

## จิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลแบบกลุ่มกับภาวะซึมเศร้า ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

ศิริลักษณ์ ปันญา\* ดร. เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ\*\*

### บทคัดย่อ

โรคซึมเศร้าเป็นโรคเรื้อรังเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่สำคัญ ส่งผลกระทบต่อความคิด ต่อความรู้สึก อารมณ์และพฤติกรรมซึ่งส่งผลกระทบต่อชีวิตความเป็นอยู่ในทุกด้านหากซึมเศร้ารุนแรง การคิด และการตัดสินใจเชิงซ้ำ สมมติไม่ได้ และมีความคิดอยากตายและตามมาด้วยการฆ่าตัวตาย ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้ามีหลายปัจจัยได้แก่ ปัจจัยด้านส่วนตัวบุคคล ปัจจัยด้านจิตสังคม ปัจจัยทางพฤติกรรมและปัจจัยทางสัมพันธภาพและสังคม โดยเฉพาะปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสัมพันธภาพ และปัญหาสังคมเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดโรคซึมเศร้าและเป็นปัจจัยที่ทำให้อาการของภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยนั้นคงอยู่ต่อไป หากได้รับการสนับสนุนทางสังคมและมีสัมพันธภาพที่ดีจะทำให้การจัดการกับปัญหาต่างๆ ช่วยบรรเทาผลกระทบจากภาวะอารมณ์ซึมเศร้า

การใช้จิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลแบบกลุ่มจะช่วยให้ผู้ป่วยได้มีการปรับเปลี่ยนความคิด อารมณ์และพฤติกรรมไปในทางที่เหมาะสมเน้นกระบวนการเกี่ยวกับการให้ข้อมูล การแก้ไขปัญหา การเผชิญปัญหาและการสนับสนุนทางสังคม มุ่งเน้นที่ปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่เกี่ยวข้องกับโรคซึมเศร้า ซึ่งประกอบด้วย 1) อารมณ์โศกเศร้าจากการสูญเสีย 2) ความขัดแย้งทางบทบาทสัมพันธภาพระหว่างบุคคล 3) การเปลี่ยนผ่านบทบาท 4) ความบกพร่องทางสัมพันธภาพระหว่างบุคคล โดยที่ผู้รักษาจะเชื่อมโยงปัญหาสัมพันธภาพกับด้านใดด้านหนึ่งกับเทคนิคการรักษา เพื่อแก้ไขปัญหาลักษณะของสัมพันธภาพของผู้ป่วย จะส่งผลให้อาการซึมเศร้าของผู้ป่วยดีขึ้น

คำสำคัญ : จิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลแบบกลุ่ม ภาวะซึมเศร้า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

\* นิสิตปริญญาโทบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

\*\* อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

# The Effect of Group Interpersonal Psychotherapy on Depression Among Patients with Depressive Disorder

Siriluk Panya, MNS.

Pennapa Dangdomyouth, Ph.D.

## ABSTRACT

Depression is a major mental health chronic problem. Depression affects to feelings, mood and behavior, which affects all aspects of everyday life. Severe depression can lead to poor concentration, slow thinking and decision making and is followed by thoughts of death and suicide. Factors contributing to depression, there are many factors such as personal factors, psychosocial factors, behavioral factors, social relationships. In particular, factors related to relationship problems and social problems as a stimulus to the depression and the factors that cause the symptoms of depression, the patient is still alive. If it has been a good relationship, social support, and make a deal with issues reduce the impact of depression.

Interpersonal psychotherapy group will help patients have a change of thought. Mood and behavior in a way appropriate to focus on the process of providing information. Coping and social support. Interpersonal psychotherapy group focus on interpersonal issues associated with depression. Which include 1) grief from losing 2) interpersonal role conflict 3) transitional role, 4) impaired interpersonal relationship. The treatment is associated with one side of the relationship with treatment techniques to resolve relationship problems of patients with depression that could improve symptoms of depression.

## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคซึมเศร้าเป็นโรคเรื้อรังเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่สำคัญ ซึ่งนำมาสู่การทำหน้าที่ต่าง ๆ ของบุคคลผิดปกติและภาวะทุพพลภาพของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (Beck et al., 1979) โรคซึมเศร้าเป็นโรคที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานมากที่สุดเป็นอันดับสองรองจากโรคหัวใจ (WHO, 2009) โรคนี้ในผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับการเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะทุพพลภาพ เพิ่มความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย การเสื่อมต่อสุขภาพ การเสื่อมของความคิด ความจำ และความสามารถทางสังคม ซึ่งนำไปสู่การเสียชีวิตในที่สุด (Blazer, 2003) โรคซึมเศร้าส่งผลกระทบต่อความคิด ต่อความรู้สึก อารมณ์และพฤติกรรมซึ่งส่งผลกระทบต่อชีวิตความเป็นอยู่ในทุกด้าน

ภาวะซึมเศร้าเป็นความผิดปกติทางอารมณ์ของโรคซึมเศร้า โดยผู้ป่วยจะแสดงอาการต่าง ๆ ในด้านร่างกาย คือ นอนหลับยาก อ่อนเพลียเบื่ออาหาร อาการในด้านอารมณ์ คือ มีอารมณ์เศร้า หรือไม่มีความสุข ไร้ค่า หดหู่ ขาดความสนใจสิ่งแวดล้อม อาการในด้านพฤติกรรม ไม่สามารถทำหน้าที่หรือกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ และมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นไม่ดี การเข้าสังคมลดลง หากซึมเศร้ารุนแรงมักพยายามฆ่าตัวตาย (suicidal attempt) และในด้านของความคิดจะมีความคิดทางลบต่อตนเองต่อสิ่งแวดล้อมและอนาคต การคิดและการตัดสินใจเชื่องช้า สมาธิไม่ดี และมีความคิดอยากตาย (อรพรรณ ลือบุญวัชรชัย, 2549; สายฝน เอกวรังกูร, 2554) ผลกระทบของภาวะซึมเศร้าทำให้เกิดการสูญเสียหลายด้านส่งผลให้เกิดความบกพร่องในการทำหน้าที่และกิจกรรมต่าง ๆ ตามมาด้วยการฆ่าตัวตาย

สำหรับประเทศไทยพบว่าโรคซึมเศร้ามีอัตราความชุกร้อยละ 5 ของจำนวนประชากรหรือมากกว่า 3 ล้านคนจากจำนวนประชากรทั้งหมด (ธรรณิทธิ์ กองสุข, 2550) จากการจัดทำเครื่องมือชี้วัดภาวะโรคครั้งที่ 2 ดำเนินการในปี พ.ศ. 2547 พบว่าโรคซึมเศร้านั้นเป็นสาเหตุให้เกิดการสูญเสียปีสุขภาวะสูงที่สุดอันดับ 4 ในผู้หญิงและอันดับ 10 ในผู้ชายและจำนวนปีที่มีชีวิตอยู่กับความพิการหรือเจ็บป่วย (Years Lived with Disability: YLDs) ในผู้หญิงจะอยู่ในอันดับที่ 1 และผู้ชายอยู่ในอันดับที่ 2 (สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ, 2552) จำนวนของผู้ป่วยด้วยโรคซึมเศร้าในประเทศไทยจากการสำรวจในปี พ.ศ. 2552 พบว่ามีจำนวน 165,785 คน คิดเป็นอัตรา 260.78 ต่อแสนประชากร ซึ่งสูงเป็นอันดับ 2 ของผู้ป่วยจิตเวชในประเทศไทย (ศูนย์สารสนเทศ กองแผนงาน, 2553) จากการสำรวจผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในเขตกรุงเทพมหานคร มีจำนวน 59,365 คน (กรมการปกครองและสำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2556)

สถาบันสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุขและสมาคมจิตเวชแห่งประเทศไทย (2553) ให้ความหมายว่า เป็นภาวะที่จิตใจหม่นหมอง หดหู่ เศร้า รวมถึงความรู้สึกท้อแท้ หดหู่ มองโลก

ในแง่ร้าย รู้สึกมีคุณค่าต่ำ ต่ำหนีดัวเอง สรุปได้ว่าภาวะซึมเศร้าหมายถึงกลุ่มอาการความผิดปกติทางด้านอารมณ์ จะมีภาวะความผิดปกติทางอารมณ์ที่มีความรู้สึกทางลบ โดยมีความรู้สึกเสียใจ หดหู่ ผิดหวังหดหู่ เศร้า รวมถึงความรู้สึกท้อแท้ หมดหวัง มองโลกในแง่ร้าย รู้สึกมีคุณค่าต่ำ ต่ำหนีดัวเอง โดยจะมีอาการทางกายร่วมด้วยคือท่าทางการเคลื่อนไหวเชื่องช้า เชื่องซึม เบื่ออาหาร น้ำหนักลด นอนไม่หลับ หมดอารมณ์ทางเพศ คิดอยากตาย มีผลกระทบในด้านสังคม หรือ อาชีพ ทำให้บุคลิกภาพเปลี่ยนไป จนอาจนำไปสู่การทำร้ายตนเองหรือการฆ่าตัวตายได้

ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้ามีหลายปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยด้านส่วนตัวบุคคลและด้านประชากร ได้แก่ เพศ อายุ รายได้ ปัจจัยทางชีวภาพที่เกิดจากสารเคมีในสมองเปลี่ยนแปลง (Sadock & Sadock, 2007) และปัจจัยด้านจิตสังคม (Blazer, 2003) ได้แก่ ปัจจัยภายในจิตใจและปัจจัยทางความคิดในทางลบ มองเหตุการณ์ในแง่ร้ายทำให้รู้สึกสิ้นหวัง ท้อแท้มองตนเอง มองสังคม มองอนาคตในแง่ลบ (Sadock & Sadock, 2003) และย้งรวมถึงสาเหตุของภาวะซึมเศร้าที่มาจากกระบวนการคิดในแง่ลบของบุคคลนั้นเกี่ยวกับการรับรู้ตนเอง การรับรู้สภาพแวดล้อม และสถานการณ์ ในอนาคต ซึ่งรูปแบบการคิดในลักษณะแบบนี้จะกระตุ้นให้เกิดความคิดในแง่ลบ และมีผลในการให้ความหมายที่บิดเบือนไปมากกว่าบุคคลอื่น (Beck, 1979) ปัจจัยทางพฤติกรรม เช่น พฤติกรรมการใช้สารเสพติด พฤติกรรมแยกตัวเก็บตัว (Beck, 1979) ปัจจัยทางสัมพันธภาพและสังคม โดยเฉพาะปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสัมพันธภาพและปัญหาสังคมเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดโรคซึมเศร้า และเป็นปัจจัยที่ทำให้อาการของภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยนั้นคงอยู่ต่อไป ซึ่งได้แก่ เหตุการณ์ความเครียดต่าง ๆ ในชีวิตและการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิต (อรพรรณ ลือบุญวัชชัย และ พิรพนธ์ ลือบุญวัชชัย, 2553) ปัจจัยทางสังคม เกิดจากการเปลี่ยนแปลงบทบาททางสังคมจากเคยเป็นหัวหน้าครอบครัวเป็นได้รับการเลี้ยงดูจากลูกหลาน สูญเสียรายได้ เพื่อนสนิท คู่สมรส บทบาททางสังคมลดลง มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นลดลง กิจกรรมทางสังคมลดลง (อรพรรณ ลือบุญวัชชัย, 2554)

ปัจจัยที่สำคัญคือ ปัจจัยด้านสัมพันธภาพและการได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูงจะช่วยให้บุคคลได้ใช้กลวิธีจัดการกับปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะการได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์ การได้รับการช่วยเหลือประคับประคองจากบุคคลในเครือข่ายสังคม ได้แก่ การได้รับคำแนะนำในการแก้ปัญหา การได้รับแรงสนับสนุนทางอารมณ์ทำให้รู้สึกว่าคุณค่าเป็นที่รักของคนใกล้ชิด และมีคนที่รู้สึกไว้วางใจได้ในยามทุกข์ ซึ่งจะส่งผลให้มีกำลังใจต่อสู้กับปัญหาและความยากลำบากที่เกิดขึ้น การขาดการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าและนำไปสู่โรคซึมเศร้าได้ เมื่อเกิดการเจ็บป่วยบุคคลที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมดีทั้งจากสมาชิกในครอบครัวและบุคคลใกล้ชิด ทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจ มีคุณค่าในตนเองและสามารถเผชิญกับปัญหาสุขภาพและปัญหาต่าง ๆ ได้

จากการทบทวนวรรณกรรมการสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวแปรในด้านจิตสังคมที่สำคัญที่มีผลต่อภาวะสุขภาพและความพึงพอใจของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าและมีความสัมพันธ์กับการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในสังคมเพื่อแลกเปลี่ยนผลประโยชน์ซึ่งกันและกัน หากได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดีจะทำให้ได้รับความช่วยเหลือในการจัดการกับปัญหาต่าง ๆ ช่วยบรรเทาผลกระทบจากภาวะอารมณ์ซึมเศร้า และช่วยเพิ่มความสามารถในการทำหน้าที่ การสนับสนุนทางสังคม เป็นการแสดงออกถึงความสามารถและวิธีการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคลซึ่งทำให้ได้รับประโยชน์ในแง่การได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากคนในสังคมทั้งด้านอารมณ์ ข้อมูลข่าวสาร และวัตถุดิบของต่าง ๆ ซึ่งจะสามารถช่วยลดความเครียด หรือช่วยแก้ปัญหาต่างๆเพราะได้รับการสนับสนุนหรือการเอาใจใส่จากสังคม นอกจากนี้พบว่าการศึกษาทางจิตบำบัด (Psychotherapy) เป็นวิธีการรักษาทางจิตสังคมที่ได้ผลและมีประสิทธิภาพมาก

