

แนวทางการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม สำหรับผู้ป่วยโรคบุคลิกภาพผิดปกติชนิดกำกึ่ง

อิสริย์ บุญยิ่งสถิตย์¹

Received: 10 กันยายน 2562

Revised: 20 พฤศจิกายน 2562

Accepted: 23 พฤศจิกายน 2562

บทคัดย่อ

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนแนวความคิดและพฤติกรรมสำหรับผู้ป่วยบุคลิกภาพชนิดกำกึ่ง โดยผลจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าแนวทางการบำบัดที่มีประสิทธิผลในการรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้ ได้แก่ แบบพฤติกรรมบำบัดวิภาษวิธี (Dialectical Behavioral Therapy) และการบำบัดแบบแผนความคิด (Schema Therapy)

บทความแบ่งการนำเสนอเป็นสามส่วน คือ ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคความผิดปกติทางบุคลิกภาพชนิดกำกึ่ง, แนวคิดพื้นฐานและเทคนิคของการบำบัดแบบพฤติกรรมบำบัดวิภาษวิธี (Dialectical Behavioral Therapy) และแนวคิดพื้นฐานและเทคนิคการบำบัดแบบแผนความคิด (Schema Therapy) บทความนี้จะนำเสนอข้อมูลเบื้องต้นสำหรับนักจิตวิทยาคลินิกหรือบุคลากรทางสุขภาพจิตที่ทำงานกับผู้ป่วยบุคลิกภาพชนิดกำกึ่ง

คำสำคัญ: การบำบัดแบบพฤติกรรมบำบัดวิภาษวิธี การบำบัดแบบแผนความคิด โรคบุคลิกภาพผิดปกติชนิดกำกึ่ง

¹ นักจิตวิทยาฝึกปฏิบัติงานโรงพยาบาลสวนปรุง

Cognitive Behavioral Therapy for Patients with Borderline Personality Disorder

*Isaree Boonyingsathit*¹

Received: 10 September 2019

Revised: 20 November 2019

Accepted: 23 November 2019

Abstract

The objective of this article was to review different types of cognitive behavioral therapy for borderline personality disorder. The evidenced-based research showed that the effective therapeutic models for these patients are dialectic behavioral therapy and schema therapy.

In this review, therefore, three sections of content were presented. The first section was general information about borderline personality disorder. The second section involved the fundamental concepts and techniques of dialectic behavioral therapy. The third section was the fundamental concepts and techniques schema therapy. The article might be fundamentally beneficial for clinical psychologists and mental health professionals working with patients with borderline personality disorder.

Keywords: dialectic behavioral therapy; schema therapy; borderline personality disorder

¹ Internship clinical psychologist, Suanprung Hospital

บทนำ

บุคลิกภาพผิดปกติเป็นปัญหาสำคัญอย่างหนึ่งในระบบสาธารณสุข Torgersen, Kringlen และ Cramer (2011) (อ้างถึงใน เชียร์ชย์ งามทิพย์วัฒนา, 2559) รายงานว่า ประมาณ 1 ใน 10 ของประชากรวัยผู้ใหญ่มีลักษณะอาการทางคลินิกที่เข้าได้กับเกณฑ์วินิจฉัยบุคลิกภาพผิดปกติอย่างน้อยหนึ่งแบบ Zimmerman (2001) (อ้างถึงใน เชียร์ชย์ งามทิพย์วัฒนา, 2559) ได้กล่าวว่าจะอย่างน้อยร้อยละ 50 ของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยทางจิตเวชด้วยโรคใน Axis I จะมีปัญหาบุคลิกภาพผิดปกติร่วมกับโรคบุคลิกภาพผิดปกติโดยทั่วไปเป็นภาวะที่ผู้ป่วยมักไม่ทราบว่าเป็นความผิดปกติ ซึ่งจะเริ่มปรากฏให้เห็นในช่วงวัยรุ่นตอนปลายหรือผู้ใหญ่ตอนต้น ส่วนใหญ่ความผิดปกตินี้จะอยู่อย่างถาวร เปลี่ยนแปลงได้ยากค่อนข้างตายตัว (rigidly) ทำให้ผู้ป่วยมีปัญหาความสัมพันธ์กับคนรอบข้าง (ณททัย วงศ์ปการันย์ และ ทินกร วงศ์ปการันย์, 2555)

การวินิจฉัยโรคบุคลิกภาพผิดปกติตามคู่มือการวินิจฉัยและสถิติสำหรับความผิดปกติทางจิต (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition; DSM-5) (American Psychiatric Association, 2013) แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม (cluster) ดังต่อไปนี้ กลุ่ม A มีลักษณะเด่น คือ เก็บตัวแยกตัว พฤติกรรมและความคิดแปลกประหลาด มักมีปัญหาในเรื่องการจัดการกระบวนความคิดของตัวเอง กลุ่ม B มีลักษณะเด่น คือ เจ้าอารมณ์ แสดงออกทางอารมณ์อย่างเด่นชัด มีปัญหาในการจัดการกับอารมณ์ มีพฤติกรรมเหมือนแสดงละคร คาดเดา ไม่ค่อยได้ รวมถึงชอบอยู่ท่ามกลางผู้อื่น และกลุ่ม C มีลักษณะเด่น คือ มีความวิตกกังวลสูง ซ้ำกั้ว หมกมุ่นอยู่กับตนเอง มีปัญหาในการจัดการความวิตกกังวล (รณชัย คงสกนธ์, 2558) โดยในโรคความผิดปกติทางบุคลิกภาพในกลุ่ม B (cluster B) เป็นผู้ที่

ลักษณะบุคลิกภาพแบบอารมณ์ไม่คงที่ไม่อยู่กับร่องกับรอยหรือเอาแน่เอานอนไม่ได้ (erratic) มักใช้อารมณ์มากกว่าเหตุผล ซึ่งในกลุ่มนี้ประกอบด้วย 4 บุคลิกภาพ ได้แก่ บุคลิกภาพผิดปกติชนิดหลงตัวเอง (Narcissistic Personality), บุคลิกภาพผิดปกติชนิดฮิสทรีโอนิก (Histrionic Personality), บุคลิกภาพผิดปกติชนิดก้ำกึ่ง (Borderline Personality) และ บุคลิกภาพผิดปกติชนิดต่อต้านสังคม (Antisocial Personality) (จิตพันธ์ ธานีรัตน์, 2555)

ผู้ป่วยโรคบุคลิกภาพผิดปกติชนิดก้ำกึ่งจะมีลักษณะของการแปรปรวนอย่างมาก ไม่แน่นอน และไม่มี ความมั่นคงในหลากหลายด้าน ได้แก่ อารมณ์ พฤติกรรม สัมพันธภาพกับผู้อื่น และอัตลักษณ์ของตนเอง (self-identity) (นวนันท์ ปิยะวัฒน์กุล, 2559) โดยมักจะมองทุกสิ่งที่เกิดขึ้นเพียงด้านเดียวอย่างสุดโต่ง ซึ่งทำให้ผู้ป่วยที่มีลักษณะของการรักแรง - เกลียดแรง มักทนการอยู่คนเดียวไม่ได้ กลัวการถูกทอดทิ้ง รู้สึกว่างเปล่า และมักมีพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดปัญหาในชีวิต เช่น การเปลี่ยนคู่นอนบ่อย การใช้แอลกอฮอล์หรือสารเสพติดชนิดต่าง ๆ มีพฤติกรรมการทำร้ายตัวเองซ้ำ ๆ รวมถึงการพยายามฆ่าตัวตาย เพื่อเรียกร้องความสนใจ หรือการแสดงความโกรธหรือความตั้งใจที่จะเสียชีวิต (จิตพันธ์ ธานีรัตน์, 2555) โดยโรคบุคลิกภาพชนิดก้ำกึ่งสามารถพบได้ประมาณร้อยละ 1 – 2 ของประชากรทั่วไป และพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย มักมีการวินิจฉัยโรคร่วมที่หลากหลาย เช่น โรคซึมเศร้า (MDD), โรคซึมเศร้าเรื้อรัง (Dysthymia), โรคอารมณ์สองขั้ว (Bipolar disorder), โรคที่เกี่ยวข้องกับความผิดปกติทางการกิน (Eating disorder) และภาวะการใช้สารในทางที่ผิด (Substance Abuse) เป็นต้น และพบว่าผู้ป่วยที่เป็นโรคบุคลิกภาพผิดปกติชนิดก้ำกึ่ง และมีการวินิจฉัยโรคร่วมด้วยจะทำให้การดูแลรักษาเป็นไปได้ยากจึงต้องการการดูแลรักษาที่เข้มข้นขึ้น (Gunderson & Links, 2008)

โรคบุคลิกภาพผิดปกติชนิดก้ำกึ่งเป็นโรคบุคลิกภาพที่รักษาได้ยากมักเกิดปัญหาในการรักษาเนื่องจากผู้ป่วยโรคบุคลิกภาพผิดปกติชนิดก้ำกึ่งจะมีลักษณะของการฟุ้งเฟ้อ เจ้าอารมณ์ และมีความแปรปรวนทางอารมณ์อย่างมาก ซึ่งส่งผลต่อการบำบัดรักษา โดยผู้รักษาที่ขาดประสบการณ์ในการบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคบุคลิกภาพผิดปกติชนิดก้ำกึ่งอาจทำให้ผลประโยชน์ทางการรักษาแก่ผู้ป่วยมากไปและบางครั้งก็อาจจะให้น้อยเกินไป ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ไม่มีประสิทธิภาพมากนักทำให้มีการดำเนินโรคที่ยาวนานมากขึ้น (ณหทัย วงศ์ปการันย์ และ ทินกร วงศ์ปการันย์, 2555)

คลื่นลูกที่สามของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (third wave cognitive behavioral therapy) ให้ความสำคัญกับบริบทและกลยุทธ์การเปลี่ยนแปลงเชิงประสบการณ์ (Carvalho et al., 2017) จากการรวบรวมวรรณกรรมพบว่า การบำบัดที่เป็นคลื่นลูกที่สามทางความคิดและพฤติกรรมที่มีประสิทธิภาพกับโรคความผิดปกติทางบุคลิกภาพชนิดก้ำกึ่ง (Zanarini, 2009; Ogradniczuk, 2011) คือ พฤติกรรมบำบัดวิภาษวิธี (Dialectical Behavior Therapy: DBT) (Linehan et al., 1999; Paris, 2010) และการบำบัดแบบแผนความคิด (Schema Therapy: ST) (Giesen-Bloo et al., 2006; Van Asselt et al., 2008; Sempertegui et al., 2013) บทความนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนความรู้เกี่ยวกับโรคความผิดปกติทางบุคลิกภาพชนิดก้ำกึ่ง และการบำบัดทั้งสองแบบ โดยการนำเสนอจะแบ่งเป็นสามส่วน คือ ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคความผิดปกติทางบุคลิกภาพชนิดก้ำกึ่ง, การบำบัดแบบพฤติกรรมบำบัดวิภาษวิธี (Dialectical Behavior Therapy) และการบำบัดแบบแผนความคิด (Schema Therapy)

