

แผนบริหารการสอนประจำบทที่ 1

แนวคิดเรื่องการเจ็บป่วยทางจิต

หัวข้อเนื้อหา

บทที่ 1 แนวคิดเรื่องการเจ็บป่วยทางจิต

ความหมายและสาเหตุของการเจ็บป่วยทางจิต
การวิเคราะห์กระบวนการเกิดโรครายกรณี
ทฤษฎีทางจิตวิทยาพื้นฐานสำหรับการพยาบาลจิตเวช
ระบบการจำแนกโรคทางจิตเวช

จุดประสงค์เชิงพฤติกรรม

- เมื่อศึกษาบทที่ 1 จบแล้ว นักศึกษาสามารถ
1. อธิบายความหมายและสาเหตุของการเจ็บป่วยทางจิตได้
 2. วิเคราะห์กระบวนการเกิดโรครายกรณีในกรณีศึกษาโดยอ้างอิงทฤษฎีทางจิตวิทยาพื้นฐานได้อย่างเหมาะสม
 3. บอกถึงระบบของการจำแนกโรคทางจิตเวชและเนื้อหาได้

กิจกรรมการเรียนการสอน

1. บรรยายและอภิปราย
2. วิเคราะห์สถานการณ์สมมติในประเด็นกระบวนการเกิดโรครายกรณีในกรณีศึกษา
3. ถามตอบในชั้นเรียน

สื่อการเรียนการสอน

1. เอกสารประกอบการสอน
2. Power point
3. ใบงานการวิเคราะห์กระบวนการเกิดโรครายกรณี (Experiential learning)

ประเมินผล

1. การมีส่วนร่วมในการเรียนการสอน
2. การสอบ
3. การวิเคราะห์กระบวนการเกิดโรครายกรณี (Experiential learning)

บทที่ 1

แนวคิดเรื่องการเจ็บป่วยทางจิต

บทนำ

สาเหตุของความผิดปกติทางจิต มักไม่สามารถระบุได้ชัดเจนแน่นอน เหมือนความผิดปกติหรือโรคทางกาย การให้คำจำกัดความและการจัดกลุ่มโรคหรือความผิดปกติทางจิตเวชจึงมีลักษณะเฉพาะที่แตกต่างจากการจัดกลุ่มโรคทางกาย คือมักใช้อาการที่แสดงออก (Illustrated Symptoms) มาจัดเป็นกลุ่มอาการที่แสดงถึงความผิดปกติทางจิต (Disorder) มากกว่าการใช้สาเหตุ (Cause of illness) เป็นหลักในการจัดแบ่งกลุ่มโรค (Disease) นอกจากนี้การจะจัดว่า อะไร หรือพฤติกรรมแบบใดแสดงถึงความผิดปกติทางจิต ก็ยังเกี่ยวโยงและขึ้นอยู่กับความคิด และวิถีชีวิตที่ผู้คนในสังคม ณ.ขณะนั้นเรียกว่าคือ “ความปกติ” สิ่งที่ทำกันอย่างเป็นปกติในชุมชนหนึ่ง อาจเป็นสิ่งที่แปลกประหลาดจนถูกจัดเป็นสิ่งผิดปกติในอีกชุมชนหนึ่ง หรือในทางเดียวกัน มีหลายครั้งสิ่งที่เคยได้ชื่อว่าเป็นความผิดปกติทางจิต ณ.เวลาหนึ่ง ได้ถูกลบออกจากบัญชีรายชื่อความผิดปกติทางจิต ในอีกห้วงเวลาหนึ่ง ดังนั้น การให้คำจำกัดความและการจัดกลุ่มโรคหรือความผิดปกติทางจิตเวชจึงเป็นสิ่งที่ไม่หยุดนิ่งแต่กลับสลับไหลไปตามกระแสกาลเวลาและความก้าวหน้าเทคโนโลยีในการพิสูจน์หาความผิดปกติ รวมทั้งความคิด ความรู้สึกของผู้คนในสังคมด้วย

ในบทนี้ จึงจะได้กล่าวถึง ความหมายและสาเหตุของการเจ็บป่วยทางจิต และการจำแนกโรคทางจิตเวช นอกจากนี้ เนื่องจากการให้การพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชได้ใช้แนวคิด ทฤษฎี และมโนทัศน์ที่หลากหลาย ทั้ง แนวคิดทฤษฎีจิตวิทยาต่างๆ แนวคิดทฤษฎีทางการพยาบาล แนวคิดทางชีวเคมี และแนวคิดทางสังคมมาผสมผสาน (Eclectic Approach) ในการช่วยเหลือผู้ป่วยแต่ละราย ในบทนี้จึงได้กล่าวถึงทฤษฎีทางจิตวิทยาพื้นฐาน ซึ่งเป็นแนวคิดและข้อมูล ที่ได้รับการสนับสนุนว่าใกล้เคียง “ข้อเท็จจริง” ในการอธิบายเนื้อหา และกระบวนการของจิตใจของมนุษย์ที่สุด เพื่อที่พยาบาลจิตเวชจะใช้เป็นกรอบ ในการวิเคราะห์กระบวนการทางจิต และ กระบวนการเกิดโรครายกรณีให้เข้าใจที่มาที่ไปของความผิดปกติ เพื่อวางแผน และให้การดูแลที่เหมาะสมต่อไป

ความหมายของโรคในทางจิตเวช

โรคหรือความผิดปกติในทางจิตเวชนั้น บางครั้งแยกจากภาวะปกติได้ไม่ชัดเจน เนื่องจากอาการที่เกิดขึ้นเป็นการเบี่ยงเบนของอารมณ์ ความคิด และพฤติกรรม ซึ่งอาจพบได้เป็นครั้งคราวในผู้ที่ปกติ ใน สมาคมจิตวิทยาแห่งอเมริกาได้ระบุหลักการในการพิจารณาว่าเป็นโรคทางจิตเวชไว้ดังนี้

1. เมื่อมีอาการด้านจิตใจหรือพฤติกรรมที่มีความสำคัญทางคลินิก และอาการเหล่านี้ทำให้บุคคลนั้นเกิดความทุกข์ทรมาน หรือมีความบกพร่องในกิจวัตรต่างๆ หรือมีความเสี่ยงสูงที่จะถึงแก่ชีวิต ทุกข์ทรมาน บกพร่องในกิจกรรมต่างๆ หรือมีกิจวัตรด้านต่างๆ แ่ลงมาก

2. อาการที่เกิดขึ้นต้องไม่เป็นสิ่งที่สังคมนั้นๆ ยอมรับกันว่าเป็นเรื่องปกติ เช่น อาการซึมเศร้าจากการสูญเสียผู้ที่ตนรัก พฤติกรรมที่เบี่ยงเบนไปจากค่านิยมด้านการเมือง ศาสนา หรือด้านเพศ หรือเป็นจากความขัดแย้งระหว่างบุคคลนั้นๆ กับสังคม ไม่ถือว่าเป็นความผิดปกติทางจิตเวช นอกจากปัญหาเหล่านี้ จะก่อให้เกิดภาวะดังข้อแรก

ในสมัยก่อนจะมีคำที่นิยมใช้ คือ คำว่า “โรคจิต” (psychoses) และคำว่า “โรคประสาท” (neuroses) ซึ่งมักทำให้คนทั่วไปสับสนกันอยู่เสมอ แต่ในปัจจุบัน มีคำใหม่ๆ ที่ใช้แบ่งลักษณะคร่าวๆ ของความผิดปกติทางจิตโรคทางจิตใจ คือคำว่า (functional disorders) และโรคทางร่างกาย (organic disorders) ซึ่งไม่มีใช้อย่างเป็นทางการในระบบจำแนกโรค แต่มักถูกใช้ในทางเวชปฏิบัติ ต่อไปจะกล่าวถึงนิยามศัพท์ต่างๆ ดังนี้

โรคจิต (Psychoses) คือ โรคที่ผู้ป่วยมีการสูญเสียการทดสอบความจริง (loss of reality testing) กล่าวคือไม่ได้อยู่ในโลกแห่งความเป็นจริง ซึ่งจะมีอาการได้แก่ การหลงผิด (delusion) และประสาทหลอน (hallucination) ยกตัวอย่างอาการหลงผิดเช่น คิดว่าตัวเองเป็นผู้วิเศษมีอำนาจ อาจมีอาการหลงผิดชนิดหวาดระแวงว่ามีคนปองร้าย ร่วมอาการประสาทหลอน ที่พบได้บ่อย คือหูแว่ว ได้ยินเสียงคนพูดด้วย อาจเป็นคนเดียวหรือหลายคน โดยที่มองไม่เห็นตัว

โรคประสาท (Neuroses) คือ โรคที่ผู้ป่วยไม่มีการสูญเสียการทดสอบความจริง มักมีอาการเครียด วิตกกังวลมากเกินไป สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากความขัดแย้งในจิตใจ หรือเหตุการณ์ชีวิต ที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวล และอาจเป็นจากลักษณะบุคลิกภาพที่มีแนวโน้มของความเครียด วิตกกังวลง่ายร่วมด้วย

โรคทางการทำหน้าที่ (Functional Disorders) คือ โรคทางจิตเวชที่ไม่มีการทำลายด้านโครงสร้างของสมอง หรือไม่มีความผิดปกติใดๆทางร่างกายที่อธิบายสาเหตุของอาการทางจิตเวชได้

โรคทางร่างกาย (Organic Disorders) หมายถึงโรคทางจิตเวชที่เกิดขึ้นเมื่อมีการทำลายโครงสร้างของสมอง และมักเกิดร่วมกับความผิดปกติทางการรู้ (cognitive impairment) อาการเพื่อ สับสน เป็นต้น คำว่า “organic” ไม่มีใช้ในระบบการจำแนกโรค เพราะอาจทำให้เข้าใจผิดว่า โรคทางจิตเวชไม่มีองค์ประกอบทางชีวภาพ เนื่องจากการศึกษาในปัจจุบันมีหลักฐานที่แสดงให้เห็นว่า โรคทางจิตเวชหลายๆ โรค เป็นโรคทางสมอง (brain disease) และโรคทางพันธุกรรม

สาเหตุของความผิดปกติทางจิตเวช

คำถามที่ว่า อะไรเป็นสาเหตุของความผิดปกติทางจิตเวชที่ผู้ป่วยกำลังประสบอยู่ มักได้รับคำตอบที่แปรเปลี่ยนไปสำหรับแต่ละคนและแต่ละกลุ่มอาการ จนดูเหมือนไม่มีความแน่นอน ซึ่งแท้จริง คำตอบก็คือ ไม่มีคำตอบเดียวที่ถูกต้องเสมอและสามารถอธิบายการเกิดอาการสำหรับทุกคนได้ เนื่องจากอาการเหล่านั้นเป็นผลสุดท้ายของปัจจัยสาเหตุต่างๆ มากมายซึ่งมีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน โดยที่แต่ละคนอาจได้รับผลจากปัจจัยเหล่านั้นมากน้อยไม่เท่ากัน มิใช่รูปแบบเหตุผลที่เรียงกันเป็นเส้นตรง การวินิจฉัยทางจิตเวชจึงอาศัยกลุ่มอาการเป็นหลัก มิได้วินิจฉัยจากสาเหตุเช่นเดียวกับการวินิจฉัยทางการแพทย์สาขาอื่น มีรูปแบบแนวคิด 2 ประการที่มักจะถูกหยิบยกมาอธิบายและช่วยให้เข้าใจการเกิดโรคทางจิตเวชได้ดีขึ้น คือ Stress diathesis model และ Case formulation

แบบจำลองความเครียด-ความเปราะบาง (Stress-diathesis model)

