

จิตเวช

ศิริราช DSM-5

บรรณาธิการ

นันทวัช สิริธีรภัฏ

กมลเนตร วรรณเสวก

กมลพร วรรณฤทธิ์

ปณต พึ่งฤทธยาภาณี

สุพร อภินันทเวช

พนม เกตุมาน



ຈັດເວບ

ຄືຣືຮາບ

DSM-5

จิตเวช ศีรราช DSM-5

จิตเวช ศีรราช DSM-5 / ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

มหาวิทยาลัยมหิดล ;

นันทวัช สิริธรรักษ์ ... [และคนอื่นๆ]. -- พิมพ์ครั้งที่ 1. -- กรุงเทพฯ :

ประยูรสาส์นไทย การพิมพ์, 2558.

768 หน้า

ISBN 978-6162-279-631-9

1. จิตเวชศาสตร์ I. มหาวิทยาลัยมหิดล. คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล.
ภาควิชาจิตเวชศาสตร์.

II. นันทวัช สิริธรรักษ์ III. ชื่อเรื่อง

RC454 จ464 2558

[DNLM: 1. จิตเวชศาสตร์ WM100 จ464 2558]

จำนวนพิมพ์ 2,000 เล่ม

ราคา 450 บาท

สงวนสิทธิ์ตามพระราชบัญญัติลิขสิทธิ์ พ.ศ. 2537

ห้ามลอกเลียนไม่ว่าส่วนหนึ่งส่วนใดของหนังสือเล่มนี้

นอกจากได้รับอนุญาตจากเจ้าของลิขสิทธิ์

ออกแบบปกโดย นายศรุต บวรธีรภัค



จิตใจของคนเป็นสิ่งที่ซับซ้อน จิตเวชเปรียบเหมือนการรื้อกล่องที่เก็บเอาความโกรธ
ความเศร้า ความคับข้องใจ ซ้อนทับกันไว้ออกทีละชั้นๆ จนในที่สุดได้พบความสุขที่กล่องชั้นในสุด

คำนิยม

อาจารย์ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ได้เขียนตำราจิตเวชศาสตร์ขึ้น เพื่อใช้เป็นหนังสือประกอบการเรียนวิชาจิตเวชของนักศึกษาแพทย์และแพทย์ประจำบ้านจิตเวชศาสตร์

หนังสือเล่มนี้ประกอบด้วยส่วนต่างๆ ดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ความรู้พื้นฐานทางจิตเวช เช่น อาการทางจิตเวช การแบ่งโรคทางจิตเวช กลไกป้องกันทางจิต พฤติกรรมพื้นฐาน ทฤษฎีพัฒนาการทางจิตใจ สมรรถนะและพฤติกรรม

ส่วนที่ 2 การประเมินผู้ป่วยจิตเวชและอาการวิทยา

ส่วนที่ 3 จิตเวชคลินิก เช่น พฤติกรรมก้าวร้าว การฆ่าตัวตายภาวะหายใจหอบ อาการแพนิค อาการโรคจิต ภาวะซึมเศร้า อาการนอนไม่หลับ การติดสารเสพติด พฤติกรรมเปลี่ยนแปลงเฉียบพลัน ภัยอันตรายกับโรคทางจิตเวช และการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิต

ส่วนที่ 4 ปัญหาทางจิตเวชในเด็กและวัยรุ่น เช่น ความผิดปกติของพฤติกรรม การประทุษร้ายต่อเด็ก และพฤติกรรมเสี่ยงในวัยรุ่น

ส่วนที่ 5 โรคทางจิตเวชศาสตร์ เช่น ภาวะเพ้อ ภาวะสมองเสื่อม โรคจิตเภทและโรคจิตชนิดอื่น โรคอารมณ์สองขั้ว โรคซึมเศร้า โรควิตกกังวล ความผิดปกติของการปรับตัว โรคทางกายที่เกิดจากจิตใจ และบุคลิกภาพผิดปกติ

ส่วนที่ 6 โรคทางจิตเวชในเด็กและวัยรุ่น เช่น โรคสมาธิสั้น พฤติกรรมต่อต้านและทำลาย ความประพฤติดีผิดปกติ โรคกระตุก โรคการเรียนรู้บกพร่อง โรควิตกกังวลในเด็กและวัยรุ่น โรคออทิซึม อุปลาทานหมู่ และโรคเสพติดอินเทอร์เน็ต

ส่วนที่ 7 การรักษาทางจิตเวช เช่น ยาจิตเวช การบำบัดด้วยไฟฟ้า การให้คำปรึกษาและการแจ้งข่าวร้าย เทคนิคการผ่อนคลายความเครียด จิตบำบัด ซีบีที กลุ่มบำบัด และครอบครัวบำบัด

ส่วนที่ 8 ปัญหาพิเศษทางจิตเวช เช่น จิตเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ ทักษะการสื่อสาร จิตเวชศาสตร์การให้คำปรึกษา จิตเวชชุมชน และกฎหมายกับจิตเวชศาสตร์

ผู้เขียนหวังว่าท่านผู้อ่านจะได้รับความรู้ทางจิตเวชศาสตร์ดีขึ้น และนำความรู้นี้ไปใช้รักษาผู้ป่วยทางจิตเวชได้เป็นอย่างดี ผลที่จะได้รับตามมาก็คือความสุขของผู้ป่วยรวมทั้งครอบครัว

ศาสตราจารย์เกียรติคุณ นายแพทย์สมภพ เรืองตระกูล

อดีตหัวหน้าภาควิชาจิตเวชศาสตร์

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

29 พฤษภาคม 2557

คำนำ

“ทำอย่างไรให้นักศึกษาแพทย์รักวิชาจิตเวชศาสตร์” คำถามนี้คือที่มาของหนังสือเล่มนี้ ทุกปีฝ่ายการศึกษา ก่อนปริญญาของคณะจะส่งผลการประเมินความพึงพอใจของนักศึกษาแพทย์ที่ผ่านการเรียนทุกภาควิชามาแล้วเพื่อให้นำมาเปรียบเทียบและพัฒนาระบบการเรียนการสอน เดิมภาควิชาจิตเวชศาสตร์ได้ผลการประเมินที่ไม่ค่อยน่าพอใจนัก ทีมงานการศึกษาของภาควิชาได้หาทางพัฒนาระบบการเรียนการสอนนักศึกษาแพทย์ ทั้งในด้านรูปแบบ เนื้อหา และสื่อประกอบการสอนต่างๆ อาจารย์ทุกท่านช่วยกันทุ่มเทพลังเต็มที่ เพื่อให้ให้นักศึกษาแพทย์เรียนจิตเวชศาสตร์อย่างสนุกสนาน เข้าใจ นำไปใช้ได้จริง และเหนือสิ่งอื่นใด เกิดความรักในวิชาจิตเวชศาสตร์ มีความเป็นจิตแพทย์เล็กๆ เกิดขึ้นในใจแพทย์ทุกคน

หนังสือเล่มนี้เกิดจากความเพียรพยายามของอาจารย์เหล่านั้น ที่อุตสาหะทุ่มเททำให้นักศึกษาแพทย์มีสื่อวิชาจิตเวชศาสตร์ที่อ่านง่าย เข้าใจง่าย สัมพันธ์กับการเรียนรู้ภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ เพื่อนำไปใช้ประกอบการเรียน การเขียนรายงานผู้ป่วยจิตเวช และใช้เป็นคู่มือสำหรับการหาความรู้เพิ่มเติมในแงุ่มที่เหมาะแก่การทำงานเป็นแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป เพื่อไม่ให้ยาก จึงได้พยายามปรับเนื้อหาให้กระชับ และให้สอดคล้องกับการจัดการเรียนการสอนและการประเมิน ขณะเดียวกัน ก็ให้มีความทันสมัย โดยระบุชื่อโรคจิตเวชในระบบนานาชาติไว้ด้วย เพื่อให้นักศึกษาที่สนใจสามารถอ่านเพิ่มเติมในสื่ออื่นๆ ได้ง่าย

เพื่อให้หนังสือเล่มนี้ตรงใจนักศึกษาแพทย์ ทีมงานจึงได้เชิญนักศึกษาแพทย์ที่ผ่านการเรียนจิตเวชศาสตร์มาแล้วมาช่วยให้ข้อคิดเห็นและคำแนะนำในตอนแรกด้วย

อนึ่ง เพื่อให้นักศึกษาแพทย์ได้รู้จักและคุ้นเคยกับคำศัพท์ที่จะต้องใช้ต่อไปในอนาคต คำศัพท์ทางการแพทย์ส่วนใหญ่ในหนังสือเล่มนี้จึงใช้เป็นภาษาอังกฤษที่เป็นศัพท์เทคนิคตามที่ใช้ในเวชปฏิบัติทางจิตเวชศาสตร์ รวมทั้งคำศัพท์ที่เป็นภาษาไทยหลายคำก็ใช้ไม่ตรงกับศัพท์บัญญัติของราชบัณฑิตยสถาน

ขอบพระคุณอาจารย์สมภพ เรืองตระกูล ที่ให้แรงบันดาลใจจนเกิดหนังสือเล่มนี้

ขอบพระคุณอาจารย์สมพร บุชราทิจ ที่เป็นตัวอย่างให้อาจารย์ทั้งหลายเจริญรอยตาม

ขอบคุณอาจารย์นันทวัช สิทธิรักษ์ ที่เป็นผู้ริเริ่มจัดทำตำราเล่มนี้

ขอบคุณอาจารย์ทุกท่าน ที่ช่วยกันทำงานนี้จนสำเร็จได้อย่างดี

ขอบคุณอาจารย์กมลเนตร วรรณเสวก คณะบรรณาธิการทุกคน และทีมเจ้าหน้าที่อันประกอบด้วย คุณประภาพรรณ พุ่มโพธิ์ทอง คุณบุญพลอย ศรีมานะ คุณเสาวณี หมินาเงิน และคุณนงนุช ทับเทียมสุข ที่ร่วมกันแสดงพลังและความอุตสาหะจนสำเร็จ

ขอบคุณคุณณมน พงศกรปัส และอาจารย์วินิทร นวลละอ ที่ช่วยตรวจด้านภาษาและเนื้อหา

ผมเชื่อว่านักศึกษาแพทย์จะได้รับประโยชน์จากหนังสือเล่มนี้ ซึ่งจะอยู่บนชั้นหนังสือใน
ระหว่างการเรียน และนำติดตัวไปใช้เมื่อจบเป็นแพทย์ และหวังว่าหนังสือเล่มนี้จะเป็นประโยชน์
สำหรับนักศึกษาอื่น ตลอดจนผู้ที่สนใจวิชาจิตเวชศาสตร์ทุกคน

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์พนม เกตุมาน
อดีตหัวหน้าภาควิชาจิตเวชศาสตร์
รองคณบดีฝ่ายกิจการนักศึกษา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
มหาวิทยาลัยมหิดล

คณะกรรมการโครงการตำรา-ศิริราช

- | | |
|---|---------------------|
| 1. ศาสตราจารย์เกียรติคุณ แพทย์หญิงวรรณิ นิธิยานันท์ | ที่ปรึกษา |
| 2. ศาสตราจารย์ แพทย์หญิงมณี รัตนไชยานนท์ | ประธานกรรมการ |
| 3. ศาสตราจารย์ นายแพทย์พรพรม เมืองแมน | กรรมการ |
| 4. รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงดาราวรรณ วนะชีวนาวิน | กรรมการ |
| 5. รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ประสงค์ ตันมหาสมุทร | กรรมการ |
| 6. รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงวาณี วิสุทธิ์เสรีวงศ์ | กรรมการ |
| 7. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นพพล เผ่าสวัสดิ์ | กรรมการ |
| 8. อาจารย์ นายแพทย์สมุทร จงวิศาล | กรรมการ |
| 9. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงกุลภา ศรีสวัสดิ์ | กรรมการและเลขานุการ |
| 10. นางกนกพร จิวโพธิ์เจริญ | ผู้ช่วยเลขานุการ |
| 11. นายเฉลิมศักดิ์ เกียรติเกื้อกูล | ผู้ช่วยเลขานุการ |
| 12. นางสาวเฟื่องฟ้า เล้าพรพิชยานุวัฒน์ | ผู้ช่วยเลขานุการ |

รายนามผู้นิพนธ์

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

พญ.กมลเนตร วรรณเสวก	อาจารย์
พญ.กมลพร วรรณฤทธิ์	อาจารย์
พญ.กอบหทัย สิทธิธรรมาภรณ์	ผู้ช่วยศาสตราจารย์
นพ.ชาญวิทย์ พรนภดล	รองศาสตราจารย์
พญ.ทิมพร หอศิริ	อาจารย์
ณัชพล อ่วมประดิษฐ์	อาจารย์
รอ.พญ.ณัฐสา สายเสวย ร.น.	อาจารย์
ธนยศ สุมาลัยโรจน์	อาจารย์
นพ.เจียรชัย งามทิพย์วัฒนา	รองศาสตราจารย์
ดร.นพ.นันทวัช สิทธิรักษ์	ผู้ช่วยศาสตราจารย์
นพ.ปเนต ผู้กฤตยาคามิ	อาจารย์
นพ.พนม เกตุมาน	ผู้ช่วยศาสตราจารย์
พญ.พรจิรา ปรีวัชรากุล	ผู้ช่วยศาสตราจารย์
ดร.นพ.วรภัทร รัตอาภา	อาจารย์
ดร.วัจนินทร โรหิตสุข	อาจารย์
นพ.วัลลภ อัจสิริยะสิงห์	อาจารย์
พญ.ศิริรัตน์ คุปติวุฒิ	รองศาสตราจารย์
นพ.ศุภโชค สิงห์กันต์	อาจารย์
นพ.สนทรรศ บุขราทิจ	ผู้ช่วยศาสตราจารย์
สร้อยสุดา อิมอรุณรักษ์	อาจารย์

พญ.สิรินัดดา ปัญญาภาส	อาจารย์
ดร.พญ.สุนันทา ฉันทกาญจน์	ผู้ช่วยศาสตราจารย์
พญ.สุพร อภินันทเวช	รองศาสตราจารย์
นพ.สุวิทย์ เจริญศักดิ์	ผู้ช่วยศาสตราจารย์
เอษรา วสุพันธ์จิต	นักจิตวิทยาคลินิก

ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

นพ.วิฐารณ บุญสิทธิ	รองศาสตราจารย์
--------------------	----------------

สถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว มหาวิทยาลัยมหิดล

ดร.พัชรินทร์ เสรี	อาจารย์
-------------------	---------

สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

พญ.ดวงตา ไกรภัสสรพงษ์	นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ
-----------------------	--------------------

โรงพยาบาลมหารมย์

นพ.ชาตรี วิฑูรชาติ	ผู้ช่วยศาสตราจารย์
--------------------	--------------------

โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมราช จ.สุพรรณบุรี กระทรวงสาธารณสุข

พญ.กนกวรรณ ลิ้มศรีเจริญ	นายแพทย์ชำนาญการ
-------------------------	------------------

สารบัญ		
คำนิยาม		(4)
คำนำ		(5)
ส่วนที่ 1 วิทยาศาสตร์การแพทย์พื้นฐานและพฤติกรรมศาสตร์พื้นฐาน (Medical Science and Basic Behavioral Science)		1
บทที่ 1	บทนำสู่จิตเวชศาสตร์ (Introduction to Psychiatry)	3
บทที่ 2	เวชจริยศาสตร์ ความเป็นมืออาชีพทางการแพทย์ และความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย (Medical Ethics, Professionalism, and Doctor-Patient Relationship)	11
บทที่ 3	ความปกติและความผิดปกติ (Normality vs. Abnormality)	23
บทที่ 4	การจำแนกประเภทของโรคทางจิตเวช (Psychiatric Classification)	33
บทที่ 5	จิตวิทยาของกลไกทางจิตและการเผชิญปัญหา (Psychology of Mind Defense and Coping Mechanism)	41
บทที่ 6	จิตวิทยาพื้นฐานของพฤติกรรม การเรียนรู้ ความจำ อารมณ์ และแรงจูงใจ (Psychological Basis of Behavior, Learning, Memory, Emotion, and Motivation)	55
บทที่ 7	ทฤษฎีพัฒนาการของจิตใจ (Theory of Psychological Development)	67
บทที่ 8	สมองกับพฤติกรรม (Brain and Behavior)	77
ส่วนที่ 2 ทักษะการประเมินผู้ป่วย (Assessment Skill)		87
บทที่ 9	การสัมภาษณ์ทางจิตเวช (Psychiatric Interview)	89

บทที่ 10	อาการวิทยาทางจิตเวช (Symptomatology)	107
ส่วนที่ 3	จิตเวชศาสตร์ในทางคลินิก (Clinical Psychiatry)	113
ส่วนที่ 3.1	ปัญหาทางจิตเวชศาสตร์ทั่วไป (Psychiatric Problem)	115
บทที่ 11	พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Violence)	117
บทที่ 12	ผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตายหรือทำร้ายตนเอง (Suicidal Attempt and Suicidal Gesture)	121
บทที่ 13	กลุ่มอาการหายใจหอบ (Hyperventilation Syndrome)	135
บทที่ 14	ภาวะวิตกกังวลเฉียบพลันและอาการ Panic Attack (Acute Anxiety and Panic Attack)	145
บทที่ 15	ภาวะโรคจิต (Psychosis)	155
บทที่ 16	ภาวะซึมเศร้า (Depression)	169
บทที่ 17	ปัญหาการนอน (Sleep Problem)	179
บทที่ 18	ปัญหาการใช้สารเสพติดและการบำบัด (Substance Use Problem and Treatment)	187
บทที่ 19	ปัญหาพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงเฉียบพลัน (Acute Behavioral Change)	207
บทที่ 20	ปัญหาทางจิตใจในผู้ประสบภัย และโรคความผิดปกติทางจิตใจภายหลังภัยอันตราย (Acute Stress Disorder and Posttraumatic Stress Disorder; PTSD)	217
บทที่ 21	การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย การสูญเสีย และภาวะโศกเศร้าจากการสูญเสีย (End of Life Care, Death and Dying, Bereavement)	231

บทที่ 22	ปัญหาผู้ป่วยที่ดูแลยาก (Difficult Patient)	251
บทที่ 23	ผู้ป่วยที่มีอาการทางกายไม่ทราบสาเหตุ (Patient with Unspecified Somatic Symptom)	259
ส่วนที่ 3.2 ปัญหาทางจิตเวชศาสตร์เด็กและวัยรุ่น (Problem in Child and Adolescent Psychiatry)		273
บทที่ 24	ปัญหาพฤติกรรมที่พบบ่อยในเด็ก ได้แก่ การกระตุ่นตัวเองทางเพศ การกัดเล็บ และการนอนกัดฟัน (Common Child Psychiatric Problems; Childhood Masturbation, Nail Biting or Onychophagia, and Teeth Grinding or Bruxism)	275
บทที่ 25	การทารุณกรรมเด็ก (Child Abuse)	291
บทที่ 26	ปัญหาการเรียน (Academic Problem)	311
บทที่ 27	พฤติกรรมเสี่ยงในวัยรุ่น (Risk Taking Behavior in Adolescent)	327
ส่วนที่ 3.3 โรคทางจิตเวชศาสตร์ทั่วไปที่พบบ่อย (Common Psychiatric Problem)		333
บทที่ 28	ภาวะเพ้อและโรคทางจิตเวชที่มีสาเหตุจากภาวะทางกาย (Delirium and Mental Disorder due to Another Medical Condition)	335
บทที่ 29	ภาวะสมองเสื่อม (Major Neurocognitive Disorder and Mild Neurocognitive Disorder)	349
บทที่ 30	โรคจิตเภทและโรคจิตชนิดอื่น (Schizophrenia Spectrum and Other Psychotic Disorders)	365
บทที่ 31	กลุ่มโรคอารมณ์สองขั้วและกลุ่มโรคซึมเศร้า (Bipolar and Related Disorders and Depressive Disorder)	379

บทที่ 32	กลุ่มโรควิตกกังวลและกลุ่มโรคย้ำคิดย้ำทำและโรคอื่นที่เกี่ยวข้อง (Anxiety Disorder and Obsessive-Compulsive and Related Disorders)	411
บทที่ 33	โรคความผิดปกติของการปรับตัว (Adjustment Disorder)	431
บทที่ 34	ภาวะเจ็บป่วยทางกายที่ได้รับผลกระทบจากปัจจัยทางจิตใจ (Psychological Factor Affecting Other Medical Conditions)	445
บทที่ 35	โรคบุคลิกภาพผิดปกติ (Personality Disorder)	455
ส่วนที่ 3.4 โรคทางจิตเวชศาสตร์เด็กและวัยรุ่นที่พบบ่อย (Common Child and Adolescent Psychiatric Problem)		467
บทที่ 36	โรคสมาธิสั้น (Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder; ADHD)	469
บทที่ 37	โรคดื้อและโรคเกร (Oppositional Defiant Disorder and Conduct Disorder)	485
บทที่ 38	โรค Tic (Tic Disorder)	497
บทที่ 39	โรคการเรียนรู้บกพร่อง (Specific Learning Disorder; SLD)	507
บทที่ 40	กลุ่มโรคอารมณ์สองขั้ว และกลุ่มโรคซึมเศร้าในเด็กและวัยรุ่น (Bipolar and Related Disorders and Depressive Disorder in Child and Adolescent)	517
บทที่ 41	โรควิตกกังวล โรคย้ำคิดย้ำทำ และภาวะไม่ยอมไปโรงเรียนในเด็กและวัยรุ่น (Anxiety Disorder, Obsessive-Compulsive Disorder and School Refusal in Child and Adolescent)	529
บทที่ 42	โรคออทิซึมสเปกตรัม (Autism Spectrum Disorder)	543
บทที่ 43	โรคอุปาทานหมู่ (Mass Hysteria)	557
บทที่ 44	การเสพติดอินเทอร์เน็ต (Internet Use Disorder)	561

ส่วนที่ 4 การรักษาทางจิตเวช (Psychiatric Treatment)		577
บทที่ 45	การใช้ยาจิตเวชในเวชปฏิบัติ (Practical Psychopharmacology)	579
บทที่ 46	การแจ้งข่าวร้าย (Breaking Bad News)	593
บทที่ 47	ความเครียดและเทคนิคการผ่อนคลายความเครียด (Stress and Relaxation Technique)	605
บทที่ 48	การรักษาทางจิตใจ (Psychological Treatment)	619
ส่วนที่ 5 ประเด็นพิเศษทางจิตเวช (Some Remarks in Psychiatry)		633
บทที่ 49	จิตเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ (Geriatric Psychiatry)	635
บทที่ 50	ทักษะการสื่อสาร (Communication Skill)	649
บทที่ 51	จิตเวชศาสตร์รับปรึกษา (Consultation-Liaison Psychiatry)	659
บทที่ 52	จิตเวชศาสตร์ชุมชน (Community Psychiatry)	667
บทที่ 53	เอกสารและการบันทึกข้อมูลผู้ป่วย : การบันทึกเวชระเบียน การเขียนรายงานผู้ป่วยจิตเวชสำหรับนักศึกษาแพทย์ การเขียนใบส่งตัวเพื่อปรึกษาจิตแพทย์ การออกเอกสารรับรองความพิการ (Medical Record and Document)	675
บทที่ 54	กฎหมายสุขภาพจิต : การประยุกต์ใช้ในเวชปฏิบัติทั่วไป (Psychiatric Law and Application)	695
บทที่ 55	ภาวะพิษจากยาทางจิตเวช (Toxication from Psychiatric Medication)	705

สารบัญภาพ

ภาพที่ 5-1	topographic model ของจิตใจ	42
ภาพที่ 5-2	การทำงานของกลไกทางจิต (defense mechanism)	44
ภาพที่ 12-1	การดูแลช่วยเหลือ และการประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย	129
ภาพที่ 13-1	แนวทางการดูแลผู้ป่วย ที่มาด้วยอาการหายใจหอบ	137
ภาพที่ 14-1	ความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวล และประสิทธิภาพในด้านต่างๆ	146
ภาพที่ 14-2	ความวิตกกังวลในทุกๆ เรื่อง (generalized/free-floating anxiety)	147
ภาพที่ 14-3	ความวิตกกังวลเป็นครั้งคราว (paroxysmal anxiety)	148
ภาพที่ 14-4	การวินิจฉัยแยกโรค เมื่อพบว่ามีความวิตกกังวลผิดปกติ	152
ภาพที่ 15-1	แนวทางการวินิจฉัยผู้ป่วยที่มีภาวะโรคจิต (psychosis)	162
ภาพที่ 16-1	สรุปแนวทางการวินิจฉัยแยกโรค ผู้ป่วยที่มาด้วยอารมณ์เศร้า	173
ภาพที่ 19-1	แนวทางเบื้องต้นในการประเมิน ปัญหาพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงเฉียบพลัน (acute behavioral change) ในผู้ป่วยที่ไม่สามารถให้ความร่วมมือได้เต็มที่	209
ภาพที่ 19-2	กรอบแนวคิดในการวินิจฉัยแยกโรค	212
ภาพที่ 23-1	แสดงสาเหตุต่างๆ ของอาการทางกาย ที่ไม่ทราบสาเหตุ	259
ภาพที่ 23-2	แสดงภาวะทางจิตเวช ที่ทำให้เกิดอาการทางกาย	267
ภาพที่ 28-1	การป้องกันและการวินิจฉัย ภาวะเพ้อ (delirium)	341
ภาพที่ 28-2	การรักษาประคับประคอง อาการภาวะเพ้อ (delirium) ด้วยยา	343
ภาพที่ 30-1	แผนภูมิแนวทางการรักษาโรคจิตเภทด้วยยา	370
ภาพที่ 35-1	องค์ประกอบที่มีผลต่อการเกิดบุคลิกภาพ	457

ภาพที่ 39-1 ตัวอย่างการเขียนของเด็ก ที่มีโรค specific learning disorder (SLD) ด้านการเขียน	511
ภาพที่ 44-1 ความสัมพันธ์คาบเกี่ยวกันของ การเสพติดอินเทอร์เน็ต (internet addiction) การเสพติดสื่อสังคม (social media addiction) และการเสพติดเกม (game addiction)	562
ภาพที่ 47-1 กระบวนการที่สัมพันธ์กันระหว่างตัวกระตุ้น (stressor) การตอบสนองต่อความเครียด (stress response) และปัจจัยทางจิตวิทยาที่เกี่ยวข้อง กับความเครียด (stress mediator)	605
ภาพที่ 55-1 แสดงคลื่นไฟฟ้าหัวใจภาวะ sodium channel block ของผู้ป่วยที่มีภาวะพิษจากยา amitriptyline เกินขนาด	706
ภาพที่ 55-2 แสดงคลื่นไฟฟ้าหัวใจของผู้ป่วยที่แสดงในภาพที่ 55-1 สามวันหลังจากมาโรงพยาบาล ซึ่งผู้ป่วยมีอาการปกติแล้ว	707