การทำจิตบำบัดเป็นวิธีการรักษาเพื่อแก้ไขปัญหหรือความผิดปกติทางจิตใจ โดยใช้วิธีสื่อสารทางวาจา หรือการพูดคุย รวมทั้งการสื่อความหมายทางอื่น เช่น อากัปกิริยา ท่าทาง สีหน้า และ การใช้สัมพันธภาพเชิงบำบัดเป็นส่วนสำคัญในการแก้ไขปัญหทางจิต โดยมีจุดมุ่งหมายให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมของผู้ป่วย เชื่อว่าสิ่งสำคัญที่ช่วยลดอาการซึมเศร้าได้ คือการได้พูดคุยรับคำปรึกษาจากแพทย์ในเรื่องอาการซึมเศร้า ผู้ป่วยต้องการที่จะได้รับคำปรึกษาเรื่องโรคซึมเศร้า การเผชิญปัญหาและความเครียด (Prins et al., 2008) การได้รับการสนับสนุนทางสังคม จะเกิดขึ้นในบุคคลได้ต้องเกิดจากความสามารถและวิธีการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ซึ่งเป็นลักษณะของการได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากคนในสังคม ทั้งทางด้านอารมณ์ ข้อมูลข่าวสารและวัตถุดิบของต่าง ๆ ซึ่งจะช่วยลดความตึงเครียด หรือช่วยในการแก้ไขปัญหต่าง ๆ การสนับสนุนทางสังคมหรือการใส่ใจจากสังคมรอบตัวผู้ป่วย นับเป็นปัจจัยสำคัญในการป้องกันอาการที่นำไปสู่สาเหตุของโรคซึมเศร้า ผู้ป่วยที่อยู่คนเดียว อ้างว้าง มีเพื่อนน้อย รวมทั้งภายในครอบครัวมีปัญหาภายใน มักจะมีแนวโน้มพัฒนาอารมณ์ไปสู่โรคซึมเศร้าได้ง่ายกว่าคนปกติ พบว่าการรักษาและบำบัดภาวะซึมเศร้าในปัจจุบันประกอบด้วยการรักษาด้วยยาและจิตบำบัดโดยพบว่าการรักษาที่มีประสิทธิภาพเต็มที่มักเป็นการให้การรักษาร่วมกัน (combination treatment) ทั้งการรักษาด้วยยาและจิตบำบัด การรักษาทั้งทางด้านชีวภาพ ซึ่งได้แก่ ยารักษาโรคซึมเศร้าและการรักษาด้วยไฟฟ้า รวมถึงการรักษาทางจิตสังคม ซึ่งได้แก่ จิตบำบัดรูปแบบต่าง ๆ ซึ่งจะมีส่วนช่วยเพิ่มได้ประสิทธิภาพการรักษาให้ดีขึ้น

ในปัจจุบันการทำจิตบำบัดในผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีมากมายหลากหลายวิธี เช่น การทำพฤติกรรมบำบัดเพื่อมุ่งเปลี่ยนแปลงหรือกำจัดพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม การให้บริการปรึกษาเพื่อให้ผู้ป่วยยอมรับ

กับวิกฤตการณ์ที่เกิดขึ้นและปรับปรุงชีวิตให้ดีขึ้น การบำบัดด้านการคิดรู้เพื่อให้เน้นการเปลี่ยนแปลงวิธีคิดและพฤติกรรม การทำจิตบำบัดแบบประคับประคองเป็นการรักษาจิตใจมุ่งเน้นการปรับตัวการบำบัดแนวจิตวิเคราะห์เพื่อเน้นช่วยให้เข้าใจในแรงปรารถนาภายใน โดยทำการบำบัดวิธีต่าง ๆ นั้นล้วนแต่เน้นการบำบัดที่ต้องเลือกให้เหมาะสมกับบุคคล เน้นการรักษาที่ใช้เวลานานและเป็นการทำจิตบำบัดระยะยาวอีกทั้งยังมีจิตบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลซึ่งเน้นการแก้ปัญหาในระยะสั้นมุ่งเน้นจัดการปัญหาปัจจุบันของผู้ป่วยอีกทั้งเป็นจิตบำบัดในระยะสั้นที่มีประสิทธิภาพในการรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยการเชื่อมโยงอาการของโรคซึมเศร้ากับปัญหาสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลด้านใดด้านหนึ่งและจะเห็นว่าการแก้ไขปัญหาระหว่างบุคคลในประเด็นที่ผู้ป่วยซึมเศร้าเผชิญอยู่นั้นจะทำให้อาการและภาวะโรคซึมเศร้าดีขึ้น

การศึกษาของ Brandman (1996) พบว่ากลุ่มจิตบำบัดช่วยให้สมาชิกแสดงอารมณ์และความรู้สึกร่วมกันก่อให้เกิดสังคมย่อยภายในกลุ่ม แสดงให้เห็นถึงการมีปฏิสัมพันธ์ให้สมาชิกช่วยกันอภิปรายและแก้ไขปัญหาภาวะซึมเศร้าของสมาชิกและสามารถแสดงความคิดเห็น ช่วยเหลือประคับประคองโดยใช้กลุ่มบำบัดมาประยุกต์ใช้กับการทำกลุ่มบำบัดพบว่ากลุ่มจิตบำบัดช่วยให้สมาชิกแสดงอารมณ์และความรู้สึกร่วมกันก่อให้เกิดสังคมย่อยภายในกลุ่ม สนับสนุนให้มีการสื่อสารที่มีคุณภาพ ลดภาวะซึมเศร้าได้จากการมีปฏิสัมพันธ์ ก่อให้เกิดการตระหนักในตนเอง และนำไปสู่การปฏิบัติเพื่อช่วยเหลือตนเอง มีการปรับปรุงการสร้างสัมพันธ์กับบุคคลอื่นได้อย่างเหมาะสมขึ้น ทำให้รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีการมองตนเองในด้านบวก ได้ตระหนักว่ามีปัญหาที่คล้ายคลึงกันในบุคคลอื่น ได้ระบายออกอย่างเหมาะสม รู้สึกมีความหวังและทำให้สามารถเผชิญปัญหาและอุปสรรคต่าง ๆ ได้ การใช้จิตบำบัดรูปแบบต่างๆ เช่น Interpersonal Therapy (IPT) เน้นการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับผู้อื่น เน้นการแก้ไขปัญหาแก้ไขความคิดของผู้ป่วยให้สอดคล้องกับความเป็นจริง (พีรพันธ์ ลีอนุวัชชัย, 2549) การทำจิตบำบัดระยะสั้น (Short-term psychotherapy) มีรากฐานมาจากทฤษฎีจิตวิเคราะห์ที่อธิบายว่า ความผิดหวังหรือความล้มเหลว มีสาเหตุจากปัญหาด้านสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลตั้งแต่ชีวิตวัยเด็ก ทำให้บุคคลนั้นเปราะบางต่อการเผชิญความสูญเสียหรือความผิดหวัง ที่เกิดขึ้นในชีวิตปัจจุบัน จิตบำบัดระยะสั้นมีเป้าหมาย เพื่อปรับเปลี่ยนโครงสร้างบุคลิกภาพของผู้ป่วย เพิ่มความใกล้ชิดสนิทสนมและความไว้วางใจระหว่างบุคคลและ เรียนรู้การใช้กลไกการป้องกันทางจิตที่เหมาะสม ทำให้มีความสามารถในการจัดการกับอารมณ์ต่าง ๆ ในระหว่างการรักษาได้

การใช้จิตบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal psychotherapy, IPT) เป็นการรักษาที่มีพื้นฐานมาจากแนวคิดปัญหาในเรื่องสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลของ Klerman (1993)



