

บทความพิเศษ

การบำบัดความคิดและพฤติกรรมในหน่วยบริการปฐมภูมิ

Received: March 16, 2021; Revised: April 9, 2021; Accepted: November 16, 2021

นายแพทย์พรชัย โนนจ้อย

ว. เวชศาสตร์ครอบครัว

ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน

คณะแพทยศาสตร์

มหาวิทยาลัยขอนแก่น

Corresponding Author email:

patno@kku.ac.th

บทคัดย่อ

การทำจิตบำบัดความคิดและพฤติกรรม (Cognitive behavioral therapy) เป็นจิตบำบัดที่มีประสิทธิภาพในโรคจิตเวชหลายโรคและสามารถนำมาใช้ปรับพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้ จิตบำบัดความคิดและพฤติกรรมมีจุดเด่น คือ มีโครงสร้างชัดเจน ระยะเวลาสั้นและมีประสิทธิภาพในหน่วยบริการปฐมภูมิ ในประเทศไทยยังขาดแคลนบุคลากรด้านสุขภาพจิต ดังนั้นทีมสหวิชาชีพสามารถประยุกต์การทำจิตบำบัดความคิดและพฤติกรรมเพื่อใช้ดูแลผู้ป่วยในหน่วยบริการปฐมภูมิได้ บทความนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อสรุปเนื้อหาในการทำจิตบำบัดความคิดและพฤติกรรม เพื่อจะได้เป็นประโยชน์ต่อทีมสหวิชาชีพในการนำไปประยุกต์ใช้กับเวชปฏิบัติในชุมชนต่อไป

จิตบำบัดความคิดและพฤติกรรม กล่าวถึงการที่มนุษย์เผชิญกับเหตุการณ์ในชีวิตจะเกิดความคิดอัตโนมัติ เกิดอารมณ์ พฤติกรรม และอาการทางร่างกายตามมา ขั้นตอนเริ่มต้นจากสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ป่วย ตั้งเป้าหมายในการรักษา ค้นหาความคิดอัตโนมัติด้านลบ ทำให้ผู้ป่วยเห็นถึงด้านบวก ส่งเสริมให้เกิดการเปลี่ยนแปลงความคิดและพฤติกรรมระหว่างการทำจิตบำบัดและการให้บ้าน สิ่งสำคัญในการบำบัดทุกครั้งคือช่วยให้ผู้ป่วยตอบสนองต่อความคิดที่ไม่ถูกต้องหรือไม่ดีประโยชน์ โดยใช้เทคนิคความคิดและเทคนิคพฤติกรรม ถ้าผู้ป่วยสามารถสังเกตความคิดอัตโนมัติด้านลบที่เกิดขึ้น จะสามารถประเมินความเที่ยงตรงของความคิดได้ และเมื่อสิ้นสุดการรักษาเป้าหมายคือให้ผู้ป่วยเป็นผู้บำบัดของตนเองได้

คำสำคัญ: จิตบำบัดความคิดและพฤติกรรม, จิตบำบัด, ปฐมภูมิ

SPECIAL ARTICLE

Cognitive Behavioral Therapy in Primary Care

Received: March 16, 2021; **Revised:** April 9, 2021; **Accepted:** November 16, 2021

Abstract

Cognitive-behavioral therapy (CBT) is one of the psychotherapies that are effective in various psychological diseases. Moreover, CBT can be applied to behavioral changes in chronic disease. The distinctive points of cognitive-behavioral therapy include clear structure, time limits, and effectiveness in primary care. Thailand lacks sufficient mental health providers. Thus, Primary Care providers in the community can apply CBT in their practice to care for patients in the community. This article aims to summarize CBT content for primary care provider practice.

The theory of CBT regards the human response to the situation. Then, automatic thoughts, emotions, and behavior will occur according to the situation. Structuring in CBT includes: developing the therapeutic relationship, planning treatment, and structuring sessions, identifying negative automatic thoughts, emphasizing the positive, and facilitating cognitive and behavioral change between sessions with a homework assignment. It is essential in every therapy session to help patients respond to their inaccurate or unhelpful thoughts using cognitive and behavioral techniques. If the patients identify negative automatic thoughts, then they can validate the thoughts. The goal of treatment after the termination of the therapy aims of helping the patient to become their own therapist.

