



จิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคล: ทางเลือกใหม่ของการรักษาโรคซึมเศร้า

พิรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย, พ.บ.

บทคัดย่อ

จิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลเป็นจิตบำบัดระยะสั้นที่มีหลักฐานยืนยันถึงประสิทธิภาพในการรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยการเชื่อมโยงอาการของโรคซึมเศร้ากับปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลด้านใดด้านหนึ่งใน 4 ด้าน ซึ่งได้แก่ 1) ความรู้สึกเศร้าเสียใจจากการเสียชีวิตของบุคคลที่สำคัญ 2) ความขัดแย้งกับบุคคลที่สำคัญ 3) การเปลี่ยนผ่านบทบาททางสังคม และ 4) การขาดสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น และแก้ไขปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลในประเด็นที่ผู้ป่วยซึมเศร้าเผชิญอยู่ ทำให้อาการของโรคซึมเศร้าดีขึ้น ใช้ระยะเวลาในการรักษาโดยเฉลี่ย 16 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง การรักษาแบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะเริ่มต้น ระยะกลาง และระยะสิ้นสุด วิธีการของการรักษาอาศัยเทคนิคในการค้นหาข้อมูล การวิเคราะห์การสื่อสาร การกระตุ้นให้แสดงอารมณ์ที่เกิดขึ้น การแสดงบทบาทสมมติ การแก้ไขปัญหและการวิเคราะห์เพื่อตัดสินใจ การมอบหมายงานหรือให้การบ้าน และการใช้ความสัมพันธ์ในการรักษา ผู้รักษาจะมีบทบาทในเชิงรุกและคอยให้ความช่วยเหลือผู้ป่วย เป้าหมายและขบวนการของการรักษาคือการช่วยให้ผู้ป่วยสามารถแก้ไขปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่เกิดขึ้น ปรับปรุงและเพิ่มทักษะสัมพันธภาพระหว่างบุคคลและทักษะทางสังคม รวมทั้งรูปแบบและวิธีการสื่อสารที่เหมาะสมให้กับผู้ป่วย ลดการแยกตัวจากสังคม และมีแหล่งสนับสนุนประคับประคองทางสังคมที่ดีขึ้น ซึ่งจะส่งผลช่วยให้ผู้ป่วยหายจากอาการของโรคซึมเศร้า

คำสำคัญ : จิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคล, โรคซึมเศร้า

วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2549; 51(2): 117-131.

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



Interpersonal psychotherapy: A new option for treatment of depression

Peeraphon Lueboonthavatchai, M.D.

Abstract

Interpersonal psychotherapy (IPT), one of the short-term psychotherapies, is an evidence-based therapy. The IPT therapist tries to link the patient's depressive symptoms with one of the interpersonal problems; 1) grief 2) interpersonal role disputes 3) role transitions and 4) interpersonal deficits. When the interpersonal problem is resolved, the patient will relieve from depressive symptoms. The duration of treatment is about 16 sessions in 16 weeks. IPT consists of three phases of treatment; 1) initial phase, 2) intermediate phase, and 3) termination phase. The therapeutic techniques of IPT are exploratory techniques, communication analysis, use of affect, role playing, problem solving and decision analysis, task assignment, and use of therapeutic relationship. The IPT therapist has active role and advocates for patient. The goals of IPT are to resolve interpersonal difficulties, to improve patient's interpersonal or social skills, to reduce the patient's social isolation, to increase the patients' social support, and to relieve the patient's depressive symptoms.

Key words : interpersonal psychotherapy, depression

J Psychiatr Assoc Thailand 2006; 51(2): 117-131.

Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University

บทนำ

จิตบำบัดสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal psychotherapy, IPT) เป็นจิตบำบัดรูปแบบหนึ่งซึ่งมีหลักฐานยืนยันถึงประสิทธิภาพในการรักษาโรคซึมเศร้า¹⁻² ทั้งโรคซึมเศร้ารุนแรงและโรคซึมเศร้าเรื้อรัง จิตบำบัดสัมพันธ์ระหว่างบุคคลเป็นจิตบำบัดระยะสั้นที่มีเป้าหมายในการแก้ไขปัญหาระหว่างบุคคลในด้านใดด้านหนึ่งใน 4 ด้านที่มีความเกี่ยวข้องกับอาการของโรคซึมเศร้า ซึ่งได้แก่ 1) ความรู้สึกเศร้าเสียใจจากการเสียชีวิตของบุคคลที่สำคัญ 2) ความขัดแย้งกับบุคคลที่สำคัญ 3) การเปลี่ยนผ่านบทบาททางสังคม และ 4) การขาดสัมพันธ์กับบุคคลอื่น เมื่อปัญหาระหว่างบุคคลได้รับการแก้ไข อาการของโรคซึมเศร้าของผู้ป่วยก็จะดีขึ้น¹⁻² บทความนี้เรียบเรียงขึ้นจากความรู้และประสบการณ์ที่ผู้เขียนได้รับการไปฝึกอบรมทางด้านจิตบำบัดสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับ Professor Dr. Myrna M. Weissman, Ph.D. และคณะ ที่ Columbia University มลรัฐ New York ประเทศสหรัฐอเมริกา จากการศึกษาค้นคว้าจากตำราและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับจิตบำบัดสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และจากประสบการณ์ในการรักษาผู้ป่วย โดยมีเป้าหมายเพื่อนำเสนอวิธีการรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าด้วยจิตบำบัดสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ทั้งในด้านแนวคิดและหลักการ กระบวนการรักษา และประสิทธิภาพของการรักษาเพื่อเป็นทางเลือกใหม่ของจิตบำบัดสำหรับโรคซึมเศร้าในประเทศไทย สามารถนำเทคนิคและวิธีการมาประยุกต์ใช้แก้ไขปัญหาดังกล่าวในผู้ป่วยจิตเวชอื่นๆ ได้ด้วย

1. แนวคิดและหลักการของจิตบำบัดสัมพันธ์ระหว่างบุคคล

Adolf Meyer แห่งมหาวิทยาลัย Johns Hopkins และผู้ร่วมงานของเขา Harry Stack Sullivan ซึ่งเป็นผู้นำของ Interpersonal School เป็นผู้วางพื้นฐานแนวคิดที่

ว่าความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและปัจจัยทางสังคมมีส่วนสำคัญในการเกิดโรคทางจิตเวช^{3,4} ผู้ที่นำแนวคิดนี้มาพัฒนาเป็นวิธีการบำบัดรักษา ได้แก่ Myrna M. Weissman และ Gerald L. Klerman โดยทั้งคู่พบว่า ปัญหาสัมพันธ์ระหว่างบุคคลมีความเกี่ยวข้องกับอาการของโรคซึมเศร้า จึงได้นำหลักการนี้มาพัฒนาเป็นจิตบำบัดสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่ใช้รักษาโรคซึมเศร้า¹⁻² โดยใช้วิธีการเชื่อมโยงความเกี่ยวข้องระหว่างปัญหาระหว่างบุคคลในปัจจุบันกับอาการของโรคซึมเศร้าที่เกิดขึ้นของผู้ป่วย และเมื่อแก้ไขปัญหาระหว่างบุคคลที่เกิดขึ้นนั้น ก็จะช่วยให้อาการของโรคซึมเศร้าดีขึ้น

จิตบำบัดสัมพันธ์ระหว่างบุคคลมีประสิทธิภาพในการรักษาโรคซึมเศร้า (major depressive disorder)¹⁻² โรคซึมเศร้าเรื้อรัง (dysthymic disorder)⁵ โรคซึมเศร้าในวัยรุ่น (depression in adolescents)⁶⁻⁹ โรคอารมณ์แปรปรวนไบโพลาร์ (bipolar disorders)¹⁰⁻¹² โรควิตกกังวล (anxiety disorders)^{13,14} โรคการรับประทานผิดปกติ (eating disorders: bulimia and anorexia nervosa)¹⁵⁻¹⁷ กลุ่มอาการทางกายหลายระบบแต่ไม่พบสาเหตุทางกาย (somatization disorder)¹⁸ รวมทั้งปัญหาบุคลิกภาพผิดปกติแบบก้ำกึ่ง (borderline personality disorders)¹⁹ ในปัจจุบันมีการพัฒนาคู่มือที่เป็นแนวทางในการบำบัดรักษาและการฝึกอบรมซึ่งเป็นประโยชน์ในการศึกษาวิจัยประสิทธิภาพของการรักษาจนมีงานวิจัยต่างๆที่ยืนยันถึงประสิทธิภาพในการรักษาและเป็นที่ยอมรับในปัจจุบันว่าเป็นจิตบำบัดที่มีหลักฐานยืนยันถึงประสิทธิภาพอย่างชัดเจน (evidence-based therapy, EBT)²⁰

