



### เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้รวบรวม รายละเอียดแล้วกำหนดหัวข้อตามลำดับ ดังนี้ ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับวัยรุ่น การจำแนกโรคทางจิตเวชสำหรับบุคคลวัยรุ่น โรคจิตเภท ความหมายของจิตบำบัด และกลุ่มจิตบำบัด ทฤษฎีที่ใช้ในกลุ่มจิตบำบัด เจาะเนอโยของการคัดกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคอง บทบาทของพยาบาลจิตเวช บทบาทของพยาบาลจิตเวชในการทำจิตบำบัด และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

#### ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับวัยรุ่น

วัยรุ่น (Adolescence) หมายถึง การเจริญเติบโต หรือการเจริญเติบโต เพื่อไปสู่ภาวะ (มลวิภา สุวรรณมาสัย 2522: 1) เนื่องจากบุคคลเมื่อเจริญมาถึงใน ระยะเวลาวัยรุ่น จะเป็นระยะที่พัฒนาการได้บรรลุสู่ภาวะทั้งทางร่างกาย อารมณ์ สังคม และ สติปัญญา ดังนั้นวัยรุ่นจึงเป็นวัยที่เด็กได้พัฒนามาถึงจุดสูงสุดสุดมีผลให้วัยเด็กสิ้นสุดลง และเริ่ม จะก้าวเข้าไปสู่ความเป็นผู้ใหญ่ต่อไป หรืออาจกล่าวได้ว่าวัยรุ่นคือวัยที่คาบเกี่ยวระหว่างความ เป็นเด็กกับความเป็นผู้ใหญ่ต่อไป

จากความหมายของวัยรุ่นดังกล่าว สามารถแบ่งพัฒนาการของวัยรุ่นออกได้เป็น 4 ด้าน ที่สำคัญคือ

1. พัฒนาการทางด้านร่างกาย วัยนี้ร่างกายจะเจริญพัฒนาขึ้นมาจนมีสัดส่วนและ ขนาดใกล้เคียงกับลักษณะของผู้ใหญ่มากกว่าเด็ก โดยส่วนสูงของบุคคลจะพัฒนาไปอย่างรวดเร็ว ในช่วงที่เข้าสู่วัยรุ่น และจะค่อย ๆ ช้าลงและสิ้นสุดลงเมื่อตอนปลายของระยะวัยรุ่น ซึ่งใน ผู้หญิงมีอายุประมาณ 18 ปี และผู้ชายอายุประมาณ 20-21 ปี
2. พัฒนาการทางด้านอารมณ์ ลักษณะอารมณ์ของบุคคลในวัยรุ่นมักเปลี่ยนแปลง ง่าย อาจเปลี่ยนแปลงจากอารมณ์หนึ่งไปสู่อารมณ์ตรงข้ามอย่างรวดเร็ว จากรักเป็นเกลียด จากดีใจเป็นเสียใจ จนบางครั้งไม่อาจทำนายพฤติกรรมล่วงหน้าว่าอะไรจะเกิดขึ้น ทั้งนี้

เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านฮอร์โมนในร่างกาย และพัฒนาการทางเพศทำให้วัยรุ่นส่วนมากเริ่มสนใจบทบาทของตนเองมากขึ้น มีความคิดฝันกับชีวิตในอนาคต ในเรื่องของ การงาน เรื่องคู่ครอง รู้สึกอยากเป็นอิสระจากครอบครัว ต้องการพึ่งพาตนเอง และ มุ่งหวังที่จะประสบความสำเร็จอยู่เสมอ แต่จากการที่เขาายังต้องพึ่งพาพ่อแม่ ยังต้อง เชื้อพังกฎระเบียบของโรงเรียน และจากความผิดพลาด หรือไม้อาจประสบความสำเร็จดังที่ตั้งใจไว้ ทำให้บุคคลวัยนี้รู้สึกสับสน โดยบางครั้ง เขาจะเชื่อมั้อิสระและมีความสุข แต่บางครั้ง เขาจะรู้สึกท้อแท้ ผิดหวัง และรู้สึกผิด นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายมีมากจนตัววัยรุ่นเองรู้สึกแปลกใจ ทำให้เกิดความรู้สึกหวั่นระแวง กลัวว่าตนเองจะเป็นที่สังเกตของผู้อื่น กลัวการถูกหัวเราะเยาะ กลัวการถูกปฏิเสธจากสังคม หมู่เพื่อนและเพศตรงข้าม มีความรู้สึกละอาย ก่อเขิน ดังนั้นลักษณะอารมณ์ในระยะวัยรุ่น จึงมีความตึงเครียดและสับสน ลังสย แต่ลักษณะความตึงเครียดในวัยรุ่นนี้ไม่ใช่อาการที่แสดงถึงความผิดปกติ เสมอไป เพราะวัยรุ่นผู้ซึ่งพัฒนาการทางด้านจิตใจของเขาได้ดำเนินไปอย่างปกติ จะมีประสบการณ์ของความตึงเครียดและความสับสนลังสย เกิดขึ้นด้วยกันทั้งนั้น (Laufer, 1975: 14)

3. พัฒนาการทางด้านสติปัญญา เมื่อพิจารณาตามทฤษฎีพัฒนาการทางสติปัญญาของปิอาเจท์ (Piaget) จะพบว่า เมื่อถึงวัยรุ่นพัฒนาการทางสติปัญญา และความคิดของบุคคลได้เจริญมาถึงขั้นสูงสุดแล้ว บุคคลในวัยนี้จะสามารถคิดอย่างนักวิทยาศาสตร์ มีการตั้งสมมติฐานและคิดหาเหตุผลนอกเหนือจากข้อมูลที่มีอยู่ รวมทั้งมีความคิดเห็นว่าความเป็นจริงที่เห็นด้วยการรับรู้ไม่สำคัญเท่ากับความคิดถึงสิ่งที่จะเป็นไปได้ จึงเป็นการมองไม่เพียงแต่รูปธรรม แต่สามารถที่จะคิดพิจารณาเกี่ยวกับสิ่งที่เป็นนามธรรมได้ด้วย รวมทั้งจะสามารถใช้ประสาทสัมผัสได้อย่างแม่นยำ การสร้างมโนภาพ ความจำ ความเชื่อมนต่าง ๆ ความสามารถในการแก้ปัญหา การใช้ภาษา และการมีสมาธิ จะทำได้ดีที่่สุดกว่าทุก ๆ วัยที่ผ่านมาแล้ว นอกจากนี้ยังสามารถที่จะแสดงความคิดเห็นร่วมกับผู้อื่น รู้สึกพิจารณาและสังเกตดูว่าผู้อื่นมีความรู้สึกต่อตนอย่างไร

4. พัฒนาการทางด้านสังคม พัฒนาการทางด้านสังคม หมายถึง ความสามารถของบุคคลในการที่จะสร้างความสัมพันธ์กับผู้อื่น หรือความสามารถในการปรับตัวให้เข้ากับผู้อื่น ในระยะวัยรุ่นเป็นระยะที่บุคคลเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงสถานภาพของตนเอง (ลูฟีย์ ธีรดากร, 2523:176) มีการเรียนรู้เพื่อเตรียมตัวรับบทบาทของการเป็นผู้ใหญ่ซึ่งกำลังจะมาถึง และ

ยังเกี่ยวข้องกับสังคมที่กว้างขวางขึ้น วัยรุ่นจึงต้องการอิสระเป็นตัวของตัวเอง นอกจากนี้บุคคลวัยรุ่นนี้มีความต้องการอย่างรุนแรงในการที่จะปรับปรุงตนเอง ให้เป็นที่ยอมรับนับถือของเพื่อนและบุคคลในสังคม ต้องการให้ทุกคนยอมรับว่าตนเป็นผู้ใหญ่ มีการรวมกลุ่มเพื่อนสนิทในเพศเดียวกัน ต่อมาจึงมีความสัมพันธ์กับเพศตรงข้ามหรือมีเพศตรงข้าม เข้ามาร่วมกลุ่มด้วย

นอกจากนี้วัยรุ่นยังมีความต้องการ แบ่งความต้องการของวัยรุ่นออกได้เป็น

1. ความต้องการอิสระภาพ บุคคลวัยรุ่นจะพยายามที่จะยืนหยัดหรือทำอะไรด้วยตนเอง ไม่ต้องการให้ผู้ปกครองหรือผู้ใหญ่มายุ่งเกี่ยวกับกิจกรรมส่วนตัว ต้องการมีอิสระทางด้านการเงิน การงาน และเสรีภาพทางด้านจิตใจ
2. ความต้องการเพื่อนและต้องการที่จะได้รับการยอมรับนับถือจากสังคม วัยรุ่นต้องการเพื่อนมากกว่าวัยอื่น ๆ ที่ผ่านมา มักจะไปไหนเป็นหมู่เป็นพวก และต้องการให้สังคมยอมรับนับถือว่าตนเป็นคนมีความสามารถ เป็นผู้ใหญ่โดยพยายามทำตัวให้เหมือนผู้ใหญ่
3. ต้องการมีความสัมพันธ์กับเพศตรงข้าม เริ่มด้วยการคบหาเพื่อนต่างเพศ สันใจที่จะเลือกคู่ครองตามความต้องการของตนเอง จากความเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายทำให้เกิดความต้องการทางเพศ จึงมีการเรียนรู้เกี่ยวกับเรื่องเพศด้วย
4. ความต้องการปรัชญาในการครองชีพ โดยจะเริ่มสนใจความเป็นอยู่ในครอบครัว เริ่มสนใจฐานะของตนเอง ของพ่อแม่ ผู้ปกครอง และบุคคลอื่น ๆ ตลอดจนเริ่มสนใจและเอาใจใส่สังคมมากขึ้น ต้องการหาจุดมุ่งหมายความถูกต้องตั้งงามในการครองชีวิต

จะเห็นได้ว่าความต้องการของวัยรุ่น เป็นความต้องการของตนเองบวกกับความต้องการของสังคม ปัญหาของวัยรุ่นจึงแบ่งเป็น 2 ประเภท คือ

1. ปัญหาที่เกิดจากความขัดแย้งของความต้องการภายในตัวของวัยรุ่นเอง อันเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย อารมณ์ สติปัญญาและสังคม ดังกล่าวมาแล้ว ทำให้วัยรุ่นเกิดความกังวลใจ สับสน และไม่แน่ใจในบทบาทของตนเอง ซึ่งถ้าไม่ได้รับการช่วยเหลือหรือไม่ สามารถปรับตัวเข้าสู่สภาพปกติได้ จะก่อให้เกิดความวิตกกังวลสูงขึ้นและความตึงเครียดของจิตใจจะคงอยู่จนเกิดความผิดปกติของพฤติกรรม บุคลิกภาพแปรปรวนหรือรุนแรงจนป่วยเป็นโรคจิตโรคประสาทได้

2. ปัญหาความขัดแย้งระหว่างความต้องการภายในของตนเอง กับความต้องการของสังคม ทำให้เกิดพฤติกรรมที่ไม่พึงปรารถนาของสังคม เช่น การต่อต้านหรือเป็นภัยต่อสังคม ตั้งแต่พฤติกรรมที่ไม่รุนแรงและอยู่ในขอบเขตจำกัด การต่อต้านต่อต้านคำสั่งสอนของพ่อ-แม่ ครูอาจารย์ ฝ่าฝืนระเบียบของครอบครัว โรงเรียน เรื่อยไปจนกระทั่งถึงพฤติกรรมที่รุนแรงและมีผลกระทบต่อสังคม เช่น การลักขโมย ดิตยาเสพติด เข้ากลุ่มอันธพาล ก่อวินความสงบสุข ทำลายของสาธารณะและก่ออาชญากรรม เป็นต้น

จากพัฒนาการในด้านต่าง ๆ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงและเกิดความตึงเครียดทางจิตใจของวัยรุ่น รวมทั้งความต้องการความขัดแย้งของความต้องการและปัญหาที่วัยรุ่นต้องเผชิญ เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นอย่างปกติในช่วงวัยนี้ วัยรุ่นบางคนสามารถเผชิญและแก้ไขความตึงเครียดที่เกิดขึ้นได้ แต่วัยรุ่นบางคนจะแสดงอาการของความตึงเครียดอย่างผิดปกติ โดยมีระดับของความรุนแรงต่าง ๆ กัน วัยรุ่นจะมีสุขภาพจิตดีได้นั้น ขึ้นอยู่กับความสามารถในการปรับตัวได้ดีมากน้อยเพียงใด และถ้าวัยรุ่นไม่สามารถปรับตัวได้ จะทำให้สุขภาพจิตเสื่อมลง และเกิดการเจ็บป่วยทางจิตเวชขึ้น

การจำแนกโรคทางจิตเวชสำหรับบุคคลวัยรุ่น ลูฟเฟอร์ (Laufer, 1975: 54-63) ได้แยกออกเป็น 4 พวก ดังนี้

1. ความตึงเครียดชั่วคราวที่เกิดขึ้นอย่างปกติ (Normal, temporary stress) เป็นผลจากความต้องการใหม่ ๆ ที่เกิดขึ้นในระยะวัยรุ่น ความต้องการเหล่านี้เกิดจากตัววัยรุ่นเอง และจากกลุ่มเพื่อน แต่เขายังดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างปกติ
2. ความแปรปรวนทางจิตหรือโรคประสาท (Mental disturbance or neurotic disturbance) เป็นผลมาจากความขัดแย้งระหว่างตัวเองกับโลกภายนอก แต่ยังสามารถไปโรงเรียนได้ ทำงานได้ แต่ระดับลดลง เช่น รู้สึกว่าคนทั่วไปกำลังมองเขาอยู่ เขารู้สึกเขินอายและบางทีก็หัวเราะแวง
3. โรคทางจิต (Mental illness or Psychosis) หมายถึง วัยรุ่นที่สูญเสียการสัมผัสกับโลกของความเป็นจริง โรคที่พบได้บ่อยคือจิตเภท (Schizophrenia) และโรคซึมเศร้า (Depressive psychosis)