อธิบายว่าการเกิดโรครู้ขึ้นอยู่กับความรุนแรงของความเครียด (Stress) ซึ่งแปรผกผันกับความเสี่ยงในการเกิดโรคที่บุคคลนั้นมีอยู่ กล่าวคือ หากบุคคลนั้นมีความเสี่ยงสูง ระดับความเครียดที่ไม่รุนแรง ก็สามารถกระตุ้นให้เกิดโรคได้ ในทางตรงข้ามหากบุคคลนั้นมีความเสี่ยงต่ำหรือไม่มีความเสี่ยง การมีความเครียดที่รุนแรงก็ไม่อาจทำให้เกิดโรครู้ขึ้นได้

แนวคิดของความเครียด (Concept of stress)

ความเครียด (Stress) เป็นคำที่ยืมมาจากวิชาฟิสิกส์ซึ่งอธิบายว่า ความเครียดเป็นความกดดัน (pressure) หรือแรง (force) ที่มีต่อร่างกายของคนเรา คล้ายกับน้ำหนักของก้อนหินที่หล่นลงกระทบกับพื้นด้วยความเร็วหรือแรงที่เกิดจากรถ 2 คันชนกัน ในทางจิตวิทยาความเครียด หมายถึง สิ่งที่ต้องการ (demand) ที่มีผลต่อร่างกายเพื่อก่อให้เกิดการปรับตัว (adaptation) สิ่งที่ต้องการก็คือสิ่งเร้าทั้งภายในและภายนอกที่มีผลกระทบต่อคนเรา การปรับตัวซึ่งเป็นผลที่ตามมา ทำให้คนเราเกิดสภาวะของความตึง (tension) หรือการคุกคาม (threat)

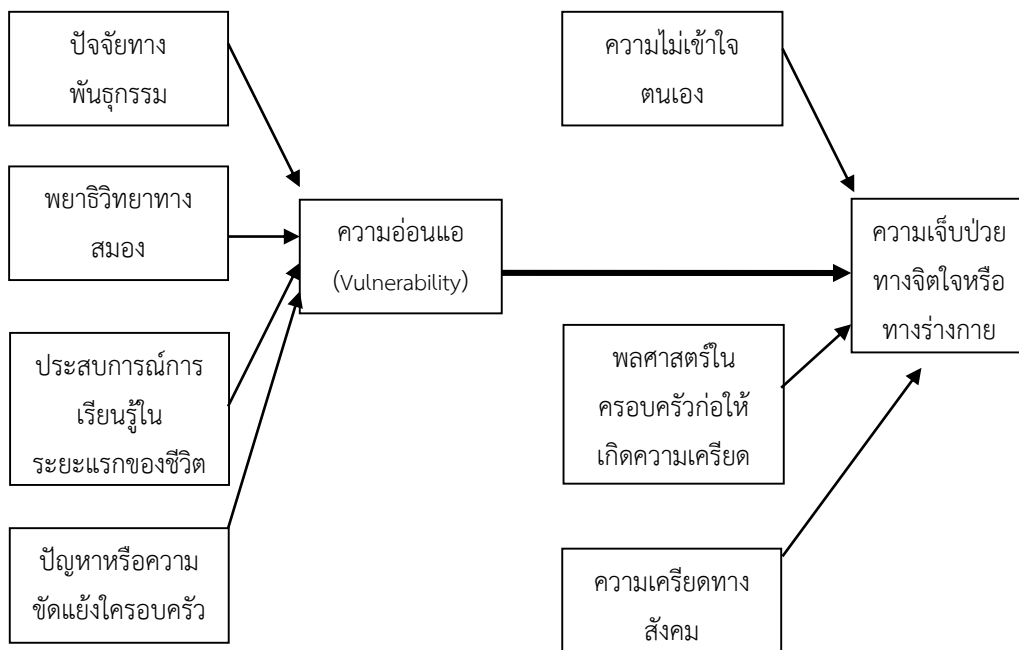
ปี 1932 Cannon เป็นบุคคลแรกที่ใช้คำว่า stress โดยไม่เกี่ยวข้องกับเรื่องทางฟิสิกส์ โดยหมายถึงสิ่งที่ทำให้ความสมดุลหรือดุลยภาพ (equilibrium or balance) ของบุคคลเสียไป และใช้คำว่า “ความเครียด” เมื่อมีสิ่งเร้าไปกระตุ้นให้เกิดปฏิกิริยาที่เกี่ยวข้องกับการสู้หรือหนี Selye (1956) กล่าวถึงความเครียดว่าเป็นปฏิกิริยาการตอบสนองของร่างกายที่ไม่จำเพาะเจาะจงต่อสิ่งที่มากระทบร่างกาย ไม่ว่าจะเป็นอย่างใดก็ตาม เช่นการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายที่เกิดขึ้น การใช้ความร้อน ความเย็น ความรื่นเริง ความเศร้า ความผิดหวัง ยา ฮอร์โมน และอื่นๆ ซึ่งกระตุ้นให้เกิดปฏิกิริยาเฉพาะ สิ่งที่มาตามาคือ ทำให้เกิดปฏิกิริยาการปรับตัว (adaptation) เพื่อนำมาซึ่งภาวะสมดุล และในที่สุดการปรับตัวเช่นนี้จะนำไปสู่ความเครียด

ในชีวิตประจำวันทุกคนต้องประสบกับความเครียดเสมอ ตั้งแต่การปัญหาเล็กๆ น้อยๆ ไปจนถึงสถานการณ์ที่คุกคามสวัสดิภาพอย่างรุนแรง ตั้งแต่รถติด อากาศเสีย ปัญหาอาชญากรรม เศรษฐกิจ ไปจนถึงการแข่งขันสอบไล่หรือชิงตำแหน่งในหน้าที่การงาน ความเครียดในระดับที่พอดี จะเป็นแรงผลักดันในการดำรงชีวิต แต่ถ้ามากเกินไป และไม่สามารถปรับตัวได้ หรือได้ไม่ดี ก็อาจนำมาสู่ความเจ็บป่วยทั้งทางร่างกายและจิตใจ

Stress-Diathesis Model เป็นตัวแบบที่อธิบายว่า พันธุกรรมและสิ่งแวดล้อมเป็นกระบวนการที่ผสมผสานและมีการกระทำระหว่างกัน และยังมีอิทธิพลต่อโครงสร้าง และหน้าที่ทางชีวภาพ (Biological) อีกด้วย ตัวแบบนี้ยังอธิบายถึงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยโน้มเอียง (predisposing factor) กับปัจจัยกระตุ้น (precipitating factor)

และความโน้มเอียง (a predisposition or diathesis) กับความอ่อนแอ (vulnerability) ต่อการเกิดโรค ส่วนปัจจัยกระตุ้นคือสิ่งที่ทำให้เกิดความเครียดนั่นเอง

เหตุตั้งต้น (Precursors)	ความโน้มเอียง Diathesis	ความเครียด (Stress)	ผลสุดท้าย (Outcome)
-----------------------------	----------------------------	------------------------	------------------------

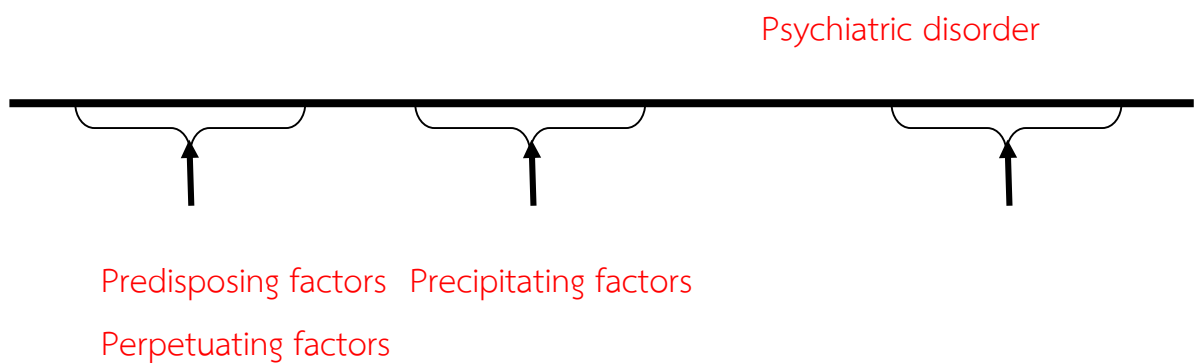


รูปที่ 1 ตัวแบบความโน้มเอียงเกี่ยวกับความเครียด

นอกจากนั้น ตัวแบบนี้ยังสามารถรวมหน่วยทฤษฎีต่างๆ เข้าด้วยกัน ระหว่างปัจจัยทางชีวภาพ ได้แก่ พันธุกรรม พยาธิวิทยาในสมอง กับปัจจัยทางจิตใจและการเรียนรู้ ได้แก่ ประสบการณ์การเรียนรู้ในวัยเด็ก พัฒนาการทางจิตใจและสังคม ความขัดแย้งในวัยเด็กรวมถึงปัญหาหรือความขัดแย้งในครอบครัวถือได้ว่าเป็นเหตุตั้งต้น (Precursors) ในการสร้างความอ่อนแอสำหรับการเกิดโรค อย่างไรก็ตามสิ่งที่เป็ความเครียดในช่วงหลังของชีวิต เป็นสิ่งจำเป็นในการกระตุ้นให้ความเจ็บป่วยเกิดขึ้น สิ่งเหล่านี้ได้แก่ ความไม่เข้าใจตนเอง พลศาสตร์ภายในครอบครัวที่ทำให้เครียด ความเครียดทางสังคมและอื่นๆ หรือเป็นการรวมกันของปัจจัยเหล่านี้

การวิเคราะห์กระบวนการเกิดโรครายกรณี (Case formulation)

เป็นการขยายภาพมองจาก Stress-diathesis model ให้กว้างขึ้น โดยพิจารณา ปัจจัย 4 ประการ คือ ปัจจัยเสี่ยง (predisposing factors) ปัจจัยกระตุ้นให้เกิดอาการ (precipitating factors) ปัจจัยที่ทำให้อาการคงอยู่ (perpetuating factors) และปัจจัยปกป้อง (protective factors) จากตัวผู้ป่วยและสิ่งรอบตัวผู้ป่วย ซึ่งอาจเป็นปัจจัยด้านชีวภาพ จิตใจ หรือสังคมก็ได้ อันอาจทำให้เข้าใจได้มากขึ้นว่า สิ่งที่เราเคยมองว่าเป็นเหตุของโรคโดยตรงนั้น แท้จริง อาจเป็น 1 ใน 4 ปัจจัยที่กล่าวมา



รูปที่ 2 Chronological of causes of psychiatric disorders

- 1) ปัจจัยเสี่ยง (predisposing factors, risk factors) เช่น โรคที่ถ่ายทอดทางพันธุกรรม, การเกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างคลอด, บุคลิกภาพผิดปกติ
- 2) ปัจจัยกระตุ้นให้เกิดอาการ (precipitating factors): มักเป็นเหตุการณ์ที่เกิดนำมาก่อน onset ของการเกิดโรค เช่น การเสียชีวิตของพ่อแม่ ความเครียดกดดันจากการทำงาน ภาวะเศรษฐกิจฝืดเคือง
- 3) ปัจจัยที่ทำให้อาการคงอยู่ (perpetuating factors): ปัจจัยที่เสริมให้อาการยังไม่หายไป หรือไม่ดีขึ้นเท่าที่ควร เช่น สภาพแวดล้อมในครอบครัวไม่เหมาะสม มีปัญหาครอบครัวที่เรื้อรังที่ไม่ได้รับการแก้ไขให้ดีขึ้น
- 4) ปัจจัยปกป้อง (protective factors): เป็นปัจจัยด้านดีที่ช่วยให้บุคคลปรับตัวอย่างเหมาะสม เพื่อตอบสนองสิ่งแวดล้อมที่เป็นอันตราย ปัจจัยเหล่านี้ ได้แก่ ขั้นตอนการพัฒนาการ พื้นฐานทางอารมณ์ ความสามารถในการแก้ปัญหา