สารบัญตาราง

ตารางที่ 2-1	แสดงคุณลักษณะที่พึงประสงค์ และความรู้ความสามารถทางวิชาชีพ	15
ตารางที่ 2-2	สรุประดับของความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย (model of doctor-patient relationship)	18
ตารางที่ 5-1	การจำแนกกลไกทางจิตตามระดับการปรับตัว	45
ตารางที่ 5-2	ตัวอย่างการใช้กลไกทางจิตในโรคบุคลิกภาพผิดปกติ (ego defense in personality disorder)	50
ตารางที่ 5-3	ทฤษฎีพัฒนาการของจิตใจทางด้านเพศ (psychosexual development by Sigmund Freud)	51
ตารางที่ 5-4	ทฤษฎีการพัฒนาของจิตใจทางด้านสังคม (psychosocial development of Erik Erikson)	52
ตารางที่ 5-5	ตัวอย่างปฏิสัมพันธ์ของมารดาและเด็ก ตามทฤษฎีความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล	53
ตารางที่ 6-1	ตารางสรุปวิธีการเสริมแรง	59
ตารางที่ 8-1	หน้าที่ของ cerebral cortex	78
ตารางที่ 12-1	การประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย	125
ตารางที่ 12-2	แบบประเมินโรคซึมเศร้า 8 คำถาม (8Q) (ประเมินร่วมกับแบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม)	127
ตารางที่ 12-3	การแปลผลคะแนนของการทำแบบประเมิน โรคซึมเศร้า 8 คำถาม	127
ตารางที่ 13-1	การวินิจฉัยแยกโรคของ hyperventilation syndrome	138
ตารางที่ 14-1	อาการ panic attack	148
ตารางที่ 14-2	โรคทางกาย ยาหรือสารเสพติด ที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวลได้	150
ตารางที่ 15-1	สรุปลักษณะอาการทางคลินิก ที่พบในผู้ป่วยที่มีภาวะโรคจิต (psychosis)	158
ตารางที่ 15-2	ตัวอย่างโรคทางกายที่เป็นสาเหตุ ทำให้เกิดภาวะโรคจิต (psychosis)	159
ตารางที่ 15-3	ตัวอย่างยาและสารเสพติดที่เป็นสาเหตุ ทำให้เกิดภาวะโรคจิต (psychosis)	160
ตารางที่ 15-4	ข้อบ่งชี้เพื่อพิจารณาผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาล	163

ตารางที่ 17-1	สุขลักษณะการนอนที่ควรปฏิบัติ	183
ตารางที่ 18-1	การวินิจฉัยโรคติดสารเสพติด (substance dependence)	189
ตารางที่ 18-2	การวินิจฉัยภาวะการใช้สารแบบมีปัญหา (substance abuse)	189
ตารางที่ 18-3	เกณฑ์การวินิจฉัยโรคการใช้สารเสพติด (substance use disorder)	190
ตารางที่ 18-4	คำนิยามอื่นๆ ของผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุรา	191
ตารางที่ 18-5	แบบคัดกรอง CAGE ในการคัดกรอง ผู้ที่มีความเสี่ยงมีปัญหาการดื่มสุรา	191
ตารางที่ 18-6	สรุปการรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะเพ้อจากการขาดสุรา (delirium tremens; DTs)	195
ตารางที่ 18-7	ยาที่สามารถใช้ช่วยผู้ป่วยติดสุรา ให้สามารถหยุดสุรา	198
ตารางที่ 18-8	ยาหลักที่สามารถใช้ช่วยผู้ป่วยติดบุหรี ให้สามารถหยุดบุหรี (first line agent)	200
ตารางที่ 18-9	ยารองที่สามารถใช้ช่วยผู้ป่วยติดบุหรี ให้สามารถหยุดบุหรี (second line agent)	201
ตารางที่ 21-1	ข้อสังเกตในการแยกภาวะโศกเศร้าจากการสูญเสีย บุคคลอันเป็นที่รัก (bereavement) กับโรคซึมเศร้า (major depressive disorder)	240
ตารางที่ 21-2	เปรียบเทียบลักษณะของความโศกเศร้า (grief) กับโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยระยะสุดท้าย	245
ตารางที่ 25-1	ประเภทของการทารุณกรรมเด็ก และคำจำกัดความ	292
ตารางที่ 25-2	ลักษณะอาการทางคลินิก ที่บ่งชี้ว่าเด็กถูกปล่อยปละละเลย	295
ตารางที่ 25-3	ลักษณะอาการทางคลินิก ที่บ่งชี้ว่าเด็กถูกทารุณกรรมทางจิตใจ	296
ตารางที่ 28-1	ความชุกและอุบัติการณ์ ของภาวะเพ้อ (delirium) ในผู้ป่วยกลุ่มต่างๆ	336
ตารางที่ 28-2	ตัวช่วยจำสาเหตุที่พบบ่อย ของภาวะเพ้อ (delirium) “I WATCH DEATH”	337
ตารางที่ 29-1	สาเหตุที่พบบ่อยของภาวะสมองเสื่อมที่รักษาได้ผลดี	351

ตารางที่ 30-1	ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคจิตเภทในเครือญาติ	366
ตารางที่ 30-2	ตัวอย่างขนาดยารักษาโรคจิต ที่ช่วยในการรักษาโรคจิตเภท	370
ตารางที่ 30-3	ปัจจัยที่มีผลต่อการพยากรณ์โรคในผู้ป่วยโรคจิตเภท	372
ตารางที่ 31-1	ระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร้า	392
ตารางที่ 31-2	โรคหรือยา/สารเสพติด ที่ทำให้มีความผิดปกติของอารมณ์ได้	401
ตารางที่ 32-1	ค่าความชุกตลอดชีพ (lifetime prevalence) อัตราส่วนผู้ป่วยเพศหญิงต่อเพศชาย และโรคร่วมที่พบได้บ่อยในกลุ่มโรคจิตกักขัง	412
ตารางที่ 32-2	สรุปการดำเนินโรคและการพยากรณ์โรค ของกลุ่มโรคจิตกักขัง	420
ตารางที่ 32-3	ค่าความชุกตลอดชีพ (lifetime prevalence) อัตราส่วนผู้ป่วยเพศหญิงต่อเพศชาย และโรคร่วมที่พบได้บ่อยในกลุ่มโรคย้ำคิดย้ำทำ และโรคอื่นที่เกี่ยวข้อง	422
ตารางที่ 32-4	สรุปการดำเนินโรคและการพยากรณ์โรค ของกลุ่มโรคย้ำคิดย้ำทำและโรคอื่นที่เกี่ยวข้อง	426
ตารางที่ 34-1	ตัวอย่างการปรับตัวต่อสถานการณ์ในชีวิต และคะแนนความเครียด 15 อันดับแรก	447
ตารางที่ 35-1	เกณฑ์การวินิจฉัยบุคลิกภาพผิดปกติตาม DSM-5	459
ตารางที่ 35-2	บุคลิกภาพผิดปกติแบบต่างๆ ในระบบ DSM	460
ตารางที่ 35-3	สรุปรูปแบบการรักษาที่มีหลักฐานยืนยันว่า มีประสิทธิภาพในการรักษาผู้ป่วยบุคลิกภาพผิดปกติ	465
ตารางที่ 36-1	เกณฑ์การวินิจฉัยโรคสมาธิสั้นตาม DSM-5	472
ตารางที่ 36-2	การวินิจฉัยแยกโรคสำหรับโรคสมาธิสั้น (differential diagnoses for ADHD)	474
ตารางที่ 36-3	โรคที่มีกบพรั่วกับโรคสมาธิสั้น	475
ตารางที่ 38-1	ลักษณะและตัวอย่างของ tic ชนิดต่างๆ	497
ตารางที่ 41-1	ขนาดของยาในกลุ่ม SSRI ที่ใช้ในการรักษาโรคย้ำคิดย้ำทำ	537
ตารางที่ 44-1	ความผิดปกติที่พบร่วม (comorbidity) ในผู้เสพติดอินเทอร์เน็ต	566

ตารางที่ 45-1	การแบ่ง potency ของยารักษาโรคจิตกลุ่ม typical และผลข้างเคียงที่พบบ่อย	580
ตารางที่ 45-2	ยารักษาโรคจิตกลุ่ม typical ที่มีในบัญชียาของโรงพยาบาลศิริราชในปัจจุบัน และจัดอยู่ในยาในบัญชียาหลัก	581
ตารางที่ 45-3	ยารักษาโรคจิตกลุ่ม atypical ที่มีในบัญชียาของโรงพยาบาลศิริราชในปัจจุบัน	582
ตารางที่ 45-4	อาการและการรักษาเบื้องต้น เมื่อเกิดอาการข้างเคียง extrapyramidal จากยารักษาโรคจิต	583
ตารางที่ 45-5	ยาด้านเศร้ากลุ่ม tricyclic ที่มีอยู่ในบัญชียาของโรงพยาบาลศิริราช	584
ตารางที่ 45-6	ยาด้านเศร้าในกลุ่ม selective serotonin reuptake inhibitor (SSRI)	585
ตารางที่ 45-7	ยาด้านเศร้าในกลุ่ม serotonin norepinephrine reuptake inhibitor (SNRI)	586
ตารางที่ 45-8	ยา benzodiazepine ที่มีในบัญชียาของโรงพยาบาลศิริราช	589
ตารางที่ 45-9	ขนาดที่ใช้ของยาในกลุ่ม choline esterase inhibitor	590
ตารางที่ 45-10	ยาในกลุ่ม anticholinergic	591
ตารางที่ 47-1	สรุปลำดับขั้นต่างๆ ของปฏิกิริยาเครียด และวิธีการจัดการ	610
ตารางที่ 47-2	สรุปกลยุทธ์จัดการความเครียด	611
ตารางที่ 48-1	ตัวอย่างความสัมพันธ์ระหว่าง ความคิด ความรู้สึก พฤติกรรม	623
ตารางที่ 53-1	global assessment of function (GAF) scale	681
ตารางที่ 53-2	ประเภทและความสามารถของบุคคลปัญญาอ่อน แบ่งตามระดับเชาวน์ปัญญา เมื่อแบ่งตามเกณฑ์ของ DSM-IV-TR	689
ตารางที่ 55-1	การลดการดูดซึมในทางเดินอาหาร	708

ส่วนที่



วิทยาศาสตร์การแพทย์พื้นฐานและพฤติกรรมศาสตร์พื้นฐาน
(Medical Science and Basic Behavioral Science)

บทที่ 1

บทนำสู่วิชาจิตเวชศาสตร์

(Introduction to Psychiatry)

พจนม เกตุมาน

ปัญหาทางจิตเวชเป็นปัญหาที่พบได้บ่อย ก่อให้เกิดความสูญเสียแก่ผู้ป่วยและญาติอย่างมาก แม้ว่าการรักษาโรคทางจิตเวชในปัจจุบันได้ผลดีกว่าในอดีต ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปทำงานได้เร็ว ไม่เป็นโรคเรื้อรัง แต่ผู้ป่วยจำนวนมากไม่ได้รับการรักษา เนื่องจากโรคทางจิตเวชยังไม่เป็นที่รู้จัก หรือยอมรับ แพทย์ทั่วไปจึงควรมีความรู้ทางจิตเวช เพื่อวินิจฉัยและให้การรักษาเบื้องต้น เผยแพร่ความรู้แก่ประชาชนให้รู้จัก เข้าใจ มีทัศนคติที่ดี และยอมรับการรักษาโรคทางจิตเวช ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างถูกต้องรวดเร็ว

ตำราจิตเวชศาสตร์เล่มนี้มีขึ้นเพื่อให้นักศึกษาแพทย์อ่านประกอบการเรียนวิชาจิตเวชศาสตร์ เนื้อหาประกอบด้วยความรู้พื้นฐานทั่วไปทางจิตเวชศาสตร์ โรคจิตเวชศาสตร์ที่พบบ่อยในเวชปฏิบัติ แนวทางการช่วยเหลือเบื้องต้น การใช้ยาทางจิตเวช การให้คำปรึกษาแนะนำ การส่งต่อ การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม และแนวทางป้องกันปัญหาทางจิตเวชที่พบบ่อย เมื่อสำเร็จการศึกษาหลักสูตร แพทยศาสตรบัณฑิต แพทย์สามารถใช้วิชาจิตเวชศาสตร์ในการรักษาโรคทั่วไปและโรคทางจิตเวช เพิ่มคุณภาพชีวิตแก่ผู้ป่วยและญาติในเวชปฏิบัติทั่วไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ความสำคัญของจิตเวชศาสตร์

องค์การอนามัยโลก¹ ได้รายงานผลการศึกษาเมื่อปี พ.ศ. 2542 พบว่า โรคที่มีความรุนแรงเป็นลำดับสี่ที่ทำให้เกิดความสูญเสียต่อชีวิตคือ กลุ่มโรคซึมเศร้า (depressive disorder) ซึ่งเป็นโรคทางจิตเวชที่พบบ่อย อาการของกลุ่มโรคซึมเศร้า (depressive disorder) อาจมีมากจนรบกวนการทำงานและการดำเนินชีวิตตามปกติ และถ้าเป็นรุนแรงมากอาจถึงขั้นฆ่าตัวตาย องค์การอนามัยโลกได้ทำนายว่าในปี พ.ศ. 2563 โรคนี้จะเป็โรคที่ทำให้เกิดภาวะทุพบุรุษประมาณเป็นอันดับสองรองจากโรคหัวใจ

ผู้ป่วยกลุ่มโรคซึมเศร้า (depressive disorder) จำนวนมากไม่ได้รับการรักษาทางจิตเวช² เนื่องจากประชาชนไม่รู้จักโรคนี้ ทั้งที่สามารถรักษาให้หายได้ด้วยยา การรักษาอย่างรวดเร็วช่วยป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยฆ่าตัวตาย และช่วยให้หายเป็นปกติ สามารถกลับไปดำเนินชีวิตได้เหมือนเดิม ดังนั้น แพทย์ทั่วไปควรมีความรู้เกี่ยวกับกลุ่มโรคซึมเศร้า (depressive disorder) เพื่อสามารถวินิจฉัยและรักษาเบื้องต้น หรือส่งต่อพบจิตแพทย์ได้อย่างรวดเร็ว

นอกจากกลุ่มโรคซึมเศร้า (depressive disorder) แล้ว แพทย์ทั่วไปยังควรมีความรู้เกี่ยวกับโรคหรือภาวะทางจิตเวชอื่นๆ ที่พบบ่อย เช่น โรคความผิดปกติจากการดื่มสุราหรือการเสพสารเสพติดอื่นๆ ความเครียดและการปรับตัวกับภาวะเครียด ภาวะทางจิตใจและพฤติกรรม การปรับตัวของญาติและผู้ป่วยโรคทางกาย มีทักษะในการให้ความรู้ให้คำปรึกษา เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจโรคของตนเอง ยอมรับและร่วมมือในการรักษา และสามารถป้องกันโรคโดยการส่งเสริมสุขภาพ ทั้งร่างกายและจิตใจ ลดพฤติกรรมหรือภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่างๆ

เป้าหมายของการเรียนจิตเวชศาสตร์ในหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต

การเรียนจิตเวชศาสตร์ในหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต เพื่อให้แพทย์ทั่วไป

1. มีความรู้เรื่องสุขภาพจิตและโรคทางจิตเวชที่พบบ่อย สามารถบอกสาเหตุ การวินิจฉัย การป้องกัน การรักษาและฟื้นฟู รวมถึงวิธีการส่งต่อผู้ป่วยมาพบจิตแพทย์ มีความรู้เรื่องพัฒนาการ บุคลิกภาพ การปรับตัว และปฏิกิริยาเมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคทางร่างกาย
2. มีทักษะการสัมภาษณ์ทางจิตเวชและการตรวจสภาพจิต ตลอดจนการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ป่วยและญาติ เพื่อวินิจฉัยโรคทางจิตเวชเบื้องต้น สามารถสื่อสารให้ความรู้แก่ผู้ป่วย ให้คำปรึกษา แนะนำในการดูแลป้องกันตนเอง ให้กำลังใจเพื่อให้ผู้ป่วยจิตใจสงบ ปรับจิตใจยอมรับในโรคที่เป็น ร่วมมือในการรักษา และเลือกการรักษาได้เหมาะสม สามารถจูงใจ เปลี่ยนแปลงแก้ไขพฤติกรรมเสี่ยงของผู้ป่วย สร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ดี และส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชได้อย่างมีประสิทธิภาพ
3. มีทัศนคติที่ดีต่อวิชาจิตเวชศาสตร์และการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม (holistic approach) เห็นความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางร่างกาย จิตใจ และสังคมในผู้ป่วยทุกคน ให้ความสำคัญกับปัญหาทางจิตเวช ใช้ความรู้และทักษะทางจิตเวชศาสตร์ในเวชปฏิบัติทั่วไป ไม่รังเกียจหรือกลัวผู้ป่วยจิตเวช และคำนึงถึงจิตใจผู้ป่วยในการรักษาโรคทางร่างกาย

นอกจากนี้ วิชาจิตเวชศาสตร์ยังช่วยให้แพทย์สามารถพิจารณาตนเอง เข้าใจตนเอง แก้ไขและพัฒนาตนเองให้ดีขึ้น เข้าใจผู้อื่น ยอมรับในความแตกต่างของบุคคล เข้าใจผู้ป่วยและญาติ เพื่อนร่วมงาน มีทัศนคติที่ดีต่อผู้อื่นและสังคมสิ่งแวดล้อม มองโลกในแง่ดี และมีสุขภาพจิตดี

สุขภาพจิต (mental health)

องค์การอนามัยโลกได้ให้นิยามว่า สุขภาพจิต คือ สภาวะจิตใจที่เป็นสุข ตระหนักรู้ความสามารถของตนเอง ปรับตนเองได้ในภาวะกดดันในชีวิต ทำงานที่เกิดเป็นประโยชน์ต่อตนเอง และสังคมได้³

ผู้ที่สุขภาพจิตมีปัญหาอาจแสดงออกทางอารมณ์ ทางอาการทางร่างกาย ทางความคิด หรือมีพฤติกรรมปรับตัวที่ไม่เหมาะสม เช่น เครียด ปวดศีรษะ ปวดท้อง ซึม แยกตัวเอง หงุดหงิด ขาดแรงจูงใจ เบื่อชีวิตคิดอยากตาย ใช้สุราหรือสารเสพติด หรือมีพฤติกรรมเสี่ยงในวัยรุ่น อาการเหล่านี้ ถ้ารุนแรงหรือมีมากจนรบกวนการดำเนินชีวิตตามปกติอาจจัดว่าเป็นโรคทางจิตเวช เช่น กลุ่มโรคซึมเศร้า (depressive disorder) โรคบุคลิกภาพผิดปกติ (personality disorder) โรคการใช้สารเสพติด

(substance use disorder) ดังนั้น การป้องกันปัญหาสุขภาพจิต ควรเริ่มตั้งแต่มีอายุน้อยๆ จึงจะป้องกันการเกิดโรคทางจิตเวชได้

แพทย์ทั่วไปจึงควรมีความรู้เรื่องสุขภาพจิต ปัญหาสุขภาพจิตที่พบได้บ่อย และการป้องกัน ปัญหาสุขภาพจิต⁴⁻⁵ ก่อนที่ปัญหานั้นจะกลายเป็นโรคทางจิตเวช

การป้องกันปัญหาสุขภาพจิต มี 3 ระดับ ดังนี้

1. การป้องกันระดับปฐมภูมิ (primary prevention) คือ การป้องกันมิให้เกิดโรค ลดความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตหรือโรคทางจิตเวช เป้าหมายเพื่อลดอัตราการเกิดโรคจิตเวช ใหม่/อุบัติการณ์ของโรค (incidence) วิธีป้องกันทำได้โดยหาสาเหตุของโรค ลดปัจจัยเสี่ยงที่จะเกิดโรค เช่น โรคทางสมองและระบบประสาท การทำร้ายหรือทอดทิ้งเด็ก และเพิ่มปัจจัยป้องกันโรค เช่น การส่งเสริมความเข้มแข็งในครอบครัว การเลี้ยงดูเด็กให้ถูกต้อง

2. การป้องกันระดับทุติยภูมิ (secondary prevention) คือ การค้นหาผู้ที่เริ่มป่วยทางจิตเวชและให้การช่วยเหลืออย่างรวดเร็ว ไม่ปล่อยให้มีความยาวนานหรือเป็นโรคเรื้อรัง เป้าหมายเพื่อลดความชุก (prevalence) ของโรคทางจิตเวช การค้นหาโรคทำได้โดยการให้ความรู้แก่ประชาชน สำนวณ คัดกรอง และให้ความรู้แก่บุคลากรสาธารณสุขเพื่อช่วยคัดกรอง ช่วยเหลือเบื้องต้น และส่งต่อมายังสถานบริการสุขภาพจิตระดับต่างๆ

3. การป้องกันระดับตติยภูมิ (tertiary prevention) คือ การดูแลฟื้นฟูสุขภาพจิตแก่ผู้ป่วยที่กำลังรักษา ป้องกันมิให้โรคเป็นเรื้อรังซึ่งจะรักษาได้ยาก โดยการสร้างพฤติกรรมที่ดี เลิกพฤติกรรมเสี่ยง เพื่อลดการสูญเสียหน้าที่จากอาการของโรค เนื่องจากโรคทางจิตเวชที่เริ่มเป็นตั้งแต่อายุน้อยมักรบกวนพัฒนาการของบุคลิกภาพ ทำให้ผู้ป่วยขาดทักษะสำคัญในการปรับตัว เช่น ทักษะการจัดการความเครียด ทักษะการเข้าสังคม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การดูแลฟื้นฟูสุขภาพจิตจึงต้องสร้างทักษะสำคัญเหล่านี้ ก่อนที่จะเป็นปัญหาบุคลิกภาพและแก้ไขได้ยากในวัยผู้ใหญ่

แนวคิดทางจิตเวชศาสตร์แบบองค์รวม⁶

จิตเวชศาสตร์อาศัยแนวคิดแบบองค์รวม อธิบายความสัมพันธ์กันระหว่างปัจจัย 3 ประการ คือ ปัจจัยทางชีวภาพ ปัจจัยทางจิตใจ และปัจจัยทางสังคมหรือสิ่งแวดล้อม ที่มีผลต่อสุขภาพ การรักษาและการป้องกันโรคทั้งทางร่างกายและทางจิตใจ แพทย์สามารถวางแผนรักษาได้ง่ายเมื่อเข้าใจผู้ป่วยแบบองค์รวม ดังตัวอย่างผู้ป่วยต่อไปนี้

ผู้ป่วยหญิง อายุ 32 ปี มีความดันโลหิตสูงและปวดศีรษะมาประมาณ 2 ปี แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง (hypertension) รักษาด้วยยาลดความดันโลหิต (antihypertensive drug) และยาแก้ปวดศีรษะ แต่อาการไม่ดีขึ้น เป็นๆ หายๆ มาหลายเดือน

การรักษาที่มุ่งตัวโรคหรืออาการเป็นหลัก โดยให้ยารักษาอย่างเดียว มักไม่ได้ผล เนื่องจากผู้ป่วยรายนี้มีปัจจัยการเกิดโรคทั้งทางชีวภาพ จิตใจ และสังคมสิ่งแวดล้อมประกอบกัน ดังนั้น การทำความเข้าใจผู้ป่วยรายนี้แบบองค์รวมจะช่วยให้รักษาได้ผลดีกว่า ดังนี้

จากประวัติพบว่า ผู้ป่วยเป็นลูกคนโต บิดามารดาเลี้ยงแบบให้ช่วยเหลือดูแลตนเอง ขาดความรักความอบอุ่นทางจิตใจ มารดาเป็นคนเจ้าระเบียบ คัดหวังกับผู้ป่วยมาก ทั้งเรื่องการเรียนรู้และความรับผิดชอบในครอบครัว ผู้ป่วยต้องเลี้ยงน้อง ทำงานแทนมารดาตั้งแต่เด็ก ทำให้เป็นคนเครียดง่าย พยายามเรียนให้ดี ทำงานไม่ให้ผิดพลาด ไม่มีเวลาพักผ่อน เมื่อเรียนจบได้ทำงานเป็นนายทหารในหน่วยข่าวกรอง ทำงานหนักมาก ผลงานดีเป็นที่พอใจของเจ้านาย ทำให้เจ้านายมอบหมายงานให้มากกว่าคนอื่นเพราะเห็นว่ารับผิดชอบดี ทำงานเร็วเรียบร้อย ผู้ป่วยไม่มีเวลาพักผ่อน แม้ในวันเสาร์อาทิตย์ยังต้องทำงาน วันธรรมดาเลิกงานแล้วยังเอางานกลับไปทำที่บ้าน

เมื่อวิเคราะห์ผู้ป่วยรายนี้แบบองค์รวม จะพบว่าโรคความดันโลหิตสูง (hypertension) เกิดจากปัจจัยทางชีวภาพ จิตใจ และสังคมสิ่งแวดล้อมประกอบกัน ดังนี้

ปัจจัยทางจิตใจ คือความวิตกกังวลกับงาน เนื่องจากงานที่ได้รับมีปริมาณมาก ต้องเร่งรีบทำงานเกินกำลังและเวลาที่มีจำกัด ต้องใช้สมองคิดโดยไม่ได้พัก ความเครียดจากงานนี้กระตุ้นระบบประสาทอัตโนมัติให้ทำงานมาก ความดันโลหิตจึงสูงขึ้น กล้ามเนื้อรอบศีรษะหดเกร็งทำให้เกิดปวดศีรษะ บุคลิกภาพเดิมของผู้ป่วยเป็นคนเครียดง่าย ไม่กล้าปฏิเสธ เกิดจากการเลี้ยงดูในวัยเด็กที่มารดาดุเข้มงวดเจ้าระเบียบ กดดันผู้ป่วยให้กลายเป็นคนขี้กังวล ไม่กล้าปฏิเสธคนอื่น ไม่กล้าปฏิเสธงาน ยอมทนรับงานมากเกินไปกว่าร่างกายและจิตใจจะรับได้

ปัจจัยทางชีวภาพที่เป็นสาเหตุทำให้เกิดอาการ คือ ร่างกายขาดการพักผ่อน นอนน้อย ร่างกายไม่แข็งแรง จึงเกิดความเครียดง่าย

ปัจจัยทางสังคมสิ่งแวดล้อม คือ เจ้านายที่มีความคาดหวังสูงคล้ายมารดาของผู้ป่วย และงานด้านข่าวกรองที่เร่งรีบ ต้องรับผิดชอบมาก

การรักษาแบบองค์รวม ทำได้ดังนี้

1. ทางจิตใจ รับฟังผู้ป่วย เข้าใจ ให้กำลังใจ อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจการเกิดอาการ แนะนำให้จัดเวลาทำงานให้น้อยลง พักผ่อนมากขึ้น มีวันหยุด ออกกำลังกายให้ร่างกายแข็งแรง ฝึกเทคนิคการผ่อนคลายความเครียด

2. ทางชีวภาพ ให้ยาลดความดันโลหิต ยาแก้ปวดศีรษะ ยาคลายกังวล นวด และออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอเพื่อให้ร่างกายแข็งแรง

3. ทางสังคมสิ่งแวดล้อม แนะนำให้ฝึกทักษะการปฏิเสธงานเจ้านายอย่างมีเหตุผล หรือปรึกษาหารือกับเจ้านายเพื่อกำหนดเวลางานให้พอเหมาะ ไม่มากเกินไป