1. โรคบุคลิกภาพผิดปกติชนิดก้ำกึ่ง (Borderline Personality disorder: BPD)

คำว่า Borderline หมายถึง เส้นที่แบ่งระหว่าง neurosis กับ psychosis คือ ยังไม่สูญเสียการรับรู้ความเป็นจริง กับ สูญเสียการรับรู้ความเป็นจริงแล้ว (ชิตินันท์ ธานีรัตน์, 2555) โดยการวินิจฉัยโรคบุคลิกภาพผิดปกติชนิดก้ำกึ่งตาม DSM-5 (American Psychiatric Association, 2012) ของโรคบุคลิกภาพผิดปกติชนิดก้ำกึ่งจะมีลักษณะตรงตามเกณฑ์ต่อไปนี้

A. ความบกพร่องทางของบุคลิกภาพอย่างมีนัยสำคัญแสดงให้เห็นโดย:

1. มีความบกพร่องในการทำงานของตัวตน (Self) (a หรือ b)

a. เอกลักษณ์ / ตัวตน: เสื่อมลงอย่างชัดเจน, มีการพัฒนาการที่ไม่ดี, หรือ มีภาพลักษณ์เกี่ยวกับตนเองไม่คงที่ มักจะเกี่ยวข้องกับการวิจารณ์ตนเองอย่างมาก; มีความรู้สึกว่างเปล่าเรื้อรัง; แยกตัวเมื่ออยู่ภายใต้ความเครียด

b. การกำกับตนเอง: มีความไม่ชัดเจนในเป้าหมาย, แรงบันดาลใจ, คุณค่า หรือการวางแผนอาชีพ

และ

2. มีความบกพร่องในความสามารถในสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (a หรือ b)

a. การเอาใจใส่: มีความสามารถในการรับรู้อารมณ์และความต้องการของผู้อื่นลดลงซึ่งเกี่ยวข้องกับความรู้สึกหวาดกลัวอย่างมากในสัมพันธภาพ (เช่น แนวมโน้มที่จะรู้สึกโดดเดี่ยว ถูกดูถูก หรือ ถูกจู่โจม) มีการรับรู้ผู้อื่นอย่างมีอคติเนื่องจากมีลักษณะที่เป็นไปในทางลบหรือความเปราะบาง

b. ความไม่ใกล้ชิด: มักมีความเข้มข้นไม่มั่นคง และมีความขัดแย้งในความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิด ซึ่งเกิดขึ้นจากความไม่ไว้วางใจ ความต้องการ และความวิตกกังวล โดยเกี่ยวกับความคิดทั้งที่เป็นจริงและเพียงความคิดของการถูกทอดทิ้ง; สัมพันธภาพที่ใกล้ชิดมักจะถูกมองในรูปแบบของอคติและการถูกลดค่าอย่างที่สุด และสลับกันระหว่างการยุ่งเกี่ยวมากเกินไปและการถอนตัว

B. มีพยาธิสภาพทางบุคลิกภาพในด้านต่าง ๆ ดังนี้

1. การมีอารมณ์ทางลบ โดยสามารถแยกได้ดังนี้

a. มีความบกพร่องของอารมณ์: มีอารมณ์ที่ไม่คงที่และเปลี่ยนแปลงบ่อย; ถูกกระตุ้นอารมณ์ได้ง่าย เข้มข้น และ/หรือ เกินไปกว่าสถานการณ์ที่เกิดขึ้น

b. ความวิตกกังวล: มีความกังวลอย่างมาก, ตึงเครียด หรือ อาการ panic มักจะเกิดเป็นการตอบสนองต่อความเครียดที่เกิดจากสัมพันธภาพ; กังวลเกี่ยวกับอารมณ์ทางลบที่เกิดขึ้นกับเหตุการณ์อันไม่พึงประสงค์ในอดีตและความเป็นไปได้ในทางลบที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต; รู้สึกหวาดกลัว หรือถูกคุกคามด้วยความไม่แน่นอน; กลัวจะไม่สามารถควบคุมได้

c. รู้สึกไม่มั่นคงเกี่ยวกับการแยกจาก: กลัวการถูกปฏิเสธจาก และ/หรือ การแยกจากจากบุคคลที่สำคัญ ซึ่งเกี่ยวข้องกับความกลัวจากการพึ่งพิงอย่างมากและการสูญเสียอิสระในการปกครองตนเองไปโดยสิ้นเชิง

d. ความซึมเศร้า: มีความรู้สึกหดหู่ ทนทุกข์ และ/หรือ สิ้นหวังบ่อยครั้ง; ยากที่จะนำตัวเองออกจากอารมณ์ดังกล่าว; มองอนาคตในแง่ร้าย; มีความรู้สึกผิดที่แผ่ไปทั่ว; มีความรู้สึกว่าตนเองไร้ค่า; มีความคิดฆ่าตัวตายและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย

2. การไม่สามารถยับยั้งตนเองได้ จำแนกได้ดังนี้

a. การหุนหันพลันแล่น: มีการกระทำเพื่อตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่กระตุ้นในขณะนั้น; ลงมือกระทำโดยไม่ได้มีการวางแผนหรือพิจารณาถึงผลลัพธ์ที่เกิดอาจตามมา; ยากลำบากที่จะวางแผนหรือทำตามแผน; ในสถานการณ์ที่มีความตึงเครียดทางอารมณ์จะมีลักษณะที่เร่รุ่มและมีพฤติกรรมการทำร้ายตนเอง

b. การรับความเสี่ยง: มีกิจกรรมที่อันตราย เสี่ยง เป็นอันตรายต่อตนเองโดยไม่ได้คำนึงถึงผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น; ขาดการพิจารณาถึงข้อจำกัดของตนและอันตรายต่อตนเอง

3. การต่อต้าน/ การเป็นปรปักษ์ จำแนกได้ดังนี้

a. ความไม่เป็นมิตร: มีอารมณ์โกรธบ่อย ๆ; โกรธหรือหงุดหงิดกับการโดนดูถูกแม้เพียงเล็กน้อย

C. ความบกพร่องในหน้าที่และการแสดงออกของลักษณะบุคลิกภาพของบุคคลที่จะแสดงออกมาอย่างคงที่และเหมือนกันไปทุกสถานการณ์

D. ความบกพร่องของบุคลิกภาพและการแสดงออกของบุคคลไม่สามารถอธิบายได้โดยพัฒนาการตามช่วงวัยหรือมิติทางสังคมวัฒนธรรมของบุคคล

E. ความบกพร่องในหน้าที่และการแสดงออกของลักษณะบุคลิกภาพของบุคคลไม่ได้เป็นผลโดยตรงจากการใช้สาร (เช่น สารเสพติด, การใช้ยา) หรือจากภาวะทางกาย (เช่น การได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ)

ลักษณะทางคลินิกที่สำคัญ

ผู้ป่วยมีอารมณ์ที่แปรปรวนอย่างมาก มีลักษณะคุ้มดีคุ้มร้าย ดูเหมือนกับอยู่ในภาวะวิกฤติ (crisis) ตลอดเวลา ยากลำบากในการประคับประคองความสัมพันธ์ (intense instability of interpersonal

relationship) มีความสุดโต่งในทุกเรื่อง คือ ผู้ป่วยจะมองสิ่งที่เกิดขึ้นเพียงด้านเดียวในสองด้านอย่างสุดโต่ง มีลักษณะ “รักแรง-เกลียดแรง” (รณชัย คงสกนธ์, 2558) มีความลำบากในการอยู่ด้วยตนเอง และการควบคุมอารมณ์ มีลักษณะกลัวหรือกังวลไปทุกอย่าง กลัวการถูกทอดทิ้งและต้องอยู่อย่างโดดเดี่ยว รู้สึกว่างเปล่าเรื้อรัง (emptiness) โหยหาความรักทำให้ผู้ป่วยสนิทกับคนแปลกหน้าได้ภายในระยะเวลาสั้น ๆ ซึ่งนำไปสู่การสำส่อนทางเพศ (จิตติพันธ์ ธาณิรัตน์, 2555) การสับสนในภาพลักษณ์ของตนเอง (self-identity) หรือแม้กระทั่งในอัตลักษณ์ทางเพศ ทำให้ไม่แน่ใจในรสนิยมทางเพศ (sexual preference) (ณททัย วงศ์ปการันย์ และ ทินกร วงศ์ปการันย์, 2555) เมื่อผู้ป่วยต้องเผชิญกับปัญหาอุปสรรคหรือความเครียด ผู้ป่วยจะใช้กลไกทางจิตหลักอยู่ 2 แบบ ได้แก่ splitting คือการใช้วิธีมองปัญหาหรือมองบุคคลเพียงด้านใดด้านหนึ่งแบบสุดโต่ง และใช้ projective identification ในระดับจิตสำนึก โดยโยนความไม่ดี (badness) ไปที่บุคคลอื่น (จิตติพันธ์ ธาณิรัตน์, 2555) ยิ่งไปกว่านั้นผู้ป่วยมีพฤติกรรมหุนหันพลันแล่น (impulsivity) เช่น การเล่นพนัน ความผิดปกติทางการกินแบบบูลิเมีย ขับรถโดยประมาท การใช้แอลกอฮอล์ และสารเสพติด อีกทั้งมีพฤติกรรมที่แสดงว่าไม่ยอมมีชีวิตอยู่ พยายามฆ่าตัวตาย และทำร้ายตัวเองซ้ำแล้วซ้ำเล่าเพื่อเรียกร้องความสนใจ และขอความช่วยเหลือจากผู้ซึ่งมีความสำคัญกับผู้ป่วย หรือแสดงออกความโกรธ (สมภพ เรื่องตระกูล, 2553)

ระบาดวิทยา

โรคบุคลิกภาพผิดปกติชนิดก้ำกึ่งสามารถพบได้ประมาณร้อยละ 1 – 2 ของประชากรโดยทั่วไป พบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (นวนันท์ ปิยะวัฒน์ กุล, 2559) และมักมีการวินิจฉัยโรคร่วมที่หลากหลาย ได้แก่ โรคซึมเศร้า (MDD), โรคซึมเศร้าเรื้อรัง

(Dysthymia), โรคอารมณ์สองขั้ว (Bipolar disorder), โรคที่เกี่ยวกับความผิดปกติทางการกิน (Eating disorder), ภาวะการใช้สารในทางที่ผิด (Substance abuse), การใช้แอลกอฮอล์ในทางที่ผิด (Alcohol abuse) (Gunderson & Links, 2008)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสาเหตุของการเกิดโรค

ปัจจัยทางชีวภาพก็มีผลทำให้เกิดโรคเนื่องจากพบว่า ผู้ป่วยมีความเสี่ยงที่จะมีынที่ผิดปกติมากกว่าคนทั่วไป มีความผิดปกติของคลื่นไฟฟ้าสมอง มีความผิดปกติของ dexamethasone suppression test และ thyrotropin releasing hormone test (นวนันท์ ปิยะวัฒน์ กุล, 2559) ตามทฤษฎีของ Mahler (1971) เชื่อว่าในช่วงของ separation-individuation ซึ่งเป็นขั้นที่ทารกพัฒนาความเข้าใจในขอบเขตและความรู้สึกของตนเอง ผู้ป่วยอาจถูกทิ้ง ไม่ได้ได้รับความอบอุ่นโดยตัวผู้ป่วยไม่สามารถคาดเดาได้ว่าจะได้รับความอบอุ่นหรือไม่อยู่เป็นประจำ (Edward, Ruskin & Turrini, 1991) นอกจากนี้การที่เด็กถูกทารุณกรรมทางเพศ ถูกทอดทิ้ง และการดูแลเด็กที่มากเกินไปก็สามารถเกิดปัญหา ยิ่งไปกว่านั้น Kernberg (1984) ได้อธิบายขั้นพัฒนาการของบุคลิกภาพว่าเด็กที่มีพัฒนาการติดขัดในช่วงอายุประมาณ 36 เดือน หรือระยะ oedipal ซึ่งเป็นขั้นของการรวมเข้ากับผู้อื่น (integration of self representation and object representation) ส่งผลให้ส่วนที่ดีของตนเองและของผู้อื่นถูกปกป้องจากส่วนไม่ดีด้วยกลไกการแบ่งแยกที่เกิดขึ้นในระยะการแยกตนเองออกจากบุคคลอื่น ซึ่งทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถคิดได้ว่าคนเรามีทั้งส่วนที่ดีและไม่ดีในตัวเสมอ แต่จะมีมุมมองแบบขาวกับดำ (all good-all bad) (Kernberg, 1984; ณททัย วงศ์ปการันย์ และ ทินกร วงศ์ปการันย์, 2555) นอกจากนี้ รูปแบบความผูกพัน (attachment pattern) ที่เป็นการได้รับบาดเจ็บในระหว่างพัฒนาการ

(developmental trauma) มีผลกับการเกิดโรคบุคลิกภาพผิดปกติชนิดก้ำกึ่งได้เช่นกัน (เชียรชัยงามทิพย์วัฒนา, 2559)

การดำเนินโรคและการพยากรณ์โรค

จากการศึกษาของ Gunderson et al. (2011) พบว่า ผู้ป่วยโรคบุคลิกภาพผิดปกติชนิดก้ำกึ่งมีอัตราการหายที่สูงและการกลับมาเป็นซ้ำต่ำกว่าโรคบุคลิกภาพผิดปกติชนิดอื่น ๆ รวมถึงโรคซึมเศร้า ยิ่งไปกว่านั้นยังพบว่าผู้ป่วยโรคบุคลิกภาพผิดปกติชนิดก้ำกึ่งมีทักษะทางสังคมที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ แต่อย่างไรก็ตามยังคงมีความบกพร่องมากกว่าถ้าเทียบกับโรคบุคลิกภาพผิดปกติชนิดอื่น ๆ ซึ่งผู้ป่วยยังต้องเผชิญกับปัญหาสัมพันธภาพที่ไม่มั่นคงและไม่ยั่งยืน ทำให้มีปัญหาพฤติกรรมฆ่าตัวตายอยู่บ่อยครั้ง โดยลักษณะนี้ของผู้ป่วยแทบจะคงที่ตลอดชีวิต และพบโอกาสที่สูงมากต่อการเป็นโรคซึมเศร้า (จิตพันธ์ ธานีรัตน์, 2555)

แนวทางการรักษา

โรคบุคลิกภาพผิดปกติชนิดก้ำกึ่งมีพฤติกรรมและทัศนคติที่ดำเนินมาเป็นเวลานานจนเป็นส่วนหนึ่งของผู้ป่วยคุ้นเคย (ego-syntonic) สิ่งที่ต้องทำเป็นประการแรก คือ ผู้ป่วยต้องเรียนรู้ว่าสิ่งเหล่านี้เป็นปัญหาและก่อให้เกิดปัญหาต่าง ๆ ทั้งในการดำเนินชีวิตและสัมพันธภาพ ซึ่งการทำจิตบำบัดเป็นวิธีการรักษาที่มีประสิทธิผล โดยที่ผ่านมารักษาที่มีประสิทธิผลกับโรคบุคลิกภาพผิดปกติชนิดก้ำกึ่งได้แก่ การบำบัดรักษาแบบเมนทัลลิเซชัน (Mentalization-based treatment: MBT) ช่วยลดความยุ่งยากในการจัดการปัญหาต่าง ๆ ทำให้การรักษาสัมพันธภาพของผู้ป่วยให้ดีขึ้น รวมถึงช่วยลดลักษณะของพยาธิสภาพทางบุคลิกภาพ พฤติกรรมทำร้าย

ตัวเองและการฆ่าตัวตาย (Bateman และ Fonagy, 2004 อ้างถึงใน Zanarini, 2009; Bales et al., 2012) และการรักษาแบบ Transference-focused Psychotherapy (TFP) สามารถลดพยาธิสภาพทางบุคลิกภาพ การพยายามฆ่าตัวตาย ลักษณะหุนหันพลันแล่น และอารมณ์หงุดหงิดง่ายของผู้ป่วยได้ (Clarkin et al., 2007 อ้างถึงใน Zanarini, 2009; Fischer-Kern et al., 2015) อีกทั้งยังมีการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy: CBT) ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยเห็นกรอบแนวคิดของตนเอง และใช้พฤติกรรมบำบัดร่วมด้วย เพื่อควบคุมพฤติกรรมที่ก้าวร้าว หุนหันพลันแล่น (เชียรชัย งามทิพย์วัฒนา, 2559) ร่วมกับการรักษาด้วยยา โดยส่วนใหญ่มุ่งให้ยารักษาอาการ 2 กลุ่ม 1. ยากลุ่ม mood stabilizer ช่วยลดอารมณ์โกรธ และอาการซึมเศร้า 2. ยารักษาโรคจิตช่วยในการรักษาอาการความคิดและการรับรู้ และการควบคุมอารมณ์ (ณททัย วงศ์ปการันย์ และ ทินกร วงศ์ปการันย์, 2555)

นอกจากนี้ การบำบัดแบบพฤติกรรมบำบัดวิภาษวิธี (Dialectical Behavior Therapy: DBT) (Linehan, 1993) และการบำบัดแบบแผนความคิด (Schema Therapy: ST) (Young, 1990) ยังเป็นวิธีการบำบัดที่มีประสิทธิภาพกับโรคความผิดปกติทางบุคลิกภาพชนิดก้ำกึ่ง ซึ่งในบทความนี้จะนำเสนอแนวคิดพื้นฐานและเทคนิคการบำบัดของทั้งสองวิธี

2. การบำบัดแบบพฤติกรรมบำบัดวิภาษวิธี

การบำบัดแบบพฤติกรรมบำบัดวิภาษวิธี (Dialectical Behavior Therapy: DBT) ถูกพัฒนาขึ้นมาจากทฤษฎีชีวสังคม (biosocial model) โดย Marsha Linehan เพื่อรักษาโรคบุคลิกภาพผิดปกติชนิดก้ำกึ่งโดยเฉพาะ (ณททัย วงศ์ปการันย์ และ ทินกร วงศ์ปการันย์, 2555) ซึ่งเป็นการบำบัดที่รวมเอาหลัก

ของพฤติกรรมบำบัดกับหลักของพุทธศาสนา นิภายเซน (การยอมรับ และ สติ) เข้าด้วยกัน (McKay, Wood & Brantley, 2007) มีเป้าหมายเพื่อช่วยเหลือบุคคลในการจัดการอารมณ์ที่มากมายและยากจะจัดการโดยเรียนรู้ประสบการณ์นั้นด้วยตัวเองและยอมรับมัน (Grace, 2017)

ความหมายของคำว่าวิภาษวิธี (Dialectical)

Linehan (1993) ได้ให้ความหมายของ Dialectical ไว้ว่า เป็นพื้นฐานทางธรรมชาติของความเป็นจริง และการโน้มน้าวจากการสนทนาหรือสัมพันธ์ภาพเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง

Dimeff and Linehan (2008) ได้ให้ความหมายของ Dialectical ว่าเป็นการสังเคราะห์หรือรวบรวมให้เกิดความสมดุลระหว่างของสองสิ่งที่อยู่ตรงข้ามกัน ซึ่งจะส่งเสริมให้เกิดการยอมรับ (acceptance) และการเปลี่ยนแปลง (change) ในผู้ป่วย

ณททัย วงศ์ปการันย์ และทินกร วงศ์ปการันย์ (2555) ได้ให้ความหมายของ Dialectical ไว้ว่าเป็นการถ่วงดุลที่จะเป็นตัวนำ หรือตัวที่จะชี้แนะให้ผู้ป่วยบำบัดเกิดสมมติฐานในปัญหาของผู้ป่วยที่จะทำให้เขาเข้าใจมากขึ้น รวมทั้งนำสมมติฐานไปใช้ในการรักษา ส่วนบทสนทนาและสัมพันธ์ภาพ จะหมายถึงวิธีการรักษาและวิธีที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง

ดังนั้นความหมายของ วิภาษวิธี (Dialectical) คือ การสังเคราะห์ให้เกิดความสมดุลของสองสิ่งที่อยู่ตรงข้ามกันเพื่อให้เกิดการยอมรับ (acceptance) และการเปลี่ยนแปลง (change) ซึ่งจะใช้สัมพันธ์ภาพและการสนทนาที่มีลักษณะของการโน้มน้าว ถ่วงดุล เพื่อนำให้ผู้ป่วยได้เข้าใจปัญหาของผู้ป่วย และนำสิ่งที่ได้ไปใช้ในการรักษา

มุมมองการบำบัดแบบพฤติกรรมบำบัดวิภาษวิธีต่อโรคบุคลิกภาพผิดปกติชนิดก้ำกึ่ง

Linehan (1993, อ้างถึงใน Gunderson & Links, 2008) ได้เสนอส่วนสำคัญของพยาธิสภาพบุคลิกภาพผิดปกติชนิดก้ำกึ่งที่เกี่ยวข้องกับทฤษฎีชีวสังคมนั้นก็คือ ไม่สามารถจัดการกับอารมณ์ (emotional dysregulation) ที่เกิดขึ้นจากความเปราะบางตั้งแต่แรกเกิดและสภาพแวดล้อมในวัยเด็กที่ไม่มั่นคง ทำให้ผู้ป่วยโรคบุคลิกภาพผิดปกติชนิดก้ำกึ่งจะอารมณ์แปรปรวนได้อย่างรวดเร็วและรุนแรง ต้องใช้เวลาและการจัดการที่ดีในการที่จะทำให้สงบลง ความผิดปกติของระบบการควบคุมอารมณ์เกิดขึ้นจากอารมณ์ที่ไม่พึงประสงค์ มีความเปราะบางทางอารมณ์และวิธีการจัดการอารมณ์ที่ไม่ดีพอ ซึ่งความล้มเหลวในการจัดการอารมณ์อาจเกิดจากความหุนหันพลันแล่น การแสดงออกทางอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม และความขัดแย้งระหว่างบุคคล ซึ่งสอดคล้องกับการแสดงออกที่เป็นอันตรายต่อตนเองของผู้ป่วย ทำให้ DBT ให้ความสำคัญต่อการลดการหลบหนีหรือการแสดงออกอารมณ์ทางลบเหล่านั้น

