

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ศึกษาถึงผลการให้คำปรึกษาแบบอรรถิภาวนิยมต่อภาวะซึมเศร้าของผู้เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ซึ่งได้ศึกษาจากตำรา เอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังนี้

1. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้คำปรึกษาแบบอรรถิภาวนิยม

- 1.1 ความหมายของอรรถิภาวนิยม
- 1.2 ความเป็นมาของทฤษฎีอรรถิภาวนิยม
- 1.3 แนวคิดแบบอรรถิภาวนิยม
- 1.4 มุมมองธรรมชาติของมนุษย์
- 1.5 สาเหตุของปัญหาของมนุษย์
- 1.6 ทศนคติที่นำเข้าสู่การให้คำปรึกษา
- 1.7 กระบวนการบำบัดแบบอรรถิภาวนิยม
- 1.8 เป้าหมายในการบำบัด (Therapeutic Goals)
- 1.9 เทคนิคที่ใช้ในการให้คำปรึกษา
- 1.10 งานวิจัยที่เกี่ยวกับการให้คำปรึกษาแบบอรรถิภาวนิยม

2. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า

- 2.1 สาเหตุของภาวะซึมเศร้า
- 2.2 อาการของภาวะซึมเศร้า
- 2.3 งานวิจัยที่เกี่ยวกับการภาวะซึมเศร้า

3. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตาย

- 3.1 ความหมายของการฆ่าตัวตาย
- 3.2 ประเภทของการฆ่าตัวตาย
- 3.3 ทฤษฎีและแนวคิดปัจจัยเหตุของการฆ่าตัวตาย
- 3.4 สาเหตุของการฆ่าตัวตาย
- 3.5 ลักษณะผู้เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย
- 3.6 การประเมินพฤติกรรมฆ่าตัวตาย

เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการให้คำปรึกษาทฤษฎีอัตถิภาวนิยม

ความหมายของอัตถิภาวนิยม

อัตถิภาวนิยม (Existentialism) เป็นแนวคิดทางปรัชญา ที่เน้นความสำคัญเรื่องความมีอยู่ ซึ่ง กิรติ บุญเจือ (2522) ได้ให้คำอธิบายถึงลัทธิ อัตถิภาวนิยมไว้ว่า “ลัทธิที่ถือว่าการค้นคว้าหาสารัตถะ ทำให้ผู้คิดออกห่างจากความเป็นจริง ความเป็นจริงที่แท้ก็คือ อัตถิภาวนิยมของแต่ละคน ซึ่งมีสิ่งแวดล้อมและสภาพซึ่งตนเองได้สะสมไว้ โดยการตัดสินใจเลือกตั้งแต่ต้นมาจนถึงปัจจุบัน ปรัชญาที่มีประโยชน์จริง ๆ ก็คือปรัชญาที่ศึกษาอัตถิภาวนิยมของตนเอง”

กิรติ บุญเจือ (2521 อ้างถึงใน อาภา จันทรสกุล, 2535, หน้า 56) ได้ให้ความหมายตามรูปศัพท์ของอัตถิภาวะ ซึ่งเป็นศัพท์มคธว่า “อัตถิ” เทียบกับเป็นอยู่ร่วมกับภาวะ หมายถึงสภาพตรงกับศัพท์ภาษาอังกฤษว่า Existence ซึ่งแปรรูปมาจากศัพท์ภาษาละตินว่า Existentia (Ex หมายถึงจากรวมกับคำว่า Stare หมายถึง ยืน) แปลว่า “ความมีอยู่”

ความเป็นมาของทฤษฎีอัตถิภาวนิยม

ทฤษฎีอัตถิภาวนิยม (Existentialism) เป็นทฤษฎีการให้คำปรึกษาที่ใช้แก้ปัญหาสำหรับผู้ที่มีทุกข์ ระดับอารมณ์และความรู้สึก โดยตั้งอยู่บนพื้นฐานว่า ความหมายของความเป็นมนุษย์คืออะไร เป็นแนวคิดที่สอดคล้องกับปรัชญาที่ว่าความหมายของชีวิตคืออะไร การให้คำปรึกษาแบบอัตถิภาวนิยมพัฒนามาจากแนวปรัชญาอัตถิภาวนิยม โดยนักปรัชญา 2 ท่านคือเซอร์เรน คีร์เคการ์ด (Seren Kierkegaard) และนิทเช (Nietzsche) โดยคีร์เคการ์ดถือได้ว่าเป็นบิดาของปรัชญาอัตถิภาวนิยม (Warnock, 1977, pp. 6, 12, 22) เมื่อคีร์เคการ์ดได้เริ่มปรัชญาแนว อัตถิภาวนิยมในระยะแรกนั้น แนวปรัชญานี้ไม่ได้เป็นที่รู้จักอย่างแพร่หลายแนวปรัชญาอัตถิภาวนิยมได้ถูกนำมาใช้และพัฒนาขึ้นภายหลังที่คีร์เคการ์ดได้เสียชีวิตไปแล้วถึง 70 กว่าปี โดยแนวปรัชญาอัตถิภาวนิยมนั้นถูกพัฒนาอย่างเด่นชัดในยุโรปภายหลังสงครามโลกครั้งที่ 2 (Gazda, 1989, p. 352)

บุคคลที่ขอความช่วยเหลือจากนักจิตวิทยาในยุคนี้มักมาด้วยปัญหาว่าตนเกิดความรู้สึกโดดเดี่ยว (Isolation) แปรลกแยก (Alienation) ว่างเปล่า (Loneliness) และมีความรู้สึกไร้ความหมายในการดำเนินชีวิตของตนซึ่งนักจิตวิทยาทั้ง 2 กลุ่มในยุคนี้ ได้แก่ (กลุ่มพฤติกรรมนิยม, กลุ่มจิตวิเคราะห์) ล้มเหลวในการที่จะทำความเข้าใจกับประสบการณ์และความรู้สึกที่นำมาสู่ปัญหาของผู้ที่มาขอความช่วยเหลือเหล่านี้ (Vondracek & Comcal, 1995, pp. 195-196)

นักจิตวิทยาในยุคนี้ได้พยายามแสวงหาแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับคุณค่าของบุคคลและคุณค่าของความเป็นมนุษย์ จึงได้เกิดแนวคิดทางจิตวิทยา กลุ่มที่ 3 คือ กลุ่มมนุษยนิยม (Humanism) ขึ้นมาเพื่อตอบสนองข้อจำกัดของนักจิตวิทยาทั้ง 2 กลุ่มข้างต้น และแนวปรัชญาอัตถิภาวนิยมได้ถูกพัฒนาผ่านกลุ่มของนักจิตวิทยาแนวมนุษยนิยม โดยได้สร้างหลักการเพิ่มในด้านของแนวความคิด

ประสบการณ์ของการตระหนักในตนเอง และความรับผิดชอบ (Capuzzi & Gross, 1995, pp. 210-211) ผู้ให้คำปรึกษาแนวอัตถิภาวนิยมนี้ยืนยันที่จะไม่ตัดสินมนุษย์ จุดสนใจของผู้ให้คำปรึกษาทฤษฎีนี้ อยู่ที่เงื่อนไขของความเป็นมนุษย์ ซึ่งรวมถึงความสามารถที่จะมีสติเป็นของตนเอง มีอิสระในการ เลือกตัดสินใจในโชคชะตาของตนเอง แต่จะต้องรับผิดชอบต่อผลที่เกิดขึ้นจากการตัดสินใจ อีกทั้ง วิธีการดำเนินชีวิตของบุคคลที่เป็นไปอย่างไร้ความหมายอันแตกต่างไปจากผู้อื่น ทฤษฎีนี้เชื่อว่า พัฒนาการบุคลิกภาพของบุคคลขึ้นอยู่กับลักษณะของแต่ละคน ความรู้สึกที่บุคคลมีต่อตนเอง พัฒนามาจากสภาพความเป็นทารก ความคิดหลักของมนุษย ได้แก่ ข้อกำหนดที่จะต้องปฏิบัติของ ตนเอง และความต้องการที่จะก้าวไปข้างหน้าอันเป็นความต้องการที่จะแสดงออกหรือต้องการ จะเป็นอะไรสักอย่าง ซึ่งเป็นวิธีการที่มีทิศทางในอนาคต และเน้นที่การมีสติก่อนที่จะลงมือกระทำ การใด ๆ บุคคลสำคัญในทฤษฎีนี้ได้แก่

บีนสแวนเกอร์ (Binswanger, n.d. cited in Corey, 1996) จิตแพทย์จากมหาวิทยาลัยซูริค ลูกศิษย์ของ Jung (Jung) เป็นจิตแพทย์คนแรกที่น่าแนวคิดของปรัชญา แนวอัตถิภาวนิยม ไปใช้ร่วมกับ จิตวิเคราะห์ เพื่อวิเคราะห์และแปลความหมายบุคลิกภาพของมนุษย์ วิเคราะห์ถึงว่าบุคลิกภาพของ บุคคลเกิดจากสัมพันธภาพที่มีต่อบุคคลอื่น และสัมพันธภาพเหล่านั้นทำให้บุคคลเข้าใจตนเอง

แฟรงเคิล (Frankl, 1967) จิตแพทย์ชาวเวียนนา เกิดในปี ค.ศ. 1905 จบการศึกษาทางด้าน แพทยศาสตร์และปรัชญาโท เอก จากมหาวิทยาลัยเวียนนา ได้เป็นผู้ตั้งศูนย์การแนะแนวสำหรับ เยาวชน (Youth Advisement Centers) ในปี ค.ศ. 1928 ดำรงตำแหน่งหัวหน้าศูนย์ในปี ค.ศ. 1928 – 1938 เป็นผู้เชี่ยวชาญด้านประสาทวิทยา และจิตเวชของโรงพยาบาลรอตชิลด์ (Rothschild) ในเวียนนา ในปี ค.ศ. 1942 – 1945 ถูกกักขังเป็นนักโทษในค่ายกักกันชาวยิวที่ออสวิตซ์และดาฮาว ซึ่งใน ขณะนั้น บิดามารดาพี่ชาย และภรรยาได้เสียชีวิตในค่ายกักกันและห้องรมแก๊ส ในปี ค.ศ. 1955 แฟรงเคิล ได้เป็นศาสตราจารย์ทางประสาทวิทยาและจิตเวช ณ มหาวิทยาลัยเวียนนา แฟรงเคิล ได้ เผยแพร่งานด้านจิตบำบัดแบบโลกอส ซึ่งเป็นสาขาหนึ่งทางอัตถิภาวนิยม โลกอสหมายถึง วาตะ (Speech) หรือเหตุผล (Reason) แต่แฟรงเคิลให้คำจำกัดความว่า เป็นความหมาย (Meaning) โดย แฟรงเคิล ปฏิเสธความเชื่อตามทฤษฎีจิตวิเคราะห์ที่ว่ามนุษย์มีแรงขับของสัญชาตญาณทางเพศ ปฏิเสธความคิดเห็นของ Jung เกี่ยวกับบุคลิกภาพแบบต่าง ๆ และไม่ยอมรับความคิดเห็นของ นักจิตวิทยากลุ่มพฤติกรรมนิยมที่เชื่อในทฤษฎีการวางเงื่อนไข ที่มองมนุษย์เหมือนเครื่องจักร สำหรับแฟรงเคิล เชื่อว่าการแสวงหาความหมายในชีวิตเป็นความรับผิดชอบสูงสุดของมนุษย์ และเป็นกระบวนการในระดับสติปัญญามากกว่าในระดับสัญชาตญาณ ความหมายชีวิตของแต่ละ บุคคลมีลักษณะเป็นเอกภาพ (Uniqueness) ซึ่งขึ้นอยู่กับตัวบุคคล ความมีอยู่ของเขาในสถานการณ์ และเวลานั้น ๆ ไม่สามารถที่จะกำหนดเป็นบรรทัดฐานเดียวกันได้ ในระหว่างที่ถูกคุมขังอยู่ใน

ค่ายักกัน แฟรงเคิล ได้รับความทุกข์ทรมานและเผชิญกับความเศร้าโศกจากการต้องสูญเสียบุคคลต่าง ๆ อันเป็นที่รักไป ซึ่งเป็นแรงผลักดันให้เขาพยายามต่อสู้ พยายามใช้ชีวิตอยู่อย่างมีความหมาย โดยไม่ยอมจำนนต่อสภาพแวดล้อมแม้ตัวจะถูกคุมขัง แต่จิตใจของเขาก็ยังมีเสรีภาพอย่างเต็มที่ที่จะคิด และผลิตงานที่สร้างสรรค์ต่อสังคม หนังสือเล่มหนึ่งในหลายเล่มที่น่าสนใจ ชื่อ “Man’s Search for Meaning” ซึ่งเขียนโดย แฟรงเคิล เขียนขึ้นเมื่อ ปี 1955 นั้น มีจุดมุ่งหมายที่จะเผยแพร่ชีวิต คำเตือนของเขาให้ชาวโลกได้ทราบ แฟรงเคิล ได้บรรยายไว้ว่า มนุษย์สามารถพบความหมายในชีวิตได้หลายทาง มนุษย์หาได้สูญเสียทุกสิ่งทุกอย่าง เพียงแต่ไม่รู้ว่ากำลังมีชีวิตอยู่เพื่ออะไร ซึ่งจำเป็นจะต้องพัฒนาความหมายแห่งชีวิตของเขาโดยแยกออกเป็น ความหมายแห่งชีวิตในด้านความอดทน และการทนทุกข์ทรมาน ความหมายแห่งชีวิตในด้านการทำงานและความหมายแห่งชีวิตในด้านความรัก

เมย์ (May, 1967 cited in Corey, 1996) เกิดในปี ค.ศ. 1909 มีชีวิตช่วงแรกอยู่ที่ไอโฮโอ แล้วย้ายไปอยู่ที่มิชิแกน มีชีวิตในวัยเด็กที่ไม่สุขสบาย จึงทำให้มีความสนใจในจิตวิทยา และการให้คำปรึกษาประสบการณ์ชีวิตส่วนตัวที่เต็มไปด้วยความดิ้นรนต่อสู้ และล้มเหลวจากชีวิตแต่งงาน 2 ครั้ง จึงทำให้สนใจแนวคิดแบบอัตถิภาวนิยม ชีวิตในวัยหนุ่มได้ศึกษาเกี่ยวกับความเจริญรุ่งเรืองของกรีกโบราณ ซึ่งช่วยให้มีความสนใจธรรมชาติของมนุษย์ ต่อมาได้เดินทางไปศึกษากับอัลเฟรด แอดเลอร์ (Alfred Adler) ที่กรุงเวียนนา ซึ่งระหว่างที่กำลังศึกษาในระดับปริญญาเอกนั้น เมย์ได้ล้มป่วยด้วยโรคหัวใจ ทำให้ต้องอยู่ในเรือนคนไข้สำหรับการพักฟื้นร่างกายตลอดช่วงเวลา 2 ปี ในช่วงเวลานี้เองเมย์ได้ใช้เวลาส่วนใหญ่กับการอ่านและการเรียนรู้เกี่ยวกับธรรมชาติของความวิตกกังวล จึงทำให้สามารถเขียนตำราเกี่ยวกับความวิตกกังวลขึ้นมาได้ คือ “The Meaning of Anxiety” นอกจากนั้นตำราที่ได้รับความนิยมอีกเล่ม คือ “Love and Will” ซึ่งเป็นสิ่งที่สะท้อนถึงชีวิตส่วนตัวที่ต้องต่อสู้ดิ้นรนกับความรัก ความผูกพัน รวมทั้งสิ่งที่สะท้อนถึงค่านิยมต่อเรื่องเพศ และการแต่งงานของสังคมตะวันตก

แนวคิดในการบำบัดของเมย์ ถือเป็นแนวคิดในกลุ่มมนุษยนิยม (Humanistic Approach) ได้นำหลักการแบบอังกฤษไปประยุกต์ใช้ในอเมริกาในงานของจิตบำบัด โดยมีมุมมองว่า จิตบำบัดควรมีจุดหมายเพื่อช่วยเหลือบุคคลให้ค้นพบความหมายในการดำรงชีวิตและควรจะตระหนักในปัญหาที่เกิดขึ้นมากกว่าการขจัดปัญหา ไม่ว่าจะเป็นปัญหาในประเด็นต่าง ๆ เช่น ปัญหาทางเพศ และปัญหาด้านประเพณี ความเชรา และการเผชิญกับความตาย ดังนั้นนักบำบัดจึงเป็นตัวช่วยให้บุคคลได้ค้นหาหนทางต่าง ๆ ในการดำเนินชีวิตในสังคมให้ดีที่สุด

ยาโลม (Yalom, n.d. cited in Corey, 1996) เป็นนักบำบัดแนวอัตถิภาวนิยมที่มีส่วนช่วยเหลือวงการจิตวิทยาทั้งในยุโรปและอเมริกา ได้พัฒนาแนวคิดแบบอัตถิภาวนิยมและการ

นำไปใช้และนำแนวคิดแบบอัตถิภาวนิยมเข้าสู่การบำบัดของเขา ผลงานที่ได้เขียนเพื่อศึกษา คือ แนวคิดแบบอัตถิภาวนิยม

นอกจากนี้ ยังมีนักบำบัดแนวอัตถิภาวนิยมที่มีอิทธิพลต่อการให้คำปรึกษาแบบ อัตถิภาวนิยมท่านอื่น ๆ เช่น พอล ซาร์ก (Jean Paul Sarte), กาเบรียล มาเซล (Gabriel Marcel), อัลเบิร์ต คาร์มัส (Albert Carmus), คาร์ล แจสเปอร์ (Karl Jaspers), มาติน บูเบอร์ (Martin Buber)

แนวคิดแบบอัตถิภาวนิยม

อุษา ชูชาติ (2531, หน้า 25-26) ได้รวบรวมแนวคิดที่สำคัญของการบำบัดแบบอัตถิภาวนิยมไว้ในวารสารจิตวิทยาคลินิกว่าเป็นหลักคิดเกี่ยวกับมนุษย์โดยตรง การทำจิตบำบัดเป็นเรื่องเกี่ยวข้องกับมนุษย์ เป็นเรื่องที่มนุษย์คนหนึ่งแสดงเชื้อใยต่อมนุษย์อีกคนหนึ่ง จึงจำเป็นต้องรู้ว่ามนุษย์คืออะไร ดังนั้น การนำหลักอัตถิภาวนิยมเข้ามาใช้ในการทำจิตบำบัดหรือให้บริการปรึกษานั้นได้ประโยชน์มาก เพราะว่าแนวคิดแบบอัตถิภาวนิยมให้คำอธิบายค่อนข้างมากเกี่ยวกับเรื่องว่ามนุษย์คืออะไร เป็นอย่างไร อธิบายลักษณะธรรมชาติของมนุษย์ ทำให้เข้าใจเกี่ยวกับมนุษย์ทำให้มีแนวทางในการช่วยเหลือผู้อื่น การทำจิตบำบัดหรือให้คำปรึกษาแบบอัตถิภาวนิยมไม่มีแบบแผนแน่นอน เป็นระบบผสมผสานของหลายแบบ ขึ้นอยู่กับตัวผู้ให้คำปรึกษาว่ามีความยืดหยุ่นเห็นมนุษย์เป็นเอกัตบุคคล ที่แต่ละบุคคลมีความแตกต่างกัน มองมนุษย์เป็นมนุษย์ การให้คำปรึกษาจะไม่ประสบผลสำเร็จเลย ถ้าไม่เข้าใจในเรื่องเกี่ยวกับมนุษย์และการให้คำปรึกษาแนวนี้ยังถือว่าลักษณะสัมพันธภาพระหว่างผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับคำปรึกษาเป็นหัวใจสำคัญที่นำไปสู่ความสำเร็จ ลักษณะสัมพันธภาพที่พึงประสงค์เรียกว่า “Authentic Relationship” ซึ่งมีคุณลักษณะ เช่น ผู้รับคำปรึกษาไว้วางใจผู้ให้คำปรึกษา ผู้ให้คำปรึกษามีจิตใจอันเปี่ยมไปด้วยความเมตตา กรุณา มีทัศนคติในการมองมนุษย์บนรากฐานของ Existential View on Man เป็นต้น ผู้ให้คำปรึกษาแบบอัตถิภาวนิยมถือว่าสัมพันธภาพที่ถูกต้องและจริงใจจะทำให้ผู้รับคำปรึกษาเข้าใจเอกลักษณ์ของตนเองอย่างถ่องแท้ เข้าใจปัญหาความทุกข์และแก้ความทุกข์ของตนด้วยตนเองและดำเนินชีวิตแบบที่เป็นจริง (In Authentic Aspects of Their Lives)

มุมมองธรรมชาติของมนุษย์

นักบำบัดแนวอัตถิภาวนิยม (Existentialist) เป็นกลุ่มนักจิตวิทยาที่มีแนวคิดเกี่ยวกับธรรมชาติของมนุษย์อยู่ในกลุ่มเดียวกับนักมนุษยนิยม (Lackham, 1977, p. 65) นั่นคือให้ความสำคัญกับศักยภาพและคุณค่าของมนุษย์ แม้มนุษย์อาจต้องยอมรับอิทธิพลต่าง ๆ ภายนอกหรือข้อจำกัดในชีวิต แต่ไม่ใช่สิ่งที่กำหนดความเป็นไปของมนุษย์ นักบำบัดแนวอัตถิภาวนิยมไม่เห็นด้วยกับการมองธรรมชาติของมนุษย์ ตามแบบกลุ่มจิตวิเคราะห์ ที่มองว่าเสรีภาพของมนุษย์ถูกจำกัดหรือกำหนดโดยอิทธิพลของจิตใต้สำนึก แรงผลักดันตามธรรมชาติและเหตุการณ์ในอดีต

นอกจากนี้นักบำบัดแนวอัตถิภาวนิยมยังไม่เห็นด้วยกับกลุ่มพฤติกรรมนิยมที่มองว่าเสรีภาพของมนุษย์ถูกจำกัดหรือกำหนดโดยเงื่อนไขต่าง ๆ ทางสังคม (Corey, 1996, p. 170) การที่กลุ่มจิตวิเคราะห์กลุ่มพฤติกรรมนิยม นักสังคมจิตวิทยาทั่วไประบุว่าบุคคลเป็นไปตามกรรมพันธุ์ ความกดดันของสิ่งแวดล้อมลักษณะทางชีววิทยาสังคมและเศรษฐกิจ จิตสำนึกและจิตไร้สำนึก ชาร์ต นักอัตถิภาวนิยมท่านหนึ่งกล่าวว่า การระบุดังกล่าว เป็นการพยายามที่จะลดความเป็นบุคคลของมนุษย์ (Barnes, 1968, p. 57)

ชาร์ต (Sarte, n.d. อ้างถึงใน ทศนา บุญทอง, 2525, หน้า 27-28) ซึ่งเป็นนักบำบัดแนวอัตถิภาวนิยมชาวฝรั่งเศส กล่าวถึงธรรมชาติของมนุษย์ว่า องค์ประกอบสำคัญของมนุษย์มี

3 ประการคือ

1. เสรีภาพ เพราะมนุษย์กับเสรีภาพแยกจากกันไม่ได้ มนุษย์เกิดมาพร้อมความว่างเปล่าปราศจากพันธนาการไม่มีวิถีใด ๆ มากำหนดมนุษย์มนุษย์จะเป็นในสิ่งที่เขาทำ มนุษย์สามารถตั้งต้นชีวิตได้เอง ไม่มีเกณฑ์ใด ๆ จะตัดสินว่าอะไรคือความดี ความชั่ว อะไรถูก อะไรผิด อะไรควรทำอะไรไม่ควรทำ เพราะสิ่งต่าง ๆ มนุษย์เป็นผู้ให้ความหมายแก่สิ่งเหล่านี้

2. มนุษย์ มีเสรีภาพในการเลือกการกระทำของตนเองและการลงมือกระทำจะเป็นจุดเริ่มต้นไปสู่พันธะ พันธะ คือ การนำตัวเราเข้าไปผูกพันกับสิ่งที่เราเลือก โดยเชื่อเอาว่าเป็นสิ่งที่ถูกต้องสำหรับเรา

3. พันธะที่เกิดขึ้นจากเสรีภาพและการเลือกนั้น ก็คือความรับผิดชอบ นั่นคือเสรีภาพทำให้เกิดความรับผิดชอบ เมื่อมนุษย์มีเสรีภาพเต็มที่ในการเลือก มนุษย์จะต้องมีความรับผิดชอบอย่างเต็มที่ด้วยในทุกสิ่งที่ได้เลือกกระทำลงไป

เมย์ (May, 1967 cited in Ricky & Therese, 1995, pp. 74-75) กล่าวถึงลักษณะ 6 ประการที่เป็นธรรมชาติของมนุษย์ ตามแนวคิดของนักบำบัดแนวอัตถิภาวนิยม

1. มนุษย์ เป็นสิ่งที่มีความสำคัญสำหรับตัวของพวกเขาเอง อาการทางประสาทเป็นวิธีหนึ่งที่บุคคลใช้ป้องกันความสำคัญหรือความคงอยู่ของตนเอง
2. มนุษย์ มีลักษณะเฉพาะของตนเอง หรือความต้องการที่จะรักษาความสำคัญของพวกเขาเอง และการรักษาความสำคัญของตัวมนุษย์เองจะต้องมีอยู่ตลอด
3. มนุษย์ ต้องมีความรับผิดชอบในการที่จะปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นซึ่งการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นจะนำไปสู่ความรู้สึกไม่แน่นอน
4. มนุษย์ มีความสามารถในการที่จะเป็นผู้กระทำหรือเป็นเพียงผู้สังเกต เมื่อมนุษย์จะต้องติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลอื่น

5. มนุษย์ มีลักษณะเฉพาะของการรับรู้ (Self – Consciousness) การรับรู้นี้หมายถึงการที่รับรู้ถึงอันตรายและการคุกคามจากภายนอก และการที่มีความสามารถรับรู้ได้นี้จะทำให้บุคคลได้รับประสบการณ์ในฐานะที่เป็นผู้กระทำ

