

๑. เรื่อง

: การปรับปรุงพัฒนาคุณภาพงาน เรื่อง “การดูแลเพื่อเป้าหมายจำนวนพฤติกรรมการทำร้ายตนเองที่ลดลง ของผู้ป่วยที่มีภาวะบุคลิกภาพแปรปรวนชนิดก้ำกึ่ง หลังเข้ารับการรักษาที่แผนกจิตเวช โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า จังหวัดสมุทรสงคราม”

Quality improvement on "Care for the target of reduced non-suicidal self injury (NSSI) behavior of patients with Borderline Personality Disorder(BPD) after receiving treatment at the psychiatric department, Somdetphraphutthaloetla Hospital, Samutsongkhrum Province"

๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ ๑ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๕ ถึง ๑๕ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๖๖

๓. ความรู้ ความชำนาญ หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

ภาวะบุคลิกภาพแปรปรวน (personality disorder)

เป็นภาวะที่คนไทยไม่ค่อยรู้จักหรือคุ้นหูกันมากนัก ส่วนใหญ่มักไม่ค่อยทราบว่ามิโรคนี้อยู่ ไม่ทราบว่าอาการในกลุ่มนี้จัดเป็นความผิดปกติ ซึ่งภาวะนี้ แท้จริงจัดเป็นโรคทางจิตเวชที่พบบ่อย(common) กล่าวคือ ในประชากรทั่วไป พบความชุกของโรคนี้อยู่ที่ 10 ถึง 20 % ทั้งนี้ยังพบอีกว่า มีจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคทางจิตเวชมากกว่า 50% ที่มีภาวะบุคลิกภาพแปรปรวนร่วมด้วย โดยมีความสัมพันธ์กันแบบ ภาวะบุคลิกภาพแปรปรวน เป็นปัจจัยตั้งต้น/ส่งเสริม(predisposing factor) ให้เกิดโรคทางจิตเวชอื่นๆตามมา ได้แก่ ภาวะเสพติดสาร(substance use disorder), พฤติกรรมการฆ่าตัวตาย(parasuicidal behavior), กลุ่มโรคทางอารมณ์(affective disorders), กลุ่มโรคที่มีปัญหาการควบคุมแรงขับภายในจิตใจ(impulse control disorders), กลุ่มโรควิตกกังวล(anxiety disorders) และกลุ่มโรคที่มีปัญหาด้านการรับประทานอาหาร(eating disorders) ซึ่งภาวะบุคลิกภาพแปรปรวนนี้ จะไปขัดขวางผลการรักษา(treatment outcome) ที่ดีในโรคทางจิตเวชหลายๆโรค

ผู้ป่วยที่มีภาวะบุคลิกภาพแปรปรวน จะไม่มองหาการขอความช่วยเหลือทางจิตเวชใดๆ เนื่องจากผู้ป่วยไม่เห็นว่าการกระทำของตนเองนั้นเป็นการเจ็บป่วย หรือเป็นอาการของโรคแต่อย่างใด (ego syntonic) และมีแนวโน้มของอุปนิสัยที่จะเปลี่ยนแปลงผู้อื่นหรือสิ่งแวดล้อมรอบตัวเข้าหาตัวผู้ป่วยเอง(alloplastic) มากกว่าจะพยายามปรับตัวเอง เข้าหาส่วนรวม(autoplastic)

ภาวะบุคลิกภาพแปรปรวน เริ่มปรากฏให้เห็นเด่นชัดในช่วงวัยรุ่นตอนปลายหรือวัยผู้ใหญ่ตอนต้น ซึ่งมักเป็นช่วงเวลาสำคัญในการมีปฏิสัมพันธ์กับคนรอบข้าง เป็นภาวะที่มีการดำเนินโรคอย่างเรื้อรัง(chronic course) โดยส่วนใหญ่ความผิดปกตินี้มักเป็นอยู่อย่างถาวร บางรายอาการเป็นมากขึ้นตามอายุ แต่บางรายก็ดีขึ้นได้

ลักษณะโดยทั่วไปของภาวะบุคลิกภาพแปรปรวน ได้แก่

1. มักไม่คิดว่าปัญหาพฤติกรรมต่างๆที่เกิดกับผู้ป่วยนั้น เป็นความเจ็บป่วย/เป็นอาการ การแสดงออกถึงพฤติกรรมต่างๆ จึงไม่ขัดต่อความรู้สึกของผู้ป่วย(ego syntonic) และผู้ป่วยไม่คิดว่าจำเป็นต้องได้รับการรักษา
2. มีอาการครอบคลุมไปทั่วทุกพฤติกรรม/บริบท/สถานการณ์ (pervasive pattern)
3. อาการค่อนข้างตายตัว(rigid) เป็นอย่างไรมักเป็นแบบนั้น เปลี่ยนแปลงยาก
4. มีแนวโน้มจะเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมหรือบุคคลใกล้ชิดให้เข้ากับตัวเอง(alloplastic) มากกว่าจะปรับตัวเองให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมหรือบุคคลใกล้ชิด(autoplatic)
5. ใช้กลไกทางจิต(defense mechanism) แบบเดิมๆ

การจำแนกกลุ่มโรคของภาวะบุคลิกภาพแปรปรวน ตาม Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder V ; DSM-5) สามารถแบ่งออกได้เป็น 4 กลุ่ม ดังนี้

1. กลุ่ม A (Cluster A) มีลักษณะเฉพาะ คือ มีความคิดที่แปลกแยกไปจากคนทั่วไป (odd and eccentric) หรืออาจมีพฤติกรรมเก็บตัวแยกตัว พบว่าอาการมีความเกี่ยวข้องกับ biological vulnerability ทำให้เกิด cognitive disorganization เมื่อผู้ป่วยเกิด stressขึ้น ผู้ป่วยมักใช้กลไกทางจิต(defense mechanism)แบบ denial, distortion, projection, schizoid fantasy ในกลุ่มนี้ มีภาวะบุคลิกภาพแปรปรวน 3 ชนิด ได้แก่

- บุคลิกภาพแปรปรวนแบบหวาดระแวง (paranoid personality disorder)
- บุคลิกภาพแปรปรวนแบบแยกตัว (schizoid personality disorder)
- บุคลิกภาพแปรปรวนแบบคล้ายจิตเภท (schizotypal personality disorder)