รูปแบบการบำบัดแบบพฤติกรรมบำบัดวิภาษวิธี

Linehan (1993) ได้นำวิธีการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (CBT) มาประยุกต์ใช้กับปัญหาของผู้ป่วยโรคบุคลิกภาพผิดปกติชนิดก้ำกึ่ง ซึ่ง DBT จะให้ความสำคัญกับการประเมินแนวโน้มของพฤติกรรม กำหนดรูปแบบการบำบัดที่เหมาะสมและทำงานร่วมกับความสัมพันธ์ของผู้บำบัดและผู้ป่วย ซึ่งแบ่งเป็น 4 ด้านใหญ่ ได้แก่ ด้านแรกให้ความสำคัญกับการยอมรับและการตรวจสอบพฤติกรรม ณ เวลานั้น ๆ โดยจะเน้นความสมดุลระหว่างการเปลี่ยนแปลงและการยอมรับโดยที่ DBT

ให้ความสำคัญในเรื่องการยอมรับตนเองของผู้ป่วย ณ เวลานั้น ๆ ซึ่งไม่ใช่การยอมรับเพื่อที่จะเปลี่ยนแปลง การยอมรับในการบำบัดแบบ DBT เป็นการรวมวิธีการบำบัดทางตะวันตกและการฝึกสติตามวิธีการรักษาทางตะวันออกเข้าด้วยกัน ด้านที่สองจะให้ความสำคัญกับพฤติกรรมที่รบกวนการรักษาของทั้งผู้ป่วยและผู้บำบัดโดยจะเป็นการเน้นพฤติกรรมของความรูสึกที่ผู้ป่วยมีต่อผู้บำบัด (Transference) และความรู้สึกที่ผู้บำบัดมีต่อผู้ป่วย (Countertransference) ด้านต่อมาให้ความสำคัญกับความสัมพันธ์ในการบำบัดซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญต่อความก้าวหน้าในการรักษาของ DBT เหมือนเป็นฝึกทักษะทางจิตสังคมในความสัมพันธ์ระหว่างผู้บำบัดกับผู้ป่วย และในด้านสุดท้ายจะมุ่งเน้นไปที่กระบวนการแนววิภาษวิธี

ยุทธวิธีในการรักษา (treatment strategies)

ณททัย วงศ์ปการันย์ และ ทินกร วงศ์ปการันย์ (2555) ได้แบ่งยุทธวิธีในการรักษาของการบำบัดแบบพฤติกรรมบำบัดวิภาษวิธี ไว้ดังนี้

1. ยุทธวิธีการรักษาแบบวิภาษวิธี ประกอบไปด้วย 3 ส่วนย่อย

1.1 การทำให้เกิดความสมดุล ผู้บำบัดจะทำให้มีการสลับไปมาระหว่างการยอมรับและการเปลี่ยนแปลง

1.2 การเป็นแบบอย่างในการคิดและแสดงออกแนววิภาษวิธี ผู้บำบัดจะพยายามหาสิ่งที่ไม่ดีในตัวของผู้ป่วย และตั้งข้อสังเกต ชวนให้ผู้ป่วยคิดต่อเกี่ยวกับสิ่งที่ผู้ป่วยคิดว่าคงอยู่อย่างถาวร และผู้บำบัดสนับสนุนวิธีเดินสายกลาง

1.3 การใช้ข้อขัดแย้ง (paradox) เป็นการอุปมาอุปไมยเพื่อให้ผู้ป่วยมองเห็นและเข้าใจง่าย

2. ยุทธวิธีหลัก (core strategies) ประกอบไปด้วย 2 วิธีหลัก

2.1 การยอมรับและเข้าใจ ในเวลาปกติผู้ป่วยมักมีมุมมองว่าพฤติกรรมของเขาเป็นทางออกในการแก้ปัญหา (แต่เป็นปัญหาในสายตาผู้อื่น) ซึ่งในมุมมองของผู้บำบัดจะมองว่าพฤติกรรมเหล่านี้เป็นปัญหา และต้องแก้ไข การยอมรับและเข้าใจ มีอยู่ 2 ประเภท

2.1.1 ผู้บำบัดพยายามที่จะค้นหาสิ่ง ที่ถูกต้อง ค่านิยมที่ดีในอารมณ์ ความคิด หรือ พฤติกรรมของผู้ป่วยในบริบทของสถานการณ์นั้น ๆ ด้วยการยอมรับและเข้าใจตัวตนผู้ป่วย

2.1.2 เกิดขึ้นจากการสังเกตของผู้ บำบัด และความเชื่อที่ว่าผู้ป่วยสามารถออกจาก การดำเนินชีวิตแบบเดิมและสร้างชีวิตใหม่ที่มีคุณค่าขึ้นมาได้ ต้องพยายามดึงศักยภาพของผู้ป่วยขึ้นมา

2.2 การแก้ปัญหา (problem solving) ผู้บำบัด ต้องมองการแก้ปัญหายังเป็นระบบ ได้แก่

2.2.1 การวิเคราะห์พฤติกรรมหนึ่ง ๆ ที่นำไปสู่พฤติกรรมที่เป็นปัญหา

2.2.2 การวิเคราะห์วิธีการแก้ปัญหา และพัฒนาทางเลือกอื่น

2.2.3 การแนะนำหรือสอนผู้ป่วยให้ รู้วิธีการแก้ปัญหาที่ได้ค้นพบ

2.4 ทำข้อตกลงร่วมกัน

2.5 การนำไปใช้

3. ยุทธวิธีการใช้รูปแบบ (stylistic strategies) เป็นทักษะในการสื่อสารของผู้บำบัด ซึ่งมีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เช่น น้ำเสียง ความหนักเบา ความเร็วในการพูด และการตอบสนอง

การฝึกทักษะ (skill training)

ณททัย วงศ์ปการันย์ และ ทินกร วงศ์ปการันย์ (2555) กล่าวว่า การฝึกทักษะมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้และเสริมทักษะในการเปลี่ยนแปลงความคิดและพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับปัญหาในการใช้ชีวิต ซึ่งประกอบไปด้วย 4 ทักษะ ได้แก่

ทักษะการฝึกสติ (Mindfulness skill) จะช่วยให้ผู้ป่วยยอมรับและอดทนต่ออารมณ์ที่รุนแรง โดยจะเป็นการใส่ใจ จดจ่อในขณะเวลาหนึ่ง ๆ แต่ไม่ตัดสินว่าดีหรือไม่ดี ซึ่งหลักการคือจะมี อะไร 3 อะไร และมี อย่างไร 3 อย่างไร

ทักษะ “อะไร” ประกอบไปด้วย

การสังเกต คือ การสร้างรูปแบบการดำเนินชีวิตให้มีสติ (awareness) โดยให้ผู้ป่วยสนใจสังเกตทั้งภายในและภายนอก เพื่อช่วยให้เข้าใจว่าอะไรกำลังเกิดขึ้น

การพรรณนา คือ การอธิบายสถานการณ์และตอบสนองออกมาเป็นคำพูด เป็นหัวใจในการสื่อสารและการควบคุมตนเองอย่างหนึ่ง

การมีส่วนร่วม คือ การเข้าไปมีส่วนร่วมในสิ่งที่ตนกำลังทำโดยปราศจากการแยกตัวเองออกมาจากสิ่งที่เกิดขึ้นและปฏิสัมพันธ์นั้น ให้ตระหนักรู้ในสิ่งที่กระทำ

ทักษะ “อย่างไร” ประกอบไปด้วย

การคิดแบบไม่แบ่งแยก คือ การไม่ตัดสินว่าถูกผิด ดีเลว

การฟังความสนใจอยู่กับปัจจุบัน เป็นการตั้งใจใช้สมาธิในการทำในสิ่งที่ทำอยู่เพื่อหยุดอารมณ์ฟุ้งซ่าน ที่ผู้ป่วยถูกรบกวนอยู่เสมอจากความคิด และยากที่จะสลัดออก

การทำให้เกิดผล เป็นทักษะที่ใช้กับทักษะอื่น เพื่อช่วยให้สำเร็จในการใช้ทักษะนั้น ๆ

ทักษะทางสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal effective) การฝึกทักษะนี้จะสอนผู้ป่วยเกี่ยวกับรูปแบบการตอบสนองต่อบุคคลอื่น ๆ

การฝึกจัดการอารมณ์ (Emotion regulation) ผู้ป่วยโรคบุคลิกภาพผิดปกติชนิดก้ำกึ่งมักมีอารมณ์รุนแรงและเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว การควบคุมอารมณ์จึงมีประโยชน์มากในผู้ป่วยกลุ่มนี้

ความทนทานต่อความทุกข์ (Distress tolerance) เป็นทักษะที่พัฒนามาจากการฝึกสติ เป็นความสามารถในการยอมรับ โดยวิธีนี้จะไม่ประหม่นหรือตัดสินตัวเองและสถานการณ์ที่เกิดขึ้น โดยมีเป้าหมายเพื่อที่จะสามารถเข้าใจสถานการณ์ที่ไม่ดีที่เกิดขึ้นและผลของมัน แทนที่จะถูกรบกวนงำด้วยอารมณ์ความรู้สึก ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยตัดสินใจได้ดีกว่าว่าจะปฏิบัติอย่างไรต่อไป

จากการทบทวนวรรณกรรมจะเห็นได้ว่ามุมมองของการบำบัดแบบ DBT มองว่าผู้ป่วยโรคบุคลิกภาพผิดปกติชนิดก้ำกึ่งจะมีการตอบสนองทางอารมณ์ที่อ่อนไหวอย่างมากและมีปฏิสัมพันธ์รุนแรง โดยไม่สามารถจัดการอารมณ์และการตอบสนองที่เกิดขึ้นได้ ซึ่งมีสาเหตุจากความเปราะบางตั้งแต่แรกเกิดและสภาพแวดล้อมในวัยเด็กของผู้ป่วยที่ไม่มั่นคง การบำบัดแบบ DBT จึงได้นำวิธีการบำบัดแบบ CBT มาประยุกต์ เพื่อรักษาโรคบุคลิกภาพผิดปกติชนิดก้ำกึ่งโดยใช้การสนทนาและสัมพันธภาพเพื่อเน้นให้เกิดความสมดุลระหว่างการเปลี่ยนแปลงและการยอมรับ เพื่อให้ผู้ป่วยยอมรับตนเอง ณ ขณะเวลานั้นผ่านเทคนิคที่หลากหลายโดยเฉพาะอย่างยิ่งทักษะการฝึกสติ และฝึกทักษะทางจิตสังคมหรือการแทนที่พฤติกรรมทางลบของผู้ป่วยโรคบุคลิกภาพผิดปกติชนิดก้ำกึ่งด้วยพฤติกรรมที่มีทักษะรวมถึงสร้างคุณค่าในการใช้ชีวิตให้กับผู้ป่วย

จากการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า การบำบัดแบบวิภาษวิธีมีประสิทธิภาพในการรักษาผู้ป่วยโรคบุคลิกภาพผิดปกติชนิดก้าวกึ่งและผู้มีโรคร่วมกับบุคลิกภาพผิดปกติชนิดก้าวกึ่งได้ โดย Linehan et al. (1999) ได้ศึกษาประสิทธิภาพการรักษาระหว่างการบำบัดแบบ DBT กับการรักษาแบบปกติ (treatment-as-usual) ซึ่งเป็นการรักษาตามมาตรฐาน โดยจะเป็นการให้คำปรึกษาหรือรับโปรแกรมการบำบัดรักษาสารเสพติดภายในชุมชน โดยเป็นการออกแบบเพื่อควบคุมปัจจัยต่าง ๆ ที่อาจกระทบความตรงของการศึกษาในผู้ป่วยบุคลิกภาพผิดปกติที่ใช้สารเสพติด โดยผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของ Koons et al. (2001) ที่พบว่าการบำบัดแบบ DBT มีประสิทธิภาพสำหรับการรักษาดีกว่าการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลและแบบกลุ่มที่ผู้ป่วยได้รับตามปกติ และการศึกษาของ Bohus et al. (2004) ที่พบว่าการบำบัดแบบ DBT มีประสิทธิภาพสำหรับการรักษามากกว่าการรักษามาตรฐานที่จะได้รับจากหน่วยจิตเวชที่ไม่ได้ใช้การบำบัดแบบ DBT รวมถึงการศึกษาประสิทธิภาพของการบำบัดแบบ DBT กับผู้ป่วยบุคลิกภาพผิดปกติชนิดก้าวกึ่งที่มีโรคร่วมของ Kröger et al. (2006) และ Wetterborg et al. (2018) ที่พบว่ามีประสิทธิภาพในการลดอาการทางลบอย่างมีนัยสำคัญ ประกอบกับการศึกษาของ Probst et al. (2019) พบว่า DBT สามารถลดอาการของลักษณะอารมณ์ที่ผิดปกติในผู้ป่วยโรคบุคลิกภาพผิดปกติชนิดก้าวกึ่ง

3. การบำบัดแบบแผนความคิด

การบำบัดแบบแผนความคิด (Schema Therapy: ST) พัฒนาโดย Jeffrey Young ซึ่งอาศัยหลักการพื้นฐานของการรักษาแบบ Cognitive Behavioral Therapy (CBT) ร่วมกับผสมผสานหลายแนวคิดและเทคนิคการบำบัดของแนวทางอื่นเข้าด้วยกัน ซึ่งพัฒนาขึ้นมาเพื่อผู้ป่วยที่มีความยาก

(difficult patient) เช่น ผู้ป่วยที่มีปัญหาบุคลิกภาพ โดยจะเน้นความสำคัญของการค้นหาสาเหตุของปัญหาทางจิตใจในวัยเด็กและวัยรุ่นที่เป็นรากฐานของความเจ็บป่วย โดยเฉพาะมุมมองในแง่ของสัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่เกิดขึ้นจากการปรับตัวที่ไม่เหมาะสมจากวัยเยาว์ (early maladaptive schema) ซึ่งจะมีการใช้ model ต่าง ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงปัญหา ลักษณะพยาธิสภาพที่ตัวเองเป็นอยู่ (ego-dystonic) โดยผู้บำบัดจะช่วยผู้ป่วยในการต่อสู้กับ Schema ของตัวเองผ่านการใช้วิธีทางความคิด อารมณ์ ความรู้สึก พฤติกรรม และสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ซึ่งผู้บำบัดเองก็อาจจะต้องให้ในสิ่งที่ผู้ป่วยขาดในวัยเด็กผ่านการแก้ไขประสบการณ์การเลี้ยงดูอย่างมีขอบเขต (limited reparenting) (Young et al., 2003; ทินกร วงศ์ปการันย์, 2555)

แบบแผนความคิดที่เกิดจากการปรับตัวที่ไม่เหมาะสมจากวัยเยาว์ (early maladaptive schema)

แบบแผนความคิด (schema) ในนิยามของ Aaron Beck คือ โครงสร้างความคิด (cognitive structure) ที่ทำหน้าที่คัดกรอง บันทึกลง และประเมินสิ่งเร้าที่สิ่งมีชีวิตพบเจอ โดย Beck อธิบายว่าแบบแผนความคิดเป็นผลมาจากประสบการณ์ในวัยเด็ก ส่งผลให้บุคคลมีอคติทางการรู้คิด (cognitive bias) ซึ่งส่งผลไปยังความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม รวมถึงความเชื่อที่มีต่อตนเอง (self-reference beliefs) และอาการเจ็บป่วยทางจิตใจต่าง ๆ (Alford & Beck, 1997 อ้างถึงใน ไชยันต์ สกุลศรีประเสริฐ, 2561) ต่อมา Beck ได้อธิบายบุคลิกภาพว่าหมายถึงกระบวนการทางความคิด อารมณ์ แรงจูงใจที่กำหนดโดยโครงสร้างความคิดที่มีลักษณะเฉพาะของบุคคลหรือที่เรียกว่าแบบแผนความคิด (schema) (Alford & Beck, 1997; Thimm, 2011 อ้างถึงใน ไชยันต์ สกุลศรีประเสริฐ, 2561)

นอกจากนี้เนื้อหาของแบบแผนความคิด (content of schemas) ถูกเรียกว่า แก่นความคิด (core beliefs) ต่อมา Young ได้นำแบบจำลองแบบแผนความคิดของ Beck มาพัฒนาต่อ (Edwards & Arntz, 2012 อ้างถึงใน ไชยันต์ สกกุลศรีประเสริฐ, 2561)

Young (1990, 1999) (Young et al., 2003) ให้ความหมายของแบบแผนความคิดที่เกิดจากการปรับตัวที่ไม่เหมาะสมจากวัยเยาว์ (early maladaptive schema: EMS) ไว้ว่า เป็นแบบแผนความคิดที่เกิดจากการปรับตัวที่ไม่เหมาะสมที่เกิดจากประสบการณ์ในวัยเด็กหรือวัยรุ่นของบุคคล ซึ่งจะประกอบไปด้วย ความจำ อารมณ์ ความคิด และความรู้สึกทางกายที่มีความเกี่ยวข้องกับตัวเองและสัมพันธ์กับผู้อื่น โดย EMS จะมีลักษณะที่ค่อนข้างคงที่ มักเกิดขึ้นซ้ำ ๆ ในหลายสถานการณ์ เนื่องจากการตีความของบุคคลที่มักตอกย้ำ EMS ของตัวเอง จึงทำให้การตอบสนองนั้นยังคงเกิดขึ้นซึ่งมีแนวโน้มที่จะสร้างปัญหาแก่ตัวเองและอาจเป็นสาเหตุของปัญหาบุคลิกภาพ

พัฒนาการของแบบแผนความคิดที่เกิดจากการปรับตัวที่ไม่เหมาะสมจากวัยเยาว์

Young et al. (2003) ได้แบ่งสาเหตุของแบบแผนความคิดที่เกิดจากการปรับตัวที่ไม่เหมาะสมจากวัยเยาว์เกิดจากผลรวมของหลายประการ ดังนี้

1. ความต้องการทางอารมณ์หลัก (core emotional needs) 5 ด้าน ดังนี้

1.1 ความรู้สึกผูกพันมั่นคงกับบุคคลอื่น (secure attachments to others)

1.2 ความเป็นอิสระ ความสามารถ และความมีอัตลักษณ์ (autonomy, competence and sense of identity)

1.3 การมีอิสระในการแสดงความต้องการและอารมณ์ที่แท้จริง (freedom to express valid need and emotions)

1.4 การตอบสนองต่อสิ่งต่าง ๆ อย่างเป็นธรรมชาติและการเล่น (spontaneity and play)

1.5 การควบคุมขอบเขตและควบคุมตนเองที่สอดคล้องกับความเป็นจริง (realistic limits and self-control)

ซึ่ง Young อธิบายว่าสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมในวัยเด็ก คือ สิ่งแวดล้อมที่สามารถตอบสนองความต้องการทางอารมณ์หลักของเด็กได้ และผู้ที่มีการปรับตัวและมีสุขภาพจิตดีเป็นผู้ที่ได้รับการตอบสนองความต้องการทางอารมณ์ครบทั้ง 5 ด้าน

2. ประสบการณ์ช่วงแรกของชีวิต (Early life experiences) ประสบการณ์วัยเด็กที่เป็นอันตราย (toxic childhood experience) เป็นสาเหตุหลักของการเกิด EMS ซึ่งประกอบไปด้วย

2.1 ความต้องการทางอารมณ์ไม่ได้รับการตอบสนอง (frustration of needs)

2.2 การทารุณกรรม (traumatization or victimization)

2.3 การที่เด็กได้รับสิ่งดี ๆ มากเกินไป (too much of a good thing)

2.4 การเลือกรับลักษณะบางอย่างของบุคคลสำคัญมาเป็นของตน (selective internalization or identification with significant others) ซึ่งเด็กอาจจะซึมซับเอาความคิด ความรู้สึก ประสบการณ์ และพฤติกรรมต่าง ๆ ที่ไม่ดีของบุคคลสำคัญมาเป็นของตน

3. ลักษณะอารมณ์พื้นฐาน (emotional temperament) เป็นลักษณะอารมณ์พื้นฐานของเด็กที่ติดตัวมาตั้งแต่แรกเกิด

ประเภทของแบบแผนความคิดที่เกิดจากการปรับตัวไม่เหมาะสมจากวัยเยาว์

Young et al. (2003) ได้แบ่งประเภทของแบบแผนความคิดที่ไม่เหมาะสมจากวัยเยาว์ว่ามีจำนวน 18 แบบ ซึ่งแบ่งได้เป็น 5 กลุ่ม ดังนี้

