

การบำบัดผู้ป่วยโรคซึมเศร้า  
โดยเทคนิคการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม  
(Cognitive Behavior Therapy:CBT)

โดย

อ.นพ.ณัฏฐร พิทยรัตน์เสถียรและคณะ

## สารบัญ

	หน้า
<b>บทที่ 1</b>	
ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับ Cognitive Behavioral Therapy (CBT)	1
<b>บทที่ 2</b>	
เทคนิคพื้นฐานสำหรับ CBT	10
<b>บทที่ 3</b>	
ขั้นตอนของการให้การบำบัดด้วย CBT สำหรับผู้ป่วยซึมเศร้า	20
<b>บทที่ 4</b>	
คำอธิบายรายละเอียดองค์ประกอบต่าง ๆ ของการทำ CBT ในโรคซึมเศร้า	26
1. Case Formulation	27
2. การกำหนดหัวข้อพูดคุย (Agenda Setting)	29
3. การตั้งเป้าหมายของการบำบัด (Goal Setting)	32
4. การจัดตารางกิจกรรม (Activity Scheduling)	35
5. การบ้าน (Homework)	37
6. การทดสอบความคิดอัตโนมัติ (Testing Automatic Thought)	38
7. การดัดแปลงความเชื่อ (Modifying Beliefs)	43
8. การสิ้นสุดการบำบัด (Ending Therapy)	45
<b>เอกสารอ้างอิง</b>	47
คณะทำงาน	48

## บทที่ 1

ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับ Cognitive Behavioral Therapy (CBT)

## ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับ Cognitive Behavioral Therapy (CBT)

Cognitive behavioral therapy มีประวัติศาสตร์ความเป็นมายาวนานตั้งแต่ยุคตั้งต้นที่มุ่งเน้นที่การปรับพฤติกรรมเป็นหลัก แต่ผู้ที่ถือว่าเป็นบิดาของ CBT ในรูปแบบซึ่งเป็นที่ยอมรับและนิยมใช้มากที่สุดในปัจจุบัน (cognitive therapy) คือ Aaron T. Beck ซึ่งอยู่ที่ Philadelphia คุณสมบัติที่สำคัญของ Beck คือการนำส่วนความคิด (cognitive) เข้ามาเป็นส่วนหนึ่งในการทำ CBT ซึ่งแตกต่างจาก behavior therapy ในสมัยก่อนซึ่งจะกล่าวถึง behavior เพียงอย่างเดียวโดยละเลยความคิดที่อยู่เป็นพื้นฐาน แม้จุดตั้งต้นของ CBT จะไม่ได้มีความเกี่ยวข้องกับศาสนา แต่พัฒนาการของ CBT จนทุกวันนี้จากการที่ Beck สนใจในพุทธศาสนาและได้พบกับดาไลลามะ ท่านจึงได้เขียนบทความเกี่ยวกับพุทธศาสนาและ Cognitive therapy ซึ่ง CBT ถือได้ว่าเป็นแนวคิดที่ใกล้เคียงกับพุทธศาสนามากในส่วนของการรับรู้ตน มีสติ การจัดการกับตัวตน ความคิดของเรา ในยุคแรกของการนำ cognitive therapy มาใช้กับผู้ป่วย จะใช้กับโรคซึมเศร้า (Depression) คุณลักษณะที่สำคัญของ CBT คือมีลักษณะเป็น structure ซึ่งต่างจาก Psychoanalysis เพราะ CBT จะใช้เวลาสั้นกว่าและเน้นที่ปัจจุบัน ไม่ได้ค้นกลับไปยังปมที่มีมาตั้งแต่อดีต

### Cognition (ตามความหมายใน cognitive therapy) คืออะไร ?

Cognition เข้าใจได้ง่าย ๆ ว่าเป็น “ความคิด” หรือ “กระบวนการคิด” ตัวอย่างเช่น thoughts, ideas, attitudes, beliefs, assumptions, expectations, images, dreams... ทั้งนี้ cognition อาจไม่ได้หมายความถึงแค่ความคิดหรือคำพูดแต่อาจมีลักษณะเป็นภาพก็ได้ เช่น ช่วงเวลาใกล้เที่ยงบางคนอาจมีความคิดว่า “หิวจังเลย” แต่บางคนก็อาจนึกเห็นภาพอาหารแทนที่จะเป็นความคิดก็เป็นได้

ในเอกสารชิ้นนี้จะพบมีการใช้คำว่า Cognitive behavioral therapy, CBT, และ Cognitive therapy สลับไปมาโดยมีความหมายเหมือนกัน

### ตัวแบบ (Models) ต่าง ๆ ของการบำบัดด้วย CBT

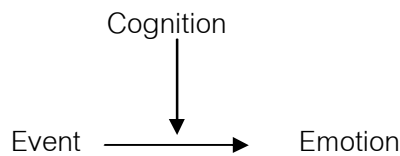
#### 1. The “naïve” model

Event → Emotion

The “naïve” model เป็นแนวคิดดั้งเดิมที่เชื่อตามสามัญสำนึกของมนุษย์โดยทั่วไปว่า เหตุการณ์ (event) บางอย่างจะทำให้เกิดอารมณ์ (emotion) บางประการขึ้น เช่น การถูกล้อตเตอรี่ย่อมต้องทำให้คนดีใจ ก็คือตัวเหตุการณ์เองที่ทำให้เราเกิดความรู้สึก อย่างไรก็ตามความเป็นจริงในชีวิตเราอาจไม่ตรงไปตรงมาเช่นนั้น เพราะเหตุการณ์เดียวกันอาจทำให้คนรู้สึกแตกต่างกันก็ได้ คนถูกล้อตเตอรี่อาจกังวลแทนที่จะดีใจก็ได้ เช่นกังวลว่าจะจัดการกับญาติและคนรู้จัก (และไม่รู้จัก) จำนวนมากที่มาขอเงินอย่างไรดี หรืออาจกลัว เช่นกลัวล้อตเตอรี่หาย กลัวโดนโจรที่รู้ข่าวมาปล้น เป็นต้น อีกตัวอย่างที่ Aaron Beck ใช้สอนเป็นประจำก็

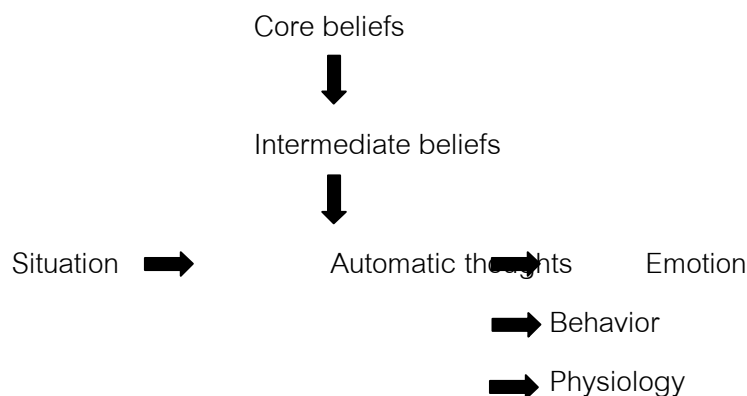
คือ สมมติว่าเรานอนอยู่ที่บ้าน แล้วได้ยินเสียงดังตึงที่หลังคา อารมณ์ที่เกิดคืออาจตกใจกลัว ซึ่งการตกใจกลัว เป็นเพราะความคิดของเราที่คิดว่าเป็นขโมยหรือเป็นเรื่องอันตรายอื่น ๆ แต่หากเราคิดว่าเป็นมะพร้าวหล่นใส่หลังคาหรือแมงกระโสดกลงมาจากกิ่งไม้เราก็อาจจะไม่กลัว การตีความเหตุการณ์ซึ่งก็คือความคิดของเราต่อเหตุการณ์นั้นจึงเป็นสิ่งที่บอกความรู้สึก ดังนั้นในสถานการณ์หรือเหตุการณ์เดียวกัน ความคิดที่เราให้ความหมายหรือตีความเหตุการณ์นั้นๆ เป็นสิ่งสำคัญที่จะบอกความหมายของเหตุการณ์ ดังนั้นจึงเป็นเหตุผลว่าทำไมคนที่เจอเหตุการณ์เดียวกันความรู้สึกจึงต่างกัน

## 2. Cognitive model แบบง่าย



ตามที่ได้อธิบายไปแล้วในหัวข้อที่แล้ว เนื่องจากเหตุการณ์มีผลทำให้เกิดอารมณ์ แต่ในระหว่างกลางก่อนที่จะเกิดอารมณ์ จะมีสิ่งหนึ่งเกิดขึ้นก่อน คือ ความคิด ซึ่งความคิดจะทำให้เกิดอารมณ์ที่ต่างกันไป เช่น เหตุการณ์มะพร้าวตกใส่หลังคาบ้านแล้วเกิดเสียงดัง ถ้าอารมณ์คือกลัว ความคิดที่เกิดอาจเป็น “ต้องเป็นขโมยขึ้นบ้านแน่ ๆ” แต่ถ้าอารมณ์คือเฉยๆ ความคิดที่อาจเป็นไปได้คือคิดว่า “เจ้าเหมียวเหี้ย...” ดังนั้นจึงถือได้ว่าความคิดคือตัวที่ทำให้เกิดอารมณ์ขึ้นมา

## 3. Cognitive model ตามแบบของ Beck

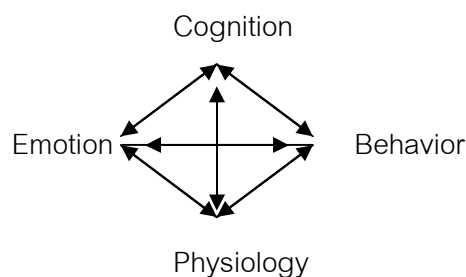


จากแผนภูมิ เหตุการณ์ (situation) จะนำไปสู่ความคิดอัตโนมัติ (automatic thoughts) แล้วทำให้เกิดอารมณ์ (emotion) ขึ้นมา และนอกจากทำให้เกิดอารมณ์ แล้วยังมีพฤติกรรม (behavior) และ อาการทางร่างกาย (physiology) ด้วย ซึ่ง พฤติกรรมเวลาที่มีอารมณ์ ก็จะมีพฤติกรรมที่สอดคล้องกับอารมณ์นั้น เช่น มีอารมณ์กลัวก็อาจมีพฤติกรรมคือไม่ออกจากห้อง ด้วยความคิดที่สอดคล้องเช่น “ออกไปต้องเจอโจร

แนว” และมี physiology เปลี่ยนแปลงไปด้วย เช่น หัวใจเต้นเร็ว มือเย็น เหงื่อออก เป็นต้น ซึ่งเป็นอาการทางกายที่เกิดขึ้นในระบบประสาทอัตโนมัติ sympathetic กล่าวโดยสรุปก็คือ situation กับ automatic thought ทำให้เกิด emotion, behavior และ physiology เปลี่ยนแปลงไป

มนุษย์เรามี automatic thought ซึ่งมีที่มาจากความเชื่อที่เป็นแก่นของระบบคิดที่เรียกว่า core beliefs ซึ่งเป็นความเชื่อที่ฝังรากลึกอยู่ในตัวตนของบุคคลนั้น ส่วน intermediate beliefs มีลักษณะเป็นกฎเกณฑ์ (rules) ข้อสันนิษฐาน (assumption) มักมีลักษณะเป็นเงื่อนไขเช่น “ถ้าเป็นอย่างนั้น...จะทำให้เป็นอย่างนี้...” หรือเป็นประโยคที่มีคำว่า “ควร” หรือ “ต้อง” เป็นส่วนประกอบ เช่น “ฉันต้องทำทุกอย่างให้สมบูรณ์แบบ” “ฉันควรใส่ใจความรู้สึกคนรอบตัวมากกว่าตัวเอง” เป็นต้น ความเชื่อมักมีที่มาซึ่งสามารถสืบค้นได้จากประวัติในอดีต เช่น การที่คนมีความเชื่อว่า “โลกนี้ไม่ปลอดภัย” ก็อาจเป็นเพราะว่าเติบโตมาจากที่ที่มีแต่ความรุนแรง พ่อแม่ทำร้ายกัน หรืออยู่ในชุมชนที่มีการฆ่าฟันกัน ดังนั้นเมื่อมีเสียงดังเกิดขึ้น คนที่มีความเชื่อเช่นนี้ก็จะเกิดมี automatic thought ทันทีว่าเป็นเหตุการณ์ที่รุนแรงน่ากลัว และเกิดความกลัวขึ้นมา แต่ถ้าเป็นบุคคลที่เติบโตมาในสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย เสียงดังตумแม้อาจทำให้ตกใจแต่อาจไม่ทำให้กลัวสักเท่าไร เพราะเชื่อว่าจะไม่มีอะไรรุนแรงเกิดขึ้น ดังนั้นเหตุการณ์เดียวกันการตีความก็อาจไม่เหมือนกัน อยู่ที่แก่นของความเชื่อของคน ๆ นั้นว่าเป็นคนมองโลกอย่างไร ซึ่งอาจมาจากการอบรมเลี้ยงดูในวัยเด็ก ในการทำ CBT อาจมีความจำเป็นต้องกลับไปแก้ไข core beliefs เพื่อให้เกิดความเปลี่ยนแปลงในชีวิตที่คงทนและยั่งยืน แต่โดยทั่วไปจะมุ่งเน้นที่การแก้ไข automatic thought ก่อนเป็นลำดับแรกเนื่องจากสามารถเข้าถึงได้ง่ายกว่าและมีโอกาสประสบความสำเร็จในการปรับแก้สูงกว่า

#### 4. Interactional model



ใน model นี้ความคิด (Cognition) อารมณ์ (Emotion) พฤติกรรม (Behavior) และร่างกาย (Physiology) นั้นมีความสัมพันธ์กันดังอย่างเชื่อมโยงถึงกันหมด เมื่อเกิดความเปลี่ยนแปลงขึ้นกับองค์ประกอบใดองค์ประกอบหนึ่ง ก็อาจส่งผลให้เกิดความเปลี่ยนแปลงกับองค์ประกอบอื่นอย่างทั่วถึงกัน เช่นเมื่อบุคคลเริ่มมีอาการเศร้า ก็อาจมีความคิดในทางลบต่อตนเองว่าตนเองเป็นคนไม่มีคุณค่า มีพฤติกรรมแยกตัวไม่พบปะผู้คน และอาจมีความแปรปรวนทางร่างกาย เช่น กินอาหารไม่ได้หรือนอนไม่หลับ เมื่ออารมณ์เศร้ามากขึ้น ความคิดในทางลบก็อาจรุนแรงขึ้นตามไปด้วย การบำบัดด้วย CBT นั่นก็คือการไปจัดการกับองค์ประกอบที่จัดการได้ โดยเชื่อว่าจะทำให้องค์ประกอบอื่น ๆ ดีขึ้นตาม เช่นเมื่อได้

ปรับเปลี่ยนความคิดเสียใหม่ให้เห็นถึงคุณค่าของตนเอง หรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยการมีกิจกรรมเพิ่มมากขึ้น ก็จะส่งผลให้อารมณ์ดีขึ้น ความเครียดลดลง เป็นต้น ส่วนการตัดสินใจว่าจะจัดการที่องค์ประกอบใดก่อนหลังนั้นขึ้นอยู่กับชนิดของโรคหรือปัญหาที่แพทย์กำลังดูแล

### แนวคิดพื้นฐานของการบำบัดด้วย CBT

การบำบัดด้วย CBT เชื่อว่าความคิดที่บิดเบือนไปจากความเป็นจริงหรือ dysfunctional thinking ทำให้เกิดผลกระทบต่ออารมณ์ของมนุษย์ โดยในโรคทางจิตเวชส่วนใหญ่จะพบลักษณะของความคิดที่บิดเบือนไปบางประการ ดังนั้นแนวทางในการบำบัด คือ ถ้าสามารถประเมิน (evaluate) ความคิดให้ถูกต้องตามความเป็นจริงหรืออยู่ในโลกของความเป็นจริงได้ (realistic) อาการเกี่ยวกับ emotion, behavior ของผู้ป่วยก็จะดีขึ้น โดยขั้นตอนคือการทำให้อาการของผู้ป่วยเข้าใจก่อนว่าความคิดนั้นมีความ dysfunctional อย่างไร แล้วให้ประเมินและแก้ไขให้ดีขึ้น

CBT เป็นการรักษาที่ใช้การผสมผสานระหว่างเทคนิคการปรับความคิดและการปรับพฤติกรรม ซึ่งในการรักษาโดยวิธีนี้ผู้รักษาทำหน้าที่ชี้แนะให้ผู้ป่วยได้เข้าใจรูปแบบต่างๆของความคิดที่เบี่ยงเบนและพฤติกรรมที่ผิดปกติ โดยการอธิบายได้แย่งความคิดที่ผิดปกติอย่างเป็นระบบ ประกอบกับการให้ผู้ป่วยฝึกทำกิจกรรมต่าง ๆ เป็นการบ้าน เพื่อช่วยให้เขาประเมิน ปรับเปลี่ยนความคิดที่เบี่ยงเบนและพฤติกรรมที่ผิดปกติด้วยตนเอง

Cognitive therapy เป็นจิตบำบัด (psychotherapy) แขนงหนึ่งที่มุ่งความสนใจที่ dysfunctional thinking โดยเฉพาะโรคต่างๆที่เกี่ยวข้องกับความคิดที่บิดเบือนไป และการที่คนรู้สึก คิด หรือมีพฤติกรรมอย่างไรระนั้น เกิดจากการที่บุคคลเติบโตหรือมีประสบการณ์มาอย่างไร Dysfunctional thinking ในระดับของ automatic thought หากสามารถเข้าใจและแก้ไขได้อาการของผู้ป่วยก็จะดีขึ้น แต่ถ้าหากแก้ไขได้ในระดับของความเชื่อก็ยิ่งจะทำให้อาการดีขึ้นอย่างคงทนยืนนาน

การทำ cognitive therapy ให้ได้ผลดีต้องมีการทำ cognitive conceptualization โดยการใช้ cognitive model มาใช้กับผู้ป่วยให้เข้าใจโรคหรือปัญหาของตนเอง เช่น การบำบัดผู้ป่วย depression ก็จะต้องดูว่าผู้ป่วยมี cognitive model หรือมีวิธีคิดและมองโลกอย่างไร ทั้งนี้ในคนแต่ละคนก็จะใช้ cognitive model ที่ต่างกันไป และเมื่อพบเหตุการณ์ก็จะมีวิธีคิดและตีความแตกต่างกันไป

### โรคทางจิตเวชที่มีงานวิจัยสนับสนุนว่าบำบัดด้วย CBT ได้ผลดี

- Major depression
- Generalized anxiety disorder
- Panic disorder
- Social phobia
- Substance abuse
- Eating disorders

- OCD (Obsessive Compulsive Disorder)
- PTSD (Post-Traumatic Stress Disorder)
- Personality disorders
- Bipolar disorder
- Schizophrenia

ในแต่ละโรคที่นำ CBT มาใช้นั้นต้องมีการตั้งเป้าหมายก่อนเสมอว่าจะบำบัดเพื่อแก้ไขอะไร การทำ cognitive conceptualization โดยใช้ cognitive model จะทำให้เข้าใจว่าแต่ละโรคจะมีลักษณะของความคิดที่บิดเบือน เช่น depression ก็จะมีความคิดที่ผิดไปจากความเป็นจริงโดยมักมองโลกในทางลบ มองตัวเองแย่ ไม่มีคุณค่า สิ้นหวัง หรือสรุปง่ายเป็น 3 องค์ประกอบ (triad) คือ 1) ตัวเองแย่ 2) โลกรอบตัวแย่ 3) อนาคตแย่ การนำ cognitive model มาใช้ก็เพื่อให้ผู้ป่วยเห็นความเชื่อมโยงระหว่างกันและสามารถประเมินได้ว่าการมองโลกของเขานั้นถูกต้องหรือผิดเพี้ยนไปจากความเป็นจริงอย่างไร

## บัญญัติ 10 ประการในการทำ Cognitive Therapy

1. Cognitive therapy is based on an ever-changing formulation of the patient and problems in cognitive terms.

การทำ cognitive therapy อยู่บนพื้นฐานของการสังเคราะห์ (formulate) ปัญหาของผู้ป่วย โดยนำข้อมูลที่ได้จากผู้ป่วยมาวิเคราะห์ในรูปแบบของ cognitive model ซึ่งจะทำให้เข้าใจผู้ป่วยว่าในแต่ละสถานการณ์เขามีความรู้สึกและความคิดอย่างไร แล้วพิจารณา cognitive model ว่ามีปัญหาด้านใดบ้าง ซึ่งใน formulation ของคนใช้นั้นสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา การพบกับผู้ป่วยในแต่ละครั้ง cognitive model ก็อาจเปลี่ยนได้เมื่อเราได้ข้อมูลเพิ่มเติม