Keywords: Cognitive behavioral therapy, Psychotherapy, Primary care

Pat Nonjui, MD, MRCFPT

Department of Community
Medicine, Faculty of Medicine,
Khon Kaen University

Corresponding Author email:
patno@kku.ac.th

บทนำ

จากการสำรวจระบาดวิทยาสุขภาพจิตปี พ.ศ. 2556 ในประชากรไทยพบว่าร้อยละ 7.4 เป็นโรคจิตเวชอย่างน้อยหนึ่งโรค โดยโรคจิตเวชที่พบได้บ่อยสามอันดับแรกคือ กลุ่มความผิดปกติของการควบคุมตัวเอง (Impulsive control disorder) กลุ่มโรควิตกกังวล (Anxiety disorder) และความผิดปกติทางอารมณ์ (Affective disorder) ตามลำดับ¹ ซึ่งการรักษาในหน่วยบริการปฐมภูมินั้นสามารถทำจิตบำบัด ใช้ยาและการดูแลโดยทีมสหวิชาชีพ² ในหน่วยบริการปฐมภูมินั้นมีข้อจำกัดเรื่องเวลาและสถานที่ จึงเลือกการให้คำปรึกษาที่มีความสั้น เน้นการแก้ปัญหาและมีรูปแบบชัดเจน ได้แก่ 1. เทคนิค Five A's เพื่อลดการใช้บุหรี่และสุรา 2. เทคนิค BATHE เพื่อทำความเข้าใจ และช่วยเหลือผู้ป่วยในการวางแผนแก้ไขปัญหา 3. FRAMES Brief Intervention Model ในการลดการใช้สุราและกัญชา 4. Transtheoretical Model เพื่อปรับพฤติกรรมสุขภาพ และ 5. Brief Motivational Interviewing เพื่อค้นหาและเสริมสร้างแรงจูงใจ ที่จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ³ นอกจากนี้ยังมีจิตบำบัดความคิดและพฤติกรรม (Cognitive behavioral therapy) ซึ่งมีโครงสร้างชัดเจน ระยะเวลาสั้นและมีประสิทธิภาพในการรักษาโรคซึมเศร้าและวิตกกังวลในหน่วยบริการปฐมภูมิ⁴⁻⁶ มีวิจัยสนับสนุนว่าเป็นจิตบำบัดที่มีประสิทธิภาพในโรคจิตเวช^{7,8} และมีคำแนะนำให้ทำจิตบำบัดความคิดและพฤติกรรมในโรคจิตเวชหลายโรค เช่น โรควิตกกังวลทั่วไป โรคซึมเศร้า เป็นต้น^{9,10}

จากรายงานประจำปี กรมสุขภาพจิต พ.ศ. 2558 พบว่าบุคลากรด้านสุขภาพจิตไม่เพียงพอต่อการให้บริการประชาชน¹¹ ดังนั้นสหวิชาชีพในชุมชนจึงมีบทบาทดูแลกลุ่มผู้ป่วยเหล่านี้ ในหน่วยบริการปฐมภูมิ บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสรุปเนื้อหาในการทำจิตบำบัดความคิดและพฤติกรรม เพื่อเป็นประโยชน์ต่อแพทย์และสหวิชาชีพนำไปประยุกต์ใช้ในหน่วยบริการปฐมภูมิ

พัฒนาการของจิตบำบัดความคิดและพฤติกรรม

แบ่งเป็นสามช่วง ได้แก่

1. คลื่นลูกแรก (First wave) หรือ Behavioral therapy (พฤติกรรมบำบัด) ทฤษฎีสำคัญคือ 1) classical conditioning (ทฤษฎีการวางเงื่อนไขแบบคลาสสิก) และ 2) operant learning (ทฤษฎีการวางเงื่อนไขแบบแสดงการกระทำ) นำมาใช้ เช่น จัดสภาพสิ่งแวดล้อมใหม่เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การเสริมแรงบวกในพฤติกรรมที่ต้องการเพื่อให้เกิดแนวโน้มในการแสดงพฤติกรรมนั้นอีก^{12,13}

2. คลื่นลูกที่สอง (Second wave) พัฒนารึ้นเนื่องจากพฤติกรรมบำบัดมีข้อจำกัดในการใช้กับผู้ป่วยที่มีปัญหาพฤติกรรมซับซ้อน¹⁴ Albert Ellis พัฒนา Rational Emotive Behavior Therapy (REBT) และ Aaron Beck พัฒนา Cognitive behavioral therapy¹⁵ ทั้งสองรูปแบบของจิตบำบัดมีแนวคิดที่คล้ายกัน เช่น 1) การตั้งเป้าหมายในการรักษา 2) ให้ความสำคัญกับรูปแบบความคิดว่าถ้าความคิดของคนอยู่บนพื้นฐานความเป็นจริงและเป็นเหตุเป็นผลจะเกิดความรู้สึกและพฤติกรรมที่ดี และเมื่อบุคคลมีความคิดที่ไม่มีเหตุผลก็นำไปสู่ความรู้สึกและพฤติกรรมที่ไม่ดี 3) ความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมต่างมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน^{16,17} REBT กล่าวถึง 1) ABC Model คือ ผลที่ตามมา (Consequences) เกิดจากความเชื่อ (Belief) ต่อเหตุการณ์นั้น (About events) ซึ่งผลที่เกิดขึ้นนั้นไม่ได้ตามมาจากตัวของเหตุการณ์เอง แต่เกิดจากความเชื่อของแต่ละบุคคล 2) การแยกระหว่างความคิดที่มีเหตุผล (Rational thinking) และความคิดที่ไม่มีเหตุผล (Irrational thinking)¹⁸ CBT ตามแนวคิดของ Beck มีแนวคิดพื้นฐานจาก Cognitive model⁷

3. คลื่นลูกที่สาม (Third wave) เน้นพาผู้ป่วยไปยังเป้าหมายในชีวิตในอนาคต จิตบำบัดที่สำคัญ เช่น การบำบัดด้วยการยอมรับและมุ่งมั่น (Acceptance and commitment

therapy (ACT)) จิตบำบัดความคิดบนพื้นฐานการฝึกสติ (Mindfulness based cognitive therapy (MBCT)) พฤติกรรมบำบัดวิภาษวิธี (Dialectical behavior therapy (DBT)) เป็นต้น^{14,19}

