

ภาคผนวก

ภาคผนวก ๑

กระบวนการคิดตามหลักจิตวิทยา

กระบวนการคิดของมนุษย์ที่จะนำมาศึกษา ประกอบด้วย (๑) การกระทบกับปรากฏการณ์ (๒) ความรู้สึกต่อปรากฏการณ์ (๓) การจดจำปรากฏการณ์ และ (๔) การตีความต่อปรากฏการณ์ มีรายละเอียดตามลำดับ ดังนี้

๑. การกระทบกับปรากฏการณ์

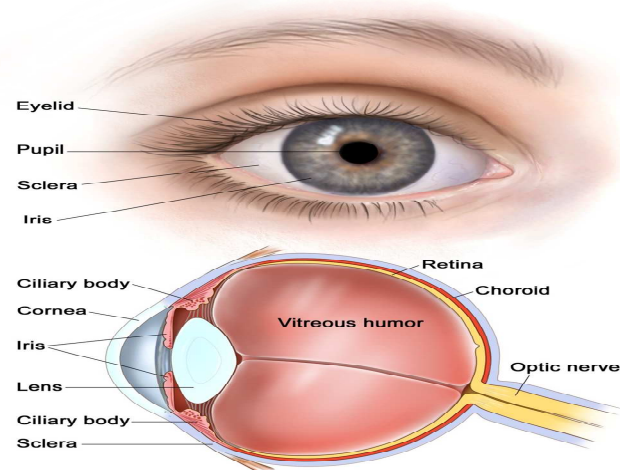
สำหรับการกระทบกับปรากฏการณ์ของมนุษย์ในทัศนะของศาสตร์สมัยใหม่ ได้อธิบายไว้ว่า เมื่อมนุษย์กระทบกับปรากฏการณ์จะมีการรับรู้ต่อปรากฏการณ์นั้น ปรากฏการณ์ที่มนุษย์รับรู้ นั้นเรียกอีกอย่างหนึ่งว่า สิ่งเร้าภายนอก (External stimuli) คือสิ่งเร้าที่อยู่นอกตัวผู้แสดงพฤติกรรม เช่น แสง (photic) เสียง (acoustic) สารเคมี (chemical) ความร้อน (thermal) แรงทางกลศาสตร์ (mechanical) และภาวะฉีกขาดของอาหารเนื้อเยื่อ (destruction of tissue)^๑ การรับรู้ต่อปรากฏการณ์ เช่น การมองเห็น การรับรส การดมกลิ่น การได้ยินเสียง การรู้สึกว่าอากาศร้อน ทั้งนี้เพราะอวัยวะต่าง ๆ เช่น ตา หู จมูก ลิ้น กาย มีระบบประสาทที่เป็นสัญญาณรับข้อมูลต่าง ๆ แล้วแปลงสัญญาณที่ได้รับไปยังสมองจากนั้นสมองจึงมีการแปลและประมวลผลเพื่อให้เกิดการตอบสนองอย่างเหมาะสม ระบบรับรู้ความรู้สึกสามารถจำแนกออกได้เป็น ๒ ชนิด ได้แก่ การรับรู้ความรู้สึกทั่วไป (general sense) และการรับรู้ความรู้สึกชนิดพิเศษ (special sense)^๒ ตา หู จมูก และลิ้น เป็นอวัยวะรับรู้ความรู้สึกพิเศษ (Special senses) มี รีเซปเตอร์หรือตัวรับ (receptors) เป็นปลายประสาทหรือเซลล์ที่ทำหน้าที่พิเศษเปลี่ยนตัวกระตุ้นต่างๆ ให้เกิดสัญญาณประสาทส่งไปตามเส้นใยประสาท nerve fibers เข้าสู่ระบบประสาทส่วนกลาง ซึ่งสัญญาณประสาทเกี่ยวกับความรู้สึกพิเศษ ได้แก่ การมองเห็น (vision) การได้ยิน (hearing) การรับรส (gustation) การรับกลิ่น (olfaction) ซึ่งความรู้สึกพิเศษเหล่านี้เป็นความรู้สึกที่มาจากอวัยวะรับสัมผัสพิเศษของร่างกายที่จำเพาะต่อความรู้สึกพิเศษนั้น^๓ ส่วนการรับรู้ทางกายนั้นจัดเป็นการรับรู้ความรู้สึกทั่วไป (general sense) ดังมีรายละเอียดการรับรู้ผ่านอวัยวะต่าง ๆ ดังนี้

^๑ ดูรายละเอียดใน R. J. Corsini, *The Dictionary of Psychology*, p. 946, อ้างใน นันทพล โจนโกศล, “พุทธประสาทจริยศาสตร์กับภาวะบกพร่องทางสมอง”, *วิทยานิพนธ์พุทธศาสตรดุษฎีบัณฑิต*, (บัณฑิตวิทยาลัย: มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, ๒๕๕๑), หน้า ๕๐-๕๑.

^๒ ดูรายละเอียดใน Jenkins Kennitz Tortora, *Anatomy and Physiology from science to life*, 1st ed., (John Wiley & Sons, Inc: United States, 2007), p. 544, อ้างใน พระนรบดีพ ถาวรธมโม (อินทรทัศน์), “การศึกษาเปรียบเทียบกระบวนการรับรู้ของจิตในพุทธปรัชญาเถรวาทและสมองในหลักสรีรวิทยา”, *วิทยานิพนธ์พุทธศาสตรมหาบัณฑิต*, (บัณฑิตวิทยาลัย: มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, ๒๕๕๔), หน้า ๘๖.

^๓ ดูรายละเอียดใน คณาจารย์เครือข่ายการศึกษาพยาบาลและสาธารณสุขภาคใต้ (SC-Net), *กายวิภาคศาสตร์*, พิมพ์ครั้งที่ ๔, (นนทบุรี : โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก, ๒๕๕๑), หน้า ๒๕๒, อ้างใน พระนรบดีพ ถาวรธมโม (อินทรทัศน์), “การศึกษาเปรียบเทียบกระบวนการรับรู้ของจิตในพุทธปรัชญาเถรวาทและสมองในหลักสรีรวิทยา”, *วิทยานิพนธ์พุทธศาสตรมหาบัณฑิต*, หน้า ๘๖-๘๗.

๑.๑ การกระทบทางตา : การมองเห็นเป็นกระบวนการซึ่งสมองใช้เป็นข้อมูลจากตัวรับที่ไวต่อแสงในจอตา หรือ เรตินา (retina) แล้วสร้างความคิดขึ้นเป็นเครื่องหมายของโลกภายนอก ตาเป็นเครื่องรับแสง (optical instrument) แสงที่เข้ามาที่ตาโดยผ่านทางรูม่านตา (pupil) และถูกหักเหและรวมแสงโดยกระจกตา (cornea) และเลนส์ (lens) เพื่อให้แสงตกที่จอตาซึ่งอยู่ด้านหลังของลูกตา หลังจากนั้นตัวรับแสงที่จอตาจะถ่ายทอดแปลภาพของแสงที่ได้รับให้เป็นข่าวสารข้อมูลส่งไปที่ศูนย์กลางของการเห็น (visual area) ของสมองที่ occipital lobe เพื่อแปลความหมาย



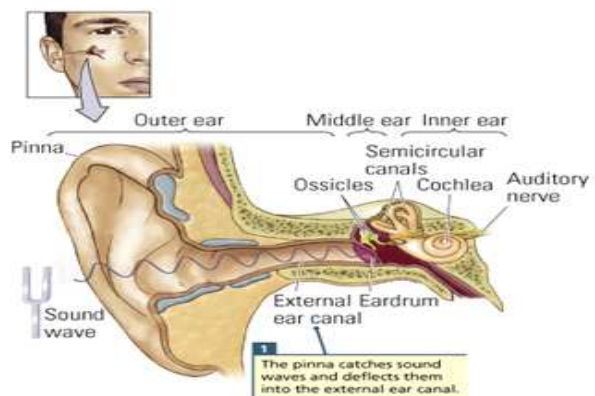
ภาพจาก <http://www.meb.uni-bonn.de/CancernetCDR0000258015.html>

รูปภาพที่ (ผ.๑ ก) รูปภาพแสดงโครงสร้างของตา (eye) อวัยวะรับภาพและการมองเห็น

หลังจากที่มีการส่งสัญญาณการรับแสงที่บริเวณเรตินา แล้วมีการ synapse ของเซลล์ชนิดต่าง ๆ ที่บริเวณดังกล่าว นั้น สัญญาณประสาทจะผ่านไปยังสมองทางเส้นประสาทสมองคู่ที่ ๒ (optic nerve) จากนั้น axon ของมันก็จะผ่านไปตาม optic chiasm (เป็นบริเวณที่ optic nerve มีการทอดไขว้กัน) โดยบางเส้นใยจะทอดข้ามไปด้านตรงกันข้าม และบางเส้นใยจะไม่มีการทอดข้าม จากนั้นจะกลายเป็นกลุ่มเส้นใยเรียกว่า optic tract เข้าสู่สมองใหญ่และไปสิ้นสุดที่ lateral geniculate nucleus (เป็นส่วนหนึ่งของสมองส่วน thalamus) ที่บริเวณนี้เส้นใยประสาทจะมีการ synapse กับเซลล์ประสาท จากนั้นจึงให้เส้นใยประสาทแผ่ออกในลักษณะคล้ายพัด เรียกว่า optic radiation ส่งไปยังบริเวณ primary visual area (บริเวณสมองส่วน occipital lobe) ของเปลือกสมอง ภาพที่ตาสามารถมองเห็นได้ทั้งหมด เรียกว่า เลนสายตา (visual field) ซึ่ง visual field ของตาแต่ละข้าง แบ่งออก ๒ ส่วน ได้แก่ nasal (central) half และ temporal (peripheral) half ในตาแต่ละข้างนั้นแสงจากวัตถุที่ผ่านบริเวณ nasal half จะตกกระทบบนบริเวณ temporal half ของเรตินา และแสงจากวัตถุที่ผ่านบริเวณ temporal half จะตกกระทบบนบริเวณ nasal half ของเรตินา ดังนั้นข้อมูลจากซีกขวาของ visual field จะส่งไปยังซีกซ้ายของสมอง และซีกซ้ายของ visual field จะส่งไปยังซีกขวาของสมอง^๔

^๔ ดูรายละเอียดใน H. Wagner & K.Silber, *Instant Notes Physiological Psychology*, 2nd ed., (BIOS Scientific Publishers: New York, 2004), pp.77-78, อ้างใน พระนรบดีพ ถาวรธมโม (อินทรีทัศน์), “การศึกษาเปรียบเทียบกระบวนการรับรู้ของจิตในพุทธปรัชญาเถรวาทและสมองในหลักสรีรวิทยา”, *วิทยานิพนธ์พุทธศาสตร์มหาบัณฑิต*, หน้า ๘๙-๙๑.

๑.๒ การกระทบทางหู: ลักษณะทางกายวิภาคศาสตร์ของหู (Anatomy of the Ear) แบ่งออกได้เป็น ๓ ส่วนได้แก่ หูส่วนนอก (external ear) ทำหน้าที่ในการรวบรวมคลื่นเสียงเข้าสู่ภายในหู หูส่วนกลาง (middle ear) ทำหน้าที่นำคลื่นเสียงเข้าไปในหูส่วนใน (inner ear) และหูส่วนในมีโครงสร้าง ได้แก่ ตัวรับเสียง และตัวรับการทรงตัว



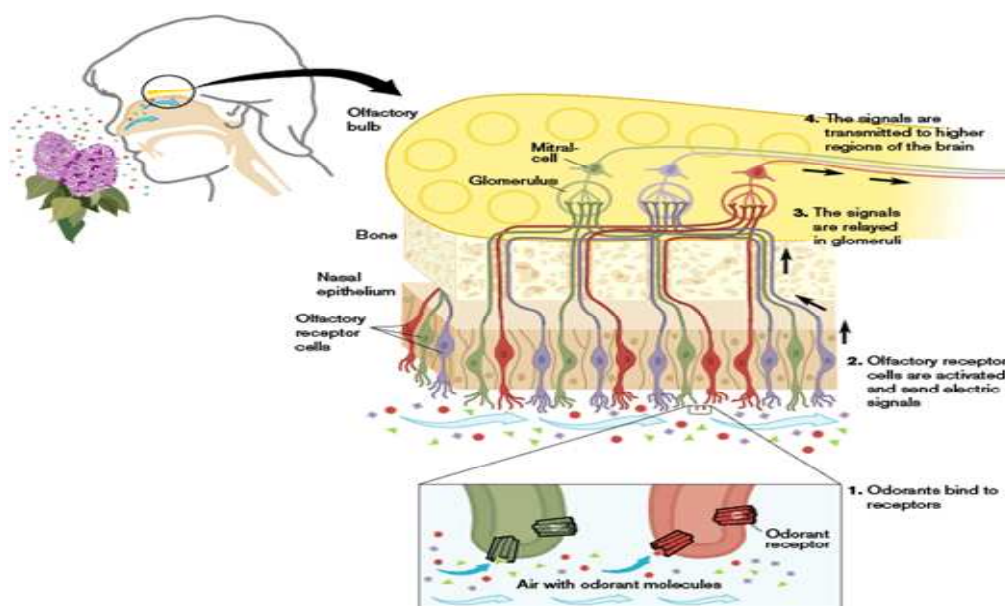
ภาพจาก <http://tonks.distedcamosun.bcca.coursespsyc290.brainMusic&Brain.htm>

รูปภาพที่ (ผ.๑ ข) รูปภาพแสดงวิถีประสาทการได้ยินเสียง

กลไกการได้ยินเสียง (Mechanism of Hearing) : เมื่อคลื่นเสียงส่งผ่านหูส่วนนอก จะทำให้เกิดการสั่นของอากาศจากนั้นจึงกระทบกับเยื่อแก้วหูและมีการสั่นของเยื่อนี้ขึ้น และเนื่องจากเยื่อแก้วหูมีการติดต่อกับกระดูกหูภายในหูส่วนกลาง จึงทำให้กระดูกหูทั้งสามเกิดการสั่นด้วยเช่นกัน การสั่นของกระดูกหูมีผลให้ของเหลวซึ่งอยู่ในหูส่วนในเกิดการสั่น และมีแรงกระทำกับเซลล์ขนที่อยู่ภายใน เกิดเป็นสัญญาณประสาทส่งไปตามเส้นประสาทสมองคู่ที่ ๘ (auditory nervous abdoun nerve) วิถีประสาทของการรับเสียงถูกส่งผ่านตามเส้นประสาทสมองคู่ที่ ๘ เข้าสู่สมองทางเดินของมันมีความเกี่ยวข้องกับกลุ่มเซลล์ประสาทหลายกลุ่ม เริ่มจากคลื่นเสียงที่ผ่านเข้าสู่ cochlear ไปยัง spiral ganglion (เป็นปมประสาทที่ทำหน้าที่รับความรู้สึกของเส้นประสาท cochlear และผ่านไปตามเส้นประสาท cochlear เข้าสู่กลุ่มเซลล์ประสาท cochlear ภายในสมองส่วน medulla จากนั้นจึงส่งสัญญาณประสาทไปยังกลุ่มเซลล์ประสาท superior olivary (ผ่านไปตาม lateral lemniscal tract) ตามลำดับโดยก่อนเข้าสู่เปลือกสมองสัญญาณประสาทจะผ่านกลุ่มเซลล์ประสาทใน medial geniculate body ซึ่งอยู่ในสมองส่วน thalamus ก่อน อย่างไรก็ตามพบว่า auditory cortex แต่ละข้างจะรับสัญญาณมาจากหูทั้งสองข้าง ดังนั้นจะเห็นว่าในระบบรับรู้ความรู้สึกทั้งระบบรับรู้ความรู้สึกทั่วไปและระบบรับรู้ความรู้สึกพิเศษเมื่ออวัยวะรับรู้ความรู้สึกรับรู้ข้อมูลข่าวสารก็จะส่งข้อมูลไปยังสมองเพื่อจะเข้าสู่กระบวนการรับรู้ความรู้สึกของสมองและทำการแปลผลต่อไป^๕

^๕ดูรายละเอียดใน พระนรบดีพ ถาวรธมโม (อินทรทัศน์) , “การศึกษาเปรียบเทียบกระบวนการรับรู้ของจิตในพุทธปรัชญาเถรวาทและสมองในหลักสรีรวิทยา”, *วิทยานิพนธ์พุทธศาสตรมหาบัณฑิต*, หน้า ๙๑-๙๒.

๑.๓ การกระทบทางจมูก: จมูก เป็นอวัยวะในการรับกลิ่น (olfactory organ) มีตำแหน่งอยู่ทางส่วนบนของช่องจมูกบริเวณด้านข้างของ nasal septum เนื้อเยื่อในการรับกลิ่น เรียกว่า olfactory epithelium ซึ่งประกอบด้วยเซลล์รับกลิ่น (olfactory receptor cell) เซลล์ค้ำจุน (supporting cell) และเซลล์ฐาน (basal cell) เมื่อมีสัญญาณประสาทเกิดขึ้นก็จะส่งไปตามวิถีประสาทการรับกลิ่น (olfactory pathway) เพื่อส่งไปยังศูนย์รับกลิ่นภายในสมองต่อไป และบางส่วนของสัญญาณประสาทเกี่ยวกับการรับกลิ่นและการรับรสยังส่งไปยังสมองในระบบลิมบิก ซึ่งเป็นบริเวณที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับอารมณ์และความทรงจำ



ภาพจาก <http://www.biologyjunction.com/olfaction.htm>

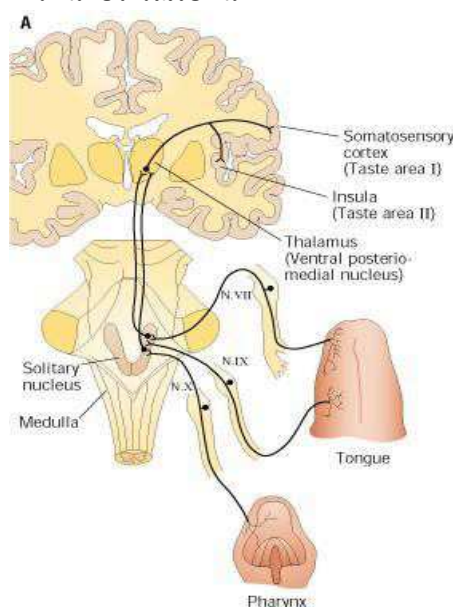
รูปภาพที่ (ผ.๑ ค) รูปภาพแสดงวิถีประสาทการรับกลิ่น

วิถีประสาทการรับกลิ่น (Olfactory Pathway): เมื่อกลุ่ม axon ซึ่งรวมกันเป็นเส้นประสาทรับกลิ่น (olfactory nerve หรือเส้นประสาทสมองคู่ที่ ๑ ผ่าน cribriform plate นั้น จากนั้นมันจึงเข้าสู่ olfactory bulb ซึ่งอยู่ที่ฐานของสมองใหม่ แล้ว axons ของตัวรับกลิ่น (first – order neuron) จะ synapse กับตัวเซลล์และ dendrite ของ mitral cell ที่อยู่ภายใน olfactory bulb (second-order neuron) เมื่อ mitral cell ได้รับการกระตุ้น สัญญาณประสาทจะส่งจาก olfactory bulb ผ่านไปตาม olfactory tract และส่งไปยังสมอง ๒ บริเวณ ได้แก่ olfactory cortex (parietal lobe และ frontal lobe) ซึ่งเป็นบริเวณที่ทำหน้าที่ในการแปลผลและตอบสนองต่อกลิ่นที่ได้รับ อีกบริเวณหนึ่ง ได้แก่ สมอง

^๖ดูรายละเอียดใน Stanley E. Gunstream, *Anatomy Physiology with Integrated Study Guide*, 3rd ed., (The McGraw-Hill: America, 1996), p.182, อ้างใน พระนรบดีพ ถาวรธมโม (อินทรีทัศน์), “การศึกษาเปรียบเทียบกระบวนการรับรู้ของจิตในพุทธปรัชญาเถรวาทและสมองในหลักสรีรวิทยา”, *วิทยานิพนธ์พุทธศาสตร์มหาบัณฑิต*, หน้า ๘๗.

ส่วน hypothalamus, amygdala และบางส่วนของระบบประสาทลิมบิก (limbic system) โดยส่วนนี้ทำหน้าที่เกี่ยวกับความรู้สึกและการตอบสนองทางอารมณ์ต่อกลิ่นที่ได้รับ^๗

๑.๔ การกระทบทางลิ้น: รสมนุษย์รับรู้ได้ เช่น เปรี้ยว หวาน ขม และเค็ม โดยผ่านปุ่มรับรส (taste buds) อยู่ที่ลิ้น (tongue) เพดานปาก (palate) คอหอย (pharynx) ฝากล่องเสียง (epiglottis) และส่วนบนของหลอดอาหาร (upper third of the esophagus) ปุ่มรับรสนี้ได้เปลี่ยนสารเคมีนั้นไปเป็นสัญญาณประสาท สัญญาณประสาทจากปุ่มรับรสแบ่งเป็นสามส่วนใหญ่เข้าสู่ก้านสมอง (brainstem) สัญญาณประสาทจะผ่านสู่ thalamus จนกระทั่งถึง gustatory cortex (Brodmann area 43) ที่อยู่ที่ anterior insula frontal operculum ของเปลือกสมอง ซึ่งเป็นบริเวณเดียวกับที่รับความรู้สึกจากผิวหนังบริเวณใบหน้า^๘



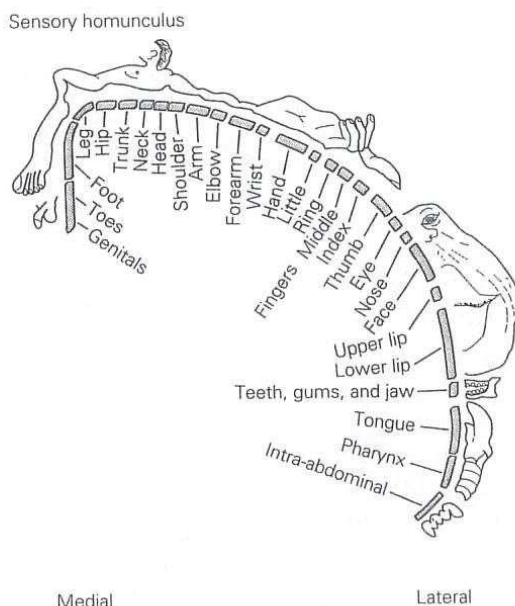
รูปภาพที่ (ผ.๑ ง) รูปภาพแสดงวิถีประสาทการรับรู้รส

๑.๕ การกระทบทางกาย: ทางเดินประสาทรับความรู้สึกทางร่างกายเริ่มจากตัวรับความรู้สึกที่มีลักษณะแตกต่างกันหลายอย่าง และอยู่กระจัดกระจายทั่วร่างกาย ตัวรับความรู้สึกนี้ได้เปลี่ยนพลังงานและสารเคมีต่างๆ ไปเป็นสัญญาณประสาท และสัญญาณประสาทนี้ถูกส่งผ่านเซลล์ประสาท ๓ ตัวต่อกัน (three orders ของ neurons) และสิ้นสุดที่บริเวณหนึ่งในเปลือกสมองที่เรียกว่า “somatosensory cortex” (Brodmann area 3, 1, 2) สัญญาณประสาทจากส่วนต่าง ๆ ของร่างกายนั้นได้ส่งเข้าสู่ somatosensory cortex ในซีกสมองที่ตรงกันข้ามกับส่วนต่างๆ ของร่างกายนั้น ๆ

^๗ ดูรายละเอียดใน พระนรบดีพ ถาวรธมโม (อินทรทัศน์), “การศึกษาเปรียบเทียบกระบวนการรับรู้ของจิตในพุทธปรัชญาเถรวาทและสมถะในหลักสรีรวิทยา”, วิทยานิพนธ์พุทธศาสตรมหาบัณฑิต, หน้า ๘๗ – ๘๘.

^๘ ดูรายละเอียดใน ราตรี สุดทรวง, และ วีระชัย สิงหนิยม, **ประสาทสรีรวิทยา**, (ฉบับปรับปรุงเพิ่มเติม), พิมพ์ครั้งที่ ๔, (กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, ๒๕๔๕), หน้า ๓๐๒, อ้างใน นันทพล โรจนโกศล, “พุทธประสาทจริยศาสตร์กับภาวะบกพร่องทางสมอง”, วิทยานิพนธ์พุทธศาสตรดุษฎีบัณฑิต, หน้า ๗๐-๗๒.

