



E-Book
Version

การบูรณาการจิตบำบัด

สำหรับการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูง :
จากกรณีศึกษาสู่การปฏิบัติทางการพยาบาล

Integrating Psychotherapy for
Advanced Practice Psychiatric-
Mental Health Nursing : From Case Study
to Nursing Practice

๑ ศาสตราจารย์ ดร.วาทินี สุขมาก

**การบูรณาการจิตบำบัดสำหรับการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูง :
จากกรณีศึกษาสู่การปฏิบัติทางการพยาบาล**

**Integrating Psychotherapy for Advanced Practice Psychiatric-
Mental Health Nursing: From Case Study to Nursing Practice**

© ศาสตราจารย์ ดร.วาทินี สุขมาก

ISBN : (E-book) 978-616-631-140-2

พิมพ์ครั้งแรก : กุมภาพันธ์ 2569

จำนวน 500 เล่ม

จัดทำโดย :

ศาสตราจารย์ ดร.วาทินี สุขมาก

ออกแบบและจัดทำรูปเล่ม :

สำนักพิมพ์สานหนังสือ หมู่บ้านราชาดิการ์เดนวิลล์ 189/10 หมู่ 12
ตำบลท่าขอนยาง อำเภอขามเรียง จังหวัดมหาสารคาม 44150

สงวนลิขสิทธิ์ตามกฎหมาย

ราคาปก 659 บาท

E-book ราคา 399 บาท



คำนำ

การเดินทางผ่านโลกแห่งทฤษฎีและการประยุกต์ใช้จิตบำบัดในหนังสือเล่มนี้ ได้นำมาซึ่งข้อสรุปที่ชัดเจนว่า อนาคตของการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูง คือการปฏิบัติพยาบาลแบบบูรณาการ (integrative nursing practice) ผู้เขียนจะพาผู้อ่านไปสำรวจแก่นแท้ของจิตบำบัดหลายรูปแบบ และที่สำคัญที่สุดคือการเห็นว่าแนวคิดเหล่านี้สามารถหลอมรวมกันเพื่อตอบสนองต่อความต้องการที่ซับซ้อนและเป็นเอกลักษณ์ของผู้รับบริการได้อย่างไร

หัวใจสำคัญที่ทำให้หนังสือเล่มนี้แตกต่างคือ การเน้นย้ำถึงพลังของกรณีศึกษา ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ช่วยให้ผู้อ่านไม่เพียงแต่เข้าใจ ‘อะไร’ และ ‘ทำไม’ ของการบำบัดเท่านั้น แต่ยังสามารถฝึกฝน ‘อย่างไร’ ในการตัดสินใจทางคลินิกภายใต้ความไม่แน่นอน การเรียนรู้ผ่านประสบการณ์จำลองจากกรณีศึกษาจริงจะเสริมสร้างความมั่นใจในการใช้ดุลยพินิจทางคลินิก และช่วยให้พยาบาลขั้นสูงสามารถเปลี่ยนจากผู้ใช้ทฤษฎีไปสู่การเป็นผู้สร้างสรรค์แนวทางการรักษา ที่ปรับให้เข้ากับบริบททางสังคมและวัฒนธรรมของผู้รับบริการได้อย่างกลมกลืน

ผู้เขียนหวังเป็นอย่างยิ่งว่า หนังสือเล่มนี้จะเป็นมากกว่าตำรา แต่เป็นแหล่งรวมแรงบันดาลใจและเครื่องมือที่จะผลักดันให้พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูงทุกท่าน กล้าที่จะก้าวข้ามขีดจำกัดเดิม ๆ ยกระดับมาตรฐานการดูแล และยืนหยัดเป็นผู้นำในการให้การดูแลสุขภาพจิตแบบองค์รวม ที่เน้นการเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ และการฟื้นคืนสู่สภาวะที่ยั่งยืนของผู้รับบริการทุกคน

สองส่วนนี้เน้นย้ำถึงความจำเป็นที่พยาบาลสุขภาพจิตขั้นสูงจะต้องเป็นผู้มีความรู้รอบด้านในการบูรณาการแนวคิดทางจิตบำบัดเข้ากับการปฏิบัติพยาบาล โดยมีกรณีศึกษาเป็นเครื่องมือหลักในการถ่ายทอดความเข้าใจทางคลินิก

วาทีณี สุขมาก



สารบัญ

เนื้อหา	หน้า
คำนำ	iii
สารบัญ	iv
หน่วยที่ 1 ความรู้พื้นฐานด้านจิตบำบัดเพื่อการบูรณาการในการปฏิบัติ ทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูง	1
บทที่ 1 ความรู้ด้านจิตบำบัดสู่การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช	3
บทที่ 2 พื้นฐานทางทฤษฎีของจิตบำบัดสู่การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช	39
บทที่ 3 สมรรถนะหลักในการบำบัดทางจิตเวชสำหรับพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช	69
หน่วยที่ 2 การบูรณาการบำบัดทางจิตในการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชผ่านกรณีศึกษา	121
บทที่ 4 การบูรณาการการบำบัดแนวจิตวิเคราะห์ในการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช	123
บทที่ 5 การบูรณาการการบำบัดแนวอัตถิภาวนิยมในการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช	221
บทที่ 6 การบูรณาการการบำบัดที่เน้นบุคคลเป็นศูนย์กลางในการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช	293
บทที่ 7 การบูรณาการการบำบัดแนวเกสตัลท์ในการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช	355
บทที่ 8 การบูรณาการการบำบัดแนวพฤติกรรมนิยมในการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช	439
บทที่ 9 การบูรณาการการบำบัดแนวพฤติกรรมทางปัญญาในการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช	533
ดัชนี	603



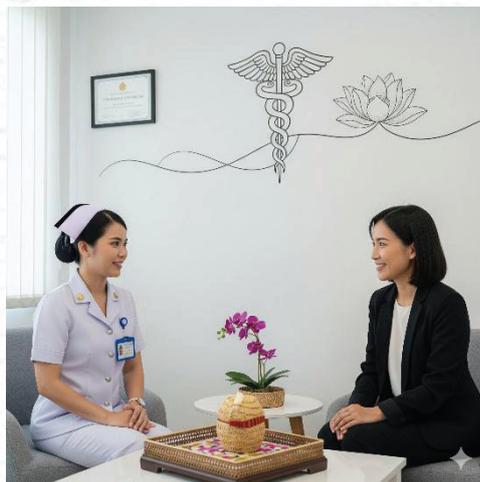
หน่วยที่ 1

ความรู้พื้นฐานด้านจิตบำบัดเพื่อการบูรณาการ
ในการปฏิบัติทางการพยาบาล
สุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูง



บทที่ 1

ความรู้พื้นฐานด้านจิตบำบัด สู่การการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช





ทดสอบความรู้

1. การให้คำปรึกษาด้านจิตใจมีความหมายและความสำคัญตามข้อใด ¹
 - ก. การให้คำปรึกษาด้านจิตใจมุ่งเน้นที่ปัญหาสุขภาพกายเป็นหลักและเป็นเรื่องของการจ่ายยา ความสำคัญของการให้คำปรึกษาด้านจิตใจอยู่ที่การรักษาเฉพาะอาการของโรคทางจิต
 - ข. การให้คำปรึกษาด้านจิตใจเป็นสาขาวิชาการดูแลสุขภาพที่เน้นที่ปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ความสำคัญของการให้คำปรึกษาด้านจิตใจอยู่ที่การฟื้นฟูทางสังคมและการบูรณาการชุมชน
 - ค. การให้คำปรึกษาด้านจิตใจเป็นเพียงการสนับสนุนในด้านการดูแลสุขภาพ ความสำคัญของการให้คำปรึกษาด้านจิตใจจำกัดอยู่ที่การให้การสนับสนุนทางอารมณ์แก่ผู้รับบริการที่มีอาการป่วยทางกาย
 - ง. การให้คำปรึกษาด้านจิตใจเป็นสาขาวิชาการดูแลสุขภาพที่เน้นที่การวินิจฉัย การรักษา และการป้องกันความผิดปกติทางจิต อารมณ์ และพฤติกรรม ช่วยให้ผู้รับบริการเข้าใจความรู้สึก ความคิด และพฤติกรรมของตนเอง และสามารถเปลี่ยนแปลงชีวิตได้อย่างมีนัยสำคัญ ความสำคัญของการให้คำปรึกษาด้านจิตใจอยู่ที่การส่งเสริมความยืดหยุ่นและความเป็นอยู่ที่ดีของผู้รับบริการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตซึ่งเน้นที่ความต้องการของผู้รับบริการแบบองค์รวม
2. ข้อใดเป็นเป้าหมายหลักของการนำการบำบัดทางจิตมาประยุกต์ใช้ในการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ²
 - ก. การให้คำแนะนำทางการแพทย์และการวินิจฉัยโรค
 - ข. การให้ยาเพื่อบรรเทาอาการทางจิต
 - ค. การทำความเข้าใจประการณ์ส่วนบุคคลและส่งเสริมการเปลี่ยนแปลงเชิงบวก
 - ง. การควบคุมพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้รับบริการ
3. ข้อใดเป็นองค์ประกอบหลักของแผนการรักษาสุขภาพจิตที่ดี ³
 - ก. องค์ประกอบหลักของแผนการรักษาสุขภาพจิตที่ดี ได้แก่ การระบุปัญหา การกำหนดเป้าหมาย กลยุทธ์ การแทรกแซง กำหนดเวลาในการปรับปรุง และการติดตามและประเมินผล
 - ข. องค์ประกอบหลักของแผนการรักษาสุขภาพจิตที่ดี ได้แก่ การเลือกนักบำบัด การนัดหมาย ความคุ้มครองจากประกัน การรับรองความเป็นส่วนตัว และการรายงานการรักษา
 - ค. องค์ประกอบหลักของแผนการรักษาสุขภาพจิตที่ดี ได้แก่ ประวัติทางการแพทย์ ภูมิหลังครอบครัว นิสัย การใช้ชีวิต บันทึกการรักษาครั้งก่อน และรูปแบบการรับประทานยา
 - ง. องค์ประกอบหลักของแผนการรักษาสุขภาพจิตที่ดี ได้แก่ การวินิจฉัย การสั่งยา การรักษาแบบผู้ป่วย ใน การบำบัดแบบกลุ่ม และการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

¹ คำตอบ ข้อ ง.

² คำตอบ ข้อ ค.

³ คำตอบ ข้อ ก.

6 III การบูรณาการจิตบำบัดสำหรับการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูง : จากกรณีศึกษาสู่การปฏิบัติทางการพยาบาล

4. ในบทบาทของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ข้อใดที่ถือเป็นหน้าที่หลักในการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดกับผู้รับบริการ⁴
- ก. การนำประสบการณ์ส่วนตัวของพยาบาลมาเล่าเพื่อสร้างความเข้าใจ
 - ข. การรักษาความลับของผู้รับบริการในทุกสถานการณ์
 - ค. การให้คำแนะนำและวิธีแก้ไขปัญหามาโดยตรงแก่ผู้รับบริการ
 - ง. การแสดงออกถึงความเข้าใจอย่างลึกซึ้งและการยอมรับอย่างไม่มีเงื่อนไข

⁴ คำตอบ ข้อ ง.

สาระสำคัญ

จิตบำบัดกับการให้คำปรึกษาด้านจิตใจบางครั้งมีการสลับใช้แทนกัน โดยทั้ง 2 คำนี้มีทั้งความหมายที่เหมือนและแตกต่างกัน โดยทั่วไปคำว่า ‘การให้คำปรึกษาด้านจิตใจ’ หมายถึง การให้คำแนะนำเกี่ยวกับสถานการณ์ที่เฉพาะ เช่น ภาวะเศร้าเสียใจ การใช้สารเสพติด วางแผนด้านการเงิน ซึ่งอาจใช้เวลาหลายสัปดาห์ถึงหลายเดือน ผู้ให้คำปรึกษาอาจเรียกว่าที่ปรึกษา ซึ่งมักทำงานกับบุคคลเพื่อแก้ปัญหา สำหรับในบริบทของสุขภาพจิต การให้คำปรึกษามักใช้ในการให้คำปรึกษาผู้รับบริการในระยะสั้นที่มุ่งเน้นไปที่พฤติกรรม อารมณ์ หรือสถานการณ์ที่เป็นปัญหา และให้คำแนะนำหรือให้การปรึกษาเพื่อจัดการกับปัญหานั้น ๆ ผู้ให้คำปรึกษามีหน้าที่แนะนำหรือสนับสนุนให้บุคคลคิดหาทางจัดการกับชีวิตของตนในหนทางที่ดีกว่าและปรับตัวสู่การเปลี่ยนแปลง ผู้ให้คำปรึกษามีหลายประเภท เช่น ผู้ให้คำปรึกษาด้านครอบครัว ด้านสารเสพติด หรือด้านความเศร้าโศกเสียใจ [1]

ส่วนจิตบำบัดเป็นการรักษาทางจิตอย่างหนึ่ง มีหน้าที่สำรวจประเด็นปัญหาในอดีตที่อาจทำให้เกิดปัญหาในปัจจุบัน และการบำบัดจะดำเนินอย่างต่อเนื่องหรือเป็นระยะ ๆ เป็นปี ๆ หรือระยะยาว โดยมุ่งเน้นให้บุคคลหยั่งรู้ตนเองในปัญหาด้านร่างกายและอารมณ์ ผ่านกระบวนการคิดถึงอิทธิพลของเหตุการณ์ในอดีตที่ทำให้เกิดปัญหาในปัจจุบัน อีกนัยหนึ่งนักจิตบำบัดจะหาสาเหตุที่แท้จริงของปัญหาปัจจุบัน เพื่อทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ยั่งยืนและบุคคลเกิดการพัฒนา โดยทั่วไปมักเป็น **จิตบำบัดรายบุคคล (individual psychotherapy)** โดยอาจยังมีจิตบำบัดคู่รัก ครอบครัวบำบัด และกลุ่มบำบัดร่วมด้วย [1]

เทคนิคในการทำจิตบำบัดมีหลายชนิด เช่น จิตบำบัดด้านพฤติกรรมทางปัญญา (cognitive behavioural therapy) พฤติกรรมบำบัดวิภาษวิธี (dialectical behavioural therapy) การบำบัดแบบจิตวิเคราะห์ (psychoanalytic psychotherapy) อย่างไรก็ตาม การให้คำปรึกษามักประกอบด้วยการทำจิตบำบัด และจิตบำบัดก็มักมีการให้การปรึกษาร่วมด้วย



1. บทนำ

การให้คำปรึกษา/การบำบัดทางจิตเวชเป็นสาขาวิชาเฉพาะทางในด้านการดูแลสุขภาพที่เน้นการวินิจฉัย การรักษา และการป้องกันความผิดปกติทางจิตใจ อารมณ์ และพฤติกรรม การบำบัดนี้ทำให้ผู้รับบริการเข้าใจความรู้สึก ความคิด และพฤติกรรมของตนเองได้ดีขึ้น และทำให้ผู้รับบริการมีอำนาจในการเปลี่ยนแปลงชีวิตของตนเองได้อย่างมีนัยสำคัญ พยาบาลที่ทำงานในสาขานี้ใช้เทคนิคต่าง ๆ มากมายที่ปรับให้เหมาะสมกับความต้องการเฉพาะของผู้รับบริการ ตั้งแต่การบำบัดแนวมนุษยนิยม อัตถิภาวนิยม พฤติกรรมทางปัญญาไปจนถึงการจัดการด้านยา [2]

ในหนังสือเล่มนี้ จะเป็นการวิเคราะห์และพิจารณากรณีศึกษาจากมุมมองการบำบัดทางจิตเวชที่หลากหลายเพื่อการบูรณาการการปฏิบัติทางการพยาบาล ตามปรัชญา ประเด็นสมมติฐานเบื้องต้นของทฤษฎี การประเมินปัญหาของผู้รับบริการ การประเมินความเหมาะสมของการประยุกต์ใช้ ประเด็นสำคัญในการบำบัดทางจิตแก่ผู้รับบริการรายนี้ เป้าหมาย เทคนิค และขั้นตอน และใช้คำว่า ‘นักบำบัดแทนคำว่า ผู้ให้คำปรึกษา/ผู้บำบัดทางจิต’ รวมถึงใช้คำว่า ‘การบำบัดแทนคำว่า ให้คำปรึกษา/จิตบำบัด’

ตารางที่ 1.1 เปรียบเทียบความเหมือนและความแตกต่างระหว่างการให้คำปรึกษาและจิตบำบัด

การให้คำปรึกษา	จิตบำบัด
ความเหมือน	
ให้พื้นที่ส่วนตัวแก่บุคคลเพื่อสำรวจความยากลำบากส่วนตัว	ให้พื้นที่ส่วนตัวแก่บุคคลเพื่อสำรวจความยากลำบากส่วนตัว
การปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพนั้นขึ้นอยู่กับคุณภาพของความสัมพันธ์ระหว่างผู้รับบริการกับนักบำบัดเป็นส่วนใหญ่	การปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพนั้นขึ้นอยู่กับคุณภาพของความสัมพันธ์ระหว่างผู้รับบริการกับนักบำบัดเป็นส่วนใหญ่
การตระหนักรู้ในตนเองและการบำบัดส่วนบุคคลเป็นองค์ประกอบที่มีคุณค่าของการฝึกอบรมและการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง	การตระหนักรู้ในตนเองและจิตบำบัดส่วนบุคคลเป็นองค์ประกอบที่มีคุณค่าของการฝึกอบรมและการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง
ความแตกต่าง	
มุ่งที่ปัญหาและสถานการณ์ปัจจุบัน	มุ่งที่ปัญหาเรื้อรังหรือเป็นซ้ำซาก
แก้ไข้ปัญหาของสถานการณ์หรือพฤติกรรมที่เฉพาะ	แก้ไข้ปัญหาของรูปแบบสถานการณ์หรือพฤติกรรมโดยรวม
การให้คำปรึกษาระยะสั้น (สัปดาห์-6เดือน)	การให้คำปรึกษาระยะยาว ทั้งแบบต่อเนื่องและเป็นระยะ ๆ (เป็นปี)
เน้นที่การกระทำและพฤติกรรม	เน้นที่ความรู้สึกและประสบการณ์
การให้คำปรึกษาด้วยการใช้คำพูด	อยู่ในหลายรูปแบบ ทั้งการทดสอบ (บุคลิกภาพ สติปัญญา) คำพูด หรือความคิด-พฤติกรรม

10 III การบูรณาการจิตบำบัดสำหรับการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูง : จากกรณีศึกษาสู่การปฏิบัติทางการพยาบาล

การให้คำปรึกษา	จิตบำบัด
แนะแนวทาง สนับสนุน ให้ความรู้เพื่อช่วยให้บุคคลค้นหาปัญหาปัจจุบันของตนเอง	มุ่งเน้นที่ความคิดความรู้สึกภายใน นำไปสู่การพัฒนาของบุคคล
ใช้กระบวนการคิดที่บุคคลคุ้นเคยและใช้กันอยู่ในระดับจิตสำนึกและจิตก่อนสำนึก มีกระบวนการคิด เป็นการคิดที่ยืดเหตุผล มองสิ่งต่าง ๆ ตามความเป็นจริง (reality principle) เช่น คนเราบางครั้งผิดหวังและบางครั้งก็มีสมหวัง หรือสิ่งที่ต้องการบางอย่างอาจต้องรอคอยบ้าง (secondary process)	ใช้กระบวนการคิดในระดับจิตไร้สำนึก วิถีคิดเป็นแบบเด็ก ๆ ไม่เป็นเหตุเป็นผล ไม่สนใจเรื่องเวลาหรือสถานที่ สิ่งที่ต้องการ คือ ความสุข ความสมหวัง ซึ่งหากต้องการก็จะต้องได้รับการตอบสนองทันทีจึงจะพอใจ โดยไม่คำนึงว่าผลตามมาจะเป็นอย่างไร (pleasure principle) ตัวอย่างที่เห็นชัด ได้แก่ การฝัน ซึ่งเหตุการณ์ทุกอย่างสามารถเกิดขึ้นได้ สิ่งที่อยู่คนละมิติหรือคนละเวลากัน สามารถมาอยู่ด้วยกันได้ หากนึกถึงอะไรก็ได้สิ่งนั้น (primary process)

1.1 การเลือกใช้การให้คำปรึกษา

การให้คำปรึกษามักเลือกใช้ในสถานการณ์ ดังต่อไปนี้ [3]

- ผู้รับบริการมีประเด็นปัญหาที่เฉพาะเจาะจงหรือปัญหาระยะสั้นที่ต้องการแก้ไข
- ผู้รับบริการต้องการเรียนรู้ทักษะการเผชิญปัญหาที่ช่วยในการจัดการกับภาวะเครียดและส่งเสริมสัมพันธภาพระหว่างบุคคล
- ผู้รับบริการกำลังจัดการกับเปลี่ยนแปลงและการปรับตัวในชีวิต เช่น การหย่าร้าง หรือภาวะโศกเศร้าจากการสูญเสีย
- ผู้รับบริการกำลังจัดการแก้ปัญหาเกี่ยวกับการใช้สารเสพติด
- ผู้รับบริการกำลังมองหาใครสักคนที่ช่วยชี้แนะหรือสนับสนุนการเรียนรู้หรือการตระหนักรู้ถึงปัญหาและช่วยให้แก้ปัญหาที่เหมาะสมได้

คุณสมบัติของผู้ให้คำปรึกษา

- มีความเห็นอกเห็นใจ สามารถแสดงออกมาเป็นคำพูดและภาษากายได้
- มีความจริงใจ บุคลิกเป็นธรรมชาติ
- ไม่อคติ ไม่ตัดสินโดยใช้ประสบการณ์ หรือใช้ทัศนคติส่วนตัว
- ยอมรับความคิดและการกระทำของผู้รับบริการอย่างไม่มีเงื่อนไข

1.2 การเลือกใช้จิตบำบัด

การให้จิตบำบัดมักเลือกใช้ในสถานการณ์ ดังต่อไปนี้ [3]

- ผู้รับบริการมีปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อชีวิตและสัมพันธภาพอย่างมาก
- ผู้รับบริการกำลังเผชิญกับความเจ็บปวดในอดีต หรือเชื่อว่าสถานการณ์ในอดีตกำลังส่งผลกระทบต่อประเด็นปัญหาในปัจจุบัน
- ประเด็นปัญหาที่เกิดขึ้นในปัจจุบันมีลักษณะเรื้อรังหรือกลับมาเป็นซ้ำ
- ผู้รับบริการมีอาการโรคเรื้อรัง เช่น มะเร็ง โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง ที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตและอารมณ์
- ผู้รับบริการที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีปัญหาด้านสุขภาพจิต เช่น โรคอารมณ์สองขั้ว โรควิตกกังวล
- ผู้รับบริการได้รับบริการให้คำปรึกษาแล้วไม่ดีขึ้นถึงแม้ว่าผู้รับบริการจะพยายามแก้ปัญหาต่าง ๆ แล้ว

คุณสมบัติของนักบำบัดทางจิต

- ความรู้ความสามารถของนักบำบัด ต้องผ่านการเรียนและฝึกฝนด้านการทำจิตบำบัดมาโดยตรง
- บุคลิกภาพและนิสัยของนักบำบัด ต้องมีความพร้อม มีความรู้ ความเข้าใจ ยอมรับ และพัฒนาตนเอง ในการทำจิตบำบัดเป็นอย่างดี
- นักบำบัดและผู้รับบริการ มีแรงจูงใจในการทำจิตบำบัด เชื่อและศรัทธาในตนเองและในนักบำบัด
- มีความสามารถในการพูด และถ่ายทอดความรู้สึก

1.3 ประโยชน์ของการให้คำปรึกษา/การบำบัดทางจิตเวช

แนวคิดเรื่องความหลากหลายถือเป็นหัวใจสำคัญของการทำความเข้าใจการบำบัด การบำบัดเป็นรูปแบบหนึ่งของการช่วยเหลือที่พยายามอย่างเต็มที่เพื่อเคารพและทำงานร่วมกับความต้องการและรูปแบบการเรียนรู้ที่หลากหลายของผู้รับบริการที่แตกต่างกัน