บทความนี้จะเน้น CBT ของ Beck เนื่องจากเป็นการทำจิตบำบัดที่แนะนำในโรควิตกกังวลทั่วไปและโรคซึมเศร้า^{9,10} และให้ผลการรักษาในโรควิตกกังวลได้ดีเมื่อใช้ควบคู่กับการรักษาด้วยยาและยังส่งผลดีต่อเนื่องหลังจากสิ้นสุดการบำบัด⁹ อีกทั้งใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและสำหรับโรคทางกายเรื้อรังได้²⁰

แนวคิดและทฤษฎีพื้นฐานในการทำจิตบำบัดความคิดและพฤติกรรม

Cognitive model คือ เมื่อเผชิญกับเหตุการณ์ (Event) หรือสถานการณ์ (Situation) ในชีวิตจะเกิดความคิดอัตโนมัติ (Automatic thought) แล้วเกิดปฏิกิริยา (Reaction) ได้แก่ อารมณ์ (Emotional) พฤติกรรม (Behavioral) และอาการทางร่างกาย (Physiological)⁷ ซึ่งสอดคล้องกับความคิดหรือการตีความของผู้ป่วยต่อเหตุการณ์นั้น ถ้าผู้ป่วยสามารถสังเกตความคิดอัตโนมัติที่เกิดขึ้น จะสามารถประเมินความเที่ยงตรง (Validity) ของความคิดได้ เช่น ผู้ป่วยมีงานมาก เกิดความคิดอัตโนมัติว่าตนเองจะทำงานไม่เสร็จ แต่เมื่อตรวจสอบความจริงพบว่าเดิมผู้ป่วยสามารถทำงานเสร็จทันมาตลอด เกิดการปรับความคิดว่าตนเองสามารถทำงานเสร็จทันเวลาได้ ส่งผลกับความรู้สึกเดิม เช่น จากที่กังวลมากก็กังวลน้อยลง สามารถปรับพฤติกรรมการทำงานให้ดีขึ้น หรืออาการทางร่างกายที่เกิดจากความกังวลลดลง^{7,21} ซึ่งสามารถแบ่งระดับของกระบวนการคิดได้ดังนี้

1. ความคิดอัตโนมัติด้านลบ (Negative automatic thought) เป็นความคิดอัตโนมัติที่จำเพาะกับเหตุการณ์ และคนส่วนใหญ่มักจะตระหนักถึงความคิดรูปแบบนี้ เช่น เวลาที่กังวลจะมีความคิดว่าจะเกิดสิ่งที่ไม่ดีขึ้น^{7,22}

2. ความเชื่อที่เป็นแกนหลัก (Core belief) เป็นความเชื่อพื้นฐานที่มีต่อตนเอง บุคคลอื่นและโลก เป็นความเชื่อที่ไม่จำเพาะกับเหตุการณ์ เป็นความเชื่อพื้นฐานที่ใช้กับทุกเหตุการณ์และมีความทั่วไป เช่น ฉันเป็นคนไม่ดี เป็นต้น โดยปกติแล้วคนเราจะไม่ตระหนักถึงความเชื่อที่เป็นแกนหลัก และจะเชื่อความคิดนี้ว่าเป็นจริงที่สุด ความเชื่อนี้มักเกิดจากการเรียนรู้ในวัยเด็กหรือพัฒนาขึ้นเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงในชีวิต^{7,22}

3. ความเชื่อในระดับกลาง (Intermediate belief) ได้แก่ ทศนคติ (Attitude) กฎ (Rule) และสมมติฐาน (Assumption) เป็นตัวเชื่อมระหว่างความคิดอัตโนมัติด้านลบและความเชื่อที่เป็นแกนหลัก เมื่อตรวจสอบความเชื่อในระดับกลางแล้วอาจพบสมมติฐานที่ผิดปกติ (Dysfunctional assumptions) ในลักษณะเงื่อนไข เช่น “ถ้า....แล้ว....” หรือเป็นกฎ เช่น “ต้อง” หรือ “ควร” ซึ่งวัตถุประสงค์ในการทำจิตบำบัดส่วนหนึ่งก็คือการค้นหาและปรับสมมติฐานที่ผิดปกติ^{7,22}

กระบวนการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม

กระบวนการทำจิตบำบัด⁷ มีขั้นตอนดังนี้

1. สร้างความสัมพันธ์ในการรักษาที่ดีกับผู้ป่วย เริ่มต้นสร้างความไวใจและความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ป่วยผ่านทักษะการให้คำปรึกษาที่ดี เช่น การเลือกใช้คำพูด น้ำเสียง สีหน้าและท่าทางที่เหมาะสม แสดงความเห็นใจ

2. วางแผนการรักษาและออกแบบโครงสร้างในการบำบัด จำนวนครั้งของการทำจิตบำบัดจะอยู่ระหว่าง 6 ถึง 20 ครั้งขึ้นกับความรุนแรงของโรค และใช้เวลาแต่ละครั้งประมาณ 50 นาที^{7,22}

3. ค้นหาและตอบสนองต่อ Dysfunctional cognitions เป็นส่วนสำคัญในการบำบัดทุกครั้งคือช่วยให้ผู้ป่วยตอบสนองต่อความคิดที่ไม่ถูกต้องหรือไม่มีประโยชน์

4. ทำให้ผู้ป่วยเห็นถึงด้านบวก

5. ส่งเสริมให้เกิดการเปลี่ยนแปลงความคิดและพฤติกรรมระหว่างการทำจิตบำบัดและให้ที่บ้าน