6. มนุษย์ มีลักษณะของความวิตกกังวล หมายถึง ความรู้สึกว่าจะต้องพยายามต่อต้านสิ่งที่จะมาทำลายความดำรงอยู่ของตนเอง

สำหรับธรรมชาติของมนุษย์ตามแนวอัตถิภาวนิยม แฟรงเคิล (Frankl, 1959 cited in Rickey & Therese, 1995, p. 75) ได้กล่าวเพิ่มเติมจากแนวคิดของเมย์อิก 1 ลักษณะคือ แรงผลักดันอันดับแรกของชีวิตมนุษย์ คือ การค้นหาความหมายของบุคคล ซึ่งบุคคลแต่ละบุคคลจะต้องมีลักษณะเฉพาะตนและแสวงหาความหมายในชีวิต

นักบำบัดแนวอัตถิภาวนิยม เห็นว่ามนุษย์แต่ละคนมีลักษณะเฉพาะของตนเอง แต่ละคนมีคุณค่า มีศักยภาพในการดำรงอยู่ของตนเอง สามารถค้นหาความหมายให้กับชีวิตของตนเองได้ โดยมนุษย์มีเสรีภาพในการเลือกที่จะเป็นหรือไม่เป็น ทำหรือไม่ทำสิ่งต่าง ๆ ในสภาพแวดล้อม หนึ่ง ๆ ดังนั้นมนุษย์จะต้องมีความรับผิดชอบต่อการตัดสินใจ การเลือกและการต่อการดำรงชีวิตของตน และเพราะว่ามนุษย์มีลักษณะเฉพาะเป็นของตนเอง ดังนั้น การที่จะทำความเข้าใจกับมนุษย์ ต้องทำความเข้าใจกับสิ่งที่มนุษย์แต่ละคนรับรู้และแปลความหมาย นักบำบัดแนวอัตถิภาวนิยม กล่าวว่า การดำรงชีวิตของบุคคลจะมีความสัมพันธ์กันของโลกทั้ง 3 ระดับ พร้อม ๆ กันคือ โลกชีวะ (Umwelt) ซึ่งเป็นส่วนที่บุคคลปราศจากการรู้ตัว โลกสังคม (Mitwelt) ซึ่งหมายถึง การที่บุคคลมีความสัมพันธ์กับคนอื่นและโลกตน (Eigenwelt) ซึ่งหมายถึงการมีเอกลักษณ์แห่งตน โสริช โพธิ์แก้ว (2536, หน้า 79) และสามารถอธิบายความสัมพันธ์ของโลกทั้ง 3 ระดับเพิ่มเติมดังนี้

1. โลกชีวะ (Umwelt) หมายถึง ตัวเรา ซึ่งสัมพันธ์กับความต้องการด้านร่างกาย เรียกว่าเป็นความสัมพันธ์กับธรรมชาติ (Being in Nature) ความสัมพันธ์ในระดับนี้จะรวมถึงความสัมพันธ์กับแรงผลักดันตามธรรมชาติ ลักษณะทางชีววิทยา และสิ่งต่าง ๆ ที่มีอยู่ในธรรมชาติ เช่น อากาศ น้ำ ดิน ความร้อน

2. โลกสังคม (Mitwelt) คือ โลกของบุคคล ซึ่งเกี่ยวข้องกับโลกของสังคม เป็นความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น (Being with Others) ในระดับความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น จะปรากฏอยู่ในรูปความเป็นมิตร ความรู้สึกโดดเดี่ยว

3. โลกตน (Eigenwelt) หมายถึง โลกของตนเอง (Own – World) หรือเป็นโลกของความคิด (Thought World) เป็นส่วนที่บุคคลรับรู้และนำมาประเมินตัดสินการดำรงอยู่ของตนเอง ซึ่งจะแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล เช่น เป็นคนที่เข้มแข็ง เป็นคนอ่อนไหว เป็นคนฉลาด เป็นคนอ่อนแอ

นักบำบัดแนวอัตถิภาวนิยม กล่าวว่า ความสัมพันธ์กันของโลกทั้ง 3 ระดับนี้ ทั้งหมดจะถูกรวบรวม ประเมิน ตัดสินและสะท้อนออกมากลายเป็นตัวตนของเขาเอง (Being for-One-Self) ซึ่งจะมีผลต่อวิธีการดำเนินชีวิตของเขา

นอกจากนี้การบำบัดแบบอัตถิภาวนิยม ยังมองโครงสร้างของการมีชีวิตของมนุษย์ มี 2 ระดับ คือ การมีชีวิตอยู่ในโลก (Being in the World) และการมีชีวิตอย่างเหนือโลก (Being Beyond the World)

สาเหตุของปัญหาของมนุษย์

ในการดำรงชีวิตนั้น นักบำบัดแนวอัตถิภาวนิยมให้ความสำคัญกับการดำรงชีวิตที่เป็นตนเองอย่างแท้จริง (Authentic Existence) การดำรงชีวิตอย่างแท้จริง คือ การที่บุคคลมีปฏิริยาและการแสดงออกตามแบบที่บุคคลนั้นเป็นอย่างซื่อสัตย์ต่อธรรมชาติ ต่อผู้อื่น และต่อตนเองโดยบุคคลจะไม่ปิดบังตนเองและไม่หลีกเลี่ยงการตัดสินใจในแต่ละสถานการณ์ และมีความรับผิดชอบต่อการตัดสินใจของตนเอง นอกจากนี้บุคคลจะรับรู้และสามารถยอมรับข้อจำกัดต่าง ๆ ของเขา โดยดำเนินชีวิตตามการประเมินของตนเอง ว่าอะไรที่มีคุณค่าสำหรับตน (Corey, 1996 cited in Prochaska, 1979, p. 72; Shaffer & Galinsky, 1989, p. 93)

สำหรับนักบำบัดแนวอัตถิภาวนิยม เห็นว่า การดำรงชีวิตที่เป็นตนเองอย่างแท้จริงก็คือ การดำรงอยู่อย่างมีสุขภาพจิตที่ดี (Healthy Existence) ซึ่งจะนำไปสู่การประสานกลมกลืนกันของสัมพันธภาพทั้ง 3 ระดับ การดำรงชีวิตโดยเน้นที่สัมพันธภาพระดับใดระดับหนึ่งและละเลยสัมพันธภาพในระดับอื่น ๆ เช่น การปล่อยให้การประเมินตัวเราเองเป็นไปตามความพอใจของบุคคลอื่น ซึ่งจะนำไปสู่ปัญหาในการดำรงชีวิต เป็นการดำรงชีวิตอย่างไม่แท้จริง Inauthentic Existence) เพราะว่าบุคคลมีเสรีภาพของตนเอง ดังนั้น บุคคลจะสามารถตัดสินใจเลือกวิถีทางที่ดีที่สุด ทั้งสำหรับการอยู่ในธรรมชาติ สำหรับบุคคลอื่นและสำหรับตนเอง (Prochaska, 1979, p. 27)

ความผิดปกติทางพฤติกรรมของมนุษย์ (Existential View of Behavior Deviation) (ทัศนา บุญทอง, 2525, หน้า 31) เป็นผลจาก

1. บุคคลปกปิดตนเองหรือวางข้อจำกัดให้ตนเองมากเกินไป จนทำให้บุคคลนั้นขาดเสรีภาพในการที่จะเลือกพฤติกรรมหรือแสดงพฤติกรรมในรูปแบบอื่น (ซึ่งไม่ผิดปกติ) เช่น บุคคลที่มีลักษณะย้ำคิดย้ำทำ นักบำบัดแนวอัตถิภาวนิยมอธิบายว่า เป็นเพราะการเลือกปฏิบัติในสิ่งเดิม ๆ ของบุคคลนั้นเองหรือบุคคลที่มีความกลัวที่จะต้องเผชิญกับอนาคต ยึดมั่นอยู่กับวิธีแก้ปัญหในอดีต แม้ว่าวิธีแก้ปัญหานั้นจะไม่เหมาะสมก็ตาม
2. บุคคลที่ไม่ตระหนักในคุณค่าของความเป็นตนเอง และความมีอยู่ของตนเองในโลกนี้ จึงไม่สามารถเผชิญต่อความเป็นจริงในโลกได้

การที่บุคคลมีลักษณะดังข้างต้น เป็นผลให้บุคคลขาดการตระหนักในตนเองและสิ่งแวดล้อมรอบตัว หากบุคคลได้พัฒนาความตระหนักในตนเองและได้ขยายขอบเขตการรับรู้ในตนเองและสิ่งแวดล้อมแล้ว บุคคลก็จะสามารถเลือกหรือปฏิบัติอย่างมีความรับผิดชอบต่อตนเองและผู้อื่นได้ เมื่อบุคคลขาดการตระหนักในตนเองก็จะรู้สึกเปล่าเปลี่ยว ขาดกำลังใจและเศร้าทำให้บุคคลละเลยโอกาสที่จะสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ซึ่งนั่นก็คือขาดโอกาสที่จะได้เรียนรู้และตระหนักในตนเองยิ่งขึ้น เพราะนักบำบัดแนวอัตถิภาวนิยมเชื่อว่า การมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นเท่านั้นที่จะทำให้บุคคลได้รู้จักตนเองมากขึ้น

วัชร ทรัพย์มี (2533, หน้า 80) กล่าวถึงสาเหตุของปัญหามนุษย์ตามแนวอัตถิภาวนิยมเกิดจากองค์ประกอบดังต่อไปนี้

1. บุคคลรู้สึกวุ่นวายถูกคุกคาม ไม่มีเสรีภาพ ต้องการทำตามสังคมหรือพ่อแม่
2. เกิดความรู้สึกว่าเขาไม่มีอนาคต ไม่มีจุดหมาย
3. เกิดความไม่แน่นอนของสภาพแวดล้อม จึงทำให้มนุษย์เกิดความกังวลในสิ่งที่จะต้องเลือก ต้องตัดสินใจว่าการตัดสินใจของเขาจะนำไปสู่ความสำเร็จหรือไม่
4. เกิดความรู้สึกผิดในจิตใจ (Guilty Feeling) ว่าเขาไม่สามารถพัฒนาตนเองได้เต็มที่
5. บุคคลประสบความล้มเหลวในการกระทำและการตัดสินใจ
6. บุคคลประสบความล้มเหลวในการมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ซึ่งก่อให้เกิดความอ้างว้างว้าเหว่

กล่าวโดยสรุป ปัญหาของมนุษย์เกิดขึ้นจากการที่มนุษย์ขาดการตระหนักในตนเอง รู้สึกวุ่นวายขาดเสรีภาพในการที่จะทำสิ่งต่าง ๆ ตามความต้องการ เนื่องจากตนถูกจำกัดจากสภาพของสิ่งแวดล้อมและบุคคลอื่น เป็นผลให้มนุษย์ดำเนินชีวิตแบบอยู่ไปวันวัน ไร้จุดหมายในชีวิต รู้สึกไม่มีความหมายในการดำรงอยู่ ขาดความรับผิดชอบต่อชีวิตของตนเอง รู้สึกว่าล้มเหลวขาดความมั่นคงในชีวิต นำไปสู่การไม่สามารถสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับตนเองกับผู้อื่นและสิ่งแวดล้อม ตลอดจนไม่สามารถพัฒนาตนเองได้อย่างเต็มศักยภาพ

ทัศนคติที่นำเข้าสู่การให้คำปรึกษา

ในกระบวนการให้คำปรึกษาแบบอัตถิภาวนิยม นั้น เมย์ (May, 1960 cited in Million, 1967, p. 245) กล่าวว่า การให้คำปรึกษาแบบอัตถิภาวนิยมไม่มีระบบของการบำบัดและกลุ่มของเทคนิคใหม่ แต่เป็นการให้คำปรึกษาที่เกี่ยวข้องกับการทำความเข้าใจกับการดำรงอยู่และประสบการณ์ของมนุษย์และเป็นการนำทัศนคติไปสู่การให้คำปรึกษา

จากการศึกษาค้นคว้าเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาแบบอัตถิภาวนิยมพบว่า ทศนคติหลักที่นำเข้าสู่การให้คำปรึกษา คือ การทำให้ผู้รับคำปรึกษาได้ความเข้าใจ เกี่ยวกับเงื่อนไขในการดำรงอยู่ของมนุษย์ ดังนี้

1. ความตระหนักรู้ในตนเอง
2. การตัดสินใจในตนเองและความรับผิดชอบส่วนบุคคล
3. ความวิตกกังวล
4. ความตายและความไม่มีอยู่
5. การค้นพบความหมายของชีวิต
6. การค้นหาความเป็นตัวเอง
7. ความรู้สึกโดดเดี่ยวและไร้ความผูกพัน

กระบวนการบำบัดแบบอัตถิภาวนิยม

โปรชาร์ตกา (Prochaska, 1979, pp. 80-85) อธิบายว่ากระบวนการให้คำปรึกษาแบบอัตถิภาวนิยม เน้นที่การเพิ่มการตระหนักรู้ในตนเอง ความสามารถในการเลือกและการตัดสินใจของผู้รับคำปรึกษา ประสบการณ์ที่เกิดขึ้นระหว่างการให้คำปรึกษา ผู้รับคำปรึกษาจะได้รับรู้ถึงวิธีการที่เขาดำรงชีวิตที่ผ่านมา และต้องเผชิญกับการเลือกและการตัดสินใจตลอดเวลาของการให้คำปรึกษา ทำให้ผู้รับคำปรึกษาได้รับประสบการณ์ของการเป็นผู้กระทำ (Subjective) ในที่สุดผู้รับคำปรึกษาจะรับรู้ว่าคุณสามารถเลือกและรับผิดชอบต่อการดำเนินชีวิตของตนเองได้ กระบวนการดังกล่าวนี้จะเกิดขึ้นภายใต้สัมพันธภาพของการให้คำปรึกษาและการแสดงออกที่เปิดเผยไม่ปิดบัง เป็นตัวของตัวเองอย่างแท้จริง (Be Authentic) ทั้งผู้ให้และผู้รับคำปรึกษา การให้คำปรึกษาจะเน้นให้ผู้รับคำปรึกษาได้รับประสบการณ์เหล่านี้

1. ผู้ให้คำปรึกษาจะให้ผู้รับคำปรึกษาได้แสดงถึงประสบการณ์ของตนเองอย่างอิสระ และซื่อสัตย์ต่อตนเอง ซึ่งจะเน้นถึงการรับรู้ในปัจจุบันของผู้รับคำปรึกษา ที่มีต่อประสบการณ์ของตนเอง

2. ผู้ให้คำปรึกษาจะทำความเข้าใจกับประสบการณ์ของผู้รับคำปรึกษา พร้อมกับให้ผู้รับคำปรึกษาได้มองเห็นรูปแบบการดำเนินชีวิตที่ผ่านมา โดยผู้ให้คำปรึกษาจะใช้คำถาม ให้ข้อมูล ย้อนกลับ ทำความกระจ่าง การเผชิญหน้าทั้งทางภาษาและท่าทาง การวิเคราะห์ การแปลความหมาย การจินตนาการ เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาได้เข้าใจและมองเห็นผลของการดำเนินชีวิตของตนเองได้ชัดเจนมากที่สุด นำไปสู่การเปิดโอกาสใหม่ให้กับชีวิตของผู้รับคำปรึกษา

3. ทุกครั้งของการให้คำปรึกษา ผู้รับคำปรึกษาจะต้องเผชิญกับการตัดสินใจและเลือก เช่น ผู้รับคำปรึกษาต้องตัดสินใจว่า เขาจะพูดอะไร จะทำตัวอย่างไร หรือเมื่อต้องเผชิญกับ

สถานการณ์หรือความรู้สึกต่าง ๆ (เช่น ความวิตกกังวล ความรู้สึกผิด และความโดดเดี่ยว)

ผู้รับคำปรึกษาจะต้องตัดสินใจว่าเขาจะอย่างไรกับสิ่งที่เกิดขึ้น นอกจากนี้ผู้ให้คำปรึกษาจะกระตุ้นและช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาค้นหาและเลือกแนวทางชีวิตใหม่ตามที่เขาต้องการ และมีคุณค่าสำหรับตัวเขา ประสบการณ์จากกระบวนการนี้ผู้รับคำปรึกษาจะได้รับรู้ความสามารถในการเลือกของเขาและคุณค่าในตัวเอง ซึ่งจะนำไปสู่ทางเลือกใหม่ของชีวิตที่แตกต่างจากอดีต

คอเรย์ (Corey, 1996, pp. 182-190) อธิบายว่ากระบวนการให้คำปรึกษาแบบอรรถิภาวนิยมจะดำเนินไปบนพื้นฐานของความคิดแบบอรรถิภาวนิยม สัมพันธภาพของการให้คำปรึกษาคือการเคารพ ซึ่งเป็นการแสดงออกของผู้ให้คำปรึกษาที่เชื่อในศักยภาพและความสามารถของผู้รับคำปรึกษาในการที่จะเผชิญกับปัญหาและค้นหาทางที่เหมาะสมกับตัวเองซึ่งจะนำไปสู่การทำให้ผู้รับคำปรึกษายอมรับและพบว่าตัวเองสามารถเลือกและยอมรับผิดชอบต่อตัวเองได้ กระบวนการให้คำปรึกษามีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้ให้คำปรึกษาจะสำรวจความคิด ความรู้สึกและทำความเข้าใจกับสิ่งที่ผู้รับคำปรึกษารับรู้ทั้งในคำนิยาม ความเชื่อ และความคิดที่กำหนดการดำเนินชีวิตของผู้รับคำปรึกษา
2. กระตุ้นให้ผู้รับคำปรึกษาสำรวจแหล่งช่วยเหลือ ค้นหาสิ่งที่มีคุณค่าสำหรับตนเองในปัจจุบัน ผู้รับคำปรึกษาต้องตัดสินใจว่าเขาจะดำรงชีวิตอย่างไร ขณะที่ตัวเขาเป็นอย่างไรและชีวิตในอนาคต เช่นใดที่เขาต้องการ ซึ่งนำหน้าระหว่างทางเลือกต่าง ๆ ของตนเอง และสำรวจผลของการกระทำที่มีต่อตนเอง ซึ่งกระบวนการนี้จะนำไปสู่การรับรู้ในมิติใหม่ (New Insight) ปรับโครงสร้าง คำนิยามและทัศนคติของผู้รับคำปรึกษาเอง ซึ่งในที่สุดผู้รับคำปรึกษาจะรับรู้ว่าเขาสามารถที่จะเปลี่ยนแปลงสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นได้ด้วยตัวเขาเอง
3. ช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาค้นพบแนวทางที่มีเป้าหมาย และมีคุณค่าสำหรับตัวเองได้ชัดเจนขึ้น และช่วยให้ผู้รับคำปรึกษานำสิ่งที่เขาได้เรียนรู้เกี่ยวกับตัวเองไปใช้ในการดำเนินชีวิต ในที่สุดผู้รับคำปรึกษาจะรับรู้ว่าเขามีศักยภาพ และความเข้มแข็งในตนเองที่จะดำเนินชีวิตอย่างมีจุดมุ่งหมาย

เป้าหมายในการบำบัด (Therapeutic Goals)

โดยทั่วไปเป้าหมายพื้นฐานของระบบการบำบัดต่าง ๆ คือ การช่วยให้บุคคลได้ยอมรับในความอิสระเสรี และการรับผิดชอบในสิ่งที่ตนเองกระทำ สำหรับการบำบัดแบบอรรถิภาวนิยมจะมีเป้าหมายเพื่อกระตุ้นให้ผู้รับคำปรึกษาได้ตระหนักรู้ในหนทางที่เขาไม่ได้ดำเนินครบเต็มตามการมีชีวิต และการให้เขาสร้างทางเลือกที่จะนำไปสู่สิ่งที่เขามีความสามารถที่จะทำได้ แนวการบำบัดด้วยวิธีนี้ยึดในความอิสระเป็นสำคัญ รวมทั้งความรับผิดชอบในสิ่งที่เขาได้เลือกสรรค์

อย่างไรก็ตามในบางครั้งความอิสระใหม่ที่ได้เลือกสรรแล้วได้นำไปสู่ความวิตกกังวล และการเลือกกระทำโดยการยึดเป้าหมายของตนเองที่ได้เลือกสรรแล้วว่าเป็นเป้าหมายที่มีคุณค่า

เมย์ (May, 1950) กล่าวว่า ผู้ที่มารับการบำบัดเป็นผู้ที่มีสภาพจิตใจที่ตกอยู่ภายใต้อะไรบางอย่าง ดังเช่นเป้าหมายของจิตบำบัดจึงมีเป้าหมายเพื่อมุ่งรักษาผู้รับคำปรึกษาให้รู้สึกดีขึ้น หากแต่เป็นการช่วยให้เขามีสติกับสิ่งที่เขาทำอยู่และการนำเขาออกจากบทบาทที่เขาเผชิญอยู่ โดยจะต้องสอนผู้รับคำปรึกษาให้รับรู้ว่ามีอะไรบางอย่างเกี่ยวกับตัวเขาเองที่เขาทราบหรือเข้าใจแล้ว ถึงแม้ว่าสิ่งนั้นเขาจะสนใจหรือไม่ก็ตาม กระบวนการบำบัดนี้จะช่วยนำเขาออกจากชีวิตแฝง (ชีวิตที่ไม่ใช่ชีวิตจริง) (Bugental, 1990 cited in Corey, 2000, p. 154)

บูเกนตอล (Bugental, 1990 cited in Corey, 2000, p. 154) ได้กำหนดงานสำคัญของการบำบัดเป็น 3 งาน คือ

1. การช่วยเหลือ ผู้รับคำปรึกษาได้ตระหนักรู้ว่าชีวิตไม่เต็มเต็มในสภาพปัจจุบันจากกระบวนการบำบัด
2. ช่วยเอื้อหนุนผู้รับคำปรึกษาในการเผชิญกับความวิตกกังวล
3. ช่วยผู้รับคำปรึกษาย้อนกลับไปทบทวนตัวเองและโลกตัวเองในหนทางที่มีความเป็นจริงในชีวิต

สรุปเป้าหมายของการบำบัดตามแนวอัตถิภาวนิยม ก็คือเพื่อให้เกิดความมีสติ (Awareness) ซึ่ง บูเกนตอล ได้กล่าวว่าจะช่วยให้ผู้รับคำปรึกษามีความสามารถที่จะเปลี่ยนเส้นทางเดินในชีวิตได้ (Corey, 2000, pp. 153-154)

บทบาทและหน้าที่ของผู้ให้คำปรึกษาแบบอัตถิภาวนิยม

นักบำบัดตามแนวคิดนี้ควรมีประเด็นเบื้องต้นที่ต้องคำนึงในความเข้าใจโลกของผู้รับคำปรึกษาเพื่อที่จะช่วยให้เขาได้หลุดพ้นจากอดีต (May & Yalom, 1995 cited in Corey, 2000, p. 154) ในการบำบัดจะไม่สามารถกำหนดเทคนิคหรือรูปแบบให้ตายตัวได้ เพราะสถานการณ์ของผู้รับคำปรึกษาแต่ละคนแตกต่างกัน หรือแม้แต่ผู้รับคำปรึกษาคนเดียวกันก็มีการบำบัดที่แตกต่างกันในแต่ละช่วงต่าง ๆ ของการบำบัด นอกจากนั้นแล้วผู้ให้คำปรึกษาต้องมีความสามารถกระตุ้นให้ผู้รับคำปรึกษาเกิดความท้าทายและเข้าใจในสิ่งที่เกิดขึ้นจึงถือเป็นประเด็นที่ผู้ให้คำปรึกษาควรต้องคำนึงถึงเป็นประเด็นที่ 2 รวมทั้งต้องคำนึงถึงการหลีกเลี่ยงในความรับผิดชอบของผู้รับคำปรึกษา ซึ่งผู้ให้คำปรึกษาจะต้องกระตุ้นให้เขาเกิดความยอมรับในความรับผิดชอบนั้น ๆ

โดยทั่วไปการบำบัดตามแนวความคิดนี้มักต้องมีการบำบัดในผู้รับคำปรึกษาที่มีลักษณะที่เรียกว่า ความคงอยู่กับข้อจำกัด (Restricted Existence) ซึ่งผู้รับคำปรึกษาจะมีความจำกัดของการมีสติในตนเองและเขาจะไม่มี ความชัดเจนหรือคลุมเคลือกับปัญหาของเขา ทำให้เขามองเห็น

ทางเลือกหรือทางออกได้ค่อนข้างน้อย สถานการณ์เช่นนี้เขาควรต้องได้รับการช่วยเหลือเพราะเปรียบเหมือนกับชีวิตเขาได้ติดหลุมพรางหรือกับดัก ดังนั้นงานสำคัญของนักบำบัดจึงต้องเผชิญกับผู้รับคำปรึกษาที่มีทางเลือกในการดำเนินชีวิตที่จำกัด ซึ่งผู้ให้คำปรึกษาจะต้องช่วยให้เขากลับมา มีสติสำหรับการที่จะคิดสรรค์ สร้างทางเลือกต่อสถานการณ์ชีวิตของเขาเอง นักบำบัดจึงเหมือนคนที่ช่วยหยิบกระบอกให้เขาได้ส่องเพื่อให้เขาได้รับรู้สิ่งที่เขาเผชิญอยู่ ซึ่งจะช่วยให้เขาได้เห็นว่ามีทางเดินชีวิตอย่างไรบ้าง และเขาอาจจะสร้างทางเดินชีวิตเขาให้กว้างไกลได้มากยิ่งขึ้นทั้งหมด นี่จึงเป็นเหมือนกับการทำให้ผู้รับคำปรึกษาได้มีสติต่ออดีต ความรู้สึกที่เขาไม่ว่าจะเป็นอะไรในชีวิตปัจจุบัน รวมไปถึงเขาได้เริ่มยอมรับในความรับผิดชอบต่อการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้นในอนาคต