ที่ศึกษาพบว่าปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลมีความเกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า ซึ่งการใช้จิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลมีประสิทธิภาพในการรักษาโรคซึมเศร้า ซึ่งจะมุ่งเน้นที่ปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่เกี่ยวข้องกับโรคซึมเศร้า ซึ่งประกอบด้วย 1) อารมณ์โศกเศร้าจากการสูญเสีย 2) ความขัดแย้งทางบทบาทสัมพันธภาพระหว่างบุคคล 3) การเปลี่ยนผ่านบทบาทหรือสถานะของบุคคล 4) ความบกพร่องทางสัมพันธภาพระหว่างบุคคล โดยที่ผู้รักษาจะเชื่อมโยงปัญหาสัมพันธภาพกับด้านใดด้านหนึ่งกับเทคนิคการรักษาเพื่อแก้ไขปัญหาสัมพันธภาพของผู้ป่วย จะส่งผลให้อารมณ์ซึมเศร้าของผู้ป่วยดีขึ้น (พีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย, 2549) การใช้จิตบำบัดด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล จะเน้นที่ปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ว่าเป็นได้ทั้งสาเหตุและผลของโรคซึมเศร้าการบำบัดมีเป้าหมายการรักษา เพื่อลดอาการซึมเศร้าและเพิ่มคุณค่าในตนเอง ช่วยให้เกิดแนวทางและวิธีการที่จะมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่นในสังคมได้ เนื่องจากเวลาในการรักษาล้นจึงไม่เน้นถึงความสำคัญในช่วงตอนต้นของชีวิต แต่เน้นความสำคัญของการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคลในการดำเนินชีวิตปัจจุบัน การใช้จิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลจึงมีประสิทธิภาพในการรักษาโรคซึมเศร้าชนิดอื่น ๆ อีก ได้แก่ โรคซึมเศร้าเรื้อรัง โรคซึมเศร้าในวัยรุ่น โรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ โรคซึมเศร้าในผู้ที่มีโรคทางกาย โรคซึมเศร้าในผู้ป่วยที่ติดเชื่อ HIV โรคซึมเศร้าในผู้ป่วยก่อนและหลังคลอด โรคซึมเศร้าที่เกิดจากความขัดแย้งของคู่สมรส อีกทั้งรักษาโรคหลักหนักแล้วสังคมและภาวะหวาดผวากายพิบัติ หรือความเครียดที่เกิดจากหลังการเผชิญภาวะวิกฤต

นอกจากการรักษาผู้ป่วยด้วยจิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลแบบรายบุคคลแล้วยังมีผู้ที่นำไปพัฒนาเป็นกลุ่มจิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (group interpersonal psychotherapy) ที่มีการดำเนินการเป็นรายกลุ่ม โดยได้มีการศึกษาในประเทศแคนาดา พบว่า กลุ่ม IPT มีประสิทธิภาพสูงในการรักษาผู้ป่วยซึมเศร้าหลัก ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและผู้ที่มีกลุ่มอาการของโรคซึมเศร้า (Bolton et al., 2003) สอดคล้องกับการศึกษาของ Verdelli et al. (2003) ที่ช่วยในการบำบัดผู้ป่วยซึมเศร้าที่เกิดจากการติดเชื้อเอชไอวีในประเทศแคนาดา ซึ่งได้ผลและมีประสิทธิภาพในการรักษามาก นอกจากนี้กระบวนการกลุ่มเข้ามาช่วยในการบำบัดโดยสมาชิกผู้ป่วยภายในกลุ่มจะมี การให้ข้อมูล เป็นการสอนหรือแลกเปลี่ยนข้อมูลความรู้และข่าวสารต่าง ๆ และการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่เกิดขึ้นโดยสมาชิกในกลุ่มที่มีปัญหาล้ายคลึงกัน ซึ่งมีการให้ข้อมูลรายละเอียดถึงทักษะการเผชิญปัญหาของแต่ละคนบุคคล ทักษะเหล่านี้ช่วยส่งเสริมให้สมาชิกมีพฤติกรรมการปรับตัวเมื่อต้องเผชิญปัญหาให้กับสมาชิกอื่น (Yalom, 2011) พบว่า การทำกลุ่ม IPT มีประสิทธิภาพในการรักษาโรคซึมเศร้าทั้งในโรคซึมเศร้าหลักและในโรคซึมเศร้าเรื้อรัง โรคซึมเศร้าในวัยรุ่น โรคอารมณ์แปรปรวน อารมณ์สองขั้ว โรควิตกกังวล โรคการรับประทานผิดปกติ (eating disorders: bulimia and anorexia nervosa) กลุ่มอาการทางกายหลายระบบที่ไม่พบสาเหตุทางกาย รวมถึงปัญหาบุคลิกภาพผิดปกติ

แบบก้ำกึ่ง อีกทั้งในเรื่องของโรคภาวะซึมเศร้าหลังคลอด โรคกลัวสังคม และภาวะหวาดผวากจากภัยพิบัติ ในการทำกลุ่ม IPT จะมีการเลือกผู้เข้าร่วมกลุ่ม จำนวน 8-12 คน การทำกลุ่มในส่วนใหญ่ นั้นจะใช้เวลาประมาณ 12-16 สัปดาห์ โดยจะมีช่วงเวลาเฉลี่ย 45-60 นาที (Bolton et al., 2003)

แนวคิดจิตบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล (ITP) ที่พัฒนามาจากแนวคิดของ Klerman (1993) โดยเป็นจิตบำบัดระยะสั้นรูปแบบหนึ่งมุ่งให้ความสนใจและแก้ไขประเด็นปัญหาสำคัญของผู้ป่วยและเน้นการแก้ปัญหาในปัจจุบัน (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย และ พีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย, 2553) ซึ่งจะใช้รูปแบบกลุ่มตามแนวคิดของ Verdelli Helen และคณะ (Verdelli et al., 2003) โดยใช้รูปแบบกลุ่มในการบำบัดเพื่อช่วยให้สมาชิกได้มีการปรับเปลี่ยนความคิด อารมณ์และพฤติกรรมไปในทางที่เหมาะสมเน้นกระบวนการเกี่ยวกับการให้ข้อมูล การแก้ไขปัญหา และการเผชิญปัญหา การสนับสนุนทางสังคมและมีการเพิ่มทักษะในการสื่อสารที่เหมาะสม ส่งเสริมการสร้างปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อกันมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่มีประโยชน์ มีการสนับสนุนเห็นใจประคับประคองความรู้สึกที่มีซึ่งกันและกัน ทำให้ลดความโดดเดี่ยวและลดความรู้สึกซึมเศร้าในที่สุด อีกทั้งการทำจิตบำบัดรายกลุ่ม เป็นการช่วยเหลือและสนับสนุนของบุคคลต่อกันมีประสิทธิผลช่วยให้เกิดการเรียนรู้สนับสนุนทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ จิตสังคม มีอิทธิพลต่อบุคคลจะเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญของผู้ป่วยซึมเศร้า ดังนั้นจะเห็นว่าการพัฒนาแนวคิดตามรูปแบบของ IPT มาประยุกต์ให้เข้ากับรูปแบบกิจกรรมการพยาบาล ลักษณะจิตบำบัดระยะสั้นมุ่งให้ความสนใจและแก้ไขประเด็นปัญหาสำคัญของผู้ป่วยและเน้นการแก้ปัญหาในปัจจุบัน (พีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย, 2549)