ในแต่ละครั้งของการทำจิตบำบัดจะแบ่งเป็น 3 ช่วงดังนี้⁷

1. ช่วงต้น ทาวัตรประสงค์ของการทำจิตบำบัดร่วมกับผู้ป่วย ประเมินอารมณ์ ติดตามสถานการณ์ในปัจจุบันของผู้ป่วย อภิปรายและให้ความรู้เกี่ยวกับโรคของผู้ป่วย ถ้าเป็นการติดตามต่อเนื่องจะมีการประเมินการทำการบ้าน

2. ช่วงกลาง ระบุปัญหาและตั้งเป้าหมายในการแก้ปัญหา สอนผู้ป่วยเกี่ยวกับ Cognitive model และอภิปรายปัญหาค้างนี้ โดยการตั้งเป้าหมายสามารถใช้หลักการ SMART²³ คือ เข้าใจง่ายและจำเพาะ (Simple and specific) วัดผลได้ (Measurable) เป็นการตกลงร่วมกัน (Agreed) อยู่บนพื้นฐานความเป็นจริง (Realistic) และมีกรอบเวลาชัดเจน (Timescale) ที่เป็นไปได้ในระยะเวลาของการบำบัด

3. ช่วงปลาย สรุป ทบทวนการบ้านและสะท้อนกลับการทำจิตบำบัดครั้งนี้

เทคนิคพื้นฐานในการทำจิตบำบัดความคิดและพฤติกรรม

เทคนิคในการทำจิตบำบัดความคิดและพฤติกรรมมีหลายเทคนิค ซึ่งผู้บำบัดสามารถเลือกให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายและเป้าหมายของการรักษา ประกอบด้วยเทคนิคความคิด (Cognitive techniques) และเทคนิคพฤติกรรม (Behavioral techniques)^{7,24} ดังนี้

เทคนิคความคิด

ส่วนสำคัญคือการค้นพบคำตอบด้วยตนเองโดยมีผู้บำบัดนำทาง (Guided discovery) ทำความเข้าใจมุมมองของผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยตระหนักถึงสมมติฐานที่ผิดปกติก่อนค้นพบมุมมองใหม่หรือวิธีแก้ปัญหามาของตนเอง²⁴

1. การตั้งคำถามแบบโสกราตีส (Socratic questioning) ช่วยให้ผู้ป่วยเกิด Guided discovery โดยใช้การถามคำถามเพื่อนำไปสู่ข้อสรุปโดยไม่ต้องบอกผู้ป่วยโดยตรง ใช้คำถามในการค้นหาสมมติฐาน เหตุผลหรือหลักฐานของความเชื่อ ตัวอย่างคำถาม เช่น “มีความเชื่ออย่างอื่นอีกหรือไม่”²⁴

2. การจดบันทึกความคิด (Thought record)²⁴ เป็นการบอกอารมณ์ตนเองเพื่อให้เกิดการระลึก (Awareness) เพื่อฝึกแยกแยะระหว่างอารมณ์กับความคิด²¹ ประเมินระดับของอารมณ์ที่เกิดขึ้น เช่น เศร้า 70% ทำให้สังเกตความเปลี่ยนแปลงขึ้นลงของอารมณ์ เตือนให้รู้สาเหตุการณ์หรือความคิดใดมีผลต่ออารมณ์ และใช้บอกว่าการจัดการอารมณ์ของผู้ป่วยมีประสิทธิภาพหรือไม่^{7,21} การหาความคิดอัตโนมัติ เลือกความคิดที่ทำให้ผู้ป่วยทุกข์หรือเป็นความคิดที่ผิดปกติ⁷ ใช้คำถามเพื่อค้นหา เช่น ตอนที่เกิดเหตุการณ์นั้น “คุณคิดอะไรขึ้นมา”²¹ ผู้ป่วยสามารถใช้การจดบันทึกความคิดเป็นการบ้าน โดยเขียนบันทึกสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในแต่ละวัน บันทึกอารมณ์ที่เกิดขึ้นพร้อมให้คะแนน 0-100 คะแนน ความคิดอัตโนมัติที่เกิดขึ้น และให้คะแนนความเชื่อ 0-100% พฤติกรรมที่ตอบสนองต่อความคิดอัตโนมัติ โดยระบุเหตุผลและให้คะแนนความเชื่อในเหตุผล 0-100% และผลลัพธ์จากการปรับความคิด โดยระบุและให้คะแนนอารมณ์ที่ตามมา 0-100 คะแนน²⁵

3. การปรับแก้ความคิด (Modifying dysfunctional thoughts) โดยการประเมินความถูกต้องตามความเป็นจริง (Validity) และประโยชน์ (Utility) ของความคิด²¹ มีการปรับเปลี่ยนมุมมอง (Reframing) เน้นให้มองรอบด้านหรือกระตุ้นให้เห็นปัญหาจากมุมมองที่แตกต่าง²⁵ หรือตรวจ