4. การล้มป่วยทางจิตในวัยรุ่น (Adolescent break down) เกิดขึ้นอย่างรุนแรง กระทบกระเทือนต่อบุคลิกภาพอย่างมาก แต่จะเกิดขึ้นอย่างกะทันหันและเพียงชั่วคราวเท่านั้น และวัยรุ่นจะรู้สึกขาดการควบคุมทุกอย่างที่เขาทำลงไป เช่น การพยายามฆ่าตัวตายเมื่อออกหัก เป็นต้น

เชอราโนและคณะ (อ้างใน Weiner, 1970: 86) ได้แบ่งความผิดปกติทางจิตของวัยรุ่นออกเป็น 4 แบบ คือ

1. วัยรุ่นที่มีความสามารถปรับตัวได้เท่ากับเด็กก่อนวัยรุ่น (Preadolescent maladjustment reaction) เป็นกลุ่มวัยรุ่นที่มีปัญหาจากการเป็นอิสระ และการแสวงหาเอกลักษณ์ของตนเอง
2. วัยรุ่นที่มีความสามารถปรับตัวได้เท่ากับเด็กโต (Juvenile maladjustment reaction) เป็นการวินิจฉัยในวัยรุ่น ซึ่งมีความวิตกกังวลและหวาดกลัว หรือมีอาการทางประสาทและอาการทางกาย เช่น กลัว (Phobia) ตัวสั้น ปวดหัว และความผิดปกติของระบบทางเดินอาหาร
3. วัยรุ่นที่มีความสามารถปรับตัวได้เท่ากับเด็ก (Childish maladjustment reaction) ซึ่งหมายถึงการไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าว อารมณ์รุนแรง อยากรทำลาย และการขโมย หนีบ้าน ต่อต้าน ต้อตึง
4. วัยรุ่นที่มีความสามารถปรับตัวได้เท่ากับเด็กเล็กหรือทารก (Infantile maladjustment reaction) คือ วัยรุ่นที่มีลักษณะชัดเจนของจิตเภท (Schizophrenia) แสดงอาการที่คิดแบบเด็ก ๆ ยึดตัวเองเป็นศูนย์กลาง ไม่มีสัมพันธภาพกับกลุ่มเพื่อน อยู่ในโลกของความเพ้อฝัน

มาสเตอร์สันและคณะ (อ้างใน Weiner, 1970: 88) ได้รวบรวมอาการหลักและอาการรองของผู้ป่วยวัยรุ่น 101 คน แล้วจำแนกโรคตามอาการแสดงของผู้ป่วยเป็น 5 จำพวกคือ

1. อาการแสดงของความผิดปกติทางความคิด (Thought disorder syndrome) ได้แก่ ความคิดผิดปกติ อารมณ์ไม่เหมาะสม หลงผิด ประสาทหลอน มีความคิดแปลก ๆ พฤติกรรมแปลก ๆ ความคิดสับสน ความคิดเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็วตามสิ่งเร้าภายนอก และไม่สามารถจัดระเบียบชีวิตตนเองได้

2. อาการของโรคประสาท (Psychoneurotic syndrome) มีความวิตกกังวลเคลื่อนไหวร่างกายมากกว่าปกติ มีอาการหรือการบ่นถึงการเจ็บป่วยทางกาย ก้าวร้าวหรือเหตุการณ์บางอย่าง และให้ความสนใจเกี่ยวกับร่างกายของตนมากกว่าปกติ

3. อาการแสดงออกทางพฤติกรรม (Acting-out syndrome) เช่น การขโมยหนีโรงเรียน เจ้าอารมณ์ ต่อด่าน ไม่เป็นมิตรและแสดงอาการก้าวร้าวต่อผู้อื่น เกเร อันตราย และขาดการควบคุมแรงผลักดันภายในของตน

4. อาการแสดงของการซึมเศร้า (Depressive syndrome) มีอารมณ์เศร้า ร้องไห้บ่อย ๆ มีความคิดหรือพยายามฆ่าตัวตาย และมีความรู้สึกผิดหรือคิดว่าตนไร้ค่า

5. อาการแสดงของบุคลิกภาพแปรปรวนแบบฮิสทีรีเรีย (Hysterical personality disorder syndrome) มีลักษณะคล้ายการแสร้งทำหรือเล่นละคร เพื่อเรียกร้องความสนใจ

จากการจำแนกโรคจิตเวชวัยรุ่นที่กล่าวมาแล้ว พอสรุปได้ว่าโรคทางจิตเวชที่เกิดขึ้นแก่วัยรุ่นและพบได้บ่อย คือ

1. โรคจิต (Psychosis)
2. โรคประสาท (Neurosis)
3. บุคลิกภาพแปรปรวน (Personality disorder)
4. บุคลิกภาพแปรปรวนชั่วขณะในบางสถานการณ์ (Transient situational personality disorder)

5. ที่พบได้บ่อยอีกอย่างหนึ่งในปัจจุบัน คือ วัยรุ่นติดยาเสพติด พบได้เป็นจำนวนมาก อาจแยกได้เป็นอีกโรคหนึ่ง คือ การติดยาเสพติด (Drug addiction)

โรคจิตที่พบมากในผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น คือ โรคจิตเภท (Schizophrenia)

โรคจิตเภท (Schizophrenia) เป็นโรคจิตที่เกิดจากสาเหตุทางอารมณ์หรือจิตใจ (Functional) และพบมากที่สุด (สุวิทนา อารีพรรค, 2524: 237-261)

โรคจิตเภท เป็นโรคจิตชนิดหนึ่งที่มีลักษณะเฉพาะ คือ มีความคิด อารมณ์ การรับรู้ และบุคลิกภาพที่ผิดปกติไป โดยที่ยังมีความรู้สึกตัวอยู่ (ไม่หมดสติ ไม่มึนงง ไม่สับสน) และมีสติปัญญาอยู่ในสภาพปกติ

ความคิดที่ผิดปกติ คือ ความคิดขาดความต่อเนื่อง ไม่มีจุดหมาย คิดอะไรที่ไม่เป็นไปตามความจริง มีความหลงผิด จะเห็นได้จากผู้ป่วยมักพูดเรื่องนี้แล้วเปลี่ยนไป เรื่องโน้น ไม่ประติดประต่อกัน พูดวกวนไม่จบสิ้น หรือพูด ๆ ไปแล้วหยุด แล้วจึงเริ่มเรื่องใหม่ บางครั้งพูดคำแปลก ๆ ที่ฟังไม่เข้าใจในประโยคเดียวกัน บางครั้งคิดว่าคนอื่นนิทาว่าร้าย คิดว่าตนจะทำร้าย คิดว่าตนเป็นผู้ทรงอิทธิฤทธิ์ ฯลฯ

อารมณ์ที่ผิดปกติ การแสดงออกของอารมณ์จะไม่สอดคล้องกับสิ่งต่าง ๆ รอบตัว เช่น เฉยเมย นิ่งทื่อ ในขณะที่คนอื่นพูดคุยกันสนุกสนาน หรืออยู่ๆ ก็นั่งหัวเราะก๊ากก๊ากแบบเด็ก ๆ ไม่สัมพันธ์สมผล มีอารมณ์แบบสองจิตสองใจ เช่น ทั้งรักทั้งเกลียด อยากทำไม่ยอมทำ การทำอะไรผู้ป่วยมักจะนึกถึงแต่ตัวเอง ขาดความเห็นใจผู้อื่น

การรับรู้ที่ผิดปกติ มีหลายแบบ เช่น ใต้กลิ่นแปลก ๆ รสแปลก ๆ รู้สึกว่าทำอะไรได้ตามตัว มีประสาทหลอนทางตา-หู ซึ่งมักเกิดร่วมกับความคิดหลงผิด เช่น เมื่อคิดว่าคนจะทำร้ายผู้ป่วยก็อาจเห็นว่ามีคนถือปืนมาข่มขู่ ที่พบบ่อยคือประสาทหลอนทางหู ที่เรียกว่าหูแว่ว ผู้ป่วยอาจได้ยินเสียงด่าทอตอบไป หรือหากได้ยินเสียงสั่งให้ทำอะไรก็จะทำตาม หรือแสดงกริยาตอบโต้ในลักษณะต่าง ๆ

บุคลิกที่ผิดปกติ เช่น ซึม แยกตัวเอง เก็บตัวอยู่แต่ในห้อง ไม่เอาใจใส่การอาบน้ำ แต่งตัว ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม ทำอะไรแปลก ๆ ถ้าเป็นมากอาจถึงกับพูดไม่ได้ เรื่องราว เอะอะ คลุ้มคลั่ง ตื้อตึง โรคนี้พบได้ประมาณ 1 % ของคนทั่วไป ในโรงพยาบาลโรคจิตเวช จะมีอยู่ประมาณ 50-80 % ผู้ที่เริ่มเป็นมักอยู่ในวัยรุ่นหรือวัยหนุ่มสาว อาการของโรคส่วนใหญ่มักจะเป็นไปอย่างช้า ๆ มีแนวโน้มที่จะเสื่อมจนกลายเป็นผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้ป่วยโรคนี้จำเป็นต้องได้รับการรักษาและยิ่งรักษาได้เร็วเท่าใด ก็จะเป็นผลดีต่อผู้ป่วยมากขึ้นเท่านั้น

### สาเหตุ

1. กรรมพันธุ์ ได้มีผู้ศึกษาค้นคว้าหลายคน สันนิษฐานว่ากรรมพันธุ์น่าจะมีส่วนเกี่ยวข้องกับ การเกิดโรคจิตเภท เพราะจากการศึกษาพบว่า อัตราการเกิดโรคในประชากรทั่วไปมีเพียงร้อยละ 1 แต่ในบิดามารดาที่มีบุตรป่วยด้วยโรคจิตเภทมีโอกาสป่วยด้วยร้อยละ 5 ในพี่น้องคนป่วยมีโอกาสป่วยด้วยร้อยละ 8 และบุตรของผู้ป่วยมีโอกาสป่วยด้วยร้อยละ 10 ในแฝดที่เกิดจากไข่ใบเดียวกัน ถ้าคนใดป่วยอัตราป่วยของแฝดอีกคนหนึ่งจะสูงกว่าในแฝดชนิดไข่คนละใบถึงร้อยละ 30-40

2. ชีวเคมีของสมอง จากการศึกษาวิเคราะห์พบว่า นิวโรทรานสมิตเตอร์ (Neurotransmitter) และเมตาโบไลต์ (Metabolites) ของนิวโรทรานสมิตเตอร์ในสมองส่วนกลางหลายตัว เช่น อะซิติลโคลีน (Acetylcholine) โดปามีน (Dopamine) นอร์อิพิเนฟริน (Norepinephrine) และซีโรโทนิน (Serotonin) เป็นสาเหตุของโรคจิตเภท

3. บุคลิกภาพ ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมักมีบุคลิกภาพที่โน้มเอียงไปในทางที่จะเป็นอยู่แล้ว คือ เป็นคนเก็บตัว ไม่ชอบเข้าสังคม ไม่มีเพื่อน พูดน้อย ไม่ไว้วางใจคน ว่างระแวง แล้งน้ำใจ ประหองง่าย และอารมณ์แปรปรวนง่ายกว่าคนธรรมดาทั่วไป

4. สาเหตุทางสภาพแวดล้อม เช่น ความสัมพันธ์ในครอบครัวไม่ดี พ่อแม่มีความขัดแย้งกันบ่อย ๆ มีชีวิตสมรสไม่ราบรื่น การดำเนินชีวิตในครอบครัวแตกแยก การขาดความรัก ความอบอุ่นในวัยเด็ก และได้รับการเลี้ยงดูอย่างไม่เหมาะสม อาทิเช่น การควบคุมจนเกินไป การประคับประคองจนเกินไป การมีแม่ที่อารมณ์ขึ้น ๆ ลง ๆ เด็ดขาด เด็ดขี้ขี้ ร้าย รวมถึงการแสดงออกแบบพูดอย่างทำอย่าง เช่น ปากบอกว่ารัก แต่พอลูกเข้าไปใกล้ก็ผลักไล่ เป็นต้น

การจำแนกแบบของโรคจิตเภทตาม ICD-9 แบ่งเป็น 9 แบบ แต่ที่เด่น ๆ คือ

1. แบบขาดความสัมพันธ์กับบุคคลภายนอกและสิ่งแวดล้อม (Simple type) อาการมักเริ่มตั้งแต่วัยรุ่น อาการค่อยเป็นค่อยไป บุคลิกภาพจะค่อย ๆ เปลี่ยน มีความผิดปกติของอารมณ์ เฉยชา ขาดความสนใจหรือแรงกระตุ้น ขาดความสนใจในสิ่งต่าง ๆ ขาด



ความตะเยอะตะยาน ขาดความรับผิดชอบ มักจะท่องเที่ยวไปเรื่อย ๆ ปล่อยชีวิตไปวัน ๆ หรือล่าถอยทางเพศ อากาการไม่ค่อยรุนแรงและไม่ชัดเจน

