

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้มีความมุ่งหมายที่จะศึกษาผลของการให้คำปรึกษาแบบ
พิจารณาเหตุผลและอารมณ์ร่วมกับการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วย
ภายหลังการพยายามฆ่าตัวตาย ดังนั้นผู้วิจัยได้ทำการศึกษาค้นคว้า รวบรวมเอกสารและงานวิจัย
ที่เกี่ยวข้อง โดยเสนอรายละเอียดดังหัวข้อต่อไปนี้

1. การฆ่าตัวตาย และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตาย
2. ภาวะซึมเศร้า
3. การให้คำปรึกษา, การให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ และ งานวิจัย
ที่เกี่ยวข้องกับการให้คำปรึกษาและพิจารณาเหตุผลและอารมณ์
4. การฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ และ งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ
และการใช้เทคนิคควบคู่กัน

การฆ่าตัวตาย

ความหมายของการฆ่าตัวตาย การฆ่าตัวตาย หรือ อัตวินิบาตกรรม ถ้าพิจารณาตามราก
ศัพท์มาจากคำต่าง ๆ ดังต่อไปนี้ (ราชบัณฑิตยสถาน, 2538, หน้า 932-933)

อัตต (sui)	หมายถึง ตนเอง (self)
วินิบาต (cide)	หมายถึง การทำลาย การฆ่า (murder)
กรรม	หมายถึง การกระทำ

รวมความแล้วการฆ่าตัวตาย หมายถึง การกระทำที่เป็นการฆ่า หรือทำลายตนเอง ถ้าหาก
พิจารณาความหมายทำให้มองเห็นว่า การฆ่าตัวตาย คือ พฤติกรรมที่แสดงให้เห็นว่าบุคคลนั้นได้
ทำร้ายตนเองเพื่อให้เกิดการสิ้นสุดชีวิตของตน นอกจากนี้ได้มีผู้ให้ความหมายของการฆ่าตัวตาย
แตกต่างกันดังนี้

ฉลอง ภิมยรัตน์ (2523, หน้า 182) กล่าวว่า การฆ่าตัวตาย หมายถึง การทำร้ายตนเอง
โดยวิธีการต่าง ๆ เพื่อจุดประสงค์ที่จะให้ตนเองได้ตายไปอย่างใจคิด

สุวทนา อารีพรรค (2524, หน้า 525) กล่าวว่า การฆ่าตัวตายเป็นผลให้ผู้กระทำเสียชีวิต

มณีนันท์ เพ็ญพุ่ม (2526, หน้า 70) กล่าวว่า การฆ่าตัวตาย หมายถึง การทำชีวิตตนให้ล่วงไป เป็นการฆ่าตัวเองที่เกิดจากความรู้สึกน้อยใจ คับแค้นใจ รู้สึกพ่ายแพ้ อับจน มองไม่เห็นทางแก้ไข หหมดทางออก

อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์ (2541, หน้า 247) กล่าวว่า การฆ่าตัวตาย หมายถึง การที่บุคคล ทำให้ชีวิตของตนเองสิ้นสุดด้วยตัวของตัวเอง และไม่ใช่อุบัติเหตุ

อุมาพร ตรังคสมบัติ (2542, หน้า 244) กล่าวว่า การฆ่าตัวตาย หมายถึง ความคิดหรือการกระทำใด ๆ ก็ตามที่หากดำเนินไปจนสำเร็จก็จะทำให้เกิดอันตรายรุนแรงจนถึงแก่ความตาย

สุกมล วิภาวิพลกุล (2540, หน้า 4) กล่าวว่า การฆ่าตัวตาย หมายถึง การกระทำเพื่อปลิดชีวิตของตนเองโดยเจตนา บุคคลที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง หรือบั่นเอิญทำให้ตนเองเสียชีวิต (แต่ไม่มีเจตนาจะตายจริง) ไม่ถือว่าเป็นการฆ่าตัวตาย จนกว่าจะมีข้อมูลที่ยืนยันว่าการกระทำนั้น ๆ เพื่อจบชีวิตของตนเอง

ฟาร์บีโรว์ (Farberow, 1980, p. 199) กล่าวว่า การฆ่าตัวตาย หมายถึง เป็นการทำให้ตนเองบาดเจ็บ ฆ่าตนเอง หรือเป็นการทำลายตนเอง

สเติ่งเงล (Stengel, 1977, p. 14) กล่าวว่า การฆ่าตัวตาย หมายถึง การกระทำที่เป็นการจบชีวิตตนเองหรือตายด้วยน้ำมือตนเอง หรือมีแนวโน้มที่จะทำลายชีวิตตนเอง

อลิซาเบท, และแคโรล (Elizabeth, & Carol, 1996, p. 590) กล่าวว่า การฆ่าตัวตาย หมายถึง การกระทำที่จะ สิ้นสุดชีวิตตนเองโดยมีทั้งเป็นแบบหุนหัน หรือที่มีการวางแผนไว้ล่วงหน้า อาจเป็นการบอกกล่าวด้วยคำพูด หรือเขียนเป็นลายลักษณ์อักษร เหตุผลเพื่อต้องการหลีกเลี่ยงจากความสัมพันธ์ สถานการณ์ที่อดทนไม่ได้ หรือภาวะวิกฤตที่เกิดขึ้น

จากความหมายดังกล่าวสรุปได้ว่า การฆ่าตัวตาย หมายถึง การกระทำต่าง ๆ ที่กระทำโดยมีจุดประสงค์ที่จะทำให้ชีวิตของตนเองสิ้นสุด ด้วยความสมัครและตั้งใจ โดยการกระทำดังกล่าวมีทั้ง ที่วางแผนไว้ล่วงหน้าและไม่ได้วางแผน สำหรับบุคคลที่จะทำลายตนเอง หรือมีพฤติกรรมที่ทำให้ตนเองเสียชีวิต แต่ไม่มีเจตนาที่จะให้ตายจริงๆ ไม่ถือว่าเป็นการฆ่าตัวตาย

ประเภทของการฆ่าตัวตาย ประเภทของการฆ่าตัวตายสามารถแบ่งได้หลายวิธี ถ้าแบ่งตามพฤติกรรมของการฆ่าตัวตายสามารถจำแนกออกตามผลลัพธ์ของการกระทำออกเป็นลักษณะตามความรุนแรงและตามความตั้งใจได้ดังนี้ (ภิรมศักดิ์ บุญเจียร, 2541, หน้า 4-5)

1. การฆ่าตัวตายสำเร็จ (successful suicide, commit suicide) นักวิชาการหลาย ๆ ท่าน ได้ให้ความหมายของการฆ่าตัวตายสรุปได้ว่า การฆ่าตัวตายเป็นการกระทำเพื่อทำร้ายตนเองเพื่อจุดประสงค์ที่จะทำให้ชีวิตของตนเองจบลงโดยเจตนา และยังหมายถึง เป็นปรากฏการณ์หนึ่งทางสังคมที่เกิดขึ้นเมื่อความสัมพันธ์และความเข้ากันได้กับสังคม (social integration) หรือข้อกำหนด

ทางสังคม (social regulation) มีความไม่เหมาะสมซึ่งเกิดจากการที่มีภาวะดังกล่าวมากเกินไปหรือน้อยเกินไป

สรุปได้ว่า การฆ่าตัวตายสำเร็จเป็นปรากฏการณ์หนึ่งที่เกิดขึ้นกับคนในสังคมซึ่งกระทำไปโดยอาศัยวิธีการต่างๆ เพื่อจุดประสงค์ที่จะทำให้ตนเองจบชีวิตลงหรือหลุดพ้นจากปัญหาอาจเป็นการกระทำอย่างตรงไปตรงมาหรือทางอ้อมก็ได้ ซึ่งผลสุดท้ายจบด้วยการตายของผู้ที่กระทำ ขณะเดียวกันยังคงมีความแตกต่างถึงแรงผลักดันที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมนั้น ๆ

2. การพยายามฆ่าตัวตาย (suicide attempts) หมายถึง การกระทำแบบเดียวกับการฆ่าตัวตายสำเร็จ แต่ผู้กระทำรอดชีวิตทั้ง ๆ ที่ผู้กระทำมีความตั้งใจจริงที่จะฆ่าตัวตาย

นอกจากนี้ วิจารณ์ วิชัยยะ (2533, หน้า 8) ได้กล่าวถึง การพยายามฆ่าตัวตายว่า แบ่งเป็น 3 ลักษณะ คือ

2.1 gestures เป็นท่าทีที่เรียกร้องความสนใจในการพยายามฆ่าตัวตาย

2.2 ambivalent attempt เป็นพวกสองจิตสองใจ ถึงแม้มีทั้งความคิดความอยากตาย และไม่อยากตาย

2.3 serious attempt เป็นพวกที่พยายามฆ่าตัวตายอย่างจริงจังและมักจะใช้ความรุนแรง เช่น ผูกคอ ยิงตัวเอง กระโดดน้ำ กระโดดจากที่สูง แต่ไม่เสียชีวิต

3. การแสวงกระทำการฆ่าตัวตาย (suicidal gesture หรือ suicidal idea) การแสวงกระทำ หรือการมีความคิดจะฆ่าตัวตาย หมายถึง การที่ผู้กระทำการฆ่าตัวตายทำไปโดยมีเจตนาเพียงเพื่อเรียกร้องความสนใจหรือมีวัตถุประสงค์อย่างใดอย่างหนึ่ง คนประเภทดังกล่าวโดยปกติจะพูดออกมาว่าอยากจะฆ่าตัวตายอย่างชัดเจน แต่จริงๆ แล้วเขาไม่อยากจะตายแต่อยากอยู่มากกว่า การจะฆ่าตัวตายจะให้เพื่อวัตถุประสงค์อย่างใดอย่างหนึ่งมากกว่าที่จะฆ่าตัวตายอย่างจริงจัง

ฟาร์บี โรว์ (Farberow, 1980, pp. 15-16) ได้แบ่งประเภทของการฆ่าตัวตายในแง่เจตนา ซึ่งสามารถแบ่งได้ดังนี้

1. การทำลายตนเองทางตรง (direct self destructive behavior) ได้แก่ การมีพฤติกรรมที่ทำร้ายตนเองอย่างเห็นได้ชัด

2. การทำลายตนเองทางอ้อม (indirect self destructive behavior) ได้แก่การเจ็บป่วยเป็นโรคต่าง ๆ เช่น เบาหวาน หัวใจ โรคไต ความดันโลหิตสูง โรคอ้วน ซึ่งไม่พยายามจะคลี่คลายรักษา ภาวะการเจ็บป่วย หรือไม่ให้ความร่วมมือกับการรักษาโรคเหล่านี้ นอกจากนี้ ได้แก่ การคิดยาเสพติด การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ การจงใจขับรถเร็ว การเป็นอาชญากร การเป็นโสเภณีแม้แต่ การเล่นกีฬาที่เสี่ยงภัยต่าง ๆ เช่น การแข่งรถ การปีนเขา ซึ่งการทำลายตนเองทางอ้อมนี้ ถือว่าเป็นปัญหาที่น่าสนใจมากกว่าการทำลายตนเองทางตรง

นอกจากนี้ เคมเมอร์, และคณะ (วัชรภรณ์ อภิวัชรางกูร, 2535, หน้า 84 อ้างอิงจาก Kramer et al., 1982, pp. 185-187) ได้แบ่งประเภทของการฆ่าตัวตายออกกว้าง ๆ ดังนี้

1. intentional suicide เป็นการฆ่าตัวตายอย่างตั้งใจจริง เป็นการทำร้ายตัวเองในขณะที่มีสติสัมปชัญญะดี
2. psychotic suicide เป็นการกระทำใด ๆ ที่ไม่ถึงแก่ความตาย เป็นต้นว่า การตัดอวัยวะส่วนที่ไม่ได้ออกจากร่างกาย
3. automatization suicide เป็นการฆ่าตัวตายที่กระทำขณะปราศจากความรู้สึก เป็นต้นว่า ผู้ที่กินยานอนหลับ (barbiturate) แล้วกระทำสิ่งใด ๆ โดยไม่มีสติที่จะคำนึงถึงผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น
4. chronic suicide บุคคลที่อยู่โดยการฆ่าตัวตายเป็นระยะเวลานาน เช่น พวกที่ใช้สารต่าง ๆ ในทางที่ผิด คีบสุราเรื้อรังทั้ง ๆ ที่เป็นโรคตับ
5. manipulation suicide เป็นการพยายามกระทำวิธีต่าง ๆ เพื่อแสดงความตั้งใจจริงในการเตือน หรือขอความช่วยเหลือ เป็นต้นว่า การที่กรีดข้อมือตัวเอง
6. accidental suicide เป็นการพยายามกระทำสิ่งใด ๆ แล้วมีผลตรงกันข้าม และถึงแก่ความตายไปในที่สุด เป็นต้นว่า การที่บุคคลต้องการได้รับความช่วยเหลือ แต่ผู้สมรสกลับมาช้ากว่าปกติ และไม่สามารถช่วยชีวิต บุคคลเหล่านี้คาดคิดในการวางแผนความช่วยเหลือ
7. neglect suicide เป็นการฆ่าตัวตายนื่องจากการละเลยเอาใจใส่สุขภาพตัวเอง เป็นต้นว่า คนที่ป่วยด้วยโรคหัวใจแล้วไม่เอาใจใส่ต่อคำแนะนำของแพทย์ทำให้ถึงแก่ความตายไปในที่สุด
8. probability suicide บุคคลที่ดำรงชีวิตด้วยการเสี่ยงโชค เป็นต้นว่า นักแข่งรถ
9. self-destruction suicide บุคคลที่ชอบทำร้ายตัวเอง เช่น พวกที่ชอบอยู่ในที่ที่มีความร้อนมากเกินไป หรือผู้ที่สูบบุหรี่จัด
10. suicidal threats บุคคลที่ชอบขู่ว่าจะฆ่าตัวตาย เป็นบุคคลที่พูดถึงการฆ่าตัวตายแต่ไม่เคยมีความตั้งใจที่จะกระทำ
11. suicidal thinking บุคคลที่คิดถึงการฆ่าตัวตายบ่อย ๆ แต่ไม่เคยพูดถึง หรือกระทำจริง ๆ
12. test suicide บุคคลผู้ที่ทำแบบทดสอบแล้วมีปฏิกิริยาในการทดสอบ เป็นต้นว่า MMPI ซึ่งเป็นแบบทดสอบอันหนึ่งในการวัดแนวโน้มของการฆ่าตัวตาย

วิธีการในการฆ่าตัวตาย วิจารณ์ วิชัยยะ (2533, หน้า 26-28) กล่าวว่า วิธีการในการฆ่าตัวตายโดยไม่ใช้ความรุนแรง ได้แก่ การกินสารพิษ และวิธีการใช้ความรุนแรง ได้แก่ การยิงตัวตาย แขนงคอตาย กระโดดจากที่สูง กระโดดน้ำตาย เผาตัวตาย

นงลักษณ์ เทพสวัสดิ์ (2539, หน้า 79) กล่าวว่า วิธีการในการฆ่าตัวตายที่นิยมใช้ ได้แก่การยิงตัวตาย โดยเกิดกับผู้อยู่ในชนชั้นสูงที่มีอาวุธอยู่ในครอบครอง เช่น ตำรวจ นักการเมือง รองลงมาได้แก่ กินยาฆ่าตัวตาย โดยคนจนมักกินยาฆ่าแมลงเพราะหาง่ายในท้องตลาดทั่วไป ส่วนคนที่มีฐานะปานกลางมักกินยานอนหลับ รองลงมา ได้แก่ การแขวนคอตาย และกระโดดจากที่สูง เป็นต้นว่า กระโดดน้ำจากสะพานและกระโดดตึกตาย

อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์ (2541, หน้า 249) กล่าวว่า วิธีการในการฆ่าตัวตายแตกต่างกันไปในแต่ละสังคม ที่พบได้มากคือยิงด้วยปืน เพราะหาง่ายและรุนแรง รองลงมาคือกินยาพิษ และแขวนคอตาย ผู้ชายใช้วิธีรุนแรงกว่าผู้หญิง เป็นต้นว่า ยิงตัวตาย หรือแขวนคอ จึงพบผู้ชายตายมากกว่า ส่วนผู้หญิงใช้วิธีกินสารพิษหรือกินยาเกินขนาด ส่วนในเมืองใหญ่การกระโดดตึกสูงพบได้มากขึ้น

เกล, และแซนดรา (Gail, & Sandra, 1995, p. 460) กล่าวว่า วิธีการในการฆ่าตัวตาย ได้แก่ ยิงตัวเอง แขวนคอ คมก้ำขี้น

อลิซาเบท, และแคโรล (Elizabeth, & Carol, 1996, p. 596) กล่าวว่า วิธีการในการฆ่าตัวตาย ได้แก่ การกรีดตัวเอง คมก้ำขี้น กินยาเกินขนาด ยิงตัวเอง กระโดดจากที่สูง กระโดดน้ำ แขวนคอ ให้รถชน ปลดปล่อยให้หนาวตาย

จากข้อมูลดังกล่าวสรุปถึงวิธีการในการฆ่าตัวตายต่าง ๆ กัน ได้แก่ กินยา กรีดตัวเอง หรือแทงตัวเอง ผูกคอ ยิงตัวเอง กระโดดจากที่สูง กระโดดน้ำ เผลาตัวเอง โดยลักษณะการฆ่าตัวตายของผู้ชายจะเน้นที่ความคิดโดยใช้วิธียิงตัวเอง ส่วนผู้หญิงจะเน้นที่อารมณ์และความรู้สึก จะใช้วิธีกินยาหรือสารพิษเพราะไม่ต้องการให้เกิดความรู้สึก

ลักษณะที่บ่งบอกว่าบุคคลพยายามฆ่าตัวตาย สมภพ เรืองตระกูล (2528, หน้า 214-215) กล่าวว่า บุคคลที่พยายามฆ่าตัวตายมีลักษณะดังนี้

1. เคยมีประวัติพยายามฆ่าตัวตายมาก่อน พบว่า 1 ใน 3 ของผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จเคยพยายามฆ่าตัวตายมาก่อน การกระทำครั้งที่ 2 มักเกิดภายในเวลา 90 วันหลังจากครั้งแรก ผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตายมาก่อนมีโอกาที่จะทำได้สำเร็จมากกว่าผู้ที่ยังไม่เคยทำมาเลย

2. เกี่ยวกับการงานและอาชีพ พบว่าผู้ที่ตกงานหรือทำงานใช้แรงงานมีอัตราการฆ่าตัวตายสูงกว่าผู้ที่มีงานทำและเป็นงานฝีมือ อาชีพที่พบมีอัตราการฆ่าตัวตายสูง ในต่างประเทศตามลำดับจากมากไปหาน้อย คือ ตำรวจ นักดนตรี ทันตแพทย์ พนักงานทำประกันชีวิต แพทย์ และทนายความ สำหรับบ้านเรายังไม่มีสถิติที่แน่นอน แต่ที่พบได้บ่อยมีที่ตกงานหรือทำงานชนิดใช้แรงงาน นักศึกษา ตำรวจ ข้าราชการ และแม่บ้าน

3. สภาพสมรส ผู้ที่เป็นโสดมีโอกาสเสี่ยงมากที่สุด รองลงมาได้แก่ ผู้ป่วยหม้าย หย่า แต่งงานแต่ไม่มีบุตร และแต่งงานแล้วมีบุตร ส่วนผู้ที่อยู่ตัวคนเดียว ไม่มีญาติพี่น้องเลยหรือมีแต่มีความรู้สึกเหมือนว่าอยู่ตัวคนเดียว และผู้ที่เพิ่งสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก หรือพลัดหวังจากความรักภายในระยะเวลา 6-12 เดือน ให้ถือว่ามีโอกาสเสี่ยงจะฆ่าตัวตายสูง

4. เพศ ผู้ชายฆ่าตัวตายสำเร็จบ่อยกว่าผู้หญิงประมาณ 3 : 1 โดยเฉพาะผู้ชายวัยกลางคน ซึ่งมีปัญหาชีวิตขั้นวิกฤต เช่น เป็นโรคทางกายที่ร้ายแรง ประสบปัญหาทางการเงินหรือสูญเสียบุคคลที่ตนรัก ผู้ป่วยอาจจะดื่มเหล้ามากขึ้นเพราะความทุกข์ใจ และปฏิเสธว่าตนไม่ได้เศร้า รายเช่นนี้ มีโอกาสเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง ส่วนผู้หญิงพยายามฆ่าตัวตาย มากกว่าผู้ชายประมาณ 3 : 1

5. อายุ การฆ่าตัวตายอาจพบในคนหนุ่มสาว แต่จะพบน้อยมากกว่าวัยรุ่น การเสี่ยงในผู้ชายจะเพิ่มขึ้นตามอายุจนถึงอายุ 60 ปี และจะเริ่มลดลงภายหลังจากนั้น ในผู้หญิงฆ่าตัวตายบ่อยระหว่างวัยต่อคือช่วงอายุ 45-50 ปี

6. ประวัติครอบครัว ผู้ที่มีประวัติญาติสนิทในครอบครัวฆ่าตัวตายจะพบอัตราการฆ่าตัวตายมากกว่าครอบครัวไม่มีประวัติการฆ่าตัวตาย

7. โรคทางจิตเวช

7.1 ผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้ารุนแรง โดยเฉพาะอารมณ์เศร้า นอนไม่หลับ พลังพลาน ความรู้สึกผิด ลงโทษตัวเอง รู้สึกไร้ค่า ท้อแท้สิ้นหวัง จะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง

7.2 โรคจิต โดยเฉพาะรายที่มีอาการดังนี้ คือ หวาดกลัว ระแวงสงสัยว่ามีคนจะปองร้าย และประสาทหลอนบอกให้ฆ่าตัวตายหรือบอกว่าเป็นคนไร้ค่า โรคที่มีจิตใจหดหู่ (involuntal melancholia) มีภาวะโรคจิตที่กระตุ้นอารมณ์ (schizo affective) และมีภาวะที่ไม่ตอบสนองต่อสิ่งแวดลอมไม่เคลื่อนไหว (catatonia) เป็นโรคที่มีอันตรายจากการฆ่าตัวตายสูง

7.3 ผู้ป่วยคิดสุราหรือยาเสพติด มีโอกาสเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย เพราะมีความรู้สึกในคุณค่าของตนเองลดลง เมื่อมีความกดดัน (stress) เพิ่มขึ้นจะเกิดอารมณ์เศร้าได้ง่ายและรุนแรง เกิดความคิดฆ่าตัวตายได้

7.4 ผู้หญิงที่มีอาการซึมเศร้าภายในระยะเวลา 6 เดือนหลังคลอด มีโอกาสเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

8. แสดงเจตนาว่าจะฆ่าตัวตาย อาจด้วยคำพูดหรือเขียนจดหมายลาตาย พบว่าผู้ป่วยซึ่งฆ่าตัวตายสำเร็จแสดงเจตนาโดยแน่ชัดไว้ก่อนด้วยคำพูดและการเขียนจดหมาย

9. สุขภาพ ผู้ป่วยต่อไปนี้มีโอกาสเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง ได้แก่ เพิ่งได้รับการผ่าตัด เจ็บปวดทรมานจากโรค เป็นโรคเรื้อรังรักษาไม่หาย และอยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต

สมชาย จักรพันธุ์, และคณะ (2541, หน้า 14) ได้กล่าวถึงสัญญาณเตือนที่จะนำไปสู่การฆ่าตัวตาย ว่ามี 3 ด้าน คือ

สัญญาณทางกายภาพ เช่น สีหน้าเศร้าหมอง เคลื่อนไหวช้า พูดน้อยลงเบื่ออาหาร นอนหลับไม่สนิท หงุดหงิด

สัญญาณด้านอารมณ์จิตใจ เช่น หดหู่ ท้อถอย รู้สึกไร้ค่า ไร้ความหมาย ไม่รู้จะอยู่เพื่อใคร รู้สึกผิดบาป รู้สึกว่าตนเองสมควรที่จะถูกลงโทษ

สัญญาณด้านสังคมสิ่งแวดล้อม เช่น แยกตัวเอง ใจน้อยง่าย ร้องไห้เก่ง พูดถึงเรื่องเกี่ยวกับความตาย วิธีการตาย การเป็นภาระต่อผู้อื่น ตั้งเสียความกับคนใกล้ชิดด้วยวิธีการต่าง ๆ ใช้สุรา บุหรี่ ยารักษาประสาท ยาแก้ปวด ยาเสพติดอื่น ๆ เพิ่มขึ้น เตรียมข้าวของอุปกรณ์ที่สามารถใช้ปลิดชีวิตของตนเองได้

จากเอกสารต่าง ๆ ดังกล่าวสรุปได้ว่า ลักษณะที่บ่งบอกว่าบุคคลพยายามฆ่าตัวตายมีดังนี้ ประสบความล้มเหลวในหน้าที่การทำงานและด้านอื่น ๆ บุคคลที่ตั้งความหวังไว้สูง มีความทะเยอทะยาน มีความมุ่งหวังที่จะต้องทำให้ได้ตามสิ่งที่หวังแต่ทำไม่ได้ บุคคลที่รู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า ไร้ค่า หดหู่ และขาดความภูมิใจในตนเอง มักพบในบุคคลที่ตกอยู่ในภาวะซึมเศร้า บุคคลที่อยู่คนเดียวหรือถูกทอดทิ้ง บุคคลที่มีบุคลิกภาพที่ไม่ยืดหยุ่น บุคคลที่มีประวัติว่ามีอาการทางจิตมาก่อน

ความเชื่อเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย สมชาย จักรพันธุ์, และคณะ (2540, หน้า 12-13) กล่าวว่า บุคคลมีความเชื่อเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย ดังนี้

ตารางที่ 1 ความเชื่อเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย

ความเชื่อ	ความจริง
1. ผู้ที่พูดถึงการฆ่าตัวตายมาก จะไม่ฆ่าตัวตายจริง	ผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จมักจะเคยแสดงท่าทีหรือบอกเป็นนัยก่อนฆ่าตัวตาย จึงต้องให้ความใส่ใจอย่างจริงจังกับผู้พูดถึงการฆ่าตัวตาย
2. ผู้คิดฆ่าตัวตายต้องการตายจริงและมักจะรู้สึกว่าไม่มีทางออกหรือทางเลือกอื่น	ผู้คิดฆ่าตัวตายมักจะมีพลังภายในใจระหว่างความต้องการจะมีชีวิตอยู่ต่อและความต้องการจบชีวิตของตนและหลายกรณีจะร้องขอความช่วยเหลือหลังจากที่เขาได้พยายามฆ่าตัวตาย เช่น หลังกินยาเข้าไปแล้วเกิดความลังเลไม่ต้องการจะตายจึงบอกคนในบ้าน

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ความเชื่อ	ความจริง
3. ผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จทุกราย มีอารมณ์เศร้า	ผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จทุกรายไม่จำเป็นต้องมีอารมณ์ซึมเศร้าทุกราย อาจมีความวิตกกังวล มีอาการของโรคจิต หรืออาจมีความต้องการหนีจากปัญหาชีวิตในขณะนั้น
4. การฆ่าตัวตายถ่ายทอดทาง กรรมพันธุ์ได้	พฤติกรรมกรรมการฆ่าตัวตายไม่มีการถ่ายทอดทางกรรมพันธุ์ แต่โรคซึมเศร้ามีการถ่ายทอดทางกรรมพันธุ์ ส่วนการเปลี่ยนแปลงการฆ่าตัวตายอาจเกิดมีขึ้นได้
5. ถ้าถามผู้รับบริการว่ามี ความคิดฆ่าตัวตายหรือไม่อาจ เป็นการชี้โพรงให้กระรอกทำ ให้ทำให้เขาตัดสินใจฆ่าตัว ตายจริง	การถามเกี่ยวกับความคิดฆ่าตัวตายจะช่วยลดความกดดันความกังวลใจ ผู้ที่คิดฆ่าตัวตายมีหลายรายจะรู้สึกโล่งใจที่ได้พูดถึงความคิดฆ่าตัวตาย และทำให้คลายความเครียดลงจนอาจไม่คิดฆ่าตัวตาย
6. ผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จมีความ เจ็บป่วยทางจิตใจ	คำว่า “เจ็บป่วยทางจิตใจ” เป็นคำคลุมเครือ จากการศึกษาย้อนหลังในผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ พบว่าร้อยละ 80-90 ของผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จมีความเจ็บป่วยทางจิตเวช “psychiatric disorder” เป็นโรคซึมเศร้า จำนวนหนึ่งเป็นโรคจิต ที่เหลื่อมกับมีอาการผสมระหว่างอารมณ์เศร้า ความเครียด มีปัญหาที่แก้ไม่ตกทุกราย ปัญหาทางด้านสุขภาพจิตซึ่งอาจเกิดขึ้นชั่วคราวในขณะนั้นหรือเป็นต่อเนื่องเรื้อรังมานาน
7. การฆ่าตัวตายเป็นการเรียก ร้องความสนใจ	การฆ่าตัวตายที่ไม่สำเร็จมักเป็นการร้องขอความช่วยเหลือรูปแบบหนึ่งมากกว่าจะเป็นการเรียกร้องความสนใจ
8. ผู้หญิงมักจะไม่ได้คิดฆ่าตัว ตายจริง และจะใช้วิธีการฆ่า ตัวตายที่ปลอดภัยไม่ตายจริง	แม้ว่าผู้หญิงจะพยายามฆ่าตัวตายบ่อยกว่าผู้ชาย และฆ่าตัวตายสำเร็จน้อยกว่าผู้ชาย แต่เราไม่สามารถสรุปได้ว่าผู้หญิงทุกรายที่คิดฆ่าตัวตาย ไม่คิดตายจริง
9. ถ้าผู้ป่วยเคยพยายามฆ่าตัว ตายแล้วไม่สำเร็จเขาจะไม่ฆ่า ตัวตายสำเร็จ	ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายแต่ไม่สำเร็จอาจฆ่าตัวตายสำเร็จได้ในโอกาสต่อมา

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ความเชื่อ	ความจริง
10. เด็กอายุ 12-15 ปี ยังอายุน้อยเกินกว่าจะคิดถึงเรื่องฆ่าตัวตาย	จากสถิติการฆ่าตัวตายพบว่าผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จจำนวนหนึ่งเป็นวัยรุ่น และมีแนวโน้มจะเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ผู้มีอายุน้อยอาจฆ่าตัวตายด้วยวิธีการที่รุนแรงได้
11. เด็กอายุ 12-15 ปี ยังอายุน้อยเกินกว่าจะคิดถึงเรื่องฆ่าตัวตาย	การตายจำนวนมากที่ดูเหมือนเป็นอุบัติเหตุเป็นการฆ่าตัวตายชนิดแฝงแบบหนึ่ง กรณีเช่นนี้ควรรวมอยู่ในกลุ่มผู้ฆ่าตัวตาย
12. วัยรุ่นมักไม่มีปัญหาอะไรจนถึงกับที่คิดฆ่าตัวตาย	ปัญหาที่วัยรุ่นเผชิญอาจมากหรือน้อยได้ไม่แตกต่างจากผู้ใหญ่
13. วัยรุ่นจากกลุ่มที่มีฐานะยากจนเท่านั้นที่มีความคิดอยากตาย	สถิติพบว่าวัยรุ่นทุกกลุ่มอาจฆ่าตัวตายได้ไม่แตกต่างกัน

สุกมล วิชาวิพลกุล (2540, หน้า 22) ได้กล่าวถึงความเข้าใจผิดบางประการเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย (myths) ว่า

1. ผู้ที่คิดถึงหรือวางแผนฆ่าตัวตายจะไม่บอกใคร การฆ่าตัวตายจะเกิดขึ้นโดยไม่มีสิ่งบอกเหตุ เพราะความจริงแล้ว 8 ใน 10 ของผู้ที่ฆ่าตัวตายจะให้สัญญาณบอกเหตุมาก่อนแต่สัญญาณเหล่านั้นบางครั้งก็ไม่มีผู้รับสัญญาณได้ หรือได้รับแล้วแต่ไม่มีการตอบสนองจากผู้อื่น
2. ผู้ที่พูดถึงการฆ่าตัวตาย มักไม่ลงมือทำจริง ในความเป็นจริงแล้วความพยายามฆ่าตัวตาย เป็นการเรียกร้องความช่วยเหลือ (cry for help) ซึ่งหากไม่ได้รับการตอบสนอง ผลร้ายเมื่อได้ลงมือกระทำจริงก็จะเกิดขึ้น
3. ผู้ที่พูดถึงการฆ่าตัวตายเป็นการเรียกร้องความสนใจ ความจริงแล้วการพูดถึงการฆ่าตัวตายเป็นสัญญาณของการขอความช่วยเหลือ ซึ่ง counselors จำเป็นต้องฟังด้วยความสนใจ
4. ผู้ที่ฆ่าตัวตายมีความพร้อมที่จะตาย แต่ความเป็นจริงมีคนกลุ่มน้อยเท่านั้นที่มีความตั้งใจสูงที่จะตาย โดยไม่ได้มีการบอกกล่าวล่วงหน้า ส่วนใหญ่จะได้รับความทุกข์ทรมานและรู้สึกวุ่นวายหนทางในการแก้ไขปัญหา ทุกสิ่งทุกอย่างดูมืดมน หาทางออกไม่ได้
5. การพูดคุยอย่างเปิดเผยเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายจะเป็นสาเหตุให้ client คิดฆ่าตัวตาย (ซึ่งเป็นความเข้าใจผิดที่พบบ่อยมาก) ในความเป็นจริงการพูดคุยช่วยให้ client ได้สื่อสารที่อยู่ในใจออกมาอย่างเปิดเผย

6. ผู้ที่คิดฆ่าตัวตายมีแต่คนบ้า การฆ่าตัวตายเป็นการกระทำของความเจ็บป่วยทางจิต หรือผู้ป่วยโรคจิต ในความเป็นจริงการฆ่าตัวตายเป็นผลตอบสนองของความเจ็บปวดหรือความกดดันจากสังคม

7. มีแต่บุคคลที่มีลักษณะเฉพาะบางอย่างเท่านั้น ที่จะคิดลงมือกระทำการฆ่าตัวตาย แต่ในความเป็นจริง การฆ่าตัวตายสามารถเกิดขึ้นได้กับคนทุกสถานภาพ ทุกชนชั้น ทุกวัย

ทฤษฎีเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย สุพัตรา สุภาพ (2529, หน้า 124-126) ได้กล่าวถึงทฤษฎีที่เป็นสาเหตุของการฆ่าตัวตายไว้ ดังนี้

1. ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (psychoanalytic theory) ซึ่งฟรอยด์ (Freud) ได้กล่าวไว้ดังนี้ คือ

1.1 คนที่ฆ่าตัวตายเป็นคนที่ต้องสูญเสียบุคคลที่ตนเองรัก และแค้นมากในเวลาเดียวกัน เป็นความรู้สึกแบบสองฝักสองฝ่าย ความแค้นเคืองก่อให้เกิดความคิดก้าวร้าวที่จะทำร้าย แต่ขณะเดียวกันความรักที่มีอยู่จะบิดเบือนความก้าวร้าวให้มุ่งเข้าหาตนเอง (introjection) กลั่นกลายเป็นการลงโทษตนเอง คิดว่าตนเองไม่สมควรได้รับการลงโทษ ถ้าความคิดดังกล่าวนี้รุนแรงถึงขนาด ก็อาจจะทำให้บุคคลนั้นฆ่าตัวตายได้

1.2 คนที่ฆ่าตัวตายก็เพราะสัญชาตญาณการทำลาย (death instinct) หรือที่เรียกว่า Thanatos เกิดพลิกกลับมาทำลายชีวิตตนเอง

2. ทฤษฎีเมนิงเจอร์ (meninger) ซึ่งมีความเชื่อว่า คนที่พยายามฆ่าตัวต้ามักมีสาเหตุมาจาก

2.1 ความต้องการฆ่า (the wish to kill) เป็นแรงกระตุ้นที่ขั้มมาจาก ความก้าวร้าว โดยที่บุคคลกระทำตนเป็นถึงภายนอกซึ่งเขาปรารถนาจะฆ่า และแรงกระตุ้นที่ขั้มออกมานั้นทำให้เกิดความต้องการที่จะฆ่าตนเอง

2.2 ความต้องการถูกฆ่า (the wish to be killed) เป็นการยอมจำนนต่อความเจ็บปวดทรมาน ไปจนถึงที่สุดคือความตาย ทั้งนี้เพราะความเจ็บปวดที่ได้รับเป็นสิ่งที่ทำให้เกิดความสุขเกิดจากสัญชาตญาณความก้าวร้าวที่ทำงานในระดับจิตไร้สำนึก และความสำนึกผิด การที่ตนได้รับความเจ็บปวดไปจนถึงความตายทำให้จิตไร้สำนึกได้รับความพอใจ

2.3 ความต้องการที่จะตาย (the wish to die) สาเหตุข้อนี้มีสมมติฐานว่า ผู้ที่ฆ่าตัวตายเป็นความต้องการที่จะเปลี่ยนจิตใจเสียใหม่ โดยมีความเข้าใจว่าความตายเป็นการหนีไปเสีย เพื่อจะได้กลับมาใหม่ และความแตกต่างระหว่างจิตสำนึกและจิตไร้สำนึกในความต้องการตาย และไม่ต้องตาย เป็นผลให้เกิดความขัดแย้ง (conflict) อันนำไปสู่การฆ่าตัวตาย

3. ทฤษฎีจิตพลวัต (psychodynamics) มักมีประวัติเกี่ยวกับการสูญเสีย (losses) ซึ่งมีดังนี้ คือ

3.1 การสูญเสียคนรักหรือของรัก อวัยวะบางส่วนถูกตัดออกไป สุขภาพเสื่อมโทรมเป็นโรคเรื้อรัง และไม่มีทางรักษาให้หาย พวกลูกๆ แยกออกไปอยู่ต่างหากเมื่อโตแล้ว (emptiness syndrome)

3.2 การสูญเสียสถานะทางสังคม เป็นการเสียชื่อหรือเกียรติยศก่อให้เกิดความอับอายขายหน้า

3.3 การสูญเสียทรัพย์สินหรือเงินทอง

4. ทฤษฎีสังคม (sociological theories) ทฤษฎีสังคมวิทยาชี้ให้เห็นว่าการฆ่าตัวตายนั้นเกิดเมื่อคนเราไม่สามารถควบคุมตนเองได้ บุคคลที่ได้เสนอแนะแนวคิดในเรื่องนี้ ได้แก่ อีมิล เดอร์ไคม์ (Emile Durkheim, 1987 อ้างถึงใน สุพัตรา สุภาพ, 2529, หน้า 125) ซึ่งเป็นนักสังคมวิทยาชาวฝรั่งเศส มีความเชื่อในเรื่องความสัมพันธ์และความเข้ากันได้กับสังคม (social integration) ว่าเป็นปัจจัยสำคัญ และได้ให้แนวคิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายไว้ดังนี้

4.1 egoistic suicide หมายถึง การฆ่าตัวตายที่เกิดเนื่องจากการขาดความสัมพันธ์และไม่สามารถเข้ากันได้กับสังคม ไม่สามารถจะไปให้ถึงจุดหมายของตนได้ จึงใช้วิธีการฆ่าตัวตายเป็นทางออกเมื่อมีปัญหา เช่น การฆ่าตัวตายของคนที่มีความรู้สึกรุนแรงที่เกี่ยวกับการที่ตนเองเป็นที่รังเกียจของสังคม ไม่อาจจะเข้าหน้าคบหากับใครได้อีกต่อไป ก็เลยหนีสังคมไปโดยการฆ่าตัวตาย ในสังคมชาวชนบทที่มีความเข้ากันได้กับสังคมมากกว่าสังคมในเมือง ดังนั้นจึงมีการฆ่าตัวตายน้อยกว่า

4.2 altruistic suicide หมายถึง การฆ่าตัวตายที่เกิดเนื่องจากการมีความสัมพันธ์กับส่วนรวมมากเกินไปเป็นการเสียสละเพื่อส่วนรวม เป็นลักษณะของการทำลายชีวิตเพื่อประโยชน์ของผู้อื่นไม่ใช่เพื่อตนเอง พลังงานที่ใช้ทำลายตนเองนั้นเกิดจากอารมณ์ที่รุนแรง มีเหตุผล และความตั้งใจจริง การกระทำเป็นไปโดยจิตใต้สำนึกของตนเพื่อหน้าที่การงาน วินัย เช่น นักบินหน่วยคามิกาเซ่ของชาวญี่ปุ่นในสงครามโลกครั้งที่ 2 หรือพระเวียดนามเผาตัวเองในปลาย ค.ศ. 1960 และ ต้น ค.ศ. 1970 โดยการราดน้ำมันเชื้อเพลิงบนเสื้อผ้าตนเองแล้วจุดไฟเผาตัวเองตายในสมัยสงครามเวียดนาม

4.3 anomic suicide หมายถึง การฆ่าตัวตายที่เกิดจากการที่ไม่สามารถทนต่อสภาพที่ต้องสูญเสียสถานะภาพในสังคม เกิดความขัดแย้งทางอารมณ์อย่างรุนแรง เช่น เศรษฐีใหม่มีฐานะร่ำรวย ล้มละลาย ทำให้ตนเองต้องตกต่ำทางการเมือง อาจทำให้ฆ่าตัวตายได้ มีอยู่เป็นประจำที่นักเลงการพนันฆ่าตัวตาย เนื่องจากแพ้การพนันจนหมดเนื้อหมดตัว หรือในผู้ที่ตกงานอย่างกะทันหัน

4.4 fatalistic suicide หมายถึง การฆ่าตัวตายที่ตรงกันข้ามกับ anomic type เป็นการฆ่าตัวตายที่เกิดขึ้นเมื่อถูกบังคับและอยู่ในกฎเกณฑ์อย่างมาก เป็นต้นว่า การฆ่าตัวตายของทาส

5. การเลียนแบบ การเลียนแบบเป็นสาเหตุที่สำคัญอย่างหนึ่งในการฆ่าตัวตาย อาจจะเป็นทางด้านข่าวในหน้าหนังสือพิมพ์ วิทยุ โทรทัศน์ และ การฆ่าตัวตายของญาติพี่น้อง หรือบิดามารดา

สาเหตุของการฆ่าตัวตาย ได้มีนักจิตวิทยาและนักสังคมวิทยาที่ศึกษาเกี่ยวกับแรงจูงใจของการฆ่าตัวตาย ได้สรุปถึงสาเหตุของการฆ่าตัวตายไว้เป็น 3 สาเหตุใหญ่ ๆ คือ

1. สาเหตุเนื่องมาจากสภาพสังคม จากการสำรวจอัตราการฆ่าตัวตายพบว่า องค์ประกอบหลักที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตาย คือ สถาบันทางสังคมในสังคมที่สับสน มีการแก่งแย่งแข่งขันชิงดีชิงเด่นกัน ผู้คนในสังคมต้องดิ้นรนต่อสู้เพื่อความอยู่รอดของตนเองในสังคม ผู้ที่อ่อนแอจะอยู่ในสังคมไม่ได้ เพราะจะประสบกับความพ่ายแพ้ทั้งตนเองและผู้อื่น ผลที่ตามมาคือความอับอายอดสู คับแค้นใจในโชคชะตาและการกระทำของตนเอง ในที่สุดก็ฆ่าตัวตาย

นอกจากเงื่อนไขทางสังคมแล้ว สถาบันทางครอบครัวก็ถือเป็นองค์ประกอบสำคัญที่จะกระตุ้นให้เกิดการฆ่าตัวตายได้ จากการศึกษาของ Zilboorg พบว่า บุคคลที่พยายามฆ่าตัวตายมักมีประวัติครอบครัวแตกแยก (broken home) ก่อนอายุ 15 ปี ครอบครัวแตกแยกในที่นี้หมายถึง ลักษณะครอบครัวที่ขาดหรือสูญเสียบุคคลสำคัญที่ทำหน้าที่บิดามารดา ซึ่งการขาดหรือสูญเสียนี้อาจเกิดจากการหย่าร้าง การตายจากหรือการไม่ลงรอยกันระหว่างบิดามารดา สภาพบรรยากาศของครอบครัวแบบนี้ล้วนแต่จะสร้างประสบการณ์ที่เป็นบาดแผลทางใจ (traumatic experience) และมีอิทธิพลต่อการส่งเสริมให้เด็กมีพื้นฐานอารมณ์และสังคมที่ไม่มั่นคง (emotional and social instability) บุคลิกภาพที่อ่อนแอจะเป็นสาเหตุจูงใจให้บุคคลมีแนวโน้มกระทำการฆ่าตัวตายได้ง่ายเมื่อประสบกับภาวะวิกฤติต่าง ๆ ในชีวิต (Stengel, 1969, pp. 54-55)

2. สาเหตุเนื่องจากสภาพร่างกาย ผู้ที่มีโอกาสเสี่ยงหรือมีแนวโน้มที่จะทำการฆ่าตัวตายนั้นส่วนใหญ่มักเป็นบุคคลที่มีสภาพร่างกายไม่สมบูรณ์ มีความพิการ บุคคลประเภทนี้ มักจะเกิดความท้อแท้ใจหมดอาลัยในชีวิต มองไม่เห็นคุณค่าของชีวิต รู้สึกว่าตนเองไร้ค่าเป็นภาระของบุคคลรอบข้าง นอกจากเรื่องความพิการแล้วการเป็นโรคร้ายแรงไม่มีทางรักษาให้หายได้หรือยากแก่การรักษา เช่น โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน โรคหอบหืด โรคลมชัก หรือโรคที่ทำให้เกิดความพิการเสียโฉม หรือสูญเสียสมรรถภาพทางเพศ สิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยอ่อนแอลงเกิดความท้อแท้ ไม่อยากมีชีวิตอยู่ต่อไป จึงอาจคิดฆ่าตัวตายได้

3. สาเหตุเนื่องจากจิตใจหรือสุขภาพจิตเสื่อมโทรม ส่วนใหญ่แล้วสาเหตุที่ทำให้เกิดฆ่าตัวตาย ได้แก่ ความผิดปกติทางด้านจิตใจซึ่งเป็นผลจากความล้มเหลวในการเผชิญภาวะวิกฤติ

ของชีวิต โดยทั่วไปเมื่อบุคคลประสบกับการสูญเสียในชีวิตไม่ว่าจะเป็นการสูญเสียของรัก สูญเสียฐานะทางสังคม เกียรติยศชื่อเสียง หน้าที่แล้วไม่สามารถจัดการ กับความตึงเครียดเหล่านี้ได้ จะทำให้บุคคลเหล่านั้นตกอยู่ในสภาพเศร้าโศกเสียใจ หดหู่เศร้าหมอง ท้อแท้หมดกำลังใจ สิ้นหวัง และรู้สึกว่าตนเองไร้ค่าได้ ซึ่งเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นได้กับบุคคลทั่วไปในสังคม เมื่อภาวะวิกฤตินั้นผ่านไป ความรู้สึกก็จะกลับคืนสู่ภาวะปกติโดยไม่คิดจะทำลายตัวเอง นอกเสียจากคนที่มีความผิดปกติทางด้านจิตใจและอารมณ์ โดยเฉพาะใจคนที่เคยมีประสบการณ์ที่เป็นบาดแผลทางใจ มาก่อน (traumatic experience) จึงจะเลือกวิธีการทำลายตัวเองเพื่อหลีกเลี่ยงปัญหา จากผลการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตายประมาณ 1 ใน 3 จะมีปัญหาสุขภาพจิต เช่น โรคประสาท (neurosis) โรคจิต (psychosis) หรือบุคลิกภาพแปรปรวน (severe personality disorder) แต่ไม่ได้หมายความว่า อีก 2 ใน 3 จะเป็นคนที่มีบุคลิกภาพสมบูรณ์ ในทางกลับกัน จากการรื้อฟื้นประวัติย้อนหลังพบว่าบุคคลเหล่านี้จะมีอารมณ์ที่ไม่มั่นคง หวั่นไหวง่าย ซึ่งจะต้องอยู่ในการดูแลของจิตแพทย์ (Stengel, 1969, p. 59)

การศึกษาในสหรัฐอเมริกา พบว่า พวกที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ 39% มีโรคทางจิตเวชขณะที่ทำการฆ่าตัวตาย, 72% ของผู้ที่ฆ่าตัวตายเป็น depressive illness, 13% เป็น alcoholism, 3% เป็น schizophrenia, 5% เป็นโรคทางจิตเวชชนิดอื่นๆ , มีเพียง 7% เท่านั้นที่ไม่มีโรคทางจิตเวช แต่กระทำการฆ่าตัวตายเนื่องจากมีวิกฤติการณ์ชีวิตบางอย่าง เช่น สูญเสียสถานภาพทางสังคม ทางเศรษฐกิจ หรือมีปัญหาระหว่างบุคคล ส่วนในพวกที่พยายามฆ่าตัวตายพบว่า 50% - 60% เป็นโรค depressive illness, 15% - 45% มีบุคลิกภาพแปรปรวน, และน้อยกว่า 5% เป็น schizophrenia (สรยุทธ วาสิกานนท์, 2527 หน้า 1) โรคทางจิตเวชที่มีแนวโน้มจะนำไปสู่การพยายามฆ่าตัวตายได้แก่

3.1 พวกซึมเศร้า (depressive neurosis) ผู้ป่วยชนิดนี้จะจบชีวิตลงด้วยการฆ่าตัวตายค่อนข้างมาก โรคประสาทชนิดซึมเศร้า เป็นภาวะเรื้อรังของความเศร้า ผู้ป่วยจะตราตรึงตนเองต่ำกว่าความเป็นจริง และดูถูกตนเอง รู้สึกว่าตัวเองเป็นคนด้อยค่า จี๊ดๆ โง่เขลา เสื่อมสมรรถภาพไร้เกียรติ หรือเป็นคนชั่วช้า เป็นเมียที่ไม่ดี เป็นแม่ที่ไม่ดี ฯลฯ สาเหตุที่ช่วยส่งเสริมให้เกิดอาการของโรคประสาทชนิดนี้ ได้แก่ การตายของญาติสนิท ความล้มเหลวทางเศรษฐกิจหรือวิกฤติการณ์ของชีวิต เช่น ไฟไหม้บ้าน เป็นต้น

อาการทั่วไปของโรคประสาทชนิดซึมเศร้า ได้แก่ อารมณ์เศร้า รู้สึกสิ้นหวัง หมกมุ่นตายอยาก มองโลกในแง่ร้าย หวาดกลัว ดูถูกตนเอง ตึงเครียด ใจน้อย หงุดหงิดง่าย และความอดทนต่อสิ่งที่มารบกวนน้อยลงมาก เช่น ทุบตีถูกโดยไม่สมควรแก่เหตุ บางคนเคยเป็นคนอารมณ์เย็นก็กลับกลายเป็นคนจี๋ โมหะชวนวิพากษ์ และขาดความเชื่อถือใครรอบข้าง แสดงท่าที

170171

๑
366.28
๑ 3 ๖14
๑๐

เบื่อหน่าย โศกเศร้า และสิ้นหวัง ความตั้งใจ สมาธิ และความจำเสื่อมลง เพราะมัวแต่หมกมุ่น โศกเศร้า บางรายวิตกกังวล มึนงง คิดอะไรไม่ออก และมักมองคนอื่นในแง่ร้าย คิดว่าเขาไม่หวังดี คอยจับผิดหรือคอยเอาไรต์เอาเปรียบ ไม่เชื่อในโมติวิจิตของใคร พฤติกรรมที่สังเกตเห็นได้ เช่น ผู้ป่วยจะพูดน้อย สีหน้าเศร้าหมอง บางคราวแสดงสีหน้าหวาดกลัว ตามักตกค้างมองดูพื้น มุมปากตก โหลตู่ห่อ และหลังค่อม ไม่ค่อยเปลี่ยนอิริยาบถ ปฏิกริยาโต้ตอบช้า ไม่แสดงความสนใจในบุคคล และสิ่งแวดล้อม นอกจากอาการทางใจดังกล่าว จะมีอาการทางกายร่วมด้วย เช่น ปวดศีรษะ แน่นท้อง มึนงง อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร ท้องผูก จะพบได้เสมอๆ นอนไม่หลับนั้นพบทุกราย โดยเฉพาะ การนอนตื่นเช้ากว่าปกติวิสัยของคนคนนั้น อาการอ่อนเพลียจะพบทุกรายในผู้ป่วย ซึมเศร้า อาการจะรุนแรงมากและจะไม่ทุเลาลงแม้จะได้นอนหลับจนหลับไปตื่นหนึ่งแล้วก็ตาม ผู้หญิงที่มีอาการเศร้าจะเกิดการผิดปกติของประจำเดือนได้บ่อย บางรายคลาดเคลื่อนไป แต่บางรายก็หายไปเลยๆ ไม่มาเลย ในผู้ชายความต้องการทางเพศลดลงมากหรือไม่มีเลย และ บางรายก็เสื่อมสมรรถภาพทางเพศ อาการทางกายเหล่านี้มาก่อนที่ตนจะรู้สึก หรือก่อนที่จะญาติ จะสังเกตเห็นว่าเขามีอารมณ์เศร้า

