

บทที่ 1

บทนำ



### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การพัฒนาบุคคลให้มีความรู้ความสามารถเป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุด ในการสร้างความเจริญก้าวหน้าให้กับประเทศชาติ ประเทศไทยเป็นประเทศที่กำลังอยู่ในระยะพัฒนา ดังนั้นการพัฒนาบุคคลจึงเป็นสิ่งที่สำคัญที่สุดที่จะช่วยพัฒนาประเทศชาติให้เจริญก้าวหน้า ซึ่งปัจจุบันนี้พบว่าบุคคลที่เป็นกำลังสำคัญ ในการสร้างความเจริญก้าวหน้าให้กับประเทศชาติในอนาคตนั้นติดยาเสพติดเป็นจำนวนมาก จากรายงานประจำปีของโรงพยาบาลรัฐญารักษ์ปี พ.ศ.2530 มีผู้ติดเฮโรอีน (heroin dependents) รายใหม่ซึ่งมีอายุระหว่าง 15-44 ปี สมัครเข้ารับการรักษาถึงร้อยละ 89.7 (รัฐญารักษ์ 2530: 85) นอกจากนี้ยังเชื่อกันว่ากรุงเทพฯ เป็นศูนย์กลางที่มีความชุกของการแพร่กระจายของกลุ่มผู้ติดเฮโรอีนสูงที่สุด รองลงมาจึงเป็นภาคกลาง และภาคเหนือ ตามลำดับ (วิชัย โปษยะจินดา 2528: 6) ได้มีการประมาณกันว่าในกรุงเทพฯ มีผู้เสพยาเฮโรอีนแบบต้องเสพยาทุกวัน ประมาณ 15,000-30,000 คน (วิทย์ เทียงบูรณะธรรม 2521: 103) ซึ่งทำให้ประเทศไทยต้องสูญเสียเงินเพื่อซื้อเฮโรอีนในปีหนึ่ง ๆ เป็นเงินถึง 10,800 ล้านบาท โดยคิดอัตราเฉลี่ยว่าผู้ติดเฮโรอีนหนึ่งคนต้องใช้เงินอย่างน้อยวันละ 50 บาทในการซื้อเสพยา (วารสารเศรษฐกิจและสังคม 2520: 13) และจากการศึกษาของวิชัย และคณะ (วิชัย โปษยะจินดา และคณะ 2519: 6) พบว่า ไม่ว่าผู้ติดยาเสพติดจะเริ่มเสพยาชนิดใดเป็นชนิดแรก เมื่อเริ่มใช้เฮโรอีนแล้วส่วนมากจะใช้เป็นยาหลักที่เสพยาประจำ ไม่กลับไปเสพยาอย่างที่เคยเสพมาก่อน

เฮโรอีนนอกจากจะเป็นยาเสพติดที่ร้ายแรงแล้ว ปัจจุบันยังพบว่า "โรคเอดส์" ซึ่งเป็นโรคติดต่อที่ร้ายแรงอยู่ในขณะนี้ กำลังเป็นโรคที่แพร่ระบาดในกลุ่มผู้ติดเฮโรอีนที่ใช้เข็มฉีดยาร่วมกันอีกด้วย เนื่องจากผู้ติดเฮโรอีนมีความต้องการยาอย่างมาก และขาดความระมัดระวังเกี่ยวกับเรื่องความสะอาดของเครื่องมือที่ใช้ฉีด เป็นผลให้ผู้ติดเฮโรอีนมีโอกาสติดเชื้อต่าง ๆ ได้มาก เช่น ตับอักเสบ โรคติดเชื้อที่เยื่อหุ้มหัวใจและลิ้นหัวใจ หนองที่ผิวหนัง บาดทะยัก ซิฟิลิส และโรคเอดส์

โดยเฉพาะ โรคเอดส์สามารถผ่านจากคนหนึ่งไปยังอีกคนหนึ่งได้โดยการใช้เข็มฉีดยาร่วมกัน จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องช่วยกันแก้ไขปัญหานี้โดยเร่งด่วน (Jones, et al. 1969: 31-32)

การถอนพิษยาเป็นการบำบัดรักษาผู้ติดยาอื่นที่สำคัญขั้นหนึ่ง ใช้ระยะเวลาในการรักษา 21 วัน จากสถิติการบำบัดรักษาผู้ติดยาอื่นของโรงพยาบาลรัฐญารักษ์ ปัญหาที่พบบ่อย ๆ ได้แก่ การอยู่ไม่ครบขั้นตอนของการรักษา เนื่องจากผู้ติดยาอื่นจะเกิดอาการทางกาย (physical dependence) คือ การถอนยา (withdrawal symptoms) ทำให้ไม่สามารถทนอาการทางกายที่เกิดขึ้นได้จึงต้องหลบหนีจากการบำบัดรักษา จากสถิติปี พ.ศ.2528-2530 ของโรงพยาบาลรัฐญารักษ์ พบว่า การจำหน่ายผู้ติดยาอื่นครบกำหนด 21 วันของปี พ.ศ.2528 ร้อยละ 35.91 ปี พ.ศ.2529 ร้อยละ 36.88 และปี พ.ศ. 2530 ร้อยละ 38.60 ส่วนการจำหน่ายไม่ครบกำหนดเฉพาะการหลบหนีปี พ.ศ.2528 ร้อยละ 48.44 ปี พ.ศ.2529 ร้อยละ 50.45 และปี พ.ศ.2530 ร้อยละ 47.07 จะเห็นได้ว่าการจำหน่ายไม่ครบกำหนดมีมากกว่าการจำหน่ายครบกำหนด ดังรายละเอียดในตารางที่ 1 ดังต่อไปนี้

ตารางที่ 1 สถิติการจำหน่ายผู้ติดยาอื่นในระยะถอนพิษยาของปี พ.ศ.2528-2530

	ปี พ.ศ.2528		ปี พ.ศ.2529		ปี พ.ศ.2530	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ครบกำหนด 21 วัน	2,685	36.00	2,724	36.88	3,179	38.60
หลบหนี	3,623	48.58	3,727	50.45	3,876	47.07
แพทย์อนุญาต	110	1.48	100	1.36	114	1.38
ไล่ออก	243	3.26	100	1.35	148	1.80
ต้องคดี	7	0.09	3	0.04	6	0.07
ถึงแก่กรรม	14	0.19	16	0.27	21	0.26
ส่งโรงพยาบาลอื่น	21	0.28	10	0.15	19	0.23
ส่งฟื้นฟูสมรรถภาพ	755	10.12	647	9.50	872	10.59
รวม	7,458	100.00	7,387	100.00	8,235	100.00

แหล่งที่มา รายงานประจำปีของโรงพยาบาลรัฐญารักษ์ พ.ศ.2528-2530  
หน้า 68, 83, 77 ตามลำดับ

จากสถิติข้อมูลดังกล่าวข้างต้นนี้แสดงให้เห็นว่าการบำบัดรักษาผู้ติดเฮโรอีน มีเพียงร้อยละ 9-11 เท่านั้น ที่หลังจากให้การบำบัดรักษาทางกายแล้วสามารถส่งไปรับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพได้ แสดงว่าผลการบำบัดรักษาผู้ติดเฮโรอีนในระยะถอนพิษยาของโรงพยาบาลรัฐดูยังไม่บรรลุผลตามเป้าหมาย และจากการศึกษาจิตใจของผู้ติดเฮโรอีนของประยูร (ประยูร นรการพดุง 2509 : 181-187) พบว่า ผู้ติดเฮโรอีนในระยะถอนพิษยา (detoxification period) มีความวิตกกังวล และมีอารมณ์เศร้าเนื่องจากมีพฤติกรรมภายในเปลี่ยนแปลงไป คือ ความคิด ความจำ เชื่องช้า สมองทึบ มึนงง คิดอ่านอะไรไม่ออก ความตั้งใจ และสมาธิไม่ดี ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม แม้แต่ความสะอาด หรือการแต่งกายของตัวเอง เนื่องจากฤทธิ์ของเฮโรอีนไปกดที่ศูนย์ประสาทเกือบทุกแห่งในสมอง ทำให้อารมณ์หงุดหงิด เปลี่ยนแปลงง่าย มีความวิตกกังวล และเกิดอารมณ์เศร้า (depression) นอกจากนี้ยังพบว่าอารมณ์เศร้าส่งผลให้ผู้ติดเฮโรอีนหมดกำลังใจ รับประทานอาหารไม่ได้ นอนไม่หลับ ไม่ร่วมมือในการรักษา จึงเป็นการยากที่จะรักษาให้หายขาดได้

จากเหตุผลดังกล่าวข้างต้นจะเห็นได้ว่า อารมณ์เศร้ามีผลกระทบทางลบต่อผู้ติดเฮโรอีนมาก วิธีการบำบัดรักษาเพื่อลดอารมณ์เศร้าจึงเป็นสิ่งที่ควรได้รับการค้นหาและส่งเสริม จากการศึกษาของมิตเชล, แพดฟีลด์และวาสนา (Mitchel 1969 : 522-527; Padfield 1976 : 214; วาสนา แฉล้มเขตร 2525 : 496) พบว่า การใช้กระบวนการปรึกษาแบบรายบุคคลสามารถลดความรู้สึกนึกคิดความวิตกกังวลต่าง ๆ รวมทั้งอารมณ์เศร้าที่เกิดขึ้นด้วย โดยนักจิตวิทยาการปรึกษาจะเป็นผู้เอื้ออำนวยบรรยากาศของการเจริญเติบโตให้เกิดขึ้น ในกระแสความเคลื่อนไหวของการปรึกษาเชิงจิตวิทยา นอกจากนี้ยังพบว่าอารมณ์เศร้าอาจทำให้เกิดอันตรายที่สำคัญ คือ การฆ่าตัวตายได้สูง แต่ถ้าวได้รับการช่วยเหลือตั้งแต่ในระยะต้น ๆ จะทำให้รู้สึกตัวและสามารถปรับตัวได้เป็นอย่างดี (Leonard 1975 : 576)

ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะนำการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบรายบุคคลมาใช้กับผู้ติดเฮโรอีนในระยะถอนพิษยา เพื่ออาจจะเป็นประโยชน์ในการลดอารมณ์เศร้าโดยใช้ความรู้เชิงวิชาการที่ศึกษามา ซึ่งอาจจะมีส่วนช่วยให้ผู้ติดเฮโรอีนมีความหวัง มีกำลังใจที่จะอยู่รับการบำบัดรักษาจนครบขั้นตอนที่กำหนดไว้ อันจะทำให้ผู้ติดเฮโรอีนมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น

## แนวคิดและทฤษฎีพื้นฐาน

### เฮโรอีน (Heroin)

เฮโรอีนเป็นยาเสพติดชนิดหนึ่งที่ระบาดอยู่ในประเทศไทย เฮโรอีนมีชื่อทางเคมีว่า ไดอะเซทิล มอร์ฟีน ไฮโดรคลอไรด์ (Diacetyl Morphine Hydrochloride) สังเคราะห์ได้จากมอร์ฟีนเมื่อ พ.ศ.2417 โดย ซี.อาร์.ไรท์ (C.R.Wright) ชาวอังกฤษ และบริษัทผลิตยา เบเยอร์ (Bayer) ได้ผลิตออกขายพร้อมกับโฆษณาว่าเฮโรอีนเป็นยารักษาโรคชนิดไม่เสพติด ไร้แทนมอร์ฟีนได้ สมัยนั้นจึงนิยมใช้เฮโรอีนกันอย่างแพร่หลาย ต่อมาภายหลังจึงทราบว่า เฮโรอีนเป็นอนุพันธ์ของมอร์ฟีนที่มีฤทธิ์เสพติดมากกว่ามอร์ฟีน (พยอม ตันติวัฒน์ 2532: 3) เฮโรอีนมีชื่อเรียกกันหลายชื่อ เช่น ผงขาว ไอระเหย แคลป์ เฮ ใโก้ ฯลฯ

เฮโรอีนระบาดเข้าสู่ประเทศไทยตั้งแต่ปี 2502 โดยนำมาจากฮ่องกงภายใต้การสนับสนุนคุ้มครองของผู้ค้าฝิ่นตั้งแต่ 2-3 เดือน ก่อนประกาศเลิกฝิ่นของคณะปฏิวัติ สมัย จอมพล สฤษดิ์ ธนะรัชต์ เป็นหัวหน้าคณะปฏิวัติ จากหลักฐานทางราชการปรากฏว่าพบคนไข้ติดฝิ่นที่มีอาการรุนแรง ผิดปกติ และพบวัตถุเป็นเกล็ดหยาบ ๆ สีแดงคล้ำจากคนไข้ เมื่อนำมาวิเคราะห์ถึง 3 ครั้ง จึงพบว่า เป็น "เฮโรอีน" ดังนั้น พ.ศ.2504 รัฐบาลจึงประกาศให้เฮโรอีนเป็นยาเสพติด หลังจากที่เฮโรอีนมีใช้ในประเทศไทยเป็นเวลา 3 ปีมาแล้ว (ประยูร นรการพดุง 2509: 27-41)

ในประเทศไทย พบว่า มีเฮโรอีนอยู่ 2 ชนิด คือ (วิชัย โปษยะจินดา 2528: 13; ปราณี ภาณุมาส 2529: 12-13)

1. เฮโรอีนเบอร์ 4 หรือ "ผงขาว" (pure heroin) ลักษณะเป็นผงละเอียดสีขาวคล้ายแป้ง ไม่มีกลิ่น รสขมจัด บรรจุของกระดาษ ซองพลาสติก หรือหลอดกาแฟ เสพเข้าสู่ร่างกายโดยผสมกับบุหรี่ ยาน้ำดื่ม เฮโรอีนเบอร์ 4 มีเฮโรอีนบริสุทธิ์มากกว่าร้อยละ 80 สามารถละลายน้ำฉีดเข้าสู่ร่างกายได้

2. เฮโรอีนเบอร์ 3 หรือ "ไอระเหย หรือ แคลป์" (mixed heroin) จะมีสารอื่นผสมลงในเฮโรอีนบริสุทธิ์ เช่น สารหนู ยานอนหลับ กรดประสานทอง ฯลฯ ทำให้มีสีต่าง ๆ กัน

ส่วนมากจะมีสีชมพูอมม่วง และน้ำตาลอ่อน มีลักษณะเป็นเกล็ดหยาบ ๆ รสขมบรรจุเป็นแคปซูล ใส่ซองกระดาษหรือพลาสติก เสพเข้าสู่ร่างกายโดยสูดไอระเหยเข้าไปอย่างง่าย ๆ เฮโรอินเบอร์ 3 มีความบริสุทธิ์ต่ำกว่าเฮโรอินเบอร์ 4 มาก

เฮโรอินสามารถนำเข้าสู่ร่างกายได้หลายวิธี ดังนี้คือ (สมภพ เรื่องตระกูล 2528: 24 ; สมทรง กาญจนหุต 2522: 23)

1. นำเฮโรอินใส่กระตาะ หรือวางบนแผ่นกระดาษตะกั่ว หรือช้อนโลหะ นำมาลนไฟให้ไหม้แล้วใช้หลอดกาแฟดูดเอาควันเข้าปาก เรียกว่า สูบไอระเหย หรือ สูบแคป
2. ใช้สูดเข้าจมูกแบบยานัตถ์
3. ใช้ผงเฮโรอินยัดใส่ไส้บุหรี่ หรือผสมกับยาเส้น แล้วจุดสูบเหมือนบุหรี่ธรรมดา
4. ใช้ผสมอาหาร หรือเครื่องดื่มรับประทาน โดยผู้บริโภคไม่ทราบว่ามิใช่เฮโรอินผสมอยู่
5. นำมาละลายน้ำฉีดเข้ากล้ามเนื้อหรือฉีดเข้าหลอดเลือดดำเหมือนมอร์ฟิน

ผู้ที่เริ่มใช้เฮโรอินด้วยวิธีสูบในไม่ช้าจะเปลี่ยนเป็นวิธีฉีด ทั้งนี้เพราะเมื่อสูบไประยะหนึ่ง จะเกิดอาการดื้อยา จนต้องเพิ่มปริมาณขึ้น หรือเปลี่ยนวิธีเป็นฉีด การฉีดจะทำให้เฮโรอินซึมเข้ากระแสเลือดสู่สมองได้เร็วขึ้น และไม่ต้องใช้ปริมาณมาก จากการศึกษาของจรัส (จรัส สุวรรณเวลา 2521: 7) พบว่า มีผู้ติดเฮโรอินในกรุงเทพฯ มากกว่าร้อยละ 70 ฉีดเฮโรอินบริสุทธิ์เบอร์ 4 เข้าหลอดเลือดดำารร้อยละ 1 ใช้วิธีฉีดเข้ากล้ามเนื้อ ที่เหลือใช้วิธีสูบ

### 1. ฤทธิ์ของเฮโรอิน

เฮโรอินมีคุณสมบัติทางเภสัชวิทยาเหมือนมอร์ฟิน เพราะเฮโรอินเมื่อเข้าไปในร่างกายจะถูกไฮโดรคลอไรด์ให้กลายเป็นมอร์ฟินก่อนแล้วจึงออกฤทธิ์ต่อร่างกาย เฮโรอินละลายได้ดีในไขมัน สามารถซึมผ่านเข้าสู่สมองได้ดีกว่ามอร์ฟิน ฤทธิ์ของเฮโรอินจึงรุนแรงกว่ามอร์ฟินหลายเท่า (พยอม ตันติวัฒน์ 2532: 3) เฮโรอินมีฤทธิ์ 2 ประการ คือ ฤทธิ์ทางกาย และฤทธิ์ทางใจ