สอบทางเลือก (Examining alternatives) ร่วมกับผู้ป่วย เพื่อคิดทางเลือกวิธีการแก้ปัญหาเพิ่มเติมแล้วร่วมกันพิจารณาทางเลือกในการแก้ปัญหา²⁵ การทดลองคาดการณ์ถึงสถานการณ์ที่รุนแรงที่สุดโดยใช้คำถามลักษณะ “จะเกิดอะไร...ถ้า...” หรือถามสิ่งเลวร้ายที่สุดที่อาจเกิดขึ้นได้ และใช้คำถามเพื่อเตรียมการเผชิญกับปัญหา²⁵ แต่หากพบว่าความคิดอัตโนมัตินั้นเป็นความจริง สามารถแก้ไขปัญหา (Problem solving) ร่วมกับมองหาความคิดที่อาจยังไม่ถูกต้องทั้งหมดหรือเน้นการยอมรับ (Acceptance) ในปัญหาที่ไม่สามารถแก้ไขได้และเรียนรู้คุณค่าของตนเอง⁷

เทคนิคพฤติกรรม²⁴

1. การมอบหมายงานอย่างเป็นขั้นตอน (Graded task assignment) โดยการลดกิจกรรมเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกิจกรรมเหล่านั้นได้ ลดการตัดสินใจของผู้ป่วย ลดการผัดวันประกันพรุ่ง (Procrastination) และลดความกังวล

2. การจัดตารางกิจกรรม (Activity scheduling) เป็นการวางแผนกิจกรรมล่วงหน้าในแต่ละวัน ร่วมกับการประเมิน ความรู้สึกที่ได้ทำสำเร็จ (Mastery) และความพึงพอใจ (Pleasure) ในการทำกิจกรรม เพื่อปรับรูปแบบชีวิต เพิ่มกิจกรรมที่สร้างความพึงพอใจ เพิ่มการแก้ปัญหาเพื่อจัดการปัญหาของตนเอง

3. Behavioral experiments เป็นการทดลองต่อความเชื่อต่อการคาดการณ์ถึงสถานการณ์ที่เลวร้ายที่สุด โดยให้ผู้ป่วยคาดการณ์ก่อนจะทำกิจกรรม เช่น เดินเข้าไปในร้านค้าแล้วจะเกิดอะไรขึ้นบ้าง หลังจากเดินเข้าไปในร้านค้าแล้วให้กลับมาบันทึกสิ่งที่คาดการณ์ถูกต้อง นำไปสู่การประเมินการคาดการณ์ถึงสถานการณ์ที่เลวร้ายที่สุดของตนเองใหม่ มีหลักฐานคัดค้านต่อการคาดการณ์นั้น โดยผู้บำบัดจะช่วยจัดลำดับกิจกรรมจากกิจกรรมที่สร้างความกังวลน้อยไปมาก

4. การผ่อนคลาย (Relaxation) และการฝึกการหายใจ (Breathing exercises) เพื่อลดความวิตกกังวลและอาการแพนิค (Panic attack)

การบ้าน (Homework)⁷

เป็นส่วนสำคัญของการทำจิตบำบัดความคิดและพฤติกรรม การให้การบ้านช่วยให้การรักษาดีกว่า ซึ่งผู้บำบัดสามารถเตรียมผู้ป่วยให้พร้อมทำการบ้านตั้งแต่ครั้งแรก โดยการบ้านควรมีความจำเพาะกับผู้ป่วย เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ตัวเอง เก็บข้อมูลเพื่อใช้ในการทดสอบความคิดของตนเอง นำไปสู่การปรับเปลี่ยนความคิดหรือพฤติกรรม ผู้บำบัดจะต้องอภิปรายกับผู้ป่วยถึงความเป็นไปได้ที่จะทำการบ้าน อุปสรรคที่จะทำให้ผู้ป่วยทำการบ้านไม่ได้และออกแบบวางแผนการบ้านร่วมกันให้สอดคล้องกับเป้าหมายของผู้ป่วย ตัวอย่างที่ใช้บ่อย เช่น การบันทึกความคิดอัตโนมัติ การใช้ทักษะที่ได้เรียนรู้ในการทำบำบัดไปใช้แก้ปัญหา เป็นต้น และก่อนที่จะเริ่มการทำบำบัดครั้งถัดไป ผู้บำบัดควรทบทวนการบ้านก่อนเริ่มทำบำบัดทุกครั้ง และให้เวลาเพิ่มขึ้นถ้าพบว่ามีปัญหาสำคัญหรือผู้ป่วยไม่ทำการบ้าน

การสิ้นสุดการรักษา⁷

เป้าหมายสำคัญ คือ ทำให้การรักษาสิ้นสุดและผู้ป่วยสามารถเป็นผู้บำบัดตนเองได้ ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยเริ่มมีอาการดีขึ้นควรอภิปรายว่าอาจพบการเปลี่ยนแปลงของอาการแย่ลงได้ ในช่วงที่ผู้ป่วยดีขึ้นควรหาว่าผู้ป่วยคิดว่าเพราะอะไรผู้ป่วยถึงรู้สึกดีขึ้น เพราะการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์นั้นจะเกิดจากการปรับเปลี่ยนความคิดหรือพฤติกรรมของผู้ป่วย และให้ส่งเสริมความคิดนั้นทุกครั้งเมื่อเป็นไปได้ ประเมินว่าผู้ป่วยมีความกังวลกับการสิ้นสุดการรักษาหรือไม่ เน้นข้อดีของการสิ้นสุดการรักษาหรือการเพิ่มระยะห่างของเวลานัด และมีการทบทวนถึงสิ่งที่ผู้ป่วยได้เรียนรู้ตลอดการบำบัด นำไปสู่การวางแผนการทำจิตบำบัดความคิดและพฤติกรรมของตนเองด้วยตนเอง เพื่อวางแผนว่าหลังสิ้นสุดการรักษาแล้วหากผู้ป่วยแย่ลงจะรับมืออย่างไร

