

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยผลของโปรแกรมการบำบัดตามแนวคิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลเด็กออทิสติก ในสถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์ จังหวัดเชียงใหม่ ผู้วิจัยได้ศึกษาตามแนวคิดทฤษฎีตลอดจนการทบทวน ตำรา บทความและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อใช้เป็นแนวทางในการวิจัยโดยมีสาระสำคัญดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับโรคออทิสติก
2. แนวคิดเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า
3. แนวคิดเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม
4. โปรแกรมการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมของผู้ดูแลเด็กออทิสติก

โรคออทิสติก

โรคออทิสติก เดิมเรียกว่า โรคจิตในวัยทารก (Infantile psychoses) แต่ในปัจจุบันไม่นิยมเรียกชื่อดังกล่าวเนื่องจากโรคออทิสติกเป็นความผิดปกติของพัฒนาการไม่ใช่โรคจิต ชื่อที่นิยมใช้เรียกในปัจจุบันคือ Childhood autism, Infantile autism และ Early infantile autism ซึ่งเป็นกลุ่มอาการที่อยู่ในความผิดปกติของพัฒนาการแบบกระจาย (pervasive developmental disorder) (อลิสสา วัชรสินธุ, 2546; Volkmar, & Schultz, 2005) ซึ่งเป็นกลุ่มโรคที่เกิดจากความผิดปกติของสมองที่ยังไม่ทราบสาเหตุเด่นชัด เด็กจะมีออทิสติกทางภาษา ขาดความสนใจในการมีสังคมกับบุคคลอื่น และมีพฤติกรรมซ้ำๆ หรือมีความสนใจจำกัดเฉพาะเรื่องใดเรื่องหนึ่ง (ชาญวิทย์ พรนภดล, 2545)

ความชุก

ความชุกของความผิดปกติของพัฒนาการแบบกระจาย (pervasive developmental disorder) คือ 2 ใน 1,000 ซึ่งร้อยละ 10-50 เป็นโรคออทิสติกในเด็ก (childhood autistic) ซึ่งเดิมพบได้ประมาณ 2.5 : 10,000 แต่ในช่วง 10 ปีที่ผ่านมาพบว่าเพิ่มสูงเป็น 1-1.3 : 1,000 อัตราส่วนของเด็กชายต่อเด็กหญิงเท่ากับ 4-5 : 1 แต่เด็กหญิงมักจะมีอาการรุนแรงกว่าเด็กชาย พบได้ในทุกเชื้อ

ชาติ เศรษฐฐานะ อาชีพในอัตราความชุกใกล้เคียงกัน (ชาญวิทย์ พรนภดล, 2545; อลิสา วัชรสินธุ์, 2546; Volkmar, & Schultz, 2005)

สาเหตุ

1. ปัจจัยทางพันธุกรรม

เป็นสาเหตุที่สำคัญของโรคออทิสติก ในฝาแฝดไข่ใบเดียวกัน (monozygotic twin) เท่ากับร้อยละ 36-96 และในฝาแฝดไข่ใบคนละใบ (dizygotic twin) เท่ากับร้อยละ 0-27 โดยประมาณร้อยละ 3-7 ของพี่น้องโรคออทิสติก จะมีโอกาสเป็นโรคเดียวกันได้ ซึ่งสูงกว่าคนทั่วไป 50 เท่า (Volkmar, & Schultz, 2005) อย่างไรก็ตามการวิจัยเพื่อหาความผิดปกติบนโครโมโซมที่เป็นสาเหตุของโรคออทิสติก ยังไม่ได้ข้อสรุปที่แน่ชัด แต่พบความผิดปกติแล้วอย่างน้อย 6 ตำแหน่งที่พบบ่อยที่สุดอยู่บนโครโมโซม 7q และ 16q (ชาญวิทย์ พรนภดล, 2545)

2. ปัจจัยทางชีวเคมีของสมอง

ประมาณ 1 ใน 3 ของโรคออทิสติก มีสารซีโรโทนิน (serotonin) ในพลาสมาระดับสูง แต่ก็พบได้ในเด็กปัญญาอ่อนที่ไม่มีอาการของโรคออทิสติกเช่นกัน บางรายมีการเพิ่มสูงของ โโฮโมนิลลิกแอซิด (homovanillic acid, HVA) ซึ่งเกิดจากสลายเมตาบอลิซึมของโดปามีน (dopamine) นอกจากนี้ ร้อยละ 10-83 ของโรคออทิสติก มีความผิดปกติของคลื่นไฟฟ้าในสมอง และประมาณร้อยละ 4-32 ของโรคออทิสติกจะมีอาการชักแบบ แกรนด์มาล (grand mal seizures) (ชาญวิทย์ พรนภดล, 2545)

3. ปัจจัยทางกายภาพของสมอง

จากการตรวจคลื่นแม่เหล็ก (magnetic resonance imagine, MRI) พบว่า สมองของผู้ป่วยโรคออทิสติกมีขนาดใหญ่กว่าคนปกติ โดยเฉพาะบริเวณ occipital lobe, parietal lobe และ temporal ซึ่งคาดเดาว่าอาจเกิดจากการเพิ่มของการสร้างเซลล์ประสาท การลดการตายของเซลล์ประสาท และการเพิ่มในส่วนอื่นๆที่ไม่ใช่เซลล์ประสาท เช่น glial cells หรือ เส้นเลือด นอกจากนี้ยังมีรายงานว่าในผู้ป่วยที่บริเวณ temporal lobe ถูกทำลายจากสาเหตุอื่นๆ บางรายมีอาการคล้ายกับอาการของโรคออทิสติก คือ มีการสูญเสียทักษะทางสังคม มีการเคลื่อนไหวช้าๆ สนใจสิ่งต่างๆเพียงไม่กี่ย่าง (ชาญวิทย์ พรนภดล, 2545)

4. ปัจจัยจากการตั้งครรรภ์และการคลอด

พบว่าภาวะภูมิคุ้มกันที่ไม่เข้ากัน (immunological incompatibility) ระหว่างมารดากับทารกในครรภ์ซึ่งทำให้เกิดการทำลายเซลล์ประสาทของทารกตัวอ่อน นอกจากนั้นยังมีรายงานว่า เด็กออทิสติกจะมีประวัติมารดาเกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างการตั้งครรรภ์และการคลอด เช่น ภาวะ

เลือดออกในช่วงไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์ การติดเชื้อหัดเยอรมันระหว่างตั้งครรภ์ มี macronium ในน้ำคร่ำ และมีการใช้ยาในระหว่างการตั้งครรภ์บ่อยกว่าในมารดาของเด็กปกติ (ชาญวิทย์ พรนภดล, 2545)

5. ปัจจัยอื่นๆ

มีรายงานการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยด้านจิตสังคมว่า พฤติกรรมเย็นชา (refrigerator) ของมารดา ซึ่งไม่ตอบสนองต่อความต้องการของบุตร ส่งผลให้เกิดโรคออทิสติกได้ (Volkmar, & Schultz, 2005) นอกจากนี้บางรายหลังจากได้รับวัคซีนรวม เพื่อป้องกันโรคหัด หัดเยอรมันและคางทูม (MMR) เกิดความผิดปกติของระบบทางเดินอาหาร (ileal-lymphoid-nodular hyperplasia) ร่วมกับการมีอาการคล้ายกับเด็กโรคออทิสติก (ชาญวิทย์ พรนภดล, 2545)

การวินิจฉัย

การวินิจฉัยโรคออทิสติก พิจารณาตามคู่มือการวินิจฉัยและสถิติความผิดปกติทางจิตของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ครั้งที่ 4 (Diagnostic and Statistic Manual, Mental Disorder: DSM IV) ดังนี้ (American Psychiatric Association, 2000)

ก. ต้องพบอาการทั้งหมดอย่างน้อย 6 ข้อย่อย จากข้อ (1) (2) และ (3) ซึ่งจะต้องพบในข้อ (1) อย่างน้อย 2 ข้อย่อย และอย่างละ 1 ข้อย่อยจากข้อ (2) และข้อ (3)

(1) มีการสูญเสียการปฏิสัมพันธ์ทางสังคม

ซึ่งแสดงให้เห็นได้อย่างน้อยที่สุด 2 ข้อย่อยดังต่อไปนี้

1.1 ไม่สามารถแสดงถึงการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมกับผู้อื่น เช่น ไม่มีการสบตากับผู้ใด ไม่มีการแสดงออกทางสีหน้า กิริยาหรือท่าทางแต่อย่างใด

1.2 ไม่มีความสามารถที่จะผูกสัมพันธ์กับใครเพื่อให้เป็นเพื่อนกันได้

1.3 ขาดการแสวงหาเพื่อที่จะเล่นสนุกกับใคร ไม่แสดงความสนใจที่จะทำงานร่วมกับใคร ไม่สามารถร่วมกันทำประโยชน์ต่อส่วนรวมกับผู้อื่นได้

1.4 ไม่สามารถมีการติดต่อทางสังคมและการแสดงออกทางอารมณ์ให้เหมาะสมเมื่ออยู่ในสังคม

(2) มีการสูญเสียทางการสื่อความหมาย

ซึ่งจะต้องพบหัวข้อย่อยอย่างน้อย 1 ข้อ ดังนี้

2.1 มีความล่าช้าหรือไม่มีการพัฒนาในด้านภาษาและการพูดเลย หรือไม่สามารถใช้กิริยาท่าทางในการสื่อสารความหมายกับผู้ใดได้

2.2 ในรายที่สามารถพูดได้แล้ว ก็ไม่สามารถสนทนาโต้ตอบกับผู้อื่นได้อย่างเข้าใจ และเหมาะสม

2.3 มักจะพูดซ้ำๆ ในสิ่งที่ตนเองต้องการจะพูดและตนเองสนใจ โดยไม่สนใจว่าจะมีผู้อื่นฟังหรือไม่

2.4 ไม่สามารถเล่นสมมติได้ด้วยตนเอง หรือไม่สามารถเล่นลอกเลียนแบบที่เคยพบเห็นในสังคมได้อย่างเหมาะสมตามวัย