ยกเว้นบริเวณใบหน้า โดยที่บริเวณของ somatosensory cortex ที่เกี่ยวข้องกับส่วนต่าง ๆ ของร่างกายหนึ่ง ๆ จะใช้พื้นที่แตกต่างกันตามความหนาแน่นของตัวรับความรู้สึทางผิวหนัง โดยที่พื้นที่รับความรู้สึกจากริมฝีปากมีมากที่สุด รองลงมาคือใบหน้าและหัวแม่มือ ในขณะที่พื้นที่รับความรู้สึกจากบริเวณลำตัวและแขนขามีน้อย เป็นต้น^๙



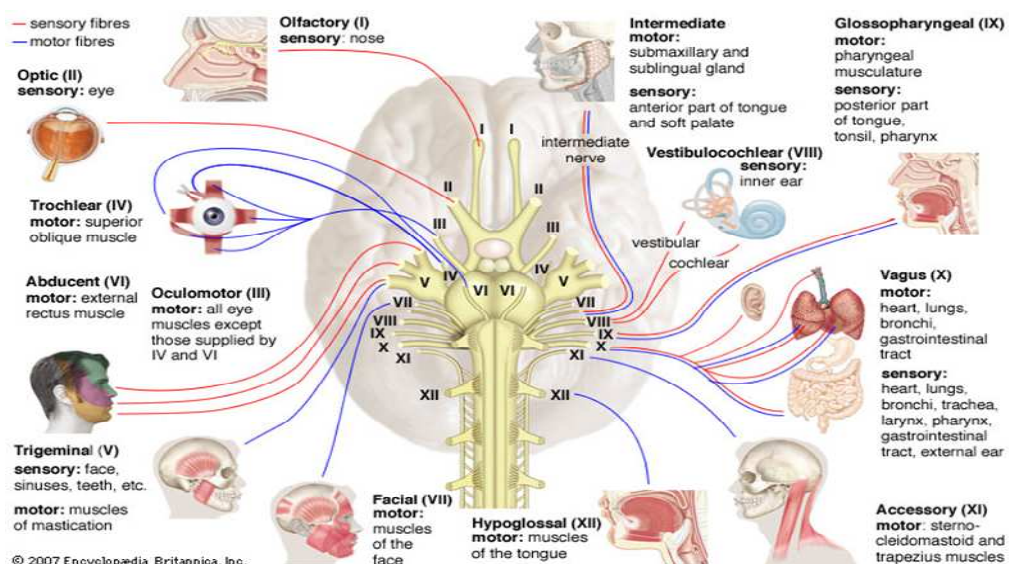
รูปภาพที่ (ผ.๑ จ) รูปภาพแสดง somatosensory cortex ที่รับความรู้สึกจากส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย

ศาสตร์สมัยใหม่มองว่าสิ่งเร้าภายใน แบ่งเป็น ๒ ส่วน คือ ส่วนอวัยวะรับรู้ คือ ตา หู จมูก ลิ้น กาย และส่วนอวัยวะสั่งการ คือ สมอง ถ้าเปรียบ “สมอง” กับ “ใจ” จะเห็นข้อแตกต่างกันว่า ศาสตร์สมัยใหม่มองว่า ใจ คือ ผลที่เกิดจากกลไกการทำงานของสมอง เช่น ความรู้สึก นึก คิด ต่าง ๆ คือผลจากการประมวลผลของสมอง ใจเป็นนามธรรม ไม่สามารถพิสูจน์ได้ ส่วนสมองเป็นรูปธรรม สามารถพิสูจน์ได้ แต่พระพุทธศาสนามองว่า ใจ หรือ จิต เป็นอิสระสามารถรับรู้ได้ด้วยตนเอง ความคิดหรือเจตสิกธรรมเป็นส่วนหนึ่งที่ทำงานสัมพันธ์กับจิต แต่อย่างไรก็ตามทั้งจิตและสมองก็มีความสอดคล้องกันตรงที่ ทั้งจิตและสมองต่างก็อาศัยตา หู จมูก ลิ้น กาย เป็นตัวรับข้อมูล และนำมาประมวลผลแล้วแสดงออกผ่านพฤติกรรมทางกาย และทางวาจาของมนุษย์

^๙ ดูรายละเอียดใน ราตรี สุดทรวง, และ วีระชัย สิงหนิยม, **ประสาทสรีรวิทยา**, หน้า ๒๑๒-๒๒๓, อ้างใน นันทพล โรจนโกศล, “พุทธประสาทจริยศาสตร์กับภาวะบกพร่องทางสมอง”, **วิทยานิพนธ์พุทธศาสตรดุษฎีบัณฑิต**, หน้า ๗๒-๗๔.

๒. ความรู้สึกต่อปรากฏการณ์

สำหรับการรู้สึกต่อปรากฏการณ์ของมนุษย์ ในทัศนะของศาสตร์สมัยใหม่ อธิบายว่าระบบประสาทส่วนปลายประกอบไปด้วยเส้นประสาทสมอง (cranial nerves) จำนวน ๑๒ คู่ ประสาทสมองบางคู่จะทำหน้าที่รับความรู้สึก (sensory nerve) บางคู่ทำหน้าที่เกี่ยวกับการเคลื่อนไหว (motor nerve) บางคู่จะทำหน้าที่ทั้งรับความรู้สึกและทำการเคลื่อนไหว (mixed nerve) เส้นประสาทสมองทั้ง ๑๒ คู่ มีชื่อตามตำแหน่งที่ตั้งและตามหน้าที่การทำงาน ระบบประสาทส่วนปลายทำหน้าที่ในการเชื่อมต่อระหว่างอวัยวะสำคัญกับระบบประสาทส่วนกลาง ดังนั้นมันจึงรับสัญญาณประสาทจากอวัยวะสำคัญไปยังสมอง และส่งสัญญาณประสาทจากสมองไปยังอวัยวะสำคัญ ระบบประสาทส่วนปลายประกอบไปด้วยเส้นประสาทสมอง เส้นประสาทไขสันหลัง (spinal nerve) ตัวรับความรู้สึก (sensory receptor) ปมประสาท (ganglia) และปลายประสาทสั่งการ เมื่อเส้นประสาทส่วนปลายถูกตัดขาดจะทำให้การรับความรู้สึกและการสั่งการ (motor ending) จากสมองถูกตัดขาด มีผลให้อวัยวะที่เส้นประสาทไปเลี้ยงมีพยาธิสภาพเกิดขึ้น



ภาพจาก <http://kids.britannica.com/comptons/art-106794/In-the-human-nervous-system-12-pairs-of-cranial-nerves>

รูปภาพที่ (ผ.๑ ฉ) รูปภาพแสดงระบบประสาทส่วนปลายและหน้าที่ต่าง ๆ

๑. Olfactory nerve ทำหน้าที่รับกลิ่นโดยมีเซลล์ที่ทำหน้าที่รับกลิ่นอยู่ที่เยื่อเมือก (mucous membrane) ของจมูก
๒. Optic nerve ทำหน้าที่เกี่ยวกับการมองเห็น มีเซลล์รับ (receptor) อยู่ที่เรตินา (retina) ของตา
๓. Oculomotor nerve ไปสู่กล้ามเนื้อลูกตา (external eye muscles) ทำให้มีการเคลื่อนไหวของลูกตา

๔. Trochlear nerve ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อลูกตามัดที่มีชื่อว่า (superior oblique) ทำให้มีการเคลื่อนไหวของลูกตาไปในแนวลงล่างและเฉียงเข้าด้านใน (downward and medially)

๕. Trigeminal nerve ทำหน้าที่รับความรู้สึกจากบริเวณใบหน้า ศีรษะ ฟัน เกี่ยวกับความรู้สึกเจ็บปวด ร้อน เย็น และไปเลี้ยงเนื้อเยื่อตั้งแต่ศีรษะลงไปปาก ฟัน ขากรรไกร และลิ้นส่วนหน้า เพื่อควบคุมการเคี้ยว

๖. Abducent nerve ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อลูกตาที่ชื่อ lateral rectus muscle ทำให้เกิดการเคลื่อนไหวของลูกตาออกไปด้านข้าง (lateral movement)

๗. Facial nerve ไปเลี้ยงที่ลิ้นส่วนหน้า ประมาณ ๒/๓ ทำหน้าที่รับรสอาหาร และทำหน้าที่ควบคุมการหดตัวและคลายตัวของกล้ามเนื้อบริเวณหน้าและศีรษะทำให้เกิดลักษณะการแสดงสีหน้าต่าง ๆ

๘. Acoustic หรือ Auditory nerves มี ๒ แขนง คือ vestibular nerve ทำหน้าที่เกี่ยวกับการทรงตัว และ cochlea nerve ทำหน้าที่เกี่ยวกับการได้ยิน

๙. Glossopharyngeal nerve ไปเลี้ยงลิ้นส่วนหลัง ประมาณ ๑/๓ ทำหน้าที่รับความรู้สึกจากลิ้น การกลืน ระบายให้หลังน้ำลาย ทำให้กล้ามเนื้อของหลอดคอเคลื่อนไหว

๑๐. Vagus nerve ประกอบด้วยเส้นประสาทหลายเส้นรวมกันไปสู่อวัยวะต่าง เช่น หู ชี้นอก หลอดลม (pharynx) กล่องเสียง (larynx) คอหอย (trachea) หลอดลม (bronchi) อวัยวะในช่องอก อวัยวะในช่องท้องได้แก่ หัวใจ (heart) ปอด (lung) หลอดอาหาร (esophagus) กระเพาะอาหาร (stomach) ลำไส้เล็ก (intestine) ถุงน้ำดี (gall bladder) เป็นต้น

๑๑. Accessory nerve เลี้ยงกล้ามเนื้อ trapezius และ sternocleidomastoid ทำให้ศีรษะและไหล่เกิดการเคลื่อนไหว

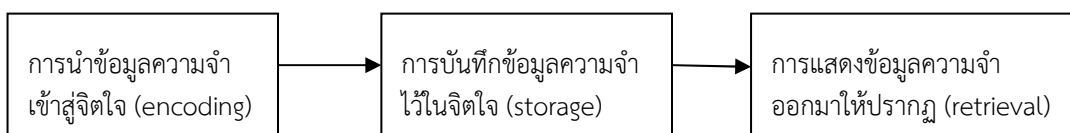
๑๒. Hypoglossal nerve ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อของลิ้น ควบคุมการหดตัวและการคลายตัวของกล้ามเนื้อลิ้น ทำให้ลิ้นมีการเคลื่อนไหว^{๑๐}

ในทางศาสตร์สมัยใหม่มองว่า ความรู้สึกเกิดจากเส้นประสาทสมอง (cranial nerves) บางคู่ที่ทำหน้าที่รับความรู้สึก (sensory nerve) ที่ถูกส่งมาจากระบบประสาทส่วนปลาย ถ้าเส้นประสาทส่วนปลายถูกตัดขาดจะทำให้การรับความรู้สึกและการสั่งการจากสมองถูกตัดขาด เช่น เส้นประสาทส่วนปลายชื่อ Olfactory nerve มีเซลล์ที่ทำหน้าที่รับกลิ่นอยู่ที่เยื่อบุผิวของจมูก จะเห็นข้อแตกต่างกันว่า พระพุทธศาสนามีช่องทางในการรับรู้ ๖ ช่องทาง คือ ตา หู จมูก ลิ้น กาย และใจ ข้อมูลที่ผ่านช่องทางเหล่านี้มีจิตเป็นตัวนำมมารับรู้ข้อมูล ส่วนศาสตร์สมัยใหม่มองว่าช่องทางในการรับรู้มี ๕ ทาง คือ ทาง ตา หู จมูก ลิ้น และ กาย ข้อมูลที่ผ่านช่องทางเหล่านี้มีสมองเป็นตัวประมวลผลวิเคราะห์ และสังเคราะห์ข้อมูลความรู้ที่เกิดขึ้น

^{๑๐} ดูรายละเอียดใน รำแพน พรเทพเกษมสันต์, กายวิภาคศาสตร์และสรีรวิทยาของมนุษย์, (กรุงเทพมหานคร: ศิลปบรรณาการ, ๒๕๓๘), หน้า ๑๓๔-๑๓๖, อ้างใน พระนรดิพ ถาวรธมโม (อินททัศน์), “การศึกษาเปรียบเทียบกระบวนการรับรู้ของจิตในพุทธปรัชญาเถรวาทและสมองในหลักสรีรวิทยา”, วิทยานิพนธ์พุทธศาสตรมหาบัณฑิต, หน้า ๘๑- ๘๓.

๓. การจดจำปรากฏการณ์

สำหรับทศนะเชิงศาสตร์สมัยใหม่มองว่า กระบวนการจำแบ่งเป็น ๓ ขั้นตอน ได้แก่ (๑) การนำข้อมูลความจำเข้าสู่จิตใจ (encoding) (๒) การบันทึกข้อมูลความจำไว้ในจิตใจ (storage) และ (๓) การแสดงข้อมูลความจำออกมาให้ปรากฏ (retrieval)^{๑๑} ซึ่งสามารถแสดงเป็นแผนภาพดังนี้



แผนภาพที่ (ผ.๑ ก) แผนภาพแสดงกระบวนการจำ

การนำข้อมูลความจำเข้าสู่จิตใจ (encoding) เป็นกระบวนการแรกในกระบวนการจำ อย่างไรก็ตาม การนำข้อมูลความจำเข้าสู่จิตใจเป็นกระบวนการที่ทำการเปลี่ยนสิ่งเร้าหรือสิ่งกระตุ้น (stimuli) ให้อยู่ในรูปแบบที่จิตใจสามารถเข้าใจสิ่งเร้าหรือสิ่งกระตุ้นนั้นได้ และข้อมูลความจำรูปแบบนี้จะสามารถนำไปใช้ในขั้นตอนถัดไปได้ในกระบวนการจำ

การบันทึกข้อมูลความจำไว้ในจิตใจ (storage) เป็นกระบวนการจัดเก็บข้อมูลความจำจากขั้นตอนแรกในกระบวนการจำ เพื่อให้ข้อมูลความจำยังคงอยู่ และสามารถนำกลับมาใช้ได้ในอนาคตต่อไป

การแสดงข้อมูลความจำออกมาให้ปรากฏ (retrieval) ซึ่งเป็นกระบวนการค้นหาข้อมูลความจำที่ได้นบันทึกไว้ในจิตใจแล้ว ในกระบวนการค้นหานี้จะต้องทำการชี้ชัดถึงข้อมูลความจำนั้นว่าเป็นข้อมูลที่ต้องการ จากนั้นจึงนำข้อมูลนั้นกลับมาให้ปรากฏต่อจิตใจ^{๑๒}

ในทางศาสตร์สมัยใหม่มองว่ากระบวนการจำแบ่งเป็น ๓ ขั้นตอน คือ การนำข้อมูลความจำเข้าสู่จิตใจ (encoding) การบันทึกข้อมูลความจำไว้ในจิตใจ (storage) และ การแสดงข้อมูลความจำออกมาให้ปรากฏ (retrieval) จะเห็นข้อสอดคล้องกันว่า ทั้งสองศาสตร์มีขั้นตอนนำข้อมูล

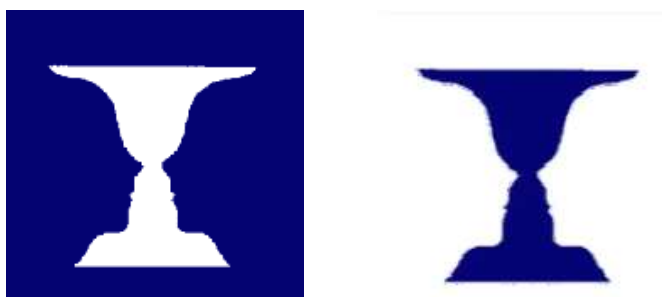
^{๑๑} ดูรายละเอียดใน ไพบูลย์ เทวรักษ์, จิตวิทยาการเรียนรู้ (Psychology of Learning), (กรุงเทพมหานคร : เอส ดี เพรส การพิมพ์, ๒๕๔๐), หน้า ๑๐๗, J. E. Purdy, and other, **Learning and Memory**, 2nd edition, (Belmont, CA: Wadsworth/Thomson Learning, 2001), p. 233, อ้างใน นันทพล โรจนโกศล, “พุทธประสาทจริยศาสตร์กับภาวะบกพร่องทางสมอง”, **วิทยานิพนธ์พุทธศาสตรดุษฎีบัณฑิต**, หน้า ๙๗.

^{๑๒} ดูรายละเอียดใน ไพบูลย์ เทวรักษ์, จิตวิทยาการเรียนรู้ (Psychology of Learning), หน้า ๑๐๗-๑๐๘, R. J. Corsini, **The Dictionary of Psychology**, pp. 329, 842, 949, J. E. Purdy, and other, **Learning and Memory**, pp. 6-7, 233-234, John F. Hall, **Learning and Memory**, 2nd edition, (Needham Heights, MA: Allyn and Bacon, 1989), pp. 353-369, Henry C. Ellis, and other, **Psychology of Learning and Memory**, (Monterey, CA : Brooks/cole Publishing Company, 1979), pp. 206-247, Douglas L. Hintzman, **The Psychology of Learning and Memory**, (San Francisco : W. H. Freeman and Company, 1978), pp. 281-311, อ้างใน นันทพล โรจนโกศล, “พุทธประสาทจริยศาสตร์กับภาวะบกพร่องทางสมอง”, **วิทยานิพนธ์พุทธศาสตรดุษฎีบัณฑิต**, หน้า ๙๗-๑๐๐.

เข้าสู่จิต(encoding) ถ้าเทียบกับพระพุทธศาสนาอาจมองว่าเป็นขั้นผัสสะและเวทนา ส่วนการบันทึกข้อมูลความจำไว้ในจิตใจ (storage) เทียบกับขั้นสัญญา ส่วนการแสดงผลข้อมูลความจำออกมาให้ปรากฏ (retrieval) จะเกี่ยวเนื่องกับขั้นการตีความต่อปรากฏการณ์ของมนุษย์

๔. การตีความต่อปรากฏการณ์

ทัศนศาสตร์สมัยใหม่ มองว่า ทางเดินสัญญาณประสาทของระบบประสาท (primary sensory cortex) เป็นจุดเริ่มการแปลรหัสข้อมูลสิ่งเร้าภายนอกอย่างละเอียดว่า คืออะไร มาจากที่ใด และขนาดเท่าไร หลังจาก primary sensory cortex ได้รับข้อมูลสัญญาณประสาทที่ถูกกรองมาแล้ว จะถูกส่งต่อไปให้กับ association sensory cortex ซึ่งเป็นพื้นที่ในสมองที่ทำหน้าที่ตีความรหัสข้อมูล (perception) เช่น ในเรื่องระบบประสาทในการรับรู้ทางตา หากกระตุ้น primary visual cortex จะทำให้เห็นแสงจ้าวูบหนึ่ง แต่หากกระตุ้น association visual cortex จะทำให้เห็นรูปร่างและสีของวัตถุ หรือหากไม่มี primary visual cortex จะมองไม่เห็นอะไรเลย แต่หากมี primary visual cortex โดยไม่มี association visual cortex จะมองเห็นวัตถุขีดขวางและเดินเลี้ยวไปได้ โดยไม่รู้ว่าเป็นวัตถุใดคืออะไร มีความสำคัญเช่นไร^{๑๓} การตีความรหัสข้อมูลนั้นต่างจากการแปลรหัสข้อมูลการรับรู้ตัวอย่างเช่น รูปแจกันของนักจิตวิทยาชาวเดนมาร์กที่นำเสนอไว้ในหนังสือชื่อ “Visually Experienced Figures”^{๑๔} รูปนี้สามารถมองได้ว่าเป็นแจกันหรือหน้าคน ๒ คน แม้ภาพอันเป็นตัวกระตุ้นนั้นไม่เปลี่ยนแปลง ถ้าสามารถมองเป็นแจกันพร้อมกับหน้าคน ๒ คนได้ แสดงว่า การตีความรหัสข้อมูลสามารถสลับไปมาอย่างรวดเร็ว หากการตีความรหัสข้อมูลนั้นไม่ต่างจากการแปลรหัสข้อมูลการรับรู้ภาพเดียวกันจะต้องเห็นเหมือนกันทุกครั้ง^{๑๕}



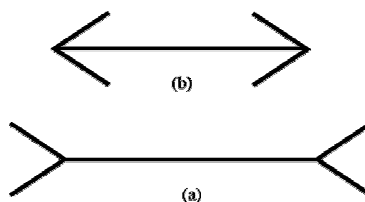
รูปภาพที่ (ผ.๑ ข) รูปภาพแสดงรูปแจกันของรูบิน (Rubin's Vase)

^{๑๓} ดูรายละเอียดใน กนกวรรณ ติลกสกุลชัย, **สรีรวิทยา ๓**, รวบรวมโดย สุพรพิมพ์ เจียสกุล และคณะ, (กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์, ๒๕๔๔), หน้า ๙๐๑, อ้างใน นันทพล โรจนโกศล, “พุทธประสาทจริยศาสตร์กับภาวะบกพร่องทางสมอง”, **วิทยานิพนธ์พุทธศาสตรดุษฎีบัณฑิต**, หน้า ๗๕.

^{๑๔} Edgar Rubin, **Synsoplevede Figurer (Visually Experienced Figures)**, (Copenhagen Gyldendal, 1915), อ้างใน นันทพล โรจนโกศล, “พุทธประสาทจริยศาสตร์กับภาวะบกพร่องทางสมอง”, **วิทยานิพนธ์พุทธศาสตรดุษฎีบัณฑิต**, หน้า ๗๕.

^{๑๕} ดูรายละเอียดใน U. Hasson, T. Hendler, D. B. Bashat, and R. Malach, “Vase or face? A neural correlates of shape-selective grouping processes in the human brain”, **Journal of Cognitive Neuroscience**, vol. 13 no. 6 (August 2001) : 744-753, อ้างใน นันทพล โรจนโกศล, “พุทธประสาทจริยศาสตร์กับภาวะบกพร่องทางสมอง”, **วิทยานิพนธ์พุทธศาสตรดุษฎีบัณฑิต**, หน้า ๗๕.

อีกตัวอย่าง คือ ภาพลวงตาของฟรานซ์ คาร์ล มูเลอร์-ลายเออร์ (Franz Carl Müller-Lyer) นักจิตวิทยา ชาวเยอรมัน ภาพนี้เป็นภาพของเส้น ๒ เส้นที่ยาวเท่ากัน แต่เส้นหนึ่งปลายของเส้นใช้ปลายลูกศรปิดหัวและท้ายของเส้น ในขณะที่อีกเส้นหนึ่งปลายของเส้นใช้หัวลูกศรปิดหัวและท้ายของเส้น เส้นทั้งสองนี้เมื่อมองแล้วจะทำให้รู้สึกว่ายาวไม่เท่ากัน^{๑๖}



รูปภาพที่ (ผ.๑ ข) รูปภาพแสดงรูปภาพลวงตาของมูเลอร์-ลายเออร์ (Müller-Lyer)

ในทางศาสตร์สมัยใหม่มองว่าความคิดหรือการตีความเกิดจากอวัยวะของสมองที่ทำงานสัมพันธ์กัน ๒ ส่วน คือ ทางเดินสัญญาณประสาทของระบบประสาท (primary sensory cortex) และพื้นที่ในสมองที่ทำหน้าที่ตีความรหัสข้อมูล (association sensory cortex) เช่น ระบบประสาทในการรับรู้ทางตา หากกระตุ้น primary visual cortex จะทำให้เห็นแสงจ้าวับหนึ่ง แต่หากกระตุ้น association visual cortex จะทำให้เห็นรูปร่างและสีของวัตถุ หรือหากไม่มี primary visual cortex จะมองไม่เห็นอะไรเลย แต่หากมี primary visual cortex โดยไม่มี association visual cortex จะมองเห็นวัตถุขีดขวางและเดินเลี้ยวไปได้ โดยไม่รู้ว่าเป็นวัตถุใดคืออะไร มีความสำคัญอย่างไร จะเห็นว่าทั้งสองศาสตร์มีความแตกต่างกันอย่างชัดเจน พระพุทธศาสนามองว่า ความคิดหรือการตีความของมนุษย์ เกิดจากจิตที่ถูกปรุงแต่งจากกิเลส คือ ตัณหา มานะ และทิฐิ จึงทำให้มีความคิดที่แตกต่างกัน ซึ่งพระพุทธศาสนาอธิบายในเชิงนามธรรม ซึ่งตรงข้ามกับศาสตร์สมัยใหม่ที่อธิบายว่าความคิดเกิดจากการทำงานของสมอง ซึ่งเป็นการอธิบายในเชิงรูปธรรม

^{๑๖}ดูรายละเอียดใน J. Adam, and L. Bateman, “A correlational analysis of symmetry between the arrowhead and featherhead Mueller-Lyer illusions”, *Perception*, vol. 12 (1983):119–129, อ้างใน นันทพล โรจนโกศล, “พุทธประสาทจริยศาสตร์กับภาวะบกพร่องทางสมอง”, *วิทยานิพนธ์พุทธศาสตรดุษฎีบัณฑิต*, หน้า ๗๕.

ภาคผนวก ๒

วิธีบรรเทาความทุกข์ตามแนวจิตวิทยาสมัยใหม่

จิตวิทยาถูกนำมาใช้ในการบำบัดปัญหาด้านจิตใจของมนุษย์ มีหลายแนวคิด เช่น

๑. กลุ่มจิตวิเคราะห์ (Psychoanalysis) เชื่อว่าปัญหาด้านจิตใจเกิดจากสภาวะความขัดแย้งความต้องการติดตัวมนุษย์มาแต่กำเนิดที่ไม่ได้รับการตอบสนอง^{๑๗}

๒. กลุ่มพฤติกรรมนิยม (Behaviorism) เชื่อว่าปัญหาของจิตใจเกิดจากสิ่งแวดล้อมที่ไม่เหมาะสม จึงเกิดพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม^{๑๘}

๓. กลุ่มจิตวิทยามนุษยนิยม (Humanistic Psychology) เชื่อว่าปัญหาทางจิตใจเกิดจากความไม่สอดคล้องกันระหว่างภาพของตัวตน (self) และตัวตนที่แท้ (real self) ทำให้เกิดการติดขัดในการพัฒนาไปสู่ความสมบูรณ์^{๑๙}

๔. กลุ่มจิตวิทยาอัตถิภาวนิยม (Existential Psychology) เชื่อว่าปัญหาทางจิตใจเกิดจากมนุษย์ไม่รู้จักความหมายที่แท้ของชีวิต จึงขาดทิศทางในการดำเนินชีวิต^{๒๐}

๕. กลุ่มจิตวิทยาเชิงรู้คิด (Cognitive Psychology) เชื่อว่าปัญหาทางจิตใจเกิดจากกระบวนการคิดภายในสมอง จึงเกิดความขัดแย้งในจิตใจ^{๒๑}

^{๑๗} ดูรายละเอียดใน Robert W. Lundin, *Theories and Systems of Psychology*, 5th ed, (MASS : D.C Heath and Co., 1996), pp. 308-312, James F. Brennam, *History and Systems of Psychology*, 3rd ed, (NJ : Prentice-Hall International, Inc., 1991), pp. 201-207, Thomas H. Leahey, *History of Psychology : Main Currents in Psychological Thought*, 5th ed, (New Jersey : Prentice-Hall Inc., 2000), pp. 288-313, Del Loewenthal & Robert Snell, *Postmodernism for Psychotherapists : A Critical Reader*, (NY : Brunner-Routledge, 2003), p. 57, ปราโมทย์ เชาวศิลป์, *คู่มือทฤษฎีจิตวิเคราะห์*, (กรุงเทพมหานคร : หจก. สหประชาพานิชย์, ๒๕๒๖), หน้า ๑๑-๑๒, กิติกร มีทรัพย์, *ซิกมันด์ ฟรอยด์ : ประวัติชีวิตการทำงานและฟรอยด์บำบัด*, (กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์มติชน, ๒๕๔๙), หน้า ๑๕๕.

^{๑๘} ดูรายละเอียดใน Thomas H. Leahey, *History of Psychology: Main Currents in Psychological Thought*, pp. 371-372, 500-502, James F. Brennam, *History and Systems of Psychology*, p. 245.

^{๑๙} ดูรายละเอียดใน Donald E. Polkinghorne, "The Self and Humanistic Psychology", *The Handbook of Humanistic Psychology*, ed. By Kirk J. Schneider, James F.T. Bugental and J. Fraser Pierson, (London : Sage Publication, Inc., 2001) : 82, Carl R. Rogers, *Client-Centered Therapy : Its Current Practice, Implications, and Theory*, (Boston : Houghton Mifflin Co., 1951), p. 501, James F. Brennam, *History and Systems of Psychology*, p. 270.

^{๒๐} ดูรายละเอียดใน Robert W. Lundin, *Ibid.*, pp. 381-382.