2. กลุ่ม B (Cluster B) มีลักษณะเฉพาะ คือ มีการแสดงออกด้านอารมณ์อย่างเด่นชัด (dramatic, emotional, erratic) ผู้ป่วยมักใช้กลไกทางจิต(defense mechanism) แบบ denial, splitting, dissociation, acting out ในกลุ่มนี้ มีภาวะบุคลิกภาพแปรปรวน 3 ชนิด ได้แก่

- บุคลิกภาพแปรปรวนแบบละเมิดสังคม (antisocial personality disorder)
- บุคลิกภาพแปรปรวนแบบก้ำกึ่ง (borderline personality disorder)
- บุคลิกภาพแปรปรวนแบบเรียกร้องความสนใจ (histrionic personality disorder)
- บุคลิกภาพแปรปรวนแบบหลงตัวเอง (narcissistic personality disorder)

3. กลุ่ม C (Cluster C) มีลักษณะเฉพาะ คือ วิตกกังวลสูง (anxious, fearful) ผู้ป่วยมักใช้กลไกทางจิต (defense mechanism) แบบ isolation of affect, passive-aggressive, hypochondriasis ในกลุ่มนี้ มีภาวะบุคลิกภาพแปรปรวน 3 ชนิด ได้แก่

- บุคลิกภาพแปรปรวนแบบหลีกเลี่ยง (avoidant personality disorder)
- บุคลิกภาพแปรปรวนแบบพึ่งพา (dependent personality disorder)
- บุคลิกภาพแปรปรวนแบบย้ำคิดย้ำทำ (obsessive-compulsive personality disorder)

4. ภาวะบุคลิกภาพแปรปรวนชนิดอื่นๆ (other personality disorders) ได้แก่

- Personality change due to another medical condition
- Other specified personality disorder
- Unspecified personality disorder

ภาวะบุคลิกภาพแปรปรวนชนิดก้ำกึ่ง (Borderline Personality Disorder ; BPD)

เป็นความผิดปกติทางจิตชนิดหนึ่งในกลุ่มโรคบุคลิกภาพแปรปรวน(Personality Disorder) ในกลุ่มที่มีปัญหาด้านอารมณ์เป็นปัญหาหลัก(Cluster B) บุคลิกภาพชนิดนี้ มีลักษณะคุ้มดีคุ้มร้าย มีอาการปะปนกันในหลายๆกลุ่มอาการ ได้แก่ อารมณ์แปรปรวน อาการทางจิต สมัยก่อนจัดโรคนี้นับว่าเกี่ยวข้องกับ(border) ระหว่างอาการทางประสาท(neurosis) และอาการทางจิต(psychosis) ภาวะนี้มีอีกชื่อว่า pseudo-neurotic schizophrenia

ผู้ป่วยจะดูเหมือนกับอยู่ในสภาวะวิกฤต(state of crisis) ตลอดเวลา โดยสภาวะอารมณ์ที่ไม่มั่นคง (mood swing) นั้นเป็นอาการที่พบได้บ่อย กล่าวคือ ผู้ป่วยอาจหงุดหงิด/มีข้อถกเถียงชั่วขณะหนึ่ง (argumentative) จากนั้นอาจแสดงออกถึงอารมณ์เศร้า(depressed mood) ตามด้วยการกล่าวว่าไม่รู้สึกรอะไร/รู้สึกด้านชา(complain of having no feelings)

ผู้ป่วยยังมีความสับสนในภาพลักษณ์ของตัวเอง รู้สึกว่างเปล่าและโยยหาความรัก กลัวการถูกทอดทิ้ง (abandonment) อย่างมาก มีลักษณะวิตกกังวลหรือกลัวไปเสียทุกอย่าง(pan anxiety) มีความยากลำบากในการอยู่ด้วยตนเอง/ในการควบคุมอารมณ์/ในการประคับประคองความสัมพันธ์ให้คงที่ มักมีพฤติกรรมทำร้ายตัวเองซ้ำๆ เสียสัมพันธ์ภาพกับคนรอบข้างอย่างมาก นอกจากนี้ เมื่อผู้ป่วยตกอยู่ภายใต้สภาวะความตึงเครียดอย่างรุนแรง

ผู้ป่วยจะสูญเสียการควบคุมตนเอง จนอาจจะเปิดอารมณ์ ล้ำสอนทางเพศ ติดสารเสพติด กินจุ หรือมีพฤติกรรมเสี่ยง(เช่นขับรถเร็ว)ได้ และยังสามารถพบอาการทางจิตช่วงสั้นๆได้ (short-lived psychotic episodes, อาจเรียกว่า micropsychotic episodes) หรืออาการทำบางอย่างแบบไม่รู้ตัวเอง(dissociation) ไปเลยก็ได้

พฤติกรรมของผู้ป่วยกลุ่มนี้ มักคาดเดาได้ยาก พวกเขาจะมีเป้าหมายที่ไม่ค่อยตรงกับระดับความสามารถของพวกเขามากนัก เราสามารถมองเห็นความรู้สึกเจ็บปวดในชีวิตที่ผ่านมาของพวกเขา ผ่านรูปแบบการทำร้ายตัวเองซ้ำๆ บางรายกรีดแขน บางรายตั้งใจรับประทานยาเกินขนาด บางรายทุบตีจิกตัวเอง บางรายชกกำแพง(เพื่อให้ตัวเองเจ็บ เลือดออก เกิดแผล) เพื่อระบายอารมณ์โกรธ เนื่องจากไม่สามารถจัดการความรู้สึกเจ็บปวดในใจที่ท่วมท้นได้ หรืออาจทำเพื่อให้รู้สึกว่ายังมีตัวตนอยู่บนโลกใบนี้

เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้ มีทั้งความรู้สึกพึ่งพาและไม่เป็นมิตรในเวลาเดียวกัน (both dependent and hostile) จึงทำให้พวกเขามักมีความสัมพันธ์กับคนรอบตัวในลักษณะสับสนวุ่นวาย (tumultuous interpersonal relationship) โดยเขาสามารถทำตัวพึ่งพาบุคคลใกล้ชิด และเมื่อใดที่รู้สึกหงุดหงิด เขาจะแสดงอารมณ์โกรธอย่างมากต่อคนที่เขาสนิทด้วย และตีตัวออกห่างในทันที ผู้ป่วยกลุ่มนี้มักไม่สามารถทนการอยู่คนเดียวได้ เขาเลือกที่จะหากคนมาอยู่เป็นเพื่อน ถึงแม้ว่าคนๆนั้นจะไม่น่าพอใจแค่ไหนในมุมมองเขาก็ตาม เพื่อบรรเทาความรู้สึกเหงา แม้จะเป็นช่วงสั้นๆ พวกเขาที่ยินดีรับคนแปลกหน้าให้มาอยู่เป็นเพื่อน หรือบางคนอาจมีพฤติกรรมล้ำสอนทางเพศได้