นอกจากนี้การนำรูปแบบกลุ่มของ Verdelli et al. (2003) มาใช้จะช่วยกลุ่มในการบำบัดเพื่อให้สมาชิกได้มีการปรับเปลี่ยนความคิด อารมณ์และพฤติกรรมไปในทางที่เหมาะสมเน้นกระบวนการเกี่ยวกับการให้ข้อมูล การแก้ไขปัญหา การเผชิญปัญหาและการสนับสนุนทางสังคม โดยโปรแกรมนี้จะมุ่งช่วยให้ผู้ป่วยแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นในระดับจิตสำนึก โดยใช้สัมพันธ์ภาพเชิงการบำบัดการให้ความสำคัญกับเหตุการณ์ภายนอกที่เป็นสาเหตุของโรค มากกว่าความขัดแย้งภายในจิตใจของผู้ป่วย เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยซึมเศร้ามีอาการดีขึ้น โดยใช้หลักการ คือ เพิ่มการให้ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุอาการ เพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ปรับปรุงการทำงานของสมองจิตเพิ่มกลไก ความมั่นคงทางจิต เพิ่มทักษะการปรับตัว การสื่อสารและการเผชิญปัญหาส่งเสริมวิธีแก้ปัญหา ใช้เทคนิคการให้คำแนะนำ การกระตุ้นการให้กำลังใจและไม่ใช้การสั่งหรือบังคับมีการกำหนดจุดหมายและเป้าหมายร่วมกัน มากกว่าการที่ผู้บำบัดให้ความช่วยเหลือเพียงอย่างเดียว (Caillhol et al., 2009)

**ลักษณะของจิตบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล** (Mufson et al., 2004; Stuart et al., 2003; Weissman et al., 2000 อ้างใน อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย และ พีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย,



2553) จิตบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลเป็นจิตบำบัดระยะสั้น มีการกำหนดเวลาในการรักษาชัดเจน ประมาณ 3-4 เดือน หรือใช้เวลา 12-20 สัปดาห์ โดยเฉลี่ย 16 สัปดาห์ โดยให้การรักษาสัปดาห์ละครั้ง ครั้งละประมาณ 45-60 นาที ต่างจากจิตบำบัดอิงทฤษฎีจิตวิเคราะห์ซึ่งเป็นจิตบำบัดที่ใช้เวลาในการรักษา 6 เดือนถึงหลายปีในจิตบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล ผู้รักษาจะมีบทบาทในเชิงรุก สามารถให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยได้ ช่วยเพิ่มทักษะสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลและทักษะทางสังคมให้เกิดขึ้นกับผู้ป่วยจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวได้ดีขึ้นโดยจะมีเป้าหมายของการรักษาคือลดอาการซึมเศร้า โดยที่ผู้รักษาจะพยายามเชื่อมโยงให้ผู้ป่วยเห็นความเกี่ยวข้องของอาการซึมเศร้ากับปัญหาสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลด้านใดด้านหนึ่งใน 4 ด้าน ช่วยให้ผู้ป่วยจัดการกับปัญหาและปรับปรุงเพิ่มเติมทักษะทางสังคมให้กับผู้ป่วย รวมทั้งฝึกทักษะและวิธีการสื่อสารที่เหมาะสม เพื่อให้ผู้ป่วยมีการปรับตัวทางด้านสังคมที่ดีขึ้น

#### **คุณสมบัติและบทบาทของผู้บำบัดรักษาในจิตบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล**

ผู้รักษาในจิตบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลควรจะมีคุณสมบัติ คือ ผ่านการฝึกอบรมหรือเป็นบุคลากรทางด้านจิตเวชหรือสุขภาพจิต หรือด้านการแพทย์และสาธารณสุขซึ่งได้แก่จิตแพทย์ บุคลากรทางด้านการแพทย์ นักจิตวิทยาคลินิก พยาบาลจิตเวช นักสังคมสงเคราะห์หรือนักอาชีวบำบัด และได้ผ่านการฝึกอบรมทางด้านจิตบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลมาแล้ว

#### **กระบวนการรักษาของจิตบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล**

จิตบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลประกอบด้วย 3 ระยะ ซึ่งในแต่ละระยะมีวิธีการดำเนินการดังนี้ (อรพรรณ ลีอนุวัธวัชชัย และ ฟิรพนธ์ ลีอนุวัธวัชชัย, 2553)

ระยะที่ 1 ระยะเริ่มต้น (Initial phase) เป็นระยะที่ผู้รักษาทบทวนอาการและให้การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า และอธิบายเรื่องโรคซึมเศร้าให้กับผู้ป่วย ประเมินปัญหาสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วย ประเมินสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลของผู้ป่วยกับบุคคลใกล้ชิดที่สำคัญ ค้นหาประเด็นปัญหาสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลที่เป็นปัญหาหลัก อธิบายวิธีการรักษาด้วยจิตบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลให้แก่ผู้ป่วย และตกลงการบำบัดรักษา

ระยะที่ 2 ระยะกลาง (Intermediate phase) เป็นระยะที่ค้นหาและทำความเข้าใจปัญหาสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลที่เกี่ยวข้องกับอาการของโรคซึมเศร้าของผู้ป่วย เชื่อมโยงปัญหาสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลกับอาการของโรคซึมเศร้าของผู้ป่วย และช่วยให้ผู้ป่วยจัดการกับปัญหาสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล โดยอาศัยเทคนิคต่าง ๆ ของจิตบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล

ระยะที่ 3 ระยะสิ้นสุด (Termination phase) เป็นระยะที่ผู้รักษาคงทนความก้าวหน้าและความสำเร็จของการรักษา เตรียมความพร้อมผู้ป่วยสำหรับการสิ้นสุดการรักษา ช่วยให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสามารถที่จะพึ่งพาตัวเองในการเผชิญปัญหาในอนาคต จัดการกับปัญหาของการไม่ตอบสนองต่อการรักษาในผู้ป่วยบางราย และพิจารณาการรักษาในระยะต่อเนื่อง

### **ขั้นตอนที่ 1 Initial phase**

**ครั้งที่ 1** (กิจกรรมแรกเริ่มเพิ่มมิตร) สร้างสัมพันธภาพ ประเมินอารมณ์ความรู้สึกของผู้ป่วย และอธิบายขั้นตอนการในกลุ่มและวัตถุประสงค์ของการทำกลุ่ม สร้างความคุ้นเคยให้กับสมาชิกในกลุ่ม เป็นระยะเริ่มต้นสร้างความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในกลุ่มและผู้นำบัด ซึ่งเป็นระยะที่สำคัญต่อการก่อให้เกิดความสัมพันธ์เชิงบำบัดโดยยึดหลักในการฟังอย่างมีความเห็นอกเห็นใจ ให้ความเป็นกันเองเพื่อก่อให้เกิดความรู้สึกดีต่อผู้รับการบำบัด

**ครั้งที่ 2** (กิจกรรมรู้เศร้าเข้าใจ) เป็นระยะที่ทนทนอาการและให้ทำความเข้าใจถึงปัญหาโรคซึมเศร้า อธิบายเรื่องโรคซึมเศร้าให้กับสมาชิกกลุ่มเข้าใจอีกทั้ง ประเมินปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย ประเมินสัมพันธภาพบุคคลใกล้ชิดและบุคคลสำคัญ (Verdeli et al., 2003) เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงสาเหตุของปัญหาที่ทำให้เกิดโรคซึมเศร้า

