

รายงานการศึกษาดูงาน
เรื่อง สุขภาพจิตกับภัยพิบัติ
ณ สหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนี
ระหว่างวันที่ 12 ตุลาคม – 4 พฤศจิกายน 2549

.....

วันพฤหัสบดีที่ 12 ตุลาคม 2549 ณ InWEnt (Internationale Weiterbildung und
Entwicklung gGmbH) กรุงบอนน์

คณะผู้ศึกษาดูงานพบผู้บริหารและทีมงานของ InWEnt ได้แก่ Frau Dr.Donner-
Reichle ผู้อำนวยการ Frau Konahrens หัวหน้าแผนกต่างประเทศ Herr Ralf Panse รอง
หัวหน้าแผนกต่างประเทศ และ Frau Barder Friedrichs ผู้ประสานงาน

คณะผู้ศึกษาดูงานแนะนำตัว และวัตถุประสงค์ของการศึกษาดูงานเป็นรายบุคคล
จากนั้น Herr Panse ได้แนะนำองค์กร InWEnt ว่าเป็นองค์กรเอกชนที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อส่งเสริม
ความสามารถในการเปลี่ยนแปลงในสามระดับ คือ เสริมสร้างความสามารถในการปฏิบัติการของ
แต่ละบุคคล เพิ่มความสามารถในการทำงานของวิสาหกิจ องค์กร และการบริหาร และปรับปรุง
แก้ไขความสามารถในเชิงปฏิบัติการและการตัดสินใจในระดับการเมืองให้ดีขึ้น ส่วนเครื่องมือที่ใช้
เป็นวิธีดำเนินการนั้น จัดไว้ให้ใช้ได้ในรูปแบบโมดูลที่จะปรับให้เหมาะกับสถานการณ์ที่จะใช้แก้ปัญหา
ตามเงื่อนไขของข้อเรียกร้องในแต่ละกรณี นอกจากการจัดรายการศึกษาอบรม การแลกเปลี่ยน และ
การสนทนาอภิปราย ในแบบตัวต่อตัวแล้ว ยังมีการจัดระบบการศึกษาทางสื่ออิเล็กทรอนิกส์ในรูปแบบ
E-Learning อย่างกว้างขวาง ภาคิผู้ร่วมงานกับ InWEnt มีจุดที่ตั้งกระจายอยู่ถ้วนทั่วทั้งในประเทศ
ที่กำลังพัฒนา ที่อยู่ในระหว่างการเปลี่ยนแปลงระบบเศรษฐกิจ และในประเทศอุตสาหกรรม

ผู้ถือหุ้นหลักของ InWEnt คือ รัฐบาลแห่งสหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนี ซึ่ง
ดำเนินการผ่านทาง กระทรวงความร่วมมือและพัฒนาทางเศรษฐกิจ แห่งสหพันธ์สาธารณรัฐ
(Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung BMZ)
นอกจากนี้แล้ว ผู้ถือหุ้นรายอื่น คือ บรรดารัฐบาลของรัฐต่าง ๆ ซึ่งดำเนินการผ่านทางมูลนิธิเพื่อ
การพัฒนาระหว่างประเทศ แห่ง เยอรมัน (Deutsche Stiftung für internationale Entwicklung
– DSE) และจากทางภาคธุรกิจการค้าและอุตสาหกรรมผ่านทางสมาคมคาร์ล ดุสแบร์ก (Carl
Duisberg Gesellschaft –CDG- e.V.)

InWEnt ได้รับการก่อตั้งขึ้นเมื่อปี 2002 จากการรวมตัวของสองหน่วยงาน คือ
Carl Duisberg Gesellschaft (CDG) e.V. และ Deutschen Stiftung für internationale
Entwicklung (DSE)

วันศุกร์ที่ 13 ตุลาคม 2549 ณ กระทรวงสาธารณสุขสหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนี กรุงบอนน์

คณะผู้ศึกษาดูงาน พบผู้บริหารและผู้เชี่ยวชาญด้านจิตเวชศาสตร์ประจำกระทรวง
คือ Mr.Thomas Hofmann, Deputy Head of Division “Multilateral Cooperation in the
Federal of Health” และ Dr.Strache ผู้เชี่ยวชาญด้านจิตเวชศาสตร์ประจำกระทรวง โดยมี Mrs.
Niessen เป็นล่ามแปลจากภาษาเยอรมันเป็นภาษาอังกฤษ

Mr.Thomas Hofmann กล่าวต้อนรับ และ Dr. Strache ได้ให้ข้อมูลโดยสรุปได้
ดังนี้

ประเทศสหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนีได้รับผลกระทบทางด้านจิตใจ ตั้งแต่สมัย
สงครามโลกครั้งที่สอง ซึ่งสมัยนั้นมีค่ายกักกันชาวยิว เมื่อสงครามโลกครั้งที่สองสิ้นสุดลง
ประชาชนส่วนหนึ่งมีปัญหาทางจิตใจและต้องการความช่วยเหลือ จึงจำเป็นต้องมีการช่วยเหลือ
ทางด้านจิตใจเกิดขึ้น

การสาธารณสุขของสหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนีเน้นที่ ระบบการดูแลสุขภาพประชาชนทั้ง
ทางด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิต โดยประชาชนทุกคนต้องมีประกันสุขภาพ เมื่อเจ็บป่วยก็
สามารถรับบริการได้โดยไม่ต้องกังวลเรื่องค่าใช้จ่าย

เหตุที่ต้องมุ่งเน้นเรื่องของสุขภาพจิต เนื่องจากพบว่าปัญหาสุขภาพจิตเป็นหนึ่งใน
สามของปัญหาที่สำคัญของประเทศ ที่ส่งผลให้บุคคลต้องออกจากงานก่อนเวลาอันควร ส่งผลถึง
ปัญหาเศรษฐกิจของประเทศ จึงจำเป็นต้องได้รับการแก้ไข เพราะเป็นการสูญเสียทรัพยากรบุคคล
อันมีค่าต่อการพัฒนาประเทศ โดยนโยบายปัจจุบันจะเน้นเรื่องของการส่งเสริมและป้องกันปัญหา
สุขภาพจิต

สหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนีประกอบด้วยรัฐต่าง ๆ 16 รัฐ แต่ละรัฐจะมีกระทรวง
สาธารณสุขของตนเอง โดยมีรัฐบาลกลางคอยกำกับดูแลด้านนโยบาย และเน้นการสร้างเครือข่าย
เช่น เครือข่ายกับสหภาพยุโรป 25 ประเทศ WHO และ OECD

นอกจากนี้ ทางด้านสุขภาพจิต ยังได้มีการประสานงานกับผู้เชี่ยวชาญสาขาต่าง ๆ
เช่น Psychotraumatology, EMDR, และ การทำวิจัยต่าง ๆ

วันเสาร์ที่ 14 ตุลาคม 2549 ณ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเอสเซินท์ เมืองเอสเซินท์

คณะผู้ศึกษาดูงาน ได้พบกับ Frau Dr. Helga Matthes ผู้เชี่ยวชาญด้านการ
บำบัดแบบ EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) ทั้งนี้ โดยสรุปได้
ดังนี้

การศึกษาในปัจจุบันนี้ พบว่า PTSD มีความเชื่อมโยงกับสมองส่วนต่าง ๆ ได้แก่
Thalamus, Amygdala, Hippocampus, Frontal Cortex และ Broca's area

ซึ่ง Trauma จะเป็นการสกัดกั้นการเชื่อมโยงระหว่าง Amygdala กับ Hippocampus ทำให้ความจำกระจัดกระจาย แยกส่วน และอาจทำให้เกิดปัญหาการพูดให้ติดต่อ เป็นเรื่องเป็นราว ทำให้ผู้ป่วยมีปัญหา ไม่สามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ

นอกจากเรื่องของสมองแล้ว ยังพบว่าเรื่องของความสัมพันธ์ (Attachment) ในวัยเด็กระหว่างแม่ลูกมีผลต่อการเกิด PTSD ด้วย ผู้ที่มีปัญหา Attachment ในวัยเด็ก มีแนวโน้มจะปรับตัวต่อ Trauma ได้น้อยกว่า ในทำนองเดียวกัน หากปล่อยให้เกิด Trauma นานเท่าใด ปัญหา Attachment ก็จะมีมากขึ้นเท่านั้น

ส่วนใหญ่ บุคคลที่มี Truma มักจะจัดการได้ แต่ถ้าจัดการไม่ได้ จะทำให้เกิด PTSD ขึ้น

ปัจจัยที่นำไปสู่ PTSD ได้แก่

1. ภัยพิบัติทางธรรมชาติ/ ภัยพิบัติที่เกิดจากมนุษย์
2. อุบัติเหตุรุนแรง
3. ภาวะสงคราม
4. อาชญากรรม
5. การถูกทรมาน
6. ความรุนแรงทางเพศ เช่น ถูกข่มขืน ถูกล่วงละเมิดทางเพศ เป็นต้น
7. การสูญเสียคนรัก
8. การเป็นพยานรู้เห็นการตายของผู้อื่น

Trauma มี 2 ประเภท ได้แก่

1. Type I Trauma เป็น Trauma ที่เกิดขึ้นครั้งเดียว และเฉียบพลัน
2. Type II Trauma เป็น Trauma ที่รุนแรงและเคยเกิดขึ้นมาก่อน

PTSD มีอาการสำคัญ 3 ประการ คือ

1. Intrusive thought and memory
2. Avoidance of Triggers
3. Hyperarousal

ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิด PTSD ได้แก่

1. อายุขณะเกิด Trauma โดยเฉพาะวัยเด็ก วัยรุ่น และวัยสูงอายุ
2. ประสบการณ์ที่เลวร้ายในอดีต
3. ประวัติการเจ็บป่วยทางจิตในอดีต
4. ระดับฐานะทางเศรษฐกิจและสังคม โดยเฉพาะคนที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมต่ำ
5. ระดับสติปัญญา โดยเฉพาะผู้ที่มีระดับสติปัญญาดำ

ก่อนดำเนินการบำบัดผู้ป่วย PTSD ผู้บำบัดจะต้องให้ผู้ป่วยมี Stabilization ก่อน ซึ่ง Stabilization มีหลายด้าน ได้แก่

1. Somatic Stabilization
2. Social Stabilization
3. Psychological Stabilization
4. History taking, treatment planning, psychoeducation

ซึ่งวิธีการจัดการกับ Stabilization ได้แก่

1. Crisis Intervention
2. Making a diagnosis
3. Everyday life problems
4. Start building up a working alliance
5. Medication\

การบำบัดผู้ป่วย PTSD

1. Cognitive Behaviour Therapy
2. EMDR
3. Hypnosis
4. Adopted Psychodynamic Therapy

แหล่งสนับสนุนทางจิตใจของผู้ป่วย PTSD ได้แก่

1. Memories of positive life events
2. Memories of positive relationships
3. Imaginary resources
4. Hobbies, joyful experiences

วันอาทิตย์ที่ 15 ตุลาคม 2549 ณ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเอสเซนต์ เมืองเอสเซนต์

ในภาคเช้า คณะผู้ศึกษาดูงาน ได้พบกับ Frau Dr. Andrea Moellering จิตแพทย์ประจำแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเอสเซนต์ ได้แนะนำเทคนิคการบำบัดโดยการใช้อจินตนาการ ที่เรียกว่า “Inner Safe Place” และให้ฝึกปฏิบัติ แบบ Triad group ทั้งนี้ โดยสรุปได้ดังนี้

เทคนิค “Inner Safe Place” นี้ เป็นเทคนิคที่ช่วยให้ผู้ป่วยพยายามสร้างแหล่งสนับสนุนทางจิตใจของตนเอง ด้วยตนเอง เพื่อให้มี Stabilization ก่อนที่จะแก้ไข Trauma ต่อไป

วิธีการคือ ผู้บำบัดจะขอให้ผู้ป่วยจินตนาการถึงสถานที่ที่ผู้ป่วยรู้สึกปลอดภัย และมีความสงบสุขที่สัมผัสได้ด้วยประสาทสัมผัสทั้งห้า จะเป็นสถานที่ใดก็ได้ ทั้งที่เป็นจริงและจินตนาการ ซึ่งไม่ควรมีบุคคลอื่นอยู่ด้วย แต่อาจมีสัตว์เลี้ยงได้

เมื่อฝึกได้ชำนาญแล้ว เมื่อใดที่ผู้ป่วยรู้สึกหวาดกลัวหรือไม่ปลอดภัย ก็ให้ผู้ป่วยกลับไปสู่ “Inner Safe Place” ได้โดยทันที

ในภาคบ่าย Frau Dr. Helga Matthes ผู้เชี่ยวชาญด้านการบำบัดแบบ EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) ได้บรรยายเพิ่มเติมในเรื่องของบุคลิกภาพกับการเกิด Trauma ได้แก่ ANP (Apparently Normal Part of the Personality)

และ EP (Emotional Part of the Personality) และทบทวนบทเรียน พร้อมทั้งตอบปัญหาที่
เกี่ยวข้อง

วันจันทร์ที่ 16 ตุลาคม 2549 ณ สำนักงานตำรวจ เมืองเอสเซนต์

คณะผู้ศึกษาดูงาน ได้พบกับ

- Mr. Goldmann หัวหน้าสำนักงานตำรวจเอสเซนต์
- Mr. Mueller หัวหน้าแผนกประชาสัมพันธ์
- Mr. Michael Weskamp หัวหน้าแผนกป้องกันอาชญากรรมและคุ้มครอง
ผู้ประสบภัย
- Mr. Stephan Mersheim นายตำรวจที่ไปปฏิบัติงานช่วยเหลือ
ผู้ประสบภัยสึนามิในประเทศไทย

Mr. Michael Weskamp ได้อธิบายแผนภูมิการจัดการกับปัญหาภัยพิบัติของ
เมืองเอสเซนต์ ซึ่งสรุปได้ดังนี้

การช่วยเหลือผู้ประสบภัยพิบัติ จะเป็นความร่วมมือระหว่างตำรวจ หน่วยดับเพลิง
หน่วยกู้ภัย (ซึ่งประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล หน่วยกาชาด และอาสาสมัครทั้งของรัฐและเอกชน)
โดยตำรวจจะมีบทบาทในการอำนวยความสะดวกเพื่อให้หน่วยดับเพลิง และหน่วยกู้ภัยไปถึงสถานที่
เกิดเหตุโดยเร็วที่สุด ช่วยเก็บรวบรวมข้อมูลของผู้ประสบภัย รวบรวมหลักฐานในที่เกิดเหตุ เพื่อ
เป็นฐานข้อมูลสำหรับสืบค้น หรือสืบสวนสอบสวนต่อไป

ในกรณีที่มีผู้เสียชีวิต ตำรวจจะไม่แจ้งข่าวทางโทรศัพท์ แต่จะส่งเจ้าหน้าที่ไปแจ้ง
ข่าวด้วยตนเองที่บ้านของผู้เสียชีวิต

