

3-1-2012

Psychotropic medications and psychotherapies in current clinical psychiatric practice

S. Suppakitiporn

Follow this and additional works at: <https://digital.car.chula.ac.th/clmjournal>



Part of the [Medicine and Health Sciences Commons](#)

Recommended Citation

Suppakitiporn, S. (2012) "Psychotropic medications and psychotherapies in current clinical psychiatric practice," *Chulalongkorn Medical Journal*: Vol. 56: Iss. 2, Article 2.

Available at: <https://digital.car.chula.ac.th/clmjournal/vol56/iss2/2>

This Special Article is brought to you for free and open access by the Chulalongkorn Journal Online (CUJO) at Chula Digital Collections. It has been accepted for inclusion in Chulalongkorn Medical Journal by an authorized editor of Chula Digital Collections. For more information, please contact ChulaDC@car.chula.ac.th.

การรักษาด้วยยาและจิตบำบัดในจิตเวชปฏิบัติยุคปัจจุบัน

ศิริลักษณ์ ศุภปีติพร*

Suppavitiporn S. Psychotropic medications and psychotherapies in current clinical psychiatric practice. Chula Med J 2012 Mar - Apr; 56(2): 135 - 46

According to the development of treatment and prevention of mental disorders in the past 10 - 20 years, several new psychotropic drugs in four categories of antipsychotics, antidepressants, mood stabilizers and anxiolytics have been introduced for the treatment and found to improve efficacy and response to treatment. Regarding psychotherapies, there are many forms and techniques that have been developed and successfully applied to treatment such as psychodynamic psychotherapy, interpersonal psychotherapy, interpersonal and social rhythm therapy, satir model and cognitive-behavioral therapy. For some mental disorders, dual treatment combines the unique advantages of each therapeutic modality. Clinicians should consider treatment decision in the context of individual patients, type and stage of illness, treatment efficacy and options, and others that for the balance of benefit, acceptability and cost. Early intervention for mental disorders and also prevention can be beneficial for mental health and quality of life of the population.

Keywords : Psychotropic medication, psychotherapy, clinical practice.

Reprint request :Suppavitiporn S. Department of Psychiatry, Faculty of Medicine,
Chulalongkorn University, Bangkok 10330, Thailand.

Received for publication. October 15, 2011.

**ศิริลักษณ์ ศุภปีติพร. การรักษาด้วยยาและจิตบำบัดในจิตเวชปฏิบัติยุคปัจจุบัน.
จุฬาลงกรณ์เวชสาร 2555 มี.ค. - เม.ย.; 56(2): 135 - 46**

การรักษาและป้องกันโรคทางจิตเวชมีพัฒนาการอย่างมากในระยะ 10 - 20 ปี ที่ผ่านมา ในแง่การรักษาด้วยยา กลุ่มยาทางจิตเวชซึ่งได้แก่ กลุ่มยารักษาโรคจิต กลุ่มยาต้านเศร้า กลุ่มยาปรับสมดุลอารมณ์ และยากลายวิตกกังวล มีการพัฒนายาใหม่หลายชนิดซึ่งช่วยเพิ่มประสิทธิภาพและตอบสนองต่อการรักษา ในแง่ของจิตบำบัดหรือการดูแลทางจิตสังคม มีการประยุกต์ให้เหมาะกับยุคสมัย และมีการพัฒนารูปแบบต่าง ๆ ที่หลากหลาย เช่น จิตบำบัดไดนามิก จิตบำบัดสัมพันธ์สภาพระหว่างบุคคล จิตบำบัดสัมพันธ์สภาพระหว่างบุคคล และกิจวัตรประจำวัน จิตบำบัดแนวซาเทียน์ การบำบัดความคิดและพฤติกรรม เป็นต้น อย่างไรก็ตามการพิจารณารูปแบบการรักษาต้องคำนึงถึงปัจจัยทั้งจากผู้ป่วย ชนิดและระยะโรค ผลของวิธีการรักษาและอื่น ๆ ทั้งนี้เพื่อความสมดุลของข้อดี การยอมรับร่วมมือ และค่าใช้จ่าย การรักษาช่วยเหลือผู้มีความปกติทางจิตเวชตั้งแต่ระยะเริ่มแรก รวมถึงการป้องกันจะช่วยให้สุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตของประชากรดีขึ้น

คำสำคัญ : ยารักษาโรคจิตเวช, จิตบำบัด, เวชปฏิบัติ.

