

บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

แม้ว่าเมื่อกล่าวถึงคำว่า “ความผิดปกติทางจิต” นั้น อาจดูเหมือนจะเป็นเรื่องที่ทุกคนรู้จัก และน่าจะเข้าใจได้ไม่ยากนัก แต่เมื่อกล่าวถึงว่า “ความผิดปกติทางจิต” คืออะไรหรือหมายถึงอะไรกันแน่ หรือสิ่งใดเป็น “ความผิดปกติทางจิต” หรือไม่ เพราะอะไร กลับดูเหมือนจะเป็นเรื่องที่ยุ่งยากซับซ้อนจนไม่สามารถหาคำตอบได้อย่างง่ายนัก การทำความเข้าใจถึงแนวคิดของ “ความผิดปกติทางจิต” ในทางกฎหมาย นอกจากจะต้องศึกษาองค์ความรู้ในด้านกฎหมาย จำเป็นต้องศึกษาถึงแนวคิดของความผิดปกติทางจิตของมนุษย์จากมุมมองในหลายๆ ด้าน โดยอาศัยองค์ความรู้ในหลายๆ สาขา ทั้งทางสังคมและการแพทย์มาประกอบในการศึกษาเพื่อทำความเข้าใจในเรื่องนี้ด้วย

ในบทนี้ จะได้นำเสนอถึงแนวคิดที่เกี่ยวกับความผิดปกติทางจิตของมนุษย์ที่ปรากฏอยู่ในแนวคิดทฤษฎีในทางสังคม การแพทย์ และกฎหมาย ดังต่อไปนี้

1. ความรู้และทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับความปกติและความผิดปกติ

นิยามของ “ความผิดปกติทางจิต” อย่างง่าย และเข้าใจตรงกันมากที่สุด น่าจะเป็นการนิยามว่า “ความผิดปกติทางจิต” เป็นสิ่งที่อยู่ตรงข้ามกับ “ความปกติทางจิต” แต่แท้จริงแล้ว “ความผิดปกติทางจิต” นั้น เป็นเรื่องที่ยากจะอธิบายให้ชัดเจน แน่นนอน และเข้าใจตรงกันได้ การจะเข้าใจถึงแนวคิดและนิยามของ “ความผิดปกติทางจิต” ได้นั้น อาจจำเป็นต้องเข้าใจถึงนิยามของ “ความปกติ” และ “ความปกติทางจิต” เสียก่อน¹⁹

จากการศึกษาพบว่า มุมมองและแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับความปกติ (Normality) ของมนุษย์ อาจแบ่งออกได้เป็น 3 แนวคิดหลักๆ คือ แนวคิดในทางสังคม แนวคิดในการแพทย์และสาธารณสุข และแนวคิดในทางจิตวิทยาและจิตเวชศาสตร์ โดยมีสาระสำคัญ ดังนี้

¹⁹ นันทวัช สิริธีรภัฏ, บรรณาธิการจิตเวช, ศิริราช DSM-5. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล, 2558, หน้า 23.

1.1 แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับความปกติ (Normality) ในทางสังคม

Daniel Offer และ Melvin Sabshin จำแนกแนวคิดที่เกี่ยวกับกับการนิยาม “ความปกติ” ของมนุษย์ ออกเป็น 4 แนวคิด โดยใช้ข้อมูลจากการศึกษาทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์²⁰ พอสรุปได้ดังนี้

แนวคิดที่ 1 ความปกติคือสุขภาพ (normality as health)

แนวคิดนี้ได้รับอิทธิพลจากแนวคิดทางการแพทย์ โดยถือว่าความปกติต้องเป็นลักษณะที่ปรากฏอย่างต่อเนื่องและครอบคลุมคนส่วนใหญ่ ขณะที่ความผิดปกติ คือ การมีพยาธิสภาพ (pathology) หรือความเจ็บป่วย เป็นสิ่งที่ปรากฏในคนส่วนน้อย แนวคิดนี้จึงมองว่า “ความปกติ” คือ การปราศจากพยาธิสภาพ (pathology) โดย หรือกล่าวได้ว่า “ความปกติ” คือ การไม่เจ็บป่วย ไม่ว่าจะเป็นทางร่างกายหรือจิตใจ นั่นเอง

แนวคิดที่ 2 ความปกติคืออุดมคติ (normality as Utopia)

อุดมคติ หมายถึง สภาวะในจินตนาการที่ถือว่าเป็นมาตรฐานแห่งความดี ความงาม และความจริง หรือเรื่องใดเรื่องหนึ่งที่มนุษย์ถือว่าเป็นเป้าหมายแห่งชีวิตของตน ตามแนวคิดนี้มองว่า ความปกติ คือ สภาวะที่ควรจะเป็นตามอุดมคติ ซึ่งมนุษย์ควรมุ่งไปถึง

อย่างไรก็ตาม มีข้อสังเกตว่า ลักษณะทางสังคมและวัฒนธรรมมีส่วนในการกำหนดลักษณะของอุดมคติ หรือความปกติในสังคมและวัฒนธรรมนั้นๆ พฤติกรรมหนึ่งอาจเป็นเรื่องที่สังคมและวัฒนธรรมหนึ่งพึงประสงค์ แต่อาจเป็นเรื่องที่สังคมและวัฒนธรรมอื่นถือว่าเป็นสิ่งไม่พึงประสงค์ หรือถือว่าเป็นความผิดปกติได้ นอกจากนี้ การเปลี่ยนแปลงทางสังคมและวัฒนธรรม ก็มีผลต่อการกำหนดการกำหนดนิยามของความปกติในช่วงเวลานั้นๆ ทำให้นิยามของความปกติในแต่ละช่วงเวลาในสังคมและวัฒนธรรมหนึ่งๆ มีความแตกต่างกันได้

แนวคิดที่ 3 ความปกติคือเกณฑ์ค่าเฉลี่ย (normality as average)

แนวคิดนี้มีพื้นฐานมาจากหลักการทางคณิตศาสตร์และสถิติที่ใช้อธิบายพฤติกรรมของประชากร แนวคิดนี้มองว่า ถ้าการกระจายความถี่ของข้อมูลใดๆ ของประชากรทั้งหมดเป็นรูประฆังคว่ำ ค่าปกติของข้อมูล หรืออาจถือว่าเป็นความปกติ คือ ช่วงส่วนใหญ่อยู่ตรงกลางของข้อมูลทั้งหมด ขณะที่ช่วงที่อยู่เกินออกไปจากส่วนใหญ่อยู่ตรงกลางเป็นการเบี่ยงเบนไปจากค่าปกติหรือถือว่าเป็นความผิดปกติ

²⁰ ดูแนวคิดที่เกี่ยวกับกับการนิยามความปกติเพิ่มเติมที่ Daniel Offer and Melvin. Normality and the life cycle: a critical integration. Basic Books New York 1984.

อย่างไรก็ตาม มีข้อสังเกตว่า การที่อยู่ในเกณฑ์ค่าเฉลี่ยทางสถิติ อาจไม่ได้หมายความว่า เป็นปกติ หรือดีกว่าปกติเสมอไป ขึ้นอยู่กับข้อมูลที่น่าสนใจวิเคราะห์ เช่น ผู้ที่มีค่าระดับไขมันในเลือดชนิด High-density lipoproteins (HDL) สูงกว่าค่าเฉลี่ยในคนปกติ ถือว่าเป็นคุณสมบัติที่ดีหรือเหนือกว่าปกติ เนื่องจากมีโอกาสเกิดปัญหาหลอดเลือดหัวใจอุดตันน้อยกว่าผู้ที่อยู่ในค่าเฉลี่ยของบุคคลทั่วไป แต่ผู้ที่มีค่าระดับไขมันในเลือดชนิด Low-density lipoprotein (LDL) สูงกว่าค่าเฉลี่ยก็จะมีผลในทางตรงข้าม คือถือว่าเป็นคุณสมบัติที่ไม่ดีหรือต่ำกว่าปกติ นอกจากนี้ เครื่องมือและวิธีการวัดที่ใช้วัดที่แตกต่างกันและเวลาที่วัดก็อาจมีผลต่อข้อมูลและการกระจายของข้อมูลที่ต้องการวัดด้วย

แนวคิดที่ 4 ความปกติคือกระบวนการ (normality as process)

แนวคิดนี้เชื่อว่า มนุษย์มีพัฒนาการทางร่างกาย จิตใจ และสังคม ที่เปลี่ยนแปลงไปเป็นลำดับขั้นอย่างต่อเนื่องตลอดชีวิต ซึ่งกระบวนการเปลี่ยนแปลงนี้มีความสำคัญเช่นเดียวกับผลสุดท้ายของพัฒนาการในแต่ละขั้น แนวคิดนี้จึงพิจารณาความปกติโดยดูจากการกระบวนการและผลสุดท้ายที่เกิดขึ้นในพัฒนาการแต่ละขั้นว่าเป็นไปตามปกติหรือไม่ อย่างไรก็ตาม ลักษณะของการเปลี่ยนแปลงนั้นจะต้องเด่นชัดและมีความต่อเนื่อง ไม่ใช่เป็นการเปลี่ยนแปลงเพียงเล็กน้อยหรือเพียงชั่วคราว

โดยสรุปจะเห็นได้ว่า ความปกติ (Normality) ในทางสังคมนั้นมีความแตกต่างหลากหลายเป็นอย่างมากนั้นขึ้นอยู่กับมุมมองของผู้สังเกตและแนวคิดที่น่าสนใจอธิบาย จนอาจกล่าวได้ว่าเราอาจไม่สามารถนิยามหรืออธิบาย ความปกติ (Normality) ด้วยแนวคิดใดแนวคิดหนึ่งเพียงอย่างเดียวให้ครอบคลุมทุกๆ ในทุกๆ เรื่องและทุกๆ ด้านได้ ด้วยเหตุนี้ หากให้นิยามว่า “ความผิดปกติ” อย่างง่าย ๆ ว่าเป็นเพียงสิ่งที่อยู่ตรงข้ามกับความปกติ หรือนิยามว่า “ความผิดปกติทางจิต” คือสิ่งที่อยู่ตรงข้ามกับ “ความปกติทางจิต” แล้ว พบว่าจะทำให้เกิดความไม่แน่นอนและอาจเกิดเข้าใจที่ไม่ตรงกันได้อย่างมาก เนื่องจาก “ความปกติทางจิต” ที่นำมาอ้างอิงนั้นเป็น “ความปกติ” อย่่างไรกันแน่

1.2 แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับความปกติ (Normality) ในทางการแพทย์และสาธารณสุข

แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับความปกติ (Normality) ที่สำคัญแนวคิดหนึ่งในปัจจุบัน คือแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับความปกติ (Normality) ในทางการแพทย์และสาธารณสุข เนื่องจากเป็นสาขาที่ศึกษาและเกี่ยวข้องกับการจัดการความปกติและความผิดปกติในด้านต่างๆ ของมนุษย์ทั้งทางร่างกายและจิตใจโดยตรง แต่แม้ในทางการแพทย์จะมีการศึกษาและนิยามความผิดปกติทางร่างกายและจิตใจไว้เป็นจำนวนมาก แต่กลับไม่พบมุมมองและแนวคิด รวมถึงการนิยามเกี่ยวข้องกับความปกติ (Normality) ในทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ชัดเจนนัก ซึ่งอาจเกิดจากการที่ในทางการแพทย์มุ่งความสนใจไปที่การค้นหาและอธิบายความผิดปกติของมนุษย์เพื่อการบำบัดรักษามากกว่าที่จะสนใจเรื่องการ

นิยามความปกติของมนุษย์²¹ อย่างไรก็ตาม มุมมองและแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับความปกติ (Normality) ทางการแพทย์ อาจสะท้อนออกมาในเชิงมุมมองและแนวคิดเกี่ยวกับ “สุขภาพ” โดยตามแนวคิดพื้นฐานทางการแพทย์โดยทั่วไปถือว่า การที่มนุษย์มี “สุขภาพ” (health) ที่ “ปกติ” หรืออาจเรียกโดยทั่วไปว่า “สุขภาพดี” นั้น คือสถานะที่มนุษย์ปราศจากพยาธิสภาพ (pathology)²² หรืออาจถือได้ว่า “ความปกติ” ในทางการแพทย์โดยทั่วไปคือการไม่มีความเจ็บป่วยหรือพิการทางร่างกายหรือจิตใจนั่นเอง ด้วยเหตุนี้ “สุขภาพจิตที่ปกติ” หรือ “ความปกติทางจิต” ตามแนวคิดพื้นฐานในทางการแพทย์ จึงน่าจะเทียบได้กับการไม่มีพยาธิสภาพ (pathology) ทางจิต หรือ การไม่มีโรคหรือความผิดปกติทางจิตเวช นั่นเอง

อย่างไรก็ตาม ในปัจจุบัน แนวคิดเกี่ยวกับ “สุขภาพ” (health) ในทางการแพทย์มีความเปลี่ยนแปลงไปจากในอดีตอย่างมาก โดยธรรมเนียมขององค์การอนามัยโลกฉบับปัจจุบันได้มีการนิยามว่า “สุขภาพ” คือ สุขภาวะที่มีความสมบูรณ์ทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม โดยมีใช้เพียงแค่ปราศจากโรคหรือทุพพลภาพเท่านั้น (Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity)²³ และได้นิยาม “สุขภาพจิต” ไว้ว่า หมายถึง สุขภาวะซึ่งบุคคลรับรู้ถึงความสามารถของตนเองตามความเป็นจริง สามารถจัดการกับความเครียดทั่วไปในชีวิต สามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถอุทิศตัวให้กับชุมชนได้ (Mental health is a state of well-being in which an individual realizes his or her own abilities, can cope with the normal stresses of life, can work productively and is able to make a contribution to his or her community)²⁴

ตามแนวคิดขององค์การอนามัยโลกเห็นว่าสุขภาพจิตเป็นสิ่งที่สามารถประเมินหรือวัดเป็นระดับได้ แต่การประเมินสุขภาพจิตนั้น จะต้องพิจารณาจากปัจจัยต่างๆ ร่วมกันทั้งทาง

²¹ Sadock, Benjamin J, Virginia A. Sadock, Pedro Ruiz, and Harold I. Kaplan. Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. (9th ed) Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins, 2009. P. 691.

²² นันทวัช สัทธีรักษ์, บรรณาธิการจิตเวช. ศิริราช DSM-5. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล, 2558, หน้า 23.

²³ คู่มือเพิ่มเติมที่ Constitution of the World Health Organization. Basic Documents, Forty-fifth edition, Supplement, October 2006.

²⁴ World Health Organization. Mental health: a state of well-being. Retrieved September 14, 2017 from : http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/en/.

สังคม ทางจิตใจ และชีวภาพ²⁵ โดยตัวอย่างของปัจจัยทางสังคม ได้แก่ แรงกดดันทางสังคม ความยากจน และระดับการศึกษา ส่วนทางจิตใจ ได้แก่ บุคลิกภาพ หรือพื้นฐานทางด้านอารมณ์ และทางชีวภาพ ได้แก่ พันธุกรรม โรคหรือความผิดปกติทางระบบประสาท เป็นต้น อย่างไรก็ตาม ผลการประเมินที่ได้ถือเป็นระดับของสุขภาพจิตในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่งเท่านั้น จึงสามารถเปลี่ยนแปลงได้เมื่อมีปัจจัยต่างๆ ที่เปลี่ยนแปลงไปในการประเมินว่าบุคคลมี “สุขภาพจิต” เป็นอย่างไรเป็นการประเมินจากปัจจัยต่างๆ ของบุคคลนั้นในช่วงเวลานั้น ผลการประเมินแต่ละครั้งจึงเป็นการบอกสถานะทางจิตใจของบุคคลในสถานการณ์หนึ่งและในช่วงเวลาหนึ่งที่ประเมินเท่านั้น ผลการประเมินในครั้งต่อไปสามารถเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมได้ อย่างไรก็ตาม หากมีการประเมินหลายครั้ง ก็อาจทำให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงรวมถึงแนวโน้มทางสุขภาพจิตของบุคคลนั้นได้

ดังนั้น จะเห็นได้ว่า “สุขภาพจิต” จึงเป็นสิ่งที่ไม่คงที่และสามารถเปลี่ยนแปลงได้ แม้จะสามารถประเมินและวัดได้ในช่วงเวลาหนึ่ง ก็ได้หมายความว่า จะเป็นเช่นนั้นไปตลอด จำเป็นต้องมีการประเมินและติดตามการเปลี่ยนแปลงเป็นระยะๆ เพื่อให้ได้ผลการประเมินที่ถูกต้อง

โดยสรุปแล้ว มุมมองและแนวคิดต่อ “ความปกติ” ทางกายและสุขภาพจิตและสาธารณสุขในปัจจุบันมีความหมายที่กว้างขึ้นไปกว่าการไม่มีโรคหรือความผิดปกติทางร่างกายและจิตใจ แต่ยังรวมไปถึงทางสังคมด้วย และมองว่า “ความปกติทางจิต” คือการที่มี “สุขภาพจิต” ที่ดีหรือที่ปกติ อย่างไรก็ตาม “สุขภาพจิต” หรือ “ความปกติทางจิต” เป็นสถานะที่ไม่คงที่ มีการเปลี่ยนแปลงไปตามทางสังคม ทางจิตใจ และชีวภาพในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง แต่สามารถประเมินได้โดยพิจารณาจากปัจจัยต่างๆ ร่วมกัน ทั้งทางสังคม ทางจิตใจ และชีวภาพ ในช่วงเวลานั้นๆ

1.3 แนวคิดที่เกี่ยวข้องความปกติ (Normality) ในทางจิตวิทยาและจิตเวชศาสตร์

จิตวิทยาเป็นสาขาหนึ่งในทางวิทยาศาสตร์ ที่เน้นการศึกษาจิตใจของมนุษย์ในเชิงวิทยาศาสตร์ ขณะที่จิตเวชศาสตร์เป็นสาขาหนึ่งในทางการแพทย์ ที่เน้นไปที่การวินิจฉัยและบำบัดรักษาโรคและความผิดปกติทางจิต ในทางจิตวิทยาและจิตเวชศาสตร์จะมุมมองแนวคิดเกี่ยวกับ “ความปกติทางจิต” ในเชิงของ “สุขภาพจิต” อยู่หลายแนวคิด ดังต่อไปนี้

แนวคิดที่ 1 “ความปกติทางจิต” ตามแนวคิดที่ว่า “สุขภาพจิตคือเหนือกว่าปกติ” (Mental health as above normal)

แนวคิดนี้มองว่า “ความปกติทางจิต” หรือ “สุขภาพจิต” ไม่ใช่เป็นสถานะที่เกิดขึ้นทั่วไป แต่เป็นสถานะที่อยู่เหนือยิ่งไปกว่านั้น แนวคิดนี้สัมพันธ์กับแนวคิดดั้งเดิมทางการแพทย์ ที่

²⁵ World Health Organization. Mental health: strengthening our response. Retrieved April 26, 2018 from : <http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>.

มองว่าโรคและความเจ็บป่วยของมนุษย์ที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติไม่ใช่สิ่งปกติ ดังนั้น การทำให้มนุษย์ปราศจากโรคและความเจ็บป่วยเกิดขึ้นตามธรรมชาติ จึงเป็นการทำให้เกิดสภาวะที่เหนือไปกว่าสภาวะปกติตามธรรมชาตินั่นเอง

ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ของ Sigmund Freud มองว่า “ความปกติทางจิต” ของมนุษย์เป็นสิ่งที่เป็นอุดมคติ กล่าวคือ เป็นสิ่งที่ดีที่มุ่งให้เกิดขึ้น แต่เกิดขึ้นได้ยากมากหรือเป็นไปไม่ได้ ขณะที่ Marie Jahoda เสนอว่า คนที่มีสุขภาพจิตที่ดีควรมีคุณสมบัติต่างๆ อาทิเช่น รับรู้สิ่งต่างๆ ตามความเป็นจริง เข้าใจตนเอง มีอิสระ เห็นอกเห็นใจผู้อื่น เป็นต้น²⁶ ซึ่งจะเห็นได้ว่าเป็นคุณสมบัติที่ดีกว่าหรือเหนือกว่าคุณสมบัติปกติทั่วไปของมนุษย์

แนวคิดที่ 2 “ความปกติทางจิต” ตามแนวคิดว่า “สุขภาพจิตคือวุฒิภาวะที่สมบูรณ์” (Mental health as maturity)

แนวคิดนี้มองว่า “ความปกติทางจิต” หรือ “สุขภาพจิต” คือ การมีวุฒิภาวะ (maturity) ที่เหมาะสมในแต่ละขั้นของการพัฒนาทางจิตใจ ซึ่งเป็นผลจากการพัฒนาและเปลี่ยนแปลงด้านระบบประสาทและสมอง ด้านอารมณ์ และด้านสังคม ซึ่งเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องตลอดชีวิต แนวคิดนี้สอดคล้องกับแนวคิดและทฤษฎีทางจิตวิทยาเกี่ยวกับพัฒนาการทางด้านจิตใจต่างๆ เช่น แนวคิดเกี่ยวกับพัฒนาการทางจิตใจของ Erik Erikson มีแบ่งพัฒนาการของมนุษย์ออกเป็นระยะต่างๆ ตามช่วงวัยตั้งแต่วัยเด็กถึงวัยสูงอายุ แนวคิดเกี่ยวกับพัฒนาการด้านจริยธรรม (moral development) ของ Lawrence Kohlberg และแนวคิดเกี่ยวกับพัฒนาการทางด้านจิตวิญญาณ (spiritual development) โดย James Fowler เป็นต้น

แนวคิดที่ 3 “ความปกติทางจิต” ตามแนวคิดสุขภาพจิตในจิตวิทยาเชิงบวก (Mental health as positive psychology)

แนวคิดของจิตวิทยาเชิงบวก (positive psychology) มองว่า มนุษย์มีศักยภาพในการที่จะพัฒนาเปลี่ยนแปลงตนเองไปสู่สภาวะที่ดีกว่า แต่ในทางจิตวิทยาและจิตเวชศาสตร์ที่ผ่านมา มุ่งไปที่การค้นหาและจัดการกับความผิดปกติทางจิตของมนุษย์เท่านั้น หรือกล่าวว่าเป็นการสนใจแต่เพียงในด้านลบของมนุษย์ โดยไม่ได้สนใจศักยภาพหรือด้านบวกของมนุษย์เท่าที่ควร แนวคิดนี้ถือการปราศจากความผิดปกติทางจิตเป็นเพียงพื้นฐานขั้นแรกที่จะนำไปสู่การพัฒนาศักยภาพของมนุษย์เท่านั้น นอกจากนี้ แนวคิดนี้ยังมีมุมมองต่อความ “ความปกติทางจิต” หรือ “สุขภาพจิต”

²⁶ Jahoda M, editor. (1958). Current concepts of positive mental health. New York: Joint Commission on Mental Illness and Health Basic Books. pp. 22-64.

