแปลงตนเองและแก้ไขพฤติกรรมที่เป็นปัญหา ดังนั้นการประเมินแรงจูงใจ และเสริมสร้างแรงจูงใจให้กับผู้ใช้น้ำยาและสารเสพติด จึงเป็นสิ่งสำคัญที่ควรดำเนินการในช่วงของการบำบัด



การบำบัดความคิดและพฤติกรรม เป็นการบำบัดที่ต้องอาศัยความร่วมมือของผู้ป่วยเป็นสำคัญ จึงจะสามารถทำให้ผลการบำบัดได้ผลดี ดังนั้นการเริ่มต้นการบำบัดใน 1-2 ครั้งแรก ด้วยการประเมิน แรงจูงใจ การทบทวนดำเนินชีวิตที่ผ่านมา จะช่วยให้ผู้ป่วยเห็นปัญหาที่เกิดจากการใช้สารเสพติด มีความตระหนักใน ปัญหาที่เกิดขึ้น ส่งผลต่อแรงจูงใจและความร่วมมือในการบำบัดมากขึ้น

## ระยะที่ 2 การวิเคราะห์รูปแบบของความคิดที่ทำให้ยังคงใช้สารเสพติดอย่างต่อเนื่อง และการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม

เป็นการวิเคราะห์เพื่อค้นหาความคิดทางลบ ที่มีความเชื่อมโยงต่ออารมณ์ และพฤติกรรม ที่ทำให้ยังคง ใช้ยาและสารเสพติดอย่างต่อเนื่อง ซึ่งในช่วงนี้จะมีการสอน หรือพูดคุยด้วยการตั้งคำถาม (Socratic question) และการใช้เทคนิคต่าง ๆ ของการบำบัด โดยในระยะแรกของการบำบัดผู้ป่วย ควรรู้จักความคิด อัตโนมัตินั้นเป็นอย่างไร (Automatic thought) และมีความสำคัญอย่างไรต่อพฤติกรรม สามารถรู้ได้ว่ามีความคิดอัตโนมัติเกิดขึ้นเมื่อไร (Identify thought) มีเนื้อความว่าอย่างไร มีอารมณ์ อะไรเกิดขึ้น (Identify mood) ระดับของอารมณ์ (Rating mood) รวมทั้งเข้าใจรูปแบบของความคิด (Cognitive model และ Interactional model) เพื่อให้ผู้ป่วยเห็นความสัมพันธ์ ความเชื่อมโยงของ ความคิด อารมณ์ ปฏิกริยาทาง ร่างกาย และพฤติกรรม ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถวิเคราะห์รูปแบบ ความคิดของตนเอง ที่มีผลต่อการ ใช้ยา และสารเสพติดอย่างต่อเนื่อง ทั้งการรับรู้ ความเข้าใจ การให้ความหมาย การตีความ การใช้เหตุผลในการ อธิบาย การตัดสินใจ ต่อสิ่งเร้าหรือตัวกระตุ้นต่าง ๆ ที่บิดเบือนจากความเป็นจริง และแตกต่างกับความคิดของผู้ที่ไม่ได้ติดยาและสารเสพติด โดยผู้บำบัด ใช้วิธีการตั้งคำถามต่อเนื่อง (Guide discovery) เพื่อนำให้ผู้ป่วยประเมินหรือพิสูจน์ความคิดของตนเอง (Evaluate thought) ในประเด็นดังนี้

1) ความคิดที่เกิดขึ้นมีความถูกต้อง สอดคล้องตามความเป็นจริงไหม (Validity) ด้วยการหา หลักฐานต่าง ๆ มาสนับสนุน หรือมาคัดค้าน ความคิด ซึ่งก็จะทำให้ผู้ป่วยพิจารณามุมมองต่าง ๆ ได้ ครอบคลุมมากขึ้น มีหลักในการตัดสินใจต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นรอบตัวได้อย่างมีเหตุผลมากขึ้น ก่อนที่ปักใจ เชื่อความคิดอัตโนมัติที่เกิดขึ้น อย่างรวดเร็วขึ้น

2) คิดแบบนี้มีประโยชน์อะไรไหม (Utility) กรณีที่ผู้ป่วยมีความคิดหมกมุ่น วอกวน จดจ่อกับ ความคิด ใดความคิดหนึ่งเกินไปก็เป็นการยากที่จะมองเห็นทางออกของปัญหา การตั้งคำถามต่าง ๆ เพื่อให้ประเมินว่าการ คิดซ้ำ ๆ อยู่อย่างนี้มีประโยชน์อะไรไหม ก็เสมือนเป็นการเรียกสติให้กลับคืน มาอยู่กับสภาพความเป็นจริงว่าเกิดสิ่งใดขึ้น และเริ่มประเมินตามความเป็นจริงว่าความคิดที่เกิดขึ้นนี้ จะมีประโยชน์ในระยะสั้น ระยะยาวอย่างไรในการดำเนินชีวิต หรือเกิดผลดีต่อการเลิกยาและสารเสพติด อย่างไร

ผลการประเมินถ้าความคิดเป็นเรื่องไม่จริง ผู้บำบัดจะช่วยสนับสนุนให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนคิด (Modifying dysfunctional thought) ในมุมมองอื่น ๆ ที่สอดคล้องตามความเป็นความจริง และ ส่งผลดีต่อการดำเนินชีวิตมากกว่า ถ้าความคิดเป็นเรื่องจริงที่คิดแล้วก็ทำให้เศร้า เสียใจ ท้อแท้ หมกม่งกำลังใจ การคิดอยู่อย่างนั้นอาจไม่ได้เกิดผลดีอะไร ก็อาจต้องเผชิญกับความจริงนั้นและหาแนวทาง ในการแก้ไขปัญหาคต่อไป



สำหรับรูปแบบความคิดของผู้ใช้สารเสพติดมีดังนี้ (Cognitive model of addiction) (Beck, et al. 1993)

### 1. การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self- Efficacy)

โดยคนที่รับรู้ความสามารถของตนเองสูงจะมีความคิดว่า “ฉันสามารถจัดการกับสิ่งกระตุ้นต่าง ๆ ที่นำไปสู่การใช้ยาและสารเสพติดได้” หรือ “ฉันกล้าที่จะพูดปฏิเสธที่จะไม่ใช้ยาได้” ส่วนคนที่รับรู้ความสามารถของตนเองต่ำ จะมีความคิดว่า “ฉันไม่สามารถที่จะผ่านในแต่ละวันไปได้โดยไม่ใช้ยา” หรือ “ฉันไม่กล้าที่จะทำอะไรตามที่ ต้องการได้ ถ้าไม่ได้ใช้ยา” การศึกษาพบว่าบุคคลที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองจะมีสัมพันธ์กับการหยุด ใช้สารเสพติดได้ โดยบุคคลที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองน้อย จะมีโอกาสกลับไปใช้ซ้ำมาก ส่วนบุคคลที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองมาก โอกาสกลับไปติดซ้ำน้อย

### 2. ความคาดหวังผลดีของการใช้ยาและสารเสพติด (Positive Outcome Expectation)

เป็นความคิดเกี่ยวกับผลของการใช้ยาและสารเสพติด หรือกิจกรรมต่าง ๆ โดยบุคคลที่มีความคาดหวังในทางบวกกับสารเสพติดมีความคิดว่า “ถ้าฉันใช้ยาจะทำให้รู้สึกกระปรี้กระเปร่าขึ้น” หรือ “ฉันจะ รู้สึกผ่อนคลาย” ดังนั้น ถ้าผู้ใช้ยาและสารเสพติดมีความคาดหวัง หรือมีความคิดทางบวกกับการใช้ยาและสารเสพติด มากกว่าผลทางลบ ก็จะทำให้มีการอนุญาตตนเองใช้ยาและสารเสพติดอย่างต่อเนื่อง

### 3. การอ้างเหตุผล (Attributions of causality)

เป็นความคิดที่เกี่ยวกับการใช้เหตุผลเพื่ออธิบายที่มาของพฤติกรรมการใช้ยาและสารเสพติดของตนเอง โดยมีการให้เหตุผลดังนี้ “วันนี้ไม่มีใครอยู่บ้าน ถ้าใช้ยาสักหน่อยก็ไม่เป็นไร” หรือ “ร่างกายฉันทนไม่ไหวหรอก ถ้าไม่ได้ใช้ยา” ซึ่งการที่บุคคลมีความเชื่อในเหตุผลที่อ้างก็จะยังคงใช้ยาและสารเสพติดอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากบุคคลรับรู้และเหมือนมีการกำหนดการใช้ยาของตนเองล่วงหน้าไปแล้วก็จะไม่ควบคุมตนเอง เช่น การละเมิดกฎการใช้ยา (Abstinence violation effect : AVE) คือการที่บุคคลมีแนวโน้มเชื่อว่าตัวเองไม่สามารถที่จะควบคุมการใช้ยาได้ ภายหลังจากที่พลาดไปใช้ หรือใช้ยาเพียงไม่กี่ครั้งหลังจากหยุดใช้ได้มาช่วงระยะเวลาหนึ่ง จนทำให้กลับไปใช้เหมือนเดิมอีก

### 4. กระบวนการตัดสินใจ (Decision-making processes)

การตัดสินใจที่ดูเหมือนไม่เกี่ยวข้องกับการใช้สารเสพติด (Apparently irrelevant decisions) เป็นการตัดสินใจที่ไม่ได้นำตนเองเข้าไปสู่สถานการณ์เสี่ยงโดยตรง แต่เป็นการตัดสินใจในเรื่องเล็ก ๆ น้อย ๆ ที่ค่อย ๆ เคลื่อนเข้าไปใกล้ชิดกับสถานการณ์เสี่ยง และเข้าไปสู่การใช้สารเสพติดในที่สุด จึงเป็นเหมือนปฏิกิริยา ลูกโซ่ที่เกิดขึ้นจากการตัดสินใจผิดพลาดในเรื่องใดเรื่องหนึ่งก็จะส่งผลต่อไปเรื่อย ๆ ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะคิดว่าตนเองเข้าไปสู่สถานการณ์นั้นด้วยความบังเอิญไม่ได้ตั้งใจ เพราะเขาไม่ได้คิดหรือจดจำ ถึงการตัดสินใจในเรื่องต่าง ๆ ที่ผ่านมาที่นำมาสู่ผลลัพธ์ในปัจจุบัน

ในการจัดการกับปัญหานี้ผู้ป่วยควรที่จะต้องตระหนักถึงเงื่อนไข และหนทางต่าง ๆ ที่เป็นไปได้ที่มีโอกาสนำไปสู่การใช้สารเสพติด มีการตื่นตัวอยู่เสมอ มีการพิจารณาไตร่ตรองอย่างรอบคอบในการดำเนินชีวิตประจำวันการตัดสินใจ ซึ่งจะค่อย ๆ เป็นไปโดยธรรมชาติเป็นอัตโนมัติไม่ยุ่งยากเหมือนในช่วงแรก ๆ ส่งผลต่อการควบคุมไม่ให้ใช้ยาและสารเสพติดได้ในที่สุด



### ระยะที่ 3 ทักษะต่างๆ ในการดำเนินชีวิต

การฝึกทักษะให้กับผู้ใช้จ่ายและสารเสพติด เป็นสิ่งสำคัญในการช่วยป้องกันการกลับติดซ้ำได้ ซึ่งควรมีการฝึกฝนซ้ำ ๆ ในช่วงของการบำบัดจนเกิดเป็นทักษะ เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมให้ผู้ป่วยสามารถนำไปใช้เมื่อเผชิญกับสถานการณ์เสี่ยงต่าง ๆ

#### แนวทางในการบำบัดความคิดและพฤติกรรมรายบุคคล

การบำบัดความคิดและพฤติกรรมมีโครงสร้างที่ชัดเจน การบำบัดแต่ละครั้งผู้บำบัดดำเนินการตามขั้นตอนในโครงสร้างของการบำบัด โดยเรื่องที่จะพูดคุยกันจะมีการกำหนดร่วมกันระหว่างผู้ใช้จ่ายและสารเสพติดและผู้บำบัดในแต่ละครั้งตามสภาพปัญหาซึ่งแต่ละคนจะมีปัญหาที่แตกต่างกัน การกำหนดเรื่องที่จะพูดคุย กันจึงมีความยืดหยุ่นได้ตามความสำคัญ ความเร่งด่วน ความรุนแรงของปัญหาที่เผชิญอยู่ สิ่งที่สำคัญของการดำเนินการเพื่อให้เข้าใจตัวผู้ใช้จ่ายและสารเสพติดคือการทำ Case conceptualization เป็นการใช้ Cognitive model ในทำความเข้าใจ อธิบาย วิเคราะห์ถึงปัญหาที่ยังดำเนินอยู่ ซึ่งจะช่วยในการวางแผนการรักษา อย่างไรก็ตามการบำบัดความคิดและพฤติกรรมถึงแม้จะเน้นที่ปัญหาในปัจจุบันที่ดำเนินอยู่ การรวบรวมข้อมูลเบื้องต้นของผู้ป่วยทั้งประวัติครอบครัว ประวัติการใช้สารเสพติด ประวัติสุขภาพ และข้อมูลอื่น ๆ ก็ยังมีความจำเป็นที่สามารถเชื่อมโยงให้มีความเข้าใจในตัวผู้ป่วย และปัญหาการเจ็บป่วยในปัจจุบันมากยิ่งขึ้น

การบำบัดความคิดและพฤติกรรมผู้ใช้จ่ายและสารเสพติดรายบุคคลในเอกสารฉบับนี้ ได้มีการเสนอหัวข้อการบำบัด (Agenda) ในแต่ละครั้งครอบคลุมปัญหาส่วนใหญ่ที่พบในกลุ่มของผู้ใช้จ่ายและสารเสพติดโดยเน้นในเรื่องของการป้องกันการติดซ้ำ (Relapse prevention) ซึ่งในการปฏิบัติ นั้นหัวข้อหรือประเด็น (Agenda) ในการพูดคุยกับผู้ป่วยนั้นสามารถเปลี่ยนแปลงลำดับก่อน หลังได้ตามความเหมาะสมกับสภาพปัญหาของผู้ป่วยเป็นสำคัญ โดยเฉพาะทักษะต่าง ๆ ในการป้องกันการติดซ้ำ

สำหรับการบำบัดความคิดและพฤติกรรมรายบุคคลในแต่ละครั้งจะมีการกำหนดหัวข้อประเด็นที่ พูดคุยกัน ดังรายละเอียด

#### การบำบัดครั้งที่ 1

1. ตั้ง agenda และอธิบายเหตุผลของ agenda
2. ถามข้อมูลของผู้ป่วยเพิ่มเติมเพื่อนำไปใช้ในการทำ Case conceptualization
3. ค้นหาปัญหาผู้ป่วยและตั้งเป้าหมายร่วมกัน
4. ประเมินแรงจูงใจในการเลิกใช้ยาและสารเสพติด
5. ทบทวนเป้าหมายการดำเนินชีวิตที่ผ่านมา (ครอบครัว การงาน การเรียน) เทียบกับความเป็นจริงในชีวิตปัจจุบัน แตกต่างกันมากน้อยแค่ไหน (Develop discrepancy) วิเคราะห์สาเหตุที่ทำให้ชีวิตจริงไม่สามารถ ไปสู่เป้าหมายได้
6. ให้การบ้านและอธิบายทำความเข้าใจ
7. สรุปและให้ผู้ป่วย feedback

การบ้านผู้ป่วย ให้เขียนเหตุผลของความต้องการมาบำบัด และเหตุผลของการไม่อยากบำบัด  
การบำบัดครั้งที่ 2

1. ตรวจสอบอารมณ์ และประเมินแรงจูงใจในการบำบัดรักษา
2. ตั้ง agenda
3. ทบทวนการบ้าน ตรวจสอบการบ้าน และช่วยแก้ไขอุปสรรคที่พบ
4. พิจารณาข้อดี ข้อเสียของการใช้ยาและสารเสพติด และข้อดีข้อเสียของการเลิกใช้ยาและสารเสพติด (Pros and cons)
5. ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคสมองติดยา
6. ให้การบ้านและอธิบายทำความเข้าใจ
7. สรุปและให้ผู้ป่วย feedback

การบ้านผู้ป่วย บันทึกแรงจูงใจในการบำบัดรักษาในแต่ละวัน (0-100 คะแนน)

การบำบัดครั้งที่ 3

1. ตรวจสอบอารมณ์ในช่วงเวลาที่ผ่านมา
2. ตั้ง agenda
3. ทบทวนการบ้าน ตรวจสอบการบ้าน และช่วยแก้ไขอุปสรรคที่พบ
4. ค้นหา ความคิดอัตโนมัติทางลบ (Negative automatic thought) ที่มีความเกี่ยวข้องกับสถานการณ์ซึ่งนำไปสู่พฤติกรรมการใช้ยาและสารเสพติดอย่างต่อเนื่อง
5. ให้ความรู้เกี่ยวกับรูปแบบของความคิด (Cognitive model) ที่ส่งผลต่อการใช้ยาและสารเสพติดอย่างต่อเนื่อง
6. ฝึกการปรับเปลี่ยนความคิดเพื่อไม่ไปใช้ยาและสารเสพติด โดยพิจารณาว่า 1) ความคิดอัตโนมัติเป็นจริงหรือไม่ 2) ความคิดอัตโนมัตินี้มีประโยชน์ต่อการเลิกยาใหม่ และ 3) ถ้าไม่คิดแบบนี้คิดแบบอื่นได้ไหม
7. หาข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อนำไปใช้ในการทำ Case conceptualization
8. ให้การบ้านและอธิบายทำความเข้าใจ
9. สรุปและให้ผู้ป่วย feedback