(3) มีพฤติกรรม ความสนใจและการกระทำซ้ำๆ

ซึ่งจะต้องพบ 1 ย่อย ดังนี้

3.1 มีพฤติกรรมซ้ำๆ อย่างเดียวหรือมากกว่าหนึ่งอย่างก็ได้ มีความสนใจสิ่งใดสิ่งหนึ่งโดยเฉพาะที่ผิดปกติอย่างเด่นชัด เช่น สนใจมองใบพัดของพัดลมที่กำลังหมุนอยู่ได้ทั้งวัน

3.2 ไม่สามารถยืดหยุ่นในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่เคยทำซ้ำๆ เป็นประจำได้ โดยต้องกระทำตามขั้นตอนเหมือนเดิมทุกครั้ง

3.3 มีการเคลื่อนไหวซ้ำๆ เช่น การกระดิกนิ้วมือไปมา การโบกมือไปมา การหมุนมือหรือการหมุนตัวไปรอบๆ เป็นต้น

3.4 มีความสนใจเกี่ยวกับส่วนใดส่วนหนึ่งของวัตถุหรือของเล่นเท่านั้น เช่น ถ้าขึ้นรถสำหรับเด็กเล่นให้ เด็กจะสนใจหมุนแต่ล้อได้อล้อหนึ่งเท่านั้น โดยไม่สนใจเล่นส่วนอื่นๆ ของรถเลย

ข. จะต้องพบว่ามีอาการซ้ำหรือความผิดปกติอย่างน้อย 1 ข้อ ก่อนอายุ 3 ปี คือ

1. การปฏิสัมพันธ์ทางสังคม
2. ภาษาที่ใช้ในการสื่อความหมายในสังคม
3. การเล่นแบบสมมติหรือเล่นจากการสร้างจินตนาการ

ค. ความผิดปกตินี้ไม่ได้เกี่ยวข้องกับกลุ่มอาการอื่นๆ เช่น กลุ่มอาการเรทท์ (Rett's syndrome) หรือความผิดปกติทางสมองอื่นๆ ในวัยเด็ก

อาการและอาการแสดง

เริ่มแสดงอาการก่อนอายุ 3 ขวบ มีปัญหาพูดซ้ำ เรียกไม่ค่อยหัน ไม่ยอมสบตา หรือดูเหมือนไม่ฟังเวลาพูดด้วย อาการมีความแตกต่างกันตามความรุนแรงโดยสามารถจัดกลุ่มความผิดปกติของพฤติกรรมได้เป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ (ชาญวิทย์ พรนภดล, 2545; Volkmar, & Schultz, 2005)

1. ความผิดปกติของการสร้างสัมพันธ์ภาพกับบุคคลอื่น (impairment in social relatedness)

เป็นอาการหลักที่สำคัญที่สุด โดยในวัยขวบปีแรก เด็กจะไม่ค่อยชอบให้อุ้ม ร้องเสียงดังเวลาถูกอุ้ม ไม่จ้องแม่หรือผู้เลี้ยง ไม่ส่งภาษา ต่อมาในวัย 2-3 ขวบ ความผิดปกติจะชัดเจนขึ้น เด็กไม่สามารถมีหรือแสดงความสนใจร่วมกับผู้อื่นได้ (lack of joint attention) เวลาชี้ให้ดูสิ่งของที่อยู่ไกลออกไปเด็กจะไม่มองตาม ไม่เลียนแบบท่าทางของผู้อื่น ไม่แสดงอาการของความรู้สึกพลัดพราก (separate anxiety) เวลาจากแม่ หลังจากนั้นในวัยก่อนเรียน เด็กจะขาดทักษะทางสังคมอย่างเด่นชัด โดยไม่สนใจที่จะเข้าหาหรือเล่นกับเด็กอื่นๆ ในวัยเดียวกัน เดินอยู่รอบสนามคนเดียว ขณะเด็กเข้าสู่วัยเรียน เด็กจะมีปัญหาไม่เข้าใจสถานการณ์ทางสังคมที่ซับซ้อนขึ้น ไม่มีเพื่อนสนิท ชอบเก็บตัวหรืออยู่คนเดียวตามลำพัง ไม่มีความรู้สึกเข้าใจผู้อื่น อาจถูกเพื่อนมองว่าแปลกหรือตลก

2. ความผิดปกติของการใช้ภาษาติดต่อสื่อสารกับบุคคลอื่น (impairment in language and communication)

บางรายไม่สามารถพูดได้เลย จนถึงพูดได้เหมือนคนปกติ ประมาณร้อยละ 50 ของโรคออทิสติกจะไม่สามารถพูดได้ตั้งแต่เล็กจนโต มักจะได้ประวัติเด็กไม่เคยส่งเสียงอ้อแอ้ในวัยขวบปีแรก ใช้คำพูดที่ตนเองเข้าใจคนเดียว (idiosyncratic words) เช่น คำว่า “เค้า” หมายถึง “รถไฟ” อาจร้องเพลงโฆษณาตามที่วิวาๆ ได้จนจบเพลง ถามคำถามซ้ำๆ แม้รู้คำตอบแล้ว พูดโทนเสียงเดียว ไม่มีเสียงสูงต่ำ เมื่อเด็กอายุมากขึ้น จะเข้าใจภาษาตรงไปตรงมาตามตัวหนังสือ ทำให้ไม่เข้าใจมุขตลก การเล่นคำ คำสำนวน คำพังเพย คำเปรียบเทียบหรือคำเสียดสีประชดประชัน

3. พฤติกรรมทำอะไรซ้ำหรือมีความสนใจจำกัด (restricted repetitive and stereotype patterns of behavior, interests, and activities)

ในวัย 2-3 ขวบ จะแสดงพฤติกรรมอะไรซ้ำๆ เช่น เล่นของเล่นชิ้นเดิม เปิด-ปิดสวิตช์ไฟ หมุนขวดนม พูดซ้ำๆ ชอบจ้องมองวัตถุที่หมุนได้ เช่นพัดลม ล้อรถ ม้าหมุนเป็นเวลานานๆ ชอบดูหนัง หรือวิดีโอเฉพาะบางตอนที่ชอบซ้ำแล้วซ้ำอีก กิจกรรมประจำวันมักตรงเวลา มีระเบียบแบบแผน มีขั้นตอน หากมีการสลับขั้นตอนเด็กจะมีปฏิกิริยารุนแรง โดยการร้องไห้ งอแง อาละวาด ก้าวร้าว ปรับตัวยากต่อสิ่งแวดล้อมใหม่ๆ หรือมีความผูกพันกับสิ่งของบางอย่างมากเป็นพิเศษ เมื่อโตขึ้นอาจมีความสามารถพิเศษจากการทำอะไรซ้ำๆ เช่น ท่องชื่อ-เบอร์โทรศัพท์ในสมุดโทรศัพท์ได้ คูณเลข 7 หลักได้ในเวลาไม่กี่นาที หรือบางรายสะสมสิ่งของ เช่น หินแมลง หินสี นิตยสารเก่าๆ

ความผิดปกติหรืออาการที่พบบ่อย

โรคออทิสติกอาจพบความผิดปกติหรือมีอาการร่วมด้วย ดังนี้ (ชาลววิทย์ พรนภดล, 2545)

1. ปัญญาอ่อน ประมาณร้อยละ 70 ของเด็กโรคออทิสติกจะมีภาวะปัญญาอ่อน ซึ่งถือว่าเป็นภาวะอาการร่วมสำคัญของโรคออทิสติกด้วย (Volkmar, & Schultz, 2005)
2. ชัก ร้อยละ 30 ของโรคออทิสติกจะชักในช่วงวัยรุ่น โดยโอกาสชักสัมพันธ์โดยตรงกับไอคิวและความรุนแรง ซึ่งมักจะมีอาการถดถอย มีปัญหาพฤติกรรม และการพยากรณ์โรคแย่งลงเมื่อมีอาการชักร่วมด้วย
3. อาการสมาธิสั้น (Attention-deficit/hyperactivity disorder-ADHD) มากกว่าร้อยละ 50 ในวัยเด็กเล็กจะมีอาการซน หุนหันพลันแล่น และขาดสมาธิ แต่ไม่สามารถวินิจฉัย ADHD ร่วมกับการวินิจฉัยโรคออทิสติก ได้
4. กล้ามเนื้อ ผู้ป่วยบางรายจะมีความผิดปกติของพัฒนาการทางกล้ามเนื้อร่วมด้วย เช่น การทรงตัวไม่ดี การทำงานระหว่างกล้ามเนื้อและตาไม่ดี กล้ามเนื้อมัดใหญ่-เล็กไม่แข็งแรง หกล้มง่ายและซุ่มซ่ามมากกว่าเด็กปกติ
5. ปัญหาการกินและการนอน เช่น เลือกรับประทาน ปฏิเสธไม่ยอมกินอาหารบางชนิด กินสิ่งที่ไม่ใช่อาหาร (PICA) เช่น ดิน ยาง ผม เล็บ สี ดินสอ เป็นต้น โดยร้อยละ 11-30 ของโรคออทิสติก มีปัญหาการนอนยาก นอนน้อย นอนไม่เป็นเวลา ร้องละเมอบ่อยๆ
6. ย้ำคิดย้ำทำ ร้อยละ 40-50 มีอาการย้ำคิดย้ำทำ เช่นเดียวกับอาการในผู้ป่วยโรคย้ำคิดย้ำทำ
7. อาการทางจิต บางรายอาจมีอาการหูแว่ว หลงผิด ความผิดปกติทางด้านความคิด เมื่อเข้าสู่วัยรุ่น แต่อัตราการเกิดอาการทางจิต ไม่ได้สูงกว่าที่เกิดในประชากรทั่วไป
8. การตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้น บางรายไม่สามารถทนเสียงดังได้ บางรายมีความทนทานต่อความเจ็บปวดสูงมาก บางรายไวต่อการเปลี่ยนแปลงของอุณหภูมิเพียงไม่กี่องศา บางรายไม่มีไข้เมื่อมีการติดเชื้อ
9. พฤติกรรมก้าวร้าว พบได้บ่อยในโรคออทิสติก ทุกกลุ่มอายุ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงวัยรุ่น อย่างไรก็ตามผู้ป่วยโรคออทิสติกส่วนใหญ่ไม่ก้าวร้าว
10. พฤติกรรมทำร้ายตนเอง (self-injurious behavior, SIB) พบบ่อยในโรคออทิสติก โดยเฉพาะในกลุ่มความสามารถในการทำหน้าที่ต่ำ (low functioning) ที่มีภาวะปัญญาอ่อนร่วมด้วย เช่น การโขกหัว กัดตัวเอง ตบหน้า จิ้มตา