ในลักษณะของความต่อเนื่อง โดยไม่ได้จำแนกออกเป็นกลุ่มหรือประเภทต่างๆ อย่างชัดเจน²⁷ จะเห็นว่าแนวคิดนี้สอดคล้องกับความหมายของ “สุขภาพจิต” ตามนิยามขององค์การอนามัยโลกมากที่สุด

แนวคิดที่ 4 “ความปกติทางจิต” ตามแนวคิด “สุขภาพจิตคือความฉลาดทางอารมณ์”

(Mental health as emotional intelligence)

แนวคิดนี้มองว่า ความฉลาดทางอารมณ์ ซึ่งหมายถึง ความสามารถในการรับรู้ อารมณ์ทั้งทางบวกและทางลบของตนเองและผู้อื่น สามารถปรับอารมณ์ของตนเองและตอบสนอง ต่ออารมณ์ของผู้อื่นได้อย่างเหมาะสม เป็นสิ่งสำคัญในการบ่งชี้ถึงระดับของความเป็นปกติหรือ ระดับของสุขภาพจิตในส่วนบุคคลผู้นั้น

แนวคิดที่ 5 “ความปกติทางจิต” ตามแนวคิด “สุขภาพจิตคือความสุขและความพึงพอใจในชีวิต” (Mental health as subjective well-being)

แนวคิดนี้มองว่า ระดับของความสุขและความพึงพอใจในชีวิตที่ประเมินโดยอัตวิสัย ของบุคคลนั้นๆ เป็นสิ่งบ่งชี้ถึงระดับของสุขภาพจิต กล่าวคือ หากบุคคลรู้สึกว่าคุณมีความสุข และพึงพอใจในชีวิตแล้ว ย่อมถือว่าบุคคลนั้น “ปกติ” โดยไม่ต้องคำนึงถึงมุมมองของบุคคลอื่น สถานการณ์ หรือสภาพแวดล้อมที่เกิดขึ้นจริงในขณะนั้น

แนวคิดที่ 6 “ความปกติทางจิต” ตามแนวคิด “สุขภาพจิตคือความสามารถในการ รักษาสมดุลทางจิตใจ” (Mental health as resilience)

แนวคิดนี้มองว่า ความสามารถในการรักษาความสมดุลในจิตใจและความสามารถในการปรับตัวเพื่อปกป้องตนเองและจัดการความเครียดที่เกิดการเปลี่ยนแปลงของปัจจัยต่างๆ ทั้งภายใน เช่น แรงขับเคลื่อนหรืออารมณ์ภายใน และภายนอก เช่น ความสัมพันธ์กับผู้อื่น และการเปลี่ยนแปลงทางสังคม เป็นสิ่งบ่งชี้ถึงระดับของความปกติทางจิตหรือสุขภาพจิตของบุคคล

โดยสรุปแล้วจะเห็นได้ว่า ในทางจิตวิทยาและจิตเวชศาสตร์มีมุมมองแนวคิดเกี่ยวกับ “สุขภาพจิต” หรือ “ความปกติทางจิต” ที่มีความแตกต่างหลากหลายตามแนวคิดและทฤษฎีที่ นำมาใช้ ทำให้ยากจะนิยาม “ความปกติทางจิต” ในทางจิตวิทยาและจิตเวชศาสตร์ที่สามารถครอบคลุม ในทุกๆ แนวคิดและทฤษฎีได้อย่างเหมาะสมและเป็นที่ยอมรับตรงกัน ได้ แต่หากพิจารณาจาก แนวคิดของความผิดปกติในการแพทย์เป็นหลักแล้ว อาจพอสรุปได้ว่า “ความปกติ” หมายถึง การปราศจากพยาธิสภาพในด้านร่างกาย จิตใจ หรือทางสังคม และอาจสรุปได้ว่า “ความปกติทางจิต” ในความหมายอย่างง่ายที่สุดในทางการแพทย์ หมายถึง การปราศจากพยาธิสภาพในด้านจิตใจ นั่นเอง

²⁷ นันทวัช สิริธีรภัฏ, บรรณาธิการจิตเวช, ศิริราช DSM-5. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล, 2558, หน้า 25.

ด้วยเหตุที่แนวคิดเกี่ยวกับความปกติของมนุษย์มีอยู่หลายแนวคิดที่ต่างกันอย่างสิ้นเชิง ได้นำเสนอมาในข้างต้น หากถือว่า “ความผิดปกติ” ว่าเป็นสิ่งที่อยู่ตรงข้ามกับ “ความปกติ” แล้ว จะเป็นผลให้แนวคิดของความผิดปกติมีความแตกต่างหลากหลาย และไม่สามารถกำหนด นิยามความหมายของ “ความผิดปกติ” ที่ครอบคลุมความผิดปกติในทุกๆ เรื่องได้ “ความผิดปกติ” จึงเป็นเรื่องที่ต้องพิจารณาโดยอาศัยการสังเกตและเปรียบเทียบภายใต้กรอบแนวคิด หนึ่งๆ กล่าวคือ ไม่สามารถกำหนดหลักเกณฑ์ที่จะตัดสินได้ว่าสิ่งใดเป็น “ความผิดปกติ” สำหรับใช้ในหลายๆ เรื่อง และอาจไม่สามารถนำหลักเกณฑ์ที่ใช้ตัดสินได้ว่าสิ่งใดเป็น “ความผิดปกติ” ตามกรอบแนวคิดหนึ่งไปใช้กับอีกกรอบแนวคิดหนึ่งได้

การมีมุมมองแนวคิดที่มีความแตกต่างหลากหลายเช่นนี้ แม้ดูเหมือนจะทำให้เกิดความสับสนจนไม่อาจสรุปได้ว่า “ความปกติ” และ “ความผิดปกติ” คืออะไรกันแน่ และไม่สามารถที่จะหาหลักเกณฑ์ในการตัดสินสำหรับทุกๆ เรื่อง แต่ความแตกต่างหลากหลายของมุมมองแนวคิดที่เกิดขึ้นก็ช่วยให้สามารถมองเห็นและเข้าใจ “ความปกติ” และ “ความผิดปกติ” ได้ในหลายมิติและหลายแง่มุมมากขึ้น ในปัจจุบันอาจยังจำเป็นต้องยอมรับการคงอยู่ซึ่งความหลากหลายของแนวคิดเกี่ยวกับ “ความปกติ” และ “ความผิดปกติ” มากกว่าการยอมรับเพียงแนวคิดใดแนวคิดหนึ่ง และนำแนวคิดของ “ความปกติ” และ “ความผิดปกติ” หลายๆ แนวคิดร่วมกันมาอธิบาย “ความปกติ” และ “ความผิดปกติ” มากกว่ายึดถือการอธิบายตามแนวคิดใดแนวคิดหนึ่งแต่เพียงอย่างเดียว เนื่องจากแนวคิดและทฤษฎีหนึ่งอาจนำมาอธิบาย “ความปกติ” และ “ความผิดปกติ” ในบุคคลหนึ่งหรือในสถานการณ์หนึ่งได้อาจไม่สามารถหรือไม่เหมาะสมเมื่อใช้กับในอีกบุคคลหรือในอีกสถานการณ์หนึ่ง นอกจากนี้ ในบางกรณียังอาจจำเป็นต้องใช้แนวคิดมากกว่าเพียงแนวคิดร่วมกันเพื่ออธิบาย “ความปกติ” และ “ความผิดปกติ” ในบุคคลหนึ่งหรือในสถานการณ์หนึ่งด้วย

2. ความรู้และทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับความผิดปกติทางจิต

นับตั้งแต่มนุษย์รู้จัก “ความผิดปกติทางจิต” แนวคิดและมุมมองต่อความผิดปกติทางจิตของมนุษย์ก็มีการเปลี่ยนแปลงมาตลอดจนถึงปัจจุบัน การที่จะเข้าใจถึงแนวคิดและนิยามความหมายของ “ความผิดปกติทางจิต” ที่มีอยู่ในปัจจุบัน อาจจำเป็นต้องศึกษาแนวคิดและมุมมองเกี่ยวกับความผิดปกติทางจิตในหลายแง่มุมทั้งในเชิงประวัติศาสตร์ สังคม และวัฒนธรรมร่วมกันด้วย

2.1 ความผิดปกติทางจิตในเชิงประวัติศาสตร์ สังคม และวัฒนธรรม

จากการศึกษาพัฒนาการของแนวคิดและมุมมองต่อความผิดปกติทางจิต พบว่าแนวคิดเกี่ยวกับความผิดปกติทางจิต ของในสังคมหนึ่งๆ ในช่วงเวลาหนึ่งๆ จะเป็นผลจากปัจจัยหลักสามประการ คือ ความเชื่อ เหตุผล และความรู้ ทำให้แนวคิดและมุมมองต่อความผิดปกติทางจิตของมนุษย์มีการเปลี่ยนแปลงและแตกต่างกันไปตามยุคสมัย พอสรุปได้ ดังนี้

2.1.1 ยุคก่อนประวัติศาสตร์และยุคประวัติศาสตร์ตอนต้น

ในยุคก่อนประวัติศาสตร์ มนุษย์มองว่าความผิดปกติทางจิตเกิดจากอำนาจลึกลับเหนือธรรมชาติ ซึ่งอาจเป็นได้ทั้งพลังอำนาจพิเศษในการสื่อสารกับสิ่งเหนือธรรมชาติ เช่น วิญญาณของบรรพบุรุษ รวมถึงเชื้อโรคและความผิดปกติต่างๆ เป็นสิ่งที่เกิดขึ้น โดยการบันดาลจากสิ่งเหนือธรรมชาติ²⁸ การรักษาในสมัยนั้นจึงใช้พิธีกรรมที่กระทำโดยคนทรง (shaman) เพื่อสื่อสารกับสิ่งเหนือธรรมชาติให้บำบัดรักษาโรคและความผิดปกติที่เกิดขึ้น นอกจากนี้ ยังมีการค้นพบหัวกะโหลกของมนุษย์ยุคก่อนประวัติศาสตร์ที่มีร่องรอยการเจาะโดยเครื่องมือ ซึ่งเชื่อว่าเป็นวิธีการรักษาอาการทางจิตในยุคแรกๆ²⁹

เมื่อเริ่มต้นยุคประวัติศาสตร์ แนวคิดและความเชื่อทางศาสนาได้รับการพัฒนามากขึ้น ความผิดปกติทางจิตจึงเริ่มได้รับการอธิบายตามแนวคิดและความเชื่อทางศาสนา นั้นๆ เช่น ในคัมภีร์ไบเบิลของชาวยิวได้มีการอธิบายอาการผิดปกติทางอารมณ์และพฤติกรรมของกษัตริย์ Saul แห่งอิสราเอลว่าเกิดจากวิญญาณชั่วร้ายที่พระเจ้าส่งมาเพื่อลงโทษความอิจฉาริษยา และที่ข้อความที่ปรากฏในหนังสือดาเนียลและคัมภีร์ไบเบิล ซึ่งอธิบายอาการผิดปกติทางจิตของกษัตริย์ Nabuchadnezzar ว่าเป็นการลงโทษในความหลงตัวเองและหยิ่งผยองจากพระเจ้า

จะเห็นได้ว่า แนวคิดหลักที่ใช้อธิบายเกี่ยวกับความผิดปกติทางจิตในยุคแรกจะเกี่ยวพันกับความเชื่อในเรื่องเหนือธรรมชาติ รวมถึงความเชื่อเกี่ยวกับศาสนาและพิธีกรรมเป็นอย่างมาก

²⁸ สุพัฒนา เดชาดิวงศ์ ณ อยุธยา. ประวัติจิตเวชศาสตร์สากล. ใน เกษม ต้นติผลาชีวะ. บรรณาธิการ. ตำราจิตเวชศาสตร์. (พิมพ์ครั้งที่ 2) กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2536, หน้า 11-15.

²⁹ วีระ เชื่องศิริกุล. ประวัติศาสตร์จิตเวชศาสตร์ กรุงเทพมหานคร: ราชวิทยาลัยจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 2555, หน้า 7.

2.1.2 ยุคอารยธรรมกรีกและโรมัน

ในสมัยกรีกและโรมัน เริ่มปรากฏแนวคิดที่อธิบายเกี่ยวกับความผิดปกติทางจิตในเชิงเหตุผลมากขึ้น³⁰ ในวัฒนธรรมกรีกและโรมันมีการอธิบายเกี่ยวกับจิต (Psyche) ว่าเป็นแรงที่ทำให้คนมีชีวิตอยู่ได้ และจะยังคงอยู่แม้ร่างกายจะตายไปแล้ว โดยอยู่ในรูปของวิญญาณ และเชื่อว่าโรคและความผิดปกติต่างๆ ของมนุษย์เกิดจากสาเหตุทางจิตใจ ทางร่างกายหรือเป็นส่วนผสมของทั้งทางจิตใจ (Psyche) และทางร่างกาย (Soma)

Hippocrates (460-377 ปีก่อนคริสตกาล) ซึ่งได้ชื่อว่าเป็น “บิดาแห่งการแพทย์” เชื่อว่า “สมองเป็นที่ตั้งของจิตใจ” และเชื่อว่าโรคทางจิตก็เหมือนกับโรคทางกายอื่นๆ ที่มีลักษณะเฉพาะ มีสาเหตุที่แน่นอน และไม่เกี่ยวกับสิ่งลึกลับเหนือธรรมชาติ ส่วน Galen (ค.ศ.130-200) แห่งอาณาจักรโรมันเชื่อว่า อารมณ์ต่างๆ เกิดจากการทำงานของอวัยวะภายในของมนุษย์ เช่นความโกรธเกิดจากการทำงานของตับ ความผิดปกติทางจิตเกิดจากอิทธิพลภายนอกที่กระทำต่อความผิดปกติทางร่างกายที่มีอยู่ก่อนแล้ว นอกจากนี้ Galen ยังได้เขียนตำราเกี่ยวกับความผิดปกติทางอารมณ์ ชื่อ “On Melancholia” ซึ่งมีอิทธิพลต่อแนวคิดเรื่องโรคซึมเศร้าในคริสต์ศตวรรษที่ 16

จะเห็นได้ว่า แนวคิดหลักที่ใช้อธิบายเกี่ยวกับความผิดปกติทางจิตในยุคต่อมานี้ ค่อยๆ เปลี่ยนไปจากแนวคิดหรือความเชื่อทางศาสนา มาสู่แนวคิดในเรื่องของเหตุผล รวมถึงแนวคิดทางการแพทย์มากขึ้น

2.1.3 ยุคกลาง (Medieval Period) (ค.ศ.400-1400)

ภายหลังอาณาจักรโรมันตะวันตกล่มสลาย เป็นจุดเริ่มต้นของยุคกลาง (Medieval Period) ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงในระบบสังคมอย่างรุนแรง ความเชื่อเรื่องศาสนาและสิ่งเหนือธรรมชาติกลับมามีอิทธิพลต่อการอธิบายเกี่ยวกับความผิดปกติทางจิต³¹ ผู้ที่นับถือศาสนาอิสลามเชื่อว่า พระเจ้าเป็นผู้บันดาลให้มนุษย์เกิดความผิดปกติทางจิตด้วยเหตุผลบางอย่าง และถือว่าสังคมต้องรับผิดชอบ โดยให้การดูแลอย่างมีเมตตาแก่ผู้ที่มีความผิดปกติทางจิต จนนำไปสู่การสร้างสถานพยาบาลที่มีการบำบัดรักษาผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตเป็นแห่งแรกในโลกใน ค.ศ.750 ที่กรุง Baghdad และสร้างสถานดูแลผู้ที่มีความผิดปกติทางจิต (Asylum) ที่ขึ้นที่กรุง Damascus ในขณะที่ผู้ที่นับถือศาสนาคริสต์ส่วนหนึ่งเชื่อว่าความผิดปกติทางจิตเกิดจากปีศาจเข้าสิงสู่ในร่างกายและ

³⁰ วีระ เชื้อศิริกุล. ประวัติศาสตร์จิตเวชศาสตร์ กรุงเทพมหานคร: ราชวิทยาลัยจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 2555, หน้า 7.

³¹ วีระ เชื้อศิริกุล. ประวัติศาสตร์จิตเวชศาสตร์ กรุงเทพมหานคร: ราชวิทยาลัยจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 2555, หน้า 10-11.

พยายามครอบครองวิญญาณของมนุษย์ การรักษาจึงต้องอาศัยอำนาจของพระเจ้าในการขับไล่ปีศาจออกไปผ่านการทำพิธีกรรมทางศาสนา

ในราวคริสต์ศตวรรษที่ 13 เกิดปรากฏการณ์ทางสังคมที่ส่งผลกระทบต่อผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตอย่างมากในช่วงเวลานั้น คือ มีกระแสของการล่าแม่มดเกิดขึ้น อันมีจุดเริ่มต้นจากการตั้งศาสนา ซึ่งได้รับการสนับสนุนจากพระสันตปาปาและศาสนจักร โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการดึงคนที่ตีตัวออกห่างจากคริสตจักรกลับมา และป้องกันไม่ให้คนอื่นออกไป รวมถึงเป็นเครื่องมือทางการเมืองในการการจัดการกับคนนอกศาสนา จนกระทั่ง พระสันตปาปาอินโนเซนต์ที่ 8 ได้ออกเอกสารหรือสารตราฉบับหนึ่งซึ่งกล่าวว่าการใช้เวทมนตร์เป็นความผิดร้ายแรง และประกาศว่าผู้ใดก็ตามที่ไม่ใช่สมาชิกของศาสนาแต่ปฏิบัติพิธีกรรม ใช้เวทมนตร์คาถา และมีพลังเหนือธรรมชาติ ถือว่ามีส่วนเกี่ยวข้องกับซาตานและปีศาจ นักบวชโรมันคาทอลิกสองคน คือ จาคอบ สเปร์นเกอร์และไฮน์ริช เกรเมอร์ ได้เขียนหนังสือเล่มหนึ่งขึ้นมาชื่อ คู่มือล่าแม่มด (Malleus Maleficarum) คู่มือเล่มนี้แต่งขึ้นตามจินตนาการเกี่ยวกับแม่มดโดยอิงนิทานพื้นบ้าน และยกเหตุผลทั้งทางศาสนาและกฎหมายขึ้นมาต่อต้านพวกที่ใช้เวทมนตร์ รวมทั้งวิธีสังเกตและวิธีปราบพวกแม่มด ส่งผลให้เกิดการกวาดล้างแม่มดครั้งใหญ่ในยุโรป นอกจากนั้น การใช้เทคโนโลยีใหม่ๆ และการพิมพ์ยังทำให้กระแสการล่าแม่มดให้ไปไกลถึงทวีปแอตแลนติกและอเมริกาด้วย ผู้ที่ถูกกล่าวหาว่าใช้เวทมนตร์หรือเป็นแม่มดจะถูกนำตัวไปพิจารณาในศาลศาสนา โดยข้อกล่าวหาดังกล่าวไม่จำเป็นต้องมีหลักฐานที่ชัดเจน การพิจารณาคดีต่างๆ มีจุดประสงค์เพียงเพื่อให้ผู้ถูกกล่าวหายอมรับสารภาพโดยใช้วิธีเกลี้ยกล่อม กดดัน หรือบีบบังคับ และมักลงเอยด้วยการประหารชีวิตผู้ที่ถูกกล่าวหา จากเหตุการณ์นี้ เป็นผลให้มีการกล่าวหาผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตในลักษณะต่างๆ เช่น พวกคามวิตถาร ผู้ป่วยโรคจิตวัยชรา ผู้ป่วยโรคจิตเภท ผู้ติดยาเสพติด และพวกต่อต้านสังคม จนนำไปสู่การตัดสินลงโทษประหารชีวิตผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตเป็นจำนวนมาก กระแสของการล่าแม่มดนี้ดำเนินไปจนถึงคริสต์ศตวรรษที่ 17 จึงสิ้นสุดลง

จะเห็นได้ว่า แนวคิดหลักที่ใช้อธิบายเกี่ยวกับความผิดปกติทางจิตในยุคกลางนี้ ย้อนกลับไปสู่แนวคิดของอำนาจลึกลับเหนือธรรมชาติและแนวคิดทางศาสนา นอกจากนี้ยังมีการนำความผิดปกติทางจิตไปเชื่อมโยงกับสิ่งที่สังคมเห็นว่าเป็นความชั่วร้ายหรือไม่พึงประสงค์

2.1.4 ยุคฟื้นฟูศิลปวิทยาการ (Renaissance)

ยุคการฟื้นฟูศิลปวิทยาการเริ่มต้นในราวคริสต์ศตวรรษที่ 14 และสิ้นสุดลงในกึ่งกลางคริสต์ศตวรรษที่ 17 เป็นยุคเริ่มต้นของการแสวงหาสิทธิเสรีภาพและความคิดที่เคยถูกจำกัดโดยกฎเกณฑ์และข้อบังคับของคริสต์ศาสนา ความเชื่อในเรื่องเหตุผลและภูมิปัญญาของมนุษย์

ผลได้เข้ามาทดแทนความเชื่อในเรื่องอำนาจเหนือธรรมชาติ³² ทำให้ความเชื่อเรื่องปีศาจและเวทมนตร์ที่เริ่มค่อยๆ เสื่อมถอยลง ร่วมกับความก้าวหน้าทางแพทย์ที่ค้นพบว่าความผิดปกติทางจิตต่างๆ ที่เกิดขึ้นบางอย่าง เช่น อาการชัก เกิดจากความผิดปกติบางอย่างในร่างกาย แนวคิดเดิมที่มองว่าความผิดปกติทางจิตเกิดจากปีศาจและที่ต้องรักษาด้วยพิธีกรรมทางศาสนาจึงค่อยๆ เปลี่ยนแปลงไปเป็นการมองว่าเป็นความเจ็บป่วยที่ควรได้รับการดูแลรักษาด้วยการแพทย์ ใน ค.ศ.1563 Johann Weyer (ค.ศ.1515-1588) แพทย์ชาวเนเธอร์แลนด์ ได้เขียนหนังสือชื่อ 'De Praestigiis Daemonum' (The Deception of Demons) ที่ถือว่าเป็นแบ่งแยกความผิดปกติทางจิตออกจากความเชื่อทางศาสนา หรือความเชื่อเรื่องภูติผีปีศาจอย่างชัดเจน ซึ่งถือว่าเป็นจุดเริ่มต้นของการแพทย์สาขาจิตเวชศาสตร์สมัยใหม่

อาจกล่าวได้ว่า แนวคิดที่ใช้อธิบายเกี่ยวกับความผิดปกติทางจิตในยุคนี้เปลี่ยนไปสู่การอธิบายในเชิงของเหตุผล และเริ่มมีการอธิบายในเชิงการแพทย์ที่มีความเป็นวิทยาศาสตร์มากยิ่งขึ้น

อย่างไรก็ตาม การดูแลผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตในยุคนี้ ส่วนใหญ่ยังเพียงการกักขังและล่ามโซ่เพื่อป้องกันอันตรายที่อาจเกิดจากอาการของความผิดปกติทางจิตเท่านั้น สังคมในช่วงนั้นมองและปฏิบัติต่อผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตเสมือนกับสัตว์ป่ามิใช่มนุษย์³³ ผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตจึงได้รับการปฏิบัติอย่างไม่เหมาะสมเท่าใดนัก

2.1.5 ยุคประวัติศาสตร์สมัยใหม่จนถึงยุคปัจจุบัน

ช่วงคริสต์ศตวรรษที่ 17-18 สังคมเกิดความตื่นตัวในเรื่องสิทธิมนุษยชน ทำให้สังคมเริ่มให้ความสนใจต่อสิทธิของผู้ที่มีความผิดปกติทางจิต การบำบัดรักษาแบบเดิมที่ส่วนใหญ่เป็นไปเพื่อป้องกันอันตรายที่อาจเกิดจากอาการของความผิดปกติทางจิตต่อบุคคลอื่นๆ และสังคม เช่น การกักขังไว้ในสถานบำบัดและการผูกมัดหรือล่ามโซ่ โดยไม่ได้คำนึงถึงหลักมนุษยธรรมและสิทธิต่างๆ ผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตพึงจะได้รับ ไปสู่การดูแลอย่างมีมนุษยธรรมและเคารพต่อสิทธิต่างๆ ของผู้ที่มีความผิดปกติทางจิต Philippe Pinel (ค.ศ.1745-1820) แพทย์ชาวฝรั่งเศส เป็นผู้ริเริ่มการถอดโซ่ตรวนและให้กับผู้ที่มีความผิดปกติที่อยู่ในสถานบำบัด และริเริ่มให้การดูแลอย่างมีมนุษยธรรม โดยการจัดให้ได้รับอาหารที่ดีและอยู่ในสิ่งแวดล้อมสะอาดสบาย มีโอกาส

³² วีระ เชื้อศิริกุล. ประวัติศาสตร์จิตเวชศาสตร์ กรุงเทพมหานคร: ราชวิทยาลัยจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 2555, หน้า 12-13.