ผู้ป่วยประเภทนี้มีความคิดที่จะฆ่าตัวตาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้ามีวิกฤติการณ์ของชีวิต เป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยต้องสูญเสียทรัพย์สิน ญาติสนิท คนรักและสิ่งอื่นๆ ที่ตนหวงแหนไป ยิ่งทำให้เกิดอารมณ์เศร้ามากขึ้น แม้จะเป็นเรื่องผิดพลาดหรือความอ่อนแอเพียงเล็กน้อยก็เก็บมาคิดมากมาย ยิ่งทำให้รู้สึกว่าตนเองเป็นคนไม่ดี เป็นคนไร้ค่า ทำแต่ความผิดและล้มเหลว ในที่สุดก็ตัดสินใจหนีปัญหาด้วยการฆ่าตัวตาย จะเห็นได้ว่าในผู้ป่วยซึมเศร้าที่อาการซึมเศร้าปรากฏให้เห็นได้ชัดเจนนั้น มักจะไม่ค่อยมีปัญหา เพราะญาติหรือเพื่อนร่วมงานจะสังเกตเห็นได้ ทำให้มีโอกาสดำเนินการรักษาดังแต่อาการยังไม่มาก ซึ่งทำให้อัตราการฆ่าตัวตายลดลง และอัตราการหายเพิ่มมากขึ้นด้วย แต่ยังคงมีความเศร้าที่ถูกปิดบังไว้ด้วยอาการอย่างอื่นอีกมากมาย เพราะวัยของบุคคล และบุคลิกภาพ และบุคลิกลักษณะต่างกัน อาการเศร้าจะออกในรูปที่แตกต่างกันออกไป ยิ่งกว่านั้นบางรายอาจไม่แสดงอารมณ์เศร้าโดยตรงทำให้ญาติไม่ทราบ ทารกวัยขวบปีแรกของชีวิต หรือวัยเยาว์มาก ที่ขาดแม่จะแสดงความเศร้าออกมาในรูปของการเจริญเติบโตที่ล่าช้าผิดปกติทั้งร่างกาย และสติปัญญา ซึ่งดูผิวเผินอาจทำให้วินิจฉัยโรคผิดว่าเป็นพวกปัญญาอ่อนได้ เพราะเด็กเจริญเติบโตช้ากว่าวัย เช่น อายุ 3 ขวบ เพิ่งเริ่มพูดได้ ในเด็กโต ความเศร้าอาจออกมาในรูปของความประพฤติกะเกเร่ ก้าวร้าวผู้อื่น ขอบรังแกเพื่อน คือร้อน ชัดขึ้น เจ้าอารมณ์ผิดปกติ หรือเรียนหนังสือเลวลง เด็กปัญญาอ่อน อาการเศร้าจะออกมาเป็นความหงุดหงิด โมโหร้าย โดยเฉพาะอย่างยิ่งจะมีปฏิกริยาที่รุนแรงต่อบุคคลที่มีอำนาจเหนือเขา แต่ไม่กล้าแสดงออกจึงกลับไปรังแกเด็กที่เล็กกว่า หรือสัตว์ตัวเล็ก ๆ หรือสิ่งไม่มีชีวิต เช่น ทำลายข้าวของ เป็นต้น

เด็กวัยรุ่นที่มีความเศร้าอาจแสดงภาวะผิดปกติแบบอัมพาต โดยเฉพาะ เด็กวัยรุ่นที่มาจากครอบครัวที่มีฐานะเศรษฐกิจ และสังคมต่ำ นักวิชาการผู้หนึ่งได้ศึกษาวัยรุ่น 121 คน ที่มาจากครอบครัวยากจน พบว่าเกือบครึ่งของเด็กทั้งหมดมีอาการเศร้าที่แสดงออกในรูปแบบต่างกัน

ความเศร้าในผู้ใหญ่อาจออกไปรูปของอาการทางฝ่ายกาย เช่น ท้องผูก เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน อ่อนเพลีย เหนื่อยง่ายใจสั่น ปัสสาวะบ่อยโดยไม่มีเหตุผล จิตแพทย์รายงานไว้ว่า ในบรรดาผู้ป่วยพวกที่ไม่แสดงอาการความเศร้าออกมาโดยตรงนี้มีถึง 42% ที่คิดฆ่าตัวตายบ่อยครั้ง ฉะนั้นกว่าผู้ป่วยพวกนี้จะมาถึงมือจิตแพทย์ ความคิดที่จะฆ่าตัวตายรุนแรงมาก หรืออาจจะมีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตายแล้ว (Stengel, 1969, pp. 58-62)

3.2 พวกบุคลิกภาพแปรปรวน (personality disorder) โดยเฉพาะพวก hysterical personality ซึ่งมีบุคลิกภาพดั้งเดิมเป็นคนหลงตัวเองมาก (narsissism) และเรียกร้องความสนใจจากผู้อื่นสูง แนวโน้มของการปรับตัวต่อความคับข้องใจต่าง ๆ (frustration) ก็มักจะแสดงออกในรูปของกายและสภาพจิตที่ผิดปกติ เช่น การเป็นลมหมดสติ การสูญเสียความจำอย่างกะทันหัน พวกนี้เมื่อประสบกับปัญหาการขาดความรัก ขาดความสนใจจากบุคคลรอบข้าง หรือเมื่อทำอะไรไม่สมปรารถนา ก็จะหาทางออกโดยการฆ่าตัวตาย

พวก antisocial personality พวกนี้มักจะมีพฤติกรรมก้าวร้าวเกินกว่าเหตุและขาดความรับผิดชอบ อารมณ์รุนแรง ไม่เคยรู้สึกสำนึกผิด ไม่มีความอดกลั้น เมื่ออารมณ์ก้าวร้าวเกิดขึ้นรุนแรงในขณะที่บุคคลนั้นปรับตัวไม่ทันก็จะหันเหความก้าวร้าวเข้าหาตัวเอง

กลุ่มอื่นในพวกบุคลิกภาพแปรปรวนที่มีแนวโน้มของการฆ่าตัวตายสูง คือพวก alcoholics การดื่มสุราและถึงเสพยาติดจนคิดเป็นนิสัยถือเป็นการฆ่าตัวตายแบบเรื้อรัง (chronic suicide) อย่างหนึ่ง การดื่มสุราเป็นวิธีการที่จะหลีกเลี่ยงจากความจริงวิธีหนึ่ง ในพวกซึมเศร้ามักจะใช้วิธีการดื่มสุราเพื่อให้ลืมความทุกข์ต่างๆ ขณะเดียวกันการดื่มเหล้ายังทำให้การควบคุมภายในตนเอง (self control) ลดลงและสามารถที่จะฆ่าตัวตายได้ (Stengel, 1969, pp. 63-64 อ้างถึงใน จิราภรณ์ ตั้งกิตติภากรณ์, ม.ป.ป., หน้า 27)

Ringel กล่าวว่า พวก chronic neurotic personality ซึ่งพบมากในบุคคลที่มีประสบการณ์ที่มีบาดแผลทางใจมาตั้งแต่วัยเด็ก (traumatic experience) เช่น สภาพบ้านแตก (broken home) ความสัมพันธ์ภายในครอบครัวไม่สงบสุข บิดาหรือมารดาขาดความรับผิดชอบในหน้าที่ ทำให้เด็กขาดความรักความอบอุ่น รู้สึกท้อแท้เบื่อหน่ายต่อสภาพความเป็นอยู่ แต่ต้องเก็บกดความรู้สึกที่ไม่พอใจไว้ สิ่งเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อพัฒนาบุคลิกภาพในระยะต่อมา ดังนั้นเมื่อบุคคลเหล่านี้ประสบกับปัญหาหรือความล้มเหลวในชีวิต จึงมักจะใช้วิธีการทำร้ายตนเอง (Stengel, 1969, p. 63)

3.3 พวกรจิตเภท (schizophrenia) พวกนี้จะฆ่าตัวตายเพราะประสาทหลอน โดยเฉพาะเมื่อมีอาการหูแว่ว (auditory hallucination) และหลงผิด (delusion) เช่น หลงผิดคิดว่าตนเองอยู่ยงคงกระพัน เลยลองยิงตัวตาย บางคนได้ยินเสียงคนสั่งให้กระโดดน้ำตาย ผูกคอตาย ซึ่งอาจเป็นเพราะผู้ป่วยกลัวเสียงที่มารบกวนอย่างสุดขีด เลขาวิธีหนีเสียงนั้นโดยการฆ่าตัวตาย ผู้ป่วยพวกนี้มักจะมีการฆ่าตัวตายด้วยวิธีการรุนแรงและแปลกประหลาด เช่น จุ่มหัวลงในโอ่งน้ำ (Stengel, 1969, p. 62)

4. สาเหตุจากการเลียนแบบ การเลียนแบบเป็นสาเหตุที่สำคัญอย่างหนึ่งในการฆ่าตัวตาย อาจจะเป็นการเลียนแบบจากข่าวในหน้าหนังสือพิมพ์ วิทยุ โทรทัศน์ และการฆ่าตัวตายของญาติพี่น้อง หรือบิดา มารดา Stengel (1969, pp. 56-57) กล่าวว่า การเลียนแบบ (imitation) เป็นองค์ประกอบที่สำคัญองค์ประกอบหนึ่งที่เป็นเหตุจูงใจสำคัญทำให้เกิดการฆ่าตัวตายได้ โดยเฉพาะในผู้ที่มีความสนิทสนมกับญาติพี่น้องที่เคยกระทำการฆ่าตัวตาย บุคคลผู้นั้นมักจะเลียนแบบวิธีการและพฤติกรรมในการฆ่าตัวตายนั่น ๆ บุคคลพวกนี้เมื่อมีความเครียดหรือมีปัญหาชีวิตเกิดขึ้นจะปรับตัวโดยการใช้อิทธิพลป้องกันทางจิตชนิด identification นั่นคือการลอกเลียนแบบพฤติกรรมในการฆ่าตัวตายนั่นเอง

เมื่อพิจารณาการฆ่าตัวตายในลักษณะของระบบนิเวศวิทยา ซึ่งประกอบด้วย host, agent, environment แล้วพบว่า การฆ่าตัวตายจะเกิดขึ้นหรือไม่ ขึ้นอยู่กับปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกันของปัจจัยทั้ง 3 ประการ (เอมอร ชินพัฒพงศ์, 2530, หน้า 17-20)

1. ปัจจัยด้านบุคคล (host) จากการศึกษารายงานวิจัยต่าง ๆ เกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย พบที่จะนำมาสรุปปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในแง่ของ host ได้ดังนี้

1.1 เพศ ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ในอัตราส่วน 1.5-2.5 ต่อ 1 ส่วน ผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จเป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง

1.2 อายุ การพยายามฆ่าตัวตายพบมากในผู้ที่มีอายุน้อย ในเพศหญิงอายุ 25-29 ปีมากที่สุด อัตราของผู้พยายามฆ่าตัวตายจะลดลงเรื่อย ๆ ตามอายุที่สูงขึ้น

1.3 สถานภาพทางสมรส การพยายามฆ่าตัวตายพบในผู้ที่เป็น โสดหม้าย หย่าร้าง และแยกกัน มากกว่าผู้ที่มิมีชีวิตราบรื่น

1.4 ระดับการศึกษา ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายพบมากในผู้ที่การศึกษาค่อนข้างต่ำ ในไทยส่วนใหญ่จะพบในผู้ที่มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา

2. ปัจจัยด้าน agent ได้แก่

2.1 แอลกอฮอล์ (alcohol) สุรามีบทบาทในการก่อให้เกิดความแปรปรวนทางจิตใจ ทำให้เกิดอาการประสาทหลอน เพื่อคั่ง จนอาจทำให้เกิดการทำร้ายตัวเองได้

2.2 สารมีพิษและยา (toxic agent and drug) เช่น ยาฆ่าแมลง, ยาเบื่อหนู, ยาฆ่าหญ้า, morphine, lead, arsenic, กัญชา, แอมเฟตามีน, ยาเสพติด, ยานอนหลับ, ยากล่อมประสาท ฯลฯ

2.3 อาวุธต่าง ๆ ได้แก่ มีด ปืน เชือก เป็นต้น อุปกรณ์ที่ใช้ในการพยายามฆ่าตัวตาย เหล่านี้ยังขึ้นอยู่กับเครื่องมือและความสามารถในการใช้อาวุธของแต่ละคน

2.4 โรคทางกายและทางจิต โรคบางอย่าง เช่น โรคจิตจากพิษสุรา ซิฟิลิสขั้นสมอง โรคจิตเนื่องจากยา การเจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรงเรื้อรัง หรือการเจ็บป่วยทางร่างกายแบบเฉียบพลัน อาจก่อให้เกิดภาวะเพ้อคลั่ง กระตุ้นให้เกิดอาการของโรคประสาท หรือความแปรปรวนทางอารมณ์ซึ่งนำไปสู่การฆ่าตัวตาย

3. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (environment) ได้แก่ ปัญหาต่าง ๆ ในสิ่งแวดล้อมรอบ ๆ ตัวของผู้ป่วยนับตั้งแต่ภายในครอบครัวไปจนถึงสังคมรอบข้าง

3.1 ครอบครัว ครอบครัวเป็นหน่วยพื้นฐานที่เล็กที่สุดของสังคม มีความสำคัญเป็นอันดับแรกในการสร้างลักษณะนิสัย บุคลิกภาพของบุคคล ถ้าครอบครัวมีสภาพไม่ปกติสุข มีความไม่เป็นระเบียบในครอบครัว เช่น ครอบครัวแตกแยก พ่อแม่แยกกันอยู่ ทะเถียง เลิกร้าง ครอบครัวอยู่อย่างไม่มีการช่วยเหลือเกื้อกูลในทางจิตใจ ไม่มีความผูกพัน รักใคร่กัน มีภาวะวิกฤติเกิดขึ้นในครอบครัว เช่น หัวหน้าครอบครัวประสบอุบัติเหตุ ต้องโทษจำคุกหรือล้มละลาย ครอบครัวที่บิดามารดาทะเลาะวิวาทกันอยู่เสมอ เป็นต้น สิ่งเหล่านี้มีผลทำให้เด็กขาดความรัก ความอบอุ่น มองโลกในแง่ร้าย เศร้าหมอง อาจทำให้มีบุคลิกภาพแบบ dependent ซึ่งต้องพึ่งพาผู้อื่นอยู่เสมอ เมื่อเกิดความรู้สึกสูญเสียผิดหวังจะเกิดความรู้สึกผิดหวังอย่างรุนแรง โศกเศร้า เสียใจมากและนานกว่าคนธรรมดา (เป็นลักษณะของผู้ป่วยโรคประสาทซึมเศร้า) ซึ่งอาจใช้กลไกป้องกันตัวเองชนิด introjection โดยรับเอาความที่ไม่ดีเข้ามาไว้ในตนเอง ความรู้สึกไร้ค่าและอารมณ์เศร้าจะเพิ่มมากขึ้น เป็นเหตุให้คิดอยากตาย และพยายามฆ่าตัวตาย

นอกจากนี้ การอบรมเลี้ยงดูและความสัมพันธ์ระหว่างเด็กกับครอบครัว ก็มีผลต่อการพัฒนา ด้านบุคลิกภาพและสุขภาพจิตของเด็กเช่นกัน เช่น แม่ซึ่งรักลูกมากเกินไป ปกป้องลูกมากเกินไป ห่วงเหินลูกคอยดูแลช่วยเหลือควบคุมทุกสิ่งทุกอย่าง จะมีผลทำให้เด็กขาดความเป็นตัวของตัวเอง ไม่มีความมั่นใจในตนเอง ต้องพึ่งพาผู้อื่นอยู่ตลอดเวลา (dependent)

3.2 สภาพทางสังคม ปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงทางสังคมมากมาย มีผลทำให้คนในสังคมต้องต่อสู้ดิ้นรน แก่งแย่งแข่งขันเพื่อความอยู่รอดของคนและครอบครัว คนในชนบทก็มีการอพยพเข้าไปในเมืองหลวง ทำให้เกิดแหล่งเสื่อมโทรมและปัญหาต่าง ๆ ตามมาอีกมาก เช่น การว่างงาน ค่าครองชีพ ความยากจน สถานบริการทางสุขภาพอนามัยหรือทางการศึกษาไม่เพียงพอ อาจก่ออาชญากรรมได้ง่าย

ในสังคมที่มีความวุ่นวายมาก ๆ หรือมีความไม่เป็นระเบียบในสังคมย่อมมีผลกระทบกระเทือนต่อบุคคลที่อยู่ในสังคม โดยเฉพาะอย่างยิ่งจิตใจและอารมณ์ของคนในสังคมย่อมมีการผันแปรจากแรงกดดันรอบด้าน พบว่าความเจริญของบ้านเมืองมีขึ้นมากเท่าใด คนในสังคมก็จะมีโอกาสป่วยด้วยโรคจิต และโรคประสาทมากขึ้นเท่านั้น ภาวะความตึงเครียด ความวิตกกังวล และวิกฤติการณ์ต่าง ๆ ที่เข้ามาในชีวิตหากส่งผลกระทบกระเทือนต่อชีวิตเพียงเล็กน้อยก็สามารถจะอดทนและแก้ไขได้ แต่ถ้าเป็นเรื่องหรือภาวะวิกฤติเกินกว่าบุคคลนั้นจะสามารถแก้ไขได้หรือปรับตัวได้ ก็อาจนำไปสู่การฆ่าตัวตาย

3.3 สภาพทางเศรษฐกิจ เศรษฐกิจเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลทำให้เกิดภาวะวิกฤติในการดำรงชีวิตของคนในสังคม ซึ่งได้แก่ ภาวะเศรษฐกิจตกต่ำ การว่างงาน ภาวะเงินฝืด เงินเพื่อ

3.4 สภาพดินฟ้าอากาศ ยังไม่มีการศึกษาที่ยืนยันแน่นอน แต่ก็มีส่วนที่ให้ความสนใจศึกษา และคิดว่าอาจเป็นปัจจัยที่นำไปสู่การฆ่าตัวตาย เวง (Weng, 1977 อ้างถึงใน เอมอร์ ชินพัฒพงศ์, 2530, หน้า 20) ได้ศึกษาเรื่อง อิทธิพลของฤดูกาลที่มีผลต่อพฤติกรรมกรรมการฆ่าตัวตาย พบว่ามีผู้พยายามฆ่าตัวตายมากในฤดูหนาว (winter) และน้อยที่สุดในฤดูร้อน (summer) ในขณะที่ เนยา (Nayha, 1983 อ้างถึงใน เอมอร์ ชินพัฒพงศ์, 2530, หน้า 20) ศึกษาใน Finland พบว่าการฆ่าตัวตายพบมากในฤดูใบไม้ผลิ (spring) หรือฤดูร้อน (summer) ในประเทศไทย สุนทรียชนันต์ (2525 อ้างถึงใน เอมอร์ ชินพัฒพงศ์, 2530, หน้า 20) ศึกษาพบว่า การฆ่าตัวตายพบมากในฤดูหนาวและฤดูร้อน ในขณะที่สมพร บุญทิจ และทองพูน วิจารณ์รัฐจันทร์ (2521 อ้างถึงใน เอมอร์ ชินพัฒพงศ์, 2530, หน้า 20) ศึกษาพบว่าเดือนพฤษภาคมมีผู้ฆ่าตัวตายมากที่สุด

กระบวนการพฤติกรรมของการฆ่าตัวตาย เมื่อบุคคลต้องประสบกับการขาดความล้มพันธ์ หรือไม่สามารถปรับตัวเข้ากับสังคมได้ เช่น การขาดเพื่อน การไม่ได้รับการยอมรับจากสังคม การสูญเสียสถานภาพทางสังคม การล้มเหลวทางเศรษฐกิจ หรือมีปัญหาทางจิตใจ เช่น สูญเสียคนรัก ตลอดจนปัญหาสุขภาพทางกาย เช่น เมื่อหน่ายสภาพชีวิตที่ต้องทนทุกข์ทรมาน กับการเจ็บป่วยของตนเอง หรือจากผลของยาบางชนิด เช่น ยาคลายประสาท สุรา ยาเสพติดต่าง ๆ เป็นต้น ความตึงเครียดต่าง ๆ เหล่านี้ จะมีผลทำให้บุคคลเกิดความคับข้องใจและวิตกกังวลสูง เมื่อไรก็ตามถ้าบุคคลเหล่านี้ประสบกับความล้มเหลวจากการปรับตัว ทางออกก็คือ การฆ่าตัวตาย ทั้งนี้ก็เพื่อจะหนีจากความกดดันต่าง ๆ ที่ตนกำลังประสบอยู่ การฆ่าตัวตายจึงเปรียบเสมือนทางออกสุดท้ายจากผลของความล้มเหลวในการปรับตัวต่อการแก้ปัญหา คนที่ฆ่าตัวตายจำนวนมากใช้วิธีฆ่าตัวตายในครั้งแรก ๆ เป็นสัญญาณเตือนภัย เป็นการประท้วงหรือเรียกร้องความสนใจจากคนข้างเคียงหรือสังคมรอบข้าง ดังนั้น การพยายามฆ่าตัวตายจึงเป็นเสมือนการร้องขอความช่วยเหลือ (cry for help) หรือประชดประชันสังคม ตามแนวทฤษฎีจิตวิเคราะห์ การฆ่าตัวตายเป็นการแสดงออกของ

สัญชาตญาณแห่งความตาย (death Instinct) ต่อตนเอง พื้นฐานของบุคคล เหล่านี้จะมีแรงขับเคลื่อนเกี่ยวกับความก้าวร้าวรุนแรง ครั้นเมื่อประสบกับเหตุการณ์ที่ต้องสูญเสียบุคคลหรือสิ่งของที่ตนรักไป ความโกรธหรือความก้าวร้าวรุนแรงเหล่านี้ จะพุ่งเข้าหาตนเอง (introjection) กลายเป็นโกรธเกลียดลงโทษตนเองด้วยการทำร้ายตนเอง (self-injury) ถ้าในระดับรุนแรงก็คือการฆ่าตัวตาย (suicide) ดังนั้นถ้าบุคคลที่อยู่รอบข้าง ไม่ว่าจะเป็น บิดา มารดา ญาติพี่น้อง เพื่อน ฯลฯ สามารถให้ความอบอุ่นทางใจแก่บุคคลเหล่านี้ได้ โดยการแสดงความเข้าใจ ใส่ใจ ยอมรับฟังความทุกข์ยาก และให้ความช่วยเหลือแบ่งเบาภาระเศร้าโศกเสียใจ (depress) ความคิดอยากฆ่าตัวตายก็จะไม่เกิดขึ้น แต่ถ้าไม่มีผู้แบ่งเบาภาระเศร้าโศกเสียใจ ปลอบให้ทุกข์แล้วทุกข์อีก เมื่อความทุกข์สะสมมากขึ้น ก็จะทำให้เกิดความคิดอยากฆ่าตัวตาย (suicidal idea) และ ต่อมาก็จะมีพฤติกรรมแสดงออกว่าจะฆ่าตัวตาย (suicidal gesture) เพื่อเรียกร้องความสนใจหรือเพื่อขอความช่วยเหลือทั้ง ๆ ที่ไม่ยอมตายจริง เช่น ผู้ป่วยอาจบอกให้ทราบว่าจะฆ่าตัวตาย แล้วทำให้เห็นจริง ๆ ในระดับนี้ยังไม่รุนแรงถึงขั้นจะตายจริง แต่ถ้าในระยะนี้ยังไม่ได้รับความสนใจหรือช่วยเหลืออีก ก็จะพยายามฆ่าตัวตายจริง ๆ (attempted suicide) ด้วยวิธีการที่รุนแรงกว่าเดิม แต่ยังคงมีความหวาดกลัวการฆ่าตัวตายอยู่บ้าง ถ้ามาถึงขั้นนี้ยังไม่มีใครเข้าใจพฤติกรรมของเขา ในที่สุดก็จะทำการฆ่าตัวตายจริง ๆ จนสำเร็จ (committed suicide) (ดูภาพ 1)

นอกจากนี้ จิราภรณ์ ศาสติบุต (2542) กล่าวว่า ข้อสังเกตเกี่ยวกับพฤติกรรมของผู้ที่จะทำการฆ่าตัวตาย มีดังนี้

1. ทางด้านคำพูดผู้ที่ฆ่าตัวตายมักจะพูดซ้ำ ๆ เกี่ยวกับความรู้สึกว่าตนเองไร้ค่าและอยากตาย เช่น

“ไม่มีใครสนใจฉันเลย ฉันจะอยู่หรือตาย ”

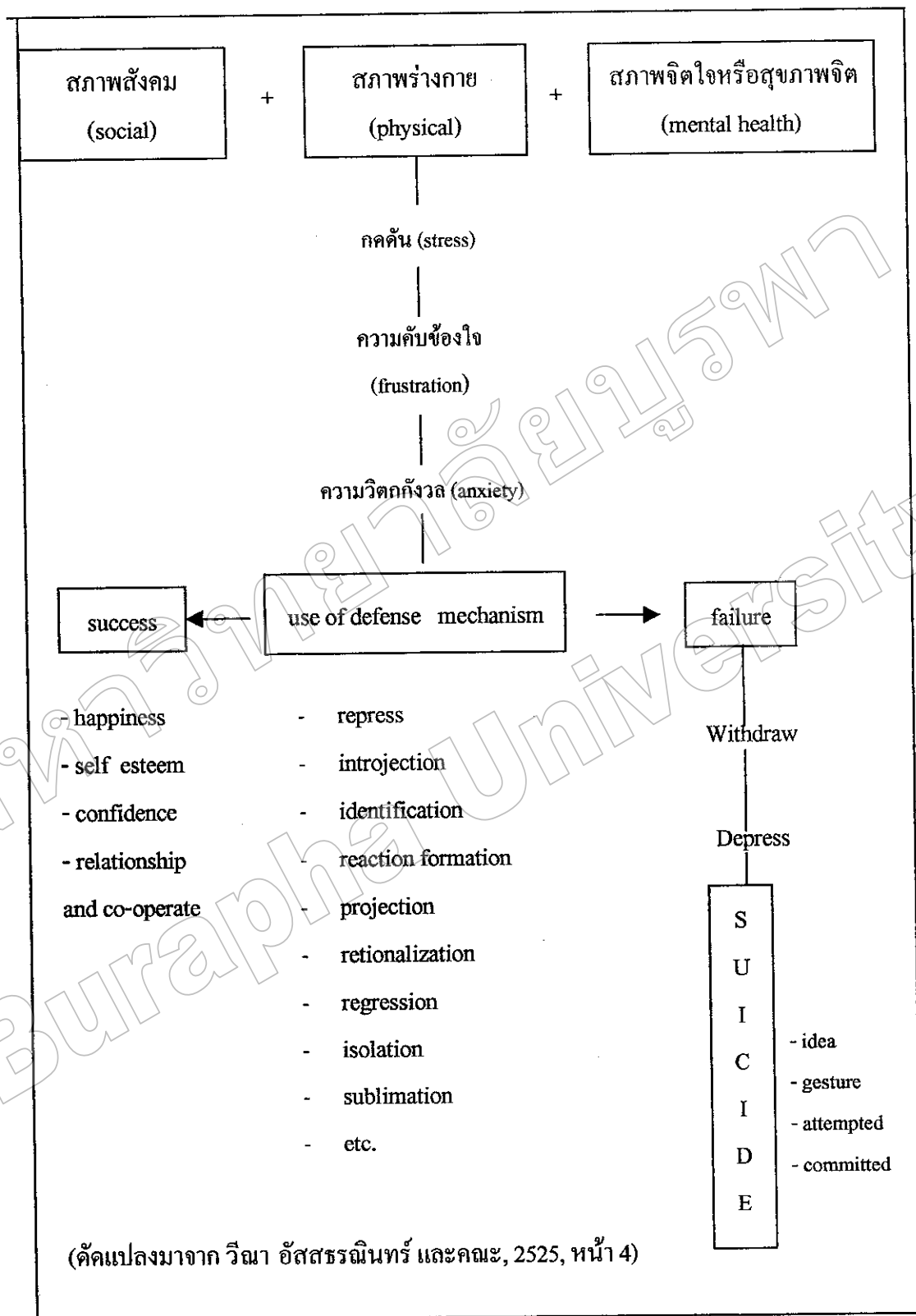
“ฉันอยากตาย ”

“ฉันไม่มีความสุขเลยในชีวิตนี้ ฉันเบื่อชีวิต ”

2. ผู้ที่จะฆ่าตัวตายส่วนใหญ่ มักเคยพยายามที่จะฆ่าตัวตายมาแล้ว ซึ่งเขามักจะเรียกร้องความสนใจ และความใส่ใจจากผู้ให้คำปรึกษา หรือบุคคลรอบข้าง บางครั้งก็ร้องไห้โดยไม่มีเหตุผลถึงเหล่านี้เป็นผลมาจากการได้รับการเจ็บป่วยภายในของเขา นอกจากนั้นยังพบว่าบางคนมีพฤติกรรมที่ว่า ทำพินัยกรรมยกอวัยวะบางส่วนของร่างกายอุทิศให้ทางโรงพยาบาลโดยไม่หวังผลตอบแทน บางคนอาจเขียนจดหมายลาตาย บางคนแสดงอารมณ์ซึมเศร้าออกมาในรูปของการแยกตัวออกจากคนอื่น ๆ หดหู่เกี่ยวกับเรื่องของตนเอง การเคลื่อนไหวและการกระทำเชื่องช้า ทรมานทรมาย ชอบคำหั้นตนเอง พิจารณาที่จะได้รับการลงโทษ สูญเสียความต้องการ 4 อย่าง คือ อาหาร เพศ การนอนหลับ และกิจการต่าง ๆ

3. ลักษณะของสภาพจิต บุคคลก่อนฆ่าตัวตายจะมีสภาพจิตที่ท้อแท้สิ้นหวัง วุ่นวายใจ จุนงง อับอาย วิดกกังวล กระสับกระส่าย หงุดหงิด เศร้าซึม มีความรู้สึกผิดในการกระทำ รู้สึกต่ำต้อย ไร้ค่า ไม่ไว้วางใจสังคม บางคนอาจแสดงอาการก้าวร้าว ไม่เป็นมิตร ไม่แยแส เพื่อปกป้องการกระทำผิดของตนเอง ซึ่งอาการเหล่านี้ Ringel เรียกว่า อาการก่อนการฆ่าตัวตาย (presuicidal syndrome)

มหาวิทยาลัยบูรพา
Burapha University



ภาพที่ 1 แผนผังแสดงกระบวนการพฤติกรรมของผู้กระทำการฆ่าตัวตาย

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตาย

งานวิจัยในประเทศ เรณู ปทุมมณี (2523, หน้า 47-49) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะวิกฤตในชีวิตกับการประกอบอัตวินิบาตกรรม ผลการวิจัยพบว่า ผู้พยายามกระทำอัตวินิบาตกรรมเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชายสองเท่า อยู่ในช่วงอายุ 10-24 ปี มากที่สุด มีอาชีพรับจ้าง การศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา เป็นผู้ที่สมรสแล้วมากกว่าเป็นโสด และการกระทำอัตวินิบาตกรรม มีความสัมพันธ์กับระดับภาวะวิกฤตในชีวิตด้วย

ปิยะฉัตร เนนเลิศ (2524, หน้า 162-169) ศึกษาปัญหาสังคมของผู้พยายามอัตวินิบาตกรรมที่มารับการรักษาในภาควิชาจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช จำนวน 50 ราย ผลการวิจัยพบว่า ผู้พยายามทำอัตวินิบาตกรรมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง พบมากในช่วงอายุ 16-20 ปี ส่วนมากเป็นโสด มีอาชีพนักเรียน นักศึกษา รายได้ค่อนข้างต่ำ การศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา เป็นบุตรคนกลาง ครอบครัวมีลักษณะแตกแยก วิธีการที่ใช้คือ กินยาตาย สาเหตุกระตุ้นส่วนมากเป็นปัญหาด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล พบว่าความสัมพันธ์ในระหว่างคู่สมรสเป็นไปในทางที่ไม่ราบรื่น ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลอื่น ๆ เช่น บิดา มารดา ญาติ เพื่อนบ้าน เป็นไปในทางที่ไม่ดี

เอมอร ชินพัฒนพงษ์ (2530, หน้า 89-100) ศึกษากระบวนการวิทยาของผู้พยายามกระทำอัตวินิบาตกรรมในกลุ่มอายุ 15-30 ปี ศึกษาเฉพาะผู้มารับการรักษาที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ระหว่างวันที่ 11 พฤศจิกายน พ.ศ. 2528 - 30 กันยายน พ.ศ. 2529 จำนวน 100 ราย ผลการวิจัยพบว่า ผู้พยายามกระทำอัตวินิบาตกรรม คิดเป็นอัตราส่วนเพศหญิงต่อเพศชาย เท่ากับ 3 ต่อ 1 พบมากในช่วงอายุ 15-19 ปี ส่วนมากเป็นโสด มีภูมิลำเนาในกรุงเทพมหานคร มีอาชีพแม่บ้าน และเป็นผู้ที่ว่างงานเป็นส่วนใหญ่ เป็นบุตรคนกลางในครอบครัว วิธีการที่ใช้มากที่สุดคือ การกินยาและสารพิษ ยาที่ใช้มากที่สุดคือ ยานอนหลับ หรือยากล่อมประสาท สาเหตุที่เป็นปัจจัยกระตุ้น คือ ปัญหาชีวิตสมรส ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการพยายามกระทำอัตวินิบาตกรรมมากที่สุด คือ การมีปัญหาชีวิตสมรส รองลงมาคือ ประวัติดการใช้จ่ายฟุ้งซ่าน อุปนิสัยที่มีความสัมพันธ์กับการพยายามกระทำอัตวินิบาตกรรม ได้แก่ อุปนิสัยเจ็บแค้น เก็บตัว เจ้าอารมณ์ น้อยใจง่าย หรือร้อนแรง และชอบสนุกมาก

ไพรัตน์ พุกษชาติคุณากร (2535, หน้า 101-102) ศึกษาผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายและผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2522-2530 โดยศึกษาข้อมูลจากแฟ้มประวัติและบัตรตรวจโรค ผลการวิจัยพบว่า มีจำนวนทั้งสิ้น 920 ราย จากจำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการทั้งหมด 2,375,309 ราย, คิดเป็นอัตราส่วน 1 : 2582 เป็นชาย 517 ราย (ร้อยละ 56.2) , อัตราส่วน ชาย : หญิง เท่ากับ 1.28 : 1 , ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 15-29 ปี

(ร้อยละ 71.0) , สถานภาพสมรสเป็นโสด (ร้อยละ 52.9) , คู่ (ร้อยละ 40.4) , มีอาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 31.4) , อาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 31.0) , วิธีการฆ่าตัวตายที่ใช้มากที่สุด คือการกินยาหรือสารพิษ (ร้อยละ 88.3) , เดือนที่มีผู้ฆ่าตัวตายมีลักษณะกระจายใกล้เคียงกัน, ปัจจัยกระตุ้นให้ฆ่าตัวตายคือความขัดแย้งระหว่างบุคคล 213 ราย (ร้อยละ 68.2) , ผู้พยายามฆ่าตัวตาย ที่ทราบสาเหตุมีการใช้สารที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทก่อนฆ่าตัวตาย 171 ราย (ร้อยละ 18.6) , ผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จมี 114 ราย (ร้อยละ 12.3) , เป็นชาย 72 ราย (ร้อยละ 63.2) , คิดเป็นอัตราส่วน ชาย : หญิง เท่ากับ 1.71 : 1, อัตราส่วนผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย ต่อ ผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ เท่ากับ 8.07 : 1, ในระหว่างปีดังกล่าวมีผู้เสียชีวิตในโรงพยาบาลทั้งสิ้น 13,290 ราย, คิดเป็นอัตราส่วนผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ ต่อผู้เสียชีวิตทั้งหมดในโรงพยาบาลเท่ากับ 1 : 116.58, อายุเฉลี่ยของหญิงที่พยายามฆ่าตัวตายเพิ่มจาก 23.5 ปี ใน พ.ศ. 2522 เป็น 27.8 ปี ใน พ.ศ. 2530, ชายจาก 24.7 ปี ใน พ.ศ. 2522 เป็น 30.6 ปี ใน พ.ศ. 2530 ตามลำดับ

วัชรภรณ์ อภิวัชรางกูร (2535, หน้า 160-173) ได้ศึกษารายกรณีของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลสุราษฎร์ธานี จังหวัดสุราษฎร์ธานี ที่มีแนวโน้มกระทำอัตวินิบาตกรรมกลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 1-2 จำนวน 3 คน ผลการวิจัยพบว่า แนวโน้มการกระทำอัตวินิบาตกรรมของนักศึกษามีสาเหตุเกี่ยวข้องกับพัฒนาการทางบุคลิกภาพไม่เหมาะสมการอบรมเลี้ยงดูที่ไม่เหมาะสม และสภาพครอบครัวแตกแยก

อุมาพร ครังคสมบัติ (2538, หน้า 119-126) ได้ศึกษาการพยายามฆ่าตัวตายในเด็กและวัยรุ่นพบว่า วัยรุ่นที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ พบร้อยละ 95 มีโรคทางจิตเวชร่วมด้วย โดยเฉพาะโรคซึมเศร้าอย่างรุนแรง และโรคซึมเศร้าเรื้อรัง แต่ในกลุ่มควบคุมนั้นพบโรคทางจิตเวชเพียงร้อยละ 28 นอกจากนี้ยังพบว่าร้อยละ 7 มีการใช้สารเสพติด และร้อยละ 70 มีพฤติกรรมเกเร

ดุสิต ลิขนะพิชิตกุล (2539, หน้า 174-183) ได้ศึกษาพฤติกรรมฆ่าตัวตายในเด็กเป็นการศึกษาในผู้ป่วยนอกแผนกกุมารเวชศาสตร์ โดยศึกษาในเด็กอายุ 10-15 ปี จำนวน 92 ราย ที่มารับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบว่าผู้ป่วยที่มีประวัติของพฤติกรรมฆ่าตัวตาย มีจำนวน 35 ราย คิดเป็นความชุกของพฤติกรรมฆ่าตัวตายเป็นร้อยละ 38 ลักษณะของพฤติกรรมฆ่าตัวตาย แบ่งเป็น ความคิดจะฆ่าตัวตายเป็นร้อยละ 91.4 การจะฆ่าตัวตายเป็นร้อยละ 2.9 และการพยายามฆ่าตัวตายเป็นร้อยละ 5.7 วิธีการที่พบบ่อยที่สุดคือ การใช้มีดแทงตนเอง เหตุการณ์ที่กระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมฆ่าตัวตายเป็นบ่อยที่สุด คือการถูกบิดามารดาลงโทษ เด็กที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวต้ามามาก่อนมีภาวะซึมเศร้าในอัตราสูงกว่าเด็กอีกกลุ่มหนึ่ง เด็กที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายประสบกับปัจจัยเครียดสูงกว่าเด็กที่ไม่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายถึง 1.5 เท่า และพบว่าภาวะซึมเศร้า การไม่มีที่อยู่เป็นหลักแหล่ง การเจ็บป่วย

รุนแรงหรือเรื้อรังของตัวเด็ก และการถูกทารุณทางกาย เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของการเกิดพฤติกรรมฆ่าตัวตายในเด็ก

ธนา นิลชัยโกวิทย์, และจักรกฤษณ์ สุขยิ่ง (2540, หน้า 77-87) ได้ศึกษาความคิดอยากฆ่าตัวตายในประชาชนเขตหนองจอก กรุงเทพมหานคร โดยทำการวิเคราะห์จากข้อมูลการสำรวจสถานะสุขภาพจิตของประชาชนเขตหนองจอก จำนวน 826 คน ผลการวิจัยพบว่า มีความชุกของความคิดอยากฆ่าตัวตายเป็นร้อยละ 5.3 เป็นชาย 396 ราย หญิง 430 ราย อายุ 20-92 ปี อายุเฉลี่ย 40.2 ปี ร้อยละ 68 นับถือศาสนาอิสลาม ส่วนใหญ่แต่งงานแล้ว ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบประถมศึกษา และมัธยมศึกษาอยู่ในระดับค่อนข้างต่ำถึงระดับปานกลาง

ประเสริฐ ผลิตผลการพิมพ์, และคณะ (2532, หน้า 2-13) ศึกษารายงานผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตาย 485 คน ของโรงพยาบาลศูนย์เชียงใหม่รายประจําวิเคราะห์ ผลการวิจัยพบว่ามีความแตกต่างในข้อมูลเบื้องต้นของผู้ป่วยและแบบแผนของพฤติกรรมฆ่าตัวตาย เมื่อแยกกลุ่มผู้ป่วยออกเป็นเพศชายและเพศหญิง หรือแยกตามกลุ่มอายุเป็นเด็กและวัยรุ่นอายุ 1-20 ปี วัยผู้ใหญ่ 21-60 ปี วัยชรา 61 ปีขึ้นไป หรือแยกตามกลุ่มการวินิจฉัยเป็นกลุ่มการปรับตัวที่ผิดปกติ (adjustment disorder) และกลุ่มไม่มีการปรับตัว (non-adjustment)

ศิริชัย คาริการันนท์ (2541, หน้า 25-27) ศึกษาการสำรวจคุณภาพชีวิตและความคิดอยากฆ่าตัวตายของผู้ติดเชื้อ HIV ในจังหวัดเชียงใหม่ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยแล้วว่าติดเชื้อ HIV ที่ยังไม่แสดงอาการของโรคเอดส์ จำนวน 156 คน พบว่าผู้ติดเชื้อ HIV มีความคิดอยากฆ่าตัวตายเป็นร้อยละ 18.6 โดยในกลุ่มที่คิดจะฆ่าตัวตายนั้ร้อยละ 75.9 แต่ก็ยังไม่ได้ดำเนินการอะไร วิธีการฆ่าตัวตายที่เลือกใช้กันมากที่สุดคือ การกินยา สำหรับการสำรวจคุณภาพชีวิตนั้นพบว่า คุณภาพชีวิตโดยรวมแล้วร้อยละ 75.7 มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง และร้อยละ 12.8 มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับที่ดี

ศิริรัตน์ กุปติวุฒิ, และคณะ (2541, หน้า 39-55) ได้ศึกษาการพยายามฆ่าตัวตายและความคิดอยากตายในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลศิริราช จำนวน 40 ราย พบว่ามีอายุเฉลี่ย 67 ปี, ช่วงอายุที่มากที่สุดคือ 65-69 ปี, อัตราส่วนชาย หญิง เท่ากับ 1 : 1.1, ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ, 2 ใน 3 มีสถานภาพสมรสเป็นแบบคู่, และมีระดับการศึกษาสูงสุดชั้นประถมศึกษาปีที่ 4, ครั้งหนึ่งมีฐานะปานกลาง, ร้อยละ 66.67 มีระดับการศึกษาสูงสุดชั้นประถมศึกษาปีที่ 4, ร้อยละ 95 มีโรคทางกายร่วมด้วย, ส่วนใหญ่ร้อยละ 82.5 ไม่เคยได้รับการรักษาทางจิตเวชมาก่อน, ร้อยละ 80 ไม่ใช้สารเสพติดในปัจจุบัน, ร้อยละ 85 ไม่เคยพยายามฆ่าตัวตายนมาก่อน, ร้อยละ 70 มีความคิดอยากตายแต่ยังไม่ได้ลงมือกระทำ, ในกลุ่มที่พยายามฆ่าตัวตายวิธีการที่ใช้บ่อยที่สุด 4 ใน 12 ราย คือการกินยาที่ได้รับจากแพทย์, รองลงไปคือ การผูกคอตแขวนคอ พบ 3 ใน 12 ราย,

ปัจจัยที่ผู้ป่วยเชื่อว่าเป็นสาเหตุสำคัญของความคิดอยากตาย เนื่องมาจากปัญหาครอบครัว ร้อยละ 47.5, รองลงมาคือทุกข์ทรมานจากความเจ็บป่วยทางกาย ร้อยละ 30, การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช ส่วนใหญ่ร้อยละ 42.5 มีภาวะการปรับตัวผิดปกติกับมีภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวล (adjustment disorder with depression and anxiety)

จากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องภายในประเทศดังกล่าวสรุปได้ว่า ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายมักเป็นวัยรุ่นและวัยรุ่นสาว มีทั้งสถานภาพสมรสโสดและมีครอบครัว เพศหญิงมีอัตราการพยายามฆ่าตัวตายมากกว่าเพศชาย ส่วนวิธีการที่ใช้ในการพยายามฆ่าตัวตายมักใช้วิธีกินยาหรือสารพิษ ปัญหาส่วนใหญ่ที่เป็นปัจจัยทำให้เกิดการฆ่าตัวตายในผู้ใหญ่ คือ ปัญหาชีวิตสมรส ส่วนในเด็ก ปัญหาส่วนใหญ่ที่เป็นปัจจัยทำให้เกิดการฆ่าตัวตาย คือ การอบรมเลี้ยงดูที่ไม่เหมาะสม สภาพครอบครัวแตกแยก และการถูกทารุณกรรม นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ที่ฆ่าตัวตายส่วนใหญ่มีโรคซึมเศร้าร่วมด้วย

งานวิจัยในต่างประเทศ เวสแมน, และคอน (Weissman, & Conn, 1974, pp. 737-746) ได้ศึกษาระบาดวิทยาของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายในปี ค.ศ. 1960-1971 ในประเทศซีกโลกตะวันตก พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชายในอัตรา 1.3 : 1 ช่วงอายุที่มีอัตราเสี่ยงสูงคือ อายุระหว่าง 20-30 ปี โดยเฉพาะช่วงอายุ 20-24 ปี และเป็นผู้ที่มีสถานภาพสมรสเป็นโสด หรือมีการหย่าร้าง สาเหตุเกิดจากมีปัญหาครอบครัว เกิดความขัดแย้งระหว่างตัวบุคคล ส่วนอัตราการฆ่าตัวตายในเพศชาย มักพบในรายที่มีการว่างงาน วิธีการที่ใ้มากที่สุดคือการกินสารพิษ หรือยากล่อมประสาท

โฮลลิงเจอร์ (Holinger, 1978, pp. 754-756) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายของวัยรุ่นในอเมริกาตั้งแต่ ค.ศ. 1961 – 1975 ผลการวิจัยพบว่า วัยรุ่นที่มีอายุระหว่าง 15-24 ปี มีการฆ่าตัวตายเป็นสาเหตุการตายเป็นอันดับที่ 3 ของวัยรุ่น โดยมีอัตราส่วนระหว่างเพศชายต่อเพศหญิง 2-3 : 1, ส่วนใหญ่ใช้วิธีกินสารพิษ, รองลงมาใช้ก๊าซพิษ, ผู้ชายมักใช้วิธีการที่รุนแรงมากกว่าผู้หญิง

เฟอร์ริส, และคณะ (Feris et al., 1979, pp. 694 – 696) ได้ศึกษาเรื่องการฆ่าตัวตายของแพทย์หญิงในสหรัฐอเมริกาตั้งแต่ ค.ศ. 1967 – 1972 โดยศึกษาแพทย์หญิงที่ตายจำนวน 751 คน พบว่า เป็นการตายโดยการฆ่าตัวตายร้อยละ 6.59 โดยสาเหตุการฆ่าตัวตายส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากโรคความผิดปกติทางอารมณ์ (affective disorders)

ฮอดสัน, และคณะ (Hawton et al., 1982, pp. 118-123) ได้ศึกษาผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายโดยการกินยาเกินขนาดในกลุ่มอายุ 13-18 ปี ที่มารับการรักษาในโรงพยาบาล ผลการวิจัยพบว่าผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 90 สาเหตุกระตุ้น ได้แก่ ปัญหาบิดา มารดา ปัญหาความรัก

อีเฟอราเกีย (Eferakeya, 1984, pp. 70-73) ได้ศึกษาผู้พยายามฆ่าตัวตายในไนจีเรีย พบว่าเป็นผู้ที่มีอายุต่ำกว่า 30 ปี โดยเฉพาะอายุ 15-19 ปี, รองลงมาคือ 20-24 ปี, อัตราส่วนเพศหญิงต่อเพศชายเท่ากับ 1 : 1.2, มีอาชีพนักเรียน แม่บ้าน และว่างงาน, วิธีที่นิยมใช้คือการกินยาและสารพิษ, ปัจจัยกระตุ้น คือ การเจ็บป่วยทางจิตใจและความขัดแย้งกับบิดามารดา

เฟรดแมน, และคณะ (Friedman et al., 1987, pp. 1203-1206) ได้ศึกษาพฤติกรรมเฉพาะเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายในโรงเรียนมัธยมศึกษาตัวอย่างในนิวยอร์ก โดยศึกษาจากนักเรียนจำนวน 385 ราย ผลการวิจัยพบว่า ร้อยละ 60 ขึ้นไปของนักเรียนเหล่านี้ มีความคิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย การพยายามฆ่าตัวตายในเด็กสูงกว่าในผู้ใหญ่ ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายจะไม่บอกผู้ใดก่อนการพยายามฆ่าตัวตาย และไม่เคยมีความคิดจะปรึกษานักจิตวิทยา

ชาลส์, และคณะ (Charles et al., 1991, pp. 524 - 527) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย ความตึงเครียดและวงจรชีวิต โดยใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 283 ราย ซึ่งมีความคิดฆ่าตัวตาย พบว่า ความขัดแย้ง การถูกจากกัน และการไม่ได้รับการยอมรับ เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดความตึงเครียดและสัมพันธ์กับความคิดฆ่าตัวตาย โดยเฉพาะวัยรุ่นหนุ่มสาวและวัยรุ่นใหญ่ตอนต้น ส่วนปัญหาเศรษฐกิจมักก่อให้เกิดความคิดฆ่าตัวตายในบุคคลที่มีอายุระหว่าง 40-49 ปี โดยมีอัตราระหว่างเพศหญิงกับเพศชาย 2 : 1

แนนซี (Nancy, 1991, pp. 15-31) ได้ศึกษาเรื่องการฆ่าตัวตายของวัยรุ่นหนุ่มสาวในโรงเรียนมัธยมศึกษา โดยใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 473 ราย ผลการวิจัยพบว่า ร้อยละ 23 บอกถึงวิธีการทำร้ายตนเอง และร้อยละ 6.7 บอกว่าเคยพยายามฆ่าตัวตาย ซึ่งแสดงว่าการทำร้ายตนเองนั้นสำคัญมากเป็นตัวชี้ให้เห็นถึงแนวโน้มการฆ่าตัวตายในวัยรุ่นหนุ่มสาว นอกจากนั้นยังพบว่าความสัมพันธ์ระหว่างครอบครัว ศาสนา และความช่วยเหลือจากสังคม มีผลต่อการฆ่าตัวตายแต่สิ่งที่มีผลมากที่สุด คือ ครอบครัว ผู้ที่มาจากครอบครัวที่แตกแยกมีแนวโน้มการฆ่าตัวตายมากที่สุด

แอนดริว, และลิวิน โซน (Andrews & Lewinsohn, 1992, pp. 655-662) ได้ศึกษาการพยายามฆ่าตัวตายในวัยรุ่น ผลการวิจัยพบว่า วัยรุ่นที่พยายามฆ่าตัวตายจะพบร่วมกับภาวะซึมเศร้า การใช้สารเสพติด และมีพฤติกรรมก้าวร้าว ส่วนปัจจัยเสี่ยง คือ เป็นผู้หญิงอยู่บ้านที่ไม่มีบิดา บิดามีการศึกษาน้อย เคยพยายามฆ่าตัวตาย และมีความผิดปกติทางจิตเวช

กริกอรี (Gregory, 1994, pp. 1815-1816) ได้ศึกษาผู้ป่วยเอสกิโมที่พยายามฆ่าตัวตาย 53 คน ผลการวิจัยพบว่า มี 32 คน หรือร้อยละ 60 สูญเสียบิดาหรือมารดาไปเมื่ออายุ 1-18 ปี ร้อยละ 66 ของ 32 คนนี้เป็นการสูญเสียที่เกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยอายุ 4-12 ปี แยกเป็นการสูญเสียเนื่องจากบิดามารดาถึงแก่กรรม 19 ราย และเนื่องจากบิดามารดาย้ายที่อยู่แล้วไม่ติดต่อผู้ป่วยอีก 26 ราย

จากงานวิจัยในต่างประเทศดังกล่าวสรุปได้ว่า บุคคลที่พยายามฆ่าตัวตายส่วนใหญ่อยู่ใน ช่วงวัยรุ่นและวัยหนุ่มสาว เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย สถานภาพสมรสมีทั้งเป็น โสดและแต่งงาน แล้ว แต่มีปัญหาในชีวิตสมรสหรือมีการหย่าร้าง ปัจจัยที่เป็นสาเหตุที่มีส่วนร่วม คือ ความผิดปกติ ทางอารมณ์ โดยเฉพาะโรคซึมเศร้า วิธีการที่ใช้มากที่สุดในการพยายามฆ่าตัวตาย คือ การกินยา หรือสารพิษ และสิ่งที่มีอิทธิพลมากที่สุดต่อการพยายามฆ่าตัวตาย คือ บุคคลในครอบครัว ซึ่งจาก งานวิจัยภายในประเทศและต่างประเทศมีข้อมูลดังกล่าวที่สอดคล้องกัน

ภาวะซึมเศร้า

ความหมายของภาวะซึมเศร้า ได้มีผู้ให้ความหมายของภาวะซึมเศร้าหรือโรคซึมเศร้า ไว้ต่าง ๆ กัน ดังนี้

เบค (Beck, 1973, p. 6) ได้กล่าวถึงความหมายของภาวะซึมเศร้าไว้ดังนี้ คือ

1. ภาวะอารมณ์แปรปรวนง่าย เช่น เศร้าโศกเสียใจ อ้างว้าง โดดเดี่ยว เฉื่อยชา ซึมเศร้า
2. มีอึดทนในทัศนคติในแง่ลบกับตนเอง ต่ำหนีดตนเอง
4. พฤติกรรมถดถอยและลงโทษตนเอง ต้องการที่จะหลีกหนีหรืออยากตาย
5. มีอาการเบื่ออาหาร นอนไม่หลับ สูญเสียแรงจูงใจทางเพศ
6. กิจกรรมต่างๆ เปลี่ยนแปลงไปจากเดิมมากขึ้นหรือน้อยลง เช่น เชื่องช้า (retardation)

หรือกระวนกระวาย (agitation)

จัสมิน, และทริกสตาดี (Jasmin, & Trygstad, 1979, p. 123) ได้กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้าเป็น การสะสมความคิด ความรู้สึก และปฏิกิริยาที่ทำให้บุคคลรู้สึกว่าตนเองด้อยค่า เสียใจ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ หมดหวัง มีการเปลี่ยนแปลงของหน้าที่ต่าง ๆ ของร่างกาย และแยกตนเอง ไม่ปรารถนา ที่จะเข้าสังคม

สมาคมจิตแพทย์สหรัฐอเมริกา (กนกศรี จาคเงิน, 2543 หน้า 8 อ้างอิงจาก American Psychiatric Association, 1986, p. 22) ได้กล่าวว่า

ภาวะซึมเศร้า (depression) หมายถึง ภาวะจิตใจที่ผิดปกติอย่างหนึ่งซึ่งแสดงออกทาง อารมณ์ เช่น รู้สึกเศร้า อยากร้องไห้ เบื่อหน่ายท้อแท้ ไม่สนุกสนาน ในรูปของความคิด เช่น คิดว่าตนเองไม่มีค่า หรือเป็นคนไม่ดี และทางพฤติกรรม เช่น แยกตัว หรือมีอาการก้าวร้าว ภาวะ ซึมเศร้า สามารถพบได้หลายแบบ ตั้งแต่ความผิดปกติในการปรับตัว (adjustment disorder)

โรคซึมเศร้า เรื้อรัง (dysthymia) และ โรคเศร้าแบบรุนแรง (major depressive disorder) รวมทั้งพบ กับโรคทาง จิตเวช อื่น ๆ