จิตบำบัดสัมพันธ์ระหว่างบุคคลเป็นจิตบำบัดระยะสั้นรูปแบบหนึ่งที่มุ่งให้ความสนใจและแก้ไขประเด็นปัญหาสำคัญของผู้ป่วย (focused psychotherapy) ซึ่งเป็นปัญหาระหว่างบุคคลในปัจจุบันด้านใดด้านหนึ่งใน 4 ด้านที่เกี่ยวข้องกับอาการของโรคซึมเศร้าของผู้ป่วย^{5,7,20,21} ดังนี้

1. ความรู้สึกเศร้าเสียใจจากการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก (Grief/Complicated bereavement) เป็นความรู้สึกเศร้าเสียใจที่เกิดขึ้นจากการเสียชีวิตของบุคคลอันเป็นที่รัก เช่น สมาชิกในครอบครัว คู่สมรสญาติพี่น้อง

2. ความขัดแย้งกับบุคคลที่สำคัญในชีวิต (Interpersonal role disputes) หมายถึง ความขัดแย้งที่เกิดขึ้นระหว่างผู้ป่วยกับบุคคลสำคัญในชีวิต เช่น คู่สมรสสมาชิกในครอบครัว ผู้ร่วมงาน หรือเพื่อนสนิท

3. การเปลี่ยนผ่านบทบาททางสังคม (Role transitions) เป็นการเปลี่ยนแปลงใดๆ ที่เกิดขึ้นกับสถานภาพชีวิต ได้แก่ การเริ่มต้นหรือสิ้นสุดความสัมพันธ์หรือการทำงานอาชีพ การย้ายที่อยู่ การเปลี่ยนแปลงในหน้าที่การงาน การเกษียณออกจากงาน การสำเร็จการศึกษาหรือการได้รับรางวัลวินิจฉัยว่าเป็นโรคใดโรคหนึ่ง

4. การขาดสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น (Interpersonal deficits) หมายถึง การขาดทักษะสัมพันธภาพระหว่างบุคคลหรือทักษะทางสังคม ส่งผลให้เกิดปัญหาในการสร้างความสัมพันธ์หรือรักษาความสัมพันธ์ที่ดีกับบุคคลอื่นได้

จิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลมีความแตกต่างจากจิตบำบัดประเภทอื่น ซึ่งได้แก่ จิตบำบัดโดยอิงทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (psychoanalytic or psychodynamic psychotherapy)^{20,21} ดังนี้

1. จิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลเน้นการแก้ไขปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลในปัจจุบัน ซึ่งเป็นความขัดแย้งระหว่างบุคคล (interpersonal conflicts) ซึ่งต่างจากจิตบำบัดโดยอิงทฤษฎีจิตวิเคราะห์ที่พยายามค้นหา ทำความเข้าใจ และแก้ไขความขัดแย้งภายในจิตใจ (intrapsychic conflicts) ในระดับลึก ซึ่งมีที่มาจากประสบการณ์ในอดีต

2. จิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลเป็นจิตบำบัดระยะสั้น มีการกำหนดเวลาในการรักษาชัดเจน ประมาณ 3 - 4 เดือน ต่างจากจิตบำบัดโดยอิงทฤษฎี

จิตวิเคราะห์ซึ่งเป็นจิตบำบัดระยะยาว ใช้เวลาในการรักษา 6 เดือนถึงหลายปี

3. ในจิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ผู้รักษาจะมีบทบาทในเชิงรุก (active) มากขึ้น และสามารถให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยได้ แต่ในจิตบำบัดโดยอิงทฤษฎีจิตวิเคราะห์ ผู้รักษาจะมีบทบาทในเชิงรับ (passive) และวางตัวเป็นกลาง (neutral) เพื่อสะท้อนให้ผู้ป่วยเข้าใจสาเหตุของปัญหาในอดีต

4. จิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลไม่มีเป้าหมายในการเปลี่ยนแปลงบุคลิกภาพของผู้ป่วย ซึ่งต่างจากจิตบำบัดโดยอิงทฤษฎีจิตวิเคราะห์ที่มีเป้าหมายเพื่อเปลี่ยนแปลงบุคลิกภาพของผู้ป่วย แต่จากการเพิ่มทักษะสัมพันธภาพระหว่างบุคคลและทักษะทางสังคมให้กับผู้ป่วยในจิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลก็ช่วยให้ผู้ป่วยปรับตัวได้ดีขึ้น และลดปัญหาบุคลิกภาพของผู้ป่วยลงได้ด้วย²⁰

5. ในจิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ความสัมพันธ์ในการรักษาอยู่บนความเป็นจริงในปัจจุบัน ไม่ได้มีเป้าหมายในการเชื่อมโยงความสัมพันธ์ในการรักษากับความสัมพันธ์ที่เคยมีในอดีตของผู้ป่วย แต่ในจิตบำบัดโดยอิงทฤษฎีจิตวิเคราะห์จะมีการเชื่อมโยงและแปลความหมายความสัมพันธ์ที่ผู้ป่วยมีต่อผู้รักษา กับความสัมพันธ์ที่เคยมีในอดีตของผู้ป่วย ที่เรียกว่าภาวะถ่ายโอนของความสัมพันธ์ (transferences)

นอกจากนั้นจิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลก็มีลักษณะที่แตกต่างจากจิตบำบัดปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (cognitive-behavior therapy, CBT) แม้จะเป็นจิตบำบัดระยะสั้นและมีโครงสร้างชัดเจนเช่นเดียวกัน แต่มีความแตกต่างกันในเรื่องของเป้าหมายและวิธีการรักษา โดยที่จิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลมุ่งเน้นการแก้ไขปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคล แต่จิตบำบัดปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมจะมุ่งเน้นการแก้ไขความคิดที่บิดเบือน และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เป็นปัญหา^{20,21}

2. ลักษณะสำคัญของจิตบำบัดสัมพันธ์ภาวะระหว่างบุคคล

จิตบำบัดสัมพันธ์ภาวะระหว่างบุคคลเป็นจิตบำบัดที่มีการกำหนดระยะเวลาในการรักษาที่ชัดเจน (time-limited psychotherapy) หรือเรียกว่าเป็นจิตบำบัดระยะสั้น (short-term or brief psychotherapy) ให้มีความสำคัญเกี่ยวกับปัญหาสัมพันธ์ภาวะระหว่างบุคคลในปัจจุบันมีลักษณะสำคัญต่างๆดังต่อไปนี้

2.1 เป้าหมายของการรักษา ได้แก่ การลดอาการของโรคซึมเศร้า โดยผู้รักษาพยายามเชื่อมโยงให้ผู้ป่วยเห็นความเกี่ยวข้องของอาการซึมเศร้ากับปัญหาสัมพันธ์ภาวะระหว่างบุคคล และช่วยให้ผู้ป่วยจัดการกับปัญหาสัมพันธ์ภาวะระหว่างบุคคลนั้นๆ เพื่อให้ทำให้อาการของโรคซึมเศร้าดีขึ้น²⁰ นอกจากนี้ยังช่วยปรับปรุงและเพิ่มทักษะสัมพันธ์ภาวะระหว่างบุคคลและทักษะทางสังคมให้กับผู้ป่วย²⁰ รวมทั้งปรับเปลี่ยนรูปแบบและวิธีการสื่อสารที่เหมาะสม เพื่อให้ผู้ป่วยมีการปรับตัวทางด้านสังคมที่ดีขึ้น²¹

2.2 การเลือกผู้ป่วยที่เหมาะสมในการรักษา ลักษณะของผู้ป่วยที่เหมาะสมในการรักษาด้วยจิตบำบัดสัมพันธ์ภาวะระหว่างบุคคล และมีโอกาสจะได้ผลดีจากการรักษา ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีความผูกพันทางอารมณ์ที่มั่นคง สามารถสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้รักษาได้ มีประเด็นปัญหาสำคัญเกี่ยวกับสัมพันธ์ภาวะระหว่างบุคคลที่ชัดเจน สามารถทำความเข้าใจและเชื่อมโยงปัญหาสัมพันธ์ภาวะระหว่างบุคคลกับอาการของโรคซึมเศร้าได้ดี และมีแหล่งสนับสนุนประคับประคองทางสังคมที่ดี^{20,21} นอกจากนี้ก็เป็นลักษณะของผู้ป่วยที่เหมาะสมกับการทำจิตบำบัดต่างๆ ไป ซึ่งได้แก่ ผู้ป่วยที่มีความสนใจและมีความตั้งใจในการทำจิตบำบัด มีแรงจูงใจที่ดีที่จะแก้ไข้ปัญหาและสำรวจตนเองมีความสนใจที่จะทำความเข้าใจกระบวนการทางจิตใจของตนเอง นอกเหนือจากที่ต้องการหายจากอาการของโรค สามารถทนกับความเครียดได้ และสามารถ