การติดตามผู้ป่วยในระยะ 2 สัปดาห์ต่อมา พบว่าผู้ป่วยร่วมมือดี กินยาสม่ำเสมอ แต่อาการยังไม่ดีขึ้น ยังไม่สามารถปฏิเสธเจ้านายเพื่อขอลดงานได้ ไม่กล้าบอกเจ้านายว่าเวลาไม่เพียงพอ กลัวเจ้านายจะตำหนิเหมือนที่เคยถูกมารดาตำหนิตั้งแต่เด็ก ไม่มีเวลาดำเนินการออกกำลังกาย การรักษาด้วยยาอย่างเดียวจึงไม่ได้ผล

แพทย์ได้ให้คำปรึกษาต่อไป โดยแนะนำให้พยายามปรึกษาเจ้านายอีกครั้ง โดยมีการชักชวนให้ผู้ป่วยลองแสดงบทบาทสมมติพูดคุยกับเจ้านายเพื่อขอลดปริมาณงาน

หนึ่งเดือนต่อมา ผู้ป่วยอาการดีขึ้นมาก เล่าให้แพทย์ฟังว่า ได้ลองปรึกษาเจ้านายตามแบบที่เตรียมตัวไป พบว่าเจ้านายเข้าใจ ไม่ตำหนิผู้ป่วยเหมือนที่เคยกลัวล่วงหน้า และได้ลดงานลงให้เหมาะสม เมื่อทำงานตามภาระงานใหม่แล้วไม่เครียดเหมือนเดิม มีเวลาพักผ่อนและออกกำลังกายมากขึ้น อาการปวดศีรษะหายไป ความดันโลหิตลดลงจนเป็นปกติ และหยุดยาลดความดันโลหิต (antihypertensive drug) ได้

สามเดือนต่อมา ผู้ป่วยหยุดยาได้ทุกชนิด อาการต่างๆ หายไปหมด

ตัวอย่างผู้ป่วยข้างต้นนี้ แสดงให้เห็นว่าการเข้าใจแบบองค์รวม ซึ่งครอบคลุมปัจจัยต่างๆ ที่เป็นต้นเหตุ ทั้งทางชีวภาพ จิตใจ และสังคมสิ่งแวดล้อม สามารถอธิบายได้ทั้งกลไกการเกิดโรค และการวางแผนช่วยเหลือที่มีประสิทธิภาพ

แนวคิดแบบองค์รวมต่อโรคทางจิตเวชและสุขภาพจิต

แนวทางแบบองค์รวม ทำให้เข้าใจการเกิดโรคทางจิตเวชด้วยเช่นกัน เช่น กลุ่มโรคซึมเศร้า (depressive disorder) มีปัจจัยทางชีวภาพ ได้แก่ พันธุกรรม โรคทางร่างกาย ปัจจัยทางจิตใจ ได้แก่ บุคลิกภาพเดิม ความสามารถในการปรับตัวเมื่อเผชิญกับความเครียด และปัจจัยทางสังคมสิ่งแวดล้อม ได้แก่ ความสูญเสีย หรือความเครียดจากครอบครัว และสิ่งแวดล้อม

การรักษากลุ่มโรคซึมเศร้า (depressive disorder) แบบองค์รวม ได้แก่ การรักษาทางชีวภาพ คือ ใช้ยาต้านเศร้า (antidepressant) ยาแก้ปวด และรักษาโรคทางร่างกาย การรักษาทางจิตใจ คือ ทำจิตบำบัด พฤติกรรมบำบัด และการช่วยเหลือทางสังคมสิ่งแวดล้อม คือ การให้คำปรึกษา แนะนำครอบครัว เพื่อน และสิ่งแวดล้อมอื่นๆ

การป้องกันกลุ่มโรคซึมเศร้า (depressive disorder) ประกอบด้วย ปัจจัยทางชีวภาพ คือ ร่างกายที่แข็งแรง ปราศจากโรคทางกาย ปัจจัยทางจิตใจ คือ สุขภาพจิตที่ดี บุคลิกภาพเดิมที่ดี ปัจจัยทางสังคมสิ่งแวดล้อม คือ ครอบครัวที่อบอุ่น ความสัมพันธ์ที่ดี การเลี้ยงดูในวัยเด็กที่ดี มีการประคับประคองจิตใจ และสังคมสิ่งแวดล้อมเข้มแข็ง

สุขภาพจิตที่ดีเป็นปัจจัยหนึ่งที่ช่วยป้องกันปัญหาทางจิตเวช การส่งเสริมสุขภาพจิตแบบองค์รวมจึงประกอบด้วยปัจจัยทางกาย คือร่างกายที่แข็งแรง ปราศจากโรคทางร่างกาย ปัจจัยทางจิตใจ คือจิตใจดี มีความคิดดี อารมณ์ดี ปรับตัวแก้ปัญหาได้ดี และปัจจัยทางสังคมสิ่งแวดล้อม คือ ครอบครัวดี เพื่อนดี ชุมชนสังคมปกติสุข ไม่มีการทำร้ายกัน คนในสังคมช่วยเหลือกัน

แนวคิดแบบองค์รวมในการรักษาโรคทางกาย

แนวคิดแบบองค์รวมสามารถนำมาใช้ในการรักษาผู้ป่วยโรคทางร่างกายได้เช่นกัน ดังตัวอย่างผู้ป่วยนี้

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 40 ปี ปวดสะโพกเรื้อรังจนติดยาแก้ปวดแบบฉีดมา 2 ปี สาเหตุที่ผู้ป่วยใช้ยาแก้ปวด เริ่มต้นจากอาการปวดสะโพกข้างขวา หลังเกิดอุบัติเหตุทางรถยนต์จนกระดูก

สะโปกหักเมื่อ 3 ปีก่อน หลังผ่าตัดใส่เหล็กยึดกระดูกใหม่ๆ มีอาการปวดมาก แพทย์ให้ยาแก้ปวดแบบฉีดติดต่อกันนานหลายสัปดาห์ ต่อมาผู้ป่วยขอยาฉีดเพิ่มขึ้น แพทย์ให้ยาฉีดนั้นมากขึ้นเรื่อยๆ เป็นเวลาหลายเดือน จนผู้ป่วยติดยา ไม่สามารถลดยานี้ได้ เพราะจะปวดมาก

พฤติกรรมติดยาแก้ปวดของผู้ป่วยนี้ อธิบายได้ว่าเกิดจากปัจจัยทางชีวภาพ ได้แก่ การบาดเจ็บทางร่างกาย คือ กระดูกหักทำให้เกิดอาการปวด ยาที่ฉีดนั้นระงับปวดได้ดี แต่มีข้อเสียคือเมื่อได้รับยานี้ช้าบ่อยๆ ร่างกายจะทนทานยาทำให้ยาขนาดเดิมไม่สามารถระงับอาการปวดได้ ต้องเพิ่มปริมาณยา และเมื่อขาดยาหรือระดับยาในร่างกายลดลง จะเกิดอาการทางร่างกาย เช่น นอนไม่หลับ ปวดในกระดูก ปวดสะโปก อาการเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมานใจมาก

ปัจจัยทางจิตใจ คือ ผู้ป่วยเรียนรู้ว่า ยาแก้ปวดแบบฉีดช่วยให้หายปวดได้เร็ว ไม่กล้าหยุดฉีดยาแก้ปวด เพราะกลัวจะมีอาการปวดมาก และเมื่อระดับยาลดลงจะเกิดอาการทางจิตใจ เช่น หงุดหงิด กระวนกระวาย ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกขาดยาไม่ได้ คิดถึงแต่การฉีดยา และรีบรื้อขอให้แพทย์เพิ่มยาฉีดเพื่อคุมอาการปวดให้ได้

ปัจจัยทางสังคมสิ่งแวดล้อม คือ การที่แพทย์ยินยอมฉีดยาแก้ปวดให้อย่างต่อเนื่อง โดยไม่หยุดยาหรือเปลี่ยนเป็นยาแก้ปวดชนิดอื่นที่โอกาสติดยาน้อยกว่า

ปัจจัยทั้งสามประการนี้ทำให้ผู้ป่วยติดยาแก้ปวด จนไม่สามารถลดหรือหยุดยานี้ได้

การช่วยเหลือผู้ป่วยนี้ทางชีวภาพ ได้แก่ แพทย์ควรให้ยาแก้ปวดเท่าที่จำเป็น ใช้ยาแก้ปวดชนิดอื่นทดแทน และให้ยาทางจิตเวชรักษาอาการทางจิตใจที่พบร่วมด้วย พร้อมกับลดขนาดยาแก้ปวดชนิดเดิมลงทีละน้อย

การช่วยเหลือทางจิตใจ ได้แก่ การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเพื่อเข้าใจการติดยาแก้ปวด สร้างแรงจูงใจให้ลดและเลิกยา ฝึกการยับยั้งใจตัวเอง ร่วมกับการลดความเครียด การฝึกทักษะแก้ไขปัญห

การช่วยเหลือทางสังคมสิ่งแวดล้อม ได้แก่ การอธิบายให้ญาติพี่น้องและครอบครัวเข้าใจ ลดความเครียดจากงาน ครอบครัว หรือสิ่งแวดล้อมที่เป็นสาเหตุ

สรุปและคำแนะนำท้ายบท

จิตเวชศาสตร์ ช่วยให้แพทย์ทั่วไปมีความรู้และทักษะที่สำคัญในการวินิจฉัยโรคทางจิตเวชที่พบบ่อย สามารถให้การรักษาเบื้องต้น มีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วยจิตเวช และส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชได้ สามารถเข้าใจผู้ป่วยแบบองค์รวม เห็นความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยทางจิตใจ มีทักษะในการให้คำปรึกษาแนะนำและป้องกันโรคทางกายและโรคทางจิตเวชได้

สุขภาพ และ สุขภาวะ ประกอบด้วยความสมบูรณ์ทางกาย จิต สังคม และปัญญา ดังนี้

สุขภาวะทางกาย ร่างกายแข็งแรง ปลอดภัย พิษ ปลอดภัย มีสัมมาชีพ

สุขภาวะทางจิต ความดี ความงาม ความสงบ ความมีสติ

สุขภาวะทางสังคม สังคมสัมพันธ์ สังคมเข้มแข็ง สังคมยุติธรรม สังคมสันติ

สุขภาวะทางปัญญา รู้รอบเท่าทัน ทำเป็น อยู่ร่วมกันเป็น บรรลุอิสรภาพ

ศ.นพ.ประเวศ วะสี

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization Regional Office for South-East Asia. Conquering depression: you can get out of the blue. New Delhi: WHO Regional Office for South-East Asia; 2001.
2. Kongsuk K, Kittirattanapaiboon P, Kenbubpha K, Sukawaha S, Leejongpermpoon J. The prevalence of major depressive disorders in Thailand: results from the epidemiology of mental disorders national survey 2008. Paper presented at: WPA Section on Epidemiology and Public Health-2010 Meeting: prediction in psychiatric epidemiology: from childhood and adolescence to adulthood: 2010 July 11-14, 2010; Lisbon, Portugal.
3. World Health Organization. Mental health: a state of well-being [online]. 2011 [cited 2012 Apr 9]. Available from: http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/en/index.html
4. Simeonsson RJ. Primary, secondary, and tertiary prevention in early intervention. J Early Intervention 1991;15:124-34.
5. Adler DA, Levinson DJ, Astrachan BM. The concept of prevention in psychiatry: a reexamination. Arch Gen Psychiatry 1978;35:786-9.
6. Engel G. The clinical application of the biopsychosocial model. Am J Psychiatry 1980;137:35-44.

บทที่ 2

เวชจริยศาสตร์ ความเป็นมืออาชีพทางการแพทย์ และความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย (Medical Ethics, Professionalism, and Doctor-Patient Relationship)

วราภัทร รัตตอภา

หลักของเวชจริยศาสตร์และความเป็นมืออาชีพทางการแพทย์ เป็นหลักพื้นฐานที่แพทย์ทั่วไปต้องเข้าใจและยึดถือปฏิบัติ โดยเฉพาะการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งต้องเข้าใจจิตใจของผู้ป่วยอย่างมาก ข้อมูลส่วนมากจะได้รับการสัมภาษณ์ประวัติจากผู้ป่วยและญาติ รวมถึงการสังเกตอาการ หากแพทย์สามารถสร้างสัมพันธภาพเชิงการรักษากับผู้ป่วยได้ดี จะเป็นพื้นฐานสำคัญในการเข้าใจรายละเอียดความเจ็บป่วยในอีกด้านหนึ่ง เวชปฏิบัติทางจิตเวชนั้น บ่อยครั้งก็จะมีปัญหาทางด้านจริยศาสตร์เข้ามาเกี่ยวข้องด้วย เช่น การประเมินความสามารถของบุคคล ความยินยอมของผู้ป่วยในเรื่องต่างๆ เป็นต้น สัมพันธภาพระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยเองก็อาจส่งผลกระทบต่ออารมณ์ ความคิด ทั้งของผู้ป่วยและแพทย์ผู้รักษาได้ ทำให้บางครั้งเกิดประเด็นทางจริยศาสตร์ที่ต้องพิจารณาและระมัดระวัง เช่น ขอบเขตสัมพันธภาพ (boundary) ซึ่งแพทย์ควรดำรงอยู่ในบทบาทหน้าที่ของผู้รักษาอย่างเหมาะสม เพื่อประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วยที่ดูแล

หลักเวชจริยศาสตร์ (medical ethics)¹⁻²

1. การเคารพในตัวตนบุคคล (respect to person) ประกอบด้วยพื้นฐานสำคัญสองประการ คือ

1.1 เคารพในความมีอิสระเป็นตัวเองของผู้ป่วย (patient autonomy) แพทย์พึงเคารพต่อศักยภาพของบุคคลที่สามารถแสดงความคิดเห็นหรือตัดสินใจได้ด้วยตนเอง เมื่อผู้ป่วยเข้าใจปัญหาและทางเลือก หรือแนวทางในการแก้ไข หรือข้อมูลต่างๆ อย่างถ่องแท้ แพทย์ควรให้ผู้ป่วยพิจารณาและตัดสินใจด้วยตนเอง โดยไม่ชี้นำไปในทางที่แพทย์ต้องการ หลักการนี้ยังรวมถึงการที่ผู้ป่วยควรได้รับข้อมูลที่แท้จริงที่จำเป็นเกี่ยวกับตนเอง และมีสิทธิ์ที่จะได้รับการปกปิดข้อมูลเกี่ยวกับตนเองในเรื่องต่างๆ ด้วย กล่าวคือ แพทย์จำเป็นต้องรักษาความลับของผู้ป่วย ยกเว้นการรักษาความลับนั้นจะเป็นอันตรายต่อตัวผู้ป่วยเองหรือผู้อื่นที่สามารถระบุตัวได้ และการเปิดเผยความลับทำให้เกิดประโยชน์ต่อส่วนรวมหรือการปฏิบัติตามหน้าที่ตามกฎหมาย เช่น กรณีผู้ป่วยวางแผนฆ่าตัวตายหรือมีเจตนาไปทำร้ายบุคคลอื่น เป็นต้น

1.2 การปกป้องบุคคลที่มีความบกพร่องหรือสูญเสียความเป็นอิสระในการตัดสินใจด้วยตนเอง ผู้ป่วยทางจิตเวชจัดอยู่ในกลุ่มที่เปราะบางหรืออาจไม่สามารถตัดสินใจใดๆ ได้อย่างอิสระ

เนื่องจากบางครั้งมีสติสัมปชัญญะหรือการรับรู้ความเป็นจริงบกพร่อง แพทย์จะต้องปกป้องให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากอันตรายหรือการปฏิบัติที่ไม่ชอบ ซึ่งในกรณีที่ความสามารถตัดสินใจด้วยตนเองของผู้ป่วยมีจำกัด บิดา มารดา หรือผู้แทนโดยชอบธรรมจะช่วยเหลือและปกป้องสิทธิผู้ป่วยโดยการใช้สิทธิตัดสินใจแทนผู้ป่วย

ตัวอย่างการประยุกต์ใช้ในเวชปฏิบัติ

- ตัวอย่างสิทธิผู้ป่วยในการตัดสินใจด้วยตนเอง เช่น สิทธิพื้นฐานที่จะได้รับการบริการสุขภาพ สิทธิที่จะขอความเห็นจากผู้ประกอบวิชาชีพอื่นและขอเปลี่ยนผู้ให้บริการหรือสถานบริการได้ เป็นต้น
- การอธิบายข้อมูลทางการแพทย์ให้ผู้ป่วยทราบก่อนตัดสินใจแสดงเจตนายินยอมรับการรักษา (inform consent) เช่น ก่อนการทำหัตถการ การผ่าตัด เป็นต้น
- การแจ้งผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการแก่ผู้ป่วยและการรักษาความลับ เช่น ผลตรวจการติดเชื้อไวรัส HIV (human immunodeficiency virus) ผลการตรวจชิ้นเนื้อร้าย เป็นต้น
- การตัดสินใจรับการรักษาเป็นผู้ป่วยในของผู้ป่วยจิตเวช เป็นต้น

2. การทำเพื่อประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วยและไม่ทำสิ่งที่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วย (beneficence & non-maleficence) คือหลักการที่มุ่งเน้นการกระทำที่ก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วย (beneficence) รวมถึงการทำอะไรๆ เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย และเน้นการไม่กระทำสิ่งที่เกิดอันตรายแก่ผู้ป่วย (non-maleficence) หรือทำให้เกิดอันตรายต่ำที่สุด เช่น ไม่ทำการรักษาที่ทราบว่าไม่ได้ผลหรือเกิดความเสียหายต่อผู้ป่วย หลักการนี้อาจถูกยกไปกล่าวอ้างอิงตามหลักเวชจริยศาสตร์ โดยใช้คำว่า “do no harm”

ตัวอย่างการประยุกต์ใช้ในเวชปฏิบัติ

- การตัดสินใจเลือกวิธีการรักษา เช่น การผ่าตัด การใช้ยาชนิดใหม่ การหยุดการรักษาใดๆ เป็นต้น ต้องพิจารณาระหว่างประโยชน์ที่ผู้ป่วยจะได้รับกับความเสี่ยงที่คาดว่าจะเกิดขึ้น
- การพิจารณาว่าจะให้วัคซีนป้องกันโรคใดๆ หรือไม่ การรณรงค์ลดพฤติกรรมเสี่ยงที่เป็นปัจจัยการเกิดโรคต่างๆ เป็นต้น

3. ความยุติธรรม ความเสมอภาค หรือความเท่าเทียมกัน (justice or equity) หลักการนี้ในเชิงการแพทย์หมายถึง การไม่มีความแตกต่างของการให้บริการตามความจำเป็นแก่ผู้ป่วย ผู้ป่วยควรได้รับความเสมอภาค โดยไม่มีการเลือกปฏิบัติตามปัจจัยที่แตกต่าง เช่น เพศ อายุ เชื้อชาติ สถานะทางสังคม และเศรษฐกิจ รวมถึงการกระจายแหล่งบริการทรัพยากร เช่น บุคลากร เครื่องมือ อย่างเสมอภาค โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีศักยภาพในการปกป้องสิทธิของตนเองต่ำหรือขาดความสามารถในการให้ความยินยอมด้วยตนเอง

ตัวอย่างการประยุกต์ใช้ในเวชปฏิบัติ

- ความเท่าเทียมกันในการเลือกวิธีการรักษาผู้ป่วยแต่ละราย
- ความเท่าเทียมกันในโอกาสของผู้ป่วยในการเลือกหรือได้รับการรักษาพยาบาล

เวชจริยศาสตร์กับการวิจัย

ผู้ที่มีปัญหาทางจิตเวชนั้น จัดเป็นกลุ่มบุคคลที่เปราะบาง หรืออาจไม่สามารถตัดสินใจใดๆ ได้อย่างอิสระ (vulnerable subject) เนื่องจากไม่สามารถคุ้มครองผลประโยชน์ของตนเองได้ บางส่วนหรือทั้งหมด (กลุ่มบุคคลอื่นๆ ที่จัดเป็นกลุ่มบุคคลที่เปราะบาง ได้แก่ เด็ก ผู้สูงอายุที่มีสติปัญญาหรือความจำบกพร่อง ผู้ได้บังคับบัญชาหรือเจ้าหน้าที่ในหน่วยงาน นักเรียน นักศึกษานักโทษ ผู้ด้อยโอกาสทางสังคมในบางกรณี เป็นต้น) จึงต้องมีหลักการและเหตุผลเพียงพอถ้าจะศึกษาวิจัยในประชากรกลุ่มนี้ และหากได้รับคัดเลือกเป็นอาสาสมัครวิจัยแล้ว จะต้องนำวิธีการปกป้องสิทธิมาใช้อย่างเคร่งครัด การวิจัยในผู้ป่วยจิตเวชนั้นจะทำได้เมื่อไม่สามารถทำได้ผลดีถ้าไปทำในกลุ่มที่ไม่มีความบกพร่องของความสามารถในการให้ความยินยอม หรือเป็นการวิจัยเพื่อให้ได้ความรู้ที่สัมพันธ์กับสุขภาพของผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตหรือพฤติกรรมโดยตรง

หลักเวชจริยศาสตร์ที่สำคัญเกี่ยวกับการทำวิจัยในปัจจุบันมีพื้นฐานมาจากกรณีในอดีต จนเป็นที่มาของการประชุมเพื่อพิจารณาร่างหลักการต่างๆ ขึ้น ได้แก่ กฎนูเรมเบิร์ก³ (Nuremberg code) ฉบับปี ค.ศ. 1947 ซึ่งให้ความสำคัญต่อการหลีกเลี่ยงการกระทำใดๆ ที่ก่อให้เกิดอันตรายแก่ผู้ป่วย และต้องหลีกเลี่ยงความเจ็บปวดและความทรมานที่ไม่พึงเกิดขึ้น ปฏิญญาเฮลซิงกิ (declaration of Helsinki) ฉบับปี ค.ศ. 1964 และล่าสุด ค.ศ. 2008⁴ เป็นหลักพื้นฐานของการวิจัยทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับมนุษย์ที่ได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวางที่สุด และรายงานเบลมอนต์ (the Belmont report) ถูกเสนอเมื่อ 18 เมษายน ค.ศ. 1979⁵ กล่าวถึงหลักพื้นฐานในการคุ้มครองอาสาสมัครการวิจัย ซึ่งรวบรวมหลักสามประการด้านจริยธรรมของการวิจัยในมนุษย์ โดยอิงตามหลักเวชจริยศาสตร์ที่กล่าวแล้วข้างต้น คือ

1. การเคารพในตัวบุคคล (respect for person) โดยการอธิบายเพื่อทำความเข้าใจและขอการแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย (informed consent) โดยขอความยินยอมของผู้ที่จะเข้าร่วมในการวิจัยตามความสามารถที่แตกต่างกันของแต่ละคน และเคารพความเป็นอิสระ การเป็นตัวเองของอาสาสมัครผู้เข้าร่วมงานวิจัย (subject autonomy) คือต้องเคารพการปฏิเสธไม่เข้าร่วมการวิจัยเสมอ ยกเว้นกรณีเฉพาะ เช่น พิจารณาอย่างรอบคอบแล้วไม่มีทางเลือกอื่นที่เหมาะสมในการรักษา และกฎหมายอนุญาตให้มองข้ามการปฏิเสธนั้นได้ อย่างไรก็ตามควรได้รับอนุญาตจากสมาชิกครอบครัวที่รับผิดชอบหรือผู้แทนโดยชอบธรรม ในกรณีผู้จะเข้าร่วมการวิจัย ไม่สามารถยินยอมด้วยตนเองได้

2. การทำเพื่อประโยชน์และไม่ทำสิ่งทีก่อให้เกิดอันตราย (beneficence and non-maleficence) แก่อาสาสมัครที่เข้าร่วมการวิจัย คือประเมินความเสี่ยงและประโยชน์ที่จะได้รับจากการทำการวิจัย ในกรณีที่มีความเสี่ยง จะต้องพยายามให้เกิดน้อยที่สุด และสมเหตุสมผลกับประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย

3. หลักความยุติธรรมเสมอภาค (justice) คือ การประยุกต์ใช้การวิจัยอย่างเท่าเทียมกัน รวมไปถึงการคัดเลือกประชากรอย่างเท่าเทียมกันด้วย

ความเป็นมืออาชีพทางการแพทย์ (medical professionalism)

หมายถึง คุณสมบัติที่จำเป็นสำหรับวิชาชีพ ซึ่งเป็นกลุ่มอาชีพเฉพาะที่ต้องอาศัยการฝึกฝนให้เกิดความชำนาญ โดยมีกฎเกณฑ์ระเบียบสำหรับวิชาชีพโดยเฉพาะ คำนี้เดิมถูกใช้ในหมู่นักกฎหมายและวิศวกร แต่ได้ถูกนำมาใช้ในทางการแพทย์ ซึ่งประกอบไปด้วยคุณสมบัติที่จำเป็นต่างๆ ในการเป็นแพทย์ที่ดีที่นอกเหนือจากความรู้ทางวิชาชีพแพทย์ โดยครอบคลุมทั้งทักษะทางการแพทย์และทัศนคติ รวมทั้งคุณธรรมและจริยธรรมที่ต้องมีประจำวิชาชีพ⁶⁻⁸

ในต่างประเทศ มีการกำหนดความเป็นมืออาชีพทางการแพทย์จากหลากหลายกลุ่มและสมาคม เช่น จาก World Federation of Medical Education (WFME) และ Project of the American Board of Internal Medicine (ABIM) Foundation เป็นต้น ซึ่งได้กล่าวถึงความเป็นมืออาชีพของแพทย์ในยุคศหัสวรรษใหม่ว่า ควรประกอบด้วยหลักพื้นฐาน 3 ประการ คือ primacy of patient welfare, primacy of patient autonomy และ principle of social justice และหน้าที่พึงรับผิดชอบตามวิชาชีพ 10 ประการ ได้แก่ ความสามารถทางวิชาชีพ (professional competence) ความซื่อตรงต่อผู้ป่วย (honesty with the patient) การรักษาความลับของผู้ป่วย (patient confidentiality) การรักษาความสัมพันธ์ที่เหมาะสมกับผู้ป่วย (maintaining appropriate relationship with patient) การปรับปรุงคุณภาพของการดูแลรักษา (improving quality of care) การปรับปรุงการเข้าถึงบริการสุขภาพ (improving access to care) การกระจายทรัพยากรอย่างเสมอภาค (just distribution of resource) ความรู้ทางวิชาการ (scientific knowledge) การคงความเชื่อถือโดยจัดการความขัดแย้งทางผลประโยชน์ที่เหมาะสม (maintaining trust by managing conflict of interest) และความรับผิดชอบทางวิชาชีพ (professional responsibility)⁹

ในประเทศไทย แพทยสภาซึ่งเป็นหน่วยงานที่ดูแลมาตรฐานการประกอบวิชาชีพแพทย์ ได้กำหนดคุณลักษณะที่พึงประสงค์ทางวิชาชีพแพทย์ไว้เป็นบรรทัดฐาน จากเกณฑ์มาตรฐานผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมของแพทยสภาใน พ.ศ. 2545¹⁰ และปรับปรุงใหม่ใน พ.ศ. 2555 โดยกำหนดเกณฑ์คุณสมบัติของแพทย์อ้างอิงตามเกณฑ์ในพระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525 หมวด 2 มาตรา 11 ซึ่งสรุปเป็นหัวข้อสำคัญได้ดังตารางที่ 2-1