^{๒๑} ดูรายละเอียดใน Margaret W. Matlin, *Cognition*, 5th ed, (NY: Harcourt College Publishers, 2002), p. 7, Robert W. Lundin, *Theories and Systems of Psychology*, pp. 394-398, C. James Goodwin, *A History of Modern Psychology*, 2nd ed, (MA : John Wiley & Sons Inc., 2005), pp. 339, 402, 421, Elizabeth R. Valentine, *Conceptual Issues in Psychology*, 2nd ed (London : Routledge, 1992), p. 141, John Rowan, *The Transpersonal : Psychotherapy and Counselling*, (London : Routledge, 1993), pp. 207-208, B. Michael Thorne and Tracy B. Henry, *Connections in the History and Systems of Psychology*, 3rd ed, (NY : Houghton Mifflin Co., 2005), p. 543.

๖. กลุ่มจิตวิทยาผ่านตัวตน (Transpersonal Psychology) เชื่อว่าปัญหาทางจิตใจเกิดจากจิตหลายระดับ การแก้ปัญหาจึงต้องยกระดับจิตให้สูงขึ้น^{๒๒}

แนวคิดของกลุ่มจิตวิทยาที่หลากหลายนี้ แบ่งตามสาเหตุของปัญหาได้เป็น ๒ กลุ่ม คือ (๑) กลุ่มที่เชื่อว่าสาเหตุเกิดมาจากสิ่งแวดล้อมภายนอก คือ กลุ่มพฤติกรรมนิยม (Behaviorism) และ (๒) กลุ่มที่เชื่อว่าสาเหตุเกิดมาจากภายในตัวบุคคล คือ กลุ่มจิตวิเคราะห์ (Psychoanalysis)^{๒๓}

ผู้วิจัยเห็นว่า เมื่อแบ่งกลุ่มจิตวิทยาเป็นสองกลุ่มตามสาเหตุของปัญหาข้างต้น จะเห็นภาพรวมว่า กลุ่มแรกเชื่อว่ามนุษย์ทุกซ์เพราะโลกภายนอก ส่วนกลุ่มหลังเชื่อว่ามนุษย์ทุกซ์เพราะตนเอง อาจกล่าวได้ว่า ความทุกซ์ของมนุษย์เกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างมนุษย์กับสิ่งแวดล้อม จิตวิทยายังมีปัญหว่า แต่ละแนวคิดต่างมีมุมมองเกี่ยวกับความทุกซ์ของมนุษย์ที่ไม่รอบด้าน ทำให้นักจิตวิทยาสมัยใหม่พยายามค้นหาวิธีที่จะบำบัดปัญหาด้านจิตใจของมนุษย์อย่างรอบด้าน อย่างเช่น กลุ่มพฤติกรรมปัญญานิยม (Cognitive Behavior) ที่มีแนวคิดที่ว่า เมื่อมนุษย์กระทบกับสิ่งเร้าภายนอก กระบวนการคิด มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงอารมณ์และพฤติกรรมของบุคคล ซึ่งแนวคิดนี้มองว่าสาเหตุของความทุกซ์อย่างรอบด้านมากกว่า คือมองว่าทุกซ์ของมนุษย์เกิดจากองค์ประกอบสองส่วนคือทั้งสิ่งแวดล้อมภายนอก และความคิดที่อยู่ภายในตัวบุคคล เมื่อเชื่อว่าความคิด สามารถส่งผลให้ความทุกซ์หรืออารมณ์ที่เป็นทุกซ์บรรเทาลงได้ จึงมีนักจิตวิทยาที่พยายามค้นหาวิธีเพื่อจัดการกับความทุกซ์ เช่น พยายามปรับเปลี่ยนความคิด พยายามมีสติรู้ทันความคิด (ไม่ปรับเปลี่ยนความคิด) ในกลุ่มที่พยายามปรับเปลี่ยนความคิด ผู้วิจัยสนใจศึกษาใน ๒ วิธี คือ การบำบัดแบบความคิดและพฤติกรรม (CBT) และ การบำบัดแบบเหตุผล อารมณ์และพฤติกรรม (REBT) สำหรับกลุ่มที่พยายามมีสติรู้ทันความคิดแต่ไม่ได้ปรับเปลี่ยนความคิด ผู้วิจัยสนใจศึกษาใน ๒ วิธี คือ การฝึกสติเพื่อลดความเครียด (MBSR) และการฝึกสติเพื่อให้เกิดปัญญา (MBCT) รายละเอียดมีดังนี้

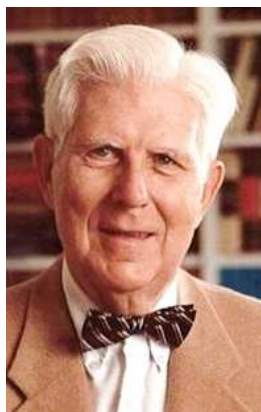
๑. การบำบัดโดยเทคนิคปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (CBT)

ความหมายของ CBT คือ CBT ย่อมาจากคำว่า Cognitive Behavioral Therapy หมายถึง การบำบัดแบบปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม

ผู้คิดค้น CBT คือ อารอน ที เบค (Aaron T. Beck)

^{๒๒} ดูรายละเอียดใน Roger Walsh, “The Search for Synthesis : Transpersonal Psychology and the meeting of East and West, Psychology and Religion, Personal and Transpersonal”, *Journal of Humanistic Psychology*, Vol.32 No1 (1992) : 20-26.

^{๒๓} ดูรายละเอียดใน ภาวณิ วณะภูติ, “มโนทัศน์พื้นฐานของแนวคิดเชิงจิตวิทยาในพระพุทธศาสนาเถรวาท”, *วิทยานิพนธ์พุทธศาสตรดุษฎีบัณฑิต*, (บัณฑิตวิทยาลัย มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, ๒๕๕๑), หน้า ๕๓, ๕๗.



รูปภาพที่ (ผ.๑ ณ) รูปภาพแสดงรูปของ Aaron T. Beck^{๒๔}

ความเป็นมาของ CBT: ผู้ก่อตั้งทฤษฎีพฤติกรรม – ปัญญานิยม (Cognitive behavior therapy) คือ อารอน ที. เบค (Aaron T. Beck) ซึ่ง เดิม เบค ได้ยึดการบำบัดรักษาตามทฤษฎีจิตวิเคราะห์ และเกิดความคับข้องใจจากการที่ผู้ป่วยหายจากความทุกข์ทรมานช้า เบคจึงได้มุ่งมั่นในการพัฒนาวิธีการบำบัดที่ได้ผลและนำทางมากขึ้น ซึ่งต่อมาแนวคิดของเบคได้กลายเป็นที่รู้จักอย่างกว้างขวางนั่นคือ การให้คำปรึกษาแบบการรู้คิด (Cognitive therapy) หรือการให้คำปรึกษาแบบพฤติกรรม-ปัญญานิยม (Cognitive behavioral therapy: CBT) การให้คำปรึกษาแบบพฤติกรรม-ปัญญานิยมเป็นวิธีการที่ระบุมุมมองที่ก่อให้เกิดความรู้สึกทางลบหรือความรู้สึกที่ทุกข์ทรมาน และก่อให้เกิดผลลัพธ์ทางพฤติกรรม หรือปฏิกิริยาที่ปรับตัวไม่ดี เบคได้ค้นพบว่า สิ่งสำคัญของการช่วยเหลือในเบื้องต้นอยู่ที่ระดับความคิดของบุคคล ถ้าหากทำให้บุคคลเปลี่ยนแปลงความคิดได้แล้ว การเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ และการเปลี่ยนแปลงทางด้านพฤติกรรมก็จะตามมา^{๒๕}

หลักการสำคัญของ CBT : อารอน ที. เบค (Aaron T. Beck) เชื่อว่าความคิดและความเชื่อของบุคคลสามารถสนับสนุนให้เกิดพฤติกรรมที่ไม่ปกติ (maladaptive behavior) และพฤติกรรมที่ไม่ปกติจะถูกปรับเปลี่ยนไปตามความเชื่อ ทักษะคติ และความคิดของบุคคล^{๒๖} ดังนั้นเบคและคณะจึงสรุปว่าการรับรู้ ความเชื่อ และรูปแบบทางความคิดของบุคคลเป็นสิ่งที่ทำให้บุคคลเกิดความซึมเศร้า โดยความซึมเศร้าเป็นผลมาจากการคิดที่ผิดพลาด บุคคลจะมีปฏิกิริยาเช่นไร นั้นขึ้นอยู่กับ การรับรู้และการแปลความสถานการณ์ของแต่ละคน คิดอย่างไรก็รู้สึกเช่นนั้น คนที่มีความซึมเศร้า มักจะติดอยู่กับความล้มเหลวของตน หรือ ช่วงเวลาที่บุคคลอื่นทำให้ตนรู้สึกแย่ ผู้ที่ซึมเศร้าส่วนใหญ่ มักเลือกรับในสิ่งที่ลบ ซึ่งเป็นสิ่งที่ทำให้ตนเองเกิดความซึมเศร้า เช่นการไร้ประสิทธิภาพในการทำงาน

^{๒๔} <http://psychiatry.yale.edu/alumni/alumniaward/2012.aspx> (๒๒ พ.ค.๒๕๕๕).

^{๒๕} Thompson, Rosemary A., *Counseling Techniques: Improving Relationships with Others, Ourself, Our Families and Our Environment*, 2nd ed., (New York: n.p., 2003), pp. 139-140.

^{๒๖} Comier, W. H.& Comier, L.S., *Interviewing Strategies for Helpers*, (California: Brooks/Cole, 1985), p.378.

การขาดการสนับสนุน การขาดความรักและ/หรือความสัมพันธ์ซึ่ง นอกจากนี้บางคนอาจติดอยู่กับเหตุการณ์ตึงเครียดที่ส่งผลกระทบต่อทางด้านอารมณ์และจิตใจ^{๒๗}

รูปแบบความคิด : อารอน ที. เบค (Aaron T. Beck) ได้กล่าวถึงรูปแบบทางความคิด ๓ รูปแบบ ที่เป็นส่วนประกอบสำคัญที่ก่อให้เกิดความซึมเศร้าไว้ ดังนี้

๑. ความคิดอัตโนมัติในเชิงลบ (negative automatic thoughts) มักจะเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ความคิดในเชิงลบที่ก่อให้เกิดความซึมเศร้า สามารถแบ่งได้ ๓ ลักษณะ ดังนี้

๑.๑ ความคิดในเชิงลบต่อตนเอง (negative view of the self)

๑.๒ ความคิดในเชิงลบต่อสถานะแวดล้อม (negative view of the world)

๑.๓ ความคิดในเชิงลบต่ออนาคต (negative view of the future)

๒. ความผิดพลาดของระบบความคิดแบบตรรกะ (systematic logical errors) เป็นรูปแบบความคิดที่มักพบในผู้ที่มีความซึมเศร้า ความผิดพลาดของระบบความคิดแบบตรรกะ ประกอบไปด้วย

๒.๑ ข้อสรุปที่ไร้เหตุผล (arbitrary inference)

๒.๒ การให้ความสำคัญกับรายละเอียดบางส่วน แต่ละเลยส่วนที่สำคัญของเหตุการณ์นั้น ๆ แล้วสรุปประสบการณ์จากรายละเอียดส่วนน้อยที่ได้มา (selective abstraction)

๒.๓ การสรุปเหตุการณ์หนึ่ง ๆ แล้วนำไปเป็นแบบแผนใช้กับเหตุการณ์อื่นทั้งที่เกี่ยวข้องและไม่เกี่ยวข้อง (overgeneralization)

๒.๔ ความผิดพลาดในการประเมินความสำคัญของเหตุการณ์ที่เด่นชัด (magnification and minimization)

๒.๕ ความโน้มเอียงของบุคคลที่จะเชื่อมโยงเหตุการณ์ภายนอกเข้ากับตนเองอย่างไม่มีหลักเกณฑ์ (personalization)

๒.๖ การที่บุคคลจัดประสบการณ์ที่ได้มาให้อยู่ในหนึ่งในสองประเภทที่ตรงข้ามเพื่อที่จะอธิบายตนเอง (dichotomous thinking) โดยผู้ที่มีความซึมเศร้าจะเลือกประเภทที่เป็นทางลบ

๓. โครงสร้างทางความคิดของความซึมเศร้า (depressogenic schemata) เกิดจากการจัดรูปแบบประสบการณ์ที่เคยประสบในอดีตเป็นเวลานานหลายปี เป็นรูปแบบความคิดในลักษณะของโครงสร้าง มีลักษณะที่ยึดติดตายตัว ไม่ยืดหยุ่น ไม่มีเหตุผล และมักจะสรุปความไปยังสิ่งอื่นมากเกินไป บุคคลจะสรุปเหตุการณ์ที่คล้ายคลึงกันเป็นชุดโครงสร้างทางความคิดเดียวกัน หากมีเหตุการณ์เกิดขึ้นสัมพันธ์กับโครงสร้างทางความคิดที่มีอยู่ บุคคลจะสรุปเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นไปในลักษณะเดียวกันกับโครงสร้างทางความคิดที่มีอยู่เดิมนั้น

รูปแบบทางความคิดทั้ง ๓ รูปแบบ มีความสัมพันธ์กัน กล่าวคือ หากบุคคลมีความคิดอัตโนมัติในเชิงลบ บุคคลนั้นก็มีแนวโน้มที่จะเกิดความผิดพลาดในระบบความคิดแบบตรรกะได้ และนำ

^{๒๗} Golden, W.L., Gersh, W.D., & Robbins, D.M., **Psychological Treatment of Cancer Patients**, (New York: Macmillan Publishing Company, 1992), pp. 10-11.

ความคิดที่ผิดพลาดดังกล่าวจัดเข้าสู่โครงสร้างทางความคิดที่มีอยู่เดิม ส่งผลให้บุคคลดังกล่าวเกิดความซึมเศร้าในที่สุด^{๒๘}

รูปแบบการบำบัดด้วย CBT^{๒๙}

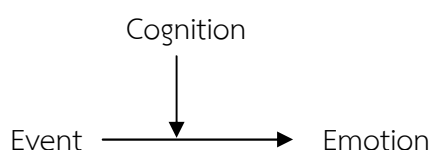
๑. The “naïve” model / The “common sense” model

Event → Emotion

แผนภาพที่ (ผ.๒ ก) แผนภาพแสดง The “naïve” model

เป็นแนวคิดดั้งเดิมที่เชื่อตามสามัญสำนึกของมนุษย์โดยทั่วไปว่า เหตุการณ์บางอย่าง (event) จะทำให้เกิดอารมณ์ (emotion) บางอย่าง โดยการตีความซึ่งก็คือความคิดของเราต่อเหตุการณ์นั้นจะเป็นสิ่งที่บอกความรู้สึก ดังนั้นในสถานการณ์ หรือเหตุการณ์เดียวกัน ความคิดที่เราให้ความหมายหรือตีความเหตุการณ์นั้นๆ เป็นสิ่งสำคัญที่จะบอกความหมายของเหตุการณ์ จึงเป็นเหตุผลที่ว่าคนที่เจอเหตุการณ์เดียวกัน ความรู้สึกกลับแตกต่างกันได้ เช่น สมมติว่าเรานอนอยู่ที่บ้าน แล้วได้ยินเสียงดังตึงที่หลังคา อารมณ์ที่เกิดคืออาจตกใจกลัว ซึ่งการตกใจกลัว เป็นเพราะความคิดของเราที่คิดว่าเป็นขโมยหรือเป็นเรื่องอันตรายอื่น ๆ แต่หากเราคิดว่าเป็นมะพร้าวหล่นใส่หลังคาหรือแมวกระโดดลงมาจากกิ่งไม้เราก็อาจจะไม่กลัว การตีความเหตุการณ์ซึ่งก็คือความคิดของเราต่อเหตุการณ์นั้นจึงเป็นสิ่งที่บอกความรู้สึก ดังนั้นในสถานการณ์หรือเหตุการณ์เดียวกัน ความคิดที่เราให้ความหมายหรือตีความเหตุการณ์นั้น ๆ เป็นสิ่งสำคัญที่จะบอกความหมายของเหตุการณ์ ดังนั้นจึงเป็นเหตุผลว่าทำไมคนที่เจอเหตุการณ์เดียวกันความรู้สึกจึงต่างกัน

๒. Cognitive model แบบง่าย



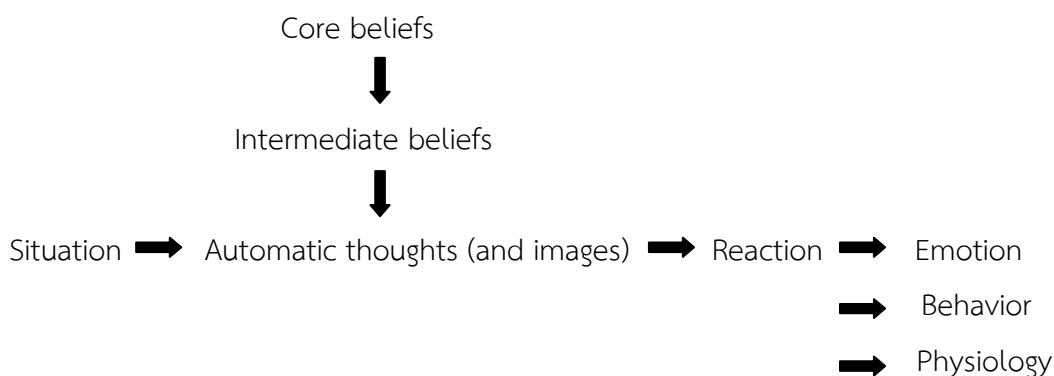
แผนภาพที่ (ผ.๒ ข) แผนภาพแสดง Simple cognitive model

^{๒๘} Williams, J. M. G., *The Psychological Treatment of Depression*, (London: Croom Helm, 1984), pp. 16-17., Greist, J. H. & Jefferson, J.W., *Depression and Its Treatment*, (Washington DC: American Psychiatric Press, 1992), p.2

^{๒๙} Westbrook D, Kennerley H and Kirk J, *An Introduction to cognitive behaviour therapy : skills and applications*, (London: Sage Publications, 2004), ณัฏฐา พิทยรัตน์เสถียร, *Cognitive Behavioral Therapy (CBT)*, เอกสารประกอบการสอน รายวิชาจิตบำบัด ๒, (ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2550), (อัดสำเนา), Beck JS, *Cognitive therapy: Basics and beyond*, (New York: Guilford Press, 1995).

เนื่องจากเหตุการณ์มีผลทำให้เกิดอารมณ์ (emotion) แต่ในระหว่างกลางก่อนที่จะเกิดอารมณ์ จะมีสิ่งหนึ่งเกิดขึ้นก่อน คือ ความคิด (cognition) ซึ่งความคิดจะทำให้เกิดอารมณ์ที่ต่างกันไป ดังนั้นจึงถือได้ว่าความคิดคือตัวที่ทำให้เกิดอารมณ์ขึ้นมา เช่น เหตุการณ์มะพร้าวตกใส่หลังคาบ้าน แล้วเกิดเสียงดัง ถ้าอารมณ์คือกลัว ความคิดที่เกิดอาจเป็น “ต้องเป็นขโมยขึ้นบ้านแน่ ๆ” แต่ถ้าอารมณ์คือเฉยๆ ความคิดที่อาจเป็นไปได้คือคิดว่า “เจ้าเหมียวเอ๊ย....” ดังนั้นจึงถือได้ว่าความคิดคือตัวที่ทำให้เกิดอารมณ์ขึ้นมา

๓. Cognitive model ตามแบบของ Beck



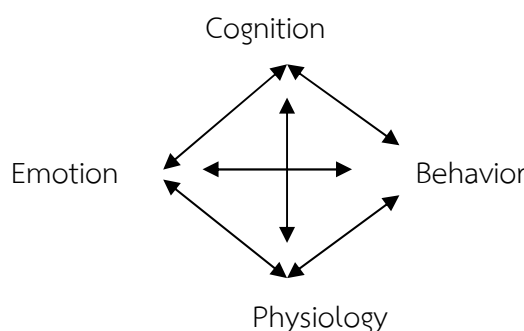
แผนภาพที่ (ผ.๒ ค) แผนภาพแสดง Beck's cognitive model

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

“โลกนี้ไม่ปลอดภัย” ก็อาจเป็นเพราะว่าเติบโตมาจากที่มีแต่ความรุนแรง พ่อแม่ทำร้ายกัน หรืออยู่ในชุมชนที่มีการฆ่าฟันกัน ดังนั้นเมื่อมีเสียงดังเกิดขึ้น คนที่มีความเชื่อเช่นนี้ก็จะเกิดมี automatic thought ทันทีว่าเป็นเหตุการณ์ที่รุนแรงน่ากลัว และเกิดความกลัวขึ้นมา แต่ถ้าเป็นบุคคลที่เติบโตมาในสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย เสียงดังตูมแม้อาจทำให้ตกใจแต่อาจไม่ทำให้กลัวสักเท่าไร เพราะเชื่อว่าจะไม่มีอะไรรุนแรงเกิดขึ้น ดังนั้นเหตุการณ์เดียวกันการตีความก็อาจไม่เหมือนกัน อยู่ที่แก่นของความเชื่อของคน ๆ นั้นว่าเป็นคนมองโลกอย่างไร ซึ่งอาจมาจากการอบรมเลี้ยงดูในวัยเด็ก ในการทำ CBT อาจมีความจำเป็นต้องกลับไปแก้ไข core beliefs เพื่อให้เกิดความเปลี่ยนแปลงในชีวิตที่คงทนและยั่งยืน แต่โดยทั่วไปจะมุ่งเน้นที่การแก้ไข automatic thought ก่อนเป็นลำดับแรกเนื่องจากสามารถเข้าถึงได้ง่ายกว่าและมีโอกาสประสบความสำเร็จในการปรับแก้สูงกว่า

๔. Interaction model



แผนภาพที่ (ผ.๒ ง) แผนภาพแสดง Interaction model

ใน model นี้ ความคิด (Cognition) อารมณ์ (Emotion) พฤติกรรม (Behavior) และ ร่างกาย (Physiology) นั้นมีความสัมพันธ์กันอย่างเชื่อมโยงถึงกันหมด เมื่อเกิดความเปลี่ยนแปลงขึ้นกับองค์ประกอบใดองค์ประกอบหนึ่ง ก็อาจส่งผลให้เกิดความเปลี่ยนแปลงกับองค์ประกอบอื่นอย่างทั่วถึงกัน เช่นเมื่อบุคคลเริ่มมีอาการเศร้า ก็อาจมีความคิดในทางลบต่อตนเองว่าตนเองเป็นคนไม่มีคุณค่า มีพฤติกรรมแยกตัวไม่พบปะผู้คน และอาจมีความแปรปรวนทางร่างกาย เช่น กินอาหารไม่ได้หรือนอนไม่หลับ เมื่ออารมณ์เศร้ามากขึ้น ความคิดในทางลบก็อาจรุนแรงขึ้นตามไปด้วย การบำบัดด้วย CBT นั่นก็คือ การไปจัดการกับองค์ประกอบที่จัดการได้ โดยเชื่อว่าจะทำให้องค์ประกอบอื่น ๆ ดีขึ้นตาม เช่นเมื่อได้ปรับเปลี่ยนความคิดเสียใหม่ให้เห็นถึงคุณค่าของตนเอง หรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยการมีกิจกรรมเพิ่มมากขึ้น ก็จะส่งผลให้อารมณ์ดีขึ้น ความเศร้าลดลง เป็นต้น ส่วนการตัดสินใจว่าจะจัดการที่องค์ประกอบใดก่อนหลังนั้นขึ้นกับชนิดของโรคหรือปัญหาที่แพทย์กำลังดูแล

งานวิจัยการใช้ CBT

(๑) โคเวค และคณะ (Kovace et al.) ทำการศึกษาเกี่ยวกับการให้คำปรึกษาแนวปัญญานิยม แก่ผู้ป่วยที่มีความซึมเศร้า พบว่าผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้ามีอาการดีขึ้นอย่างมาก หลังเสร็จสิ้นการให้คำปรึกษา และ ยังคงอยู่ในระยะเวลา ๑ ปี^{๓๐}

(๒) เมอร์ฟี ไชมอนส์ เวทเซล และลัสแมน (Murphy, Simons, Wetzel, & Lustman) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการให้คำปรึกษาแนวปัญญานิยมแก่ผู้ป่วยที่มีความซึมเศร้า พบว่าผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้ามีอาการดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หลังเสร็จสิ้นการให้คำปรึกษา และ ยังคงอยู่ในระยะเวลา ๑ ปี^{๓๑}

(๓) สก็อต วิลเลียมส์ และ เบค (Scott, Williams, & Beck) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับการให้คำปรึกษาแนวปัญญานิยมแก่หญิงที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าที่มีความซึมเศร้า พบว่าภายหลังจากการให้คำปรึกษาครั้งที่ ๖ ผู้รับการปรึกษามีระดับความซึมเศร้ามลดลงจนถึงระดับที่ไม่มีความซึมเศร้า^{๓๒}

(๔) ศิริวลี คำวลี ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับการให้คำปรึกษาแนวปัญญานิยมตามทฤษฎีเบคกับผู้ติดเชื่อเฮอไอวี พบว่าผู้ที่ได้รับการปรึกษาแนวปัญญานิยมตามทฤษฎีเบคที่มีระดับความซึมเศร้าปานกลางมีระดับความซึมเศร้ามลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๕^{๓๓}

๒. การบำบัดแบบเหตุผล อารมณ์และพฤติกรรม (REBT)

ความหมายของ REBT คือ REBT ย่อมาจากคำว่า Rational Emotive Behavior Therapy หมายถึง การบำบัดแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม

ผู้คิดค้น REBT คือ อัลเบิร์ต เอลลิส (Albert Ellis)

^{๓๐} Kovacs, M., Rush, A.J., Beck, A.T., & Hollon, S.D. "Depressed outpatients treated with cognitive therapy and pharmacotherapy: A one year follow up", *Archives of General Psychiatry*, 38 (1981): 33-39.

^{๓๑} Murphy, G. E., Simons, A.D., Wetzel, R.D., & Lustman, P. J., "Cognitive therapy and Pharmacotherapy", *Archives of General Psychiatry*, 41 (1984): 33-41.

^{๓๒} Scott., Williams, J. M.G., & Beck, A.T., *Cognitive therapy in clinical practice*, (New York: Routledge, 1996), pp. 110-124.

^{๓๓} ศิริวลี คำวลี, "การทดลองใช้โปรแกรมการให้คำปรึกษาแนวปัญญานิยมตามทฤษฎีเบค (Beck) เพื่อลดระดับความซึมเศร้าในผู้ติดเชื่อเฮอไอวี ที่เข้ารับการศึกษานในหน่วยกามโรคและโรคเอดส์นางเลิ้ง", *วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต*, (คณะศิลปศาสตร์: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, ๒๕๔๕), หน้า ๖๔.