การบ้านผู้ป่วย บันทึกความคิดอัตโนมัติ (Negative automatic thought record)

การบำบัดครั้งที่ 4

1. ตรวจสอบอารมณ์ในช่วงเวลาที่ผ่านมา
2. ตั้ง agenda
3. ทบทวนการบ้าน ตรวจสอบการบ้าน และช่วยแก้ไขอุปสรรคที่พบ
4. ฝึกค้นหา Automatic thought ในสถานการณ์ต่าง ๆ ที่นำไปสู่พฤติกรรมการใช้ยาและสารเสพติด หรือการหยุดยา โดยเชื่อมโยงให้เห็นความสัมพันธ์กันในรูปแบบปฏิสัมพันธ์ (Interactional model) ความคิด อารมณ์ ปฏิกริยาทางร่างกาย และพฤติกรรม



5. ฝึกการปรับเปลี่ยนความคิดเพื่อที่ไม่ไปใช้ยาและสารเสพติด โดยพิจารณาว่า 1) ความคิดอัตโนมัติ เป็นจริงหรือไม่ 2) ความคิดอัตโนมัตินี้มีประโยชน์ต่อการเลิกยาใหม่ และ 3) ถ้าไม่คิดแบบนี้ คิดแบบอื่นได้ไหม

6. ให้การบ้านและอธิบายทำความเข้าใจ

7. สรุปและให้ผู้ป่วย feedback

การบ้านผู้ป่วย บันทึกความคิดประจำวัน (Diary thought record)

ตัวอย่างใบงาน แบบบันทึกความคิดประจำวัน

วันที่/เวลา	สถานการณ์	ความคิด	อารมณ์ / ความรู้สึก

### การบำบัดครั้งที่ 5

1. ตรวจสอบอารมณ์ในช่วงเวลาที่ผ่านมา
2. ตั้ง agenda
3. ทบทวนการบ้าน ตรวจสอบการบ้าน และช่วยแก้ไขอุปสรรคที่พบ
4. ฝึกให้ค้นหาความคิดและอารมณ์ (Identify thought และ Identify mood) ซึ่งเป็นตัวกระตุ้นภายใน และค้นหาตัวกระตุ้นภายนอกที่ทำให้ผู้ป่วยใช้ยาและสารเสพติด ให้คะแนนตัวกระตุ้นแต่ละตัว (0-100 คะแนน) จัดอันดับตัวกระตุ้นที่มีอิทธิพลต่อการไปใช้ยาและสารเสพติด
5. ให้ความรู้เกี่ยวกับตัวกระตุ้นภายในและตัวกระตุ้นภายนอกที่นำไปสู่การใช้ยาและสารเสพติด
6. วิเคราะห์ปัญหาการใช้ยาและสารเสพติดด้วย ABC model (A=Antecedence, B=Behavior, C= Consequence)
7. ให้การบ้านและอธิบายทำความเข้าใจ
8. สรุปและให้ผู้ป่วย feedback

การบ้านผู้ป่วย บันทึกเหตุการณ์ที่พบกับตัวกระตุ้น  
ตัวอย่างใบงาน บันทึกเหตุการณ์ที่พบกับตัวกระตุ้น

เหตุการณ์ที่พบกันตัว กระตุ้น	ความคิดอารมณ์/ ความรู้สึก	ทำอะไร	ผลที่ตามมา	พฤติกรรม

การบำบัดครั้งที่ 6

1. ตรวจสอบอารมณ์ในช่วงเวลาที่ผ่านมา
2. ตั้ง agenda
3. ทบทวนการบ้าน ตรวจสอบการบ้าน และช่วยแก้ไขอุปสรรคที่พบ
4. ฝึกให้ค้นหาสถานการณ์เสี่ยงสูง (Identification of high-risk situations) โดยวิเคราะห์  
สิ่งที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาและสารเสพติดทั้งความคิด อารมณ์/ความรู้สึก และพฤติกรรม ตั้งแต่ก่อน  
ระหว่าง และหลังการใช้ยาและสารเสพติด
5. ฝึกค้นหาวิธีการในการควบคุมกำกับตนเอง และการเผชิญกับตัวกระตุ้น
6. ให้ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการเผชิญกับตัวกระตุ้น ตั้งแต่การพยายามจดจำตัวกระตุ้น  
ต่างๆ เพื่อ เป็นสัญญาณเตือนอันตรายว่ากำลังอยู่ในสถานการณ์เสี่ยง การหลีกเลี่ยงไม่เผชิญหน้ากับ  
ตัวกระตุ้น และการ จัดการกับตัวกระตุ้นอย่างมีประสิทธิภาพ
7. ให้การบ้านและอธิบายทำความเข้าใจ
8. สรุปและให้ผู้ป่วย feedback

การบ้านผู้ป่วย วิเคราะห์สถานการณ์เสี่ยง

ตัวอย่างใบงาน วิเคราะห์สถานการณ์เสี่ยง

การวิเคราะห์	ก่อนการใช้ยาและ สารเสพติด	ระหว่างการใช้ยาและ สารเสพติด	หลังการใช้ยาและ สารเสพติด
ความคิด			
อารมณ์/ความรู้สึก			
พฤติกรรม			



## การบำบัดครั้งที่ 7

1. ตรวจสอบอารมณ์ในช่วงเวลาที่ผ่านมา
2. ตั้ง agenda
3. ทบทวนการบ้าน ตรวจสอบการบ้าน และช่วยแก้ไขอุปสรรคที่พบ
4. ค้นหาตัวกระตุ้น (Identifying triggers) ที่นำไปสู่อาการอยากใช้ยาและสารเสพติด (Craving)

ให้คะแนนอาการอยากยา (0-100 คะแนน)

5. ให้ตรวจสอบความคิด และอาการอยากยา การใช้ Socratic question ในประเด็น
  - ถ้ามีอาการอยากยาแล้วไม่ได้ใช้จะเป็นอย่างไร
  - เคยมีประสบการณ์ที่อยากแล้ว กลับรู้สึกไม่ตีมีไหม เกิดอะไรขึ้น
  - เคยคิดถึงผลดีของการไม่ใช้ยาใหม่ เป็นอย่างไร
6. ให้ความรู้เกี่ยวกับธรรมชาติของอาการอยากยา และเทคนิคต่าง ๆ ในการจัดการกับตัวกระตุ้น
7. ให้การบ้านและอธิบายทำความเข้าใจ
8. สรุปและให้ผู้ป่วย feedback

การบ้านผู้ป่วย แบบบันทึกอาการอยากยา (diary record of craving)

ตัวอย่างใบงาน แบบบันทึกอาการอยากยา

วันที่/เวลา	สถานการณ์	ความคิด	ความเข้มข้นของ ความรู้สึกอยากยา (1-100)	ระยะเวลาของ อาการอยากยา	วิธีการจัดการกับ ความอยากยา

## ความรู้เพิ่มเติม

วิธีการจัดการกับตัวกระตุ้น ตั้งแต่ก่อน ระหว่าง และหลังเผชิญกับตัวกระตุ้น

- 1) การจดจำ (Recognize) ว่ามีตัวกระตุ้นใดที่ต้องระมัดระวังที่อาจนำพากลับไปสู่การใช้ยา
- 2) หลีกเลียง (Avoid) หลีกเลี่ยงหรือลดการติดต่อกับบุคคลผู้ที่เกี่ยวข้องกับยาและสารเสพติด ไม่เข้าไปในสถานที่หรือบริเวณที่มีการซื้อ-ขาย หรือใช้ยา ไม่เก็บเงินไว้กับตัวเอง และถ้าพบว่าการดื่มแอลกอฮอล์เกี่ยวข้อง กับการใช้ยา ก็ควรหยุดดื่มแอลกอฮอล์ด้วย

3) การเผชิญหน้าและจัดการกับตัวกระตุ้น (Cope)

- 3.1 การเบี่ยงเบนความสนใจ (Distraction) ไปทำกิจกรรมอื่นๆ
- 3.2 การนึกถึงผลเสียที่เกิดขึ้นตามมาถ้าใช้ยาและสารเสพติด (Recalling the negative consequences)

3.3 การพูดกับตัวเอง (Self-talk) เป็นการที่ผู้ใช้ยาและสารเสพติดจดจำความคิดอัตโนมัติที่เคยเกิดขึ้นเช่น “ฉันต้องใช้ยา ถ้าไม่ใช้ยา ฉันจะตายแน่” เราก็จะพูดบอกกับตัวเองว่า “อาการอยากยาทำให้ฉัน รู้สึกแย่ ไม่สุขสบายก็จริง แต่ฉันก็สามารถจัดการกับมันโดยไม่ใช้ยาได้”

3.4 การพูดเกี่ยวกับความรู้สึกอยากยา (Talking about craving) เมื่อเพื่อนหรือสมาชิกในครอบครัว มีการพูดถึงอาการอยากยาบ้างก็จะเป็นการลดความวิตกกังวล ความเครียดของผู้ใช้ยาและสารเสพติดได้ ซึ่งจะช่วยให้สุขสบาย บรรยากาศผ่อนคลายขึ้น ซึ่งมีผลทำให้สามารถจัดการตัวกระตุ้นได้ดีขึ้น

3.5 การอดทนอยู่กับอาการอยากยา (Going with the craving) คือรู้ธรรมชาติของอาการอยากยาว่าเมื่อมีอาการมากที่สุดแล้วอาการจะค่อยๆ ลดลงและหมดไปในที่สุด ถ้าเราอดทนและไม่กลับไปใช้ยาเราก็ผ่าน ช่วงเวลานี้ไปได้ ซึ่งในช่วงที่ต้องอยู่กับอาการอยากยาให้ใช้จินตนาการเหมือนการเล่นกระดานโต้คลื่นที่ควบคุม ตนเองเคลื่อนไปตามคลื่น หรือเล่นยูโดให้เคลื่อนตัวไปตามแรงดึงของฝ่ายตรงข้าม โดยไม่ออกแรงต้าน โดยให้รู้ว่ามีอาการอยากยาและเฝ้าดูการเปลี่ยนแปลงของความรู้สึกอยากยา โดยไม่คิดปรุงแต่งทำให้อาการอยากยาเพิ่มมากขึ้น

## การบำบัดครั้งที่ 8

1. ตรวจสอบอารมณ์ในช่วงเวลาที่ผ่านมา
2. ตั้ง agenda
3. ทบทวนการบ้าน ตรวจสอบการบ้าน และช่วยแก้ไขอุปสรรคที่พบ
4. พูดคุยถึงประสบการณ์ที่ผู้ป่วยเข้าไปอยู่ในสถานการณ์ เหตุการณ์เสี่ยงที่ทำให้ไปใช้ยาและสารเสพติดทั้ง ๆ ที่ไม่ได้ตั้งใจตั้งแต่แรกว่าจะไปใช้ยาและสารเสพติดนั้น (Seemingly irrelevant decision=SID) โดยใช้ Socratic question เพื่อค้นหาความคิด การตัดสินใจที่เกิดขึ้น พิจารณาถึงความสมเหตุสมผลในการ ตัดสินใจ การประเมินสถานการณ์เสี่ยง และการควบคุมตนเอง
5. ฝึกการคิดพิจารณา การประเมิน และการตัดสินใจในสถานการณ์ต่าง ๆ
6. อธิบายถึงการตัดสินใจที่ผิดพลาดที่นำไปสู่สถานการณ์เสี่ยง และใช้ยาและสารเสพติดซึ่งมักจะเกิดจากความคิดที่ไม่สมเหตุสมผล มีการประเมินสถานการณ์ผิดพลาด (สถานการณ์มีความเสี่ยงน้อย มีความปลอดภัย) และค้นหาวิธีการในการตัดสินใจที่เหมาะสม
7. ให้การบ้านและอธิบายทำความเข้าใจ
8. สรุปและให้ผู้ป่วย feedback



## การบ้านผู้ป่วย แบบกำกับการตัดสินใจ (Monitoring decisions)

### ตัวอย่างใบงาน แบบกำกับการตัดสินใจ (Monitoring decisions)

การตัดสินใจ	ทางเลือกที่ปลอดภัย	ทางเลือกที่เสี่ยง

### ความรู้เพิ่มเติม

การตัดสินใจเรื่องเล็ก ๆ น้อย ๆ ในชีวิตประจำวันดูเหมือนจะเป็นเรื่องปกติ ธรรมดาที่สามารถทำให้ผู้ป่วยค่อย ๆ เคลื่อนเข้าไปใกล้ชิดกับการใช้ยาและสารเสพติดได้ ดังนั้นในการตัดสินใจต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นเรื่องใหญ่หรือเรื่องเล็กควรพิจารณา ดังนี้

- พิจารณาทางเลือกทั้งหมดที่มี
- คิดถึงผลลัพธ์ที่จะเกิดตามมาทั้งด้านบวกและด้านลบในแต่ละทางเลือก
- เลือกทางเลือกที่ปลอดภัย ซึ่งมีความเสี่ยงต่อโอกาสที่จะไปติดช้าน้อย
- สังเกต สัญญาณอันตราย หรือความคิดประเภทที่ว่า “ฉันต้อง....” หรือ “ฉันสามารถจัดการได้...”

### การบ้านครั้งที่ 9

1. ตรวจสอบอารมณ์ในช่วงเวลาที่ผ่านมา
2. ตั้ง agenda
3. ทบทวนการบ้าน ตรวจสอบการบ้าน และช่วยแก้ไขอุปสรรคที่พบ
4. ฝึกให้ผู้ป่วยแก้ไขปัญหา (Problem solving) ทั้งปัญหาที่เกี่ยวข้องและไม่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาและสารเสพติด เพราะปัญหาต่าง ๆ ที่ละเอียดไม่สนใจอาจจะกลายเป็นปัญหาที่วิกฤตได้
5. ให้ความรู้เกี่ยวกับขั้นตอนการแก้ไขปัญหา
6. ให้การบ้านและอธิบายทำความเข้าใจ
7. สรุปและให้ผู้ป่วย feedback

### การบ้านผู้ป่วย การแก้ไขปัญหา

### ตัวอย่างใบงาน การแก้ไขปัญหา

ปัญหาที่พบ	วิธีการแก้ปัญหา	ผลลัพธ์



## การบำบัดครั้งที่ 10

1. ตรวจสอบอารมณ์ในช่วงเวลาที่ผ่านมา
2. ตั้ง agenda
3. ทบทวนการบ้าน ตรวจสอบการบ้าน และช่วยแก้ไขอุปสรรคที่พบ
4. ฝึกทักษะการปฏิเสธการใช้ยาและสารเสพติด (Refusal skill) โดยให้ผู้ป่วยแสดงบทบาทสมมติ
5. ให้ความรู้ และหลักการปฏิเสธ
6. ให้การบ้านและอธิบายทำความเข้าใจ
7. สรุปและให้ผู้ป่วย feedback

**การบ้านผู้ป่วย** ฝึกทักษะการปฏิเสธในสถานการณ์ต่าง ๆ

## การบำบัดครั้งที่ 11

1. ตรวจสอบอารมณ์ในช่วงเวลาที่ผ่านมา
2. ตั้ง agenda
3. ทบทวนการบ้าน ตรวจสอบการบ้าน และช่วยแก้ไขอุปสรรคที่พบ
4. พูดคุยเกี่ยวกับประสบการณ์ที่ไม่ประสบความสำเร็จในการหยุด/เลิกใช้ยาและสารเสพติดในช่วงเวลาที่ผ่าน ๆ มา และค้นหาเหตุการณ์ที่พลาดไปใช้ยาและสารเสพติดในระยะเริ่มต้น (Identify lapse situations) ว่าเกิดอะไรขึ้น มีความคิด หรือการอธิบายเหตุผลอย่างไรจึงทำให้ใช้ยาและสารเสพติดต่อไปเรื่อย ๆ จนกลับไปเสพติดซ้ำ รวมทั้งการวางแผนเพื่อป้องกันการกลับไปติดซ้ำ
5. ให้ความรู้เรื่องการป้องกันการติดซ้ำ (Relapse prevention) และ การจัดการเมื่อพลาดไปใช้ยาและสารเสพติดในระยะเริ่มต้น (Lapse Management)
6. พูดคุยเกี่ยวกับการยุติการบำบัดรักษา และสังเกตปฏิกิริยาของผู้ป่วย
7. ให้การบ้านและอธิบายทำความเข้าใจ
8. สรุปและให้ผู้ป่วย feedback

**การบ้านผู้ป่วย** การวางแผนการป้องกันการติด

## ความรู้เพิ่มเติม

การจัดการเมื่อกลับไปใช้ยาและสารเสพติดในระยะเริ่มต้น (Lapse Management) การที่ผู้ป่วยอยู่ในช่วงของการฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจและปรับตัวเข้ากับสภาพสังคมสิ่งแวดล้อมของการไม่ใช้ยาและสารเสพติด (Recovery) ยังคงต้องควบคุม กำกับตนเองไปอีกช่วงระยะเวลาหนึ่ง ในช่วงนี้อาจมีบางคนที่เกิดความ ผิดพลาด พั้งผลกลับไปใช้ยาและสารเสพติด (Slip) ผู้ป่วยอาจจะรู้สึกผิด รู้สึกอาย กลัวโทษตัวเอง คิดว่าเป็น ความล้มเหลว และไม่พยายามที่จะควบคุม กำกับตนเองในการดำเนินชีวิต อยู่บนเส้นทางการเลิกยา เริ่มมีความคาดหวังต่อการใช้ยาในทางบวก ปล่อยตัวเองเข้าไปสู่การใช้ยาและสารเสพติดเหมือนเดิม ซึ่งเป็นการ ละเมิดต่อการหยุดใช้ยาและสารเสพติด (Abstinence violation effect= AVE)



