

จิตบำบัดแบบเรื่องเล่า การหาความหมาย และทางออก แบบสั้นในชีวิตาภิบาล

จารุรินทร์ ปิตานุพงศ์

Narrative Therapy, Brief Individual Meaning-Centered Psychotherapy and Solution-Focus Brief Therapy in Palliative Care.

Jarurin Pitanupong

Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Prince of Songkla University,
Hat Yai, Songkhla, 90110, Thailand.

E-mail: pjarurin@medicine.psu.ac.th

Songkla Med J 2015;33(6):305-313

บทคัดย่อ:

จิตแพทย์ถูกคาดหวังให้เป็นผู้ดูแลหลักในเรื่องชีวิตาภิบาล ดังนั้นการทบทวนวรรณกรรมองค์ความรู้ การทำจิตบำบัดแบบ 1) ค้นหาความหมาย ซึ่งมุ่งเน้นการค้นหาความหมายของชีวิตเพื่อลดทอนความสิ้นหวัง ต่อความเจ็บป่วย 2) การหาทางออกของชีวิตที่มุ่งเน้นการค้นหาทางออกของชีวิตมากกว่าการแก้ปัญหา และ 3) เรื่องเล่าของความเจ็บป่วย ทำให้ได้ข้อสรุปการนำองค์ความรู้ดังกล่าวมาประยุกต์ใช้ในการทำจิตบำบัดอย่างสั้น ในผู้ป่วยชีวิตาภิบาลที่เป็นประโยชน์ต่อไป

คำสำคัญ: ความหมาย, จิตบำบัด, ชีวิตาภิบาล, ทางออก, เรื่องเล่า

Abstract:

Psychiatrist plays a major role of the practice of palliative medicine. Then the literature reviews about 1) individual meaning-centered psychotherapy (IMCP), that represents the enhancing meaning and diminishing despair in advanced disease. 2) solution-focused therapy (SFT), that focuses on solutions, not problems. 3) narrative therapy, produce the integrated, useful, advance, brief psychotherapy for palliative care.

Keywords: meaning, narrative, palliative care, psychotherapy, solution

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา 90110

รับต้นฉบับวันที่ 22 เมษายน 2558 รับลงตีพิมพ์วันที่ 11 สิงหาคม 2558

บทนำ

ชีวิตประจำวัน มีที่มาจากคำว่า “ชีวิตารักษ์” ซึ่งเป็นคำสันนิษฐานจากรากศัพท์ภาษาสันสกฤต คือ ชีวะ (ชีวิต) กับ อันตะ (ที่สุด) และอาร์กซ์ (การดูแลด้วยองค์รวม) ซึ่งมีความหมายได้สองประการคือ “การดูแลด้วยองค์รวม ณ ที่สุดแห่งชีวิต” และ “การดูแลด้วยองค์รวมด้วยที่สุดแห่งชีวิต” ทั้งสองความหมายเป็นทั้งวิธีการและรูปแบบของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ได้รับการยอมรับทั่วโลก¹ หน่วย palliative care โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ใช้คำว่า ชีวิตาภิบาล เพื่อเน้นคำว่า care คือการดูแลการอภิบาล²

จิตชีวิตาภิบาล (palliative care psychiatry) คือ ชีวิตาภิบาลที่มุ่งเน้นเรื่องการจัดการปัญหาด้านอารมณ์และจิตสังคมที่เกิดจากความเจ็บป่วยทางกายที่ไม่มีทางรักษาหายได้³ ในวงการแพทย์ จิตแพทย์จัดเป็นกลุ่มแพทย์ที่ถูกคาดหวังให้มีบทบาทสำคัญในด้านการเยียวยาจิตใจ เสริมจิตวิญญาณที่เป็นลมหายใจแห่งชีวิตของผู้ป่วยที่ต้องเผชิญกับความเจ็บป่วยทางกายที่ไม่มีหนทางในการรักษา รวมทั้งให้คำแนะนำและช่วยเหลือครอบครัวผู้ป่วยต่อการเผชิญวิกฤตทางอารมณ์เนื่องจากความสูญเสีย อย่างไรก็ตามยังไม่มีการศึกษาใดระบุอย่างชัดเจนว่าจิตแพทย์ควรมีบทบาทและหน้าที่อย่างไร⁴ ดังนั้นการทบทวนวรรณกรรมให้เข้าใจแก่นของวิชาชีวิตาภิบาล และแนวทางการบำบัดรักษาตามทฤษฎีจิตวิทยาใหม่ๆ เพื่อนำมาประยุกต์ให้เข้ากับบทบาทของจิตแพทย์ในบริบทของประเทศไทยนั้น จึงมีความสำคัญและเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาหลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์รวมทั้งงานชีวิตาภิบาลเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตในช่วงเวลาที่เหลืออยู่ก่อนจะสิ้นลมหายใจที่ดีที่สุดไป

การทบทวนวรรณกรรม

ชีวิตาภิบาล (palliative care)

เป็นการดูแลผู้ป่วยรูปแบบหนึ่งที่มีความแตกต่างจากการดูแลผู้ป่วยที่ป่วยเป็นโรคที่รักษาหายขาด (curative treatment) เป็นการดูแลรักษาที่เน้นการเพิ่มคุณภาพชีวิตให้กับผู้ป่วยและครอบครัว โดยมุ่งเน้นการ

ค้นหาปัญหาให้เร็ว (early identification) ป้องกัน (prevention) บรรเทา (relief) อาการต่างๆ ช่วยผู้ป่วยและครอบครัวให้กล้าเผชิญหน้ากับปัญหาที่สัมพันธ์กับวิกฤตของโรคและชีวิต ซึ่งรวมถึงการรักษาอาการทางกาย การดูแลทางด้านจิตสังคม และจิตวิญญาณ⁵