2. Cognitive therapy requires a sound therapeutic alliance.

การทำ cognitive therapy เป็นจิตบำบัด (psychotherapy) อย่างหนึ่ง ดังนั้น cognitive therapy จึงต้องมีพื้นฐานของ therapeutic alliance หรือความสัมพันธ์อันดีระหว่างผู้บำบัดกับผู้ป่วยที่มีขอบเขต โดยผู้บำบัดใช้เทคนิคการบำบัดเบื้องต้นเพื่อสร้างความสัมพันธ์นี้ และคอยตรวจสอบความมั่นคงของความสัมพันธ์นี้ในขณะที่การบำบัดดำเนินไปเรื่อย ๆ เราจะเห็นได้จากการวิจัยหลายชิ้นที่แสดงให้เห็นว่าความเข้มแข็งของความสัมพันธ์ในการรักษาเป็นตัวทำนายที่ดีที่สุดถึงความสำเร็จในการบำบัด ความสัมพันธ์ในการรักษาที่มีประสิทธิภาพมีจุดมุ่งหมายเพียงประการเดียว คือ การพยายามทำให้ผู้ป่วยอาการดีขึ้น ซึ่งจำเป็นต้องมีพันธมิตรที่เข้มแข็งในการรักษา เมื่อความสัมพันธ์มั่นคง ผู้ป่วยจะไว้วางใจ ผู้รักษามากพอที่จะพูดอย่างตรงไปตรงมา แสดงความรู้สึกที่แท้จริงไม่แสร้ง ผู้รักษาคือพันธมิตรและผู้ร่วมมือ ไม่ใช่ผู้ปกครองหรือผู้นำที่เอาแต่ออกคำสั่ง ส่วนสัญญาณเดือนที่บอกให้รู้ว่าความสัมพันธ์นี้อาจมีปัญหา เช่น



- ไม่มาตามนัด
- ขอยกเลิกนัด มาสาย หรือขู่ว่าจะหยุดมารักษา
- ลืมทำงานที่ตกลงกันไว้ว่าจะทำ
- กล่าวโทษ ตำหนิ หรือวิพากษ์วิจารณ์
- ทำ “การบ้าน” ไม่เสร็จ
- ชัดแย้งกับผู้บำบัดตลอดเวลา
- พฤติกรรมยั่วยวนทางเพศ
- มีลักษณะฟุ้งฟิงสูง หรือยอมตามมากเกินไป

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

การทำ cognitive therapy เน้นที่ collaboration ที่ต้องอาศัยความร่วมมือและการมีส่วนร่วมอย่างแข็งขัน แม้ผู้บำบัดจะมีหน้าที่แก้ปัญหาให้ผู้ป่วยแต่ผู้ป่วยเองก็มีหน้าที่ต้องช่วยเหลือตนเองด้วย ผู้บำบัดแบบ CBT จะพยายามกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีบทบาทสำคัญในการบำบัด ซึ่ง collaboration อาจรวมถึงการทำการบ้านตามที่ตกลงกันว่าจะทำในแต่ละครั้ง การบำบัดที่มีประสิทธิภาพเป็นผลจากการทำงานแบบเป็นทีม (teamwork) ระหว่างผู้บำบัดและผู้ป่วย ในการบำบัดที่ประสบความสำเร็จ ผู้ป่วยจะมีบทบาทมากขึ้นเรื่อยๆ ในขณะที่การบำบัดดำเนินต่อไป ความร่วมมือกันคือการพูดโต้ตอบแสดงความคิดเห็นกันอย่างสร้างสรรค์ระหว่างคนสองคน ไม่ใช่การพูดคนเดียว บทบาทของผู้บำบัดแบบ CBT นั้นจึงเหมือนกับโค้ช (Coach) ที่จะช่วยให้ผู้ป่วยเรียนรู้เทคนิคต่าง ๆ ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจเหตุผลว่าเหตุใดเราถึงต้องใช้เทคนิคนั้น (rationale) และช่วยให้ผู้ป่วยได้ฝึกฝนการใช้เทคนิคนั้น ๆ จนเกิดความชำนาญ

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

การทำ cognitive therapy มุ่งเน้นที่ปัญหา มีเป้าหมายที่ชัดเจน และพยายามไปให้ถึงเป้าหมายซึ่งผู้ป่วยและผู้บำบัดต้องทำงานร่วมกันตั้งแต่เริ่มต้น เพื่อกำหนดปัญหาและเป้าหมายที่เป็นประโยชน์

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

การทำ cognitive therapy เน้นที่ปัจจุบัน ถึงแม้เมื่อบำบัดไประยะหนึ่งอาจมีการย้อนกลับไปดูที่อดีตเพื่อประเมินว่าอดีตมีผลต่อความเชื่อในปัจจุบันอย่างไร แต่อย่างไรก็ดีมีวัตถุประสงค์เพื่อแก้ปัญหาในปัจจุบันเป็นสำคัญ ผู้บำบัดช่วยให้ผู้ป่วยแยกแยะประเมิน และตอบโต้กับความคิดและความเชื่อที่ไม่เป็นประโยชน์ของตนเอง ให้เห็นลักษณะความคิดในปัจจุบันที่ทำให้เกิดความคิดที่ไม่เป็นประโยชน์หรือพฤติกรรมที่เป็นปัญหา สร้างสมมุติฐานเกี่ยวกับปัจจัยที่กระตุ้นให้เกิดปัญหาในปัจจุบัน เหตุการณ์ต่างๆ ในช่วงของการเติบโตที่มีอิทธิพลต่อความคิด และลักษณะการตีความเหตุการณ์ที่เป็นแบบนั้นมานาน

6. Cognitive therapy is educative, aims to teach the patient to be his/her own therapist, and emphasizes relapse prevention.

การทำ cognitive therapy จะมีส่วนที่เป็นการสอนและให้ความรู้แก่ผู้ป่วย เช่น ใน session มักมีการสอนผู้ป่วยเรื่องการดำเนินของโรค หลักการและแนวคิดของ cognitive therapy และ cognitive model รวมทั้งเทคนิคต่าง ๆ ที่ใช้จัดการกับความคิด คุณสมบัติที่สำคัญของผู้บำบัดแบบ CBT ที่ดีประการหนึ่งจึงต้องมีความเป็น “ครู” ที่สามารถถ่ายทอดเรื่องราวต่าง ๆ ให้กับผู้ป่วยได้อย่างชัดเจนและเข้าใจ โดยเป้าหมายสุดท้ายหวังว่าผู้ป่วยจะสามารถเรียนรู้จนสามารถนำไปใช้บำบัดตนเองได้ ซึ่งจะเป็นการป้องกันไม่ให้โรคกลับมาเป็นซ้ำได้อย่างมีประสิทธิภาพ

7. Cognitive therapy aims to be time limited.

การทำ cognitive therapy มักมีการกำหนดเวลาในแต่ละ session ไว้ชัดเจนเช่น ครั้งละ 45 นาที หรือ 1 ชั่วโมง รวมทั้งจำนวนครั้งที่ใช้ในการบำบัดเช่นในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ไม่ซับซ้อนอาจกำหนดไว้ 12 ครั้งหรือ 16 ครั้ง จุดประสงค์ของการกำหนดเวลาที่สำคัญคือเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงคุณค่าของเวลาและพยายามเวลาที่มีให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด

8. Cognitive therapy sessions are structured.

การทำ cognitive therapy ในแต่ละครั้งมีโครงสร้างที่ชัดเจนตามลำดับ ดังนี้

- ตรวจสอบอารมณ์ของผู้ป่วย
- ให้ผู้ป่วยเล่าคร่าว ๆ ว่าสัปดาห์ที่ผ่านมาเป็นอย่างไรบ้าง
- ทบทวนการบ้านของสัปดาห์ที่แล้ว รวมทั้งข้อมูลสะท้อนกลับ (feedback) จาก session ที่แล้ว
- ร่วมมือกันกำหนดหัวข้อ (set agenda) สำหรับการพูดคุยวันนี้
- พูดคุยหัวข้อตามที่ตกลง
- สรุปเนื้อหาที่พูดคุย
- กำหนดการบ้านสำหรับวันนี้
- ขอข้อมูลสะท้อนกลับจากผู้ป่วยตอนท้าย session

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

การทำ cognitive therapy เป็นการสอน ให้ความรู้หรือให้การศึกษาเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถ identify และ evaluate ความคิด ความเชื่อของตนเอง รวมถึงการจะทำอย่างไรกับตนเองเพื่อแก้ไข dysfunctional ให้เป็น functional thought เป้าหมายสูงสุดของ CBT คือสอนให้ผู้ป่วยพัฒนาตนเองจนสามารถเป็นผู้

บำบัดของตนเองได้ ในการใช้ CBT ผู้บำบัดจะทำตัวเหมือนครูสอนให้ผู้ป่วยรู้จักทักษะและเทคนิคใหม่ ๆ ซึ่งผู้ป่วยจะเรียนรู้มากขึ้นได้ด้วยการนำไปฝึกฝน เปรียบเช่นการเล่นฟุตบอล ที่ถึงแม้เราจะดูมากแค่ไหนก็ไม่อาจทำให้เราเล่นเก่งได้ถ้าเราไม่ได้ลงไปฝึกฝนเอง เราจึงต้องเรียนรู้วิธีที่จะเล่นฟุตบอลว่าเล่นอย่างไร เช่นเดียวการลงฝึกซ้อมอย่างสม่ำเสมอ

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

Cognitive therapy ใช้เทคนิคหลากหลายเพื่อเปลี่ยนแปลงความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม ซึ่งการเปลี่ยนแปลงจะเริ่มต้นที่จุดไหนก่อนขึ้นกับความเหมาะสม เช่นในผู้ป่วย depression ที่เก็บตัวไม่ยอมทำอะไรเพราะอารมณ์เศร้า ถ้าเราสามารถแก้ไขให้อารมณ์ดีก็มักจะกลับไปทำงานได้ แต่การแก้ไขอารมณ์โดยตรงอาจทำได้ยาก หรือการปรับแก้ความคิดก็อาจทำได้ยากในช่วงแรกเช่นกันเนื่องจากผู้ป่วยยังอยู่ในช่วงที่ความคิดความอ่านยังเชื่องช้าคิดอะไรไม่ออก ดังนั้นจึงอาจปรับแก้ที่พฤติกรรมก่อนโดยกำหนดกิจกรรมให้ทำ ให้ช่วยคิดกิจกรรมหรือตารางกิจกรรมที่ผู้ป่วยควรทำ แล้วเฝ้าสังเกต ติดตาม และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในทางที่ทำให้ผู้ป่วยกระฉับกระเฉงมากขึ้น ซึ่งผลสุดท้ายแล้วก็จะทำให้อารมณ์ดีขึ้นตามมา

## บทที่ 2

### เทคนิคพื้นฐานสำหรับ CBT

## เทคนิคพื้นฐานสำหรับ CBT

### การบอกอารมณ์ตนเอง (Identifying Moods)

การที่บุคคลสามารถบอกถึงอารมณ์ตนเองได้นั้นจะทำให้เกิดการระลึกรู้ (awareness) และสามารถตั้งเป้าหมายได้ว่า จะจัดการกับอารมณ์อย่างไร อาจไม่ใช่เรื่องง่ายสำหรับทุกคนที่จะสามารถบอกถึงอารมณ์ของตนได้ นอกจากนี้ยังอาจเกิดความสับสนระหว่าง “อารมณ์” กับ “ความคิด” การฝึกแยกแยะจึงเป็นทักษะที่ควรฝึกฝนประการหนึ่ง โดยสิ่งที่บ่งบอกว่าน่าจะเป็นอารมณ์มีดังนี้

- Strong moods เป็นตัวบอกว่ากำลังมีเรื่องสำคัญเกิดขึ้นในชีวิต เช่น อยู่ดี ๆ ก็รู้สึกตื่นเต้นหรือเศร้าขึ้นมา นั่นแสดงว่าต้องมีอะไรสำคัญบางประการเกิดขึ้นภายในจิตใจของคน ๆ นั้น ความรู้สึกนั้นไม่ได้เกิดขึ้นลอย ๆ แต่จะต้องมีที่มาของความรู้สึก
- Moods มักบรรยายได้ด้วยคำ ๆ เดียว สั้น ๆ เช่น โกรธ เสียใจ เซ็ง อิจฉา
- การ identify moods ช่วยให้เราสามารถตั้งเป้าหมายและติดตามผลได้ง่ายขึ้น
- อาการทางกายอาจเป็นตัวช่วยบอกอารมณ์ ควรให้คนไข้ได้เข้าใจถึงความสัมพันธ์ของอาการทางกายกับอารมณ์ เช่น มีอาการสั่น เหงื่อออก อาจเป็นเพราะอารมณ์ “ตื่นเต้น” หรือถ้ามีอารมณ์ “เศร้า” ก็อาจแสดงอาการทางกายเป็นลักษณะเซื่องช้า ไร้เรี่ยวแรง เป็นต้น

### Situations

สถานการณ์ไม่ใช่ตัวกำหนดความรู้สึกของเรา ด้วยตัวของสถานการณ์เองไม่ได้มีผลกระทบต่ออารมณ์และพฤติกรรมของเรา แต่การรับรู้และการตีความของเราต่างหากที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกและพฤติกรรมของเราอย่างลึกซึ้ง

อารมณ์จะมีความสัมพันธ์กับเหตุการณ์ เราสามารถตั้งคำถามที่ใช้ในการ identify moods ให้เข้ากับ situations โดยใช้หลัก 4W

- **Who** ตอนนั้นอยู่กับใคร การที่ถามว่าตอนที่เกิดเหตุการณ์อยู่กับใคร เพราะคนแต่ละคนที่อยู่ด้วยมีความสำคัญต่างกันและมีผลต่อความรู้สึกที่ต่างกัน เช่น การชวนคนไปเที่ยว ถ้าเป็นเพื่อนบอกไม่ว่างก็อาจรู้สึกน้อยใจเล็กน้อย แต่ถ้าเป็นแฟนก็อาจรู้สึกน้อยใจอย่างรุนแรง เป็นต้น
- **What** ตอนนั้นทำอะไรอยู่ เหตุการณ์บางอย่างมีความจำเพาะเจาะจงกับอารมณ์ เช่น กลัวขณะที่อยู่ในลิฟท์ก็อาจเป็นเพราะกลัวที่แคบ ขับรถอยู่บนถนนแล้วกลัวก็อาจเป็นเพราะกลัวที่โล่ง หรือการที่รู้สึกเหงาทั้งที่อยู่กับคนมาก ๆ ก็มักมีอะไรสักอย่างที่อยู่ในใจ
- **When** เกิดขึ้นเมื่อไหร่ ระยะเวลาหรือช่วงเวลาที่เกิดเหตุการณ์ก็มีผลต่ออารมณ์ความรู้สึก
- **Where** ตอนนั้นอยู่ที่ไหน เหตุการณ์เดียวกันแต่หากเกิดในสถานที่ที่ต่างกัน อารมณ์ความรู้สึกที่เกิดขึ้นย่อมต่างกัน

ดังนั้นเมื่อสามารถบรรยายเหตุการณ์ได้แล้ว ก็ควรเชื่อมโยงให้ผู้ป่วยเห็นว่าเหตุการณ์มีความสัมพันธ์กับอารมณ์ ทั้งนี้การฝึกเขียนบันทึกเหตุการณ์และอารมณ์นั้นจะทำให้เห็นภาพได้อย่างชัดเจน

ขึ้น เนื่องจากบุคคลโดยทั่วไปมักไม่สามารถแยกแยะระหว่างความคิดต่อเหตุการณ์กับอารมณ์ที่เกิดออกจากรากันได้ จึงควรฝึกฝนโดยนึกถึงตัวอย่างของเหตุการณ์ที่เรามีอารมณ์ที่เด่นชัดแล้วตอบคำถามตามหัวข้อ 4W ข้างต้น

#### ตัวอย่างการแยก Moods and Situations

- เหตุการณ์ “อยู่ในห้องสัมมนาไปกับเพื่อนๆ ในกลุ่ม กำลังอภิปรายกันเกี่ยวกับการแยกอารมณ์กับเหตุการณ์ เมื่อ 5 นาทีที่ผ่านมา”  
อารมณ์ “รู้สึกตื่นเต้นที่ต้องนำเสนอหน้าห้อง”
- เหตุการณ์ “เดินซื้อของอยู่ในห้างกับเพื่อนเมื่อต้นเดือนแล้ว ไปเจอเสื้อแบบที่ถูกใจ”  
อารมณ์ “รู้สึกดีใจที่จะได้เสื้อแบบตามที่ต้องการเพราะอยากได้แบบนี้มานานแล้ว”

#### Moods, Situations, and Changes in Body Tension

เหตุการณ์ทำให้เกิดอารมณ์และอาจทำให้มีอาการทางกายเกิดขึ้นร่วมด้วย ผู้ป่วยที่มาเข้ารับการบำบัดมักมาด้วยอารมณ์ทางลบ เช่น โกรธ ตื่นเต้น เศร้าใจ แต่หลายครั้งพบว่าผู้ป่วยอาจไม่สามารถบอกถึงอารมณ์ของตนเองได้ชัดเจน จึงอาจต้องใช้อาการทางกายเป็นตัวช่วยบอกอารมณ์ เช่น

- เหตุการณ์ “อยู่ในห้องสัมมนาไปกับเพื่อน ๆ ในกลุ่ม กำลังอภิปรายกันเกี่ยวกับการแยกอารมณ์กับเหตุการณ์ เมื่อ 5 นาทีที่ผ่านมา”  
อารมณ์ “รู้สึกตื่นเต้นที่ต้องนำเสนอหน้าห้อง”  
อาการทางกาย “สั่น เหงื่อออก มือเย็น หายใจถี่ขึ้น”
- เหตุการณ์ “เดินซื้อของอยู่ในห้างกับเพื่อน เมื่อต้นเดือน แล้วไปเจอเสื้อแบบที่ถูกใจ”  
อารมณ์ “รู้สึกดีใจมากที่จะได้เสื้อแบบตามที่ต้องการเพราะอยากได้แบบนี้มานานแล้ว”  
อาการทางกาย “ยืนแทบไม่ติด อยากกระโดด”
- เหตุการณ์ “คุณพ่อเสียชีวิต”  
อารมณ์ “รู้สึกเสียใจ เศร้า”  
อาการทางกาย “หมดแรง อ่อนเพลีย”

การเล่าเรื่องของแต่ละคนนั้น บางคนอาจเริ่มเล่าจากอารมณ์แล้วตามด้วยเหตุการณ์ แต่บางคนอาจเล่าเหตุการณ์ก่อนแล้วตามด้วยอารมณ์ที่เกิดขึ้น หน้าที่ของผู้บำบัดคือการถามให้ได้องค์ประกอบที่ยังขาดไป เพื่อให้เกิดความชัดเจนหรือแน่ใจกับสิ่งที่คนไข้ให้ข้อมูลมา

#### การประเมินระดับอารมณ์ (Rating Moods)

อารมณ์แต่ละชนิดในแต่ละช่วงเวลามีความรุนแรงไม่เท่ากัน เช่น อารมณ์โกรธ ซึ่งความโกรธในแต่ละเหตุการณ์มักไม่เท่ากันคือบางทีโกรธมาก บางทีโกรธน้อย ประโยชน์ของการ rating moods คือ

- ช่วยให้ผู้รู้ระดับความแรง (intensity) ของอารมณ์

- ช่วยให้เราสังเกตการขึ้นลง (fluctuation) ของอารมณ์
- เตือนให้รู้ว่าเหตุการณ์หรือความคิดไหนมีผลต่ออารมณ์
- ใช้การเปลี่ยนแปลงระดับอารมณ์เป็นสิ่งที่บอกเราว่าวิธีที่ใช้จัดการอารมณ์นั้นมีประสิทธิภาพขนาดไหน

เราสามารถประเมินระดับอารมณ์ได้โดยลองนึกตัวอย่างเหตุการณ์ที่มีอารมณ์ที่ชัดเจน แล้ว rating โดยอาจใช้เป็น scale หรือเพื่อให้เห็นภาพชัดขึ้นอาจนึกถึงปรอท แล้วให้น้ำหนักอารมณ์ว่ามีความแรงมากน้อยเท่าใด ดัง scale ข้างล่าง

0      10      20      30      40      50      60      70      80      90      100

-----  
 ไม่เลย                  เล็กน้อย                  ปานกลาง                  มาก                  มากที่สุดเท่าที่เคยมี