ตารางที่ 2-1 แสดงคุณลักษณะที่พึงประสงค์และความรู้ความสามารถทางวิชาชีพ¹¹ (ดัดแปลงจาก
เกณฑ์มาตรฐานผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมของแพทยสภา พ.ศ. 2555)

คุณลักษณะที่พึงประสงค์และความรู้ความสามารถทางวิชาชีพ (professional competency)	
1.	พฤติกรรมสัณย เจตคติ คุณธรรม และจริยธรรมแห่งวิชาชีพ (professional habit, attitude, moral, and ethics) 1.1 การรักษาเกียรติและธำรงคุณค่าแห่งวิชาชีพ 1.2 การคำนึงถึงผู้ป่วย (patient centered) 1.3 การคุ้มครองและรับผิดชอบต่อสังคม
2.	ทักษะการสื่อสารและการสร้างสัมพันธภาพ (communication and interpersonal skill) 2.1 หลักสำคัญของการสื่อสาร 2.2 การสื่อสารกับผู้ป่วย 2.3 การสื่อสารกับผู้ที่เกี่ยวข้อง
3.	ความรู้พื้นฐานทางการแพทย์ (scientific knowledge of medicine) 3.1 มีความรู้ความเข้าใจในวิทยาศาสตร์การแพทย์พื้นฐาน 3.2 มีความรู้ความเข้าใจในเรื่องต่อไปนี้ เช่น การสร้างเสริมสุขภาพ ระบบบริการสุขภาพ งานสาธารณสุขมูลฐาน เวชศาสตร์ชุมชน เวชศาสตร์ครอบครัว อาชีวเวชศาสตร์ หลักการด้านระบาดวิทยา ชีวสถิติ เวชสารสนเทศ วิทยาการระบาดคลินิก เวชศาสตร์เชิงประจักษ์ และเวชจริยศาสตร์ เป็นต้น
4.	การบริการผู้ป่วย (patient care) 4.1 การตรวจวินิจฉัยและดูแลรักษาผู้ป่วยทั่วไป 4.2 ทักษะการตรวจ การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การทำหัตถการที่จำเป็น (technical and procedural skill)
5.	การสร้างเสริมสุขภาพและระบบบริการสุขภาพ : สุขภาพของบุคคล ชุมชน และประชาชน (health promotion and health care system: individual, community, and population health) 5.1 ความรู้ความเข้าใจเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพ ระบบบริการสุขภาพ ปัจจัยกำหนดสุขภาพ การบริการสุขภาพแบบองค์รวม ความรู้พื้นฐานทางเศรษฐศาสตร์คลินิก ดัชนีชี้วัดสุขภาพ ระบาดวิทยา หลักกฎหมายและข้อบังคับที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพ 5.2 ให้การดูแลสุขภาพรายบุคคล และประพัตินเป็นตัวอย่างที่ดีในการดูแลสุขภาพ 5.3 ให้การบริการสุขภาพแบบเบ็ดเสร็จ (comprehensive care) 5.4 ประเมิน วิเคราะห์ และวางแผนพัฒนาการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน 5.5 ให้การบริการสุขภาพโดยคำนึงถึงความปลอดภัยและประสิทธิภาพของผู้ป่วยเป็นสำคัญ 5.6 ทำงานเป็นส่วนหนึ่งของทีมสุขภาพ ในการสร้างเสริมสุขภาพของบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคม 5.7 ทำงานสร้างเสริมสุขภาพร่วมกับชุมชนได้อย่างเหมาะสม 5.8 ตระหนักถึงความสำคัญของการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกต่อการสร้างเสริมสุขภาพ
6.	การพัฒนาความรู้ความสามารถทางวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง (continuous professional development) 6.1 กำหนดความต้องการในการเรียนรู้ของตนเองได้ครอบคลุมทุกด้านที่จำเป็น 6.2 วางแผนและแสวงหาวิธีการสร้างและพัฒนาความรู้ ทักษะ เจตคติ และพฤติกรรมที่เหมาะสม 6.3 เข้าร่วมกิจกรรมเพื่อแสวงหาและแลกเปลี่ยนความรู้ ฝึกทักษะ รวมทั้งพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง และสม่ำเสมอ 6.4 ค้นหาหาข้อมูลจากแหล่งข้อมูลต่างๆ โดยใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ รวมทั้งมีวิจารณญาณในการประเมิน

จากตารางดังกล่าว แสดงให้เห็นว่าบทบาทการเป็นแพทย์ตามวิชาชีพที่เหมาะสมนั้น ความรู้ทางการแพทย์และการรักษาพยาบาลเป็นเพียงส่วนหนึ่งเท่านั้น แพทย์ยังต้องมียุทธศาสตร์ในการรับมือกับสถานการณ์ด้านสุขภาพต่อชุมชนและสังคม รวมถึงควรมีการพัฒนาความรู้ความสามารถทางวิชาชีพอย่างต่อเนื่องด้วย

ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย (doctor–patient relationship หรือ physician–patient relationship)

ความเจ็บป่วยกับโรค (illness vs. disease)

เมื่อเกิดความผิดปกติของร่างกายหรือจิตใจขึ้น แต่ละคนจะแสดงการรับรู้และตอบสนองต่อความผิดปกติที่ต่างกัน โดยความรู้สึกว่าตนมีปัญหาด้านสุขภาพหรือไม่สบาย หรือเกิดความเจ็บป่วยแก่ร่างกายหรือจิตใจ เรียกว่า ความเจ็บป่วย (illness)¹² ซึ่งขึ้นอยู่กับแต่ละคนว่าจะคิดหรือแปลความหมายต่อสิ่งที่เกิดขึ้นอย่างไร พฤติกรรมที่ตอบสนองก็แตกต่างกันขึ้นกับหลายปัจจัย เช่น ปัจจัยส่วนบุคคล (ได้แก่ ประสบการณ์ที่ผ่านมาที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วย พื้นฐานบุคลิกภาพ ลักษณะการเผชิญกับปัญหา (coping) ของแต่ละบุคคล เป็นต้น) ปัจจัยระหว่างบุคคล (ได้แก่ บุคคลในครอบครัว ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย) รวมทั้งปัจจัยอื่นๆ (เช่น ระยะของโรค ความเชื่อและวัฒนธรรม ปัจจัยทางเศรษฐกิจ สังคม เป็นต้น) เหล่านี้ล้วนทำให้มุมมองต่อความเจ็บป่วยของแต่ละบุคคล (personal meaning) แตกต่างกัน ถึงแม้จะเป็นโรคเดียวกันก็ตาม เช่น บางคนอาจมองความเจ็บป่วยเป็นปัญหาที่ท้าทาย (challenge) ต้องการแก้ไขให้ได้ หรืออาจรู้สึกสูญเสีย (loss) ถูกลงโทษ (punishment) เป็นต้น แต่ในทางการแพทย์แล้ว พยาธิสภาพที่เกิดขึ้นต่อร่างกายหรือจิตใจที่ก่อให้เกิดความผิดปกติทางกายวิภาคหรือสรีรวิทยาจนปรากฏอาการหรืออาการแสดงขึ้นมาจะเรียกว่า โรค (disease) โดยความเจ็บป่วยที่บุคคลนั้นรับรู้หรือเข้าใจกับโรคนั้น อาจไม่สัมพันธ์ไปในทางเดียวกัน ผู้ป่วยบางรายอาจรู้สึกไม่สบายและคิดว่าตนเจ็บป่วย ในขณะที่แพทย์ตรวจไม่พบพยาธิสภาพ หรือในทางตรงข้าม ผู้ป่วยที่แพทย์ตรวจพบพยาธิสภาพอาจไม่คิดหรือรู้สึกว่าตนเจ็บป่วยก็เป็นได้ จนบางครั้งทำให้เกิดปัญหาในเวชปฏิบัติขึ้น (รายละเอียดเกี่ยวกับเรื่องการตอบสนองต่อความเจ็บป่วย อานบที่ 21 ประกอบ) ทักษะต่างๆ ทางวิชาชีพ เช่น ทักษะการสื่อสาร การพยายามเข้าใจความคิด ความรู้สึกของผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวม ทักษะ และความรู้ในการตรวจร่างกาย การสืบค้นทางห้องปฏิบัติการและอื่นๆ จะทำให้แพทย์เข้าใจพยาธิสภาพ รวมถึงความเจ็บป่วยที่ผู้ป่วยรับรู้ และช่วยเหลือได้อย่างเหมาะสมตามพยาธิสภาพของโรค จนบรรลุเป้าหมายที่วางแผนร่วมกับผู้ป่วยได้

รูปแบบของความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย (model of doctor-patient relationship)

เมื่อผู้ป่วยมาพบแพทย์ จะเกิดปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันเพื่อนำไปสู่ความช่วยเหลือและการดูแลสุขภาพ โดยแบ่งตามลักษณะของปฏิสัมพันธ์ การให้ข้อมูลทางการแพทย์ และการตัดสินใจในการรักษา ได้เป็น 4 รูปแบบ¹³⁻¹⁶ ได้แก่

1. แพทย์เป็นผู้ที่รู้ทุกอย่างดีที่สุด (paternalistic model หรือ autocratic model หรือ parental model) ถือว่าแพทย์จะเป็นผู้ตัดสินใจว่าข้อมูลใดเหมาะสมที่จะแนะนำผู้ป่วย แพทย์จะถามและเป็นคนนำในการสัมภาษณ์และตัดสินใจให้การรักษานั้น ผู้ป่วยมีหน้าที่เพียงปฏิบัติตามคำสั่งของแพทย์ เช่น ในสถานการณ์ฉุกเฉิน แพทย์จำเป็นต้องควบคุมสถานการณ์และตัดสินใจรักษาชีวิตผู้ป่วยโดยไม่สามารถประวิงเวลาได้

2. แพทย์จะเป็นผู้ให้ข้อมูลทุกอย่างอย่างอิสระ (informative model หรือ consumer model) เช่น ข้อมูลระยะของโรค ธรรมชาติของโรค และการดำเนินโรค ทางเลือกการรักษาต่างๆ ข้อดีและข้อเสียของการรักษาแต่ละวิธี เป็นต้น และสุดท้ายผู้ป่วยจะตัดสินใจเองโดยแพทย์ไม่ได้แนะนำหรือขัดแย้ง รูปแบบนี้เหมาะกับการให้คำปรึกษาครั้งเดียว อาจไม่จำเป็นต้องอาศัยความสัมพันธ์มากนัก แต่ในบางครั้งอาจทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าแพทย์เฉยชาและไม่ได้ใส่ใจนัก

3. แพทย์จะทำความเข้าใจผู้ป่วยเป็นอย่างดีในประวัติด้านต่างๆ รวมถึงด้านสังคมและชีวิตความเป็นอยู่ เพื่อให้คำแนะนำที่เหมาะสมกับผู้ป่วยรายนั้นโดยอาศัยบริบทที่ทราบ จนผู้ป่วยสามารถตัดสินใจเลือกวิธีที่คิดว่าเหมาะสมกับตนมากที่สุด (interpretive model) ผู้ป่วยจะรู้สึกว่าได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นและได้รับคำแนะนำจากแพทย์มากกว่าปฏิสัมพันธ์รูปแบบก่อนๆ

4. แพทย์จะทำหน้าที่คล้ายเพื่อนคู่คิด (deliberative model) นอกจากให้ข้อมูลและพิจารณาบริบทต่างๆ อย่างเหมาะสมแล้ว ยังมีส่วนร่วมให้คำแนะนำตัดสินใจอย่างตั้งใจเพื่อให้เหมาะกับตัวผู้ป่วย วิธีนี้จะเหมาะกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยในรูปแบบต่างๆ

ที่กล่าวมานี้ เป็นเพียงการสรุปรูปแบบของความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย โดยไม่มีรูปแบบใดที่เหนือหรือดีกว่ารูปแบบใดเสมอไป ในเวชปฏิบัติ แพทย์จะไม่สามารถใช้เพียงรูปแบบใดรูปแบบหนึ่งได้เสมอไปในทุกๆ กรณี แต่ต้องพิจารณาให้เหมาะสมตามสถานการณ์ นอกจากนี้บางกรณีอาจต้องใช้หลายรูปแบบร่วมกันในผู้ป่วยรายหนึ่งๆ ตามสถานการณ์และโอกาสที่เหมาะสม

ตารางที่ 2-2 สรุปรูปแบบของความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย (model of doctor-patient relationship)¹⁴ (ดัดแปลงจาก Emanuel EJ, Emanuel LL. Four models of the physician-patient relationship. JAMA 1992;267:2221-6.)

รูปแบบของ ความสัมพันธ์	ปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้น ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย	แนวความคิด
paternalistic model	แพทย์เลือกทางเลือกที่ดีและเหมาะสมกับผู้ป่วยที่สุด ตัดสินใจและแนะนำให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามทางเลือกนั้น	แพทย์เป็นผู้พิทักษ์ (guardian)
informative model	แพทย์ให้ข้อมูลหรือข้อเท็จจริงที่เกี่ยวข้องกับ ความเจ็บป่วยทั้งหมด เพื่อให้ผู้ป่วยตัดสินใจ	แพทย์เป็นผู้เชี่ยวชาญทางเทคนิค ที่มีความสามารถ (competent technical expert)
interpretive model	แพทย์ให้ข้อมูลหรือข้อเท็จจริงที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วย และช่วยวิเคราะห์หาสิ่งที่เหมาะสมที่สุดสำหรับผู้ป่วย	แพทย์เป็นผู้ให้คำปรึกษา หรือผู้ให้คำแนะนำ (counselor, advisor)
deliberative model	แพทย์ให้ข้อมูลหรือข้อเท็จจริงที่เกี่ยวข้อง กับความเจ็บป่วย ช่วยคิดวิเคราะห์ และอาจแนะนำ เพื่อหาสิ่งที่เหมาะสมกับผู้ป่วยรายนั้นมากที่สุด	แพทย์เป็นครูหรือเพื่อน (teacher or friend)

ตัวอย่างประเด็นปัญหาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยที่พบในเวชปฏิบัติ¹⁷⁻¹⁸

ปัญหาการล่วงล้ำขอบเขตความสัมพันธ์เชิงการรักษา (boundary crossing) อาจมีสาเหตุมาจากการที่ทั้งผู้ป่วยและแพทย์มีลักษณะบางอย่างคล้ายกับบุคคลที่เคยผูกพันหรือมีความสำคัญต่อชีวิตในอดีต จนเกิดความรู้สึกต่อกันคล้ายความสัมพันธ์กับบุคคลนั้นขึ้นมา (transference and countertransference) ซึ่งเป็นกระบวนการภายใต้จิตไร้สำนึก หรืออาจเกิดจากบุคลิกภาพเดิมของผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการเกิดปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล สำหรับการมีสัมพันธ์ภาพในเชิงทางเพศ ถือว่าเป็นการละเมิดขอบเขตความสัมพันธ์เชิงการรักษา (boundary violation) อย่างรุนแรง เป็นสิ่งที่ผิดเวชจริยศาสตร์ และมีผลทางกฎหมายด้วย

ความสัมพันธ์ทางสังคมกับผู้ป่วย ถ้ามีความสัมพันธ์ทางสังคมร่วมกันมาก เช่น มีบทบาทร่วมกันภายนอกห้องตรวจ ในชุมชน อาจส่งผลให้ตัดสินใจผิดพลาด เนื่องจากอาจมีความรู้สึกหรือมีอารมณ์ร่วมกับผู้ป่วยได้ง่าย และในเวชปฏิบัติทางจิตเวชก็ไม่แนะนำให้รักษาบุคคลใกล้ชิด เช่น บุคคลในครอบครัว เพื่อน เพราะจะทำให้เกิดอคติในการตัดสินใจและเสียสัมพันธ์ภาพเชิงการรักษาด้วย

ความสัมพันธ์ทางธุรกิจกับผู้ป่วย แท้จริงแล้วการรักษาก็อาจถือเป็นธุรกิจอย่างหนึ่งที่มีการชำระค่าบริการ แต่เป็นในเชิงการรักษาที่ทั้งแพทย์และผู้ป่วยเข้าใจบทบาทหน้าที่อยู่แล้ว ส่วนความสัมพันธ์ทางธุรกิจอื่นๆ เช่น การลงทุน การซื้อขายสินค้า ย่อมทำให้เกิดปัญหาขอบเขตสัมพันธภาพ มีผลต่อการตัดสินใจของแพทย์ และเกิดปัญหาทางจริยธรรมตามมาได้

การได้รับของขวัญจากผู้ป่วย การที่ผู้ป่วยให้ของขวัญแพทย์ตามเทศกาลต่างๆ ถือเป็นธรรมเนียมปฏิบัติในสังคมอยู่แล้ว ของขวัญอาจเป็นตัวแทนความเคารพ การขอบคุณ ความชื่นชม ไปจนถึงความรัก ชอบพอ การรับของขวัญจากผู้ป่วยบางครั้งจึงอาจมีผลต่อความรู้สึกหรือการตัดสินใจของแพทย์ได้ ประเด็นที่ควรใส่ใจคือ หากได้รับของขวัญราคาแพงและเป็นส่วนตัวมากๆ อาจเป็นสัญญาณเตือนว่าขอบเขตความสัมพันธ์เริ่มมีปัญหาได้ ถ้าไม่มั่นใจ ควรใช้โอกาสนี้พูดคุยกับผู้ป่วยเพื่อพิจารณาความหมายของของขวัญนั้น

ข้อแนะนำในการจัดการกับปัญหาเกี่ยวกับสัมพันธภาพระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย

- สังเกตตัวเองว่าเมื่อใดที่เริ่มทำบางสิ่งให้ผู้ป่วยบางรายเป็นพิเศษกว่าผู้ป่วยคนอื่นๆ เช่น เปลี่ยนเวลานัดมาเป็นช่วงเย็นเพื่อให้มีเวลานานๆ ต่อเวลาการรักษาให้ ติดตามอาการเป็นพิเศษ สัมผัสผู้ป่วยเกินความจำเป็น เป็นต้น ให้ระมัดระวังว่าอาจเริ่มเกิดปัญหาสัมพันธภาพ
- เมื่อเกิดปัญหาสัมพันธภาพไม่ว่าจะเริ่มจากฝ่ายใดก็ตาม แพทย์ต้องเป็นผู้รับผิดชอบเสมอ เนื่องจากถือเป็นความบกพร่องในทางวิชาชีพที่ไม่สมควรปฏิบัติ
- เมื่อเกิดปัญหาขึ้น ควรปรึกษาคู่คลอื่น เช่น เพื่อนร่วมงาน ผู้บังคับบัญชา หรือผู้ที่มีประสบการณ์ในเรื่องนี้ แต่ถ้าเกิดปัญหารุนแรง เช่น เรื่องทางเพศ จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องปรึกษาผู้อื่นให้มาช่วยเหลือควบคุมสถานการณ์และดูแลผู้ป่วยแทน
- เมื่อรู้สึกไม่แน่ใจว่าสิ่งที่กำลังจะทำนั้นสมควรทำหรือไม่ ให้ไตร่ตรองอย่างรอบคอบว่าสิ่งนั้นเป็นประโยชน์แก่ผู้ป่วยหรือตัวแพทย์เอง

ในเวชปฏิบัตินั้น การตัดสินใจในบางสถานการณ์อาจไม่ง่ายและไม่ตรงไปตรงมา และไม่สามารถจะนำข้อสรุปใดๆ มาประยุกต์ใช้ได้กับทุกสถานการณ์เสมอไป ผู้ป่วยต่างมาจากพื้นฐานที่หลากหลายทางสังคม วัฒนธรรม และความเชื่อ ทำให้บางครั้งมุมมองทางการแพทย์ที่ตั้งอยู่บนบรรทัดฐานทางหลักวิชาการกลับมีความขัดแย้งกับมุมมองของผู้ป่วยและครอบครัว จนอาจเกิดปัญหาสัมพันธภาพหรือปัญหาทางกฎหมายตามมาได้ การปฏิบัติตามหลักจริยศาสตร์และความเป็นมืออาชีพทางการแพทย์ถือเป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยให้แพทย์สามารถสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและครอบครัว รวมทั้งเข้าใจบริบทต่างๆ ของผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวม ซึ่งนำไปสู่การช่วยเหลืออย่างตรงเป้าหมายมากขึ้น ตัวแพทย์เองก็มีความสุข สนุกใจในบทบาทที่เหมาะสมกับวิชาชีพแพทย์ รวมทั้งอาจช่วยลดปัญหาทางจริยศาสตร์หรือกฎหมายที่อาจเกิดตามมาได้

สรุปและคำแนะนำท้ายบท

- หัวใจสำคัญของหลักเวชจริยศาสตร์คือ การเคารพในตัวผู้ป่วย การทำเพื่อประโยชน์ของผู้ป่วยและไม่ก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย และคำนึงถึงความเสมอภาค
- ผู้ป่วยจิตเวชจัดเป็นผู้ที่มีความเปราะบาง หรืออาจไม่สามารถตัดสินใจใดๆ ได้อย่างอิสระ การทำวิจัยในกลุ่มประชากรนี้ ควรให้ความสำคัญกับหลักจริยศาสตร์เป็นพิเศษ โดยเฉพาะการเคารพสิทธิผู้ป่วย
- คุณสมบัติของผู้ประกอบวิชาชีพแพทยนั้นไม่ใช่เพียงแค่มีความรู้ มีทักษะ และรักษาอย่างถูกต้องเท่านั้น แต่ยังต้องมีหน้าที่ต้องรับผิดชอบต่อชุมชนและสังคมด้วย
- ผู้ป่วยบางรายคิดว่าตนเองเจ็บป่วย ในขณะที่แพทย์ตรวจไม่พบพยาธิสภาพหรือโรค หรือในทางตรงข้าม บางรายที่ตรวจพบพยาธิสภาพหรือโรค ก็อาจไม่คิดว่าตนป่วยเช่นกัน
- ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยแบบต่างๆ นั้นไม่มีแบบใดเหนือกว่าแบบใด
- เมื่อใดที่แพทย์เริ่มทำบางสิ่งให้ผู้ป่วยบางรายเป็นพิเศษกว่าผู้ป่วยคนอื่นๆ ให้ระวังว่าอาจจะเริ่มเกิดปัญหาเรื่องสัมพันธภาพต่อไปได้

เอกสารอ้างอิง

1. Sadock BJ, Sadock VA. Ethics in psychiatry. In: Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences/clinical psychiatry. 10th ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2007. p. 1383-92.
2. Council for International Organizations of Medical Sciences (CIOMS) in Collaboration with the World Health Organization (WHO). แนวทางจริยธรรมสากลสำหรับการวิจัยในมนุษย์ ของสภาองค์การสากลด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ ร่วมกับองค์การอนามัยโลก. นนทบุรี: สถาบันพัฒนาการคุ้มครองการวิจัยในมนุษย์; 2010.
3. Nuremberg Doctor's Trial. BMJ 1996;313:1445-75.
4. World Medical Association. Declaration of Helsinki, ethical principles for medical research involving human subjects. [cited 2012 Oct 1]. Available from: <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/17c>
5. National Institutes of Health. The Belmont report ethical principles and guidelines for the protection of human subjects of research. [cited 2012 Oct 1]. Available from: <http://ohsr.od.nih.gov/guidelines/belmont.html>
6. Thistlethwaite J, Spencer J, Hilton S, editors. Professionalism in medicine. Cornwall: Radcliffe Publishing; 2008. p. 1-16.

7. Cruess SR, Cruess RL. The cognitive base of professionalism. In: Cruess RL, Cruess SR, Steinert Y, editors. Teaching medical professionalism. Cambridge: Cambridge University Press; 2009. p. 7-30.
8. Oxford English Dictionary. 2nd ed. Oxford: Clarendon Press; 1989.
9. ABIM Foundation, ACP-ASIM Foundation, European Federation of Internal Medicine. Medical professionalism in the new millennium: a physician charter. *Ann Intern Med* 2002;136:243-6.
10. แพทยสภา. เกณฑ์มาตรฐานผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2545 [ออนไลน์]. 2545 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 27 เมษายน 2554]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.tmc.or.th/>
11. แพทยสภา. เกณฑ์มาตรฐานผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2555 [ออนไลน์]. 2554 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 10 มกราคม 2554]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.tmc.or.th/>
12. Eisenberg L. Disease and illness: distinctions between professional and popular ideas of sickness. *Cult Med Psychiatry* 1977;1:9-23.
13. Szasz TS, Hollender MH. A contribution to the philosophy of medicine: the basic models of the doctor-patient relationship. *AMA Arch Intern Med* 1956;97:585-92.
14. Emanuel EJ, Emanuel LL. Four models of the physician-patient relationship. *JAMA* 1992;267:2221-6.
15. Clarke G, Hall RT, Rosencrance G. Physician-patient relations: no more models. *Am J Bioeth* 2004;4:W16-9.
16. Sadock BJ, Sadock VA. The patient-doctor relationship. In: Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences/clinical psychiatry. 10th ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2007. p. 1-12.
17. Kalliainen LK, Lichtman DM. Current issues in the physician-patient relationship. *J of Hand Surg Am* [doi: 10.1016/j.jhsa.2010.06.012]. 2010;35:2126-9.
18. Ronald S. Maintaining boundaries in the doctor-patient relationship. In: Stern TA, Herman JB, Slavin PL, editors. Massachusetts General Hospital guide to primary care psychiatry. 2nd ed. New York, NY: McGraw-Hill; 2004. p. 743-9.