เกณฑ์การวินิจฉัยภาวะบุคลิกภาพแปรปรวนแบบก้ำกึ่ง (BPD) ตามเกณฑ์ DSM-5 มีดังนี้

: มีอาการต่อไปนี้ ตั้งแต่ 5 ข้อขึ้นไป (ซึ่งแสดงถึง pervasive pattern ของ instability of affect, self-image, interpersonal relationship and marked impulsivity) โดยอาการเริ่มเกิดขึ้นในช่วงวัยรุ่นตอนปลายถึงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น

1. มีอารมณ์ไม่คงที่(Unstable emotion) ผันแปรไปตามสภาพแวดล้อมอย่างมาก โดยมักเปลี่ยนแปลงในเวลาไม่กี่ชั่วโมง
2. รู้สึกมาโดยตลอด ว่าตัวเองว่างเปล่า/ไม่มีตัวตน (Chronic feeling of emptiness)
3. มีพฤติกรรมทำร้ายตัวเองซ้ำๆ (Deliberated self-mutilation)

4. มีความสัมพันธ์กับผู้อื่นในลักษณะไม่มั่นคงและรุนแรง (Interpersonal conflict) โดยมีลักษณะสลับเปลี่ยนไปมาระหว่างการยกย่องเทิดทูนอย่างมาก (Idealization) กับการดูถูกไม่เห็นคุณค่าอย่างมาก (Devaluation)
5. มีความสับสนในภาพลักษณ์ (self-image) และอัตลักษณ์ของตนเองอย่างมาก (Identity confusion)
6. มีปัญหาในการควบคุมอารมณ์โกรธ หรือมีอารมณ์โกรธที่ไม่เหมาะสมและรุนแรง เช่น มีเรื่องทะเลาะวิวาทอยู่เรื่อยๆ
7. มีความพยายามอย่างยิ่งยวดที่จะหลีกเลี่ยงการถูกละทิ้ง (ไม่ว่าจะเป็นจริง หรือคิดไปเอง)
8. ควบคุมตนเองไม่ได้ในอย่างน้อย 2 ด้าน ซึ่งอาจก่อให้เกิดผลเสียต่อตัวเอง เช่น การใช้ง่าย เรื่องทางเพศ การติดสารเสพติด การขับรถเร็ว/อันตราย การกินจุ
9. มีความคิดหวาดระแวงมากเกินไป หรือมีอาการ dissociation ที่รุนแรง โดยอาการเป็นช่วงสั้นๆ และสัมพันธ์กับช่วงเวลาที่เกิดต้น/ตึงเครียด

นอกจากนี้ ยังมีการศึกษาทางชีวภาพ (biological studies) ซึ่งมีบทบาทช่วยในการวินิจฉัยได้ กล่าวคือ เมื่อนำผู้ป่วยไปทดสอบ sleep test จะพบระยะ REM latency period ที่สั้นลง และพบปัญหา sleep continuity disturbance, มีผลตรวจ Dexamethasone suppression test ที่ผิดปกติ รวมทั้งมีระดับ thyrotropin releasing hormone ผิดปกติ อย่างไรก็ตาม การเปลี่ยนแปลงและผลตรวจดังกล่าวข้างต้น สามารถพบได้ในผู้ป่วย depressive disorder บางรายได้เช่นเดียวกัน

กลไกทางจิต (defense mechanism) ที่ผู้ป่วยกลุ่มนี้ใช้บ่อย มี 2 ชนิด ชนิดแรก คือ projective identification (กล่าวขึ้นครั้งแรก โดย Otto Kernberg) โดยเริ่มจาก ผู้ป่วย project ด้านไม่ดีของตัวเองไปสู่ผู้อื่น และทำให้ผู้อื่นเล่นบทบาทนี้ด้วย จากนั้นทั้งสองคนก็เล่นบทบาทนี้ด้วยกัน ส่วนชนิดที่ 2 คือ splitting กล่าวคือ ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะไม่สามารถมองว่าบุคคลๆหนึ่งมีทั้งด้านดีและด้านไม่ดีได้ โดยผู้ป่วยจะมองบุคคลคนหนึ่งโดยแบ่งแยกด้านชัดเจน ว่ามีแค่ด้านดีกับด้านไม่ดี (All good – all bad) พวกเขาจะมองบุคคลที่ดีว่า เป็นคนที่หล่อเลี้ยงความผูกพัน เป็นคนในอุดมคติของตน ควรยกย่องให้ค่าเทิดทูน (Idealization) ส่วนคนไม่ดีเป็นคนน่าเกลียดชัง, โหดร้ายทารุณ ควรด้อยค่า (Devaluation) เนื่องจากกีดกันเขาออกจากความมั่นคง และคุกคามเขาด้วยการทอดทิ้งเมื่อเขาต้องการพึ่งพา ด้วยเหตุนี้จึงเปลี่ยนการให้ความจงรักภักดี หรือเปลี่ยนความสัมพันธ์ที่สนิทสนมแต่ต้นเขินอยู่บ่อยครั้ง เป็นเหตุให้สร้างความสัมพันธ์ที่แน่นแฟ้นยาวนานได้ยาก

ด้านระบาดวิทยา(epidemiology) ยังไม่พบมีการศึกษาเกี่ยวกับความชุกของภาวะนี้มาก่อน แต่คาดการณ์ว่า ความชุก(prevalence) ของภาวะนี้อยู่ที่ประมาณ 2 % ของประชากรทั่วไป โดยพบในเพศหญิงบ่อยกว่าเพศชาย ประมาณ 2 เท่า ในผู้ป่วยกลุ่มนี้ พบมีโรคทางจิตเวชอื่น ๆ รวม 1 โรค มากถึง 90 % และพบรวม 2 โรค อยู่ที่ ประมาณ 40 %