ในการพิจารณาสาเหตุของโรคทางจิตเวชต้องดูหลายๆ ปัจจัยร่วมกัน ซึ่งปัจจัยทั้ง 4 ประการเหล่านี้ อาจเป็นมาจากลักษณะทางชีวภาพ จิตใจ หรือสังคมของผู้ป่วยก็ได้ แม้ว่าความโน้มเอียงในการศึกษาปัจจุบันจะหันไปสู่ปัจจัยทางชีวภาพในตัวผู้ป่วยมากขึ้น แต่การเข้าใจสาเหตุการเกิดโรคทางจิตเวชด้านอื่นๆ ด้วยนั้น จะช่วยให้เราเข้าใจบริบทชีวิตของผู้ป่วย และเข้าใจการเจ็บป่วย (illness) มากกว่าการรู้จักเพียงโรคหรือความผิดปกติ (disease) อันจะนำไปสู่การให้การดูแลให้การพยาบาล รวมทั้งการวางแผนป้องกันความเจ็บป่วยที่ครบถ้วนสมบูรณ์ยิ่งขึ้น ในตอนนี้ จะมุ่งทำความเข้าใจกับการวิเคราะห์กระบวนการ การเกิดความผิดปกติทางจิต ส่วนรายละเอียดเนื้อหาเกี่ยวกับลักษณะทางชีวภาพ จิตใจและสังคมที่เป็นปัจจัยในการเกิดความผิดปกติทางจิตนั้น จะได้กล่าวถึงในหัวข้อ มุมมองชีวจิตสังคม (Biopsychosocial Model) ในส่วนของทฤษฎีพื้นฐานทางการพยาบาลจิตเวช

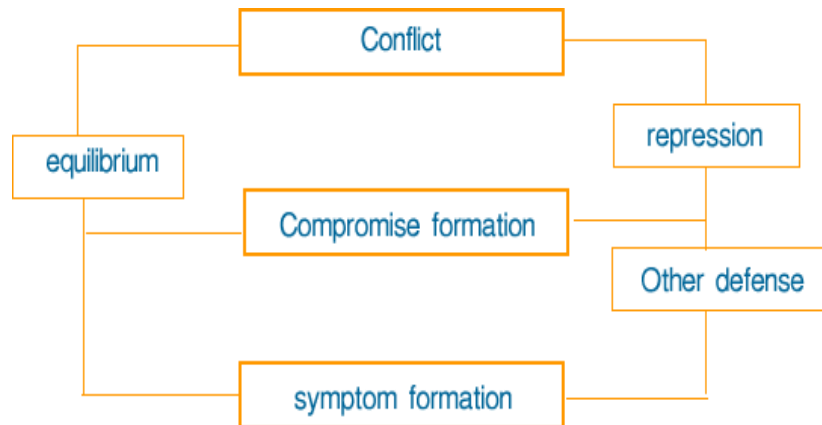
การวิเคราะห์กระบวนการเกิดความผิดปกติทางจิต สามารถอ้างอิงได้จากหลากหลายทฤษฎี แต่ทฤษฎีดั้งเดิมและยังเป็นที่นิยมใช้ในการวิเคราะห์อย่างหลากหลายก็คือ การวิเคราะห์โดยอ้างอิง ทฤษฎีพลวัตทางจิต (Psycho Dynamic Theory) ซึ่งเป็นทฤษฎีที่พัฒนามาจากทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (Psychoanalysis) ของซิกมันด์ ฟรอยด์ ดังจะอธิบายต่อไปนี้

พลวัตการเกิดอาการทางจิต (Psychodynamic Formulation)

พลวัต คือการเคลื่อนที่ การเคลื่อนไหว พลวัตการเกิดอาการทางจิต ก็คือการเปลี่ยนแปลงทางจิต และการวิเคราะห์พลวัตการเกิดอาการทางจิต ก็เป็นการประมวลผลของภาวะทางจิตใจและกลไกทางจิต ที่ส่งผลต่อพฤติกรรม เป็นการประมวลสิ่งที่เกิดขึ้นกับชีวิตของผู้ป่วยทั้งในด้าน ร่างกาย จิตใจและสังคมสิ่งแวดล้อม โดยเฉพาะอย่างยิ่ง คือการประมวลในด้านของการเจริญเติบโต การเลี้ยงดู พฤติกรรม อุปนิสัย และบุคลิกภาพที่อธิบายสาเหตุของการเกิดโรคทางจิตเวช ซึ่งฟรอยด์ เห็นว่ามนุษย์มีระยะพัฒนาการด้านจิตใจ แบ่งเป็นขั้นๆที่ชัดเจนตามการทำงานของอวัยวะต่างๆ เช่น ปาก ทวารหนัก อวัยวะเพศ ซึ่ง ผลของการติดขัดในพัฒนาการเหล่านี้ จะส่งผลในอนาคตถึงองค์ประกอบ 3 ด้านของบุคลิกภาพ ซึ่งทำงานอยู่ภายใต้โครงสร้างของระดับจิตสำนึก โดยเน้น แรงจูงใจ แรงขับสัญชาตญาณแต่กำเนิดเป็นพื้นฐาน

ฟรอยด์ ได้แบ่งการทำงานของจิตใจออกเป็น 3 ระดับ เรียกว่า ego psychology โดยมีแนวคิดที่ว่า ภายในจิตใจนั้นมีความขัดแย้งกันเสมอระหว่างบุคลิกภาพ 3 ด้านคือ Id Ego และ Superego ความขัดแย้งภายในจิตใจเกิดขึ้นได้อยู่ตลอดเวลา เพราะการทำงานของ Id Ego และ Superego นั้นทำงานในทิศทางที่ไม่เป็นไปในทางเดียวกัน และ Ego มีหน้าที่จัดการกับความขัดแย้งที่เกิดขึ้น ความขัดแย้งที่เกิดขึ้นภายในจิตใจนั้นสามารถเกิดได้กับทุกๆ คน หาก ego ทำหน้าที่ได้ดีบุคคลนั้นจะสามารถปรับตัวเข้าได้กับสถานการณ์นั้นๆ ได้เรียกว่า Compromised formation บุคคลนั้นจะไม่เกิดภาวะวิตกกังวลขึ้น แต่หาก ego ไม่สามารถจัดการกับความเครียดหรือความขัดแย้งที่เกิดขึ้นหรือไม่สามารถใช้กระบวนการ compromised formation ได้แล้ว บุคคลนั้นจะเกิดภาวะวิตกกังวลขึ้น ซึ่งบุคคลจะต้องจัดการโดยใช้กลไกป้องกันทางจิต (Defense Mechanisms)

กลไกทางจิตจะถูกใช้เมื่อบุคคลเผชิญกับสถานการณ์ที่คุกคามและก่อให้เกิดความเครียด วิตกกังวล บุคคลจะใช้กลไกป้องกันชนิดต่าง ๆ เข้าจัดการในการแก้ปัญหา ระบายออกถึงความขัดแย้ง กลไกทางจิตชนิดแรกที่ ego ใช้ได้แก่ repression (การเก็บกดไว้ในจิตไร้สำนึก) หากสามารถเก็บกดได้สำเร็จ บุคคลจะสามารถปรับตัวเข้าสู่สภาวะสมดุล (psychic equilibrium) แต่หากไม่สามารถเก็บกดได้สำเร็จและต้องใช้กลไกทางจิตชนิดอื่นๆ ที่ไม่เหมาะสม หรือใช้ในลักษณะมากเกินไป ก็จะทำให้เกิดสภาวะทางจิตใจที่แสดงออกมาทางพฤติกรรมที่ผิดปกติ หรือเมื่อสะสมไว้ จะก่อให้เกิดความผิดปกติได้ เช่น อาการหลงผิดและประสาทหลอน เกิดจากการใช้กลไกกล่าวโทษคนอื่น และการเพ้อฝัน มากเกินไปดังนั้น ตามการวิเคราะห์โดยอ้างอิง Psycho Dynamic Theory อาการทางจิตจึงเป็นผลมาจากการสะสม ทับถมเรื่องราวต่างๆ ที่เป็นความเครียดและอารมณ์ทางลบ ซึ่งเมื่อถึงขีดสุด ภาวะทางจิตจะแสดง ออกโดยอาการทางกาย โดยที่ไม่สามารถจะควบคุมได้ แม้จะรู้ตัวหรือไม่รู้ตัวก็ตาม เป็นการแสดงออกเพื่อคลายความกดดันทางจิต เป็นแรงขับของจิตไร้สำนึก ซึ่งไม่สามารถควบคุมได้ และเป็นพลวัตรทางจิตที่พยายามทำให้จิตใจและร่างกายปรับเข้าสู่สภาวะสมดุลเป็นปกติอีกครั้ง ดังแสดงในไดอะแกรมข้างล่าง



กลไกทางจิตเกือบทุกชนิดพบได้ในพฤติกรรมประจำวันของเรา ถ้ากลไกทางจิตถูกนำมาใช้ในขนาดน้อยหรือปานกลาง โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลไกทางจิตที่ก่อให้เกิดผลสำเร็จ (Successful defenses) มักก่อให้เกิดการปรับตัวที่ดี และความพอใจในการดำเนินชีวิตแต่ถ้าใช้มากเกินไปโดยเฉพาะชนิดที่มีพยาธิวิทยา หรือไม่ก่อให้เกิดผลสำเร็จ ความวิตกกังวลจะยังคงมีอยู่และมักต้องใช้กลไกทางจิตอย่างอื่นมาช่วยเสริมอีก ผลที่ตามมาคือการปรับตัวที่ไม่ดีของพฤติกรรมและความผิดปกติของจิตใจ กลไกทางจิตเหล่านี้ สามารถแบ่งออกได้เป็น 4 กลุ่ม คือ

1. กลไกป้องกันที่บรรลุนิติภาวะ (Mature Defenses) เป็นกลไกทางจิตที่เมื่อใช้แล้วจะนำไปสู่การปรับตัว และการมีสุขภาพจิตดี มักก่อให้เกิดศักดิ์ศรี และความภูมิใจแห่งตน

2. กลไกป้องกันแบบโรคประสาท (Neurotic Defenses) เป็นกลไกทางจิตที่มีการปรับตัวไม่ดีเท่ากลุ่มแรก และทำให้เกิดความไม่สบายใจบางอย่าง โดยเฉพาะอาการของโรคประสาท

3. กลไกป้องกันแบบไม่บรรลุนิติภาวะ (Immature Defenses) เป็นกลไกป้องกันทางจิตที่นำไปสู่ความไม่สบายใจอย่างรุนแรง และมักก่อให้เกิดผลเสียต่อผู้อื่นด้วย เป็นกลไกทางจิตที่สัมพันธ์กับวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ที่ยังไม่บรรลุนิติภาวะ และพวกที่มีบุคลิกภาพแปรปรวน

4. กลไกป้องกันแบบโรคจิต (Psychotic Defenses) เป็นกลไกทางจิตที่ใช้แล้วมักทำให้เกิดการปฏิเสธ (denial) และการบิดเบือน (distortion) ความจริงภายนอก เป็นกลไกที่พบได้บ่อยในความฝืนจินตนาการในเด็ก และผู้ป่วยโรคจิต

การวิเคราะห์พลวัตรเพื่อหาสาเหตุของความวิตกกังวล และรูปแบบการตอบสนองกลไกทางจิต จะช่วยให้ พยาบาลสามารถให้การดูแลที่เหมาะสม จัดประสบการณ์ เพื่อการเยียวยาและส่งเสริมพัฒนาการทางจิตใจให้ตรงกับความต้องการของผู้ป่วย ตารางข้างล่างจะแสดงถึงตัวอย่างของกลไกการป้องกันทางจิตบางชนิดที่พบได้บ่อย