บอกเล่าเรื่องราวและถ่ายทอดความรู้สึกของตนเองได้ดี^{20,21}

2.3 ระยะเวลาและความถี่ของการรักษา ระยะเวลาในการรักษามีการกำหนดไว้ชัดเจนและแน่นอน คือ ประมาณ 12 - 20 สัปดาห์โดยเฉลี่ยประมาณ 16 สัปดาห์^{5,7,20,21} โดยให้การรักษาสัปดาห์ละครั้ง ครั้งละประมาณ 45 - 60 นาที

2.4 ขอบข่ายของการรักษา จิตบำบัดสัมพันธ์ภาวะระหว่างบุคคลสามารถใช้เป็นการรักษาเพียงอย่างเดียวได้ในโรคซึมเศร้าที่ไม่มีอาการของโรคจิต และไม่ได้เป็นโรคอารมณ์แปรปรวนไบโพลาร์ (non-psychotic and non-bipolar depression)²¹ ซึ่งใช้ได้ทั้งโรคซึมเศร้า (major depressive disorder)^{1,2} และโรคซึมเศร้าเรื้อรัง (dysthymic disorder)⁵ แต่แพทย์ก็สามารถพิจารณาการรักษาด้วยยาาร่วมไปด้วยได้ในกรณีที่ต้องการผลการรักษาที่รวดเร็ว²¹ นอกจากนี้ยังสามารถใช้ได้โรคอารมณ์แปรปรวนไบโพลาร์ (bipolar disorders) โดยต้องให้ยาร่วมด้วย¹⁰⁻¹² โรควิตกกังวล (anxiety disorders)¹³⁻¹⁴ หรือโรคจิตเวชอื่นๆที่มีความเกี่ยวข้องกับปัญหาสัมพันธ์ภาวะระหว่างบุคคลดังที่ได้กล่าวไว้แล้ว¹⁵⁻¹⁹

3. คุณสมบัติและบทบาทของผู้รักษาในจิตบำบัดสัมพันธ์ภาวะระหว่างบุคคล

ผู้รักษาในจิตบำบัดสัมพันธ์ภาวะระหว่างบุคคลควรมีคุณสมบัติ คือ ผ่านการฝึกอบรมหรือเป็นบุคลากรทางด้านจิตเวชหรือสุขภาพจิต หรือทางด้านการแพทย์และสาธารณสุข ซึ่งได้แก่ จิตแพทย์ บุคลากรทางการแพทย์ นักจิตวิทยาคลินิก พยาบาลจิตเวช นักสังคมสงเคราะห์ หรือนักอาชีวบำบัด และได้ผ่านการฝึกอบรมทางด้านจิตบำบัดสัมพันธ์ภาวะระหว่างบุคคลมาแล้ว^{20,21}

บทบาทของผู้รักษาในจิตบำบัดรูปแบบนี้จะต้องมีบทบาทในเชิงรุก (active) มากขึ้น เพราะมีเวลาในการรักษาสั้น ผู้รักษาจะต้องมุ่งให้ความสนใจในประเด็น

ปัญหาสำคัญ เพื่อช่วยให้อาการซึมเศร้าของผู้ป่วยดีขึ้น ในระยะเวลาที่กำหนด²¹ ลักษณะของผู้รักษาจะเป็นผู้ให้ความช่วยเหลือผู้ป่วย (a patient's advocate) โดยมีท่าทีสนับสนุนระดับประคอง และมีเจตคติที่ไม่ตัดสิน ถูกผิด (nonjudgmental attitude) มองผู้ป่วยในด้านที่ดี (unconditional positive regard) และช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึก ว่าปัญหานั้นสามารถแก้ไขได้ ผู้รักษาสามารถให้ความ มั่นใจกับผู้ป่วย สามารถให้คำแนะนำ ตอบคำถามหรือ แสดงความเห็นส่วนตัวได้ในกรณีที่เกี่ยวข้องกับการ รักษาและน่าจะเป็นประโยชน์กับผู้ป่วย โดยพิจารณา ตามความเหมาะสม²⁰ แต่จะไม่เข้าร่วมหรือเกี่ยวข้องกับ กิจกรรมที่ไม่เกี่ยวข้องกับการรักษา เพราะความสัมพันธ์ ระหว่างผู้รักษาและผู้ป่วยเป็นความสัมพันธ์ในเชิงการ รักษา ไม่ใช่ความสัมพันธ์ทางสังคมหรือความสัมพันธ์ แบบเพื่อน

ในจิตบำบัดรูปแบบนี้ ไม่ได้ให้ความสนใจกับ ภาวะการถ่ายโอนของความสัมพันธ์ (transferences) ผู้รักษาจะเข้าใจผู้ป่วยตามที่เห็นจริง ความรู้สึกที่ดีของ ผู้ป่วยที่มีต่อผู้รักษาไม่ได้เป็นสิ่งที่ต้องค้นหาหรือแปล ความหมาย ยกเว้นในกรณีที่เป็นอุปสรรคต่อการรักษา²⁰

4. กระบวนการรักษาของจิตบำบัดสัมพันธภาพ ระหว่างบุคคล

จิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลประกอบด้วย 3 ระยะ ซึ่งในแต่ละระยะมีวิธีการดำเนินการดัง ต่อไปนี้^{5,7,20,21}

ระยะเริ่มต้น (Initial phase) เป็นระยะที่ผู้ รักษาทบทวนอาการและให้การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า และ อธิบาย เรื่องโรคซึมเศร้าให้กับผู้ป่วย ประเมินปัญหา สัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วย ประเมิน สัมพันธภาพระหว่างบุคคลของผู้ป่วยกับบุคคลใกล้ชิด ที่สำคัญค้นหาประเด็นปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ที่เป็นปัญหาหลัก อธิบายวิธีการรักษาด้วยจิตบำบัด สัมพันธภาพระหว่างบุคคลให้แก่ผู้ป่วย และตกลงการ

บำบัดรักษา

ระยะกลาง (Intermediate phase) เป็นระยะ ที่ค้นหาและทำความเข้าใจปัญหาสัมพันธภาพระหว่าง บุคคลที่เกี่ยวข้องกับอาการของโรคซึมเศร้าของผู้ป่วย เชื่อมโยงปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลกับอาการ ของโรคซึมเศร้าของผู้ป่วย และช่วยให้ผู้ป่วยจัดการกับ ปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคล โดยอาศัยเทคนิค ต่างๆของจิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคล

ระยะสิ้นสุด (Termination phase) เป็น ระยะที่ผู้รักษาจะทบทวนความก้าวหน้าและความสำเร็จ ของการรักษา เตรียมความพร้อมผู้ป่วยสำหรับการสิ้นสุด การรักษา ช่วยให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสามารถที่ จะพึ่งพาตัวเองในการเผชิญปัญหาในอนาคต จัดการ กับปัญหาของการไม่ตอบสนองต่อการรักษาในผู้ป่วย บางราย และพิจารณาการรักษาในระยะต่อเนื่อง

5. วิธีการและเทคนิคของการรักษาที่ใช้ในจิตบำบัด สัมพันธภาพระหว่างบุคคล มีดังนี้

5.1 เทคนิคในการค้นหาข้อมูล (Exploratory techniques) เป็นเทคนิคที่ช่วยให้ผู้รักษาและผู้ป่วยได้ เข้าใจปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างถูกต้องและตรงกัน และ เป็นการเพิ่มความร่วมมือในการรักษาด้วย^{20,21} เทคนิค ในการค้นหาข้อมูลประกอบด้วย

(1) การถามแบบไม่ชี้นำคำตอบ (Non-directive questioning) ได้แก่ การใช้คำถามปลายเปิด (open-ended questions) หรือคำถามกว้างๆ ทั่วไป เพื่อให้ผู้ป่วยได้ เริ่มเล่าเรื่องราว มักจะใช้ในช่วงแรกของชั่วโมงการ รักษา²⁰ เช่น การใช้คำถามว่า “คุณเป็นอย่างไรบ้าง หลังจากพบกันในครั้งนี้แล้ว”