การรักษา

โรคออทิสติกเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ เป้าหมายของการรักษาอยู่ที่การกระตุ้นและฟื้นฟูพัฒนาการในด้านต่างๆ เช่น การพูด การเข้าสังคม การรับรู้และการเรียน ให้ดีขึ้นจนใกล้เคียงกับเด็กปกติมากที่สุด และลดหรือกำจัดพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ดังนั้นการรักษาที่ได้ผลดีที่สุด คือ การผสมผสานการรักษาในด้านต่างๆ เข้าด้วยกัน การรักษาเหล่านั้น ได้แก่

1. การปรับพฤติกรรมและฝึกทักษะทางสังคม

โปรแกรมการปรับพฤติกรรมมีหลายโปรแกรม แต่ที่พิสูจน์ว่าได้ผลและมีประสิทธิภาพสูงสุดคือ โปรแกรม Applied Behavioral Analysis (ABA) ซึ่งพัฒนาโดย โลแวน (Lovaas) อาศัยทฤษฎีพฤติกรรมศาสตร์และทฤษฎีการเรียนรู้ เพื่อใช้ในการฝึกเด็กที่บ้าน ใช้เวลาฝึกประมาณ 40 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ นานติดต่อกัน 6 เดือนติดต่อกัน ซึ่งจะได้ผลดีมากถ้าผู้ป่วยได้รับการฝึกก่อนอายุ 5 ปี แต่อย่างไรก็ตามโปรแกรมนี้นี้มีค่าใช้จ่ายค่อนข้างสูง (ชาญวิทย์ พรนภดล, 2545)

สำหรับประเทศไทยมีหน่วยงานหลายแห่งที่ให้บริการการปรับพฤติกรรม แต่เทคนิคที่ใช้อาจแตกต่างกันออกไป เช่น การใช้เทคนิคพฤติกรรมบำบัด และทฤษฎีการเรียนรู้มาใช้ในการบำบัดโดยใช้การจำแนกพฤติกรรมร่วมด้วย คือ กลุ่มที่ 1 เป็นพฤติกรรมผิดปกติ ต้องพัฒนาพฤติกรรมที่เด็กยังไม่มี ในกลุ่มที่ 2 และ 3 เป็นพฤติกรรมที่ได้มาจากการเรียนรู้และเกิดมาจากอารมณ์บางอย่าง ซึ่งต้องมีการพัฒนาเพิ่มคุณภาพของพฤติกรรมต่างๆ (ดุสิต ลิขนะพิชิตกุล, 2545 ก) นอกจากนี้ยังมีรูปแบบพัฒนาการบำบัด (developmental therapy) ซึ่งพัฒนาโดย ศาสตราจารย์แพทย์หญิงเพ็ญแข ลิ้มศิลา เป็นแบบแผนการรักษาผู้ป่วยออทิสติกที่โรงพยาบาลยุวประสาท ไวทยาภิรักษ์ ซึ่งประกอบด้วยการเล่นพฤติกรรมเด็ก พัฒนาการเรียนรู้ พัฒนาการทางอารมณ์ และรูปแบบการสื่อสาร หลังจากนั้นเป็นการออกแบบกิจกรรมที่ใช้พัฒนาเด็ก โดยใช้ข้อสรุปจากการประเมินวางแผนสร้างกิจกรรม (ดุสิต ลิขนะพิชิตกุล, 2545 ข)

2. การฝึกพูด

การฝึกพูด (speech therapy) ถือว่าเป็นหัวใจสำคัญของการรักษาโดยเฉพาะในรายที่มีออทิสติกและมีความบกพร่องทางการใช้ภาษา ควรผสมผสานการฝึกพูดรวมไปกับการปรับพฤติกรรม และผู้ป่วยควรได้รับการฝึกสัปดาห์ละ 1-2 ครั้งในช่วงแรกของการรักษา ถ้าสามารถเริ่มการฝึกได้เร็ว โอกาสที่เด็กจะตอบสนองอย่างดีและมีพัฒนาการทางภาษาใกล้เคียงปกติก็มีมากขึ้น นอกจากนี้ยังช่วยลดพฤติกรรมก้าวร้าว แยกตัวเอง ทำร้ายตนเอง เนื่องจากสามารถสื่อสารให้ผู้อื่นเข้าใจได้ว่าตัวเองต้องการอะไร (ชาญวิทย์ พรนภดล, 2545) ทั้งนี้เนื่องจากการฝึกพูดจะช่วยให้เด็กเข้าใจความหมายของคำที่สื่อสารออกไปด้วย (Volkmar, & Schultz, 2005)

3. การกระตุ้นพัฒนาการและการฝึกอาชีพ

ควรมีการกระตุ้นพัฒนาการ (developmental stimulation) และการฝึกอาชีพ (vocational training) ในกลุ่มที่มีการออทิสติกในด้านอื่น โดยเฉพาะอย่างยิ่งทางด้านกล้ามเนื้อใหญ่ เล็ก เพื่อเพิ่มระดับความสามารถฝึกทักษะในทางสังคม และมีโอกาสและดำเนินชีวิตอย่างเป็นอิสระเพิ่มมากขึ้น (ชาญวิทย์ พรนภดล, 2545)

4. การจัดการเรียนการสอนที่เหมาะสม

การจัดการเรียนการสอนที่เหมาะสมเพื่อช่วยพัฒนาความสามารถทางการเรียนรู้ภาษาและสังคมได้อย่างต่อเนื่อง ห้องเรียนควรเล็ก ไม่มีสิ่งรบกวนมากนัก มีการกำหนดกิจกรรมการเรียนการสอนอย่างมีระบบชัดเจน (highly structured settings) โดยในวัยเด็กเกือบทุกคนต้องการการศึกษาพิเศษ ในช่วงอนุบาลถึงประถมศึกษาตอนต้น แต่เมื่ออายุมากขึ้น พูดได้เก่งขึ้น สังคมและพฤติกรรมดีขึ้น เด็กควรได้รับการพิจารณาให้มีโอกาสได้เรียนร่วมกับเด็กอื่นในชั้นเรียนปกติ โดยอาจต้องมีพี่เลี้ยงหรือครูการศึกษาพิเศษคอยดูแลตามความจำเป็น (ชาญวิทย์ พรนภดล, 2545; Volkmar, & Schultz, 2005)

5. การช่วยเหลือครอบครัว

ครอบครัวควรได้รับการช่วยเหลือเป็นอย่างยิ่งจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง หลีกเลี่ยงการตำหนิหรือใช้คำพูดที่จะไปทำให้ครอบครัวรู้สึกผิด ให้กำลังใจและกระตุ้นให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมและมีบทบาทในการช่วยเหลือรักษาผู้ป่วยในทุกด้านให้มากที่สุด ควรให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค การรักษาและการพยากรณ์โรค รวมทั้งเป็นที่ปรึกษาของครอบครัวในการดูแลเด็ก (ชาญวิทย์ พรนภดล, 2545)

6. การรักษาด้วยยา

การใช้ยาเพื่อรักษาตามอาการและลดพฤติกรรมที่เป็นปัญหา รวมทั้งสนับสนุนการฝึกทักษะต่างๆให้ดำเนินต่อไปด้วยความราบรื่น อย่างไรก็ตามปัจจุบันยังไม่มียาตัวเดียวที่รักษาอาการทุกอย่างได้หมด ดังนั้นการเลือกใช้ยาจึงขึ้นอยู่กับอาการที่เป็นปัญหาและการตอบสนองต่อการรักษา ยาที่ใช้มีดังนี้ (ชาญวิทย์ พรนภดล, 2545)

6.1 เพื่อลดอาการชน ไม่อยู่นิ่ง หุนหันพลันแล่น และสมาธิสั้น ในกลุ่มที่มีภาวะปัญญาอ่อนและอาการกระวนกระวาย พลุ้งพล่า (restlessness) เดินไปมา (agitation) หงุดหงิด (irritability) และมีพฤติกรรมอะไรซ้ำๆ (stereotyped or repetitive behaviors) มาก ควรพิจารณาใช้ยา กลุ่ม neuroleptics เช่น risperidone (Risperidal[®]), haloperidol (Hadol[®]) อย่างไรก็ตามควรระวังผลข้างเคียงเพราะผู้ป่วยมักจะไวต่อยา ที่พบได้ในระยะเฉียบพลัน เช่น acute dystonia, extrapyramidal symptoms และผลข้างเคียงในระยะยาว เช่น tardive dyskinesia ส่วนในกลุ่มที่มีอาการสมาธิสั้น (ADHD) ควรได้รับยา methylphenidate (Ritalin[®]) และใช้ในขนาดที่น้อยกว่าขนาดที่ใช้รักษาเด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้นทั่วไปร้อยละ 50 เพื่อให้เกิดผลดีและลดอาการข้างเคียง

6.2 เพื่อลดอาการทำอะไรซ้ำๆ ต่อต้านการเปลี่ยนแปลง ยาที่ได้ผลคือ clomipramine และในกลุ่ม selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) ได้แก่ fluoxetine (Prozac[®]), paroxetine (Serozat[®])

6.3 เพื่อลดอาการก้าวร้าว ทำร้ายตนเอง ควรพิจารณาใช้ยา กลุ่ม neuroleptics เช่น risperidone หรือ haloperidol ในรายที่มีอาการชักหรือความผิดปกติของคลื่นไฟฟ้าร่วมด้วย ควรพิจารณาใช้ยาต้านชัก เช่น sodium valproate (Depakine[®]), carbamazepine (Tegretal[®])

6.4 เพื่อลดอาการหงุดหงิด อารมณ์เรียวเฉย และอารมณ์ซึมเศร้า ควรพิจารณาใช้ยา กลุ่ม mood stabilizers ได้แก่ sodium valproate, carbamazepine และ lithium ถ้ามีภาวะซึมเศร้า ควรให้ยาต้านเศร้าร่วมด้วย

6.5 เพื่อลดอาการวิตกกังวลและกลัวเกินกว่าเหตุ ควรพิจารณาใช้ยา กลุ่ม SSRIs และ buspirone (Buspar[®])

