



จิตบำบัดอย่างเป็นระบบแบบซาเทียร์: รายงานผู้ป่วยโรคย้ำคิดย้ำทำ 4 ราย

สมรภัท ชูวานิชวงศ์, พ.บ.

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อรายงานผลของการรักษาผู้ป่วยโรคย้ำคิดย้ำทำด้วยจิตบำบัดอย่างเป็นระบบแบบซาเทียร์เพื่อก่อเกิดการเปลี่ยนแปลง

วัตถุประสงค์และวิธีการ เป็นการนำแนวคิดในซาเทียร์โมเดลที่อธิบายเกี่ยวกับอาการ ร่วมกับการทำจิตบำบัดอย่างเป็นระบบแบบซาเทียร์เพื่อก่อเกิดการเปลี่ยนแปลงมาทำการรักษาผู้ป่วยที่มีอาการย้ำคิดย้ำทำแต่ละครั้งใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง ผู้ป่วยแต่ละรายได้รับการบำบัด 1-3 ครั้ง ห่างกัน 2 สัปดาห์ ถึง 1 เดือน คัดเลือกผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีอื่นแล้วไม่ได้ผล และ/หรือต้องการรักษาด้วยจิตบำบัด โดยสำรวจแบบแผนของพฤติกรรมย้ำทำ ค้นหาความหมายของพฤติกรรมย้ำทำที่อยู่ในจิตใจได้สำนึก และความคิดที่เป็นปัญหา แก้ไขความขัดแย้ง หรือบาดแผลในจิตใจด้วยจิตบำบัดอย่างเป็นระบบแบบซาเทียร์

ผล ผู้ป่วยโรคย้ำคิดย้ำทำรุนแรง 1 ราย ป่วยนาน 7 ปี รักษาแบบผู้ป่วยนอกด้วยยาหลายขนานเพื่อคุมอาการ แต่ไม่ดีขึ้น ได้รักษาด้วยจิตบำบัดอย่างเป็นระบบแบบซาเทียร์เป็นเวลา 1 ปี มีคุณภาพชีวิตดีขึ้น สามารถลดขนาดและจำนวนชนิดของยาลงได้ และผู้ป่วยอีก 3 ราย ป่วยมา 4-10 ปี สามารถหยุดยาได้

สรุป จิตบำบัดอย่างเป็นระบบแบบซาเทียร์เพื่อก่อเกิดการเปลี่ยนแปลงมีประสิทธิภาพในการรักษาผู้ป่วยโรคย้ำคิดย้ำทำ เป็นทางเลือกหนึ่งสำหรับผู้ป่วยย้ำคิดย้ำทำที่ไม่ดีขึ้นจากวิธีดั้งเดิม และผู้ป่วยที่ต้องการรับการรักษาด้วยจิตบำบัด

คำสำคัญ : จิตบำบัด ซาเทียร์โมเดล โรคย้ำคิดย้ำทำ

โรงพยาบาลศรีธัญญา



Cases report : Satir transformational systemic therapy (STST) in obsessive compulsive disorder

Somrak Choovanichvong, M.D.

Abstract

Objective This report was to show outcomes of STST in patients with obsessive-compulsive disorder.

Materials and methods This report explained OCD symptoms by Satir model and applied STST to treat the patients with OCD. Therapist had done STST with individual patient who had failed other treatment and/or request psychotherapy. Each patient had one to three sessions, two to four weeks interval and about one hour for each session. The therapeutic process had to explore the pattern of the compulsive behavior to discover the unconscious meaning and the wrong cognitive underlying the obsession. Then the intra-psychic conflicts or traumatic experiences in the past was resolved and promoted growth and development by STST.

Results One patient who suffered from severe obsessive-compulsive disorder for seven years, failed medical and other treatment, had improvement after one year follow up in OPD service. She had good quality of life and took less medicine. Three patients who also had obsessive-compulsive symptoms for 4-10 years were able to stop taking medicines after short term treatment.

Conclusion STST was effective treatment in obsessive-compulsive disorder. STST was a choice of treatment for the patients with resistant OCD and the one who want to choose psychotherapy.

Key words : obsessive-compulsive disorder, psychotherapy, Satir model

บทนำ

Virginia Satir ผู้ก่อตั้ง ชาเทียร์โมเดล มีแนวคิดเกี่ยวกับการทำจิตบำบัดว่าเป็นกระบวนการที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง โดยให้ผู้รับการบำบัดเข้าใจภายในตัวตนอย่างชัดเจน จึงจะจัดการกับความเจ็บปวด และปัญหาได้¹ John Banmen ได้พัฒนาโปรแกรมการฝึกอบรมจิตบำบัดอย่างเป็นระบบแบบชาเทียร์เพื่อก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง (Satir transformational systemic therapy : STST) หลักสูตร 3 ปี และต้องสอดคล้องตามเกณฑ์ของ Satir Institute of the Pacific จึงจะสามารถเป็นผู้บำบัดได้²

ชาเทียร์โมเดล มีแนวคิดว่าอาการ เป็นการแสดงออกของปัญหาในจิตใต้สำนึก เป็นผลของความพยายามที่บุคคลจะอยู่รอดพ้นความเจ็บปวดจากปัญหาของตน ในการบำบัด จะสำรวจว่าปัญหาหรืออาการที่นำผู้ป่วยมานั้นเป็นปัญหาต่อผู้ป่วยอย่างไร ผู้บำบัดให้ความสำคัญกับปัญหา แต่การบำบัดอาจเกิดขึ้นในส่วนอื่น ๆ ของจิตใจ³ จึงนำแนวคิดดังกล่าวมาประยุกต์ร่วมรักษาโรคทางจิตเวช โดยการบำบัดจะมุ่งเน้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงโดยการทำงานของพลังชีวิต (life energy) และเติมเต็มความโหยหาหรือความปรารถนาในจิตใจ (yearnings) ของผู้ป่วย³ การบำบัดแบบนี้มีเป้าหมายใหญ่ 4 ประการ คือ การเสริมสร้าง การเคารพรักตนเอง (raising self-esteem) การเป็นผู้ตัดสินใจเลือกที่จะเปลี่ยนแปลงตนเอง (becoming a choice maker) การเป็นผู้รับผิดชอบต่อสิ่งที่ตนทำและที่ตนจะเป็น (becoming responsible) และการดำรงชีวิตที่สอดคล้องกับภายในจิตใจตนเอง ผู้อื่น และสิ่งแวดล้อม (becoming congruent)³ มีการนำ STST มาใช้รักษาผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและโรคจิตเวช หลากหลาย เช่น โรคซึมเศร้า โรคย้ำคิดย้ำทำ

โรคติดสุรา/สารเสพติด บุคลิกภาพผิดปกติแบบก้าวร้าว ผู้ถูกกระทำด้วยความรุนแรง การป้องกันการฆ่าตัวตาย การจัดการกับความเศร้าโศกและการสูญเสีย³⁻⁸