## 1.1 ฤทธิ์ทางกาย เฮโรอีนมีฤทธิ์ทางกายอยู่ 2 ลักษณะ คือ

### 1.1.1 การเปลี่ยนแปลงทางกายในระยะฉับพลัน หลังจากเสพแล้ว

ผู้เสพจะรู้สึกปลอดภัยไปรงสบายใจ จนกระทั่งลืมความหิว ความเจ็บปวด และความพอใจเรื่องเพศ สำหรับผู้ใช้ครั้งแรกมักจะมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ถ้าใช้ขนาดไม่ม่าร่างกายจะรู้สึกอบอุ่น และแขนขาหนัก คอแห้ง ปากแห้ง ต้องดื่มน้ำบ่อย ๆ ถ้าหากได้รับปริมาณมากอาจถึงตายได้ เนื่องจากด้วยไปกดศูนย์ควบคุมการหายใจ

### 1.1.2 การเปลี่ยนแปลงทางกายในระยะยาว เป็นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น

หลังจากใช้ยามาเป็นระยะเวลาอันยาวนานติดต่อกัน ร่างกายจะชুবพอม และท้องผูกอย่างรุนแรง เบื่ออาหาร ความจำเสื่อม มีความสนใจในเรื่องเพศน้อยมากหรือไม่มีเลย อาจเกิดโรคติดเชื้อที่เยื่อหุ้มหัวใจ และลิ้นหัวใจ หนองที่ผิวหนัง ตับอักเสบ โรคขาดทะเลย์ ซึ่งมักเกิดขึ้นกับผู้ที่ฉีดเฮโรอีนใต้ผิวหนังเป็นเวลานาน ๆ โรคนิวมอเนี่ยซึ่งจะเกิดกับผู้ใช้ยาที่มีสุขภาพไม่ดี รวมทั้งโรคเอดส์ ซึ่งเกิดจากการใช้เข็มฉีดยาร่วมกัน (Jones, et al. 1969: 31-32) โดยปกติการใช้ยาในระยะยาวจะก่อให้เกิดอาการติดยาทางกาย ซึ่งแสดงให้เห็น ลักษณะที่สำคัญ 2 ประการ คือ

ก. อาการต้านยาหรือดื้อยา (tolerance) เมื่อผู้เสพเฮโรอีนใช้ยาไปปริมาณหนึ่งเป็นระยะเวลานาน ๆ ผู้ใช้จะรู้สึกไม่ได้ผล ไม่ได้ความพอใจเท่าที่ต้องการ เนื่องจากร่างกายชินกับยานั้น จึงต้องเพิ่มปริมาณของยาขึ้นอีก เพื่อให้เกิดอาการเหมือนกับที่เคยได้รับ และในการเพิ่มปริมาณขึ้นเรื่อย ๆ นี้ก็เสี่ยงกับอันตรายที่จะติดตามมาพร้อมกับการใช้ยาในปริมาณมากเกินไปขนาดด้วย

ข. อาการถอนยาหรืออาการขาดยา (withdrawal or abstinence syndrome) สืบเนื่องมาจากการหยุดยา หรือการขาดยาหลังจากใช้ยาต่อเนื่องมานาน ๆ จะเกิดอาการกระวนกระวาย ปวดตามตัว ขนลุก ม่านตาขยาย น้ำมูกน้ำตาไหล นอนไม่หลับ หาวบ่อย ๆ เหงื่อออกมาก คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเดิน หายใจถี่กระชั้นขึ้นกว่าปกติ ความดันโลหิตสูงขึ้น อาการนี้จะเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ผู้ติดเฮโรอีนจึงกลัวการขาดยามาก ทำให้ไม่กล้าเลิกยาต้องใช้ยาต่อไป อาการขาดเฮโรอีนจะเกิดขึ้นภายใน 8-12 ชั่วโมง หลังการเสพครั้งสุดท้าย และมี

อาการรุนแรงมากใน 24-48 ชั่วโมง (พยอม ดันตีวัฒน์ 2532: 8) แต่อาการขาดยานี้ไม่ทำให้ถึงตายได้ถ้าผู้ติดเชื้อโรอื่นไม่มีโรคแทรกซ้อนอย่างอื่น ผู้ติดเชื้อโรอื่นบางคนอาจทนต่ออาการเหล่านี้ได้ต่อไปอาการจะค่อย ๆ สงบลงไปเองในเวลา 1-2 สัปดาห์ แต่ยังมีอาการเพลีย นอนไม่หลับ และหงุดหงิด ไปอีกเป็นเวลาหลายเดือน (จรัส สุวรรณเวลา 2521: 3)

## 1.2 ฤทธิ์ทางใจ

ผู้ที่ได้ประสบกับฤทธิ์ของเชื้อโรอื่นแล้วจะจิตใจ และพอใจที่จะได้รับฤทธิ์นั้นอีก ซึ่งอาจเป็นความรู้สึกสบายใจ หรือสนุกสนาน หรือความรู้สึกเม้าลึ้มความทุกข์โศก และหลุดพ้นจากโลกความเป็นจริงไปสู่โลกของความฝัน ผู้ติดเชื้อโรอื่นจะรู้สึกมีแรงผลักดัน หรืออำนาจบางอย่างบังคับให้ไปไ้ช้ยา โดยตนเองไม่สามารถยับยั้งไว้ได้ จึงต้องพยายามหาหนทางสนองความอยากของตัว แม้จะเป็นการกระทำที่ผิดหรือเสี่ยงก็ตาม

## 2. แนวความคิดเกี่ยวกับผู้ติดเชื้อโรอื่น

จากการศึกษาทฤษฎีเกี่ยวกับตน (Self Theory) และลักษณะของผู้ติดเชื้อโรอื่นพบว่า มีความคิดเกี่ยวกับตนเองในทางลบ (ประภาเพ็ญ สุวรรณ 2522: 27-31) ดังต่อไปนี้ คือ

### 2.1 โครงสร้างของครอบครัว

การที่บุคคลเป็นที่เคารพและยอมรับจากบุคคลอื่น ๆ เป็นปัจจัยสำคัญในการเสริมสร้างความคิดที่ดีเกี่ยวกับตน โดยเฉพาะอย่างยิ่งจากพ่อแม่ของบุคคลนั้นเอง จากการศึกษาของโรเซนเบิร์ก (Rosenberg 1972: 44) พบว่า สัมพันธภาพที่ใกล้ชิดระหว่างพ่อแม่กับลูกมีความสำคัญในการพัฒนาความนึกคิดทางบวกเกี่ยวกับตนและคูเปอร์สมิธ (Coopersmith 1967: 236) ได้กล่าวว่า การยอมรับจากพ่อแม่ เป็นส่วนประกอบที่สำคัญในจำนวนสามองค์ประกอบที่สำคัญที่สุดในการพัฒนาทัศนคติที่ดีต่อตนเอง

จากการศึกษาผู้ติดเฮโรอีนในต่างประเทศเกี่ยวกับพื้นฐานของครอบครัวผู้ติดเฮโรอีน พบว่า ส่วนมากมาจากครอบครัวที่แตกแยก จากการศึกษาของฟอร์ด (Ford 1966: 76-90) ที่ศึกษาผู้ชายที่ติดเฮโรอีนจำนวน 100 คน พบว่ามารดามีลักษณะประคบประหงมลูกหรือบังคับเข้มงวดจนเกินไป และพบว่าบิดามักจะไม่ค่อยอยู่บ้านบ่อย ๆ นอกจากนั้นจีราด และคอร์เนสต์สกี (Gerard and Kornestsky 1955: 457-486) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการประสบความสำเร็จ และสิ่งมุ่งหวังในกลุ่มผู้ติดเฮโรอีน พบว่า ครอบครัวมักตั้งความหวังไว้สูง และผู้ติดเฮโรอีนไม่สามารถประสบความสำเร็จตามความมุ่งหวังที่วางไว้

## 2.2 กลุ่มเพื่อน

กลุ่มเพื่อนก็มีผลต่อ "ความนึกคิดเกี่ยวกับตน" เช่นเดียวกัน นักจิตวิทยาเชื่อว่าบุคคลที่มีความนึกคิดที่ดีเกี่ยวกับตน มักจะมีการคบหาสมาคมกับเพื่อนหลายคน แต่ผู้ที่มีความนึกคิดที่ไม่ดีกับตนเองมักจะมีเพื่อนน้อย และชอบแยกตัวอยู่กับเพื่อนบางคนเท่านั้น และมักจะเป็นคนเฝ้าบดบังตามผู้อื่นเสมอ ไม่ค่อยออกความคิดเห็น จากการศึกษาผู้ติดเฮโรอีน พบว่า กลุ่มเพื่อนมีผลต่อการติดเฮโรอีนมาก ผู้ติดเฮโรอีนมักจะคบหาเพื่อนที่ให้ความยกย่องนับถือตน ซึ่งในกลุ่มผู้ติดเฮโรอีนด้วยกันสมาชิกจะเกิดความรู้สึกว่าตนเป็นที่ต้องการของกลุ่มเป็นที่รักของเพื่อน ๆ ใช้ภาษาเดียวกัน และปฏิบัติตัวเหมือนกัน ดังนั้นจึงเป็นการยากที่ผู้ติดเฮโรอีนจะแยกตัวจากกลุ่มเพื่อนได้

## 2.3 บุคลิกภาพ

ผู้ติดเฮโรอีนมักจะมีบุคลิกภาพแบบเก็บตัว อ่อนไหว เจ็บ เจื้อยชา การใช้เฮโรอีนก็เพื่อหนีจากความวุ่นวาย และความเบื่อหน่ายของชีวิต ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของแมคคิม (McKim 1984: 196) พบว่า การที่บุคคลใช้เฮโรอีนเพื่อหนีจากความวิตกกังวลและอารมณ์เศร้าที่ได้รับอยู่ นอกจากนี้จากการศึกษาบุคลิกภาพ พบว่า ผู้ติดเฮโรอีนมีบุคลิกภาพอ่อนแอ ขาดวุฒิภาวะ เมื่อพบความคับข้องใจจะต้องหาที่พึ่งและใช้กลไกในการปรับตัวที่ไม่เหมาะสม เช่น เก็บกด ชอบกล่าวโทษ มีสีหน้าซึมเศร้า มีอารมณ์ที่ไม่มั่นคง และง่ายต่อการชักจูง



### 3. สาเหตุของการติดเฮโรอีน

จากการศึกษาของพรณวิสัย (พรณวิสัย วิสัยทอง 2521: 11-13) พบว่า การติดเฮโรอีนมิใช่เกิดจากสาเหตุประการใดประการหนึ่ง แต่มีปัจจัยหลายประการร่วมกัน แบ่งกว้าง ๆ ได้เป็น 3 ปัจจัยด้วยกัน คือ

#### 3.1 ปัจจัยทางสังคม (social factors)

หมายถึง สภาพแวดล้อมหลาย ๆ อย่างมีอิทธิพลผลักดันให้ติดยาเสพติด เช่น ที่อยู่อาศัยเต็มไปด้วยแหล่งค้ายาเสพติด สิ่งแวดล้อมในบ้านไม่ดี ขาดความรัก ความอบอุ่น ความมั่นคงในชีวิต มีปัญหาชีวิตที่ต้องเผชิญ ขาดความสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัว นอกจากนี้ยังมีสาเหตุมาจากสัญชาตญาณของมนุษย์ ในการแสวงหาประสบการณ์แปลก ๆ ใหม่ ๆ ความคึกคะนอง เพื่อแสดงความเก่งกล้า ตลอดจนการเป็นที่ยอมรับของกลุ่ม รวมทั้งความรู้เท่าไม่ถึงการณ์โดยการถูกล่อลวง เป็นต้น

#### 3.2 ปัจจัยทางเภสัชวิทยา (pharmacology factors)

หมายถึง ฤทธิ์ของยาเสพติดเองซึ่งเป็นเรื่องสลับซับซ้อน จุดมุ่งหมายแรกของการใช้ยาอาจเพื่อบรรเทาอาการปวด เช่น เฮโรอีนและมอร์ฟีน ซึ่งมีผลกระทบต่อระบบประสาทส่วนกลาง ทำให้การทำงานของระบบต่าง ๆ ในร่างกายเปลี่ยนแปลงไป เช่น เกิดอาการง่วงซึม คลายเครียด คลายความเจ็บปวด ฯลฯ ซึ่งถ้าใช้ไม่ติดต่อกันจะไม่เกิดการติดยา แต่หากใช้โดยสม่ำเสมอติดต่อกันไปเรื่อย ๆ จะทำให้เกิดการติดยาได้ ร่างกายจะเกิดอาการผิดปกติจนทนไม่ได้ จำต้องแสวงหายามาเสพเพื่อระงับอาการทรมานทรมายดังกล่าว ทำให้ต้องเสพอยู่เรื่อยไปไม่สามารถจะเลิกได้

### 3.3 ปัจจัยทางด้านจิตวิทยา (psychology factors)

หมายถึง ความผิดปกติของจิตใจ หรือร่างกายผู้นั้น นักจิตวิทยาเชื่อว่า ความบกพร่องในจิตใจเกิดจากการเลี้ยงดูของบิดามารดาในเยาว์วัย เช่น บุคลิกภาพที่เกิดจากพ่อแม่ที่ปกป้องมากเกินไปจนเด็กไม่เป็นตัวของตัวเอง ไม่สามารถตัดสินใจด้วยตนเอง และพึ่งตนเองไม่ได้ ต้องพึ่งผู้อื่น (passive dependent) อยู่เรื่อย ทำให้ถูกชักจูงไปในทางที่ผิดได้ง่าย ความผิดปกติทางจิตใจมีผลต่อเนื่องถึงบุคลิกภาพที่ผิดปกติ และยังเป็นแนวโน้มในการติดยาได้ ได้มีการศึกษาสภาพจิตใจของผู้ติดยาเสพติด พบว่า มีสภาพที่ผิดไปจากปกติได้หลายแบบในกลุ่มประชากรต่าง ๆ ที่มีขนบธรรมเนียมประเพณีความเชื่อแตกต่างกัน สภาพจิตใจของผู้ติดยาเสพติดก็แตกต่างกันไปด้วย

## 4. การบำบัดรักษาผู้ติดเฮโรอีน

การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดในประเทศไทย เริ่มดำเนินการมาตั้งแต่ปี 2502 โดย กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ได้พยายามปรับปรุงวิธีการบำบัดรักษาให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ตามลำดับ จนปัจจุบันได้นำเอาวิธีการบำบัดรักษาแบบมาตรฐานซึ่งเป็นวิธีที่ทั่วโลกยอมรับว่าถูกต้องเหมาะสมที่สุด ในการรักษาผู้ติดยาเสพติดตามแบบแผนปัจจุบัน (ธงชัย อุ่นเอกกลาง 2519 : 6) การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดประกอบด้วยกัน 2 ระบบ คือ ระบบสมัคใจ และระบบบังคับ (วิชัย โปษยะจินดา 2528 : 24) คำว่า "สมัคใจ" หมายถึง ผู้ติดยาเสพติดที่ไม่ต้องคดีตามกฎหมาย ส่วนคำว่า "บังคับ" หมายถึง ผู้ติดยาเสพติดที่ต้องคดีตามกฎหมาย สำหรับประเทศไทยตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมฉบับที่ 5 ด้านการบำบัดรักษาใช้ระบบสมัคใจเข้ารับรักษาในสถานพยาบาลต่าง ๆ ที่ประกาศตั้งโดย กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

จุดมุ่งหมายของการบำบัดรักษาผู้ติดเฮโรอีน คือ การกลับคืนสู่สภาพเดิมของผู้ติดเฮโรอีนให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ด้วยตนเอง และเป็นทรัพยากรที่มีประโยชน์ต่อสังคม ดังนั้นการกลับคืนสภาพเดิมของผู้ติดเฮโรอีนจะต้องคำนึงถึงวิธีที่ทำให้ผู้ติดเฮโรอีนสามารถอยู่รับการบำบัดรักษาได้ครบขั้นตอนของการรักษา พร้อมทั้งมีสุขภาพทางกาย สุขภาพทางจิต และสภาพทางสังคมที่ดีขึ้นกว่าเดิม (Levine 1973 : 312-313)

การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดของโรงพยาบาลรัฐญารักษ์ เป็นการรักษาที่สมบูรณ์แบบ (classical method) ซึ่งเป็นวิธีการบำบัดรักษาแบบมาตรฐานแบ่งออกเป็น 4 ระยะด้วยกัน คือ ระยะเตรียมการก่อนรักษา ระยะถอนพิษยา ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ และระยะติดตามหลังการรักษา (ธงชัย อุ๋นเอกลาก 2522: 1-4) ซึ่งพอสรุปรายละเอียดได้ดังนี้ คือ

#### 4.1 การเตรียมการก่อนรักษา (pre-admission)

เป็นระยะที่สำคัญมากเพื่อให้ผู้มาขอรับการรักษาได้เตรียมตัวให้พร้อม ยอมรับการรักษาตามกรรมวิธี และระยะเวลาที่กำหนด ประกอบด้วย การสัมภาษณ์ สอบประวัติ วิเคราะห์การวินิจฉัยปัญหา และให้คำแนะนำแก่ครอบครัว เพื่อเตรียมให้ผู้ติดยาเสพติดเกิดแรงจูงใจเกิดความเชื่อมั่นยอมรับวิธีการรักษา และระเบียบกฎเกณฑ์ที่ต้องปฏิบัติตาม ระยะนี้ใช้เวลาดำเนินการไม่เกิน 7 วัน

#### 4.2 การถอนพิษยาเสพติด (detoxification)

หลังจากผ่านการเตรียมการแล้วจะถูกรับไว้รักษาในโรงพยาบาล จะมีการซักประวัติการเสพยาทั้งชนิดและขนาดของยาที่ใช้ การตรวจร่างกายโดยละเอียด รวมทั้งการตรวจทางห้องทดลองที่จำเป็น การรักษานั้นแพทย์จะใช้ยาเมธาโดน (methadone) เป็นหลักในการรักษา โดยใช้ยาเมธาโดนมากน้อยตามอาการของผู้ติดยาเสพติดในแต่ละคน