ในปี พ.ศ. 2533 องค์การอนามัยโลก (WHO) ให้คำจำกัดความ ชีวิตาภิบาล คือแนวทางการดูแลโดยการป้องกัน บรรเทา ค้นหา และประเมินปัญหาตั้งแต่ระยะเริ่มต้น รวมทั้งรักษาความเจ็บปวดและปัญหาต่างๆ ทั้งทางกาย จิตสังคมและจิตวิญญาณ เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตทั้งของผู้ป่วยและครอบครัวที่กำลังเผชิญกับปัญหาที่สัมพันธ์กับความเจ็บป่วยและการรักษา โดยแบ่งออกเป็น

- สนับสนุนการบรรเทาอาการเจ็บปวดและอาการไม่สบายกายอื่นๆ
- ยอมรับกับชีวิตและความตายว่าเป็นเรื่องกระบวนการปกติของชีวิต
- ไม่พยายามที่จะเร่งหรือยืดต่อความตาย
- ผสมผสานเรื่องจิตใจและจิตวิญญาณในการดูแลผู้ป่วย
- สนับสนุนระบบการดูแลที่ช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตที่มีอำนาจในการตัดสินใจให้มากที่สุดจนถึงวันสิ้นลมหายใจ
- สนับสนุนระบบการดูแลที่ช่วยให้ครอบครัวของผู้ป่วยรับมือกับความเจ็บป่วยและการสูญเสียผู้ป่วย
- ทำงานเป็นทีมในการประเมินความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว รวมทั้งให้คำปรึกษาต่อภาวะสูญเสีย
- เพิ่มคุณภาพชีวิต ซึ่งอาจส่งผลต่อพยากรณ์ของโรค
- ให้การจัดการอาการแทรกซ้อนทั้งจากการรักษาและการส่งตรวจต่างๆ⁶

ชีวิตาภิบาลกับบทบาทหน้าที่และเป้าหมายการทำงานของจิตแพทย์

จิตแพทย์ในโรงพยาบาลต่างๆ มักถูกคาดหวังจากแพทย์และทีมรักษาพยาบาลในต่างสาขาถึงบทบาทในเรื่องการเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและทีมการรักษาพยาบาล^{6,7} ดังนั้นจิตแพทย์จึงมีบทบาทสำคัญในด้าน

1. การดูแลผู้ป่วย

ในเบื้องต้นจิตแพทย์จะประเมินปัญหาของผู้ป่วยเพื่อให้คำแนะนำกับทีมรักษาพยาบาล โดยเฉพาะในเรื่องเทคนิคการแจ้งข่าวร้าย (breaking bad news) การจัดการกับปฏิกิริยาทางจิตใจของผู้ป่วยตาม Kubler-Ross การดูแลจัดการกับภาวะสูญเสียของผู้ป่วยของญาติและการรักษาต่างๆ ในทุกมิติขององค์กรรวม เพื่อให้เกิดศักดิ์ศรีในตัวผู้ป่วย (dignity therapy)^๕

2. การสร้างองค์ความรู้ให้กับแพทย์และทีมรักษาพยาบาล

เพื่อให้แพทย์และทีมรักษาพยาบาลมีความรู้ความสามารถในการจัดการปัญหาต่างๆ ของผู้ป่วย^๗ ไม่ว่าจะเป็นอาการทางจิตเวช เช่น อารมณ์ซึมเศร้า ภาวะเพ้อสับสน (delirium) นอนไม่หลับ วิดกกังวล หรือปฏิกิริยาทางจิตใจต่อความเจ็บป่วย รวมทั้งการบริหารยา เช่น ยาแก้อาการซึมเศร้า ยาคลายกังวล และยารักษาโรคจิต เป็นต้น^๕

บนความเจ็บป่วยที่เรื้อรังและยากต่อการรักษาให้หายขาดได้นั้น ผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องปรับตัวต่อการมีชีวิตอยู่^๘ การศึกษาที่ผ่านมาพบอัตราความชุกของภาวะเพ้อ (delirium) ร้อยละ 80 และการปรับตัวที่ผิดปกติที่รุนแรงถึงขั้นเป็นโรคซึมเศร้าร้อยละ 5-15^{๕,๘} อย่างไรก็ตามการใช้ยาแก้อาการซึมเศรานั้นอาจไม่มีประโยชน์ในผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะเพ้อ (delirium) เพราะจะมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดผลข้างเคียง ส่วนภาวะการปรับตัวผิดปกติต่อความเจ็บป่วยของผู้ป่วยนั้น มีความจำเป็นที่จะต้องมียาหรือการรักษาอื่นๆ ที่เหมาะสมที่ไม่ใช้การบำบัดด้วยยา^๙ จึงเป็นที่มาของการพัฒนาองค์ความรู้เรื่องจิตบำบัดในผู้ป่วยชีวนตาทิบาลซึ่งจะได้กล่าวต่อไป

จิตบำบัด (psychotherapy) กับ ชีวนตาทิบาล (palliative care)

