



การทำจิตบำบัดแบบ Cognitive behavior therapy ในผู้ป่วยโรคจิตเภท: รายงานผู้ป่วย 4 ราย

ยุทธนา องอาจสกุลมัน, พ.บ.*

บทคัดย่อ

ปัญหาที่สำคัญในการรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภทคือ การที่ผู้ป่วยไม่ยอมรับว่าตนเองป่วยและทำให้ไม่ร่วมมือในการรับประทานยา ส่งผลให้ผู้ป่วยบางรายมีอาการกลับเป็นซ้ำหลายครั้ง จนสูญเสียหน้าที่การงานในที่สุด ในระยะหลังได้มีการพัฒนาการทำจิตบำบัดแบบ Cognitive behavior therapy ให้นำมาใช้ร่วมไปกับการรักษาด้วยยาในผู้ป่วยโรคจิตเภทและมีผลงานวิจัยออกมาสนับสนุนว่า สามารถทำให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น ผู้ป่วยรับรู้ว่าตนเองป่วยและร่วมมือกับการรักษามากขึ้น ผู้เขียนได้รายงานการทำจิตบำบัดแบบ Cognitive behavior therapy ในผู้ป่วยโรคจิตเภท 4 ราย ในแง่ของกระบวนการรักษา และเทคนิคต่างๆ ที่นำมาใช้ ผลลัพธ์ที่ได้ออกมาเป็นที่น่าสนใจ ผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทั้งหมดมีอาการดีขึ้น ทุกคนยอมรับว่าตนเองป่วยเป็นโรคจิตเภท และยอมรับร่วมมือในการรับประทานยาและติดตามการรักษา

คำสำคัญ : บำบัดความคิดปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โรคจิตเภท

*โรงพยาบาลสมิติเวช



Cognitive behavior therapy in schizophrenic patient: 4 case reports

Yuttana Ongarjsakulman, M.D.*

Abstract

Lack of insight and non-compliance are major problems in the management of schizophrenic patients leading to relapses and eventually impairment in functioning. Cognitive behavior therapy has been developed recently to be used as an adjunctive treatment to medication in schizophrenia. Symptoms improvement, gaining insight and adherence to treatment have been supported by research results. The author reported 4 cases of schizophrenic patients treated with cognitive behavior therapy in terms of the process of therapy and various techniques used. The results were satisfactory. All patients recovered and gained insight toward their illness, complied with medication and adhered to the treatment process.

Key words : cognitive behavior therapy, schizophrenia

*Samitivej Hospital

บทนำ

ในช่วง 50 ปีที่ผ่านมาการรักษาโรคจิตเภทได้มีการพัฒนาไปมาก หลังจากที่มีการรักษาด้วยยาต้านโรคจิต (antipsychotic drug) และในปัจจุบันการรักษาด้วยยาก็ยังคงเป็นการรักษาหลัก ทั้งในผู้ป่วยที่มีอาการอยู่ในระยะเฉียบพลัน และเป็นการป้องกันไม่ให้เกิดเป็นซ้ำในผู้ป่วยที่อาการดีขึ้นแล้ว อย่างไรก็ตาม เป็นที่ยอมรับกันโดยทั่วไปว่า การรักษาทางด้านจิตสังคมก็มีความสำคัญมากเช่นกัน โดยแต่ดั้งเดิมนั้นเคยมีความคิดว่าการรักษาโดยการบำบัดแบบอสังกตจิตวิเคราะห์ (insight-oriented psychotherapy) ที่ใช้ในการรักษาผู้ป่วย neurotic spectrum นั้นน่าจะให้ได้ผลดีกับผู้ป่วยโรคจิตเภทด้วย แต่ผลการศึกษาวิจัยถึงประสิทธิภาพของการบำบัดแบบชนิดนี้ในผู้ป่วยโรคจิตเภทโดย May¹ และ Stanton และคณะ² มีผลทำให้ความคิดนี้แทบจะหมดไป และทำให้แพทย์และนักวิจัยหันมาพิจารณาการรักษาทางจิตสังคมแบบอื่นเพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วยอย่างแท้จริง

Cognitive behavior therapy (CBT) เป็นการบำบัดความคิดเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งได้รับความสนใจมากขึ้นในระยะเวลา 10 ปีที่ผ่านมา โดยมีหลักการบนพื้นฐานทฤษฎีว่า อารมณ์และพฤติกรรมต่างๆ ของคนเรามีอิทธิพลมาจากความคิด วิธีการรักษาจะฝึกให้ผู้ป่วยสามารถวิเคราะห์สถานการณ์ต่างๆ ที่ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมหรือทำให้อารมณ์แย่ลง และฝึกให้ผู้ป่วยค้นหาความคิดที่มีผลต่ออารมณ์และพฤติกรรมนั้นๆ จากนั้นจะให้ผู้ป่วยประเมินความคิดดังกล่าวและตอบสนองต่อสถานการณ์ต่างๆ ด้วยความคิดใหม่ซึ่งจะนำมาสู่การเปลี่ยนแปลงโดยผู้ป่วยจะมีอารมณ์ดีขึ้นและมีพฤติกรรมที่เหมาะสม เทคนิคที่ใช้ในการรักษาแบบ CBT นั้นมีอยู่เป็นจำนวนมาก ในที่นี้ผู้เขียนจะพูดถึงเทคนิคที่ใช้บ่อยๆ ในการทำ CBT ในผู้ป่วยโรคจิตเภทดังนี้