โรคย้ำคิดย้ำทำ เป็นความผิดปกติทางจิตเวชในกลุ่มโรควิตกกังวล โดยมีอาการ ย้ำคิด และย้ำทำ เป็นอาการหลัก⁹ อาการย้ำคิดที่พบบ่อย ได้แก่ กลัวเชื้อโรค หรือ ความสกปรก สงสัยอย่างผิดปกติ ต้องการความสมบูรณ์แบบ ย้ำคิดเรื่องก้าวร้าว อาการย้ำทำที่พบบ่อย ได้แก่ การตรวจสอบ การทำความสะอาด การจัดวางของให้สมดุล การถามหรือสารภาพหรือนับซ้ำ ๆ เป้าหมายในการรักษาโรคย้ำคิดย้ำทำโดยทั่วไป คือ ลดความถี่และความรุนแรงของอาการให้มากที่สุด และลดการรบกวนผู้อื่นซึ่งเกิดจากอาการ แนวทางในการรักษาอาจเลือกใช้การรักษาด้วยยาหรือพฤติกรรมบำบัดแบบ exposure and response prevention (ERP) เป็นการรักษาลำดับแรก ยาที่ใช้คือกลุ่ม serotonin reuptake inhibitors (SRI) 1-2 ชนิด ถ้าไม่ได้ผลพิจารณาใช้ clomipramine ร่วมกับ SRI ถ้าไม่ได้ผลให้เสริมการรักษาด้วยยา buspirone, lithium, trazodone, benzodiazepine ร่วมกับการทำพฤติกรรมบำบัด นอกจากนี้ยังมีการทดลองใช้ยาในกลุ่มยากันชัก เช่น valproate, carbamazepine ยาในกลุ่มต้านโรคจิต และยาอื่น ๆ อีกหลายชนิด รวมทั้งการผ่าตัดสมองในรายที่ไม่ได้ผลจากการรักษาอื่น ๆ แล้ว จิตบำบัดด้วยการรู้ (cognitive therapy: CT) ร่วมกับการทำ mini-exposure exercises^{10,11} พบว่าผู้ป่วยจำนวนน้อยที่หายขาดหรืออาการหมดไป ผู้ป่วยมักเป็นเรื้อรัง อาการหายไปและกลับมาใหม่เป็นช่วง ๆ¹⁰ แม้ว่าการรักษาโรคย้ำคิดย้ำทำโดยการให้ชาเทียร์โมเดล ยังไม่มีการรายงานผล โดยหลัก

STST ในการมองบุคคล อาการของโรค และ กระบวนการบำบัดรักษาโดยการทำให้เกิด transformational change นั้นใช้ได้กับปัญหาหลายรูปแบบ ดังนั้นน่าจะประยุกต์ในการรักษาอาการย้ำคิดย้ำทำ ซึ่งเป็นทางออกที่ไม่เหมาะสมของความกลัว บาดแผล ในจิตใจ ความขัดแย้งในใจ การหมดหนทาง และ ส่วนที่มีอิทธิพลภายใน (invisible powerful master)⁶

ผู้นิพนธ์ได้ประยุกต์การรักษาแบบ STST ในผู้ป่วยโรคย้ำคิดย้ำทำที่คลินิกคลายเศร่า โรงพยาบาลศรีธัญญา เนื่องจากผู้ป่วยมาขอรับบริการ ด้วยอาการเศร่า หรือพยายามฆ่าตัวตายได้รับการ รักษาด้วยวิธีอื่นแล้วไม่ได้ผล และมีความประสงค์ที่จะรักษาด้วยจิตบำบัด หรือผู้ป่วยที่รักษาด้วยยา แล้วมีอาการข้างเคียงต้องการรับการรักษาด้วย จิตบำบัด ผู้ป่วย แต่ละรายจะได้รับการบำบัดด้วย STST ครั้งละประมาณ 1 ชั่วโมง จำนวนครั้ง ไม่เท่ากันขึ้นอยู่กับกระบวนการ transformation นั้น ๆ ว่าสามารถเกิดการเปลี่ยนแปลงได้หรือไม่ ซึ่งการประเมินผลจะเป็นการประเมินร่วมกันระหว่าง ผู้บำบัดและผู้รับการบำบัดทำชั่วโมงการบำบัด หาก เกิดการเปลี่ยนแปลงระดับ 1¹² หมายถึง ผู้รับ การบำบัดจะเกิดความเข้าใจมากขึ้น มีการเชื่อมโยงใหม่ ตระหนักรู้และเข้าใจตนเองใหม่ ยอมรับสิ่งที่ เป็นอดีตและปัจจุบัน มีการแสดงออกของความ รู้สึกภายใน อาจเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม หรือ เห็นหนทางในการแก้ไขปัญหา จะเริ่มลดยา หากเกิด การเปลี่ยนแปลงระดับ 2 หมายถึงผู้รับการบำบัดมี ความมุ่งมั่น ที่จะไปถึงเป้าหมายทางบวกที่ตั้งไว้ เกิด ประสพการณ์ภายในที่เกี่ยวกับการยอมรับ และเข้า ถึงเอกลักษณ์แห่งตน เป็นอิสระจากเหตุการณ์ในอดีต สามารถจัดการกับสิ่งที่ค้างคาใจได้ เปลี่ยนแปลง

การรับรู้ ความรู้สึก และความคาดหวังต่าง ๆ ค้นพบ ความหมาย และเข้าใจ “ตัวตน” อย่างลึกซึ้ง เกิด ความหวัง มีพลังในตัวเอง มีความรับผิดชอบต่อตนเอง เกิดการขับเคลื่อนไปสู่บูรณาการภายใน ดำเนินชีวิต อย่างสอดคล้องกับตนเองและสภาวะสากล¹² จะ พิจารณาหยุดยาหรือไม่ใช้ยา

รายงานฉบับนี้เพื่อรายงานผลการบำบัด STST ในผู้ป่วยโรคย้ำคิดย้ำทำ 4 ราย โดยที่ ผู้ นิพนธ์ได้รับการอบรมการทำจิตบำบัดแบบ STST และสอบผ่านตามเกณฑ์ของ Satir Institute of the Pacific และผ่านการรับรองจากคณะกรรมการ จริยธรรมวิจัยในคนของโรงพยาบาลศรีธัญญา ในเดือน มีนาคม ๒๕๕๔

ผู้ป่วยรายที่ 1

หญิงไทยโสด อายุ 26 ปี ภูมิลำเนา จังหวัดนนทบุรี พักการเรียนระดับปริญญาตรีไว้ป่วย เป็นโรคย้ำคิดย้ำทำตั้งแต่อายุ 19 ปี (พ.ศ. ๒๕๔๗) มารับการรักษาที่โรงพยาบาลศรีธัญญา หลังจาก ไปรับการรักษาที่อื่นมาแล้ว 2 ปี

ผู้ป่วยมีอาการกลัวความสกปรกจาก ละอองมูลสุนัขปลิวมาปนเปื้อนร่างกาย จึงชำระล้าง ร่างกาย เสื้อผ้า ห่อน้ำ วันละหลายชั่วโมง ไม่ กล้าออกจากบ้าน เพราะกลัวไปในที่ที่มีฝุ่นละออง ของมูลสุนัข ให้พ่อแม่นั่งเฝ้าอยู่หน้าห้องน้ำ ในช่วง ที่รักษา อาการมีความรุนแรง มากขึ้น ผู้ป่วยเคย ชำระล้างตัวในห้องน้ำนานถึง 18 ชั่วโมง

ผู้ป่วยเคยได้รับยาหลายขนาน เช่น fluoxetine, fluvoxamine, paroxetine, venlafaxine, clomipramine, risperidone, haloperidol, perphenazine, flupentixol, clozapine, valproic acid, diazepam, lorazepam, alprazolam,

amitriptyline, topiramate, propanolol และรักษาด้วยไฟฟ้า รับประทานในโรงพยาบาล 9 ครั้ง เนื่องจากอาการรุนแรงมาก และเคยพยายามฆ่าตัวตาย แพทย์ได้ปรับยาทั้งขนาดและชนิดอย่างต่อเนื่อง ให้คำแนะนำญาติและผู้ป่วยในการปฏิบัติตัว และรับมือกับอาการ ผู้ป่วยต้องหยุดพักการเรียน ยาล่าสุดที่ได้รับก่อนการรักษา แบบ STST ประกอบด้วย fluoxetine 40 mg/วัน, clozapine 50 mg/วัน, valproic acid 400 mg/วัน, risperidone 2 mg/วัน, lorazepam 1 mg/วัน, propanolol 20 mg/วัน และ trihexyphenidyl 4 mg/วัน