ด้านประวัติครอบครัว พบความชุก(prevalence) ของโรค major depressive disorder, antisocial personality disorder และ substance-related disorder (โดยเฉพาะ alcohol) มากขึ้นในครอบครัว

ด้านสาเหตุการเกิดโรค(etiology) พบว่าภาวะนี้ เกี่ยวข้องทั้งกับด้าน biological (โดยอาจพบ evidence of brain damage จาก perinatal brain injury, head injury หรือ โรคทางสมองอื่นๆ) และด้าน psychosocial เช่น มีประวัติ overinvolvement, abandonment, physical or sexual abuse เป็นต้น

ผู้ป่วยกลุ่มนี้สามารถสร้างความหนักใจให้แพทย์ผู้รักษา ดังนั้น ในกระบวนการบำบัดรักษา มักต้องอาศัย การใส่ใจมากเป็นพิเศษ โดยการรักษาที่ถือเป็น treatment of choice คือการทำจิตบำบัด (psychotherapy) ซึ่งนับเป็นสิ่งที่ยากทั้งสำหรับตัวผู้ป่วยและผู้บำบัด เนื่องจากผู้ป่วยจะเกิดภาวะถดถอย(Regression)ได้ง่าย, acting out impulsivity ง่าย, แสดงออกถึงอารมณ์ที่ขึ้นลงได้มาก(extraordinary), เกิด transference อยู่ตลอดเวลา(ทั้ง positive และ negative) ซึ่งยากสำหรับผู้บำบัด แต่ในอีกแง่ก็ถือเป็นสิ่งที่ทำลายความสามารถ ที่ผู้ป่วยใช้กลไกทางจิต(Defense mechanism)ชนิด splitting จะทำให้ผู้บำบัด กลายเป็น “alternately love and hate therapist” และการที่ผู้ป่วยใช้กลไกทางจิตชนิด projective identification นั้น สามารถทำให้ผู้ บำบัดเกิดปัญหา counter-transference ต่อผู้ป่วยได้บ่อยครั้ง ผู้บำบัดพึงระวังสิ่งเหล่านี้ที่อาจเกิดในกระบวนการ บำบัด โดยควรแสดงออกอย่างเป็นกลาง(act neutrally) ต่อผู้ป่วย กล่าวโดยสรุป พบว่า reality-oriented approach นั้นมีประสิทธิภาพในการรักษาดีกว่า depth interpretation of unconscious

การบำบัดรักษา ภาวะ BPD

: ผลการรักษาจะดีที่สุดเมื่อผู้ป่วยได้รับการทำจิตบำบัด ควบคู่ไปกับการทานยา

สำหรับการบำบัดชนิดต่างๆที่มีหลักฐานทางวิชาการ ว่าสามารถช่วยปรับปรุงแก้ไขปัญหาด้านต่างๆของภาวะ BPD สามารถแบ่งได้ดังนี้

1. ปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล(interpersonal conflict) : สามารถปรับได้ด้วย social skill training
2. ปัญหาการควบคุมแรงขับภายในที่ไม่เหมาะสม(poor impulsive control) และการระเบิดอารมณ์โกรธ (anger outburst) : พบว่า การบำบัดโดยใช้พฤติกรรมบำบัด(behavioral therapy) นั้นสามารถช่วยได้
หมายเหตุ พบว่า behavioral therapy ยังสามารถช่วยลดความไว(sensitivity)ต่อความรู้สึกถูกปฏิเสธ(rejection) หรือความรู้สึกถูกวิพากษ์วิจารณ์(criticism)ได้อีกด้วย
3. ปัญหาพฤติกรรมการทำร้ายตัวเองซ้ำๆ (recurrent self-mutilation) : สามารถใช้ Dialectical behavioral therapy (DBT) ช่วยปรับได้
4. ในกรณีมีอาการรุนแรงมาก หรือความเสี่ยงสูง : สามารถบำบัดในโรงพยาบาลได้ (Intensive psychotherapy)

Dialectical Behavioral Therapy (DBT)

เป็นการบำบัดรักษาทางจิตสังคม(psychosocial treatment) เริ่มแรกถูกตั้งทฤษฎีขึ้นมาโดย Marsha Linehan, Ph.D. เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วย BPD ที่มี chronic self-injurious behavior โดยมีแนวคิดที่ว่า ผู้ป่วยได้พยายามกระทำการที่ดีที่สุดเท่าที่จะทำได้ เพื่อรับมือกับสถานการณ์เฉพาะหน้าต่างๆนั้นแล้ว แต่ขาดทักษะ(Skills)ในการจัดการกับความรู้สึกผิดหวัง/ความรู้สึกถูกปฏิเสธได้ รวมทั้งขาดทักษะ(Skills)ในการ identify emotional experience

หลายปีต่อมา ได้มีการนำ DBT ไปใช้บำบัดรักษาภาวะทางจิตเวชอื่นๆเพิ่มมากขึ้น เช่น พฤติกรรมก้าวร้าว พฤติกรรมการติดสารเสพติด โดยมีผู้นำ DBT ไปผสมผสานกับรูปแบบการทำ psychotherapy ชนิด supportive, cognitive และ behavioral therapy เข้าด้วยกัน นอกจากนี้ ยังประยุกต์เนื้อหาบางส่วนจากมุมมองของ Franz Alexander ในประเด็น corrective emotional experience รวมทั้งหลักปรัชญาของโลกตะวันออก เช่น นิิกาย Zen เข้าไว้ด้วย และใช้มาจนถึงปัจจุบัน

ปัจจุบัน การบำบัดรักษาแบบ DBT ได้รับการยอมรับว่ามีประสิทธิภาพในการช่วยเหลือผู้ป่วย BPD นิยมใช้อย่างแพร่หลายในประเทศสหรัฐอเมริกา และในหลายประเทศทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทย

DBT เป็นเครื่องมือ(Tools) ในการบำบัด ที่มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยเกิดทักษะ(Skills) เพื่อให้แก้ไขปัญหาดังกล่าวทั้ง 4 ด้านดังนี้

1. ปัญหาการควบคุมจัดการอารมณ์ได้ไม่เหมาะสม (Difficulty regulation emotion)
2. ปัญหาการทนต่อความรู้สึกถูกปฏิเสธ/ถูกวิพากษ์วิจารณ์ไม่ได้ (Incapacity of managing distress)
3. ปัญหาการไม่สามารถควบคุมความคิดและการจดจ่อได้ดี (Inability to control thought & attention)
4. ปัญหาการขาดทักษะสื่อสารทางสังคม (Unable to communicate effectively)