³³ Platt, A. (1965). The Origins and Development of the "Wild Beast" Concept of Mental Illness and Its Relation to Theories of Criminal Responsibility. *Issues in Criminology*, 1(1), 1-18. Retrieved September 10, 2018. From : <http://www.jstor.org/stable/42912527>.

เข้าได้ทำกิจกรรมที่สร้างความบันเทิงและการออกกำลังกาย รวมถึงจัดให้มีการเสวนาระหว่างผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตและผู้ดูแลภายในสถานบำบัด ซึ่งมีการให้ความรู้ พุดคุยด้วยเหตุผล และชักจูงใจ วิธีการนี้เรียกว่า “Moral treatment of insanity”³⁴ ซึ่งกลายมาเป็นแนวคิดหลักในการดูแลผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตในยุคนั้น

จนกระทั่งช่วงต้นคริสต์ศตวรรษที่ 19 ความรู้เกี่ยวกับความผิดปกติทางจิตและการรักษาได้รับการพัฒนาจนกลายเป็นสาขาเฉพาะทางสาขาหนึ่งทางการแพทย์ คือ สาขาจิตเวชศาสตร์ (Psychiatry) ในยุคนี้นี้มีการพัฒนาแนวคิดและทฤษฎีทางเพื่ออธิบายสาเหตุความผิดปกติทางจิต Sigmund Freud (ค.ศ.1856-1939) เป็นผู้เริ่มต้นการทำจิตวิเคราะห์ (Psychoanalysis) จนนำมาสู่แนวคิดและทฤษฎีต่างๆ ทางจิตวิทยาที่อธิบายสาเหตุความผิดปกติทางจิตต่างๆ ตามมาอย่างมากมาย และในค.ศ.1844 ผู้อำนวยการสถานดูแลผู้ป่วยโรคจิต 13 คนได้มาประชุมกันที่เมืองฟิลาเดลเฟีย และได้ก่อตั้งสมาคมผู้อำนวยการสถาบันดูแลผู้ป่วยโรคจิตแห่งอเมริกา ซึ่งต่อมาได้เปลี่ยนชื่อเป็นสมาคมจิตแพทย์อเมริกา (American Psychiatric Association) และกลายเป็นองค์กรที่มีอิทธิพลในการกำหนดแนวคิดเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคและความผิดปกติทางจิตอย่างมากจนถึงปัจจุบัน

ในช่วงครึ่งหลังของคริสต์ศตวรรษที่ 19 และต้นคริสต์ศตวรรษที่ 20 ด้วยอิทธิพลจากการค้นพบทางการแพทย์และวิทยาศาสตร์ใหม่ๆ ที่พบว่าสาเหตุของความผิดปกติทางจิตส่วนหนึ่งเกิดจากความผิดปกติทางร่างกายและระบบประสาท แนวคิดของความผิดปกติทางจิตจึงเปลี่ยนไปสู่แนวคิดที่มองว่า “ความผิดปกติทางจิต” เป็น “โรค” ที่เกิดขึ้นจากความผิดปกติทางร่างกาย³⁵ เช่นเดียวกับโรคทางกายอื่นๆ ส่งผลให้แนวคิดและทฤษฎีทางจิตวิทยาต่างๆ ที่เคยใช้อธิบายสาเหตุของความผิดปกติทางจิตค่อยๆ ลดความสำคัญลง อย่างไรก็ตาม แม้แนวคิดนี้จะนำไปสู่การบำบัดรักษาทางการแพทย์ใหม่ๆ แต่ขณะเดียวกัน ก็ทำให้ลดความสำคัญของแนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยทางด้านจิตใจและสังคมสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อความผิดปกติทางจิต จนอาจกล่าวได้ว่าแนวคิดในยุคนี้นี้ให้ความสำคัญกับ “โรคและความผิดปกติทางจิตเวช” มากกว่า “ผู้ที่ เป็นโรคและความผิดปกติทางจิตเวช” นอกจากนี้ ด้วยแนวคิดที่ถือว่า “ความผิดปกติทางจิต” เป็น “โรค” ที่ต้องรักษา รวมกับการมีระบบการวินิจฉัยและจำแนกโรคทางจิตเวชที่ก้าวหน้าและเป็นระบบมากขึ้น ส่งผลให้มีการวินิจฉัยว่าผู้คนว่าเป็นโรคทางจิตเวชหรือมีความผิดปกติทางจิตเกิดขึ้นเป็นจำนวนมาก และนำไปสู่การรับบุคคลเหล่านี้ไว้รักษาในโรงพยาบาลหรือสถานบำบัด ทำให้สิ้นเปลืองงบประมาณ

³⁴ Brigham, A. The Moral Treatment of Insanity. American Journal of Psychiatry 1994; 151:11-15.

³⁵ วีระ เชื่องศิริกุล. ประวัติศาสตร์จิตเวชศาสตร์ กรุงเทพมหานคร: ราชวิทยาลัยจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 2555, หน้า 26.

ของรัฐในการดูแล สังคมจึงมองว่าผู้ที่มีความผิดปกติเป็นภาระของสังคม นอกจากนี้ ยังมีมีคนส่วนหนึ่งในสังคมที่มองว่า การวินิจฉัยว่ามีความผิดปกติทางจิต ถูกนำมาใช้เป็นเครื่องมือในการจัดการกับผู้ที่มีความเห็นแตกต่างหรือขัดแย้งกับรัฐ จากปัจจัยต่างๆ ที่เกิดขึ้น ทำให้มุมมองของสังคมต่อความผิดปกติทางจิตในยุคนั้นยังเป็นไปในทางที่ไม่ดีนัก

จนกระทั่งปลายคริสต์ศตวรรษที่ 20 การค้นพบทางวิทยาศาสตร์และการแพทย์ที่เจริญก้าวหน้ามากยิ่งขึ้น ทำให้เชื่อว่า ความผิดปกติทางจิตเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นจากปัจจัยหลายอย่างร่วมกัน ทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคมสิ่งแวดล้อม นอกจากนี้ความก้าวหน้าในการรักษาโรคและความผิดปกติทางจิตเวช โดยเฉพาะการรักษาด้วยยา ทำให้ผู้ที่มีความผิดปกติสามารถกลับมาเป็นปกติหรือทุเลาจากอาการของโรคและความผิดปกติทางจิตเวชได้มากขึ้น ผู้ที่มีความผิดปกติจึงสามารถกลับเข้าสู่สังคมและใช้ชีวิตร่วมกับคนอื่นๆ ในสังคมได้มากยิ่งขึ้น ทำให้มุมมองของสังคมต่อความผิดปกติทางจิตเริ่มค่อยๆ เปลี่ยนแปลงไป โดยมองว่าความผิดปกติทางจิตเป็นสิ่งที่สามารถเกิดขึ้นได้ และสามารถหายเป็นปกติหรือทุเลาลงได้³⁶

จากการเปลี่ยนแปลงของมุมมองและแนวคิดเกี่ยวกับความผิดปกติในแต่ละยุคสมัย Michel Foucault มีความเห็นว่า ความผิดปกติทางจิตที่เป็นที่รับรู้กันอยู่ในปัจจุบัน ไม่ได้เกิดจากการเปลี่ยนแปลงอย่างเป็นวิวัฒนาการต่อเนื่องจากอดีตถึงปัจจุบัน แต่เป็นการเปลี่ยนแปลงอย่างไม่ต่อเนื่องอันเกิดจากการเปลี่ยนแปลงไปตามแนวคิดที่มีอิทธิพลต่อสังคมในช่วงเวลานั้นๆ ส่งผลให้สังคมมีการรับรู้และเข้าใจความผิดปกติทางจิตที่แตกต่างกันไปในแต่ละช่วงเวลาของประวัติศาสตร์³⁷ โดยในประวัติศาสตร์ช่วงแรกของมนุษย์ สังคมมองว่าความผิดปกติทางจิตว่าเป็นอำนาจพิเศษเหนือธรรมชาติที่มนุษย์บางคนได้รับจากสิ่งลึกลับที่มีอำนาจเหนือกว่าหรือเทพเจ้า การที่คนที่มีความผิดปกติทางจิตพูดคนเดียว หรือพูดในสิ่งที่คนอื่นไม่สามารถเข้าใจได้ เป็นการสื่อสารกับสิ่งเหนือธรรมชาติที่คนธรรมดาทั่วไปไม่สามารถรับรู้ได้ ความผิดปกติทางจิตจึงได้รับการยอมรับเป็นส่วนหนึ่งในสังคม จนกระทั่งสมัยยุคกลาง สังคมมองว่าความผิดปกติทางจิตเป็นสิ่งที่ไร้เหตุผล อาการต่างๆ ที่เกิดขึ้นจากความผิดปกติทางจิตสัมพันธ์กับความชั่วร้ายและเป็นสิ่งไม่พึงประสงค์ของสังคม ความผิดปกติทางจิตจึงไม่ได้รับการยอมรับและถูกแยกออกไปจากสังคมอย่างเด็ดขาด คนที่มีความผิดปกติทางจิตจึงถูกนำไปรวมกับพวกอาชญากรและขอทานและถูกแยกออกไปจากสังคมด้วยวิธีการต่างๆ จนถึงยุคของการปฏิวัติทางภูมิปัญญาในศตวรรษที่ 17-18 มนุษย์จึงเริ่มอธิบายความ

³⁶ วีระ เชื่องศิริกุล. ประวัติศาสตร์จิตเวชศาสตร์ กรุงเทพมหานคร: ราชวิทยาลัยจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 2555, หน้า 38-44.

³⁷ Foucault, M. (1965). *Madness and civilization: A history of insanity in the age of reason*. New York: Pantheon Books. pp. 265-275.

ผิดปกติทางจิตที่เกิดขึ้นในเชิงของเหตุผล โดยมองว่าความผิดปกติทางจิตเป็นเพียงเหตุผลในระบบหนึ่งที่แตกต่างไปจากระบบเหตุผลอื่นๆ ทำให้ความผิดปกติทางจิตเริ่มเปลี่ยนแปลงจากสิ่งที่ไร้เหตุผลไปสู่สิ่งที่สามารถอธิบายได้ด้วยเหตุผลได้ และไม่ได้สัมพันธ์กับความชั่วร้าย จนกระทั่งศตวรรษที่ 19 มีการพัฒนาความรู้ใหม่ๆ ในทางการแพทย์มากขึ้น ทำให้ความผิดปกติทางจิตสามารถรักษาให้หาย และกลับมาอยู่ร่วมกับคนปกติได้ ความผิดปกติทางจิตที่เคยถูกแยกออกไปจากสังคมอย่างเด็ดขาด จึงเริ่มกลับเข้ามาสู่การรับรู้ เข้าใจ และยอมรับในสังคมได้อีกครั้งหนึ่ง

โดยสรุป จะเห็นได้ว่าแนวคิดของคนในสังคมหนึ่งๆ ในช่วงเวลาหนึ่งๆ ที่มีต่อความผิดปกติทางจิต เป็นผลจากปัจจัยสามประการ คือ ความเชื่อ เหตุผล และความรู้ ทำให้แนวคิดและมุมมองต่อความผิดปกติทางจิตของมนุษย์มีความเปลี่ยนแปลงและแตกต่างกันในแต่ละยุคสมัย

2.2 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับสาเหตุของความผิดปกติทางจิต

นับตั้งแต่อดีต มนุษย์พยายามอธิบายถึงสาเหตุของความผิดปกติทางจิตมาโดยตลอด ในยุคแรกมนุษย์เชื่อว่า ความผิดปกติทางจิตมีสาเหตุมาจากปัจจัยภายนอก เช่นอำนาจของสิ่งเหนือธรรมชาติที่มากระทำต่อมนุษย์ ต่อมาในสมัยกรีก มนุษย์เริ่มเชื่อว่า สาเหตุของความผิดปกติทางจิตเกิดจากร่างกาย โดย Hippocrates เชื่อว่าโรคทางจิตเหมือนกับโรคทางกายอื่นๆ ที่มีลักษณะเฉพาะ มีสาเหตุที่แน่นอน และไม่เกี่ยวกับสิ่งลึกลับเหนือธรรมชาติ Hippocrates ได้อธิบายว่าความผิดปกติทางจิตเกิดจากความผิดปกติของของเหลว (Humour) 4 อย่างในร่างกายมนุษย์ ได้แก่ เลือด น้ำดีดำ น้ำดีเหลือง และเสมหะ ซึ่งเกิดจากการรวมตัวขององค์ประกอบ 4 อย่าง คือ ความร้อน ความเย็น ความชื้น และความแห้ง นอกจากนี้ยังอธิบายอาการผิดปกติทางจิตที่พบในเพศหญิงว่าเป็นเกิดจากมดลูกเปลี่ยนแปลงที่อยู่ และตั้งชื่อว่าโรคฮิสทีเรีย (Hysteria) ส่วน Galen (ค.ศ. 130-200) แห่งอาณาจักรโรมันเชื่อว่า ความผิดปกติทางอารมณ์ต่างๆ เกิดจากการทำงานที่ผิดปกติของอวัยวะภายในของมนุษย์ จะเห็นได้ว่าในยุคนี้ มนุษย์เริ่มเชื่อว่าความผิดปกติทางจิตมีสาเหตุมาจากปัจจัยภายในภายในร่างกายของมนุษย์เอง

ในยุคกลาง สาเหตุของความผิดปกติทางจิตกลับไปสู่การอธิบายตามหลักความเชื่อในศาสนา ผู้ที่นับถือศาสนาคริสต์ส่วนหนึ่งเชื่อว่าความผิดปกติทางจิตมีสาเหตุจากปีศาจเข้ามาสิงสู่ร่างกายและพยายามครอบครองวิญญาณมนุษย์ ในขณะที่ผู้ที่นับถือศาสนาอิสลามเชื่อว่าพระเจ้าเป็นผู้บันดาลให้มนุษย์เกิดความผิดปกติทางจิตด้วยเหตุผลบางอย่าง อาจกล่าวได้ว่าในยุคนี้มนุษย์กลับไปมีความเชื่อเหมือนในยุคแรกๆ ที่มองว่าความผิดปกติทางจิตมีสาเหตุมาจากปัจจัยภายนอกที่มากระทำ

ภายหลังจากยุคกลาง มนุษย์เริ่มให้ความสำคัญกับภูมิปัญญาและเหตุผลมากกว่าแนวคิดและความเชื่อในทางศาสนา สาเหตุของความผิดปกติทางจิตได้รับการอธิบายในเชิงของปรัชญาและเหตุผล Albert the Great และ Thomas Aquinas ได้ตั้งสมมติฐานว่าความผิดปกติทางจิตเกิดจาก

การที่มนุษย์ใช้เหตุผลไม่เพียงพอ³⁸ ในยุคนี้เชื่อว่าความผิดปกติทางจิตเกิดจากความบกพร่องในทางความคิดและสติปัญญาของมนุษย์ นอกจากนี้ การค้นพบใหม่ๆ ทางวิทยาศาสตร์และทางการแพทย์ก็ทำให้สามารถอธิบายถึงสาเหตุของความผิดปกติทางจิตบางอย่างที่เกิดจากโรคและความผิดปกติทางร่างกายได้

จนกระทั่งในคริสต์ศตวรรษที่ 19 มีการอธิบายถึงสาเหตุของความผิดปกติทางจิตในเชิงแนวคิดและทฤษฎีจิตวิทยา โดยทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (Psychoanalysis) ของ Sigmund Freud อธิบายว่า อาการผิดปกติทางจิตเกิดจากการใช้กลไกการป้องกันตนเองที่ไม่เหมาะสม อันเป็นผลมาจากประสบการณ์ในวัยเด็กของบุคคลนั้น ความผิดปกติทางจิตเกิดจากปฏิกิริยาทางจิตใจต่อสิ่งแวดล้อม แนวคิดของทฤษฎีจิตวิเคราะห์นี้ส่งผลให้เกิดทฤษฎีต่างๆ ที่อธิบายพัฒนาการทางด้านจิตใจตามมา และขยายไปถึงการอธิบายสาเหตุของความผิดปกติทางจิตชนิดต่างๆ เห็นได้จากเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวชใน DSM ฉบับที่ 1 มีการลงท้ายชื่อโรคทางจิตเวชทุกโรคว่าเป็น reaction ซึ่งมีนัยว่า เป็นผลจากปฏิกิริยา (reaction) ทางจิตใจต่อสิ่งแวดล้อม³⁹ หรืออาจสรุปได้ว่าความผิดปกติทางจิตเกิดจากปฏิกิริยาทางจิตใจต่อสิ่งแวดล้อมนั่นเอง

ตั้งแต่ช่วงหลังของคริสต์ศตวรรษที่ 20 เป็นต้นมา มีความก้าวหน้าในการศึกษาวิจัยทางวิทยาศาสตร์และการแพทย์อย่างมาก โดยเฉพาะการค้นพบใหม่ๆ ในสาขาประสาทวิทยาและสาขาพันธุศาสตร์ ที่สามารถอธิบายสาเหตุของอาการผิดปกติทางจิตที่พบได้มากขึ้น และนำไปสู่วิธีการรักษาใหม่ๆ โดยเฉพาะการรักษาด้วยยา ทำให้แนวคิดที่อธิบายสาเหตุของการเกิดโรคและความผิดปกติทางจิตเปลี่ยนไป จากเดิมที่เชื่อว่าความผิดปกติทางจิตเกิดจากปฏิกิริยาทางจิตใจต่อสิ่งแวดล้อม ไปสู่แนวคิดที่ว่าโรคและความผิดปกติทางจิตเป็นผลจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างอิทธิพลของปัจจัยทางชีวภาพ จิตใจ และสังคม หรือเรียกว่าเป็น “โครงสร้างแบบกายจิตสังคม” (Biopsychosocial model) ซึ่งถือว่าเป็นแนวคิดหลักในการอธิบายสาเหตุของความผิดปกติทางจิตของมนุษย์ในปัจจุบัน⁴⁰

³⁸ Hoffmann, Tobias: 'Albert The Great And Thomas Aquinas On Magnanimity' (2007), 'Virtue Ethics in the Middle Ages', pp. 101-130.

³⁹ ปราโมทย์ สุคนิชย์ แนวคิดการเกิดโรคทางจิตเวช ใน มานิช หล่อตระกูล, ปราโมทย์ สุคนิชย์. บรรณาธิการ. จิตเวชศาสตร์รามาธิบดี(พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล, 2558, หน้า 22.

⁴⁰ Engel GL. The need for new medical model: a challenge for biomedicine. Science. 1977;196:129-36.

2.3 แนวคิดของความผิดปกติทางจิตตามโครงสร้างแบบกายจิตสังคม (Biopsychosocial model)

ตามแนวคิดของโครงสร้างแบบกายจิตสังคม (Biopsychosocial model)⁴¹ จะแบ่งปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อการเกิดโรคและความผิดปกติทางจิตออกเป็น 4 ปัจจัย คือ

1. ปัจจัยพื้นฐานทางชีวภาพ (Constitutional factor) ได้แก่ ปัจจัยด้านพันธุกรรมและปัจจัยทางสุขภาพ
2. ปัจจัยพื้นฐานทางอารมณ์ (Temperament factor) คือ ลักษณะทางอารมณ์ที่ติดตัวบุคคลนั้นมาแต่กำเนิด ซึ่งมีผลต่อพัฒนาการทางจิตใจและบุคลิกภาพ
3. ปัจจัยด้านโรคและการบาดเจ็บทางกายภาพ (Physical and injury factors) โดยเฉพาะทางด้านระบบประสาทและโรคที่เป็นเรื้อรัง
4. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ทั้งทางกายภาพและทางสังคม

การอธิบายด้วยโครงสร้างแบบกายจิตสังคม (Biopsychosocial model) จะนำปัจจัยต่างๆ มาลำดับเป็นเรื่องในแต่ละราย (case formulation) เพื่ออธิบายโรคและความผิดปกติทางจิตที่เกิดขึ้นในแต่ละราย โดยแบ่งออกเป็น 4 ด้าน คือ

1. ปัจจัยเสี่ยงที่มีมาก่อน (Predisposing factor)
2. ปัจจัยที่กระตุ้นให้เกิดความผิดปกติ (Precipitating factor)
3. ปัจจัยที่ทำให้ความผิดปกติยังคงอยู่ (Perpetuating factor)
4. ปัจจัยป้องกัน (Protective factor)

ในแต่ละบุคคลมีปัจจัยพื้นฐานทางชีวภาพ (Constitutional factor) ที่แตกต่างกัน ทำให้มีปัจจัยเสี่ยงที่มีมาก่อน (Predisposing factor) ที่จะทำให้เกิดโรคและความผิดปกติทางจิตไม่เท่ากัน เช่น พันธุกรรมที่ต่างกัน และการได้รับสิ่งที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางพันธุกรรมที่ต่างกัน เช่น การได้รับยาหรือรังสีตั้งแต่อยู่ในครรภ์ นอกจากนี้ยังมีแนวคิดที่เชื่อว่า ความเครียดทางจิตสังคม (psychosocial stress) ที่เกิดขึ้นในภายหลัง มีผลต่อการแสดงออกที่เกิดจากหน่วยพันธุกรรมที่ทำให้เกิดโรคและความผิดปกติทางจิตที่มีอยู่ก่อนหน้านั้น หรือที่เรียก Epigenesis นอกจากนั้น ด้วยเหตุที่แต่ละคนจะมีปัจจัยพื้นฐานทางอารมณ์ (Temperament factor) ที่แตกต่างกัน ส่งผลให้แต่ละบุคคลจะมีปฏิสัมพันธ์ต่อสิ่งแวดล้อมที่ต่างกัน ซึ่งปัจจัยพื้นฐานทางอารมณ์นี้

⁴¹ ปราโมทย์ สุคนิชย์ แนวคิดการเกิดโรคทางจิตเวช ใน มานุษ หล่อตระกูล, ปราโมทย์ สุคนิชย์. บรรณาธิการ. จิตเวชศาสตร์รายาธิบัติ (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล, 2558, หน้า 22.