การแพทย์สมัยใหม่ในปัจจุบันนี้ มีการพัฒนากระบวนการรักษาเยียวยาจิตใจของผู้ป่วยที่เรียกว่ากระบวนการเล่าเรื่องเพื่อหาทางออก (narrative therapy)¹⁰ จิตบำบัดค้นหาความหมายของชีวิตในส่วนบุคคล (individual

meaning-centered psychotherapy)¹¹ จิตบำบัดค้นหาทางออกชีวิต (solution-focused therapy)¹² และการสื่อสาร “PSU model” ที่ประกอบไปด้วย 5 กระบวนการหลักคือ 1) dialogue and suspension of assumption คือ การแขวนความคิดที่เข้ามาในจิตใจ 2) tune in การเข้าไปเข้าใจโลกและมุมมองของผู้ป่วย 3) see the world with the patient’s eyes การมองโลกด้วยสายตาของผู้ป่วย 4) narrative process การสร้างความหมายของตัวตนหรือเรื่องราวที่สัมพันธ์กับเวลา 5) empathy เป็นการเชื่อมและแลกเปลี่ยนระหว่างผู้ฟังและผู้พูดซึ่งกันและกันอย่างแท้จริง¹³ ทั้งหมดนี้เป็นกระบวนการที่ทำให้แพทย์และทีมรักษาพยาบาลสามารถเข้าถึงประสบการณ์ชีวิตของผู้ป่วยและญาติ เนื่องมาจากมนุษย์ทุกคนจะมีเรื่องเล่าเกี่ยวกับชีวิตและเรื่องเล่าเหล่านั้นจัดเป็นพาหะแห่งความจริงซึ่งความจริงเหล่านี้จะเป็นสิ่งเยียวยา (healing) จิตใจของผู้ป่วยได้^{๑๐}

นอกจากเรื่องเล่าเกี่ยวกับชีวิตแล้วนั้น การเข้าใจเรื่องความหมาย (meaning) ของชีวิตที่ดำรงอยู่ของผู้ป่วยถือว่ามีผลสำคัญอย่างมากเช่นเดียวกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าการเข้าใจความหมายของจิตวิญญาณและการดำรงอยู่ของชีวิตที่เหลืออยู่กับความเจ็บป่วยของผู้ป่วยนั้นมีความสำคัญต่อการปรับตัวในการต่อสู้กับโรคในระยะสุดท้ายของผู้ป่วย¹⁴ มีการศึกษาเรื่องความต้องการที่สำคัญที่สุดของผู้ป่วยมะเร็งจำนวน 248 ราย พบว่า ร้อยละ 51 ของผู้ป่วยต้องการความช่วยเหลือในการผ่านพ้นต่อความกลัวต่างๆ ร้อยละ 41 ต้องการความช่วยเหลือให้ค้นพบความหวัง ร้อยละ 40 ต้องการค้นพบความหมายของชีวิต (meaning of life) ร้อยละ 43 และ 39 ต้องการมีจิตใจที่สงบและเข้าถึงจิตวิญญาณ¹⁵

การศึกษาในประเทศญี่ปุ่น พบว่า ร้อยละ 37 ของผู้ป่วยมะเร็งมีความทุกข์ทางจิตใจที่สัมพันธ์กับการมีชีวิตที่ไร้ความหมายและหมดหวัง นอกจากนี้ยังพบว่า ร้อยละ 47 ของผู้ป่วยมะเร็งที่มีความคิดอยากฆ่าตัวตายนั้นเป็นทุกข์จากการมีชีวิตท่ามกลางความเจ็บป่วยอย่างไร้ความหมาย (loss meaning in life)¹⁶

ดังนั้นการทบทวนวรรณกรรมองค์ความรู้เกี่ยวกับจิตบำบัดค้นหาความหมายชีวิตในส่วนบุคคล (individual meaning-centered psychotherapy; IMCP) จิตบำบัดค้นหาทางออกชีวิต (solution-focused therapy; SFT) และการบำบัดแบบเรื่องเล่าชีวิต (narrative therapy) จึงนับว่ามีความสำคัญที่จะยังประโยชน์ต่อการดูแลผู้ป่วยชีวิตประจำวันต่อไป

Individual meaning-centered psychotherapy (IMCP)

ตามหลักปรัชญาและหลักจิตวิทยาของ Yalom, Park และ Folkman, Kierkegaard, Nietzsche และ Heidegger เชื่อว่าความเป็นมนุษย์ คือการดำรงตนโดยมีชีวิตอยู่อย่างมีความหมาย¹⁶ ดังนั้นเมื่อมีความเจ็บป่วยหรือมีความเครียด มนุษย์มีความต้องการที่จะจัดสมดุลชีวิตใหม่ เพื่อให้ชีวิตที่เหลืออยู่นั้นยังคงดำเนินต่อไปได้ โดยมีความหมายในแบบเดิมหรือสร้างความหมายใหม่

IMCP เป็นจิตบำบัดอย่างหนึ่งที่มีรูปแบบมุ่งเน้นการค้นหาความหมายชีวิตที่เป็นอัตลักษณ์เฉพาะตัวของผู้ป่วยคนใดคนหนึ่ง โดย Breitbart ได้เสนอวิธีการดูแลผู้ป่วยที่ Memorial Sloan-Kettering Cancer Center โดยใช้กระบวนการค้นหาความหมายชีวิตเพื่อลดทอนความรู้สึกสิ้นหวังในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ซึ่งพบว่าการรักษาด้วย IMCP นั้นมีประโยชน์และได้ผลดีในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งทั้งในระยะเริ่มต้นและระยะสุดท้าย^{18,19} IMCP เหมาะที่จะใช้รักษาผู้ป่วยที่มีภาวะ “สูญเสียความหมาย (loss of meaning)” “สูญเสียความสุขทางจิตวิญญาณ (loss of spiritual well-being)” “สิ้นหวัง (despair)” การรักษาด้วย IMCP นั้นจะส่งผลดีต่อคุณภาพชีวิตและส่งเสริมการมีอำนาจในการตัดสินใจ โดยเฉพาะเรื่อง การวางแผนในวันสุดท้ายของชีวิตหรือการเลือกความตาย อย่างไรก็ตาม IMCP นั้น ไม่ได้พัฒนาขึ้นเพื่อใช้เป็นการรักษาหลักในผู้ป่วยโรคทางจิตเวชที่มีความจำเป็นอย่างยิ่งในการรักษา¹¹