ตัวอย่างการวางแผนการทำจิตบำบัดความคิดและพฤติกรรม

โรคซึมเศร้า

สามารถใช้รูปแบบความร่วมมือกันในการดูแล (Collaborative care) ในหน่วยบริการปฐมภูมิ ซึ่งเพิ่มคุณภาพของการรักษาผู้ป่วย มีการให้ความรู้ การเพิ่มประสิทธิภาพการจัดการดูแลผู้ป่วย บุคลากรสหวิชาชีพ ให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ มีการติดตามการรักษาในช่วงแรกและห่างออกในช่วงที่อาการคงที่หรือช่วงติดตามการรักษา และใช้แบบสอบถามชนิดตอบเองประเมินเป็นประจำ หากผู้ป่วยอาการไม่ดีขึ้นสามารถปรับการรักษาโดยทีมดูแล²⁶

หลักการสำคัญในการทำจิตบำบัดในโรคซึมเศร้า คือ 1. Behavioral activation เป็นการวางแผนกิจกรรมล่วงหน้าในแต่ละวัน ร่วมกับการประเมิน ความรู้สึกที่ได้ทำสำเร็จ (Mastery) และความพึงพอใจ (Pleasure) ในการทำกิจกรรม เพื่อปรับรูปแบบชีวิต และเพิ่มกิจกรรมที่สร้างความพึงพอใจ 2. Problem solving เริ่มจากนิยามปัญหาให้ชัดเจนและผลลัพธ์ที่ต้องการ ระดมสมองวิธีการแก้ไขปัญหา แล้วประเมินข้อดีข้อเสียของแต่ละวิธี แล้วเลือกวิธีที่จะนำไปใช้ เมื่อนำใช้แล้วมีการกลับมาประเมินความสำเร็จในการแก้ไขปัญห 3. Cognitive restructuring การค้นหาความคิด สมมติฐานและความเชื่อที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า เช่น การจดบันทึกความคิด การใช้คำถามคำถามหาหลักฐานคัดค้านความคิดด้านลบ ปรับความคิดให้เป็นความคิดที่มีประโยชน์และยืดหยุ่นมากขึ้น⁶

การศึกษาของอลิธา²⁷ ทำจิตบำบัดผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทั้งหมด 5 ครั้ง ครั้งละ 60-90 นาที สัปดาห์ละ 1 ครั้งติดต่อกัน 5 สัปดาห์ โดยครั้งที่ 1 เป็นการเตรียมการให้การบำบัดตามโปรแกรม ครั้งที่ 2 การค้นหาความคิดทางลบ ครั้งที่ 3 การสอนความสัมพันธ์หรือการเชื่อมโยงของความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม ครั้งที่ 4 การปรับแนวคิดและพฤติกรรม ครั้งที่ 5 เตรียมให้ผู้ป่วยเป็นผู้รักษาตนเอง และจากการศึกษาพบว่ากลุ่มที่ได้รับการบำบัดมีระดับภาวะซึมเศร้ามลดลง

โรควิตกกังวล

หลักการสำคัญ มีดังนี้ 1. Exposure therapy สร้างรายการสิ่งที่กระตุ้นให้กลัว เรียงลำดับจากง่ายไปยาก รายการที่เลือกทำจะต้องคาดการณ์และควบคุมได้ 2. Response prevention เป็นการหาพฤติกรรมที่เรียกว่า safety behavior ของผู้ป่วย เช่น การพึ่งพาหรือหาคำยืนยันจากคนอื่น การทานยาบรรเทาอาการกังวล เป็นต้น โดยมีเป้าหมายเพื่อกำจัดพฤติกรรมนี้ 3. Cognitive reframing ปรับความคิดด้านลบเกี่ยวกับการคาดการณ์ถึงสิ่งเลวร้ายที่สุดที่อาจจะเกิดขึ้นได้ว่ามีโอกาสเกิดขึ้นเท่าใด และสามารถรับมืออย่างไร⁶

จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเพื่อลดอาการวิตกกังวลในวัยรุ่นที่เหมาะสม คือ ทำจิตบำบัด 8 ครั้งขึ้นไป ครั้งละ 60-90 นาที สำหรับรายบุคคล และ 60-120 นาที สำหรับรายกลุ่ม มีองค์ประกอบ คือ 1) การให้สุขภาพจิตศึกษาเกี่ยวกับโรควิตกกังวล 2) การให้ความรู้เกี่ยวกับการบำบัดการรู้คิดและปรับพฤติกรรม 3) การรับรู้อารมณ์ 4) การฝึกผ่อนคลาย ผ่อนคลายกล้ามเนื้อ และฝึกการหายใจ 5) การฝึกการปรับเปลี่ยนโครงสร้างความคิดใหม่ (Cognitive restructuring) 6) การให้เผชิญกับความกลัวทีละน้อยตามลำดับขั้น (Gradual exposures) 7) การให้แรงเสริม การให้รางวัลตนเอง เมื่อสามารถจัดการความวิตกกังวลได้ 8) ฝึกทักษะการแก้ปัญหา ฝึกทักษะทางสังคม ฝึกการแสดงออกที่เหมาะสม (Assertiveness) และหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม 9) ป้องกันการกลับเป็นซ้ำ (Relapse prevention)²⁸