ซึ่งเมื่อ rating แล้วผู้บำบัดอาจถามต่อว่า ณ ตอนที่รู้สึกโกรธมากนั้นมีอารมณ์อื่น ๆ อีกหรือไม่ หรือก่อนที่จะโกรธได้มากขนาดนี้มีอารมณ์โกรธอยู่บ้างแล้ววีเปล่า เช่น กรณีโดนเพื่อนขโมยของ เมื่อไปถามแล้วเพื่อนไม่ยอมรับ ณ ตอนนั้นก็อาจรู้สึกโกรธอยู่นิดๆแล้ว และยังจับได้ว่าเขาเป็นคนขโมยอารมณ์โกรธที่มีก็อาจพุ่งสูงถึง 100 % ดังนั้นการที่เราได้รายละเอียดหรือข้อมูลของเหตุการณ์ซึ่งนำมาสู่อารมณ์โกรธของผู้ป่วยนั้น ก็จะทำให้เข้าใจที่มาของ rating อารมณ์นั้น ทั้งนี้อารมณ์ที่เกิดขึ้นนั้นอาจเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลาตามสถานการณ์

ในขณะที่ใช้ CBT นี้ อาจเกิดมี alternative thought เพิ่มขึ้นมา และทำให้มีทางเลือกมากขึ้น ซึ่ง alternative thought เป็นตัวที่ทำให้คิดอะไรได้กว้างขึ้น ตามแนวของการทำ CBT ไม่ใช่เป็นการบอกว่าสิ่งที่ผู้ป่วยคิดนั้นเป็นความคิดที่ผิด แต่ความคิดนั้นถูกเพียงบางส่วน เราจึงมีหน้าที่แนะนำให้ผู้ป่วยคิดให้รอบคอบมากขึ้น

### การหาความคิดอัตโนมัติ (Automatic Thoughts)

ในเหตุการณ์ใด ๆ ก่อนที่จะเกิดเป็น emotion, behavior นั้น อาจมีสิ่งหนึ่งเกิดขึ้นก่อน นั่นคือ automatic thoughts ซึ่งเป็นความคิดต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น เป็นความคิดที่เกิดขึ้นทันทีก่อนที่จะผ่านกระบวนการคิดอย่างมีเหตุผลรวมถึงการแปลความหมายของสิ่งแวดล้อมรอบตัวในปัจจุบัน อาจเป็นความคิดเกี่ยวกับตนเองหรือบุคคลอื่น automatic thoughts จะอยู่ในกระแสความคิดอื่นๆ ซึ่งคนเราจะคิดอยู่ตลอดเวลา automatic thoughts เป็นความคิดที่ผุดขึ้นมาเป็นระยะ ๆ โดยถ้าเปรียบเทียบความคิดเป็นกระแสน้ำ automatic thoughts ก็คงคล้ายปลาที่โผล่ขึ้นมาแล้วก็ดำลงไปใต้น้ำตามเดิม automatic thoughts ที่ผุดขึ้นมา นั้นมักไม่เป็นที่สังเกตได้ชัดเจน โดยทั่วไปคนเราจะไม่รู้ตัว ทั้ง ๆ ที่ automatic thoughts มีความสัมพันธ์กับอารมณ์หรืออาการทางกาย และการที่จะรู้ automatic thoughts ได้นั้นต้องมีการฝึกฝน ความสัมพันธ์ของ automatic thoughts กับอารมณ์บางชนิด เช่น อารมณ์เศร้า ขึ้นอยู่กับความคิดและการให้ความหมายกับสิ่งนั้น

Automatic thoughts มีได้หลายรูปแบบ อาจเป็นคำสั้นๆ เป็นวลี เป็นประโยค หรืออาจเป็นภาพ บางครั้งอาจมีลักษณะเหมือนสัญญาณโทรเลขที่ต้องอาศัยความชำนาญในการปะติดปะต่อเพื่อรับสาร ตัวอย่างเช่นคนที่กำลังโกรธ automatic thoughts อาจเป็นคำพูด เช่น “อยากจะทำมัน” และอาจเป็นภาพ โดยที่นึกถึงภาพที่ตนเองเอาปืนมายิงเขาหรืออาจเห็นเป็นภาพตนเองกำลังชกเขาอยู่ แต่บางคนอาจเห็นเป็นภาพตนเองติดคุก เพราะโกรธปนกับกลัวหากตนเองทำอะไรรุนแรงไป

การดู automatic thoughts นั้นก็เพื่อดูว่ามันสัมพันธ์กับอารมณ์อย่างไร โดยอาจดูที่อารมณ์ก่อน เพราะมักจับได้ง่ายกว่า แล้วค่อยดูว่าเกิด automatic thoughts อย่างไร ส่วนใหญ่คนเราจะเชื่อใน automatic thoughts แทนที่โดยที่ไม่มีการตรวจสอบกับตนเองและความเป็นจริงของโลกภายนอกอย่างเป็นระบบ

ทั้งนี้ การคาดการณ์เกี่ยวกับเหตุการณ์ในอนาคตจากเหตุการณ์หรือประสบการณ์ที่เกิดขึ้นในอดีตต่าง ๆ นานาทำให้เกิดอาการต่างๆ ของ Depression เช่น การไม่มีพลังกำลัง เฉื่อยชา วิดกกังวล รู้สึกผิด สมาธิไม่ดี นอนไม่หลับ ซึ่งเมื่อเกิด Depression แล้ว automatic thoughts ทางลบก็จะเกิดตามมาเรื่อยๆ และรุนแรงมากขึ้นจนความคิดที่มีเหตุผลก็จะถูกบดบังและเลือนหายไปมากที่สุด และหากมี Depression มากเท่าไรก็ยิ่งจะทำให้มีความคิดด้านลบมากขึ้นเท่านั้น นอกจากนี้ก็จะทำให้อยู่เชื่อไปตามความคิดนั้นและเกิดอารมณ์เศร้ามากตามไปด้วย

### คำถามที่ใช้เพื่อจับความคิดอัตโนมัติ (Identifying Automatic Thoughts)

ในการตั้งคำถามผู้ป่วยนั้นก็เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจ automatic thoughts ว่าคืออะไรและทำให้เกิดความรู้สึกอย่างไร โดยการถามเพื่อ identify automatic thoughts นั้น อาจเริ่มจากอารมณ์ที่เกิดแล้วตามด้วยการถาม automatic thoughts เพราะจะทำให้ง่ายต่อการเข้าถึง automatic thoughts ซึ่งคำถามที่ใช้ถามมีดังนี้

- ตอนที่เกิดเหตุการณ์นั้นขึ้นคุณจำได้ใหม่ว่าคิดอะไรขึ้น?
- หรือตอนที่เกิดเหตุการณ์นั้นขึ้นคุณนึกเห็นภาพอะไร?
- ถ้าที่คุณคิดเป็นจริง หมายความว่าตัวคุณเป็นอย่างไร ?
- สิ่งนี้มีความหมายอย่างไรกับตัวคุณ ชีวิตคุณ หรืออนาคตของคุณ?
- ถ้าที่คุณคิดเป็นจริง หมายความว่าคนอื่นจะมองคุณอย่างไร?
- สิ่งนี้มีความหมายว่าคนอื่นเป็นอย่างไร?
- ถ้าที่คุณคิดเป็นจริง แล้วคุณคิดว่า จะเกิดอะไรขึ้น?
- หรือคุณกลัวว่าจะเกิดอะไรขึ้น?
- ถ้าความคิดนี้เป็นจริง เรื่องแย่ที่สุดที่อาจเกิดขึ้นได้คืออะไร?



## Hot Thought (หรือ Key Cognition)

Hot thought เป็น automatic thoughts ที่ควรได้รับความสนใจมากที่สุดเนื่องจากมีผลต่ออารมณ์มากที่สุด เช่น ในขณะที่เศร้าอาจมีความคิดหลายอย่างเกิดขึ้น ควรพิจารณาว่าความคิดไหนที่มีผลต่อความเศร้ามากที่สุด ซึ่ง hot thought เป็นความคิดที่จำเป็นต้องได้รับการปรับแก้ก่อนความคิดอื่น

## รูปแบบความคิดที่บิดเบือน (Thinking Errors) ที่พบบ่อย

Thinking errors มีหลายรูปแบบทั้งที่เป็น automatic thought และ beliefs ตัวอย่างของ

Thinking errors เช่น

1. **All-or-nothing thinking** (หรือเรียกว่า black-and-white หรือ polarized หรือ dichotomous thinking) คือความคิดสุดขั้วในด้านใดด้านหนึ่ง เป็นดำหรือขาวไปหมด บวกหรือลบไปหมด โดยไม่สามารถมองอะไรกลาง ๆ ได้
  - “ถ้าทำได้ไม่สมบูรณ์แบบ อย่าทำซะดีกว่า”
  - “ฉันพูดอะไรที่ไม่เข้าท่า ฉันเป็นผู้บำบัดที่ไม่ได้เรื่องที่สุด”
  - “ถ้าไม่รักฉันที่สุดในโลกก็ไม่ต้องมายุ่งเกี่ยวกับฉัน”
2. **Catastrophizing** เป็นความคิดแบบ overgeneralization ที่รุนแรง เป็นการแปลสถานการณ์หรือเรื่องราวที่เกิดขึ้นให้รุนแรงสุดขีด เป็นความหายนะ
  - “ถ้าฉันไม่หายปวดหลัง ฉันคงไม่สามารถมีความสุขไปชั่วชีวิต”
  - “ถ้าเขาไปที่นั่นฉันคงหงุดหงิดแล้วทำอะไรต่อไม่ได้”
  - “ตายแน่ ๆ ตายแน่ ๆ”
3. **Disqualifying or discounting the positive** ไม่พึงพอใจในสิ่งดี ๆ ที่ตนมีหรือเป็นอยู่เพราะให้ความสำคัญสิ่งที่ไม่ดีมากกว่า
  - “งานนี้เขาว่าฉันทำดี แต่ฉันว่าฟลุค”
  - (สอบเลขได้ A แต่สอบฟิสิกส์ได้ C) “วิชาเลขไม่มีความหมายหรอกเพราะได้ A ทุกที ผลสอบฟิสิกส์ต่างหากที่เรื่องใหญ่”
4. **Emotional reasoning** ใช้ความรู้สึกตัดสิน ดูเหมือนมีเหตุผล แต่เป็นเหตุผลที่มาจากอารมณ์ ความรู้สึกของตนเอง เช่น ลางสังหรณ์ หรือ “รู้สึกว่ามันต้องเป็น...แน่ ๆ”
  - “ดูเหมือนอะไรจะเป็นไปได้ด้วยดี แต่ฉันก็ยังเชื่อว่าชีวิตมันแย่”
  - “ฉันรู้สึกสิ้นหวัง เพราะฉะนั้นอะไรก็คงไม่ดีขึ้นสำหรับฉัน”
  - “ฉันรู้สึกไม่ค่อยดีกับการลงทุนครั้งนี้ แปลว่ามันน่าจะไม่รอด”

5. **Labeling** เป็นการตีตราตนเอง หรือ คนอื่นในทางลบ ไม่ว่าจะทำอะไรก็มักยึดติดกับความรู้สึกที่ตนได้ตีตราไว้
  - “เด็กโง่”
  - “ปัญญาอ่อน”
  
6. **Magnification / Minimization** เมื่อเกิดความผิดพลาดกับตนเองจะมองปัญหานั้นแบบขยายให้ใหญ่โตเกินความเป็นจริง เรียกว่า Magnification และเมื่อมีเรื่องดีเกิดขึ้นก็มองข้อดีหรือความสำเร็จของตนเองเป็นเรื่องเล็ก ซึ่งเรียกความคิดลักษณะนี้ว่า Minimization
  - “วันนี้ทำบุญแจกจ่ายอีกแล้ว ไม่ได้เรื่องซักอย่างเลยฉัน”
  - “วันนี้เล่นดี แต่ไม่ได้แปลว่าพรุ่งนี้จะทำได้ดี”
  
7. **Mental filter** เลือกที่จะเชื่อหรือคิดในสิ่งที่ตนเองมีความเชื่อหรือคิด
  - (คะแนนสอบ 7 วิชา: A A D A B A A) – “เฮงชวยจริง ๆ เลยฉัน” (เนื่องจากเชื่อมาก่อนแล้วว่าตนเองไม่เก่งจึงมองเห็นแต่คะแนนวิชาที่ไม่ดีและละเลยวิชาที่คะแนนดี)
  - (คุยโทรศัพท์ที ๆ กับแฟน 2 ชั่วโมง แฟนขอร้องโทรศัพท์ไปทำงาน) – “เขาไม่มีเวลาให้ฉัน”
  
8. **Mind reading** สรุปรูป เดา ในทางลบเกี่ยวกับความคิด โดยไม่มีหลักฐานมาสนับสนุน
  - “มองตาก็มารู้ว่าเขาเกลียดฉัน”
  - (คนโต๊ะข้าง ๆ มาถามว่ากระป๋องตัวนี้ชื่อที่ไหน)- “เขาดูถูกฉันว่าคงไม่มีปัญญาชื่อของใช้แพงๆ”
  
9. **Overgeneralization** การสรุปแบบเหมารวม ด่วนสรุปอย่างไม่มีหลักฐานหรือมีหลักฐานเพียงเล็กน้อย
  - (ไปงานเลี้ยงแล้วรู้สึกอึดอัด) – “ฉันเป็นคนมีปัญหามนุษยสัมพันธ์”
  - “อายุ 25 ยังหาแฟนไม่ได้ แปลว่าขึ้นคานชั่วคราว”
  
10. **Personalization** การสรุปเหตุการณ์เข้าหาตนเอง การแปลสถานการณ์ เหตุการณ์ หรือพฤติกรรมภายนอกว่าเป็นตัวยืนยันให้เห็นว่าตนไม่ดี หรือบางคนก็คิดตรงข้ามคือเมื่อเกิดเรื่องไม่ดีก็จะโทษคนอื่นเสมอโดยไม่พยายามคิดว่าตนเองก็มีส่วนเกี่ยวข้อง
  - (อยากดูหนังแต่ซื้อตั๋วไม่ได้เพราะตั๋วเต็ม) – “เออ! คนจนมันไม่ขายตั๋วให้”
  - (หัวหน้าออกกฎเรื่องการใช้โทรศัพท์ในที่ทำงาน) – “เขาหาเรื่องเล่นงานฉัน”

11. “Should” and “must” statements การคิดคาดหวังให้ตนเองหรือคนอื่นเป็นอย่างนั้นอย่างนี้ตามที่ตนคาดหวังหรือความต้องการของตน
- “ฉันต้องพยายามให้ดีที่สุดในทุกอย่างที่ผมทำ”
  - (อาจารย์) “นักเรียนควรตั้งใจเรียนเต็มร้อยทุกนาทีในห้องเรียน”

### การประเมินความคิด (Evaluating Thoughts)

ในการทำ CBT นั้นหลักการสำคัญที่ควรสอนผู้ป่วยก็คือไม่ควรเชื่อความคิดของตนเองทั้งหมด เนื่องจากความคิดเป็นเพียงสมมติฐานเท่านั้น ไม่ใช่ความจริง ผู้ป่วยควรเรียนรู้ที่จะประเมินความคิดทั้งในแง่ความถูกต้องตามความเป็นจริง (validity) และประโยชน์ของความคิดนั้น (utility) โดยการประเมินความถูกต้องนั้นมักเริ่มจากการหาหลักฐาน (evidence)

หลักฐานที่สนับสนุนว่าความคิดที่เราเชื่อมั่นนั้นจริงมักหาได้ง่าย แต่การหาหลักฐานที่จะมาคัดค้านความคิดนั้นทำได้ยากเนื่องจากเวลาเรามี negative automatic thought เรามักหมกมุ่นครุ่นคิดอยู่แต่กับข้อมูลที่ยืนยันความคิดเรา ทางที่ดีควรมองความคิดนั้นเป็นแค่สมมติฐานหรือการคาดเดา การมองหาข้อมูลมาสนับสนุนหรือคัดค้านความคิดของเราจะทำให้มองความคิดนั้นได้กระจ่างขึ้น

ประเภทของหลักฐานประกอบด้วย data, information, และ facts ส่วน interpretations และ opinions ไม่ใช่หลักฐาน การหาหลักฐานที่จะมาคัดค้านความคิดสามารถทำได้โดยการถามเพื่อให้ผู้ป่วยได้มุมมองที่ต่างจากที่เขาคิด ซึ่งคำถามที่ใช้เพื่อช่วยในการหาหลักฐานมาคัดค้านความคิด เช่น

- เคยมีครั้งไหนสักครั้งใหม่ที่คุณคิดนี้ไม่จริง?
- ถ้าเพื่อนสนิทหรือคนที่คุณรักสักคนคิดแบบนี้ คุณจะบอกเขาว่าอย่างไร?
- ถ้าเพื่อนสนิทหรือคนที่คุณรักสักคนรู้ว่าคุณคิดแบบนี้
  - คุณจะบอกเขาว่าอย่างไร?
  - คุณจะยกเหตุผลอะไรมาบอกว่าสิ่งที่เขาคิดไม่ได้ถูกทั้ง 100%?
- ตอนที่คุณไม่ได้อยู่ในอารมณ์นี้ คุณคิดต่างไปจากนี้หรือเปล่า?
- ถ้าคุณเคยรู้สึกแบบนี้มาแล้วในอดีต คุณคิดอย่างไรถึงทำให้รู้สึกดีขึ้นได้?
- คุณเคยอยู่ในสถานการณ์แบบนี้มาก่อนหรือเปล่า
  - แล้วครั้งนั้นกับครั้งนี้มันต่างกันอย่างไร?
  - สิ่งที่คุณได้เรียนรู้จากประสบการณ์ครั้งนั้นจะช่วยคุณในตอนนี้ได้อย่างไร?
- มีอะไรเล็กๆ น้อยๆ ที่ค้านความคิดของคุณแต่คุณละเลยหรือมองข้ามมันไปหรือเปล่า?
- 10 ปีจากวันนี้ไป ถ้าคุณมองย้อนกลับมาวันนี้ คุณจะมองมันต่างไปจากเดิมหรือเปล่า?
- มีเรื่องดี ๆ เกี่ยวกับตัวคุณหรือเหตุการณ์นี้ที่คุณมองข้ามไปหรือเปล่า?
- คุณอาจสรุปอะไรเร็วไปโดยไม่ดูหลักฐานหรือเหตุผลให้ครบถ้วนหรือเปล่า?
- คุณกำลังตำหนิตัวเองในสิ่งที่คุณไม่สามารถควบคุมได้ทั้งหมดหรือเปล่า?

## การปรับแก้ความคิด (Modifying Dysfunctional Thoughts)

Dysfunctional thought สามารถประเมินได้จาก 2 อย่าง คือ

1. ความถูกต้องตามความเป็นจริง (Validity) ของข้อมูล เช่น คุณแม่คนหนึ่งซึ่งมีความคิดว่าลูกไม่รักและไม่ต้องการตนแล้วทำให้เกิดความเศร้า เมื่อได้มาประเมินหลักฐานต่าง ๆ แล้วก็พบว่าความคิดนี้อาจบิดเบือนไปเนื่องจากลูกก็ยังเอาใจใส่แม่ดีอยู่เพียงแต่ช่วงนั้นลูกอาจจะงานยุ่งมาก ซึ่งเมื่อได้ปรับแก้ความคิดแล้วก็ช่วยให้อารมณ์ดีขึ้น
2. ประโยชน์ (Utility) ของข้อมูลหรือความคิด ความคิดบางอย่างอาจตรงหรือถูกต้องตามความเป็นจริง แต่ไม่มีประโยชน์ เช่น คนทำงานในช่วงที่มีงานมาก ๆ อาจมี automatic thought ขึ้นมาว่า “นอนก็ยังไม่ทำ นีก็ยังไม่ทำ แย่แน่เลย” ซึ่งเป็นความจริงและ valid เพราะงานหลายอย่างก็ยังไม่ได้ทำจริง และถ้าทำงานไม่เสร็จก็อาจเด็อดร้อนได้จริง ๆ แต่ปัญหาคือยิ่งคิดก็ยิ่งเครียด แล้วก็ทำงานได้น้อยลง ซึ่งไม่เป็นประโยชน์ต่อการทำงานเลย จึงควรเปลี่ยนเป็นความคิดที่ดีมีประโยชน์กว่า เช่น “งานเยอะก็ค่อย ๆ ทำเดี๋ยวก็เสร็จ” จะเป็นผลดีต่อการทำงานมากกว่า

### เทคนิคการปรับความคิด โดยสรุปมีดังนี้

1. การตั้งคำถาม ผู้บำบัดจะใช้ทักษะการถามเพื่อทดสอบความมีเหตุผลในกระบวนการคิดของผู้ป่วย โดยผู้บำบัดพยายามให้ผู้ป่วยคิดหาทางออกด้วยตนเอง
2. ใช้แบบฟอร์มความคิดอัตโนมัติ เพื่อบันทึกเหตุการณ์ ความคิดอัตโนมัติ ผลที่เกิดขึ้น และการตอบสนองที่ผู้ป่วยใช้
3. การหันเหความสนใจ การฝึกหันเหความสนใจหรือการพยายามนึกถึงเหตุการณ์ที่เกิดความสุข อาจช่วยให้สามารถหยุดความคิดทางลบของผู้ป่วยได้
4. การพิจารณาข้อดีข้อเสียของการที่จะคงความคิดทางลบนั้นไว้ และให้ผู้ป่วยทดลองทำตามความคิดใหม่
5. ชี้ให้ผู้ป่วยเห็นว่าปัญหาไม่ใช่เกิดจากตัวผู้ป่วย และให้พยายามคิดแบบเป็นกลาง ไม่สุดขั้วไปด้านใดด้านหนึ่ง
6. ฝึกให้ผู้ป่วยแปลการรับรู้ใหม่กับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ซึ่งหากเปลี่ยนมุมมองของการรับรู้จะช่วยให้เกิดความคิดเกี่ยวกับตนเองในทางที่ดีและเกิดการเปลี่ยนแปลงได้

## การตั้งคำถามกับความคิด (Questioning Thoughts)

วิธีการตั้งคำถามกับความคิดมีดังนี้

1. อะไรทำให้คิดอย่างนั้น?
  - หลักฐานสนับสนุน เป็นการหาว่าสิ่งที่ทำให้คิดอย่างนี้คืออะไร มีหลักฐานหรือเหตุผลอะไร?