รูปภาพที่ (ผ.๑ ญ) รูปภาพแสดงรูปของ อัลเบิร์ต เอลลิส (Albert Ellis)^{๓๔}

ประวัติผู้คิดค้น REBT: หลังจากจบปริญญาเอก เอลลิสเข้ารับการฝึกอบรมเพิ่มเติมเพื่อเป็นนักจิตวิเคราะห์เช่นเดียวกับนักจิตวิทยาส่วนใหญ่ในสมัยนั้นซึ่งได้รับอิทธิพลจากทฤษฎีจิตวิเคราะห์ ในระยะเวลาสั้นหลังจบปริญญาเอกในปี ๑๙๔๗ เอลลิสรับการวิเคราะห์รายบุคคลกับริชาร์ด ฮัลเบค (Richard Hulbeck) ซึ่งเป็นนักจิตวิเคราะห์ ที่ได้รับการฝึกฝนโดยตรงจากสถาบันคาเรน ฮอร์นีย์ (Karen Horney Institute) ฮอร์นีย์ (Karen Horney) เป็นที่คนที่มีอิทธิพลแนวคิดอย่างมาก ถึงแม้ว่าจะได้รับอิทธิพลจากงานเขียนของ อัลเฟรด แอดเลอร์ (Alfred Adler), อิริคฟรอมม์ (Erich Fromm) และแฮร์รี สแตก ซัลลิแวน (Harry Stack Sullivan) จากการมีประสบการณ์ การอ่านของเขาที่ได้รับอิทธิพลอย่างมาก และธรรมชาติของจิตวิเคราะห์ที่ไม่ได้มีพื้นฐานอยู่บนหลักการทางวิทยาศาสตร์ทำให้เขาแยกตัวเองออกมาจากจิตวิเคราะห์^{๓๕} อัลเบิร์ต เอลลิส เกิดความไม่แน่ใจสงสัยถึงประสิทธิภาพของวิธีบำบัดดังกล่าวว่าจะสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้อย่างไร ดังที่เขากล่าวว่า

ผมไม่พึงพอใจกับผลที่ได้ แม้ว่าผู้เข้ารับการบำบัดจำนวนมากจะพัฒนาขึ้นและรู้สึกดีขึ้นในช่วงเวลาอันสั้นของการบำบัด และหลังจากผ่านสิ่งวิกฤตภายในแล้ว แต่ก็พบว่าน้อยคนนักที่จะหายอย่างแท้จริง ส่วนใหญ่แล้วยังคงมีความวิตกกังวลอยู่ ซึ่งผู้เข้ารับการบำบัดคนแล้วคนเล่าที่มักจะพูดกับผมว่า “ผมรู้แน่ชัดแล้วว่าอะไรมันรบกวนผมอยู่ แล้วทำไมผมจึงถูกรบกวน แต่อย่างไรก็ตามมันก็ยังรบกวนผมอยู่แล้วผมจะอย่างไรกับมันดี”^{๓๖}

เนื่องจากเขารู้สึกว่าวิธีการทางจิตวิเคราะห์ช่วยเหลือผู้มารับบริการไม่ได้ผล เขาจึงทดลองหาวิธีการบำบัดแบบใหม่ที่มีประสิทธิภาพกว่าและตรงกับสภาพของปัญหามากกว่า จากการที่เขาลองผิดลองถูกมานาน ในปี ค.ศ. ๑๙๕๕ เขาค้นพบวิธีการบำบัดโดยพิจารณาเหตุผล (Rational Therapy, RT) เพราะเขาต้องการเน้นด้านเหตุผลและความคิดซึ่งเขาได้รับอิทธิพลจากปรัชญาต่างๆ ทั้งทาง

^{๓๔} <http://www.rebtinstitute.org/public/about-albert-ellis2.html> (๒๒ พ.ค.๒๕๕๕).

^{๓๕} Albert Ellis [ออนไลน์] แหล่งที่มา : http://en.wikipedia.org/wiki/Albert_Ellis (๒๒ พ.ค. ๒๕๕๕).

^{๓๖} Ellis, A., *Reason and emotion in psychotherapy*, (New York: Stuart, 1962), p. 9.

ตะวันออกและตะวันตก ต่อมาในปี ค.ศ.๑๙๖๑ เขาได้เปลี่ยนชื่อการบำบัดเป็นการบำบัดโดยพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ (Rational Emotive Therapy, RET) เพื่อแสดงให้เห็นว่าได้มีการนำวิธีบำบัดทางด้านอารมณ์มาใช้ร่วมด้วย และในปี ค.ศ. ๑๙๙๓ เขาได้เปลี่ยนชื่อวิธีการของเขาอีกครั้งเป็น การบำบัดโดยพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม (Rational Emotive Behavior Therapy, REBT) เขาได้รับการยอมรับว่าเป็นผู้บุกเบิกการบำบัดตามแนวปัญญาพฤติกรรมนิยม (cognitive – behavior therapy)^{๓๓๗}

หลักการสำคัญ : อัลเบิร์ต เอลลิส เชื่อว่าคนที่ทุกข์หรือมีปัญหาทางอารมณ์ ไม่ได้เป็นเพียงเพราะต้องเผชิญกับสิ่งเร้าภายนอกเท่านั้น แต่ยังถูกรบกวนทั้งจิตสำนึกและจิตไร้สำนึกของตนเองอีกด้วย ซึ่งส่งผลให้เกิดความเชื่อที่ไม่มีเหตุผล ความเชื่อที่ไม่มีเหตุผลของบุคคลเป็นสาเหตุให้เกิดปัญหาทางอารมณ์และพฤติกรรม เมื่อบุคคลสามารถเปลี่ยนความเชื่อได้อย่างมีเหตุผล จะทำให้บุคคลมีอารมณ์และพฤติกรรมที่เหมาะสม^{๓๓๘}

ทฤษฎีพื้นฐานของ REBT : ทฤษฎีพื้นฐานของ REBT มีว่า ความแปรปรวนทางอารมณ์นั้นเกิดจากความคิดที่ไร้เหตุผล และการยอมจำนนต่อตนเอง ลักษณะของความคิดที่ไร้เหตุผล มาจากการเรียกร้องแต่ความต้องการว่าชีวิตนี้มัน “น่าจะ” “ควรจะ” และ “จะต้อง” ต่าง ๆ กันไป ซึ่งผู้ให้คำปรึกษาตามแนว REBT จำนวนมากที่ทำผิดพลาด โดยไปมุ่งเน้นอยู่กับประวัติในอดีตของผู้รับคำปรึกษาและเหตุการณ์ที่เป็นตัวกระตุ้น (Activating events) พยายามให้ผู้รับคำปรึกษายอมรับโดยแสดงออกทางพฤติกรรมและระบายอารมณ์ออกมากระตุ้นให้ผู้รับคำปรึกษามีชีวิตใหม่กับเหตุการณ์ในอดีตและอยู่กับความรู้สึกในปัจจุบัน ซึ่ง เอลลิส กล่าวว่า วิธีการเหล่านี้ใช้ไม่ค่อยได้ผลมากนัก เพราะ

ผลลัพธ์ทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นตามมานั้นไม่ได้หมดไปง่าย ๆ ความรู้สึกนั้นจะทวีความรุนแรงขึ้นและถูกแสดงออกมา ดังนั้นผู้รับคำปรึกษา และผู้ให้คำปรึกษาควรจะร่วมมือกันค้นหาความเชื่อที่ไร้เหตุผลที่เป็นสาเหตุทำให้เกิดอารมณ์แปรปรวนนั้น และร่วมกันปรับเปลี่ยนความคิดที่ไม่อยู่บนความเป็นจริง ความคิดแบบเด็ก ๆ ความคิดเรียกร้อง และความคิดที่ต้องการสมบูรณ์แบบให้กลับมาเป็นคิดที่ตั้งอยู่บนความเป็นจริง มีวุฒิภาวะ และสมเหตุสมผล ตลอดจนหาแนวทางปฏิบัติในด้านความคิดและการกระทำ ซึ่งจะส่งผลทำให้เกิดการตอบสนองทางความรู้สึกที่สอดคล้องกับสถานการณ์ชีวิตจริง^{๓๓๙} อธิบายได้จากแผนผังปฏิสัมพันธ์ขององค์ประกอบต่าง ๆ ดังแสดงในภาพปฏิสัมพันธ์ขององค์ประกอบ A-B-C-D-E-F ดังนี้

^{๓๓๗} ดูรายละเอียดใน Corey, G., *Theory and practice of counseling and psychotherapy* (5th), Pacific Grove, (CA : Brooks / Cole Publishing, 1996), p.317, Corey, Gerald, *Theory and Practice of Group Counseling*, 4th ed., (California: Brooks/Cole Publishing Company, 1995), pp.381-382.

^{๓๓๘} ดูรายละเอียดใน Corey, G., *Theory and Practice of Group Counseling*, (CA :Thomson Brooks/Cole., 2004), pp.395-396.

^{๓๓๙} ดูรายละเอียดใน Corey, Gerald, *Theory and Practice of Counseling and Psychotherapy*, 4th ed., (California: Brooks/Cole Publishing Company, 1996), p.322.

A (Activating Event) ← B (Belief) → C (Emotional and Behavioral Consequence)

↑

D (Disputing Intervention) → E (Effect) → F (New Feeling)

แผนภาพที่ (ผ.๒ จ) แผนภาพแสดง ปฏิสัมพันธ์ขององค์ประกอบ A-B-C-D-E-F^{๔๐}

จากภาพ อธิบายได้ดังนี้ A (Activating Event) คือ ความเป็นจริงที่เกิดขึ้น เป็น เหตุการณ์ พฤติกรรม หรือ ทศนคติของบุคคล C (Emotional and Behavioral Consequence) คือ อารมณ์หรือพฤติกรรมที่เกิดขึ้นตามมา หรือปฏิกิริยาตอบสนองของบุคคล ซึ่งอาจเหมาะสมหรือไม่ก็ได้ A ไม่ได้ ทำให้เกิด C หากแต่เป็น B (Belief) ซึ่งคือ ความเชื่อของเราที่มีต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ต่างหาก (A) ที่ทำให้เกิดผลตามมา (C) การที่บุคคลนั้นตอกย้ำซ้ำๆ ด้วยประโยคที่ไม่สมเหตุผล จึง ทำให้เกิดอารมณ์แปรปรวนยังคงติดอยู่กับใจของเขา เช่น “ฉันมันไม่ดีเอง ที่ทำให้ต้องหย่าร้าง” “ฉัน เป็นคนล้มเหลวอย่างไม่เป็นท่า ทุกอย่างที่ผมได้ทำมา มันผิดมาตลอด” “ฉันเป็นคนไร้ค่าสิ้นดี” จาก A, B, C แล้ว จึงเกิด D (Disputing Intervention) คือ การถกเถียงโต้แย้ง ประกอบด้วย ๓ องค์ประกอบ คือ การค้นหาสภาพตามเป็นจริง (Detecting) การอภิปราย (Debating) และการ แยกแยะ (Discriminating) ซึ่งเป็นการนำเอาวิธีการที่พิสูจน์ได้ทางวิทยาศาสตร์มาช่วยให้ผู้รับ คำปรึกษาเอาชนะหรือทำลายความเชื่อที่ไม่สมเหตุผลผลของเขา เมื่อเกิดการโต้แย้ง ทั้งในระหว่างการ บำบัด และในชีวิตจริงในที่สุด เขาจะเกิด E (Effective Philosophy) ขึ้นมา หมายถึงปรัชญาการ ดำเนินชีวิตใหม่ที่มีประสิทธิภาพ แทนที่ความคิดที่ไม่เหมาะสม ทำให้เกิด F (New Set of Feelings) ขึ้นมา หมายถึง อารมณ์ความรู้สึกชุดใหม่ ที่สอดคล้องกับสถานการณ์จริง^{๔๑}

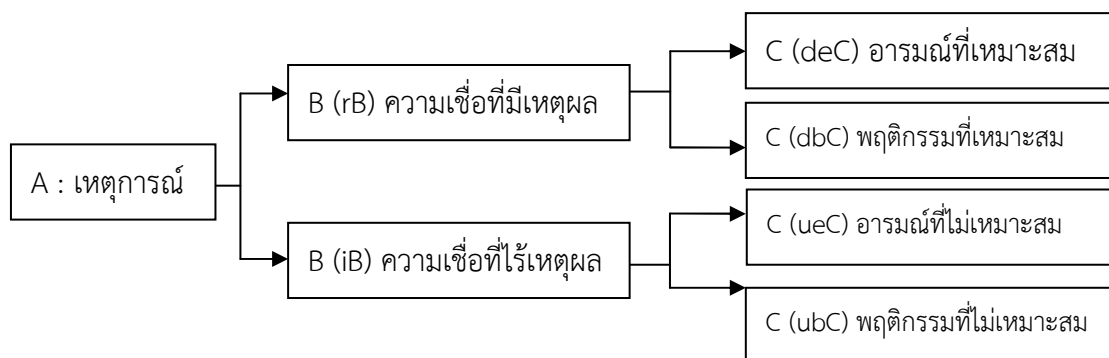
ทฤษฎี ABC : ทฤษฎีบุคลิกภาพแบบ A-B-C (Theory of personality) ถือเป็นหัวใจ สำคัญของทฤษฎี และการฝึกปฏิบัติแบบ REBT ซึ่ง A หมายถึง ความเป็นจริงที่เกิดขึ้น เป็นเหตุการณ์ หรือพฤติกรรมหรือ ทศนคติของบุคคล C หมายถึง ผลลัพธ์ของอารมณ์หรือพฤติกรรมที่เกิดขึ้นตามมา หรือการตอบสนองของบุคคล ซึ่งการตอบสนองนี้อาจจะเหมาะสมหรือไม่เหมาะสมก็ได้ A (เหตุการณ์ ที่มากระตุ้น) ไม่ได้ทำให้เกิด C (ผลลัพธ์ทางอารมณ์ที่ตามมา) หากแต่เป็น B หมายถึง ความเชื่อของเรา เป็นสาเหตุใหญ่ที่ทำให้เกิด C ซึ่งหมายถึงการตอบสนองทางอารมณ์^{๔๒}

^{๔๐} ดูรายละเอียดใน, Corey, G., Theory and Practice of Counseling and Psychotherapy, 6th ed., (USA: Thomson Learning, 2001), p.300.

^{๔๑} ดูรายละเอียดใน, Corey, G., Theory and Practice of Counseling and Psychotherapy, p.322-324.

^{๔๒} ดูรายละเอียดใน, Corey, G., Theory and Practice of Counseling and Psychotherapy, p.300.

เมื่อมีประสบการณ์หรือเหตุการณ์ต่าง ๆ เกิดขึ้น (A), บุคคลจะมีความเชื่อหรือความคิดเกี่ยวกับประสบการณ์ หรือเหตุการณ์นั้น (B) ซึ่งความเชื่อหรือความคิดของบุคคลต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเป็นสาเหตุที่ทำให้บุคคลเกิดอารมณ์และพฤติกรรม (C)^{๔๓}



แผนภาพที่ (ผ.๒ ฉ) แผนภาพแสดงแนวคิดทฤษฎี ABC ^{๔๔}

A หมายถึง เหตุการณ์หรือประสบการณ์ (Activating Event)

B หมายถึง ความเชื่อที่มีต่อเหตุการณ์ (Believe) แบ่งเป็น ๒ ลักษณะคือ

rB: ความเชื่อที่มีเหตุผล (rational Believe)

iB: ความเชื่อที่ไร้เหตุผล (irrational Believe)

C หมายถึง ผลที่เกิดขึ้นทางอารมณ์หรือพฤติกรรม (Consequence) ที่เกิดจากความเชื่อต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น แบ่งเป็น ๒ ลักษณะคือ

๑) ผลในทางที่ดี คือ บุคคลมีความเชื่อที่มีเหตุผล ผลคือ deC: อารมณ์ที่เหมาะสม (desirable emotion Consequence) หรือ dbC: พฤติกรรมที่เหมาะสม (desirable behaviour Consequence)

๒) ผลในทางที่ไม่ดี คือ บุคคลมีความเชื่อที่ไร้เหตุผล ผลคือ ueC: อารมณ์ที่ไม่เหมาะสม (undesirable emotion Consequence) หรือ ubC: พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม (undesirable behavior Consequence)

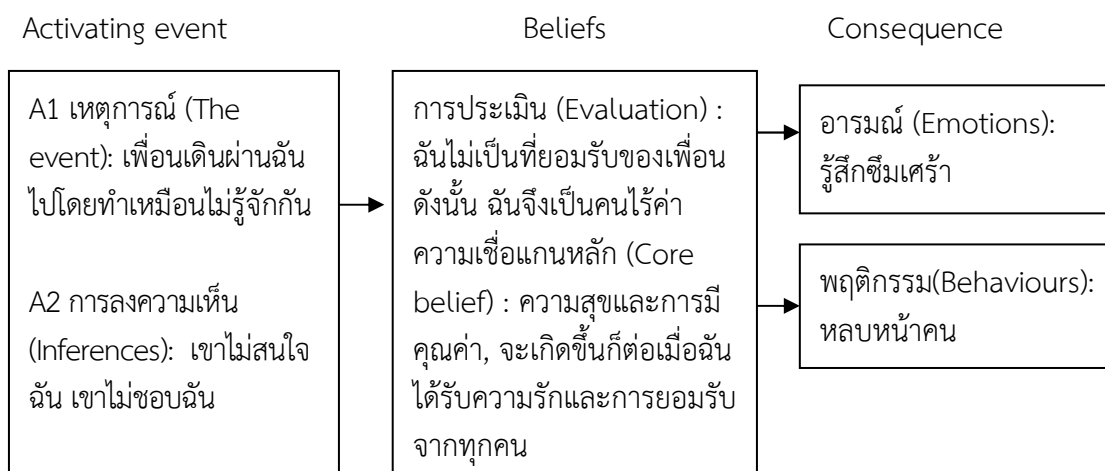
จากทฤษฎี ABC จะเห็นได้ว่า เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นไม่ได้เป็นสาเหตุให้บุคคลเกิดอารมณ์หรือพฤติกรรมโดยตรง แต่ความเชื่อของบุคคลที่มีต่อเหตุการณ์นั้นเป็นสาเหตุทำให้บุคคลเกิดอารมณ์และพฤติกรรมดังกล่าว^{๔๕}

^{๔๓} ดุราลัยเอียดใน Ellis A., Reason and Emotion in psychotherapy, (Secaucus, NJ : Carol, 1994), p. 45.

^{๔๔} ดุราลัยเอียดใน Ellis, A., and J.M. Whiteley, The Theoretical and Empirical Foundations of Rational-Emotive Therapy, (California: Books and Cole Publishing, 1979), p.16.

^{๔๕} ดุราลัยเอียดใน Ellis, A., and J.M. Whiteley, The Theoretical and Empirical Foundations of Rational-Emotive Therapy, pp.1, 45.

ตัวอย่างทฤษฎี ABC



แผนภาพที่ (ผ.๒ ข) แผนภาพแสดงตัวอย่างทฤษฎี ABC

ความเชื่อที่ไม่มีเหตุผล

อัลเบิร์ต อลลิส ได้ขยายความเรื่องความเชื่อของมนุษย์ ไว้ในหนังสือชื่อ “เหตุผลและอารมณ์ในจิตบำบัด” (Reason and Emotion in Psychotherapy) แต่งขึ้นเมื่อปี ค.ศ.๑๙๖๒ เขาได้แบ่งความเชื่อที่ไม่มีเหตุผลของมนุษย์ไว้ ๑๑ ข้อ ดังนี้^{๔๖}

๑. ความเชื่อที่ว่าบุคคลต้องได้รับความรักและการยอมรับจากทุกคนที่เราติดต่อสัมพันธ์ด้วย^{๔๗}
๒. ความเชื่อที่ว่าบุคคลที่จะได้ชื่อว่าเป็นคนที่มีคุณค่า จะต้องเป็นผู้ที่มีความสามารถสูง มีความเหมาะสม และประสบความสำเร็จอย่างสมบูรณ์ในการทำสิ่งต่าง ๆ ทุกอย่าง^{๔๘}
๓. ความเชื่อที่ว่าบุคคลที่เป็นคนเลว ตำราวม และชั่วร้าย ความถูกตำหนิและถูกลงโทษอย่างรุนแรง^{๔๙}
๔. ความเชื่อที่ว่ามันเป็นสิ่งที่เลวร้ายมากถ้าสิ่งต่าง ๆ ไม่เป็นไปตามที่บุคคลต้องการจะให้^{๕๐}

^{๔๖} ดูรายละเอียดใน Ellis, A., **Reason and emotion in psychotherapy**, (Secaucus, NJ: Citadel Press, 1962), p. 61-86.

^{๔๗} "The idea that it is a dire necessity for an adult human being to be loved or approved by virtually every significant other person in his community".

^{๔๘} "The idea that one should be thoroughly competent, adequate, and achieving in all possible respects if one is to consider oneself worthwhile".

^{๔๙} "The idea that certain people are bad, wicked, or villainous and that they should be severely blamed and punished for their villainy".

^{๕๐} "The idea that it is awful and catastrophic when things are not the way one would very much like them to be".

๕. ความเชื่อที่ว่าความไม่มีความสุขเกิดจากสิ่งภายนอกตัวบุคคล ซึ่งไม่อยู่ในวิสัยที่บุคคลจะควบคุมได้^{๕๑}

๖. ความเชื่อที่ว่าสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นมักเป็นอันตรายและน่ากลัวเราควรจะมีระมัดระวังและวิตกกังวลอยู่ตลอดเวลา^{๕๒}

๗. ความเชื่อที่ว่า การหลีกเลี่ยงปัญหาชีวิตและความรับผิดชอบต่อนตนเอง เป็นสิ่งที่ทำได้ง่ายกว่าการเผชิญหน้ากับมัน^{๕๓}

๘. ความเชื่อที่ว่าบุคคลควรพึ่งพาผู้อื่นและควรมีคนที่แข็งแกร่งกว่าเป็นที่พึ่ง^{๕๔}

๙. ความเชื่อที่ว่าประสบการณ์และเหตุการณ์ในอดีตเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมในปัจจุบันและอิทธิพลของประสบการณ์ในอดีตไม่สามารถกำจัดได้^{๕๕}

๑๐. ความเชื่อที่ว่าบุคคลควรมีความรู้สึกเศร้าใจเป็นทุกข์ต่อปัญหาและความทุกข์ยากของบุคคลอื่น^{๕๖}

๑๑. ความเชื่อที่ว่าปัญหาทุกปัญหาจะต้องแก้ไขได้อย่างถูกต้องและสมบูรณ์ ไม่เช่นนั้นจะเกิดผลเสียตามมา^{๕๗}

หลังจากนั้น อัลเบิร์ต อลลิส และคณะ ได้ลดความเชื่อที่ไร้เหตุผลเหล่านี้มาเป็นความเชื่อที่เป็นเงื่อนไขตายตัว (Musturbatory thinking) หลักใหญ่ ๓ ประการ คือ

๑. ความเชื่อที่ไม่มีเหตุผลแบบดำเนินตัวเอง เช่น “ฉันต้องมีความสามารถ ฉันต้องประสบความสำเร็จ ฉันต้องได้รับการยอมรับจากคนทุกคนที่มีความสำคัญในชีวิต ฉันรู้สึกแย่มากถ้าฉันทำไม่ได้” (I must do well)

๒. ความเชื่อที่ไม่มีเหตุผลแบบดำเนินคนอื่น เช่น “คนอื่นต้องปฏิบัติต่อฉันอย่างเมตตา และมีความยุติธรรม ฉันรู้สึกแย่มากถ้าไม่เป็นเช่นนั้นและฉันทนไม่ได้ถ้าเขาขยี้แหยงฉัน” (Other must treat me well)

^{๕๑} "The idea that human unhappiness is externally caused and that people have little or no ability to control their sorrows and disturbances".

^{๕๒} "The idea that if something is or may be dangerous or fearsome one should be terribly concerned about it and should keep dwelling on the possibility of its occurring".

^{๕๓} "The idea that it is easier to avoid than to face certain life difficulties and self-responsibilities".

^{๕๔} "The idea that one should be dependent on others and needs someone stronger than oneself on whom to rely".

^{๕๕} "The idea that one's past history is an all-important determiner of one's present behavior and that because something once strongly affected one's life, it should indefinitely have a similar effect".

^{๕๖} "The idea that one should become quite upset over other people's problems and disturbances".

^{๕๗} "The idea that there is invariably a right, precise, and perfect solution to human problems and that it is catastrophic if this perfect solution is not found".