ดังนั้นการให้ผู้ป่วยค้นหาและรู้ถึงความคิดของตนเองในการให้เหตุผล หรือข้ออ้างในการอธิบาย เพื่อที่จะกลับไปใช้ยาและสารเสพติดอย่างต่อเนื่อง หลังจากเริ่มต้นไปใช้จึงเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยควรได้เรียนรู้ และจดจำ โดยเน้นถึงเหตุการณ์ที่ละเอียดต่อการควบคุมพฤติกรรมตนเอง และการหมกมุ่นครุ่นคิด อยู่กับความปรารถนาต่อความรู้สึกดี ๆ ที่เกิดขึ้นทันทีหลังจากการใช้ยาและสารเสพติด ผู้ป่วยจะ เกิดการเรียนรู้ และคาดคะเนผลที่เกิดขึ้นตามมาได้ทันความคิดที่จะกลับไปใช้ยาและสารเสพติด การวางแผนไว้ล่วงหน้าว่าจะรับมือกับ สถานการณ์นี้อย่างไรจึงสามารถช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับ เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตจริงได้อย่างมีประสิทธิภาพ

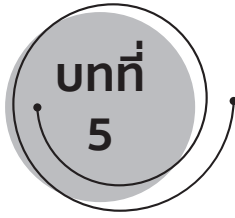
## การบำบัดครั้งที่ 12

1. ตรวจสอบอารมณ์ในช่วงเวลาที่ผ่านมา
2. ตั้ง agenda
3. ทบทวนการบ้าน ตรวจสอบการบ้าน และช่วยแก้ไขอุปสรรคที่พบ
4. ทำความเข้าใจเรื่องการดำเนินชีวิตที่สมดุล (Balance lifestyle) ซึ่งในกิจกรรมในแต่ละวัน มีความสำคัญที่อาจเป็นปัจจัยเพิ่มความเครียด และทำให้เสียสมดุลในการดำเนินชีวิต ถ้าเราสามารถ จัดกิจกรรม ในแต่ละวันอย่างเหมาะสม โดยประเมินได้ว่ากิจกรรมใดเป็นกิจกรรมที่ต้องการทำ (Want) กิจกรรมใดเป็น กิจกรรมที่ควรทำ (Should)
5. พุดคุยสรุปสิ่งที่เรียนรู้ในการบำบัดที่ผ่านมา
  - สถานการณ์ความเสี่ยงต่าง ๆ (High-risk situation) ที่นำไปสู่การใช้ยาและสารเสพติด
  - การจัดการกับความเสี่ยง (จดจำตัวกระตุ้น ตระหนักรู้ว่าเสี่ยงต่อการนำไปสู่ การใช้ยา กำกับความคิด และความรู้สึก ให้รู้ทันท่วงท่าต่อสัญญาณอันตราย หาวิธีในการจัดการกับ สถานการณ์เสี่ยง)
6. ประเมินผลการบำบัดรักษา
7. ยุติการบำบัดรักษา

## เอกสารอ้างอิง

- ตะวันชัย จิระประมุขพิทักษ์. (2558). นโยบายและมาตรการในการแก้ปัญหา สุรา บุหรี่ ยาเสพติด แนวคิดและหลักฐานเชิงประจักษ์, กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
- ทิพาวดี เอมะวรรณนะ, (2547), จิตวิทยาการปรึกษาสำหรับผู้ติดยาเสพติด, กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
- ธีรชัย งามทิพย์วัฒนา. (2549). การบำบัดเพื่อปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม สำหรับการเสพยาเสพติด ในตำราจิตเวชศาสตร์การติดยาเสพติด, หน้า 165-192. กรุงเทพฯ: บางกอกบลู๊ค
- ฉัตร พิทยรัตน์เสถียร. (2551). Cognitive Behavioral Therapy. (เอกสารประกอบการสอน) กรุงเทพฯ ม.ป.พ. เอกสารอัดสำเนา
- สุกมา แสงเดือนฉาย, วันเพ็ญ ใจปทุม, สำเนา นิลบรรพ์, สุวภัทร คงหอม. (2557). คู่มือโปรแกรม การบำบัดความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยเมทแอมเฟตามีน, กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย
- Beck Aaron T., et al (1993). Cognitive Therapy of Substance Abuse. New York: The Guilford Press.
- Carroll Kathleen M. (1998). A Cognitive-Behavioral Approach: Treating Cocaine Addiction. USA.: National Institute on Drug Abuse.
- Gerard J. Connors, Dennis M. Donovan, Carlo C. Diclement. (2001). Substance Abuse treatment and Stages of Change. New York: Guilford Press.
- Greenberger Dennis, Padesky Christine. Mind Over Mood. London: The Guilford Press.
- Kadden, Ronald.; et al. (2003). Cognitive-Behavioral Coping Skills Therapy Manual. USA.: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism.
- Larimer Mary E., Palmer Rebekka S, Marlatt Alan G. (1999). Relapse Prevention. Alcohol Research and Health, 23(2): 151-153.
- Mark D. Litt, Ronald M. Kadden, Elise Kabelo-Cormier, Nancy M. Petry. (2008). Coping Skills Training and Contingency Management Treatments for Marijuana Dependence: Exploring Mechanisms of Behavior Change, Addiction, 103(4): 638-648.
- O' Donohue William, Fisher Jane E., Hayes, Steven C. (2003). Cognitive Behavior Therapy. : Applying Empirically Supported Techniques in Your Practice. New Jersey: John Wiley & Sons





## การบำบัดความคิดและพฤติกรรมในผู้ใช้สารเสพติดแบบกลุ่ม

ดร. สุกุมมา แสงเดือนฉาย

การบำบัดความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มฉบับนี้ ได้คัดเลือกกิจกรรม 5 กิจกรรมจากคู่มือโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมเพื่อป้องกันการติดยาของผู้ป่วยเมทแอมเฟตามีนที่เข้ารับ การบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน เพื่อมาใช้ในการฝึกปฏิบัติในการอบรมหลักสูตรนี้ โดยเป็นกิจกรรมหลัก ในการทำความเข้าใจกับ แนวคิดพื้นฐานของการบำบัดความคิดและพฤติกรรม รวมทั้งการฝึกทักษะ เพื่อใช้ในการป้องกันการติดยา ซึ่งมีประเด็นแนวคิด และรายละเอียดของกิจกรรมดังนี้

ชื่อกิจกรรม	ประเด็นสำคัญในกิจกรรม
1. เหริยญสองด้าน	<ul style="list-style-type: none"><li>- การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ</li><li>- สมองตติยา</li><li>- Advantage and disadvantage</li><li>- ประเมินแรงจูงใจในการอยู่บำบัด</li></ul>
2. ความสัมพันธ์ระหว่างความคิด และอารมณ์ที่ส่งผลต่อพฤติกรรม	<ul style="list-style-type: none"><li>- การหายใจเพื่อผ่อนคลายกล้ามเนื้อ</li><li>- Cognitive model</li><li>- Interaction model</li><li>- ความคิด และอารมณ์ที่นำไปสู่การใช้สารเสพติด (ตัวกระตุ้นภายใน)</li></ul>
3. การจัดการกับความคิดที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาเสพติด	<ul style="list-style-type: none"><li>- การตรวจสอบความคิด (หลักฐานสนับสนุน หรือคัดค้าน)</li><li>- การโต้แย้งความคิด</li><li>- การปรับเปลี่ยนความคิด</li></ul>
4. การจัดการกับความอยาก และการพลัดพลังไปใช้ยาเสพติด	<ul style="list-style-type: none"><li>- ปรากฏการณ์ความรู้สึกลอยๆ</li><li>- ตัวกระตุ้น (ภายในและภายนอก)</li><li>- การจัดการกับความรูสึกลอยๆ</li></ul>
5. การเผชิญและการแก้ไขปัญหา	<ul style="list-style-type: none"><li>- ความสำคัญของการแก้ปัญหา</li><li>- การแก้ไขปัญหา 6 ขั้นตอน</li></ul>

หมายเหตุ คู่มือโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยเมทแอมเฟตามีน (ฉบับเต็ม)

([www.thanyarak.go.th](http://www.thanyarak.go.th))

# กิจกรรมที่ 1

## เหรียญสองด้าน

### วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วย

1. ตระหนักถึงผลกระทบของการใช้ยาบ้า เมทแอมเฟตามีน
2. เกิดแรงจูงใจในการบำบัดรักษา

### แนวความคิด

ในช่วงเวลาติดยาบ้า เมทแอมเฟตามีน ผู้ใช้ยามักจะหมกมุ่นอยู่กับการใช้ และพยายามเสพ โดยมีความคาดหวังต่อฤทธิ์ของยาว่าจะทำให้เพลิดเพลิน มีความสุขสบายและบรรเทาความทุกข์ได้ โดยไม่คำนึงถึงผลกระทบต่าง ๆ ที่ตามมา ดังนั้นความคิดและการมองปัญหาของผู้ใช้ยาบ้า เมทแอมเฟตามีน จึงมุ่งไปที่ฤทธิ์ของยาเสพติดที่สามารถตอบสนองความต้องการของตนเองได้อย่างรวดเร็ว โดยไม่คำนึงถึงผลกระทบอื่น ๆ ตามมา

ผู้ใช้ยาบ้า/เมทแอมเฟตามีน จะมีแรงจูงใจและตัดสินใจเข้าสู่การบำบัดรักษาก็ต่อเมื่อ มีปัญหาสุขภาพร่างกาย และจิตใจ หรือได้รับผลกระทบอื่น ๆ ทั้งจากเรื่องครอบครัว การเรียน การงาน แต่ส่วนใหญ่แล้ว แรงจูงใจนั้นยังไม่มากเพียงพอที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างต่อเนื่องได้

ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางสุขภาพ สิ่งสำคัญคือ ผู้ป่วยต้องมีความตระหนักในปัญหา หรือ ผลกระทบที่เกิดจากพฤติกรรมนั้น จึงจะทำให้มีแรงจูงใจ และการตัดสินใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและ พร้อมทั้งจะให้ความร่วมมือในการบำบัดรักษา

สำหรับวิธีการในการสร้างความตระหนักในปัญหาการใช้ยาบ้า เมทแอมเฟตามีน สามารถทำได้โดย 1) การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคสมองติดยา เพื่อให้ผู้ป่วยทราบถึงผลของความผิดปกติของการทำงานของสมอง และสารเคมีต่าง ๆ ซึ่งถ้ายังคงใช้สารเสพติดต่อไป ก็จะทำให้สมองถูกทำลายมากขึ้น และยากที่จะฟื้นฟูกลับเป็นปกติได้ 2) ให้ผู้ป่วยได้ทบทวนตนเองและพิจารณาข้อดี-ข้อเสีย (Pros and Cons) ของการใช้ยาเสพติดอย่าง ครอบคลุมในทุกด้านตามความเป็นจริงว่ามีอะไรบ้าง และส่งผลกระทบต่อ การดำเนินชีวิตของตนเองอย่างไร โดยเสนอแนะให้นำมาเปรียบเทียบ พิจารณาระหว่างผลกระทบ และฤทธิ์อันพึงประสงค์ที่ได้รับ ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยมองเห็นผลกระทบ และปัญหาการใช้ยาเสพติด ชัดเจนมากขึ้น ส่งผลต่อความตั้งใจและเป็นแรงจูงใจในการเข้ารับการบำบัด

ระยะเวลา 90 นาที

### วิธีดำเนินการ

#### ขั้นเริ่มต้น (20 นาที)

1. ทบทวนกิจกรรม เกี่ยวกับสิ่งที่พูดไปในครั้งที่แล้วและการบ้านตามใบงานที่ในการบำบัดรักษา” 1.2 “ความคาดหวัง
2. ประเมินความคิดและอารมณ์ของผู้ป่วยในช่วงวันที่ผ่านมา เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อม ก่อน เข้าสู่กิจกรรม



## ขั้นตอนการ (60 นาที)

1. ผู้บำบัดให้ผู้ป่วยผ่อนคลายกล้ามเนื้อ โดยให้นั่งในท่าที่สบาย หลับตา ให้เกร็งและคลายกล้ามเนื้อ สลับกันไปประมาณ 10 ครั้ง ขณะที่เกร็งกล้ามเนื้อให้นับ 1-5 แล้วจึงผ่อนคลายโดยการนับ 1-10 ซึ่งวิธีการ ปฏิบัติดังนี้

- มือและแขน โดยกำมือ เกร็งแขน แล้วคลาย
- หน้าผาก โดยเลิกคิ้วแล้วคลาย ขมวดคิ้วและคลาย
- ตา แก้ม จมูก โดยหลับตาแน่น ย่นจมูกแล้วคลาย
- ขากรรไกร ลิ้น ริมฝีปาก โดยกัดฟัน ใช้ลิ้นดันเพดานปากแล้วคลาย เม้มปากแน่นแล้วคลาย
- คอ โดยก้มหน้าให้คางจดแล้วคลาย เงยหน้าจนสุดแล้วคลาย
- ออก ไหล่ และหลัง โดยหายใจเข้าลึกๆ กลั้นไว้แล้วคลาย ยกไหล่สูงแล้วคลาย
- เท้า และขา โดยเหยียดขาอนิ้วเท้าแล้วคลาย เหยียดขากระดกปลายเท้า
- ก้น โดยขยิบก้นแล้วคลาย

2. ผู้บำบัดชักชวนผู้ป่วยพูดคุยถึงผลของยาบ้า เมทแอมเฟตามีนที่มีต่อร่างกายโดยเฉพาะอย่างยิ่งผลต่อสมอง ซึ่งการใช้ยาบ้า/เมทแอมเฟตามีนไปนาน ๆ จะทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของสารเคมีในสมอง และทำให้เกิดภาวะโรคสมองตึดยา หลังจากนั้นผู้บำบัดสอบถามผู้ป่วยว่ามีใครเคยได้ยินเรื่องโรคสมองตึดยาบ้าง โรคนี้ เป็นอย่างไร มีการพูดคุยกันในกลุ่ม จากนั้นผู้บำบัดจึงอธิบายตามใบความรู้ที่ 1.1 “สมองตึดยา”

3. ผู้บำบัดหยิบเหรียญ 10 บาท ขึ้นมาให้ผู้ป่วยดู และสอบถามผู้ป่วยที่นั่งในตำแหน่งที่ต่าง ๆ กันว่ามองเห็นอะไรบ้างในเหรียญ ให้อธิบายสิ่งที่เห็นในเหรียญ หลังจากนั้นจึงสอบถามว่าทำไมแต่ละคนจึงเห็นภาพที่อยู่ในเหรียญแตกต่างกัน

4. ผู้บำบัดสรุปให้ผู้ป่วยฟังว่า ในชีวิตของคนเรามีหลายสิ่งหลายอย่างผ่านเข้ามามากมาย แต่ละคนเรียนรู้สิ่งต่าง ๆ สดสมเป็นประสบการณ์ที่แตกต่างกัน จึงมีมุมมอง และการรับรู้ต่อสิ่งต่าง ๆ แตกต่างกัน อย่างกรณีเหรียญ 10 บาท ที่ทุกคนมองเห็น บางคนมองอยู่ในด้านหัวเหมือนกันก็จะอธิบายได้คล้าย ๆ กัน แต่คนที่มองในด้านก้อยก็จะเห็น และอธิบายแตกต่างจากกลุ่มที่มองด้านหัว ซึ่งการมองที่ไม่ครอบคลุมทุกด้านก็อาจทำให้เราตัดสินใจผิดพลาดได้ เช่น ถ้าถามว่าเหรียญ 10 บาท เป็นอย่างไร แต่ละคนก็จะบอกลักษณะตามที่ตนเอง เห็นเท่านั้น ทั้ง ๆ ที่เหรียญ 10 บาทมีสองด้าน

สำหรับเรื่องของยาเสพติดก็เช่นเดียวกัน การมองถึงผลการใช้ยาบ้า/เมทแอมเฟตามีน ก็ควรมองทั้ง 2 ด้านทั้งข้อดีและข้อเสีย เพื่อช่วยให้เราสามารถชั่งน้ำหนัก และตัดสินใจว่าเราควรจะใช้ยาบ้า/เมทแอมเฟตามีน อย่างไม่ไปเรื่อย ๆ หรือเราควรต้องทำอะไรบางอย่างเพื่อที่จะหยุดหรือเลิกยา หลังจากนั้นให้ผู้ผู้ป่วยทำใบงาน ที่ 1.1 “เหรียญสองด้าน”

เพื่อให้ครอบคลุมทุกแง่มุมและมีผลต่อการตัดสินใจ ให้ผู้ป่วยทุกคนพิจารณาข้อดีและข้อเสียของการใช้ยาบ้า เมทแอมเฟตามีน และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกาเสพติด (การเลิกยาเสพติด) โดยพิจารณามุมมองในด้านต่าง ๆ ทั้งด้านสังคมเพื่อนฝูง ด้านความคิดอารมณ์ ด้านการเงิน ด้านสุขภาพ ด้านการเรียนหรือ การทำงาน ด้านความสัมพันธ์ในครอบครัว ด้านกฎหมาย ฯลฯ โดยให้ผู้บำบัดสอบถามผู้ป่วยถึงข้อดีและข้อเสีย และเขียนลงในกระดาษ Flip chart