เป้าหมายของการทำ IMCP คือช่วยให้ผู้ป่วย

1. มีประสบการณ์และสร้างสรรค์ความหมายชีวิตถึงแม้จะต้องเผชิญกับโรคร้ายที่รักษาไม่หาย
2. มีส่วนร่วมในการค้นพบ เชื่อมต่อและคงมีประสบการณ์การมีชีวิตที่มีความหมายที่ต่อเนื่องตลอดระยะเวลาของความเจ็บป่วย
3. ค้นพบและเข้าใจศักยภาพของความหมายชีวิตของตนเองตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยโรค

4. ส่งเสริมความเข้าใจในด้านความคิด จิตใจ อารมณ์ที่ส่งผลต่อการรักษาโรคและความสัมพันธ์กับบุคคลรอบข้าง

กระบวนการ IMCP ประกอบด้วยขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. Concepts and sources of meaning ทำความเข้าใจเรื่องหลักการของคำว่า “ความหมาย” วิเคราะห์ความหมาย รวมทั้งเรียนรู้เรื่องเล่าของความเจ็บป่วย (illness หรือ cancer story) ร่วมกัน

2. Cancer and meaning: identity before and after cancer diagnosis ให้ผู้ป่วยสะท้อนประสบการณ์ของผู้ป่วยในการค้นหาความหมายของชีวิตตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบันที่กำลังเผชิญกับโรคร้าย

3. Historical sources of meaning: life as a living legacy ค้นหาตรรกทางความคิด รวมทั้งบริบทของความหมายชีวิตทั้งจากอดีตที่ส่งผลมาถึงปัจจุบันและความคาดหวังในอนาคต (meaning in historical context) และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่ว่า “life as a living legacy” เรื่องราวชีวิตคือมรดกที่มีชีวิต ซึ่งประกอบด้วย legacy that’s been (past), legacy one lives (present) และ legacy one will give (future)

4. Attitudinal sources of meaning: encountering life’s limitations เปลี่ยนทัศนคติการยอมรับข้อจำกัดต่างๆ ให้เป็นชัยชนะ โดยปรับทัศนคติที่มีต่อโรค การรักษาและความเจ็บปวดต่างๆ

5. Creative sources of meaning: creativity, courage, responsibility ทำความเข้าใจความหมายชีวิต

ที่ผู้ป่วยสร้างสรรค์ขึ้น มืองค์ประกอบของบทบาท หน้าที่ ความปรารถนาและโอกาสสำเร็จ

6. Experiential sources of meaning: connecting with life through love, beauty and humor จากความสัมพันธ์ที่ทำให้ชีวิตของผู้ป่วยมีการเชื่อมต่อกับความรัก ความงามและความสุขของชีวิต

7. Transitions: reflections and hopes for future เป็นการสรุปบทเรียนที่เรียนรู้ร่วมกันกับความคาดหวังในอนาคต¹¹

Solution-focused therapy (SFT)

SFT ได้รับการพัฒนาขึ้นมาตั้งแต่ในปี พ.ศ. 2523 ที่ประเทศสหรัฐอเมริกา โดย Steve de Shazer¹¹ และ Insoo Kim Berg^{11,20} เป็นคนเสนอต้นแบบการทำจิตบำบัดผู้ป่วยที่เน้นเรื่องกระบวนการสร้างทางออก (solution-building) ของปัญหา มากกว่ามุ่งเน้นการแก้ปัญหา (problem-solving) หรือหาสาเหตุของปัญหา ช่วยทำให้ผู้ป่วยสามารถคิดหาทางออกให้กับปัญหาชีวิตที่มีความเหมาะสมตรงกับศักยภาพภายในของตนเอง หรืออาจกล่าวได้ว่า ถึงแม้ว่าปัญหาหรือโรคร้ายนั้นยังคงอยู่ แต่ชีวิตของผู้ป่วยก็ยังต้องดำเนินต่อไปบนทางออกที่เหมาะสม

กระบวนการ solution-focus brief therapy (SFBT) จะใช้ขั้นตอนการบำบัดอย่างน้อย 3-5 ครั้ง โดยมีจุดประสงค์เพื่อ

1. ค้นหาศักยภาพภายในที่เป็นปัจจุบัน (current resources) กลไกทางจิต (coping mechanism) ที่ใช้ในการจัดการปัญหาและเป็นจุดแข็งของผู้ป่วย
2. ประเมินความหวังในอนาคต (future hope) รวมทั้งโอกาสที่จะไปถึงภาพฝันนั้นๆ
3. ทำให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจ (motivate) ในการค้นหาข้อสรุปที่เป็นทางออกที่มีโอกาสทำได้สำเร็จสูงตามศักยภาพหรือจุดแข็งที่มี ท้ายสุดปัญหาที่มีอยู่นั้นจะเบาบางลง^{11,20}