(2) การถามแบบชี้นำคำตอบ (Directive questioning) ได้แก่ การใช้คำถามชี้นำคำตอบเพื่อค้นหา รายละเอียดของข้อมูลในประเด็นเฉพาะ²⁰ เช่น การซักถามอาการของโรคซึมเศร้า หรือการซักถามเกี่ยวกับ ความสัมพันธ์กับบุคคลที่สำคัญของผู้ป่วย

(3) การแสดงท่าทียอมรับและช่วยให้ผู้ป่วยดำเนินเรื่องราวต่อไป (Supportive acknowledgment and encouragement to elaborate) ได้แก่ การแสดงท่าทียอมรับ เช่น การพยักหน้า หรือการใช้คำพูดว่า “ครับ” “เข้าใจครับ” “เชิญเล่าต่อครับ” เพื่อแสดงการยอมรับในสิ่งที่ผู้ป่วยพูด และช่วยให้ผู้ป่วยเล่าเรื่องราวต่อไป

5.2 การวิเคราะห์การสื่อสาร (Communication analysis) เป็นการวิเคราะห์ปัญหาหรือความล้มเหลวของการสื่อสาร และชี้ให้ผู้ป่วยได้เข้าใจเพื่อช่วยให้อุปสรรคที่มีประสิทธิภาพ โดยผู้รักษาจะพิจารณารูปแบบและวิธีการสื่อสารของผู้ป่วยจากวิธีการที่ผู้ป่วยสื่อสารกับบุคคลอื่น จากการสังเกตเนื้อหาของเรื่องราวที่ผู้ป่วยเล่าให้ผู้รักษาฟัง รวมทั้งจากรูปแบบและวิธีการสื่อสารของผู้ป่วยในช่วงเวลาการรักษา²¹ ปัญหาของการสื่อสารที่พบบ่อยๆ ได้แก่ การที่ผู้ป่วยไม่สามารถสื่อสารแสดงความต้องการของตนเองให้ผู้อื่นตอบสนองได้อย่างถูกต้อง เช่น การแสดงอารมณ์โกรธโดยไม่สื่อสารความต้องการให้อีกฝ่ายทราบหรือการคิดว่าผู้อื่นจะเข้าใจและตอบสนองความต้องการของตนได้ โดยไม่ต้องบอกกล่าว หรือการเชื่อว่าการเงียบจะเป็นวิธีที่ดีในการแก้ไขปัญหาคัดแย้ง โดยไม่ได้คำนึงถึงผลเสียจากการขาดการสื่อสารระหว่างกัน^{20,21}

5.3 การกระตุ้นให้แสดงอารมณ์ที่เกิดขึ้น (Use of affect) เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยได้รับรู้ถึงอารมณ์ของตนเอง ที่เกิดขึ้นในสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสัมพันธภาพ ระหว่างบุคคลในขณะนั้น สามารถยอมรับอารมณ์เจ็บปวดที่กดเก็บไว้²⁰ และสามารถแสดงอารมณ์ความรู้สึกนั้น ให้บุคคลอื่นทราบ เช่น อารมณ์เศร้าเสียใจจากการเสียชีวิต ของสามี หรือช่วยให้ผู้ป่วยสามารถสื่อสารความรู้สึกไม่พอใจที่เกิดขึ้นให้อีกฝ่ายทราบและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง²¹ เช่น ผู้รักษาให้ผู้ป่วยเล่าถึงเหตุการณ์ความขัดแย้งระหว่างผู้ป่วยกับสามี ผู้ป่วยยกตัวอย่างการถกเถียงกันในขณะที่คุยโทรศัพท์ ผู้ป่วยรู้สึกไม่พอใจจึง

ยุติการสนทนาและวางหูโทรศัพท์เสียงดัง ผู้รักษาจึงกระตุ้นให้ผู้ป่วยตระหนักถึงอารมณ์ที่เกิดขึ้นในขณะนั้น ซึ่งก็คืออารมณ์โกรธ และชี้ให้ผู้ป่วย เห็นว่าพฤติกรรมที่ตอบสนองของอารมณ์โกรธขณะนั้นอาจทำให้สามเไม่เข้าใจความต้องการของผู้ป่วยและอาจทำให้ เข้าใจความหมายของการสื่อสารของผู้ป่วยผิดไป จนเกิดปัญหาความขัดแย้งมากขึ้น เมื่อผู้ป่วยเข้าใจปัญหา ที่เกิดขึ้นก็ช่วยให้ผู้ป่วยบอกเล่าความรู้สึกไม่พอใจและความต้องการของตนเองให้สามเทราบ เพื่อให้สามเตอบสนองของผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง

5.4 การแสดงบทบาทสมมติ (Role playing) เป็นการจำลองสถานการณ์สมมติของปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและบุคคลที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยโดยวิธีการแสดงบทบาทสมมติเพื่อกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงปฏิสัมพันธ์จริงนอกช่วงเวลาการรักษาอาจให้ผู้ป่วยแสดงบทบาทของตนเองหรือแสดงบทบาทของบุคคลอื่นหรือให้ผู้รักษาแสดงบทบาทของผู้ป่วยหรือแสดงบทบาทของบุคคลอื่นก็ได้²¹ เมื่อผู้รักษาเข้าใจรูปแบบและปัญหาการสื่อสารของผู้ป่วย ก็สามารถสะท้อนให้ผู้ป่วยทราบและเข้าใจ เพื่อให้ผู้ป่วยเปลี่ยนรูปแบบการสื่อสารใหม่ให้มีประสิทธิภาพโดยอาจจะใช้วิธีฝึกซ้อมบทบาทสมมติใหม่กับผู้รักษา²⁰ หรือผู้รักษาอาจจะเป็นแบบอย่างของการสื่อสารที่ดีให้ผู้ป่วยนำไปใช้²¹

5.5 การแก้ไขปัญหและการวิเคราะห์เพื่อตัดสินใจ (Problem solving and decision analysis) เป็นเทคนิคที่ช่วยให้ผู้ป่วยหาวิธีแก้ไขปัญหาคัดแย้งระหว่างบุคคล และวิเคราะห์เลือกวิธีการที่เหมาะสมที่สุดไปใช้ ซึ่งนอกจากจะช่วยให้แก้ไขปัญหาคัดแย้งได้แล้ว ยังเป็นการพัฒนากระบวนการแก้ไขปัญหาคัดแย้งของผู้ป่วยด้วย เพื่อให้สามารถเผชิญและจัดการกับปัญหาคัดแย้งระหว่างบุคคลในอนาคตได้ดียิ่งขึ้น วิธีนี้ใช้ได้ดีในประเด็นปัญหาคัดแย้งกับบุคคลอื่น และการเปลี่ยนผ่านบทบาททางสังคม²¹ เริ่มต้นด้วยการตรวจสอบทำความเข้าใจปัญหาและสาเหตุของปัญหา

สัมพันธภาพระหว่างบุคคล และระดมหาวิธีแก้ไขปัญหาคือ เป็นไปได้ให้มากที่สุด โดยพยายามกระตุ้นให้ผู้ป่วยคิดหาวิธีแก้ไขหลายๆ วิธีด้วยตัวเอง หรืออาศัยการเสนอแนะจากผู้รักษา และให้ผู้ป่วยพิจารณาถึงผลที่เป็นไปได้จากวิธีการแก้ไขต่างๆ รวมทั้งข้อดีและข้อเสียของแต่ละวิธี แล้วจึงเลือกวิธีการแก้ไขปัญหานั้น ผู้รักษาจะติดตามผลการแก้ไขปัญหานั้น และคอยให้ความช่วยเหลือในกรณีที่เกิดอุปสรรค

5.6 การมอบหมายงานหรือให้การบ้าน (Task assignment or homework) เป็นการมอบหมายงานเกี่ยวกับสัมพันธภาพระหว่างบุคคลนอกช่วงเวลาการรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงการสื่อสารไปในทางที่เหมาะสม ช่วยให้อาการของผู้ป่วยลดลง และสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของผู้ป่วยดีขึ้น โดยงานที่มอบหมายอาจจะเป็นการฝึกการสื่อสารโดยตรง²¹ เช่น ให้ผู้ป่วยทำการสื่อสารกับบุคคลอื่นตามช่วงเวลาที่กำหนดไว้ หรืออาจจะให้คอยสังเกต บันทึกและตรวจสอบการสื่อสารของตนเอง²¹ เพื่อพัฒนารูปแบบการสื่อสารของตนเองให้มีประสิทธิภาพดีขึ้น หรืออาจจะมอบหมายกิจกรรมที่ช่วยปรับปรุงทักษะการสื่อสาร และทักษะทางสังคม²¹ เช่น การชักชวนเพื่อนไปออกกำลังกายร่วมกันหรือการเข้าร่วมกิจกรรมของชมรม