ข้อดีของการใช้ยาบ้า เมทแอมเฟตามีน ซึ่งเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยพอใจและทำให้ยังคงใช้อย่างต่อเนื่อง และอีกด้านหนึ่งของเหรียญคือข้อเสียของการใช้ยาบ้า/เมทแอมเฟตามีน ซึ่งทำให้ตัวเองประสบปัญหายุ่งยากหรือมี ความทุกข์ไม่สบายใจ โดยให้พิจารณาตามประสบการณ์ในชีวิตของตนเอง

อีกประการหนึ่งให้พิจารณาเพิ่มเติมว่า หากหยุดใช้ยาเสพติดแล้วจะช่วยให้ปัญหาใดดีขึ้นบ้าง จะมีสิ่งดี ๆ อะไรตามมาในขณะที่เดียวกันการหยุดใช้ยาจะมีผลเสียต่อตัวผู้ป่วยอย่างไร

5. ให้ผู้ป่วยแต่ละคนพูดถึงใบงานที่เขียน และการตัดสินใจของตนเองโดยผู้บำบัดไม่ชี้นำและเปิดโอกาสให้ผู้บำบัดแต่ละคนพูดถึงการตัดสินใจของตนเอง

6. กระตุ้นให้ผู้บำบัดแสดงความคิดเห็นและให้กำลังใจแก่กัน

### ขั้นสรุป (10 นาที)

1. ผู้ป่วยสรุปสิ่งที่พูดคุยในกิจกรรม และผู้บำบัดช่วยสรุปเพิ่มเติม หากผู้ป่วยสรุปได้ไม่ครอบคลุม
2. ผู้บำบัดซักถามความคิด และความรู้สึกที่ได้รับจากการทำกิจกรรมและให้การบ้านตามใบงานที่ 1.2 “ปรอทวัดแรงจูงใจในการอยู่บำบัดรักษา

### สื่อและอุปกรณ์

1. ใบความรู้ที่ 1.1
2. ใบงานที่ 1.1 และใบงานที่ 1.2
3. Flip chart และปากกาเคมี

### การประเมินผล

1. สังเกตพฤติกรรม ความสนใจ ตลอดจนการซักถามเกี่ยวกับความรู้เรื่องสมองติดยา
2. ประเมินความเข้าใจและผลของการวิเคราะห์ข้อดี-ข้อเสียของการใช้สารเสพติด
3. ประเมินระดับแรงจูงใจในการทำกิจกรรม การตัดสินใจ จากการพูดคุยและเสนอความคิดเห็น



## ใบความรู้ที่ 1.1 “สมองติดยา”

สมองเป็นอวัยวะส่วนหนึ่งของร่างกายที่สำคัญมาก มีลักษณะเป็นก้อนเนื้อนุ่ม ๆ หนักประมาณ 1.4 กิโลกรัมอยู่ภายในกะโหลกศีรษะ สมองเป็นศูนย์บัญชาใหญ่ของร่างกาย มีส่วนที่รับข้อมูลและสั่งงานออกไปยัง กล้ามเนื้อและอวัยวะต่าง ๆ รวมทั้งเป็นศูนย์ควบคุมอารมณ์ ความรู้สึก ความจำ ความคิดสร้างสรรค์ต่าง ๆ สมองจึงเป็นเสมือนส่วนที่ควบคุมนิสัยใจคอของมนุษย์ ซึ่งประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

1. สมองส่วนคิด ทำหน้าที่ในการคิดตัดสินใจเรื่องต่าง ๆ ด้วยเหตุผลเมื่อติดยาเสพติดทำให้ความคิดที่เป็นเหตุเป็นผลเสียตามไปด้วย ทำให้ไม่สามารถควบคุมตัวเองได้ จึงมีการใช้ยาเสพติดบ่อยขึ้นและเลิกได้ยากขึ้น

2. สมองส่วนอยาก เป็นสมองอยู่ชั้นในควบคุมสัญชาตญาณต่าง ๆ ที่จะช่วยให้อยู่รอดเป็นส่วนที่สั่งการให้ร่างกายเกิดความอยากที่จะแสวงหาสิ่งต่าง ๆ ตามที่สมองสั่งการ สมองส่วนนี้เป็นสื่อกลางของการเสพติดทุกชนิด เป็นที่ตั้งของสมองความสุขซึ่งนำไปสู่การติด

เมื่อใช้ยาเสพติดบ่อย ๆ ครั้ง จะทำให้สมองส่วนคิดถูกทำลาย การใช้ความคิดที่เป็นเหตุผลเสียไป การทำหน้าที่สมองส่วนอยากมากขึ้นทำให้เกิดสมองติดยา

ธรรมชาติของร่างกายจะมีกลไกในการแสวงหาสิ่งที่จำเป็นในการดำรงชีวิตของมนุษย์ เช่น อาหาร น้ำ เพศสัมพันธ์ และการดูแลเอาใจใส่ เป็นต้น สิ่งเหล่านี้เป็นสิ่งเร้ากระตุ้นความพึงพอใจของมนุษย์ สมองมีบทบาทสำคัญในการกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมต่าง ๆ เพื่อให้ร่างกายได้รับสิ่งเหล่านี้อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ สมองส่วนที่ทำหน้าที่นี้เรียกว่า สมองส่วนควบคุมความพอใจ

กลไกการทำงาน เมื่อสมองส่วนควบคุมความพอใจถูกกระตุ้นโดยสิ่งเร้าก็จะมีอาการหลั่งสารโดปามีนออกมาทำให้เกิดความรู้สึกพึงพอใจ สุขใจ เมื่อสิ่งเร้าหมดไป ระดับโดปามีนลดลง ความรู้สึกพึงพอใจจะลดลง เช่นกัน เกิดเป็นความรู้สึกไม่สบายใจ กระวนกระวายใจ และจำเป็นต้องแสวงหาสิ่งเร้ามากกระตุ้นอีก เพื่อรักษาระดับโดปามีนในสมองไว้ ทำให้เกิดพฤติกรรมแสวงหาความพึงพอใจ (Rewarding behaviors) และเมื่อใช้ยา เสพติดไปนาน ๆ ร่างกายปรับสภาพให้เกิดความทนทานต่อยา ทำให้ใช้ยาในปริมาณเท่าเดิม แต่ความรู้สึกไม่ดีเท่าเดิม เหมือนฤทธิ์ยาไม่เพียงพอ จึงต้องใช้ยาในปริมาณเพิ่มมากขึ้น จึงเกิดภาวะติดยาทั้งร่างกาย และจิตใจ

ตัวอย่างการทดลองใช้กระแสไฟฟ้ากระตุ้นสมองส่วนควบคุมความพอใจในหนูทดลอง พบว่ามีระดับโดปามีนสูงขึ้นกว่าปกติ และเมื่อกระตุ้นไปสักระยะหนึ่งหนูเกิดการเสพติดกับการถูกกระตุ้นด้วยกระแสไฟฟ้า คือหนูจะต้องได้รับกระแสไฟฟ้าอยู่เรื่อย ๆ และเพิ่มความถี่ของความถี่ความต้องการมากขึ้น หนูจะเรียนรู้ที่จะเปิด สวิตช์ปล่อยกระแสไฟฟ้าเข้าสู่ตัวเอง และเมื่อไม่ได้รับการกระตุ้นจะกระวนกระวาย เกิดเป็นการเสพติดขึ้น



## ใบงานที่ 1.1 “เหรียญสองด้าน”

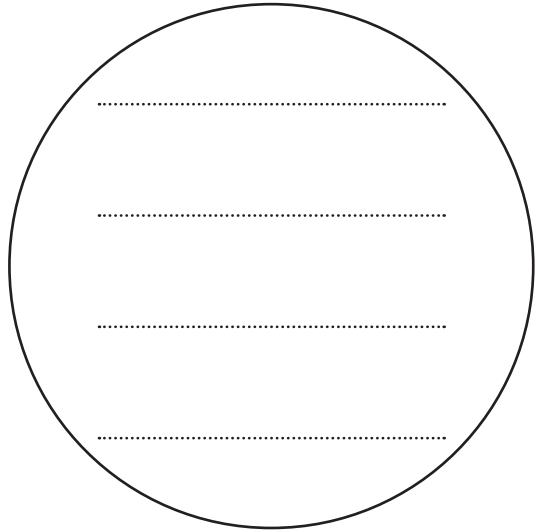
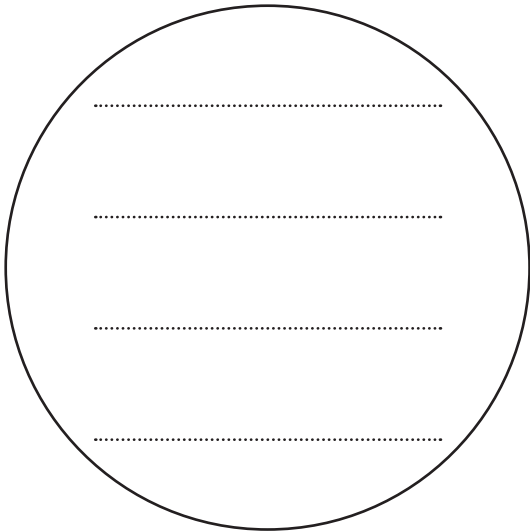
**คำชี้แจง** ให้ท่านเขียนลงในวงกลมถึงข้อดี-ข้อเสียของการใช้ยาบ้า เมทแอมเฟตามีน และผลดีผลเสียของการเลิกยาบ้า/เมทแอมเฟตามีน

ข้อดีของการใช้ยาเสพติด

ข้อเสียของการใช้ยาเสพติด

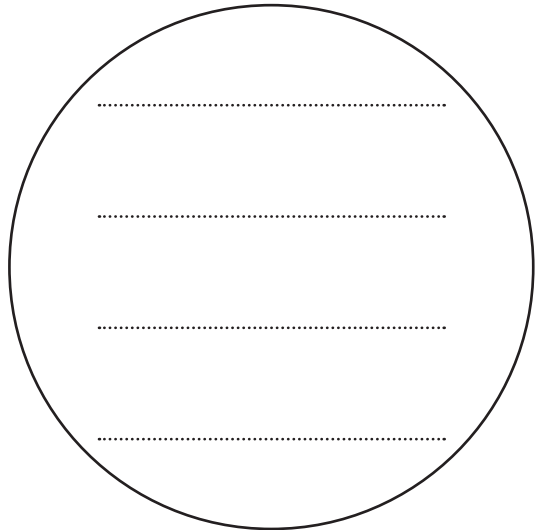
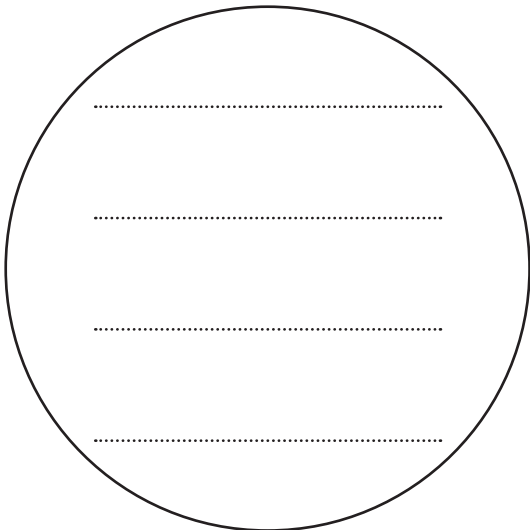
ผลดีของการเลิกใช้ยาเสพติด

ผลเสียของการเลิกใช้ยาเสพติด



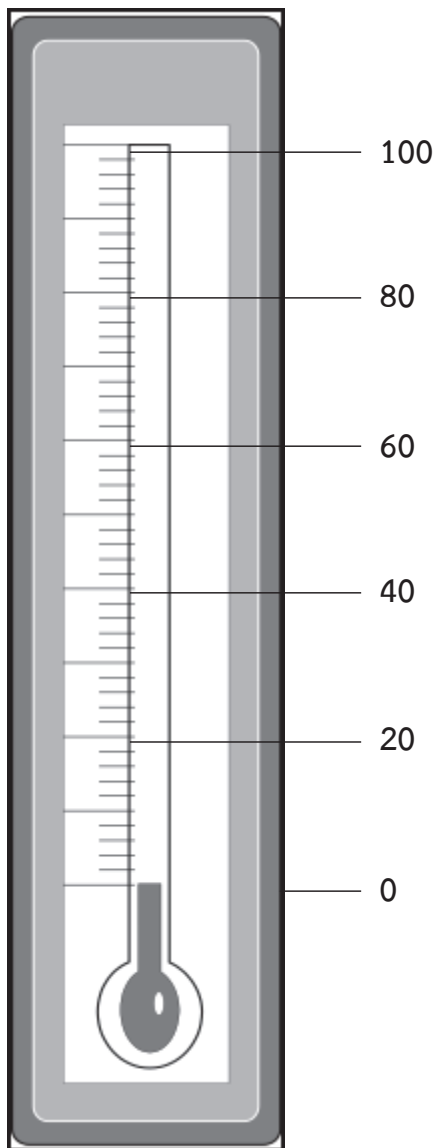
ผลดีของการเลิกใช้ยาเสพติด

ผลเสียของการเลิกใช้ยาเสพติด



## ใบงานที่ 1.2 พรอทวัดแรงจูงใจในการอยู่บำบัดรักษา

คำชี้แจง ให้ท่านทำเครื่องหมาย X ลงบนตัวเลขของพรอทตามระดับแรงจูงใจในการอยู่บำบัดของท่าน



พรอทวัดแรงจูงใจในการอยู่บำบัด

## TIP ในกิจกรรมเหรียญสองด้าน

1. การมองข้อดี-ข้อเสียของการใช้ยาและสารเสพติด และการเลิกใช้ยาและสารเสพติด กรณีที่ผู้ป่วยติดไม่ค่อยออก หรือคิดได้น้อยข้อ อาจใช้วิธีการให้คิดให้ครอบคลุมด้านต่าง ๆ ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านครอบครัว ด้านสังคม ด้านกฎหมาย
2. ควรมีการสรุปทั้งข้อดีและข้อเสีย / ผลกระทบของการใช้ และการเลิกใช้ยาและสารเสพติด และให้ข้อมูลย้อนกลับไปยังผู้ป่วย รวมถึงสรุปให้เห็นว่าถ้าสามารถเลิกยาเสพติดได้ สิ่งดี ๆ อะไรบ้างที่จะเกิดขึ้นในชีวิต เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจในการบำบัดเพิ่มขึ้น

### ตัวอย่างเช่น

“การที่บอกว่ายาบ้าทำให้สามารถทำงานได้มากขึ้น ไม่ง่วง (ข้อดี) แต่ในทางกลับกันเวลาที่ไม่ได้ใช้ก็ทำให้ อ่อนเพลีย ไม่มีแรง นอนมากขึ้น (ข้อเสีย) ผู้ป่วยพิจารณาและตัดสินใจอย่างไร....”