ในกรณีที่เกิดสึนามิในประเทศไทย ตำรวจจากสหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนี ได้
เดินทางมาช่วยในการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับผู้ประสบภัยชาวเยอรมัน และส่งข้อมูลกลับเยอรมัน
เพื่อการสืบค้นและตรวจสอบต่อไป และตำรวจที่ปฏิบัติงานในประเทศไทย จะปฏิบัติงานผลัดละ 3
สัปดาห์ วันละ 12 ชั่วโมง และเมื่อเสร็จภารกิจจากประเทศไทยแล้ว เมื่อกลับเยอรมันจะได้รับดูแล
ด้านจิตใจอย่างต่อเนื่องเพื่อป้องกัน Trauma ด้วย

ทั้งนี้ ตำรวจของเมืองเอสเซนต์จะได้รับการอบรมความรู้สุขภาพจิตเกี่ยวกับเรื่อง
Trama จากผู้เชี่ยวชาญของโรงพยาบาลเอสเซนต์ด้วย

วันอังคารที่ 17 ตุลาคม 2549 ณ โรงพยาบาลของมหาวิทยาลัยเอสเซนต์

คณะผู้ศึกษาดูงาน ได้พบกับ Mr. Tom ผู้ป่วย PTSD ที่สมัครใจจะให้ข้อมูลเกี่ยวกับ
ประสบการณ์เจ็บป่วยให้ผู้ศึกษาดูงานฟัง ซึ่งพอสรุปได้ดังนี้

Mr.Tom เป็นตำรวจชั้นประทวน ในปี ค.ศ. 1982 เขาประสบเหตุถูกคนร้ายยิง ได้รับบาดเจ็บสาหัส ทั้งนี้เนื่องจากเขาไม่สามารถยิงคนร้ายได้ก่อน ทั้งที่มีโอกาสจะยิงได้ ซึ่งการที่เขาไม่ได้ยิงในทันทีนั้น อาจจะเป็นสาเหตุให้เพื่อนตำรวจของเขาถูกยิงได้ด้วย จึงทำให้เขาต้องถูกสอบสวนทางวินัยอย่างร้ายแรง ต้องขึ้นศาลเพื่อพิจารณาคดี

Mr.Tom จึงมี Trauma ทั้งเรื่องการถูกยิง การต้องขึ้นศาล การมีปัญหาเกี่ยวกับเจ้านาย และผู้ร่วมงาน ตลอดจนมารดาของเขาซึ่งไม่ยอมให้เขาเป็นตำรวจต้องเสียใจจนเสียชีวิต ทำให้เขามีอาการนอนไม่หลับ หายใจขัด ฝันร้าย และตกใจตื่นกลางดึก เมื่อไปพบแพทย์ แพทย์จะวินิจฉัยว่าเป็น Anxiety Neurosis และมักจะให้แต่ยานอนหลับและยากล่อมประสาทมารับประทานเท่านั้น ซึ่งไม่ได้ทำให้อาการของเขาดีขึ้น

Mr.Tom เพิ่งได้รับการบำบัดในปี ค.ศ. 2003 ที่โรงพยาบาลของมหาวิทยาลัยเอสเซนต์ โดยมี Dr. Andrea เป็นผู้บำบัด และวินิจฉัยว่าเขาเป็น PTSD ขณะนี้เขารู้สึกดีขึ้น และสามารถเล่าเรื่องราวได้อย่างละเอียด

Dr. Andrea ให้ข้อมูลว่า Mr.Tom มีปัญหาที่ซับซ้อนและยาวนาน จำเป็นต้องใช้เวลาในการบำบัดหลายปี ซึ่งในปีแรก ๆ จะเน้นเรื่องของการ Stabilization และจะวางแผนการบำบัด PTSD โดยการทำให้ Inner Safe Place, Body Therapy และ EMDR

หลังจากนั้น Dr. Wirz Fischer จิตแพทย์เด็ก ที่เชี่ยวชาญเกี่ยวกับ PTSD ในเด็ก ได้มาให้ข้อมูลเกี่ยวกับการบำบัดรักษาผู้ป่วยเด็กที่เป็น PTSD ทั้งนี้ สามารถสรุปได้ดังนี้

การบำบัดรักษาเด็กจะต่างจากผู้ใหญ่ เพราะเด็กยังไม่สามารถสื่อสารด้วยวาจาได้ดี จึงต้องใช้วิธีให้เด็กวาดรูป และการเล่น เพื่อประเมินอาการของเด็ก และเมื่อบำบัดแล้ว การวาดภาพ และการเล่น ก็จะเป็นการประเมินความก้าวหน้าในการรักษาได้ด้วย เช่น ตัวอย่างผู้ป่วยเด็กรายหนึ่งในช่วงต้นของการบำบัด เด็กจะวาดรูปตัวเองว่าเป็นสิงโต กับกระต่ายตัวเล็ก ๆ แต่เมื่อการบำบัดผ่านไปประมาณ 8 ครั้ง เด็กก็วาดรูปตัวเองว่าเป็นสิงโตตัวใหญ่ที่มีทั้งเขี้ยวและเล็บ และเป็นกระต่ายที่ตัวใหญ่ขึ้น ซึ่งเป็นตัวการแสดงถึงการตอบสนองแบบสู้หรือหนี (Fight or Flight) ที่เหมาะสม

วันพุธที่ 18 ตุลาคม 2549 ณ สถาบันจิตวิทยา จิตบำบัด และการบำบัดบาดแผลทางจิตใจ มหาวิทยาลัยโคโลญจน์

คณะผู้ศึกษาคูงาน ได้พบกับ Prof. Dr. Gottfried Fischer ผู้อำนวยการสถาบันฯ ได้บรรยายเกี่ยวกับ PTSD โดยสรุปได้ดังนี้

การบำบัด PTSD มี 2 แบบ คือ การบำบัดตามอาการ และ การบำบัดตามสาเหตุของการเกิดโรค ซึ่งส่วนใหญ่จะเน้นการบำบัดตามอาการ แต่ผู้บรรยายจะเน้นการบำบัดตามสาเหตุ (Etiology) โดยพิจารณาจากสาเหตุ 4 ด้าน คือ

1. Psychosomatic
2. Over-regulated

3. Physical
4. Under-regulated

ผู้บรรยายได้กล่าวถึงแนวการรักษา PTSD ของเขาว่า ประกอบด้วย

1. ช่วง Stabilize ผู้ป่วย
2. ช่วงให้การบำบัด ซึ่งมี 10 คาบ ดังนี้
คาบที่ 1 – 5 เป็นการจัดการกับความคิดของผู้ป่วย เพื่อให้สมองส่วน Hippocampus ทำงานได้เป็นปกติ
คาบที่ 5 – 8 เป็นการจัดการกับอารมณ์ของผู้ป่วย เพื่อให้สมองส่วน Amygdala ทำงานได้เป็นปกติ
คาบที่ 8 – 10 เป็นช่วงผสมผสาน Self ของผู้ป่วยกับ Trauma เพื่อให้ Prefrontal Lobe ทำงานได้เป็นปกติ

วันหยุดหัตถ์ที่ 19 ตุลาคม 2549 ณ โรงแรมไคเซอร์ เมืองโคโลญจน์

ในภาคเช้า คณะผู้ศึกษาดูงาน ได้พบกับ Frau Anke Trautmann สถาบันดูแลช่วยเหลือทางจิตใจแก่ผู้ประสบอุบัติเหตุ ซึ่งผู้บรรยายได้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินของสถาบัน ซึ่งสรุปได้ดังนี้

สถาบันดูแลช่วยเหลือทางจิตใจแก่ผู้ประสบอุบัติเหตุ ก่อตั้งขึ้นเมื่อปี ค.ศ. 1994 เพื่อให้ความช่วยเหลือทางจิตใจแก่ผู้ประสบอุบัติเหตุ โดยประสานงานกับสหกรณ์อาชีพต่าง ๆ เช่น สหกรณ์การขนส่งมวลชนเมืองโคโลญจน์ ที่มีสมาชิกส่วนหนึ่งเป็นพนักงานขับรถไฟ รถราง และรถประจำทาง เป็นต้น

สถาบันนี้ได้พัฒนา “Koeln Model” ซึ่งประกอบด้วย 3 โปรแกรม คือ

1. โปรแกรมการป้องกันปัญหาสุขภาพจิต โดยการฝึกอบรมให้ความรู้สุขภาพจิต วิธีการปฏิบัติตัวเมื่อเกิดอุบัติเหตุแก่พนักงาน และจัดการอบรมแก่หัวหน้างาน ให้เห็นความสำคัญของสุขภาพจิตพนักงานด้วย
2. โปรแกรมการให้ความช่วยเหลือทางจิตใจเมื่อเกิดอุบัติเหตุ เช่น กรณีพนักงานขับรถไฟประสบเหตุมีคนกระโดดตัดหน้าเพื่อฆ่าตัวตาย เมื่อเกิดเหตุ ระบบการช่วยเหลือจะเริ่มจากการส่งพนักงานอีก 2 คนออกไปช่วยเหลือโดยทันที โดยคนหนึ่งจะประสานงานกับตำรวจและหน่วยกู้ภัยเพื่อให้ข้อมูล และอีกคนหนึ่งจะให้การดูแลพนักงานขับรถที่ประสบเหตุอย่างใกล้ชิด คอยปลอบใจ ดูแลไม่ให้ได้รับความกระทบกระเทือนทางจิตใจ และพาไปอยู่ในที่ปลอดภัย ซึ่งอาจเป็นโรงพยาบาลหรือพากลับบ้านก็ได้ ตามควรแก่กรณี

3. โปรแกรมการบำบัด โดยสถาบันจะมีเครือข่ายผู้บำบัดทั่วประเทศ เมื่อมีพนักงานขับรถไฟประสบเหตุ สหกรณ์อาชีพจะแจ้งให้สถาบันฯ ทราบ และจะส่งพนักงานที่ประสบเหตุไปรับการบำบัดในเขตที่อยู่ของพนักงานเอง

ในภาคบ่าย Prof. Dr. Wilfried Echterhoff ผู้อำนวยการสถาบันฯ ได้มาให้ความรู้เพิ่มเติม พอสรุปได้ ดังนี้

นิยามของอุบัติเหตุ ในที่นี้จะประกอบด้วยลักษณะ 3 ลักษณะดังต่อไปนี้

1. เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นโดยไม่ได้คาดคิดมาก่อน
2. เกิดขึ้นทันทีทันใด
3. มีพลังที่ทำให้เกิดความเสียหายอย่างร้ายแรง

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับ Trauma มี 2 ปัจจัย คือ

1. เหตุการณ์
2. ประสบการณ์ หรือการรับรู้ของผู้ประสบภัย

ทั้งนี้ ประสบการณ์จะมีความสำคัญกว่าเหตุการณ์ ซึ่งสถาบันฯ จะให้ความช่วยเหลือแก่พนักงานที่มีปัญหาเกี่ยวกับประสบการณ์ร้ายแรงต่าง ๆ

ผู้บรรยาย กล่าวถึงการใช้แบบประเมิน 3 แบบ คือ

1. Impact of Event Scale (IES) มี 15 ข้อ
2. SCL 90
3. CAPS ซึ่งอยู่ในระหว่างการพัฒนา

การประเมินจะทำภายหลังเกิดเหตุประมาณ 4 วัน เพราะในช่วงแรก ๆ ผู้ประสบภัยอาจมีอาการมึนชาทางอารมณ์ และไม่สามารถสื่อสารกับผู้บำบัดได้

จากนั้น ผู้บรรยายได้กล่าวถึงวิธีการบำบัดแบบที่เรียกว่า Referential Therapy ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ช่วง ได้แก่

1. ช่วง Emotional Relieving เป็นช่วงที่ผู้บำบัดช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลาย โดยให้ผู้ป่วยอธิบายหรือพูดถึงความรู้สึกที่เกิดขึ้นตามที่อยากจะพูด โดยผู้บำบัดทำหน้าที่ฟังอย่างเดียว
2. ช่วง Setting up and Re-arranging เป็นการเสริมสร้างให้ผู้ป่วยมีความเข้มแข็งทางอารมณ์ และอยู่ในโลกของความเป็นจริง
3. ช่วง Assimilation and Accommodation of Reality โดยการเตรียมผู้ป่วยให้สามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้ และมีการเตรียมตัวเตรียมใจว่า หากเกิดเหตุร้ายขึ้นอีกจะทำอย่างไรต่อไป

วันศุกร์ที่ 20 ตุลาคม 2549 ณ หน่วยงานของสหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนี เพื่อการคุ้มครอง
ประชาชนและให้ความช่วยเหลือยามเกิดภัยพิบัติ (BKK) ณ กรุงบอนน์

คณะผู้ศึกษาคูงาน ได้พบกับ Frau Annika Fritsche และ Frau Kerstin
Froeschke ผู้รับผิดชอบของหน่วยงานนี้

วิทยากรได้บรรยายเกี่ยวกับการทำงานของหน่วยงานนี้ว่า มีชื่อเรียกย่อ ๆ ว่า
NOAH ซึ่งมีหน้าที่ให้ความช่วยเหลือชาวเยอรมันที่ประสบภัยพิบัติหูกในต่างประเทศ รวมทั้ง
ครอบครัวและญาติของผู้ประสบภัยที่อยู่ในประเทศ ซึ่งรวมถึงผู้ประสบภัยสึนามิในประเทศแถบ
เอเชียตะวันออกเฉียงใต้ด้วย

ทั้งนี้ โดยหน่วยงานนี้จะรับข้อมูลจากศูนย์ข้อมูลของกระทรวงการต่างประเทศ
เยอรมัน แล้วประสานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ตำรวจ ครอบครัวหรือญาติของผู้ประสบภัย
หน่วยงานด้านประกันภัย หน่วยงานด้านภาษี ฯลฯ เพื่อให้ความช่วยเหลือในระยะเร่งด่วนและระยะ
ยาวต่อไป

การช่วยเหลือในระยะเร่งด่วน ได้แก่ การจัดทีมนักจิตวิทยา และทีมช่วยเหลือ
ฉุกเฉิน เพื่อให้การดูแลโดยทันที ซึ่งจะมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างหน่วยงานภาครัฐอื่น ๆ ที่
เกี่ยวข้องด้วย

การช่วยเหลือระยะยาว ได้แก่ การควบคุมกำกับงาน การช่วยเหลือผู้ประสบภัยและ
ญาติ การให้ข้อมูลเรื่องประกัน ภาษี ศาล การแพทย์ เงินชดเชย แก่ผู้ประสบภัยและญาติ รวมถึงการ
จัดประชุมผู้รอดชีวิตประจำปี และการสร้างอนุสรณ์สถานต่าง ๆ ด้วย