๓. ความเชื่อที่ไม่มีเหตุผลแบบตำหนิโลก เช่น “ฉันจำเป็นต้องมีในสิ่งที่ฉันต้องการ สิ่งแวดล้อมและโลกของฉันต้องมีระเบียบและสวยงาม ความต้องการของฉันต้องได้รับการตอบสนอง ทันทีอย่างง่ายดายและฉันจะรู้สึกแย่และเลวร้ายมากถ้าฉันไม่ได้ในสิ่งที่ฉันต้องการ”(Life must go well)^{๕๘}

ความคิด ๓ ระดับ

จากความคิดทั้ง ๑๑ ข้อ รวมลงเหลือ ๓ ข้อ ดังที่กล่าวมาแล้วนั้น มนุษย์มักจะคิดโดยใช้คำว่า ควรจะ (should), ต้อง (must) ซึ่งเป็นความเชื่อที่ฝังอยู่จิตใต้สำนึก อัลเบิร์ต อัลลิส เรียกว่า “ความเชื่อแกนหลัก” (Core beliefs) ทฤษฎี REBT มุ่งให้ความสนใจกับการช่วยให้บุคคลตรวจสอบความเชื่อแกนหลัก ซึ่งเกี่ยวกับการปลงใจเชื่อ (Inferences) ในเบื้องต้นของบุคคลต่อการประเมิน (Evaluations) ของเขาเอง และจากการจัดแกนความเชื่อหลักที่พวกเขาใช้อยู่ให้เป็นปกติ

มนุษย์มีความคิดอยู่ ๓ ระดับ คือ (๑) ลงความเห็น (Inferences) (๒) ประเมินผล (Evaluations) และ (๓) ความเชื่อแกนหลัก (Core beliefs) มีรายละเอียด ดังนี้

(๑) การลงความเห็น (Inferences) ในชีวิตประจำวัน เหตุการณ์และโอกาสจะกระตุ้นการลงความเห็น (inferences) เกี่ยวกับสิ่งที่กำลังดำเนินไปนั่นคือ พวกเราจะต้องเดาว่าอะไรที่เกิดขึ้นและกำลังเกิดขึ้นและจะเกิดขึ้น การปลงใจเชื่อคือคำบรรยายของข้อเท็จจริง (หรืออย่างน้อยสิ่งที่พวกเราคิดว่าเป็นข้อเท็จจริงซึ่งอาจเป็นได้จริงหรือเท็จ) ใน REBT เวลาเพียงเล็กน้อยถูกใช้ไปกับการปลงใจเชื่อของผู้รับการบำบัด มันถูกมองว่าเป็นนัยสำคัญที่จะทำให้สัมผัสได้ว่าเราได้ให้ช่องทางสำหรับความคิดแบบประเมิน (evaluative thinking)

(๒) การประเมิน (Evaluations) เป็นสิ่งที่สำคัญมากในมุมมองของ REBT และได้สร้างข้ออนุมานเกี่ยวกับสิ่งที่เกิดขึ้นแล้ว เราให้ความสนใจกับข้อเท็จจริงเพื่อประเมินมันในรูปของสิ่งที่มีความหมายสำหรับเรา การประเมินบางครั้งเกิดขึ้นในระดับจิตสำนึกและบางครั้งก็เกิดขึ้นในระดับจิตใต้สำนึก การประเมินที่ไม่สมเหตุสมผลจะประกอบด้วยความเชื่อหนึ่งหรือมากกว่าตามรายการก่อนหน้านี้: ความอยาก(demandingness), การหวาดวิตก (awfulising), การไม่อดทนต่อความไม่สบาย(discomfort-intolerance), และการประเมินตนเองและผู้อื่น (self/other-rating) การประเมินตามข้ออนุมานดังอธิบายไว้ก่อนหน้านี้อาจเป็น : “ฉันอยากให้เธอรักฉัน เพราะไม่เช่นนั้นแสดงว่าฉันไม่มีคุณค่า”

(๓) ความเชื่อแกนหลัก (Core beliefs) การขึ้นนำการอนุมานและประเมินของบุคคลคือความเชื่อแกนหลักโดยทั่วไป ตัวอย่างของความเชื่อแกนหลักโดยทั่วไปที่ถูกนำไปใช้กับการอนุมานการประเมินที่พวกเรากำลังใช้ตามตัวอย่างอาจเป็น: “ฉันจะมีคุณค่าก็ต่อเมื่อทุกคนรักฉัน”^{๕๙}

^{๕๘} ดูรายละเอียดใน Corey, G., *Theory and practice of group counseling*, 4th ed, (California: Brooks and Cole Publishing, 1995), p.384.

^{๕๙} ดูรายละเอียดใน Wayne Froggatt. “A Brief Introduction To Rational Emotive Behaviour Therapy”. *Professional Articles & Other Resources on Cognitive Behaviour Therapy*, [ออนไลน์], 2005 : 4, แหล่งที่มา : <http://www.rational.org.nz/prof-docs/Intro-REBT.pdf> [2 มี.ค.55].

การโต้แย้งความคิด (Disputing)

จากรูปแบบ ABCDE จะเห็นว่าในขั้น D (Dispute) คือ การโต้แย้งต่อความคิด ในขั้นนี้ อัลเบิร์ต เอลลิส (Albert Ellis) ได้เสนอวิธีการโต้แย้งหรือการจัดความคิดหรือความเชื่อที่ไม่มีเหตุผลไว้ ๔ วิธี คือ

๑) สืบค้น (Detecting) ขั้นนี้เป็นการค้นหาความคิดหรือความเชื่อที่ไม่มีเหตุผล โดยเฉพาะความคิดหรือความเชื่อที่ประกอบไปด้วยสิ่งที่จะต้องอย่างนั้นอย่างนี้ หรือควรจะอย่างนั้นอย่างนี้ ซึ่งเป็นความคิดหรือความเชื่อที่นำไปสู่การเกิดอารมณ์และพฤติกรรมทำลายตนเองของบุคคล

๒) อภิปราย (Debating) ตั้งคำถามเพื่อนำไปสู่การเข้าใจความคิดที่ไม่มีเหตุผลว่าเป็นจริงหรือไม่ และความคิดที่มีเหตุผลถูกต้องนั้นเป็นอย่างไร เช่นถามว่า ความคิดนั้นเป็นจริงหรือ อะไรทำให้เกิดผลเช่นนั้น

๓) จำแนกความคิด (Discriminating) เป็นการจำแนกความแตกต่างระหว่างความต้องการกับความจำเป็น ความปรารถนา กับความคิดว่าต้องได้ ความไม่พึงประสงค์กับความไม่สามารถทนได้

๔) กำหนดขอบเขตของความคิดที่ชัดเจน (Defining) เป็นการให้คำจำกัดความที่ชัดเจนเกี่ยวกับภาษา ถ้อยคำที่ใช้ เมื่อกล่าวถึงความคิดต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น^{๖๐}

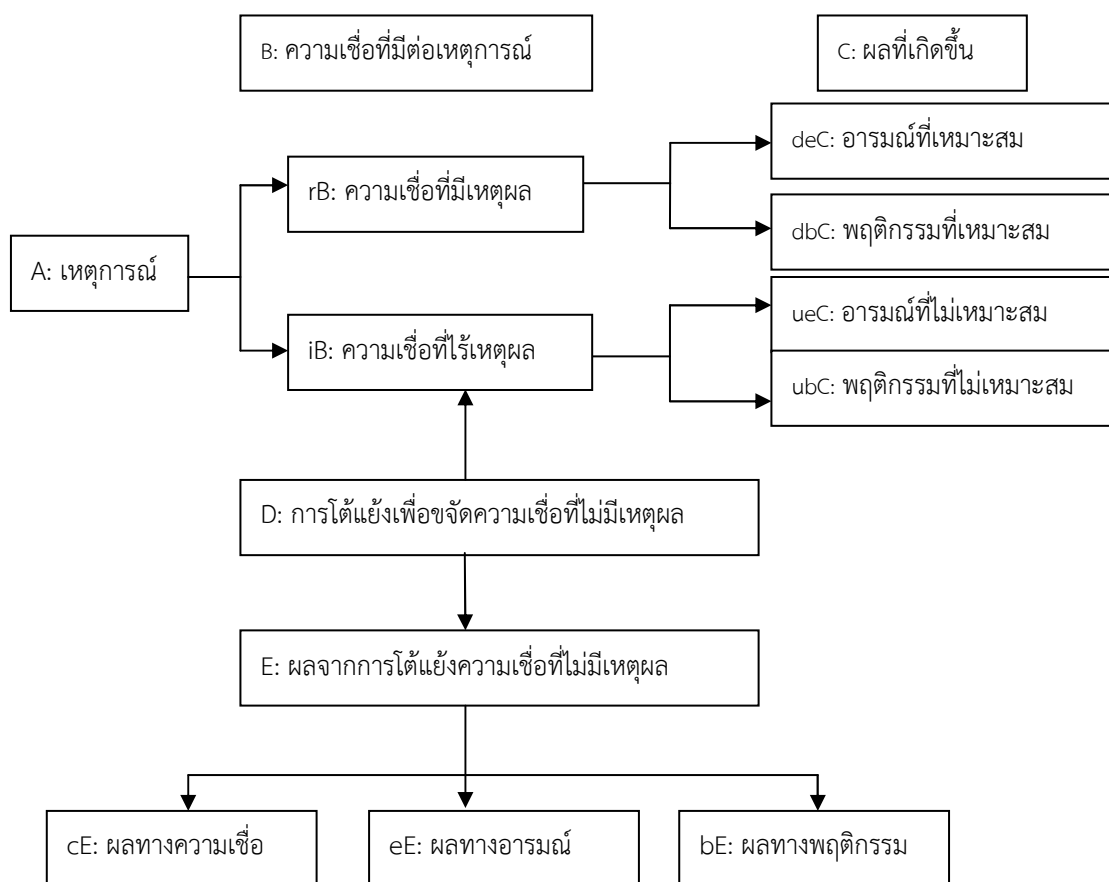
วิธีการบำบัดโดยใช้รูปแบบ A-B-C-D-E

การนำแนวคิด A-B-C ไปใช้กับปัญหาของผู้มาปรึกษา ส่วนมากหลักการนี้จะถูกใช้ในครั้งแรกและครั้งต่อ ๆ มา นักจิตวิทยาการปรึกษามักจะอธิบายและทำให้องค์ประกอบทั้ง ๓ อย่างนี้ชัดเจนแก่ผู้มาปรึกษา และในการบำบัดยังต้องใช้องค์ประกอบ D และ E ด้วย ซึ่ง D คือ การโต้แย้ง (Disputing) เมื่อมีการโต้แย้งความคิดความเชื่ออย่างรวดเร็วและสำเร็จ ผู้มาปรึกษาจะเกิดปรากฏการณ์ใหม่ คือ E หมายถึง ผลที่เกิดจากการโต้แย้ง (Effect) คือ การมีความคิดที่มีเหตุผลและมีระดับของอารมณ์ต่อปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างเหมาะสม^{๖๑}

ดังนั้นกระบวนการพิจารณาเหตุผล อารมณ์และพฤติกรรมจึงเป็นความสัมพันธ์ระหว่าง ABCDE ตามแผนผังต่อไปนี้

^{๖๐} ดูรายละเอียดใน Windy Dryden and Albert Ellis, *Cognitive – Behavioral Approaches to Psychotherapy*, (Cambridge: Hemisphere Publishing Corporation, 1987), pp. 149-157.

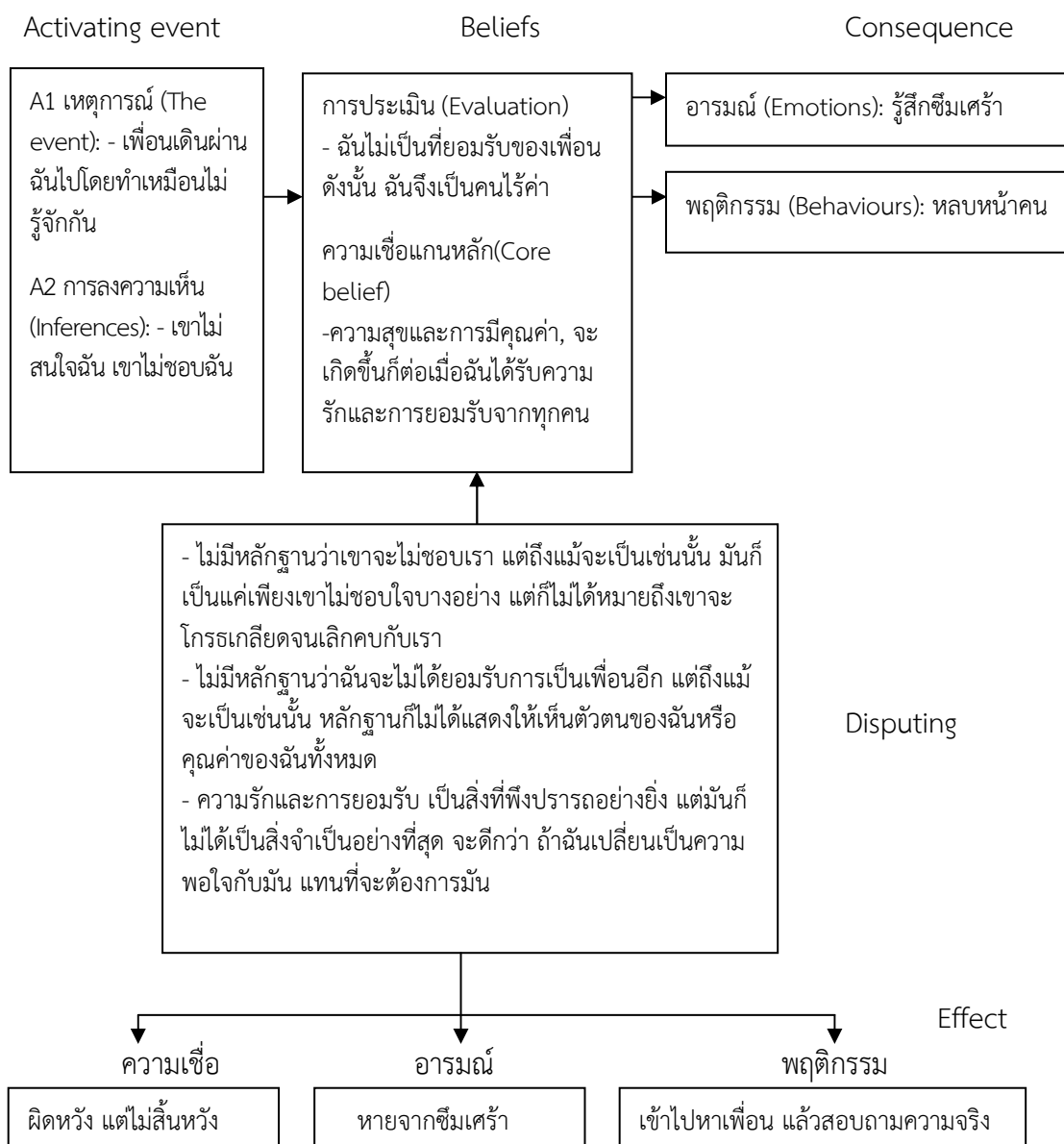
^{๖๑} ดูรายละเอียดใน Sharf, R., *Theories of psychotherapy and counseling : concept and cases*, (CA : Brooks /cole., 1996), p. 347.



แผนภาพที่ (ผ.๒ ช) แผนภาพแสดงกระบวนการพิจารณาเหตุผล อารมณ์และพฤติกรรม^{๖๒}

^{๖๒} ดูรายละเอียดใน Ellis, A., and J.M. Whiteley, *The Theoretical and Empirical Foundations of Rational-Emotive Therapy*, p.75.

ตัวอย่างวิธีการบำบัดโดยใช้รูปแบบ A-B-C-D-E



แผนภาพที่ (ผ.๒ ณ) แผนภาพแสดงตัวอย่างทฤษฎี ABC^{๖๓}

^{๖๓} คุรยละเอียดใน Wayne Froggatt. “A Brief Introduction To Rational Emotive Behaviour Therapy”, *Professional Articles & Other Resources on Cognitive Behaviour Therapy*, [ออนไลน์], 2005 : 1-15, แหล่งที่มา : <http://www.rational.org.nz/prof-docs/Intro-REBT.pdf> [2 มี.ค.55].

งานวิจัยการใช้ REBT

เทรชเลอร์ และ คราสท์ (Trexler and Karst) ได้ศึกษาเปรียบเทียบการบำบัดแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์กับการฝึกผ่อนคลายความเครียด ในการลดความวิตกกังวลในการพูดที่สาธารณะ กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษามหาวิทยาลัย จำนวน ๓๓ คน เป็นกลุ่มทดลอง ๒ กลุ่ม คือ กลุ่มแรก ได้รับการบำบัดแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ จำนวน ๑๑ คน กลุ่มที่ ๒ ได้รับการฝึกผ่อนคลายความเครียด จำนวน ๑๐ คน กลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับการบำบัดใด ๆ จำนวน ๑๒ คน ผู้วิจัยทำการวัดผลการทดลองโดยการสังเกตพฤติกรรมการวัดความวิตกกังวลจาก Finger Sweat Print (FSP) แบบวัดความวิตกกังวล (Anxiety Scale) รายงานส่วนตัวต่อความเชื่อมั่นในการเป็นนักพูด (Personal Report of Confidence as a Speaker) และแบบวัดความวิตกกังวลในการพูดที่สาธารณะทั่วไป (General Public Speaking Anxiety) ผลการวิจัยปรากฏว่า กลุ่มที่ได้รับการบำบัดแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ สามารถลดความวิตกกังวลในการพูดในที่สาธารณะได้มากกว่ากลุ่มที่ได้รับการผ่อนคลายความเครียดและกลุ่มควบคุม แต่เมื่อให้กลุ่มที่ได้รับการฝึกการคลายความเครียดและกลุ่มควบคุมได้รับการบำบัดแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ก็พบว่า ทั้ง ๒ กลุ่มสามารถลดความวิตกกังวลในการพูดในที่สาธารณะได้เท่ากับกลุ่มที่ได้รับการบำบัดแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์^{๖๔}

เคลีย์เลอร์ และ โชค (Keller and Croake) ได้ศึกษาผลของการบำบัดแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ในการลดความวิตกกังวลของผู้สูงอายุ โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ ๖๐ ปี ขึ้นไป จำนวน ๓๐ คน และได้รับการประเมินค่ามีความวิตกกังวลหรือมีความรู้สึกลบต่ออายุของตนเอง เป็นกลุ่มทดลอง ๑๕ คน และกลุ่มควบคุม ๑๕ คน ให้กลุ่มทดลองเข้ารับการบำบัดแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ สัปดาห์ละ ๑ ครั้ง ๆ ละ ๒ ชั่วโมง ติดต่อกัน ๔ สัปดาห์ วัดผลการวิจัยโดยใช้แบบสำรวจความคิดของผู้ใหญ่ (The Adult Idea Inventory) และแบบวัดความวิตกกังวล (The State-Trait Anxiety Inventory) ของ Spielberg ผลการวิจัยปรากฏว่า กลุ่มที่ได้รับการบำบัดแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์มี ความคิดที่มีเหตุผลเพิ่มขึ้น และมีระดับความวิตกกังวลลดลง^{๖๕}

เทอร์แมน (Thurman) ได้ศึกษาผลของการบำบัดแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ ที่มีต่อพฤติกรรมประเภท เอ (Type A behavior) ได้แก่ พฤติกรรมแข่งขัน รีบร้อน ก้าวร้าว และเป็นศัตรู โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษามหาวิทยาลัย จำนวน ๒๒ คน เป็นกลุ่มทดลอง ๑๑ คน และกลุ่มควบคุม ๑๑ คน กลุ่มทดลองได้รับการบำบัดสัปดาห์ละ ๑ ครั้ง ๆ ละ ๒ ชั่วโมง เป็นเวลาติดกัน ๖ สัปดาห์ ผลการวิจัยพบว่า นักศึกษาที่ได้รับการบำบัดแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์มีพฤติกรรมประเภท เอ ลดลงทั้งในระยะการบำบัดและระยะติดตามผล^{๖๖}

^{๖๔} Trexler, L. D., Karst, T., "Rational-emotive Therapy, placebo, and no-treatment effects on public-speaking anxiety", *Journal of Abnormal Psychology*, 79 (1972): 60-67.

^{๖๕} Kell, J. F., and Croake, J. W. "Effect of a program in rational thinking on anxieties in older persons". *Journal of Counselling Psychology*, 22 (1975): 54-57.

^{๖๖} Thurman, C. W., "Effect of rational-emotive treatment program on type A behavior among college students", *Journal of College Students Personal*, 48 (1983): 417-423.

นิภา เลิศลือชาชัย ได้ทำการศึกษาผลของการบำบัดแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ ที่มีต่อความวิตกกังวลในการสอบนักศึกษาเลขาธิการ โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาเลขาธิการปีที่ ๔ มหาวิทยาลัยหอการค้าไทย จำนวน ๒๐ คน เป็นกลุ่มตัวอย่าง และกลุ่มทดลอง จำนวนเท่า ๆ กัน โดยกลุ่มทดลองได้รับการบำบัดแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์เป็นเวลา ๕ สัปดาห์ ๆ ละ ๒ ครั้ง ผลการวิจัยปรากฏว่านักศึกษาที่ได้รับการบำบัดแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์จะมีความวิตกกังวลต่ำกว่านักศึกษาที่ไม่ได้รับการบำบัดแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ ทั้งในระหว่างการทดลองและในระยะติดตามผล^{๖๗}

ทัศไนย วงศ์สุวรรณ ได้ทำการศึกษาผลของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มตามแนวพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม ต่อความโกรธของนักเรียนวัยรุ่น มีกลุ่มตัวอย่างจำนวน ๑๖ คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเท่ากัน กลุ่มทดลองเข้าร่วมกลุ่ม ๑๒ ครั้ง ครั้งละ ๑.๕ - ๒ ชั่วโมง ตลอด ๗ สัปดาห์ รวม ๒๐ ชั่วโมง ผลพบว่าหลังการทดลอง กลุ่มทดลองสามารถลดระดับความโกรธ ลดการแสดงความโกรธภายนอก และเพิ่มการควบคุมความโกรธ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ๐.๐๕ และคงอยู่ในระยะติดตามผล ส่วนกลุ่มควบคุมไม่พบความเปลี่ยนแปลง^{๖๘}

กุลวดี โสวัฒนสกุล ศึกษาผลของโปรแกรมการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มตามแนวพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม ที่มีต่อการยอมรับตนเองของนักศึกษา กรณีศึกษานักศึกษาชั้นปีที่ ๓ และ ๔ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ท่าพระจันทร์ มีกลุ่มตัวอย่างจำนวน ๑๖ คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง ๖ คน กลุ่มควบคุม ๑๐ คน พบว่าภายหลังการทดลองและระยะติดตามผล กลุ่มทดลองมีคะแนนการยอมรับตนเองสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ๐.๐๑ กลุ่มควบคุมมีคะแนนก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน^{๖๙}

^{๖๗} นิภา เลิศลือชาชัย, “ผลของการบำบัดแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ที่มีต่อความวิตกกังวลในการสอบของนักศึกษาเลขาธิการ”, *วิทยานิพนธ์ครุศาสตรมหาบัณฑิต*, (บัณฑิตวิทยาลัย: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, ๒๕๓๓).

^{๖๘} ทัศไนย วงศ์สุวรรณ, “ผลของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มตามแนว พิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม ต่อความโกรธของนักเรียนวัยรุ่น”, *วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต*, (คณะจิตวิทยา: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, ๒๕๔๒).

^{๖๙} กุลวดี โสวัฒนสกุล, “ผลของโปรแกรมการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มตามแนวพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม ที่มีต่อการยอมรับตนเองของนักศึกษา กรณีศึกษานักศึกษาชั้นปีที่ ๓ และ ๔ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ท่าพระจันทร์”, *วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต*, (คณะศิลปศาสตร์: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, ๒๕๔๗).

๓. การลดความเครียดบนพื้นฐานของสติ (MBSR)

ความหมายของ MBSR : MBSR มาจากคำว่า Mindfulness Based Stress Reduction แปลว่า การลดความเครียดบนพื้นฐานของสติ

ผู้คิดค้น MBSR คือ จอน คาเบท ซิน (Jon Kabat Zinn)



รูปภาพที่ (ผ.๑ ฎ) รูปภาพแสดงรูปของ จอน คาเบท ซิน (Jon Kabat Zinn)^{๗๐}

ความเป็นมาและหลักการของ MBSR: โปรแกรมนี้ได้รับการพัฒนาโดยศาสตราจารย์ จอน คาเบท ซิน (Jon Kabat Zinn) แห่งโรงเรียนแพทยมหาวิทยาลัยแมซซาชูเซตต์ (University of Massachusetts Medical School) ในปี ค.ศ. ๑๙๗๙ ซึ่งต่อมาได้จัดตั้งเป็นศูนย์การเจริญสติทางการแพทย์ (Center of Mindfulness in Medicine)^{๗๑} โดยใช้การเจริญสติเป็นพื้นฐาน และสร้างรูปแบบในการฝึก โดยใช้เวลา ๘ สัปดาห์ วิธีการฝึกจะเน้นการเจริญสติในชีวิตประจำวัน โดยให้ฝึกการเจริญสติในอิริยาบถต่างๆ ในการยืน เดิน นั่ง นอน เจริญสติในขณะที่ฝึกโยคะ ในการรับประทานอาหาร อาบน้ำหรือทำกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวัน เวลานั้นกำหนดที่หน้าท้อง ดูอาการพองและยุบของหน้าท้อง รักษาจิตให้อยู่กับปัจจุบันขณะ และทำด้วยความวางเฉย (Bare Attention) ไม่เข้าไปจัดการกับสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นทางกายและใจให้เป็นไปตามความต้องการของตนสอนให้ผู้ป่วยกำหนดรู้อาการปวดหรือความเครียดที่เกิดขึ้นแล้ววางเฉย (Nonjudgemental moment-to-moment awareness) โปรแกรมนี้ใช้ชื่อเรียกในงานวิจัยทางการแพทย์ว่า Mindfulness based stress reduction Program (MBSR) ในช่วง ๓๐ ปีที่ผ่านมาได้มีการนำวิธีการนี้มาใช้ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่างๆ ซึ่งพบว่าได้ผลดี^{๗๒}

^{๗๐} <http://www.eomega.org/workshops/teachers/jon-kabat-zinn> (๒๒ พ.ค.๒๕๕๕).

^{๗๑} www.umassmed.edu/cfm (๒๒ พ.ค.๒๕๕๕).

^{๗๒} นพ.แพทย์พงษ์ วรพงศ์พิเชษฐ, “Mind and Body Medicine ตอนที่ ๒ สมาธิบำบัด”, วารสารสำนักงานแพทย์ทางเลือก, ปีที่ ๔ ฉบับที่ ๑ (มกราคม - เมษายน ๒๕๕๔): ๑๒.

งานวิจัยการใช้ MBSR

(๑) การศึกษาในผู้ป่วยที่มีอาการเรื้อรัง ๒๒๕ ราย ที่มีอาการปวดหลัง ปวดศีรษะ และปวดต้นคอและไหล่ โดยให้ผู้ป่วยฝึกโปรแกรม MBSR เป็นเวลา ๘ สัปดาห์ พบว่าหลังสิ้นสุดการฝึก ผู้ป่วยร้อยละ ๖๐-๗๒ รายงานว่า อาการปวด และอาการทางกาย และจิต เช่น ความวิตกกังวล อาการซึมเศร้า ลดลงอย่างมาก โดยติดตามผู้ป่วยไป ๔ ปี^{๗๓}

(๒) การศึกษาในผู้ป่วยที่มีอาการเป็นโรควิตกกังวล (Generalized Anxiety disorders and panic disorder) จำนวน ๒๔ ราย พบว่าการฝึกโปรแกรม MBSR ช่วยลดความวิตกกังวลได้มาก เมื่อติดตามไปเป็นเวลา ๓ ปี^{๗๔}

(๓) การศึกษาในผู้ป่วย Fibromyalgia แบบ prospective self-controlled study พบว่าการฝึกโปรแกรม MBSR ช่วยลดอาการปวด ผลกระทบต่อโรค และการทำหน้าที่ต่าง ๆ ดีขึ้น^{๗๕}

(๔) การศึกษาในผู้ป่วยในเมืองซึ่งมีอาการต่าง ๆ ทางกายและจิต พบว่าการฝึกโปรแกรม MBSR ช่วยลดอาการต่าง ๆ ทางกายและจิต และช่วยให้เกิดความรู้สึกถึงคุณค่าในตนเอง (Self esteem) เพิ่มขึ้น^{๗๖}

(๕) การศึกษาในนักเรียนแพทย์ที่ได้รับการฝึกโปรแกรม MBSR พบว่า ช่วยลดความเครียด อาการซึมเศร้า ทำให้เป็นคนมีเมตตามากขึ้น มีความเชื่อมั่นในตนเองมากขึ้น^{๗๗}

(๖) การศึกษาแบบ randomized wait-list controlled ในผู้ป่วยมะเร็ง ๙๐ ราย พบว่า ช่วยลดอาการวิตกกังวล อาการซึมเศร้า สับสน อารมณ์โกรธ และอาการทางกายอื่นๆ^{๗๘}

^{๗๓} Kaba-Zinn J, Lipworth L, Burney R, et al., "Four-year follow-up of a meditation-based of program for the self-regulation of chronic pain: Treatment outcomes and compliance", **Clin J Pain**, 2 (1987): 159-173.