- หลักฐานคัดค้าน เป็นการคิดในทางตรงกันข้ามว่ามีหลักฐานไปในอีกทางหนึ่งไหม?
- 2. มีคำอธิบายอื่น ๆ ที่เป็นทางเลือก (alternative explanations) หรือไม่?
- 3. ถ้าเป็นอย่างที่คิดจริงๆ สิ่งแย่ที่สุดที่เป็นไปได้คืออะไร?
  - อะไรทำให้เชื่ออย่างนั้น?
  - แล้วถ้าเป็นอย่างนั้นจริงจะรับได้แค่ไหน? จะดำเนินชีวิตต่อไปได้ไหม?
  - สิ่งดีที่สุดในที่ที่เป็นไปได้คืออะไร?
  - แล้วผลลัพธ์ที่น่าจะเป็นไปได้มากที่สุด (most realistic outcome) คืออะไร?
- 4. ถ้าเราเชื่อความคิดนี้จะมีผลอะไรกับชีวิตเรา?
  - แต่ถ้าเราเปลี่ยนความคิดจะเกิดผลอะไรขึ้น?
- 5. ถ้าอย่างนั้น สรุปว่าจะ “เชื่อ” และ “ทำ” อย่างไรดี?

### Cognitive Behavioral Therapy สำหรับโรคซึมเศร้า

CBT เป็นการรักษาที่เน้นการแก้ปัญหาที่อาการปัจจุบัน และองค์ประกอบที่ทำให้เกิดปัญหา สำหรับผู้ป่วยที่มีอาการเศร้านั้น ความคิดทางด้านลบเป็นกรอบที่ครอบไว้ไม่ให้ผู้ป่วยมองปัญหาออกและแก้ปัญหาได้ การใช้ CBT ไม่เพียงแต่ช่วยให้ผู้ป่วยคิดแบบมีเหตุผลได้เท่านั้น แต่ยังสามารถนำไปสู่เป้าหมายของการรักษาที่ตั้งไว้คือการหาข้อสรุปให้กับปัญหาของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยหายจากอาการซึมเศร้า และสามารถนำเทคนิคนี้ไปใช้ในการแก้ปัญหาอื่น ๆ อีก ทั้งยังเป็นการป้องกันการเกิดอาการซึมเศร้าในอนาคตได้ด้วย (relapse prevention)

ผู้ป่วยที่จะบำบัดด้วย CBT นั้น จากการศึกษาพบว่า CBT ใช้ได้ผลดีกับผู้ป่วยที่ไม่มีอาการประสาทหลอนหรือหลงผิด (non-psychotic) ผู้ป่วยที่ไม่มีอาการถึงขั้นเป็นไบโพลาร์ (non-bipolar) และไม่มีควมบกพร่องในการทำกิจกรรมต่างๆ นอกจากนี้การที่ผู้ป่วยยอมรับการรักษา ให้ความร่วมมือและคิดว่าปัญหาของตนเหมาะที่จะรักษา ก็จะตอบสนองดีกว่าคนที่ไม่ยอมรับ

### บทที่ 3

ขั้นตอนของการให้การบำบัดด้วย CBT สำหรับผู้ป่วยซึมเศร้า

## ขั้นตอนของการให้การบำบัดด้วย CBT สำหรับผู้ป่วยซึมเศร้า

### Assessment and case formulation session

- 1 ประเมินอาการโรคซึมเศร้าของผู้ป่วยและความคิดอยากตาย
- 2 ประเมินโรคที่พบร่วม
- 3 ประเมินความเหมาะสมในการทำจิตบำบัดแบบ CBT ของผู้ป่วย
- 4 อธิบายบทบาทของผู้ป่วยในการรักษา
- 5 อธิบายความสำคัญของการบ้าน
- 4 หาข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อการทำ case formulation

### Session 1

- 1 ตั้ง agenda และอธิบายเหตุผลของ agenda
- 2 ทบทวนอาการโรคซึมเศร้าที่ผู้ป่วยประสบอยู่
- 3 ถามข้อมูลของผู้ป่วยเพิ่มเติมเพื่อนำไปใช้ในการทำ case conceptualization
- 4 ค้นหาปัญหาผู้ป่วยและตั้งเป้าหมายร่วมกัน
- 5 ให้ความรู้เกี่ยวกับ Cognitive model
- 6 ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า
- 7 ให้การบ้านและอธิบายวัตถุประสงค์
- 8 สรุปและให้ผู้ผู้ป่วย feedback

### Homework

บันทึกอารมณ์และกิจกรรมที่ผู้ป่วยทำในแต่ละวัน

### Session 2

- 1 ทบทวนอาการโรคซึมเศร้า
- 2 ตั้ง agenda
- 3 ทบทวนการบ้าน ตรวจสอบการบ้านที่ทำและแก้ไขอุปสรรค
- 4 เริ่มแสดงให้ผู้ผู้ป่วยให้ความสัมพันธ์ของความคิด อารมณ์ พฤติกรรม อาการ จากประสบการณ์ของผู้ป่วย
- 5 นำข้อมูลที่ได้เพิ่มเติมมาปรับ case conceptualization
- 6 อธิบายการทำ Activity scheduling มุ่งเน้นให้เกิด pleasure and mastery activity ให้มากขึ้น
- 7 ให้การบ้านและอธิบายวัตถุประสงค์
- 8 สรุปและให้ผู้ผู้ป่วย feedback

### Homework

ให้ผู้ผู้ป่วยกลับไปทำ pleasure and mastery activity ตามที่ได้คุยกันและบันทึกมา

ให้ผู้ผู้ป่วยบันทึกสถานการณ์ที่ผู้ป่วยรู้สึกเศร้าและอยากจะทำคุยกันในครั้งหน้า

### Session 3

- 1 ทบทวนอาการโรคซึมเศร้า
- 2 ตั้ง agenda
- 3 ทบทวนการบ้าน ตรวจสอบการบ้านที่ทำและแก้ไขอุปสรรค
- 4 ค้นหา negative automatic thought ที่มีความเกี่ยวข้องกับสถานการณ์ที่ทำให้ผู้ป่วยมีอาการเศร้า  
ชี้ให้เห็น cognitive model
- 5 ให้ความรู้เกี่ยวกับ automatic thought
- 6 ให้การบ้านและอธิบายวัตถุประสงค์
- 7 สรุปและให้ผู้ป่วย feedback

### Homework

Pleasure and mastery activity และบันทึก

Negative automatic thought record

อ่านเรื่อง automatic thought

### Session 4

- 1 ทบทวนอาการโรคซึมเศร้า
- 2 ตั้ง agenda
- 3 ทบทวนการบ้าน ตรวจสอบการบ้านที่ทำและแก้ไขอุปสรรค
- 4 เริ่มฝึกให้ผู้ป่วยค้นหา negative automatic thought
- 6 ให้การบ้านและอธิบายวัตถุประสงค์
- 7 สรุปและให้ผู้ป่วย feedback

### Homework

Pleasure and mastery activity และบันทึก

Negative automatic thought record

### Session 5

- 1 ทบทวนอาการโรคซึมเศร้า
- 2 ตั้ง agenda
- 3 ทบทวนการบ้าน ตรวจสอบการบ้านที่ทำและแก้ไขอุปสรรค
- 4 ฝึกให้ผู้ป่วยค้นหา negative automatic thought และผู้รักษาเริ่ม challenge automatic thought นั้นๆ
- 5 ชี้ให้เห็นถึงอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงหลังจากการ challenge
- 6 ให้การบ้านและอธิบายวัตถุประสงค์
- 7 สรุปและให้ผู้ป่วย feedback



### Homework

Negative automatic thought record และให้ผู้ป่วย challenge

### Session 6

- 1 ทบทวนอาการโรคซึมเศร้า
- 2 ตั้ง agenda
- 3 ทบทวนการบ้าน ตรวจสอบการบ้านที่ทำและแก้ไขอุปสรรค
- 4 ฝึกให้ผู้ป่วยค้นหา negative automatic thought และเริ่มฝึกผู้ป่วยให้ challenge automatic thought นั้นๆ
- 5 ให้การบ้านและอธิบายวัตถุประสงค์
- 6 สรุปและให้ผู้ป่วย feedback

### Homework

Negative automatic thought record และให้ผู้ป่วย challenge

### Session 7

- 1 ทบทวนอาการโรคซึมเศร้า
- 2 ตั้ง agenda
- 3 ทบทวนการบ้าน ตรวจสอบการบ้านที่ทำและแก้ไขอุปสรรค
- 4 ฝึกให้ผู้ป่วยค้นหา negative automatic thought และให้ผู้ป่วย challenge automatic thought นั้นๆ
- 5 เริ่มหา underlying depressogenic assumption โดยใช้ downward arrow technique
- 6 ให้ความรู้ผู้ป่วยเรื่อง underlying assumption และผลของ assumption ต่อการเกิด negative automatic thought
- 7 ให้การบ้านและอธิบายวัตถุประสงค์
- 8 สรุปและให้ผู้ป่วย feedback

### Homework

Negative automatic thought record และให้ผู้ป่วย challenge

ให้ผู้ป่วยอ่านเรื่อง underlying assumption

### Session 8

- 1 ทบทวนอาการโรคซึมเศร้า
- 2 ตั้ง agenda
- 3 ทบทวนการบ้าน ตรวจสอบการบ้านที่ทำและแก้ไขอุปสรรค
- 4 ฝึกให้ผู้ป่วยค้นหา negative automatic thought และให้ผู้ป่วย challenge automatic thought นั้นๆ

5 ฝึกผู้ป่วยให้ค้นหา depressogenic assumption และเริ่ม challenge assumption

6 ให้การบ้านและอธิบายวัตถุประสงค์

7 สรุปและให้ผู้ป่วย feedback

#### Homework

Negative automatic thought record และให้ผู้ป่วย challenge

ค้นหา depressogenic assumption และ challenge assumption

#### Session 9

1 ทบทวนอาการโรคซึมเศร้า

2 ตั้ง agenda

3 ทบทวนการบ้าน ตรวจสอบการบ้านที่ทำและแก้ไขอุปสรรค

4 ฝึกให้ผู้ป่วยค้นหา negative automatic thought และให้ผู้ป่วย challenge automatic thought นั้นๆ

5 ฝึกผู้ป่วยให้ค้นหา depressogenic assumption และฝึกผู้ผู้ป่วยให้ challenge assumption

6 ให้การบ้านและอธิบายวัตถุประสงค์

7 สรุปและให้ผู้ป่วย feedback

#### Homework

Negative automatic thought record และให้ผู้ป่วย challenge

ค้นหา depressogenic assumption และ challenge assumption

#### Session 10

1 ทบทวนอาการโรคซึมเศร้า

2 ตั้ง agenda

3 ทบทวนการบ้าน ตรวจสอบการบ้านที่ทำและแก้ไขอุปสรรค

4 ฝึกให้ผู้ป่วยค้นหา negative automatic thought และให้ผู้ป่วย challenge automatic thought นั้นๆ

5 ฝึกผู้ผู้ป่วยให้ค้นหา depressogenic assumption และให้ผู้ผู้ป่วย challenge assumption

6 เกริ่นนำเรื่องการ terminate การรักษา

7 ให้การบ้านและอธิบายวัตถุประสงค์

8 สรุปและให้ผู้ป่วย feedback

#### Homework

Negative automatic thought record และให้ผู้ผู้ป่วย challenge

ค้นหา depressogenic assumption และ challenge assumption

### Session 11

- 1 ทบทวนอาการโรคซึมเศร้า
- 2 ตั้ง agenda
- 3 ทบทวนการบ้าน ตรวจสอบการบ้านที่ทำและแก้ไขอุปสรรค
- 4 ฝึกให้ผู้ป่วยค้นหา negative automatic thought และให้ผู้ป่วย challenge automatic thought นั้นๆ
- 5 ฝึกผู้ป่วยให้ค้นหา depressogenic assumption และให้ผู้ป่วย challenge assumption
- 6 พูดเรื่องการ terminate การรักษาและถามปฏิกิริยาของผู้ป่วย
- 7 ให้การบ้านและอธิบายวัตถุประสงค์
- 8 สรุปและให้ผู้ป่วย feedback

### Homework

Negative automatic thought record และให้ผู้ป่วย challenge ค้นหา depressogenic assumption และ challenge assumption

### Session 12

- 1 ทบทวนอาการโรคซึมเศร้า
- 2 ตั้ง agenda
- 3 ทบทวนการบ้าน ตรวจสอบการบ้านที่ทำและแก้ไขอุปสรรค
- 4 สรุปสิ่งที่ได้เรียนรู้จากการรักษา
- 5 ทำ therapy blueprint ร่วมกับผู้ป่วย
- 6 relapse prevention

## บทที่ 4

คำอธิบายรายละเอียดองค์ประกอบต่าง ๆ ของการทำ CBT ในโรคซึมเศร้า

## คำอธิบายรายละเอียดองค์ประกอบต่าง ๆ ของการทำ CBT ในโรคซึมเศร้า

### 1. Case formulation

การทำ Case formulation ในการบำบัดแบบ CBT คือ การใช้ CBT model เพื่อที่จะ

1. บรรยายปัญหาของผู้รับการบำบัดที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน
2. อธิบายว่าปัญหาต่างๆเหล่านี้เกิดขึ้นได้อย่างไร
3. วิเคราะห์ถึงกระบวนการที่ทำให้ปัญหาเหล่านี้ยังคงดำเนินอยู่

การทำ case formulation และการวางแผนการรักษาในการบำบัดแบบ CBT นั้นมักเน้นกระบวนการที่ทำให้ปัญหาต่างๆยังคงดำเนินอยู่ (maintaining processes) ดังนั้น การรักษาด้วย CBT จึงเน้นที่ปัญหา “here and now” เป็นส่วนใหญ่ อย่างไรก็ตามประวัติหรือพัฒนาการในอดีตก็มีความเกี่ยวข้องเช่นกัน

### กระบวนการประเมิน (The process of assessment)

การประเมินในการรักษาแบบ CBT มีจุดประสงค์เพื่อสร้าง formulation ที่เป็นที่ยอมรับทั้งฝ่ายผู้บำบัดและผู้รับการบำบัด โดยผู้บำบัดจะพยายามทำความเข้าใจข้อมูลที่ได้จากผู้ป่วยตลอดเวลา เพื่อค้นหาว่ากระบวนการอะไรที่ยังคงทำให้ปัญหาคงดำเนินอยู่ ถ้ามีข้อมูลเพิ่มเติม formulation ที่ได้ก็จะถูกปรับเปลี่ยนจนกระทั่งผู้บำบัดรู้สึกว่าการประเมินที่ได้มีความเพียงพอแล้ว หลังจากนั้นจะเริ่มอภิปรายร่วมกับผู้รับการบำบัดเกี่ยวกับ formulation ที่ได้ อย่างไรก็ตาม ข้อมูลที่ได้เพิ่มเติมในขณะที่การรักษายังดำเนินไปก็อาจนำมาเพิ่มเติมหรือปรับเปลี่ยน formulation ได้

### การประเมินปัญหาปัจจุบัน (Assessing current problem)

1. การบรรยายปัญหา (Problem description)

ขั้นแรกผู้บำบัดจะนำปัญหาต่างๆมาเรียงเป็นหัวข้อ (problem list) จากนั้นจะพยายามหาภาพที่ชัดเจนให้ได้ว่าปัญหาที่แท้จริงคืออะไรในระดับต่างๆ โดยการพยายามทำให้ปัญหาจำเพาะและแตกย่อยลงไป ใน 4 ระบบดังนี้

- 1.1 Cognitions เช่น ความคิดที่เป็นคำพูดหรือเป็นภาพต่างๆที่ผ่านเข้ามาในใจของผู้รับการบำบัดในขณะที่เกิดปัญหานั้น
- 1.2 Emotions หรือ Affect เช่น อารมณ์ความรู้สึกที่เกิดขึ้นกับผู้รับการบำบัด
- 1.3 Behavior เช่น พฤติกรรมที่ผู้รับการบำบัดกระทำหรือเป็นปฏิกิริยาตอบสนองของผู้รับการบำบัดที่มองเห็นได้จากภายนอก
- 1.4 Physiological changes or bodily symptoms เช่น อาการต่างๆทางระบบประสาทอัตโนมัติ

## 2. Triggers and modifying factors ในปัญหาปัจจุบัน

ในการถามคำถาม ผู้นำบำบัดต้องพยายามหาปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อปัญหาในปัจจุบันด้วย

Triggers ได้แก่ ปัจจัยที่มีแนวโน้มจะก่อให้เกิดปัญหาไม่ว่ามากหรือน้อย

Modifiers ได้แก่ บริบท (context) ที่มีผลต่อความรุนแรงของปัญหา

ประโยชน์ของข้อมูลเกี่ยวกับ Triggers และ Modifiers ได้แก่

2.1. ทำให้ผู้นำบำบัดได้แนวทางเกี่ยวกับความเชื่อ (beliefs) ของผู้รับการบำบัด และกระบวนการที่ทำให้ปัญหายังดำเนินอยู่

2.2. เป็นประโยชน์ต่อการรักษา

## 3. ผลที่เกิดขึ้นจากปัญหาปัจจุบัน(consequences)

สิ่งสำคัญอีกอย่างในการประเมินปัญหาปัจจุบัน คือ การมองหาผลที่เกิดขึ้นจากปัญหานั้นๆ โดยสำรวจในด้านต่างๆ 4 ด้าน

3.1. ปัญหาที่เกิดขึ้นมีผลกระทบต่อชีวิตของผู้รับการบำบัด ผู้รับการบำบัดมีชีวิตเปลี่ยนแปลงไปอย่างไร

3.2. บุคคลที่มีความสำคัญต่อผู้นำบำบัดตอบสนองอย่างไรต่อปัญหาที่เกิดขึ้น

3.3. ผู้รับการบำบัดใช้วิธีอะไรบ้างในการแก้ไขปัญหาและประสบความสำเร็จมากแค่ไหน

3.4. ผู้รับการบำบัดใช้ยาหรือสารเสพติดเพื่อแก้ปัญหาหรือไม่

## กระบวนการที่ทำให้ปัญหายังดำเนินอยู่( Maintaining processes)

สิ่งสำคัญมากในการประเมินปัญหาและ formulation คือ การพยายามหากระบวนการที่ทำให้ปัญหายังดำเนินอยู่ กระบวนการเหล่านี้มักมีลักษณะเป็นวงจรอุบาทว์(vicious circle )

วงจรต่อไปนี้เป็นวงจรอุบาทว์ที่พบบ่อยๆ

1. Safety behaviors
2. Escape/avoidance
3. Reduction of activity
4. Catastrophic misinterpretation
5. Scanning or hypervigilance
6. Self-fulfilling prophecies
7. Performance anxiety
8. Fear of fear
9. Perfectionism
10. Short-term rewards

## การประเมินประวัติในอดีตและพัฒนาการของปัญหา

หลังจากที่พิจารณา maintaining processes สิ่งต่อไปคือการมองไปยังประวัติในอดีตของผู้รับการบำบัดและพัฒนาการของปัญหา การประเมินในส่วนนี้มีจุดประสงค์เพื่อค้นหา vulnerability factors, precipitating factors และ modifying factors

Vulnerability factors คือประวัติใดๆในอดีตที่อาจจะทำให้ผู้รับการบำบัดมีความเปราะบาง เสี่ยงต่อการเกิดปัญหา ทั้งนี้ ผู้รับการบำบัดที่มี vulnerability factors ไม่จำเป็นต้องเกิดปัญหาเสมอไป ในแง่ CBT นั้น vulnerability factors มักหมายถึงปัจจัยที่พัฒนาจนทำให้เกิดความเชื่อ (belief) ไม่ว่าจะ เป็น assumption หรือ core belief