วิธีการรักษาโรคทางจิตเวช มีการพัฒนาไปตามยุคสมัย จากความก้าวหน้าทางพันธุศาสตร์ชีวเคมีและสรีรวิทยาของระบบประสาทส่วนกลาง เช่น บทบาทสื่อสารประสาทชนิดต่าง ๆ รวมถึง glycogen synthase kinase (GSK-3 β), brain-derived neurotrophic factor (BDNF) ในสาเหตุของโรคจิตเวช⁽¹⁻⁵⁾ เป็นต้น ทำให้มีการพัฒนาการรักษาโดยเฉพาะอย่างยิ่งยาใหม่มากมายหลายชนิดในระยะ 10 - 20 ปีที่ผ่านมา และมีการนำมาใช้ซึ่งให้ผลการรักษาที่ดี ผลข้างเคียงน้อย โดยมีการศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผล รวมถึงการเสนอแนวทางปฏิบัติในการรักษาสำหรับโรคต่าง ๆ⁽⁶⁻¹²⁾ ในขณะเดียวกันการรักษาทางจิตสังคม ก็ยังคงมีความสำคัญ เนื่องจากปัญหาทางจิตของมนุษย์ไม่ใช่เกิดจากปัจจัยทางชีวภาพเพียงอย่างเดียว แต่มีปัจจัยทางจิตวิทยาและสังคม เช่น ปัญหาการปรับตัวต่อการสูญเสีย ความผิดหวังเหตุการณ์ความเครียดหรือกระทบกระเทือนใจ ปัญหาบุคลิกภาพ ความสัมพันธ์กับผู้อื่น รวมถึงพยาธิสภาพทางจิตต่าง ๆ ซึ่งในปัจจุบันการทำจิตบำบัดหรือดูแลทางจิตสังคม ก็มีให้เลือกหลายวิธี ซึ่งมีการประยุกต์ให้เหมาะกับสภาวะการณ์ และมีการพัฒนารูปแบบต่าง ๆ ที่หลากหลาย รวมถึงจำเพาะกับปัญหาหรือความผิดปกติบางอย่าง ดังนั้นการเข้าใจปัจจัยทั้งชีวจิตสังคมในการวินิจฉัย จำแนกโรค การดูแลรักษา และป้องกันการป่วย จึงมีความสำคัญมาก⁽¹³⁻¹⁴⁾ บทความนี้จะกล่าวถึงประเด็นตัวอย่างความก้าวหน้าของกลุ่มยาจิตเวช และจิตบำบัดที่นิยมในยุคปัจจุบัน ซึ่งแสดงให้เห็นว่า โรคทางจิตเวชสามารถรักษาให้หายหรือดีขึ้นได้ โดยมีหลักในการรักษาและการผสมผสานวิธีการต่าง ๆ ซึ่งมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้เพื่อให้ผู้อ่านเห็นภาพรวมของการพัฒนาและความก้าวหน้าของการรักษาทางจิตเวช และมีความสนใจในการศึกษารายละเอียดแต่ละชนิดต่อไป

ในแง่ของยาทางจิตเวชมีคุณสมบัติในการรักษาโรคจิตเวชกลุ่มต่าง ๆ โดยแต่ละชนิดมีกลไกออกฤทธิ์ที่สำคัญเกี่ยวข้องกับสารสื่อประสาท และการทำงานของระบบประสาทในส่วนต่าง ๆ ตัวอย่างกลุ่มยาและชนิดยา

ที่มีการใช้ในปัจจุบัน มีดังนี้

กลุ่มยารักษาโรคจิต^(3-4,15-16) แบ่งเป็นกลุ่มใหญ่ ๆ ได้แก่

- Conventional D₂ antagonist (first-generation) เช่น chlorpromazine, flupentixol, fluphenazine, haloperidol, perphenazine, pimozide, thioridazine, thiothixene เป็นต้น
- atypical 5HT_{2A} / D₂ antagonist (second-generation) เช่น risperidone, clozapine, quetiapine, aripiprazole, ziprasidone, paliperidone

- D₂ partial agonist

และในขนาดต่ำใกล้เคียงจะมียาขนานใหม่อีกหลายตัวที่มากขึ้นทะเบียนยาในประเทศไทย เช่น asenapine, sertindole, bifeprunox นอกจากนี้ยังมีการพัฒนายาที่มีกลไกออกฤทธิ์ต่าง ๆ อีกมาก เช่น glycine agonist, glycine transporter (Gly T1) inhibitor, neurotensin antagonist เป็นต้น

ประสิทธิภาพของยาด้านโรคจิตแต่ละชนิดไม่แตกต่างกัน อย่างไรก็ตามการพิจารณาเลือกชนิดของยาที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย อาจต้องคำนึงถึงปัจจัยต่าง ๆ รวมด้วย แนวทางแสดงดังตารางที่ 1⁽⁹⁾

กลุ่มยาด้านเศร้า^(4, 6, 11, 17) มีกลไกการออกฤทธิ์ต่อสารสื่อประสาทชนิดต่าง ๆ ได้แก่

- Selective Serotonin Reuptake Inhibitor (SSRI) เช่น fluoxetine, sertraline, paroxetine, fluvoxamine, escitalopram
- Serotonin Norepinephrine Reuptake Inhibitor (SNRI) เช่น venlafaxine, desvenlafaxine, duloxetine, minalcipran
- Norepinephrine and Dopamine Reuptake Inhibitor (NDRI) เช่น bupropion, atomoxetine
- Selective Norepinephrine Reuptake Inhibitor (NRI) เช่น reboxetine
- Alpha 2 Antagonist as Serotonin and

ตารางที่ 1. Factors influencing Antipsychotic Selection.

Factor	Consider
Subjective response	A dysphoric reaction to a particular drug predicts poor compliance with that drug
Poor medication compliance or high risk of relapse	Long-acting, injectable antipsychotics (haloperidol, fluphenazine, risperidone consta, olanzipine)
Pregnancy	Probably fluphenazine, paliperidone injections (most data supporting its safety)
Cognitive symptoms	SDA
Negative symptoms	SDA
Treatment refractory	Clozapine
Side effects	
EPS sensitivity	Clozapine, quetiapine, iloperidone
Tardive dyskinesia	Clozapine, quetiapine, and other SDAs
Weight gain	Ziprasidone, aripiprazole, haloperidol, fluphenazine, asenapine
Prolactin elevation	SDA other than risperidone, low potency conventional antipsychotics
Sedation	High potency conventional antipsychotics, aripiprazole
Metabolic Complications	
Diabetes	Ziprasidone, aripiprazole, haloperidol, fluphenazine, asenapine, iloperidone
Dyslipidemia	High potency antipsychotics, geodon, aripiprazole, asenapine, iloperidone

EPS, extrapyramidal side effect ; SDA, serotonin-dopamine antagonist.