เนื่องจากการบำบัดเป็นบริการด้านหน้า นักบำบัดจึงไม่ใช่ผู้เชี่ยวชาญในแนวทางการบำบัดแบบใดแบบหนึ่ง ในทางกลับกัน นักบำบัดต้องสามารถทำงานร่วมกับใครก็ได้และใครก็ตามที่เดินเข้ามา หรือติดต่อทางโทรศัพท์หรือช่องทางอื่น ๆ นักบำบัดที่มีประสิทธิภาพจะตอบสนองและสร้างสรรค์ความสามารถในการค้นหาสิ่งที่จะมีประโยชน์สูงสุดสำหรับผู้รับบริการแต่ละราย การบำบัดสามารถช่วยให้บุคคลดำเนินชีวิตต่อไปได้หลายวิธี ดังนี้ [1]

- **ความเข้าใจ** การได้รับความเข้าใจเกี่ยวกับต้นตอและพัฒนาการของปัญหาทางอารมณ์ ส่งผลให้มีความสามารถในการควบคุมความรู้สึกและการกระทำอย่างมีเหตุผลมากขึ้น

12 III การบูรณาการจิตบำบัดสำหรับการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูง : จากกรณีศึกษาสู่การปฏิบัติทางการพยาบาล

- **การเชื่อมโยงกับผู้อื่น** ความสามารถในการสร้างและรักษาความสัมพันธ์ที่มีความหมายและน่าพอใจกับผู้อื่นได้ดีขึ้น เช่น ในครอบครัวหรือที่ทำงาน
- **การตระหนักรู้ในตนเอง** การตระหนักรู้มากขึ้นถึงความคิดและความรู้สึกที่ถูกปิดกั้นหรือปฏิเสธ หรือการพัฒนาความรู้สึกที่ถูกต้องว่าผู้อื่นรับรู้ถึงตนเองอย่างไรมากขึ้น
- **การยอมรับตนเอง** การพัฒนาทัศนคติเชิงบวกต่อตนเอง ซึ่งมีลักษณะเด่นคือ ความสามารถในการยอมรับประสบการณ์ที่เคยถูกวิพากษ์วิจารณ์และปฏิเสธตนเอง
- **การบรรลุศักยภาพของตนเองหรือการสร้างเอกลักษณ์เฉพาะตน** ก้าวไปในทิศทางของการเติมเต็มศักยภาพหรือการบูรณาการส่วนที่ขัดแย้งกันก่อนหน้านี้ของตนเอง
- **การรู้แจ้ง** การช่วยเหลือผู้รับบริการให้ไปถึงสถานะที่สูงขึ้นของการตื่นรู้ทางจิตวิญญาณ
- **การแก้ปัญหา** การค้นหาวิธีแก้ไขปัญหเฉพาะที่ผู้รับบริการไม่สามารถแก้ไขได้เพียงลำพัง การได้มาซึ่งความสามารถทั่วไปในการแก้ปัญหา
- **การศึกษาทางจิตวิทยา** เปิดโอกาสให้ผู้รับบริการได้เรียนรู้แนวคิดและเทคนิคต่าง ๆ เพื่อทำความเข้าใจและควบคุมพฤติกรรม
- **การได้มาซึ่งทักษะทางสังคม** การเรียนรู้และเชี่ยวชาญทักษะทางสังคมและความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล เช่น การรักษา การสบตา การสลับกันพูดคุย ความมั่นใจในตนเอง หรือการควบคุมความโกรธ
- **การเปลี่ยนแปลงทางความคิด** การปรับเปลี่ยนหรือแทนที่ความเชื่อที่ไม่สมเหตุสมผลหรือรูปแบบความคิดที่ไม่เหมาะสมซึ่งเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมทำลายตนเอง
- **การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม** การปรับเปลี่ยนหรือแทนที่รูปแบบพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมหรือทำลายตนเอง
- **การเปลี่ยนแปลงในระบบ** การนำการเปลี่ยนแปลงมาสู่วิธีการดำเนินงานของระบบสังคม (เช่น ครอบครัว)
- **การเสริมพลัง** การทำงานเกี่ยวกับทักษะ ความตระหนักรู้ และความรู้ที่จะช่วยให้ผู้รับบริการสามารถควบคุมชีวิตของตนเองได้
- **การคืนสู่สภาพเดิม** ช่วยให้ผู้รับบริการแก้ไขพฤติกรรมทำลายตนเองในอดีตได้
- **การสร้างสรรคและการกระทำเพื่อสังคม** สร้างแรงบันดาลใจให้บุคคลมีความปรารถนาและความสามารถในการดูแลผู้อื่นและถ่ายทอดความรู้ (การสร้างสรรค) และมีส่วนร่วมสนับสนุนความดีส่วนรวมผ่านการมีส่วนร่วมทางการเมืองและการทำงานเพื่อชุมชน

การบำบัดควรมีความยืดหยุ่นเพียงพอที่จะทำให้ผู้รับบริการสามารถใช้สัมพันธภาพในการบำบัดเป็นเวทีสำหรับการสำรวจมิติใด ๆ ของชีวิตที่เกี่ยวข้องกับความเป็นอยู่ที่ดีของพวกเขามากที่สุด ณ ช่วงเวลานั้น ๆ

2. ต้นกำเนิดทางสังคมและประวัติศาสตร์ของการให้คำปรึกษาและจิตบำบัด

การให้คำปรึกษาเป็นรูปแบบหนึ่งของการสนับสนุนทางอารมณ์และการเรียนรู้ส่วนบุคคลที่ได้รับการพัฒนาในสังคมอุตสาหกรรมตะวันตก และสามารถถือเป็นแนวทางการรักษาที่สืบทอดมาในวัฒนธรรมตะวันตก แม้ว่าการให้คำปรึกษาและจิตบำบัดจะมีให้บริการแก่ผู้คนทั่วไป แต่ในบริบททางวัฒนธรรมนั้นในช่วงครึ่งหลังของศตวรรษที่ 20 ต้นกำเนิดของการบำบัดสามารถสืบย้อนไปได้ถึงต้นศตวรรษที่ 18 ซึ่งในหลาย ๆ แง่มุมถือได้ว่าเป็นจุดเปลี่ยนสำคัญในวิถีคิดและการดำเนินชีวิตของผู้คนเกี่ยวกับสิ่งต่าง ๆ ก่อนศตวรรษที่ 18 สังคมมีพื้นฐานอยู่ในชุมชนชนบทเล็ก ๆ เป็นหลัก ซึ่งดำเนินชีวิตตามหลักศาสนาในยุโรป [1]

การปฏิวัติอุตสาหกรรมทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงครั้งใหญ่ จากวิถีชีวิตและการคิดแบบดั้งเดิมไปสู่รูปแบบที่ทันสมัย ผู้คนจำนวนมากย้ายเข้าเมือง ทำงานในโรงงาน และได้รับอิทธิพลจากระบบความเชื่อทางวิทยาศาสตร์มากกว่าศาสนา ซึ่งมาพร้อมกับการเปลี่ยนแปลงครั้งใหญ่ในวิถีที่สังคมตอบสนองต่อความต้องการของผู้ที่ประสบปัญหาในชีวิต โดยก่อนหน้านี้ ปัญหาในการใช้ชีวิตที่ผู้คนเผชิญนั้นได้รับการจัดการจากมุมมองทางศาสนาเป็นหลัก และดำเนินการในระดับชุมชนท้องถิ่น ผู้ที่มีอาการป่วยทางจิตหรือวิกลจริตอย่างรุนแรงจะได้รับการยอมรับให้เป็นส่วนหนึ่งของชุมชน โดยบุคคลที่มีปัญหาทางอารมณ์หรือความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในรูปแบบที่ไม่รุนแรงมากนักจะได้รับการจัดการโดยบาทหลวงในท้องถิ่น เช่น ผ่านห้องสารภาพบาปของนิกายโรมันคาทอลิก เรียกว่า ‘การรักษาจิตวิญญาณ’ องค์ประกอบที่สำคัญอย่างหนึ่งในการรักษาจิตวิญญาณคือการสารภาพบาปตามด้วยการกลับใจ ในสมัยก่อน การสารภาพบาปจะเกิดขึ้นในที่สาธารณะและมักมีการตักเตือนการสวดอ้อนวอน และแม้แต่การขับออกจากคริสตจักร พิธีกรรมคริสเตียนยุคแรก ๆ สำหรับการช่วยเหลือจิตวิญญาณที่มีปัญหา เช่น เทศกาลแห่งความฝันของชาวอิโรควัวส์ เป็นกิจกรรมของชุมชน ต่อมาจึงมีการสารภาพบาปส่วนตัว ซึ่งนักบวชจำนวนมากในศตวรรษที่ 16 และ 17 ที่ทำหน้าที่ให้คำปรึกษาแก่สมาชิกในโบสถ์ [4]

ตั้งที่นักเขียนอย่าง มีแชล ฟูโกต์ (Foucault 1967) โรธแมน (Rothman 1971) สคัล (Scull 1989) และพอร์เตอร์ (Porter 1985) ได้ชี้ให้เห็นว่า ทั้งหมดนี้เริ่มเปลี่ยนไปเมื่อการปฏิวัติอุตสาหกรรมมีผลใช้บังคับเมื่อทุนนิยมเริ่มครอบงำชีวิตทางเศรษฐกิจและการเมือง และเมื่อค่านิยมของวิทยาศาสตร์เริ่มเข้ามาแทนที่ค่านิยมของศาสนา การเปลี่ยนแปลงพื้นฐานในโครงสร้างสังคมและในชีวิตทางสังคมและเศรษฐกิจที่เกิดขึ้นในช่วงเวลานี้ในประวัติศาสตร์นั้นมาพร้อมกับการเปลี่ยนแปลงพื้นฐานในความสัมพันธ์และในวิถีที่ผู้คนกำหนดและจัดการกับความต้องการทางอารมณ์และจิตวิทยา อลปี ได้เขียนไว้ว่า

ระบบทุนนิยมต้องการการพัฒนาในระดับเหตุผลสูงควบคู่ไปกับการระงับและควบคุมการแสวงหาความสุข ซึ่งหมายถึงการควบคุมแรงกระตุ้นอย่างเข้มงวดและการพัฒนาจริยธรรมในการทำงานซึ่งคนส่วนใหญ่ได้รับความพึงพอใจในระดับสูงจากการทำงานหนัก ระบบทุนนิยมยังต้องการความพยายามส่วนบุคคลเพื่อบรรลุเป้าหมายระยะยาว การ

14 III การบูรณาการจิตบำบัดสำหรับการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูง : จากกรณีศึกษาสู่การปฏิบัติทางการพยาบาล

เพิ่มอิสระและความเป็นอิสระส่วนบุคคล ระบบนี้ขึ้นอยู่กับการณ์อย่างหนักในการประหยัดและความเฉลียวฉลาด และเหนือสิ่งอื่นใดคือการควบคุมและระงับความต้องการทางเพศอย่างเข้มงวด [5] (หน้า 154)

การเปลี่ยนแปลงทางจิตวิทยาที่สำคัญที่เกิดขึ้นตามที่ อลปี [5] กล่าวไว้ คือ จากสังคมที่ ‘มีประเพณีเป็นศูนย์กลาง’ มาเป็นสังคมที่เน้นที่ ‘ทิศทางภายใน’ ในวัฒนธรรมดั้งเดิม ผู้คนอาศัยอยู่ในชุมชนที่ค่อนข้างเล็ก ซึ่งทุกคนรู้จักกันและกัน และพฤติกรรมจะถูกติดตามและควบคุมโดยผู้อื่น มีการสังเกตโดยตรงถึงสิ่งที่ผู้คนทำ และดำเนินการโดยตรงเพื่อจัดการกับการเบี่ยงเบนทางสังคมผ่านการดูถูกหรือกีดกัน พื้นฐานของการควบคุมทางสังคมคือการก่อให้เกิดความรู้สึกอับอายในสังคมเมืองและอุตสาหกรรม ในทางกลับกัน ชีวิตจะไร้ซึ่งตัวตนมากกว่ามากและการควบคุมทางสังคมจะต้องดำเนินการผ่านบรรทัดฐานและระเบียบข้อบังคับที่ฝังรากลึก ซึ่งจะส่งผลให้เกิดความรู้สึกผิดหากฝ่าฝืน ในแง่ที่สำคัญ จิตวิทยาของการเป็นบุคคลและความรู้สึกที่ผู้คนมีต่อตัวตนของพวกเขาและวิธีที่พวกเขาเกี่ยวข้องกับผู้อื่น ได้รับการเปลี่ยนแปลงอย่างค่อยเป็นค่อยไปจากการปฏิวัติอุตสาหกรรมและส่งผลกระทบต่อทุกแง่มุมของชีวิตทางสังคม

ในเวลาเดียวกัน มีการเปลี่ยนแปลงพื้นฐานของโครงสร้างของสถานที่ทำงาน ประเภทของงาน และประเภทของการศึกษาที่จำเป็นที่ผู้คนสามารถเลือกได้ ก่อนศตวรรษที่ 18 บุคคลมีอาชีพที่จำกัด และการเข้าถึงอาชีพเหล่านี้ส่วนใหญ่กำหนดโดยชนชั้นทางสังคม ศาสนา และที่ตั้งทางภูมิศาสตร์ เมื่ออุตสาหกรรมและการขยายตัวของเมืองแผ่ขยายไปทั่วทวีปยุโรปและอเมริกาเหนือ บทบาทการทำงานใหม่ ๆ มากมายก็ถูกสร้างขึ้นในองค์กรอุตสาหกรรมและเชิงพาณิชย์ใหม่ ๆ ที่เกิดขึ้น ไม่สามารถคัดเลือกผู้สมัครงานโดยอาศัยความคุ้นเคยส่วนตัวได้อีกต่อไป นอกจากนี้ งานต่าง ๆ ที่ต้องการการฝึกอบรมเฉพาะทางก็มีมากขึ้นเรื่อย ๆ ในยุคก่อน มีมหาวิทยาลัยเพียงไม่กี่แห่ง ซึ่งส่วนใหญ่มุ่งเน้นในการผลิตแพทย์ นักบวช และทนายความ ผู้คนอยู่ที่โรงเรียนนานขึ้น (นำไปสู่การรับรู้ใหม่เกี่ยวกับความหมายของ ‘วัยเด็ก’) และผู้คนเข้าเรียนในมหาวิทยาลัยมากขึ้น นักสังคมวิทยา กิดเดน (Anthony Giddens) [6] โต้แย้งว่าการเกิดขึ้นของโลก ‘สมัยใหม่’ ได้สร้างปัญหาใหญ่ให้กับผู้คนในแง่ของการวางแผนเส้นทางชีวิตของพวกเขา อนาคตส่วนตัวไม่ได้ถูกวางแผนไว้โดยครอบครัวและชุมชนอีกต่อไป ทางเลือกส่วนบุคคลมากมายก็เกิดขึ้นในแง่ของความสามารถและแรงกดดันในการสร้างตัวตนส่วนบุคคลและเส้นทางอาชีพอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ การมีอยู่ของทางเลือกเหล่านี้เกี่ยวข้องกับการเติบโตของความวิตกกังวล (‘ฉันตัดสินใจถูกต้องหรือไม่’ ‘ฉันรับมือกับบทบาทนี้ได้หรือไม่’) และภาวะซึมเศร้า (‘ฉันล้มเหลว’ ‘ฉันไม่ได้ประสบความสำเร็จมากเท่าคนอื่น’)

จากการวิเคราะห์นี้ จะเห็นได้ว่าองค์ประกอบสำคัญของวัฒนธรรมเมือง อุตสาหกรรม และทุนนิยม ก่อให้เกิดความต้องการแหล่งความช่วยเหลือ คำแนะนำ และการสนับสนุนใหม่ ๆ ที่จะช่วยจัดการกับความสับสนและปัญหาที่บุคคลต่าง ๆ เผชิญ สิ่งที่เกิดขึ้นคือการพัฒนาชุมชนในเวทีต่าง ๆ ของชีวิตทางสังคม ซึ่งต่อมามีสิ่งที่เรียกว่า ‘การให้คำปรึกษา’ และ ‘จิตบำบัด’ ซึ่งการเกิดขึ้นทั้งหมดนี้เป็นเรื่องที่ซับซ้อน จึงสามารถสรุปได้เพียงเท่านี้ โดยพื้นฐานแล้ว รูปแบบหนึ่งของการสนับสนุนส่วนบุคคลที่เรียกว่า ‘จิตบำบัด’ ได้

เกิดขึ้นทั้งภายในและภายนอกของส่วนการแพทย์ ส่วนรูปแบบการช่วยเหลือที่คล้ายกันซึ่งเรียกว่า ‘การให้คำปรึกษา’ ได้เกิดขึ้นจากภาคส่วนที่ไม่ใช่ทางการแพทย์ เช่น การศึกษาและงานสังคมสงเคราะห์

2.1 ต้นกำเนิดของจิตบำบัด

สคัล (Scull) [7] ระบุว่าในช่วงปี 1800–1900 สัดส่วนประชากรของอังกฤษและเวลส์ที่อาศัยอยู่ในเมืองที่มีประชากรมากกว่า 20,000 คนเพิ่มขึ้นจาก 17 เป็น 54 เปอร์เซ็นต์ ผู้คนต่างออกจากพื้นที่เพื่อเข้ามาในเมืองเพื่อทำงานในโรงงานแห่งใหม่ งานก็กลายเป็นเครื่องจักรและมุ่งหวังผลกำไรมากขึ้น การเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคมในระดับใหญ่เหล่านี้ส่งผลกระทบอย่างลึกซึ้งต่อสมาชิกในสังคมที่ด้อยโอกาสหรือพิการก่อนหน้านี้ ชีวิตในชนบทดำเนินไปอย่างเชื่องช้า มีสมาชิกในครอบครัวที่ทำงานที่บ้าน และมีงานต่าง ๆ มากมายที่แม้แต่คนที่มีความสามารถน้อยที่สุดก็สามารถทำได้ ปัจจุบันมีระเบียบวินัยของเครื่องจักร ชั่วโมงการทำงานที่ยาวนานในโรงงาน และชุมชนและเครือข่ายครอบครัวที่ดูแลคนชรา คนป่วย คนจน และคนวิกลจริต ระบบที่รัฐจัดให้ประชากรที่ไม่สามารถทำงานได้เหล่านี้เติบโตขึ้นอย่างรวดเร็ว ซึ่งเรียกระบบสถานสงเคราะห์คนไร้ที่พึ่ง นักโทษในสถานสงเคราะห์และคนไร้ที่พึ่งถูกบังคับให้ทำงานภายใต้เงื่อนไขที่เคร่งครัด

จากนั้น ในช่วงกลางศตวรรษที่ 18 ก็เริ่มมีการสร้าง ‘อพาร์ทเมนต์แยก’ หรือสถานสงเคราะห์คนไร้ที่พึ่งเหล่านี้ขึ้นอย่างช้า ๆ และได้รับการสนับสนุนเพิ่มเติมในอังกฤษโดยพระราชบัญญัติสถานสงเคราะห์คนไร้ที่พึ่ง ค.ศ. 1845 ซึ่งบังคับให้ผู้พิพากษาในท้องถิ่นจัดตั้งสถานสงเคราะห์คนไร้ที่พึ่งที่ดำเนินการโดยสาธารณะ และรูปแบบที่คล้ายคลึงกันนี้ได้เกิดขึ้นในประเทศอื่น ๆ ในยุโรปเช่นกัน

การพัฒนาของ ‘สถานบำบัด’ ถือเป็นครั้งแรกที่รัฐเข้ามาเกี่ยวข้องอย่างเป็นทางการในการดูแลและควบคุมผู้ที่เป็นโรคทางจิตเวชในสังคมยุโรป ในช่วงแรก สถานบำบัดถูกมองว่าเป็นสถานที่กักขังผู้ที่มีอาการทางจิตเวช และความพยายามในการแทรกแซงการรักษามีน้อยมาก ในสถานบำบัดไม่กี่แห่งที่ดำเนินการโดยควอเกอร์ (Quaker คือกลุ่มคนที่เป็นสมาชิกของ religious society of friends ซึ่งเป็นกลุ่มนิกายคริสเตียนโปรเตสแตนต์) เช่น ทูค (Tuke) ที่ศูนย์พักพิงยอร์ก (York asylums) มีการพัฒนาสิ่งที่เรียกว่า ‘การบำบัดทางศีลธรรม’ [8] อย่างไรก็ตาม ในสถานบำบัดส่วนใหญ่ ผู้ที่มีอาการทางจิตเวชได้รับการปฏิบัติเหมือนสัตว์และถูกกักขังในสภาพที่เลวร้าย ตัวอย่างเช่น ในช่วงเริ่มต้นของการเติบโตของสถานบำบัด โรงพยาบาล Bethlem ในลอนดอนเปิดให้บุคคลทั่วไปเข้าชม ซึ่งสามารถเข้าไปดูผู้ที่มีอาการทางจิตเวชได้ครั้งละ 1 เพนนี ซึ่งในช่วงต้นศตวรรษที่ 19 อาชีพทางการแพทย์ให้ความสนใจผู้ที่มีอาการทางจิตเวชค่อนข้างน้อย จากการสืบสวนทางประวัติศาสตร์ที่ดำเนินการโดย สคัล [8] จะเห็นได้ว่าอาชีพทางการแพทย์ค่อย ๆ ตระหนักว่ามีกำไรที่จะทำได้จาก ‘การค้าความวิกลจริต’ ไม่เพียงแต่จากการควบคุมสถานบำบัดจิตของรัฐซึ่งได้รับเงินสนับสนุนจากภาครัฐเท่านั้น แต่ยังมาจากการบริหารสถานบำบัดทางจิตสำหรับสมาชิกชนชั้นสูงที่วิกลจริตอีกด้วย อำนาจทางการเมืองของอาชีพทางการแพทย์ทำให้พวกเขาสามารถมีอิทธิพลต่อเนื้อหาของพระราชบัญญัติที่ให้อาชีพทางการแพทย์ควบคุมสถานบำบัดทางจิตได้ในอังกฤษ การฟ่ายแพ้วของการรักษาทางศีลธรรมสามารถมองได้ว่า

เป็นช่วงเวลาสำคัญในประวัติศาสตร์ของจิตบำบัด : วิทยาศาสตร์เข้ามาแทนที่ศาสนาในฐานะอุดมการณ์หลักที่อยู่เบื้องหลังการรักษาผู้ที่มีอาการวิกลจริต

ในช่วงที่เหลือของศตวรรษที่ 19 อาชีพทางการแพทย์ได้ควบคุมเหนือ ‘การบำบัดความวิกลจริต’ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการรวบรวมอำนาจเกี่ยวกับการเขียนประวัติศาสตร์ของโรคจิตใหม่ รูปแบบการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตในทางศาสนาถูกอธิบายว่าเป็น ‘มารวิทยา (ความเชื่อเกี่ยวกับปีศาจ)’ และการรบกวนจากเวทมนต์ถูกพรรณนาอย่างผิดพลาดว่าเป็นส่วนสำคัญเกี่ยวกับอาการวิกลจริต [9] คำอธิบายทางการแพทย์และทางชีววิทยาสำหรับอาการวิกลจริตได้ถูกกำหนดขึ้น เช่น โหราศาสตร์เกี่ยวกับตุ่มบนศีรษะ การสั่งสอนเกี่ยวกับพฤติกรรมทางเพศ และการตามใจตัวเองทางเพศหรือการสำเร็จความใคร่ มีการทดลองการรักษาทางกายภาพประเภทต่าง ๆ เช่น การฉีดยาฝิ่นเข้าใต้ผิวหนัง การให้โบรไมด์ อะมิลไนเตรต การใช้ไฟฟ้า และการใช้ห้องอาบน้ำแบบตุรกี (การอบ นวด อาบ) [8] ประเด็นสำคัญตลอดยุคนี้คือ การใช้สถานบำบัดเพื่อกักขังผู้หญิง ซึ่งเป็นผู้ต้องขังส่วนใหญ่ [10] ในช่วงปลายศตวรรษ ความเชี่ยวชาญทางการแพทย์ด้านจิตเวชศาสตร์ได้เข้ามามีบทบาทควบคู่ไปกับสาขาการแพทย์อื่น ๆ โดยได้รับการสนับสนุนจากระบบการจำแนกประเภทของความผิดปกติทางจิตเวชที่คิดค้นโดย คราเพลิน (Kraepelin) บลูเลอร์ (Bleuler) และคนอื่น ๆ การพัฒนาดังกล่าวหลายอย่างยังคงเป็นที่ถกเถียงกันในเวลานั้น ตัวอย่างเช่น มีการถกเถียงกันอย่างมากเกี่ยวกับความเหมาะสมในการขังผู้ที่มีอาการทางจิตเวชไว้ในสถานบำบัด เนื่องจากการติดต่อกับผู้ที่มีอาการทางจิตเวชคนอื่น ๆ ไม่น่าจะช่วยให้ฟื้นฟูปัญหาได้ นักวิจารณ์จิตเวชศาสตร์หลายคนในศตวรรษที่ 19 ได้แย้งว่าการดูแลในชุมชนดีกว่าการอยู่ในสถานบำบัดมาก นอกจากนี้ยังมีเสียงคัดค้านจากประชาชนจำนวนหนึ่งเกี่ยวกับความโหดร้ายที่ผู้ต้องขังได้รับการปฏิบัติ และความสงสัยเกี่ยวกับประสิทธิผลของแนวทางทางการแพทย์