เมธาโดนมีคุณสมบัติที่สำคัญที่แตกต่างจากฝิ่น คือ สามารถออกฤทธิ์ในร่างกายได้อย่างรวดเร็วหลังรับประทาน ทั้งนี้เพราะร่างกายดูดซึมเมธาโดนจากระบบทางเดินอาหารได้ดี เมธาโดนสามารถระงับกลุ่มอาการที่เนื่องมาจากการถอนพิษสารประเภทฝิ่นได้ดีและระงับอาการได้นานไม่น้อยกว่า 12-24 ชั่วโมง คุณสมบัติสองประการนี้เป็นเหตุให้เมธาโดนมีประโยชน์ในการรักษาผู้ติดยาเสพติด เพื่อลดอาการอยากยาในระยะถอนพิษยา (วิชัย โปษยะจินดา 2528: 3-4)

การถอนพิษยาโดยทั่วไปมุ่งหวังให้ผู้ติดเชื้อโรอินหยุดการใช้เฮโรอิน การใช้ เมธาโดนก็ด้วยวัตถุประสงค์จะระงับอาการที่เกิดจากร่างกายขาดเฮโรอิน ดังนั้นการใช้ผู้ติดเชื้อโรอินเลิก ใช้เฮโรอินในระหว่างการถอนพิษยา จึงเป็นผลของการรักษาที่สำคัญประการหนึ่ง

การถอนพิษยาในรายที่เสพยาเฮโรอิน และมอร์ฟิน จะใช้ยาเมธาโดนในการ ถอนพิษยารวม 14 วัน โดยแบ่งเป็นเบอร์ตามความเข้มข้นของตัวยาเมธาโดนที่ผสมอยู่ดังรายละเอียดในตารางที่ 2 ดังต่อไปนี้

ตารางที่ 2 ปริมาณ และระยะเวลาในการใช้ยาเมธาโดน ในการรักษาผู้ติดเชื้อโรอินและการรักษา แบบผู้ป่วยในของการรักษาในระยะถอนพิษยา

ยาเมธาโดน	ขนาดของยาเมธาโดน ที่ใช้ต่อวัน	ระยะเวลาที่ใช้ยา	หมายเหตุ
เบอร์ 1	40 มิลลิกรัม	4 วัน	ให้รับประทานวันละ 4 ครั้ง
เบอร์ 2	30 มิลลิกรัม	3 วัน	
เบอร์ 3	20 มิลลิกรัม	2 วัน	
เบอร์ 4	10 มิลลิกรัม	2 วัน	
เบอร์ 5	5 มิลลิกรัม	2 วัน	
เบอร์ 6 มีสปารีน	80 มิลลิกรัม	1 วัน	ไม่มีตัวยาเมธาโดน

แหล่งที่มา หลักการบำบัดรักษายาเสพติดของโรงพยาบาลธัญญารักษ์ (อัคราเนา) หน้า 5

การใช้ยาเมธาโดนในระยะแรกจะให้น้ำหนักสูงแล้วค่อย ๆ ลดลงเรื่อย ๆ จนผู้ป่วยไม่ต้องใช้ยาเมธาโดนต่อไป ดังนั้นผู้ติดเชื้อโรอินจึงมีอาการอยากยาต่าง ๆ เช่น นอนไม่หลับ กระสับกระส่าย หงุดหงิด หาว จาม เป็นต้น จึงจำเป็นต้องให้ยาระงับอาการเหล่านั้นต่อไป อีกระยะหนึ่ง ดังนั้นระยะการถอนพิษยาแบบผู้ป่วยในจึงใช้ระยะเวลาประมาณ 21 วัน หลังจากนั้นผู้ติดเชื้อโรอินจะมีอาการดีขึ้นเรื่อย ๆ จึงจะสามารถกลับบ้านได้ หรือสมัครใจอยู่รับการรักษาต่อใน ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพต่อไป

#### 4.3 การฟื้นฟูสมรรถภาพ (rehabilitation)

การฟื้นฟูจิตใจเป็นการรักษาที่สำคัญที่สุด ไม่เพียงเป็นการรักษาเพื่อแก้ปัญหาคือการใช้เท่านั้น แต่ยังเป็นการรักษาเพื่อแก้ไขความผิดปกติของจิตใจ สิ่งแวดล้อม ปัญหาต่าง ๆ อันเป็นมูลเหตุที่ทำให้ผู้ติดเฮโรอีนไม่สามารถเลิกเสพได้ การรักษาขั้นนี้มีการสำรวจตรวจสอบเนื้อหาข้อบกพร่อง มีการวางแผนการดำเนินการแก้ไข และการปฏิบัติ จนต้องอาศัยผู้มีความรู้แต่ละสาขามาดำเนินการด้วย เช่น แพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ ครู อาชีวบำบัด พระภิกษุสงฆ์ อนุศาสนาจารย์ เป็นต้น

#### 4.4 การติดตามหลังการรักษา (follow up and after-care)

เป็นการรักษาที่สำคัญอีกระยะหนึ่ง โดยติดตามประเมินผลการรักษาว่าได้ผลเป็นอย่างไร กิจกรรมที่จัดในการติดตามผลหลังการรักษา ได้แก่ การกำหนดระยะเวลานัดพบ การแนะนำช่วยแก้ปัญหา ติดตามผลการอดยา การตรวจปัสสาวะ การเสริมสร้างกำลังใจ และสุขภาพจิต จัดตั้งชมรมผู้รักษาหายแล้ว การใช้ชีวิตในสังคมเพื่อป้องกันการกลับไปใช้ยาใหม่

จากการศึกษาจิตใจของผู้ติดเฮโรอีนระยะถอนพิษยา พบว่า มีความวิตกกังวล หวาดกลัวในการงดยา ไม่มั่นใจว่าแพทย์ หรือโรงพยาบาล จะช่วยได้มากนักน้อยเพียงไร นอกจากนั้นสภาพแวดล้อมในโรงพยาบาลยังผิดแปลกจากบ้าน การถูกจำกัดเสรีภาพด้วยระเบียบข้อบังคับของโรงพยาบาล การไม่ได้รับความสะดวกสบายเท่ากับชีวิตภายนอก การรบกวนจากคนไข้ด้วยกันเอง ความห่วงใยในครอบครัว อาชีพ ธุรกิจที่ผูกมัดอยู่ สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้เป็นสาเหตุให้ผู้ติดเฮโรอีนเกิดความวุ่นทางจิตใจ หงุดหงิด ใจน้อย คิดมาก ซึมเศร้า อันเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ติดเฮโรอีนไม่สามารถจะอยู่รักษาตัวในโรงพยาบาลได้ต่อไป จึงต้องขอลาออก หรือหลบหนี อันเนื่องมาจากความวุ่นทางจิตใจ และอารมณ์ที่เกิดขึ้น จากเหตุผลดังกล่าวมาแล้วจะเห็นว่าอารมณ์เศร้าก็เป็นสาเหตุหนึ่งที่มีผลกระทบต่อผู้ติดเฮโรอีนในระยะถอนยามาก (ประยูร นรการพดุง 2509: 181-187) นอกจากนี้ยังพบว่า อารมณ์เศร้าส่งผลให้ผู้ติดเฮโรอีนหมดกำลังใจรับประทานอาหารไม่ได้ นอนไม่หลับ ไม่ร่วมมือในการรักษา จึงเป็นการยากที่จะรักษาให้หายขาดได้ อารมณ์เศร้าจึงมีผลกระทบทางลบต่อผู้ติดเฮโรอีนเป็นอันมาก

### นโนทัศน์ของอารมณ์เศร้า (concept of depression)

อารมณ์เศร้ามาจากคำว่า deprivere ซึ่งเป็นภาษาลาตินมีความหมายว่ากดต่ำลง หรือจมลงโดยต่ำกว่าตำแหน่งเดิม (สมศร เชื้อหิรัญ 2526: 101-108) เลนซ์ (Lenz อ้างถึง โดย วิจารณ์ วิชัยยะ 2522: 94-95) พบว่า พฤติกรรมที่เป็นข้อบ่งชี้ว่าบุคคลมีอารมณ์เศร้า คือ การที่อารมณ์ (mood) ถูกกดให้ต่ำลง และไม่สามารถแสดงความรู้สึกทางอารมณ์ได้อย่างเหมาะสม เกิดความไม่สบายใจเป็นประจำเหมือนภาวะย้ำคิดย้ำทำ และไม่สามารถแสดงความรู้สึกอย่างปกติได้ ซึ่งลักษณะดังกล่าวนี้เป็นรากฐาน และแกนกลางที่สำคัญของอารมณ์เศร้า

อารมณ์เศร้า หมายถึง ภาวะจิตใจเศร้าหมอง หดหู่ และเศร้าสร้อย ซึ่งมีผลให้ พฤติกรรมของบุคคลนั้นเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม อารมณ์เศร้าเป็นประสบการณ์อย่างหนึ่งในชีวิตมนุษย์ ที่เกิดจากการผิดหวังล้มเหลว หรือการสูญเสีย ซึ่งการสูญเสียนั้นอาจเกิดขึ้นในชีวิตจริง หรือเป็นการ สูญเสียในมโนภาพก็ได้ (สมศร เชื้อหิรัญ 2519: 84) อาจเป็นอารมณ์เศร้าธรรมดา (sadness) ที่ทุกคนประสบเป็นครั้งคราว หรืออารมณ์เศร้าหมองแท้ ๆ ("blue" mood) ที่เป็นภาวะแทรกซ้อน ในความผิดปกติอื่น ๆ ทั้งทางร่างกาย และจิตใจ (Jusmin and Trygstad 1979: 123; Swanson 1980: 534)

โคลลิน (Collins 1983: 106) กล่าวว่าอารมณ์เศร้าเกิดจากการไม่ยอมรับความจริงในภาพพจน์ตนเองที่เปลี่ยนแปลงไป

พริส (Priest 1983: 106) กล่าวว่า อารมณ์เศร้าเป็นภาวะซึ่งคล้ายกับความวิตกกังวลหลายประการ ภาวะทั้งสองนี้เกี่ยวเนื่องกัน อารมณ์เศ้ามักจะเกิดขึ้นภายหลังจากการเกิดภาวะวิตกกังวล

รอเจอร์ส (Rogers 1951 cited by Epstein 1972: 297) เชื่อว่า ความวิตกกังวลเกิดจากความไม่เป็นอันหนึ่งอันเดียวกันระหว่าง "ตน" (self) คมการรับรู้ของบุคคลกับ "ประสบการณ์ที่เป็นจริง" จึงทำให้เกิดปัญหาทางอารมณ์ ซึ่งจะก่อให้เกิดความรู้สึกท้อแท้ และเกิดอารมณ์เศร้าได้มาก

ซุง (Zung 1965: 63-64) กล่าวว่า อารมณ์เศร้าเป็นภาวะที่ลักษณะทางอารมณ์เศร้า หดหู่ กระวนกระวาย สับสน ไม่สามารถตัดสินใจได้ บุคลิกภาพเปลี่ยน และมีอาการแสดงออกทางกาย เช่น เบื่ออาหาร ท้องผูก นอนไม่หลับ รู้สึกเหนื่อยล้าหมดแรงโดยไม่มีสาเหตุ

คาร์เตอร์ (Carter 1976: 259) เชื่อว่า อารมณ์เศร้าอาจเกิดจากไม่ได้รับความต้องการพื้นฐานที่ทำให้สุขภาพจิตดี (positive mental health) 2 ประการ คือ ความรู้สึกสูญเสียความรัก หรือความเป็นที่รัก และความสูญเสียความมีค่าของตนเอง หรือความมีค่าสำหรับคนอื่น

วิจารณ์ (วิจารณ์ วิชัชยะ 2522: 99) ได้ให้ทัศนะ และพื้นฐานที่สำคัญของอารมณ์เศร้า คือ การเสียความภูมิใจในตนเอง (self-esteem) ซึ่งมีสาเหตุหลายประการ คือ

1. ภาพพจน์ของตนเอง ผู้ที่เติบโตในครอบครัวที่แตกแยกจะมองภาพพจน์ของตนเองไม่ดี ทำให้ขาดความภูมิใจในตนเอง
2. ในรายที่มีมโนธรรมสูง จะมีความรู้สึกที่ตนเองผิดอยู่เสมอ ทำให้ความภูมิใจในตนเองลดลง จะเกิดอารมณ์เศร้าได้
3. คนตามอุดมคติ ผู้ที่ตั้งเป้าหมายในชีวิตสูงเกินไปทำให้เกิดความขัดแย้งในใจตนเอง และรู้สึกตนเองไร้ความสามารถ ความภูมิใจในตนเองจะลดลง
4. การทำงานของอีโก้ ความสามารถ และทักษะของแต่ละบุคคล ถ้าไม่ประสบความสำเร็จในชีวิตตามเป้าหมาย จะทำให้ความภูมิใจในตนเองลดลง เมื่อความภูมิใจในตนเองลดลง จะเกิดอารมณ์เศร้าเพราะรู้สึกที่ตนเองขาดความรัก ไม่มีคุณค่า รู้สึกตนเองไม่ดี และผิดอยู่เสมอ

ได้มีผู้รวบรวมความหมายของ "อารมณ์เศร้า" ไว้หลายท่าน ดังเช่น เบอเกสส์ และลาแซร์ (Burgess and Lazare 1976: 213) ได้รวบรวมความหมายของ "อารมณ์เศร้า" ไว้ดังนี้ คือ

1. เป็นภาวะปกติ หรือผิดปกติ ของอารมณ์ที่เกิดร่วมกับความผิดปกติทางจิต (psychiatric disorder)

2. เป็นอาการ หรืออาการแสดงที่ซับซ้อน
3. เป็นกระบวนการของโรค หรือกลุ่มอาการในการวินิจฉัย
4. เป็นกลไกที่ซับซ้อนของการเปลี่ยนแปลงทางจิต

ส่วนเบค (Beck 1967: 6) ได้ให้ความหมายของอารมณ์เศร้าไว้ดังนี้

1. เป็นภาวะอารมณ์แปรปรวนง่าย เช่น โศกเศร้า เสียใจ อ้างว้าง โดดเดี่ยว เฉื่อยชา เชื่องช้า
2. มีอึดมโนทัศน์ในแง่ลบเกี่ยวกับตนเอง ต่ำหนืดตนเอง
3. พฤติกรรมถดถอย และลงโทษตนเอง ต้องการที่จะหลีกเลี่ยง หรืออยากตาย
4. มีอาการเบื่ออาหาร นอนไม่หลับ สูญเสียแรงขับทางเพศ
5. กิจกรรมต่าง ๆ เปลี่ยนไปจากเดิม เช่น เชื่องช้า เป็นต้น

จากความหมายดังกล่าวข้างต้น บุคคลที่จัดว่ามีอารมณ์เศร้าจะต้องมีการแสดงออกของลักษณะอารมณ์เศร้าอย่างน้อยมากกว่าครึ่งหนึ่งของอาการ (Kalkman and Davis 1980: 266; วิจารณ์ วิชัยยะ 2522: 94-95; สุวนีย์ ดันติพัฒน์นันท์ 2522: 153-154) ดังนี้คือ

1. มีอารมณ์เศร้า เสียใจ หงอยเหงา ท้อแท้ เบื่อหน่าย หมดหวัง
2. มีท่าทางเหนื่อยหน่าย ไม่มีแรง เมื่อยล้า มีการเคลื่อนไหวช้า
3. ขาดความสนใจและความพอใจในกิจกรรมต่าง ๆ ไม่สามารถจะหาความสุขในชีวิตประจำวันได้
4. รู้สึกว่าตนเองทำผิด ทำบาป หรือทำในสิ่งที่ไม่ถูกไม่ควร มีความคิดว่าตนเองไร้ค่า ไม่มีความหมายสำหรับผู้อื่น
5. มีนิสัยในการนอนเปลี่ยนไป เช่น นอนไม่หลับ
6. เบื่ออาหาร และพอมลงมาก
7. เสียสมาธิ ขาดพลังใจ แก้ปัญหาไม่ตก
8. รู้สึกว่าอนาคตสิ้นหวัง



9. วุ่นวาย ตึงเครียด หงุดหงิด หรือร้องไห้ง่าย ๆ
10. มีความคิดที่จะทำร้ายตนเอง หรือพยายามทำลายตนเอง

ดังนั้นอารมณ์เศร้า จึงเป็นภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากความผิดปกติทางร่างกาย และจิตใจ จากการศึกษาของสมภพ (สมภพ เรื่องตระกูล 2516: 4) ซึ่งศึกษาอาการของผู้ป่วยอารมณ์เศร้า 100 ราย พบว่า มีอาการทางอารมณ์ร้อยละ 58 และอาการทางกายร้อยละ 38 นอกจากนี้ ความรุนแรงของอารมณ์เศร้านั้นจะแตกต่างกัน เริ่มตั้งแต่มีความเหนื่อยเล็กน้อย มีอารมณ์หม่นหมอง เศร้า เสียใจ ท้อแท้ใจ รู้สึกตนเองไร้คุณค่า ไร้ความสามารถ เสียความภูมิใจในตนเองไปจนถึงขั้นหมดหวัง บุคลิกภาพเปลี่ยน และมีอาการแสดงออกทางกาย เช่น เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ ท้องผูก หมดแรงหมดอาลัยตายอยาก ต้องการหนีความลำบากด้วยการทำลายตนเอง (Beck 1967: 6; Collins 1983: 104-106; Zung 1965: 63-64; สุชา จันทรเฒ 2521: 72-77; สุวนีย์ ดันติพัฒนานันท์ 2522: 158)

### 1. ทฤษฎีของอารมณ์เศร้า

โคลิน (Collins 1983: 108-113) ได้กล่าวว่า ทฤษฎีที่อธิบายถึงสาเหตุของอารมณ์เศร้ามีหลายทฤษฎี ซึ่งแตกต่างกันบ้าง ดังต่อไปนี้ คือ

ทฤษฎีสนามของอารมณ์เศร้า (Field Theory) กล่าวว่า ระบบชีวิตทุกชีวิตจะล้อมรอบไปด้วยสนามพลังงาน ในชีวิตมนุษย์พลังสนามจะเป็นไฟฟ้าซึ่งบางส่วนของพลังงานสร้างมาจากเซลล์สมองและเซลล์ประสาท ดังนั้นทฤษฎีนี้อธิบายว่า บุคคลที่มีอารมณ์เศร้าจะมีพลังไฟฟ้าแตกต่างไปจากบุคคลอื่นที่ปกติ พลังนี้สามารถทำให้บุคคลนั้นไวต่อความรู้สึก ซึ่งจะมีมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับระดับของพลังไฟฟ้าที่แตกต่างกัน

