



อารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียและจิตบำบัด สัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล: หลักการและแนวทาง การดูแล

พีรพนธ์ ลีอนุญธวัชชัย, พบ.*

บทคัดย่อ

ประสบการณ์การสูญเสียเป็นส่วนหนึ่งของประสบการณ์ที่ทุกคนเคยประสบ การสูญเสียนำมาซึ่งอารมณ์เศร้าโศกเสียใจ บางรายอาจรุนแรงจนเกิดอาการของโรคซึมเศร้า จิตบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลเป็นจิตบำบัดระยะสั้นรูปแบบหนึ่งซึ่งมีหลักฐานอ้างอิงสำหรับการรักษาโรคซึมเศร้า อารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียถือเป็นประเด็นปัญหาสำคัญหนึ่งใน 4 ด้านของปัญหาสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลที่มีความเกี่ยวข้องกับอาการของโรคซึมเศร้า เป้าหมายในการช่วยเหลือผู้ที่มีอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสีย ได้แก่ การช่วยให้บุคคลนั้นสามารถยอมรับและผ่านพ้นประสบการณ์การสูญเสียที่เกิดขึ้น ส่งผลให้หายจากอารมณ์เศร้าโศกหรืออาการของโรคซึมเศร้านั้น และช่วยให้บุคคลนั้นได้รับแหล่งสนับสนุนระดับประคองทางสังคมเพิ่มเติม กระบวนการรักษามีดังนี้ ผู้รักษาจะเชื่อมโยงให้บุคคลนั้นเข้าใจว่าประสบการณ์การสูญเสียมีความเกี่ยวข้องกับอารมณ์เศร้าโศกหรืออาการของโรคซึมเศร้า ช่วยให้บุคคลนั้นสามารถระบายอารมณ์ความรู้สึก ถ้ายทอดประสบการณ์การสูญเสียให้ผู้รักษาได้รับฟัง และพิจารณาความสัมพันธ์ที่ผู้ป่วยมีต่อบุคคลที่เสียชีวิตนั้นอย่างถูกต้อง ตรงความเป็นจริงมากขึ้น และพัฒนาความสัมพันธ์ใหม่เพื่อเป็นแหล่งสนับสนุนระดับประคองทางสังคมเพิ่มเติม

คำสำคัญ อารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสีย จิตบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล

วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2550; 52(1); 29 - 45

* ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



Grief and Interpersonal Psychotherapy: Principle and Management

*Peeraphon Lueboonthavatchai, M.D.**

Abstract

Grief or loss is a universal and fundamental human experience. Individuals who experience grief usually feel sad or depressed. Sadness related to grief or loss in some individuals lead to depressive disorder. Interpersonal psychotherapy (IPT), a short-term psychotherapy, is one of the evidence-based therapies (EBT) of depression. Grief or complicated bereavement is considered as one of four interpersonal problem areas related to depressive symptoms. Treatment goal of IPT is to help the individual to accept and resolve grief, resulting in reduction of depressive symptoms. The therapist also helps the individual to gain the additional social support. The therapeutic action includes making a connection between grief and the patient's depressive symptoms, facilitating the expression of painful affect, sharing grief experiences to the therapist, reconstruction of the relationship with the lost person, and helping the individual to initiate new relationships and gain social support.

Key words grief, complicated bereavement, interpersonal psychotherapy (IPT)

J Psychiatr Assoc Thailand 2007; 52(1); 29 - 45

* Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University

บทนำ

ประสบการณ์การสูญเสียเป็นส่วนสำคัญส่วนหนึ่งของประสบการณ์ชีวิตของมนุษย์ ซึ่งทุกคนต้องเคยประสบ และเกิดขึ้นได้ในทุกช่วงระยะของชีวิต การสูญเสียนำมาซึ่งอารมณ์เศร้าโศกเสียใจ ในบางรายอารมณ์เศร้าโศกนี้อาจจะรุนแรงจนเกิดอาการของโรคซึมเศร้า มักจะพบอยู่เสมอว่า อารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียมีความเกี่ยวข้องกับอาการของโรคซึมเศร้า โดยเฉพาะการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลายรายมีประวัติการเสียชีวิตของบุคคลใกล้ชิดอันเป็นที่รัก โดยเฉพาะการเสียชีวิตของคู่สมรสหรือสมาชิกในครอบครัว

จิตบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลเป็นจิตบำบัดที่มีหลักฐานอ้างอิงในการรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยมุ่งเน้นการแก้ไขปัญหาสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลที่เกี่ยวข้องกับอาการของโรคซึมเศร้า ด้านใดด้านหนึ่งใน 4 ด้าน ดังต่อไปนี้ 1) อารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสีย (grief or complicated bereavement) 2) ความขัดแย้งทางบทบาทสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล (interpersonal role disputes) 3) การเปลี่ยนผ่านบทบาท (role transitions) และ 4) ความบกพร่องทางสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล (interpersonal deficits) เมื่อแก้ไขปัญหาสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลที่เกี่ยวข้องกับอาการของโรคซึมเศร้า ก็จะช่วยให้อาการซึมเศร้าของบุคคลนั้นดีขึ้น

เป้าหมายของการรักษาโรคซึมเศร้าที่เกี่ยวข้องกับการสูญเสีย ได้แก่ การช่วยให้บุคคลนั้นเข้าใจประสบการณ์การสูญเสียและผ่านพ้นอารมณ์เศร้าโศก สามารถถ่ายทอดประสบการณ์นั้นแก่บุคคลใกล้ชิด ช่วยให้ได้รับแหล่งประคับประคองทางสังคมเพิ่มขึ้น และอาการของโรคซึมเศร้าดีขึ้น

อารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสีย (Grief) เป็นอย่างไร

ประสบการณ์การสูญเสียเป็นส่วนหนึ่งของประสบการณ์ชีวิตที่ทุกคนเคยประสบ และเกิดขึ้นได้ในทุกระยะของชีวิตคนเรา ประสบการณ์การสูญเสียนำมาซึ่งอารมณ์เศร้าโศกเสียใจ บางครั้งอาจรุนแรงจนเกิดอาการของโรคซึมเศร้า จากการศึกษาต่างๆ ที่ผ่านมา พบว่าผู้ที่ประสบกับการสูญเสียประมาณร้อยละ 10 - 15 เกิดอาการของโรคซึมเศร้าเรื้อรัง (chronic depression) ตามมา¹ ในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าในแต่ละปีมีประชากรที่กลายเป็นหม้ายประมาณ 800,000 คน และพบที่อายุ 65 ปี ผู้หญิงมากกว่าร้อยละ 50 และผู้ชายมากกว่าร้อยละ 10 ได้กลายเป็นหม้าย และประสบกับอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสีย²

Bereavement, grief และ mourning เป็นคำที่มีความหมายเกี่ยวข้องกับกระบวนการและปฏิกิริยาของการสูญเสีย ทั้ง bereavement และ grief นั้นมีความหมายใกล้เคียงกันจนบางครั้งถูกใช้แทนกัน ในปี ค.ศ. 1982 The Committee on Health Consequences of the Stress of Bereavement ได้ข้อสรุปเกี่ยวกับความหมายของ bereavement และ grief³⁻⁷ ว่า bereavement หมายถึง ภาวะการสูญเสียจากการเสียชีวิตของบุคคลอันเป็นที่รัก หรือความเป็นจริงของการเสียชีวิต ส่วน grief นั้นหมายถึง ปฏิกริยาตอบสนองต่อ bereavement ซึ่งก็เป็นปฏิกริยาทางด้านอารมณ์ จิตใจ และพฤติกรรมต่อการสูญเสียที่สำคัญ โดยเฉพาะการเสียชีวิตของบุคคลที่ใกล้ชิด เกิดขึ้นหลังจากรับรู้ถึงการสูญเสีย เช่น อารมณ์เศร้าโศก คร่ำครวญ ร้องไห้ ซึ่งบางครั้ง grief สามารถเรียกว่า bereavement reaction หรือ bereavement process ก็ได้ ส่วน mourning นั้นหมายถึงกระบวนการผ่านพ้นอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสีย ซึ่งมักจะหมายถึงกระบวนการแสดงออกทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับความเชื่อทาง

ศาสนา และขนบธรรมเนียมวัฒนธรรม เช่น งานศพหรือพิธีกรรมทางศาสนาหลังการเสียชีวิต ซึ่งบางครั้งอาจจะเรียกว่า bereavement behavior ก็ได้