ประเภท	กลไกป้องกันทางจิต	คำอธิบาย	ตัวอย่าง
กลไก ป้องกัน แบบโรคจิต (Psychotic Defenses)	การโทษผู้อื่นแบบ หลงผิด (Delusional projection)	การใช้กลไกทางจิตชนิด โทษผู้อื่น (projection) ที่ เป็นแบบดั้งเดิมและรุนแรง กว่า จนทำให้เกิดการ สูญเสียการทดสอบความ จริง (loss of reality testing) และมีอาการหลง ผิด (delusion)	ผู้ป่วยจิตเภทราย หนึ่ง คิดว่าในท้อง เขามีเครื่องรับวิทยุ เจ้าหน้าที่หน่วยสืบ ราชการลับตามล่า เขาโดยใช้วิทยุเป็น สื่อในการติดตาม
	การปฏิเสธแบบโรค จิต (Psychotic denial)	การใช้กลไกทางจิตแบบ การปฏิเสธ (denial) ใน ผู้ป่วยโรคจิตบางรายจน เกิดมีการสูญเสียการ ทดสอบความจริง	ผู้ป่วยจิตเภทราย หนึ่งหนีออกจากหอ ผู้ป่วย ต้องมุดผ่าน ดงเฟืองฟ้าที่เต็มไปด้วย หนามแหลมคม ที่มแทง แต่แสดง อาการเจ็บปวดแต่ อย่างไร
	การบิดเบือนแบบ โรคจิต (Psychotic distortion)	การใช้กลไกทางจิตแบบ บิดเบือน (distortion) ใน ผู้ป่วยแบบจิตเภทบางราย จนเกิดมีการสูญเสียการ ทดสอบความจริง	ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง รายหนึ่งได้ยินเสียง โกซังบ้านส่งเสียง ขันในตอนเช้า เป็น เสียงมารดาของตน ที่ได้เสียชีวิตไปนาน แล้วมาปลุกให้ตื่น ขึ้น
	การกลบเกลื่อน (Reaction Formation)	เป็นการแสดงพฤติกรรมที่ ตรงข้ามกับความรู้สึกที่ แท้จริงเพื่อเป็นการกลบ	อัจฉาที่เพื่อนเรียน เก่ง และมีแฟนหล่อ อยากทำอะไรก็ได้

กลไก ป้องกัน แบบโรค ประสาท		เกือบเข้าตำรา ปากหวานกันเปรี้ยว	ให้เพื่อนเรียนไม่ดี แต่กลับเกลียดด้วย การเอาใจเพื่อน ทำ โน่นทำนี่ให้
(Neurotic Defenses)	การเก็บกด (Repression)	การพยายามเก็บกดความ ไม่สมหวังไว้ในจิตใจสำนึก หรือลืมหืมโดยสิ้นเชิงเพื่อ หลีกเลี่ยงความเจ็บปวด ทางจิตใจ	หญิงสาวจำเรื่องถูก ข่มขืนเมื่อตอนเป็น เด็กไม่ได้เลย เมื่อดู หนังที่มีฉากนี้ จึงนึก ได้ว่าตนเองเคยถูก ข่มขืน
	การแยกความรู้สึก (Isolation of Affect)	การแยกอารมณ์ที่เกิด ร่วมกับความคิดคิดหรือ เหตุการณ์ออกมาแล้วเก็บ กดไว้	พูดถึงเรื่องที่ถูกแฟน ทิ้งด้วยสีหน้าเฉย เมย เมื่อถาม ความรู้สึกก็บอกว่า เฉยๆ
	การล้างบาป (Undoing)	ที่ผู้ป่วยยอมรับความคิด ของตนไม่ได้ จึงมีการแก้ไข ชดเชยโดยการกระทำที่ หักล้างความคิดนั้น	เขามีความคิดแบบ magical ว่าหากมือ จับสิ่งสกปรก บิดา จะเสียชีวิต เอจึง พยายามลบล้าง ความคิดนั้นโดยการ ล้างมือซ้ำๆ มักพบ ในโรคย้ำคิดย้ำทำ
	การโยกย้ายอารมณ์ (Displacement)	การเปลี่ยนแปลงเป้าหมาย ซึ่งอาจเป็นบุคคล สิ่งของ หรือสถานการณ์ที่ไม่ สามารถเปิดเผยได้ไปยัง	- โกรธแม่แล้วไปตี น้อง - เกลียดแม่แล้วเลย เกลียดไปถึงลูกด้วย

	บุคคล สิ่งของหรือ สถานการณ์ที่มีอันตราย น้อยกว่า แม้จะไม่มี ความ เกี่ยวข้องกันเลย	
การชดเชย (Compensation)	เกิดจากการที่บุคคล พยายามที่จะแก้ความวิตก กังวลในความบกพร่องหรือ ปมด้อยของตนโดยชดเชย ให้มีการเด่นอีกด้านหนึ่ง เป็นการพยายามควบคุม (Controlling) อย่างหนึ่ง	คนพิการได้เป็นนัก วาดรูปที่มีชื่อเสียง คนที่ไม่มีโอกาส เรียนสูงก็จะ พยายามส่งเสริมให้ ลูกได้เรียนจบ การศึกษาชั้นสูง ที่สุด คนชี้เหร่แต่ มารยาทดี
การแยกตัว (Dissociation)	การปฏิเสธที่จะรับรู้ตัวตน ดั้งเดิมของตนเองในระดับ จิตใต้สำนึก	การมีหลายบุคลิก
เลียนแบบ (Identification)	รวบรวมลักษณะต่างๆของ คนที่เราพอใจมาปฏิบัติ ตาม	การเลียนแบบพ่อ แม่
การทำให้เป็น สัญลักษณ์ (Symbolization)	การใช้วัตถุ สิ่งของ หรือ การกระทำบางอย่างเป็น สัญลักษณ์ แทนวัตถุสิ่งของ หรือการกระทำซึ่งไม่เป็นที่ ยอมรับโดยตนเองหรือ สังคม	การพูดตลกทางเพศ วาดรูป ร้องเพลง ล้อเลียนสังคม
การใช้เชาวน์ปัญญา Intellectualization	การแยกอารมณ์ออกไป โดยใช้เหตุผล หรือ	ผู้ปัญหาทางเพศ อาจไปหาความรู้

		ความคิดเข้าแทนที่เพียง อย่างเดียว	เรื่องเพศจากการ อ่านหนังสือ แล้วไป คุยกับพวกเพื่อน ๆ เพื่อแสดงว่าตนมี ความรู้เกี่ยวกับเรื่อง นี้เป็นอย่างดี
กลไก ป้องกัน แบบไม่ บรรลุนิติ ภาวะ (Immature Defenses)	การแสดงออก (Acting Out)	การกระทำเพื่อที่จะได้ไม่ ต้องรับรู้ความรู้สึกต้องการ ที่มีอยู่ในจิตใต้สำนึก	โกรธมารดา อาจ แสดงออกมาเป็น การหนีเรียน โดยที่ ไม่รู้ตัวว่าพฤติกรรม เกิดมาจากความ ต้องการที่จะทำร้าย มารดาในจิตใต้ สำนึก
	การปฏิเสธ (Denial)	เมื่อเผชิญปัญหาอัน ก่อให้เกิดปวดร้าวใจที่ไม่ พึงปรารถนาหรือทนไม่ได้ บุคคลไม่ยอมรับรู้ว่าสิ่ง เหล่านั้นได้เกิดขึ้นจริงและ ทำเสมือนตนเองไม่ได้รับ การกระทบกระเทือนจาก เหตุการณ์นั้น	แม่ตาย แต่ปฏิเสธ การรับรู้ ใครบอกก็ หาว่าโกหก
	การโยนความผิด (Projection)	เป็นการยกความผิดไปให้ ผู้อื่น เพื่อความสบายใจ ของตน เข้าตำรา “รำไม่ดี โทษปี่โทษกลอง”	โทษแม่ว่าเพราะแม่ ทำให้มีโผ ตัวเอง เลยต้องไปลงที่น้อง

การพุ่งเข้าหาตน (Introjection)	ไม่สามารถทนต่อความรู้สึก ที่ขัดแย้งและก้าวร้าวต่อคน ที่รักและนับถือได้	ตำว่าตนเอง ทำร้าย ตนเองเมื่อแฟนทิ้ง
การหาเหตุผล เข้าข้างตนเอง (Rationalization)	การหาเหตุผลซึ่งไม่เป็น ความจริงมาอ้างเพื่อลด ความไม่สบายใจ เป็นการ รักษาหน้าของตนและ ป้องกันมิให้รู้สึกว่าเป็น ฝ่ายผิด เข้าตำรา “อุงุ่น เปรี๊ยะ มะนาวหวาน”	นักศึกษาทำข้อสอบ ไม่ได้ จึงให้เหตุผล กับตนเองว่าที่ทำ ไม่ได้เพราะข้อสอบ ยากเกินไป เป็น เรื่องปกติที่จะทำ ไม่ได้ คนที่ทำได้สิ ผิดปกติ
พฤติกรรมถดถอย (Regression)	เกิดขึ้นเมื่อบุคคลต้องเผชิญ ปัญหาที่ยากเกินกว่าตนจะ แก้ไขได้ อาจแสดง พฤติกรรมถดถอยหลังคล้าย กับว่าตนเป็นเด็กเพื่อ พยายามหลีกเลี่ยงความจริง เพื่อไม่ต้องรับผิดชอบกับสิ่ง นั้น	การร้องไห้ กระทบ เท้า แสงนอน ออก อ่อน ปัสสาวะรดที่ นอน กัดเล็บ ดูด นิ้ว
การฝันกลางวัน (Day dreaming)	การใช้จินตนาการทดแทน ในสิ่งที่ตนอยากได้ แต่ไม่ได้ ในชีวิตจริง	นักเรียนที่เรียนไม่ดี อาจจะฝันว่าตน เรียนเก่ง มีมโนภาพ ว่าตนได้รับรางวัล มี คนปรบมือให้เกียรติ
การคิดว่าตนป่วย (Hypochondriac)	การที่ระดับจิตใจสำนึกเชื่อ ว่าตนป่วย เพื่อเป็นข้ออ้าง	ไปหาหมอว่าตัวเอง ต้องเป็นโรคร้าย อะไรสักอย่าง ตรวจ

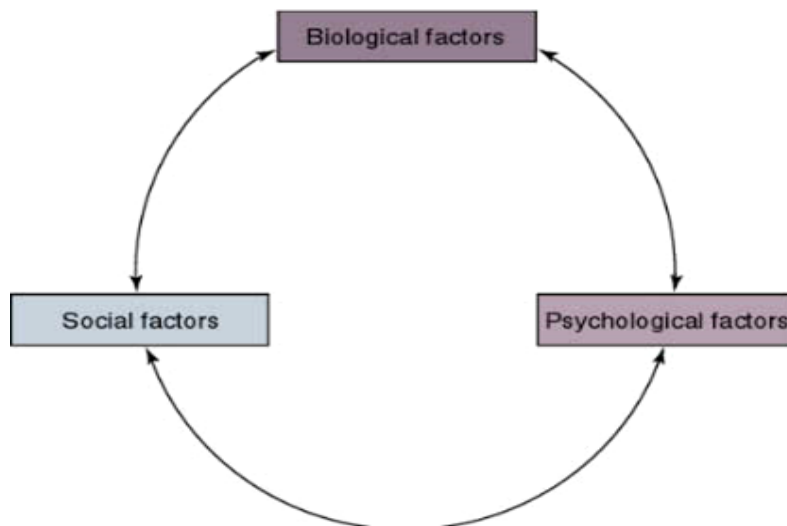
		ที่จะทำให้ตนเองรู้สึกดีขึ้น ในสิ่งที่ทำไม่ได้ตั้งใจ	แล้วไม่พบอะไรก็ไม่ เชื่อ
	การถอนตัว (Withdrawal)	พยายามหลีกเลี่ยงจาก สถานการณ์ที่ไม่พึง ปรารถนา หรือจากสิ่งที่ทำ ให้เกิดความไม่สบายใจ	คนที่พูดไม่เก่งมี อาการประหม่าจะ หลีกเลี่ยงการพูดใน ชุมนุมชน
	การก้าวร้าวโดยอ้อม (Passive Aggressive)	เป็นการแสดงพฤติกรรม โดยทางอ้อมเพราะไม่ สามารถแสดงพฤติกรรม ก้าวร้าวโดยตรงได้	การแสดงอาการนิ่ง เงียบเมื่อถูกพ้อดู แต่ไปแสดง พฤติกรรมเกร เพื่อนเมื่ออยู่ที่ โรงเรียน หรือไปขีด เขียนกำแพง โรงเรียนจนสกปรก เลอะเทอะ
กลไก ป้องกันที่ บรรลุนิติ ภาวะ (Matured Defenses)	การตั้งใจกดระงับ (Suppression)	คือการเก็บกดชนิดหนึ่ง แต่ เป็นการกระทำที่เรารู้ตัว เพื่อจะลืมเหตุการณ์นั้นเสีย	นักศึกษากังวลกับ การสอบวันพรุ่งนี้ แต่ต้องพยายามยัง ไม่คิดเพราะจะทำให้ ให้เรียนหนังสือวันนี้ ไม่รู้เรื่อง
	การคาดเดา Anticipation	การวางแผนการณ์ล่วงหน้า อย่างมีเหตุผล เพื่อเตรียม รับมือกับความไม่สบาย	วิตกกังวลเรื่องสอบ พรุ่งนี้ วันนี้เตรียม ตัวเก่งข้อสอบไว้
	การระบายแรงขับ ในทางสร้างสรรค์ (Sublimation)	การทดแทนความต้องการ แบบหนึ่งที่สังคมไม่ยอมรับ ไปสู่สังคมยอมรับ	เป็นคนโมโหง่าย และชอบความ