ปัญหาทั้ง 4 ด้านข้างต้น นำไปสู่ 4 ทักษะ ตามลำดับ ดังนี้

1. ทักษะการควบคุมจัดการอารมณ์(Emotional regulation skills)
2. ทักษะการทนต่อความรู้สึกทุกขใจ (Distress tolerance skills)
3. ทักษะการใช้สติ (Mindfulness skills)
4. ทักษะประสิทธิภาพทางสังคม (Interpersonal skills)

หมายเหตุ - Distress tolerance และ Mindfulness skills : จัดอยู่ในกลุ่ม Acceptance skills

- Emotional regulation และ Interpersonal effectiveness : จัดอยู่ในกลุ่ม Change skills



จากรูปแบบดังกล่าว ผู้บำบัดจะเป็นผู้ระบุว่า ปัญหาของผู้รับการบำบัดนั้น เกิดจากการขาดทักษะในด้านใด และช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสามารถพัฒนาทักษะในด้านนั้นให้ดีขึ้นได้ ผ่านเทคนิคต่างๆ ได้แก่ advice, use of metaphor, storytelling, confrontation เป็นต้น ทั้งนี้ ผู้ป่วยจะได้รับการบำบัดอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอทุก 1 ถึง 4 สัปดาห์ โดยมีเป้าหมายหลักเพื่อลดพฤติกรรมการทำร้ายตัวเอง(self-destructive behavior) ท้ายที่สุด ผู้ป่วยจะเกิดความรู้อย่างที่ตนเองมีคุณค่ามากขึ้นและมีความสุขในการใช้ชีวิตมากขึ้น(Live is worth living)

ด้านการให้ยาเพื่อช่วยบรรเทาอาการ สามารถแบ่งได้ดังนี้

1. Antipsychotics : มี role ในการควบคุมลด anger, hostility และ brief psychotic episodes ได้
2. Antidepressants : โดยเฉพาะ serotonergic agent เช่น fluoxetine(Prozac) ได้รับการพิสูจน์ยืนยันว่า ช่วยลด depressed mood ได้
3. Benzodiazepines : โดยเฉพาะ alprazolam (Xanax) ช่วยลด anxiety และ depressed mood ได้ แต่มีข้อควรระวังติดตาม เนื่องจากในบางราย ยากลุ่มนี้ยังทำให้เกิด Disinhibition มากขึ้น
4. Anti-epileptic drugs : โดยเฉพาะ carbamazepine (Tegetrol) อาจช่วย improve global function ได้

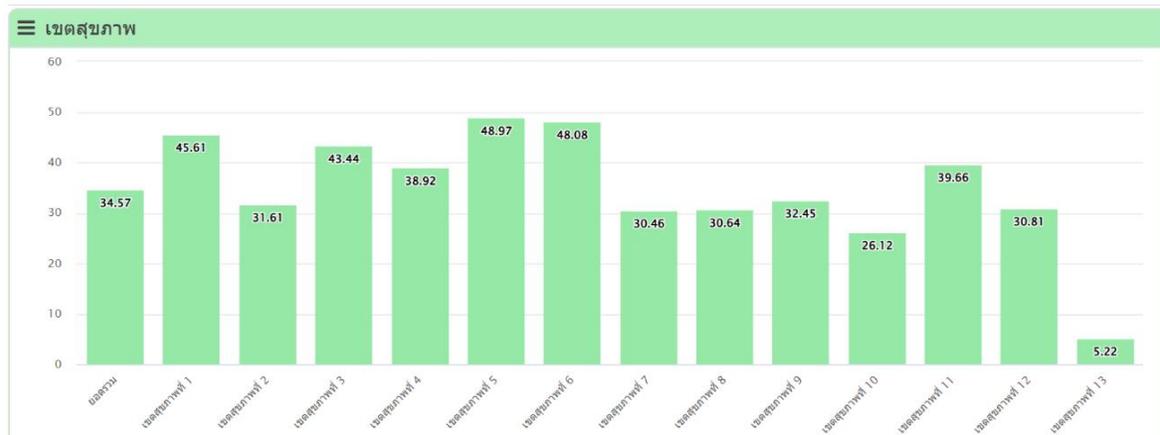
การดำเนินโรค (Course) และพยากรณ์โรค (Prognosis) ของโรคนี้ พบว่ามัก stable โดยมีมักพบอาการเปลี่ยนแปลงไม่มากนัก นอกจากนี้ จากการศึกษาระยะยาว(Longitudinal studies) ไม่พบว่า มีการพัฒนา กลายเป็นโรคจิตเภท(schizophrenia) แต่พบอุบัติการณ์(incidence) ของโรคซึมเศร้ารุนแรง(major depressive disorder) สูงขึ้น

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

สรุปสาระสำคัญ

Non-suicidal self-injury(NSSI) อาจเรียกว่า Deliberative self-harm หรือ recurrent self-mutilation นั้นเป็นคำกว้างๆ หมายถึง ผู้ป่วยมีพฤติกรรมทำร้ายตัวเองโดยปราศจากเจตนามุ่งหมายให้ตนเองถึงแก่ชีวิต(no intention to die) ซ้ำๆ กล่าวคือ มีจำนวนครั้งของพฤติกรรมดังกล่าวที่กระทำมาในชีวิตตั้งแต่ ๑๐ ครั้งขึ้นไป ร่วมกับมีอย่างน้อย ๑ ครั้ง ที่กระทำมาในรอบปีล่าสุด ซึ่งถึงแม้ NSSI จะเป็นอาการแสดงที่สำคัญอันหนึ่ง(Cardinal signs) ซึ่งชี้ถึงภาวะบุคลิกภาพแปรปรวนชนิดก้ำกึ่ง (Borderline Personality Disorder ; BPD แต่ในทางปฏิบัตินั้น ยังสามารถพบพฤติกรรม NSSI นี้ได้ในโรคทางจิตเวชอีกหลายโรค เช่น Bipolar disorder,