1. Socialization เป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยเริ่มรู้จัก Cognitive model และเตรียมให้ผู้ป่วยรู้ในเบื้องต้นว่าการรักษาจะดำเนินไปอย่างไร
2. Normalization เป็นการชี้ให้เห็นว่าอาการต่างๆ ที่ผู้ป่วยมีนั้น อาจพบได้ในคนทั่วไปในบางสถานะ
3. A-B-C Technique เป็นการฝึกให้ผู้ป่วยวิเคราะห์สถานการณ์ที่ทำให้ผู้ป่วยมีอารมณ์แย่ลง โดย A คือสถานการณ์ที่เป็นสิ่งกระตุ้น (Activating event) , B คือ ความเชื่อหรือความคิด (belief), C คือ อารมณ์ที่เกิดขึ้นตามมา (emotional consequence) โดยมีวัตถุประสงค์ให้ผู้ป่วยสามารถวิเคราะห์ได้ว่า มีความคิดอะไรที่เกิดขึ้นแล้วมีผลทำให้อารมณ์แย่ลง
4. Evidence-counter evidence technique เป็นการฝึกให้ผู้ป่วยประเมินความคิดที่เกิดขึ้นโดยอาศัยหลักฐานต่างๆ ที่มาสนับสนุนและคัดค้านความคิดนั้นๆ
5. Alternative technique เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยพิจารณาว่าความคิดที่เกิดขึ้นในสถานการณ์ต่างๆ นั้น ผู้ป่วยสามารถมีความคิดเป็นแบบอื่นได้หรือไม่
6. Behavioral reattribution Technique เป็นการนำเทคนิคทางพฤติกรรมบำบัดมาใช้โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงความคิดเดิมของผู้ป่วย

โดยระยะแรกๆมีการนำเทคนิคต่างๆ มาใช้ในผู้ป่วยจิตเภทที่ยังมีอาการจิตหลงเหลืออยู่ (residual psychotic symptoms) ถึงแม้จะได้รับการยาอย่างต่อเนื่อง และในระยะหลังมีการนำ CBT มาใช้เป็นการรักษาเสริม (adjunctive treatment) ในผู้ป่วยที่มีอาการในระยะเฉียบพลัน Tarrier และคณะ³ พบว่าอาการหลงผิดและประสาทหลอนลดลงอย่างมีนัยสำคัญทาง

คลินิก เมื่อใช้ CBT เปรียบเทียบกับการให้คำปรึกษาแบบประคับประคอง (supportive counselling) Drury และคณะ⁴ พบว่าผู้ป่วยในที่มีอาการวิตกกังวลอย่างเฉียบพลันที่ได้รับการรักษาด้วยยาและ CBT หายจากอาการวิตกกังวลเร็วกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับยาและการรักษาแบบประคับประคอง (supportive therapy) จากนักจิตบำบัดอย่างมีนัยสำคัญ โดยนักจิตบำบัดใช้เวลาบำบัดกลุ่มควบคุมเท่ากับเวลาที่ใช้ในการทำ CBT Kemp และคณะ⁵ ได้ศึกษาโดยใช้ brief CBT ในผู้ป่วยวิตกกังวลเฉียบพลันที่ได้รับการรักษาตัวในโรงพยาบาล โดยมีเป้าหมายเพื่อเพิ่มความร่วมมือในการรักษาด้วยยาพบว่าความร่วมมือในการรักษาด้วยยาทัศนคติต่อการรักษาด้วยยา และการรับรู้ (insight) ต่อความเจ็บป่วยของตนเองดีขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการรักษาตามปกติอย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ยังมีการศึกษาที่พบว่า CBT สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในชุมชนได้โดย Turkington และคณะ⁶ ได้ศึกษาโดยใช้ฝึกอบรมการทำ CBT for schizophrenia ให้กับพยาบาลจิตเวชในชุมชนเป็นเวลา 10 วัน และให้ทำ CBT กับผู้ป่วยจำนวน 257 คน โดยรับการนิเทศจากผู้เชี่ยวชาญทุกสัปดาห์ เปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม พบว่า พยาบาลที่ได้รับการอบรมสามารถทำ CBT ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยมีการรับรู้ความเจ็บป่วยของตนเองดีขึ้น (insight improvement) อาการโดยรวมลดลง (improved in overall symptomatology) อาการซึมเศร้าดีขึ้น และไม่พบการฆ่าตัวตาย

แม้ปัจจุบันการรักษาโรคจิตเภทด้วยยาจะมีความก้าวหน้าไปมาก อย่างไรก็ตาม ปัญหาที่สำคัญคือผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยไม่ยอมรับว่าตนเองป่วย และไม่ยอมรับประทานยา มีผลทำให้ป่วยอยู่นาน ก่อนที่จะได้รับการรักษา บางรายยอมรับประทานยาในระยะแรกและหยุดยาเองในภายหลัง มีผลให้โรคกลับเป็นซ้ำบ่อยครั้ง ซึ่งจะมีผลเสียต่อความสามารถในหน้าที่การงานและการเข้าสังคมของผู้ป่วยในระยะยาว

การทำ CBT ในโรคจิตเภทเป็นการรักษาที่ค่อนข้างใหม่สำหรับในบุคลากรทางจิตเวชของประเทศไทยเป็นการรักษาที่สามารถทำให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้ (insight) ว่าตนเองป่วยเป็นโรคจิตเภท เพื่อแสดงให้เห็นว่าการรักษาด้วย CBT สามารถนำมาใช้กับผู้ป่วยไทยได้ ผู้เขียนจึงรายงานการรักษาด้วย CBT ในผู้ป่วย 4 ราย ดังต่อไปนี้