ความซึมเศร้า (depression) หมายถึง ภาวะจิตใจผิดปกติที่มีผลทำให้พฤติกรรมบุคคลเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม เป็นผลเนื่องมาจากการสูญเสีย เช่น สูญเสียบุคคลที่รัก สูญเสียทรัพย์สิน ตำแหน่งหน้าที่ ความเป็นอิสระ และความสำคัญอื่น ๆ ทำให้มีความรู้สึกผิดหวัง รู้สึกสูญเสีย เกิดความรู้สึกกลุ้มเหงา เศร้า ไม่มีความสุข ท้อแท้ ซึ่งอารมณ์เหล่านี้อาจเกิดขึ้นเพียงชั่วคราว หรือ คงอยู่นาน ขึ้นอยู่กับสภาพการณ์แวดล้อม (Priest, 1983, p. 16 อ้างถึงใน ถนอมศรี จาคเงิน, 2543, หน้า 8)

สมสร เชื้อศิริชัย (2519, หน้า 84) ได้กล่าวถึงความหมายของภาวะซึมเศร้าว่าเป็นภาวะทางจิตใจที่เศร้าหมองหดหู่ และเศร้าสร้อย ซึ่งส่งผลให้พฤติกรรมของบุคคลเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม นอกจากนี้ภาวะซึมเศร่ายังเป็นประสบการณ์อย่างหนึ่งในชีวิตของมนุษย์ที่เกิดจากความผิดหวังล้มเหลว หรือการสูญเสียในมโนภาพก็ได้ เป็นภาวะแทรกซ้อนในความผิดปกติอื่น ๆ ทั้งทางร่างกาย และจิตใจ

วิจารณ์ วิชัยยะ (2522, หน้า 99) ได้กล่าวถึงพื้นฐานที่สำคัญของภาวะซึมเศร้าว่า คือการสูญเสียความภาคภูมิใจในตนเอง (self-esteem) ซึ่งเกิดจากสาเหตุหลายประการ ได้แก่

1. ภาพพจน์ของตนเอง ผู้ที่เติบโตในครอบครัวที่แตกแยก จะมองภาพพจน์ของตนเองไม่ดี ทำให้ขาดความภาคภูมิใจในตนเอง
2. ในรายที่มีมโนธรรมสูง จะมีความรู้สึกว่าตนเองผิดอยู่เสมอ ทำให้ความภาคภูมิใจในตนเองลดลงจะเกิดภาวะซึมเศร้าได้
3. คนตามอุดมคติ ผู้ที่ตั้งเป้าหมายในชีวิตสูงเกินไป ทำให้เกิดความขัดแย้งในตนเอง และรู้สึกตนเองไร้ความสามารถ ความภาคภูมิใจในตนเองจะลดลง
4. การทำงานของอีโก้ (ego) ความสามารถ และทักษะของแต่ละบุคคล ถ้าไม่ประสบความสำเร็จในชีวิตตามเป้าหมาย จะทำให้ความภาคภูมิใจในตนเองลดลง เมื่อความภาคภูมิใจในตนเองลดลงก็จะเกิดภาวะซึมเศร้า เพราะรู้สึกว่าตนเองขาดความรัก ไม่มีคุณค่า รู้สึกว่าตนเองไม่ดี จะรู้สึกว่าตนเองผิดอยู่เสมอ

สุวนีย์ ดันติพัฒนานันต์ (2522, หน้า 151) ได้กล่าวถึงความหมายของภาวะซึมเศร้าว่าเป็นภาวะจิตใจหม่นหมอง หดหู่ และเศร้าสร้อย มีความรู้สึกท้อแท้ หมดหวังและมองโลกในแง่ร้าย ซึ่งความรุนแรงของภาวะความซึมเศร่านั้นแตกต่างกัน เริ่มตั้งแต่มีความเบื่อหน่ายเล็กน้อย ท้อแท้ใจ ไปจนถึงขั้นรู้สึกหมดหวัง หมดอาลัยคายอยาก ต้องการจะหนีความยากลำบากทั้งหลายด้วยการทำลายตนเอง

ปราณี วัฒนโชติ, และนพพล สมบูรณ์ (2528, หน้า 157-158) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะความผิดปกติทางอารมณ์ โดยมีอาการซึมเศร้า หมดหวัง โดดเดี่ยว พร้อม ๆ กับการรู้สึกว่า

ตนเองมีค่าน้อยลง ซึ่งจะมีลักษณะเศร้าเป็นอาการเด่น ในกรณีที่มิภาวะซึมเศร้าอย่างรุนแรงอาจจะมี ความคิดฆ่าตัวตายรวมอยู่ด้วย

เรไร ทิวะทัศน์ (2535, หน้า 4) ได้กล่าวว่า ความซึมเศร้า (depression) หมายถึง สภาพ อารมณ์โศกเศร้า เสียใจ ไม่มีความสุข รู้สึกอ้างว้าง โดดเดี่ยว ห่อเหี่ยว ขาดสมาธิและพลังในการทำงานลดลง

จากข้อมูลดังกล่าวจึงสรุปได้ว่า ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ภาวะที่มีความผิดปกติของจิตใจ ซึ่งแสดงออกทางอาการเบี่ยงเบนทางด้านอารมณ์ ความคิดและการรับรู้ และพฤติกรรมที่ผิดไปจาก ปกติ ดังนี้

1. อาการเบี่ยงเบนทางอารมณ์ ได้แก่ อารมณ์โศกเศร้าหดหู่ ห่อเหี่ยว ร้องไห้ ไม่มี อารมณ์สนใจสิ่งต่าง ๆ

2. อาการเบี่ยงเบนทางด้านความคิดและการรับรู้ ได้แก่ คิดว่าตนเองไม่มีคุณค่า บิดเบือนภาพลักษณ์ของตนเองจากความเป็นจริง ขาดแรงจูงใจ มีความคิดฆ่าตัวตาย เพิ่มความคิด พังฟุ้งผู้อื่น ความคิดล้าช้า มีความพึงพอใจที่ผิดปกติ สูญเสียแรงขับทางเพศ

3. อาการเบี่ยงเบนทางด้านพฤติกรรม ได้แก่ การหลีกเลี่ยง พฤติกรรมถอยหนี เบื่อ อาหาร นอนไม่หลับ การปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ เปลี่ยนไปจากเดิมในทางเชิงต่ำลง

อุบัติการณ์ สมภพ เรืองตระกูล (2542, หน้า 93) ได้กล่าวถึงโรคซึมเศร้าว่า เป็นโรคทาง จิตเวชที่พบได้บ่อยมากโรคหนึ่งในประชากรทั่วไป จากการคาดการณ์ขององค์การอนามัยโลก พบว่าในระยะเวลาอีก 2 ทศวรรษข้างหน้า (พ.ศ. 2560) โรคซึมเศร้าจะเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญเป็นอันดับ 2 รองจากโรคหัวใจขาดเลือด พบว่าร้อยละ 10-25 ของผู้หญิง และร้อยละ 5-12 ของผู้ชายเป็นโรคนี้ ส่วนอุบัติการณ์เฉพาะในผู้ใหญ่พบว่าร้อยละ 5-9 ของผู้หญิง และร้อยละ 2-3 ของผู้ชายเป็นโรคนี้ โรคนี้พบในผู้หญิงมากกว่าผู้ชายเป็นอัตราส่วน 2 : 1 ส่วนอุบัติการณ์ของโรค ในคนต่างเชื้อชาติ ระดับการศึกษา เศรษฐฐานะและสถานภาพการสมรสจะไม่แตกต่างกัน โรคนี้ จะพบได้ในทุกอายุ อายุเมื่อเริ่มเป็นโรคโดยเฉลี่ย คือ 24 ปี

สาเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้า มีสาเหตุปัจจัยต่าง ๆ ดังนี้

1. ปัจจัยด้านชีวภาพ (biological causes)

1.1 ด้านพันธุกรรม สมภพ เรืองตระกูล (2542, หน้า 93) ได้กล่าวถึงการศึกษา พันธุกรรมของโรคซึมเศร้าพบลักษณะสำคัญดังนี้

1.1.1 ญาติสนิทของผู้ป่วยมีโอกาสเป็นโรคนี้สูงกว่าประชากรทั่วไป 1.5-3 เท่า และมีโอกาสเป็นโรคพิษสุราเรื้อรัง (alcoholism) ในอัตราที่สูงกว่าประชากรทั่วไป

1.1.2 ถ้าบิดาหรือมารดาคนใดคนหนึ่งเป็นโรคซึมเศร้า บุตรจะมีโอกาสเป็นโรคด้วยในอัตราสูงกว่าเด็กทั่วไป 2 เท่า และถ้าทั้งบิดาและมารดาเป็นโรคซึมเศร้า บุตรจะมีโอกาสเป็นโรคสูงกว่าเด็กทั่วไปถึง 4 เท่า

1.1.3 จากการศึกษาคู่แฝดพบว่าในคู่แฝดที่เกิดจากไข่ใบเดียวกัน ถ้าคนหนึ่งเป็นโรคนี้อีกคนจะเป็นด้วยร้อยละ 54 และโอกาสที่คู่แฝดที่เกิดจากไข่คนละใบจะเป็นด้วยมีร้อยละ 24

1.1.4 การศึกษาโรคนี้ในบุตรบุญธรรมที่เกิดจากบิดาและมารดาเป็นโรคซึมเศร้า ทั้ง 2 คน พบว่าบุตรบุญธรรมจะเป็นโรคซึมเศร้าด้วยในอัตราที่สูงกว่าบุตรบุญธรรมที่เกิดจากบิดามารดาซึ่งเป็นปกติ

1.2 ด้านสารสื่อประสาท (neurotransmission factors) อัมไพเรธน พุ่มศรีสวัสดิ์ (2543, หน้า 121) ได้กล่าวถึงสารสื่อประสาทที่สำคัญในกลุ่ม monoamine neurotransmitter 3 ตัว ได้แก่ 5-hydroxytryptamine (5 HT), noradrenaline และ dopamine ผลการศึกษาพบว่า ถ้าสารสื่อประสาทซึ่ง 5HT ที่อยู่ในสมองมีการทำหน้าที่หรือปริมาณลดลง จะส่งผลให้เกิดความผิดปกติทางอารมณ์ ชนิดอารมณ์ซึมเศร้า เช่นเดียวกับสารสื่อประสาทชื่อ noradrenaline ส่วนสารสื่อประสาทที่ชื่อ dopamine พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะอารมณ์ แต่พบความสัมพันธ์กับการเกิดอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภท (schizophrenia)

1.3 ด้านการทำงานของต่อมไร้ท่อ (neuroendocrine factors) พบความผิดปกติทางอารมณ์ ชนิดอารมณ์ซึมเศร้าได้สูงในผู้ป่วย Cushing's syndrome, Addison's disease และ ความผิดปกติในการทำหน้าที่ของต่อมไทรอยด์ รวมถึงหญิงหลังคลอดที่มีอารมณ์ซึมเศร้า (post-partum depression) ซึ่งมีสภาวะความผิดปกติของระดับฮอร์โมนต่าง ๆ

1.4 ด้านการทำงานของสารเคมีทั่วไป (neurophysiologic factors) ความผิดปกติทางอารมณ์ ในผู้ป่วยบางราย เกิดจากผลของยาที่ผู้ป่วยได้รับ เช่น steroid, amphetamines และ อาจเกิดจากความเสียดุลของระดับ electrolyte รวมถึงอาจเกิดจากการขาดสารอาหารบางอย่าง

2. ปัจจัยด้านจิตสังคม (psychosocial causes) สุชาติ พหลภักย์ (2542, หน้า 35-40) ได้กล่าวถึงความสัมพันธ์ระหว่างกายและใจว่ามีการทำงานสัมพันธ์กัน ยกตัวอย่างเช่นการสูญเสีย (object loss) การไม่สามารถบรรลุความคาดหวัง การที่ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลมีปัญหา ความเครียดเหล่านี้อาจจะกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในสภาพทางชีวเคมี และสภาพทางประสาทสรีรวิทยาภายในสมองจนทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในสารถ่ายทอดประสาทจนทำให้เกิดอารมณ์ซึมเศร้า ดังนั้นการรักษาอารมณ์ซึมเศร้านอกจากจะรักษาด้วยวิธีทางชีวภาพแล้วยังจะต้องรักษาด้วยวิธีทางจิตสังคมอีกด้วย เราเชื่อว่าการรักษาด้วยวิธีทางจิตสังคม นอกจากจะช่วยรักษาอาการอารมณ์ซึมเศร้าแล้วยังอาจจะมีประโยชน์ดังต่อไปนี้ คือช่วยทำให้ผู้ป่วยร่วมมือในการรักษา

(compliance) มากขึ้น ช่วยบำบัดรักษาความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (interpersonal therapy) และช่วยป้องกันการกำเริบของโรค

ทฤษฎีเกี่ยวกับสาเหตุทางจิตสังคมของอารมณ์ซึมเศร้า

2.1 การเกิดเหตุการณ์ชีวิต (life event) จิตแพทย์บางท่านเชื่อว่าการเกิดเหตุการณ์ชีวิตเป็นสาเหตุที่สำคัญที่ทำให้เกิดอารมณ์ซึมเศร้า แต่จิตแพทย์บางท่านเชื่อว่าสาเหตุที่ว่านี้มีความสำคัญจำกัดขึ้นอยู่กับมุมมองและสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วยในขณะนั้น อย่างไรก็ตามจิตแพทย์โดยส่วนใหญ่มีความเห็นสอดคล้องกันว่าการอบรมเลี้ยงดูบุตรและการให้ความรักความอบอุ่นอย่างสม่ำเสมอแก่บุตรจะเป็นเกราะป้องกันบุตรไม่ให้เกิดอารมณ์ซึมเศร้าในอนาคต เหตุการณ์ชีวิตที่เป็นการแยกจากหรือการพลัดพราก หรือการสูญเสียบิดามารดาคนใดคนหนึ่งก่อนอายุ 11 ปี จะเป็นปัจจัยที่สำคัญที่ชวน (predispose) ให้เด็กคนนั้นป่วยเป็นอารมณ์ซึมเศร้าในอนาคตได้ง่าย คำกล่าวเช่นนี้มีหลักฐานยืนยันกล่าวคือ เราพบว่า การสูญเสียหรือการพลัดพรากจากบิดามารดา ก่อนอายุ 11 ปี จะกระตุ้นตัวรับของระบบประสาททำให้ตัวรับของระบบประสาทอ่อนแอและไว ที่จะเกิดอารมณ์ซึมเศร้าในอนาคต ส่วนเหตุการณ์ชีวิตที่มักจะกระตุ้นให้เกิดอารมณ์ซึมเศร้าทันทีได้บ่อยที่สุดคือการสูญเสียคู่สมรส โดยสรุปข้อมูลที่ได้จากการวิจัยในขณะนี้สนับสนุนความคิดที่ว่า เหตุการณ์ชีวิตมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับการเริ่มเป็นอารมณ์ซึมเศร้า

2.2 บุคลิกภาพก่อนเกิดโรค (premorbid personality) จากการศึกษพบว่าบุคลิกภาพหรือลักษณะนิสัยบางอย่างจะเป็นปัจจัยชวนให้เกิดอารมณ์ซึมเศร้าได้ง่าย ได้แก่ บุคลิกภาพผิดปกติชนิดย้ำคิดย้ำทำ (obsessive compulsive personality disorder) บุคลิกภาพผิดปกติชนิดพึ่งพิง (dependent personality disorder) บุคลิกภาพผิดปกติชนิด histrionic บุคลิกภาพผิดปกติชนิด borderline ส่วนบุคลิกภาพผิดปกติชนิดต่อต้านสังคม (antisocial personality disorder) และบุคลิกภาพผิดปกติชนิดระแวง (paranoid personality disorder) บุคลิกภาพผิดปกติ 2 ชนิดนี้ ใช้กลไกป้องกันทางจิตชนิด โทษผู้อื่น (projection) และกลไกป้องกันทางจิตชนิด externalization เป็นส่วนใหญ่ กลไกป้องกันทางจิตทั้ง 2 ชนิดนี้ทำให้โอกาสที่สภาพทางอารมณ์ทรุดลง (decompensate) จนถึงขั้นเกิดอารมณ์ซึมเศร้ามีน้อย

ผู้ป่วยอารมณ์ซึมเศร้าถ้ามีบุคลิกภาพผิดปกติร่วมด้วย บุคลิกภาพที่ผิดปกติจะทำให้เกิดอาการแทรกซ้อนทั้งแก่การรักษาและแก่การดำเนินโรค บุคลิกภาพที่ผิดปกติจะทำให้การทำหน้าที่ทางสังคมในเวลาที่หายจากอารมณ์ซึมเศร้าแล้วไม่เท่าเท่ากับกลุ่มที่ไม่มีบุคลิกภาพผิดปกติร่วมด้วย นอกจากในเวลาที่กำลังหายจากอารมณ์ซึมเศร้าผู้ป่วยที่มีบุคลิกภาพผิดปกติร่วมด้วยมักจะมีอาการของอารมณ์ซึมเศร้าหลงเหลืออยู่เล็กน้อย ๆ น้อย ๆ

2.3 ทฤษฎีทางจิตวิเคราะห์ (psychoanalytic theory) นักจิตวิเคราะห์เชื่อว่าอารมณ์ซึมเศร้าเกิดจากสาเหตุต่าง ๆ ดังต่อไปนี้ คือ

2.3.1 อารมณ์ซึมเศร้าเกิดจากความรู้สึกโกรธหันเข้าหาตนเอง (anger turned inward) ทฤษฎีนี้ริเริ่มโดย Sigmund Freud และ Karl Abraham จัดเป็นทฤษฎีแบบฉบับ (classic) ที่ว่าด้วยสาเหตุทางจิตวิเคราะห์ของอารมณ์ซึมเศร้า ทฤษฎีนี้กล่าวว่าสาเหตุเริ่มต้นของอารมณ์ซึมเศร้าคือการสูญเสียวัตถุ (object loss) วัตถุในที่นี้หมายถึงบุคคลหรือสิ่งของที่ตนเองรัก การสูญเสียอาจจะเป็นการสูญเสียจริง ๆ หรือเป็นเพียงจินตนาการก็ได้ ผู้ป่วยอารมณ์ซึมเศร้าจะไม่สามารถทำใจยอมรับการสูญเสียนั้น และแก้ปัญหาด้วยการนำเอาภาพลักษณ์ทั้งหมดของสิ่งที่สูญเสียไป มาไว้ในจิตใจของตนเอง ทำราวกับว่าสิ่งนั้นยังอยู่ เพียงแต่มาอยู่ในจิตใจของตนเอง (introjection) Sigmund Freud กล่าวว่า introjection เป็นพลวัตที่สำคัญ ที่นำไปสู่อารมณ์ซึมเศร้า ต่อมาผู้ป่วยจะรู้สึกว่าการที่บุคคลหรือสิ่งของที่ตนเองรักจากไปเป็นการทอดทิ้งตนเอง ผู้ป่วยจะเริ่มรู้สึกเกลียดชังและโกรธบุคคลหรือสิ่งของนั้น ความรู้สึกกรังจึงถูกคละคล้าด้วยความรู้สึกโกรธ จากการที่ผู้ป่วยได้นำภาพลักษณ์ของบุคคลหรือสิ่งของที่สูญเสียไปนั้นมาไว้กับจิตใจของตนเอง การโกรธบุคคลหรือสิ่งของที่สูญเสียไป จึงเสมือนหนึ่งเป็นการโกรธตนเอง Sigmund Freud และ Karl Abraham กล่าวว่า การโกรธตนเองเสมือนหนึ่งเป็นการลงโทษบุคคลอื่นหรือสิ่งของที่สูญเสียไป ที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถพึงพิงบุคคลนั้นหรือสิ่งของนั้นต่อไป การโกรธตนเองทำให้ไม่พึงพอใจตนเอง ทำให้ตำหนิตนเอง และทำให้เกิดอารมณ์ซึมเศร้าตามมา Sigmund Freud และ Karl Abraham เชื่อว่าบุคคลที่ประสบกับความสูญเสียวัตถุจนกระทั่งเกิดความรู้สึกโกรธและความโกรธกลับหันเป็นการโกรธตนเองจนนำไปสู่การเกิดอารมณ์ซึมเศร้าตามมา บุคคลที่มีแนวโน้มจะเกิดอารมณ์ซึมเศร้าในลักษณะอย่างนี้ มักจะมีประวัติว่า ในวัยเด็กอายุระหว่าง 12-18 เดือน ความสัมพันธ์ระหว่างตนเองกับมารดาจะไม่ดี เด็กจะมีอุปนิสัย oral-sadistic กล่าวคือ มีแนวโน้มจะลงโทษตนเอง ไม่ชอบการเรียกร้องหรือการป้องกันสิทธิของตนเอง (assertiveness) ไม่ชอบการแสดงความก้าวร้าวรุกราน ความโกรธที่หันเข้าหาตนเองอาจจะนำไปสู่การฆ่าตัวตาย แต่เนื่องจากผู้ป่วยได้รับเอาภาพลักษณ์ของบุคคลที่สูญเสียไปมาไว้กับตนเองแล้ว การฆ่าตัวตายจึงอาจจะเกิดจาก จิตไร้สำนึกต้องการฆ่าบุคคลที่สูญเสียไปนั้น

2.3.2 อารมณ์ซึมเศร้าเกิดจากการสูญเสียวัตถุ (object loss) ทฤษฎีนี้ริเริ่มโดย John Bowlby คำว่า “รู้สึกสูญเสียวัตถุ” หมายถึง ความรู้สึกที่เจ็บปวดที่เกิดจากการแยกจากพลัดพราก (traumatic separation) จากวัตถุที่ตนเองยึดติด (object of attachment) การต้องแยกจากพลัดพรากมีความหมาย (symbolic meaning) ต่อผู้ป่วยว่าเป็นการสูญเสียสิ่งที่ตนเองรักมาก ๆ ทฤษฎีนี้กล่าวว่า การยึดติดบุคคล จะเริ่มต้นในวัยเด็กเล็ก โดยเป็นการยึดติดมารดาหรือบุคคลอื่น ที่ทำหน้าที่เป็น

มารดา การยึดติดอย่างนี้จะเป็นแบบอย่างขั้นต้น (prototype) ของการยึดติดบุคคลอื่นในวันข้างหน้า ถ้าการยึดติดขั้นต้นมีปัญหาเช่น มีการสูญเสียหรือความสัมพันธ์กับมารดาไม่ดีจะทำให้เด็กเกิดความรู้สึกที่เจ็บปวด ความรู้สึกที่เจ็บปวดนี้เป็นปัจจัยชวนให้เกิดอารมณ์ซึมเศร้าในอนาคต ถ้าความรู้สึกสูญเสียเกิดขึ้นอีกในวัยผู้ใหญ่ความรู้สึกสูญเสียครั้งหลังนี้ จะกระตุ้นความรู้สึกเจ็บปวดซึ่งถูกรุ่นอยู่ในส่วนลึกของจิตใจอยู่ก่อนแล้วให้กำเริบมากขึ้นจนเป็นอารมณ์ซึมเศร้า ในทางคลินิกเราพบผู้ป่วยอารมณ์ซึมเศร้าจำนวนหนึ่งที่อารมณ์ซึมเศร้า เกิดจากความรู้สึกสูญเสียวัตถุโดยตรง โดยมิได้เกิดจากความรู้สึกโกรธหันเข้าหาตนเองอย่างที่บรรยายไว้ในข้อ 2.3.1

2.3.3 อารมณ์ซึมเศร้าเกิดจากการสูญเสียความภาคภูมิใจตนเอง (loss of self esteem) ทฤษฎีนี้ริเริ่มโดย E. Bibring กล่าวว่า อารมณ์ซึมเศร้าเกิดจากการที่อัตราไม่สามารถยกเลิกเป้าหมายหรืออุดมคติที่ตนเองไปไม่ถึง ตามปกติแต่ละคนจะมีการหลงรักตนเอง (narcissism) ว่าตนเองน่ารัก มีคนรัก ตนเองเก่ง มีคนสรรเสริญ การไปไม่ถึงเป้าหมาย หรือ อุดมคติที่ตนเองตั้งไว้ เหล่านี้จะทำให้ความรู้สึกหลงรักตนเองต้องมีบาดแผล (narcissistic injury) ทำให้รู้สึกว่าตนเองไม่น่ารัก ไม่มีความสามารถ ไม่มีอำนาจ รู้สึกสูญเสียบทบาทและหน้าที่ รู้สึกสูญเสียเอกลักษณ์ ทำให้สูญเสียความรู้สึกอยากอยู่ต่อไป เหล่านี้ทำให้ความรู้สึกภาคภูมิใจตนเองหายไปและเป็นสาเหตุทำให้เกิดอารมณ์ซึมเศร้า

2.3.4 อารมณ์ซึมเศร้าเกิดจากบุคคลอื่นที่ครอบงำผู้ป่วย (dominant other) ทฤษฎีนี้ริเริ่มโดย Silvano Arieti กล่าวว่าผู้ป่วยอารมณ์ซึมเศร้าบางรายอารมณ์ซึมเศร้าเกิดจากความรู้สึกที่ตนเองอยู่หรือทำเพื่อบุคคลอื่น มิใช่อยู่หรือทำเพื่อตนเอง ขณะเดียวกันบุคคลอื่นที่ครอบงำผู้ป่วยก็มิได้แสดงว่าพึงพอใจในสิ่งที่ผู้ป่วยได้กระทำไป บุคคลอื่นในที่นี้อาจจะเป็น คู่สมรส บิดามารดา องค์กร หลักการ หรืออุดมคติ การที่บุคคลอื่นมิได้แสดงว่าพึงพอใจในสิ่งที่ ผู้ป่วยได้กระทำ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองไม่บรรลุสิ่งที่ตนเองต้องการ ทำให้รู้สึกว่าตนเองไม่มีค่าไม่มีประโยชน์ทำให้เกิดอารมณ์ซึมเศร้าติดตามมา Silvano Arieti กล่าวว่าผู้ป่วยอารมณ์ซึมเศร้า มักจะคิดอย่างเถรตรง จนคิดว่าการอยู่เพื่อบุคคลอื่นหรือเพื่อองค์กรหรือเพื่ออุดมคติด้วยวิธีหรืออย่างอื่น เป็นสิ่งที่ตนเองยอมรับไม่ได้หรือแม้เพียงคิดเท่านั้นก็ยังไม่ให้คิด ผู้ป่วยมักจะคิดว่าถ้าไม่ได้สิ่งที่ตนเองต้องการแล้ว ทางเลือกอย่างอื่นคือการฆ่าตัวตายเท่านั้น

2.3.5 อารมณ์ซึมเศร้าเกิดจากสภาพอย่างนั้นทำให้เกิดอารมณ์ซึมเศร้า (depressive position) ทฤษฎีนี้ริเริ่มโดย Melanie Klein กล่าวว่า ทารกอายุ 6 เดือนแรก จะมีความก้าวร้าว รุกราน เป็นลักษณะเด่น ทารกจะโทษว่าความไม่สะดวกสบายทั้งหลายที่เกิดขึ้นกับตนเองรวมทั้งแรงคลั่งใจที่จะก้าวร้าวรุกรานที่ตนเองมีต่อมารดาแล้วมีสาเหตุจากมารดา ต่อเมื่อทารกมีอายุอยู่ระหว่าง 7-12 เดือน ทารกจะมี libido มากกว่าความก้าวร้าว รุกราน ทารกจะเริ่มตระหนักว่า

ความก้าวร้าวรุกรานต่อมารดาแท้ที่จริงแล้วเป็นของตนเองต่างหาก ขณะเดียวกันทารกจะเริ่มตระหนักว่าที่จริงแล้วมารดาก็สามารถทำให้ทารกเกิดทั้งความสะอึกส่าย และความคับข้องใจ มารดาจึงมีทั้งส่วนที่ดีและส่วนที่ไม่ดีแต่ทั้ง 2 ส่วนอยู่ในมารดาคนเดียวกัน ดังนั้นการคิดก้าวร้าวรุกรานต่อส่วนไม่ดีของมารดาอาจจะทำให้สูญเสียมารดาส่วนที่ดีไปด้วย เพราะมารดาทั้งส่วนที่ดีและส่วนที่ไม่ดีต่างก็อยู่ในคนเดียว การเข้าใจว่าตนเองอาจจะทำร้ายจิตใจมารดาซึ่งเป็นบุคคลที่ตนเองรักทำให้เกิดอารมณ์ซึมเศร้า โดยสรุปก็คือเมื่อคิดได้อย่างนี้ก็ต้องเกิดอารมณ์ซึมเศร้าแน่ ๆ (depressive position) ถ้าปฏิสัมพันธ์ในครอบครัวเป็นปกติทารกจะพัฒนาต่อไป จนเข้าสู่โลกแห่งความเป็นจริง ยอมรับว่าจริง ๆ แล้วมารดา มีทั้งส่วนที่ดีและส่วนที่ไม่ดี ความรู้สึกที่ว่าบางครั้งรักและบางครั้งไม่รักมารดา (ambivalence) เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นได้ ทารกควรจะรู้สึกขอบคุณและกตัญญูต่อมารดา ทารกก็จะเติบโตขึ้นอย่างปกติสุข Melanie Klein กล่าวว่า ผู้ป่วยอารมณ์ซึมเศร้าเกิดจากการไม่สามารถพัฒนาการผ่าน depressive position นี้ ผู้ป่วยยังคงยึดติด (fixed) อยู่กับความวิตกกังวลที่ว่าสิ่งที่ตนเองรักได้ถูกส่วนก้าวร้าวรุกรานของตนเองทำลายไป ผู้ป่วยอยากได้สิ่งนั้นกลับคืนมาทั้งหมดนี้ทำให้ผู้ป่วยเกิดอารมณ์ซึมเศร้า ตามทฤษฎีนี้ อารมณ์ซึมเศร้าเกิดจากความไม่พึงพอใจตนเอง (ที่มีแรงคล้อยอยากจะทำร้ายรุกราน) ซึ่งต่างกับทฤษฎีของ Sigmund Freud ซึ่งกล่าวว่าอารมณ์ซึมเศร้าเกิดจากความไม่พึงพอใจ introjected object

2.3.6 อารมณ์ซึมเศร้าเกิดจากความรู้สึกล้มเหลวในวัตถุที่ตนเองหมายเอาไว้ (selfobject failure) ทฤษฎีนี้ริเริ่มโดย Heinz Kohut ทฤษฎีนี้กล่าวว่าอารมณ์ซึมเศร้าเกิดจากความต้องการของตนเอง (selfobject) 3 ประการ ไม่ได้รับการตอบสนองจากบิดามารดา (ซึ่งเปรียบเป็นวัตถุ) ได้แก่ ความต้องการคำชมหรือการยอมรับ (mirroring) ความต้องการสภาพอุดมคติในบิดามารดา (idealization) ความต้องการทำตนเองให้เหมือนบิดามารดา (twinship) เมื่อไม่ได้รับการตอบสนองจากบิดามารดาผู้ป่วยจะเกิดอารมณ์ซึมเศร้า

2.3.7 อารมณ์ซึมเศร้าเป็นส่วนหนึ่งของอัตลักษณ์ (characterological depression) ผู้ป่วยจำนวนมากมีอาการซึมเศร้าอยู่เนื่อง ๆ โดยไม่มีอาการอื่นจนครบเกณฑ์การวินิจฉัยว่าเป็น major depressive episode อาการที่มักจะไม่มี ได้แก่ vegetative symptom ซึ่งได้แก่ใจและกายเชื่องช้า (psychomotor retardation) ไม่มีความต้องการทางเพศ เบื่ออาหาร อ่อนเพลียและการนอนหลับผิดปกติ ผู้ป่วยเหล่านี้จำนวนหนึ่งจะมีบุคลิกภาพผิดปกติ อารมณ์ซึมเศร้าที่มีอยู่จะเป็นลักษณะอย่างหนึ่งของบุคลิกภาพนั้นหรือของอัตลักษณ์นั้น อารมณ์ซึมเศร้าที่ถูกจัดเป็นส่วนหนึ่งของอัตลักษณ์มักจะประกอบด้วยอาการรู้สึกเหงา โดดเดี่ยว อ้างว้าง รู้สึกว่าหวังอะไรจากคนอื่นไม่ได้ เบื่อ ๆ เซ็ง ๆ ท้อแท้ ถ้าหากผิดหวังผู้ป่วยจะรู้สึกขุ่นเคือง ผู้ป่วยมักมีประวัติในวัยเด็กขาด

ความรักความอบอุ่นจากบิดามารดา ทำให้ตอนโตขึ้นผู้ป่วยเฝ้ามองบุคคลที่จะทำหน้าที่ทดแทนบิดามารดา

2.4 ทฤษฎีการเรียนรู้ (learning theory) ทฤษฎีการเรียนรู้ในส่วนที่ว่าด้วยสาเหตุของอารมณ์ซึมเศร้ามี 2 ทฤษฎีย่อย คือ

2.4.1 อารมณ์ซึมเศร้าเกิดจากการขาดแรงเสริม (lack of reinforcement) ทฤษฎีนี้ริเริ่มโดย Peter Lewinsohn กล่าวว่า อารมณ์ซึมเศร้าเกิดจากการไม่ได้รับแรงเสริม (รางวัล) ที่เหมาะสมหรือได้รับแรงเสริมน้อยเกินไป หรือ ได้รับรางวัลแต่ไม่ได้รับทันทีที่แสดงพฤติกรรมที่ถูกต้อง (noncontingent reward) สาเหตุที่ทำให้เกิดเหตุการณ์ดังกล่าวอาจเกิดจากการที่สังคมนั้นไม่สามารถจัดหารางวัลใดๆ ได้เลย เหตุการณ์เช่นนี้จะทำให้นักคิดเกิดการเบื่อ ไม่ร่าเริง ผิดหวังและเซ็ง หรืออาจจะเกิดจากการที่บุคคลได้รับรางวัลที่คิดว่าไม่คู่ควรเหตุการณ์ เช่นนี้ทำให้ความภาคภูมิใจตนเองลดลง ตามทฤษฎีนี้ ปัจจัยชวนที่ทำให้เกิดอารมณ์ซึมเศร้าได้ง่าย คือบุคคลนั้นขาดทักษะทางสังคมจนทำให้ความสามารถในการพบกับเหตุการณ์ที่อาจจะทำให้ได้รับรางวัลทันทีลดลง ดังนั้นจิตบำบัดทุกชนิดที่มุ่งเพิ่มทักษะทางสังคมให้แก่ผู้ป่วยจะช่วยป้องกันการเป็นอารมณ์ซึมเศร้า (depressive episode) ได้

2.4.2 อารมณ์ซึมเศร้าเกิดจากการเรียนรู้มาก่อนว่าสภาพอย่างนั้นหมดหนทางแก้ไข (learned helplessness) พฤติกรรมที่แสดงว่าหมดหนทางแล้ว ประกอบด้วย การอยู่เฉยๆ ไม่รุก (passive) ถอนตัว (withdraw) และทำกิจกรรมลดลง ในการทดลองเมื่อทำให้สัตว์ทดลองถูกช็อตด้วยไฟฟ้าโดยที่มันหลีกเลี่ยงไม่ได้ และทำให้ถูกช็อตอย่างซ้ำๆ ในที่สุดสัตว์ทดลองจะยอมแพ้และแสดงพฤติกรรมหมดหนทางที่จะหลีกเลี่ยงนี้ ต่อมาถ้าทำให้สัตว์ทดลองถูกช็อตด้วยไฟฟ้าอีก สัตว์ทดลองจะคิดไปก่อนว่าคงกำลังประสบกับสภาพเดิมอีกแล้ว ดังนั้นแม้จะพยายามหลีกเลี่ยงก็ยังไม่สำเร็จ สัตว์ทดลองก็จะไม่พยายามทำอะไรที่จะช่วยให้ตนเองหลีกเลี่ยงนี้ได้เลย เป็นการแสดงพฤติกรรมในทำนองที่ว่าสภาพอย่างนั้นหมดหนทางเหมือนกับที่เคยประสบมาก่อน ทฤษฎีนี้กล่าวต่อไปว่า อารมณ์ซึมเศร้าก็เหมือนกันกล่าวคือ เป็นพฤติกรรมที่เกิดจากการรู้สึว่าหมดหนทางแล้ว หรือเป็นพฤติกรรมของการทอดอาลัย นอกจากนี้การเคยเรียนรู้หลายๆ ครั้งว่าดิ้นรนไป ก็ไม่เกิดประโยชน์จะทำให้เกิดบุคลิกลักษณะบางอย่างเกิดขึ้น เช่น จำยอม ไม่สู้เื่อง ไม่เป็นปรีภักย์ แต่ดำเนินตนเองอยู่เสมอ เป็นต้น ตามทฤษฎีนี้อาการอารมณ์ซึมเศร้าจะดีขึ้น ถ้าแพทย์ช่วยทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณยังมีความสามารถที่จะควบคุมและบังคับสิ่งแวดล้อมได้ วิธีการ ทำให้เกิดความเชื่อมั่นดังกล่าวได้แก่วิธีการทางพฤติกรรม เช่น การให้รางวัลและการเสริมแรงชนิดบวก (positive reinforcement)

2.5 ทฤษฎีการรู้คิด (cognitive Theory) กัลยาณี เจนอนุศาสตร์ (2542, หน้า 26-27 อ้างอิงจาก Beck, 1976; Mark, & Williams, 1984, p. 16) ได้เสนอทฤษฎีการรู้คิดและความผิดปกติทางอารมณ์ (cognitive theory and the emotional disorders) ว่า รูปแบบทางด้านการคิดของภาวะซึมเศร้านั้นมีหลักการสำคัญ 3 ประการ ดังนี้

2.5.1 มีความคิดทางด้านลบ (negative automatic thoughts) โดยผู้ป่วยซึมเศร้ามักจะแสดงตนเองและประสบการณ์ที่ได้รับในปัจจุบันและอนาคตในลักษณะวิถีทางที่เป็นลบ โดยผู้นั้นจะเชื่อว่าตนเองมีความบกพร่อง ซึ่งประสบการณ์ที่ไม่พึงประสงค์นั้นถือเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดความบกพร่องขึ้น และทำให้รู้สึกว่าคุณเองนั้นไร้ค่า ไม่ได้รับการช่วยเหลือและสิ้นหวัง โดยผู้ที่มิภาวะซึมเศร้าจะเชื่อว่าตนเองไม่สามารถฝ่าฟันอุปสรรคไปได้ และปฏิเสธพันธที่เกิดขึ้นทั้งกับผู้อื่นและสภาพแวดล้อมนั้นถูกตีความเป็นความบกพร่องและในที่สุดก็เป็นการทำลาย นอกจากนี้ผู้ที่มิภาวะซึมเศร้าจะคิดว่าภาวะซึมเศร้าไม่มีจุดสิ้นสุดและไม่มีความหวังที่จะทำให้เกิดความพอใจได้อีก ในรูปแบบทางด้านการคิด (cognitive model) ถือว่า อาการของภาวะซึมเศร้าเป็นผลมาจากลักษณะของความคิด (cognitive triad) ซึ่งเป็นความคิดทางด้านลบ ทั้งต่อตนเอง โลก หรือสภาพแวดล้อม และอนาคต

2.5.2 มีความบกพร่องทางความคิดที่เป็นระบบ (systematic logical errors) เป็นการบกพร่องในด้านการคิด ทำให้ผู้นั้นยังคงมีความเชื่อในความคิดทางด้านลบของตนเอง โดยเบด, และคณะ (Beck et al., 1979 อ้างถึงใน กัลยาณี เจนอนุศาสตร์, 2542, หน้า 26) ได้ชี้ให้เห็นถึงความบกพร่องทางด้านการคิด 6 อย่าง ดังนี้

2.5.2.1 ความคิดที่ปราศจากเหตุผล (arbitrary inference) เป็นความคิดที่วาดสรุปอย่างไม่ถูกต้องจากหลักฐานที่มีอยู่ เช่น โทรศัพท์มาหาเพื่อน แต่เพื่อนไม่รับเพราะกำลังทำงานอยู่และขอให้โทรมาหาใหม่ตอนเย็น จึงสรุปว่าเพื่อนปฏิเสธ

2.5.2.2 สรุปจากจุดที่เล็กน้อย (selective abstraction) เป็นการมุ่งให้ความสนใจเฉพาะถึงของ สถานการณ์ เช่น ฉันได้รับข้อเสนอ 3 อย่างในปีที่ผ่านมา แต่เดือนนี้ไม่ได้เลย แต่เพื่อนคนอื่นได้ ดังนั้นฉันจึงล้มเหลว

2.5.2.3 มีความคิดที่เกินจริง (overgeneralization) เป็นการวาดสรุปจากจุดเดียวของข้อมูล เช่น ครึ่งนี้ฉันสอบตก แสดงว่าฉันจะสอบไม่ผ่านอีกเลย

2.5.2.4 การขยายและย่อจนเกินจริง (magnification and minimization) คล้ายคลึงกับการทำให้เกินจริง แต่มีการรวมส่วนประกอบอื่นเข้ามารวมในการประเมินด้วย เช่น ภรรยาไม่เห็นด้วยเกี่ยวกับรถยนต์ ดังนั้น เธอคงไม่เห็นด้วยทุกอย่าง

2.5.2.5 มีความคิดเป็นส่วนบุคคล (personalization) เกิดขึ้นเมื่อมีบุคคลใดก็ตามได้กระทำการที่ผู้หนึ่งรู้สึกว่าเป็นสิ่งที่ไม่ดีทั้ง ๆ ที่ไม่ได้เป็นเช่นนั้นจริง ๆ เช่น นักบวชฆาตยาคงนั้น ต้องมีบางอย่างในตัวฉันที่เขาไม่ชอบแน่ ๆ

2.5.2.6 มีความคิดที่สมบูรณ์ทั้งสองด้าน (absolutist dichotomous thinking) เป็นการคิดที่มองเห็นประสบการณ์ทุกอย่างในทิศทางที่ตรงกันข้ามอย่างสมบูรณ์ เช่น มีเพียงสิ่งมหัศจรรย์เท่านั้นที่ทำให้ฉันคิดขึ้นมาได้ หรือถ้าเขาจากฉันไป ฉันต้องตายแน่ ๆ

2.5.3 แบบแผนของภาวะซึมเศร้า (depressogenic schemata) ฮาร์แมทซ์ (Harmatz, 1978, อ้างถึงใน ปราณี วัฒนโชติ, และนพดล สมบูรณ์, 2528, หน้า 158) กล่าวว่า โดยทั่วไปวิธีการคิดของบุคคลจะตั้งอยู่บนทัศนคติและข้อสันนิษฐานที่ได้พัฒนามาจากประสบการณ์ครั้งก่อน ๆ ก่อให้เกิดกลุ่มของทัศนคติ ความเชื่อและสมมติฐานที่เกี่ยวกับเหตุการณ์ในโลกภายในและภายนอกที่เชื่อมต่อกันระหว่างสิ่งที่บุคคลรับรู้และตอบสนองต่อสิ่งที่รับรู้ที่เรียกว่า สคีมาต์ (schemas) ซึ่งซ่อนอยู่ภายในเป็นระยะเวลานาน แต่ถูกกระตุ้นให้แสดงออกโดยเหตุการณ์หรือความเครียดต่าง ๆ ทำให้เกิดเป็นวิธีการคิดที่บุคคลใช้ในการตีความครั้งต่อ ๆ ไป เบคจึงได้ใช้แบบแผนทางด้านความคิดนี้ ในการอธิบายว่าทำไมบุคคลที่มีภาวะซึมเศร้าจึงยังคงมีความคิดเห็นทางด้านลบ ทั้ง ๆ ที่ได้อยู่ในสถานการณ์ที่ตรงกันข้าม

3. โรคทางกายเรื้อรัง และสารเสพติด สมภพ เรืองตระกูล (2542, หน้า 94) ได้กล่าวถึงสาเหตุของโรคซึมเศร้าเพิ่มเติมอีกว่า อาจเกิดจากโรคทางกายเรื้อรัง เช่น กลุ่มอาการอ่อนเพลียเรื้อรัง (chronic fatigue syndrom) และการเสพติดสุราและโคเคน อาจกระตุ้นให้ผู้ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าหรือมีอาการเกิดซ้ำได้

ปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นโรคซึมเศร้า สมภพ เรืองตระกูล (2542, หน้า 94) ได้กล่าวถึงผลจากการประชุมเพื่อหาแนวทางการรักษาโรคซึมเศร้าของกระทรวงสาธารณสุขแห่งประเทศไทย สหรัฐอเมริกา ในปี พ.ศ. 2536 (AHCPR) ได้ระบุว่าปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เป็นโรคซึมเศร้า 10 ประการ ดังนี้ คือ

1. มีประวัติเคยเป็นโรคซึมเศร้ามาก่อน
2. มีประวัติครอบครัวเป็นโรคซึมเศร้าโดยเฉพาะในญาติสนิท
3. มีประวัติพยายามฆ่าตัวตาย
4. เพศหญิง
5. อายุน้อยกว่า 40 ปี
6. ภาวะหลังคลอด
7. เป็นโรคทางกายเรื้อรัง

8. ขาดการช่วยเหลือจากสังคม
9. มีวิถีชีวิตที่มีความทุกข์และปัญหาในชีวิตมาก
10. ดื่มสุราหรือเสพสารเสพติด

ลักษณะอาการของโรคซึมเศร้า สมภพ เรืองตระกูล (2542, หน้า94-96) กล่าวถึงอาการที่สำคัญของโรคซึมเศร้า ว่า มีดังนี้คือ

1. มีอารมณ์เศร้า
2. มีอารมณ์หงุดหงิดโกรธง่าย
3. มีความรู้สึกเบื่อหรือหมดความสนใจในสิ่งต่าง ๆ
4. เบื่ออาหาร
5. นอนไม่หลับ
6. อ่อนเพลียไม่มีแรง
7. ความคิดและการเคลื่อนไหวเชื่องช้า หรือรู้สึกพลังผ่านกระวนกระวายใจ
8. รู้สึกไร้ค่าหรือตำหนิตัวเองมากผิดปกติ
9. สมาธิเสียหรือมีความลังเลใจ
10. มีความคิดอยากตาย คิดฆ่าตัวตายหรือพยายามฆ่าตัวตาย
11. มีความกลัวและวิตกกังวล
12. มีอาการทางกาย

อารมณ์เศร้า เป็นอาการสำคัญของโรค ความรู้สึกที่แสดงถึงอารมณ์เศร้า เช่น ใจคอหดหู่ ไม่มีชีวิตชีวา รู้สึกไม่แจ่มใส ไม่เบิกบาน หรือใจคอเศร้าหมอง เป็นต้น ผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยเมื่อมาพบแพทย์ไม่พูดถึงอารมณ์เศร้าเลย อาจเป็นเพราะในขณะนั้นผู้ป่วยไม่มีอารมณ์เศร้า หรืออาจมีแต่คิดว่าไม่สำคัญจึงไม่บอก ด้วยเหตุนี้ควรถือเป็นหลักว่าถ้าสงสัยว่าผู้ป่วยเป็นโรคนี้ต้องถามถึงอารมณ์หรือความรู้สึกด้วยเสมอ

อารมณ์เศร้าไม่จำเป็นต้องมีตลอดเวลา เวลาที่ไม่เศร้าผู้ป่วยอาจรู้สึกสนุกสนาน หรือมีอารมณ์ขันได้ แต่เมื่อเป็นมากอารมณ์เศร้าจะมีอยู่เกือบตลอดเวลา แต่จะไม่คงที่อยู่ตลอดวัน บางเวลาเศร้าน้อย บางเวลาเศร้ามาก ส่วนมากผู้ป่วยจะมีอารมณ์เศร้ามากที่สุดตอนเช้า และจะดีขึ้นในตอนเย็นหรือค่ำ การเปลี่ยนแปลงของอารมณ์เศร้าตามเวลาเช่นนี้เป็นลักษณะที่สำคัญของโรคซึมเศร้า

อารมณ์หงุดหงิดโกรธง่าย อาการนี้เป็นอาการสำคัญ พบในผู้ป่วยเกือบทุกราย ผู้ป่วยจะรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงนี้ แต่ควบคุมอารมณ์ไม่ได้ และมักจะรู้สึกเสียใจเมื่อทำสิ่งที่ไม่ดีไปแล้ว ผู้อยู่

ใกล้ชีวิตก็ไม่สบายใจเช่นกัน เพราะผู้ป่วยหงุดหงิดง่าย บ่อย และต่างก็ไม่รู้สาเหตุ ผู้ป่วยมักจะเล่าให้ฟังว่าไม่มีใครเข้าใจว่าตนไม่สบายและตนก็ไม่อยากเป็นเช่นนี้ แต่เมื่อรู้สึกหงุดหงิดก็ไม่ทราบจะควบคุมอย่างไร

ความรู้สึกเบื่อและหมดความสนใจ ผู้ป่วยจะรู้สึกเบื่อและหมดความสนใจในสิ่งต่าง ๆ กิจกรรมประจำวันที่เคยทำก็ไม่อยากทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่เคยชอบก็จะรู้สึกเบื่อ และไม่สนใจดังเช่นเคย ประมาณร้อยละ 60 ของผู้ป่วย ความรู้สึกทางเพศจะลดลงหรือไม่มีเลย

อาการเบื่ออาหาร ผู้ป่วยมักเบื่ออาหารตั้งแต่เริ่มไม่สบาย การรับประทานอาหารจะเปลี่ยนไป ผู้ป่วยจะไม่รู้สึกอยากอาหารแม้ตนจะเคยชอบ แต่มีบางรายรู้สึกอยากอาหารมากกว่าธรรมดา ส่วนมากน้ำหนักจะลดลง 2-5 กก. เมื่อมาพบแพทย์ครั้งแรก

นอนไม่หลับ มักจะปรากฏเป็นอาการแรก ผู้ป่วยอาจนอนไม่หลับเป็นเวลา 1-2 สัปดาห์ก่อนมีอาการอื่นในระยะแรกของโรค ผู้ป่วยอาจจะหลับยาก หลับไม่สนิท ฝันร้าย หรือ ตื่นบ่อย แต่เมื่อเป็นมากขึ้นมักจะเป็นอีกแบบหนึ่งเรียกว่า “นอนไม่หลับตอนปลาย” (terminal insomnia) ซึ่งเป็นอาการสำคัญของโรคนี้ ลักษณะดังกล่าวคือ เมื่อเข้านอนผู้ป่วยจะหลับได้ตามปกติ แต่ตื่นตอนดึก เช่น ตีหนึ่ง ตีสอง แล้วหลับอีกไม่ได้หรือหลับได้แต่ยากและมักจะหลับไม่สนิท ผู้ป่วยจะเป็นเช่นนี้บ่อยหรือทุกคืน จนรู้สึกเหมือนมีนาฬิกาปลุกให้ตื่น ณ เวลานั้น และ จะหงุดหงิด กระวนกระวายมากขึ้น

ผู้ป่วยบางรายมีอาการนอนไม่หลับแบบตื่นเช้ากว่าปกติ (early morning awakening) ซึ่งเป็นอาการสำคัญเช่นกัน ผู้ป่วยจะหลับได้ดี แต่ตื่นเช้ากว่าปกติ 1-2 ชั่วโมง เช่น ปกติตื่นหกโมง เมื่อไม่สบายจะตื่นตีสี่หรือตีห้า

อาการอ่อนเพลีย ผู้ป่วยจะรู้สึกอ่อนเพลียแม้ไม่ได้ออกกำลังกาย และเป็นอยู่เกือบตลอดเวลา การพักผ่อนหรือนอนหลับไม่ช่วยให้ดีขึ้น อาการอาจเกิดเฉพาะส่วนของร่างกายก็ได้ เช่น แขนหรือขา บางรายคิดว่าเป็นโรคหัวใจเพราะเหนื่อยง่าย ทำให้เกิดความกังวล และถ้ามีอาการใจเต้นหรือเจ็บหน้าอกด้วยจะยิ่งกังวลมาก

ความคิดเชิงซ้ำ ตั้งแต่เริ่มไม่สบาย ผู้ป่วยจะมีความคิด การเคลื่อนไหว ตลอดจนการพูดซ้ำเชิงซ้ำ แรก ๆ จะสังเกตว่าผู้ป่วยเจ็บและซึมลง ความสนใจต่าง ๆ ลดลง ขณะเดียวกันจะเพิ่มความสนใจตนเอง โดยเฉพาะจะกังวลเกือบตลอดเวลาต่ออาการต่าง ๆ ไม่กระตือรือร้นในชีวิต ไม่ร่าเริงแจ่มใสเหมือนเช่นเคย ผู้ป่วยเองถึงการเปลี่ยนแปลงนี้ และเกิดความกังวลใจมาก เพราะไม่ทราบสาเหตุ และจะพยายามฝืนตัวเอง การกระทำต่าง ๆ จะเป็นการฝืนใจ เช่น การพูด การแต่งตัว การทำงานหรือการอ่านหนังสือ ทั้งนี้เพื่อให้เหมือนปกติ แต่ก็ทำไม่ได้

สมาธิเสีย ความจำไม่ดีและลืมง่ายเป็นอาการสำคัญ จะปรากฏตั้งแต่เริ่มไม่สบาย ผู้ป่วยประมาณร้อยละ 90 มีอาการนี้ ผู้ป่วยจะรู้สึกว่าคุณอะไรไปแล้วนึกไม่ออก อ่านหนังสือแล้วจำไม่ได้ หรือทำสมาธิปกติไม่ได้ ทำให้เกิดความวิตกกังวลมาก เพราะทำงานไม่ได้ดี หรือทำไม่ได้ และเกิดข้อผิดพลาด โดยเฉพาะงานที่ต้องใช้สมองและความจำ และยิ่งกังวลว่าต้องออกจากงาน จะสอบตก หรือสมองจะเสียตลอดไป บางรายเกิดอาการหลงผิดว่าเป็นโรคเนื้องอกในสมอง

ความรู้สึกว่าตัวเองไร้ค่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าส่วนมากรู้สึกตัวเองไม่มีค่า หรือหมดความสำคัญต่อใครทั้งนั้น จะรู้สึกว่าตนไม่ดีในด้านต่าง ๆ เช่น ความสามารถ สถิติปัญญา หรือ เกียรติยศ ชื่อเสียง แม้บ้านคิดว่าตนทำงานบ้านบกพร่อง เลี้ยงลูกไม่ดี หรือสามีคิดว่าตนทำงานไม่ได้ จะเป็นที่พักของครอบครัวไม่ได้

ความคิดเช่นนี้ถ้ามีมากและรุนแรง จะทำให้ผู้ป่วยคิดอยากตาย และฆ่าตัวตายได้ เพราะผู้ป่วยจะมองตัวเองในด้านไม่ดีและไม่มีประโยชน์ตลอดเวลา ครุ่นคิดแต่ว่าตัวเองเป็นคนไม่มีค่า เป็นภาระของครอบครัว และนำความยุ่งยากให้ ถ้าไม่มีตนทุกคนก็จะสบาย ดังนั้นจึงควรตายไปเสีย