			รุนแรง เลยกไปสมัคร เป็นนักมวย
	ใช้อารมณ์ขัน (Humor)	การแสดงออกของ ความรู้สึกอย่างเปิดเผย โดยไม่รู้สีกอียดและไม่ เป็นผลเสียต่อผู้อื่น	การแสดงอารมณ์ ขันในสถานการณ์ที่ ตึงเครียด ช่วยให้ ผ่อนคลาย
	การทำตนเป็น ประโยชน์ต่อผู้อื่น (Altruism)	เมื่อเผชิญปัญหาอัน ก่อให้เกิด ทำประโยชน์ต่อ ผู้อื่น ทำให้ตนเองรู้สึกดี และมีคุณค่ามากขึ้น	เมื่อสอบตก ไม่ สบายใจ บีบไป บำเพ็ญตนกับค่าย เยาวชน เพื่อไม่ให้ ฟุ้งซ่าน และรู้สึก เป็นประโยชน์
	การบำเพ็ญตบะ Asceticism	เป็นการบังคับตนเองไม่ให้ เป็นไปตามความอยาก หรือไม่อยากจนเกินไป	การถือสันโดษ

ทฤษฎีทางจิตวิทยาพื้นฐานสำหรับการพยาบาลจิตเวช (The Theoretical base for Psychiatric Nursing)

มุมมองชีวจิตสังคม (Biopsychosocial Model)

สาเหตุของการเจ็บป่วยทางจิตใจนั้นเกิดจากหลายปัจจัยร่วมกัน George Engel (1977) กล่าวว่า การวิเคราะห์ปัจจัยทั้ง 3 ด้าน คือ ชีวภาพ (Biological) จิตใจ (Psychological) และสังคม (Social) ร่วมกัน หรือที่เรียกว่า “Biopsychosocial approach” นั้น เป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งในการดูแลผู้ป่วย ปัจจัยทางชีวภาพจะเกี่ยวข้องกับโครงสร้างพันธุกรรม, ลักษณะทางประสาทกายวิภาค ชีวเคมี, รวมถึงผลของสิ่งเหล่านี้ต่อการทำหน้าที่ทางชีวภาพ (biological functioning) ของผู้ป่วย ส่วนปัจจัยทางด้านจิตใจเกี่ยวข้องกับ ปัจจัยทางจิตพลวัต (psychodynamic factor), แรงจูงใจ (motivation), บุคลิกภาพ (personality) รวมไปถึงอิทธิพลของปัจจัยเหล่านี้ต่อประสบการณ์และปฏิกิริยาการตอบสนองต่อความเจ็บป่วย (reaction to illness) ของบุคคลคนหนึ่ง และปัจจัยทางด้านสังคมก็จะเกี่ยวข้องกับ วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อม ค่านิยม ความเชื่อ



รูปที่ 3 Biopsychosocial Model

ความเจ็บป่วยหรือโรคต่างๆ ที่เกิดขึ้นไม่ว่าจะเป็นทางด้านร่างกาย หรือ จิตใจมิได้เป็นผลจากปัจจัยทางชีวภาพเท่านั้น แต่ทั้ง 3 ปัจจัยล้วนมีบทบาทและมีผลต่อกัน (interaction) ผู้ป่วยแต่ละคนจะมีปฏิกริยาตอบสนองต่อความเจ็บป่วยต่างกัน การมองแบบ biopsychosocial model เป็นการดูแลผู้ป่วย โดยไม่ได้มองแต่เพียงว่าอาการหรือโรคต่างๆ เป็นผลโดยตรงจากปัจจัยทั้ง 3 ด้านเท่านั้น แต่ยังช่วยเสริมให้มีความเข้าใจอย่างครอบคลุม (comprehensive understanding) ทั้งต่อตัวโรค และการวางแผนให้การ รักษาอีกด้วย นั่นคือการที่แพทย์ให้การรักษาผู้ป่วยที่ตัวคน ไม่ใช่รักษาแต่ตัวโรค (disease) เพราะฉะนั้นมุมมองดังกล่าวจะทำให้ผู้รักษามีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วย ซึ่งจะช่วย ส่งเสริมให้มีสัมพันธภาพที่ดี

ต่อไปนี้จะกล่าวถึงกลุ่มปัจจัยที่ได้รับการสนับสนุนว่า น่าจะเป็นสาเหตุของโรคทางจิตเวช

กลุ่มปัจจัยที่ได้รับการสนับสนุนว่าเป็นสาเหตุของโรคทางจิตเวช

1. ปัจจัยทางชีวภาพ (Biological factors)

1.1 พันธุกรรม (genetic factor) ปัจจัยทางพันธุกรรม เป็นปัจจัยที่ค้ำกับความรู้สึของคนทั่วไปเกี่ยวกับอาการทางจิตเวชที่ว่า น่าจะเป็นผลจากการเลี้ยงดูหรือความเครียดจากปัญหาชีวิตต่างๆ ปัจจุบันพบว่าปัจจัยด้านพันธุกรรมมีบทบาทในการเกิดความผิดปกติด้านอารมณ์ (mood disorder), โรคจิตเภท (schizophrenia), ความผิดปกติของการใช้สารเสพติด โดยเฉพาะอย่างยิ่ง alcohol และโรคอัลไซเมอร์ (Alzheimer's disease) แม้ว่าจะยังไม่สามารถพบว่า DNA ที่ผิดปกตินั้นอยู่ที่ใด หรือมีวิธีการถ่ายทอดอย่างไร

ทั้งนี้เชื่อว่าปัญหาพฤติกรรมด้านสุขภาพจิต และโรคทางจิตเวช มีลักษณะความผิดปกติแบบพหุปัจจัย (multifactorial) โดยเกิดจากปฏิสัมพันธ์ระหว่าง (interaction) ปัจจัยทางพันธุกรรม ซึ่งได้แก่ ยีน หรือกลุ่มของยีน กับปัจจัยทางสิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อการแสดงออกของยีนเหล่านั้น ดังนั้นผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรค เมื่อได้รับการเลี้ยงดูอย่างไม่เหมาะสม และเมื่อเผชิญปัญหา ความเครียด จะทำให้ไม่สามารถปรับตัวได้ อาการทางจิตต่างๆ จึงเกิดขึ้น

1.2 ชีวเคมี (biochemistry) เป็นการสะท้อนความเชื่อในวงการแพทย์ที่ว่า การทำงานของสมองทำให้เกิดพฤติกรรม ความคิดและอารมณ์ มิใช่เพียง “จิตใจ” ซึ่งเป็น

นามธรรม การศึกษาสมองทั้งทางด้านประสาทกายวิภาค (neuroanatomy) ประสาทสรีรวิทยา (neurophysiology) และประสาทชีวเคมี ได้รับการพิสูจน์จนได้คำตอบเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของระดับสารสื่อประสาท (neurotransmitter) และ ตัวรับ(receptors) ต่างๆ กับการเกิดโรค วิธีการศึกษาภาวะชีวเคมีในสมอง ทำได้ทั้งการตรวจสมองหลังผู้ป่วยเสียชีวิต หรือตรวจสารเคมีจากน้ำไขสันหลัง เลือด หรือปัสสาวะ ตลอดจนการใช้เทคนิคทางรังสีวิทยาหรือกัมมันตภาพรังสี ตรวจในขณะที่ผู้ป่วยยังมีชีวิต แล้วมาหาความสัมพันธ์กับอาการที่พบ ในบางครั้ง ความรู้ในด้านนี้ได้มาจากการให้ยาที่มีผลกับสารสื่อประสาทที่เฉพาะเจาะจงแก่ผู้ป่วย และสังเกตผลการรักษา ยกตัวอย่างสารสื่อประสาท (Neurotransmitters) ที่ผิดปกติทำให้เกิดอาการทางจิต เช่น การเปลี่ยนแปลงของ Dopamine (DA), Serotonin (5HT), Norepinephrine (NE) ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (depression) จะมีการหลั่งของ Serotonin และ Norepinephrine ลดลง ทำให้ผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้า เบื่อหน่าย ท้อแท้ น้ำหนักลด ไม่มีสมาธิ และในผู้ป่วยโรคจิตเภท (schizophrenia) มีการทำงานที่มากผิดปกติของ dopaminergic receptor ทำให้มีอาการหูแว่ว ประสาทหลอน หลงผิด

1.3 อื่นๆ ความเปราะบาง (vulnerability) ของอวัยวะต่างๆ ในร่างกายบางอย่าง เช่น อาจเกิดจากภาวะแทรกซ้อนระหว่างคลอด (perinatal trauma), การประสบอุบัติเหตุกระทบกระเทือนที่ศีรษะ ทำให้เกิดร่องรอยแผลเป็น (scar) ในสมอง เป็นจุดกำเนิดของกระแสไฟฟ้าที่ผิดปกติ (epileptic foci) โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ถ้าเป็นที่บริเวณ temporal lobe ผู้ป่วยจะแสดงอาการทางสมองที่ดูคล้ายอาการทางจิตได้ เช่น เหม่อ พูดจาสับสน อารมณ์แปรปรวน บุคลิกและพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม

2. ปัจจัยด้านจิตใจ (Psychological factors)

มีทฤษฎีมากมายที่อธิบายปรากฏการณ์ทางจิตใจ ทั้งในด้านความคิด อารมณ์ หรือพฤติกรรม ทฤษฎีหลักๆ ได้แก่

1) ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (Psychoanalytic Theory)

เชื่อว่าปัญหาทางจิตใจมีสาเหตุจากอดีตของบุคคลนั้น โดยเกิดจากความขัดแย้งในการไม่ได้รับการตอบสนองของสัญชาตญาณในระดับต่างๆ ของจิตใจ โดยเฉพาะระดับจิตใต้สำนึก (unconscious) อันเป็นผลลัพธ์จากพัฒนาการทางจิตใจ และประสบการณ์ใน

อดีตตั้งแต่วัยเด็ก เป็นการนำสิ่งที่เรียนรู้และความพึงใจจากอดีตมาโยงกับชีวิตในปัจจุบัน ผู้ป่วยจะใช้กลไกทางจิต (defense mechanism) ในการจัดการกับปัญหา เมื่อไม่สำเร็จจึงแสดงอาการทางด้านจิตใจออกมาในรูปแบบต่างๆ