บทที่ 3

ความปกติและความผิดปกติ (Normality vs. Abnormality)

วราภัทร รัตอาภา

ในวงการแพทย์รวมทั้งจิตเวชศาสตร์ซึ่งมุ่งเน้นที่การดูแลสุขภาพผู้ป่วย แพทย์จะคุ้นเคยกับการตัดสินความผิดปกติ (abnormality) หรือพยาธิสภาพของความเจ็บป่วย แต่ในอีกด้านหนึ่งงานจิตเวชศาสตร์มีบทบาทอย่างมากต่อการประเมินสถานะทางจิตของบุคคลทั่วไป เช่น การสอบคัดเลือกเพื่อศึกษาต่อ ก่อนการบรรจุตำแหน่งงาน หรือประเมินสภาพจิตเพื่อทำนิติกรรม เพื่อคัดกรองและพิจารณาว่าบุคคลนั้นมีสภาพจิตใจที่ปกติในขณะรับการประเมินหรือไม่ ดังนั้น การที่จะเข้าใจจิตเวชศาสตร์อย่างครอบคลุม นอกจากเข้าใจความผิดปกติ ความเจ็บป่วย และโรคต่างๆ ทางจิตเวชแล้ว ก็ควรเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องความปกติ (normality) ด้วย ยิ่งไปกว่านั้น ความปกติเองยังมีหลายนิยาม หากสามารถเข้าใจทั้งสองด้าน การพิจารณาปัญหาทางจิตเวชต่างๆ จะมีหลักเกณฑ์ที่ชัดเจนและเที่ยงตรงในการวิเคราะห์ ว่าสิ่งที่ปรากฏนั้นยังอยู่ในเกณฑ์ปกติหรือไม่ หากพิจารณาแล้วเห็นว่าผิดปกติ ก็จะนำไปสู่กระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูลเพิ่มเติม การวิเคราะห์ปัญหาอย่างละเอียดรอบคอบเพื่อการวินิจฉัยภาวะหรือโรคที่ถูกต้อง รวมถึงการดูแลสุขภาพและช่วยเหลืออย่างเหมาะสมกับภาวะหรือโรคนั้นๆ ต่อไป

เนื้อหาในบทนี้จึงประกอบด้วย ความรู้พื้นฐานของความปกติ แนวความคิดต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับความปกติทางจิตเวช และกล่าวนำสู่ความผิดปกติทางจิตเวชพอสังเขป รวมทั้งแนวทางพื้นฐานในการวินิจฉัยว่าภาวะนั้นๆ เป็นความผิดปกติทางจิตเวชหรือไม่ เพื่อให้เข้าใจรายละเอียดของโรคทางจิตเวชที่หลากหลายในตำราจิตเวชศาสตร์นี้ต่อไป

คำจำกัดความ

ความปกติ (normality)

คำจำกัดความและขอบเขตของความปกตินั้นกำหนดได้ยาก แต่ถ้าหากให้คำนิยามของสุขภาพจิต (mental health) ว่าเป็น การไม่มีความเจ็บป่วยทางจิตเวช (mental illness) และไม่มีพยาธิสภาพทางจิต (psychopathology) เราอาจอนุมานได้ว่าสิ่งนี้คือความปกติ เช่น ในการประเมินเชาวน์ปัญญา (intelligence) โดยวัดระดับเชาวน์ปัญญา (intellectual quotient หรือ IQ) นั้นพบว่าจะมีทั้งกลุ่มที่ระดับเชาวน์ปัญญาปกติ (IQ อยู่ที่ 90–110 โดยค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 100) และกลุ่ม

ที่จัดเป็นภาวะปัญญาอ่อน (intellectual disability/intellectual developmental disorder/ หรือ DSM-IV ใช้ mental retardation) (IQ ต่ำกว่า 70) และถ้านำเฉพาะกลุ่มปกติ (IQ ตั้งแต่ 90 ขึ้นไป) มาพิจารณา ก็จะพบว่า ในกลุ่มนี้มีบางคนที่มีระดับดีกว่าปกติด้วย เช่น กลุ่มที่จัดอยู่ในระดับเชาว์ปัญญาสูงมาก (very superior) (IQ 130 ขึ้นไป) เป็นต้น ในการประเมินทางจิตเวชศาสตร์และจิตวิทยานั้น บ่อยครั้งก็พบเหตุการณ์เช่นนี้ ดังนั้น ในเรื่องความปกติทางจิตเวชศาสตร์จึงมีผู้เสนอมุมมองเกี่ยวกับความปกติและสุขภาพจิตด้วยแนวความคิดและการจำกัดขอบเขตความปกติที่หลากหลาย ดังตัวอย่างต่อไปนี้¹⁻²

สุขภาพจิตคือเหนือกว่าปกติ (mental health as above normal)

แนวความคิดนี้สัมพันธ์กับแนวความคิดดั้งเดิมทางการแพทย์ ที่แพทย์พยายามรักษาและช่วยเหลือผู้ป่วยให้พ้นจากอาการแสดง (sign) ของความเจ็บป่วยที่ตรวจพบ กล่าวคือ การที่ไม่มีอาการแสดงของความผิดปกติ หมายถึงการมีสุขภาพที่ดี ซึ่งถ้านำข้อมูลด้านสุขภาพของคนทั้งหมดมารวมเป็นการกระจายของข้อมูล จะพบลักษณะเป็นความต่อเนื่อง ส่วนใหญ่ของประชากรจะอยู่ในช่วงปกติ และมีบางรายที่อยู่เหนือหรือดีกว่าปกติ ซึ่งเป็นสิ่งที่แนวความคิดนี้ต้องการ เช่น Sigmund Freud มองสุขภาพจิตว่าเป็นเหมือนอุดมคติ ส่วน Marie Jahoda เสนอว่า คนที่มีสุขภาพจิตดีควรมีคุณสมบัติต่างๆ เช่น สามารถเข้าถึงเอกลักษณ์และความรู้สึกในใจของตนเองได้ มีอิสระ สามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเอง (autonomy) รู้ในสิ่งที่ตนเองต้องการ รับรู้สิ่งต่างๆ ตามความจริง คำนึงถึง วางแผน และใส่ใจในอนาคต เห็นอกเห็นใจผู้อื่น (empathy) ต้านทานความเครียดได้ ควบคุมสิ่งต่างๆ ที่แวดล้อมตัวเองได้ เป็นต้น³

ตัวอย่างการประยุกต์ใช้ เช่น การประเมิน global assessment of functioning (GAF) score ในการประเมิน axis V (อ่านบทที่ 4 ประกอบ) ในช่วงคะแนน 91–100 นั้น นอกจากจะต้องไม่มีอาการทางจิตแล้ว ยังต้องสามารถทำงานในกิจกรรมต่างๆ ได้ดีมาก สามารถเป็นที่ปรึกษาให้ผู้อื่น ช่วยจัดการปัญหาต่างๆ ได้เป็นอย่างดี เป็นต้น

สุขภาพจิตตามแนวคิดจิตวิทยาเชิงบวก (mental health as positive psychology)

แนวคิดนี้มีมุมมองเรื่องต่างๆ เป็นความต่อเนื่อง ไม่ได้แบ่งแยกเป็นกลุ่มหรือประเภทอย่างชัดเจน ผู้ที่มีบทบาทต่อพื้นฐานแนวความคิดนี้ เช่น John Dewey, Carl Jung, Abraham Maslow รวมถึงพื้นฐานแนวความคิดทางจิตวิทยาเชิงบวก เช่น Christopher Peterson, Martin Seligman โดยความปกตินั้น นอกจากจะทำให้บุคคลและสังคมนั้นอยู่รอดได้แล้ว ยังรวมไปถึงการพัฒนาบุคคลตามศักยภาพด้วย ถ้าอิงตามแนวความคิดนี้ การรักษาทางจิตเพียงให้ปราศจากอาการและอาการแสดงนั้นเป็นแค่เพียงพื้นฐานแรกๆ ที่ทำเพื่อช่วยให้คนที่มีความทุกข์เหล่านั้นสามารถพัฒนาศักยภาพเพื่อเป็นส่วนหนึ่งของสังคมได้⁴

ตัวอย่างการประยุกต์ใช้ เช่น กระบวนการพัฒนาศักยภาพทางสติปัญญาหรือทักษะการเข้าสังคม (social skill) ในทางจิตวิทยา เช่น การจัดการกับความเครียด (stress management) แต่การอิงแนวความคิดนี้ในการกำหนดภาวะสุขภาพนั้น อาจส่งผลกระทบต่อเรื่องอื่นๆ ได้ เช่น การกำหนดเกณฑ์เพื่อเป็นกรอบของระยะเวลา เงินทุน หรือระบบการรักษา เป็นต้น เนื่องจากการพัฒนาตามศักยภาพนั้นยากที่จะกำหนดขอบเขตชัดเจนว่าจะสิ้นสุดเมื่อใด

สุขภาพจิตคือมีวุฒิภาวะที่สมบูรณ์ (mental health as maturity)

แนวความคิดนี้มองว่าบริบทของพัฒนาการที่สมบูรณ์สะท้อนถึงผลจากกระบวนการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งอาจเป็นผลจากจิตใจหรือสมองที่พัฒนาและเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่องตลอดชีวิต พบว่าเมื่ออายุมากขึ้น การควบคุมอารมณ์ก็มั่นคงมากขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับช่วงอายุน้อยกว่า แต่ก็ไม่ได้หมายความว่าผู้ที่อายุมากกว่าจะมีสุขภาพจิตที่ดีกว่าเสมอไป สิ่งสำคัญคือการเข้าใจพัฒนาการทางจิตใจ แนวความคิดนี้สอดคล้องกับงานของนักจิตวิทยาหลายท่านที่แบ่งพัฒนาการออกเป็นช่วงวัยต่างๆ เช่น Erik Erikson ศึกษาการแบ่งพัฒนาการจากช่วงวัยเด็กจนถึงวัยสูงอายุ Jane Loevinger ศึกษาเรื่องการพัฒนา ego ของผู้ใหญ่ (adult ego development) Lawrence Kohlberg ศึกษาพัฒนาการด้านจริยธรรม (moral development) และ James Fowler ศึกษาพัฒนาการด้านจิตวิญญาณ (spiritual development) เป็นต้น โดยเห็นว่า การมีวุฒิภาวะที่เหมาะสมในพัฒนาการแต่ละขั้น ซึ่งเป็นผลทั้งจากพัฒนาการของสมองและพัฒนาการทางด้านอารมณ์ สังคม ที่สะท้อนผ่านประสบการณ์ต่างๆ อย่างต่อเนื่อง⁵ เป็นสิ่งที่บ่งถึงสุขภาพจิตที่ดี

ตัวอย่างการประยุกต์ใช้ เช่น เรื่องพัฒนาการของ Erik Erikson ในช่วงวัยผู้ใหญ่ ที่ว่าการมีสุขภาพจิตดีจะมีการพัฒนาให้เกิดสิ่งที่สำคัญตามลำดับอายุ ได้แก่ ความมีเอกลักษณ์ของตนเอง การเป็นตัวของตัวเองไม่ต้องพึ่งพิบามารดา การสร้างความสัมพันธ์ต่างตอบแทนแลกเปลี่ยนซึ่งกันและกันในรูปแบบต่างๆ (intimacy) เช่น การมีคู่ครอง หรือการอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคม การอุทิศและแบ่งปันให้กับสังคมมากขึ้น (generativity) เช่น การเป็นผู้นำ ให้คำปรึกษาแก่ผู้อื่น และการได้บรรลุถึงความรู้สึกลงในจิตวิญญาณ รู้สึกสอดคล้องเป็นหนึ่งเดียวกับชีวิตและสิ่งภายนอก (integrity) แต่ในความเป็นจริงพบว่าไม่จำเป็นต้องพัฒนาเรียงตามลำดับ หลายคนประสบความสำเร็จด้านการทำงานและอุทิศตัวทางสังคมได้ แม้ไม่ได้ใช้ชีวิตคู่ หรือบางคนอาจจะเริ่มมีชีวิตคู่เมื่อทุกอย่างประสบความสำเร็จและล่วงเข้าวัยกลางคนไปแล้ว เป็นต้น และการประเมินในจุดเวลาที่แตกต่างกันอาจให้ผลที่ไม่เหมือนกันได้ เช่น เมื่อเป็นวัยผู้ใหญ่ตอนต้นอาจถูกประเมินว่ามีภาวะสุขภาพจิตที่ดี แต่เมื่อเข้าวัยกลางคนอาจมีอุปสรรคในชีวิต ทำให้ไม่สามารถพัฒนาไปในทางที่เหมาะสมได้ การมีลำดับขั้นนี้ช่วยให้บุคลากรทางสุขภาพจิตเข้าใจผู้ป่วยได้ง่ายขึ้น ว่าขณะนี้อยู่ที่พัฒนาการในจุดใดของชีวิต และช่วงนั้นๆ มีพัฒนาการเป็นอย่างไร เหมาะสมหรือไม่

สุขภาพจิตคือความฉลาดทางอารมณ์ (mental health as emotional intelligence)

แนวความคิดนี้ให้ความสำคัญด้านความสามารถหรือความฉลาดของพัฒนาการด้านอารมณ์ มีความคิดมาจาก Aristotle ที่กล่าวใน Nicomachean Ethics ถึงการแสดงอารมณ์อย่างเหมาะสมต่อตัวบุคคล ระดับความรุนแรงของอารมณ์ สถานการณ์ และจุดมุ่งหมาย ว่า สิ่งสำคัญคือการรับรู้อารมณ์ของเราและผู้อื่นได้ ทั้งอารมณ์ด้านบวกและด้านลบ สามารถปรับอารมณ์ได้ และตอบสนองต่ออารมณ์ของผู้อื่นได้ดี⁶ ต่อมามีการกำหนดคำว่า ความฉลาดทางอารมณ์และสังคม (emotional-social intelligence) ขึ้น โดยพิจารณาจากปัจจัยต่างๆ เช่น การรับรู้อารมณ์และเตือนตนเองได้ถูกต้อง การปรับอารมณ์ให้แสดงออกอย่างเหมาะสม การทำให้ตนเองผ่อนคลายได้ การรับรู้และตอบสนองอารมณ์ของผู้อื่นได้ ทักษะในการสื่อสารและต่อรองกับบุคคลอื่นเพื่อให้รักษาความสัมพันธ์ไว้ได้ ศักยภาพที่จะคงอารมณ์ให้แข็งแรงใจทำในสิ่งที่ต้องการได้ เป็นต้น⁷

ตัวอย่างการประยุกต์ใช้ เช่น การฝึกให้รับรู้และควบคุมอารมณ์อย่างเหมาะสม หรือการนำแบบประเมินความฉลาดทางอารมณ์มาใช้ เป็นต้น

สุขภาพจิตคือความสุขและความพึงพอใจในชีวิต (mental health as subjective well-being)

แนวความคิดนี้ให้ความสำคัญกับสุขภาพจิต โดยอาศัยมุมมองของตัวบุคคลนั้นว่ามีความสุขและพึงพอใจกับชีวิตมากน้อยเพียงใด ในกรณีนี้ คนคนนั้นอาจประเมินตัวเองว่าสุขภาพจิตไม่ดี แม้ว่า จะอยู่ในสภาพแวดล้อมหรือสังคมที่ดี ซึ่งคนภายนอกคาดว่าน่าจะมีความสุข การประเมินคุณภาพชีวิตของแต่ละบุคคลนั้นประเมินได้ยาก ไม่มีหน่วยวัด และบางครั้งอาจเกิดจากการเปลี่ยนแปลงความคิดของคนคนนั้น เช่น บางคนมีอคติ มีความหลงตัวเอง ก็อาจรู้สึกว่ามีสุขมาก นอกจากนี้ อาจมีปัจจัยหลายอย่างในแต่ละช่วงเวลามาเกี่ยวข้อง ทำให้สุขภาพจิตเปลี่ยนแปลงได้⁸

ตัวอย่างการประยุกต์ใช้ เช่น การประเมินโดยใช้แบบสอบถามที่ประเมินด้วยตนเอง เช่น แบบวัดคุณภาพชีวิต SF-36, แบบประเมิน Positive and Negative Affect Scale (PANAS) ซึ่งประเมินอารมณ์ทางด้านบวกและลบ เป็นต้น

สุขภาพจิตคือความสามารถในการรักษาสมดุลทางจิตใจ (mental health as resilience)

แนวความคิดนี้มองสุขภาพจิตว่าเป็นสิ่งที่ช่วยให้บุคคลทำงานได้อย่างดี มีประสิทธิภาพ แม้ในช่วงที่เครียดหรืออยู่ในสิ่งแวดล้อมที่อันตราย โดยอาศัยความสามารถในการรักษาสมดุลของจิตใจและความสามารถในการปรับตัว เช่น แนวความคิดของ Adolf Meyer เกี่ยวกับปฏิกิริยาการแสดงออกที่แตกต่างกันเมื่อต้องเผชิญกับความเครียด เช่น การปฏิเสธ การเกิดความกลัว เป็นต้น สิ่งเหล่านี้เป็นกระบวนการที่ทำให้แต่ละคนสามารถจัดการกับความเครียด ปกป้องตนเอง และรักษาสมดุลทางจิตใจจากการเปลี่ยนแปลงของสิ่งต่างๆ เช่น แรงขับเคลื่อนหรืออารมณ์ภายใน สถานการณ์ที่เป็นจริง ความสัมพันธ์ และการเรียนรู้ทางสังคม เป็นต้น โดยอาจแบ่งการแสดงออกได้เป็น การขอความช่วยเหลือจากผู้อื่นอย่างเหมาะสม มีกลยุทธ์ที่ใช้จัดการความเครียด (conscious cognitive strategy)

และกลไกทางจิต (defense mechanism) ที่เหมาะสม ซึ่งสามารถจัดการและอาจปรับเปลี่ยนสิ่งที่รับรู้ทั้งจากภายนอกและภายในจิตใจเพื่อลดความรู้สึกด้านลบ

ตัวอย่างการประยุกต์ใช้ เช่น กลไกทางจิตตามเกณฑ์ของ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)⁹ มีการจัดระดับของกลไกทางจิตเป็นระดับต่างๆ ที่แตกต่างกันตามการแสดงออกและผลที่จะได้จากการจัดการปัญหานั้นๆ (อ่านบทที่ 5 ประกอบ)

ความคิดและมุมมองอื่นๆ เกี่ยวกับความปกติ

นอกจากแนวความคิดข้างต้น Daniel Offer และ Melvin Sabshin¹⁰ ได้รวบรวมแนวความคิดเกี่ยวกับความปกติ โดยอิงตามหลักพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์ แบ่งออกเป็น 4 แนวความคิด ซึ่งมีมุมมอง ลักษณะเฉพาะ และค่านิยมเป็นของตนเอง ได้แก่

1. ความปกติคือสุขภาพ (normality as health)

มองว่าความปกติคือสุขภาพ ดังนั้น ผู้ที่ปกติคือผู้ที่ไม่มีพยาธิสภาพปรากฏอยู่ โดยคิดว่าความปกติเป็นลักษณะที่ต่อเนื่องครอบคลุมส่วนใหญ่ของกลุ่มคน ในขณะที่พยาธิสภาพนั้นจัดเป็นกลุ่มผิดปกติ แนวความคิดนี้นำมาใช้ในเชิงการแพทย์โดยแยกระหว่างสุขภาพและความเจ็บป่วย ผู้ที่มีสุขภาพคือผู้ที่ปราศจากความเจ็บปวด ความไม่สบาย และทุพพลภาพ ดังนั้น แพทย์จึงพยายามช่วยเหลือ รักษาผู้ป่วยให้ปราศจากอาการหรืออาการแสดงใดๆ ทางกาย จิตใจ และสังคม จากแนวความคิดนี้ องค์การอนามัยโลกจึงให้นิยามคำว่า สุขภาพ ว่า เป็นสภาวะที่สมบูรณ์ทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม มิใช่เพียงแต่การปราศจากโรคหรือความเจ็บป่วยเท่านั้น¹¹

2. ความปกติเป็นอุดมคติ (normality as Utopia)

Thomas More นักปรัชญามานุษยนิยมชาวอังกฤษ ได้เขียนเรื่องยูโทเปีย (Utopia) ขึ้นเมื่อปี ค.ศ. 1516 อันเป็นแนวความคิดเชิงอุดมคติเกี่ยวกับโลกอันสมบูรณ์แบบ โดยเปรียบเทียบกับเมืองยูโทเปีย เพื่อสะท้อนสังคมในสมัยนั้น โดยให้ยูโทเปียเป็นรัฐที่คนในสังคมสร้างค่านิยมการอยู่ร่วมกันโดยอาศัยคุณธรรมและความพึงพอใจในการดำรงชีวิตที่ไม่ให้ความสำคัญกับวัตถุ แนวความคิดนี้จึงมองความปกติเปรียบเทียบกับอุดมคติ ว่าเกิดจากการทำหน้าที่ต่างๆ ของจิตอย่างเหมาะสม นิยามนี้สอดคล้องกับแนวความคิดของจิตแพทย์กลุ่มที่ทำจิตวิเคราะห์ วิเคราะห์ปัญหาต่างๆ ของผู้ป่วย โดยเปรียบเทียบถึงสิ่งที่ควรจะเป็นตามอุดมคติ¹²

ตัวอย่างการประยุกต์ใช้ เช่น การทำจิตวิเคราะห์ของนักจิตวิเคราะห์หลายท่าน เช่น Sigmund Freud โดยเป้าหมายของความปกติคือการที่ผู้นั้นสามารถทำสิ่งต่างๆ ได้สำเร็จผลอย่างมีประสิทธิภาพ ค้นหาและเข้าใจตัวตนอย่างถ่องแท้ได้ด้วยตนเอง (self-actualization)

3. ความปกติคือเกณฑ์ค่าเฉลี่ย (normality as average)

แนวความคิดนี้มักใช้ในการศึกษาความปกติทางพฤติกรรม โดยอาศัยหลักการทางคณิตศาสตร์และสถิติ อธิบายสิ่งที่พบในแต่ละบุคคล เช่น ถ้าการกระจายความถี่ของข้อมูลใดๆ ของประชากรทั้งหมดเป็นแบบกราฟรูประฆังคว่ำ แนวความคิดนี้จะมองว่าช่วงปกติคือช่วงส่วนใหญ่ที่อยู่ตรงกลาง แต่ช่วงที่อยู่เกินออกไปทั้งสองข้างของกราฟจะถือว่าเบี่ยงเบนออกจากค่าปกติและนำมาอธิบายความแตกต่างของบุคคล เช่น การทำแบบทดสอบต่างๆ ได้แก่ การทดสอบระดับเชาวน์ปัญญา แบบทดสอบบุคลิกภาพ MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory) แล้ววิเคราะห์หาคะแนนที่ได้อยู่ในตำแหน่งใดเมื่อเทียบกับกลุ่มประชากรส่วนใหญ่ เป็นต้น

ตัวอย่างการประยุกต์ใช้ เช่น การสร้างแบบทดสอบเพื่อวิเคราะห์ การทำแบบทดสอบมาตรวัดทางจิต (psychiatric rating scales) รวมถึงการมองความปกติเป็นช่วง โดยศึกษาหาค่าที่เป็นช่วงปกติในประชากรทั่วไป เช่น ค่าต่างๆ ทางห้องปฏิบัติการ แนวความคิดนี้เป็นที่นิยมมากขึ้นในช่วงศตวรรษหลังนี้¹³ วิธีนี้นิยมใช้ในทางจิตวิทยามากกว่าจิตเวชศาสตร์

4. ความปกติเป็นกระบวนการ (normality as process)

แนวความคิดนี้มองว่า พฤติกรรมที่แสดงออกเป็นผลลัพธ์ของปฏิสัมพันธ์ระหว่างสิ่งต่างๆ ภายในจิตใจ ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงในแต่ละขั้นตอนของพัฒนาการ ซึ่งสำคัญพอๆ กับผลลัพธ์สุดท้ายของพัฒนาการแต่ละขั้นว่าปกติหรือไม่ แนวความคิดนี้จึงพิจารณาที่ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงนั้นๆ มากกว่าที่จะมองความผิดปกติเฉพาะแค่ช่วงเวลาหนึ่งๆ

ตัวอย่างการประยุกต์ใช้ เช่น แนวความคิดในการเกิดบุคลิกภาพตามพัฒนาการในระยะต่างๆ ของ Erik Erikson

สุขภาพจิตและความผิดปกติทางจิตเวช

สุขภาพจิตหรือความปกติทางจิตเวชมีพื้นฐานในการพิจารณาจากแนวความคิดข้างต้น เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกันและสื่อสารกันได้อย่างถูกต้อง การวินิจฉัยความผิดปกติและโรคทางจิตเวชในปัจจุบันได้นำคำนิยามของสมาคมจิตแพทย์แห่งสหรัฐอเมริกา (American Psychiatric Association; APA) มาใช้ โดยให้นิยามว่า “สุขภาพจิต” คือ การที่ไม่มีโรคทางจิตเวช ซึ่งหมายถึงกลุ่มโรคที่ถูกกำหนดตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ DSM¹⁴ ซึ่งโรคทางจิตเวชนั้นเป็นกลุ่มอาการทางพฤติกรรมหรือทางจิตใจที่มีนัยสำคัญ โดยส่งผลกระทบต่อด้านใดด้านหนึ่ง ได้แก่ ทำให้เกิดความทุกข์ เช่น อาการปวด หรือทำให้เกิดความบกพร่องทางสมรรถภาพในหน้าที่ด้านใดด้านหนึ่ง หรือทุพพลภาพ หรือเพิ่มความเสี่ยงต่อการทุกข์ทรมาน ต่อการสูญเสียชีวิต

นอกจากนี้ อาการดังกล่าวต้องไม่เข้ากับพฤติกรรมการตอบสนองที่เกิดขึ้นอย่างเป็นปกติต่อเหตุการณ์สำคัญต่างๆ เช่น การเสียชีวิตของบุคคลอันเป็นที่รัก เป็นต้น

ประเด็นที่ควรพิจารณาเกี่ยวกับความปกติและผิดปกติทางจิตเวช

- บุคคลที่อยู่ในเกณฑ์ค่าเฉลี่ยทางสถิติซึ่งอยู่ประมาณกึ่งกลางของกราฟรูประฆังคว่ำนั้นอาจไม่ได้มีสุขภาพดีเสมอไป เนื่องจากบางครั้งค่าเฉลี่ยได้รวมจากทั้งกลุ่มที่มีสุขภาพดีและกลุ่มที่มีพยาธิสภาพ ตัวอย่างในสุขภาพกาย เช่น ค่าเฉลี่ยน้ำหนักของประชากร หรือตัวชี้วัดบางอย่าง เช่น สภาพอารมณ์ในทางสุขภาพจิต ถ้าอยู่ระดับกลางๆ จะถือว่าอยู่ในเกณฑ์ปกติ แต่บางการทดสอบ เช่น exercise tolerance ยังได้ค่าที่อยู่ในส่วนขอบบนของกราฟรูประฆังคว่ำก็จะเป็นดี หรือค่าระดับไขมันในเลือด ถ้าอยู่ในระดับต่ำกว่าหรืออยู่ในอีกด้านของกราฟจะดีกว่า เป็นต้น

- ลักษณะของการเปลี่ยนแปลงหรือสภาพที่เกิดขึ้นก็เป็นสิ่งที่ต้องนำมาพิจารณาด้วย เช่น การเปลี่ยนแปลงนั้นเกิดขึ้นชั่วคราวหรือไม่ ตัวอย่างผู้ที่อยู่ในภาวะภวังค์ (trance state) บางครั้งมีลักษณะคล้ายกับผู้ที่มีอาการ catatonia ได้ แต่ก็จะเป็นอยู่ช่วงระยะเวลาหนึ่ง ไม่ยาวนาน เป็นต้น

- ปัจจัยต่างๆ ทางสังคมและวัฒนธรรมที่แตกต่าง เช่น การทำงานอย่างละเอียด รอบคอบ หรืองานที่มีการแข่งขันสูง อาจถือเป็นลักษณะที่พึงประสงค์ในบางสังคม แต่อาจจัดเป็นบุคลิกภาพผิดปกติในอีกสังคมหนึ่งได้ ด้วยมุมมองจากคนในสังคมเดียวกันกับต่างสังคมกันทำให้การตัดสินความปกติและผิดปกติแตกต่างกันได้ ขึ้นกับว่าพฤติกรรมดังกล่าวสามารถยอมรับได้หรือไม่²