2. แบบมีความผิดปกติของอารมณ์และรูปแบบของความคิด (Hebephrenic type) อากาการค่อยเป็นค่อยไป มักจะเริ่มเป็นระหว่างอายุ 15-25 ปี มีอาการรุนแรง ลังสับ ขาดสมาธิ ผันกลางวัน ล่นใจตนเองมากเกินไป อารมณ์แบบตื่น ไม่ล่อดคล้องกับความคิดหรือเรื่องทีล่นทนากัน รู้สึกมีปมด้อย มักหลงผิดชนิดเป็นใหญ่เป็นโต อาจบ่นช้ช้ชาก เกี่ยวกับอาการทางร่างกาย คำพูดไม่ค่อยต่อเฟื่องมักจะแยกตัวเอง พฤติกรรมไม่มีจุดมุ่งหมาย ขาดชีวิตชีวา

3. แบบผิดปกติของการเคลื่อนไหวร่างกาย (Catatonic type) อากาการมักเริ่มในอายุระหว่าง 15-25 ปี มีความผิดปกติของการเคลื่อนไหว เช่น อาจเคลื่อนไหวมากผิดปกติและรวดเร็ว หรือซึมเซาไม่มีปฏิกิริยาโต้ตอบต่อสิ่งแวดล่อมและไม่เคลื่อนไหว อาจมีอาการเกร็งอยู่ในท่าใดท่าหนึ่ง (Catalepsy) หรือเมื่อถูกสับให้ยู่ท่าใดก็จะยู่ในท่านั้นนาน ๆ (Waxy flexibility) บัจุลชนโรคจิตเภทชนิดนี้พบได้น้อย อากาการหายไปอย่างรวดเร็ว การพยากรณ์โรคดี

4. แบบหวาดระแวง (Paranoid type) มีความหลงผิดค่อนข้างฝ่งแน่นและอาจมีประล่สาทหลอนซึ่งเกี่ยวข้องกับความหลงผิดนั้น ๆ เช่น คิดว่ามีคนจะปองร้าย บุคคลใด บุคคลหนึ่งควบคุมความคิด ความตั้งใจหรือร่างกายของตน มักจะเกิดระหว่างอายุ 40-50 ปี บุคลิกภาพเดิมของผู้ป่วยมักเป็นคนหวาดระแวง แยกตัว ซึมเศร้า และไม่ไว้วางใจใคร

หลักการวินิจฉัยสัยโรคจิตเภทมีดังต่อไปนี้

1. อากาการของโรคเริ่มเป็นก่อนอายุ 40 ปี  
2. อากาการเกิดขึ้นช้ ๆ ค่อยเป็นค่อยไป เป็นเดือน เป็นปี และระยะเวลาไม่ล่บยาดองไม่ม้ยกว่า 2 สัปดาห์

3. มีอาการดังต่อไปนี้

- 3.1 มีความผิดปกติของรูปแบบความคิด หรือ
- 3.2 มีอาการหลงผิด หรือ
- 3.3 มีประล่สาทหลอน หรือ

3.4 มีพฤติกรรมผิดปกติ หรือ

3.5 มีอารมณ์แบบราบเรียบ (Apathy) หรืออารมณ์ที่ไม่สอดคล้องกับเหตุการณ์ (Inappropriate) หรือ

3.6 การรู้สึกตัว (Insight) เสีย

4. ถ้ามีอาการของชไนเดอร์ (Schneider's first rank symptom) จะช่วยสนับสนุนการวินิจฉัยโรค

5. ผู้ป่วยมีความรู้สึกตัวดี และความจำไม่เสีย

6. ไม่มีโรคทางกายหรือพิษจากยา ซึ่งจะเป็นสาเหตุของอาการโรคจิตดังกล่าว

7. ถ้ามีญาติสนิทเป็นโรคจิตเภทจะช่วยสนับสนุนการวินิจฉัยโรค

การรักษา

1. รักษาด้วยยา มีทั้งชนิดรับประทานและชนิดฉีด

2. การช็อคด้วยไฟฟ้า

3. การรักษาด้วยสังคม ซึ่งมีความจำเป็นมากสำหรับโรคจิตเภท เนื่องจากผู้ป่วยต้องการการฟื้นฟูด้านจิตใจ สังคม และการทำกิจกรรมต่าง ๆ พอ ๆ กับการรักษาอาการป่วย

4. การรักษาด้วยครอบครัว เพื่อให้ญาติเข้าใจผู้ป่วยและรู้วิธีการปฏิบัติต่อผู้ป่วย

การพยากรณ์โรค

โรคจิตเภทไม่ใช่โรคที่ทำให้เสียชีวิต ยกเว้นกรณีฆ่าตัวตาย แต่เมื่อเป็นแล้วต้องใช้เวลารักษานาน และมักหายเป็นปกติได้น้อย

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับตัวผู้ป่วยเองและสิ่งแวดล้อมที่ช่วยให้การพยากรณ์โรคดีขึ้น คือ

1. บุคลิกภาพเดิมดี

2. สามารถปฏิบัติหน้าที่ทางสังคมอย่างมีประสิทธิภาพมาก่อน

3. สิ่งแวดล้อมดี มีครอบครัว มีเพื่อน มีอาชีพและฐานะทางเศรษฐกิจดี

4. ไม่มีประวัติความเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทในครอบครัว

5. อาการเริ่มเกิดในวัยกลางคน

6. ลักษณะของโรคเป็นแบบอาการปรากฏอย่างเฉียบพลัน มีการตอบสนองของอารมณ์ดี หรือมีอาการของความผิดปกติของการเคลื่อนไหวร่างกาย (Catatonia)

7. ยังมีแรงกระตุ้น ก้าวร้าวใจ และความคิดริเริ่ม

อาการแสดงของผู้ป่วยจิตเภทวัยรุ่นที่พบในคลินิก แบ่งออกได้เป็น 4 ระยะ คือ

1. ระยะรุนแรง ผู้ป่วยจะมีอาการ เอะอะ วุ่นวาย พูดพร่ำตลอดเวลา ไม่สนใจตัวเองและสิ่งแวดล้อม หรือมีความสนใจแต่น้อยมาก ไม่มีสมาธิ สนใจอะไรได้ไม่นาน ไม่รับประทานอาหาร ไม่นอน หรืออาจมีอาการซึมเศร้ามาก แยกตัวเองไม่สนใจอะไรเลย สีหน้าเฉยเมยไม่ยินดีในร้าย หรืออาจจะก้าวร้าว ทุรร้าย ทำลายของ ทำร้ายผู้อื่น ในระยะนี้มักพบในผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในระยะ 1-2 วันแรก เมื่อผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลที่ถูกต้อง อาการก็จะดีขึ้นในเวลาอันรวดเร็ว

2. ระยะค่อนข้างสงบ ผู้ป่วยจะพูดคุยโต้ตอบได้ใจความขึ้น เริ่มสนใจตัวเองและสิ่งแวดล้อมมีสมาธิมากขึ้น เริ่มสนใจต่อกิจกรรมต่าง ๆ แต่ลักษณะอารมณ์มักเปลี่ยนแปลงง่าย ต้องการความสนใจจากบุคคลแวดล้อม ระยะนี้เหมาะที่จะเริ่มดึงผู้ป่วยให้กลับมามีชีวิตความเป็นจริง กลับเข้าสู่สังคม จะช่วยให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้และเกิดการปรับตัว มีพฤติกรรมยอมรับหรือต่อต้านการรักษาพยาบาล ซึ่งขึ้นอยู่กับพฤติกรรมการพยาบาลของพยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วย

3. ระยะสงบ ผู้ป่วยจะมีสีหน้าแจ่มใส ทำทางผ่อนคลายเป็นมิตรมากขึ้น พูดคุยโต้ตอบได้ใจความ มีเนื้อหาสาระมากขึ้น สนใจตัวเองและสิ่งแวดล้อมดี สนใจร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ต้องการแสดงออก ต้องการเป็นที่ยอมรับของหมู่คณะ สนใจเรื่องความสวยงาม เรื่องเพศตรงข้าม การทำงานของร่างกายระบบต่าง ๆ ปกติ รับประทานอาหารได้และนอนหลับ เตรียมพร้อมที่จะกลับสู่สังคมภายนอกโรงพยาบาล

4. ระยะรอดจำหน่ายจากโรงพยาบาล ผู้ป่วยจะมีอาการทางจิตสงบดี แจ่มใส พูดคุยดี มีเหตุผล มีการตัดสินใจที่ดี มีสมาธิ มีความเชื่อมั่นในตัวเอง ได้รับการเตรียมตัวเตรียมใจ ให้พร้อมที่จะเผชิญกับปัญหาในสังคม รับรู้และเข้าใจวิธีการปฏิบัติตัวเมื่ออยู่ในสังคม การติดตามผลการรักษา การสังเกตอาการผิดปกติของตนเอง และแหล่งที่จะให้ความช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยมีปัญหาทางจิตใจในสังคม หรือชุมชนที่ผู้ป่วยละตัวจะไปหาได้ เพื่อ

ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข

ในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทวัยรุ่นนั้น นอกจากจะมุ่งหวังให้ผู้ป่วยทุเลาจากอาการเจ็บป่วยแล้ว ยังต้องการให้ผู้ป่วยสามารถออกไปใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุขอย่างบุคคลทั่ว ๆ ไปด้วย การรักษาพยาบาลจึงได้นำเอากิจกรรมกลุ่มบำบัดต่าง ๆ มาใช้ ที่สำคัญ เช่น กลุ่มจิตบำบัด

#### ความหมายของจิตบำบัด และกลุ่มจิตบำบัด

สังัน สุวรรณเลิศ (2508: 1) กล่าวว่าถึงจิตบำบัดว่า คือ การรักษาทางจิตเวชวิธีหนึ่ง ซึ่งอาศัยหลักของจิตวิทยา วิเคราะห์จิต ตลอดจนความเชื่อถือและวัฒนธรรมของแต่ละท้องถิ่นเข้ามาประสมประสานด้วย แต่ ยงยุทธ คู่ทรรัตน์ (2515: 44) ให้ความหมายว่า คือ การรักษาทางจิตเวชแบบหนึ่ง ซึ่งผู้รักษาจะต้องได้รับการฝึกฝนมา เพื่อช่วยให้ผู้ที่มีปัญหาทางอารมณ์และจิตใจ สามารถปรับตัวเข้ากับสังคมและสิ่งแวดล้อมได้ดีขึ้น ซึ่ง ประโมทย์ เขาวศิल्प (2518: 500) กล่าวว่าเป็นการรักษาโรคที่มีสาเหตุและปัจจัยจากอารมณ์ ความรู้สึก นึกคิด สภาวะจิตใจและบุคลิกภาพที่ผิดปกติไป โดยใช้วิธีทางจิตใจและอรรถ ภาควรรณ (2520: 769) ให้ความเห็นว่าจิตบำบัดไม่ใช่ของใหม่ มีผู้ไข้มามากหลายพันปีแล้ว ตั้งแต่สมัยพุทธกาล การทำจิตบำบัด คือ การพูดคุย ให้คำปรึกษา ช้แนะ แก่ผู้ที่มีปัญหาทางจิตใจให้รู้สึกสบายขึ้น ลดอาการทางจิตที่เป็นอยู่ลง เช่นเดียวกับสมภพ เรืองตระกูล (2523: 231) กล่าวว่าจิตบำบัด คือ การรักษาความผิดปกติทางด้านจิตใจหรืออารมณ์ด้วยวิธีการพูดคุยกับผู้ป่วย หรือบางครั้งอาจจะใช้การติดต่อสื่อสารที่ไม่ใช่คำพูดก็ได้ ซึ่งลู่วณัน มหิตนิรันดรกุล (2527: 67) ให้ความเห็นว่าจิตบำบัดเป็นวิธีการที่ใช้ในการรักษาอาการทางจิตใจ หรือความผิดปกติทางพฤติกรรมให้อยู่ภายใต้การควบคุมได้ โดยอาศัยการสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ป่วยกับผู้รักษา ซึ่งจะต้องได้รับการฝึกฝนมา สอดคล้องกับวอลเบิร์ก (Wolberg, 1954: 3) ที่กล่าวไว้ว่า จิตบำบัดเป็นวิธีการช่วยเหลือรักษาผู้ที่มีปัญหาด้านอารมณ์ จิตใจ ซึ่งผู้ทำต้องได้รับการฝึกฝนมา มีการสร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้ป่วย โดยจงใจให้เกิดประโยชน์ในการเปลี่ยนแปลง ปรับตัวหรือลดอาการที่ผู้ป่วยมีอยู่ เพื่อช่วยให้เขามีพฤติกรรมที่เหมาะสมขึ้น และช่วยส่งเสริมให้เขามีบุคลิกภาพที่เจริญพัฒนายิ่งขึ้น

สรุป จิตบำบัด คือ วิธีการรักษาทางจิตเวชแบบหนึ่ง ซึ่งใช้การสร้างความสัมพันธ์กับผู้ป่วยให้เกิดประโยชน์ในการรักษา เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่เหมาะสม เกิดการปรับตัวและลดอาการทางจิตที่มีอยู่ให้น้อยลง

จิตบำบัดสามารถแบ่งออกได้เป็น 2 ประเภทใหญ่ ๆ คือ

ก. แบ่งตามหลักการนำไปใช้ (เกษร ทมกิตขงค์ 2528: 20)

1. การทำจิตบำบัดรายบุคคล (Individual Psychotherapy)
2. การทำจิตบำบัดกลุ่ม (Group Psychotherapy)

ข. แบ่งตามวิธีการทำ (จำลอง ดิษยวณิช 2522: 276)

1. จิตบำบัดแบบให้รู้สัจตนเอง (Insight Therapy) แบ่งออกเป็น
  - 1.1 การรักษาแบบให้เรียนรู้ใหม่ (Re-Educative Therapy)
  - 1.2 การรักษาแบบให้ผู้ป่วยเข้าใจตนเอง (Re-Constructive Therapy)
2. จิตบำบัดแบบประคับประคอง (Supportive Therapy)