ประสบการณ์ที่ผู้รับคำปรึกษาได้รับการบำบัดแบบอัตถิภาวนิยม

ผลจากการบำบัดไม่ใช่เพียงแต่การให้ผู้รับคำปรึกษาได้เกิดความคิดในโลกรปัจจุบันและอนาคตของเขาเองเท่านั้น แต่จะรวมไปถึงการช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาได้เกิดการหยั่งรู้ (Insight) เกิดขึ้นร่วมด้วย โดยเมื่อผู้รับคำปรึกษาได้ออกไปสู่โลกภายนอกแล้วเขาควรมีความสามารถในการดำเนินชีวิตในสถานการณ์ชีวิตที่มีความหลากหลายแตกต่างกัน ซึ่งหมายถึงว่าเขาควรได้เรียนรู้หรือได้ค้นพบการดำเนินการ หรือการจัดการกับความกลัวความรู้สึกและความวิตกกังวลได้อย่างไร โดยเน้นให้เขาได้เรียนรู้จากการเผชิญปัญหา มากกว่าการแก้ปัญหา จึงถือว่ากระบวนการปรึกษาสามารถกระตุ้นให้เขาได้สำรวจและค้นพบทางเลือกต่าง ๆ ที่เขาสามารถจะนำไปสร้าง โลกทัศน์ในชีวิตที่แท้จริงของเขาเอง

โดยสรุปงานสำคัญในการบำบัดเป็นการบำบัดในสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในการดำเนินชีวิต เช่น ความวิตกกังวล ความอึดอัดและความรับผิดชอบ ความโดดเดี่ยว ความรู้สึกเป็นตัวแทนแปลกประหลาดและความตาย โดยสิ่งที่ได้จะนำไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันจากการเรียนรู้จากการเผชิญปัญหา นักบำบัดตามแนวคิดนี้ถือเป็นผู้ที่ทำหน้าที่ช่วยผู้รับคำปรึกษาได้เผชิญกับชีวิตอย่างมีความหวัง และเต็มใจในการค้นหาความหมายในชีวิต (Corey, 2000, pp. 155-156)

สัมพันธภาพระหว่างนักบำบัดกับผู้รับการบำบัดแบบอัตถิภาวนิยม

นักบำบัดตามแนวความคิดนี้ต้องให้ความสำคัญต่อสัมพันธภาพระหว่างผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับการปรึกษาเป็นอย่างดี เพราะสัมพันธภาพที่ดีจะมีผลต่อประสิทธิภาพของการบำบัดในทางบวก นักบำบัดเชื่อว่าการมีสัมพันธภาพจะเป็นพื้นฐานต่อทัศนคติในด้านต่าง ๆ ของผู้รับคำปรึกษาไม่ว่าจะเป็นความซื่อสัตย์ ความมั่นคงปลอดภัยและความกล้าหาญที่จะเกิดขึ้นจากกระบวนการปรึกษา วอนเทรส และคณะ (Vontress et al., 1999) ได้กล่าวว่า การให้คำปรึกษาแบบอัตถิภาวนิยมนี้เป็นการเดินทางที่ได้ลงเรือไปพร้อม ๆ กันสำหรับการค้นพบตนเองร่วมกันระหว่างผู้ให้คำปรึกษา และผู้รับคำปรึกษาเพื่อเป็นการช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาสามารถเผชิญกับ

ทางเดินชีวิตได้ นอกจากนี้ยังมีสิ่งจำเป็นสำหรับผู้ให้คำปรึกษาที่จะต้องมีความยืดหยุ่นในการใช้ ทฤษฎีต่าง ๆ ให้ได้อย่างเหมาะสมทั้งต่อสถานการณ์หรือผู้รับคำปรึกษาที่แตกต่างกัน

บูเบอร์ (Buber, 1970 cited in Corey, 2000, p. 156) มีความเห็นว่า การมีสัมพันธภาพ ที่ดีในการบำบัดนั้นผู้ให้คำปรึกษาควรสร้างสัมพันธภาพให้เกิดขึ้นได้อย่างใกล้ชิดและราบรื่น สิ่งที่สามารถทำได้ง่าย ๆ ก็คือการมีรอยยิ้มควบคู่กับความสนใจและความตั้งใจในการรับฟัง ผู้รับคำปรึกษา ส่วนบูเกนตอล (Bugental, 1987 cited in Corey, 2000, p. 156) มีความเห็นว่าการมี สัมพันธภาพในการบำบัดในแนวอดิถิภาวนิยมนั้น ผู้ให้คำปรึกษาจะต้องมีความสนใจในการเป็น คนช่างสังเกต แต่ทั้งนี้ทั้งนั้นการเป็นคนช่างสังเกตจะต้องเต็มไปด้วยความเป็นเพื่อน

นักบำบัดแนวอดิถิภาวนิยมเชื่อว่า การเปลี่ยนแปลงของผู้รับคำปรึกษาจะมาจาก สัมพันธภาพที่เกิดขึ้น และเชื่อว่าสัมพันธภาพที่มีคุณค่าระหว่างผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับคำปรึกษา จะก่อให้เกิดความเจริญงอกงามและการเปลี่ยนแปลงพัฒนาไปพร้อมกัน ทั้งผู้ให้คำปรึกษาและ ผู้รับคำปรึกษา

ดังนั้นในการให้คำปรึกษาแบบอดิถิภาวนิยม ผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับคำปรึกษาจะ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่มีคุณค่าต่อกันภายใต้สัมพันธภาพที่มีการยอมรับ ความเข้าใจ อบอุ่น ปลอดภัย มากกว่าที่จะเน้นถึงความสำคัญของเทคนิค (อาภา จันทรสกุล, 2535, หน้า 71)

การประยุกต์ใช้เทคนิคและวิธีการบำบัดแบบอดิถิภาวนิยม

เนื่องจากการให้คำปรึกษาแบบอดิถิภาวนิยมมีค วมต่างจากการบำบัดในแบบอื่น ๆ เพราะการไม่ได้กำหนดหรือระบุเทคนิควิธีการบำบัดที่ชัดเจนและแน่นอน ในทางปฏิบัติสามารถ ดำเนินการได้โดยการยึดจากแนวคิดหรือมุมมองทางปรัชญาในธรรมชาติของความเป็นมนุษย์ นักบำบัดตามแนวคิดนี้จึงมีความอิสระที่จะกำหนดและหาข้อสรุปหรือแนวคิดที่จะใช้ชี้แนะให้กับ ผู้รับคำปรึกษาเป็นราย ๆ ไป

ดูเซน สมิธ (Deurzen-Smith, 1990) เห็นด้วยถ้าจะใช้เทคนิคของจิตละครบำบัด จิตวิเคราะห์ การยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง การบำบัดแบบเกสตัลต์ การบำบัดแบบเอคเลอร์ การสื่อสารพฤติกรรมบำบัด หรือการบำบัดแบบเผชิญความจริง เพื่อช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาสามารถ ค้นหาความหมายสำหรับชีวิตของเขาเองกับการเปลี่ยนแปลงเหตุการณ์ของความสิ้นหวัง ความ สูญเสีย การทำงาน และการบำบัดจะได้ผลดี ถ้าผู้รับการปรึกษามีความยินดีที่จะท้าทายต่อโลก ผู้ที่อยู่ระหว่างการมีชีวิตและต้องเผชิญกับความตาย ผู้ที่อยู่ในช่วงวิกฤติของชีวิต ผู้ที่อยู่ในช่วง การเปลี่ยนแปลงพัฒนาการตามวัย หรือผู้ที่ต้องการเริ่มต้นชีวิตใหม่ (Corey, 2000, p. 269)

เทคนิคที่ใช้ในการให้คำปรึกษา

ในการให้คำปรึกษาแบบอรรถิภาวนิยมนั้น ผู้ให้คำปรึกษาจะเคลื่อนไหวไปตามผู้รับคำปรึกษา วิธีการต่าง ๆ ที่จะนำมาใช้ในการให้คำปรึกษาจะมาจากการเต็มไปด้วยความเคารพ (Respectful) ในความคิดความเข้าใจของตัวผู้รับคำปรึกษา (Capuzzi & Gross, 1995, p. 224) นั่นคือ ผู้ให้คำปรึกษาจะไม่มองว่าผู้รับคำปรึกษาเป็นเพียงผู้คอยรับการกระทำที่ผู้ให้คำปรึกษาจะให้ทำอะไรก็ได้ ในทัศนะของนักบำบัดแนวอรรถิภาวนิยมเห็นว่าเทคนิคเปรียบเสมือนเทคโนโลยีที่ทำให้นำไปสู่การทำให้ผู้รับคำปรึกษาเป็นเพียงผู้คอยรับ (Object) และผู้ให้คำปรึกษาเป็นผู้กระทำ (Subject) โดยเป็นผู้ที่พยายามเลือกสิ่งที่ดีที่สุดให้

ดังนั้นในกระบวนการให้คำปรึกษา นักบำบัดแนวอรรถิภาวนิยมจะเปิดโอกาสให้ผู้รับคำปรึกษาทำความเข้าใจในแต่ละทางเลือกของตน ผู้ให้คำปรึกษาจะกระตุ้นให้ผู้รับคำปรึกษาตระหนักว่าเขาเป็นบุคคลที่มีอิสระ และมีบทบาทเป็นผู้เลือกในทุก ๆ ครั้ง ในการเลือกนั้นผู้รับคำปรึกษาจะต้องใช้สติ การจินตนาการ สติปัญญา และการตัดสินใจที่จะสร้างทางเลือกที่มีเหตุผลโดยการให้คำปรึกษานั้นจะเป็นการเผชิญหน้ากันอย่างซื่อสัตย์และจริงใจ ระหว่างผู้ให้คำปรึกษากับผู้รับคำปรึกษา (Prochaska, 1979, pp. 80-85)

ในการให้คำปรึกษาแบบอรรถิภาวนิยมนี้ นักบำบัดแนวอรรถิภาวนิยมเห็นว่าการสร้างสัมพันธภาพที่จริงใจและซื่อสัตย์อย่างแท้จริงระหว่างผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับคำปรึกษา เป็นสิ่งที่สำคัญที่สุด ในการใช้เทคนิคนี้เมื่อผู้ให้คำปรึกษาเกิดความเข้าใจในตัวผู้รับคำปรึกษาแล้วจึงจะเลือกใช้เทคนิคตามมา ซึ่งเมย์ (May, 1960 cited in Millon, 1967, p. 245) กล่าวว่า ผู้ให้คำปรึกษาสามารถนำเทคนิคทั้งหมดมาใช้ เพื่อสู่จุดมุ่งหมายของการให้คำปรึกษา

เทคนิคและวิธีการใช้ในการให้คำปรึกษาแบบอรรถิภาวนิยมในงานวิจัย

1. เทคนิคการสนทนาแบบโสเครติส (Socratic Dialogue)

เป็นเครื่องมือที่บุคคลค้นพบความหมายในชีวิตของตนเอง ในการสนทนานั้นผู้ให้คำปรึกษาจะสนใจในด้านจิตวิญญาณของผู้รับคำปรึกษา โดยชักชวนในลักษณะใช้คำถามช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาได้สำรวจตนเอง ไม่ใช่การบอกแก่ผู้รับคำปรึกษาถึงสิ่งที่เป็ความหมายในชีวิตเขา แต่เป็นการชักชวนให้เขาได้พิจารณาสำรวจถึงความหมายในชีวิตด้วยตนเอง การสนทนาแบบโสเครติส ควรเริ่มต้นด้วยสภาพอารมณ์ที่สบายซึ่งจะทำให้สมาชิกรู้สึกสงบและใส่ใจสำหรับการสำรวจตนเองได้ดี ฟาบริ (Fabry, 1988 อ้างถึงใน อรรถิภาวนิยม ดุษฎีภรณ์, 2536) ได้แนะนำให้ใช้การผ่อนคลาย (Relaxation) ประมาณ 5 -10 นาทีก่อนการสนทนา สำหรับคำถามที่ใช้เป็นคำถามนำทางในขอบเขต 5 ขอบเขต สำหรับการเห็นคุณค่าของชีวิตและการค้นพบความหมาย ได้แก่

1.1 การค้นพบตนเอง (Self Discovery) คือการที่บุคคลค้นพบตนเองโดยมิใช่การพบตนเองที่มี “หน้ากากปิดกั้น” “หน้ากาก” นั้นหมายถึง สภาพที่บุคคลเรียนรู้จากพ่อ แม่ ครู เพื่อน ว่าจะต้องเป็นเช่นนั้นเช่นนี้ ดังเช่น การเป็นคนที่ถูกผู้อื่นรัก การเป็นคนที่ได้รับการยอมรับ หรือการพบกับความสำเร็จ ซึ่งทำให้เขาจำเป็นต้องทำสิ่งนั้นเพื่อให้ชีวิตอยู่อย่างปกติสุข จำเป็นอย่างยิ่งที่บุคคลต้องรู้จักตนเองที่อยู่เบื้องหลังหน้านากนั้น เพื่อสามารถตอบสนองต่อความหมายในชีวิตในแต่ละขณะของตนเองที่ได้ ไม่ใช่เป็นการตอบสนองตามความหมายที่บุคคลอื่นกำหนดให้

ฟาบรี (Fabry) อธิบายว่า การที่รู้จักตนเองที่ซ่อนอยู่ภายใต้หน้านากที่ตนเองมีนั้น ทำให้บุคคลได้พบกับแก่นแท้ของจิตวิญญาณของตน (Spirit Core หรือ Notic Core) และการยอมรับว่าตนเองอ่อนแอ ต้องการความช่วยเหลือบางอย่างแต่ไม่ได้รับความช่วยเหลือ มีความวิตกกังวลหรือความโกรธ การรู้จักตนเองดังกล่าวไม่ได้ถือว่าการสูญเสียความเป็นบุคคลของตนเองเลย แต่กลับเป็นการทำให้บุคคลรู้สึกเป็นอิสระจากการคอยปกป้องตนเองและสามารถที่จะตัดสินใจในเรื่องที่เกิดขึ้นด้วยตนเองอย่างแท้จริง

1.2 การเลือก (Choice) คนทุกคนมีการเลือกอยู่เสมอแต่มักจะ ไม่ค่อยตระหนักว่าตนเองกำลังเลือกสถานการณ์ที่บุคคลมองไม่เห็นทางเลือก นั่นคือ ในขณะที่เขารู้สึกว่าตนเองจนตรอกซึ่งจะก่อให้เกิดความรู้สึกว่าตนไร้ความหมาย และเมื่อใดก็ตามที่เขามองเห็นทางเลือกเขาจะมองเห็นความหมายในชีวิตการเลือกนั้น บุคคลต้องแยกสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงได้ ออกจากสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไม่ได้ เป็นกฎอยู่ว่าถ้าบุคคลไม่ชอบสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลง ความหมายในขณะนั้นคือการเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ หากว่าเป็นสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไม่ได้ เช่น ความตายของบุคคลที่รัก โรคร้ายแรงที่รักษาไม่หาย การหย่าร้าง สถานการณ์นี้พบว่ามีคนจะมีความรู้สึกทุกข์ทรมานอยู่ด้วยเสมอ ทางเลือกเช่นนี้คือการค้นหาความหมาย ผ่านคุณค่าทางทัศนคติต่อสถานการณ์นั้น ในสถานการณ์ที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ เช่นสถานการณ์ที่มีความทุกข์ทรมานและความรู้สึกไร้ความหมาย ไม่ใช่สภาวะที่เกิดขึ้นโดยทันที บุคคลจะต้องผ่านสถานการณ์ของความเศร้าโศกและการยอมรับ ฟาบรี ได้เสนอแนวทางเลือกที่ทำให้พบกับคุณค่าเชิงทางทัศนคติด้วยแนวคำถามในลักษณะต่อไปนี้

สิ่งที่ฉันได้เรียนรู้จากสถานการณ์นี้คืออะไร

สถานการณ์ทำให้ฉันเข้าใจสิ่งต่าง ๆ ได้ดีขึ้นหรือไม่

การเลือกที่จะอดทนต่อสถานการณ์นี้สามารถเป็นแบบอย่างที่ดีแก่คนอื่นได้หรือไม่

ทางเลือกอะไรที่ฉันมักจะเลือกเสมอมา

คำถามเช่นนี้จะทำให้บุคคลมองย้อนเข้าไปถึงความหมายที่ซ่อนอยู่เบื้องหลังความเจ็บปวดจากสถานการณ์ต่าง ๆ ในกรณีที่เป็นสถานการณ์ของความทุกข์ทรมานที่หลีกเลี่ยงไม่ได้

ผู้ให้คำปรึกษาไม่สามารถรักษาโดยช่วยให้บุคคลแก้ไขสถานการณ์ แต่จะช่วยให้บุคคลรู้สึกไม่เป็นทุกข์ในการเผชิญหน้ากับสถานการณ์นั้น

1.3 ความรู้สึกของเอกลักษณ์ของตน (Uniqueness) ความรู้สึกถึงเอกลักษณ์ ของตน จะปรากฏเมื่อเขาตระหนักถึงความสำคัญของตนเองที่เกี่ยวข้องกับผู้อื่น หรือเกี่ยวข้องกับสิ่งอื่น ๆ รอบตัว ฟาบรี ระบุว่า ความรักเป็นสิ่งที่จะทำให้บุคคลเข้าถึงเอกลักษณ์ของตนเองและสามารถ ช่วยให้บุคคลบรรลุศักยภาพที่มีอยู่และมีความหมายได้

การสร้างสรรคเป็นอีกสภาพหนึ่งที่ทำให้เห็นถึงเอกลักษณ์ของบุคคลในงานที่ใคร ๆ ก็ทำได้หรืองานที่ใช้เครื่องจักรทำแทนได้ บุคคลที่ทำงานอย่างนี้มักจะเกิดความรู้สึกว่าตนเองไร้ความหมาย เพราะสูญเสียเอกลักษณ์ของตนหรือปราศจากเอกลักษณ์ของตน การได้มีโอกาส คิดค้นงานใหม่ ๆ จะทำให้เขาเห็นคุณค่าของตนเอง และสภาพเช่นนี้ความไม่มีอยู่ของเขาหรือ เมื่อไม่มีเขาอยู่จะก่อให้เกิดสภาพหรือบรรยากาศที่แตกต่างไปจากตอนที่มีเขาอยู่มาก เพราะเขาจะมีคุณค่าในสภาพการทำงานนั้น

การแสดงออกถึงเอกลักษณ์ของตน อาจมีข้อจำกัดบ้าง เช่น ในตอนที่มีความเจ็บป่วย หรือภาวะจิตซึมเศร้า แต่มนุษย์เราต้องอยู่ในสัมพันธภาพเสมอ ครัมบอช (Fabry, 1987 อ้างถึงใน อรรถาธิบาย คำจำกัดความ, 2536) กล่าวว่า สัมพันธภาพของมนุษย์ของบุคคลมี 3 มิติ คือ สัมพันธภาพ ของมนุษย์กับความเชื่อ หรือกฎธรรมชาติ สัมพันธภาพจะค้นหาและพบเอกลักษณ์ของตนได้

1.4 ความรับผิดชอบ (Responsibility) ความรับผิดชอบ หมายถึง ความสามารถของ บุคคลที่จะตอบสนองต่อความหมายในแต่ละสถานการณ์ บุคคลที่คิดว่าตนเองมีอิสระที่จะกระทำ สิ่งที่ตนเองต้องการได้โดยปราศจากการเกี่ยวข้องกับคนอื่น นั่นคือการขาดความรับผิดชอบ เช่น การเปิดวิทยุเสียงดัง การทอ้งนอกสมรส การทำแท้ง อิสระภาพที่ขาดความรับผิดชอบจะก่อให้เกิด ความรู้สึกไร้ความหมาย มีความรู้สึกคับแค้นใจ มีความรู้สึกที่รุนแรงต่าง ๆ หรือเป็นโรคจิตและ โรคประสาท

ความหมายของชีวิต เป็นผลมาจากความสามารถในการตอบสนองต่อสถานการณ์ใน ฐานะผู้เลือก และเป็นผลจากการเรียนรู้ที่จะรับผิดชอบในเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับสถานการณ์ ที่เขา ไม่มีทางเลือก โดยมีความรับผิดชอบที่จะอยู่กับสถานการณ์ที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ ดังนี้ ฟาบรี กล่าวว่า ความรับผิดชอบเป็นสิ่งที่เรียนรู้ได้ จากการสำนึกถึงการเป็นเจ้าของชีวิตตนเองด้วยการนึกถึงสิ่งที่เป็น ความปรารถนา ความใฝ่ฝัน ความต้องการของตนเองที่จะทำสิ่งต่าง ๆ ด้วยคุณค่าที่คนอื่น กำหนดหรือคุณค่าในสังคม ความรับผิดชอบจะเกี่ยวข้องกับความรู้สึกเป็นเจ้าของการเลือกและ พยายามทำสิ่งที่ตนเลือกนั้นสำเร็จ

1.5 การมีชีวิตอยู่เหนือตัวตน (Self Transcendence) การมีชีวิตอยู่เหนือตัวตน คือ การนึกถึงแรงบันดาลใจหรือแรงจูงใจ ที่เป็นการกระทำเพื่อให้เป้าหมายบรรลุผลมากกว่าเพื่อแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อผู้อื่น เพื่อคุณความดี เพื่อศรัทธาหรือเหล่านี้คือความหมายในชีวิต การมีชีวิตอยู่เหนือตัวตนเป็นหนทางสู่ความหมายที่ทุกคนทำได้ ทุกสถานการณ์ ในทุกกลุ่มอายุ มีคุณค่ามหาศาลกับบุคคลที่ประสบความทุกข์ทรมาน จากความรู้สึกว่าตนเองไร้ความหมายและความเศร้าโศก การมีชีวิตอยู่เหนือตัวตนจะเกิดขึ้นเมื่อบุคคลมีส่วนร่วมกับผู้อื่นดูแลกันใกล้ชิดด้วยความตั้งใจที่ดี และด้วยความปรารถนาที่ดีเป็นหลักการสนทนาแบบโสเครติส เป็นการถามนำทางจิตวิญญาณ ซึ่งเป็นเรื่องของเจตนารมณ์สู่ความหมาย ความหวัง และความใฝ่ฝัน การเห็นคุณค่าในตนเองและทักษะการมองโลกในแง่บวกที่สมาชิกกลุ่มละเลย ไม่สนใจ การสนทนาแบบโสเครติส เป็นวิธีที่สำคัญที่มักใช้ร่วมกับวิธีการอื่น ๆ ในการค้นหาความหมายของชีวิตตามแนวคิดบำบัดแบบอัตถิภาวนิยม

2. เทคนิคการขัดแย้งอย่างตั้งใจ (Paradoxical Intention) เทคนิคนี้พัฒนาโดยแฟรงเกิล ในปี ค.ศ. 1929 เป็นเทคนิคที่ช่วยให้บุคคลยอมรับความกลัว ความวิตกกังวลด้วยการสนับสนุนให้บุคคลพยายามสร้างความกลัว หรือ ความวิตกกังวลให้มากขึ้น และเมื่อบุคคลตั้งใจทำให้เกิดความกลัวหรือความวิตกกังวลมากเท่าใด เขาจะพบว่ามีความกลัวหรือความวิตกกังวลน้อยลง เนื่องจากอาการดังกล่าวไม่ได้เพิ่มตามสัดส่วนของความพยายามที่เขาคาดไว้ เทคนิคนี้มีประโยชน์ในกรณีของบุคคลที่ขี้คิดขี้ทำ แฟรงเกิลกล่าวถึงเทคนิคนี้ว่า ไม่ได้เป็นแค่การให้บุคคลเผชิญกับความกลัวหรือความวิตกกังวลของตนเองเท่านั้นแต่เป็นการสนับสนุนให้เขาได้เคลื่อนย้ายความกลัวหรือความวิตกกังวลด้วยอารมณ์ขัน อารมณ์ขันจะเกิดขึ้นเมื่อบุคคลถอนตัวออกจากสภาพผู้ถูกกระทำมาเป็นผู้สังเกตการณ์

3. เทคนิคการลดความหมกมุ่น (Dereliction) เทคนิคนี้พัฒนา โดยแฟรงเกิล ในปี ค.ศ. 1929 เป็นวิธีที่ช่วยให้บุคคลพบความหมายของชีวิตในสถานการณ์ ที่เขามีความวิตกกังวลจนหมกมุ่นกับปัญหามากเกินไป ในสถานการณ์ที่บุคคลรู้สึกว่าเขาเป็นเหยื่อของปัญหาที่ไม่มีทางแก้ไขได้ เมื่อบุคคลตกอยู่ในสถานการณ์ ที่ก่อให้เกิดความตึงเครียดหรือความวิตกกังวลมากเกินไป เขาจะเกิดปฏิกิริยาด้านร่างกายที่เรียกว่า “ปฏิกิริยาที่ตอบสนองมากเกินไป” (Hyperreflexion) และปฏิกิริยานี้จะทำให้เขาให้ความสนใจกับปัญหานั้นมากเกินไป และเขามักจะพบว่า การให้ความหมกมุ่นอยู่กับปัญหานั้นมากเท่าใดยังไม่สามารถจัดการกับปัญหานั้น ได้กลับจะทำให้เกิดความวิตกกังวลมากขึ้นเป็นวงจรที่ต่อเนื่องกัน เทคนิคการลดความหมกมุ่นจะช่วยให้บุคคลหันเหความสนใจจากการหมกมุ่นในตนเองไปสู่การกระทำเพื่อเป้าหมายอื่นหรือปฏิสัมพันธ์กับโลกรอบตัวของเขาแทน วิธีที่ใช้มี 2 ขั้นตอน คือ

3.1 การหยุดให้ความสนใจเป็นการตัดวงจรความวิตกกังวลที่เกิดอย่างต่อเนื่องด้วยการเลิกสนใจปัญหาที่เกิดขึ้นในขณะนั้นชั่วคราว

3.2 การย้ายความสนใจในการหันเหความสนใจไปยังทิศทางของทัศนการณ์มองโลกในด้านบวก การสนใจสิ่งอื่นหรือผู้อื่นมากกว่าตนเองซึ่งทิศทางใหม่นี้จะให้ความหมายแก่ชีวิตของเขา