ปัญหาและการถกเถียงเกี่ยวกับการดูแลผู้ที่มีอาการทางจิตเวชในศตวรรษที่ 19 อาจดูคุ้นเคยสำหรับเราเมื่อมองจากจุดที่เรามองเห็นมาเป็นเวลากว่าศตวรรษแล้ว เรายังคงถกเถียงกันเกี่ยวกับเรื่องเดิม ๆ แต่การตระหนักถึงที่มาของปัญหาเหล่านี้สามารถช่วยเราได้ โดยนำข้อสรุปที่ชัดเจนหลายประการเกี่ยวกับลักษณะของการดูแลที่ให้กับผู้ที่มีปัญหาทางอารมณ์ในสังคมอุตสาหกรรมสมัยใหม่มาพิจารณา เมื่อเราพิจารณาการถือกำเนิดของอาชีพด้านจิตเวชและเปรียบเทียบกับสิ่งที่เกิดขึ้นก่อนต้นศตวรรษที่ 19 เราจะเห็นว่า

1. ปัญหาทางอารมณ์และพฤติกรรมในการใช้ชีวิตกลายเป็นเรื่องทางการแพทย์
2. เกิด ‘การค้าขายความวิกลจริต’ ซึ่งเป็นการมีส่วนร่วมของกลไกตลาดในการพัฒนาการบริการ
3. มีการปฏิเสธและความโหดร้ายเพิ่มมากขึ้นในวิธีการปฏิบัติต่อผู้ที่มีอาการทางจิตเวช และมีการควบคุมทางสังคมที่มากขึ้น
4. บริการที่มีอยู่นั้นถูกควบคุมโดยเพศชายและใช้ในการกักขังเพศหญิง
5. วิทยาศาสตร์เข้ามาแทนที่ศาสนาเพื่อเป็นกรอบหลักในการทำความเข้าใจความผิดปกติทางจิต

ปัจจัยเหล่านี้ไม่มีหลักฐานใด ๆ มาก่อนการปฏิวัติอุตสาหกรรมและทั้งหมดยังคงอยู่จนถึงทุกวันนี้ ปัจจัยเหล่านี้ถือเป็นรากฐานของวิธีที่สังคมอุตสาหกรรม สังคมเมือง และผู้คนตอบสนองต่อคำถามเรื่องความ

วิกอลจิริต นักปรัชญาสังคมชาวฝรั่งเศส พูโกต์ [11] ชี้ให้เห็นว่าค่านิยมหลักประการหนึ่งของระเบียบสังคมใหม่ที่เกิดขึ้นในศตวรรษที่ 19 คือเหตุผลหรือความมีเหตุผล สำหรับสังคมที่มุ่มมองทางวิทยาศาสตร์และมีเหตุผลต่อชีวิตมีความสำคัญสูงสุด คนวิกอลจิริตไร้เหตุผลซึ่งสูญเสียเหตุผลไปแล้วก็จะกลายเป็นแพะรับบาปและเป็นแหล่งคุกคามที่จะถูกเนรเทศไปยังสถานบำบัดทางจิตที่โหดร้ายนอกเมือง พูโกต์ [11] อธิบายยุคนี้ว่าเป็นยุคของ ‘การกักกัน’ ซึ่งสังคมพัฒนาวิธีการปราบปรามหรือจองจำตัวแทนของความไร้เหตุผลหรือเรื่องทางเพศ

2.1.1 รูปแบบแรกของจิตบำบัด : การสะกดจิตและจิตวิเคราะห์

ในช่วงปลายศตวรรษที่ 19 จิตเวชศาสตร์ได้ก้าวขึ้นสู่ตำแหน่งที่โดดเด่นในการดูแลผู้ที่เป็นโรคทางจิตเวช ซึ่งปัจจุบันได้จัดประเภทใหม่เป็น ‘ผู้ป่วยทางจิต’ ภายในวงการแพทย์และจิตเวชศาสตร์ ปัจจุบันมีการพัฒนาความเชี่ยวชาญใหม่ของจิตบำบัด แพทย์กลุ่มแรกที่เรียกตัวเองว่านักจิตบำบัดคือ ฟาน เรนเทอร์เฮม (Van Renterghem) และ ฟาน เอเดน (Van Eeden) ซึ่งเปิดคลินิกจิตบำบัดเชิงแนะนำในอัมสเตอร์ดัมในปี 1887 ฟาน เอเดน ได้ให้คำจำกัดความของจิตบำบัดว่า : ‘... วิธีการรักษาทั้งหมดที่ใช้สิ่งที่ทำให้เกิดอาการทางจิตเพื่อต่อสู้กับความเจ็บป่วยผ่านการแทรกแซงการทำงานของจิต’ [12](หน้า 6) คำจำกัดความนี้ยังคงมีความเกี่ยวข้องในปัจจุบันในฐานะคำอธิบายถึงเป้าหมายและจุดประสงค์พื้นฐานของจิตบำบัด

การสะกดจิตเป็นปรากฏการณ์ที่อาศัยทางการแพทย์ในยุโรปให้ความสนใจอย่างมากในศตวรรษที่ 19 การสะกดจิตถูกค้นพบครั้งแรกโดยผู้บุกเบิก ‘พลังแม่เหล็กของสัตว์’ โยฮันน์ โจเซฟ กัสเนอร์ (Johann Joseph Gassner 1727–79) และฟรานซ์ แอนตัน เมสมอร์ (Franz Anton Mesmer 1734–1815) การสะกดจิตได้รับการใช้กันอย่างแพร่หลายเพื่อเป็นยาสลบในการผ่าตัดก่อนที่จะมีคิดค้นยาสลบด้วยสารเคมี ในช่วงทศวรรษปี 1880 จิตแพทย์ชาวฝรั่งเศสผู้มีอิทธิพลอย่างชาร์กอตต์ (Charcot) และเจเน็ต (Janet) เริ่มทดลองสะกดจิตเป็นวิธีการรักษาผู้ที่เป็นโรคจิตที่เรียกเทคนิคการสะกดจิตของพวกเขา มี 2 ประการที่ยังคงเป็นแนวคิดหลักในการให้คำปรึกษาและจิตบำบัดในปัจจุบันมาจนถึงทุกวันนี้ **ประการแรก** พวกเขาเน้นย้ำถึงความสำคัญของความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้รับบริการ พวกเขาเชื่อว่า การสะกดจิตจะไม่มีประสิทธิภาพหากไม่มีสิ่งทีพวกเขาเรียกว่า ‘ความสัมพันธ์’ **ประการที่สอง** พวกเขาโต้แย้งว่าเหตุผลที่การสะกดจิตมีประโยชน์ต่อผู้รับบริการก็คือมันช่วยให้เข้าถึงบริเวณของจิตใจที่ไม่สามารถเข้าถึงได้ในช่วงตื่นนอนตามปกติ กล่าวอีกนัยหนึ่ง แนวคิดเรื่องจิตไร้สำนึกนั้นเป็นส่วนหนึ่งของกลไกของการสะกดจิตในศตวรรษที่ 19 เช่นเดียวกับที่เป็นส่วนหนึ่งของจิตบำบัดในศตวรรษที่ 20 และ 21 [12]

การสะกดจิตมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการเกิดจิตบำบัด เบิฟบูร์กีญง (Bourguignon 1979) พริสซ์ (Prince 1980) และอีกหลายคนได้สังเกตเห็นว่าวัฒนธรรมดั้งเดิมในการใช้พิธีกรรมการรักษาที่อาศัยสภาวะภวังค์หรือสภาวะจิตสำนึกที่เปลี่ยนแปลงไป การปรากฏตัวของการทำรัฐสีกงนงและการสะกดจิตตลอดศตวรรษที่ 18 และ 19 ในยุโรป และการเปลี่ยนแปลงไปสู่จิตบำบัดนั้นสามารถถือได้ว่าเป็นตัวแทนของการผสมผสานรูปแบบวัฒนธรรมดั้งเดิมเข้ากับการแพทย์ทางวิทยาศาสตร์สมัยใหม่ คัชแมน (Cushman) [13]: ได้

เขียนเกี่ยวกับความนิยมอย่างล้นหลามของการสะกดจิตในสหรัฐอเมริกาในช่วงกลางศตวรรษที่ 19 : “ในบางแง่ การสะกดจิตถือเป็นการบำบัดทางจิตครั้งแรกในอเมริกา ซึ่งเป็นวิธีการดูแลจิตใจให้กับชาวอเมริกันผู้ไม่นับถือคริสตจักร” (หน้า 119)

บุคคลสำคัญในกระบวนการเปลี่ยนผ่านจากการสะกดจิตไปสู่จิตบำบัดก็คือ ซิกมันด์ ฟรอยด์ หลังจากใช้เวลาสี่เดือนกับชาร์กอตในปารีสระหว่างปี ค.ศ. 1886–87 ฟรอยด์จึงกลับไปที่เวียนนาเพื่อตั้งคลินิกส่วนตัวในฐานะจิตแพทย์ ในไม่ช้าเขาก็หันหลังให้กับเทคนิคเฉพาะของการสะกดจิต โดยเลือกที่จะพัฒนาเทคนิคจิตวิเคราะห์ของตนเองโดยอาศัยการเชื่อมโยงความคิดอย่างอิสระและการตีความความฝัน ในที่สุด ฟรอยด์ก็กลายเป็นบุคคลผู้มีอิทธิพลอย่างมาก ไม่เพียงแต่ในทางการแพทย์และจิตบำบัดเท่านั้น แต่ยังรวมถึงในประวัติศาสตร์วัฒนธรรมยุโรปโดยรวมอีกด้วย โดยไม่ปฏิเสธความเป็นอัจฉริยะและความคิดสร้างสรรค์ของฟรอยด์ แนวทางบางประการที่สะท้อนถึงกระแสดวงคิดและแนวทางปฏิบัติทางสังคมในยุคของฟรอยด์ ตัวอย่างเช่น

1. การประชุมส่วนตัวกับนักวิเคราะห์เป็นการขยายแนวทางปฏิบัติปกติของการปรึกษาหารือแบบตัวต่อตัวระหว่างแพทย์กับผู้รับบริการซึ่งแพร่หลายในสมัยนั้น
2. แนวคิดของฟรอยด์เกี่ยวกับพลังชีวิตอันเป็นหนึ่งเดียว (libido) มาจากทฤษฎีทางชีววิทยาในศตวรรษที่ 19
3. แนวคิดที่ว่าปัญหาทางอารมณ์มีสาเหตุมาจากเรื่องทางเพศได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวางในศตวรรษที่ 19
4. แนวคิดเรื่องจิตใต้สำนึกถูกนำมาใช้ไม่เพียงแต่โดยนักสะกดจิตเท่านั้น แต่ยังรวมถึงนักเขียนและนักปรัชญาในศตวรรษที่ 19 อีกด้วย

การมีส่วนสนับสนุนที่โดดเด่นของฟรอยด์อาจถือได้ว่าเป็นความสามารถในการผสมแนวคิดทั้งหมดเหล่านี้เข้าเป็นแบบจำลองเชิงทฤษฎีที่สอดคล้องกัน ซึ่งพิสูจน์แล้วว่ามีความสำคัญอย่างมากในสาขาการทำงานต่าง ๆ มากมาย ความหมายทางวัฒนธรรมของแนวคิดของฟรอยด์นั้นสามารถมองเห็นได้ว่าอยู่ในสมมติฐานโดยนัยยะที่ว่าเราทุกคนเป็นโรคประสาท เบื้องหลังของบุคคลที่ดูมีเหตุผลและประสบความสำเร็จมากที่สุดนั้นก็ คือความขัดแย้งภายในและแรงผลักดันตามสัญชาตญาณ ข้อความของฟรอยด์คือจิตเวชมีความเกี่ยวข้องไม่เพียงกับคนวิกลจริตในโรงพยาบาลเท่านั้น แต่เกี่ยวข้องกับทุกคน ชุดความคิดที่อยู่ในจิตวิเคราะห์ยังสะท้อนถึงความท้าทายที่สมาชิกชนชั้นกลางในยุโรปต้องเผชิญในการเปลี่ยนผ่านจากรูปแบบความสัมพันธ์แบบดั้งเดิมไปสู่รูปแบบความสัมพันธ์แบบสมัยใหม่ โซลลอด (Solloed) เขียนว่าในสังคมยุควิกตอเรีย

เป็นเรื่องที่เหมาะสมอย่างยิ่งที่จะมองผู้อาวุโสในฐานะพ่อและสัมผัสถึงตัวเองในฐานะลูกที่เคารพในความสัมพันธ์กับพวกเขา โลก [สมัยใหม่] การจัดการด้านเศรษฐกิจและการจ้างงานที่ไม่เป็นส่วนตัว แทนที่จะเป็นความผูกพันแบบดั้งเดิมที่ผูกมัดคน ๆ หนึ่งไว้กับผู้มีอำนาจ ดังนั้นความสัมพันธ์ที่ถ่ายโอนไปยังผู้มีอำนาจจึงอาจไม่สามารถปรับตัวได้และไม่เหมาะสมมากกว่าที่จะใช้งานได้ [14] (หน้า 51–2)

แนวคิดของฟรอยด์มีผลกระทบต่อคนข้างจำกัดในอังกฤษและยุโรปในช่วงชีวิตของเขาซึ่งจนกระทั่งเมื่อไม่นานนี้ จิตวิเคราะห์เป็นที่ยอมรับและเข้าถึงได้เฉพาะระดับปัญญาชนและศิลปินชนชั้นกลางเท่านั้น ตัวอย่างเช่น ในอังกฤษพัฒนาการของจิตวิเคราะห์ในระยะแรกเกี่ยวข้องกับกลุ่มวรรณกรรมชั้นสูงของ ‘กลุ่มบลูมส์เบอรี’ [15] จนกระทั่งจิตวิเคราะห์ได้มีการเคลื่อนย้ายไปยังสหรัฐอเมริกา จิตบำบัดและการให้คำปรึกษาจึงแพร่หลายมากขึ้น

2.1.2 จิตบำบัดในสหรัฐอเมริกา

นักเขียนที่มีอิทธิพลมากที่สุดคนหนึ่งในประวัติศาสตร์ของจิตบำบัดคือ คัชแมน (Philip Cushman) [13] ซึ่งได้โต้แย้งว่าปัจจัยทางวัฒนธรรมพื้นฐานในวัฒนธรรมและสังคมอเมริกันในศตวรรษที่ 19 และ 20 นั้นเป็นเงื่อนไขที่เหมาะสมที่สุดสำหรับการขยายตัวของจิตบำบัด อเมริกาเป็นประเทศใหม่ในศตวรรษที่ 19 ที่ผู้คนต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงและการเปลี่ยนแปลงทางสังคมครั้งใหญ่ ผู้ก่อตั้งจิตบำบัดในสหรัฐอเมริกา เช่น นักสะกดจิตหรือนักฟื้นฟู มีความพยายามในการค้นหาความหมายและความมั่นคงในช่วงเวลาที่มีความไม่แน่นอนทางสังคมอย่างมาก ในขณะเดียวกัน ระบบทุนนิยมซึ่งมีอิทธิพลในอเมริกามากกว่าในประเทศในยุโรปมาก เรียกร้องให้บุคคลปรับตัวเองให้เข้ากับข้อกำหนดของระบบเศรษฐกิจ ผู้คนต้องเรียนรู้ที่จะขายไม่เพียงแต่สินค้าและบริการเท่านั้น แต่ยังรวมถึงตัวเองด้วย หนังสือและแผ่นพับเกี่ยวกับการพัฒนาตนเองจึงได้รับความนิยมอย่างมาก

จิตบำบัดเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพมากกว่าในการสร้างบุคลิกภาพที่เหมาะสมกับระดับความคล่องตัวทางสังคมในอเมริกา ทำให้โครงสร้างทางสังคมแบบดั้งเดิม เช่น ครอบครัวและชุมชน ถูกกัดกร่อนลง และความรู้สึกถึงจุดมุ่งหมายและความเป็นส่วนหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับโครงสร้างเหล่านี้ก็หายไป ประสบการณ์หลักของชาวอเมริกันจำนวนมาก คัชแมน [16] คิดว่าเป็น ‘ตัวตนที่ว่างเปล่า’

ขอบเขตของการเคลื่อนไหวทางสังคมในอเมริกาทำให้โครงสร้างทางสังคมแบบดั้งเดิม เช่น ครอบครัวและชุมชน ถูกกัดเซาะ และความรู้สึกถึงจุดมุ่งหมายและรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับโครงสร้างเหล่านี้ก็สูญหายไป ตามคำกล่าวของคัชแมน การตอบสนองทางวัฒนธรรมที่สำคัญสองประการต่อตัวตนที่ว่างเปล่าคือจิตบำบัดและการบริโภคนิยม/การโฆษณา เพื่อบรรเทา ‘ความหิวโหยทางอารมณ์ที่ไม่แยกแยะ’ พลเมืองของเศรษฐกิจทุนนิยมขั้นสูงต้องตัดสินใจว่าจะนัดหมายกับนักบำบัดหรือจะซื้อรถใหม่ ความเชื่อมโยงระหว่างการเกิดขึ้นของจิตบำบัดในอเมริกาในศตวรรษที่ 20 และการพัฒนาของสังคมผู้บริโภคได้รับการหารือโดยนักเขียนประวัติศาสตร์คนอื่น ๆ เช่น แคปแลน (Caplan 1998) และ พฟิสเตอร์ (Pfister 1997) โครงสร้างหลักในบันทึกประวัติศาสตร์เหล่านี้คือขอบเขตที่แนวทางจิตบำบัดเบี่ยงเบนความสนใจจากสภาพสังคมที่กระตุ้นให้เกิดปัญหาส่วนบุคคลในการดำรงชีวิตอย่างต่อเนื่อง โดยสัญญาว่าจะหาทางแก้ไขปัญหาเหล่านี้โดยอิงจากการระบุแง่มุมที่ผิดปกติของจิตใจของแต่ละบุคคล [13] นักเขียนเหล่านี้โต้แย้งว่าผลลัพธ์ของการเคลื่อนไหวในทิศทางของปัจเจกชนนิยมที่เป็นอิสระนี้ จะกัดกร่อนรากฐานของความสามัคคีทางสังคมและทุนทางวัฒนธรรม ซึ่งอาจ

ทำให้ผู้คนสามารถตอบสนองต่อความต้องการของพลังเศรษฐกิจทุนนิยมได้ นักเขียนเหล่านี้เชิญชวนให้เราพิจารณาจิตบำบัดไม่เพียงแต่เป็นรูปแบบของวิทยาศาสตร์จิตวิทยาหรือการแพทย์ประยุกต์เท่านั้น แต่ยังเป็น การแสดงออกของพลังทางสังคมและวัฒนธรรมที่กว้างขึ้นซึ่งมีอิทธิพลต่อทุกแง่มุมของชีวิตทางสังคม ตัวอย่างเช่น และพพิสเตอร์ [17] ซึ่งเห็นว่าดนตรีบำบัดบางประเภทในช่วงทศวรรษ 1970 และ 1980 (ซึ่งเป็น ช่วงเวลาที่มีการขยายตัวอย่างมากและเป็นที่ยอมรับของจิตบำบัด) ได้เสริมสร้างจริยธรรมของจิตบำบัดที่มุ่งเน้นที่ ตนเองและเน้นที่ตนเอง

ตัวเร่งปฏิกิริยาที่สำคัญซึ่งจุดประกายจินตนาการของชาวอเมริกันและปูทางไปสู่การเติบโตของจิต บำบัดในสหรัฐอเมริกาคือการมาเยือนของซิกมันด์ ฟรอยด์ในปี 1909 ฟรอยด์เกลียดสังคมอเมริกันมาก เขาไม่ สนุกกับการเดินทางไปสหรัฐอเมริกาเพียงครั้งเดียวและครั้งเดียวเท่านั้น พร้อมกับคาร์ล จุง (Carl Jung) และ ซานดอร์ เฟเรนซี (Sandor Ferenczi) เพื่อไปบรรยายและรับปริญญาเกิตติมศักดิ์จากมหาวิทยาลัยโคลัมเบีย [18] แต่ในวัฒนธรรมอเมริกันนั้น แนวคิดของจิตวิเคราะห์ก็ได้รับอิทธิพลจากลัทธิฟาสซิสต์ และเมื่อลัทธิฟาสซิสต์ใน ยุโรปเข้ามามีบทบาทมากขึ้น นักวิเคราะห์ที่มีชื่อเสียงอย่างอ็อตโต แร็งก์ (Otto Rank) และ เอริก เอริกสัน (Erik Erikson) จึงย้ายไปนิวยอร์กและบอสตัน พวกเขาได้พบผู้รับบริการที่เต็มใจในการบำบัด แนวคิดของจิต วิเคราะห์ยังส่งผลกระทบต่อการอธิบายที่เป็นที่ยอมรับเกี่ยวกับธรรมชาติของชีวิตครอบครัว การเลี้ยงดู และการเลี้ยงดูบุตร [19]

แนวคิดเรื่องจิตวิเคราะห์นั้นมีความน่าสนใจสำหรับชาวอเมริกันเป็นอย่างมาก แต่การที่แนวคิด ดังกล่าวจะซึมซับเข้ากับวัฒนธรรมได้นั้น จำเป็นต้องมีการนำแนวคิดของฟรอยด์มาปรับใช้ให้เข้ากับวัฒนธรรม แบบอเมริกัน ฟรอยด์เคยอาศัยอยู่ในสังคมที่มีการจัดระบบแบบลำดับขั้นและถูกครอบงำโดยชนชั้น และได้ เขียนงานจากมุมมองของโลกที่ผสมผสานกับความรู้ทางวิชาการแบบคลาสสิกและวิทยาศาสตร์ชีวภาพ โดย ได้รับอิทธิพลจากการมองโลกในแง่ร้ายที่เกิดขึ้นจากการเป็นชาวยิวในช่วงที่มีการต่อต้านชาวยิวอย่างรุนแรง ดังนั้นในงานเขียนของเขาจึงมีโครงสร้างต่าง ๆ ที่ไม่สอดคล้องกับประสบการณ์ของผู้คนในสหรัฐอเมริกา ส่งผล ให้ในช่วงทศวรรษปี 1950 มีนักเขียนหลายคนตีความความคิดของฟรอยด์ในรูปแบบใหม่ในแง่ของค่านิยม ทางวัฒนธรรมของตนเอง นักเขียนคนสำคัญ ได้แก่ คาร์ล โรเจอร์ส (Carl Rogers) เอริก เบิร์น (Eric Berne) อัลเบิร์ต เอลลิส (Albert Ellis) แอรอน เบ็ค (Aaron Beck) และอับราฮัม มาสโลว์ (Abraham Maslow) นักวิเคราะห์ชาวยุโรปหลายคนที่ย้ายไปสหรัฐอเมริกา เช่น อีริกสัน (Erikson) และอีริช ฟรอมม์ (Erich Fromm) ก็มีความโดดเด่นในการปรับกรอบของจิตวิเคราะห์จากมุมมองทางสังคมและวัฒนธรรมที่กว้างขึ้น ทำ ให้เป็นที่ยอมรับมากขึ้นสำหรับผู้รับบริการชาวอเมริกัน