โรคเรื้อรัง

จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบพบว่าสามารถใช้ CBT ควบคุมระดับน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวาน²⁹ ความดันโลหิตและไขมันในเลือดในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้³⁰ เนื่องจากผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีปัญหาหลายด้าน ดังนั้นการตั้งเป้าหมายในการรักษาเป็นสิ่งสำคัญเพื่อแก้ปัญหาของผู้ป่วยโดยเป็นการทำงานร่วมกันระหว่างผู้บำบัดและผู้ป่วย และใช้การบ้านที่เป็นการจดบันทึก

อาการ การทดลอง หรือการปรับความคิดในการรักษา³¹ ตัวอย่างรูปแบบ เช่น การศึกษาของ Safren และคณะ³² ทำจิตบำบัดในผู้ป่วยเบาหวาน 9-12 ครั้ง ประกอบด้วย 1. การแนะนำ CBT และ Motivational interviewing สำหรับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม 2. เพิ่มกิจกรรมที่พึงพอใจและบันทึกอารมณ์ 3. บันทึกความคิดและการปรับเปลี่ยนโครงสร้างความคิดใหม่ 4. ทักษะการแก้ไขปัญหา 5. ทักษะการผ่อนคลาย การศึกษาของ Lynn และคณะ³³ ทำกลุ่มบำบัดในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 1 ชั่วโมงต่อสัปดาห์เป็นเวลา 10 สัปดาห์ โดยใช้ CBT ร่วมกับการจัดการความเครียด ได้แก่ การค้นหาและประเมินความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรมต่อสถานการณ์ที่ทำให้เครียด ทักษะการแก้ไขปัญหา การจัดการกับความโกรธ การฝึกการหายใจ การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การเบี่ยงเบนความสนใจ (distraction) การพัฒนาทักษะการสื่อสาร เพิ่มความเข้าใจผู้อื่นเพื่อพัฒนาความสัมพันธ์ทางบวก เป็นต้น

บทสรุป

การทำจิตบำบัดความคิดและพฤติกรรมมีประสิทธิภาพในการรักษาโรคซึมเศร้าและวิตกกังวลในหน่วยบริการปฐมภูมิ สามารถเลือกใช้เทคนิคให้เหมาะสมกับผู้ป่วย เริ่มต้นจากการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ป่วย ตั้งเป้าหมายในการรักษา ค้นหาความคิดอัตโนมัติด้านลบ ทำให้ผู้ป่วยเห็นถึงด้านบวก ส่งเสริมให้เกิดการเปลี่ยนแปลงความคิดและพฤติกรรมระหว่างการทำจิตบำบัดและการให้บ้านเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเป็นผู้บำบัดตนเองได้

ข้อจำกัด

บทความนี้เป็นบทความพิเศษ ไม่ใช้การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบจึงมีข้อจำกัดเกี่ยวกับระเบียบวิธีวิจัย ดังนั้นควรอ่านและนำไปใช้อย่างมีวิจารณญาณ

เอกสารอ้างอิง

1. พันธุ์ภา กิตติรัตน์ไพบลีย์, นพพร ตันติรังสี, วรารณ จูฑา, อธิบ ตันอารีย์, ปธานนท์ ขวัญสนิท, สวัสดิ์ อัมมวงค์กรชัย, และคณะ. ความชุกของโรคจิตเวชและปัญหาสุขภาพจิต: การสำรวจระบาดวิทยาสุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติ ปี พ.ศ. 2556 [Internet]. กรุงเทพฯ: มียอนด์พับลิชชิง; 2016 [cited 2021 Mar 5]. Available from: https://www.dmh.go.th/ebook/files/prevalence_of_M_disorder_MH_problems_TNMHS2013.pdf
2. Sukhato K. The Treatment Options for Minor Depression In Primary Care: Systematic Review. *Ramathibodi Med J* 2010 ;33(3):160-166.
3. Searight HR. Counseling Patients in Primary Care: Evidence-Based Strategies. *Am Fam Physician* 2018 ;98(12):719-728.
4. Zhang A, Borhneimer LA, Weaver A, Franklin C, Hai AH, Guz S, et al. Cognitive behavioral therapy for primary care depression and anxiety: a secondary meta-analytic review using robust variance estimation in meta-regression. *J Behav Med* 2019;42(6):1117-1141.
5. Khoury B, Ammar J. Cognitive behavioral therapy for treatment of primary care patients presenting with psychological disorders. *Libyan J Med* 2014;9(1):24186.
6. Sawchuk CN, Craner JR. Evidence-Based Psychotherapy in Primary Care. *Focus J Life Long Learn Psychiatry* 2017;15(3):264-270.
7. Beck JS, Beck AT. Cognitive behavior therapy : basics and beyond. basic and beyond. 2nd ed. New York: Guilford Press; 2011.
8. Hofmann SG, Asnaani A, Vonk IJJ, Sawyer AT, Fang A. The Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy: A Review of Meta-analyses. *Cogn Ther Res* 2012;36(5):427-440.
9. Stein MB, Sareen J. CLINICAL PRACTICE. Generalized Anxiety Disorder. *N Engl J Med*. 2015 ;373(21):2059-2068.
10. Otte C, Gold SM, Penninx BW, Pariente CM, Etkin A, Fava M, et al. Major depressive disorder. *Nat Rev Dis Primer* 2016;2(1):1-20.
11. สำนักยุทธศาสตร์กรมสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์กรมสุขภาพจิตในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ.2560 - 2564) [Internet]. [cited 2020 Mar 17]. Available from: <https://>

www.dmh.go.th/intranet/

p2554/%E0%B9%81%E0%B8%9C%E0%B8%99%E0%B8%A2%E0%B8%B8%E0%B8%97%E0%B8%98_2560-2564.pdf

12. Kahl KG, Winter L, Schweiger U. The third wave of cognitive behavioural therapies: what is new and what is effective? *Curr Opin Psychiatry* 2012;25(6):522–528.