3. การชั่งน้ำหนัก ข้อดี-ข้อเสียของการใช้ยาและสารเสพติด ไม่เพียงแต่พิจารณาจำนวนข้อที่ได้มากกว่านั้น ควรคำนึงถึงความรุนแรงของผลกระทบเป็นสำคัญ



# กิจกรรมที่ 2

## ความสัมพันธ์ระหว่างความคิดและอารมณ์ที่ส่งผลต่อพฤติกรรม

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วย

1. เรียนรู้ความสัมพันธ์ระหว่างความคิด และความรู้สึกที่ส่งผลต่อพฤติกรรม
2. สามารถวิเคราะห์ความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมของตนเองที่สัมพันธ์กับการใช้ยาบ้า เมทแอมเฟตามีน
3. รู้จักความคิดและอารมณ์ ความรู้สึกของตนเองที่เป็นตัวกระตุ้นให้ใช้ยาบ้า เมทแอมเฟตามีน

### แนวความคิด

รูปแบบความคิด (Cognitive model) เป็นรูปแบบพื้นฐานของการบำบัดความคิดและพฤติกรรมที่กล่าวถึงความสัมพันธ์ระหว่างความคิด (Cognitive) ความรู้สึกทางจิตใจ (Affective) และพฤติกรรม (Behavior) ซึ่งมีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กัน ดังนั้นถ้ามีสิ่งกระตุ้นทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านใดด้านหนึ่งจะ ส่งผลกระทบต่อการเปลี่ยนแปลงในด้านอื่น ๆ ด้วย

หากผู้ป่วยมีความเข้าใจถึงปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้น ก็จะช่วยให้สามารถวิเคราะห์สาเหตุในแต่ละช่วงของการใช้ยาบ้า/เมทแอมเฟตามีนได้ชัดเจนมากขึ้น ตั้งแต่สิ่งกระตุ้นที่นำมาก่อนการเสพ ขณะเสพ และผลภายหลัง การเสพว่าเกิดขึ้นจากสิ่งใด และส่งผลอย่างไร ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจ และสามารถป้องกันสิ่งกระตุ้นที่นำไปสู่การใช้ยาบ้า/เมทแอมเฟตามีนได้

ระยะเวลา 90 นาที

### วิธีดำเนินการ

#### ขั้นเริ่มต้น (20 นาที)

1. ผู้บำบัดทักทาย พูดคุยเกี่ยวกับความคิดและอารมณ์ของผู้ป่วยเพื่อการเตรียมความพร้อมก่อนนำเข้าสู่ขั้นการดำเนินการ

2. ผู้บำบัดให้ผู้ป่วยนำเสนอการบ้าน “ปรอหวัดแรงจงใจในการบำบัด

#### ขั้นดำเนินการ (60 นาที)

1. ให้ผู้ป่วยนั่งในท่าที่สบาย ฝึกการหายใจเพื่อผ่อนคลาย โดยหายใจเข้าช้า ๆ ลึก ๆ เมื่อหายใจสุดแล้ว ให้กลั้นลมหายใจไว้นานประมาณ 5-10 วินาที จากนั้นให้หายใจออกช้า ๆ ทำซ้ำ ๆ ประมาณ 10 ครั้งแล้ว สอบถามความรู้สึกของผู้ป่วย

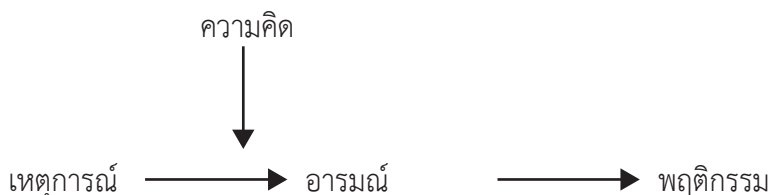
2. ผู้บำบัดยกตัวอย่างเหตุการณ์ใกล้ ๆ ตัวที่เกิดขึ้นแต่ละเหตุการณ์ และถามผู้ป่วยว่าคิดอย่างไร อารมณ์/ความรู้สึกเป็นอย่างไร และเราทำอย่างไร (พฤติกรรม) เพื่ออธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจความสัมพันธ์ ระหว่างความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม ซึ่งเมื่อมีความคิดต่อเหตุการณ์แตกต่างกัน อารมณ์/ความรู้สึก และ พฤติกรรมที่แสดงออกย่อมแตกต่างกันไปด้วย

## ตัวอย่างของเหตุการณ์

**เหตุการณ์แรก** กลางดึกของคืนวันหนึ่งขณะที่นอนหลับอยู่ เราสะดุ้งตื่นขึ้นมา เพราะได้ยินเสียงดัง ก๊อ๊ก ๆ แกรก ๆ อยู่ที่บ้าน

**เหตุการณ์ที่สอง** ขณะขับรถอยู่บนถนน อยู่ ๆ ก็มีรถขับแซงขึ้นมามีรถเร็วปาดหน้ารถของเราไปอย่างกระชั้นชิด

3. ผู้บำบัดอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจว่า บุคคลส่วนใหญ่มักคิดว่าเหตุการณ์จะมีผลต่ออารมณ์ และพฤติกรรมที่แสดงออกแต่หากเราพิจารณาให้ดีจะพบว่าระหว่างเหตุการณ์ และอารมณ์จะมีความคิดเกิดขึ้นแทรกอยู่ ซึ่งความคิดที่เกิดขึ้นนี้เป็นตัวกระตุ้นให้เกิดอารมณ์ หรือพฤติกรรมที่แสดงออกแตกต่างกัน ดังนั้นในการเผชิญเหตุการณ์เดียวกัน บุคคลอื่นกลับมีอารมณ์และพฤติกรรมแสดงออกที่ไม่เหมือนกัน เช่นเดียวกับ ความคิดของผู้ใช้ยาเสพติดกับผู้ใช้ยาเสพติดจะมีความคิดการรับรู้ต่อการใช้ยาเสพติดแตกต่างกัน หลังจากนั้นผู้บำบัดเขียนภาพรูปแบบของความคิดประกอบการบรรยาย ดังนี้



4. ผู้บำบัดตั้งคำถามให้ผู้ป่วยช่วยกันคิดว่า ความคิด และความรู้สึกอะไรที่นำไปสู่การใช้ยาเสพติด แล้วเขียนใน Flip chart หลังจากนั้นจึงถามผู้ป่วยว่ามีความคิด และความรู้สึกอะไรบ้าง ที่ทำให้ไม่ใช้ยาเสพติด และเขียนบน Flip chart หลังจากนั้นให้ผู้ป่วยอภิปรายร่วมกัน

5. ผู้บำบัดอธิบายและชี้ประเด็นให้ผู้ป่วยเห็นถึงความคิด และอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมที่นำไปสู่การใช้และไม่ใช้ยาบ้า เมทแอมเฟตามีน ซึ่งความคิด และอารมณ์/ความรู้สึก ที่เกิดขึ้นนี้เรียกว่าตัวกระตุ้นที่นำไปสู่การใช้ยาเสพติด

6. ผู้บำบัดให้ผู้ป่วยเขียนข้อความที่เป็น ความคิด และอารมณ์/ความรู้สึกของตนเองที่เกิดขึ้นเสมอ ๆ ก่อนที่ผู้ป่วยจะไปใช้ยาบ้า/เมทแอมเฟตามีน ลงในใบงานที่ 2.1 “ความคิด และอารมณ์/ความรู้สึกที่นำไปสู่การใช้ยาบ้า/เมทแอมเฟตามีน” เพื่อเป็นสัญญาณเตือนตนเอง ให้หลีกเลี่ยงออกจากสถานการณ์ตรงนั้น หรือ หาทางแก้ไขเมื่อมีความคิด และอารมณ์/ความรู้สึกในลักษณะเช่นนี้เกิดขึ้นอีก

## ขั้นสรุป (10 นาที)

1. ผู้บำบัดและผู้ป่วยช่วยกันสรุปสิ่งที่ได้จากกิจกรรม และให้สอบถามเพิ่มเติมในประเด็นที่สงสัย
2. ผู้บำบัดมอบหมายให้ผู้ป่วยทำตามใบงานที่ 2.2 “ความคิด อารมณ์/ความรู้สึก และพฤติกรรม



## สื่อและอุปกรณ์

1. ใบงานที่ 2.1 และใบงาน 2.2
2. Flip chart และปากกาเคมี

## การประเมินผล

1. ความรู้ ความเข้าใจของผู้ป่วยเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความคิด อารมณ์ ที่ส่งผลต่อพฤติกรรม การใช้ยาบ้า เมทแอมเฟตามีน
2. ผลจากการวิเคราะห์ความคิด อารมณ์ ความรู้สึก ที่นำไปสู่การใช้ยาบ้า เมทแอมเฟตามีน
3. ผู้ป่วยสามารถระบุความคิด อารมณ์ ความรู้สึกของตนเองที่เป็นตัวกระตุ้นนำไปสู่การใช้ยาบ้าเมทแอมเฟตามีน
4. สังเกตการมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรม และการมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น

## ใบงานที่ 2.1 “ความคิด และอารมณ์/ความรู้สึกที่นำไปสู่การใช้ยาบ้า/เมทแอมเฟตามีน”

คำชี้แจง ให้ท่านนึกย้อนไปถึงการใช้ยาเสพติดที่ผ่านมาว่า มีความคิด อารมณ์/ความรู้สึก อะไรเกิดขึ้น และให้เขียนไว้เป็นสัญญาณเตือนตนเองเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดกลับไปใช้ยาบ้า เมทแอมเฟตามีน

ความคิด/ อารมณ์/ ความรู้สึก  
ก่อนใช้ยาบ้า/เมทแอมเฟตามีน

ความคิด

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

อารมณ์ / ความรู้สึก

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

เสพยาบ้า/  
เมทแอมเฟตามีน

สิ่งเหล่านี้เป็นสัญญาณอันตราย  
ที่เตือน.....ให้รู้ว่า  
ฉันกำลังเข้าไปใกล้  
ยาบ้า/เมทแอมเฟตามีน  
ฉันต้องหาทางหลีกเลี่ยง และออกจาก  
ความคิด อารมณ์/  
ความรู้สึกนี้อย่างเร่งด่วน



## ใบงานที่ 2.2 “ความคิด อารมณ์ ความรู้สึก และพฤติกรรม

คำชี้แจง ให้ท่านพิจารณาข้อความข้างล่างนี้ ว่าเป็นข้อความประเภทใด แล้วใส่เครื่องหมาย” ที่ช่องนั้น

ข้อความ	ความคิด	อารมณ์/ ความรู้สึก	พฤติกรรม
1. หงุดหงิด			
2. คุยกับเพื่อน			
3. กระวนกระวายใจ			
4. เลิกใช้ยา ชีวิตคงดีขึ้น			
5. เปื่อ			
6. ได้สูบซั๊กตัว จะไม่เปลี่ยอย่างนี้			
7. เดินไปเดินมา			
8. อยู่โรงพยาบาลก็มีความสุขเหมือนกันนะ			
9. โกรธ			
10. เขาเดินมาหาเราทำไม			
11. นั่งอยู่กับเพื่อน ๆ			
12. สบายใจ			
13. ขว้างปาสิ่งของ			
14. กินข้าว			
15. คราวนี้เราจะเลิกยาบ้าให้ได้			
16. มาเลิกยากี่ทีนะ			
17. ที่บ้านเราจะเป็นอย่างไรกันบ้างหนอ			
18. กลัว			
19. ผุดลุกผุดนั่ง			
20. อยากสูบจ้ง			



## TIP ในกิจกรรมความสัมพันธ์ระหว่างความคิดและอารมณ์ ที่ส่งผลต่อพฤติกรรม

1. กรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถแยกวิเคราะห์ความคิดตัวเองได้ว่าขณะที่เกิดเหตุการณ์ที่ยกตัวอย่างสถานการณ์นั้น ผู้ป่วยคิด อย่างไร นักบำบัดควรให้ผู้ป่วยเริ่มที่การสำรวจอารมณ์ ความรู้สึกก่อนว่า ขณะที่เกิดเหตุการณ์ รู้สึกอย่างไร.....และอาจใช้คำถามต่อว่าที่รู้สึกเช่น.....ผู้ป่วยคิดอย่างไร
2. บางครั้งผู้ป่วยอาจตอบมาในลักษณะของอาการทางกาย เช่น ใจสั่นหมดเลย ใจหายวูบ เหมือนหัวใจจะวาย นักบำบัด ควรเชื่อมโยงอาการทางกายนั้นกับความ รู้สึกที่เกิดขึ้น เช่น “ที่คุณบอกว่าใจสั่น ขณะนั้นคุณรู้สึกอย่างไร และจึงเชื่อมโยงกับความคิดว่า.....ขณะนั้นคิดอย่างไร
3. ผู้บำบัดชี้ให้ผู้ป่วยเห็นว่า บางครั้งสิ่งที่เราคิด ไม่ได้เป็นสิ่งที่ เป็นจริง หรือถูกต้องเสมอ อย่างไรก็ตามความคิดอัตโนมัติที่ เกิดขึ้นกลับมีผลต่อพฤติกรรมอย่างมาก
4. เมื่อเสร็จสิ้นกิจกรรมนี้ ผู้ป่วยควรเข้าใจว่าอะไรเป็นความคิด หรืออารมณ์ หรือพฤติกรรม และสามารถแยกแยะได้ เพราะจะช่วยให้ผู้ป่วยเรียนรู้ในกิจกรรมต่อไปได้ดีขึ้น (การปรับเปลี่ยนความคิด) รวมทั้งรู้จัก และเข้าใจตัวกระตุ้นภายในที่เกี่ยวข้องกับความคิด อารมณ์/ความรู้สึก ที่ส่งผลต่อการใช้จ่าย และสารเสพติด



# กิจกรรมที่ 3

## การจัดการกับความคิดที่เกี่ยวกับการใช้ยาบ้า/เมทแอมเฟตามีน

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วย

1. สามารถแยกแยะความคิดที่นำไปสู่การใช้ยาบ้า เมทแอมเฟตามีน
2. สามารถปรับเปลี่ยนความคิดที่นำไปสู่การใช้ยาบ้า/เมทแอมเฟตามีน

### แนวความคิด

ความคิดที่เกิดขึ้นทั้งทางบวกและทางลบ มีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิตของมนุษย์ การที่ผู้ป่วยสามารถเรียนรู้เกี่ยวกับความคิดที่เกิดขึ้นกับตนเอง และความสัมพันธ์ของความคิดกับอารมณ์/ความรู้สึก ปฏิกริยาทาง ร่างกาย และพฤติกรรมที่เกิดขึ้น ทำให้เกิดความตระหนักรู้ และเห็นความสำคัญของความคิดที่เกี่ยวข้องกับการ ใช้ยาเสพติดของตนเอง

ดังนั้นการที่ผู้ป่วยสามารถเปลี่ยนความคิดของตนเองได้ ก็จะส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการใช้ยาบ้า/เมทแอมเฟตามีนได้ด้วย ซึ่งในการฝึกวิธีการปรับเปลี่ยนความคิดนั้น ในเบื้องต้นผู้ป่วยต้องรู้จัก ความคิดอัตโนมัติเสียก่อนว่าคืออะไร เกิดขึ้นเมื่อไร ความคิดนั้นเป็นอย่างไร ซึ่งวิธีการนี้จะทำให้ผู้ป่วยสามารถกับความคิด และแยกแยะความคิดที่เกิดขึ้นกับตนเองว่ามีลักษณะอย่างไร ส่งผลหรือมีอิทธิพลต่อตนเองอย่างไร และความคิดที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วนี้ก็ได้ไม่ต้อง เชื่อถือได้เสมอ แต่มีผลต่อการกระทำ หรือการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยอย่างมาก ดังนั้นเมื่อมีความคิดเกิดขึ้น ให้เป็นเพียงสมมุติฐานก่อนที่จะเชื่อ แล้วหาข้อพิสูจน์ว่าความคิดนั้นเป็นจริงหรือไม่ หรือใช้การโต้แย้งความคิดที่ไม่เป็นประโยชน์ ที่อาจนำไปสู่การใช้ยาบ้า เมทแอม เฟตามีน หรือใช้วิธีการปรับเปลี่ยนความคิดเมื่อความคิดนั้นไม่เป็นความจริง หรือไม่ได้ก่อให้เกิดผลต่อการเลิกยาเสพติด

ระยะเวลา 90 นาที

### วิธีดำเนินการ

ขั้นเริ่มต้น (20 นาที)

1. ผู้บำบัดทักทาย พูดคุย และให้ผู้ป่วยนำเสนอการบ้าน “ความคิด อารมณ์/ความรู้สึก และพฤติกรรม”
2. เปิดโอกาสให้มีการพูดคุย ซักถามเกี่ยวกับการบ้าน

ขั้นดำเนินการ (60 นาที)

1. ผู้บำบัดอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงความคิดที่เกิดขึ้นซ้ำอีกครั้ง เพื่อทบทวนความเข้าใจ โดยยกตัวอย่าง เหตุการณ์ที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยที่ใช้ยาบ้า/เมทแอมเฟตามีน และถามความคิด ความรู้สึก และ พฤติกรรมที่เกิดขึ้นดังนี้

**เหตุการณ์ที่ 1** ขณะนั่งอยู่ที่ร้านค้า เห็นตำรวจเดินเข้ามา

**เหตุการณ์ที่ 2** วันสิ้นเดือน เงินเดือนออก มีเพื่อนมาหาที่บ้าน

2. ผู้บำบัดซักถามประสบการณ์ของผู้ป่วยว่าใครเคยเกิดเหตุการณ์คล้ายตัวอย่างที่ยกมาบ้างหรือไม่ ตอนนั้นทำอะไร ให้เล่าเรื่องแลกเปลี่ยนประสบการณ์กันกับเพื่อนในกลุ่ม หลังจากนั้นให้ผู้ผู้ป่วยตรวจสอบ ความคิดนั้นว่าเป็นจริงหรือไม่ โดยให้หาเหตุผล หรือหลักฐานมาสนับสนุน หรือคัดค้านความคิดที่เกิดขึ้นโดยให้ผู้ผู้ป่วยช่วยกันคิดและเขียนลง Flip chart

3. ผู้บำบัดอธิบายตามใบความรู้ที่ 3.1 “ความคิดที่นำไปสู่การใช้ยาบ้า/เมทแอมเฟตามีน”

4. ผู้บำบัดฝึกให้ผู้ผู้ป่วยเรียนรู้ว่าความคิดทางลบที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วนี้อาจไม่ได้เป็นความคิดที่ถูกต้องและเป็นจริงเสมอไป เราสามารถปรับเปลี่ยนความคิดได้ ถ้าเราสามารถหาความคิดอื่นที่เป็นทางเลือกมาโต้แย้งความคิดนี้ได้ หรือจากการที่พิสูจน์ความคิด และทดสอบด้วยการหาข้อมูลสนับสนุน หรือคัดค้าน

5. ผู้บำบัดแบ่งผู้ป่วยออกเป็นกลุ่มละ 2-3 คน ให้ทำใบงานที่ 3.1 “การโต้แย้งความคิดอัตโนมัติทางลบที่นำไปสู่การใช้ยาบ้า เมทแอมเฟตามีน” และให้ตัวแทนกลุ่มนำเสนอ

6. ให้ผู้ป่วยทำใบงานที่ 3.2 “ผลการปรับเปลี่ยนความคิด” นำเสนอ และเขียนลง Flip chart และให้ทุกคนร่วมกันวิเคราะห์แต่ละความคิดที่นำไปสู่การใช้ยาบ้า/เมทแอมเฟตามีน และเปิดโอกาสให้ซักถาม

### ขั้นสรุป (15 นาที)

1. ผู้บำบัดและผู้ป่วยร่วมกันสรุปสิ่งที่ได้จากการเรียนรู้จากกิจกรรม
2. ผู้บำบัดให้ผู้ผู้ป่วยพูดคุยแลกเปลี่ยนถึงการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม
3. ผู้บำบัดมอบหมายให้ผู้ผู้ป่วยแต่ละคนทำใบงานที่ 3.3 “แบบสำรวจตนเอง”