ทำจิตบำบัด STST ครั้งที่ 1

สำรวจผลกระทบของการอยู่ในอาการ โดยให้ผู้ป่วยนึกถึงเหตุการณ์ต่าง ๆ ในช่วงที่ป่วย เห็นภาพเหล่านั้น รับรู้สัมผัสอารมณ์ความรู้สึกของตนเอง เชิญชวนให้ตั้งเป้าหมายที่ต้องการ ผู้ป่วยตัดสินใจเลือกการมีชีวิตที่ปกติช่วยให้ผู้ป่วยตระหนักถึงพลังที่ตนมี (เป็น resource) ผ่านพฤติกรรมที่ตนเคยใช้ควบคุมคนในบ้าน และการกระทำเพื่อกำจัดความสับสนและป้องกันตนเองจากความสับสน เชิญชวนให้ทำงานร่วมกับแพทย์เพื่อจัดการใช้พลังนี้ไปในทางบวก (positive direction)

ผู้ป่วยเศร้าเสียใจที่ได้ใช้พลังที่ตนมีทำให้ตนเองเป็นทุกข์ ทอดทิ้งความต้องการด้านอื่นของชีวิต จึงนำผู้ป่วยในการให้อภัยตนเอง

หลังจบการทำจิตบำบัดครั้งที่ 1 ได้วางแผนกับผู้ป่วย ที่จะทำการลดยา หรือหยุดยาที่มีผลข้างเคียง โดยเฉพาะยาที่มีผลต่อน้ำหนักตัว โดยจะปรับยาเมื่อผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น หรือเมื่อผู้ป่วยรู้สึกพร้อม ในขณะที่เดียวกันจะให้ความสำคัญกับความตั้งใจที่จะปรับเปลี่ยนตนเองมากขึ้น

ในครั้งนี้อัดดลินใจลด clozapine เหลือ 25 mg เนื่องจากผู้ป่วยเกิดความเข้าใจเกี่ยวกับพลังที่ตนมีและตัดสินใจที่จะใช้พลังไปในทางบวก

การติดตามรักษาประคับประคองระยะที่ 1

นัดทุก 2 สัปดาห์ ใช้เวลาครั้งละประมาณ 15 นาที 6 ครั้ง เนื่องจากเป็นการบริการในเวชปฏิบัติปกติที่ OPD มีผู้รับบริการจำนวนมาก จึงวางเป้าหมายในระยะนี้ให้ผู้ป่วยและญาติเบี่ยงเบนความสนใจจากอาการของโรคไปสนใจสิ่งอื่นที่มีความสำคัญต่อผู้ป่วย ตามที่ผู้ป่วยได้เกิดการตระหนักว่าตนได้ทอดทิ้งไปนาน

ทั้งผู้ป่วยและญาติมักจะเริ่มต้นด้วยการรายงานเรื่องอาการ ความล้มเหลวในการควบคุมอาการ แพทย์จะทบทวนเป้าหมายที่ผู้ป่วยได้ตัดสินใจเลือก สนับสนุนให้รับผิดชอบ และดำเนินชีวิตไปในทิศทางสู่เป้าหมาย เป็นการลดความสำคัญของการติดตามอาการ ไปสู่การติดตามการดำเนินชีวิต ผู้ป่วยได้ทำกิจกรรมใหม่ ๆ เช่น ทำงานบ้าน ไปช่วยดูแลยาย ออกกำลังกายที่สวนสาธารณะ เดินทางไปเที่ยวต่างจังหวัด เป็นต้น

ติดตามการรักษา 3 เดือนหยุด clozapine และ valproic acid เนื่องจากมีสัญญาณการเปลี่ยนแปลงในด้านพฤติกรรม และผู้ป่วยมีน้ำหนักขึ้นมาก เลือกใช้ clomipramine 50 mg/วัน เนื่องจากมีผลต่อน้ำหนักน้อยกว่า

การติดตามรักษาประคับประคองระยะที่ 2

เพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีความพร้อมในการรับการบำบัดด้วย STST นัดทุก 1 เดือน ใช้เวลาครั้งละประมาณ 10-15 นาที 8 ครั้ง ผู้ป่วยเห็นว่าการสะอาดมากไม่ได้มีประโยชน์อะไรกับชีวิต

จึงหันเหความสนใจมาที่การดำเนินชีวิต ระยะเวลาพบว่าผู้ป่วยมีปฏิกิริยาโกรธ โมโห คนในครอบครัวง่ายและบ่อย ซึ่งสามารถเชื่อมโยงได้ว่าเมื่อโกรธแล้วแสดงอารมณ์รุนแรงออกไป จะรู้สึกผิด ก็จะมีอาการย้ำคิดย้ำทำ ในระยะนี้เน้นการเสริมพลังทางจิตใจ โดยการให้มีประสบการณ์ด้านบวกกับชีวิต ซึ่งผู้ป่วยยังไม่สามารถค้นหาสิ่งดีภายในตนเองได้ จึงให้ฝึกค้นหาจากสิ่งภายนอกและคนอื่นก่อน เช่น

- ค้นหาคุณลักษณะที่ดีในพ่อและแม่คนละ 10 อย่าง โดยการให้ผู้ป่วยนึกถึงทีละคน แล้วบอกสิ่งที่เห็น จากการดำเนินชีวิต การปฏิบัติต่อผู้ป่วยตั้งแต่วัยเด็ก เมื่อทำได้จนครบ ผู้ป่วยภาคภูมิใจในพ่อแม่และเห็นว่าพ่อและแม่เป็นต้นแบบที่ดีให้กับตนหลายอย่าง

- ให้บันทึก “วันนี้มีสิ่งที่ดีที่ฉันได้พบเห็น และความรู้สึกของฉัน” ผู้รักษาทำการติดตามสิ่งที่ผู้ป่วยบันทึก สนับสนุนการมองหาจนเห็นสิ่งดีงาม ผู้ป่วยมีประสบการณ์ใหม่ที่เป็นบวกต่อผู้คน สิ่งแวดล้อม และมีความรู้สึกดี ๆ จากประสบการณ์เหล่านั้น

บรรยากาศในครอบครัวผ่อนคลายขึ้น พ่อปล่อยให้ผู้ป่วยดูแลตัวเองรับผิดชอบเรื่องส่วนตัวและสนับสนุนการเติบโตของลูก

ผู้ป่วยหันมาสนใจดูแลรูปร่างหน้าตาตนเอง สมัครเรียนระดับปริญญาตรีใหม่

หยุด risperidone, lorazepam ลด fluoxetine เนื่องจากผู้ป่วยร้องขอให้หยุดยาที่มีผลต่อน้ำหนัก ต้องการลดยาและเห็นว่าอาการย้ำคิดย้ำทำลดลงแล้ว