ซึ่งในจิตบำบัดทั้งชนิดจิตบำบัดรายบุคคล และจิตบำบัดกลุ่มใช้วิธีการทำคล้ายคลึงกัน (เล่มพร บุขราทิจ 2525: 30) ในที่นี้จะกล่าวถึงแต่การทำจิตบำบัดกลุ่ม (Group Psychotherapy) ซึ่งในปัจจุบันมีวิธีการทำหลายรูปแบบ การให้คำจำกัดความก็แตกต่างกันออกไป เช่น

เจ แอล โมรีโน (J.L. Moreno, 1932) กล่าวว่าจิตบำบัดกลุ่มเป็นวิธีการรักษาทางจิตแบบหนึ่ง โดยทำให้ผู้รับการรักษา เกิดมีความเข้าใจในปัญหาที่เกิดขึ้นด้วยตนเอง แต่ เอส อาร์ สลอบสัน (S.R. Slavson, 1947) กล่าวว่าจิตบำบัดกลุ่มเป็นวิธีการที่ดัดแปลงมาจากการรักษาจิตบำบัดเฉพาะตัว มาใช้ในการรักษาคนมากกว่า 2 คนขึ้นไป โดยเพิ่มความสนใจที่จะนำเอาปัญหาอันเกี่ยวกับสัมพันธ์ระหว่างบุคคลเข้ามาร่วมในการรักษาด้วย และแอล อาร์ วอลเบิร์ก (L.R. Wolberg, 1967) กล่าวว่าจิตบำบัดกลุ่มเป็นเครื่องมือที่ใช้ในการรักษาโรค ที่มีคุณค่ามากต่อการทำจิตบำบัดทุกชนิด อาจเป็นจิตบำบัดแบบประคับประคอง หรือจิตบำบัดแบบให้เข้าใจตนเองขึ้นลึกซึ้งก็ได้ เช่นเดียวกับ

อาดัมส์ (Adams, 1967: 356-357) กล่าวว่า การให้คำปรึกษา สามารถช่วยให้คนปกติ ดำเนินชีวิตดีขึ้นได้ วิธีการนี้เป็นประโยชน์ทั้งกับบุคคลและสังคม กระบวนการกลุ่มโดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มจิตบำบัด เป็นวิธีการที่จะช่วยให้คนทำหน้าที่ได้สมบูรณ์ขึ้น มีความเข้าใจในสภาพความเป็นจริงเกี่ยวกับตนเอง (Self-Actualizing) และมีบุคลิกภาพที่เหมาะสม สอดคล้องกับการริสและบราวน์ Gawrys และ Brown (อ้างใน วารสารจิตเวช 2522: 1) ที่กล่าวว่ากระบวนการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม ทำให้เกิดบรรยากาศของการยอมรับ เกิดความอบอุ่นและเปิดโอกาสให้สมาชิกภายในกลุ่มได้ทดสอบ ตรวจสอบและเลือกวิธีการแก้ปัญหาที่ดีที่สุดสำหรับเขา ซึ่งการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มในการรักษาผู้ป่วยทางจิตเวช คือ การทำกลุ่มบำบัดแบบประคับประคองนั่นเอง (Adams, 1967: 354)

สรุป จิตบำบัดกลุ่ม คือ วิธีการรักษาทางจิตเวชแบบหนึ่ง ซึ่งใช้รักษาผู้ป่วยครั้งหนึ่ง ๆ ตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป และนำเอาปัญหาสัมพันธ์ระหว่างบุคคลเข้ามาเกี่ยวข้อง เพื่อให้สมาชิกกลุ่มได้เรียนรู้ถึงปัญหา สาเหตุของปัญหาทางจิตใจและอารมณ์ มีความเข้าใจในสภาพความเป็นจริงเกี่ยวกับตนเอง โดยมีสมาชิกกลุ่มเป็นผู้ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ในการทำความเข้าใจกับปัญหาต่าง ๆ โดยมีบุคลากรของทึมจิตเวช ซึ่งได้รับการอบรมมาเป็นผู้นำกลุ่ม

กลุ่มบำบัดแบบประคับประคอง (Therapeutic Supportive Group) เป็นการทำจิตบำบัดแบบต้น ไขได้ครอบคลุมและได้ผลดีกับการรักษาผู้ป่วยทางจิตเวชทุกชนิด (Wolberg, 1967: 794) โดยในการทำกลุ่มหนึ่ง ๆ ประกอบด้วยผู้ป่วยจำนวน 6-12 คน ที่มีปัญหาคล้ายคลึงกัน ผู้รักษาจะไม่ทำตัวเป็นจุดเด่น ปลอ่ยให้สมาชิกในกลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์กันเอง วิเคราะห์พฤติกรรมคนอื่น พุดถึงอาการต่าง ๆ ของตนเองและของคนอื่น ๆ ทำให้สมาชิกของกลุ่มเลียนแบบซึ่งกันและกัน และเข้าถึงจิตใจผู้อื่น ทำให้รู้ถึงคุณค่าของตนเองมากขึ้น เมื่อสามารถช่วยเหลือผู้อื่นให้เข้าใจในปัญหาบางอย่างได้

กลุ่มบำบัดแบบประคับประคอง เป็นการทำจิตบำบัดที่มุ่งในแง่ของปัจจุบัน (Here and Now) เป็นการสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้ระบาย เพื่อให้เกิดความมั่นใจในตนเองมากขึ้น ลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยลง เป็นการประคับประคองจิตใจของผู้ป่วย มีจุดมุ่งหมายในการทำเพื่อ (Tarachow, 1963: 8-22)

1. บรรเทาอาการของผู้ป่วยทั้งหมด หรือแก้ปัญหาโดยเฉพาะอย่างใดอย่างหนึ่ง
2. ช่วยให้เห็นสู่สภาพสมดุลทางจิตใจ (Psychic equilibrium) ในระยะเวลาอันสั้น
3. เพิ่มกลวิธีทางจิต (Defense mechanisms) ที่มีอยู่แล้วให้แข็งแรงมากขึ้น
4. จัดการกับปัญหาในระดับจิตรู้อำนาจ
5. ลดความกดดันจากสิ่งแวดล้อมภายนอก
6. แนะนำวิธีใหม่ที่ดีกว่าในการควบคุมอารมณ์

วิธีบำบัดแบบประคับประคองมี 2 วิธี คือ (จำลอง ดิษยวณิช 2522: 283-286)

1. การประคับประคองชนิดกดระงับ (Suppressive Therapy) คือ ให้การเก็บกดอารมณ์หรือกดระงับ เพื่อเพิ่มความแข็งแรงในการกดทับ (Repression) และกลวิธีอื่น ๆ เทคนิคที่ใช้ คือ

1.1 การจูงใจ (Suggestion) หรือการแนะนำ ผู้รักษาช่วยผู้ป่วยมีความคิดแบบตรงไปตรงมาหรือให้เชื่อว่า ความไม่สบายใจ หรืออาการที่ไม่พึงปรารถนาสามารถบรรเทาลงได้ ผู้รักษาต้องมีท่าทางเป็นมิตร เห็นอกเห็นใจผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นในตัวผู้รักษา

1.2 การชักชวน (Persuasion) ผู้รักษาพยายามอธิบายอย่างมีเหตุผลถึงอาการที่เกิดขึ้นเพื่อผู้ป่วยจะได้เปลี่ยนแนวความคิดเดิมซึ่งผิด มาเป็นความเข้าใจใหม่ที่ถูกต้องกว่า จุดมุ่งหมายของการชักชวน คือ การเสริมสร้างความมั่นใจในตัวเอง (Self-confidence) ให้กับผู้ป่วย เพื่อที่ผู้ป่วยจะได้รู้สึกควบคุมวิถีชีวิตของเขาอย่างมีเหตุผลและเหมาะสม มิใช่ปล่อยไปตามความอยากของตนจนเลยเถิด ขณะเดียวกันผู้รักษาต้องให้ความมั่นใจกับผู้ป่วยว่าเขาจะต้องมีอาการดีขึ้น วอลเจอร์ก พบว่าผู้ป่วยที่มีอาการย้ำคิดย้ำทำบางรายได้รับผลดีจากการรักษาวิธีนี้

1.3 การปลอบใจ (Reassurance) เพื่อให้ผู้ป่วยสบายใจ ในรายที่ผู้ป่วยไม่พอใจอย่างมาก และไม่สามารที่จะจัดการกับความวิตกกังวลของตัวเองได้

1.4 การสะกดจิต (Hypnosis) เป็นการลวงใจโดยใช้ลักษณะคำพูดซ้ำ ๆ กัน และเสียงพูดที่มีระดับเสมอกัน เพื่อให้ผู้ป่วยเคลิบเคลิ้มจนกระทั่งอยู่ในภาวะครึ่งหลับครึ่งตื่น ผู้รักษาสั่งพูดลวงใจหรือสั่งให้อาการผิดปกติหายไป แต่อาการที่หายไปจะกลับคืนมาอีก เพราะสาเหตุของอาการยังคงอยู่ ระยะต่อมาจึงไม่นิยมใช้วิธีนี้

2. การปรับประคองชนิตระบาย (Expressive Therapy) ให้ผู้ป่วยได้แสดงออกโดยใช้คำพูด รู้สึกรับการแยกแยะปัญหา การปลดปล่อยอารมณ์ การทำให้เกิดความคุ้นเคยกับอาการแบ่งออกเป็น

2.1 การระบายอารมณ์ (Ventilation or Catharsis) คือ การช่วยให้ผู้ป่วยได้ปลดปล่อยความรู้สึกทางอารมณ์ที่ถูกกดตันออกมาอย่างอิสระและเต็มที่ ทั้งเรื่องที่ถูกผู้ป่วยไม่สบายใจ วิตกกังวล ละอายใจ ล้าหนักผิด โกรธแค้น อาฆาต พยาบาท ชิมเคঁรา เชื้อตนเอง หรือได้ระบายในทุก ๆ เรื่อง วิธีการนี้ผู้ป่วยจะได้ระบายความรู้สึกไม่สบายใจที่เก็บสะสมไว้ในระดับจิตสำนึก ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายใจขึ้น ผู้รักษาต้องคอยให้การช่วยเหลือด้วยการให้ความเชื่อมั่น กำบังใจ การสนับสนุนและความเข้าใจที่ถูกต้อง

2.2 การลดความไวเร็ว (Desensitization) เป็นการระบายความคับอกคับใจจากประสบการณ์ที่ขมขื่น ปวดร้าว และทรมานใจของผู้ป่วย ทำให้ได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับผู้รักษาและสมาชิกอื่น ๆ ในกลุ่ม ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกเคยชินต่อเรื่องเหล่านี้ ทำให้ผู้ป่วยมีความไวเร็วต่อเรื่องเหล่านั้นน้อยลง จิตใจจะสงบมากขึ้น เป็นการลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยลง

2.3 การระบายอารมณ์ที่รุนแรง (Abreaction) การระบายอารมณ์อย่างแรงเพื่อมุ่งให้ผู้ป่วยได้ฝึกถึงเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่ก่อให้เกิดความทุกข์นั้น ๆ โดยวิธีเก็บกด เพื่อให้ความทุกข์เหล่านั้นเลื่อนกลางไป โดยเป็นในระดับจิตสำนึก แต่การเก็บกดนี้ย่อมทำไม่ได้หมด สิ่งทำให้เกิดอาการต่าง ๆ ขึ้น ซึ่งเป็นความวิตกกังวล ผู้รักษาต้องนำผู้ป่วยเข้าไปในเหตุการณ์นั้น ๆ โดยค่อย ๆ ให้คิดถึงเหตุการณ์เหล่านั้นทีละน้อย จนเมื่อถึงจุดสำคัญอันเป็นจุดที่ก่อให้เกิดความสะเทือนใจ ผู้ป่วยก็จะเกิดมีอารมณ์อย่างรุนแรงเกิดขึ้น อาการต่าง ๆ ก็จะบรรเทาไปเอง



## ทฤษฎีที่ใช้ในกลุ่มจิตบำบัด

ทฤษฎีในการทำจิตบำบัดทั้งแบบกลุ่มและรายบุคคลนั้นใช้ร่วมกัน (สมพร บุชรากิจ 2525: 2) และมีทฤษฎีมากมายเกี่ยวกับจิตบำบัด เช่น

ทฤษฎีจิตวิทยาเฉพาะตัว (Individual Psychology Theory)

ทฤษฎีจิตบำบัดแบบจิตวิเคราะห์ (Psychoanalytic Theory)

ทฤษฎีจิตบำบัดแบบผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง (Client-Centered Theory)

ทฤษฎีจิตบำบัดโดยการใช้อารมณ์อย่างมีเหตุผล (Rational Emotive Theory)

ทฤษฎีจิตบำบัดแบบภาวะนิยม (Existential Theory)

ทฤษฎีจิตบำบัดแบบเกสตัลท์ (Gestalt Theory)

ทฤษฎีจิตบำบัดที่ใช้ความรู้ทางพฤติกรรมเป็นพื้นฐาน (Behavioral Theory)

ฯลฯ

ทฤษฎีที่นิยมใช้ในกลุ่มจิตบำบัดมี 4 ทฤษฎีใหญ่ ๆ คือ (เกษร ทมทิตขงค์ 2528: 29)

