

Using DSM-5

ฉบับเรียบเรียง
ครั้งที่

4

จิตเวชศาสตร์
สารบัญ
E-Book Edition

มานะ หล่อตระกูล
ปราโมทย์ สุขนิษฐ์

บรรณาธิการ

จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี

ฉบับเรียบเรียง ครั้งที่ 4

กุมภาพันธ์ 2558

ฉบับเรียบเรียงครั้งที่ 1 พ.ศ. 2539

ฉบับเรียบเรียงครั้งที่ 2 พ.ศ. 2548

ฉบับเรียบเรียงครั้งที่ 3 พ.ศ. 2555

มานิช หล่อตระกูล

ปราโมทย์ สุคนิชย์

บรรณาธิการ

Ramathibodi Essential Psychiatry
Fourth Edition (E-Book Edition)

Edited by

Manote Lotrakul, M.D.

Pramote Sukanich, M.D.

Department of Psychiatry
Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital

สงวนลิขสิทธิ์

WM 100 ข้อมูลทางบรรณานุกรมของหอสมุดแห่งชาติ

จ464 จิตเวชศาสตร์รามาธิบดี / บรรณาธิการ, มานิช หล่อตระกูล, ปราโมทย์ สุคนิชย์

2558 พิมพ์ครั้งที่ 4 -- กรุงเทพฯ : ภาควิชาจิตเวชศาสตร์

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล, 2558.

640 หน้า : ตาราง : ภาพประกอบ

ISBN 978-616-279-627-2

1. จิตเวชศาสตร์. 2. สุขภาพจิต. (1) มานิช หล่อตระกูล, บรรณาธิการ. (2) ปราโมทย์ สุคนิชย์, บรรณาธิการ. (3) มหาวิทยาลัยมหิดล. คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี. ภาควิชาจิตเวชศาสตร์.

สั่งซื้อได้ที่

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี ถนนพระราม 6 ราชเทวี กทม. 10400

โทรศัพท์ 02-201-1478, 02-201-1929 โทรสาร 02-354-7299

<https://www.facebook.com/ramapsychiatry>

คำนำ

ตำราจิตเวชศาสตร์รามาธิบดีเป็นตำราที่คณาจารย์ของภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ได้ร่วมกันเรียบเรียงขึ้น เพื่อให้ผู้ศึกษาได้มีคู่มือในการเรียนรู้ซึ่งมีเนื้อหาที่ทันสมัย ถูกต้อง กระชับ และสามารถนำไปใช้ในทางปฏิบัติ ตำราฉบับเรียบเรียงครั้งที่ 4 นี้มีการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญคือ ได้มีการปรับการระบบการวินิจฉัยโรคใหม่เป็นระบบการจำแนกโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ฉบับล่าสุดคือ DSM-5 และมีการปรับปรุงเนื้อหาเพิ่มตาราง และปรับรูปแบบการเขียนให้ง่ายต่อการนำไปใช้ รวมทั้งเพิ่มเนื้อหาต่างๆ ที่สำคัญ

บรรณาธิการขอขอบคุณคณาจารย์ผู้ร่วมนิพนธ์ทุกท่านที่ได้สละเวลาเรียบเรียงตำราฉบับนี้จนเสร็จสมบูรณ์ ขอขอบคุณอาจารย์ พญ.อัมพร ปิติธรรมกรณ์ และอาจารย์ พญ.แคลิยา ปิยะรัตน์โยธิน ที่ช่วยพิสูจน์อักษร หวังว่าตำราเล่มนี้จะเป็นประโยชน์แก่นักศึกษา ตลอดจนแพทย์และบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยทางจิตเวชต่อไป

ศาสตราจารย์นายแพทย์มานิช หล่อตระกูล
รองศาสตราจารย์นายแพทย์ปราโมทย์ สุคนิษฐ์
กุมภาพันธ์ 2558

ผู้นิพนธ์

กานต์ จำรูญโรจน์ พ.บ., ว.ว. (จิตเวชศาสตร์)

อาจารย์ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

คมสันต์ เกียรติรุ่งฤทธิ์ พ.บ., ว.ว. (จิตเวชศาสตร์เด็กและวัยรุ่น)

อาจารย์ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง พ.บ., ว.ว. (จิตเวชศาสตร์)

รองศาสตราจารย์ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

ชัชวาลย์ ศิลปกิจ พ.บ., ว.ว. (จิตเวชศาสตร์), ปศด. (Epidemiological Psychiatry)

รองศาสตราจารย์ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

ดาวชมพู นาคะวิโร พ.บ., ว.ว. (จิตเวชศาสตร์)

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

ทานตะวัน อวิรุทธวรกุล พ.บ., ว.ว. (จิตเวชศาสตร์)

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

ธนา นิลชัยโกวิท พ.บ., ว.ว. (จิตเวชศาสตร์)

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

ธนิศา ทิรัญเทพ พ.บ., ว.ว. (จิตเวชศาสตร์)

อาจารย์ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

นงพงา ลัมสุวรรณ พ.บ., ว.ว. (จิตเวชศาสตร์)

ศาสตราจารย์ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

นิตา ลัมสุวรรณ พ.บ., ว.ว. (จิตเวชศาสตร์เด็กและวัยรุ่น)

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

ปราโมทย์ สุกนิษฐ์ พ.บ., ว.ว. (จิตเวชศาสตร์), อ.ว. (จิตเวชศาสตร์เด็กและวัยรุ่น)

รองศาสตราจารย์ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

ปัญจกรณ์ วาสีประโคน พ.บ., ว.ว. (จิตเวชศาสตร์)

อาจารย์ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

ปาริชาติ บำสำราญ วทม.

นักจิตวิทยา ภาควิชาจิตเวชศาสตร์

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

พลิศรา อังคฺสิงห์ พ.บ., ว.ว. (จิตเวชศาสตร์เด็กและวัยรุ่น)

อาจารย์ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

พิชัย อัญญสกุล พ.บ., ว.ว. (จิตเวชศาสตร์)

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

พิชญวดี จิตตโรภาส พ.บ., ว.ว. (จิตเวชศาสตร์)

อาจารย์ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

พิชญภา กุศลรักษ์ พ.บ., ว.ว. (จิตเวชศาสตร์)

อาจารย์ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

ภาพันธ์ ไทยพิสุทธิกุล พ.บ., ว.ว. (จิตเวชศาสตร์)

อาจารย์ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

**นาวาโท มนต์ สูงประสิทธิ์ พ.บ., ว.ว. (กุมารเวชศาสตร์),
ว.ว. (จิตเวชศาสตร์เด็กและวัยรุ่น)**

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

มานิช หล่อตระกูล พ.บ., ว.ว. (จิตเวชศาสตร์)

ศาสตราจารย์ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

รัตนา สายพานิชย์ พ.บ., ว.ว. (จิตเวชศาสตร์)

รองศาสตราจารย์ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

**รณชัย คงสกนธ์ พ.บ., น.บ., วท.ม. (ระบาดวิทยา),
ว.ว. (จิตเวชศาสตร์)**

ศาสตราจารย์ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

สุรัชย์ เกื้อสิริกุล พ.บ., ว.ว. (จิตเวชศาสตร์)

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ อาจารย์พิเศษภาควิชาจิตเวชศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

สัณชัย ฤลาดี พ.บ., ว.ว. (จิตเวชศาสตร์)

อาจารย์ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

สุวรรณี พุทธิศรี พ.บ., ว.ว. (จิตเวชศาสตร์เด็กและวัยรุ่น)

รองศาสตราจารย์ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

ศิริโชค ทงษ์สงวนศรี พ.บ., ว.ว. (กุมารเวชศาสตร์), ว.ว. (จิตเวชศาสตร์เด็กและวัยรุ่น)

รองศาสตราจารย์ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

อวยชัย โรจนนิรันดร์กิจ วทม.

นักจิตวิทยา ภาควิชาจิตเวชศาสตร์

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

อัมพร ปิตรสมกรณ์ พ.บ., ว.ว. (จิตเวชศาสตร์)

อาจารย์ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

สารบัญ

1. พัฒนาการทางจิตใจ _____ 1
ศิริไชย หงษ์สงวนศรี
นิตา ลี้มสุวรรณ
2. แนวคิดการเกิดโรคทางจิตเวช _____ 21
ปราโมทย์ สุนัขขี้
3. ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ _____ 28
มานะ หล่อตระกูล
4. การสัมภาษณ์และการตรวจทางจิตเวช _____ 35
ธนา นิลชัยโกวิท
5. การทดสอบทางจิตวิทยา _____ 51
อวยชัย โรจน์นิรันดร์กิจ
ปาริชาติ ขำสำราญ
6. อาการและอาการแสดงทางจิตเวช _____ 59
สัณชัย กุลาคี
ปราโมทย์ สุนัขขี้
7. การจำแนกโรคและการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช _____ 68
มานะ หล่อตระกูล
พิษญา กุศลรักษ์

8. Delirium	77
สัญญาชัย กุลาดี	
ธนา นิลชัยโกวิทย์	
9. โรคสมองเสื่อม	86
จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง	
ดาวชมพู นาคะวิโร	
10. ปัญหาจากการใช้สารเสพติด	102
รัตนา สายพานิชย์	
ชัชวาลย์ ศิลปกิจ	
11. โรคจิตเภทและโรคจิตอื่นๆ	129
มานิช หล่อตระกูล	
12. โรคอารมณ์สองขั้ว	155
พิชัย อัญจุสกุล	
13. โรคซึมเศร้า	167
พิชัย อัญจุสกุล	
ศิริไชย หงษ์สงวนศรี	
14. โรควิตกกังวล	190
รัตนา สายพานิชย์	
ธนิดา หิรัญเทพ	
15. โรคย้ำคิดย้ำทำและโรคอื่นที่เกี่ยวข้อง	209
ธนิดา หิรัญเทพ	
รัตนา สายพานิชย์	
16. โรคที่เกิดจากความกดดันทางจิตใจ	220
ทานตะวัน อวิรุทธวรกุล	
อัมพร ปิติธรรมภรณ์	

17. Dissociative Disorders _____	234
ดาวชมพู นาคะวิโร	
18. Somatic Symptom and Related Disorders _____	243
ภาพันธ์ ไทยพิสุทธิกุล	
19. ปัจจัยทางจิตใจที่มีผลต่อภาวะความเจ็บป่วยทางกาย _____	260
พิชญา กุศลารักษ์	
กานต์ จำรูญโรจน์	
20. อาการทางกายที่ไม่ทราบสาเหตุในเวชปฏิบัติ _____	272
ปัญจกรณ์ วาสีประโคน	
พิชญาดี จิตตโรภาส	
21. ปัญหาการนอนหลับ _____	281
สุรัชย์ เกื้อศิริกุล	
ทานตะวัน อวิรุทธ์วรกุล	
22. ความผิดปกติทางเพศ _____	300
กานต์ จำรูญโรจน์	
พิชญา กุศลารักษ์	
23. Disruptive, Impulse-Control, and Conduct Disorders _____	316
ปัญจกรณ์ วาสีประโคน	
ศิริไชย หงษ์สงวนศรี	
24. บุคลิกภาพผิดปกติ _____	325
รณชัย คงสกนธ์	
25. ปัญหาทางจิตเวชในผู้ป่วยทางกาย _____	337
ภาพันธ์ ไทยพิสุทธิกุล	
ดาวชมพู นาคะวิโร	

26. จิตเวชฉุกเฉิน _____	363
พิษณุวัติ จิตตโรภาส มนัท สุลงประสิทธิ์	
27. การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและการสูญเสีย _____	390
ธนิดา หิรัญเทพ ธนา นิลชัยโกวิท	
28. ทักษะการสื่อสารในเวชปฏิบัติ _____	401
ชัชวาลย์ ศิลปกิจ	
29. การรักษาจิตใจ _____	418
นิดา ลิ้มสุวรรณ มานิช หล่อตระกูล	
30. การให้คำแนะนำปรึกษา _____	430
นงพงา ลิ้มสุวรรณ	
31. การใช้ยาและ ECT _____	442
พิชัย อภิรัฐกุล ปราโมทย์ สุคนิษฐ์	
32. การสัมภาษณ์และการตรวจสภาพจิตเด็กและวัยรุ่น _____	481
นงพงา ลิ้มสุวรรณ	
33. โรคทางจิตเวชของเด็กและวัยรุ่น _____	491
พลิศรา อังคฺสิงห์ ศิริไชย หงษ์สงวนศรี	
34. โรคบกพร่องด้านการเรียน _____	515
มนัท สุลงประสิทธิ์	

35. Tic Disorder _____	522
<i>พลิศรา อังศุสิงห์</i>	
36. ความผิดปกติในการกิน _____	532
<i>ศิริไชย หงษ์สงวนศรี</i>	
37. โรคลมชัก _____	541
<i>ศิริไชย หงษ์สงวนศรี</i>	
<i>คมลันต์ เกียรติรุ่งฤทธิ์</i>	
38. Autism Spectrum Disorder _____	553
<i>สุวรรณี พุทธิศรี</i>	
39. ภาวะอื่นๆ ที่อาจเป็นประเด็นสำคัญทางคลินิก _____	561
<i>พิชญวดี จิตตโรภาส</i>	
<i>คมลันต์ เกียรติรุ่งฤทธิ์</i>	
40. นิติจิตเวชศาสตร์ _____	571
<i>รณชัย คงสกนธ์</i>	
41. สุขภาพจิตและระบบบริการสุขภาพจิตในประเทศไทย _____	581
<i>ทานตะวัน อวิรุทธ์วรกุล</i>	
<i>สุวรรณี พุทธิศรี</i>	
ดัชนี _____	599
Index _____	605

บทที่ 1

พัฒนาการทางจิตใจ

*ศิริชัย ทงษ์สงวนศรี
นิดา ลัมสุวรรณ*

พัฒนาการทางจิตใจเป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ ความคิด และพฤติกรรมที่เกิดขึ้นตั้งแต่แรกเกิดจนถึงวัยผู้ใหญ่และต่อเนื่องไปตลอดชีวิต โดยปัจจัยทั้งด้านชีวภาพ เช่น พันธุกรรม ปัจจัยภายในจิตใจ และปัจจัยด้านสังคมสิ่งแวดล้อม เช่น การเลี้ยงดู วัฒนธรรม ล้วนมีผลต่อพัฒนาการทางจิตใจ

เนื่องจากพัฒนาการทางจิตใจเป็นกระบวนการที่ซับซ้อน จึงเป็นเรื่องยากที่จะมีทฤษฎีใดทฤษฎีหนึ่งสามารถอธิบายพัฒนาการทางจิตใจได้อย่างสมบูรณ์รอบด้าน แต่ละทฤษฎีจะอธิบายในมุมมองด้านใดด้านหนึ่งเท่านั้น ดังนั้นการศึกษาพัฒนาการทางจิตใจจึงต้องอาศัยการศึกษาทฤษฎีต่างๆ เหล่านี้ประกอบกัน โดยทฤษฎีพัฒนาการทางจิตใจที่สำคัญมีดังต่อไปนี้

1. Psychosexual development theory
2. Erikson's psychosocial stages
3. Self psychology
4. Attachment theory
5. Cognitive development
6. Temperament
7. Gene-environment interplay

Psychosexual development theory

Sigmund Freud อธิบายพัฒนาการทางจิตใจผ่าน psychosexual development theory โดยแบ่งพัฒนาการทางจิตใจเป็นระยะต่างๆ ตามอวัยวะสำคัญที่ใช้รับรู้ในระยะนั้น ดังนี้¹⁻⁴

1. Oral stage (แรกเกิด-18 เดือน) เป็นระยะที่เด็กแสวงหาความเพิลิตเพลินใจโดยใช้อวัยวะใน oral zone เช่น การกินนมแม่ นอกจากจะเป็นการตอบสนองต่อความต้องการทางร่างกายแล้ว ยังเป็นการตอบสนองความต้องการทางจิตใจของเด็กด้วย เนื่องจากแม่เป็นบุคคลที่สามารถทำให้เด็กรู้สึกเพิลิตเพลินใจหรือคับข้องใจก็ได้ ดังนั้นการเลี้ยงดูด้วยความรักความอบอุ่นและสามารถตอบสนองความต้องการทางจิตใจของเด็กได้อย่างสม่ำเสมอ จะทำให้เด็กรู้สึกไว้วางใจต่อแม่และจะพัฒนาความสามารถในการรับและให้ได้อย่างเหมาะสม

หากไม่ได้รับการตอบสนองอย่างเหมาะสมเด็กจะมี “fixation” ของพัฒนาการอยู่ที่ระยะนี้ คือ เติบโตขึ้นเป็นคนที่มีลักษณะพึ่งพาผู้อื่น ต้องการความสนใจและคำชมเชยจากคนอื่นตลอดเวลา ยึดตนเองเป็นหลัก มักอิจฉาริษยาผู้อื่น และชอบแสวงหาความเพิลิตเพลินใจด้วยการใช้ปาก เช่น กินจุบจิบ สูบบุหรี่ ดื่มเหล้า และการพูดนินทา