4. เทคนิคการปรับเปลี่ยนทัศนคติ (Attitude Modification) เป็นเทคนิคที่ช่วยบุคคลที่รู้สึกสิ้นหวังหรือช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ที่เห็นว่าชีวิตของตนเองถูกกำหนดด้วยผู้อื่น ด้วยสิ่งแวดล้อมด้วยอดีต ซึ่งถือว่าเป็นทัศนคติของสุขภาพจิตที่บกพร่อง (Unhealthy Attitude) ให้มีทัศนคติของผู้ที่มีสุขภาพจิตดีโดยนักจิตวิทยาต้องเน้นศักยภาพ ของบุคคลในแต่ละสถานการณ์ ศักยภาพนี้มีทิศทางไปสู่เป้าหมายจุดหมายของการทำงาน

วิธีให้การบำบัด

วิธีการในการให้การบำบัด (Corey, 2000, pp 157-158) กระบวนการที่ใช้ในการค้นหาและรู้จักตนเองให้ได้อย่างลึกซึ้ง สามารถแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ

1. ระยะเริ่มต้น (Initial Phase) ช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาแยกแยะและเกิดความชัดเจนข้อสรุปของปัญหาที่เกิดขึ้นผู้รับคำปรึกษาจะถูกกระตุ้นให้เกิดการยอมรับและรับรู้ในความมีอยู่ของตนเอง เช่น คุณค่า ความเชื่อ และข้อสรุปที่แท้จริงของชีวิต รวมทั้งการที่ผู้รับคำปรึกษาได้รับการสะท้อนในสิ่งที่เขาเป็นอยู่

2. ระยะกลาง (Middle Phase) ช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาเกิดความกล้าอย่างเต็มที่ในการประเมินความเป็นตัวของตัวเองในสถานการณ์ปัจจุบัน เป็นการสำรวจและค้นพบตัวเองเพื่อให้เขาได้เกิดการตระหนัก (Insight) และได้ย้อนกลับไปปรับคุณค่าและทัศนคติของตน ทำให้เขามีความคิดใหม่ตามที่เขาคิดว่าเป็นสิ่งที่ถูกต้องกับความเป็นจริงในชีวิตของเขาเอง โดยสรุปจะเป็นการช่วยให้เขาได้รับรู้ถึงคุณค่าที่แท้จริงของตัวเขาเอง

3. ระยะสุดท้าย (Terminal Phase) ช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาได้รับการเรียนรู้ด้วยตัวเองและได้นำไปเป็นแนวทางปฏิบัติจริง

สรุปเป้าหมายของการบำบัดจึงเป็นการช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาได้ค้นพบหนทางเพิ่มมากขึ้นเพื่อใช้ในการตรวจสอบตนเองและพบหนทางสำหรับการเกิดคุณค่าในตนเอง สิ่งที่ผู้รับคำปรึกษาค้นพบจะช่วยทำให้เขามีความมั่นใจและช่วยให้เขาใช้ชีวิตต่อไปที่เป็นไปตามเป้าหมายที่แท้จริงในชีวิตเขาเอง

ข้อจำกัดของการให้คำปรึกษาแบบอัตถิภาวนิยม

คอเรย์ (Corey, 1996, p. 191) กล่าวว่า การให้คำปรึกษาแบบอัตถิภาวนิยม ผู้รับคำปรึกษาจะต้องเรียนรู้ ตัดสินใจและเลือกสิ่งที่คุณค่าที่ผู้รับคำปรึกษาเห็นว่ามีคุณค่าต่อตนเองด้วยตนเอง โดยผู้ให้คำปรึกษา

เป็นเพียงผู้ที่พยายามทำความเข้าใจกับประสบการณ์ของผู้รับคำปรึกษา และสะท้อนให้ผู้รับคำปรึกษามองเห็นการดำเนินชีวิตของตนเองอย่างชัดเจน ดังนั้นการให้คำปรึกษาแบบอรรถิภาวนิยม อาจไม่เหมาะกับผู้รับคำปรึกษาที่ประสบกับปัญหาอย่างรุนแรงหรือผู้รับคำปรึกษาที่ต้องการคำตอบที่ชัดเจนโดยตรง เกี่ยวกับปัญหาหรือวิธีในการเปลี่ยนแปลงชีวิตของตนเอง

นอกจากนี้ การเปลี่ยนแปลงในการให้คำปรึกษาแบบอรรถิภาวนิยม เน้นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากความรู้สึกภายในตัวผู้รับคำปรึกษาและนำมาสู่การเปลี่ยนแปลงสิ่งต่าง ๆ รอบ ๆ ตัว จึงอาจมีข้อจำกัดสำหรับบุคคลที่มีความรู้สึกที่ว่าพวกเขามีทางเลือกเพียงเล็กน้อยและมีความรู้สึกว้าวุ่นใจนอกจากรู้สึกว่าความสามารถและมีอิทธิพลต่อการดำรงชีวิตของเขา ซึ่งถึงแม้ว่าผู้รับคำปรึกษาจะเปลี่ยนแปลงความรู้สึกภายในได้ แต่อาจรู้สึกว่าคุณมีความหวังเพียงเล็กน้อยและรู้สึกว่าตนไม่มีพลังเพียงพอที่จะเปลี่ยนแปลงสิ่งต่าง ๆ ของตนเอง และอาจทำให้ผู้รับคำปรึกษามีความรู้สึกหนักใจในการเปลี่ยนแปลง และเกิดความคับข้องใจได้

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้คำปรึกษาแบบอรรถิภาวนิยม

งานวิจัยในประเทศ

อรรณญา คุ้มคำภีร์ (2536, หน้า 98) ได้ศึกษาผลของกลุ่มจิตบำบัดแบบโลกอสต่อการเพิ่มความหวังในชีวิตของหญิงในสถานสงเคราะห์หญิงบ้านเกร็ดตระการ ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อ เอช ไอ วี พบว่ากลุ่มจิตบำบัดแบบโลกอสมีผลต่อการเพิ่มขึ้นของความมุ่งมั่นหวังในชีวิตของหญิงในสถานสงเคราะห์หญิงบ้านเกร็ดตระการที่มีพฤติกรรมเสี่ยง ต่อการติดเชื้อ เอช ไอ วี

พรพรรณ ศรีชัยรัตน์ (2539, หน้า 11) ได้ศึกษาผลของกลุ่มจิตบำบัดแบบโลกอสต่อการลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายในผู้ป่วยโรคมะเร็ง พบว่าได้ศึกษาผลของกลุ่มจิตบำบัดแบบโลกอสมีผลต่อการลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายในผู้ป่วยโรคมะเร็ง ทำให้ผู้ป่วยตระหนักว่าความตายเป็นสิ่งที่ไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ และในทางตรงกันข้ามกลับเป็นโอกาสอันดีที่ทำให้ผู้ป่วยมีเวลาพิจารณาตนเองอย่างแท้จริง และสามารถใช้ศักยภาพที่มีอยู่ภายในตนเองตัดสินใจเลือกกระทำในบางสิ่งเพื่อการมีชีวิตอยู่อย่างมีความสุข ยอมรับและเตรียมพร้อมสำหรับความตายที่จะมาเยือนใช้เวลาที่เหลืออยู่อย่างมีคุณค่า การศึกษาผลของกลุ่มบำบัดแบบโลกอสต่อการลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายในผู้ป่วยโรคมะเร็ง ใช้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นโรคมะเร็งจำนวน 16 คน โดยการสุ่มจากผู้ที่มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 8 คน กลุ่มควบคุม 8 คน กลุ่มทดลองเข้ารวมการปรึกษากลุ่มตามแนวโลกอสเป็นเวลา 2 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 3 ครั้ง (6 ครั้ง) ครั้งละ 2.5 ชั่วโมง รวมทั้งสิ้น 15 ชั่วโมง ขั้นตอนของโปรแกรมบำบัดมี 6 ขั้นตอน คือขั้นตระหนักรู้ ขั้นค้นหาความหมาย ขั้นสร้างพันธสัญญา ขั้นพัฒนาความหมาย ขั้นสร้างความ

ชัดเจน และขึ้นจัดทิศทาง ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งที่เข้าร่วมกลุ่มบำบัดแบบโลกอสมีความวิตกกังวลลดลงมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการบำบัด

อุทัยทิพย์ จันทรเพ็ญ (2539, บทคัดย่อ) ที่ได้ศึกษาผลของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแนวโลกอสต่อการเพิ่มความเข้มแข็งในการมองโลกของผู้ติดยา ผลการศึกษาพบว่าปฏิบัติสัมพันธ์ของวิธีการทดลองคือการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแนวโลกอสและระยะเวลาของการทดลองทำให้ผู้ป่วยติดยาที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลที่ได้รับการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแนวโลกอสมีความเข้มแข็งในการมองโลกสูงกว่าผู้ป่วยติดยาที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลที่ไม่ได้รับการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแนวโลกอสในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล

สุวิมล ลาวรรณ (2543, บทคัดย่อ) ศึกษาผลของการให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยาแนวโลกอสกับการกระจำนียมต่อลักษณะมุ่งอนาคตของเยาวชนในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กจังหวัดนครราชสีมา ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มเยาวชนหญิงในสถานพินิจที่ได้รับการให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยาแนวโลกอสและการให้คำปรึกษาแนวกระจำนียม มีลักษณะมุ่งอนาคตสูงขึ้นในระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล

เฉลิมวรรณ เกตุสวัสดิ์ (2546, บทคัดย่อ) ศึกษาผลของการระลึกถึงความหลังแบบกลุ่มและการให้คำปรึกษาแบบกวนิยมแบบกลุ่ม ที่มีต่อความผาสุกในชีวิตของผู้สูงอายุ ผลการวิจัยพบว่าผู้สูงอายุในกลุ่มระลึกถึงความหลังมีความผาสุกในชีวิตในระยะหลังการทดลองและติดตามผลไม่แตกต่างกันแต่สูงกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มการให้คำปรึกษาแบบกวนิยมมีความผาสุกในชีวิต ในระยะติดตามผลสูงกว่าหลังทดลองและก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุม ผู้สูงอายุในกลุ่มการให้คำปรึกษาแบบกวนิยมมีความผาสุกในชีวิตสูงกว่ากลุ่มระลึกถึงความหลังในระยะติดตามผลไม่แตกต่างกันในระยะหลังการทดลอง

คุณฤ อุดมอิทธิพงศ์ (2546, หน้า 128) ศึกษาผลของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามทฤษฎีอัตถิภาวนิยมต่อความวิตกกังวลของสตรีวัยทอง พบว่าการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามทฤษฎีอัตถิภาวนิยมสามารถลดความวิตกกังวลของสตรีวัยทอง โดยมีระดับความวิตกกังวลของสตรีวัยทองในกลุ่มทดลองในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผลต่ำกว่าในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผลต่ำกว่าในระยะก่อนการทดลองและต่ำกว่ากลุ่มควบคุมเช่นกัน

พรจิตต์ ทองบัณฑิต (2546, บทคัดย่อ) ศึกษาผลของการให้คำปรึกษาแนวโลโกเทอราปีต่อการเพิ่มความเข้มแข็งในการมองโลกของผู้ป่วยหลังจากพยายามฆ่าตัวตาย ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยหลังจากพยายามฆ่าตัวตาย ที่ได้รับการให้คำปรึกษาแนวโลโกเทอราปีมีค่าคะแนนความเข้มแข็งในการมองโลกในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผลสูงกว่าระยะก่อนการทดลอง

และผู้ป่วยภายหลังจากพยายามฆ่าตัวตาย ที่ได้รับการให้คำปรึกษาแนวโลกเทร่าปีมีค่าคะแนนความเข้มแข็งในการมองโลกสูงกว่ากลุ่มควบคุมทั้งในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล

อาดัม นีละไพจิตร (2548, บทคัดย่อ) ศึกษาผลของการให้คำปรึกษากลุ่มทฤษฎีอัตถิภาวนิยมต่อคุณค่าแห่งตนของผู้ต้องขัง ผลการวิจัยพบว่า มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลอง ผู้ต้องขังกลุ่มทดลองมีคุณค่าแห่งตนสูงกว่ากลุ่มควบคุมในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล ผู้ต้องขังกลุ่มทดลองมีคุณค่าแห่งตนในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผลสูงกว่าระยะก่อนการทดลอง และผู้ต้องขังกลุ่มทดลองมีคุณค่าแห่งตนระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผลต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ

งานวิจัยในต่างประเทศ

วิดดอน (Widdon, 1983) จัดโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดแบบโลกอส ในนักโทษชายในคดีอาชญากรรม จำนวน 20 คน อายุ 17-33 ปี และประเมินผลแบบวัด พี ไอ แอล ผลการศึกษาพบว่า ค่าคะแนนแบบวัดความมุ่งหวังในชีวิตนักโทษชาย ภายหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดแบบโลกอสเพิ่มขึ้น การสังเกตพฤติกรรมของสมาชิกกลุ่มพบว่า สมาชิกกลุ่มมีการพัฒนาตนเองด้านความประพฤติกและจากการติดตามผลในระยะ 2 ปี พบว่าสมาชิก กลุ่ม 8 คน ที่เข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มเล็กประกอบอาชญากรรมโดยเจตนา

โรเซน (Rosen, 1991) ศึกษาผลการเข้าร่วมโปรแกรมบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดที่มีต่อการเปลี่ยนแปลงการเห็นคุณค่าในตนเองและพัฒนาทางจิตวิญญาณพบว่าการเห็นคุณค่าในตนเองและพัฒนาการทางจิตวิญญาณ (จากแง่มุมของความหมายและความมุ่งหวังในชีวิต) เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญหลังโปรแกรมบำบัด และการเห็นคุณค่าในตนเองที่เพิ่มขึ้นยังมีความสัมพันธ์กับพัฒนาการทางจิตวิญญาณที่เพิ่มขึ้นด้วย

เมเจอร์ (Majer, 1992) ได้ประเมินผลการเข้าร่วมโปรแกรมบำบัด 12 ขั้น ในแนวของการพบความหมายในชีวิตของผู้ติดยาเสพติดทั้งที่ติดสุราและยาเสพติดพบว่ายังมีระยะการเข้าโปรแกรมบำบัดนานเท่าใดก็ยังมีแนวโน้มว่าจะพบความหมายในชีวิต ถึงแม้ว่าผู้เข้าร่วมโปรแกรมบำบัดจะต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานที่ไม่สามารถจะหลีกเลี่ยงได้ระหว่างการบำบัด แต่เขาจะรับรู้ความทุกข์นั้นอย่างมีความหมาย

ดีไวร์น และคณะ (De-Vries et al., 1997) ได้ทำการศึกษาค้นคว้าผลของการให้คำปรึกษาทางจิตวิทยาโดยให้คำปรึกษาแบบอัตถิภาวนิยม ในผู้ป่วยที่มีการเจริญเติบโตของมะเร็ง 96 คน ซึ่งรักษาด้วยยาตามปกติมาเป็นเวลานาน ผลการศึกษาพบว่า จากการประเมินผู้ป่วย 35 คน ก่อนเมื่อมีขนาดก้อนที่ นาน 3-9 เดือน และในผู้ป่วย 1 คน ก่อนเมื่อมีขนาดก้อนที่นาน 2 ปี แต่ในด้านการรายงานตนเรื่อง ความว้าเหว่ ความซึมเศร้า จุดประสงค์ในชีวิต พบว่าก่อนและหลังการได้รับการให้คำปรึกษาไม่แตกต่างกัน

แนวคิดเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข และสมาคมจิตเวชแห่งประเทศไทย (2536) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ภาวะจิตใจที่หม่นหมอง หดหู่ เศร้า รวมถึงความรู้สึกท้อแท้ หดห้วง มองโลกในแง่ร้าย มีความรู้สึกผิด ไร้ค่า ต่ำหนีดัวเอง ความรู้สึกเหล่านี้คงเป็นระยะเวลานาน และเกี่ยวข้องกับการสูญเสีย

ภาวะซึมเศร้า (Depression) เป็นคำที่มาจากภาษาละติน (Depressive) มีความหมายว่า กดต่ำลงหรือจมลงต่ำกว่าตำแหน่งเดิม (ชีวิรัตน์ ต่ายเกิด, 2545, หน้า 14) ซึ่งมีผู้ให้ความหมายของภาวะซึมเศร้าไว้หลายรูปแบบ

กิสเทลแมน-เคนส์ (Gittleman – Klein, 1977) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้าหมายถึงภาวะจิตใจของบุคคลนั้นต่อความไม่เป็นสุขหรือความระทมทุกข์

จัสมินและทริกสตาต (Jasmin & Trygstad, 1979, p. 123) กล่าวว่าภาวะซึมเศร้าเป็นการ สะสมความคิด ความรู้สึก และปฏิกิริยาที่ทำให้บุคคลรู้สึกว่าคุณค่าของตัวเองต่ำ เสียใจ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ หดห้วง มีการเปลี่ยนแปลงของหน้าที่ต่าง ๆ ของร่างกายและ แยกตนเอง ไม่ปรารถนาที่จะเข้าสังคม

สมาคมจิตแพทย์สหรัฐอเมริกา (American Psychiatric Association, 1998, p. 22 อ้างถึงใน กนกศรี จาดเงิน, 2543, หน้า 8) ได้ให้ความหมายไว้ว่า

ภาวะซึมเศร้า (Depression) หมายถึง ภาวะจิตใจที่ผิดปกติอย่างหนึ่ง ซึ่งแสดงออกทางอารมณ์ เช่น รู้สึกเศร้า อยากร้องไห้ เบื่อหน่ายท้อแท้ ไม่สนุกสนาน ในรูปของความคิด เช่น คิดว่าตนเองไม่มีค่า หรือเป็นคนไม่ดี และทางพฤติกรรม เช่น แยกตัว หรือมีอาการก้าวร้าว ภาวะซึมเศร้าสามารถพบได้หลายแบบ ตั้งแต่ความผิดปกติในการปรับตัว (Adjustment Disorder) โรคซึมเศร้าเรื้อรัง (Dysthymia) และโรคซึมเศร้าแบบรุนแรง (Major Depressive Disorder) รวมทั้งพบกับโรคทางจิตเวชอื่น

ความซึมเศร้า (Depression) หมายถึง ภาวะจิตใจผิดปกติที่มีผลทำให้พฤติกรรมบุคคลเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม เป็นผลเนื่องมาจากความสูญเสีย เช่น สูญเสียบุคคลที่รัก สูญเสียทรัพย์สิน ตำแหน่งหน้าที่ ความเป็นอิสระ และความสำคัญอื่น ๆ ทำให้รู้สึกผิดหวัง รู้สึกสูญเสีย เกิดความรู้สึกล้มเหลว เศร้า ไม่มีความสุข ท้อแท้ ซึ่งอารมณ์เหล่านี้อาจเกิดขึ้นเพียงชั่วคราวหรือคงอยู่ยาวนาน ขึ้นอยู่กับสภาพการณ์แวดล้อม (Priest, 1983, p. 16)

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

1. ภาวะอารมณ์แปรปรวนง่าย เช่น เศร้า โศกเสียใจ อ้างว้าง โดดเดี่ยว เฉื่อยชา เชื่องซึม
2. มีอัตมโนทัศน์ในแง่ลบกับตนเอง ต่ำหนีดัวเอง

3. พฤติกรรมถดถอยและลงโทษตนเอง ต้องการที่จะหลีกเลี่ยงหรืออยากตาย
4. มีความเบื่ออาหาร นอนไม่หลับ สูญเสียแรงขับทางเพศ
5. กิจกรรมต่าง ๆ เปลี่ยนแปลงไปจากเดิมมากขึ้นหรือน้อยลง เช่น เชื่องช้า

(Retardation) หรือกระบวนการวายเป็น (Agitation)

อรรถพรณ ลือบุญราชชัย (2543, หน้า 212) กล่าวว่าภาวะซึมเศร้าเป็นปฏิกิริยาจากการสูญเสีย ทำให้เกิดความรู้สึกมีดมน เบื่อหน่าย หดหู่ จิตใจอ่อนเพลีย ท้อแท้ สิ้นหวัง รู้สึกไร้ค่า ในที่สุดอาจเกิดความรู้สึกไม่อยากมีชีวิตต่อไป และทำร้ายตนเอง

สาเหตุของภาวะซึมเศร้า มีสาเหตุมาจากหลาย ๆ ปัจจัยผสมผสานกัน คือปัจจัยด้าน พันธุกรรม ร่างกาย จิตใจ และสภาพสังคม วัฒนธรรม รวมเรียกว่าปัจจัยชีวจิตสังคมโดยปัจจัย แต่ละด้านจะมีอิทธิพลมากหรือน้อยแตกต่างกันในแต่ละคน ซึ่งสาเหตุแบ่งเป็น 4 กลุ่ม ดังนี้คือ

1. สาเหตุจากปัญหาในจิตใจ (Intrapsychic Models) เป็นอารมณ์เศร้าที่ผสมผสานของ ความรู้สึกหลาย ๆ อย่าง ตั้งแต่ความรู้สึก กลัว เกลียด โกรธ ละอายและรู้สึกผิดโดยที่ความรู้สึก โกรธเป็นอารมณ์พื้นฐานที่สุด ปรากฏให้เห็นแม้แต่ในเด็กทารก ส่วนความรู้สึกผิดเป็นอารมณ์ ละอายอ่อนและสลับซับซ้อนมากที่สุด จะเกิดขึ้นได้ก็เฉพาะในบุคคลที่มีมโนธรรมก่อสร้างขึ้นแล้ว
2. สาเหตุจากการมีความคิดในแง่ลบ (Negative Cognitive) เกิดจากการที่บุคคลมีความ นึกคิดในเชิงลบ มองเหตุการณ์ชีวิตในแง่ร้ายไปหมดทำให้จิตใจอยู่ในสภาพท้อแท้หมดหวัง โดยมี หลักว่าคนเราคิดอย่างไร ก็รู้สึกอย่างนั้น คือ มองตนเอง มองสังคมและมองอนาคตในแง่ลบ (Cognitive Triad) ดังนี้ มองตนเองว่าไร้ค่า ไร้สมรรถภาพ ไร้ความภาคภูมิใจหรือไร้ซึ่งทุกสิ่ง มองโลกหรือสังคมในแง่ร้าย เห็นแต่สิ่งไม่ดีในสังคม สิ่งแวดล้อม รู้สึกกดดันบีบบังคับและถูก คาดหวังเรียกร้องจากสังคมมากจนรู้สึกหมดกำลังใจ มองอนาคตว่ามีแต่ความยากลำบากล้มเหลว และหนทางตัน หมดทางแก้ไข ซึ่งนำไปสู่การพยายามฆ่าตัวตายเพื่อหนีปัญหาหรือหนีความทุกข์ ทรมาณ

3. สาเหตุแห่งพฤติกรรม (Behavioral Models) มีแนวคิด 2 แบบ คือ ภาวะซึมเศร้าเกิดจาก

3.1 ภาวะท้อแท้ ทอดอาลัย (Learned Helplessness) หมดกำลังใจ ไม่สู้และหมดความ กระตือรือร้น เนื่องจากประสบแต่ความล้มเหลวและผิดหวังครั้งแล้วครั้งเล่า

3.2 ภาวะหมดกำลังใจ (No Positive Reinforcement) เนื่องจากไม่เคยได้รับคำ ชมเชย รางวัลหรือสนับสนุนเมื่อประสบความสำเร็จใด ๆ เลย จึงขาดแรงจูงใจและขาดความมั่นใจ ทำให้รู้สึกเบื่อหน่ายและไร้ความสุข

4. สาเหตุทางชีวภาพ (Biological Models) โดยมีอิทธิพลของพันธุกรรมเข้ามาเกี่ยวข้อง ได้แก่

4.1 ความผิดปกติของสารสื่อประสาท (Neurotransmitters) เช่น สารเอมีน (Biogenic Amine) หรือจุดรับประสาท (Receptors) ที่ข้อต่อปลายประสาท (Synapses) และตัวส่งข่าวที่สอง (Second Messengers) ของเซลล์สมองบริเวณลิมบิก (Limbic)

4.2 ความผิดปกติของระบบฮอร์โมนของต่อมไร้ท่อ (Neuroendocrine)

4.3 ความผิดปกติทางสรีรวิทยาของระบบประสาท (Neurophysiology) โดยเกี่ยวข้องกับชีวภาพ เช่น คลื่นสมองขณะหลับ การตื่นตัวของสมองหรือความไม่สมดุลของการกระจายของสารละลายโซเดียมและโพแทสเซียมในและนอกเซลล์ประสาท การมีแคลเซียมในเซลล์ปริมาณสูงทำให้เป็นพิษต่อเซลล์ (Catatonic) อาจเกี่ยวข้องกับโรคอารมณ์ผิดปกติ

อาการของภาวะซึมเศร้า

1. อารมณ์เศร้า ซึ่งเป็นอาการสำคัญ ความรู้สึกที่แสดงถึงอารมณ์เศร้ามีหลายอย่าง เช่น ใจคอหดหู่ ไม่มีชีวิตชีวา รู้สึกไม่แจ่มใส ไม่เบิกบาน หรือใจคอเศร้าหมอง เป็นต้น อารมณ์เศร้าไม่จำเป็นต้องมีตลอดเวลา เวลาที่ไม่เศร้าอาจรู้สึกสนุกสนานหรือมีอารมณ์ขันได้ แต่เมื่อเป็นมาก อารมณ์เศร้าจะมีอยู่เกือบตลอดเวลา แต่จะไม่คงที่อยู่ตลอดวัน บางเวลาเศร้าน้อย บางเวลาเศร้ามาก ส่วนมากจะมีอารมณ์เศร้านานที่สุดตอนเช้าและจะดีขึ้นในตอนเย็นหรือค่ำ

2. อารมณ์หงุดหงิดโกรธง่าย
3. ความรู้สึกเบื่อและหมดความสนใจ
4. อาการเบื่ออาหาร
5. นอนไม่หลับ
6. อาการอ่อนเพลีย
7. ความคิดเชิงลบ
8. สมาธิเสีย
9. ความรู้สึกว่าตนเองไร้ค่า
10. ความรู้สึกมีความผิด
11. มีความคิดอยากตาย
12. ความกลัวและความวิตกกังวล
13. อาการทางกาย