Norepinephrine Disinhibitor (SNDI) หรือ Noradrenergic and Specific Serotonergic Antidepressant (NaSSA) เช่น mirtazapine - Monoamine Oxidase Inhibitor (MAOI) เช่น phenelzine, moclobemide - Melatonergic MT_1 / MT_2 receptors agonist and serotonin -2c receptor antagonist เช่น agomelatine - tricyclic and tetracyclic เช่น amitriptyline, clomipamine, doxepin, imipramine desipramine, nortriptyline, amoxapine, maprotiline เป็นต้น แนวทางการรักษาโรคซึมเศร้ารุนแรงซึ่งเสนอโดย CANMAT⁽⁶⁾ (Canadian Psychiatric Association and the Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments) ได้แนะนำการพิจารณาลำดับการใช้ยาต้านเศร้า แสดงดังตารางที่ 2 และการปรับหรือเสริมยากรณีผู้ป่วยไม่ตอบสนองหรือตอบสนองไม่ดีต่อการรักษา แสดงดังตารางที่ 3

ตารางที่ 2. Summary information for antidepressants.

Antidepressant [brand name(s)]	Mechanism	Dose range
First-line recommendations		
• Agomelatine [Valdoxan]	MT1 and MT2 agonist; 5-HT2 antagonist	25 – 50 mg
• Bupropion [Wellbutrin]	NDRI	150 – 300 mg
• Desvenlafaxine [Pristiq]	SNRI	50 – 100 mg
• Duloxetine [Cymbalta]	SNRI	60 – 120 mg
• Escitalopram [Lexapro]	ASRI	10 – 20 mg
• Fluoxetine [Prozac]	SSRI	20 – 80 mg
• Fluvoxamine [Faverin]	SSRI	100 – 300 mg
• Mianserin [Tolvon]	α 2-adrenergic agonist; 5-HT2 antagonist	60 – 120 mg
• Milnacipran [Ixel]	SNRI	100 – 200 mg
• Mirtazapine [Remeron]	α 2-adrenergic agonist; 5-HT2 antagonist	30 – 60 mg
• Moclobemide [Aurorix]	Reversible inhibitor of MAO-A	300 – 600 mg
• Paroxetine [Seroxat]	SSRI	20 – 60 mg
• Reboxetine [Edronax]	Noradrenaline reuptake Inhibitor	8 – 12 mg
• Sertraline [Zoloft]	SSRI	50 – 200 mg
• Tianeptine [Stablon]	Serotonin reuptake enhancer	25 – 50 mg
• Venlafaxine [Effexor]	SNRI	75 – 375 mg
Second-line recommendations		
• Amitriptyline, clomipramine and others	TCA	Various
• Quetiapine [Seroquel]	Atypical antipsychotic	150 – 300 mg
• Selegiline transdermal [Emsam]	Irreversible MAO-Binhibitor	6 – 12 mg daily transdermal
• Trazodone [Desirel]	Serotonin reuptake inhibitor; 5-HT2 antagonist	150 – 300 mg
Third-line recommendations		
• Phenelzine [Nardil]	Irreversible MAO inhibitors	45 – 90 mg
• Tranylcypromine [Parnate]		30 – 60 mg

ตารางที่ 3. Recommendations for non-response and incomplete response to an initial antidepressant.

• First-line	• Switch to an agent with evidence for superiority	• Duloxetine • Escitalopram • Milnacipran • Mirtazapine • Sertraline • Venlafaxine
	• Add-on another agent	• Aripiprazole • Lithium • Olanzapine • Risperidone
• Second-line	• Add-on another agent	• Bupropion • Mirtazapine/mianserin • Quetiapine • Triiodothyronine • Other antidepressant
	• Switch to an agent with evidence for superiority, but with side effect limitations	• Amitriptyline • Clomipramine • MAO Inhibitors
• Third-line	• Add-on another agent	• Buspirone • Modafinil • Stimulants • Ziprasidone

กลุ่มยาปรับสมดุลอารมณ์ ได้แก่

- Lithium
- Anticonvulsants เช่น Carbamazepine, valproate, lamotrigine
- Atypical antipsychotics เช่น aripiprazole, quetiapine, olanzapine, risperidone ziprasidone, clozapine เป็นต้น

กลุ่มยาคลายกังวลและยาที่มีฤทธิ์นอนหลับ

(sedative - hypnotic drugs) แบ่งเป็นกลุ่มใหญ่ ๆ ได้แก่

- benzodiazepine ซึ่งมีทั้งชนิดออกฤทธิ์ระยะสั้น ระยะกลาง ระยะยาว เช่น triazolam,

flurazepam, clonazepam, alprazolam, chlordiazepoxide, clorazepate, lorazepam, diazepam เป็นต้น

- benzodiazepine receptor agonist เช่น zolpidem, zaleplon

- melatonin

- melatonin receptor agonist เช่น ramelteon

- ยาอื่น ๆ ที่มีฤทธิ์ช่วยการนอนร่วมด้วย เช่น

ยาด้านเศร้าบางชนิด

นอกจากนี้ยังมียาทางจิตเวชในกลุ่มต่าง ๆ สำหรับรักษาโรคและควบคุมบรรเทาอาการอีกหลายชนิด ซึ่งได้รับ