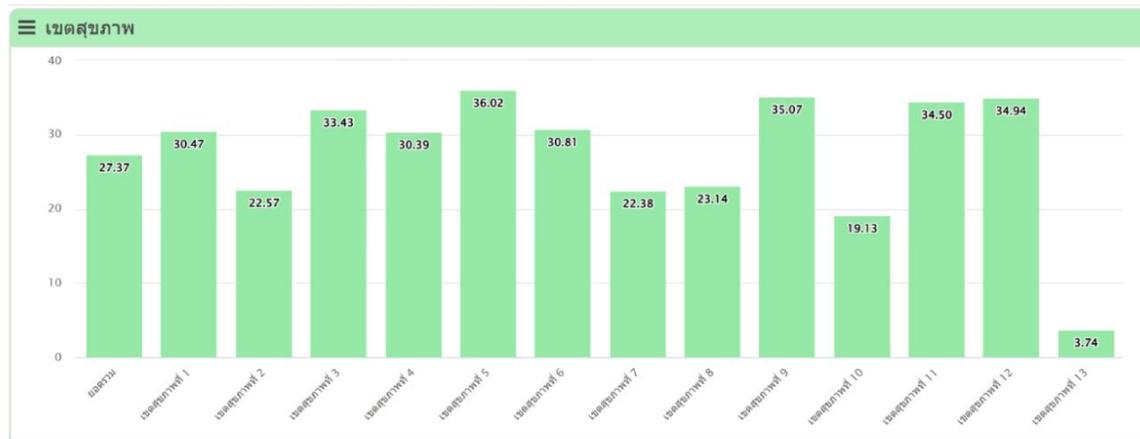
ร้อยละของผู้ทำรายตนเองเข้าถึงบริการ 15 ปีขึ้นไป ปีงบประมาณ 2564



ร้อยละของผู้ทำรายตนเองเข้าถึงบริการ 15 ปีขึ้นไป ปีงบประมาณ 2565



ร้อยละของผู้ทำรายตนเองเข้าถึงบริการ 15 ปีขึ้นไป ปีงบประมาณ 2566



หมายเหตุ : อ้างอิงจากคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข, ฐานข้อมูล HDC BigDATA

Post-traumatic stress disorder(PTSD), Social anxiety disorder, Substance use disorder(โดยเฉพาะ alcohol), Depressive disorder และ Eating disorder เป็นต้น

ความสำคัญของภาวะนี้ คือ หากผู้ป่วยไม่ได้รับการประเมินอย่างละเอียดถี่ถ้วน จะทำให้ผู้รักษาเกิดความเข้าใจคลาดเคลื่อน ว่าพฤติกรรม NSSI นั้นเป็น Suicidal attempt ซึ่งมีแนวทางการบำบัดรักษาที่แตกต่างกันอย่างสิ้นเชิง เป็นเหตุให้ผู้ป่วยได้รับความล่าช้าในการรักษาอย่างเหมาะสม ต้องทนทุกข์ทรมานและรับผลกระทบจากพฤติกรรมนี้ของตนยาวนานกว่าที่ควรจะเป็น รวมทั้งบุคคลใกล้ชิดของผู้ป่วยที่ย่อมได้รับผลกระทบตามไปด้วยไม่มากนักน้อยอย่างแน่นอน

จากสถิติแผนภูมิแห่งชาติ แสดงข้อมูลร้อยละของผู้ทำร้ายตนเองอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป ที่เข้ารับบริการ ณ สถานบริการของรัฐ ในประเทศไทย แบ่งตามเขตสุขภาพทั้งหมด ๑๓ เขต ข้อมูลย้อนหลัง ๓ ปีล่าสุด (พ.ศ. ๒๕๖๔ ถึง พ.ศ. ๒๕๖๖) จะเห็นว่า เขตสุขภาพที่ ๕ มีอัตราการทำร้ายตัวเองสูงเป็นลำดับที่ ๑ มาตลอดทุกปี สอดคล้องกับหลังจากที่ผู้เขียนเข้ามาดูแลรักษาผู้ป่วย ณ โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า จังหวัดสมุทรสงคราม ซึ่งพบว่า มีผู้ป่วยจิตเวชมาเข้ารับบริการด้วยปัญหาพฤติกรรม NSSI อย่างต่อเนื่อง (โดยเฉพาะที่ แผนกฉุกเฉิน) หลายครั้งนำมาสู่การรับผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยใน(Admission) ทั้งนี้สาเหตุที่พบบ่อยคือ มีอารมณ์เครียดเป็นหลักชั่วโมง ถึงไม่เกิน ๑ ถึง ๒ วัน จากนั้นทานยาปริมาณเกินกว่าขนาดที่ใช้ในการรักษาโรค ซึ่งยาที่พบบ่อยได้แก่ ยาแก้ปวด acetaminophen (paracetamol), ยาแก้แพ้ กลุ่ม anti-histamines เช่น chlorpheniramine(cpm), ยานอนหลับกลุ่ม benzodiazepine เช่น lorazepam, diazepam เป็นต้น เมื่อได้รับจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล มักจะใช้รูปแบบวิธีการเดิมในการแก้ปัญหา เมื่อพบกับความเครียดครั้งใหม่เป็นเหตุให้ต้องนอนโรงพยาบาลซ้ำๆ วนเป็นวงจรแบบนี้เรื่อยไป

ผู้เขียนเล็งเห็นว่า การรักษาเช่นนี้เป็นการรักษาที่ปลายเหตุ เป็นเหตุให้สิ้นเปลืองทรัพยากรของโรงพยาบาลมากเกินความจำเป็น และเห็นว่ายังไม่มีแนวทางการดูแลจัดการปัญหานี้อย่างชัดเจน จึงมีความสนใจเข้ามาทำการศึกษาขึ้นนี้ เพื่อพัฒนาให้เกิดความก้าวหน้าในการดูแลร่วมกันของทีมจิตเวชของโรงพยาบาล

ผู้เขียนได้นำองค์ความรู้ทางจิตเวช เข้ามาใช้ในการดูแลบำบัดรักษาผู้ป่วย เริ่มจากการจำแนกพฤติกรรม NSSI ออกจาก Suicidal attempt, การให้การวินิจฉัยภาวะ BPD, การให้การรักษาอย่างฉุกเฉินเร่งด่วนด้วยการทำ Crisis intervention ในวันแรกที่ทำกรักษา รวมทั้งให้การบำบัดรักษาอย่างยั่งยืน ด้วยการปรับ coping behavior ให้ adaptive มากยิ่งขึ้น โดยการทำ intervention ที่เรียกว่า Dialectical Behavioral Therapy(DBT) โดยมุ่งไปที่ emotion regulation (การควบคุมจัดการอารมณ์อย่างเหมาะสม) ซึ่งมีเป้าหมายหลังการบำบัด ผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมการทำร้ายตนเองที่ลดลง