ส่วนใหญ่แล้วปฏิกิริยาของการสูญเสียประกอบด้วย 3 ระยะ^{1,3-7} ได้แก่ ระยะแรก ซึ่งเรียกว่าระยะมีนชา (numbness) เริ่มจากการรับรู้ความเป็นจริงของการสูญเสียหรือการเสียชีวิต ในระยะนี้จะเกิดความรู้สึกตกใจ (shock) ไม่เชื่อ (disbelief) และปฏิเสธสิ่งที่เกิดขึ้น (denial) เกิดความรู้สึกมีนชา (numbness) ระยะนี้ใช้เวลา 2-3 ชั่วโมงถึง 2-3 สัปดาห์ ตามมาด้วยระยะที่สอง ซึ่งเรียกว่า ระยะซึมเศร้า (depression) ในระยะนี้จะมีอารมณ์เศร้าโศกคร่ำครวญ ร้องไห้บ่อยๆ ย้ำนึกถึงบุคคลที่เสียชีวิต ผันถึงหรืออาจเห็นภาพบุคคลที่เสียชีวิต ความอยากอาหารลดลง นอนไม่หลับ หรืออาจทำกิจกรรมประจำวันตามปกติลดลงจากเดิมบ้าง ระยะนี้จะใช้เวลา 2-3 สัปดาห์ ส่วนใหญ่แล้วอาการมักจะดีขึ้นเองภายในเวลา 2-4 เดือน แต่บางรายระยะนี้ก็อาจจะนานเป็นปี โดยส่วนใหญ่แล้วมักจะไม่เกิน 6 เดือน หลังจากนั้นจะเข้าสู่ระยะที่สาม ซึ่งเรียกว่า ระยะกลับคืนสู่ปกติ (recovery) โดยผู้ที่สูญเสียจะลดการย้ำนึกถึงบุคคลที่เสียชีวิต ยอมรับกับการสูญเสีย และเริ่มกลับเข้าสู่กิจวัตรประจำวันตามปกติของบุคคลนั้น อารมณ์เศร้าโศกที่เป็นปกติต่อการสูญเสียนี้ไม่จัดเป็นความผิดปกติทางจิตเวช อาการจะดีขึ้นเองโดยไม่ต้องได้รับการรักษา^{3,7,11}

อารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติต่อการสูญเสีย (Abnormal, Pathological, or Complicated Grief) เป็นอย่างไร

ดังที่ได้กล่าวไปแล้วในข้างต้นว่า อารมณ์เศร้าโศกที่เป็นปกติต่อการสูญเสียสามารถดีขึ้นได้เอง โดยทั่วไปคนส่วนใหญ่สามารถผ่านพ้นระยะต่างๆ ของปฏิกิริยาการสูญเสีย จนกลับเข้าสู่กิจวัตรประจำวันตามเดิมโดยไม่มี ความผิดปกติ

ทางด้านจิตใจเกิดขึ้น แต่ในบางรายก็มีอารมณ์เศร้าโศกที่รุนแรงจนเกิดความผิดปกติทางด้านจิตใจ โดยเฉพาะโรคซึมเศร้า (depressive disorder)

Clayton และ Darvish (1979) ได้รายงานว่ามีผู้ป่วยที่ประสบกับการสูญเสีย ร้อยละ 42 มีอาการของโรคซึมเศร้า เมื่อเวลา 1 เดือน และลดลงเหลือร้อยละ 16 เมื่อเวลาผ่านไป 1 ปี⁸ Clayton (1990) ได้ทำการศึกษาเปรียบเทียบโดยมีกลุ่มควบคุมและใช้วิธีการจับคู่ (a matched case-control study) ก็พบอุบัติการณ์ของโรคซึมเศร้าในผู้ที่ประสบกับการสูญเสียประมาณร้อยละ 47 ในขณะที่พบอุบัติการณ์ของโรคซึมเศร้าในกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้ประสบกับการสูญเสียประมาณร้อยละ 8⁹ Zisook และ Shuchter (1991) ก็ได้รายงานอัตราการเกิดโรคซึมเศร้าจากการสูญเสียชีวิตของผู้สมรส โดยพบ major depressive disorder ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ DSM-III-R (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition, Revised) ประมาณร้อยละ 24 เมื่อเวลา 2 เดือน และร้อยละ 23 เมื่อเวลาผ่านไป 7 เดือน และลดลงเหลือร้อยละ 16 เมื่อเวลาผ่านไป 13 เดือน เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมที่สมรสแล้วแต่ไม่ได้ประสบกับการสูญเสีย พบอัตราของโรคซึมเศร้าเพียงร้อยละ 4¹⁰

อารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติต่อการสูญเสีย (abnormal, pathological, or complicated grief) ได้แก่ อารมณ์เศร้าโศกที่รุนแรงและนานเกินปกติต่อการสูญเสีย หรือส่งผลกระทบต่อการทำงานของบุคคลนั้น อารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติต่อการสูญเสียสามารถพบได้หลายรูปแบบ^{3-7,11,12} ได้แก่ 1) อารมณ์เศร้าโศกที่เรื้อรังต่อการสูญเสีย (chronic grief) เป็นปฏิกิริยาผิดปกติที่พบได้บ่อยที่สุด โดยเกิดขึ้นนานกว่า 6 เดือน บางครั้งอาจเรียกว่า prolonged grief ก็ได้ 2) อารมณ์เศร้าโศกที่รุนแรงต่อการสูญเสีย (hypertrophic grief) จนเกิดอาการของโรคซึมเศร้าหรือวิตกกังวล (depressive or anxiety disorders) 3) อารมณ์เศร้าโศกที่เกิดขึ้นซ้ำ

กว่าปกติ (delayed grief) หมายถึง การที่ไม่พบ
ปฏิกิริยาการสูญเสียตามปกติซึ่งควรจะพบใน
2 สัปดาห์แรก บางครั้งอาจเรียกว่า absent grief
หรือ inhibited grief ก็ได้ 4) อารมณ์เศร้าโศกที่ไม่
สามารถผ่านพ้น (unresolved grief) หมายถึง การ
ชะงักงันของกระบวนการผ่านพ้นอารมณ์เศร้าโศก
จากการสูญเสียในอดีต และ 5) อารมณ์เศร้าโศกที่
เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (traumatic
grief) พบในผู้ที่รอดชีวิตจากภัยพิบัติที่รุนแรงทาง
ธรรมชาติ เหตุการณ์สงคราม หรือการถูกทำร้าย
ซึ่งอาจจะพบร่วมกับโรคความเครียดทางจิตใจหลัง
จากประสบเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (posttraumatic
stress disorder) ก็ได้

โดยทั่วไปผู้ที่ประสบกับการสูญเสียอาจ
จะมีอารมณ์เศร้าโศกที่คล้ายคลึงกับอาการของ
โรคซึมเศร้า (major depressive disorder) โดย
อาการที่สามารถพบได้ทั้งในอารมณ์เศร้าโศกที่
เป็นปกติต่อการสูญเสีย (grief) และโรคซึมเศร้า
(major depressive disorder) ได้แก่ อารมณ์เศร้า
เสียใจ (depressed mood or sadness) ความรู้สึก
หงุดหงิดกระวนกระวาย (irritability) ปัญหาการนอน
เช่น นอนไม่หลับ ความอยากอาหารลดลง ความ
สนใจในกิจกรรมต่างๆ ลดลง ความสามารถในการ
ตัดสินใจที่ลดลง และอาการวิตกกังวล (anxiety
symptoms) หรืออาการตื่นตระหนก (panic attacks)
หรือความคิดย้ำ (obsessional thoughts) จึงอาจจะ
ทำให้การวินิจฉัยแยกโรคระหว่างอารมณ์เศร้าโศก
จากการสูญเสีย (grief or bereavement) และโรค
ซึมเศร้า (major depressive disorder) ทำได้ลำบาก
ดังที่ได้กล่าวแล้วว่า อารมณ์เศร้าโศกที่เป็นปกติต่อ
การสูญเสีย (grief) มักจะดีขึ้นได้เอง ตามเกณฑ์
การวินิจฉัยของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (Diagnostic
and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth
Edition, Text Revision หรือ DSM-IV-TR)¹³ จึง
กำหนดระยะเวลาของอารมณ์เศร้าโศกที่ปกติต่อ

การสูญเสียไว้ถึง 2 เดือน ก่อนที่จะให้การวินิจฉัย
โรคซึมเศร้า (major depressive disorder) โดยที่
ผู้ป่วยจะต้องไม่เสียหน้าที่กิจกรรมที่รุนแรงดังเช่นใน
โรคซึมเศร้า นอกจากนั้นแล้วอาการที่เกิดขึ้นจะไม่
รุนแรงเหมือนในผู้ป่วยที่เป็นโรคซึมเศร้า

ลักษณะที่ ช่วยแยกแยะระหว่างโรค
ซึมเศร้าจากการสูญเสียกับอารมณ์เศร้าโศกที่เป็น
ปกติต่อการสูญเสีย^{11,12,14} ได้แก่

1. การโทษหรือตำหนิตัวเองอย่างมาก
(marked self-reproach) ผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าจะมี
ความรู้สึกผิดมากเกินไปจนความเป็นจริง โทษตัวเอง
ตำหนิตัวเองว่าเป็นสาเหตุหรือมีส่วนเกี่ยวข้องให้
บุคคลนั้นเสียชีวิต แต่ในคนทั่วไปที่ประสบกับ
ความสูญเสีย แม้จะมีอาการเศร้าโศกแต่จะไม่เกิด
ความรู้สึกผิดที่รุนแรง และจะไม่เสียความเชื่อมั่น
ในตัวเอง (sense of self or self-esteem)

2. อาการเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย
(suicidality) ผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าจะมีอาการที่เกี่ยวกับ
การฆ่าตัวตาย ซึ่งได้แก่ ความคิดหรือความ
ตั้งใจจะฆ่าตัวตาย ส่วนในคนทั่วไปที่ประสบกับ
ความสูญเสียจะไม่พบอาการเหล่านี้

3. จิตใจและการเคลื่อนไหวที่ช้าหรือ
พลุ่งพล่านกระวนกระวาย (psychomotor retardation
or agitation) จิตใจและการเคลื่อนไหวที่ผิดปกติมัก
จะเป็นสิ่งที่แสดงให้เห็นถึงโรคซึมเศร้าที่รุนแรง
(severe endogenous or melancholic major depression)
ซึ่งจะไม่พบในอารมณ์เศร้าโศกที่เป็นปกติต่อการ
สูญเสีย

4. อาการของโรคจิตที่ชัดเจน (marked
psychotic symptoms) ผู้ป่วยที่มีโรคซึมเศร้ารุนแรง
อาจมีอาการของโรคจิตที่ชัดเจน ซึ่งได้แก่ อาการ
ประสาทหลอน (hallucination) และความเชื่อหลงผิด
(delusion) ส่วนอารมณ์เศร้าโศกตามปกติจากการ
สูญเสีย อาจจะได้ยินเสียงของคนที่เสียชีวิตได้บ้าง
แต่ก็เป็นบางช่วง และมักจะเป็นในช่วงแรกๆ เท่านั้น

นอกจากนั้นแล้วยังมีลักษณะบางอย่างที่ผู้รักษาควรสังเกตในผู้ป่วยที่ประสบกับการสูญเสียว่าอาจจะมีโรคซึมเศร้าเกิดขึ้น^{3-7,11,12} ได้แก่ อารมณ์เศร้าโศกที่เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (traumatic grief) เช่น การประสบภัยพิบัติที่รุนแรง การเสียชีวิตที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วทันที (sudden death) ไม่ทันคาดคิดมาก่อน (unexpected death) หรือการเสียชีวิตที่ผิดธรรมชาติ (unnatural death) ความรู้สึกผิด (guilt) หรือรู้สึกว่าตนเองต้องรับผิดชอบกับการเสียชีวิตของบุคคลนั้นๆ การขาดแหล่งสนับสนุนทางสังคม (lack of social support) หรือความรู้สึกผูกพันใกล้ชิดและพึ่งพากับบุคคลที่เสียชีวิตอย่างมาก (extremely close or dependent relationship) หรือความรู้สึกสองฝักสองฝ่าย (ambivalence) กับบุคคลที่เสียชีวิตนั้น หรือการเสียชีวิตของบุตร (death of a child)

อารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติต่อการสูญเสีย มักจะเกี่ยวข้องกับความรู้สึกขัดแย้งที่มีต่อบุคคลที่เสียชีวิต ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักจะมองบุคคลที่เสียชีวิตเฉพาะส่วนที่ดีหรือส่วนที่เสียเท่านั้น และมีความรู้สึกชื่นชมหรือตำหนิบุคคลที่เสียชีวิตมากเกินไปจนความเป็นจริง (idealization or devaluation)^{11,12,15,16} จนไม่สามารถมองเห็นภาพของบุคคลที่เสียชีวิตได้อย่างถูกต้องและตรงตามความเป็นจริง ความรู้สึกเหล่านี้จะขัดขวางและปิดกั้นความรู้สึกอื่นๆ ของผู้ป่วยที่มีต่อผู้เสียชีวิต จนเป็นอุปสรรคในการผ่านพ้นอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสีย ดังนั้น การช่วยให้ผู้ป่วยมองภาพของบุคคลที่เสียชีวิตอย่างตรงความเป็นจริง ครอบคลุมรอบด้าน เห็นลักษณะต่างๆ ทั้งในส่วนที่ดีและส่วนที่เสียของบุคคลคนนั้น จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถผ่านพ้นอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียนั้นได้

จิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal Psychotherapy, IPT) คืออะไร

จิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (interpersonal psychotherapy, IPT) เป็นจิตบำบัดระยะสั้นที่มีรูปแบบและโครงสร้างชัดเจน มีการกำหนดระยะเวลาในการรักษาที่ชัดเจน มุ่งเน้นประเด็นปัญหาสำคัญในปัจจุบันที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคล โดยมีกรอบแนวคิดพื้นฐานว่า ปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลมีส่วนเกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยทางด้านจิตใจ โดยเฉพาะที่เห็นได้เด่นชัด ได้แก่ โรคซึมเศร้า ปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคล 4 ด้านที่สำคัญที่เกี่ยวข้องกับโรคซึมเศร้า^{11,12,15,16} ได้แก่ 1) อารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสีย (grief or complicated bereavement) ซึ่งมักจะเกี่ยวข้องกับการเสียชีวิตของบุคคลอื่นเป็นที่รัก 2) ความขัดแย้งทางบทบาทสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (interpersonal role disputes) ซึ่งหมายถึง ความขัดแย้งกับบุคคลที่สำคัญในชีวิต 3) การเปลี่ยนผ่านบทบาท (role transitions) ซึ่งหมายถึงการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิต และ 4) ความบกพร่องทางสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (interpersonal deficits) ซึ่งหมายถึงความบกพร่องในทักษะสัมพันธภาพระหว่างบุคคลหรือทักษะทางสังคม รวมถึงการขาดแหล่งสนับสนุนทางสังคม เป็นผลให้เกิดปัญหาในการสร้างความสัมพันธ์หรือรักษาความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้อื่นไว้ จากปัญหาสำคัญทั้ง 4 ด้านนี้ ผู้รักษาจะเลือกปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการเกิดอาการทางจิตเวชของผู้ป่วยมากที่สุด แล้วทำการเชื่อมโยงปัญหานั้นกับอาการของผู้ป่วย และใช้เทคนิควิธีการของจิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลในการแก้ปัญหาสัมพันธภาพนั้น ก็จะช่วยให้อาการทางจิตเวชของผู้ป่วยดีขึ้น

ระยะเวลาในการรักษา ใช้เวลาสัปดาห์ละ ครั้ง ครั้งละ 45 - 60 นาที นานประมาณ 12 - 16 สัปดาห์ การรักษาแบ่งเป็น 3 ระยะ ประกอบด้วย 1) ระยะเริ่มต้น (initial phase) ประกอบด้วย การทบทวนอาการเจ็บป่วย ให้การวินิจฉัยโรค ประเมิน ปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่เกี่ยวข้องกับ อาการเจ็บป่วยในปัจจุบัน 2) ระยะกลาง (intermediate or middle phase) ได้แก่ การค้นหาและทำความเข้าใจกับปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย เชื่อมโยงปัญหาที่เกิดขึ้นนั้นกับอาการ ของโรคที่เกิดขึ้น ใช้เทคนิคทางด้านสัมพันธภาพ ระหว่างบุคคล เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถแก้ไขปัญหาสัมพันธภาพนั้นๆ นำไปสู่การลดอาการเจ็บป่วย ของผู้ป่วย และ 3) ระยะสิ้นสุด (termination phase) ได้แก่ การทบทวนความก้าวหน้าและความ สำเร็จของการรักษา เตรียมความพร้อมของผู้ป่วย สำหรับการสิ้นสุดการรักษา ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถ พึ่งพาตนเองจัดการปัญหาที่เกิดขึ้นได้ในอนาคต และ ในบางรายก็อาจพิจารณาการรักษาในระยะต่อเนื่อง

เทคนิควิธีการของจิตบำบัดสัมพันธภาพ ระหว่างบุคคล ได้แก่ เทคนิคในการค้นหาข้อมูล (exploratory techniques) การวิเคราะห์การสื่อสาร (communication analysis) การกระตุ้นให้แสดงอารมณ์ (use or encouragement of affect) การแสดงบทบาท สมมติ (role playing) การแก้ปัญหาและการ วิเคราะห์เพื่อตัดสินใจ (problem solving and decision analysis) การมอบหมายงานหรือให้การบ้าน (task or homework assignment) และการใช้ประโยชน์ จากความสัมพันธ์ของการรักษา (use of therapeutic relationship) ผู้รักษาจะมีบทบาทในเชิงรุกเป็น ผู้คอยให้ความช่วยเหลือผู้ป่วย เป้าหมายของการ รักษาคือการช่วยให้ผู้ป่วยสามารถแก้ไขปัญหา

สัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่เกิดขึ้น ปรับปรุงและ เพิ่มทักษะในการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล และทักษะทางสังคม รวมทั้งรูปแบบและวิธีการ สื่อสารที่เหมาะสมให้กับผู้ป่วย ลดการแยกตัวจาก สังคม และได้รับแหล่งสนับสนุนระดับประคอง ทางสังคมเพิ่มขึ้น ซึ่งจะส่งผลช่วยให้ผู้ป่วยหาย จากอาการของความเจ็บป่วยนั้นๆ

จิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลมี ประสิทธิภาพในการใช้รักษาโรคซึมเศร้า (depressive disorders) ทั้งโรคซึมเศร้าหลัก (major depressive disorder)¹⁶⁻¹⁹ โรคซึมเศร้าเรื้อรัง (dysthymic disorder)¹⁶ โรคซึมเศร้าในวัยรุ่น (depression in adolescents)²⁰⁻²³ โรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ (late-life depression)²⁴ โรคซึมเศร้าในผู้ที่มีอาการเจ็บป่วยทางกาย (depression in the medically ill)²⁵ โรคซึมเศร้าในผู้ป่วยที่ติดเชื้อ HIV (depression in human immunodeficiency virus-positive patients)²⁶ โรคซึมเศร้าในผู้ป่วยก่อน และหลังคลอด (depression in ante- and postpartum patients)²⁷ นอกจากโรคซึมเศร้าแล้ว ยังมีผู้นำมา ปรับใช้รักษาโรคอื่นๆ ได้แก่ โรคอารมณ์ผิดปกติ ชนิดไบโพลาร์ (bipolar disorders)²⁸⁻³⁰ โรควิตกกังวล (anxiety disorders) ดังเช่น โรคกลัวสังคม (social phobia)³¹⁻³² โรคการกินผิดปกติ (eating disorders: bulimia and anorexia nervosa)³³⁻³⁵ โรคกลุ่มอาการ ทางกายหลายระบบแต่ไม่พบสาเหตุทางกาย (somatization disorder)³⁶ รวมทั้งโรคบุคลิกภาพ ผิดปกติแบบก้ำกึ่ง (borderline personality disorders)³⁷

ในที่นี้จะขอกล่าวถึงการรักษาผู้ป่วยที่มี อาการของโรคซึมเศร้าที่เกี่ยวข้องกับการสูญเสีย ซึ่งเป็นหนึ่งใน 4 ด้านของปัญหาสัมพันธภาพ ระหว่างบุคคลที่สำคัญ โดยอาศัยวิธีการของจิตบำบัด สัมพันธภาพระหว่างบุคคล

วิธีการรักษาโรคซึมเศร้าที่เกิดจากการสูญเสียโดยจิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ดังนี้

1. การค้นหาประสบการณ์การสูญเสียที่เกิดขึ้น

ดังที่ได้กล่าวแล้วว่า อาการซึมเศร้าของผู้ป่วยมักจะเกิดขึ้นตามหลังการสูญเสีย บางครั้งเหตุการณ์สูญเสียอาจจะเกิดขึ้นนานแล้ว จนผู้ป่วยไม่สามารถตระหนักหรือเข้าใจว่าเกี่ยวข้องกับอาการของโรคซึมเศร้าที่กำลังเป็นอยู่ การทบทวนความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับบุคคลใกล้ชิดจึงมีความสำคัญที่จะช่วยให้ผู้รักษาทราบข้อมูลการเสียชีวิตของบุคคลที่ผู้ป่วยใกล้ชิด สามารถลำดับเหตุการณ์ตามเวลาที่เกิดขึ้น ทำให้ทราบที่มาของอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยได้

2. การทำความเข้าใจประสบการณ์การสูญเสียและสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการสูญเสีย

หลังจากที่ได้ข้อมูลประสบการณ์การสูญเสียของผู้ป่วย ผู้รักษาจะพยายามทำความเข้าใจประสบการณ์การสูญเสีย สถานการณ์และสภาพแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับการเสียชีวิตของบุคคลที่สำคัญ ปฏิกริยาทางอารมณ์ จิตใจ และพฤติกรรมของผู้ป่วยต่อการสูญเสียที่เกิดขึ้น โดยผู้รักษาพยายามเข้าใจประสบการณ์ที่เกิดขึ้นในมุมมองของผู้ป่วยถึงผลกระทบของการสูญเสียที่มีต่อผู้ป่วย ผู้รักษาจะใช้เทคนิคของการทำให้กระจ่าง (clarification) ช่วยให้ผู้ป่วยได้เล่าถึงเหตุการณ์ สภาพแวดล้อมของการสูญเสีย และอารมณ์ความรู้สึกที่เกิดขึ้น โดยผู้รักษาจะรับฟังอย่างเข้าใจ เห็นอกเห็นใจ มีท่าทีสนับสนุนระดับประคอง และคอยให้ความช่วยเหลือผู้ป่วย

3. การเชื่อมโยงประสบการณ์การสูญเสียกับอาการซึมเศร้าที่เกิดขึ้น

ผู้รักษาจะเชื่อมโยงประสบการณ์การสูญเสียที่เกิดขึ้นกับอาการซึมเศร้าของผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจความสำคัญของการสูญเสียซึ่งเป็นที่มาของอาการซึมเศร้า เมื่อผู้ป่วยสามารถเชื่อมโยงประสบการณ์การสูญเสียที่เกิดขึ้นกับอาการของโรคซึมเศร้า ผู้ป่วยก็จะสามารถกล่าวถึงอารมณ์เศร้าโศกหรือความรู้สึกเจ็บปวดที่เกี่ยวข้องกับการสูญเสียนั้นได้

4. การช่วยให้ผู้ป่วยยอมรับกับความรู้สึกเจ็บปวดที่เกี่ยวข้องกับการสูญเสีย

หลังจากที่ผู้ป่วยสามารถเชื่อมโยงความเกี่ยวข้องระหว่างประสบการณ์การสูญเสียกับอาการซึมเศร้า ผู้รักษาจะช่วยให้ผู้ป่วยยอมรับกับการสูญเสียที่เกิดขึ้น จนสามารถผ่านพ้นอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียนั้น วิธีการที่ช่วยให้ผู้ป่วยผ่านพ้นและยอมรับการสูญเสียนั้น ได้แก่ การช่วยให้ผู้ป่วยได้เข้าใจภาพของความสัมพันธ์ที่ผู้ป่วยมีต่อบุคคลที่เสียชีวิตอย่างครบถ้วนทุกด้านตรงความเป็นจริงมากยิ่งขึ้น

ผู้รักษาต้องสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ป่วย เพื่อให้สามารถเข้าถึงและค้นหาความรู้สึกของผู้ป่วยต่อการสูญเสียที่เกิดขึ้นนั้นได้ ช่วยให้ผู้ป่วยกล่าวถึงอารมณ์เศร้าโศกหรือความรู้สึกเจ็บปวดที่เกี่ยวข้องกับการสูญเสียนั้น ผู้รักษาจะช่วยให้ผู้ป่วยได้พิจารณาทบทวนความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและผู้เสียชีวิต ทั้งประสบการณ์ที่ดี และประสบการณ์ที่มีปัญหา เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายอารมณ์ความรู้สึกที่มีต่อบุคคลที่เสียชีวิตนั้น ผู้ป่วยอาจจะมีความลำบากใจในการกล่าวถึงหรือยอมรับกับอารมณ์ความรู้สึกในด้านลบที่มีต่อบุคคลที่เสียชีวิตนั้น เช่น ความรู้สึกโกรธหรือไม่พอใจต่อบุคคลที่เสียชีวิตนั้น บุคคลที่เศร้าจากการเสียชีวิตของบุคคลใกล้ชิดมักจะมีความรู้สึกกักขังกักเก็บ

(idealizing) บุคคลที่เสียชีวิตหรือชื่นชมในความสัมพันธ์กับบุคคลนั้น โดยมีความเชื่อมั่นภูมิใจในตัวเองต่ำ (low self-esteem) ความรู้สึกเหล่านี้จะขัดขวางและปิดกั้นอารมณ์ความรู้สึกอื่นๆ ที่ผู้ป่วยมีต่อบุคคลที่เสียชีวิตไปแล้ว ผู้รักษาจะช่วยให้ผู้ป่วยได้แสดงอารมณ์ความรู้สึกต่างๆ ทั้งในด้านบวก เช่น ความรู้สึกชื่นชม พอใจ และด้านลบที่มีต่อบุคคลนั้นๆ เช่น ความรู้สึกผิดหวัง เสียใจ น้อยใจ ไม่พอใจ หรือความรู้สึกโกรธ โดยหลีกเลี่ยงการใช้วิธีการเผชิญความจริง (confrontation) ไม่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกผิดหรือความรู้สึกกังวล ควรช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจว่าการเปิดเผยความรู้สึกที่เกิดขึ้นนั้นจะช่วยให้อารมณ์ความรู้สึกผ่อนคลาย จะช่วยให้เข้าใจบุคคลที่เสียชีวิตและความสัมพันธ์กับบุคคลที่เสียชีวิตอย่างถูกต้อง เทคนิคที่ใช้ได้แก่ เทคนิคการค้นหาข้อมูลและอารมณ์ความรู้สึก (exploration) รวมทั้งการกระตุ้นให้แสดงอารมณ์ (use or encouragement of affect)

5. การช่วยให้ผู้ป่วยสร้างความสัมพันธ์ใหม่เพื่อเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมเพิ่มเติม