### 1. ทฤษฎีจิตวิทยาเฉพาะบุคคล (Individual Psychology Theory)

เป็นทฤษฎีของ อัลเฟรด แอดเลอร์ (Alfred Adler) มีความเชื่อว่าคนทุกคนมีจุดมุ่งหมาย (Goals) ของชีวิต การจะเข้าใจคนต้องทำความเข้าใจจุดมุ่งหมายของเขา (Goals) ในการรักษาแบบจิตบำบัดกลุ่มนี้ จะช่วยให้คนเข้าถึงจุดหมายปลายทางที่ถูกต้องของชีวิต ถ้าคน ๆ นั้นได้เรียนรู้เสียใหม่ เปลี่ยนความหมายเดิม ก็อาจบรรลุถึงความสุขในชีวิตได้ แต่การจะเปลี่ยนได้นั้นไม่ใช่ของง่าย เนื่องจากคนเรามีจุดมุ่งหมายที่ซับซ้อนและแตกต่างกัน ซึ่งจุดมุ่งหมาย (Goals) ต่าง ๆ นี้แบ่งออกได้เป็น 4 แบบ คือ

1.1 ต้องการความเป็นเจ้าของ (Attention Goal) เนื่องจากมนุษย์เป็นสัตว์สังคม มีความปรารถนาในความสนใจจากบุคคลอื่น ซึ่งความปรารถนาในความสนใจจากบุคคลอื่นนั้น ไม่เพียงการยกย่องสรรเสริญเท่านั้น แต่รวมไปถึงการให้เกียรติศรัทธา ให้เป็นผู้นำ ยอมรับนับถือ ตลอดจนความเป็นเจ้าของ คนมีความต้องการจะมีส่วนเป็นเจ้าของสังคม ทฤษฎีนี้เชื่อว่าคนมีความต้องการเป็นเจ้าของสังคม

### 1.2 อำนาจ (Power) คนไม่ใช่เพียงต้องการความสนใจจากผู้อื่น

เท่านั้น แต่ยังต้องการอำนาจด้วย อำนาจที่ต้องการนั้น ต้องควบคุมได้ทั้งตัวเองและผู้อื่น อำนาจที่คนต้องการ คือ ต้องการมีความรู้ความสามารถสูง มีพลังแข็งแรง มีทรัพย์สินมาก

### 1.3 การไม่ร่วมมือ (Revenge) คนเมื่อไม่ได้ตามความปรารถนา ก็

จะก่อให้เกิดความขุ่นเคือง แก้กั้น เช่น เมื่อไม่ได้เป็นเจ้าของและไม่มีอำนาจ จะรู้สึกพ่ายแพ้ก็จะเกิดการต่อต้านขัดขวางสังคม การไม่ร่วมมือก็เกิดขึ้น เช่น การไม่ร่วมมือและทำอะไรไปในแนวที่ขัดขวางเสีย ซึ่งจะปรากฏในรูปของความเกรง

### 1.4 ยอมแพ้ (Defeat) คือ คนเล็กที่จะต่อสู้เพื่อให้ได้มาซึ่งความเป็น

เจ้าของ อำนาจ และการไม่ร่วมมือ โดยเขาจะนิ่งเฉยและอยู่กับความพ่ายแพ้ของตัวเอง การมีปมด้อยเป็นตัวอย่างความพ่ายแพ้ของคน โดยคิดว่าตนเองพ่ายแพ้ไม่ยอมก้าวไปข้างหน้า ยึดเอาแต่ความคิดเห็นของตนเองที่ไม่ถูกต้อง เช่น คิดว่าตนเองไม่มีค่า มีความอาย และระยะสุดท้าย คือ การแยกตัวออกไปจากสังคมอย่างเด็ดขาด เช่น ผู้ป่วยโรคจิต เป็นต้น

จุดมุ่งหมายทั้ง 4 ประการนี้ ย่อมมีอยู่ในคนทุกคนไม่มากก็น้อย โดยขึ้นอยู่กับแนวชีวิต (Life Style) อันเป็นตัวแทนของการที่จะหล่อหลอมบุคลิกภาพที่ทำให้คนมีบุคลิกภาพต่าง ๆ กัน แนวชีวิตนี้เกิดขึ้นตั้งแต่วัยเด็ก เนื่องจากจากครอบครัว เช่น เด็กบางคนต้องการความสนใจก็จะทำดี และแนวชีวิตก็เป็นเด็กดี เป็นต้น

## 2. ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (Psychoanalytic Theory) ของฟรอยด์ (Freud)

เป็นทฤษฎีที่มุ่งค้นหาหรือสำรวจตรวจสอบปัญหาทางอารมณ์และความขัดแย้งของจิตใจ ภายในจิตไร้สำนึก (Unconscious) การมองเห็นสิ่งต่าง ๆ ซึ่งก่อนนี้เขาได้เก็บกด (Repress) เอาไว้ จะกลับกลายมา มีบทบาทต่าง ๆ อันทำให้ผู้ป่วยได้แสดงออกถึงรูปลักษณะของตนเองที่ผิด ๆ วิธีเปลี่ยนแปลงจากจิตไร้สำนึก (Unconscious) มาสู่จิตสำนึก (Conscious) จะเกิดขึ้นได้โดยพยายามรำลึกในสิ่งต่าง ๆ ที่ลืมไปหมดแล้ว ให้กลับฟื้นขึ้นมาโดยวิธีการระบายออกอย่างเสรี (Free-association) และวิธีอื่น ๆ ซึ่งจะขจัดความต่อต้าน (Resistance) ให้หมดไป

ฟรอยด์ (Freud) เชื่อว่าพลังใจของคนเราเกิดจากสัญชาตญาณ (Instinct) ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 อย่าง คือ สัญชาตญาณของการมีชีวิตอยู่ และสัญชาตญาณของความตาย สัญชาตญาณ 2 อย่างนี้เป็นสิ่งจำเป็นของชีวิต เมื่อความต้องการและอารมณ์เปลี่ยนแปลงไป จะทำให้ภาวะสมดุลย์ของสัญชาตญาณทั้ง 2 อย่างนี้เปลี่ยนแปลงไปด้วย

รูปลักษณะของจิตใจประกอบขึ้นด้วย Id, Ego และ Super ego เป็นแหล่งที่ทำให้เกิดสัญชาตญาณแห่งความอยาก Id เป็นตัวก่อเกิดความต้องการ Ego ทำหน้าที่เป็นตัวกลางในการทำให้ Id และ Super ego อยู่ในภาวะสมดุลย์ Super ego คือ ความรู้ผิดชอบชั่วดี ได้มีการพัฒนามาตั้งแต่วัยเด็ก โดยเด็กได้มีการลอกเลียนแบบ (Identification) กับบิดามารดา ถ้ามีมากเกินไปก็อาจมีพลังเหนือ ego

3. ทฤษฎีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Client centered Theory) เจ้าของทฤษฎี คือ คาร์ล โรเจอร์ส (Carl R. Rogers) ซึ่งโรเจอร์ส เชื่อว่าในการให้การช่วยเหลือผู้ป่วยนั้น ผู้รักษาคะต้องมีความสนใจต่อผู้ป่วยอย่างแท้จริงที่จะรับรู้เรื่องราวต่าง ๆ ของผู้ป่วย ด้วยความระมัดระวัง เพื่อจะได้เข้าใจผู้ป่วยอย่างแท้จริง ตลอดจนสร้างบรรยากาศให้ล้มครืนขึ้นด้วย โรเจอร์ส เชื่อว่า คนย่อมมีสิ่งดีและสิ่งที่ไม่ดีอยู่ในตัว ซึ่งควรจะพิจารณาเลือกใช้ให้ถูกต้อง เมื่อคนเรามีประสิทธิภาพในตนเองแล้ว เราควรจะได้ยอมรับนับถือในความคิดเห็นนั้น ๆ ด้วย ผู้รักษาต้องเคารพในความคิดเห็นของผู้อื่นและยอมให้เขาหาวิธีในอันที่จะแก้ปัญหาของตนเอง

ทฤษฎีของโรเจอร์ส ได้รับการศึกษาและวิจัยไว้มาก โรเจอร์สเชื่อว่าคนเราย่อมมีความรู้สึกในเรื่องการรับรู้ (Perception) ของตนเอง และรู้ว่าอะไรคือความเป็นจริง (Reality) การรับรู้อาจผิดแปลกไปในกรณีอย่างนี้จะไม่อยู่ในความเป็นจริง บุคลิกภาพของคนจะขึ้นอยู่กับกรรับรู้ ถ้าการรับรู้เสียบุคลิกภาพก็เสีย คนเราจึงมองเห็นตนเอง คนอื่นและความเป็นจริง จุดประสงค์ในการรักษาคือยอมให้ผู้ป่วยได้สำรวจตนเอง และมีการรับรู้ในสิ่งต่าง ๆ ด้วยตนเอง เพื่อจะได้หันมาใช้ให้เกิดความเข้าใจต่อความเป็นจริง มีการแสดงออกอย่างแจ่มแจ้งต่อสิ่งแวดล้อมให้มากที่สุด จะพาตัวเองไปสู่แนวปกติได้

วิธีการรักษาเรียกว่าวิธีการทางอ้อม (Non-directive) หลีกเลี่ยงการใช้ การแปลความหมาย (Interpretation) แนะนำ อธิบาย จูงใจ หรือทำตาม เนื่องจากความเชื่อที่ว่าคนเราย่อมมีความสามารถในตนเอง ผู้รักษารับฟังผู้ป่วยพูดอย่าง ลังบไม่มีคำตขม

4. ทฤษฎีการแสดงออกอย่างอิสระ (Spontaneity-Sociometry Theory) ของ เจ แอล โมรีโน (J.L. Moreno) เชื่อว่าจิตบำบัดกลุ่มจะได้ผลนั้น ผู้ป่วยจะต้อง มีอิสระเต็มที่ในการแสดงความรู้สึก โดยได้ระบายอารมณ์ ปัญหาต่าง ๆ ออกมาในรูปของ การแสดงออกซึ่งเรียกว่าละครจิตบำบัด (Psychodrama) ซึ่งผู้ป่วยที่แสดงและผู้ป่วยอื่น ๆ ที่ร่วมกลุ่ม จะเกิดความรู้สึกเหมือนกับได้ร่วมอยู่ในเหตุการณ์จริง ๆ ช่วยให้ผู้ป่วยและผู้ย่ม เกิดความเข้าใจในตัวเอง (Insight) ตื้น และเข้าใจพฤติกรรมของผู้อื่นด้วย

#### หลักในการทำกลุ่มจิตบำบัด

มี 3 ขั้นตอน คือ (Wolberg, 1967: 777-778)

1. ระยะแรกเริ่ม ผู้รักษาและผู้ป่วยในกลุ่มจะมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน
2. สมาชิกของกลุ่มช่วยกันในการสนทนา เพื่อให้กลุ่มขึ้นอยู่กับ
3. การแก้ปัญหาต่าง ๆ โดยสมาชิกกลุ่มช่วยกัน หรือสมาชิกคนใดคนหนึ่งเกิด ความคิดที่จะแก้ปัญหานั้น ๆ ด้วยตนเอง ซึ่งจะเกิดกลไกต่าง ๆ ในกลุ่ม คือ

#### 3.1 กลไกทางด้านอารมณ์ (Emotion)

3.1.1 การยอมรับ (Acceptance) คือ บรรยากาศของกลุ่ม ที่สมาชิกกลุ่มรับฟัง เห็นอกเห็นใจ มีความเป็นมิตร มีการผ่อนสั้นผ่อนยาว และมีสัมพันธ- ภาพที่ดีต่อกัน

3.1.2 สมาชิกกลุ่มช่วยรักษาตัวเอง (Altruism) เกิดการ แนะนำต่าง ๆ ในหมู่ของสมาชิกกลุ่ม ตลอดจนการสนับสนุนและเกิดการแปลความหมาย (Interpretation) ในหมู่ผู้ป่วยด้วยกัน ซึ่งอาจเรียกวิธีนี้ว่า ผู้ป่วยด้วยกันเป็นผู้รักษา กันเอง ผู้ป่วยจะให้ความสนใจสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในกลุ่ม ซึ่งเป็นสิ่งที่แสดงออกถึงความ รัก ความเห็นใจของสมาชิกกลุ่ม ทำให้สมาชิกกลุ่มสามารถให้ข้อคิดในเรื่องต่าง ๆ ได้



3.1.3 การถ่ายทอดความรู้สึก (Transference) ระหว่าง  
สมาชิกกลุ่มด้วยกัน เช่น ความชอบพอกัน ความเห็นอกเห็นใจกัน เข้าใจกัน

### 3.2 กลไกด้านความรู้ (Cognitive)

3.2.1 การรักษาด้วยภาพสะท้อน (Spectator therapy)  
เกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยได้ฟังปัญหา (ความทุกข์) ของผู้อื่นแล้วนำมาเปรียบเทียบกับปัญหา (ความ  
ทุกข์) ของตนเอง และเห็นว่าปัญหาของตนเองมีน้อยกว่า เกิดมีความเข้าใจในปัญหาของ  
ตนเอง ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นในตัวเองในการจะหาทางแก้ปัญห

3.2.2 ความเป็นธรรมตา (Universalization) คือ การ  
ที่ผู้ป่วยได้เห็นว่าปัญหา (ความทุกข์) ที่เกิดขึ้นแก่ผู้ป่วยคนใดคนหนึ่งในกลุ่มนั้น มิได้เกิด  
แก่ผู้ป่วยเพียงคนเดียว ย่อมเกิดกับคนอื่น ๆ ได้ และเป็นทุกข์ที่เกิดขึ้นได้ทั่ว ๆ ไป เมื่อ  
ผู้ป่วยรับรู้และเข้าใจ ทำให้ความวิตกกังวลที่มีอยู่ค่อย ๆ ลดน้อยลง