6.6 เพื่อลดอาการทางจิต ที่มีประสาทหลอน หลงผิด พฤติกรรมแปลก ควรพิจารณาใช้ยา กลุ่ม neuroleptics เช่น risperidone หรือ haloperidol

6.7 เพื่อลดอาการนอนไม่หลับ เด็กออทิสติก ประมาณร้อยละ 11-30 มีปัญหาการนอน ควรใช้ยา antihistamine ที่มีฤทธิ์ทำให้ง่วง เช่น diphenhydramine หรือ hydroxyzine

การพยากรณ์โรค

โรคออทิสติก เป็นความผิดปกติที่ติดตัวผู้ป่วยตลอดชีวิต เมื่อโตเป็นผู้ใหญ่ประมาณ 1 ใน 3 ของผู้ป่วยโรคนี้ที่ผ่านการรักษาสามารถช่วยเหลือดูแลตัวเองได้โดยไม่ต้องพึ่งพาคนอื่น ประมาณ 2 ใน 3 ยังคงต้องการคนดูแลช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวันประมาณร้อยละ 1-2 สามารถประกอบอาชีพเลี้ยงตนเอง และดำเนินชีวิตเหมือนคนปกติ (ชาญวิทย์ พรนภดล, 2545) นอกจากนี้สิ่งที่เป็นตัวทำนายว่าผู้ป่วยคนใดจะสามารถเรียนรู้และดูแลตนเองได้มากน้อยเพียงใด ได้แก่ ระดับเชาวน์ปัญญาและความสามารถในการสื่อสาร ผู้ป่วยที่พูดสื่อสารกับผู้อื่นได้ก่อน 5 ขวบและมีระดับเชาวน์ปัญญา มากกว่า 70 คือกลุ่มที่จะมีพยากรณ์โรคดีที่สุด (ชาญวิทย์ พรนภดล, 2545)

ปัจจัยสำคัญประการหนึ่งที่จะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาดี คือ อายุเมื่อเริ่มรักษา ผู้ป่วยโรคออทิสติก ที่ได้รับการวินิจฉัยและรักษาอย่างถูกต้อง ตั้งแต่อายุน้อยจะมีพยากรณ์โรคดีกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาเมื่ออายุมาก ดังนั้นการค้นหาผู้ป่วยอายุน้อยจะมีประโยชน์อย่างยิ่งต่อผู้ป่วยและทำให้การพยากรณ์โรคดีขึ้นมาก ผู้ป่วยโรคออทิสติก ประมาณร้อยละ 4-32 จะมีอาการชักเมื่ออายุมากขึ้นโดยเฉพาะช่วงที่เป็นวัยรุ่น ซึ่งแตกต่างจากในคนปกติทั่วไปที่ความเสี่ยงต่อการชักมักจะลดลง เมื่อ

อายุเพิ่มมากขึ้น การมีอาการชักร่วมด้วยจะทำให้การพยากรณ์โรคเลวลง (ชาญวิทย์ พรนภดล, 2545)

นอกจากนี้ประมาณร้อยละ 40-50 ของผู้ป่วยโรคออทิสติก สามารถพูดหรือใช้ภาษาในการสื่อสารกับผู้อื่นได้บ้างพอสมควร แต่มีน้อยมากที่สามารถสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นจนถึงขั้นแต่งงานหรือมีครอบครัวได้ ผู้ป่วยที่มีระดับเขาวนปัญญาต่ำกว่า 50 ไม่สามารถสื่อสารกับผู้อื่น มีโอกาสชักเมื่อเข้าสู่วัยรุ่น คุณแลตนเองไม่ได้เมื่อเป็นผู้ใหญ่ (ชาญวิทย์ พรนภดล, 2545)

แนวคิดเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า

ความหมายของภาวะซึมเศร้า

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีผู้ให้ความหมายภาวะซึมเศร้าดังต่อไปนี้

สมภพ เรื่องตระกูล (2543) ได้ให้คำจำกัดว่า เป็นภาวะที่มีอาการซึมเศร้าเป็นอาการเด่นชัด ร่วมกับอาการสำคัญอย่างอื่นเช่น เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ อ่อนเพลีย ไม่มีแรง ไม่มีสมาธิ รู้สึกไร้ค่าและมีความคิดเบื้อชีวิต

ดวงใจ กษานติกุล (2544) ให้คำจำกัดความภาวะซึมเศร้า เป็นการเสียสมดุลทางอารมณ์ จะมีอาการ อารมณ์ซึมเศร้า อารมณ์หงุดหงิด รู้สึกหมดความสนใจในสิ่งต่างๆ มีอาการเบื่ออาหาร นอนไม่หลับ อ่อนเพลีย ไม่มีแรง ความคิดและการเคลื่อนไหวช้าลง หรือพลงอ่านกระวนกระวาย รู้สึกไร้ค่า ต่ำหนิตนเองมากผิดปกติ สมาธิเสียหรือมีความคิดอยากตาย ซึ่งถ้ามีอาการดังกล่าวตลอดเวลานาน 2 สัปดาห์ขึ้นไปจนมีผลกระทบต่ออาชีพการทำงาน หรือการเรียน

เบ็ค (Beck, 1967) ได้กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้า (depression) หมายถึง ภาวะที่แสดงถึงความเป็ยเบนทางด้านอารมณ์ ด้านการคิด ด้านแรงจูงใจ ด้านร่างกายและพฤติกรรมเนื่องจากบุคคลเผชิญกับภาวะวิกฤตในชีวิตและการมีความคิดอัตโนมัติในทางลบ

สาเหตุของภาวะซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้าเกิดได้จากหลายสาเหตุ ขึ้นอยู่กับแนวคิดทฤษฎีที่ใช้พิจารณาถึงสาเหตุของภาวะซึมเศร้า ซึ่งมีความแตกต่างกันหลายทฤษฎี มีรายละเอียดดังนี้

1. ทฤษฎีด้านชีวภาพ (biological theories of depression)

ทฤษฎีทางด้านชีวภาพที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคซึมเศร้า ประกอบด้วยหลายปัจจัย คือ

1.1 ปัจจัยทางพันธุกรรม (genetics factor) จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยเป็นคู่แฝดจากไข่ใบเดียวกัน (monozygotic twins) คู่แฝดจะมีโอกาสป่วยเป็นโรคซึมเศร้าได้ถึงร้อยละ 76 ส่วนในคู่แฝดที่เกิดจากไข่คนละใบ (dizygotic twins) มีโอกาสเป็นด้วยร้อยละ 19 บิดาหรือมารดาหรือทั้งบิดาและมารดาเป็นโรคซึมเศร้า ลูกจะมีโอกาสเกิดโรคซึมเศร้าได้ร้อยละ 32-67 ถ้าบิดาหรือ

มารดาคนใดคนหนึ่งเป็นโรคซึมเศร้า ลูกจะมีโอกาสเป็นด้วยในอัตราสูงกว่าเด็กทั่วไป 2 เท่า สำหรับญาติในอันดับหนึ่ง (first-degree generation) ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีโอกาสป่วยด้วย โรคซึมเศร้าสูงกว่าคนทั่วไปประมาณ 1.5-3 เท่า (ดวงใจ กษานติกุล, 2544)

1.2 ปัจจัยด้านสารเคมีของระบบประสาท (neurochemical theories) มีการศึกษาพบว่าสารสื่อประสาทเป็นสาเหตุทำให้เกิดโรคซึมเศร้ามี 2 ชนิด คือ นอร์อิพิเนพริน (norepinephrine) และ ซีโรโทนิน (serotonin) ในระบบประสาทส่วนกลางลดลง ซึ่งเป็นสารเคมีที่สำคัญในการเกิดโรคซึมเศร้า สารสื่อประสาททั้ง 2 ชนิดนี้จะมีผลต่อการทำหน้าที่ของสมองในส่วนระบบลิมบิก (limbic system) และคอร์เท็กซ์ (cortex) ซึ่งจะเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมและการแสดงอารมณ์และความรู้สึกต่างๆ ความจำและการเรียนรู้ (สมภาพ เรื่องตระกูล, 2543)

2. ทฤษฎีทางจิตวิเคราะห์ (psychoanalytic theory)

อธิบายภาวะซึมเศร้าเกิดจากการสูญเสียเป็นสาเหตุที่สำคัญ อาจเป็นการสูญเสียในชีวิตจริงหรือเป็นการสูญเสียในมโนภาพ (real or fantasy) มักจะเป็นการสูญเสียบุคคลที่รักและที่พึง โดยการพลัดพรากจากกัน การตายจากกันหรือการทอดทิ้งกัน นอกจากนี้ยังเกิดได้จากการเปลี่ยนแปลงวิธีการดำเนินชีวิตอย่างกะทันหัน เช่น เกิดความล้มเหลวในหน้าที่การงานอย่างทันที หย่าร้างกัน เป็นต้น (สุนีย์ เกี่ยวกิ่งแก้ว, 2544)

3. สาเหตุทางจิตสังคม (psychosocial cause)

ภาวะซึมเศร้าเกี่ยวข้องกับบุคลิกภาพก่อนเกิดโรค (premorbid personality factor) ซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้อีกอย่างหนึ่งได้แก่ ลักษณะบุคลิกภาพแบบย้ำคิดย้ำทำ (obsessive-compulsive personality disorder) บุคลิกภาพผิดปกติชนิดพึ่งพิง (dependent personality disorder) บุคลิกภาพผิดปกติชนิดแสดงท่าทางละคร (histrionic) บุคลิกภาพผิดปกติชนิดก้ำกึ่ง (borderline) ส่วนบุคลิกภาพชนิดต่อต้านสังคม (antisocial personality disorder) และบุคลิกภาพผิดปกติชนิดหวาดระแวง (paranoid personality disorder) ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ (Kaplan & Sandock, 1995)

4. ทฤษฎีพฤติกรรมนิยม-ปัญญานิยม (cognitive behavior theory)