สำหรับกรณีสึนามิ มีชาวเยอรมันเสียชีวิต 540 คน หายสาบสูญ 12 คน ซึ่ง
หน่วยงานได้ดำเนินงานเป็นลำดับดังนี้

26/27 ธันวาคม 2547 หน่วยงานได้รับรายงานจากกระทรวงการต่างประเทศ

28/29 ธันวาคม 2547 ตรวจสอบชื่อผู้โดยสารชาวเยอรมันที่กำลังเดินทางกลับประเทศ
เพื่อตอบคำถามจากครอบครัวและญาติของผู้ประสบภัย ทั้งนี้ จะมีอาสาสมัครจากมหาวิทยาลัยต่าง
ๆ มาช่วยรับโทรศัพท์ Hot Line ด้วย

1 มกราคม 2548 จัดทำ รายชื่อผู้บาดเจ็บทางจิต

3 มกราคม 2548 จัดตั้ง Crisis Management Group ใน BKK

9/10 มกราคม 2548 เพิ่มการให้บริการด้านกฎหมาย และกระบวนการยุติธรรม
และเตรียมการจัดประชุม “Long term aftercare”

27 มกราคม 2548 จัดการประชุม “Long term aftercare” ซึ่งผลการประชุม คือ
จะได้มีการแบ่งความรับผิดชอบกัน ระหว่างพระ แพทย์ นักจิตวิทยา นักจิตบำบัด นักสังคม
สงเคราะห์ สมาคมอาชีพ มหาไพบไทย ฯลฯ เพื่อให้การช่วยเหลือผู้ประสบภัยเป็นไปอย่างรวดเร็วและมี
ประสิทธิภาพ

ผู้บรรยาย ได้กล่าวถึงปัญหาภายนอกว่า ได้แก่

- เป็นช่วงวันหยุดคริสตมาส ทำให้มีปัญหาในการติดตามเจ้าหน้าที่และผู้บำบัด รวมทั้งความแตกต่างด้านเวลาระหว่างเยอรมันกับไทย
- Website มีข่าวลือมาก ทำให้ขาดความน่าเชื่อถือ
- ประชาชนมีความคาดหวังว่าจะได้รับการบริการในประเทศไทยแบบเดียวกับในประเทศเยอรมัน
- ประชาชนมีความไม่พึงพอใจ ต้องการรู้ว่าใครเป็นผู้รับผิดชอบ ใครผิด ใครที่ควรถูกลงโทษ

ปัญหาภายใน ได้แก่

- เทคโนโลยีไม่เพียงพอกับการตอบรับโทรศัพท์จำนวนมากจากประชาชน
- บุคลากรไม่เพียงพอ
- ต้องอบรมบุคลากรระหว่างการทำงาน ไม่ได้มีการเตรียมการอบรมล่วงหน้า
- อุปสรรคด้านการบริหารจัดการ ระเบียบต่าง ๆ

ในปัจจุบัน หน่วยงานนี้ก็ยังคงติดตามดูแลจิตใจผู้ประสบภัยพิบัติสึนามิ และญาติอย่างต่อเนื่อง

วันจันทร์ที่ 23 ตุลาคม 2549 ณ ภาควิชาจิตวิทยา และจิตวิทยาคลินิก มหาวิทยาลัยมิวนิค (ลูทวิกแมกซิมิลันส์ – Ludwig-Maximilians University)

คณะผู้ศึกษาดูงาน ได้ศึกษาดูงานที่มหาวิทยาลัยมิวนิค และพบกับวิทยากร 4 คน ดังนี้

1. Prof. Rita Rosner, President of German Speaking Society of Psychotramatology
2. Mr. Ulrich Goldman, Deputy Leader of Department of Psychology, Clinical Psychology
3. Dr. Markos Maragkos, Department of Psychology, Project – Ueberblick
4. PR. Ulrich Keller, บาทหลวง ที่เคยไปช่วยเหลือชาวเยอรมันที่ประสบภัยพิบัติสึนามิในประเทศไทย

ทั้งนี้ ได้ข้อมูลความรู้พอสรุปได้ดังนี้

Prof. Rita Rosner กล่าวต้อนรับ และแนะนำรายการศึกษาดูงานตลอดสัปดาห์ และกล่าวถึงงานที่ทำในบอสเนีย ซึ่งมี 3 ด้าน คือ

1. ด้านการศึกษาอบรม โดยได้ร่วมมือกับมหาวิทยาลัยหลายแห่ง และองค์กรยูนิเซฟ ในการพัฒนาหลักสูตร Trauma Psychology เพื่ออบรมนักจิตวิทยาในบอสเนีย เพื่อให้

สามารถให้การช่วยเหลือและบำบัดผู้ป่วยที่มีบาดแผลทางจิตใจจากภัยสงคราม เนื่องจากในบอสเนีย ยังไม่มีหลักสูตรนี้มาก่อน

2. ด้านการศึกษาวิจัย ได้ทำวิจัยเรื่องต่าง ๆ เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิตจากภัยสงครามของชาวบอสเนีย เช่น การแปลแบบสอบถาม Child Behaviour Checklist ทั้งฉบับสำหรับเด็ก ครู และพ่อแม่ การศึกษาระบาดวิทยาเกี่ยวกับปัจจัยทางสังคมจิตใจที่เนื่องมาจากภัยสงคราม การศึกษาวัยรุ่นที่ได้สูญเสียและพลัดพรากจากพ่อแม่ การแก้ไขความขัดแย้งระหว่างเชื้อชาติ การช่วยเหลือหญิงหม้ายที่มี Complicated Grief จากการที่สามีเสียชีวิตหรือสูญหายระหว่างสงคราม การจัดพิมพ์และเผยแพร่แบบประเมินทางจิตวิทยาเป็นภาษาบอสเนีย และโครเอเชีย เป็นต้น

3. ด้านการพัฒนาเครือข่าย โดยร่วมมือกับหน่วยงาน Clinical Psychology in South-eastern Europe (CLIPSEE) และ DAAD ในการให้ทุนแก่นักศึกษาและอาจารย์ และการผลิตตำราทางจิตวิทยาคลินิก

Mr. Ulrich Goldman บรรยายถึงลักษณะการทำงานของภาควิชาจิตวิทยา ซึ่งรับผิดชอบงานด้านการเรียนการสอน การให้บริการปรึกษา และการศึกษาวิจัย

ทั้งนี้ การบำบัดจะเน้นทั้งการให้บริการปรึกษาแบบครั้งเดียว การวินิจฉัย (3-5 คาบ) การให้ความช่วยเหลือในภาวะวิกฤต (1-5 คาบ) แบบระยะสั้น (25 คาบ) แบบระยะยาว (40-80+ คาบ) แบบกลุ่ม และแบบเฉพาะ (เช่น กรณีสึนามิ และภัยพิบัติอื่น ๆ)

กระบวนการบำบัด เริ่มจากการให้บริการปรึกษาทางโทรศัพท์ โดยนักจิตวิทยาหรือนักสังคมสงเคราะห์ จากนั้นก็จะพิจารณาว่าเป็นกรณีฉุกเฉินเร่งด่วน หรือเป็นกรณีปกติ ถ้าเป็นกรณีฉุกเฉินก็จะตามนักจิตวิทยาอาวุโสมาให้คำปรึกษา ส่วนกรณีปกติก็จะให้บริการปรึกษา และนำแต่ละกรณีมาประชุม Case Conference สัปดาห์ละครั้งทุก Case หลังจากนั้น อาจมีการนัดหมายให้มารับการบำบัดที่ภาควิชา หรือพิจารณาส่งต่อให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องต่อไป

ผู้บรรยายได้กล่าวถึงเครื่องมือที่ใช้ในการวินิจฉัยแยกโรคว่าแบ่งได้ตามอาการ ดังนี้

Trauma ใช้ IDCL, PDS, PDEQ และ IES-R

Anxiety Disorder ใช้ IDCL, STAI, U-FB, IIPC, SVF และ ADS-K

Obsessive Compulsive Disorder ใช้ IDCL, Y-BOCS, MOC ฯลฯ

Other Disorders ใช้ IDCL, BDI, HAND, IIP-C และ SOMS

ผู้บรรยายได้กล่าวถึงระบบบริการสุขภาพในสหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนีว่ามี 2

แบบ คือ

แบบที่ 1 ผู้ป่วยร้อยละ 90 จะมีประกันสุขภาพตามที่กฎหมายกำหนด และผู้ป่วยจะเบิกค่ารักษาในการทำจิตบำบัดได้ ซึ่งวิธีการของจิตบำบัดที่จะเบิกได้คือ CBT และ PA/Psychoanalytic Therapy เท่านั้น

แบบที่ 2 ผู้ป่วยร้อยละ 10 จะมีประกันสุขภาพภาคเอกชน ซึ่งสามารถเบิกค่ารักษาในการทำจิตบำบัดได้เช่นกัน ส่วนจะทำจิตบำบัดแบบใด เป็นระยะเวลาานเท่าใด ขึ้นอยู่กับสัญญาในการทำประกัน

สำหรับผู้ป่วยของภาควิชานี้ จะมาจากหลายแหล่งด้วยกัน คือ อินเทอร์เน็ต การแนะนำจากผู้ป่วยรายก่อน ๆ หน่วยงานให้บริการปรึกษาอื่น ๆ จิตแพทย์ โรงพยาบาลจิตเวช โรงพยาบาลที่มีจิตบำบัดผู้ป่วยใน แพทย์ทั่วไป โรงพยาบาลทั่วไป และนักจิตบำบัด

Dr. Markos Maragkos บรรยายเกี่ยวกับโครงการ 4 โครงการของภาควิชานี้ได้แก่

1. โครงการจิตวิทยาในกรณีฉุกเฉิน โดยพัฒนาหลักสูตร และให้การอบรมนักจิตวิทยา พนักงานดับเพลิง พนักงานประจำรถพยาบาลฉุกเฉิน เกี่ยวกับเรื่องบาดแผลทางจิตใจ และการช่วยเหลือผู้ประสบภัยพิบัติในกรณีฉุกเฉิน

2. โครงการบำบัดความกลัว โดยการผสมผสาน CBT กับ Humanistic (Gestalt) เรียกว่า Process Experiential Psychotherapy ทั้งนี้โดย CBT จะเน้นการบำบัดอาการ ใช้เวลาประมาณ 10 คาบ และการบำบัดตามบุคลิกภาพและประสบการณ์ของผู้ป่วย โดยการบำบัดแบบกลุ่ม และมีการบันทึกวิดีโอเพื่อให้นักศึกษาได้เรียนรู้ด้วย

3. โครงการศึกษาวิจัยในพนักงานดับเพลิง โดยการสัมภาษณ์พนักงานดับเพลิงจำนวน 90 คน จากทั้งหมด 1,600 คน ใช้เวลาในการสัมภาษณ์รายบุคคล คนละประมาณ 2 ชั่วโมง (มากที่สุด 5 ชั่วโมง) พบว่าพนักงานส่วนใหญ่ไม่มีอาการ Avoidance แต่พบว่ามีปัญหาการติดสุรากันมาก และพบ PTSD เพียง 4% เท่านั้น

นอกจากนี้ ในบรรดาพนักงานดับเพลิง 3 แผนก คือ แผนกดับเพลิง แผนกธุรการ และแผนกรับโทรศัพท์แจ้งเหตุ พบว่าพนักงานแผนกรับโทรศัพท์แจ้งเหตุมีปัญหาความก้าวร้าวสูง ทั้งนี้ เพราะได้รับความกดดันจากผู้แจ้งข้อมูล ที่แจ้งข้อมูลร้ายแรงเกินเหตุ ซึ่งสามารถช่วยบรรเทาอาการก้าวร้าวได้ด้วยการฝึกหัดให้รู้จักแยกตัวตนออกจากหน้าที่

4. โครงการประเมินผลบริการบำบัดจากจิตแพทย์ พบว่าจิตแพทย์มักบำบัดผู้ป่วย Adjustment Disorders โดยการใช้จ่ายเป็นหลัก ซึ่งทำให้การบำบัดเสียเวลาและเสียค่าใช้จ่ายสูงมาก ผู้ป่วยกลุ่มนี้หากได้รับการบำบัดโดยวิธีจิตบำบัดจะได้ผลดีกว่า ดังนั้น เมื่อผู้ป่วยโทรศัพท์มาปรึกษา ทางหน่วยงานนี้จึงจะช่วยพิจารณาเลือกการบำบัดและแหล่งที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยแต่ละรายต่อไป

สำหรับกรณีภัยพิบัติที่เกิดกับคนกลุ่มใหญ่ ผู้บรรยายได้ยกตัวอย่างกรณีหลังคาอาคารลานสเก็ตน้ำแข็งถล่มทับเด็กตาย 12 คนที่เมืองมิวนิค เมื่อต้นปีนี้ ว่าทำให้ประชาชนมีบาดแผลทางจิตใจ และเกิดความขัดแย้งระหว่างคน 2 กลุ่ม คือกลุ่มที่สนับสนุนนายกเทศมนตรี และกลุ่มที่กล่าวหาว่าเป็นความผิดของนายกเทศมนตรีที่ไม่ตรวจตราอาคารต่าง ๆ ให้ดี ในความคิดของผู้บรรยายเห็นว่า ควรจะต้องแก้ไขความขัดแย้งโดยพิจารณาทั้งในระดับบุคคลและระดับกลุ่ม

กรณีภัยพิบัติสึนามิ ผู้บรรยายเห็นว่าควรระมัดระวังในเรื่องของการให้สัมภาษณ์ สื่อมวลชน เพราะนักวิชาการมักเน้นการให้ข้อมูลความเป็นจริง แต่เจ้าหน้าที่ของรัฐมักเน้นการสร้างขวัญกำลังใจแก่ประชาชนเป็นหลัก

ส่วนการให้ความช่วยเหลือผู้ประสบภัยนั้น ต้องเน้นการตอบสนองทางร่างกาย และจิตใจเป็นหลัก ถ้าผู้ประสบภัยต้องการอะไร ก็ต้องพยายามสนองตอบตามนั้น เช่น หาน้ำให้ดื่ม ช่วยตามหาญาติที่สูญหาย เป็นต้น

ส่วนผู้ให้ความช่วยเหลือ ต้องเน้น การพักผ่อน และการรับประทานอาหารให้เพียงพอ อย่าหักโหมหรือสูบบุหรี่จัดเพราะจะทำให้หมดพลัง ไม่สามารถทำงานได้ต่อไป และอย่าทำงานตามลำพัง ให้ประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องด้วย

สำหรับปัญหาที่พบจากการช่วยเหลือผู้ประสบภัยสึนามิ มีดังนี้

1. ไม่มีศูนย์บัญชาการ ไม่มีผู้ตัดสินใจ เนื่องจากอยู่ในภาวะที่สับสน
2. ผู้ประสบภัยมีปัญหา Dissociation ทำให้สื่อสารกันไม่รู้เรื่อง
3. สื่อมวลชนทำงานสวนทางกับนักจิตวิทยา โดยมักเสนอข่าวสารและภาพที่ไปกระตุ้นให้เกิด Retraumatization กับผู้ประสบภัยหรือครอบครัว