Narrative therapy

Narrative process หรือการเล่าเรื่องเป็นวิถีคิดอย่างหนึ่ง เป็นกระบวนการรับรู้ของมนุษย์ที่ใช้สร้างความหมาย (meaning) ต่อเหตุการณ์ที่ผ่านเข้ามาในชีวิต โดยเลือกเอาเหตุการณ์ต่างๆ มาเรียบเรียงเป็นเรื่องราวที่ต่อเนื่อง เริ่มจากการปูพื้นเรื่อง การดำเนินเรื่องโดยคาดหวังผลลัพธ์ในอนาคตที่เหมาะสมกับเหตุและปัจจัยซึ่งมนุษย์นั้นใช้ narrative process อย่างเป็นทางการโดยไม่รู้ตัว^{21,22}

ในการฟังผู้อื่นพูด ผู้ฟังก็ใช้ narrative process เช่นเดียวกัน กล่าวคือ เลือกรื่องที่ได้ยินโดยจะเลือกมาเฉพาะบางเรื่องมาผูกโยงเป็นเรื่องราวของผู้เฝ้าตามความคาดหวังและความคุ้นเคยของตนเองโดยไม่รู้ตัว แต่มีการ suspension of assumption ตามกระบวนการ “PSU model” จะทำให้การรับรู้ของผู้ฟังรอบด้านขึ้น เข้าใจมุมมองและความคาดหวังของผู้เล่าจากจุดยืนเดียวกัน และเมื่อมีเรื่องราวที่หักมุมหรือผิดคาดจากความหวัง ทำให้เกิดอารมณ์สะเทือนใจนั้น ผู้ฟังจะสัมผัสได้ถึงอารมณ์ที่ใกล้เคียงกับผู้เล่า สามารถใช้เนื้อหากการเรียงลำดับเหตุการณ์และวิธีการในการสร้างความหมายแบบเดียวกันกับผู้เล่าก็จะทำให้เข้าใจประสบการณ์ของผู้เล่าได้ตรงกัน¹³

Integrated narrative therapy, brief individual meaning-centered psychotherapy (IMCP) และ solution-focus brief therapy (SFBT) ในผู้ป่วย palliative care

จากองค์ความรู้เรื่อง narrative therapy, IMCP และ SFBT จึงขอเสนอรูปแบบการดูแลผู้ป่วยชีวิตตราบาภิบาล ผ่านตัวอย่างผู้ป่วย 3 ราย เพื่อให้เกิดความเข้าใจในการประยุกต์ใช้การทำจิตบำบัดแบบสั้นที่ผสมผสานการใช้จิตบำบัดทั้ง 3 รูปแบบร่วมกัน บำบัดผู้ป่วยใน 1-2 ครั้ง โดยแต่ละครั้งใช้เวลาประมาณ 30 นาที ซึ่งประกอบไปด้วยกระบวนการ 2 ขั้นตอน คือ

1. การผสมผสานการใช้กระบวนการเล่าเรื่องใน narrative therapy เพื่อนำไปสู่เป้าหมาย คือ การค้นหาความหมายชีวิตในระดับบุคคลตาม individual meaning-

centered psychotherapy การทำให้เรื่องราวภายในจิตใจนั้น ถูกนำมาเรียบเรียงและเกิดการรับรู้ใหม่ นำไปสู่การมี บทสรุปทางออกชีวิตตามแนวทาง solution- focus brief therapy ผ่านกระบวนการสนทนาหรือสื่อสารแบบ “PSU model” เพื่อให้ง่ายต่อการเข้าถึงจิตใจ ความหมาย และ เรื่องเล่าชีวิตในอดีตของผู้ป่วย การมองปัจจุบันที่กำลัง จะผ่านพ้น รวมมีความหวังและทางออกของอนาคต ที่กำลังจะมาถึง

2. การสรุปบทเรียน บทสนทนาจะนำผู้ป่วย ไปสู่บทสรุปของชีวิต คือการค้นพบทางออกชีวิตตาม บริบทของผู้ป่วยแต่ละรายในแบบสังคมไทย ซึ่งนับว่า เป็นบทเรียนชีวิตอันทรงคุณค่าทั้งต่อตัวผู้ป่วยและผู้ร่วม สนทนา จัดเป็นมรดกทางความคิดที่ควรส่งต่อให้อนุชน รุ่นหลังนำมาใช้ได้เหมาะสมกับชีวิตของตนเองต่อไป

ผู้ป่วยรายที่ 1

ผู้ป่วยหญิง อายุ 61 ปี ข้าราชการบำนาญ ตรวจพบว่าป่วยเป็นมะเร็งลำไส้ระยะลุกลามมานาน 3 เดือน ผู้ป่วยดูซึมลงและมีอารมณ์เศร้า

จากการสนทนากับผู้ป่วย พบว่าเดิมผู้ป่วย มีความฝันว่า ชีวิตในช่วงวัยหลังเกษียณเป็นชีวิตที่มี อิสระ มีเสรีภาพ ผู้ป่วยจึงอยากเดินทางไปเที่ยวรอบโลก กับสามี แต่พอมาดตรวจพบว่าตนเองป่วยเป็นมะเร็ง ระยะสุดท้าย ทำให้สิ่งที่เคยฝันไว้นั้นสิ้นสุดลงและไม่ใช้ ความหมายของชีวิตอีกต่อไป รู้สึกเจ็บปวด ท้อถอย กับโชคชะตา หมดกำลังใจ ชีวิตที่เหลืออยู่มีลมหายใจ อยู่ทุกวันที่เพื่อรอความตาย เป็นชีวิตที่ไม่มีคุณค่าใดๆ