5.7 การใช้ความสัมพันธ์ในการรักษา (Use of therapeutic relationship) ความสัมพันธ์ที่ดีในการรักษาช่วยให้ได้ทราบข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยมากขึ้น สร้างความเชื่อมั่นในผู้ป่วย และช่วยให้ผู้ป่วยร่วมมือในการรักษา^{20,21} นอกจากนั้นแล้วความสัมพันธ์ในการรักษาก็เป็นเสมือนแบบจำลองของสัมพันธภาพของผู้ป่วยกับบุคคลอื่นในชีวิตจริง ผู้รักษาสามารถสะท้อนให้ผู้ป่วยเข้าใจปฏิสัมพันธ์ของผู้ป่วยกับบุคคลอื่น และช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นโดยอาศัยแบบจำลองของความสัมพันธภาพที่ผู้ป่วยมีต่อผู้รักษาในช่วงเวลาการรักษา²⁰

6. วิธีการแก้ไขปัญหาคือสัมพันธภาพระหว่างบุคคลแต่ละด้าน มีดังนี้

6.1 ความรู้สึกเศร้าเสียใจที่เกิดจากการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก (Grief/Complicated bereavement)

(1) ชี้ให้ผู้ป่วยเห็นประสบการณ์การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักของผู้ป่วยโดยการให้เทคนิคการทำให้กระจ่างเพื่อให้ผู้ป่วยเล่าเหตุการณ์ของการสูญเสียที่เกิดขึ้น^{20,21}

(2) เชื่อมโยงการสูญเสียชีวิตของบุคคลนั้นกับช่วงเวลาเริ่มต้นของอาการซึมเศร้าของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจความเกี่ยวข้องระหว่างการสูญเสียที่เกิดขึ้นกับอาการของโรคซึมเศร้า

(3) ทบทวนประสบการณ์การสูญเสียและความสัมพันธ์ทั้งด้านที่ดีและด้านที่มีปัญหาของผู้ป่วยกับผู้ที่เสียชีวิต เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจและมีมุมมองต่อการสูญเสียตรงตามความเป็นจริง และช่วยให้ผู้ป่วยยอมรับอารมณ์ที่เจ็บปวดที่เกี่ยวข้องกับการสูญเสียนั้น และสามารถผ่านพ้นความเศร้าเสียใจไปได้ เมื่อผู้ป่วยสามารถเล่าประสบการณ์และความรู้สึกที่เกี่ยวกับการสูญเสียกับผู้รักษาได้ในช่วงเวลารักษา ผู้รักษาก็จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถถ่ายทอดความรู้สึกนี้ให้กับบุคคลอื่นๆ นอกจากผู้รักษา เป็นการเพิ่มความสัมพันธ์ที่ดีและแหล่งสนับสนุนทางสังคมให้กับผู้ป่วย²¹

(4) ช่วยให้ผู้ป่วยเริ่มต้นพัฒนาความสัมพันธ์ที่ดีกับครอบครัวหรือกับบุคคลอื่น เพื่อเพิ่มแหล่งสนับสนุนประคับประคองทางจิตใจและแหล่งสนับสนุนให้กับผู้ป่วย

6.2 ความขัดแย้งกับบุคคลที่สำคัญในชีวิต (Interpersonal role disputes)

เป้าหมายของการรักษาอาการของโรคซึมเศร้าที่เกี่ยวข้องกับความขัดแย้งกับบุคคลที่ใกล้ชิด ได้แก่ การที่ผู้ป่วยสามารถเลือกวิธีแก้ปัญหาคือความขัดแย้งที่เกิดขึ้น และสามารถปรับเปลี่ยนรูปแบบการสื่อสารเดิมที่มีปัญหาเป็นรูปแบบการสื่อสารใหม่ที่มีประสิทธิภาพ โดยวิธี

การรักษาจะมีความแตกต่างกันตามระยะของความขัดแย้ง ผู้รักษาจึงต้องประเมินก่อนว่าปัญหาความขัดแย้งอยู่ในระยะใด แล้วจึงให้การรักษาตามวิธีในระยะนั้นๆ ดังนี้

(1) ระยะที่มีความพยายามแก้ไขปัญหาคความขัดแย้ง (Renegotiation) ในระยะนี้ ทั้งผู้ป่วยและอีกฝ่ายยังมีความพยายามที่จะแก้ไขปัญหาคความขัดแย้งนั้น เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น มักจะมีการแสดงออกของอารมณ์ และเป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยรู้สึกอึดอัดใจ ผู้รักษาควรประเมินรูปแบบการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับบุคคลนั้นๆ เพื่อให้เข้าใจถึงรูปแบบของการสื่อสารที่เป็นสาเหตุของปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ผู้รักษาสามารถใช้เทคนิคการแสดงบทบาทสมมติหรือเทคนิคการแก้ไขปัญหาคและการวิเคราะห์เพื่อตัดสินใจ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยแก้ไขปัญหาคการสื่อสารหรือปัญหาคความขัดแย้งที่เกิดขึ้น หรือช่วยให้ผู้ป่วยยอมรับในข้อจำกัดของความสัมพันธ์^{20,21}

(2) ระยะที่หมดความพยายามแก้ไขปัญหาคความขัดแย้ง (Impasse) ทั้งสองฝ่ายอาจจะเงียบ ไม่มีการพูดคุยหรือสื่อสารกัน เป้าหมายในการรักษาคือการชี้ให้ผู้ป่วยเห็นโอกาสเปลี่ยนแปลงและแก้ไขปัญหาคความขัดแย้งที่เกิดขึ้น รวมทั้งประโยชน์ของการสื่อสารซึ่งจะช่วยให้อันนั้นได้รับการแก้ไขแทนที่จะใช้วิธีการเงียบเฉย^{20,21} และกระตุ้นให้ผู้ป่วยกลับมาให้ความสนใจในการแก้ไขปัญหาคความสัมพันธ์ที่มีอยู่ให้ดีขึ้น ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าสู่ระยะที่มีความพยายามแก้ไขปัญหาคความขัดแย้ง ในกรณีที่ผู้ป่วยตัดสินใจเลือกที่จะสิ้นสุดความสัมพันธ์ ผู้รักษาก็จะช่วยให้ผู้ป่วยวิเคราะห์สาเหตุของปัญหา เพื่อให้สร้างความสัมพันธ์ใหม่โดยลดการเกิดข้อผิดพลาดแบบเดิมซ้ำอีก²¹ และช่วยให้ผู้ป่วยเข้าสู่ระยะสิ้นสุดความสัมพันธ์

(3) ระยะสิ้นสุดความสัมพันธ์ (Dissolution) เป็นระยะที่เกินกว่าจะเปลี่ยนแปลงแก้ไขปัญหาคความขัดแย้ง โดยผู้ป่วยหรืออีกฝ่ายหรือทั้งคู่ต้องการสิ้นสุดความสัมพันธ์นั้นๆ ผู้รักษาจะช่วยให้อันนั้นสิ้นสุดลงอย่างสงบ

สัมพันธ์นั้นๆ ผู้รักษาจะช่วยให้อันนั้นสิ้นสุดลงอย่างสงบที่สุดความสัมพันธ์เดิมและเริ่มต้นความสัมพันธ์ใหม่ หรือมีแหล่งสนับสนุนประคับประคองทางจิตใจเพิ่มเติม ในกรณีนี้จะใช้แนวทางการรักษาเช่นเดียวกับประเด็นปัญหาการเปลี่ยนผ่านบทบาททางสังคม^{20,21}

6.3 การเปลี่ยนผ่านบทบาททางสังคม (Role transitions)

(1) พิจารณาการเปลี่ยนผ่านบทบาททางสังคมที่เกิดขึ้นในมุมมองของผู้ป่วยความสำคัญและผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงที่มีต่อผู้ป่วย รวมทั้งสำรวจความรู้สึกที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลง ได้แก่ ความรู้สึกเสียใจเกี่ยวกับการสิ้นสุดบทบาททางสังคมเดิม รวมทั้งความกังวลเกี่ยวกับการเข้าสู่บทบาททางสังคมใหม่