Precipitants หมายถึง เหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่กระตุ้นให้เริ่มเกิดปัญหา ถึงแม้บางครั้งมี เหตุการณ์อย่างเดียวที่กระตุ้นให้เกิดปัญหาแต่พบว่าส่วนใหญ่ก็มีหลายๆเหตุการณ์ที่ทำให้เกิด ความเครียดในระยะเวลาสั้นๆ

Modifiers เช่นเดียวกับ modifiers ในปัญหาปัจจุบัน จะเป็นประโยชน์แก่การรักษาถ้าสามารถ ค้นหา modifiers ที่เกิดขึ้นในตลอดช่วงเวลาที่ปัญหาเกิดขึ้นและดำเนินอยู่ อาจพบ modifiers ในช่วงเวลา ที่ปัญหาดีขึ้นหรือช่วงเวลาที่ปัญหาแย่ลงอย่างรวดเร็ว

## 2. การกำหนดหัวข้อพูดคุย (Agenda Setting)

CBT เป็นจิตบำบัดที่มีการจำกัดเวลา โดยในผู้ป่วยซึมเศร้าทั่วไปที่ไม่ได้มีปัญหานุคลิกภาพร่วม ด้วยมักกำหนดจำนวนครั้งในการบำบัดเบื้องต้นไว้ประมาณ 12-16 sessions เน้นให้การบำบัดที่เป็น รูปแบบชัดเจน (structured) เพราะฉะนั้นการใช้เวลาร่วมกันในชั่วโมงบำบัดระหว่างผู้บำบัด (therapist) กับ ผู้รับการบำบัด (client) ให้เกิดประโยชน์สูงสุดจึงเป็นเป้าหมายสำคัญ โดยเน้นให้ผู้รับการบำบัดมีบทบาท และมีส่วนร่วมในการบำบัด และเน้นให้มีการปรึกษาร่วมกันระหว่างผู้บำบัดและผู้รับการบำบัดเพื่อให้บรรลุ เป้าหมาย จึงต้องมีการกำหนดเรื่องของการพูดคุยกันในชั่วโมงบำบัด (session) ตั้งแต่เริ่มต้นของชั่วโมงนั้น ๆ ซึ่งก็คือการกำหนดหัวข้อพูดคุย (agenda setting) โดยหัวข้อพูดคุยที่ดีควรเป็นความเห็นที่สอดคล้อง จากตกลงร่วมกันระหว่างผู้รับการบำบัดและผู้บำบัด ปกติจะใช้เวลาประมาณ 5 นาทีในช่วงเริ่มต้นของ session เพื่อกำหนดหัวข้อในการพูดคุยกันในแต่ละ session นั้น

### ขั้นตอนของการกำหนดหัวข้อพูดคุย

**ขั้นแรก** ควรเริ่มจากการที่ผู้บำบัดถามผู้รับการบำบัดว่าเรื่องอะไรที่ผู้รับการบำบัดคิดว่าเป็น เรื่องสำคัญที่จะนำมาพูดคุยกันใน session นั้น โดยที่อาจเน้นไปในเรื่องที่เพิ่งเกิดขึ้นในสัปดาห์ที่ผ่านมา หรือเรื่องที่เกิดขึ้นในชีวิตที่คิดว่าเป็นปัญหาสำคัญ

**ขั้นที่สอง** คือผู้บำบัดแนะนำเรื่องของตัวเองคิดว่าสำคัญ ทั้งนี้มีข้อควรระวังว่าหากผู้บำบัดเป็นคน เริ่มต้นก่อนในการเสนอเรื่อง ผู้รับการบำบัดก็อาจจะรู้สึกว่าการของตัวเองไม่สำคัญ ซึ่งเป็นปรากฏการณ์ที่พบ

ได้บ่อย ๆ ในผู้ป่วยไทยที่มักจะมีอาการแพ้อาหารหรือผู้บำบัด ทำให้โอกาสที่ผู้รับการบำบัดจะนำเสนอเรื่องของตนเองน้อยลง ดังนั้นการให้ผู้รับการบำบัดเป็นคนเริ่มต้นก่อนอาจช่วยลดความรู้สึกนี้ได้

**ขั้นที่สาม** คือการจัดเรียงลำดับความสำคัญของหัวข้อพูดคุยร่วมกัน (prioritizing) โดยหัวข้อสำคัญหรือเร่งด่วนควรนำมาพูดคุยก่อน

**ขั้นที่สี่** เลือกหัวข้อเรื่องพร้อมทั้งกำหนดเวลาแต่ละเรื่องว่าจะคุยกันประมาณกี่นาทีในแต่ละเรื่อง

**เนื้อเรื่องที่มีมักจะอยู่ในหัวข้อพูดคุย** ได้แก่เรื่องดังนี้

**ประเด็นแรก** คือการทบทวนเรื่องที่ผ่านมาในสัปดาห์สั้น ๆ เพราะหากใช้เวลาไปกับเรื่องนั้นนานเกินไปจะทำให้เวลาสำหรับเนื้อหาหลักหมดไป จึงควรเริ่มจากทบทวนเรื่องที่ผ่านมาสั้น ๆ ทั้งนี้กรณีที่ผู้รับการบำบัดบางคนยังไม่พร้อมหรือยังไม่เข้าใจกระบวนการ ก็มักจะไม่สามารถทบทวนเรื่องให้สั้นได้ ซึ่งมักพบปัญหานี้เกิดขึ้นได้เสมอ ผู้บำบัดจึงมีหน้าที่ชัดเจนหะอย่างสุภาพ สรุปประเด็นสำคัญ และอธิบายให้ผู้รับการบำบัดทราบว่า จุดประสงค์หลักคือการมาเริ่มกำหนดหัวข้อการพูดคุยร่วมกัน

**ประเด็นที่สอง** ที่มักจะอยู่ใน agenda คือทบทวน session ที่ผ่านมามีเรื่องบางเรื่องที่ยังมีประเด็นตกค้าง ซึ่งอาจจะนำมาเป็นประเด็นสนทนาในครั้งนี้ได้

**ประเด็นที่สาม** คือการประเมินอารมณ์ในปัจจุบัน ซึ่งสามารถกระทำได้ในสองลักษณะ คือแบบไม่เป็นทางการ โดยถามด้วยคำถามเช่น ช่วงที่เราไม่ได้เจอกัน คุณมีอาการเปลี่ยนแปลงไปอย่างไรบ้าง ให้ช่วยเล่าให้ฟัง หรือมีปัญหาใดบ้างที่ต้องการให้นำมาเป็นประเด็นในการพูดคุยวันนี้ ส่วนแบบเป็นทางการจะมีการประเมินอารมณ์ในรูปแบบที่ชัดเจนด้วยตัววัดที่ได้มาตรฐาน เช่น Beck Depression Inventory หรือแบบประเมินโรคซึมเศร้าชนิดอื่น

**ประเด็นที่สี่** คือการทบทวนการบ้าน ซึ่งอาจจะคาบเกี่ยวกับเนื้อหาหลักที่จะพูดคุยกันในวันนั้น ผู้บำบัดอาจดึงประเด็นสำคัญที่มาจากบ้านของผู้ป่วยมาเป็นหัวข้อพูดคุยได้

**ประเด็นที่ห้า** คือประเด็นหลักที่จะพูดคุยกันในวันนั้น ซึ่งอาจเป็นประเด็นที่เกี่ยวกับอาการของโรค เช่น อารมณ์เศร้า ความกังวล ปัญหาอนไม่หลับ หรืออาจเป็นปัญหาที่เกิดขึ้นจากผลกระทบภายนอกในปัจจุบัน เช่น ปัญหาเรื่องความสัมพันธ์ โดยทั่วไปแล้วประเด็นหลัก (main topic) ที่จะนำมาพูดคุยกันไม่ควรเกิน 2 เรื่องในแต่ละครั้งที่พูดคุยกัน เพราะการกำหนดเรื่องพูดคุยที่มากเกินไปอาจทำให้ไม่ได้ประโยชน์เต็มที่จาก session นั้น

**ประเด็นที่หก** คือประเด็นเรื่องการบ้าน มีคำแนะนำว่าในการกำหนดช่วงระยะเวลาแต่ละ session นั้น ควรเผื่อเวลาไว้เพื่อพูดคุยเรื่องการบ้านอย่างน้อยประมาณ 10 นาที

**เรื่องสุดท้าย** ก็คือการให้ข้อมูลสะท้อนกลับ (feedback) ซึ่งอาจจะเป็นการถามผู้รับการบำบัดเกี่ยวกับความรู้สึกต่อประสบการณ์ที่เขาได้ในชั่วโมงบำบัด โดยอาจพูดคุยกับผู้รับการบำบัดว่า “การให้ข้อมูลสะท้อนกลับจะเป็นประโยชน์มาก ถ้าคุณสามารถให้ข้อมูลว่าคุณรู้สึกอย่างไร หรือได้อะไรจากชั่วโมง



บำบัด ซึ่งในระยะแรกอาจเป็นเรื่องยาก แต่ถ้าคุณได้พูดถึงความรู้สึกที่แท้จริงไม่ว่าจะในทางบวกหรือทางลบก็ตามจะช่วยให้เราทั้งสองได้ปรับปรุงการบำบัดครั้งต่อไปให้ได้ประโยชน์มากขึ้นและเข้าใจกันมากขึ้น รวมทั้งมีแนวโน้มว่าจะสามารถแก้ปัญหาร่วมกันไปได้ดียิ่งขึ้น” ซึ่งจะเป็นการบอกประโยชน์ของการให้ข้อมูลสะท้อนกลับให้ผู้ป่วยได้ทราบ

### การจัดเรียงลำดับความสำคัญของหัวข้อพูดคุย (Prioritizing Agenda)

ปัจจัยที่นำมาใช้จัดลำดับความสำคัญของปัญหาได้แก่

1. เรื่องที่มีความเสี่ยงต่อผู้ป่วยหรือผู้อื่น เช่นการมีความคิดฆ่าตัวตายหรืออยากทำร้ายผู้อื่น โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าเรื่องนี้มีส่วนเกี่ยวข้องกับเด็กและเยาวชนจะต้องถูกจัดลำดับความสำคัญสูงสุด
2. เรื่องที่เป็นปัญหาเร่งด่วน เช่น กำลังมีการเปลี่ยนงาน หรือตกงาน หรือกำลังจะมีการสอบเกิดขึ้น
3. จัดลำดับตามความเกี่ยวข้องของเรื่องนั้นต่ออารมณ์ (level of distress) โดยเรื่องที่มีผลกระทบต่ออารมณ์มากกว่า หรือสร้างทุกข์ให้กับผู้ป่วยมากกว่า ควรจัดเป็นลำดับต้น
4. ความสอดคล้องกับ case formulation หรือสอดคล้องกับผู้ป่วยที่ผู้ป่วยที่ผู้ป่วยบำบัดคิดว่าน่าจะเป็นประโยชน์ ก็จะถูกให้ลำดับสูงขึ้น
5. แนวโน้มของโอกาสที่จะเกิดความเปลี่ยนแปลงขึ้น คือกรณีที่เนื้อหาที่จะพูดคุยกันนั้นไม่สามารถที่จะเปลี่ยนแปลงได้หรือเปลี่ยนค่อนข้างยาก ก็อาจให้ลำดับความสำคัญลดลง
6. ความสอดคล้องกับทักษะที่ผู้ป่วยควรได้รับรู้ หากเรื่องใดมีเนื้อหาสอดคล้องมากกว่าก็ควรจัดให้มีลำดับความสำคัญสูงกว่า

### ประเด็นที่น่าสนใจในการจัดลำดับความสำคัญของหัวข้อ

1. ในช่วงแรก ๆ ของการบำบัดหรือ session ต้น ๆ ควรหลีกเลี่ยงปัญหาที่ยุ่งยากซับซ้อน และมีผลต่ออารมณ์มากๆ ทั้งนี้เนื่องมาจากว่าผู้รับการบำบัดเองก็ยังมีทักษะไม่เพียงพอในการแก้ปัญหา ถ้านำเรื่องซับซ้อนมาพูดคุยตั้งแต่แรกๆ ก็อาจจะทำให้ไม่เกิดผลดีต่อการรักษา
2. อีกประเด็นที่ควรหลีกเลี่ยงคือ ปัญหาที่สอดคล้องโดยตรงกับ core belief คือความเชื่อในเบื้องลึกของผู้รับการบำบัด ซึ่งเปลี่ยนแปลงได้ค่อนข้างยาก เพราะฉะนั้นการเริ่มต้น session แรก ๆ แล้วผู้บำบัดพยายามจะปรับ core belief ก็อาจจะมีการต่อต้านจากผู้รับการบำบัด ซึ่งอาจมีผลเสียกับการรักษา
3. อีกประเด็นที่ควรให้ความสนใจคือ ทุกครั้งที่มีการตกลงกันเรื่องหัวข้อของการพูดคุยในช่วงบำบัด ต้องคำนึงถึงการมีส่วนร่วมของผู้รับการบำบัดเสมอเพราะ CBT นั้นเน้นการร่วมมือกันในการรักษา (collaboration) เป็นหัวใจสำคัญ ดังนั้นถ้าระหว่างพูดคุยแล้วผู้รับการบำบัดเกิดนึกขึ้นได้ว่ามีเรื่องสำคัญมากที่ลืมกำหนดไว้ตั้งแต่ต้น ก็อาจตกลงร่วมกันที่จะเปลี่ยนเรื่อง ณ เวลานั้นได้เลย

4. อีกกรณีหนึ่งที่พึงให้ความสนใจก็คือควรจะมีการสรุปประเด็นเป็นช่วง ๆ (capsule summary) โดยอาจกระทำประมาณทุก 10 นาที ว่าผู้รับการบำบัดได้อะไรบ้าง และผู้บำบัดเองเข้าใจตรงกันหรือไม่ ก่อนที่จะเปลี่ยนเรื่องไปสู่หัวข้ออื่น ๆ ต่อไป

### ปัญหาส่วนใหญ่ที่พบในการกำหนดหัวข้อพูดคุย

1. การ กำหนดหัวข้อที่ไม่ชัดเจน คืออาจกว้างเกินไป เช่น ผู้รับการบำบัดอาจเสนอว่าต้องจะคุยกัน เรื่อง “ปัญหาครอบครัว” ซึ่งเป็นหัวข้อที่กว้างมาก ผู้บำบัดควรช่วยตีกรอบในชัดเจนขึ้นโดยการถามเพิ่มเติมว่าเป็นปัญหาครอบครัวในแง่ไหน เป็นเรื่องเกี่ยวกับอะไรหรือเกี่ยวกับใคร
2. การกำหนดหัวข้อมากเกินไปในการพูดคุยกันในแต่ละครั้ง ซึ่งจะได้รับประโยชน์น้อยลง เนื่องจากเวลาจะถูกแบ่งลงไปในแต่ละเรื่องจนทำให้ไม่ได้เนื้อหาที่ชัดเจน
3. การไม่เรียงลำดับความสำคัญ คือพูดคุยกันไปเรื่อย ๆ โดยไม่ได้เรียงลำดับว่าเรื่องใดที่ควรจะต้องพูดก่อน หรือพูดทีหลัง
4. การเริ่มต้นพูดคุยโดยไม่ได้กำหนดหัวข้อ ซึ่งเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยมาก ผู้บำบัดควรพยายามชัดเจนอย่างสุภาพ แล้วชี้แจงให้เห็นความสำคัญของการกำหนดหัวข้อพูดคุย แล้วฝึกไปเรื่อย ๆ จนเกิดทักษะ
5. บางกรณีผู้บำบัดเริ่มต้นบอกหัวข้อสนทนาไปก่อนซึ่งทำให้ผู้รับการบำบัดเกิดความไม่มั่นใจในการเสนอหัวข้อของตนเองเพิ่มเติม ฉะนั้นควรให้ผู้รับการบำบัดเป็นคนเริ่มก่อน แต่ทั้งนี้และทั้งนั้น ก็ขึ้นกับความสัมพันธ์ของผู้บำบัดกับผู้รับการบำบัดด้วย
6. ความเข้าใจที่ไม่ตรงกันระหว่างผู้บำบัดกับผู้รับการบำบัด ฉะนั้นควรมีการพูดคุยเพื่อให้เข้าใจสอดคล้องกัน เช่นในกรณีปัญหาครอบครัว ผู้รับการบำบัดอาจจะบอกเพียงว่าเป็นปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างเขากับคู่สมรส แต่เพื่อป้องกันความเข้าใจผิดผู้บำบัดควรถามต่อว่า เรื่องอะไร เกิดขึ้นได้อย่างไร มีความรุนแรงแค่ไหน เป็นต้น ทั้งนี้ควรต้องมีการทำความเข้าใจให้ตรงกันก่อนที่จะเริ่มต้นพูดคุยหัวข้อนั้น
7. การเปลี่ยนเรื่องไปโดยที่ไม่ได้มีการพูดคุย และตกลงกัน ระหว่าง 2 คน คือผู้บำบัดและผู้รับการบำบัดก็นับเป็นอีกปัญหาหนึ่งที่พบได้บ่อย ทำให้ไม่เกิดข้อสรุปที่ชัดเจนในเรื่องที่เดิมกำลังพูดคุยอยู่นั้น ผู้บำบัดจึงควรมีสมาธิติดตามเรื่องให้ดี และพร้อมที่จะกำหนดทิศทางสนทนาให้มีเป้าหมายและเป็นประโยชน์

### 3. การตั้งเป้าหมายของการบำบัด (Goal Setting)

การตั้งเป้าหมายเป็นวิธีการหนึ่งที่จะช่วยให้การบำบัดเห็นผลได้ในเวลาที่กำหนด โดยผู้บำบัดและผู้รับการบำบัดช่วยกันตั้งเป้าหมาย เพื่อให้มีจุดมุ่งหมายร่วมกัน ทำให้เห็นภาพได้ว่า การบำบัดนั้นจะดำเนินไปอย่างไร โดยเป้าหมายนั้นจะต้องเกี่ยวข้องกับผู้รับการบำบัด และผู้บำบัดจะเป็นผู้เข้าไปช่วยให้เกิดเป้าหมาย

นี่ขึ้นมา สิ่งสำคัญในการตั้งเป้าหมายคือ การเน้นเป้าหมายที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงได้ เพราะจะช่วยผู้รับการบำบัด

- เกิดความหวัง
- ลดความรู้สึกที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ในเรื่อง que ผู้รับการบำบัดเผชิญอยู่ ที่คิดว่าเป็นเรื่องที่ไม่สามารถผ่านพ้นไปได้
- ทราบได้ว่าการบำบัดจะจบลงได้หรือไม่ อย่างไร

### การตั้งเป้าหมาย

เป้าหมายที่ดี ควรมีลักษณะสำคัญ 5 ประการ ตามอักษรย่อในภาษาอังกฤษว่า 'SMART'

1. มีความจำเพาะเจาะจง (Specific)
2. วัดได้ (Measurable)
3. ทำได้ (Achievable)
4. อยู่บนพื้นฐานแห่งความเป็นจริง (Realistic)
5. มีกรอบของเวลา (Time frame)

**เป้าหมายที่จำเพาะเจาะจง** เป็นการย่อยเอาเป้าหมายรวมให้เล็กลงไป ทำให้ผู้รับการบำบัดรู้สึกว่าคุณควบคุมได้ จัดการได้ ฉะนั้น การตั้งคำถามอาจจะเริ่มต้นด้วยคำถามต่างๆไปก่อน เช่น

- อยากให้การบำบัดจบลงอย่างไร หรือ
- คุณจะรู้ได้อย่างไรว่าการบำบัดสำเร็จ หรือ
- เมื่อยุติการบำบัดแล้ว ชีวิตคุณจะมีอะไรที่ต่างไปจากตอนนี้

ตัวอย่างในการพูดคุยกับผู้หญิงคนหนึ่ง que รู้สึกว่า ชีวิตเธออยู่กับความกังวลในเรื่องสุขภาพ เช่น

ผู้รับการบำบัด : คุณจะรู้ได้อย่างไรว่า การบำบัดนี้ดีขึ้นแล้ว คุณจะมีความแตกต่างออกไปบ้าง

ผู้รับการบำบัด : ดิฉันก็จะหยุดที่จะเช็คปอด จะไม่คิดถึงเรื่องมะเร็งตลอดเวลา จะไม่ทำให้คนใน

ครอบครัวเบื่อนายรำคาญ และจะไปเยี่ยมคนไข้ที่โรงพยาบาลให้ได้ และก็จะไม่ห่วงไหวกับทุกครั้งที่มีคนพูดถึงเรื่องมะเร็ง

ซึ่งในช่วงการบำบัดนั้น ผู้รับการบำบัดมักจะกล่าวถึงตัวเองว่า “จะไม่ทำอย่างนั้น จะไม่ทำอย่างนี้ จะไม่...” มากกว่าที่จะบอกว่า ตนเองจะเป็นอย่างไรหรือทำอะไร ซึ่งก็เป็นวิธีการแก้ปัญหาแบบตายตัว เช่น จะไม่ตื่นตกใจ จะไม่ไปเช็คปอด จะไม่ไปพูดคุยกับญาติเรื่องมะเร็ง เป็นต้น ฉะนั้น ผู้บำบัดก็อาจจะให้ผู้รับการบำบัดเล่าว่า อยากจะให้เป็นอย่างไร หรือมีอะไรที่เขาต้องการจะทำมากกว่าที่จะบอกว่า เขาอยากจะทำอะไร

เทคนิคหนึ่ง que อาจจะใช้ได้ดีคือ Miracle Question เป็นการตั้งคำถามเหมือนมีสิ่งมหัศจรรย์เกิดขึ้น ตัวอย่างเช่น “สมมุติว่า คุณแผลอหลับไปแล้ว เกิดสิ่งมหัศจรรย์ขึ้นมา คือปัญหาทั้งหมดของคุณนั้นหายไป

หมดเลย แต่คุณก็ไม่ว่าเกิดอะไรขึ้น เพราะคุณหลับอยู่ แต่พอตื่นขึ้นมาตอนเช้า ชีวิตยังคงดำเนินต่อไป คุณจะรู้ได้อย่างไรว่าเกิดความเปลี่ยนแปลงขึ้นกับชีวิต และคุณจะสังเกตเห็นอะไรที่แตกต่างจากเดิมที่เป็นอยู่ หรือคนอื่นจะเห็นอะไรที่บอกว่า มีสิ่งมหัศจรรย์เกิดขึ้น?”