แนวคิดของเบ็ค (Beck, 1967) เสนอทฤษฎีพฤติกรรมบำบัดทางปัญญา (cognitive behavior) ในการรักษาผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าว่าเป็นผู้ที่มีจิตใจพื้นฐานบางอย่างซึ่งเป็นผลจากประสบการณ์วัยเด็กเกิดกระบวนการความคิดในทางลบ สับสนและไม่มีเหตุผล โดยเบ็คเชื่อว่าภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้นได้จากปัจจัย 2 ประการ คือ 1) เกิดจากการที่บุคคลได้เผชิญภาวะวิกฤตในชีวิต เช่น การเจ็บป่วยเรื้อรัง ผู้ป่วยต้องเผชิญกับพยาธิสภาพของโรคการเปลี่ยนแปลงของร่างกายจากโรคและการรักษานับเป็นภาวะวิกฤตในชีวิต และ 2) เกิดความคิดอัตโนมัติทางลบต่อตนเองต่อโลกและต่อ

อนาคต มีการกล่าวถึงพื้นฐานของความสัมพันธ์ระหว่างความคิดที่เกิดจากการมีความเชื่อในด้านลบ 3 ลักษณะ (Beck, 1967) คือ

1.รูปแบบความคิดทางลบต่อตนเอง (negative view of self) ผู้ที่มีความคิดซึมเศร้า มองตนเองว่าบกพร่อง ไม่มีคุณค่า ไม่เป็นที่ปรารถนา อันเนื่องจากข้อบกพร่องที่ตนเองคิดขึ้นเอง ซึ่งมีแนวโน้มจะไม่ยอมรับตนเอง เมื่อเกิดเหตุการณ์ต่างๆ ขึ้นจะโทษว่าทั้งหมดเกิดจากความผิดพลาดของตนเอง ทำให้มีความสำนึกในคุณค่าของตนเองต่ำ และส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา

2.รูปแบบความคิดทางลบต่อสิ่งแวดล้อม (negative view of world) ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะแปลการมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมรอบๆ ตัวในเชิงสูญเสีย มองเห็นชีวิตเต็มไปด้วยอุปสรรคหรือสถานการณ์ที่ทำให้เจ็บปวดทำให้คุณค่าในตนเองลดลง มองโลกว่าเป็นสิ่งโหดร้าย และต้องหลีกเลี่ยง

3.รูปแบบความคิดทางลบต่ออนาคต (negative view of future) ผู้มีภาวะซึมเศร้าจะทำนายว่าความทุกข์ยากปัจจุบันจะดำเนินต่อไปไม่มีที่สิ้นสุด มองข้างหน้าก็มีแต่ความยากลำบาก เมื่อพบกับสถานการณ์ในปัจจุบันก็จะมองว่าอนาคตจะเป็นสิ่งที่มีปัญหา และมองว่าอนาคตไม่มีความหวัง ทำให้มีลักษณะการแสดงออก คือ ตำหนิและลงโทษตนเอง ประเมินตนเอง ไร้ประสิทธิภาพ ประเมินคุณค่า ตนเองต่ำ เกิดความเบื่อหน่าย ขาดแรงจูงใจและสิ่งกระตุ้น สิ้นหวังมีอาการอ่อนเพลีย เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ และมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงจากสถานการณ์ต่างๆ สัมพันธภาพกับบุคคลอื่นน้อยลง (Beck, 1967)

ความคิดทางด้านลบทั้ง 3 ลักษณะนี้ เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นโดยอัตโนมัติ เกิดขึ้นเองโดยไม่สามารถควบคุมได้ ซึ่งเป็นความคิดครั้งแรกและไม่ผ่านกระบวนการไตร่ตรอง เป็นผลจากกระบวนการคิด การเรียนรู้จากประสบการณ์ ซึ่งไม่สามารถควบคุมสถานการณ์ได้ เมื่อเกิดภาวะวิกฤตในชีวิต ก็จะประมวลเรื่องราวในอดีต กระตุ้นให้บุคคลเกิดความคิดอัตโนมัติในทางลบต่อตนเอง นำสู่การบิดเบือนข้อมูลและนำไปสู่การจัดการที่ไม่เหมาะสม ซึ่งลักษณะความคิดแบบนี้ได้แก่ การสรุปเอาเองหรือการด่วนลงความเห็นบนพื้นฐานข้อมูลที่ไม่เพียงพอ การเลือกรับข้อมูล มุ่งประเด็นไปในรายละเอียดที่ไม่สำคัญหรือเพิกเฉยต่อสิ่งสำคัญของเหตุการณ์ การคิดและการแปลความเกินกว่าพื้นฐานความเป็นจริง การขยายภาพและการทำให้ลดลง เป็นลักษณะการสะท้อนให้เห็นถึงความคิดที่บิดเบือนในการประเมินค่าความสำคัญหรือขนาดของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ความคิดตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่มากกระทบ ในลักษณะที่พิจารณาสถานการณ์เพียงด้านใดด้านหนึ่ง โจมตีเพียงไปในทางลบมากกว่าทางบวก ความคิดเหล่านี้ อาจจะนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าและจะทำให้รู้สึกไม่มีคุณค่าในตัวเอง (Beck, 1967)

จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้นสรุปได้ว่า ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ความผิดปกติทางอารมณ์ เป็นภาวะที่แสดงถึงความเปราะบางทั้งทางร่างกายและจิตใจ เนื่องจากบุคคลมีความคิดอัตโนมัติในทางลบ จะมีอาการซึมเศร้า หงุดหงิด รู้สึกหมดความสนใจในสิ่งต่างๆ มีอาการเบื่ออาหาร

นอนไม่หลับ อ่อนเพลีย ไม่มีแรง ความคิดและการเคลื่อนไหวช้าลงหรือพุ่งพล่านกระวนกระวาย รู้สึกไร้ค่า ต่ำหนิตนเองมากผิดปกติ สมาธิเสียหรือมีความคิดอยากตาย ซึ่งมีอาการนาน 2 สัปดาห์ขึ้นไปจนมีผลกระทบต่อการทำงานหรือการเรียน

ในการศึกษานี้ ใช้ความหมายของภาวะซึมเศร้าตามแนวคิดของเบ็ค (Beck, 1967) ที่กล่าวไว้ว่า ภาวะซึมเศร้า หมายถึง อาการที่แสดงถึงความเปราะบางทางอารมณ์ ความคิดและการรับรู้ ซึ่งนำไปสู่ ความเปราะบางทางด้านร่างกายและพฤติกรรม ได้แก่ ความรู้สึก โศกเศร้า เสียใจ หดหู่ อ่างว่างรู้สึกไร้ค่า หมดหวัง มีอาการเบื่ออาหาร นอนไม่หลับ สูญเสียแรงขับทางเพศ เนื่องจากบุคคลเผชิญกับภาวะวิกฤตในชีวิต มีความคิดอัตโนมัติในทางลบ ต่อตัวเอง ต่อสิ่งแวดล้อมและต่ออนาคต

ระดับของภาวะซึมเศร้า

ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า มีอาการและอาการแสดงทั้งที่แสดงถึงความเปราะบางทางด้านความคิด อารมณ์ แรงจูงใจ ร่างกายและพฤติกรรม โดยแบ่งระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าตามอาการและอาการแสดง ออกเป็น 4 ระดับดังนี้ (Beck, 1967)

1. ภาวะอารมณ์ปกติ (normal range)
2. ภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย (minimal depression) มีการแสดงออกทางด้านความคิด ได้แก่ คิดว่าตนเองด้อยกว่าผู้อื่น โทษตนเอง รู้สึกผิดเกินความจริง ตัดสินใจช้าและมองโลกในแง่ร้าย การแสดงออกทางด้านอารมณ์ ได้แก่ มีอารมณ์เศร้าไม่สดชื่นแจ่มใส ไม่รู้สึกสนุกสนาน อารมณ์ขึ้นๆ ลงๆ ความกระตือรือร้นและสนใจสิ่งแวดล้อมน้อยลง ร้องไห้ง่ายกว่าปกติ การแสดงออกทางด้านแรงจูงใจ ได้แก่ ไม่อยากทำกิจวัตรอะไร พึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น หลีกเลี้ยงหรือผ่อนผันในการทำ การใด ๆ มีความต้องการที่จะตาย แต่ยังสามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ การแสดงออกทางด้านร่างกายและพฤติกรรม ได้แก่ หลับยากและตื่นเร็วกว่าปกติ ความอยากอาหารลดลงหรือเพิ่มมากกว่าปกติ เหนื่อยง่ายกว่าปกติและความต้องการทางเพศลดลง (Beck, 1967)

3. ภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง (mild-moderate depression) มีการแสดงออกทางด้านความคิดได้แก่คิดว่าตนเองเป็นคนล้มเหลว มองอนาคตอย่างสิ้นหวัง มองปัญหารุนแรงกว่าความเป็นจริง ตัดสินใจยากแม้แต่เรื่องเล็กๆ น้อยๆ โทษตนเองแม้ว่าไม่ใช่ความผิดของตัวเองหรือเป็น เรื่องที่ไม่สามารถควบคุมได้ การแสดงออกทางด้านอารมณ์ได้แก่ รู้สึกเบื่อหน่ายเกือบตลอดเวลา มี อารมณ์เศร้าที่รุนแรงและระยะเวลายาวนานขึ้น ถูกกดดันเอง สนใจตนเองและสิ่งแวดล้อมลดลง ไม่มี อารมณ์ขันและร้องไห้โดยไม่มีเหตุผล การแสดงออกทางด้านแรงจูงใจ ได้แก่ ไม่ทำกิจวัตรประจำวัน แต่ยังคงควบคุมตนเองหรือรับการกระตุ้นจากผู้อื่นได้ พึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น หลีกหนีจากสถานการณ์ต่างๆ แยกตัวจากสังคม มีความต้องการตายที่รุนแรงและบ่อยครั้งขึ้น มีความพยายามที่จะฆ่าตัวตาย การ

แสดงออกทางด้านร่างกายและพฤติกรรม ได้แก่ นอนหลับไม่สนิท ตื่นนอนเร็วกว่าปกติ แทะไม่ยอมรับประทานอาหารเช้า รู้สึกเหนื่อยล้า อ่อนเพลียตั้งแต่ตื่นตอนเช้า ไม่อยากทำกิจกรรมใดๆ (Beck, 1967)

4. ภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง (severe depression) มีการแสดงออกทางด้านความคิด ได้แก่ มองว่าเป็นคนไร้ค่าและล้มเหลว สร้างภาระแก่ผู้อื่น คิดว่าเป็นคนที่สังคมไม่ต้องการ ตัดสินใจอะไรไม่ได้ การแสดงออกทางด้านอารมณ์ ได้แก่ มีอารมณ์เศร้าที่รุนแรง เป็นอยู่ตลอดเวลา มีความทุกข์ทรมานจิตใจ ไร้ค่า สิ้นหวัง จนไม่อยากมีชีวิตอยู่ ไม่สนใจตนเองและสิ่งแวดล้อม เฉยชาและร้องไห้มากจนไม่มีน้ำตา การแสดงออกทางด้านแรงจูงใจ ได้แก่ ไม่สามารถทำกิจกรรมอะไรได้ แทะจะไม่เคลื่อนไหว ต้องให้ผู้อื่นช่วยเหลือทั้งหมด รู้สึกทุกข์ทรมานใจอย่างมากและไม่สามารถมีชีวิตอยู่ต่อไป การแสดงออกทางด้านร่างกายและพฤติกรรม ได้แก่ นอนไม่หลับหรือนอนหลับได้เป็นเวลาสั้นๆ ตื่นแล้วหลับต่อไปไม่ได้ ไม่รับประทานอาหารจนน้ำหนักลดลง อ่อนล้าและไม่สามารถทำกิจกรรมใดๆ (Beck, 1967)

สรุปอาการและอาการแสดงของภาวะซึมเศร้าแสดงให้เห็นตั้งแต่ภาวะซึมเศร้าในระดับเล็กน้อยถึงระดับรุนแรง โดยที่อาการและอาการแสดงเหล่านี้จะแปรผันตามระดับและความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้น

การประเมินภาวะซึมเศร้า

การประเมินภาวะซึมเศร้าโดยใช้แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า มีมากมายหลากหลายแบบที่ควรเลือกใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละหน่วยงาน ดังนี้

1. แบบสอบถามปัญหาสุขภาพ เพื่อตรวจวัดหาโรคซึมเศร้าในประชากรไทย Health-Related Self-Reported (HRSR), Scale: The Diagnostic Screening Test for Depression in Thai Population. (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2550) เป็นแบบสอบถามปัญหาสุขภาพ เพื่อตรวจวัดหาโรคซึมเศร้าและผู้เสี่ยงฆ่าตัวตายในประชากรไทย ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ 0.91

2. แบบประเมินโรคซึมเศร้า Personal Health Questionnaire-9 (PHQ-9) ซึ่งเป็นแบบคัดกรอง โรคซึมเศร้าชนิดให้ผู้ป่วยตอบด้วยตนเอง (Kroenke, Spitzer, & Williams, 2001) ประกอบด้วยข้อคำถาม 9 ข้อ โดยทั้ง 9 ข้อนี้มาจากข้อต่างๆ ตามเกณฑ์ การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าใน DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders fourth edition) โดยคะแนนของข้อคำถามแต่ละข้อมี 4 ระดับ คือ ไม่มีเลย (คะแนน=0) มีบางวันไม่บ่อย (คะแนน=1) มีค่อนข้างบ่อย (คะแนน=2) และมีเกือบทุกวัน (คะแนน=3) โดยมีค่าคะแนนรวมตั้งแต่ 0 ถึง 27

คะแนน ซึ่งจากการศึกษาในผู้ป่วยไทยโดย มาโนช หล่อตระกูล และคณะ (Lotrakul, Sumrithe, & Saipanish, 2008) ในปี พ.ศ. 2551 พบว่าผู้ที่มีคะแนนรวม ตั้งแต่ 9 ขึ้นไปถือว่าเป็นโรคซึมเศร้า (sensitivity = 0.84, specificity = 0.77)

3. แบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม ซึ่งเป็นแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า ซึ่งจากการศึกษาของ ธรณินทร์ และคณะ (2550) พบว่า เป็นแบบประเมินที่สามารถใช้ได้ในช่วงระยะเวลาไม่นาน โดยเวลาที่ใช้ในการประเมินด้วย 9Q ส่วนใหญ่ใช้เพียง 1 นาที ความแม่นยำของ 9Q จากการหาจุดตัดคะแนนที่เหมาะสมโดยการทำ Receiver Operating Characteristic Curve analysis = 0.9283 (95% CI = 0.8931 – 0.9635) คือ 7 คะแนนขึ้นไป ดังนั้นค่าจุดตัด (cut off score) = 7 คะแนน เป็นจุดตัดที่แบ่งระดับการวินิจฉัยหรือจำแนกคนที่ป่วยออกจากคนไม่ป่วย (cut off level) โดยมีค่าความไวสูงร้อยละ 75.68 ความจำเพาะสูงถึงร้อยละ 93.37 เมื่อเทียบกับการวินิจฉัยโรค MDD ค่าความน่าจะเป็นโรคซึมเศร้า = 11.41 เท่า เป็นระดับที่สูงและสอดคล้องกับบริบทของโรคซึมเศร้าในคนไทย นอกจากนี้แบบประเมินโรคซึมเศร้าด้วย 9Q มีความแม่นยำในการวัดการเปลี่ยนแปลงของโรคซึมเศร้าอยู่ในเกณฑ์ค่อนข้างสูง ใช้เวลาน้อย มีจำนวนข้อไม่มาก เหมาะสำหรับในการประเมินอาการของโรคซึมเศร้า ซึ่งเป็นครั้งแรกของประเทศไทยที่พัฒนาเครื่องมือได้ตรงกับบริบทของผู้ใช้โดย เฉพาะคนไทยอีสาน นอกจากนี้แบบประเมินโรคซึมเศร้าด้วย 9Q บุคลากรทางสาธารณสุขทุกระดับสามารถนำไปค้นหาผู้ที่มีแนวโน้มจะป่วยเป็นโรค ซึมเศร้าในชุมชนเข้ามาในระบบบริการสาธารณสุข และจะลดความสูญเสียที่จะเกิดจากโรคซึมเศร้า โดยมีการแปลผลดังนี้

คะแนนรวม	การแปลผล
< 7	ปกติ (Normal)
7 – 12	เป็นโรคซึมเศร้า ระดับน้อย (Major Depression, mild)
13 - 18	เป็นโรคซึมเศร้า ระดับปานกลาง (Major Depression, moderate)
> 19	เป็นโรคซึมเศร้า ระดับรุนแรง (Major Depression, severe)

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาได้ใช้ประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถามของ ธรณินทร์ และคณะ (2550) เนื่องจากเป็นแบบประเมินที่มีค่าความไวและความจำเพาะสูง มีจำนวนข้อไม่มากทำให้สะดวกในการใช้งาน คำถามมีทั้งอาการด้านร่างกายและจิตใจ รวมทั้งผู้วิจัยปฏิบัติงานอยู่ในหน่วยงานกรมสุขภาพจิต ได้ผ่านการอบรมและผ่านการฝึกใช้แบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถามด้วย

ภาวะซึมเศร้าและผลกระทบในผู้ดูแลเด็กออทิสติก

การดูแลเด็กออทิสติกส่งผลกระทบต่อผู้ปกครองทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม คือ 1) ด้านร่างกาย เช่น ความเหนื่อยล้าจากการไม่ได้พักผ่อน สุขภาพของมารดาทรุดโทรมอ่อนเพลีย เหน็ดเหนื่อย ไม่มีเวลาส่วนตัว 2) ด้านจิตใจ เช่น ความรู้สึกด้านบวก ได้แก่ ความรู้สึกภูมิใจ ปลื้มปิติ โดยเฉพาะเด็กออทิสติกมีพัฒนาการในทางที่ดีขึ้น ส่วนความรู้สึกด้านลบ ได้แก่ ความหงุดหงิด ความวิตกกังวล ความเครียด ท้อแท้ หมดหวัง บางรายคิดฆ่าตัวตาย 3) ด้านสังคม เช่น บทบาทในสังคมลดลง (ภัทรารมณ์ พุงปันคำ และ คณิงนิจ ไชยลังการณ, 2546)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีการศึกษาเกี่ยวกับเด็กออทิสติกที่มีผลกระทบต่อพ่อแม่ของกัญญา ธัญมัญญา (2536) พบว่าบิดา มารดาเด็กออทิสติกจะมีอาการทางกายสูงกว่าปกติ เด็กบางรายที่มีปัญหาด้านการนอน เด็กจะรบกวนเวลาพักผ่อนของบิดา มารดา ทำให้เกิดการอ่อนเพลีย จากเหตุการณ์จำเจ บิดา มารดาที่มีบุตรออทิสติก ส่วนใหญ่จะรู้สึกอ่อนเพลียอย่างมาก รับประทานอาหารได้น้อยลง มีความเหน็ดเหนื่อย นอนไม่หลับ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสมจิตร พีพิมาย (2547) พบว่าครอบครัวของเด็กออทิสติก มีปัญหาทางด้านสุขภาพจิตมากที่สุด เนื่องจาก มารดาที่มีบุตรออทิสติก จะมีลักษณะการเผชิญปัญหาแบบหลีกเลี่ยงความจริง ซึ่งจะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเศร้า และมีแนวโน้มจะมีความผิดปกติทางจิตเวช ร้อยละ 27