^{๗๔} Kaba-Zinn J, Massion A, Kristeller J, et al., "Effectiveness of a meditation-based stress reduction of program in the treatment of anxiety disorders", **Am J Psychiatry**, 149 (1992) : 936-943.

^{๗๕} Kaplan K, Goldenberg D, Gavin-Nadeau M., "The impact of a meditation-based stress reduction program on fibromyalgia", **Gen Hosp Psychiatry**, 15 (1993): 284-289, Singh B, Berman B, Hadhaz V, et al., "A pilot study of cognitive behavioral therapy in fibromyalgia", **Altern Ther**, 4 (1998): 67-70.

^{๗๖} Roth B, Creaser T, "Mindfulness meditation-based stress reduction: Experience with a bilingual inner-city program", **Nurse Pract**, 22 (1997) : 150-176.

^{๗๗} Shapiro S, Schwartz G, Bonner G., "Effect of mindfulness-based stress reduction on medical and premedical students", **J Behav Med**, 21 (1998) : 581-599.

^{๗๘} Specia M, Carlson L, Goodey E, et al., "A randomized, wait-list controlled clinical trial: The effects of a mindfulness meditation-based stress reduction program on mood and symptom of stress in cancer outpatients", **Psychosom Med.**, 62 (2000): 612-633.

(๗) การฝึกโปรแกรม MBSR ยังช่วยให้รอยโรคตามผิวหนังของคนไข้ psoriasis หายเร็วขึ้นเมื่อเทียบกับกลุ่มที่ใช้ยากดภูมิคุ้มกันร่วมด้วย^{๗๙}

(๘) ในผู้ป่วย โรคซึมเศร้า พบว่าการฝึกโปรแกรม MBSR ช่วยลดอาการเป็นซ้ำลงร้อยละ ๔๔ ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เคยเป็นซ้ำมาแล้ว ๓ ครั้งหรือ มากกว่า^{๘๐}

จะเห็นว่ามีงานวิจัยทางการแพทย์อยู่เป็นจำนวนมากเกี่ยวกับการนำเอาการฝึกสมาธิแบบต่าง ๆ มาใช้ในการบำบัดโรค อย่างไรก็ตามกระทรวงสาธารณสุขสหรัฐอเมริกา (US Department of Health and Human Services) โดยสำนักงานการแพทย์ทางเลือกและการแพทย์ผสมผสาน ได้มอบให้ University of Alberta Evidence-based Practice Center ทำการศึกษาทบทวนวิเคราะห์งานวิจัย พบว่างานวิจัยในเรื่องสมาธิบำบัด ทำกันมาตั้งแต่ ค.ศ.๑๙๕๖-๒๐๐๕ มี ๘๑๓ รายงาน ร้อยละ ๖๑ รายงานหลังปี ค.ศ.๑๙๙๔ รายงานส่วนใหญ่ยังมีคุณภาพต่ำ ในแง่วิธีการวิจัย การออกแบบวิธีวิจัย จำนวนผู้ป่วยในรายงานยังน้อยเกินไป มีจำนวนมากที่ออกจากการทดลองก่อนสิ้นสุดการศึกษา รายงานส่วนใหญ่ยังขาดรายละเอียดที่สำคัญ การทำวิจัยบางแบบก็ยังไม่มีความละเอียดอยู่มาก ทำให้ไม่ได้ผลสรุปออกมาได้อย่างชัดเจนว่า วิธีการนั้น ๆ มีประสิทธิภาพในการรักษาอย่างไร ดังนั้นการทำวิจัยในเรื่องนี้ในอนาคตจะต้องเน้นในเรื่อง วิธีการวิจัยการออกแบบให้เหมาะสม การให้คำจำกัดความที่ชัดเจนในวิธีต่าง ๆ อันหลากหลายเหล่านี้ จะได้งานวิจัยที่มีคุณภาพดีพอ สามารถนำผลการวิจัยมาพัฒนารูปแบบใหม่ในการรักษาโรคเรื้อรังที่มีปัญหาในการรักษาอยู่ในขณะนี้ให้ดีขึ้นได้^{๘๑}

๔. การบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของสติ (MBCT)

ความหมายของ MBCT คือ MBCT มาจากคำว่า Mindfulness-Based Cognitive Therapy แปลว่า การบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของสติ

ผู้คิดค้น MBCT คือ ซินเดล ซีเกล, มาร์ค วิลเลียมส์ และจอห์น ทีสเดล (Zindel Segal, Mark Williams and John Teasdale)

^{๗๙} Kabat-Zinn J, Wheeler E, Light T, et al, "Influence of a mindfulness meditation-based stress reduction intervention on rates of skin clearing in patients with moderate to severe psoriasis undergoing phototherapy (UVB) and photochemotherapy (PUVA)", *Psychosom Med*, 60 (1998): 625-632.

^{๘๐} Teasdale J, William J, Soulsby J, et al., "Prevention of relapse/recurrence in major depression of mindfulness-based cognitive therapy", *J Consult Clin Psychol*, 68 (2000): 615-623.

^{๘๑} นพ.แพทย์พงษ์ วรพงศ์พิเชษฐ, "Mind and Body Medicine ตอนที่ ๒ สมาธิบำบัด", *วารสารสำนักงานการแพทย์ทางเลือก*, ปีที่ ๔ ฉบับที่ ๑ (มกราคม - เมษายน ๒๕๕๔): ๑๓.



Zindel Segal



Mark Williams



John Teasdale

รูปภาพที่ (ผ.๑ ฎ) รูปภาพแสดงรูปของ ซินเดล ซีเกล, มาร์ค วิลเลียมส์ และจอห์น ทีสเดล (Zindel Segal, Mark Williams and John Teasdale)^{๘๒}

ความเป็นมาของ MBCT: วิวัฒนาการของแนวคิดการบำบัดวิธีนี้เริ่มต้นมาจาก จอน คาเบท ซิน (Jon Kabat Zinn) ได้บูรณาการวิธีการฝึกสติจากวิธีที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการมาเป็นโปรแกรมของตนเองชื่อว่า โปรแกรมการลดความเครียดด้วยพื้นฐานการเจริญสติ (Mindfulness-Based Stress Reduction Program or MBSR) ในปี ๑๙๙๐ สารสำคัญเป็นเรื่องของการฝึกสมาธิเพื่อสติ (Mindfulness Meditation) โดยมีเป้าหมายหลักคือ การเพิ่มประสบการณ์ของความตระหนักรู้ในปัจจุบัน จากขณะหนึ่งสู่ขณะหนึ่งผู้รับการบำบัดจะได้รับการฝึกอย่างเข้มข้นให้เกิดการเรียนรู้ในการเพ่งความสนใจอยู่กับปัจจุบัน โปรแกรม MBSR เป็นโปรแกรมที่เน้นการฝึกสติใน ๒ ลักษณะ คือ ๑) การฝึกที่ไม่เป็นทางการ (Informal Methods of Mindfulness Practice) โดยการฝึกให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมมีความตระหนักรู้อยู่กับปัจจุบัน คงสภาพปัจจุบันนั้นไว้โดยมองผ่านความเจ็บปวดทางกายหรือความเศร้าเสียใจไปมีสติอยู่กับตัวเองในกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ตลอดเวลา ๒) การฝึกที่เป็นทางการ (Formal Methods) ได้แก่ การทำสมาธิ การฝึกการหายใจ และการฝึกโยคะ ลักษณะโปรแกรมจะเป็นการเข้ากลุ่ม ๆ ละประมาณ ๓๐ คน พบกับผู้บำบัดครั้งละ ๒ ชั่วโมง ครั้ง ทั้งหมด ๘ ครั้ง โดยมีพันธะสัญญาร่วมกันในเรื่องความสม่ำเสมอในการฝึกเป็นการบ้านทุกวัน ซึ่งถือว่ามีความสำคัญมาก โปรแกรมนี้ได้ถูกนำไปใช้มากกว่า ๒๕๐ หน่วยงาน โอแฮฟเวอร์ เดย์ และฮอว์ตันตันด์ซ์ (O'Haver Day & Horton-Deutsch) ได้ทบทวนงานวิจัยที่ทดสอบผลของ MBSR ที่มีมาตั้งแต่ปี ค.ศ. ๑๙๙๕ และได้ข้อสรุปว่า MBSR ช่วยให้เกิดผลลัพธ์ ดังต่อไปนี้ ลดภาวะกดดันและความเจ็บปวด, ลดความทุกข์ทรมาน, ลดอาการทางร่างกาย, เพิ่มการตอบสนองต่อภูมิคุ้มกันโรคไข้หวัด, เพิ่มการกระตุ้นการทำงานของสมองส่วนหน้าในกลุ่มลูกจ้างที่สุขภาพปกติ, พัฒนาศักยภาพในการควบคุมความโกรธ, การควบคุมตนเอง, และทักษะทางสังคมเพิ่มความรู้สึกการมีคุณค่าในตนเอง, เพิ่มจำนวนเม็ดเลือดขาวที่ชื่อ Natural Killer Cell (NK) และลดความอ่อนเพลียในผู้ป่วยเอดส์ เป็นต้น

^{๘๒} http://www.mbct.com/People_Main.htm (๒๒ พ.ค.๒๕๕๕).

จากนั้น ซีกัล, วิลเลียมส์ และทีสเดล (Segal, Williams, & Teasdale) ได้ผสมผสาน MBSR เข้ากับการบำบัดบนพื้นฐานความคิด (Cognitive Based Therapeutic Strategies) โดยใช้กรอบแนวคิดของทฤษฎีทางความคิดที่ใช้บำบัดภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวล (The Cognitive Theory of Depression and Anxiety) เรียกูปแบบนี้ว่า การบำบัดความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติ (Mindfulness-Based Cognitive Therapy or MBCT) ซึ่งเริ่มพัฒนาเป็นครั้งแรกในปี ๒๐๐๐ และนำไปพิสูจน์ประสิทธิผลของ MBCT ด้วยการทำวิจัยในคลินิกมีงานวิจัยในต่างประเทศมากมายรายงานผลลัพธ์ด้านบวกของ MBCT ที่มีต่อกลุ่มเป้าหมายที่เจ็บป่วยด้วยโรคที่หลากหลาย ในโปรแกรม MBCT เทคนิคต่าง ๆ ที่ใช้ในการบำบัดแบบ CT จะถูกนำมาใช้ร่วมกับหลักการของการฝึกสติ การปฏิบัติหลักของ MBCT คือ การให้สมาชิกเรียนรู้จากประสบการณ์ด้วยตนเอง การเสริมพลังอำนาจ และการให้ความรู้ เทคนิคของ CT ที่ถูกนำมาใช้ ได้แก่ การสนทนากับตนเอง (Self-Dialogue) การจินตภาพ (Imagery) การทำบทบาทสมมุติ (Role-Playing) การคิดกรอบใหม่ (Reframing) และการปรับแบบแผนความคิดใหม่ (Restructuring thought Patterns) ในการฝึกสติ จะเริ่มต้นด้วยการให้ความรู้ ฝึกสมาธิขั้นพื้นฐานทั้งในขณะร่างกายเคลื่อนไหว และไม่เคลื่อนไหว สมาชิกจะถูกกระตุ้นให้รู้จักการใคร่ครวญ ไตร่ตรองสิ่งที่เกิดขึ้นอย่างรอบคอบ การสะท้อนความรู้สึกตนเอง การบูรณาการการเรียนรู้จากความคิดของตนเองกับการเรียนรู้จากการฝึกสติ ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่สำคัญ ๓ ประการในผู้ป่วย คือ ๑) การตระหนักรู้จะทำให้ผู้ป่วยสังเกตได้ทันถึงอารมณ์เปลี่ยนแปลงที่อันตราย ๒) การตระหนักรู้จะควบคุมเรื่องของการครุ่นคิดคำนึงที่นำไปสู่ความอ่อนแอได้ ๓) ผู้ป่วยจะสามารถดึงความคิดตนเองออกจากรูปแบบความคิดที่เป็นลักษณะที่เกิดขึ้นโดยอัตโนมัติตามความเคยชินได้^{๔๓}

แนวคิดหลักของ MBCT : ซีกัล, วิลเลียมส์ และทีสเดล (Segal, Williams, & Teasdale) ได้อธิบายรูปแบบการทำงานของจิตของบุคคลเมื่อประสบกับสถานการณ์ใด ๆ ว่ามี ๒ รูปแบบคือ Doing Mode และ Being Mode

๑) Doing Mode เป็นรูปแบบการตอบสนองโดยอัตโนมัติ โดยทั่วไปบุคคลจะพยายามลดช่องว่างหรือความไม่สอดคล้องกันระหว่างสถานการณ์จริงหรือสิ่งที่เกิดขึ้นจริง กับการรับรู้สถานการณ์ตามที่บุคคลคิดว่าควรจะเป็น น่าจะเป็น อยากให้เป็น การได้รับอิทธิพลจากประสบการณ์ในอดีตและความคาดหวังในอนาคต กระบวนการนี้มักเกิดขึ้นโดยไม่ได้ตั้งใจ ไม่มีการตระหนักรู้ ในที่สุดความไม่สอดคล้องก็ยังคงอยู่ไม่มีแผนการหรือความตั้งใจที่จะลดช่องว่าง ก็เท่ากับหนทางที่นำไปสู่ความสอดคล้องก็ไม่เกิดขึ้นวนเวียนอยู่เช่นนี้เรื่อยไป คือเมื่อประสบกับสถานการณ์อย่างใดอย่างหนึ่ง เคยรับรู้ว่าอย่างไรก็มีแนวโน้มที่จะรับรู้เช่นนั้น (อย่างอัตโนมัติ หรือเคยชินที่นำไปสู่ความรู้สึกไม่พอใจ คับข้องใจ เป็นต้น)

^{๔๓} Segal, Z.V., Williams, J.M., & Teasdale, J.D., *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: a new approach to preventing relapse*, (New York: Guilford Press, 2002), อ้างใน ชนานันท์ รังสินาร, “กลุ่มบำบัดความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติสำหรับผู้ที่มีภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้าในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลชุมชน”, รายงานการศึกษาระยะพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, (คณะพยาบาลศาสตร์: มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ๒๕๕๔), หน้า ๔๕ – ๔๗.

๒) Being Mode เป็นการยอมรับสถานการณ์อย่างเป็น โดยไม่มีคิดที่จะปรับเปลี่ยนสถานการณ์ ในขณะที่ Doing Mode นั้น จิตของบุคคลจะย้อนกลับไปในอดีตหรือล่องลอยไปในอนาคต แต่ Being Mode นั้น จิตจะไม่ล่องลอยไปไหน จะไม่พยายามทำอะไรทั้งนั้น นอกจากอยู่กับที่ในปัจจุบัน เปิดรับสิ่งต่าง ๆ ที่เกิด

สรุปใจความว่า Being Mode คือ การทำด้วยสติ ส่วน Doing Mode คือ ปฏิบัติการตอบสนองตามความเคยชินที่เป็นนิสัย เชื่อมโยงกับการเกิดความคิดในเชิงลบ การปรับตัวที่ผิดปกติในหน้าที่และก่อให้เกิดปัญหาทางจิตตามมาได้ ซึ่งแนวคิดนี้สอดคล้องกับแนวคิดเรื่องกรอบแนวคิดของทฤษฎีทางความคิดของภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวล (Cognitive Model of Depression and Anxiety) ซึ่งเป็นความเข้าใจเกี่ยวกับ Mental Modes ในฐานะของโครงสร้างของจิต (Structures of the Mind) ระบุว่า Mental Modes เหล่านี้จะถูกสะท้อนออกมาในลักษณะ ความคิดความรู้สึก และพฤติกรรมของแต่ละบุคคล และอาจอยู่อย่างต่อเนื่องถาวรของความรู้สึกเจ็บปวด ทุกข์ทรมาน จนกลายเป็นความเจ็บป่วยทางกายและทางจิตต่อมาได้^{๘๔}

โครงสร้างของ MBCT : ซีเกล, วิลเลียมส์ และทีสเดล (Segal, Williams, & Teasdale) อธิบายโครงสร้างหลักของ MBCT ไว้ว่าการพบกันของผู้บำบัดและผู้ป่วยในช่วงต้น ๆ เป็นการสอนให้ผู้ป่วยทำความรู้จักกับ Doing Mode เข้าใจกลไกการทำงานของจิตและความเป็นไปที่เกิดขึ้น จากนั้นก็เริ่มพัฒนาให้เกิด Being Mode เข้ามาแทนที่โดยอาศัยการฝึกสติอย่างเข้มข้น เมื่อทักษะในเรื่องสติพัฒนาเพิ่มขึ้นแล้ว ก็จะสอนให้ฟังสติมากขึ้นในชีวิตประจำวัน พิจารณาอารมณ์ด้านลบที่เกิดขึ้นและปฏิบัติที่ถูกกระตุ้นจากการทำงานของ The Doing Mode ค่อย ๆ เรียนรู้ที่จะดึงตนเองออกจาก The Doing Mode มาสู่ The Being Mode และในตอนท้ายของการบำบัดจะเป็นการสอนให้ผู้ป่วยได้นำความรู้และทักษะที่ได้ฝึกมาใช้เพื่อให้อยู่กับปัจจุบันอย่างปกติสุข จุดเน้นสำหรับโปรแกรมนี้ คือ ประสบการณ์การฝึกสติของตัวผู้บำบัด การบำบัดในโปรแกรมนี้ จะไม่ประสบความสำเร็จถ้าตัวผู้บำบัดเองยังฝึกสติของตนเองไม่ได้ ดังนั้นการวางแผนและการเตรียมตัวที่ดีจึงเป็นสิ่งสำคัญมาก^{๘๕}

ขั้นตอนของโปรแกรม MBCT : โอ แฮฟเวอร์ เดย์ และฮอร์ตันดัช (O'Haver Day & Horton-Deutsch) ได้อธิบายขั้นตอนของโปรแกรม MBCT ไว้ว่ามี ๓ ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนแรก การแนะนำ MBCT (Introductory Phase of MBCT) เป็นการเปิดโอกาสให้ผู้บำบัดกับผู้ป่วยสร้างสัมพันธภาพ เริ่มด้วยการอธิบายแนวคิดของการบำบัดและการฝึกเพื่อบำบัด ขั้นตอนนี้จะเป็นขั้นตอนของการค้นหาปัญหา วิธีการบำบัด การตั้งเป้าหมายการบำบัด และความคาดหวัง กิจกรรมการบำบัดเป็นการเชื่อมโยงให้รู้จักการทำงานของจิตด้วยการฝึกสมาธิเพื่อพัฒนาสติ ผู้ป่วยถูกสอนให้รู้จักความคิดของตนเอง เรียนรู้ทำความรู้จักสถานการณ์และปฏิบัติตอบสนองของตน แบบฝึกหัดนี้ช่วยให้ผู้ป่วยวาดภาพโนทัศน์เชื่อมกันระหว่างความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรม

ขั้นตอนที่สอง ช่วงปฏิบัติการ (Working Sessions of MBCT) ในช่วงต้นนี้ นำเข้าสู่กิจกรรมตามโครงสร้างของทฤษฎีการเรียนรู้ เช่น การติดตามดูความคิดตนเอง การสังเกต และจัดการกับทัศนคติที่ไม่ดี และจากนั้นก็ฝึกการทำสมาธิ ผู้บำบัดจะสอนให้บุคคลมีความตระหนักรู้ในอาการ

^{๘๔} เรื่องเดียวกัน, หน้า ๔๗.

^{๘๕} เรื่องเดียวกัน, หน้า ๔๗-๔๘.

และอาการแสดงของตนเองเมื่อมีการเจ็บป่วยทางใจ ช่วยให้ผู้ป่วยพัฒนาให้เคยชินกับการสังเกตการตอบสนองอารมณ์ ความรู้สึก และการรับสัมผัสทางกายขณะที่มีการเปลี่ยนแปลงภายในจิตใจ และโดยเฉพาะให้เรียนรู้การแยกแยะอาการสำคัญๆที่จะทำนายได้ว่าจะก่อให้เกิดอาการทางจิตได้ ผู้ป่วยถูกสอนให้อยู่กับปัจจุบันมากกว่าการครุ่นคิดเกี่ยวกับอดีตหรือวิตกกังวล ในอนาคตในช่วงกลาง (Middle Working Session) เน้นการส่งเสริมพัฒนาวิธีการจัดการประสบการณ์ที่ยากขึ้นด้วยการใช้สมาธิ การฝึกประสบการณ์ทำสมาธิที่ยากขึ้นช่วงท้าย (Latter Working Session) เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยเรียนรู้วิธีการเปลี่ยนความคิดเพื่อป้องกันการกลับทรุดของการเจ็บป่วยทางจิต ผู้ป่วยได้รับการส่งเสริมให้ค้นหาความคิด และความรู้สึกของตนเองที่เป็นตัวกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ และพัฒนาทางเลือกให้ตนเองใหม่ เพื่อส่งเสริมให้เกิดความเป็นสุข

ขั้นตอนสุดท้าย ช่วงท้ายของการบำบัด (Final or Termination Sessions of MBCT) มีเป้าหมายส่งเสริมการสะท้อนความรู้สึกต่อประสบการณ์ในการบำบัด ต่อทักษะการเรียนรู้ใหม่ ๆ ที่เกิดขึ้น และพัฒนาความเข้าใจเกี่ยวกับการตอบสนองต่อการเจ็บป่วยของตนเอง ผู้บำบัดร่วมอภิปรายถึงแผนกิจกรรมของแต่ละบุคคลที่จะจัดการกับความเปราะบางต่าง ๆ และส่งเสริมให้เกิดความสุข เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ที่จะนำวิธีการทางจิตบำบัดมาใช้ในการชีวิตประจำวันได้^{๘๖}

กระบวนการของ MBCT จะเริ่มด้วย การสัมภาษณ์เพื่อการประเมินเบื้องต้น (The Initial Assessment Interview) เป็นการสัมภาษณ์ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมใช้เวลาประมาณ ๑ ชั่วโมง เป้าหมายการสัมภาษณ์เพื่อให้ผู้บำบัดได้เรียนรู้ปัจจัยที่ทำให้เกิดและคงอยู่ของความเจ็บป่วยในผู้เข้าร่วมโปรแกรมแต่ละคน และเพื่ออธิบายความเป็นมาของ MBCT พร้อมเน้นให้เข้าใจว่าเป็นการฝึกที่ต้องใช้ความอดทนและสม่ำเสมอตลอด ๘ สัปดาห์ จำนวนผู้เข้าร่วมโปรแกรม (The Class Size) ใน MBCT ขนาดที่เหมาะสมควรจะไม่เกิน ๑๒ คน การบำบัดมีการพบกันทั้งหมด ๘ ครั้ง ครั้งละ ๒ ชั่วโมง ในระยะแรกคือ ครั้งที่ ๑-๔ เป็นการเน้นเรื่องการฝึกสติ คือ ฝึกเพ่งจุดสนใจไปยังที่ใดที่หนึ่งแต่ละช่วงขณะโดยไม่มีการตัดสิน ซึ่งการเพ่งจุดสนใจนี้จะเริ่มจากอวัยวะทุกส่วนของร่างกาย จากนั้นก็มาเพ่งที่ลมหายใจและเรียนรู้ที่กลับมาที่มีความตระหนักรู้เมื่อเกิดภาวะที่จิตใจล่องลอยไปจากการเพ่งนั้นหรือเรียนรู้ ที่จะเกิดการยอมรับความคิดต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นระหว่างการฝึก และระยะที่สอง คือ ครั้งที่ ๕-๘ เป็นระยะที่พัฒนาสติได้ระดับหนึ่งแล้ว จะเป็นการฝึกการรับรู้ภาวะของอารมณ์ ความคิด และความรู้สึกของตนเองได้ทัน และเรียนรู้ที่จะใช้ทักษะที่ได้ฝึกมา ใช้อับอารมณ์ ความรู้สึก และความคิดที่เกิดในทางลบได้อย่างเหมาะสม และท้ายที่สุดผู้เข้าร่วมโปรแกรมจะได้รับการส่งเสริมให้เกิดความ

^{๘๖} O'Haver Day, P., & Horton-Deutch, S., "Using mindfulness-based therapeutic intervention in psychiatric Nursing practice part-I: Description and empirical support for mindfulness-base intervention", *Archives of psychiatric Nursing*, 18 (5, 2004a), 164- 169, อ้างใน ขนานันท์ รังสินารา, "กลุ่มบำบัดความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติสำหรับผู้ที่มีความวิตกกังวลและซึมเศร้าในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลชุมชน", *รายงานการศึกษาศรีพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต*, หน้า ๔๘ - ๔๙.