ความรู้สึกมีความผิด ผู้ป่วยที่เศร้ามากมักจะรู้สึกมีความผิด และตำหนิตนเองโดยที่ไม่มีความผิดแต่อย่างใด หรือถ้ามีก็เป็นเรื่องไม่สำคัญไม่น่าจะตำหนิมาก เช่นนี้ยิ่งเศร้ามาก ความรู้สึกมีความผิดยิ่งมากและรุนแรง ผู้ป่วยจะคิดว่าตนได้ทำความผิด เป็นคนไม่ดีมีบาปสมควรถูกลงโทษ ไม่สมควรมีชีวิตอยู่ ทำให้ผู้ป่วยอยากตาย และคิดฆ่าตัวตาย ซึ่งเป็นอันตรายที่สำคัญที่สุดของโรคนี้

ความคิดอยากตาย ผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยเมื่อเศร้ามาก ๆ จะคิดอยากตาย ซึ่งบ่งว่าผู้ป่วยมีแนวโน้มจะฆ่าตัวตาย พบว่าอาการเศร้ามาก ๆ และความคิดอยากตายมีส่วนสัมพันธ์กัน ผู้ป่วยเศร้ามาก ๆ อาการไม่สบายจะมีมาก และรู้สึกทรมาน เมื่อเป็นมากขึ้นถึงจุดที่ไม่อาจทนต่อไปได้ ผู้ป่วยจะหาทางหนีความทรมาน และความตายเป็นทางออกที่ผู้ป่วยส่วนมากนึกถึงเป็นครั้งแรก ยิ่งเศร้ามากความรู้สึกทรมานจะมีมาก และความคิดอยากตายจะรุนแรงขึ้น ปรากฏว่า ร้อยละ 75 ของผู้ป่วยเศร้ามาก ๆ คิดฆ่าตัวตาย ผู้ป่วยบางรายจะไม่บอกว่ามีความคิดเช่นนี้ถ้าแพทย์ไม่ถาม จึงควรถือเป็นหลักเมื่อพบผู้ป่วยเศร้าต้องถามถึงอาการนี้ทุกราย

ความกลัวและความวิตกกังวล เป็นอาการสำคัญที่พบบ่อย ผู้ป่วยจะกลัวและกังวลไปต่าง ๆ เช่น กังวลว่าทำไมเป็นเช่นนั้นเช่นนั้น กลัวจะไม่หาย กลัวจะวิกลจริต กลัวจะเป็นโรคร้ายแรง กลัวเมื่ออยู่คนเดียว หรือกลัวจะทำอันตรายตนเอง ความกลัวและความวิตกกังวลเหล่านี้จะวนเวียนอยู่ในความคิดของผู้ป่วย ทำให้ไม่อาจทำใจให้สงบได้

อาการทางกาย ผู้ป่วยมักมีอาการทางกายร่วมด้วยเสมอและเกิดได้กับอวัยวะทุกระบบที่พบบ่อย เช่น ปวดท้อง ท้องอืดเพื่อ อาหารไม่ย่อย คลื่นไส้อาเจียน ปวดศีรษะ เจ็บหน้าอก ปวดเมื่อยตามตัว ผู้ป่วยทุกรายจะกังวลอยู่กับอาการเหล่านี้มาก และคิดว่าเป็นโรคทางกาย

เวลามาพบแพทย์ไม่แสดงอารมณ์เศร้าเลย ลักษณะดังกล่าวพบได้บ่อยในเวชปฏิบัติทั่วไป เรียกว่า masked depression

อาการอื่นและโรคที่พบร่วมด้วย โรคซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิต โดยพบว่า ร้อยละ 15 ของผู้ป่วยที่เป็นโรคซึมเศร้ารุนแรง มีการฆ่าตัวตายสำเร็จ และจากการศึกษาระบาดวิทยาพบว่าอัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยที่เป็นโรคซึมเศร้าซึ่งมีอายุมากกว่า 55 ปี เพิ่มขึ้น 4 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่ได้เป็นโรคซึมเศร้า นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้ารับการรักษาสถานพยาบาลจะมีอัตราการเสียชีวิตสูงในช่วงปีแรกของการรักษา

จากข้อมูลของศูนย์สถิติเพื่อสุขภาพแห่งชาติของประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าการเสียชีวิตด้วยการฆ่าตัวตายของผู้ที่อยู่ในวัยระหว่าง 15-24 ปี เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตอันดับที่ 2 รองจาก การเสียชีวิตด้วยอุบัติเหตุ และการฆาตกรรมรวมกัน นอกจากนี้ยังพบว่ามากกว่าร้อยละ 90 ของเด็กที่ฆ่าตัวตายเป็นโรคทางจิตเวชโดยเฉพาะ โรคซึมเศร้า

ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้ารับการรักษาด้วยโรคทางกายจะมีอาการปวดและเป็นโรคทางกายมากกว่า รวมทั้งประสิทธิภาพทางร่างกาย สังคมและงานในหน้าที่จะต่ำกว่าเมื่อเทียบกับผู้ป่วยซึ่งไม่ได้เป็นโรคซึมเศร้า ร้อยละ 15-25 ของผู้ป่วยจะมีอาการของโรคอารมณ์เศร้าเรื้อรัง (dysthymic disorder) นำมาก่อน และในแต่ละปี ร้อยละ 10 ของผู้ป่วยที่เป็นโรคอารมณ์เศร้าเรื้อรังจะเป็นโรคซึมเศร้า

โรคทางจิตเวชชนิดอื่นที่มักพบร่วมกับโรคซึมเศร้า ได้แก่ ดิสดาสเซพติก โรคแพนิค โรคย้ำคิดย้ำทำ ภาวะรับประทานอาหารน้อยผิดปกติ (anorexia nervosa) ภาวะรับประทานอาหารจุผิดปกติ (bulimia nervosa) และบุคลิกภาพชนิดคาบเส้น (borderline)

นอกจากนี้ ศรีอุดร คิชยบุตร (2539, หน้า 145 อ้างถึงใน ชนิตา อิงคสุวรรณ, 2543, หน้า 18) ได้กล่าวถึงอาการซึมเศร้าที่สังเกตได้ดังนี้

อาการทางกาย

1. ไม่ชอบเคลื่อนไหวร่างกาย
2. อริยาบทเชื่องช้า พุดช้า คิดช้า ไม่อยากใช้สมอง
3. สีหน้าและแววตาเศร้า เลื่อนลอย กล้ามเนื้อใบหน้าตก
4. นอนไม่หลับ หรือตื่นบ่อย
5. เบื่ออาหาร ท้องผูก
6. ร้องไห้ง่าย หลีกเลียงสังคม

อาการทางจิตใจ

1. เบื่อ หงอยเหงา รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า

2. จิตใจหดหู่ ไม่มีสมาธิ ใจน้อย
 3. หงุดหงิด ครุ่นคิด ความจำไม่ดี
- อาการทางอ้อมที่แสดงออกทางกาย

1. เรียบร้อย เจ็บขบขริบ
2. แต่งกายด้วยเสื้อผ้าสีเข้ม ๆ เช่น สีเทา ดำ
3. ร่างกายชubbผอม แก่เกินวัย
4. กินจุบจิบ หรือคิดสิ่งเสียดิ

ระดับของภาวะซึมเศร้า อ่ำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์ (2543, หน้า 125-127) ได้กล่าวถึงอาการของผู้ป่วยอารมณ์ซึมเศร้าว่า มีความแตกต่างกันตามระดับความรุนแรงจากซึมเศร้าเล็กน้อยไปจนถึงซึมเศร้ารุนแรง

1. อารมณ์ซึมเศร้าชั่วคราว (transient symptoms) เป็นสภาพอารมณ์เศร้าที่เกิดขึ้นได้กับมนุษย์ทุกคน เมื่อเผชิญกับความผิดหวัง เผชิญกับเหตุการณ์สะเทือนใจ หรือเผชิญกับการสูญเสีย อันเป็นสภาพที่พบได้ตลอดเวลา ทำให้บุคคลมีอารมณ์ซึมเศร้า แต่อารมณ์ที่เกิดขึ้นมักจะหายไปได้เองเมื่อเวลาผ่านไปหรือบุคคลปรับตัวปรับใจได้ จึงไม่พิจารณาว่าเป็นอารมณ์ซึมเศร้าที่ผิดปกติ อาการที่พบได้แก่

ด้านอารมณ์ : หดหู่ เหงา ผิดหวัง เสียใจ

ด้านพฤติกรรม : ร้องไห้

ด้านความคิด : อาจคิดถึงเรื่องที่ผิดหวังมาก หุคคิดไม่ได้

ด้านร่างกาย : อ่อนเพลียเล็กน้อย ทำที่เหนื่อยล้า และไม่ยอมทำอะไร

2. อารมณ์ซึมเศร้าเล็กน้อย (mild depression) เป็นสภาพอารมณ์เศร้าที่เป็นผลมาจากการที่บุคคลเผชิญกับการสูญเสียที่รุนแรง เช่น สูญเสียคนรัก สูญเสียบุคคลสำคัญ สูญเสียทรัพย์สินที่มีค่า รวมถึงสูญเสียความสามารถทางร่างกายของตนเอง ซึ่งการสูญเสียที่ยกตัวอย่างมานี้เป็นภาวะวิกฤตของชีวิต ที่บุคคลประสบได้ไม่บ่อยนักในการดำเนินชีวิต แต่เมื่อบุคคลต้องประสบกับเหตุการณ์เช่นนี้ สภาพจิตใจย่อมมีปฏิกิริยาโต้ตอบ ซึ่งอารมณ์ซึมเศร้าเป็นปฏิกิริยาที่พบได้มากที่สุด การเกิดอารมณ์ซึมเศร้าในสภาพการณ์เช่นนี้ยังไม่พิจารณาว่าเป็นความผิดปกติ การวินิจฉัยอยู่ในกลุ่ม adjustment disorder และถ้าบุคคลนั้นปรับตัวได้หรือสามารถจัดการกับความสูญเสียที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม อาการซึมเศร้านี้มักจะลดลงและหายไป อาการของอารมณ์ซึมเศร้าของบุคคลในกลุ่มนี้ ได้แก่

ด้านอารมณ์ : วิตกกังวล โกรธ รู้สึกตนเองผิด ชีวิตดูไม่มีคุณค่า เหงาหมดหวัง
สิ้นหวัง ท้อแท้ หรือปฏิเสธความรู้สึก

- ด้านพฤติกรรม : ร้องไห้ได้ง่าย มีพฤติกรรมถดถอย แยกตัว ไม่อยากทำอะไรหรือ
อาจกระสับกระส่าย ไม่สามารถจะอยู่นิ่งได้
- ด้านความคิด : คิดวนเวียนอยู่กับการสูญเสีย ต่ำหนิตนเอง ต่ำหนิผู้อื่น ขาดความมั่นใจ
ในการดำเนินชีวิต มีความคิดถึงเลหรือตัดสินใจไม่ได้
- ด้านร่างกาย : มีอาการเบื่ออาหาร หรืออาจรับประทานมากขึ้น นอนไม่หลับ หรือ
อยากนอนมากขึ้น มีอาการทางร่างกาย อื่น ๆ เช่น ปวดศีรษะ
ปวดหลัง เจ็บหน้าอก และอ่อนเพลีย

3. อารมณ์ซึมเศร้าปานกลาง (moderate depression) เมื่อสภาพอารมณ์ซึมเศร้าที่เกิดจากการสูญเสีย ไม่สามารถจัดการได้ในแนวทางที่เหมาะสมหรือการปรับตัวใช้เวลานานมากขึ้น อาการต่าง ๆ มักจะทวีความรุนแรงและมีความซับซ้อนของสาเหตุมากขึ้น บุคคลเริ่มแสดงพฤติกรรมไม่เหมาะสม ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน และถ้าสภาพอารมณ์ซึมเศร้าต่าง ๆ ดำเนินอยู่เป็นเวลานาน จัดเป็นผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางอารมณ์ชนิด dysthymic disorder ซึ่งมีอาการต่าง ๆ ดังนี้

- ด้านอารมณ์ : มีความรู้สึกหงา หมดหวัง หมดหนทาง สิ่งต่าง ๆ รอบตัวมีคมนไม่
แจ่มใส ความภาคภูมิใจในตนเองต่ำ ไม่สนุกสนานในกิจกรรมต่าง ๆ
- ด้านพฤติกรรม : มี psychomotor retardation ได้แก่ การเคลื่อนไหวร่างกายเชื่องช้า พุด
ช้า ๆ หรือพูดน้อยลง สิ้นน้ำท่าที่หคหุ่มนหมอง ไม่สนใจสภาพ
แวดล้อม ไม่สนใจร่างกายหรือดูแลร่างกายของตนเอง ทำให้ใส่เสื้อ
ผ้าและร่างกายโดยรวมไม่สะอาด ผู้ป่วยอาจใช้สารกระตุ้นประสาท
หรือสารเสพติด เช่น ยาเสพติด หรือสุรา
- ด้านความคิด : ความสนใจในสิ่งต่าง ๆ ลดลง ไม่มีสมาธิ ความคิดซ้ำลงคิดเรื่องเดิม
หรือคิดซ้ำ ๆ (obsession) คิดถึงตนเองด้านไม่ดี รู้สึกตนเองไม่ดี ไม่มี
ความหมาย และอาจคิดถึงการทำร้ายตนเอง
- ด้านร่างกาย : มีอาการเบื่ออาหาร มีน้ำหนักลดจนสังเกตได้ หรือรับประทานอาหาร
มากขึ้น นอนไม่หลับ โดยเฉพาะตอนเริ่มเข้านอน (early night
insomnia) หรือนอนมากเกินไป ความสนใจทางเพศลดลง และใน
เพศหญิงมีประจำเดือนขาดหายไป อ่อนเพลีย รู้สึกเหนื่อยหน่าย ซึ่ง
ผู้ป่วยจะรู้สึกสดชื่นในช่วงเช้า แต่พอเข้าช่วงบ่าย ๆ จะมีความรู้สึก
เหนื่อยล้ามาก นอกจากนี้มีอาการทางร่างกายอื่น ๆ เช่น ปวดศีรษะ
ปวดท้อง เจ็บหน้าอก หายใจไม่ออก อาหารไม่ย่อย และไม่มีแรง

4. อารมณ์ซึมเศร้ารุนแรง (severe depression) อาการรุนแรงมากขึ้นกว่าอารมณ์ซึมเศร้าปานกลาง ผู้ป่วยอาจแสดงอาการของการไม่รับรู้สภาพความเป็นจริง (out of reality) มีอาการทางจิต (psychotic) เป็นความผิดปกติทางอารมณ์ชนิด major depressive disorder ซึ่งมีอาการต่าง ๆ ดังนี้

ด้านอารมณ์ : แสดงความรู้สึกหมดหวังสิ้นเชิง การแสดงอารมณ์อาจมีลักษณะเฉยเมย หรือไม่แสดงความรู้สึกใด ๆ สิ้นน้ำคว่างเปล่า เหนงา และเศร้า ไม่มีความสุขในกิจกรรมต่าง ๆ

ด้านพฤติกรรม : เชื่องช้า เดินช้า ๆ ไม่พูด ไม่โต้ตอบ ไม่อยากทำอะไร และไม่เคลื่อนไหว ในทางตรงข้ามอาจมีพฤติกรรมกระสับกระส่าย (irritability) หงุดหงิด นั่งไม่ติด (agitation) ผู้ป่วยไม่ใส่ใจตนเองทำให้ร่างกายไม่สะอาด และอาจมีพฤติกรรมทำร้ายตนเองจากความคิดหลงผิด

ด้านความคิด : ความคิดสับสน ไม่มีสมาธิ มีความคิดหลงผิด (delusion) ทางด้านเลวร้าย คิดว่าตนเองไม่ดี คิดฆ่าตัวตาย หรือมีความคิดหลงผิดในด้านการเจ็บป่วยทางร่างกาย (somatic delusions) ร่วมกับมีอาการประสาทหลอนในแบบต่าง ๆ ส่วนมากเป็นประสาทหลอนทางด้านการได้ยิน (auditory hallucination)

ด้านร่างกาย : การทำงานของระบบต่าง ๆ ในร่างกายช้าลง เช่น การย่อยอาหาร การขับถ่าย หมดสมรรถภาพทางเพศ ในเพศหญิงประจำเดือนไม่มาตามปกติ เบื่ออาหาร และมีน้ำหนักลด ด้านการนอนมีอาการนอนหลับยาก หรือนอนมากแต่ไม่หลับ หรือตื่นนอนเร็วกว่าปกติ ซึ่งอาการต่าง ๆ โดยรวมแปรเปลี่ยนตามเวลา (diurnal variation) คือ อาการมักจะรุนแรง หรืออาการเป็นมากในช่วงเวลาเช้า แต่พอในช่วงบ่าย ๆ อาการต่าง ๆ จะค่อย ๆ รู้สึกดีขึ้น

นอกจากนี้ สุวณีย์ ดันติพัฒนา (2522, หน้า 157 อ้างถึงใน ชนิตา อิงคสุวรรณ, 2543, หน้า 20-22) ได้แบ่งระดับภาวะซึมเศร้าเป็น 3 ระดับ ดังนี้คือ ภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย ภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง และภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง

1. ภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย (mild depression or depressive symptoms of blue mood) เป็นภาวะที่บุคคลประสบความสูญเสีย ผิดหวัง ขาดความสนใจ รู้สึกว่าตนเองถูกทอดทิ้งทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า และส่งผลกระทบต่อร่างกายร่วมด้วย ดังอาการทางกายที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้น ภาวะซึมเศร้านี้จะเกิดขึ้นในช่วงเวลาหนึ่ง เมื่อสาเหตุที่ทำให้เกิดความเศร้าถูกขจัดไป หรือแก้ไขสถานการณ์ได้ บุคคลนั้นก็จะกลับเข้าสู่ภาวะปกติ แต่ถ้าไม่สามารถปรับตัวได้เกิดภาวะ

ซึมเศร้ามากขึ้น และยังคงอยู่เป็นเวลานาน ก็จะมีการเปลี่ยนแปลงเรื่องความคิดความรู้สึก พฤติกรรมซึ่งจะนำไปสู่ภาวะของภาวะซึมเศร้าปานกลาง

2. ภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง (moderate depression or neurotic depression) ภาวะซึมเศร้าระยะนี้จะรุนแรงขึ้น จนมีผลกระทบกระเทือนต่อชีวิตครอบครัวและการทำงาน แต่ก็ยังสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้ถึงแม้จะไม่สมบูรณ์นัก พฤติกรรมต่าง ๆ ของบุคคลที่มีภาวะเศร้าในระดับปานกลางจะแสดงออกได้ในลักษณะต่อไปนี้

2.1 อารมณ์ (affect) และกระบวนการคิด (thought processes) ผู้ที่มีอารมณ์เศร้าจะไม่มีความสุขในการทำกิจกรรมต่าง ๆ มีความรู้สึกว่าคุณเองไร้ค่า ไม่มีความสามารถ ไม่มีคุณภาพจิตใจในตนเอง มีอารมณ์หงุดหงิดง่าย ร้องไห้ง่าย มีความวิตกกังวล โกรธง่าย ก้าวร้าว ไม่มีสมาธิ ไม่สามารถตัดสินใจในเรื่องต่าง ๆ ได้ ทำให้ตนเองไม่หลบเลี่ยงรายจ่ายต้องการฆ่าตัวตาย

2.2 ประสาทสัมผัสทางกาย (somatic sensations) มีความรู้สึกทั่ว ๆ ไปว่า หัวใจเต้นแรงกว่าปกติ ใจสั่น แน่นหน้าอก เมื่ออาหาร น้ำหนักตัวลด แต่บางรายอาจมีอาการตรงกันข้ามกัน รับประทานอาหารมากขึ้น น้ำหนักตัวเพิ่ม

2.3 การเคลื่อนไหว ท่าทาง การพูด (movement posture & speech) การเคลื่อนไหวช้าลง มีการแสดงออกในการย่ำคิดย่ำทำ การแสดงออกเหล่านี้ไม่มีจุดมุ่งหมายใด ๆ การพูดจານ้อยลง มีความจำกัดในเนื้อเรื่องที่จะพูดบางครั้งจะไม่พูดเลย มักจะแสดงอาการต่าง ๆ เพื่อเรียกร้องความสนใจ

2.4 การเข้าสังคม (social participation) บุคคลที่มีภาวะซึมเศร้าในระดับนี้มีความต้องการที่จะประเมินตนเองจากบุคคลอื่น ถ้าเขาปฏิเสธการรับรู้ที่บุคคลอื่นประเมินตัวเขาในทางที่ดีจะมีผลทำให้เขามีภาวะซึมเศร้ามากขึ้น การเข้าร่วมสังคมในระยะแรกจะเป็นไปอย่างเสียไม่ได้ ต่อมาก็จะละทิ้งสังคมทีละน้อย หันมาสนใจตนเองมากขึ้น พยายามมองหาคุณค่าของตนเอง เมื่อเห็นว่าตนเองเป็นคนไม่มีคุณค่าก็จะเลิกเอาใจใส่ตนเอง ละทิ้งสังคมไม่ต้องการคบเพื่อน

3. ภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง (severe depression or psychotic depression) เป็นภาวะบุคคลมีความเศร้าในระดับลึกเป็นอยู่ระยะเวลานาน คนที่มีความเศร้าในระดับนี้จะไม่สามารถปฏิบัติภาระหน้าที่ของตนได้ และมักถอนตัวจากความเป็นจริง อาจมีอาการหลงผิด หรือมีประสาทหลอน อาจคิดหรือพยายามฆ่าตัวตาย บุคคลที่มีความเศร้าในระดับนี้จะมีพฤติกรรมแสดงออกในลักษณะต่อไปนี้

3.1 อารมณ์ (affect) และกระบวนการคิด (thought processes) บุคคลที่มีความเศร้ารุนแรง จะแสดงท่าทีที่สิ้นหวัง มีความคิดเชิงซ้ำ และไม่มีความคิดริเริ่มใด ๆ ทั้งสิ้น แต่จะรับรู้

การเปลี่ยนแปลงของตนเอง มีความวิตกกังวลใจมากคิดว่าตนเองเป็นบุคคลที่ไม่มีประโยชน์เป็นภาระของครอบครัว จึงคิดอยากฆ่าตัวตาย

3.2 ประสาทสัมผัสทางกาย (somatic sensation) ทำทางการเคลื่อนไหวและการพูด (movement sensations) บุคคลที่มีความเศร้ารุนแรงนี้แทบจะไม่มี การเคลื่อนไหว อาจนั่งอยู่เฉยๆ ในท่าเดิวนานๆ หรืออาจจะไม่ขยับนั่ง ผุดลุกผุดนั่ง น้ำหนักลด เบื่ออาหาร ท้องผูก ไม่ถ่ายอุจจาระ ผื่นร้าย อ่อนเพลีย เจ็บข้อมมือ เกือบจะไม่พูด หรือติดต่อกับใครโดยใช้ภาษา

3.3 การเข้าสังคม (social participation) จะไม่มีการเข้าร่วมสังคม ไม่สนใจสิ่งแวดล้อมรอบตัว และเกือบจะไม่มีการติดต่อกับบุคคลอื่นๆ

ดวงใจ กสานครกุล (2536, หน้า 349 อ้างถึงใน ชนิตา อิงคสุวรรณ, 2543, หน้า 12) ได้ให้จำแนกเป็น 3 กลุ่มใหญ่ๆ ดังนี้

1. เป็นอารมณ์ปกติ (affect or state) ซึ่งใครๆ ก็รู้สึกได้ แต่จะไม่รุนแรงหรือคงนาน และไม่ก่อให้เกิดผลกระทบ

2. เป็นอารมณ์ที่ผิดปกติ (mood or trait) คือคงนานและระดับที่เกินปกติสลับไปบ้าง เกิดขึ้นเนื่องจาก มีปัญหาการปรับตัวผิดปกติ หรือเป็นผลมาจากโรคทางกาย

3. เป็นโรคทางจิตโดยตรง (primary affective disorder) ซึ่งจำแนกออกไปอีกตามลักษณะที่แตกต่างกัน เช่น ภาวะซึมเศร้า หรือ hypomania ถึง mania หรือแบ่งตามระดับความรุนแรงหรือความเรื้อรัง โดยมีอาการอื่นๆ ร่วมด้วย ได้แก่

3.1 ท้องผูก ความรู้สึกทางเพศลดลง

3.2 อาการทางความคิด (cognitive) เช่น ไม่มีสมาธิ จี๋หลงจี๋ลืม ขาดความมั่นใจ เป็นปมค้อย หลงผิด ประสาทหลอน เป็นต้น

3.3 อาการทางพฤติกรรม การเคลื่อนไหว (psychomotor) เช่น เชื่องซึม กระสับกระส่าย นั่งไม่คิด เป็นต้น

การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า สุชาติ พหลภักย์ (2542, หน้า 48-49) ได้กล่าวถึงการวินิจฉัยโรคซึมเศร้าตามเกณฑ์ของสมาคมจิตแพทย์แห่งสหรัฐอเมริกา (DSM-IV) ประกอบด้วยเกณฑ์ดังต่อไปนี้ คือ

1. มีอาการดังจะกล่าวต่อไป 5 ข้อ หรือมากกว่า โดยอาการทั้งหมดที่มีจะต้องเป็นในระยะเวลาเดียวกันนาน 2 สัปดาห์ติดต่อกัน อาการที่เป็นจะต้องเป็นอาการใหม่ๆ ไม่ใช่อาการที่เป็นตามปกติธรรมดาอยู่แล้วของบุคคลนั้น หรือถ้าตามปกติก็มีอาการนั้นๆ อยู่แล้ว อาการนั้นๆ จะต้องทรุดลงไปอีกอย่างชัดเจน จึงจะนับว่าเป็นอาการเพื่อจะเข้าเกณฑ์การวินิจฉัย อาการที่เป็น

5 ข้อ หรือมากกว่านี้ อย่างน้อย 1 ข้อ จะต้องเป็นอาการอารมณ์ซึมเศร้า หรือไม่สนใจอะไรเลย หรือไม่ยินดีใด ๆ เลยก็ได้

ข้อควรระวัง ต้องไม่นับรวมอาการที่เกิดจากโรคทางกาย และไม่นับรวมอาการที่เกิดจากการหลงผิดที่ไม่เข้ากับสภาพของอารมณ์ (mood-incongruent delusion) หรือ ประสาทหลอนที่ไม่เข้ากับสภาพของอารมณ์ (mood – incongruent hallucination)

อาการที่จะนับรวมกันเพื่อเข้าเกณฑ์การวินิจฉัยมี ดังนี้ คือ

1.1 อารมณ์ซึมเศร้าโดยเป็นส่วนใหญ่ของแต่ละวันและเป็นเกือบทุกวัน โดยผู้ป่วยเป็นผู้บอกความรู้สึกนี้ด้วยตนเอง (เช่น บอกว่าฉันรู้สึกซึมเศร้าหรือรู้สึกไม่รู้ว่าอยู่ไปทำไม) หรือบุคคลอื่นสังเกตพบ (เช่น สังเกตพบว่าผู้ป่วยร้องไห้บ่อยมากในพักนี้) ก็ได้ ถ้าผู้ป่วยเป็นเด็กหรือวัยรุ่นอาการในข้อนี้อาจจะเป็นเพียงอารมณ์หงุดหงิดก็ได้

1.2 ความสนใจยี่ดื้อและความรู้สึกยินดีพึงพอใจลดลงอย่างมากในทุกกิจกรรมหรือเกือบทุกกิจกรรม โดยเป็นส่วนใหญ่ของแต่ละวันและเป็นเกือบทุกวัน โดยผู้ป่วยเป็นผู้บอกอาการนี้ด้วยตนเอง หรือบุคคลอื่นสังเกตพบอาการนี้ได้

1.3 น้ำหนักตัวลดลงหรือเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ โดยที่อาการน้ำหนักลดลงไม่ได้เกิดจากการตั้งใจจะลดน้ำหนัก น้ำหนักที่เปลี่ยนแปลงไปถือเกณฑ์มากกว่าร้อยละ 5 ของน้ำหนักตัวภายในระยะเวลา 1 เดือน อาการในข้อนี้อาจจะเป็นว่า ความอยากอาหารลดลงหรือเพิ่มขึ้นก็ได้ โดยเป็นเกือบทุกวัน ถ้าผู้ป่วยเป็นเด็กอาการในข้อนี้อาจจะเป็นน้ำหนักตัวไม่เพิ่มตามวัยหรือตามที่คาดว่าจะเพิ่ม

1.4 นอนไม่หลับหรือนอนมากเกินไปเกือบทุกวัน

1.5 จิตใจและการเคลื่อนไหว (psychomotor) ระส่ำระสาย (agitation) หรือเชื่องช้า (retardation) โดยเป็นเกือบทุกวัน อาการในข้อนี้บุคคลอื่นจะต้องสังเกตได้ด้วยมิใช่เพียงแต่ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองกระสับกระส่ายหรือทำอะไรช้าลงเท่านั้น

1.6 อ่อนเพลียหรือไม่มีพลังกำลังโดยเป็นเกือบทุกวัน

1.7 รู้สึกว่าตนเองไม่มีค่าหรือรู้สึกว่าตนเองผิด (guilt) อย่างมาก ๆ หรือรู้สึกว่าตนเองผิดอย่างมาก ทั้งที่ไม่สมควรจะรู้สึกอย่างนั้น (inappropriate) ซึ่งอาจจะเป็นอาการถึงขั้นหลงผิดก็ได้ โดยเป็นเกือบทุกวัน อาการในข้อนี้จะต้องไม่ใช่เพียงว่าเป็นการตำหนิตนเองหรือรู้สึกผิดที่ตนเองป่วยเท่านั้น

1.8 ความสามารถในการคิดหรือในการสำรวมใจ (concentrate) ลดลง หรือไม่ สามารถตัดสินใจ โดยเป็นเกือบทุกวันโดยผู้ป่วยเป็นผู้บอกอาการนี้ด้วยตนเองหรือบุคคลอื่นสังเกตพบอาการนี้ได้

1.9 มีความคิดวนเวียนเกี่ยวกับความตาย แต่ไม่ใช่เพียงกลัวตายเท่านั้น หรืออาจจะ เป็นความคิดวนเวียนเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย โดยยังไม่มีแผนการที่เฉพาะหรือมีอาการพยายามจะฆ่า ตัวตาย หรือมีการวางแผนการอย่างเฉพาะเจาะจงเพื่อให้การฆ่าตัวตายสำเร็จ

2. อาการต่าง ๆ จะต้องไม่เข้ากับเกณฑ์การวินิจฉัย mixed episode

3. อาการต่าง ๆ ทำให้เกิดความทุกข์ทรมานอย่างมีนัยสำคัญทางคลินิกหรือกระทบ กระเทือนต่อการทำหน้าที่ทางสังคม ทางอาชีพ หรือการทำหน้าที่ด้านอื่น ๆ

4. อาการต่าง ๆ มิได้เกิดจากฤทธิ์โดยตรงทางสรีรวิทยาของสาร (เช่น ยาที่ใช้ในทาง ที่ผิดหรือยาในทางการแพทย์) หรือโรคทางกาย (เช่น hypothyroidism)

5. อาการต่าง ๆ มิได้เกิดจากความเศร้าโศกอันเนื่องมาจากมรณกรรมของคนที่ผู้ป่วยรัก (bereavement) ภาวะความเศร้าโศกอันเนื่องมาจากมรณกรรมของคนที่ผู้ป่วยรัก จะต้องหายไป ภายใน 2 เดือน ถ้าอาการเป็นนานเกิน 2 เดือน หรืออาการต่าง ๆ มีความรุนแรงมากจนกระทบ กระเทือนการทำหน้าที่ด้านต่าง ๆ หรือเพราะผู้ป่วยมีอาการหมกมุ่นจนถึงขั้นเป็นพยาธิสภาพโดย เป็นการหมกมุ่นเกี่ยวกับที่ว่าตนเองไร้ค่า หมกมุ่นเกี่ยวกับความคิดจะฆ่าตัวตายหรือมีอาการของ โรคจิตหรือมีอาการทั้งจิตและกายเคลื่อนไหวเชื่องช้าเช่นนี้จะเป็น major depressive episode

ชนิดย่อยของโรคซึมเศร้า สมภพ เรืองตระกูล (2542, หน้า 98-100) ได้กล่าวถึงชนิด ย่อยของโรคซึมเศร้า แบ่งออกเป็น 8 ชนิดดังนี้

1. มีอาการโรคจิต
2. มีอาการคาทาโทเนีย (catatonia)
3. อารมณ์เศร้ารุนแรง (melancholia)
4. ชนิดเรื้อรัง
5. อาการไม่เหมือนแบบฉบับ (atypical features)
6. มีอาการหลังคลอด (postpartum onset)
7. มีอาการตามฤดูกาล (seasonal pattern)
8. ชนิดเปลี่ยนเร็ว (rapid-cycling)

มีอาการโรคจิต ผู้ป่วยชนิดนี้จะมีอาการรุนแรง และมีอาการประสาทหลอน หรืออาการ หลงผิด ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ชนิด คือ

1. ชนิดเนื้อหาของความคิดหลงผิดหรือประสาทหลอนสอดคล้องกับอารมณ์เศร้า (mood-congruent psychotic features) เช่น มีความคิดหลงผิดว่าตนมีความผิดหรือมีบาปอย่างมาก หรือมีหูแว่วเป็นเสียงคำหัณตีตนผู้ป่วย

2. ชนิดเนื้อหาของความคิดหลงผิดหรือประสาทหลอนไม่สอดคล้องกับอารมณ์เศร้า (mood-incongruent psychotic features) เช่น มีความคิดว่ามีคนปองร้าย เชื่อว่าผู้อื่นล่วงรู้ความคิดของตน หรือมีเสียงแว่วได้ยินเสียงคนสองคนคุยกัน

อาการคาทาโทเนีย (catatonia) ในชนิดนี้ผู้ป่วยต้องมีอาการต่อไปนี้อย่างน้อย 2 อย่าง คือ

1. ร่างกายไม่มีการเคลื่อนไหวเลย แสดงออกโดยมีอาการ catalepsy และ waxy flexibility หรือ ไม่ค่อยรู้สึกตัว (stupor)
2. มีพฤติกรรมตื่นเต้นวุ่นวายโดยไม่ได้เกิดจากสิ่งเร้าภายนอก
3. มีลักษณะทำตรงข้ามกับคำสั่ง (negativism) หรือ ไม่พูด (mutism)
4. มีการเคลื่อนไหวด้วยท่าทางแปลกประหลาด เช่น ทำอะไรซ้ำๆ (mannerism)
5. พูดเลียนแบบ (echolalia) หรือ ทำเลียนแบบ (echopraxia)

อารมณ์เศร้ารุนแรง (melancholia)

1. มีอาการต่อไปนี้อย่างใดอย่างหนึ่ง

1.1 ขาดความสุขในการทำกิจกรรมทุกชนิด

1.2 ขาดอารมณ์ตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่ให้ความสุข เช่น มีเรื่องที่น่ายินดีเกิดขึ้นแต่

ผู้ป่วยยังมีอารมณ์เศร้าเหมือนเดิม

2. มีอาการต่อไปนี้อย่างน้อย 3 อย่าง

2.1 อารมณ์เศร้ามีลักษณะเฉพาะ เช่น มีอารมณ์เศร้าที่แตกต่างไปจากความรู้สึก

โศกเศร้าเสียใจเมื่อบุคคลผู้เป็นที่รักเสียชีวิต

2.2 มีอารมณ์เศร้านานที่สุดตอนเช้า

2.3 ตื่นนอนเร็วกว่าธรรมดา (อย่างน้อย 2 ชั่วโมง)

2.4 ความคิดและการเคลื่อนไหวเชื่องช้าหรือพลุ่งพล่านกระวนกระวาย

2.5 เบื่ออาหารมากหรือน้ำหนักลด

2.6 คิดว่าตัวเองมีความผิดมากผิดปกติ

ชนิดเรื้อรัง ในชนิดนี้ผู้ป่วยมีอาการครบเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าตลอดเวลา เป็นเวลาอย่างน้อย 2 ปี

อาการไม่เหมือนแบบฉบับ (atypical features) ในชนิดนี้ผู้ป่วยต้องมีอาการดังต่อไปนี้ คือ

1. อารมณ์เศร้าของผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงตามสิ่งแวดล้อม เช่น มีอารมณ์แจ่มใสขึ้นเวลาพบญาติหรือได้รับของขวัญ

2. มีอาการต่อไปนี้อย่างน้อย 2 อย่าง คือ

2.1 น้ำหนักเพิ่มมากขึ้น หรือรับประทานจุ

2.2 นอนหลับมาก

2.3 มีความรู้สึกแขนหรือขาหนักคล้ายเป็นอัมพาต (lead paralysis)

2.4 มีปัญหาทางด้านมนุษย์สัมพันธ์เป็นเวลานาน โดยผู้ป่วยมีความรู้สึกไวผิดปกติต่อการถูกทอดทิ้ง และมีผลให้ผู้ป่วยมีความบกพร่องของประสิทธิภาพทางด้านต่าง ๆ เช่น ออกจากงานก่อนกำหนด เสพสารเสพติดอย่างมาก หรือมีปัญหาทางด้านพฤติกรรมอย่างอื่น

3. อาการไม่เข้าเกณฑ์การวินิจฉัยชนิดมีอาการคาทาโทเนีย หรือมีอาการเศร้ารุนแรง (melancholia)

มีอาการหลังคลอด ในชนิดนี้ผู้ป่วยจะมีอาการของโรคอารมณ์แปรปรวนภายในเวลา 4 สัปดาห์ หลังคลอด โดยอาจมีอาการซึมเศร้า อาการเมเนียหรืออาการแบบผสม

มีอาการตามฤดูกาล (seasonal pattern) ลักษณะที่สำคัญของชนิดนี้ คือระยะเวลาที่ผู้ป่วยไม่สบายและหายจากโรคจะมีความสัมพันธ์กับฤดูกาลของปี โดยส่วนใหญ่จะเริ่มเป็นในฤดูหนาวและหายในฤดูร้อน มีเพียงส่วนน้อยที่มีอาการของโรคซ้ำ ๆ ในฤดูร้อน ในการวินิจฉัยชนิดนี้ผู้ป่วยต้องมีอาการของโรคในลักษณะดังกล่าวในเวลา 2 ปีที่ผ่านมา

อาการสำคัญ ๆ อย่างอื่น คืออ่อนเพลียไม่มีแรงอย่างมาก นอนหลับมาก รับประทานอาหารจุ น้ำหนักเพิ่มและชอบรับประทานของหวาน อาการชนิดนี้มักพบในประเทศที่อยู่บริเวณเส้นรุ้งสูง ๆ ซึ่งมีหิมะปกคลุมเกือบตลอดเวลา พบบ่อยในผู้ป่วยที่อายุน้อย และร้อยละ 60-90 เป็นผู้หญิง

ผู้ป่วยที่เป็นโรคไบโโพลาร์ I และ II เมื่อได้รับการรักษาด้วยแสงอาจเปลี่ยนมามีอาการไฮโปเมเนีย หรือ เมเนียได้

ชนิดเปลี่ยนเร็ว (rapid-cycling) ลักษณะที่สำคัญของชนิดนี้คือ ผู้ป่วยมีอาการของโรคอารมณ์แปรปรวน 4 ครั้ง หรือมากกว่าในระยะเวลา 12 เดือนที่ผ่านมา โดยอาจมีอาการของโรคซึมเศร้า อาการเมเนีย อาการไฮโปเมเนีย หรืออาการแบบผสม

พบว่าร้อยละ 5-15 ของผู้ป่วยที่เป็นโรคไบโโพลาร์เป็นชนิดนี้ และร้อยละ 70-90 เป็นผู้หญิง อาการของโรคไม่มีความสัมพันธ์กับรอบเดือน ผู้ป่วยที่เป็นชนิดนี้อาจมีโรคทางกายดังต่อไปนี้ด้วย

1. ต่อมธัยรอยด์อักเสบ
2. โรคระบบประสาท เช่น multiple sclerosis
3. ได้รับบาดเจ็บที่สมอง

4. ได้รับการรักษาด้วยยารักษาอาการเศร้า อาการชนิดนี้อาจเกิดขึ้นเวลาใดก็ได้ในผู้ป่วยที่เป็นโรค bipolar โดยเฉพาะถ้าได้รับการรักษาด้วยยารักษาอาการเศร้า ผู้ป่วยที่เป็นโรค ชนิดนี้ การพยากรณ์โรคไม่ดี

วิธีลดความซึมเศร้า อุบล นิวัติชัย (2528, หน้า 1104 – 1106 อ้างถึงใน กนกศรี จาคเงิน, 2543, หน้า 14-16) ได้กล่าวถึงวิธีการที่สามารถลดความซึมเศร้านี้ว่ามีหลายวิธี ได้แก่

1. การฝึกหายใจแบบสงบ การหายใจของผู้ที่ตื่นเต้น หว่นไหว เครียดมักจะหายใจเข้าออกที่หน้าอกส่วนบน ทรวงอกมีการขยายและหดตัวตามจังหวะหายใจ เป็นการหายใจเร็วและลึก การหายใจแบบนี้ธรรมชาติเตรียมไว้สำหรับภาวะฉุกเฉิน เช่น เวลาวิ่งหรือเล่นกีฬาอย่างหนึ่งอย่างใด แล้วเหนื่อย การหายใจแบบนี้บางทีเป็นไปอย่างอัตโนมัติ เพราะกล้ามเนื้อต้องการออกซิเจนมาก ๆ คนที่มีอาการหว่นไหวน้อย ๆ มักจะเคยชินกับการหายใจแบบนี้ จนกระทั่งเมื่อประสบปัญหาต่าง ๆ หรือเรื่องเล็กน้อยก็หายใจแบบฉุกเฉินอยู่เสมอ จึงยังทำให้เกิดกังวลและเครียดมากยิ่งขึ้น

เมื่อต้องการผ่อนคลายจะต้องหายใจแบบสงบ คือการหายใจที่ใช้กระบังลมและช่องท้อง มีการหายใจลึก ช้าและสม่ำเสมอ โดยสูดลมหายใจลงไปที่ถึงส่วนล่างของปอด ทำให้ กระบังลม คั่นท้องให้พองออกเวลาหายใจและยุบลงเวลาหายใจออก ถ้ารู้สึกทำได้ยากในระยะแรกให้นอนหงายเอาสมุดปกแข็งวางบนท้องสักครู่ หายใจปกติก็จะเห็นสมุดเคลื่อนขึ้นลง แสดงว่ากำลังหายใจแบบสงบแล้ว เพราะปกติเวลาหลับหรือผ่อนคลายมาก ๆ คนเราจะหายใจแบบนี้อยู่แล้ว หากทำให้เป็นนิสัยจะทำให้อารมณ์เครียดลดน้อยลง เกิดการผ่อนคลายในขณะที่ปฏิบัติกิจกรรม

2. การออกกำลังกาย การผ่อนคลายด้วยวิธีออกกำลังกายแบบง่าย ๆ อย่างสม่ำเสมอ ไม่หักโหม และไม่มุ่งแข่งขันเอาชนะ หรือเพื่อให้มีชื่อเสียง จะช่วยให้มีการไหลเวียนโลหิตดีขึ้น ภายหลังที่กล้ามเนื้อไม่เกร็งเครียดอยู่นาน ๆ

3. การสั่งตัวเองให้ผ่อนคลาย วิธีนี้คล้ายการสะกดจิตตัวเอง คือ บอกตัวเองในใจ ช้า ๆ ช้า ๆ กัน ให้คลายกล้ามเนื้อทีละส่วน

4. การใช้จินตนาการนึกภาพในทางบวก การใช้จินตนาการเช่นนี้ จะช่วยให้สมองซีกขวาสั่งงานให้อวัยวะที่อยู่นอกเหนืออำนาจการควบคุมของจิตใจ เช่น การย่อยอาหาร การเต้นของหัวใจ การหดตัวของหลอดเลือด เหล่านี้ทำงานดีขึ้น วิธีการอาจทำง่าย ๆ โดยการอยู่ในท่าที่สบายผ่อนคลายทุกส่วน แล้วนึกภาพที่รื่นรมย์ เช่น ทะเล สวนดอกไม้ ริมลำธาร หรือ ที่ใดที่ทำให้ความรู้สึกสบาย สดชื่น และผ่อนคลายขึ้น

5. การนวด คือ การสัมผัสส่วนต่าง ๆ ของร่างกายอย่างมีระบบ เพื่อช่วยผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การนวดอาจทำด้วยตัวเอง หรือให้ผู้อื่นทำให้ก็ได้

6. การฝึกสมาธิ หมายถึง การที่สติคุมจิตให้เพ่งอยู่ที่จุดใดจุดหนึ่ง หรืออารมณ์ใดอารมณ์หนึ่ง จนตั้งแน่วแน่นอยู่ในอารมณ์เดียว (โรจน์รุ่ง สุวรรณสุทธิ, 2532, หน้า 28 อ้างถึงใน กนกศรี จาดเงิน, 2543, หน้า 15) เมื่อจิตสงบ ก็จะคลายความเคร่งเครียด กังวล หายหงุดหงิด ฉุนเฉียว กลับเป็นคนอารมณ์เย็น แจ่มใส เป็นสุข

7. การฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ เป็นการช่วยให้บุคคลรู้สึกถึงความแตกต่างระหว่างการเกร็ง และการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแต่ละส่วนทั่วร่างกาย และสามารถควบคุมให้เกิดการผ่อนคลายได้ วิธีฝึกหัดคลายกล้ามเนื้อ (progressive relaxation) โดยทั่วๆ ไปมี 2 แบบ คือ วิธีเกร็งกล้ามเนื้อให้เต็มที่แล้วคลายออก กับวิธีผ่อนคลายกล้ามเนื้อทีละส่วนโดยไม่เกร็งก่อน (วิธีทั้งสองแบบนี้ ได้มีผู้คิดและดัดแปลงเทคนิคออกมาใช้ได้ผลดีต่อผู้ป่วย)

8. ไบโอฟีดแบค เป็นเทคนิคของการใช้เครื่องมือเพื่อเป็นสื่อให้บุคคลได้รับรู้การทำงานภายในอวัยวะร่างกายของตนเองและรู้วิธีการควบคุมสรีระของตนเองได้ หลักการพื้นฐานของไบโอฟีดแบค มาจากแนวคิดของการป้อนกลับ (feedback) และระบบควบคุมร่วมกับการใช้เทคโนโลยีก้าวหน้าทางวิศวกรรมชีวการแพทย์ (biomedical engineering) ในผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลสามารถใช้เครื่องมือป้อนกลับทางชีวภาพชนิดตรวจวัดความตึงตัวของ กล้ามเนื้อ (EMG) วิธีการใช้อิเลกโทรด (electrode) วางบนผิวหนังตรงตำแหน่งของกล้ามเนื้อบริเวณหน้าผากของผู้ป่วย เครื่องมือป้อนกลับทางชีวภาพจะตรวจวัดความตึงตัวของกล้ามเนื้อ โดยผ่านกระบวนการต่างๆ ภายในเครื่องมือและป้อนกลับให้ผู้ป่วยรับรู้ในเรื่องของเสียง เสียงที่เบาแสดงว่ากล้ามเนื้อมีการคลายตัว ส่วนเสียงที่ดังแสดงว่ากล้ามเนื้อมีความตึงตัวมาก ซึ่งแสดงว่าผู้ป่วยมีความวิตกกังวล เมื่อผู้ป่วยได้รับข้อมูลจากเครื่องมือป้อนกลับทางชีวภาพ ผู้ป่วยจะฝึกปฏิบัติการทางจิตเพื่อให้กล้ามเนื้อผ่อนคลาย

นั่นคือผู้ป่วยต้องทำให้เสียงจากเครื่องเบาลง ผู้ป่วยอาจต้องใช้เวลาสักกระยะหนึ่ง จึงจะสามารถโดยทำให้เสียงจากเครื่องเบาลง ซึ่งแสดงว่าจิตสามารถคุมกายได้ และกล้ามเนื้อมีการคลายตัวลง (สายพิณ เกษมกิจวัฒนา, 2531, หน้า 243-262 อ้างถึงใน กนกศรี จาดเงิน, 2543, หน้า 16)

การรักษาโรคซึมเศร้า สมภพ เรืองตระกูล (2542, หน้า 106 – 111) ได้กล่าวถึงหลักการรักษาโรคซึมเศร้าว่ามีดังต่อไปนี้ คือ

1. การประเมินความรุนแรงของอาการ
2. การประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย
3. การรักษาทางด้านจิตใจ
4. พฤติกรรมบำบัด

5. ครอบครัวบำบัด
6. การรักษาโดยใช้แสง
7. การรักษาด้วยยา

การประเมินความรุนแรงของอาการ ผู้ป่วยที่มีลักษณะดังต่อไปนี้ควรรับไว้รักษาในโรงพยาบาล

1. มีความคิดอยากตาย
2. มีอาการโรคจิต
3. อารมณ์เปลี่ยนแปลงเร็วระหว่างอารมณ์เศร้ากับรื่นเริงสนุกสนาน หรือมีอาการ

แบบผสม

4. มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง
5. เสพสารเสพติด

การประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ปัจจัยซึ่งบ่งว่าผู้ป่วยมีแนวโน้มสูงที่จะ

ฆ่าตัวตาย คือ

1. มีประวัติฆ่าตัวตายในครอบครัว โดยเฉพาะญาติสนิท
2. ผู้ป่วยแสดงเจตนาโดยแน่ชัดว่าจะฆ่าตัวตายโดยคำพูด การกระทำ เขียนจดหมาย หรือ

ทำพินัยกรรม

3. มีประวัติพยายามฆ่าตัวตายมาก่อน
4. มีอาการซึมเศร้ารุนแรง โดยเฉพาะมีอาการต่อไปนี้
 - 4.1 รู้สึกท้อแท้สิ้นหวัง
 - 4.2 รู้สึกตัวเองไร้ค่า
 - 4.3 พลังพลานกระวนกระวาย
 - 4.4 มีอาการหลงผิดว่าตัวเองมีความผิดหรือมีบาป
 - 4.5 แหว่ได้ยินเสียงคนพูดตำหนิติเตียน
5. มีอาการแบบผสม (mixed episode)
6. เสพสารเสพติด โดยเฉพาะสุรา
7. เพิ่งสูญเสียความสัมพันธ์กับคนใกล้ชิด โดยเฉพาะบุคคลในครอบครัวและคนรัก
8. มีการสูญเสียอย่างอื่น เช่น ถูกให้ออกจากงาน และถูกพักการเรียน
9. เป็นโรคทางกายร้ายแรง โดยเฉพาะเสื่อมสมรรถภาพทางกาย มีอาการเจ็บปวดรุนแรง

และมีอาการเพื่อหรือสับสน

10. มีพฤติกรรมขาดการควบคุมอารมณ์ ชอบเสี่ยงภัย และก้าวร้าว

11. มีบุคลิกภาพผิดปกติ โดยเฉพาะชนิดต่อต้านสังคม และชนิดคาบเส้น (borderline) และความประพฤติดีผิดปกติ

การรักษาทางด้านจิตใจ แนวทางการรักษาทางด้านจิตใจมีดังต่อไปนี้ คือ

1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความเลื่อมใสศรัทธาและปฏิบัติตามคำแนะนำอย่างเคร่งครัด
2. อธิบายให้ผู้ป่วยและครอบครัวทราบธรรมชาติของโรครวมทั้งวิธีการรักษา และให้ผู้ป่วยทราบด้วยว่าถ้าเป็นอีกจะมีอาการดังเช่นที่เคยเป็นและให้รับมาพบแพทย์
3. สนับสนุนให้กำลังใจผู้ป่วยว่าโรคนี้เป็นโรคที่สามารถรักษาให้หายเป็นปกติได้โดยรับประทานยารักษาอาการเศร้า (antidepressants) แต่ต้องรับประทานยาให้ครบตามแพทย์กำหนด
4. แนะนำผู้ป่วยในการแก้ไขปัญหาด้านจิตใจ เช่น ปัญหาเกี่ยวกับชีวิตสมรส ครอบครัว การศึกษาและเพื่อน รวมทั้งให้มีแนวทางการดำเนินชีวิตที่ถูกต้องเหมาะสม

พฤติกรรมบำบัด ตามทฤษฎีทางด้านพฤติกรรมการเรียนรู้ อาการซึมเศร้า เกิดจากผู้ป่วยมีแนวความคิดเกี่ยวกับตนเองในทางลบ โดยคิดว่าตนเป็นคนไร้ค่า วิธีการดำเนินชีวิตในปัจจุบันเป็นสิ่งที่ไม่มีค่า รวมทั้งมองอนาคตของตนเองมีคมนหรือสิ้นหวัง ดังนั้นแพทย์ต้องช่วยให้ผู้ป่วยมีวิธีคิดที่ถูกต้อง โดยให้ผู้ป่วยมองตัวเองทางด้านบวกหรือมีคุณค่า รวมทั้งดำเนินชีวิตอย่างมีความหวัง และมีอนาคตที่ดีงาม

ครอบครัวบำบัด จากเอกสารของกระทรวงสาธารณสุขประเทศสหรัฐอเมริกาเกี่ยวกับแนวทางการรักษาโรคซึมเศร้าฉบับที่ 2 ในปี พ.ศ. 2536 พบว่าร้อยละ 20 ของผู้ป่วย มีปัญหาในชีวิตสมรส โดยระบุว่าปัญหาดังกล่าวเป็นเหตุการณ์ในชีวิตที่สำคัญก่อนผู้ป่วยจะเป็นโรค และความบาดหมางระหว่างกันยังคงมีอยู่ แม้ว่าอาการของโรคจะหมดไปแล้ว รวมทั้งยังเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยเป็นโรคซ้ำอีก จากการศึกษาของ Jacobson และคณะ พบว่าเมื่อแพทย์ได้เข้าไปไกล่เกลี่ยให้คู่สมรสปรองดองกัน จะมีผลให้ชีวิตสมรสราบรื่นขึ้น รวมทั้งอาการซึมเศร้าจะลดน้อยลงด้วย ได้มีงานวิจัยพบว่าถ้าคู่ครองยังแสดงอารมณ์หรือท่าทีที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความขุ่นเคืองใจ โอกาสที่ผู้ป่วยจะกลับเป็นโรคซึมเศร้าซ้ำยังสูง ด้วยเหตุนี้การวิเคราะห์ชีวิตสมรสและครอบครัวของผู้ป่วย รวมทั้งได้เข้าไปช่วยแก้ไขปัญหาดังกล่าว และให้ความรู้เกี่ยวกับความสำคัญของการรับประทานยาในระยะยาว จึงเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งในการรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

การรักษาโดยใช้แสง (light therapy) การรักษาด้วยวิธีนี้คือ ให้ผู้ป่วยได้รับแสง 2500 lux light เป็นเวลา 1-2 ชั่วโมงตอนตื่นนอนเช้า ทั้งนี้เป็นการรักษาวิธีใหม่ ซึ่งได้มีการพัฒนาขึ้นมาเพื่อรักษาเฉพาะผู้ป่วยที่มีอาการตามฤดูกาล โดยผู้ป่วยส่วนมากจะมีอาการซึมเศร้าเกิดซ้ำ ๆ ในฤดูหนาว การให้ผู้ป่วยได้รับแสงสว่างเช่นนี้ผู้ป่วยจะมีอาการดีขึ้นภายในเวลา 4-7 วัน

ในปัจจุบัน ผู้ที่จะให้การรักษาเช่นนี้ต้องเป็นผู้มีความชำนาญโดยเฉพาะ ผลข้างเคียงมีดังนี้ 1) มีอาการแทรกซ้อนของนัยน์ตา, และ 2) เกิดอาการไฮโปแมเนีย หรืออาการแมเนียร่วมกับอาการโรคจิต โดยเฉพาะในผู้ป่วยซึ่งมีแนวโน้มที่จะเป็นโรคไบโพลาร์ I

การรักษาด้วยยา ระยะเวลาของการรักษาและวิธีให้ยา

1. ระยะเริ่มต้น ควรให้ผู้ป่วยมาพบสัปดาห์ละครั้ง เพื่อดูผลของยาและอาการข้างเคียง อาการข้างเคียงที่พบบ่อยคือ ปากแห้ง ท้องผูก คอแห้ง ถ่ายปัสสาวะลำบาก มือสั่น และความดันโลหิตต่ำเวลาขึ้น ดังนั้นควรเริ่มให้ยาขนาดน้อยก่อน เช่น imipramine วันละ 25-50 มก. โดยแบ่งให้วันละ 1-3 ครั้ง เมื่อผู้ป่วยชินต่ออาการข้างเคียงของยาแล้วให้เพิ่มขนาดขึ้นช้าๆ สัปดาห์ละ 25-50 มก. จนได้ขนาดที่ได้ผลในการรักษา

2. ระยะที่ยาได้ผล เป็นระยะที่ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นชัดเจน โดยทั่วไปอาการต่างๆ จะดีขึ้นตามลำดับภายหลังจากรับประทานยา 3-4 สัปดาห์ แต่บางรายอาจนานถึง 6 สัปดาห์ ระยะเวลาในช่วงนี้คือ 2-4 เดือน วัตถุประสงค์ของการรักษาในช่วงนี้คือ ให้ผู้ป่วยหายจากอาการซึมเศร้า พบว่าร้อยละ 80 ของผู้ป่วยตอบสนองดีต่อการรักษา

3. ระยะให้ยาต่อเนื่อง ภายหลังจากสิ้นสุดระยะที่ 2 และผู้ป่วยไม่มีอาการซึมเศร้าแล้วให้ยาในขนาดเท่าเดิมต่อไปอีกเป็นเวลา 6-8 เดือน จุดประสงค์ของการให้ยาในระยะนี้ คือป้องกันผู้ป่วยไม่ให้เกิดอาการซึมเศร้าอีก ตามเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลกและสมาคมจิตแพทย์ของประเทศสหรัฐอเมริกา ระบุว่าภายหลังจากสิ้นสุดระยะที่ 2 แล้วควรให้ผู้ป่วยรับประทานต่อไปอีกเป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือน และสำหรับผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้าเป็นระยะเวลานานควรรับประทานต่อไปนานกว่า 6 เดือน

4. ระยะหยุดยา ภายหลังจากสิ้นสุดระยะที่ 3 แล้วจึงหยุดยา แต่ก่อนที่จะหยุดยาแพทย์ต้องคำนึงถึงโอกาสเสี่ยงที่ผู้ป่วยจะกลับเป็นซ้ำอีก จากผลการศึกษาของ Greden พบว่าผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้าครั้งเดียวและมีอาการก่อนอายุ 50 ปี สามารถหยุดยาได้โดยโอกาสที่จะเป็นซ้ำมีน้อย

วิธีการหยุดยา ตามทางปฏิบัติคือค่อยๆ ลดขนาดยาลงมาสัปดาห์ละ 25 มก. ห้ามหยุดยาทันที เพราะจะทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการ “cholinergic rebound” อาการดังกล่าวได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียนและปวดท้อง และอาการระบบประสาทอัตโนมัติไวผิดปกติ (autonomic hyperactivity) เช่น เหงื่อออกมาก วิดกกังวล กระวนกระวาย ปวดศีรษะ นอนไม่หลับและฝันร้าย ในรายที่เป็นรุนแรงอาจมีอาการเพ้อ และสับสนรวมทั้งภาพหลอน โดยอาการอาจเกิดภายในเวลา 48 ชั่วโมง หลังจากหยุดยา หรือภายหลังจากหยุดยา 2 สัปดาห์ ด้วยเหตุนี้จึงควรลดขนาดมา 1 ใน 3 ทุก 3 เดือน โดยวิธีนี้จะใช้เวลาประมาณ 1 ปี ในการหยุดยา การค่อยๆ ลดขนาดลงเช่นนี้จะสามารถป้องกันการเป็นซ้ำได้

5. ระวังให้ยาเพื่อป้องกันการเป็นซ้ำ จุดประสงค์ของการรักษาในระยะนี้ คือป้องกันการเป็นซ้ำ จากรายงานของสถาบันสุขภาพจิตแห่งประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่าโรคซึมเศร้าเป็นโรคที่มักเป็นซ้ำ ๆ โดยผู้ป่วยที่เป็นบ่อยครั้งมีโอกาสสูงที่จะเป็นซ้ำอีก ในขณะเดียวกันช่วงเวลาที่ เป็นปกติจะสั้นลง รวมทั้งอาการของโรคมีความรุนแรงเพิ่มขึ้น ตลอดจนการตอบสนองต่อยาจะลดน้อยลงด้วย

ข้อบ่งชี้ว่าผู้ป่วยมีโอกาสสูงที่จะเป็นซ้ำอีก

1. ผู้ป่วยเป็นโรคครั้งแรกเมื่ออายุ 50 ปี หรือมากกว่า
2. ผู้ป่วยที่เป็นโรคครั้งแรกเมื่ออายุ 40 ปี หรือมากกว่า และเคยมีอาการเข้ามาแล้วอย่างน้อย 1 ครั้ง

3. ผู้ป่วยทุกรายที่มีอาการมากกว่า 3 ครั้งขึ้นไป

ระยะเวลาและขนาดยาในการให้ยาในระยะยาวเพื่อป้องกันการเป็นซ้ำ

1. ระยะเวลา ระยะเวลาจะแตกต่างกันมากในผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งมีตั้งแต่ 5 ปี จนถึงตลอดไปโดยไม่มีกำหนดเวลา
2. ขนาดยา มีผู้เสนอแนะว่าขนาดยาควรให้เท่ากับขนาดรักษา โดยเฉพาะผู้ที่เคยมีอาการ 2 ครั้ง หรือมากกว่าภายในระยะเวลา 5 ปี

ชนิดและขนาดยา

1. Tricyclics ยามาตรฐานในกลุ่มนี้ คือ Imipramine, Amitriptyline และ Nortriptyline

ขนาดยาต่อวัน	Imipramine และ Amitriptyline	150 – 300 มก.
	Nortriptyline	50 – 150 มก.