รายงานผู้ป่วยรายที่ 1

ผู้ป่วยชายไทย โสด อายุ 23 ปี อาชีพนักศึกษา มีประวัติหลงผิดคิดว่าอาจารย์ในมหาวิทยาลัยกลั่นแกล้ง เปลี่ยนระบบการเรียนการสอน ทำให้ผู้ป่วยมีผลการเรียนแย่ง สอบไม่ผ่าน มีอาการมา 1 ปี คิดว่าป้ายโฆษณากำลังสื่ออะไรบางอย่างกับผู้ป่วย ได้ยินเสียงเพลงชาติก็รู้ว่าต้องก้าวขาวิ่งไปตามเพลง คิดว่าตนเองตีความในคำสอนของศาสนาต่างๆ ได้ดีกว่าคนอื่น คิดว่าพระพุทธเจ้าคือพระเยซู คิดว่ามีองค์กรบางอย่างซึ่งมีมาตั้งแต่โบราณ พยายามครองโลก โดยนักวิทยาศาสตร์ ดารา และผู้นำประเทศที่มีชื่อเสียงเป็นสมาชิกขององค์กรนี้ ญาติพาไปพบจิตแพทย์ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น Schizophrenia ผู้ป่วยคิดว่าตนเองไม่ได้ป่วย จึงรับประทานยาบ้างไม่รับประทานบ้าง อาการผู้ป่วยแย่ลงเรื่อยๆ สอบไม่ผ่านจนต้องลาออกจากมหาวิทยาลัย ระยะหลังผู้ป่วยไม่รับประทานยาและเริ่มไม่กลับบ้าน ในบางคืนเพราะมีความคิดว่ามีมหาวิทยาลัยที่ต่างประเทศหลายแห่งกำลังจะให้ทุนการศึกษา แพทย์ที่รักษาจึงให้ผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาลเนื่องจากเห็นว่าการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกล้มเหลว

การวินิจฉัย Schizophrenia (paranoid type)

การรักษา

การรักษาด้วยยา - Risperidone 4 mg/d

- Aca (2) 4 mg/d

การรักษาด้วย CBT หลังจากผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 1 วัน ผู้รักษาพบผู้ป่วยสัปดาห์

ละ 3 ครั้ง session ละ 15 - 60 นาที ระยะแรกของการรักษาเป็นการสร้างสัมพันธภาพและบอกเป้าหมายในการรักษา อธิบายรูปแบบของการรักษาอย่างสั้นๆ (socialization) ต่อมาผู้รักษาอธิบายให้ผู้ป่วยเห็นว่า hallucination และ psychotic experience เป็นสิ่งที่อาจเกิดกับคนทั่วไป ในบางสภาวะได้ (Normalization strategy) ใน session ที่ 3 ผู้รักษาอธิบาย Cognitive Rationale และสอนผู้ป่วยถึงการนำเอาสถานการณ์ที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกแสบแสบมาวิเคราะห์ (A - B - C technique) ร่วมกันทำ A-B-C เทคนิคในสถานการณ์บางอย่างที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่สบายใจ ฝึกให้ผู้ผู้ป่วยสังเกตและบันทึกการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ของตนเอง จากนั้นนำเอาความคิดที่ผู้ป่วยหลงผิดมาช่วยกันหาหลักฐานเพื่อพิสูจน์ (evidence - counter evidence technique) เน้นเรื่องความเชื่อสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตามหลักฐานที่เปลี่ยนไป ระยะต่อมาผู้รักษาให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท (provide an alternative explanation for psychotic experience) ผู้ป่วยเริ่มยอมรับตนเองมีอาการบางอย่าง แต่ยังไม่ได้คิดว่าเป็นโรคจิตเภท ใน session ที่ 10 ถึง 11 ผู้รักษาดกลงกับผู้ป่วยที่จะพิสูจน์ความคิดเรื่องมีองค์กรพยายามครองโลกโดยใช้ evidence-counter evidence technique ผู้ป่วยเริ่มไม่เชื่อว่าองค์กรดังกล่าว session ที่ 12 ถึง 14 ผู้รักษาดกลงกับผู้ป่วยที่จะพิสูจน์ความเชื่อว่าผู้ป่วยถูกอาจารย์และสมาคมวิชาการ กลั่นแกล้งให้สอบไม่ผ่าน โดยการหาหลักฐานต่างๆ มาพิสูจน์ และนัดพูดคุยกับอาจารย์จากมหาวิทยาลัยอื่นที่สอนวิชาที่ผู้ป่วยเรียน (evidence-counter evidence technique and behavioral reattribution technique) ผู้ป่วยเปลี่ยนความเชื่อจากที่ตนเองสอบไม่ผ่านเกิดจากตนเองทำไม่ได้และส่งงานไม่ตรงกับที่อาจารย์สั่ง อาจารย์ไม่ได้แกล้งผู้ป่วย ก่อนจบการรักษา ผู้ป่วยยอมรับว่าป่วยเป็นโรคจิตเภทและจะรับประทานยาตามที่แพทย์สั่ง

รายงานผู้ป่วยรายที่ 2

ผู้ป่วยหญิงไทยโสด อายุ 20 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ อาชีพ นักศึกษา ญาติพามา รับการรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นครั้งที่ 2 ด้วยอาการพูดคนเดียว นั่งไหว้โทรศัพท์ คิดว่าเพื่อนล้อเลียนผู้ป่วย ก้าวร้าว ทำร้ายร่างกายแฟน คิดว่าตนเองเป็นพระเจ้า แผ่นดิน ครั้งนี้มีอาการป่วยมา 5 วัน ผู้ป่วยเคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น Schizophrenia เคยได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกกับจิตแพทย์เมื่อ 2 ปีก่อน รับประทานยาอยู่ 6 เดือนอาการดีขึ้น จากนั้นผู้ป่วยหยุดยาไปเอง ผู้ป่วยเคยเข้ารับการรักษาดูในโรงพยาบาลครั้งแรกเมื่อ 3 เดือนที่แล้วด้วยอาการหูแว่ว ได้ยินเสียงคนพูดคุยกัน กลัวว่าหลับแล้วจะไม่ฟื้น เขียนหนังสือเป็นคำหยาบ พูดคนเดียวนอนไม่หลับ ไม่อาบน้ำ หิวระสลับกับร้องไห้ รักษาดูในโรงพยาบาลนาน 51 วัน อาการดีขึ้นมาก ออกจากโรงพยาบาลแล้วสามารถกลับไปเรียนหนังสือต่อได้ ครั้งนี้ขาดยามา 3 สัปดาห์แล้วอาการจึงกำเริบ

การวินิจฉัย Schizophrenia (disorganized type)