ตระหนักรู้มากขึ้นจนสามารถรับรู้ถึงสัญญาณเตือนของภาวะซึมเศร้าหรือวิตกกังวล และสามารถมีวิธีการรับมือกับสิ่งที่เกิดขึ้นได้^{๘๗}

งานวิจัยการใช้ MBCT

(๑) เมสันและ ฮาร์กรีฟส์ (Mason & Hargreaves) ที่ศึกษาเรื่องการบำบัดความคิดบนพื้นฐานสติ (Mindfulness-Based Cognitive Therapy or MBCT) สำหรับภาวะซึมเศร้า ได้อธิบายว่าลักษณะของโปรแกรมดัดแปลงมาจาก MBCT ของซีกัล วิลเลียมส์ และทีสเดล ที่ใช้เพื่อลดความเสี่ยงของการกลับมาเป็นซ้ำของภาวะซึมเศร้า เพิ่มให้ผู้ป่วยเกิดการตระหนักรู้ในประสบการณ์แต่ละช่วงขณะในปัจจุบัน การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อค้นหาบริบททางสุขภาพจิตของผู้เข้าร่วมโปรแกรม MBCT จำนวน ๗ คน ทฤษฎีพื้นฐานที่ได้จากการสัมภาษณ์ในการศึกษาค้นคว้า อธิบายว่าแนวคิดที่มีมาอยู่ก่อน (Preconception) และความคาดหวังต่อการบำบัดเป็นสิ่งสำคัญที่มีอิทธิพลต่อประสบการณ์การฝึกโปรแกรม MBCT ในครั้งต่อไป การเปลี่ยนแปลงที่สำคัญที่เกิดขึ้นคือผู้ป่วยประจักษ์ถึงความสำคัญของการฝึกในโปรแกรม ได้แก่ พัฒนาการการฝึกสติ ทศนคติของการยอมรับ และการอยู่กับปัจจุบันขณะ ผู้ป่วยตระหนักว่าการฝึกสติเป็นกุญแจสำคัญที่จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงการนำทักษะเหล่านี้ไปใช้ในชีวิตประจำวันทั่ว ๆ ไปเป็นสิ่งสำคัญ การศึกษาค้นคว้าเน้นให้เห็นความสำคัญของการฝึกฝนอย่างต่อเนื่องเพื่อผลลัพธ์ที่ดีของการบำบัด^{๘๘}

(๒) มาและทีสเดล (Ma & Teasdale) ได้ทดลองใช้การบำบัดความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติ (Mindfulness-Based Cognitive Therapy or MBCT) สำหรับภาวะซึมเศร้า เป็นการวิจัยซ้ำเพื่อค้นหาผลของการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ (Replication and Exploration of Differential Relapse Prevention Effects) โดยทำการทดลองในกลุ่มตัวอย่างได้จากการสุ่มในผู้ป่วยซึมเศร้า ที่เพิ่งมีอาการดีขึ้น แบ่งเป็น ๒ กลุ่ม กลุ่มแรกคือกลุ่มที่ได้รับการรักษาแบบปกติทั่วไป (Treatment as Usual or TAU) และกลุ่มที่ ๒ ได้รับการรักษาแบบปกติทั่วไป (TAU) บวกกับการบำบัด ทางปัญญาบนพื้นฐานสติ (MBCT) ระยะทำการทดลองจำนวน ๘ สัปดาห์ และติดตามผลอีกทุก ๓ เดือนจนครบ ๑ ปี การเลือกกลุ่มผู้ป่วยโดยนักสถิติที่ไม่ได้อยู่ในกลุ่มทีมผู้วิจัย ในกลุ่มประชากรผู้ป่วยซึมเศร้าที่เพิ่งมีอาการดีขึ้นจำนวน ๗๕ คน มีเกณฑ์ในการเลือกกลุ่มตัวอย่างคือ อายุ ๑๘-๖๕ ปี มีประวัติได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะซึมเศร้า (Major Depression) ชนิดที่ไม่มีอาการเพ้อคลั่ง (Mania or Hypomania) โดยมีประวัติว่ามีการกลับเป็นซ้ำมากกว่า ๒ ครั้ง และอย่างน้อย ๒ ครั้ง ที่กลับมาเป็นซ้ำอยู่ภายใน ๕ ปี ที่ผ่านมาโดยมี ๑ ครั้งอยู่ภายใน ๒ ปี มีประวัติได้รับยาต้านเศร้า แต่หยุดยาในช่วงที่อาการดีขึ้น ตั้งแต่ระยะได้รับการประเมินจนถึงระยะการทดลองนาน ๑๒ สัปดาห์ มีคะแนนซึมเศร้าวัดด้วยแบบวัดของแฮมมิลตันน้อยกว่า ๑๐ คะแนน ผู้ป่วย ๓๘ คน ได้รับการสุ่มเข้ากลุ่ม TAU และ ๓๗ คนเข้ากลุ่ม

^{๘๗} Segal, Z.V., Williams, J.M., & Teasdale, J.D., *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: a new approach to preventing relapse*, อ้างใน ขนานันท์ รังสินารา, “กลุ่มบำบัดความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติสำหรับผู้ที่มีภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้าในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลชุมชน”, รายงานการศึกษาอิสระพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, หน้า ๔๙.

^{๘๘} Manson, O., & Hargreave, I., “A Qualitative study of mindfulness-based cognitive therapy for depression”, *British Journal of Medical Psychology*, 72 (1, 2001), 31-40.

TAU+MBCT ผลการศึกษาพบว่า MBCT มีประสิทธิผลมากที่สุดในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำในกลุ่มผู้ป่วยซึมเศร้าที่มีประวัติการกลับเป็นซ้ำตั้งแต่ ๓ ครั้ง เป็นต้นไป^{๘๙}

(๓) เฟนเนล (Fennell) ได้นำ MBCT มาทดลองใช้กับผู้ป่วยกลุ่มที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำเป็นระยะเวลานาน (Longstanding Low Self-Esteem) ที่มีปัญหาอารมณ์เศร้าระยะเฉียบพลัน (Acute State at Distress) ได้ผลดีเช่นกัน เฟนเนลจึงเสนอว่า นอกจากจะใช้ MBCT ในภาวะซึมเศร้าที่อาการดีขึ้นแล้ว MBCT ยังสามารถใช้กับผู้ป่วยที่มีปัญหายาวนานอื่นๆ เช่น กลุ่มที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ เป็นระยะเวลานาน เป็นต้น^{๙๐}

(๔) โอ แฮฟเวอร์ เดย์ และฮอร์ตันตันช์ (O'Haver Day & Horton-Deutsch) ได้รายงานกรณีศึกษาทางคลินิก ด้วยการนำกิจกรรมเพื่อการบำบัดบนพื้นฐานสติมาใช้ในการฝึกปฏิบัติทางกายภาพจิตเวช (Using Mindfulness-Based Therapeutic Interventions in Psychiatric Nursing Practice) ตัวอย่างกรณีศึกษารายบุคคลต่อไปนี้ได้อธิบายถึง การนำ MBCT มาใช้โดยพยาบาลผู้ปฏิบัติการสาขาจิตเวชขั้นสูง (Advanced Psychiatric Practice Nurse or APPN Psychotherapist) ในการบำบัดแบบผสมผสานให้กับผู้ป่วย A.Z. เป็นหญิงชาวยุโรปอายุ ๖๕ ปี แต่งงานแล้ว เคยเป็นเจ้าของธุรกิจเล็กๆ ได้ถูกส่งมาเพื่อทำจิตบำบัดหลังได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น Chronic Conversion Disorder ได้เริ่มให้ยา Paloxetine เพื่อรักษาอาการซึมเศร้า หลังจากออกจากโรงพยาบาล A.Z. ทรมานจากการสูญเสียการทำงานของระบบประสาทที่ละเอียดอ่อน เช่น เดินเซ สูญเสียความจำ มีปัญหาเรื่องการคำนวณ บอกชื่อคนสิ่งของไม่ได้ ประวัติทางสังคมผู้ป่วยเป็นบุตรคนสุดท้องของครอบครัวในจำนวน ๔ คน และประสบกับอาการซึมเศร้า เมื่อพ่อแม่ต้องล้มละลาย บุตรสาวคนหนึ่งของเธอถูกฆ่าในอุบัติเหตุขณะที่ครอบครัวไปพักผ่อนที่ฟลอริดา การประเมินทางจิตผู้ป่วยไม่มีความสุขมีอารมณ์ซึมเศร้าและวิตกกังวลบ่อยครั้งที่มีอาการกลัว เกินจริง ช่วงต้นของการบำบัด เป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยและสามีได้รับการปรับปรุงให้ดีขึ้นในด้านความรู้ และความเข้าใจเรื่องโรคของผู้ป่วยตลอดจนการรักษา และเฉพาะกับผู้ป่วยจะเพิ่มเรื่องการใช้กิจกรรมเพื่อการบำบัดด้วยพื้นฐานสติ (Mindfulness-Based Therapeutic Interventions) ส่วนในด้านการปรับความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Approaches) ก็ปฏิบัติในช่วงนี้ผู้ป่วย ได้รับการสอนเรื่องวิธีการหยุดคิด ติดตามความคิด การตัดสินใจเลือก และจัดตารางกิจกรรม กลยุทธ์ในการปรับพฤติกรรมรวมไปถึงการจำกัดการนอนกลางวัน การใช้โทรศัพท์เพื่อลดอาการแยกตัวและการปรับอารมณ์ให้ดีขึ้น แต่พบว่าอาการแสดงทางระบบประสาท (Conversion Symptoms) ยังไม่บรรเทาอย่างสมบูรณ์ หลังจากการพบกัน ๘ ครั้ง ระยะกลางของการบำบัดเน้นความต่อเนื่องในการพัฒนาสติผ่านวิธีการทำสมาธิสนับสนุนให้ผู้ผู้ป่วยรับรู้ปฏิกิริยาของอารมณ์และการตอบสนองต่อความจำที่เศร้าโศก เช่น การตายของบุตรสาว เป้าหมายการบำบัดของครอบครัวคือ ได้รับความเข้าใจที่ดีขึ้นในพลวัตรของครอบครัว ที่ทำให้เกิดความเจ็บปวดกับ A.Z. สามีผู้ป่วยรายงานมีการเปลี่ยนแปลงดีขึ้นของอาการ

^{๘๙} Ma, S. H., & Teasdale, J. d., "Mindfulness-based cognitive therapy for depression: Replication and exploration of differential relapse prevention effects", **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, 72 (1, 2004): 31-40.

^{๙๐} Fennell, M. J. V., "Depression, low self-esteem and mindfulness", **Behavior Research Therapy**, 42 (2, 2004): 1053-1067.

ภรรยาว่าสัปดาห์ที่ผ่านมาผู้ป่วยเข้านอนและร้องไห้มีความถี่น้อยลง ผู้ป่วยได้ฝึกสมาธิทุกวันเพื่อให้เกิดทักษะในการจัดการปัญหา และเมื่อเข้าสู่ช่วงปลายกิจกรรมการพยาบาลที่ให้กับผู้ป่วยจะมีเป้าหมายเปลี่ยนจากการพัฒนาสติไปสู่การใช้สติเพื่อจัดการกับประสบการณ์ที่ยุ่งยาก เป็นช่วงการบำบัดที่เน้นให้ผู้ผู้ป่วยเอาไปใช้ในชีวิตรประจำวัน หลังจาก ๖ เดือนของการบำบัด ผู้ป่วยแกะกล่องหนังสือเพลง เริ่มร้องเพลง เล่นเปียโน ๒-๓ นาทีแต่ละสัปดาห์ กิจกรรมเหล่านี้ส่งเสริมให้เกิดความรู้สึก มีคุณค่าในตนเอง (Self Esteem) และช่วยให้ผู้ป่วยเตรียมตัวเข้าสู่ขั้นสิ้นสุดการบำบัด การสิ้นสุดการบำบัดในขั้นตอนนี้ได้เน้นส่วนหนึ่งคือ พยายามให้สติเข้าไปอยู่ในชีวิตรประจำวันของผู้ป่วย มีการตระหนักรู้ในเรื่องความเจ็บป่วยของตน ทำหน้าที่การงานได้ดีขึ้น ท้ายสุดเน้นการแนะแนวทางของการค้นหาทางเลือกของชีวิต และการพัฒนาแผนกิจกรรมในการส่งเสริมสุขภาพและความสุข^{๙๑}

(๕) ฟินูแคน และ เมอร์เซอร์ (Finucane & Mercer) มีการศึกษาประสิทธิผลของ Mindfulness-based cognitive therapy ในผู้ป่วยซึมเศร้าและวิตกกังวล ๑๓ คน อายุ ๑๘- ๖๕ ปี การวิเคราะห์ใช้เครื่องมือ สัมภาษณ์กึ่งมีโครงสร้าง เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ และใช้ Beck depression inventories (BDI-II) และ Beck anxiety inventories (BAI-I) ก่อนและหลัง ให้ Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT) ๓ เดือน โปรแกรมบำบัด MBCT จำนวน ๘ สัปดาห์ โดยใช้โครงสร้างจาก Williams, Segal and Teasdale ซึ่งมีการพัฒนาการระลึกรู้อยู่ทุกขณะโดยไม่มีการตัดสินความดีเลวของสิ่งที่ระลึกรู้ (mindfulness) โดยปฏิบัติ ดังนี้ (๑) การทำสมาธิแบบการสำรวจร่างกาย (The body - scan) เป็นการรับรู้ความรู้สึกทางกายตามส่วนต่าง ๆ ของร่างกายอย่างเป็นระบบ (๒) การนั่งสมาธิแบบ Mindfulness (Guided Sitting meditation) นั่งตัวตรงแต่ไม่เกร็ง รับรู้ความรู้สึกทางกาย เสียงและความคิด (๓) การก้าวอย่างเดินอย่างมีสติและระมัดระวัง (Mindful Stretching and Mindful Working) เพื่อพัฒนาสติการรับรู้ความรู้สึกทางร่างกายผ่านการเดินหรือเคลื่อนไหว (๔) การฝึกการหายใจยาว ๆ ๓ วินาที (The 3-minute breathing space) และฟังพิจารณาหรือความรู้สึกต่าง ๆ ทางกาย ความคิด และกายสัมผัส (๕) การฝึกสมาธิหรือมีสติในทุก ๆ วันกับการใช้ชีวิตประจำวัน (Mindfulness in everyday life) เป็นการนำเอาการกำหนดรู้เพื่อพัฒนาสติในการใช้ในชีวิตประจำวัน ผลการศึกษาในเชิงคุณภาพพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่อยอมรับและเห็นประโยชน์ และมากกว่าครึ่งหนึ่ง ยังนำประสบการณ์ที่ได้ฝึกไปใช้หลังจากจบการฝึกไปแล้ว ๓ เดือน และในการประเมิน BDI พบว่า ระดับคะแนนลดลง และผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นร้อยละ ๗๒ และผล BAI พบว่าระดับคะแนนลดลง และผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นร้อยละ ๖๓^{๙๒}

^{๙๑} O'Haver Day, P., & Horton-Deutch, S., "Using mindfulness-based therapeutic intervention in psychiatric Nursing practice part-I: Description and empirical support for mindfulness-base intervention", **Archives of psychiatric Nursing**, 18 (5, 2004a), 164- 169, O'Haver Day, P., & Horton-Deutch, S., "Using mindfulness-based therapeutic intervention in psychiatric Nursing practice part-II: Mindfulness-base approaches for all phase of psychotherapy-clinical Case study", **Archives of psychiatric Nursing**, 18 (5, 2004b): 170-177.

^{๙๒} Finucane, A., & Mercer, M.S. , "Anxiety exploratory mixed methods study of the acceptability And effectiveness- based cognitive therapy for patient with active depression and anxiety in primary care", **BMC Psychiatry**, 3 (5, 2006), 6-14.

(๖) รัสดาพร สันติวงษ์ ได้ทำการวิจัยกึ่งทดลอง ที่โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา เพื่อศึกษาผลการใช้โปรแกรมการบำบัดทางปัญญบนพื้นฐานของสติในการดูแลผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า ในกลุ่มผู้ติดเชื้อ เอช ไอ วี ช่วงอายุ ๒๐-๕๙ ปี ที่ได้ผ่านการตรวจวินิจฉัยจากจิตแพทย์แล้วว่า มีภาวะซึมเศร้าตั้งแต่ในระดับอ่อน จนถึงระดับน้อยกว่าซึมเศร้ารุนแรง คือมีค่าคะแนนจากแบบวัดภาวะซึมเศร้าของแฮมมิลตันฉบับภาษาไทย (Thai HRSD) อยู่ในระดับคะแนน ๘-๒๐ คะแนน จำนวน ๘ คนโดยใช้โปรแกรมการบำบัดแบบกลุ่มเป็นเวลา ๖ สัปดาห์ ๆ ละ ๑ ครั้ง ๆ ละ ๙๐ นาที ซึ่งเป็นโปรแกรมที่เน้นการพัฒนาสติเพื่อเป็นพื้นฐานในการปรับความคิด ฝึกให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมสร้างนิสัยใหม่ อยู่กับปัจจุบันอย่างมีสติต่อเนื่องตลอดเวลา และนำไปฝึกปฏิบัติสม่ำเสมอเป็นการบ้านในสถานการณ์จริงเป็นประจำทุกวัน ซึ่งได้ใช้ ๖ แนวคิดหลักเพื่อการพัฒนาสติจากการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติ (Mindfulness-Based Cognitive Therapy or MBCT) ที่สร้างโดยซีเกล, วิลเลียมส์ และทีสเดล (Segal, Williams & Teasdale) ดังนี้ (๑) เรียนรู้จากความเคยชินหรือนิสัยเดิม ๆ (Automatic pilot) เป็นการฝึกให้สมาชิกมองเห็นความแตกต่างระหว่างการกระทำด้วยความเคยชินกับการกระทำที่ไม่ได้ทำด้วยความเคยชิน หรือด้วยความตระหนักรู้ ซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นของการทำความรู้จักกับคำว่า “สติ” (๒) เรียนรู้ที่จะเข้าใจและจัดการกับอุปสรรค (Dealing with barriers) ฝึกให้รู้จักและเข้าใจอุปสรรคได้ชัดเจน ถึงความเกี่ยวข้องเชื่อมโยงกันของร่างกายและความคิด ฝึกการตระหนักรู้ รับรู้สถานการณ์ขณะนั้นตามจริงด้วยการไม่ตัดสิน เมื่อรับรู้ก็สามารถคิดอย่างมีอิสระ มีทางเลือกในการคิดเพิ่มขึ้นนอกเหนือไปจากการคิดแบบเดิม ๆ (๓) การอยู่กับปัจจุบัน (Staying present) การฝึกเน้นให้สมาธิเรียนรู้การใช้ “การหายใจ” มาช่วยให้สมาธิอยู่กับปัจจุบันได้ เมื่อสิ่งที่พบเห็นหรือสิ่งที่เกิดขึ้นถูกแปรเปลี่ยนไปตามการรับรู้ ความสามารถในการรู้ตัวอยู่กับการหายใจได้มากขึ้น (๔) การยอมรับตามที่เป็นจริง (Allowing/letting be) การฝึกการยอมรับอย่างตั้งใจ เป็นเหมือนก้าวแรกของชีวิตที่จะช่วยให้เกิดความตระหนักรู้อย่างเต็มที่ และสามารถจัดการกับความยุ่งยากทั้งหลายได้ (๕) ความคิดไม่ใช่ความจริง (Thought are not fact) เป็นการฝึกให้สมาธิรู้จักวิธีการคิดที่ไม่เหมาะสม ซึ่งกระตุ้นให้เกิดอารมณ์ด้านลบและไม่สบายใจอันเป็นต้นเหตุของพฤติกรรมที่เป็นปัญหา (๖) การใช้ประสบการณ์เรียนรู้เพื่อจัดการกับอารมณ์ในอนาคต (Using what has been learned to deal with future mood) เน้นให้สมาธิมองเห็นหนทางนาวิที่ผ่านมามาทั้งหมด ไปปรับใช้ในการดำเนินชีวิตปกติได้อย่างสมดุล และตระหนักรู้ถึงความตั้งใจ ความเข้มแข็งในตัวเองที่เป็นแหล่งพลังงานที่จะนำไปสู่ความคิดทางบวกที่สามารถใช้ดูแลตัวเองได้ เครื่องมือที่ใช้วัดผลลัพธ์ของโปรแกรมคือ แบบวัดภาวะซึมเศร้าของแฮมมิลตันฉบับภาษาไทย (Thai HRSD) และแบบวัดประสบการณ์ในชีวิตประจำวัน (Day-to-Day Experiences) รวบรวมข้อมูล ๓ ระยะคือ ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม หลังเสร็จสิ้นโปรแกรม และระยะติดตามผล ๒ สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่เข้าร่วมในโปรแกรมมีระดับความรู้สติเพิ่มขึ้น และมีระดับคะแนนภาวะซึมเศร้ามลดลงในระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ ๐.๕^{๙๓}

^{๙๓} รัสดาพร สันติวงษ์, “การบำบัดทางปัญญบนพื้นฐานของสติในการดูแลบุคคลที่มีภาวะซึมเศร้า”, วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, (บัณฑิตวิทยาลัย: มหาวิทยาลัยบูรพา, ๒๕๕๐).

๕. สรุปเชิงวิเคราะห์

จากการศึกษาวิธีการบำบัดปัญหาทางจิตทั้ง ๔ วิธี คือ การบำบัดแบบความคิดและพฤติกรรม (CBT), การบำบัดแบบเหตุผล อารมณ์และพฤติกรรม (REBT), การฝึกสติเพื่อลดความเครียด (MBSR) และการฝึกสติเพื่อให้เกิดปัญญา (MBCT) ผู้วิจัยจะสรุปสาระสำคัญของแต่ละวิธี และวิเคราะห์ความสอดคล้องกัน, ความแตกต่างกัน และความเชื่อมโยงกัน ดังนี้

๕.๑ สรุปสาระสำคัญของแต่ละวิธี

สรุปสาระสำคัญของ CBT : CBT มองว่า สาเหตุที่ทำให้ทุกข์ คือ ความคิดอัตโนมัติในเชิงลบ (negative automatic thoughts) กล่าวคือ หากบุคคลมีความคิดอัตโนมัติในเชิงลบ (negative automatic thoughts) บุคคลนั้นมีแนวโน้มที่จะเกิดความผิดพลาดในระบบความคิดแบบตรรกะ (systematic logical errors) และนำความคิดที่ผิดพลาดดังกล่าวจัดเข้าสู่โครงสร้างทางความคิดที่มีอยู่เดิม (depressogenic schemata) ส่งผลให้บุคคลดังกล่าวเกิดความทุกข์ในที่สุด

แนวทางบรรเทาความทุกข์ CBT มองว่า ความคิดอัตโนมัติในเชิงลบ (negative automatic thought) มีที่มาจากความเชื่อที่เป็นแก่นของระบบคิดที่เรียกว่า core beliefs ซึ่งเป็นความเชื่อที่ฝังรากลึกอยู่ในตัวตนของบุคคลนั้น ซึ่งอาจมีความจำเป็นต้องกลับไปแก้ไข core beliefs เพื่อให้เกิดความเปลี่ยนแปลงในชีวิตที่ยั่งยืน แต่โดยทั่วไปจะมุ่งเน้นที่การแก้ไข negative automatic thought ก่อนเป็นลำดับแรกเนื่องจากสามารถเข้าถึงได้ง่ายกว่า และมีโอกาสประสบความสำเร็จในการปรับแก้สูงกว่า นอกจากนี้ CBT ยังมองว่า ความคิด (Cognition) อารมณ์ (Emotion) พฤติกรรม (Behavior) และร่างกาย (Physiology) นั้น มีความสัมพันธ์กัน เชื่อมโยงถึงกันหมด เมื่อเกิดความเปลี่ยนแปลงขึ้นกับองค์ประกอบใดองค์ประกอบหนึ่ง ก็อาจส่งผลให้เกิดความเปลี่ยนแปลงกับองค์ประกอบอื่นอย่างทั่วถึงกัน เช่น เมื่อบุคคลเริ่มมีอารมณ์เศร้า อาจมีความคิดในทางลบต่อตนเองว่า ตนเองเป็นคนไม่มีคุณค่า มีพฤติกรรมแยกตัวไม่พบปะผู้คน และอาจมีความแปรปรวนทางร่างกาย เช่น กินอาหารไม่ได้หรือนอนไม่หลับ เมื่ออารมณ์เศร้ามากขึ้น ความคิดในทางลบก็อาจรุนแรงขึ้นตามไปด้วย การบำบัดด้วย CBT คือ การไปจัดการกับองค์ประกอบที่จัดการได้ โดยเชื่อว่าจะทำให้องค์ประกอบอื่น ๆ ดีขึ้นตาม เช่น เมื่อได้ปรับเปลี่ยนความคิดเสียใหม่ให้เห็นถึงคุณค่าของตนเอง หรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยการมีกิจกรรมเพิ่มมากขึ้น ก็ส่งผลให้อารมณ์ดีขึ้น ความเศร้าลดลง เป็นต้น ส่วนการตัดสินใจว่าจะจัดการที่องค์ประกอบใดก่อนหลังนั้นขึ้นกับชนิดของโรค หรือ ปัญหาที่แพทย์กำลังดูแล

สรุปสาระสำคัญของ REBT : REBT มองว่า สาเหตุที่ทำให้ทุกข์ คือ ความเชื่อที่ไม่มีเหตุผล (irrational Believe) กล่าวคือ มนุษย์มักจะคิดโดยใช้คำว่า ควรจะ (should), ต้อง (must) ซึ่งเป็นความเชื่อที่ไม่มีเหตุผล (irrational Believe) ซึ่งมีที่มาจากความเชื่อที่ฝังอยู่จิตใต้สำนึก เรียกว่า ความเชื่อแกนหลัก (Core beliefs) REBT มองว่าเมื่อมนุษย์พบกับเหตุการณ์ภายนอก (Activating Event) จะกระตุ้นทำให้มนุษย์ปลงใจเชื่อหรือลงความเห็น (Inferences) กับเหตุการณ์นั้น และจะประเมิน (Evaluations) เหตุการณ์นั้นว่ามีความหมายสำหรับเขาอย่างไร และคิดไปตามความเชื่อแกนหลัก (Core beliefs) ส่งผลให้บุคคลดังกล่าวเกิดความทุกข์ เช่น เหตุการณ์เพื่อนเดินผ่านโดยไม่สนใจเรา (Activating Event) เราจึงลงความเห็นว่าเขาไม่สนใจ เขาไม่ชอบเรา (Inferences) ในขณะเดียวกันเราจะประเมินเหตุการณ์

นั้นมีความหมายกับเราว่า เราไม่เป็นที่ยอมรับของเพื่อน ดังนั้นเราจึงเป็นคนไร้ค่า (Evaluations) และยังคงคิดต่อไปอีกว่า ความสุขและการมีคุณค่าจะเกิดขึ้นก็ต่อเมื่อเราได้รับความรักและการยอมรับจากทุกคน ซึ่งเป็นความคิดที่มาจากความเชื่อแกนหลัก (Core belief)

แนวทางบรรเทาความทุกข์ REBT มองว่าความเชื่อที่ไม่มีเหตุผล (irrational Believe) เป็นสาเหตุของความทุกข์ ดังนั้นวิธีแก้คือจะต้องโต้แย้ง (Disputing) ความเชื่อดังกล่าวนั้น เช่น โต้แย้งกับความเชื่อที่ว่าเขาไม่ชอบเราว่า ไม่มีหลักฐานว่าเขาจะไม่ชอบเรา แต่ถึงแม้จะเป็นเช่นนั้น มันก็เป็นแค่เพียงเขาไม่ชอบใจบางอย่าง แต่ก็ไม่ได้หมายถึงเขาจะโกรธเกลียดจนเลิกคบกับเรา เช่น โต้แย้งกับความเชื่อที่ว่าเราไม่เป็นที่ยอมรับของเพื่อน ดังนั้นเราจึงเป็นคนไร้ค่าว่า ไม่มีหลักฐานว่าฉันจะไม่ได้ยอมรับการเป็นเพื่อนอีก แต่ถึงแม้จะเป็นเช่นนั้น หลักฐานก็ไม่ได้แสดงให้เห็นตัวตนของฉันหรือคุณค่าของฉันทั้งหมด โต้แย้งกับความเชื่อที่ว่าความสุขและการมีคุณค่าจะเกิดขึ้นก็ต่อเมื่อเราได้รับความรักและการยอมรับจากทุกคนว่า ความรักและการยอมรับเป็นสิ่งที่พึงปรารถนาอย่างยิ่ง แต่มันก็ไม่ได้เป็นสิ่งจำเป็นอย่างที่สุด จะดีกว่าถ้าฉันเปลี่ยนเป็นความพอใจกับมัน แทนที่จะต้องการมัน เมื่อเราได้โต้แย้งความเชื่อที่ไม่มีเหตุผล จะทำให้เราค่อยปรับเปลี่ยนความคิดความเชื่อให้มีเหตุผล (rational Believe) และจะส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลงเป็นอารมณ์ที่เหมาะสม (desirable emotion consequence) และพฤติกรรมที่เหมาะสม (desirable behaviour consequence) ได้