ทฤษฎีการสูญเสีย (The Object Loss Theory) เป็นทฤษฎีที่อธิบายถึงสาเหตุได้อีกทฤษฎีหนึ่ง การสูญเสียเหล่านี้ได้แก่ การสูญเสียของรักที่เกิดขึ้นในชีวิตจริง หรือเป็นการสูญเสียในมโนภาพก็ได้ เช่น การสูญเสียความภูมิใจในตนเอง อารมณ์เศร้าจะมีอาการเล็กน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับความรักความผูกพันที่มีต่อการสูญเสียสิ่งนั้น ถ้ารักในสิ่งที่สูญเสียไปมากก็จะมีอารมณ์

เศร้ามาก พร้อมกันนั้นความรู้สึกเศร้าต่อการสูญเสียนั้นก็สัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม ของครอบครัว และเปลี่ยนแปลงไปตามอัตมโนทัศน์ด้วย

ทฤษฎีของเซลิกันแมน (Seligman's Theory) อธิบายว่าบุคคลที่มีอารมณ์เศร้า จะแสดงถึงภาวะที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้และปราศจากการขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น (helplessness) ไม่สามารถหลีกเลี่ยงเหตุการณ์ที่เป็นอันตรายต่อตนเอง หรือรู้สึกว่าคุณเองไม่สามารถกระทำงานใหญ่ ๆ ตามที่ตนต้องการให้สำเร็จลงได้ด้วยตนเอง ซึ่งจะทำให้บุคคลเกิดอารมณ์เศร้าได้ถ้าเขาไม่ประสบความสำเร็จในชีวิต

ทฤษฎีของฟรอยด์ (Freud's Theory) อธิบายว่าอารมณ์เศร้าเป็นภาวะที่มีอารมณ์ โกรธ โมโห และก้าวร้าวอย่างรุนแรงแต่ไม่สามารถแสดงออกได้ จึงผันความรู้สึกเหล่านั้นเข้าสู่ตัวเองทำให้เกิดความรู้สึกที่ไม่เป็นมิตรต่อตัวเอง และทำร้ายตัวเอง ซึ่งทฤษฎีนี้ได้อธิบายถึงบุคคลที่มีอารมณ์เศร้าว่าเกิดจากความขัดแย้งภายในจิตใจ หรือมีเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการสูญเสียมักจะมี ความโกรธ และความไม่เป็นมิตรอยู่ภายในจิตใจแต่ไม่กล้าแสดงออก เพราะกลัวว่าคนอื่นจะรังเกียจ ไม่ยอมคบด้วย ส่วนมากจะเกิดความรู้สึกสองอย่างในเวลาเดียวกันจึงเกิดความลังเล มีทั้งความรัก และความเกลียดซึ่งขัดแย้งกันขึ้นในคน ๆ เดียวกันและเวลาเดียวกัน ความโกรธ และความไม่เป็นมิตรเช่นนี้จะก่อให้เกิดความรู้สึกผิดในใจตนเอง เป็นความรู้สึกที่ไม่ดีจึงผันความรู้สึกเหล่านี้เข้าหาตนเอง (introjection) ทำให้กลายเป็นโกรธและเกลียดตนเอง เป็นศัตรูกับตนเอง ผลที่ติดตามมาก็คือ เกิดอารมณ์เศร้ามาก มีความรู้สึกว่าคุณเองไร้ค่าไม่มีความหมายใด ๆ ไม่มีความหวัง และเชื่อว่าตนเองเป็นคนไม่ดี

ทฤษฎีของรอเจอร์ส (Rogerian Theory) กล่าวว่า อารมณ์เศร้าเป็นผลจากการไม่ยอมรับความจริงในภาพพจน์เกี่ยวกับตนเอง (ideal self) ที่แตกต่างไปจากภาพพจน์ตนเองที่เป็นจริง (real self) ทำให้บุคคลเกิดความวิตกกังวล สับสนไม่แน่ใจ และเกิดความรู้สึกที่ไม่สามารถเป็นตัวของตัวเองที่แท้จริงได้ จึงทำให้บุคคลพยายามบิดเบือนประสบการณ์ให้ไปสอดคล้องกับความคิดเกี่ยวกับตนเองที่มีอยู่และปฏิเสธที่จะรับรู้ประสบการณ์ส่วนใหญ่ตามความเป็นจริง ซึ่งจะก่อให้เกิดพฤติกรรมที่เป็นปัญหา หรือเกิดความรู้สึกตึงเครียด วิตกกังวล อาจเกิดอารมณ์เศร้าขึ้นได้

## 2. สาเหตุของอารมณ์เศร้า

สุวัทนา (สุวัทนา อารีพรรค 2524: 270-272) ได้กล่าวว่า สาเหตุของอารมณ์เศร้าเกิดจากปัจจัยหลายประการพอสรุปได้ดังนี้ คือ

### 2.1 ปัจจัยทางกรรมพันธุ์ (heredity factors)

ปี ค.ศ.1954 คาลล์แมน พบว่า ฝาแฝดที่เกิดจากไข่ใบเดียวกัน ถ้าคนใดคนหนึ่งมีอารมณ์เศร้า แฝดอีกคนมีโอกาสเป็นร้อยละ 75 แต่ถ้าแฝดเกิดจากไข่คนละใบมีโอกาสเป็นร้อยละ 14 นอกจากนี้พี่น้องของคนที่เป็นโรคซึมเศร้าจะมีโอกาสเป็นสูงกว่าคนทั่วไป 10-15 เท่า ถ้าบิดามารดาเป็นโรคซึมเศร้าบุตรมีโอกาสเป็นถึง 25 เท่า อย่างไรก็ตามก็ยังไม่ทราบว่ามีการถ่ายทอดพันธุกรรมแบบใด แต่มีหลักฐานบางอย่างแสดงว่าน่าจะถ่ายทอดทางโครโมโซมเอ็กซ์ (X)

### 2.2 ปัจจัยทางชีวเคมี (biochemical factors)

2.2.1 ชีววิทยาของสมอง จากการศึกษาที่มีอิทธิพลต่ออารมณ์ พบว่าขณะมีอารมณ์เศร้าจะมีการเปลี่ยนแปลงทางเคมีบางอย่างในสมอง ตัวที่สำคัญ คือ ซีโรโทนิน และนอร์อีพิเนฟรินซึ่งเป็นสื่อสัญญาณทางประสาท ถ้าสื่อสัญญาณทั้งสองตัวนี้ต่ำลงบุคคลนั้นจะเกิดอารมณ์เศร้า ตรงกันข้ามถ้าสื่อสัญญาณประสาทสองตัวนี้เพิ่มขึ้นบุคคลจะเกิดการตื่นเต้นและครึกครื้น

2.2.2 ฮอร์โมนจากต่อมไร้ท่อ อารมณ์เศร้าเกิดบ่อยในผู้หญิง มักจะเกิดในระยะหลังคลอด หรือระยะหมดประจำเดือน ขณะที่มีความผิดปกติของอารมณ์ก็จะมี ความผิดปกติของประจำเดือน ดังนั้นฮอร์โมนที่เกี่ยวข้องกับประจำเดือนอาจเป็นสาเหตุของโรคนี้

### 2.3 ปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม (environment factors)

สภาวะแวดล้อม และสภาวะตึงเครียด เชื่อว่า มีความสัมพันธ์กับการเกิดอารมณ์เศร้า ซึ่งพริส (Priest 1983: 18) ได้กล่าวว่าอารมณ์เศรมีสาเหตุจากการมีสัมพันธ์ภาพ

ที่ไม่ดีต่อกัน มีการหย่าร้าง มีปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ ประสบความล้มเหลวในการทำงาน ถูกออกจางาน การย้ายเข้าสู่วัยชรา

#### 2.4 ปัจจัยทางกลไกของแรงผลักดันทางจิต (psychodynamic factors)

การเกิดอารมณ์เศร้าเกิดจากการสูญเสีย ซึ่งอาจเป็นการสูญเสียในชีวิตจริง หรือเป็นการสูญเสียในมโนภาพก็ได้ เช่น การสูญเสียความภูมิใจในตนเอง การสูญเสียบุคคลที่เป็นที่รัก และที่พึง การสูญเสียตำแหน่งหน้าที่การงานเมื่อถึงคราวเกษียณ การสูญเสียอวัยวะสำคัญของร่างกายที่มีส่วนทำให้ภาพพจน์เกี่ยวกับตนเองเสียไป จะมีการเศร้าโศกเสียใจ ความสนใจสิ่งแวดลอมน้อยลง เบื่อหน่ายในชีวิต รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า มีการเปลี่ยนแปลงวิถีการดำเนินชีวิตอย่างกระทันหัน เช่น เกิดความล้มเหลวในหน้าที่การงานอย่างทันที บางรายถึงกับหย่าร้าง ถ้ามีอารมณ์เศร้ายุทธแรงอาจถึงขั้นฆ่าตัวตายได้ (Lipkin and Cohen 1980: 65-67; Zung 1965: 63-65)

### 3. ระดับของอารมณ์เศร้า

อารมณ์เศร้าแบ่งได้เป็น 3 ระดับ (Stuart and Sundeen 1983: 288; Swanson 1980: 428; สุวนีย์ ดันติพัฒนานันท์ 2522: 157; สมศรี เชื้อหิรัญ 2526: 103) ดังนี้คือ

#### 3.1 อารมณ์เศร้าเล็กน้อย (mild depression or blue moods)

เป็นภาวะที่บุคคลประสบกับความสูญเสีย ผิดหวัง ไม่สมหวัง ขาดคนเห็นใจ รู้สึกคุณค่าตัวเองลดลง (low self-esteem) รู้สึกตัวเองถูกทอดทิ้ง ทำให้เกิดอารมณ์เศร้า และมีผลกระทบต่อร่างกายด้วย คือ นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร น้ำหนักลด อ่อนเพลีย มีอารมณ์เศร้า มีสีหน้าไม่สบาย และเจ็บขมับ ซึ่งจะเกิดในช่วงเวลาหนึ่งเมื่อสาเหตุที่ทำให้เกิดอารมณ์เศร้ายุทธขจัดออกไป หรือแก้ไขสถานการณ์ได้ บุคคลนั้นก็มักจะกลับคืนสู่สภาพปกติ แต่ถ้าไม่สามารถปรับตัวได้จะเกิดอารมณ์เศร้ายุทธมากขึ้น และถ้าเป็นอยู่นาน ๆ จะทำให้เกิดความเปลี่ยนแปลงในเรื่องความคิดความ

รู้สึก และพฤติกรรม เช่น หมกมุ่น หนีสังคม ซึ่งความรู้สึก และพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปนี้เป็น  
 ทางนำไปสู่สถานะของอารมณ์เศร้าปานกลาง (สมสร เชื้อหิรัญ 2526: 104)

### 3.2 อารมณ์เศร้าปานกลาง (moderate depression or neurotic depression)

อารมณ์เศร้าในระยะนี้จะรุนแรงขึ้น จนถึงขั้นที่มีผลกระทบต่อ  
 ชีวิตครอบครัว และการทำงาน แต่ยังสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้ ถึงแม้ว่าจะไม่สมบูรณ์นัก (สุวนีย์  
 ตันติพัฒนานันท์ 2522: 104) พฤติกรรมต่าง ๆ ของบุคคลที่มีอารมณ์เศร้าในระดับปานกลางจะมี  
 พฤติกรรมที่แสดงออกได้ในลักษณะดังต่อไปนี้ (Swanson 1980: 429)

3.2.1 อารมณ์ จะมีอารมณ์ไม่สดชื่น เศร้าสร้อย หม่นหมอง ไม่มีความสุข  
 สุขในการทำงานต่าง ๆ มีความรู้สึกว่าตนเองไร้ค่า ไร้ประสิทธิภาพ ไม่มีกำลัง เป็นคนไม่มีความ  
 สามารถ มีอารมณ์หงุดหงิดง่าย ร้องไห้ง่าย บางครั้งมีความวิตกกังวล โกรธง่าย ก้าวร้าว มีความคิด  
 เกี่ยวกับตนเองว่าตนเองเป็นคนไม่ดีไม่มีความภูมิใจในตนเอง

3.2.2 กระบวนความคิด จะมีความสนใจแคบ ไม่มีสมาธิ ลังเล ตัดสิน  
 ใจไม่ได้ มีความคิดเกี่ยวกับตนเองว่าเป็นบุคคลที่ไม่มีความสุข ไม่มีความหมาย ตนเองต้องสูญเสียอยู่  
 ตลอดเวลา มีผลทำให้นอนไม่หลับ บางรายอาจนอนมากกว่าปกติแต่ยังมีความรู้สึกว่านอนไม่พอ และ  
 มีความเศร้ามากขึ้น จะนอนได้ในระยะสั้น ๆ นอนไม่หลับในเวลากลางคืน ทำให้ต้องเปลี่ยนแบบ  
 แผนการนอน บางรายอาจต้องการฆ่าตัวตาย

3.2.3 ประสาทสัมผัสทางกาย จะรู้สึกหัวใจเต้นแรงกว่าปกติ ใจสั่น  
 แน่นหน้าอก หายใจไม่สะดวก เบื่ออาหาร แต่บางรายอาจแสดงอาการตรงกันข้าม คือ รับ  
 ประทานมากขึ้น น้ำหนักเพิ่มขึ้น นอกจากนี้จะมีความสนใจเรื่องเพศลดลง ไม่สนใจตนเองแม้  
 กระทั่งการแต่งกาย มีความรู้สึกอ่อนเพลีย เมื่อยล้า

3.2.4 การเคลื่อนไหว ท่าทาง และการพูด การเคลื่อนไหวจะช้าลงใน รายที่มีความกระวนกระวายมาก จะแสดงออกในทางย่ำคิดย่ำทำ ซึ่งการแสดงออกนี้ไม่มีจุดหมาย ใด ๆ การพูดจาเป็นไปอย่างค่อนข้างลำบาก มีความจำกัดในเรื่องที่พูด บางครั้งไม่พูดเลย ขาดความ มั่นใจ ปฏิเสธว่าตนไม่มีความสามารถแสดงถึงการยอมแพ้ เรียกร้องความสนใจ (สมศรี เชื้อหิรัญ 2526: 105)

3.2.5 การเข้าสังคม ในระยะแรกจะเข้าสังคมอย่างเสียไม่ได้ จะทิ้ง สังคมทีละน้อย และจะสนใจตนเองมากขึ้น พยายามมองหาคุณค่าของตัวเอง ถ้าไม่พบจะเริ่มไม่แน่ใจ และสงสัยในคุณค่าของตนเอง ขาดความนับถือตนเอง ไม่มีความภาคภูมิใจในตนเอง จากนั้น บุคคลจะเลิกสนใจเอาใจใส่ตนเอง ไม่ต้องการคบเพื่อน และละทิ้งสังคม

3.3 อารมณ์เศร้าอย่างรุนแรง (severe depression or psychotic depression)

เป็นภาวะที่บุคคลมีความเศร้าระดับลึกลงไป และเป็นอยู่นานซึ่งจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างเห็นได้ชัด ผู้ที่มีอารมณ์เศร้ายกระดับนี้ จะไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้และ มักจะถอนตัวออกจากโลกของความจริง มีความคิดที่จะพยายามฆ่าตัวตายเนื่องจากความหลงผิดหรือ ประสาทหลอน (สุวนีย์ ดันติพัฒนานันท์ 2522: 158) จะมีพฤติกรรมที่แสดงออกได้ในลักษณะ ดังต่อไปนี้ (Swanson 1980: 430)

3.3.1 อารมณ์ ผู้ที่มีอารมณ์เศร้าอย่างรุนแรงจะแสดงท่าทางสิ้นหวัง มีความรู้สึกว้าปราชัยจากผู้ช่วยเหลือ ไม่มีความหวัง ไร้คุณค่า ไม่มีความคิดริเริ่มใด ๆ ทั้งสิ้น มีความรู้ สึกต้องการทำร้ายตนเอง และด้วยความรู้สึกที่ว่าตนเองไม่มีความหวัง และมีความหมายใด ๆ จึงทำ ให้เขาเป็นคนไม่มีแรง อ่อนเพลียอยู่ตลอดเวลา และบางครั้งดูเหมือนว่าไม่มีอารมณ์ใด ๆ เกิดขึ้น คือ เฉยเมย อารมณ์เศร้าอาจไม่จำเป็นต้องมีอยู่ตลอดเวลา เมื่อไม่มีอารมณ์เศร้าจะมีความรู้สึกสนุก สนาน หรือขบขัน (สมศรี เชื้อหิรัญ 2526: 101-108)

3.3.2 กระบวนการคิด บุคคลที่มีความเครียดระดับนี้จะมีความคิดเชิงซ้ำ และมักจะมีความคิดที่จะฆ่าตัวตายอยู่เสมอ และถ้ามีอารมณ์เศร้าอย่างรุนแรงแล้วจะไม่มีพลังอะไรคิดได้อีก แต่เขาจะรับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงตนเอง มีความวิตกกังวลใจมากเพราะไม่ทราบสาเหตุ มีความรู้สึกว่าตนเองไร้ค่าหมดความสำคัญ รู้สึกว่าตนเองไม่มีความสามารถทางสติปัญญา หรือเกียรติยศ ชื่อเสียง มองตัวเองด้านไม่ดี เป็นบุคคลที่ไม่มีประโยชน์อยู่ตลอดเวลา เป็นภาระของครอบครัว ทำความยุ่งยากให้ครอบครัว จึงคิดอยากฆ่าตัวตาย