3.2.3 การเกิดปัญหา (Intellectualization) จากปัญหา  
ที่เกิดขึ้นในกลุ่ม ทำให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ ซึ่งผู้ป่วยในกลุ่มแต่ละคนต่างก็มีประสบ-  
การณ์และการเรียนรู้แตกต่างกันมาก่อน

### 3.3 กลไกด้านการแสดงออก (Action factor)

3.3.1 การทดสอบความจริง (Reality testing) เป็น  
หัวใจของกลุ่มจิตบำบัด เนื่องจากเมื่อผู้ป่วยเข้ากลุ่มด้วยกัน ผู้ป่วยจะมีการระมัดระวังทั้ง  
คำพูด ท่าทางการแสดงออกต่าง ๆ เป็นการปรับตัวเองเพื่อให้เกิดมีสัมพันธภาพกับสมาชิก  
ในกลุ่ม และเรียนรู้ที่จะเข้ากลุ่มให้ได้

3.3.2 การระบายออก (Ventilation) คือ การระบาย  
ความทุกข์หรือปัญหาอารมณ์ที่ค้างค้ำอยู่ออกไป ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายใจขึ้น ซึ่งการระบาย  
ออกไม่ใช่เป็นการแก้ปัญห แต่เป็นการลดความตึงเครียด (Tension) ของผู้ป่วย  
และช่วยให้ผู้ป่วยได้พิจารณาเรื่องราวต่าง ๆ ของตัวเองและสิ่งแวดล้อม

3.3.3 การมีปฏิสัมพันธ์ (Interaction) คือ การเฉลี่ย  
ประสบการณ์ต่าง ๆ ในระหว่างสมาชิกของกลุ่ม

นอกจากนี้ยังมีกลไกอื่น ๆ อีกเช่น

การแนะนำให้เชื่อ (Suggestion) ระหว่างสมาชิกในกลุ่มเอง

อำนาจ (Authority) คล้ายกับการแนะนำให้เชื่อ คือ ผู้ป่วยที่อ่อนแอ (Weak) อยู่แล้ว ย่อมจะมีความโน้มเอียงไปกับผู้รักษา หรือสมาชิกกลุ่มที่แข็งแกร่งกว่า ความเชื่อในตัวผู้รักษาเป็นกลไกทำให้เกิดอำนาจได้

กลไกต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในกลุ่มบำบัดแบบประคับประคอง ช่วยให้ผู้ป่วยได้เข้าใจตนเอง และเข้าใจผู้อื่นในกลุ่ม ดังแสดงในแผนภูมิ ดังนี้

แผนภูมิที่ 1 แสดงการเกิดความเข้าใจในเรื่องการรู้จักตนเอง และการสื่อความหมายที่แท้จริงกับบุคคลอื่นของผู้ป่วยซึ่งเป็นสมาชิกกลุ่ม

	เป็นที่รู้จักของตนเอง	ไม่เป็นที่รู้จักของตนเอง
เป็นที่รู้จักของผู้อื่น	เปิดเผย	ไม่เห็น
ไม่เป็นที่รู้จักของผู้อื่น	อ่อนเร้น	ไม่รู้จักเลย

จากแผนภูมิที่ 1 **เปิดเผย** แทนส่วนของผู้ป่วยที่เป็นที่รู้จักของสมาชิกกลุ่มคนอื่น ๆ

**ไม่เห็น** แทนส่วนที่ผู้ป่วยไม่ยอมรับหรือปฏิเสธและเป็นที่รู้จักของคนอื่น ๆ ในกลุ่ม

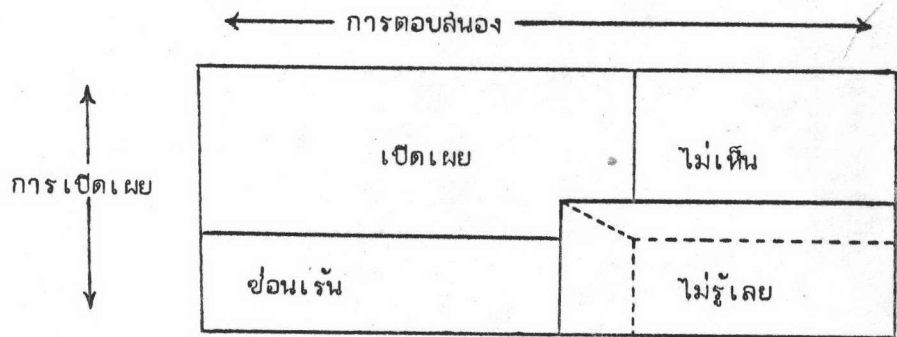
**อ่อนเร้น** เป็นความคิดและความรู้สึกส่วนตัวของผู้ป่วยที่คนอื่น ๆ ไม่รู้จัก

**ไม่รู้จักเลย** คือตัวผู้ป่วยเองไม่รู้จักและสมาชิกกลุ่มคนอื่น ๆ ก็ไม่รู้จัก

การสื่อความหมายและประสิทธิภาพของความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกกลุ่มสามารถเพิ่มขึ้นได้ เมื่อผู้ป่วยเรียนรู้ถึงการกระทำและความรู้สึกของบุคคลอื่น ๆ ในกลุ่ม ส่วน

เปิดเผยจะสามารถขยายได้โดยการสนับสนุนให้สมาชิกกลุ่มได้เปิดเผยความคิด และความรู้สึกของตนเองให้กลุ่มทราบ และขณะเดียวกันก็มีการตอบสนองอย่างสร้างสรรค์ และตรงไปตรงมาจากสมาชิกกลุ่มคนอื่น ๆ ที่เปิดเผยความคิดและความรู้สึกของแต่ละคนให้กลุ่มรับรู้ ดังแสดงในแผนภูมิที่ 2

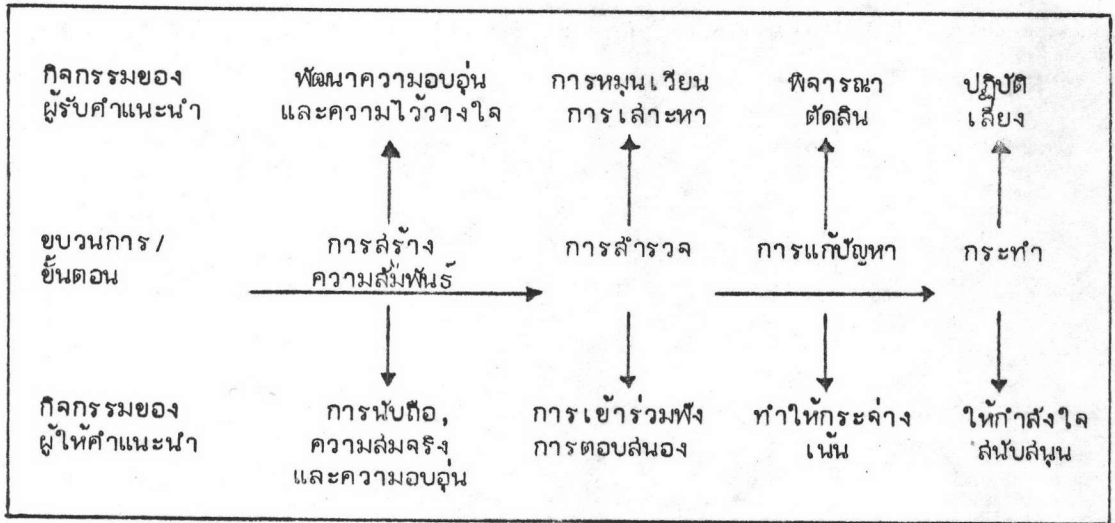
แผนภูมิที่ 2 แสดงการเปิดเผยตนเองของผู้ป่วยแต่ละคนในกลุ่ม ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจตนเองได้มากขึ้น



จากแผนภูมิที่ 2 จะเห็นว่าส่วนที่ไม่เห็นและซ่อนเร้น จะมีพื้นที่ลดลงภายใต้เงื่อนไขที่กล่าวมาแล้ว ในขณะที่ไม่รู้เลยเปลี่ยนแปลงได้ช้ามากกว่า โดยใช้เทคนิคในการสัมผัสกับสามัญสี่ผืน

ในกระบวนการของกลุ่มบำบัดแบบประคับประคอง สมาชิกของกลุ่มมีการตอบสนองต่อกันเปลี่ยนแปลงไม่แน่นอน ทั้งนี้เกิดขึ้นเนื่องจากประสบการณ์ที่ผ่านมาของสมาชิกกลุ่มแต่ละคน ในขณะที่มีการเปิดเผยและการสนองตอบที่ลึกซึ้งขึ้นและตรงไปตรงมามากขึ้น สมาชิกกลุ่มมีโอกาสสร้างทักษะใหม่ ๆ เกี่ยวกับความสัมพันธ์ของการปฏิบัติต่อกันและเพิ่มความรู้จักตนเองมากยิ่งขึ้น การสวดให้มีบรรยากาศที่เอื้ออำนวยต่อการเรียนรู้และชักจูงให้ผู้ป่วยสนใจ เรื่องของการมีสัมพันธ์ภาพในระหว่างสมาชิกกลุ่ม และการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ต่าง ๆ แก่กันในกลุ่ม เกี่ยวข้องกับการที่สมาชิกกลุ่มให้คำแนะนำกันเองในหลักการปฏิบัติ หรือแก้ไขปัญหาดัง ๆ ที่สมาชิกกลุ่มพูดถึง ก่อให้เกิดการลอกเลียนแบบกันระหว่างผู้ให้คำแนะนำและผู้รับคำแนะนำ อาจเขียนแสดงเป็นแผนภูมิดังนี้

แผนภูมิที่ 3 แสดงรูปแบบการลอกเลียนแบบระหว่างผู้ให้คำแนะนำและผู้รับคำแนะนำของผู้ป่วยในกลุ่มบำบัดแบบประคับประคอง



จากแผนภูมิรูปที่ 3 แสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกของกลุ่มต่าง ๆ ที่มีส่วนร่วมและมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน ทำให้เกิดการเรียนรู้ การยอมรับ ซึ่งการยอมรับนี้เป็นเสมือนกระจกเงาสท้อนความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้คำแนะนำและผู้รับคำแนะนำ มีผลถึงสมาชิกของกลุ่มคนอื่น ๆ ได้เกิดการเรียนรู้และยอมรับไปพร้อม ๆ กันด้วย เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยเรียนรู้การระบายออกถึงปัญหาต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยประสบ มีโอกาสได้พิจารณาตนเองและสิ่งแวดล้อมใหม่อย่างกว้างขวางขึ้น ช่วยลดความวิตกกังวลต่าง ๆ ของผู้ป่วย ช่วยลดอาการทางจิตที่เป็นอยู่ และมีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น (Birckhead, 1984: 24-30)

เงื่อนไขของการคัดกลุ่มบำบัดแบบประคับประคอง

การคัดกลุ่มบำบัดแบบประคับประคอง เป็นงานค่อนข้างละเอียดอ่อน และต้องใช้ความร่วมมือในด้านต่าง ๆ เป็นอย่างมาก การคัดกลุ่มบำบัดแบบประคับประคองจะประสพผลสำเร็จหรือไม่ขึ้นอยู่กับเงื่อนไขต่าง ๆ คือ



1. สมาชิกกลุ่ม ผู้ป่วยซึ่งเป็นสมาชิกของกลุ่มจะต้องเข้ากลุ่มอย่างสม่ำเสมอ การที่สมาชิกกลุ่มเข้ากลุ่มได้สม่ำเสมอหรือไม่ขึ้นอยู่กับ

1.1 ความพร้อมเฉพาะตัวของผู้ป่วย เช่น ไม่มีอาการทางจิตรุนแรง สิ้นใจและเต็มใจจะเข้ากลุ่ม

1.2 ผู้ป่วยได้รับการเตรียมจากผู้วิเศษหรือผู้คัดกลุ่มก่อนเข้ากลุ่ม เช่น ให้ความรู้เวลาที่เขาจะต้องเข้ากลุ่มนานเท่าใด ผู้ป่วยจะได้ประโยชน์จากกลุ่มอย่างไร เป็นต้น

1.3 ความพร้อมในตัวของผู้คัดกลุ่ม และองค์ประกอบอื่น ๆ ของการคัดกลุ่ม

2. ผู้คัดกลุ่มจะต้องมีคุณสมบัติ คือ

2.1 มีความรู้ความสามารถในการคัดกลุ่มบำบัดแบบประคับประคอง รู้ ทฤษฎี และหลักการของการคัดกลุ่มบำบัดแบบประคับประคอง รู้กระบวนการตลอดจนมีความสามารถในการวิเคราะห์และสังเกตพฤติกรรมกลุ่ม ให้ความสำคัญต่อการรับรู้ความต้องการหรือความรู้สึกของสมาชิกกลุ่ม โดยที่ได้มีการบอกกล่าวโดยตรง

2.2 มีทัศนคติที่ดีต่อการคัดกลุ่มบำบัดแบบประคับประคอง เช่น ชอบงานนี้ รู้สึกพอใจที่จะทำ มองเห็นประโยชน์ของการคัดกลุ่ม ชื่นชมยินดีที่จะพูดคุยกับผู้ป่วยในกลุ่ม มีความต้องการช่วยเหลือผู้ป่วยโดยไม่หวังผลประโยชน์ตอบแทนใด ๆ