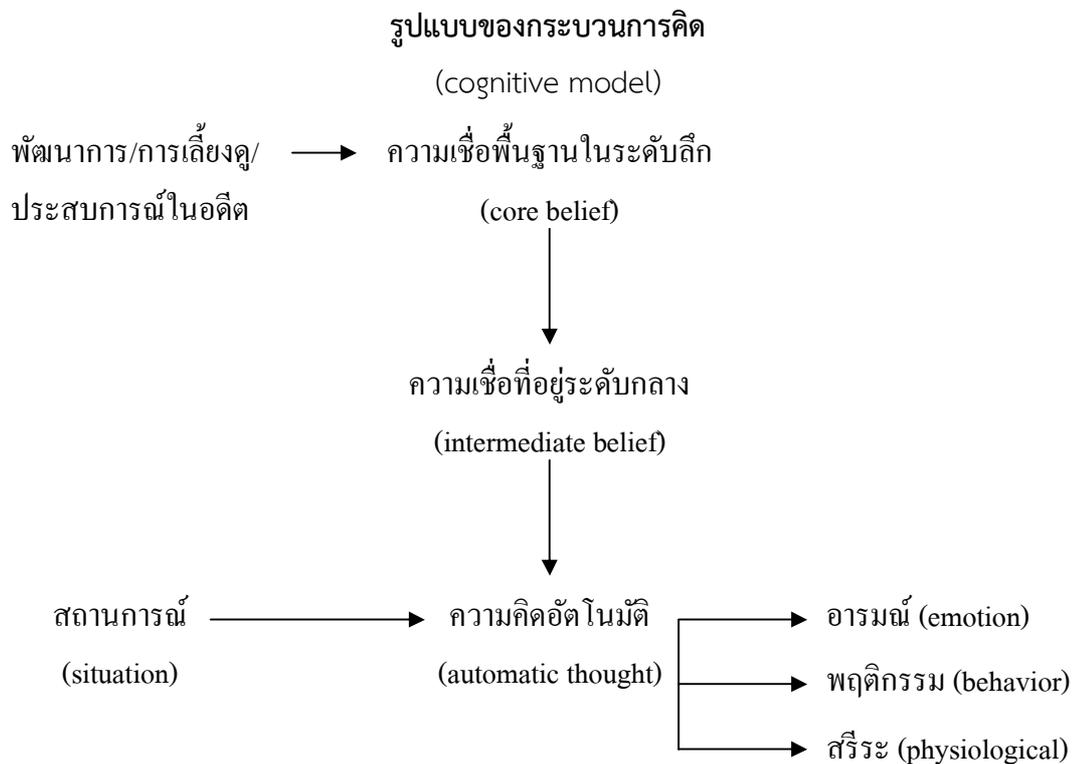
แนวคิดเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม

การบำบัดตามแนวคิดการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมเป็นการรวม 2 ทฤษฎีคือ ทฤษฎีเกี่ยวกับการรู้คิดและทฤษฎีด้านพฤติกรรม สตาลาด (Stallard, 2002) เริ่มต้นจากความสนใจในเรื่องกระบวนการทางด้านจิตใจ (mental process) ซึ่งกล่าวถึงสิ่งกระตุ้นและการตอบสนอง รวมถึงการคิด ความจำและการรับรู้ ที่เรียกว่าจิตวิทยาการรู้คิด (cognitive psychology) และในช่วงปี ค.ศ. 1970 จึงมาถึงยุคที่เรียกว่า “ยุคแห่งการเปลี่ยนแปลงทางการรู้คิด” (cognitive revolution) จึงนำมาสู่ความสนใจที่จะนำกระบวนการทางด้านความคิด (cognitive process) มาใช้ในกระบวนการบำบัดและเรียกว่า การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (cognitive therapy) มูเรย์ (Moorey, 1996)

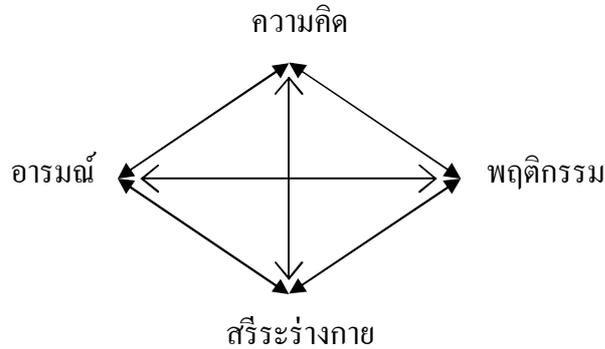
การบำบัดโดยใช้รูปแบบตามแนวคิดการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (cognitive behavioral therapy) ได้รับความสนใจ และผู้ที่ทำให้การบำบัดตามแนวคิดนี้ มีความชัดเจน และแพร่หลายไปในยุโรป อเมริกา และอังกฤษ คือเบ็ค (Beck, 1967) การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม มีพื้นฐานมาจากรูปแบบของกระบวนการคิด (cognitive model) ซึ่งตั้งอยู่บนสมมติฐาน

ว่า การรับรู้ต่อเหตุการณ์มีอิทธิพลต่ออารมณ์ และพฤติกรรมของบุคคลเบ็ค (Beck, 1995) ได้ยกตัวอย่างเรื่องการอ่านหนังสือเรื่องการบำบัดทางความคิด (cognitive therapy) ว่าคนอ่านแต่ละคนอาจมีความรู้สึกหรือมีอารมณ์ต่อหนังสือที่ต่างกันไปตามความคิดของตนเอง เช่น บางคนเมื่ออ่านแล้วมีความคิดว่า “หนังสือเล่มนี้อ่านแล้วเข้าใจดี น่าจะทำให้เป็นผู้บำบัดที่ดีได้” คนๆ นี้รู้สึกตื่นเต้นเล็กน้อย บางคนอ่านแล้วคิดว่า “หนังสือนี้ ดูเขียนง่ายไปหน่อย ไม่เหมือนเป็นหนังสือวิชาการเลย” เขาจะรู้สึกผิดหวัง บางคนคิดว่า “อยากจะอ่านให้เข้าใจทั้งหมด ถึงแม้ว่าตนเองจะไม่ค่อยเข้าใจเลย” คนนี้รู้สึกวิตกกังวล บางคนอ่านแล้วคิดว่า “อ่านไม่รู้เรื่องเลย อ่านยากมาก เราสมองไม่ดี เราไม่น่าเป็นผู้บำบัดได้” คนๆ นี้รู้สึกเศร้า เป็นต้น การที่บุคคลต่างๆ รู้สึกต่อการอ่านหนังสือที่แตกต่างกัน เพราะว่าแต่ละคนมีการตีความและการคิดต่อสถานการณ์นั้นๆ แตกต่างกันนั่นเอง

เบ็ค (Beck, 1995) ได้อธิบายเกี่ยวกับกระบวนการรู้คิด (cognitive model) ด้วยไดอะแกรมดังนี้



เมื่อมีสถานการณ์อย่างใดอย่างหนึ่งเกิดขึ้น ทำให้บุคคลเกิดความคิดอัตโนมัติขึ้น ซึ่งความคิดอัตโนมัติมาจากความเชื่อในระดับกลาง และความเชื่อพื้นฐานในระดับลึก นำไปสู่การตอบสนองทางด้านอารมณ์ ในกระบวนการหนึ่ง ความคิดอัตโนมัติเกิดขึ้น มักจะส่งผลต่อพฤติกรรม และนำไปสู่การตอบสนองทางสรีระด้วย แนวคิดการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม เชื่อว่า ความคิด อารมณ์ พฤติกรรม และร่างกาย มีความสัมพันธ์กัน (Beck, 1995) ดังนี้



เบ็ค (Beck, 1995) ได้อธิบายลักษณะของความคิดตามแนวคิดนี้ว่า มีอยู่ 3 ระดับ คือ

1. ความคิดอัตโนมัติ (automatic thought) หมายถึง ความคิดที่เกิดขึ้นทันทีทันใดต่อสถานการณ์ และส่งผลต่ออารมณ์ พฤติกรรม และสรีระของบุคคล โดยที่บุคคลมักไม่ได้ตระหนักถึงความคิดนั้น เพราะเป็นความคิดที่ดูเหมือนมีเหตุผล และอาจเป็นความคิดทางบวก หรือทางลบก็ได้ เนื้อหาความคิดส่วนใหญ่จะเป็นเรื่องเกี่ยวกับตัวเอง เกี่ยวกับสิ่งที่ตนเองกระทำ และเกี่ยวกับอนาคตของตัวเอง ดังนั้นกระบวนการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม สำคัญกับความคิดอัตโนมัติ เพราะมีผลต่อการกระทำ และความรู้สึก ซึ่งความคิดอัตโนมัติที่เกิดขึ้นจะถูกตีความอย่างไรขึ้นอยู่กับประสบการณ์ การเรียนรู้ หรือความเชื่อพื้นฐานในระดับลึก (core belief) ซึ่งเป็นความคิดที่มีรากฐานมาจากการเลี้ยงดูในวัยเด็กและประสบการณ์ที่ผ่านมา

ความคิดอัตโนมัติที่เกิดขึ้นในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า มักประเมินอันตรายหรือสิ่งที่คุกคามสูงเกินความเป็นจริง และในขณะเดียวกันก็ประเมินความสามารถของตนเองที่จะจัดการกับสิ่งที่เข้ามาคุกคามต่ำกว่าความเป็นจริงและไม่พอที่จะจัดการกับสิ่งที่เกิดขึ้น ส่งผลต่อความรู้สึก ตัวอย่างเช่น พยาบุตรมารับการส่งเสริมพัฒนาการครั้งแรก เกิดความคิดอัตโนมัติว่า “เขาฝึกกันอย่างไรรแล้วเราจะทำได้ไหม” ความรู้สึกที่อาจเกิดขึ้นตามมาคือความวิตกกังวล ว่าตนเองจะเรียนรู้วิธีการฝึกถูกได้ถูกต้องหรือไม่ เป็นต้น

ลักษณะทั่วไปของความคิดอัตโนมัติทางลบ คือ

1. เป็นความคิดที่เกิดขึ้นทันที โดยไม่ได้นึกหรือไตร่ตรอง
2. เป็นความคิดที่บิดเบือน เมื่อเราตรวจสอบดูจริงๆ จะพบว่าความคิดนั้นไม่ได้ตรงกับความจริงทั้งหมด
3. เป็นความคิดที่เราไม่ต้องการคิดถึง แต่เป็นเรื่องไม่ง่ายที่จะหยุดความคิดนั้น
4. มักจะเป็นความคิดที่รู้สึกว่าเป็นอย่างนั้นจริงๆ โดยที่ไม่ทันได้ตั้งสติ

ดังนั้น การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม จึงให้ความสำคัญกับการค้นหาความคิดอัตโนมัติทางลบ และปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติทางลบ ให้มีความสอดคล้องกับความจริงมากขึ้น

ความคิดอัตโนมัติทางลบ เป็นความคิดที่ไม่ได้ช่วยให้อะไรดีขึ้น ดังนั้น กระบวนการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม จึงแนะนำให้ผู้รับการบำบัด “หยุด” ความคิดอัตโนมัติทางลบด้วยการ “จับ” ความคิดลักษณะนี้ให้ได้ ด้วยเหตุผลว่า

- ความคิดอัตโนมัติทางลบ ทำให้เราไม่มีความสุขหรือไม่สบายใจ
- ความรู้สึกไม่มีความสุขหรือไม่สบายใจ ทำให้เราไม่อยากจะทำอะไร
- ทำให้กระทำการต่างๆ โดยขาดความรอบคอบ จึงมักกระทำผิด และยังทำให้เรามี