อารมณ์เศร้า เป็นอาการสำคัญของโรค ความรู้สึกที่แสดงถึงอารมณ์เศร้า เช่น ใจคอหดหู่ ไม่มีชีวิตชีวา รู้สึกไม่แจ่มใส ไม่เบิกบาน หรือใจคอเศร้าหมอง เป็นต้น ผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยเมื่อมาพบแพทย์ ไม่พูดถึงอารมณ์เศร้าเลย อาจเป็นเพราะในขณะนั้นผู้ป่วยไม่มีอารมณ์เศร้า หรือ

อาจมีแต่คิดว่าไม่สำคัญจึงไม่บอก ด้วยเหตุนี้ควรถือเป็นหลักว่าถ้าสงสัยผู้ป่วยเป็นโรคนี้ต้องถามถึงอารมณ์หรือความรู้สึกด้วยเสมอ

อารมณ์เศร้า ไม่จำเป็นต้องมีตลอดเวลา เวลาที่ไม่เศร้าผู้ป่วยอาจรู้สึกสนุกสนาน หรือมีอารมณ์ขันได้ แต่เมื่อเป็นมากอารมณ์เศร้าจะมีอยู่เกือบตลอดเวลา แต่จะไม่คงที่อยู่ตลอดเวลา บางเวลาเศร้าน้อยบางเวลาเศร้ามาก ส่วนมากผู้ป่วยจะมีอารมณ์เศร้ามากที่สุดตอนเช้า และจะดีขึ้นในตอนเย็นหรือค่ำ การเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ตามเวลาเช่นนี้เป็นลักษณะที่สำคัญของโรคซึมเศร้า

อารมณ์หงุดหงิดโกรธง่าย อาการนี้เป็นอาการสำคัญพบในผู้ป่วยเกือบทุกราย ผู้ป่วยจะรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงนี้ แต่ควบคุมอารมณ์ไม่ได้ และมักจะรู้สึกเสียใจเมื่อทำสิ่งที่ไม่ดีไปแล้ว ผู้อยู่ใกล้ชิดก็ไม่สบายใจเช่นกัน เพราะผู้ป่วยหงุดหงิดง่าย บ่อย และต่างก็ไม่รู้สาเหตุ ผู้ป่วยมักจะเล่าให้ฟังว่าไม่มีใครเข้าใจว่าตนไม่สบายใจและตนก็ไม่อยากเป็นเช่นนี้ แต่เมื่อรู้สึกหงุดหงิดก็ไม่ทราบจะควบคุมอย่างไร

ความรู้สึกเบื่อและหมดความสนใจ ผู้ป่วยจะรู้สึกเบื่อและหมดความสนใจในสิ่งต่าง ๆ กิจกรรมประจำวันที่เคยทำก็ไม่อยากทำ กิจกรรมต่าง ๆ ที่เคยชอบก็จะรู้สึกเบื่อ และไม่สนใจจึงเช่นเคย ประมาณร้อยละ 60 ของผู้ป่วย ความรู้สึกทางเพศจะลดลงหรือไม่มีเลย

อาการเบื่ออาหาร ผู้ป่วยมักเบื่ออาหารตั้งแต่เริ่มไม่สบาย การรู่รสจะเปลี่ยนไปด้วย ผู้ป่วยจะไม่รู้สึกอยากอาหารแม้แต่ต้นจะเคยชอบ แต่มีบางรายรู้สึกอยากอาหารมากกว่าธรรมดา ส่วนมากน้ำหนักจะลดลง 2-5 กิโลกรัม เมื่อมาพบแพทย์ครั้งแรก

นอนไม่หลับ มักจะปรากฏเป็นอาการแรก ผู้ป่วยอาจนอนไม่หลับเป็นเวลา 1-2 สัปดาห์ก่อนมีอาการอื่นในระยะแรกของโรค ผู้ป่วยอาจจะหลับยาก หลับไม่สนิท ผื่นร้าย หรือตื่นบ่อย แต่เมื่อเป็นมากขึ้นมักจะเป็นอีกแบบหนึ่งเรียกว่า “นอนไม่หลับตอนปลาย” (Terminal Insomnia) ซึ่งเป็นอาการสำคัญของโรคนี้ ลักษณะดังกล่าวคือ เมื่อเข้านอนผู้ป่วยจะหลับได้ตามปกติ แต่ตื่นตอนดึก เช่น ดิหนึ่ง ดิสอง แล้วหลับอีกไม่ได้หรือหลับได้ยากและมักจะหลับไม่สนิท ผู้ป่วยจะเป็นเช่นนี้บ่อยหรือทุกคืน จนรู้สึกเหมือนมี นาฬิกาปลุกให้ตื่น ณ เวลานั้น และจะหงุดหงิด กระวนกระวายมากขึ้น ผู้ป่วยบางรายมีอาการนอนไม่หลับแบบตื่นเช้ากว่าปกติ (Early Morning Awakening) ซึ่งเป็นอาการสำคัญเช่นกัน ผู้ป่วยจะหลับได้ดีแต่ตื่นเช้ากว่าปกติ 1-2 ชั่วโมง เช่น ปกติตื่นหกโมง เมื่อไม่สบายจะตื่นตีสี่หรือตีห้า

อาการอ่อนเพลีย ผู้ป่วยจะรู้สึกอ่อนเพลีย แม้ไม่ได้ออกกำลังกาย และเป็นอยู่เกือบตลอดเวลา การพักผ่อนหรือนอนหลับไม่ช่วยให้ดีขึ้น อาการอาจเกิดเฉพาะส่วนของร่างกายก็ได้ เช่น แขน หรือขา บางรายคิดว่าเป็นโรคหัวใจเพราะเหนื่อยง่าย ทำให้เกิดความกังวล และถ้ามีอาการใจสั่นหรือเจ็บหน้าอกด้วยยิ่งกังวลมาก

ความคิดเชิงซ้ำ ตั้งแต่เริ่มไม่สบายใจ ผู้ป่วยจะมีความคิด การเคลื่อนไหว ตลอดจน การพูดจาเชิงซ้ำ แรก ๆ จะสังเกตเห็นว่าผู้ป่วยเจ็บและซึมลง ความสนใจต่าง ๆ ลดลง ขณะเดียวกันจะเพิ่มความสนใจตนเอง โดยเฉพาะจะกังวลเกือบตลอดเวลาต่ออาการต่าง ๆ ไม่กระตือรือร้นในชีวิตไม่ร่าเริง แจ่มใสเหมือนเช่นเคย ผู้ป่วยเองจะรู้สึกถึงอาการเปลี่ยนแปลงนี้ และเกิดความกังวลใจมาก เพราะไม่ทราบสาเหตุ และจะพยายามฝืนตัวเอง การกระทำต่าง ๆ จะเป็นการฝืนใจ เช่น การพูด การแต่งตัว การทำงานหรือการอ่านหนังสือ ทั้งนี้เพื่อให้เหมือนปกติ แต่ทำไม่ได้สมาธิเสีย ความจำไม่ดีและสิ่งง่ายเป็นอาการสำคัญ จะปรากฏตั้งแต่เริ่มไม่สบาย ผู้ป่วย ประมาณร้อยละ 90 มีอาการนี้ ผู้ป่วยจะรู้สึกว่าพูดอะไรไปแล้วนึกไม่ออก อ่านหนังสือแล้ว จำไม่ได้หรือทำสมาธิปกติไม่ได้ ทำให้เกิดความวิตกกังวลมาก เพราะทำงานไม่ได้ดี หรือทำไม่ได้ และเกิดข้อผิดพลาด โดยเฉพาะอย่างยิ่งงานที่ใช้สมองและความจำ และยังกังวลว่าจะต้องออกจากงาน จะสอบตก หรือสมองจะเสียตลอดไป บางรายเกิดอาการหลงผิดว่าเป็นโรคเนื้องอกในสมอง

ความรู้สึกว่าตนเองไร้ค่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าส่วนมากรู้สึกตัวเองไม่มีค่า หรือหมด ความสำคัญต่อใครทั้งสิ้น จะรู้สึกว่าตนเองไม่ดีในด้านต่าง ๆ เช่นความสามารถ สติปัญญา หรือ เกียรติยศชื่อเสียง แม้บ้านคิดว่าตนเองทำงานบ้านบกพร่อง เลี้ยงลูกไม่ดี หรือสามีคิดว่าตนทำงาน ไม่ได้ จะเป็นที่พักของครอบครัวไม่ได้

ความคิดเช่นนี้ถ้ามีมากและรุนแรงจะทำให้ผู้ป่วยคิดอยากตายและฆ่าตัวตายได้ เพราะ ผู้ป่วยจะมองตัวเองในด้านไม่ดีและไม่มีความประโยชน์ตลอดเวลา กรุ่นคิดแต่ว่าตัวเป็นคนไม่มีค่า เป็นภาระของครอบครัวและนำความยุ่งยากให้ ถ้าไม่มีคนทุกคนก็จะสบาย ดังนั้นจึงควรตายไปเสีย ความรู้สึกมีความผิด ผู้ป่วยที่เศร้ามากมักจะรู้สึกมีความผิดและตำหนิตนเองโดยที่ไม่มี ความผิด แต่อย่างใด หรือถ้ามีก็เป็นเรื่องไม่สำคัญไม่น่าจะตำหนิมาก เช่นนี้ยิ่งเศร้ามาก ความรู้สึกมี ความผิดยิ่งมากและรุนแรง ผู้ป่วยจะคิดว่าตนได้ทำความผิด เป็นคนไม่ดีมีบาปสมควรถูกลงโทษ ไม่สมควรมีชีวิตอยู่ ทำให้ผู้ป่วยอยากตายและคิดฆ่าตัวตาย ซึ่งเป็นอันตรายที่สำคัญที่สุดของโรคนี้

มีความคิดอยากตาย ผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยเมื่อเศร้ามาก ๆ จะคิดอยากตาย ซึ่งบ่งว่าผู้ป่วย มีแนวโน้มจะฆ่าตัวตาย พบว่าอาการเศร้ามาก ๆ และความคิดอยากตายมีส่วนสัมพันธ์กัน ผู้ป่วย เศร้ามาก ๆ อาการไม่สบายจะมีมาก และรู้สึกทรมาน เมื่อเป็นมากขึ้นถึงจุดที่ไม่อาจทนต่อไปได้ ผู้ป่วยจะหาทางหนีความทรมาน และความตายเป็นทางออกที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่นึกถึงเป็นครั้งแรก ยิ่งเศร้ามากความรู้สึกทรมานจะมีมาก และความคิดอยากตายจะรุนแรงขึ้น ปรากฏว่าร้อยละ 75 ผู้ป่วยเศร้ามาก ๆ คิดฆ่าตัวตาย ผู้ป่วยบางรายจะไม่บอกว่ามีความคิดเช่นนี้ถ้าแพทย์ไม่ถามจึงควร ถือเป็นหลักเมื่อพบผู้ป่วยเศร้าต้องถามถึงอาการนี้ทุกราย

ความกลัวและความวิตกกังวล เป็นอาการสำคัญที่พบบ่อย ผู้ป่วยจะกลัวและกังวลไปต่าง ๆ เช่น กังวลว่าทำไมเป็นเช่นนั้นเช่นนี้ กลัวจะไม่หาย กลัวจะวิกฤตโรค กลัวจะเป็นโรคร้ายแรง กลัวเมื่ออยู่คนเดียว หรือกลัวจะทำอันตรายตนเอง ความกลัวและความวิตกกังวลเหล่านี้จะวนเวียนอยู่ในความคิดของผู้ป่วย ทำให้ไม่อาจทำใจให้สงบได้

อาการทางกาย ผู้ป่วยมักมีอาการทางกายร่วมด้วยเสมอและเกิดได้กับอวัยวะทุกระบบที่พบบ่อย เช่น ปวดท้อง ท้องอืดเฟ้อ อาหารไม่ย่อย คลื่นไส้ อาเจียน ปวดศีรษะ เจ็บหน้าอก ปวดเมื่อยตามตัว ผู้ป่วยทุกรายจะกังวลอยู่กับอาการเหล่านี้มาก และคิดว่าเป็นโรคทางกาย เวลาพบแพทย์ไม่แสดงอารมณ์เศร้าเลย ลักษณะดังกล่าวพบได้บ่อยในเวชปฏิบัติทั่วไป

อาการอื่นและโรคสำคัญที่พบร่วมด้วย โรคซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิต โดยพบว่าร้อยละ 15 ของผู้ป่วยที่เป็นโรคซึมเศร้ารุนแรง มีการฆ่าตัวตายสำเร็จ และจากการศึกษาระบาดวิทยาพบว่าอัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยที่เป็นโรคซึมเศร้าซึ่งมีอายุมากกว่า 55 ปี เพิ่มขึ้นเป็น 4 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่ได้เป็นโรคซึมเศร้า นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้ารับการรักษายาบาลจะมีอัตราเสียชีวิตสูงในช่วงปีแรกของการรักษา

ข้อมูลของศูนย์สถิติเพื่อสุขภาพแห่งชาติของประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าการเสียชีวิตด้วยการฆ่าตัวตายของผู้ที่อยู่ในวัยระหว่าง 15–24 ปี เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่ 2 รองจากการเสียชีวิตด้วยอุบัติเหตุ และการฆาตกรรมรวมกัน นอกจากนี้ยังพบว่ามากกว่าร้อยละ 90 ของเด็กที่ฆ่าตัวตายเป็นโรคทางจิตเวชโดยเฉพาะโรคซึมเศร้า

นอกจากนี้ ศรีอุตร ดิษยบุตร (2539, หน้า 145 อ้างถึงใน ชนิตา อิงคสุวรรณ, 2543, หน้า 18) กล่าวถึงอาการซึมเศร้าที่สังเกตได้ดังนี้

อาการทางกาย

1. ไม่ชอบเคลื่อนไหวร่างกาย
2. อริยาบทเชื่องช้า พูดช้า คิดช้า ไม่อยากใช้สมอง
3. สีหน้าและแววตาเศร้า เลื่อนลอย กล้ามเนื้อใบหน้าตก
4. นอนไม่หลับหรือตื่นบ่อย
5. เบื่ออาหาร ท้องผูก
6. ร้องไห้ง่าย หลีกเลียงสังคม

อาการทางจิตใจ

1. เบื่อ หงอยเหงา รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า
2. จิตใจหดหู่ ไม่มีสมาธิ ใจน้อย
3. หมกมุ่น ครุ่นคิด ความจำไม่ดี

อาการทางอ้อมที่แสดงออกทางกาย

1. เรียบร้อย เียบขริม
2. แต่งกายด้วยเสื้อผ้าสีเข้ม ๆ เช่น สีเทา ดำ
3. ร่างกายซูบผอม แ่เกินวัย
4. กินจุบจิบ หรือติดสิ่งเสพติด

ระดับของภาวะซึมเศร้า อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์ (2543, หน้า 125-127) ได้กล่าวถึงอาการของผู้ป่วยอารมณ์ซึมเศร้าว่า มีความแตกต่างกันตามระดับความรุนแรงจากซึมเศร้าเล็กน้อยไปจนถึงรุนแรงมาก

1. อารมณ์ซึมเศร้าชั่วคราว เป็นสภาพอารมณ์เศร้าที่เกิดขึ้นกับทุกคน เมื่อเผชิญกับความผิดหวัง เผชิญกับเหตุการณ์สะเทือนใจ หรือเผชิญกับการสูญเสียอันเป็นสภาพที่พบได้ตลอดเวลา ทำให้บุคคลมีอารมณ์ซึมเศร้า แต่อารมณ์ที่เกิดขึ้นมักจะหายไปได้เองเมื่อเวลาผ่านไปหรือบุคคลปรับตัวปรับใจได้ จึงไม่พิจารณาว่าเป็นอารมณ์ซึมเศร้าที่ผิดปกติ อาการที่พบได้แก่

ด้านอารมณ์ : หดหู่ เหงา ผิดหวัง เสียใจ

ด้านพฤติกรรม : ร้องไห้

ด้านความคิด : อาจคิดเรื่องที่ผิดหวังมาก หุยคิดไม่ได้

ด้านร่างกาย : อ่อนเพลียเล็กน้อย ทำที่เหนื่อยล้า และไม่ยอกทำอะไร

2. อารมณ์ซึมเศร้าเล็กน้อย (Mild Depression) เป็นสภาพอารมณ์เศร้าที่เป็นผลมาจากการที่บุคคลเผชิญกับการสูญเสียที่รุนแรง เช่น สูญเสียคนรัก สูญเสียบุคคลสำคัญ สูญเสียทรัพย์สินที่มีค่า รวมถึงสูญเสียความสามารถทางร่างกายของตนเอง ซึ่งการสูญเสียที่ยกตัวอย่างมานี้เป็นภาวะวิกฤติของชีวิตที่บุคคลประสบได้ไม่บ่อยนักในการดำเนินชีวิต แต่เมื่อบุคคลต้องประสบกับเหตุการณ์เช่นนี้ สภาพจิตใจย่อมมีปฏิกิริยาโต้ตอบ ซึ่งอารมณ์ซึมเศร้าเป็นปฏิกิริยาที่พบได้มากที่สุด การเกิดอารมณ์ซึมเศร้าในสภาพการณ์เช่นนี้ยังไม่พิจารณาว่าเป็นความผิดปกติ การวินิจฉัยอยู่ในกลุ่ม และถ้าบุคคลนั้นปรับตัวได้หรือสามารถจัดการกับความสูญเสียที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม อาการซึมเศร้ามักจะลดลงและหายไป อาการของอารมณ์ซึมเศร้าของบุคคลในกลุ่มนี้ได้แก่

ด้านอารมณ์ : วิตกกังวล โกรธ รู้สึกตนเองผิด ชีวิตดูไม่มีคุณค่า เหงา หมดหวัง สิ้นหวัง ท้อแท้ หรือปฏิเสธความรู้สึก

ด้านพฤติกรรม : ร้องไห้ได้ง่าย มีพฤติกรรมลดถอย แยกตัว ไม่ยอกทำอะไร หรืออาจกระสับกระส่ายไม่สามารถจะอยู่นิ่งได้

- ด้านความคิด : คิดวนเวียนอยู่กับการสูญเสีย ต่ำหนิตนเอง ต่ำหนิผู้อื่น
ขาดความมั่นใจในการดำเนินชีวิต ความคิดล่งเลหรือตัดสินใจไม่ได้
- ด้านร่างกาย : มีอาการเบื่ออาหาร หรืออาจรับประทานมากขึ้น นอนไม่หลับ
หรืออยากนอนมากขึ้น มีอาการทางร่างกาย อื่น ๆ เช่น ปวดศีรษะ
ปวดหลัง เจ็บหน้าอกและอ่อนเพลีย

3. อารมณ์ซึมเศร้าปานกลาง (Moderate Depression) เมื่อสภาพอารมณ์ซึมเศร้าที่เกิดจากการสูญเสีย ไม่สามารถจัดการได้ในแนวทางที่เหมาะสมหรือการปรับตัวใช้เวลานานมากขึ้น อาการต่าง ๆ มักจะทวีความรุนแรงและมีความซับซ้อนของสาเหตุมากขึ้น บุคคลเริ่มแสดงพฤติกรรมไม่เหมาะสม ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน และถ้าสภาพอารมณ์ซึมเศร้าต่าง ๆ ดำเนินอยู่เป็นเวลานาน จัดเป็นผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางอารมณ์ (ชนิด Dysthymic Disorder) ซึ่งมีอาการต่าง ๆ ดังนี้

- ด้านอารมณ์ : มีความรู้สึกเหงาม หดหู่ หดหนทาง สิ่งต่าง ๆ รอบตัว
มีความมิดมนไม่แจ่มใส ความภาคภูมิใจในตนเองต่ำ
ไม่สนุกสนานในกิจกรรมต่าง ๆ
- ด้านพฤติกรรม : มี Psychomotor Retardation ได้แก่ การเคลื่อนไหวร่างกาย
เชื่องช้า พุดช้าหรือพุดน้อยลง สีน้าทำที่หดหู่หม่นหมอง
ไม่สนใจสภาพแวดล้อม ไม่สนใจร่างกายหรือดูแลร่างกาย
ของตนเอง ทำให้ใส่เสื้อผ้าและร่างกายโดยรวมไม่สะอาด
ผู้ป่วยอาจใช้สารกระตุ้นประสาทหรือสารเสพติด เช่น ยาเสพติด
หรือสุรา

- ด้านความคิด : ความสนใจในสิ่งต่าง ๆ ลดลง ไม่มีสมาธิ ความคิดซ้ำล่งคิดเรื่องเดิม
หรือคิดซ้ำ ๆ (Obsession) คิดถึงตนเองดำนไม่ดี รู้สึกตนเองไม่ดี
ไม่มีความหมาย และอาจคิดถึงการทำร้ายตนเอง

- ด้านร่างกาย : มีอาการเบื่ออาหาร มีน้ำหนักลดจนสังเกตได้ หรือรับประทานอาหาร
มากขึ้น นอนไม่หลับโดยเฉพาะตอนเริ่มเข้านอน (Early night Insomnia)
หรือนอนมากเกินไป ความสนใจทางเพศลดลง และในเพศหญิง
มีประจำเดือนขาดหายไป อ่อนเพลีย รู้สึกเหนื่อยหน่าย ซึ่งผู้ป่วยจะรู้สึก
สดชื่นในช่วงเช้า แต่พอเข้าสู่ช่วงบ่าย ๆ จะมีความรู้สึกเหนื่อยล้ามาก
นอกจากนี้มีอาการทางร่างกายอื่น ๆ เช่น ปวดศีรษะ ปวดท้อง
เจ็บหน้าอก หายใจไม่ออก อาหารไม่ย่อย และไม่มีแรง

4. อารมณ์ซึมเศร้ารุนแรง (Severe Depression) อาการรุนแรงมากขึ้นกว่าอารมณ์ซึมเศร้าปานกลาง ผู้ป่วยอาจแสดงอาการของการไม่รับรู้สภาพความเป็นจริง (Out of Reality) มีอาการทางจิต (Psychotic) เป็นความผิดปกติทางอารมณ์ชนิดรุนแรง (Major Disorder) ซึ่งมีอาการต่าง ๆ ดังนี้

ด้านอารมณ์ : แสดงความรู้สึกหมดหวังสิ้นเชิง การแสดงอารมณ์อาจมีลักษณะเฉยเมย หรือไม่แสดงความรู้สึกใด ๆ สิ้นหวังว่างเปล่า เหนง และเศร้า ไม่มีความสุขในกิจกรรมต่าง ๆ

ด้านพฤติกรรม : เชื่องช้าเดินช้า ๆ ไม่พูด ไม่ได้ตอบ ไม่อยากทำอะไร และไม่เคลื่อนไหว ในทางตรงข้ามอาจมีพฤติกรรมกระสับกระส่าย (Irritability) หงุดหงิด นิ่งไม่ติด (Agitation) ผู้ป่วยไม่ใส่ใจตนเอง ทำให้ร่างกายไม่สะอาด และอาจมีพฤติกรรมทำร้ายตนเองจากความคิดหลงผิด

ด้านความคิด : ความคิดสับสน ไม่มีสมาธิ มีความคิดหลงผิด (Delusion) ทางด้านเลวร้าย คิดว่าตนเองไม่ดี คิดฆ่าตัวตาย หรือมีความคิดหลงผิดในด้านการเจ็บป่วยทางร่างกาย (Somatic Delusion) ร่วมกับมีอาการประสาทหลอนในแบบต่าง ๆ ส่วนมากเป็นประสาทหลอนทางด้านการได้ยิน (Auditory Hallucination)

ด้านร่างกาย : การทำงานของระบบต่าง ๆ ในร่างกายช้าลง เช่น การย่อยอาหาร การขับถ่าย หมดสภาพทางเพศ ในเพศหญิงประจำเดือนไม่มาตามปกติ เบื่ออาหาร และมีน้ำหนักลด มีอาการนอนหลับยาก หรือตื่นเร็วกว่าปกติ ซึ่งอาการต่าง ๆ โดยรวมแปรเปลี่ยนตามเวลา (Diurnal Variation) คืออาการมักจะรุนแรง หรืออาการเป็นมากในช่วงเช้า แต่พอช่วงบ่าย ๆ อาการต่าง ๆ จะค่อย ๆ รู้สึกดีขึ้น

การรักษาโรคซึมเศร้า (สมภพ เรืองตระกูล, 2542, หน้า 106-111) ได้กล่าวถึงหลักการรักษาโรคซึมเศร้าว่ามีอาการดังต่อไปนี้คือ

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

6. การรักษาโดยใช้แสง

7. การรักษาด้วยยา

การประเมินความรุนแรงของอาการ ผู้ป่วยที่มีลักษณะดังต่อไปนี้ควรรับไว้รักษาในโรงพยาบาล

1. มีความคิดอยากตาย
2. มีอาการ โรคจิต
3. อาการเปลี่ยนแปลงเร็วระหว่างอารมณ์เศร้ากับตื่นเรริงสนุกสนาน หรือมีอาการ

แบบผสม

4. มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง
5. เสพสารเสพติด

การประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ปัจจัยซึ่งบ่งว่าผู้ป่วยมีแนวโน้มสูงที่จะฆ่าตัวตายคือ

1. มีประวัติฆ่าตัวตายในครอบครัว
2. ผู้ป่วยแสดงเจตนาโดยแน่ชัดว่าจะฆ่าตัวตายโดยคำพูด การกระทำ เขียนจดหมาย