ผู้หญิงคนนี้อาจจะตอบว่า เธอก็คงจะเก็บผลการตรวจเต้านมได้นานเป็นเดือนๆโดยไม่รู้สึกละอะไร หรืออาจจะพบกับสามีในเรื่องอื่นๆอย่างน้อย 95% มากกว่าที่จะพูดคุยเรื่องอาการของตนเอง และจะไปเยี่ยมญาติที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และถ้าเธอมีอาการกำเริบ เธอก็คงจะทำใจให้สงบได้ และถ้าจะวัดความก้าวหน้าที่อาจจะถามว่า “คุณพอที่จะไล่เรียงเป็นขั้น ๆ ถึงการเปลี่ยนแปลงค่อยเป็นค่อยไปที่เกิดขึ้นได้ไหม หรือมีสัญญาณอะไรเป็นสัญญาณแรกทีบอกว่าจะมีความก้าวหน้าขึ้นหรือดีขึ้น?”

**เป้าหมายที่อยู่บนพื้นฐานแห่งความเป็นจริง** ผู้บำบัดควรจะแน่ใจว่า เป้าหมายที่ตั้งไว้สามารถเป็นจริงได้ บางครั้ง ผู้รับการบำบัดตั้งเป้าหมายที่สุดขั้ว เช่น ผู้รับการบำบัดที่มีปัญหาด้านทักษะทางสังคม อาจต้องการที่จะหาคู่วิวให้ได้ทันทีหลังจบการบำบัด หรือเป้าหมายที่ตั้งไว้อาจมีความจำกัดมากจนเกินไป เช่น ผู้รับการบำบัดที่ย้ำคิดย้ำทำ อาจตั้งเป้าหมายว่า จะลดการล้างมือให้ได้นานถึงสี่ชั่วโมงต่อวัน หรือผู้รับการบำบัดและผู้บำบัดยังไม่เห็นพ้องต้องกัน เช่น คู่สมรสอยากให้ผู้บำบัดเห็นดีเห็นงามที่จะยกความรับผิดชอบให้ตกอยู่กับอีกฝ่ายหนึ่ง ผู้บำบัดอาจจะค่อย ๆ เจรจาเพื่อให้ผู้รับการบำบัดตั้งเป้าหมายในสิ่งที่เขาทำได้ หรือหวังในสิ่งที่ควรจะหวัง เพื่อให้เป้าหมายที่ตั้งไว้สามารถสัมฤทธิ์ผลได้

สิ่งสำคัญอีกประการหนึ่งคือ การตั้งเป้าหมายจะต้องเน้นที่การเปลี่ยนแปลงตัวเอง มากกว่าที่จะเปลี่ยนแปลงคนอื่น ขณะเดียวกันควรคำนึงถึงทรัพยากรที่มีอยู่ที่จะช่วยให้เป็นจริงขึ้นมาได้ เช่น ฐานะการเงิน ทักษะ ความมุ่งมั่น และเวลาที่มีอยู่

**การจัดลำดับความสำคัญของเป้าหมาย** ควรเลือกเป้าหมายที่ทำได้ก่อน ทำแล้วเห็นผลได้เร็ว เพื่อให้คนไข้เกิดความรู้สึกว่ามีความหวัง นอกจากนี้ ควรคำนึงถึงเรื่องความเสี่ยง ความเร่งด่วน ความสำคัญ หรือระดับของความทุกข์ใจที่มีอยู่ และอาจจะพิจารณาเป้าหมายที่คิดว่า อะไรที่มีความจำเป็นก่อน ก็อาจตั้งเป้าหมายนั้นก่อน ส่วนผู้บำบัดควรคำนึงถึงจริยธรรมควบคู่กันไปด้วย

#### 4. การจัดตารางกิจกรรม (Activity Scheduling)

การจัดตารางกิจกรรมเป็นเทคนิคอย่างหนึ่งที่น่าสนใจใน CBT เป็นเทคนิคง่ายๆ ที่นำมาประยุกต์ใช้เพื่อให้เข้าใจว่าชีวิตประจำวันของผู้รับการบำบัดในแต่ละวันเป็นอย่างไร ซึ่งในตารางตัวอย่างจะเป็นตารางสำหรับการบันทึกในรอบ 1 สัปดาห์ (weekly) ในแต่ละวันจะแบ่งเป็นช่วงละ 1 ชม. ตลอดทั้งวัน โดยจะเป็นช่องเล็กๆ ให้บันทึกกิจกรรมสั้นๆ และให้ประเมินคะแนน (rate) ความรู้สึกเป็นสุข (pleasure), ความรู้สึกสำเร็จ (achievement) ซึ่งตัวตารางนั้นเป็นเครื่องมือหนึ่งที่ทำให้ผู้บันทึกได้เห็นความเป็นจริงว่าชีวิตของเขาในแต่ละวันดำเนินไปอย่างไรบ้างผ่านการติดตาม (monitor) ตนเอง และการรับรู้นี้จะทำให้

เกิดการค้นพบสิ่งที่เกิดขึ้นในตนเองในแต่ละวัน ได้เห็นว่าในแต่ละวันแท้ที่จริงแล้วเขาไม่ได้เศร้าไปทั้งวัน แต่จะมีบางช่วงที่เขารู้สึกแตกต่างออกไป

การบันทึกตารางกิจกรรมประจำวันนี้เป็นเหมือนจุดเริ่มต้นที่ทำให้ผู้รับการบำบัดได้เห็น และเริ่มที่จะเปลี่ยนตัวเอง ซึ่งผู้รับการบำบัดเองได้เห็นหลายสิ่งหลายอย่างเกิดขึ้นใน 1 วันตั้งแต่เช้าถึงเย็น ทำให้เกิดการตรวจสอบว่ากิจกรรมบางอย่างอาจไม่มีความจำเป็นต้องทำเพราะไม่ก่อให้เกิดประโยชน์ ในขณะที่กิจกรรมบางอย่างควรทำแต่ผู้รับการบำบัดอาจกระทำน้อยเกินไป นอกจากนี้ยังได้เห็นว่าการทำกิจกรรมในแต่ละอย่างอาจสร้างความพึงพอใจที่แตกต่างกัน และสร้างความรู้สึกสำเร็จที่ต่างกัน ความเข้าใจนี้สามารถนำไปพิจารณากำหนดเป็นการบ้านของผู้รับการบำบัดได้เป็นอย่างดี

ในกรณีผู้รับการบำบัดบอกไม่ได้ว่ากิจกรรมอะไรที่ทำให้เขามีความสุขในแต่ละวัน ผู้บำบัดอาจให้ผู้รับการบำบัดไปทดลองทำกิจกรรมบางอย่างแล้วจึงกลับมาเล่าถึงประสบการณ์ที่เกิดขึ้นก็ได้ การบันทึกกิจกรรมที่ทำในแต่ละวันจะทำให้เห็นภาพคร่าว ๆ ในการวางแผนเปลี่ยนแปลงตัวเอง และได้มีแนวทางในการทดสอบสมมติฐานความคิดของผู้ป่วย การทดลองทำกิจกรรมอาจทำให้ผู้รับการบำบัดเกิดมี negative automatic thoughts บางประการขึ้นซึ่งผู้บำบัดสามารถใช้กระบวนการทดสอบและเปลี่ยนแปลงความคิดของผู้รับการบำบัดให้ถูกต้องตรงตามความเป็นจริงมากขึ้น

ในกรณีผู้ป่วยซึมเศร้ามักพบอยู่เสมอว่าการแนะนำให้ผู้ป่วยมีกิจกรรมมาก ๆ มักเป็นเรื่องที่ทำได้ลำบากของผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยซึมเศร้ามีความอ่อนไหวสูงเกี่ยวกับเรื่องความล้มเหลว ซึ่งพฤติกรรมบางอย่างก็เป็นพฤติกรรมที่ผู้ป่วยต้องการหลีกเลี่ยงหรือไม่เผชิญหน้าเพื่อไม่ให้ตัวเองเสี่ยงต่อความล้มเหลว ประเด็นนี้ต้องอาศัยความเข้าใจของผู้บำบัดเป็นอย่างมากในการแก้ปัญหาไปที่ละเรื่องอย่างค่อยเป็นค่อยไป เน้นการลงมือปฏิบัติจริงเพื่อให้ผู้รับการบำบัดเกิดความมั่นใจมากขึ้นเรื่อย ๆ ว่าเขาสามารถทำได้ ส่วนอีกปัญหาหนึ่งคือการให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเขียนบันทึกความสุขหรือความพึงพอใจ ซึ่งอาจพบว่า

1. ผู้ป่วยบางคนอาจนึกไม่ออกว่าความสุขของเขาอยู่ระดับไหน หรืออาจตอบรวม ๆ มาเลยว่าไม่มีความสุข ซึ่งเป็นปัญหาที่ผู้บำบัดจะต้องรู้และเตรียมตัวล่วงหน้า และพยายามให้ผู้รับการบำบัดได้มองเห็นให้ได้ว่าแท้ที่จริงแล้ว “ความสุข” ในที่นี้หมายถึงอะไร ตรงกับนิยามของความสุขอย่างไรที่เขาคิดไว้หรือไม่

2. สำหรับปัญหาของการให้ไปจดบันทึกตารางกิจกรรมนี้ บางครั้งอาจพบว่าแผนที่จะให้ไปปฏิบัติ อาจจะมีมาตรฐานแบบหนึ่งแล้วไม่สามารถยืดหยุ่นได้ จึงควรพิจารณาถึงการปฏิบัติที่เป็นไปได้เพื่อใช้ในสถานการณ์จริง ๆ เพราะมาตรฐานของคนทั่วไปอาจจะสูงเกินไปสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เพราะฉะนั้นการเปลี่ยนแปลงเพียงเล็กน้อยสำหรับผู้ป่วยซึมเศร้าอาจเป็นเป็นจุดเริ่มต้นที่สำคัญมากสำหรับความสำเร็จในอนาคตของผู้ป่วย

3. แผนการที่คลุมเครือเกินไป ไม่สามารถเจาะจงได้ว่าผู้รับการบำบัดจะต้องทำอะไร หรือมีวัตถุประสงค์และเป้าหมายในการเปลี่ยนแปลงอย่างไร ซึ่งควรแก้ไขด้วยการอธิบายรายละเอียดให้ชัดเจนที่สุด รวมทั้งควรลงมือฝึกปฏิบัติใน session ถ้าเป็นสิ่งที่สามารถฝึกได้เพื่อให้ผู้รับการบำบัดเกิดความมั่นใจว่าเขาสามารถทำตามแผนนี้ได้จริง ๆ

ตารางกิจกรรมประจำวัน

	จันทร์	อังคาร	พุธ	พฤหัสบดี	ศุกร์	เสาร์	อาทิตย์
6-7							
7-8							
8-9							
9-10							
10-11							
11-12							
12-13							
13-14							
14-15							
15-16							
16-17							
17-18							
18-19							
19-20							
20-21							
21-22							
22-23							
23-24							
24-1							
1-2							
2-3							
3-4							
4-5							
5-6							

## 5. การบ้าน (Homework)

ในการบำบัดด้วย CBT มีหลักฐานยืนยันแน่นอนว่าถ้าทำ Home work หรือทำการบ้านไปด้วย ก็จะได้ประโยชน์มากกว่าไม่ทำ ถ้าผู้รับการบำบัดได้ทำการบ้านไปด้วย การบำบัด ก็จะมีประโยชน์มาก เพราะเขาจะได้มีโอกาสกลับไปคิด กลับไปตรึกตรองในสิ่งที่พูดคุยกันใน session สิ่งที่สำคัญของการทำการบ้านคือทำให้ได้ข้อมูลเกี่ยวกับผู้รับการบำบัดเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ยังมีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นแบบฝึกหัดให้ผู้รับการบำบัดทำการทดสอบในเรื่องต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็น automatic thought, พฤติกรรม, ความรู้สึกต่าง ๆ ซึ่งจะนำไปสู่การเรียนรู้ และได้นำไปใช้นอกชั่วโมงบำบัด ในขณะที่เดียวกัน การทำการบ้านก็เพิ่มการรู้จักพิทักษ์สิทธิของตนเอง (assertiveness) คือการสามารถเข้าหาความจริง การเข้าไปพิสูจน์ และรู้ด้วยความเป็นมนุษย์ที่ทุกคนควรจะเป็นได้

ควรใช้เวลาในการพูดคุยถึงเรื่องการบ้านประมาณ 5-10 นาทีในแต่ละ session ช่วงท้ายชั่วโมงส่วนการตรวจการบ้าน (Review homework) อาจกระทำในช่วงต้นของ session ต่อไป การบ้านที่กำหนดขึ้นมาในแต่ละครั้ง จะสอดคล้องกับประเด็นหลักที่ได้จากการกำหนดหัวข้อพูดคุย (agenda) เช่นถ้า agenda กำหนดว่าเรื่องที่จะคุยกันคือการหา automatic thought ที่เป็นตัวกระตุ้นที่ทำให้เกิดความรู้สึกแ่การบ้านที่จะทำต่อในวันนั้นก็จะเป็นการติดตาม (monitor) automatic thought ที่เกิดขึ้นในสถานการณ์ต่าง ๆ ระหว่างสัปดาห์

การบ้านเป็นกระบวนการที่เป็น collaborative คือเป็นการทำงานร่วมกันระหว่างเราและผู้รับการบำบัด การกำหนดการบ้านจะต้องเป็นการตกลงร่วมกัน ไม่ใช่คำสั่งที่ผู้บำบัดสั่งผู้รับการบำบัดให้กระทำซึ่งมีโอกาสสูงที่ผู้รับการบำบัดจะต่อต้านไม่ร่วมมือ การบ้านที่ดีมักมีความหลากหลายไปตามการประเมินปัญหาและประโยชน์ที่คาดผู้ป่วยจะได้รับ เช่นการแนะนำให้ผู้ป่วยอ่านหนังสือที่ส่งเสริมความเข้าใจต่อการบำบัด การทบทวนอดีตและเขียนเรียงความเป็นเรื่องราว การจัดตารางกิจกรรมและใช้ชีวิตตามตารางที่ได้ร่างไว้ การทดลองตามแผนการทดลองที่ได้เตรียมไว้ (Behavioral experiment) การบ้านควรเริ่มจากสิ่งง่ายก่อนแล้วค่อยเปลี่ยนไปเป็นสิ่งที่ยากขึ้นและใช้ทักษะมากขึ้น เพื่อเพิ่มความรู้สึกของความสำเร็จของการทำจิตบำบัดที่สำเร็จเป็นขั้นเป็นตอนไป ซึ่งจะสอดคล้องกับเป้าหมายที่กำหนดไว้ แม้ว่าอาจจะไม่สำเร็จในครั้งเดียวหรือในระยะสั้น ๆ

ปัญหาที่เกิดขึ้นเสมอคือเมื่อผู้ป่วยไม่ทำการบ้าน สิ่งที่ผู้บำบัดพึงปฏิบัติในกรณีนี้สรุปได้ดังนี้

1. ปรับการบ้านให้สอดคล้องกับเรื่องที่พูดคุยในการบำบัดใน session นั้น โดยเฉพาะเรื่อง que ผู้ป่วยก็สนใจจะทำหรือฝึกฝนต่อไป
2. เพื่อให้แน่ใจว่าผู้ป่วยยินดีที่จะทำการบ้านอย่างแท้จริง ผู้บำบัดควรจะถามผู้ป่วยตรง ๆ ว่าเขาพร้อมที่จะทำการบ้านหรือไม่ การแสดงเจตคติที่เปิดกว้างของผู้บำบัดว่าพร้อมจะรับฟังถึงแม้ว่าผู้รับการบำบัดจะไม่ชอบหรือไม่เห็นด้วยกับการบ้านก็จะช่วยให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกันมากขึ้น

3. การบ้านที่ตกลงกันว่าจะทำน่าจะเป็นสิ่งที่ทำได้ชัดเจน เห็นได้เป็นรูปธรรม หลังจากที่กำหนดการบ้านควรอภิปรายถึงเรื่องอุปสรรคที่คาดว่าจะเกิดขึ้นว่าน่าจะมีมากน้อยแค่ไหน มีจุดไหนที่ยังไม่เข้าใจ ยากง่ายอย่างไร และถามด้วยว่าจะอะไรจะเกิดขึ้นบ้างเมื่อเขากลับไปทำมันจริง ๆ นอกจากนี้การถามว่า “คุณคิดว่าจะได้ประโยชน์อะไรกับตัวคุณบ้าง?” จะเป็นตัวกระตุ้นเน้นให้เขารู้สึกว่าทำแล้วดีอย่างไร ก็จะช่วยได้เป็นอย่างดี

4. ระวังระวังเมื่อมีการให้การบ้านกับผู้ป่วยที่มีปัญหาบุคลิกภาพ (Personality disorders) เช่น ผู้ป่วยที่มีลักษณะเป็น perfectionism (สมบูรณ์แบบ) เวลาให้การบ้านเรื่อง activity scheduling ผู้ป่วยอาจพยายามอย่างมากที่จะลงบันทึกในตารางให้สมบูรณ์แบบจนกลายเป็นความหมกมุ่นและสร้างความเครียดแทนที่จะช่วยให้รู้สึกดีขึ้น หรือในกรณีผู้ป่วยที่มีการมองเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ (Low self-esteem) ก็อาจเกิดปัญหาในการเขียน activity ลงในบันทึกเนื่องจากคิดว่าเขียนอะไรลงไปก็คงไม่น่าเป็นที่พอใจของผู้บำบัด สิ่งที่เขียนไปอาจถูกวิพากษ์วิจารณ์หรือทำให้อับอายได้

5. เชื่อกันว่าการบ้านที่เราให้ไปจะมีประโยชน์ไม่มากนักน้อย อย่างน้อยก็ทำให้ได้ข้อมูลจากคนไข้เพิ่มเติม ถึงแม้ว่าพฤติกรรมหรืออารมณ์จะยังไม่เปลี่ยนแปลงไปในขณะนี้ แต่ข้อมูลที่เรารับไม่ว่าผู้รับการบำบัดจะทำหรือไม่ทำการบ้านก็มีประโยชน์ที่จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงได้ในที่สุด

6. การทบทวนการบ้านใน session ต่อ ๆ ไปเป็นสิ่งที่มีผู้บำบัดควรแสดงทำที่ที่เขาจริงเขาจัง เพื่อให้ผู้รับการบำบัดเห็นถึงความสำคัญและเกิดแรงกระตุ้นที่จะทำการบ้านให้สำเร็จ

## 6. การทดสอบความคิดอัตโนมัติ (Testing Automatic Thought)

### วิธีที่ใช้ประเมินความคิด (รวมทั้งภาพ) อัตโนมัติ (Appraising Automatic Thoughts and Images)

#### วิธีที่ 1 การถอยหลังกลับ (Taking a step back or decentering)

Aaron Beck เคยอธิบายไว้ว่า องค์ประกอบที่สำคัญประการหนึ่งของ cognitive therapy คือความสามารถในการมองความคิดว่าเป็นเพียงปรากฏการณ์หนึ่งของจิตใจ (mental event) ไม่ใช่สิ่งที่บ่งบอกว่าเป็นความจริง (reality) ดังนั้นวิธีดังกล่าวคือการที่ผู้รับการบำบัดถอยมาหนึ่งก้าว และพิจารณาความคิดนั้น แล้วตระหนักให้ได้ว่า ความคิดที่เกิดขึ้นขณะนั้น เป็นเพียงความคิดเห็น (opinion) ซึ่งไม่จำเป็นว่าต้องเป็นความจริงเสมอไป นั่นหมายความว่า เป็นการตระหนักต่อความคิดอีกต่อหนึ่ง (meta-cognitive awareness) ซึ่งประกอบไปด้วย การประเมินหรือตีคุณค่า การตรวจสอบหรือการควบคุมความคิด ดังนั้นจึงเป็นการให้ความสำคัญต่อกระบวนการคิดมากกว่าเนื้อหาของความคิด