2. Anal phase (อายุ 1-3 ปี) เป็นระยะที่เด็กแสวงหาความเพิลิตเพลินใจโดยใช้อวัยวะใน anal zone เด็กวัยนี้มีพัฒนาการทางร่างกายจนสามารถควบคุมการขับถ่ายได้ดี และแสวงหาความเพิลิตเพลินใจจากการควบคุมการขับถ่ายของตนเอง แต่เป็นวัยที่เด็กเริ่มถูกเรียกร้องให้ทำตามความต้องการของพ่อแม่ และมีแรงขับด้านความก้าวร้าวมากกว่าระยะที่ผ่านมา จึงมักเกิดปมขัดแย้งในจิตใจต่อพ่อแม่ในเรื่องการควบคุมการขับถ่ายและการควบคุมพฤติกรรมอย่างอื่น เด็กจะพยายามเป็นอิสระและหลีกเลี่ยงการควบคุมของพ่อแม่ ในระยะนี้เด็กจะต้องเรียนรู้การแสวงหาความเพิลิตเพลินใจที่เหมาะสมต่อทั้งความต้องการของตนเองและพ่อแม่ และรู้จักการรอคอยหรือการยับยั้งความต้องการ (delay gratifica-

tion) การฝึกควบคุมการขับถ่ายและการควบคุมพฤติกรรมอย่างเหมาะสมและความสัมพันธ์ที่ดีกับพ่อแม่ จะช่วยให้เด็กสามารถสลายปมขัดแย้งในจิตใจที่เกิดขึ้นในขณะนี้ และมีการพัฒนา autonomy อย่างเหมาะสม โดยไม่มีความรู้สึกสองฝักสองฝ่าย (ambivalence) ต่อพ่อแม่และเติบโตขึ้นเป็นคนที่มีความภาคภูมิใจในตนเอง สามารถทำงานร่วมกับผู้อื่นได้โดยไม่คอยขัดขวางหรือยอมตามผู้อื่นในทุกเรื่อง

การฝึกขับถ่ายและการควบคุมพฤติกรรมโดยที่เด็กยังไม่พร้อมหรือเข้มงวดมากเกินไป และการยอมให้เด็กแสวงหาความเพลิดเพลินใจโดยไม่มีการควบคุมหรือหย่อนยานเกินไป จะทำให้เด็กมี “fixation” อยู่ที่ยุวัยนี้ คือเติบโตขึ้นเป็นคนที่มีลักษณะต่อต้านดื้อดึง ย้ำคดีย้ำทำ เจ้าระเบียบหรือรักความสะอาดมากเกินไป ขอบสะสมวัตถุ ยึดมั่นกฎเกณฑ์ไม่ยืดหยุ่น หรือในทางตรงข้าม อาจเป็นคนสองจิตสองใจ ไม่มีระเบียบวินัย และแสดงความก้าวร้าวอย่างไม่เหมาะสม

3. Phallic stage (อายุ 3-5 ปี) เป็นระยะที่เด็กแสวงหาความเพลิดเพลินใจโดยใช้อวัยวะใน genital zone และใช้บุคคลอื่น (object) เพื่อแสวงหาความเพลิดเพลินใจในเชิง erotic แทนการใช้อวัยวะในร่างกายของตนเองดังเช่นในระยะที่ผ่านมา กล่าวคือเด็กจะมีจินตนาการเชิง erotic ในระดับจิตไร้สำนึกต่อพ่อหรือแม่ที่เป็นเพศตรงข้าม และเป็นปฏิกิริยาต่อพ่อหรือแม่ที่เป็นเพศเดียวกับตนเอง เด็กจะรู้สึกอิจฉาและมีพฤติกรรมแข่งขันกับพ่อหรือแม่ที่เป็นเพศเดียวกับตนเอง เพื่อต้องการเอาชนะและแย่งพ่อหรือแม่ที่เป็นเพศตรงข้ามมาครอบครอง

พัฒนาการในระยะนี้ของเด็กผู้ชายเรียกว่า “Oedipus complex” กล่าวคือเมื่อเด็กผู้ชายมีจินตนาการถึงเป็นปฏิภักษ์และมีความคิดต้องการกำจัดพ่อ เด็กจะเกิดความกลัวว่าพ่อจะแค้นด้วยการตัดอวัยวะเพศ (castration anxiety) ขณะเดียวกันก็มีความรู้สึกผิดที่มีความคิดดังกล่าวดังกล่าวต่อพ่อ และในความเป็นจริงเด็กก็รักพ่อและต้องการให้พ่อยอมรับด้วย เด็กผู้ชายจึงลบล้างความคิดที่จะครอบครองแม่และใช้กลไกทางจิตที่เรียกว่า “identification with the aggressor” เพื่อแก้ไขปมขัดแย้งดังกล่าว ดังนั้นเด็กผู้ชายจึงเริ่มมีพฤติกรรมเลียนแบบพ่อโดย

เฉพาะเรื่องบทบาทและอัตลักษณ์ทางเพศและการพัฒนา superego ตามแบบอย่างของพ่อ

พัฒนาการของเด็กผู้หญิงเรียกว่า “Electra complex” กล่าวคือเมื่อเด็กผู้หญิงค้นพบว่าตนเองไม่มีอวัยวะเพศชายจะเกิดความรู้สึก “inferiority” และมี “penis envy” เด็กจะมีความรู้สึกต่อแม่ในทางลบเนื่องจากให้กำเนิดตนเองมาอย่างบกพร่อง เด็กผู้หญิงจึงมีจินตนาการในระดับจิตไร้สำนึกว่าจะได้รับอวัยวะเพศชายจากพ่อและมีพฤติกรรมแข่งขันกับแม่เพื่อแย่งพ่อมาครอบครอง แต่ขณะเดียวกันก็รักแม่และกลัว “loss of love” จากแม่ด้วย จึงต้องยอมล้มเลิกการแข่งขันกับแม่และหันกลับมาเลียนแบบพฤติกรรมของแม่รวมทั้งในด้านอัตลักษณ์ทางเพศและการพัฒนา superego เช่นเดียวกัน

ความสัมพันธ์ที่ดีของพ่อแม่ต่อลูกเป็นปัจจัยที่ช่วยสลายปมขัดแย้งในจิตใจเหล่านี้ เด็กที่สามารถสลายปมขัดแย้งต่อพ่อแม่ภายในจิตไร้สำนึกได้จะมีความสามารถในการจัดการด้านความสัมพันธ์กับผู้อื่น รวมทั้งสามารถจัดการกับ impulse ในจิตใจของตนเองได้ดี และเป็นพื้นฐานของความสัมพันธ์ด้านความรักในวัยผู้ใหญ่

บุคคลที่มี “fixation” อยู่ที่ยุววัยจะยังคงมีจินตนาการต่อพ่อแม่ในจิตไร้สำนึกตามลักษณะของพัฒนาการระยะนี้ อันเป็นสาเหตุของโรคทางจิตเวชในกลุ่ม neurosis ทั้งหมด รวมทั้งขาดการพัฒนาด้านคุณธรรมจริยธรรมหรือมี superego ที่ควบคุมอย่างเข้มงวดมากเกินไป

4. Latency stage (อายุ 6-12 ปี) เป็นระยะที่แรงขับทางเพศค่อนข้างสงบเนื่องจาก ego พัฒนาศามารถในการแยกจินตนาการกับความเป็นจริง และจัดการแรงขับภายในจิตไร้สำนึกได้ดีแล้ว เด็กจึงหันไปแสวงหาความเพลิดเพลินใจด้วยการเรียนรู้สิ่งแวดลอมและสังคมภายนอก เช่น เพื่อน โรงเรียน ชุมชน เป็นต้น เป็นวัยที่เด็กมีการพัฒนาความสามารถในการควบคุมตนเอง การแก้ปัญหาและทักษะด้านต่างๆ มากขึ้น นอกจากนี้ยังมีการพัฒนาบุคลิกภาพ อัตลักษณ์

ทางเพศ และ superego ต่อเนื่องจากระยะที่ผ่านมา และเริ่มรู้จักยึดแบบอย่างจากบุคคลภายนอกครอบครัวด้วย แต่เด็กวัยนี้ยังมี superego ที่ไม่ยืดหยุ่น บางครั้งจึงอาจย่ำคิดย่ำทำหรือเคร่งครัดในกฎเกณฑ์บางอย่างมากเกินไปได้

5. Genital stage (อายุ 12 ปี-วัยผู้ใหญ่) เป็นระยะที่เด็กมีการเปลี่ยนแปลงเข้าสู่วัยรุ่นทั้งทางร่างกายและสรีรวิทยาที่เกี่ยวข้องทางเพศ และด้านจิตสังคมอย่างมาก แรงขับทางเพศหวนกลับมารุนแรงอีกครั้งจนอาจทำให้พัฒนาการถดถอยกลับไปมีความขัดแย้งในจิตใจเหมือนพัฒนาการในระยะที่ผ่านมาอีก แต่ก็อาจเป็นโอกาสให้บุคคลสามารถสลายปมขัดแย้งดังกล่าวได้อีกครั้ง เป็นระยะที่วัยรุ่นต้องการเป็นอิสระและพัฒนาความสามารถในการพึ่งพาตนเอง สร้างความสัมพันธ์แบบผู้ใหญ่ต่อผู้ใหญ่กับพ่อแม่ สร้างความสัมพันธ์กับเพื่อนทั้งเพศเดียวกันและต่างเพศและบุคคลอื่น พัฒนาอัตลักษณ์ที่สอดคล้องกับค่านิยมของสังคมและวัฒนธรรม และเตรียมความพร้อมสำหรับบทบาทของผู้ใหญ่ออย่างสมบูรณ์ บุคคลที่สามารถสลายปมขัดแย้งในทุกๆระยะที่ผ่านมาได้จะเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีวุฒิภาวะสมบูรณ์ มีอัตลักษณ์มั่นคง สามารถแสวงหาความพึงพอใจทั้งในด้านความรักและการทำงานอย่างสร้างสรรค์และมีเป้าหมายได้

Erikson's psychosocial stages

Erik Erikson ยอมรับการอธิบายพัฒนาการทางจิตใจตามทฤษฎีจิตวิเคราะห์ แต่ได้อธิบายพัฒนาการทางจิตใจเพิ่มเติมโดยเน้นความสำคัญของปัจจัยด้านสังคมวัฒนธรรมและปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นต่อพัฒนาการทางจิตใจ และอธิบายว่าจิตใจมีพัฒนาการอย่างต่อเนื่องตลอดชีวิต โดยบุคคลจะมี “internal crisis” ในแต่ละระยะของการพัฒนา การคลี่คลายของ “internal crisis” เหล่านี้เหมาะสมจะเป็นพื้นฐานสำหรับพัฒนาการในระยะถัดไป และทำให้มีการพัฒนา “virtue” หรือ “inherent strength” ที่เป็นคุณสมบัติพึงประสงค์ขึ้นมาในแต่ละระยะของการพัฒนา Erikson อธิบายพัฒนาการทางจิตใจเป็นระยะต่างๆ ดังนี้^{3,4}

ตารางที่ 1.1 Psychosocial stages ตามทฤษฎีพัฒนาการของ Erikson

Psychosocial stages	Age	Virtue
Trust vs. mistrust	Birth-18 mo.	Hope
Autonomy vs. shame and doubt	18 mo.-3 yr.	Will
Initiative vs. guilt	3 yr.-5 yr.	Purpose
Industry vs. inferiority	5 yr.-13 yr.	Competence
Identity vs. role confusion	13 yr.-20 yr.	Fidelity
Intimacy vs. isolation	20-40 yr.	Love
Generativity vs. stagnation	40-60 yr.	Care
Integrity vs. despair	> 60 yr.	Wisdom

หมายเหตุ อายุในแต่ละชั้นเป็นการแบ่งโดยประมาณ เนื่องจากพัฒนาการที่แท้จริงอาจไม่ได้มีจุดเริ่มต้นหรือจุดสิ้นสุดชั้นตอนที่ตายตัวแน่นอน

1. Basic trust vs. basic mistrust (แรกเกิด-1 ปี) เป็นระยะที่เด็กต้องเผชิญกับ internal crisis ลำดับแรกในพัฒนาการคือการพัฒนา basic trust หรือ mistrust การเลี้ยงดูที่แม่สามารถตอบสนองความต้องการทางร่างกาย เช่น การให้นมและอาหารในเวลาที่ได้รู้สึกลึกซึ้ง และสามารถตอบสนองความต้องการทางจิตใจด้วยความรักความอบอุ่นอย่างสม่ำเสมอ ทำให้เด็กเกิดความไว้วางใจและมีการพัฒนาความรู้สึกไว้วางใจผู้อื่น เชื่อมมั่นในตนเอง ความสามารถในการรับและพึ่งพาผู้อื่นอย่างเหมาะสม เป็นคนที่มีความหวัง (hope) อยู่เสมอ Erikson กล่าวว่าเด็กที่มี social trust ดีจะกินง่าย นอนหลับง่าย หลับสนิท และขับถ่ายปกติอย่างสม่ำเสมอ

2. Autonomy vs. shame and doubt (อายุ 1-3 ปี) เป็นระยะที่เด็กสามารถควบคุมการเคลื่อนไหวต่างๆ รวมทั้งการขับถ่ายได้ดี และเริ่มต้องการความเป็นตัวของตัวเอง (autonomy) แต่ในขณะเดียวกันพ่อแม่ก็ต้องการฝึกหรือ

ควบคุมพฤติกรรมบางอย่าง การควบคุมอย่างเข้มงวดหรือเร็วเกินไป หรือการที่พ่อแม่ไม่สามารถช่วยให้เด็กควบคุมตนเองได้ ต่างมีผลเสียต่อการพัฒนาความเป็นตัวของตัวเองของเด็ก การควบคุมอย่างเหมาะสมจะช่วยให้เด็กพัฒนาความเป็นตัวของตัวเองได้โดยไม่เกิดความละอายหรือสงสัยในตนเอง (shame and doubt)

3. Initiative vs. guilt (อายุ 3-5 ปี) เป็นระยะที่เด็กมีพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อ ภาษา ความคิดและสติปัญญาอย่างรวดเร็ว มีความอยากรู้อยากเห็น และมีความคิดริเริ่มในเรื่องต่างๆ อย่างมาก หากพ่อแม่สนับสนุนความอยากรู้อยากเห็นและความคิดริเริ่มโดยควบคุมให้อยู่ในระดับเหมาะสม เด็กจะมีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ในทางที่เหมาะสม (initiative) มีความรับผิดชอบ สามารถควบคุมตนเองและมีมโนธรรม มีเป้าหมายและความมุ่งมั่น ส่วนเด็กที่พ่อแม่คอยปกป้อง ห้ามปราม หรือควบคุมมากเกินไปจะมีมโนธรรมที่เข้มงวดมากจนเกิดความรู้สึกผิด (guilt) ในเรื่องต่างๆ ได้ง่าย

4. Industry vs. inferiority (อายุ 5-13 ปี) เป็นระยะที่เด็กมีพัฒนาการทางความคิดและปัญญาพร้อมสำหรับการเรียนรู้ระดับพื้นฐาน มีสังคมทั้งกับเพื่อนและครูที่โรงเรียนและบุคคลอื่นมากขึ้น มีความสนใจและความสุขในการเรียนรู้และฝึกทักษะด้านต่างๆ หากพ่อแม่และครูสนับสนุนให้เด็กฝึกและเรียนรู้ในเรื่องต่างๆ อย่างสร้างสรรค์ กระตุ้นให้เด็กรู้จักทำกิจกรรมต่างๆ ได้ด้วยตนเอง โดยยอมรับและให้อภัยเมื่อเด็กผิดพลาด เด็กจะมีการพัฒนาความวิริยะอุตสาหะ (industry) รู้สึกว่าตนเองมีความสามารถและมี self-esteem ดี เด็กที่ได้รับการดูแลในทางตรงข้ามจะมีความรู้สึกมีปมด้อย (inferiority) รู้สึกว่าตนเองไม่มีความสามารถและไม่มีคุณค่า

5. Identity vs. role confusion (วัยรุ่น อายุ 13-20 ปี) เป็นระยะที่เด็กเปลี่ยนแปลงเข้าสู่วัยรุ่น จึงมีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมอย่างมาก ประเด็นสำคัญอย่างหนึ่งของวัยรุ่นคือการพัฒนาอัตลักษณ์ (identity)

รวมทั้งมีการพัฒนาความรู้สึกยึดมั่นกับปรัชญาชีวิต อุดมคติ ค่านิยมที่สอดคล้องกับค่านิยมของสังคม หากพัฒนาการในระยนี้ล้มเหลวจะเกิดความสับสนในบทบาทและความสำคัญของตนเองในสังคม (role confusion) ขาดความเป็นตัวของตัวเอง ขาดความรับผิดชอบต่อนตนเองและสังคม และอาจมีพฤติกรรมเบี่ยงเบนทางเพศหรือเเกรอรัณพาล

6. Intimacy vs. isolation (วัยผู้ใหญ่ตอนต้น อายุ 20-40 ปี) เป็นระยะที่บุคคลมีการพัฒนาอัตลักษณ์ที่มั่นคง พร้อมสำรับการทำงานและการมีความรักอย่างมีความสุข มีความต้องการความสัมพันธ์ที่สนิทสนมกับบุคคลอื่น (intimacy) โดยรู้จักการประนีประนอม เสียสละความสุขส่วนตัวบางอย่าง และมีการไว้วางใจซึ่งกันและกัน สามารถมีความสุขทางเพศกับคู่ครองได้ หากพัฒนาการในระยนี้ล้มเหลวบุคคลจะแยกตัวจากสังคม (isolation) ไม่สามารถยอมรับความแตกต่างและสร้างสัมพันธ์กับบุคคลอื่น จะสนใจหมกมุ่นแต่เรื่องของตนเอง