(2) ช่วยให้อันนั้นยอมรับในการสิ้นสุดของบทบาทเดิม รวมทั้งแหล่งสนับสนุนทางสังคมเดิมที่เกี่ยวข้องกับบทบาทเดิมของผู้ป่วย โดยให้อันนั้นพูดถึงและแสดงความรู้สึกเกี่ยวกับการสูญเสียบทบาททางสังคมเดิม เช่น ความรู้สึกเศร้า ความรู้สึกไม่พอใจ หรือความผิดหวังที่ต้องสูญเสียบทบาททางสังคมเดิม

(3) ช่วยให้อันนั้นพิจารณาบทบาททางสังคมเดิม และบทบาททางสังคมใหม่ตามความเป็นจริง ผู้ที่สูญเสียบทบาททางสังคมเดิมมักจะรู้สึกเศร้าเสียใจโดยมักจะมองถึงแต่ส่วนที่ดีของบทบาทเดิมที่คุ้นเคย และมองเห็นส่วนที่เสียของบทบาททางสังคมเดิมน้อยกว่าความเป็นจริง²¹ รู้สึกกังวลและลำบากใจกับการปรับตัวกับบทบาททางสังคมใหม่ที่ไม่คุ้นเคย ผู้รักษาจะช่วยให้อันนั้นพิจารณาบทบาททางสังคมเดิมและบทบาททางสังคมใหม่ในทุกๆแง่มุม เพื่อให้ผู้ป่วยได้มองเห็นทั้งส่วนที่ดีและส่วนที่เสียของบทบาททางสังคมเดิมและบทบาททางสังคมใหม่ตามความเป็นจริง และเข้าใจว่าการสูญเสียบทบาททางสังคมเดิมและการได้รับบทบาทใหม่ก็มีส่วนที่ดีเช่นกัน

(4) ช่วยให้อันนั้นสามารถประเมินความสามารถและศักยภาพของตนเองตามความเป็นจริงสำหรับ

บทบาททางสังคมใหม่ ช่วยพัฒนาทักษะทางสังคมที่จำเป็นสำหรับบทบาทใหม่ และช่วยให้ผู้ป่วยมีแหล่งสนับสนุนระดับรองทางสังคมใหม่เพิ่มขึ้น^{20,21} เพื่อให้สามารถปรับตัวเข้าสู่บทบาททางสังคมใหม่ได้ดี

6.4 การขาดสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น (Interpersonal deficits)

(1) ทบทวนความสัมพันธ์ของผู้ป่วยกับบุคคลที่สำคัญในปัจจุบัน ในอดีต รวมทั้งกับผู้รักษาในช่วงเวลาการรักษา^{5,7,20,21} ทักษะและรูปแบบการสื่อสารของผู้ป่วย²¹ เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงสาเหตุของการขาดทักษะสัมพันธภาพหรือทักษะทางสังคมของผู้ป่วย รวมทั้งปัญหา รูปแบบการสื่อสารของผู้ป่วย

(2) ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่เกิดขึ้นในปัจจุบันที่ทำให้ผู้ป่วยมาพบแพทย์²¹ ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับบุคคลอื่นและรักษาความสัมพันธ์ที่ดีไว้ได้ ช่วยให้ผู้ป่วยลดการแยกตัวทางสังคม และมีทักษะสัมพันธภาพระหว่างบุคคลและทักษะทางสังคมที่ดีขึ้น และสร้างแหล่งสนับสนุนระดับรองทางสังคมเพิ่มเติมให้กับผู้ป่วย^{5,7,20,21}

7. ประสิทธิภาพของจิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคล

ผลการศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิภาพของจิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคล มีดังนี้

7.1 ประสิทธิภาพของการรักษาโรคซึมเศร้าในระยะเฉียบพลัน

ในการศึกษาประสิทธิภาพของจิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลในระยะแรก ได้มีการศึกษาผลการรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในระยะเฉียบพลันจำนวนทั้งหมด 81 ราย โดยเปรียบเทียบผลการใช้ยา amitriptyline จิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (interpersonal psychotherapy, IPT) และทั้ง 2 วิธีร่วมกัน ในระยะเวลา 16 สัปดาห์ พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษา

ด้วยจิตบำบัด IPT มีอาการของโรคซึมเศร้าดีขึ้นเช่นเดียวกับผู้ป่วยที่ได้รับยา amitriptyline และผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มมีอาการดีขึ้นกว่าผู้ป่วยในกลุ่มควบคุม²² และพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาทั้ง 2 วิธีร่วมกัน จะได้ผลการรักษาที่ดีกว่าการรักษาด้วยวิธีใดวิธีหนึ่งเพียงอย่างเดียว²³ เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของอาการซึมเศร้าที่ดีขึ้นในกลุ่มที่ได้รับยา amitriptyline และกลุ่มที่ได้รับจิตบำบัด IPT พบว่า กลุ่มที่ได้รับยา amitriptyline จะมีอาการทางชีวภาพทางกาย (vegetative symptoms) ดีขึ้นเร็วกว่าในระยะแรก ได้แก่ อาการนอนไม่หลับ เบื่ออาหาร และไม่มีเรี่ยวแรงกำลัง ส่วนกลุ่มที่ได้รับจิตบำบัด IPT อาการที่ดีขึ้นอย่างชัดเจน ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ ความสนใจในกิจกรรมต่างๆ ความรู้สึกเชื่อมั่นและภาคภูมิใจในตนเอง และยังช่วยลดความรู้สึกผิด ลดความคิดฆ่าตัวตาย และเพิ่มความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่การทำงาน โดยจะเห็นผลชัดเจนอย่างมีนัยสำคัญหลังจาก 4-8 สัปดาห์ และผลยังคงอยู่ต่อเนื่องตลอดช่วงการศึกษา²⁴

ในการศึกษาในระยะต่อมา มีการศึกษาขนาดใหญ่ของ the multi-site National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program (NIMH-TDRCP) เป็นการศึกษาแบบ randomized controlled trial ในผู้ป่วยทั้งหมด 256 ราย สุ่มเข้ารับการรักษาด้วยยา imipramine จิตบำบัด IPT จิตบำบัดปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (cognitive-behavior therapy, CBT) และ placebo ที่ให้การดูแลรักษาตามอาการ ใช้ระยะเวลาศึกษา 16 สัปดาห์ พบว่า IPT ให้ผลการรักษาที่ดีกว่า placebo และให้ผลเทียบเท่ากับยา imipramine และ CBT ในผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้าเล็กน้อยถึงปานกลาง และ IPT ให้ผลการรักษาที่ดีกว่า CBT ในผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้ารุนแรง แต่ทั้ง IPT และ CBT ก็ให้ผลไม่เท่ากับยา imipramine ในผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้ารุนแรง จากการศึกษาของ NIMH-TDRCP จึงได้ข้อสรุปว่า IPT และ CBT มีประสิทธิภาพชัดเจนในผู้ป่วยที่

ซึมเศร้าเล็กน้อยถึงปานกลาง ในกรณีนี้ผู้ป่วยซึมเศร้ารุนแรง การรักษาด้วยยาต้านซึมเศร้ายังคงเป็นการรักษาอันดับแรกในผู้ป่วยกลุ่มนี้²⁵

7.2 ประสิทธิภาพของการรักษาโรคซึมเศร้าในระยะต่อเนื่อง

มีการศึกษาประสิทธิภาพของการรักษาด้วยจิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลในระยะต่อเนื่อง (maintenance treatment) เป็นระยะเวลา 8 เดือน ในผู้ป่วยหญิงโรคซึมเศร้าที่มีอาการดีขึ้นจากระยะเฉียบพลัน โดยเปรียบเทียบผลของจิตบำบัด IPT ยา amitriptyline และทั้ง 2 วิธีร่วมกัน ในระยะต่อเนื่อง พบว่ากลุ่มที่ให้การรักษาร่วมกันทั้ง 2 วิธีให้ผลการรักษาที่ดีที่สุด อัตราการกลับเป็นซ้ำต่ำที่สุด และหน้าที่ทางด้านสังคมของผู้ป่วยดีขึ้นมากที่สุด^{26,27} จากผลการศึกษารักษาในระยะเฉียบพลันและในระยะต่อเนื่อง สามารถสรุปได้ว่า การรักษาด้วยจิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคล 16 สัปดาห์ทำให้เกิดการหายจากโรคซึมเศร้าในระยะเฉียบพลัน แต่ไม่อาจยืนยันการหายขาดในระยะยาวได้ เนื่องจากโรคซึมเศร้ามีแนวโน้มที่จะกลับเป็นซ้ำได้ หลังจากการรักษาจนอาการดีขึ้นจากระยะเฉียบพลันแล้ว อาจจะต้องให้การรักษาในระยะต่อเนื่องด้วยเพื่อกันการหายขาดในระยะยาว การรักษาด้วยจิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลในระยะต่อเนื่องเดือนละครั้ง สามารถช่วยลดอัตราการกลับเป็นซ้ำลงได้และช่วยคงระยะการหายขาดไว้ได้ในระยะยาว^{28,29}