2.3 มีประสบการณ์ในการคัดกลุ่มบำบัดแบบประคับประคองมาแล้ว สามารถคาดการณ์หรือคาดคะเนเหตุการณ์ต่าง ๆ ได้ว่าจะเกิดอะไรขึ้นจากสิ่งที่สมาชิกกลุ่มเล่า หรือจากสิ่งที่สังเกตเห็นในกลุ่ม และหาทางป้องกันได้หากว่าสิ่งที่คาดไว้จะเกิดผลในทางไม่ดี ขณะเดียวกันผู้คัดกลุ่มต้องไม่หลงตนเอง ไม่หมกมุ่นอยู่กับตนเอง (Self-preoccupation) ซึ่งจะทำให้มีความสนใจกลุ่มน้อย และไม่สามารที่จะสังเกตสภาวะทางอารมณ์และความรู้สึกของสมาชิกกลุ่มได้

2.4 มีความอดทนต่อภาวะต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในกลุ่ม เช่น ภาวะความไม่สมหวังของกลุ่ม ผู้คัดกลุ่มอาจคาดหวังถึงความเปลี่ยนแปลงของกลุ่มไว้สูง แต่สมาชิกของกลุ่มอาจมีความเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นช้า ไม่เป็นไปตามที่คาดหวัง หรืออดทนต่อภาวะ

การแสดงออกที่ไม่เป็นมิตรของสมาชิกกลุ่ม ทั้งทางคำพูดและท่าทางในขณะที่ดำเนินกลุ่ม ซึ่งเป้าของความรู้สึกไม่เป็นมิตร มักจะเป็นผู้คัดกลุ่มและผู้ร่วมคัดกลุ่ม

2.5 ผู้คัดกลุ่มต้องมีบุคลิกลักษณะที่สามารถทำให้สมาชิกกลุ่มเกิดความรู้สึก ศรัทธา เชื่อถือ และวางใจ สามารถตัดสินใจในเหตุการณ์เฉพาะหน้าได้ มีอารมณ์ หนักแน่น มั่นคง เนื่องจากผู้คัดกลุ่มจะต้องเป็นแบบอย่างให้สมาชิกกลุ่มลอกเลียนแบบ (Object of Identification) ในด้านต่าง ๆ เช่น

2.5.1 การประพฤติปฏิบัติตัวและการรับเหตุการณ์ (Ego-functioning) ถ้าต้องการให้สมาชิกรักษาเวลา ผู้คัดกลุ่มจะต้องรักษาเวลา ถ้าจะให้สมาชิกซื่อสัตย์และเปิดเผย ผู้คัดกลุ่มจะต้องเป็นคนซื่อสัตย์และเปิดเผย

2.5.2 การสนองตอบเหตุการณ์ด้านอารมณ์ (Emotional response) ผู้คัดกลุ่มจะต้องเป็นแบบอย่างในด้านการสนองตอบต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นด้วย ท่าทีที่สงบ ไตร่ตรอง เยือกเย็น ไม่ใช้อารมณ์ หรือควบคุมอารมณ์ได้

2.5.3 การไม่ปกป้องตัวเองเกินไป (non-defensive) ผู้คัดกลุ่มจะต้องเป็นแบบอย่างที่ดีในด้านการรับฟังความคิดเห็นจากผู้อื่น รับฟังคำติชมของคนอื่น โดยไม่ต้องปกป้องหรือกล่าวแก้ตัวให้ตนเอง

2.5.4 สงบ เยือกเย็น ไม่ตื่นเต้น ตกใจง่าย (Excitability)

2.5.5 แสดงอารมณ์ต่าง ๆ อย่างเหมาะสมกับเหตุการณ์ และ อยู่ในลักษณะที่ควบคุมได้

2.6 ผู้คัดกลุ่มต้องมีความสามารถในการผสมผสานวิธีการจิตบำบัดเฉพาะ ราย กับการคัดกลุ่มบำบัดแบบประคับประคอง เช่น การพบผู้ป่วยเป็นรายบุคคล เพื่อ วจใจให้ผู้ป่วยสนใจการเข้ากลุ่ม ซึ่งผู้คัดกลุ่มต้องมีความสามารถในการสร้างสัมพันธภาพ รัสึกไว้วางใจและเทคนิคต่าง ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกเห็นคล้อยตาม อยากเข้ากลุ่ม และพร้อมที่จะเข้ากลุ่มอย่างสม่ำเสมอ

ความสามารถในการผสมผสาน 2 วิธีการนี้เข้าด้วยกัน จะทำให้ความสัมพันธ์ ระหว่างผู้คัดกลุ่มกับผู้ป่วยแน่นแฟ้นขึ้น ซึ่งจะเป็นปัจจัยหนึ่งซึ่งช่วยให้การคัดกลุ่มบรรลุเป้าหมายได้

### 3. เงื่อนไขอื่น ๆ ได้แก่

3.1 ขนาดของกลุ่มต้องไม่ใหญ่เกินไป สมาชิกไม่ควรเกิน 12 คน เพื่อให้ผู้จัดกลุ่มจะสามารถดูแลให้เกิดการปฏิสัมพันธ์ (Interaction) กันได้อย่างทั่วถึง และเพื่อให้เกิดกระบวนการ Transference ในระหว่างสมาชิกของกลุ่มชั้นได้ ซึ่งการ Transference นี้ เป็นกลไกสำคัญของกลุ่มบำบัดแบบประคับประคอง

3.2 สถานที่จัดกลุ่ม ต้องมีห้องจัดกลุ่มเป็นสัดส่วน ปราศจากเสียงรบกวน มีสิ่งอำนวยความสะดวกพอสมควร เช่น เก้าอี้หนัง พัดลม แสงสว่าง เพื่อให้ผู้ป่วยเข้ากลุ่มด้วยความรู้สึกที่สะดวกสบาย

3.3 บรรยากาศของกลุ่มต้องอบอุ่นเป็นกันเอง ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลาย (Relax) ในการพูดคุยในกลุ่ม

3.4 เวลาในการจัดกลุ่มไม่ควรนานเกินครึ่งละ  $1\frac{1}{2}$  ชั่วโมง

3.5 ความถี่ของการจัดกลุ่มไม่ควรมากกว่าสัปดาห์ละ 2 ครั้ง

#### บทบาทของพยาบาลจิตเวช

บทบาทและหน้าที่ของพยาบาลจิตเวช มีการเปลี่ยนแปลงไปตามแนวโน้มของการรักษา ดังนี้คือ (อรุณี ม่วงน้อยเจริญ 2520: 3-7)

#### 1. ยุค การอารักขา (Custodial Phase)

การรักษานักจิตเวชในโรงพยาบาล มีจุดประสงค์เพื่อป้องกันอันตรายให้กับสังคม วิธีการรักษาใช้วิธีการกักขัง ควบคุม ผู้กักขัง พยาบาลจะทำหน้าที่ดูแลสังเกตพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออก ดูแลความสะดวก ความปลอดภัยไม่ให้นักจิตเวชร้ายตนเองและผู้อื่น ป้องกันการหลบหนี บทบาทและหน้าที่ของพยาบาลในยุคนี้คล้าย ๆ กับผู้คุม

#### 2. ยุค การรักษาทางกาย (Somatic Treatment Phase)

ยุคนี้การรักษาผู้ป่วยจิตเวช จะเน้นการรักษาทางกาย เช่น การให้ยา กลุ่มประสาธน์ การให้ยานอนหลับ การให้อินสุลิน การทำช็อคไฟฟ้า และการผ่าตัด

สมอง พยาบาลจะใช้เวลาล่วงหน้าในการจัดเตรียมยา การรับคำสั่งและจัดบันทึกรายงาน เนื่องจากผู้ป่วยแต่ละคนจะได้รับยาวันละ 2-4 ครั้ง บทบาทของพยาบาลจึงโน้มเอียงไปในลักษณะผู้ช่วยแพทย์มากกว่าจะสนใจให้การพยาบาลผู้ป่วยโดยตรง

### 3. ยุค การฟื้นฟูสมรรถภาพ (Rehabilitation Phase)

ยุคนี้การรักษาผู้ป่วยจิตเวชเปลี่ยนไป ผู้รักษายอมรับและเห็นความสำคัญของการเป็นบุคคลคนหนึ่งของผู้ป่วยที่ต้องอยู่ในสังคม มีการค้นพบยาตัวใหม่ ๆ มาใช้ร่วมกับกาฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วย ด้วยการให้ความรู้ เพิ่มความสามารถในการปรับตัวให้เข้ากับสังคมเพื่อการดำรงชีวิตอยู่ในสังคมอย่างปกติ โรงพยาบาลนอกจากจะเป็นสถานที่ให้การรักษาผู้เจ็บป่วยทางจิต ยังต้องทำหน้าที่เตรียมผู้ป่วยให้พร้อมที่จะออกสู่สังคมภายนอกด้วย การรักษาจึงต้องให้ประสบการณ์เกี่ยวกับการดำรงชีวิตในสังคมแก่ผู้ป่วย โดยการจำลองเอาชุมชนมาไว้ในโรงพยาบาล บทบาทของพยาบาลในยุคนี้ไม่ใช่ผู้คุมหรือผู้ทำงานทางเทคนิคอย่างยุคก่อน ๆ แต่พยาบาลมีบทบาทหน้าที่สำคัญมากขึ้น เนื่องจากเป็นบุคลากรคนเดียวในทีมจิตเวช ที่มีเวลาดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดตลอดเวลา พยาบาลจึงเป็นบุคคลสำคัญในการจัดประสบการณ์ต่าง ๆ ให้ผู้ป่วยได้เกิดการเรียนรู้ที่จะปรับตัวให้เข้ากับสังคม โดยการคัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสม และการจัดกิจกรรมกลุ่มต่าง ๆ ให้ผู้ป่วย

จะเห็นได้ว่าบทบาทของพยาบาลจิตเวชได้เปลี่ยนแปลงไปตามวิวัฒนาการของการรักษาทางจิตเวช บทบาทของพยาบาลจิตเวช ซึ่งเป็นที่ยอมรับของบุคลากรในทีมจิตเวช คือ

1. บทบาทในการสร้างสิ่งแวดล้อม เพื่อให้เกิดผลทางการรักษาและส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้ป่วยให้อยู่ในสภาพที่ดี โดยการคัดสิ่งแวดล้อมภายในหอผู้ป่วยให้มีบรรยากาศคล้ายบ้าน คำนึงถึงความสวยงาม ความปลอดภัย ความสะอาดเรียบร้อยของผู้ป่วย และน่าอยู่ ร่มรื่น ก่อให้เกิดความมั่นคงทางด้านจิตใจ อบอุ่นและมีบรรยากาศของการยอมรับ ให้โอกาสผู้ป่วยได้เลือกทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่ตนสนใจ การคัดสิ่งแวดล้อมที่ดีจะช่วยสร้างสัมพันธภาพ และพัฒนาพฤติกรรมของผู้ป่วยไปในทางที่ดีด้วย

2. บทบาทในการเป็นผู้นำทางสังคม พยาบาลจิตเวชจะเป็นผู้นำผู้ป่วยให้กลับสู่สังคมปกติได้ โดยใช้หลักจิตวิทยาสังคม (Sociopsychology) ซึ่งพยาบาลจิตเวชเป็นผู้สร้างความเชื่อมั่น ให้ความสนใจ สนับสนุนและจัดกิจกรรมที่เหมาะสมให้แก่ผู้ป่วย เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ในการปรับตัวเองให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้เช่นคนปกติ

3. บทบาทเป็นที่ปรึกษา เช่น การให้คำแนะนำหรือเสนอแนะแนวทางในการแก้ไขปัญหาแก่ผู้ป่วย โดยช่วยให้ผู้ป่วยได้เข้าถึงปัญหาของตนเอง และสามารถเลือกวิธีการแก้ปัญหาของตนเองได้ เป็นการช่วยประคับประคองจิตใจของผู้ป่วย พยาบาลสามารถให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้ทั้งรายบุคคลและเป็นกลุ่ม ซึ่งพยาบาลจะต้องใช้เทคนิคต่าง ๆ เช่น ความสามารถในการแก้ปัญหา การเป็นผู้ฟังที่ดี การสังเกต และความเข้าใจในพฤติกรรมต่าง ๆ

4. บทบาทของครู พฤติกรรมต่าง ๆ ของผู้ป่วย เป็นโลกที่ผู้ป่วยต่อต้าน เมื่อเกิดปัญหาการปรับตัว มีทั้งพฤติกรรมที่เหมาะสมและไม่เหมาะสม ซึ่งพยาบาลจะต้องยอมรับและเข้าใจในพฤติกรรมนั้น ๆ และช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้พัฒนาพฤติกรรมที่ผิดปกติให้กลับเหมาะสมขึ้น โดยการคัดประลบบการรบกวนทั้งทางตรงและทางอ้อมแก่ผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้เกิดการเรียนรู้และปรับพฤติกรรมของตนเองได้ พยาบาลจะต้องใช้ความอดทน ไม่ท้อแท้ และทำอย่างสม่ำเสมอ ยอมรับในความแตกต่างระหว่างผู้ป่วยแต่ละคน ทั้งทางด้านสติปัญญาและความสามารถทางร่างกาย

5. บทบาทของแม่ บางครั้งพยาบาลจะต้องรับบทบาทนี้ เมื่อมีผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมถอยกลับสู่วัยเด็ก หรือพฤติกรรมถอยหนี บทบาทของแม่จะต้องให้การดูแลทางร่างกาย และการคำจุนทางจิตใจ โดยให้ความรัก ความอบอุ่น ความปลอดภัย และความยุติธรรมแก่ผู้ป่วย เหมือนเช่นมารดาปฏิบัติต่อบุตร คอยสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้พยายามช่วยเหลือตัวเองให้มากที่สุด เสริมสร้างให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นคงทางจิตใจและอารมณ์ รวมทั้งการดูแลทุกข้อลู่ภายในหอผู้ป่วย