7. Generativity vs. stagnation (วัยกลางคน อายุ 40-60 ปี) เป็นระยะที่บุคคลต้องการทำประโยชน์ต่อสังคมและคนรุ่นต่อไป เป็นระยะที่มีการพัฒนา “virtue” หรือคุณธรรม ในเรื่อง “care” คือการดูแลผู้อื่น หากพัฒนาการในระยนี้ล้มเหลวบุคคลจะเกิดภาวะ stagnation กล่าวคือ เป็นคนที่คิดถึงแต่ตนเอง ไม่ค่อยสนใจผู้อื่น ไม่คิดจะทำอะไรให้สังคม

8. Ego integrity vs. despair (อายุมากกว่า 60-65 ปี) บุคคลที่สามารถแก้ไข internal crisis ในพัฒนาการทุกระยะที่ผ่านมาได้อย่างสมบูรณ์ จะเข้าใจความหมายและคุณค่าของตนเอง ยอมรับและรู้สึกพึงพอใจชีวิตทุกด้านของตนเอง (integrity) สามารถละวางความยึดมั่นถือมั่นในเรื่องต่างๆ และสามารถเผชิญสิ่งคุกคามต่างๆ รวมทั้งความตายได้อย่างมั่นคง เป็นระยะที่มีการพัฒนา “virtue” ในเรื่อง “wisdom” บุคคลที่ไม่สามารถพัฒนา ego integrity ได้จะรู้สึกสิ้นหวัง (despair) เนื่องจากผิดหวังกับชีวิตที่ผ่านมาโดยไม่มีโอกาสแก้ไขแล้วและมีชีวิตอยู่ต่อไปอย่างไร้คุณค่า

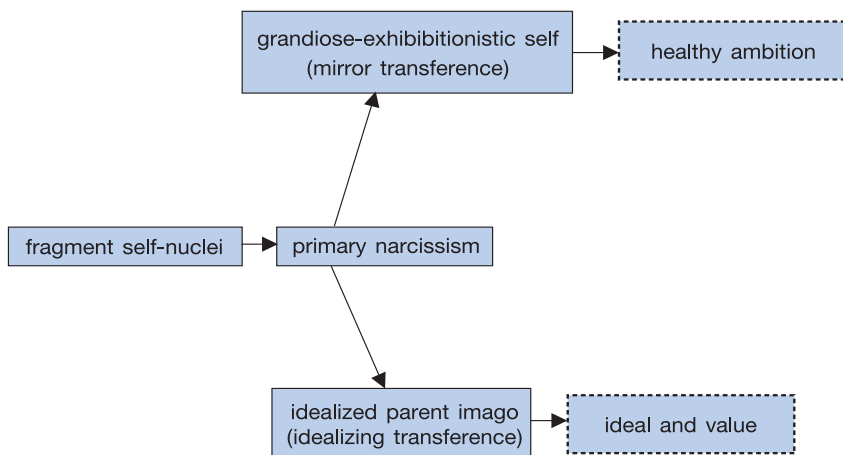
Self psychology

Heinz Kohut สนใจศึกษาผู้ป่วยที่มีภาวะหลงรักตัวเอง (narcissism) ส่งผลให้เขาสามารถสร้างทฤษฎีเกี่ยวกับการพัฒนาตัวตน (self) ขึ้นมาได้ โดยเน้นอธิบายถึงความสำคัญของความสัมพันธ์ภายนอก (external relationships) ต่อการก่อเกิดและคงอยู่ของความภาคภูมิใจในตนเอง (self-esteem) และความมั่นคงของตัวตน (self-cohesion) ซึ่งความสัมพันธ์ภายนอกที่สำคัญที่สุดก็คือความสัมพันธ์ของบิดามารดาที่มีต่อบุตรหรือความสัมพันธ์ของผู้ที่เลี้ยงดูเด็กเป็นหลักนั่นเอง เมื่อแรกเริ่มนั้นความรู้ต่อการมีอยู่ของตัวตนของเด็กยังไม่ชัดเจน มีลักษณะเป็น fragmented self-nuclei ต่อมาจึงเกิดกระบวนการพัฒนาตัวตน (self) ที่สำคัญ 2 กระบวนการได้แก่^{1,2,5}

1. Mirror transference คือกระบวนการยืนยันและสะท้อนให้เห็นคุณค่าภายในตัวเองผ่านปฏิกิริยาของผู้อื่น เช่น เมื่อเด็กเล็กๆ เริ่มรู้จักทำบางอย่างได้ด้วยตนเอง เกิดความรู้สึกว่าตนเองสามารถทำได้และอยากแสดงออกให้ผู้อื่นรับรู้ (grandiose-exhibitionistic self) เด็กมักจะนำสิ่งที่ตนเองทำได้มาแสดง (showing off) ต่อมารดาหรือผู้ที่เลี้ยงดูเป็นหลัก ถ้ามารดาตอบสนองอย่างเข้าใจ (empathic response) เช่น สนิหน้า ท่าทาง แววตาแสดงความชื่นชม ยินดี ก็ส่งผลให้เด็กรู้สึกถึงคุณค่าในตนเอง (self worth) และพัฒนาต่อไปเป็นบุคคลที่มีความใฝ่ดี มุ่งมั่นกระทำสิ่งต่างๆ ให้สำเร็จหรือมี healthy ambition แต่ถ้ามารดาไม่สามารถตอบสนองอย่างเข้าใจ (empathic failure) เด็กจะมีความยากลำบากในการดำรงความมั่นคงในตนเอง (self-wholeness) และความนับถือตนเอง (self-regard) เมื่อพัฒนาต่อไปจะเป็นบุคคลที่หิวกระหายการยอมรับนับถือจากผู้อื่น และพยายามแสดงออกในลักษณะต่างๆ (showing off) เพื่อที่จะได้มาซึ่งการยอมรับนับถือ ความชื่นชม ตามที่ตนเองรู้สึกขาดพร่องไป

2. Idealizing transference คือ กระบวนการที่เกิดการยึดถือบางอย่างในตนเองว่าเป็นอุดมคติที่น่ายกย่อง เมื่อยังเป็นเด็กเล็กพ่อแม่หรือผู้เลี้ยงดูจะเป็นเสมือนบุคคลที่มีอำนาจ เช่น เมื่อเด็กมีความทุกข์ร้อนก็สามารถช่วยเหลือบรรเทาให้คลายทุกข์ลงได้ เด็กจึงมีภาพในจิตใจว่าพ่อแม่สมบูรณ์แบบ (perfection) น่ายกย่องชื่นชมและยึดถือภาพนั้นเป็นอุดมคติ (idealized parent imago) สิ่งนี้ต่อมามีหลังได้พัฒนากลายเป็นอุดมคติและค่านิยม (ideal and value) ของบุคคลนั้น ซึ่งเมื่อยึดถือและปฏิบัติตามก็จะเป็นบ่อเกิดของความภาคภูมิใจในตนเอง

ตามทัศนะของ Kohut ความสัมพันธ์ที่บุคคลอื่นมีต่อบุคคลใดบุคคลหนึ่ง มีบทบาทสำคัญต่อการดำรงความภาคภูมิใจในตนเองไปตลอดช่วงชีวิตของบุคคลนั้น เปรียบเสมือนความต้องการออกซิเจนจากการหายใจเพื่อดำรงชีวิต



แผนภูมิที่ 1.1 กระบวนการพัฒนาตัวตน (self) ตามแนวคิดของ Heinz Kohut

Attachment theory

Bonding หมายถึง ความผูกพันทางอารมณ์ระหว่างบุคคลที่คงอยู่นานซึ่งเกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์ต่อกันเป็นระยะเวลาหนึ่ง เช่น ระหว่างพ่อแม่ต่อลูก ระหว่างพี่น้อง ระหว่างคนรัก⁴

Attachment หมายถึง ความผูกพันทางอารมณ์ที่มีลักษณะเฉพาะ คือเป็นความผูกพันทางอารมณ์ของเด็กต่อผู้เลี้ยงดูที่ได้รับรู้ว่าเป็นผู้ที่สามารถปกป้องคุ้มครองเขาให้ปลอดภัยได้ เด็กจะต้องการอยู่ใกล้ชิดเพราะทำให้รู้สึกว่ามีความมั่นคงปลอดภัยโดยเฉพาะในสถานการณ์เด็กรู้สึกมีอันตราย⁴

John Bowlby พัฒนาทฤษฎีความผูกพันทางอารมณ์โดยอาศัยพื้นฐานความรู้จากหลายสาขาวิชา Bowlby กล่าวว่าพฤติกรรมผูกพันต่อผู้เลี้ยงดูเป็นสัญชาตญาณที่ทำให้มนุษย์อยู่รอด (survival) ตามทฤษฎีวิวัฒนาการของ Charles Darwin และความผูกพันทางอารมณ์ต่อผู้เลี้ยงดูเป็นพื้นฐานของพัฒนาการทางจิตใจ Bowlby อธิบายว่าพัฒนาการทางจิตใจเป็นผลจากความสัมพันธ์ของเด็กกับผู้เลี้ยงดูตั้งแต่แรกเกิดในประสบการณ์จริงมากกว่าจินตนาการในจิตไร้สำนึก ตามทฤษฎีของ Freud เด็กที่แม่เลี้ยงดูด้วยความรักความเข้าใจ เอาใจใส่ และไวต่อสัญญาณที่เด็กบอกความต้องการทั้งด้านร่างกายและอารมณ์และตอบสนองได้สอดคล้องกับความต้องการอย่างทันทีและสม่ำเสมอ จะมีความผูกพันทางอารมณ์ที่มั่นคงต่อผู้เลี้ยงดู และมีการพัฒนา internal working model ต่อตนเองว่าเป็นคนที่มีคุณค่าและต่อคนอื่นว่าน่าไว้วางใจเด็กที่ได้รับการเลี้ยงดูในทางตรงข้ามจะมีความผูกพันทางอารมณ์ที่ไม่มั่นคงต่อผู้เลี้ยงดู Bowlby พบว่าเด็กที่มีความผูกพันทางอารมณ์ที่มั่นคงจะสนใจเรียนรู้สิ่งแวดล้อมรอบตัว (exploration) มากกว่าเด็กที่มีความผูกพันทางอารมณ์ไม่มั่นคง การพัฒนาความผูกพันทางอารมณ์ต่อผู้เลี้ยงดูแบ่งตามระยะ ดังนี้^{4,5}

ระยะที่ 1 Undiscriminating social responsiveness (อายุ 0-2 เดือน)
ในระยะนี้เด็กแสดงพฤติกรรมผูกพันต่อผู้เลี้ยงดู แต่ยังไม่สามารถแยกผู้เลี้ยงดู

กับคนอื่นได้ ในเวลาที่เด็กร้องไห้พอมีใครเข้ามาอุ้มก็เงียบได้

ระยะที่ 2 Discriminating social responsiveness (อายุ 2-7 เดือน) ในระยะนี้เด็กสามารถแยกแม่และคนที่คุ้นเคยจากคนแปลกหน้าได้ ในเวลาที่เด็กร้องไห้แม่เท่านั้นที่ปลอบให้เงียบได้

ระยะที่ 3 Active initiation in seeking proximity and contact (อายุ 7 เดือน-3 ปี) เป็นระยะที่เด็กพยายามเข้าหาและอยู่ใกล้ชิด attachment figure เพื่อความอบอุ่นใจ และแสดงท่าทางไม่สบายใจเมื่อต้องแยกจากแม่ แต่จะสงบลงได้เมื่อแม่กลับมาสัมผัสด้วย ระยะนี้สำคัญต่อการพัฒนาความผูกพันทางอารมณ์อย่างมาก

ระยะที่ 4 Goal-corrected partnership (อายุมากกว่า 3 ปี) เป็นระยะที่เด็กเข้าหาผู้เลี้ยงดูแบบรู้ความต้องการและเป้าหมายของทั้งตนเองและผู้เลี้ยงดูได้แล้ว และสามารถสร้างความสัมพันธ์ได้ โดยมีการปรับจุดมุ่งหมายให้สอดคล้องกันได้

Mary Ainsworth ได้ศึกษาพฤติกรรมของเด็กและพบว่าปฏิสัมพันธ์ของเด็กกับผู้เลี้ยงดูมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของเด็กทั้งในปัจจุบันและอนาคต เช่น เด็กซึ่งมีแม่ที่รับรู้ได้ไวว่าลูกร้องไห้เพราะต้องการให้อุ้ม แล้วอุ้มลูกตามความต้องการนั้นด้วยบรรยากาศที่ทำให้ลูกอารมณ์ดีได้ จะเป็นเด็กที่ร้องกวนน้อยกว่า เมื่อโตขึ้นจะติดแม่น้อยกว่าและมีพัฒนาการทางสังคมดีกว่าเด็กที่แม่ไม่สามารถรับรู้อารมณ์และความต้องการของลูก หรือเด็กที่พ่อแม่มีแนวคิดว่าการอุ้มมากจะทำให้เด็กติดมือ

Ainsworth ได้พัฒนาวิธีการประเมินคุณภาพความผูกพันทางอารมณ์ของเด็กต่อผู้เลี้ยงดูสำหรับเด็กอายุ 2-3 ปีที่เรียกว่า “strange situation” เป็นการสร้างสถานการณ์ให้เด็กเกิดความตึงเครียดและต้องการผู้เลี้ยงดูเพื่อช่วยให้ตนเองรู้สึกมั่นคงปลอดภัย ซึ่งทำให้สามารถประเมินคุณภาพความผูกพันทางอารมณ์ของเด็กต่อผู้เลี้ยงดู ซึ่งแบ่งเป็น 4 ประเภท ดังนี้^{5.6}

1. Secure attachment เด็กที่มีความผูกพันทางอารมณ์มั่นคงจะรู้สึกมั่นคงปลอดภัยเมื่อแม่กลับเข้ามา ดังนั้นจึงมีท่าทีดีใจ เข้าไปหา อยู่ใกล้ชิดและมีปฏิสัมพันธ์กับแม่ระยะหนึ่ง พอรู้สึกอุ่นใจเด็กจะหันไปสนใจเรียนรู้สิ่งต่างๆ ในห้องต่อไป พฤติกรรมเช่นนี้แสดงว่าเด็กมีความรู้สึกไว้วางใจต่อแม่ว่าสามารถปลอบใจและช่วยเหลือเขาให้ปลอดภัยได้ เด็กที่มีความผูกพันทางอารมณ์มั่นคงจะเชื่อฟังพ่อแม่ กระตือรือร้นต่อการเรียนรู้ มีความสามารถแก้ไขปัญหา มี self-esteem และพฤติกรรมทางสังคมดี

2. Insecure avoidant attachment เด็กที่มีความผูกพันทางอารมณ์ประเภทนี้จะมึนท่าทีหลบเลี่ยง หรือเพิกเฉยไม่สนใจเมื่อแม่กลับเข้ามา สัมพันธ์กับประสบการณ์การเลี้ยงดูที่พ่อแม่ปล่อยปละละเลย ไม่สนใจ ไม่มีอารมณ์ตอบสนองกับลูก หรือตอบสนองอย่างไม่เหมาะสม และพ่อแม่ที่ปฏิเสธไม่ยอมใกล้ชิดกับลูก

3. Insecure ambivalent attachment เด็กที่มีความผูกพันทางอารมณ์ประเภทนี้จะมี separation anxiety มากเมื่อแม่แยกจากไป และมีท่าทีสองจิตสองใจเมื่อแม่กลับเข้ามาคือต้องการใกล้ชิดแม่ แต่ก็โกรธและอาละวาดต่อต้านเมื่ออยู่ใกล้ชิดแม่ โดยที่แม่ไม่สามารถปลอบให้สงบลงได้ หรือมีอารมณ์โกรธรุนแรงแต่ทำเป็นไม่สนใจแม่เลย สัมพันธ์กับประสบการณ์การเลี้ยงดูที่พ่อแม่ตอบสนองความต้องการทางร่างกายและอารมณ์อย่างไม่แน่นอน บางครั้งสนใจ บางครั้งไม่สนใจ หรือบางครั้งอาจตอบสนองโดยไม่เหมาะสม เด็กจึงไม่สามารถคาดการณ์ได้และต้องคอยระแวงระวังท่าทีว่าพ่อแม่จะตอบสนองอย่างไร ทำให้เด็กมักวิตกกังวลง่าย และมีความรู้สึกทั้งรักทั้งเกลียดต่อพ่อแม่

4. Insecure disorganized/disoriented attachment เด็กที่มีความผูกพันทางอารมณ์ประเภทนี้จะมึนท่าทีไม่แน่นอนเมื่อแม่กลับเข้ามา คือมีพฤติกรรมสับสน ไม่เป็นระบบและไม่สัมพันธ์กัน เช่น เข้าหาแม่แต่หันหน้าไปทางอื่น พฤติกรรมเหล่านี้แสดงถึงความรู้สึกหวาดกลัวอย่างรุนแรงต่อพ่อแม่ที่ไม่สามารถตอบสนองความต้องการได้อย่างเหมาะสม สัมพันธ์กับการเลี้ยงดูที่

พ่อแม่กระทำทารุณกรรมเด็ก (child abuse) ทั้งทางร่างกายและทางเพศ หรือพ่อแม่ที่ป่วยเป็นโรคทางจิตเวชบางอย่าง เช่น major depressive disorder, bipolar disorder และ substance abuse