นอกจากนี้ ผู้บรรยายยังได้ร่วมทำการศึกษาวิจัยเรื่อง Crisis Intervention after the Tsunami in Phuket and Khao Lak ซึ่งได้รับการตีพิมพ์แล้วในวารสาร Crisis 2006; Vol. 27(1): 42-47. ด้วย

PR. Ulrich Keller ซึ่งเป็นบาทหลวงที่เคยไปช่วยผู้ประสบภัยพิบัติสึนามิที่เป็นชาวเยอรมันที่จังหวัดภูเก็ต ทั้งนี้ ผู้บรรยายได้กล่าวถึงการเผชิญกับภาวะเศร้าโศกและไว้ทุกข์ของญาติผู้เสียชีวิต โดยเปรียบเทียบกับการเดินทางผ่านประตูน้ำ ซึ่งต้องผ่านการปรับระดับหลายครั้งเพื่อเข้าสู่สมดุล เหมือนกับพิธีกรรมงานศพที่จะช่วยให้ผู้สูญเสียค่อย ๆ ปรับจิตใจเข้าสู่ภาวะปกติ

นอกจากนี้ ได้ช่วยเหลือให้ผู้สูญเสียยอมรับว่าความตายเกิดขึ้นได้ทุกเมื่อ ไม่มีอะไรควบคุมความตายได้

ผู้บรรยายยังชื่นชมการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ด้วยการนวดคลายเครียดของคนไทยที่ภูเก็ต เพราะเห็นว่ากายและจิตมีความสัมพันธ์กัน เมื่อกายผ่อนคลาย จิตก็จะผ่อนคลายด้วย การได้นวดในระหว่างการทำงานช่วยเหลือผู้ประสบภัยพิบัติช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานผ่อนคลายทางจิตใจได้เป็นอย่างมาก

ผู้บรรยายให้ข้อคิดว่า “เปลี่ยนความตายเป็นความทรงจำ เปลี่ยนความเศร้าเป็นการระลึกถึง”

วันอังคารที่ 24 ตุลาคม 2549 ณ ภาควิชาจิตวิทยา และจิตวิทยาคลินิก มหาวิทยาลัยมิวนิก (ลูดวิก แมกซ์ิมิลันส์ – Ludwig-Maximilians University)

ในภาคเช้า คณะผู้ศึกษาดูงานได้พบกับ Dr.Andreas Mueller-Cyran (www.kit-muenchen.org) (andreas@mueller-cyran.de) (www.einsatzkraft.de) ผู้ก่อตั้งหน่วย Crisis Intervention Team (KIT) ซึ่งผู้บรรยายได้กล่าวถึงที่มาของหน่วยงานนี้ว่า เกิดจากการที่ได้เกิดภัยพิบัติขึ้นหลายครั้งทั้งในประเทศเยอรมัน เช่น อุบัติเหตุรถไฟ ICE และภัยพิบัติในต่างประเทศ เช่น การสังหารหมู่เด็กนักเรียนในบอสเนีย และกรณีผู้ก่อการร้ายจับเครื่องบินชนตึกเวิร์ลเทรดเซนเตอร์ ที่นิวยอร์ก เป็นต้น เพื่อป้องกันไม่ให้ผู้ประสบเหตุเกิดบาดแผลทางจิตใจ จึงจำเป็นต้องให้ Crisis Intervention ตั้งแต่ระยะเริ่มแรก

ขณะนี้ หน่วยงานนี้มีสมาชิกในมิวนิก จำนวน 45 คน และได้จัดการอบรมไปแล้วกว่าหนึ่งร้อยคน

การให้ความช่วยเหลือในระยะ Peritrauma หรือในช่วงหลังเกิดเหตุการณ์ที่มีผู้เสียชีวิต ผู้บาดเจ็บจะเดินทางไปถึงที่เกิดเหตุภายใน 15 – 20 นาทีและให้บริการในทันทีจนถึงระยะเวลาหนึ่งเดือน โดยมีลักษณะการทำงานดังนี้

ในกรณีที่เกิดการเสียชีวิตในบ้าน เช่น สามีหัวใจวายตาย เด็กตายอย่างเฉียบพลัน การฆ่าตัวตาย เป็นต้น เมื่อได้รับแจ้งเหตุว่ามีชีวิตโดยฉับพลัน ทางหน่วยจะส่งเจ้าหน้าที่ไปยังที่เกิดเหตุ และทำหน้าที่ดังนี้

- ช่วยให้ผู้ประสบเหตุ ซึ่งอาจเป็นบุคคลในครอบครัวหรือญาติของผู้เสียชีวิตมีเสถียรภาพทางอารมณ์
- สร้างความสัมพันธ์กับผู้ประสบเหตุ
- พูดยี่น้อย เพราะผู้ประสบเหตุมักอยู่ในระยะช็อค หรือ Dissociation จึงไม่สามารถรับฟังได้
- ต้องอยู่ใกล้ชิดผู้ประสบเหตุตลอดเวลา
- พยายามสบตาผู้ประสบเหตุ และเมื่อสบตาได้แล้ว ก็เริ่มสนทนากัน
- ต้องให้เวลาผู้ประสบเหตุ อย่างเร่งร้อน
- อธิบายสิ่งที่เกิดขึ้น เช่น เพราะเหตุใดจึงต้องมีเจ้าหน้าที่จำนวนมากมาในที่เกิดเหตุ เช่น แพทย์ ผู้ช่วยแพทย์ พนักงานขับรถยนต์ ตำรวจ แพทย์ชันสูตร สัปเหร่อ และอาจจะมีผู้ฝึกงานร่วมด้วย รวมแล้วประมาณ 16 – 18 คน รวมทั้งอธิบายกระบวนการที่จะเกิดขึ้นในอนาคต เพื่อให้ผู้ประสบเหตุเกิดความเข้าใจที่ถูกต้อง

- เมื่อผู้ประสบเหตุเริ่มมีอาการเกิดขึ้น ก็ให้พยายามทำความเข้าใจกับสิ่งที่เกิดขึ้น เพื่อลดอาการ Dissociation ลง

- เปิดโอกาสให้ผู้ประสบเหตุได้เล่าสภาพ

- และเมื่อสังเกตว่าผู้ประสบเหตุเริ่มกลับเข้าสู่ภาวะปกติ เช่น ถามว่าผู้บาดเจ็บเป็นใคร จะดื่ม น้ำ หรือกาแฟ หรือไม่ แสดงว่าผู้ประสบเหตุเริ่มกลับมาทำหน้าที่เจ้าของบ้านได้แล้ว ผู้บาดเจ็บก็อาจบอกเล่าได้ โดยให้ข้อมูลหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ผู้ประสบเหตุได้ติดต่อในโอกาสต่อไป

นอกจากนี้ ผู้บาดเจ็บยังได้จัดทำหลักสูตรสำหรับอบรมบุคลากรที่เกี่ยวข้อง เช่น กลุ่ม Paramedics พนักงานดับเพลิง นักบวช ตำรวจ นักจิตวิทยา ฯลฯ ด้วย โดยมีหลักสูตรที่หลากหลาย เช่น หลักสูตรสำหรับผู้ที่ไม่มีความรู้ด้านนี้ จะใช้เวลา 120 ชั่วโมง ฝึกงาน 1 ปี และมีการอบรมฟื้นฟูความรู้ 2 ครั้งต่อเดือน และการติดตามนิเทศงาน 2 เดือนต่อครั้ง ส่วนผู้ที่มีพื้นฐานความรู้ด้านนี้ จะใช้เวลา 2 สัปดาห์ เป็นต้น

กรณีการเสียชีวิตในต่างประเทศ เช่น กรณีภัยพิบัติสึนามิในประเทศไทย หน่วยงานก็จะส่งผู้แทนมาปฏิบัติงานนอกประเทศ โดยได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากกระทรวงการต่างประเทศของเยอรมัน เป็นต้น

ในภาคปาย คณะศึกษาดูงานได้พบกับ Mr.Gerhard Schmuller, Chief Medical Education, 3rd Chief of CISM (Critical Incident Stress Management) – Team, Munich Fire Department ซึ่งผู้บรรยายได้กล่าวถึงการทำงานของ CISM ดังนี้

Munich Fire Department จะดูแลประชากรในเขต Munich City ซึ่งมีประมาณ 1,273,186 คน ในเนื้อที่ 20.7 X 26.9 ตารางกิโลเมตร จะให้บริการ 24 ชั่วโมง โดยแบ่งเป็นกะ ๆ ละ 24 ชั่วโมง หรือ 9 – 10 วันต่อเดือน และมีสถานีดับเพลิง 10 สถานี มีสถานีแพทย์ฉุกเฉิน 10 สถานี และสถานีของอาสาสมัครอีก 17 สถานี

เมื่อเกิดเหตุ พนักงานดับเพลิงจะต้องออกจากสถานีภายใน 1 นาที และไปให้ถึงที่เกิดเหตุภายใน 8 นาที ลักษณะงานของพนักงานดับเพลิงเป็นลักษณะงานที่ก่อให้เกิดความเครียดได้ง่าย และส่งผลกระทบต่อทางด้านจิตใจเป็นอย่างมาก แต่ผู้บังคับบัญชามักไม่ค่อยให้ความสนใจในเรื่องนี้

ต่อมาเมื่อเกิดอุบัติเหตุครั้งใหญ่ ในปี ค.ศ. 1988 ที่เครื่องบินแสดงโชว์ผาดโผนเกิดอุบัติเหตุชนกัน ทำให้มีผู้เสียชีวิต 70 คน และบาดเจ็บ 500 คน และในปี ค.ศ. 1998 ที่เกิดอุบัติเหตุทางรถไฟครั้งใหญ่ ที่มีผู้เสียชีวิต 101 คน และบาดเจ็บกว่าหนึ่งหมื่นคน และกระทรวงมหาดไทยของเยอรมันได้มอบให้มหาวิทยาลัยเป็นผู้ดูแลผู้ประสบภัย และทำให้เริ่มมีการพูดถึง Crisis Intervention ในพนักงานดับเพลิง และผู้บังคับบัญชาก็เริ่มให้ความสนใจในเรื่องนี้ด้วย

CISM Team เริ่มก่อตั้งในมิวนิคเมื่อปี ค.ศ. 1999 และมีการปรับปรุงโครงสร้างเรื่อยมา จนถึงปัจจุบัน มีทีมงานทั้งสิ้น 38 คน และมีแผนการดำเนินการ 3 ปี (2005 – 2007) ดังนี้

- Pre-Crisis Preparation เรื่อง PTSD เพื่อให้พนักงานดับเพลิงทุกคนมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง

- Information about addiction โดยเฉพาะการเสพติดแอลกอฮอล์ และสารเสพติดอื่น ๆ โดยจะให้พนักงานดับเพลิงที่เลิกเหล้าได้แล้ว มาเป็นวิทยากรให้ความรู้กับพนักงานดับเพลิงเป็นรายกลุ่มต่อไป

- Crisis Intervention for affected persons on the scene

สำหรับ Intervention มีดังนี้

- การให้บริการปรึกษารายบุคคล

- การให้บริการปรึกษารายกลุ่ม

- การทำ defusing

- การทำ Debriefing และ Supervision โดยนักจิตวิทยา

- การแจ้งข่าวร้ายกับสมาชิกครอบครัวของพนักงานดับเพลิง

- การ Support of disaster team

วันพุธที่ 25 ตุลาคม 2549 ณ ภาควิชาจิตวิทยา และจิตวิทยาคลินิก มหาวิทยาลัยมิวนิค (ลูตวิก แม็กซิมิลันส์ – Ludwig-Maximilians University)

คณะผู้ศึกษาดูงาน ได้พบกับ Frau Gabriele Hoermann และ Frau Simone เจ้าหน้าที่จากแผนก Health and Environment ของเทศบาลนครมิวนิค ซึ่งเป็นคณะกรรมการเตรียมการช่วยเหลือด้านจิตใจของผู้ประสบภัย ในกรณีฟุตบอลโลกที่จัดขึ้นที่นครมิวนิคในเดือนมิถุนายน 2006 ซึ่งพอสรุปได้ดังนี้

โครงการนี้เริ่มต้นในปี 2005 เพื่อเตรียมการช่วยเหลือทางจิตใจในกรณีที่เกิดเหตุภัยพิบัติในฟุตบอลโลก 2006 โดยแบ่งการทำงานเป็น 3 ระยะ คือ

1. ระยะฉุกเฉิน จะเป็นหน้าที่ของตำรวจและพนักงานดับเพลิง (อยู่ในระยะ 2 – 3 ชั่วโมงหลังเกิดเหตุ หรืออาจเป็นวัน หรือสัปดาห์ กรณีภัยพิบัติรุนแรง)
2. ระยะเชื่อมต่อ อยู่ในระยะเวลาประมาณ 6 สัปดาห์ ซึ่งหน่วยงานนี้จะรับผิดชอบในการให้ความรู้ และดูแลจิตใจผู้ประสบภัย
3. ระยะยาว ช่วง 6 – 7 สัปดาห์ถึง 1 ปี จะเข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุขตามปกติ

ทั้งนี้ โดยมีแผนภูมิดังนี้

ระยะฉุกเฉิน

การรักษาพยาบาล

การให้ข้อมูลความรู้

การให้บริการดูแลจิตใจโดยตำรวจ

การให้บริการโดยหน่วยเคลื่อนที่

การให้บริการทาง Hot Line

การแจกเอกสารเผยแพร่ต่าง ๆ

การจัดทำฐานข้อมูล

ระยะเชื่อมต่อ

(ซึ่งรับผิดชอบโดยหน่วยนี้)