ผู้ป่วยเดิมเป็นครูสอนวิชาคณิตศาสตร์ระดับ ชั้นมัธยมปลาย เคยได้รับรางวัลครูดีเด่นระดับจังหวัด ในขณะที่นอนพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลมีลูกศิษย์ ของผู้ป่วยทั้งที่เป็นแพทย์และวิชาชีพอื่นๆ มาเยี่ยมเยียน ผู้ป่วยมากมาย ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกภาคภูมิใจในอาชีพครูและ รับรู้ได้ถึงคุณค่าในความเป็นครูของตนเอง

การสนทนาทำให้ผู้ป่วยได้ค้นพบศักยภาพเดิม ภายใต้นของตัวเธอ รวมทั้งได้สำรวจและมองเห็นสิ่งที่ เป็น ความหมายชีวิตของตนเองในอดีตคือ “การเป็นครูที่ดี”

สุดท้ายทำให้ผู้ป่วยสามารถสร้างสรรค์ชีวิตที่เหลืออยู่ ก่อนที่ลมหายใจจะสิ้นสุดลงในแบบใหม่ได้ด้วยตนเอง (agency self) กล่าวคือ จากเดิมผู้ป่วยมีชีวิตเพื่อนอนรอ ความตาย ไม่มีความหมายใดๆ อีกต่อไปนั้นกลับพลิก ขึ้นมามีความหมายใหม่ นั่นคือ การขอเป็นครูให้กับแพทย์ นักศึกษาแพทย์ และให้กับลูกศิษย์ของตนเองอีกครั้งหนึ่ง ในการสอนวิชา “เผชิญหน้ากับความตายอย่างกล้าหาญ” ทั้งนี้เพื่อเป็นแบบอย่างให้กับทุกคนที่รับรู้เรื่องราว ชีวิตของผู้ป่วย เพื่อนำไปขบคิดเลือกแนวทางความตาย ที่เหมาะสมกับตนเองต่อไป ซึ่งทำให้ชีวิตที่เหลืออยู่ของ ผู้ป่วยนั้นกลับมามีลมหายใจที่มีความหมายอันทรงคุณค่า ได้อีกครั้ง

Narrative process ที่ใช้คือการเปลี่ยน plot โดยใช้จุดแข็งในอดีตของผู้ป่วยมาเป็น plot ใหม่ ทำให้ ความหมายของมะเร็งนั้นเปลี่ยนไปคือ จากเดิมมะเร็ง เป็นอุปสรรคของชีวิตกลับกลายเป็นมะเร็งมาสร้างโอกาส ให้ผู้ป่วยได้ทำในสิ่งที่ชำนาญและทำท่าย ซึ่งผลลัพธ์นี้ สอดคล้องกับเป้าหมายของ solution focus คือชีวิต มีทางออกและมีเป้าหมายในอนาคตที่ปฏิบัติได้จริง ซึ่ง ทั้งหมดนี้ผ่านกระบวนการสื่อสารแบบ “PSU model” จนค้นพบความหมายชีวิต (meaning of life) ทั้งในอดีต ปัจจุบัน และความหมายในอนาคตจึงมีบทสรุปที่สวยงาม และมีคุณค่ายิ่งกัยชีวิตของผู้ป่วย

ผู้ป่วยรายที่ 2

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 15 ปี อาชีพก่อสร้าง ตรวจพบว่าเป็นมะเร็งปอดระยะลุกลามมา 2 เดือน ผู้ป่วย ยอมรับต่อความเจ็บป่วยและความตายไม่ได้

ผู้ป่วยเรียนจบชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 หลังจากนั้น ผู้ป่วยขอมารดาลาออกจากการศึกษาต่อ เพื่อมาทำงาน รับจ้างเป็นคนงานก่อสร้าง บิดาของผู้ป่วยเสียชีวิตตั้งแต่ ผู้ป่วยยังเด็ก ผู้ป่วยอาศัยอยู่กับแม่ซึ่งมีอาชีพเป็นครู และน้องสาวอีก 1 คน

จากการสนทนากับผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วยมีความฝัน ตั้งแต่เด็กคือ “อยากจะทำบ้านหลังใหม่ที่ใหญ่กว่าเดิม ให้กับแม่และน้องสาวได้พักอาศัยอยู่อย่างสุขสบายกว่า

ที่เป็นอยู่” ผู้ป่วยจึงตัดสินใจขอลาออกจากโรงเรียนตอนจบชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 เพื่อมาทำงานก่อสร้าง โดยหวังว่าจะสร้างบ้านหลังใหม่ให้แม่กับน้องสาวด้วยตนเอง ผู้ป่วยผ่านงานการก่อสร้างมาได้ 1 ปี สามารถเรียนรู้งานก่อสร้างได้เป็นอย่างดี โดยเริ่มจากงานแบกปูน ผสมปูน และก่ออิฐ จนมีความชำนาญในก่ออิฐและฉาบปูนได้ในระดับดีเยี่ยม เป็นมือหนึ่งของทีมฉาบปูน จนในที่สุดผู้ป่วยจึงตัดสินใจเริ่มสร้างบ้านของตนเองซึ่งสร้างไปได้แล้วบางส่วนคือการขึ้นเสาและก่อผนังอิฐ แต่งานสร้างบ้านนั้นต้องมาหยุดชะงักลงเนื่องจากผู้ป่วยเป็นมะเร็งปอดระยะลุกลาม ทำให้รู้สึกท้อถอยและน้อยใจต่อโชคชะตาที่มะเร็งมาทำลายความฝันของตนเอง