Cognitive development

Jean Piaget เป็นบุคคลแรกที่ศึกษาพัฒนาการด้านความคิดและปัญญาของเด็ก Piaget กล่าวว่าเมื่อเด็กมีประสบการณ์เรียนรู้เรื่องต่างๆ ซ้ำๆ จะเกิดเป็น “schema” หรือแผนผังความคิดในเรื่องนั้นๆ และความรู้เกิดจากการสะสม schema ที่หลากหลายในเรื่องต่างๆ กระบวนการสะสม schema ที่หลากหลายดังกล่าวประกอบด้วย กระบวนการ assimilation หมายถึง การเรียนรู้ประสบการณ์ใหม่ที่สอดคล้องกับ schema เดิม และกระบวนการ accommodation หมายถึง การเรียนรู้ประสบการณ์ใหม่ที่แตกต่างจาก schema เดิมทำให้ต้องดัดแปลง schema เดิมหรือมีการสร้าง schema ใหม่ขึ้นมา

Piaget พบว่าเด็กมีพัฒนาการด้านความคิดและการเรียนรู้ตามระยะต่างๆ ดังนี้^{3,4}

1. Sensorimotor stage (แรกเกิด-2 ปี) เป็นระยะที่เด็กเรียนรู้การรับสัมผัสผ่านประสาทสัมผัสทั้งหลาย และเรียนรู้การควบคุมการเคลื่อนไหวผ่านการเคลื่อนไหวแบบ reflex การเคลื่อนไหวโดยบังเอิญ และการเคลื่อนไหวโดยตั้งใจ กระทำ ตามลำดับ ในระยะ 3-4 เดือนแรกเด็กจะเรียนรู้ความสัมพันธ์ระหว่างการกระทำและผลลัพธ์ผ่านร่างกายของตนเอง ต่อมาจะมีการเรียนรู้ผ่านวัตถุและเหตุการณ์ต่างๆ และเริ่มกระทำกิจกรรมโดยมีจุดมุ่งหมายและรู้จักคาดหวังผลลัพธ์บางอย่างได้ ต่อมาจะเรียนรู้จากการกระทำต่อวัตถุหรือเหตุการณ์ด้วยวิธีการใหม่ๆ ที่แตกต่างกัน สามารถเปรียบเทียบประสิทธิภาพของแต่ละวิธีการและค้นหาวิธีการที่เหมาะสมที่สุดได้

พัฒนาการที่สำคัญในวัยนี้คือเด็กเริ่มมี “object permanence” เมื่ออายุประมาณ 8-9 เดือน คือเข้าใจได้ถูกต้องว่าวัตถุยังคงอยู่แม้ไม่ได้อยู่ในสายตาของเด็กแล้ว และพัฒนาการ “symbolization” เมื่ออายุประมาณ 18 เดือน คือสามารถใช้ภาษาเป็นสัญลักษณ์แทนสิ่งของหรือประสบการณ์ต่างๆ ได้

2. Preoperational stage (อายุ 2-7 ปี) เด็กสามารถเรียนรู้โดยใช้ภาษาแทนความหมายของประสบการณ์ได้มากขึ้น รู้จักเล่นสมมุติ และเริ่มรู้จักเข้าใจความคิดความต้องการของผู้อื่นได้บ้าง แต่ยังไม่สามารถเข้าใจเหตุผลอย่างถูกต้องสมบูรณ์ เช่น หากเด็กคิดไม่ดีแล้วมีอาการเจ็บป่วย เด็กอาจเข้าใจว่าความคิดดังกล่าวเป็นสาเหตุทำให้เกิดการเจ็บป่วย หรือเด็กที่ทำงานแตก 10 ใบโดยไม่เจตนาจะมีความผิดมากกว่าเด็กที่ตั้งใจว่างงานแตก 1 ใบ เป็นต้น เด็กมักคิดเฉพาะในมุมมองของตนเอง (egocentric) หรือคิดเพียงด้านใดด้านหนึ่งตามที่ตนเองเคยมีประสบการณ์ เช่น พ่อแม่ลงโทษหมายความว่าพ่อแม่ไม่รักแล้ว เป็นต้น และยังมีความคิดเชิงจินตนาการมาก เช่น สิ่งของต่างๆ มีชีวิตจิตใจ

3. Concrete operational stage (อายุ 7-11 ปี) เด็กสามารถคิดอย่างเป็นเหตุเป็นผลที่มีลักษณะเป็นรูปธรรมได้ถูกต้อง สามารถเข้าใจความคิดความต้องการของผู้อื่น เข้าใจและยอมรับเหตุผลของกฎเกณฑ์ต่างๆ ในสังคม รู้จักใช้เหตุผลที่เกี่ยวข้องเนื่องกันได้ (syllogistic reasoning) เช่น ถ้ากำหนดว่า นกเป็นสัตว์ปีกและสัตว์ปีกเป็นสัตว์เลือดเย็น เด็กจะสามารถสรุปได้ว่านกเป็นสัตว์เลือดเย็น เป็นต้น เด็กมีการพัฒนาความคิดในเรื่องการจัดหมวดหมู่ (classification) การเรียงลำดับ (seriation) เช่น ถ้ากำหนดว่าคนที่ 1 สูงกว่าคนที่ 2 และคนที่ 2 สูงกว่าคนที่ 3 เด็กจะสามารถเข้าใจได้ว่าคนที่ 1 สูงกว่าคนที่ 3 ด้วย การพัฒนาแนวคิด “reversibility” เช่น เข้าใจว่าน้ำสามารถเปลี่ยนแปลงไปมาระหว่างน้ำแข็ง น้ำ และไอน้ำได้ และมีการพัฒนาแนวคิด “conservation” ในเรื่องปริมาณ คือ สิ่งของยังมีปริมาณเท่าเดิมแม้จะเปลี่ยนรูปร่างไป เช่น รู้ว่าน้ำปริมาตรเท่ากันแต่ใส่ในขวดปากกว้างกับขวดปากแคบยังมีปริมาตรเท่ากัน เป็นต้น หลังจาก

นั้นจะมีการพัฒนาแนวคิด “conservation” ที่เกี่ยวข้องกับน้ำหนัก ความยาว พื้นที่ และเวลาด้วย

4. Formal operational stage (วัยรุ่น) เป็นระยะที่บุคคลสามารถคิดอย่างเป็นเหตุเป็นผลในเชิงนามธรรมและมีความคิดที่เป็นระบบอย่างซับซ้อน เช่นเดียวกับผู้ใหญ่ได้ สามารถเรียนรู้จากการตั้งสมมุติฐานและการทดสอบสมมุติฐานเหล่านั้น เข้าใจในเรื่องความเป็นไปได้ (probability) สามารถใช้เหตุผลทั้งแบบ “inductive” คือ สามารถนำประสบการณ์ที่เคยเรียนรู้จากบางสถานการณ์ไปปรับใช้กับเหตุการณ์อื่นๆ โดยทั่วไปได้ และแบบ “hypothetico-deductive” คือสามารถสร้างสมมุติฐานหลายๆ อย่างที่ทำให้เกิดสิ่งหนึ่ง แล้วทดสอบสมมุติฐานนั้นกับความเป็นจริงว่าถูกต้องหรือไม่ (hypothesis) รวมถึงสามารถนำสิ่งที่เคยเรียนรู้จากสถานการณ์ทั่วไปไปปรับใช้กับเหตุการณ์เฉพาะบางอย่างได้ (deductive) การมีความคิดเชิงนามธรรมทำให้วัยรุ่นสามารถวางแผนชีวิตในอนาคตได้ และมีความสนใจในเรื่องเชิงนามธรรม เช่น ศาสนา ปรัชญา และการเมือง เป็นต้น แต่อาจยังมีลักษณะ egocentric คือมักยึดมั่นว่าความคิดของตนเองเท่านั้นที่ถูกต้อง

Temperament

Temperament เป็นลักษณะพื้นอารมณ์ที่ติดตัวมาตั้งแต่แรกเกิด และถูกกำหนดโดยปัจจัยด้านชีวภาพ โดยเฉพาะด้านพันธุกรรมเป็นส่วนใหญ่⁴ เช่น คู่แฝดไข่ใบเดียวกันมีพื้นอารมณ์เหมือนกันมากกว่าคู่แฝดไข่นัดละใบ และในปัจจุบันพบว่าลักษณะพื้นอารมณ์บางด้านสัมพันธ์กับ gene polymorphism บางอย่าง เป็นต้น พบว่าลักษณะพื้นอารมณ์เป็นคุณสมบัติที่มักติดตัวไปเมื่อเติบโตขึ้นแต่อาจมีการเปลี่ยนแปลงได้ตามปัจจัยสิ่งแวดล้อมที่บุคคลนั้นเติบโตขึ้นมา เช่น การเลี้ยงดู ปฏิสัมพันธ์ทางสังคม

Alexander Thomas และ Stella Chess กล่าวว่าลักษณะพื้นอารมณ์จะมีผลต่อพัฒนาการทางจิตใจอย่างไรยังขึ้นอยู่กับพ่อแม่ว่ามีลักษณะที่เข้ากันได้กับเด็กหรือ “goodness of fit” หรือสามารถปรับตัวให้เข้ากับพื้นอารมณ์ของเด็กได้หรือไม่ด้วย

Thomas และ Chess ได้ศึกษาและติดตามพฤติกรรมของเด็กตั้งแต่แรกเกิด และสามารถจำแนกลักษณะพื้นอารมณ์ของเด็ก โดยใช้ปัจจัยชี้วัด 9 ด้านต่อไปนี้³

1. Activity level ระดับการเคลื่อนไหวหรือการทำกิจกรรมว่าคล่องแคล่วว่องไว ไม่อยู่นิ่ง หรืออยู่นิ่งได้นานเพียงใด

2. Rhythmicity จังหวะความสม่ำเสมอในด้านต่างๆ เช่น การกิน การนอน การขับถ่าย

3. Approach or withdrawal ปฏิกริยาตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่ไม่คุ้นเคยว่าจะเข้าหาด้วยความสนใจและอารมณ์ดี หรือหลีกเลี่ยงอย่างด้วยความวิตกกังวลและไม่กล้าเผชิญต่อสิ่งเร้าใหม่ๆ

4. Adaptability ความสามารถในการปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป

5. Intensity of reaction ความรุนแรงของปฏิกริยาทางอารมณ์ต่อสถานการณ์ต่างๆ

6. Threshold of responsiveness ความรุนแรงของสิ่งเร้าที่ใช้กระตุ้นให้เด็กมีปฏิกริยาตอบสนอง

7. Quality of mood เด็กมีอารมณ์ดีเป็นส่วนใหญ่และมีท่าทางเป็นมิตรหรืออารมณ์หงุดหงิดง่ายและไม่ค่อยเป็นมิตรกับผู้อื่น

8. Distractibility เด็กถูกเบี่ยงเบนจากสิ่งเร้าได้ยากหรือง่ายเพียงใด

9. Attention span and persistence ระยะเวลาและความต่อเนื่องที่เด็กสนใจต่อกิจกรรมอย่างใดอย่างหนึ่ง

Thomas และ Chess จำแนกเด็กตามลักษณะพื้นอารมณ์ได้ 3 ประเภท ดังนี้²

1. Easy temperament เด็กกลุ่มนี้จะมีการกิน การนอน การขับถ่าย สม่ำเสมอเป็นเวลา ปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงได้เร็ว เข้าหาสิ่งเร้าใหม่ด้วยความสนใจ ส่วนใหญ่จะอารมณ์ดีและทำทางเป็นมิตร และตอบสนองต่อสิ่งเร้าต่างๆ ไม่รุนแรง พบว่าร้อยละ 40 ของเด็กมีพื้นอารมณ์ในกลุ่มนี้

2. Difficult temperament เด็กกลุ่มนี้จะมีการกิน การนอน การขับถ่าย ไม่สม่ำเสมอ ปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงได้ยาก มักหลีกเลี่ยงถอยห่างสิ่งเร้าใหม่ๆ อารมณ์ส่วนใหญ่จะหงุดหงิดง่ายและมีท่าทางไม่เป็นมิตร และตอบสนองต่อสิ่งเร้าต่างๆ รุนแรง พบว่าร้อยละ 10 ของเด็กมีพื้นอารมณ์ในกลุ่มนี้

3. Slow-to-warm-up temperament เด็กกลุ่มนี้จะปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อมได้ช้า มีแนวโน้มถอยห่างจากสิ่งเร้าใหม่ แต่ปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งเร้าไม่รุนแรงนัก เป็นเด็กที่มีลักษณะขี้อาย พบว่าร้อยละ 15 ของเด็กมีพื้นอารมณ์ในกลุ่มนี้

ส่วนเด็กอีกร้อยละ 35 มีการตอบสนองปานกลางในทุกๆ ด้าน

Gene-environment interplay

เป็นที่ทราบกันมานานแล้วว่าปัจจัยทางพันธุกรรม (genetic) และปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม (environmental) ต่างมีบทบาทต่อการพัฒนาทางจิตใจและพฤติกรรมของมนุษย์ ในอดีตการศึกษาเกี่ยวกับเรื่องนี้มุ่งไปที่การหาและชี้เฉพาะว่ามีปัจจัยใดบ้างที่ส่งผลต่อพฤติกรรมของมนุษย์ รวมถึงการเกิดโรคบางอย่างด้วย แต่ปัจจุบันมีความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องนี้มากขึ้นและพบว่าความสัมพันธ์ของปัจจัยเหล่านี้มีความซับซ้อนมากกว่าที่เคยเข้าใจในอดีต เช่น พบว่าปัจจัยทางสิ่งแวดล้อมบางอย่างมิได้ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงลำดับการเรียงตัว

ของ DNA (DNA sequence) โดยตรง แต่มีความเกี่ยวข้องกับขบวนการควบคุมการแสดงออกของยีน (gene) บางอย่าง (epigenetic mechanism)⁷⁻⁹ ดังนั้นในปัจจุบันเราทราบว่าปัจจัยทางพันธุกรรมและปัจจัยทางสิ่งแวดล้อมมีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องต่อกันหรือที่เรียกว่า gene-environment interplay โดยมีรูปแบบของความสัมพันธ์ 2 รูปแบบที่เริ่มเป็นที่เข้าใจกันชัดเจนมากขึ้น ได้แก่⁹

1. Gene-environment interaction (GxE) ปรากฏการณ์ที่บุคคลใดบุคคลหนึ่งมีความเปราะบางทางพันธุกรรม (genetic susceptibility) อยู่แล้ว แต่ยังไม่แสดงอาการออกมา จนกระทั่งได้พบปัจจัยทางสิ่งแวดล้อมบางประการจึงแสดงอาการออกมาให้เห็นชัดเจน

2. Gene-environment correlation (rGE) ปรากฏการณ์ที่บุคคลใดบุคคลหนึ่งมีทั้งปัจจัยทางพันธุกรรมและปัจจัยทางสิ่งแวดล้อมซึ่งส่งผลต่อเนื่องเชื่อมโยงกันตลอดเวลา เช่น เด็กที่มีพ่อแม่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าไม่เพียงแต่ได้รับยีนที่เสี่ยงต่อการป่วยเป็นโรคซึมเศร้าเท่านั้น แต่เด็กคนนั้นยังต้องเติมโตมาภายใต้สิ่งแวดล้อมโดยเฉพาะการเลี้ยงดูจากพ่อแม่ที่ซึมเศร้าด้วย และทั้ง 2 อย่างก็ส่งผลซึ่งกันและกันต่อภาวะอารมณ์ของเด็ก

เอกสารอ้างอิง

1. จันทิมา องค์โฆษิต. จิตบำบัดในการปฏิบัติงานจิตเวชทั่วไป. กรุงเทพมหานคร: ยูเนี่ยน ครีเอชั่น; 2545.
2. จำลอง ดิษยวณิช. พื้นฐานทางทฤษฎีของจิตเวชศาสตร์. ใน: วินัดดา ปิยะศิลป์, พนม เกตุมาน, บรรณาธิการ. ตำราจิตเวชเด็กและวัยรุ่น เล่ม 2. กรุงเทพมหานคร: ธนาเพรส; 2550. หน้า 7-44.
3. วัฒนเพ็ญ บุญประกอบ. พัฒนาศักยภาพของเด็กและวัยรุ่น. ใน: วินัดดา ปิยะศิลป์, พนม เกตุมาน, บรรณาธิการ. ตำราจิตเวชเด็กและวัยรุ่น. กรุงเทพมหานคร: ปิยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์; 2545. หน้า 1-31.
4. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan & Sadock's synopsis of Psychiatry: Behavioral sciences /clinical psychiatry. 10th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2007.

5. Gabbard GO. Psychodynamic psychiatry in clinical practice. 4th ed. Washington DC: American Psychiatric Press; 2005.
6. Ainsworth MS. Attachments across the life span. Bull N Y Acad Med. 1985;61: 792-812.
7. Rutter M. Gene-environment interdependence. Dev Sci. 2007;10:12-8.
8. Rutter M. Gene-environment interplay. Depress Anxiety. 2010;27:1-4.
9. Thapar A, Rutter M. Genetics. In: Rutter M, Bishop D, Pine D, Scott S, Stevenson J, Taylor E, Thapar A, editors. Rutter's child and adolescent psychiatry. 5th ed. Massachusetts: Blackwell publishing; 2008. p. 339-58.