การให้บริการโดยหน่วยเคลื่อนที่ ระยะยาว

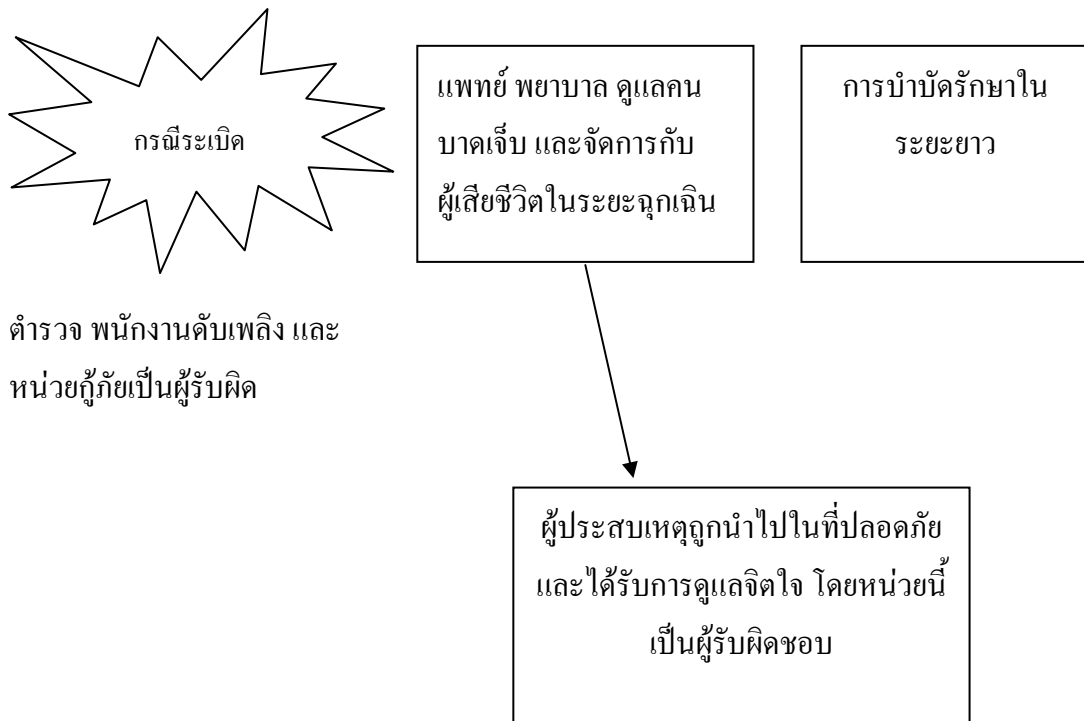
การให้บริการทาง Hot Line ให้ข้อมูลและเอกสาร

การแจกเอกสารเผยแพร่ต่าง ๆ ทำฐานข้อมูล

การจัดทำฐานข้อมูล ประสานงาน

การประสานงานกับหน่วยงานอื่น ๆ

ตัวอย่างกรณีเมื่อเกิดเหตุการณ์ร้ายแรง



ทั้งนี้ การทำงานจะแบ่งเป็น 5 จุด ได้แก่

1. Information Point เป็นจุดที่ให้ข้อมูลความรู้ และอำนวยความสะดวกแก่ผู้ประสบเหตุ และถ้าผู้ประสบเหตุเป็นเด็กหรือวัยรุ่น จะมีครูหรือนักจิตวิทยาในโรงเรียนมาเป็นผู้ดูแลด้วย ซึ่งเอกสารเผยแพร่จะมีหลายภาษา เพราะคาดว่าจะมีนักท่องเที่ยวมาชมฟุตบอลโลกจำนวนมาก

2. Mobile Unit เป็นหน่วยเคลื่อนที่เพื่อให้ข้อมูลและบริการปรึกษา โดยจะมีชุดปฏิบัติการจำนวน 2 คน พร้อมอุปกรณ์ 1 ชุด ได้แก่ กระเป๋าเป้ แผ่นพลาสติกสำหรับรองเขียนแบบฟอร์มรายงาน เอกสารเผยแพร่ แผนที่ ป้ายชื่อ น้ำดื่ม น้ำตาลกลูโคส โทรศัพท์มือถือ หมวกกันฝน ฯลฯ เพื่อเข้าไปให้บริการ ณ จุดปลอดภัยที่ผู้ประสบเหตุถูกนำมารวมกัน

3. Hot Line Unit เป็นหน่วยตอบคำถามทางโทรศัพท์แก่ญาติ และครอบครัวของผู้ประสบภัย และให้คำแนะนำในการส่งต่อผู้ป่วยไปรับการรักษาในระยะยาว

4. หน่วย Database เป็นหน่วยที่คอยรายงานเหตุการณ์ จัดทำดัชนีที่อยู่ รายชื่อ Website ที่เกี่ยวข้อง และคำถามคำตอบที่พบบ่อย รวมทั้งข้อมูลต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งหน่วยนี้จะคอยอำนวยความสะดวกแก่ผู้ทำงาน Hot Line และ ผู้ประสานงาน

5. หน่วยประสานงาน หน่วยนี้จะให้การดูแลทางสังคมจิตใจในระยะยาว ประกอบด้วยฝ่ายต้อนรับ มีห้องย่อยเพื่อให้บริการปรึกษารายบุคคล สำนักงานจะอยู่ใกล้สถานีใหญ่ของการรถไฟมิวนิค และมีการส่งต่อผู้ป่วยไปรับการรักษาตามสถานพยาบาลต่าง ๆ ที่เหมาะสม

ทั้งนี้ หน่วยงานนี้จะปฏิบัติงานได้ก็ต่อเมื่อนายกเทศมนตรีประกาศภาวะฉุกเฉิน และคณะกรรมการด้านวิกฤตสั่งการให้ดำเนินการ ซึ่งคณะทำงานชุดนี้มีจำนวน 8 คน เป็นผู้บริหาร 2 คน และคณะกรรมการ 6 คน ซึ่งเป็นเรื่องที่โชคดีในช่วงฟุตบอลโลกไม่เกิดเหตุร้ายแรงแต่อย่างใด หน่วยงานนี้จึงไม่ได้ปฏิบัติงาน

แต่นโยบายในอนาคต จะยังคงหน่วยงานนี้อยู่เพื่อให้บริการในกรณีภัยพิบัติฉุกเฉินต่อไป

สำหรับผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงานนี้ จะมีจำนวน 120 คน เป็นพนักงานเทศบาล ที่ได้รับการอบรมหลักสูตร 3 วัน ซึ่งหลักสูตรมีดังนี้

วันแรก เป็นการให้แนวความคิดและภาพรวมของเรื่องการช่วยเหลือทางสังคมจิตใจ

วันที่สอง เป็นเรื่อง Psychotraumatology เบื้องต้น จะมีการแสดงบทบาทสมมุติโดยวิทยากรและนักแสดงอาชีพ นอกจากนี้ ยังให้ผู้เข้าอบรมได้ฝึกปฏิบัติเป็นผู้ให้บริการปรึกษา เช่น กรณีการพูดคุยกับแม่ที่สูญเสียลูก

วันที่สาม เป็นเรื่องการให้บริการปรึกษาทางโทรศัพท์ โดยมีพนักงานผู้มีประสบการณ์ในการให้บริการปรึกษาทางโทรศัพท์มาเป็นวิทยากร และเปิดโอกาสให้ผู้เข้าอบรมฝึกปฏิบัติโดยเล่นบทบาทสมมุติด้วย

ทั้งนี้ การอบรมจะเน้นการปฏิบัติเป็นหลัก เพื่อให้ผู้เข้าอบรมมีความเชี่ยวชาญ และ แม้ว่าหลังการอบรมแล้ว ผู้เข้าอบรมจะไม่ได้ปฏิบัติจริงในกรณีภัยพิบัติ แต่ก็จะเป็นประโยชน์ในการปฏิบัติงานประจำต่อไป และจะมีหลักสูตรต่อเนื่อง รวมทั้งการอบรมรุ่นใหม่ต่อไปด้วย

หลังจากนั้น Prof. Rosner ได้บรรยายเรื่องผลการวิจัยเกี่ยวกับประสิทธิภาพของวิธีการบำบัด PTSD

โดยวิทยากรได้กล่าวถึงผลกระทบต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นได้จากเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดบาดแผลทางจิตใจ ได้แก่

Depression
Anxiety Disorder
Complicated Grief
Substance Abuse
Dissociation Disorder
Culture Specific Syndromes

นอกจากนี้ เหตุการณ์ภัยพิบัติยังอาจทำให้เกิด Nonpathological reaction เช่น ปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล, Intimacy, Grief, Trusting, Sexual Relation, Attachment เป็นต้น

ทั้งนี้ โดยมีปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ คือ การขาดการสนับสนุนทางสังคมหลังเกิดภัยพิบัติ และ Post Trauma Life Stress

ซึ่งการบำบัดประกอบด้วยวิธีการหลัก ได้แก่ CBT, EMDR, Stress Management และวิธีการอื่น ๆ เช่น Hypnotherapy, Supportive, Psychoanalytic Therapy, Narrative Disposure และ Internet Therapy

จากผลการวิจัยพบว่าวิธีการบำบัดที่ดีที่สุดคือ CBT และ EMDR โดยพิจารณาจาก Clinical efficacy และ Drop out rate

สำหรับการผลการบำบัดด้วยยายังไม่ค่อยมีผลงานตีพิมพ์ ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะการบำบัดด้วยยาไม่ได้ผลดี บริษัทฯจึงไม่สนับสนุนให้ตีพิมพ์ผลงาน

ส่วนวิธีการที่น่าจะได้ผล ได้แก่ Stress Management, Hypnotherapy และ Psychodynamic Therapy

ผู้บรรยายได้ให้รายชื่อ Website เพื่อการสืบค้นต่อไป ได้แก่

www.nice.org.uk/pdf/CGO26fullguideline.pdf

www.degpt.de

www.istss.org

www.ncptsd.org/index.htm

www.childrenatwar.org

นอกจากนี้ ผู้บรรยายได้พูดถึงประสิทธิภาพของการทำ Debriefing in Adults ซึ่งพบว่าจะได้ผลดีเมื่อ

- นำกลุ่มด้วยผู้เชี่ยวชาญ

- ไม่เร่ร่อนเกินไป
 - ได้รับความร่วมมือจากผู้รับการบำบัด
 - เป็นกลุ่มเป้าหมายเดียวกัน อย่าละกลุ่มเป้าหมาย เช่น กลุ่มผู้เห็นการตายเท่านั้น หรือกลุ่มที่รู้จักกับผู้ตายแต่ไม่เห็นการตาย เป็นต้น
- อนึ่ง Debriefing ไม่เหมาะกับกลุ่ม Avoidance

วันหยุดสัปดาห์ที่ 26 ตุลาคม 2549 ณ ภาควิชาจิตวิทยา และจิตวิทยาคลินิก มหาวิทยาลัยมิวนิก (ลูดูวิก แมกซ์ิมิลลันส์ – Ludwig-Maximillans University)

ในภาคเช้า คณะผู้ศึกษาดูงานได้พบกับ Frau Marion Kruesmann และ Frau Regina Karl ผู้รับทุนกระทรวงมหาดไทย เพื่อทำการวิจัยในกลุ่มอาสาสมัครดับเพลิงเกี่ยวกับการป้องกันและปัญหาการเจ็บป่วยทางจิตหลังปฏิบัติงาน ซึ่งพอสรุปได้ดังนี้

โครงการนี้เริ่มขึ้นในปี ค.ศ. 2001 โดยแบ่งการศึกษาเป็น 3 ระยะ คือ ระยะแรกเป็นการศึกษาทางระบาดวิทยาเกี่ยวกับปัญหาทางจิตใจจากการปฏิบัติงานของอาสาสมัครดับเพลิง ระยะที่สอง เป็นการพัฒนาหลักสูตร ระยะที่สาม เป็นการทดลองหลักสูตรและประเมินผล ทั้งนี้แต่ละระยะมีรายละเอียดดังนี้

ระยะแรก การศึกษาทางระบาดวิทยา โดยการพัฒนาแบบสอบถาม จำนวน 30 หน้า ประกอบด้วยปัจจัย 3 ประการ ได้แก่ คุณลักษณะเฉพาะของบุคคล เหตุการณ์คุกคามในชีวิต และการสนับสนุนทางสังคม

ได้แจกแบบสอบถามออกไปทั้งสิ้น 3,000 ชุด และได้แบบสอบถามกลับคืนมา 64% ซึ่งถือว่าน่าพอใจ

ผลการศึกษาพบว่าในช่วงระยะเวลาเฉลี่ย 7 ปีที่ผ่านมา ผู้ตอบแบบสอบถามมีอาการดังนี้

5.6% เป็น PTSD

3.3% เป็น PTSD Subsyndrome (คือมีอาการ Intrusion กับ Hyperarousal หรือ Avoidance)

17% มีทุกอาการใน 2 สัปดาห์แรก แต่ไม่ทุกขั้รมาณ

54.3% เป็น Intrusion

ส่วนในปัจจุบัน มีอาการดังนี้

2.35% PTSD

2.95% PTSD Subsyndrome

1.95 ทุกอาการ

26.9% Intrusion

เมื่อเปรียบเทียบอาสาสมัครดับเพลิงที่มีช่วงอายุน้อยกว่า 25 ปี กับกลุ่มคนธรรมดา
วัย 14 – 24 ปี ซึ่ง Perkonigg ได้ศึกษาไว้เมื่อปี 2001 พบว่า มี PTSD Prevalence มากกว่า
(1.2% เทียบกับ 0.4%) และ Traumaexposition มากกว่า (29.7% เทียบกับ 17%)

เมื่อเปรียบเทียบผลจาก Impact Event Scale ระหว่างหน่วยดับเพลิง 62 หน่วย
พบว่าแต่ละหน่วยมีความรุนแรงของอาการแตกต่างกัน

ผลการศึกษาโดยรวมพบว่า

- อาสาสมัครดับเพลิงมี PTSD น้อย
- หัวหน้างานมีความเครียดมากกว่าลูกน้อง
- พนักงานอายุมากมีความเครียดมากกว่าอายุน้อย
- ไม่พบความแตกต่างระหว่างหน่วยเล็กและหน่วยใหญ่
- ปัญหาในการทำงานจะส่งผลกระทบต่อครอบครัวด้วย
- พนักงานที่เป็น Emotional Oriented จะมีปัญหามากกว่า Work Oriented
- ทีมงานดี จะมีส่วนทำให้เกิดปัญหาน้อยลง
- หัวหน้าที่ยอมให้ลูกน้องพูดเรื่องบาดแผลทางจิตใจได้ จะช่วยลดปัญหาลงได้
- พนักงานดับเพลิงมีความต้องการการให้บริการปรึกษา
- การสนับสนุนทางสังคมเป็นเรื่องสำคัญมาก

ระยะการพัฒนาหลักสูตร ได้มีการพัฒนาหลักสูตรการอบรม 2 หลักสูตร ได้แก่

หลักสูตรการอบรม Peers (ระดับหัวหน้าหน่วย หรือ KBM) เป็นเวลา 2 วันครึ่ง
ซึ่งประกอบด้วยเนื้อหาเรื่อง สาเหตุของความเครียด ตัวกระตุ้นที่ทำให้เกิดปัญหา การจัดการกับผู้ที่
มีบาดแผลทางจิตใจ และการให้ความช่วยเหลือต่าง ๆ

โดยมีวัตถุประสงค์

- เพื่อให้เกิดความตระหนักว่าทุกคนอาจมีปัญหาได้เสมอ ถือเป็นปกติ
- เพื่อให้สังเกตตนเองว่ามีปัญหาหรือไม่
- เพื่อสังเกตเพื่อนร่วมงานว่ามีปัญหาหรือไม่
- เพื่อให้ผู้ที่ปัญหาได้รับความช่วยเหลือที่ถูกต้อง เพื่อให้ปัญหาที่เกิดขึ้นลด