3.3.3 ประสาทสัมผัสทางกาย การเคลื่อนไหว ท่าทาง และการพูด ผู้ที่มีอารมณ์เศร้าอย่างรุนแรงนี้แทบจะไม่มี การเคลื่อนไหว บางรายอาจจะนั่งอยู่เฉย ๆ อยู่ในท่าเดียนาน ๆ หรืออาจจะไม่อยู่นิ่ง ผุดลุกผุดนั่ง การเคลื่อนไหวของร่างกายไม่มีจุดหมายใด ๆ ไม่เข้าใจตนเอง เมื่ออาหาร รับประทานอาหารอย่างเสียไม่ได้ ท้องผูก ไม่ถ่ายปัสสาวะ นอนไม่หลับ หลับยาก หลับไม่สนิท ผื่นร้าย ถึงแม้ว่าจะไม่ได้ ออกแรงก็จะเพลียอยู่ตลอดเวลา เหนื่อยง่าย การพูดจา เป็นไปอย่างเชื่องช้า เจ็บซึม เกือบจะไม่พูด และบางครั้งอาจจะมีการสื่อสารกันโดยไม่ใช้ภาษาพูด

3.3.4 การเข้าร่วมสังคม อารมณ์เศร้าระดับนี้จะไม่มีการเข้าร่วมสังคมใด ๆ ไม่สนใจสิ่งแวดล้อมรอบตัว เกือบจะไม่มีการติดต่อกับบุคคลอื่น

#### 4. ผลของอารมณ์เศร้า

อารมณ์เศร้าเมื่อเกิดขึ้นกับบุคคลใด บุคคลนั้นจะรู้สึกว่าทุกสิ่งทุกอย่างในโลกดูเศร้า ไม่สวยงามเป็นระยะที่เกิดความขัดแย้งในจิตใจ และถ้าบุคคลนั้นมีอาการเศร้าเป็นเวลานานอาจทำร้ายตนเองได้ บางครั้งอาการเศร้าอาจไม่สามารถสังเกตได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับระดับความรุนแรงของอารมณ์เศร้า (Swanson 1980: 427) อารมณ์เศร้าจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ ดังต่อไปนี้ คือ (Carter 1967: 257-258; Priest 1983: 16-20; สุวนีย์ ตันติพัฒนานันท์ 2522: 154-155; สมกพ เรื่องตระกูล 2516: 1510-1517)

#### 4.1 การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย (physiological change)

อาจเปลี่ยนแปลงเพียงอย่างเดียวหนึ่ง หรือหลาย ๆ อย่างก็ได้ ซึ่งผู้มี  
อารมณ์เศร้าจะรู้สึกว่ายิวะของเขาทำหน้าที่ไม่ปกติ หรือมีความผิดปกติที่อวัยวะนั้นอันเป็นสาเหตุที่  
ทำให้ต้องไปพบแพทย์ด้วยอาการต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

4.1.1 เหน็ดเหนื่อยง่าย อ่อนเพลียโดยไม่มีสาเหตุ แบบแผนของการ  
นอนหลับผิดปกติไปจากเดิม กล่าวคือ นอนมากกว่าปกติ แต่รู้สึกวอนนอนไม่พอ ในบางรายจะนอน  
ไม่หลับ หรือหลับยาก

4.1.2 มีอาการท้องผูก หรือถ่ายลำบากอยู่เสมอ

4.1.3 มีอาการเบื่ออาหารเป็นสาเหตุทำให้น้ำหนักลดลงไปจากเดิม

4.1.4 มีอาการเปลี่ยนแปลงของระบบประจำเดือน เช่น ประจำเดือนมา  
น้อยกว่าปกติ บางรายไม่มีประจำเดือน หรือมีประจำเดือนแต่ไม่สม่ำเสมอเหมือนปกติ

4.1.5 กล้ามเนื้อไม่มีแรง การเคลื่อนไหวของร่างกายเป็นไปอย่างช้า ๆ  
เช่น เดินช้า

4.1.6 ไม่สนใจเรื่องเพศ หรือมีความต้องการทางเพศลดลง

#### 4.2 การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ (psychological change)

ผู้ที่อยู่ในอารมณ์เศร้าจะมีอาการทางจิตใจดังนี้ คือ

4.2.1 จิตใจหดหู่ เศร้าหมองไม่สดชื่น

4.2.2 ความจำเสื่อม มักจำอะไรไม่ค่อยได้ สับสนง่าย ลังเลไม่แน่ใจ  
และไม่มั่นใจในตนเอง

4.2.3 ไม่มีสมาธิ มีความสนใจในระยะสั้น ๆ เท่านั้น ไม่สามารถสนใจ  
สิ่งหนึ่งสิ่งใดได้นาน ๆ

4.2.4 ไม่มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ หรือมีน้อย

4.2.5 มีความรู้สึกที่ตนเองไร้ค่าไม่มีความหมาย



#### 4.3 การเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ (emotional change)

ขึ้นอยู่กับระดับความรุนแรงของอารมณ์เศร้า บางรายมีอาการเบื่อกเล็กน้อย บางรายเบื่อกอย่างมาก หดหู่ เศร้าหมอง มองโลกไม่สดใส ไม่สนใจต่อสิ่งแวดล้อม หมดอาลัยตาย อดอยากในชีวิตจนบางครั้งมีความรู้สึกว่ายากตายให้พ้นจากโลก ผู้ที่อยู่ภาวะเศร้าพบว่ามีความกลัว และความวิตกกังวลร่วมอยู่ด้วยประมาณร้อยละ 75 เช่น กังวลว่าจะเลิกเสพเฮโรอีนไม่ได้ ความกลัว และความวิตกกังวลนี้จะวนเวียนอยู่ในความคิด ทำให้ไม่สามารถทำใจให้สงบได้

#### 5. อารมณ์เศร้าของผู้ติดเฮโรอีน

อารมณ์เศร้าของผู้ติดเฮโรอีน เป็นภาวะการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ (emotional reaction) ซึ่งมักพบได้ในผู้ติดเฮโรอีนทุกราย และนับเป็นปัญหาที่สำคัญที่สุดปัญหาหนึ่งซึ่งมีผลกระทบต่อการรักษาอย่างมากมายพอ ๆ กับตัวยาเฮโรอีนเอง มีงานวิจัยหลายรายที่พบว่าผู้ติดเฮโรอีน ในระยะถอนพิษยา จะมีอารมณ์เศร้าที่เนื่องมาจากความเชื่อในทางลบเกี่ยวกับการรักษา และผลจาก ภาวะเครียดที่เกิดขึ้นทั้งด้านสรีระวิทยา และด้านจิตใจ ทำให้ผู้ติดเฮโรอีนรู้สึกว่าคุณค่าของตัวเอง ลดลง ดังเช่น ดันแคน (Duncan 1965: 24) ได้รายงานไว้ว่า อารมณ์เศร้าเป็นอาการอย่างหนึ่ง มักเกิดกับผู้ติดเฮโรอีน ซึ่งคิดว่าตนเองไม่มีคุณค่า ไม่ได้รับการเอาใจใส่

เวสส์แมน (Weissman cited by Gibson and Chambers 1976: 103) ได้ศึกษาในกลุ่มผู้ติดเฮโรอีน พบว่า ผู้ติดเฮโรอีนมีอาการเศร้าเป็นลักษณะเด่นที่สำคัญ และ มักจะมีภาพพจน์ (mental image) เกี่ยวกับตนเองว่าไม่เป็นที่ยอมรับของพ่อแม่ ญาติพี่น้อง เพื่อน หรือถูกปฏิเสธจากครอบครัว และเพื่อน จึงทำให้เกิดความวิตกกังวล และมีความคิดเสมอว่า เป็นความผิดของตัวเอง ทำให้ความภูมิใจลดลง เกิดอารมณ์เศร้าขึ้นได้

ส่วนในประเทศไทยได้มีผู้ศึกษาวิจัยเกี่ยวกับอารมณ์เศร้าของผู้ติดเฮโรอีนไว้น้อยมาก ดังเช่นพรรณวิสัย (พรรณวิสัย วิสัยทอง 2521: 56) ได้ศึกษาเยาวชนที่ติดและไม่ติดเฮโรอีนพบว่า เยาวชนที่ติดเฮโรอีนมีอาการเศร้าเป็นลักษณะเด่น ทำให้เกิดความเปลี่ยนแปลงทั้งทางอารมณ์ แรงจูงใจทางร่างกาย พฤติกรรม และความคิด ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยของมาลี และประสิทธิ์ (มาลี

ไชยธีรานุวัฒน์ และประสิทธิ์ ลีระพันธ์ 2523 : 64) ได้ศึกษาบุคลิกภาพ และทัศนคติเกี่ยวกับ ผู้ติดยาเสพติด พบว่า กลุ่มผู้ติดยาโรอินได้คะแนนสูงในมาตราตีเพรสชั่น แสดงว่า อารมณ์เศร้าเป็น ลักษณะเด่นที่สำคัญของผู้ติดยาโรอินเช่นเดียวกัน นอกจากนี้ประยูร (ประยูร นรการผดุง 2510 : 52.1-52.27) ซึ่งศึกษาผู้ติดยาโรอินในระยะถอนพิษยาของโรงพยาบาลรณรงค์ พบว่า ผู้ติดยาโรอินในภาวะที่ต้องการยา อารมณ์จะเปลี่ยนแปลงหลายอย่าง เช่น หงุดหงิด วิตกกังวล ซึมเศร้า ไวยวาย ความนึกคิดไม่คงเส้นคงวา ผู้ติดยาโรอินมักจะเกิดปมด้อย ระวังว่าไม่มีใครหวังดี สังคม ดูถูกเหยียดหยาม มีความกังวลเกี่ยวกับฐานะเศรษฐกิจ

จากเหตุผลดังกล่าวมาแล้วข้างต้น พบว่า การติดยาโรอินมีสาเหตุมาจากความผิดปกติทั้งทางร่างกาย และจิตใจ ผู้ติดยาบางคนอาจมีสภาพจิตใจขึ้นกับยา และจากผลการศึกษาภาวะการติดยาซ้ำของพรศิริ และคณะ (พรศิริ ชาตยานนท์ และคณะ 2520 : 94) พบว่า การบำบัดรักษาทางกายเพียงอย่างเดียวไม่ได้ผลสมบูรณ์ จะต้องมีการบำบัดรักษาทางใจด้วยเพื่อให้ผู้ติดยาเกิดความเชื่อมั่น ไม่กลับไปเสพยาซ้ำอีกภายหลังจากการได้รับการรักษาแล้ว นอกจากนี้การบำบัดรักษาทางใจยังช่วยให้ผู้ติดยามีความตั้งใจที่จะอยู่รับการบำบัดรักษาจนครบขั้นตอนของการบำบัดรักษา ซึ่งการบำบัดรักษาด้านจิตใจ (Psychological Approaches) มีด้วยกันหลายวิธี เช่น การส่งเสริมกำลังใจ (Supporting Psychotherapy) กลุ่มสัมพันธ์และเผชิญหน้าซึ่งกันและกัน (Encounter and Confrontation Group) กลุ่มบำบัด (Group Psychotherapy) การผ่อนคลาย (Relaxation Therapy) การทำสมาธิ (Self-Meditation) โยคะ (Yoga) พฤติกรรมบำบัด (Behavior Therapy) และการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบรายบุคคล (Individual Counseling) เป็นต้น จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบรายบุคคลสามารถช่วยลดความรู้สึกนึกคิด ความวิตกกังวลต่าง ๆ รวมทั้งอารมณ์เศร้าที่เกิดขึ้นได้ ซึ่งช่วยให้บุคคลนั้นสามารถปรับความรู้สึกทางอารมณ์ของตนได้เป็นอย่างดี

#### การปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบรายบุคคล (Individual Counseling)

การปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบรายบุคคล มีจุดมุ่งหมายเพื่อยกระดับจิตใจของมนุษย์ให้เป็นบุคคลที่มีสุขภาพจิตดี ซึ่งเป็นจุดมุ่งหมายสูงสุดของการปรึกษาเชิงจิตวิทยา กระบวนการดังกล่าวจะเอื้ออำนวยให้ผู้มาปรึกษาเกิดการพัฒนาทางด้านจิตใจ ทำให้เข้าใจตนเอง และชีวิตดีขึ้น เกิดการ

ปรับตัวมีความสามารถในการตัดสินใจ เพิ่มทักษะทางสังคม และลดปัญหาทางอารมณ์ มุ่งให้บุคคลมีสุขภาพจิตดี และมีชีวิตที่มีความสุข (Fretz 1982: 16) นักจิตวิทยาการปรึกษามีส่วนเป็นผู้เอื้ออำนวยบรรยากาศของการเจริญเติบโตของมนุษย์ให้เกิดขึ้นได้ ในกระแสความเคลื่อนไหวของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบรายบุคคล

การปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบรายบุคคล เป็นกระบวนการสร้างสัมพันธภาพระหว่างนักจิตวิทยาการปรึกษา ซึ่งเป็นนักวิชาชีพที่ได้รับการอบรม กับผู้มาปรึกษาซึ่งต้องการความช่วยเหลือ เพื่อช่วยให้ผู้มาปรึกษาได้เข้าใจตนเองเพิ่มขึ้น ปรับปรุงทักษะการตัดสินใจ และทักษะในการแก้ปัญหา ตลอดจนปรับปรุงความสามารถในการที่จะทำให้อัตนเองพัฒนาขึ้น (วัชร ทรัพย์มี 2525: 5) นักจิตวิทยาการปรึกษาจะต้องเข้าใจความรู้สึก ให้เกียรติ ให้ความอบอุ่น ความเข้าใจต่อผู้มาปรึกษา และจะต้องส่งเสริมให้เขาได้แสดงออกด้วย (วัชร ทรัพย์มี 2522: 176) นอกจากนี้ นักจิตวิทยาการปรึกษามีบทบาทในการช่วยให้ผู้มาปรึกษาได้ผ่อนคลายอารมณ์เกี่ยวกับปัญหา สามารถมองเห็นแนวทางในการแก้ปัญหา และเข้าใจสถานการณ์ของตนเองได้ชัดเจนมากขึ้น โดยการจัดบรรยากาศที่เอื้ออำนวยให้ผู้มาปรึกษาได้ปรับตัว และพัฒนาศักยภาพไปในทางที่ตนเองปรารถนา (จีน แบร์ 2528: 4; Bozarth 1976: 179-182) การปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบรายบุคคลจึงเป็นกระบวนการที่ช่วยเหลือบุคคลที่มีความไม่สบายใจ มีปัญหาหรือมีความกดดันบางประการเกิดขึ้นในใจ เช่น ความวิตกกังวล หงุดหงิด โกรธ เศร้า หม่นหมอง หวาดกลัว และอื่น ๆ ซึ่งรวมเรียกว่าสภาวะจิตใจอันขาดพร้อม (โลริช โพรธแก้ว 2529) เพื่อให้ผู้มาปรึกษาได้พูดคุยถึงสถานการณ์ความไม่สบายใจดังกล่าวออกมา โดยมีนักจิตวิทยาการปรึกษาเป็นผู้คอยช่วยเหลือให้ผู้มาปรึกษาได้พิจารณาตนเองอย่างถูกต้องกับสภาพความเป็นจริง สามารถมองเห็นแนวทางที่จะแก้ปัญหาได้ด้วยตนเอง อันจะส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ทัดตนคติไปในทางที่ตนเองปรารถนา ซึ่งจะลดความวิตกกังวล และอารมณ์เศร้าลงได้ (Beck 1972: 349)

การปรึกษาเชิงจิตวิทยารายบุคคลจึงมิใช่ลักษณะการสอน หรือการชี้แนะ แต่เป็นการช่วยให้ผู้มาปรึกษาได้สำรวจค้นหา และกล้าที่จะเผชิญกับปัญหาที่รบกวนจิตใจเขาโดยตรง นอกจากนี้ยังสามารถที่จะเห็นแนวทางที่จะแก้ปัญหานั้น เป็นการให้ผู้นั้นได้ตระหนักรู้เอง เพิ่มสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น และมีบุคลิกภาพที่สมบูรณ์ เป็นจิตใจที่เป็นอิสระอยู่บนรากฐานของความจริงกับสิ่งที่ปรากฏอยู่ข้างหน้าอย่างชัดเจน เป็นภาวะที่กลมกลืนเป็นหนึ่งเดียวกับความจริง

ดังนั้นเป้าหมายสูงสุดของการปรึกษาเชิงจิตวิทยารายบุคคล คือ การพัฒนาบุคคลเพื่อยกระดับจากสภาวะจิตใจอันขาดพร่อง (unhealthy) ไปสู่สภาวะจิตใจอันสมบูรณ์ (healthy) ซึ่งมาสโลว์ เรียกว่า Actualizing Person หรือ รอเจอร์ส เรียกว่า Fully Functioning Person หรือ อิริค ฟรอมม์ เรียกว่า Productive Person (Schultz 1977: 24-26; Rogers 1951: 488; Trotzer 1977: 1; Verney 1974: 34-35; Shertzer and Stone 1974: 218-219; Burks and Steffle 1979: 53-59)

### 1. การปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบยึดผู้มาปรึกษาเป็นศูนย์กลาง (Client-Centered Counseling Theory or Non-Directive Counseling Theory)

คาร์ล อาร์ รอเจอร์ส (Carl R. Rogers) เป็นผู้ริเริ่มพัฒนาแนวทางการปรึกษาแบบยึดผู้มาปรึกษาเป็นศูนย์กลาง โดยมีแนวคิดเกี่ยวกับบุคลิกภาพที่สมบูรณ์ว่าเป็นภาวะที่ตัวตนที่แท้จริง (real self) มีความสอดคล้อง (congruence) กับตัวตนในอุดมคติ (ideal self) ดังนั้นบุคคลที่มีการตระหนักรู้ที่ชัดเจนต่อตนเอง มีการปรับตัว มีวุฒิภาวะ เปิดกว้างที่จะรับประสบการณ์ใหม่ ๆ มีความสอดคล้องไว้วางใจในอินทรีย์ของตนเอง และบุคคลอื่น (Patterson 1980: 488) จึงเป็นบุคคลที่มีบุคลิกภาพที่สมบูรณ์