2) ทฤษฎีการเรียนรู้ (Learning Theory)

พฤติกรรมทั้งหลายเกิดจากการเรียนรู้ ทั้งแบบ Classic, Operant, และ social learning พฤติกรรมที่เป็นปัญหาเกิดขึ้นหรือยังคงอยู่เพราะการเรียนรู้จากสิ่งแวดล้อมที่ผิดหรือไม่เหมาะสม การเรียนรู้ช่วยอธิบายพยาธิสภาพและการบำบัดทางจิตเวช การเรียนรู้ใหม่ ทำให้เกิดการเปลี่ยนพฤติกรรมได้

3) ทฤษฎีพัฒนาการทางบุคลิกภาพ (Personality Theory)

เป็นที่สังเกตกันมานานแล้วว่าการที่คนหนึ่งๆ มีบุคลิกภาพบางรูปแบบ อาจทำให้คนๆ นั้นมีโอกาสเกิดโรคหรืออาการทางจิตเวชง่ายขึ้น ความสัมพันธ์นี้เห็นได้ไม่ชัดเจนในการเกิดอาการโรคจิต (Psychoses) แต่เห็นชัดเจนกว่าในการเกิดโรคกลุ่มประสาทวิตกกังวล (neuroses) ทั้งนี้การเกิดมีบุคลิกภาพต่างๆ นั้น ขึ้นกับปัจจัยด้านพันธุกรรม จิตวิทยา และสังคมด้วย

4) ทฤษฎีการรู้คิด (Cognitive Theory)

จากแนวคิดที่ว่า “ความนึกคิดมีผลต่ออารมณ์ ความรู้สึก และพฤติกรรม” การนึกคิดที่ไม่เหมาะสม (maladaptive) ของผู้ป่วยเป็นตัวสำคัญที่ทำให้เกิดอาการทางจิตเวช เช่น อาการซึมเศร้า อาการวิตกกังวล วิธีการคิดที่บิดเบือน (Thought distortion) เช่น การคิดไปในทางลบ จะกระตุ้นให้เกิดอารมณ์ด้านลบ และความไม่สบายใจอันเป็นต้นเหตุของพฤติกรรมที่เป็นปัญหา เช่น ความท้อแท้ สิ้นหวัง การหลบปัญหาและการถอยหนี ทำให้สถานการณ์เลวร้ายมากขึ้น ทฤษฎีความคิดมักใช้อธิบายลักษณะความคิดของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่มักมองตนเองทั้งในอดีต ปัจจุบัน และอนาคตในแง่ลบ ซึ่งหากแก้ไขความคิดดังกล่าว ก็อาจทำให้อารมณ์ซึมเศร้าดีขึ้นได้มา

5) ทฤษฎีมนุษยนิยม/อัตถภาวะนิยม (Humanistic/Existential Theory)

นักคิดในแนวทฤษฎีนี้ให้ความสำคัญอย่างสูงต่อคุณค่าความเป็นมนุษย์ ตัวตนและความเป็นเอกลักษณ์บุคคล และการยอมรับประสบการณ์ชีวิต เก็บบทเรียนรวมทั้งการให้อภัยตนเอง ถ้าตัวตนที่บุคคลมองเห็นตนเองกับตัวตนตามที่เป็นจริง มีความแตกต่าง มีข้อขัดแย้งกันมาก หรือไม่รู้จักตนเอง ไม่กล้าเผชิญ หรือเสาะแสวงหาตัวตนและเลือกทางเดิน

ชีวิตของตนเอง บุคคลผู้นั้นมีแนวโน้มจะเป็นบุคคลก่อปัญหาให้กับตนเองและผู้อื่น ในราย
ที่มีความแตกต่างกันอย่างรุนแรง อาจเป็นโรคประสาท หรือโรคจิต

ตารางแสดงแนวคิดทฤษฎีพื้นฐานทางสุขภาพจิตและจิตเวช

ทฤษฎี/ แนวคิด	ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ Psychoanalysis Theory	แนวคิดจิตวิเคราะห์ รุ่นใหม่ Neo- psychoanalysis Theory	ทฤษฎีการเรียนรู้ Learning Theory	แนวคิดการรู้คิด/ ปัญญานิยม Cognitive Approach	แนวคิดมนุษยนิยม Humanistic Approach	แนวคิดอัตถภาวะ นิยม Existential Approach
นักคิด	Sigmund Freud	Harry S. Sullivan Erik H' Erikson Erik Bern	- B.F. Skinner - Ivan Pavlov - John B. Watson - Albert Bandura	Albert Ellis Aaron Beck	Abraham Maslow Carl Rogers	Fritz Perls Viktor Frankl
การ ประเมิน / บำบัด	- Psychodynamic Therapy	- Interpersonal Psychoanalysis Theory - Psychosocial Development Theory	Behavioral Therapy - Behavioral Modification - Systemic Desensitization	Cognitive Therapy - Cognitive Restructuring	- Client- centered therapy - Counseling	Gestalt Therapy Logo Therapy

		- Transactional Analysis	- Aversion Therapy			
เนื้อหา	การเจ็บป่วยทางจิตเกิดจาก ego ไม่สามารถทำให้เกิดความสมดุลระหว่าง id กับ superego ได้	การเจ็บป่วยทางจิตเกิดจาก ego ไม่สามารถทำให้เกิดความสมดุลระหว่าง id กับ superego ได้	ความผิดปกติของพฤติกรรมเกิดจากการเรียนรู้ที่ผิดแก้ไขโดยทำให้เกิดการเรียนรู้ใหม่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสม	การเจ็บป่วยทางจิตเกิดจากกระบวนการทางความคิดแก้ไขโดยทำให้ปรับเปลี่ยนกระบวนการทางความคิดให้เหมาะสม	การเจ็บป่วยทางจิตเกิดจากการปิดกั้นประสบการณ์ในการรับรู้ตนเองอย่างเหมาะสมเพื่อนำไปสู่การพัฒนา ศักยภาพของตน	การเจ็บป่วยทางจิตเกิดจากการไม่รับผิดชอบตนเองไม่กล้าเลือก รับผิดชอบ และเรียนรู้ ทางเดินชีวิตของตนเอง
จุดเน้น	เน้น id การติดขัดของพัฒนาการทางเพศและกลไกทางจิตอดีต	เน้น Ego พัฒนาการของ Ego และการส่งเสริม Ego ให้เข้มแข็ง	เน้นที่การเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมที่มองเห็นได้ ไม่สนใจความคิดอารมณ์	เน้นที่การเปลี่ยนแปลงของกระบวนการคิดจะทำให้อารมณ์ และพฤติกรรมเปลี่ยนตาม	มนุษย์มีศักยภาพที่จะสัมฤทธิ์ผลในการเข้าใจตนเองอย่างแท้จริง และจะนำตนเองไปสู่สิ่งที่ดีกว่า	การรู้จัก และเป็นตัวของตัวเองเป็นพลังในการดำเนินชีวิตให้มีความสำคัญของความรู้สึกมากกว่าเหตุผลเน้นการประสบ

						ด้วยตนเองมากกว่า การคิดด้วยเหตุผล
คำสำคัญ	<ul style="list-style-type: none"> - Id, Ego, Superego - Drive - Level of Consciousness - Psychosexual development - Defense Mechanism 	- เช่นเดียวกับ ทฤษฎีจิตวิเคราะห์	<ul style="list-style-type: none"> - Conditioning - Reinforcement /Punishment - Modeling/Imitation 	<ul style="list-style-type: none"> - Negative Cognition - Cognitive Distortion - Dysfunctional Attitude - Irrational Beliefs 	<ul style="list-style-type: none"> - Individualism - Non-judgment - Unconditional Positive Regards 	- Self-fulfillment

3. ปัจจัยด้านสังคม (Social factors)

มนุษย์เรานั้นไม่ได้เกิดมาเพื่ออยู่อย่างโดดเดี่ยว สังคมต้องประกอบด้วย ความสัมพันธ์ ไม่มีอะไรที่จะมีความหมายหรือคุณค่าถ้าปราศจากบริบททางความสัมพันธ์ ระหว่างมนุษย์ด้วยกัน เนื่องจากมนุษย์เป็นสัตว์สังคม ไม่สามารถอยู่เพียงลำพังได้ เมื่อต้อง อยู่ร่วมกับผู้อื่น บางครั้งอาจจะมีการกระทบกระทั่งกันบ้าง ไม่มากก็น้อย ทั้งนี้เพราะความ ต้องการของแต่ละคนไม่เหมือนกัน อาจจะเป็นปัญหาขัดแย้งกับคนใกล้ชิด เช่นใน ครอบครัว ที่ทำงาน ปัญหาทางเศรษฐกิจ รายได้ไม่พอกับรายจ่าย เหล่านี้เป็นต้น เมื่อ ผู้ป่วยมีความเครียดวิตกกังวลมาก และไม่มีทางระบายออกอย่างเหมาะสม ทำให้แสดง ออกมาเป็นอาการทางจิตใจได้ ดังนั้นการมีสุขภาพจิตดี ก็คือ คือการมีอิสระทางความคิด การกระทำ ปรับตัวได้กับความ เป็นตัวเองและความคาดหวังทางสังคม มีความสงบสุข แห่ล่งกับประโยชน์ที่พอเพียง ส่วนการเจ็บป่วยทางจิต เป็น ปรับตัวไม่ได้กับความกดดัน และสถานการณ์ทางสังคมต่างๆ รวมทั้งขาดแคลนแหล่ง สนับสนุนทางสังคม ทำให้เกิดความรู้สึกแปลกแยก ไม่มีอิสระ

จิตวิทยาสังคมศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความเจ็บป่วยทางจิตกับ กระบวนการทางสังคมและวัฒนธรรม แม้ว่าสังคมวิทยากับจิตวิทยา จะมี "หน่วยวิเคราะห์" ต่างกัน นั่นคือแก่นการวิเคราะห์สังคมวิทยาเป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล แต่หน่วย วิเคราะห์ของจิตวิทยามักเป็นปัจเจกบุคคล อย่างไรก็ตาม พฤติกรรมของคนเรามาจากการ ผสมผสานทั้งความเป็นปัจเจกบุคคล และมาจากโครงสร้างและลักษณะกลุ่มสังคมที่ปัจเจก นั้นอาศัยอยู่ การศึกษาจิตวิทยาในระดับของสังคม จึงทำให้สามารถเข้าใจบริบทของ ความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมในแต่ละปัจเจกบุคคลได้ดีขึ้น นำไปสู่การวิเคราะห์ และ ให้การบำบัดดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ศาสตร์ทางจิตวิทยาสังคมที่เกี่ยวกับแนวคิดพยาธิสภาพของโรคทางจิตเวช ได้เกิดการเปลี่ยนแปลงชัดเจนสืบเนื่องมาจากผลจาก World War II ผู้คนเริ่มตระหนักว่า การเจ็บป่วยทางจิต ไม่ได้สัมพันธ์กับแค่บาดแผลในจิตใจ หรือการเรียนรู้ที่ผิดๆเท่านั้น สิ่งแวดล้อม ทั้งทางกายภาพและสิ่งแวดล้อมทางจิตใจ ก็ส่งผลต่อการเจ็บป่วยและรักษา ทางจิตเช่นกัน ศาสตร์ทางจิตวิทยาสังคมนี้ ได้เพิ่มเติมองค์ความรู้ที่สำคัญกับวงการจิตเวช ใน 2 แง่มุม คือ 1) การมองและการจำแนกความผิดปกติทางจิต 2) รูปแบบการบำบัดทาง จิตเวช