การพัฒนาและมีรายงานข้อมูลการศึกษาเชิงประจักษ์ อย่างไรก็ตามในการพิจารณาเลือกใช้ยา ต้องใช้วิจารณญาณและคำนึงถึงปัจจัยต่าง ๆ ของผู้ป่วย โรคและยา ทั้งนี้เพื่อประโยชน์ของการรักษาและความคุ้มค่า

การรักษาทางจิตบำบัด (psychotherapy)^(4,18 - 19) เป็นวิธีการรักษาเพื่อแก้ไขปัญหาหรือความผิดปกติทางจิตใจโดยใช้วิธีสื่อสารทางวาจาหรือพูดคุยร่วมกับการสื่อความหมายทางกาย เช่น สีหน้า ท่าทาง ฯลฯ และสัมพันธ์ภาพในการรักษาระหว่างผู้ให้การรักษาและผู้รับการรักษา เพื่อให้เกิดการเข้าใจตนเอง มีการเปลี่ยนแปลงอารมณ์ จิตใจ ความคิด และพฤติกรรม ยังผลให้ลดอาการ ปัญหา หรือพยาธิสภาพของจิตใจของผู้ป่วย จิตบำบัดมีบทบาทมานานในวงการแพทย์ ตั้งแต่สมัยฮิปโปเครติส แต่รูปแบบการรักษาวิธีจิตบำบัดในปัจจุบันได้เริ่มต้นพัฒนามาตั้งแต่ต้นคริสต์ทศวรรษที่ 19 โดยการนำของซิกมันด์ ฟรอยด์ หลังจากนั้นได้มีนักวิทยาศาสตร์ จิตแพทย์ นักจิตวิทยาอีกหลายท่านที่ทำการศึกษารวบรวมเรื่องจิตและพฤติกรรมของมนุษย์

จิตบำบัดมีมากมายหลายทฤษฎีและหลายวิธีการแบ่งชนิดของจิตบำบัดอาจแบ่งได้หลายแบบ^(4,18 - 20) ได้แก่

- แบ่งตามจำนวนหรือลักษณะผู้รับการรักษา เช่น จิตบำบัดรายบุคคล (individual psychotherapy) การบำบัดคู่ (couple therapy) จิตบำบัดครอบครัว (family therapy) การบำบัดกลุ่ม (group therapy) เป็นต้น
- แบ่งตามระยะเวลาที่ทำจิตบำบัด เช่น จิตบำบัดสั้น ๆ (brief psychotherapy) จิตบำบัดระยะสั้น (short-term psychotherapy) จิตบำบัดระยะยาว (long-term psychotherapy) จิตบำบัดจำกัดเวลา (time-limited psychotherapy)
- แบ่งตามแนวคิดหรือทฤษฎีหลักที่ใช้เป็นหลักในการรักษา เช่น จิตวิเคราะห์ (psychoanalysis) จิตบำบัดเชิงจิตวิเคราะห์ (psychoanalytic psychotherapy) หรือจิตบำบัดไดนามิก (psychodynamic psychotherapy) หรือ expressive psychotherapy) จิตบำบัดการนึกคิด (cognitive therapy) พฤติกรรมบำบัด (behavioral therapy) การบำบัดความคิดและพฤติกรรม (cognitive-

behavioral therapy) และอื่น ๆ

- แบ่งตามจุดมุ่งหมายการรักษา เช่น จิตบำบัดแบบประคับประคอง (supportive psychotherapy) จิตบำบัดแบบหยั่งรู้ (insight-oriented psychotherapy)
- เรียกตามชื่อเจ้าของทฤษฎีหรือแนวทางการรักษา เช่น Gestalt therapy จิตบำบัดแนว ซาเทียร์ (Satir model) เป็นต้น

จิตบำบัดที่เป็นที่ยอมรับและนิยมมีจำนวนมาก ในที่นี้จะขอกล่าวชนิดที่ใช้บ่อยในปัจจุบันเป็นตัวอย่างพอสังเขป ได้แก่

จิตบำบัดไดนามิกแบบหยั่งรู้ (insight-oriented psychotherapy หรือ expressive psychotherapy) เป็นการรักษาที่ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจและตระหนักถึงสาเหตุที่มาของปัญหา โดยให้ความสำคัญและเชื่อมโยงเหตุการณ์หรือประสบการณ์ในอดีต ที่ก่อให้เกิดพฤติกรรม ซึ่งเกี่ยวข้องกับความขัดแย้งในจิตใจ กลไกป้องกันทางจิต การถ้อยอาการทางจิตใจทำให้เกิดการสูญเสียความสมดุลทางจิตใจ หรือพยาธิสภาพทางจิต โดยใช้เทคนิควิธีการรักษา ได้แก่ การทำให้เรื่องราวกระจ่าง (clarification) การแปลตีความหมาย (interpretation) การเผชิญความจริง (confrontation) เป็นต้น

จิตบำบัดประคับประคอง (supportive psychotherapy) เป็นการรักษาที่ช่วยลดอาการทางจิตใจของผู้ป่วยให้กลับคืนมาหรือมีการทำงานของจิตใจที่มีประสิทธิภาพขึ้น สามารถอยู่ในโลกแห่งความเป็นจริง รู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง การทำงานของอวัยวะ และทักษะการปรับตัวดีขึ้น โดยไม่ได้เน้นหรือสนใจการเชื่อมโยงเรื่องในอดีต แต่เป็นการประคับประคองทางจิตใจ ซึ่งอาจเป็นการรักษาระยะสั้นหรือระยะยาว โดยอาศัยเทคนิคต่างๆ ได้แก่ การให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึก การให้กำลังใจ ให้ความมั่นใจ การแนะนำ แสดงความคิดเห็น ข้อเสนอแนะ หรือการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อม เป็นต้น ข้อบ่งใช้สำหรับ พิจารณาชนิดของจิตบำบัด expressive หรือ supportive แสดงดังตาราง 4^(4, 20)

ตารางที่ 4. Indications for expressive or supportive emphasis in psychotherapy.