อาจเป็นปัจจัยที่กระตุ้นหรือป้องกันไม่ให้เกิดความผิดปกติทางจิตก็ได้ ปัจจัยต่างๆ ที่กล่าวมานี้ถือว่าเป็นปัจจัยเสี่ยงที่มีมาก่อน (Predisposing factor)

เมื่อบุคคลได้รับปัจจัยกระตุ้นให้เกิดความผิดปกติ (Precipitating factor) เช่น ต้องเผชิญกับความเครียดทางจิตสังคม (Psychosocial stress) อาจทำให้มีความเสี่ยงที่จะเกิดโรคและความผิดปกติทางจิต ซึ่งเป็นการอธิบายตามทฤษฎีที่เรียกว่า Stress diathesis model รวมถึงปัจจัยกระตุ้นที่เกิดขึ้นนี้อาจส่งผลให้บุคคลแสดงอาการผิดปกติทางจิตที่มีอยู่แล้วออกมาให้เห็นได้ในช่วงเวลาใกล้เคียงกับที่พบปัจจัยที่กระตุ้น อย่างไรก็ตาม ในแต่ละบุคคลอาจพบปัจจัยที่กระตุ้นดังกล่าวนี้หรือไม่ก็ได้

เมื่อมีโรคและความผิดปกติทางจิตเกิดขึ้นแล้ว อาการผิดปกติทางจิตอาจแสดงออกมาจนกระทั่งครบตามเกณฑ์ในการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช โดยอาจพบปัจจัยที่ทำให้ความผิดปกติยังคงอยู่ (Perpetuating factor) เช่น การประสบปัญหาทางการเงิน ทำให้บุคคลนั้นไม่ได้รับการดูแลรักษาอย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง ซึ่งมีผลให้หายจากอาการผิดปกติทางจิตได้ช้าหรือเป็นอย่างเรื้อรัง นอกจากนี้ บุคคลนั้นก็อาจเสี่ยงที่จะเกิดโรคและความผิดปกติทางจิตซ้ำได้ง่ายกว่าเดิม แม้จะหายหรือทุเลาจากโรคและความผิดปกติทางจิตแล้วก็ตาม หรือที่เรียกว่า Kindling effect

ในทางตรงข้าม แต่ละบุคคลก็อาจมีปัจจัยป้องกัน (Protective factor) ที่ป้องกันไม่ให้โรคและความผิดปกติทางจิต รวมถึงการหายหรือทุเลาจากโรคและความผิดปกติทางจิตได้เร็วที่แตกต่างกัน เช่น ปัจจัยด้านครอบครัว หรือปัจจัยด้านการแพทย์และสาธารณสุข เป็นต้น

จะเห็นได้ว่า สาเหตุการเกิดความผิดปกติทางจิตในแต่ละบุคคลมีความแตกต่างกัน โดยแต่ละบุคคลจะมีน้ำหนักของปัจจัยที่มีผลทำให้เกิดความผิดปกติทางจิตที่ที่แตกต่างกัน⁴²

2.4 การวินิจฉัยและจำแนกประเภทของความผิดปกติทางจิต

ในประวัติศาสตร์แต่ละยุคสมัย มนุษย์มีความพยายามที่จะสร้างหลักเกณฑ์ในการวินิจฉัยและจำแนกประเภทความผิดปกติทางจิตมาโดยตลอด พอสรุปได้ ดังนี้

ในสมัยกรีก Hippocrates จำแนกลักษณะทางจิตของมนุษย์ตามพื้นอารมณ์ได้เป็น 4 กลุ่ม คือ ความหวัง (sanguine) โกรธ (choleric) เศร้า (melancholic) และตื่นเต้น (phlegmatic)

Felix Platter (ค.ศ. 1536-1614) แพทย์ชาวสวิส ได้เขียนตำราชื่อ Praxix Medica ซึ่งมีเนื้อหาเกี่ยวกับการจำแนกความผิดปกติทางจิต

⁴² ปราโมทย์ สุคนิษฐ์ แนวคิดการเกิดโรคทางจิตเวช ใน มาโนช หล่อตระกูล, ปราโมทย์ สุคนิษฐ์. บรรณาธิการ. จิตเวชศาสตร์รามาธิบดี(พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล, 2558, หน้า 26.

Philippe Pinel (ค.ศ. 1745-1820) แพทย์ชาวฝรั่งเศส ได้จำแนกความผิดปกติทางจิตเป็น 4 แบบ ได้แก่ Melancholia คือ ความผิดปกติในเชาวน์ปัญญา Mania คือความตื่นเต้นมากเกินไปที่เกิดร่วมกับหรือไม่ร่วมกับอาการเพ้อคลั่ง (delirium) Dementia คือ ความผิดปกติในขบวนการของความคิด และ Idiocy คือการไร้ความสามารถทางสติปัญญา และการไร้อารมณ์

Emil Kraepelin (ค.ศ. 1856-1926) ได้จำแนกความผิดปกติทางจิตออกเป็น manic-depressive psychosis ซึ่งเป็นความผิดปกติทางจิตมีลักษณะที่เป็นอยู่ชั่วคราวและสามารถหายได้ และ dementia praecox ซึ่งเป็นความผิดปกติทางจิตมีลักษณะที่เป็นอยู่อย่างต่อเนื่องโดยไม่หายขาด

ในปัจจุบัน ระบบการวินิจฉัยและจำแนกความผิดปกติทางจิตในทางการแพทย์หรือเรียกว่า ระบบการวินิจฉัยและจำแนกโรคทางจิตเวช ที่เป็นระบบมาตรฐานที่ได้รับการยอมรับในทางการแพทย์และสาธารณสุขว่าในปัจจุบัน มีอยู่ 2 ระบบ คือ ระบบการวินิจฉัยและจำแนกความผิดปกติทางจิตตามคู่มือการวินิจฉัยและสถิติสำหรับความผิดปกติทางจิต (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders หรือ DSM) ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกา และระบบการวินิจฉัยและจำแนกความผิดปกติทางจิตตามบัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศ (International Classification of Diseases หรือ ICD) ขององค์การอนามัยโลก โดยการจำแนกประเภทความผิดปกติทางจิตในปัจจุบัน มีวัตถุประสงค์พอสรุปได้ ดังนี้⁴³

1. เพื่อให้สามารถกำหนดวิธีการรักษาตามประเภทของความผิดปกติที่พบ
2. เพื่อสื่อสารระหว่างผู้รักษาให้มีความเข้าใจตรงกันและทำให้การวินิจฉัยความผิดปกติทางจิตในรูปแบบหนึ่งๆ มีความเที่ยงตรงสอดคล้องกันมากขึ้น
3. เพื่อประโยชน์ในการศึกษาค้นคว้าสาเหตุของความผิดปกติทางจิตและวิธีการรักษา และการเรียนการสอน
4. เพื่อการจัดเก็บข้อมูลสถิติเพื่อใช้วางแผนในการบริหารจัดการทางสาธารณสุข

2.4.1 การจำแนกความผิดปกติทางจิตตามคู่มือการวินิจฉัยและสถิติสำหรับความผิดปกติทางจิต (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM)

คู่มือการวินิจฉัยและสถิติสำหรับความผิดปกติทางจิต (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders : DSM) พัฒนาขึ้นโดยสมาคมจิตแพทย์แห่งสหรัฐอเมริกา ซึ่งเกิดขึ้นครั้งแรกในช่วง ค.ศ. 1840 โดยเริ่มต้นเป็นส่วนหนึ่งของการสำรวจสำมะโนประชากร และพัฒนามาเป็นระบบการจำแนกโรคเป็นกลุ่มๆ และนำมาใช้ในการเก็บข้อมูลผู้ป่วยในโรงพยาบาลจิตเวชและ

⁴³ นันทวัช สิริธีรภัฏ, บรรณาธิการจิตเวช, ศิริราช DSM-5. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล, 2558, หน้า 33.

ในกองทัพ ต่อมาใน ค.ศ. 1952 จึงพัฒนามาเป็นระบบการจำแนกโรคโดยจัดทำเป็นร่างโดยคณะกรรมการที่เป็นผู้เชี่ยวชาญ ก่อนจะส่งให้จิตแพทย์ทั่วสหรัฐอเมริกาพิจารณา และได้ตีพิมพ์เป็นรูปเล่มฉบับที่ 1 (DSM-I) ต่อมา มีการปรับปรุงแก้ไขและจัดพิมพ์ออกมาอีกเรื่อยๆ อีก 6 ฉบับ คือ DSM-II ค.ศ. 1968 DSM-III ค.ศ. 1980 DSM-III-TR ค.ศ. 1987 DSM-IV ค.ศ. 1994 DSM-IV-TR ค.ศ. 2000 และฉบับปัจจุบัน คือ DSM-5 2013 ซึ่งใน DSM-5 มีการปรับปรุงวิธีการจัดทำ โดยเพิ่มเติมการศึกษาในภาคสนาม และเปิดโอกาสให้บุคคลอื่นๆ สามารถเสนอข้อคิดเห็นต่อร่างที่จัดทำคณะกรรมการที่เป็นผู้เชี่ยวชาญผ่านทางอินเทอร์เน็ต

ตามแนวคิดของคู่มือการวินิจฉัยและสถิติสำหรับความผิดปกติทางจิต ถือว่า “ความผิดปกติทางจิต” เป็นกลุ่มอาการที่มีลักษณะของความแปรปรวนที่สำคัญในด้านความรู้ ความเข้าใจ การควบคุมอารมณ์หรือพฤติกรรมที่สะท้อนถึงการทำงานที่ผิดปกติของจิตใจ ร่างกาย หรือพัฒนาการที่เป็นพื้นฐานของการทำงานของจิต ความผิดปกติทางจิตมักสัมพันธ์กับความทุกข์ทรมานที่สำคัญ หรือความบกพร่องในด้านสังคม อาชีพ หรือกิจกรรมที่สำคัญอื่นๆ การตอบสนองที่สามารถคาดหมายได้หรือเป็นที่ยอมรับในวัฒนธรรมนั้นต่อความเครียดตามปกติ เช่น การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก จะไม่ถือว่าเป็นความผิดปกติทางจิต ส่วนพฤติกรรมที่เบี่ยงเบนไปจากสังคม (เช่น การเมือง ศาสนา หรือทางเพศ) และความขัดแย้งส่วนใหญ่ระหว่างบุคคลและสังคมจะไม่ถือว่าเป็นความผิดปกติทางจิต หากพฤติกรรมทางที่เบี่ยงเบนหรือความขัดแย้งนั้น ไม่ได้เกิดจากการทำงานที่ผิดปกติของจิตของบุคคล

ในคู่มือการวินิจฉัยและสถิติสำหรับความผิดปกติทางจิตฉบับที่ 3 ได้เริ่มมีการนิยามถึงความผิดปกติทางจิต (mental disorder) โดยสรุปว่า เป็นพฤติกรรม กลุ่มอาการหรือรูปแบบทางจิตที่มีความสำคัญทางคลินิกซึ่งเกิดขึ้นในบุคคล และสัมพันธ์กับความทุกข์ทรมานหรือความพิการ อย่างไรก็ตาม ได้มีการระบุไว้ว่า ยังไม่มีนิยามที่เหมาะสมในการกำหนดขอบเขตที่แน่นอนของความผิดปกติทางจิต (there is no satisfactory definition that specifies precise boundaries for the concept "mental disorder") จนกระทั่งในฉบับปัจจุบัน (DSM-5) ได้นิยามความผิดปกติทางจิต (mental disorder) โดยสรุปว่า ต้องประกอบด้วย การเสียหน้าที่ด้านพฤติกรรม จิตใจ หรือร่างกายในบุคคลใดบุคคลหนึ่ง เป็นกลุ่มอาการหรือรูปแบบทางพฤติกรรมหรือจิตใจที่มีความสำคัญทางคลินิกซึ่งปรากฏในบุคคลและสัมพันธ์กับการเกิดความไม่สบาย (distress) การไร้ความสามารถ (disability) หรือการเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญของความเสี่ยงของความทุกข์ทรมานจากความตาย

ความเจ็บปวด ความพิการ หรือการสูญเสียอิสรภาพอย่างสำคัญ อย่างไรก็ตาม DSM-5 ระบุว่าไม่มีนิยามใดที่สามารถครอบคลุมความผิดปกติในทุกแง่มุมได้⁴⁴

การจำแนกโรคทางจิตเวชตามระบบ DSM-5 มีการบรรยายถึงอาการที่พบในโรคทางจิตเวชแต่ละโรค และให้รายละเอียดของเกณฑ์ในการวินิจฉัยที่จำเพาะของแต่ละโรค และข้อสังเกตเกี่ยวกับการจำแนกโรคที่มีความคล้ายคลึงกัน รวมถึงบรรยายลักษณะทางระบาดวิทยาของแต่ละโรคอย่างเป็นระบบ ซึ่งใน DSM-5 จำแนกโรคและความผิดปกติทางจิตออกเป็นเป็นหมวดหมู่ต่างๆ ดังต่อไปนี้⁴⁵

Neurodevelopmental Disorders กลุ่มความผิดปกติด้านการพัฒนาการของระบบประสาท

Intellectual Disabilities ความผิดปกติด้านสติปัญญา

Intellectual Disability (Intellectual Developmental Disorder) ภาวะสติปัญญาบกพร่อง (ความผิดปกติทางพัฒนาการด้านสติปัญญา)

Global Developmental Delay พัฒนาการล่าช้าทุกด้าน

Unspecified Intellectual Disability (Intellectual Developmental Disorder)

ภาวะสติปัญญาบกพร่อง (ความผิดปกติทางพัฒนาการด้านสติปัญญา) ไม่ระบุรายละเอียด

Communication Disorders ความผิดปกติด้านการสื่อสาร

Language Disorder ความผิดปกติด้านภาษา

Speech Sound Disorder (previously Phonological Disorder) ความผิดปกติด้านการออกเสียง

Childhood-Onset Fluency Disorder (Stuttering) การพูดติดอ่าง (การพูดตะกุกตะกัก) ที่เริ่มต้นในวัยเด็ก

Social (Pragmatic) Communication Disorder ความผิดปกติด้านการสื่อสารทางสังคม

⁴⁴ American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing. 2013. p. 20.

⁴⁵ เนื่องจากปัจจุบันยังไม่มีมีการแปลชื่อโรคต่างๆ เป็นภาษาไทยอย่างเป็นทางการ ชื่อโรคภาษาไทยที่กำกับไว้เป็นการแปลโดยเทียบเคียง โดยผู้วิจัยอาศัยชื่อโรคภาษาไทยตามบัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศฉบับประเทศไทย (ICD-10-TM) ฉบับปี 2016 กับชื่อโรคที่ปรากฏในหนังสือและตำราทางการแพทย์ภาษาไทยเท่าที่สืบค้นได้ในขณะที่ทำการวิจัยนี้เท่านั้น จึงอาจไม่สามารถสื่อให้เข้าใจลักษณะที่แท้จริงของโรค ผู้สนใจควรศึกษารายละเอียดเกี่ยวกับโรคต่างๆ เพิ่มเติมจากต้นฉบับ และควรปรึกษาผู้เชี่ยวชาญเพื่อความเข้าใจที่ถูกต้อง.

Unspecified Communication Disorder ความผิดปกติด้านการสื่อสาร ไม่ระบุ
รายละเอียด

Autism Spectrum Disorder โรคออทิสซึม

Autism Spectrum Disorder กลุ่มอาการออทิสซึม

Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder ความผิดปกติที่มีความใส่ใจ
บกพร่อง/อยู่นิ่ง⁴⁶

Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder ความผิดปกติที่มีความใส่ใจบกพร่อง/
อยู่นิ่ง

Other Specified Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder ความผิดปกติ
แบบอื่นที่มีความใส่ใจบกพร่อง/อยู่นิ่ง

Unspecified Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder ความผิดปกติที่มี
ความใส่ใจบกพร่อง/อยู่นิ่งแบบอื่น

Specific Learning Disorder ความผิดปกติของการเรียนรู้

Specific Learning Disorder ความผิดปกติจำเพาะของการเรียนรู้

Motor Disorders ความผิดปกติทางการเคลื่อนไหว

Developmental Coordination Disorder ความผิดปกติของพัฒนาการด้าน
ประสานงานการเคลื่อนไหว

Stereotypic Movement Disorder ความผิดปกติที่มีการเคลื่อนไหวแบบเดิมซ้ำๆ

Tic Disorders ความผิดปกติที่มีอาการกล้ามเนื้อกระตุก

Tourette's Disorder ความผิดปกติที่มีอาการกล้ามเนื้อกระตุกชนิดเคลื่อนไหว
หลายแห่งร่วมกับชนิดเปล่งเสียง

Persistent (Chronic) Motor or Vocal Tic Disorder ความผิดปกติที่มีอาการ
กล้ามเนื้อกระตุกชนิดเคลื่อนไหวหรือชนิดเปล่งเสียงที่เป็นเรื้อรัง

Provisional Tic Disorder ความผิดปกติที่มีอาการกล้ามเนื้อกระตุกที่วินิจฉัย
ล่วงหน้า

Other Specified Tic Disorder ความผิดปกติแบบอื่นที่มีอาการกล้ามเนื้อ
กระตุก

⁴⁶ ผู้วิจัยเห็นว่าอาจใช้คำว่า “โรคสมาธิสั้น” ตามที่ใช้กันโดยทั่วไปแทนได้.

Unspecified Tic Disorder ความผิดปกติที่มีอาการกล้ามเนื้อกระตุก ไม่ระบุ
รายละเอียด

Other Neurodevelopmental Disorders ความผิดปกติแบบอื่นของพัฒนาการ
ทางระบบประสาท

Other Specified Neurodevelopmental Disorder ความผิดปกติจำเพาะแบบ
อื่นของพัฒนาการทางระบบประสาท

Unspecified Neurodevelopmental Disorder ความผิดปกติของพัฒนาการ
ทางระบบประสาท ไม่ระบุรายละเอียด

Schizophrenia Spectrum and Other Psychotic Disorders กลุ่มโรคจิต
เภทและความผิดปกติทางจิตชนิดโรคจิตอื่น

Schizotypal (Personality) Disorder ความผิดปกติทางบุคลิกภาพแบบคล้าย
จิตเภท

Delusional Disorder โรคหลงผิด

Brief Psychotic Disorder โรคจิตชนิดเฉียบพลันและชั่วคราว

Schizophreniform Disorder โรคจิตเฉียบพลันที่คล้ายโรคจิตเภท

Schizophrenia โรคจิตเภท

Schizoaffective Disorder ความผิดปกติแบบโรคจิตทั้งอารมณ์แปรปรวน

Substance/Medication-Induced Psychotic Disorder ความผิดปกติแบบโรค
จิตที่เกิดจากยาและสารเสพติด

Psychotic Disorder Due to Another Medical Condition ความผิดปกติแบบ
โรคจิตที่เกิดจากโรคทางกาย

Catatonia ความผิดปกติในการเคลื่อนไหวชนิดคาตาโทเนีย

Catatonia Associated With Another Mental Disorder (Catatonia Specifier)
ความผิดปกติในการเคลื่อนไหวชนิดคาตาโทเนียที่เกิดร่วมกับความผิดปกติทางจิตอื่น

Catatonic Disorder Due to Another Medical Condition ความผิดปกติใน
การเคลื่อนไหวชนิดคาตาโทเนียที่เกิดร่วมกับโรคทางกาย

Unspecified Catatonia ความผิดปกติในการเคลื่อนไหวชนิดคาตาโทเนีย ไม่ระบุ
รายละเอียด

Other Specified Schizophrenia Spectrum and Other Psychotic Disorder ก ุ ล ุ ม
โรคจิตเภทอื่นและความผิดปกติทางจิตชนิดโรคจิตอื่นๆ

Unspecified Schizophrenia Spectrum and Other Psychotic Disorder กลุ่มโรค
จิตเภทและความผิดปกติทางจิตชนิดโรคจิตอื่นๆ ไม่ระบุรายละเอียด

Bipolar and Related Disorders กลุ่มโรคอารมณ์สองขั้ว

Bipolar I Disorder โรคอารมณ์สองขั้วที่มีภาวะเมเนีย

Bipolar II Disorder โรคอารมณ์สองขั้วที่มีภาวะไฮโปเมเนีย

Cyclothymic Disorder ไซโคลไทเมีย

Substance/Medication-Induced Bipolar and Related Disorder กลุ่มโรค
อารมณ์สองขั้วที่เกิดจากยาและสารเสพติด

Bipolar and Related Disorder Due to Another Medical Condition กลุ่มโรค
อารมณ์สองขั้วที่เกิดจากโรคทางกาย

Other Specified Bipolar and Related Disorder กลุ่มโรคอารมณ์สองขั้วอื่นที่
ระบุรายละเอียด

Unspecified Bipolar and Related Disorder กลุ่มโรคอารมณ์สองขั้ว ไม่ระบุ
รายละเอียด

Depressive Disorders โรคซึมเศร้า

Disruptive Mood Dysregulation Disorder ความผิดปกติในการควบคุมอารมณ์

Major Depressive Disorder, Single and Recurrent Episodes โรคซึมเศร้าที่
เกิดอาการรอบเดียวและหลายรอบ

Persistent Depressive Disorder (Dysthymia) ความผิดปกติทางอารมณ์แบบ
ซึมเศร้าที่คงอยู่นาน

Premenstrual Dysphoric Disorder ความผิดปกติทางอารมณ์ช่วงก่อนมีรอบเดือน

Substance/Medication-Induced Depressive Disorder โรคซึมเศร้าที่เกิดจาก
ยาและสารเสพติด

Depressive Disorder Due to Another Medical Condition โรคซึมเศร้าที่เกิด
จากโรคทางกาย

Other Specified Depressive Disorder โรคซึมเศร้าอื่นที่ระบุรายละเอียด

Unspecified Depressive Disorder โรคซึมเศร้า ไม่ระบุรายละเอียด

Anxiety Disorders โรควิตกกังวล

Separation Anxiety Disorder โรควิตกกังวลเมื่อต้องแยกจาก

Selective Mutism การไม่พูดในบางสถานการณ์

	Specific Phobia โรคกลัวสิ่งจำเพาะเจาะจง
	Social Anxiety Disorder (Social Phobia) โรคกลัวการเข้าสังคม
	Panic Disorder โรคตื่นตระหนก
	Panic Attack (Specifier) โรควิตกกังวลสุดขีดที่มีอาการเป็นครั้งคราว
	Agoraphobia โรคกลัวที่ชุมชน
	Generalized Anxiety Disorder โรควิตกกังวลไปทั่ว
ยาและสารเสพติด	Substance/Medication-Induced Anxiety Disorder โรควิตกกังวลที่เกิดจาก
จากโรคทางกาย	Anxiety Disorder Due to Another Medical Condition โรควิตกกังวลที่เกิด
	Other Specified Anxiety Disorder โรควิตกกังวลอื่นที่ระบุรายละเอียด
	Unspecified Anxiety Disorder โรควิตกกังวล ไม่ระบุรายละเอียด
	<u>Obsessive-Compulsive and Related Disorders กลุ่มโรคย้ำคิดย้ำทำ</u>
	Obsessive-Compulsive Disorder โรคย้ำคิดย้ำทำ
	Body Dysmorphic Disorder โรคย้ำคิดเกี่ยวกับลักษณะทางร่างกาย
	Hoarding Disorder โรคสะสมของ
	Trichotillomania (Hair-Pulling Disorder) โรคถอนผม
	Excoriation (Skin-Picking) Disorder โรคแกะเกาผิวหนัง
	Substance/Medication-Induced Obsessive-Compulsive and Related Disorder
โรคย้ำคิดย้ำทำที่เกิดจากยาและสารเสพติด	
	Obsessive-Compulsive and Related Disorder Due to Another Medical
Condition โรคย้ำคิดย้ำทำที่เกิดจากโรคทางกาย	
	Other Specified Obsessive-Compulsive and Related Disorder โรคย้ำคิดย้ำ
ทำอื่นที่ระบุรายละเอียด	
	Unspecified Obsessive-Compulsive and Related Disorder โรคย้ำคิดย้ำทำ
ไม่ระบุรายละเอียด	
	<u>Trauma- and Stressor-Related Disorders ความผิดปกติทางจิตที่เกี่ยวข้องกับ</u>
<u>การบาดเจ็บทางใจและความเครียด</u>	
	Reactive Attachment Disorder ความผิดปกติของความผูกพันแบบปฏิกิริยา