ความคิดเชิงลบมากขึ้น

ขั้นตอน และหลักการการบำบัดตามแนวทางการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม

จากกรอบแนวคิดที่ว่า พฤติกรรมและอารมณ์เป็นผลจากกระบวนการคิดและความเชื่อ เมื่อบุคคลเผชิญกับสถานการณ์หรือเหตุการณ์ จะเกิดความคิดอัตโนมัติ ซึ่งความคิดอัตโนมัตินี้ หากมีความคิดและความเชื่อที่บิดเบือน ผิดพลาด จะทำให้เกิดการตอบสนองทางอารมณ์ ความรู้สึกที่ไม่ดี อันนำไปสู่พฤติกรรมที่ไม่ดี เหตุนี้จึงมีการระบุถึงความคิดที่บิดเบือนหรือความคิดในแง่ลบ

ขั้นตอนการบำบัด

ขั้นตอนการบำบัดตามแนวคิดของเบ็ค (Beck, 1995) ไว้มี 3 ขั้นตอน ดังนี้

1. การค้นหาความคิดอัตโนมัติ (identify automatic thoughts) โดยการวิเคราะห์หาข้อความและวิธีการคิดที่ผิดไปในทางลบ และบิดเบือนของผู้รับการบำบัด ที่เกิดขึ้นเองแบบอัตโนมัติ (pattern of negative or distorted automatic thoughts)

2. การตรวจสอบความคิดอัตโนมัติ (evaluation automatic thoughts) ว่าถูกต้อง หรือเป็นไปได้หรือไม่

3. การปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติ (response automatic thoughts) เป็นการปรับเปลี่ยนความคิดให้เป็นไปทางที่เหมาะสมและมีความเป็นไปได้

หลักการเบื้องต้นของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม

หลักการเบื้องต้นของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมเบ็ค (Beck, 1995) ได้กล่าวถึงไว้ ดังนี้

1. การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมเกี่ยวข้องกับผู้รับการบำบัดและปัญหาของผู้รับการบำบัดในทุกเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการรู้คิด

2. การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมผู้บำบัดและผู้ถูกบำบัดต้องไปด้วยกันได้
3. การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมเน้นที่ความร่วมมือและการมีส่วนร่วมอย่างเต็มที่ของผู้บำบัดและผู้รับการบำบัด
4. การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมเน้นที่การตั้งเป้าหมายและการจัดการกับปัญหา
5. การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมเน้นที่ปัจจุบัน
6. การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมเป็นการให้การศึกษา โดยมีเป้าหมายที่จะสอนให้ผู้รับการบำบัดบำบัดตนเองได้ และเน้นที่การป้องกันปัญหาที่จะเกิดขึ้นอีก
7. การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมมีการกำหนดเวลาที่ชัดเจน เช่น ใช้เวลาบำบัด 4-14 ครั้ง สำหรับผู้รับการบำบัดที่เป็นโรคซึมเศร้า และหรือโรควิตกกังวล เป็นต้น
8. การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมมีโครงสร้างชัดเจนในทุกๆ ครั้งที่เข้ารับการบำบัด เช่น การตรวจสอบอารมณ์ การทบทวนสิ่งที่เกิดขึ้นในสัปดาห์ การร่วมกันหาปัญหา เป็นต้น
9. การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม เป็นการสอนให้ผู้รับการบำบัดสามารถกำหนดประเมิน และตอบสนองต่อความคิดและความเชื่อที่บิดเบือนได้
10. การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ใช้เทคนิคที่หลากหลายในการปรับเปลี่ยนความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม เช่น การใช้เทคนิคของการบำบัดทางพฤติกรรม เช่น การฝึกการผ่อนคลาย การลดความรู้สึกอย่างเป็นระบบ เทคนิคการควบคุมตนเอง การฝึกทักษะทางสังคม และการชักจูงความคิด เป็นต้น

ขั้นตอนการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม

1. กำหนดประเด็นปัญหา (setting the agenda) หรือวาระในการสนทนากับผู้รับการบำบัด บอกเหตุผลว่าเพราะอะไรจึงต้องกระทำดังกล่าว
2. ตรวจสอบอารมณ์ (mood check) รวมถึงการใช้ตัวเลขหรือให้คิดออกมาเป็นตัวเลข
3. ทบทวนปัญหาที่เผชิญอยู่อย่างสั้นๆ และประเมินว่ามีปัญหาได้อีกหรือไม่
4. ให้กำหนดรู้ถึงปัญหา และตั้งเป้าหมาย
5. สอนผู้รับการบำบัดให้รู้จักรูปแบบของกระบวนการคิด (cognitive model)
6. ดึงความคาดหวังต่อการบำบัดของผู้รับการบำบัด
7. สอนหรือให้ข้อมูลผู้รับการบำบัดเกี่ยวกับโรคหรือปัญหาของเขา
8. ให้การบ้าน
9. สรุปสาระสำคัญของการบำบัดในครั้งแรก
10. ให้ข้อมูลย้อนกลับ (eliciting feedback)

ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาในผู้ดูแลเด็กออทิสติกที่มีภาวะซึมเศร้า โดยใช้แนวความคิดการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมของเบ็ค (Beck, 1995) ซึ่งการบำบัดเน้นที่การค้นหาความคิด

อัตโนมัติซึ่งจะเป็นตัวที่ค้นหาได้ง่ายกว่าการค้นหาความเชื่อพื้นฐานในระดับลึก และความเชื่อในระดับกลาง ซึ่งความเชื่อทั้ง 2 ระดับนี้มีอิทธิพลและเป็นตัวที่กระตุ้นให้เกิดความคิดอัตโนมัติขึ้นแต่จะต้องใช้ทักษะและระยะเวลาที่ยาวนานจึงจะค้นพบได้ และนอกจากนี้การปรับแก้ที่ความคิดอัตโนมัติให้ผลการบำบัดเช่นเดียวกับการปรับแก้ที่ความเชื่อพื้นฐานในระดับลึก และความเชื่อในระดับกลาง

โปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมของผู้ดูแลเด็กออทิสติก

โปรแกรมการบำบัดตามแนวคิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลเด็กออทิสติก คณะผู้วิจัยดัดแปลงจากโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมเพื่อลดความวิตกกังวลของชุมชนิษฐ์ อนันตวรรังศ์ และดารารวรรณ ต๊ะปิ่นตา (2550) และโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมเพื่อลดภาวะซึมเศร้าของ ดารารวรรณ ต๊ะปิ่นตา สุพิศ กุลชัย กรรณิการ์ ศรีมงคลธารา สุชาพร บุญยศิวาพงศ์ (2553) ซึ่งทั้ง 2 โปรแกรมได้พัฒนาขึ้นตามแนวคิดการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมของเบ็ค (Beck, 1995) ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ 1) การค้นหาความคิดอัตโนมัติทางลบ 2) การตรวจสอบความคิดอัตโนมัติทางลบ และ 3) การปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติทางลบ โดยความเชื่อที่ว่าภาวะซึมเศร้าเกิดจากการที่บุคคลพบกับสิ่งเร้าหรือสถานการณ์ที่วิกฤติที่ทำให้เกิดความไม่พึงพอใจ เมื่อผนวกกับการคิดแบบอัตโนมัติทางลบ จะทำให้เกิดปัญหาทางอารมณ์ พฤติกรรม และสรีระ ที่แสดงถึงภาวะซึมเศร้า การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม เป็นการบำบัดซึ่งเน้นที่การปรับแก้ที่ความคิดและพฤติกรรม โดยวิธีการปรับเปลี่ยนความคิดที่ไม่เหมาะสมให้เป็นความคิดที่เหมาะสมตามความเป็นจริงร่วมกับการปรับทางพฤติกรรม จากงานวิจัยพบว่าจะส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าลดลง การบำบัดความคิดและพฤติกรรม ใช้เทคนิคมากมายทั้งเทคนิคทางความคิด และเทคนิคทางพฤติกรรม โดยจะต้องมีใบงานที่เฉพาะเจาะจงและเป็นบริบทที่เป็นปัญหาของผู้ดูแลเด็กออทิสติก ที่จะฝึกในการพบกับผู้บำบัดแต่ละครั้ง รวมทั้งมีการมอบหมายการบ้านที่จะช่วยให้เกิดความเข้าใจความเชื่อมโยงของการคิดอัตโนมัติต่อการมีบุตรเป็นเด็กออทิสติกตามความเป็นจริงไม่บิดเบือน และปรับแก้ความคิดของตนเองได้อย่างเหมาะสม ส่งผลต่ออารมณ์ พฤติกรรมที่เหมาะสมไม่ซึมเศร้า และมีความหวังตามความเป็นจริงในการดูแลบุตรธิดาที่มีออทิสติกของตนเอง

กรอบแนวคิดในการศึกษา

ผู้ดูแลเด็กออทิสติกต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่ไม่สามารถควบคุมได้ ประสบการณ์ที่ไม่พึงปรารถนานี้เป็นสถานการณ์ที่คุกคาม ทำให้ผู้ดูแลเด็กออทิสติกรับรู้ว่าคุณค่าของตนเองถูกคุกคามมากเกินไปกว่าความเป็นจริงซึ่งทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า อย่างไรก็ตามความคิดและความเชื่อสามารถเปลี่ยนแปลงให้ดีขึ้น โดยแนวทางการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมของเบ็ค (Bect,1995) เพื่อช่วยปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมของผู้ดูแลเด็กออทิสติก โดยใช้การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ซึ่งมีโครงสร้างและกระบวนการในการบำบัดรักษาที่ชัดเจน ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน 1)การค้นหาความคิดอัตโนมัติในทางลบ 2) การตรวจสอบความคิดอัตโนมัติในทางลบตามความเป็นจริง 3) การปรับเปลี่ยนความคิด เพื่อช่วยให้ผู้ดูแลเด็กออทิสติกสามารถเปลี่ยนแปลงความคิดและความเชื่อของตนเอง ให้เหมาะสมและสอดคล้องกับความเป็นจริงมากขึ้น และอาจส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลเด็กออทิสติกลดลงได้