ตารางที่ 1 แสดงรายละเอียดของแบบแผนความคิดที่ไม่เหมาะสมแต่ละด้าน

EMS	รายละเอียด
กลุ่มไม่สามารถสร้างปฏิสัมพันธ์และถูกปฏิเสธ (Disconnect and Rejection)	
การถูกทอดทิ้ง (abandonment)	บุคคลมีความเชื่อว่าคนสำคัญในชีวิตมีลักษณะไม่มั่นคง เอาแน่เอานอนไม่ได้ อาจเสียชีวิตหรือทอดทิ้งตนเองไปเมื่อใดก็ได้
การไม่ไว้วางใจ (mistrust)	บุคคลมีความเชื่อว่าบุคคลอื่นจะทำให้ตนเองเสียใจ อับอาย หลอกกลวง เอาเปรียบตนเอง
การขาดการตอบสนองทางอารมณ์ (emotional deprivation)	บุคคลมีความเชื่อว่าบุคคลอื่น ๆ ไม่มีทางที่จะเติมเต็มความต้องการทางอารมณ์ของตนเองได้
การมีข้อบกพร่อง (defectiveness)	บุคคลมีความเชื่อว่าตนเองมีข้อบกพร่อง เป็นคนไม่สำคัญ และไม่เป็นที่ต้องการ
ความโดดเดี่ยว (social isolation)	บุคคลมีความเชื่อว่าตนเองแปลกแยก เข้ากับคนอื่น ๆ ไม่ได้ และไม่เป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม
กลุ่มขาดอิสระและความสามารถในการดูแลตนเอง (Impaired Autonomy and Performance)	
การพึ่งพิง (dependence)	บุคคลมีความเชื่อว่าตนเองไม่มีความสามารถที่จะดำเนินกิจกรรมประจำวันที่เป็นความรับผิดชอบของตนเองได้หากปราศจากความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น
การได้รับอันตรายและเจ็บป่วยได้ง่าย (vulnerability to harm or illnesses)	บุคคลมีความเชื่อว่าภัยอันตราย อุบัติเหตุและการเจ็บป่วยจะขึ้นกับตนเองเมื่อไหร่ก็ได้ และตนเองไม่สามารถจัดการกับสถานการณ์ดังกล่าวได้
การพันพันกันมากเกินไป (enmeshment)	บุคคลมีความใกล้ชิดผูกพันกับคนสำคัญจนไม่สามารถแยกตัวออกมาใช้ชีวิตของตนได้ ยุ่งเกี่ยวในชีวิตของกันมากเกินไป ไม่มีความเป็นส่วนตัวและไม่มีความยืดหยุ่นที่แตกต่างออกไป
ความล้มเหลว (failure)	บุคคลมีความเชื่อว่าตนเองจะประสบความล้มเหลว

ตารางที่ 1 แสดงรายละเอียดของแบบแผนความคิดที่ไม่เหมาะสมแต่ละด้าน (ต่อ)

EMS	รายละเอียด
กลุ่มขาดการยับยั้ง (Impaired Limits)	
การมีสิทธิเหนือคนอื่น (entitlement)	บุคคลมีความเชื่อว่าตนเองเหนือกว่าคนอื่นและมีความสำคัญมากกว่าคนอื่น และสมควรที่จะได้รับการยกเว้นกฎเกณฑ์ต่าง ๆ
การควบคุมตนเองไม่ดีพอ (insufficient self-control)	บุคคลไม่สามารถควบคุมตนเองให้ทำตามแผนที่วางไว้ได้ มีความอดทนต่อความคับข้องใจได้ต่ำ และไม่สามารถควบคุมอารมณ์ตนเองได้
กลุ่มให้คนอื่นชี้หน้า (Other Directedness)	
การยอมคนอื่น (subjugation)	การยอมทำตามความต้องการของคนอื่น เพื่อหลีกเลี่ยงการทะเลาะเบาะแว้งกับคนอื่น หรือการถูกทอดทิ้ง
การเสียสละตนเอง (self-sacrifice)	บุคคลมีความเชื่อว่าตนเองต้องเสียสละให้แก่คนอื่น โดยมองข้ามความสุขและความต้องการของตน
การแสวงหาการยอมรับ (approval seeking)	บุคคลมีความต้องการยอมรับจากบุคคลอื่น
กลุ่มระแวดระวังเกินไปและควบคุมตนเอง (Overvigilance and Inhibitions)	
การมองโลกในแง่ร้าย (negativity)	บุคคลเชื่อว่าสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นจะเป็นไปในแง่ร้าย มีความสนใจแต่เรื่องราวทางลบที่จะเกิดขึ้น
การควบคุมอารมณ์มากเกินไป (emotional inhibition)	การพยายามควบคุมอารมณ์และการแสดงความรู้สึก เนื่องจากกลัวการไม่ยอมรับ หรือกลัวจะควบคุมตนเองไม่ได้
การตั้งมาตรฐานสูงในทุกเรื่อง (unrelenting standards)	บุคคลตั้งมาตรฐานของตนเองสูง ชอบความสมบูรณ์แบบ เพื่อที่จะไม่ต้องถูกตำหนิหรือวิพากษ์วิจารณ์
การลงโทษ (punitiveness)	บุคคลมีความเชื่อว่าคนที่ทำผิดไปจากมาตรฐานที่ตนวางไว้ต้องได้รับการลงโทษและไม่ได้รับการให้อภัย

ที่มา: ไชยันต์ สกุลศรีประเสริฐ (2561)

จากการศึกษาพบว่าแบบแผนความคิด (schemas) ที่เด่น ๆ ของผู้ป่วยบุคลิกภาพผิดปกติชนิดก้ำกึ่ง คือ การถูกทอดทิ้ง (abandonment), การไม่ไว้วางใจ (mistrust), การขาดการตอบสนองทางอารมณ์ (emotional deprivation), การมีข้อบกพร่อง (defectiveness), การพึ่งพิง (dependence), การได้รับอันตรายและเจ็บป่วยได้ง่าย (vulnerability to harm or illnesses), การควบคุมตนเองไม่ดีพอ (insufficient self-control), การยอมคนอื่น (subjugation), การควบคุมอารมณ์มากเกินไป (emotional inhibition) และ การลงโทษ (punitiveness) (Young & Behari, 1998 อ้างถึงใน Nordahl & Nysæter, 2005; Arntz et al., 2005 อ้างถึงใน Gunderson & Links, 2008; Arntz & Genderen, 2009)

สภาวะของแบบแผนความคิด (schema mode)

สภาวะของแบบแผนความคิด (schema mode) เป็นภาวะทางอารมณ์ (emotional states) และการจัดการกับปัญหา (coping response) ที่บุคคลใช้ในช่วงเวลาหนึ่งซึ่งอาจจะเหมาะสมหรือไม่ก็ได้ มักถูกกระตุ้นจากสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิต ซึ่งหาก EMS ของบุคคลต่างกันก็就会有ความอ่อนไหวทางอารมณ์ที่ต่างกัน เมื่อ EMS ถูกกระตุ้น บุคคลก็จะเกิดสภาวะทางอารมณ์และพยายามจัดการกับสถานการณ์ดังกล่าว จากเหตุการณ์หนึ่งไปสู่อีกเหตุการณ์หนึ่ง ทำให้สภาวะของแบบแผนความคิดนี้จะมีการเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ (Young et al., 2003; ทินกร วงศ์ปการันย์, 2555)

แนวคิดของสภาวะของแบบแผนความคิดนั้น มีพัฒนามากจากการรักษาผู้ป่วยโรคบุคลิกภาพผิดปกติชนิดก้ำกึ่งเนื่องจากผู้ป่วยมีปัญหาที่ท่วมท้นและ

เปลี่ยนแบบแผนความคิด (schema) และการตอบสนองในการแก้ปัญหาอย่างรวดเร็ว ทำให้ทั้งผู้บำบัดและผู้ป่วยเองไม่สามารถมองเห็นสาเหตุที่แท้จริงได้ ทำให้ทั้งผู้ป่วยและผู้บำบัดเองต้องรับมือกับสิ่งเหล่านี้อยู่ตลอดเวลาทำให้การจัดการกับ EMS ของบุคคลทำได้ยากกว่า Young จึงได้พัฒนาสภาวะของแบบแผนความคิดเพื่อจัดการกับปัญหาของผู้ป่วยกลุ่มนี้โดยเฉพาะ (McGinn & Young, 1996 อ้างถึงใน Arntz & Genderen, 2009; Young et al., 2003)

ประเภทของสภาวะของแบบแผนความคิด

Young et al. (2003, อ้างถึงใน ไชยันต์ สกุลศรีประเสริฐ, 2561) ได้แบ่งสภาวะของแบบแผนความคิดออกเป็น 10 ชนิด โดยจัดเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่

1. Child modes เป็นลักษณะและการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมือนเด็ก ๆ ที่ติดตัวมาตั้งแต่เกิด ซึ่งสิ่งแวดล้อมในวัยเด็กจะเป็นปัจจัยที่ส่งผลให้สภาวะนี้มีมากขึ้นหรือถูกเก็บกดเอาไว้ โดยแบ่งออกเป็น

- เด็กที่เปราะบาง (vulnerable child) ซึ่งเป็น mode ที่พบในแบบแผนความคิดที่เกิดจาก EMS เกือบทุกแบบ ซึ่งประกอบไปด้วยลักษณะของการตื่นกลัว เศร้าเสียใจ หรือไร้ที่พึ่ง

- เด็กขี้โมโห (angry child) เป็นการแสดงออกทางอารมณ์โกรธ เนื่องจากไม่ได้รับการตอบสนองทางอารมณ์ ซึ่งจะแสดงออกมาเป็นการกระทำ

- เด็กที่ขาดความยั้งคิดหรือไร้วินัย (impulsive/undisciplined child) เป็นการแสดงออกเพื่อตอบสนองความต้องการของตนเองซึ่งขาดการยับยั้ง โดยอาจแสดงออกมาในรูปแบบของการควบคุมตนเองไม่ได้ ไม่มีความอดทน เกียจคร้าน ไม่รอบคอบ

- เด็กที่มีความสุข (happy child) เป็นการแสดงออกทางอารมณ์เมื่อได้รับการตอบสนองทาง

อารมณ์ เช่น การได้รับความรักและความเอาใจใส่ สภาวะนี้มาจากการที่เด็กได้รับการตอบสนองความต้องการอย่างเหมาะสม

2. Maladaptive Coping modes เป็นการจัดการกับปัญหาซึ่งพัฒนาขึ้นมาตั้งแต่วัยเด็กที่บุคคลใช้ในแต่ละสถานการณ์เมื่อไม่ได้รับการตอบสนองความต้องการทางอารมณ์ วิธีนี้อาจจะมีความเหมาะสมในวัยเด็ก แต่เมื่อโตขึ้นอาจจะเป็นลักษณะที่ไม่เหมาะสม สภาวะในกลุ่มนี้จะสอดคล้องกับรูปแบบการแก้ปัญหาทั้งการยอมแพ้ การหลีกเลี่ยง และการชดเชย ได้แก่

- Compliant Surrender จะยอมตามความต้องการของผู้อื่นเพื่อเลี่ยงความขัดแย้งที่อาจจะเกิดขึ้น

- Detached Protector จะเป็นการหลีกเลี่ยงความรู้สึกหรืออารมณ์ทางลบที่เกิดขึ้น

- Over-compensator เป็นการพยายามชดเชยที่มากเกินไปซึ่งจะแสดงออกในทางตรงกันข้ามกับแบบแผนความคิดที่เกิดจากการปรับตัวไม่เหมาะสมจากวัยเยาว์ (EMS)

3. Dysfunctional Parent mode เป็นการที่บุคคลรับเอาภาพพจน์ของพ่อแม่หรือผู้เลี้ยงดูมาเป็นของตัวเอง ในกลุ่มนี้บุคคลจะแสดงพฤติกรรมความคิด ความรู้สึกที่เหมือนกับผู้เลี้ยงดูเคยทำ โดยแบ่งออกเป็น