Disinhibited Social Engagement Disorder ความผิดปกติของความผูกพันทางสังคมแบบยับยั้งไม่ได้

Posttraumatic Stress Disorder ความผิดปกติทางจิตใจหลังภัยพิบัติ

Acute Stress Disorder ปฏิกริยาเฉียบพลันต่อความเครียด

Adjustment Disorders ความผิดปกติของการปรับตัว

Other Specified Trauma- and Stressor-Related Disorder ความผิดปกติทางจิตที่เกี่ยวข้องกับการบาดเจ็บทางใจและความเครียดอื่นที่ระบุรายละเอียด

Unspecified Trauma- and Stressor-Related Disorder ความผิดปกติทางจิตที่เกี่ยวข้องกับการบาดเจ็บทางใจและความเครียด ไม่ระบุรายละเอียด

Dissociative Disorders กลุ่มโรคดิสโซซิเอทีฟ

Dissociative Identity Disorder โรคดิสโซซิเอทีฟ

Dissociative Amnesia ภาวะลืมแบบดิสโซซิเอทีฟ

Depersonalization/Derealization Disorder กลุ่มอาการดีเพอร์ซันนอลไลเซชันและดีเรียลไลเซชัน

Other Specified Dissociative Disorder โรคดิสโซซิเอทีฟอื่นที่ระบุรายละเอียด

Unspecified Dissociative Disorder โรคดิสโซซิเอทีฟ ไม่ระบุรายละเอียด

Somatic Symptom and Related Disorders กลุ่มโรคโซมาติก และอาการทางกายที่เกิดจากจิตใจและความเครียด

Somatic Symptom Disorder โรคโซมาติก

Illness Anxiety Disorder โรควิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย

Conversion Disorder (Functional Neurological Symptom Disorder) โรคคอนเวอร์ชัน (อาการทางระบบประสาทที่เกิดจากจิตใจ)

Psychological Factors Affecting Other Medical Conditions ปัจจัยทางจิตที่มีผลต่อโรคทางกาย

Factitious Disorder โรคแกล้งทำ

Other Specified Somatic Symptom and Related Disorder โรคโซมาติกอื่นที่ระบุรายละเอียด

Unspecified Somatic Symptom and Related Disorder โรคโซมาติก ไม่ระบุรายละเอียด

Feeding and Eating Disorders ความผิดปกติของการรับประทานอาหาร

Pica การรับประทานสิ่งที่ไม่ใช่อาหาร

Rumination Disorder พฤติกรรมการรับประทานอาหารผิดปกติเรื้อรัง

Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder พฤติกรรมหลีกเลี่ยงหรือจำกัด

การรับประทานอาหาร

Anorexia Nervosa โรคเบื่ออาหารจากสาเหตุทางจิตใจ

Bulimia Nervosa โรคหิวไม่หาย

Binge-Eating Disorder โรครับประทานอาหารเกินขนาด

Other Specified Feeding or Eating Disorder ความผิดปกติของการรับประทานอาหาร

อื่นที่ระบุรายละเอียด

Unspecified Feeding or Eating Disorder ความผิดปกติของการรับประทานอาหารอื่น

ไม่ระบุรายละเอียด

Elimination Disorders ความผิดปกติของการขับถ่าย

Enuresis ปัสสาวะราด

Encopresis อุจจาระราด

Other Specified Elimination Disorder ความผิดปกติของการขับถ่ายอื่นที่ระบุ

รายละเอียด

Unspecified Elimination Disorder ความผิดปกติของการขับถ่ายอื่น ไม่ระบุ

รายละเอียด

Sleep-Wake Disorders ความผิดปกติของการนอนและการตื่น

Insomnia Disorder โรคนอนไม่หลับ

Hypersomnolence Disorder โรคนอนมาก

Narcolepsy โรคเหงาหลับ

Breathing-Related Sleep Disorders ภาวะความผิดปกติของการหายใจ

ขณะหลับ

Obstructive Sleep Apnea Hypopnea โรคหยุดหายใจขณะหลับจากการอุดกั้น

Central Sleep Apnea ภาวะหยุดหายใจขณะหลับเนื่องจากความผิดปกติของการ

ทำงานของสมอง

Sleep-Related Hypoventilation ภาวะหายใจต่ำขณะหลับ

Circadian Rhythm Sleep-Wake Disorders ภาวะนอนไม่เป็นเวลา

Parasomnias พฤติกรรมผิดปกติขณะหลับ

Non-Rapid Eye Movement Sleep Arousal Disorders โรคตื่นในระหว่างหลับ
ช่วงไม่มีการเคลื่อนไหวลูกตาอย่างรวดเร็ว

Sleepwalking การละเมอเดิน

Sleep Terrors การละเมอกลัว

Nightmare Disorder การฝันร้าย

Rapid Eye Movement Sleep Behavior Disorder การเคลื่อนไหวผิดปกติใน
ระหว่างหลับช่วงมีการเคลื่อนไหวลูกตาอย่างรวดเร็ว

Restless Legs Syndrome กลุ่มอาการขาอยู่ไม่สุข

Substance/Medication-Induced Sleep Disorder ความผิดปกติของการนอน
จากยาและสารเสพติด

Other Specified Insomnia Disorder โรคนอนไม่หลับอื่นที่ระบุรายละเอียด

Unspecified Insomnia Disorder โรคนอนไม่หลับ ไม่ระบุรายละเอียด

Other Specified Hypersomnolence Disorder โรคนอนมากเกินไปที่ระบุรายละเอียด

Unspecified Hypersomnolence Disorder โรคนอนมากเกินไป ไม่ระบุรายละเอียด

Other Specified Sleep-Wake Disorder ความผิดปกติของการนอนและการ
ตื่นอื่น

Unspecified Sleep-Wake Disorder ความผิดปกติของการนอนและการตื่น
ไม่ระบุรายละเอียด

Sexual Dysfunctions ความบกพร่องทางเพศ

Delayed Ejaculation การหลั่งช้า

Erectile Disorder การหย่อนสมรรถภาพทางเพศของผู้ชาย

Female Orgasmic Disorder การไม่ถึงจุดสุดยอดทางเพศของผู้หญิง

Female Sexual Interest/Arousal Disorder การหย่อนสมรรถภาพทางเพศของ
ผู้หญิง

Genito-Pelvic Pain/Penetration Disorder ภาวะเจ็บปวดจากการมีเพศสัมพันธ์

Male Hypoactive Sexual Desire Disorder ภาวะความต้องการทางเพศน้อยใน
ผู้ชาย

Premature (Early) Ejaculation การหลั่งเร็ว

Substance/Medication-Induced Sexual Dysfunction ภาวะบกพร่องทางเพศ
จากยาและสารเสพติด

Other Specified Sexual Dysfunction ความบกพร่องทางเพศอื่น

Unspecified Sexual Dysfunction ความบกพร่องทางเพศ ไม่ระบุรายละเอียด

Gender Dysphoria ความไม่พึงพอใจต่อเพศสภาพ

Gender Dysphoria ความไม่พึงพอใจต่อเพศสภาพ

Other Specified Gender Dysphoria ความไม่พึงพอใจต่อเพศสภาพอื่นที่ระบุ

รายละเอียด

Unspecified Gender Dysphoria ความไม่พึงพอใจต่อเพศสภาพ ไม่ระบุ

รายละเอียด

Disruptive, Impulse-Control, and Conduct Disorders ความผิดปกติด้าน

การควบคุมอารมณ์และพฤติกรรม

Oppositional Defiant Disorder ความผิดปกติแบบท้าทายชอบทำตรงกันข้าม

Intermittent Explosive Disorder โรคระเบิดอารมณ์

Conduct Disorder ความผิดปกติทางความประพฤติ

Antisocial Personality Disorder บุคลิกภาพผิดปกติแบบต่อต้านสังคม

Pyromania โรคชอบจุดไฟ

Kleptomania โรคชอบหยิบฉวย

Other Specified Disruptive, Impulse-Control, and Conduct Disorder ค ว ม

ผิดปกติด้านการควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมอื่นที่ระบุรายละเอียด

Unspecified Disruptive, Impulse-Control, and Conduct Disorder ค ว ม

ผิดปกติด้านการควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมอื่น ไม่ระบุรายละเอียด

Substance-Related and Addictive Disorders ความผิดปกติที่เกี่ยวข้องกับ

การใช้สารเสพติดและการเสพติด

Substance-Related Disorders ความผิดปกติที่เกี่ยวข้องกับการใช้สารเสพติด

Substance Use Disorders การใช้สารเสพติด

Substance-Induced Disorders โรคที่เกิดจากการใช้สารเสพติด

Substance Intoxication and Withdrawal ภาวะเมาและถอนสารเสพติด

Substance/Medication-Induced Mental Disorders ความผิดปกติทางจิตจาก

การใช้สารเสพติด

	Alcohol-Related Disorders ความผิดปกติจากการใช้สุรา
	Caffeine-Related Disorders ความผิดปกติจากการใช้คาเฟอีน
	Cannabis-Related Disorders ความผิดปกติจากการใช้กัญชา
	Hallucinogen-Related Disorders ความผิดปกติจากการใช้สารหลอนประสาท
	Inhalant-Related Disorders ความผิดปกติจากการใช้สารระเหย
	Opioid-Related Disorders ความผิดปกติจากการใช้ฝิ่นและอนุพันธ์ของฝิ่น
	Sedative-, Hypnotic-, or Anxiolytic-Related Disorders ความผิดปกติจากการใช้
ยากล่อมประสาท ยานอนหลับ และยากลายกึ่งวล	
	Stimulant-Related Disorders ความผิดปกติจากการใช้สารกระตุ้น
	Tobacco-Related Disorders ความผิดปกติจากการใช้บุหรี่
	Other (or Unknown) Substance-Related Disorders ความผิดปกติจากการใช้
สารเสพติดอื่นหรือไม่ทราบชนิด	
	Non-Substance-Related Disorders การเสพติดที่ไม่ใช่สารเสพติด
	Gambling Disorder โรคติดพนัน
	<u>Neurocognitive Disorders ความผิดปกติของปรีชาปัญญา</u>
	Delirium ภาวะเพ้อ
	Other Specified Delirium ภาวะเพ้อที่ระบุรายละเอียด
	Unspecified Delirium ภาวะเพ้อ ไม่ระบุรายละเอียด
	Major and Mild Neurocognitive Disorders ภาวะสมองเสื่อม
	Major Neurocognitive Disorder ภาวะสมองเสื่อม
	Mild Neurocognitive Disorder ความผิดปกติเล็กน้อยของความสามารถของ
สมอง	
	Major or Mild Neurocognitive Disorder Due to Alzheimer's Disease ภาวะ
สมองเสื่อมจากโรคอัลไซเมอร์	
	Major or Mild Frontotemporal Neurocognitive Disorder ภาวะสมองเสื่อม
ส่วนหน้าและกลีบขมับ	
	Major or Mild Neurocognitive Disorder With Lewy Bodies ภาวะสมองเสื่อมที่
จากลิววี บอดี	
	Major or Mild Vascular Neurocognitive Disorder ภาวะสมองเสื่อมจากโรค
หลอดเลือด	

Major or Mild Neurocognitive Disorder Due to Traumatic Brain Injury

ภาวะสมองเสื่อมจากการบาดเจ็บของสมอง

Substance/Medication-Induced Major or Mild Neurocognitive Disorder

ภาวะสมองเสื่อมจากยาและสารเสพติด

Major or Mild Neurocognitive Disorder Due to HIV Infection ภาวะสมอง

เสื่อมจากการติดเชื้อเอชไอวี

Major or Mild Neurocognitive Disorder Due to Prion Disease ภาวะสมอง

เสื่อมจากโรคพรีออน

Major or Mild Neurocognitive Disorder Due to Parkinson's Disease ภาวะ

สมองเสื่อมจากโรคพาร์กินสัน

Major or Mild Neurocognitive Disorder Due to Huntington's Disease

ภาวะสมองเสื่อมจากโรคฮันติงตัน

Major or Mild Neurocognitive Disorder Due to Another Medical Condition

ภาวะสมองเสื่อมจากโรคทางกาย

Major or Mild Neurocognitive Disorder Due to Multiple Etiologies ภาวะ

สมองเสื่อมจากหลายสาเหตุ

Unspecified Neurocognitive Disorder ภาวะสมองเสื่อมที่ไม่ระบุรายละเอียด

Personality Disorders ความผิดปกติทางบุคลิกภาพ

General Personality Disorder ความผิดปกติทางบุคลิกภาพทั่วไป

Cluster A Personality Disorders ความผิดปกติทางบุคลิกภาพกลุ่มเอ

Paranoid Personality Disorder ความผิดปกติทางบุคลิกภาพแบบระแวง

Schizoid Personality Disorder ความผิดปกติทางบุคลิกภาพแบบแยกตัว

Schizotypal Personality Disorder ความผิดปกติทางบุคลิกภาพแบบพหุติกรรม

โรคจิตเภท

Cluster B Personality Disorders ความผิดปกติทางบุคลิกภาพกลุ่มบี

Antisocial Personality Disorder ความผิดปกติทางบุคลิกภาพแบบต่อต้าน

สังคม

Borderline Personality Disorder ความผิดปกติทางบุคลิกภาพแบบก้ำกึ่ง

Histrionic Personality Disorder ความผิดปกติทางบุคลิกภาพแบบเรียวร้อง

ความสนใจ

	Narcissistic Personality Disorder ความผิดปกติทางบุคลิกภาพแบบหลงตัวเอง
	Cluster C Personality Disorders ความผิดปกติทางบุคลิกภาพกลุ่มซี
	Avoidant Personality Disorder ความผิดปกติทางบุคลิกภาพแบบหลีกเลี่ยง
	Dependent Personality Disorder ความผิดปกติทางบุคลิกภาพแบบพึ่งพา
	Obsessive-Compulsive Personality Disorder ความผิดปกติทางบุคลิกภาพ
แบบย้ำคิดย้ำทำ	
	Other Personality Disorders ความผิดปกติทางบุคลิกภาพอื่น
	Personality Change Due to Another Medical Condition ความผิดปกติทาง
บุคลิกภาพที่เกิดจากโรคทางกาย	
	Other Specified Personality Disorder ความผิดปกติทางบุคลิกภาพอื่นที่ระบุ
รายละเอียด	
	Unspecified Personality Disorder ความผิดปกติทางบุคลิกภาพแบบ ไม่ระบุ
รายละเอียด	

Paraphilic Disorders กลุ่มโรคกามวิปริต

	Voyeuristic Disorder โรคถ้ำมอง
	Exhibitionistic Disorder โรคชอบอวดอวัยวะเพศ
	Frotteuristic Disorder โรคชอบถูไถ
	Sexual Masochism Disorder โรคกามวิปริตแบบมาโซลิซึม
	Sexual Sadism Disorder โรคกามวิปริตแบบซาดีสม์
	Pedophilic Disorder โรคมีความต้องการทางเพศกับเด็ก
	Fetishistic Disorder โรคเกิดอารมณ์ทางเพศจากสิ่งจำเพาะ
	Transvestic Disorder โรคชอบแต่งกายเป็นเพศตรงข้าม
	Other Specified Paraphilic Disorder โรคกามวิปริตอื่นที่ระบุรายละเอียด
	Unspecified Paraphilic Disorder โรคกามวิปริตอื่น ไม่ระบุรายละเอียด

Other Mental Disorders กลุ่มความผิดปกติทางจิตอื่นๆ

	Other Specified Mental Disorder Due to Another Medical Condition ความ
ผิดปกติทางจิตจากโรคทางกายอื่นที่ระบุรายละเอียด	
	Unspecified Mental Disorder Due to Another Medical Condition ความผิดปกติ
ทางจิตจากโรคทางกายอื่น ไม่ระบุรายละเอียด	
	Other Specified Mental Disorder ความผิดปกติทางจิตอื่นที่ระบุรายละเอียด

Unspecified Mental Disorder ความผิดปกติทางจิต ไม่ระบุรายละเอียด

Medication-Induced Movement Disorders and Other Adverse Effects of Medication กลุ่มความผิดปกติทางการเคลื่อนไหวที่เกิดจากยา และผลข้างเคียงอันไม่พึงประสงค์จากยาอื่นๆ

Other Conditions That May Be a Focus of Clinical Attention ภาวะอื่นที่อาจเป็นที่สนใจในทางคลินิก

2.4.2 การจำแนกความผิดปกติทางจิตตามบัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศ

(International Classification of Diseases : ICD)

พัฒนาขึ้นโดยองค์การอนามัยโลก เป็นระบบการจำแนกโรคทั้งทางกายและทางจิตเวช โดยจำแนกรายชื่อโรคทั้งหมดที่สามารถแจกแจงได้ออกเป็นหมวดหมู่และกำหนดรหัสโรคโดยใช้อักษรภาษาอังกฤษและตัวเลข โดยรายชื่อโรคทางจิตเวชทั้งหมดจัดอยู่ในหมวดอักษร F ระบบการจำแนกโรค ICD ฉบับล่าสุด คือ ฉบับที่ 10 (ICD-10) จัดทำขึ้นตั้งแต่ ค.ศ. 1992 ประเทศไทยได้นำบัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศ ฉบับที่ 10 นี้มาดัดแปลงใหม่เพื่อให้เหมาะสมกับการใช้งานในประเทศไทย โดยเรียกว่าฉบับ ICD-10-TM (Thai Modification) ในปี พ.ศ. 2550 และใช้เป็นมาตรฐานในการวินิจฉัยและจัดกลุ่มโรคเพื่อประเมินต้นทุนค่ารักษาพยาบาลตามระบบ Diagnosis Related Group (DRG) เพื่อการบริหารจัดการในระบบสาธารณสุข

บัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศ ฉบับที่ 10 (ICD-10) ได้นิยามความผิดปกติทางจิต (mental disorder) โดยสรุปว่าเป็นคำทั่วไปที่มีความหมายโดยนัยถึงการมีอยู่ของกลุ่มของอาการหรือพฤติกรรมที่เป็นที่ยอมรับทางการแพทย์ ซึ่งรบกวนหน้าที่การทำงาน (function) ของบุคคล

ในการจำแนกโรคทางจิตเวชในระบบ ICD จะแบ่งออกเป็น 10 หมวดย่อย ตั้งแต่รหัส F00 – F99 โดยมีการอธิบายถึงลักษณะอาการที่พบในโรคทางจิตเวชแต่ละโรค รายละเอียดของเกณฑ์ในการวินิจฉัยที่จำเพาะของแต่ละโรค ตลอดจนการวินิจฉัยแยกโรคและความผิดปกติทางจิตที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน ในบัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศ ICD-10 มีการจำแนกโรคและความผิดปกติทางจิตออกเป็นกลุ่มต่างๆ ดังนี้⁴⁷

⁴⁷ ชื่อโรคภาษาไทยอ้างอิงตามบัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศฉบับประเทศไทย (ICD-10-TM) ฉบับปี 2016 อย่างไรก็ตาม พบว่าในหนังสือและตำราทางการแพทย์มีการใช้ชื่อโรคภาษาไทยที่แตกต่างจากนี้บ้าง ผู้สนใจควรศึกษารายละเอียดเกี่ยวกับโรคต่างๆ เพิ่มเติมจากต้นฉบับ และควรปรึกษาผู้เชี่ยวชาญเพื่อความเข้าใจที่ถูกต้อง.

F00 -F09 Organic, including symptomatic, mental disorders (ความผิดปกติทางจิตใจที่มีสาเหตุจากโรครวมทั้งที่มีอาการทางกาย)

F00 Dementia in Alzheimer's disease (สมองเสื่อมในโรคอัลไซเมอร์)

F01 Vascular dementia ภาวะสมองเสื่อมที่เกิดจากโรคหลอดเลือด

F02 Dementia in other diseases classified elsewhere ภาวะสมองเสื่อมในโรคอื่นที่จำแนกไว้ที่อื่น

F03 Unspecified dementia ภาวะสมองเสื่อมที่ไม่ระบุรายละเอียด

F04 Organic amnesic syndrome, not induced by alcohol and other psychoactive substances กลุ่มอาการความจำเสื่อมที่ไม่ได้เกิดจากสุราและสารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทอื่น

F05 Delirium, not induced by alcohol and other psychoactive substances ภาวะเพ้อที่ไม่ได้เกิดจากสุราและสารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทอื่น

F06 Other mental disorders due to brain damage and dysfunction and to physical disease ความผิดปกติทางจิตอื่นที่เกิดจากสมองถูกทำลาย สมองทำงานผิดปกติ และจากโรคทางกาย

F07 Personality and behavioural disorders due to brain disease, damage and dysfunction ความผิดปกติของบุคลิกภาพและพฤติกรรมที่เกิดจากโรคของสมอง สมองถูกทำลาย และสมองทำงานผิดปกติ

F09 Unspecified organic or symptomatic mental disorder ความผิดปกติทางจิตที่ไม่ระบุรายละเอียดซึ่งเกิดจากโรคทางกายหรือแสดงอาการ

F10 - F19 Mental and behavioural disorders due to psychoactive substance use (ความผิดปกติทางจิตใจและพฤติกรรมเนื่องจากการใช้วัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท)

F10 Mental and behavioural disorders due to use of alcohol ความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมที่เกิดจากการเสพสุรา

F11 Mental and behavioural disorders due to use of opioids ความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมที่เกิดจากการเสพฝิ่นและอนุพันธ์ของฝิ่น

F12 Mental and behavioural disorders due to use of cannabinoids ความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมที่เกิดจากการเสพกัญชา

F13 Mental and behavioural disorders due to use of sedatives or hypnotics ความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมที่เกิดจากการเสพยากล่อมประสาทและยานอนหลับ

F14 Mental and behavioural disorders due to use of cocaine ความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมที่เกิดจากการเสพโคเคน

F15 Mental and behavioural disorders due to use of other stimulants, including caffeine ความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมที่เกิดจากการเสพสารกระตุ้นระบบประสาทอื่นรวมทั้งกาแฟ

F16 Mental and behavioural disorders due to use of hallucinogens ความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมที่เกิดจากการเสพยาหลอนประสาท

F17 Mental and behavioural disorders due to use of tobacco ความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมที่เกิดจากการเสพยาสูบ

F18 Mental and behavioural disorders due to use of volatile solvents ความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมที่เกิดจากการเสพสารระเหย

F19 Mental and behavioural disorders due to multiple drug use and use of other psychoactive substances ความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมที่เกิดจากการเสพยาหลายขนานและสารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทอื่น

F20 - F29 Schizophrenia, schizotypal and delusional disorders (จิตเภท พฤติกรรมแบบจิตเภทและความหลงผิด)