6. บทบาทของผู้เชี่ยวชาญด้านเทคนิค พยาบาลมีหน้าที่ทางด้านเทคนิคที่เกี่ยวข้องกับวิชาการปฏิบัติงานพยาบาลทั่วไป เช่น การทำข้อคัพไฟฟ้า การช่วย

แพทย์ในการรักษาต่าง ๆ การทำแผล ฝังยา และการให้ยา ตลอดจนการสังเกตอาการ การบันทึกรายงาน และการประคับประคองจิตใจของผู้ป่วย ก็ต้องใช้ความรู้ความชำนาญ ทางวิชาการทั้งสิ้น

พยาบาลจิตเวชต้องประยุกต์บทบาทต่าง ๆ เหล่านี้ในการปฏิบัติงาน จะละทิ้ง บทบาทใดบทบาทหนึ่งเสียมิได้ และสิ่งที่จะต้องกล่าวถึง คือ บทบาทของพยาบาลจิตเวช ในกลุ่มกิจกรรมบำบัดต่าง ๆ ที่สำคัญ คือ

#### บทบาทของพยาบาลจิตเวชในการทำจิตบำบัด

บทบาทของพยาบาลในการทำจิตบำบัด จะแตกต่างกันตามระดับการศึกษาของ พยาบาล พยาบาลที่ได้รับการศึกษาทางด้านพยาบาลจิตเวชโดยเฉพาะ และมีประสบการณ์ ทางด้านคลินิกจะมีบทบาทดังนี้ (ยุพา วิสุทธีโกศล, เอกสารประกอบการบรรยายกลุ่มจิตบำบัด โรงพยาบาลศรีธัญญา, 2519)

1. ให้การบำบัดเป็นรายบุคคลได้ (Individual Psychotherapist)
2. ให้การบำบัดเป็นรายกลุ่มได้ (Group Psychotherapist)
3. ให้การบำบัดทั้งครอบครัว (Family Therapist)
4. เป็นผู้ร่วมบำบัด (Co-Therapist)
5. เป็นที่ปรึกษาของบุคลากรทีมจิตเวชที่ต้องการคำปรึกษา
6. เป็นสมาชิกคนหนึ่งของทีมจิตเวช

ในการทำจิตบำบัดพยาบาลจิตเวชมีบทบาทที่สำคัญเท่าเทียมกับบุคลากรอื่น ๆ ใน ทีมจิตเวช ไม่ว่าจะเป็นจิตแพทย์ นักจิตวิทยาคลินิก หรือนักสังคมสงเคราะห์ก็ตาม ที่ สามารถเป็นผู้มาหรือผู้รักษาแบบจิตบำบัดได้ทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม ซึ่ง มาริลิน เจ เมอร์แมน (Marilyn J. Schuurmans, 1964) ได้กำหนดหน้าที่พื้นฐานของพยาบาล ผู้นำกลุ่มจิตบำบัดไว้ดังนี้คือ

1. การให้ความรู้แก่สมาชิกกลุ่ม ผู้นำกลุ่มจิตบำบัดต้องแนะนำ ชี้แจงวัตถุประสงค์ และวิธีการดำเนินกลุ่มแก่สมาชิกกลุ่ม เพื่อเป็นการให้ความรู้ ความเข้าใจ ทำให้สมาชิกกลุ่มมีทัศนคติที่ดีต่อกลุ่ม และให้ความร่วมมือในการรักษา

2. สร้างความเชื่อมั่น เพื่อให้สมาชิกกลุ่มเกิดความมั่นใจในการรักษา ว่าเป็นวิธีที่มีคุณค่าจะช่วยให้สมาชิกกลุ่ม ก้าวพ้นจากความทุกข์มาสู่โลกที่เป็นจริง ผู้นำกลุ่ม จะช่วยสมาชิกกลุ่มสำรวจความรู้สึกและความคิดออกมา และกระตุ้นให้สมาชิกกลุ่มตรวจสอบ ความรู้สึกและความคิดด้วยตนเองภายในกลุ่มด้วย

3. การส่งคำถามป้อนกลับไปยังกลุ่ม เมื่อสมาชิกกลุ่มมีคำถามผู้นำกลุ่มไม่ต้อง เป็นผู้ตอบคำถาม แต่ให้ส่งคำถามนั้นกลับไปยังกลุ่ม เพื่อขอความเห็นจากกลุ่ม โดยผู้นำ กลุ่มทำหน้าที่เป็นผู้ประสานงาน คอยเชื่อมโยงความคิดเห็นระหว่างสมาชิกกลุ่มด้วยกัน เพื่อ ให้เกิดปฏิกิริยาสัมพันธ์ขึ้นระหว่างสมาชิกกลุ่ม

4. การสรุปเพิ่มเติมจากข้อมูลต่าง ๆ ของสมาชิกในกลุ่ม เพื่อให้เข้าใจง่าย และชัดเจนยิ่งขึ้น บางครั้งผู้นำกลุ่มอาจจะต้องตอบคำถามและปัญหาที่กลุ่มไม่สามารถจะหาคำตอบที่ชัดเจนได้ สมาชิกกลุ่มจะมองผู้นำกลุ่มอย่างคาดหวัง เหมือนผู้เชี่ยวชาญ ผู้นำ กลุ่มจะต้องมีไหวพริบ มีความรู้กว้างขวาง สามารถนำอภิปราย ถกเถียงปัญหาในเรื่อง ที่เหมาะสม และมีสำระในการปรับพฤติกรรมผู้ป่วย

5. การสนับสนุนให้สมาชิกกลุ่มได้มีส่วนร่วมในการสนทนา ขณะดำเนินกลุ่ม ผู้นำกลุ่มจะต้องควบคุมและกระตุ้นให้สมาชิกกลุ่มทุกคนได้มีส่วนร่วมในการสนทนาแลกเปลี่ยน ความคิดเห็นซึ่งกันและกัน ถือเป็น การเฉลี่ยประสบการณ์และการถ่ายทอดความรู้สึกนึกคิด แก่กัน ช่วยให้สมาชิกกลุ่มได้เกิดการเรียนรู้ได้รู้จักตนเอง และรู้จักผู้อื่น มีผลให้สมาชิก กลุ่มสามารถปรับพฤติกรรมของตนเองให้เหมาะสมได้

นอกจากนี้ มาร์แรม (Marxam, 1978: 62-67) ได้กล่าวถึงหน้าที่ของพยาบาล ผู้นำกลุ่มจิตบำบัดไว้อีก คือ

1. ให้ความสะดวกแก่ผู้ป่วยซึ่งเป็นสมาชิกกลุ่ม เพื่อให้เกิดความรู้สึกอบอุ่นและปลอดภัย เสริมสร้างความรู้สึกเป็นมิตรต่อกัน และความรู้สึกเป็นเจ้าของกลุ่ม

2. สร้างบรรยากาศแบบประชาธิปไตย เพื่อคำจุนกลุ่มให้มีอิสระในการแสดง พฤติกรรมต่าง ๆ โดยเสรี ซึ่งไม่เป็นภัยต่อตัวผู้ป่วยและกลุ่ม พยายามลดความตึงเครียด และความวิตกกังวลของกลุ่ม

3. นำกลุ่มไปสู่เป้าหมายที่ตั้งไว้ ผู้นำกลุ่มต้องควบคุมกลุ่มให้ดำเนินไปตามวัตถุประสงค์ของ การรักษา คอยสังเกตการพัฒนาและประเมินผลกลุ่มเป็นระยะ ๆ

4. ต้องสร้างการพัฒนาหรือความก้าวหน้าของกลุ่ม ผู้นำกลุ่มต้องคอยกระตุ้นและสังเกตการพัฒนาหรือการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้นของสมาชิกกลุ่มแต่ละคนในการทำกลุ่มแต่ละครั้ง คอยส่งเสริมสนับสนุนและแก้ไขพฤติกรรมของสมาชิกกลุ่มให้ดีขึ้น ทั้งพฤติกรรมและบุคลิกภาพของสมาชิกกลุ่ม

จะเห็นได้ว่าการปฏิบัติงานของพยาบาลจิตเวชนั้น จะมีส่วนเกี่ยวข้องกับการทำจิตบำบัดเกือบตลอดเวลา ตั้งแต่การให้คำแนะนำ เป็นที่ปรึกษา เป็นผู้รับฟังปัญหาต่าง ๆ ของผู้ป่วย ทั้งรายบุคคลและเป็นกลุ่ม เมื่อการรักษามีแนวโน้มในเรื่องการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วย พยาบาลจิตเวชก็มีส่วนสำคัญมากยิ่งขึ้นในการเตรียมผู้ป่วยให้พร้อมที่จะออกสู่สังคม โดยการคัดประสลับกรณีต่าง ๆ ให้ผู้ป่วย เช่น การใช้กิจกรรมกลุ่มบำบัดต่าง ๆ กิจกรรมกลุ่มบำบัดเหล่านี้ต่างก็ส่งผลในการรักษาผู้ป่วยทางจิตเวชทั้งสิ้น แต่กลุ่มบำบัดที่สามารถช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ และปรับพฤติกรรมตนเองได้ และพยาบาลสามารถคัดให้ผู้ป่วยได้อย่างอิสระภายใต้ขอบเขตหน้าที่ของพยาบาล คือ กลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคอง หรือกลุ่มบำบัดแบบประคับประคอง ซึ่งขณะนี้ยังไม่ได้มีการคัดกลุ่มบำบัดในลักษณะนี้อย่างจริงจังในสถานรักษาพยาบาลทางจิตเวชในประเทศไทย

#### งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการศึกษาของงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มบำบัดแบบประคับประคองของผู้วิจัยพบว่า ส่วนใหญ่ของงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับจิตบำบัด จะเน้นไปในเรื่องของทฤษฎีการวิเคราะห์จิต และเป็นรายงานวิจัยที่มักจะเป็นจิตแพทย์ได้รายงานไว้ มีงานวิจัยเกี่ยวกับกลุ่มบำบัดแบบประคับประคองน้อยมาก และในจำนวนนั้นก็เป็นการวิจัยของจิตแพทย์เช่นกัน คือ

มณีรัตน์ เฟื่องวุฒิราญ (2512: 265-272) ได้ศึกษาการคัดกลุ่มบำบัดแบบประคับประคองแก่ผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในแผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาลสมเด็จพระยา จำนวน 64 คน ซึ่งป่วยด้วยโรคจิตเภท 53 คน โรคจิตประสาธ 9 คน และโรคจิตซึมเศร้า 2 คน มีอายุอยู่ระหว่าง 15-50 ปี โดยคัดกลุ่มเป็นลักษณะกลุ่มเปิด จำนวนผู้ป่วยเข้ากลุ่ม



ครั้งละ 8 คน จัดกลุ่มอาทิตย์ละครั้ง ๆ ละ 50-60 นาที จำนวน 36 ครั้ง เป็นเวลา 9 เดือน ผู้ศึกษาได้ใช้วิธีการสังเกตพฤติกรรมและอาการทางคลินิกของผู้ป่วย ไม่ได้ใช้เครื่องมือมาตรฐานวัดในการศึกษาครั้งนี้ และได้รายงานผลการทดลองโดยสรุปได้ว่า

1. ประโยชน์ของผู้รักษา ใช้เวลาน้อย สามารถให้การรักษาผู้ป่วยได้หลายคนในเวลาเดียวกัน

2. ประโยชน์สำหรับผู้ป่วย ผู้ป่วยได้พัฒนาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลจากการเรียนรู้ด้วยตนเองในกลุ่ม ผู้ป่วยสามารถควบคุมพฤติกรรมของตนเองดีขึ้น ช่วยให้หายจากอาการแยกตัวเอง มีทักษะในการพูดคุยระบายออก เรียนรู้ที่จะทำตัวให้เข้ากับสังคม รู้สึกหาคำทางแก้ไขปัญหาโดยค้นหาวิธีที่จะช่วยตนเองเมื่อมีปัญหา ซึ่งได้มาจากการเรียนรู้จากผู้ป่วยอื่น ๆ ในกลุ่ม เรียนรู้ถึงอารมณ์ที่ต่าง ๆ ไป เช่น ความรู้สึกโกรธ ความไม่แน่นอนใจ ความวิตกกังวลและอื่น ๆ ที่เกิดขึ้นในกลุ่ม เรียนรู้ถึงฐานะทางสังคมของตนเองดีขึ้น สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้ มีส่วนอย่างมากในการช่วยให้ผู้ป่วยหายจากอาการทางจิตที่เป็นอยู่

แอลเบอิลิค (Elbirlik, 1983: 215-226) ได้รายงานผลการทดลองใช้กลุ่มบำบัดแบบประคับประคองในผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นที่มีอาการซึมเศร้าว่า กลไกของกลุ่มช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจตนเอง เรียนรู้ที่จะอยู่ร่วมกับผู้อื่นทางสังคม ก่อให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่นในกลุ่ม เรียนรู้ที่จะสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น โดยเกิดการสร้างสัมพันธภาพขึ้นในกลุ่ม 3 ลักษณะ คือ ระหว่างผู้ป่วยกับผู้รักษา ระหว่างผู้ป่วยด้วยกันเอง และระหว่างผู้ป่วยกับกลุ่ม ทำให้ผู้ป่วยเรียนรู้การปรับตัว แก้ไขพฤติกรรมที่บกพร่องของตนเอง แอลเบอิลิค เชื่อว่า ปัญหาทางอารมณ์และจิตใจของวัยรุ่น เกิดจากความคับข้องใจในปัญหาของการมีสัมพันธภาพ เมื่อสามารถช่วยให้ผู้ป่วยสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นได้ อาการทางจิตต่าง ๆ ของวัยรุ่นก็จะดีขึ้น