นอกจากนี้ การเปลี่ยนแปลงและพัฒนาการของบรรทัดฐานทางสังคม ความคาดหวัง ค่านิยมทางสังคม ความแตกต่างของแต่ละบุคคล รวมถึงการเมือง การมีอคติโดยวิชาชีพ ก็มีผลต่อค่านิยม “ความปกติ” ของแต่ละยุคสมัยอีกด้วย เช่น การกำหนดเกณฑ์วินิจฉัยสำหรับโรค premenstrual dysphoric disorder ขึ้นใหม่ การนำการวินิจฉัยภาวะ homosexuality ออกจากโรคทางจิตเวช เป็นต้น

- แนวความคิดเรื่องสุขภาพจิตมีหลากหลายแนวความคิด อาจต้องคำนึงถึงบริบทต่างๆ ด้วยว่าจะให้สมบูรณในระดับใด เช่น สุขภาพจิตที่ดีนั้นดีสำหรับใคร ในมุมมองของใคร ดีสำหรับตัวบุคคลนั้นเอง ในการใช้ชีวิตในสังคมได้ หรือต้องสามารถสร้างสรรคงานด้วยตนเองได้ หรือต้องถึงกับสามารถแบ่งปันช่วยเหลือผู้อื่นในสังคมได้ เป็นต้น และที่สำคัญคือ การทำความเข้าใจว่าแต่ละสังคมมีวัฒนธรรมที่แตกต่างกัน ก่อนประเมินและตัดสินบุคคลในสังคมนั้นว่าผิดปกติหรือไม่

- ปัจจุบันงานจิตเวชศาสตร์มีบทบาทในการประเมินสภาพจิตและสอบสัมภาษณ์ เพื่อคัดกรองและพิจารณาว่าบุคคลนั้นอยู่ในสภาพจิตที่ปกติขณะรับการประเมินหรือไม่ เช่น การสอบคัดเลือกเข้าศึกษาต่อ หรือก่อนการบรรจุตำแหน่งงาน การประเมินก็อาศัยหลักการพื้นฐานดังข้างต้น แต่ผลที่ได้จะสะท้อนถึงช่วงระยะเวลาหนึ่งๆ เท่านั้น

- ข้อมูลที่ได้จากเวชปฏิบัติ การศึกษา และการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคทางจิตเวชต่างๆ ที่เพิ่มมากขึ้น ก็มีผลต่อการปรับเปลี่ยนค่านิยมของภาวะปกติ ผิดปกติ รวมถึงเกณฑ์การวินิจฉัยโรคต่างๆ ทางจิตเวชให้สอดคล้องกับหลักฐานเชิงประจักษ์มากขึ้น จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้ปฏิบัติงานด้านจิตเวชศาสตร์จะต้องติดตามการเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ เพื่อคงมาตรฐานในเวชปฏิบัติให้เป็นสากล

สรุปและคำแนะนำท้ายบท

- ความปกติและผิดปกติในแต่ละแนวความคิดมีคำจำกัดความที่ต่างกันไป
- องค์การอนามัยโลกนิยามคำว่า สุขภาพ ว่า เป็นสภาวะที่สมบูรณ์ทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม
- ไม่เพียงแต่มุมมองเรื่องสุขภาพ แต่ปัจจัยต่างๆ เช่น ปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรมที่ต่างกันไป ระยะเวลาที่เปลี่ยนแปลงไป รวมถึงการศึกษาใหม่ๆ ก็มีผลทำให้มุมมองเรื่องความปกติมีความแตกต่างกันในแต่ละสังคมและแต่ละยุคสมัยด้วย
- นิยามอย่างง่ายของความปกติในทางจิตเวชศาสตร์ในทางคลินิกคือ การไม่มีโรคทางจิตเวช
- สุขภาพจิต ตามความหมายทางคลินิก คือ การที่ไม่มีโรคทางจิตเวชที่ได้มีการนิยามใน DSM-5 ซึ่งเป็นกลุ่มอาการทางพฤติกรรมหรือทางจิตใจที่มีนัยสำคัญโดยมีผลกระทบด้านใดด้านหนึ่ง ได้แก่ ทำให้รู้สึกทุกข์ หรือบกพร่องทางสมรรถภาพในหน้าที่ด้านใดด้านหนึ่ง หรือทุพพลภาพ หรือเพิ่มความเสี่ยงต่อการทุกข์ทรมานและการสูญเสียชีวิต โดยที่อาการต่างๆ หรือรูปแบบนั้นต้องไม่เข้ากับพฤติกรรมการตอบสนองที่เกิดขึ้นได้ในภาวะปกติต่อเหตุการณ์ที่สำคัญต่างๆ
- เรื่องความปกติในทางเวชปฏิบัติไม่มีแนวความคิดใดเหนือกว่าความคิดใด การประเมินรวมถึงวินิจฉัยว่าผู้ป่วยผิดปกติหรือเป็นโรคทางจิตเวชใดๆ ใช้แนวความคิดหลายประการมาพิจารณาประกอบกัน ได้แก่ การชักประวัติ การสังเกตอาการแสดงต่างๆ การรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวม ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม การตรวจร่างกายตามระบบและการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เกี่ยวข้องกับปัญหาของผู้ป่วย การทดสอบทางจิตวิทยาเพิ่มเติมเพื่อนำมาประกอบกับข้อมูลที่เกี่ยวข้องเพื่อประเมินผู้ป่วย เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

1. Valliant GE, Valliant CO. Normality and mental health. In: Sadock BJ, Sadock VA, editors. Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry. 8th ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2005. p. 583-98.
2. Sadock BJ, Sadock VA. Human development throughout the life cycle. In: Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences/clinical psychiatry. 10th ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2007. p. 12-8.
3. The psychological meaning of various criteria for positive mental health. In: Jahoda M, editor. Current concepts of positive mental health. New York, NY: Joint Commission on Mental Illness and Health Basic Books; 1958. p. 22-64.

4. Seligman ME, Csikszentmihalyi M. Positive psychology: an introduction. *Am Psychol* 2000;55:5-14.
5. Douvan E. Erik Erikson: critical times, critical theory. *Child Psychiatry Hum Dev* 1997;28:15-21.
6. Kinghorn WA. Medical education as moral formation: an Aristotelian account of medical professionalism. *Perspect Biol Med* 2010;53:87-105.
7. Mayer JD, Roberts RD, Barsade SG. Human abilities: emotional intelligence. *Annu Rev Psychol* 2008;59:507-36.
8. Diener E, Suh EM, Lucas RE, Smith HL. Subjective well-being: three decades of progress. *Psychol Bull* 1999;125:276-302.
9. American Psychiatric Association. Defense levels and individual defense mechanism. In: American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, fourth edition. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994. p. 752.
10. Offer D, Sabshin M. *Normality and the life cycle: a critical integration*. Basic Books; 1984.
11. World Health Organization. WHO definition of health. The International Health Conference; 19-22 June 1946; New York, NY.
12. More T, Roper W, Robynson R. *More's Utopia: The English translation thereof made by Raphe Robynson; to which is prefixed, the life of Sir Thomas More*. Kessinger Publishing; 2010.
13. Conti AA, Conti A, Gensini GF. The concept of normality through history: a didactic review of features related to philosophy, statistics and medicine. *Panminerva Med* 2006;48:203-5.
14. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, fifth edition. Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2013.

บทที่ 4

การจำแนกประเภทของโรคทางจิตเวช (Psychiatric Classification)

ศุภโชค สิงห์กันต์

ความผิดปกติทางจิตเวชที่พบในปัจจุบันมีจำนวนมาก หลายโรคอาจมีลักษณะที่คล้ายคลึงกัน แต่ความแตกต่างเพียงเล็กน้อยในแต่ละโรค อาจนำไปสู่แนวทางการดูแลรักษา รวมถึงการพยากรณ์โรคที่แตกต่างกัน ฉะนั้น เพื่อเป็นการลดความแตกต่างในการวินิจฉัยโรคทางจิตเวชของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข จึงต้องมีระบบที่จะใช้จำแนกโรคทางจิตเวชที่เป็นมาตรฐานเพื่อประโยชน์ในการวินิจฉัยและวางแผนการรักษาโรคได้อย่างเหมาะสม ที่ผ่านมา ความพยายามในการจำแนกโรคทางจิตเวชอาจย้อนกลับไปได้ตั้งแต่ในสมัยของ Hippocrates ซึ่งเป็นผู้ให้คำนิยามคำว่า mania และ hysteria ว่าเป็นอาการของโรคทางจิตเวช หลังจากนั้นในแต่ละยุคสมัยก็มีความพยายามจัดทำระบบการจำแนกโรคทางจิตเวชมาโดยตลอด¹

ในภาพรวม ระบบการจำแนกโรคทางจิตเวชศาสตร์มีขึ้นเพื่อวัตถุประสงค์หลายประการ¹⁻² ได้แก่

1. เพื่อจำแนกโรคทางจิตเวชแต่ละชนิดออกจากกัน เนื่องจากแนวทางปฏิบัติรักษาอาจแตกต่างกัน
2. เพื่อเป็นภาษากลางในการสื่อสารระหว่างแพทย์และบุคลากรทางสาธารณสุข ช่วยเพิ่มความเที่ยงและความตรงในการวินิจฉัยโรคระหว่างแพทย์และบุคลากรอื่นๆ
3. เพื่อการศึกษาถึงประสิทธิภาพของการรักษาแต่ละอย่างของโรคทางจิตเวช การวินิจฉัยที่มีความเที่ยงตรงทำให้มั่นใจว่าผู้ที่เข้าร่วมการศึกษาเป็นผู้ป่วยที่เป็นโรคที่ได้รับการวินิจฉัยตามระบบนั้นจริง
4. เพื่อการศึกษาเพิ่มเติมถึงสาเหตุของโรคทางจิตเวชหลายโรค ซึ่งยังไม่มีที่ทราบแน่ชัด
5. เพื่อการเรียนการสอนด้านพยาธิสภาพทางจิต
6. เพื่อการประเมินการใช้ทรัพยากรและการวางแผนการใช้ทรัพยากรในระบบสาธารณสุข เช่น การบันทึกรหัสโรคและนำมาใช้คำนวณค่ากลางในเบิกจ่ายค่ารักษาสำหรับแต่ละโรค

ระบบการจำแนกโรคทางจิตเวชศาสตร์ที่มีใช้ในปัจจุบัน

มี 2 ระบบ¹ ได้แก่

1. The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)
2. The International Classification of Diseases (ICD)

ในประเทศไทยใช้ทั้ง 2 ระบบ โดยในด้านการเรียนการสอนและการให้การวินิจฉัยโรค จะยึดถือตามระบบ DSM เป็นหลัก เช่นเดียวกับในสากลนิยม ส่วนในด้านระบาดวิทยาและการวางแผนการใช้ทรัพยากรสาธารณสุข จะใช้การบันทึกรหัสโรคตามระบบ ICD ซึ่งเป็นระบบมาตรฐานในการบันทึกรหัสของโรคทุกโรค ไม่เพียงแต่เฉพาะโรคทางจิตเวชเท่านั้น ซึ่งในความเป็นจริง การวินิจฉัยโรคเดียวกันใน 2 ระบบนี้จะมีความแตกต่างกันในรายละเอียดของเกณฑ์การวินิจฉัย ซึ่งต้องประยุกต์ใช้อย่างระมัดระวังในทางปฏิบัติ

ระบบ DSM

พัฒนาขึ้นโดยสมาคมจิตแพทย์แห่งสหรัฐอเมริกา (American Psychiatric Association; APA) ซึ่งครั้งแรกที่มีการพยายามจำแนกโรคทางจิตเวชในสหรัฐอเมริกาเกิดขึ้นในช่วงปี ค.ศ. 1840¹ โดยเป็นส่วนหนึ่งของการจัดทำสำมะโนประชากร โดยให้ประชาชนแต่ละครอบครัวระบุว่า มีผู้ป่วยเป็นโรคจิตในครอบครัวจำนวนเท่าใด ในระยะต่อมาของการทำสำมะโนประชากร ก็มีความพยายามให้มีการจำแนกโรคทางจิตเวชเป็นกลุ่มๆ มากขึ้น และเริ่มพัฒนาระบบที่จะนำมาใช้ในโรงพยาบาลจิตเวชและทางกองทัพในการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยที่มาใช้บริการ ทั้งแบบผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกตามลำดับ จนกระทั่งปี ค.ศ. 1952 จึงพัฒนารูปแบบของระบบจำแนกโรคโดยอาศัยคณะกรรมการผู้เชี่ยวชาญลงความเห็นเป็นร่าง และส่งให้จิตแพทย์ทั่วประเทศพิจารณาให้การยอมรับ และจัดพิมพ์เป็น DSM ฉบับที่ 1 (DSM-I) ในระยะต่อมา มีการพิมพ์ DSM ออกมาเรื่อยๆ อีก 5 ฉบับ คือ DSM-II ในปี ค.ศ. 1968, DSM-III ในปี ค.ศ. 1980, DSM-III-R ในปี ค.ศ. 1987, DSM-IV ในปี ค.ศ. 1994, DSM-IV-TR (Text Revision) ในปี ค.ศ. 2000³⁻⁴

กระบวนการพัฒนาระบบ DSM ฉบับล่าสุดคือ DSM-5 เริ่มต้นตั้งแต่ปี ค.ศ. 1999 โดยอาศัยการตั้งคณะกรรมการผู้เชี่ยวชาญพิจารณาร่างเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวชกลุ่มต่างๆ และรวบรวมขึ้นโดยเปิดให้บุคลากรอื่นเสนอข้อคิดเห็นผ่านทางอินเทอร์เน็ต และโดยการศึกษาภาคสนาม จากนั้นนำมาทบทวนอีกครั้งเพื่อหาข้อสรุปก่อนตีพิมพ์ ซึ่งได้มีการเปิดตัวฉบับ DSM-5 นี้ในเดือนพฤษภาคม ปี ค.ศ. 2013¹

DSM-5

เป็นระบบจำแนกโรคทางจิตเวชที่เป็นมาตรฐาน เป็นที่นิยมทั้งในด้านการวินิจฉัยโรค การเรียนการสอน และการศึกษาวิจัยในระดับนานาชาติ โดยบรรยายถึงอาการที่พบได้ในโรคทางจิตเวชแต่ละโรค และให้รายละเอียดของเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวชที่จำเพาะแต่ละโรค ทำให้

มีความเที่ยงในการวินิจฉัยโรคทางจิตเวชยิ่งขึ้น นอกจากนี้ ยังบรรยายลักษณะทางระบาดวิทยาของโรคต่างๆ อย่างเป็นระบบ รวมถึงให้ข้อสังเกตในการจำแนกโรคที่คล้ายคลึงกันออกจากกัน³⁻⁴

การวินิจฉัยโรคที่มีการจำแนกไว้ใน DSM-5 จำแนกออกเป็น 22 หมวดหมู่ ได้แก่⁵

1. neurodevelopmental disorder เช่น ภาวะปัญญาอ่อน (intellectual disability) โรคออทิซึมสเปกตรัม (autism spectrum disorder) โรคสมาธิสั้น (attention-deficit/hyperactivity disorder) motor disorder เป็นต้น

2. โรคจิตเภทและโรคจิตชนิดอื่นๆ (schizophrenia spectrum and other psychotic disorders) เช่น โรคจิตเภท (schizophrenia), delusional disorder, brief psychotic disorder เป็นต้น

3. กลุ่มโรคอารมณ์สองขั้ว (bipolar and related disorders) เช่น โรค bipolar I disorder โรค bipolar and related disorders due to another medical condition เป็นต้น

4. กลุ่มโรคซึมเศร้า (depressive disorder) เช่น โรคซึมเศร้า (major depressive disorder, single episode) โรคซึมเศร้าเรื้อรัง (persistent depressive disorder/dysthymia) เป็นต้น

5. กลุ่มโรควิตกกังวล (anxiety disorder) เช่น โรค panic disorder โรค agoraphobia โรค generalized anxiety disorder เป็นต้น

6. กลุ่มโรคย้ำคิดย้ำทำและโรคอื่นที่เกี่ยวข้อง (obsessive-compulsive and related disorders) เช่น โรคย้ำคิดย้ำทำ (obsessive-compulsive disorder) โรค trichotillomania/hair-pulling disorder เป็นต้น

7. กลุ่มโรคความผิดปกติทางจิตใจภายหลังอันตรายหรือความกดดัน (trauma- and stressor-related disorders) เช่น โรคความผิดปกติของการปรับตัว (adjustment disorder) โรคความผิดปกติทางจิตใจภายหลังอันตราย (posttraumatic stress disorder) เป็นต้น

8. กลุ่มโรค dissociative disorder เช่น โรค dissociative identity disorder โรค dissociative amnesia เป็นต้น

9. กลุ่มโรค somatic symptom and related disorders เช่น โรค somatic symptom disorder โรค conversion disorder (functional neurological symptom disorder) โรค factitious disorder เป็นต้น

10. กลุ่มโรคความผิดปกติของการกินอาหาร (feeding and eating disorders) เช่น โรค anorexia nervosa โรค bulimia nervosa เป็นต้น

11. กลุ่มโรค elimination disorder เช่น enuresis, encopresis เป็นต้น

12. กลุ่มโรคความผิดปกติของการนอนหลับและการตื่น (sleep-wake disorder) เช่น insomnia disorder โรค narcolepsy เป็นต้น

13. กลุ่มโรค sexual dysfunction เช่น erectile disorder, female orgasmic disorder เป็นต้น

14. กลุ่มโรค gender dysphoria
15. กลุ่มโรค disruptive, impulse-control and conduct disorders เช่น โรค intermittent explosive disorder, conduct disorder
16. กลุ่มโรค substance-related and addictive disorders เช่น โรค alcohol use disorder, alcohol withdrawal, amphetamine intoxication
17. กลุ่มโรค neurocognitive disorder เช่น delirium, major or mild neurocognitive disorder due to the Alzheimer's disease
18. กลุ่มโรคบุคลิกภาพผิดปกติ (personality disorder) เช่น antisocial personality disorder, borderline personality disorder
19. กลุ่มโรค paraphilic disorder เช่น exhibitionistic disorder, sexual sadism disorder
20. กลุ่มโรคทางจิตใจอื่นๆ (other mental disorders)
21. โรคการเคลื่อนไหวผิดปกติที่เกิดจากยาและผลกระทบอันไม่พึงประสงค์อื่นๆ ที่เกิดจากยา (medication-induced movement disorder and other adverse effects of medication) เช่น neuroleptic-induced parkinsonism, neuroleptic malignant syndrome
22. ภาวะอื่นที่อาจต้องได้รับการดูแลทางคลินิก (other conditions that may be a focus of clinical attention) ได้แก่ ปัญหาความสัมพันธ์ (relational problem) การถูกรุ้รทำทารุณกรรม และการถูกรุ้รทอดทิ้ง (abuse and neglect)

การประเมินในหลายแกน (multiaxial evaluation)³⁻⁴

DSM-IV-TR ได้กำหนดแนวทางการวินิจฉัยแยกโรคแบบ 5 แกน ที่ช่วยให้สามารถประเมินผู้ป่วยแต่ละคนโดยพิจารณาหลายปัจจัย ได้แก่

axis I เป็นการวินิจฉัยโรคหลักทางจิตเวช รวมถึงโรคและภาวะอื่นที่อาจเป็นประเด็นที่ต้องสนใจในทางคลินิก

axis II เป็นการวินิจฉัยโรคบุคลิกภาพผิดปกติและภาวะปัญญาอ่อน ซึ่งอาจรวมถึงการบันทึกกลไกทางจิต (defense mechanism) ที่ผู้ป่วยใช้เป็นประจำ

axis III เป็นโรคทางกายที่พบร่วมด้วย ซึ่งอาจเป็นสาเหตุของอาการทางจิตเวช หรือเป็นผลจากโรคทางจิตเวช หรือไม่เกี่ยวข้องกับโรคทางจิตเวชโดยตรง

axis IV เป็นปัญหาทางจิตสังคมที่มีผลอย่างมากต่อการเกิดหรือการกำเริบของโรคทางจิตเวชของผู้ป่วย

axis V เป็นการประเมินหน้าที่การทำงานในภาพรวมโดยอาศัยการประเมิน global assessment of functioning (GAF) scale ซึ่งเป็นการสรุปหน้าที่การทำงานในภาพรวมของผู้ป่วยตามความเห็นของแพทย์ในระยะใดระยะหนึ่ง โดยการให้คะแนน มีคะแนนสูงสุดคือ 100 หมายถึงการที่ผู้ป่วยทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพสูงเต็มที่ในทุกด้าน คะแนนที่น้อยลงหมายถึงการทำงานที่แย่ลงตามลำดับ โดยมีคะแนนต่ำสุดที่ 1 ส่วน 0 หมายถึงมีข้อมูลไม่เพียงพอที่จะประเมิน

อย่างไรก็ตาม ใน DSM-5 ได้ยกเลิกระบบการวินิจฉัยแบบหลายแกนนี้ โดยรวม 3 แกนแรก ใน DSM-IV-TR ทั้งโรคทางจิตเวช โรคบุคลิกภาพผิดปกติ รวมถึงความบกพร่องทางเชาวน์ปัญญา และการวินิจฉัยโรคทางกาย ให้อยู่ในรายการเดียวกัน และสามารถระบุภาวะที่ต้องให้ความสนใจในการประเมินครั้งนั้นๆ ซึ่งบ่งถึงความจำเป็นที่ต้องรักษาหรือสังเกตเพิ่มเติม สำหรับการประเมิน การทำหน้าที่ของผู้ป่วยโดย global assessment of functioning (GAF) scale นั้น พบว่ามีประโยชน์น้อย ในการวางแผนการรักษา หรือหากจำเป็นต้องใช้ อาจใช้เครื่องมือประเมินอื่นๆ ที่พัฒนาขึ้นเพื่อใช้ทดแทน⁵⁻⁶

ระบบ ICD

พัฒนาโดยองค์การอนามัยโลก (World Health Organization; WHO) โดยจะมีรายชื่อของโรคทั้งหมดทั้งทางกายและทางจิตเวชที่สามารถแยกแยะได้ ให้รหัสโดยแบ่งเป็นหมวดหมู่ตามตัวอักษรภาษาอังกฤษ ตั้งแต่ A ถึง Z ซึ่งรายการของโรคทางจิตเวชจะจัดอยู่ในหมวด F ตามระบบการจำแนกโรคของ ICD-10 คือฉบับที่ 10 ซึ่งจัดทำขึ้นตั้งแต่ปี ค.ศ. 1992^{1, 7}

ในประเทศไทย ได้นำมาดัดแปลงใหม่ให้เข้ากับลักษณะการใช้งาน เป็นฉบับ ICD-10-TM (Thai modification) ในปี ค.ศ. 2007 ใช้เป็นมาตรฐานในการวินิจฉัยโรคและจัดกลุ่มโรคซึ่งนำไปสู่การประเมินต้นทุนค่ารักษาพยาบาลตามระบบ diagnostic related group (DRG) ที่ใช้อยู่ขณะนี้

ในปัจจุบัน การพัฒนาระบบ ICD ฉบับที่ 11 ยังอยู่ในระหว่างดำเนินการ อย่างไรก็ตาม เป็นที่คาดหวังว่า ระบบการจำแนกโรคทางจิตเวชใน ICD-11 จะสอดคล้องกับระบบการจำแนกโรคทางจิตเวชใน DSM-5 มากขึ้นกว่าฉบับก่อนๆ

การจำแนกโรคทางจิตเวชในหมวด F จะมีการแบ่งออกเป็นกลุ่มย่อย 10 หมวด ตั้งแต่ F00-F99 โดยมีรายละเอียดของแต่ละกลุ่มโรคดังนี้^{2, 7}

F00-F09 organic, including symptomatic, mental disorder

เป็นโรคทางจิตเวชที่เกิดจากโรคทางกาย

เช่น F00 dementia in Alzheimer's disease

F05.8 other deliriums

F07.2 postconcussional syndrome

F10-F19 mental and behavioral disorders due to psychoactive substance use

เป็นโรคทางจิตเวชและความผิดปกติทางพฤติกรรมที่เกิดจากการใช้สารเสพติด

เช่น F10.3 mental and behavioral disorders due to use of alcohol, withdrawal state

F15.5 mental and behavioral disorders due to use of other stimulants, including caffeine, psychotic disorder

F17.2 mental and behavioral disorders due to use of tobacco, dependence syndrome

F20-F29 schizophrenia and schizotypal and delusional disorder

เป็นโรคจิตเภทและโรคจิตอื่นๆ

เช่น F20.0 paranoid schizophrenia

F22.0 delusional disorder

F21 schizotypal disorder

F30-F39 mood (affective) disorder

เป็นโรคทางอารมณ์

เช่น F31.1 bipolar affective disorder, current episode manic without psychotic symptom

F33.4 recurrent depressive disorder, currently in remission

F40-F49 neurotic stress-related and somatoform disorders

เป็นโรคประสาท (วิตกกังวล) หรือโรคทางจิตเวชที่เกี่ยวข้องกับความเครียดและโรคโซมาโตฟอร์ม

เช่น F41.0 panic disorder

F41.1 generalized anxiety disorder

F43.2 adjustment disorder

F44.0 dissociative amnesia

F45.4 persistent somatoform pain disorder

F50-F59 behavioral syndromes associated with psychological disturbance and physical factor

เป็นปัญหาทางพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับความผิดปกติทางจิตใจและปัจจัยทางกาย

เช่น F50.0 anorexia nervosa

F51.0 nonorganic insomnia

F52.4 premature ejaculation

F60-F69 disorder of adult personality and behavior

เป็นความผิดปกติของบุคลิกภาพหรือพฤติกรรมในผู้ใหญ่

เช่น F60.2 dyssocial personality disorder

F63.3 trichotillomania

F64 gender identity disorder

F65.5 sadomasochism

F70-F79 mental retardation

เป็นภาวะปัญญาอ่อน

เช่น F70 mild mental retardation

F80-F89 disorder of psychological development

เป็นความผิดปกติของพัฒนาการทางจิตใจ

เช่น F81.0 specific reading disorder

F84.0 childhood autism

F90-F98 behavioral and emotional disorders with onset usually occurring in childhood and adolescence

เป็นความผิดปกติทางอารมณ์และพฤติกรรมที่มักเกิดในเด็กและวัยรุ่น

เช่น F90 hyperkinetic disorder

F95.0 transient tic disorder

F99 unspecified mental disorder

เป็นโรคทางจิตเวชที่ไม่ได้มีการจำแนกไว้

จะเห็นได้ว่าการจัดกลุ่มโรคใน 2 ระบบ คือ DSM และ ICD มีความแตกต่างกันอยู่บ้าง โดยบางโรคถูกเรียกด้วยชื่อที่แตกต่างกันในแต่ละระบบ เช่น โรค obsessive-compulsive personality disorder ใน DSM-5 จะเป็นโรคเดียวกันกับโรค anankastic personality disorder ใน ICD-10

นอกจากนี้ เมื่อดูรายละเอียดเกณฑ์การวินิจฉัยโรคแต่ละโรคใน 2 ระบบ ยังพบว่ามี ความแตกต่างกันอยู่พอสมควรในบางโรค เช่น โรค generalized anxiety disorder ใน DSM-5 มีเกณฑ์ด้านอาการที่ระบุไว้เพียง 6 อาการ แต่ตาม ICD-10 มีอาการที่อาจเกิดขึ้นและเป็นที่ยอมรับตามเกณฑ์การวินิจฉัยได้ถึง 22 อาการ เป็นต้น

ดังนั้น แม้ว่าในปัจจุบัน แนวทางการวินิจฉัยในประเทศไทยโดยการอิงเกณฑ์ของ DSM เป็นหลัก แต่บันทึกรหัสโรคตามระบบ ICD จะใช้กันอย่างแพร่หลาย แต่การประยุกต์ใช้ทั้ง 2 ระบบ เข้าด้วยกันยังต้องทำด้วยความระมัดระวัง จนกว่าจะมีเกณฑ์ฉบับใหม่ของทั้ง 2 ระบบที่มีการพัฒนาให้สอดคล้องกันมากขึ้นออกมาในอนาคต

เอกสารอ้างอิง

1. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences/clinical psychiatry. 10th ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2007.
2. สมภพ เรืองตระกูล. ตำราจิตเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์; 2545.
3. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fourth edition. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994.
4. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fourth edition. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000.
5. American Psychiatric Association. Desk reference to the diagnostic criteria from DSM-5™. Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2013.
6. American Psychiatric Association. Highlights of changes from DSM-IV-TR to DSM-5 [online]. 2013 [cited 28 April 2014]. Available from: <http://www.psychiatry.org/dsm>
7. World Health Organization. International statistical classification of diseases and related health problems, 10th rev. World Health Organization; 1992.