ดังที่ได้กล่าวแล้วว่า ผู้ที่ประสบกับการสูญเสียจะต้องผ่านปฏิกิริยาทางด้านจิตใจ 3 ระยะ ซึ่งได้แก่ ระยะมึนชา (numbness) ระยะซึมเศร้า (depression) และระยะกลับคืนสู่ปกติ (recovery) เมื่อบุคคลนั้นเข้าสู่ระยะกลับคืนสู่ปกติ ก็จะเริ่มย้านึกถึงบุคคลที่เสียชีวิตน้อยลง และเริ่มต้นสร้างความสัมพันธ์ใหม่ๆ กับบุคคลอื่น ผู้รักษาจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถสร้างความสัมพันธ์ใหม่เพื่อทดแทนการสนับสนุนระดับประคองที่ผู้ป่วยเคยได้รับจากผู้เสียชีวิต ทั้งการสนับสนุนทางด้านจิตใจ อารมณ์ หรือสังคม ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจว่าความสัมพันธ์ที่มีคุณค่ากับบุคคลอื่นเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการดำเนินชีวิต ผู้ป่วยเองก็ต้องการความสัมพันธ์ที่คอยสนับสนุน และสามารถรักษาความสัมพันธ์ที่ดีไว้ พร้อมทั้งสร้างความสัมพันธ์ใหม่ที่ดีและมีคุณค่าต่อไป

ผู้รักษาจะสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้ถ่ายทอดประสบการณ์และระบายอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียให้บุคคลใกล้ชิดได้รับฟัง ดังเช่นที่ผู้ป่วยสามารถถ่ายทอดให้กับผู้รักษาฟัง บางครั้งผู้ป่วยไม่สามารถถ่ายทอดประสบการณ์และความรู้สึกของการสูญเสียให้กับบุคคลรอบข้างอื่นๆ เนื่องจากเกรงว่าผู้อื่นจะไม่เข้าใจความรู้สึกของผู้ป่วย และกลัวว่าผู้อื่นจะมองเป็นเรื่องผิดปกติถ้าผู้ป่วยแสดงความรู้สึกนั้นออกมา เมื่อผู้ป่วยสามารถถ่ายทอดความรู้สึกที่เกิดขึ้นให้บุคคลใกล้ชิด ผู้ป่วยก็จะได้รับการสนับสนุนระดับประคองจากบุคคลรอบข้างเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ผู้รักษาจะช่วยให้ผู้ป่วยได้พัฒนาความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นให้มากขึ้น โดยเสริมสร้างทักษะสัมพันธ์ภาวะระหว่างบุคคลหรือทักษะทางสังคมที่จำเป็นให้กับผู้ป่วย และอาจแนะนำให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมที่ช่วยพัฒนาความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้อื่น เช่น การร่วมกิจกรรมทางสังคม ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยปรับตัวอยู่ในสังคมได้ดียิ่งขึ้นด้วย

ตัวอย่างผู้ป่วยที่มีอาการของโรคซึมเศร้าที่เกิดจากการเสียชีวิตของคนที่สำคัญที่ใกล้ชิด

ผู้ป่วยหญิงไทยหม้าย อายุ 65 ปี มาพบแพทย์ด้วยอาการซึมเศร้า ท้อแท้ เป็นมาประมาณ 3 เดือน

ประวัติการเจ็บป่วย:

5 เดือนที่ผ่านมา สามีเจ็บป่วยบ่อยๆ ได้ไปตรวจที่โรงพยาบาล แพทย์ให้การวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งปอด แต่ไม่ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง 3 เดือนที่ผ่านมา สามีเสียชีวิตจากมะเร็งปอด ผู้ป่วยรู้สึกเศร้าเสียใจ ร้องไห้บ่อยๆ ทำใจไม่ได้ คิดถึงสามีฝันเห็นสามีบ่อยๆ อยากตายตามไปด้วย รับประทานอาหารไม่ค่อยได้ และนอนไม่หลับ

ประวัติส่วนตัว:

ผู้ป่วยแต่งงานกับสามีมาประมาณ 44 ปี มีบุตรชาย 1 คน ผู้ป่วยใกล้ชิดกับสามีที่สุด รู้สึกว่า

สามีเป็นเพื่อนที่ดีที่สุด หลังจากสามีเสียชีวิต ต้องอยู่คนเดียว และประสบกับปัญหาทางการเงิน ผู้ป่วยมีพี่น้อง 10 คน เป็นคนที่ 4 ใน 10 คน ความสัมพันธ์ห่างเหินกับพี่น้อง

ตัวอย่างการรักษาผู้ป่วยด้วยจิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลในช่วงระยะกลางของการรักษา

ผู้รักษาเริ่มต้นการรักษาด้วยการทบทวนอาการซึมเศร้าในสัปดาห์ที่ผ่านมา

ผู้รักษา: อาการของคุณในช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมาเป็นอย่างไรบ้างครับ

ผู้ป่วย: ก็ยังรู้สึกเสียใจ ร้องไห้ รู้สึกเหงา และคิดถึงสามีอยู่ตลอดค่ะ

ผู้รักษา: คุณยังคิดถึงสามีคุณอยู่ตลอด

ผู้ป่วย: ใช่ค่ะ ตลอดเวลา ตอนกลางคืนก็คิดถึงจนนอนไม่หลับ

ผู้รักษาเริ่มให้ผู้ป่วยทบทวนความสัมพันธ์กับผู้ที่เสียชีวิต สภาพแวดล้อมของการเสียชีวิต ความสำคัญของผู้เสียชีวิตที่มีต่อผู้ป่วย ลักษณะของความสัมพันธ์ที่ผู้ป่วยมีต่อผู้เสียชีวิต ความทรงจำและอารมณ์ความรู้สึกที่มีต่อผู้เสียชีวิต

ผู้รักษา: คุณจำเหตุการณ์อะไรที่เกี่ยวกับสามีได้บ้างครับ

ผู้ป่วย: ประสบการณ์ที่ดี ช่วงที่สามียังแข็งแรง สามีดูแลฉันดีมาก สามีพาฉันไปเที่ยวบ้านญาติที่ต่างจังหวัดด้วยกันบ่อยๆ ในช่วงวันหยุด ฉันรู้สึกมีความสุขมาก แต่พอนึกถึงตอนที่สามีป่วยอยู่โรงพยาบาลก็รู้สึกเศร้าค่ะ

ผู้รักษา: เมื่อสัปดาห์ที่แล้วที่เราคุยกัน ผมลองให้คุณย้อนนึกถึงเหตุการณ์ในช่วงสัปดาห์สุดท้ายก่อนที่สามีของคุณจะเสียชีวิต คุณยังไม่อยากพูดถึงเรื่องนี้ คุณอาจจะรู้สึกลำบากใจ แต่ผมคิดว่าจะเป็นประโยชน์มาก ถ้าได้กลับมาพูดถึงเรื่องนี้ เพราะอาการซึมเศร้าของคุณเริ่มหลังจากที่สามีของคุณเสียชีวิต และผมก็คิดว่ามีความ

เกี่ยวข้องกันระหว่างอาการซึมเศร้าของคุณกับการเสียชีวิตของสามีของคุณ

ผู้รักษาพยายามชี้ให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของการย้อนกล่าวถึงเหตุการณ์ในช่วงก่อนที่สามีของผู้ป่วยจะเสียชีวิต โดยการเชื่อมโยงให้เห็นความเกี่ยวข้องระหว่างการเสียชีวิตของสามีของผู้ป่วยกับการเริ่มเกิดอาการซึมเศร้าของผู้ป่วย

ผู้รักษา: ผมคิดว่าเราน่าจะย้อนกลับไปพูดถึงเหตุการณ์ในช่วงเวลานั้นอีกครั้ง ทบทวนว่าในช่วงเวลานั้นคุณรู้สึกอย่างไร และคุณได้ใช้เวลากับสามีของคุณอย่างไรบ้าง

ผู้ป่วย: จะต้องกลับไปคุยถึงเรื่องนี้อีกหรือคะ

ผู้รักษา: ผมคิดว่าจำเป็นครับ แต่ถ้าคุณรู้สึกว่ายังไม่สามารถพูดถึงเรื่องนี้ เราก็สามารถเลื่อนไปก่อนได้ แต่ถ้าคุณสามารถพูดถึงเรื่องนี้ได้ในวันนี้ ผมคาดว่าจะประโยชน์มาก

ผู้ป่วย: ค่ะ ฉันจะลองดูค่ะ

ผู้รักษา: ครับ ถ้าขณะที่พูดคุยกัน คุณรู้สึกไม่พร้อม อยากจะหยุดเมื่อไหร่ คุณสามารถบอกผมได้ เราสามารถหยุดและคุยกันใหม่ในครั้งต่อไปเมื่อคุณรู้สึกพร้อมครับ

ผู้ป่วย: โอเคค่ะ

ผู้รักษา: จากที่เราเคยคุยกันในครั้งแรกๆ สามีของคุณได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งปอด

ผู้ป่วย: ค่ะ

ผู้รักษา: สามีของคุณเสียชีวิตหลังจากนั้นไม่นาน ใช่ไหมครับ

ผู้ป่วย: ใช่ค่ะ

ผู้รักษา: ลองเล่าให้ผมฟังได้ไหมครับ เกี่ยวกับเหตุการณ์ในช่วงที่สามีของคุณได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งปอด