1) การมองและการจำแนกความผิดปกติทางจิต

ศาสตร์ทางจิตวิทยาสังคม ได้ทำให้วงการจิตเวชตระหนักว่า ลักษณะเฉพาะของสังคม พื้นฐานความเชื่อ ค่านิยม วัฒนธรรม ประเพณี มีผลต่อพฤติกรรมของคนในสังคมนั้น และพฤติกรรมที่ถือว่าผิดปกติในสังคมหนึ่ง อาจไม่ถือว่าผิดปกติในอีกสังคมหนึ่ง อีกทั้งพฤติกรรมที่ถือว่าผิดปกติในช่วงเวลาหนึ่ง อาจไม่ถือว่าผิดปกติในอีกช่วงเวลาหนึ่งด้วย เช่น พฤติกรรมการหาราศีรี ของนักบุญญี่ปุ่น การมัดเท้าของหญิงจีน หรือการรักเพศเดียวกัน ในปี Thomas Szasz ได้เป็นตัวแทนของผู้ป่วยจิตเวชและให้ข้อสังเกตว่าการเจ็บป่วยทางจิตเป็น ปริศนา ที่อาจมีหรือไม่มีจริง สังคมใช้การเจ็บป่วยทางจิตเป็น **เครื่องมือ** ควบคุมคนที่มีความคิดพฤติกรรมแตกต่างจากคนในสังคม

ต่อมาในปี 1961 Michel Foucault ได้เขียนหนังสือเรื่อง Madness and Civilization มีใจความสำคัญคือ ความจริง ไม่ใช่การค้นพบ แต่ถูกสร้างขึ้นตามขบวนการขั้นตอน ซึ่งกำหนดหรือตัดสินสถานการณ์ต่างๆในประวัติศาสตร์ สิ่งซึ่งน่าจะกล่าวถึงก็คือ, ใครได้อำนาจในการพูด, อะไรเป็นเป้าหมายอันหนึ่งของการค้นคว้าทางวิทยาศาสตร์, และความรู้จะต้องได้รับการทดสอบอย่างไร, มันสะสมเพิ่มพูนขึ้นมาอย่างไร และมันสูญสลายหายไปอย่างไร ความรู้เหล่านี้ เป็นตัวสำคัญที่ทำให้ผู้คนในสังคมตระหนักถึง อำนาจ ที่สังคมมีอยู่ ซึ่งอาจเป็นสิ่งที่มองไม่เห็น แต่มีเป็นสิ่งที่มียุทธพลในการชี้เป็นชี้ตายว่าใคร หรือ ลักษณะอันใดที่ “ปกติ” หรือ “ผิดปกติ” สังคมประกอบขึ้นมาจากบุคคล คือคนนั่นเอง ดังนั้นความต้องการของสังคม จริงๆแล้วก็คือความต้องการของมนุษย์นั่นเอง แต่เป็นความต้องการของใคร ใครมีอำนาจ สิ่งเหล่านี้ได้เป็นตัวกำหนดกฎเกณฑ์ต่างๆบนพื้นฐานของหลักการทั่วไปทางสถิติและได้สร้างกลไกในการแบ่งแยก ความปกติออกจากความไม่ปกติ เพื่อที่จะควบคุมแต่ละคนเอาไว้ได้อย่างเหมาะสม โดยทำให้ผู้คนที่ถูกตีตราว่าผิดปกติสูญเสีย อำนาจ สิทธิ แม้กระทั่ง ศักดิ์ศรี ดังในกรณีผู้ป่วยจิตเวช

นอกจากนี้ จิตแพทย์เด็ก Gerald Caplan ก็เป็นอีกคนหนึ่งที่ทำให้วงการจิตเวชเห็นความสำคัญของปัจจัยทางสังคม ต่อการเจ็บป่วยทางจิต เขาเป็นผู้บุกเบิกด้านการป้องกันการเจ็บป่วยทางจิต โดยเน้นว่า ปัจจัยทางสังคม เช่น ความยากจน ความไม่มั่นคง ในครอบครัว การไร้การศึกษา สัมพันธภาพไม่ดี ทำให้เกิดความเครียด และบุคคลพยายามลดความกดดัน ด้วยการมีพฤติกรรมที่ผิดแปลกไปจากสังคม นอกจากนี้ ปัจจัยทางสังคมยังส่งผลอย่างมากในฐานะที่เป็นตัวกระตุ้นให้เกิดอาการในผู้ที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคอยู่แล้ว ซึ่ง

ความเสี่ยงของแต่ละบุคคลอาจเป็นผลจากทั้งด้านพันธุกรรม หรือจากการเลี้ยงดูก็ได้ ปัจจัยทางสังคมที่มีความสำคัญที่สุดทั้งในด้านเป็นผู้ก่อปัญหา และสร้างความแข็งแกร่ง หรือช่วยการรักษา ก็คือ ครอบครัว

2) รูปแบบการบำบัดทางจิตเวช

สืบเนื่องจากแนวคิดด้านการจำแนกความผิดปกติทางจิต และสาเหตุปัจจัยทางสังคมในการเกิดโรคทางจิตเวช ก็ได้จุดประกายให้เกิดการบำบัดที่เน้นการจัดสิ่งแวดล้อมอย่างมีแบบแผน ซึ่งมีหลักการและเป้าหมายเฉพาะ เพื่อมุ่งบำบัดบาดแผลทางจิตใจและส่งเสริมการเติบโตทางจิตในผู้ป่วยจิตเวช โดยทีมผู้ให้บริการทางสุขภาพจิตและจิตเวช ทั้งนี้ Maxwell Jones (1953) ได้เป็นผู้ริเริ่มใช้นิเวศน์บำบัด จัดให้มีโครงสร้างในการใช้สิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัดทางจิตเวช โดยการจัดให้มีสภาพความเป็นอยู่ที่ดี เน้นการมีสุขภาพดี มีบรรยากาศที่ยืดหยุ่นและบรรยากาศแห่งการเรียนรู้ ส่วนทางการพยาบาล Florence Nightingale เป็นบุคคลแรกที่แสดงให้เห็นว่าการจัดสิ่งแวดล้อมเป็นหน้าที่โดยตรงของพยาบาล เพื่อจัดสถานพยาบาลให้เป็นสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย ไม่คุกคาม ให้ผู้ป่วยได้ผ่อนคลายจากสิ่งแวดล้อมในชีวิตจริงที่ตึงเครียด จัดระบบระเบียบของสิ่งแวดล้อมให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ทักษะชีวิตช่วยให้ผู้ป่วย เป็นสิ่งแวดล้อมที่ช่วยเหลือกันเองพัฒนาความรู้สึกรับคุณค่าแห่งตน ปรับปรุงความสามารถในการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น เพื่อเรียนรู้ที่จะเชื่อถือผู้อื่น รวมถึงการพัฒนาทักษะการเผชิญปัญหา และพร้อมกลับไปใช้ชีวิตในชุมชน

ระบบการจำแนกโรคทางจิตเวช (Classification of Mental Disorder)

การจำแนกโรคทางจิตเวชศาสตร์ มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้มีความเข้าใจตรงกันในการสื่อสารระหว่างบุคลากรทางสาธารณสุข แยกความผิดปกติทางจิตเวชแต่ละชนิดลดความซับซ้อน ใช้เป็นมาตรฐานในการช่วยตัดสินใจในการวินิจฉัยโรคของจิตแพทย์และการรักษาที่มีประสิทธิภาพ และเพื่อการศึกษาค้นคว้าวิจัยทางจิตเวช เพื่อพัฒนาแนวทางในการป้องกัน ส่งเสริม บำบัดรักษา และการฟื้นฟู บุคคลที่มีการเจ็บป่วยทางจิต

ระบบการจำแนกโรคทางจิตเวช (Classification of Mental Disorder)

ดังที่กล่าวในแนวคิดว่าการจำแนกโรคทางจิตเวชศาสตร์ มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้มีความเข้าใจตรงกันในการสื่อสารสารระหว่างบุคลากรทางสาธารณสุข เพื่อใช้แยกความผิดปกติทางจิตเวชแต่ละชนิดลดปัญหาความซับซ้อน และใช้เป็นมาตรฐานในการช่วยตัดสินใจในการวินิจฉัยโรคของจิตแพทย์เพื่อการรักษาที่มีประสิทธิภาพ เพื่อการศึกษา ค้นคว้าวิจัยทางจิตเวช เพื่อพัฒนาแนวทางในการป้องกัน ส่งเสริม บำบัดรักษา และการฟื้นฟู บุคคลที่มีการเจ็บป่วยทางจิต ซึ่งระบบการจำแนกโรคปัจจุบันที่นิยมใช้มี 2 ระบบ คือ

1. ระบบ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)

พัฒนาโดยสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (American Psychiatric Association หรือ APA) ปัจจุบันใช้ฉบับปรับปรุงที่ตีพิมพ์ล่าสุดในปี ค.ศ. 2000 คือ The Forth Edition of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Text Revision (DSM-IV-TR) ล่าสุดสมาคมจิตแพทย์อเมริกันได้มีการพัฒนาฉบับ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders V (DSM-5) ซึ่งขณะนี้ยังเป็นฉบับร่างอยู่ ซึ่งคาดว่าจะมีการนำมาใช้อย่างเป็นทางการในช่วงเดือน พฤษภาคม 2013 ซึ่งใน DSM-5 มีการเปลี่ยนแปลงหมวดของโรคต่างไปจาก DSM-IV เพื่อให้สอดคล้องกับหลักฐานทางวิทยาศาสตร์และการนำไปใช้ได้ง่ายขึ้น การเปลี่ยนแปลงใน DSM-V สรุปได้ ดังนี้

1. การจัดระบบโครงสร้าง (Structural organization) ให้สอดคล้องกับความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์และง่ายต่อการวินิจฉัย

1.1 การจัดเรียงโรคตาม Lifespan โดยเริ่มจาก Neurodevelopment disorder ซึ่งพบมากในวัยเด็กและทารก จากนั้นจึงเป็นโรคทางจิตเวชที่พบมากในวัยรุ่น วัยผู้ใหญ่

1.2 การนำกลุ่มโรคเล็กๆที่เกี่ยวข้องกันมารวมเป็นกลุ่มโรคเดียวกัน เช่น ได้ตัดโรคเด็กตามที่ปรากฏใน DSM-IV ออกไปในนำเข้าไปในกลุ่ม Neurodevelopment disorder เป็นต้น

1.3 DSM-V ใส่วิธีการ dimensional เข้าไปในการวินิจฉัยโรคเพื่อหลีกเลี่ยงปัญหาที่เกิดจากการจัดกลุ่มโรคโดยมุ่งเน้น Validity แต่กลับส่งผลต่อ Reliability ซึ่ง DSM-V จัดกลุ่มโรคโดยไม่ยึดเพียงค่า Validity แต่ยังยึดค่า Reliability ที่

สำคัญคือ test-retest reliability โดยต้องการเกณฑ์การวินิจฉัยมีค่า test-retest reliability อยู่ระหว่าง 0.4-0.6

2. มีการเพิ่มเกณฑ์การวินิจฉัยโรคให้ทันสมัยขึ้น
3. มีการเพิ่มโรคใหม่เข้าไปใน DSM-V ได้แก่ premenstrual dysphonic disorder และมีการเพิ่มเกณฑ์การวินิจฉัยความรุนแรงของโรค ได้แก่ obsessive-compulsive-related disorder และ trauma-related disorder

กลุ่มโรคที่ได้มีการจัดร่างใน DSM-V มี 20 กลุ่มโรค โดยเรียงตามลำดับ ดังนี้

1. Neurodevelopmental Disorders
2. Schizophrenia Spectrum and Other Psychotic Disorders
3. Bipolar and Related Disorders
4. Depressive Disorders
5. Anxiety Disorders
6. Obsessive-Compulsive and Related Disorders
7. Trauma and Stress Related Disorders
8. Dissociative Disorders
9. Somatic Symptom Disorders
10. Feeding and Eating Disorders
11. Elimination Disorders
12. Sleep-Wake Disorders
13. Sexual Dysfunctions
14. Gender Dysphoria
15. Disruptive, Impulse Control, and Conduct Disorders
16. Substance Use and Addictive Disorders
17. Neurocognitive Disorders
18. Personality Disorders
19. Paraphilias
20. Other Disorders