ทำจิตบำบัดแบบ STST ครั้งที่ 2

มีเหตุการณ์ที่ผู้ป่วยทุกข์ใจในบ้านเพราะไม่ทำตามที่ตนเองต้องการ ชอบแกล้งคนในบ้าน เห็นว่าสนุกดี จึงเชิญชวนผู้ป่วยทำจิตบำบัด เพื่อสร้างการเปลี่ยนแปลงจากภายใน ทำการสำรวจภายในจิตใจ (personal iceberg) พบว่าผู้ป่วยอยากได้รับความรักจากพ่อแม่ แต่เคยได้ยินประโยคที่พ่อแม่คุยกันว่า “สมน้ำหน้าอยากได้ลูกมาก ได้มาแล้วเป็นอย่างไร” เมื่อผู้ป่วยถามพ่อแม่ว่ารักตนไหม ได้คำตอบว่ารักเพราะสงสาร จึงทำให้ผู้ป่วยไม่พอใจ

การสำรวจเข้าไปในจิตใจ ผู้ป่วยได้เข้าไปพบชีวิตในวัยเด็กช่วง 8 ขวบ อยากให้พ่อแม่สนใจ จึงแสดงความซุกซน แต่ถูกตี ผู้ป่วยโกรธ แสดงอารมณ์และพฤติกรรมโต้ตอบ รู้สึกผิด ทำให้เห็นว่าเป็นคนไม่ดีไม่ยอมรักตนเอง เพราะมีพฤติกรรมที่ไม่น่ารักมาก เมื่อเข้าไปถึงระดับโหยหา (yearning) ได้เห็นความพากเพียรของตนเองที่จะให้ได้ความสนใจจากพ่อแม่ ผู้ป่วยได้ตระหนักถึงการมีชีวิตช่วง 8 ขวบ ได้ยอมรับส่วนนี้ของตน ทำให้รู้สึกมั่นคงขึ้น และได้เห็นอีกมุมหนึ่งว่าตนได้รับความสนใจจากครอบครัวมากจริงๆ แต่ผ่านการใช้การย้ำคิดย้ำทำซึ่งไม่เป็นผลดีต่อตนเองเลยในครั้งนั้นเห็นความเชื่อมโยงของอาการย้ำทำ กับอารมณ์โกรธและความรู้สึกผิด และผู้ป่วยมีบาดแผลในใจเรื่องการถูกทำโทษ ซึ่งนำมาสู่ความเชื่อว่าเป็นคนไม่ดี จึงหลีกเลี่ยงความเชื่อที่ผิดของตนเอง ได้พบว่าอาการย้ำทำได้ตอบปัญหาที่ผู้ป่วยต้องการความสนใจจากครอบครัว แต่เป็นหนทางที่ไม่เป็นประโยชน์

ทำจิตบำบัด STST ครั้งที่ 3

ผู้ป่วยพบว่าตนเองอยากควบคุมทุกคนในบ้าน อยากเป็นใหญ่ที่สุด แต่พี่ชายเสนอว่า ถ้าเช่นนั้นก็ต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ในบ้านด้วย ผู้ป่วยเห็นว่าความต้องการของตน ไม่สอดคล้องกับความเป็นจริง เพราะไม่มีความสามารถรับผิดชอบครอบครัวเช่นนั้นได้ จึงเชิญชวนให้ผู้ป่วยค้นหาความต้องการที่แท้จริง โดยการทำจิตบำบัดอีกครั้ง

เป้าหมาย ผู้ป่วยอยากเป็นคนดี คือหายป่วย ไม่หุดหิดใจไม่โง่งาย มีความรักให้กับคนอื่น กตัญญูต่อพ่อแม่

ให้ผู้ป่วยระลึกถึงภาพที่ผู้ป่วยพยายามควบคุมทุกคนในบ้าน เห็นภาพตนเองเหมือนยักษ์ เห็นพ่อแม่อ่อนแอ ความรู้สึกของยักษ์นั้นคือโกรธแค้น ต้องการควบคุมเขาให้ได้ทุกอย่างจึงจะสำเร็จ ซึ่งไม่รู้ว่าความสำเร็จนั้นจะตอบสนองอะไร ผู้ป่วยต้องการความรักจากพ่อแม่ แต่เขาได้ยินพ่อแม่บอกว่าสงสาร จึงผิดหวัง ยอมรับไม่ได้ ผู้รักษาเชิญชวนให้สัมผัสความรู้สึก ผู้ป่วยเศร้าเสียใจ เห็นภาพตนเองร้องไห้อย่างมากมาย เป็นเวลานาน อยากให้มีคนมาปลอบโยน แต่ไม่มีใครเลย จึงผิดหวังซ้ำกลายเป็นความเคียดแค้น อยากแก้แค้น โดยการควบคุมให้เขาอยู่ในอำนาจตน ผู้ป่วยเห็นภาพการกระทำที่ไม่ดีต่าง ๆ มากมายของตนเอง ผู้รักษาขอให้เข้าไปสัมผัสรับรู้ความโหยหาของจิตใจที่ผิดหวัง ส่วนนั้นต้องการการปลอบโยนและกำลังใจ จึงเชิญชวนให้ผู้ป่วยทำการปลอบโยนตัวเอง จากภาพภายในใจที่พบสิ่งที่ตนเองต้องการ ตอนแรกทำได้ยากเพราะผู้ป่วยมองเห็นแต่การกระทำที่ไม่ดีของตนเอง จึงทำการปรับมุมมองให้ผู้ป่วยพิจารณาการที่ตนเองเป็นลูกต้องการความรักจากพ่อแม่ เป็นสิ่งที่ยอมรับได้และดี เมื่อผิดหวังก็เป็นธรรมดาที่จะมีทั้งผิดหวังและสมหวัง และหากผิดหวังเสียใจ ผู้ป่วยก็เข้าใจว่า

ตนก็ต้องการการปลอบโยน ในที่สุดผู้ป่วยสามารถพูดปลอบโยนจิตใจตนเองได้ หลังจากนั้นก็สามารถปล่อยวางความคาดหวังที่จะควบคุมคนอื่น สามารถมองเห็นได้ว่าพ่อแม่รักตนเอง และตนเองก็มีสิ่งที่น่ารัก จึงไม่มีความจำเป็นที่จะต้องมีส่วนที่เป็นยักษ์อีกต่อไป

การบำบัดครั้งนี้ได้พบ “invisible master” คือตัวตนภายในที่ต้องการความรักจากพ่อแม่ แต่ผิดหวัง โกรธ ผิดหวังซ้ำที่ไม่มีคนสนใจ ความโกรธรุนแรงขึ้นจนเป็นความเคียดแค้น และรู้สึกผิดซึ่งเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยพยายามปิดซ่อนไว้ด้วย symbolic solution เป็นอาการย้ำซ้ำระเอาลิ่งสกรปรกออกไป ผู้ป่วยเกิดการตระหนักรู้ถึงความต้องการภายในที่แท้จริง สามารถยอมรับตนเองได้ ซึ่งกระบวนการ transformation ได้ปรับการมองตนเอง ว่าเหมือนคนทั่วไปที่มีความต้องการ มีความผิดหวัง สิ่งที่ผู้ป่วยต้องการเป็นสิ่งดีและคู่ควร เมื่อผิดหวังก็โกรธเป็นธรรมชาติ เมื่อเกิดความเข้าใจใหม่ก็เกิดการยอมรับตนเอง ผู้ป่วยตัดสินใจให้การยอมรับตนเองเป็นการเติม yearning ทำให้พลังในตัวตน (self) มีมากขึ้นจึงสามารถปล่อยวางความคาดหวังที่ต้องการควบคุมคนอื่นได้ เมื่อเกิดการเปลี่ยนแปลงจากภายใน ผู้ป่วยก็มีมุมมองต่อตนเอง และผู้อื่นเปลี่ยนแปลงไปด้วย เมื่อไม่มีความโกรธเคียดแค้นที่ต้องปิดซ่อน อาการย้ำซ้ำจึงไม่มีบทบาทต่อไป ในครั้งนี้กระบวนการบำบัดได้เกิดการเปลี่ยนแปลงระดับที่ 2