7.3 ประสิทธิภาพของการรักษาในด้านสรีรวิทยา

มีการศึกษาเปรียบเทียบผลการรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารุนแรงจำนวน 28 ราย โดยประเมินจาก single photon emission computed tomography (SPECT) ผู้ป่วยกลุ่มแรกได้รับการรักษาด้วยยา venlafaxine และผู้ป่วยอีกกลุ่มหนึ่งได้รับการรักษาด้วยจิตบำบัด IPT ผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มได้รับการประเมินด้วย SPECT ตั้งแต่เริ่มต้น และเมื่อเวลาผ่านไป 6 สัปดาห์ ผลการศึกษพบว่าผู้ป่วยทั้ง

2 กลุ่มมีอาการของโรคซึมเศร้าดีขึ้น และมีการเปลี่ยนแปลงของ SPECT คือ มีการเพิ่มขึ้นของ right basal ganglia blood flow ผู้ป่วยที่ได้รับจิตบำบัด IPT ยังพบว่ามีการเพิ่มขึ้นของ right posterior cingulate blood flow อีกด้วย ซึ่งเป็นการยืนยันผลการรักษาที่ดีขึ้นโดยอาศัย SPECT³⁰ นอกจากนี้ยังมีการศึกษาการเปลี่ยนแปลงของ positron emission tomography (PET) scan ในผู้ป่วยซึมเศร้ารุนแรง 24 ราย เปรียบเทียบกลุ่มที่ได้รับยา paroxetine และกลุ่มที่ได้รับจิตบำบัด IPT พบว่าผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มมีการเปลี่ยนแปลงของ PET scan ไปในทางที่ดีขึ้น คือมีการลดลงของ metabolism ในบริเวณ prefrontal cortex และ left anterior cingulate gyrus และมีการเพิ่มขึ้นของ metabolism ในบริเวณ left temporal lobe จากเดิมก่อนให้การรักษา ซึ่งแสดงให้เห็นว่าโรคซึมเศร้าดีขึ้น³¹

7.4 ประสิทธิภาพในการรักษาโรคอื่นๆ นอกจากโรคซึมเศร้า

นอกจากโรคซึมเศร้า (major depressive disorder) แล้ว มีผู้นำจิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคล มาปรับใช้ในโรคอื่นๆ และมีการศึกษาที่ยืนยันถึงประสิทธิภาพในการรักษาโรคเหล่านี้ด้วย ได้แก่ โรคซึมเศร้าเรื้อรัง (dysthymic disorder)⁵ โรคซึมเศร้าในวัยรุ่น (depression in adolescents)^{6,9} โรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ (late-life depression)³² โรคอารมณ์แปรปรวนไบโพลาร์ (bipolar disorders)¹⁰⁻¹² โรคซึมเศร้าในผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยทางกาย (depression in the medically ill)³³ โรคซึมเศร้าในผู้ป่วยที่ติดเชื้อ HIV (depression in human immunodeficiency virus-positive patients)³⁴ โรคซึมเศร้าในผู้ป่วยก่อนและหลังคลอด (depression in ante-and postpartum patients)^{35,36} โรควิตกกังวล (anxiety disorders)^{13,14} โรคการรับประทานอาหารผิดปกติ (eating disorders: bulimia and anorexia nervosa)¹⁵⁻¹⁷ กลุ่มอาการทางกายหลายระบบ แต่ไม่พบสาเหตุทางกาย (somatization disorder)¹⁸ รวมทั้งปัญหาบุคลิกภาพผิดปกติแบบก้ำกึ่ง (borderline personality disorders)¹⁹

นอกจากการรักษาผู้ป่วยแบบรายบุคคลแล้วยังมีผู้ที่นำไปพัฒนาเป็นกลุ่มจิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (group IPT)³⁷⁻³⁹ และได้มีการศึกษาแบบ randomized controlled trial ใน Uganda พบว่า group IPT มีประสิทธิภาพสูงในการรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและอาการซึมเศร้าที่ไม่มาก (major depression and subsyndromal depression)³⁹

ในปัจจุบัน จิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลเป็นจิตบำบัดที่มีคู่มือในการรักษา (manualized psychotherapy) ซึ่งเป็นประโยชน์ในการรักษาและการฝึกอบรมให้เป็นไปในแนวทางเดียวกัน และเป็นประโยชน์ในการวัดผลของการศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิภาพของการรักษา จนมีงานศึกษาวิจัยต่างๆ ที่ยืนยันประสิทธิภาพของการรักษาที่ได้กล่าวมาแล้ว และเป็นที่ยอมรับในปัจจุบันว่าเป็นจิตบำบัดที่มีหลักฐานยืนยันประสิทธิภาพในการรักษาโรคซึมเศร้าอย่างชัดเจน (evidence-based therapy, EBT for depression)^{22,25,40}

8. ข้อเสนอแนะในการนำจิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลมาใช้ในประเทศไทย

ปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลทั้ง 4 ประการดังที่ได้กล่าวข้างต้นเป็นปัญหาที่พบในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าไม่ว่าจะอยู่ในสังคมใดหรือที่แห่งใดก็ตาม ทำให้ผู้รักษาสามารถนำแนวคิดและหลักการของจิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลไปใช้กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้เสมอไม่ว่าจะอยู่ในสังคมใด แต่ความแตกต่างของบริบททางด้านสังคมและวัฒนธรรมโดยเฉพาะในประเทศไทยตะวันตกและตะวันออกก็มีผลต่อมุมมองและแนวคิดของแต่ละบุคคลที่จะจัดการแก้ไขปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ดังเช่น ความแตกต่างในด้านความเป็นตัวของตัวเองและการพึ่งพาตนเอง ลักษณะโครงสร้างและความใกล้ชิดของครอบครัวและแหล่งสนับสนุนทาง

สังคม เป็นต้น จิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลเป็นจิตบำบัดที่มีความเกี่ยวข้องกับบริบททางด้านสังคมและวัฒนธรรม ผู้รักษาจะต้องนำแนวคิดและหลักการมาปรับใช้ในการแก้ไขปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลแต่ละด้านให้เหมาะสมกับผู้ป่วยในบริบทของสังคมและวัฒนธรรมด้วย

บทสรุป

โรคซึมเศร้าเป็นปัญหาและโรคทางจิตเวชที่พบได้บ่อย ในปัจจุบันนอกจากการรักษาด้วยยา การรักษาด้วยจิตบำบัดที่มุ่งเน้นประเด็นปัญหาสำคัญและใช้เวลาในการรักษาสั้น จะมีส่วนช่วยให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยได้ในจำนวนมากขึ้น จิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลเป็นจิตบำบัดระยะสั้นรูปแบบหนึ่งซึ่งมีโครงสร้างชัดเจน ใช้เวลาในการรักษาโดยเฉลี่ยประมาณ 16 สัปดาห์ มีหลักฐานยืนยันถึงประสิทธิภาพในการรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยมุ่งเน้นการแก้ไขปัญหาหลักในด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของผู้ป่วย เพื่อช่วยให้อาการของโรคซึมเศร้าดีขึ้น และยังช่วยเพิ่มทักษะสัมพันธภาพระหว่างบุคคลหรือทักษะทางสังคมให้กับผู้ป่วยซึ่งมีส่วนสำคัญช่วยให้ผู้ป่วยปรับตัวได้ดีขึ้น จึงน่าจะเป็นทางเลือกของจิตบำบัดที่สามารถนำมาใช้รักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้ในปัจจุบัน นอกจากนั้นแล้วในผู้ป่วยจิตเวชอื่นๆ ก็มักจะพบอยู่เสมอว่า อาการที่เกิดขึ้นมักจะมีส่วนเกี่ยวข้องกับปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ความขัดแย้งกับบุคคลอื่น และบริบทที่แวดล้อมทางด้านสังคม ผู้ที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเวชจึงสามารถนำเทคนิคและวิธีการรักษาต่างๆ ของจิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลนั้นไปใช้ในผู้ป่วยจิตเวชโรคอื่นๆ โดยแก้ไขปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับอาการของโรคจิตเวชนั้นๆ เพื่อช่วยให้อาการของผู้ป่วยดีขึ้นได้ด้วย