น้อยลง

หลักสูตรการอบรม Trainers เป็นเวลา 10 วัน

ระยะการประเมินผล วิทยากรได้ทำการประเมินผล โดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 15
หน่วยที่ไม่มีการอบรม และกลุ่มทดลอง 15 กลุ่มที่มีการอบรม และมีการประเมินก่อนและหลังการ
อบรม

ผลการประเมินพบว่า 95% เห็นว่าหลักสูตรนี้ดี

ในภาคบ่าย คณะผู้ศึกษาดูงาน ได้พบกับ Associate Professor Eric Vermetten จิตแพทย์ประจำ Department of Psychiatry, Section Impulse Psychiatric Phenotypes, Rudolf Magnus Institute of Neuroscience, Netherland เกี่ยวกับโครงการ TISEI (Tsunami International Survey on Emotional Impact ของผู้ประสบภัยสึนามิ ญาติและผู้เกี่ยวข้อง ซึ่งพอสรุปได้ดังนี้

TISEI เป็นโครงการที่จัดทำขึ้นเพื่อช่วยเหลือผู้มีปัญหาด้านจิตใจหลังเกิดภัยพิบัติสึนามิ ซึ่งมี 15 ภาษา เช่น อังกฤษ ฝรั่งเศส ไทย เดนมาร์ก เยอรมัน ฯลฯ โดยประกอบด้วยส่วนต่าง ๆ ได้แก่ การตอบคำถามและให้บริการปรึกษาทางอินเทอร์เน็ต มี Forum ให้แจ้งข่าวสารซึ่งกันและกัน รวมทั้งการให้ความรู้ และเอกสารเผยแพร่ทางอินเทอร์เน็ต ซึ่งจะมีการรักษาความลับของผู้ที่ติดต่อเข้ามาด้วย

นอกจากนี้ ได้มีการเก็บข้อมูลเรื่องของอาการ ผลกระทบต่อการดำรงชีวิต การปรับตัวในระยะ 2, 4, 6 และ 8 เดือน และพบว่าผู้ที่ขอรับการปรึกษามีอาการซึมเศร้า กังวล นอนไม่หลับ ฯลฯ โดยไม่ลดจำนวนลงเลย ซึ่งอาจเนื่องมาจากผู้ที่ใช้บริการเป็นคนใหม่ที่เพิ่งเข้ามาใช้บริการ หรืออาการอาจไม่ดีขึ้นจริง ๆ

อนึ่ง มีผู้ใช้บริการเว็บไซต์นี้ประมาณวันละ 200 – 300 คน ในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ 2005 และปัจจุบันค่อย ๆ ลดจำนวนลง

ผู้บรรยายให้ความเห็นว่า ควรมีการจัดทำ web-site แบบนี้อีกเมื่อเกิดภัยพิบัติครั้งต่อ ๆ ไปด้วย

วันศุกร์ที่ 27 ตุลาคม 2549 ณ ภาควิชาจิตวิทยา และจิตวิทยาคลินิก มหาวิทยาลัยมิวนิค (ลูทวิกแมกซิมิลันส์ – Ludwig-Maximillans University)

คณะผู้ศึกษาดูงานได้พบกับ Prof. Rita Rosner ซึ่งได้บรรยายสรุปเกี่ยวกับหลักสูตรของ German Speaking Society for Traumatic Stress เรื่อง Special Psychotraumatheapy สำหรับ Psychotraumatheapist ซึ่งอาจจะเป็นนักจิตวิทยาที่ได้รับการอบรมเรื่องจิตบำบัดและได้รับใบประกอบโรคศิลปะมาแล้ว หรือจิตแพทย์ที่ได้รับการอบรมจิตบำบัดมาแล้วเช่นกัน ซึ่งหลักสูตรนี้มีระยะเวลา 140 ชั่วโมง ประกอบด้วยเนื้อหา ดังนี้

- | | |
|----------------------------------------------------------------------------------|------------|
| 1. Theoretical basics | 20 ชั่วโมง |
| 2. Techniques for stabilization and regulation of affect | 20 ชั่วโมง |
| 3. Traumaconfrontation (mostly non-complex PTSD) | 30 ชั่วโมง |
| 4. Overview of the treatment of sequelae of acute trauma and crisis intervention | 10 ชั่วโมง |
| 5. Treatment of complex PTSD/treatment of DESNOS | 30 ชั่วโมง |

6. Selfexperience and psychohygiene 10 ชั่วโมง

7. Supervision 20 ชั่วโมง

หลักสูตรนี้จะมีการปรับปรุงทุก 5 ปี ตามหลักฐานการวิจัยใหม่ ๆ ที่เกิดขึ้น
ซึ่งขั้นตอนการวิจัย ได้แก่

- การพัฒนาคู่มือ
- การทำ Case Study
- การประเมินผลก่อนและหลังการให้ Intervention
- การปรับเปลี่ยนแก้ไขข้อมูล
- การทำวิจัยแบบ Randomized Control Trial

นอกจากนี้ ยังมีหลักสูตรย่อย ๆ อีก เช่น หลักสูตรการอบรมระยะสั้นสำหรับ
พนักงานดับเพลิง อาสาสมัคร หน่วยกู้ภัย และกลุ่ม Paramedics อื่น เป็นต้น

หลังจากนั้น คณะผู้ศึกษาดูงาน ได้พบกับ Dr. Tine Adler, MAS จาก innot ซึ่งเป็นบริษัทเอกชนที่บริหารจัดการฝึกอบรมบุคลากรด้านจิตวิทยา และให้บริการปรึกษาเกี่ยวกับเรื่อง
Psychotraumatology ซึ่งวิทยากรได้บรรยายเกี่ยวกับการทำงานในโครงการที่เมือง Beslan เป็น
เขตปกครองอิสระของรัสเซีย

จากการที่เกิดกรณีผู้ก่อการร้าย 30 คน บุกจับนักเรียนชั้นประถมและผู้ปกครอง
1,500 คน เป็นตัวประกัน เมื่อวันที่ 1 กันยายน 2004 และทำให้มีผู้เสียชีวิตตามรายงานของรัฐ
จำนวน 339 คน (แต่ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นจริงประมาณ 600 คน) ทำให้มีบาดแผลทางจิตใจจำนวนมาก

ทางรัฐบาลรัสเซียจัดส่งนักจิตวิทยาเข้าไปให้บริการปรึกษา แต่ปรากฏว่าชน
พื้นเมืองไม่นิยมไปรับบริการปรึกษา จึงจำเป็นต้องขอความช่วยเหลือจากหน่วยงานนี้ให้เข้าไป
พัฒนาหลักสูตรการอบรม โดยมีการศึกษาเกี่ยวกับวัฒนธรรมของชนพื้นเมืองที่นั่นก่อน เพื่อจะได้
ให้บริการอย่างถูกต้องเหมาะสมต่อไป

จากการศึกษาพบว่า ชนพื้นเมืองที่นั่นมีประวัติต้องถูกขังไว้ให้ต้องอพยพย้ายถิ่นอยู่
ตลอดเวลา และมีเหตุก่อการร้ายเป็นระยะ ๆ เช่น การระเบิดกลางตลาด ทำให้มีผู้เสียชีวิต 10 คน
และมีคนถูกฆ่าตายเป็นระยะ ๆ ต่อเนื่องมาโดยตลอด

สังคมที่นี่เป็นสังคมแบบ Polychrome คือสามารถทำอะไรได้หลายอย่างในเวลา
เดียวกัน และมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกันมาก รู้จักกันเป็นอย่างดี ซึ่งต่างจากสังคมเยอรมันที่เป็น
ลักษณะ Monochrome ที่เป็นลักษณะทำอะไรอย่างเดียวในเวลาเดียว และมีความเป็นเอกบุคลิกสูง

และพบว่าชนพื้นเมืองที่นั่นให้ความสำคัญกับการศึกษา และผู้หญิงเป็นผู้มีการศึกษา
และมีตำแหน่งหน้าที่การงานในระดับสูง จึงได้เลือกจัดอบรมกลุ่มเหล่านี้ เพื่อให้เป็นผู้ให้บริการ
โดยมีขั้นตอนการอบรม ดังนี้

- จัดทำ Workshop เพื่อคัดเลือกผู้ให้บริการปรึกษา โดยเปิดรับสมัครจากหน่วยราชการ โบสถ์ ครู นักสังคมสงเคราะห์ เป็นต้น
- ให้ตอบแบบสอบถาม IES (Impact Events Scale)
- สัมภาษณ์ว่ามี Trauma หรือไม่ เหมาะสมจะเป็น Counsellors หรือไม่
- ทำ Workshop อีกครั้งหนึ่ง เพื่อคัดผู้ที่ไม่เหมาะสมออกไป

วัตถุประสงค์ของการอบรม มีดังนี้

- เพื่อให้ผู้เข้าอบรมมีความรู้เรื่องบาดแผลทางจิตใจ
- การปฏิบัติต่อผู้มีบาดแผลทางจิตใจ
- การให้บริการปรึกษา
- การตอบสนองความต้องการของเด็ก
- การตอบสนองความต้องการของครอบครัว
- การปฏิบัติต่อผู้ป่วยโรคจิต
- การให้ Psychoeducation

เนื้อหาหลักสูตรมีดังนี้

- การจัดการความเครียด
- บาดแผลทางจิตใจและผลของบาดแผลทางจิตใจ
- การป้องกันตนเอง
- เทคนิคการสนทนา
- Psychoeducation
- Trauma กับครอบครัว
- การประสานงานกับผู้เชี่ยวชาญด้านบาดแผลทางจิตใจ

หลักสูตรนี้มีกำหนดเวลา 40 วัน และผู้ที่จบหลักสูตรจะต้องมี Case study อย่างน้อย 1 case

โครงการนี้มีกำหนดเวลา 3 ปี คือ กุมภาพันธ์ ปี 2005 – กุมภาพันธ์ 2007

อนึ่ง รัฐบาลได้พยายามให้ความช่วยเหลือ โดยพาเด็ก ๆ ที่นี้ไปทัศนศึกษาต่างประเทศ เป็นเวลา 2 – 4 สัปดาห์ ซึ่งสำหรับเด็กบางคนอาจเป็นการเพิ่มความเครียดให้มากขึ้น แทนที่จะเป็นการผ่อนคลาย เพราะเด็กต้องปรับตัวมากขึ้นในต่างประเทศ และอาจทำให้เด็กมีปัญหา เช่น มีความก้าวร้าว มีสมาธิน้อยลง เป็นต้น ซึ่งครูมักไม่เข้าใจ จึงต้องมีการให้ความรู้แก่ครูเพื่อให้เข้าใจอาการของเด็กด้วย

หลังจากนั้น Prof.Rita Rosner ได้บรรยายเรื่อง Complicated Grief โดยเฉพาะในรายหญิงหม้าย โดยสรุปได้ดังนี้

การช่วยเหลือหญิงหม้ายที่สามีตาย หรือสูญหายจากภัยพิบัติ มี 2 กรณี คือ

กรณีที่ยุติงหม้าย ไม่มีปัญหา Complicated Grief ให้ทำ Self Help Group

กรณีที่ยุติงหม้ายมีอาการของ Complicated Grief โดยมีขั้นตอน ดังนี้

- ทำให้หญิงหม้ายยอมรับว่าสามีได้ตายจากไปแล้วจริง ๆ ถ้าไม่ยอมรับ ต้องหาสาเหตุว่าเป็นเพราะอะไร เช่น กลัวเสียผลประโยชน์บางอย่าง ก็ต้องแก้ไขในเรื่องของผลประโยชน์ เป็นต้น
- ช่วยให้ออมรับความเจ็บปวดทางจิตใจ
- ช่วยให้ออมรับความเปลี่ยนแปลงในชีวิต
- ช่วยให้สามารถทำหน้าที่แทนสามีได้ เช่น หารายได้ ดูแลทรัพย์สิน ดูแลบ้าน เป็นต้น
- ไม่ต้องตัดขาดจากผู้ตาย ยังสามารถผสมผสานกันได้
- ให้จัดสถานที่เล็ก ๆ ในบ้านไว้เป็นที่ระลึกถึงผู้ตาย แทนที่จะเก็บทุกอย่างของผู้ตายไว้ที่บ้าน

ผู้บรรยายได้ยกตัวอย่างการจัดการกับ Case ดังนี้

- มีการตกลงกันว่า ให้เศร้าได้ แต่อย่าเศร้าตลอดเวลา
- ดูแลแรงจูงใจที่ไม่ยอมรับว่าคุณสมรสตาย และแก้ที่แรงจูงใจนั้น
- ลองคิดดูว่าถ้าเลิกเศร้าแล้วจะเกิดอะไรตามมาบ้าง
- ฝึกปฏิบัติ โดยการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นให้มากขึ้น แทนที่จะอยู่คนเดียว และหมกมุ่นกับการคิดถึงผู้ตาย
- เริ่มฝึกปฏิบัติเรื่องเล็ก ๆ ก่อน เช่น ให้เก็บสิ่งของของผู้ตายไปทิ้ง โดยเริ่มจากของเล็ก ๆ ก่อน เช่น ถุงเท้า และอาจให้มีเพื่อนสนิทคอยอยู่ดูแลอย่างใกล้ชิดด้วย
- การใช้เทคนิค Empty Chair โดยให้ผู้ป่วยสนทนากับผู้ตาย
- ให้ผู้ป่วยกลับไปดำเนินชีวิตตามปกติ เช่น กลับไปทำงาน ทำงานศิลปะ เป็นต้น
- ให้นำปัญหาสาธารณประโยชน์ เช่น ช่วยสอนหนังสือเด็ก ถ้าผู้ป่วยสูญเสียลูก หรือให้ทำบุญเพื่อคนตาย
- มีการเตรียมการสำหรับวันครบรอบปีของการตาย เช่น ถามว่าผู้ป่วยจะทำอะไร จะร้องไห้นานแค่ไหน จะหยุดร้องไห้ได้อย่างไร เป็นต้น

วันจันทร์ที่ 30 ตุลาคม 2549 ณ WKA-Klinik สถานพยาบาลเฉพาะในการบำบัดพ่อ/แม่/ลูกที่มีปัญหาสุขภาพจิต รวมถึงผู้มีบาดแผลทางจิตใจ และ PTSD เมือง Diez

คณะผู้ศึกษาดูงานได้พบกับวิทยากร 5 คน คือ

1. Frau Monika Kessner นักครุศาสตร์สังคม ผู้เชี่ยวชาญด้านครอบครัวบำบัด
 2. PD Dr. Med. S. Hartmann ผู้บริหารและนักวิชาการของ WKA-Klinik
 3. Mr. Hannappel นักจิตบำบัดที่เชี่ยวชาญเรื่องเด็ก
 4. Mr. Kopper นักจิตวิทยาผู้เชี่ยวชาญด้านการบำบัดด้วยวิธี EMDR
 5. Mr. Danser นักกายภาพบำบัดที่เชี่ยวชาญด้าน Myoreflextherapy
- ทั้งนี้ โดยมีเนื้อหาวิชาการพอสรุปได้ดังนี้