ผู้ป่วยไม่มีอาการย้ำคิดย้ำทำ เรื่องความสกรปรกมาเป็นเวลา 4 เดือน ติดตามการรักษาโดยนัดครั้งละ 1 เดือน สนับสนุนพฤติกรรมที่เป็นที่ยอมรับนับถือของตนเองและคนในครอบครัว เป็นการสนับสนุนให้การเปลี่ยนแปลงใหม่มีเสถียรภาพ

ผู้ป่วยมีความสุขขึ้น ยาที่ได้ในปัจจุบัน คือ clomipramine 25 mg/วัน fluoxetine 20 mg/วัน propranolol 20 mg/วัน มีแผนที่จะลดยาและหยุดยา เมื่อผู้ป่วยสามารถจัดการกับความโกรธในปัจจุบันได้ดี

รายที่ 2

ผู้ป่วยหญิงไทยโสดอายุ 31 ปี ภูมิลำเนา กรุงเทพมหานคร ระดับการศึกษาปริญญาโท 4 ปีก่อน มีอาการย้ำคิดย้ำทำพระพุทธรูปของพ่อ ได้รับการรักษาด้วยยา fluoxetine 60 mg ต่อวัน นาน 8 เดือน อาการดีขึ้นมาก ไปศึกษาต่อที่ต่างประเทศ 1 ปี ระหว่างที่อยู่ต่างประเทศไม่มีอาการจึงหยุดกินยา ตอนใกล้สอบมีอาการกำเริบมาแต่ทนได้ ต่อมาสอบเนติบัณฑิตไม่ได้ 2 ปีซ้อน มีความเครียด และมีอาการต่ำคนในใจ ต่ำพระพุทธรูป และเวลาอยู่ใกล้หน้าต่าง มีความคิดอยากกระโดดจากหน้าต่างลงมา จึงกลับมารักษาใหม่ ได้ fluoxetine 40 mg/วัน มีอาการชาและมีอัสั้น ขอการรักษาด้วยวิธีอื่น ได้ทำการรักษาด้วย STST 3 ครั้ง ในเวลา 2 เดือน

เริ่มกระบวนการด้วยการสำรวจผลกระทบของการสอบเนติบัณฑิตไม่ได้ 2 ปีซ้อน ผู้ป่วยมีความกลัว และความโกรธ ผู้ป่วยถูกคาดหวังจากพ่อและต่อตนเองโดยให้ความหมายของการสอบได้หรือไม่ เทียบเท่ากับชีวิตตนเองจะมีค่าหรือไร้ค่า ลังเลใจที่จะสู้ต่อโดยสอบครั้งที่ 3 หรือเปลี่ยนสายงานไปทางอื่น บางช่วงก็ท้อแท้เหน็ดเหนื่อย ต้องการการปลอบโยน แต่ไม่มีใครเข้าถึงความต้องการของจิตใจส่วนนี้ ส่วนการจัดการกับความโกรธ ผู้ป่วยมีประสบการณ์จากครอบครัว โดยเห็นแบบอย่างที่ว่าสาวเป็นคนแสดงออกทางอารมณ์มักถูกยบายดูว่าเสมอ จึงเรียนรู้

ที่จะเก็บซ่อนความโกรธ และแสดงให้คนอื่นเห็นว่าตนเป็นคนดี จึงเป็นที่ชอบพอของคนอื่น แต่ภายในมีความรู้สึกผิดซ่อนอยู่ เมื่อผู้ป่วยได้ตระหนักถึงความรู้สึกภายใน แบบแผนของตนเองในการรับมือกับอารมณ์ ได้มองเห็นความสามารถในการเอาตัวรอดมาได้ ได้ทบทวนเห็นความรัก ความดี ของพ่อแม่ ที่มีให้ตน สามารถยอมรับวิธีการแสดงออกของพ่อแม่ได้ ให้กำลังใจตนเองได้ ให้ความหมายใหม่ของการสอบว่าเป็นการให้โอกาสความพยายามและความสามารถของตนเอง ไม่ใช่การตัดสินการมีคุณค่า ผู้ป่วยได้ตัดสินใจเลือกเผชิญหน้ากับการขอสอบครั้งที่ 3

นัดติดตามอีก 2 เดือน 3 เดือน และ 1 ปี ผู้ป่วยสอบผ่าน และสมัครเข้าทำงานในสายงานตามที่ต้องการได้ ไม่มีอาการย้ำคิดอีก

ได้พบสิ่งที่ผู้ป่วยกลัวคือการเป็นคนไร้ค่า ในจิตใจสำนึกเมื่อท้อจึงอยากตาย สิ่งที่ถูกปิดซ่อน คือ ความโกรธและความรู้สึกผิด แสดงออกเป็นการต่ำพระพุทธรูป (symbolic solution) ผู้ป่วยได้เห็นแบบแผนการรับมือกับความโกรธจากครอบครัวดั้งเดิมตระหนักถึงแบบแผนที่ปิดซ่อนความโกรธว่าเป็นกลไกเพื่อความอยู่รอด ได้ปรับเปลี่ยนมุมมองเกี่ยวกับการมีคุณค่าของชีวิตใหม่ เมื่อผู้ป่วยได้เห็นคุณค่าในตนเอง และเห็นว่าตนเป็นที่รักของพ่อแม่ได้ ความปรารถนาในจิตใจก็ได้รับการเติมเต็ม มีพลังขึ้น จึงตัดสินใจที่จะเผชิญหน้ากับการสอบอีกครั้ง

รายที่ 3

ผู้ป่วยหญิงไทยโสดอายุ 18 ปี ภูมิลำเนา กรุงเทพมหานคร เป็นนักศึกษา มีอาการย้ำทำมาตั้งแต่อายุ 9 ขวบ โดยเวลาจะเดินทางไปกับครอบครัวจะต้องวิ่งเข้าไปแตะสิ่งของขึ้นใหญ่ๆ

ในบ้านข้า ๆ หรือกระแทกกับเก้าอี้ข้า ๆ จึงจะออกเดินทางได้ ไม่ยอมทิ้งของใช้แล้ว เช่น แปรงสีฟันเก่า และไม่ยอมกินข้าวให้เกลี้ยงจาน เคยได้รับยา fluvoxamine 100 mg/วัน มีอาการง่วงนอน จึงเปลี่ยนเป็น escitalopram 10 mg/วัน อาการลดลง กินยาต่อเนื่องมาเป็นเวลา 6 ปี แต่ยังมีอาการวิตกกังวลมาก หากพ่อหรือแม่จะเดินทางโดยยานพาหนะต่างๆ โดยเฉพาะเครื่องบิน ผู้ป่วยอยากหยุดยา และเลิกวิตกกังวลมาก

ได้พบผู้ป่วย 2 ครั้ง โดยครั้งแรกเป็นการสร้างสัมพันธภาพ สัมภาษณ์ประวัติ พบว่าผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพของพ่อ กลัวว่าพ่อป่วยด้วยโรคร้ายและจะเสียชีวิต พยายามหาทางลดความวิตกกังวล พบว่าการแต่ดูยูเอ็น ดูเสื้อผ้าเก่าๆ ช่วยลดความวิตกกังวลได้ แต่เมื่อทำบ่อยๆ เป็นประจำ มีคนสังเกตเห็น รู้สึกอายนแต่หยุดทำไม่ได้ ได้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพของพ่อซึ่งไม่มีภาวะอันตราย แต่ผู้ป่วยยังคงมีความกังวล การรักษาด้วยยาคุมอาการได้ระดับหนึ่ง ผู้ป่วยยังไม่มีวิธีการรับมือกับความกลัวอย่างเหมาะสม อีก 1 เดือนต่อมา จึงได้รักษาด้วย STST