เอกสารอ้างอิง

1. Klerman GL, Weissman MM. *New Applications of Interpersonal Psychotherapy*. Washington, D.C.: American Psychiatric Press; 1993.
2. Klerman GL, Weissman MM, Rounsaville BJ, Chevron E. *Interpersonal Psychotherapy of Depression*. New York: Basic Books; 1984.
3. Meyer A. *Psychobiology: A Science of Man*. Springfield, Ill. Charles C. Thomas; 1957.
4. Sullivan HS. *The Interpersonal Theory of Psychiatry*. New York: W.W. Norton; 1953.
5. Markowitz JC. *Interpersonal Psychotherapy for Dysthymic Disorder*. Washington, D.C.: American Psychiatric Press; 1988.
6. Mufson L, Fairbanks J. Interpersonal psychotherapy for depressed adolescents: a one-year naturalistic follow-up study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996; 35:1145-55.
7. Mufson L, Dorta KP, Moreau D, Weissman MM. *Interpersonal Psychotherapy for Depressed Adolescents*. 2nd ed. New York: Guilford; 2004.
8. Mufson L, Moreau D, Weissman MM, Wickramaratne P, Martin J, Samoilov A. Modification of interpersonal psychotherapy with depressed adolescents (IPT-A): phase I and II studies. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1994;33:695-705.
9. Mufson L, Weissman MM, Moreau D, Garfinkel R. Efficacy of interpersonal psychotherapy for depressed adolescents. *Arch Gen Psychiatry* 1999;56:573-9.
10. Frank E, Kupfer DJ, Ehlers CL, Monk TH, Cornes C, Carter S, et al. Interpersonal and social rhythm therapy for bipolar disorder: integrating interpersonal and behavioral approaches. *Beh Ther* 1994;17:143-9.
11. Frank E, Swartz HA, Mallinger AG, Thase ME, Weaver EV, Kupfer DJ. Adjunctive psychotherapy for bipolar disorder: effects of changing treatment modality. *J Abnorm Psychol* 1999;108:579-87.
12. Frank E, Swartz HA, Kupfer DJ. Interpersonal and social rhythm therapy for bipolar disorder: managing the chaos of bipolar disorder. *Biol Psychiatry* 2000;48:593-604.
13. Lipsitz JD, Marshall RD. Alternative psychotherapy approaches for social anxiety disorder. *Psychiatr Clin North Am* 2001;24:817-29.
14. Lipsitz JD, Markowitz JC, Cherry S, Fyer AJ. Open trial of interpersonal psychotherapy for the treatment of social phobia. *Am J Psychiatry* 1999;156:1814-6.
15. Fairburn CG, Jones R, Peveler RC, Carr SJ, Solomon RA, O'Conner ME, et al. Three psychological treatments for bulimia nervosa A comparative trial. *Arch Gen Psychiatry* 1991;48:463-9.
16. Fairburn CG, Jones R, Peveler RC, Hope RA, O'Conner M. Psychotherapy and bulimia nervosa. Longer-term effects of interpersonal psychotherapy, behavior therapy, and cognitive behavior therapy. *Arch Gen Psychiatry* 1993;50:419-28.
17. Fairburn CG, Norman PA, Welch SL, O'Conner ME, Doll HA, Peveler RC. A prospective study of outcome in bulimia nervosa and the long-term effects of three psychological treatments. *Arch Gen Psychiatry* 1995;52:304-12.
18. Scott J, Ikkos G. A pilot study of interpersonal psychotherapy for the treatment of chronic somatization in primary care. *Proceeding of the First Congress of the World Council of Psychotherapy*; 1996 June 30 - July 4; Vienna, Australia; 1996.

19. Angus L, Gillies LA. Counselling the borderline client: an interpersonal approach. *Can J Couns* 1994; 28:69-82.
20. Weissman MM, Markowitz JC, Klerman GL. *Comprehensive Guide to Interpersonal Psychotherapy*. New York: Basic Books; 2000.
21. Stuart S, Robertson M. *Interpersonal Psychotherapy: A Clinician's Guide*. New York: Oxford University Press; 2003.
22. Weissman MM, Prusoff BA, DiMascio A, Neu C, Goklaney M, Klerman GL. The efficacy of drugs and psychotherapy in the treatment of acute depressive episodes. *Am J Psychiatry* 1979;136:555-8.
23. Weissman MM, Klerman GL, Prusoff BA, Sholomskas D, Padian N. Depressed outpatients. Results after one year after treatment with drugs and/or interpersonal psychotherapy. *Arch Gen Psychiatry* 1981;38:51-5.
24. DiMascio A, Weissman MM, Prusoff BA, Neu C, Zwilling M, Klerman GL. Differential symptom reduction by drugs and psychotherapy in acute depression. *Arch Gen Psychiatry* 1979;36:1450-6.
25. Elkin I, Shea MT, Watkins JT, Imber SD, Sotsky SM, Collins JF, et al. National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. General effectiveness of treatments. *Arch Gen Psychiatry* 1989;46:971-82.
26. Klerman GL, Dimascio A, Weissman MM, Prusoff B, Paykel ES. Treatment of depression by drugs and psychotherapy. *Am J Psychiatry* 1974;131:186-91.
27. Klerman GL. Treatment of recurrent unipolar major depressive disorder. Commentary on the Pittsburgh Study. *Arch Gen Psychiatry* 1990;47:1158-62.
28. Frank E, Kupfer DJ, Perel JM, Cornes C, Jarrett DB, Mallinger AG, et al. Three-year outcomes for maintenance therapies in recurrent depression. *Arch Gen Psychiatry* 1990;47:1093-9.
29. Reynolds CF 3rd, Frank E, Perel JM, Imber SD, Cornes C, Miller MD, et al. Nortriptyline and interpersonal psychotherapy as maintenance therapies for recurrent major depression: a randomized controlled trial in patients older than 59 years. *JAMA* 1999;281:39-45.
30. Martin SD, Martin E, Rai SS, Richardson MA, Royall R. Brain blood flow changes in depressed patients treated with interpersonal psychotherapy or venlafaxine hydrochloride: preliminary findings. *Arch Gen Psychiatry* 2001;58:641-8.
31. Brody AL, Saxena S, Stoessel P, Gillies LA, Fairbanks LA, Alborzian S, et al. Regional brain metabolic changes in patients with major depression treated with either paroxetine or interpersonal therapy: preliminary findings. *Arch Gen Psychiatry* 2001;58:631-40.
32. Reynolds CF 3rd, Frank E, Perel JM, Imber SD, Cornes C, Morycz RK, et al. Combined pharmacotherapy and psychotherapy in the acute and continuation treatment of elderly patients with recurrent major depression: a preliminary report. *Am J Psychiatry* 1992;149:1687-92.
33. Stuart S, Cole V. Treatment of depression following myocardial infarction with interpersonal psychotherapy. *Ann Clin Psychiatry* 1996;8:203-6.
34. Markowitz JC, Kocsis JH, Fishman B, Spielman LA, Jacobsberg LB, Frances AJ, et al. Treatment of depressive symptoms in human immunodeficiency virus infection. *Arch Gen Psychiatry* 1997;54:1000-6.

- ciency virus-positive patients. *Arch Gen Psychiatry* 1998; 55:452-7.
35. O'Hara MW, Stuart S, Gorman LL, Wenzel A. Efficacy of interpersonal psychotherapy for postpartum depression. *Arch Gen Psychiatry* 2000;57:1039-45.
36. Klier CM, Muzik M, Rosenblum KL, Lenz G. Interpersonal psychotherapy adapted for the group setting in the treatment of postpartum depression. *J Psychother Pract Res* 2001;10:124-31.
37. Levkovitz Y, Shahar G, Nativ G, Hirschfeld E, Treves I, Krieger I, Fennig S. Group interpersonal psychotherapy for patients with major depression disorder - pilot study. *J Affect Disord* 2000; 60:191-5.
38. MacKenzie KR, Grabovac AD. Interpersonal psychotherapy group (IPT-G) for depression. *J Psychother Pract Res* 2001;10:46-51.
39. Bolton P, Bass J, Neugebauer R, Verdelli H, Clougherty KF, Wickramaratne P, et al. Group interpersonal psychotherapy for depression in rural Uganda: a randomized controlled trial. *JAMA* 2003; 289:3117-24.
40. Weissman MM, Sanderson WC. Promises and problems in modern psychotherapy: the need for increased training in evidence based treatments. In: *Modern Psychiatry: Challenges in Educating Health Professionals to Meet New Needs*. New York: Josiah Macy Jr. Foundation; 2002:132-165.