การรักษา

การรักษาด้วยยา - Perphenazine 48 mg/d

- Aca 15 mg/d

- Valproic acid 1,500 mg/d

การรักษาด้วย CBT หลังจากผู้ป่วยเข้ารับการรักษาดูในโรงพยาบาล 1 วัน ผู้รักษาพบผู้ป่วยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง session ละ 15-60 นาที session ที่ 1-4 ผู้ป่วยมีอาการ incoherent และ loose association มาก การบำบัดระยะแรกเป็นการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย บอกเป้าหมายของการบำบัดด้วยวิธีนี้ให้ผู้ผู้ป่วยทราบ เริ่มเกริ่นนำหลักการของการรักษาด้วย CBT (socializing cognitive rationale) แนะนำ A-B-C technique (socializing A - B - C technique) จากนั้นร่วมกับผู้ป่วยช่วยวิเคราะห์สถานการณ์ที่ผู้ป่วยประสบมาในรูปแบบ A - B - C ใน session ที่ 5 ผู้ป่วยเริ่ม coherent มากขึ้น

ผู้รักษาจึงเริ่ม normalizing psychotic symptoms จากนั้นเริ่มให้สุขภาพจิตศึกษา(psychoeducation) เกี่ยวกับโรคจิตเภทในแง่ปัจจัยทางชีว-จิตสังคม ผู้ป่วยยอมรับฟังดีและยอมรับว่าเคยมีอาการเห็นภาพหลอน แต่ยังไม่ยอมรับว่าตนเองป่วยและคิดว่าตนเองเป็น ร.8 ผู้รักษาจึงร่วมกับผู้ป่วยหาหลักฐานมาพิสูจน์ว่าผู้ป่วยเป็น ร.8 จริงหรือไม่ (evidence - counter evidence technique) ในช่วงท้ายของ session นี้ผู้ป่วยเริ่มไม่แน่ใจว่าตนเองเป็น ร.8 จริงๆ และรู้สึกเสียความมั่นใจในตนเองที่อาจจะไม่ได้เป็น ใน session ที่ 9 ผู้ป่วยเริ่มพูดคุยรู้เรื่องดีคิดว่าตนเองหลงผิดไปที่เข้าใจว่าเป็น ร.8 แต่ยังคิดว่าถูกคุณไสย ผู้รักษาได้อธิบาย Stress - vulnerability model ในโรค Schizophrenia จากนั้นลองให้ผู้ป่วยทำ case formulation ของตนเอง ผู้ป่วยบอกว่าตนเองเป็นโรคจิตเภทโดยสาเหตุน่าจะจะเป็นกรรมพันธุ์จากทางแม่ รวมทั้งประสบการณ์วัยเด็กที่ครอบครัวแตกแยก ทำให้เครียดง่ายเรื่องความรักและเรื่องเพื่อน ทำให้มีอาการป่วย หลังจากจบ session นี้อาการผู้ป่วยดีขึ้น แพทย์เจ้าของไข้จำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน ผู้รักษายังคงนัดผู้ป่วยมาบำบัดสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ผู้ป่วยยังมีความคิดหวาดระแวงในเรื่องอื่นๆอยู่บ้างแต่ก็ได้ผลดีกับการใช้ evidence - counter evidence Technique เนื่องจากผู้รักษามีความเห็นว่าคุณป่วยรายนี้มี psychological mindedness ค่อนข้างดี ผู้รักษาคิดว่าเหมาะกับการรักษาในระดับลึกลงไปอีก (schema level) เพื่อให้ผู้ป่วยรู้ถึงเหตุการณ์ที่อาจจะกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีอาการป่วยซ้ำและทำให้ผู้ป่วยจัดการกับเหตุการณ์นั้นได้ในอนาคต ผู้รักษาจึงเริ่มให้ความรู้เกี่ยวกับ Schema theory ว่าประสบการณ์วัยเด็กมีผลทำให้เกิดความเชื่อที่ฝังลึกบางอย่าง (core belief) และความเชื่อนี้ส่งผลต่อความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมของคนเราในปัจจุบัน ใน session 14 - 16 ผู้ป่วยกลับไปคืนดีกับแฟน และมีความขัดแย้งกับแฟนอีก ถูกแฟนไล่ให้กลับบ้าน รู้สึกเสียใจมาก ผู้รักษาแสดง empathy และร่วมมือกับผู้ป่วยค้นหาสมมติฐานทางจิตใจ

(collaborative case conceptualisation) จากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นครั้งนี้และเหตุการณ์ในอดีตที่ผู้ป่วยเคยรู้สึกเสียใจมากๆ ผู้ป่วยวิเคราะห์สรุปออกมาด้วยตัวเองว่า “ตัวเองไม่มีคนรัก ต้องพึ่งกำลังใจจากคนอื่น อยู่คนเดียวไม่ได้” (core belief) จากนั้นการรักษาในช่วง 4 sessions สุดท้ายมุ่งเน้นในเรื่อง core belief โดยใช้ evidence-counter evidence Technique ใน session สุดท้ายผู้ป่วยบอกว่ารู้สึกสบายดี ไม่ได้เสียใจเรื่องแฟนแล้ว รู้ถึง core belief ของตนเอง รู้ว่าตนเองป่วยเป็นโรคจิตเภท ต้องรับประทานยารักษา