F20 Schizophrenia โรคจิตเภท

F20.0 Paranoid schizophrenia โรคจิตเภทแบบประแวง

F20.1 Hebephrenic schizophrenia โรคจิตเภทแบบอีบีฟรีเนีย

F20.2 Catatonic schizophrenia โรคจิตเภทแบบคาตาโทเนีย

F20.3 Undifferentiated schizophrenia โรคจิตเภทแบบแบ่งแยกไม่ชัดเจน

F20.4 Post-schizophrenic depression อารมณ์เศร้าหลังเป็นโรคจิตเภท

F20.5 Residual schizophrenia โรคจิตเภทที่มีอาการหลงเหลือ

F20.6 Simple schizophrenia โรคจิตเภทแบบธรรมดา

F20.8 Other schizophrenia โรคจิตเภทแบบอื่น

F20.9 Schizophrenia, unspecified โรคจิตเภท ไม่ระบุรายละเอียด

F21 Schizotypal disorder พฤติกรรมแบบโรคจิตเภท

F22 Persistent delusional disorders โรคหลงผิดที่คงอยู่นาน

F22.0 Delusional disorder โรคหลงผิด

F22.8 Other persistent delusional disorders โรคหลงผิดอื่นที่คงอยู่นาน

F22.9 Persistent delusional disorder, unspecified โรคหลงผิดที่คงอยู่นาน
ไม่ระบุรายละเอียด

F23 Acute and transient psychotic disorders โรคจิตชนิดเฉียบพลันและ
ชั่วคราว

F23.0 Acute polymorphic psychotic disorder without symptoms of schizophrenia
โรคจิตเฉียบพลันหลายรูปแบบที่ไม่มีอาการของโรคจิตเภท

F23.1 Acute polymorphic psychotic disorder with symptoms of schizophrenia
โรคจิตเฉียบพลันหลายรูปแบบที่มีอาการของโรคจิตเภท

F23.2 Acute schizophrenia-like psychotic disorder โรคจิตเฉียบพลันที่คล้ายโรคจิตเภท

F23.3 Other acute predominantly delusional psychotic disorders โรคจิตเฉียบพลัน
แบบอื่นที่มีอาการหลงผิดเป็นอาการเด่น

F23.8 Other acute and transient psychotic disorders โรคจิตเฉียบพลันและ
ชั่วคราวแบบอื่น

F23.9 Acute and transient psychotic disorder, unspecified โรคจิตเฉียบพลัน
และชั่วคราว ไม่ระบุรายละเอียด

F24 Induced delusional disorder โรคหลงผิดที่เกิดจากมีผู้ชักนำ

F25 Schizoaffective disorders ความผิดปกติแบบโรคจิตกึ่งอารมณ์แปรปรวน

F25.0 Schizoaffective disorder, manic type ความผิดปกติแบบโรคจิตกึ่ง
อารมณ์แปรปรวนชนิดเมเนีย

F25.1 Schizoaffective disorder, depressive type ความผิดปกติแบบโรคจิต
กึ่งอารมณ์แปรปรวนชนิดซึมเศร้า

F25.2 Schizoaffective disorder, mixed type ความผิดปกติแบบโรคจิตกึ่ง
อารมณ์แปรปรวนชนิดปนกัน

F25.8 Other schizoaffective disorders ความผิดปกติแบบโรคจิตกึ่งอารมณ์
แปรปรวนแบบอื่น

F25.9 Schizoaffective disorder, unspecified ความผิดปกติแบบโรคจิตกึ่ง
อารมณ์แปรปรวน ไม่ระบุรายละเอียด

F28 Other nonorganic psychotic disorders โรคจิตแบบอื่นที่ไม่ได้เกิด
จากโรคทางกาย

F29 Unspecified nonorganic psychosis โรคจิตที่ไม่ระบุรายละเอียดและไม่ได้เกิดจากโรคทางกาย

F30 -F39 Mood [affective] disorders (ความผิดปกติทางอารมณ์)

F30 Manic episode ภาวะเมเนีย

F30.0 Hypomania ภาวะไฮโปเมเนีย

F30.1 Mania without psychotic symptoms ภาวะเมเนียแบบไม่มีอาการโรคจิต

F30.2 Mania with psychotic symptoms ภาวะเมเนียแบบมีอาการโรคจิต

F30.8 Other manic episodes ภาวะเมเนียแบบอื่น

F30.9 Manic episode, unspecified ภาวะเมเนีย ไม่ระบุรายละเอียด

F31 Bipolar affective disorder โรคอารมณ์สองขั้ว

F31.0 Bipolar affective disorder, current episode hypomanic โรคอารมณ์สองขั้ว ปัจจุบันเป็นภาวะไฮโปเมเนีย

F31.1 Bipolar affective disorder, current episode manic without psychotic symptoms โรคอารมณ์สองขั้ว ปัจจุบันเป็นภาวะเมเนียโดยไม่มีอาการโรคจิต

F31.2 Bipolar affective disorder, current episode manic with psychotic symptoms โรคอารมณ์สองขั้ว ปัจจุบันเป็นภาวะเมเนียและมีอาการโรคจิต

F31.3 Bipolar affective disorder, current episode mild or moderate depression โรคอารมณ์สองขั้ว ปัจจุบันเป็นภาวะซึมเศร้าไม่รุนแรงหรือปานกลาง

F31.4 Bipolar affective disorder, current episode severe depression without psychotic symptoms โรคอารมณ์สองขั้ว ปัจจุบันเป็นภาวะซึมเศร้ารุนแรงโดยไม่มีอาการโรคจิต

F31.5 Bipolar affective disorder, current episode severe depression with psychotic symptoms โรคอารมณ์สองขั้ว ปัจจุบันเป็นภาวะซึมเศร้ารุนแรงและมีอาการโรคจิต

F31.6 Bipolar affective disorder, current episode mixed โรคอารมณ์สองขั้ว ปัจจุบันเป็นอารมณ์ปนกัน

F31.7 Bipolar affective disorder, currently in remission โรคอารมณ์สองขั้ว ปัจจุบันเป็นปกติ

F31.8 Other bipolar affective disorders โรคอารมณ์สองขั้วแบบอื่น

F31.9 Bipolar affective disorder, unspecified โรคอารมณ์สองขั้ว ไม่ระบุรายละเอียด

F32 Depressive episode ภาวะซึมเศร้า

F32.0 Mild depressive episode ภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย

F32.1 Moderate depressive episode ภาวะซึมเศร้าปานกลาง

F32.2 Severe depressive episode without psychotic symptoms ภาวะซึมเศร้า รุนแรงโดยไม่มีอาการโรคจิต

F32.3 Severe depressive episode with psychotic symptoms ภาวะซึมเศร้า รุนแรงและมีอาการโรคจิต

F32.8 Other depressive episodes ภาวะซึมเศร้าแบบอื่น

F32.9 Depressive episode, unspecified ภาวะซึมเศร้า ไม่ระบุรายละเอียด

F33 Recurrent depressive disorder โรคซึมเศร้าซ้ำ

F33.0 Recurrent depressive disorder, current episode mild โรคซึมเศร้าซ้ำ ครั้งปัจจุบันอาการเล็กน้อย

F33.1 Recurrent depressive disorder, current episode moderate โรคซึมเศร้าซ้ำ ครั้งปัจจุบันอาการปานกลาง

F33.2 Recurrent depressive disorder, current episode severe without psychotic symptoms โรคซึมเศร้าซ้ำ ครั้งปัจจุบันอาการรุนแรงโดยไม่มีอาการโรคจิต

F33.3 Recurrent depressive disorder, current episode severe with psychotic symptoms โรคซึมเศร้าซ้ำ ครั้งปัจจุบันอาการรุนแรงและมีอาการโรคจิต

F33.4 Recurrent depressive disorder, currently in remission โรคซึมเศร้าซ้ำ ระยะหาย

F33.8 Other recurrent depressive disorders โรคซึมเศร้าซ้ำแบบอื่น

F33.9 Recurrent depressive disorder, unspecified โรคซึมเศร้าซ้ำ ไม่ระบุ รายละเอียด

F34 Persistent mood [affective] disorders ความผิดปกติทางอารมณ์ชนิด ที่คงอยู่นาน

F34.0 Cyclothymia ไซโคลไทเมีย

F34.1 Dysthymia ดิสไทเมีย

F34.8 Other persistent mood [affective] disorders ความผิดปกติทางอารมณ์ ชนิดที่คงอยู่นานแบบอื่น

F34.9 Persistent mood [affective] disorder, unspecified ความผิดปกติทาง อารมณ์ชนิดที่คงอยู่นาน ไม่ระบุรายละเอียด

F38 Other mood [affective] disorders ความผิดปกติทางอารมณ์แบบอื่น

F38.0 Other single mood [affective] disorders ความผิดปกติทางอารมณ์
แบบอื่นที่เกิดครั้งเดียว

F38.1 Other recurrent mood [affective] disorders ความผิดปกติทางอารมณ์
แบบอื่นที่เกิดซ้ำ

F38.8 Other specified mood [affective] disorders ความผิดปกติทางอารมณ์
แบบอื่น

F39 Unspecified mood [affective] disorder ความผิดปกติทางอารมณ์ที่ไม่
ระบุรายละเอียด

**F40 -F49 Neurotic stress-related and somatoform disorders (โรคประสาท
ความผิดปกติที่สัมพันธ์กับความเครียด และโรคโซมาโตฟอร์ม)**

F40 Phobic anxiety disorders โรควิตกกังวลที่มีอาการกลัว

F40.0 Agoraphobia โรคกลัวที่ชุมชน

F40.1 Social phobias โรคกลัวการเข้าสังคม

F40.2 Specific (isolated) phobias โรคกลัวสิ่งจำเพาะเจาะจง

F40.8 Other phobic anxiety disorders โรควิตกกังวลที่มีอาการกลัวแบบอื่น

F40.9 Phobic anxiety disorder, unspecified โรควิตกกังวลที่มีอาการกลัว
ไม่ระบุรายละเอียด

F41 Other anxiety disorders โรควิตกกังวลแบบอื่น

F41.0 Panic disorder [episodic paroxysmal anxiety] โรคตื่นตระหนก [โรค
วิตกกังวลสุดขีดที่มีอาการเป็นครั้งคราว]

F41.1 Generalized anxiety disorder โรควิตกกังวลไปทั่ว

F41.2 Mixed anxiety and depressive disorder โรควิตกกังวลและซึมเศร้า
ปนกัน

F41.3 Other mixed anxiety disorders โรควิตกกังวลชนิดปนกันแบบอื่น

F41.8 Other specified anxiety disorders โรควิตกกังวลแบบอื่นที่ระบุ
รายละเอียด

F41.9 Anxiety disorder, unspecified โรควิตกกังวล ไม่ระบุรายละเอียด

F42 Obsessive-compulsive disorder โรคย้ำคิดย้ำทำ

F42.0 Predominantly obsessional thoughts or ruminations การย้ำคิดหรือ
ครุ่นคิดซ้ำๆ เค้น

[พิธีกรรมซ้ำๆ] เด่น	F42.1 Predominantly compulsive acts [obsessional rituals] อาการย้ำทำ
	F42.2 Mixed obsessional thoughts and acts อาการย้ำคิดและย้ำทำปนกัน
	F42.8 Other obsessive-compulsive disorders โรคย้ำคิดย้ำทำแบบอื่น
รายละเอียด	F42.9 Obsessive-compulsive disorder, unspecified โรคย้ำคิดย้ำทำ ไม่ระบุ
ความเครียดที่รุนแรงและความผิดปกติของการปรับตัว	F43 Reaction to severe stress, and adjustment disorders ปฏิกริยาต่อ
	F43.0 Acute stress reaction ปฏิกริยาเฉียบพลันต่อความเครียด
สะท้อนใจ	F43.1 Post-traumatic stress disorder ความผิดปกติที่เกิดหลังความเครียดที่
	F43.2 Adjustment disorders ความผิดปกติของการปรับตัว
	F43.8 Other reactions to severe stress ปฏิกริยาต่อความเครียดที่รุนแรง
ไม่ระบุรายละเอียด	F43.9 Reaction to severe stress, unspecified ปฏิกริยาต่อความเครียดที่รุนแรง
	F44 Dissociative [conversion] disorders โรคดิสโซซิเอทีฟ [คอนเวอร์ชัน]
	F44.0 Dissociative amnesia ภาวะลืมแบบดิสโซซิเอทีฟ
	F44.1 Dissociative fugue ดิสโซซิเอทีฟ ฟิวจ์
	F44.2 Dissociative stupor อาการเจียบงันแบบดิสโซซิเอทีฟ
	F44.3 Trance and possession disorders ภาวะภวังค์และถูกสิง
เอทีฟ	F44.4 Dissociative motor disorders ความผิดปกติของการเคลื่อนไหวแบบดิสโซซิ
	F44.5 Dissociative convulsions ชักแบบดิสโซซิเอทีฟ
แบบดิสโซซิเอทีฟ	F44.6 Dissociative anaesthesia and sensory loss การชาหรือสูญเสียความรู้สึก
	F44.7 Mixed dissociative [conversion] disorders โรคดิสโซซิเอทีฟ [คอนเวอร์ชัน]
แบบปนกัน	
	F44.8 Other dissociative [conversion] disorders โรคดิสโซซิเอทีฟ [คอนเวอร์ชัน]
แบบอื่น	

F44.9 Dissociative [conversion] disorder, unspecified โรคจิตส โขลีเอทีฟ
[คอนเวอร์ชัน] ไม่ระบุรายละเอียด

F45 Somatoform disorders โรคโซมาโตฟอร์ม

F45.0 Somatization disorder โรคโซมาไทเซชัน

F45.1 Undifferentiated somatoform disorder โรคโซมาโตฟอร์มที่แบ่งแยกไม่

ชัดเจน

F45.2 Hypochondriacal disorder โรคไฮโปคอนเดรีย

F45.3 Somatoform autonomic dysfunction ความผิดปกติของระบบประสาท

อัตโนมัติแบบโซมาโตฟอร์ม

F45.4 Persistent somatoform pain disorder โรคปวดตลอดเวลาแบบโซมาโต

ฟอร์ม

F45.8 Other somatoform disorders โรคโซมาโตฟอร์มแบบอื่น

F45.9 Somatoform disorder, unspecified โรคโซมาโตฟอร์ม ไม่ระบุรายละเอียด

F48 Other neurotic disorders โรคประสาทแบบอื่น

F48.0 Neurasthenia เหนื่อยอ่อน

F48.1 Depersonalization-derealization syndrome กลุ่มอาการดีเพอร์ซัน

นอลไลเซชันและดีเรียลไลเซชัน

F48.8 Other specified neurotic disorders โรคประสาทแบบอื่นที่ระบุรายละเอียด

F48.9 Neurotic disorder, unspecified โรคประสาท ไม่ระบุรายละเอียด

F50 -F59 Behavioural syndromes associated with physiological disturbances and physical factors (กลุ่มอาการด้านพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับความผิดปกติทางสรีรวิทยาและปัจจัยทางร่างกาย)

F50 Eating disorders ความผิดปกติของการรับประทานอาหาร

F50.0 Anorexia nervosa โรคเบื่ออาหารจากสาเหตุทางจิตใจ

F50.1 Atypical anorexia nervosa โรคเบื่ออาหารจากสาเหตุทางจิตใจนอกแบบ

F50.2 Bulimia nervosa โรคหิวไม่หาย

F50.3 Atypical bulimia nervosa โรคหิวไม่หายนอกแบบ

F50.4 Overeating associated with other psychological disturbances รับประทานอาหารเกินขนาดร่วมกับความผิดปกติอื่นทางจิตใจ

F50.5 Vomiting associated with other psychological disturbances อาเจียน
ร่วมกับความผิดปกติอื่นทางจิตใจ

F50.8 Other eating disorders ความผิดปกติแบบอื่นของการรับประทานอาหาร

F50.9 Eating disorder, unspecified ความผิดปกติของการรับประทานอาหาร ไม่ระบุ
รายละเอียด

**F51 Nonorganic sleep disorders ความผิดปกติของการนอนที่ไม่ได้เกิด
จากโรคทางกาย**

F51.0 Nonorganic insomnia โรคนอนไม่หลับที่ไม่ได้เกิดจากโรคทางกาย

F51.1 Nonorganic hypersomnia โรคนอนมากที่ไม่ได้เกิดจากโรคทางกาย

F51.2 Nonorganic disorder of the sleep-wake schedule ความผิดปกติของ
ตารางเวลาหลับและตื่นที่ไม่ได้เกิดจากโรคทางกาย

F51.3 Sleepwalking [somnambulism] การละเมอเดิน

F51.4 Sleep terrors [night terrors] การละเมอกลัว

F51.5 Nightmares การฝันร้าย

F51.8 Other nonorganic sleep disorders ความผิดปกติแบบอื่นของการนอน
ที่ไม่ได้เกิดจากโรคทางกาย

F51.9 Nonorganic sleep disorder, unspecified ความผิดปกติของการนอนที่
ไม่ได้เกิดจากโรคทางกาย ไม่ระบุรายละเอียด

**F5 2 Sexual dysfunction, not caused by organic disorder or disease
ความผิดปกติทางเพศ ไม่เกิดจากความผิดปกติทางกายหรือโรค**

F52.0 Lack or loss of sexual desire ขาดหรือหมดความต้องการทางเพศ

F52.1 Sexual aversion and lack of sexual enjoyment ภาวะรังเกียจการมี
เพศสัมพันธ์หรือไม่พอใจกับการมีเพศสัมพันธ์

F52.2 Failure of genital response อวัยวะเพศไม่ตอบสนอง

F52.3 Orgasmic dysfunction ไม่สามารถบรรลุจุดสุดยอด

F52.4 Premature ejaculation หลั่งน้ำอสุจิเร็ว

F52.5 Nonorganic vaginismus ช่องคลอดหดเกร็งไม่ได้เกิดจากโรคทางกาย

F52.6 Nonorganic dyspareunia ความเจ็บปวดขณะร่วมเพศที่ไม่ได้เกิดจากโรค
ทางกาย

F52.7 Excessive sexual drive ความต้องการทางเพศมากผิดปกติ

F52.8 Other sexual dysfunction, not caused by organic disorder or disease ความผิดปกติทางเพศแบบอื่นที่ไม่เกิดจากความผิดปกติทางกายหรือโรค

F52.9 Unspecified sexual dysfunction, not caused by organic disorder or disease ความผิดปกติทางเพศที่ไม่ระบุรายละเอียดไม่เกิดจากความผิดปกติทางกายหรือโรค

F53 Mental and behavioural disorders associated with the puerperium, not elsewhere classified ความผิดปกติทางจิตใจและพฤติกรรมในระยะหลังคลอด มิได้จำแนกไว้ที่ใด

F53.0 Mild mental and behavioural disorders associated with the puerperium, not elsewhere classified ความผิดปกติทางจิตใจและพฤติกรรมแบบไม่รุนแรงในระยะหลังคลอด มิได้จำแนกไว้ที่ใด

F53.1 Severe mental and behavioural disorders associated with the puerperium, not elsewhere classified ความผิดปกติทางจิตใจและพฤติกรรมแบบรุนแรงในระยะหลังคลอด มิได้จำแนกไว้ที่ใด

F53.8 Other mental and behavioural disorders associated with the puerperium, not elsewhere classified ความผิดปกติทางจิตใจและพฤติกรรมแบบอื่นในระยะหลังคลอด มิได้จำแนกไว้ที่ใด

F53.9 Puerperal mental disorder, unspecified ความผิดปกติทางจิตใจและพฤติกรรมในระยะหลังคลอด ไม่ระบุรายละเอียด

F54 Psychological and behavioural factors associated with disorders or diseases classified elsewhere ปัจจัยทางจิตใจและพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับความผิดปกติหรือโรคที่จำแนกไว้ที่อื่น

F55 Abuse of non-dependence-producing substances การใช้สารไม่เสพติดในทางที่ผิด

F59 Unspecified behavioural syndromes associated with physiological disturbances and physical factors กลุ่มอาการทางพฤติกรรมที่ไม่ระบุรายละเอียดที่พบร่วมกับความผิดปกติทางสรีรวิทยาและทางกายภาพ

F60 -F69 Disorders of adult personality and behavior ความผิดปกติของพฤติกรรมและบุคลิกภาพในผู้ใหญ่

F60 Specific personality disorders ความผิดปกติทางบุคลิกภาพที่จำเพาะ

F60.0 Paranoid personality disorder ความผิดปกติทางบุคลิกภาพแบบระแวง

จิตเภท	F60.1 Schizoid personality disorder ความผิดปกติทางบุคลิกภาพแบบคล้ำย
แบบแสดงสังคม ⁴⁸	F60.2 Dissocial personality disorder ความผิดปกติทางบุคลิกภาพแบบไม่
แบบอารมณ์ไม่คงที่	F60.3 Emotionally unstable personality disorder ความผิดปกติทางบุคลิกภาพ
รีโอนิก	F60.4 Histrionic personality disorder ความผิดปกติทางบุคลิกภาพแบบฮิสท
คิดย้ำทำ	F60.5 Anankastic personality disorder ความผิดปกติทางบุคลิกภาพแบบย้ำ
แบบวิตกกังวล [หลีกเลี่ยง]	F60.6 Anxious [avoidant] personality disorder ความผิดปกติทางบุคลิกภาพ
ระบุรายละเอียดแบบอื่น	F60.7 Dependent personality disorder ความผิดปกติทางบุคลิกภาพแบบพึ่งพา
รายละเอียด	F60.8 Other specific personality disorders ความผิดปกติทางบุคลิกภาพที่
แบบอื่นและแบบผสม	F60.9 Personality disorder, unspecified ความผิดปกติทางบุคลิกภาพ ไม่ระบุ
	F61 Mixed and other personality disorders ความผิดปกติทางบุคลิกภาพ
	F62 Enduring personality changes, not attributable to brain damage and disease การเปลี่ยนแปลงติดตัวของบุคลิกภาพที่ไม่เกิดจากโรคของสมองหรือสมองถูกทำลาย
	F62.0 Enduring personality change after catastrophic experience disease การเปลี่ยนแปลงติดตัวของบุคลิกภาพที่เกิดหลังประสบภัยพิบัติ
	F62.1 Enduring personality change after psychiatric illness การเปลี่ยนแปลงติดตัวของบุคลิกภาพที่เกิดหลังการป่วยทางจิตเวช
	F62.8 Other enduring personality changes การเปลี่ยนแปลงติดตัวของบุคลิกภาพแบบอื่น

⁴⁸ ในกลุ่มนี้หมายรวมไปถึงบุคลิกภาพผิดปกติแบบต่อต้านสังคม (antisocial) และแบบจิตพยาธิสภาพ (psychopathic) ด้วย.