Insight – oriented (Expressive)	Supportive
Strong motivation in understand	Significant ego defects of a chronic nature
Significant suffering	Severe life crisis
Ability to regress in the service of the ego	Low anxiety tolerance
Tolerance for frustration	Poor frustration tolerance
Capacity for insight (psychological mindedness)	Lack of psychological mindedness
Intact reality testing	Poor reality testing
Meaningful object relations	Severely impaired object relations
Good impulse control	Poor impulse control
Ability to sustain a job	Low intelligence
Capacity to think in terms of analogy and metaphor	Little capacity for self observation
Reflective responses to trial interpretations	Organically based cognitive dysfunction
	Tenuous ability to form a therapeutic alliance

จิตบำบัดสัมพันธ์ภาวะระหว่างบุคคล (interpersonal psychotherapy)^(21 - 22) เป็นจิตบำบัดระยะสั้นที่มุ่งเน้นการแก้ไขประเด็นปัญหาสำคัญในปัจจุบันเกี่ยวกับปัญหาสัมพันธ์ภาวะระหว่างบุคคลที่เกี่ยวข้องกับอาการของโรคจิตเวช โดยเฉพาะอย่างยิ่งในโรคซึมเศร้าที่เกี่ยวข้องกับการสูญเสีย การช่วยให้บุคคลนั้นเข้าใจประสบการณ์การสูญเสียและผ่านพ้นอารมณ์เศร้าได้ สามารถถ่ายทอดประสบการณ์แก่บุคคลใกล้ชิด ช่วยให้ได้รับแหล่งประคับประคองทางสังคมเพิ่มขึ้น จะทำให้อาการของโรคดีขึ้น

Interpersonal and Social Rhythm Therapy (IPSRT)^(23 - 24) ดัดแปลงมาจากจิตบำบัดสัมพันธ์ภาวะระหว่างบุคคล โดยเพิ่มองค์ประกอบที่สำคัญเข้าไปอีก 1 ประเด็น คือ การดำเนินชีวิตของผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับ circadian (social) rhythms ซึ่งมีเป้าหมายเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีกิจวัตรประจำวันที่เหมาะสมช่วยแก้ไขและส่งเสริมบทบาททางสังคม และช่วยลดความยุ่งยากในการปฏิสัมพันธ์ เป็นจิตบำบัดรูปแบบหนึ่งที่ได้รับการนิยามสำหรับการรักษาโรคไบโพลาร์

พฤติกรรมบำบัด เป็นการรักษาโดยอิงทฤษฎีที่ว่าอาการทางจิตเป็นผลของการเรียนรู้ทางพฤติกรรม (learned behavior) และสามารถแก้ไขได้โดยการเรียนรู้ใหม่ ซึ่งในการบำบัดจะมีเทคนิคที่ใช้มากมายขึ้นกับเป้าหมายของการรักษา เช่น เทคนิคที่ใช้กรณีลดพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับความกังวล ได้แก่ relaxation training, systematic desensitization, exposure and response prevention เป็นต้น

จิตบำบัดความคิด (Cognitive Therapy) เป็นการรักษาที่ช่วยลดอาการทางจิตใจของผู้ป่วยซึ่งเป็นผลมาจากความคิดที่คลาดเคลื่อน (cognitive error) โดยอาศัยการเฝ้าสังเกต ประเมินและปรับเปลี่ยนรูปแบบความคิดอัตโนมัติที่ผิดพลาดหรือบิดเบือนของผู้ป่วย เพื่อช่วยให้มีรูปแบบความคิดในการมองเรื่องราวต่าง ๆ ตลอดจนการตัดสินใจที่ถูกต้อง เหมาะสม

จิตบำบัดแนวซาเทียน⁽²⁵⁻²⁶⁾ มีการเผยแพร่เข้ามาในประเทศไทย และแพร่หลายค่อนข้างรวดเร็ว เป็นการบำบัดที่เน้นการเปลี่ยนแปลงและเติบโตพัฒนาภายในตัวตนของเรา โดยอาศัยการมีประสบการณ์ในตนเอง จัด

การและเปลี่ยนแปลงระดับต่าง ๆ ของจิตใจ ซึ่งเป้าหมายรวมสำหรับผู้รับการรักษาทุกราย คือ รู้สึกมีคุณค่ามากขึ้น ตัดสินใจได้เองด้วยทางเลือกที่มองเห็นหลาย ๆ ทาง มีความรับผิดชอบต่อจิตใจตนเอง และมีความสอดคล้องกลมกลืน จิตใจอยู่ในภาวะสมดุล รู้สึกสงบ ส่วนเป้าหมายเฉพาะบุคคลนั้น อาจแตกต่างกันไปและอยู่ใน iceberg หรืออยู่ภายในจิตใจระดับ ต่าง ๆ การบำบัดนี้ทำได้ทั้งรายบุคคลและครอบครัว