รายงานผู้ป่วยรายที่ 3

ผู้ป่วยชายไทย โสด อายุ 17 ปี อาชีพ นักเรียน มีอาการหูเหวี่ยง 8 เดือน คิดว่ามีองค์กรที่สำคัญองค์กรหนึ่งสั่งให้คนขับรถจักรยานยนต์แกล้งส่งเสียงดัง สั่งให้คนมาเล่นตะกร้อหน้าบ้านผู้ป่วยและแกล้งตะโกนเสียงดัง นอนไม่ค่อยหลับ เอาหนังสือเรียนมาใส่ไว้ในเสื้อนักเรียนที่ผู้ป่วยกำลังใส่อยู่ บอกว่าเพื่อความปลอดภัย คิดว่าเพื่อนที่โรงเรียนแกล้งส่งเสียงดังทำให้ผู้ป่วยเรียนไม่รู้เรื่อง ตะโกนว่าเพื่อนในห้องเรียนมีหูแว่ว ต้องเอาสำลีมาอุดหูตลอดเวลา พูดคนเดียว บิดามารดาพาไปพบจิตแพทย์ ได้ Olanzapine 10 mg/d ผู้ป่วยปฏิเสธการทานยา มารดาจึงเอายาบดใส่อาหาร อาการไม่ดีขึ้นจนกระทั่ง 10 วันก่อนมาโรงพยาบาลผู้ป่วยหวาดระแวงมาก พบกระຈกที่บ้านแตก ญาติจึงพามารักษาตัวในโรงพยาบาล

การวินิจฉัย Schizophrenia (paranoid type)

การรักษา

การรักษาด้วยยา - Olanzapine 20 mg/d

การรักษาด้วย CBT หลังจากผู้ป่วยเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล 1 วัน ผู้รักษาพบผู้ป่วยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง session ละ 15 - 60 นาที ในช่วง session ที่ 1-3 ผู้ป่วยมีอาการหวาดระแวงมาก ปฏิเสธอาการป่วย บอกว่าไม่ได้เป็นอะไร ผู้ป่วยปฏิเสธการรักษาทั้งหมด

บอกว่าที่ถูกพาไปโรงพยาบาลเพราะนอนไม่หลับ ตอนนี้นี้หลับแล้ว ขอกลับบ้าน ไม่มีอะไรจะให้ช่วย จำเรื่องต่างๆ ไม่ได้ ผู้รักษาพยายามสร้างสัมพันธภาพและเน้นบทบาทของผู้รักษา ต่อมาเริ่มนำเสนอ cognitive rationale, introduce A - B - C technique เน้นบทบาทของผู้รักษา สร้างสัมพันธภาพ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเล่าประสบการณ์ต่างๆ ของผู้ป่วย ใน session ที่ 5 ผู้ป่วยยอมเล่าว่าที่ทำกระเจกแตกเพราะอยากทำให้เสียงดัง เพื่อให้คนข้างบ้านหยุดทำเสียงดังใส่ผู้ป่วย รู้สึกเหงา เศร้า ที่ไม่ได้กลับบ้าน ผู้รักษาได้แสดง empathy และลองทำ A - B - C technique ร่วมกันกับผู้ป่วยเรื่องที่ผู้ป่วยรู้สึกเศร้าที่ไม่ได้กลับบ้าน ใน session ที่ 6 - 7 ผู้ป่วยเปิดเผยเรื่องความเชื่อว่า มีองค์กรที่จะทำลายชีวิตผู้ป่วย กลับแก้งให้ผู้ป่วยสอบได้คะแนน ไม่ดี เพราะกลัวว่าผู้ป่วยจะรวยและมีชื่อเสียง เพื่อนผู้ป่วย คนข้างบ้าน และคนที่มาเล่นตะกร้อ อยู่ในองค์กรนี้ทั้งหมด ผู้รักษาใช้ normalization เรื่องอาการหูแว่ว และ normalization เรื่องความเชื่อว่าทุกคนมีความเชื่อต่างกัน ได้ (agree to disagree) จากนั้นให้สุขภาพจิตศึกษาเรื่องโรคจิตเภท ผู้ป่วยคิดว่าตนเองมีอาการหูแว่วและแยกตัวตาม criteria ที่ผู้รักษาอธิบาย แต่ยังไม่ว่าตนเองป่วยเป็นโรคจิตเภท หลังจากจบ session ที่ 7 ผู้ป่วยอาการดีขึ้น ประกอบกับบิดามารดาผู้ป่วยจำเป็นต้องย้ายไปทำงานต่างประเทศ และอยากพาผู้ป่วยไปด้วย แพทย์ผู้รักษาอนุญาตให้กลับบ้านได้ ผู้รักษาจึงนัดผู้ป่วยสัปดาห์ถัดไป ก่อนผู้ป่วยไปต่างประเทศ ผู้ป่วยมาตามนัด คิดว่าตนเองไม่ป่วย ยังคิดว่าคนที่เล่นตะกร้อหน้าบ้านมาแก้งทำเสียงดัง ทำให้อาการทางจิตของผู้ป่วยไม่ดี คิดว่าตนเองเป็นโรคหูแว่ว ไม่ได้เป็นโรคจิตเภทแต่ร่วมมีอทานยาดี ผู้รักษาใช้ A - B - C technique และ evidence - counter evidence technique และ alternative Technique (ถามว่าที่คนมาเล่นตะกร้อหน้าบ้านผู้ป่วย นอกจากจะมาแก้งผู้ป่วยแล้ว อาจจะมีเหตุผลอย่างอื่นได้อีกไหม) ช่วงท้าย session ที่ 8 ความเชื่อเรื่องคนเล่นตะกร้อมา