บทที่ 5

จิตวิทยาของกลไกทางจิตและการเผชิญปัญหา (Psychology of Mind Defense and Coping Mechanism)

นภฎา สายเสวย

เนื้อหาในบทนี้เป็นการปูพื้นฐานทฤษฎีทางจิตวิทยา (psychology) ทฤษฎีที่มีชื่อเสียง ได้แก่ ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (psychoanalysis) และทฤษฎีพัฒนาการของจิตใจทางด้านเพศ (psychosexual development) ทฤษฎีในกลุ่มนี้มีแนวความคิดว่า จิตใจมนุษย์เป็นสิ่งซับซ้อน และพัฒนาเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาตามวัยต่างๆ โดยการพัฒนาของจิตใจนี้ได้รับอิทธิพลจากปัจจัยทางชีวภาพ เช่น เรื่องของ พันธุกรรม ซึ่งมีปฏิสัมพันธ์กับจิตใจ การเลี้ยงดูในวัยเด็ก และสังคมสิ่งแวดล้อม ทำการหล่อหลอมให้เกิดลักษณะบุคลิกภาพของบุคคลนั้นๆ ขึ้นมา ได้มีผู้รู้คิดค้นทฤษฎีทางด้านจิตวิทยาที่พยายาม อธิบายความเป็นมาของลักษณะบุคลิกภาพของคนเป็นจำนวนมาก ในบทนี้ได้สรุปเฉพาะทฤษฎีที่มีการยอมรับและนิยมใช้อธิบายพัฒนาการของจิตใจอย่างแพร่หลาย ดังต่อไปนี้¹⁻²

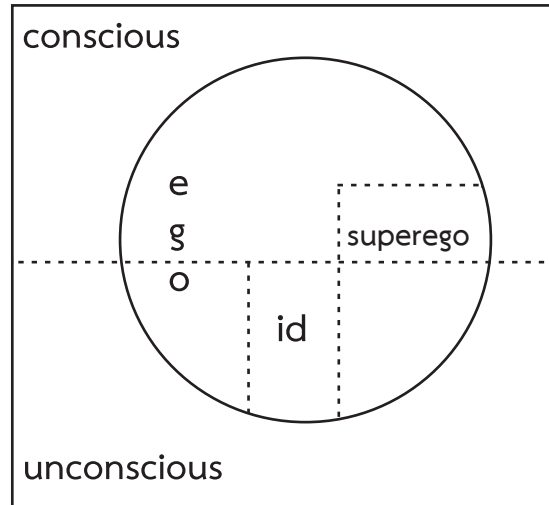
1. ทฤษฎี topographic (topographic theory)
2. ทฤษฎีจิตวิทยาอีโก้ (ego psychology)
3. กลไกทางจิต (defense mechanism)
4. ทฤษฎีพัฒนาการของจิตใจทางด้านเพศ (psychosexual development)
5. ทฤษฎีพัฒนาการของจิตใจทางด้านสังคม (psychosocial development)
6. ทฤษฎีความผูกพัน (attachment theory) และทฤษฎีความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (object relation theory)

เมื่อเอ่ยถึงทฤษฎีจิตวิเคราะห์ บุคคลผู้มีความสำคัญและมีส่วนทำให้ทฤษฎีจิตวิเคราะห์เป็นที่รู้จักกันอย่างแพร่หลายคือ Sigmund Freud (ค.ศ. 1856-1939)

Sigmund Freud ได้รับการยกย่องว่าเป็นผู้ริเริ่มศึกษาพฤติกรรมของคนด้วยระบบทางวิทยาศาสตร์ และแนวความคิดของเขามีอิทธิพลต่อทฤษฎีทางจิตวิทยาหลายทฤษฎี³ แม้จะมีประเด็นที่นักเถียงหลายแง่มุม แต่ก็ยังสามารถนำมาปรับใช้ในการทำความเข้าใจพฤติกรรมของคนบางบุคลิก ข้อมูลของเขาได้มาจากผู้ป่วยจริง นำมาศึกษาวิเคราะห์ ตีความ และตั้งเป็นทฤษฎีขึ้นมา ตัวอย่างตำราที่เขาเขียนมีดังนี้ Interpretation of dreams (1900), The psychopathology of everyday life (1901), General introductory lectures on psycho-analysis (1917), New introductory lecture on psychoanalysis (1933), An outline of psychoanalysis (1938)

ทฤษฎีสำคัญที่ Sigmund Freud มีส่วนเป็นอย่างมากในการคิด คือ ทฤษฎี topographic (topographic theory) ทฤษฎีจิตวิทยาอีโก้ (ego psychology) กลไกทางจิต (defense mechanism) และทฤษฎีพัฒนาการของจิตใจทางด้านเพศ (psychosexual development)

1. ทฤษฎี topographic (topographic theory)⁴⁻⁶



ภาพที่ 5-1 topographic model ของจิตใจ⁴ (ดัดแปลงจาก Gabbard GO. Psychodynamic psychiatry in clinical practice. 3rd ed. Washington, DC: American Psychiatric Press; 2000.)

Sigmund Freud แบ่งจิตใจมนุษย์ออกเป็นส่วนต่างๆ คือ จิตสำนึก (conscious) จิตก่อนสำนึก (preconscious) และจิตไร้สำนึก (unconscious) โดยจิตไร้สำนึกเป็นส่วนของจิตใจที่เป็นที่อยู่ของสัญชาตญาณ (instinct) และแรงขับเคลื่อน (drive) โดยเฉพาะแรงขับเคลื่อนทางเพศ (sexual drive) และความก้าวร้าว (aggressive urge) จิตไร้สำนึกนี้ยังเกี่ยวกับกระบวนการคิดแบบปฐมภูมิ ซึ่งเป็นการคิดแบบไม่มีตรรกะ ไม่มีกาลเวลา และมีความเป็นสัญลักษณ์สูง ตัวอย่างกระบวนการคิดแบบปฐมภูมิ เช่น การคิดแบบเด็ก การฝัน การคิดแบบผู้ป่วยโรคจิต เป็นต้น⁵

ส่วนของจิตใจที่ Sigmund Freud สมมุติขึ้นมาอีกสองส่วนคือ จิตก่อนสำนึก (preconscious) และจิตสำนึก (conscious) เป็นส่วนที่ใช้กระบวนการคิดแบบทุติยภูมิ ซึ่งเป็นวิธีคิดที่มีตรรกะมากกว่า การคิดแบบปฐมภูมิ กระบวนการคิดแบบทุติยภูมินี้ สามารถเชื่อมโยงกับโลกความจริงภายนอกได้ ตัวอย่างคือ การคิดแบบผู้ใหญ่ การคิดที่มีจุดมุ่งหมาย เป็นต้น

ตัวอย่างของการแบ่งจิตใจแบบเป็นส่วนๆ แบบ topographic model เช่น เมื่อนักเรียนเรียนสูตรเคมีและจำสูตรเคมีของน้ำได้ว่า H_2O สูตรเคมีที่จำได้อยู่ในจิตสำนึก (conscious) ช่วงเวลา ก่อนที่นักเรียนจะนึกถึงสูตรขึ้นมาได้ สูตร H_2O จะอยู่ในจิตก่อนสำนึก (preconscious) แต่ถ้านักเรียนพยายามนึกสูตรเคมีแล้วแต่นึกไม่ออก แม้ว่าจะเคยเรียนไปแล้ว แสดงว่าสูตรเคมีนี้อยู่ในจิตไร้สำนึก (unconscious)

หลังจาก Sigmund Freud สังเกตผู้รับการบำบัดมากขึ้น พบว่าผู้รับการบำบัดมักมีแรงต้านทานต่อการเปลี่ยนแปลงและการรักษา เขายังพบว่าผู้รับการบำบัดมักใช้กลไกทางจิตป้องกันตนเองจากความจำที่เจ็บปวดในอดีต ถ้าจะอธิบายโดยใช้ topographic model คือ ผู้รับการบำบัดใช้กลไกการเก็บกด (repression) ความจำไว้ในจิตไร้สำนึก (unconscious)

2. ทฤษฎีจิตวิทยาอีโก้ (ego psychology)⁴

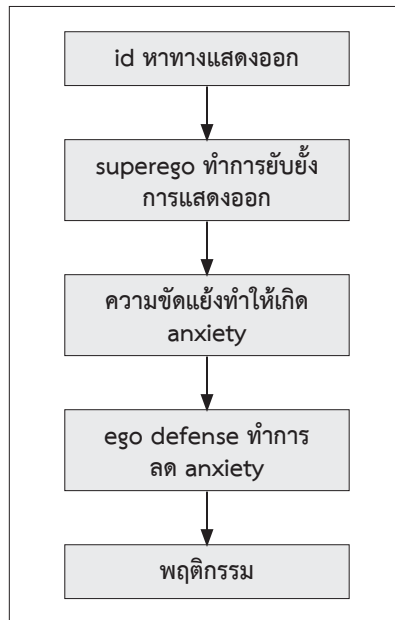
ในปี ค.ศ. 1923 Sigmund Freud ได้ตีพิมพ์ The ego and id ซึ่งกล่าวถึงองค์ประกอบสามส่วนของจิตใจ คือ id, ego และ superego โดยอธิบายว่า แรกเกิดคนเรามี id ติดตัวมาและเป็นสิ่งที่อยู่ในจิตไร้สำนึก (unconscious) id จะมองหาความพึงพอใจโดยใช้สัญชาตญาณ โดยเฉพาะแรงขับเคลื่อนทางเพศและความก้าวร้าว

ต่อมาเด็กพัฒนา superego ขึ้นมาโดยเกิดจากการรับเอาลักษณะของบิดาหรือมารดาที่เป็นเพศเดียวกับเด็กเข้ามาในจิตใจ superego เกิดขึ้นเมื่อความขัดแย้งแบบ oedipal สิ้นสุดลง superego ทำหน้าที่กดเก็บความไม่พอใจต่างๆ หรือกดเก็บสัญชาตญาณในรูปแบบของศีลธรรม ซึ่งศีลธรรมนี้หมายถึงความนึกคิดว่าสิ่งใดควรทำ สิ่งใดไม่ควรทำ เหมือนเป็นภาพสะท้อนของบิดาหรือมารดาของเด็ก ในที่นี้ Sigmund Freud ใช้คำว่าภาพสะท้อนของ ego ideal ของเด็ก โดย superego ส่วนใหญ่อยู่ในจิตไร้สำนึก (unconscious) และบางส่วนอยู่ในจิตสำนึก (conscious) ส่วนของจิตใจอีกส่วนคือ ego เป็นตัวกลางระหว่าง id และ superego และยังเป็นตัวกลางระหว่างตัวตนของคนนั้นกับความเป็นจริง ego อยู่ทั้งในจิตสำนึก (conscious) และจิตไร้สำนึก (unconscious)^{4, 7} โดย ego มีหน้าที่ดังนี้

- 1) การรับรู้ (perception)
- 2) การทดสอบความเป็นจริง (reality testing) รับความรู้สึกของความเป็นจริง (sense of reality) ปรับตัวกับความเป็นจริง (adaptation to reality)
- 3) ควบคุมการเคลื่อนไหว (motor control)
- 4) การหยั่งรู้ (intuition) หรือการตัดสินใจอย่างทันทีทันใดโดยไม่มีการเตรียมการไว้ก่อน
- 5) ความจำ (memory)
- 6) อารมณ์ (affect)
- 7) การคิด (thinking) และการเรียนรู้ (learning) โดย ego ใช้กระบวนการคิดแบบทุติยภูมิ (secondary mode of thinking)

- 8) การควบคุมแรงขับเคลื่อนตามสัญชาตญาณ (control of instinctual drive) หรือการชะลอการตอบสนองต่อความพึงพอใจแบบเฉียบพลัน
- 9) การสังเคราะห์ส่วนต่างๆ ที่หลากหลาย (synthetic function of the ego) นำมารวบรวมเป็นสิ่งเดียวกัน มีการจัดแบบแผน (assimilation) การสร้างสรรค์ (creation) การทำให้เป็นลักษณะทั่วไป (generalization) การทำให้ง่ายขึ้น (simplifying)
- 10) การเข้าใจ (comprehension) และการใช้ภาษา (language)

รากฐานของทฤษฎี ego psychology คือ ความขัดแย้งระหว่าง id, ego และ superego เป็นการต่อสู้กันระหว่างการแสดงออกกับการไม่แสดงออกของแรงขับเคลื่อนทางเพศและความก้าวร้าว ความขัดแย้งนี้ทำให้เกิดความกังวล และความกังวลจะเตือน ego ให้นำกลไกทางจิตมาใช้ลดความกังวล ดังภาพที่ 5-2



ภาพที่ 5-2 การทำงานของกลไกทางจิต (defense mechanism)⁴

3. กลไกทางจิต (defense mechanism)^{1, 4, 6, 8-9}

กลไกทางจิตเป็นความพยายามปรับตัวของ ego เพื่อประนีประนอมการแสดงออกของแรงผลักดันที่เกิดภายในจิตไร้สำนึก บุคคลที่ใช้กลไกเหล่านี้จะไม่รู้ตัว จุดประสงค์ของการใช้กลไกนี้เพื่อลดความกังวล ปกป้อง ego และเก็บกด (repression) ความขัดแย้งที่กระทบกระเทือนใจอย่างรุนแรงลงไป เพื่อให้เกิดความสมดุลในจิตใจ การใช้กลไกทางจิตเป็นสิ่งปกติ เป็นการปรับตัวของ ego แต่หากใช้กลไกทางจิตได้ซ้ำๆ โดยไม่ยืดหยุ่นตามสิ่งแวดล้อม หรือไม่เหมาะสมกับวัยบ่อยๆ มักเกิดพยาธิสภาพทางจิตตามมา หรือเกิดบุคลิกภาพผิดปกติขึ้น

การทำงานของกลไกทางจิต (defense mechanism)

มีการจำแนกกลไกทางจิตออกเป็นชนิดต่างๆ โดยใช้เกณฑ์การแบ่งที่แตกต่างกัน อาจแบ่งกลไกทางจิตได้ตามผลสำเร็จของการใช้ เช่น

1. แบบที่ก่อให้เกิดความสำเร็จ ได้แก่ กลไกที่ใช้ได้ผลเพื่อลดความกังวลแล้วไม่ต้องใช้กลไกอื่นเพิ่ม และไม่ก่อให้เกิดพยาธิสภาพทางจิต
2. แบบที่ก่อให้เกิดความล้มเหลว ได้แก่ กลไกที่ใช้ลดความกังวล หรือแก้ความขัดแย้งในใจไม่ได้ผล จนต้องนำกลไกอื่นมาใช้ร่วมด้วย และก่อให้เกิดพยาธิสภาพทางจิตตามมา

Sigmund Freud สนใจกลไกที่เรียกว่า การเก็บกด (repression) เป็นพิเศษ เขาคิดว่ากลไกนี้เป็นกลไกของ ego ในระดับปฐมภูมิ (primary ego defense) การเก็บกดถูกใช้ระงับความรู้สึกหรือขับออกจากการรับรู้ของจิตสำนึก เขาคิดว่ากลไกอื่นๆ จะถูกนำมาใช้ก็ต่อเมื่อการเก็บกดใช้ไม่ได้ผล ซึ่งในเวลาต่อมา Anna Freud ลูกสาวของ Sigmund Freud ได้รวบรวมกลไกทางจิตไว้ในหนังสือ The ego and the mechanism of defense

วิธีจำแนกกลไกทางจิตที่นิยมใช้คือ วิธีของ George Vaillant ซึ่งแบ่งกลไกทางจิตออกเป็น 4 ประเภท ตามระดับการพัฒนา ระดับต้นเป็นกลไกที่เกิดในช่วงต้นของพัฒนาการทางจิตใจ และเมื่อเติบโตขึ้นก็พัฒนากลไกทางจิตที่ซับซ้อนมากขึ้นเป็นลำดับ เพื่อให้ทำงานได้ดีกว่าเดิม ดังตารางที่ 5-1

ตารางที่ 5-1 การจำแนกกลไกทางจิตตามระดับการปรับตัว⁸ (ดัดแปลงจาก Sadock BJ, Sadock VA. Theories of personality and psychopathology. In: Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences/clinical psychiatry. 10th ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2007. p. 202-3.)

ระยะการพัฒนาของกลไกทางจิต	ตัวอย่างกลไกทางจิต
1. กลไกในระยะเริ่มต้นของการพัฒนา (narcissistic defense)	denial, distortion, projection
2. กลไกที่ยังพัฒนาไม่เต็มที่ (immature defense)	acting out, blocking, hypochondriasis, identification, introjection, passive-aggressive behavior, regression, schizoid fantasy, somatization
3. กลไกป้องกันทางจิตแบบโรคประสาท (neurotic defense)	controlling, displacement, dissociation, externalization, inhibition, intellectualization, isolation, rationalization, reaction formation, repression, sexualization, undoing
4. กลไกที่ถือว่ามั่งคั่งภาวะ (mature defense)	altruism, anticipation, asceticism, humor, sublimation, suppression

1. กลไกในระยะเริ่มต้นของการพัฒนา (narcissistic defense)^{1, 4-7} ได้แก่

1.1 การปฏิเสธ (denial) หมายถึง การไม่ยอมรับรู้อารมณ์ ความคิด แรงขับเคลื่อน พฤติกรรม หรือสถานการณ์บางอย่างที่มีผลต่อจิตใจอย่างรุนแรง เช่น ผู้ป่วยโรคเอดส์ไม่ยอมรับผลการตรวจเลือด หญิงที่ถูกคนรักทอดทิ้ง แต่ยังไม่ยอมรับว่าเลิกกันแล้ว

1.2 การบิดเบือน (distortion) หมายถึง การบิดเบือนความเป็นจริงเพื่อตอบสนองต่อความรู้สึก ความต้องการภายในใจของตนเอง เช่น หญิงคนหนึ่งรู้สึกว่าเป็นเพื่อนร่วมงานชายมอม แล้วบิดเบือนว่าตนมีค่านามารุมชอบ เป็นได้ทั้งจินตนาการ ไปจนถึงอาการหลงผิด (delusion)

1.3 การโทษ หรือโยนความผิดให้ผู้อื่น (projection) หมายถึง การขัดท้อความคิด ความรู้สึก หรือแรงขับเคลื่อนที่ไม่ดีที่ตนเองรับไม่ได้ไปให้ผู้อื่น เพื่อป้องกันตนเองให้พ้นผิด การโอนความผิดให้ผู้อื่นนี้มีได้ในหลายระดับของการพัฒนา ยิ่งเป็นช่วงต้นเท่าใด จิตใจจะมองความรู้สึกของตนเองเหมือนมาจากภายนอกเท่านั้น เช่น แทนที่จะรู้สึกว่าเป็นความโกรธ ก้าวร้าว ของตนเอง กลับรู้สึกว่าเป็นผู้อื่นโกรธ และจะมาทำร้ายตน ในระดับถัดมา อาจแสดงออกโดยนำความรู้สึกที่ตนไม่รับรู้ไปโยนให้ผู้อื่นแทน เช่น หญิงคนหนึ่งไม่ชอบเพื่อนร่วมงาน แต่ไม่สามารถยอมรับความรู้สึกก้าวร้าว และเกลียดเพื่อนร่วมงานของตนเองได้ จึงพูดว่า “เพื่อนหาทางกลั่นแกล้งเธออยู่เสมอ” และรู้สึกว่าเป็นเพื่อนร่วมงานเองก็ไม่ชอบเธอ กลไกชนิดนี้ถ้าใช้มากเกินไปจะเกิดอาการกลัวและหวาดระแวง

2. กลไกที่ยังพัฒนาไม่เต็มที่ (immature defense)

2.1 การแสดงออกด้วยการกระทำ (acting out) หมายถึง การแสดงออกถึงความหวัง หรือแรงขับเคลื่อนภายในจิตใจไว้สำนึกเป็นพฤติกรรมออกมาภายนอก เพื่อเลี่ยงการรับรู้อารมณ์ของผู้กระทำ เช่น หญิงคนหนึ่งไม่ชอบมารดา จึงทำตัวเกรง ใช้เงินมาก โดยไม่รู้ตัวว่าพฤติกรรมนี้เกิดจากการต้องการทำร้ายจิตใจมารดา

2.2 การหยุดชั่วคราว (blocking) หมายถึง การยับยั้ง หรือหยุดความคิดไว้ชั่วคราว คล้ายการเก็บกดไว้ แต่แตกต่างตรงที่กลไกนี้มีความตึงเครียดเกิดขึ้นเมื่อแรงขับเคลื่อนหรืออารมณ์ความคิดนั้นๆ ถูกยับยั้งไว้ เช่น การที่พูดแล้วอยู่ๆ ความคิดก็ขาดช่วงไปทันที

2.3 การสำคัญว่าตนเจ็บป่วย (hypochondriasis) หมายถึง การขยายหรือเน้นอาการเจ็บป่วยของตนเองเพื่อหลีกเลี่ยงและเป็นการถดถอย โดยจะคิดว่าตนเองเจ็บป่วยตลอด เช่น เมื่อเจ็บหน้าอก ก็จะคิดว่าเป็นโรคหัวใจขาดเลือด อ่อนเพลีย ไม่มีแรง อาจมีอาการกระตุ้นมาก่อนหรือไม่ก็ได้ กลไกนี้มักช่วยให้ผู้ป่วยได้เลี่ยงปัญหา ไม่ต้องรับผิดชอบ ไม่รู้สึกผิด

2.4 การหาเอกลักษณ์ (identification) หมายถึง การลอกเลียนแบบ หรือการนำเอาบุคลิก รวมถึงเอกลักษณ์บางอย่างของผู้อื่นเข้ามาในตัว บางครั้งเป็นการเลียนแบบค่านิยม ทศนคติ เช่น การเลียนแบบดาราของวัยรุ่น กลไกชนิดนี้มีบทบาทในการพัฒนาบุคลิกภาพ โดยเฉพาะการพัฒนาของ superego ดังที่ได้กล่าวไว้แล้วข้างต้น เด็กชายจะเลียนแบบบิดา เด็กหญิงเลียนแบบมารดา เมื่อโตเข้าโรงเรียนเด็กจะเลียนแบบครู เมื่อเป็นวัยรุ่นอาจจะเลียนแบบเพื่อน รุ่นพี่ ดารา นักกีฬา เป็นต้น จะต้องแยกออกจากการเลียนแบบ (imitation) ซึ่งเป็นการกระทำโดยตั้งใจของจิตสำนึก

2.5 การรับเข้ามาไว้ในตัว (introjection) หมายถึง การเอาความคิด ความรู้สึกที่มีต่อบุคคลเข้ามาไว้ในตัว เช่น แทนที่จะแสดงความโกรธที่มีต่อบิดา กลับรับความรู้สึกที่ไม่ดีมาไว้ในใจ ในลักษณะที่ตำหนิตนเอง คิดว่าตนเองไม่ดี เป็นกลไกที่พบได้บ่อยในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า กลไกทางจิตนี้ตรงข้ามกับการโยนความผิดให้ผู้อื่น (projection)

2.6 การแสดงความก้าวร้าวต่อผู้อื่นทางอ้อม (passive-aggressive behavior) หมายถึง พฤติกรรมที่ก้าวร้าวอยู่ภายใน ไม่แสดงออกชัดเจน โดยการเฉยไม่ทำอะไรเลย เช่น ชายคนหนึ่งไม่พอใจหัวหน้างาน จึงส่งงานช้าเพื่อให้หัวหน้างานเดือดร้อน ทั้งที่ปกติทำงานเร็ว

2.7 การถดถอย (regression) หมายถึง การถอยกลับของ ego ไปสู่ระยะแรกๆ ของพัฒนาการทางบุคลิกภาพเมื่อเผชิญกับความขัดแย้ง การถดถอยนี้มักกลับไปสู่จุดที่ตรึงแน่น (fixation) ในพัฒนาการ ตัวอย่าง เช่น เด็กที่เลิกปัสสาวะรดที่นอนแล้ว เมื่อมารดามีลูกคนเล็ก ก็กลับไปปัสสาวะรดที่นอนอีกครั้ง

2.8 การจินตนาการ เพื่อฝัน (schizoid fantasy) หมายถึง การใช้จินตนาการ และหนีไปอยู่ในโลกจินตนาการของตน เพื่อหนีความขัดแย้งในจิตใจ และเกิดความพึงพอใจโดยไม่ต้องมีความสัมพันธ์กับผู้อื่น

2.9 การเกิดอาการทางร่างกาย (somatization) หมายถึง ความขัดแย้งทางจิตใจ ถูกสลับเปลี่ยนเป็นอาการทางกาย ซึ่งถูกควบคุมด้วยระบบประสาทอัตโนมัติ (autonomic nervous system) เช่น นักเรียนใกล้สอบมีอาการท้องเสีย

3. กลไกป้องกันทางจิตแบบโรคประสาท (neurotic defense)

3.1 การควบคุม (controlling) หมายถึง การพยายามควบคุมเหตุการณ์หรือสิ่งแวดล้อม เพื่อลดความกังวลและแก้ไขความขัดแย้งภายในใจ

3.2 การย้ายที่หรือการเบี่ยงเบน (displacement) หมายถึง การย้ายหรือการเปลี่ยนที่อารมณ์ที่มีต่อบุคคลหรือสิ่งของหนึ่งไปไว้ที่อื่นซึ่งมีผลเสียต่อตนเองน้อยกว่า เช่น นักเรียนถูกครูดุ รู้สึกไม่พอใจ แต่ไม่กล้าแสดงความรู้สึก เมื่อกลับบ้านก็แสดงอารมณ์เกรี้ยวกราดกับพี่เลี้ยง พบกลไกชนิดนี้ได้ในโรคประสาท (neurotic) ชนิด phobia หรือโรคย้ำคิดย้ำทำ (obsessive-compulsive disorder; OCD)