**ครั้งที่ 3** (กิจกรรมร่วมแรงแบ่งปันทุกข์) การทำงานร่วมกันสำรวจปัญหาโดยใช้กระบวนการกลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในเรื่องปัญหาของผู้ป่วย ประเมินสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของผู้ป่วย ค้นหาปัญหาประเด็นปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่เป็นปัญหาหลักของกลุ่ม อธิบายวิธีการรักษาด้วยการใช้สัมพันธภาพบำบัดระหว่างบุคคล

### **ขั้นตอนที่ 2 Intermediate phase**

**ครั้งที่ 4** (กิจกรรมค้นดวงใจที่มีทุกข์) ให้เลือกปัญหาหลักมาช่วยกันทำความเข้าใจปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่เกี่ยวข้องกับอาการซึมเศร้าของผู้ป่วย โดยให้สมาชิกในกลุ่มช่วยกันคิดเชื่อมโยงปัญหา เพื่อให้มีการค้นหาปัญหาที่เกิดขึ้นทำความเข้าใจปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่เกี่ยวข้องกับอาการซึมเศร้าของผู้ป่วย

**ครั้งที่ 5** (กิจกรรมร่วมด้วยช่วยกันคิด) เป็นการให้สมาชิกกลุ่มได้วิเคราะห์ปัญหา สัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่เกิดขึ้นในสถานการณ์ที่เกิดขึ้น มีการสะท้อนความคิดเป็นการช่วยให้ผู้ป่วยพยายามทนทนเหตุการณ์ สถานการณ์อย่างรอบด้านดูปัญหาที่เกิดขึ้น เพื่อวิเคราะห์ถึงปัญหา และสาเหตุ

ผลกระทบที่เกิดขึ้นและแนวทางในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นจะให้สมาชิกทุกคนภายในกลุ่มสำรวจตนเองในเรื่องปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลจากนั้นช่วยกันมองปัญหาในรอบด้านร่วมกันภายในกลุ่ม

**ครั้งที่ 6** (กิจกรรมสื่อสารอย่างไรเข้าใจกัน) ใช้เทคนิคในการสื่อสารโดยให้กลุ่มได้แสดงความคิดเห็นและทางออกของปัญหาในมุมมองต่าง ๆ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ในเรื่องปัญหาของผู้ป่วย ประเมินสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของผู้ป่วยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการจัดการกับปัญหาโดยใช้ทักษะการสื่อสาร

**ครั้งที่ 7** (กิจกรรมสวมบทโปรดเข้าใจ) ใช้กระบวนการกลุ่มในการทำความเข้าใจและใช้บทบาทสมมติในการเรียนรู้และมองปัญหาสัมพันธภาพร่วมกัน (Verdeli et al., 2003) เป็นการคัดเลือกสถานการณ์จริงที่เกิดขึ้นซึ่งเป็นปัญหาของสมาชิกกลุ่มผู้ป่วยขึ้นมา แล้วให้ทุกคนในกลุ่มใช้บทบาทสมมติแสดงเป็นคนในบทบาทต่าง ๆ ในการเรียนรู้และมองปัญหาที่เกิดขึ้นเข้าใจความรู้สึกของแต่ละฝ่ายและสะท้อนมุมมองของปัญหาที่เกิดขึ้น

**ครั้งที่ 8** (กิจกรรมร่วมด้วยช่วยกันคิด) ผู้ป่วยมาช่วยกันวิเคราะห์ปัญหาที่เกิดขึ้นกับการแสดงบทบาทสมมติว่าเชื่อมโยงกับปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลและมอบหมายกลับไปวิเคราะห์สถานการณ์ของสภาพปัญหาของตนเองโดยให้กลับไปทำการบ้านหรือใบงาน เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจและสามารถเชื่อมโยงปัญหาของตนเองสู่สาเหตุของโรคซึมเศร้าและตระหนักถึงผลกระทบที่ตามมาของปัญหา

**ครั้งที่ 9** (กิจกรรมพัฒนาตนเอง) ทบทวนความสัมพันธ์ของบุคคลใกล้ตัวผู้ป่วยเพื่อหาแหล่งสนับสนุนและการให้กำลังใจจะช่วยสนับสนุนส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจ มีการฝึกทักษะทางสังคมต่าง ๆ การฝึกการวางแผนชีวิตให้เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วย การสร้างความหวัง การฝึกคิดในแง่บวกเมื่อเจอปัญหาและให้มีความสามารถในการจัดการปัญหาได้อย่างต่อเนื่อง

**ครั้งที่ 10** (กิจกรรมสื่อสารดีมีแต่มิตร) โดยจัดเป็นการพูดคุยกันภายในกลุ่มในการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นโดยช่วยเกิดการใช้พลังกลุ่มในการช่วยสมาชิกผู้ป่วยที่เป็นปัญหาตัวอย่างในการเปลี่ยนผ่านบทบาทและการมองปัญหาต่าง ๆ ตรงตามความเป็นจริง โดยจัดกิจกรรม ฝึกทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ พร้อมให้การบ้าน เพื่อให้สามารถนำทักษะการสื่อสารมาใช้และสามารถจัดการกับปัญหาเฉพาะหน้าได้อย่างเหมาะสม และหลายตัวอย่างเพื่อให้ผู้ป่วยได้สามารถนำไปประยุกต์ใช้กับชีวิตประจำวันของตนเองได้อย่างเหมาะสม

### ขั้นตอนที่ 3 Termination phase

**ครั้งที่ 11** (กิจกรรมกลับมาคิดจิตสติ) โดยให้ผู้ป่วยนำการบ้านทั้งหมดที่ทำในแต่ละสัปดาห์มาทำช่วยกันวิเคราะห์และดูผลที่เกิดขึ้นเชื่อมโยงความสัมพันธ์กับอารมณ์ซึมเศร้าที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและแนวทางในการจัดการกับปัญหาตามแนวทางแก้ไขปัญหาคือช่วยให้ผู้ป่วยสามารถวิเคราะห์และค้นหาวิธีการจัดการแก้ไขปัญหาในชีวิตประจำวันได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ระดับของภาวะซึมเศร้าลดลง และเตรียมความพร้อมในการยุติกลุ่ม

**ครั้งที่ 12** (กิจกรรม ฉันทน์ใหม่ทางไกลซึมเศร้า) เป็นระยะที่ผู้นำกลุ่มจะทบทวนความก้าวหน้าและความสำเร็จของกลุ่มช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจตระหนักถึงความสามารถของตนเองในการเผชิญปัญหาและการจัดการกับปัญหาในอนาคต (Verdeli et al., 2003) และการคงไว้ซึ่งการกระทำเพื่อการมีสุขภาพที่ดีและประเมินผลการใช้จิตบำบัดรูปแบบสัมพันธภาพระหว่างบุคคล และสามารถจัดการกับปัญหาได้ในอนาคต อีกทั้งประเมินผลกับการจัดการกับการไม่ตอบสนองต่อการรักษาในผู้ป่วยบางราย และให้พิจารณาการรักษาอื่น