ขั้นตอนการดำเนินงาน

๑. เก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยด้วยโรคทางจิตเวชทุกราย ที่เข้านิยามของ NSSI ที่มาเข้ารับบริการ ที่โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า จ.สมุทรสงคราม ในห้วงเวลา ๑ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๕ ถึง ๑๕ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๖๖
๒. ให้การรักษาแบบจิตบำบัด ชนิด Dialectical Behavioral Therapy(DBT) แก่ผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าว โดยทำงานร่วมกับนักจิตวิทยาคลินิก การบำบัดจะเป็นการนัดผู้ป่วยมาอย่างต่อเนื่อง อย่างน้อยเดือนละ ๑ ครั้ง ต่อเนื่องเป็นระยะเวลาอย่างน้อย ๓ เดือน ทั้งนี้ เนื้อหาการบำบัดจะเน้นการปรับความคิดและพฤติกรรม เพื่อเป้าหมายฝึกทักษะการควบคุมอารมณ์และการจัดการอารมณ์ด้านลบของตัวผู้ป่วย (Emotional regulation) เป็นหลัก
๓. ตรวจสอบติดตามจำนวนพฤติกรรมการทำร้ายตัวเอง(NSSI) ของผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าว

เป้าหมายของงาน

๑. เพื่อติดตามจำนวนครั้งของพฤติกรรมการทำร้ายตัวเอง ของผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ NSSI หลังเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า จ.สมุทรสงคราม ในห้วงเวลา ๑ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๕ ถึง ๑๕ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๖๖
ตัวชี้วัด : ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ NSSI ที่ได้รับการติดตามจำนวนครั้งของพฤติกรรม NSSI หลังการเข้ารับการทำจิตบำบัด ไปแล้ว 3 เดือน กระทำพฤติกรรม NSSI ลดลง เป้าหมายร้อยละ ๗๐ ของผู้ป่วยที่ติดตาม
๒. เพื่อสร้างแนวทางสำหรับดูแลผู้ป่วยที่มาด้วยปัญหาพฤติกรรม NSSI ซึ่งเข้ารับการรักษา ณ โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า จ.สมุทรสงคราม

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

ตารางที่ ๑ แสดง Demographic data ของผู้ป่วย

Case No.	Age	Diagnosis โรคทางจิตเวช	Type of NSSI	Childhood Abuse Hx, ประสบการณ์สะเทือนใจในวัยเด็ก
๑	๒๙	BPD, MDD	กรีด	บิดามารดาแยกทาง ยายเลี้ยง+ไม่ค่อยได้สั่งสอน
๒	๒๖	BPD, MDD	กรีด	มารดาทุบตี
๓	๒๐	Agoraphobia	Overdose (cpm)	มารดาทุบตี
๔	๑๙	MDD, Dysthymia	กรีด, Overdose (cpm, diazepam)	มารดาทุบตีและต่อว่ารุนแรง
๕	๑๘	MDD	กรีด, ชกกำแพง	ป้าต่อว่ารุนแรง
๖	๑๘	Panic disorder	กรีด	ป้าใช้คำพูดรุนแรง
๗	๑๘	BPD, Panic disorder	กรีด, จิก, Overdose (Paracet.)	บิดา-มารดา ทุบตีกันบ่อยครั้ง
๘	๑๗	MDD	กรีด, Overdose (Paracet.)	ไม่มีคนคอยสอน, ตัวคนเดียว
๙	๑๖	Panic disorder	กรีด, ทุบตีตัวเอง	มารดาทุบตี
๑๐	๒๔	Bipolar disorder	กรีด	พี่สาวเป็นโรค Bipolar disorder

๑๑	๑๗	BPD, MDD, Dysthymia	กรี๊ด, ทูบตี, Overdose (Lorazepam)	รู้สึกมารดารักแต่น้อง รู้สึกอิจฉาน้อง
๑๒	๒๐	MDD, Dysthymia	กรี๊ด	บิดาใช้คำพูดรุนแรง
๑๓	๑๘	BPD, Dysthymia	กรี๊ด, Overdose (Paracet.)	รู้สึกว่าบิดารักพี่มากกว่า รู้สึกอิจฉาพี่ รู้สึกไร้ตัวตนในบ้าน
๑๔	๑๘	MDD	กรี๊ด, Overdose (Paracet.)	บิดาใช้คำพูดรุนแรง

หมายเหตุ ผู้เข้าร่วมวิจัยทั้งหมด เป็นเพศหญิง

จากตารางที่ ๑ พบว่า ได้ผู้เข้าร่วมการวิจัยจำนวนทั้งสิ้น ๑๔ คน

- เป็นเพศหญิงทั้งหมด มีอายุตั้งแต่ ๑๖ - ๒๙ ปี (พบความชุกมาก ในช่วงอายุ ๑๖ - ๒๐ ปี)

- โรคที่มักพบบ่อย ในผู้ที่มีพฤติกรรม NSSI ได้แก่ BPD, Depressive disorder(MDD, Dysthymia), รองลงมา ได้แก่ Anxiety disorder(Panic disorder, Agoraphobia) จะเห็นได้ว่า เป็นกลุ่มโรคทางอารมณ์ทั้งหมด

- ชนิดของพฤติกรรมทำร้ายตนเอง ที่พบบ่อยที่สุด คือ การกรี๊ด(Cutting) รองลงมาคือการทานยาเกินขนาด(Drug overdose) โดยยาที่พบบ่อย คือยาแก้ปวด paracetamol, ยาแก้แพ้ chlorpheniramine(cpm) และยากลุ่ม คลายกังวล-ช่วยนอนหลับ (benzodiazepine ได้แก่ lorazepam, diazepam เป็นต้น)