#### วิธีที่ 2 การเข้าใจที่มาที่ไป (origin) ของความคิด

เมื่อผู้รับการบำบัดสามารถ เรียนรู้ที่จะประเมินความคิดอย่างเป็นเหตุเป็นผลได้ ผู้บำบัดต้องช่วยให้ผู้รับการบำบัดตระหนักได้ว่าความคิดหรือการมีความคิดเช่นนั้นนั้น ได้ทำให้เกิดประโยชน์ใดต่อเขาหรือไม่



เป้าหมายคือ ช่วยให้ผู้รับการบำบัดตระหนักและเข้าใจให้ได้ว่า มีเหตุผลบางอย่างที่ทำให้เขามีความคิดหรือข้อสรุปเหล่านี้ ซึ่งบ่อยครั้งมักเกี่ยวข้องกับประสบการณ์ในช่วงต้นของชีวิต

### วิธีที่ 3 การชั่งน้ำหนักระหว่างเหตุผลที่สนับสนุนและคัดค้าน (Weighing up pro and cons)

เป็นการหาเหตุผลว่าการที่ผู้รับการบำบัดมีความคิดหรือปฏิบัติใดๆ นั้นสมเหตุสมผลหรือไม่อย่างไร และยังเป็นการประเมินว่า มีข้อดีหรือประโยชน์ และข้อเสียหรือไม่มีประโยชน์ (Advantage and disadvantage) ของการคงและเชื่อความคิดดังกล่าวต่อไป โดยต้องประเมินทั้งในระยะสั้น และระยะยาว วิธีการนี้จะช่วยให้ผู้รับการบำบัดเกิดแรงจูงใจในการที่จะปรับเปลี่ยนความคิดในแง่ลบ สิ่งที่ถูกมองว่าเป็นข้อดี ของการคง negative thought มักเป็นเป็นการปกป้องตัวเอง เช่น ผู้ที่มักคาดหวังผลในทางไม่ดีไว้ก่อน และหากเกิดขึ้นจริงก็จะได้ไม่ต้องรู้สึกเสียใจหรือผิดหวังมาก เป็นต้น

ในบางครั้งถ้าพบว่าไม่สามารถสรุปได้ว่าความคิดอัตโนมัตินั้นเป็นจริงหรือไม่ อาจมีประโยชน์กว่าที่จะมองภาพกว้างมากกว่าที่จะมองว่ามันจริงหรือไม่จริง หรือดูว่าคุ่มค่าใหม่ที่จะคิดแบบนี้ วิธีนี้อาจช่วยให้ผู้รับการบำบัดได้ปรับความคิดใหม่ในมุมมองที่กว้างขึ้น เปรียบได้กับการมองอีกด้านหนึ่งของเหรียญ ซึ่งผู้รับการบำบัดอาจจะเคยมองเหรียญเพียงด้านเดียว ในขณะที่ผู้บำบัดช่วยเขาค้นหาหรือชั่งน้ำหนักความคิดหรือมองให้กว้างขึ้น ในการนี้ไม่แนะนำให้เราเผชิญหน้าตรง ๆ ซึ่งอาจทำให้ผู้รับการบำบัดรู้สึกไม่ดีได้ แต่ควรแสดงความเข้าใจและร่วมมือกันในการที่จะหาคำตอบหรือประเมินให้ครอบคลุม

### วิธีที่ 4 การตั้งคำถามว่าอะไรคือสิ่งที่เลวร้ายที่สุดที่อาจจะเกิดขึ้น

เป็นคำถามที่มีประโยชน์มากเพราะผู้รับการบำบัดจะสามารถบอกถึงความกลัวต่อสิ่งที่ตัวเองที่ต้องเผชิญกับอะไรบางอย่าง และคำถามต่อมาจึงมักถามว่า “แล้วจะเผชิญหรือจัดการกับปัญหานั้นอย่างไร” ซึ่งนำไปสู่กระบวนการแก้ปัญหา (Problem solving) นั่นเอง วิธีการตั้งคำถามแบบนี้จะช่วยให้ผู้ป่วยมองเห็นตัวปัญหาได้ชัดเจน และสามารถคิดถึงและควบคุมตัวปัญหาได้และจะค่อยๆ มั่นใจว่าจะแก้ปัญหาได้ สิ่งที่ทำให้คำถามนี้ได้ผลคือเมื่อผู้ป่วยนึกถึงสิ่งที่เลวร้ายที่สุดแล้วคิดว่าถึงแม้จะเป็นอย่างนั้นก็ยังสามารถรับมือได้ ความกลัวต่อปัญหาของผู้ป่วยก็จะลดลง และเริ่มที่จะคิดถึงการแก้ปัญหา

### วิธีที่ 5 Identifying cognitive theme

การระบุหรือค้นหาประเด็นหลักของความคิด ไม่ว่าจะเป็นในแง่ของกระบวนการ (process) หรือเนื้อหาสิ่งที่คิด (content) โดยใช้วิธีการบันทึกความคิด (thought record) เราอาจพบว่า ผู้รับการบำบัดอาจแสดงรูปแบบ (pattern) ของความคิดได้หลายแบบ เช่น การถูกปฏิเสธ ความอับอาย ความโกรธ โรคหรือความผิดปกติทางจิตบางอย่างมีสัมพันธ์กับประเด็นความคิดที่มีลักษณะหรือรูปแบบที่เฉพาะเจาะจง เช่น ความคิดเกี่ยวกับความต้องการควบคุม หรือความสมบูรณ์แบบที่พบได้ใน Eating disorder, OCDP ความคิดเกี่ยวกับความสูญเสียหรือความอายสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า, ความคิดเกี่ยวกับความกลัวหรือการถูกคุกคามสัมพันธ์กับ anxiety disorder เป็นต้น ประโยชน์ของการระบุประเด็นความคิด โดยเฉพาะในกรณี

ที่ประเด็นหรือรูปแบบความคิดนั้นเกิดขึ้นซ้ำๆ คือผู้รักษาสามารถท้าทายและทดสอบความคิดนั้น ซึ่งอาจต้องทำซ้ำหลายๆ ครั้ง สำหรับปัญหาความคิดบางรูปแบบการใช้วิธีการ challenge หรือท้าทายความคิดดังกล่าว จะมีประโยชน์กว่าการใช้วิธีให้ผู้ป่วยเกิดความคิดแบบใหม่หรือแบบอื่นๆ (alternative thought) ซึ่งอาจจะคงอยู่ไม่นาน ประโยชน์ที่สำคัญอีกประการของการ identify cognitive theme คือ อาจทำให้ได้ข้อมูลลงไปถึง core beliefs ได้เลย

ด้วยวิธีการข้างต้นนี้ทำให้ผู้รับการบำบัดสามารถเรียนรู้วิธีที่จะ

1. ระบุมุมความคิดที่ไม่เป็นประโยชน์
2. ระบุมุมความคิดที่เป็นอคติ
3. สามารถประเมินได้ว่าความคิดใดเป็นความคิดที่ไม่มีประโยชน์ และทำความเข้าใจความคิดนี้ได้
4. ตั้งคำถามเกี่ยวกับประโยชน์และความเป็นจริงของความคิดนั้น
5. พิจารณาส่งที่เป็นผลเลวร้ายที่สุด แล้วคิดหาทางแก้ไขปัญหา

**การพัฒนามุมมองใหม่ (Developing new perspectives)** สามารถกระทำได้ด้วยเทคนิคต่าง ๆ อันหลากหลายดังต่อไปนี้

**การรวบรวมหลักฐานที่สนับสนุนและคัดค้านความคิด (Reviewing evidence for and against: getting a balance view)**

วิธีนี้จะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดมุมมองใหม่ต่อความเชื่อ ความคิด และสถานการณ์เดิมนั้น ผู้บำบัดจะรวบรวมข้อมูลต่างๆ ให้มากพอที่จะปรับความสมดุลระหว่างหลักฐานหรือเหตุผลที่สนับสนุนและคัดค้าน การรวบรวมข้อมูลใช้การตั้งคำถามในลักษณะที่ดึงผู้ป่วยออกตัวเอง ทำให้เขาหลุดจากมุมมองเดิม เช่น

- “หากเป็นคนที่คุณรู้จักและห่วงใย มีความคิดเช่นนี้ คุณจะบอกเขาว่าอย่างไร”
- “หากคนที่เป็นห่วงคุณทราบว่า คุณมีความคิดเช่นนี้ คุณจะคาดว่าเขาจะพูดกับคุณว่าอย่างไร”
- “เคยบ้างไหมที่คุณเผชิญกับสถานการณ์แบบนี้ แต่ไม่มีความคิดเช่นนั้น”
- “เคยไหมคุณรู้สึกเช่นนี้มาก่อน แล้วจัดการกับความรูสึกนั้นอย่างไร”
- “หากคุณออกจากสถานการณ์นั้น หรือเมื่อมันผ่านไปแล้ว ถึงตอนนั้นคุณจะคิดอย่างไร”

**การระบุมุมความคิดที่เป็นอคติ (Addressing cognitive biases)**

ตัวอย่างที่สำคัญคือการระบุมุมความคิดแบบดำ-ขาว หรือสุดขั้ว (Dichotomous thinking) หลักการก็คือสิ่งต่างๆ เช่นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจะมีระดับและขอบเขต ตั้งแต่น้อยไปถึงมาก ไม่มีอะไรที่จะดีหรือแย่ที่สุดไปตลอด ดังนั้นให้ผู้ป่วยลองคิดเป็น 2 ทาง เช่นระหว่าง “แย่มาก/เลว/มีค่า/ไม่ดี” ที่สุด (ให้คะแนนเป็น 0) ไปจนถึง “ดี/มีค่า” มากที่สุด (ให้คะแนน 10 หรือ 100) และให้ระบุเหตุการณ์หรือความคิดที่สอดคล้องกับการให้นำหนักคะแนนระหว่าง 0-10/100 ประโยชน์ก็คือ ทำให้ผู้ป่วยมองเห็นว่าที่ตนเองมักคิดถึงหรือคาดการณ์ว่าเหตุการณ์ใดที่เกิดขึ้นจะแย่มากหรือรุนแรงหรือเลวร้ายทุกๆ ครั้งนั้นไม่เป็นความจริง จากนั้นให้เจาะลงไปในเรื่องที่แย่ที่สุดที่เขาคิดว่าจะเป็นอะไร ให้เลือกเรื่องที่เขาคิดว่า มันแย่ที่สุด แล้วตั้งคำถามเช่น มีวิธีอื่นที่จะ

สามารถมองสิ่งที่เกิดขึ้นใหม่ หรือตั้งคำถามว่ามันมีจุดอื่นๆ จุดแข็งที่เรามองข้ามไปหรือเปล่า หรือว่ามันมีทางอื่นๆ ใหม่ที่เพื่อนของฉันอาจจะมองไม่เห็นฉันหรืออาจตั้งคำถามกับสิ่งที่แย่ที่สุดที่ว่า ฉันไม่ทันได้คิดถึงอะไรหรือเปล่า ฉันพลาดอะไรหรือเปล่า หรือไม่ทันได้คิดถึงอะไรหรือเปล่า

เราสามารถจัดการกับความเชื่อตามความรู้สึก (Emotional reasoning) โดยความคิดเช่นนี้จะลดลงได้โดยช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจและยอมรับว่า สิ่งที่เขาเชื่อโดยรู้สึกว่าเป็นอย่างนั้นไม่ได้หมายความว่าต้องอย่างนั้นจริงๆ ยกตัวอย่างเช่น การที่เด็กคนหนึ่งรู้สึกว่าตัวเองเป็นคนไม่ดี ไม่ได้หมายความว่าเขาเป็นคนไม่ดี ลองทบทวนอีกครั้งว่าบางสิ่งบางอย่างมันไม่จำเป็นต้องเป็นจริง เช่น ซานตาคลอส อาจจะไม่มีในโลกจริงก็ได้ หรือว่าโลกอาจจะไม่แบนก็ได้คือมองแล้วคิดอีกอย่างหนึ่ง เหมือนคิดทบทวนว่ามันอาจจะไม่เป็นดังที่เราคิดก็ได้แล้วมีเหตุการณ์อะไรที่สนับสนุนความคิดใหม่

ความรู้สึกแย่ๆ จากการตำหนิตนเอง เกิดขึ้นได้บ่อยโดยเฉพาะถ้าหากเป็นการถูกตำหนิหรือต่อว่าที่รุนแรงจากผู้อื่น อย่างไรก็ตามความรู้สึกนี้จะลดลงได้ โดยสอนให้ผู้ป่วยพูด ทบทวนความคิดนี้ เช่น การถามตัวเองว่า “ฉันแย่อย่างนั้นจริงหรือ” “เป็นการยุติธรรมแล้วหรือที่ตำหนิตัวเองเช่นนี้” เป็นต้น

### การใช้การจินตนาการหรือบทบาทสมมติ (Using imagery and role play)

สามารถใช้เทคนิคนี้เพื่อทบทวนว่ามีความเป็นไปได้ใหม่ที่เราจะคิดอย่างอื่นได้ด้วยในขณะเดียวกับที่เราคิดอีกอย่างอยู่ นอกจากนี้เรายังสามารถปรับภาพที่เกิดขึ้นในใจเราได้ตามต้องการ เราสามารถปรับค่าความชัด ความคมให้เหมือนกับที่เราเป็นผู้ชมโทรทัศน์ที่มีรีโมตคอนโทรลอยู่ในมือ เช่นเราเดินไปในสวนสาธารณะแล้วคิดว่าเรารู้สึกสุขสงบแล้วเราก็จินตนาการว่าคนอื่นก็เห็นเหมือนเรา ในการจินตนาการนี้สามารถทำร่วมไปกับบทบาทสมมติ เพื่อให้ภาพที่เราคิดขึ้นในจินตนาการได้รับการส่งเสริมด้วยเสียงการสนทนาจริง ๆ โดยอาจใช้เทคนิคเก้าอี้ 2 ตัว ซึ่งเทคนิคนี้ก็เป็นเทคนิคที่สามารถใช้ร่วมกับจินตนาการภาพที่เราจินตนาการด้วยเสียงสนทนาจริง

### การโยงไปสู่ข้อสรุปใหม่ (Drawing a new conclusion)

การมองความคิดทางลบดั้งเดิมตอนแรก จากนั้นนำมาพิจารณาในหลายๆ มุมมอง ก็จะทำให้เรามองกว้างขึ้นแล้วเกิดมีความเป็นไปได้ที่หลากหลายขึ้น ทำให้สามารถสร้างข้อสรุปขึ้นมาใหม่ ซึ่งเมื่อมาถึงจุดนี้ได้แล้วผู้รับการบำบัดก็จะสามารถเข้ามาถึงจุดที่ได้คิดว่า ความคิดอัตโนมัติของเขาไม่ใช่ความจริง 100% แต่สิ่งที่ควรระมัดระวัง ณ จุดนี้คือความสำเร็จของเราไม่ได้จบแค่ที่ว่าผู้รับการบำบัดปรับความเชื่อได้แล้วก็แปลว่าสำเร็จแล้ว แต่ความคิดที่เปลี่ยนแปลงควรนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วย การปรับความคิดและการพัฒนามุมมองใหม่ ๆ สามารถทำได้โดยการให้ผู้ป่วย

1. ไม่ยึดตัวผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ให้ถอยห่างไปจากอารมณ์และความคิดของตัวเอง และมองความคิดของตัวเองเหมือนมองความคิดของคนอื่น
2. ให้ระบุความคิดอคติของตนเอง เช่น หาความคิดสุดโต่งของตัวเอง หรือหาการตำหนิตัวเองออกมาชัดๆ จะเกิดแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยน

3. ใช้จินตนาการหรือบทบาทสมมติดึงเอาข้อสรุปใหม่มา

## ปัญหาที่พบบ่อยในการทดสอบความคิด

### 1. ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงการสำรวจหรือค้นหาความคิด

ปัญหาบางอย่างที่เกิดขึ้นในการทำ cognitive therapy คือ ผู้ป่วยบางรายต้องการพูดหรือระบายความรู้สึกเท่านั้น เช่นในช่วงเวลาที่มีการสูญเสีย ในกรณีนี้การใช้ Supportive counseling ก่อนอาจเหมาะสมกว่า แต่ถ้าเกิดเหตุการณ์นี้บ่อยๆ ผู้บำบัดควรประเมินและค้นหาสาเหตุด้วย สำหรับผู้ป่วยที่มีความลังเลใจไม่แน่ใจในการรักษา การใช้วิธีการเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivation interviewing) จะเป็นประโยชน์

ผู้ป่วยบางรายอาจเน้นแค่การพูดถึงแต่ความรู้สึก เพราะเขาเชื่อว่าเป็นวิธีเดียวที่ดีที่สุด สิ่ง que ผู้บำบัดควรทำคือ จะต้องย้ำเตือนให้ผู้ป่วยเข้าใจวิธีการหรือข้อดีรวมทั้งสิ่งที่เป็จุดแข็งของ CBT และวิธีการรักษาแบบนี้แตกต่างจากรูปแบบการรักษาด้วยจิตบำบัดอื่นอย่างไร

ตัวอย่าง ใน session แรก ๆ ที่ผู้ป่วยได้เล่าสิ่งต่างๆ ให้ฟัง

ผู้บำบัด: รู้สึกอย่างไรบ้างสำหรับการพูดคุยกันวันนี้

ผู้ป่วย: รู้สึกดีมาก เพราะได้ระบายออกมา เป็นอย่างที่คิดไว้ว่าอยากจะมีใครที่คอยรับฟังปัญหาของเรา

ผู้บำบัด: ผมก็ยินดีอยู่แล้วที่จะรับฟัง แต่การรักษาคงไม่ใช่การได้ระบายออกอย่างเดียว เมื่อคุณได้เรียนรู้วิธีต่าง ๆ จากกระบวนการบำบัดรักษา คุณจะพบว่าวิธีอื่น ๆ อีกมากมายที่สามารถใช้จัดการกับความ คิดความรู้สึกของคุณได้นอกเหนือจากการได้ระบายความรู้สึก

การที่ผู้รับการบำบัดหลีกเลี่ยงที่จะพยายามสำรวจความคิดอาจเกิดขึ้นได้เมื่อผู้รับการบำบัดรู้สึกว่าจะไม่อยากจะนึกถึงสิ่งนั้น จึงทำให้ความคิดที่เป็นลบบางอย่างไม่ได้รับการทบทวนหรือถูกประเมินอย่างเหมาะสม และผู้ป่วยก็จะยังรู้สึกเป็นทุกข์อยู่อย่างเดิม นอกจากนี้ความลังเลใจที่จะนึกถึงก็เป็นตัวกระตุ้นความรู้สึกเจ็บปวดที่อยู่ลึกๆ ภายในได้ ยกตัวอย่างเช่น ในรายที่อับอายต่อการตกเป็นเหยื่อของการถูกทารุณกรรมทางเพศ ซึ่งผู้บำบัดต้องใช้เวลาในการสร้างสัมพันธภาพ และสร้างบรรยากาศที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกได้ว่ามีความปลอดภัย รู้สึกแน่ใจที่จะดึงความคิด ความรู้สึกนั้นออกมา และกล้าที่จะเผชิญต่อความคิดที่รบกวนนี้ได้

### 2. ปัญหาในการ identify NAT

ความคิดอัตโนมัติเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นแล้วดับหายไปอย่างรวดเร็ว จนบางครั้งผู้ป่วยไม่สามารถจับความคิดนั้นได้ทันหรือระบุความคิดตัวเองได้ สิ่งนี้เป็นปัญหาที่พบได้ไม่น้อย นอกจากนี้บางสิ่งอย่างที่เป็นความคิดนั้น ยากที่จะอธิบายเป็นคำพูดให้เข้าใจ ซึ่งผู้ป่วยอาจบอกได้เพียงว่ารู้สึกเป็นอย่างนี้ เช่น ในผู้ป่วย body dysmorphic disorder ที่รู้สึกว่ามีส่วนส่วนของร่างกายที่ผิดปกติรูปร่าง, ผู้ป่วยโรคย้ำคิดย้ำทำ ที่กังวล