### สื่อและอุปกรณ์

1. ใบความรู้ที่ 3.1
2. ใบงานที่ 3.1, 3.2 และ 3.3
3. Flip chart และ ปากกาเคมี

### การประเมินผล

1. ผู้ป่วยสามารถตรวจสอบความคิดทางลบที่นำไปสู่การใช้ยาบ้า เมทแอมเฟตามีนได้ และเสนอข้อโต้แย้งความคิดนั้นได้อย่างเหมาะสม
2. ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนความคิดที่ทำให้ไม่กลับไปใช้ยาบ้า เมทแอมเฟตามีน และบอกถึงผลของการปรับเปลี่ยนความคิด
3. สังเกตการมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรม และการแสดงความคิดเห็นของผู้ป่วย



### ใบความรู้ที่ 3.1 “ความคิดที่นำสู่การใช้ยาบ้า/เมทแอมเฟตามีน”

ความคิดอัตโนมัติ (Automatic thoughts) เป็นความคิดที่เกิดขึ้นจากความเชื่อ หรือประสบการณ์เดิมของบุคคลที่มีต่อสิ่งเร้า หรือเหตุการณ์ที่มากระตุ้น ความคิดนี้จะเกิดขึ้นทันทีและหายไปอย่างรวดเร็ว จนเราไม่ทันรับรู้ว่าความคิดอัตโนมัติเกิดขึ้น ความคิดนี้จึงมักจะขาดการพิจารณาไตร่ตรองอย่างรอบคอบ ถึงข้อเท็จจริงหรือความเป็นเหตุเป็นผล แต่กลับพบว่าความคิดอัตโนมัติมีอิทธิพลทำให้บุคคลเชื่อตามความคิดที่เกิดขึ้น และส่งผลต่ออารมณ์ ความรู้สึก รวมทั้งการแสดงออกของพฤติกรรมของบุคคลนั้นด้วย

ความคิดอัตโนมัติจึงมีบทบาทสำคัญในการกำหนดพฤติกรรมของบุคคล โดยเฉพาะกับผู้ป่วยที่ใช้ยาบ้า/เมทแอมเฟตามีน เนื่องจากส่วนใหญ่มักมีความคิดอัตโนมัติที่เป็นลบ หรือคิดบิดเบือนไปจากผู้ที่ไม่ใช่ยาบ้า/เมทแอมเฟตามีนในลักษณะของการคาดหวังผลของการใช้ยาบ้า/เมทแอมเฟตามีน เป็นไปในทางบวกซึ่งเป็นความคิดในการอธิบายเหตุผลที่เอื้อต่อการใช้ยาบ้า เมทแอมเฟตามีนของตนเองอย่างต่อเนื่อง

ดังนั้นการสอนให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจ แยกแยะความคิดอัตโนมัติในทางลบ ให้รู้เท่าทันความคิดที่เกิดขึ้นจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถมองเห็นที่มาของปัญหาได้ชัดเจนมากขึ้น และการฝึกฝนให้ผู้ป่วยจดจำความคิดอัตโนมัติทางลบ และเรียนรู้ที่จะเปลี่ยนแปลงความคิดที่เป็นลบ และไม่เป็นประโยชน์นั้นให้เป็น ความคิดทางบวกและเป็นประโยชน์เข้ามาแทนที่ จะช่วยให้ผู้ป่วยเลิกใช้ยาบ้า เมทแอมเฟตามีนได้

#### ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงความคิดทางลบ

1. เมื่อมีความคิดทางลบเกิดขึ้น ให้หยุดความคิดของตนเองโดยการตระหนักรู้ว่ามีความคิดอะไรเกิดขึ้น

2. ถามตัวเองเพื่อพิสูจน์ความจริง (Fact) เช่น ความคิดนี้ถูกต้องไหม ? แพลความผิดไปหรือเปล่า? เป็นความคิดที่ด่วนสรุปหรือเปล่า? ควรต้องพิสูจน์ความคิดก่อนสรุปโดยการหาหลักฐานมาคัดค้าน หรือ สนับสนุนความคิดว่าเป็นจริงหรือไม่ หรือถามถึงประโยชน์ของความคิดว่ามีประโยชน์หรือไม่ต่อการหยุดใช้ยา (Utility) มีความคิดอื่น ๆ ไหม? หรือถ้าเป็นคนอื่นจะคิดอย่างไร?

3. แทนที่ความคิดทางลบให้เป็นทางบวกเพิ่มขึ้น เช่น “ฉันสามารถลองทำสิ่งใหม่ ๆ ให้เกิดขึ้นในชีวิตได้” “การหยุดใช้ยาไม่ยากเกินไปที่ฉันจะทำได้” ซึ่งผลที่ตามมาจากการเปลี่ยนแปลงความคิดให้เป็นในเชิงบวกมากขึ้น ทำให้มีการพัฒนาการวางแผนแก้ไขปัญหาได้อย่างเหมาะสม

### ใบงานที่ 3.1 “การโต้แย้งความคิดอัตโนมัติทางลบที่นำไปสู่การใช้ยาบ้า/เมทแอมเฟตามีน”

คำชี้แจง แบ่งเป็นกลุ่ม ๆ ละ 2-3 ช่วยกันระดมสมองในการหาข้อโต้แย้งกับความคิดอัตโนมัติทางลบที่นำไปสู่การใช้ยาบ้า เมทแอมเฟตามีน

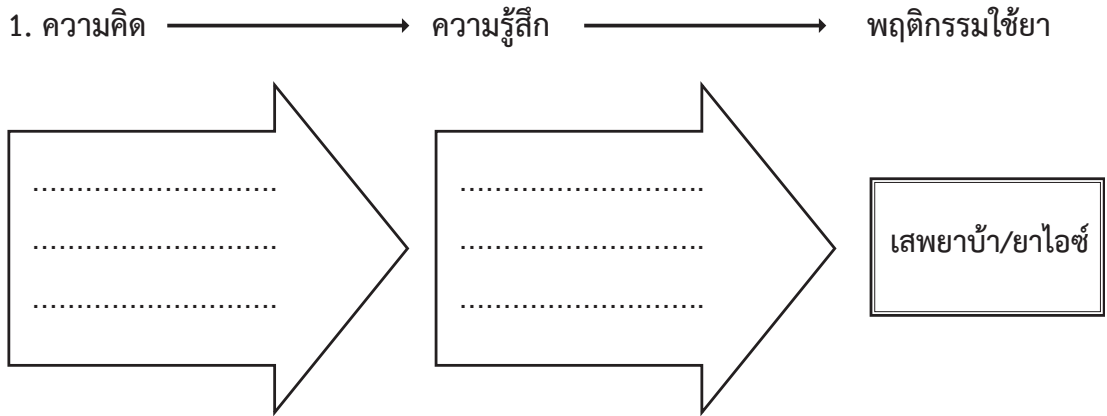
ความคิดอัตโนมัติ	ข้อโต้แย้ง
1. สูบแค่ครั้งเดียวไม่เป็นไรหรอก	
2. ใช้นี้แล้วเดี๋ยวก็เลิกได้ อยู่ทีใจ	
3. ถ้าได้สูบยาสักหน่อย คงจะกระปรี้กระเปร่าขึ้น	



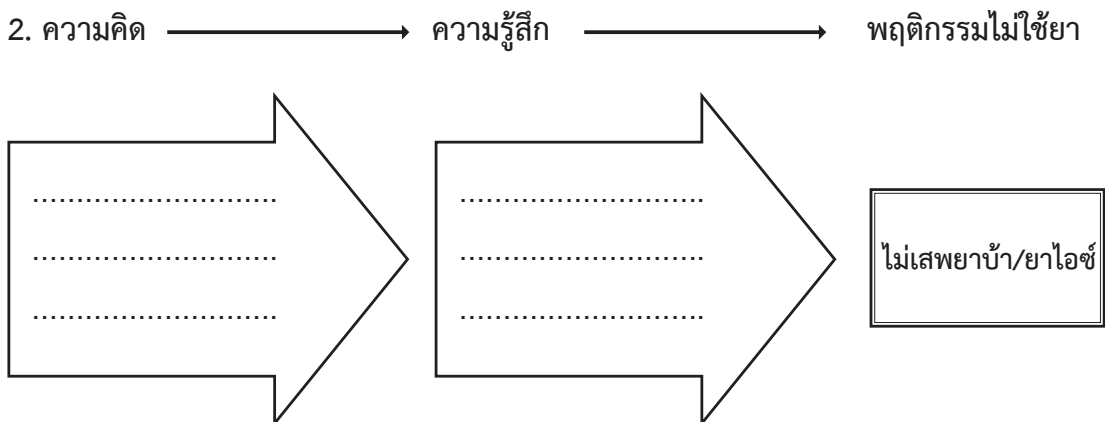
### ใบงานที่ 3.2 “ผลของการปรับเปลี่ยนความคิด”

คำชี้แจง ให้ท่านวิเคราะห์ สถานการณ์ ความคิด อารมณ์ และผลที่ตามมา เมื่อมีการปรับความคิด และเขียนลงในช่องว่าง

สถานการณ์ที่ 1 เมื่อกลับบ้าน ท่านเห็นกระดาษฟรอยด์ และอุปกรณ์การเสพยาบ้า ไอซ์อยู่ในห้อง

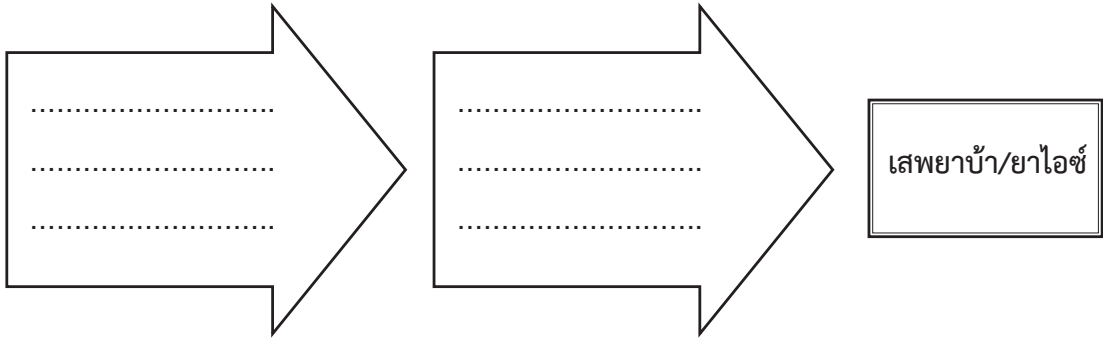


ภายหลังปรับเปลี่ยนความคิด



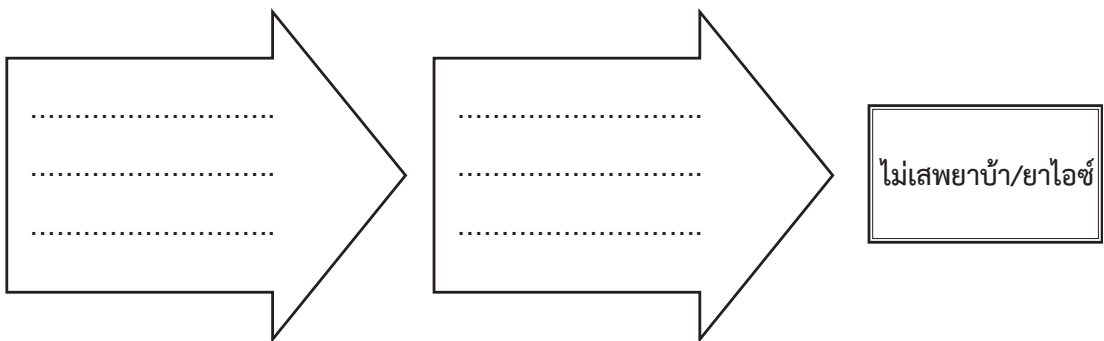
## สถานการณ์ที่ 2 เพื่อนเอายาบ้า/ไอซ์มาให้ท่าน

1. ความคิด → ความรู้สึก → พฤติกรรมใช้ยา



ภายหลังการปรับเปลี่ยนความคิด

2. ความคิด → ความรู้สึก → พฤติกรรมไม่ใช้ยา



### ใบงานที่ 3.3 “แบบสำรวจตนเอง”

คำชี้แจง ให้ท่านสำรวจตนเองโดยเขียนบันทึก สถานการณ์ เหตุการณ์ ความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมที่เกิดขึ้น ลงในช่องว่าง

สถานการณ์/เหตุการณ์	ความคิด	อารมณ์	พฤติกรรม



## TIP กิจกรรม การจัดการกับความคิดที่เกี่ยวกับยาบ้า/ เมกแอมเฟตามีน

1. เมื่อผู้ป่วยพูดถึง ความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมที่มีต่อ เหตุการณ์ตัวอย่าง ซึ่งส่วนใหญ่ จะมีความคิดอัตโนมัติทางลบว่าตำรวจจะมาจับตน หรือเพื่อน จะมาชวนไปใช้ยาหรือขอยืมเงิน เป็นต้น
2. ผู้บำบัดใช้คำถามถามต่อว่า มีบางครั้งที่ตำรวจไม่ได้มาจับตนหรือเพื่อนก็ไม่ได้ มาชวนใช้ยา หรือขอยืมเงิน ตำรวจ หรือเพื่อนมาทำอะไรอย่างอื่นได้บ้าง โดยให้ทุกคนช่วยกันคิด หรือเล่าประสบการณ์ของตนเองที่ไม่เหมือนกับที่ คิดในครั้งแรก
3. ทำใบงาน 3.1 เช่น “สุขแค่ครั้งเดียวไม่เป็นไรหรอก” ถาม ให้ช่วยกันคิด ถ้าไม่สามารถคิดได้ ผู้ป่วยว่าจริงไหม ผู้บำบัดถามต่อว่า สุขแค่ครั้งเดียวอาจ ถูกจับได้ไหม สุข ครั้งนี้อาจสุขต่อไปอีกได้ไหม เป็นต้น ซึ่งทำให้ผู้ป่วยสามารถ พิสูจน์ได้ว่าสิ่งที่คิดอาจไม่เป็นจริง มีความคิดในแง่บวกอื่นได้อีก และความคิด อัตโนมัติแบบนี้ไม่เกิดประโยชน์ เพราะอาจทำให้กลับไปใช้ยาอีกได้
4. ผู้บำบัดสรุปให้ฟังว่าความคิดที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว เป็นความคิดอัตโนมัติ ให้สันนิษฐานไว้ก่อนว่า อาจเป็น เรื่องจริง และอาจไม่ใช่เรื่องจริง ซึ่งต้องใช้ การพิสูจน์โดยใช้ FAST (Fact, Alternative, So what และ Toll)



# กิจกรรมที่ 4

## การจัดการกับความอยากและการพลาดพลั้งไปใช้ยาเสพติด

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วย

1. มีความรู้ ความเข้าใจปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นเกี่ยวกับความรู้สึกอยากกลับไปเสพยา
2. สามารถวิเคราะห์ และแยกแยะตัวกระตุ้นที่ทำให้เกิดความรู้สึกอยากยา
3. สามารถเผชิญความรู้สึกอยากยา และจัดการกับความรู้สึกอยากยาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

### แนวความคิด

ความอยากยา เป็นปัจจัยสำคัญและมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกรรมการกลับไปเสพยาของผู้ป่วย โดยเฉพาะในระยะแรกของการหยุดเสพยา ดังนั้นการช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจว่าอะไรคือตัวกระตุ้นที่ทำให้ตนเอง เกิดความรู้สึกอยากยา รวมทั้งเข้าใจลักษณะของปรากฏการณ์การเกิดความอยากยาซึ่งจะมีลักษณะคล้ายๆ กับการเกิดของคลื่นทะเล คือ เมื่อมีตัวกระตุ้นความรู้สึกอยากยา ก็จะค่อย ๆ ก่อตัวรุนแรงมากขึ้น ๆ แล้วค่อย ๆ ลดลงภายในระยะเวลาไม่นานนัก แล้วเกิดขึ้นอีกเรื่อย ๆ หากผู้ป่วยรู้จักวิธีการเฝ้าระวัง ติดตาม และแยกแยะ ความรู้สึกดังกล่าวได้ด้วยตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งได้ฝึกทักษะวิธีการจัดการกับความคิดความรู้สึกนั้นได้อย่างเหมาะสม ก็จะช่วยให้ความรู้สึกอยากยาลดความถี่ และความรุนแรงลงจนกระทั่งหมดไปในที่สุด ซึ่งนับว่าเป็นการป้องกันปัญหาการกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ระยะเวลา 120 นาที

### วิธีดำเนินการ

ขั้นเริ่มต้น (20 นาที)

1. ผู้บำบัดทักทายผู้ป่วยและสอบถามอารมณ์ความรู้สึกในช่วงวันที่ผ่านมา
2. ให้ผู้ป่วยเสนอการบ้านครั้งที่ผ่านมา พร้อมระบุปัญหา/อุปสรรคที่เกิดขึ้น

ขั้นดำเนินการ (80 นาที)