แหล่งต่อต้านแนวคิดจิตวิเคราะห์ที่แข็งแกร่งที่สุดแหล่งหนึ่งในวัฒนธรรมอเมริกันอยู่ในสาขาจิตวิทยา เชิงวิชาการ แม้ว่าวิลเลียม เจมส์ (William James 1890) ซึ่งเป็นนักวิชาการคนแรก ๆ ที่ทำให้จิตวิทยาเป็นที่ ยอมรับในทางวิชาการในมหาวิทยาลัยของอเมริกา ได้ให้ความสนใจกับแนวคิดของฟรอยด์อย่างใกล้ชิด แต่ ในช่วงครึ่งแรกของศตวรรษที่ 20 นักจิตวิทยาเชิงวิชาการของอเมริกาได้ทุ่มเทอย่างลึกซึ้งต่อแนวทางพฤติกรรม นิยม พฤติกรรมนิยมเน้นการใช้วิธีการทางวิทยาศาสตร์ เช่น การวัดและการทดลองในห้องปฏิบัติการ และ

มุ่งเน้นไปที่การศึกษาพฤติกรรมที่สังเกตได้เป็นหลัก มากกว่ากระบวนการภายในที่คลุมเครือ เช่น ความฝัน จินตนาการ และแรงกระตุ้น สถาบันวิชาการเชิงพฤติกรรมนิยมจึงคัดค้านจิตวิเคราะห์อย่างรุนแรง และปฏิเสธที่จะยอมรับว่าการบำบัดแนวจิตวิเคราะห์สมควรแก่การศึกษาอย่างจริงจัง แม้ว่าภาควิชาจิตเวชศาสตร์บางแห่งจะให้ความสนใจด้านจิตวิเคราะห์ในระดับจำกัด แต่ผู้ประกอบการวิชาชีพและนักวิชาการด้านจิตวิเคราะห์ส่วนใหญ่กลับถูกบังคับให้ทำงานในคลินิกส่วนตัวหรือในระบบโรงพยาบาล แทนที่จะมีฐานทางวิชาการ

เมื่อ โรเจอร์ส, เบิร์น และเอลลิส พัฒนารูปแบบการบำบัดแบบอเมริกันที่มีเอกลักษณ์เฉพาะในช่วงปี 1950 และ 1960 ในตอนแรกนั้นการอธิบายทางวิชาการเกี่ยวกับผลงานและแนวคิดของพวกเขามีเพียงเล็กน้อยเท่านั้น หนึ่งในผลงานที่โดดเด่นของโรเจอร์สคือการคิดค้นวิธีการอย่างเป็นระบบในการทาวิจัยเกี่ยวกับกระบวนการและผลลัพธ์ของการบำบัด ผลของนวัตกรรมนี้คือการเสริมสร้างความชอบธรรมของการบำบัดในฐานะกิจการที่สังคมยอมรับได้ โดยทำให้การบำบัดมีความน่าเชื่อถือและมีสถานะเป็นวิทยาศาสตร์ประยุกต์ ในปี 1947 โรเจอร์สกลายเป็นนักบำบัดคนแรกที่ได้รับแต่งตั้งให้เป็นประธานของสมาคมจิตวิทยาอเมริกัน [20] การยืนยันถึงการบำบัดในฐานะวิทยาศาสตร์ประยุกต์ได้รับแรงผลักดันเพิ่มเติมด้วยการเข้าสู่เวทีการบำบัดด้วยแนวทางเชิงความคิด-พฤติกรรมในช่วงปี 1960 ซึ่งนำพาภาษาและสมมติฐานของจิตวิทยาพฤติกรรม และภาพลักษณ์ของ ‘นักวิทยาศาสตร์-ผู้ปฏิบัติ’ มาด้วย

ผลกระทบของสงครามโลกครั้งที่ 2 ต่อสหรัฐอเมริกาส่งผลให้ทหารจำนวนมากกลับบ้านด้วยอาการบาดเจ็บทางจิตใจ โดยเฉพาะจากสงครามแปซิฟิก ในทางกลับกัน สิ่งนี้นำไปสู่แรงกดดันจากฝ่ายบริหารทหารผ่านศึกของรัฐบาลที่รับผิดชอบด้านสุขภาพและสวัสดิการสังคมของอดีตทหารผ่านศึก และจากสังคมโดยรวม เพื่อให้มีการทำจิตบำบัดบางประเภท การบำบัดที่เน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางของคาร์ล โรเจอร์สถือเป็นทางเลือกที่น่าเชื่อถือที่สุดสำหรับรูปแบบการบำบัดที่ใช้เวลาน้อยและราคาไม่แพง และสามารถฝึกนักบำบัดใหม่ได้อย่างรวดเร็ว ผลที่ตามมาคือในช่วงปลายทศวรรษปี 1940 มีการลงทุนอย่างมากในการบำบัดที่เน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง ซึ่งหมายความว่าในช่วงหนึ่งในช่วงทศวรรษปี 1950 การบำบัดที่เน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางได้กลายเป็นแนวทางการบำบัดที่ได้รับความนิยมในสหรัฐอเมริกาและทั่วโลก [21] การบำบัดที่เน้นผู้รับบริการนั้นคล้ายคลึงกับจิตวิเคราะห์ ตรงที่การบำบัดนี้สร้างขึ้นจากการสำรวจตนเองหรือการค้นหาตนเองที่ ‘แท้จริง’ แต่ใช้เวลาน้อยกว่า มีปรัชญาที่เสมอภาคกันมากกว่า และมองโลกในแง่ดีมากกว่า – ในขณะที่จิตวิเคราะห์นั้นเหมาะสมกับความต้องการทางอารมณ์ของชนชั้นกลางในยุโรปเป็นอย่างดี การบำบัดที่เน้นผู้รับบริการนั้นสอดคล้องกับชีวิตและแรงบันดาลใจของผู้คนในอเมริกาอย่างมาก

จะเห็นได้ว่ามีหลายปัจจัยที่ส่งผลให้จิตบำบัดเติบโตอย่างรวดเร็วในสังคมอเมริกันในช่วงกลางศตวรรษที่ 20 เนื่องจากอิทธิพลของสหรัฐอเมริกาในระดับโลกในช่วงหลังสงคราม จึงส่งผลให้จิตบำบัดขยายตัวในประเทศอื่น ๆ เช่นกัน สถานการณ์ทางวัฒนธรรมโดยเฉพาะที่เกิดขึ้นในสหรัฐอเมริกาช่วงกลางศตวรรษที่ 20 ส่งผลอย่างมากต่อรูปแบบการบำบัดทางจิตซึ่งยังคงมีอยู่จนถึงปัจจุบัน ความอ่อนแอของระบบดูแลสุขภาพที่ได้รับเงินอุดหนุนจากรัฐในสหรัฐอเมริกาทำให้การบำบัดด้วยจิตบำบัดส่วนใหญ่อยู่ในรูปแบบคลินิกเอกชน แทนที่จะเป็นแนวทางที่เน้นชุมชนเป็นหลัก จริยธรรมแบบทุนนิยมที่แข่งขันกันของสหรัฐอเมริกาทำให้ผู้บำบัด

ที่สร้างสรรค์สิ่งใหม่ได้รับผลตอบแทนสำหรับการผลิตการบำบัดแบบ ‘แบรนด์ดัง’ ใหม่ ๆ แทนที่จะได้รับการส่งเสริมให้เกิดการรวมตัวของภูมิปัญญาในระดับกลุ่มมากขึ้น ส่งผลให้แนวทางและทฤษฎีการบำบัดแพร่หลายมากขึ้น และการเติบโตของจิตวิทยาในฐานะสาขาวิชาการที่เพิ่งเกิดขึ้นใหม่ ทำให้ความชอบธรรมของจิตบำบัดขึ้นอยู่กับความสามารถในการผ่านการทดสอบการวิจัยเชิงวัตถุประสงค์อย่างเข้มงวดมากขึ้น

2.1.3 จิตบำบัดในบริบททางวัฒนธรรม

การเกิดขึ้นของจิตบำบัดนั้นขับเคลื่อนโดยพลังทางวัฒนธรรมอันทรงพลังและเหตุการณ์ทางประวัติศาสตร์ในสังคมยุโรปและอเมริกาเหนือ จากนั้นจึงดำเนินตามเส้นทางของโลกาภิวัตน์และก่อตั้งตัวเองขึ้นในบริบททางวัฒนธรรมอื่น ๆ โครงสร้างทางวัฒนธรรมหลักที่กระตุ้นให้เกิดพัฒนาการทางประวัติศาสตร์ของจิตบำบัดในสังคมตะวันตก ได้แก่

- การเพิ่มขึ้นของแนวคิดปัจเจกนิยมในสังคมสมัยใหม่ ซึ่งมาพร้อมกับการกีดเซาะรูปแบบการใช้ชีวิตแบบรวมกลุ่ม/ชุมชน
- ความรู้สึกแตกแยกในความรู้สึกของตนเองของบุคคล
- แรงกดดันต่อบุคคลให้กระทำอย่างมีเหตุผลและควบคุมอารมณ์ของตน
- ในโลกหลังสมัยใหม่ บุคคลจะตระหนักถึงทางเลือกเพื่อเปิดอัตลักษณ์ของตนเอง — จิตบำบัดเป็นวิธีหนึ่งในการสร้างอัตลักษณ์
- การแทนที่ระบบทางจิตวิญญาณ/ศาสนาในการสร้างความหมายให้กับชีวิตด้วยแบบจำลองทางวิทยาศาสตร์
- การเน้นย้ำที่เพิ่มมากขึ้นในการแก้ปัญหาทางการแพทย์ต่อปัญหาทางสังคมและส่วนบุคคล
- การเติบโตของการบริโภคนิยมเป็นแหล่งที่มาของความหมายและเอกลักษณ์ เพื่อตอบสนองต่อแรงกดดันทางเศรษฐกิจทุนนิยมเพื่อขยายตลาด

ในประเด็นทางสังคมวิทยา จิตบำบัดสามารถมองได้ว่าเป็นกระจกสะท้อนสังคม เนื่องจากงานของนักจิตบำบัดได้เน้นย้ำถึงด้านต่าง ๆ ของชีวิตทางสังคมที่เป็นปัญหาโดยเฉพาะในช่วงเวลาต่าง ๆ ตัวอย่างเช่น พรอยด์ได้เปิดเผยการกดขี่ทางเพศในยุควิกตอเรีย โรเจอร์สและนักบำบัดคนอื่น ๆ มากมายในช่วงทศวรรษ 1950 ได้เขียนเกี่ยวกับความสับสนเกี่ยวกับตัวตนและอัตลักษณ์ซึ่งเกิดจากการขยายตัวของเศรษฐกิจหลังสงครามโลกครั้งที่สอง และปัจจุบันนักบำบัดหลายคนกำลังดึงความสนใจไปที่ภาวะซึมเศร้าและความสิ้นหวังที่ดูเหมือนจะแพร่หลายในสังคมร่วมสมัย นี่เป็นเพียงบางส่วนของหลาย ๆ วิธีที่จิตบำบัดทำหน้าที่เหมือนเครื่องวัดการดำรงอยู่ของสังคม อย่างไรก็ตาม จิตบำบัดยังมีบทบาทสำคัญในสังคมในการหล่อหลอมผู้คนให้กลายเป็นพลเมือง คนงาน หรือผู้บริโภคนิยมที่ทุกคนต้องการในเวลาและสถานที่ที่เฉพาะเจาะจง ตัวอย่างเช่น จิตวิเคราะห์ซึ่งเน้นที่ผลกระทบอันเลวร้ายของพ่อแม่ที่มีต่อลูก ๆ ว่าเป็นสิ่งที่จำเป็นในช่วงต้นศตวรรษที่ 20 เมื่อความก้าวหน้าทางเศรษฐกิจและวิทยาศาสตร์ทำให้ผู้คนต้องรับบทบาทการทำงานที่แตกต่างไปจากที่พ่อแม่เคย

ทำ ส่วนในทศวรรษ 1960 การบริโภคนิยมรูปแบบใหม่ต้องการผู้คนที่สามารถไตร่ตรองและเลือกได้ ซึ่งเป็นคุณสมบัติที่ได้รับการส่งเสริมจากการบำบัดทั้งแบบเน้นผู้รับบริการและแบบคิดวิเคราะห์ทางปัญญา ภัยคุกคามจากภาวะโลกร้อนและการครอบงำทางเศรษฐกิจของจีนในช่วงทศวรรษแรกของศตวรรษที่ 21 ได้กระตุ้นให้เกิดการเรียกร้องให้หวนคืนสู่ค่านิยมและแนวทางปฏิบัติทางจิตวิญญาณและวิถีชีวิตแบบรวมหมู่มากขึ้น ซึ่งเป็นแนวโน้มที่แสดงให้เห็นในความนิยมของการบำบัดแบบมีสติและการบำบัดด้วยการเล่าเรื่อง รูปแบบการให้บริการจิตบำบัดยังถูกกำหนดโดยปัจจัยทางสังคม ในสมัยของพรอยด์ ซึ่งผู้ให้บริการบำบัดเป็นบุคคลชนชั้นกลางถึงชั้นสูงที่มีเวลาว่างและเงินมากมาย การให้การบำบัดอย่างต่อเนื่องทุกวันจึงเป็นเรื่องสมเหตุสมผล ในยุคปัจจุบัน เมื่อจิตบำบัดให้บริการโดยองค์กรด้านสุขภาพที่ต้องการช่วยเหลือผู้คนที่กลับไปทำงานได้ตามปกติ การบำบัดแบบจำกัดเวลาในช่วงสั้น ๆ จึงกลายเป็นที่นิยม

เบื้องหลังการสร้างจิตบำบัดทางสังคมและวัฒนธรรม มีสมมติฐานพื้นฐานสองประการ **สมมติฐานแรก** คือ ความทุกข์เป็นสิ่งไม่ดี และเราทุกคนสมควรที่จะมีความสุข สมมติฐานนี้สะท้อนให้เห็นในงานวิจัยจิตบำบัดโดยใช้การเปลี่ยนแปลงอาการ (เช่น ตัวบ่งชี้ความทุกข์) เพื่อประเมินประสิทธิผลของการบำบัด **สมมติฐานที่สอง** คือ ความทุกข์สามารถแก้ไขและจัดเรียงได้โดยการเปลี่ยนแปลงบุคคล โดยทั่วไป จิตบำบัดเกิดขึ้นจากการเดินทางทางประวัติศาสตร์ที่ยาวนานในส่วนของสังคมตะวันตก ในทิศทางของความเป็นปัจเจกชนที่เป็นอิสระ สมมติฐานนี้สะท้อนให้เห็นในแนวคิดและการปฏิบัติของสำนักจิตบำบัดส่วนใหญ่ และในการขยายตัวของสิ่งที่เจอร์เจน [22] เรียกว่า ‘ภาษาแห่งความบกพร่อง’ ซึ่งก็คือความสามารถของนักจิตวิทยา จิตแพทย์ และนักจิตบำบัดในการอธิบายรูปแบบต่าง ๆ ของความผิดปกติทางจิตในตัวบุคคล

จิตบำบัดได้กลายเป็นสิ่งที่มีอำนาจและอิทธิพลในสถาบันต่าง ๆ ในสังคมตะวันตก ส่วนหนึ่งเป็นเพราะจิตบำบัดได้ผูกติดกับสถานะและเกียรติยศของการแพทย์มาตั้งแต่แรกเริ่ม แต่ก็ยังเป็นเพราะผู้นำซึ่งเป็นชนชั้นนำในสังคมตะวันตกมองเห็นตัวเองในแนวคิดเกี่ยวกับจิตบำบัดบางส่วนที่หมุนเวียนอยู่ในจิตสำนึกของพวกเขา ในปัจจุบัน นักการเมืองและผู้บริหารด้านสุขภาพชอบแนวคิดของ CBT เพราะส่งเสริมแนวคิดที่ว่า การจะก้าวหน้าได้นั้น จำเป็นต้องใช้เหตุผลและสามารถควบคุมอารมณ์ได้ สิ่งนี้สมเหตุสมผลสำหรับพวกเขา เพราะมันอธิบายพื้นฐานความสำเร็จในชีวิตของแต่ละคนได้อย่างสมบูรณ์แบบ [1]

จากจิตบำบัดสู่เทคนิคการบำบัดทางจิต

การให้คำปรึกษาและจิตบำบัดสามารถมองได้ว่าเป็นกระบวนการปรับโครงสร้างใหม่อย่างต่อเนื่องเพื่อตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงทางสังคม การเมือง และเทคโนโลยี หนึ่งในมิติที่สำคัญที่สุดของการเปลี่ยนแปลงทางสังคมในช่วง 30 ปีที่ผ่านมาคือความต้องการงบประมาณด้านสุขภาพที่เกิดจากประชากรสูงอายุ การรักษาทางการแพทย์ที่มีราคาแพงขึ้นซึ่งเกี่ยวข้องกับความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี และความคาดหวังของประชาชนทั่วไปในการปรับปรุงมาตรฐานและคุณภาพการดูแลสุขภาพ ปัจจัยเหล่านี้ทำให้เกิดแรงกดดันในการควบคุมหรือ ‘จัดสรร’ ปริมาณการดูแลสุขภาพที่ให้บริการในหลาย ๆ ด้าน ซึ่งเป็นนโยบาย ‘การจัดการการดูแล’ ตัวอย่างเช่น ในส่วนของการบำบัดทางจิต สถานบริการทางการแพทย์จะควบคุมจำนวนครั้งของการบำบัดที่มีอย่างเข้มงวด ติดตามการทำงานของนักบำบัดอย่างใกล้ชิด ในกรณีที่ผู้รับบริการมีความผิดปกติที่ได้รับการวินิจฉัยเฉพาะ นักบำบัดจะใช้แนวทางการบำบัดที่ได้รับการพิสูจน์จากการศึกษาวิจัยแล้วว่าสามารถ

จากจิตบำบัดสู่เทคนิคการบำบัดทางจิต

รักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งนักจิตบำบัดได้วิพากษ์วิจารณ์อย่างหนักถึงสิ่งที่พวกเขามองว่าเป็นการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ จากความเป็นอิสระในอาชีพและแนวทาง 'ที่เน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง' ตามจริยธรรม ไปสู่รูปแบบการบำบัดที่อาจอธิบายได้ว่าเป็นการนำเทคโนโลยีทางจิต (เทคนิคและมาตรการ) มาใช้แทนการพัฒนาความสัมพันธ์ในการรักษา

2.2 ความสัมพันธ์ของหลักปรัชญากับการบำบัด

ปรัชญาเป็นสาขาวิชาการดั้งเดิม นักปรัชญาจะตรวจสอบสมมติฐานพื้นฐานที่ส่งผลต่อทุกแง่มุมของชีวิตมนุษย์ ดังนั้นแนวคิดทางปรัชญาโดยนัยเป็นรากฐานของทุกสิ่งที่เราคิดและทำ อย่างไรก็ตาม ขอบเขตที่กว้างใหญ่ของงานเขียนเชิงปรัชญาอาจทำให้นักบำบัดใช้ปรัชญาเป็นพื้นฐานได้ยาก ดังนั้นนักปรัชญาอาชีพจึงต้องผ่านการฝึกอบรมทางวิชาการหลายปีเพื่อให้เชี่ยวชาญในสาขาวิชาของตน และถึงแม้จะเป็นเช่นนั้น พวกเขาก็มักจะเชี่ยวชาญในสาขาใดสาขาหนึ่งโดยเฉพาะ ในแง่ของความเข้าใจว่าปรัชญาสามารถเสนออะไรได้บ้าง สิ่งสำคัญคือต้องเข้าใจว่าปรัชญาไม่ได้มุ่งหวังที่จะสร้าง 'ผลลัพธ์' หรือ 'ความจริง' ที่ตายตัว แต่กลับดำเนินการในลักษณะของการสนทนาแบบปลายเปิดเกี่ยวกับคำถามขั้นสุดท้ายของการดำรงอยู่ของมนุษย์ การคิดเกี่ยวกับบทบาทของปรัชญานั้นมีประโยชน์ในแง่ของกระบวนการเชิงรุก (การปรัชญา) ของการตั้งคำถามต่อแนวคิดที่มีอยู่และไปถึงวิธีการทำความเข้าใจที่มีความละเอียดอ่อนหรือแตกต่างกันมากขึ้น

สาขาปรัชญาหลายสาขาที่เกี่ยวข้องกับนักบำบัด เช่น [3]

- **ปรัชญากรีกคลาสสิก (classical Greek philosophy)** ความคิดของนักปรัชญากรีก เช่น อริสโตเติล โสกราตีส และเพลโต ถือเป็นรากฐานทางปัญญาของอารยธรรมตะวันตก ปรัชญาถูกนำมาใช้เพื่อทำความเข้าใจโลกและเคารพในชีวิตพลเมืองกรีก ปัญหาและการอภิปรายที่เกี่ยวข้องกับนักปรัชญาคลาสสิกเน้นการใช้เหตุผล และวิธีการที่พวกเขาใช้ในการตรวจสอบปัญหาเหล่านี้ยังคงมีความเกี่ยวข้องในปัจจุบัน
- **ปรัชญาแห่งยุคแสงสว่างทางปัญญา (enlightenment philosophy)** ราวศตวรรษที่ 17 และ 18 ยุโรปกำลังเปลี่ยนผ่านจากระบบสังคมแบบดั้งเดิมที่มีพื้นฐานมาจากศาสนา ระบบศักดินา และเศรษฐกิจการเกษตร ไปสู่ยุคแห่งความทันสมัยที่โดดเด่นด้วยการสร้างเมืองต่าง ๆ การรู้หนังสือ ประชาธิปไตย และค่านิยมทางวิทยาศาสตร์ บุคคลสำคัญในยุคนี้คือ เดส์การ์ตส์ (Descartes) ล็อก (Locke) ฮูม (Hume) และ คานท์ (Kant) ความกังวลหลักของนักปรัชญาเหล่านี้คือการสำรวจว่าเป็นไปได้อย่างไรที่จะบรรลุความรู้และประพัตติตนอย่างมีศีลธรรมในโลกที่ไม่ได้ถูกครอบงำโดยความไม่แน่นอนทางศาสนาและอคติแบบเดิม ๆ อีกต่อไป
- **ปรากฏการณ์วิทยา (phenomenology)** นักปรัชญาชาวเยอรมันในศตวรรษที่ 19 เอ็ดมันด์ ฮุสเซอร์ล (Edmund Husserl) ได้พัฒนาวิธีการสืบเสาะหาความจริงซึ่งเขาเรียกว่า 'ปรากฏการณ์วิทยา' ซึ่งออกแบบมาเพื่อให้สำรวจความหมายหรือ 'แก่นแท้' ของประสบการณ์ของมนุษย์ เทคนิค

การลดปรากฏการณ์และการแยกข้อสมมติฐานออกมา ได้พิสูจน์แล้วว่ามีความสำคัญอย่างยิ่งสำหรับนักบำบัดและนักจิตบำบัด และมีอิทธิพลต่อประเพณีการบำบัดหลากหลายรูปแบบในการให้วิธีการในการก้าวข้ามคำอธิบายปัญหาที่ผู้รับบริการต้องการทราบทันที และเชิญชวนให้สำรวจความหมายที่ซ่อนอยู่