หรือทำพินัยกรรม

3. มีประวัติพยายามฆ่าตัวตายมาก่อน
4. มีอาการซึมเศร้ารุนแรง โดยเฉพาะมีอาการต่อไปนี้
 - 4.1 รู้สึกท้อแท้สิ้นหวัง
 - 4.2 รู้สึกตนเองไร้ค่า
 - 4.3 พลังพลานกระวนกระวาย
 - 4.4 มีอาการหลงผิดคิดว่าตนเองมีความผิดหรือมีบาป
 - 4.5 แหว่ได้ยินเสียงคนพูดตำหนิติเตียน
5. มีอาการแบบผสม (Mixed Episode)
6. เสพสารเสพติด โดยเฉพาะสุรา
7. เพิ่งสูญเสียความสัมพันธ์กับคนใกล้ชิด โดยเฉพาะบุคคลในครอบครัวและคนรัก
8. มีการสูญเสียอย่างอื่น เช่น ถูกให้ออกจากงานและถูกพักการเรียน
9. เป็นโรคทางกายร้ายแรง โดยเฉพาะเสื่อมสมรรถภาพทางกาย มีอาการเจ็บปวดรุนแรงและมีอาการเพื่อหรือสับสน
10. มีพฤติกรรมขาดการควบคุมอารมณ์ ชอบเสี่ยงภัยและก้าวร้าว

11. มีบุคลิกภาพผิดปกติ โดยเฉพาะชนิดต่อต้านสังคม และชนิดคาบเส้น (Borderline) และความประพฤติดังกล่าว

การรักษาทางด้านจิตใจ แนวทางการรักษาทางด้านจิตใจมีดังต่อไปนี้คือ

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

พฤติกรรมบำบัด ตามทฤษฎีทางด้านพฤติกรรมการเรียนรู้ อาการซึมเศร้า เกิดจากผู้ป่วยมีแนวความคิดเกี่ยวกับตนเองในทางลบ โดยคิดว่าตนเป็นคนไร้ค่า วิธีการดำเนินชีวิตในปัจจุบันเป็นสิ่งไม่มีค่า รวมทั้งมองอนาคตของตนเองมืดมนหรือสิ้นหวัง ดังนั้นแพทย์ต้องช่วยให้ผู้ป่วยมีวิธีคิดที่ถูกต้อง โดยให้ผู้ป่วยมองตัวเองทางด้านบวกหรือมีคุณค่า รวมทั้งดำเนินชีวิตอย่างมีความหวัง มีอนาคตที่ดีงาม

ครอบครัวบำบัด จากเอกสารของกระทรวงสาธารณสุขประเทศสหรัฐอเมริกาเกี่ยวกับแนวทางการรักษาโรคซึมเศร้าฉบับที่ 2 ในปี พ.ศ. 2536 พบว่าร้อยละ 20 ของผู้ป่วยมีปัญหาในชีวิตสมรส โดยระบุว่าปัญหาดังกล่าวเป็นเหตุการณ์ในชีวิตที่สำคัญก่อนผู้ป่วยจะเป็นโรคและบาดหมางระหว่างกันยังคงมีอยู่ แม้ว่าอาการของโรคจะหมดไปแล้ว รวมทั้งยังเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยเป็นโรคซ้ำอีก จากการศึกษาของจาคอบสัน และคณะ (Jacobson et al.) พบว่าเมื่อแพทย์ได้เข้าไปใกล้ชิดกับคู่สมรสป้องกันกันจะมีผลให้ชีวิตสมรสราบรื่นขึ้นรวมทั้งอาการซึมเศร้าจะลดน้อยลงด้วย ได้มีงานวิจัยพบว่าถ้าคู่ครองยังแสดงอารมณ์หรือท่าทีที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความขุ่นเคืองใจ โอกาสที่ผู้ป่วยจะกลับเป็นโรคซึมเศร้าซ้ำยังสูง ด้วยเหตุนี้การวิเคราะห์ชีวิตสมรสและครอบครัวของผู้ป่วยรวมทั้งได้เข้าไปช่วยแก้ไขปัญหาดังกล่าว และให้ความรู้เกี่ยวกับความสำคัญของการรับประทานยาในระยะยาวจึงเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งในการรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

การรักษาโดยใช้แสง (Light Therapy) การรักษาด้วยวิธีนี้คือให้ผู้ป่วยได้รับแสง 2500 Lux Light เป็นเวลา 1-2 ชั่วโมงตอนต้นนอนเช้า ทั้งนี้เป็นการรักษาวิธีใหม่ ซึ่งได้มีการพัฒนาขึ้นมาเพื่อรักษาเฉพาะผู้ป่วยที่มีอาการตามฤดูกาล โดยผู้ป่วยส่วนมากจะมีอาการซึมเศร้าเกิดซ้ำๆ ในฤดูหนาว การให้ผู้ป่วยได้รับแสงสว่างเช่นนี้ผู้ป่วยจะมีอาการดีขึ้นภายในเวลา 4-7 วัน ในปัจจุบัน

ผู้ที่ให้การรักษาเช่นนี้ต้องเป็นผู้มีความชำนาญโดยเฉพาะ ผลข้างเคียงมีดังนี้ คือ มีอาการแทรกซ้อนของนัยน์ตา และเกิดอาการไฮโปแมเนีย หรืออาการแมเนีย ร่วมกับอาการโรคจิต โดยเฉพาะในผู้ป่วยซึ่งมีแนวโน้มที่จะเป็นโรคไบโพลาร์

การรักษาด้วยยา ระยะเวลาของการรักษาและวิธีให้ยา

1. ระยะเริ่มต้น ควรให้ผู้ป่วยมาพบสัปดาห์ละครั้ง เพื่อดูผลของยาและอาการข้างเคียง อาการข้างเคียงที่พบบ่อยคือ ปากแห้ง ท้องผูก ตาพร่า ถ่ายปัสสาวะลำบาก มือสั่น และความดันโลหิตต่ำเวลาขึ้น ดังนั้นควรเริ่มให้ยาขนาดน้อยก่อน เช่น อิมิพรามิน (Imipramine) วันละ 25-50 มิลลิกรัม โดยแบ่งให้วันละ 1-3 ครั้ง เมื่อผู้ป่วยชินต่ออาการข้างเคียงของยาแล้วให้เพิ่มขนาดขึ้นช้าๆ สัปดาห์ละ 25-50 มิลลิกรัม จนได้ขนาดที่ได้ผลในการรักษา

2. ระยะที่ยาได้ผล เป็นระยะที่ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นชัดเจน โดยทั่วไปอาการต่าง ๆ จะดีขึ้นตามลำดับภายหลังจากรับประทานยานาน 3-4 สัปดาห์ แต่บางรายอาจนานถึง 6 สัปดาห์ ระยะเวลาในช่วงนี้คือ 2-4 เดือน วัตถุประสงค์ของการรักษาในช่วงนี้คือ ให้ผู้ป่วยหายจากอาการซึมเศร้า พบว่าร้อยละ 80 ของผู้ป่วยตอบสนองดีต่อการรักษา

3. ระยะให้ยาต่อเนื่อง ภายหลังจากสิ้นสุดระยะที่ 2 และผู้ป่วยไม่มีอาการซึมเศร้าแล้วให้ยาในขนาดเท่าเดิมต่อไปอีก 6-8 เดือน จุดประสงค์ของการให้ยาในระยะนี้ คือป้องกันผู้ป่วยไม่ให้เกิดอาการซึมเศร้าอีก ตามเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลกและสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย สหรัฐอเมริกา ระบุว่าภายหลังจากสิ้นสุดระยะที่ 2 แล้วควรให้ผู้ป่วยรับประทานยาต่อไปอีกเป็นเวลานานอย่างน้อย 6 เดือน และสำหรับผู้ที่มีการซึมเศร้าเป็นระยะเวลานานควรรับประทานยาต่อไปนานกว่า 6 เดือน

4. ระยะหยุดยา ภายหลังจากสิ้นสุดระยะที่ 3 แล้วจึงหยุดยา แต่ก่อนที่จะหยุดยาแพทย์ต้องคำนึงถึงโอกาสเสี่ยงที่ผู้ป่วยจะกลับเป็นซ้ำอีก จากผลการศึกษาของกรีเดน (Greden) พบว่าผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้าครั้งเดียวและมีอาการก่อนอายุ 50 ปี สามารถหยุดยาได้โดยโอกาสที่จะเป็นซ้ำมีน้อย

วิธีการหยุดยา ตามทางปฏิบัติคือค่อยๆ ลดขนาดยาลงมาสัปดาห์ละ 25 มิลลิกรัม ห้ามหยุดยาทันที เพราะจะทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการ “โคลิเนอร์จิก รีบาว (Cholinergic Rebound)” อาการดังกล่าวได้แก่ คลื่นไส้อาเจียนและปวดท้อง และอาการระบบประสาทอัตโนมัติไวผิดปกติ (Autonomic Hyperactivity) เช่น เหงื่อออกมาก วิตกกังวล กระวนกระวาย ปวดศีรษะ นอนไม่หลับ และฝันร้าย ในรายที่เป็นรุนแรงอาจมีอาการแพ้ และสับสนรวมทั้งภาพหลอน โดยอาการอาจเกิดภายในเวลา 48 ชั่วโมง หลังจากหยุดยาหรือภายหลังจากหยุดยา 2 สัปดาห์ ด้วยเหตุนี้จึงควรลดขนาดมา

1 ใน 3 ทุก 3 เดือน โดยวิธีนี้จะใช้เวลาประมาณ 1 ปี ในการหยุดยา การค่อยๆ ลดยาลงเช่นนี้ จะสามารถป้องกันการเป็นซ้ำได้

5. ระยะเวลาให้ยาเพื่อป้องกันการเป็นซ้ำ จุดประสงค์ของการรักษาในระยะนี้ คือป้องกันการเป็นซ้ำ จากรายงานของสถาบันสุขภาพจิตแห่งประเทศสหรัฐอเมริการะบุว่าโรคซึมเศร้าเป็นโรคที่มักเป็นซ้ำๆ โดยผู้ป่วยที่เป็นบ่อยครั้งมีโอกาสสูงที่จะเป็นซ้ำอีก ในขณะเดียวกันช่วงเวลาที่ เป็นปกติจะสั้นลง รวมทั้งอาการของโรคมีความรุนแรงเพิ่มขึ้น ตลอดจนการตอบสนองต่อยาจะลด น้อยลงด้วย

ข้อบ่งชี้ว่าผู้ป่วยมีโอกาสสูงที่จะเป็นซ้ำอีก

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

3. ผู้ป่วยทุกรายที่มีอาการมากกว่า 3 ครั้งขึ้นไป

ระยะเวลาและขนาดยาในการให้ยาในระยะยาวเพื่อป้องกันการเป็นซ้ำ

1. ระยะเวลา ระยะเวลาจะแตกต่างกันมากในผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งมีตั้งแต่ 5 ปี

จนตลอดไปโดยไม่มีกำหนดเวลา

2. ขนาดยา มีผู้เสนอแนะว่าขนาดยาควรให้เท่ากับขนาดรักษาโดยเฉพาะผู้ที่เคยมีอาการ 2 ครั้ง หรือมากกว่าภายในระยะเวลา 5 ปี

ชนิดและขนาดยา

1. ไตรไซคลิก (Tricyclics) ยามาตรฐานในกลุ่มนี้ คือ อิมมิพามีน (Imipramine), อะมิทริปไทรีน (Amitriptyline) และนอร์ทริปไทรีน (Nortriptyline)

ขนาดยาต่อวัน

อิมมิพามีน (Imipramine) และอะมิทริปไทรีน (Amitriptyline)	150-300 มิลลิกรัม
นอร์ทริปไทรีน (Nortriptyline)	50-150 มิลลิกรัม

2. เอส เอส อาร์ ไอ (SSRIs)

ขนาดยาต่อวัน

ฟลูโอซีทีน (Fluoxetine)	20-40 มิลลิกรัม
พาร็อกซีทีน (Paroxetine)	20-40 มิลลิกรัม
เซอร์ทราลีน (Sertraline)	100-200 มิลลิกรัม
ฟลูวอกซามีน (Fluvoxamine)	100-200 มิลลิกรัม

การให้ยาในผู้ป่วยแต่ละชนิด

1. ผู้ป่วยซึ่งมีแนวโน้มสูงที่จะฆ่าตัวตาย ผู้ป่วยที่มีแนวโน้มดังกล่าวเมื่อเริ่มมีอาการดีขึ้น พร้อมร่างกายแข็งแรงและยังมีความคิดอยากตายอยู่ ต้องระมัดระวังเป็นพิเศษ เพราะผู้ป่วยอาจฆ่าตัวตายเนื่องจากขาดการควบคุมอารมณ์ (Impulsivity)

2. ชนิดอารมณ์เศร้ารุนแรง (Melancholia) การรักษาผู้ป่วยชนิดนี้ต้องให้ยารักษาอาการเศร้าในขนาดสูงหรือรักษาด้วยช็อกไฟฟ้า

3. ชนิดมีอาการโรคจิต ในชนิดนี้ควรรักษาด้วยช็อกไฟฟ้าเป็นอันดับแรก ร่วมกับการให้ยารักษาอาการเศร้าและยารักษาโรคจิต

4. ชนิดมีอาการคาทาโทเนีย ผู้ป่วยที่เป็นชนิดนี้อาจมีอันตรายถึงชีวิตได้เนื่องจากผู้ป่วยปฏิเสธที่จะรับประทานอาหารหรือดื่มน้ำ ข้อควรปฏิบัติคือ ให้ยา โรลาซีแพม (Lorazepam) วันละ 1-3 มิลลิกรัม ซึ่งจะช่วยให้อาการคาทาโทเนียลดลงภายในเวลาสั้น ๆ ต่อจากนั้นตรวจดูว่าผู้ป่วยมีอาการโรคจิตด้วยหรือไม่ รวมทั้งประวัติเกี่ยวกับโรคไบโพลาร์ ถ้าตรวจพบอาการดังกล่าวให้ลิเทียมอย่างเฉียบ หรือร่วมกับยารักษาอาการเศร้าหรือยารักษาโรคจิต นอกจากนี้การรักษาด้วยช็อกไฟฟ้าจำนวน 3-9 ครั้งจะได้ผลดีเช่นเดียวกัน

5. ชนิดอาการไม่เหมือนแบบฉบับ (Atypical Features) ในชนิดนี้การรักษาด้วยเอ็มเอโอไอ (MAOIs) จะได้ผลร้อยละ 55-75 นอกจากนี้การรักษาด้วย เอสเอสอาร์ไอ SSRIIs จะได้ผลดีเช่นเดียวกัน

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

1. ด้านร่างกาย

1.1 การใช้ยา มียารักษาอารมณ์เศร้า (Antidepressant) ยาควบคุมอารมณ์ (Lithium Carbonate) และยาอื่น ๆ เช่น ยากลุ่ม แอนตี้ไซโคติก (Antipsychotics) รวมถึงยาลดอาการต่าง ๆ ในการรักษาผู้ป่วยอารมณ์ซึมเศร้า การเลือกยาแต่ละชนิดแพทย์เป็นผู้พิจารณาซึ่งยาบางกลุ่มมีผลข้างเคียงทำให้ผู้ป่วยง่วงซึม (Sedate) สูง บางกลุ่มมีผลต่ำ และยาในกลุ่มรักษาอารมณ์เศร้าส่วนมากมีการออกฤทธิ์ช้า ฉะนั้นยาที่รับประทานเข้าไปอาจยังไม่ทำให้ผู้ป่วยอาการดีขึ้นในช่วงแรกผู้ป่วยต้องอดทนใช้ยาในระยะยาว โดยทั่วไปใช้ยานาน 16-20 เดือน เพื่อป้องกันการกลับมาอีกเมื่ออาการเริ่มดีขึ้นเพียงเล็กน้อย (Relapse)

1.2 การรักษาด้วยไฟฟ้า (Electroconvulsive Therapy) ส่วนมากเป็นทางเลือกที่นำมาใช้ร่วมกับการใช้ยา โดยเฉพาะใช้ได้ดีในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เมเจอร์ ดีเพรสชัน (Major

Depression) และผู้ป่วย ไบโพลาร์ ดิสออเดอร์ (Bipolar Disorder) ที่แสดงอาการหลงผิดและคิดถึงการฆ่าตัวตาย

2. การรักษาด้วยจิตบำบัด สำหรับผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางอารมณ์ ในระดับรุนแรง การรักษาด้วยจิตบำบัดอาจกระทำได้ยาก แต่ควรมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยตั้งแต่แรกเริ่มเมื่อมีอาการ ผู้ป่วยอาการรุนแรงน้อยการใช้จิตบำบัดจะช่วยได้มาก โดยมีเป้าหมายให้ผู้ป่วยเข้าใจปัญหาของตนเอง ได้เรียนรู้ในการจัดการปัญหาหรือความไม่สบายใจของตนเองในแนวทางที่เหมาะสม และช่วยให้เห็นคุณค่าของตนเอง

3. การจัดสิ่งแวดล้อม กรณีผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การกระตุ้นให้เข้าร่วมกิจกรรมรักษาต่าง ๆ จะช่วยให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจทางสังคม ในการที่ได้พบและสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นมากขึ้น ถ้าผู้ป่วยอยู่ที่บ้าน ครอบครัว เพื่อนและผู้ร่วมงานมีบทบาทในการช่วยเหลือได้มากในการจัดสภาพความเป็นอยู่และปรับเปลี่ยนแนวทางในการดำเนินชีวิตประจำวันให้สอดคล้องกับสภาพผู้ป่วย อย่างไรก็ตามการรักษาทางจิต-สังคม ก็มีความสำคัญไม่ยิ่งหย่อนกว่ากัน

การรักษาทางจิตสังคม (Psychosocial Treatment) ไพรัตน์ พุกษชาติคุณากร (2534, หน้า 441) ได้กล่าวถึงการรักษาผู้ป่วยซึมเศร้าตามแนวจิตสังคมดังต่อไปนี้

1. การรักษาแนวจิตวิเคราะห์ (Psychoanalysis and Psychoanalytic Approaches)

เป้าหมายการรักษา เพื่อเปลี่ยนโครงสร้างทางบุคลิกภาพของผู้ป่วย เพิ่มความใกล้ชิดสนิทสนมและความไว้วางใจระหว่างบุคคล เรียนรู้การใช้กลไกป้องกันทางจิตที่เหมาะสม มีความสามารถที่จะจัดการกับอารมณ์ต่าง ๆ ในระหว่างการรักษาส่วนใหญ่ให้ผู้ป่วยมีประสบการณ์เกี่ยวกับความวิตกกังวล และความยุ่งยากใจโดยใช้เวลารักษาต่อเนื่องหลายปี ทั้งนี้เพื่อลดอาการของผู้ป่วยแก้ปัญหาโรคประสาท และเพิ่มคุณภาพชีวิต

2. การบำบัดชนิดสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal Therapy) เป้าหมาย

การรักษา

2.1 เพื่อลดอาการซึมเศร้า และเพิ่มการยกย่องตนเอง

2.2 ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดแนวทางและวิธีการที่จะมีสัมพันธภาพที่ดีกับสังคม และบุคคลอื่น เนื่องจากการรักษานี้ใช้ระยะเวลาสั้น จึงไม่ได้พยายามที่จะสร้างบุคลิกลักษณะผู้ป่วยขึ้นมาใหม่ วิธีการรักษานี้ตระหนักถึงความสำคัญของพัฒนาการตอนต้นของชีวิต แต่เน้นความสำคัญของสัมพันธภาพระหว่างบุคคลในชีวิตปัจจุบันด้วย โดยถือความขัดแย้งในอดีตจะแสดงออกมาในลักษณะของความสัมพันธ์ในปัจจุบัน

3. การรักษาแนวพฤติกรรมบำบัด (Behavioral Approaches) เป้าหมายการรักษา คือ การเพิ่มความบ่อยของปฏิริยาสัมพันธ์ในแง่บวกและลดปฏิริยาสัมพันธ์ในแง่ลบระหว่างผู้ป่วย

กับสิ่งแวดล้อม การรักษาบางอย่างมีเป้าหมายเพื่อปรับปรุงความสามารถทางสังคม เชื่อว่าการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเป็นวิธีที่ได้ผลมากที่สุด ที่จะเปลี่ยนความรู้สึกและความซึมเศร้า

หลักการและเทคนิคการรักษา ประกอบด้วย

- 3.1 การบันทึกอารมณ์และกิจกรรมทั้งในเชิงบวกและเชิงลบ
- 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 ควบคุมตนเองบำบัด (Self-Control Therapy (Rehm)), การเรียนรู้ทางสังคมบำบัด (Social Learning Therapy (Lewinsohn)), การฝึกทักษะทางสังคม (Social Skills Training (Hersen and Bellack))

4. การเรียนรู้ – พฤติกรรมบำบัด (Cognitive – Behavioral Therapy) เป้าหมายการรักษาคือการซึมเศร้าและป้องกันการเกิดโรคซ้ำโดยการช่วยผู้ป่วยดังนี้

- 4.1 ชี้ให้เห็นและทดสอบความรู้ ความเข้าใจของเขาในแง่ลบ
- 4.2 สร้างแนวทางเลือก และแบบแผนที่ยืดหยุ่นกว่าเดิม
- 4.3 ซักซ้อมความรู้ ความเข้าใจและมีพฤติกรรมใหม่ โดยเปลี่ยนแนวทางที่ผู้ป่วยคิด

และลดกลุ่มอาการซึมเศร้า

การรักษาผู้ป่วยโดยวิธี “การเรียนรู้ – พฤติกรรมบำบัด” มีส่วนประกอบพื้นฐาน 3 อย่าง คือ เน้นเชิงทฤษฎี (Didactic – Aspects) เทคนิคการเรียนรู้ (Cognitive Techniques) และเทคนิคพฤติกรรม (Behavioral Technique)

5. จัดบำบัดกลุ่มสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ประกอบด้วย

5.1 จัดบำบัดกลุ่มสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ในโรงพยาบาล (In Patient Group Psychotherapy for Depression) มีเป้าหมายคือ

- 5.1.1 กระตุ้นหรือสร้างให้กลุ่มมีความเหนียวแน่น
- 5.1.2 ทำให้มีขวัญกำลังใจและศีลธรรม
- 5.1.3 ทำให้ผู้ป่วยอยู่ในโลกของความเป็นจริงขึ้นมา
- 5.1.4 ส่งเสริมและสร้างบรรยากาศของการรักษาขึ้นในโรงพยาบาล

5.2 จิตบำบัดกลุ่มสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก (Out Patient Group Psychotherapy for Depression)

5.3 จิตบำบัดกลุ่มชนิดการเรียนรู้สำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (Group Cognitive Therapy of Depression)

5.4 การบำบัดผู้ป่วยโรคซึมเศร้าชนิดจิตพลวัต การประคับประคอง การแสดงความรู้สึก (Psychodynamic Supportive – Expressive Therapy of Depression)

นอกจากนี้ มานิต ศรีสุรภานนท์ และจำลอง ดิษยวณิช (2542, หน้า 172-174) ได้กล่าวถึงการรักษาทางจิตสังคม (Social Adjustment) สำหรับในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา ได้มีผู้เสนอวิธีการรักษาทางจิตสังคมที่ให้ผลใกล้เคียงกับการรักษาด้วยยาอย่างน้อย 2 วิธี คือ การเรียนรู้ – พฤติกรรมบำบัด (Cognitive – Behavioral Therapy) และจิตบำบัดบุคคลิกภาพภายใน (Interpersonal Psychotherapy) แต่ผู้ป่วยจะตอบสนองต่อการรักษาทางจิตสังคมช้ากว่าการรักษาด้วยยา

Cognitive – Behavioral Therapy (CBT) เป็นการรักษาที่มีพื้นฐานมาจากแนวคิดว่าการเรียนรู้การแปรความหมาย เหตุการณ์ในชีวิตของแต่ละบุคคลเป็นสิ่งที่มีความสำคัญต่อการตอบสนองทางอารมณ์และพฤติกรรมต่อเหตุการณ์นั้น ผู้ที่มีกระบวนการคิดในลักษณะที่ผิดหวัง หรือหมดหวังต่ออดีต, ปัจจุบัน และอนาคตมีแนวโน้มที่จะเกิดการซึมเศร้าได้ ดังนั้นการแก้ไขกระบวนการคิดอย่างเป็นระบบจะช่วยให้ผู้ป่วยหายซึมเศร้าได้ ในการแก้ไขกระบวนการคิด ผู้ป่วยและผู้รักษาจะช่วยเหลือกัน โยงความสัมพันธ์ของกระบวนการคิดในเหตุการณ์ต่างๆ กับการซึมเศร้าหลังจากนั้นจึงใช้เหตุผลต่างๆ มาแก้ไขกระบวนการคิดดังกล่าว ซึ่งเมื่อผู้ป่วยมีกระบวนการคิดที่เหมาะสมแล้วอาการซึมเศร้าก็จะลดลง

Interpersonal Psychotherapy (IPT) เป็นการรักษาที่มีพื้นฐานมาจากแนวคิดว่ามีปัญหาในเรื่องของสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal Relationships) เป็นปัจจัยสำคัญในการทำให้เกิดการซึมเศร้า การรักษาโดยวิธีนี้จะเน้นที่การแก้ไขปัญหาลักษณะที่เกี่ยวกับสถานการณ์ชีวิตในปัจจุบัน (Current Life Situations) และสัมพันธภาพระหว่างบุคคลเพื่อลดความรู้สึกทุกข์ทรมานใจ (Distress)

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า

งานวิจัยในประเทศ

สุภาเพ็ญ ขวพลายุคต์ (2541, บทคัดย่อ) ศึกษาผลของการจัดกิจกรรมบำบัดต่อความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง ความคาดหวังในชีวิตและภาวะซึมเศร้าของเด็กที่ถูกทารุณกรรมกลุ่มตัวอย่างเป็นเด็กที่ถูกทารุณกรรมทางร่างกายและ/หรือ ทางเพศ ที่มีอายุ 12 – 18 ปี ที่อยู่ใน

ความดูแลของมูลนิธิคุ้มครองเด็ก แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 10 คน ผลการวิจัยพบว่ากิจกรรมบำบัดที่จัดขึ้นสามารถเพิ่มระดับความรู้สึกรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองของเด็กที่ถูกทารุณกรรมได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่มีการเพิ่มของระดับความคาดหวังในชีวิต และลดภาวะซึมเศร้าได้อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