2. SSRIs

ขนาดยาต่อวัน	Fluoxetine	20 – 40 มก.
	Paroxetine	20 – 40 มก.
	Sertraline	100 – 200 มก.
	Fluvoxamine	100 – 200 มก.

การให้ยาในผู้ป่วยแต่ละชนิด

1. ผู้ป่วยซึ่งมีแนวโน้มสูงที่จะฆ่าตัวตาย ผู้ป่วยที่มีแนวโน้มดังกล่าวเมื่อเริ่มมีอาการดีขึ้นพร้อมกับร่างกายแข็งแรงและยังมีความคิดอยากตายอยู่ ต้องระมัดระวังเป็นพิเศษ เพราะผู้ป่วยอาจฆ่าตัวตายเนื่องจากขาดการควบคุมอารมณ์ (impulsivity)

2. ชนิดอารมณ์เศร้ารุนแรง (melancholia) การรักษาผู้ป่วยชนิดนี้ต้องให้ยารักษาอาการเศร้าในขนาดสูง หรือรักษาด้วยช็อกไฟฟ้า

3. ชนิดมีอาการโรคจิต ในชนิดนี้ควรรักษาด้วยช็อกไฟฟ้าเป็นอันดับแรก ร่วมกับการให้ยารักษาอาการเศร้าและยารักษาโรคจิต

4. ชนิดมีอาการคาทาโทเนีย ผู้ป่วยที่เป็นชนิดนี้อาจมีอันตรายถึงแก่ชีวิตได้เนื่องจากผู้ป่วยปฏิเสธที่จะรับประทานอาหารหรือดื่มน้ำ ข้อควรปฏิบัติคือ ให้ยา lorazepam วันละ 1-3 มก. ซึ่งจะช่วยให้อาการคาทาโทเนียลดน้อยลงภายในเวลาสั้น ๆ ต่อจากนั้นตรวจดูว่าผู้ป่วยมีอาการโรคจิตด้วยหรือไม่ รวมทั้งประวัติเกี่ยวกับโรคไบโพลาร์ ถ้าตรวจพบอาการดังกล่าวให้ลิเทียมอย่างเดี่ยว หรือร่วมกับยารักษาอาการเศร้าหรือยารักษาโรคจิต นอกจากนี้การรักษาด้วยช็อกไฟฟ้าจำนวน 3-9 ครั้งจะได้ผลดีเช่นเดียวกัน

5. ชนิดอาการไม่เหมือนแบบฉบับ (atypical features) ในชนิดนี้การรักษาด้วย MAOIs จะได้ผลร้อยละ 55-75 นอกจากนี้การรักษาด้วย SSRIs จะได้ผลดีเช่นเดียวกัน

นอกจากนี้ อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์ (2543, หน้า 129-130) ได้กล่าวถึงการรักษาผู้ป่วยอารมณ์แปรปรวนชนิดซึมเศร้าว่า มี 3 ด้าน คือ

1. ด้านร่างกาย

1.1 การใช้ยา มียารักษาอารมณ์เศร้า (antidepressant) ยาควบคุมอารมณ์ (lithium carbonate) และยาอื่นๆ เช่น ยากลุ่ม antipsychotics รวมถึงยาคลายกังวลต่าง ๆ ในการรักษาผู้ป่วยอารมณ์ซึมเศร้า การเลือกยาแต่ละชนิดแพทย์เป็นผู้พิจารณาซึ่งยาบางกลุ่มมีผลข้างเคียงทำให้ผู้ป่วยง่วงซึม (sedate) สูง บางกลุ่มมีผลต่ำ และยาในกลุ่มรักษาอารมณ์เศร้าส่วนมากมีการออกฤทธิ์ช้า ฉะนั้นยาที่รับประทานเข้าไปอาจยังไม่ทำให้ผู้ป่วยอาการดีขึ้นในช่วงแรกผู้ป่วยต้องอดทนใช้ยาในระยะยาว โดยทั่วไปใช้ยานาน 16-20 เดือน เพื่อป้องกันการกลับมามีอาการอีกเมื่ออาการเริ่มดีขึ้นเพียงเล็กน้อย (relapse)

1.2 การรักษาด้วยไฟฟ้า (electroconvulsive therapy) ส่วนมากเป็นทางเลือกที่นำมาใช้ร่วมกับการใช้ยา โดยเฉพาะใช้ได้ดีในผู้ป่วย major depression และผู้ป่วย bipolar disorder ที่แสดงอาการหลงผิดและคิดถึงการฆ่าตัวตาย

2. การรักษาด้วยจิตบำบัด สำหรับผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางอารมณ์ ในระดับรุนแรง การรักษาด้วยจิตบำบัดอาจกระทำไต่ยาก แต่ควรมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยตั้งแต่แรกเริ่มเมื่อมีอาการ ผู้ป่วยอาการรุนแรงน้อยการใช้จิตบำบัดจะช่วยได้มาก โดยมีเป้าหมายให้ผู้ป่วยเข้าใจปัญหาของตนเอง ได้เรียนรู้ในการจัดการปัญหา หรือความไม่สบายใจของตนเองในแนวทางที่เหมาะสม และช่วยให้เห็นคุณค่าของตนเอง

3. การจัดสิ่งแวดล้อม กรณีผู้ป่วยเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล การกระตุ้นให้เข้าร่วมกิจกรรมรักษาต่าง ๆ จะช่วยให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจทางสังคม ในการที่ได้พบ และสร้างสัมพันธภาพ

กับผู้อื่นมากขึ้น ถ้าผู้ป่วยอยู่ที่บ้าน ครอบครัว เพื่อนและร่วมงานมีบทบาทในการช่วยเหลือได้มาก ในการจัดสภาพความเป็นอยู่และปรับเปลี่ยนแนวทางในการดำเนินชีวิตประจำวันให้สอดคล้องกับสภาพผู้ป่วย อย่างไรก็ตามการรักษาทางจิต-สังคม ก็มีความสำคัญไม่ยิ่งหย่อนกว่ากัน

การรักษาทางจิตสังคม (psychosocial treatment) ไพรัตน์ พุกกะชาติคุณากร (2534, หน้า 441) ได้กล่าวถึงการรักษาผู้ป่วยซึมเศร้าตามแนวจิตสังคม ดังต่อไปนี้

1. การรักษาแนวจิตวิเคราะห์ (psychoanalysis and psychoanalytic approaches)

เป้าหมายการรักษา เพื่อเปลี่ยนโครงสร้างทางบุคลิกภาพของผู้ป่วย เพิ่มความใกล้ชิดสนิทสนมและความไว้วางใจระหว่างบุคคล เรียนรู้การใช้กลไกป้องกันทางจิตที่เหมาะสม มีความสามารถที่จะจัดการกับอารมณ์ต่าง ๆ ในระหว่างการรักษาส່วนใหญ่ให้ผู้ป่วยมีประสบการณ์เกี่ยวกับความวิตกกังวล และความยุ่งยากใจโดยใช้เวลารักษาต่อเนื่องหลายปี ทั้งนี้เพื่อลดอาการของผู้ป่วย แก้ปัญหาโรคประสาท และเพิ่มคุณภาพชีวิต

2. การบำบัดชนิดสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล (interpersonal therapy) เป้าหมายการรักษา

2.1 เพื่อลดอาการซึมเศร้า และเพิ่มการยกย่องตนเอง

2.2 ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดแนวทางและวิธีการที่จะมีสัมพันธภาพที่ดีกับสังคม และบุคคลอื่น เนื่องจากการรักษานี้ใช้ระยะเวลาสั้น จึงไม่ได้พยายามที่จะสร้างบุคลิกลักษณะผู้ป่วยขึ้นมาใหม่ วิธีการรักษานี้ตระหนักถึงความสำคัญของพัฒนาการตอนต้นของชีวิต แต่เน้นความสำคัญของสัมพันธภาพระหว่างบุคคลในชีวิตปัจจุบันด้วย โดยถือว่าความขัดแย้งในอดีตจะแสดงออกมาในลักษณะของความสัมพันธ์ในปัจจุบัน

3. การรักษาแนวพฤติกรรมบำบัด (behavioral approaches) เป้าหมายการรักษา คือ การเพิ่มความบ่อยของปฏิกิริยาสัมพันธ์ในแง่บวกและลดปฏิกิริยาสัมพันธ์ในแง่ลบระหว่างผู้ป่วยกับสิ่งแวดล้อม การรักษาบางอย่างมีเป้าหมายเพื่อปรับปรุงความสามารถทางสังคม เชื่อว่าการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเป็นวิธีที่ได้ผลมากที่สุด ที่จะเปลี่ยนความรู้สึกและความซึมเศร้า

หลักการและเทคนิคการรักษา ประกอบด้วย

- 3.1 การบันทึกอารมณ์และกิจกรรมทั้งในเชิงบวกและลบ
- 3.2 เพิ่มกิจกรรมทั่วไป โดยเฉพาะอย่างยิ่งเรื่องที่น่ายินดี
- 3.3 จัดการหรือลดเรื่องราวที่ไม่น่ายินดี
- 3.4 สร้างกิจกรรมหรือรูปแบบใหม่ เพื่อให้ตนเองเข้มแข็ง
- 3.5 เพิ่มทักษะทางสังคม
- 3.6 ฝึกเทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ

3.7 ฝึกการบริหารเวลา

3.8 ฝึกทักษะความคิด, การเรียนรู้

การรักษาโรคซึมเศร้าโดยวิธีพฤติกรรมบำบัดมีหลายแนวทาง เช่น วิธี self-control therapy (Rehm), social learning therapy (Lewinsohn), social skills training (Hersen and Bellack)

4. การเรียนรู้ – พฤติกรรมบำบัด (cognitive - behavioral therapy) เป้าหมายการรักษาลดอาการซึมเศร้าและป้องกันการเกิดโรคซ้ำโดยการช่วยผู้ป่วยดังนี้

4.1 ชี้ให้เห็นและทดสอบความรู้ ความเข้าใจของเขาในแง่ลบ

4.2 สร้างแนวทางเลือก และแบบแผนที่ยืดหยุ่นกว่าเดิม

4.3 ชักซ้อมความรู้ ความเข้าใจและมีพฤติกรรมใหม่ โดยเปลี่ยนแนวทางที่ผู้ป่วยคิดและลดกลุ่มอาการซึมเศร้า

การรักษาผู้ป่วยโดยวิธี “ การเรียนรู้ – พฤติกรรมบำบัด ” มีส่วนประกอบพื้นฐาน 3 อย่าง คือ didactic – aspects, cognitive techniques และ behavioral technique

5. จัดบำบัดกลุ่มสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ประกอบด้วย

5.1 จัดบำบัดกลุ่มสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในโรงพยาบาล (in patient group psychotherapy for depression) มีเป้าหมายคือ

5.1.1 กระตุ้น หรือสร้างให้กลุ่มมีความเหนียวแน่น

5.1.2 ทำให้มีขวัญ, กำลังใจและศีลธรรม

5.1.3 ทำให้ผู้ป่วยอยู่ในโลกของความเป็นจริงขึ้นมา

5.1.4 ส่งเสริม และสร้างบรรยากาศของการรักษาขึ้นในโรงพยาบาล

5.2 จัดบำบัดกลุ่มสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก (out patient group psychotherapy for depression)

5.3 จัดบำบัดกลุ่มชนิดการเรียนรู้สำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (group cognitive therapy of depression)

5.4 การบำบัดผู้ป่วยโรคซึมเศร้าชนิดจิตพลวัต การประคับประคอง- การแสดงความรู้สึก (psychodynamic supportive-expressive therapy of depression)

นอกจากนี้ มานิต ศรีสุรภานนท์, และจำลอง ดิษขวนิช (2542, หน้า 172-174) ได้กล่าวถึงการรักษาทางจิตสังคม (psychosocial treatment) ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในอดีตว่า การรักษาทางจิตสังคมไม่สามารถลดอาการซึมเศร้าได้มากนัก แต่การรักษาดังกล่าวก็นับได้ว่าเป็นการรักษาที่มีประโยชน์มาก ในเรื่องของการปรับตัวทางสังคม (social adjustment) สำหรับในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา ได้มีผู้เสนอวิธีการรักษาทางจิตสังคมที่ให้ผลใกล้เคียงกับการรักษาด้วยยาอย่างน้อย 2 วิธี

คือ cognitive-behavioral therapy (CBT) และ interpersonal psychotherapy (IPT) แต่ผู้ป่วยจะตอบสนองต่อการรักษาทางจิตสังคมดีกว่าการรักษาด้วยยา

cognitive – behavioral therapy (CBT) เป็นการรักษาที่มีพื้นฐานมาจากแนวคิดว่าการแปลความหมาย (interpret) เหตุการณ์ในชีวิตของแต่ละบุคคลเป็นสิ่งที่มีความหมายต่อการตอบสนองทางอารมณ์และพฤติกรรมต่อเหตุการณ์นั้น ผู้ที่มีกระบวนการคิดในลักษณะที่ผิดหวังหรือหมกมุ่นในอดีต, ปัจจุบัน และอนาคตมีแนวโน้มที่จะเกิดการซึมเศร้าได้ ดังนั้นการแก้ไขกระบวนการคิดอย่างเป็นระบบจะช่วยให้ผู้ป่วยหายซึมเศร้าได้ ในการแก้ไขกระบวนการคิด ผู้ป่วยและผู้รักษาจะช่วยกันไขความสับสนของกระบวนการคิดในเหตุการณ์ต่าง ๆ กับการซึมเศร้า หลังจากนั้นจึงใช้เหตุผลต่าง ๆ มาแก้ไขกระบวนการคิดดังกล่าว ซึ่งเมื่อผู้ป่วยมีกระบวนการคิดที่เหมาะสมแล้วอาการซึมเศร้าก็จะลดลง

interpersonal psychotherapy (IPT) เป็นการรักษาที่มีพื้นฐานมาจากแนวคิดว่าปัญหาในเรื่องของสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (interpersonal relationships) เป็นปัจจัยสำคัญในการทำให้เกิดการซึมเศร้า การรักษาโดยวิธีนี้จะเน้นที่การแก้ไขปัญหาลักษณะที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์ชีวิตในปัจจุบัน (current life situations) และสัมพันธภาพระหว่างบุคคลเพื่อลดความรู้สึกทุกข์ทรมานใจ (distress)

การให้คำปรึกษา

ความหมายของการให้คำปรึกษา หลุยส์ (คมเพชร ฉัตรสุกกุล, 2530, หน้า 8, อ้างอิงจาก Louis, 1970, p. 10) กล่าวว่า การให้คำปรึกษาเป็นกระบวนการที่ผู้ที่มีปัญหาได้รับการช่วยเหลือให้เกิดความรู้สึกรู้สึกและการแสดงพฤติกรรมอย่างสบายใจขึ้น โดยผ่านการปะทะสัมพันธ์กับผู้ให้คำปรึกษา ซึ่งจะให้ข้อมูลและการแสดงปฏิกิริยาโต้ตอบ อันเป็นสิ่งที่ทำให้ผู้ที่มีปัญหาสามารถพัฒนาการแสดงพฤติกรรมของตนเอง ทำให้สามารถติดต่อเกี่ยวข้องกับบุคคลอื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพขึ้น

วัฒนา พชรวานิช (2531, หน้า 152) กล่าวว่า การให้คำปรึกษา หมายถึง กระบวนการสำคัญที่จะช่วยผู้ประสบปัญหา ให้สามารถแก้ไขปัญหได้ด้วยตนเอง รู้จัก และเข้าใจตนเอง เป็นอย่างดี สามารถเป็นผู้นำตนเองได้ และสามารถวางแผนทางชีวิตในอนาคตได้ สามารถปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อม และมีชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข

จิน แบรี่ (ม.ป.ป., หน้า 1) กล่าวว่า การให้คำปรึกษาหมายถึง กระบวนการที่มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลโดยอาศัยการสื่อสารแบบสองทางระหว่างบุคคลหนึ่งในฐานะผู้ให้คำปรึกษาซึ่งทำหน้าที่เอื้ออำนวยให้อีกฝ่ายหนึ่ง ซึ่งเป็นผู้รับคำปรึกษาได้สำรวจและทำความเข้าใจ

ถึงสิ่งที่เป็นปัญหา และสามารถทำให้ผู้รับการปรึกษาแสวงหาหนทางแก้ไขปัญหาเหล่านั้นได้ด้วยตนเอง

ผ่องพรรณ เกิดพิทักษ์ (2529, หน้า 124) กล่าวว่า การให้คำปรึกษาเป็นกระบวนการของการช่วยเหลือ และในกระบวนการนี้จะก่อให้เกิดสัมพันธภาพของการช่วยเหลือระหว่างผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับคำปรึกษา ผู้ให้คำปรึกษาจะเป็นผู้ที่มีความรู้ความสามารถ และได้รับการฝึกฝนมาพร้อมที่จะให้ความช่วยเหลือเพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาเข้าใจตนเองและสิ่งแวดล้อมได้ดีขึ้น สามารถตัดสินใจ และแก้ปัญหาต่าง ๆ ของตนได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีความสบายใจขึ้น เกิดการเปลี่ยนแปลงคติ ความรู้สึก ตลอดจนพฤติกรรมต่าง ๆ ในวิถีทางที่ดีขึ้น และสามารถวางโครงการในอนาคตของตนได้

เจียรนัย ทรงชัยกุล (2533, หน้า 743) กล่าวว่า การให้คำปรึกษาว่า หมายถึง กระบวนการช่วยเหลือซึ่งเกิดจากความสัมพันธ์ร่วมมือกันเป็นอย่งดีระหว่างบุคคลอย่างน้อย 2 คน ได้แก่ ผู้ให้บริการปรึกษาซึ่งมีคุณสมบัติด้านส่วนตัว และคุณสมบัติด้านวิชาชีพที่เหมาะสมให้ความช่วยเหลือแก่ผู้รับบริการปรึกษา ซึ่งเป็นผู้ที่ประสบปัญหา ต้องการพัฒนา และต้องการความช่วยเหลือที่จะเข้าใจตนเอง และสิ่งแวดล้อมได้ดีขึ้นมีทักษะและความสามารถในการตัดสินใจ และแก้ไขปัญหาด้วยตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ สามารถพัฒนาตนเองได้อย่างเหมาะสม และดำเนินชีวิตด้วยความสุขตามควรแก่สภาพ

จากข้อมูลดังกล่าวสรุปได้ว่า การให้คำปรึกษาเป็นกระบวนการให้ความช่วยเหลือ ซึ่งเกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับคำปรึกษา ภายใต้สัมพันธภาพที่ช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาเข้าใจเกี่ยวกับตนเอง สภาพแวดล้อมและปัญหาที่กำลังเผชิญอยู่ได้ดีขึ้น โดยผู้ให้คำปรึกษามีคุณสมบัติส่วนตัวและคุณสมบัติด้านวิชาชีพที่เหมาะสม ได้รับการฝึกฝนมาเป็นอย่างดี ใช้เทคนิคและวิธีการทางจิตวิทยาช่วยผู้รับคำปรึกษา ให้สำรวจความรู้สึกค่านิยม ตลอดจนข้อมูลต่าง ๆ เกี่ยวกับตนเอง เพื่อนำไปสู่ทักษะในการแก้ปัญหาต่าง ๆ ของตนเองได้ อย่างมีประสิทธิภาพ และเหมาะสม โดยการตัดสินใจเลือกเป้าหมายและวิธีการด้วยตนเอง

ความหมายของการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคล เจียรนัย ทรงชัยกุล (2529, หน้า 407) กล่าวว่า การให้คำปรึกษาแบบรายบุคคล หมายถึง การให้คำปรึกษาที่ผู้ให้คำปรึกษาให้ความช่วยเหลือผู้รับคำปรึกษา โดยให้คำปรึกษาเป็นการส่วนตัวเฉพาะรายในแต่ละครั้ง เพื่อให้เขาสามารถเข้าใจตนเองและสิ่งแวดล้อมได้ดีขึ้น สามารถเผชิญปัญหาที่กำลังประสบอยู่ได้ และมีทักษะในการแก้ปัญหาด้วยตนเองได้อย่างเหมาะสม สามารถวางโครงการชีวิตของตนได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถพัฒนาศักยภาพของตนเองได้อย่างเต็มขีดความสามารถ

ผ่องพรรณ เกิดพิทักษ์ (2529, หน้า 179) กล่าวว่า การให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลเป็น สัมพันธภาพของการช่วยเหลือส่วนบุคคลระหว่างผู้ให้คำปรึกษา และผู้รับคำปรึกษา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยให้ผู้รับบริการเข้าใจตนเอง และสิ่งแวดล้อม สามารถแก้ปัญหาที่กำลังเผชิญอยู่และ สามารถพัฒนาตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

จากข้อมูลดังกล่าวสรุปได้ว่า การให้คำปรึกษาแบบรายบุคคล เป็นกระบวนการให้ความช่วยเหลือที่ผู้ให้คำปรึกษามุ่งช่วยเหลือผู้รับคำปรึกษาให้สามารถเข้าใจตนเองและสิ่งแวดล้อม สามารถเผชิญและแก้ปัญหาที่กำลังเผชิญอยู่ได้อย่างมีประสิทธิภาพและสามารถพัฒนาตนเองได้ อย่างเต็มขีดความสามารถ โดยการให้คำปรึกษาเป็นการส่วนตัวเฉพาะรายในแต่ละครั้ง

ข้อดีของการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล เกียร์นีย์ ทรงชัยกุล (2529, หน้า 411) กล่าวว่า ข้อดีของการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล มีดังนี้คือ

1. ผู้รับคำปรึกษาได้รับความช่วยเหลือ ในการแก้ไขปัญหาเฉพาะของเขาจากผู้ให้คำปรึกษาโดยตรง ด้วยความละเอียด รอบคอบ และครอบคลุมอย่างเพียงพอ
2. ผู้รับคำปรึกษาเป็นจุดสนใจของผู้ให้คำปรึกษาแต่เพียงผู้เดียวในการให้คำปรึกษาแต่ละครั้ง เขาจึงเป็นผู้ที่ควรจะได้รับประโยชน์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นอย่างเต็มที่
3. ผู้รับคำปรึกษากล้าที่จะเปิดเผยตนเองอย่างอิสระกับผู้ให้คำปรึกษา ซึ่งจะช่วยให้การวินิจฉัยปัญหา และหาทางแก้ไข ได้อย่างถูกต้องรวดเร็วขึ้น
4. ผู้รับคำปรึกษาไม่ต้องกังวลถึงความคิดเห็นและความรู้สึก หรือข้อเสนอแนะของผู้อื่น นอกจากผู้ให้คำปรึกษาเพียงผู้เดียวระหว่างการให้คำปรึกษา
5. ผู้รับคำปรึกษาไม่ต้องวิตกกังวลถึงความไม่พร้อมทางด้านทักษะในเรื่องมนุษยสัมพันธ์ หรือบุคลิกภาพที่ไม่เหมาะสมของเขาในการแสดงออกกับผู้อื่น เพราะเขาจะมีความสัมพันธ์กับผู้ให้บริการปรึกษาแต่เพียงผู้เดียวในระหว่างการให้คำปรึกษา

ข้อจำกัดของการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล เกียร์นีย์ ทรงชัยกุล (2529, หน้า 412) ได้กล่าวถึง ข้อจำกัดของการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลมีดังต่อไปนี้คือ

1. ผู้รับคำปรึกษาซึ่งอยู่ในวัยรุ่น โดยทั่วไปไม่มีความเชื่อว่าปัญหาที่ตนประสบนั้น เพื่อนรุ่นเดียวกันจะเข้าใจ และหาทางออกได้ดีกว่าผู้ใหญ่ต่างวัย และต่างความคิดกับเขา
2. ผู้รับคำปรึกษาซึ่งอยู่ในวัยรุ่น โดยธรรมชาติไม่ต้องการแสดงออกอย่างเปิดเผยว่าไม่มีความสามารถในการแก้ไขปัญหาด้วยตนเองให้ผู้ใหญ่ได้รู้ เพราะเกรงว่าจะเสียสถานภาพที่ตนจะถูกมองว่าเป็นเด็ก
3. ผู้รับคำปรึกษาเสียโอกาสอันดีที่จะเสริมสร้างทักษะทางมนุษยสัมพันธ์และการปรับตัวต่าง ๆ กับเพื่อนคนอื่น ๆ ในวัยเดียวกันที่เผชิญปัญหาที่คล้ายคลึงกัน

4. ผู้รับคำปรึกษาอาจจะเกิดความเคยชินที่จะวางใจ และต้องการพึ่งพาความช่วยเหลือเฉพาะจากผู้ให้คำปรึกษาเท่านั้น

5. การให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลเป็นกิจกรรมที่ต้องใช้เวลาและบุคลากรซึ่งมีอยู่อย่างจำกัด ดังนั้นผู้ขอรับบริการปรึกษาจึงอาจไม่ได้รับบริการโดยทั่วถึง

จากข้อมูลดังกล่าวสรุปได้ว่า การให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลนั้นมีทั้งข้อดี และข้อจำกัด ข้อดีก็คือ การที่ผู้รับคำปรึกษาไม่ต้องกังวลถึงความรู้สึกและความคิดเห็นของผู้อื่นและไม่ต้องคอยระวังพฤติกรรมแสดงออกของตน เนื่องจากเป็นเพียงผู้เดียวในการให้คำปรึกษาในแต่ละครั้ง จึงสามารถเปิดเผยตนเองได้อย่างอิสระ ทำให้ปัญหาต่าง ๆ ได้รับการพิจารณาและแก้ไขได้อย่างถูกต้องและรวดเร็ว สำหรับข้อจำกัดของการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลนั้นคือ ผู้รับคำปรึกษาเสียโอกาสในการปรับตัวสร้างความสัมพันธ์กับผู้อื่น และยังอาจเกิดความเคยชินในการพึ่งพาความช่วยเหลือจากผู้อื่น นอกจากนี้การให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลยังมีข้อจำกัดในการให้ความช่วยเหลือกับผู้รับคำปรึกษาในกลุ่มวัยรุ่น

การให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ ประวัติความเป็นมาของทฤษฎีมหาวิทยาลัยไอทซอร์รมาธิราช (2533, หน้า 60) ทฤษฎีการให้คำปรึกษาเชิงบำบัดด้วยเหตุผล – อารมณ์ (rational emotive therapy) นิยมใช้ชื่อว่า RET เป็นวิธีการบำบัดที่ค่อนข้างจะเป็นแบบนำทาง มีความโน้มเอียงในการบำบัดทางความคิด โดยการให้ความรู้ตลอดถึงแนวทางการประพฤติ และการปฏิบัติโดยเน้นหนักทางระบบการคิด การตัดสินใจ การวิเคราะห์และการตัดสินใจใหม่ โดยใช้รูปแบบในการให้คำปรึกษาดำเนินการสนทนาอย่างตรง ๆ และใช้เทคนิคอื่นประกอบเพื่อให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ใหม่ขึ้น

เอลิส (Albert Ellis) นักจิตวิทยาคลินิกชาวอเมริกันเจ้าของทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบ RET เกิดเมื่อปี ค.ศ. 1913 ที่เมือง Pittsburgh มลรัฐ Pennsylvania ประเทศสหรัฐอเมริกา Ellis ได้ทำหน้าที่เป็นอาจารย์สอนในมหาวิทยาลัย Rutgers University และ New York University รวมทั้งยังทำหน้าที่ในด้านการบำบัดเกี่ยวกับปัญหาชีวิตสมรส ปัญหาครอบครัว และ ปัญหาเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์ ที่หน่วยงานด้านสุขภาพจิตอีกหลายแห่ง

Ellis เคยเป็นนักจิตวิทยาคลินิกซึ่งใช้วิธีการทางจิตวิเคราะห์ ซึ่งมีความเชื่อว่าปัญหาด้านอารมณ์ ความรู้สึกหลายรูปแบบ เป็นผลอันเกิดมาจากรูปแบบของการคิดที่ไร้เหตุผล รูปแบบการคิดที่ไร้เหตุผลเหล่านี้อาจก่อตัวตั้งแต่เมื่อครั้งยังอยู่ในวัยเด็ก และได้รับการเสริมแรงจากผู้ที่มีบทบาทต่อชีวิต รวมทั้งจากวัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อม บุคคลที่มีปัญหาด้านอารมณ์ ความรู้สึก จึงมักจะสร้างระบบความคิด ความเชื่อ ซึ่งจะนำไปสู่การเฝ้าบอกตนเองอย่างไร้เหตุผล และสิ่งนี้เองจะมีผลเกี่ยวโยงกับความรู้สึก และพฤติกรรมทำให้กลายเป็นคนที่ไร้เหตุผลต่อไป ในปี ค.ศ. 1955

Ellis ได้พัฒนาวิธีการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล และอารมณ์ โดยนำแนวคิดของจิตวิทยา กลุ่มมนุษยนิยม กลุ่มปรัชญานิยม และกลุ่มพฤติกรรมนิยมมาผสมผสานเข้าด้วยกัน เป็นรูปแบบของการบำบัดแบบพิจารณาเหตุผล (rational psychotherapy) ต่อมาได้เปลี่ยนชื่อเป็นการบำบัดแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ (rational emotive therapy หรือ RET) ซึ่งเป็นที่รู้จักกันในชื่อการบำบัดแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์และพฤติกรรม (rational emotive behavior therapy หรือ REBT) ในเวลาต่อมา (Corey, 2000, p.395)

แนวคิดที่สำคัญของทฤษฎีการให้บริการปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช (2533, หน้า 61)

1. ทรรศนะเกี่ยวกับธรรมชาติมนุษย์ ทฤษฎีการให้บริการปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล และอารมณ์มีทรรศนะเกี่ยวกับธรรมชาติมนุษย์ในประเด็นที่สำคัญพอสรุปได้ 5 ประการ ดังต่อไปนี้

1.1 มนุษย์ต่างจากสัตว์โลกทั้งหลาย เพราะมนุษย์มีค่านิยม มนุษย์สามารถที่จะคิด สามารถพัฒนาโครงสร้างการรู้คิดของตนได้ สามารถประเมินค่านิยมที่ตนยึดถือ และตัดสินใจปรับเปลี่ยนค่านิยมของตนเพื่อการมีพฤติกรรมใหม่ที่เหมาะสมยิ่งขึ้นได้

1.2 มนุษย์เกิดมาพร้อมกับมีศักยภาพที่จะเป็นผู้ที่มีเหตุผล แต่บางคนกลายมาเป็นผู้ที่ไร้เหตุผลทั้งนี้เพราะเขามีประสบการณ์ชีวิตที่ไม่ค่อยมีเหตุผลตั้งแต่เมื่อครั้งยังอยู่ในวัยเด็ก ประกอบกับชีวิตในปัจจุบันของเขาก็ยังคงดำเนินไปอย่างผิดเพี้ยน ไม่ค่อยมีเหตุผลเหมือนเดิม อารมณ์และเหตุผลของมนุษย์มีความสัมพันธ์กัน บุคคลที่ไร้เหตุผลมักจะมีปัญหาทางอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม เช่น รู้สึกท้อแท้สิ้นหวัง มีความรู้สึกไร้ค่า มีความรู้สึกหงุดหงิดฉุนเฉียว มีความทุกข์โศกมาก และมีความซึมเศร้า เป็นต้น ส่วนบุคคลที่มีเหตุผลจะมีอารมณ์ในเชิงบวก เช่น มีความสุข มีความสดชื่นรื่นเริง และมีความกระตือรือร้น เป็นต้น

1.3 มนุษย์เป็นผู้ที่มีทั้งเหตุผลและไร้เหตุผล การที่บุคคลมีอารมณ์ที่ไม่เหมาะสมหรือมีอารมณ์ในเชิงลบมักมีสาเหตุจากการมีความคิดความเชื่อที่ไร้เหตุผล แต่ถ้าบุคคลเรียนรู้ที่จะคิดอย่างมีเหตุผลมีผลมากขึ้น และลดการคิดอย่างไร้เหตุผลลง ก็จะนำไปสู่การมีพฤติกรรมที่เหมาะสม และมีโอกาสประสบความสุขความสำเร็จในชีวิตได้

1.4 มนุษย์มีความต้องการสิ่งที่ดีงามสำหรับชีวิต และถ้าบุคคลไม่ได้รับการตอบสนองสิ่งที่ต้องการ เขาก็มักจะโทษตนเองและโทษผู้อื่น แต่มนุษย์สามารถที่จะปรับเปลี่ยนความคิด และค่านิยมที่ไร้เหตุผลของตนได้ ดังนั้น หากบุคคลได้รับความช่วยเหลือให้รู้จักเปลี่ยนระบบการคิด และการรับรู้ที่ไม่มีเหตุผล ไปสู่การคิดอย่างมีเหตุผล ก็จะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในทางที่เหมาะสมขึ้น

1.5 ความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมของมนุษย์มีความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิด ดังที่เอลเลียส กล่าวว่า “เมื่อบุคคลแสดงความรู้สึก เขาก็จะคิดและแสดงพฤติกรรมด้วย เมื่อบุคคลแสดงพฤติกรรมเขาก็จะคิดและแสดงความรู้สึกด้วย และเมื่อบุคคลคิดเขาก็จะแสดงความรู้สึกและแสดงพฤติกรรมด้วย ”

2. ทฤษฎีบุคคลิกภาพ A-B-C เนื่องจาก RET มีแนวคิดสำคัญว่า อารมณ์ความรู้สึก และพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของบุคคล มีสาเหตุมาจากความคิดความเชื่อที่ไร้เหตุผลซึ่งบุคคล ฝึบบอกตนเองอยู่เสมอ ๆ ดังนั้น บุคคลควรได้รับความช่วยเหลือ โดยการสอนให้เขารู้จักปรับเปลี่ยนวิธีคิดอย่างมีเหตุผล จัดความคิดที่ไร้เหตุผลออกไป ซึ่งจะมีผลให้บุคคลเกิดอารมณ์สุข และมีพฤติกรรมที่เหมาะสมขึ้น

เอลเลียสได้เสนอแนวคิดที่สำคัญเกี่ยวกับบุคคลิกภาพซึ่งเรียกกันว่า ทฤษฎีบุคคลิกภาพ A-B-C (A-B-C theory of personality) ซึ่งเป็นวิธีการคิดอย่างมีเหตุผลเพื่อใช้ช่วยในการปรับเปลี่ยนวิธีคิดของผู้มาขอรับบริการให้เหมาะสมขึ้น ซึ่งมีสาระสำคัญดังนี้

A (activating event) หมายถึง เหตุการณ์ ปรากฏการณ์ ความรู้สึก พฤติกรรม หรือ เจตคติ ฯลฯ ที่ปรากฏขึ้น ซึ่ง RET มีแนวคิดว่าจะไม่ใช่สาเหตุที่ทำให้เกิด C

B (belief system) หมายถึง ระบบความคิดความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับ A ซึ่ง RET มีแนวคิดว่าเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิด C, B ประกอบด้วยความคิดความเชื่อที่มีเหตุผล (rational beliefs ซึ่งเขียนโดยย่อว่า rB's) ซึ่งมักพบได้จากพฤติกรรมซึ่งแสดงถึง ความปรารถนา ความอยาก และความชอบ นอกจากนี้ B ยังประกอบด้วยความคิดความเชื่อที่ไร้เหตุผล (irrational beliefs ซึ่งเขียนโดยย่อว่า iB's) ซึ่งมักพบเสมอจากพฤติกรรมซึ่งแสดงถึงการเรียกร้องอย่างรุนแรง การออกคำสั่ง และการต้องทำ (musts) ซึ่งเอลเลียสได้รวบรวมไว้ว่า การต้องทำมีอยู่ 3 ประการที่สำคัญ สรุปได้ดังนี้

1. ฉันต้องทำดี และ / หรือได้รับความรักจากบุคคลที่สำคัญสำหรับฉัน มันจะแย่มากเลยถ้าฉันทำไม่ดี ฉันไม่สามารถทนได้ ดังนั้น ฉันจึงเป็นบุคคลที่ไม่เอาไหนเลย
2. คุณต้องปฏิบัติต่อฉันอย่างมีเมตตาและยุติธรรม มันจะน่ากลัวมาก ถ้าคุณไม่ปฏิบัติต่อฉันอย่างมีเมตตาและยุติธรรม ฉันไม่สามารถทนคุณและพฤติกรรมของคุณได้ ดังนั้น คุณจึงเป็นคนเลว

3. โลกต้องข้องเกี่ยวกับฉันในทางที่ดี มีอนาคตและให้ในทุกสิ่งที่ฉันอยากได้ในฉับพลัน มันจะเลวร้ายทีเดียวถ้าไม่เป็นไปเช่นนั้น ฉันไม่สามารถทนอาศัยอยู่ในโลกที่แย่อย่างนี้ได้ ดังนั้น โลกจึงเป็นสถานที่ที่น่ารังเกียจอย่างที่สุด

C (consequence) หมายถึง อารมณ์ และ / หรือพฤติกรรมของบุคคล ซึ่งเป็นผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นมา โดย RET มีแนวคิดที่ C เป็นผลที่เกิดจาก B

ทฤษฎีบุคคลิกภาพ A-B-C ตามแนวคิดของ RET จึงเป็นวิธีการคิดอย่างมีเหตุผล ซึ่งผู้ให้บริการปรึกษาหารือช่วยให้ผู้มาขอรับบริการได้เข้าใจถึงสาเหตุของอารมณ์ที่ไม่เหมาะสมของเขาว่าเกิดจากอะไร

เอลลิส อธิบายว่า เมื่อมีประสบการณ์หรือเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นเอ (A) บุคคลจะมีความเชื่อหรือความคิดเกี่ยวกับประสบการณ์หรือเหตุการณ์ขึ้นบี (B) ซึ่งความเชื่อหรือความคิดของบุคคลต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเป็นสาเหตุทำให้บุคคลเกิดอารมณ์และพฤติกรรมซี (C)

แนวคิดในการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล-อารมณ์ ถือว่าเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นเอ (A) ไม่ได้เป็นสาเหตุให้บุคคลเกิดอารมณ์และพฤติกรรม ซี (C) โดยตรง แต่ความคิดหรือความเชื่อของบุคคลต่อเหตุการณ์นั้น บี (B) เป็นสาเหตุให้บุคคลเกิดอารมณ์และพฤติกรรมดังกล่าว ดังนั้นการช่วยให้บุคคลสามารถเปลี่ยนความคิดได้อย่างมีเหตุผลจะนำไปสู่อารมณ์และพฤติกรรมที่เหมาะสมยิ่งขึ้น (อำพัน ทັນสม, 2535, หน้า 33 อ้างอิง จาก Ellis, & Whiteley, 1979, pp. 16-45)

จากแนวความคิดที่ว่า ความเชื่อหรือความคิดที่ไม่มีเหตุผลของบุคคลเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดปัญหาทางอารมณ์และพฤติกรรม แต่เมื่อบุคคลสามารถเปลี่ยนความเชื่อหรือความคิดได้อย่างมีเหตุผล จะเป็นผลให้บุคคลมีอารมณ์และพฤติกรรมที่เหมาะสมยิ่งขึ้น จะเห็นได้ว่าความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมของบุคคลมีอิทธิพลซึ่งกันและกันอย่างใกล้ชิด ซึ่งแนวความคิดเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมของบุคคลนั้น เอลลิสได้เสนอแนวคิดว่า ความคิด ความรู้สึก และการกระทำของมนุษย์มีปฏิสัมพันธ์กันคือ ความคิดมีอิทธิพลต่อความรู้สึก และการกระทำ ความรู้สึกมีอิทธิพลต่อความคิดและการกระทำ และการกระทำมีอิทธิพลต่อความคิดและความรู้สึก ดังนั้นถ้าบุคคลปรับลักษณะใดลักษณะหนึ่งให้เปลี่ยนไป ก็จะทำให้ลักษณะอื่นเปลี่ยนแปลงไปด้วย (อำพัน ทันสม, 2535, หน้า 33 อ้างอิงจาก Ellis, & Whiteley, 1979, p.44)

การพิจารณามนุษย์ตามแนวคิดของการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ การให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ จะมุ่งเน้นไปที่ความคิด โดยทฤษฎีนี้มีแนวความคิดว่า อารมณ์และเหตุผลของบุคคลมีความสัมพันธ์กัน โดยที่ความคิดและการรับรู้ต่อสภาพการณ์ต่าง ๆ เป็นตัวก่อให้เกิดความรู้สึกซึ่งจะส่งผลต่อการกระทำของบุคคล คือ ทฤษฎีนี้เน้นความสัมพันธ์ระหว่างความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมของมนุษย์ การพิจารณามนุษย์ตามการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์มีดังนี้ (Ellis, & Harper, 1961)

1. ความคิดของมนุษย์เป็นทั้งผู้มีเหตุผลและ ไม่มีเหตุผล เมื่อมนุษย์ใช้ความคิดที่มีเหตุผล จะนำไปสู่การกระทำอย่างมีประสิทธิภาพ

2. ในกระบวนการพัฒนาการ มนุษย์ได้รับการสอนหรือได้รับประสบการณ์ที่ทำให้เกิดความคิดเกี่ยวกับตนเองและบุคคลอื่นในแง่มุมต่าง ๆ กัน ซึ่งก่อให้เกิดอารมณ์ที่เป็นสุขหรืออารมณ์เศร้าก็ได้
3. อารมณ์ที่ไม่เป็นสุขของมนุษย์ เป็นผลมาจากการที่มนุษย์มีความคิดที่ไม่มีเหตุผลซึ่งมาจากการรับรู้และทัศนคติของเขาที่มีต่อเหตุการณ์นั้น ๆ ตามลำพังแต่ตัวเหตุการณ์เองไม่ได้ก่อให้เกิดอารมณ์อันไม่เป็นสุข
4. มนุษย์มีความสามารถที่จะเปลี่ยนแปลงความคิดและค่านิยมอันไม่มีเหตุผลของตนได้ ซึ่งจะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการกระทำ ดังนั้นควรจะเปลี่ยนความคิดที่ไม่มีเหตุผลเสียใหม่โดยเปลี่ยนระบบการคิดและการรับรู้ไปสู่ความคิดที่มีเหตุผล
5. มนุษย์ยังมีข้อจำกัดและความผิดพลาด ไม่ได้รอบรู้ไปหมด เขาอาจจะเอาชนะความผิดพลาดหรืออุปสรรคได้บ้าง แต่ไม่ใช่ทั้งหมดหรือสมบูรณ์แบบ เช่น มนุษย์ไม่สามารถเอาชนะความตาย
6. มนุษย์ทุกคนต้องตาย แต่ยังไม่มียืนยันว่าตายแล้วไปไหน หรือหลังจากตายแล้วจะเกิดอะไรขึ้นต่อไป ดังนั้นจึงควรทำให้ดีที่สุดขณะมีชีวิตอยู่ ไม่ใช่หวังจะไปตั้งถิ่นฐานใหม่ในชาติหน้า และปล่อยชีวิตตามยถากรรมในปัจจุบัน
7. ความสุขเป็นสิ่งที่ทุกคนปรารถนา แต่เนื่องจากมนุษย์เป็นสัตว์โลกที่มีอายุยืนยาว ฉะนั้นควรมีจุดประสงค์เพื่อความสุขระยะยาวดีกว่าระยะสั้น
8. พฤติกรรมของมนุษย์ส่วนหนึ่งได้รับอิทธิพลจากสังคมและชีวภาพ มนุษย์มีเสรีภาพในการที่จะเลือกกระทำ แต่ก็มีข้อจำกัดตามที่สังคมกำหนด ทั้งนี้เพื่อให้สังคมอยู่อย่างสงบ
9. มนุษย์เกิดมามีความโน้มเอียงที่จะมีเหตุผล ต้องการรักษาตนเอง รักตนเอง อยากพัฒนาตนเอง แต่บางขณะอาจเกิดการฟ่ายเฟ้อตนเองหรือทอดลอย โดยถือเอาความพอใจในระยะสั้นเป็นหลักซึ่งจะใช้ความคิดอย่างทะลุปรุโปร่ง
10. เนื่องจากความคิด อารมณ์ และการกระทำมีความสัมพันธ์กัน โดยเน้นอิทธิพลของความคิดมาก ดังนั้นการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ จะช่วยทำให้ผู้รับบริการได้ปรับปรุงปรัชญา ซึ่งจะมีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอารมณ์และการกระทำของเขาไปสู่แนวทางที่พึงปรารถนา
11. ผู้ให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ มีความเชื่อหรือหลักการเหมือนนักภวนิยม และนักมนุษยนิยมว่า คนเรามีกรอบแห่งความคิดหรือการรับรู้ของตนเอง ดังนั้นผู้ให้คำปรึกษาพึงทำความเข้าใจกรอบแห่งความคิดของผู้รับบริการ

12. ผู้ให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ เชื่อว่าบุคคลวางเงื่อนไขกับตนเอง ทำให้รู้สึกไม่สบายใจหรือมีปัญหา โดยมีความคิดหรือความเชื่อผิด ๆ เอลเลียตกล่าวว่า “ คนที่มีปัญหา คือ คนที่พูดกับตนเองซ้ำซากด้วยความเชื่อผิด ๆ ” เช่น คนสองคนได้รับเชิญไปงานขึ้นบ้านใหม่ของเพื่อน (activating experience or event = A) คนหนึ่งรับรู้ถึงความงามของบ้านนั้น (emotional consequence = C) แต่อีกคนหนึ่งรู้สึกโกรธแค้นด้วยความอิจฉา (emotional consequence = C) เพราะเขามีความเชื่อหรือความคิดที่ไม่มีเหตุผลและเฝ้าบอกตนเอง (belief or thinking = B) ว่าบ้านของเขาสวยสู้บ้านเจ้าภาพไม่ได้ เขาจะต้องเหนือกว่าผู้อื่น เมื่อผู้อื่นมีสิ่งที่เหนือกว่าจึงทำให้เป็นทุกข์ แต่คนแรกมีอารมณ์ที่ชื่นบานโดยเขาบอกกับตนเองว่า ที่นี่เป็นสิ่งแวดล้อมที่น่าชื่นชม โดยไม่ได้คิดว่าตนจะต้องเหนือกว่าผู้ใดด้วยประการทั้งปวงเหมือนกับคนที่สอง

ลักษณะความคิดที่มีเหตุผลและไม่มีเหตุผล เอลเลียต และ ไวท์เลย์ (Ellis, & Whiteley, 1979, pp. 4-6) ได้เสนอความคิดที่ไม่มีเหตุผล 3 ลักษณะ ดังนี้

แนวคิดที่ 1 ฉันต้องเป็นคนที่มีความสามารถสูง เป็นผู้มีความเหมาะสมและประสบความสำเร็จ ฉันต้องได้รับการยอมรับจากทุกคน ถ้าฉันทำสิ่งใดไม่สำเร็จนั่นคือสิ่งที่เลวร้ายมากสำหรับฉัน ฉันทนต่อความล้มเหลวที่เกิดขึ้นไม่ได้ เพราะมันหมายถึงฉันไม่สามารถทำตนให้คนอื่นยอมรับได้ ฉันจึงเป็นคนที่ไม่ได้ความ