- **ปรัชญาเชิงวิพากษ์ร่วมสมัย (critics of modernity)** ในศตวรรษที่ 20 สถานะของเหตุผลทางวิทยาศาสตร์ได้รับการยอมรับอย่างมั่นคงจนนักปรัชญาบางคนถูกดึงดูตไปในทิศทางของการวิเคราะห์ข้อจำกัดและความขัดแย้งของวิถีชีวิตและความคิดสมัยใหม่ วิท겐สไตน์ (Wittgenstein) ผู้โต้แย้งว่าความเป็นจริงของมนุษย์ถูกสร้างขึ้นผ่าน ‘รูปแบบชีวิต’ ของเรา และไฮเดกเกอร์ (Heidegger) ผู้แสวงหาความหมายของมิติของการเป็นและการดำรงอยู่เบื้องหลังกิจกรรมในแต่ละวัน อาจเป็นผู้มีอิทธิพลหลักต่อปรัชญาสาขาปัจจุบันนี้ นักเขียนสำคัญ ๆ อื่นหลายคนก็ออกมาตั้งคำถามถึงสมมติฐานของความทันสมัย ได้แก่ เทย์เลอร์ (Taylor) แมคอินไทร์ (MacIntyre) แมคเมอร์เรย์ (Macmurray) และรอทตี้ (Rorty) กลุ่มย่อยที่สำคัญมากในขบวนการนี้คือกลุ่มนักปรัชญาแนวอัตถิภาวนิยม เช่น ซาทร์ (Sartre) และเมอร์โล-ปงตี (Merleau-Ponty) ซึ่งได้รับอิทธิพลจากคีร์เคกอร์ (Kierkegaard) ผู้บุกเบิกแนวคิดอัตถิภาวนิยมในศตวรรษที่ 19 กลุ่มย่อยที่สำคัญอีกกลุ่มหนึ่งประกอบด้วยนักคิดหลังสมัยใหม่ เช่น เดอริดา (Derrida) ฟูโกต์ (Foucault) และลีโอตาร์ด (Lyotard)
- **ปรัชญาจริยธรรมและศีลธรรม (ethics and moral philosophy)** การบำบัดเกี่ยวข้องกับประเด็นทางจริยธรรมและศีลธรรมที่หลากหลายอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ซึ่งมีตั้งแต่จริยธรรมวิชาชีพในแง่ของการทำความเข้าใจความหมายและนัยของแนวคิดเรื่องความลับและการยินยอมโดยสมัครใจ ไปจนถึงความสามารถในการยอมรับและตอบสนองต่อทางเลือกทางศีลธรรมที่ผู้รับบริการเลือกในชีวิตของตน
- **ปรัชญาแห่งวิทยาศาสตร์ (philosophy of science)** การบำบัดควบคู่ไปกับอาชีพอื่น ๆ ในสังคมปัจจุบันมีความสำคัญเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ ที่จะต้องรับผิดชอบต่อสาธารณะและสามารถแสดงให้เห็นได้ว่ามีฐานหลักฐานทางวิทยาศาสตร์เพื่อสนับสนุนกิจกรรมของตน ในเวลาเดียวกัน ก็มีการอภิปรายอย่างดุเดือดของคำถามเกี่ยวกับประเภทของความรู้และหลักฐานที่มีความเกี่ยวข้องกับการให้คำปรึกษามากที่สุด สาขาปรัชญาแห่งวิทยาศาสตร์เป็นช่องทางในการทำความเข้าใจประเด็นเหล่านี้
- **ปรัชญาที่นอกเหนือประเพณีปรัชญาแบบตะวันตก (non-western philosophical traditions)** ประเพณีปรัชญาที่ไม่ใช่แบบตะวันตกหลักที่มีอิทธิพลต่อการพัฒนาการให้คำปรึกษาและจิตบำบัดแบบตะวันตกคือพุทธศาสนา นอกจากนี้ยังมีความพยายามที่จะนำแนวคิดจากเวททานติก ซุฟี (Vedantic, Sufi) (เวททานตะ เป็นคำผสมระหว่างคำสองคำ คือ ‘เวท’ ซึ่งแปลว่า ‘ความรู้’ และ ‘อันตะ’ ซึ่งแปลว่า ‘จุดจบของ’ หรือ ‘เป้าหมายของ’ ในบริบทนี้ เป้าหมายของความรู้ไม่ได้อยู่ที่สติปัญญา แต่หมายถึงความรู้เกี่ยวกับพระเจ้า ตลอดจนความรู้เกี่ยวกับธรรมชาติอันศักดิ์สิทธิ์ของเราเอง ดังนั้นเวททานตะจึงเป็นการแสวงหาความรู้เกี่ยวกับตนเอง ตลอดจนการแสวงหาพระเจ้า) และระบบปรัชญาอื่น ๆ มาประยุกต์ใช้ในการรักษาด้วย

3. วิวัฒนาการทางประวัติศาสตร์ของจิตบำบัด ในการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

จิตบำบัดมีรากฐานทางประวัติศาสตร์อันลึกซึ้งในสาขาจิตเวชศาสตร์และจิตวิทยา แต่การผนวกเข้ากับการพยาบาลได้เกิดขึ้นอย่างเด่นชัดในช่วงกลางศตวรรษที่ 20 พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในยุคแรก ๆ มีบทบาทหลักในการดูแลผู้รับบริการ อย่างไรก็ตาม ด้วยความก้าวหน้าทางวิชาชีพพยาบาลและการจัดตั้งบทบาทพยาบาลวิชาชีพสุขภาพจิตและจิตเวช จิตบำบัดจึงกลายเป็นทักษะหลัก พัฒนาการที่สำคัญ เช่น การที่หน่วยงานกำกับดูแลให้การรับรองการพยาบาลชั้นสูง ได้ทำให้จิตบำบัดกลายเป็นหน้าที่ทางการพยาบาลที่ถูกต้องตามกฎหมาย

3.1 บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้รับบริการที่มีอาการทางจิตเวช

บทบาทสำคัญของการให้คำปรึกษา/การบำบัดทางจิตเวชในการดูแลสุขภาพคือการเน้นย้ำถึงความสามารถในการฟื้นตัวและความเป็นอยู่ที่ดีของผู้รับบริการ ซึ่งมีความสำคัญอย่างยิ่งในด้านการพยาบาลสุขภาพจิต ซึ่งเน้นที่ความต้องการแบบองค์รวมของผู้รับบริการมากกว่าอาการของความผิดปกติเพียงอย่างเดียว การให้คำปรึกษา/การบำบัดทางจิตเวชเป็นสาขาที่เข้มแข็ง โดยยึดถือหลักการสำคัญบางประการ ได้แก่ [2]

- มีลักษณะมนุษยนิยม
- บูรณาการและสหวิทยาการ
- เคารพความเป็นปัจเจกและความหลากหลาย
- มุ่งมั่นในการให้ความรู้ด้านจิตวิทยา

เมื่อเจาะลึกเข้าไปในขอบเขตของการดูแลผู้รับบริการที่มีอาการป่วยทางจิตเวช การทำความเข้าใจบทบาทสำคัญของพยาบาลถือเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่ง พยาบาลวิชาชีพ (RN) และพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (PMHN) ถือเป็นส่วนสำคัญของระบบการส่งมอบการดูแลผู้รับบริการที่มีอาการเจ็บป่วยทางจิตเวช ไม่ว่าจะเป็นการช่วยเหลือผู้รับบริการในภาวะวิกฤตหรือการบำบัดแบบกลุ่ม พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชมีส่วนสนับสนุนอย่างมากในการดูแลและฟื้นฟูสุขภาพผู้รับบริการ

3.1.1 บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้รับบริการที่มีอาการทางจิตเวชสมัยใหม่

การดูแลผู้รับบริการที่มีอาการทางจิตเวชสมัยใหม่ได้ให้ความสำคัญกับผู้รับบริการมากขึ้น โดยเน้นบทบาทของพยาบาลในการขับเคลื่อนการแทรกแซงทางการรักษา ในสถานพยาบาลจิตเวช พยาบาลจะให้การดูแลผู้รับบริการโดยตรง พัฒนาและนำแผนการรักษาไปปฏิบัติ ดูแลด้านการกินยา และร่วมมือกับทีมสหวิชาชีพเพื่อเสริมสร้างการฟื้นตัวของผู้รับบริการ ซึ่งทั้งหมดนี้ล้วนอยู่ในขอบเขตของการปฏิบัติการพยาบาลวิชาชีพ พยาบาลให้ความสะดวกสบาย ความมั่นใจ และความรู้สึกปลอดภัยแก่ผู้รับบริการ พยาบาลสร้างสภาพแวดล้อมในการบำบัดที่ช่วยให้ผู้รับบริการมีอาการคงที่และฟื้นตัวได้

พยาบาลมักจะเป็นจุดติดต่อแรกสำหรับผู้รับบริการที่เข้ามาในสถานพยาบาล ซึ่งทำให้พยาบาลอยู่ในตำแหน่งที่ไม่เหมือนใครในการประเมิน ปฏิสัมพันธ์ และริเริ่มการแทรกแซงในระยะเริ่มต้น บทบาทเฉพาะหลายประการที่พยาบาลมีในการดูแลผู้รับบริการที่มีอาการทางจิตเวช ได้แก่ [2]

- การประเมินและการวินิจฉัยทางการพยาบาล
- การวางแผนการปฏิบัติทางการพยาบาล
- การส่งเสริมสุขภาพ
- การแทรกแซงในภาวะวิกฤต
- การให้ความรู้แก่ผู้รับบริการและครอบครัว

บทบาทเหล่านี้จะแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับระดับการศึกษาของพยาบาล ใบอนุญาต และสถานพยาบาล

3.1.2 ทักษะที่จำเป็นสำหรับพยาบาลในการดูแลผู้รับบริการที่มีอาการทางจิตเวช

ในการดูแลผู้รับบริการที่มีอาการทางจิตเวช พยาบาลต้องใช้ทักษะที่หลากหลายเพื่อปฏิบัติหน้าที่ของตนได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทักษะที่สำคัญ ได้แก่ การสื่อสารทางการรักษา การตัดสินใจทางคลินิก ความสามารถทางวัฒนธรรม ความเห็นอกเห็นใจ ความยืดหยุ่น และการคิดวิเคราะห์ ทักษะเหล่านี้มีความสำคัญพื้นฐานในการรับรองความปลอดภัย การฟื้นตัว และคุณภาพการดูแลของผู้รับบริการ ดังตารางที่ 1.2

ตารางที่ 1.2 ทักษะที่จำเป็นสำหรับพยาบาลในการดูแลผู้ที่มีอาการทางจิตเวช

ทักษะ	คำอธิบาย
การสื่อสารเพื่อการบำบัด	ความสามารถในการสร้างพื้นที่ปลอดภัยสำหรับการสื่อสารแบบเปิด การส่งเสริมความเข้าใจ ความเห็นอกเห็นใจ และความสะดวกสบายของผู้รับบริการ ความสามารถในการฟังและตอบสนองอย่างมีประสิทธิภาพทำให้ทักษะนี้มีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง
การตัดสินใจทางคลินิก	ความสามารถในการตัดสินใจอย่างมีข้อมูลครบถ้วนโดยอิงตามการตัดสินใจทางคลินิก ทฤษฎี และแนวทางปฏิบัติที่ดีที่สุด ซึ่งมีความสำคัญต่อความปลอดภัยของผู้รับบริการ และคุณภาพการดูแล
ความสามารถทางวัฒนธรรม	ความสามารถในการเข้าใจและเคารพความแตกต่างทางวัฒนธรรม พยาบาลจำเป็นต้องนำความเข้าใจนี้ไปใช้ในการดูแลเพื่อให้แน่ใจว่ามีความเคารพ ความยุติธรรม และความเท่าเทียมกันในการรักษา
ความเห็นอกเห็นใจ	ความสามารถในการเข้าใจความรู้สึกของผู้อื่น ความสามารถในการเห็นอกเห็นใจของพยาบาลสามารถเพิ่มความไว้วางใจของผู้รับบริการและสนับสนุนความสัมพันธ์ในการบำบัดได้อย่างมาก
ความคิดอย่างมีวิจารณญาณ	ความสามารถในการใช้เหตุผลและการสังเคราะห์ข้อมูลเพื่อตัดสินใจ แก้ปัญหา และคิดหาแนวคิดใหม่ ๆ ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญในการประเมิน การวางแผนการรักษา และการประเมินผล

3.2 แผนการรักษาสุขภาพจิตผู้รับบริการ

3.2.1 องค์ประกอบหลักของแผนการรักษาสุขภาพจิตผู้รับบริการที่ดี

แผนการรักษาสุขภาพจิตที่ดีสามารถมองได้ว่าเป็นแผนที่นำทางสำหรับผู้รับบริการและผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพในเส้นทางสู่การฟื้นตัว แผนนี้มักประกอบด้วยองค์ประกอบหลักหลายประการเพื่อให้แน่ใจว่าแผนจะประสบความสำเร็จ แผนการรักษาสุขภาพจิตเป็นเอกสารที่ระบุรายละเอียดเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิตปัจจุบันของรับบริการ และระบุเป้าหมายและกลยุทธ์ที่จะช่วยให้รับบริการเอาชนะปัญหาสุขภาพจิตได้

องค์ประกอบต่อไปนี้เป็นส่วนสำคัญของแผนการรักษาสุขภาพจิตที่ดี ได้แก่

- การประเมินและการวินิจฉัย
- การกำหนดเป้าหมาย
- กลยุทธ์การแทรกแซง
- การกำหนดเวลาสำหรับการปรับปรุงแผน
- การติดตามและประเมินผล

1. การประเมินและการวินิจฉัย

การประเมิน

การประเมิน : ใช้ทักษะการสัมภาษณ์แบบ ‘การรับฟังอย่างตั้งใจและเห็นอกเห็นใจ’ เพื่อให้ผู้รับบริการปลอดภัยและไว้วางใจเปิดเผยข้อมูล (หลักการพื้นฐานของทุกจิตบำบัด)

การกำหนดปัญหาสุขภาพจิตอย่างครอบคลุม : การทำความเข้าใจปัญหาอย่างละเอียดจะช่วยให้สามารถวางแผนการรักษาที่มีประสิทธิภาพสูงสุดได้

การประเมินเนื้อหาของอาการทางจิตอย่างละเอียด : โดยไม่ได้แย้ง แต่ใช้การ ‘ยอมรับและเข้าใจความรู้สึก’

การวินิจฉัย

เน้นที่การวินิจฉัยทางการแพทย์ที่สามารถแก้ไขได้ด้วยการบำบัดทางจิต-สังคม เช่น การบกพร่องในการปฏิสัมพันธ์ทางสังคม การเผชิญปัญหาที่ไม่มีประสิทธิภาพ

2. การกำหนดเป้าหมาย

การกำหนดเป้าหมาย

การกำหนดเป้าหมายที่วัดผลได้ บรรลุได้ สมจริง และมีกำหนดเวลา จะช่วยขับเคลื่อนกระบวนการบำบัดให้ดำเนินไปในทิศทางที่ต้องการ

มุ่งเน้นการช่วยให้ผู้รับบริการตระหนักรู้ในตนเอง พัฒนาทักษะการเผชิญปัญหา จัดการกับอาการทางจิต เช่น

เป้าหมายเฉพาะ : ผู้รับบริการจัดการกับความวิตกกังวลได้ดีขึ้น

ผลลัพธ์ที่คาดหวัง : ผู้รับบริการสามารถระบุสถานการณ์กระตุ้นและเลือกใช้ทักษะการผ่อนคลายได้อย่างน้อย 2 วิธี เมื่อรู้สึกวิตกกังวล

เป้าหมายเฉพาะ : ลดความถี่และความรุนแรงของการตอบสนองต่อประสาทหลอน

ผลลัพธ์ที่คาดหวัง : ผู้รับบริการรายงานว่าสามารถแยกแยะระหว่างความเป็นจริงกับอาการประสาทหลอนได้โดยใช้เทคนิคการเบี่ยงเบนความสนใจ

3. กลยุทธ์การแทรกแซง

พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชสามารถใช้เทคนิคจิตบำบัดพื้นฐานการดูแลผู้รับบริการทางจิต ดังนี้

3.1 การสร้างและใช้สัมพันธภาพเพื่อการบำบัด

เป็นรากฐาน : สร้างความเชื่อมั่น ความสม่ำเสมอ และความไว้วางใจ โดยใช้ทักษะการสื่อสารเพื่อการบำบัด เช่น การใช้คำถามปลายเปิด การสะท้อนความรู้สึก

การเลือกวิธีการบำบัดทางสุขภาพจิตและจิตเวชที่เหมาะสมกับความต้องการและความชอบของแต่ละบุคคลถือเป็นสิ่งสำคัญในแผนการรักษา

3.2 การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (CBT)

การตรวจสอบความเป็นจริง : ในภาวะที่ผู้รับบริการสงบ ค่อย ๆ สนทนาเพื่อท้าทายความคิดที่บิดเบือนอย่างอ่อนโยน โดยเน้นที่การให้ข้อมูลที่เป็นกลาง หรือถามคำถามเพื่อกระตุ้นให้ผู้รับบริการพิจารณาหลักฐาน (ไม่ใช่การโต้แย้งอาการหลงผิดโดยตรง)

30 III การบูรณาการจิตบำบัดสำหรับการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูง : จากกรณีศึกษาสู่การปฏิบัติทางการพยาบาล

การปรับความคิด : ช่วยผู้รับบริการระบุความคิดอัตโนมัติที่เป็นลบหรือบิดเบือนและเสนอทางเลือกของความคิดที่สมจริงมากขึ้น

การกระตุ้นพฤติกรรม : วางแผนกิจกรรมประจำวันที่ยืดหยุ่นและวัดผลได้ เช่น การออกกำลังกาย การเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มบำบัด เพื่อเพิ่มความรู้สึกของการประสบความสำเร็จและลดการแยกตัว

3.3 การบำบัดทางทักษะ (DBT)

ทักษะการผ่อนคลาย : สอนและฝึกเทคนิคการหายใจหรือการผ่อนคลายกล้ามเนื้อเพื่อจัดการกับความวิตกกังวลที่มาพร้อมกับอาการทางจิต

ทักษะการจัดการกับเสียง : สอนเทคนิคการเบี่ยงเบนความสนใจ เช่น การฟังเพลง การพูดคุยกับพยาบาล หรือการทำกิจกรรมเมื่อได้ยินเสียงประสาทหลอน

การแก้ปัญหา : ใช้แบบจำลองการแก้ปัญหา 5 ขั้นตอน (ระบุปัญหา กำหนดทางเลือก ประเมินผล เลือกทางออก ประเมินผล) เพื่อช่วยผู้รับบริการจัดการกับปัญหาสังคมหรือชีวิตประจำวันอย่างเป็นระบบ

4. การกำหนดเวลาสำหรับการปรับปรุงแผน

การกำหนดเวลาสำหรับการปรับปรุงแผน

การกำหนดเวลาที่คาดว่าจะบรรลุเป้าหมายจะเป็นกรอบสำหรับความคืบหน้าและทำให้กระบวนการรักษาดำเนินไปอย่างราบรื่น

5. การติดตามและประเมินแผน

การประเมินผลลัพธ์ที่คาดหวัง

การตรวจสอบว่าพฤติกรรมของผู้รับบริการเปลี่ยนแปลงไปตามเกณฑ์ที่ตั้งไว้หรือไม่

การติดตามและประเมินผลเป็นประจำจะช่วยให้แผนการรักษามีประสิทธิภาพหรือต้องปรับเปลี่ยนเพื่อตอบสนองความต้องการในการบำบัดของแต่ละบุคคล

การปรับแผน

หากผู้รับบริการยังไม่บรรลุเป้าหมาย ให้พยาบาลใช้ทักษะการสะท้อนคิด เพื่อวิเคราะห์ว่ามีปัจจัยใดขัดขวางการบำบัดและปรับแผนการดูแลต่อไป

การสร้างแผนการรักษาสุขภาพจิตที่มีประสิทธิผลต้องอาศัยความร่วมมือระหว่างผู้รับบริการ จิตแพทย์ และพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช โดยคำนึงถึงความต้องการและสถานการณ์เฉพาะของแต่ละบุคคล

การบูรณาการจิตบำบัดในการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชเป็นการใช้ตนเองในฐานะเครื่องมือในการรักษา เพื่อช่วยให้ผู้รับบริการทางจิตสามารถเรียนรู้ทักษะใหม่ ๆ และกลับใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างมีคุณภาพมากที่สุด

3.3 แผนการรักษาสุขภาพจิตสำหรับพยาบาล

การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชเป็นงานที่มีความท้าทายสูงและเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเหนื่อยล้าและการบาดเจ็บทางจิตใจทุกตติยภูมิได้ง่าย การมีแผนการรักษาสุขภาพจิตที่ดีโดยการบูรณาการจิตบำบัด จึงเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งเพื่อให้พยาบาลสามารถคงไว้ซึ่งความสามารถในการปฏิบัติงานและความผาสุกส่วนตัวได้อย่างยั่งยืน ประกอบด้วย

3.3.1 การประเมินตนเองอย่างต่อเนื่อง

การประเมินตนเองเป็นรากฐานของการดูแลตนเอง เหมือนกับการทำการประเมินสภาพจิตให้กับตนเองก่อนที่จะให้การพยาบาลผู้อื่น

1. การตระหนักรู้ในตนเอง ซึ่งเป็นหลักการพื้นฐานของจิตบำบัด

การสำรวจความคิดและอารมณ์ เป็นการใช้การบันทึกประจำวันเพื่อสำรวจและระบุความคิด อารมณ์ และปฏิกิริยาของตนเองต่อเหตุการณ์ที่ตึงเครียดในที่ทำงาน เช่น การเผชิญกับผู้ที่มีการพฤติกรรมก้าวร้าวหรือเรื่องราวที่กระทบจิตใจ การทำเช่นนี้เป็นการใช้เทคนิค การตรวจสอบความคิดคล้ายกับที่ใช้ใน CBT

สัญญาณเตือน เป็นการระบุสัญญาณเตือนเฉพาะของตนเองเมื่อเริ่มมีภาวะเครียดสะสมหรือเหนื่อยล้า เช่น การนอนไม่หลับ การหงุดหงิดง่าย การแยกตัวจากสังคม การใช้กลไกการรับมือทางลบ

2. การดูแลตนเองเชิงโครงสร้างด้วยหลักการจิตบำบัด

2.1 ด้านความคิดและอารมณ์ ประกอบด้วย

การปรับความคิดเชิงลบ

- เมื่อพบความคิดเชิงลบ เช่น ฉันไม่ดีพอ ให้ใช้เทคนิค CBT เพื่อท้าทายความคิดนั้น

ถาม : อะไรคือหลักฐานที่สนับสนุน/หักล้างความคิดนี้

แทนที่ : สร้างคำพูดเชิงบวกที่เป็นจริงและสมเหตุสมผลมาแทนที่ เช่น ฉันได้ทำตามขั้นตอนการพยาบาลอย่างเต็มที่แล้ว

- การตั้งขอบเขต (หลักการ IPT) การฝึกกล่าว ‘ไม่’ อย่างชัดเจนและมีเหตุผลเพื่อป้องกันการรับภาระงานเกินตัว หรือการให้ความช่วยเหลือที่มากเกินไปเกินขอบเขตของความเป็นมืออาชีพ

การจัดการอารมณ์และการประมวลผลประสบการณ์

- การใคร่ครวญสะท้อนคิดในระดับทีม จัดมีการประชุมสั้น ๆ หลังเหตุการณ์วิกฤตเพื่อให้พยาบาลมีโอกาสได้ระบายอารมณ์และประมวลผล

32 III การบูรณาการจิตบำบัดสำหรับการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูง : จากกรณีศึกษาสู่การปฏิบัติทางการพยาบาล

- การใช้เทคนิค mindfulness and acceptance (ACT) ในการฝึกสติเพื่อให้อยู่กับปัจจุบันและยอมรับอารมณ์ความรู้สึกที่เกิดขึ้นโดยไม่ตัดสิน เพื่อลดการหลีกเลี่ยงหรือกดทับอารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับงาน

2.2 ด้านพฤติกรรมและการพักผ่อน

การจัดตารางเวลาและกิจกรรมกระตุ้นอารมณ์เชิงบวก

- ตารางการพักผ่อนที่มีความหมาย หมายถึง การกำหนดเวลาพักผ่อนที่ชัดเจน (นอกเวลางาน) และปฏิบัติอย่างเคร่งครัด โดยเน้นกิจกรรมที่สร้างความรู้สึกดี มีความสำเร็จ หรือมีความสุข (เช่น งานอดิเรก การออกกำลังกาย การใช้เวลากับครอบครัว)
- สุขอนามัยการนอนหลับ ปฏิบัติตามหลักการนอนหลับที่ต่ออย่างสม่ำเสมอ เนื่องจากงานกะ (shift work) มีผลกระทบต่อสุขภาพจิตอย่างมาก

3. การสนับสนุนและการแสวงหาความช่วยเหลือจากมืออาชีพ

การรับการปรึกษาหรือการบำบัดจากผู้เชี่ยวชาญถือเป็นส่วนหนึ่งที่บูรณาการจิตบำบัดเข้าสู่แผนการดูแลตนเองโดยตรง และถือเป็นมาตรฐานสำหรับผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพจิต

การเข้ารับจิตบำบัดส่วนบุคคล

- พิจารณาการเข้ารับการปรึกษาหรือบำบัดกับนักจิตบำบัดเป็นประจำ (เช่น ทุก 2 สัปดาห์/เดือน) เพื่อประมวลผลความเครียดจากงาน และจัดการกับปัญหาชีวิตส่วนตัว การเลือกจิตบำบัดที่เน้นการประมวลผลประสบการณ์ เช่น EMDR หรือ trauma-focused CBT อาจมีประโยชน์สำหรับพยาบาลที่ต้องเผชิญกับเหตุการณ์สะเทือนใจเป็นประจำ
- การให้คำปรึกษา/การกำกับดูแลงาน การเข้าร่วมประชุมกำกับดูแลงานกับผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตที่มีประสบการณ์อย่างสม่ำเสมอ เพื่อแลกเปลี่ยนมุมมองและจัดการกับภาวะการโอนย้ายความรู้สึกย้อนกลับที่เกิดขึ้นกับผู้รับบริการ

การสนับสนุนจากเพื่อนร่วมงาน

- จัดตั้งกลุ่มสนับสนุนเพื่อนร่วมงานที่เป็นความลับและปลอดภัยเพื่อแบ่งปันประสบการณ์และให้การสนับสนุนทางอารมณ์ ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญของการดูแลตนเองทางสังคม

โดยสรุป การดูแลตนเองคือความสามารถทางวิชาชีพ สำหรับพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช การดูแลตนเองไม่ใช่แค่ทางเลือก แต่เป็นความสามารถทางวิชาชีพเพราะการที่พยาบาลมีสุขภาพจิตที่ดีจะช่วยให้สามารถสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดกับผู้รับบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ ป้องกันภาวะเหนื่อยล้า และคงไว้ซึ่งความเห็นอกเห็นใจและความสามารถในการทำงานต่อไปได้ในระยะยาว

3.3.2 บทบาทของพยาบาลในการพัฒนาและนำแผนการบำบัดสุขภาพจิต และจิตเวชไปปฏิบัติ

พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการสร้าง ปรับปรุง และนำแผนการบำบัดไปปฏิบัติ ซึ่งรวมถึงการรวบรวม ข้อมูลผู้รับบริการ การระบุปัญหา การกำหนดเป้าหมาย การคิดค้นวิธีการรักษา และการติดตามความคืบหน้า

พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชมีความรู้เชิงประสบการณ์และการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้รับบริการอย่างต่อเนื่อง จึงสามารถรวบรวมข้อมูลที่สำคัญของผู้รับบริการ ประเมินผลได้อย่างแม่นยำ วางแผนวิธีการรักษาที่เกี่ยวข้อง ปฏิบัติตามวิธีการรักษา และประเมินประสิทธิผลของวิธีการรักษาได้ ตัวอย่างเช่น พยาบาลที่สังเกต การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้รับบริการอาจระบุปัญหาใหม่ที่ไม่เคยพบมาก่อน และปรับปรุงแผนการรักษา ให้เหมาะสม

บทบาทของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในบริบทของแผนการรักษาเป็นแบบพลวัต ปรับตัวตาม ความต้องการของผู้รับบริการที่เปลี่ยนแปลงไป และมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อผลลัพธ์ของการรักษาที่ประสบความสำเร็จ ในการพัฒนาแผนการรักษา พยาบาลจะต้อง [2]

- ร่วมมือกับผู้รับบริการ
- ชี้้นำการอภิปรายระหว่างการประชุมวางแผน
- ระบุปัญหาหรืออุปสรรคที่อาจเกิดขึ้น
- ออกแบบการแทรกแซง

ในขณะที่ดำเนินการตามแผนการรักษา พยาบาลจะติดตามความคืบหน้าของผู้รับบริการอย่างใกล้ชิด ปรับแผนการรักษาและการพยาบาลตามความจำเป็น สื่อสารข้อเสนอแนะ และให้ความรู้แก่ผู้รับบริการ เกี่ยวกับการวินิจฉัย การรักษา และกลยุทธ์การดูแลตนเอง บทบาทของพยาบาลมีความสำคัญและมีหลายแง่มุม โดยต้องอาศัยทักษะ เช่น ความเห็นอกเห็นใจ การคิดอย่างมีวิจารณญาณ การสื่อสารที่มีประสิทธิผล และความคุ้นเคยกับการแทรกแซงทางการรักษาและจิตเภสัชวิทยา

โดยรวมแล้ว พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชมีบทบาทสำคัญในการกำหนดและดำเนินการตาม แผนการรักษาสุขภาพจิตที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งมีส่วนช่วยส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดีและการฟื้นตัวของผู้รับบริการ อย่างมาก

3.3.3 การแทรกแซงทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช : ในทาง ทฤษฎีและการปฏิบัติ

สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชมีการแทรกแซงที่น่าสนใจมีหลากหลาย กลยุทธ์เหล่านี้ช่วย จัดการและบรรเทาปัญหาสุขภาพจิตต่าง ๆ ช่วยให้ผู้รับบริการมีโอกาสฟื้นตัวและมีความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น

34 III การบูรณาการจิตบำบัดสำหรับการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูง : จากกรณีศึกษาสู่การปฏิบัติทางการพยาบาล

ในการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช การแทรกแซงหมายถึงมาตรการบำบัดต่าง ๆ ที่นำมาใช้เพื่อรักษาหรือจัดการปัญหาสุขภาพจิต การแทรกแซงเหล่านี้ครอบคลุมตั้งแต่การให้คำปรึกษา/การบำบัดรายบุคคลไปจนถึงการจัดการด้านยา และจากการให้ความรู้ด้านจิตวิทยาไปจนถึงการแทรกแซงภาวะวิกฤต

การแทรกแซงทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชเป็นการดำเนินการตามแผนซึ่งชี้แนะโดยแนวทางปฏิบัติที่อิงหลักฐานซึ่งออกแบบมาเพื่อช่วยให้ผู้รับบริการรับมือหรือฟื้นตัวจากปัญหาสุขภาพจิต ตัวอย่างหมวดหมู่หลักของการแทรกแซงการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช เช่น

- การแทรกแซงทางจิตบำบัด
- การแทรกแซงทางเภสัชวิทยา
- การสอนสุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพ
- การบำบัดด้วยสิ่งแวดล้อม
- การจัดการภาวะวิกฤตทางจิตเวช

3.3.4 การประยุกต์ใช้การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในทางปฏิบัติ

กุญแจสำคัญของการประยุกต์ใช้การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชให้ประสบความสำเร็จนั้นอยู่ที่การประเมินผู้รับบริการอย่างเหมาะสม การเลือกวิธีการที่เหมาะสม และการติดตามและประเมินผลอย่างสม่ำเสมอ ตัวอย่างเช่น ผู้รับบริการที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าอาจได้รับประโยชน์จากการผสมผสานระหว่างการบำบัดทางจิตเวช การใช้ยา และการศึกษา พยาบาลอาจใช้การบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรมเพื่อช่วยให้ผู้รับบริการรับรู้และปรับเปลี่ยนรูปแบบการคิดเชิงลบ จำยาต้านซึมเศร้าตามใบสั่งแพทย์ จัดการกับผลข้างเคียง และให้ความรู้ผู้รับบริการเกี่ยวกับลักษณะของภาวะซึมเศร้า กลยุทธ์การรับมือที่มีประสิทธิผล และความสำคัญของการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ นอกจากนี้ การมีส่วนร่วมของครอบครัวยังเป็นประโยชน์ต่อทั้งผู้รับบริการและคนที่พวกเขารัก ซึ่งอาจรวมถึง [2]

- ให้การสนับสนุนและให้ความรู้แก่ครอบครัว
- สนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแล
- อำนวยความสะดวกในการประชุมครอบครัวเพื่อแก้ไขข้อกังวลและตอบคำถาม

พยาบาลมักเผชิญกับสถานการณ์ที่ซับซ้อนซึ่งต้องมีการแทรกแซงในภาวะวิกฤต ในกรณีนี้ พยาบาลจำเป็นต้องดำเนินการทันที ปฏิบัติตามขั้นตอนที่กำหนดไว้ และรับรองความปลอดภัยของทุกคนที่เกี่ยวข้อง

การแทรกแซงในภาวะวิกฤต

การแทรกแซงในภาวะวิกฤต หมายถึง การดูแลทันทีและชั่วคราวเพื่อตอบสนองต่อวิกฤตสุขภาพจิตเฉียบพลันเพื่อฟื้นฟูสมดุลและลดผลกระทบของภาวะวิกฤต

โดยรวมแล้ว แนวทางปฏิบัติด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชมีความหลากหลายและท้าทาย โดยจำเป็นต้องมีความรู้ทางทฤษฎีพื้นฐานที่แข็งแกร่ง ทักษะที่ครอบคลุม ทักษะในการเข้ากับผู้อื่นที่ยอดเยี่ยม และความสามารถในการตัดสินใจทางคลินิกที่ถูกต้อง

ความท้าทายที่พยาบาลอาจเผชิญในการให้คำปรึกษา/การบำบัดทางจิตเวช ได้แก่ การจัดการกับวิกฤตสุขภาพจิตของผู้รับบริการ การรับมือกับตราบาปที่เกิดจากภาวะสุขภาพจิต การรับมือกับความเครียดทางอารมณ์ และการรับมือกับความเครียดที่อาจเกิดจากความรุนแรงหรือการทำร้ายตัวเอง การสร้างสมดุลระหว่างบทบาทการบำบัดและการดูแลก็อาจเป็นเรื่องท้าทายเช่นกัน

ในบทต่อ ๆ ไป เป็นการอธิบายความสัมพันธ์ของการสื่อสารและสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด และแนวทางการบำบัดตามทฤษฎีต่าง ๆ มีลักษณะของหัวข้อคล้ายคลึงกัน โดยก่อนอื่นผู้อ่านต้องทำความเข้าใจภาพรวมโดยย่อของแนวคิด ตามด้วยวิธีการทำงานร่วมกับนาง ก. ในแต่ละแนวทฤษฎี ซึ่งสามารถใช้เป็นแนวทางปฏิบัติที่ดีในการบำบัดกับผู้ปฏิบัติงานคนอื่น ๆ ในบางครั้ง ผู้อ่านจะถูกขอให้ตอบคำถามดังต่อไปนี้ ‘คุณประเมินกรณีของนาง ก. อย่างไร’ ‘คุณอาจจะเน้นไปที่ประเด็นใด’ ‘คุณจะใช้ขั้นตอนการบำบัดอะไรบ้าง’ และ ‘คุณคาดหวังว่ากระบวนการบำบัดจะคลี่คลายอย่างไร’ ผู้อ่านจะได้ประโยชน์มากมายจากการตรวจสอบรูปแบบการทำงานเหล่านี้

4. สรุป

จุดมุ่งหมายของบทนี้คือการให้ภาพรวมของแนวทางการบำบัดแบบร่วมสมัยที่ซับซ้อน จากมุมมองของผู้ใช้หรือผู้รับบริการ การให้คำปรึกษาและจิตบำบัดสามารถเข้าใจได้ว่าเป็นความสัมพันธ์และพื้นที่ในการสนทนาที่ช่วยให้สามารถสำรวจและแก้ไขปัญหาในชีวิตได้ จิตบำบัดยังคงเป็นองค์ประกอบสำคัญของการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช พยาบาลสุขภาพจิตและจิตบำบัดในฐานะพยาบาลและนักจิตบำบัด แสดงให้เห็นถึงความสามารถอันโดดเด่นในการบูรณาการรูปแบบการดูแลทางชีวการแพทย์และจิตสังคม ในขณะที่ความต้องการบริการสุขภาพจิตยังคงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง พยาบาลสุขภาพจิตและจิตบำบัดจำเป็นต้องปรับตัวสร้างสรรค์ และมุ่งมั่นในการเรียนรู้ตลอดชีวิต ทิศทางในอนาคตประกอบด้วย การนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช่มากขึ้น การดูแลที่คำนึงถึงบาดแผลทางใจ และความร่วมมือระหว่างวิชาชีพ เพื่อยกระดับผลลัพธ์ของจิตบำบัด

เอกสารอ้างอิง

1. Sommers-Flanagan, J. and R. Sommers-Flanagan, *Counseling and psychotherapy theories in context and practice: skills, strategies, and techniques*. 3rd ed. 2018: Wiley.

36 III การบูรณาการจิตบำบัดสำหรับการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูง : จากกรณีศึกษาสู่การปฏิบัติทางการพยาบาล

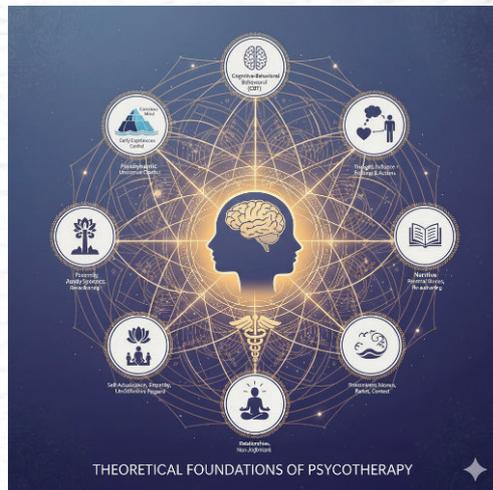
2. Wheeler, K., *Psychotherapy for the advanced practice psychiatric nurse: a how-to guide for evidence-based practice*. 3rd ed. 2020: Springer Publishing Company.
3. Corey, G., *Theory and practice of counseling and psychotherapy* 11th ed. 2023: Cengage Learning.
4. Hariharan, M., U. Chivukula, and M. Padhy, *Counselling skills theory and practice*. 1st ed. 2024: Routledge India.
5. Albee, G.W., *The Protestant ethic, sex, and psychotherapy*. *American Psychologist*, 1977. **32**(2): p. 150-161.
6. Giddens, A., *Modernity and self-identity self and society in the late modern age*. 1991: Stanford University Press.
7. Scull, A.T., *Most solitary of afflictions: madness and society in Britain 1700–1900*. 2005, New Haven, CT, US: Yale University Press. 448.
8. Scull, A.T., *Desperate remedies*. 2022: Allen Lane.
9. Spanos, N.P., *Witchcraft in histories of psychiatry: a critical analysis and an alternative conceptualization*. *Psychological Bulletin*, 1978. **85**(2): p. 417-439.
10. Appignanesi, L., *Mad, bad, and sad: a history of women and the mind doctors*. 2008, New York, NY: W. W. Norton & Company. 537.
11. Foucault, M., *Madness and civilization: a history of insanity in the age of reason*. 1967, London: Mentor Books.
12. Shamdasani, S., *'Psychotherapy': the invention of a word*. *History of the Human Sciences*, 2005. **18**(1): p. 1-22.
13. Cushman, P., *Constructing the self, constructing America: a cultural history of psychotherapy*. 1996, Reading, MA, US: Addison Wesley Longman. xiii, 430.
14. Sollod, R.N., *Authoritarianism in disguise: an ethos based on personal choice*. *Contemporary Psychology*, 1982. **27**(8): p. 647-648.
15. Kohon, G., *British psychoanalysis new perspectives in the independent tradition*. 1st ed. 2017: Routledge.
16. Cushman, P., *Why the self is empty: toward a historically situated psychology*. *American Psychologist*, 1990. **45**(5): p. 599-611.
17. Pfister, J., *Glamorizing the psychological: the politics of the performances of modern psychological identities*, in *Inventing the psychological: toward a cultural history of emotional life in America*. 1997, Yale University Press: New Haven, CT, US. p. 167-213.
18. Gay, P., *Freud: a life for our time*. 1988, New York Norton.

19. Demo, D.H. and A.C. Acock, *Family structure, family process, and adolescent well-being*. Journal of Research on Adolescence, 1996. **6**(4): p. 457-488.
20. Whiteley, J.M., *Historical periods in the development of counseling psychology*. The Counseling Psychologist, 1984. **12**(1): p. 3-5.
21. Kirschenbaum, H., *The life and work of Carl Rogers*. 2007, Alexandria, VA: American Counseling Association. iv, 722.
22. Gergen, K.J., *Therapeutic professions and the diffusion of deficit*. Journal Of Mind And Behavior, 1990. **11**(3-4): p. 353-368.



บทที่ 2

พื้นฐานทางทฤษฎีของจิตบำบัด สู่การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช





ทดสอบความรู้

1. การบำบัดแนวจิตวิเคราะห์มุ่งเน้นไปที่ _____ ส่วนการบำบัดแนวมานุษยวิทยา มุ่งเน้นไปที่ _____ ของบุคคล ¹
 - ก. ปัจจุบัน อดีต
 - ข. อดีต ปัจจุบัน
 - ค. อนาคต ปัจจุบัน
 - ง. อดีต อนาคต
2. การบำบัดทางจิตในข้อใดที่มีลักษณะไม่ขึ้นกับผู้รับบริการว่าควร/ต้องให้ผู้รับบริการทำอะไร ²
 - ก. การบำบัดแนวพฤติกรรม
 - ข. การบำบัดแนวจิตวิเคราะห์
 - ค. การบำบัดแนวมานุษยวิทยา
 - ง. การบำบัดแนวปัญญา
3. แนวคิดหลักของทฤษฎีจิตวิเคราะห์ที่ใช้เป็นรากฐานในการบำบัดคือข้อใด ³
 - ก. การรับรู้และความคิดที่ส่งผลต่ออารมณ์และพฤติกรรม
 - ข. ศักยภาพในการตระหนักรู้ในตนเอง
 - ค. จิตไร้สำนึกและผลกระทบของประสบการณ์ในวัยเด็ก
 - ง. การเรียนรู้ผ่านการวางเงื่อนไขและการเสริมแรง
4. ในทฤษฎีพฤติกรรมนิยม เครื่องมือหลักที่ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์คืออะไร ⁴
 - ก. การวางเงื่อนไขและการเสริมแรง
 - ข. การค้นหาความหมายและจุดมุ่งหมายในชีวิต
 - ค. การให้ความเห็นอกเห็นใจและการยอมรับอย่างไม่มีเงื่อนไข
 - ง. การตีความและวิเคราะห์การต่อต้าน

¹ คำตอบ ข้อ ข.

² คำตอบ ข้อ ค.

³ คำตอบ ข้อ ค.

⁴ คำตอบ ข้อ ก.

42 III การบูรณาการจิตบำบัดสำหรับการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูง : จากกรณีศึกษาสู่การปฏิบัติทางการพยาบาล

5. สมมติฐานหลักของทฤษฎีการบำบัดทางปัญญาที่เน้นว่าปัญหาทางอารมณ์และพฤติกรรมมีสาเหตุจากอะไร⁵

- ก. การถูกขัดขวางไม่ให้ตระหนักรู้ในศักยภาพของตนเอง
- ข. ความขัดแย้งระหว่างอีโก้ และซูเปอร์อีโก้
- ค. การขาดทักษะทางสังคมที่เรียนรู้มาอย่างเหมาะสม
- ง. รูปแบบความคิดที่ไม่เป็นเหตุเป็นผลและผิดพลาด

6. แนวคิด ‘การยอมรับอย่างไม่มีเงื่อนไข’ ถือเป็นปัจจัยสำคัญสำหรับการเปลี่ยนแปลงในทฤษฎีใด⁶

- ก. ทฤษฎีมนุษยนิยม
- ข. ทฤษฎีบำบัดทางปัญญา
- ค. ทฤษฎีระบบครอบครัว
- ง. ทฤษฎีจิตวิเคราะห์

⁵ คำตอบ ข้อ ง.

⁶ คำตอบ ข้อ ก.

สาระสำคัญ

จิตบำบัดมีพื้นฐานมาจากกรอบทฤษฎีที่หลากหลาย ซึ่งเป็นรากฐานสำหรับการปฏิบัติทางคลินิก ทฤษฎีเหล่านี้เป็นแนวทางในการสร้างแนวคิดเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิต กำหนดทิศทางการพัฒนาของการแทรกแซงทางการรักษา และให้ข้อมูลแก่พยาบาลจิตบำบัดเกี่ยวกับแนวทางการรักษา ความเข้าใจพื้นฐานทางทฤษฎีเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งสำหรับพยาบาลวิชาชีพสุขภาพจิตและจิตเวช เนื่องจากจะช่วยให้การบูรณาการทฤษฎีเข้ากับการปฏิบัติงานตามหลักฐานเชิงประจักษ์ และเพิ่มความสามารถในการปรับแต่งการบำบัดให้เหมาะสมกับความต้องการเฉพาะของผู้รับบริการ

1. บทนำ

จิตบำบัดเป็นองค์ประกอบสำคัญของการดูแลสุขภาพจิตแบบองค์รวม ซึ่งเป็นมาตรฐานการปฏิบัติงานของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช [1, 2] การมีความเข้าใจอย่างลึกซึ้งในพื้นฐานทางทฤษฎีของจิตบำบัดช่วยให้พยาบาลสามารถเลือกวิธีการบำบัดที่เหมาะสมกับความต้องการเฉพาะของบุคคลของผู้รับบริการแต่ละราย รวมถึงใช้ประโยชน์จากความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้รับบริการในบริบททางคลินิกเพื่อส่งเสริมผลลัพธ์การรักษาที่ดีที่สุด [1, 3]

ในการปฏิบัติการพยาบาลที่อิงกับทฤษฎีช่วยให้พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชสามารถอธิบายและทำความเข้าใจปัญหา เช่น ช่วยให้พยาบาลระบุสาเหตุ ปัจจัยกระตุ้น และปัจจัยคงอยู่ของพฤติกรรมหรือปัญหาทางอารมณ์ของผู้รับบริการได้อย่างมีระบบ กำหนดแนวทางการปฏิบัติโดยทฤษฎีให้ทิศทางในการวางแผนการพยาบาลและการเลือกใช้กิจกรรมบำบัดที่เหมาะสม ซึ่งนำไปสู่การดูแลที่มีประสิทธิภาพ พัฒนาระบบการบำบัด โดยการยึดโยงกับการรักษาทางทฤษฎีช่วยส่งเสริมบทบาทในการเป็นนักจิตบำบัดโดยเฉพาะในระดับการพยาบาลขั้นสูง [4]

2. สมมติฐานเบื้องต้นของทฤษฎี

เมื่อนักบำบัดเริ่มพบปะกับผู้รับบริการเป็นครั้งแรก มุมมองทางทฤษฎีของนักบำบัดจะกำหนดสิ่งที่พวกเขา กำลังมองหาและสิ่งที่พวกเขา มองเห็น สิ่งนี้ส่วนใหญ่จะกำหนดการมุ่งเน้นและแนวทางการบำบัด และมีอิทธิพลต่อการเลือกกลยุทธ์และขั้นตอนการบำบัด ขณะที่นักบำบัดพัฒนาจุดยืนในการบำบัด นักบำบัดต้องระลึกถึงสมมติฐานเบื้องต้นของทฤษฎีที่จะนำมาประยุกต์ใช้ การพัฒนามุมมองการบำบัดเป็นมากกว่าการยอมรับหลักการของทฤษฎีใดทฤษฎีหนึ่งหรือการผสมผสานของทฤษฎีเท่านั้น แนวทางทางทฤษฎีของนักบำบัดคือการแสดงออกถึงชีวิตที่เป็นเอกลักษณ์ของพวกเขา ซึ่งประสบการณ์ของสมมติฐานเบื้องต้นทางทฤษฎีมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติ มุมมองของนักบำบัดเกี่ยวกับการประเมินผู้รับบริการ เป้าหมายที่พวกเขา คิดว่ามีความสำคัญในการบำบัด กลยุทธ์และเทคนิคที่ใช้เพื่อบรรลุเป้าหมาย วิธีแบ่งปันความรับผิดชอบในความสัมพันธ์ระหว่างผู้รับบริการกับนักบำบัด และมุมมองของพวกเขาเกี่ยวกับหน้าที่และบทบาทในฐานะนักบำบัดส่วนใหญ่จะถูกกำหนดโดยการวางแผนทางทฤษฎีของพวกเขา การพยายามฝึกการบำบัดโดยไม่มีมุมมองทางทฤษฎีทั่วไปเป็นอย่างน้อยก็เหมือนกับการขับเครื่องบินโดยไม่มีแผนที่และไม่มีเครื่องมือ อย่างไรก็ตาม ทฤษฎีการบำบัดทางจิตไม่ใช่โครงสร้างที่เข้มงวดซึ่งกำหนดขั้นตอนเฉพาะว่าจะทำอะไรในงานบำบัด การวางแผนทางทฤษฎีกลับเป็นชุดของหลักเกณฑ์ทั่วไปที่นักบำบัดสามารถใช้เพื่อทำความเข้าใจสิ่งที่ตนกำลังดำเนินการอยู่ [5]