รอเจอร์ส (Rogers อ้างถึงใน วาสนา แฉล้มเขตร 2525: 27) กล่าวว่า บุคคลที่มีความคิดขัดแย้งเกี่ยวกับตน และประสบการณ์ที่เกิดขึ้นจริง ๆ ทำให้เกิดความรู้สึกวิตกกังวล สับสนไม่แน่ใจ และเกิดความรู้สึกที่ไม่สามารถเป็นตัวเองที่แท้จริงได้ จะพยายามบิดเบือนประสบการณ์ให้ไปสอดคล้องกับความคิดเกี่ยวกับตนที่มีอยู่ การปรึกษาเชิงจิตวิทยาจึงเน้นที่ตัวผู้มาปรึกษาโดยนักจิตวิทยาการปรึกษาจะต้องสร้างสัมพันธภาพที่อบอุ่น ยอมรับ และเข้าใจในตัวผู้มาปรึกษา ช่วยให้เขาได้รับรู้เกี่ยวกับตนเองในสภาพที่เป็นจริงมากขึ้น ทำให้เขาเป็นตัวของเขาเอง สามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเอง คอมบส์ (Combs อ้างถึงใน อนนต อนันตรังสี 2514: 127) มีความเห็นทำนองเดียวกันว่า การปรึกษาแบบยึดผู้มาปรึกษาเป็นศูนย์กลางจะใช้ได้ผลดีในผู้มาปรึกษาที่มีปัญหาทางอารมณ์



ดังนั้นการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบยึดผู้มาปรึกษาเป็นศูนย์กลาง จึงเป็นกระบวนการที่ผู้มาปรึกษาได้รับการช่วยเหลือให้รู้จักช่วยตนเอง โดยนักจิตวิทยาการปรึกษาจะสร้างความสัมพันธ์กับผู้มาปรึกษา เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้มาปรึกษาได้มีอิสระเต็มที่ในการยอมรับ และสำรวจความนึกคิดของตน ทำให้กระจ่างชัดในปัญหา เข้าใจตนเอง และมองเห็นแนวทางในการแก้ปัญหาต่อไป (Burks and Stefflre 1979: 84-85; Rogers and Wallen 1946: 5)

การปรึกษาเชิงจิตวิทยาของรอเจอร์สถูกนำไปใช้มากจนเป็นที่ยอมรับกันทั่วโลกในขณะนี้ นอกจากนี้ยังมีผู้นำไปใช้ในการทดสอบ และวิจัยกันอย่างมากมาย (Burks and Stefflre 1979: 64-65) ดังเช่นแฮมรินและพอลสัน (Hamrin and Paulson 1969: 85) ได้สรุปว่าการปรึกษาเชิงจิตวิทยามีความสำคัญมาก ทำให้ผู้มาปรึกษาได้เรียนรู้เกี่ยวกับปัญหาของเขาได้ดีขึ้น นอกจากนี้ยังทำให้เขาได้เรียนรู้ต่อไปด้วยว่า ถ้าเกิดปัญหาขึ้นอีกเขาจะแก้ไขได้อย่างไร

ไทเลอร์ (Tyler 1961: 279) ได้ทดลองให้การปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบรอเจอร์สเพื่อพัฒนาความคิด และทัศนคติเกี่ยวกับตนเอง พบว่า หลังการให้ปรึกษากลุ่มตัวอย่างมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และมีการประมาณค่าพฤติกรรมของตนเองดีขึ้นกว่าเดิม

สุธีร์พันธุ์ และคณะ (สุธีร์พันธุ์ กรลักษณ์ และคณะ 2523: 62) กล่าวว่า การปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบรอเจอร์ส เป็นทฤษฎีหนึ่งที่ยอมรับเมื่อผู้มาปรึกษาเกิดปัญหาในระดับความรู้สึก ซึ่งอาจได้แก่ ความรู้สึกเบื่อหน่าย หมดอาลัยในชีวิตหรือความน้อยใจในตนเอง ทำให้บั่นทอนกำลังใจจนทำให้รู้สึกท้อแท้ในชีวิต ส่วนในด้านทฤษฎีได้มีการพัฒนาทฤษฎีบุคลิกภาพ และทฤษฎีการบำบัดรักษาอย่างชัดเจน (Patterson 1980: 476) และที่สำคัญทฤษฎีนี้สามารถนำมาประยุกต์ใช้กับสถานการณ์การปรึกษาแบบอื่น ๆ ได้เป็นอย่างดี แนวคิดนี้ได้แพร่หลาย และถูกนำไปใช้ในการดำเนินชีวิตในสังคมปัจจุบันมากมาย (Burks and Stefflre 1979: 85)

## 2. แนวคิดพื้นฐานของการปรึกษาเชิงจิตวิทยา

รอเจอร์สมีความเชื่อเกี่ยวกับมนุษย์ว่า โดยพื้นฐานแล้วมนุษย์เป็นผู้มีเหตุผลเมื่อได้รับการอบรมสั่งสอนขัดเกลาแล้ว มนุษย์มีความปรารถนาที่จะก้าวไปข้างหน้า เพื่อต่อสู้ให้ตนเองเจริญ

เดบโตเป็นบุคคลที่มีบุคลิกภาพที่สมบูรณ์ รอเจอร์สได้สรุปลักษณะที่สำคัญของมนุษย์ไว้ 5 ประการ (วัชร ทรัพย์มี 2525 : 50-52) ดังนี้ คือ

2.1 มนุษย์เป็นผู้มีความสามารถ มีศักดิ์ศรี และมีคุณค่า ดังนั้นนักจิตวิทยาการปรึกษาจะต้องสนับสนุนให้ผู้มาปรึกษาสามารถลดปัญหาทางอารมณ์ และใช้เหตุผลในการแก้ปัญหาแทน

2.2 มนุษย์มีแนวโน้มที่จะพัฒนาตนเองได้ เมื่ออยู่ในสถานการณ์ที่เหมาะสม นักจิตวิทยาการปรึกษาจะต้องจัดสภาพที่เหมาะสม เพื่อให้บุคคลได้พัฒนาความสามารถของตนอย่างอิสระเต็มที่

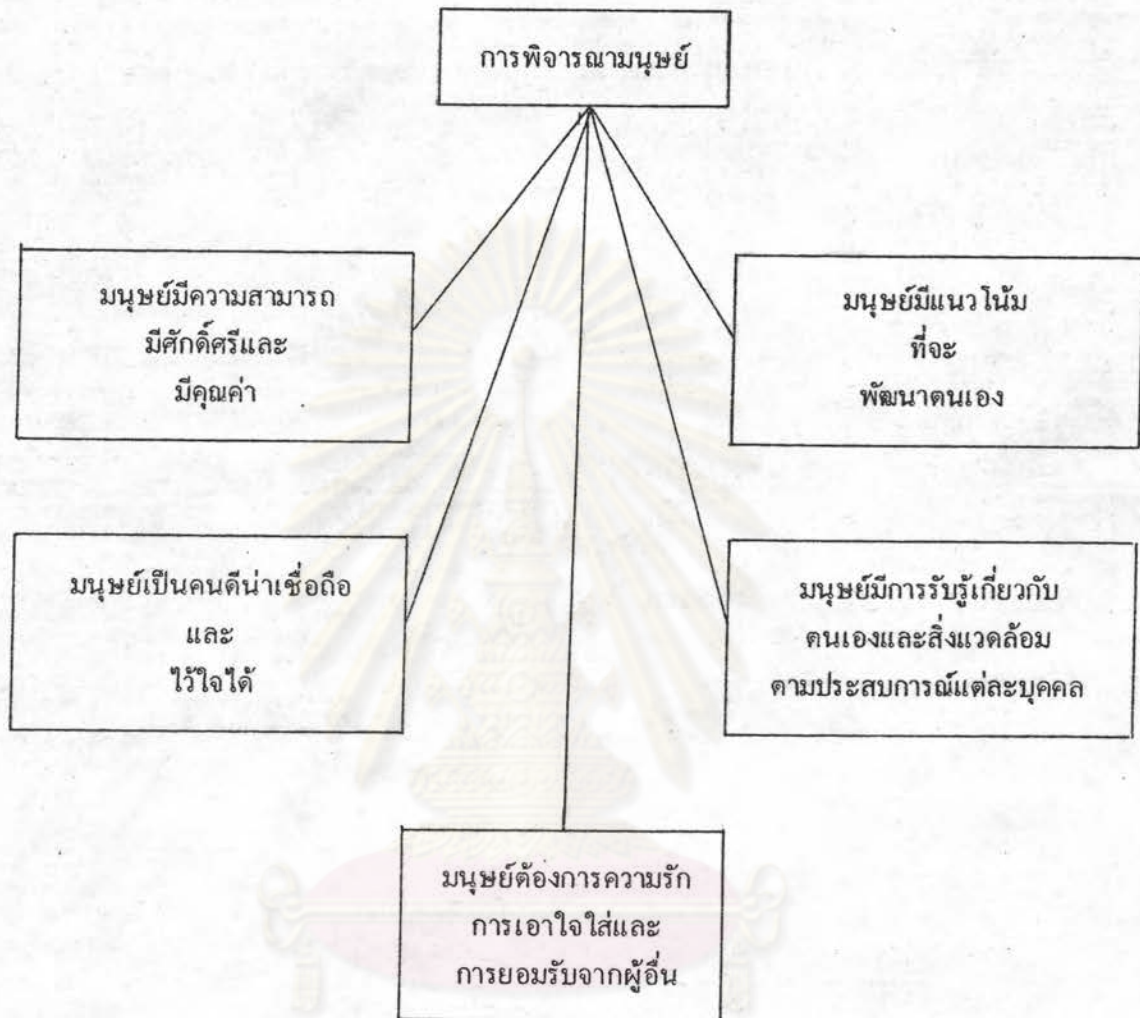
2.3 มนุษย์เป็นคนดีน่าเชื่อถือ และไว้วางใจได้ นักจิตวิทยาการปรึกษาจะต้องช่วยลดการใช้กลวิธีป้องกันตนเองของผู้มาปรึกษาลง เพื่อให้สามารถเปิดรับประสบการณ์ได้กว้างขึ้น

2.4 มนุษย์มีการรับรู้เกี่ยวกับตนเอง และสิ่งแวดล้อมตามประสบการณ์ของแต่ละบุคคล นักจิตวิทยาการปรึกษาจะต้องเข้าใจการรับรู้ต่าง ๆ ของผู้มาปรึกษาได้อย่างถูกต้อง

2.5 มนุษย์ต้องการความรัก การเอาใจใส่ และการยอมรับจากผู้อื่น นักจิตวิทยาการปรึกษาต้องมีทัศนคติที่ดี และยอมรับผู้มาปรึกษาโดยปราศจากเงื่อนไข ดังแสดงในภาพที่ 1 ดังนี้

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาพที่ 1 ภาพสรุปการพิจารณามนุษย์ตามแนวคิดแบบยึดผู้มาปรึกษาเป็นศูนย์กลางของรอเจอร์ส (วัชร ทรัพย์มี 2525 : 50-52)



### 3. หลักการสำคัญของการปรึกษาเชิงจิตวิทยา

รอเจอร์สเชื่อว่าแกนสำคัญของบุคลิกภาพ คือ ความรู้สึกนึกคิดที่บุคคลมีต่อตนเอง (self-concept) อันจะก่อให้เกิดการรับรู้ว่าคุณเป็นคนดีหรือไม่ มีความสามารถมากน้อยเพียงใด ความรู้สึกนึกคิดเกี่ยวกับตนเองนั้นมีทั้งทางบวกและทางลบ

3.1 ความนึกคิดเกี่ยวกับตนทางบวก ผู้ที่มีความรู้สึกเกี่ยวกับตนในทางบวกจะเกิดความภูมิใจในตนเอง รู้สึกว่าคุณค่า และมีความเชื่อมั่นในตนเอง

3.2 ความนึกคิดเกี่ยวกับตนเอง ผู้ที่มีความรู้สึกเกี่ยวกับตนเองจะเกิดความ รู้สึกน้อย ไม่มีความสามารถ และขาดความเชื่อมั่นในตนเอง

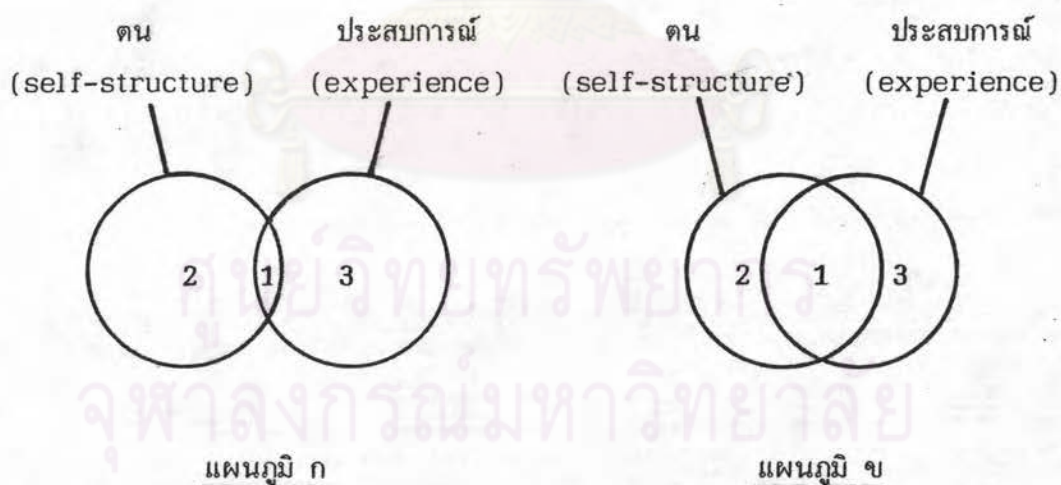
รอเจอร์ส (Rogers 1951: 483-532) ได้อธิบายว่าการที่บุคคลเกิดความไม่สบายใจ หรือเกิดอารมณ์เศร้า เนื่องจากเกิดความไม่สอดคล้อง (incogruence) ระหว่างโครงสร้างของ "ตน" (self-structure) กับ "ประสบการณ์" ที่เป็นจริง (experience) ทำให้เกิดความขัดแย้งขึ้นเมื่อความคิดเกี่ยวกับ "ตน" แตกต่างไปจากประสบการณ์จริงที่รับรู้ บุคคลนั้นจะได้รับการคุกคามทางจิตจึงใช้กลไกป้องกันตนเอง (defense mechanism) เพื่อหลบหนีจากการคุกคามนั้น หรือทำให้การรับรู้บิดเบือนไป เพื่อให้สอดคล้องกับความนึกคิดเกี่ยวกับตน ทำให้บุคคลไม่สามารถปรับตัวได้ จึงเกิดพฤติกรรมที่เป็นปัญหา หรือมีอารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย ดังอธิบายจากภาพที่ 2

ภาพที่ 2 แสดงบุคลิกภาพของผู้ปรับตัวได้ และผู้ปรับตัวไม่ได้

ก. แสดงบุคลิกภาพของผู้ที่ปรับตัวไม่ได้

ข. แสดงบุคลิกภาพของผู้ที่ปรับตัวได้ดีระดับหนึ่ง

(Carl, R. Rogers. Client-Centered Therapy. "A Story of Personality and Behavior." 1951: 526-527)



ตน แทนด้วยวงกลมข้างซ้าย แสดงถึงความคิดรวบยอดที่ประกอบด้วย การรับรู้ของบุคคลที่เกี่ยวกับตน เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างตนเองกับผู้อื่น และเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมรอบตัวเขา รวมทั้งคำนึงด้วย ประสบการณ์ แทนด้วยวงกลมข้างขวา แสดงถึงความรู้สึก และประสบการณ์ทั้งหมดของบุคคล เป็นส่วนที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ



บริเวณที่ 1 เป็นส่วนของสนามแห่งปรากฏการณ์ที่ความคิดเกี่ยวกับตนเอง มีความสอดคล้องกับ ประสบการณ์ที่รับรู้ (accepted experience)

บริเวณที่ 2 เป็นส่วนของสนามแห่งปรากฏการณ์ซึ่งได้รับรู้มาอย่างบิดเบือน หรือได้รับรู้มาจากบุคคล อื่นที่แวดล้อม ซึ่งบุคคลรับรู้เสมือนเป็นของตนเอง เป็นส่วนของโครงสร้างที่มีการรับรู้ อย่างบิดเบือน (distorted experience)

บริเวณที่ 3 เป็นส่วนของสนามแห่งปรากฏการณ์บางอย่างที่ถูกปฏิเสธที่จะรับรู้ เพราะว่าเป็นสิ่งไม่ สอดคล้องกับความนึกคิดเกี่ยวกับตน (denied experience)

แผนภูมิ ก แสดงถึงผู้มีลักษณะตึงเครียดทางอารมณ์ เป็นผู้ที่ปรับตัวไม่ได้

จากบุคลิกภาพแผนภูมิ ก จะเห็นว่ามีความขัดแย้ง หรือไม่สอดคล้องเป็นอย่างมาก ระหว่างประสบการณ์ และ โครงสร้างของตน เป็นการรับรู้ประสบการณ์อย่างบิดเบือนไม่ตรงตามสิ่ง ที่เกิดขึ้นจริง และปฏิเสธที่จะรับรู้ประสบการณ์ส่วนใหญ่ตามความเป็นจริง เป็นบุคลิกภาพที่อ่อนแอ ไม่มั่นคงมีแนวโน้มที่จะเกิดปัญหา แต่บุคคลจะรับรู้ว่าคุณมีปัญหหรือไม่นั้นขึ้นอยู่กับสิ่งแวดล้อมของ เขา ซึ่งจะก่อให้เกิดความรู้สึกตึงเครียด วิตกกังวล อาจเกิดอารมณ์เศร้าขึ้นได้ ซึ่งถ้าอยู่ในภาวะ เช่นนี้ การปรึกษาทางจิตวิทยาจะช่วยลดความตึงเครียด และอารมณ์เศร้าที่เกิดขึ้นด้วย