F62.9 Enduring personality change, unspecified การเปลี่ยนแปลงจิตตัวของบุคลิกภาพ ไม่ระบุรายละเอียด

F63 Habit and impulse disorders ความผิดปกติของนิสัยและแรงดลใจ

F63.0 Pathological gambling โรคติดการพนัน

F63.1 Pathological fire-setting [pyromania] โรคชอบวางเพลิง [โรคชอบจุดไฟ]

F63.2 Pathological stealing [kleptomania] โรคชอบขโมย [โรคชอบหยิบฉวย]

F63.3 Trichotillomania โรคถอนผม

F63.8 Other habit and impulse disorders ความผิดปกติแบบอื่นของนิสัยและแรงดลใจ

F63.9 Habit and impulse disorder, unspecified ความผิดปกติของนิสัยและแรงดลใจ ไม่ระบุรายละเอียด

F64 Gender identity disorders ความผิดปกติของอัตลักษณ์ทางเพศ

F64.0 Transsexualism โรคต้องการแปลงเพศ

F64.1 Dual-role transvestism โรคชอบแต่งกายเป็นเพศตรงข้าม

F64.2 Gender identity disorder of childhood ความผิดปกติของอัตลักษณ์ทางเพศในวัยเด็ก

F64.8 Other gender identity disorders ความผิดปกติแบบอื่นของอัตลักษณ์ทางเพศ

F64.9 Gender identity disorder, unspecified ความผิดปกติของอัตลักษณ์ทางเพศ ไม่ระบุรายละเอียด

F65 Disorders of sexual preference ความผิดปกติของความชื่นชอบทางเพศ

F65.0 Fetishism โรคเกิดอารมณ์ทางเพศจากสิ่งจำเพาะ

F65.1 Fetishistic transvestism โรคชอบแต่งกายเป็นเพศตรงข้ามแบบเกิดอารมณ์เพศจากสิ่งจำเพาะ

F65.2 Exhibitionism โรคชอบอวดอวัยวะเพศ

F65.3 Voyeurism โรคถ่มมอง

F65.4 Paedophilia โรคมีความต้องการทางเพศกับเด็ก

F65.5 Sadomasochism ซาโดมาโซคิซึม

F65.6 Multiple disorders of sexual preference ความผิดปกติหลายชนิดของความชื่นชอบทางเพศ

F65.8 Other disorders of sexual preference ความผิดปกติแบบอื่นของความ
 ชื่นชอบทางเพศ

F65.9 Disorder of sexual preference, unspecified ความผิดปกติของความ
 ชื่นชอบทางเพศ ไม่ระบุรายละเอียด

**F6 6 Psychological and behavioural disorders associated with sexual
 development and orientation ความผิดปกติของจิตและพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับพัฒนาการและ
 รสนิยมทางเพศ**

F66.0 Sexual maturation disorder ความผิดปกติของวุฒิภาวะทางเพศ

F66.1 Egodystonic sexual orientation ความเชื่อว่าเพศหรือรสนิยมทางเพศ
 ของตนผิดปกติ

F66.2 Sexual relationship disorder ความผิดปกติของสัมพันธภาพทางเพศ

F66.8 Other psychosexual development disorders ความผิดปกติแบบอื่น
 ของจิตและพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับพัฒนาการและรสนิยมทางเพศ

F66.9 Psychosexual development disorder, unspecified ความผิดปกติของ
 จิตและพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับพัฒนาการและรสนิยมทางเพศ ไม่ระบุรายละเอียด

**F68 Other disorders of adult personality and behaviour ความผิดปกติ
 อื่นทางบุคลิกภาพและพฤติกรรมในผู้ใหญ่**

F68.0 Elaboration of physical symptoms for psychological reasons อาการ
 ทางกายขยายเกินจริงจากเหตุทางจิตใจ

F68.1 Intentional production or feigning of symptoms or disabilities,
 either physical or psychological [factitious disorder] การตั้งใจสร้างหรือเลียนแบบอาการของโรค
 หรือความพิการทั้งทางร่างกายและจิตใจ [ความผิดปกติที่สร้างขึ้นเอง]

F68.8 Other specified disorders of adult personality and behaviour ความ
 ผิดปกติอื่นที่ระบุรายละเอียดทางบุคลิกภาพและพฤติกรรมในผู้ใหญ่

F69 Unspecified disorder of adult personality and behaviour ความผิดปกติ
 อื่นทางบุคลิกภาพและพฤติกรรมในผู้ใหญ่ที่ไม่ระบุรายละเอียด

F70 - F79 Mental retardation ภาวะปัญญาอ่อน

F70 Mild mental retardation ภาวะปัญญาอ่อนระดับเล็กน้อย

F71 Moderate mental retardation ภาวะปัญญาอ่อนระดับปานกลาง

F72 Severe mental retardation ภาวะปัญญาอ่อนระดับรุนแรง

F73 Profound mental retardation ภาวะปัญญาอ่อนระดับรุนแรงมาก

F78 Other mental retardation ภาวะปัญญาอ่อนแบบอื่น

F79 Unspecified mental retardation ภาวะปัญญาอ่อนที่ไม่ระบุรายละเอียด

F80 - F89 Disorders of psychological development ความผิดปกติของ พัฒนาการทางจิตใจ

F80 Specific developmental disorders of speech and language ความ ผิดปกติเฉพาะของพัฒนาการทางการพูดและภาษา

F80.0 Specific speech articulation disorder ความผิดปกติในการพูดออกเสียง

F80.1 Expressive language disorder ความผิดปกติทางภาษาแบบไม่สามารถพูด
สิ่งที่อยู่ในใจได้

F80.2 Receptive language disorder ความผิดปกติทางภาษาแบบไม่สามารถ
เข้าใจความหมายสิ่งที่ฟังได้

F80.3 Acquired aphasia with epilepsy [Landau-Kleffner] ภาวะเสียการสื่อ
ภาษาที่เกิดภายหลังเป็นโรคลมชัก [ลันเดา-เคลล์ฟเนอร์]

F80.8 Other developmental disorders of speech and language ความผิดปกติ
แบบอื่นของพัฒนาการทางการพูดและภาษา

F80.9 Developmental disorder of speech and language, unspecified ความ
ผิดปกติเฉพาะของพัฒนาการทางการพูดและภาษา ไม่ระบุรายละเอียด

F81 Specific developmental disorders of scholastic skills ความผิดปกติ เฉพาะของพัฒนาการทางทักษะในการเรียน

F81.0 Specific reading disorder ความผิดปกติเฉพาะของการอ่าน

F81.1 Specific spelling disorder ความผิดปกติเฉพาะของการสะกดคำ

F81.2 Specific disorder of arithmetical skills ความผิดปกติเฉพาะของทักษะ
ทางคณิตศาสตร์

F81.3 Mixed disorder of scholastic skills ความผิดปกติผสมของทักษะใน
การเรียน

F81.8 Other developmental disorders of scholastic skills ความผิดปกติแบบอื่น
ของพัฒนาการทางทักษะในการเรียน

F81.9 Developmental disorder of scholastic skills, unspecified ความผิดปกติของ
พัฒนาการทางทักษะในการเรียน ไม่ระบุรายละเอียด

F82 Specific developmental disorder of motor function ความผิดปกติ
จำเพาะของพัฒนาการทางการเคลื่อนไหว

F83 Mixed specific developmental disorders ความผิดปกติจำเพาะของ
พัฒนาการแบบผสม

F84 Pervasive developmental disorders ความผิดปกติของพัฒนาการที่
กระจายไปทุกด้าน

F84.0 Childhood autism โรคออทิสซึมในวัยเด็ก

F84.1 Atypical autism โรคออทิสซึมนอกซึม

F84.2 Rett's syndrome กลุ่มอาการเรตต์

F84.3 Other childhood disintegrative disorder ความผิดปกติแบบอื่นของ
พัฒนาการที่ทำให้ไม่มีบุรณภาพในวัยเด็ก

F84.4 Overactive disorder associated with mental retardation and stereotyped
movements ความผิดปกติแบบอยู่ไม่นิ่งที่พบร่วมกับภาวะปัญญาอ่อนและการเคลื่อนไหวซ้ำๆ

F84.5 Asperger's syndrome กลุ่มอาการแอสเปอร์เจอร์

F84.8 Other pervasive developmental disorders ความผิดปกติแบบอื่นของ
พัฒนาการที่กระจายไปทุกด้าน

F84.9 Pervasive developmental disorder, unspecified ความผิดปกติของ
พัฒนาการที่กระจายไปทุกด้าน ไม่ระบุรายละเอียด

F88 Other disorders of psychological development ความผิดปกติแบบ
อื่นของพัฒนาการทางจิต

F89 Unspecified disorder of psychological development ความผิดปกติที่
ไม่ระบุรายละเอียดของพัฒนาการทางจิต

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

ความผิดปกติทางพฤติกรรมและอารมณ์ที่มักเริ่มต้นในวัยเด็กและวัยรุ่น

F90 Hyperkinetic disorders ความผิดปกติแบบอยู่ไม่นิ่ง⁴⁹

F90.0 Disturbance of activity and attention ความผิดปกติในการประกอบ
กิจกรรมและความใส่ใจ

⁴⁹ หรือที่เรียกทั่วไปว่า “โรคสมาธิสั้น”.

- อยู่ไม่นิ่ง
- F90.1 Hyperkinetic conduct disorder ความผิดปกติทางความประพฤติแบบอยู่ไม่นิ่ง
- F90.8 Other hyperkinetic disorders ความผิดปกติอื่นแบบอยู่ไม่นิ่ง
- F90.9 Hyperkinetic disorder, unspecified ความผิดปกติแบบอยู่ไม่นิ่ง
- ไม่ระบุรายละเอียด
- F91 Conduct disorders ความผิดปกติทางความประพฤติ**
- F91.0 Conduct disorder confined to the family context ความผิดปกติทางความประพฤติจำกัดเพียงบริบทของครอบครัว
- F91.1 Unsocialized conduct disorder ความผิดปกติทางความประพฤติที่ไม่สามารถปรับตัวเข้ากับสังคม
- F91.2 Socialized conduct disorder ความผิดปกติทางความประพฤติที่สามารถปรับตัวเข้ากับสังคม
- F91.3 Oppositional defiant disorder ความผิดปกติแบบท้าทายชอบทำตรงกันข้าม
- F91.8 Other conduct disorders ความผิดปกติทางความประพฤติแบบอื่น
- F91.9 Conduct disorder, unspecified ความผิดปกติทางความประพฤติ
- ไม่ระบุรายละเอียด
- F92 Mixed disorders of conduct and emotions ความผิดปกติแบบผสมของความประพฤติและอารมณ์**
- F92.0 Depressive conduct disorder ความผิดปกติทางความประพฤติร่วมกับอารมณ์ซึมเศร้า
- F92.8 Other mixed disorders of conduct and emotions ความผิดปกติแบบผสมอื่นของความประพฤติและอารมณ์
- F92.9 Mixed disorder of conduct and emotions, unspecified ความผิดปกติแบบผสมอื่นของความประพฤติและอารมณ์ ไม่ระบุรายละเอียด
- F93 Emotional disorders with onset specific to childhood ความผิดปกติทางอารมณ์ที่เริ่มต้นเฉพาะในวัยเด็ก**
- F93.0 Separation anxiety disorder of childhood โรควิตกกังวลเมื่อต้องแยกจากในวัยเด็ก

- F93.1 Phobic anxiety disorder of childhood โรควิตกกังวลแบบมีอาการกลัว
ในวัยเด็ก
- F93.2 Social anxiety disorder of childhood โรควิตกกังวลเมื่อเข้าสังคมใน
วัยเด็ก
- F93.3 Sibling rivalry disorder ความผิดปกติที่ชอบแข่งขันกับพี่น้อง
- F93.8 Other childhood emotional disorders ความผิดปกติทางอารมณ์แบบ
อื่นวัยเด็ก
- F93.9 Childhood emotional disorder, unspecified ความผิดปกติทางอารมณ์
ในวัยเด็ก ไม่ระบุรายละเอียด

F9 4 Disorders of social functioning with onset specific to childhood and adolescence ความผิดปกติของหน้าที่ทางสังคมที่เริ่มต้นเฉพาะในวัยเด็กและวัยรุ่น

- F94.0 Elective mutism การไม่พูดในบางสถานการณ์
- F94.1 Reactive attachment disorder of childhood ความผิดปกติของความ
ผูกพันแบบปฏิกิริยาในวัยเด็ก
- F94.2 Disinhibited attachment disorder of childhood ความผิดปกติของ
ความผูกพันแบบยับยั้งไม่ได้ในวัยเด็ก
- F94.8 Other childhood disorders of social functioning ความผิดปกติอื่น
ของหน้าที่ทางสังคมที่เริ่มต้นในวัยเด็ก
- F94.9 Childhood disorder of social functioning, unspecified ความผิดปกติ
ของหน้าที่ทางสังคมที่เริ่มต้นในวัยเด็ก ไม่ระบุรายละเอียด

F95 Tic disorders ความผิดปกติที่มีอาการกล้ามเนื้อกระตุก

- F95.0 Transient tic disorder ความผิดปกติที่มีอาการกล้ามเนื้อกระตุกชั่วคราว
- F95.1 Chronic motor or vocal tic disorder ความผิดปกติที่มีอาการกล้ามเนื้อ
กระตุกชนิดเคลื่อนไหวหรือชนิดเปล่งเสียงแบบเรื้อรัง
- F9 5 .2 Combined vocal and multiple motor tic disorder [de la Tourette]
ความผิดปกติที่มีอาการกล้ามเนื้อกระตุกชนิดเคลื่อนไหวหลายแห่งร่วมกับชนิดเปล่งเสียง [เดอ ลา
ตูเรตต์]
- F95.8 Other tic disorders ความผิดปกติที่มีอาการกล้ามเนื้อกระตุกชนิดอื่น
- F95.9 Tic disorder, unspecified ความผิดปกติที่มีอาการกล้ามเนื้อกระตุก
ไม่ระบุรายละเอียด

F9 8 Other behavioural and emotional disorders with onset usually occurring in childhood and adolescence ความผิดปกติอื่นทางพฤติกรรมและอารมณ์ที่มักเริ่มต้นในวัยเด็กและวัยรุ่น

F98.0 Nonorganic enuresis ปัสสาวะราดที่ไม่เกิดจากโรคทางกาย

F98.1 Nonorganic encopresis อุจจาระราดที่ไม่เกิดจากโรคทางกาย

F98.2 Feeding disorder of infancy and childhood ความผิดปกติของการรับประทานอาหารในวัยทารกและวัยเด็ก

F98.3 Pica of infancy and childhood การรับประทานอาหารที่ไม่ใช่อาหารในวัยทารกและวัยเด็ก

F98.4 Stereotyped movement disorders ความผิดปกติที่มีการเคลื่อนไหวแบบเดิมซ้ำๆ

F98.5 Stuttering [stammering] การพูดติดอ่าง [การพูดตะกุกตะกัก]

F98.6 Cluttering การพูดเร็วและรว

F9 8 .8 Other specified behavioural and emotional disorders with onset usually occurring in childhood and adolescence ความผิดปกติอื่นทางพฤติกรรมและอารมณ์ที่มักเริ่มต้นในวัยเด็กและวัยรุ่น ที่ระบุรายละเอียด

F9 8 .9 Other specified behavioural and emotional disorders with onset usually occurring in childhood and adolescence ความผิดปกติอื่นทางพฤติกรรมและอารมณ์ที่มักเริ่มต้นในวัยเด็กและวัยรุ่น ไม่ระบุรายละเอียด

F99 Unspecified mental disorder ความผิดปกติทางจิตใจที่มีได้ระบุรายละเอียด

2.4.3 เปรียบเทียบความผิดปกติทางจิตตามระบบการจำแนกความผิดปกติทางจิตตามคู่มือการวินิจฉัยและสถิติสำหรับความผิดปกติทางจิต (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders : DSM) และบัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศ (International Classification of Diseases : ICD)

แนวคิดของความผิดปกติทางจิตตามระบบการจำแนกความผิดปกติทางจิตตามนิยามของ DSM และ ICD มีลักษณะร่วมกันที่สำคัญ ดังนี้

1. เป็นกลุ่มอาการ (set of symptoms หรือ Syndrome)
2. มีความสัมพันธ์กับความทุกข์ทรมานหรือความบกพร่องพิการ
3. อาการที่เกิดขึ้นสะท้อนถึงลักษณะของการทำงานที่ผิดปกติบางอย่าง

4. เป็นความผิดปกติที่เกิดขึ้นภายในตัวบุคคล
5. เป็นอาการที่มีความสำคัญในทางการแพทย์
6. ไม่ได้เป็นเพียงพฤติกรรมที่เบี่ยงเบนไปจากสังคมปกติหรือเป็นความขัดแย้งระหว่างบุคคลกับสังคมโดยทั่วไป

แม้ว่าการจำแนกโรคและความผิดปกติทางจิตในระบบ DSM และ ICD จะมีแนวคิดหลักที่เหมือนหรือใกล้เคียงกันเป็นอย่างยิ่ง แต่พบที่มีความแตกต่างกันในรายละเอียดอยู่บ้าง ดังต่อไปนี้

1. DSM และ ICD เรียกชื่อโรคบางโรคแตกต่างกันแม้จะถือว่าเป็นโรคเดียวกัน เช่น ความผิดปกติทางบุคลิกภาพแบบย้ำคิดย้ำทำ ในระบบ DSM เรียกว่า Obsessive-compulsive personality disorder ขณะที่ระบบ ICD เรียกว่า Anankastic personality disorder

2. เกณฑ์ในการวินิจฉัยโรคบางโรคในระบบ DSM และ ICD มีความแตกต่างกัน เช่น เกณฑ์การวินิจฉัยโรควิตกกังวล (Generalized anxiety disorder) ตามระบบ DSM ระบุอาการตามเกณฑ์การวินิจฉัยไว้เพียง 6 อาการ แต่ระบบ ICD ระบุไว้ 22 อาการ

3. ระยะเวลาที่กำหนดไว้ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคบางโรคในระบบ DSM และ ICD มีความแตกต่างกัน เช่น เกณฑ์การวินิจฉัยโรคจิตเภท (Schizophrenia) ในระบบ DSM ระบุว่าต้องมีระยะเวลาของอาการผิดปกติอย่างน้อย 6 เดือน ขณะที่ต้องปรากฏอาการโรคจิตที่สำคัญ เช่น หลงผิด และประสาทหลอน อย่างน้อยสองอาการเป็นเวลอย่างน้อยหนึ่งเดือน ขณะที่เกณฑ์การวินิจฉัยในระบบ ICD หากปรากฏอาการโรคจิต เช่น หลงผิด และประสาทหลอนที่ชัดเจนอย่างมากอย่างน้อย 1 เดือนก็อาจเพียงพอในการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทแล้ว

4. การระบุรายละเอียดกลุ่มย่อยของโรคบางโรคในระบบ DSM และ ICD มีความแตกต่างกัน เช่น ในระบบ ICD มีการจำแนกโรคจิตเภท (Schizophrenia) ออกเป็นชนิดต่างๆ ตามลักษณะอาการ เช่น โรคจิตเภทแบบระแวง (Paranoid schizophrenia) โรคจิตเภทแบบฮิปีฟรีย (Hebephrenic schizophrenia) โรคจิตเภทแบบคาตาโทเนีย (Catatonic schizophrenia) หรือโรคจิตเภทแบบแบ่งแยกไม่ชัดเจน (Undifferentiated schizophrenia) ขณะที่ระบบ DSM ฉบับปัจจุบัน คือ DSM-5 ระบุรายละเอียดกลุ่มย่อยไว้เพียงแบบคาตาโทเนีย (Catatonia) เท่านั้น

5. การระบุถึงการดำเนินโรคในระบบ DSM และ ICD มีความแตกต่างกัน เช่น ใน ICD-10 มีการระบุการดำเนินโรคของโรคจิตเภท (Schizophrenia) ออกเป็นหลายรูปแบบ ได้แก่ เป็นอย่างต่อเนื่อง (continuous) เป็นครั้งๆ ร่วมกับความบกพร่องอย่างก้าวหน้า (episodic with progressive deficit) เป็นครั้งๆ ร่วมกับความบกพร่องอย่างคงที่ (episodic with stable deficit) เป็นๆ หายๆ (episodic remittent) หายไม่สมบูรณ์ (incomplete remission) หายสมบูรณ์ (complete

remission)และอื่นๆ (other) ขณะที่ DSM-5 ระบุการดำเนินโรคว่าเป็นครั้งแรก (first episode) เป็นมาหลายครั้ง (multiple episodes) หรือเป็นมาต่อเนื่อง (continuous) ระบุว่าอยู่ในระยะเรื้อรัง (Currently in acute episode) อยู่ในระยะหายบางส่วน (Currently in partial remission) หรืออยู่ในระยะหายเป็นปกติ (Currently in full remission) และที่ไม่ได้ระบุ (unspecified)

อย่างไรก็ตาม ในการจัดทำระบบการจำแนกโรคแบบ ICD ฉบับที่ 11 มีแนวโน้มที่จะทำให้การวินิจฉัยและจำแนกโรคทางจิตเวชในระบบ DSM และ ICD มีความใกล้เคียงกันมากยิ่งขึ้น⁵⁰

จากแนวคิดของระบบการวินิจฉัยและจำแนกโรคทางจิตเวชในปัจจุบัน พอสรุปได้ว่า มุมมองและแนวคิดเกี่ยวกับ “ความผิดปกติทางจิต” ที่สำคัญและเป็นที่ยอมรับ โดยเฉพาะในทางการแพทย์ในปัจจุบัน ได้แก่ “ความผิดปกติทางจิต” คือ โรคและความผิดปกติทางจิตเวชที่มีการระบุจำแนกไว้ในคู่มือการวินิจฉัยและสถิติสำหรับความผิดปกติทางจิต (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders : DSM) หรือ การจำแนกความผิดปกติทางจิตตามบัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศ (International Classification of Diseases : ICD) หรืออาจกล่าวได้ว่า “ความผิดปกติทางจิต” ในความหมายหนึ่งที่เป็นที่ยอมรับกันในปัจจุบัน ก็คือ “ความผิดปกติทางจิต” หมายถึง “โรคและความผิดปกติทางจิตเวช” นั่นเอง

2.4.4 ปัญหาการวินิจฉัยความผิดปกติทางจิตตามระบบการจำแนกความผิดปกติ

ทางจิต

แม้ปัจจุบันในทางการแพทย์โดยทั่วไปจะยอมรับการวินิจฉัยความผิดปกติทางจิตตามระบบการจำแนกความผิดปกติทางจิตตามคู่มือการวินิจฉัยและสถิติสำหรับความผิดปกติทางจิต (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM) และบัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศ (International Classification of Diseases: ICD) แต่การวินิจฉัยความผิดปกติทางจิตตามระบบดังกล่าวยังคงมีปัญหาในทางปฏิบัติอยู่หลายประการ เช่น นิยามของความผิดปกติทางจิตยังไม่ชัดเจน ไม่มีแนวทางที่ทำให้สามารถจำแนกความผิดปกติทางจิตออกจากปัญหาทางพฤติกรรมอื่นได้อย่างชัดเจน เกณฑ์การวินิจฉัยยังขาดหลักฐานเชิงประจักษ์และกำหนดขึ้นโดยความเห็นของผู้เชี่ยวชาญเพียงกลุ่มหนึ่ง

⁵⁰ ศุภโชค สิงห์กันต์ การจำแนกประเภทของโรคทางจิตเวช ใน นันทวัช สิทธิรักษ์, บรรณาธิการจิตเวช, ศิริราช DSM-5. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล, 2558, หน้า 39.