แนวคิดที่สำคัญในเข้าถึงสมมติฐานเบื้องต้นที่เป็นรากฐานของการวางแนวทางทางทฤษฎีที่สำคัญ ได้แก่ (1) แนวคิดจิตวิเคราะห์ (psychoanalysis) ซึ่งเน้นการบำบัดเพื่อการหยั่งรู้ (การบำบัดแนวจิตพลวัตและการบำบัดตามแนวของแอดเลอร์); (2) แนวคิดเชิงประสบการณ์และเชิงความสัมพันธ์ ซึ่งเน้นอารมณ์และประสบการณ์เชิงอัตวิสัย (การบำบัดแนวอัตถิภาวนิยม (existential therapy) การบำบัดที่เน้นบุคคลเป็นศูนย์กลาง (person-centred therapy) และการบำบัดแนวเกสตัลท์ (gestalt therapy)); (3) แนวคิดเชิงความรู้ความเข้าใจและพฤติกรรม (cognitive behavioural therapy) ซึ่งเน้นบทบาทของการคิดและการกระทำ และมีแนวโน้มที่จะเป็นแบบปฏิบัติ (พฤติกรรมบำบัด (behavioural therapy) การบำบัดแนวพฤติกรรมอารมณ์อย่างมีเหตุผล (rational emotional behavioural therapy) การบำบัดทางปัญญา (cognitive therapy) และการบำบัดแบบเผชิญความจริง (reality therapy); (4) การบำบัดแนวสตรีนิยม (feministic therapy) ซึ่งเน้นย้ำความสัมพันธ์ที่เท่าเทียมและการเคลื่อนไหวทางสังคมและการเมืองเพื่อต่อสู้กับการกดขี่ (5) การบำบัดแนวทางหลังสมัยใหม่ซึ่งรวมถึงการให้คำปรึกษาระยะสั้น ๆ ที่เน้นการแก้ปัญหาและการบำบัดด้วยการเล่าเรื่อง (narrative therapy) และ (6) การบำบัดครอบครัว (family therapy) ซึ่งเน้นความเข้าใจบุคคลภายในระบบทั้งหมดที่บุคคลเป็นส่วนหนึ่งของระบบ อย่างไรก็ตามแนวคิดทั้ง 6 แนวคิดก็อาจมีความทับซ้อนกัน โดยมีสมมติฐานเบื้องต้นแบบย่อตามแนว 1-3 ดังนี้

2.1 การบำบัดแนวจิตวิเคราะห์

แนวคิดจิตวิเคราะห์ (psychoanalytic approach) เชื่อว่าบุคคลได้รับอิทธิพลอย่างมีนัยสำคัญจากแรงจูงใจของ จิตไร้สำนึก ความขัดแย้งระหว่างแรงกระตุ้นและแรงยับยั้ง กลไกการป้องกันทางจิต และประสบการณ์ในวัยเด็ก เนื่องจากพลวัตของพฤติกรรมถูกฝังอยู่ในจิตไร้สำนึก การบำบัดจึงมักประกอบด้วยกระบวนการที่ยาวนานในการวิเคราะห์ความขัดแย้งภายในที่ยังรากลึกในอดีตที่ผ่านมา การบำบัดด้วยการวิเคราะห์ในระยะยาวส่วนใหญ่เป็นกระบวนการของการปรับโครงสร้างบุคลิกภาพใหม่ ซึ่งมีเป้าหมายการบำบัดที่กว้างกว่าแนวคิดอื่น ๆ แนวทางการบำบัดระยะสั้นทางจิตพลศาสตร์ (จิตพลวัต : psychodynamic) สามารถตอบโจทย์เป้าหมายที่ได้มากขึ้นในขอบเขตจำกัดกรอบเวลา [6]

2.2 การบำบัดแนวแอดเลอร์

วิธีการตามแนวทางของแอดเลอร์ (Adlerian therapy) เชื่อว่าบุคคลเป็น **สิ่งมีชีวิตทางสังคมเป็นหลัก** ซึ่งได้รับอิทธิพลและแรงจูงใจจากพลังทางสังคม ธรรมชาติของมนุษย์ถูกมองว่ามีความคิดสร้างสรรค์ กระตือรือร้น และตัดสินใจได้ โดยแนวทางนี้จะเน้นไปที่ความสามัคคีของบุคคลและการทำความเข้าใจมุมมองส่วนตัวของแต่ละบุคคล แอดเลอร์มีความเชื่อว่า บุคคลโดยพื้นฐานแล้ว **ถูกจูงใจโดยปมด้อย** บุคคลบางคนมีความรู้สึกเป็นปมด้อย เมื่อมีร่างกายพิการและมีความต้องการที่จะทำการชดเชยปมด้อยเหล่านั้น ความรู้สึกที่

ตนเองมีปมด้อยทำให้เกิดแรงขับที่เรียกว่า ‘ปมเด่น’ เพื่อความสำเร็จที่สูงขึ้นและความสำเร็จของชีวิต ตัวอย่างเช่น นักกวีชาวอังกฤษ ลอร์ด ไบรอน (Lord Byron) ขาพิการเป็นแชมป์ว่ายน้ำ บีโธเวน (Beethoven) หูพิการได้สร้างตนเองจนได้รับความสำเร็จเป็นนักดนตรีเอกของโลก การตัดสินใจในแต่ละบุคคลทำให้เกิดแนวทางเฉพาะซึ่งเป็นพื้นฐานในการสร้างบุคลิกภาพหรือวิถีชีวิตเกี่ยวกับผู้อื่น โลก และตนเอง [5]

แอตเลอร์มีความเชื่อว่า ความรู้สึกของตนเองจะนำไปสู่การแสดงบทบาทที่สำคัญ ในการสร้างรูปแบบของบุคลิกภาพ การรู้จักสร้างตนเอง และบุคลิกภาพแบบที่รู้จักตนเอง ก่อให้เกิดความพยายามที่จะเอาชนะอุปสรรคทั้งหลาย และสามารถพัฒนาศักยภาพของตนเองได้ เพราะว่าศักยภาพนี้เป็นลักษณะพิเศษที่มีอยู่ในแต่ละบุคคล ทรรศนะจิตวิทยาของแอตเลอร์เรียกว่า จิตวิทยาปัจเจกชน (individual psychology) แอตเลอร์ระบุว่า โครงสร้างบุคลิกภาพของบุคคลเกิดขึ้นจากเป้าหมาย 2 ชนิด ได้แก่ ความพยายามปรับตัวให้เข้ากับสังคม (social adaptation) และความพยายามทรงไว้ซึ่งอำนาจ (attainment of power) เพื่อบรรลุเป้าหมายชีวิตของตนเอง บุคคลสามารถมีอิทธิพลต่ออนาคตของตนเองได้ด้วยความกระตือรือร้น กล้าเสี่ยง และกล้าตัดสินใจเมื่อเผชิญกับผลที่ไม่ทราบที่ตามมา ผู้รับบริการไม่ได้ถูกมองว่า ‘ป่วย’ หรือเป็นโรคทางจิตเวช และจำเป็นต้อง ‘รักษาให้หายขาด’ แต่ผู้รับบริการเพียงรู้สึกท้อแท้และทำงานอยู่บนพื้นฐานพฤติกรรมที่ไม่มีประโยชน์กับตนเองและการจำกัดตัวเองซึ่งก่อให้เกิดปัญหาและมีพฤติกรรมปกป้องอัตโนมัติ ผู้รับบริการจึงต้องการกำลังใจในการแก้ไขการรับรู้ที่ผิดพลาดทั้งของตนเองและผู้อื่น และเรียนรู้ด้วยการเริ่มรูปแบบปฏิสัมพันธ์เชิงพฤติกรรมใหม่ ๆ การบำบัดไม่ได้เป็นเพียงเรื่องของนักบำบัดผู้เชี่ยวชาญที่ออกคำสั่งเพื่อการเปลี่ยนแปลงเท่านั้น แต่เป็นความพยายามร่วมกันของผู้รับบริการกับนักบำบัดอย่างกระตือรือร้น ทำงานบนเป้าหมายที่ยอมรับร่วมกันและการอำนวยความสะดวกในการเปลี่ยนแปลงทั้งระดับความรู้ความเข้าใจและพฤติกรรม [5]

2.3 การบำบัดแนวอัตถิภาวนิยม

แนวทางการบำบัดแนวอัตถิภาวนิยม (existential therapy) เชื่อว่าบุคคล สามารถกำหนดทางเลือกของตนเองได้ แม้ว่าปัจจัยภายนอกจะจำกัดขอบเขตทางเลือกต่าง ๆ ของตน ในที่สุดบุคคลก็จะเป็นผู้เขียนชีวิตของตนเอง บุคคลถูกผลักเข้าสู่โลกที่ไร้ความหมาย แต่ยังคงท้าทายให้ยอมรับความเหงาและสร้างการดำรงอยู่อย่างมีความหมาย เนื่องจากบุคคลมีความสามารถในการตระหนักรู้ ดังนั้นเมื่อบุคคลมีเสรีภาพแล้ว ยังต้องมีความรับผิดชอบในการเลือกที่มาพร้อมกันด้วย นักบำบัดตามแนวอัตถิภาวนิยมมักคิดว่าผู้รับบริการมี ‘ข้อจำกัดของการดำรงอยู่’ ซึ่งแทบไม่มีทางเลือกอื่นใดในการจัดการกับสถานการณ์ชีวิตและมีแนวโน้มที่จะรู้สึกติดกับดักหรือช่วยเหลือตนเองไม่ได้ หน้าที่ของนักบำบัดคือการเผชิญหน้ากับผู้รับบริการเหล่านี้ในการเลือกและช่วยให้ผู้รับบริการให้เกิดการตระหนักรู้ในตนเองเพื่อสร้างสถานะที่เหมาะสมในการแก้ปัญหา จากสภาพแวดล้อมเพื่อการบำบัดสามารถรับรู้รูปแบบการใช้ชีวิตที่ล้ำสมัยได้ และเริ่มยอมรับความรับผิดชอบในการเปลี่ยนแปลงอนาคตของตนเอง [7]

2.4 การบำบัดที่ยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง

แนวทางการบำบัดที่ยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง (person-centred therapy) ตั้งอยู่บนสมมติฐานที่ว่า บุคคลมี ความสามารถในการเข้าใจปัญหาของตนเองและมีทรัพยากรในตนเอง เพื่อแก้ไขปัญหาล่าช้า นักบำบัดมุ่งเน้นไปที่ด้านสร้างสรรค์ของธรรมชาติของมนุษย์และด้านที่ถูกต้องกับบุคคล ผู้รับบริการสามารถพัฒนาไปสู่การเติบโตและความสมบูรณ์ด้วยการมองจากภายในมากกว่าการมุ่งเน้นจากอิทธิพลภายนอกและ ดำเนินการพูดคุยเพื่อแก้ไขปัญหของตนเอง บุคคล สามารถเปลี่ยนแปลงได้โดยไม่ต้องมีการชี้นำและ จัดรูปแบบจากนักบำบัด โดยนักบำบัดจะให้ความเข้าใจ ความจริงใจ การสนับสนุน การยอมรับ ความเอาใจ ใส และความนับถือเชิงบวก [8]

2.5 การบำบัดแนวเกสตัลท์

การบำบัดแนวเกสตัลท์ (gestalt therapy) เป็นแนวทางหนึ่งของอัตถิภาวนิยมและปรากฏการณ์นิยม โดยตั้งอยู่บนสมมติฐานที่ว่า บุคคลและพฤติกรรมของพวกเขาจะต้องถูกเข้าใจในบริบทของความสัมพันธ์ที่กำลังดำเนินอยู่กับสภาพแวดล้อมในปัจจุบัน หน้าที่ของนักบำบัดคือให้การสนับสนุนผู้รับบริการในขณะที่ ผู้รับบริการกำลังสำรวจการรับรู้ถึงความเป็นจริงของตนเอง วิธีการพื้นฐานที่จะช่วยในเรื่องนี้ คือ การตระหนักรู้ถึงโลกภายใน (ภายในบุคคล) และการเชื่อมโยงกับสภาพแวดล้อมภายนอก ผู้รับบริการก็จะทำการบำบัดตนเองโดยทำการออกแบบการทดลองเพื่อเพิ่มความตระหนักรู้และการมีส่วนร่วมในการเชื่อมโยง การเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นเมื่อตระหนักรู้ถึง 'สิ่งที่เพิ่มขึ้นนั่นคืออะไร' การขัดจังหวะในกระบวนการพัฒนาความตระหนักรู้และการเชื่อมโยงกับสิ่งแวดล้อมจะได้รับการติดตามตรวจสอบ ความตระหนักรู้ที่เพิ่มมากขึ้นสามารถนำไปสู่การ บูรณาการส่วนของความจริงที่กระจัดกระจายหรือไม่รู้ เพื่อให้ผู้รับบริการได้มองเห็นความจริงโดยรวม [9]

2.6 การบำบัดแนวพฤติกรรมนิยม

การบำบัดแนวพฤติกรรมนิยม (behavioural therapy) เชื่อว่าโดยพื้นฐานแล้ว บุคคลนั้นถูกหล่อหลอมโดยการเรียนรู้และการปรับสภาพทางสังคมและวัฒนธรรม การบำบัดตามแนวทางนี้มุ่งเน้นไปที่ความสามารถของผู้รับบริการในการเรียนรู้วิธีกำจัดพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมและแสวงหาพฤติกรรมที่สร้างสรรค์ พฤติกรรมบำบัดเป็นแนวทางที่เป็นระบบซึ่งเริ่มต้นขึ้นด้วยการประเมินรายบุคคลอย่างครอบคลุม เพื่อกำหนดระดับของการทำงานปัจจุบันเป็นขั้นแรกในการกำหนดเป้าหมายการบำบัด หลังจากที่ผู้รับบริการกำหนดเป้าหมายด้านพฤติกรรมที่ชัดเจนและเฉพาะเจาะจง นักบำบัดมักแนะนำกลยุทธ์ที่เหมาะสมที่สุดสำหรับการบรรลุเป้าหมายที่ระบุไว้เหล่านี้ โดยมีความเชื่อว่าผู้รับบริการจะมีความก้าวหน้าในการฝึกฝน

พฤติกรรมใหม่ในสถานการณ์จริงอย่างกระทื่อหรืออื่น ซึ่งจะมีการใช้การประเมินอย่างต่อเนื่องกำหนดว่าขั้นตอนและเทคนิคทำงานได้ดีเพียงใด [10]

2.7 การบำบัดแนวพฤติกรรมทางปัญญา

การบำบัดแนวพฤติกรรมทางปัญญาจากมุมมองการบำบัดแบบเน้นเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม (REBT) เชื่อว่าปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นของบุคคลเกิดจาก **การรับรู้สถานการณ์ของชีวิตและความคิดของตนเอง** ไม่ใช่ตัวสถานการณ์ ผู้อื่น หรือเหตุการณ์ในอดีต บุคคลมีความรับผิดชอบในการตระหนักรู้และเปลี่ยนแปลงความคิดที่เลวร้ายที่นำไปสู่ความผิดปกติด้านอารมณ์และพฤติกรรม การบำบัดแนว REBT เชื่อว่าบุคคลมีความเชื่อที่ผิดปกติมาจากแหล่งภายนอก จากนั้นจึงปลุกฝังตนเองด้วยความคิดที่ผิดพลาดนี้ต่อไป เพื่อเอาชนะการคิดที่ไม่มีเหตุผล นักบำบัดจึงใช้ **ขั้นตอนการบำบัดแบบกระทื่อหรืออื่นและแบบสั่งการทั้งการสอน การเสนอแนะ และการให้ทำการบ้าน** REBT มุ่งเน้นการให้ความรู้ โดยนักบำบัดทำหน้าที่เป็นครูและผู้รับบริการในฐานะผู้เรียน แม้ว่า REBT จะเป็นการสอนและมีลักษณะชี้แนะ แต่เป้าหมายก็คือการทำให้บุคคลได้คิด รู้สึก และกระทำเพื่อตนเอง นักบำบัดจะส่งเสริมและท้าทายผู้รับบริการอย่างสม่ำเสมอในการทำสิ่งที่จำเป็นเพื่อสร้างการเปลี่ยนแปลงที่ยั่งยืนและเป็นรูปธรรม [11, 12]

การบำบัดแนวพฤติกรรมทางปัญญาอื่น ๆ มีสมมติฐานบางประการร่วมกันกับ REBT ตัวอย่างเช่น การบำบัดด้านปัญญา (cognitive therapy) เชื่อว่าบุคคลมี **แนวโน้มที่จะเรียนรู้ความผิดพลาดและความคิดที่ไม่ถูกต้องได้** แต่พวกเขาสามารถหลีกเลี่ยงการเรียนรู้ของตนเองได้ บุคคลสามารถผ่านความยากลำบากของตนโดยการพูดคุยกับตนเอง ด้วยการระบุข้อผิดพลาดทางการรับรู้และแก้ไข ผู้รับบริการจะสามารถสร้างชีวิตที่สมบูรณ์ยิ่งขึ้นได้ การปรับโครงสร้างทางปัญญามีบทบาทสำคัญในการบำบัดทางปัญญา โดยเชื่อว่าบุคคลมีความสามารถเปลี่ยนแปลงตนเองได้โดยการฟังตนเองพูด โดยการเรียนรู้บทสนทนาภายในตนเองแบบใหม่ และโดยการเรียนรู้ทักษะการเผชิญปัญหาที่จำเป็นสำหรับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การบำบัดทางปัญญาเป็นการบำบัดแบบมีโครงสร้าง ผู้รับบริการมีความกระทื่อหรืออื่น และแบบชี้แนะ การบำบัดทางปัญญามุ่งมั่นที่จะให้ผู้รับบริการเป็นผู้ทำงานร่วมกันเพื่อการบำบัด และยังมีมุ่งเน้นไปที่ปัจจุบัน การให้ความรู้ และเวลาจำกัด [5]

2.8 การบำบัดแบบเผชิญความจริง

การบำบัดแบบเผชิญความจริง (reality therapy) เชื่อว่า **ปัญหาความสัมพันธ์ทั้งหมดอยู่ในปัจจุบัน และต้องแก้ไขในปัจจุบัน** อาการที่เป็นปัญหาเป็นผลมาจากการที่ผู้รับบริการพยายามจัดการกับความสัมพันธ์ที่ไม่พึงปรารถนา เมื่อความสัมพันธ์ที่สำคัญดีขึ้น อาการผิดปกติหรือที่เป็นปัญหาก็จะหายไป นักบำบัดแบบเผชิญความจริงท้าทายผู้รับบริการด้วยการให้พิจารณาว่าพฤติกรรมปัจจุบันของตนเองเป็นสิ่งที่ทำให้ตนเองได้ในสิ่งที่ต้องการหรือไม่ ผู้รับบริการจะได้รับการสนับสนุนให้สำรวจการรับรู้ แบ่งปันความต้องการ และมุ่งมั่นที่

จะรับการบำบัด เพราะผู้รับบริการสามารถควบคุมการกระทำของตนได้โดยตรงและสามารถใช้สมองในการคิดมากกว่าจะควบคุมความรู้สึก การกระทำของผู้รับบริการจึงกลายเป็นจุดเน้นของการบำบัด ผู้รับบริการสำรวจทิศทางของพฤติกรรมที่กำลังพาพวกเขาไปและประเมินสิ่งที่พวกเขาทำค้างทำอยู่ จากนั้นจึงสร้างแผนปฏิบัติการเพื่อทำการเปลี่ยนแปลงสิ่งที่ต้องการ [5]

3. การใช้เทคนิคจากแนวคิดการบำบัดต่างๆ

เมื่อนักบำบัดต้องการใช้เทคนิคต่าง ๆ จำเป็นต้องคำนึงถึงความต้องการของผู้รับบริการเสมอ ผู้รับบริการบางคนเหมาะสำหรับเทคนิคของการบำบัดทางปัญญา การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม หรือเน้นด้านอารมณ์ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับประโยชน์ในแต่ละระยะของการบำบัด ในฐานะนักบำบัด เราอาจกำลังคิดถึงวิธีการที่จะนำเทคนิคจากแนวคิดต่าง ๆ ที่คิดว่าจะสามารถประยุกต์ใช้กับผู้รับบริการในทุกๆระยะของพัฒนาการของผู้รับบริการ ตัวอย่างเช่น เมื่อนักบำบัดกับผู้รับบริการในกรณีศึกษา (ซึ่งจะได้กล่าวต่อไป) เริ่มแรกนักบำบัดอาจต้องให้ผู้รับบริการระบุและแสดงความรู้สึกที่ได้เก็บไว้ออกมา ถ้าหากนักบำบัดสามารถทำให้ผู้รับบริการได้แสดงความรู้สึกและเล่าถึงประสบการณ์มากเท่าใด ผู้รับบริการก็จะสามารถแสดงอารมณ์ความรู้สึกที่บิดเบือนและไม่ต้องการออกมามากเท่านั้น

เมื่อผ่านไประยะหนึ่ง นักบำบัดอาจใช้การบำบัดแบบชี้นำเพื่อให้ผู้รับบริการได้คิดเกี่ยวกับทางเลือกต่าง ๆ ที่มีอิทธิพลในชีวิตของตน ซึ่งต่อมานักบำบัดอาจเปลี่ยนแนวทางการบำบัดจากการสำรวจความรู้สึกเป็นการสำรวจทัศนคติ กระบวนการคิด ค่านิยม และความเชื่อพื้นฐาน และนักบำบัดอาจมุ่งเน้นไปเพื่อช่วยผู้รับบริการพัฒนาโปรแกรมเพื่อการฝึกปฏิบัติซึ่งจะสามารถทดลองฝึกพฤติกรรมใหม่ ๆ ระหว่างการบำบัดหรือนอกการบำบัด

บางครั้งผู้รับบริการก็อาจนำค่านิยมของครอบครัวเดิม ครอบครัวปัจจุบัน หรือของผู้เป็นที่รัก เข้ามาในการบำบัด จากประวัติของผู้รับบริการในกรณีศึกษาซึ่งมีลักษณะเคร่งครัดในบทบาทที่ถูกกำหนด และเป็นส่วนหนึ่งของระบบที่สามารถให้มุมมองของการบำบัดเชิงลึก และกระตุ้นการมีส่วนร่วมของสังคมในการเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อมที่สร้างปัญหาต่อบุคคล นักบำบัดสามารถนำความรู้สึกที่ได้ไปประยุกต์ใช้แนวทางการบูรณาการจากเทคนิคที่หลากหลายเพื่อช่วยผู้รับบริการให้ผ่านความยากลำบากไปได้

3.1 การประเมินปัญหาตามแนวคิดต่าง ๆ และบทบาทพยาบาล

จากแนวคิดต่าง ๆ ที่กล่าวข้างต้น แนวคิดแต่ละแนวมีจุดเน้นของการประเมินปัญหาของผู้รับบริการที่แตกต่างกัน บางแนวคิดมุ่งเน้นไปที่การประเมินปัญหาผู้รับบริการรอบด้านซึ่งเป็นขั้นตอนแรกของการบำบัด

เนื่องจากการออกแบบการบำบัดจะกระทำไม่ได้หากนักบำบัดมองไม่เห็นภาพรวมในอดีตและการทำหน้าที่ปัจจุบันของผู้รับบริการ โดยจุดเน้นของการประเมินปัญหาตามแนวคิดต่าง ๆ มีดังนี้

3.1.1 การบำบัดแนวจิตวิเคราะห์

แนวคิดด้านจิตวิเคราะห์เชื่อว่าพัฒนาการส่วนบุคคลที่ปกติตั้งอยู่บนพัฒนาการด้านความต้องการทางเพศและด้านจิตสังคม การพัฒนาบุคลิกภาพที่เป็นปัญหาเป็นผลมาจากการแก้ปัญหาที่ไม่เหมาะสมในพัฒนาการที่เฉพาะ ดังนั้นนักบำบัดจะมุ่งความสนใจไปยังประวัติในวัยเด็กเพื่อทำความเข้าใจสถานการณ์ที่เป็นปัญหาในอดีต การประเมินปัญหาตามแนวคิดนี้ใช้เพื่อทำความเข้าใจพลวัตของบุคลิกภาพและแหล่งกำเนิดความผิดปกติด้านอารมณ์ อย่างไรก็ตามนักบำบัดมักไม่วิเคราะห์เจาะลึกระหว่างการประเมินปัญหา [13]