โดยสำรวจผลกระทบบจากเหตุการณ์ที่พ่อแม่เดินทาง พบความกังวลต่อการคิดวิตกไปล่วงหน้าว่าหากพ่อหรือแม่เสียชีวิต ตนเองจะมีชีวิตอยู่ต่อไปไม่ได้ ปฏิบัติทางร่างกายเมื่อกังวลมีมาก หัวใจเต้นเร็ว หายใจติดขัด เศร้าใจที่เห็นตนเองอยู่ในสภาพนี้ ผู้รักษาได้ช่วยผู้ป่วย ตระหนัก และ ยอมรับความรู้สึกของตนอย่างอ่อนโยน เมื่อค่อยสงบลงจึงสำรวจส่วนอื่นของจิตใจ พบความคิดที่ยึดติดกับข้อสรุปเดิมว่าหากพ่อแม่ตาย ตนเองจะไม่สามารถดำรงชีวิตต่อไปได้ จึงช่วยผู้ป่วยขยายกรอบความคิดตนเอง โดยการมองความเป็นไปได้ ณ ปัจจุบัน

และอนาคต ซึ่งผู้ป่วยมองเห็นการเติบโตและพัฒนาของตนเองในช่วง 9 ปีที่ผ่านมา ซึ่งมีคุณลักษณะที่ดีและความสามารถหลายอย่าง จึงทำให้ผู้ป่วยตัดสินใจ อนุญาตให้ตนเองเผชิญกับความกังวลอันเนื่องมาจากความรักที่มีต่อพ่อแม่ได้ ผู้ป่วยสามารถหยุดยาได้ ทั้งแปรงสีฟันเก่า กินข้าวเกลี้ยงจาน และเรียนในมหาวิทยาลัยได้เป็นปกติเป็นเวลา 3 ปีแล้ว

อาการของผู้ป่วยเป็น symbolic solution ว่าถ้ายังมีข้าวเหลือ สิ่งของที่ใช้ประจำเหลือ แปลว่า จะยังไม่มี การพลัดพรากจากกัน ก็จะลดความกลัวลง แต่กลไกนี้ไม่เพียงพอ และไม่สอดคล้องกับความเป็นจริง อาการแต่สิ่งของเป็นกลไกที่จะลดความกังวล ในกระบวนการผู้ป่วยได้เผชิญหน้ากับปฏิกริยาของความกลัวที่เกิดขึ้นทั้งความรู้สึกและร่างกาย โดยผู้รักษาได้เื้อออำนวยความสะดวกให้ผู้ป่วยรู้สึกปลอดภัยกับปฏิกริยาของร่างกาย เป็นที่ยอมรับได้ที่มีความกังวล ได้เห็นศักยภาพในการพัฒนาและเติบโตของตนเองในช่วงที่ผ่านมา ผู้ป่วยจึงตัดสินใจเลิกแบบแผนการเผชิญกับความกลัวเดิมไป และเปิดโอกาสสู่การเติบโตอีกต่อไป

รายที่ 4

ผู้ป่วยชายอายุ 29 ปี ภูมิลำเนากรุงเทพมหานคร เป็นนักศึกษา มาขอรับบริการ เนื่องจากหาข้อมูลทางอินเทอร์เน็ตพบว่าตนเองมีอาการตรงกับอาการของโรคซึมเศร้ามาเป็นเวลานานกว่า 10 ปี ได้ทำการวิเคราะห์ที่สรุปว่าตนเองมีปัญหา สารเคมีในสมอง เป็นคนคิดลบ มีบาดแผลในชีวิต นอกจากนี้ยังมีปัญหาย้ำคิดย้ำทำโดยการตรวจสอบการปิดเปิดเตาแก๊สและการลงวันที่ว่าถูกหรือไม่ มาพร้อม ๆ กัน เคยได้รับการรักษาด้วยยาต้านเศร้าเป็นเวลา 1 ปี

ถูกให้ออกจากมหาวิทยาลัย สมัครเรียนสาขาใหม่มาหลายปี มีปัญหาหงุดหงิดง่าย ผื่นซ้ำๆ มักทำอะไรไม่เสร็จหรือไม่ทัน ตอนแรกผู้ป่วยตั้งใจจะยอมกินยารักษาอย่างจริงจัง หลังสัมภาษณ์ให้ตัดสินใจเลือกการรักษา ผู้ป่วยต้องการจัดการกับบาดแผลในชีวิตจึงได้รักษาด้วยวิธี STST

โดยเริ่มสำรวจเข้าไปในจิตใจจากความเชื่อส่วนตัวของผู้ป่วยว่า “ตนเป็นลูกชายคนโตที่พ่อแม่ไม่รัก” ได้เข้าไปพบเหตุการณ์วัย 9 ขวบ ตีกับเพื่อนมีเลือดไหล เมื่อกลับเข้าบ้านถูกแม่ตบหน้า มีอาการเจ็บเหมือนเข็มแทง สำรวจลึกกลงไปในบริเวณที่เหมือนเข็มแทง ผู้ป่วยพบความรู้สึกผิดเนื่องจากวัยเด็กอยากรู้ว่าแม่เป็นผู้หญิงมีสิทธิ์เป็นอย่างไร จึงแอบดู เมื่อได้เห็น ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกผิด และตัดสินใจว่าตนเป็นคนไม่ดี ผู้รักษาได้ช่วยผู้ป่วยจัดการกับความรู้สึกผิด การได้รับการอภัยยอมรับพฤติกรรมในวัยเด็กนั้น

ผู้ป่วยสงสัยคิดว่ายังมีความอึดอัดที่บริเวณท้ายทอย หลังและไหล่ เมื่อสำรวจผ่านเข้าไปในบริเวณดังกล่าว ได้พบปัญหาความขัดแย้งใจเรื่องพ่ออยากเป็นที่ยอมรับและที่รักของพ่อ แต่ถูกคาดหวังสูงเกิดความกลัวและท้อใจมาก จึงหันหนีไปแสวงหาการยอมรับจากคนอื่น โดยการฝึกฝนทางคณิตศาสตร์จนโดดเด่นที่สุดในโรงเรียน และสามารถสอบเข้าคณะวิศวกรรมศาสตร์ได้ แต่ไม่มีคำชื่นชมจากพ่อ จึงรู้สึกไร้ค่า ผู้รักษาได้ทำงานกับผู้ป่วยในการจัดการกับ unmet-expectation นี้จนผู้ป่วยสามารถยอมรับและชื่นชมความเป็นตนเองได้ ปล่อยทิ้งความคาดหวังจากพ่อไปได้ เพราะเห็นถึงผลกระทบของการสูญเสียพลังไปกับการยึดติดอยู่กับความผิดหวัง หลังจากนั้นได้กลับไปมองพ่อกับแม่ใหม่ ผู้ป่วยได้เห็นมุมที่จำกัดของพ่อแม่ มีความเข้าใจ ยอมรับเขา