### วิธีการและเทคนิคของการรักษาที่ใช้ในจิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคล

1. เทคนิคในการค้นหาข้อมูล (Exploratory techniques) เป็นเทคนิคที่ช่วยให้ผู้รักษาและผู้ป่วยได้เข้าใจปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างถูกต้องและตรงกัน และเป็นการเพิ่มความร่วมมือในการรักษาด้วยเทคนิคในการค้นหาข้อมูลประกอบการถามแบบไม่ชี้นำคำตอบ (Non-directive questioning) ได้แก่ การใช้คำถามปลายเปิด หรือคำถามกว้าง ๆ ทั่วไป เพื่อให้ผู้ป่วยได้เริ่มเล่าเรื่องราวมักจะใช้ในช่วงแรกของชั่วโมงการรักษา การถามแบบชี้นำคำตอบ (Directive questioning) ได้แก่ การใช้คำถามชี้นำคำตอบเพื่อค้นหารายละเอียดของข้อมูลในประเด็นเฉพาะ การแสดงท่าทียอมรับและช่วยเหลือให้ผู้ผู้ป่วยดำเนินเรื่องราวต่อไป

2. การวิเคราะห์การสื่อสาร (Communication analysis) ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยได้เข้าใจเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีวิธีการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งมักจะพบปัญหาของการสื่อสารที่เกิดขึ้นบ่อย ๆ ได้แก่ การที่ผู้ป่วยไม่สามารถสื่อสารแสดงความต้องการของตนเองให้ผู้อื่นตอบสนองได้อย่างถูกต้อง เช่น การแสดงอารมณ์โกรธโดยไม่สื่อสารความต้องการของตนได้ หรือการเชื่อว่าการเงียบจะเป็นวิธีที่ดีในการแก้ไขปัญหาความขัดแย้ง โดยไม่ได้คำนึงถึงผลเสียจากการขาดการสื่อสารระหว่างกัน

3. การกระตุ้นให้แสดงอารมณ์ที่เกิดขึ้นและจัดการกับอารมณ์ที่เกิดขึ้นนั้นอย่างเหมาะสม (Use or encouragement of affect) จะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับรู้ถึงอารมณ์ของตนเองที่เกิดขึ้นในสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลและสามารถแสดงอารมณ์ความรู้สึกนั้นให้บุคคลอื่นทราบ

4. การแสดงบทบาทสมมติ (Role playing) เป็นการจำลองสถานการณ์สมมติ โดยวิธีการแสดงบทบาทสมมติ เพื่อกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงปฏิสัมพันธ์จริงนอกช่วงเวลาการรักษา อาจจะทำให้ผู้ป่วยแสดงบทบาทของตนเองหรือแสดงบทบาทของบุคคลอื่น สิ่งเหล่านี้จะสามารถสะท้อนให้ผู้ป่วยทราบและเข้าใจ เพื่อให้ผู้ป่วยเปลี่ยนรูปแบบการสื่อสารใหม่ให้มีประสิทธิภาพและสามารถเป็นแบบอย่างของการสื่อสารที่ดีให้ผู้ป่วยนำไปใช้ได้

5. การแก้ไขปัญหาและการวิเคราะห์เพื่อตัดสินใจ (Problem solving and decision analysis) เป็นเทคนิคที่ช่วยให้ผู้ป่วยหาวิธีแก้ไขปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคล และวิเคราะห์เลือกวิธีการที่เหมาะสมที่สุดไปใช้ เพื่อให้สามารถเผชิญและจัดการกับปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลในอนาคตได้ดีขึ้น โดยพยายามกระตุ้นให้ผู้ป่วยคิดหาวิธีแก้ไขหลาย ๆ วิธีด้วย ตนเอง หรืออาศัยการเสนอแนะจากผู้รักษา และให้ผู้ป่วยพิจารณาถึงผลที่เป็นไปได้จากวิธีการแก้ไขต่าง ๆ รวมทั้งข้อดีและข้อเสียของแต่ละวิธี แล้วจึงเลือกวิธีการแก้ไขปัญหา หลังจากนั้นผู้รักษาจะติดตามผลการแก้ไขปัญหา และคอยให้ความช่วยเหลือในกรณีที่เกิดอุปสรรค

6. การมอบหมายงานหรือให้การบ้าน (Task assignment or homework) เป็นการมอบหมายงานที่เกี่ยวกับสัมพันธภาพระหว่างบุคคลนอกช่วงเวลาการรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยทำการสื่อสารกับบุคคลอื่นตามช่วงเวลาที่กำหนดไว้ หรืออาจจะให้คอยสังเกต บันทึกและตรวจสอบการสื่อสารของตนเอง เพื่อพัฒนารูปแบบการสื่อสารของตนเองให้มีประสิทธิภาพดีขึ้น หรืออาจจะมอบหมายกิจกรรมที่ช่วยปรับปรุงทักษะการสื่อสารและทักษะทางสังคม

7. การใช้สัมพันธภาพในการบำบัดรักษา (Use of therapeutic relationship) ความสัมพันธ์ที่ดีช่วยให้ได้ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยมากขึ้น สร้างความเชื่อมั่นในผู้ป่วย และช่วยให้ผู้ป่วยร่วมมือในการรักษา ผู้รักษาสามารถสะท้อนให้ผู้ป่วยเข้าใจปฏิสัมพันธ์ของผู้ป่วยกับบุคคลอื่น

### **ประสิทธิภาพของการบำบัดรักษาจิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคล**

ประสิทธิภาพในการรักษาโรคซึมเศร้าหลักและเรื้อรัง จิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลจะมีประสิทธิภาพในการรักษาโรคซึมเศร้าชนิดอื่น ๆ อีก ได้แก่ โรคซึมเศร้าเรื้อรัง โรคซึมเศร้าในวัยรุ่น โรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ โรคซึมเศร้าในผู้ที่มีโรคทางกาย โรคซึมเศร้าในผู้ป่วยที่ติดเชื้อ HIV โรคซึมเศร้าในผู้ป่วยก่อนและหลังคลอด โรคซึมเศร้าที่เกิดจากความขัดแย้งของคู่สมรส นอกจากนี้การรักษาผู้ป่วยแบบรายบุคคลแล้วยังมีผู้ที่นำไปพัฒนาเป็นกลุ่มจิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคล และได้มีการศึกษาแบบ randomized controlled trial ใน Uganda พบว่า group IPT มีประสิทธิภาพสูงในการรักษาผู้ป่วยซึมเศร้าหลักและผู้ที่มีกลุ่มอาการของโรคซึมเศร้า (Bolton et al., 2003)