บทบาทของพยาบาลช่วยให้ผู้รับบริการตระหนักถึงความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์ในอดีตกับพฤติกรรมปัจจุบัน สังเกตปฏิกิริยาการถ่ายโอนความรู้สึก (transference) และการถ่ายโอนย้อนกลับ (countertransference) เพื่อรักษาขอบเขตวิชาชีพและเพิ่มความเข้าใจในผู้รับบริการ [1, 14]

3.1.2 การบำบัดแนวแอตเดรียน

การประเมินปัญหาตามแนวแอตเดรียนมักใช้การประเมินแบบมีโครงสร้าง เช่น แบบสอบถามเกี่ยวกับวิถีชีวิตเพื่อรวบรวมข้อมูลด้านครอบครัว ความสัมพันธ์ในครอบครัว ญาติพี่น้อง และค่านิยมของครอบครัวเพื่อตรวจสอบการรับรู้เกี่ยวกับชีวิตและบริบทที่หล่อหลอมพัฒนาการของชีวิต มุมมองเกี่ยวกับตนเอง ผู้อื่น และโลก นักบำบัดบางคนใช้การรวบรวมข้อมูลแบบไม่เป็นทางการร่วมกับการประเมินปัญหาแบบเป็นทางการหรือเทคนิคอื่น ๆ เช่น เทคนิคทางปัญญาเพื่อตรวจสอบบุคลิกภาพ พัฒนาการในวัยเด็ก แผนผังครอบครัว ความชอบในวัยเด็ก เรื่องราวของครอบครัว กิจกรรมศิลปะบำบัด และเทคนิคการฉายภาพ [5]

บทบาทของพยาบาลในการบำบัดแนวแอตเดรียน คือการสนับสนุนให้ผู้รับบริการมีความเข้าใจในโรคและแผนการรักษาอย่างถูกต้อง ผ่านการให้ข้อมูล ส่งเสริมให้ผู้รับบริการ มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ด้านสุขภาพ และ สร้างสัมพันธภาพเชิงบวก เพื่อให้ผู้รับบริการสามารถดูแลตนเองและปฏิบัติตามแผนการรักษาได้อย่างต่อเนื่อง จนสามารถกลับคืนสู่ครอบครัวและสังคมได้

3.1.3 การบำบัดแนวอัตถิภาวนิยม

แนวคิดอัตถิภาวนิยมเชื่อว่าการทำความเข้าใจบุคคลได้จากการทำความเข้าใจโลกเชิงอัตวิสัยของเขา การประเมินปัญหาผู้รับบริการตามแนวคิดนี้เพื่อทำความเข้าใจสมมติฐานที่ผู้รับบริการใช้ในการสร้างตัวตนของเขา วิธีการประเมินตั้งแต่การวินิจฉัยกรอบแนวคิดจากความคิดภายในของผู้รับบริการ ดังนั้นนักบำบัดต้องสำรวจและทำความเข้าใจความจริงเชิงอัตวิสัยของผู้รับบริการ [7]

พยาบาลในบริบทของการบำบัดแนวคิดอัตถิภาวนิยมมีบทบาทสำคัญในการช่วยให้ผู้รับบริการค้นพบ ความหมายและจุดมุ่งหมายในชีวิต เผชิญหน้ากับความวิตกกังวลและความทุกข์จากการดำรงอยู่ ยอมรับความ เป็นอิสระและความรับผิดชอบต่อชีวิตตนเอง และเชื่อมโยงกับโลกและผู้อื่น อย่างมีความหมาย การบำบัดนี้ เน้นการรับฟังอย่างตั้งใจ การสร้างพื้นที่ปลอดภัย การสนับสนุนการตัดสินใจอย่างอิสระ และการให้คุณค่ากับ ประสบการณ์ส่วนตัวของผู้รับบริการ [1]

3.1.4 การบำบัดที่ยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง

การประเมินปัญหาตามแนวคิดนี้คล้ายกับการประเมินตามแนวคิดอัตถิภาวนิยม โดยเชื่อว่า 1) การทำ ความเข้าใจบุคคลอื่นต้องเข้าใจโลกเชิงอัตวิสัยของเขา 2) นักบำบัดอาจจดจ่ออยู่กับอดีตของผู้รับบริการและ ละเลยทัศนคติและพฤติกรรมของผู้รับบริการ และ 3) นักบำบัดสามารถพัฒนาการฝึกการรับรู้อารมณ์ ความรู้สึก และเปลี่ยนแนวทางโดยการบอกสิ่งที่ผู้รับบริการควรทำ การรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับผู้รับบริการ นำไปสู่การรับรู้แนวคิดทางปัญญาของบุคคล ซึ่งบุคคลเป็นผู้ที่รู้ลัทธิพฤติกรรมของตนเองดีที่สุด ดังนั้นเพื่อให้ เกิดการเปลี่ยนแปลง บุคคลต้องรับรู้การเปลี่ยนแปลงไม่ใช่การรับรู้เพียงข้อมูล ซึ่งนักบำบัดต้องรับฟังอย่าง กระตือรือร้น เป็นปัจจุบัน และให้ผู้รับบริการระบุเรื่องราวที่ตนต้องการสำรวจ [8]

ในฐานะผู้ให้บริการสุขภาพ พยาบาลในบทบาทการบำบัดที่ยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางจะส่งเสริมให้ ผู้รับบริการมีส่วนร่วมอย่างแข็งขันในการดูแลสุขภาพของตนเองด้วยการทำความเข้าใจความต้องการ ค่านิยม และความกังวลของผู้รับบริการเป็นรายบุคคล เพื่อร่วมกันวางแผนการรักษา การสื่อสารอย่างเปิดเผย การให้ ข้อมูลที่ถูกต้อง และการเคารพการตัดสินใจของผู้รับบริการและครอบครัว แนวทางนี้ช่วยสร้างความสัมพันธ์ เชิงบำบัดเสริมสร้างอำนาจให้ผู้รับบริการ และนำไปสู่ผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีขึ้น [14]

3.1.5 การบำบัดแนวเกสตัลท์

นักบำบัดแนวเกสตัลท์สนใจภูมิหลังของภาพรวมของบุคคล การประเมินปัญหาเป็นการตรวจสอบ กระบวนการต่อเนื่องที่ฝังอยู่ในบทสนทนาระหว่างผู้รับบริการและนักบำบัด นักบำบัดแนวเกสตัลท์จะรวบรวม ข้อมูลบางประเภทเกี่ยวกับผู้รับบริการไว้เสริมงานประเมินปัญหาและการวินิจฉัยที่ทำในปัจจุบัน นักบำบัดแนว เกสตัลท์จะพิจารณาการหยุดชะงักในการทำหน้าที่ของผู้รับบริการและเพื่อวินิจฉัยเชิงหน้าที่ว่าบุคคลมีความพึง พอใจหรือขัดขวางความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมอย่างไร เพื่อช่วยให้ผู้รับบริการเข้าใจตนเองเมื่อประสบกับ การหยุดชะงักในกระบวนการในการตอบสนองความต้องการของตนเอง [9]

พยาบาลที่บำบัดด้วยแนวเกสตัลท์จะช่วยให้ผู้รับบริการตระหนักรู้ถึงความคิด ความรู้สึก และ พฤติกรรมในปัจจุบันขณะ โดยใช้เทคนิคที่เน้นการสำรวจประสบการณ์ตรงของผู้รับบริการ เช่น เทคนิคเก้าอี้ ว่าง และการพูดเกินจริง เพื่อช่วยให้ผู้รับบริการเข้าใจตนเอง เผชิญหน้ากับความรู้สึกที่ยังค้างคาในอดีตและ ยอมรับตนเองเพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงเชิงบวก [14, 15]

3.1.6 การบำบัดแนวพฤติกรรม

การประเมินปัญหาตามแนวคิดพฤติกรรมบำบัดเริ่มต้นด้วยการประเมินการทำหน้าที่ปัจจุบันของผู้รับบริการ และการเรียนรู้ในอดีตที่สัมพันธ์กับรูปแบบพฤติกรรมในปัจจุบัน มีลักษณะเป็นการประเมินปัญหาเชิงวัตถุวิสัยและสิ่งกระตุ้นที่ทำให้พฤติกรรมยังคงอยู่ ทั้งนี้เพื่อ 1) จำแนกความบกพร่องของพฤติกรรมตลอดจนองค์ประกอบอื่น ๆ 2) ประเมินทั้งอาการเฉพาะและปัจจัยที่นำไปสู่การทำงานผิดปกติของผู้รับบริการ 3) อำนวยความสะดวกในการเลือกเทคนิคการรักษาที่เหมาะสมที่สุด 4) ระบุการเรียนรู้ใหม่และกำหนดตารางเวลา 5) ทำนายระยะเวลาและผลลัพธ์ของความผิดปกติทางคลินิก และ 6) จัดทำกรอบการวิจัยเกี่ยวกับประสิทธิผลของขั้นตอนการปฏิบัติงาน [10]

พยาบาลในแนวพฤติกรรมนิยมจะช่วยผู้รับบริการโดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมให้เป็นพฤติกรรมที่เหมาะสมขึ้นผ่านเทคนิคการเสริมแรง และการให้รางวัล หรือการใช้เทคนิคอื่น ๆ เช่น การประเมินและรายงาน/ติดตามตนเอง และการฝึกพฤติกรรมกล้าแสดงออก รวมถึงการสร้างสัมพันธภาพที่ไว้วางใจกัน เพื่อช่วยให้ผู้รับบริการรู้สึกปลอดภัยและเชื่อมั่นในการเปลี่ยนแปลง [15]

3.1.7 การบำบัดแนวพฤติกรรมทางปัญญา

การประเมินปัญหาตามแนวคิดพฤติกรรมทางปัญญาตั้งอยู่บนการเข้าถึงรูปแบบการคิดของผู้รับบริการ นักบำบัดจึงต้องให้ความสนใจพัฒนาการความเชื่อที่สัมพันธ์กับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น นักบำบัดรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับเหตุการณ์ในอดีตและต้นตอต่อความคิดและความรู้ความเข้าใจที่บิดเบือนของผู้รับบริการ เมื่อได้ตรวจสอบรูปแบบความคิดและความเชื่อที่ไม่เป็นประโยชน์ นักบำบัดจะทำทลายความเชื่อเหล่านี้และปรับเปลี่ยนความเชื่อเป็นรูปแบบพฤติกรรมที่สร้างสรรค์แทน [11]

บทบาทของพยาบาลในการบำบัดแนวพฤติกรรมทางปัญญา คือการเป็นผู้ประเมินและให้ข้อมูลแก่ผู้รับบริการ ส่งเสริมการเรียนรู้ทักษะการรับมือ ให้กำลังใจและสนับสนุน การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การปรับความคิด และการจัดการอารมณ์ โดยพยาบาลจะช่วยให้ผู้รับบริการเข้าใจตนเองและปัญหา พัฒนาความสามารถในการแก้ปัญหา และเพิ่มความมั่นใจในการดูแลตนเองเพื่อบรรลุเป้าหมายการรักษา [14]

3.1.8 การบำบัดแนวเผชิญความจริง

การประเมินปัญหาตามแนวคิดนี้เป็นกระบวนการที่ไม่เป็นทางการ นักบำบัดจะตั้งคำถามเพื่อช่วยให้ผู้รับบริการประเมินพฤติกรรมในปัจจุบันของตน โดยไม่พยายามหาสาเหตุของปัญหาหรือประสบการณ์ในอดีต แต่มุ่งไปยังการวิพากษ์การกระทำในปัจจุบันและตรวจสอบระดับประสิทธิภาพของพฤติกรรม โดยให้ผู้รับบริการมุ่งความสนใจไปยังรูปแบบที่ต้องการ ความจำเป็น การรับรู้ ความสำเร็จ และแหล่งประโยชน์ส่วนบุคคลเพื่อประเมินว่าพฤติกรรมปัจจุบันที่ดำเนินอยู่นั้นเป็นไปได้ในทิศทางที่ต้องการหรือไม่ [5]

54 III การบูรณาการจิตบำบัดสำหรับการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชชั้นสูง : จากกรณีศึกษาสู่การปฏิบัติทางการพยาบาล

บทบาทของพยาบาลในการบำบัดแนวเผชิญความจริงคือ การช่วยให้ผู้รับบริการรับรู้ความจริงของปัญหาที่กำลังเผชิญ โดยพยาบาลจะใช้ทักษะการสื่อสาร สร้างสัมพันธภาพเชิงบวกกระตุ้นให้ผู้รับบริการระบายความรู้สึก ส่งเสริมให้ผู้รับบริการมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหา และชี้แจงความเป็นจริงในสถานการณ์นั้น ๆ โดยไม่ตำหนิหรือปฏิเสธ เพื่อให้ผู้รับบริการสามารถจัดการกับภาวะความจริงและปรับตัวเข้ากับสถานการณ์ได้ [14]

ตารางที่ 2.1 เทคนิคต่าง ๆ ที่ใช้ในการบำบัด

ประเภท	คำอธิบาย	ตัวอย่าง
จิตพลวัต	การบำบัดตั้งอยู่บนความเชื่อของจิตไร้สำนึกและความคับข้องใจในวัยเด็กที่ส่งผลต่อพฤติกรรม	ผู้รับบริการพูดเกี่ยวกับอดีตของตน
พฤติกรรมบำบัด	การประยุกต์หลักการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์	ผู้รับบริการเรียนรู้เพื่อเอาชนะความกลัวการเข้าลิฟต์ด้วยเทคนิคการผ่อนคลายหลายระยะ
การบำบัดทางปัญญา	กระบวนการความรู้ความเข้าใจ การตระหนักรู้ช่วยให้ผู้รับบริการกำจัดรูปแบบพฤติกรรมที่ทำให้เกิดความเจ็บปวด	ผู้รับบริการเรียนรู้ที่จะไม่ด่วนสรุปเกินจริงจากความล้มเหลวเพียง 1 อย่าง
การบำบัดแนวพฤติกรรมทางปัญญา	การเปลี่ยนความคิดที่บิดเบือนและพฤติกรรมที่ไม่เกิดประโยชน์กับตนเอง	ผู้รับบริการเรียนรู้ที่จะจำแนกพฤติกรรมที่ไม่เกิดประโยชน์กับตนเองเพื่อเอาชนะพฤติกรรมที่ผิดปกติ
การบำบัดแนวมานุษยวิทยา	การเพิ่มการตระหนักรู้ในตนเองและยอมรับตนเองจากการมุ่งเน้นไปที่ความคิดในระดับจิตสำนึก	ผู้รับบริการเรียนรู้ในการสร้างความคิดที่ทำให้ตนเองไม่บรรลุเป้าหมายของชีวิต

ประสิทธิภาพของเทคนิคการบำบัดทางจิตเวชต่าง ๆ

โดยทั่วไปหลักฐานการวิจัยสนับสนุนประสิทธิภาพของเทคนิคการบำบัดทางจิตเวชต่าง ๆ อย่างไรก็ตาม ความเหมาะสมและผลลัพธ์ของแต่ละเทคนิคอาจขึ้นอยู่กับปัจจัยต่าง ๆ เช่น สภาพของแต่ละบุคคล ความรุนแรงของโรค การมีส่วนร่วมของผู้รับบริการ และทักษะของนักบำบัด พยาบาลต้องทำความเข้าใจถึงความเหมาะสมของเทคนิคต่าง ๆ และประสิทธิภาพของเทคนิคเหล่านั้น ซึ่งพยาบาลสามารถนำมาปรับปรุงคุณภาพการดูแลผู้รับบริการและปรับปรุงผลลัพธ์ได้

3.2 การประเมินปัญหาและการวินิจฉัยในการบำบัดและการจัดการ รายการณี

การประเมินปัญหาประกอบด้วย การตรวจสอบปัจจัยที่เกี่ยวข้องในชีวิตของผู้รับบริการเพื่อจำแนกประเด็นที่ต้องการสำรวจในการบำบัด การวินิจฉัยเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการประเมินผลประกอบด้วย การจำแนกปัญหาทางจิตใจจากรูปแบบของปัญหาหรืออาการผิดปกติที่เกิดขึ้น การวินิจฉัยมีหลายรูปแบบ ได้แก่ **การวินิจฉัยทางการแพทย์ (medical diagnosis)** เป็นกระบวนการตรวจอาการทางร่างกาย เพื่อหาสาเหตุของความผิดปกติด้านร่างกายหรือการวินิจฉัยโรค **การวินิจฉัยทางจิตวิทยา (psychological diagnosis)** เป็นการจำแนกปัญหาทางอารมณ์หรือพฤติกรรมและสรุปสภาพปัญหาปัจจุบัน เพื่อหาสาเหตุของปัญหาด้านอารมณ์ จิตวิทยา และพฤติกรรม และการแนะนำเทคนิคการให้คำปรึกษาที่เหมาะสมในการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น **การวินิจฉัยแยกโรค (differential diagnosis)** เป็นกระบวนการหนึ่งของการวินิจฉัยทางการแพทย์ ที่เป็นการพิจารณาว่าโรคหรือภาวะหนึ่ง ๆ มีความเหมือนหรือต่างจากโรคหรือภาวะอื่น ๆ ที่อาจมีลักษณะทางคลินิกใกล้เคียงกันอย่างไรบ้าง ตามคู่มือการวินิจฉัยและสถิติสำหรับความผิดปกติทางจิต (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM) เป็นหลักเกณฑ์การวินิจฉัยความผิดปกติทางจิตซึ่งจัดทำโดยสมาคมจิตเวชศาสตร์สหรัฐอเมริกา (American Psychiatric Association) [5]

มุมมองของนักบำบัดขึ้นอยู่กับความเชื่อด้านทฤษฎี เช่น นักบำบัดที่ใช้แนวคิดวิเคราะห์มักทำความเข้าใจสถานการณ์ในอดีตที่ทำให้เกิดปัญหาในปัจจุบันของบุคคล นักบำบัดที่ใช้พฤติกรรมบำบัดจะทำการสังเกตและให้ความหมายเชิงวัตถุวิสัยในการประเมินอาการและปัจจัยที่ทำให้บุคคลเกิดปัญหา ซึ่งกระบวนการในการประเมินปัญหาทำให้นักบำบัดต้องใช้เทคนิคที่เหมาะสมกับความผิดปกติที่เกิดขึ้นและเพื่อให้การประเมินมีประสิทธิภาพในการบำบัด ส่วนในนักบำบัดที่ใช้การวิเคราะห์ที่เน้นบุคคลเป็นศูนย์กลางนั้น การวินิจฉัยไม่ใช่สาระสำคัญเนื่องจากจะยิ่งทำให้นักบำบัดห่างไกลจากการทำความเข้าใจบุคคลและยังทำให้เกิดแนวคิดภายนอกของบุคคล

ดังนั้นไม่ว่านักบำบัดจะเชื่อหรือใช้แนวคิดใด ยังต้องทำงานภายใต้กรอบของการวินิจฉัยโรคตามระบบ DSM ถ้ายังคงทำงานในองค์กร ซึ่งกระบวนการในการประเมินปัญหาไม่จำเป็นต้องทำให้เสรีระหว่างการสัมภาษณ์หรือเป็นสิ่งที่ไม่เปลี่ยนแปลง ในระยะนี้ควรกระตุ้นให้ผู้รับบริการได้เล่าเรื่องราวของตนและนักบำบัดเป็นผู้ฟังทั้งด้านเนื้อหาและวิธีการการเล่าเรื่องของผู้รับบริการเพื่อทำความเข้าใจผู้รับบริการอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะการประเมินเป็นการร่วมมือของปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นระหว่างผู้รับบริการและนักบำบัดในการค้นหาปัญหาที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน และเป็นกระบวนการที่ต่อเนื่องจนกระทั่งสิ้นสุดการบำบัด นอกจากนี้การประเมินยังต้องมุ่งเน้นไปที่จุดแข็งและแหล่งสนับสนุนภายในชีวิตของผู้รับบริการ ตัวอย่างคำถามที่นักบำบัดสามารถนำมาใช้ในกระบวนการประเมินปัญหา เช่น

- ปฏิกริยาทันทีทันใดและภาพรวมของปฏิกริยาของนักบำบัดต่อผู้รับบริการเป็นอย่างไร
- ชีวิตของผู้รับบริการในขณะนี้เป็นอย่างไรร

- แหล่งประโยชน์ที่สำคัญที่สุดของผู้รับบริการคืออะไร
- แหล่งสนับสนุนของผู้รับบริการเพื่อการเปลี่ยนแปลงมีอะไรบ้าง
- ความสามารถของผู้รับบริการเพื่อการเปลี่ยนแปลงอยู่ในระดับใด
- มีสถานการณ์วิกฤตหรือปัญหาระยะยาวของผู้รับบริการหรือไม่
- ผู้รับบริการต้องการอะไรเป็นอันดับแรกจากการบำบัดและจะประสบความสำเร็จได้อย่างไร
- จุดเน้นของการบำบัดแต่ละครั้งคืออะไร
- ปัจจัยภายในและภายนอกที่สำคัญที่จะช่วยแก้ปัญหาในปัจจุบันของผู้รับบริการคืออะไร และมีอะไรบ้างที่จะช่วยบรรเทาได้
- ปัจจัยด้านวัฒนธรรมหรือเชิงระบบที่มีอิทธิพลต่อผู้รับบริการมีอะไรบ้าง
- นักบำบัดจะทำความเข้าใจภูมิหลังทางวัฒนธรรมเพื่อพัฒนาแผนจัดการกับปัญหาของผู้รับบริการได้อย่างไร
- ความเชื่อและประสบการณ์เกี่ยวกับจิตวิญญาณของผู้รับบริการคืออะไร และความเชื่อและประสบการณ์นั้นเป็นแหล่งสนับสนุนในการจัดการกับปัญหาของผู้รับบริการได้อย่างไร
- เหตุการณ์ที่สำคัญในอดีตที่สัมพันธ์กับระดับการทำหน้าที่ของผู้รับบริการในปัจจุบันคืออะไร
- พลวัตครอบครัวที่อาจสัมพันธ์กับปัญหาต่าง ๆ หรือปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลคืออะไร
- ระบบสนับสนุนที่สามารถช่วยในการเปลี่ยนแปลงของผู้รับบริการมีอะไรบ้าง บุคคลที่สำคัญในชีวิตของผู้รับบริการมีใครบ้าง
- ความหมายที่สำคัญของการเปลี่ยนแปลงสำหรับผู้รับบริการคืออะไร และเราจะรู้ได้อย่างไรว่าผู้รับบริการได้มีการเปลี่ยนแปลงแล้ว

จากคำถามข้างต้น นักบำบัดจะพัฒนาสมมติฐานเบื้องต้นและแบ่งปันกับผู้รับบริการในระหว่างการบำบัด กระบวนการประเมินปัญหาไม่ได้เป็นผลจากการจำแนกลักษณะทางคลินิกของผู้รับบริการ แต่เป็นเพียงการอธิบายพฤติกรรมของผู้รับบริการจากการสังเกตและกระตุ้นให้ผู้รับบริการได้คิดวิเคราะห์ในความหมายของมัน ดังนั้นการประเมินจะกลายเป็นกระบวนการในการคิดเกี่ยวกับประเด็นต่าง ๆ ร่วมกับผู้รับบริการมากกว่าขั้นตอนการบำบัดที่ดำเนินการโดยนักบำบัดเท่านั้น จากมุมมองนี้ การประเมินปัญหาและการวินิจฉัยจึงเป็นวิธีการบำบัดที่สำคัญและช่วยให้นักบำบัดได้จับประเด็นเกี่ยวกับปัญหาของผู้รับบริการ

ถึงแม้ว่านักบำบัดจะต้องให้การวินิจฉัยผู้รับบริการแต่ก็ยังคงมีความยืดหยุ่น เมื่อมีมุมมองเกี่ยวกับการวินิจฉัยว่าเป็นเพียงกรอบในการมองและทำความเข้าใจรูปแบบอาการและเพื่อการวางแผนการรักษา ดังนั้นจึงไม่จำเป็นต้องจำกัดผู้รับบริการเพียงเพื่อการระบุปัญหาที่เฉพาะหรือเพื่อการรักษาเท่านั้น นักบำบัดควรตระหนักถึงอันตรายในการระบุปัญหาหรือการวินิจฉัย ซึ่งเมื่อเวลาเปลี่ยนไปมีข้อมูลใหม่เพิ่มขึ้นนักบำบัดอาจจำเป็นต้องเปลี่ยนแปลงการวินิจฉัยผู้รับบริการใหม่