และรับรู้ได้ว่าเขารักตน และปรารถนาจะเข้าใจพ่อแม่มากขึ้น และอยากเรียนต่อให้สำเร็จ ติดตามการรักษา 3 เดือน ไม่มีอาการท้อแท้และย่ำคิด ผู้ป่วยไม่ต้องกินยาจิตเวช ผู้ป่วยรายนี้ได้พบว่าภายในจิตใจมีปมและบาดแผลหลายอย่างทั้งจากปฏิสัมพันธ์กับแม่กับพ่อ จากการทำของตน บาดแผลเหล่านั้นทำให้เกิดความเจ็บปวด ความเศร้า ความโกรธ ความรู้สึกผิด ได้ตัดสินใจว่าตนเป็นคนไม่ดี ไม่เป็นที่รัก ผู้ป่วยใช้กลไกหลีกเลี่ยงความรู้สึกที่รุนแรงภายในตน symbolic solution ที่เป็นการตรวจสอบว่าเปิดเตาแก๊สและตรวจสอบว่า ลงวันที่ถูกหรือไม่เพื่อจะได้ไม่ทำผิดพลาดเกิดความเสียหายกับชีวิต และอาการย่ำคิดย่ำทำเกิดร่วมกับอาการซึมเศร้าเมื่อผู้ป่วยรู้สึกปลอดภัย เป็นที่ยอมรับ เรื่องนี้ได้รับการจัดการไปในกระบวนการ transformational therapy

วิจารณ์

การรักษาโรคย่ำคิดย่ำทำด้วย STST ต้องค้นหาแบบแผนที่เป็นสัญลักษณ์ (symbolic pattern) เพื่อเชื่อมโยงไปถึงสิ่งที่ซ่อนไว้ คือ ความกลัว บาดแผลในจิตใจ ความรู้สึกหมดหนทาง ซึ่งส่วนใหญ่มักเกิดในวัยเด็ก ค้นหาแบบแผนเพื่อการอยู่รอดว่าเป็นแบบสมยอม (placate) เหตุผลล้ำ (super-reasonable) ช่างติ (blaming) หรือ เฉลไฉ (irrelevant) ค้นหาส่วนที่มีอิทธิพล (invisible master) ซึ่งอาจเป็นความคิดผิดที่ผู้รับการบำบัดเชื่อฟังและมุ่งมั่นปฏิบัติตนให้เป็นไปตามสิ่งที่เชื่อนั้น ซึ่งจะต้องนำไปให้ผู้รับการบำบัดเข้าไปถึงความปรารถนาของจิตใจ (yearnings) ให้ได้ซึ่งเป็นช่องทางของการเชื่อมโยงกับพลังชีวิต ในขั้นตอนนี้ต้องสนับสนุนให้ผู้รับการบำบัดเกิดการตระหนักถึงผลกระทบของการเชื่อฟัง

“invisible master” ที่มีต่อชีวิตที่ผ่านมา และได้รับประสบการณ์กับพลังชีวิต ที่ผู้รับการบำบัดเคยรับรู้มาจากครอบครัวดั้งเดิม หรือจากการพัฒนาแบบแผนเพื่อการอยู่รอดจนเกิดเป็นคุณสมบัติด้านบวกในตัวตน ขึ้นตอนนี้เป็นประสบการณ์สนับสนุนให้ผู้รับการบำบัดเกิดการยอมรับอดีต แบบแผนเพื่อการอยู่รอด และตัวตนหลังจากนั้นจะเป็นขั้นตอนการทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงแบบแปรรูป (transformation) คือการให้ผู้รับการบำบัดได้เติมเต็มความปรารถนาที่แท้จริง การเชื่อมโยงกับคุณสมบัติด้านบวก การจัดการกับความไม่สมหวังในอดีต การเปลี่ยนความเชื่อที่มีอิทธิพลเดิมไปเป็นแนวทางที่สอดคล้องกับความเป็นจริงของผู้รับการบำบัดในปัจจุบัน และการปฏิบัติแบบใหม่ที่สอดคล้องกับเป้าหมายในการมีชีวิตต่อไป ซึ่งทุกขั้นตอนจะดำเนินไปอย่างเป็นกระบวนการและมีปัจจัยสำคัญ 5 ประการ ได้แก่ การสำรวจและทำการเปลี่ยนแปลงทั้งระบบ (systemic) ทำให้เป็นประสบการณ์ให้ผู้รับการบำบัด (experiential) มุ่งไปในทิศทางบวก (positive direction) ยึดเป้าหมายการเปลี่ยนแปลง (change focused) และการใช้ตัวตนที่สอดคล้อง (use of congruent self) ของผู้บำบัด ซึ่งตลอดกระบวนการการบำบัดแต่ละครั้งจำเป็นต้องมี 5 ปัจจัยนี้จึงจะทำให้การเปลี่ยนแปลงแบบแปรรูปเกิดขึ้นได้

ผู้ป่วยทั้ง 4 ราย เมื่อเข้าสู่กระบวนการรักษาแบบ STST จะได้รับการสำรวจเข้าไปในจิตใจทุกรายได้พบสิ่งที่เป็ความขัดแย้งภายใน มีความรู้สึกที่ไม่ได้รับการจัดการอย่างเหมาะสมทั้งความโกรธ ความกลัว ความรู้สึกผิด มีการรับรู้ในอดีตที่กลายมาเป็นความเชื่อผิดซึ่งมีอิทธิพลและผู้ป่วยยึดถืออย่างจริงจัง จนทำให้ผู้ป่วยละเลยความต้องการอื่นในชีวิต^๑

ในกระบวนการ transformational change ได้ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการตระหนักถึงปัญหาภายในจิตใจ แบบแผนการรับมือกับอารมณ์ความรู้สึก ความเกี่ยวเนื่องกับอาการ ผู้ป่วยมีมุมมองต่อชีวิตตนเอง ผู้อื่น และโลกภายนอกใหม่ ได้เติมเต็มความโยเยหา และมีวิธีรับมือกับอารมณ์ความรู้สึกแบบใหม่ อาการของโรคซึ่งตามแนวคิดในซาเทียร์โมเดลอธิบายว่าเป็นการแสดงออกของปัญหาในจิตใต้สำนึก เมื่อปัญหาในจิตใต้สำนึกได้รับการแก้ไขอาการจึงหมดไป การบำบัดแบบ STST ได้ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงภายในการเป็นบุคคลทั้งระบบ เพราะผู้รักษาจะทำงานใน personal iceberg ทุกระดับ ซึ่งประกอบด้วย ตัวตน (self) ความโยเยหา (yearning) ความคาดหวัง (expectation) การรับรู้ (perception) ความรู้สึก (feelings) ความรู้สึกต่อความรู้สึก (feeling about feeling) แบบแผนการรับมือ (coping stance) และพฤติกรรม (behavior)¹² พบว่าในบริบทที่มีความจำกัดเรื่องเวลาการให้บริการ การประคับประคองเสริมสร้างพฤติกรรม และคุณลักษณะด้านบวกให้เกิดขึ้นก่อน รอจนเมื่อมีความพร้อมที่จะทำจิตบำบัดได้ก็สามารถบรรเทา ความรุนแรงของอาการและเสริมการทำจิตบำบัด ให้ได้ผลดี

การรักษาที่เป็นมาตรฐานในปัจจุบันมุ่งเน้นการรักษาด้วยยา ในรายที่รุนแรง จะใช้ยาหลายกลุ่ม การรักษาด้วยไฟฟ้า การรับไว้รักษาในโรงพยาบาล การผ่าตัดสมอง และยังมีควมพยายามศึกษาวิจัยการรักษาด้วยวิธีอื่น ในปัจจุบันผลการรักษาเหล่านี้ยังไม่ได้ผลดี^{9-11,13,14} ส่วนการรักษาด้วยจิตบำบัดวิธีที่ได้รับการยอมรับว่าได้ผลที่สุดคือ ERP และหากใช้ร่วมกับยา SRI จะได้ผลดีกว่าการรักษาด้วยวิธีใดวิธีหนึ่ง แต่ ERP ก็มีข้อจำกัดที่ผู้ป่วยถอนตัว