สรุปสาระสำคัญของ MBSR : MBSR มองว่า สาเหตุที่ทำให้ทุกข์ คือ จิตที่ไม่อยู่กับปัจจุบันขณะ จึงทำให้เกิดความคิดปรุงแต่งทั้งในอดีตและอนาคต เกิดเป็นความเครียด ความวิตกกังวล และอารมณ์อื่น ๆ เป็นความทุกข์ทางใจ และอาจส่งผลร้ายต่อร่างกายและพฤติกรรม เช่น จิตคิดปรุงแต่งเรื่องอดีตที่ว่าเคยธุรกิจล้มละลาย กังวลเรื่องอนาคตว่าจะหาเงินมาใช้หนี้ได้อย่างไร เมื่อจิตคิดวอกวนอยู่แต่ในอดีตหรืออนาคต อาจทำให้คิดหาทางแก้ไขปัญหาในทางที่ไม่ถูกต้อง เช่น การคิดโทษตนเอง การทำร้ายตนเอง หรือคิดแก้แค้นผู้อื่น เป็นต้น

แนวทางบรรเทาความทุกข์ MBSR มองว่า ควรให้จิตอยู่กับปัจจุบันขณะ โดยใช้การเจริญสติเป็นพื้นฐาน เช่นการฝึกการเจริญสติในอิริยาบถต่าง ๆ ในการยืน เดิน นั่ง รับประทานอาหาร อาบน้ำ หรือ ทำกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวัน โดยพยายามรักษาสติให้อยู่กับปัจจุบันขณะ และทำด้วยความวางเฉย ไม่เข้าไปจัดการกับสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นทางกายและใจ ให้เป็นไปตามความต้องการของตน เช่น รู้อาการปวดหรือความเครียดที่เกิดขึ้นแล้ววางเฉย (Nonjudgemental moment-to-moment awareness) ซึ่งผลการนำวิธีการนี้มาใช้ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่าง ๆ พบว่าได้ผลดี

สรุปสาระสำคัญของ MBCT : MBCT มองว่า สาเหตุที่ทำให้ทุกข์ คือ จิตอยู่ใน Doing Mode หรือ จิตมีปฏิกิริยาตอบสนองโดยอัตโนมัติต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้น คือ จิตจะพยายามทำให้สถานการณ์จริงกับสถานการณ์อยากให้เป็นให้มีความสอดคล้องกัน ความอยากของจิตที่อยากจะเป็นนั้น ได้รับอิทธิพลจากประสบการณ์ในอดีตและความคาดหวังในอนาคต แต่ในที่สุดความอยากนั้นขัดแย้งความเป็นจริง จึงส่งผลนำมาซึ่งความทุกข์ เช่น เมื่อประสบกับสถานการณ์ธุรกิจขาดทุน จิตจะรับรู้อัตโนมัติตามความเคยชินว่าอยากให้อำนาจธุรกิจไม่ขาดทุน ซึ่งขัดแย้งต่อสถานการณ์จริง จึงนำไปสู่ความทุกข์ใจ

แนวทางบรรเทาความทุกข์ MBCT มองว่าควรทำให้จิตอยู่ใน Being Mode คือ จิตยอมรับสถานการณ์ตามที่เป็นจริง โดยไม่คิดที่จะปรับเปลี่ยนสถานการณ์ เพราะ ในขณะที่จิตอยู่ใน Doing Mode นั้น จิตจะย้อนกลับไปในอดีตหรือล่องลอยไปในอนาคต แต่ Being Mode จิตจะไม่ล่องลอยไปไหน จะไม่พยายามทำอะไรทั้งนั้น นอกจากอยู่กับปัจจุบัน และเปิดรับสิ่งต่าง ๆ ที่เกิด เป็นจิตที่มีสติ เมื่อจิตรับรู้ภาวะของอารมณ์ ความคิด และความรู้สึกของตนเองได้ทัน ท้ายที่สุดจะเกิดความตระหนักรู้มากขึ้น จนสามารถรับรู้ถึงสัญญาณเตือนของภาวะทุกข์ใจ และสามารถมีวิธีการรับมือกับสิ่งที่เกิดขึ้นได้

๕.๒ วิเคราะห์ความสอดคล้องกัน :

ความสอดคล้องกันระหว่าง CBT กับ REBT : ทั้ง CBT และ REBT เห็นว่าต้นตอของความทุกข์ คือ "ความคิด" ซึ่งความคิดนี้เป็นความคิดที่มีปัญหา เช่น เป็นความคิดเชิงลบ หรือความคิดที่ไม่มีเหตุผล ความคิดเหล่านี้เป็นความคิดที่ฝังอยู่จิตใต้สำนึก เป็นความคิดหรือความเชื่อแกนหลัก ที่เรียกว่า core beliefs ทั้ง CBT และ REBT เห็นว่าวิธีการแก้ไข ควรปรับเปลี่ยนความคิดที่มีปัญหาให้กลายเป็นความคิดที่ไม่มีปัญหา เช่น เปลี่ยนจากความคิดลบให้เป็นความคิดบวก เปลี่ยนจากความคิดที่ไม่มีเหตุผลให้เป็นความคิดที่มีเหตุผล

ความสอดคล้องกันระหว่าง MBSR กับ MBCT : ทั้ง MBSR และ MBCT เห็นว่าต้นตอของความทุกข์ คือ "ความคิด" ซึ่งความคิดนี้เป็นความคิดที่มีปัญหา เช่น เป็นความคิดที่ไม่อยู่กับปัจจุบันขณะ หรือ ความคิดที่ไม่ยอมรับความเป็นจริง ทั้ง MBSR และ MBCT เห็นว่าวิธีการแก้ไข คือ เมื่อความคิดที่มีปัญหาเกิดขึ้น จะรับรู้ว่ามีความคิดเกิดขึ้น แต่ไม่ได้ปรับเปลี่ยนความคิด จะรู้ความจริงว่า ความคิดเกิดขึ้น แล้วจะดับไป

ความสอดคล้องกันระหว่าง กลุ่ม CBT และ REBT กับ กลุ่ม MBSR และ MBCT : ทั้ง CBT, REBT, MBSR, MBCT เห็นร่วมกันว่า สาเหตุที่ทำให้ทุกข์คือ "ความคิด" เมื่อมนุษย์เมื่อพบเหตุการณ์บางอย่างที่ไม่พอใจ จะทำให้เกิดความทุกข์ทางใจ สาเหตุที่ทำให้ทุกข์คือ "ความคิด" ซึ่งเป็นความคิดที่ยังมีปัญหายู่ CBT มองว่าปัญหาของความคิดคือความคิดเชิงลบ REBT มองว่า คือ ความเชื่อที่ไม่มีเหตุผล, MBSR มองว่า คือ ความคิดไม่อยู่กับปัจจุบัน, MBCT มองว่า คือ ความคิดที่ไม่ยอมรับความเป็นจริง ทั้ง CBT, REBT, MBSR, MBCT เห็นร่วมกันว่าแนวทางแก้ไข คือ การจัดการกับความคิดที่มีปัญหา ให้เป็นความคิดที่ไม่มีปัญหา เช่น CBT ใช้ความคิดบวก REBT ใช้ความคิดที่มีเหตุผล MBSR ใช้ความคิดอยู่กับปัจจุบัน MBCT ใช้ความคิดตามเป็นจริง จะเห็นว่าความสอดคล้องกัน คือ ความคิดเป็นสาเหตุของทุกข์ และวิธีดับทุกข์จะแก้ด้วยการจัดการกับความคิด มีเป้าหมายเดียวกัน คือ เมื่อแก้ไขปัญหาดูแลจัดการกับความคิดแล้ว จะส่งผลให้ความทุกข์ทางใจบรรเทา

๕.๓ วิเคราะห์ความแตกต่างกัน :

ความแตกต่างกันระหว่าง CBT กับ REBT : CBT จะมุ่งเน้นปรับเปลี่ยนความคิดเชิงลบก่อน (negative automatic thought) เช่น ปรับเปลี่ยนจากความคิดลบที่ว่าตนเองไม่มีคุณค่า ให้เป็นความคิดเชิงบวกว่าตนเองมีคุณค่า เมื่อจัดการความคิดได้แล้วจะส่งผลดีต่อองค์ประกอบอื่น ๆ คือ อารมณ์ (Emotion) พฤติกรรม (Behavior) และร่างกาย (Physiology) แต่ในทางปฏิบัติการบำบัดด้วย CBT อาจเลือกจัดการกับองค์ประกอบที่เห็นว่าจะสามารถจัดการได้ง่ายกว่า เช่นการปรับเปลี่ยน

พฤติกรรม จะส่งผลให้องค์ประกอบอื่น ๆ ดีขึ้นตามมาได้เช่นกัน ในขณะที่ REBT จะมุ่งเน้นปรับเปลี่ยนความเชื่อที่ไม่มีเหตุผล (irrational Believe) ให้เป็นความเชื่อที่มีเหตุผล (rational Believe) โดยใช้วิธีโต้แย้ง (Disputing) กับความคิดที่ไม่มีเหตุผลนั้น เช่น เกิดความคิดที่ไม่มีเหตุผลว่า ตนเองไม่มีคุณค่า ถ้าจะมีคุณค่าก็ต่อเมื่อได้รับความรักและการยอมรับจากทุกคน จึงโต้แย้งว่า ความรักและการยอมรับเป็นสิ่งที่น่าพอใจ แต่ก็ไม่ได้เป็นสิ่งจำเป็นที่สุด จะดีกว่าถ้าเราเปลี่ยนเป็นความพอใจกับมันแทนที่จะต้องการมัน จะเห็นว่าลักษณะการโต้แย้งนี้อาจเป็นในแบบสืบค้น (Detecting) อภิปราย (Debating) จำแนกความคิด (Discriminating) หรือ กำหนดขอบเขตของความคิดที่ชัดเจน (Defining) ซึ่งเหล่านี้จะเป็นการโต้แย้งโดยเน้นการใช้เหตุผล ในขณะที่ CBT ใช้วิธีการคิดในเชิงบวก แต่อาจจะไม่ใช้เหตุผลก็ได้

ความแตกต่างกันระหว่าง MBSR กับ MBCT : MBSR จะเน้นการฝึกให้จิตอยู่กับปัจจุบันขณะเพื่อให้ไม่คิดถึงเรื่องอื่น ๆ ทั้งในอดีตและอนาคต ในขณะที่ MBCT จะเน้นการฝึกให้จิตอยู่กับปัจจุบันขณะเพื่อให้ยอมรับความเป็นจริง ที่เรียกว่า Being Mode จะเห็นว่าวิธีการฝึกจะคล้ายคลึงกัน คือ การฝึกสติให้อยู่กับปัจจุบัน แต่ MBCT จะมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ฝึกได้ตระหนักรู้ว่า จิตที่อยากให้เป็นอย่างที่เราคิดหวังที่เรียกว่า Doing Mode นั้นขัดแย้งกับสถานการณ์ตามความเป็นจริง เมื่อตระหนักรู้ก็จะยอมรับสถานการณ์ตามความเป็นจริง ในขณะที่การฝึกสติแบบ MBSR ไม่ได้มีเป้าหมายที่จะให้ผู้ฝึกยอมรับสถานการณ์ตามความเป็นจริง เพียงแต่รู้ตามที่เป็นจริงในปัจจุบันอยู่ทุกขณะ

ความแตกต่างกันระหว่างกลุ่ม CBT และ REBT กับ กลุ่ม MBSR และ MBCT : กลุ่ม CBT และ REBT มีวิธีการบำบัด คือ เมื่อเหตุการณ์เกิดขึ้น จะรับรู้ความคิดอัตโนมัติ จะมองว่าอารมณ์ที่เกิดขึ้นในทางไม่เหมาะสม เป็นสิ่งที่ควรแก้ไข โดยปรับให้เป็นความคิดที่เหมาะสมและตรงความจริงมากขึ้น เมื่อมีเหตุการณ์เกิดขึ้น มนุษย์จะตีความโดยอัตโนมัติ ทั้งในแง่บวกและลบ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับแก่นของความเชื่อ (core beliefs) ของแต่ละคน เช่นเหตุการณ์เพื่อนเดินผ่านไปโดยไม่สนใจ บางคนคิดแง่ลบว่าเขาคงไม่ชอบเรา บางคนคิดแง่บวกว่าเขาคงรีบไปห้องน้ำ คนที่คิดแง่ลบจะเกิดอารมณ์โกรธและเสียใจ อารมณ์ที่เกิดขึ้นนี้ควรแก้ไขโดยปรับเปลี่ยนความคิด CBT จะให้คิดมองโลกในแง่บวก เช่นคิดว่า เขาคงรีบไปห้องน้ำ เขาคงมองไม่เห็น เขาคงอารมณ์ไม่ดี เป็นต้น ส่วน REBT จะให้คิดโต้แย้งความคิดที่ไม่มีเหตุผล เช่น คิดโต้แย้งว่าไม่มีหลักฐานที่แน่ชัดว่าเขาจะไม่ชอบฉัน เป็นต้น

กลุ่ม MBSR และ MBCT มีวิธีการบำบัด คือ เมื่อเหตุการณ์เกิดขึ้น จะรับรู้ว่ามีความคิดเกิดขึ้น แต่ไม่ได้ปรับเปลี่ยนความคิด เพียงรู้แล้วปล่อยวาง ในที่สุดก็จะรู้ว่าความคิดเกิดขึ้น แล้วจะดับไป ตัวอย่างเหตุการณ์ เพื่อนเดินผ่านไปโดยไม่สนใจ ผู้ฝึกจะรู้ทันความคิดว่ากำลังมีความคิดปรุงแต่ง เช่น คิดปรุงว่าเขาคงไม่ชอบเรา เมื่อเกิดอารมณ์ใดเกิดขึ้นก็รู้ทันอารมณ์นั้น เช่น รู้สึกโกรธที่เพื่อนไม่สนใจ รู้สึกเสียใจที่เพื่อนมองไม่เห็นคุณค่า เป็นต้น ความคิดและอารมณ์ที่เกิดขึ้น เป็นเพียงปรากฏการณ์ของจิตใจเท่านั้น ไม่ใช่ตัวตนที่แท้จริง

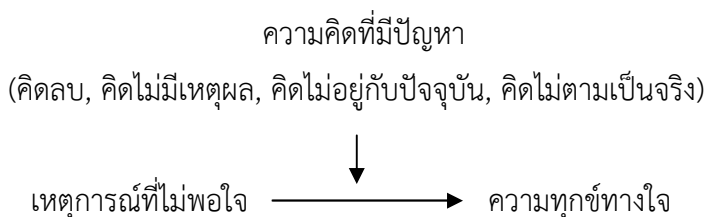
ความแตกต่างระหว่างกลุ่ม CBT และ REBT กับ กลุ่ม MBSR และ MBCT สรุปได้ดังนี้

กลุ่ม CBT และ REBT	กลุ่ม MBSR และ MBCT
หลักการ : เมื่อเหตุการณ์เกิดขึ้น จะรับรู้ความคิดอัตโนมัติ จะมองว่าอารมณ์ที่เกิดขึ้นในทางไม่เหมาะสม เป็นสิ่งที่ควรแก้ไข โดยปรับเปลี่ยนความคิดให้เหมาะสมและตรงความจริงมากขึ้น ตัวอย่าง : เมื่อเพื่อนเดินผ่านไปโดยไม่สนใจ จะรับรู้ความคิดอัตโนมัติว่าเขาคงไม่ชอบเรา เกิดอารมณ์โกรธและเสียใจ เห็นว่าควรแก้ไขโดยปรับเปลี่ยนความคิดให้เหมาะสมว่าเขาคงมองไม่เห็น หรือคิดโต้แย้งว่า ไม่มีหลักฐานที่แน่ชัดว่าเขาจะไม่ชอบฉัน	หลักการ : เมื่อเหตุการณ์เกิดขึ้น จะรับรู้ว่ามี ความคิดเกิดขึ้น แต่ไม่ได้ปรับเปลี่ยนความคิด จะรู้ความจริงว่า ความคิดเกิดขึ้น แล้วจะดับไป ตัวอย่าง : เมื่อเพื่อนเดินผ่านไปโดยไม่สนใจ จะรู้ทันความคิดที่กำลังมีความคิดปรุงแต่งเกิดขึ้นว่า เขาคงไม่ชอบเรา จะรู้อารมณ์ที่เกิดขึ้นว่า รู้สึกโกรธที่เพื่อนไม่สนใจ รู้สึกเสียใจที่เพื่อนมองไม่เห็นคุณค่า จะรู้ว่าความคิดและอารมณ์เป็นเพียงปรากฏการณ์ของจิตใจเท่านั้นคือเกิดขึ้นและดับไป

ตารางที่ (ผ.๒ ก) ตารางแสดงความแตกต่างระหว่างกลุ่ม CBT และ REBT กับ กลุ่ม MBSR และ MBCT

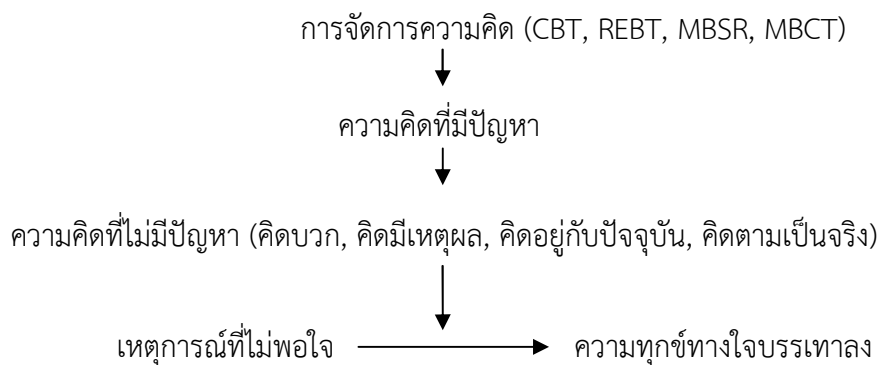
๕.๔ วิเคราะห์ความเชื่อมโยงกัน

ผู้วิจัยเห็นว่าวิธีการบำบัดทั้ง CBT, REBT, MBSR, MBCT มีรากฐานแนวคิดเดียวกัน คือ คิดว่าเมื่อมนุษย์พบเหตุการณ์บางอย่างที่ไม่พอใจ จะทำให้เกิดความทุกข์ทางใจ สาเหตุที่ทำให้ทุกข์คือ "ความคิด" ซึ่งเป็นความคิดที่ยังมีปัญหายู่ CBT มองว่าปัญหาของความคิดคือความคิดเชิงลบ REBT มองว่า คือ ความเชื่อที่ไม่มีเหตุผล, MBSR มองว่า คือ ความคิดไม่อยู่กับปัจจุบัน, MBCT มองว่า คือ ความคิดที่ไม่ยอมรับความเป็นจริง ดังนี้



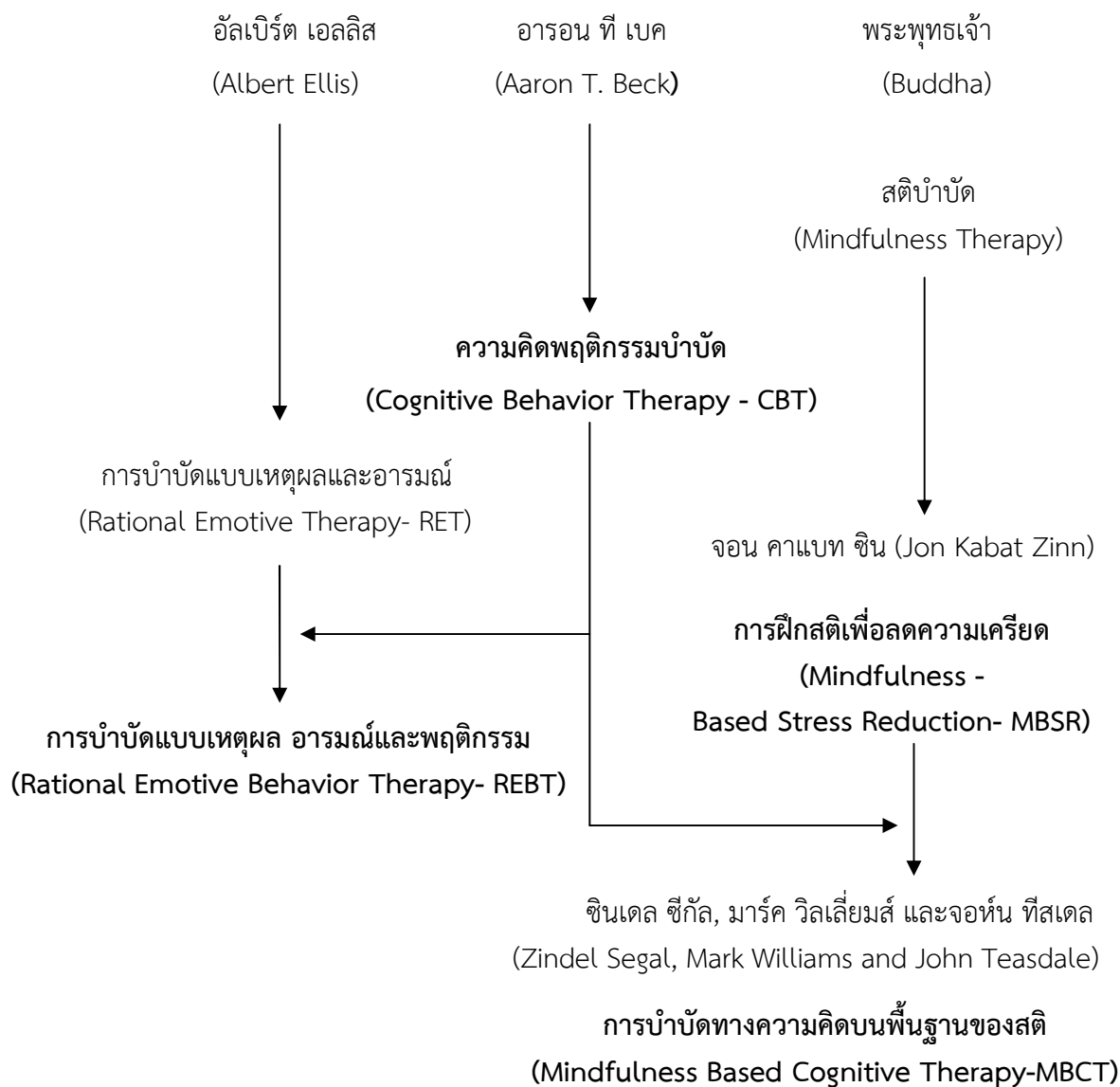
แผนภาพที่ (ผ.๒ ข) แผนภาพแสดงแนวคิดเกี่ยวกับกระบวนการเกิดทุกข์ทางใจ

แนวทางแก้ไข คือ การจัดการกับความคิดที่มีปัญหา ให้เป็นความคิดที่ไม่มีปัญหา เช่น CBT ใช้ความคิดบวก REBT ใช้ความคิดที่มีเหตุผล MBSR ใช้ความคิดอยู่กับปัจจุบัน MBCT ใช้ความคิดตามเป็นจริง จะเห็นว่าวิธีการจัดการกับความคิดในแต่ละวิธีจะมีความแตกต่างกัน แต่มีเป้าหมายเดียวกัน คือ เมื่อแก้ไขปัญหาลแล้วจะส่งผลให้ความทุกข์ทางใจบรรเทาลง



แผนภาพที่ (ผ.๒ ฎ) แผนภาพแสดงกระบวนการจัดการความคิดเพื่อบรรเทาความทุกข์ทางใจ

ดังนั้น เมื่อแต่ละวิธีบำบัดมีรากฐานแนวคิดเดียวกันที่เชื่อว่าปัญหาทางจิตของมนุษย์อยู่ที่ความคิด แต่มีความแตกต่างกันในวิธีการจัดการกับความคิด ดังนั้นในแต่ละวิธีบำบัดจึงเกิดการแลกเปลี่ยนข้อดีเด่นของกันและกัน เพื่อนำข้อดีนั้นมาพัฒนาเป็นวิธีบำบัดของตนให้ดีขึ้น เช่น อัลเบิร์ต เอลลิส (Albert Ellis) มองเห็นจุดเด่นของความคิดพฤติกรรมบำบัด (Cognitive Behavior Therapy - CBT) ของ อารอน ที เบค (Aaron T. Beck) จึงนำมาประยุกต์เข้ากับการบำบัดแบบ เหตุผลและอารมณ์ (Rational Emotive Therapy- RET) กลายเป็นวิธีบำบัดแบบใหม่ เรียกว่า การบำบัดแบบเหตุผล อารมณ์และพฤติกรรม (Rational Emotive Behavior Therapy- REBT) จอน คาเบท ซิน (Jon Kabat Zinn) มองเห็นจุดเด่นของการเจริญสติแบบพุทฺธ (Mindfulness) จึงนำมาประยุกต์เป็นวิธีบำบัดแบบใหม่กลายเป็นการฝึกสติเพื่อลดความเครียด (Mindfulness -Based Stress Reduction- MBSR), ซินเดล ซีกัล, มาร์ค วิลเลียมส์ และจอห์น ทีสเดล (Zindel Segal, Mark Williams and John Teasdale) มองเห็นจุดเด่นของ MBSR และ CBT จึงนำมาประยุกต์เป็นวิธีบำบัดแบบใหม่กลายเป็น การบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของสติ (Mindfulness Based Cognitive Therapy-MBCT) จากที่ได้กล่าวมาข้างต้น CBT, REBT, MBSR, MBCT มีความเชื่อมโยงกัน สรุปตามแผนภาพได้ดังนี้



แผนภาพที่ (ผ.๒ ฎ) แผนภาพแสดงความเชื่อมโยงกันระหว่าง CBT, REBT, MBSR, MBCT