บุคคลที่ยึดมั่นตามแนวคิดที่ไม่มีเหตุผลนี้ มีแนวโน้มที่จะรู้สึกว่าตนเองไร้ความสามารถ ไร้คุณค่า วิตกกังวล รู้สึกกลัวต่อเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น และอาจทำให้เกิดโรคประสาทย้ำคิดย้ำทำ

แนวคิดที่ 2 คนอื่นจะต้องทำดีต่อฉัน ให้ความยุติธรรม และแสดงออกต่อฉันอย่างดีจนฉันพึงพอใจ เป็นสิ่งเลวร้ายมากถ้าเขาไม่สามารถทำในสิ่งที่ฉันต้องการได้ ฉันทนไม่ได้ที่เขารังเกียจฉัน ถ้าเขาทำในสิ่งที่ฉันต้องการไม่ได้เขาควรถูกตำหนิและถือว่าเป็นคนไร้คุณค่า

บุคคลที่มีความคิดที่ไม่มีเหตุผลตามแนวคิดนี้ มีแนวโน้มที่จะเป็นคนโกรธง่าย ชอบตำหนิหรือประณามผู้อื่น คือฉัน มีความรุนแรง ติงสูง อาฆาตพยาบาท คิดแค้นแค้นและอาจจะกลายเป็นฆาตกรได้

แนวคิดที่ 3 ฉันต้องรับได้ทุกอย่างที่ฉันต้องการ ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะต้องดี เป็นไปในทางบวก และเป็นไปในทิศทางที่ฉันต้องการให้เป็น โดยปราศจากอุปสรรคและความยากลำบากใด ๆ ฉันทนความล้าชองใจ หรือสิ่งที่ไม่เป็นไปตามที่คิดไม่ได้

บุคคลที่มีความคิดไม่มีเหตุผลเช่นนี้ จะเป็นคนที่โกรธง่าย สงสารตนเอง ซึมเศร้า มีความอดทนต่ำมาก มีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงนี้ ปล่อยเวลาโดยเปล่าประโยชน์ ขาดวินัยและผลัดวันประกันพรุ่ง

จากความคิดไม่มีเหตุผลทั้ง 3 ลักษณะนี้ จะเห็นว่า ลักษณะความคิดไม่มีเหตุผลดังกล่าว เป็นความคิดที่กำหนดไว้อย่างกว้าง ๆ ซึ่งเป็นผลให้การจำแนกความแตกต่างระหว่างความคิดมีเหตุผลและความคิดไม่มีเหตุผลไม่ชัดเจน ดังนั้น เอลเลียตจึงได้รวบรวมลักษณะความคิดไม่มีเหตุผลออกเป็น 11 ลักษณะย่อย ๆ พร้อมทั้งเสนอความคิดมีเหตุผลขึ้น 11 ลักษณะ เช่นกัน

เอลเลียต กล่าวว่า ความคิดที่ไม่มีเหตุผล ประกอบด้วยความคิดต่าง ๆ 11 ลักษณะ ดังนี้

1. บุคคลต้องได้รับความรักและการยอมรับจากทุกคน ทุก ๆ คนต้องยอมรับเราด้วยความจริงใจ
 2. บุคคลที่จะได้ชื่อว่าเป็นคนที่มีคุณค่า จะต้องเป็นผู้ที่มีความสามารถสูง มีความเหมาะสมและประสบความสำเร็จอย่างสมบูรณ์ในการทำสิ่งต่าง ๆ ทุกอย่าง
 3. คนที่เป็นคนเลว น่ารังเกียจ และชั่วร้าย ควรจะถูกตำหนิหรือลงโทษอย่างสาสม
 4. เมื่อสิ่งต่าง ๆ ไม่เป็นไปตามที่บุคคลต้องการ นับว่าเป็นสิ่งเลวร้ายมาก
 5. อารมณ์ไม่เป็นสุขเกิดจากสภาพการณ์ภายนอกตัวบุคคลซึ่งเราไม่สามารถควบคุมอะไรได้เลย
 6. สิ่งอันตรายและน่ากลัว อาจเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา บุคคลต้องคำนึง คิดวิตกไว้ล่วงหน้าเสมอ
 7. การคิดที่จะหลีกเลี่ยงความลำบากและความรับผิดชอบต่อตนเอง ง่ายกว่าที่จะเผชิญหน้ากับมัน
 8. บุคคลควรพึ่งพาผู้อื่น และควรมีคนที่เข้มแข็งกว่าเป็นที่พึ่ง
 9. ประสบการณ์และเหตุการณ์ในอดีตเป็นเครื่องตัดสินพฤติกรรมในปัจจุบัน และอิทธิพลในอดีตที่เป็นมาอย่างไร ก็ไม่มีวันที่จะลบล้างไปได้
 10. บุคคลควรมีความรู้ลึกซึ้งเข้าใจ เป็นทุกข์ต่อปัญหาและความทุกข์ของผู้อื่นเราจำเป็นต้องหาให้ได้ มิฉะนั้น จะต้องเกิดผลร้ายขึ้นอย่างแน่นอน
 11. ปัญหาทุกปัญหาจะต้องแก้ไขได้อย่างถูกต้องและสมบูรณ์แบบ
- ลักษณะความคิดที่มีเหตุผล เอลเลียตได้จำแนกไว้ 11 ลักษณะ คือ

1. บุคคลปรารถนาที่จะได้รับความรักและการยอมรับจากผู้อื่น แต่มิได้หมายความว่า จะต้องทุ่มเทความสนใจ และปรารถนาที่จะได้รับความรักแต่เพียงอย่างเดียว แต่จะกระทำในสิ่งที่เป็น การให้ความรัก และคิดในสิ่งที่เป็นประโยชน์และสร้างสรรค์
2. บุคคลจะกระทำสิ่งใด ๆ อย่างเต็มที่ เพราะต้องการที่จะทำมากกว่าการที่จะทำเพื่อให้ดีกว่าคนอื่น การทำงานก่อให้เกิดการเรียนรู้ และการทำงานอาจผิดพลาดได้

3. ทุกคนอาจพบความล้มเหลวหรือความผิดพลาดได้ จึงไม่ควรโทษตนเองและผู้ที่ล้มเหลวและทำอะไรผิดพลาด แต่ควรยอมรับความล้มเหลวนั้น และพยายามหาทางไม่ให้เกิดขึ้นอีก

4. บุคคลไม่พึงทำให้สภาพการณ์ที่ไม่พึงปรารถนานั้นลุกลามใหญ่โตขึ้น ควรแก้ไขสภาพการณ์ให้ดีขึ้น หากไม่สามารถแก้ไขให้ดีขึ้นได้ก็ต้องยอมรับและไม่ถือว่าเป็นสิ่งเลวร้ายมากนัก

5. ถ้าบุคคลยอมรับว่าสิ่งที่ไม่พึงปรารถนาและสภาพการณ์ทางอารมณ์ที่เกิดขึ้น มีสาเหตุมาจากการรับรู้ การประเมินตนเอง สิ่งเหล่านั้นก็จะสามารถควบคุมหรือเปลี่ยนแปลงได้

6. บุคคลตระหนักในความจริงว่าอันตรายที่มีอยู่ไม่เลวร้ายอย่างที่กลัว ควรรู้ว่าคุณวิตกกังวลเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดความกลัวมากกว่าเหตุการณ์ที่น่ากลัวจริงๆ

7. การเผชิญกับความยากลำบากและความรับผิดชอบ จะเป็นประโยชน์ต่อตนเองในระยะยาวมากกว่าการหลีกเลี่ยง

8. บุคคลมีความพยายามที่จะเป็นตัวของตัวเองและมีความรับผิดชอบ แต่ควรที่จะฟังผู้อื่น หรือการยอมรับการช่วยเหลือจากผู้อื่นเมื่อมีความจำเป็น

9. บุคคลยอมรับว่าประสบการณ์ในอดีตมีความสำคัญ แต่ก็ตระหนักว่าเหตุการณ์ในปัจจุบันสามารถเปลี่ยนแปลงได้ การวิเคราะห์อิทธิพลจากอดีต การพิจารณาความเชื่อที่เป็นโทษ บุคคลสามารถนำมาเป็นแนวทางในการปรับปรุงตนเองต่อไปได้

10. เมื่อบุคคลอื่นเป็นทุกข์หรือถูกรบกวน ควรหาทางช่วยเหลือเขาถ้าทำได้ ถ้าทำไม่ได้ก็ต้องยอมรับและทำเท่าที่จะทำได้ให้ดีที่สุด

11. บุคคลควรหาทางแก้ปัญหาหลาย ๆ ทางที่มีความเป็นไปได้ และเลือกทางที่เหมาะสมที่สุด และยอมรับความจริงว่าในแต่ละปัญหาย่อมไม่มีทางเลือกในการแก้ปัญหาที่สมบูรณ์แบบที่สุด อย่างไรก็ตาม ในการที่จะพิจารณาว่าความคิดใดหรือพฤติกรรมใดมีเหตุผลหรือไม่นั้น เอลเลียต ได้เสนอเกณฑ์ในการพิจารณาไว้ 5 ประการ ดังนี้ (ประเทือง ภูมิภทราคม, 2540, หน้า 290)

1. ความคิดหรือพฤติกรรมนั้นตั้งอยู่บนพื้นฐานความจริงที่เป็นปรนัย
2. การตัดสินใจหรือการกระทำนั้นเป็นการช่วยเหลือและป้องกันชีวิตตนเอง
3. ความคิดหรือการกระทำนั้น ช่วยให้อรรถประโยชน์ทั้งระยะใกล้และระยะไกลได้อย่างรวดเร็ว หรือช่วยให้ได้สิ่งที่ต้องการ
4. ความคิดหรือการกระทำนั้น ช่วยป้องกันหรือกำจัดความขัดแย้งภายในตนเอง
5. ความคิดหรือการกระทำนั้น ช่วยป้องกันหรือกำจัดความขัดแย้งกับผู้อื่น

จากเกณฑ์ทั้ง 5 ประการนี้ คานิปปิง, และคณะ (Knipping et al., 1976, p. 278) ได้เสนอว่า ความคิดใจหรือพฤติกรรมใจ ถ้ามีลักษณะ 3 ใน 5 ประการดังกล่าวนี้ ก็ถือว่าเป็นความคิดหรือพฤติกรรมที่มีเหตุผล

เป้าหมายของการให้บริการปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช (2533, หน้า 64, อ้างอิงจาก Ellis, 1984, p. 24) กล่าวว่า การให้บริการปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์มีเป้าหมายอย่างกว้าง ๆ คือ เพื่อช่วยให้ผู้รับบริการสามารถดำรงชีวิตอยู่กับความเป็นจริงและอย่างมีเหตุผล

สำหรับเป้าหมายหลักของการให้บริการปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ คือ การสอนให้ผู้รับบริการสามารถสืบค้นและเอาชนะความคิดความเชื่อที่ไร้เหตุผล รวมทั้งสามารถปรับเปลี่ยนความคิดความเชื่อที่ไร้เหตุผลมาเป็นความคิดความเชื่อที่มีเหตุผล ซึ่งจะส่งผลให้ผู้รับบริการมีอารมณ์ความรู้สึก และมีพฤติกรรมใหม่ที่เหมาะสมขึ้น ตลอดจนสามารถดำรงชีวิตด้วยความสุข

นอกจากนี้ การให้บริการปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ยังมีเป้าหมายเฉพาะซึ่งมีประเด็นที่สำคัญดังต่อไปนี้

1. ช่วยให้ผู้รับบริการตระหนักว่า ความคิดความเชื่อที่ไร้เหตุผล ก่อให้เกิดปัญหาด้านอารมณ์ความรู้สึกที่ไม่เหมาะสม และจะส่งผลให้มีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมต่อไปด้วย ดังนั้นผู้รับบริการควรได้รับความช่วยเหลือให้รู้จักวิธีคิดอย่างมีเหตุผล รู้จักการควบคุมและเอาชนะอารมณ์ความรู้สึกที่ไม่เหมาะสม ซึ่งการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ได้จำแนกอารมณ์ที่เหมาะสมกับอารมณ์ที่ไม่เหมาะสมออกจากกันอย่างชัดเจน คือ

- 1.1 อารมณ์ที่เหมาะสม (appropriate feelings) คือ ภาวะอารมณ์ที่ช่วยผลักดันให้บุคคลสามารถตอบสนองสภาพการณ์ที่เกิดขึ้นไปสู่เป้าหมายที่ต้องการได้ อารมณ์ที่เหมาะสมประกอบด้วย

- 1.1.1 อารมณ์ที่เหมาะสมทางบวก (appropriate positive emotion) เป็นอารมณ์ที่แสดงถึงความต้องการ ความปรารถนา และความชอบต่าง ๆ ของมนุษย์ต่อสภาพการณ์ที่เกิดขึ้นได้แก่ อารมณ์ที่เกี่ยวกับความรัก ความสุข ความพึงพอใจ และความอยากรู้อยากเห็น เป็นต้น

- 1.1.2 อารมณ์ที่เหมาะสมทางลบ (appropriate negative emotions) เป็นอารมณ์ที่แสดงถึงความคับข้องใจ หรือ ไม่พึงพอใจต่อสภาพการณ์ที่เกิดขึ้นได้แก่ อารมณ์ที่เกี่ยวกับความเสียใจ คับข้องใจ รำคาญใจ ซึ่งอารมณ์ด้านลบนี้จัดอยู่ในประเภทอารมณ์ที่เหมาะสม เนื่องจากอารมณ์ประเภทนี้จะช่วยกระตุ้นให้บุคคลพยายามเปลี่ยนแปลงสภาพการณ์ที่ก่อให้เกิดอารมณ์ทางลบไปสู่สภาพที่ตนต้องการได้ เช่น สภาพการณ์ที่บุคคลถูกปฏิเสธ หรือ ประสบความล้มเหลวในการทำงาน

จะทำให้บุคคลเป็นทุกข์ และเสียใจ ซึ่งอารมณ์เหล่านี้จะกระตุ้นให้บุคคลมีความพยายามในการทำงานเพิ่มขึ้น เพื่อให้ได้รับสิ่งที่ตนต้องการ

1.2 อารมณ์ที่ไม่เหมาะสม (inappropriate emotions) คือ ภาวะอารมณ์ที่ขัดขวางการตอบสนองสภาพการณ์ที่เกิดขึ้นของบุคคลมิให้ไปสู่เป้าหมายที่ต้องการ ได้แก่ อารมณ์ที่แสดงถึงความวิตกกังวล ซึมเศร้า ท้อแท้ ถีนท้วง และรู้สึกไม่มีคุณค่า อารมณ์ประเภทนี้จัดเป็นอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม เนื่องจากอารมณ์เหล่านี้ไม่ช่วยผลักดันให้บุคคลพยายามเปลี่ยนแปลงสภาพการณ์ที่ก่อให้เกิดอารมณ์ที่ไม่เหมาะสมไปสู่สภาพการณ์ที่ตนต้องการ แต่กลับทำให้สภาพการณ์นั้นเลวร้ายลง เช่น บุคคลที่เกิดอารมณ์เศร้า เมื่อถูกปฏิเสธ หรือประสบความล้มเหลวในการทำงาน อาจทำให้บุคคลไม่กระตือรือร้น เฉื่อยชา และไม่คิดปรับปรุงตนเอง เพื่อให้ได้รับสิ่งที่ตนต้องการ

2. ช่วยให้ผู้รับบริการสามารถแก้ไขปัญหาอุปสรรคที่อาจเกิดขึ้นในอนาคตด้วยตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3. ช่วยให้ผู้รับบริการมีความรับผิดชอบต่อชีวิตของตนเอง รักการพึ่งพาตนเองอย่างเต็มกำลังความสามารถของตน สามารถแก้ไขปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นด้วยตนเองได้เป็นส่วนใหญ่ และเมื่อเขาอยากได้รับความร่วมมือช่วยเหลือจากผู้อื่น เขาก็จะไม่เรียกร้องการสนับสนุนช่วยเหลือจากบุคคลอื่น โดยสิ้นเชิง

4. ช่วยให้ผู้รับบริการสนใจและยอมรับในคุณค่าของตนเองและของบุคคลอื่น ซึ่งจะช่วยให้มีการปรับตัวในการอยู่ร่วมกันกับผู้อื่นได้ด้วยความสุข

5. ช่วยให้ผู้รับบริการมีวิธีการคิดเชิงวิทยาศาสตร์กล่าวคือ สามารถนำเอาข้อมูล เหตุผล และวิธีการเชิงวิทยาศาสตร์ ไปใช้ประโยชน์กับตนเองและการติดต่อสัมพันธ์กับผู้อื่นได้

6. ช่วยให้ผู้รับบริการมีความเข้าใจในตนเองและยอมรับตนเองตามความเป็นจริง มีความพึงพอใจที่มีชีวิตอยู่ และรู้จักแสวงหาความสุขให้กับชีวิต โดยที่ไม่ทำความเดือดร้อนให้แก่ผู้อื่น

7. ช่วยให้ผู้รับบริการรู้จักวิเคราะห์เหตุการณ์และสิ่งต่าง ๆ อย่างใคร่ครวญรอบคอบ มีเหตุผล และด้วยสติปัญญา สามารถยอมรับในความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้ และสามารถเห็นแนวทางในการแก้ไขปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม

8. ช่วยให้ผู้รับบริการมีความอดทนอดกลั้นต่อความผิดพลาดของผู้อื่นได้ กล่าวคือ ในขณะที่ไม่ชอบหรือรังเกียจพฤติกรรมของบุคคลอื่น เขาก็จะไม่ประณามหาญเหยียดบุคคลผู้ที่แสดงพฤติกรรมซึ่งก่อให้เกิดความไม่พอใจให้กับเขา

9. ช่วยให้ผู้รับบริการมีความยืดหยุ่นทางความคิดเปิดใจกว้างยอมรับในความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ยอมรับในความแตกต่างระหว่างบุคคล ยอมรับในความคิดเห็น และสิ่งต่าง ๆ ที่

หลากหลาย โดยไม่ดันทุรังยอมรับเฉพาะความคิดเห็นของตน หรือยึดถือความคิดความเชื่อของตน เป็นใหญ่เหนือของผู้อื่นอยู่เสมอ

10. ช่วยให้ผู้รับบริการกล้าเสี่ยง กล่าวคือ เมื่อผู้รับบริการถามตนเองว่าอะไรคือสิ่งที่เขาอยากจะทำในชีวิต ผู้ให้บริการปรึกษาจะช่วยให้ผู้รับบริการปรึกษากล้าเสี่ยงคิด กล้าเสี่ยงทำในสิ่งต่าง ๆ เหล่านั้นให้เต็มตามศักยภาพของเขา โดยไม่กังวลถึงความผิดพลาดล้มเหลวที่อาจเกิดขึ้นได้มากจนเกินไปนัก

ขั้นตอนการให้บริการปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ มหาวิทยาลัยสุโขทัย
ธรรมาธิราช (2533, หน้า 65-66)

1. ขั้นเริ่มต้นกระบวนการให้ความช่วยเหลือ ผู้ให้บริการปรึกษาควรสร้างสายสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการปรึกษา แต่การสร้างสายสัมพันธ์รวมทั้งการมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกันระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการปรึกษาในกระบวนการให้บริการปรึกษาเป็นสิ่งจำเป็นพื้นฐานในการทำงานร่วมกันให้บรรลุเป้าหมาย ดังนั้นผู้ให้บริการปรึกษาควรช่วยให้ผู้รับบริการเกิดความรู้สึกอบอุ่นเป็นกันเอง สามารถระบายความคิดความเชื่อของตนได้อย่างอิสระได้รับการยอมรับ โดยปราศจากเงื่อนไข และได้รับความเห็นอกเห็นใจอย่างจริงใจ

ต่อมา ผู้ให้และผู้รับบริการปรึกษาจะกำหนดความรับผิดชอบของแต่ละฝ่ายในกระบวนการให้ความช่วยเหลือ เช่น

1.1 ผู้ให้บริการปรึกษาจะอธิบายหลักการ และกระบวนการให้บริการปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ในประเด็นที่สำคัญให้ผู้รับบริการเข้าใจ

1.2 ผู้ให้บริการปรึกษาช่วยผู้รับบริการรวบรวมปัญหา หรือความยุ่งยากใจต่าง ๆ ที่เขาประสบอยู่

1.3 ผู้รับบริการระบุเป้าหมายของการมาขอรับบริการปรึกษาของตนได้

1.4 ผู้ให้และผู้รับบริการปรึกษาดกลงให้ความร่วมมือกันในการปรับเปลี่ยนอารมณ์ความรู้สึกและพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้รับบริการ

1.5 ผู้ให้และผู้รับบริการปรึกษากำหนดข้อตกลงร่วมกันว่า มีเป้าหมายเฉพาะอะไรบ้างที่ต้องการบรรลุ

2. ขั้นดำเนินงานให้ความช่วยเหลือ มีวิธีการดำเนินให้ความช่วยเหลือ ซึ่งมุ่งเน้นการช่วยให้ผู้รับบริการละทิ้งความคิดความเชื่อที่ไร้เหตุผล และเรียนรู้วิธีคิดอย่างมีเหตุผลซึ่งประกอบด้วยขั้นตอนย่อย ๆ 4 ขั้นตอน ดังต่อไปนี้

ขั้นที่หนึ่ง ผู้ให้บริการปรึกษาชี้แจงให้ผู้รับบริการตระหนักถึงความคิดความเชื่อที่ไร้เหตุผลของเขา ช่วยให้ผู้รับบริการเข้าใจถึงผลของการมีอารมณ์ความรู้สึกที่ไม่เหมาะสมซึ่งมีสาเหตุ

มาจากความคิดความเชื่อที่ไร้เหตุผล รวมทั้งช่วยให้ผู้รับบริการเรียนรู้ที่จะจำแนกความคิดความเชื่อที่มีเหตุผล ออกจากความคิดความเชื่อที่ไร้เหตุผล

ขั้นที่สอง ผู้ให้บริการปรึกษากระตุ้นให้ผู้รับบริการรับผิดชอบต่อปัญหาทางอารมณ์ และพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของตน ซึ่งมีสาเหตุมาจากความคิดความเชื่อที่ไร้เหตุผล

ขั้นที่สาม ผู้ให้บริการปรึกษาช่วยให้ผู้รับบริการต่อต้านและ/หรือขจัดความคิดความเชื่อที่ไร้เหตุผล และปรับเปลี่ยนความคิดความเชื่ออย่างมีเหตุผล โดยใช้วิธีการให้ความช่วยเหลือแบบนำทาง และนำเอาวิธีการเชิงวิทยาศาสตร์มาใช้อธิบาย ชี้แจง และสอนให้ผู้รับบริการเกิดการเรียนรู้ที่จะคิดและเชื่ออย่างมีเหตุผล

ขั้นที่สี่ ผู้ให้บริการปรึกษาช่วยให้ผู้รับบริการคงความเป็นบุคคลที่มีความคิดความเชื่อที่มีเหตุผล ทั้งในปัจจุบันและต่อไปในอนาคต รวมทั้งกระตุ้นให้ผู้รับบริการพัฒนาปรัชญาในการดำรงชีวิตของตนอย่างมีเหตุผล

3. **ขั้นตอนการให้ความช่วยเหลือ** ช่วยให้ผู้รับบริการทบทวนความเปลี่ยนแปลงและความก้าวหน้าที่เกิดขึ้นกับตัวเอง เช่น มีอารมณ์ความรู้สึกและมีพฤติกรรมใหม่ที่เหมาะสมขึ้น ตลอดจนมีการดำรงชีวิตอย่างมีความสุขมากกว่าแต่ก่อน ซึ่งความเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ล้วนมีรากฐานมาจากการที่ผู้รับบริการปรับเปลี่ยนมาเป็นบุคคลที่มีความคิดความเชื่ออย่างมีเหตุผล

จากขั้นตอนการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ดังกล่าว การที่นักจิตวิทยาจะสามารถช่วยเหลือเพื่อเปลี่ยนความคิดที่ไม่มีเหตุผลเป็นความคิดที่มีเหตุผลนั้นนักจิตวิทยาต้องอาศัยเทคนิคต่าง ๆ มาใช้ เพื่อให้ผู้รับบริการปรึกษาสามารถเปลี่ยนความคิดได้อย่างมีเหตุผล มีอารมณ์ที่เหมาะสม และแสดงพฤติกรรมที่พึงประสงค์ ซึ่งการเลือกใช้เทคนิคนั้นขึ้นอยู่กับความเหมาะสมของผู้รับบริการตามความเชื่อ ลักษณะทางอารมณ์ และพฤติกรรมที่เกิดขึ้น

บทบาทของผู้ให้คำปรึกษา เอลลิส, และฮาร์เปอร์ (Ellis, & Harper, 1961) ได้กล่าวถึงบทบาทของผู้ให้คำปรึกษาไว้ ดังนี้

1. อธิบายให้ผู้รับบริการเข้าใจว่าความคิดที่ไม่มีเหตุผลก่อให้เกิดปัญหาด้านอารมณ์
2. ชี้ให้ผู้รับบริการตระหนักในความคิดที่ไม่มีเหตุผลของเขา และชี้ให้เห็นว่าความคิดนั้นก่อให้เกิดปัญหาทางอารมณ์และพฤติกรรมที่ไม่พึงปรารถนาอย่างไร

3. สอนให้ผู้รับบริการว่าจะนำหลักวิทยาศาสตร์ไปใช้ในการคิดอย่างไร และอธิบายให้ผู้รับบริการเข้าใจว่าความคิดที่ไม่มีเหตุผลของเขาสอดคล้องกับความคิดที่มีเหตุผลได้อย่างไร

อาภา จันทรสกุล (2535, หน้า 256-257) กล่าวว่า ผู้ให้คำปรึกษาต้องช่วยผู้รับบริการเปลี่ยนแปลงความคิด และการให้ความหมายต่อสถานการณ์ที่ทำให้เขาเกิดอารมณ์รุนแรงทางลบเสียใหม่ โดยใช้สติปัญญาหาเหตุผลรับรู้สถานการณ์ในแนวความคิดใหม่ ผู้ให้คำปรึกษาทำทนาย

ให้ผู้รับบริการได้สำรวจปรัชญา ความเชื่อ และแนวทางในการดำเนินชีวิตของตนเอง การให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์จึงเป็นเสมือนการจัดประสบการณ์การเรียนรู้ การให้ความรู้ ความเข้าใจในเรื่องของอารมณ์ บทบาทของผู้ให้คำปรึกษาจึงเปรียบเสมือนครู ที่คอยชี้แนะ สอน ชักจูง ทำทลายให้ลองคิด ให้ใช้ทักษะการคิดอย่างมีระบบในการแก้ปัญหา

จากข้อมูลดังกล่าวจึงสรุปบทบาทของผู้ให้คำปรึกษาได้ดังนี้

1. ชี้แจงให้ผู้รับบริการเข้าใจถึงสาเหตุที่ก่อให้เกิดอารมณ์ทางด้านลบ ด้วยทฤษฎีบุคลิกภาพ เอ บี ซี (ABC)
2. ช่วยให้ผู้รับบริการเกิดการรับรู้ และตระหนักถึงความคิดที่ไม่มีเหตุผลที่เขาถืออยู่ อันเป็นผลให้เกิดอารมณ์รุนแรงทางลบ และทำให้เขาแสดงพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ ทำให้ตนเองไม่มีความสุข
3. สอนวิธีการคิดที่มีเหตุผล ทักษะการคิดที่เป็นระบบตามหลักวิทยาศาสตร์ให้ผู้รับบริการ เพื่อให้ผู้รับบริการจัดความคิดที่ไม่มีเหตุผลอันเป็นการลงโทษตนเองออกไป และช่วยให้ผู้รับบริการได้สำรวจปรัชญาในการดำเนินชีวิตของตนเองเสียใหม่อย่างมีเหตุผล เพื่อให้ผู้รับบริการเข้าใจในตนเองและสามารถใช้วิธีการคิดอย่างมีเหตุผลไปแก้ปัญหาต่าง ๆ ในชีวิตได้

วิธีจัดการความคิดที่ไม่มีเหตุผล เอลลิส, และ ไวท์เลย์ (Ellis, & Whiteley, 1979, pp. 90-93) กล่าวถึงวิธีการจัดการความคิดที่ไม่มีเหตุผล อาจทำได้โดยการถาม (questioning) ทำทลาย (challenging) การอภิปราย (debating) ด้วยวิธีที่เป็นเหตุเป็นผลตามหลักวิทยาศาสตร์ ซึ่งประกอบด้วย 3 กระบวนการ ดังนี้

1. การอภิปราย เป็นการซักถามเพื่อให้ผู้รับบริการเข้าใจหรือบอกได้ชัดเจนว่าเหตุการณ์ใดเกิดขึ้น แล้วมีความคิดอย่างไรต่อเหตุการณ์นั้น และจากความคิดต่อเหตุการณ์นั้นทำให้เกิดอารมณ์ หรือการแสดงออกอย่างไร ในกระบวนการอภิปรายจึงเป็นกระบวนการค้นหาความคิดที่ไม่มีเหตุผล (detecting process) ซึ่งจะใช้ลักษณะคำถาม ดังนี้

- 1.1 “ มีเหตุการณ์ใดบ้างที่สนับสนุนให้คิดเช่นนั้น ” เป็นการถามเชิงชี้แนะให้ผู้รับบริการได้คิดค้นหาความสัมพันธ์ที่เป็นเหตุเป็นผลเป็นผลกันระหว่างเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับความคิดที่มีต่อเหตุการณ์นั้นว่าเป็นเหตุเป็นผลกันหรือไม่ เช่น “ ที่คุณคิดว่าคุณเป็นคนไร้ค่า มีเหตุการณ์ใดบ้างที่ทำให้คุณคิดเช่นนั้น ”

- 1.2 “ ความคิดนั้นเป็นความจริงหรือไม่ ” เป็นการชักชวนให้ผู้รับบริการพิจารณา ดูให้ถี่ถ้วนว่า ความคิดของเขาเป็นความจริงหรือไม่ อย่างไร เช่น “ คุณคิดว่าคุณเป็นคนไร้ค่า คุณเป็นคนไร้ค่าจริงหรือ ” “ คุณเคยพบกับความสำเร็จในงานที่คุณทำบ้างไหม ”

1.3 “อะไรทำให้เกิดผลอย่างนั้น” เป็นการถามให้ผู้รับบริการพิจารณาถึงสาเหตุที่ทำให้เกิดผลกระทบทางอารมณ์หรือพฤติกรรม เช่น “คุณพอจะมองเห็นหรือยังว่า อะไรที่ทำให้คุณไม่สบายใจ และไม่ทำงานตามที่ครมอบหมายไว้”

2. การจำแนกความคิด เป็นการจำแนกระหว่างความคิดที่มีเหตุผลกับความคิดที่ไม่มีเหตุผล เช่น จำแนกความแตกต่างระหว่างความต้องการกับความจำเป็น ความปรารถนา ความคิดว่าต้องได้ ความไม่พึงปรารถนา ความไม่สามารถทนได้ เป็นการถามให้ผู้รับบริการมองเห็นความสอดคล้องและความขัดแย้งในความคิดและพฤติกรรมที่แสดงออก

3. การกำหนดขอบเขตของความคิดที่ชัดเจน เป็นการจำกัดความถ้อยคำที่เป็นความคิดหรือความเชื่อต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นของผู้รับบริการ และช่วยให้ผู้รับบริการสามารถจำแนกคำจำกัดความอย่างชัดเจนและเฉพาะเจาะจง เป็นการตัดปัญหาการแผ่ขยายไปสู่เรื่องอื่น ๆ และเป็นการหลีกเลี่ยงการโต้แย้ง ลักษณะของการพิจารณาความเป็นเหตุเป็นผลเบื้องต้นแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์นั้น จึงเน้นการหยุดลักษณะของถ้อยคำที่หลวมไม่ชัดเจน และชักนำให้ผู้รับบริการให้คำจำกัดความหรือกำหนดขอบเขตของความคิดได้ชัดเจนยิ่งขึ้น

เทคนิคที่ใช้ในการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ เอลลิส, และไวท์เลย์ (Ellis, & Whiteley, 1979, pp. 66-68, 73-94) ได้สรุปเทคนิคที่นำมาใช้พัฒนาความคิด และพฤติกรรมของบุคคลไว้ 3 ประการ ดังนี้

1. เทคนิคทางปัญญา (cognitive techniques) ได้แก่

1.1 การพูดถึงตนเองอย่างมีเหตุผล (employing new self-statement) เป็นวิธีที่สอนให้ผู้รับบริการเปลี่ยนคำพูดของคนใหม่ โดยใช้เหตุผลแทนคำพูดเดิมที่ไม่มีเหตุผล

1.2 การบ้านเพื่อฝึกทางปัญญา (cognitive home work) เป็นวิธีที่ให้ผู้รับบริการฝึกวิเคราะห์ความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมของตนตามรูปแบบเอบีซีดีอี (ABCDE) ของเอลลิส โดยให้ผู้รับการปรึกษารอกข้อความหรือประโยคที่บันทึกในแบบฟอร์มดังกล่าวมาตรวจสอบ และวิเคราะห์ร่วมกันกับนักจิตวิทยา เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาจัดความคิดที่ไร้เหตุผล ให้หมดสิ้นไป และสามารถพัฒนาความคิดที่มีเหตุผลขึ้นทดแทน มีความรู้สึก และอารมณ์ที่เหมาะสม และแสดงพฤติกรรมได้อย่างถูกต้อง ซึ่งแบบฟอร์มการคิดอย่างมีเหตุผลด้วยตนเองประกอบด้วยองค์ประกอบดังนี้ คือ

เอ (A) คือ ประสบการณ์หรือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น (activating experience or event) เป็นสภาพที่ผู้รับการปรึกษาเกิดอารมณ์ไม่เป็นสุขหรือมีพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ เช่น

ฉันไปสอบสัมภาษณ์ และถูกปฏิเสธเข้าทำงาน

บี (B) คือ ความเชื่อหรือความคิดที่ต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น (belief or thinking) ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ลักษณะดังนี้

อาร์บี (rB's) คือความเชื่อหรือความคิดที่มีเหตุผล (rational belief of thinking) เช่น
ฉันไม่ชอบการถูกปฏิเสธเช่นนี้เลย

ฉันอยากได้รับการยอมรับเข้าทำงาน

ดูเหมือนว่าจะไม่ใช่เรื่องง่ายนักที่จะได้ทำงานที่ฉันต้องการ

ไอบี (iB's) คือความเชื่อหรือความคิดที่ไม่มีเหตุผล (irrational belief of thinking)

เป็นเรื่องร้ายแรงที่ถูกปฏิเสธเข้าทำงาน

ฉันทนต่อการถูกปฏิเสธเช่นนั้นไม่ได้

ฉันต้องได้รับการสัมภาษณ์ที่ดีและต้องได้รับการยอมรับ

การถูกปฏิเสธเข้าทำงานนี้ทำให้ฉันเป็นคนไม่มีคุณค่า

ฉันคงไม่มีโอกาสได้งานที่ฉันต้องการ

ฉันคงจะประสบความล้มเหลวในการสัมภาษณ์เข้าทำงานเช่นนี้ตลอดไป

ซี (C) คือผลทางอารมณ์หรือพฤติกรรม (emotional or behavior consequences) หมายถึง ภาวะอารมณ์หรือพฤติกรรมที่เกิดจากความเชื่อหรือความคิดต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ซึ่งแบ่งออกเป็น 4 ลักษณะดังนี้

ดีอีซี (deC) คือ ผลทางอารมณ์ที่เหมาะสม (desirable emotional consequences) เช่น

ฉันคงหางานที่อื่นได้

ฉันคงมีทักษะในการสัมภาษณ์ที่ดีควรฝึกทักษะในการสัมภาษณ์เพิ่มขึ้น

ดีบีซี (dbC) คือ ผลทางพฤติกรรมที่เหมาะสม (desirable behavioral consequences)

เช่น ค้นหางานอื่นต่อไป

พยายามฝึกทักษะในการสัมภาษณ์เพิ่มมากขึ้น

ยูอีซี (ueC) คือ ผลทางอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม (undesirable emotional consequences)

เช่น

ฉันรู้สึกท้อแท้สิ้นหวัง

ฉันรู้สึกวิตกกังวล

ฉันรู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า

ฉันรู้สึกโกรธแค้น

ยูบีซี (ubC) คือ ผลทางพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม (undesirable behavioral consequences) เช่น

ฉันไม่ไปสัมภาษณ์ทำงานอื่น ๆ อีกต่อไป

ฉันวิตกกังวลมากจนเป็นผลให้สอบสัมภาษณ์เข้าทำงานที่ต่าง ๆ ได้ไม่ดี

ดี (D) คือ การขัดความเชื่อ หรือความคิดที่ไม่มีเหตุผล (disputing or debating irrational belief) โดยการตั้งคำถามโต้แย้งความคิดที่ไม่มีเหตุผล (iB) เช่น

ทำไมจึงเป็นเรื่องร้ายแรงที่ถูกปฏิเสธเข้าทำงาน

ทำไมฉันจึงทนต่อการถูกปฏิเสธไม่ได้

มีหลักฐานอะไรแสดงให้เห็นว่าฉันสอบสัมภาษณ์ได้ดีและต้องได้รับการยอมรับเข้า

ทำงาน

การถูกปฏิเสธเข้าทำงานทำให้ฉันกลายเป็นคนไม่มีคุณค่าได้อย่างไร

ทำไมจึงคิดว่าฉันจะไม่มีโอกาสได้งานที่ต้องการ

ทำไมฉันจะต้องประสบความล้มเหลวในการสอบสัมภาษณ์ในครั้งต่อไปอีก

อี (E) คือ ผลที่ได้จากการขัดความเชื่อหรือความคิดที่ไม่มีเหตุผล (effects of disputing your irrational belief) แบ่งออกเป็น 3 ลักษณะ คือ

ซีอี (cE) คือ ความคิดที่มีเหตุผล (cognitive effects) เช่น

ไม่ใช่เรื่องร้ายแรงที่ถูกปฏิเสธเข้าทำงาน แม้จะทำให้ฉันรู้สึกไม่สบายใจ

ไม่มีเหตุผลเพียงพอว่า ทำไมฉันจะต้องสอบสัมภาษณ์ได้ผลดีทุกครั้งแม้ว่าฉันจะพิสูจน์ได้ก็ตาม

การถูกปฏิเสธไม่ทำให้ฉันกลายเป็นคนไม่มีคุณค่าแต่อย่างใด อาจเป็นเพราะฉันมีคุณสมบัติบางประการที่ไม่เหมาะสมกับงานนั้น

ฉันมีโอกาสดำเนินงานที่ต้องการ แม้ว่าจะทำให้ฉันรู้สึกไม่สบายใจ

ฉันไม่จำเป็นต้องประสบความล้มเหลวในการสัมภาษณ์เข้าทำงานทุกครั้ง ถ้าฉันตั้งใจที่จะปรับปรุงแก้ไขข้อผิดพลาดที่ผ่านมา

อีอี (eE) คือ อารมณ์ที่เหมาะสม (emotional effects) เช่น

ฉันรู้สึกเสียใจบ้างแต่ไม่ท้อแท้สิ้นหวัง

ฉันรู้สึกไม่สบายใจแต่ไม่วิตกกังวล

ฉันยอมรับตนเอง

ฉันรู้สึกคับข้องใจแต่ไม่โกรธแค้น

บีอี (bE) คือ พฤติกรรมที่เหมาะสม (behavioral effects) เช่น

ฉันไปสอบสัมภาษณ์เข้าทำงานที่อื่นเพิ่มเติม

ฉันเริ่มสำรวจตนเองและฝึกทักษะต่าง ๆ ที่จำเป็นในการสอบเข้าทำงานเพิ่มขึ้น

ฉันส่งจดหมายสมัครงานเพิ่มขึ้น

2. เทคนิคทางอารมณ์ (emotive techniques) เป็นเทคนิคที่นำมาใช้ในการพัฒนาภาวะอารมณ์ของผู้รับการปรึกษา ได้แก่

2.1 การจินตนาการในการใช้เหตุผลและอารมณ์ (rational – emotive imagery) เป็นวิธีที่ให้ผู้รับบริการสร้างจินตนาการที่มีต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเพื่อให้ผู้รับบริการรับรู้ถึงความรู้สึกและอารมณ์ที่ไม่เหมาะสมของตนเอง และให้ผู้รับบริการจัดความคิดที่ไม่มีเหตุผลให้หมดไป ซึ่งจะทำให้เกิดความรู้สึกหรืออารมณ์ที่เหมาะสมขึ้นแทน

2.2 การแสดงบทบาทสมมติ (role-playing) เป็นการทดลองให้ผู้รับบริการสวมบทบาทผู้อื่น เพื่อให้รู้ถึงความรู้สึกและอารมณ์ในบทบาทของผู้อื่น และเปลี่ยนความคิดของตนได้อย่างมีเหตุผล

2.3 การฝึกจัดการกับความอาย (shame attacking exercises) เป็นวิธีที่ฝึกให้ผู้รับบริการกล้าแสดงพฤติกรรมที่ตนรู้สึกอายให้ปรากฏโดยไม่รู้สึกอายอีกต่อไป

3. เทคนิคทางพฤติกรรม (behavioral techniques) ได้แก่

3.1 การฝึกทักษะ (skill training) เป็นวิธีที่ฝึกให้ผู้รับบริการเกิดทักษะในการแสดงออก เช่น ทักษะการพูด ทักษะการกล้าแสดงออกอย่างเหมาะสม เพื่อช่วยให้ผู้รับบริการรับรู้ตนเองอย่างถูกต้อง ซึ่งจะนำไปคิดอย่างมีเหตุผล และแสดงพฤติกรรมที่พึงประสงค์ต่อไป

3.2 การวางเงื่อนไขแบบการกระทำ (operant conditioning) เป็นการนำผลกรรมมาเป็นตัววางเงื่อนไขให้บุคคลแสดงพฤติกรรมที่พึงประสงค์ ผลกรรมที่นิยมใช้ส่วนใหญ่เป็นการวางเงื่อนไขโดยการเสริมแรงคือเมื่อผู้รับบริการแสดงพฤติกรรมเป้าหมายที่กำหนดไว้ ผู้ให้คำปรึกษาจะให้การเสริมแรง

สำหรับเทคนิคที่ผู้วิจัยนำมาใช้ในครั้งนี้ เป็น เทคนิคทางปัญญา โดยให้ผู้ป่วยได้ฝึกวิเคราะห์ความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมของตนเองตามรูปแบบ เอ บี ซี ดี อี (ABCDE) ของเอลลิส ในแบบฝึกคิดอย่างมีเหตุผลด้วยตนเอง (rational self help form) ซึ่งเป็นวิธีที่ช่วยให้บุคคลสามารถรักษารูปแบบการคิดและการแสดงออกอย่างมีเหตุผลได้ผลในระยะยาว (Ellis, & Whiteley, 1979) ร่วมกับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษารู้สึกผ่อนคลายความเครียดก่อนแล้วจึงกลับมาใช้เหตุผลใคร่ครวญใหม่

สิ่งที่ผู้ให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์พึงหลีกเลี่ยง (Ellis, & Harper, 1961)

1. ผู้ให้คำปรึกษาไม่ควรใช้เวลาติดกับการฟังผู้รับบริการพูดถึงประสบการณ์ หรือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ไม่ควรสนใจรายละเอียดของเหตุการณ์ เช่น มีอะไรเกิดขึ้นที่ไหน เมื่อไร เพราะ

รายละเอียดเหล่านี้ไม่ได้ช่วยให้ผู้รับบริการแก้ปัญหาได้ กลับทำให้ทั้งผู้รับบริการและผู้ให้คำปรึกษาพากันหลงทาง ผู้ให้คำปรึกษาคควรพยายามให้ผู้รับบริการสรุปเรื่องราวและไม่ให้เฝ้ายึดติดในเรื่องนั้น

2. ผู้ให้คำปรึกษาไม่ควรให้ผู้รับบริการครุ่นคิดแต่ความรู้สึกที่เกิดขึ้น เนื่องจากเหตุการณ์นั้น เช่น ความวิตกกังวล ตื่นหว้ง เกือบกด มุ่งร้าย แต่ผู้ให้คำปรึกษาต้องช่วยให้ผู้รับบริการได้วิเคราะห์ความคิดหรือความเชื่อเบื้องหลังที่ทำให้เกิดความรู้สึกนั้น

3. ไม่ควรให้ผู้รับบริการเก็บกดอารมณ์หรือระบายอารมณ์มากเกินไป เพราะการใช้วิธีดังกล่าวจะทำให้ผู้รับบริการชอกช้ำหรือรู้สึกโกรธมากขึ้น แทนที่จะลดความรู้สึกมุ่งร้ายลง ผู้ให้คำปรึกษาจะช่วยให้ผู้รับบริการเข้าใจที่มาของความรู้สึกเหล่านั้นและจัดความรู้สึกออกไปแทนที่จะระบายออกหรือเก็บกดไว้

4. ผู้ให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์จะหลีกเลี่ยงการใช้วิธีการทางจิตวิเคราะห์ เช่น free association, dream analysis หรือ transference เนื่องจากวิธีเหล่านั้นเป็นวิธีที่เปล่าประโยชน์

5. ผู้ให้คำปรึกษาจะหลีกเลี่ยงไม่ให้ผู้รับบริการขึ้นอยู่กับ หรืออิงอยู่กับผู้ให้คำปรึกษา ให้เขาได้เป็นตัวของเขาเอง ใช้สติปัญญาของเขาให้มากที่สุดในการคิดพิจารณาสิ่งต่าง ๆ

ข้อดี และข้อจำกัดของการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ เอลลิส, และ ฮาร์เปอร์ (Ellis, & Harper, 1961) ได้เสนอข้อดีและข้อจำกัดของการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ไว้ดังนี้

ข้อดี การให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์เป็นก้าวใหม่ของการชี้ให้เห็นว่าความคิดที่ไม่มีเหตุผลก่อให้เกิดปัญหาด้านอารมณ์ได้อย่างไร และกลวิธีที่ใช้ในการให้คำปรึกษาแบบนี้มีทั้งกลวิธีที่กระทำในห้องแนะแนว และกลวิธีที่ให้ผู้รับบริการสามารถนำไปปฏิบัติภายนอก เป็นการฝึกให้ผู้รับบริการได้ช่วยตนเอง ฉะนั้นผู้ให้คำปรึกษาจึงสามารถเลือกใช้กลวิธีต่าง ๆ ให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างได้

ข้อจำกัด การที่ผู้ให้คำปรึกษาปฏิบัติตนเหมือนเป็นผู้เชี่ยวชาญที่น่าปรึกษาของตนไปมอบให้ผู้รับบริการ การใช้วิธีนี้ทางมากเกินไป อาจทำให้ผู้รับบริการไม่เป็นตัวของตัวเองตามจุดประสงค์ของการให้คำปรึกษา

จากข้อมูลดังกล่าวสรุปได้ว่า การให้คำปรึกษาตามทฤษฎีพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ หมายถึง กระบวนการที่ผู้ให้คำปรึกษาให้การช่วยเหลือผู้รับคำปรึกษา โดยมีจุดมุ่งหมายหลักคือให้ผู้รับบริการสามารถสืบค้นและเอาชนะความคิดความเชื่อที่มีเหตุผลไม่เหมาะสม รวมทั้งสามารถปรับเปลี่ยนความคิดความเชื่อที่มีเหตุผลไม่เหมาะสม มาเป็นความคิดความเชื่อที่มีเหตุผล ซึ่งจะส่ง

ผลให้ผู้รับบริการมีอารมณ์ความรู้สึก และมีพฤติกรรมใหม่ที่เหมาะสมขึ้น ตลอดจนสามารถดำรงชีวิตอยู่ด้วยความสุข

และจากบทบาทและหน้าที่ของผู้ให้การศึกษาที่กล่าวมาแล้วข้างต้น จะเห็นได้ว่า ผู้ให้การศึกษามีบทบาทแบบนำทางในการที่จะให้ผู้รับการศึกษาระหนักถึงความคิดที่มีเหตุผล ไม่เหมาะสมของเขา และอธิบายวิธีเปลี่ยนแนวความคิดเพื่อให้เกิดความคิดที่มีเหตุผลขึ้น

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์

งานวิจัยในประเทศ ประภาส ณ. พิบูล (2537, หน้า 72) ได้ศึกษาผลการให้คำปรึกษาตาม ทฤษฎีเหตุผล-อารมณ์ ที่มีต่อทัศนคติต่อความเป็นหญิงของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 โรงเรียนดำรงราษฎร์สงเคราะห์ จังหวัดเชียงราย ใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 14 ราย แบ่งเป็นกลุ่ม ทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 7 ราย กลุ่มทดลองได้รับการพัฒนาทัศนคติต่อความเป็นหญิง โดยการให้คำปรึกษา ตามทฤษฎีการใช้เหตุผล-อารมณ์ รวม 16 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 1.5 ชั่วโมง ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพัฒนาทัศนคติต่อความเป็นหญิงโดยการให้ข้อสนเทศรวม 12 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 50 นาที ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มนักเรียนที่ได้รับการให้คำปรึกษาทางทฤษฎีการใช้เหตุผล-อารมณ์ มีทัศนคติต่อความเป็นหญิงดีขึ้น และมีทัศนคติต่อความเป็นหญิงดีขึ้น มากกว่ากลุ่มนักเรียนที่ได้รับข้อสนเทศ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

นงเยาว์ ชมภูทอง (2537, หน้า 64 อ้างถึงใน ชนิตา อิงคสุวรรณ, 2543, หน้า 53) ได้ศึกษาผลของการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีเหตุผล-อารมณ์ ที่มีทัศนคติต่อการเป็นโสเภณีของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ใน โรงเรียนประถมศึกษาในอำเภอแห่งหนึ่งของจังหวัดหนึ่งทางภาคเหนือตอนบน จำนวน 7 คน รวม 7 ครั้ง โดยให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลและรายกลุ่ม การให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลใช้เวลา 50 นาที ผลของการทดลองพบว่า นักเรียนหญิง ที่ได้รับคำปรึกษาตามทฤษฎีเหตุผล-อารมณ์ มีทัศนคติทางบวกต่อการเป็นโสเภณีลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ชนิตา อิงคสุวรรณ (2543, บทคัดย่อ) ได้ศึกษาผลการเปรียบเทียบการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ กับการเสนอตัวแบบที่มีต่อการลดภาวะซึมเศร้าด้านสัมพันธภาพในครอบครัวของนักเรียน ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 โรงเรียนเบญจมราชรังสฤษฎิ์ จังหวัดฉะเชิงเทรา กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนที่มีคะแนนจากแบบประเมินอารมณ์เศร้า CES-D ตั้งแต่ 22 คะแนนขึ้นไป และได้คะแนนจากแบบวัดสัมพันธภาพในครอบครัวน้อยกว่า 1.00 จำนวน 18 ราย แบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ 1. กลุ่มการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ 2. กลุ่มการเสนอตัวแบบ 3. กลุ่มควบคุม กลุ่มละ 6 ราย โดยฝึกโปรแกรม 10 ครั้งๆ ละ 50 นาที สัปดาห์ละ 2 ครั้ง เป็นเวลา 5 สัปดาห์ ผลการวิจัยพบว่านักเรียนในกลุ่มทดลองทั้ง 2 กลุ่ม มีภาวะซึมเศร้าลดลง ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในระยะหลังทดลอง และในระยะติดตามผล มีเพียงกลุ่มการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์เท่านั้นที่มีภาวะซึมเศร้าลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

กนกศรี จาคเงิน (2543, บทคัดย่อ) ได้ศึกษาเปรียบเทียบผลของการฝึกสมาธิแบบอาณานปานสติกับการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ ต่อภาวะซึมเศร้าของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 โรงเรียนอนุบาลชลบุรี กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนที่มีคะแนนจากแบบวัดภาวะซึมเศร้าในเด็ก CDI ตั้งแต่คะแนนที่ 15-21 จำนวน 74 ราย แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ๆ ละ 7 คน คือ 1. กลุ่มการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ 2. กลุ่มฝึกสมาธิแบบอาณานปานสติ และ 3. กลุ่มควบคุมโดยฝึกโปรแกรมละ 12 ครั้ง ครั้งละ 45 นาที เป็นเวลา 12 วัน ผลการวิจัยพบว่านักเรียนในกลุ่มที่ได้รับการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ มีภาวะซึมเศร้าลดลงต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในระยะทดลอง และระยะติดตามผล ส่วนกลุ่มที่ได้รับการฝึกสมาธิแบบอาณานปานสติ มีภาวะซึมเศร้าลดลงต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในระยะติดตามเพียงระยะเดียว และพบว่าภาวะซึมเศร้าในระยะติดตามผลลดต่ำลงมากกว่าระยะหลังการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ราตรี พันธุ์จินดา (2542, บทคัดย่อ) ได้ศึกษาผลการให้คำปรึกษากลุ่มแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ ที่มีต่อการพัฒนาสุขภาพจิตของนักเรียนวัยรุ่นในเขตชายแดนไทย-กัมพูชา กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 ของโรงเรียนอรัญประเทศ ปีการศึกษา 2541 จำนวน 72 ราย ที่มีคะแนนจากแบบสำรวจสุขภาพจิต ของนิลวรรณ ศิริอังกูต ที่อยู่ในระดับควรได้รับความช่วยเหลือ และต่ำกว่าปกติ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มทดลองได้รับการให้คำปรึกษากลุ่มแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ 10 ครั้ง ครั้งละ 60 นาที จำนวน 2 ครั้ง ต่อสัปดาห์ เป็นเวลา 5 สัปดาห์ สำหรับกลุ่มควบคุมไม่ได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษา ผลการวิจัยพบว่า นักเรียนที่ได้รับการให้คำปรึกษากลุ่มแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์มีระดับสุขภาพจิตสูงขึ้น ในระยะหลังทดลองและระยะติดตามผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และกลุ่มทดลองมีระดับสุขภาพจิตในระยะหลังทดลอง และระยะติดตามผลสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

รัตนติกา สุวรรณชัยโมษิต (2543, บทคัดย่อ) ได้ศึกษาเปรียบเทียบผลของการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ กับการฝึกเทคนิคหยุดคิด เพื่อลดความวิตกกังวลในการฝึกปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วย ของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จังหวัดพะเยา กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 2 ปีการศึกษา 2542 จำนวน 15 ราย ที่มีคะแนนความวิตกกังวลตั้งแต่เปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 75 ขึ้นไป แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ๆ ละ 5 ราย ได้แก่