1. ผู้บำบัดตั้งคำถามกับกลุ่มผู้ป่วยว่า “ที่ผ่านมามีใครเคยมีความรู้สึกอยากกลับไปเสพยาบ้าง และ ความรู้สึกนั้นเกิดขึ้นได้อย่างไร มีอะไรนำมาก่อนบ้าง” สุ่มให้ผู้ป่วยตอบ 3-4 คน
2. ผู้บำบัดทบทวนความรู้ตามใบความรู้ที่ 4.1 “ความรู้สึกอยากยาและตัวกระตุ้น”
3. ให้ผู้ป่วยฝึกวิเคราะห์และแยกแยะว่าอะไรเป็นตัวกระตุ้นให้ตนเองรู้สึกอยากกลับไปเสพยาบ้าง/ เมท แอมเฟตามีนโดยให้ย้อนคิดถึง และเขียนลงในใบงานที่ 4.1 “ตัวกระตุ้นที่ทำให้รู้สึกอยากยา
4. ผู้ป่วยให้คะแนนว่าแต่ละตัวกระตุ้นมีคะแนนความรุนแรงเท่าไร จากนั้นให้ผู้ป่วยนำเสนอของตนเอง และเปิดโอกาสให้บันทึกเพิ่มเติมหากคิดไม่ได้หรือนึกไม่ออก หลังจากนั้นมอบใบงานที่บันทึกให้กับผู้ป่วยแต่ละ คนเก็บไว้เพื่อใช้เตือนตนเองในการหลีกเลี่ยงตัวกระตุ้นนั้น โดยเฉพาะตัวกระตุ้นที่มีคะแนนสูง ๆ จะมีอิทธิพล มากต่อการกลับไปใช้ซ้ำๆ จึงควรต้องหลีกเลี่ยงมากที่สุด

5. ผู้บำบัดฝึกทักษะให้ผู้ป่วยเรียนรู้ปรากฏการณ์ การเกิดความอยากยาโดยให้ผู้ป่วยนั่งในท่าที่ผ่อนคลาย แล้วค่อย ๆ หลับตาลง หายใจเข้าออกลึก ๆ กำหนดจิตให้นิ่ง จดจ่ออยู่กับลมหายใจ และบอกให้ย้อนระลึก ถึงประสบการณ์ที่เคยมีความรู้สึกอยากเสพยาว่าความคิด ความรู้สึกที่เกิดขึ้นในขณะนั้นมีลักษณะเช่นไร คล้าย กับอะไร อาการที่เกิดขึ้นในร่างกายเป็นอย่างไร เกิดอยู่นานเท่าไร โดยให้นักถึงตัวกระตุ้นที่มีอิทธิพลสูง โดยดูจากคะแนนในใบงาน

6. ให้ผู้ป่วยนำเสนอผลการฝึกทักษะ 2-3 คน

7. ผู้บำบัดสรุปและให้ความรู้ตามใบความรู้ที่ 4.2 เรื่อง “ปรากฏการณ์ความรู้สึกอยากเสพยา และการจัดการกับความอยากยา”

8. ให้ผู้ป่วยทุกคนร่วมกันแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และช่วยกันเสนอเทคนิคการเผชิญและการจัดการ ความรู้สึกอยากเสพยาของตนเองที่เคยประสบความสำเร็จ โดยแบ่งเป็นกลุ่มย่อย 2-3 คน และทำกิจกรรมตาม ใบงานที่ 4.2 “การจัดการกับความอยากยา

9. ฝึกทักษะให้ผู้ป่วยเผชิญกับความรู้สึกอยากยาและวิธีการจัดการกับความรู้สึกอยากยา ดังนี้

1) ฝึกกระตุ้นตัวเองให้มีสติรู้ตัว รับรู้ความรู้สึกนั้นเมื่อมีความรู้สึกอยากยา โดยให้ผู้ป่วยนั่งในท่าที่ผ่อนคลาย ค่อย ๆ หลับตาลง นึกถึงสิ่งที่สวยงาม สบาย ๆ แล้วทดลองให้ใช้หนึ่งยางติดมือตัวเอง และให้ สังเกตความรู้สึกที่เกิดขึ้นว่ารู้สึกเจ็บแล้วค่อย ๆ หายไป จากนั้นโยงกับความรู้สึกอยากยาว่าเมื่อเกิดขึ้นให้ผู้ป่วย หาวิธีการกระตุ้นตัวเองรู้ตัวว่าสิ่งนั้นเกิดขึ้นแล้ว เหมือนกับการเกิดคลื่น (ตามใบความรู้ที่ 4.2) ให้ตามความรู้สึกนั้น ไปเหมือนกับการเล่นกระดานโต้คลื่น ที่ไหลลื่นไปตามคลื่นอย่างรู้ตัว ซึ่งความรู้สึกนั้นจะค่อย ๆ หดไป ใน ระยะเวลาไม่นาน และค่อย ๆ หายไปในที่สุด

2) การเบี่ยงเบนความสนใจ (Distraction) โดยหากิจกรรมอื่นทำ ซึ่งหากเป็นกิจกรรมที่ชอบจะช่วยให้จิตใจจดจ่อกับสิ่งที่ทำ ทำแล้วเพลิดเพลิน มีความสุข

3) ให้หาคำพูดเตือนตนเอง (Self-talk) ซึ่งคำพูดนั้นต้องเป็นคำพูดที่แสดงถึงความรู้สึกต่อสิ่งที่พูดนั้นจริง ๆ และพูดอย่างเข้มแข็ง มีพลังพอที่จะกระทบความรู้สึกของตนเอง ให้ลองฝึกพูดเป็นตัวอย่าง 2-3 คน แล้วให้ข้อเสนอแนะ เพื่อให้ผู้ป่วยคนอื่น ๆ ได้เรียนรู้จากนั้นให้แต่ละคนลองฝึกพูด และถามความรู้สึกแต่ละ คนว่ารู้สึกอย่างไร โดยอาจนำคำพูดที่เคยใช้แล้วได้ผลในกิจกรรมที่ 2 มาฝึกพูดซ้ำอีก

4) หากผลการประเมินพบว่าไม่สามารถต้านทานความอยากยาได้ด้วยตนเอง ให้บอกกับคนที่ไว้ใจเพื่อขอความช่วยเหลือ และช่วยจัดการความรู้สึกที่เกิดขึ้นได้

**ขั้นสรุป (20 นาที)**

1. ผู้บำบัดสรุปประเด็นสำคัญ และถามความมั่นใจของผู้ป่วยว่าเมื่อเปรียบเทียบกับกิจกรรมที่ผ่านมาผู้ป่วยคิดว่ามีความมั่นใจมากขึ้นแค่ไหน จากนั้นพูดให้กำลังใจเพิ่มเติม โดยให้ผู้ป่วยย้อนคิดถึงความสำเร็จครั้งที่ผ่านมา

2. ให้การบ้านโดยให้ผู้ผู้ป่วยบันทึกปรากฏการณ์ความรู้สึกอยากเสพยาของตนเอง และระบุเทคนิคที่ใช้ในการจัดการกับความอยากยานั้น ตามใบงานที่ 4.3 แบบบันทึกความรู้สึกอยากเสพยา



## สื่อ/อุปกรณ์

1. ใบความรู้ที่ 4.1 และ 4.2
2. ใบงานที่ 4.1, 4.2 และ 4.3
3. หนังสือนิทรรศการ

## การประเมินผล

1. ผู้ป่วยตอบคำถามเกี่ยวกับความรู้ที่อยากทำได้
2. ผู้ป่วยแสดงความคิดเห็นและมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ รวมทั้งให้ความสนใจปฏิบัติตามเทคนิคการจัดการกับความอยากยา

## ใบความรู้ที่ 4.1 “ความรู้สึกอยากยาและตัวกระตุ้น”

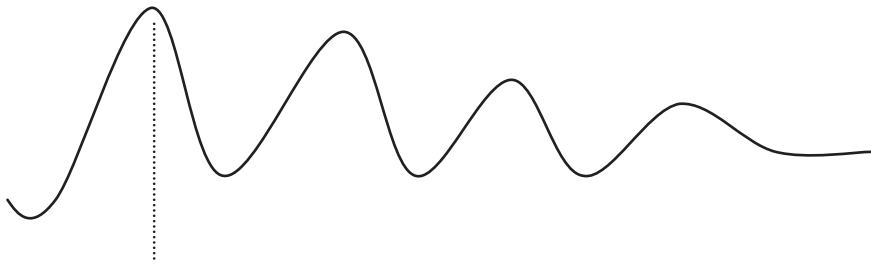
ความรู้สึกอยากยาจะเกิดขึ้นได้ในช่วงของการหยุดเสพ โดยเฉพาะในระยะแรก ๆ ความรู้สึกอยากยาจะเกิดขึ้นเป็นช่วง ๆ เมื่อมีสิ่งหนึ่งสิ่งใดมากระตุ้น ซึ่งสิ่งที่มากระตุ้นนี้เรียกว่า “ตัวกระตุ้น” เป็นสิ่งที่ทรงพลังอย่างมาก หากเกิดขึ้นก็ยากที่จะยับยั้งและต้านทาน อย่างไรก็ตาม ความรู้สึกอยากยาไม่ใช่สิ่งผิดปกติที่เกิดขึ้นกับผู้ติดสารเสพติดทั่วไป แต่เป็นเรื่องธรรมชาติที่เกิดขึ้นตามปกติ ซึ่งเราควรจะต้องเรียนรู้เพื่อให้เข้าใจ ธรรมชาติที่เกิดขึ้น เพื่อเตรียมตัวเผชิญกับตัวกระตุ้นในระยะแรกของการหยุดยา และป้องกันความเสี่ยงที่จะกลับไปใช้ยาเสพติดอีก ดังนั้นหากเรารู้ว่าสิ่งใดเป็นตัวกระตุ้น ควรหลีกเลี่ยงจากสิ่งนั้น

**ตัวกระตุ้น** เกิดจากสิ่งแวดล้อมรอบ ๆ ตัวเรา ทั้งที่มองเห็นได้ เช่น บุคคล สถานที่ เวลา เงิน หรือ สิ่งของที่เกี่ยวข้องกับการเสพยา รวมทั้งสิ่งที่มองไม่เห็น เช่น ความคิด อารมณ์ ความรู้สึก ความทรงจำในอดีตที่เกี่ยวข้องกับการเสพยา เช่น ในอดีตเมื่อเกิดความรู้สึกเหงาก็จะใช้ยาเสพติด ในระยะของการหยุดเสพ หากเกิดความรู้สึกเหงาขึ้น ก็รู้สึกอยากกลับไปเสพยาอีกเป็นอย่างมาก เป็นต้น



## ใบความรู้ที่ 4.2 “ปรากฏการณ์ความรู้สึกอยากเสพยาและการจัดการกับความอยากยา

### “ลักษณะความรู้สึกอยากเสพยาเสพติด การเผชิญและการจัดการกับความอยากยา



2-3 นาที

ภาพลักษณะของความรู้สึกอยากยาโดยทั่วไป

**ความอยาก** คือ ความรู้สึกหรืออารมณ์ที่หวนนึกถึงการเสพยาเสพติดที่เคยผ่านมา และทำให้ออยากเสพยาอีกในระยะแรก ๆ ของการหยุดเสพยา ซึ่งเป็นสาเหตุหลักที่ทำให้คนจำนวนมากกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำอีก โดยเฉพาะอย่างยิ่งช่วงแรกของการบำบัด ความอยากยาเกิดได้ทุกขณะ ไม่ว่าจะอยู่ที่ไหน เราจะทำอะไร

อารมณ์อยากยาจะเกิดขึ้นเมื่อเราถูกกระตุ้นด้วยสิ่งหนึ่งสิ่งใดที่มีอิทธิพลต่อเรา ความรู้สึกอยากยาจะเริ่มเกิดขึ้น และค่อย ๆ รุนแรงขึ้นจนยากจะยับยั้ง หากเรามีสติ ตามความรู้สึกทัน เราจะสามารถยับยั้งมันได้ เพราะความรู้สึกอยากยาสูงสุด จะเป็นช่วงเวลาสั้น ๆ และจะค่อย ๆ ลดลงเองภายใน 2-3 นาที และหมดไปในที่สุด ซึ่งความรู้สึกที่เกิดขึ้นนี้ จะมีลักษณะคล้าย ๆ การเกิดของคลื่นในทะเลที่ค่อย ๆ ก่อตัวรุนแรงมากขึ้น ๆ แล้วก็ค่อย ๆ สงบลง ดังนั้นเมื่อเราเรียนรู้และเฝ้าติดตามความคิดและอารมณ์ที่เกิดขึ้นอย่างรู้เท่าทัน และเมื่อทำบ่อย ๆ จะช่วยให้เราเผชิญกับความรู้สึกอยากยาได้ดีขึ้น อย่างไรก็ตามการทำจิตใจให้สงบนิ่ง เพื่อให้มีสติ เฝ้าติดตามความคิดและรับรู้อารมณ์ของตนเองเป็นเรื่องยาก เปรียบเสมือนน้ำที่ก้างอยู่บนใบบัว หยากที่จะบังคับ ใหหยุดนิ่ง ต้องใช้เวลาในการฝึกฝน และจับความรู้สึกนั้นให้ได้ และหากรู้สึกว่าจะต้านทานความรู้สึกไม่ไหว ให้จินตนาการว่าเรากำลังเล่นโต้คลื่น โดยตัวเราอยู่บนยอดคลื่น และพลิวตามคลื่นไปอย่างรู้ทัน และพูดกับตัวเองในทางบวก เช่น “อดทนไว้ ความรู้สึกนี้กำลังจะหมดไป”

## ใบงานที่ 4.1 “ตัวกระตุ้นที่ทำให้รู้สึกอยากยา

คำชี้แจง ให้ท่านย้อนระลึกถึงประสบการณ์ที่ผ่านมาว่า อะไรเป็นตัวกระตุ้นให้ท่านเกิดความรู้สึกอยากยาโดยระบุลงในช่องว่างและให้ระบุคะแนนว่าแต่ละตัวกระตุ้นมีความรุนแรงเท่าไร

ตัวกระตุ้นที่มองเห็นได้	คะแนน (เต็ม10)	ตัวกระตุ้นที่มองไม่เห็น	คะแนน (เต็ม10)
1.....		1.....	
2.....		2.....	
3.....		3.....	
4.....		4.....	
5.....		5.....	
6.....		6.....	
7.....		7.....	
8.....		8.....	
9.....		9.....	
10.....		10.....	



## ใบงานที่ 4.2 “การจัดการกับความอยากยา”

**คำชี้แจง** ให้ผู้ป่วยแบ่งออกเป็นกลุ่มย่อยกลุ่มละ 2-3 คน ให้ทุกคนในกลุ่มพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และช่วยกันเสนอเทคนิคการเผชิญกับความอยากยา และวิธีการจัดการกับความอยากยา ของตนเองที่เคยทำแล้วประสบความสำเร็จ หลังจากนั้นให้เขียนในใบงาน

### เมื่อท่านมีความรู้สึกอยากยาเกิดขึ้น

#### 1. การรับรู้และการติดตามความรู้สึก

##### 1.1 มีอะไรมากระตุ้นให้รู้สึกอยากยา

.....

.....

.....

.....

##### 1.2 ส่งผลต่อร่างกายอย่างไร

.....

.....

.....

.....

##### 1.3 ความรู้สึกอยากยาเปลี่ยนแปลงอย่างไร

.....

.....

.....

.....

#### 2. เทคนิคที่ใช้จัดการกับความอยากยา

.....

.....

.....

.....



## ใบงานที่ 4.3 “แบบบันทึกความรู้สึกลอยากเสพยา”

คำชี้แจง ให้แต่ละคนบันทึกความรู้สึกลอยากเสพยาของตนเอง และระบุเทคนิคที่ใช้ในการจัดการกับความรูสึกลอยากยาที่เกิดขึ้น

### 1. การรับรู้และการติดตามความรู้สึก

#### 1.1 มีอะไรมากระตุ้นให้รูสึกลอยากยา

.....  
.....  
.....  
.....

#### 1.2 ส่งผลต่อร่างกายอย่างไร

.....  
.....  
.....  
.....

#### 1.3 ความรูสึกลอยากยาเปลี่ยนแปลงอย่างไร

.....  
.....  
.....  
.....

### 2. เทคนิคที่ใช้จัดการกับความอยากยา

.....  
.....  
.....  
.....