วีระ ชูจิพร (2542, หน้า 176) ศึกษาวิธีการจัดการกับภาวะซึมเศร้าของคนไทย ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างจำนวน 7,432 คน เป็นหญิง 66.2 % และชาย 33.8 % อายุเฉลี่ย 38.3 ปี ผลที่ได้จากการวัดภาวะซึมเศร้าพบว่า 38.1 % ความรุนแรงถึงระดับควรพบแพทย์ หรือผู้รู้ 36.2 % อยู่ในระดับปกติ 25.7 % มีอารมณ์เบี่ยงเบนจากปกติเล็กน้อยซึ่งภาวะซึมเศร้าที่รุนแรงจะสัมพันธ์กับวิธีการจัดการกับปัญหาด้วยการระบายอารมณ์ 72.8 % การหลีกเลี่ยงปัญหา 71.8 % และการมองโลกในแง่ร้าย 64.7 % ตามลำดับ วิธีการจัดการกับปัญหาแบบอื่น เช่น การมองโลกในแง่ดี

ร่วมฤดี สุดสงวน (2543) ได้ศึกษาผลการใช้ดนตรีบำบัดแบบอะคาโบทิกกับการให้คำปรึกษากลุ่มในผู้พิการที่มีภาวะซึมเศร้าในศูนย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูสรวงนิवास สภากาชาดไทย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าปานกลาง ซึ่งได้มาจากการสุ่มตัวอย่างง่ายจำนวน 18 ราย แล้วเลือกโดยการจับคู่เข้ากลุ่ม ๆ ละ 6 ราย จำนวน 3 กลุ่มคือ กลุ่มดนตรีบำบัดแบบอะคาโบทิก กลุ่มการให้คำปรึกษากลุ่ม และกลุ่มควบคุมโดยทำการฝึกโปรแกรม 16 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง สัปดาห์ละ 2 ครั้ง เป็นเวลาทั้งสิ้น 18 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่าผู้พิการกลุ่มดนตรีบำบัดแบบอะคาโบทิก และผู้พิการกลุ่มการให้คำปรึกษามีภาวะซึมเศร้าลดลงกว่ากลุ่มควบคุมในระยะหลังการทดลอง และผู้พิการในกลุ่มทดลองทั้งสองกลุ่มนี้มีภาวะซึมเศร้าลดลงกว่ากลุ่มควบคุมในระยะติดตามผล

จิวัฒน์ ต่ายเกิด (2545, บทคัดย่อ) ศึกษาผลการให้คำปรึกษากลุ่มเพื่อลดภาวะซึมเศร้าในญาติผู้ป่วยจิตเภท โดยศึกษาจากญาติผู้ป่วยจิตเภทที่มีคะแนนภาวะซึมเศร้าจากแบบวัดภาวะซึมเศร้า CES-D สูงกว่า 16 คะแนน จำนวน 16 คนแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 8 คน และกลุ่มควบคุม 8 คน กลุ่มทดลองได้รับการให้คำปรึกษากลุ่มแบบบุคคลเป็นศูนย์กลาง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง เป็นเวลา 2 ½ - 3 ชั่วโมงต่อเนื่องกัน 8 ครั้ง จากการศึกษาพบว่าญาติผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับการให้คำปรึกษากลุ่มแบบบุคคลเป็นศูนย์กลางมีภาวะซึมเศร้าลดลงกว่ากลุ่มควบคุมทั้งในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล

อัจฉราพร สีหิรัญวงศ์ (2545, หน้า 199) ศึกษาการคืนความสำคัญให้ตนเองภายหลังจากการสูญเสียความมีคุณค่าในตนเอง : ทฤษฎีเชิงสาระอธิบายการฟื้นคืนหายจากความซึมเศร้าของ

สตรีไทยวัยกลางคน ผลการศึกษาปรากฏการณ์การฟื้นคืนหายจากความซึมเศร้าได้ทฤษฎีเชิงสาระชื่อว่า “การคืนความสำคัญให้ตนเองภายหลังจากการสูญเสียความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของสตรีวัยกลางคนที่มีความซึมเศร้า” ทฤษฎีนี้แยกเป็น 3 ช่วง ช่วงแรกคือ “เงื่อนไขเชิงสาเหตุของความซึมเศร้า” เป็นช่วงที่อธิบายเงื่อนไขเชิงสาเหตุของการเกิดความซึมเศร้าในลักษณะกระบวนการประกอบด้วยการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างสิ่งที่เป็นศูนย์กลางแห่งชีวิตของสตรีและการประเมินตัดสินการกระทำของบุคคลที่เป็นศูนย์กลางแห่งชีวิตในทางลบ ซึ่งส่งผลให้สตรีรับรู้ว่าคุณค่าจึงตอบสนองเป็นอาการซึมเศร้าจนกระทั่งสามารถระลึกถึงการเปลี่ยนแปลงในตนเองได้ ช่วงที่สองช่วง “การเรียนรู้เกี่ยวกับความซึมเศร้า” ประกอบด้วยมโนทัศน์ที่อธิบายกลยุทธ์ในการจัดการกับอาการซึมเศร้า 3 มโนทัศน์ที่อาจเกิดขึ้นพร้อม ๆ กัน หรืออาจเกิดกลยุทธ์ใดก่อนหลังขึ้นอยู่กับเงื่อนไขของแต่ละบุคคล กลยุทธ์ดังกล่าวได้แก่การจัดการกับความซึมเศร้าด้วยตนเอง การขอความช่วยเหลือ และการไต่ตรองตนเอง ส่วนช่วงสุดท้ายเป็นช่วง “การฟื้นหายจากความซึมเศร้า” ประกอบด้วยมโนทัศน์การคลายปมและการเติบโตในตนเองช่วงนี้เป็นช่วงที่สตรีสามารถฟื้นหายจากความซึมเศร้าได้อย่างสมบูรณ์โดยการคืนความสำคัญให้กับตนเองจากการที่เคยยึดถือและให้ความสำคัญกับบุคคลอื่นเสมือนเป็นศูนย์กลางแห่งชีวิต จึงทำให้รู้สึกถึงคุณค่าของตนเองและกลับกลายเป็นบุคคลใหม่ที่มีความเติบโตในตนเองและฟื้นหายจากความซึมเศร้าไปในที่สุด

พินลักษ์ณ์ นิติภรณ์ (2547, บทคัดย่อ) ศึกษาผลของโปรแกรมการระลึกถึงความหลังต่อภาวะซึมเศร้าและความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชราวาสนะเวศม์ในพระสังฆราชูปถัมภ์ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา มีคะแนนซึมเศร้าอยู่ระหว่าง 19-24 คะแนน จำนวน 12 คน กลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 6 คน กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ กลุ่มทดลองได้ทำการระลึกถึงความหลังตามขั้นตอนที่กำหนดไว้ ประกอบด้วยกิจกรรม การสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้วิจัยกับผู้สูงอายุ การระลึกถึงความหลังในช่วงวัยเด็ก วัยรุ่น และวัยผู้ใหญ่ ตามลำดับ และการยุติสัมพันธ์ภาพ ใช้เวลา 5 สัปดาห์ พบว่ามีปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กล่าวคือผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโปรแกรมการระลึกถึงความหลังมีภาวะซึมเศร้าในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผลต่ำกว่าระยะก่อนการทดลองที่ระดับ .05 ส่วนในระยะหลังการทดลองและในระยะติดตามผลไม่แตกต่างกัน เมื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าในระยะหลังการทดลองและในระยะติดตามผลทั้งสองกลุ่มพบว่า กลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมระลึกถึงความหลังมีภาวะซึมเศร้าทุกช่วงเวลาต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

งานวิจัยต่างประเทศ

ไรซ์, แอสบาย และสลาเนีย (Rice, Ashby & Slaney, 1998) ได้ศึกษากลุ่มตัวอย่างที่เป็นนักศึกษาจำนวน 464 คน ในเรื่องของความสัมพันธ์ระหว่างการปรับตัวไม่ได้ของบุคลิกภาพแบบสมบุรณ์แบบ และสุขภาพจิต (ความภาคภูมิใจในตนเองและภาวะซึมเศร้า) ผลพบว่าการปรับตัวได้ของผู้ที่มีบุคลิกภาพที่สมบุรณ์แบบ ไม่มีผลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อความสัมพันธ์ของภาวะซึมเศร้า การปรับตัวของผู้ที่มีบุคลิกภาพแบบสมบุรณ์แบบที่ไม่ดีมีความสัมพันธ์กับความภาคภูมิใจในตนเองในทางลบและมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้า

แฮมเมน และเบรนนาน (Hammen & Brennan, 2001) ได้ศึกษาวัยรุ่นจำนวน 816 คน เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของวัยรุ่นที่มีอาการซึมเศร้าที่เกิดจากการตกที่ป่วยด้วยโรคซึมเศร้ากับมารดาที่ไม่เคยมีประวัติป่วยด้วยโรคซึมเศร้า ผลพบว่าวัยรุ่นที่มารดาเคยป่วยด้วยโรคซึมเศร้ามาก่อนจะมีปัญหาด้านพฤติกรรม มีเพื่อนน้อยทำกิจกรรมน้อยกว่าวัยรุ่นที่มารดาไม่เคยมีประวัติป่วยด้วยโรคซึมเศร้า นอกจากนี้ยังพบว่าวัยรุ่นกลุ่มนี้จะมีความคิดในเชิงลบ คือมีความกลัวความรู้สึกไม่มั่นคงต่อสัมพันธ์ระหว่างบุคคล แต่วัยรุ่นทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างในด้านการศึกษา

เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตาย

วามหมายของการฆ่าตัวตาย

การฆ่าตัวตาย (Suicide) มีรากศัพท์มาจากคำว่า Sui แปลว่า Self หรือตนเอง และ Cide แปลว่า Murder หรือ การฆ่า ตรงกับภาษาไทยว่า อัดวินิบาตกรรม ซึ่งเป็นคำประสมมาจากคำว่า

อัตต หมายถึง ตนเอง

วินิบาต หมายถึง การทำลาย การฆ่า

กรรม หมายถึง การกระทำ

รวมความแล้ว อัดวินิบาตกรรม หมายถึง การกระทำที่เป็นการฆ่าหรือทำลายตนเอง พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน (2539, หน้า 932 – 933) ให้ความหมายว่าเป็นการกระทำที่ปลิดชีวิตตนเองด้วยความสมัครใจและตั้งใจ

นอกจากนี้ ยังมีผู้ให้ความหมายของการฆ่าตัวตายที่แตกต่างกันไป ดังนี้

มณีรัตน์ เฟื่องฟูงราญ (2526, หน้า 70) ให้ความหมายว่าการฆ่าตัวตาย หมายถึง การทำชีวิตตนให้ล่วงไป เป็นการฆ่าตัวเองที่เกิดจากความรู้สึกน้อยใจ คับแค้นใจ รู้สึกพ่ายแพ้ อับจนมองไม่เห็นทางแก้ไข หหมดทางออก

สมชาย จักรพันธุ์ (2541, หน้า 4) กล่าวว่า การฆ่าตัวตาย หมายถึง การกระทำของบุคคลที่มุ่งหวังให้ตนเองจบชีวิตลงหรือหลุดพ้นจากความบีบคั้น ความคับข้องใจที่รุนแรงในชีวิตโดยมี

พฤติกรรมที่ตรงไปตรงมาหรือกระทำทางอ้อม การกระทำทางอ้อมที่เป็นการฆ่าตัวตายมีมากมาย เช่น การขับรถเร็ว การใช้ชีวิตเสี่ยงมาก ๆ เป็นต้น ในบางความหมายการฆ่าตัวตายอาจจะรวมถึง การฆ่าตัวเองและการทำร้ายหรือฆ่าผู้อื่น

อำเภอพรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์ (2541, หน้า 247) กล่าวว่า การฆ่าตัวตาย หมายถึง การที่บุคคล ทำให้ชีวิตของตนเองสิ้นสุดด้วยตัวของตัวเองและไม่ใช่อุบัติเหตุ

สุรสิงห์ วิสสุตรรัตน์ และคณะ (2542, หน้า 71) กล่าวว่า การฆ่าตัวตายเป็นวิธีการที่บุคคล หนึ่งหรือกลุ่มหนึ่ง ประกอบกิจกรรมบางอย่างอันจะทำให้ชีวิตของตนเองสิ้นสุดลง

สุกรใจ เจริญสุข (2542, หน้า 2) ให้ความหมายของการฆ่าตัวตายว่า เป็นพฤติกรรม ที่ทำให้ชีวิตสิ้นสุดโดยการทำร้ายตนเองและเป็นอันตรายต่อชีวิต โดยความตั้งใจก่อนจะถึงวาระอัน เป็นไปตามธรรมชาติ

สุกมล วิภาวีพลกุล (2540, หน้า 4) ให้ความหมายว่า การฆ่าตัวตายหมายถึง การกระทำ เพื่อปลิดชีวิตของตนเองโดยเจตนา บุคคลที่มีพฤติกรรมทำร้ายตัวเองหรือบ่งเฝ้าทำให้ตนเอง เสี่ยงชีวิต (แต่ไม่มีเจตนาจะตายจริง) ไม่ถือว่าเป็นการฆ่าตัวตาย จนกว่าจะมีข้อมูลที่บ่งว่าการกระทำ นั้น ๆ เพื่อจบชีวิตของตนเอง

อภิชัย มงคล (2544, หน้า 1) ให้ความหมายของการฆ่าตัวตาย (Suicide) หมายถึงการ กระทำที่เป็นการทำลายชีวิตของตนเองโดยเจตนา ด้วยวิธีการต่าง ๆ เช่น กินยา ใช้อาวุธ ใช้ไฟ หรือเชือก แบ่งเป็น

ความคิดอยากตาย Suicide Idea

การพยายามฆ่าตัวตาย Attempt Suicide

การฆ่าตัวตายสำเร็จ Complete Suicide

ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย Suicidal Risk

อลิซาเบท (Elizabeth, 1996, p. 590) ให้ความหมายว่า การฆ่าตัวตาย เป็นการกระทำที่ ต้องการสิ้นสุดชีวิตตนเอง โดยมีทั้งแบบหุนหันและแบบที่มีการวางแผนไว้ล่วงหน้า เหตุผลเพื่อ ต้องการหลีกเลี่ยงจากความสัมพันธ์ สถานการณ์ที่อดทนไม่ได้หรือภาวะวิกฤตที่เกิดขึ้น

จากความหมายของการฆ่าตัวตายดังกล่าวพอสรุปได้ว่า การฆ่าตัวตาย หมายถึงการที่ บุคคลมีความต้องการที่จะจบชีวิตของตนเองโดยตั้งใจ โดยการตัดสินใจนั้นมีทั้งการวางแผน ล่วงหน้าและเกิดขึ้นอย่างกระทันหัน เหตุจากภาวะวิกฤตในชีวิต มองไม่เห็นทางแก้ไขและ มองไม่เห็นความหมายของการมีชีวิตอยู่ต่อไป

ประเภทของการฆ่าตัวตาย

การฆ่าตัวตายสามารถแบ่งประเภทได้หลายแบบ ขึ้นอยู่กับว่าจะแบ่งตามหลักการใด ซึ่งมี ผู้ที่แบ่งประเภทการฆ่าตัวตายไว้แตกต่างกัน ดังนี้

ไคค์สตรา และกัลบินาต (Diekstra & Gulbinat, 1993, pp. 52-68) แบ่งประเภทของการฆ่าตัวตายโดยแบ่งตามพฤติกรรมการฆ่าตัวตายออกเป็น 3 ประเภท คือ

1. ความคิดฆ่าตัวตาย (Suicidal Ideation) เป็นความคิดต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นชั่วคราวเกี่ยวกับความคิดว่าตนเองไม่สมควรที่จะมีชีวิตอยู่ บิดมั้นและหมกมุ่นในความคิดเกี่ยวกับการทำลายชีวิตตนเองเพิ่มมากขึ้น จนกระทั่งคิดวางแผนฆ่าตนเอง

2. การพยายามฆ่าตัวตาย (Attempted Suicide) เป็นการกระทำอย่างตั้งใจ ด้วยวิธีการต่าง ๆ ที่เกิดจากความต้องการที่จะทำให้ตนถึงแก่ชีวิต แต่ไม่ประสบผลสำเร็จในการกระทำและการกระทำดังกล่าวจะต้องไม่ใช่นิสัยปกติของบุคคลนั้น

3. การฆ่าตัวตายสำเร็จ (Completed Suicide) การตายที่เป็นผลทางตรงหรือทางอ้อมจากกระทำของบุคคลด้วยความตั้งใจที่ต้องการจะตาย

บาร์บี และบริเกอร์ (Barbee & Bricker, 1996, pp. 613-635) แบ่งพฤติกรรมการฆ่าตัวตายออกเป็น 5 ประเภท ดังนี้คือ

1. คิดฆ่าตัวตาย (Suicidal Ideation) เป็นการแสดงออกทางความคิดที่เกิดขึ้นอย่างตรงไปตรงมา หรือความคิดทางอ้อมเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายหรือการทำลายตนเอง ในลักษณะการพูด การเขียน งานด้านศิลปะ แต่ไม่มีความตั้งใจหรือการกระทำ

2. ขู่จะฆ่าตัวตาย (Suicide Threats) การพูดหรือการเขียนที่สื่อถึงความตั้งใจที่จะฆ่าตัวตายแต่ไม่มีการกระทำ

3. แสร้งกระทำการฆ่าตัวตาย (Suicide Gestures) เป็นการทำร้ายตนเองแต่ไม่ได้รับบาดเจ็บหรือบาดเจ็บเพียงเล็กน้อย ทั้งนี้ผู้กระทำไม่ได้ตั้งใจที่จะจบชีวิตตนเอง แต่กระทำเพื่อให้ผู้อื่นคิดว่าตนเองต้องการที่จะตาย เช่น การทำให้เกิดบาดแผลถลอกที่ข้อมือด้วยมีดพลาสติก เป็นต้น

4. พยายามฆ่าตัวตาย (Suicide Attempts) เป็นการทำร้ายตนเองด้วยวิธีการที่รุนแรงทำให้ได้รับบาดเจ็บเล็กน้อยหรือบาดเจ็บมาก ผู้กระทำมีความตั้งใจที่จะจบชีวิตของตนเองหรือต้องการให้ตนเองได้รับอันตรายอย่างรุนแรง การแสร้งกระทำการฆ่าตัวตายและการพยายามฆ่าตัวตายที่ไม่ประสบผลสำเร็จและความรุนแรงในการกระทำ (Committed) มักจะเรียกว่า Para-Suicidal Behavior

5. ฆ่าตัวตายสำเร็จ (Completed or Successful Suicides) การตายที่เกิดจากผู้กระทำมีความตั้งใจที่จะจบชีวิตของตนเอง และมีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ขณะที่กระทำ

ส่วน เคอร์รา (Curra, 1993, pp. 166-171 อ้างถึงใน นีรา พรเดชวงศ์, 2539, หน้า 18-19) ได้แบ่งการฆ่าตัวตายออกเป็น 4 ประเภท โดยดูจากเจตนาของผู้กระทำ คือ

1. การฆ่าตัวตายที่มีการวางแผนไว้ล่วงหน้า (Premeditated Suicide) จะมีการเตรียมสถานที่ อุปกรณ์ต่าง ๆ ไว้พร้อมเพื่อกระทำการฆ่าตัวตาย ส่วนใหญ่เป็นผู้ชายที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป และพวกที่มีปัญหาสุขภาพจิตหรือโรคซึมเศร้าเรื้อรัง (Chronic Depression) วิธีการที่เลือกใช้จะต้องมั่นใจว่าได้ผล เช่น การยิงตัวตาย ใช้ระเบิด ก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์ เป็นต้น และมักจะประสบความสำเร็จในการฆ่าตัวตาย ครั้งแรกเพื่อหนีปัญหาจากโลกนี้ไปสู่โลกใหม่ที่ดีกว่า

2. การฆ่าตัวตายแบบสองจิตสองใจ (Ambivalent Suicide) ความคิดแบบไม่แน่ใจ อยากจะตายและไม่อยากตาย มีการวางแผนเล็กน้อย ใช้วิธีการที่ไม่รุนแรง ส่วนใหญ่ผู้กระทำมักเป็นวัยรุ่น วิธีการที่ใช้ เช่น เชือดข้อมือ กินยาเกินขนาด เหตุผลใหญ่ คือ ซึมเศร้า (Depression) สิ้นหวัง (Loss of Hope) หรือมีการขัดแย้งกับบุคคลใกล้ชิด ถูกกดดันจากสังคมรอบข้างจึงทำให้เกิดแรงจูงใจกระตุ้นให้เกิดการกระทำฆ่าตัวตาย โดยที่ไม่แน่ใจว่าจะเป็นทางเลือกที่ดี วิธีนี้เป็นการกระทำเพื่อเรียกร้องความสนใจจากบุคคลใกล้ชิด เช่น บิดา มารดา ถ้าการฆ่าตัวตายนั้นได้รับการช่วยเหลือก็แสดงว่าบุคคลนั้นรักและยังต้องการตน แต่อย่างไรก็ตาม การฆ่าตัวตายก็เป็นทางหนึ่งที่แสดงให้เห็นถึงการจบชีวิตเพื่อให้หมดภาระ

3. การฆ่าตัวตายเพื่อทำร้ายผู้อื่นด้วยวิธีรุนแรง (Coercive Suicide) เพื่อให้ผลของการฆ่าตัวตายนั้นไปทำร้ายจิตใจผู้อื่น ให้บุคคลอื่นต้องรับผิดชอบต่อการตายของเขาจะมีการเขียนจดหมาย (Suicide Note) เพื่อบอกให้บุคคลใกล้ชิดรับผิดชอบและเป็นสาเหตุให้เขาต้องฆ่าตัวตาย เป็นการกระทำเพื่อให้ผู้อื่นรู้สึกละอายและเกิดทุกข์และเป็นการให้บทเรียนที่ได้ผล เพศหญิงจะกระทำวิธีการนี้มากกว่าเพศชาย มีอายุระหว่าง 20 – 30 ปี เป็นโสด ม่ายหรือผิดหวังจากคนรัก จะฆ่าตัวตายเพียงเหตุผลที่จะทำร้ายบุคคลเหล่านั้นที่ทอดทิ้งเธอไป วิธีการที่ใช้ส่วนใหญ่จะกินยาเกินขนาดเป็นจำนวนมากใช้ก๊าซพิษ หรือยิงตัวเองและจะกระทำการฆ่าตัวตายสำเร็จในครั้งแรก การฆ่าตัวตายแบบไม่ตั้งใจ (Faux Suicide) ผู้กระทำไม่ได้ต้องการฆ่าตัวตายจริงๆ เพียงทำให้เข้าไปอยู่ในสภาพการณ์ที่อันตราย จึงต้องระวังเพราะอาจกลายเป็นจริงขึ้นมาได้ เนื่องจากอุบัติเหตุ ส่วนใหญ่จะเป็นหญิงวัยรุ่นที่รู้สึกตัวเองไร้ค่า ไม่มีใครสนใจมานัดหมายหรือขอแต่งงานและรวมทั้งผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายมาหลายครั้งแล้ว วิธีที่ใช้จะเป็นวิธีธรรมดาไม่รุนแรง เช่น กินยาเกินขนาดในจำนวนไม่มาก ซึ่งส่วนใหญ่เป็นยานอนหลับ เชือดข้อมือ การพยายามฆ่าตัวตายจะกระทำในทันทีที่หมดทางเลือกของเธอ หรือพบว่ามีความผิดหวังต่อความสัมพันธ์กับบุคคลใกล้ชิด ซึ่งในความเป็นจริงถ้าพวกเธอตายก็จะเป็นการตายเพราะอุบัติเหตุเพราะไม่ได้อยากตายจริง จากการศึกษาพบถึงร้อยละ 75 ของการฆ่าตัวตายสำเร็จ เป็นการพยายามเพียงครั้งแรกเท่านั้น ตัวอย่างเช่น เด็กชายอายุ 15 ปี ถูกบิดามารดาตำหนิเรื่องการคบเพื่อน และถูกปล่อยให้อยู่บ้านคนเดียว เมื่อบิดามารดาออกไปทำงานแล้ว เขากะเวลาว่าทั้งสองกลับบ้านแล้วจึงกินยานอนหลับเกินขนาดเข้าไป คิดว่าบิดา

มารดาต้องกลับมาช่วยทัน แต่วันนั้นทั้งสองกลับบ้านช้า ฉะนั้นเมื่อทั้งสองกลับมาบ้านจึงพบว่า บุตรชายได้ตายไปแล้วซึ่งจริงๆ แล้วจริงเขาไม่ต้องการที่จะตายและไม่มีเจตนาที่จะตายด้วยเจตนาเพียง ให้บิดามารดาตกใจเท่านั้นที่ปล่อยให้เขาอยู่บ้านคนเดียว ในที่สุดเขาก็ตายจริงๆ ด้วยฝีมือของเขาเองพร้อมจดหมายลาตายเป็นคั่น

ทฤษฎีและแนวคิดปัจจัยเหตุของการฆ่าตัวตาย

การฆ่าตัวตายเป็นพฤติกรรมที่ซับซ้อนมีหลากหลายปัจจัยเหตุ การอธิบายเกี่ยวกับปัจจัยเหตุของการฆ่าตัวตายมีทฤษฎีและแนวคิดดังนี้

1. ปัจจัยทางชีวภาพ (Biological Factors)

1.1 การศึกษาถึงการเปลี่ยนแปลงของสารสื่อประสาท (Neurotransmitter) หรือ สารเคมีในสมอง (Neurochemical Agents) พบว่ามีความสัมพันธ์กับการเกิดอารมณ์ที่ผิดปกติ สารเหล่านั้น ได้แก่ เซโรโทนิน (Serotonin), โดปามีน (Dopamine), นอร์อิพิเนพริน (Norepinephrine) และ กรามมา อมิโน บิวตริก เอซิด (Gamma Amino Bbutric Acid) และ พบว่า ผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จมีระดับ เซโรโทนิน (Serotonin) หรือ 5 - ไฮดรอกซีทริปทามีน (5-HT) ในระดับที่ต่ำกว่าปกติมาก (Barbee & Bricker, 1996, p. 615)