13. ทราญ ศรีเงินยวง, อัจฉรา ประเสริฐสิน, กนกพร วิบูลพัฒน์วงศ์. ผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบพฤติกรรมนิยมเพื่อเสริมสร้าง ทักษะการควบคุมตนเองของนักเรียนระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 5. *วารสารการวัดผลการศึกษา* 2563;37(101):1–17.

14. Ferguson KE, O'Donohue W. Behavior therapy: The second and third waves. In: Wright JD, editor. *International Encyclopedia of the Social and Behavioral Sciences*. 2nd ed. Florida: Elsevier Ltd; 2015. 431–436.

15. Rice RH. Cognitive-behavioral therapy. *Sage Encycl Theory Couns Psychother*. 2015;1:194.

16. Ellis A. Similarities and Differences Between Rational Emotive Behavior Therapy and Cognitive Therapy. *J Cogn Psychother* 2003;17(3):225–240.

17. Matweychuk W, DiGiuseppe R, Gulyayeva O. A Comparison of REBT with Other Cognitive Behavior Therapies. In: Bernard ME, Dryden W, editors. *Advances in REBT: Theory, Practice, Research, Measurement, Prevention and Promotion* [Internet]. Cham: Springer International Publishing; 2019 [cited 2021 Apr 30]. 47–77. Available from: https://doi.org/10.1007/978-3-319-93118-0_3

18. Keegan E, Holas P. Cognitive-behavior therapy. Theory and practice. In: Carlstedt R. editor. *Integrative clinical psychology, psychiatry and behavioral medicine*. New York: Springer Publications; 2009. 605–630.

19. Brown LA, Gaudiano BA, Miller IW. Investigating the Similarities and Differences Between Practitioners of Second- and Third-Wave Cognitive-Behavioral Therapies. *Behav Modif* 2011;35(2):187–200.

20. Weisberg RB, Magidson JF. Integrating Cognitive Behavioral Therapy Into Primary Care Settings. *Cogn Behav Pract* 2014;21(3):247–251.

21. ณัฏพร พิทยรัตน์เสถียร. การบำบัดผู้ป่วยโรคซึมเศร้าโดยเทคนิคการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy:CBT) [Internet]. [cited 2021 Mar 5]. Available from: <https://www.thaidepression.com/www/56/CBTdepression.pdf>

22. Kennerley H, Krik J, Westbrook D. Introduction to cognitive behaviour therapy : skills and applications. 3rd ed. London: Sage publications. Oxford Cognitive Therapy Center; 2017.

23. Neenan M, Dryden W. Cognitive therapy: 100 key points and techniques. Routledge; 2004.

24. Fenn K, Byrne M. The key principles of cognitive behavioural therapy. *InnovAiT* 2013;6(9):579–585.

25. จุฑารัตน์ ทองสลับ. โรควิตกกังวลทั่วไป ดีขึ้นได้ด้วยการปรับความคิดและพฤติกรรม. *J Boromarajonani Coll Nurs Surin* 2017;7(1):40–51.

26. Freedy JR, Carek PJ, Diaz VA, Thiedke CC. Integrating Cognitive Behavioral Therapy into Management of Depression. *Am Fam Physician* 2012;85(7):686–687.

27. สลิตา อันอามาตย์. ผลของการบำบัดด้วยการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่พยายามฆ่าตัวตาย. *วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา* 2560;11(1):24–33.

28. Phokhasawadi S, Yeong APA, Wattanapailin A. Cognitive Behavior Therapy to Reduce Symptoms of Anxiety Disorders with Adolescents: Evidence-Based Nursing. *Nurs Sci J Thail*. 2014;32(4):7–14.

29. Uchendu C, Blake H. Effectiveness of cognitive-behavioural therapy on glycaemic control and psychological outcomes in adults with diabetes mellitus: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Diabet Med* 2017;34(3):328–39.

30. Li Y, Buys N, Li Z, Li L, Song Q, Sun J. The efficacy of cognitive behavioral therapy-based interventions on patients with hypertension: A systematic review and meta-analysis. *Prev Med Rep* 2021;23:101477.

31. White CA. Cognitive behavioral principles in managing chronic disease. *West J Med* 2001;175(5):338–342.

32. Safren SA, Gonzalez JS, Wexler DJ, Psaros C, Delahanty LM, Blashill AJ, et al. A Randomized Controlled Trial of Cognitive Behavioral Therapy for Adherence and Depression (CBT-AD) in Patients With Uncontrolled Type 2 Diabetes. *Diabetes Care* 2014;37(3):625–633.
33. Clemow LP, Pickering TG, Davidson KW, Schwartz JE, Williams VP, Shaffer JA, et al. Stress management in the workplace for employees with hypertension: a randomized controlled trial. *Transl Behav Med* 2018;8(5):761–770.