ผู้รักษาพยายามกระตุ้นให้ผู้ป่วยเล่ารายละเอียดเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการเสียชีวิตของสามีผู้ป่วยเช่น ผู้ป่วยรับรู้การเจ็บป่วยและการวินิจฉัยโรคของสามีได้อย่างไร การดำเนินของอาการ

เจ็บป่วยเป็นอย่างไร ผู้ป่วยได้ใช้เวลากับสามีในช่วงที่สามีเจ็บป่วยอย่างไรบ้าง ในช่วงเวลาสุดท้ายก่อนสามีจะเสียชีวิต ผู้ป่วยได้ใช้เวลาอยู่กับสามีหรือไม่ ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการจัดการงานศพหรือไม่ อย่างไร มีใครบ้างที่คอยช่วยเหลือประคับประคองผู้ป่วยในช่วงเวลานั้น ในขั้นตอนนี้ ผู้รักษาจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถบรรยายอารมณ์ความรู้สึกเจ็บปวดที่เกิดขึ้น

ผู้รักษา: สามีบอกให้คุณทราบอย่างไรครับ

ผู้ป่วย: ตอนนั้นฉันอยู่บ้าน สามีกลับมาเข้ามาคุยกับฉันในห้อง สามีบอกฉันว่า มีข่าวไม่ค่อยดีเท่าไร หมอบอกว่าผลการตรวจพบว่าเป็นมะเร็งปอด

ผู้รักษา: ตอนที่สามีบอกคุณตอนนั้น คุณรู้สึกอย่างไรครับ

ผู้ป่วย: ตกใจค่ะ ฉันรู้สึกสับสน เพราะก่อนหน้านี้ ยังเห็นสามีแข็งแรงดี มีแต่เพียงอาการไอ ฉันรู้สึกผิดที่ไม่ได้พาสามีไปตรวจตั้งแต่แรก ทั้งที่มีคนทักว่าสามีของฉันป่วยบ่อย

ผู้รักษาและผู้ป่วยพูดคุยถึงความทรงจำและอารมณ์ความรู้สึกในช่วงเวลานั้น

ผู้รักษา: ในช่วงที่สามีของคุณป่วยเป็นมะเร็ง และเริ่มรับการรักษา คุณได้มีโอกาสพูดคุยกับสามีในเรื่องอะไรบ้างครับ

ผู้ป่วย: ยังคุยกันอยู่หลายเรื่อง ทั้งเรื่องสวน เรื่องงานของลูก สามีก็ยังชื่นชมกับความสำเร็จ ของลูก และยังให้กำลังใจฉันด้วย

ผู้รักษา: โดยทั่วไปแล้วคนเราก็มักพยายามดำเนินชีวิตอย่างเป็นปกติอยู่ แม้แต่ในช่วงเวลาที่เจ็บป่วย ผมรู้สึกดีที่ทราบว่า คุณกับสามีได้มีโอกาสคุยกันในเรื่องราวต่างๆไปในช่วงเวลา ก่อนที่สามีของคุณจะเสียชีวิต ทั้งเรื่องสวน เรื่องลูก หรือให้กำลังใจคุณด้วย

ผู้ป่วย: แต่บางที ฉันก็ไม่ค่อยอยากคุยกับสามีมากนักในช่วงนั้นค่ะ

ผู้รักษา: คุณไม่ค่อยอยากคุยกับสามีมากนัก เป็นเพราะอะไรครับ

ผู้ป่วย: เพราะระยะหลังสามีมีอาการ หอบเหนื่อยและไออยู่ตลอดค่ะ

ผู้รักษา: คุณมีโอกาสพูดคุยกับคนใกล้ชิดในครอบครัวที่มีความรู้สึกเช่นเดียวกับคุณเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยของสามีในช่วงเวลานั้นบ้างไหมครับ

ผู้ป่วย: ฉันไม่ค่อยอยากคุยให้ลูกฟังเท่าไร เพราะไม่อยากให้ลูกเครียดกังวลไปด้วย มีแต่น้องสาวที่พอจะคุยให้ฟังได้บ้าง

ผู้ป่วยกล่าวถึงความเจ็บป่วยของสามี เหตุการณ์และอารมณ์ความรู้สึกในช่วงเวลาที่สามีใกล้จะเสียชีวิต

ผู้รักษา: คุณเคยเล่าว่า สามีไม่ยอมไปรักษาต่อที่โรงพยาบาล แต่ขอพักอยู่ที่บ้าน นานเท่าไรครับ ก่อนที่สามีจะเสียชีวิต

ผู้ป่วย: ช่วงที่สามีพักอยู่ที่บ้านก่อนจะเสียชีวิตประมาณ 2 เดือนค่ะ

ผู้รักษา: คุณลองเล่าเหตุการณ์ในช่วงเวลา 2 เดือนนั้นให้ผมฟังได้ไหมครับ

ผู้ป่วย: ช่วงนั้น ฉันรู้สึกไม่สบายใจมากเวลาที่เห็นภาพสามีไอมาก ๆ บ่นเจ็บหน้าอก และทานอาหารไม่ได้

ผู้รักษา: เป็นเรื่องธรรมดาที่คุณจะรู้สึกไม่สบายใจ เพราะคุณคงรักสามีคุณมากทีเดียว จนไม่อยากเห็นภาพสามีที่คุณรักทุกข์ทรมานแบบนั้น

ผู้ป่วย: ค่ะ มันเป็นภาพที่แย่มากๆในช่วงเวลานั้น

ผู้รักษา: ครับ เป็นเรื่องที่ปกติมากที่คุณจะรู้สึกแบบนั้น

ผู้ป่วย: จนบางครั้งฉันก็เลียง ไม่เข้าไปดูสามี เพราะรู้สึกว่าช่วยเหลือสามีไม่ได้เลย

ผู้รักษา: แล้วคุณรู้สึกอย่างไรบ้าง ช่วงที่คุณห่างออกมา

ผู้ป่วย: ฉันคิดว่าฉันควรจะอยู่กับสามี

เพราะในช่วงนั้นสามีก็มีอาการค่อนข้างหนัก แต่ก็
ไม่คิดว่าสามีจะเสียชีวิตรวดเร็วหลังจากนั้นไม่นานค่ะ

ผู้รักษา: สามีได้บอกอะไรกับคุณบ้างใน
ช่วงที่ใกล้จะเสียชีวิต

ผู้ป่วย: ไม่ค่ะ ฉันไม่ทราบอะไรเลยค่ะ
แล้วก็ไม่รู้ว่าจะรับรู้ดีหรือไม่ด้วยในเวลานั้น

ผู้รักษา: คุณได้มีโอกาสบอกสามีในสิ่งที่
คุณอยากบอกในช่วงเวลาสุดท้ายนั้นบ้างไหมครับ

ผู้ป่วย: ไม่ค่ะ ฉันไม่ได้นึกถึงเรื่องนั้นเลยค่ะ

ผู้รักษา: มีบางอย่างไหมครับที่คุณคาดหวัง
ให้สามีบอกกับคุณ หรือคิดว่าสามีน่าจะบอกกับ
คุณก่อน แต่ก็ไม่ได้บอกกับคุณ

ผู้รักษา: ให้ผู้ป่วยเล่าถึงความคาดหวังและ
ความฝันที่ไม่ได้เป็นจริงของผู้ป่วย

ผู้ป่วย: ฉันรู้ว่าสามีเป็นห่วงฉัน ฉันทราบ
ว่าสามีคุยกับพี่สาวคนรองว่าอยากให้ฉันไปอยู่กับ
เขาถ้าสามีฉันเป็นอะไรไป

ผู้รักษา: แต่ดูเหมือนสามีจะยังไม่ได้บอก
เรื่องนี้ให้คุณทราบ ถ้าสามีเกิดเป็นอะไรไปจริงๆ

ผู้ป่วย: ไม่ค่ะ ไม่ได้บอกอะไรค่ะ

ผู้รักษา: สามีได้ถามความเห็นของคุณใหม่
ที่จะให้ไปอยู่กับพี่คนรอง ถ้าหากสามีเกิดเสียชีวิต

ผู้ป่วย: ไม่ค่ะ ไม่ได้พูดถึงเรื่องนี้เลย

ผู้รักษา: คุณได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ
ของสามีบ้างหรือไม่ครับ

ผู้ป่วย: ไม่มีค่ะ

ผู้รักษา: เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยแสดง
ความรู้สึกผิดหวังที่มีต่อสามี

ผู้รักษา: ตรงไหนที่ทำให้คุณรู้สึกไม่สบายใจ

ผู้ป่วย: ฉันไม่อยากไปอยู่กับพี่สาวคนรอง
ที่ฉันไม่ค่อยสนิทด้วย ฉันไม่สนิทกับพี่สาวคนนี้ค่ะ

ผู้รักษา: ดูเหมือนคุณจะรู้สึกว่าไม่ใช่วิถี
การที่ตินักที่จะให้คุณไปอยู่กับพี่สาวที่คุณไม่ค่อย
สนิทด้วย