แผนภูมิ ข แสดงถึงผู้มีความสมดุลทางอารมณ์ เป็นผู้ที่ปรับตัวได้ดี

จากบุคลิกภาพแผนภูมิ ข เป็นบุคลิกภาพของผู้ที่มีความสมดุลทางอารมณ์ หรือผู้ที่ได้รับการ ปรึกษาทางจิตวิทยาแล้ว จะมีการเปลี่ยนแปลงในสัมพันธภาพระหว่างโครงสร้างของตนและประสบ- การณ์ จะเห็นได้ว่าบริเวณที่ 1 ขยายออกเนื่องจากประสบการณ์จริงที่เคยถูกปฏิเสธได้รับการยอมรับ และรับรู้ประสบการณ์จริงบริเวณที่ 2 ถูกต้องตามสภาพความเป็นจริงว่าเป็น "ทัศนนะของผู้อื่น" แผน ภูมิ ข จึงเป็นบุคลิกภาพที่มีความมั่นคงในอารมณ์ มีความวิตกกังวลน้อย เพราะบุคคลมีความยืดหยุ่น เปิดใจกว้างรับประสบการณ์ใหม่อย่างตรงต่อความเป็นจริง

#### 4. จุดมุ่งหมายของการปรึกษา

จากเหตุผลดังกล่าวมาแล้วข้างต้นเห็นได้ว่า การปรึกษาแบบยึดผู้มาปรึกษาเป็นศูนย์กลาง เป็นการเอื้ออำนวยให้ผู้มาปรึกษาได้เปลี่ยนแปลงบุคลิกภาพเดิมมาสู่บุคลิกภาพใหม่ที่สอดคล้องหรือกลมกลืน เป็นบุคคลที่มีบุคลิกภาพที่สมบูรณ์ คือ สามารถเปิดใจ และปรับตัวได้กับประสบการณ์ใหม่ ๆ รู้สึกดีทุกขณะ เชื่อถือตนเอง และมีความรู้สึกเป็นอิสระไม่รู้สึกคุกคามจากสภาพแวดล้อม (Schultz 1977: 24-26) มีความเป็นตัวของตัวเอง สามารถแก้ไขปัญหาได้ด้วยตนเอง ดังนั้น จุดมุ่งหมายของการปรึกษาแบบยึดผู้มาปรึกษาเป็นศูนย์กลาง คือ

4.1 เพื่อให้ผู้มาปรึกษามีความรู้สึกนึกคิดต่อตนเองที่สอดคล้องกับข้อเท็จจริงเพิ่มขึ้น ลดการบิดเบือน หรือการเก็บกดประสบการณ์ของตน สามารถประเมินตนเองได้ตรงต่อความเป็นจริง

4.2 เพื่อให้ผู้มาปรึกษามีความมั่นใจในตนเองเพิ่มขึ้น ลดความรู้สึกหดหู่ที่ถดถอยมีกำลังต่อสู้ชีวิตใหม่ ยอมรับความจริง และพร้อมที่จะเลือกดำเนินการกับชีวิตของตนเอง

4.3 เพื่อให้ผู้มาปรึกษารู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าเพิ่มขึ้น

4.4 เพื่อให้ผู้มาปรึกษาที่มีความเป็นตัวของตัวเอง สามารถตัดสินใจและแก้ปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4.5 เพื่อให้ผู้มาปรึกษาสามารถปฏิบัติการกิจในชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งทางด้านส่วนตัว การเรียน และการทำงาน

4.6 เพื่อให้ผู้มาปรึกษาเป็นบุคคลที่มีประสิทธิภาพ โดยยอมรับความจริง เปิดรับประสบการณ์ต่าง ๆ พัฒนาตนเอง และเชื่อมั่นในการตัดสินใจด้วยตนเอง

## 5. เงื่อนไขที่จำเป็นและสำคัญต่อการเปลี่ยนแปลงบุคลิกภาพ

การที่บุคคลจะเกิดการพัฒนาทางด้านจิตใจหลังจากได้รับการปรึกษาเชิงจิตวิทยา หมายถึง การช่วยให้ผู้มาปรึกษาตระหนัก และเข้าใจตนเองอย่างแท้จริงนั้น รอเจอร์สเชื่อว่าการปรึกษาเชิงจิตวิทยา จะต้องประกอบด้วยคุณลักษณะพื้นฐาน 6 ประการ (Rogers 1967: 71-84; Shertzer and Stone 1974: 222) ดังนี้ คือ

5.1 มีความสัมพันธ์ทางจิตใจ (psychological contact) หมายถึง นักจิตวิทยาการปรึกษา และผู้มาปรึกษามีความผูกพันทางจิตใจ มีความสัมพันธ์อันดีต่อกัน และเข้าใจซึ่งกันและกันในสภาพเป็นส่วนตัว

5.2 สภาพของผู้มาปรึกษา (the state of the client) ผู้มาปรึกษาอยู่ในภาวะวิตกกังวล เนื่องจากความไม่สอดคล้อง หรือไม่กลมกลืนระหว่างตนที่เป็นจริง และตนในอุดมคติ ทำให้เกิดความตึงเครียด และความวิตกกังวลขึ้น ไม่พอใจในตนเองและผู้อื่น

5.3 ความกลมกลืนของนักจิตวิทยาการปรึกษาในการสร้างสัมพันธ์ภาพ (congruence : therapist's genuineness in the relationship) นักจิตวิทยาการปรึกษาจะต้องมีความจริงใจ มีความสามารถ และมีความรู้สึกเป็นอิสระในการช่วยให้ผู้มาปรึกษาได้ตระหนักรู้เกี่ยวกับตนเอง และประสบการณ์ที่เกิดขึ้นตลอดเวลา

5.4 การยอมรับอย่างไม่มีเงื่อนไข (unconditional positive regard : acceptance) นักจิตวิทยาการปรึกษาจะต้องยอมรับผู้มาปรึกษาโดยปราศจากเงื่อนไขทั้งความรู้สึกและพฤติกรรมของเขา ต้องปล่อยให้เขาได้ระบายความรู้สึก และประสบการณ์ของเขาอย่างอิสระ โดยเชื่อว่าเขาสามารถแก้ปัญหาด้วยตัวเองได้

5.5 ความเข้าใจอย่างลึกซึ้ง (empathic understanding) นักจิตวิทยาการปรึกษาจะต้องมีความเห็นใจ และเข้าใจอารมณ์ความรู้สึกของผู้มาปรึกษาเหมือนกับเป็นความรู้สึกของนักจิตวิทยาเอง นอกจากนี้ยังสามารถสื่อสารสิ่งเหล่านี้ให้ผู้มาปรึกษาเห็นได้อย่างชัดเจน

5.6 การรับรู้ของผู้มาปรึกษา (the client's perception of the therapist) นักจิตวิทยาต้องสื่อความหมาย อาจเป็นภาษาพูด (verbal communication) หรือภาษาท่าทาง (non-verbal communication) ในบรรยากาศที่อบอุ่น เพื่อให้ผู้มาปรึกษารู้ว่านักจิตวิทยาการปรึกษายอมรับ และเข้าใจในตัวเขาอย่างไร

## 6. กระบวนการของการปรึกษาเชิงจิตวิทยา

จากเงื่อนไขทั้ง 6 ประการดังกล่าวมาแล้ว ทำให้เกิดกระบวนการปรึกษาขั้น ซึ่งตามแนวความคิดของรอเจอร์ส (Rogers) นั้นกระบวนการปรึกษาจะไม่แบ่งเป็นขั้นตอนชัดเจนจะปนกัน และรวมอยู่ในอีกขั้นตอนหนึ่ง ซึ่งพอจะสรุปกระบวนการของรอเจอร์สได้เป็น 7 ขั้นตอน (Patterson 1980: 294-296; Rogers 1961: 132-156) ดังนี้ คือ

ขั้นที่ 1 ผู้มาปรึกษายังไม่เต็มใจที่จะเล่าเรื่องเกี่ยวกับตนเอง จะพูดถึงเรื่องทั่วไป (about externals) จะไม่พูดถึงความรู้สึก และการรับรู้หรือปัญหาของตน ยังไม่มีความต้องการเปลี่ยนแปลงตนเอง และยังไม่พร้อมที่จะรับการปรึกษา

ขั้นที่ 2 ถ้าผู้มาปรึกษาได้รับการยอมรับอย่างดีจากนักจิตวิทยาการปรึกษาจะทำให้ผู้มาปรึกษาเริ่มพูดถึงเรื่องราวต่าง ๆ (non-self topics) แต่ยังไม่ใช่เรื่องของตนเอง ผู้มาปรึกษาเริ่มแสดงความรู้สึกบางอย่างออกมาแต่ยังไม่ยอมรับว่าเป็นความรู้สึก หรือปัญหาของตน ในขั้นนี้ผู้มาปรึกษาจะตั้งใจมารับการปรึกษา แต่มีหลายรายที่การปรึกษาอาจยุติลงในขั้นนี้ได้

ขั้นที่ 3 เมื่อผู้มาปรึกษาได้รับการยอมรับอย่างดีในขั้นที่ 2 ผู้มาปรึกษาจะเริ่มแสดงออกอย่างอิสระ เกี่ยวกับความรู้สึกของตนเอง และประสบการณ์ต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับตัวเอง จะเล่าถึงความรู้สึก และประสบการณ์ในอดีตซึ่งมักเป็นด้านลบ การยอมรับตัวเองค่อนข้างน้อย ยังไม่สามารถแยกแยะความรู้สึกได้ชัดเจนนัก เริ่มรับรู้ถึงความรู้สึก และความต้องการของตัวเองซึ่งไม่สอดคล้องกับประสบการณ์ที่เป็นจริง ผู้มาขอปรึกษาหลายรายจะยอมรับการปรึกษาในขั้นนี้

ขั้นที่ 4 การยอมรับและเข้าใจอย่างแท้จริงของนักจิตวิทยาการปรึกษาในขั้นที่ 3 จะช่วยให้ผู้มาปรึกษากล้าระบายความรู้สึกของตัวเองอย่างอิสระมากขึ้น แต่ยังมีความรู้สึกไม่แน่ใจ กลัว และลังเลที่จะแสดงความรู้สึกออกมาในขั้นนี้ ผู้มาปรึกษาสามารถแยกแยะความรู้สึกของตัวเอง ได้ชัดเจนขึ้น ยอมรับความรู้สึก และประสบการณ์ของตัวเองที่เป็นจริงมากขึ้น แต่ยังไม่ใช่ความรู้สึก เดียวนี้ ขณะนี้ เริ่มรับพิศชอบในปัญหาของตนเอง ในขั้นนี้ผู้มาปรึกษาจะเริ่มมีความรู้สึกที่ดีต่อนัก จิตวิทยาการปรึกษา

ขั้นที่ 5 ผู้มาปรึกษาแสดงความรู้สึกของตัวเองอย่างอิสระ แต่ยังไม่รู้สึกสงบ และ กลัวอยู่ ยังขาดความชัดเจนเกี่ยวกับความรู้สึกของตัวเอง แต่ผู้มาปรึกษาก็สามารถแยกแยะ และยอมรับ ความรู้สึกเกี่ยวกับตนเองมากขึ้น รับรู้ประสบการณ์ในปัจจุบันได้ดีขึ้น กล้ารับพิศชอบปัญหาของตัว เอง ผู้มาปรึกษาเริ่มเป็นตัวของตัวเองสามารถแยกแยะความรู้สึก และประสบการณ์ได้

ขั้นที่ 6 ผู้มาปรึกษายอมรับความรู้สึก และประสบการณ์อย่างเต็มที่โดยไม่มี การปฏิเสธหรือต่อต้าน เพิ่มความสอดคล้องระหว่างความคิดเกี่ยวกับตนเอง และประสบการณ์ที่เป็นจริง โดยปราศจากเงื่อนไข ทำให้สิ่งที่คุกคามลดลง การแสดงออกจะเป็นไปตามธรรมชาติ ขั้นนี้เป็นขั้นที่ สำคัญมาก เพราะจะทำให้ผู้มาปรึกษาไม่กลับไปสู่ภาวะเดิมอีก

ขั้นที่ 7 จะเกิดขึ้นหลังจากจบการปรึกษา ผู้มาปรึกษาจะมีประสบการณ์ใหม่ ๆ รู้ว่าเขาเป็นใคร ต้องการอะไร เป้าหมายที่แท้จริงคืออะไร จะเป็นตัวของตัวเองเต็มที่ มีความเชื่อมั่น ในตนเอง ยอมรับความจริงสามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเอง และมีความยืดหยุ่น ซึ่งจะมีผู้มาปรึกษา ขั้นนี้น้อยมากขึ้นอยู่กับการเปิดกว้างที่จะรับประสบการณ์ใหม่ ๆ อย่างเป็นจริงมากขึ้น อันจะนำไปสู่ การเปลี่ยนแปลงทั้งภายในและภายนอกอย่างอิสระ

## 7. เทคนิคการปรึกษาเชิงจิตวิทยา

การปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบยึดผู้มาปรึกษาเป็นศูนย์กลาง เน้นปรัชญา และทัศนคติ ของนักจิตวิทยาการปรึกษา ซึ่งแสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพของการสร้างสัมพันธภาพในการปรึกษา เชิงจิตวิทยามากกว่าเทคนิคที่ใช้ ฉะนั้นเทคนิคที่นำมาใช้จึงเป็นไปเพื่อการสร้างสัมพันธภาพในการ

ปรึกษาเชิงจิตวิทยา เช่น ทักษะการฟัง (listening skill) และทักษะการสนองตอบ (responding skill) ซึ่งเทคนิคเหล่านี้เป็นการแสดงออก การยอมรับ ความเข้าใจและความเชื่อถือ ทำให้ผู้มาปรึกษาทราบว่านักจิตวิทยายอมรับ และเคารพในความเป็นบุคคลที่มีคุณค่าของเขา มีความเข้าใจในความคิดความรู้สึกของเขา เปิดโอกาสให้เขาได้ทำความเข้าใจกับความรู้สึกของตนเอง ยอมรับตนเองอย่างแท้จริง จึงเป็นการสร้างสัมพันธภาพในการปรึกษาเชิงจิตวิทยาขึ้น ซึ่งเป็นเทคนิคเบื้องต้นเพื่อนำไปสู่การแก้ไขปัญหา

การฟัง เป็นภาวะที่บุคคล "เปิดใจ" ของตนเองให้กว้างที่สุดที่จะรับการส่งสารจากอีกบุคคลหนึ่งได้อย่างถ่องแท้ การฟังจึงต้องอาศัยความอดทน และสมาธิเป็นอย่างมาก ทักษะการฟังประกอบด้วย

1. การใส่ใจ
2. การเงี่ย
3. การทวนซ้ำ
4. การสะท้อนเนื้อหา
5. การสะท้อนความรู้สึก
6. การสรุปความ

การตอบสนอง เป็นการสื่อให้ทราบถึงความเข้าใจที่ผู้วิจัยมีความเข้าใจในปัญหาของเขา อันจะนำไปสู่การสัมผัสแห่งจิตใจที่เป็นลักษณะความผูกพันซึ่งกันและกัน และควรเลือกเวลาที่เหมาะสมในการสนองตอบด้วย คือ ควรสร้างความสนิทสนมเพื่อป้องกันปฏิกิริยาไม่เห็นด้วย ปฏิเสธ คัดค้าน หรือการหยุดรับการปรึกษา ทักษะการสนองตอบประกอบด้วย

1. การถาม
2. การให้กำลังใจ
3. การเผชิญหน้า
4. การแปลความ
5. การให้ข้อมูล/การแนะนำ



ฮอบส์ (Hobbs cited in Shertzer and Stone 1974: 220-221) ได้กล่าวถึงลักษณะที่จำเป็นของนักจิตวิทยาการปรึกษาไว้ดังนี้ คือ

### 7.1 การยอมรับและให้เกียรติ (acceptance)

เป็นการแสดงให้เห็นถึงความเชื่อถือของบุคคลในฐานะที่เป็นมนุษย์ ซึ่ง รอเจอร์สกล่าวว่า การยอมรับบุคคลเป็นการยอมรับโดยปราศจากเงื่อนไข โดยไม่มีการประเมินหรือ ตัดสิน การยอมรับดังกล่าวสามารถแสดงออกได้ทาง สีหน้า ท่าทาง และน้ำเสียงที่เป็นมิตรขณะที่พูด

### 7.2 ความเข้าใจสาระและความรู้สึกที่แท้จริงของสมาชิก (empathy)

เป็นความสามารถอย่างหนึ่งของนักจิตวิทยาการปรึกษา โดยไม่ใช้ความรู้สึก ของตนเองประเมินซึ่งเรียกว่า ความเข้าใจร่วมรู้สึก (emphathic understanding) ซึ่งแสดง ออกได้ 2 ระดับ คือ

#### 7.2.1 สنجใจในสิ่งที่เขาพูด (primary empathy)

7.2.2 เข้าใจระดับลึก สามารถตีความได้ถูกต้อง แนะนำสิ่งที่สอดคล้อง กับความต้องการของเขา รู้และเข้าใจความรู้สึกที่มีอยู่ในระดับลึก (advanced empathy)

### 7.3 ความจริงใจอย่างแท้จริง (authenticity or genuiness)

หมายถึง การไม่เสแสร้ง มีความเป็นตัวของตัวเอง โดยไม่มีการสวมบทบาท ตระหนักรู้ว่าตนเองคิด หรือรู้สึกอย่างไรก็แสดงออกไปอย่างนั้น ทั้งคำพูด และการกระทำ

### 7.4 การสื่อความอย่างเด่นชัดตรงประเด็น (concreteness)

เป็นการช่วยให้บุคคลได้สำรวจปัญหา และความรู้สึกของตนเองได้อย่าง ชัดเจนถูกต้องตามความเป็นจริง