## TIP การจัดการกับความอยาก และการพลาดพลั้งไปใช้ยาเสพติด

1. เมื่อผู้ป่วยได้ทบทวนความรู้สึกอยากยา ให้ผู้ป่วยพยายามได้เข้าไปสัมผัสกับความ  
ความรู้สึกอยากยาและอาการที่เกิดขึ้นที่ ผ่านมาในอดีต ว่ามีอะไรมากระตุ้น  
มีความรู้สึกเป็นอย่างไร คิดอย่างไร อาการทางร่างกายเป็นอย่างไร มีอะไร  
เกิดขึ้นก่อนหลังเพื่อให้ผู้ป่วยได้เข้าใจและสังเกตตนเอง จึงจะสามารถจัดการกับ  
ความอยากยาของตนเองได้ นอกจากนั้นพยายามอธิบายให้ผู้ป่วยเห็น  
ความเชื่อมโยง ความรู้สึก ความคิด และการกระทำ
2. การโต้คลื่นตามความอยากยา คือ การให้จินตนาการถึง ความรู้สึกอยากยา  
เปรียบเหมือนกับคลื่นในทะเล โดย จินตนาการให้ตนเองเป็นผู้เล่นกระดาน  
โต้คลื่น ให้รับรู้และ ติดตามความรู้สึกคลื่นไปตามอาการอยากยาที่ค่อย ๆ  
เปลี่ยนแปลงไป และเห็นตัวเองสามารถผ่านคลื่นนั้นไปได้ เรื่อย ๆ จนกระทั่ง  
คลื่นซัดหายไปกระทบฝั่ง
3. ฝึกการรับรู้การเคลื่อนไหวของหน้าท้องพองขึ้นเวลา หายใจเข้า และหน้าท้อง  
ยุบลงเวลาหายใจออกอย่างเป็น ธรรมชาติ เปรียบเสมือนความรู้สึกอยากยา  
ที่เพิ่มมากขึ้น เรื่อย ๆ จนสุด แล้วค่อย ๆ ลดลงจนหายไปมากที่สุด และ  
เริ่มต้นอีกเพื่อให้รับรู้ความเป็นธรรมชาติของอาการอยากยา
4. คำพูดเตือนตนเขาอาจใช้คำพูดเดิมที่เคยคิดไว้ หรือบางคน อาจเปลี่ยนใหม่  
ก็ได้แต่คำพูดนั้นเมื่อพูดกับตนเองแล้วทำให้ ตนเองมีความรู้ตัวหรือมีสติควร  
เป็นคำพูดด้านบวก

# กิจกรรมที่ 5

## การเผชิญและแก้ไขปัญหา

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วย

1. สามารถระบุปัญหาของตนเองได้ถูกต้อง
2. สามารถบอกถึงสาเหตุการเกิดปัญหาที่เกิดกับตนเองได้
3. สามารถวางแผนในการแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้นกับตนเองได้

### แนวความคิด

การที่บุคคล สถานที่ สถานการณ์ ความรู้สึก เป็นตัวกระตุ้นที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำของผู้ป่วยได้ ดังนั้นความสามารถในการเผชิญและแก้ไขปัญหาก็มีความสำคัญช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วย การบำบัดเลิกใช้ยาเสพติดสำเร็จได้

ในการแก้ไขปัญหานั้น สิ่งจำเป็นอย่างแรกคือ การระบุให้ชัดเจนว่าปัญหาที่แท้จริงคืออะไร มีปัจจัยอะไรบ้างที่มาเกี่ยวข้อง ปัญหานั้นมีผลกระทบอย่างไรกับชีวิตของผู้ป่วย มีบุคคลสำคัญของผู้ป่วยเกี่ยวข้องกับปัญหาอย่างไรและที่ผ่านมาใช้วิธีอะไรในการแก้ไขปัญหามีการใช้ยาเสพติดในการแก้ไขปัญหหรือไม่ ดังนั้นในการฝึกการแก้ไขปัญหานั้นจึงต้องมีการคิดทบทวนตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน เพื่อนำมาใช้ประกอบการวางแผนการแก้ไขปัญหได้อย่างถูกต้อง

ระยะเวลา 120 นาที

### วิธีดำเนินการ

#### ขั้นเริ่มต้น (20 นาที)

1. ผู้บำบัดทักทายและพูดคุยเพื่อประเมินความคิดและอารมณ์ของผู้ป่วย
2. ให้ผู้ป่วยนำเสนอการบ้าน และเปิดโอกาสให้ซักถาม

#### ขั้นดำเนินการ (80 นาที)

1. ผู้บำบัดสุ่มถามผู้ป่วย 1-2 คน โดยให้ยกตัวอย่างปัญหาทั่วไปที่เกิดขึ้นในชีวิตคนละ 1 ปัญหา พร้อมทั้งบอกถึงวิธีการแก้ไขปัญหานั้นได้ดำเนินการไปว่าแก้ไขปัญหานั้นอย่างไร และผลลัพธ์เป็นอย่างไรปัจจุบันมีความรู้สึกหรือมีความคิดอย่างไรต่อปัญหาในครั้งนั้น ให้ผู้ป่วยแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ผู้บำบัดกล่าวชื่นชม ผู้ป่วยที่สามารถฝ่าฟันปัญหาและอุปสรรคนั้นมาได้ และให้กำลังใจผู้ที่แก้ปัญหาล้มเหลว

2. ผู้บำบัดกล่าวเพิ่มเติม “คนเราเกิดมาทุกคนล้วนมีปัญหาไม่มากก็น้อย ถือเป็นเรื่องธรรมดา แต่สิ่งสำคัญที่ทำให้เราดำเนินชีวิตอยู่ได้อย่างมีความสุข คือ การรู้จักแก้ไขปัญหานั้นที่ถูกต้อง ในการแก้ไขปัญหานั้นในเบื้องต้นต้องทำให้สงบ ตั้งสติคิดไตร่ตรองให้รอบคอบ ทำความเข้าใจกับปัญหา ทบทวนปัญหาที่เกิดขึ้นเป็น ปัญหาอะไร มีสาเหตุมาจากอะไร แล้วเราจะต้องทำอย่างไรจึงจะทำให้ปัญหานั้นผ่านลุล่วงไปได้” และให้ความรู้ เรื่อง การแก้ไขปัญหา 6 ขั้นตอน ตามใบความรู้ที่ 5.1 “การแก้ไขปัญหา”



3. ให้ผู้ป่วยเรียนรู้และฝึกการแก้ไขปัญหาตามขั้นตอน โดยสอบถามผู้ป่วยถึงปัญหาที่เกิดขึ้นในช่วงของการอยู่บำบัดรักษา รวบรวมปัญหาทั้งหมดเขียนลงใน Flip chart และดำเนินการตามขั้นตอนการแก้ไขปัญหา ตามใบงานที่ 5.1 “ปัญหามีไว้ให้แก้” และให้สมาชิกในกลุ่มได้ร่วมอภิปรายแลกเปลี่ยนความคิดเห็นร่วมกัน

4. ผู้บำบัดอธิบายและสรุปประเด็นขั้นตอนการแก้ไขปัญหาเพิ่มเติม

**ขั้นสรุป (20 นาที)**

1. ผู้บำบัดสอบถามความรู้สึกและสิ่งที่ได้รับจากการทำกลุ่ม
2. ผู้บำบัดสรุปสิ่งที่ได้เรียนรู้และประโยชน์ที่ได้รับ
3. ผู้บำบัดมอบหมายการบ้านให้ผู้ป่วนำวิธีแก้ไขปัญหาที่ได้เรียนรู้ไปฝึกใช้ โดยให้ทำตามใบงานที่ 5.2 “แบบบันทึกปัญหาและแนวทางการแก้ไขปัญหา” เพื่อฝึกคิดทบทวนการแก้ไขปัญหาของตนเอง

**สื่อ/อุปกรณ์**

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

**การประเมินผล**

1. ประเมินผลจากการมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็นในกลุ่ม
2. ผู้ป่วยสามารถระบุปัญหาที่เกิดขึ้นได้ถูกต้อง
3. ผู้ป่วยสามารถบอกถึงสาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดปัญหาได้
4. ผู้ป่วยบอกขั้นตอนการแก้ไขปัญหาได้ถูกต้อง

## ใบความรู้ที่ 5.1 “การแก้ไขปัญหา”

ปัญหาเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นได้กับทุกคนและเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา ทุกสถานที่แต่จะเป็นปัญหาใหญ่หรือ เล็กน้อยเพียงใดนั้นขึ้นอยู่กับ การรับรู้ ความคิด และประสบการณ์ของแต่ละคน ที่จะมองปัญหานั้นว่ามีความ ยุ่งยากหรือซับซ้อนเพียงใด และปัญหานั้นส่งผลกระทบต่อคนเกิดความรู้สึก ตึงเครียดและเศร้าใจเพียงใด สำหรับบุคคลที่มีทักษะการแก้ไขปัญหาที่ดีจะสามารถจัดการคลี่คลาย ปัญหาได้ง่ายขึ้น ซึ่งการแก้ไขปัญหานั้น กระบวนการคิดที่สามารถใช้ในการจัดการกับปัญหาได้ อย่างเป็นรูปธรรม โดยมีขั้นตอน 6 ขั้นตอน ดังนี้

### 1. ระบุปัญหา คือ ขั้นตอนการระบุปัญหา ตัวอย่างของปัญหา เช่น

- ปัญหาพฤติกรรม
- ปัญหาความรัก ความสัมพันธ์
- ปัญหาการทำงาน การดำเนินชีวิต

### 2. เลือกปัญหาที่แก้ไขได้ คือ ขั้นตอนการเลือกปัญหาที่สำคัญและสามารถแก้ไขได้

- ใช้วิธีการตั้งคำถามเพื่อค้นหาสาเหตุและวิธีการแก้ไขปัญหา
- ค้นหาปัญหาที่คิดว่าอยากแก้ไข
- เลือกปัญหาที่มีความจำเป็นเร่งด่วน แก้ไขได้ง่าย และควบคุมได้

### 3. พิจารณาทางเลือก

- เปรียบเทียบข้อดีและข้อเสียของแต่ละทางเลือก

### 4. ตัดสินใจวางแผน

- โดยวางแผนว่าจะทำอะไร กับใคร เมื่อไร ที่ไหน และพิจารณาความเป็นไปได้

### 5. ลงมือปฏิบัติ

- โดยต้องคำนึงถึงความสอดคล้อง ความสำเร็จที่เป็นไปได้ ทรัพยากรที่พอเพียงและความพึงพอใจ

### 6. ประเมินผลจากการแก้ไขปัญหา

- ประเมินว่ามีปัญหาและอุปสรรคอะไร
- การแก้ไขปัญหาดังกล่าวนั้นได้ผลหรือไม่อย่างไร



## ใบงานที่ 5.2 “ปัญหาไว้ให้แก้

คำชี้แจง ให้ผู้รับการบำบัดเขียนตามประเด็นที่กำหนดให้ ดังนี้

1. ระบุปัญหา

1.1.....

1.2.....

1.3.....

2. ปัญหาที่ฉันเลือกจะแก้ไข (ปัญหาที่สำคัญ/ปัญหาที่ยากแก้ไข/ปัญหาที่จำเป็นเร่งด่วน) คือ

.....

.....

.....

3. พิจารณาทางเลือกของปัญหาที่แก้ไข

วิธี	วิธีการแก้ปัญหา	ข้อดี	ข้อเสีย

สรุปวิธีการแก้ไขปัญหาที่ตัดสินใจเลือก คือ

.....

.....

.....

#### 4. ตัดสินวางแผน

ทำอะไร (what) /ทำอย่างไร (How)	ใคร (who)	ใคร (who)	ที่ไหน (where)

#### 5. ลงมือปฏิบัติ (ทำอย่างไร)

.....

.....

.....

.....

#### 6. ประเมินผลจากการแก้ไขปัญหา

.....

.....

.....

.....



ใบงานที่ 5.2 “แบบบันทึกปัญหาและแนวทางการแก้ไขปัญหา”

คำชี้แจง ให้ท่านเขียนบันทึกปัญหา และแนวทางการแก้ไขปัญหาลงในแต่ละช่องรายการตามที่กำหนด

ปัญหา/ เหตุการณ์	ทำอะไร	กับใคร	เมื่อไร	ที่ไหน	ผลที่เกิดขึ้น



## Tip ในกิจกรรมการแก้ไขและเผชิญปัญหา

**คำพูดที่ใช้ในการสื่อสาร** ไม่ควรใช้คำว่า “ปัญหา” อาจจะได้คำตอบ เนื่องจากสิ่งที่เกิดขึ้นนั้น ผู้ป่วยไม่คิดว่าเป็นปัญหา อาจจะใช้คำว่า “ที่ผ่านมาใครมีอุปสรรคหรือ ข้อขัดข้องใด ๆ ที่ยังไม่สามารถแก้ไขได้” หรือ ใช้เทคนิคการตั้งคำถามปลายเปิดและถามไป จนกระทั่งได้คำตอบหรือสิ่งที่ เป็นปัญหา และชี้ให้ผู้ป่วยเห็นว่านี่คือปัญหา

**1. ขั้นระบุปัญหา** ส่วนใหญ่ผู้ป่วยมักจะบอกหรือเล่าเป็นเหตุการณ์ เช่น พ่อแม่ มักตำหนิตลอด บอกแต่ว่าเขากลับไปใช้ยา ทั้งที่ผู้ป่วยยังไม่ได้กลับไปเสพ ผู้บำบัดควรใช้คำถามเพื่อคลี่ปัญหาที่เกิดขึ้นนั้นออกมา และสรุปปัญหาให้ผู้ป่วยรับทราบ เช่น จาก เหตุการณ์นั้นอาจจะสรุปได้ว่า ปัญหาคือ “พ่อแม่ยังไม่ไว้วางใจว่าผู้ป่วยเลิกเสพยา หลังจากสรุปแล้ว ควรใช้เทคนิคสะท้อนกลับว่าสิ่งที่เราได้สรุปนั้นตรงกับสิ่งที่ผู้ป่วย ต้องการบอกใช้หรือไม่ ขั้นนี้ควรให้ผู้ป่วยตรวจสอบความคิดว่าเป็นจริงหรือไม่ ถ้าสามารถตรวจสอบได้ว่าไม่เป็นจริง ปัญหานี้ก็จะแก้ไขได้เลย ความรู้สึกของผู้ป่วยจะดีขึ้น

### 2. ขั้นเลือกปัญหาที่จะนำมาแก้ไขนั้น มีหลักการเลือก ดังนี้

- 1) เป็นสิ่งที่ต้องการแก้ไข
- 2) มีความจำเป็นเร่งด่วน
- 3) เป็นเรื่องที่แก้ไขได้ง่าย
- 4) สามารถควบคุมได้ แก้ไขแล้วไม่ส่งผลกระทบต่อตนเองและผู้อื่น

**3. การให้ความรู้ และการฝึกการแก้ไขปัญหา** ผู้บำบัดสามารถนำเนืงการควบคู่กันได้ โดยการเขียนในกระดาษ Flip chart อาจจะยกปัญหาของผู้ป่วยคนใดคนหนึ่ง ขึ้นมาเป็นตัวอย่างในการดำเนินการ หรือเลือกปัญหาที่เป็นปัญหาส่วนใหญ่ของกลุ่ม เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจได้ง่ายขึ้น หลังจากนั้นถ้ามีเวลาเพียงพอให้ผู้ผู้ป่วยทดลองฝึกการ แก้ไขปัญหาของตัวเอง

**4. ขั้นพิจารณาทางเลือก** ผู้บำบัดจะต้องกระตุ้นให้ผู้รับการบำบัดพยายาม คิดหาวิธีการแก้ไขปัญหาให้มากที่สุด โดยยังไม่ต้องคำนึงถึงว่าวิธีการนั้นจะใช้ได้หรือไม่ได้ และให้คิดข้อดีและข้อเสียของแต่ละทางเลือก

**5. ขั้นการตัดสินใจวางแผน** จากขั้นพิจารณาทางเลือก เมื่อได้หลากหลายวิธีการแล้วให้ผู้รับการบำบัดพิจารณาเลือก วิธีการที่ตนเองสามารถนำมาใช้ได้ โดย พิจารณาจากข้อดีข้อเสีย ทรัพยากรที่จะต้องใช้ ซึ่งอาจจะไม่จำเป็นจะต้องเลือกเพียงหนึ่ง วิธี แต่สามารถเลือกมาได้หลายวิธี เมื่อได้ทางเลือกแล้วนำมาวางแผนในการนำไปปฏิบัติ โดยหลัก 4 W และเขียนเป็นตาราง เช่น

ทำอะไร (what)	ใคร (who)	เมื่อไร (when)	ที่ไหน (where)



# เอกสารอ้างอิง

- ฉันทธร พิทยรัตน์เสถียร (2551), Cognitive Behavioral Therapy. (เอกสารประกอบการสอน) กรุงเทพฯ ม.ป.พ. เอกสารอัดสำเนา
- สุกมา แสงเดือนฉาย. (2554). ผลของโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อความพร้อมที่จะป้องกันการติดยาและพฤติกรรมที่ไม่ติดยาของผู้ป่วยสุรา, กรุงเทพฯ ; โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- สุกมา แสงเดือนฉาย, วันเพ็ญ ใจปทุม, สำเนา นิลบรรพ์, สุวภัทร คงหอม. (2557). คู่มือโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยเมทแอมเฟตามีน, กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย,
- Beck, Aaron T.; et al (1993), Cognitive Therapy of Substance Abuse. New York: The Guilford Press.
- Carroll Kathleen, M. (1998). A Cognitive-Behavioral Approach: Treating Cocaine Addiction. Maryland.: National Institute on Drug Abuse.
- Gary W. Lawson, Ann W Lawson, P. Clayton Rivers. (1996). Chemical Dependency Counseling (2 edition). Maryland: Aspen Publishers.
- Gerard J. Connors, Dennis M. Donovan, Carlo C. Diclement. (2001). Substance Abuse Treatment and The Stages of Change. New York: Guilford Press.
- Kadden, Ronald.; et al. (2003). Cognitive-Behavioral Coping Skills Therapy Manual. Maryland.: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism.
- Marlatt, Alan G.; Parks, A George.; & Witkiewitz, Katie. (2002). Clinical Guidelines for Implementing Relapse Prevention Therapy. Retrieved December 7, 2006, from [http://www. Bhn.org/guideline/RDT](http://www.Bhn.org/guideline/RDT)
- National Institute of Corrections. (2012). Cognitive-Behavioral Treatment. Washington, DC: National Institute of Corrections.



สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี  
กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข



กรมการแพทย์  
DEPARTMENT OF MEDICAL SERVICES



จัดทำโดย

สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี กรมการแพทย์

60 ถนนพหลโยธิน ตำบลประชาธิปไตย อำเภอธัญบุรี จังหวัดปทุมธานี 12130

โทรศัพท์ 0 2531 0080-8 โทรสาร 0 2531 0085

[www.pmnidat.go.th](http://www.pmnidat.go.th)