Frau Monika Kessner นักครุศาสตร์สังคม ผู้เชี่ยวชาญด้านครอบครัวบำบัด ได้กล่าวถึงประวัติของสถานพยาบาลแห่งนี้ว่า เปิดดำเนินการเมื่อ ค.ศ. 1989 ซึ่งมี 2 แผนกคือแผนก Tramatology และแผนกครอบครัว ซึ่งประกอบด้วยพ่อแม่ลูก โดยคิดค่ารักษาจากประกันสุขภาพ 3 แบบ คือ กองทุนบำเหน็จบำนาญ บริษัทประกันสุขภาพ กองทุนสหกรณ์อาชีพ และกองทุนอื่น ๆ ซึ่งจะจ่ายให้ผู้ปกครองเพียงหนึ่งคน ส่วนใหญ่จะเป็นมารดา โดยสถานพยาบาลนี้เป็นหน่วยงานมหาชน

จากนั้น ได้นำชมสถานพยาบาล ซึ่งประกอบด้วยห้องต่าง ๆ ได้แก่ ห้องประชุม ห้องสมุด ห้องกิจกรรมศิลปะสร้างสรรค์ ห้องออกกำลังกาย ห้องฝึกการผ่อนคลายความเครียดแบบต่าง ๆ ห้องสอนทำอาหารที่ถูกหลักโภชนาการสำหรับทั้งผู้ปกครองและเด็ก ห้องกายภาพบำบัดที่ประกอบด้วย ห้องแช่น้ำอุ่น ห้องนวดและอบแสงแดด ห้องสำหรับเด็กที่ป่วยเป็นโรคหอบหืด ห้องพยาบาลและห้องสอบประวัติ ห้องตรวจ มีสระว่ายน้ำ และห้องเสริมสวยสำหรับผู้ปกครองและเด็ก ห้องอาหารสำหรับครอบครัว และห้องอาหารสำหรับผู้ใหญ่โดยเฉพาะ นอกจากนี้ ยังมีห้องเรียนสำหรับเด็กที่ติดตามผู้ปกครองมาบำบัดรักษาด้วย เพื่อไม่ให้ขาดเรียน

ต่อจากนั้น **PD Dr. Med. S. Hartmann** ผู้บริหารและนักวิชาการของ **WKA-Klinik** ได้บรรยายเรื่อง Treatment concept of the WKA-Klinik, Diez โดยมีรายละเอียดพอสรุปได้ ดังนี้

ผู้บรรยาย ได้บรรยายประกอบ ppt. slides ในหัวเรื่อง ดังนี้

- Differential Diagnosis Trauma ของ Trauma ที่พัฒนาไปเป็น Acute Stress Disorder, PTSD, PTSD & Comorbidity, Adjustment Disorder และ Neurosis
- Decision Tree ในการให้การบำบัดรักษาผู้ป่วยที่มีอาการต่าง ๆ
- อาการของ PTSD ซึ่งได้แก่ Intrusive, Avoidance และ Hyperarousal
- Information Processing (LeDoux, 2001) เกี่ยวกับการทำงานของสมองในสถานการณ์ปกติ และในกรณี Trauma

- Dynamic of non-pathological processing และกรณีในผู้ป่วย Trauma
- 3 Phases of Treatment ได้แก่ Stabilization, Exposition และ Reintegration
- Stabilization ประกอบด้วย Therapeutic, Relationship, Information และ Techniques
- Medication (Friedman et.al, 1998) ซึ่งประกอบด้วยการบำบัดด้วยยาชนิดต่าง ๆ
- Trauma Exposition and Working through CBT
- Eye-movement Desensitization and Reprocessing EMDR (Shapiro 1995) ซึ่งได้แก่ Desensitization, Reprocessing และ Eye Movement
- Reintegration ซึ่งเป็นการทำให้ผู้ป่วยยอมรับว่า Trauma เป็นประสบการณ์หนึ่งของชีวิต ที่ผ่านไปแล้ว และผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตได้เป็นปกติต่อไป
- Counter-transference ซึ่งแบ่งเป็น Affect, Avoidance และ Over-identification

Mr. Hannappel นักจิตบำบัดที่เชี่ยวชาญเรื่องเด็ก ได้กล่าวถึงประสบการณ์ในการบำบัดผู้ป่วยเด็กไว้ ดังนี้

- สิ่งสำคัญที่สุดคือต้องให้เด็กมีความรู้สึกมั่นคง ปลอดภัย
- การสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้บำบัดและเด็ก จะต้องคำนึงถึงความแตกต่างของเด็กแต่ละคน
- ในครั้งแรก ๆ ของการบำบัด ควรเข้าหาเด็กตามธรรมชาติของเด็กแต่ละคน เช่น ปล่อยให้เด็กเล่น หรือทำในสิ่งที่ต้องการ โดยไม่ขัดขวาง ซึ่งจะช่วยลดความกลัวในเด็กลงด้วย

วิธีการประเมินและบำบัดเด็ก ได้แก่

- IQ Test โดยใช้ CFT1, CFT 20
- Play Therapy เช่น การจัดฉากตัวละคร (Scenerio)
- Projective Techniques ได้แก่ การวาดภาพคน การเล่าเรื่องจากภาพ (เรื่องหมูชาดำ ซึ่งคล้ายคลึงกับแบบทดสอบ CAT –Children Apperception Test), การเติมประโยคให้สมบูรณ์ (Sentence Completion Test)

ทั้งนี้ วิธีการบำบัดดังกล่าวจะช่วยให้เด็กสามารถสื่อสารถึงประสบการณ์ที่ทำให้เกิดบาดแผลทางจิตใจด้วยภาษาของตนเอง และการสื่อสารหรือการเล่นซ้ำ ๆ จะทำให้เด็กมีพัฒนาการ และสามารถคลี่คลายปัญหาได้ในที่สุด

Mr.Kopper นักจิตวิทยาผู้เชี่ยวชาญด้านการบำบัดด้วยวิธี EMDR ได้บรรยายถึงเทคนิค EMDR โดยสรุปได้ดังนี้

ผู้บรรยายได้เปรียบเทียบว่าสมองส่วน Hippocampus ว่าทำหน้าที่เกี่ยวกับ Cold Information และ Amygdala ทำหน้าที่เกี่ยวกับ Hot Information ซึ่งเมื่อเกิดเหตุการณ์ร้ายแรง สมองจะเกิดการแยกส่วน บุคคลจะไม่สามารถสู้ หรือหนี (Fight or Flight) ได้ แต่จะเกิดการชะงักหยุดนิ่ง (Freeze) ในการบำบัดจึงต้องเชื่อมต่อสมองทั้งสองส่วน โดยการใช้เทคนิค EMDR

หลังจากนั้น ผู้บำบัดได้สาธิตการบำบัดแบบ EMDR โดยมีขั้นตอนดังนี้

- ผู้บำบัดสำรวจถึงเหตุการณ์ที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดบาดแผลทางจิตใจ และให้ผู้ป่วยมุ่งความรู้สึกไปที่ภายในร่างกาย ว่าอวัยวะส่วนใดรู้สึกอย่างไร เช่น หัวใจเต้นแรง มือสั่น ขาสั่น ก้าวขาไม่ออก เป็นต้น

- ผู้บำบัดให้ผู้ป่วยบอกคะแนนความรู้สึกกลัว ตาม SUD ซึ่งอยู่ระหว่าง 0 – 10 ซึ่งผู้ป่วยให้คะแนน 8

- ผู้บำบัดให้ผู้ป่วยตั้งสมาธิไปที่ร่างกายส่วนนั้น ขณะสายตาตามองตามมือของผู้บำบัด ซึ่งผู้บำบัดจะโบกมือไปมาประมาณ 20 – 30 ครั้ง ซึ่งการทำให้เกิด Eye movement จะทำให้เกิดความเชื่อมโยงระหว่าง Hot and Cold Information

- ผู้บำบัดถามความรู้สึกที่เกิดขึ้นในขณะนี้ และขอให้ผู้ป่วยคิดถึงตัวช่วยที่จะทำให้อารมณ์ดีขึ้น เช่น ช้าง หรือ พระอาทิตย์ ตามความเชื่อในวัฒนธรรมของผู้ป่วย ซึ่งครั้งนี้ผู้ป่วยเลือกช้าง

- ผู้บำบัดให้ผู้ป่วยคิดถึงช้าง ขณะสายตาตามองตามมือของผู้บำบัด ที่โบกไปมา อีก 20 – 30 ครั้ง

- ผู้บำบัดให้ผู้ป่วยให้คะแนน SUD อีกครั้งหนึ่ง ผู้ป่วยบอกว่า 2
ข้อสังเกต ผู้บำบัดต้องเริ่มจาก Negative situation ก่อน และจบด้วย Positive situation

ทั้งนี้ การบำบัดแต่ละครั้ง มีระยะเวลาประมาณ 50 – 90 นาที ใช้เวลาประมาณ 2 – 6 คาบ ตามความรุนแรงของอาการผู้ป่วย

Mr.Danser นักกายภาพบำบัดที่เชี่ยวชาญด้าน **Myoreflextherapy** ได้บรรยายและสาธิตเรื่อง Myoreflextherapy ในผู้ป่วยที่มีบาดแผลทางจิตใจ โดยสรุปได้ดังนี้

ผู้ป่วย PTSD มักจะมีปัญหาการหดเกร็งตัวของกล้ามเนื้อ เช่น บริเวณกระดูกสันหลัง ซึ่งอาจหมอนรองกระดูกอักเสบ ปวดบริเวณไหล่ เป็นต้น ซึ่งถ้าได้ผ่อนคลายกล้ามเนื้อก็จะช่วยให้เปิดรับเหตุการณ์ภายนอกได้ดีขึ้น

การผ่อนคลายกล้ามเนื้อทีละส่วน โดยการกดจุดที่เชื่อมต่อบริเวณเอ็นและกล้ามเนื้อ จะทำให้เกิดความรู้สึกเจ็บ และส่งสัญญาณให้สมองรับรู้ว่าจะต้องผ่อนคลาย

จากนั้น ผู้บรรยายได้สาธิตการนวดแบบกดจุด และฝึกปฏิบัติการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบคู่ และแบบทำด้วยตนเอง เช่น ทำสุริยชนมัสการของโยคะ เป็นต้น

Mr.Kopper นักจิตวิทยาผู้เชี่ยวชาญด้านการบำบัดด้วยวิธี **EMDR** ได้ให้ข้อสังเกตว่า กล้ามเนื้อของชาวเอเชียมีความหยุ่นตัวมากกว่าชาวยุโรป จึงอาจเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ประสบภัยพิบัติสึนามิ ป่วยเป็น PTSD น้อยกว่าชาวยุโรปด้วย

วันอังคารที่ 31 ตุลาคม 2549 ณ ห้องสัมมนา สถาบัน GSI (Gustav-Stresemann Institute) กรุงเทพมหานคร

ภาคเช้า คณะผู้ศึกษาดูงาน ได้พบกับ Dr. Wolfgang Woeller ผู้เชี่ยวชาญด้าน Personality Disorder และเป็นอาจารย์ของมหาวิทยาลัยค็ิสเซลดอร์ฟ ซึ่งผู้บรรยายได้ให้ความรู้เกี่ยวกับ Trauma and Personality Disorders ในเรื่องต่าง ๆ ได้แก่

- ความหมายของ Personality Disorders
- ปัจจัยที่ทำให้เกิด Personality Disorders
- Subtypes of Personality Disorders
- Subtypes of Personality Disorders and Childhood Trauma
- Borderline Personality Disorders (ซึ่งเป็น Subtype หนึ่งของ Personality Disorders)

ผู้บรรยาย ได้ยกตัวอย่างผู้ป่วยหญิงอายุ 25 ปี ซึ่งมีอาการสำคัญ คือ rapid mood changes, bodily complaint, flashbacks และ self injury ทำให้มีปัญหาในการทำงาน และมีปัญหากับคู่ครอง ผู้ป่วยมีประวัติเคยพยายามฆ่าตัวตาย และเคยถูกพ่อเลี้ยงล่วงละเมิดทางเพศ

ผู้บรรยายได้วินิจฉัยว่าผู้ป่วยเป็น Borderline Personality Disorders

ผู้บรรยายได้กล่าวถึง Treatment Plan ว่ามี 6 ขั้นตอน ได้แก่

1. Safety โดยให้ผู้บำบัดตรวจสอบพฤติกรรมการทำร้ายตนเอง และการคิดฆ่าตัวตายของผู้ป่วย

2. Therapeutic relationship ซึ่งเป็นเรื่องสำคัญ เพราะผู้ป่วยกลุ่มนี้มักจะมีปัญหาด้านความคิดที่แยกจากกันเป็นสองส่วนอย่างเด่นชัด ระหว่างความดีกับความเลว หรือคนดีกับคนไม่ดี และมีพฤติกรรมก้าวร้าวกับผู้บำบัด

3. Education

4. Clear framework for the therapy

5. Stabilization โดยการสอนเทคนิคต่าง ๆ เช่น Inner safe place, Container, Identify triggers และ Meditation

6. Work with emotion

ภาคบ่าย คณะผู้ศึกษาดูงานได้พบกับ **Dr. Helga Matthess** ซึ่งผู้บรรยายได้ทบทวนเรื่อง Stabilization เพื่อสร้างแหล่งสนับสนุนภายในให้แก่ผู้ป่วย โดยการระลึกถึงความทรงจำที่ดีในอดีต และจัดการกับความทรงจำที่ไม่ดี ซึ่งมีเทคนิคต่าง ๆ ได้แก่

- Container
- Screen Technique

- Inner Observer
- Body Therapy

ทั้งนี้ แต่ละวิธี พอสรุปได้ดังนี้ คือ

- Container โดยผู้บำบัดขอให้ผู้ป่วยคิดถึงกล่อง ภาชนะ ตู้ไม้ หรืออะไรก็ได้ที่สามารถใช้เก็บของได้อย่างมั่นคงแข็งแรง จะเป็นของจริง หรือในจินตนาการก็ได้ จากนั้น ให้ผู้ป่วยคิดถึงความทรงจำ ประสบการณ์ สถานการณ์ที่ไม่พึงปรารถนา และไม่อยากจดจำ นำมาย่อบันทึกเป็นเทป หรือเป็นอะไรก็ได้ที่มีขนาดเล็ก แล้วนำมาบรรจุในภาชนะนี้ ล็อคด้วยกุญแจ หรืออะไรก็ได้ที่จะมั่นคงแข็งแรง แล้วเก็บกุญแจไว้ นำภาชนะนี้ไปไว้ในที่ปลอดภัย ซึ่งอาจจะนำมาเปิดดูได้เมื่อต้องการ