จิตบำบัดครอบครัว (Family Therapy)⁽²⁷⁾ เป็นการบำบัดที่รวมบุคคลที่มีความผูกพันกันในฐานะครอบครัวเข้ามาร่วมด้วย เพื่อช่วยให้ครอบครัวปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างเหมาะสม สมาชิกแต่ละคนเติบโตไปได้อย่างกลมกลืน ปรับตัวกับปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ และใช้ศักยภาพที่มีอยู่ได้อย่างสูงสุด

Family-Focused Therapy (FFT)^(24,28) เป็นการบำบัดรายบุคคลที่ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วม โดยมีเป้าหมายเพื่อขัดขวางการมีปฏิสัมพันธ์เชิงลบระหว่างผู้ช่วยกับครอบครัว ซึ่งจะลดภาวะเครียดของผู้ป่วย โดยพัฒนาการทำหน้าที่ของครอบครัวในการดูแลรักษาผู้ป่วยให้ดียิ่งขึ้นด้วยการใช้เทคนิคต่าง ๆ ได้แก่ การสื่อสาร การฝึกการแก้ปัญหา การให้ความรู้ การชักจูงการปฏิบัติเมื่อเกิดการกลับเป็นซ้ำ

นอกจากนี้ยังมีการบำบัดสำหรับโรคบางอย่าง โดยเฉพาะ เช่น ในผู้ป่วยที่ได้รับการกระทบ กระเทือนจิตใจอย่างรุนแรง ซึ่งอาจเกิดจากการถูกทำร้ายทางร่างกาย ทางเพศ ถูกทอดทิ้งหรือกรณีประสบภัยพิบัติต่าง ๆ มีเทคนิคการรักษาที่ทำให้จิตใจผู้ป่วยมั่นคงขึ้น (stabilization techniques for psychotraumitized patients)⁽²⁹⁾ จิตบำบัดแบบ EMDR (eye movement desensitization reprocessing)^(29 - 31) ซึ่งใช้วิธีต่าง ๆ เช่น psychodynamic, imaginal exposure, cognitive therapy, interpersonal, experiential, physiological, somatic therapy และ bilateral stimulation เป็นต้น

การเลือกใช้จิตบำบัดขึ้นกับโรคและผู้ป่วยแต่ละรายว่ามีปัญหาหรือลักษณะทางคลินิกเป็นอย่างไร เช่น

จิตบำบัดที่นิยมใช้ในการรักษาโรคซึมเศร้า^(4, 32) ได้แก่ จิตบำบัดความคิด จิตบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล จิตบำบัดไดนามิก จิตบำบัดประคับประคอง เป็นต้น ส่วนชนิดที่นิยมในโรคไบโพลาร์^(23 - 24, 28, 32) ได้แก่ การบำบัดความคิด FFT และ IPSRT เช่น หากผู้ป่วยมีความคิด ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคคลาดเคลื่อน น่าจะเลือกใช้การบำบัดความคิดหากผู้ป่วยมีปัญหาเกี่ยวกับสมาชิกในครอบครัว น่าจะเหมาะต่อการใช้ FFT หากผู้ป่วยเข้าใจและยอมรับการป่วยร่วมกับมีครอบครัวที่อบอุ่นไม่ขัดแย้ง แต่มีการดำเนินชีวิตไม่เหมาะสม การทำ IPSRT น่าจะเป็นประโยชน์ต่อผลการรักษา เป็นต้น

จะเห็นว่าจิตบำบัดมีมากมายหลายวิธีและมีการพัฒนา แต่ละวิธีมีประโยชน์อย่างยิ่งในการเข้าใจถึงการทำงานของจิตใจ ทุกแนวคิดช่วยให้เห็นมุมมองด้านต่าง ๆ ของจิตใจดีขึ้น ในบางกรณีทฤษฎีบางเรื่องสามารถอธิบายปัญหาหรือปรากฏการณ์บางอย่างได้มากกว่า การมีความรู้และทักษะในการทำจิตบำบัดหลายอย่างย่อมเหมือนกับมีเครื่องมือมากขึ้นในการใช้แก้ปัญหาที่เหมาะสมในผู้ป่วยแต่ละรายเพื่อให้ผลการรักษาดีและมีประสิทธิภาพ

จากความก้าวหน้าทางการแพทย์ ซึ่งทำให้ความเข้าใจปัจจัยทางชีวภาพและจิตสังคมในโรคจิตเวชชนิดต่าง ๆ มีมากขึ้น ปัจจุบันการใช้อารมณ์ร่วมกับจิตบำบัดจึงเป็นที่แพร่หลาย ซึ่งเรียกว่า combined therapy หรือบางคนเรียกว่า pharmacotherapy oriented psychotherapy และจัดเป็นมาตรฐานในการรักษา โดยเฉพาะอย่างยิ่งในโรคจิตเวชรุนแรง เช่น โรคจิตเภท โรคอารมณ์ผิดปกติ โรคซึมเศร้า เป็นต้น^(4,33 - 37) ซึ่งข้อดีของการใช้ร่วมกันคือ เพิ่มความร่วมมือในการกินยาและติดตามอาการ ลดจำนวนครั้งและระยะเวลาของการอยู่โรงพยาบาล ลดความเสี่ยงของการกลับเป็นซ้ำ และช่วยให้การทำงานหรือเข้าสังคมดีขึ้น ซึ่งยาในปัจจุบันจะช่วยควบคุมอาการ ลดความรุนแรงของโรค ได้ค่อนข้างเร็ว ตั้งแต่เริ่มให้ ส่วนจิตบำบัดจะช่วยให้อาการดีขึ้นต่อเนื่องในระยะยาว อย่างไรก็ตามการพิจารณาวิธีการรักษาที่เหมาะสมซึ่งต้องคำนึง