บทที่ 2

แนวคิดการเกิดโรคทางจิตเวช

ปราโมทย์ สุกนิษย์

ในทางการแพทย์ ชื่อโรคจะบอกถึงพยาธิสภาพที่เจาะจงของอวัยวะนั้นๆ เช่น การอักเสบ หรือเป็นเนื้องอก ซึ่งค่อนข้างตรงไปตรงมา แต่สำหรับจิตเวช ชื่อโรคบอกเพียงกลุ่มอาการ ซึ่งหากแยกแต่ละอาการมาพิจารณาก็จะพบว่าเกิดจากเหตุต่างๆ ได้อย่างไม่เจาะจง ทั้งยังพบได้แม้แต่ในคนปกติเป็นครั้งคราว เช่น อาการนอนไม่หลับ ทำให้เกิดความเข้าใจเหตุของการเกิดโรคทางจิตเวชที่แตกต่างกันหลากหลาย แม้แต่ในการศึกษาวิจัยทางวิทยาศาสตร์การแพทย์และจิตเวชศาสตร์เอง

ประวัติศาสตร์ของแนวคิด¹

ในยุคของ Hippocrates เรียก โรคซึมเศร้าว่า melancholia เพราะเชื่อว่าเกิดจากมีน้ำดีสีดำนามากไม่สมดุลกับธาตุอื่นๆ หรือมีการเรียกโรคเครียดที่เกิดขึ้นในผู้หญิงตั้งแต่ยุคกรีกมาจนถึงยุค Victorian ว่า hysteria เนื่องจากเชื่อว่า เกิดจากการเคลื่อนที่ของมดลูก หรือในบางวัฒนธรรมก็เข้าใจว่าบางอาการเป็นผลจากเวทย์มนตร์หรือวิญญาณต่างๆ

ทฤษฎีหนึ่งที่มีอิทธิพลอย่างสูงต่อวงการจิตเวชคือ ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (psychoanalysis) ของแพทย์ชาวออสเตรียชื่อ ซิกมันด์ ฟรอยด์ (Sigmund Freud) ในช่วงปลายคริสต์ศตวรรษที่ 19 ถึงต้นศตวรรษที่ 20 ที่ใช้อธิบายการเกิดโรค

จิตเวชชนิด neurosis ว่ามาจากการใช้กลไกป้องกันตน (defense mechanisms) ที่ไม่เหมาะสม อันเป็นผลของประสบการณ์ในวัยเด็กของบุคคลนั้น จิตวิเคราะห์ส่งผลให้เกิดทฤษฎีต่างๆ ตามมามากมายที่ใช้อธิบายพัฒนาการของจิตใจและขยายไปใช้อธิบายการเกิดโรคอื่นๆ ในทางจิตเวช แม้แต่เกณฑ์การวินิจฉัยโรคจิตเวชของสมาคมจิตแพทย์อเมริกันฉบับที่ 1 (DSM-I) ปี ค.ศ. 1952 ได้ลงท้ายชื่อทุกโรคว่า “reaction” ซึ่งมีนัยว่า โรคเป็นผลจากปฏิกิริยาทางจิตใจต่อสิ่งแวดล้อม (psychosocial) โดยมีอิทธิพลแนวคิดการเกิดโรคทางชีววิทยาน้อยมาก

แนวคิดในปัจจุบัน²

เมื่อเข้าสู่ช่วงหลังของคริสต์ศตวรรษที่ 20 งานวิจัยทางประสาทวิทยาและพันธุศาสตร์ก้าวหน้าอย่างมากจนสามารถนำมาเชื่อมโยงอธิบายสาเหตุการเกิดโรคจนถึงคิดค้นยาหรือวิธีการรักษาบนพื้นฐานของความรู้เหล่านั้นได้ แนวคิดการเกิดโรคจิตเวชจึงถูกมองเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างระหว่างอิทธิพลของปัจจัยทางชีววิทยา จิตใจและสังคมสิ่งแวดล้อม (biopsychosocial model)¹ ซึ่งหมายถึง

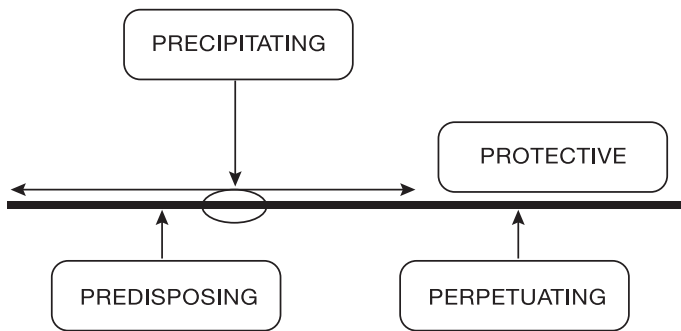
1. Constitutional factors คือ ชีวภาพตั้งแต่ปฏิสนธิ ได้แก่ พันธุกรรม สุขภาพระหว่างอยู่ในครรภ์และหลังคลอด

2. Temperament factors คือ ลักษณะพื้นอารมณ์ที่ติดตัวมา ซึ่งอาจเป็นทั้งเหตุและผลต่อการแสดงออก ปฏิสัมพันธ์ และการรับรู้สิ่งรอบตัว แล้วกลับมาเป็นสภาพจิตใจและบุคลิกภาพของบุคคลนั้นๆ

3. Physical diseases and injury factors โดยเฉพาะการป่วยที่มีผลต่อการทำงานของสมอง และการเจ็บป่วยโรคต่างๆ ที่เรื้อรังตั้งแต่เด็ก เช่น เบาหวาน หอบหืด และโรคทางต่อมไร้ท่อต่างๆ

4. Environmental factors ได้แก่ สภาพครอบครัว โรงเรียน ชุมชน ที่ทำงาน และอาชีพ ซึ่งมีผลต่อการปรับตัวของคนๆ นั้น

ปัจจัยทั้งหมดนี้อาจนำมาลำดับเป็นเรื่องในผู้ป่วยแต่ละราย(case formulation) โดยแบ่งออกเป็น ปัจจัย 4 ด้าน (4 P's) (ภาพที่ 2.1) ได้แก่



ภาพที่ 2.1 ปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อการเกิดและดำเนินโรคของความผิดปกติทางจิตเวช

- Predisposing factors ปัจจัยเสี่ยงที่มีมาก่อนป่วย
 - Precipitating factors ปัจจัยที่มากกระตุ้นให้เกิดอาการ
 - Perpetuating factors ปัจจัยที่ทำให้อาการซึ่งเกิดขึ้นยังคงอยู่
 - Protective factors ปัจจัยที่อาจช่วยปกป้องผู้ป่วยจากการป่วยที่รุนแรง
- ช่วยให้หายคืนสู่สภาพปกติ

ตัวอย่างของแนวคิดดังกล่าวดังตารางที่ 2.1

ตารางที่ 2.1 ตัวอย่างของแนวความคิดการเกิดโรคจิตเวชในปัจจุบัน

แนวคิด	ตัวอย่าง
1. แต่ละคนมีปัจจัยเสี่ยงทางชีววิทยาที่จะป่วยทางจิตเวชแต่ละโรคติดตัวมาแต่ไม่เท่ากัน (predisposing factors)	เด็กชายรามามีพ่อเป็นคนเงิบ “แปลกๆ” จิ้งจั่ง เก็บตัว และเป็นเบาหวาน ปู่เป็นโรคจิตเภท แม่พูดเก่ง และเรียนเก่ง เป็นคนหาเงินหลักของบ้านแต่วิตกกังวล มีเพื่อนมาก เป็นหอบหืด ปวดศีรษะบ่อยๆ
2. ปัจจัยเสี่ยงดังกล่าวได้แก่ ปัจจัยทางพันธุกรรม สิ่งที่เกิดขึ้นตั้งแต่หลังการปฏิสนธิ เช่นการเจ็บป่วยต่างๆ ยา รังสี หรืออาหารจะส่งผลต่อพันธุกรรม (ยีน) โดยตรง หรือการทำงานของเซลล์ร่างกาย	หลังคลอด รามาตัวเหลือง ต้องส่องไฟ ตอนเด็ก เป็นหอบหืด ได้รับยาแก้แพ้ ยาขยายหลอดลมและสเตียรอยด์หลายปี เป็นเด็กอ้วน ชน เรียนไม่เก่ง ชี้อังวล แต่ตรวจ IQ=119
3. ปัจจัยทางชีววิทยาบางประการ แม้ไม่มีผลต่อการเกิดโรคโดยตรง แต่อาจส่งผลให้บุคคลนั้นมีพื้นฐานอารมณ์ (basic temperament) ที่จะไปมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งรอบตัวต่างๆ ที่อาจทำให้เสี่ยงป่วยมากขึ้นหรือน้อยลงได้ เช่น คนที่ตื่นเต้นกังวลง่าย อาจหลบเลี่ยงสิ่งปกติทั่วๆ ไปในชีวิต ส่วนคนที่ไม่หยาหย่างามีแนวโน้มรับรู้ (perception) ว่าคนอื่นคิดไม่ดีกับตนและแสดงความรุนแรง	รามามาเป็นบุตรคนโต มีน้องสาว 1 คนที่แข็งแรงเรียนดีเหมือนแม่ แต่อายุกับป้าจนอายุ 6 ปี เพราะพ่อแม่ต้องดูแลเด็กชายรามามาใกล้ชิดเนื่องจากป่วยเรื้อรัง รามาได้รับการตามใจแต่คาดหวังสูง แต่จากที่เขาเรียนไม่เก่งและชน ครูต้องเตือนบ่อยๆ ทำให้พ่อผิดหวัง ดุตี แต่แม่ปกป้องไว้ รามามองว่าพ่อ ครูและเพื่อนไม่รักตน จึงเกลียดเพื่อนและต่อต้านครู จนไม่มีโรงเรียนรับเรียนต่อ

แนวคิด	ตัวอย่าง
4. ความเครียดทางจิตสังคม (psychosocial stress) ที่เกิดขึ้นก่อนป่วยทางจิตมีผลต่อการทำงานของของยีนได้ (epigenesis) ทั้งชั่วคราวหรือถาวร แต่การป่วยอาจยังไม่เกิดขึ้นในเวลานั้น (เรียกปัจจัยตามข้อ 2, 3 และ 4 ว่า predisposing factors)	ประสบการณ์และยาที่รามาได้รับ อาจทำให้ยีน ฮอริโมน เซลล์สมองของเขาทำงานเปลี่ยนแปลงไป เช่น ยาแก้แพ้ ทำให้วงจรเรียนไม่ดี ยาขยายหลอดลม ทำให้ชน กังวล (กลับไปมีผลต่อข้อ 3) สเตียรอยด์เปลี่ยนการทำงานของยีนในการสร้างโปรตีนต่างๆ ทำให้อ่อน ความจำแย่ลง
5. จากข้อ 4 การป่วยเป็นโรคทางจิตเวชอาจค่อยๆ เกิดขึ้นช้าๆ จนที่สุดสังเกตเห็นเป็นอาการต่างๆ จนครบเกณฑ์วินิจฉัยได้เองโดยไม่พบว่าบุคคลนั้นได้เผชิญความเครียดชัดเจน ณ เวลานั้นๆ แต่อย่างไร	เด็กชายรามาถูกแพทย์ที่ดูแล วินิจฉัยเพิ่มต่อมาว่าเป็นโรคสมาธิสั้น แม้ว่าตั้งแต่อายุ 9 ปี จะหยุดยา หอบหืดคงมีแต่ยาแก้แพ้
6. หรือตามข้อ 4 ซึ่งจะเสริมความเสี่ยงต่อการป่วยมากขึ้น (stress diathesis model) เมื่อบุคคลนั้นต้องเผชิญกับสิ่งเครียดใดๆ (precipitating factors) ก็อาจแสดงการป่วยให้เห็น ในเวลาใกล้เคียงกับเหตุเครียดนั้นๆ เขาอาจมีปัจจัยทางพันธุกรรมที่มีเอ็นไซม์ทำลายแอลกอฮอล์ได้ดี ทำให้ดื่มได้แล้วเกิดพอใจ และปัจจัยทางสังคมคือเพื่อน ทำให้เขาติดเหล้ายาเสพติดได้ง่ายขึ้น	เขาหันไปคบเพื่อนเกร ใช้ amphetamine ดื่มเหล้าเมื่ออายุ 12 ปีหลังจากไม่มีโรงเรียนรับเรียนต่ออยู่หนึ่งปี เขาเสียใจ ระวัง แค้นสังคมมาก เก็บตัวในห้อง ไม่นอน จน 2 ปีถัดมา ถูกวินิจัยว่า amphetamine-induced psychosis และเข้ารับการบำบัด

ได้เป็นพฤติกรรมความคิดหรืออารมณ์ครบวงจร ทั้งอธิบายด้วยว่า แม้คนที่มี DNA เหมือนกัน แต่เมื่อประสบกับบางอย่างในชีวิต จะส่งผลให้ยีนบางตัวเปิดหรือปิดการทำงานต่างกันจนอาจส่งผลในการเกิดหรือไม่เกิดโรคได้

เอกสารอ้างอิง

1. Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*. 1977;196:129-36.
2. Kendler KS. Explanatory model for psychiatric illness. *Am J Psychiatry*. 2008;165:695-702.
3. Kendler KS, Gardner CO, Prescott CA. Toward a comprehensive model of alcohol use disorder in men. *Twin Res Hum Genet*. 2011;14:1-15.
4. Ptak C, Petronis A. Epigenetic approaches to psychiatric disorders. *Dialogues Clin Neurosci*. 2010;12:25-35.

ทฤษฎีจิตวิเคราะห์

มาโนช หล่อตระกูล

ทฤษฎีจิตวิเคราะห์พัฒนาโดยซิกมันด์ ฟรอยด์ (Sigmund Freud, 1856-1939) ทฤษฎีของเขาได้รับการยอมรับเป็นอย่างมากในยุคนั้น มีแนวคิดต่างๆ เกี่ยวกับปัญหาด้านจิตใจตามมาอีกมากมาย แม้ในปัจจุบันบทบาทของทฤษฎีจิตวิเคราะห์จะลดลงมาก ทฤษฎีทางชีวภาพและการรักษาด้วยยามีความสำคัญมากขึ้น แต่ก็ยังเป็นที่ยอมรับกันว่าทฤษฎีจิตวิเคราะห์เป็นส่วนที่ช่วยให้เข้าใจปรากฏการณ์ต่างๆ ของจิตใจได้เป็นอย่างดี

ในที่นี้จะกล่าวถึงประเด็นหลักๆ ของทฤษฎีจิตวิเคราะห์เพื่อให้มีความเข้าใจเบื้องต้นเท่านั้น หากสนใจสามารถหาอ่านเพิ่มเติมได้ในตำราเฉพาะเรื่อง

ระดับการรับรู้ของจิตใจ

ตามแนวคิดทฤษฎีจิตวิเคราะห์ จิตใจของคนเราสามารถแบ่งตามระดับการรับรู้ออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ¹

1. จิตสำนึก (the conscious) เป็นส่วนของจิตใจที่คนเรารู้สึกนึกคิดอยู่ในแต่ละขณะ

2. จิตก่อนสำนึก (the preconscious) เป็นส่วนของจิตใจที่ตามปกติแล้วเราไม่ได้ตระหนักถึง แต่หากใช้ความตั้งใจก็จะขึ้นมาสู่จิตสำนึกได้ เช่น การพยายามนึกถึงเหตุการณ์บางอย่างในอดีต

3. จิตไร้สำนึก (the unconscious) เป็นความรู้สึกลึกซึ้งนึกคิด หรือความต้องการที่อยู่ในส่วนลึกของจิตใจ ตามปกติไม่อาจขึ้นมาในระดับจิตสำนึกได้ อาจแสดงออกมาในความฝัน หรือแสดงเป็นอาการต่างๆ ของผู้ป่วย ซึ่งจะเบี่ยงเบนไปจากความคิดหรือความต้องการดั้งเดิม

กระบวนการคิด

กระบวนการคิดของคนเราแบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ²

1. Primary process เป็นกระบวนการคิดในระดับจิตไร้สำนึก วิธีคิดเหมือนเด็กๆ ไม่เป็นเหตุเป็นผล สิ่งที่เกิดขึ้นกับเรื่องของเวลาหรือสถานที่ สิ่งที่ต้องการคือความสุข ความสมหวัง ซึ่งหากต้องการต้องได้รับการตอบสนองทันทีจึงจะพอใจ โดยไม่คำนึงว่าผลตามมาจะเป็นอย่างไร (pleasure principle) ตัวอย่างที่เห็นชัดได้แก่การฝัน ซึ่งเหตุการณ์ทุกอย่างสามารถเกิดขึ้นได้ สิ่งที่อยู่ในคนละมิติ คนละเวลากัน สามารถมาอยู่ด้วยกันได้ หากนึกถึงอะไรก็จะได้อะไรนั้น

2. Secondary process เป็นกระบวนการคิดที่เราคุ้นเคยและใช้กันอยู่ในระดับจิตสำนึกและจิตก่อนสำนึกมีกระบวนการคิดเช่นนี้ เป็นการคิดที่ยึดเหตุผลมองสิ่งต่างๆ ตามความเป็นจริง (reality principle) เช่น คนเราบางครั้งผิดหวังและบางครั้งก็มีสมหวัง หรือสิ่งที่ต้องการบางอย่างอาจต้องรอคอยบ้าง