และรู้สึกว้าวกว่าสกปรก บางครั้งเราต้องจัดการกับสิ่งที่เป็นความรู้สึกนี้ อย่างไรก็ตาม ความคิดโดยทั่วไป มักจะสามารถเชื่อมโยงเป็นคำพูดได้

### 3. การท้าทาย (challenge) automatic thought มีผลน้อยหรือไม่มีผลต่อผู้รับการบำบัด

ในกรณีนี้ผู้บำบัดต้องทบทวนตัวเอง ว่ากระบวนการบำบัดนั้นถูกต้องหรือไม่ ซึ่งรวมถึงการทบทวน case formulation ซึ่งหากจำเป็นอาจต้องมีการปรับเปลี่ยนไปตามข้อมูลที่ได้รับเพิ่ม นอกจากนี้ควรมีการตรวจสอบกับผู้ป่วยว่าอะไรที่ยังทำให้เขายังคงเชื่อความคิด และสิ่งที่ขัดขวางไม่让他เชื่อความคิดใหม่อื่นๆ ซึ่งอาจมีบางอย่างที่เรายังไม่ได้จัดการอย่างถูกต้อง เช่น ตรวจสอบหลักฐาน (evidence) ไม่ครบถ้วน, ผู้รับการบำบัดยังมี safety behavior อยู่, หรือผู้บำบัดไม่ได้จัดการกับความคิดหลักที่รบกวนผู้รับการบำบัดจริงๆ หรือที่เรียกว่า hot thought

## 7. การดัดแปลงความเชื่อ (Modifying Beliefs)

วิธีทั่วไปที่ใช้ในการดัดแปลงความเชื่อที่เป็น intermediate beliefs และ core beliefs ได้แก่

1. Socratic questioning
2. การทำการทดลองทางพฤติกรรม (behavioral experiments)
3. การใช้ความเข้าใจ ความคิดแบบต่อเนื่อง (cognitive continuum)
4. การใช้บทบาทสมมติ (rational-emotional role-play)
5. การอาศัยผู้อื่นเป็นจุดอ้างอิง (using others as reference point)
6. การทำตนเองเสมือนว่า (acting "as if")
7. การเปิดเผยตัวเอง (self disclosure)

### Socratic questioning

เป็นการที่ผู้รักษาได้ทำการตรวจสอบหรือประเมินความเชื่อของผู้รับการรักษาโดยใช้คำถามแบบเดียวกับที่ใช้ประเมิน automatic thoughts แม้ว่าความเชื่อเหล่านั้นจะเป็นความเชื่อทั่วไปแต่ก็ต้องช่วยให้ผู้รับการรักษาประเมินว่าได้ใช้อย่างถูกต้องเหมาะสมกับสถานการณ์นั้นหรือไม่

### การทำการทดลองทางพฤติกรรม (Behavioral experiments)

การตรวจสอบพฤติกรรมอาจคล้ายกับการตรวจสอบ automatic thoughts ผู้รักษาสามารถช่วยผู้รับการรักษาส่งสร้างวิธีการทดสอบหรือตรวจสอบโดยวิธีการทางพฤติกรรม เพื่อที่จะตรวจสอบและประเมิน

ความถูกต้องของความเชื่อที่มีอยู่ วิธีนี้ถ้าสามารถทำได้ถูกต้องก็สามารถที่จะตัดแปลงหรือแก้ไขความเชื่อได้มีประสิทธิภาพมากกว่าการตั้งคำถามตามวิธีที่ได้กล่าวมาข้างต้น

ตัวอย่าง: ผู้รับการรักษามีความเชื่อว่าถ้าไปขอรับการช่วยเหลือจากผู้อื่น ผู้อื่นอาจจะดูถูกได้ ผู้รักษาชวนผู้รับการรักษาคิดว่าการที่ผู้รับการรักษามาขอความช่วยเหลือจากผู้รักษานั้น ผู้รักษาได้ดูถูกหรือไม่ ผู้รักษาอาจจะตอบได้ว่าไม่ คงเป็นหน้าที่ของผู้รักษา ผู้รักษาจึงชวนให้ผู้รับการรักษาคิดหาวิธีการพิสูจน์ว่าคนอื่นที่มารับการรักษามาขอความช่วยเหลือนั้นมีท่าทีอย่างไร โดยผู้รักษาให้ผู้รับการรักษาลองคิดดูว่าจะไปขอความช่วยเหลือจากใครบ้าง เช่น ไปขอคำแนะนำเกี่ยวกับการทำกรงบ้านจากเพื่อน หรือไปขอคำแนะนำเกี่ยวกับการทำรายงานจากอาจารย์ เป็นต้น แล้วสร้างเป็นรายการที่ให้ผู้รับการรักษากลับไปปฏิบัติในรอบสัปดาห์ เพื่อนำมาพิจารณาความถูกต้องของความเชื่อที่มีอยู่

### การทำความเข้าใจความคิดว่ามีคุณลักษณะแบบต่อเนื่อง (Cognitive continuum)

การใช้วิธีนี้จะมีประโยชน์ในการตัดแปลง automatic thoughts และความเชื่อที่มีลักษณะ 2 ขั้ว (dichotomous thinking) ได้แก่ การที่ผู้รับการรักษามีวิธีการคิดแบบขาวกับดำ ได้หรือเสีย วิธีนี้จะทำให้ผู้รับการรักษาดูเห็นความสำคัญของการคิดในลักษณะที่อยู่ตรงกลาง ๆ

ในตัวอย่างต่อไปนี่ ผู้รับการรักษามีความคิดว่าตนเองล้มเหลว (เริ่มต้นในความคิดของผู้รับการรักษาคือ การล้มเหลว คือ 0% แล้วคิดว่านักเรียนที่เรียนดีน่าจะอยู่ที่ 90-100% ผู้รักษาได้ถามผู้รับการรักษาคือ คนที่อยู่ต่ำกว่า 90% ถือเป็นคนล้มเหลวทั้งหมดใช่หรือไม่ และควรอยู่ที่จุดใด ผู้รับการรักษาคือ 50% ให้คิดและถามต่อว่า คนที่อยู่ต่ำกว่า 50% คือคนล้มเหลวทั้งหมดใช่หรือไม่และมีใครที่อยู่ต่ำกว่าผู้รับการรักษามาก อาจชวนผู้รับการรักษาคิดต่อในกรณีอื่น ๆ เช่น นักเรียนที่ไม่ทำอะไรเลยหรือนักเรียนที่พยายามแต่สอบได้เกรดไม่ดี ควรอยู่ที่จุดใด เมื่อเปรียบเทียบกับตนเองได้ว่ามีคนที่ต่ำกว่าผู้รับการรักษามาก ดังเช่นนี้แล้ว ดังนั้นผู้รับการรักษาคือ ควรอยู่ที่จุดใด จากตัวอย่าง ผู้รับการรักษาคือ จุดที่กำหนดขึ้นมาใหม่เป็น 75% เมื่อได้เช่นนี้แล้วควรชวนผู้รับการรักษากลับไปตรงความเชื่อเดิมและพยายามปรับให้เห็นว่าจริง ๆ คือ การประสบความสำเร็จ 75% มากกว่า

### การใช้บทบาทสมมติ (Rational-emotional role-play)

อาจเรียกว่า point-counterpoint มักใช้วิธีนี้ภายหลังจากการใช้วิธีอื่น ๆ แล้ว วิธีนี้มีประโยชน์ในกรณีที่ผู้รับการรักษารู้สึกว่าโดยความคิดแล้วความเชื่อที่มีอยู่เป็นความเชื่อที่ทำให้ปรับตัวได้ไม่ดี แต่ว่าด้วยทางอารมณ์แล้วผู้รับการรักษายังคงรู้สึกว่าคุณเชื่อเดิมนั้นยังเป็นจริงอยู่ การเล่นเกมบทบาทสมมติในช่วงแรก ผู้รักษาจะเล่นตามบทบาทให้เหตุผลและผู้รับการรักษาลเล่นตามบทบาทที่ยังคงทำให้ยึดติดกับความเชื่อเดิมอยู่ ส่วนในช่วงที่ 2 มีการสลับบทบาทกันแต่เวลาที่เล่นต่างก็สวมบทบาทเป็นผู้รับการรักษายิ่งแต่พูดกันคนละส่วน

ผู้รับการรักษาสวนหนึ่งจะรู้สึกไม่สบายใจกับการใช้บทบาทสมมติ เนื่องจากวิธีนี้เป็นวิธีที่ต้องใช้การเผชิญหน้าโดยตรง ดังนั้นก่อนการใช้วิธีนี้ควรทำความเข้าใจความตกลงกันก่อนและถ้าเลือกใช้แล้ว ผู้รักษาควรสังเกต

ลักษณะสีหน้า ท่าทางของผู้รับการรักษา (nonverbal reaction) และต้องไม่ทำให้รู้สึกว่าการกำลังถูกวิพากษ์วิจารณ์ด้วย

### การอาศัยผู้อื่นเป็นจุดอ้างอิง (Using others as reference point)

ในบางครั้งการให้ผู้รับการรักษาพิจารณาความเชื่อของคนอื่น ๆ เช่น เพื่อน บุคคลในครอบครัว ผู้ป่วยมักจะสามารรถเห็นความไม่สอดคล้องกันของสิ่งที่ตนเองเชื่อว่าถูกต้องสำหรับตัวเอง และสิ่งที่ตนเองเชื่อตามหลักฐานว่าถูกต้องสำหรับผู้อื่น โดยที่เวลาพิจารณานั้นผู้รับรักษามักจะสามารถแยกแยะจิตใจของตนเองออกจากความเชื่อที่ทำให้ตนเองปรับตัวได้ไม่ดีได้ จากนั้นผู้รักษาอาจชวนให้ผู้รับรักษากลับมาดัดแปลงความเชื่อของตนเองด้วยการพิจารณาผู้อื่นที่มีความเชื่อทำนองเดียวกันกับตนเอง

### การทำตนเองเสมือนว่า (Acting “as if”)

จากแนวความคิดที่ว่า ถ้าความเชื่อเปลี่ยนแปลงไปก็จะเกิดการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมตามมา ในทางกลับกันถ้ามีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมก็จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงในความเชื่อได้ ความเชื่อบางอย่างอาจต้องการเพียงการแก้ไขเป็นบางส่วนเท่านั้น เมื่อผู้รับการรักษาเริ่มมีการเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองไป พฤติกรรมใหม่ ๆ ก็จะช่วยลดความแรงของความเชื่อเดิมได้ เป็นการทำให้พฤติกรรมที่เกิดขึ้นคงอยู่ได้ต่อไป ในการใช้วิธีนี้ผู้รักษาชวนผู้รับการรักษาให้ทำตัวไม่เห็นด้วยกับความเชื่อเดิมโดยทำตัวในแนวที่แตกต่างไปจากความเชื่อเดิม ตัวอย่าง เช่น ผู้รับการรักษาที่มีความเชื่อว่าการไปถามผู้อื่นนั้นเป็นการแสดงว่าตัวเองไม่เก่ง เมื่อผู้รับการรักษาทำตัวไม่เชื่อตามความเชื่อนี้ก็จะไปขอคำปรึกษาจากผู้อื่น แล้วจึงชวนพิจารณาว่า การไปขอคำปรึกษาจากผู้อื่นนั้น จะได้ประโยชน์อะไรบ้าง ผู้รักษาอาจแสดงความคิดเห็นว่าได้ประโยชน์ ซึ่งผู้รักษาต้องเน้นความคิดใหม่ตรงจุดนี้ และในตอนท้ายอาจให้ผู้รับการรักษาตัดสินใจว่ามีความพร้อมมากน้อยเพียงใดที่จะทำตนเองเสมือนว่าจะเชื่อมาทางความเชื่อใหม่ ๆ นั้น

### การเปิดเผยตัวเอง (Self disclosure)

ในบางครั้งการเปิดเผยตัวของผู้รักษาเองในโอกาสที่เหมาะสมก็อาจช่วยให้ผู้รับรักษามองเห็นปัญหาหรือพิจารณาความเชื่อของผู้รับการรักษาในมุมที่ต่างออกไปได้ แต่การเปิดเผยตัวเองของผู้รักษานั้น จะให้เกิดประโยชน์แก่ผู้รับการรักษาจะต้องเป็นเรื่องที่เป็นความจริงและตรงประเด็นกับผู้รับการรักษา

## 8. การสิ้นสุดการบำบัด (Ending Therapy)

การสิ้นสุดการบำบัด จะเกิดขึ้นเมื่อสามารถตอบสนองต่อเป้าหมายที่ได้ตั้งไว้กับผู้รับการบำบัด ตั้งแต่แรก โดยที่ผู้รับการบำบัดสามารถบรรลุเป้าหมายที่ตัวเองต้องการแก้ไข และสามารถที่จะนำ CBT ไปใช้ในการแก้ปัญหาของตนเองได้ โดยใช้ทักษะที่ได้เรียนรู้ระหว่างบำบัด ในขั้นตอนการหยุดการบำบัดใน

session นี้ จะเป็นประโยชน์มากในการที่เราจะได้ช่วยเหลือผู้รับการบำบัด ในการพัฒนาพิมพ์เขียวของผู้รับการบำบัดเพื่อที่เขาจะสามารถจัดการกับปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้นในอนาคต โดยมีรากฐานจากการเรียนรู้ในระหว่างการบำบัด ซึ่งใน session นี้ สิ่งที่เราจะพูดคุยกับผู้ป่วย ก็คือ

1. เขาได้เรียนรู้อะไรบ้างในการบำบัด
2. กระบวนการเรียนรู้ที่เกิดขึ้นเป็นอย่างไร และมีปัญหาอย่างไรบ้าง
3. ถ้าในอนาคตจะมีสถานการณ์ใดบ้างที่จะทำให้เกิดปัญหาแบบนี้ได้อีก (แบบที่เขาจะมาแก้ไขกับเรา)
4. แนวทางที่เขาจะตอบสนองต่อสถานการณ์ที่เขาคาดเดาว่าจะเกิดขึ้น เขาจะตอบสนองอย่างไร
5. วิธีจัดการกับปัญหาถ้าไม่สามารถที่จะจัดการได้ เขามีช่องทางสำหรับติดต่อกลับไปผู้บำบัดอย่างไรบ้าง

สิ่งสำคัญก็คือในขั้นตอนทั้ง 5 ขั้นตอนจะต้องได้มาจากความคิดของผู้ป่วยไม่ได้มาจากความคิดของผู้บำบัดเอง แม้ว่าเวลาพูดคุยกับผู้ป่วย เวลาที่เราให้ผู้ป่วยลำดับทั้ง 5 ขั้น เขาอาจจะจัดลำดับในการพูดคุยข้อม้อม ค้อม ไม่ตรงจุด ตามที่ได้ตั้งใจไว้ แต่ก็ควรจะให้สิ่งเหล่านี้มาจากตัวผู้ป่วยเองหรือเราไม่ควรไปเสนอตัวให้ความช่วยเหลือจนกว่าเขาจะมาขอความช่วยเหลือจากเรา

การกระตุ้นรอบสอง : ตัวผู้บำบัดควรจะมีการวางแผนที่จะมีการนัดผู้ป่วยมากระตุ้นการบำบัด เพื่อติดตามผลการรักษา และเป็นการให้กำลังใจผู้ป่วยในการที่เขาจะจัดการกับปัญหา และยังเป็นโอกาสที่ผู้บำบัดได้ตรวจสอบการจัดการปัญหาของผู้ป่วยว่าเขาได้ใช้สิ่งที่เรียนรู้ในระหว่างการบำบัดกับเราไปจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นของเขาได้จริงหรือไม่ รวมทั้งเป็นโอกาสที่ผู้บำบัดจะได้ตรวจสอบความคิดที่ไม่เป็นเหตุเป็นผลที่อาจจะเกิดขึ้นอีก เพื่อที่จะได้แนะนำวิธีที่จะจัดการ ถ้าจำเป็นต้องจัดการอีกครั้งหนึ่งในการยุติการรักษา

บางครั้งผู้รับการบำบัดอาจกังวลว่าหลังจากที่สิ้นสุดการรักษาแล้วตนเองอาจจะไม่สามารถจัดการกับปัญหาได้ด้วยตัวเอง ถ้าเจอปัญหานี้เราจะมีวิธีการจัดการได้โดยการสอบถามผู้ป่วยถึงเรื่องที่เขากังวลใจ ว่ากังวลว่าจะจัดการอะไรไม่ได้แล้วเราก็ให้ความช่วยเหลือในการจัดการกับปัญหานี้

ถ้าในการรักษาช่วงแรกผู้บำบัดกังวลว่าผู้รับการบำบัดจะเดินไปในเส้นทางของ CBT ไม่ได้ จะมีตัวอย่างคำพูดที่บอกไว้ว่า ถึงแม้ว่ากระบวนการบำบัดโดยการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมจะมีประโยชน์มากกับผู้ป่วยหลายคน แต่สำหรับบางคนอาจจะไม่เหมาะนักที่จะใช้วิธีนี้ เมื่อผู้บำบัดเองได้ทำการประเมินแล้วว่าวิธีการนี้ไม่เหมาะสมกับผู้รับการบำบัดก็สามารถที่จะยุติการรักษาไว้เพียงเท่านี้ แล้วมองหามารบำบัดแบบอื่นที่จะนำมาช่วยเหลือผู้ป่วยได้เหมาะสมมากขึ้น โดยควรให้กำลังใจผู้ป่วยว่า เขาสามารถหายได้โดยวิธีการอื่น เช่นอาจแนะนำให้เขาไปเข้ารับการบำบัดแบบอื่นๆ เช่นการบำบัดคู่สมรส การบำบัดเรื่องความสัมพันธ์ สำหรับผู้ป่วยโดยทั่วไปที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีโรคทางจิตเวชใน axis I มักจะมีผลตอบรับที่ดีต่อ CBT และถ้าผู้ป่วยมีพิมพ์เขียวของชีวิตที่ดี ก็จะทำให้เขามีการตอบสนองต่อการบำบัดแบบอื่นได้ดีด้วย



### เอกสารอ้างอิง

1. Beck JS. Cognitive therapy: basics and beyond. New York: Guilford Press 1995.
2. Greenberger D, Padesky CA. Mind over mood. New York: Guilford Press 1995.
3. Leahy RL. Cognitive therapy techniques: a practitioner's guide. New York: Guilford Press 2003.
4. Bennett-Levy J, Butler G, Fennell M, et al. (editors). Oxford guide to behavioural experiments in cognitive therapy. Oxford: Oxford University Press 2004.
5. Westbrook D, Kennerley H, Kirk J. An Introduction to cognitive behaviour therapy: skills and applications. London: Sage Publications 2007.

## รายนามคณะผู้จัดทำหนังสือคู่มือการบำบัดรักษาโรคซึมเศร้าแบบ CBT

### ที่ปรึกษา

- |                |               |   |
|----------------|---------------|---|
| 1. นพ.มล.สมชาย | จักรพันธุ์    | อธิบดีกรมสุขภาพจิต  |
| 2. นพ.วชิระ    | เพ็งจันทร์    | รองอธิบดีกรมสุขภาพจิต                                     |
| 3. พญ.พันธุ์ภา | กิตติรัตน์บุญ | ที่ปรึกษากรมสุขภาพจิต                                     |
| 4. ศ.นพ.มานิต  | ศรีสุรภานนท์  | ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์<br>มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ |
| 5. นางอัจฉรา   | จรัสสิงห์     | สำนักสุขภาพจิตสังคม กรมสุขภาพจิต                          |

### คณะผู้จัดทำ

- |                    |                 |   |
|--------------------|-----------------|---|
| 1. อ.นพ.ณัฏฐ       | พิทยรัตน์เสถียร | คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย                 |
| 2. อ.นพ.ยุทธนา     | องอาจสกุลมั่น   | โรงพยาบาลมหารมย์                                    |
| 3. รศ.นพ.ณรงค์     | มณีทอน          | คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่                  |
| 4. พญ.สุรินทร์พร   | ลิขิตเสถียร     | คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่                  |
| 5. รศ.ดร.ดาราวรรณ  | ตีะปินตา        | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่                |
| 6. นพ.วรภัทร       | รัตอาภา         | คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล        |
| 7. นายทศพล         | ผลิตาภรณ์       | คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี<br>มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 8. พญ.เบ็ญจมาศ     | พฤกษ์กานนท์     | สำนักวิชาการ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข           |
| 9. นพ.ลัญจณ์ศักดิ์ | อรรชยากร        | นายแพทย์ 6 โรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชชนครินทร์        |
| 10. น.ส.สุพิน      | พรพิพัฒน์กุล    | นักจิตวิทยา 8 สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา         |
| 11. นายอรรณพ       | ทองคำ           | พยาบาลวิชาชีพ 7 โรงพยาบาลสวนปรุง                    |
| 12. น.ส.วิชาดา     | โมฬีชาติ        | นักจิตวิทยา 5 โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์               |