สัมพันธภาพในการปรึกษาเชิงจิตวิทยาจึงเป็นสิ่งสำคัญที่สุด ซึ่งนักจิตวิทยาการปรึกษาต้องส่งเสริมให้เกิดขึ้นกับผู้มาปรึกษา สัมพันธภาพที่ดีจะทำให้บุคคลมีอิสระอย่างเต็มที่ที่จะแสดงความรู้สึกนึกคิดของตน โดยได้รับการยอมรับจากนักจิตวิทยาการปรึกษา เพื่อให้ผู้มาปรึกษาได้เข้าใจตนเอง และสามารถช่วยตนเองได้ในที่สุด

### งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

มีงานวิจัยหลายรายที่ศึกษาประสิทธิภาพของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบรายบุคคล ต่อการลดอารมณ์เศร้า เช่น มิทเชล (Mitchel 1969: 522-527) ได้ศึกษาอารมณ์เศร้าของนิสิตชาย อายุ 20 ปี ที่เข้าใหม่ของมหาวิทยาลัยนิวเซาท์เวลส์ ประเทศออสเตรเลีย โดยให้นิสิตเขียนบรรยายความรู้สึกเกี่ยวกับตนเอง แล้วเลือกผู้ตอบที่มีอารมณ์เศร้าจำนวน 29 คน มาให้การปรึกษาเชิงจิตวิทยา ผลการวิจัย พบว่า ผู้มาปรึกษาสามารถลดอารมณ์เศร่าลงได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

แพดฟิลด์ (Padfield 1976: 214) ได้ศึกษาผลของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาต่อกลุ่มตัวอย่างที่มีอารมณ์เศร้าเพศหญิง โดยใช้วิธีการสองอย่าง คือ การปรึกษาคับความรู้สึกร่วม และการยอมรับ กับวิธีการศึกษาความรู้สึกเศร้า โดยให้ผู้มาปรึกษากำหนดกิจกรรมสำหรับตนเอง และจำกัดเวลาในการปรับปรุงตนเอง จากนั้นประเมินผลตนเองทุกวันเป็นเวลา 2 สัปดาห์ พบว่า ทั้งสองวิธีทำให้กลุ่มตัวอย่างมีอารมณ์เศร่าลดลงพอ ๆ กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

นอกจากนี้ยังมีงานวิจัยอีกหลายรายซึ่งได้ศึกษาเปรียบเทียบวิธีการบำบัดรักษาอารมณ์เศร้าแบบต่าง ๆ ดังเช่น การศึกษาของทอมสัน และคณะ (Thomson, Gallagher and Breckenridge 1987: 385-390) ได้ศึกษาประสิทธิภาพการบำบัดรักษา 3 แบบ คือ การบำบัดทางความคิด (Cognitive Therapy) การบำบัดทางพฤติกรรม (Behavioral Therapy) และการบำบัดทางจิตแบบสั้น (Brief Psychodynamic Therapy) ในผู้สูงอายุที่มีอารมณ์เศร้าทั้งหมด 91 คน โดยสองวิธีแรกใช้ระยะเวลาในการบำบัดรักษา 16-20 ครั้ง ส่วนจิตบำบัดใช้ระยะเวลาสั้นเพียง 6 สัปดาห์ ซึ่งผลการศึกษาพบว่าการบำบัดรักษาทั้ง 3 วิธีมีประสิทธิภาพที่ใช้บำบัดรักษาได้ผลดีเท่ากัน นอกจากนี้ยังพบว่าระยะเวลาไม่มีผลต่อการบำบัดรักษาเช่นเดียวกัน ผลจากการศึกษานี้ยืนยันได้ว่าจิตบำบัดระยะสั้น (Short-Term Therapies) สามารถใช้บำบัด



รักษาผู้ป่วยสูงอายุที่มีอารมณ์เศร้าให้มีอาการดีขึ้นได้ โดยไม่จำเป็นต้องใช้ระยะเวลาในการบำบัดรักษาเป็นเวลานาน ๆ อีกต่อไป

กรีนและคณะ (Green, et al. 1975 cited by Rush 1982: 231) ได้ศึกษาคนไข้ 50 คน ที่มีอารมณ์เศร้า และได้รับการบำบัดรักษาแบบจิตบำบัดระยะสั้น (Brief Psychotherapy) 6 ครั้ง จากการใช้แบบทดสอบของแฮมิลตัน (Hamilton Rating Scales) พบว่าร้อยละ 76 หายเป็นปกติร้อยละ 14 มีอาการดีขึ้น และร้อยละ 10 อาการเลวลง ซึ่งสรุปได้ว่าจิตบำบัดระยะสั้นสามารถใช้ลดอารมณ์เศร้าของผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี

รอสัน และคณะ (Rawson, et al. 1982: 310-314) ได้ศึกษาผลของการให้การปรึกษาของผู้ป่วยเฮโรอีน ในการบำบัดรักษาด้วยยาเมธาโดนในระยะถอนพิษยาจำนวนทั้งหมด 50 คน ชาย 33 คน หญิง 17 คน ซึ่งมีอายุ 18-54 ปี ใช้เฮโรอีนมาประมาณ 8.8 ปี ด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 25 คน กลุ่มทดลองได้รับการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบรายบุคคลจากนักจิตวิทยา โดยให้การปรึกษาในสัปดาห์ที่ 2 และ 3 ครั้งละประมาณ 15-20 นาที ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการรักษาด้วยยาเมธาโดนเท่านั้น ซึ่งผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองสามารถอยู่รับการบำบัดรักษาจนครบ 21 วัน และอยู่รับการบำบัดรักษาในระยะยาวมากขึ้น

สำหรับประเทศไทยมีผู้สนใจนำการปรึกษาของรอเจอร์สมาใช้ลดอารมณ์เศร้าน้อยมาก ดังเช่น สุทธิพร (สุทธิพร ปุกเกตุ 2529: 51) ได้ศึกษาผลของการปรึกษาของรอเจอร์สแบบกลุ่มต่อการลดอารมณ์เศร้าของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 ทั้งหมด 16 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง ให้การปรึกษาทั้งหมด 12 ครั้ง ๆ ละ ประมาณ 1-1½ ชั่วโมง สัปดาห์ละ 2 ครั้ง รวม 6 สัปดาห์ สำหรับกลุ่มควบคุมได้รับการให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการปรับตัวทางอารมณ์จำนวน 8 ฉบับ โดยใช้เวลาสัปดาห์ละ 2 ครั้ง ติดต่อกัน 5 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่านักเรียนที่ได้รับการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่ม มีอารมณ์เศร้ามลดลงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05

วาสนา (วาสนา แฉล้มเขตร 2525: 46-49) ได้ศึกษาผลของการปรึกษาแบบรอเจอร์สต่อการลดปัญหาทางอารมณ์ของนักศึกษาพยาบาลหลักสูตรวิทยาศาสตร์ชั้นปีที่ 3 ที่ได้

คะแนนจากแบบประเมินปัญหาทางอารมณ์ตั้งแต่เปอร์เซ็นต์ที่ 75 ขึ้นไป จำนวน 16 คน โดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม และกลุ่มศึกษา กลุ่มละ 8 คน โดยให้การปรึกษาเป็นรายบุคคล คนละ 6 ครั้ง ๆ ละ 1 ชั่วโมง สัปดาห์ละครั้งติดต่อกัน 6 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการปรับตัวทางอารมณ์ ซึ่งผลการศึกษาพบว่า ปัญหาทางอารมณ์ของนักศึกษาหลังจากได้รับการปรึกษาแบบรอกเจอร์ส มีระดับลดลงต่ำกว่าก่อนได้รับการปรึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .01

จากแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบรายบุคคล ทั้งในประเทศ และต่างประเทศ ดังที่ได้กล่าวมาข้างต้น จะเห็นได้ว่าการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบรายบุคคลสามารถลดอารมณ์เศร้าของบุคคลได้เป็นอย่างดี ทำให้ผู้วิจัยสนใจที่จะนำไปทดลองใช้ในการลดอารมณ์เศร้าของผู้ติดเฮโรอีนในระยะถอนพิษยา และจากการศึกษาที่ผ่านมาในประเทศไทยยังไม่พบว่ามีผู้ใดทำการศึกษาเกี่ยวกับการใช้การปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบรายบุคคล ตามแนวทฤษฎีการปรึกษาแบบยึดผู้มาปรึกษาเป็นศูนย์กลางของรอกเจอร์ส ในการลดอารมณ์เศร้าของผู้ติดเฮโรอีนในระยะถอนพิษยา ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะนำการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบรายบุคคลมาใช้ โดยคาดหวังว่าจะสามารถลดอารมณ์เศร้าของผู้ติดเฮโรอีนในระยะถอนพิษยาได้ อันจะทำให้ผู้ติดเฮโรอีนมีความหวัง มีกำลังใจที่จะอยู่รับการบำบัดรักษา จนครบขั้นตอนของการรักษาตามที่กำหนดไว้ ซึ่งอาจส่งผลให้ผู้ติดเฮโรอีนมีการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้นได้

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อที่จะศึกษาผลของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบรายบุคคล ตามแนวทฤษฎีการปรึกษาแบบยึดผู้มาปรึกษาเป็นศูนย์กลางของรอกเจอร์ส ต่อการลดอารมณ์เศร้าของผู้ติดเฮโรอีนในระยะถอนพิษยา

### สมมติฐานในการวิจัย

1. อารมณ์เศร้าของผู้ติดเฮโรอีนที่ได้รับการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบรายบุคคล จะมีระดับลดลงหลังจากได้รับการปรึกษาเชิงจิตวิทยา

2. อารมณ์เศร้าของกลุ่มผู้ติดเชื้อโรอื่นที่ได้รับการรักษาเชิงจิตวิทยาแบบรายบุคคล จะมีระดับต่ำกว่าอารมณ์เศร้าของกลุ่มผู้ติดเชื้อโรอื่นที่ไม่ได้รับการรักษาเชิงจิตวิทยา

### ตัวแปร

ตัวแปรอิสระ คือ การรักษาเชิงจิตวิทยาแบบรายบุคคล

ตัวแปรตาม คือ คะแนนที่ได้จากแบบประเมินอารมณ์ของผู้ติดเชื้อโรอื่นในระยะถอนพิษยาของโรงพยาบาลธัญญารักษ์

### ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยในสภาพความเป็นจริงของโรงพยาบาล ที่ไม่สามารถควบคุมสถานการณ์แทรกซ้อนอื่น ๆ อันอาจเกิดขึ้นระหว่างการวิจัย ซึ่งอาจจะมีผลต่อการบำบัดรักษาในระยะถอนพิษยาของผู้ติดเชื้อโรอื่นได้ จึงมีขอบเขตในการศึกษาดังนี้

1. ประชากร เป็นผู้ติดเชื้อโรอื่นเพศชายทั้งหมดที่เข้ามารับการรักษาครั้งแรกแบบผู้ป่วยในของการรักษาในระยะถอนพิษยาของโรงพยาบาลธัญญารักษ์ ระหว่างเดือนตุลาคมถึงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2532

2. กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นผู้ติดเชื้อโรอื่นที่เข้ารับการรักษารักษาครั้งแรกแบบผู้ป่วยในเพศชาย ในระยะถอนพิษยาของโรงพยาบาลธัญญารักษ์ ที่ได้คะแนนจากแบบประเมินอารมณ์ซึ่งอยู่ระหว่างค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน คือ ผู้ที่ได้คะแนนอยู่ในช่วงระหว่าง 50.97-114.17 คะแนน โดยคัดเลือกเฉพาะผู้ติดเชื้อโรอื่นที่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัยเป็นจำนวน 24 ราย โดยวิธีการจับฉลาก แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 8 ราย และกลุ่มควบคุม 16 ราย

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ คือ แบบประเมินอารมณ์ซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงของวาสนา (วาสนา แฉล้มเขตร 2525: 72-76) ซึ่งเป็นแบบประเมินความรู้สึกเกี่ยวกับอารมณ์เศร้า ซึ่งวาสนาได้สร้างขึ้นโดยยึดแบบสอบถาม และแบบทดสอบสองฉบับเป็นหลักในการสร้าง คือ แบบทดสอบบุคลิกภาพ เอ็ม เอ็ม พี ไอ (MMPI - The Minnesota Multiphasic Personality Inventory) และแบบสำรวจอารมณ์เศร้า (Depression Mood Inventory Scale)

### เวลา

กลุ่มทดลองได้รับการปรึกษาเชิงจิตวิทยารายบุคคล ตามทฤษฎีการปรึกษาแบบยึดผู้มาปรึกษาเป็นศูนย์กลาง รายละ 6 ครั้ง อย่างต่อเนื่องกันสัปดาห์ ๆ ละ 3 ครั้ง ๆ ละประมาณ 1 ชั่วโมง เป็นเวลา 2 สัปดาห์

### สถานที่

สถานที่ ๆ ใช้ในการให้การปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบรายบุคคลทุกครั้ง คือ ห้องให้การปรึกษาของโรงพยาบาลรัฐญารักษ์

### ข้อตกลงเบื้องต้น

1. แบบทดสอบอารมณ์เศร้าสามารถประเมินลักษณะทางอารมณ์ของผู้ติดเฮโรอีนได้
2. การตอบแบบทดสอบของกลุ่มตัวอย่างเป็นที่เชื่อถือได้
3. กลุ่มตัวอย่างอยู่ในสภาพที่พร้อมที่จะแสดงความรู้สึก หรือสภาพความเป็นจริงของตนเอง
4. สภาพการบำบัดรักษาผู้ติดเฮโรอีนของโรงพยาบาลในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันตลอดระยะเวลาดำเนินการทดลอง

5. การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของกลุ่มทดลองในระยะดำเนินการทดลอง ถือว่าเกิดจากการให้การปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบรายบุคคลเท่านั้น

### คำจำกัดความ

การปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบรายบุคคล (Individual Counseling) หมายถึง ผู้ติดเฮโรอีนที่เข้ารับการรักษารั้งแรกแบบผู้ป่วยในเพศชาย ของการรักษาในระยะถอนพิษยาจำนวนทั้งหมด 8 ราย ที่ได้รับการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบรายบุคคล ตามแนวทฤษฎีการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบยึดผู้มาปรึกษาเป็นศูนย์กลางเพื่อลดอารมณ์เศร้า โดยใช้เวลาในการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบรายบุคคล รายละ 6 ครั้ง อย่างต่อเนื่องกันสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ๆ ละ 1 ชั่วโมง เป็นเวลา 2 สัปดาห์

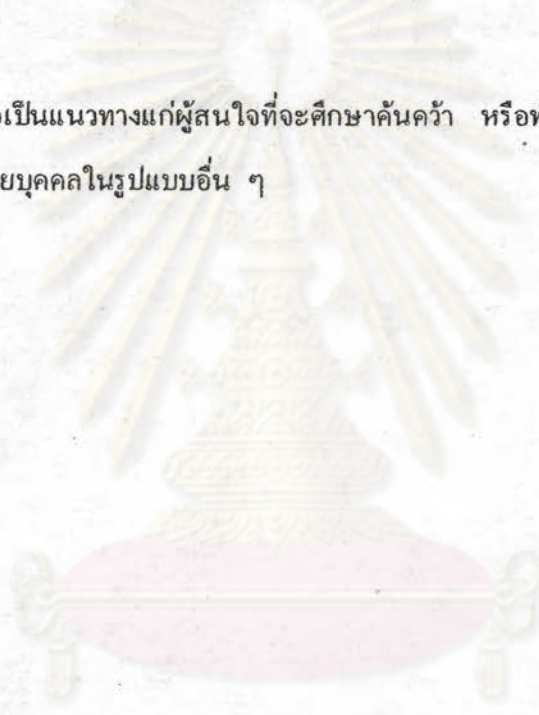
อารมณ์เศร้า (depression) หมายถึง คะแนนความรู้สึกทางอารมณ์ที่แสดงออกมาเกี่ยวกับความรู้สึกเศร้า ท้อแท้ สิ้นหวัง และคิดว่าตัวเองไม่มีคุณค่า ไม่มีความสามารถ เสียความภูมิใจในตนเอง บุคลิกภาพเปลี่ยน มีความคิด และการกระทำเชิงซ้ำ ซึ่งความรู้สึกเหล่านี้วัดได้จากแบบประเมินอารมณ์ที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบประเมินอารมณ์ของ วาสนา แจลัมเขตร

ผู้ติดเฮโรอีน (heroin dependents) หมายถึง ผู้ที่เสพเฮโรอีนทุกวันในระยะ 2-5 ปี เพศชาย ที่เข้ารับการรักษารั้งแรกแบบผู้ป่วยใน ในระยะถอนพิษยาของโรงพยาบาลรัฐญารักษ์เป็นครั้งแรก ซึ่งมีอายุระหว่าง 20-30 ปี มีระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 ขึ้นไป และเป็นผู้เข้ารับการรักษาระหว่างเดือนตุลาคมถึงเดือนพฤศจิกายนเท่านั้น

ระยะถอนพิษยา (detoxification period) หมายถึง ระยะที่สำคัญของการรักษาผู้ติดเฮโรอีนซึ่งเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลรัฐญารักษ์ เป็นการรักษาอาการที่ร่างกายจับกับยาเพื่อที่จะได้หยุดยาได้ ซึ่งใช้เวลาในการรักษา 21 วัน

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อเป็นแนวทางในการใช้การปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบรายบุคคล ลดอารมณ์เศร้าของผู้ติดเชื้ออื่นในระยะถอนพิษยา ซึ่งจะช่วยให้ผู้ติดเชื้ออื่นสามารถปรับตัวได้อย่างเหมาะสมและให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล
2. ผู้วิจัยจะได้รับประสบการณ์ และทักษะจากการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบรายบุคคลกับผู้ติดเชื้ออื่น เพื่อเป็นแนวทางในการให้การศึกษาต่อไป
3. เพื่อเป็นแนวทางแก่ผู้สนใจที่จะศึกษาค้นคว้า หรือทำการวิจัยเกี่ยวกับการพัฒนาการปรึกษาเชิงจิตวิทยารายบุคคลในรูปแบบอื่น ๆ



ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย