บทความฟื้นฟูวิชาการ : จิตวิทยาการปรึกษาและจิตบำบัดแบบผสมผสาน

นันท์ชัตสัณห์ สกุลพงศ์, วท.ม.

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อทบทวนองค์ความรู้รูปแบบและวิธีการผสมผสานของจิตวิทยาการปรึกษาและจิตบำบัดแบบผสมผสานรวมทั้งงานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องเพื่อประโยชน์ในการทำจิตบำบัดภาคปฏิบัติและการสร้างสรรค์งานวิจัยต่อยอด

วัสดุและวิธีการ สืบค้นจากฐานข้อมูลอิเลคโทรนิกส์ต่างๆ รวมทั้งตำราที่เกี่ยวข้องเพื่อทำการวิเคราะห์ จัดหมวดหมู่และเรียบเรียง

ผล จิตวิทยาการปรึกษาและจิตบำบัดแบบผสมผสานแบ่งออกได้ทั้งหมด 4 ประเภทคือ ก) การผสมผสานทางทฤษฎี เป็นการผสมผสานทฤษฎีการปรึกษาและจิตบำบัดทั้งในด้านของความคิดความเชื่อเกี่ยวกับธรรมชาติของมนุษย์ ข) การผสมผสานทางเทคนิคเป็นการหยิบยกเอาเฉพาะเทคนิคจากทฤษฎีการปรึกษาและจิตบำบัดต่างๆ ซึ่งเป็นเทคนิคที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ ค) การผสมผสานทางทฤษฎีแบบมีทฤษฎีหลักคือการบำบัดทฤษฎีใดทฤษฎีหนึ่งเป็นหลัก จากนั้นจะทำการหยิบยืมเทคนิคจากทฤษฎีการบำบัดอื่นมาใช้ร่วมด้วยโดยเทคนิคที่ถูกหยิบยืมมาใช้นั้นมีวัตถุประสงค์เพื่อตอบสนองเป้าหมายการบำบัดตามทฤษฎีหลัก และ ง) การมีปัจจัยการบำบัดร่วมเป็นวิธีพิจารณาคุณลักษณะร่วมหรือปัจจัยที่ส่งผลให้ผู้รับบริการมีการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นภายหลังได้รับการปรึกษาหรือการทำจิตบำบัดโดยมิได้ขึ้นอยู่กับว่าใช้ทฤษฎีการปรึกษาหรือจิตบำบัดทฤษฎีใด

สรุป จิตวิทยาการปรึกษาและจิตบำบัดแบบผสมผสานแบ่งอย่างกว้างๆ ได้ 4 ประเภท นักวิจัยสามารถเลือกหัวข้อวิจัยจากแต่ละประเภทของการผสมผสานที่ตนเองสนใจและทำการศึกษาให้ลึกซึ้งมากยิ่งขึ้นโดยเฉพาะการประยุกต์ใช้ในการช่วยเหลือกลุ่มคนไทยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ : จิตบำบัด จิตวิทยาการปรึกษา ผสมผสาน

สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

Review article : Counseling and psychotherapy integration

Nanchatsan Sakunpong, M.S.

Abstract

Objective This article aimed to review and integrate existing literature and related research concerning counseling and psychotherapy integration to support clinical practice and encourage more research topics in this field.

Materials and methods Ariticles were obtained through online-databases and related textbooks for analysis, categorization and paraphrasing.

Results Counseling and psychotherapy integration could be classify into 4 methods: 1) Theoretical integration is combination the theories of counseling and psychotherapy including concepts of human nature, process and techniques to be a unique theory. 2) Technical eclecticism is integrative the only evidence based techniques from different theories. 3) Assimilative integration involves grounding oneself in a core theory of counseling and psychotherapy but selectively incorporating of techniques from other theories which help to fulfill goals of the core theory and 4) Common factors are the core factors affecting changes in clients by not depending on any theory of counseling and psychotherapy.

Conclusion The integrative or eclectic model of counseling and psychotherapy could be classified into 4 methods. Each had different degree of research support. Researcher can choose the interested method and find new research topics which can be applicable to Thai people.

Key words : counseling psychotherapy, eclecticism, integration

Behavioral science research institute Srinakharinwirot University

บทนำ

จิตวิทยาการปรึกษาและจิตบำบัด (counseling and psychotherapy) เป็นคำที่สามารถถูกใช้เรียกแทนกัน (interchangeable) เนื่องจากมีความหมายและวิธีการปฏิบัติที่ไม่แตกต่างกันมากนัก นอกจากนั้นยังมีทฤษฎีที่ใช้ร่วมกันจนอาจกล่าวได้ว่าทั้งสองคำนั้นมีความเหมือนมากกว่าความแตกต่าง[1] ในปัจจุบันมีงานวิจัยที่สนับสนุนมากมายถึงประสิทธิภาพในการช่วยเหลือด้วยจิตวิทยาการปรึกษาและจิตบำบัด อย่างไรก็ตามรูปแบบการปรึกษาและจิตบำบัดโดยเฉพาะในกลุ่มผู้ที่มีปัญหาทางจิตเวชนั้นคล้ายคลึงกับแนวคิดการใช้ยาในการรักษา (drug metaphor)[2] คือมีความจำเพาะในการเลือกใช้การทำจิตบำบัดให้เหมาะสมกับตัวโรคเหมือนเลือกใช้ยารักษาตรงกับโรคที่เป็นอยู่ หากมองในแง่นี้พบว่าการทำจิตบำบัดแบบการรู้คิดและพฤติกรรม (cognitive-behavioral therapy: CBT) มีหลักฐานการวิจัยที่สนับสนุนค่อนข้างมากว่าเป็นวิธีการบำบัดที่มีประสิทธิภาพ มีความจำเพาะต่อตัวโรค และมีผลการวิจัยในด้านการรักษาโรคทางจิตเวชที่พบว่าไม่แตกต่างจากการรักษาด้วยยา เช่น ใช้รักษาโรคซึมเศร้า[3,4] และโรควิตกกังวล[5] เป็นต้น อย่างไรก็ตามจิตวิทยาการปรึกษาและจิตบำบัดน่าจะเป็นศิลปะในการช่วยเหลือเยียวยาหัวใจเพื่อนมนุษย์มากกว่าที่จะเป็นศาสตร์ที่ให้การรักษาแบบจำเพาะเจาะจง ดังเช่น ยาทางจิตเวช และในด้านการปฏิบัติงานจริงนั้น ผลการสำรวจทฤษฎีการปรึกษาและจิตบำบัดที่นักจิตบำบัดหรือนักจิตวิทยาส่วนใหญ่เลือกใช้เป็นอันดับแรกกลับเป็นการปรึกษาและจิตบำบัดแบบผสมผสาน (counseling and psychotherapy integration)[6-8] ซึ่งพบว่ามีความสอดคล้องเหมาะสมในการปฏิบัติงานจริงมากกว่า นอกจากนั้นเหตุผลหนึ่งที่นักจิตบำบัดเลือกใช้ทฤษฎีแบบผสมผสานเนื่องจากหลักฐานงานวิจัยต่างๆ ยังไม่พบว่าวิธีการทำจิตบำบัดหรือการให้คำปรึกษาตามแนวคิดทฤษฎีใดจะมีประสิทธิภาพสูงกว่าทฤษฎีอื่นๆ อย่างชัดเจน[9-11] ทั้งนี้ ความก้าวหน้าของศาสตร์ด้านการทำจิตบำบัดแบบผสมผสานในปัจจุบันนั้นมีมากขึ้นเรื่อยๆ จนกระทั่งนำไปสู่การพัฒนาวารสารจิตบำบัดแบบผสมผสาน (Journal of Psychotherapy Integration) ขึ้นและมีการเปิดหลักสูตรระดับปริญญาโทด้านจิตบำบัดแบบผสมผสานในหลายมหาวิทยาลัย มีงานวิจัยที่ตีพิมพ์ออกมาอย่างต่อเนื่องและจัดว่าเป็นทิศทางที่น่าสนใจในแวดวงจิตวิทยาการปรึกษาและจิตบำบัดทั้งปัจจุบันและอนาคต[12-14] อย่างไรก็ตาม จิตวิทยาการปรึกษาและจิตบำบัดแบบผสมผสานก็ยังคงต้องการงานวิจัยที่สนับสนุนอีกมากทั้งในต่างประเทศและในประเทศไทย ดังนั้นวัตถุประสงค์ของบทความนี้คือเพื่อทบทวนองค์ความรู้และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับจิตวิทยาการปรึกษาและจิตบำบัดผสมผสาน และเป็นแนวทางแก่นักจิตบำบัดหรือนักวิจัยในการทำวิจัยต่อยอดเพื่อประยุกต์ใช้ในกลุ่มคนไทยให้มากขึ้น

วัสดุและวิธีการ

บทความฟื้นฟูวิชาการนี้เป็นบทความปริทัศน์สืบค้นจากฐานข้อมูลต่างๆ ได้แก่ Proquest Social Science Journal, Proquest Dissertation & Theses, CINAHL plus with full text, Science Direct, Scopus, Ovid และฐานข้อมูลในประเทศไทยได้แก่ ฐานข้อมูลของกรมสุขภาพจิตและ ThaiLIS Digital Collection รวมทั้งหนังสือและตำราที่เกี่ยวข้องโดยใช้คำค้นภาษาอังกฤษว่า counseling psychotherapy

integration eclecticism และคำค้นภาษาไทยว่า จิตวิทยาการปรึกษา จิตบำบัด ผสมผสาน บูรณาการ พบว่าเอกสารซึ่งประกอบด้วย บทความฟื้นฟูวิชาการ บทความวิจัย วิทยานิพนธ์ ตำราที่เกี่ยวข้องและระบุชัดเจนว่าเป็นจิตวิทยาการปรึกษาหรือจิตบำบัดแบบผสมผสานซึ่งทั้งหมดเป็นเอกสารภาษาอังกฤษและมีเนื้อหาไม่ซ้ำซ้อนกัน มีทั้งหมด 57 เรื่อง คัดเฉพาะเอกสารที่เกี่ยวข้องกับหัวข้อของบทความวิชาการซึ่งต้องการนำเสนอวิธีการผสมผสานที่นิยมใช้ทั้งหมด 4 ประเภทมาได้ 31 เรื่อง โดยสามารถแบ่งเป็นบทความฟื้นฟูวิชาการ 9 เรื่อง บทความวิจัย 4 เรื่อง วิทยานิพนธ์จำนวน 3 เรื่องและตำราจำนวน 16 เล่ม ทั้งนี้ เอกสารที่ค้นคว้ามาส่วนใหญ่อยู่ในรูปแบบของเอกสารอิเลคโทรนิกส์

ผล

จิตวิทยาการปรึกษาและจิตบำบัดแบบผสมผสานนั้นมีหลายวิธี แต่วิธีการที่ได้รับความนิยมนั้นมีทั้งหมด 4 ประเภท ได้แก่ การผสมผสานทางทฤษฎี (theoretical integration) การผสมผสานทางทฤษฎีแบบมีทฤษฎีหลัก (assimilative integration) การผสมผสานทางเทคนิค (technical electicism) และการมีปัจจัยการบำบัดร่วม (common factors)[12,14-16] โดยมีรายละเอียดแยกแต่ละประเภทได้ดังนี้

การผสมผสานทางทฤษฎี (theoretical integration)

คือการผสมผสานทฤษฎีการปรึกษาและจิตบำบัดทั้งในด้านของความคิดความเชื่อเกี่ยวกับธรรมชาติของมนุษย์ แนวคิดพื้นฐานของการเกิดความผิดปกติทางจิตใจและบุคลิกภาพรวมทั้งเทคนิคต่างๆ ของตั้งแต่ 2 ทฤษฎีขึ้นไปจนเกิดเป็นทฤษฎีการปรึกษาและจิตบำบัดแบบใหม่ โดยการผสมผสานนั้นอาจมาจากทฤษฎีที่มีแนวคิดพื้นฐานคล้ายคลึงกันหรือตรงกันข้ามกันเลยก็ได้ การผสมผสานแบบนี้ถือได้ว่ามีความซับซ้อนและยากมากที่สุด การผสมผสานทางทฤษฎีที่ได้รับความนิยมในการอ้างอิงถึงและมีงานวิจัยรองรับได้แก่ รูปแบบ cyclical psychodynamic ของ Wachel และคณะ และรูปแบบ transtheoretical approach ของ Prochaska และคณะ ดังนี้

รูปแบบ cyclical psychodynamic

พัฒนาโดย Wachel และคณะ[17,18] โดยเริ่มแรกเป็นการผสมผสานแนวคิดระหว่างการบำบัดการรู้คิดและพฤติกรรม (cognitive-behavior model) กับการบำบัดแบบจิตพลวัต (psychodynamic model) เข้าด้วยกัน ต่อมาเริ่มผสมผสานแนวคิดจากทฤษฎีเชิงระบบ (system theory) ซึ่งเป็นพื้นฐานของการช่วยเหลือครอบครัวและปัจจัยด้านสังคมวัฒนธรรมมามีส่วนในการพัฒนาทฤษฎีด้วย แนวคิดนี้เชื่อว่าประสบการณ์ในวัยเด็กมีผลต่อพฤติกรรมของบุคคลในปัจจุบัน แต่การตระหนักรู้ (insight) ต่อประสบการณ์ในวัยเด็กเพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล จึงจำเป็นที่จะต้องผสานเอาแนวคิดด้านการรู้คิดพฤติกรรมมามีส่วนช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมที่ชัดเจนมากขึ้น ตัวอย่างเช่น การบำบัดรายกรณีของ Judy วัย 40 ปีที่มาขอรับการช่วยเหลือด้วยอาการซึมเศร้าเรื้อรังร่วมกับมีอาการทางกายที่หลากหลาย นักบำบัดที่ใช้แนวคิดของ cyclical psychodynamic จะเริ่มประเมินปมขัดแย้งทางจิตใจที่ส่งผลต่อพฤติกรรม และขณะเดียวกันก็ประเมินถึงสิ่งเสริมแรงหรือการลงโทษต่อพฤติกรรมที่ส่งผลต่อปมขัดแย้งทางจิตใจให้ฝังแน่นมากขึ้น ซึ่งเป็นไปตามความเชื่อพื้นฐานของ

ทฤษฎีบุคลิกภาพมนุษย์ใน cyclical psychodynamic ที่เชื่อว่าปมขัดแย้งทางจิตใจและสิ่งเสริมแรงจากสิ่งแวดล้อมล้วนมีผลกระทบซึ่งกันและกัน จากนั้นก็ใช้เทคนิคคือการตีความ (interpretation) เพื่อตีความปมขัดแย้งทางจิตใจในอดีตร่วมกับเทคนิคการลดความรู้สึกอ่อนไหวอย่างเป็นระบบ (systematic desensitization) และฝึกให้ผู้รับบริการมีพฤติกรรมกล้าแสดงออกมากขึ้นกว่าการมีพฤติกรรมแบบยอมตามที่นำไปสู่การเก็บกดความโกรธไว้ภายในจนแสดงออกมาเป็นอาการทางกายและนำไปสู่ภาวะซึมเศร้า เป็นต้น ผลการบำบัดพบว่า Judy มีพฤติกรรมกล้าแสดงออกทางอารมณ์อย่างเหมาะสมมากขึ้น[19]

รูปแบบ transtheoretical approach

พัฒนาโดย Proshaska และคณะ[20,21] รูปแบบการบำบัดแบบนี้ถือได้ว่าเป็นรูปแบบการผสมผสานทางทฤษฎีที่มีงานวิจัยรองรับมากที่สุดวิธีหนึ่ง พัฒนาขึ้นเริ่มแรกเพื่อช่วยเหลือผู้ที่มีปัญหาการใช้สารเสพติดคือ บุหรี่ ต่อมามีการประยุกต์ใช้กับกลุ่มต่างๆ โดยเฉพาะการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ[1] เช่น การลดน้ำหนักและการควบคุมอาหาร การวางแผนครอบครัวสำหรับวัยรุ่น การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีปัญหาเบาหวาน การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในผู้ติดเชื้อ HIV รวมทั้งพฤติกรรมอื่นๆ เช่น การรังแกกันในโรงเรียนและการทารุณกรรมในครอบครัว เป็นต้น รูปแบบ transtheoretical approach เกิดจากการผสมผสานทฤษฎีการบำบัดจากสำนักต่างๆ เข้าด้วยกันอันได้แก่ กลุ่มจิตวิเคราะห์ เกสตัลท์ อัตถิภาวนิยม การบำบัดแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางและการบำบัดแบบการรู้คิดพฤติกรรม ในด้านเทคนิคที่ใช้นั้นจะมีการผสมผสานเทคนิคการบำบัดจากสำนักดังกล่าวข้างต้นมาใช้ให้เหมาะสมกับขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงของบุคคล (stage of change) ซึ่งสามารถแบ่งการเปลี่ยนแปลงออกเป็น 5 ระยะได้แก่[21,22] ระยะการเพิกเฉย (precontemplation) ระยะการใคร่ครวญ (contemplation) ระยะตั้งใจ (preparation) ระยะลงมือกระทำ (action) และระดับสุดท้าย ระยะต่อเนื่อง (maintenance)

การผสมผสานทางเทคนิค (technical electicism)

การผสมผสานทางเทคนิคจัดได้ว่าเป็นรูปแบบการผสมผสานที่นิยมใช้มากที่สุดวิธีหนึ่ง โดยเป็นการหยิบยกเอาเฉพาะเทคนิคจากทฤษฎีการปรึกษาและจิตบำบัดต่างๆ ซึ่งเป็นเทคนิคที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ (empirically supported interventions) มาใช้ให้เหมาะสมกับการช่วยเหลือผู้รับบริการแต่ละรายโดยมิได้ยึดถือทฤษฎีการปรึกษาหรือจิตบำบัดใดเป็นทฤษฎีหลัก ตัวอย่างการผสมผสานแบบนี้พบได้ในงานของ Lazarus[23] ซึ่งพัฒนารูปแบบการบำบัดที่เรียกว่า multimodal therapy มีพื้นฐานมาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (social-cognitive theory) ซึ่งเป็นรูปแบบการบำบัดแบบผสมผสานทางเทคนิคจากทฤษฎีการบำบัดใดๆ ก็ได้เพื่อให้ครอบคลุมการช่วยเหลือผู้รับบริการตามมิติต่างๆ ที่ Lazarus เรียกว่า BASIC ID มีรายละเอียดได้แก่[23,24] B = behavior (พฤติกรรม) A = affect (อารมณ์) S = sensation (การรับสัมผัส) I = imagery (การจินตนาการ) C = cognition (การรู้คิด) I = interpersonal relationship (สัมพันธภาพระหว่างบุคคล) D = drug/biology (ยาและปัจจัยทางชีววิทยา)

Lazarus มองว่า BASIC ID เป็นได้ทั้งเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผู้รับบริการและเป็น

แนวทางในการบำบัดรักษา ซึ่งผู้รับบริการแต่ละคนอาจมีปัญหาในแต่ละด้านและมีความจำเป็นที่ต้องได้รับการแทรกแซงแต่ละด้านแตกต่างกัน ในส่วนของการปรึกษาและบำบัดนั้น สามารถเลือกใช้เทคนิคจากทฤษฎีใดๆ ก็ได้ที่เหมาะสมในการบำบัดรักษาในแต่ละด้านของ BASIC ID ตัวอย่างเช่น การใช้เทคนิคเก้าอี้ที่ว่างเปล่า (empty chair) ของเกสตัลท์ในการเยียวยามิติด้านอารมณ์ การรับสัมผัสและการจินตนาการ การใช้เทคนิคแบบเผชิญหน้า (exposure) เพื่อบำบัดพฤติกรรมไม่กล้าแสดงออกหรือการให้สิ่งเสริมแรงทางบวกเพื่อกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมที่พึงปรารถนามากยิ่งขึ้น การใช้เทคนิคการปรับเปลี่ยนความคิด (cognitive restructuring) เพื่อลดความคิดแบบสรุปเหมารวมหรือความคิดที่ไม่สอดคล้องกับความเป็นจริง เป็นต้น

ในส่วนของการวิจัยที่สนับสนุนการใช้ multimodal therapy ยังค่อนข้างน้อย ตัวอย่างการศึกษาของ Kwee[25] ที่ศึกษาผลการใช้ multimodal therapy (MMT) ในกลุ่มคนไข้ในที่ป่วยด้วยโรคย้ำคิดย้ำทำแบบเรื้อรังจำนวน 44 คนและป่วยด้วยโรคความกลัวแบบไม่มีเหตุผล (phobia) จำนวน 40 คน ผลการศึกษาพบว่า หลังจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลไปแล้วเป็นเวลา 8 เดือน ผู้ป่วยร้อยละ 60 มีอาการดีขึ้น ร้อยละ 32 มีอาการคงที่และอีกร้อยละ 8 มีอาการแย่ลง

การผสมผสานทางทฤษฎีแบบมีทฤษฎีหลัก (assimilative integration)

พัฒนาโดย Messer[15] เนื่องจากรูปแบบการผสมผสานทางทฤษฎีถูกโจมตีจากนักจิตบำบัดที่เน้นการบำบัดแบบใช้ทฤษฎีเดียว (monoism) ว่ารูปแบบการผสมผสานทางทฤษฎีเป็นไปได้ยาก นอกจากนั้นความคิดความเชื่อพื้นฐานของแต่ละทฤษฎีที่ใช้ในการบำบัดมีความแตกต่างกันและไม่สามารถที่จะมาผสมผสานกันได้ ในขณะที่การผสมผสานทางเทคนิค (technical electicism) ก็ดูเหมือนหยิบยกเอามาแต่เทคนิคมาใช้กับผู้รับบริการโดยมิได้พิจารณาถึงที่มาที่ไปทางทฤษฎีการบำบัดที่อยู่เบื้องหลังเทคนิค ต่อมาจึงได้มีการพัฒนารูปแบบการผสมผสานที่ลดจุดบกพร่องของทั้งการผสมผสานทางทฤษฎีและการผสมผสานทางเทคนิคเรียกว่า "การผสมผสานทางทฤษฎีแบบมีทฤษฎีหลัก" คือ ผู้ให้การปรึกษาหรือนักจิตบำบัดยึดทฤษฎีการบำบัดทฤษฎีใดทฤษฎีหนึ่งเป็นหลัก จากนั้นจะทำการหยิบยืมเทคนิคจากทฤษฎีการบำบัดอื่นมาใช้ร่วมด้วย โดยเทคนิคที่ถูกหยิบยืมมาใช้นั้นมีวัตถุประสงค์เพื่อตอบสนองเป้าหมายการบำบัดตามทฤษฎีหลักที่นักจิตบำบัดยึดถือ ตัวอย่างเช่น นักจิตบำบัดเลือกการทำจิตบำบัดแบบจิตพลวัตเป็นวิธีการหลัก แต่ขณะทำการบำบัดนั้นจะหยิบยกเอาเทคนิคการลดความรู้สึกอ่อนไหวอย่างเป็นระบบ (systematic desensitization) จากการบำบัดการรู้คิดพฤติกรรมหรือเทคนิคการใช้เก้าอี้ที่ว่างเปล่าจากการบำบัดแบบเกสตัลท์ (gestalt therapy) มาใช้ โดยมิได้มีวัตถุประสงค์เพื่อใช้ในการปรับพฤติกรรมหรือเพื่อให้เกิดการตระหนักในอารมณ์ความรู้สึกแบบที่นี่เดี๋ยวนี้ (here and now) ซึ่งเป็นเป้าหมายของเกสตัลท์ แต่ใช้เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการทำให้ผู้รับบริการเกิดการตระหนักรู้ (insight) ถึงปมขัดแย้งในจิตไร้สำนึก (unconcious) และมีพฤติกรรมการแสดงออกเพื่อตอกย้ำการตระหนักรู้ให้เข้มข้นมากขึ้น (working through) ตัวอย่างการศึกษาที่ใช้แนวคิดการผสมผสานแบบนี้ที่ได้รับการอ้างอิงถึง คืองานของ Stricker และ Gold[26] ที่ทำการผสมผสาน

เทคนิคการบำบัดจากทฤษฎีการรู้คิดพฤติกรรมและการบำบัดแบบเกสตัลท์มาใช้ร่วมกับการบำบัดแบบจิตพลวัตซึ่งเป็นทฤษฎีหลักที่นักจิตบำบัดเลือกใช้เพื่อช่วยเหลือผู้ที่มีปัญหาวิตกกังวล และงานของ Mc-Cullough และ Andrews[27] ที่ทำการผสมผสานเทคนิคการบำบัดจากทฤษฎีการรู้คิดพฤติกรรม การบำบัดแบบเกสตัลท์และเทคนิคจากกลุ่มเน้นประสบการณ์ (experiential) มาใช้ร่วมกับการบำบัดแบบจิตพลวัตซึ่งเป็นทฤษฎีหลักเช่นกัน แต่มีเป้าหมายเพื่อใช้ในการรักษาผู้ป่วยที่มีอาการกลัวผิดปกติ (phobia) โดยเรียกการบำบัดนี้ว่า affect phobia therapy (APT)

นอกจากการผสมผสานโดยมีทฤษฎีจิตพลวัตเป็นทฤษฎีหลักแล้ว ยังสามารถใช้ทฤษฎีในกลุ่มมนุษยนิยมเป็นทฤษฎีหลักและผสมผสานเทคนิคจากทฤษฎีด้านมนุษยนิยมอื่นๆ เข้ามาใช้ร่วมด้วยได้ ตัวอย่างเช่น จิตบำบัดแนวซาเทียร์ซึ่งเป็นทฤษฎีจิตบำบัดแนวมนุษยนิยมอาจมีการหยิบยืมเทคนิคจากทฤษฎีการบำบัดอื่น เช่น เทคนิคการปั้นหุ่น (sculpting) และการสลับบทบาท (role reversal) จากละครบำบัด (psychodrama) เทคนิคการจินตนาการและการใช้เก้าอี้ที่ว่างเปล่า (empty chair) จากทฤษฎีการบำบัดแบบเกสตัลท์ มาใช้ในขณะที่นักจิตบำบัดทำการบำบัดแนวซาเทียร์เพื่อให้ผู้รับบริการเกิดการตระหนักรู้ (awareness) ถึงชั้นภายในภูเขาน้ำแข็งของตน (personal iceberg) เข้าใจกลไกป้องกันตนเองที่ใช้ (stances) และสามารถเข้าถึงความโหยหาทางจิตใจในระดับลึก (yearning) และตัวตน (self) ซึ่งเป็นแหล่งรวมของพลังชีวิตและจิตวิญญาณที่เป็นสากลซึ่งส่งผลให้มีการปรับตัวที่มีความสอดคล้องกลมกลืนมากขึ้น (congruence)[28]

การมีปัจจัยการบำบัดร่วม (common factors)

หมายถึง คุณลักษณะร่วมหรือปัจจัยที่ส่งผลให้ผู้รับบริการมีการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นภายหลังได้รับการปรึกษาหรือการทำจิตบำบัดโดยมิได้ขึ้นอยู่กับว่าใช้ทฤษฎีการปรึกษาหรือจิตบำบัดทฤษฎีใด ตัวอย่างเช่น สัมพันธภาพที่ดีระหว่างนักจิตบำบัดและผู้รับบริการถือว่าเป็นปัจจัยการบำบัดร่วมที่ทำให้ผู้รับบริการมีอาการดีขึ้นไม่ว่านักจิตบำบัดจะใช้ทฤษฎีใดในการบำบัดรักษา ปัจจัยการบำบัดร่วมได้มีการศึกษาหลายชิ้นที่บ่งบอกว่ามีปัจจัยอะไรบ้าง อย่างไรก็ตามยังไม่เป็นที่ตกลงร่วมกันว่าประกอบด้วยปัจจัยอะไรที่แน่นอน[29] และยังไม่มีการออกแบบการบำบัดทางจิตเฉพาะสำหรับการผสมผสานชนิดที่เป็นแบบมีปัจจัยการบำบัดร่วม[30] ตัวอย่างการศึกษาที่น่าสนใจคือ การศึกษาของ Lambert[31] ที่นำเสนอปัจจัยการบำบัดร่วมจากหลายทฤษฎีของจิตวิทยาการปรึกษาและจิตบำบัดซึ่งสามารถเรียกรวมกันได้ว่า "ปัจจัยสี่" (the big four) ดังต่อไปนี้

1. ปัจจัยภายในตัวผู้รับบริการและปัจจัยภายนอกชั่วโมงบำบัด (client/extratherapeutic factors) ซึ่งปัจจัยเหล่านี้มีส่วนถึงร้อยละ 40 ที่จะส่งผลต่อประสิทธิภาพของการปรึกษาและจิตบำบัด ตัวอย่างปัจจัยที่อยู่ในกลุ่มนี้ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนประคับประคองจากสมาชิกในครอบครัว การมีอาชีพที่มั่นคง การมีเพื่อนสนิท การมีทักษะการจัดการกับปัญหาที่ดี การมีความเข้มแข็งของอีโก้ เป็นต้น ดังนั้น นักจิตวิทยาการปรึกษาและนักจิตบำบัดที่ดีจะต้องตระหนักและให้ความสำคัญกับปัจจัยต่างๆ ภายนอกชั่วโมงบำบัดที่จะส่งผลต่อการปรับตัวของผู้รับบริการ อาจมีการช่วยเหลือด้านอื่น

ที่จำเป็น เช่น ประสานงานด้านการจัดหาที่พักให้กับผู้รับบริการที่มีปัญหาฉุกเฉินหรือวิกฤติในชีวิตเพื่อให้เกิดความปลอดภัยทั้งทางร่างกายและจิตใจกับผู้รับบริการ นอกจากนั้น จะต้องตระหนักว่าปัจจัยสำคัญที่ทำให้ตัวผู้รับบริการดีขึ้นได้ก็คือ "ทรัพยากรภายในตัวของเขาเอง" ที่ช่วยให้ยืนหยัดภายหลังเผชิญปัญหาในชีวิตได้มากกว่าไปมุ่งเน้นที่การเลือกใช้เทคนิคต่างๆ ซึ่งมีส่วนช่วยให้ผู้รับบริการดีขึ้นจากการบำบัดได้น้อยกว่า[32]

2. ปัจจัยด้านสัมพันธภาพระหว่างนักจิตบำบัดและผู้รับบริการ (relationship factors) ปัจจัยด้านนี้มีส่วนร้อยละ 40 ต่อประสิทธิภาพของการปรึกษาและจิตบำบัด อันเช่น การใส่ใจในตัวผู้รับบริการ ความเห็นอกเห็นใจ การสนับสนุนให้กำลังใจ จากการศึกษาแบบอภิมาณ[33] ผลของการมีความเห็นอกเห็นใจ (empathy) ของนักจิตบำบัดต่อประสิทธิผลของการรักษาจากการศึกษา 47 เรื่อง และแบบวัดความเห็นอกเห็นใจทั้งหมด 190 แบบวัด ในกลุ่มตัวอย่าง 3,026 คนพบว่า ความเห็นอกเห็นใจส่งผลต่อประสิทธิภาพในการบำบัดอย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การบำบัดแบบการรู้คิดพฤติกรรมนั้น หากนักจิตบำบัดมีความเห็นอกเห็นใจต่อผู้รับบริการมาก จะส่งผลต่อประสิทธิภาพในการบำบัดมากกว่านักจิตบำบัดแบบการรู้คิดพฤติกรรมที่มีความเห็นอกเห็นใจน้อย ซึ่งการศึกษาดังกล่าวเน้นความสำคัญของปัจจัยด้านสัมพันธภาพที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพของการบำบัดได้ชัดเจน

3. การเกิดความหวัง (hope) คือการที่ผู้รับบริการมีความหวังว่าการรับการปรึกษาหรือจิตบำบัดจะทำให้ตนเองปรับตัวได้ดีขึ้น ซึ่งการมีความหวังนี้จะส่งผลต่อประสิทธิภาพการบำบัดร้อยละ 15 อย่างไรก็ตาม การที่ผู้รับบริการจะเกิดความหวังว่าการบำบัดจะช่วยพวกเขาได้ก็ต่อเมื่อสัมพันธภาพระหว่างนักจิตบำบัดกับผู้รับบริการเป็นไปด้วยดี

4. ทฤษฎีและเทคนิค (model and technique) คือทฤษฎีที่นักจิตวิทยาการปรึกษาหรือนักจิตบำบัดรวมทั้งเทคนิคต่างๆ ที่เลือกใช้จะส่งผลต่อประสิทธิภาพในการบำบัดเพียงแค่ร้อยละ 15 เท่านั้น ซึ่งจากการศึกษานี้น่าจะทำให้นักจิตวิทยาการปรึกษาและนักจิตบำบัดมีความตระหนักใส่ใจกับปัจจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดให้มากขึ้น โดยไม่มุ่งเน้นที่การใช้ทฤษฎีหรือเทคนิคเป็นหลักในการบำบัดรักษาแต่เพียงอย่างเดียวเท่านั้น

นอกจากนั้นยังมีตัวอย่างการศึกษาของ Ahn และ Wampold[9] ที่เป็นการศึกษาแบบอภิมาณสนับสนุนผลการวิจัยของ Lambert[31] ที่พบว่าปัจจัยการบำบัดร่วมเป็นส่วนสำคัญต่อความสำเร็จในการทำจิตบำบัดถึงร้อยละ 70 ในขณะที่ปัจจัยเฉพาะของทฤษฎี (specific factors) มีส่วนต่อความสำเร็จในการทำจิตบำบัดเพียงร้อยละ 8 เท่านั้น

ตัวอย่างรูปแบบจิตบำบัดที่น่าจะเกิดจากการผสมผสานตามปัจจัยการบำบัดร่วมได้แก่ การทำจิตบำบัดประคับประคอง (supportive psychotherapy)[34] ซึ่งให้การแทรกแซงตามปัจจัยที่ส่งผลให้ผู้รับบริการหรือผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น คือ ส่งเสริมการทำหน้าที่ที่ดีขึ้นของอีโก้ นักจิตบำบัดช่วยทำหน้าที่เป็นตัวแทนของอัตตาผู้ป่วย (auxiliary ego) ที่บกพร่องไป มีการแนะนำหรือช่วยจัดสรรทรัพยากรภายนอกต่างๆ ที่จำเป็นต่อการปรับตัวของผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพที่ดีขึ้นและให้ความสำคัญกับการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างนักจิตบำบัดและผู้ป่วย ซึ่งเทคนิคที่การทำจิตบำบัดประคับประคองใช้นั้นสะท้อนถึงปัจจัยการ

บำบัดร่วมที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการช่วยเหลือรักษาทางจิตใจเป็นอย่างดี

วิจารณ์

โดยทั่วไปแล้ว จิตวิทยาการปรึกษาและจิตบำบัดแบบผสมผสานยังถือว่าเป็นศาสตร์ที่พัฒนาได้ไม่นานนัก มีรูปแบบการผสมผสานหลายรูปแบบและเป็นแนวทางที่ถูกนำมาใช้ในการปฏิบัติงานจริงในกลุ่มนักจิตวิทยาการปรึกษาและนักจิตบำบัดในปัจจุบัน เพราะสอดคล้องกับกระบวนทัศน์แบบปฏิบัตินิยม (pragmatic paradigm) โดยรูปแบบที่เป็นที่นิยมทั้ง 4 รูปแบบที่ผู้เขียนหยิบยกมาก็เนื่องจากเป็นรูปแบบที่มักถูกกล่าวอ้างในวิทยานิพนธ์ บทความวิจัยและตำราต่างๆ ทางด้านจิตบำบัดแบบผสมผสาน[12,14-16] อย่างไรก็ตาม การศึกษาประสิทธิภาพของผลการบำบัดแบบผสมผสานทั้ง 4 รูปแบบก็ยังพบได้น้อย ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาแบบรายกรณีและยังขาดการศึกษาที่สนับสนุนถึงประสิทธิภาพโดยเฉพาะในรูปแบบของ randomized controlled trial (RCT) ยกเว้นรูปแบบของ transtheoretical approach ที่มีงานวิจัยที่สนับสนุนค่อนข้างมากทั้งในเชิงทฤษฎีโดยเฉพาะขั้นตอนการเปลี่ยนแปลง (stage of change) และประสิทธิภาพของกระบวนการบำบัดโดยเฉพาะอย่างยิ่งที่พฤติกรรมสุขภาพและพฤติกรรมเสพติด[1] แต่ผู้เขียนมีทัศนะว่าแนวคิด transtheoretical approach สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่พึงประสงค์อื่นๆ ได้เช่น พฤติกรรมในองค์กร พฤติกรรมการใฝ่รู้ใฝ่เรียน พฤติกรรมจิตสาธารณะและพฤติกรรมประชาธิปไตย เป็นต้น ซึ่งจะช่วยขยายแนวคิดทฤษฎีในการประยุกต์ใช้กับพฤติกรรมอื่นได้อย่างกว้างขวางมากขึ้น

แม้ว่าจิตวิทยาการปรึกษาและจิตบำบัดแบบผสมผสานจะสอดคล้องกับการปฏิบัติงานจริงของนักจิตบำบัดที่จะเลือกใช้ทฤษฎีหรือเทคนิคที่สอดคล้องกับความชำนาญหรือความคิดความเชื่อเรื่องธรรมชาติพฤติกรรมมนุษย์และสอดคล้องกับปัญหาที่ผู้รับบริการมาขอความช่วยเหลือ เมื่อถูกนำมาศึกษาวิจัยก็จะถูกโต้แย้งในแง่ของวิธีการผสมผสานและงานวิจัยที่รองรับ เช่น การผสมผสานทางทฤษฎี (theoretical integration) ถูกโต้แย้งว่าแต่ละทฤษฎีของจิตวิทยาการปรึกษาและจิตบำบัดต่างก็มีความคิดความเชื่อเกี่ยวกับธรรมชาติของมนุษย์ที่แตกต่างกัน ดังนั้นการรวมทฤษฎีแล้วสร้างเป็นทฤษฎีใหม่จะสามารถผสมผสานความแตกต่างของแนวคิดที่อยู่เบื้องหลังและแตกต่างกันได้อย่างไร ในขณะที่การผสมผสานทางเทคนิค (technical integration) ก็เพียงแค่เลือกเทคนิคจากทฤษฎีต่างๆ ที่แม้ว่าเทคนิคนั้นจะมีหลักฐานงานวิจัยรองรับ แต่การเลือกเอาแต่เทคนิคมาแต่เพียงอย่างเดียวโดยมิได้คำนึงถึงแนวคิดทฤษฎีที่อยู่เบื้องหลังเทคนิคนั้นแล้วนำมาผสมผสานกัน จะทำให้การบำบัดมีประสิทธิภาพหรือไม่ แม้ว่าจะเกิดแนวคิดการผสมผสานแบบที่เรียกว่า การผสมผสานทางทฤษฎีแบบมีทฤษฎีหลัก (assimilative integration) ที่เชื่อมจุดอ่อนของการผสมผสานทางทฤษฎีและการผสมผสานทางเทคนิค โดยการเลือกใช้ทฤษฎีใดทฤษฎีหนึ่งเป็นหลักในการบำบัด แต่จะมีการเลือกใช้เทคนิคในการบำบัดจากทฤษฎีการบำบัดอื่นๆ ที่สอดคล้องกับทฤษฎีหลักที่นักจิตบำบัดยึดถือมาช่วยส่งเสริมให้การบำบัดบรรลุวัตถุประสงค์มากยิ่งขึ้น ซึ่งการผสมผสานแบบนี้ก็ยังต้องการผลงานวิจัยที่สนับสนุนอีกเป็นจำนวนมากถึงประสิทธิภาพ

การศึกษารูปแบบของจิตวิทยาการปรึกษาและจิตบำบัดแบบผสมผสานในประเทศไทยสามารถพบได้ในวิทยานิพนธ์ต่างๆ แต่มีจำนวนไม่มาก ส่วนใหญ่จะทำการศึกษาประสิทธิภาพการบำบัดแบบ transtheoretical approach แต่การผสมผสานในรูปแบบอื่นๆ ยังไม่ชัดเจนและผู้วิจัยไม่ระบุว่างานวิจัยของตนใช้รูปแบบของการผสมผสานแบบใด เช่น การศึกษาและพัฒนาการมองโลกในแง่ดีของนักเรียนวัยรุ่นโดยการให้คำปรึกษากลุ่ม[35] ที่ออกแบบการปรึกษากลุ่มในรูปแบบที่บูรณาการทั้งเทคนิคและแนวคิดทฤษฎีต่างๆ มาประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมตามกระแสกลุ่ม (group process) ทว่ายังขาดแนวคิดที่สนับสนุนถึงการผสมผสานบูรณาการว่ามีที่มาหรืออ้างอิงจากแนวคิดใด ดังนั้นในประเทศไทยจึงต้องการงานวิจัยที่สนับสนุนอีกเป็นจำนวนมากถึงแนวคิดการผสมผสานด้านจิตวิทยาการปรึกษาและจิตบำบัด รวมทั้งประสิทธิผลของการผสมผสานรูปแบบต่างๆ ในกลุ่มคนไทย

สรุป

จิตวิทยาการปรึกษาและจิตบำบัดแบบผสมผสานสามารถแบ่งออกได้เป็น 4 ประเภทได้แก่ การผสมผสานทางทฤษฎี การผสมผสานทางทฤษฎีแบบมีทฤษฎีหลัก การผสมผสานทางเทคนิค และการมีปัจจัยการบำบัดร่วม ซึ่งสามารถสรุปได้ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบจิตวิทยาการปรึกษาและจิตบำบัดแบบผสมผสานระหว่าง 4 ประเภท

หัวข้อ	ประเภทจิตวิทยาการปรึกษาและจิตบำบัดแบบผสมผสาน			
	การผสมผสานทางทฤษฎี	การผสมผสานทางทฤษฎีแบบมีทฤษฎีหลัก	การผสมผสานทางเทคนิค	การมีปัจจัยบำบัดร่วม
แนวคิด	การผสมผสานตั้งแต่ 2 ทฤษฎีขึ้นไปเพื่อสร้างทฤษฎีใหม่	การเลือกใช้ทฤษฎีหลักทฤษฎีหนึ่งแต่ผสมผสานเฉพาะเทคนิคจากทฤษฎีอื่นมาใช้ร่วมด้วย	การเลือกใช้เทคนิคที่มีงานวิจัยรองรับจากหลายทฤษฎีโดยมิได้ยึดทฤษฎีใดทฤษฎีหนึ่งเป็นหลัก	ปัจจัยการบำบัดคือตัวแปรที่เยียวยาผู้รับบริการไม่ว่านักจิตบำบัดจะเลือกใช้ทฤษฎีใดก็ตาม
ตัวอย่างรูปแบบ	- cyclical psychodynamic - transtheoretical approach	affect phobia therapy (APT)	multimodal therapy	- the big four - supportive psycho therapy
งานวิจัยและกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา	cyclical psychodynamic พบการศึกษาแบบรายกรณีในกลุ่มผู้ที่มีปัญหาซึมเศร้า ในขณะที่ trans-theoretical approach พบมากในการศึกษากับกลุ่มพฤติกรรมเสพติดและพฤติกรรมสุขภาพ	affect phobia therapy พบผลการศึกษาในรูปแบบรายกรณีในผู้ที่มีอาการกลัวผิดปกติ (phobia) และวิตกกังวล	พบการศึกษาในผู้ป่วยที่เป็นโรคย้ำคิดย้ำทำและกลัวผิดปกติ	the big four เกิดจากการศึกษาแบบ meta-analysis ในหลายทฤษฎีการบำบัดและสกัดปัจจัยร่วมจากหลากหลายทฤษฎีที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในผู้รับบริการ