การที่ผู้วิจัยนำแนวคิดของ Klerman และ Weissman (1993) โดยเป็นจิตบำบัดระยะสั้นรูปแบบหนึ่งมุ่งให้ความสนใจ แกไขประเด็นปัญหาสำคัญของผู้ป่วยและเน้นการแก้ปัญหาในปัจจุบัน (พีรพันธ์ ลือบุญรัชชัย, 2550) ซึ่งจะใช้รูปแบบกลุ่มตามแนวคิดของ Verdelli และคณะ (2003) โดยใช้กลุ่มในการบำบัดเพื่อช่วยให้สมาชิกได้มีการปรับเปลี่ยนความคิด อารมณ์และพฤติกรรมไปในทางที่เหมาะสมเน้นกระบวนการเกี่ยวกับการให้ข้อมูล การแก้ไขปัญหาและ การเผชิญปัญหา การสนับสนุนทางสังคมและมีการเพิ่มทักษะในการสื่อสารที่เหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับ การศึกษาของ Brandman (1996) การผสมผสานทักษะการใช้กระบวนการกลุ่มช่วยให้สมาชิกแสดงอารมณ์และความรู้สึกร่วมกันก่อให้เกิดสังคมย่อยภายในกลุ่ม แสดงให้เห็นถึงการมีปฏิสัมพันธ์ให้สมาชิกช่วยกันอภิปรายและแก้ไขปัญหาภาวะซึมเศร้าของสมาชิกและสามารถแสดงความคิดเห็น ช่วยเหลือประคับประคอง สนับสนุนให้มีการสื่อสารที่มีคุณภาพ ลดภาวะซึมเศร้าได้จากการมีปฏิสัมพันธ์ก่อให้เกิดการตระหนักในตนเอง และนำไปสู่การปฏิบัติเพื่อช่วยเหลือตนเอง มีการปรับปรุงการสร้างสัมพันธ์กับบุคคลอื่นได้อย่างเหมาะสมขึ้น ทำให้รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีการมองตนเองในด้านบวกเพื่อให้สมาชิกได้มีการปรับเปลี่ยนความคิด อารมณ์และพฤติกรรมไปในทางที่เหมาะสม ถือได้ว่าโปรแกรมฯ ช่วยลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้นับว่าเป็นบทบาทที่สำคัญและเฉพาะด้านของพยาบาลวิชาชีพด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชชั้นสูง ที่ทำให้เกิดโปรแกรมการวิจัยทางการพยาบาลสำหรับดูแลผู้ป่วยซึมเศร้า เพื่อพัฒนาการดูแลและช่วยให้ผู้ป่วยได้กลับไปดำเนินชีวิตประจำวันได้ตามปกติได้ดีขึ้นควบคู่ไปกับการรักษาอย่างมีประสิทธิภาพ

## สรุป

โรคซึมเศร้าเป็นโรคเรื้อรังและก่อให้เกิดความทุกข์ทรมาน การป่วยด้วยโรคซึมเศร้ามีหลายปัจจัย โดยเฉพาะปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสัมพันธภาพและปัญหาสังคม การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลใกล้ชิด เป็นตัวกระตุ้นให้เกิดโรคซึมเศร้าและเป็นปัจจัยที่ทำให้อาการของภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยนั้นคงอยู่ต่อไป การใช้จิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลมีประสิทธิภาพในการรักษาโรคซึมเศร้า ซึ่งจะมุ่งเน้นที่ปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่เกี่ยวข้องกับโรคซึมเศร้า ซึ่งประกอบด้วย 1) อารมณ์ โศกเศร้าจากการสูญเสีย 2) ความขัดแย้งทางบทบาทสัมพันธภาพระหว่างบุคคล 3) การเปลี่ยนผ่านบทบาท 4) ความบกพร่องทางสัมพันธภาพระหว่างบุคคล มุ่งให้ความสนใจและแก้ไขประเด็นปัญหาสำคัญของผู้ป่วยเน้นการแก้ปัญหาในปัจจุบันช่วยลดภาวะซึมเศร้าจากปัญหาสัมพันธภาพในผู้ป่วยซึมเศร้า การนำจิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลมาใช้ในการประยุกต์ให้เข้ากับปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลทั้ง 4 หากพยาบาลที่ทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยเหล่านี้ได้นำแนวคิดวิธีการเทคนิคต่าง ๆ ของจิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลไปรวมกับกระบวนการกลุ่มและนำมาใช้ควบคู่กับการดูแลรักษาตามปกติ จะช่วยให้ผู้ป่วยซึมเศร้าดีขึ้นและลดระยะเวลาของการรักษาลงได้อย่างมีประสิทธิภาพ



## เอกสารอ้างอิง

- กรมการปกครองและสำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2556). *สำรวจประชากรผู้ป่วยซึมเศร้าในประเทศไทย ปีงบประมาณ 2555-2556*. กรุงเทพมหานคร: กรมการปกครองและสำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2554). *การทบทวนองค์ความรู้และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในเรื่องระบาดวิทยาของปัญหาสุขภาพจิตและโรคทางจิตเวช*. นนทบุรี: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์.
- ธรณินทร์ กองสุข. (2550). *โรคซึมเศร้าองค์ความรู้จากการทบทวนหลักฐานทางวิชาการ*. อุบลราชธานี: โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์.
- พีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย. (2549). จิตบำบัดสัมพันธ์ภาวะระหว่างบุคคล: ทางเลือกใหม่ของการรักษาโรคซึมเศร้า. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, (51), 117-131.
- พีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย. (2550). อารมณ์โศกเศร้าจากการสูญเสียและจิตบำบัดสัมพันธ์ภาวะระหว่างบุคคล : หลักการ และแนวทางการดูแล. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 52(1), 29-45.
- ศูนย์สารสนเทศ กองแผนงาน. (2553). *ผู้ป่วยทางสุขภาพจิตของประเทศไทย*. นนทบุรี: สภาการพยาบาล. สถาบันสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข สมาคมจิตแพทย์ประเทศไทย. (2553). *รายงานผู้ป่วยทางสุขภาพจิตของประเทศไทย*. นนทบุรี.
- สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. (2552). *รายงานผลการศึกษาระบาดวิทยาและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2547*. นนทบุรี.
- สายฝน เอกวรังกูร. (2554). *รู้จัก เข้าใจ ดูแล ภาวะซึมเศร้า*. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. (2549). *การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช*. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย และ พีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย. (2553). *การบำบัดรักษาทางจิตสังคมสำหรับโรคซึมเศร้า*. กรุงเทพมหานคร: บริษัท ธนาเพรส จำกัด.
- Beck, et al. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.
- Blazer, D. G. (2003). Depression in Late Life: Review and Commentary. *Journal of Gerontology: Medical Sciences*, 58A(3), 249-265.
- Bolton, P., Bass, J., Neugebauer, R., Verdelli, H., Clougherty, K. F., Wickramaratne, P., et al. (2003). Group interpersonal psychotherapy for depression in rural Uganda: a randomized controlled trail. *The Journal of the American Medical Association*, 289(3), 117-224.

- Brandman, W. (1996). Intersubjectively, SocialMicrocism and the here and now in a support group for nurse. *Archive of General Psychiatry*, 6(10), 374-378.
- Verdeli, H., Cougherty, K., Bolton, P., Speelman, L., Lincoln, N., Bass, J., et al. (2003). Adapting group interpersonal psychotherapy for a developing country: experience in rural Uganda. *World Psychiatry*, 2(2), 114-120.
- Klerman, G. L., & Weissman, M. M. (1993). *New applications of interpersonal psychotherapy*. Washington, D.C.: American Psychiatric Press.
- Prins, M. A., Verhaak, P. F., van der Meer, K., Penninx, B. W. J. H., & Bensing, J. M. (2009). Primary care patients with anxiety and depression: Need for care from the patient's perspective. *Journal of Affective Disorders*, 119, 163-71.
- Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (2003). *Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences/clinical psychiatry*. U.S.A: Lippincott Williams & Wilkins.
- World Health Organization (WHO). (2009). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders*. Geneva: World Health Organization