2. ระบบ The International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD) พัฒนาขึ้นโดยองค์การอนามัยโลก (World Health Organization) และได้รับการตีพิมพ์ในปี ค.ศ. 1992 ระบบ ICD นี้เป็นระบบที่ใช้เป็นทางการทั่วโลก ซึ่งมีการพัฒนาปรับปรุงมาเป็นลำดับ ปัจจุบันเป็นการปรับปรุงครั้งที่ 10 คือ The Tenth Revision of The International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-10) และในอนาคตคาดว่าจะมีการปรับปรุงครั้งที่ 11 เพื่อให้สอดคล้องกับระบบ DSM-V ที่มีการพัฒนาเป็นฉบับร่างและวางแผนจะประกาศใช้ในกลางปี 2013

ประเทศไทยได้นำบัญชีแยกโรคระหว่างประเทศฉบับแก้ไขครั้งที่ 10 (ICD - 10 = International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problem) มาใช้ตามที่ องค์การอนามัยโลกได้กำหนดไว้เป็นมาตรฐานการให้รหัสโรคที่เป็นสาเหตุการป่วยและสาเหตุการตาย เพื่อจัดจำแนกโรคกลุ่มต่าง ๆ ให้เป็นมาตรฐานเดียวกันในระดับนานาชาติ เพื่อความสะดวกในการใช้สำหรับบุคลากรทุกระดับ

Multiaxial classification of ICD-10: Compose of three axis

Axis I: Clinical Diagnosis

Axis II: Disability

Axis III: Contextual Factors

ความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรม (Mental and behavioral disorders): F00 - F99)

เกณฑ์การวินิจฉัยจำแนกโรคแบบ ICD-10 ใช้โค้ดทั้งตัวอักษรภาษาอังกฤษและตัวเลข (Alphanumeric code) ซึ่งกลุ่มโรคที่มีความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรม จะใช้ F00-F99 โดยคำนิยามของความผิดปกติ (Disorder) คือ “กลุ่มของอาการหรือพฤติกรรมผิดปกติ ที่มีมากจนทำให้เกิดความทุกข์และมีผลกระทบถึงการทำหน้าที่ของบุคคลนั้น” ซึ่งความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมประกอบด้วยกลุ่มรหัส ดังนี้

F00 - F09 Organic, including symptomatic, mental disorders

ความผิดปกติทางจิตใจที่มีสาเหตุจากโรค รวมทั้งที่มีอาการทางกาย เป็นความผิดปกติทางจิตที่มีสาเหตุแสดงให้เห็นได้ว่ามาจากโรคของสมอง การบาดเจ็บของสมองหรือการถูกทำร้ายอื่นๆ ที่ทำให้สมองทำงานผิดปกติ หรือเกิดจากโรคระบบต่างๆ และความ

ผิดปกติของร่างกายที่มีผลกระทบต่อสมอง ส่งผลให้บุคคลมีความผิดปกติทางอารมณ์และพฤติกรรม

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

ความผิดปกติทางจิตใจและพฤติกรรมเนื่องจากการใช้วัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท ความผิดปกติมีหลายรูปแบบแตกต่างกันที่ ความรุนแรง อาการและอาการแสดง เนื่องจากการเสพวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทชนิดเดียว หรือหลายชนิด โดยอาจจะใช้หรือไม่ได้ใช้ เพื่อการรักษาโรคก็ได้

F20 - F29 Schizophrenia, schizotypal and delusional disorders

จิตเภท พฤติกรรม แบบจิตเภทและความหลงผิด และกลุ่มใหญ่ของอาการโรคจิต ทั้งเฉียบพลันและชั่วคราว โรคจิตเภทแบบอารมณ์แปรปรวน

F30 - F39 Mood [affective] disorders

กลุ่มนี้มีความผิดปกติหลัก คือ อารมณ์เปลี่ยนแปลง เช่น อารมณ์เศร้า สลับกับ อารมณ์ร่าเริงผิดปกติ ส่งผลต่อพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงและแปรปรวนตามอารมณ์

F40 - F49 Neurotic stress-related and somatoform disorders

โรคประสาทอาการทางกายที่เกิดจากจิตใจ ความเครียด และความวิตกกังวลแบบต่างๆ รวมถึงความกังวลหรืออาการทางกายที่เกิดจากสาเหตุทางจิตใจ

F50 - F59 Behavioral syndromes associated with physiological disturbances and physical factors

กลุ่มอาการด้านพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับความผิดปกติทางสรีรวิทยาและปัจจัยทางร่างกาย เช่นกลุ่มอาการผิดปกติของการกิน กลุ่มอาการนอนไม่หลับที่ไม่ได้เกิดจากโรคสมอง ความผิดปกติทางเพศที่ไม่ได้เกิดจากความผิดปกติทางกาย หรือโรคกลุ่มอาการผิดปกติทางจิตใจและพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดโรคทางกาย เป็นต้น

F60 - F69 Disorders of adult personality and behaviour

ความผิดปกติของพฤติกรรมและบุคลิกภาพในผู้ใหญ่ มักจะคงอยู่และแสดงออกเป็นลักษณะเฉพาะตัวของแต่ละคน เป็นบุคลิกภาพผิดปกติต่างๆ การแสดงออกจะเบี่ยงเบนอย่างมาก หรือชัดเจนจนมีปัญหาในการเข้าสังคม เช่น การทำงานและการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น

F70 - F79 Mental retardation

ภาวะปัญญาอ่อน เป็นภาวะที่พัฒนาการด้านต่างๆมีพัฒนาการไม่สมบูรณ์ไม่เหมาะสมตามช่วงวัยของอายุ

F80 - F89 Disorders of psychological development

ความผิดปกติของพัฒนาการทางจิตใจ ในกลุ่มนี้มีอาการคล้ายๆ กันคือ (ก) พบอาการแต่ในวัยเด็กเล็ก และวัยเด็ก (ข) ความผิดปกติหรือความล่าช้าของพัฒนาการ เชื่อว่าเกี่ยวข้องกับชีวเคมีของระบบประสาทส่วนกลาง และ (ค) มีการดำเนินโรคต่อเนื่องไม่หายและไม่กลับทรุดอีก ส่วนใหญ่ปัญหาที่พบคือ ทักษะด้านภาษา ทักษะการมองเห็นภาพขาดหาย และความผสมผสานของการเคลื่อนไหว โดยทั่วไปความผิดปกติพบได้เร็ว และจะดีขึ้นเมื่อเด็กโตขึ้น

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

ความผิดปกติทางพฤติกรรมและอารมณ์ที่มักเริ่มต้นในวัยเด็กและวัยรุ่น เช่น กลุ่มอาการพฤติกรรมก้าวร้าว ภาวะกลั่นแกล้งเนื้อกระตุกผิดปกติ แบบ Tics เป็นต้น

F99 Unspecified mental disorder

ความผิดปกติทางจิตใจที่ไม่ได้ระบุรายละเอียด

สรุป

การที่พยาบาลจะช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยหรือผู้ใช้บริการทางด้านสุขภาพจิตหรือให้การพยาบาลผู้ที่มีปัญหาทางด้านจิตใจได้อย่างครอบคลุมและครบถ้วนได้นั้น พยาบาลควรมีความรู้ความเข้าใจในแนวคิดทฤษฎีพื้นฐานดังที่ได้กล่าวมาแล้ว ซึ่งเห็นได้ว่าไม่มีทฤษฎีใดเพียงทฤษฎีเดียวที่จะใช้อธิบายพฤติกรรมของบุคคล สาเหตุของพฤติกรรมที่ผิดปกติ หรือการเจ็บป่วยทางจิตของบุคคลได้อย่างสมบูรณ์ การช่วยเหลือบุคคลจึงเป็นการบูรณาการแนวคิดทฤษฎีต่างๆ เข้าด้วยกัน ซึ่งจะเป็นส่วนประกอบที่สำคัญที่จะช่วยให้พยาบาลได้รู้จักบุคคล และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับบุคคลให้ชัดเจน เพื่อนำไปสู่ความสามารถในการวิเคราะห์ประเมินสภาพปัญหา วางแผนให้การช่วยเหลือ ปฏิบัติการช่วยเหลือ รวมทั้งประเมินผลการพยาบาลได้อย่างครอบคลุมทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมอย่างมีประสิทธิภาพ

คำถามท้ายบท

1. อธิบายความหมายและสาเหตุของการเจ็บป่วยทางจิต
2. ให้ยกตัวอย่างทฤษฎีทางจิตวิทยาพื้นฐานสำหรับการพยาบาลจิตเวช มา 3 ตัวอย่าง พร้อมอธิบาย
3. จงอธิบายพลวัตการเกิดอาการทางจิต (Psychodynamic Formulation)
4. ระบบการจำแนกโรคทางจิตเวชที่นิยมใช้ในปัจจุบันมีกี่ระบบ อะไรบ้าง
5. ตามเกณฑ์การวินิจฉัยจำแนกโรคแบบ ICD-10 รหัส F00-F09 คือกลุ่มโรคใด
6. ตามเกณฑ์การวินิจฉัยจำแนกโรคแบบ ICD-10 รหัส F20 - F29 คือกลุ่มโรคใด
7. การวิเคราะห์กระบวนการเกิดโรครายกรณี (Case formulation) มีกี่ปัจจัยอะไรบ้าง
8. เด็กชาย ก อายุ 1 ขวบครึ่ง มารดาเข้มงวดให้ขับถ่ายเป็นเวลา 06.00 น. ทุกวันตามแนวคิดทฤษฎีจิตวิเคราะห์ เด็กชายแดงมีโอกาสดังกล่าวเกิดความผิดปกติได้
9. แนวคิดจิตวิเคราะห์ของฟรอยด์ (Sigmund Freud) นำมาประยุกต์ใช้ในการพยาบาลจิตเวชก่อให้เกิดผลดีกับผู้ป่วยอย่างไร
10. จงอธิบายแบบจำลองความเครียด-ความเปราะบาง (Stress-diathesis model)

เอกสารอ้างอิง

- นิรมล พัจจนสุนทร และ สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล. (บรรณาธิการ). (2559). **จิตเวชศาสตร์ ก้าวทัน DSM-V**. พิมพ์ครั้งที่ 1. ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- มานิต ศรีสุภานนท์, จำลอง ดิษยวณิช. (2562). **ตำราจิตเวชศาสตร์**. เชียงใหม่: โรงพิมพ์แสงศิลป์.
- มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์. (2548). **จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี** (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: บริษัท ปียอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์ จำกัด.
- สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข. (2561). **บัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศฉบับแก้ไข ครั้งที่ 10_ไทย – อังกฤษ (ICD-10)**. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขนนทบุรี.
- American Psychiatric Association. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders 4th ed, Revised**. Washington (DC): American Psychiatric Press; 2000
- Boyd, M.A. (2009). **Psychiatric Nursing : Contemporary Practice** (3rd ed.). Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins.
- B.K. Puri, P.J. Laking, I.H. Treasaden. (2002). **Textbook of Psychiatry** (2nd ed). : Churchill Livingstone. Edinburgh,
- Kaplan HI, Sadock BJ. (2010). **Synopsis of Psychiatry**(9th ed). Baltimore (MD): William & Wilkin;
- Varcarolis, E.M., Carson, V.B., & Shoemaker, N.C. (2008). **Foundations of Psychiatric Mental Health Nursing : A Clinical Approach** (5th ed.). St.Luise, Missouri: Saunders Elsevier.
- Regier, D.A. (2012). Dimensional approaches to psychiatric classification: refining the research agenda for DSM-V: an introduction. **International Journal of Methods in Psychiatric Research**. 16(S1), S1-S5.