ข้อเสนอแนะ

ควรมีการศึกษาวิจัยเพื่อยืนยันแนวคิดรวมทั้งประสิทธิภาพของการทำจิตวิทยาการปรึกษาและจิตบำบัดแบบผสมผสานให้มากขึ้น นอกจากนั้นควรมีการระบุรูปแบบการผสมผสานในการวิจัยให้ชัดเจนว่ามีการผสมผสานแบบใดหรืออ้างอิงจากแนวคิดของใคร เพื่อประโยชน์ในการศึกษาต่อยอดและประยุกต์ในคนไทยให้มีความชัดเจนมากยิ่งขึ้น

References

1. Sharf RS. Theories of psychotherapy and counseling: Concepts and cases. 5th ed. Belmont CA: Brooks/Cole-Cengage; 2012.
2. Shapiro D. Finding out about how psychotherapies help people change. Psychother Res 1995;5:1-21.
3. Kaplann HI, Sadock BJ. Synopsis of psychiatry. 10th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wikins; 2007.
4. Vos T, Haby MM, Barendregt JJ, Kruijshaar M, Corry J, Andrews G. The burden of major depression avoidable by longer-term treatment strategies. Arch Gen psychiatry 2004;61:1097-103.
5. Eddy KT, Dutra L, Bradley R, Westen D. A multidimensional meta-analysis of psychotherapy and pharmacotherapy for obsessive-compulsive disorder. Clin Psychol Rev 2004;24:1011-30.
6. Hollanders H. Eclecticism and integration in counseling: Implications for training. Brit J Guid Couns 1999;27:483-500.
7. Consoli AJ, Jester CM. A model for teaching psychotherapy theory through an integrative structure. J Psychother Integr 2005;15:358-73.
8. Norcross JC, Goldfried, MR. Handbook of psychotherapy integration. 2nd ed. New York: Oxford University Press; 2005.
9. Ahn H, Wampold BE. Where or where are the specific ingredients? A meta-analysis of component studies in counseling and psychotherapy. J Couns Psychol 2001;48:251-7.
10. Wampold DE. The great psychotherapy debate: Model, methods and findings. Mahwah, NJ: Erlbaum; 2001.
11 Lambert MJ., Ogles BM. The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In: Lambert MJ, editor. Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change. 5th ed. New York: Wiley; 2004. p.3-15.
12. Norcross JC. A Primer on Psychotherapy Integration. In: Norcross JC, Goldfriend MR, (Eds.). Handbook of psychotherapy integration. 2nd ed. New York: Oxford University; 2005. p.3-23.
13. Brown J. Psychotherapy integration: systems theory and self-psychology. J Marital Fam Ther 2010;36:472-85.
14. Marquis A, Hudson D, Tursi M. Perceptions of counseling integration: A survey of counselor educators. JCPS 2010;2:61-73.
15. Messer SB. Introduction to the Special Issue on Assimilative Integration. J Psychother Integr 2001;11:1-4.
16. Stricker G, Gold J. A casebook of psychotherapy integration. Washington, DC: American Psychological Association; 2006.
17. Wachtel PL, Kruk JC, McKinney MK. Cyclical psychodynamics and integrative relational psychotherapy. In: Norcross JC, Goldfriend MR, (Eds.). Handbook of psychotherapy integration. 2nd ed. New York: Oxford University; 2005. p.172-195.
18. Wachtel PL. Psychotherapy from an international perspective. J Psychother Integr 2008;18:66-9.
19. Gold JR, Wachtel PL. Cyclical psychodynamics. In Stricker G, Gold JR, (Eds.). Comprehensive handbook of psychotherapy integration. New York: Plenum; 1993. p.59-72.
20. Prochaska JO, DiClemente CC. The transtheoretical approach. In: Norcross JC, Goldfriend MR, (Eds.). Handbook of psychotherapy integration. 2nd ed. New York: Oxford University Press; 2005. p.147-71.

21. Prochaska JO, Norcross JC. Systems of psychotherapy: A transtheoretical analysis. 7th ed. Belmont, CA: Brooks/Cole-Cengage; 2010.
22. Prochaska JO, DiClemente CC. The transtheoretical approach: Crossing the traditional boundaries of therapy. Homewood, IL: DowJones-Irwin; 1984.
23. Lazarus AA. Technical eclectisicm and multimodal therapy. In Lebow JL, editor. Twenty-first century psychotherapies: Contemporary approaches to theory and practice. Hoboken, NJ: John Wiley; 2008. p.424-52.
24. Lapworth P, Sills C. Integration in Counselling & Psychotherapy. 2nd ed. London: SAGE; 2010.
25. Kwee MGT, Duivenvoorden HJ, Trijsburg RW, Thiel JH. Multimodal therapy in an inpatient setting. Curr Psychol Res Rev 1986;5:344-57.
26. Stricker G, Gold JR. Psychotherapy integration: An assimilative, psychodynamic approach. Clin Psychol-Sci Pr 1996;3:47-58.
27. McCullough L, Andrews S. Assimilative Integration: Short-term dynamic psychotherapy for treating affect phobias. Clin Psychol-Sci Pr 2001;8:82-97.
28. Dodson LS, Loeschen S, Graves M. Systematic counseling/therapy skills training for enriching relationships with yourself & others. (training manual). Bangkok: Mahidol University; 2011.
29. Arnkoff DB, Victor BJ, Glass CR. Empirical research on factors in psychotherapeutic change. In Stricker G, Gold JR, (Eds.). Comprehensive handbook of psychotherapy integration. New York: Plenum; 1993. p.27-42.
30. Weingerger, J. Common factors in psychotherapy. In Stricker G, Gold JR, (Eds.). Comprehensive handbook of psychotherapy integration. New York: Plenum; 1993 p. 43-56.
31. Lambert MJ. Psychotherapy outcome research: Implications for integrative and eclectic therapist. In: Norcross JC, Goldfriend MR, (Eds.). Handbook of psychotherapy integration. New York: Basic Books; 1992. p.94-129.
32. Bohart AC, Tallman K. How clients make therapy work. Washington, DC: American Psychological Association; 1999.
33. Bohart AC, Elliott R, Greenberg LS, Watson JC. Empathy. In: Norcross JC, editor. Psychotherapy relationships that work. Therapist contributions and responsiveness to patients. Oxford: Oxford University; 2002. p.129-43.
34. Trijsburs RW, Colijn S, Holmes J. Psychotherapy integration. In: Gabbard GO, Beck JS, Holmes J, (Eds.). Oxford textbook of psychotherapy. New York: Oxford University; 2005. p.99-100.
35. Ratchatawan W. A study and development of adolescent students' optimism through group counseling [Ph.D. thesis]. Bangkok: Srinakharinwirot University; 2011.