ในกระบวนการสนทนาแลกเปลี่ยนกับผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยพบว่ามารดาของผู้ป่วยนั้นซาบซึ้งกับวิถีคิดเรื่องการสร้างบ้านหลังใหม่ให้กับครอบครัวของผู้ป่วยและยืนยันที่จะสานต่อความฝันของผู้ป่วยให้สมบูรณ์ โดยการสร้างบ้านหลังนี้ต่อให้แล้วเสร็จ ทั้งนี้เพื่อทำความฝันอันทรงคุณค่าของผู้ป่วยให้เป็นจริงและเพื่อเป็น สัญลักษณ์ของการดำรงอยู่ของตัวผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยได้ค้นพบว่าโรคร้ายและความตายไม่สามารถทำลายความฝันและพรากชีวิตของผู้ป่วยให้จากไปอย่างฉับพลัน แต่ในทางกลับกันความตายกลับทำให้ผู้ป่วยยังคงมีชีวิตอยู่ โดยสติยังอยู่ในใจของมารดาและน้องสาวตลอดไป สุดท้ายบทสนทนาจึงทำให้ผู้ป่วยยอมรับกับโรคร้ายและความตายของตนเองได้ เป็นการเปลี่ยนโศกนาฏกรรมเรื่องเศร้าของชีวิตให้เป็นชีวิตที่มีชัยชนะอย่างไม่มีวันสิ้นสุด

Narrative process ที่ใช้ในผู้ป่วยรายนี้ไม่ได้เปลี่ยน plot หรือโครงเรื่องชีวิตของผู้ป่วยแต่อย่างใด แต่เปิดโอกาสให้คนที่รักผู้ป่วยได้มาเติมโครงเรื่องนี้สมบูรณ์ขึ้น ทำให้ผู้ป่วยได้บรรลุคุณค่าและเป้าหมายชีวิตของตนเองได้ถึงแม้ว่าจะต้องเสียชีวิตลง ทำให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกถึงความตายเป็นอุปสรรคของชีวิตอีกต่อไป ในทางกลับกันกลับวางใจในเป้าหมายที่เป็นความหมายแห่งชีวิต (meaning) ทำให้ผู้ป่วยสามารถดูแลชีวิตที่เหลืออยู่ได้อย่างเหมาะสมไม่รู้สึกไร้ค่าอีกต่อไป ซึ่งจัดว่าเป็นทางออก (solution) ของชีวิตที่เหลืออยู่ทั้งดงาม

ผู้ป่วยรายที่ 3

ผู้ป่วยชายไทยอายุ 55 ปี อาชีพมัคคุเทศก์ป่วยเป็นมะเร็งตับระยะสุดท้าย ผู้ป่วยอยากยุติการรักษาและกลับบ้านไปใช้ชีวิตที่เหลืออยู่กับครอบครัว

ผู้ป่วยเติบโตมาในครอบครัวคนจีน บิดาของผู้ป่วยเป็นคนจีนที่เดินทางมาตั้งถิ่นฐานอยู่ในประเทศไทยเป็นคนสูงงาน กล้าหาญและเด็ดเดี่ยวมาก ผู้ป่วยมีลักษณะบุคลิกที่คล้ายคลึงกับบิดามาก ในอดีตเมื่อ 30 ปีก่อน ผู้ป่วยเคยใช้ชีวิตอยู่ในต่างแดน ทั้งประเทศในแถบทวีปเอเชีย ยุโรป และตะวันออกกลาง รวมทั้งประกอบอาชีพหลากหลาย เช่น ขายทอง ทำเหมืองเลี้ยงสัตว์ในฟาร์ม ผู้ป่วยมีความสามารถพูดได้ 5 ภาษา เมื่อ 10 ปีก่อน ผู้ป่วยย้ายกลับมาอยู่ที่ประเทศไทยเพื่อมาประกอบอาชีพเป็นมัคคุเทศก์

การสนทนาผ่านกระบวนการเล่าเรื่องนำพาให้เราและผู้ป่วยได้มองย้อนกลับไปในอดีตจนพบความเก่ง ความกล้าหาญ และการใช้ชีวิตที่มีความท้าทายของผู้ป่วย ทำให้ตัวผู้ป่วยเองได้ค้นพบมุมมองใหม่ๆ ในการมองเรื่องความเจ็บป่วยและความตายของตนเองว่า “ความตายจะปลุกจิตวิญญาณชีวิตนักเดินทางให้เกิดขึ้นมาใหม่อีกครั้ง เปิดโอกาสให้ได้ท่องเที่ยวไปในที่ใหม่ๆ ที่มนุษย์อย่างเราไม่ค้นขึ้น โลกหลังความตายจะเป็นโลกที่บันดาลชีวิตใหม่ที่น่าท้าทายมากกว่าทุกครั้งที่ผ่านมา” ในอดีตผู้ป่วยสามารถสอบผ่านบททดสอบชีวิตมาได้ทุกสถานการณ์ เพราะฉะนั้นในครั้งนี้นักผู้ป่วยจึงคิดว่า “ไม่มีความจำเป็นใดๆ ที่เราจะต้องกลัว เราต้องพร้อมที่จะนอนรับกับความตาย” ดังนั้นการขอยุติการรักษาเพราะไม่มีหนทางใดจะรักษาโรคให้หายขาดได้แล้วนั้น จึงไม่ได้มีความหมายที่ผิดเพี้ยนหรือเป็นความผิดปกติใดๆ แต่ในทางกลับกันกลับมีความหมายถึง “การคืนโอกาสให้ผู้ป่วยได้ไปเริ่มต้นชีวิตใหม่ที่มีความท้าทายรอต้อนรับผู้ป่วยอยู่”

Narrative process ที่ใช้ คือ การรับฟังให้ผู้ป่วยได้เล่าเรื่องของตนเองออกมา ในการเล่าเรื่องให้คนอื่นฟังนั้นเปรียบเสมือนกับการเล่าเรื่องให้ตนเองฟัง ซึ่งการเล่าเรื่องนี้เป็นพาหนะที่จะนำความหมายต่างๆ ที่อยู่ในส่วนลึกของจิตใจผู้ป่วยออกมาเรียบเรียงเพื่อ

ทำให้เกิดความเข้าใจตนเองได้อย่างมีคุณค่าและมุ่งสู่ออนาคต ซึ่งในผู้ป่วยรายนี้เราจะพบว่า ผู้ป่วยมีทั้งทางออกชีวิต (solution) และความหมายแห่งความตายหรือแห่งชีวิตที่เป็นปัจเจก (individual meaning) ของตนเองที่สมบูรณ์อยู่แล้ว ดังนั้นเพียงแค่อันพบและตระหนักถึงความหมายนั้นดำรงอยู่และมีคุณค่าชีวิตที่เหลือก็ดำเนินต่อไปได้อย่างไม่ติดขัด

สรุป

การผสมผสานกระบวนการรักษา 3 แบบ คือ

- 1) การเล่าเรื่องใน narrative therapy เพื่อให้เกิด
- 2) ค้นหาความหมายในระดับบุคคลตาม individual meaning-centered psychotherapy และนำไปสู่
- 3) การมีบทสรุปทางออกของชีวิตตามแนวทาง solution-focus brief therapy โดยผ่านกระบวนการสนทนาหรือสื่อสารแบบ “PSU model” ทำให้ผู้สนทนาสามารถเข้าถึงจิตใจ ความหมาย และเรื่องเล่าชีวิตในอดีตของผู้ป่วย การมองปัจจุบันที่กำลังจะผ่านพ้น รวมทั้งมีความหวัง มีทางออกของอนาคตที่กำลังจะมาถึง

เอกสารอ้างอิง

1. Palungjit.org. Chivantarak [homepage on the Internet]. Bangkok: Palungjit; 2008 [cited 2015 Apr 7]. Avariable from: <http://122.155.0.138/f36/ชีวิตดาร์กซ์-กับ-การดูแลคนก่อนสิ้นลม-165749.html>
2. Gotoknow.org. Palliative care [homepage on the Internet]. Songkhla: Gotoknow; 2010 [cited 2015 Apr 7]. Avariable from: <https://www.gotoknow.org/posts/374043>
3. Stetka B, Irwin SA. Palliative care psychiatry: what is it and does it work? [monograph on the Internet] San Diego: Medscape; 2011 [cited 2015 Apr 7]. Avariable from: <http://www.medscape.com/viewarticle/741903>
4. Irwin SA, Ferris FD. The opportunity for psychiatry in palliative care. Can J of Psychiatry 2008; 53: 713 - 24.

5. Dein S. Psychiatric liaison in palliative care. Adv Psychiat Treat 2003; 9: 241 - 8.
6. Macleod AD. The psychiatry of palliative medicine: the dying mind. 2nd ed. New York: Readcliffe; 2011.
7. Schuvler D. Roles and goals of a palliative care psychiatrist. Prim Care Companion J Clin Psychiatry 2010; 12: 1010 - 54.
8. Macleod AD. Palliative medicine and psychiatry. J Palliat Med 2013; 16: 340 - 1.
9. Gunaratnam Y, Oliviere D. Narrative and stories in health care: illness, dying and bereavement. Oxford: Oxford University Press; 2009.
10. Oliviere D, Monroe B. Management of advanced disease: death, dying and social difference. 4th ed. Oxford: Oxford University Press; 2004.
11. O’Connell B. Solution-focused therapy. 2nd ed. London: Sage; 2005.
12. Breitbart W, Poppito S. Individual meaning-centered psychotherapy for patients with advanced cancer: a treatment manual. Oxford: Oxford University Press; 2014.
13. Vitayanont A, Pitanupong J. Processes of communication. Songkla Med J 2011; 29: 195 - 201.
14. Singer PA, Martinm DK, Kelner M. Quality end-of-life care: patients’ perspective. JAMA 1999; 281: 163 - 8.
15. Moadel A, Morgan C, Fatone A, et al. Seeking meaning and hope: self reported spiritual and existential needs among an ethnically diverse cancer patient population. Psychooncology 1999; 8: 378 - 85.
16. Morita T, Tsunoda J, Inoue S, et al. An exploratory factor analysis of existential suffering in Japanese terminally ill cancer patients. Psychooncology 2000; 9: 164 - 8.
17. Meier DE, Emmons CA, Wallerstein S, et al. A national survey of physician-assisted suicide and euthanasia in the United States. N Engl J Med 1998; 338: 1193 - 201.
18. Breitbart W, Rosenfeld B, Gibson C, et al. Meaning-centered group psychotherapy for patient with advanced cancer: a randomized controlled trial. Psychooncology 2010; 19: 21 - 8.
19. Breitbart W, Poppito S, Rosenfeld B, et al. Pilot

- randomized controlled trial of individual meaning-centered psychotherapy for patients with advanced cancer. *J Clin Oncol* 2012; 30: 1304 - 9.
20. Iveson C. Solution-focused brief therapy. *Adv Psychiat Treat* 2002; 8: 149 - 57.
 21. Mason R. *Understanding understanding*. New York: State University of New York Press; 2003.
 22. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Kaplan and Sadock's comprehensive textbook of psychiatry. 9th ed. Baltimore: Lippincott Williams and Wilkins; 2009.