แก้งลดลง จากเดิมเชื่อ 100% เหลือ 20% จากนั้นผู้ป่วยไปอยู่ต่างประเทศกับบิดามารดา อีก 3 เดือนถัดมาบิดามารดาพาผู้ป่วยมาเยี่ยมประเทศไทยจะอยู่ในประเทศไทย 6 สัปดาห์ บิดามารดาแจ้งว่าผู้ป่วยมีอาการปกติดีระหว่างอยู่ต่างประเทศ กำลังรอให้โรงเรียนเปิดเทอมแล้วจะให้เข้าเรียน ร่วมมือรับประทานยาดี ผู้รักษาจึงนัดผู้ป่วยมาพบสัปดาห์ละครั้งในระหว่างที่อยู่ประเทศไทย ใน session ที่ 9 ผู้ป่วยยังคิดว่าคนในองค์กรดังกล่าวก่อเจตนาหมายส่งถึงรัฐบาลที่ประเทศที่ผู้ป่วยอยู่ สั่งให้สุนัขที่อยู่ข้างบ้านผู้ป่วยเห่าเพื่อทำให้ผู้ป่วยเรียนไม่ได้ เชื่อเรื่องนี้ 20% ผู้รักษาใช้ A - B - C technique และ evidence - counter evidence Technique ก่อนจบ session ผู้ป่วยบอกว่าไม่เชื่อเรื่ององค์กรแล้ว เพราะดูจากหลักฐานที่ช่วยกันวิเคราะห์แล้วพบว่าไม่น่าจะเป็นจริง ใน session ที่ 10 ผู้ป่วยกลับมาเชื่ออีกว่า ขณะที่พักอยู่ในประเทศไทย มีคนสั่งให้เด็กข้างบ้านร้องเสียงดัง (ข้างบ้านผู้ป่วยเป็นครอบครัวซึ่งมีเด็กเล็ก) ความเชื่อประมาณ 10% ผู้รักษาให้ผู้ผู้ป่วยดูภาพประธานองค์กรในอริยาบถต่างๆ ผู้ป่วยดูแล้วบอกว่าไม่เชื่ออีกแล้วว่า จะกลับแก้งผู้ป่วย (Behavioral reattribution technique) ใน 2 sessions สุดท้ายผู้ป่วยบอกว่ายังได้ยินเสียงเด็กร้องบ้าง แต่คิดว่าเป็นการร้องปกติ ไม่ได้เกิดจากองค์กรอะไร คิดว่าองค์กรดังกล่าวก่อไม่มีจริง เพราะไม่มีหลักฐาน ขณะนี้เชื่อว่าตนเองเป็นโรคจิตเภทแล้ว ต้องรับประทานยารักษา

รายงานผู้ป่วยรายที่ 4

ผู้ป่วยหญิงไทย โสด อายุ 31 ปีมีอาการหูแว่วมา 10 ปี เป็นเสียงผู้ชายคอยมาบอกเหตุการณ์ต่างๆ ล่วงหน้า ได้ยินเสียงเป็นพักๆ ผู้ป่วยยังคงทำงานได้ เสียงแว่วเป็นมากขึ้นเรื่อยๆ และสั่งให้ผู้ผู้ป่วยทำตาม ผู้ป่วยคิดว่าตนเองส่งกระแสดิจกับเจ้าของเสียงแว่วได้ สามารถคุยกันตลอดเวลาโดยไม่ต้องใช้โทรศัพท์ 1 ปีก่อนมาโรงพยาบาลผู้ป่วยเลิกกับแฟนที่คบกัน รู้สึกเสียใจมาก

กินน้ำยาล้างห้องน้ำเพื่อฆ่าตัวตาย ญาติพาไปรักษาที่โรงพยาบาล แพทย์ทำการผ่าตัดกระเพาะอาหาร ผู้ป่วยคิดว่าแพทย์ที่รักษาทำเสน่ห์ให้ตนเองหลงรัก คอยติดตามแพทย์คนนั้นตลอดเวลา ต่อมาผู้ป่วยแยกตัวย้ายออกจากบ้านมาอยู่หอพักเพราะระแวงว่าญาติพี่น้องร่วมมือกับผู้ร้าย 4 คนจะข่มขืนผู้ป่วย ในคืนวันก่อนมาโรงพยาบาลผู้ป่วยไปงานศพเพื่อนที่เสียชีวิตจากโรคเอดส์ กลับมาที่หอพักเห็นวิญญาณของเพื่อนมาขอมีเพศสัมพันธ์ คิดว่าตนเองติดเอดส์ คิดว่าตนเองไม่เหลืออะไรอีกแล้วจึงกินยาฆ่าตัวตาย ญาติจึงพามาโรงพยาบาล

การวินิจฉัย Schizophrenia (undifferentiated type)

การรักษา

การรักษาด้วยยา - Risperidone 4 mg/d

- Aca 4 mg/d

การรักษาด้วย CBT หลังจากผู้ป่วยเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล 1 วัน ผู้รักษาพบผู้ป่วยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ครั้งละ 15 - 60 นาที ใน session ที่ 1-3 ผู้ป่วยพูดจาไม่ต่อเนื่อง ความคิดไม่ต่อเนื่อง มีความเชื่อที่ว่าพี่สาวและมารดาของผู้ป่วยร่วมมือกับคนร้ายจะมาข่มขืนผู้ป่วย คิดว่าหมอที่เขารักษาผู้ป่วยมีกระแสดิจทำให้ผู้ป่วยรักและหมอนั่นก็รักผู้ป่วยด้วยและจะทำให้ผู้ป่วยมีอาการปวดท้องถ้าผู้ป่วยไม่ไปพบ เชื่อว่าเพื่อนผู้ป่วยคนหนึ่งเป็นคนที่มีความตั้งใจส่งกระแสดิจมาช่วยผู้ป่วยเวลาเดือดร้อน และเชื่อว่าตนเองก็มีพลังจิตด้วย ผู้รักษาได้พยายามสร้างสัมพันธภาพ บอกเป้าหมายในการบำบัดในผู้ป่วยทราบ อธิบาย Cognitive Rationale แนะนำให้ผู้ป่วยรู้จัก A - B - C technique และนำเอาสถานการณ์ต่างๆ ที่ผู้ป่วยประสบมาช่วยกันวิเคราะห์แบบ A - B - C technique ใน session ที่ 4 - 5 ผู้ป่วยพูดจาได้ตอบตรงคำถามมากขึ้น ยังคงมีความเชื่อเรื่องกระแสดิจ เชื่อเรื่องถูกแพทย์ทำยาเสน่ห์ และเชื่อว่าญาติผู้ป่วยร่วมมือกับผู้ร้ายจะข่มขืนผู้ป่วย เชื่อว่าแพทย์ประจำบ้านคนที่ดูแลผู้ป่วยมีองค์มีสิ่งศักดิ์สิทธิ์สามารถ