3.3 การแตกแยก (dissociation) หมายถึง การแตกแยกของความคิดหรือพฤติกรรมจากส่วนของบุคลิกภาพเดิมไปช่วงหนึ่ง เพื่อเลี่ยงความขัดแย้งที่ตนไม่สามารถรับได้ และส่วนที่แยกออกมาสามารถทำงานอย่างเป็นอิสระ เช่น ผู้ที่ทรงเจ้า หรือหญิงที่ได้รับความกระทบกระเทือนทางจิตใจมากจนเกิดมีบุคลิกภาพสองแบบ เป็นต้น

3.4 การโอนไปยังสิ่งที่อยู่ภายนอก (externalization) หมายถึง การอ้างหรือใช้อุปนิสัยหรืออารมณ์ของตนเองเป็นเกณฑ์ในการอธิบายความคิดและความรู้สึกของบุคคลอื่น เช่น บางคนชอบเอาชนะ ก็กลับไปคิดว่าคนอื่นต่างหากที่ต้องการให้ตนเองเอาชนะให้ได้

3.5 การยับยั้ง (inhibition) หมายถึง การทำงานของ ego บางอย่างถูกตัดออกไป เพื่อเลี่ยงความเครียดจากความขัดแย้งภายในใจ เช่น การพูดไม่ออก เขียนหนังสือไม่ได้ ฯลฯ ที่ระบบประสาทปกติ

3.6 การใช้ปัญญา (intellectualization) หมายถึง การใช้แนวความคิด ปรัชญา เพื่อหลีกเลี่ยงความรู้สึกบางอย่างที่ไม่สบายใจ มักสัมพันธ์กับการกระทำที่ตรงกันข้าม (reaction formation) เช่น นักเรียนตรึงการประกวด เลี่ยงความรู้สึกแค้น โดยหันมาสนใจรายละเอียดที่บกพร่องของตนเอง และวางแผนการประกวดครั้งถัดไป

3.7 การแยกจากกัน (isolation) หมายถึง การแบ่งแยกส่วนประกอบของอารมณ์ออกจากความคิด และเก็บกดไว้ เช่น แพทย์ชันสูตรพลิกศพโดยไม่หวาดกลัวต่อความตาย กลไกนี้พบได้บ่อยในโรคย้ำคิดย้ำทำ (obsessive-compulsive disorder; OCD)

3.8 การหาเหตุผลเข้าข้างตัวเอง (rationalization) หมายถึง การหาเหตุผลที่รู้สึกว่าดีและเป็นที่ยอมรับของสังคมมาแทนเหตุผลที่แท้จริงของพฤติกรรมบางอย่าง ในบางครั้ง เพื่อรักษาหน้าของตนเองเอาไว้ไม่ให้อับอาย เช่น หญิงไม่ยอมมีคนรัก เพราะให้เหตุผลว่า อยู่คนเดียวสบายใจดีแล้ว

3.9 การกระทำที่ตรงกันข้าม (reaction formation) หมายถึง การแสดงออกของการกระทำที่ตรงข้ามกับแรงผลักดันภายในส่วนลึกของใจ ซึ่งแรงผลักดันนี้ไม่เป็นที่ยอมรับของตนเองหรือผู้อื่น ดังสุภาษิต “หน้าเนื้อใจเสือ” เช่น ชายคนหนึ่งไม่พอใจเพื่อนที่เป็นหัวหน้าห้องอย่างมาก แต่แสดงออกในลักษณะชื่นชมและช่วยเหลืออย่างเต็มที่ หรือหญิงคนหนึ่งแอบชอบคนรักของเพื่อน แต่เมื่อพบคนรักของเพื่อนคนนี้ที่โรจระพุดไม่ตีด้วย

3.10 การเก็บกด (repression) หมายถึง การเก็บกดความคิด แรงกดดัน แรงขับดัน หรือความทรงจำที่มีความขัดแย้งทางจิตใจอย่างรุนแรงไม่ให้ผุดขึ้นมาในจิตสำนึก เป็นการเก็บกดโดยไม่ตั้งใจ เป็นกลไกของ ego ในระดับปฐมภูมิ (primary ego defense) จัดเป็นกลไกที่สำคัญในผู้ป่วยโรคประสาท เช่น การไม่ได้ยินเสียงนาฬิกาปลุกตอนเช้าหลังจากนอนดึกมาก หรือการลืมคนที่ไม่อยากไปพบ

3.11 การโยนเรื่องเพศ (sexualization) หมายถึง การนำเรื่องทางเพศมาเกี่ยวข้องกับบุคคลหรือการกระทำต่างๆ เพื่อลดความกังวล หรือความต้องการที่เก็บกดไว้

3.12 การลบล้างหรือการล้างบาป (undoing) หมายถึง การกระทำบางอย่างที่เป็นสัญลักษณ์เพื่อลบล้างการกระทำเดิมที่ไม่เป็นที่ยอมรับของตนเองหรือสังคม เช่น การที่ผู้ป่วยโรคย้ำคิดย้ำทำ (obsessive-compulsive disorder; OCD) กราบไหว้ศาลพระภูมิหลายครั้ง เพราะมีความคิดว่าว่าพระอยู่ในใจ หรือเด็กที่เคาะโต๊ะเพื่อลบล้างคำพูดที่ผิดหรือไม่ได้

4. กลไกที่พัฒนาแล้วหรือกลไกที่ถือว่าวุฒิภาวะ (mature defense)

4.1 การเสียสละ (altruism) หมายถึง การเห็นแก่ผู้อื่นเป็นสำคัญ ช่วยเหลือผู้อื่นอย่างมีคุณค่า โดยตนเองได้ความพอใจ แต่ไม่ใช่การทำเพื่อผู้อื่นแล้วตนเองลำบากใจ

4.2 การเตรียมการล่วงหน้า (anticipation) หมายถึง การวางแผนล่วงหน้าได้อย่างเหมาะสมก่อนเกิดปัญหา แต่ไม่ใช่การวิตกกังวลมากเกินไป

4.3 การขจัดกิเลส (asceticism) หมายถึง การไม่ต้องการความสุขที่ได้จากสิ่งที่ไม่ถูกไม่ควร การมีศีลธรรม มีค่านิยมที่ถูกต้อง และมีความสุขที่สามารถละกิเลสได้ เช่น ชายคนหนึ่งมีความสุขจากการคืนเงินที่เก็บได้โดยบังเอิญ

4.4 การมีอารมณ์ขัน (humor) หมายถึง การที่สามารถใช้อารมณ์ขันเพื่อแสดงอารมณ์ได้โดยตรง โดยไม่ทำให้เกิดความรู้สึกที่ไม่ดีหรือเกิดผลเสียต่อผู้อื่น

4.5 การทดแทน (sublimation) หมายถึง การหาทางระบายแรงขับดันตามสัญชาตญาณออกไปเป็นกิจกรรมที่สร้างสรรค์และเป็นที่ยอมรับของสังคม เช่น แรงขับดันทางเพศก่อให้เกิดงานศิลปะ วรรณกรรม ชายคนหนึ่งในวัยเด็กชอบความรุนแรงชกต่อย เมื่อโตขึ้นกลายเป็นนักมวย กลไกนี้เป็นกลไกที่มีประสิทธิภาพและสร้างความสำเร็จ พบได้ในคนที่มีวุฒิภาวะแล้ว

4.6 การยับยั้งชั่งใจ (suppression) มีลักษณะคล้ายการเก็บกด (repression) ต่างกันตรงที่กลไกนี้เป็นการทำงานของจิตสำนึก และเกิดขึ้นโดยตั้งใจ บางครั้งเชื่อมโยงกัน เป็นการจัดการกับอารมณ์ที่เกิดขึ้นโดยการกดระงับไว้ก่อน เช่น นักเรียนกังวลเรื่องสอบมากจนไม่มีจิตใจอ่านหนังสือ จึงตัดสินใจเลิกคิดกังวลจนอ่านหนังสือต่อไปได้

การทราบว่าผู้ป่วยมักใช้กลไกทางจิตแบบใด ทำให้ผู้รักษาสถาบันวินิจฉัยปัญหาทางจิตภาวะทางจิตเวช หรือบุคลิกภาพต่างๆ ได้ เพราะภาวะต่างๆ มีกลไกทางจิตที่มักใช้ซ้ำๆ เฉพาะแต่ละภาวะ และการทราบอาการก็ทำให้คาดคะเนกลไกทางจิตได้ การชักประวัติและการสังเกตพฤติกรรมจะทำให้ทราบกลไกทางจิต นอกจากจะวินิจฉัยได้แล้ว ยังมีประโยชน์ในแง่การให้การบำบัด บอการดำเนินโรค ดังตัวอย่างในตารางที่ 5-2

ตารางที่ 5-2 ตัวอย่างการใช้กลไกทางจิตในโรคบุคลิกภาพผิดปกติ (ego defense in personality disorder)⁸⁻¹⁰

ลักษณะของบุคลิกภาพที่ผิดปกติ		กลไกทางจิตที่มักใช้บ่อย
cluster A	paranoid	projection, denial, projective identification, splitting, reaction formation
	schizoid	schizoid fantasy, projection, introjection, intellectualization, idealization, devaluation
	schizotypal	schizoid fantasy, projection, denial, distortion, primitive idealization
cluster B	antisocial	acting out, projective identification, dissociation, controlling
	borderline	acting out, projective identification, dissociation, splitting, distortion
	histrionic	sexualization, repression, denial, regression, dissociation
	narcissistic	idealization, devaluation, projection, identification
cluster C	avoidant	inhibition, isolation, displacement, projection
	dependent	idealization, reaction formation, projective identification, inhibition, somatization, regression
	obsessive-compulsive	intellectualization, undoing, displacement, isolation of affect, rationalization

4. ทฤษฎีพัฒนาการของจิตใจทางด้านเพศ (psychosexual development)^{4, 8-9}

Sigmund Freud แบ่งลำดับการพัฒนาทางจิตใจออกเป็นขั้นตอน เขาอ้างว่าเด็กทุกคนถูกครอบงำด้วยแรงขับเคลื่อนทางเพศตั้งแต่แรกเกิด แต่ในระยะเริ่มแรกการแสดงออกจะแสดงในแบบที่ไม่ใช่การแสดงออกทางเพศก่อน โดยจะเปลี่ยนไปตามการทำงานของอวัยวะที่เด่นๆ ไปตามลำดับขั้น โดยเริ่มจากการใช้ปากดูดนม ตามด้วยการควบคุมการขับถ่ายของทวารหนัก ไปจนถึงระยะสุดท้ายคืออวัยวะเพศ พัฒนาการด้านต่างๆ ตามวัยที่เหมาะสมจะเป็นผลให้พัฒนาการด้านจิตมาดีขึ้นเมื่อโตขึ้น โดยในแต่ละช่วงอายุจะบรรลุวัตถุประสงค์ของพัฒนาการเมื่อสิ้นสุดระยะนั้นๆ แต่ถ้ามีความผิดปกติเกิดขึ้นที่วัยใด อาจก่อให้เกิดพยาธิสภาพเมื่อโตขึ้นได้ และเมื่อเกิดความเครียดหรือกังวล บุคคลผู้มีพยาธิสภาพที่วัยนั้นจะเกิดการถดถอย (regression) กลับไปสู่ระยะพัฒนาการที่เกิดการตรึงแน่น (fixation) ดังตารางที่ 5-3 (อ่านบทที่ 7 ประกอบ)

ตารางที่ 5-3 ทฤษฎีพัฒนาการของจิตใจทางด้านเพศ (psychosexual development by Sigmund Freud)⁸ (ดัดแปลงจาก Sadock BJ, Sadock VA. Theories of personality and psychopathology. In: Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences/ clinical psychiatry. 10th ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2007. p. 196-8.)

ระยะ	ช่วงอายุ	วัตถุประสงค์	ลักษณะนิสัย (character trait)	พยาธิสภาพ (pathology)
oral stage	0-18 เดือน	ความไว้วางใจผู้อื่น (trust)	ไว้วางใจผู้อื่น (sense of trust) เชื่อมั่นและไว้วางใจตนเอง (sense of self-reliance and self-trust)	พึ่งพาคนอื่นมากเกินไป (dependence) เรียกร้อง (needy) ละโมภ (greedy) ขี้อิจฉาริษยา (envy)
anal stage	18 เดือน - 3 ปี	เป็นตัวของตัวเอง (autonomy)	มีความเป็นอิสระ (independence) เป็นตัวของตัวเอง (autonomy) มีความคิดริเริ่ม โดยไม่รู้สึกผิด	เจ้าระเบียบ (orderliness) ดื้อ (obstinacy) หัวรั้น (stubbornness) เอาแต่ใจ (willfulness) ตระหนี่ (frugality) ขี้เหนียว (parsimony)
phallic stage	3-5 ปี	มีอัตลักษณ์ทางเพศ (gender identity) สลายนม oedipus (resolution of oedipal complex)	รับรู้อัตลักษณ์ทางเพศของตน (sense of sexual identity) สลายนม oedipus (solve oedipal complex)	มีได้หลายรูปแบบ มักมีการปนเปื้อนจากระยะก่อนหน้านี้นี้ร่วมด้วย
latency stage	5-6 ปี ถึงช่วง 11-13 ปี	การสร้างบทบาททางเพศ (sex-role identity)		
genital stage	ช่วง 11-13 ปี ไปจนถึงวัยรุ่นใหญ่ตอนต้น	มีวุฒิภาวะของเอกลักษณ์ส่วนบุคคล (mature sense of personal identity)		คล้ายกับระยะ phallic

5. ทฤษฎีการพัฒนาของจิตใจทางด้านสังคม (psychosocial development)⁸⁻¹¹

เป็นทฤษฎีของ Erik Erikson เขาเกิดในปี ค.ศ. 1902 ในช่วงแรกมีอาชีพเป็นครู และต่อมาทำงานเกี่ยวกับการวิเคราะห์จิตของเด็ก Erikson ได้คิดทฤษฎีเกี่ยวกับพัฒนาการ ซึ่งเป็นที่ยอมรับอย่างแพร่หลาย เพราะทฤษฎีนี้ไม่ได้เน้นแต่เรื่องเพศเพียงอย่างเดียว ยังช่วยให้เข้าใจสภาพจิตใจของบุคคล ตั้งแต่วัยเด็กจนถึงวัยสูงอายุ ว่ามีพัฒนาการตลอด เขาเน้นว่าลักษณะความสัมพันธ์ที่บุคคลมีต่อคนอื่น เช่น บิดามารดา เพื่อน หรือสามีภรรยา และความขัดแย้งทางจิตสังคม (psychosocial crisis) เป็นตัวกระตุ้นให้มีการพัฒนาบุคลิกภาพเป็นลำดับตามวัย ซึ่งในแต่ละระยะจะมีบุคคลที่สำคัญต่อความสัมพันธ์ โดย Erik Erikson เน้นที่การตอบสนองอย่างสมดุล ไม่มากหรือน้อยเกินไป จึงจะเป็นการตอบสนองที่เหมาะสมแก่การพัฒนาไปในทิศทางที่ดี และสามารถผ่านข้อขัดแย้งไปได้ก็จะก่อเกิดลักษณะบุคลิกภาพที่พึงประสงค์ การพัฒนาเป็นลำดับขั้นที่ดีก่อให้เกิดบุคลิกภาพที่มั่นคง สำหรับข้อขัดแย้งมีลักษณะแย้งเป็นคู่ๆ แบ่งระยะของพัฒนาการออกเป็น 8 ระยะ ดังต่อไปนี้ (อ่านบทที่ 7 ประกอบ)

ตารางที่ 5-4 ทฤษฎีการพัฒนาของจิตใจทางด้านสังคม (psychosocial development of Erik Erikson)⁸
(ดัดแปลงจาก Sadock BJ, Sadock VA. Theories of personality and psychopathology. In: Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences/clinical psychiatry. 10th ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2007. p. 206-12.)

ช่วงอายุ	ระยะความขัดแย้งทางจิตสังคม
0-18 เดือน	ความไว้วางใจกับความไม่ไว้วางใจผู้อื่น (trust vs. mistrust)
18 เดือน - 3 ปี	ความเป็นตัวของตัวเองกับความละอาย ไม่แน่ใจตัวเอง (autonomy vs. shame and doubt)
3-5 ปี	ความคิดริเริ่มสร้างสรรค์กับความรู้สึกผิด (initiative vs. guilt)
5-13 ปี	ความพากเพียรกับความรู้สึกต่ำต้อย (industry vs. inferiority)
13-21 ปี	การมีเอกลักษณ์ของตนเองกับการสับสนในบทบาท (identity vs. role confusion)
21-40 ปี	ความใกล้ชิดสนิทสนมกับการแยกตัวห่างเหิน (intimacy vs. isolation)
41-60 ปี	การก่อประโยชน์กับการติดขัด (generativity vs. stagnation)
60 ปี - ระยะสุดท้ายของชีวิต	ความเป็นเอกภาพกับความสิ้นหวัง (integrity vs. despair)

6. ทฤษฎีความผูกพัน (attachment theory) และทฤษฎีความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (object relation theory)^{4, 6, 8-11}

John Bowlby จิตแพทย์เด็กและนักจิตวิเคราะห์ที่ได้พัฒนาทฤษฎีเกี่ยวกับความสัมพันธ์และความผูกพันที่เด็กมีต่อมารดาขึ้น ซึ่งในที่นี้คำว่า “bonding” หมายถึง ความผูกพัน ส่วนคำว่า “attachment” หมายถึง ความผูกพันที่บุคคลหนึ่งสร้างขึ้นมากับอีกบุคคลหนึ่ง และทั้งสองฝ่ายต่างตอบสนองซึ่งกันและกัน ความผูกพันแบบนี้ต้องใช้ระยะเวลาที่ยาวนานพอจึงจะเกิดขึ้น

Bowlby และ Ainsworth อธิบายว่าคุณภาพของความผูกพันนั้นขึ้นกับเด็กและความมั่นคงทางอารมณ์ของผู้เลี้ยงดู ปฏิสัมพันธ์ของผู้เลี้ยงดูที่มีต่อเด็ก ผู้เลี้ยงดูมีความไวต่ออารมณ์ของเด็ก และสามารถกระตุ้นหรือตอบสนองความต้องการของเด็กได้ดีเพียงใด ความผูกพันทางอารมณ์เป็นกระบวนการทางจิตใจที่ซับซ้อน และเป็นการทำหน้าที่ของทั้งสองฝ่าย เขาเชื่อว่าผู้ใหญ่ที่มีบุคลิกภาพที่ผิดปกติ เมื่อสืบประวัติในวัยเด็กมักพบว่ามีความผูกพันที่ไม่มั่นคงทั้งสิ้น

ในทฤษฎีความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (object relation theory) คำว่า object ในที่นี้หมายถึงบุคคลที่เป็นจุดมุ่งหมายของแรงขับเคลื่อนหรือแรงผลักดัน (drive) หรือผู้เลี้ยงดูในระยะแรกของชีวิต ซึ่งส่วนใหญ่คือมารดานั่นเอง ทฤษฎีความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลพัฒนามาจากนักคิดหลายท่าน เช่น Melanie Klein, W.R.D. Fairbrain, Margaret Mahler, Otto Kernberg และ Heinz Kohut ส่วน Sigmund Freud ก็มีส่วนอยู่บ้างในแง่พื้นฐานของแนวคิดของทฤษฎีนี้ ทฤษฎีนี้เป็นทฤษฎีที่มีความหลากหลายมากที่สุดตามแต่นักคิดแต่ละคน แต่จุดร่วมของทฤษฎีนี้คือการมีปฏิสัมพันธ์ของบุคคลจะถูกนำเข้า (internalized) เป็นภาพสะท้อน (representation) ของความสัมพันธ์ในจิตใจ และกลายเป็นแม่แบบของความสัมพันธ์ในอนาคตอีกด้วย การเลี้ยงดูเด็กคนหนึ่งเด็กจะนำภาพของมารดาทั้งที่ดีและไม่ดี รวมถึงลักษณะความสัมพันธ์ทั้งหมดที่เด็กรู้สึกต่อมารดาเข้ามาไว้ในใจ และความสัมพันธ์นี้ยังทำให้เด็กรู้สึกถึงตัวตนและภาพสะท้อนของตนเองอีกด้วย ตัวอย่างปฏิสัมพันธ์ของมารดาและเด็กในทฤษฎีนี้เป็นไปตามตารางที่ 5-5

ตารางที่ 5-5 ตัวอย่างปฏิสัมพันธ์ของมารดาและเด็กตามทฤษฎีความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล¹¹

ประสบการณ์ด้านบวกที่มีต่อมารดา	ประสบการณ์ด้านลบที่มีต่อมารดา
มารดาหรือผู้เลี้ยงดูที่เอาใจใส่	มารดาหรือผู้เลี้ยงดูที่ทอดทิ้ง
อารมณ์ด้านบวกที่มีต่อมารดา	อารมณ์ด้านลบที่มีต่อมารดา
อารมณ์ที่เกิดจากการได้รับนมเพียงพอ	อารมณ์ที่เกิดจากการถูกปล่อยให้หิวจนยาวนาน
ความรู้สึกด้านบวกที่เกิดกับตนเอง	ความรู้สึกด้านลบที่เกิดกับตนเอง
เป็นคนที่ได้รับความรัก ได้รับการดูแล	เป็นคนที่ถูกกักขังและขังไม่โหดตลอดเวลา

ทฤษฎีต่างๆ ที่กล่าวถึงในบทนี้ เป็นการพยายามหาที่มาที่ไปในการอธิบายพฤติกรรมของมนุษย์ เนื้อหาที่นำเสนอในบทนี้เป็นเพียงแค่ส่วนย่อยเพื่อปูพื้นฐานให้นักศึกษาในการเรียนทางจิตเวชศาสตร์ รายละเอียดเพิ่มเติมสามารถหาอ่านได้จากตำรามาตรฐานทางจิตวิทยาในเอกสารอ้างอิง

เอกสารอ้างอิง

1. จำลอง ดิษยวณิช. จิตเวชศาสตร์. เชียงใหม่: พระแสงการพิมพ์; 2520.
2. สมภพ เรืองตระกูล. ตำราจิตเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์; 2545.
3. ศรีเรือน แก้วกังวาล. จิตวิทยาพัฒนาการทุกช่วงวัย: แนวคิดเชิงทฤษฎี-วัยเด็กตอนกลาง เล่ม 1. พิมพ์ครั้งที่ 8. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2545.
4. Gabbard GO. Psychodynamic psychiatry in clinical practice. 3rd ed. Washington, DC: American Psychiatric Press; 2000.
5. สมพร บุขราทิจ, ศุภโชค สิงห์กันต์, สมนทรศ บุขราทิจ. จิตบำบัดแบบอิงทฤษฎีจิตวิเคราะห์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์; 2544.
6. จันทิมา องค์เมษิต. จิตบำบัดในการปฏิบัติงานจิตเวชทั่วไป. กรุงเทพมหานคร: ยูเนี่ยนครีเอชั่น; 2545.
7. มานิต ศรีสุรภานนท์, จำลอง ดิษยวณิช. ตำราจิตเวชศาสตร์. เชียงใหม่: แสงศิลป์; 2542.
8. Sadock BJ, Sadock VA. Theories of personality and psychopathology. In: Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences/clinical psychiatry. 10th ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2007. p. 206-12.
9. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences/clinical psychiatry. 10th ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2007.
10. Robinson JD. Disordered personalities: a primer. Canada: Papid Psychler Press; 1996.
11. วินัดดา ปิยะศิลป์, พนม เกตุมาน, บรรณาธิการ. ตำราจิตเวชเด็กและวัยรุ่น. กรุงเทพฯ: ปิยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์; 2545.

บทที่ 6

จิตวิทยาพื้นฐานของพฤติกรรม การเรียนรู้ ความจำ อารมณ์ และแรงจูงใจ (Psychological Basis of Behavior, Learning, Memory, Emotion, and Motivation)

ณัชพล อ่วมประติษฐ์

จิตวิทยาคือการศึกษาพฤติกรรมและปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อพฤติกรรม ทั้งในรูปแบบที่สังเกตเห็นได้โดยตรง และรูปแบบที่เกิดภายในกระบวนการของจิตใจ เช่น ความคิด ความเชื่อ ทักษะ อารมณ์ ความรู้สึก โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเข้าใจหรืออธิบายว่าพฤติกรรมนั้นคืออะไร ทำนายได้ว่าต่อไปจะมีพฤติกรรมนั้นหรือไม่ และจะควบคุมให้เกิดหรือไม่ให้เกิดพฤติกรรมนั้นๆ ได้อย่างไร

ในการศึกษาพฤติกรรม จำเป็นต้องอาศัยความเข้าใจในทุกๆ แง่มุมของบุคคลนั้น ทั้งด้านกายจิตสังคม (bio-psycho-social) เพื่อค้นหาสาเหตุของการตอบสนองเช่นนั้น การทำความเข้าใจพฤติกรรมที่เกิดขึ้นเป็นเรื่องที่มีความซับซ้อน เนื่องจากการตอบสนองใดก็ตามที่บุคคลมีต่อสถานการณ์ใดสถานการณ์หนึ่ง สามารถอธิบายเหตุผลของการกระทำนั้นได้หลากหลายวิธีตามแต่เหตุผลที่ทำให้ในขณะนั้น โดยอาจมีสาเหตุจากประสบการณ์ในอดีต การเรียนรู้ สภาวะอารมณ์ แรงจูงใจ หรือลักษณะบุคลิกภาพ ซึ่งเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของพฤติกรรมมนุษย์ เช่น นักศึกษาแพทย์ที่สอบได้คะแนนต่ำอาจมีพฤติกรรมที่แตกต่างกันไป บางคนอาจร้องไห้เพราะไม่เคยได้คะแนนต่ำอย่างนี้มาก่อน แต่บางคนอาจหัวเราะเพราะรู้สึกที่ไม่ตกก็พอใจแล้ว หรือบางคนอาจจะโกรธและโทษว่าข้อสอบไม่ได้มาตรฐาน เป็นต้น

ดังนั้น การใช้ความเชื่อเพียงแนวคิดใดแนวคิดหนึ่งอธิบายพฤติกรรมของบุคคล อาจทำให้เข้าใจพฤติกรรมผิดพลาดไปจากความเป็นจริงได้ จึงควรทำความเข้าใจแนวคิดพื้นฐานเบื้องต้นทางจิตวิทยา ก่อน เพื่อเป็นการเปิดโลกทัศน์ให้มีมุมมองที่กว้างขวางมากขึ้น เข้าใจในตัวบุคคลได้ตรงตามที่เป็นจริง

แนวคิดพื้นฐานทางจิตวิทยา¹⁻⁴

ปัจจุบันมีทฤษฎีและแนวคิดที่เกี่ยวกับพฤติกรรมมากมาย แต่ละแนวคิดมีหลักการและความเชื่อในการอธิบายพฤติกรรมของมนุษย์ที่ต่างกัน อาจสรุปแนวคิดหลักๆ ได้ดังนี้

1. มองในแง่มุมมองทางชีวภาพและสมอง (neurobiological approach) แนวคิดนี้มีหลักการว่าพฤติกรรมของมนุษย์คือการปรับตัวซึ่งเกิดจากการทำงานของสมองและการเปลี่ยนแปลงทางชีวภาพ จึงสนใจว่าเมื่อมีพฤติกรรมเกิดขึ้น สมองและระบบประสาททำงานอย่างไร หรือระบบต่างๆ