1.2 การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระดับโคเลสเตอรอล (Cholesterol) กับการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยจิตเวช พบว่า ผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายหรือมีความคิดฆ่าตัวตายจะมีระดับ โคเลสเตอรอลต่ำกว่าผู้ป่วยที่ไม่แสดงพฤติกรรมฆ่าตัวตาย (Modai et al., 1994 cited in Hauenstein, 1998, pp. 1080-1101)

2. ปัจจัยทางจิตใจ (Psychological factors)

2.1 ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (Psychoanalytic Theory) ฟรอยด์ได้ให้ทัศนะของการฆ่าตัวตายไว้สองประการ คือ ประการแรก คนที่ฆ่าตัวตายมักเป็นคนที่ต้องสูญเสียบุคคลที่ตนเองรักมาก แค้นมากในเวลาเดียวกัน เป็นความรู้สึกแบบสองฝักสองฝ่ายความเครียดแค้นก่อให้เกิดความคิดก้าวร้าวที่จะทำร้าย แต่ขณะเดียวกัน ความรักที่มีอยู่จะบิดเบือนความก้าวร้าวให้มุ่งเข้าหาตนเอง (Interjection) กลับกลายเป็นการลงโทษตนเอง คิดว่าตนเองไม่ดีสมควรได้รับการลงโทษ ถ้าความคิดดังกล่าวรุนแรงถึงขนาดก็อาจทำให้บุคคลนั้นฆ่าตัวตายได้ และประการที่สอง คนที่ฆ่าตัวตายเพราะสัญชาตญาณการทำลาย (Death Instinct) หรือที่เรียกว่า Thanatos เกิดพลิกกลับมาทำลายตนเอง (Freud, 1985 cited in Hauenstein, 1998, pp. 1080-1101)

เมนนิงเจอร์ (Menninger, n.d. cited in Barbee & Bricker, 1996, pp. 617-620) อธิบายองค์ประกอบของการฆ่าตัวตายตามแนวทฤษฎีจิตวิเคราะห์ว่าเกิดจาก 3 องค์ประกอบ คือ

- ความประสงค์ที่จะฆ่า (The wish to Killed) ความปรารถนานี้เป็นแรงขับที่มาจากความก้าวร้าวและมองตนเองเป็นเสมือนเป้าซึ่งเขาปรารถนาที่จะฆ่า
- ความประสงค์ที่จะถูกฆ่า (The wish to be Killed) เป็นการยอมจำนนต่อความเจ็บปวดทรมานไปจนถึงที่สุด คือ ความตาย ทั้งนี้เพราะความเจ็บปวดที่ได้รับเป็นสิ่งที่ทำให้เกิดความสุข สัญชาตญาณความก้าวร้าวที่ทำงานในระดับจิตไร้สำนึกและความสำนึกผิด การที่ตนได้รับความเจ็บปวดไปจนถึงความตาย ทำให้จิตไร้สำนึกได้รับความพอใจ
- ความประสงค์ที่จะตาย (The wish to be Die) แนวคิดนี้อธิบายว่า ผู้ที่ฆ่าตัวตายอาจจะมีจิตไร้สำนึกเชื่อว่า การฆ่าตัวตายเป็นการเปลี่ยนจิตใจใหม่ ความตายเป็นการหนีเพื่อจะได้กลับมาใหม่ และความแตกต่างระหว่างจิตสำนึกในความต้องการตายและ ไม่ต้องการตายเป็นผลให้เกิดความขัดแย้ง (Conflict) อันนำไปสู่การฆ่าตัวตาย

2.2 ทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal Theory) ชัลลิว (Sullivan, 1931, 1956 cited in Barbee & Bricker, 1996, pp. 620-635) อธิบายว่า การฆ่าตัวตายเกิดจากความล้มเหลวในการจัดการกับความขัดแย้งที่เกิดจากสัมพันธภาพกับบุคคลสำคัญในชีวิต

2.3 ทฤษฎีปัญญานิยม (Cognitive Theory) อธิบายถึงสาเหตุการฆ่าตัวตายตามลักษณะทางปัญญาของบุคคล บุคคลที่ฆ่าตัวตายมักมีลักษณะทางปัญญาที่ติดอยู่กับเรื่องใดเรื่องหนึ่ง (Rigid Cognitive) การลงความเห็นเรื่องใดเรื่องหนึ่งแบบสุดขั้วสองด้าน (Dichotomous Thinking) จึงมีความจำกัดในการแก้ปัญหา การหาทางเลือกในการจัดการกับปัญหาทำได้ยากไม่สามารถวิเคราะห์ได้ว่าปัญหาต่าง ๆ ที่ตนเองประสบเกิดจากอะไร และเกี่ยวข้องกับอะไรบ้าง (Arffa, 1983; Bartifai et al., 1990 cited in Rickeman & Houfek, 1995, pp. 158-168) นอกจากนี้ ยังมีลักษณะในการคิดทางลบ (Negative Thinking) มองโลกในแง่ร้าย จากลักษณะทางปัญญาดังกล่าว ทำให้เกิดความรู้สึกหมดหวัง ท้อแท้ รู้สึกว่าตนไร้ค่า ต้องการความช่วยเหลือและเกิดภาวะซึมเศร้า ซึ่งจะนำไปสู่การฆ่าตัวตายในที่สุด (Hauenstein, 1998)

3. ปัจจัยทางสังคม (Sociological Factors)

เดอร์ไครม์ (Durkheim, 1951 cited in Barbee & Bricker, 1996, pp. 613 – 615) เชื่อว่าการฆ่าตัวตาย เกิดจากความสัมพันธ์ของบุคคลต่อสิ่งแวดล้อมในสังคม และแบ่งปัจจัยเหตุของการฆ่าตัวตายออกเป็น 4 กลุ่ม

3.1 การฆ่าตัวตายเพื่อเสียสละ (Altruistic Suicide) การฆ่าตัวตายที่เกิดจากการมีความรู้สึกผูกพันกับสังคมหรือส่วนรวมมากเกินไป บุคคลมีความยึดมั่นผูกพันต่อกลุ่มในสังคมมาก ยึดถือความอยู่รอดของกลุ่มมากกว่าตนเอง จนสามารถเสียสละชีวิตตนเองเพื่อกลุ่ม เป็นการทำลายชีวิตของตนเองเพื่อประโยชน์ของผู้อื่น การฆ่าตัวตายจึงกระทำด้วยความมีเหตุผล ตั้งใจกระทำ

โดยมีจิตสำนึกของตนเอง เพื่อหน้าที่ การงาน วินัย ศาสนาและอุดมการณ์ทางการเมือง เช่น นักบินหน่วยคามิกาเซ่ของชาวญี่ปุ่นในสมัยโบราณ พระชาวเวียดนามเผาตนเองในสงครามเวียดนาม ซึ่งถือว่าเป็นเกียรติยศอย่างสูง เป็นต้น

3.2 การฆ่าตัวตาย โดยนึกถึงตนเอง (Egoistic Suicide) เกิดจากการขาดความรู้สึกร่วมกันกับครอบครัวหรือสังคม หรือบุคคลรู้สึกผูกพันกับครอบครัวหรือสังคมน้อย รู้สึกว่าตนเองไม่มีความหมาย ถูกทอดทิ้ง ขาดการช่วยเหลือสนับสนุน บุคคลยังมีความผูกพันกับครอบครัวหรือสังคมมากเพียงใด โอกาสที่ผู้นั้นจะเสียชีวิตเพราะการฆ่าตัวตายลดลงเท่านั้น ทั้งนี้เพราะเมื่อเกิดวิกฤตการณ์แห่งชีวิตขึ้นมาและถ้าหากวิกฤตการณ์นั้นช่วยให้เขาฆ่าตัวตาย เขาก็มักจะนึกถึงครอบครัวของเขา สิ่งเหล่านี้จะเป็นแรงยับยั้งมิให้เขาฆ่าตัวตายได้ง่าย ๆ ตัวอย่างของการฆ่าตัวตายกลุ่มนี้ ได้แก่ การฆ่าตัวตายของคนที่มีความรู้สึกรุนแรงเกี่ยวกับการที่ตนเองเป็นที่รังเกียจของสังคม คนที่อยู่ในสังคม ชนบทฆ่าตัวตายน้อยกว่าคนที่อยู่ในสังคมเมือง

3.3 การฆ่าตัวตายจากความคิดชั่ววูบ (Anomic Suicide) เกิดจากการเปลี่ยนแปลงสภาพทางสังคมอย่างรวดเร็วหรือกระทันหันทำให้สมาชิกในสังคมเกิดความรู้สึกงุนงงและสับสนปรับตัวไม่ทัน เกิดความคิดชั่ววูบจึงเกิดการฆ่าตัวตาย เช่น การเปลี่ยนแปลงภายในครอบครัวจากการตายของบุคคลสำคัญในชีวิต การสูญเสียบทบาทและสถานภาพทางสังคม ความล้มเหลวทางเศรษฐกิจ เป็นต้น

3.4 การฆ่าตัวตายจากความสุดทนในชะตาชีวิต (Fatalistic Suicide) การฆ่าตัวตายที่เกิดจากการถูกควบคุมและบีบคั้นมากเกินไป ทำให้เกิดความอึดอัดต่อสถานการณ์อย่างรุนแรงจนไม่สามารถทนได้ เช่น การฆ่าตัวตายของทาสในสมัยโบราณ การฆ่าตัวตายของนักโทษและการฆ่าตัวตายของเชลยศึก เป็นต้น

นอกจากนี้ เออร์วิน (Erwin, 1969, pp. 54-59) ซึ่งเป็นนักจิตวิทยาและนักสังคมวิทยา ได้ศึกษาเกี่ยวกับแรงจูงใจของการฆ่าตัวตาย และสรุปถึงสาเหตุของการฆ่าตัวตายไว้เป็น 3 สาเหตุใหญ่ ๆ คือ

1. สาเหตุเนื่องมาจากสภาพสังคม จากการสำรวจอัตราการฆ่าตัวตายพบว่าองค์ประกอบหลักที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตาย คือ สถาบันทางสังคม ในสังคมที่สับสนมีการแก่งแย่งชิงดีชิงเด่น ผู้คนในสังคมต้องดิ้นรนต่อสู้เพื่อความอยู่รอดของตนเองในสังคม ผู้ที่อ่อนแอจะอยู่ในสังคมไม่ได้ เพราะจะประสบกับความพ่ายแพ้ทั้งตนเองและผู้อื่น ผลที่ตามมาคือความอับโชคสู่กับแค้นใจในโชคชะตาและการกระทำของตนเอง ในที่สุดก็ฆ่าตัวตาย

นอกจากนี้เงื่อนไขทางสังคม สถาบันครอบครัวก็ถือเป็นองค์ประกอบสำคัญที่จะกระตุ้นให้ฆ่าตัวตายได้ จากการศึกษาของซิลบูร์ก (Zilboorg, 1969) พบว่า บุคคลที่มีประวัติฆ่าตัวตายมักมี

ประวัติครอบครัวแตกแยก ในที่นี้หมายถึงลักษณะครอบครัวที่ขาดหรือสูญเสียบุคคลสำคัญที่ทำหน้าที่บิดาหรือมารดา ซึ่งการขาดหรือสูญเสียนี้อาจเกิดจากการหย่าร้าง การตายจากหรือการไม่ลงรอยกันระหว่างบิดาและมารดา สภาพบรรยากาศของครอบครัวแบบนี้ล้วนแต่จะสร้างประสบการณ์ที่เป็นบาดแผลทางใจ (Traumatic Experience) และมีอิทธิพลต่อการส่งเสริมให้เด็กที่พื้นฐานทางอารมณ์และสังคมไม่มั่นคง (Emotional & Social Instability) บุคลิกภาพที่อ่อนแอจะเป็นสาเหตุจูงใจให้บุคคลมีแนวโน้มกระทำการฆ่าตัวตายได้ง่าย เมื่อประสบกับภาวะวิกฤติต่าง ๆ ในชีวิต

2. สาเหตุเนื่องจากสภาพร่างกาย ผู้ที่มีโอกาสเสี่ยงหรือมีแนวโน้มจะกระทำการฆ่าตัวตายนั่นส่วนใหญ่มักเป็นบุคคลที่มีสภาพร่างกายไม่สมบูรณ์รอบ มีความพิการ หรือบุคคลที่เจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรงไม่มีทางรักษาให้หายได้หรือยากแก่การรักษา เช่น โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน โรคหอบหืด เป็นต้น บุคคลประเภทนี้มักจะเกิดความท้อแท้หมดกำลังใจในชีวิต มองไม่เห็นคุณค่าของชีวิต รู้สึกว่าตนเองไร้ค่าเป็นภาระของบุคคลรอบข้างเกิดความท้อแท้ไม่อยากมีชีวิตอยู่ต่อไปจึงอาจคิดฆ่าตัวตายได้

3. สาเหตุเนื่องจากจิตใจหรือสุขภาพจิตเสื่อมโทรม ส่วนใหญ่แล้วสาเหตุที่ทำให้เกิดการฆ่าตัวตายได้แก่ ความผิดปกติทางด้านจิตใจ ซึ่งเป็นผลจากความล้มเหลวในการเผชิญภาวะวิกฤติของชีวิต โดยทั่วไปเมื่อบุคคลประสบกับการสูญเสียในชีวิต ไม่ว่าจะเป็น สูญเสียของรัก เสียฐานะทางสังคม เกียรติยศชื่อเสียง หน้าตา แล้วไม่สามารถจัดการกับความตึงเครียดเหล่านี้ได้ จะทำให้บุคคลเหล่านั้นตกอยู่ในสภาพเศร้าโศกเสียใจ หดหู่เศร้าหมอง ท้อแท้หมดกำลังใจ สิ้นหวังและรู้สึกว่าตนเองไร้ค่าได้ซึ่งเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นได้กับบุคคลทั่วไปในสังคม เมื่อภาวะวิกฤตินั้นผ่านไปก็จะคืนสู่สภาวะปกติโดยไม่คิดจะทำลายตนเอง นอกเสียจากคนที่มีความผิดปกติทางด้านจิตใจและอารมณ์ โดยเฉพาะคนที่เคยมีประสบการณ์ที่เป็นบาดแผลทางใจมาก่อน (Traumatic Experience) จึงจะเลือกวิธีการทำลายตนเองเพื่อหลีกเลี่ยงปัญหา

อุมาพร ตรังคสมบัติ (2540, หน้า 244-245) ผู้เชี่ยวชาญด้านจิตเวช คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้กล่าวถึงปัจจัยที่ทำให้เกิดพฤติกรรมการฆ่าตัวตายไว้ ดังนี้

1. การเจ็บป่วยทางจิตเวช ร้อยละ 95 ของผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จมีโรคจิตเวชร่วมด้วย โดยเฉพาะโรคซึมเศร้าอย่างรุนแรง (Major Depression) และโรคซึมเศร้าเรื้อรัง (Dysthymia) ซึ่งผู้ป่วยทั้งสองกรณี มีโอกาสจะเกิดพฤติกรรมฆ่าตัวตายสูงเป็น 15 เท่าของผู้ที่ไม่ป่วย นอกจากนี้ยังมีความผิดปกติอื่น ๆ อีก เช่น การใช้สารเสพติด พฤติกรรมเกราะและบุคลิกภาพผิดปกติแบบอันธพาล เป็นต้น

2. บุคลิกภาพและกลไกการปรับตัวของผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ มักเป็นคนสมบุรณ์แบบมีนิสัยชอบแยกตัว มีความภาคภูมิใจในตนเองต่ำเป็นเด็กกว่าวัย อดทนต่อความคับข้องใจได้น้อย

มีความก้าวร้าวสูง ขาดความยับยั้งชั่งใจและควบคุมตนเองไม่ได้ แต่บางคนก็เก็บกดอารมณ์ นอกจากนี้ยังมีความคิดสุดขั้วไม่ยืดหยุ่น มีโลกทัศน์แคบ ชอบตำหนิตัวเอง เมื่อประสบปัญหาที่ไม่สามารถหาทางแก้ไขได้และเกิดความรู้สึกหมดหวังได้ง่าย

3. ปัจจัยทางด้านสังคมและความเครียดในชีวิต การศึกษาความเปรียบเทียบกับวัยรุ่นที่พยายามฆ่าตัวตายกับวัยรุ่นที่มีปัญหาทางจิตเวชอื่น ๆ พบว่า พวกแรกมีความเครียดในชีวิตสูงและมักเป็นความเครียดเรื้อรัง นอกจากนี้มีการสูญเสียหลายครั้งในช่วงต้นของชีวิต เช่น พ่อแม่เสียชีวิต หย่าร้างหรือแยกทางกัน พ่อแม่ทะเลาะเบาะแว้งกันและมีพฤติกรรมฆ่าตัวตายเกิดขึ้นในคนใกล้ชิด เช่น เครือญาติหรือเพื่อนร่วมชั้นเรียน เป็นต้น

สาเหตุของการฆ่าตัวตาย

1. ฆ่าตัวตายจากภาวะซึมเศร้าอย่างรุนแรง ผู้ป่วยจะรู้สึกท้อแท้กว่าตนเองไว้ค่า รู้สึกผิดมาก บำป ฆ่าตัวตายเพื่อลงโทษตัวเอง
2. ฆ่าตัวตายเนื่องจากมีอาการทางจิต เช่นมีอาการประสาทหลอน หลงผิด เพื่อคลั่ง ผู้ป่วยอาจฆ่าตัวตายเพื่อหนีภาวะหลอนที่เป็นอันตรายต่อตนเอง หรือทำตามที่เป็นประสาทหลอนสั่งให้ทำ
3. ฆ่าตัวตายเนื่องจากสภาพแวดล้อม ความเจริญทางด้านวัตถุยิ่งมากขึ้นสภาพจิตใจของคนกลับเสื่อมลง ความเหงาเป็นสาเหตุหนึ่งของการฆ่าตัวตาย ในประเทศสหรัฐอเมริกาคนที่พยายามฆ่าตัวตายเขาสารภาพว่าเขากระทำการฆ่าตัวตายเพราะความเหงา
4. ฆ่าตัวตายเนื่องจากการเลียนแบบ
5. ฆ่าตัวตายเพื่อประท้วงหรือเรียกร้องความสนใจ เช่น ขัดแย้งกับพ่อแม่ ผิดหวังเรื่องความรักหรือถูกขัดใจ ได้ดังใจก็ฆ่าตัวตาย

ผู้คิดฆ่าตัวตาย มองการฆ่าตัวตายว่าเป็นทางออกเพียงทางเดียวของปัญหาที่เขาเผชิญอยู่ คนเหล่านี้มักกำลังเผชิญกับความเจ็บปวดทางจิตใจที่ทำให้รู้สึกท้อแท้ ไม่ได้ รู้สึกถูกบีบคั้นทำให้มองไม่เห็นทางออก จึงตัดสินใจฆ่าตัวตายเพื่อหยุดการรับรู้และคิดว่าการตายเป็นการหยุดความทุกข์และความเจ็บปวดทั้งหมด

ลักษณะผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

1. ผู้มีเจตนาฆ่าตัวตายแต่ไม่สำเร็จ Attempt Suicide เช่น ดื่มยาฆ่าแมลง ผูกคอ กระโดดตึก เป็นต้น
2. มีความตั้งใจฆ่าตัวตายชัดเจน โดยพิจารณาจากปัจจัยต่าง ๆ ต่อไปนี้ ทำในสถานที่หรือเวลาที่ยากแก่การพบเห็นหรือช่วยเหลือ เตรียมการเรื่องทรัพย์สินหรือจดหมายลาตาย เตรียมการเรื่องการฆ่าตัวตาย วิธีการที่รุนแรง

3. เคยมีประวัติพยายามฆ่าตัวตายมาก่อน พบว่า 1 ใน 3 ของผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ เคยพยายามฆ่าตัวตายมาก่อนและการกระทำครั้งที่ 2 มักเกิดภายในเวลา 90 วันหลังจากครั้งแรก ผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตายมาก่อนมีโอกาสจะทำได้สำเร็จมากกว่าผู้ที่ยังไม่เคยทำ

4. โรคทางกาย พบว่าโรคทางกายโรคใดโรคหนึ่งใน 3 โรคต่อไปนี้ มีปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้คิดฆ่าตัวตาย ได้แก่ โรคที่รักษาไม่หาย โดยเฉพาะโรคเอดส์ โรคทางกายระยะสุดท้าย โรคที่ก่อให้เกิดความเจ็บปวดทรมาน

5. โรคทางจิตเวช พบว่าโรคทางจิตเวชโรคใดโรคหนึ่งใน 4 โรคที่มีปัจจัยเสี่ยงที่จะให้คิดฆ่าตัวตาย ได้แก่

5.1 โรคซึมเศร้า (Major Depressive Disorder) อาจมีความกดดันหรือไม่ได้ ผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้าหรือเบื่อหน่าย มักเป็นตลอดวัน นานกว่า 2 สัปดาห์ ร่วมกับมีอาการนอนไม่หลับ อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร สมาธิบกพร่อง หรือรู้สึกตนเองไร้ค่า พบว่าผู้ที่เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย กว่าครึ่งมีโรคซึมเศร้าร่วมด้วย

5.2 โรคจิต (Psychosis) อาจมีความหวาดระแวง หลงผิดคิดว่ามีคนปองร้าย ประสาทหลอน ที่สำคัญคือ หูแว่วมีเสียงสั่งให้ทำร้ายตนเอง

5.3 ดิสุรา (Alcoholism) มักมีความรู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่าเป็นพื้นฐานอยู่แล้ว ประกอบกับฤทธิ์ของสุราที่มีผลต่อสมองเมื่อเผชิญปัญหาชีวิต เกิดความเครียดอาจทำให้มีอาการซึมเศร้าหรือหงุดหงิดได้ง่ายและอาจรุนแรงจนเกิดความคิดฆ่าตัวตายได้

5.4 บุคลิกภาพผิดปกติ (Personality Disorder) มักเป็นกลุ่มที่มีอารมณ์อ่อนไหว ไม่มั่นคง หุนหันพลันแล่น หรือสนใจแต่ตนเอง เรียกร้องต้องการความสนใจจากผู้อื่นทำให้มีการกระทำโดยขาดความยั้งคิด

การประเมินผู้มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย

การประเมินพฤติกรรมของผู้ที่มีแนวโน้มจะฆ่าตัวตาย ต้องอาศัยความพยายามในการสังเกตพฤติกรรม จากสถิติที่มีผู้ศึกษาไว้ปรากฏว่า ร้อยละ 70 ของผู้คิดฆ่าตัวตายได้แสดงหรือพูดถึงการทำลายตัวเอง บางคนเขียนจดหมายลาตาย สะสมยา หรือสะสมอาวุธ

ปัจจัยที่ใช้พิจารณาความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายน้อย

1. แผนการฆ่าตัวตาย คิดว่าอยากตายแต่ยังไม่มีแผนชัดเจน
2. ประวัติความพยายามฆ่าตัวตาย ไม่เคย หรือเคยแต่ใช้วิธีไม่อันตราย
3. การดำเนินชีวิต ความคิดเศร้าใจ ท้อแท้ แต่ยังมีหวัง มีความสุขมองเห็นทางออกได้

4. การวินิจฉัยทางจิตเวช ไม่พบอาการเจ็บป่วยทางจิตเวชที่รุนแรง

5. แหล่งให้การช่วยเหลือ มีผู้สนใจพร้อมให้การช่วยเหลือ

ปัจจัยที่ใช้พิจารณาความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมาก

1. แผนการฆ่าตัวตาย มีการวางแผน เตรียมอุปกรณ์ เช่น เชือก ปืน เป็นต้น

2. ประวัติความพยายามฆ่าตัวตาย เคยพยายามฆ่าตัวตาย หรือใช้วิธีการที่เป็นอันตราย

รุนแรง

3. การดำเนินชีวิต รู้สึกสิ้นหวัง ไร้ค่า ซึมเศร้า รุนแรง หรือเจ็บป่วยเรื้อรังเป็นโรค

ร้ายแรง

4. การวินิจฉัยทางจิตเวช เจ็บป่วยทางจิตเวชโดยเฉพาะ โรคซึมเศร้า โรคจิต ติดเหล้า

ใช้สารเสพติด

5. แหล่งให้การช่วยเหลือ

6. ไม่มีญาติ หรือมีแต่มีความสัมพันธ์ไม่ดี และไม่พร้อมให้ความช่วยเหลือ

จะเห็นได้ว่าผู้มีภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายส่วนหนึ่งเกิดจากมีภาวะซึมเศร้า อันเนื่องมาจากหลายปัจจัย ซึ่งการช่วยเหลือต้องดูแลให้ครอบคลุมทั้งทางด้าน ร่างกาย จิตใจ และสังคมการรักษาทางด้านร่างกายได้แก่การให้ยารับประทาน ส่วนทางด้านจิตใจคือการให้คำปรึกษาหรือการทำจิตบำบัด ซึ่งผู้วิจัยได้นำทฤษฎีการให้คำปรึกษาแนวอัตถิภาวนิยมมาใช้ในการศึกษาครั้งนี้เนื่องจากทฤษฎีการให้คำปรึกษาแนวอัตถิภาวนิยมเน้นการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาเข้าใจตนเอง สามารถค้นหาคำหมายของชีวิตตนเองได้ ซึ่งมุมมองตามแนวคิดนี้ไม่มองปัญหาเฉพาะทางเลวร้าย หากแต่มองว่าเป็นเรื่องของความโศกเศร้า หรืออ้าแอ้งของมนุษย์ที่สามารถทำให้ดีขึ้นได้ สามารถเผชิญไปได้เหมือนกับ แฟรงเกล (Frankl) ที่มีความเห็นว่าการที่คนเราเผชิญกับความเจ็บปวด รู้สึกผิด ความหมดหวังและความอยากตาย คนเราก็สามารถที่จะทำหายกับสิ่งเหล่านี้ได้และสามารถที่จะเอาชนะได้ในที่สุดทำให้รู้สึกเป็นบุคคลที่มีคุณค่า ซึ่งการเห็นคุณค่าในตนเองนี้เป็นส่วนหนึ่งที่จะทำให้ผู้รับคำปรึกษามีภาวะความซึมเศร้าลดลง