1. กลุ่มที่ได้รับการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ 2. กลุ่มที่ได้รับการฝึกเทคนิคการหยุดความคิด และ 3. เป็นกลุ่มควบคุม โดยกลุ่มทดลองทั้ง 2 กลุ่มจะได้รับการปรึกษาสัปดาห์ละ 2 ครั้ง ติดต่อกัน 5 สัปดาห์ รวม 10 ครั้ง ๆ ละ 45 นาที ผลการวิจัยพบว่า การให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ และเทคนิคการหยุดคิดสามารถลดความวิตกกังวลของนักศึกษาได้ ทั้งระยะสิ้นสุดการทดลองและระยะติดตามผล และสองวิธีนี้มีผลไม่แตกต่างกัน

สุกัญญา มัทธมนันท์ (2543, บทคัดย่อ) ได้ศึกษาเปรียบเทียบผลของการให้คำปรึกษาเป็นกลุ่มตามทฤษฎีพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ กับกิจกรรมกลุ่มที่มีต่อความภาคภูมิใจในตนเองของเด็กวัยรุ่นในสถานสงเคราะห์เด็กหญิง จังหวัดสระบุรี กลุ่มตัวอย่างเป็นเด็กวัยรุ่นที่ตอบแบบสอบถามความภาคภูมิใจในตนเองต่ำกว่าเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 25 สุ่มอย่างง่ายมาจำนวน 18 ราย แบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ 1. กลุ่มให้คำปรึกษาดตามทฤษฎีพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ 2. กลุ่มกิจกรรมกลุ่ม และ 3. กลุ่มควบคุม กลุ่มละ 6 ราย ทำการทดลองในกลุ่มทดลองทั้ง 2 กลุ่ม ๆ ละ 10 ครั้ง ๆ ละ 1 ชั่วโมง ใช้เวลาทั้งหมด 4 สัปดาห์ (สัปดาห์ละ 3 ครั้ง) ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองทั้งสองกลุ่มมีความภาคภูมิใจในตนเองในระยะหลังทดลอง และระยะติดตามผล สูงกว่าก่อนทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และวิธีการทดลองทั้งสองวิธี ช่วยให้กลุ่มทดลองทั้ง 2 กลุ่ม มีความภาคภูมิใจในตนเองสูงขึ้นแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

งานวิจัยต่างประเทศ มิลตัน (สุกัญญา มัทธมนันท์, 2543, หน้า 47 อ้างอิงจาก Milton, 1974, pp. 458-461) ได้ศึกษาผลของการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ที่มีต่อการเอาชนะความคิดที่เป็นอุปสรรคต่อการเรียน ในนักศึกษาชั้นปีที่ 2 จำนวน 10 รายที่มีความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ดีต่อการเรียน ไม่มีแรงจูงใจในการเรียน กลุ่มตัวอย่างได้รับการให้คำปรึกษา จำนวน 8 ครั้ง ๆ ละ 90 นาที ผลการวิจัยพบว่า นักศึกษาที่เข้าร่วมการทดลองมีทัศนคติในการเรียนดีขึ้น และมีเกรดเฉลี่ยสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ทสุมิมา (รัตติกาล สุวรรณชัยโมนิต, 2543 อ้างอิงจาก Tsushima, 1995, abstract) ได้ศึกษาผลของการเปรียบเทียบการใช้การบำบัดแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์กับการบำบัดแบบประทับประคองต่อเด็กวัยรุ่นที่ซึมเศร้า กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียน 10 คน และเด็กบ้านอุปถัมภ์ 8 คน ทำแบบทดสอบ อาร์ เอ ดี เอส (RADS = Reynald adolescent depression scale) และแบบทดสอบ บี ดี ไอ (BDI = Beck depression inventory) ปรากฏว่าอยู่ในเกณฑ์ซึมเศร้า ทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ได้รับการบำบัดแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ และกลุ่มที่ได้รับการบำบัดแบบประทับประคอง ใช้เวลา 10 สัปดาห์ ครั้งละ 45 นาที ต่อกลุ่ม ผลการวิจัยพบว่า ไม่มีความแตกต่างระหว่างการบำบัดแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์กับการบำบัดแบบประทับประคอง แต่พบว่า การบำบัดแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ และการบำบัดแบบประทับประคองแบบกลุ่ม ทำให้

วัยรุ่นลดอาการซึมเศร้าลง

มาโกลิส (Margolis, 1992, p.568) ได้ศึกษาผลของการใช้การบำบัดแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์ (Alzheimer) จำนวน 4 ราย เป็นชายและหญิงอย่างละ 2 ราย กลุ่มตัวอย่างได้มาจากทำแบบทดสอบความซึมเศร้าของเบค (Beck depression inventory) ได้คะแนนมากกว่า 11 คะแนนขึ้นไป, มีคะแนนการทำแบบทดสอบแคร์กิฟเวอร์เบอร์เดนสเกล (Caregiver Burden scale) 21-88 คะแนน, และทำแบบสำรวจความเชื่อมั่นส่วนบุคคล (survey of personal belief) ได้คะแนนต่ำกว่า 125 คะแนน ผลการวิจัยพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยอัลไซเมอร์มีความซึมเศร้า ความเบื่อหน่ายท้อแท้ และมีความคิดที่ไร้เหตุผลลดลง

นอกจากนี้ ชาลส์ แอนโทนี (Charles Anthony, 1988, p. 205 อ้างถึงใน ประภาส ณ พิกุล, 2537, หน้า 42) ได้ทำการศึกษาผลของโปรแกรมการศึกษาเหตุผล-อารมณ์ ซึ่งในที่นี้เรียกว่าโปรแกรมการเรียนรู้ทางอารมณ์ (program for affective learning) มีชื่อย่อว่า PAL โดยทำการเปรียบเทียบกับกลุ่มการตระหนักรู้ทางอารมณ์ (emotion awareness training) มีชื่อย่อว่า EAT ที่มีต่ออัตตมโนทัศน์ความคิดที่ทำร้ายตนเอง การวิตกกังวล และทัศนคติต่อโรงเรียน กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนเกรด 3 จำนวน 97 ราย แบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 ได้รับโปรแกรมศึกษาเหตุผล-อารมณ์ (PAL), กลุ่มที่ 2 ได้รับ โปรแกรมศึกษาเหตุผล-อารมณ์ (PAL) และการฝึกตระหนักรู้ทางอารมณ์ (EAT), กลุ่มที่ 3 เป็นกลุ่มควบคุม ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการศึกษาเหตุผล-อารมณ์ (PAL) และกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการศึกษาเหตุผล-อารมณ์ กับ การตระหนักรู้ทางอารมณ์ (PAL+EAT) สามารถลดความวิตกกังวลและสามารถลดความคิดที่เป็นผลร้ายต่อตนเองได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากงานวิจัยข้างต้น สรุปได้ว่า การให้คำปรึกษาตามทฤษฎีพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ ช่วยทำให้กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติในการเรียนดีขึ้น, มีความสามารถในการคิดอย่างมีเหตุผล, มีปฏิสัมพันธ์กับคนในสังคมดีขึ้น, ลดภาวะซึมเศร้า ท้อแท้, มีความภาคภูมิใจในตนเองและมีทัศนคติต่อตนเองดีขึ้น, มีความคิดที่ไร้เหตุผลลดลง, มีความวิตกกังวลลดลง, ลดความคิดในการทำร้ายตนเอง และมีระดับสุขภาพจิตสูงขึ้น ซึ่งได้มีผู้นำการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ มาใช้ในกลุ่มตัวอย่างหลากหลายแต่ยังไม่มีผู้ทำวิจัยเกี่ยวกับการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ในการลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังจากการพยายามฆ่าตัวตาย และยังไม่มีการศึกษาในเรื่องของการนำเอาทฤษฎีการให้คำปรึกษาใด ๆ มาใช้กับผู้ป่วยภายหลังการพยายามฆ่าตัวตาย แต่เนื่องจากการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ เป็นแนวคิดทางปัญญา ที่จะช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงลักษณะความคิดที่มีเหตุผล และมีเหตุผลไม่เหมาะสม รวมทั้งสาเหตุที่ก่อให้เกิดปัญหาทางอารมณ์ และพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์

และได้เรียนรู้ว่าความคิดมีอิทธิพลต่อความรู้สึกและพฤติกรรมของตนเอง ซึ่งผู้วิจัยคิดว่ามีความเหมาะสมที่จะใช้ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์มาใช้ในการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วย เนื่องจากปัญหาด้านอารมณ์และความรู้สึกหลายรูปแบบ เป็นผลอันเกิดมาจากรูปแบบความคิดที่มีเหตุผลไม่เหมาะสม ซึ่งนำไปสู่การสร้างระบบความคิด ความเชื่อการเฝ้าบอกตนเองอย่างมีเหตุผลไม่เหมาะสม และสิ่งเหล่านี้จะมีผลเกี่ยวข้องให้พฤติกรรม กลายเป็นคนที่ไร้เหตุผลต่อไป ซึ่งพฤติกรรมที่พบคือ การพยายามทำร้ายตนเอง เนื่องจากมีความคิดในแง่ลบเกี่ยวกับตนเอง และสิ่งแวดล้อม ซึ่งการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ ผู้ให้คำปรึกษาจะพยายามเปลี่ยนความคิดของผู้ป่วยให้กลับมาคิดอย่างสมเหตุสมผล ได้เรียนรู้ปัญหาตนเอง และฝึกหัดแก้ไขอย่างเต็มที่ เพื่อจะได้เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในเชิงลบของตนเอง เพื่อเป็นการป้องกันปัญหาในการพยายามฆ่าตัวตายในครั้งต่อไป

การฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ

ความหมายของการผ่อนคลาย มีผู้ให้ความหมายไว้ต่าง ๆ ดังนี้ เบนสัน, คอทซ์, และ คราสส์เวลเลอร์ (Benson, Kotch, & Crassweller, 1977, pp. 929-930) กล่าวว่า การผ่อนคลายเป็นกลไกธรรมชาติในการป้องกันและต่อต้านความเครียด โดยในสภาพที่ผ่อนคลาย การเผาผลาญความร้อนในร่างกายจะน้อยลง อัตราการเต้นของหัวใจและหายใจจะลดลงด้วย

สวินนี (Sweeney, 1978, pp. 247) กล่าวว่า การผ่อนคลาย หมายถึง สภาพที่ปราศจากความตึงเครียด ความเมื่อยล้า การเกร็งตัวของกล้ามเนื้อ การนอนไม่หลับ ความกลัว และความวิตกกังวลอื่น ๆ

เฮร์เบิร์ต (Herbert, 1978, pp. 99-100) กล่าวว่า การผ่อนคลายเป็นสภาวะที่สงบ สบาย ทั้งร่างกายและจิตใจ

แม็คคัลฟเฟอร์ (McCaffery, 1979, p.137) กล่าวว่า การผ่อนคลายหมายถึง การที่จิตใจและร่างกายเป็นอิสระจากความตึงเครียดหรือความเครียด

เลวิส, และทิมบี้ (Lewis, & Timby, 1988, p. 138) กล่าวว่า การผ่อนคลาย คือ ภาวะที่ร่างกายมีการเกร็ง และตึงเครียดน้อยลง

จากข้อมูลดังกล่าว สรุปได้ว่า การผ่อนคลายเป็นสภาวะที่สงบ สบาย ทั้งร่างกายและจิตใจ เกิดการปรับตัวอยู่ในสภาพสมดุล ปราศจากความตึงเครียดหรือการเกร็งตัวของกล้ามเนื้อ ซึ่งจะส่งผลต่อกระบวนการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกาย

ทฤษฎีการผ่อนคลาย กัลยาณี เจนอนุศาสตร์ (2542, หน้า 68-71 อ้างอิงจาก Titlebaum, 1988, pp. 29-33) ได้กล่าวถึงทฤษฎีการผ่อนคลายแบบต่าง ๆ ไว้ดังนี้

1. การผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโปรเกรสซีฟ การฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อเริ่มต้นเป็นครั้งแรกที่มหาวิทยาลัยฮาร์วาร์ด ในปี ค.ศ. 1908 โดย จาคอบสัน (Jacobson, 1970 cited in Titlebaum, 1988, pp. 29-30 อ้างถึงใน กัลยาณี เจนอนุศาสตร์, 2542, หน้า 68) ซึ่งแนวคิดของเขาคือ ความ ตึงเครียด (tension) ของร่างกายและจิตใจทำให้เส้นใยกล้ามเนื้อเกิดการหดตัว ซึ่งถือเป็นประสบการณ์ด้านความตึงเครียดของบุคคลเมื่อเกิดความรู้สึกวิตกกังวล ถ้าบุคคลสามารถที่จะผ่อนคลายกล้ามเนื้อทั่วร่างกายได้ ก็จะทำให้เกิดการผ่อนคลายทั้งร่างกายและจิตใจ นอกจากนี้เขายังกล่าวอีกว่าภาวะความเครียดจากความวิตกกังวลนั้น ถ้าบุคคลสามารถที่จะผ่อนคลายกล้ามเนื้อทั่วร่างกายได้ ก็จะทำให้เกิดการผ่อนคลายทั้งร่างกายและจิตใจ นอกจากนี้ภาวะความเครียดจากความวิตกกังวลนั้น จะไม่จำกัดการส่งผลกระทบ ต่อระบบประสาทกล้ามเนื้อและ โครงกระดูกเท่านั้น แต่ยังกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทให้เพิ่มขึ้นด้วย โดยศูนย์กลางสมองด้านการเคลื่อนไหว (motor brain center) จะส่งสัญญาณประสาทผ่านเส้นใยประสาท (nerve fibers) ไปยังเส้นใยกล้ามเนื้อลาย (striated muscle fibers) ทำให้กล้ามเนื้อเกิดการหดตัว แล้วเส้นใยประสาทจะนำสัญญาณประสาทกลับมาที่ระบบประสาทส่วนกลางอีกครั้ง ซึ่งจาคอบสันเชื่อว่า สัญญาณประสาทนั้นสามารถจะเกิดได้ทั้งในสมองและกล้ามเนื้อ อันเนื่องมาจากการตอบสนองความตึงเครียดของบุคคลเมื่อกล้ามเนื้อเกิดการผ่อนคลาย ระบบประสาทส่วนกลางจะกระตุ้นทั้งเส้นใยประสาทที่นำสัญญาณเข้าและเส้นใยประสาท ที่นำสัญญาณออกจากศูนย์กลาง โดยกล้ามเนื้อและสมองจะทำงานดำเนินไปด้วยกันในแต่ละวงจร คือทั้งกระตุ้นและผ่อนคลาย จากการสังเกตของเขาเองนำมาสู่การพัฒนาวิธีการผ่อนคลายที่เรียกว่า การผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโปรเกรสซีฟ โดยระบบการผ่อนคลายนั้นจะเกี่ยวข้องกับชุดของการเกร็ง-คลายกล้ามเนื้อ ซึ่งเทคนิคนี้จะทำให้บุคคลรู้ถึงความแตกต่างของความตึงตัวของกล้ามเนื้อที่เพิ่มขึ้น จนสามารถทำให้กล้ามเนื้อเกิดความตึงตัวน้อยที่สุด

2. การตอบสนองการผ่อนคลาย (the relaxation response) เบนสัน (Benson, 1975 cited in Titlebaum, pp. 30-31 อ้างถึงใน กัลยาณี เจนอนุศาสตร์, 2542, หน้า 68) กล่าวถึงการตอบสนองการผ่อนคลายว่า เป็นการผสมผสานระหว่างการตอบสนองของสมองส่วนไฮโปทาลามัส การลดการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติก การลดจังหวะกล้ามเนื้อ (muscle tone) เป็นกลไกการป้องกันที่เป็นกลางของร่างกายและมืออยู่แล้วภายในร่างกาย ซึ่งใช้ในการตอบโต้ศักยภาพที่เป็นอันตรายต่อร่างกาย อันเป็นผลมาจากความเครียดนั่นเอง ซึ่งการตอบสนองต่อความเครียดนี้อาจจะเป็นในลักษณะหนีหรือสู้ เป็นการตอบสนองภายใต้อำนาจจิตใจต่อสิ่งที่เข้ามาคุกคาม โดยการตอบสนองของร่างกายที่เกิดขึ้นประกอบด้วย การเพิ่มของความดันโลหิต อัตราการเต้นของชีพจร

อัตราการหายใจ การไหลเวียนโลหิตไปยังกล้ามเนื้อ และการหลั่งอะดรีนาลีน (adrenaline) นอกจากนี้ เบนสันยังเชื่อว่า อาการต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในร่างกาย เช่น ปวดศีรษะ แผลในกระเพาะอาหาร ข้ออักเสบ ถ้าได้ข้ออักเสบ ท้องเสีย หอบหืด การเต้นของหัวใจผิดปกติ ปัญหาทางเพศสัมพันธ์ ปัญหาการไหลเวียนโลหิต นั้นเป็นผลมาจากการตอบสนองของร่างกายต่อความเครียดอีกด้วย แต่เมื่อร่างกายใช้การตอบสนองการผ่อนคลายเป็นสิ่งที่ปกป้อง ก็จะมีผลทำให้ลดการใช้ออกซิเจน (oxygen) ลดการผลิตคาร์บอนไดออกไซด์ (carbondioxide) อัตราการหายใจช้าลง การเต้นของหัวใจลดลง ระดับแลคเตท (lactate) ในเลือดลดลง ค่าความเป็นกรด-ด่างและระดับเบสที่เกินปกติลดลง และยังเพิ่มคลื่นสมองแอลฟา (alpha) และทีตา (theta) และเพิ่มความต้านทานของผิวหนังด้วย ซึ่งโดยสรุปแล้ว เป็นการลดการกระตุ้นระบบประสาท ซิมพาเทติก และเพิ่มการกระตุ้นระบบประสาทพาราซิมพาเทติก โดยการตอบสนองการผ่อนคลายจะถูกกระตุ้นโดยสมองส่วนไฮโปธาลามัสส่วนหน้า และถือเป็นกลไกต่อต้านของร่างกายเมื่อเกิดความเครียดขึ้น และเบนสันยังเชื่อว่าการเปลี่ยนแปลงของร่างกายส่วนใหญ่จะสัมพันธ์กับการทำสมาธิ ซึ่งจะส่งผลต่อคลื่นสมองแอลฟา และทีตา ทำให้เกิดความรู้สึกสบายและผ่อนคลาย โดยจะมีความกว้างของคลื่นเพิ่มขึ้นและเป็นปกติ ในขณะที่ทำสมาธิ และการทำสมาธิยังลดการเผาผลาญอาหารด้วย โดยมีการใช้ออกซิเจนลดลงเฉลี่ย ร้อยละ 10-20 และจะเกิดในระหว่าง 3 นาทีแรกของการทำสมาธิ ส่วนระดับแลคเตทในเลือดซึ่งเกิดจากการเผาผลาญของกล้ามเนื้อและเกี่ยวข้องกับความรู้สึกปวด ก็จะลดลงอย่างรวดเร็วใน 10 นาทีแรก และมีระดับที่ต่ำตลอดในช่วงการทำสมาธิ ซึ่งเป็นการลดการกระตุ้นระบบประสาทส่วนกลางนั่นเอง ดังนั้น เบนสันจึงกล่าวว่า การเปลี่ยนแปลงของร่างกายจะเกิดขึ้นเท่า ๆ กันในบุคคลที่ฝึกสมาธิอย่างง่าย วิธีการของเขาจึงพัฒนามาจากการทำสมาธินั่นเอง

3. ทฤษฎีการปรับตัวทั่วไป (the general adaptation syndrome) ทฤษฎีของเซลเย่ (Selye, 1982 cited in Tittlebaum, 1988, p. 32 อ้างถึงใน กัลยาณี เจนอนุศาสตร์, 2542, หน้า 69) เป็นการบอกถึงความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดและการผ่อนคลาย โดยเซลเย่กล่าวว่า ความเครียดนั้นเป็นผลจากความต้องการของร่างกายซึ่งส่งผลต่อทางด้านจิตใจและร่างกาย เซลเย่อธิบายถึงทฤษฎีการปรับตัวทั่วไป ๆ ว่า ประกอบด้วย ขั้นตอน 3 ระยะคือ ระยะเตือนภัย ระยะต่อต้าน และระยะหมดแรง ซึ่งเซลเย่เชื่อว่าการเก็บสะสมพลังงานที่ใช้ในการปรับตัวนั้นมีจำกัด และการนอนหลับพักผ่อนสามารถทำให้การต้านทานและความสามารถในการปรับตัวดีขึ้นดังเดิม ดังนั้น เขาจึงแนะนำให้ใช้วิธีการปรับตัวต่อความต้องการของชีวิต โดยการพักผ่อนให้เพียงพอในช่วงเวลาหนึ่งด้วยการหลับตาและผ่อนคลายกล้ามเนื้อ โดยใช้เทคนิคการผ่อนคลายต่าง ๆ

4. การผ่อนคลายชีวจิต (psychobiology of relaxation) ของเดวิดสัน, และชาร์ทซ์ (Davidson, & Schwartz, 1976 cited in Tittlebaum, 1988, pp. 32-33 อ้างถึงใน กัลยาณี

เจนอนูศาสตร์, 2542, หน้า 70) เป็นทฤษฎีที่มุ่งปฏิสัมพันธ์ของปัจจัยต่าง ๆ ต่อการรับรู้ ความจำ และความมีสติ โดย เดวิดสันและชวาร์ทซ์ มีความเห็นว่า การผ่อนคลายส่วนใหญ่มุ่งด้านความคิดและส่วนประกอบทางกายเป็นสำคัญ แต่พวกเขากลับมีความเชื่อว่า ความตั้งใจ (attention) เป็นสิ่งที่ทำให้ทั้งสองสิ่งเกิดปฏิสัมพันธ์ขึ้น ขึ้นกับเทคนิคการผ่อนคลายที่ใช้ และพวกเขายังกล่าวอีกว่าการผ่อนคลายของร่างกายเป็นการลดทั้งการกระตุ้นกล้ามเนื้อส่วนปลายและการนำคำสั่งกล้ามเนื้อออกจากสมองส่วนกลาง ซึ่งตรงข้ามกับทฤษฎีของจาคอบสัน ที่กล่าวว่า จิตใจจะผ่อนคลายถ้าร่างกายเกิดการผ่อนคลาย และทฤษฎีการผ่อนคลายชีวจิตน์ใช้ พื้นฐานของสมองน้อยโดยเฉพาะ ยกตัวอย่าง เช่น การใช้เทคนิคการผ่อนคลายด้วยวิธีจินตนาการภาพในทางบวกต่อระบบการรู้คิดของสมองซีกขวา (right hemisphere) เพื่อขัดขวางการเริ่มต้นของความวิตกกังวล เพราะพวกเขามีสมมติฐานที่ว่าสมองซีกซ้าย (left hemisphere) เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลด้านความคิด ส่วนสมองซีกขวาเกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลทางร่างกาย จากทฤษฎีนี้ สามารถสร้างเป็นหลักการได้ 2 ข้อ คือ

4.1 การเกิดขึ้นของพฤติกรรมทั่วไปของตนเอง (รวมถึงความตั้งใจที่อยู่ภายใต้อำนาจจิตใจ) จะสามารถลดหรือยับยั้งการกระตุ้นที่ไม่ต้องการในรูปแบบเฉพาะได้

4.2 การเกิดขึ้นของพฤติกรรมทั่วไปของตนเอง อาจจะลดระดับความรุนแรง และลดการกระตุ้นที่ไม่ต้องการในรูปแบบอื่นได้

ดังนั้นจึงกล่าวได้ว่า ความสามารถของบุคคลในการผ่อนคลายคือ หน้าที่ของปฏิสัมพันธ์ระหว่างร่างกาย ความรู้คิด และความตั้งใจ

ความสัมพันธ์ระหว่างการผ่อนคลายกับร่างกาย กรีน, และเชลเลนเจอร์ (Green, & Shellenger, 1991, p. 213) กล่าวว่า เมื่อบุคคลสามารถที่จะควบคุมให้กระบวนการต่าง ๆ ของร่างกายที่ตอบสนองต่อความเครียดให้เกิดการผ่อนคลายแล้ว ก็จะทำให้เกิดผลต่อร่างกาย ดังนี้

ระบบประสาทส่วนกลาง

1. ลดการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติก
2. เพิ่มการทำงานของระบบประสาทพาราซิมพาเทติก
3. เพิ่มคลื่นสมองชนิดแอลฟาและทีตา ซึ่งจะเกิดขึ้นเมื่อเราอยู่ในขณะผ่อนคลายอย่างลึกซึ้งและการทำสมาธิ

ระบบประสาททางกาย

ระบบประสาททางกาย

1. ลดการตึงตัวของกล้ามเนื้อลาย

ระบบประสาทอัตโนมัติ

1. รูม่านตา (pupil) หดตัวกลับสู่สภาพปกติ
2. เพิ่มการผลิตน้ำลาย

3. การหายใจลึกขึ้นและช้าลง
4. อัตราการเต้นของหัวใจลดลง
5. แรงหดตัวของกล้ามเนื้อหัวใจลดลง
6. เพิ่มการไหลเวียนโลหิตของหลอดเลือดส่วนปลาย
7. ลดความต้านทานรวมของหลอดเลือดส่วนปลาย
8. ความดันโลหิตลดลง
9. เพิ่มการไหลเวียนของโลหิตเข้าสู่หัวใจ
10. ลดการกระตุ้นต่อมเหงื่อ
11. เพิ่มการไหลเวียนโลหิตไปยังเนื้อเยื่อส่วนกระเพาะอาหารและระบบทางเดินอาหาร
12. กล้ามเนื้อของระบบทางเดินอาหารคลายตัว และการบีบตัวของระบบทางเดินอาหาร

กลับสู่ภาวะปกติ

13. ลดการหลั่งกรดของกระเพาะอาหารในขณะที่ไม่ได้รับประทานอาหาร
14. ลดการหลั่งของอิพิเนฟริน และนอร์อิพิเนฟรินจากต่อมหมวกไต
15. ลดการหลั่งคอร์ติโคสเตียรอยด์จากส่วนนอกของต่อมหมวกไต
16. เพิ่มการไหลเวียนโลหิตไปยังไต
17. ลดปริมาณน้ำตาลในโลหิต
18. ส่งเสริมระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย

การฝึกการผ่อนคลายเป็นสิ่งที่ช่วยเพิ่มความสามารถในการเผชิญปัญหาของบุคคลทำให้นุคคลนั้นเกิดการตอบสนองออกมาในลักษณะของการผ่อนคลาย โดยใช้เทคนิคต่าง ๆ ที่จะกล่าวต่อไปนี้ ซึ่ง มาสท์, ไมเออร์, และเออร์บันสกี (Mast, Meyer, & Urbanski, 1987, pp. 141-147) กล่าวว่าแต่ละเทคนิคนั้นก็จะมีหลักเกณฑ์ที่เหมือนกัน คือ

1. ร่างกายและจิตใจไม่สามารถที่จะแยกออกจากกันได้ ความคิดและความรู้สึกจะทำให้ร่างกายเกิดการตอบสนอง เช่นเดียวกับที่ร่างกายได้รับการสัมผัสก็จะทำให้เกิดปฏิกิริยาตอบสนองทางอารมณ์ต่อประสบการณ์นั้น ๆ สภาวะความตึงเครียดทางร่างกายหรือการถูกกระตุ้นทางอารมณ์จะทำให้เกิดความตึงเครียดและทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย ซึ่งจะสัมพันธ์กับการเกิดปฏิกิริยาการต่อสู้หรือถอยหนี

2. แต่ละบุคคลสามารถที่จะถูกสอนให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการตอบสนองทางร่างกาย อารมณ์ และพฤติกรรม ต่อภาวะความเครียดอย่างรู้ตัว ด้วยการเรียนรู้เทคนิคการผ่อนคลาย ซึ่งจะทำให้เกิดการตอบสนองออกมาในลักษณะที่ผ่อนคลาย ซึ่งเบนสันได้ชี้ให้เห็นถึงองค์ประกอบ 4 ประการซึ่งจำเป็นต่อการเกิดความรู้สึกผ่อนคลาย ได้แก่ สิ่งแวดล้อมที่เงียบสงบ การอยู่ในท่าที่

สบาย มีความสามารถในการคิด เช่น การฟังคำพูดหรือวลีที่ซ้ำ ๆ กันแล้วคิดตาม และการรับเอาทัศนคติหรือความรู้สึกนั้นมาเป็นของตน

3. บุคคลซึ่งได้รับการเรียนรู้ที่จะทำให้เกิดการตอบสนองในลักษณะที่ผ่อนคลายด้วยการฝึกการผ่อนคลายนั้น ก่อให้เกิดประสบการณ์ที่ได้เพิ่มความรู้สึกของการรู้สึกที่ว่ามีสุขภาพที่สมบูรณ์และเต็มไปด้วยความหวัง

ประโยชน์ของการผ่อนคลาย กาญจนา เหมะรัต (2541, หน้า 34-36 อ้างอิงจาก Beech, Burns, & Sheffield, 1982, pp. 42-43) กล่าวถึงประโยชน์ที่ได้รับจากการผ่อนคลายไว้ ดังนี้

1. ช่วยลดความเครียดจากภาวะที่มากกระตุ้น
2. ช่วยลดปัญหาที่ตามมาอันเป็นผลที่เกิดจากความเครียด เช่น โรคความดันโลหิตสูง อาการปวดศีรษะจากความเครียด อาการนอนไม่หลับ
3. ช่วยลดระดับความวิตกกังวล ซึ่งเห็นได้จากการเปลี่ยนแปลงทางระบบสรีรระเบียบไปในทางที่ดีขึ้น
4. ช่วยป้องกันไม่ให้เกิดความผิดปกติอันเกิดจากความเครียดและช่วยควบคุมความวิตกกังวลมิให้เกิดขึ้นมากจนถึงสภาวะที่เป็นปัญหา เมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่เป็นตัวกระตุ้น
5. ช่วยแก้ปัญหาพฤติกรรมบางอย่างที่มักเกิดในช่วงที่มีความเครียด เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มเหล้า การรับประทานยา การย่ำทำ เป็นต้น โดยจะไปช่วยลดความต้องการที่จะพึ่งพิงสิ่งเหล่านี้ลง
6. ช่วยลดความตึงเครียดของร่างกาย ซึ่งมีผลช่วยปรับปรุงด้านการทำงาน การเข้าสังคม และบุคลิกภาพ
7. ช่วยลดความเหนื่อยล้าจากการใช้ความคิดมากและนานเกินไป หรือจากการใช้พลังงานทางร่างกายมากเกินไป
8. ทำให้มีสติ สามารถผ่อนคลายได้ด้วยตนเอง เมื่อเริ่มรู้สึกว่าระบบร่างกายและจิตใจถูกกระตุ้นให้เกิดอาการเกร็ง
9. สามารถช่วยในการฟื้นตัวหลังจากการเจ็บป่วยและการผ่าตัด ทั้งนี้เพราะ การฝึกผ่อนคลายมีผลในการลดความรู้สึกเจ็บปวด
10. ผลที่ตามมาจากการฝึกผ่อนคลายความเครียดทางด้านจิตใจ คือ เพิ่มความเชื่อมั่นในตนเองและการยอมรับตนเอง ซึ่งทำให้การควบคุมและการตอบสนองต่อความเครียดดีขึ้น
11. ในช่วงที่มีความเครียดอยู่มาก ความคิดนั้นอาจสับสน การตัดสินใจลำบาก และอาจเบี่ยงเบนไปจากความเป็นจริงได้มากขึ้น ต่างกับคนที่อยู่ในภาวะผ่อนคลาย ทั้งนี้เพราะว่าบุคคล

ที่อยู่ในภาวะผ่อนคลาย จะสามารถคิดได้อย่างมีเหตุผลมากกว่า การตัดสินใจที่ดีกว่า ซึ่งจะมีผลทำให้สัมพันธภาพกับคนอื่นดีขึ้นด้วย

นอกจากนี้ ทรงศิริ ยุทธวิสุทธิ (2537, หน้า 29-30 อ้างอิงจาก Titlebaum, 1988, pp. 21-22) กล่าวถึงประโยชน์ของการฝึกการผ่อนคลายไว้ ดังนี้

1. ลดความตึงเครียด
2. เกิดความพึงพอใจ
3. ลดความวิตกกังวลต่อเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้น
4. ลดความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นจากความเครียด
5. เพิ่มการทำงานของระบบประสาทพาราซิมพาเทติก
6. เพิ่มการรับรู้ต่อการเกร็งหรือตึงตัวของกล้ามเนื้อ และการตอบสนองโดยอัตโนมัติ

จากสิ่งเร้า

7. เพิ่มความสนใจและสมาธิ
8. เพิ่มความรู้สึของการควบคุมตนเอง
9. เพิ่มความสามารถในการระงับความคิดขัดแย้ง
10. เพิ่มขีดความสามารถหรือพลัง
11. นอนหลับได้ดีขึ้น
12. ลดอัตราการเต้นของหัวใจ
13. ลดความดันโลหิต
14. ลดความเจ็บปวดหรือการรับรู้ต่อความเจ็บปวด
15. เพิ่มอุณหภูมิหรือลดอุณหภูมิบางส่วนของร่างกาย
16. ยอมรับฟังคำแนะนำ

หลักพื้นฐานในการฝึกการผ่อนคลาย สมบัติ ตาปัญญา (ม.ป.ป., หน้า 13-14) กล่าวว่า การตอบสนองต่อการผ่อนคลายที่ดีนั้นต้องประกอบด้วยหลักพื้นฐานที่สำคัญดังนี้

1. สิ่งแวดล้อมที่เงียบสงบ อุณหภูมิพอเหมาะ ห้องที่ใช้ควรมีแสงไฟที่ไม่สว่างจ้าจนเกินไป อากาศถ่ายเทดี
2. ขณะฝึกการผ่อนคลาย ควรอยู่ในท่าที่สบาย ท่าที่เลือกใช้ไม่ควรก่อให้เกิดการเกร็งตัวของกล้ามเนื้อ อาจเป็นท่านั่งเอนหลัง หรือนอนหงายหลับตาในท่าที่สบาย ขาแยกจากกันเล็กน้อย ถ้านอนคว่ำอยู่บนพื้นที่ไม่แข็งหรือนุ่มเกินไป มีอวางหงายห่างจากลำตัวเล็กน้อย ถ้ามีหมอนเล็ก ๆ พอดีกับส่วนโค้งของคอและท้ายทอยหนุน ใช้หมอนขนาดกลางรองใต้เข่าสองข้าง จะช่วยให้สบายขึ้นอีกมาก ทำนี้จะทำให้รู้สึกผ่อนคลายที่สุด

3. ไม่อึดหรือหิวจนเกินไป

4. ต้องคิดว่า การผ่อนคลายต้อง “ ปลดปล่อย ” ให้เกิดขึ้น ไม่ใช่ “ พยายาม ” ทำให้เกิดขึ้น

เพราะการพยายามจะทำให้เกิดความเครียดขึ้นมากกว่าที่จะคลาย

5. เครื่องมือ สิ่งเร้า หรือสิ่งกระตุ้นทางใจ เช่น การใช้เสียงถ้อยคำ วลีซ้ำ ๆ อาจพูดเบา ๆ ในใจหรือออกเสียงพอได้ยินในระดับคงที่หรือใช้การจ้องเพ่งไปที่วัตถุใดวัตถุหนึ่ง

6. ทักษะที่ดียอมตามหรือจิตว่าง เมื่อมีความคิดออกนอกกลุ่มทางเกิดขึ้น ควรพยายามหลีกเลี่ยงเพิกเฉยแล้วตั้งใจปฏิบัติต่อไปใหม่

เทคนิคการผ่อนคลายแบบต่าง ๆ เทคนิคการผ่อนคลายมีหลายวิธีแตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับการเลือกใช้ให้เหมาะสมกับลักษณะอาการของผู้ป่วยและวัตถุประสงค์ของเทคนิคนั้น ๆ แต่ที่สำคัญคือ การใช้เทคนิคการผ่อนคลายเป็นทักษะอย่างหนึ่งที่จำเป็นต้องใช้เวลาในการฝึกปฏิบัติ ซึ่งเกิดจากการเรียนรู้ การควบคุมใจ โคมอเตอร์ให้มีแบบแผนขึ้นใหม่ เทคนิคที่นิยมใช้กัน ได้แก่

1. การฝึกหายใจให้เป็นจังหวะอย่างช้า ๆ (slow rhythmic breathing) เป็นการหายใจ

อย่างปกติเป็นจังหวะตามธรรมชาติ โดยการหายใจเข้าอย่างช้า ๆ ลึก ๆ ทางจมูก และผ่อนลมหายใจออกทางปากอย่างช้า ๆ เป็นการหายใจที่ใช้กระบังลมและช่องท้อง มีอาการหายใจที่ลึก ช้า สม่ำเสมอ โดยสูดลมหายใจลงไปสู่ส่วนล่างสุดของปอด ทำให้กระบังลมดันท้องให้พองออกเวลาหายใจเข้า และยุบลงเมื่อหายใจออก ขณะที่เรียนรู้กระตกระหนักรู้ในการหายใจและฝึ กอย่างช้าจนเป็นปกติ จิตใจก็จะสงบเงียบ จะสามารถช่วยลดความตึงตัวของกล้ามเนื้อ ความวิตกกังวลทางกาย และความคิดซึ่งสัมพันธ์กับความเครียด การหายใจให้ลึกถึงกระบังลมถือว่าเป็นวิธีการที่ง่ายที่สุด ในการตอบสนองการผ่อนคลายสามารถนำไปใช้กับผู้ที่มีความวิตกกังวล มีอาการกลัวอย่างหนัก (panic) ความซึมเศร้า มีความตึงตัวของกล้ามเนื้อ อาการปวดศีรษะ และอ่อนแรง

2. การผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโปรเกรสซีฟ (progressive muscle relaxation) เป็นวิธีที่

ช่วยให้บุคคลรู้ถึงถึงความแตกต่างระหว่างการเกร็งและการผ่อนคลายกล้ามเนื้อสลับกันไป ซึ่งเพย์นี่ (Payne, 1995, pp. 29-30) กล่าวว่า เป็นการดำเนินงานอย่างมีระบบโดยผ่านกลุ่มของกล้ามเนื้อ เป็นการสร้างและลดความตึงเครียด ซึ่งผลที่เกิดขึ้น ทำให้ผู้ฝึ กเกิดการเรียนรู้การตระหนักถึงการตึงตัวของกล้ามเนื้อที่เกิด ดังนั้น การผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบลึกจึงเป็นการลดความตึงเครียดทางกายและต่อต้านความเครียด วิธีการทำคือให้เกร็งกล้ามเนื้อเฉพาะส่วนไว้ประมาณ 5-7 นาที แล้วคลาย หลังจากนั้นอีก 30-40 วินาที ก็เกร็งกล้ามเนื้อทำซ้ำแบบเดิมอีก ได้ผลดีเยี่ยมในการนำไปใช้ในการรักษากล้ามเนื้อตึงตัว วิตกกังวล นอนไม่หลับ ความซึมเศร้า อ่อนแรง ถ้าได้ทำงานฝึกปกติ กล้ามเนื้อหดเกร็ง ปวดคอและปวดหลัง ความดันโลหิตสูง อาการกลัวปานกลาง (mild phobias)

และการพูดติดอ่าง progressive relaxation เป็นการฝึกคลายกล้ามเนื้อทั่วร่างกาย ซึ่งจาacobสันเป็นผู้ริเริ่มพัฒนาขึ้นในปี ค.ศ. 1938 แบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ

2.1 active progressive relaxation คือ การฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อที่ละส่วนของร่างกาย โดยการเกร็งให้เต็มที่ก่อนแล้วคลายออก เพื่อให้รู้สึกถึงความแตกต่างระหว่างความเครียดกับการผ่อนคลาย และสามารถผ่อนคลายได้ทุกส่วนของร่างกาย เนื่องจากเวลาที่สมองคิดว่าจริงแม้ว่าจะไม่จริงก็ตาม ร่างกายจะแสดงปฏิกิริยาทันที เช่น พอตีความว่ามะนาวเปรี้ยว ซึ่งอาจจะอยู่จริงหรือไม่ในโนภาพ น้ำลายจะไหล ดังนั้นถ้าเราใช้ใจหรือความคิดสั่งร่างกายให้ผ่อนคลายร่างกายก็จะผ่อนคลาย สามารถเปลี่ยนแปลงการทำหน้าที่ทางสรีระได้

2.2 passive progressive relaxation เป็นการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อโดยไม่ต้องเกร็งก่อนใช้หลักเกณฑ์พื้นฐานที่ว่า โดยทั่วไปร่างกายจะตอบสนองภาวะทางสังคมที่ตึงเครียดด้วยการเกร็งของกล้ามเนื้อ การเพิ่มการเกร็งของกล้ามเนื้อนั้นเป็นอาการของผู้ที่ได้รับความเจ็บปวดทางร่างกายหรือเกิดความวิตกกังวล การฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อโดยไม่ต้องเกร็งก่อนจึงเป็นการช่วยลดความตึงเครียดทางสรีระ ซึ่งเชื่อว่าจะช่วยในการลดความเจ็บปวดและความวิตกกังวลจากความเครียดได้

3. การฝึกผ่อนคลายตนเอง (autogenic training) บูทซิน, และคณะ (Bootzin et al., 1991, p. 620) กล่าวว่า การฝึกผ่อนคลายตนเองนั้น อาศัยวิธีการพูดชักนำตัวเองและการจินตนาการเพื่อให้เกิดการผ่อนคลาย วิธีการนี้ได้พัฒนาขึ้นโดย โยฮันเนส ซูลต์ (Johanness Schultz) และลูธส์ แวง ลูธส์ (Wolfgang Luthe) ในปี 1969 โดยเขาได้รวบรวมงานวิจัยทางการแพทย์เกี่ยวกับการสะกดจิตและโยคะ และสังเกตว่าคนที่ถูกสะกดจิตมีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายโดยการลดอาการต่างๆ ทางกายภาพ เมื่อผู้ถูกสะกดจิตได้ยินคำพูดที่ว่าเขารู้สึกหนักขึ้นโดยการวัดจากการเปลี่ยนแปลงความสามารถของกล้ามเนื้อแขน ซึ่งเป็นข้อบ่งชี้ว่ากล้ามเนื้อเกิดการผ่อนคลาย ซูลต์ และลูธส์ให้ความเห็นว่าบุคคลเหล่านี้ สามารถผ่อนคลายได้จากคำพูดที่ชักนำ โดยไม่จำเป็นต้องถึงกับสะกดจิต โดยที่ในการฝึกผ่อนคลายด้วยตนเองนี้ผู้รับการฝึกต้องกล่าวคำพูดซ้ำๆ ดังเช่น “แขนของฉันหนัก ฉันรู้สึกสงบ แขนของฉันหนักขึ้น ” โดยการฝึกแต่ละครั้งประมาณ 30-60 นาที หลังจากที่ได้รับรู้การฝึกได้เรียนรู้ถึงการทำให้ร่างกาย “หนักขึ้น ” เขารู้สึกว่าร่างกายอ่อนขึ้น และสามารถบังคับอัตราการเต้นของหัวใจ และอัตราการหายใจและรู้สึกถึงความเย็นสบายบริเวณหน้าผาก ดังนั้น ซูลต์ และลูธส์ จึงได้คิดการฝึกผ่อนคลายด้วยตัวเองขึ้น โดยให้ฝึกจิตกายภาพ 6 ประการคือ

การฝึกหัดที่ 1 เน้นที่ความรู้สึกหนักที่แขนและขา

การฝึกหัดที่ 2 ฝึกให้รู้สึกว่ามีความอบอุ่นที่แขนและขา

การฝึกหัดที่ 3 ฝึกเกี่ยวกับการเต้นของหัวใจ ให้เป็นจังหวะสม่ำเสมอ

การฝึกหัดที่ 4 ฝึกการหายใจและการมีจิตใจจดจ่อต่อการฝึกซึ่งทำอย่างเป็นอัตโนมัติ

การฝึกหัดที่ 5 ผู้ฝึกจะรู้สึกตัวว่าตัวเองรู้สึกอบอุ่นที่บริเวณท้องส่วนบน

การฝึกหัดที่ 1-6 ทำให้เกิดการตอบสนองการผ่อนคลายอย่างมีประสิทธิภาพ

สิ่งที่จำเป็นในการฝึก คือ กริยาท่าทางของผู้รับการฝึกต้องไม่ฝืนหรือถูกบังคับ แต่เป็นไปตามสบายอย่างธรรมชาติ วิธีการคือ เน้นที่การรับรู้ความรู้สึกของความอบอุ่นและความหนัก ผู้ฝึกกระทำการกายได้สภาพแวดล้อมที่มีสิ่งเร้าที่น้อยที่สุด คือ ค่อนข้างเงียบ แสงสว่าง พอเหมาะ การระบายอากาศที่นิ่งหรืออนอนพอสบาย ผู้ฝึกต้องให้ความสนใจที่ส่วนต่าง ๆ ของร่างกายทีละส่วน ขณะคิดเกี่ยวกับการผ่อนคลายส่วนของร่างกายนั้นมีการทบทวนข้อความซ้ำ ๆ เช่น ขาซ้าย ของฉันหนัก ขาซ้ายของฉันรู้สึกหนักขึ้น สามารถนำไปใช้ได้กับผู้ที่มีความผิดปกติของระบบหายใจ เช่น หอบหืด ระบบทางเดินอาหาร เช่น ท้องผูก ท้องเดิน มีแผลในทางเดินอาหาร ถ้าได้บีบตัวผิดปกติ ระบบไหลเวียนโลหิต เช่น ความดันโลหิตสูง ปวดศีรษะ และระบบต่อมไร้ท่อ เช่น โรคไทรอยด์ (thyroid disease) นอกจากนี้ยังมีประโยชน์ในการลดความวิตกกังวลทั่ว ๆ ไป อาการอ่อนแรง เพิ่มความต้านทานต่อความเครียด และลดความผิดปกติในการนอนหลับ แต่ไม่แนะนำให้ใช้วิธีนี้ในเด็กที่มีอายุต่ำกว่า 5 ปี ผู้ที่ขาดแรงจูงใจ หรือผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตหรืออารมณ์อย่างรุนแรง ส่วนผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน หรือมีระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ ถ้าต้องการฝึกควรจะต้องอยู่ภายใต้การดูแลอย่างใกล้ชิดของผู้เชี่ยวชาญโดยตรง

4. การสะกดจิตตนเอง (self-hypnosis) การสะกดจิต คือ ภาวะทางจิตที่ถูกทำให้เกิดขึ้นได้โดยมีลักษณะที่ผู้ถูกสะกดจะถูกชักจูงได้ง่ายขึ้น วิธีการของการสะกดจิต ผู้สะกดจิตจะสั่งให้ผู้รับการฝึกทำตามทีบอก ผู้รับการฝึกสามารถบอกให้ตัวเองผ่อนคลาย ง่วงนอน จนกระทั่งหลับตา และอยู่ในสภาพที่สงบ การสะกดจิตตนเอง เป็นเทคนิคที่ได้ผลในการรักษาที่รวดเร็ว และเรียนรู้ง่ายในการต่อต้านความเครียดและความเจ็บป่วยอันเนื่องมาจากความเครียด จะช่วยให้บุคคลนั้นรู้สึกผ่อนคลาย สามารถนำไปใช้ให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการเสริมแรงทางบวกแก้ไขชีวิตของตนเอง ผู้ที่ถูกสะกดจิตจะรู้สึกถึงการคลายกล้ามเนื้อ และเกิดการใช้พลังของตนออกมา แขนขาจะแข็งทื่อ อยู่ในตำแหน่งที่ถูกบอกไว้ เข้าใจคำสั่งตรงตามคำพูดทุกประการ มีความสนใจแคบลงและทำตามคำแนะนำ สามารถนำไปใช้ในการรักษาอาการ นอนไม่หลับ การปวดเล็ก ๆ น้อย ๆ ที่เรื้อรัง ปวดศีรษะ กล้ามเนื้อตึงเขม็งเรื้อรัง ความวิตกกังวลเล็กน้อย การฉันทหรือกระตุกของอวัยวะอ่อนเพลียเรื้อรัง และใช้สิ่งเพื่อแก้ไขการทำงานของร่างกาย เช่น หัวใจเต้นเร็ว ฝ่ามือเย็นขึ้น การบิดตัวของกระเพาะอาหารเมื่อเกิดความเครียด แต่ไม่ควรนำไปใช้กับบุคคลที่ขาดการตระหนักรู้ อันเนื่องมาจากโรคทางสมองหรือโรคจิต คนที่ฝึกการทางจิตอย่างรุนแรงและคนที่หวาดระแวง

5. การฝึกสมาธิ (meditation) มีวัตถุประสงค์เพื่อทำให้สงบเป็นการผ่อนคลายเท่านั้น ไม่ก้าวลึกในแง่ของการปฏิบัติธรรม สมบัติ คาปิณฺญา (2526, หน้า 10) กล่าวว่า เป็นการฝึกจิตให้มุ่งจดจ่อสงบนิ่งอยู่กับสิ่งใดสิ่งหนึ่งเพียงอย่างเดียว เช่น ลมหายใจเข้าออก การยุบพองของท้อง หรือ คำพูด 2-3 พยางค์ เช่น ทอง พุทฺโธ จัดเป็นสมาธิแบบเพ่ง (concentration meditation) หรืออีกแบบหนึ่ง คือการกำหนดสติหรือสมาธิแบบคิดตาม (absorbitive meditation) ซึ่งได้แก่ การมีสติระลึกไปตามอิริยาบถปัจจุบันของร่างกายและการเปลี่ยนแปลงของจิตใจ อารมณ์ แต่หัวใจในการฝึกสมาธิไม่ใช่การมุ่งให้ความสนใจสิ่งใดสิ่งหนึ่ง หากอยู่ที่ความตั้งใจในการเอาชนะ การจดจ่อสงบนิ่ง เพราะธรรมชาติของจิตใจ คือ การไม่หยุดนิ่ง ดังนั้นในการฝึกสมาธิ จิตใจของผู้ฝึกสมาธิ จะเกิดการล่องลอย เพื่อเป็นการทำให้จิตสงบจึงเกิดการมุ่งให้ความสนใจต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งแทน โดยนั่งในท่าเสียบ ๆ สบาย หลังคา ผ่อนคลายกล้ามเนื้อทั่วร่างกาย เริ่มต้นที่เท้าและเรื่อยขึ้นมาจนถึงกล้ามเนื้อที่หน้า พยายามให้กล้ามเนื้อผ่อนคลายอยู่อย่างเดิม ขณะหายใจ รับรู้ว่าตนกำลังหายใจ พร้อมกับนึกถึงคำพูดหรือนับหนึ่งอยู่ในใจซ้ำ ๆ ก่อนที่จะเลิกทำสมาธิ ควรนั่งอยู่ในท่าเดิม 2-3 นาทีก่อน แล้วค่อยล้มตา การฝึกการตระหนักรู้โดยการฝึกสมาธิ จะทำให้บุคคลนั้นรู้ถึงขณะปัจจุบันและการตอบสนองทางอารมณ์ก็จะไปในลักษณะกลาง การฝึกสมาธิสามารถนำไปใช้ในการรักษาและป้องกันภาวะความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ ปวดศีรษะไมเกรน (migrain headache) โรคทางระบบภูมิคุ้มกัน เช่น เบาหวานหรือไขข้ออักเสบ อาการย้ำคิด (obsessive thinking) วิตกกังวล ความซึมเศร้า

6. การฝึกโยคะ (yoga) เป็นส่วนสำคัญในวัฒนธรรมอินเดียเป็นเวลานาน กล่าวกันว่าเป็นสุดยอดของความพยายามของนักคิดชาวอินเดียโบราณในการที่จะฝึกให้คนสามารถควบคุมจิตใจเขาได้ทั้งหมด โดยจะมีคำจำกัดความเป็นที่ยอมรับว่า “จิตสำนึกชั้นสูง” ที่ได้มาจากการสงบของร่างกายและจิตอย่างเต็มที่ในขณะที่ยังรู้ตัวหรือตื่นตัวอยู่ ซึ่งประกอบด้วยการฝึกสมาธิ การเทคนิคทางกายภาพ ซึ่งมีรูปแบบแตกต่างกันหลายอย่าง เช่น การออกกำลังกายอย่างพากเพียร การควบคุมลมหายใจเข้าออก การทำให้จิตใจให้บริสุทธิ์

7. การออกกำลังกาย (exercise) ควรทำแบบง่าย ๆ เพื่อเป็นการช่วยผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ช่วยให้การไหลเวียนของเลือดดีขึ้น ควรทำเป็นประจำทุกวัน ไม่หักโหมและไม่มุ่งแข่งขันเอาชนะ หรือเพื่อให้มีชื่อเสียง แต่เพื่อการผ่อนคลายเท่านั้น

8. การให้ข้อมูลย้อนกลับด้านชีวภาพแก่ตนเอง (biofeedback) เป็นวิธีการที่ให้ผู้คลเรียนรู้การเปลี่ยนแปลงด้านชีวภาพของตนเอง เช่น ความตึงตัวของกล้ามเนื้อ ความต้านทานของผิวหนัง อุณหภูมิของผิวหนัง การเคลื่อนไหวของคลื่นสมอง การนำกระแสไฟฟ้าของผิวหนัง อัตราการเต้นของชีพจรและความดันโลหิต เป็นต้น โดยการใช้เครื่องมือที่เรียกว่าไบโอฟีดแบค

ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ใช้ในการสำรวจสถานะของร่างกายที่เราไม่ได้สังเกต และช่วยในการนำสถานะนั้นกลับมาอยู่ภายใต้การควบคุมของอำนาจจิตใจ จะให้ข้อมูลเกี่ยวกับสถานะของร่างกายที่เที่ยงตรง แม้จะเกิดการเปลี่ยนแปลงของหน้าที่เพียงเล็กน้อยก็ตาม ผลของการที่บุคคลรับรู้ข้อมูลดังกล่าวของตนเองอย่างคงที่และต่อเนื่อง จะเพิ่มความสามารถของบุคคลนั้นในการเรียนรู้การควบคุมระบบต่าง ๆ ของร่างกาย ถ้าได้รับการเรียนรู้เกี่ยวกับการหายใจลึก ๆ และฝึกด้วยตนเองให้เกิดการผ่อนคลายเต็มที่ จะทำให้บุคคลสามารถควบคุมการเปลี่ยนแปลงด้านสรีระได้ ตัวอย่างของเครื่องไบโอฟีดแบค ได้แก่ ปรัชญาคอนทามิทที่ผิวหนัง เครื่องวัดกระแสไฟฟ้าในกล้ามเนื้อ เครื่องวัดกระแสไฟฟ้าในสมอง เครื่องวัดความต้านทางกระแสไฟฟ้าบนผิวหนัง เป็นต้น หลังจากการใช้เครื่องมือไบโอฟีดแบคในการพัฒนาทักษะในการอ่านถึงความเครียดที่เกิดขึ้นกับส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย บุคคลนั้นก็จะสามารถทำได้ต่อไปโดยปราศจากเครื่องมือได้ สามารถนำไปใช้ในการบำบัดอาการต่าง ๆ เช่น ปวดศีรษะจากความเครียด ปวดศีรษะ ไมเกรน ความดันโลหิตสูง หอบหืด นอนไม่หลับ วิตกกังวล กล้ามเนื้อตึงตัว ถ้าใส่บีบตัวผิดปกติ เป็นต้น