ดูอนาคตของผู้ป่วยได้ ผู้รักษายังคงใช้ A - B - C technique ผู้ป่วยสามารถเรียนรู้การวิเคราะห์แบบ A-B-C technique ได้ดี ใน session ที่ 6 ผู้ป่วยสีหน้ากังวล เครียด คิดว่าบริษัทในวงการที่ผู้ป่วยทำงานอยู่จะรู้ว่าผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตายเชื่อว่าบริษัทของผู้ป่วยเอาเรื่องของผู้ป่วยไปลงหนังสือพิมพ์ และส่งโทรสารไปบอกบริษัทอื่น ๆ คิดว่าอีกหน่อยไปสมัครงานที่ไหนก็ไม่ได้ ผู้รักษาได้แสดง empathy เรื่องนี้ จากนั้นได้ทดสอบความเชื่อเรื่องแพทย์ประจำบ้านมีองค์ และรู้เหตุการณ์ล่วงหน้าได้ โดยให้แพทย์ประจำบ้านคนนั้นเล่าสิ่งที่ผู้ป่วยเขียนไว้ในกระดาษ แพทย์ประจำบ้านตอบไม่ได้ (behavioral reattribution Technique) ผู้ป่วยคิดว่าแพทย์ประจำบ้านเกลี้ยไม่ยอมบอก ยังคงเชื่อว่าแพทย์ประจำบ้านมีองค์ ใน session ที่ 7 - 8 ผู้ป่วยทำการบ้านโดยเริ่มวิเคราะห์สถานการณ์ต่างๆ เองได้ เป็นแบบ A - B - C technique ผู้รักษาให้สุขภาพจิตศึกษาเรื่องโรคจิตเภท และเริ่มยกตัวอย่างการใช้ evidence - counter evidence Technique ใน session ที่ 7 ผู้ป่วยเริ่มสงสัยว่าตนเองอาจป่วยเป็นโรคนี้ ใน session ที่ 8 ผู้ป่วยบอกว่าตนเองมีอาการของโรคนี้ครบทุกอย่างตามที่ผู้รักษาบอก ใน session ที่ 9 ผู้รักษาเสนอให้ผู้ป่วยพิสูจน์ความเชื่อเรื่องญาติของผู้ป่วยร่วมมือกับผู้ร้าย เนื่องจากเป็นความเชื่อที่ทำให้ผู้ป่วยไม่กล้ากลับบ้าน ผู้ป่วยตกลงจะหาข้อพิสูจน์เรื่องนี้ ผู้รักษาใช้ evidence-counter evidence technique หลังจากช่วยกันดูหลักฐานแล้วความเชื่อเรื่องญาติของผู้ป่วยลดลงจากเดิมเชื่อ 90% เหลือ 60% ขณะจบ session นี้ ผู้ป่วยได้ยินเสียงแว่วพูดว่า “อีกไม่ถึงชั่วโมงก็มาถึงแล้ว” หลังจากนั้นผู้ป่วยออกไปเข้าห้องน้ำ พบพี่สาวมาเยี่ยมจึงมาบอกกับผู้รักษาว่าเสียงแว่วเป็นจริง ทำนายถูกว่าพี่สาวจะมา ผู้รักษาจึงออกมาสอบถามพี่สาวโดยผู้ป่วยนั่งฟังอยู่ด้วย พี่สาวผู้ป่วยบอกว่ามารอดังแต่ 50 นาทีก่อนที่ผู้ป่วยจะได้ยินเสียง (behavioral reattribution Technique) ทำให้ผู้ป่วยเริ่มไม่แน่ใจเรื่องเสียงแว่ว นอกจากนี้ผู้รักษายัง

ถามพี่สาวของผู้ป่วยเรื่องบริษัทของผู้ป่วย พี่สาวบอกว่า เป็นคนไปแจ้งลาจากทางบริษัทและไม่มีใครรู้ว่าผู้ป่วย พยายามฆ่าตัวตาย ความเชื่อของผู้ป่วยเรื่องบริษัทว่า ผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตายและส่งโทรสาร ไปยังบริษัท อื่นๆ ลดลงเหลือ 0% ใน session ที่ 10-12 ผู้รักษากับ ผู้ป่วยร่วมมือกันพิสูจน์ความเชื่อของผู้ป่วยเรื่อง เสี่ยงแหว่ ซึ่งผู้ป่วยคิดว่าเป็นเสียงของเพื่อนผู้ป่วยที่รู้จัก มานาน 10 ปี มีพลังจิต โดยส่งเสียงมาทุกวัน รู้เหตุการณ์ล่วงหน้าของทุกคนได้โดยใช้ evidence-counter evidence Technique และ ตกลงโทรศัพท์หาเพื่อนผู้ป่วย คนดังกล่าว (behavioral reattribution Technique) ผู้ป่วย ยอมรับว่ามีหลักฐานมากขึ้นที่แสดงว่าเพื่อนของผู้ป่วย ไม่มีพลังจิต แต่ก็ยังเชื่อแต่เปลี่ยนความเชื่อเป็นว่าเพื่อน ผู้ป่วยสามารถรู้เหตุการณ์ในอนาคตของบางคนได้ ได้แก่ ผู้ป่วย ญาติ และเพื่อน ๆ ด้วยกันเท่านั้น session ที่ 13 เป็น session สุดท้ายเนื่องจากผู้รักษาเปลี่ยนที่ทำงาน (ผู้รักษาแจ้งให้ผู้ป่วยทราบล่วงหน้าแล้ว) ผู้ป่วย คิดว่าตนเองเป็น โรคจิตเภท 70% ต้องรักษาโดยกินยา สัณฐานกับผู้รักษาว่าจะลองพิสูจน์ความเชื่อเรื่องต่างๆ ที่ ยังมีอยู่ โดยก่อนจบ session นี้ ผู้ป่วยตกลงว่าถ้าแพทย์ให้ ผู้ป่วยกลับบ้านจะพิสูจน์เรื่องญาติของผู้ป่วยร่วมมือกับ คนร้าย อีก 10 วันต่อมา ผู้ป่วยมาเยี่ยมผู้รักษาที่ทำงาน ใหม่ บอกว่าไม่เชื่อเรื่องที่ญาติของผู้ป่วยร่วมมือกับ ผู้ร้ายแล้ว เพราะไม่มีหลักฐาน ผู้ป่วยบอกว่า ไม่น่าเชื่อ ที่โรคจิตเภททำให้ผู้ป่วยคิด ไปถึงเช่นนั้น 2 เดือนต่อมา ผู้ป่วยมาเยี่ยมผู้รักษาอีกเนื่องในวันปีใหม่ บอกว่ายังรับ ประทานยาอยู่เป็นโรคจิตเภท ไม่เชื่อเรื่องที่เพื่อนผู้ป่วย มีพลังจิตแล้วเพราะได้หาหลักฐานแล้ว คิดว่าไม่น่า เป็นไปได้