- Screen Technique โดยผู้บำบัดขอให้ผู้ป่วยมองฉาก หรือกำแพง แล้วคิดถึงสถานการณ์ที่มีความสุข หรือสถานการณ์ที่เป็นกลาง สร้างภาพขึ้นบนจอ โดยเป็นภาพสีที่มีรายละเอียดชัดเจน เมื่อสร้างได้แล้ว ผู้บำบัดขอให้ผู้ป่วยทำภาพนั้นให้เป็นสีขาวดำ เมื่อทำได้แล้ว ก็ให้ทำภาพนั้นให้พรางมัว จากนั้นก็ให้ย่อภาพจนเหลือขนาดเล็กที่สุด แล้วให้ลบภาพนั้นให้หมดไป อาจจะโดยการถอดปลั๊ก ทาสีดำทับ รูดม่านปิด หรือวิธีอื่นใดก็ได้ที่ทำให้ภาพนั้นหายไป

- Inner Observer โดยผู้บำบัดขอให้ผู้ป่วยพิจารณาภายในร่างกายของตนเอง โดยฟังที่ลมหายใจเข้าออก ว่ามีลักษณะอย่างไร ร่างกายแต่ละส่วนรู้สึกอย่างไร จากนั้น ให้ถอดตัวเองออกมาอยู่นอกร่างกาย และฟังมองตัวเองจากภายนอก ฟังดูการหายใจ ดูความรู้สึกของร่างกายแต่ละส่วน จากนั้น ก็ให้ถอดออกมาเป็นผู้สังเกต ผู้สังเกตการณ์อีกทีหนึ่ง ไปเรื่อย ๆ

- Body Therapy โดยผู้บำบัดขอให้ผู้ป่วยคิดถึงส่วนของร่างกายที่ตนเองชอบ และส่วนที่เป็นปัญหามากที่สุด แล้วให้คะแนน SUD จาก 0 - 10 เช่น ผู้ป่วยชอบปากของตัวเอง และมีปัญหาปวดหลัง โดยให้คะแนน SUD เป็น 6 เป็นต้น จากนั้นผู้บำบัดจะเน้นการสนทนาให้ผู้ป่วยเล่ารายละเอียดถึงปาก ซึ่งตัวเองมีความพอใจ เช่น ส่วนใดของปากที่พอใจ อะไรทำให้พอใจ มีเหตุการณ์อะไรที่ประทับใจเกี่ยวกับปาก เป็นต้น แล้วย้อนกลับมาถามอาการทางกายที่เป็นอยู่เล็กน้อย จากนั้น ผู้บำบัดกลับไปถามเรื่องปากอีก ในรายละเอียดปลีกย่อย เช่น การเปรียบเทียบความรู้สึกกับลิ เป็นต้น แล้วย้อนกลับมาถามเรื่องหลังอีกเล็กน้อย ทำซ้ำกลับไปกลับมา เมื่อเห็นว่าผู้ป่วยรู้สึกดีขึ้น เช่น ยิ้มได้ ก็ให้ถามคะแนนปวดหลังอีกครั้ง ผู้ป่วยให้คะแนน 2

วันพุธที่ 1 พฤศจิกายน 2549 ณ ห้องสัมมนา สถาบัน GSI (Gustav-Stresemann Institute) กรุงเทพมหานคร

คณะผู้ศึกษาดูงานได้พบกับ Arne Hofmann จาก EMDR Institute Germany, Bergisch Gladbach ซึ่งได้บรรยายเกี่ยวกับเรื่อง EMDR in the Treatment of Psychological Trauma ซึ่งสรุปได้ดังนี้

EMDR เป็นการบำบัดเพื่อรักษาผู้ป่วยที่มีบาดแผลทางจิตใจ โดยมีเทคนิคการบำบัดเป็นชุด เพื่อกระตุ้นสมองสองส่วนให้ทำงานประสานกัน

จากนั้น ได้กล่าวถึง PTSD ว่า ในสมัยก่อนใช้การบำบัดด้วย Psychoanalysis ไม่ได้ผล ต่อมาจึงได้มีการพัฒนาวิธีการ EMDR ขึ้น โดย Francine Shapiro Ph.D. ในปี 1987 ซึ่งพบวิธีนี้โดยบังเอิญ และทดลองกับเพื่อนประมาณ 70 คน ให้กรอกตาเมื่อต้องการลบความจำที่ไม่ดี แต่เพื่อนทำตามไม่ได้ เธอจึงใช้วิธีการโบกมือให้เพื่อนมองตาม และให้เพื่อนมุ่งสมาธิไปที่เหตุการณ์ที่ทำให้เกิดบาดแผลทางจิตใจด้วย ซึ่งวิธีนี้จะไปกระตุ้น Self Healing Process ให้ทำงานได้ดีขึ้น

ในปี ค.ศ.1991 – 1997 ได้มีการตีพิมพ์ผลงาน Controlled Studies ซึ่งแสดงว่า EMDR ได้ผลดี

ปี 1995 ได้มีการก่อตั้งองค์กรนานาชาติชื่อ EMDRIA ขึ้น

ปี 1997 – 1999 EMDR ก็เป็นที่ยอมรับในองค์กรนานาชาติ เช่น APA, ISTSS, AWMF, NICE etc.

ตั้งแต่ปี 2000 เป็นต้นมา ได้มีการวิจัยเรื่อง EMDR ในกลุ่มต่าง ๆ เช่น เด็ก กลุ่มผู้ป่วยที่สูญเสียอวัยวะและมีความปวดหลอน และกลุ่มผู้ติดสารเสพติด

นอกจากนี้ ผู้บรรยายได้กล่าวถึงการวิจัยเปรียบเทียบประสิทธิผลของการบำบัดแบบ CBT กับ EMDR ในปี 2002 โดยมีกลุ่มตัวอย่าง 105 ราย แบ่งเป็นการบำบัดแบบ CBT, EMDR และกลุ่ม Waiting list กลุ่มละประมาณ 30 คน และมีการติดตามผลการบำบัดนาน 15 เดือน พบว่า การบำบัดแบบ EMDR ใช้เวลาน้อยกว่า CBT คือ EMDR ใช้เวลาในการรักษา 4.2 คาบ (คาบละประมาณ 90 นาที) ส่วน CBT ใช้เวลาประมาณ 6.4 คาบ และในการบำบัด Depression นั้น EMDR ก็ได้ผลดีกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และหลังการบำบัด 6 เดือน ผู้ป่วยที่บำบัดด้วย EMDR กลับมาพบแพทย์น้อยกว่าด้วย

ผู้บรรยายได้กล่าวถึงการวิจัยเปรียบเทียบ EMDR กับ CBT ในการบำบัด Complicated Grief ในกลุ่มตัวอย่าง 50 ราย ที่มีอาการ PTSD และ Complicated Grief พบว่า EMDR ทำให้อาการ Intrusion ลดลงได้เร็วกว่า CBT และช่วยลดอาการ Re-experienced symptom, Nightmare, Rumination symptom (Automatic thinking) ลง ช่วยเพิ่ม Positive Recall ได้สูงกว่า และใช้เวลาในการบำบัดน้อยกว่าด้วย

สำหรับการศึกษาผลกระทบบางทาง Biological effect โดยการวัดอัตราการเต้นของหัวใจระหว่างที่ผู้ป่วยถูกกระตุ้นและให้กรอกตาไปมา พบว่าอัตราการเต้นของหัวใจลดลง เพราะเมื่อกรอกตา สมองจะเลิกหมกมุ่นกับเรื่องเก่า และเปิดรับสิ่งใหม่ ๆ มากขึ้น ภายหลังการบำบัด 90 นาที อัตราการเต้นของหัวใจจะลดลง ผู้ป่วยรู้สึกสงบลง และตัวกระตุ้น (Stimulation) ต่าง ๆ จะกลายเป็นทรัพยากร (Resources)

ทั้งนี้ ผู้บำบัดสรุปว่า CBT จะเน้นไปที่ Cognitive problem มีการเปิดรับความทรงจำที่โหดร้าย อย่างซ้ำซากหลายครั้ง ผู้ป่วยจำเป็นต้องเล่าเรื่องราวหรือฟังเรื่องราวที่ตนเองอัดเทปไว้ซ้ำ ๆ หลาย ๆ ครั้ง ก่อให้เกิดความสะเทือนใจ ในขณะที่ EMDR มุ่งไปที่ Traumatic memory network ซึ่งเป็นปัญหาหลักโดยตรง จึงใช้เวลาน้อยกว่า และผู้ป่วยมีความสะดวกใจมากกว่า

หลังจากนั้น ผู้บำบัดได้บรรยายเรื่อง The EMDR Standard Protocol ว่าประกอบด้วยการวางแผนการบำบัด โดยมุ่งไปที่ Dysfunctional stored information และมี 3 มิติ คือ Past, Present และ Future ส่วนแผนการบำบัดจะมีทั้งสิ้น 8 Phases ซึ่งภายหลังการบำบัดแล้ว ผู้ป่วยจะรู้สึกเจ็บปวดอีกแม้จะยังมีความทรงจำที่ไม่ดีหลงเหลืออยู่

Indication for EMDR ได้แก่

- PTSD และ Complex PTSD
- Acute trauma
- Trauma in children and adolescents
- Adjustment disorders เช่น Traumabased depression, Traumabased anxieties etc.
- Dissociative disorders

Contraindication for EMDR ได้แก่

- Psychosis
- Lack of stability เช่น สภาพชีวิตในปัจจุบันยังไม่มีความปลอดภัย
- Somatic complication เช่น ตาเจ็บ หรือ โรคหัวใจร้ายแรง เป็นต้น
- Significant secondary gain issues เช่น มาพบแพทย์เพื่อจะได้เรียกร้องเงินจากบริษัทประกัน เป็นต้น
- Therapy factors เช่น ผู้บำบัดไม่มีประสบการณ์ในการบำบัดแบบนี้ หรือไม่มีประสบการณ์ในการบำบัดผู้ป่วย PTSD มาก่อน

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการจัดทำ Database ผู้เชี่ยวชาญด้านการรักษาผู้มีปัญหาทางจิตใจจากภัยพิบัติในประเทศไทย
2. ควรมีการฝึกอบรมเพื่อผลิตผู้บำบัดผู้มีปัญหาทางจิตใจจากภัยพิบัติ ที่มีความเชี่ยวชาญให้มีจำนวนมากขึ้น
3. ควรมีการฝึกอบรมเรื่อง Psychological first aid แก่บุคลากรที่เกี่ยวข้อง เช่น หน่วยกู้ภัย ตำรวจ อาสาสมัคร บุคลากรด้านการแพทย์และสาธารณสุขที่ประจำหน่วยฉุกเฉินในโรงพยาบาลทั่วไป เป็นต้น
4. ควรมีการเฝ้าระวัง และติดตามดูแลผู้ประสบภัยที่มีบาดแผลทางจิตใจ ในระยะยาว
5. ควรมีการอบรมให้ความรู้แก่ตำรวจ ในการสอบสวนผู้ถูกกระทำ เช่น ผู้หญิงที่ถูกข่มขืน เพื่อไม่ให้เกิดบาดแผลทางจิตใจระดับสอง และอบรมให้ความรู้องค์กรเอกชนที่ให้ความช่วยเหลือผู้หญิงที่ถูกกระทำ รวมทั้งการส่งต่อเพื่อการบำบัด
6. ควรผลิตบุคลากรสุขภาพจิตที่เชี่ยวชาญในเรื่องการช่วยเหลือผู้ถูกข่มขืน
7. ควรประสานงานกับสำนักงานประกันสังคม เพื่อให้ความคุ้มครองผู้ประสบภัยที่มีบาดแผลจิตใจด้วย

กำหนดการ

วันพฤหัสบดีที่	12 ตุลาคม 2549	ณ InWEnt (Internationale Weiterbildung und Entwicklung gGmbH) กรุงเทพมหานคร
วันศุกร์ที่	13 ตุลาคม 2549	ณ กระทรวงสาธารณสุขสหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนี กรุงเทพมหานคร
วันเสาร์ที่	14 ตุลาคม 2549	ณ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเอสเซนต์ เมืองเอสเซนต์
วันอาทิตย์ที่	15 ตุลาคม 2549	ณ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเอสเซนต์ เมืองเอสเซนต์
วันจันทร์ที่	16 ตุลาคม 2549	ณ สำนักงานตำรวจ เมืองเอสเซนต์
วันอังคารที่	17 ตุลาคม 2549	ณ โรงพยาบาลของมหาวิทยาลัยเอสเซนต์
วันพุธที่	18 ตุลาคม 2549	ณ สถาบันจิตวิทยา จิตบำบัด และการบำบัดบาดแผลทางจิตใจ มหาวิทยาลัยโคโลญจน์
วันพฤหัสบดีที่	19 ตุลาคม 2549	ณ โรงแรมไกเซอร์ เมืองโคโลญจน์
วันศุกร์ที่	20 ตุลาคม 2549	ณ หน่วยงานของสหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนี เพื่อการคุ้มครองประชาชนและให้ความช่วยเหลือยามเกิดภัยพิบัติ (BKK) ณ กรุงเทพมหานคร

วันจันทร์ที่	23 ตุลาคม 2549	ณ ภาควิชาจิตวิทยา และจิตวิทยาคลินิก มหาวิทยาลัยมิวนิค (ลูควิก แม็กซิมิลันส์ – Ludwig-Maximillans University)
วันอังคารที่	24 ตุลาคม 2549	ณ ภาควิชาจิตวิทยา และจิตวิทยาคลินิก มหาวิทยาลัยมิวนิค (ลูควิก แม็กซิมิลันส์ – Ludwig-Maximillans University) และ Munich Fire Department
วันพุธที่	25 ตุลาคม 2549	ณ ภาควิชาจิตวิทยา และจิตวิทยาคลินิก มหาวิทยาลัยมิวนิค (ลูควิก แม็กซิมิลันส์ – Ludwig-Maximillans University)
วันพฤหัสบดีที่	26 ตุลาคม 2549	ณ ภาควิชาจิตวิทยา และจิตวิทยาคลินิก มหาวิทยาลัยมิวนิค (ลูควิก แม็กซิมิลันส์ – Ludwig-Maximillans University)
วันศุกร์ที่	27 ตุลาคม 2549	ณ ภาควิชาจิตวิทยา และจิตวิทยาคลินิก มหาวิทยาลัยมิวนิค (ลูควิก แม็กซิมิลันส์ – Ludwig-Maximillans University)
วันจันทร์ที่	30 ตุลาคม 2549	ณ WKA-Klinik สถานพยาบาลเฉพาะในการบำบัดพ่อแม่/ลูกที่มีปัญหาสุขภาพจิต รวมถึงผู้มีบาดแผลทางจิตใจ และ PTSD เมือง Diez
วันอังคารที่	31 ตุลาคม 2549	ณ ห้องสัมมนา สถาบัน GSI (Gustav-Stresemann Institute) กรุงบอนน์