ถึงชนิดของโรคระยะของโรค ลักษณะการดำเนินโรค โรค
รวม ปัจจัยทางชีวจิตสังคม รวมถึงการให้ความรู้เรื่องโรค
และอาการของผู้ป่วยเป็นสิ่งที่มีความสำคัญต่อความร่วมมือ
มือ และการตอบสนองต่อการรักษาซึ่งส่งผลต่อคุณภาพ
ชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว

สรุป

ความก้าวหน้าของการรักษาทางจิตเวช มีทั้ง
ด้านชีวภาพและจิตสังคม ในแง่ของการรักษาด้วยยา มี
การพัฒนายาใหม่หลายชนิดในกลุ่มยาต้านโรคจิต ยา
ต้านเศร้า ยาปรับสมดุลอารมณ์ ยาคลายกังวลและยาที่
มีฤทธิ์นอนหลับ ในแง่ของการรักษาทางจิตบำบัด มีการ
พัฒนาทฤษฎีและรูปแบบต่าง ๆ ที่หลากหลายรวมถึง
ประยุกต์ให้เหมาะกับยุคสมัย จากความก้าวหน้าในการ
รักษาทางจิตบำบัดหรือจิตสังคม ร่วมกับวิวัฒนาการ
ของยาดังกล่าว ทำให้การรักษาทางจิตเวชในปัจจุบันมี
ประสิทธิภาพสูงขึ้น

อ้างอิง

- Berger M, Honig G, Wade J, Tecott LH. Monoamine neurotransmitters. In : Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P, eds. Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. 9th ed. Philadelphia : Lippincott William & Wilkins, 2009 : 65-76
- Coyle JT. Amino acid neurotransmitters. In : Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P, eds. Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. 9th ed. Philadelphia : Lippincott William & Wilkins, 2009 :76 - 84
- Moldon SO, Daly MJ. Population genetics and genetic epidemiology in psychiatry. In Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P, eds. Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. 9th ed. Philadelphia : Lippincott William & Wilkins, 2009 : 295 - 304
- Sadock BJ, Sadock VA, eds. Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry. 10th ed. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins, 2007.
- Jope RS. Glycogen synthase kinase -3 in the etiology and treatment of mood disorder. Front Mol Neurosci 2011 ; 4 : 16. doi : 10.3389/fnmol/2011.00016
- Lam RW, Kennedy SH, Grigoriadis S, McIntyre RS, Milev R, Ramsabhu R, Parikh SV, Patten SB, Ravindran AV. Canadian network for mood and Anxiety Treatments (CANMAT) clinical guidelines for the management of major depressive disorder in adults. III Pharmacotherapy. J Aff Disord 2009 Oct ; 117 Suppl1: S26 - 43
- Yatham LN, Kennedy SH, Schaffer A, Parikh SV, Beaulieu S, O'Donovan C, MacQueen G, McIntyre RS, Shawma V, Ravindran A, et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) and International Society for Bipolar Disorder (ISBD) collaborative update of CANMAT guidelines for the management of patients with bipolar disorder : update 2009. Bipolar Disord 2009 May;11(3): 225 - 55
- Malhi GS, Adams D, Lampe L, Paton M, O'Connor N, Newton LA, Walter G, Taylor A, Porter R, Mulder RT, et al. Clinical practice recommendations for bipolar disorder. Acta Psychiatr Scand 2009 May;119 (Suppl 439): 27- 46
- Sadock BJ, Sadock VA, Sussman N, eds. Pocket Handbook of Psychiatric Drug Treatment. 5th ed. Philadelphia : Lippincott Williams &