9. การนึกคิดหรือจินตนาการ (visualization) เป็นเทคนิคการผ่อนคลายวิธีหนึ่ง ซึ่งจะช่วยให้อาการผ่อนคลายมากขึ้น อาจใช้ร่วมกับการใช้ปฏิกิริยาป้อนกลับ การฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อทั่วร่างกาย และการฝึกผ่อนคลายตนเองก็ได้ โดยการนำคิดและจินตนาการถึงภาพในสิ่งที่น่ารื่นรมย์จะเป็นผลดีต่อบุคคลทั้งทางด้านความคิด สรีระและอารมณ์ความรู้สึก ซึ่งจะช่วยให้สมองซีกขวาสั่งงานให้อวัยวะที่อยู่นอกเหนืออำนาจการควบคุมของจิต เช่น การย่อยอาหาร การเต้นของหัวใจ การหดตัวของหลอดเลือดทำงานดีขึ้น การนึกคิด และการจินตนาการทำให้ได้โดยการจัดให้อยู่ในท่าที่สบายมีการผ่อนคลายทุกส่วนและนึกถึงภาพที่รื่นรมย์ เช่น ชายทะเล ป่าเขา ริมลำธาร หรือที่ใดก็ได้ที่ทำให้รู้สึกสบาย สดชื่น และผ่อนคลายมากขึ้น สามารถจะลดความเครียดอย่างได้ผล นำไปใช้ได้ผลดีในการรักษาอาการเครียดอ่อน ๆ และอาการเจ็บป่วยทางกาย เช่น ปวดศีรษะ การหดเกร็งของกล้ามเนื้อ อาการปวดเรื้อรัง และความวิตกกังวลทั้งแบบทั่ว ๆ ไป หรือเฉพาะเหตุการณ์

10. การนวด (massage) เป็นการสัมผัสส่วนต่าง ๆ ของร่างกายอย่างมีระบบเพื่อช่วยผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การนวดอาจทำเองหรือให้ผู้อื่นทำก็ได้แต่ควรเป็นการนวดที่ถูกวิธี

การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ (muscle relaxation) จากอบสัน (Jacobson, 1962, p. 84) กล่าวถึงความหมายของการผ่อนคลายกล้ามเนื้อว่า หมายถึง การที่กล้ามเนื้อส่วนต่าง ๆ ของร่างกายปราศจากการหดเกร็ง กล้ามเนื้อจะคลาย ไม่เคลื่อนไหว และไม่แสดงการต่อต้าน หรือขัดขืนต่อการเหยียดหรือของกระบวนการทำงานของสรีระ เมื่อกล้ามเนื้ออยู่ในสภาพที่ผ่อนคลายอย่างแท้จริง เส้นประสาทที่เข้าไปสู่กล้ามเนื้อและเส้นประสาทที่ออกมาจากกล้ามเนื้อเหล่านั้นจะสงบนิ่ง

ซึ่งจากการทดสอบด้วยกระแสไฟฟ้าพบว่า เส้นประสาทในกล้ามเนื้อไม่มีการเคลื่อนไหว เมื่อกล้ามเนื้ออยู่ในสภาพผ่อนคลาย

ซูทิคย์ ปานปรีชา (2529, หน้า 525) กล่าวว่า การฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อว่าเป็นวิธีการลดความเครียด ด้วยการผ่อนคลายกล้ามเนื้อต่างๆ ของร่างกาย โดยมีหลักการว่าเมื่อบุคคลเกิดความเครียด กล้ามเนื้อส่วนต่างๆ จะเกร็งตัว ความเครียดและกล้ามเนื้อที่ผ่อนคลายจะไม่เกิดขึ้นพร้อมกัน และวิธีการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ นิยมฝึกโดยให้นั่งบนเก้าอี้นุ่ม มีที่วางแขน นั่งในที่ที่สบาย ในห้องที่มีแสงสว่างน้อยกว่าปกติ ระยะแรกของการฝึกทำควรมีครูฝึกแนะนำ ขณะฝึกให้หลับตาและทำใจให้สงบ ทำตามทีครูกำหนดแนะนำ โดยให้ค่อยๆผ่อนคลายกล้ามเนื้อแต่ละส่วนของร่างกาย และให้สังเกตความรู้สึกสบายขณะกล้ามเนื้อคลาย เมื่อชำนาญแล้วจึงให้ทำด้วยตนเองวันละ 1-2 ครั้ง ๆ ละ 15-30 นาที ก่อนนอนหรือตื่นนอน หรือทุกครั้งที่รู้สึกเครียด

นอกจากนี้ วัลลภ ปิยะมโนธรรม (2532, หน้า 82-83) ได้กล่าวว่า การฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ เป็นการกำจัดความเครียดตามกล้ามเนื้อชุดต่าง ๆ ทั้งนี้ เนื่องจากเมื่อบุคคลต้องเผชิญกับเหตุการณ์ที่เป็นอันตรายอย่างใดอย่างหนึ่งแล้ว กล้ามเนื้อต่างๆ จะเกิดการเกร็งหดตัว และเมื่อพ้นภัยจากการถูกกระตุ้น หรือคุกคามแล้วกล้ามเนื้อก็จะปล่อยความเครียดออกมาคืนสู่สภาพปกติ ดังนั้นถ้ายังมีเหตุการณ์บางอย่าง ที่สามารถกระตุ้นให้เกิดความวิตกกังวลขึ้นได้แล้ว กล้ามเนื้อส่วนที่เคยเกร็งเครียดบ่อยๆ ก็จะถูกกระทบกระเทือนได้ง่ายยิ่งขึ้นไปอีก บุคคลใดก็ตามที่ต้องเผชิญกับสภาพแวดล้อม ที่มีความกดดันทางจิตใจสูง จึงเป็นบุคคลที่ต้องเกร็งเครียดกล้ามเนื้อส่วนใดส่วนหนึ่งหรือชุดใดชุดหนึ่งบ่อยๆ จนในที่สุดการเกร็งกล้ามเนื้อ ก็จะกลายเป็นพฤติกรรมติดตัวเป็นนิสัยไป ถ้าถูกกระตุ้นบ่อยๆ ก็อาจกลายเป็นโรคจิตสรีระแปรปรวนได้ ดังนั้น การบำบัดจึงต้องผ่านการเรียนรู้วิธีการกำจัดความเครียดตามกล้ามเนื้อต่างๆ ให้ได้เสียก่อน

จากข้อมูลดังกล่าวสรุปได้ว่า การฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ หมายถึง การใช้วิธีการหรือเทคนิคต่าง ๆ มาใช้ในการกำจัดความเครียดหรือผ่อนคลายความเครียดตามกล้ามเนื้อชุดต่าง ๆ เพื่อให้เกิดการผ่อนคลายทั้งร่างกายและจิตใจ

การฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโปรเกรสซีฟ (progressive muscle relaxation) การฝึกคลายกล้ามเนื้อทั่วร่างกาย โดยใช้เทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโปรเกรสซีฟ (progressive muscle relaxation) เป็นเทคนิคการผ่อนคลายที่ได้รับความนิยมวิธีหนึ่ง และเป็นที่รู้จักกันอย่างแพร่หลาย ซึ่งจาคอบสัน (Jacobson) เป็นผู้เสนอเทคนิคนี้ ในปี ค.ศ. 1938 เป็นวิธีหนึ่งที่ใช้รักษาผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่า มีความวิตกกังวลชนิดต่าง ๆ หรือผู้ป่วยที่อยู่ในสภาพอารมณ์ที่ผิดปกติ เป็นผลให้กล้ามเนื้อมีความตึงตัวมาก โดย จาคอบสัน ได้ให้ความหมายของเทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโปรเกรสซีฟว่า หมายถึง เทคนิคการฝึกผ่อนคลายโดยการเรียนรู้ถึงความแตกต่าง

ระหว่างความตึงเครียด (tension) การผ่อนคลาย (relaxation) ของกล้ามเนื้อกลุ่มต่าง ๆ จนสามารถจะควบคุมให้มีการผ่อนคลายกล้ามเนื้อกลุ่มต่าง ๆ ได้ เพื่อสามารถนำไปสู่การผ่อนคลายทั่วร่างกายได้ในที่สุด (Scandrett, & Uecker, 1985, pp. 25)

การฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อทั่วร่างกาย (progressive muscle relaxation) แบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ

1. การฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อที่ละส่วนของร่างกาย โดยการเกร็งให้เต็มที่ก่อนแล้วคลายออก (active progressive muscle relaxation) เพื่อให้ระลึกถึงความแตกต่างระหว่างความเครียดกับการผ่อนคลาย และผ่อนคลายไปทั่วทุกส่วน ทำให้กระบวนการเกร็งเองอย่างไม่รู้ตัวกลายเป็นรู้ตัวอยู่ในระดับจิตสำนึกขึ้นมาได้ เริ่มต้นโดยเรียนรู้การผ่อนคลายที่เท้าทั้งสองข้างโดยการเกร็งให้แรงจนรู้สึกเครียดที่สุด แล้วค่อย ๆ คลายออกช้า ๆ ให้รู้ตัวว่า กล้ามเนื้อกำลังปล่อยออก จนอยู่ในสภาพที่ไม่มีการเกร็งอีกเลย และ เปรียบเทียบความรู้สึกขณะที่เกร็งเครียดอยู่ กับขณะที่ปล่อยวางอยู่ต่างกันอย่างใด ต่อมาจึงเลื่อนความคิดความรู้สึกมาอยู่ที่แต่ละส่วนของร่างกาย คือ ที่น่องทั้งสองข้าง หน้าขา หน้าท้อง หน้าอก มือทั้งสองข้าง แขน หัวไหล่ทั้งสองข้าง คอ หน้าผาก ตา แก้ม และปาก โดยการเกร็งให้เต็มที่แล้วคลายออกก่อนที่จะล้มตาขึ้น ให้สำรวจกล้ามเนื้อตามส่วนต่าง ๆ ที่ทำมาแล้วว่าอยู่ในสภาพผ่อนคลายดีหรือไม่ อย่างไรก่อน ถ้าสำรวจพบว่ายังมีส่วนใดเกร็ง หรือเครียดอยู่ก็ค่อย ๆ ปล่อยวางกล้ามเนื้อให้คลายออกก่อนทุกครั้ง (วัลลภ ปิยะมโนธรรม, 2532, หน้า 76-85)

2. การฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อที่ละส่วนโดยไม่ต้องเกร็งก่อน (passive progressive muscle relaxation) เป็นเทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อด้วยจิต เริ่มต้นโดยการให้ความคิด ความรู้สึก หรือจิตสัมผัสที่แต่ละส่วนของร่างกาย ให้รู้ตัวและพิจารณาว่า บริเวณกล้ามเนื้อตรงจุดนั้น ๆ อยู่ในสภาพที่ผ่อนคลายหรือยัง โดยเริ่มคลายกล้ามเนื้อตั้งแต่บริเวณใบหน้า รอบ ๆ ดวงตาทั้งสองข้าง ขากรรไกร คอ ไหล่ แขนท่อนบน ท่อนล่าง มือ ออก เท้า ขา น่อง ข้อเท้า จนกระทั่งทุก ๆ ส่วนของร่างกายอยู่ในสภาพผ่อนคลาย (สมบัติ ตาปัญญา, 2526, หน้า 16-17)

สำหรับในงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยได้เลือกวิธีการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบ passive progressive muscle relaxation โดยฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อที่ละส่วน โดยไม่ต้องเกร็งก่อนกับผู้ป่วยเพื่อจะได้ไม่กระทบกระเทือนต่อการบาดเจ็บของร่างกาย ที่เกิดขึ้นหลังจากการพยายามฆ่าตัวตาย โดยใช้เทปของ สมบัติ ตาปัญญา ซึ่งเป็นนักจิตวิทยาที่ศึกษารูปแบบวิธีการต่าง ๆ ของการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ และได้ผลิตเทปเพื่อใช้ในการบำบัดโดยเฉพาะ ซึ่งมีการใช้กันอย่างแพร่หลายตามโรงพยาบาลต่าง ๆ และเพื่อใช้ในการวิจัยสำหรับนักวิจัยที่สนใจ

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโปรเกรสซีฟ กัลยาณี

เจนอนุศาสตร์ (2542, หน้า 80-83 อ้างอิงจาก Rice, 1992, pp. 291-293) กล่าวว่า นักคลินิกมีความเชื่อว่าปัจจัยสำคัญ 4 ประการซึ่งส่งผลต่อการฝึกปฏิบัติการผ่อนคลายได้สำเร็จ คือ การเตรียมการ (setting) การเตรียมอารมณ์ (mood) การเตรียมตัวก่อนการฝึก (preparation) และข้อควรระวังทางการแพทย์ (medical precautions)

การเตรียมการ

1. ห้อง ควรเลือกห้องที่เงียบสงบ สะดวกสบาย เป็นสัดส่วน สามารถแยกตนเองจากสิ่งแวดล้อมรอบตัว หลีกเลียงจากสิ่งจูงใจต่าง ๆ ได้ในขณะที่ฝึก มีการระบายอากาศที่ดี ไม่เย็นหรือร้อนเกินไป แสงสว่างไม่จ้าจนเกินไป ไม่มีโทรทัศน์ และมีพื้นที่กว้างเพียงพอในการฝึก

2. เก้าอี้ เก้าอี้ที่ใช้ในการฝึก ควรเป็นเก้าอี้ที่มีพนักพิง มีที่วางแขนและที่รองรับศีรษะ และควรเป็นเก้าอี้ตัวเดียวกันทุกครั้ง ควรหลีกเลี่ยงเก้าอี้ที่เอนได้เต็มที่ เนื่องจากอาจนั่งสบายเกินไปจนทำให้หลับได้ ซึ่งผู้ฝึกบางท่านจึงใช้เก้าอี้พนักพิงที่ตรง มีลักษณะแข็งในการฝึกครั้งแรก ๆ เนื่องจากผู้ปฏิบัตินั้นควรจะฝึกการผ่อนคลาย เพื่อให้เกิดการตระหนักรู้ในตนเองในระดับที่ดีที่สุดในช่วงสัปดาห์แรก ๆ ดังนั้นการตระหนักรู้ระหว่างการผ่อนคลายกับความรู้สึกตึงเครียดนั้นจะไม่เกิดขึ้นกับผู้ปฏิบัติผู้นั้นอยู่ในสภาพที่ใกล้หลับ

3. การฝึกการผ่อนคลายที่จะทำให้ประสบผลสำเร็จได้นั้นต้องฝึกวันละ 2 ครั้ง ในช่วงเวลาเดียวกันทุกวันในสัปดาห์ที่ 1-4 แรก หรือควรทำต่อเนื่องเป็นประจำอย่างน้อย 1-2 ครั้ง ต่อสัปดาห์ ใช้เวลาครั้งละ 1-2 ชั่วโมง แต่ข้อกำหนดนี้ ไทเทิลบาม (Titlebaum, 1988, p. 41 อ้างถึงใน กัลยาณี เจนอนุศาสตร์, 2542, หน้า 80) กล่าวว่า สามารถที่จะยืดหยุ่นได้ในการประยุกต์ใช้

4. สามารถนำดนตรีมาใช้เป็นภูมิหลัง (background) ระหว่างการปฏิบัติได้ถ้าต้องการ ซึ่งดนตรีที่ใช้นั้นต้องเป็นดนตรีที่ให้ความรู้สึกเงียบสงบ และก่อให้เกิดการผ่อนคลายซึ่งส่วนใหญ่ผู้นั้นมักจะใช้ดนตรีธรรมชาติ (nature music) เช่น เสียงลม หรือเสียงชายหาด โดยเปิดเสียงเบา ๆ

การเตรียมอารมณ์ หลักสำคัญในการจัดเตรียมอารมณ์คือ

1. ฝึกฝนความรู้สึกการใส่ใจทางอ้อม เนื่องจากการเรียนรู้การผ่อนคลายนั้นต้องการความสมดุลระหว่างความใส่ใจและความสงบภายใน สิ่งสำคัญในการใช้การผ่อนคลายในทุกหนแห่ง คือ การที่ผู้นั้นสามารถรู้สึกถึงความตึงเครียดของกล้ามเนื้อ เพราะความตึงเครียดของกล้ามเนื้อนั้นเป็นระบบเตือนของร่างกายที่บ่งชี้ว่า กำลังอยู่ในภาวะเครียด การใส่ใจทางอ้อมจึงเป็นสิ่งที่จำเป็นในการตรวจสอบเมื่อเกิดความเครียดขึ้น เป็นไปเองโดยอัตโนมัติ

2. ไม่พยายามที่จะทำให้การผ่อนคลาย เนื่องจากการฝึกผ่อนคลายไม่ใช่ภาระงาน แต่เป็นการฝึก ที่ก่อให้เกิดความเจ็บและความสุขภาพอ่อนโยน

3. อย่าเร่งรีบ การผ่อนคลายเป็นเสมือนการสวดมนต์และการทำสมาธิ จึงถือว่าระยะเวลาเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้สภาวะนั้นคงอยู่

4. ไม่ใช่ยา ถึงแม้ว่ายานั้นจะทำให้เกิดการผ่อนคลาย แต่ยาอาจจะขัดแย้งกับเป้าหมายขั้นต้นในการฝึกการผ่อนคลายที่ว่า การเรียนรู้เพื่อการตระหนักรู้ความตึงเครียดของกล้ามเนื้อที่เป็นสัญญาณของความเครียด การใช้ยานอนหลับนั้นอาจจะกีดการทำหน้าที่ของสมองทำให้ยากต่อการตระหนักรู้ถึงสัญญาณที่แท้จริงของความตึงเครียดของร่างกาย การพัฒนาความรู้สึก ต่อสัญญาณของร่างกายจะเป็นไปได้ยาก ถ้าผู้ปฏิบัตินั้นได้รับยาเกินตามคำสั่งแพทย์ จะต้องรอจนกว่าจะหยุดยาแล้วจึงเริ่มการฝึกได้

5. ฝึกปฏิบัติก่อนแล้วจึงนำไปประยุกต์ที่หลัง การที่นำไปประยุกต์ใช้ก่อนที่จะฝึกนั้น อาจจะก่อให้เกิดความคับข้องใจ ก่อให้เกิดความรู้สึกว่าไม่สามารถที่จะช่วยได้และรู้สึกสิ้นหวัง

6. อย่ากลัวความรู้สึกที่แตกต่าง การปฏิบัติการผ่อนคลายนั้นสามารถก่อให้เกิดความวิตกกังวลและความรู้สึกแปลกใหม่ ซึ่งจะมีประมาณร้อยละ 40 ของผู้ที่ผ่านการเรียนรู้นั้นจะเกิดความวิตกกังวล ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า เมื่อเกิดการผ่อนคลายแบบลึกก็จะเกิดความรู้สึกสูญเสียการควบคุม และเกิดความรู้สึกกลัว ความรู้สึกที่เกิดขึ้นนี้ทำให้บางคนรู้สึกตระหนกซึ่งไม่สามารถอธิบายได้ว่าทำไมจึงรู้สึกเช่นนี้ แต่ความรู้สึกนี้จะผ่านไปอย่างรวดเร็วขณะที่เกิดการผ่อนคลาย ดังนั้นการผ่อนคลายจึงไม่ควรใช้กับผู้ที่มีความวิตกกังวลอย่างมาก

การเตรียมตัวก่อนการฝึก วอล์กเกอร์, และคณะ (Walker et al., 1981, pp. 66-67) กล่าวว่า ก่อนที่จะฝึกการผ่อนคลายนั้นควรจะต้องปฏิบัติดังนี้

1. อธิบายถึงผลของความเครียดที่มีต่อปัญหาของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจการที่จะต้องฝึกให้เกิดการผ่อนคลาย อธิบายให้ทราบถึงจุดประสงค์ วิธีการ ประโยชน์ที่จะได้รับจากการฝึกการผ่อนคลาย

2. ประเมินความพร้อมของร่างกายของผู้ป่วยก่อนฝึก

3. ตอบปัญหา ข้อสงสัย และประเมินระดับความวิตกกังวลก่อนฝึก

ข้อควรระวังทางการแพทย์

1. บุคคลที่มีพยาธิสภาพทางกายบางอย่าง เช่น มีอาการบาดเจ็บที่หลังอย่างรุนแรง มีอาการปวดกล้ามเนื้อ หรือกระดูกหัก ควรจะระมัดระวัง ควรจะปรึกษาแพทย์ก่อนถ้ารุนแรง มีอาการปวดกล้ามเนื้อ หรือกระดูกหักควรจะรักษาให้หายก่อนที่จะเริ่มต้นฝึก ส่วนผู้ที่มีอาการบาดเจ็บที่หลังอย่างรุนแรง ควรจะฝึกการฝึกกำหนดด้วยตนเอง หรือการตอบสนองการผ่อนคลายของเบนสันนั้นจะเหมาะสมกว่า นอกจากนี้ ซาฮูเรค (Zahourek, 1988, p. 23) ยังกล่าวว่า ผู้ป่วยบางคนที่มีอาการปวดเรื้อรังอาจพบว่าการผ่อนคลายนั้นทำให้อาการปวดรุนแรงขึ้น เนื่องจากการมุ่งให้

ความสนใจต่อร่างกาย ส่วนบุคคลที่มีปัญหาทางหัวใจควรจะได้รับความแนะนำจากแพทย์ก่อน
เริ่มต้นฝึก เนื่องจากบุคคลที่มีปัญหาทางหัวใจถ้ามีอาการขึ้นมาจับพลัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งการคั่ง
ของหลอดเลือดในหัวใจ การฝึกการหายใจแบบลึกอาจจะทำให้เกิดความรู้สึกเจ็บปวดนำไปสู่ความ
วิตกกังวลอันทำให้สภาวะของหัวใจเลวลงได้

2. อาจเกิดปฏิกิริยาจากยาที่ไม่ต้องการ เช่น จากการศึกษาของ ซาฮูเร็ค (Zahourek, 1988, p. 23) พบว่า การเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำมากเกินไปอาจจะเป็นผลมาจากการใช้ยา
อินซูลินในปริมาณปกติร่วมกับการเกิดภาวะการผ่อนคลายของกล้ามเนื้อ

3. การผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโปรเกรสซีฟนั้น ซาฮูเร็ค (Zahourek, 1988, p. 23) ศึกษา
พบว่า อาจทำให้เกิดภาวะความดันโลหิตต่ำได้

4. การใช้การผ่อนคลายนี้ในผู้ที่มีอาการหลงผิด (delusion) หรือประสาทหลอน
(hallucination) ควรจะกระทำด้วยความระมัดระวัง เนื่องจาก ซาฮูเร็ค (Zahourek, 1988, p. 23) กล่าวว่า
อาจเกิดความรู้สึกล่องลอยหรือความรู้สึกออกจากโลกแห่งความจริงได้

ประโยชน์ของการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ จันทรแรม กิจเหมาะ (2540, หน้า 37-38)
และพนม เกตุมาน (2535, หน้า 193) ได้กล่าวถึงประโยชน์ของการฝึกผ่อนคลายไว้ ดังนี้

1. ช่วยลดอาการเครียดและความกังวลใจ ผู้ที่ฝึกผ่อนคลายเป็นประจำจะรู้สึกสดชื่นและมีพลังเกิดขึ้น สามารถปรับตัวต่อสภาวะเครียดและช่วยให้หายเครียดด้วยตัวเอง
2. ลดอาการปวดเมื่อย ตึงเครียดของกล้ามเนื้อ
3. จิตใจสงบ แจ่มใส ช่วยให้เกิดความสงบทางอารมณ์และความรู้สึกนึกคิดต่าง ๆ
4. ช่วยสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล เพราะเมื่อคนเราอยู่ในสภาวะที่ผ่อนคลายก็จะรู้สึกเป็นการง่ายที่จะเข้าสมาคมกับผู้อื่น
5. ช่วยป้องกันหรือบรรเทาอาการเจ็บป่วยที่มีสาเหตุมาจากความตึงเครียด ทำให้ร่างกาย
สุขภาพดีเกิดความพึงพอใจ มีสุขภาพดี
6. ช่วยให้เกิดสมาธิ มีความจำที่ดีขึ้น เกิดความคล่องแคล่วในการปฏิบัติงานมากขึ้น
7. ระบบประสาทอัตโนมัติทำงานกลับเป็นปกติ
8. การผ่อนคลายสามารถเรียนรู้ได้โดยบุคคลใดก็ได้ และสามารถนำมาประยุกต์ใช้ใน
ชีวิตประจำวันได้ ไม่มีความลำบากในการฝึกทำทางหรือออกกำลังอย่างมาก ไม่สิ้นเปลืองค่า
ใช้จ่ายใด ๆ ไม่มีผลข้างเคียง ต้องการเพียงเข้าใจเกี่ยวกับหลักการเบื้องต้น

การประเมินภาวะการผ่อนคลาย ไอเคน, และเฮนริชส์ (Aiken, & Henrichs, 1971, p. 214) กล่าวถึงหลักในการประเมินภาวะการผ่อนคลายว่ามี 2 ลักษณะ คือ

1. ประเมินจากการบันทึกของผู้รับการฝึกการผ่อนคลาย การผ่อนคลายจัดได้ว่าเป็นประสบการณ์ส่วนตัว ทำให้ผู้ฝึกรู้สึกเบาตัว รู้สึกสบายใจ โปร่งใจ คล่องตัวและสบาย สภาวะด้านอารมณ์ของผู้ป่วยที่แต่ละบุคคลบันทึกไว้ด้วยตนเองถือว่าเป็นการประเมินที่เชื่อถือได้

2. ประเมินจากการใช้เครื่องมือวัดซึ่งมีหลายประเภท เช่น แบบทดสอบเครื่องมือที่ใช้วัดการเปลี่ยนแปลงทางสรีระ เช่น เครื่องไบโอฟีดแบคชนิดต่าง ๆ เครื่องวัดความดันโลหิต เครื่องฟังการเต้นของหัวใจ เครื่องตรวจสอบคลื่นไฟฟ้าในสมอง เป็นต้น

ข้อหลักเสี่ยงในการฝึก มีนเซนเบิร์ก, โทมัส, และดันแกน (Mynchenberg, Thomas, & Dungan, 1995, p. 80) กล่าวว่าไม่ควรฝึกขณะที่รู้สึกอึดหรือหิวจนเกินไป และควรฝึกก่อนหรือหลังรับประทานอาหารประมาณ 2 ชั่วโมง เพราะการฝึกขณะที่รู้สึกอึด จะทำให้เกิดการนอนหลับได้ ซึ่งสอดคล้องกับ สมบัติ คาปัญญา (2526, หน้า 9) ที่กล่าวว่า การฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อควรฝึกเมื่อท้องไม่อึดหรือหิวจนเกินไป และที่สำคัญที่สุด คือ ต้องคิดว่าการผ่อนคลายต้องปล่อยให้เกิดขึ้น ไม่ใช่พยายามทำให้เกิดขึ้น เนื่องจากการพยายามจะทำให้เกิดความเครียดขึ้นมากกว่าที่จะผ่อนคลาย

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ

งานวิจัยในประเทศ รุ่งทิพย์ จามรมาน (2532, หน้า ก-ข) ได้ศึกษาผลของการฝึกผ่อนคลาย โดยวิธีการฝึกหายใจรวมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อที่ละส่วน โดยไม่ต้องเกร็ง และการใช้จินตนาการต่อการลดความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง จำนวน 46 ราย อายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยกลุ่มทดลองที่ได้รับการฝึกผ่อนคลาย มีคะแนนความรู้สึกลดเจ็บปวด และความรู้สึกลดทุกข์ทรมานในระยะ 1-3 วันแรกหลังผ่าตัด และมีจำนวนครั้งของการฉีดยาระงับปวดในระยะ 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด น้อยกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการฝึกผ่อนคลาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มีระยะเวลาการฉีดยาระงับปวดนับจากผ่าตัด จนถึงการฉีดยาครั้งแรก นานกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 คะแนนความรู้สึกลดเจ็บปวดเมื่อวัดหลังจากผ่าตัดครบ 24, 48 และ 72 ชั่วโมง น้อยกว่าเมื่อกลับจากผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ .01 ตามลำดับ อัตราชีพจรเมื่อวัดหลังผ่าตัดครบ 24, 48 และ 72 ชั่วโมง มากกว่าในวันก่อนผ่าตัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นอกจากนี้พบว่า คะแนนความรู้สึกลดเจ็บปวดกับความรู้สึกลดทุกข์ทรมานจากแผลผ่าตัดมีความสัมพันธ์กันในทางบวก

ศิริรัตน์ เปลี่ยนบางยาง (2533, บทคัดย่อ) ได้ศึกษา ผลของการฝึก อี เอ็ม จี ไบโอฟีดแบค ร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อต่ออาการปวดศีรษะเนื่องจากความเครียด กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่มารับการรักษาอาการปวดศีรษะเนื่องจากความเครียดที่โรงพยาบาลประสาท จำนวน 30 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 15 ราย กลุ่มควบคุม 15 ราย กลุ่มทดลองได้รับการฝึก อี เอ็ม จี ไบโอฟีดแบค ร่วมกับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ สัปดาห์ละ 2 ครั้ง รวม 8 ครั้ง ประเมินและเปรียบเทียบความ

แตกต่างของระดับความรุนแรงของอาการปวดศีรษะเนื่องจากความเครียดกับกลุ่มควบคุม ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยของระดับความรุนแรงของอาการปวดศีรษะเนื่องจากความเครียดของกลุ่มทดลองภายหลังได้รับการฝึก อี เอ็ม จี ไบโอฟีคแบคร่วมกับการผ่อนคลาย กล้ามเนื้อ ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ฉัตรแก้ว สุทธิพิทักษ์ (2534, บทคัดย่อ) ได้ศึกษาผลการฝึกการผ่อนคลายต่อความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 52 ราย กลุ่มทดลองได้รับการฝึกการผ่อนคลาย กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติจากเจ้าหน้าที่ประจำการ วัดความวิตกกังวลของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการทดลองด้วยแบบวัดความวิตกกังวลของ วิลเลียม ดับบลิว เค ชุง ผลการวิจัยพบว่า หลังการฝึกผ่อนคลาย กลุ่มทดลองมีความวิตกกังวลน้อยกว่าก่อนการฝึกการผ่อนคลาย และกลุ่มทดลองที่ได้รับการฝึกการผ่อนคลายมีความวิตกกังวลน้อยกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับการฝึกการผ่อนคลาย

นิติไทย นัมคณิสร์ (2537, หน้า 85-87) ได้ศึกษาเปรียบเทียบผลของการฝึกผ่อนคลาย กล้ามเนื้อ และการใช้สถานการณ์จำลองที่มีต่อความวิตกกังวลก่อนการแสดง ของนักเรียนชั้นปีที่ 3 วิทยาลัยนาฏศิลป์จันทบุรี จังหวัดจันทบุรี ปีการศึกษา 2536 กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนนาฏศิลป์ ชั้นต้นปีที่ 3 ที่มีความวิตกกังวลก่อนการแสดงสูงกว่าเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 50 ขึ้นไป จำนวน 16 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 8 ราย ผลการวิจัยพบว่า นักเรียนมีความวิตกกังวลก่อนการแสดงลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 หลังจากได้รับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ และนักเรียนที่ได้รับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ มีความวิตกกังวลก่อนการแสดงลดลงมากกว่านักเรียนที่ได้รับการใช้สถานการณ์จำลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ทรงศิริ ยุทธวิสุทธิ (2537, บทคัดย่อ) ได้ศึกษาผลของการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อร่วมกับการใช้ อี เอ็ม จี ไบโอฟีคแบค ต่อระดับความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ และมีเหตุส่งเสริมจากความเครียด จำนวน 3 ราย ได้รับการฝึกโดยใช้เครื่อง อี เอ็ม จี ไบโอฟีคแบค และเทปผ่อนคลายความเครียดด้วยวิธีผ่อนคลายกล้ามเนื้อทีละส่วน โดยใช้แผนการวิจัยแบบหนึ่งกรณีชนิดหลายเส้นฐาน ทดลองสัปดาห์ละ 5 ครั้ง ๆ ละ 30 นาที รวม 40 ครั้ง ผลการวิจัยพบว่า ความดันโลหิตช่วงดำเนินการทดลอง และช่วงติดตามผลลดลงกว่าความดันโลหิตช่วงเส้นฐานทั้ง 3 ราย โดยระดับความดันโลหิตช่วงบนลดลงได้มากกว่าความดันโลหิตช่วงล่าง

สุพจน์ กังใจ (2541, บทคัดย่อ) ได้ศึกษาผลของการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อต่ออาการปวดศีรษะเนื่องจากความเครียดในผู้ติดเชื้อ HIV กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ติดเชื้อ HIV เพศชาย จำนวน 16 ราย แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 8 ราย กลุ่มทดลองได้รับการฝึก

ผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบผ่อนคลายกล้ามเนื้อทีละส่วน โดยไม่ต้องเกร็งก่อน (passive progressive relaxation) ร่วมกับการใช้เครื่อง อี เอ็ม จี ไบโอฟีดแบค สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ๆ ละ 30 นาที เป็นเวลา 4 สัปดาห์ ผลการวิจัย พบว่ากลุ่มทดลองมีความตึงตัวกล้ามเนื้อหน้าผากต่ำกว่าก่อนทดลอง และต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งไม่ผ่านการฝึกและเมื่อความตึงตัวกล้ามเนื้อลดลงความเครียดลดลง อาการปวดศีรษะจึงลดลงไปด้วย

กัลยาณี เจนอนุศาสตร์ (2542, บทคัดย่อ) ได้ศึกษาเปรียบเทียบผลการใช้กิจกรรมดนตรีบำบัดกับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ที่มีต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ในสถานสงเคราะห์ คนชรารับานบางแค กรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย จนถึงปานกลางจากการตอบแบบวัดความซึมเศร้าในผู้สูงอายุของไทย จำนวน 15 ราย แบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ 1. กลุ่มกิจกรรมดนตรีบำบัด, 2. กลุ่มฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ และ 3. กลุ่มควบคุม กลุ่มละ 5 ราย โดยฝึกโปรแกรมละ 18 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง สัปดาห์ละ 3 ครั้ง เป็นเวลา 6 สัปดาห์ ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มทดลองทั้ง 2 กลุ่ม มีภาวะซึมเศร้าลดลงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ในระยะหลังการทดลอง แต่ในระยะติดตามผลมีเพียงกลุ่มฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อเท่านั้น ที่มีภาวะซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

งานวิจัยในต่างประเทศ ลานซ์ (กาญจนา เหมะรัต, 2541, อ้างอิงจาก Lance, 1982, p. 112) ได้ศึกษาวิธีการ ฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อผสมกับการฝึกสมาธิในการรักษาคนไข้ที่มีอาการปวดศีรษะเนื่องจากความเครียดเรื้อรัง พบว่าคนไข้มีอาการปวดศีรษะลดลงจากที่เคยปวดเดือนละ 12-30 ครั้ง เว้นมาเป็นเดือนละ 1-4 ครั้ง จำนวน 7 ราย มีอาการไม่ดีขึ้นเพียง 6 ราย มีเพียง 3 ราย ที่ต้องการยาแก้ปวดหรือยาแก้ลมประสาทในขณะที่ยังอีก 14 ราย นิยมใช้การฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อเป็นนิสัย

ไนคาสซิโอ, บอยแลน, และแมคคาบี (Nicassio, Boylan, & McCabe, 1982, pp. 159-166) ได้ศึกษาเปรียบเทียบการใช้การผ่อนคลายแบบโปรแกรมสซีฟ, อี เอ็ม จี ไบโอฟีดแบค และ อีเอ็มจีฟลอค ในการรักษาอาการนอนไม่หลับรุนแรง ในผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีปัญหาทางด้านการนอนเรื้อรังจำนวน 40 ราย ผลการวิจัยพบว่า การใช้การผ่อนคลายแบบโปรแกรมสซีฟและ อี เอ็ม จี ไบโอฟีดแบค ทั้ง 2 วิธี สามารถลดอาการนอนไม่หลับและอาการซึมเศร้าได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เลอร์แมน, และคณะ (Lerman et al., 1990, pp. 308-315) ได้ศึกษารูปแบบการปรับตัว และการผ่อนคลายต่อความวิตกกังวล ความซึมเศร้า และอาการคลื่นไส้ จากผลข้างเคียงของการได้รับยาเคมีบำบัด กลุ่มตัวอย่างจำนวน 48 ราย แบ่งเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มทดลองได้รับการ ฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโปรแกรมสซีฟ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลปกติจากเจ้าหน้าที่ ผลการวิจัยพบว่า เมื่อบุคคลมีการปรับตัวก็จะทำให้เกิดความวิตกกังวล

ความซึมเศร้า และอาการคลื่นไส้ลดน้อยลงในขณะที่และหลังการรับยาเคมีบำบัด และการผ่อนคลาย ยังให้ผลในการบำบัดอาการคลื่นไส้หลังการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ฮอลแลนด์, และคณะ (Holland et al., 1991, pp. 1004-1011) ได้ศึกษาถึงผลการใช้ยา อัลปราโซแลม (alprazolam) กับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโปรเกรสซีฟในผู้ป่วยมะเร็งที่มีอาการวิตกกังวลและซึมเศร้า กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคมะเร็งจำนวน 147 ราย จากศูนย์มะเร็ง 3 แห่ง แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ได้รับยาจำนวน 70 ราย และกลุ่มที่ได้รับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโปรเกรสซีฟจำนวน 77 ราย โดยกลุ่มที่ได้รับยาอัลปราโซแลมจะได้รับยาครั้งละ 0.5 มิลลิกรัม วันละ 3 ครั้ง ส่วนกลุ่มที่ได้รับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโปรเกรสซีฟจะได้รับการฝึกในครั้งแรก หลังจากนั้นให้นำกลับไปฝึกต่อเองที่บ้าน โดยการฟังเทปบันทึกเสียง วันละ 3 ครั้ง ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองทั้งสองกลุ่มมีคะแนนความวิตกกังวลและความซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01 แต่ในกลุ่มที่ได้รับยาอัลปราโซแลมความวิตกกังวลจะค่อย ๆ ลดลงอย่างช้า ๆ ในขณะที่ความซึมเศร้าจะลดลงได้มากกว่า ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า วิธีการทั้งสองวิธีสามารถนำไปใช้ในการลดอาการวิตกกังวลและความซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคมะเร็งได้ และแพทย์ควรจะใช้วิธีการที่ปลอดภัย ราคาไม่แพง และให้ผลดีมีประสิทธิภาพในการใช้รักษาอาการวิตกกังวลและความซึมเศร้ากับผู้ป่วย

พลาทานีย, และคณะ (Platanian et al., 1992, pp. 115-120) ได้ศึกษาผลการใช้การบำบัดการผ่อนคลายในเด็กและวัยรุ่นที่รักษาตัวในโรงพยาบาล ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีปัญหาทางด้านการปรับตัวและมีอาการซึมเศร้า กลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 ราย แบ่งเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มทดลอง 20 ราย และกลุ่มควบคุม 20 ราย กลุ่มทดลองได้รับการฝึกโยคะ การนวด และการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโปรเกรสซีฟ ส่วนกลุ่มควบคุมให้ดูเทปบันทึกภาพการผ่อนคลาย ซึ่งทั้ง 2 กลุ่มใช้ระยะเวลาในการทดลอง 1 ชั่วโมงเท่ากัน ผลการวิจัยพบว่า ทั้งสองกลุ่มมีความวิตกกังวลและพฤติกรรมที่กระวนกระวายลดลง แต่ในกลุ่มทดลองมีอารมณ์ทางบวกเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ผู้ป่วยที่มีการปรับตัวผิดปกติและผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้าจำนวน 3 รายในกลุ่มทดลองต่างก็มีระดับคอร์ติซอลลดลงด้วย

โฮลด์นิน, แม็คคอร์กิล, และลอเวอร์รี่ (Houldin, McCorkle, & Lowery, 1993, pp. 47-52) ได้ศึกษาผลของการฝึกการผ่อนคลายต่อสภาวะทางภูมิคุ้มกันและสภาพทางจิตใจทั้งความวิตกกังวลและความซึมเศร้าในคู่สมรสที่สูญเสียสามีโดยโรคมะเร็ง กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีจำนวน 9 ราย ซึ่งได้รับการตรวจภูมิคุ้มกันและตรวจสภาพทางจิตใจ 3 ครั้ง คือ ก่อนทดลอง 6 สัปดาห์ หลังจากสามีเสียชีวิต หลังการทดลอง และระยะติดตามผล 4 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างได้รับโปรแกรมการฝึกโดยใช้การผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโปรเกรสซีฟร่วมกับการจินตนาการเป็นเวลา 4 สัปดาห์ ๆ ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง ผลการวิจัยพบว่า โปรแกรมการฝึกการผ่อนคลายสามารถใช้ได้ผลดี

กิเซลิกา, และคณะ (Kiselica et al., 1994, pp. 335-342) ได้ทำการศึกษาเปรียบเทียบผลของการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การฝึกการใช้ความคิด และการฝึกพฤติกรรมกล้าแสดงออก ผลการวิจัยพบว่า ผลการฝึกทั้ง 3 วิธี ช่วยลดความวิตกกังวลที่เป็นลักษณะเฉพาะบุคคล และช่วยลดความเครียดได้ไม่แตกต่างกันหลังจากใช้เวลาการฝึกเป็นเวลา 4 สัปดาห์

เทเลอร์ (Taylor, 1995, p. 457) ได้ทำการศึกษาผลของการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ร่วมกับการฝึกใช้ปฏิกิริยาช้อนกลับทางชีวภาพ การฝึกสมาธิ และการสะกดจิต เพื่อลดความเครียดในผู้ป่วยชายที่ติดเชื้อ HIV โดยใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย ใช้เวลาในการฝึก 20 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ผลการวิจัยพบว่า สามารถช่วยลดความวิตกกังวล ลดอารมณ์ที่ไม่ดีต่าง ๆ และช่วยเพิ่มความรู้สึกว่าตนมีคุณค่า นอกจากนี้ยังช่วยเพิ่ม ที-เซลล์ (T-cell) ของระบบภูมิคุ้มกัน ได้อีกด้วย นับตั้งแต่หลังการฝึกต่าง ๆ เหล่านี้ เป็นเวลา 1 เดือน

เมอร์ฟี, และคณะ (Murphy et al., 1995, pp. 405-420) ได้ศึกษาเปรียบเทียบผลการใช้การบำบัดด้วย พฤติกรรมการรู้คิด การฝึกการผ่อนคลายและการใช้ยาต้านเศร้าไตรไซคลิก (tricyclic) ในการรักษาอาการซึมเศร้า โดยใช้เวลาในการทดลอง 16 สัปดาห์ ประเมินผลโดยใช้แบบสำรวจความซึมเศร้าของเบค ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยจำนวน 37 ราย ที่มีการซึมเศร้ามากนั้น มีการซึมเศร้าในระยะหลังทดลองลดลงกว่าระยะก่อนทดลอง และกลุ่มที่บำบัดด้วยพฤติกรรม การรู้คิดและการฝึกการผ่อนคลายทั้ง 2 กลุ่ม ได้ผลในการบำบัดดีกว่าการใช้ยาต้านเศร้าไตรไซคลิก

รีส์ (Rees, 1995, pp. 255-267) ได้ศึกษาผลของการฝึกผ่อนคลายร่วมกับการใช้จินตนาการต่อความวิตกกังวล ความซึมเศร้า และการเห็นคุณค่าในตนเองของหญิงที่คลอดบุตรคนแรก จำนวน 60 ราย ในช่วง 4 สัปดาห์แรกหลังคลอด ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีความวิตกกังวลและความซึมเศร่าลดลงและมีการเห็นคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุมในระยะหลังการทดลอง โดยความวิตกกังวล และความซึมเศร้ามีค่าสหสัมพันธ์ทางบวก ส่วนการเห็นคุณค่าในตนเอง ความวิตกกังวลและความซึมเศร่ามีค่าสหสัมพันธ์ทางลบ ซึ่งทั้งหมดนั้นมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ฟีลด์, และคณะ (Field et al., 1996, pp. 903-911) ได้ศึกษาผลการใช้การบำบัดด้วยการนวดและการผ่อนคลาย ในมารดาวัยรุ่นที่มีการซึมเศร้า จำนวน 32 ราย แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ได้รับการบำบัดด้วยการนวด และกลุ่มที่ได้รับการบำบัดด้วยการผ่อนคลาย ใช้ระยะเวลาครั้งละ 30 นาที เป็นเวลา 5 สัปดาห์ ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองทั้งสองกลุ่มมีความวิตกกังวลลดลงในระยะหลังทดลอง

ฟีลด์, และคณะ (Field et al., 1997, pp. 54-56) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการลดความเครียดในการปฏิบัติงานโดยใช้การนวดอย่างสั้น การผ่อนคลายด้วยดนตรีประกอบจินตภาพ การผ่อนคลาย

คล้ายกล้ามเนื้อ และกลุ่มสนับสนุนทางสังคม ของลูกจ้างโรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่างจำนวน 100 ราย ประเมินผลการศึกษา โดยใช้การเปรียบเทียบก่อน-หลังภายในกลุ่มและเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองแต่ละกลุ่มมีความวิตกกังวล ความซึมเศร้า อาการอ่อนล้า และอาการสับสนลดลง จึงเป็นข้อแนะนำที่จะให้นำไปประยุกต์ใช้เป็นช่วงเวลาสั้น ๆ เพื่อลดความเครียดของลูกจ้างในโรงพยาบาล

จากงานวิจัยทั้งในประเทศ และต่างประเทศดังกล่าว สรุปได้ว่า การฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ สามารถนำมาใช้ในการช่วยแก้ปัญหาทั้งทางร่างกายและจิตใจได้มากมาย ได้แก่ ลดความเจ็บปวด ความรู้สึกทุกข์ทรมาน, ลดความวิตกกังวล, ลดความดันโลหิต, ลดภาวะซึมเศร้า, ลดอาการปวดศีรษะจากความเครียด, ลดอาการนอนไม่หลับ, ลดอาการสับสน, ลดอาการอ่อนล้า, เพิ่มความรู้สึกมีคุณค่า, เพิ่มระบบภูมิคุ้มกัน นอกจากนี้ยังสามารถฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อร่วมกับวิธีการฝึกแบบอื่น ๆ ได้อีก อาทิเช่น การฝึกใช้ปฏิกิริยาผ่อนคลายทางชีวภาพ การฝึกการหายใจ การฝึกสมาธิ, การจินตนาการ ซึ่งใช้ได้ผลดี แต่ยังไม่มีการวิจัยที่ใช้การให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ ร่วมกับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อเพื่อลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังการพยายามฆ่าตัวตาย ดังนั้นผู้วิจัยจึงคิดว่า การให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ร่วมกับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อนั้นจะช่วยในการลดภาวะซึมเศร้าให้แก่ผู้ป่วยได้ เนื่องจากช่วงเวลาที่จิตได้สำนึกรับรู้ข้อมูลใหม่ ๆ ได้ดีที่สุด คือช่วงเวลาที่มึนคลั่งสมองต่ำ มีความถี่ระหว่าง 9 – 13 รอบ ต่อวินาที หรือที่เรียกว่าสภาวะอัลฟา (เกียรติวรรณ อมาตยกุล, 2543, หน้า 27) ดังนั้นการให้ผู้ป่วยได้ฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อก่อนที่จะให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ ผู้วิจัยคาดว่า จะทำให้ผู้ป่วยผ่อนคลายตนเองลง และมีความสามารถในการรับข้อมูลใหม่ ๆ จากผู้ให้คำปรึกษา และปรับเปลี่ยนความคิดมีเหตุผลที่เหมาะสมมากขึ้น ยังผลให้ภาวะซึมเศร้าลดลง และ เป็นการป้องกันการทำตัวตายซ้ำในโอกาสต่อไป

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้เทคนิคควบคู่กัน อรรวรรณ ลีทองอิน (2539, หน้า 26-47 อ้างถึงใน กาญจนา เหมะรัต, 2541 หน้า 41) ได้ศึกษาเป็นกรณีศึกษาถึงการพยาบาลผู้ป่วยที่มีความคิดฆ่าตัวตาย 1 ราย โดยนำหลักการของการระบาย (ventilation) ร่วมกับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีความคิดฆ่าตัวตายทั้งหมด 7 ครั้ง ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทมีความเครียดและความวิตกกังวลลดลง และมีความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองมากยิ่งขึ้น

อรษา ฉวาง (2540, หน้า 50-55 อ้างถึงใน กาญจนา เหมะรัต, 2541 หน้า 41) ได้ศึกษาผลการฝึกพฤติกรรมการแสดงออกที่มีต่อการปฏิบัติตนกับผู้อื่นของผู้ป่วยจิตเภทวัยรุ่น โรงพยาบาลสมเด็จพระยา กรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่าง 12 คน โดยฝึกสัปดาห์ละ 5 วัน เป็นเวลา 3 สัปดาห์ รวม 14 ครั้ง ผลการวิจัยพบว่า ขณะที่ได้รับการฝึกโดยใช้เทคนิคแม่แบบและการใช้

บทบาทสมมติ ผู้ป่วยไม่มีสมาธิ ไม่กระตือรือร้น จึงต้องใช้กิจกรรมร่วมด้วยวันละ 10 นาที กลุ่มตัวอย่างจึงรู้สึกผ่อนคลาย กระตือรือร้น มีความสนใจให้ความร่วมมือ ตลอดจนมีสมาธิในการฝึกปฏิบัติได้ดียิ่งขึ้น

กาญจนา เหมะรัต (2541, บทคัดย่อ) ได้ศึกษาผลของการให้คำปรึกษาแบบนำทางควบคู่กับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อเพื่อลดความวิตกกังวลในการดำรงชีวิตภายหลังจำหน่ายโรงพยาบาลสมเด็จพระยา กรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่มีความวิตกกังวลในการดำรงชีวิตภายหลังจำหน่าย สูงกว่าเปอร์เซ็นต์ไทด์ที่ 50 ขึ้นไป จำนวน 28 ราย เป็นผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มช่วงอายุ 18-35 ปี และกลุ่มช่วงอายุ 36-60 ปี แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 2 กลุ่ม และกลุ่มควบคุม 2 กลุ่ม ๆ ละ 7 คน กลุ่มทดลองได้รับการให้คำปรึกษาแบบนำทางควบคู่กับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ส่วนกลุ่มควบคุมที่ 1 และ 2 ไม่ได้รับการให้คำปรึกษาแบบนำทางและไม่ได้ฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองทั้ง 2 กลุ่ม มีความวิตกกังวลในการดำรงชีวิตภายหลังจำหน่ายลดลง และกลุ่มทดลองทั้ง 2 กลุ่ม ยังมีความวิตกกังวลลดลงไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 นอกจากนี้กลุ่มทดลองทั้ง 2 กลุ่มยังมีความวิตกกังวลในการดำรงชีวิตภายหลังจำหน่ายลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม

ผุสดี หนังสือ (2542, บทคัดย่อ) ได้ศึกษาผลของการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อควบคู่กับการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มเพื่อลดความวิตกกังวลในการพยาบาลผู้ป่วยโรคเอดส์ กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี วชิระ กรุงเทพมหานคร ที่มีความวิตกกังวล (trait anxiety) ต่ำกว่าเปอร์เซ็นต์ไทด์ที่ 25 ลงมา จำนวน 16 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 8 คน กลุ่มทดลองได้รับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อควบคู่กับการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการลดความวิตกกังวลในการพยาบาลผู้ป่วยโรคเอดส์ ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมมีความวิตกกังวลในการพยาบาลผู้ป่วยโรคเอดส์ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ .01 และยังพบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อควบคู่กับการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มมีความวิตกกังวลลดลง มากกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับข้อเสนอแนะ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จันทิกานท์ รัตนจิรากร (2542, บทคัดย่อ) ได้ศึกษาผลของการทำจิตบำบัดแบบระดับประคองควบคู่กับการฝึกผ่อนคลาย เพื่อลดความเครียดของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม วชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีคะแนนความเครียดตั้งแต่ร้อยละ 50 ขึ้นไป จำนวน 10 คน โดยได้มาจากการเลือกแบบเจาะจงจากประชากรและได้รับการทำจิตบำบัดแบบระดับประคองควบคู่กับการฝึกผ่อนคลายคนละ 8 ครั้ง ๆ ละ 50 นาที เป็นเวลา 40 สัปดาห์

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมีความเครียดลดลงภายหลังการทำจิตบำบัดแบบประคับประคองควบคู่กับการฝึกผ่อนคลาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากงานวิจัยดังกล่าวสรุปได้ว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการให้คำปรึกษาหรือได้รับการทำจิตบำบัดควบคู่ไปกับการใช้เทคนิคอื่น ๆ ร่วมด้วย เช่น หลักการระบาย การใช้กิจกรรม การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ เป็นต้น จะทำให้ผลการทดลองมีประสิทธิภาพดีขึ้น เช่น ลดความเครียด ลดความวิตกกังวล ผ่อนคลายลง มีสมาธิมากขึ้น ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะนำเทคนิคควบคู่กันมาใช้ในงานวิจัยนี้ โดยมุ่งหวังจะทำให้ประสิทธิภาพในการทดลองดีขึ้น เนื่องจากการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อก่อนที่จะรับคำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ จะทำให้ผู้ป่วยภายหลังจากการพยายามฆ่าตัวตายอยู่ในสภาวะผ่อนคลาย คลื่นสมองอยู่ในสภาวะอัลฟา ทำให้ความสามารถในการรับรู้ข้อมูลใหม่ ๆ ในขณะให้คำปรึกษาดีขึ้น ยังผลให้ปรับเปลี่ยนความคิดให้มีเหตุผลเหมาะสมมากขึ้นและสภาวะซึมเศร้าลง



ภาพที่ 2 แนวทางการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ร่วมกับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อเพื่อลดภาวะซึมเศร้าภายหลังการพยายามฆ่าตัวตาย