- Punitive Parent เป็นการเลียนแบบพ่อแม่ที่ลงโทษเด็กที่ทำตัวไม่ดี เมื่อบุคคลใช้สภาวะนี้จะมีการลงโทษ การตำหนิ วิพากษ์วิจารณ์ รวมไปถึงควบคุมทั้งตนเองและผู้อื่นเมื่อเกิดความผิดพลาด

- Demanding Parent เป็นการเลียนแบบพ่อแม่ที่กดดันและบังคับให้เด็กทำตามมาตรฐานที่ตนตั้งเอาไว้ ซึ่งบุคคลในกลุ่มนี้จะตั้งมาตรฐานกับตนเองและ

ผู้อื่น โดยจะมองว่าสิ่งที่สมบูรณ์แบบเป็นสิ่งที่ถูกต้อง

4. Healthy Adult mode สภาวะนี้เป็นลักษณะของบุคคลที่มีสุขภาพจิตดี เป็นการเลือกแสดงออกที่เหมาะสม ซึ่งสภาวะนี้มีหน้าที่ในการควบคุมและจัดการกับสภาวะอื่น ๆ ที่ไม่เหมาะสม บุคคลที่มีการปรับตัวที่เหมาะสมจะมีสภาวะนี้มาก

การประเมินและการเปลี่ยนแปลงแบบแผนความคิด (Schema Assessment and Change)

Young et al. (2003) แบ่งกระบวนการบำบัดออกเป็น 2 ช่วง คือ ช่วงการตรวจประเมินและให้ความรู้ และช่วงของการเปลี่ยนแปลง

1. การตรวจประเมินและให้ความรู้ ในช่วงขั้นตอนนี้ผู้บำบัดจะช่วยผู้ป่วยในการระบุ EMS ของตนเอง และทำความเข้าใจพื้นฐานของ EMS เหล่านั้นในวัยเด็ก รวมทั้งหารูปแบบการแก้ปัญหาที่ไม่เหมาะสม (maladaptive coping styles) และการตอบสนองในการแก้ปัญหา (coping responses) และอาจจะประเมินพื้นฐานอารมณ์เดิมของผู้ป่วยด้วยการสัมภาษณ์ การประเมินตัวเอง และการใช้แบบสอบถามของแบบแผนความคิด ซึ่งผู้บำบัดจะนำสิ่งที่ได้ไปเป็นแนวทางในการช่วยเหลือ

2. การเปลี่ยนแปลง ในช่วงนี้ผู้บำบัดจะนำเทคนิคของ CBT รูปแบบการเรียนรู้จากประสบการณ์และความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลเข้าด้วยกัน ซึ่งมีความยืดหยุ่นปรับเปลี่ยนตามความต้องการของผู้ป่วยประกอบด้วย

- Cognitive techniques ส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะเชื่อว่า schema ของตนเองถูกต้อง จะไม่ต้องการที่จะเปลี่ยนแปลงและยังคงมีความเชื่อผิด ๆ นั้นอยู่

ดังนั้นผู้ป่วยและผู้บำบัดจะช่วยกันหาหลักฐานมาหักล้างความเชื่อนั้น ซึ่งอาจมีการใช้ flash card ในการบันทึกการจัดการปัญหาที่เหมาะสมเมื่อผู้ป่วยเจอสถานการณ์ที่ถูกกระตุ้น schema ก็สามารถนำออกมาอ่านได้ทันที

- Experiential techniques ผู้ป่วยจะต่อสู้กับ schema ในระดับอารมณ์ผ่านการใช้เทคนิคเชิงประสบการณ์ ผู้ป่วยจะพูดคุยเกี่ยวกับสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการแต่ไม่ได้รับจากพ่อและแม่ในวัยเด็ก อาจจะเชื่อมโยงสิ่งที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน ถือว่าเป็นการที่ผู้ป่วยต่อสู้กับ schema โดยตรง ผู้ป่วยฝึกการสื่อสารด้วยการจินตนาการ (imagery) และบทบาทสมมติ (role-playing)

- Behavioral pattern-breaking ในเทคนิคนี้ ผู้บำบัดและผู้ป่วยจะร่วมกันออกแบบวางแผนกำหนดการบ้านที่ต้องทำ เพื่อที่จะสร้างพฤติกรรมทดแทนพฤติกรรมที่เป็นปัญหาผ่านการซ้อมพฤติกรรมใหม่ ๆ ทั้งในจินตนาการและบทบาทสมมติ รวมถึงใช้ flash card

- Therapist-patient relationship ผู้บำบัดจะประเมินและรักษา schema ของผู้ป่วยโดยอาศัยสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและผู้บำบัด ซึ่งในการรักษา ผู้ป่วยจะนำเอกลักษณ์ของ healthy adult ของผู้บำบัดเข้าไปไว้ในตัวเอง โดยสัมพันธภาพระหว่างผู้บำบัดและผู้บำบัดจะมี 2 ลักษณะ คือ empathic confrontation เป็นการที่ผู้บำบัดแสดงให้เห็นว่าสิ่งที่แสดงออกของผู้ป่วยมีลักษณะที่บิดเบือนไปจากความจริงด้วยความเข้าใจเห็นใจ และ limited reparenting คือ การที่ผู้บำบัดให้ในสิ่งที่ผู้ป่วยขาดแต่ไม่ได้รับจากพ่อและแม่ในวัยเด็กในขอบเขตที่เหมาะสม

จากการทบทวนวรรณกรรมจะเห็นได้ว่าการบำบัดแบบ ST ถูกพัฒนามาเพื่อผู้ป่วยที่รักษา

ได้ยากโดยเฉพาะ เป็นการรวมหลายแนวคิดและเทคนิคของการบำบัดเข้าด้วยกัน จะเน้นให้ความสำคัญกับ EMS และรูปแบบการแก้ปัญหาที่ไม่เหมาะสม (maladaptive coping styles) แต่ในผู้ป่วยโรคบุคลิกภาพผิดปกติชนิดก้ำกึ่งมักเกิด schema และมีการตอบโต้ในการแก้ปัญหาที่หลากหลายและรวดเร็วในเวลาเดียวกัน ทำให้การรักษาเป็นไปได้ยาก Young จึงได้พัฒนาสถานะของแบบแผนความคิด (schema mode) เพื่อจัดการกับปัญหาของผู้ป่วยกลุ่มนี้โดยเฉพาะ ซึ่งในการบำบัดรูปแบบนี้จะทำงานกับความสัมพันธ์ผ่านการให้ความสำคัญกับความรูสึกและสิ่งที่ผู้ป่วยยังยึดติดอยู่ เพื่อให้ผู้ป่วยมีวิธีที่เหมาะสมในการตอบสนอง ด้วยวิธีการเฉพาะบางอย่าง เช่น experiential techniques และ limited reparenting

จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า การบำบัดแบบแผนความคิดมีประสิทธิภาพกับผู้ป่วยโรคบุคลิกภาพผิดปกติชนิดก้ำกึ่ง โดย Nordahl and Nysæter (2005) และ Fassbinder et al. (2016) ได้ทำการศึกษาประสิทธิภาพของการบำบัดแบบ ST กับผู้ป่วยโรคบุคลิกภาพผิดปกติชนิดก้ำกึ่งพบว่า ลักษณะความรุนแรงและอาการโรคบุคลิกภาพผิดปกติชนิดก้ำกึ่งลดลงอย่างมีนัยสำคัญ รวมถึงอาการดีขึ้นและไม่เข้าเกณฑ์วินิจฉัยหลังจากรับการบำบัดซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Reiss et al. (2013) ที่พบว่า การบำบัดแบบ ST ช่วยลดความรุนแรงของอาการของโรคบุคลิกภาพผิดปกติชนิดก้ำกึ่งอย่างมีนัยสำคัญ และการศึกษาของ Renner et al. (2013) ยังพบอีกว่าการบำบัดแบบ ST สามารถลด EMS, ความเครียดทั่วไป, สภาวะของแบบแผนความคิด และการแก้ไขปัญหาที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วยโรคบุคลิกภาพผิดปกติชนิดก้ำกึ่งได้

สรุป

ผู้ป่วยโรคบุคลิกภาพผิดปกติชนิดก้ำกึ่งจะมีความยากลำบากในการควบคุมอารมณ์และการรักษาสัมพันธภาพ พยายามฆ่าตัวตาย รวมถึงทำร้ายตัวเองเพื่อเรียกร้องความสนใจ ไม่ชัดเจนในอัตลักษณ์ของตัวเอง นอกจากนี้ยังมีพฤติกรรมหุนหันพลันแล่นที่มักส่งผลร้ายต่อตนเอง ลักษณะดังกล่าวคงที่แทบจะตลอดชีวิต ส่งผลต่อทั้งตัวผู้ป่วยเองและกระทบกับผู้ที่อยู่รอบข้างอยู่เสมอ ซึ่งในการบำบัดแบบพฤติกรรมบำบัดวิภาษวิธี (DBT) มีมุมมองต่อผู้ป่วยโรคบุคลิกภาพผิดปกติชนิดก้ำกึ่งว่าเป็นผู้ที่ไม่สามารถจัดการกับอารมณ์ (emotional dysregulation) ซึ่งในการรักษาแบบ DBT ใช้วิธีการสนทนาและสัมพันธภาพเพื่อเน้นให้เกิดความสมดุลระหว่างการเปลี่ยนแปลงและการยอมรับ โดยนำวิธีการทาง CBT มาประยุกต์ร่วมกับการฝึกสติ เพื่อให้ผู้ป่วยยอมรับตนเองและมีทักษะทางจิตสังคมมากขึ้น และช่วยลดพฤติกรรมทางลบ เช่น พฤติกรรมทำร้ายตัวเอง การพยายามฆ่าตัวตาย และการแสดงออกความก้าวร้าวต่าง ๆ รวมถึงช่วยให้ผู้ป่วยควบคุมอารมณ์ที่ผิดปกติของตนเองได้ ส่วนการบำบัดแบบแผนความคิด (ST) ผู้ป่วยโรคบุคลิกภาพผิดปกติชนิดก้ำกึ่งจะมีการตอบโต้ในการแก้ปัญหาที่หลากหลายและรวดเร็วในเวลาเดียวกัน ซึ่งทำให้การรักษาเป็นไปได้ยาก Young (2003) จึงเสนอแนวคิดเรื่องสภาวะของแบบแผนความคิด (schema mode) และพัฒนาแนวทางการทำงานกับสภาวะของแบบแผนความคิดแต่ละประเภทโดยตรงจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาแสดงถึงประสิทธิผลของการบำบัดทั้ง 2 ประเภทในการบำบัดผู้ป่วยโรคบุคลิกภาพผิดปกติชนิดก้ำกึ่ง ซึ่งนักจิตวิทยาคลินิกหรือบุคลากรทางสุขภาพจิตที่สนใจสามารถศึกษาแนวทางการบำบัดทั้ง 2 ประเภทได้ต่อไป