- Wilkins, 2011.
10. Cipriani A, Barbui C, Salanti G, Rendell J, Brown R, Stockton S, Purgato M, Spineli LM, Goodwin GM, Geddes JR. Comparative efficacy and acceptability of antimanic drugs in acute mania: a multiple – treatments meta-analysis. *Lancet* 2011 Aug 16;doi:10.1016/S0140-6736(11)60873-8
 11. Cipriani A, Furukawa RA, Salanti G, Geddes JR, Higgins JP, Churchill R, Watanabe N, Nakagawa A, Omori IM, McGuire H, et al. Comparative efficacy and acceptability of 12 new-generation antidepressants: a multiple-treatment meta-analysis. *Lancet* 2009 Feb; 373(9665):746-58
 12. Gentile S. Clinical usefulness of second-generation antipsychotics in treating children and adolescents diagnosed with bipolar or schizophrenic disorders. *Paediatr Drugs* 2011 Oct; 13(5): 291- 302
 13. Muller – Spahn F. Individualized preventive psychiatry : syndrome and vulnerability diagnostics. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2008 Nov; 258 Suppl 5 :92 - 7
 14. Bhui K, Dinos S. Preventive psychiatry: a paradigm to improve population mental health and well-being. *Br J Psychiatry* 2011 Jun;198(6) : 417 - 9
 15. Stahl SM. Stahl's Neuroscience and Mental Health Pocketbook Series : Antipsychotics. California: NEI press, 2008
 16. พิเชฐ อุดมรัตน์, สรยุทธ วาสิกนนานนท์. จิตเวชศาสตร์ของยารักษาโรคจิต : ยานานใหม่ : ใน พิเชฐ อุดมรัตน์ สรยุทธ วาสิกนนานนท์, บรรณาธิการ. ตำราโรคจิตเภท. สงขลา : ชานเมืองการพิมพ์, 2552: 211-37
 17. Stahl SM. Stahl's illustrated antidepressants. Cambridge : Cambridge University Press, 2009
 18. Karasu TB, Karsasu SR. Psychoanalysis and psychoanalytic psychotherapy. In : Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P, eds. Kaplan & Sadock's comprehensive Textbook of Psychiatry. 9th ed. Philadelphia : Lippincott William & Wilkins, 2009 : 2746 - 75
 19. จันทิมา องค์โสมสิต. จิตบำบัดในการปฏิบัติงานจิตเวชทั่วไป. กรุงเทพมหานคร : ยูเนี่ยน ศรีเอชเอ็น, 2545
 20. Gabbard GO. Psychodynamic Psychotherapy in Clinical Practice. 3rd ed. Washington DC: American Psychiatric Press, 2000 : 108
 21. Klerman GL, Weissman MM, Rounsaville BJ, Chevron ES. Interpersonal psychotherapy of Depression. New York : Basic Books, 1984
 22. พีรพันธ์ ลีอนุญธวัชชัย. อารมณ์เศร้าใต้อาการการสูญเสียและจิตบำบัดสัมพันธ์ภาวะระหว่างบุคคล. หลักการและแนวทางการดูแล. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2550 ม.ค. - มี.ค.; 52(1): 29 - 45
 23. Frank E, Swartz HA. Interpersonal and Social Rhythm Therapy. In : Johnson SL, Leahy RL, eds. Psychological Treatment of Bipolar Disorder. New York. Guilford: 2004: 162-83
 24. วรลักษณ์ ธีราโมกษ์ ธวัชชัย ลีพิพานาจ. จิตบำบัดใน Bipolar Disorder. ใน : ธวัชชัย ลีพิพานาจ สรยุทธ วาสิกนนานนท์, บรรณาธิการ. ตำราโรคจิตเภท. กรุงเทพมหานคร : ปิยะพันธ์ เอ็นเทอร์ไพร์. 2549 : 257 - 62
 25. Satir V, Gomori M, Banomen J, Gerber JS. The Satir Model : Family Therapy and Beyond. Palo Alto, CA : Science and Behavior Book,

- 1991.
26. นงพงา ลิ้มสุวรรณ, นวรัตน์ ปิยะวัฒน์กุล, สุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล. Satir Model. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2550 ม.ค. - มี.ค.; 52(1) : 1- 6
 27. อุมาพร ตรังคสมบัติ. จิตบำบัดและการให้คำปรึกษาครอบครัว. ใน : วินัดดา ปิยะศิลป์ พนม เกตุมาน, บรรณาธิการ. ตำราจิตเวชเด็กและวัยรุ่น. กรุงเทพมหานคร : ปิยอนต์ เอ็นเทอร์ไพรซ์. 2545: 339 - 406
 28. Mikowitz O, Goldstein MJ. Bipolar disorder : A family-Focused Treatment Approach. New York : Guilford, 1997.
 29. สุชาติ พหลภาคย์, บรรณาธิการ. เทคนิคในการทำให้จิตใจของผู้ป่วยที่เคยได้รับความกระทบกระเทือนทางด้านจิตใจมั่นคงขึ้น (Stabilization Techniques for Psychotraumatized Patients). ขอนแก่น : คลังนนวนิทยา, 2553
 30. van der Kolk BA. The assessment and treatment of complex PTSD. In : Yehuda R, ed. Traumatic Stress. Washington DC : American Psychiatric Press 2001 ; 14 - 5
 31. Parnell L. A Therapist's Guide to EMDR : Tools and Techniques for Successful Treatment. New York : W.W. Norton, 2007
 32. MacQuaid JR. Mood disorder : Psychotherapy. In : Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P, eds. Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. 9th ed. Philadelphia : Lippincott William & Wilkins, 2009 : 1813 - 21
 33. Shramm E, van Calker D, Dykieriek P, Lieb K, Kech S, Zobel I, Leonhart R, Berger M. An intensive treatment program of interpersonal psychotherapy plus pharmacotherapy for depressed inpatients : acute and long-term results. Am J Psychiatry 2007 May; 164: 768 - 77
 34. Thase ME, Greenhouse JB, Frank E, Reynolds CF 3rd, Pilkonis PA, Hurley K, Grochocinski V, Kupfer DJ. Treatment of major depression with psychotherapy or psychotherapy-pharmacotherapy combination. Arch Gen Psychiatry 1997 Nov; 54 (11):1009 - 15
 35. Hollon SD, Jarrett RB, Nierenberg AA, Thase ME, Trivedi M, Rush AJ. Psychotherapy and medication in the treatment of adult and geriatric depression : which monotherapy or combined treatment ? J Clin Psychiatry 2005 Apr ; 66(4) : 455 - 68
 36. Fava GA, Tomba E. New modalities of assessment and treatment planning in depression : the sequential approach. CNS Drugs 2010 Jun; 24(6) : 453 - 65
 37. Gelenberg AJ, Freeman MP, Markowitz JC, Rosenbaum JF, Thase ME, Trivedi MH, Van Rhoads RS. Practice Guideline for the Treatment of Patients with Major Depressive Disorder. 3rd ed. Arlington, VA : American Psychiatric Association, 2010