จากการรักษามาก เนื่องจากทนต่อความทุกข์
ทรมานในการเผชิญหน้ากับสิ่งที่กลัวไม่ไหว⁹ ผู้ป่วย
ทั้ง 4 ราย ไม่เคยรับการรักษาด้วย ERP เนื่องจาก
ไม่มีบุคลากรที่ได้รับการฝึกอบรมด้านนี้

กระบวนการและขั้นตอนใน STST สำหรับ
โรคย้ำคิดย้ำทำ มีความแตกต่างจากการบำบัดด้วย
ERP และการบำบัดด้วยการรู้ (CT) โดยที่ ERP
มุ่งเน้นให้ผู้ผู้ป่วยเผชิญกับความกลัว โดยให้ผู้ผู้ป่วยได้
สัมผัสกับสิ่งที่น่ากลัวสำหรับผู้ป่วยจากน้อยไปหา
มากตามลำดับ จนผู้ป่วยสามารถทนกับสิ่งที่กลัวได้
เป็นการเปลี่ยนกลไกที่ผู้ป่วยพยายามหลีกเลี่ยง (avoid-
ance) ในจิตใต้สำนึก ส่วน CT มุ่งแก้ไขความเชื่อ
ผิดของอาการย้ำคิด (dysfunctional beliefs)¹⁰ ซึ่ง
ในจิตใต้สำนึกผู้ป่วยมีความขัดแย้งภายในที่รุนแรง
คือ มีความโกรธ ความกลัว ความรู้สึกผิด ผู้ป่วย
ใช้กลไก rationalization, isolation of affect, sym-
bolization, doing and undoing¹⁵ ซึ่งเกิดเป็น
อาการย้ำคิดย้ำทำ mini-exposure exercises เพื่อ
ให้ผู้ผู้ป่วยได้ฝึกกลไกใหม่เผชิญกับความกังวลหรือ
ความกลัวแทนการหลีกเลี่ยง แต่ STST มุ่งให้
ผู้ป่วยเกิดการตระหนักถึงความขัดแย้งที่ปิดซ่อนไว้
ในจิตใต้สำนึก กลไกที่รับมือจนเกิดเป็นอาการย้ำ
คิดย้ำทำ แล้วเอื้ออำนวยให้ผู้ผู้ป่วยได้จัดการแก้ไข
ความขัดแย้งด้วยมุมมองใหม่ภายใต้ความรู้สึกล
ปลดปล่อย และนำมาสู่การรับรู้ความเป็นบุคคลใหม่ที่
มีชีวิตรับผิชอบต่อความเป็นจริงในปัจจุบัน

การรักษาแบบ STST เป็นวิธีการรักษา
ที่มีประสิทธิภาพแต่ยังขาดการรายงานผล และสิ่งที
เป็นปัจจัยสำคัญในการทำ STST อย่างมีประสิทธิภาพ
คือ การใช้ตัวตนที่ได้รับการพัฒนาแล้วของผู้รักษา
(use of self of the therapist) ซึ่งการอบรมการ
ทำ STST จะให้ความสำคัญกับการพัฒนา self ของ

ผู้รักษาเป็นอย่างมาก¹⁶ การพัฒนาสมรรถนะของ
ผู้ที่ได้รับการฝึกอบรมแล้วอย่างต่อเนื่อง และเผยแพร่
ผลการประยุกต์ใช้ซาเทียร์โมเดล ในงานสุขภาพจิต
และจิตเวชเพื่อเป็นทางเลือกในการรักษาผู้ป่วยที่มี
ปัญหาซับซ้อนอย่างมีประสิทธิภาพ

สรุป

ผู้ป่วยโรคย้ำคิดย้ำทำ 4 ราย ได้รับการ
รักษาแบบ STST ซึ่งมีความเชื่อว่าอาการเป็น
ทางออกของจิตใต้สำนึกของปัญหา การบำบัด
รักษาจึงมุ่งเน้นเข้าไปจัดการกับปัญหาที่แท้จริงของ
บุคคลนั้นในจิตใต้สำนึก เมื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการ
เติมเต็มส่วนของความโหยหา คือ ความรักความ
มั่นคง และการยอมรับ ซึ่งเป็นสากล และมีวิธี
รับมือกับปัญหาแบบใหม่

เอกสารอ้างอิง

1. Satir V, Banmen J, Gerber J, Gomeri M. The Satir model family therapy and beyond. California: Science and Behavior books; 1991. p.85-6.
2. Sayles C. Transformational change-based on the model of Virginal Satir. In: Banmen J, editor. Satir transformational systemic therapy. California : Science & Behavior Books; 2008. p. 99-115.
3. Banmen J, Maki-Banmen K. Introduction. In: Banmen J, editor. Applications of the Satir growth model. California: Avanta network; 2006. p.i-v.
4. Smith W. James. Dead kids talking: youth suicide prevention using Satir transformational systemic therapy: Satir J 2010;4:84-108.
5. Hia S. Self- empowerment for woman experiencing spousal violence in Singapore: Satir J 2007;1:5-60.

6. Banmen J. Satir transformational systemic therapy dealing with obsessive compulsive disorder. lecture notes, Satir's systemic transformational therapy for trainer workshop. Richmond Hotel, Nonthaburi 2008. p.26-9.
7. Banmen J, Banmen M K. Satir systemic (brief) therapy. lecture notes, an advanced intensive residential training program. Rosemary Heights Retreat Centre Surrey, BC, Canada; 2004.
8. Banmen J. If depression is the solution, what are the problem? In: Banmen J. editor. Satir transformational systemic therapy. California: Science & Behavior Books; 2008. p.241-8.
9. Eisen L J, Yip G A, Mancebo C M, Pinto A, Rasmussen A S, Phenomenology of obsessive-compulsive disorder. In: Stein J D, Hollander E, Rothbaum O B. editors. Textbook of anxiety disorder, 2nd edition, Bangalore: Tholasi; 2010. p.261-81.
10. Pato T M, Famous A, Eisen L J, Phillips A K. Anxiety disorder: obsessive-compulsive disorder. In: Tasman A, Kay J, Lieberman A J, First B M, Maj M. Psychiatry 3rd edition, West Sussex: John Wiley & Son; 2008 p.1443-67.
11. Fineberg A N, Craig J K. Pharmacotherapy for obsessive-compulsive disorder. In: Dan J. Stien, Hollander E, Rothbaum O B. editor. Textbook of anxiety disorder, 2nd edition, Bangalore: Tholasi; 2010. p.311-52.
12. Satir V, Banmen J, Gerber J, Gomeri M. The Satir model family therapy and beyond. California: Science and Behavior books; 1991. p.147-73.
13. Sadock J B, Sadock A V, editors. Synopsis of psychiatry 9th. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2003. p.616-23.
14. Pato T M, Zohar J. General consideration in diagnosis and treatment. In: Pato T M, Zohar J. editor. Current treatment of obsessive-compulsive disorder. Washington, DC: American psychiatric; 2005. p.1-6.
15. Gabbard O G. Anxiety disorders : psychodynamic aspects. In: Sadock J B, Sadock A.V. editors. Comprehensive textbook of psychiatry 7th edition. Philadelphia: Lippincott William & Wilkins; 2000. p.1464-72.
16. Lum W. The use of self of the therapist : Contemp fam ther an international J 2002;24: 181-97.