- ประวัติการเลี้ยงดูในวัยเด็กที่เกี่ยวข้อง ที่พบบ่อย ได้แก่ ถูกต่อว่า/ใช้คำพูดสะเทือนใจ(Childhood verbal abuse) , มารดาทุบตี(Childhood physical abuse) อื่นๆได้แก่ เห็นบิดา-มารดาทุบตีกัน(Childhood emotional abuse), บิดา-มารดาแยกทางกัน(Broken family), มีความรู้สึกอิจฉาพี่น้อง(Sibling rivalry), ขาดคน ชื่นนำสั่งสอน, รู้สึกว่างเปล่า/ไร้ตัวตนในครอบครัว, มีบุคคลในครอบครัวมีโรคทางจิตเวช(โดยเฉพาะโรคทางอารมณ์)

ตารางที่ ๒ แสดงจำนวนผู้ป่วยและร้อยละ ของการหยุดพฤติกรรม NSSI ได้ต่อเนื่องอย่างน้อย 3 เดือน หลังเข้ารับการรักษา

ประเด็น	ช่วงระยะเวลาประเมิน
	กรกฎาคม ๒๕๖๕ ถึง มิถุนายน ๒๕๖๖
จำนวนของผู้ป่วยที่หยุดพฤติกรรม NSSI ได้ต่อเนื่องอย่างน้อย ๓ เดือน หลังเข้ารับการรักษา	๑๒
ร้อยละของผู้ป่วยที่หยุดพฤติกรรม NSSI ได้ต่อเนื่องอย่างน้อย ๓ เดือน หลังเข้ารับการรักษา	๘๕

๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

๑. ได้ทราบถึงโรคที่มักพบบ่อย ในผู้ที่มีพฤติกรรม NSSI ได้แก่ BPD, Depressive disorder(MDD, Dysthymia), รองลงมาได้แก่ Anxiety disorder(Panic disorder, Agoraphobia) จะเห็นได้ว่า เป็นกลุ่มโรคทางอารมณ์ทั้งหมด

๒. ได้แนวทางที่ชัดเจนสำหรับดูแลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรม NSSI ที่เข้ารับการรักษา ณ โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า จ.สมุทรสงคราม กล่าวคือ หากผู้ป่วยมาด้วยอาการที่เข้าได้กับนิยาม NSSI ผู้ป่วยควรได้รับการบำบัดเพื่อปรับ emotional regulation อย่างสม่ำเสมอต่อเนื่อง นานอย่างน้อย 3 เดือน ทุกราย โดยทำกับนักจิตวิทยาคลินิก ร่วมกับพบจิตแพทย์ เพื่อประเมินหาวินิจฉัยโรค และให้ยาช่วยบรรเทาอาการที่เหมาะสม

๓. เพิ่มโอกาสในการลดจำนวนผู้ป่วยที่มาแผนกฉุกเฉินและ/หรือจำเป็นต้องให้การดูแลแบบผู้ป่วยใน ด้วยปัญหาพฤติกรรมการทำร้ายตนเองซ้ำๆ/ทานยาเกินขนาดจนเกิดปัญหาทางกาย ซึ่งท้ายที่สุดสามารถลดการใช้ทรัพยากรและค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลลงได้

๔. นำผลที่ได้ไปใช้ประโยชน์ในการให้ความมั่นใจต่อการเข้ารับการรักษาด้วยปัญหาพฤติกรรม NSSI แก่ผู้ป่วย รวมถึงผู้ปกครอง/ญาติของผู้ป่วย ที่มาเข้ารับการรักษาที่แผนกจิตเวช ของโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า จ.สมุทรสงคราม โดยการให้ข้อมูลเชิงสถิติถึงจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง และผลลัพธ์ของการรักษา

๕. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและญาติดีขึ้น เนื่องจากไม่ต้องคอยหยุดเรียน/หยุดงาน เพื่อต้องมาเข้ารับการรักษาตัวแบบผู้ป่วยใน, ญาติไม่ต้องคอยเฝ้าผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด รวมทั้งผู้ป่วยลดการเกิดแผลที่ทำร้ายตัวเองอีกด้วย

๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

การสัมภาษณ์ให้ได้ข้อมูลได้ในเชิงลึกและครบถ้วนทุกมิติ จำเป็นต้องอาศัยความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างแพทย์ - ผู้ป่วย - ครอบครัว/ญาติใกล้ชิด โดยการสัมภาษณ์ให้ได้ประวัติที่ครบถ้วนและมีคุณภาพ จำเป็นต้องอาศัยบรรยากาศแวดล้อมที่ดี ซึ่งผู้วิจัยตระหนักถึงข้อจำกัดนี้ จึงได้พยายามจัดสิ่งแวดล้อมให้มีสงบ มีความเป็นส่วนตัว เพื่อให้เกิดความสะดวกและสบายใจต่อผู้ป่วยและครอบครัว ในการให้สัมภาษณ์มากที่สุด

๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

การรวบรวมข้อมูลผู้ป่วย จากฐานข้อมูลของระบบคอมพิวเตอร์ โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า จ.สมุทรสงคราม ซึ่งอ้างอิงการบันทึกวินิจฉัยทางจิตเวชตามระบบ ICD - ๑๐ นั้นพบว่า ต้องค้นหารหัสวินิจฉัย ทั้งจากภาวะ BPD (F๖๐.๓) และ Self-harm(X๖๐-X๘๔) จึงจะได้ข้อมูลผู้ป่วยครบทุกราย

๙. ข้อเสนอแนะ

- การดูแลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรม NSSI นอกจากการให้การรักษาที่ตัวผู้ป่วยแล้ว ยังจำเป็นต้องอาศัยความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องจากบุคคลใกล้ชิด ที่สำคัญคือคนในครอบครัวของผู้ป่วย ที่จะร่วมกันช่วยเหลือดูแลเสริมสร้างให้กำลังใจ เพื่อช่วยเป็นเกราะป้องกัน(Protective factor) ทางจิตใจ ให้แก่ผู้ป่วย ซึ่งจะสามารถช่วยลดพฤติกรรม NSSI ได้อีกทางหนึ่งอย่างแน่นอน

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน

- เผยแพร่ใน website ของโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า โดยสามารถสืบค้นได้จาก “สมเด็จพระเจ้าวิชากร” [www.http://203.157.95.67](http://203.157.95.67)

๑๑. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

นายแพทย์สรณ์สิริ วัฒนเรืองชัย

สัดส่วนผลงาน ๑๐๐ %