ผู้ป่วย: ค่ะ

ผู้รักษา: คุณรู้สึกลำบากไหมที่ต้องพูดถึง
เรื่องที่คุณรู้สึกไม่ค่อยสบายใจ

ผู้ป่วย: ค่ะ

ผู้ป่วย: ฉันรู้สึกเสียใจ เพราะสามีป่วย
หนักมากแล้วก็เสียชีวิต

ผู้รักษา: คุณมีความรู้สึกอย่างอื่นอีกไหม
นอกจากความรู้สึกเสียใจ

ผู้ป่วย: ฉันว่า สามีน่าจะจะมีวิธีช่วยเหลือ
ฉันที่ดีกว่านี้ค่ะ

ผู้รักษา: บางคนอาจจะรู้สึกไม่พอใจบ้าง
ถ้าคนที่เสียชีวิตไม่ได้เตรียมการบางอย่างไว้
คุณมีความรู้สึกแบบนั้นบ้างหรือไม่ครับ

ผู้ป่วย: ฉันคงไม่อยากจะไปโกรธสามี มัน
ไม่ใช่ความผิดของเขาที่เสียชีวิตไป

ผู้รักษา: ครับ ดูเหมือนจะไม่ใช่มิตร
ของใครที่ไหน สามีของคุณก็ป่วยมาก แล้วก็เสียชีวิต
และก็ดูเหมือนสามีก็พยายามเตรียมช่วยเหลือคุณ
อยู่เหมือนกัน เพียงแต่ไม่ทันได้ปรึกษาคุณ

ผู้ป่วย:

ผู้รักษา: เป็นเรื่องลำบากที่จะรู้สึกโกรธ
คนที่เรารักที่เสียชีวิตไปแล้ว

ผู้ป่วย:

ผู้รักษา: แล้วก็เป็นเรื่องที่ปกติที่คุณอาจ
จะรู้สึกโกรธ ไม่พอใจอยู่บ้าง

ผู้ป่วย: ค่ะ มันทำให้ฉันรู้สึกเหงา ว่าแห้ว
ฉันรู้สึกอย่างนั้นค่ะ

ผู้รักษา: ครับ

ผู้รักษา: พยายามค้นหาผู้ที่สามารถช่วย
เติมเต็มความต้องการของผู้ป่วย และถามผู้ป่วย
เกี่ยวกับการหาแหล่งสนับสนุนทางสังคมเพื่อลด
การแยกตัวทางสังคม

ผู้รักษา: เรากำลังจะพูดถึงคนใกล้ชิดที่พอ
จะช่วยเหลือคุณได้บ้าง เพื่อทำให้คุณไม่รู้สึกเหงา
ไม่รู้สึกว่าแห้ว คุณมีใครบ้างที่พอจะช่วยเหลือคุณได้
ไม่ว่าจะเป็นเพื่อนของคุณ ลูกชายหรือพี่น้องของคุณ

เราจะได้นำมาพูดคุยกัน เพื่อช่วยให้คุณรู้สึกดีขึ้น

ผู้รักษา: อาจจะเป็นครั้งหน้าที่ได้ที่เราจะมาพูดคุยกันถึงเรื่องนี้ ผมอยากจะทราบว่าคุณสนิทสนมกับพวกเขามากแค่ไหน และพวกเขาสามารถช่วยเหลือคุณให้หายจากความเหงาและความว่าเหวได้บ้างไหม

ผู้ป่วย: ค่ะ ฉันก็ยังมีคนที่ดีและสนิทกับฉัน น่าจะพอช่วยเหลือฉันได้ค่ะ

ผู้รักษา: ครับ แม้ว่าจะไม่มีใครสามารถทดแทนความรู้สึกที่คุณมีต่อสามีที่รักและใกล้ชิดของคุณ

ผู้ป่วย: ค่ะ

ผู้รักษา: แต่ถ้าคุณมีคนที่คุณไว้วางใจและสามารถใกล้ชิดสนิทสนม จะสามารถช่วยให้คุณรู้สึกดีขึ้นได้มาก จะไม่ทำให้คุณรู้สึกเหงาและว่าเหวชีวิตคนเรายังต้องการความสัมพันธ์ที่ดีที่มีคุณค่าคอยช่วยเหลือ สนับสนุนและประคับประคองเรา

ผู้ป่วย: ค่ะ

ผู้รักษา: ครับ เรากำลังจะจบการรักษานี้ในสัปดาห์นี้ไว้ตรงนี้ ตอนนี้คุณรู้สึกอย่างไรบ้างครับ

ผู้ป่วย: ค่ะ ฉันรู้สึกดีขึ้นค่ะ

ผู้รักษา: ครับ ถ้าเกิดคุณรู้สึกไม่สบายใจก่อนหน้าที่จะพบกันในครั้งถัดไป คุณสามารถติดต่อหาผมได้ เพราะในวันนี้ เราได้คุยกันในเรื่องที่น่าหนักและลำบากใจคุณมากทีเดียว

ผู้ป่วย: ค่ะ โอเคค่ะ

ผู้รักษา: ครับ เราคงจะหยุดการคุยกันในสัปดาห์นี้ไว้ตรงนี้ครับ และพบกันอีกในครั้งหน้าครับ

ผู้ป่วย: ค่ะ ขอบคุณค่ะ

บทวิจารณ์

จากตัวอย่างการรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เกี่ยวข้องกับการสูญเสียด้วยจิตบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลในช่วงต้น จะพบว่าปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติต่อการสูญเสีย ได้แก่

ความใกล้ชิดผูกพันและการพึ่งพากับสามีที่มาก (extremely close and dependent relationship) ความรู้สึกยกย่องเทิดทูน (idealization) จนมองเห็นเพียงแต่ภาพด้านดีของสามี ความรู้สึกผิด (guilt) ที่รู้สึกว่าดูแลสามีไม่เต็มที่ ความรู้สึกเหล่านี้ปิดกั้นการแสดงความรู้สึกอื่นๆ ที่ผู้ป่วยมีต่อสามี จึงเป็นอุปสรรคในการผ่านพ้นอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสีย ผู้รักษาจึงกระตุ้นให้ผู้ป่วยทบทวนประสบการณ์และความสัมพันธ์ที่ผู้ป่วยมีต่อสามีทุกด้าน ทั้งในส่วนที่ดี และส่วนที่เป็นปัญหา ช่วยให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกในใจที่ถูกปิดกั้นไว้ ไม่ว่าจะเป็นความรู้สึกในด้านที่ดี ได้แก่ ความรู้สึกชื่นชม พอใจ และความรู้สึกในด้านไม่ดี ได้แก่ ความรู้สึกผิดหวัง เสียใจ ไม่พอใจ หรือโกรธ นอกจากนั้นปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดอารมณ์เศร้าโศกยังรวมถึงการขาดแหล่งสนับสนุนระดับบุคคลทางสังคม ผู้รักษาจึงพยายามมุ่งให้ผู้ป่วยหาแหล่งสนับสนุนระดับบุคคลทางสังคมเพิ่มเติม โดยกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ถ่ายทอดประสบการณ์กับบุคคลใกล้ชิดที่ไว้วางใจ ทั้งหมดนี้จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถผ่านพ้นอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติต่อการสูญเสีย ส่งผลให้อาการของโรคซึมเศร้าของผู้ป่วยดีขึ้น

จากหลักการของจิตบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลในการรักษาอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติและโรคซึมเศร้าที่เกี่ยวข้องกับการสูญเสีย จะเห็นได้ว่า เป็นจิตบำบัดที่มุ่งเน้นการแก้ไขประเด็นปัญหาสำคัญในปัจจุบัน โดยมุ่งเน้นที่ความขัดแย้งทางสัมพันธ์ภาพหรือบริบททางสังคม (interpersonal conflict or social context) ที่เกี่ยวข้องกับอาการของโรคซึมเศร้าในปัจจุบัน ผู้รักษามีบทบาทในเชิงรุกมากขึ้น สามารถช่วยเหลือให้คำแนะนำกับผู้ป่วยได้ โดยความสัมพันธ์ของการรักษาตั้งอยู่บนความเป็นจริงในปัจจุบัน และใช้เวลาในการรักษาที่สั้นลง ซึ่งจะมีความแตกต่างจากจิตบำบัดโดยอิงทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (psychoanalytic psychotherapy)

ซึ่งมุ่งเน้นที่ความขัดแย้งภายในจิตใจ (intrapsychic conflict) ซึ่งมีที่มาจากประสบการณ์ในอดีต และแตกต่างจากจิตบำบัดปรับเปลี่ยนความคิดพฤติกรรม (cognitive-behavior therapy หรือ CBT) ซึ่งมุ่งเน้นการแก้ไขปรับเปลี่ยนความคิดที่บิดเบือน (cognitive distortions) และกระบวนการคิดที่ไม่สมเหตุผล ซึ่งส่งผลให้เกิดปัญหาทางอารมณ์และพฤติกรรม

นอกจากจิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลจะสามารถใช้รักษาโรคซึมเศร้าที่เกี่ยวข้องกับการสูญเสียแล้ว ยังสามารถใช้รักษาโรคซึมเศร้าที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลอื่นๆ ด้วย สุชาติ พหลภาคย์ (2542) กล่าวไว้ว่า ปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลทั้ง 4 ด้านมีความเกี่ยวข้องกับอาการของโรคซึมเศร้า โดยเป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า ทำให้เกิดอาการแทรกซ้อนในการดำเนินโรค และมีผลต่อการดูแลสุขภาพของโรคซึมเศร้าด้วย³⁸ นอกจากนี้ สุชาติ พหลภาคย์ และดวงใจ กสานติกุล (2542) ยังได้กล่าวไว้ว่า วัตถุประสงค์ของจิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ได้แก่ การลดอารมณ์ซึมเศร้า เพิ่มความภาคภูมิใจในตนเอง เพิ่มทักษะทางสังคมให้แก่ผู้ป่วย จิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่เน้นการแก้ไขปัญหา 4 ด้านหลักจึงเป็นจิตบำบัดที่สามารถนำมาใช้ในการรักษาโรคซึมเศร้าได้^{38,39}

นอกจากนั้นแล้วจิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลยังสามารถใช้รักษาผู้ป่วยโรคจิตเวชอื่นได้ด้วย เพราะมักพบว่าปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลเกี่ยวข้องกับอาการของผู้ป่วยจิตเวชเสมอ^{40,41} จิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลเป็นจิตบำบัดที่มีโครงสร้างชัดเจน มุ่งเน้นประเด็นปัญหาสำคัญและใช้ระยะเวลาการรักษาที่สั้น จึงน่าจะเหมาะสมกับสภาพสังคมในปัจจุบัน สามารถฝึกอบรมและนำไปใช้ปฏิบัติในบุคลากรทางการแพทย์ด้านต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นจิตแพทย์ แพทย์ทั่วไป พยาบาลจิตเวช นักจิตวิทยา และ

นักสังคมสงเคราะห์ เพื่อให้มีส่วนร่วมช่วยเหลือและดูแลผู้ป่วยจิตเวชให้มีประสิทธิภาพทั่วถึงมากขึ้น⁴²

บทสรุป

จิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลเป็นจิตบำบัดระยะสั้นรูปแบบหนึ่งมีเป้าหมายสำคัญคือการลดอาการของโรคซึมเศร้า โดยการแก้ไขปัญหาลักษณะสัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่เกี่ยวข้องกับอาการของโรคซึมเศร้าของผู้ป่วย ประสบการณ์การสูญเสียมีความเกี่ยวข้องกับอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลายราย ผู้รักษาจะพยายามช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจความเกี่ยวข้องของระหว่างประสบการณ์การสูญเสียและอาการของโรคซึมเศร้าที่เกิดขึ้น และช่วยให้ผู้ป่วยสามารถยอมรับอารมณ์เศร้าโศกเสียใจหรือความรู้สึกเจ็บปวดที่เกิดขึ้นสามารถผ่านพ้นอารมณ์เศร้าโศกนั้น ทำให้อาการของโรคซึมเศร้าของผู้ป่วยดีขึ้น แนวทางของจิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลยังสามารถนำไปใช้ในปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับอาการของโรคซึมเศร้าและโรคจิตเวชอื่นๆ ได้ด้วย

เอกสารอ้างอิง

1. Hensley PL. Treatment of bereavement-related depression and traumatic grief. *J Affect Disord* 2006; 92:117-24.
2. Zisook S, Shuchter SR, Sledge PA. Diagnostic and treatment considerations in depression associated with late-life bereavement. In: Schneider LS, Reynolds CF, Lebowitz BD, Friedhoff AJ, eds. *Diagnosis and treatment of depression in late life*. Washington DC: American Psychiatric Press, 1994: 419-36.
3. Gonda TA. Death, dying, and bereavement. In: Kaplan HI, Sadock BJ, eds. *Comprehensive*

- textbook of psychiatry vol.2. 5th ed. Baltimore: Williams & Wilkins: 1989. p.1339-51.
4. Mitchell A, House A. Adjustment to illness, handicap, and bereavement. In: Gelder MG, Lopez-Ibor JJ, Andreasen NC, eds. New Oxford textbook of psychiatry vol.2. New York: Oxford University Press: 2003. p.1139-53.
 5. Zisook S, Zisook SA. Death, dying, and bereavement. In: Sadock BJ, Sadock VA, eds. Kaplan & Sadock's Comprehensive textbook of psychiatry vol.2. 8th ed. Lippincott: Williams & Wilkins: 2005. p.2367-93.
 6. Zisook S, Downs NS. Death, dying, and bereavement. In: Sadock BJ, Sadock VA, eds. Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry vol.2. 7th ed. Lippincott: Williams & Wilkins: 2000. p.1963-81.
 7. Zisook S. Death, dying, and bereavement. In: Kaplan HI, Sadock BJ, eds. Comprehensive textbook of psychiatry vol.2. 6th ed. Baltimore: Williams & Wilkins: 1995. p.1713-29.
 8. Clayton PJ, Darvish HS. Course of depressive symptoms following the stress of bereavement. In: Barrett J, Rose RM, Klerman GL, eds. Stress and mental disorder. New York: Raven Press, 1979: 121-36.
 9. Clayton PJ. Bereavement and depression. J Clin Psychiatry 1990; 51 suppl:34-8.
 10. Zisook S, Shuchter SR. Depression through the first year after the death of a spouse. Am J Psychiatry 1991; 148:1346-52.
 11. Weissman MM, Markowitz JC, Klerman GL. Comprehensive guide to interpersonal psychotherapy. New York: Basic Books; 2000.
 12. Stuart S, Robertson M. Interpersonal psychotherapy: a clinician's guide. New York: Oxford University Press; 2003.
 13. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed. Text Revision. Washington DC: American Psychiatric Association; 2000.
 14. Sadock BJ, Sadock VA. Death, dying, and bereavement. In: Sadock BJ, Sadock VA, eds. Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences/clinical psychiatry. 9th ed. Baltimore: Lippincott Williams&Wilkins, 2003. p.61-5.
 15. Mufson L, Dorta KP, Moreau D, Weissman MM. Interpersonal psychotherapy for depressed adolescents. 2nd ed. New York: Guilford; 2004.
 16. Markowitz JC. Interpersonal psychotherapy for dysthymic disorder. Washington, D.C.: American Psychiatric Press; 1988.
 17. de Mello MF, de Jesus Mari J, Bacaltchuk J, Verdelli H, Neugebauer R. A systematic review of research findings on the efficacy of interpersonal for depressive disorders. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 2005; 255: 75-82.
 18. 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.
 19. 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.

20. 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.
21. Mufson L, Dorta KP, Moreau D, Weissman MM. Interpersonal psychotherapy for depressed adolescents. 2nd ed. New York: Guilford; 2004.
22. 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.
23. Mufson L, Weissman MM, Moreau D, Garfinkel R. Efficacy of interpersonal psychotherapy for depressed adolescents. *Arch Gen Psychiatry* 1999; 56:573-9.
24. 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.
25. Stuart S, Cole V. Treatment of depression following myocardial infarction with interpersonal psychotherapy. *Ann Clin Psychiatry* 1996; 8:203-6.
26. Markowitz JC, Kocsis JH, Fishman B, Spielman LA, Jacobsberg LB, Frances AJ, et al. Treatment of depressive symptoms in human immunodeficiency virus-positive patients. *Arch Gen Psychiatry* 1998; 55:452-7.
27. O'Hara MW, Stuart S, Gorman LL, Wenzel A. Efficacy of interpersonal psychotherapy for postpartum depression. *Arch Gen Psychiatry* 2000; 57:1039-45.
28. 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.
29. 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.
30. 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.
31. Lipsitz JD, Marshall RD. Alternative psychotherapy approaches for social anxiety disorder. *Psychiatr Clin North Am* 2001; 24:817-29.
32. 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.
33. 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.
34. 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.
35. 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.
36. 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.
37. Angus L, Gillies LA. Counselling the borderline client: an interpersonal approach. Can J Couns 1994; 28:69-82.
38. สุชาติ พหลภาคย์. ความผิดปกติทางอารมณ์. พิมพ์ครั้งแรก. ขอนแก่น: โรงพิมพ์ศิริภรณ์ ออฟเซ็ท 2542:273-6.
39. ดวงใจ กษานติกุล. โรคซึมเศร้า รักษาหายได้. พิมพ์ครั้งแรก. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์นำอักษร การพิมพ์ 2542:104-5.
40. พีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย. จิตบำบัดสัมพันธภาพ ระหว่างบุคคล: ทางเลือกใหม่ของการรักษาโรคซึมเศร้า. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2549; 51:49-63.
41. พีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย. ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการรักษาด้วยจิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคล: รายงานผู้ป่วย 1 ราย.วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2549; 51:64-73.
42. พีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย. จิตบำบัดที่มีหลักฐานอ้างอิงสำหรับโรคซึมเศร้าในปัจจุบัน. ใน: บุรณี กาญจนถวัลย์, โสฬสินี เหมรุ่งโรจน์, ชุตติมา หุ่มเรื่องวงษ์ บรรณาธิการ. เวชศาสตร์ร่วมสมัย 2549 วิจารณ์ญาณแห่งวิชาชีพ หนังสือรวบรวมบทความและบทความย่อจากการประชุมวิชาการประจำปีครั้งที่ 47 คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วนจำกัดภาพพิมพ์, 2549. หน้า 109-19.