บรรณานุกรม

- ไชยันต์ สกกุลศรีประเสริฐ. (2561). *แบบแผนความคิดที่ไม่เหมาะสมจากวัยเยาว์และปัญหาการดื่มสุราในนักศึกษา: บทบาทตัวแปรส่งผ่านของแรงจูงใจในการดื่ม* (รายงานการวิจัย). เชียงใหม่: คณะมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ณททัย วงศ์ปการันย์ และ ทินกร วงศ์ปการันย์. (2555). *บุคลิกภาพแปรปรวน : การประเมินและการรักษา*. เชียงใหม่: บริษัทกลางเวียงการพิมพ์ จำกัด.
- ทินกร วงศ์ปการันย์. (2555). *จิตบำบัด : ทฤษฎีและเทคนิค*. (พิมพ์ครั้งที่ 3). เชียงใหม่: บริษัทกลางเวียงการพิมพ์ จำกัด.
- ธิตพันธ์ ธานีรัตน์. (2555). *ทฤษฎีพื้นฐานเกี่ยวกับบุคลิกภาพผิดปกติในทางจิตเวช.กรุงเทพฯ: ร้านพุ่มทอง*.
- เชียรชัย งามทิพย์วัฒนา. (2559). *โรคบุคลิกภาพผิดปกติ. ใน นันทวัช สิทธิรักษ์, กมลเนตร วรรณเสวก, กมลพร วรรณฤทธิ์, ปเนต ผู้กฤตยาคามี, สุพร อภินันทเวช และ พนม เกตุมาน (บ.ก.), จิตเวชศิริราช DSM-5. (น. 455-466). กรุงเทพฯ: ประยูรสาส์นไทยการพิมพ์*.
- นวนันท์ ปิยะวัฒน์กุล. (2559). *กลุ่มโรคของบุคลิกภาพ (Personality Disorders). ใน กุศลาภรณ์ ชัยอุดมสม, ภัทรี พหลภาคย์, ภาพันท์ วัฒนวิทย์กิจ และ พงศธร พหลภาคย์ (บ.ก.), จิตเวชศาสตร์ Psychiatry*.

- (น. 163-183). ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.
- รณชัย คงสกนธ์. (2558). บุคลิกภาพผิดปกติ. ใน มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุขนิษฐ์ (บ.ก.), *จิตเวชศาสตร์รามาธิบดี* (พิมพ์ครั้งที่ 4). (น. 325-336). กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศิริไชย หงส์สงวนศรี. (2558). *ชอบวินเหวียง* เข้าข่าย “โรคบุคลิกภาพแปรปรวน”. สืบค้น 9 กันยายน 2562, จาก <https://med.mahidol.ac.th/ramachannel/home/article/ชอบวินเหวียงเข้าข่าย>.
- สมภพ เรืองตระกูล. (2553). *ตำราจิตเวชศาสตร์พื้นฐาน และโรคทางจิตเวช* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เรืองแก้วการพิมพ์
- American Psychiatric Association. (2012). *DSM-IV and DSM-5 Criteria for the Personality Disorders*. สืบค้น 26 พฤศจิกายน 2562, จาก https://www.psiqua.org/academic/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/practicas_profesionales/820_clinica_tr_personalidad_psicosis/material/dsm.pdf
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). สืบค้น 16 พฤษภาคม 2563, จาก <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Arnoud Arntz and Hannie van Genderen. (2009). *Schema Therapy for Borderline Personality Disorder*. Singapore: Fabulous Printer Pte Ltd.
- Bales, D., van Beek, N., Smits, M., Willemsen, S., Busschbach, J. J., Verheul, R., & Andrea, H. (2012). Treatment outcome of 18-month, day hospital mentalization-based treatment (MBT) in patients with severe borderline personality disorder in the Netherlands. *Journal of personality disorders*, 26(4), 568–582. <https://doi.org/10.1521/pedi.2012.26.4.568>
- Bohus, M., Haaf, B., Simms, T., Limberger, M. F., Schmahl, C., Unkel, C., Lieb, K., & Linehan, M. M. (2004). Effectiveness of inpatient dialectical behavioral therapy for borderline personality disorder: A controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 42(5), 487–499. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(03\)00174-8](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(03)00174-8)
- Carvalho, S., Martins, C., Almeida, H., & Silva, F. (2017). The Evolution of Cognitive Behavioural Therapy – The Third Generation and Its Effectiveness. *European Psychiatry*, 41(S1), S773-S774. [doi:10.1016/j.eurpsy.2017.01.1461](https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2017.01.1461)
- Dimeff, L. A., & Linehan, M. M. (2008). Dialectical behavior therapy for substance abusers. *Addiction Science & Clinical*

- Practice*, 4(2), 39-47. <https://doi.org/10.1151/ascp084239>
- Edward J., Ruskin N., and Turrini P. (1991). *Separation/individuation: Theory and Application* (2nd ed.). United Kingdom: Gardner Press.
- Eva Fassbinder, Maren Schuetze, Annika Kranich, Valerija Sipos, Frits Hogagen, Ida Shaw, Joan Farrell, Arnoud Arntz and Ulrich Schweiger. (2016). Feasibility of Group Schema Therapy for Outpatients with Severe Borderline Personality Disorder in Germany: A Pilot Study with Three Year Follow-Up. *Frontiers in Psychology*, 7, 1-9. doi: 10.3389/fpsyg.2016.01851
- Fritz Renner, Michiel van Goor, Marcus Huibers, Arnoud Arntz, Betty Butz and David Bernstein. (2013). Short-term group schema cognitive-behavioral therapy for young adults with personality disorders and personality disorder features: Associations with changes in symptomatic distress, schemas, schema modes and coping styles. *Behaviour Research and Therapy*, 51, 487-492. doi: 10.1016/j.brat.2013.05.011
- Giesen-Bloo, J., van Dyck, R., Spinhoven, P., van Tilburg, W., Dirksen, C., Van Asselt, T., Kremers, I., Nadort, M., & Arntz, A. (2006). Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder: randomized trial of schema-focused therapy vs transference-focused psychotherapy. *Archives of General Psychiatry*, 63(6), 649–658. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.63.6.649>
- Grace, L. (2017). *Making sense dialectical behavior therapy*. London: National Association for Mental Health
- Gunderson, J. G., & Links, P. S. (Collaborator). (2008). *Borderline personality disorder: A clinical guide* (2nd ed.). American Psychiatric Publishing, Inc.
- Gunderson, J. G. (2011). Ten-Year Course of Borderline Personality Disorder. *Archives of General Psychiatry*, 68(8), 827. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2011.37
- Jeffrey E. Young, Janet S. Klosko and Marjorie E. Weishaar. (2003). *Schema Therapy A Practitioner's Guide*. New York: Guilford Publications.
- Koons, C. R., Robins, C. J., Tweed, J. L., Lynch, T. R., Gonzalez, A. M., Morse, J. Q., Bishop, G. K., Butterfield, M. I., & Bastian, L. A. (2001). Efficacy of dialectical behavior therapy in women veterans with borderline personality disorder. *Behavior Therapy*, 32(2), 371–390. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(01\)80009-5](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(01)80009-5)

- Kröger, C., Schweiger, U., Sipos, V., Arnold, R., Kahl, K. G., Schunert, T., Rudolf, S., & Reinecker, H. (2006). Effectiveness of dialectical behaviour therapy for borderline personality disorder in an inpatient setting. *Behaviour Research and Therapy*, 44(8), 1211–1217. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.08.012>
- Kernberg O. (1984). *Object relation theory and clinical psychoanalysis*. North-vale, NJ: Jason Aronson.
- Linehan MM, Schmidt H 3rd, Dimeff LA, Craft JC, Kanter J, Comtois KA. (1999) Dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder and drug-dependence. *Am J Addict*. Fall; 8(4):279-92.doi:10.1080/105504999305686.
- Mahler, M. S. (1971). A study of the separation-individuation process: And its possible application to borderline phenomena in the psychoanalytic situation. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 26, 403-424. doi:10.1080/00797308.1971.11822279.
- Marsha M. Linehan. (1993). *Skill Training Manual for Treating Borderline Personality Disorder*. New York: A Division of Guilford Publication Inc.
- McKay, M., Wood, J. C., & Brantley, J. (2007). *The Dialectical Behavior Therapy Skills Workbook*. The United States of America: New Harbinger Publications Inc.
- Nordahl, H. M., & Nysaeter, T. E. (2005). Schema therapy for patients with borderline personality disorder: a single case series. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 36(3), 254–264. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2005.05.007>
- Reiss, N., Lieb, K., Arntz, A., Shaw, I., & Farrell, J. (2014). Responding to the Treatment Challenge of Patients with Severe BPD: Results of Three Pilot Studies of Inpatient Schema Therapy. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 42(3), 355-367. doi:10.1017/S1352465813000027
- Ogrodniczuk, J.S. (2011). Psychotherapies for Borderline Personality Disorder. *Visions Journal*, 7(1), 21-23. <https://www.heretohelp.bc.ca/visions/borderline-personality-disorder-vol7/psychotherapies-for-borderline-personality-disorder>.
- Paris J. (2010). Effectiveness of Different Psychotherapy Approaches in the Treatment of Borderline Personality Disorder. *Curr Psychiatry Rep*, 12, 56-60. doi.org/10.1007/s11920-009-0083-0

- Probst, T., O'Rourke, T., Decker, V., KIEßLING, E., Meyer, S., Bofinger, C., Niklewski, G., Mühlberger, A., & Pieh, C. (2019). Effectiveness of a 5-Week Inpatient Dialectical Behavior Therapy for Borderline Personality Disorder. *Journal of Psychiatric Practice*, 25(3), 192–198. <https://doi.org/10.1097/PRA.0000000000000383>
- Sempértegui, G. A., Karreman, A., Arntz, A., & Bekker, M. H. (2013). Schema therapy for borderline personality disorder: a comprehensive review of its empirical foundations, effectiveness and implementation possibilities. *Clinical Psychology Review*, 33(3), 426–447. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.11.006>
- Van Asselt, A. D., Dirksen, C. D., Arntz, A., Giesen-Bloo, J. H., van Dyck, R., Spinhoven, P., van Tilburg, W., Kremers, I. P., Nadort, M., & Severens, J. L. (2008). Out-patient psychotherapy for borderline personality disorder: cost-effectiveness of schema-focused therapy v. transference-focused psychotherapy. *The British journal of psychiatry : The Journal of Mental Science*, 192(6), 450–457. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.106.033597>
- Wetterborg, D., Dehlbom, P., Långström, N., Andersson, G., Fruzzetti, A. E., & Enebrink, P. (2018). Dialectical Behavior Therapy for Men With Borderline Personality Disorder and Antisocial Behavior: A Clinical Trial. *Journal of Personality Disorders*, 34(1), 22–39. https://doi.org/10.1521/pedi_2018_32_379
- Young, J. E. (1990). *Practitioner's resource series. Cognitive therapy for personality-disorders: A schema-focused approach*. Professional Resource Exchange, Inc.
- Zanarini M. C. (2009). Psychotherapy of borderline personality disorder. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 120(5), 373–377. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2009.01448.x>