โครงสร้างของจิตใจ

ฟรอยด์แบ่งโครงสร้างของจิตใจตามหน้าที่ออกเป็น 3 ส่วนด้วยกันได้แก่^{1,2}

1. **Id** เป็นส่วนที่อยู่ในจิตไร้สำนึกเท่านั้น เป็นแรงขับดั้งเดิมของคนเรา แบ่งออกเป็นแรงขับทางเพศ (libidinal drive) และแรงขับทางความก้าวร้าว (aggressive drive) การแสดงออกของ id เป็นไปตาม primary process และ pleasure principle

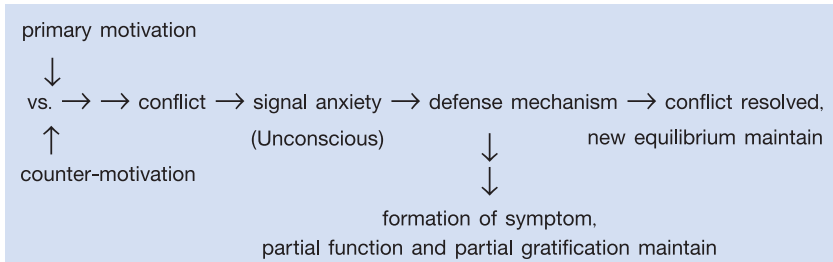
2. **Ego** เป็นส่วนที่อยู่ทั้ง 3 ระดับของจิตใจ ทำหน้าที่ควบคุม บริหารจัดการต่อแรงขับต่างๆ ที่มามีปฏิสัมพันธ์กัน ทำหน้าที่ประนีประนอมระหว่างแรงขับจาก id กับระเบียบหรือข้อจำกัดจากสภาพเป็นจริงภายนอก และแรงต่อต้านจาก superego โดยการทำหน้าที่เป็นไปตาม secondary process และ reality principle

3. **Superego** เป็นส่วนของจิตใจที่พัฒนาขึ้นมาในระยะ oedipal แบ่งออกเป็น conscience หรือความรู้สึกผิดชอบชั่วดีซึ่งมีหน้าที่คอยตัดสินความคิด การกระทำว่าถูกหรือผิด ซึ่งเรียนรู้มาจากคนในครอบครัวหรือคนสำคัญในวัยเด็ก และ ego ideal หรือมาตรฐานของตนเองเป็นภาพลักษณ์ภายในตามอุดมคติ หรือความคาดหวังของตนเอง

กลไกการเกิดอาการ (Symptom Formation)

ปกติแรงขับต่างๆ ภายในจิตใจ และจากสิ่งแวดล้อมจะมีปฏิสัมพันธ์กันโดยตลอด ไม่หยุดนิ่ง (dynamic) แรงขับจาก id จะถูกต่อต้านโดย ego เนื่องจากหากความต้องการจาก id ได้ขึ้นสู่จิตสำนึก หรือแสดงออกโดยตรงอาจก่อให้เกิดผลเสียแก่บุคคลนั้นได้ ในบางขณะ superego จะเข้ามามีบทบาทร่วมด้วย³

แรงขับที่มีลักษณะตรงข้ามกันเหล่านี้จะก่อให้เกิดความขัดแย้งในใจ (conflict) ขึ้น ซึ่งอาจเป็นความขัดแย้งของโครงสร้างต่างๆ ภายในจิตใจ หรืออาจเป็นความขัดแย้งระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม แต่เมื่อพิจารณาถึงต้นตอของความขัดแย้งต่างๆ เหล่านี้จะพบว่ามีจุดเริ่มต้นมาจากความขัดแย้งระหว่าง id กับ ego



แผนภูมิที่ 3.1 กลไกการเกิดอาการ

ทั้งสิ้น ซึ่งเป็นจุดสำคัญในทฤษฎีจิตวิเคราะห์ เราเรียกความขัดแย้งระหว่าง id กับ ego นี้ว่า neurotic conflict

ตามแผนภูมิที่ 3.1 เมื่อมีความขัดแย้งเกิดขึ้นจิตใจจะอยู่ในสภาวะเสียสมดุล (disequilibrium) แรงขับจาก id มีแนวโน้มจะขึ้นสู่จิตสำนึก ภายใต้สถานการณ์นี้ จะเกิดมีสัญญาณเตือนต่อ ego ในลักษณะของความรู้สึกวิตกกังวล (signal anxiety) ทำให้ ego ต้องแก้ไขสถานการณ์โดยใช้กลไกป้องกันตน (defense mechanism) เข้าช่วย กลไกป้องกันตนที่ใช้เป็นลำดับแรกได้แก่ การเก็บกด (repression) ถ้าสำเร็จแรงขับจาก id รวมทั้งความรู้สึกนึกคิดที่เกี่ยวข้องกับแรงขับนี้จะถูกผลักกลับไปอยู่จิตไร้สำนึกตามเดิม เกิดความสมดุลของจิตใจขึ้นใหม่³

ในกรณีที่กลไกป้องกันตนแบบเก็บกดไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอ เนื่องจากแรงขับจาก id รุนแรงมาก ego อ่อนแอลงในช่วงนั้น หรือมีปัจจัยภายนอกมาเสริมแรงขับจาก id ego จะใช้กลไกป้องกันตนรูปแบบอื่นๆ เข้าช่วย (auxiliary defense) เช่น reaction formation หรือ projection ลักษณะการแสดงออกจะเป็นในรูปแบบของการประนีประนอม (compromise formation) กล่าวคือ ให้แรงขับจาก id ได้ขึ้นมาสู่จิตสำนึกบางส่วนในรูปแบบที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม ทำให้ความต้องการจากแรงขับดั้งเดิมได้รับการตอบสนองบ้าง ในขณะเดียวกัน ก็ยังแสดงถึงแรงต่อต้านจาก ego ในรูปแบบของกลไกป้องกันตนที่ใช้เข้าช่วย

อาการต่างๆ ของผู้ป่วยที่แสดงออกมานั้นเป็นผลรวมของแรงขับจาก id ที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม กลไกป้องกันตนที่ ego ใช้เข้าช่วยเสริม repression และ signal anxiety ที่ยังอาจมีอยู่บ้าง

กลไกป้องกันตน

กลไกป้องกันตนส่วนใหญ่จะเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นในระดับจิตไร้สำนึก ซึ่งผู้ป่วยจะไม่ตระหนักถึงสิ่งต่างๆ เหล่านี้ เช่น ผู้ป่วยแสดงความฉุนเฉียวกับคนรับใช้ที่บ้าน เนื่องจากรู้สึกว่าการรับใช้ชักช้ายุ่งงำไม่ได้ตั้งใจ โดยไม่ตระหนักว่าตามจริงแล้วเป็นจากการที่ตนโกรธหัวหน้างานแต่แสดงออกไม่ได้จึงมาระบายกับคนรับใช้

โดยลำพังในตัวของกลไกป้องกันตนเองไม่ถือว่าเป็นสิ่งผิดปกติ เนื่องจากเป็นการปรับตัวของ ego เพื่อให้จิตใจกลับสู่สมดุล แต่หากบุคคลนั้นๆ มีการใช้กลไกป้องกันตนแบบเดิมๆ อยู่เสมอ ใช้กลไกป้องกันตนจำกัดอยู่เพียงไม่กี่ชนิด ไม่ยืดหยุ่นปรับตามสถานการณ์ หรือมีการใช้กลไกป้องกันตนที่ไม่เหมาะสมกับวัยหรือสถานการณ์อยู่บ่อยๆ ก็มักจะก่อให้เกิดปัญหาหรือจิตพยาธิสภาพในบุคคลนั้นตามมา⁴ กลไกป้องกันตนสำคัญที่พบบ่อยแสดงในตารางที่ 3.1

ตารางที่ 3.1 กลไกป้องกันตนที่สำคัญ^{2,3}

ชื่อกลไกป้องกันตน	ความหมาย	ตัวอย่าง
Repression การเก็บกด	เก็บกดความคิด ความรู้สึกหรือความต้องการที่ตนเองยอมรับไม่ได้ไว้ในระดับจิตไร้สำนึก	นวลไม่ทราบว่าตนเคยถูกครูลงนามตอนอยู่ชั้นประถม จนกระทั่งได้อ่านพบจากไดอารี่ของแม่
Denial การปฏิเสธ	หลีกเลี่ยงการรับรู้ความเป็นจริงที่ทนรับไม่ได้ โดยการปฏิเสธการรับรู้	แพทย์บอกสมานว่าเป็นมะเร็ง เขาไม่เชื่อและไม่สนใจสิ่งที่แพทย์แนะนำ
Projection การโยนความผิดให้ผู้อื่น	เป็นการโยนความรู้สึกหรือความต้องการที่ตนเองรับไม่ได้ไปยังผู้อื่น	สำราญไม่ชอบหัวหน้างาน เกิดความรู้สึกว่าหัวหน้างานกลั่นแกล้งไม่ไว้ใจตนเอง
Displacement การแทนที่	การเปลี่ยนเป้าหมายที่ตนเองเกิดความรู้สึกไปยังที่อื่น ซึ่งมีผลเสียต่อตนเองน้อยกว่า	วันดีถูกหัวหน้าตำหนิรู้สึกโกรธ แต่ทำอะไรไม่ได้ รู้สึกฉุนเฉียวคนรับใช้ที่บ้านที่สั่งงานไม่เข้าใจ
Reaction-formation	ความต้องการหรือความรู้สึกที่ตนเองรับไม่ได้ถูกเปลี่ยนไปเป็นภาวะตรงข้าม	สร้อยเลี่ยงการพูดคุยกับน้องชายสามีเพราะเห็นว่าเป็นคนเจ้าชู้ แต่ในส่วนลึกแล้วรู้สึกชอบเพราะเหมือนแฟนเก่า
Rationalization การหาเหตุผลเข้าข้างตนเอง	การหาสิ่งที่ฟังดูเป็นเหตุเป็นผลมาอธิบายความคิด หรือการกระทำของตนเอง ที่จิตใจยอมรับไม่ได้	แดงกินอาหารที่งานเลี้ยงมาก โดยรู้สึกว่าการทำเพราะตนเองเป็นเจ้าภาพ แยกจะได้กินกันตามสบาย

ตารางที่ 3.1 กลไกป้องกันตนที่สำคัญ (ต่อ)

ชื่อกลไกป้องกันตน	ความหมาย	ตัวอย่าง
Intellectualization การใช้ปัญญา	การหันเหความสนใจไปสู่การใช้ ความคิด หรือเรื่องทางปัญญา เพื่อเลี่ยงการเผชิญกับความรู้สึก ไม่สบายใจที่เกิดขึ้น	โค้ชทีมบอลที่แพ้ไม่แสดงความ รู้สึกอะไร แต่กลับหันมาสนใจ วิเคราะห์จุดบกพร่องและ แนวการวางทีมใหม่
Isolation การแยกอารมณ์	อารมณ์ที่เกิดขึ้นควบคู่กับความ นึกคิดถูกแยกออกและเก็บกดไว้	แก้วเล่าเหตุการณ์ที่ถูกพ่อทารุณ ตอนเด็กด้วยท่าทางเฉยๆ เมื่อ แพทย์ถาม ตอบว่าไม่รู้สึกอะไร
Sublimation	การเปลี่ยนความรู้สึกหรือแรงขับ ให้เป็นรูปแบบที่สังคมยอมรับ	คำขอความรุนแรง ก้าวร้าว เมื่อโตขึ้นเขาเป็นนักมวยโดยบอก ว่าชอบศิลปะมวยไทย
Undoing การลบล้าง	การต่อต้านความคิด แรงกระตุ้น หรือมโนภาพที่ก่อให้เกิดความรู้สึก ผิดโดยการกระทำเพื่อชดเชย หรือ การลบล้างการกระทำผิดครั้งก่อน	ชนะไปเยี่ยมคุณตา จู่ๆ ดำเกิงก็ คิดขึ้นมาว่าทำไมท่านไม่ตายเสียที่ เขาไม่สบายใจที่คิดเช่นนี้จึงสุภาพ กับคุณตามากกว่าปกติเพื่อลบล้าง ความรู้สึกผิด

เอกสารอ้างอิง

1. Brenner C. An elementary textbook of psychoanalysis, rev ed. New York: Anchor Press; 1974.
2. Eaton MT, Peterson MH, Davis JA. Psychiatry, 4th ed. New York: Medical Examination Publishing; 1981. p. 1-14.
3. MacKinnon RA, Yudofsky SC. The principle of psychiatric evaluation. Philadelphia: Lippincott; 1992.
4. Sack MH. Introduction to the neurosis. In: Michael R, Cavenar JO, eds. Psychiatry, Volume I, rev ed. New York: Basic Book; 1987.

บทที่ 4

การสัมภาษณ์ และการตรวจทางจิตเวช

รศ. นิลชัย โกวิทย์

การตรวจวินิจฉัยผู้ป่วยทางจิตเวชประกอบด้วยการสัมภาษณ์ ชักประวัติ สังเกตอาการ ตรวจร่างกาย และตรวจสภาพจิตเช่นเดียวกับการตรวจโรคอื่นๆ โดยประกอบด้วยกระบวนการ 3 อย่าง ที่ควรดำเนินไปอย่างประสานสอดคล้อง และกลมกลืนกันคือ¹

1. การสัมภาษณ์ เป็นการสนทนาระหว่างผู้รักษากับผู้ป่วย โดยให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสพูดถึงปัญหาจากมุมมองของตนเอง ในขณะที่ผู้ตรวจรับฟัง สังเกตถึงอารมณ์ความรู้สึก และทำความเข้าใจในตัวผู้ป่วยและเรื่องราวของเขา

2. การสังเกตอาการ เป็นการเก็บข้อมูลเกี่ยวกับอาการ และความผิดปกติต่างๆ ของผู้ป่วย เพื่อการประเมินและวินิจฉัย การสังเกตอาการของผู้ป่วยนี้มีความสำคัญมาก โดยเฉพาะในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการมากหรือไม่ให้ความร่วมมืออาการต่างๆ ที่ผู้ป่วยแสดง เช่น อาการหวาดกลัว ท่าทางตื่นตกใจ หรือการแสดงอาการคล้ายได้ตอบกับประสาทหลอน จะช่วยบอกความผิดปกติของผู้ป่วยได้มาก

3. การซักถามประวัติ เป็นการซักถามประวัติความเจ็บป่วย เพื่อให้เข้าใจถึงการดำเนินโรค ความเป็นมาของปัญหา ในบางกรณีอาจต้องสัมภาษณ์ญาติหรือบุคคลใกล้ชิดประกอบด้วย เพราะตัวผู้ป่วยเองอาจไม่สามารถให้ข้อมูลทั้งหมดได้

เนื่องจากมีอาการโรคจิต มีความหลงผิด หรือไม่สามารถมองเห็นพฤติกรรมของตนเองและผลกระทบต่อคนอื่นๆ ได้ดีเท่ากับที่บุคคลรอบข้างเห็น เช่น ในกรณีผู้ป่วยแมเนีย

Lazare² เสนอว่าในการตรวจและสัมภาษณ์ผู้ป่วย ผู้ตรวจมีหน้าที่สำคัญ

3 ประการคือ

1. ทำความเข้าใจและให้การวินิจฉัยปัญหาของผู้ป่วย
2. สร้างสัมพันธภาพในการรักษา
3. ตกลงและทำความเข้าใจเกี่ยวกับแผนการรักษากับผู้ป่วย

ตารางที่ 4.1 ขั้นตอนการสัมภาษณ์และการตรวจวินิจฉัยทางจิตเวช

- | | |
|---------------------------|---------------------------------|
| 1. การเริ่มต้นการสัมภาษณ์ | 6. การวินิจฉัยและวินิจฉัยแยกโรค |
| 2. การซักประวัติ | 7. การวางแผนการรักษา |
| 3. การตรวจสภาพจิต | 8. การแจ้งผลและแผนการรักษา |
| 4. การตรวจร่างกาย | 9. สรุปการสัมภาษณ์ |
| 5. การตรวจพิเศษ | |

การเริ่มต้นการสัมภาษณ์

- กล่าวทักทายและแนะนำตนเองกับผู้ป่วย ชี้แจงจุดมุ่งหมายของการสัมภาษณ์
- การสัมภาษณ์ควรมีความเป็นส่วนตัว ไม่มีสิ่งรบกวน โดยทั่วไปควรสัมภาษณ์ผู้ป่วยตามลำพัง โดยไม่มีบุคคลอื่นอยู่ด้วย
- แสดงความสนใจในตัวผู้ป่วยและปัญหาของผู้ป่วย ถ้าผู้ป่วยมีท่าทีวิตกกังวล หรืออึดอัดกับการสัมภาษณ์ ควรสอบถามและให้ผู้ป่วยแสดงความรู้สึก