วิจารณ์

ปัญหาหนึ่งที่สำคัญในการรักษาผู้ป่วยโรค จิตเภท คือ การที่ผู้ป่วยไม่รู้ว่าคุณเองป่วย ไม่ร่วมมือ ในการรักษา รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ มีผลทำให้

ผู้ป่วยมีอาการกลับเป็นซ้ำบ่อย การพยากรณ์โรคไม่ดี สูญเสียความสามารถในด้านต่างๆ และเป็นภาระให้ ครอบครัว และสังคม ในปัจจุบันมีหลักฐานมากขึ้นเรื่อยๆ ว่า ถ้าให้การรักษาแต่เนิ่นๆ โดยเฉพาะในระยะ 2 ถึง 5 ปีแรกหลังจากเริ่มป่วย จะทำให้เกิดผลดีต่อการ รักษามากที่สุด ทั้งในแง่ของการลดความรุนแรงของ โรคและการลดการสูญเสียความสามารถ^{7,8} จากประสพ การณ์ทางคลินิกของผู้เขียนในการทำ CBT ในผู้ป่วย โรคจิตเภทพบว่า การรักษาด้วยยาและ CBT ร่วมกัน มี ประสิทธิภาพดีในแง่การลดความรุนแรงของอาการ วิกลจริต สามารถลดความคิดหลงผิดของผู้ป่วยใน ชั่วโมงบำบัดและผู้ป่วยนำเทคนิคไปใช้ต่อเองได้ ผู้ป่วย ทุกรายมีความเข้าใจ มีการรับรู้ว่าคุณเองป่วย รู้ว่าความคิด เดิมเป็นความคิดหลงผิด (insight) และร่วมมือในการ รักษาเป็นอย่างดี การทำจิตบำบัดแบบ CBT สามารถใช้ ได้ผลในผู้ป่วยทั้ง paranoid, disorganized, และ undifferentiated type โดยไม่มีความแตกต่างกัน ผู้ป่วย ทุกรายมีอาการในทางบวก (positive symptom) ดีขึ้นมาก อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยที่รายงานทั้งหมดไม่มี ผู้ป่วยรายใดซึ่งมีอาการทางลบรุนแรง (negative symptom) ซึ่งการรักษาแบบ CBT จะไม่ค่อยได้ผล และ ผู้ป่วยทุกรายมีการศึกษาดีซึ่งอาจจะไม่ได้เป็นตัวแทน ของประชากรทั่วไปได้ ผู้เขียนมีความเห็นว่า เนื่องจาก บุคลากรทางด้านจิตเวชในประเทศไทยมีจำกัด คงไม่ สามารถทำ CBT ให้กับผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้ แต่ถ้าหาก สามารถฝึกฝนบุคลากรให้ใช้ CBT ในผู้ป่วยที่ป่วยเป็น โรคจิตเภทเป็นครั้งแรก (first episode) และสามารถ ทำให้ผู้ป่วยเหล่านี้รับรู้ว่าคุณเองป่วยและร่วมมือในการ รักษา คงจะเป็นประโยชน์ต่อทั้งผู้ป่วย ครอบครัว สังคม และบุคลากรในวงการจิตเวชเป็นอย่างมาก อย่างไรก็ตาม เนื่องจากรายงานการรักษาผู้ป่วยครั้งนี้ยังไม่ได้มี การติดตามผลในระยะยาว ผู้เขียนจึงมีความเห็นว่าน่า จะมีการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมเพื่อยืนยันถึงประสิทธิภาพ ในการรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภทด้วย CBT ในระยะยาวใน ประเทศไทยต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. May PRA. Treatment of Schizophrenia: a comparative study of five treatment models. New York: Science House; 1968.
2. Stanton AH, Gunderson JG, Knapp PH. Effects of psychotherapy in schizophrenia: I. Designed implementation of a controlled study. Schizophr Bull 1984;10:520-51.
3. Tarrier N, Yusupoff L, Kinney C. Randomised controlled trial of intensive cognitive behaviour therapy for patients with chronic schizophrenia. BMJ 1998;317:303-7.
4. Drury V, Birchwood M, Cochrane R. Cognitive therapy and recovery from acute psychosis: a controlled trial: I. Impact on psychotic symptoms. Br J Psychiatry 1996;169:593-601.
5. Kemp R, Haywood P, Applewhaite G. Compliance therapy in psychotic patients: randomised controlled trial. BMJ 1996; 312:345-9.
6. Turkington D, Kingdon D, Turner T. Effectiveness of a brief cognitive-behaviour therapy intervention in the treatment of schizophrenia. Br J Psychiatry 2002; 180: 523-7.
7. Birchwood M, Macmillan F. Early intervention in schizophrenia. Aus N Z J Psychiatry 1993;27:374-8.
8. Birchwood M. Early intervention in psychosis. In: McGorry P, Jackson H, editors. The recognition and management of early psychosis. Cambridge: Cambridge University Press; 1999: 226-64.