การซักประวัติ

แนวทางในการซักประวัติ

1. เริ่มต้นด้วยการสอบถามให้ผู้ป่วยเล่าถึงปัญหาที่ทำให้ผู้ป่วยมารับการรักษา และเปิดโอกาสผู้ป่วยเล่าถึงอาการต่างๆ ของตน เพื่อให้ได้ภาพกว้างๆ ก่อน
 2. ฟังอย่างตั้งใจ พร้อมทั้งสังเกตรายละเอียด และการแสดงออกต่างๆ ของผู้ป่วย ไม่แทรกหรือขัดจังหวะผู้ป่วยโดยไม่จำเป็น บางขณะอาจแสดงท่าที่รับฟังและรับรู้สิ่งที่ผู้ป่วยเล่า ด้วยการพงกศีรษะรับ หรือพูดทวนสิ่งที่ผู้ป่วยเล่า และอาจใช้คำถามสั้นๆ เพื่อทำความเข้าใจในสิ่งที่ผู้ป่วยเล่าให้กระจ่างขึ้น³⁻⁵
 3. การใช้คำถามปลายปิดมากเกินไปโดยเฉพาะในช่วงต้นจะทำให้ได้ปัญหาเพียงจุดใดจุดหนึ่ง ไม่ครอบคลุม และผู้ป่วยจะกลายเป็นฝ่ายตอบคำถามของผู้สัมภาษณ์ ไม่เริ่มเล่าถึงปัญหาต่างๆ เอง ทำให้ข้อมูลหรือปัญหาของผู้ป่วยที่สำคัญอาจถูกละเลยไป
 4. เมื่อได้ภาพโดยรวมของการเจ็บป่วยแล้วจึงหาข้อมูลรายละเอียดเพิ่มเติมจากที่ผู้ป่วยเล่าเพื่อให้เกิดความชัดเจนขึ้น โดยตั้งคำถามที่เฉพาะเจาะจงมากขึ้น เช่น อาการต่างๆ ที่ผู้ป่วยยังไม่ได้เล่า แต่อาจจะเกี่ยวข้อง
- ประวัติทางจิตเวชควรครอบคลุมหัวข้อสำคัญต่อไปนี้ (ตารางที่ 4.2)

ตารางที่ 4.2 หัวข้อสำคัญของประวัติทางจิตเวช

- | | |
|-------------------------------------|--------------------------------|
| 1. ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับตัวผู้ป่วย | 4. ทบทวนความผิดปกติในระบบต่างๆ |
| 2. อาการสำคัญ และประวัติปัจจุบัน | 5. ประวัติครอบครัว |
| 3. ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต | 6. ประวัติส่วนตัว |

1. ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับตัวผู้ป่วย

ได้แก่ ชื่อ อายุ ที่อยู่อาศัย การศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส ข้อมูลส่วนนี้เป็นสิ่งจำเป็น เพราะจะช่วยให้เข้าใจถึงภูมิหลังของผู้ป่วย

2. อาการสำคัญและประวัติความเจ็บป่วยในปัจจุบัน

อาการสำคัญ คือสิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยหรือญาติ ตัดสินใจมาขอรับการรักษา ผู้สัมภาษณ์ควรเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พูดถึงสิ่งที่เขาคิดว่าเป็นปัญหาสำคัญที่สุดก่อน ด้วยการเริ่มต้นถามด้วยคำถามเช่น “ที่มาพบหมอวันนี้ เป็นอย่างไรมาหรือครับ”

ประวัติความเจ็บป่วยในปัจจุบัน ประวัติการป่วยปัจจุบันอาจหมายถึงปัญหาหรืออาการเจ็บป่วยที่เกิดในช่วงใกล้ๆ และเป็นเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยมาขอรับการรักษา หรืออาจหมายถึงอาการเจ็บป่วยตั้งแต่เริ่มต้น ในกรณีที่เป็นความเจ็บป่วยเรื้อรัง และผู้ป่วยมาพบผู้ตรวจเป็นครั้งแรก³ ซึ่งผู้ตรวจจะต้องพิจารณาตามความเหมาะสมว่าในผู้ป่วยแต่ละรายควรเน้นประวัติปัจจุบันแบบใด ประเด็นที่ควรครอบคลุมในประวัติความเจ็บป่วยในปัจจุบันคือ

- ระยะเวลาที่เริ่มมีอาการ และลักษณะของ onset ว่าเป็นแบบเฉียบพลัน หรือค่อยๆ มีอาการเพิ่มขึ้นช้าๆ (insidious/gradual)
- รายละเอียดเกี่ยวกับอาการและการเจ็บป่วยของผู้ป่วย ตั้งแต่ต้นจนถึงขณะที่มาขอรับการรักษา และระยะเวลาที่เริ่มมีอาการต่างๆ ตามลำดับ
 - การรักษาที่ได้รับมาก่อนหน้านี้
 - เหตุการณ์ในชีวิตของผู้ป่วยที่มีความสัมพันธ์กับการเจ็บป่วย
 - ผลกระทบจากอาการ
 - ความรู้สึกของผู้ป่วยต่อปัญหาต่างๆ และความเจ็บป่วยของตน
 - ความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วย
 - จุดมุ่งหมายหรือเหตุจูงใจที่ทำให้ผู้ป่วยและญาติมาขอรับการรักษา

3. ประวัติการเจ็บป่วยอื่นๆ และการเจ็บป่วยในอดีต

- โรคประจำตัว และการเจ็บป่วยอื่นๆ ที่ผู้ป่วยยังคงรับการรักษาอยู่

ในปัจจุบัน

- การเจ็บป่วยทั้งทางกายและทางจิตเวช รวมทั้งการรักษาที่เคยได้รับ
- อุบัติเหตุร้ายแรงที่เคยประสบ โดยเฉพาะอุบัติเหตุทางศีรษะ
- การใช้ยาและสารเสพติดอื่นๆ

4. การทบทวนความผิดปกติในระบบต่างๆ

- ระบบต่างๆ ทางร่างกาย เช่น ระบบต่อมไร้ท่อ ระบบหัวใจและหลอดเลือด ฯลฯ

- ความผิดปกติทางจิตในด้านต่างๆ เช่น อาการวิตกกังวล อาการซึมเศร้า แมเนีย อาการโรคจิต ความคิดอยากฆ่าตัวตายและอยากทำร้ายคนอื่น อาการผิดปกติทางจิตอื่นๆ เช่น อาการย้ำคิดย้ำทำ ความผิดปกติเกี่ยวกับสติปัญญา ความจำ

5. ประวัติส่วนตัว

การคลอดและการเจริญเติบโต ชีวิตและการอบรมเลี้ยงดูในวัยเด็ก การศึกษา การทำงาน เช่น ความรับผิดชอบในการทำงาน การเปลี่ยนงาน ความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงาน การสังคม เช่น การคบเพื่อน การเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ การเจริญทางเพศ การสมรส บุคลิกลักษณะของผู้ป่วยในสายตาของผู้ป่วยเอง และบุคคลอื่น และวิธีการปรับตัวที่ใช้เมื่อเผชิญปัญหาหรือความเครียดในอดีต

6. ประวัติครอบครัว

ประวัติความเจ็บป่วยในครอบครัวทั้งทางกายและทางจิต ระดับฐานะ ความสัมพันธ์ในครอบครัว ลักษณะนิสัยของสมาชิกในครอบครัว บทบาทและความใกล้ชิดของผู้ป่วยต่อสมาชิกคนใดในครอบครัวเป็นพิเศษ การปรับตัวของผู้ป่วยต่อปัญหาหรือสถานการณ์ภายในครอบครัว รายละเอียดเกี่ยวกับบุคคลสำคัญในครอบครัว เช่น อายุ การศึกษา อาชีพ สุขภาพ ลักษณะนิสัย และอารมณ์ ความรู้สึกและความสัมพันธ์ของผู้ป่วยต่อบุคคลนั้นๆ ทั้งในกรณีที่มีชีวิตอยู่และถึงแก่กรรมแล้ว

การตรวจสภาพจิต (Mental Status Examination)

จุดมุ่งหมายของการตรวจสภาพจิต คือ การตรวจสภาพความคิดจิตใจ ด้านต่างๆ ของผู้ป่วยขณะทำการสัมภาษณ์ เพื่อค้นหาความผิดปกติต่างๆ และ ประเมินความรุนแรงของอาการดังกล่าว แล้วนำไปพิจารณาประกอบกับข้อมูล ที่ได้จากการซักประวัติเพื่อดำเนินการวินิจฉัยโรคต่อไป

การตรวจสภาพจิตอาศัยการสังเกตพฤติกรรมและการแสดงออกในด้าน ต่างๆ ของผู้ป่วยขณะสัมภาษณ์ และการตอบคำถามหรือปฏิบัติตามคำสั่งต่างๆ ที่ตั้งขึ้นเพื่อใช้ในการตรวจสภาพจิตของผู้ป่วย คำถามบางข้อ ผู้สัมภาษณ์อาจ ถามร่วมไปกับการซักประวัติได้เลย เช่น การทดสอบความจำ การรับรู้วันเวลา สถานที่ของผู้ป่วย โดยการถามถึงรายละเอียด การเดินทางมาพบแพทย์ เวลาที่ เดินทางมาถึง บุคคลที่มาด้วย แต่อีกส่วนหนึ่งจะต้องทำการตรวจสภาพจิตโดยตรง ซึ่งผู้สัมภาษณ์ควรชี้แจงให้ผู้ป่วยเข้าใจว่า การตรวจสภาพจิตเป็นส่วนหนึ่ง ของการตรวจตามปกติ เช่นเดียวกับการตรวจร่างกาย และอธิบายเกี่ยวกับวิธีการ ตรวจแต่ละอย่างก่อนจะเริ่มทำการตรวจในหัวข้อนั้นๆ เช่น การอธิบายว่าการ ขอให้ผู้ป่วยลบเลขทำไปเพื่อตรวจสอบสมาธิ

การตรวจสภาพจิตประกอบด้วย การตรวจตามหัวข้อต่อไปนี้

1. ลักษณะทั่วไป (General appearance)

ผู้สัมภาษณ์ควรสังเกตรูปร่าง ท่าทาง สีหน้า การแต่งกาย ท่าที่ต่อ การถูกสัมภาษณ์ พฤติกรรมที่มากหรือน้อยกว่าปกติ พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม และ อาการแสดงที่บ่งลักษณะต่างๆ ของผู้ป่วย หรือเกิดควบคู่กับอารมณ์บางอย่าง เช่น มือสั่น หลุกหลิก ท่าที่ระมัดระวังมาก เป็นต้น

การบรรยายลักษณะท่าทางของผู้ป่วย ควรบรรยายตามที่เป็นจริง โดยพยายามให้มองเห็นภาพของผู้ป่วยได้อย่างชัดเจน ไม่จำเป็นต้องใช้ศัพท์ เทคนิค

2. ลักษณะการพูด (Speech)

ลักษณะการพูดของผู้ป่วยจะแสดงถึงกระแสด้านความคิด ผู้สัมภาษณ์ควรสังเกตว่าผู้ป่วยพูดมากหรือน้อย พูดช้าหรือเร็ว มีจังหวะที่เหมาะสมหรือไม่ และสังเกตความต่อเนื่องของความคิดว่า มีการขาดหายเป็นท่อนๆ มีการหยุดโดยฉับพลัน หรือการพูดไม่ปะติดปะต่อ (loosening of association) การพูดอ้อมค้อม หรือพูดนอกเรื่องหรือไม่ ผู้ป่วยบางรายพูดแล้วฟังไม่รู้เรื่องเนื่องจากขาดความต่อเนื่องของความคิดมาก (incoherence) บางรายอาจพูดไม่ตรงประเด็น (irrelevant) มีภาษาแปลกๆ พูดซ้ำๆ พูดติดๆ ขัดๆ หรือไม่พูดเลย

3. อารมณ์ (Affect and mood)

แบ่งเป็นสองส่วนคือ mood เป็นอารมณ์โดยรวมที่ผู้ป่วยรู้สึกและมีอยู่ในช่วงนั้น เช่นอารมณ์เศร้า หงุดหงิด วิตกกังวล โกรธ สับสนงุนงง และ affect ซึ่งหมายถึงการแสดงออกของอารมณ์ทางสีหน้าท่าทางในแต่ละขณะ⁶ โดยทั่วไปจะบรรยายว่าเหมาะสมหรือไม่เหมาะสม และมี range และ intensity เป็นอย่างไร¹

ในการตรวจ ผู้สัมภาษณ์ควรสังเกตทั้งสีหน้าและอาการแสดงอารมณ์ต่างๆ ไปของผู้ป่วยตลอดช่วงของการสัมภาษณ์ และอารมณ์โดยเฉพาะเมื่อผู้ป่วยพูดถึงเหตุการณ์บางอย่างว่า ผู้ป่วยมีอารมณ์เศร้า วิตกกังวล ฉุนเฉียว ก้าวร้าว มีอารมณ์เรื้อรังผิดปกติ หรือไม่แสดงอารมณ์เลย (flat affect) และสังเกตว่าอารมณ์เหมาะสมสอดคล้องกับเรื่องที่เล่าหรือไม่ *นอกจากนี้ควรให้ผู้ป่วยบรรยายอารมณ์ความรู้สึกของตนโดยตรงด้วย* โดยถามผู้ป่วยโดยตรงว่า ขณะนั้นหรือในช่วงนั้นเขามีความรู้สึกอย่างไร

4. ความคิด (Thought)

นอกจากกระแสด้านความคิดที่แสดงออกในการพูดแล้ว ควรสังเกตเนื้อหาความคิดของผู้ป่วย เช่น ความหลงผิด ความคิดหวาดระแวง ความคิดที่ไม่มีเหตุผล การหมกมุ่นในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง การย้ำคิด ความกลัว ความรู้สึกอยากฆ่าตัวตาย

หรืออยากทำร้ายผู้อื่น และความรู้สึกผิด

5. การรับรู้ (Perception)

ควรถามถึงอาการประสาทหลอน เช่น เสียงแว่ว ภาพหลอน และสังเกตอาการที่แสดงว่าอาจมีประสาทหลอน แม้ผู้ป่วยจะปฏิเสธอาการ เช่น การพูดคนเดียวคล้ายได้ตอบกับผู้อื่น หรือการแสดงปฏิกิริยาเหมือนได้ตอบกับสิ่งเร้าบางอย่าง เช่น หยดพุดแล้วหันไปทำท่ามองหรือตั้งใจฟังอะไรบางอย่าง

6. การรับรู้เวลา สถานที่ บุคคล และสถานการณ์ (Orientation)

ตรวจได้จากการถามถึงที่อยู่ของผู้ป่วย สถานที่ที่เข้ามารับการตรวจ เวลาขณะนั้น บุคคลที่พาผู้ป่วยมา บุคคลที่กำลังสัมภาษณ์หรือเจ้าหน้าที่คนอื่นๆ ในผู้ป่วยนอกที่เดินทางมาตามนัดได้ด้วยตนเอง อาจอนุมานได้ว่าผู้ป่วยมีการรับรู้วันเวลา สถานที่ และบุคคลปกติ จึงอาจไม่ต้องถามโดยตรง แต่ใช้การประเมินจากคำถามต่างๆ ไป เช่น เวลานัดหมาย เวลาที่มาตรวจ การเดินทางมาโรงพยาบาล

7. ความจำ (Memory)

ความจำในอดีต (remote memory) ส่วนมากจะทราบได้จากการซักประวัติ เช่น อายุของผู้ป่วย วันเกิด การเรียงลำดับเหตุการณ์ต่างๆ

ความจำในเรื่องปัจจุบัน (recent memory) สังเกตได้จากการถามถึงเหตุการณ์ต่างๆ ในช่วง 24 ชั่วโมง เช่น อาหารมื้อเช้า (ในกรณีที่ตรวจสอบข้อมูลได้ เช่น ผู้ป่วยใน หรือถามจากญาติ) เวลาที่มาถึงโรงพยาบาล ลักษณะการเดินทาง ฯลฯ

ความจำเฉพาะหน้า (retention and recall) ตรวจโดย ให้ผู้ป่วยจำชื่อสิ่งของ 3 อย่าง เช่น ดอกไม้ รถไฟ แก้วน้ำ บอกให้ผู้ป่วยทวนตาม 1 ครั้ง และบอกว่าจะย้อนกลับมาถามซ้ำภายหลัง หลังจากนั้นทำการตรวจหรือสัมภาษณ์ในส่วนอื่นต่อไปประมาณ 3 นาที แล้วย้อนกลับมาถามให้ผู้ป่วยบอกชื่อของทั้ง 3 อย่างอีกครั้งหนึ่ง

8. ความใส่ใจและสมาธิ (Attention and concentration)

การตรวจที่ใช้กันบ่อยมีสองวิธีคือ¹

ตรวจโดยการให้เลขเป็นอนุกรม ได้แก่ ให้ผู้ป่วยทำ 100-7 ในใจ โดยให้หักออกทีละ 7 แล้วบอกผลลัพธ์แก่ผู้ตรวจตามลำดับไปเรื่อยๆ โดยให้ผู้ป่วยทำเอง ไม่ทวนผลลัพธ์หรือบอเลขให้ ให้ลบประมาณ 5 ลำดับ ถ้าผู้ป่วยทำไม่ได้เนื่องจากยากเกินไปจึงค่อยเปลี่ยนเป็นทำ 20-3 แทน

ทดสอบโดยการอ่านเลขแล้วให้ผู้ป่วยพูดตามและทวน การทดสอบเริ่มโดยให้ผู้ป่วยพูดตามก่อน เริ่มต้นด้วยเลข 3 หลัก ควรอ่านโดยทอดระยะห่างให้เท่ากัน เลี่ยงการอ่านเลขเป็นกลุ่มเพราะจะช่วยในการจำของผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยพูดตามภายหลังที่ผู้ตรวจอ่านให้ฟัง 1 ครั้ง ถ้าผู้ป่วยทำผิดให้อ่านเลขจำนวนใหม่ ไม่อ่านซ้ำจำนวนเดิม วิธีนี้เรียก digit forward คนปกติควรทำได้ 6-7 หลัก หลังจากนั้นให้ผู้ป่วยทวนเลขกลับหลังเรียกว่า digit backward คนปกติทำได้ 3-4 หลัก การทดสอบในส่วนนี้ เป็นการตรวจทั้งความใส่ใจ (attention) และความจำในส่วน of immediate recall⁷ ซึ่งผู้ป่วยบางรายอาจเสีย retention และ recall แต่มี immediate recall ปกติ

9. ระดับเชาว์ปัญญา ลักษณะความคิด และความรู้ (General knowledge and abstract thinking)

การตั้งคำถามและการแปลผลการตรวจในข้อนี้ควรคำนึงถึง ประสบการณ์ อาชีพ และระดับการศึกษาของผู้ป่วยประกอบด้วย โดยถามในหัวข้อต่างๆ คือ

- 1) ความรู้ทั่วไป เช่น ชื่อบุคคลสำคัญ สถานที่สำคัญ
- 2) การให้เปรียบเทียบของสองอย่างว่าต่างกันหรือเหมือนกันอย่างไร เพื่อดูว่าผู้ป่วยสามารถคิดในระดับที่เป็นนามธรรมได้มากน้อยเพียงใด โดยให้เปรียบเทียบหาความแตกต่างก่อน ได้แก่

	ตัวอย่าง concrete	ตัวอย่าง abstract
กลางวันกับกลางคืน	กลางวันอากาศร้อนกว่า	สว่างกับมืด
ต้นมะเขือกับต้นโพธิ์	ใบไม่เหมือนกัน	ไม้ล้มลุกกับไม้ยืนต้น
เด็กกับคนแคระ	สูงไม่เท่ากัน	เติบโตได้กับเติบโตไม่ได้

แล้วให้เปรียบเทียบของสองอย่างว่าเหมือนกันอย่างไร ได้แก่

	ตัวอย่าง concrete	ตัวอย่าง abstract
ส้มกับกล้วย	สีเหมือนกัน มีเปลือก	เป็นผลไม้เหมือนกัน
หนูกับแมว	มีสี่ขา มีหางเหมือนกัน	เป็นสัตว์เหมือนกัน
รถกับเรือ	แล่นได้เหมือนกัน	เป็นยานพาหนะ

3) ให้อธิบายความหมายของคำพังเพยและสุภาษิต ซึ่งเป็นการตรวจว่าผู้ป่วยมีความคิดนามธรรมมากน้อยเพียงใด เช่นกัน ได้แก่

	ตัวอย่าง concrete	ตัวอย่าง abstract
น้ำขึ้นให้รีบตัก	น้ำขึ้นตักง่ายกว่า	มีโอกาสให้รีบทำ
หนีเสือปะจระเข้	แย่ทั้งคู่ จระเข้ดุกว่า	หนีร้ายไปเจอร้าย
ขี่ช้างจับตักแตน	ช้างอยู่สูงไปจับไม่ได้	ลงทุนเกินเหตุ

10. การตัดสินใจ (Judgment)

หมายถึงความสามารถที่จะประเมินสถานการณ์ต่างๆ และตัดสินใจเลือกการกระทำที่เหมาะสมกับสถานการณ์ ส่วนหนึ่งตรวจได้จากการซักประวัติ การตัดสินใจแก้ปัญหาต่างๆ ของผู้ป่วยตามที่เป็นจริง อีกส่วนหนึ่งตรวจได้จากการให้ทดลองตัดสินใจแก้ปัญหาเฉพาะหน้าบางอย่าง เช่น จะทำอย่างไรถ้า

- พบจดหมายที่จำหน้าซองและมีแสตมป์ติดเรียบร้อยแล้วตกอยู่บนถนน
- เป็นคนแรกที่สังเกตเห็นว่ามีไฟไหม้ในโรงภาพยนตร์ขณะดูหนังอยู่

- ลืดอกประตูป้านไปแล้วนึกได้ว่าลืมกุญแจบ้านไว้ในบ้าน

11. ความรู้จักตน (Insight)

หมายถึงระดับการตระหนักรู้และเข้าใจถึงความเจ็บป่วยหรือความผิดปกติของตนเอง แบ่งได้เป็นหลายระดับคือ⁶

- ปฏิเสธความผิดปกติหรือความเจ็บป่วยโดยสิ้นเชิง
- พอจะทราบว่าตนเองป่วยและควรได้รับการรักษา แต่ปฏิเสธการรักษา
- ทราบว่าตนเองผิดปกติ แต่โทษว่าเป็นจากสิ่งต่างๆ นอกตัว เช่นคนอื่นทำให้เป็น หรือเกิดจากความผิดปกติทางกาย
- รู้ว่าความผิดปกติเกิดจากปัญหาภายในตนเอง แต่ไม่รู้ว่าเป็นอะไร
- Intellectual insight ยอมรับว่าผิดปกติหรือป่วย และอาการหรือความบกพร่องต่างๆ เกิดจากความผิดปกติทางอารมณ์จิตใจของตนเอง แต่ไม่นำสิ่งที่ตนรู้มาใช้ในการแก้ไขปัญหานำ
- True emotional insight ตระหนักรู้อย่างชัดเจนถึงประเด็นที่เป็นปัญหาในตนเอง และที่มาของปัญหา เช่นความสัมพันธ์กับบุคคลสำคัญในชีวิต ส่งผลให้เกิดแรงจูงใจในการแก้ไขเปลี่ยนแปลงตนเอง

12. แรงจูงใจในการรักษา (Motivation)

หมายถึงแรงจูงใจที่ผู้ป่วยจะร่วมมือในการรักษา ยอมรับปัญหาของตนเอง และต้องการหาทางปรับปรุงแก้ไข ซึ่งสังเกตได้จากคำบอกเล่า และพฤติกรรมของผู้ป่วยในการมาติดต่อเพื่อขอรับการรักษา

การตรวจร่างกายและการตรวจพิเศษ

การตรวจร่างกายเป็นสิ่งที่ขาดเสียมิได้ในการวินิจฉัยความผิดปกติทางจิตเวช เพราะความผิดปกติทางร่างกายอาจเป็นสาเหตุของอาการทางจิตเวช การตรวจร่างกายและการตรวจพิเศษเพิ่มเติมควรเน้นในส่วนที่เกี่ยวข้องกับปัญหา

ของผู้ป่วย นอกจากนี้ก่อนการให้ยาทางจิตเวชหลายๆ กลุ่ม ควรทำการตรวจสอบสุขภาพพื้นฐาน และทำการตรวจพิเศษบางอย่างด้วย เช่น การตรวจคลื่นหัวใจ ความดันโลหิต การทำงานของตับ ไต หรือต่อมไทรอยด์ การตรวจนับเม็ดเลือด ตามความจำเป็นและผลข้างเคียงของยาแต่ละตัว

การวินิจฉัย การวินิจฉัยแยกโรค และการวางแผนการรักษา

เมื่อได้ข้อมูลครบถ้วนแล้ว ผู้ตรวจจะต้องรวบรวมข้อมูลเพื่อทำการวินิจฉัย และวินิจฉัยแยกโรค รวมทั้งแผนการตรวจพิเศษหรือหาข้อมูลเพิ่มเติม และกำหนดแผนการดูแลรักษาผู้ป่วยต่อไป

สรุปการสัมภาษณ์

ก่อนจบการสัมภาษณ์ผู้สัมภาษณ์ควรสรุปผลการตรวจ ทำความตกลงกับผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับแผนการรักษาและการตรวจพิเศษเพิ่มเติมเพื่อประกอบการวินิจฉัย และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติให้ข้อมูลเพิ่มเติม หรือซักถามปัญหาจนเป็นที่เข้าใจอย่างชัดเจน

ทักษะการสัมภาษณ์ผู้ป่วย

พื้นฐานที่สำคัญที่สุดของการสัมภาษณ์ที่ดี คือ *ความสัมพันธ์อันดีระหว่างผู้สัมภาษณ์และผู้ป่วย การมุ่งแก้ไขปัญหาของผู้ป่วยร่วมกัน และความไว้วางใจซึ่งกันและกัน*^{2,3,5} ซึ่งเกิดจากท่าทีที่อบอุ่นเป็นมิตร ให้ความเคารพผู้ป่วย และมีความไวในการรับรู้อารมณ์ความรู้สึกของผู้ป่วย³ ทักษะการสัมภาษณ์ที่จะกล่าวต่อไปนี้เป็นเพียงแนวทางกว้างๆ ที่จะช่วยให้การสัมภาษณ์ดำเนินไปด้วยดีมากขึ้นเท่านั้น

1. เริ่มต้นกว้างๆ แล้วค่อยจับจุดละเอียดลงไปตามลำดับ

การสัมภาษณ์ควรเริ่มต้นด้วยการให้ผู้ป่วยเล่าปัญหาของตนเอง เพื่อให้ได้ภาพกว้างๆ ของปัญหาทั้งหมด โดยผู้สัมภาษณ์แสดงอาการรับฟัง พุดย้าสิ่งที่ผู้ป่วยเล่า ขอความกระจ่างเมื่อเข้าใจไม่ชัดเจน เช่น “กรุณาเล่าเรื่องอารมณ์เศร้าที่พูดถึงเมื่อครูเพิ่มหน่อยได้ไหมคะ” “ที่ว่าทะเลาะกับภรรยาเป็นเรื่องราวมันเป็นยังไงบ้างครับ” ต่อมาจึงซักถามข้อมูลที่เกี่ยวข้องเฉพาะเจาะจงลงไปอีก เช่น เป็นมานานเท่าไร รายละเอียดและระดับความรุนแรงของอาการ คำถามที่เฉพาะเจาะจงที่สุดอาจเป็นคำถามที่ถามเพื่อตรวจสอบอาการต่างๆ และต้องการเพียงคำตอบรับหรือปฏิเสธ เช่น “เคยชักบ้างไหมครับ” “เคยรู้สึกคล้ายกับว่ามีใครส่งอำนาจมาบังคับให้คุณทำอะไรบ้างไหมคะ”

2. ทักษะพื้นฐาน

- ไม่ควรตั้งคำถาม 2 เรื่องในเวลาเดียวกัน เช่น “คุณมีความคิดแปลกๆ หรือได้ยินเสียงแว่วบ้างหรือเปล่า”
- พยายามใช้คำถามเปิดมากกว่าคำถามปิด เมื่อสามารถทำได้ เช่น “คุณรู้สึกอย่างไร” แทนที่จะถามว่า “คุณเสียใจไหม”
- ไม่ควรตั้งคำถามเชิงปฏิเสธ เช่น “คุณไม่เคยมีเสียงแว่วเลยใช่ไหมครับ”
- หลีกเลี่ยงการแสดงความเห็นตัดสินการกระทำของผู้ป่วยว่า ถูก ผิด ดี ไม่ดี
- แสดงความสนใจหรือสนับสนุนให้ผู้ป่วยพูดต่อ ด้วยการพยักหน้า หรือด้วยการใช้คำพูดเช่น “ครับ” “แล้วยังไงต่อไปคะ” หรือด้วยการพูดทวนคำพูดของผู้ป่วย
- สอบถามทำความเข้าใจให้กระจ่าง อย่างนึกเดาเรื่องราว หรือตีความหมายของเรื่องที่ผู้ป่วยเล่าเอาเอง โดยไม่เข้าใจ เช่น “ที่พูดหมายถึงอะไรนะคะ”
- รู้จักใช้ความเงียบในบางขณะเพื่อให้เวลาผู้ป่วยได้รวบรวมความคิด

- ฟังระลึกไว้เสมอว่าผู้ป่วยมักมีความรู้สึกกลัวและวิตกกังวลมากกว่าผู้สัมภาษณ์
- สนใจการแสดงออกและภาษาท่าทางของผู้ป่วย

3. กระตุ้นให้ผู้ป่วยแสดงหรือเล่าถึงอารมณ์ความรู้สึก

ผู้สัมภาษณ์มือใหม่อาจจะรู้สึกอึดอัดใจและไม่รู้จะจัดการอย่างไรเมื่อผู้ป่วยแสดงอารมณ์ความรู้สึกต่างๆ ออกมา เช่น เมื่อผู้ป่วยมีน้ำตาคลอผู้สัมภาษณ์อาจจะรีบเปลี่ยนเรื่องพูด เพราะตัวเองรู้สึกอึดอัดใจ ทำให้ผู้ป่วยซึ่งกำลังจะแสดงความรู้สึกในใจออกมา หยุดชะงักไป สิ่งที่เราควรทำคือ ให้โอกาสผู้ป่วยได้แสดงความรู้สึกและปัญหาของตนออกมาเพื่อจะได้เข้าใจ และช่วยแก้ไขต่อไปได้ โดยพูดสะท้อนความรู้สึกและแสดงความเข้าใจในตัวผู้ป่วย เช่น “พอพูดถึงเรื่องนี้รู้สึกคุณจะมีน้ำตาคลอ คงเป็นเรื่องที่ทำให้คุณรู้สึกไม่สบายใจมาก”

แต่มีบางกรณีที่ไม่ควรกระตุ้นให้ผู้ป่วยแสดงอารมณ์ คือ ผู้ป่วยที่มีอารมณ์รุนแรงจนควบคุมตัวเองไม่ได้ หรือแสดงอาการว่ากำลังจะสูญเสียการควบคุมตัวเอง ซึ่งจะสังเกตได้จากลักษณะต่างๆ เช่น เสียงดังขึ้นเรื่อยๆ ตูตึงเครียดมากในกรณีนี้ควรเลี่ยงการซักถามเรื่องที่จะกระตุ้นอารมณ์ของผู้ป่วย และพยายามช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมตัวเองได้ เช่นหยุดพักให้ผู้ป่วยระงับอารมณ์

4. แสดงความเข้าใจและเห็นใจกับความรู้สึกของผู้ป่วย

การพูดแสดงความเข้าใจและเห็นใจในความรู้สึกของผู้ป่วย จะช่วยให้สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและผู้สัมภาษณ์ดีขึ้น เพราะผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณผู้สัมภาษณ์เข้าใจและยอมรับความรู้สึกนึกคิดของตน และช่วยให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจที่จะแสดงความรู้สึกที่ตนไม่กล้าแสดงออกมาได้มากขึ้น เช่น การถามว่า “เรื่องนี้คงทำให้คุณโกรธมาก” “อย่างนี้คงทำให้รู้สึกแย่มาก” แต่ต้องระวัง อย่าใช้บ่อยเกินไปจนดูไม่เป็นธรรมชาติ

5. อย่าลังเลที่จะถามถึงเรื่องที่เห็นว่าสำคัญและจำเป็นเนื่องจากเกรงว่าเป็นเรื่องที่ไม่สมควรถาม

คำถามที่ผู้สัมภาษณ์มักลังเลใจที่จะถาม ได้แก่ คำถามเกี่ยวกับความรู้สึกอยากทำร้ายตนเองหรืออยากฆ่าตัวตายของผู้ป่วย ความรู้สึกอยากทำร้ายผู้อื่น ประวัติการควบคุมตัวเองไม่ได้ทำลายข้าวของหรือทำร้ายตนเองและปัญหาเกี่ยวกับเรื่องเพศ โดยมีเหตุผลต่างๆ กัน เช่น เกรงจะเป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยคิดในเรื่งนั้นโดยที่ผู้ป่วยเองไม่เคยคิดมาก่อน หรือจะเป็นการละลาบละลัวง

ในแง่การทำร้ายตนเองหรือผู้อื่น ถ้ามีความคิดนั้นอยู่ ตัวผู้ป่วยเองมักจะมีความกังวลและมีความรู้สึกสองจิตสองใจอยู่มาก และจะรู้สึกสบายใจที่สามารถเล่าปัญหาดังกล่าวให้ใครบางคนฟังได้ ส่วนโอกาสที่คำถามจะไปกระตุ้นให้ผู้ป่วยเริ่มคิดโดยไม่เคยนึกถึงเรื่องนี้มาก่อนนั้นมีน้อยมาก

ส่วนเรื่องอื่นๆ เช่น เรื่องเพศ ถ้าผู้สัมภาษณ์มีทัศนคติว่าเรื่องนี้เป็นเรื่องธรรมดาเรื่องหนึ่งและใช้คำถามที่สุภาพ ตรงไปตรงมา ผู้ป่วยก็มักจะรู้สึกเป็นปกติและตอบอย่างตรงไปตรงมา แต่ถ้าผู้สัมภาษณ์เองแสดงท่าทีที่อึดอัดใจ ที่จะพูดถึงเรื่องนี้ ผู้ป่วยก็จะพลอยรู้สึกตามไปด้วย ว่าเรื่องดังกล่าวเป็นเรื่องน่าอับอาย

เอกสารอ้างอิง

1. มาโนช หล่อตระกูล. การสัมภาษณ์และการตรวจทางจิตเวช. กรุงเทพฯ: Holistic Publishing; 2538.
2. Lazare A. Three functions of the clinical interview. In: Lazare A, editor. Outpatient psychiatry 2nd ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1989. p. 153-9.
3. Carlat DJ. Practical guides in psychiatry: The psychiatric interview, 2nd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005.
4. Morrison J. the first interview. New York: Guildford Press; 1995.
5. Shea SC. Psychiatric interviewing: the art of understanding. Philadelphia: WB Saunders; 1988.

6. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry. 11th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2015. p. 192-289.
7. Manschreck TC, Keller MB. The mental status examination. In: Lazare A, ed. Out-patient psychiatry 2nd ed. Baltimore: Williams & Wilkins;1989. p. 160-87.