ผลการวินิจฉัยยังขาดความน่าเชื่อถือเนื่องจากขึ้นกับผู้วินิจฉัยเป็นหลัก รวมถึงได้รับคำวิจารณ์ว่าเกณฑ์การวินิจฉัยเกิดจากพยายามที่จะทำให้การบำบัดรักษามากเกินไปอย่างไม่เหมาะสม⁵¹

Frances และ Widiger เห็นว่าแนวคิดของความผิดปกติทางจิตนั้นไม่มีรูปแบบเปลี่ยนแปลงง่าย และมีความแตกต่างกันเป็นอย่างมาก จนเป็นผลให้การนิยามความผิดปกติทางจิตนั้นกลายเป็นช่องโหว่ที่ศูนย์กลางของระบบการจำแนกความผิดปกติทางจิต⁵² นอกจากนี้ด้วยเหตุผลว่าในทางการแพทย์มุ่งความสนใจไปที่การป้องกันหรือควบคุมความผิดปกติทางจิตด้วยการบำบัดรักษา การนิยามว่าความผิดปกติทางจิตว่า “คืออะไร” ทางทางการแพทย์ ดูจะมีประโยชน์น้อยกว่าการนิยามว่าผิดปกติเหล่านั้นควรจำแนกและรักษาอย่างไร⁵³ นิยามของความผิดปกติทางจิตในทางการแพทย์จึงมีขอบเขตที่กว้างเป็นอย่างมาก

Thomas Szasz มีความเห็นว่า ความผิดปกติทางจิตนั้นแท้จริงแล้วไม่ใช่โรค แต่เป็นเพียงสภาวะบางอย่างที่เกิดขึ้นในตัวบุคคล อันเป็นผลจากประสบการณ์บางอย่างที่ได้รับมา การกำหนดว่าความผิดปกติทางจิตเป็น โรคและจำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษา เกิดจากความต้องการทางการเมืองเพื่อการบริหารจัดการกับกลุ่มคนบางส่วนที่รัฐมองว่าเป็นปัญหา กับแรงผลักดันจากผลประโยชน์ของกลุ่มแพทย์และธุรกิจยา⁵⁴ Szasz เชื่อว่า หลักการวินิจฉัยโรคทางจิตเวชที่ใช้กันในปัจจุบันมีความแตกต่างกับโรคอื่นๆ ทางแพทย์ โดยการวินิจฉัยมีความไม่แน่นอนเป็นอย่างมาก ขึ้นอยู่กับการประเมินตามอัตวิสัยของจิตแพทย์เป็นส่วนใหญ่ นอกจากนี้ผลการรักษาก็มีความไม่แน่นอนและแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล อย่างไรก็ตาม Szasz เองก็ยอมรับว่าความผิดปกติทางจิตก็ควรได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม

2.5 ความผิดปกติทางจิตกับการกระทำผิดทางอาญา

ความผิดปกติทางจิตมีความสัมพันธ์กับการกระทำผิดทางอาญาที่น่าสนใจในหลายประเด็น โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

⁵¹ Jamie Walvisch. Defining “mental disorder” in legal contexts. *International Journal of Law and Psychiatry* 52 (2017) 7–18. p. 13.

⁵² Frances AJ, Widiger T. Psychiatric diagnosis: lessons from the DSM-IV past and cautions for the DSM-5 future. *Annu Rev Clin Psychol.* 2012;8:109-30. p. 125-126.

⁵³ B Wilson, *Legal Straitjackets: When Reason Fails: Law and Mental Illness*, in H Selby (ed.), *Tomorrows Law*, Federation Press, Sydney, 1995, p. 312.

⁵⁴ ดูรายละเอียดเพิ่มเติมใน Szasz, T. (1987) *Insanity: The Idea and its Consequences*. New York: Wiley.

2.5.1 ความผิดปกติทางจิตกับพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (violence)

ความก้าวร้าว เกิดจากแรงขับภายในของบุคคลที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติ ซึ่งกระตุ้นให้มีระดับของกิจกรรมหรือการกระทำในระดับที่สูงขึ้น เพื่อเอาชนะสิ่งแวดล้อมและประสบความสำเร็จตามที่คาดหวัง พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงเป็นภาวะที่รุนแรงที่สุดของความก้าวร้าว โดยมีการแสดงออกทางคำพูดหรือพฤติกรรมอย่างทันทีทันใด ทำให้ผู้อื่นบาดเจ็บหรือสิ่งของเสียหาย

องค์การอนามัยโลก ให้คำจำกัดความของพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงว่าเป็นความตั้งใจที่จะใช้กำลังทางกายเพื่อข่มขู่หรือกระทำอันตรายต่อตนเอง บุคคลอื่น หรือกลุ่มบุคคลหรือสังคม โดยจะส่งผลให้เกิดหรือมีความเป็นไปได้สูงที่จะเกิดการบาดเจ็บ เสียชีวิต การกระทบกระเทือนทางด้านจิตใจ พัฒนาการที่ผิดปกติ หรือภาวะขาดแคลน

พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงเป็นผลจากปัจจัยต่างๆ ทั้งทางชีวภาพ จิตใจ และสังคม ส่งผลให้บุคคลขาดความสามารถในการยับยั้งชั่งใจและการแก้ปัญหาด้วยวิธีการรุนแรง ในทางจิตวิทยาอธิบายว่า พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงเกิดจากการเสียสมดุลระหว่างแรงกระตุ้นที่ทำให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงภายในจิตใจและกลไกการควบคุม ด้วยเหตุนี้ ความผิดปกติทางจิตอาจเป็นสาเหตุให้มีแรงกระตุ้นเพิ่มสูงขึ้นจนเกินกว่ากลไกการควบคุมที่มีอยู่ หรือเป็นเหตุให้กลไกการควบคุมอ่อนแอลง ซึ่งเป็นเหตุให้ไม่สามารถยับยั้งแรงกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงได้

พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงเป็นสิ่งที่พบได้บ่อยในกลุ่มบุคคลที่ก่ออาชญากรรม และในผู้ป่วยจิตเวช ทั้งที่ก่อและไม่ได้ก่ออาชญากรรม และเป็นภาวะฉุกเฉินที่พบได้บ่อยในผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตที่เป็นโรคทางจิตเวชและโรคทางสมอง รวมถึงพบในผู้ที่ใช้สุราหรือสารเสพติด⁵⁵ ผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตส่วนหนึ่งอาจรู้สึกลัวพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงของตนเป็นสิ่งไม่ดี แต่ไม่สามารถระงับได้ ในขณะที่ส่วนหนึ่งไม่มีความคิดที่จะควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงของตนเลย และไม่มีแบบประเมินใดที่สามารถประเมินความเสี่ยงที่จะเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงได้อย่างถูกต้องเสมอไปในทุกราย⁵⁶

⁵⁵ ศุภโชค สิงห์กันต์ การจำแนกประเภทของโรคทางจิตเวช ใน นันทวัช สิทธิรักษ์, บรรณาธิการจิตเวช, ศิริราช DSM-5. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล, 2558, หน้า 117.

⁵⁶ ศุภโชค สิงห์กันต์ การจำแนกประเภทของโรคทางจิตเวช ใน นันทวัช สิทธิรักษ์, บรรณาธิการจิตเวช, ศิริราช DSM-5. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล, 2558, หน้า 117.

2.5.2 ความสัมพันธ์ระหว่างความผิดปกติทางจิตกับการกระทำผิดทางอาญา

การศึกษาจำนวนมากที่ชี้ให้เห็นว่ามีความสัมพันธ์ระหว่างความผิดปกติทางจิตกับพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงและการกระทำผิดกฎหมาย นอกจากนี้ยังพบว่าการใช้สุราและสารเสพติดทั้งในกลุ่มผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตและกลุ่มประชากรทั่วไปมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงและการกระทำผิดด้วย

Swanson และคณะ (1990) พบว่า ร้อยละ 12 ของผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตประเภทโรคจิตเภท (schizophrenia) และร้อยละ 10 ของผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตประเภทโรคทางอารมณ์ (affective disorder) มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงในช่วง 1 ปีก่อนหน้านั้น ขณะที่กลุ่มประชากรทั่วไปมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงเพียงร้อยละ 2 นอกจากนี้ พบว่ากลุ่มผู้ใช้สุรา (alcohol abuse) และสารเสพติดประเภทอื่น มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงในช่วง 1 ปีก่อนหน้านั้นถึงร้อยละ 25 และร้อยละ 35

Link, Cullen และ Andrews (1992) พบว่า ผู้ที่เป็นโรคทางจิตเวชถูกจับกุมเนื่องจากมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงสูงกว่ากลุ่มประชากรทั่วไป

Link และ Steuve (1994) พบว่า ผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตที่มีอาการหลงผิด (delusion) ที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง ได้แก่ หลงผิดว่ามีคนจะมาทำร้าย (persecutory delusion) หลงผิดว่าถูกควบคุม (delusion of being control) และหลงผิดว่ามีผู้นำความคิดมาใส่ในสมองของตน (thought insertion)

Hodgins และคณะ (1996) ศึกษาติดตามกลุ่มตัวอย่างจำนวน 324,000 ราย ตั้งแต่แรกเกิดจนถึงอายุ 43 ปี พบว่า ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีความผิดปกติทางจิตมีความเสี่ยงในการก่ออาชญากรรมสูงกว่าประชากรทั่วไป

Tiihonen (1993) พบว่าผู้ที่เป็นโรคจิตเภท (schizophrenia) เพศชายมีความชุกในการก่อคดีฆาตกรรมสูงกว่าประชากรทั่วไป 6.5 เท่า และพบความสัมพันธ์ระหว่างคดีฆาตกรรมกับปัญหาการติดสุราและบุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคม (antisocial personality)

Wessely และคณะ (1996) พบว่าอัตราการกระทำผิดของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท (schizophrenia) ไม่มีความแตกต่างจากผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตที่เป็นโรคทางจิตเวชอื่นๆ แต่ผู้ที่เป็นโรคจิตเภท (schizophrenia) มีความเสี่ยงที่จะก่อพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงสูงกว่าที่ผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตที่เป็นโรคทางจิตเวชอื่นๆ ถึง 3 เท่า

Taylor (1985) ศึกษาผู้ป่วยโรคจิต (psychosis) ที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาล พบว่า ร้อยละ 60 ของผู้ป่วยโรคจิตที่มีอาการหลงผิด (delusion) มีการกระทำที่ตอบสนองต่อความหลงผิดที่เกิดขึ้น เช่น เขียนข้อความถึงบุคคลอื่น พยายามป้องกันตนเองหรือพยายามหนี นอกจากนี้

พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาร้อยละ 19 มีการทำลายสิ่งของ ร้อยละ 18 ทำร้ายผู้อื่น และร้อยละ 14 ทำร้ายตนเอง

สำหรับการในประเทศไทย การศึกษาของธีรารัตน์ ทัศนัญชลี และคณะ (2528) พบว่าสาเหตุของการกระทำผิดฐานฆ่าคนตายส่วนใหญ่ในผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตในกลุ่มที่ศึกษาร้อยละ 77.14 เกิดความผิดปกติทางจิต เช่น หลงผิด หวาดระแวงว่าคนอื่นจะปองร้าย และมีความสัมพันธ์ที่ไม่ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง

ประภาส อุครานันท์ และวีระเดช วีระพงศ์เศรษฐ์ (2541) พบว่ามีความสัมพันธ์ของระดับความรุนแรงในการกระทำผิดของผู้ป่วยที่มีอาการ โรคจิต (psychosis) กับประวัติการเจ็บป่วยทางจิตในครอบครัว การมีอาการทางจิตขณะก่อคดี และสาเหตุกระตุ้นจากภายนอก ได้แก่ การทะเลาะวิวาท ถูกข่มขู่ ถูกบังคับและอื่นๆ นอกจากนี้ยังพบประวัติพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงในครอบครัวสูงถึงร้อยละ 23.1 และยังพบว่าผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในกลุ่มที่กระทำความผิดไม่ได้รับการรักษาต่อเนื่องถึงร้อยละ 66.8

วันทนา ถมคำพาณิชย์ และดวงตา ไกรภัสสรพงษ์ (2552) ศึกษาผู้ต้องหาหรือจำเลยในคดีอาญาที่ได้รับการส่งมาประเมินสภาพจิตที่สถาบันกัลยาธราชนครินทร์ พบว่าส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิต และพบว่ามีปัญหาการใช้สารเสพติดร่วมด้วยถึงร้อยละ 63.5 ความผิดปกติทางจิตที่นำไปสู่การก่อคดีส่วนใหญ่เกิดจากความคิดหลงผิด ประสาทหลอน ถึงร้อยละ 70.1

โดยสรุปแล้ว ความผิดปกติทางจิตมีแนวโน้มที่จะทำให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงและการกระทำผิดกฎหมายได้

อย่างไรก็ตาม หากมองในเชิงข้อมูลและสถิติจะพบว่าอาชญากรรมที่เกิดขึ้นจากผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตถือว่ามีสัดส่วนน้อยมากเมื่อเทียบกับอาชญากรรมที่เกิดขึ้นทั้งหมด หรืออาจกล่าวได้ว่าอาชญากรรมส่วนใหญ่เกิดขึ้นโดยผู้ที่ไม่ได้มีความผิดปกติทางจิต เช่น การศึกษาของ Link และคณะ (1992) พบว่า คดีฆาตกรรมเกิดขึ้นจากบุคคลทั่วไปมากกว่าผู้ที่มีความผิดปกติทางจิต และการศึกษาของ Swanson (1993) รายงานว่า ผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตก่อให้เกิดปัญหาที่เกี่ยวข้องกับรุนแรงในสังคมเพียงร้อยละ 3 เท่านั้น ซึ่งยังต่ำกว่าปัญหาความรุนแรงที่เกิดจากการใช้สุรา

Herschel Prins มีความเห็นว่า การนำความผิดปกติทางจิตไปเชื่อมโยงกับการก่ออาชญากรรม เป็นการนำเรื่องที่มีความซับซ้อนอย่างยิ่งสองเรื่องมาเชื่อมโยงกัน จึงไม่สามารถ

หาความเชื่อมโยงที่ชัดเจนแน่นอนได้ นอกจากนี้ยังไม่เห็นด้วยกับการนำความผิดปกติทางจิตไปเชื่อมโยงกับความรุนแรง⁵⁷

2.5.3 ลักษณะการกระทำความผิดทางอาญาของผู้ที่มีความผิดปกติทางจิต

การศึกษาส่วนใหญ่ชี้ว่า การกระทำความผิดทางอาญาของผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตส่วนใหญ่ที่พบ เป็นความผิดต่อชีวิตและร่างกาย และความผิดเกี่ยวกับทรัพย์สินในประเทศไทยพบว่า จากสถิติของสถาบันกัลยาธนากรินทร์ตั้งแต่ พ.ศ. 2530 เป็นต้นมา พบว่า ผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตที่ได้รับการส่งมาตรวจสภาพจิตตามประมวลกฎหมายอาญามาตรา 14 ส่วนใหญ่เป็นคดีความผิดต่อชีวิตและร่างกาย และคดีเกี่ยวกับทรัพย์สิน

ราณี ฉายิฑู และนางลักขณ์ สาตรา (2543) ศึกษาผู้ที่ได้รับการส่งต่อมาตรวจสภาพจิตที่โรงพยาบาลจิตเวช จำนวน 323 ราย พบว่า ความผิดส่วนใหญ่ คือ ร้อยละ 40.3 เป็นคดีความผิดเกี่ยวกับทรัพย์สิน รองลงมาความผิดต่อชีวิตและร่างกาย ร้อยละ 27.3 และบุกรุก ร้อยละ 10.8

วันทนา ถมคำพาณิชย์ และดวงดา ไกรภัสสรพงษ์ (2552) ศึกษาผู้ต้องหาหรือจำเลยในคดีอาญาที่ได้รับการส่งมาประเมินสภาพจิตที่สถาบันกัลยาธนากรินทร์ พบว่า ส่วนใหญ่ถูกกล่าวหาหรือถูกฟ้องในคดีฆ่า ร้อยละ 30.9 รองลงมาคือความผิดเกี่ยวกับทรัพย์สิน ร้อยละ 23.9 คดีทำร้ายร่างกาย ร้อยละ 12.6 และคดีพยายามฆ่า ร้อยละ 10.6

โดยสรุปแล้ว การกระทำความผิดของผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตส่วนใหญ่เป็นความผิดต่อชีวิตและร่างกาย และความผิดเกี่ยวกับทรัพย์สินเป็นหลัก

2.5.4 ความเสี่ยงในการกระทำผิดซ้ำของผู้ที่มีความผิดปกติทางจิต

มีหลายการศึกษาที่ชี้ให้เห็นว่า ผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตมีความเสี่ยงที่จะกระทำผิดซ้ำ โดยพบว่า การกระทำผิดซ้ำในผู้ที่มีความผิดปกติทางจิต มีความสัมพันธ์กับการขาดการรักษา โดยเฉพาะการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการขาดผู้ดูแลและการสนับสนุนจากครอบครัว

Tiihonen (1996) พบว่าผู้ที่เป็น โรคจิตเภท (schizophrenia) ที่ก่อคดีฆาตกรรม มีโอกาสก่อคดีซ้ำหลังจากได้รับการปล่อยตัวถึงร้อยละ 50

การศึกษาของ Tennent (1984) ในประเทศอังกฤษ พบว่า ผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตมีการกระทำผิดซ้ำหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยเป็นการกระทำผิดซ้ำในคดีที่รุนแรง ร้อยละ 20.9 และในคดีที่ไม่รุนแรง ร้อยละ 34.2 และสัมพันธ์กับการปล่อยตัวโดยไม่ได้รับ

⁵⁷ Herschel Prins, Mental disorder and violent crime: A problematic relationship. The Journal of Community and Criminal Justice. 2005 NAPO Vol 52(4): 333–357.

โปรแกรมการบำบัดแบบผสมผสานในชุมชน รวมถึงการขาดการรักษาอย่างต่อเนื่องและการขาดผู้ดูแลผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตในครอบครัว

การศึกษาของ Spodak และคณะ (1984) ในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า ผู้กระทำความผิดที่ได้รับการตัดสินว่าไม่มีความผิดเนื่องจากมีความผิดปกติทางจิต ร้อยละ 30 มีการกระทำผิดซ้ำภายในระยะเวลา 15 ปี โดยส่วนใหญ่ไม่มีผู้ดูแลและขาดการรักษาอย่างต่อเนื่อง

Martel และคณะ (1995) พบว่า ผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตที่กระทำความผิด ร้อยละ 43 เป็นผู้ไร้บ้านและไม่มีผู้ดูแล กลุ่มผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตที่ได้รับการดูแลเอาใจใส่จากครอบครัวมีการกระทำผิดซ้ำร้อยละ 14.29 ซึ่งต่ำกว่ากลุ่มผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตที่ปราศจากการสนับสนุนทางครอบครัวที่ดีที่พบถึงร้อยละ 31.34

การศึกษาของ Silver และคณะ (1989) พบว่า ผู้กระทำความผิดที่ได้รับการตัดสินว่าไม่มีความผิดเนื่องจากมีความผิดปกติทางจิตกระทำผิดซ้ำ ร้อยละ 54.3 มีการกระทำผิดซ้ำภายในระยะเวลา 5 ปี นอกจากนี้ พบว่าการกระทำผิดซ้ำร้อยละ 66 เกิดขึ้นภายใน 1 ปี หลังจากได้รับการปล่อยตัว

การศึกษาของ Russo (1994) พบว่าร้อยละ 21.98 ของผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตมีการกระทำผิดซ้ำภายใน 1 ปี หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

นอกจากนี้ ยังพบว่ามีความสัมพันธ์ระหว่างการกระทำผิดซ้ำกับระยะเวลาที่รักษาในโรงพยาบาล การศึกษาของ Green (1998) พบว่า ผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตที่มีการกระทำผิดซ้ำในคดีรุนแรง ใช้เวลารักษาในโรงพยาบาลมากกว่าในคดีไม่รุนแรง และการศึกษาของ Greenberg และคณะ (1993) พบว่าผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตที่มีการกระทำผิดซ้ำจะใช้เวลารักษาในโรงพยาบาลสูงกว่าผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตที่ไม่ได้กระทำผิดซ้ำ

สำหรับการศึกษาในประเทศไทย จินดา โสมนัส และคณะ (2534) พบว่าผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตมีการกระทำผิดซ้ำภายใน 1 ปี หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลสูงถึงร้อยละ 39.5 ซึ่งส่วนใหญ่เป็นคดีความผิดต่อชีวิตและร่างกาย โดยสาเหตุของกระทำความผิดซ้ำ คือ การขาดการรักษาอย่างต่อเนื่อง ร้อยละ 28.7 และการถูกข่มขู่ทางอารมณ์ ร้อยละ 23.3

ราณี ฉายินทุ และนางลลภณ์ สาตรา (2543) พบว่าอัตราการกระทำผิดซ้ำของผู้ที่มีความผิดปกติที่เป็นกลุ่มตัวอย่างอยู่ที่ร้อยละ 33.1 โดยมีระยะเวลาในการกระทำผิดครั้งที่สองห่างจากครั้งแรกเฉลี่ย 2.5 เดือน และพบว่าการกระทำผิดซ้ำเกิดขึ้นมากที่สุดในช่วงเวลาน้อยกว่าหรือเท่ากับ 6 เดือนหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยพบว่ามีปัจจัยที่เกี่ยวกับการทำผิด ได้แก่ การขาดการรักษาอย่างต่อเนื่องถึงร้อยละ 95.7 และส่วนใหญ่ขาดการรักษา 1-3 เดือนก่อนที่จะ

กระทำผิด นอกจากนี้ยังพบว่า การกระทำผิดสัมพันธ์กับการได้รับการกระตุ้นทางอารมณ์และการใช้สารเสพติด

โดยสรุปจะเห็นว่า ผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตมีความเสี่ยงที่จะกระทำผิดซ้ำสูงกว่าบุคคลทั่วไป ซึ่งเกิดจากหลายปัจจัย โดยเฉพาะการขาดการบำบัดรักษาและการดูแลอย่างเหมาะสม รวมทั้งการใช้สารเสพติด

2.5.5 แนวคิดเรื่องสาเหตุของการกระทำผิดทางอาญาของผู้ที่มีความผิดปกติทางจิต

สาเหตุของการกระทำผิดของผู้ที่มีความผิดปกติทางจิต อาจสามารถแบ่งออกตามแนวคิดหลักๆ 3 แนวคิด ดังต่อไปนี้

1) แนวคิดทางชีวภาพ

การศึกษาของ Enrico Ferri และ Raffaele Garofalo เชื่อว่าพันธุกรรมมีผลต่อพฤติกรรมการก่ออาชญากรรม โดยพบว่าคู่ฝาแฝดที่เกิดจากไข่ใบเดียวกันจำนวน 70 คู่ จาก 140 คู่ มีการก่ออาชญากรรมเหมือนกัน⁵⁸ ในขณะที่ปัจจุบันพบว่าพันธุกรรมมีผลต่อการเกิดความผิดปกติทางจิตที่มีผลต่ออารมณ์และพฤติกรรมเช่นเดียวกัน⁵⁹ จึงเป็นไปได้ว่าพันธุกรรมอาจมีส่วนในการกระทำผิดทางอาญาของผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตด้วย

2) แนวคิดทางจิตวิทยา

แนวคิดทางจิตวิทยาอธิบายว่า การกระทำผิดเป็นผลจากสภาพจิตที่ไม่ปกติซึ่งเป็นผลจากประสบการณ์ส่วนบุคคลและสภาพแวดล้อม ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ของ Sigmund Freud อธิบายว่าความสัมพันธ์ระหว่างเด็กกับพ่อแม่และประสบการณ์ในครอบครัวมีผลต่ออารมณ์และบุคลิกภาพในอนาคต ส่วนการศึกษา John Bowlby พบว่าเด็กที่ขาดความรักความอบอุ่นมีผลต่อความสมบูรณ์ด้านอารมณ์และจิตใจ ซึ่งมีผลต่อการกระทำที่เป็นปฏิปักษ์ต่อสังคมและการกระทำผิดกฎหมาย

⁵⁸ Brown, S. E., Esbensen, F.-A., & Geis, G. Criminology: Explaining crime and its context. Cincinnati, Ohio: Anderson Pub. 1991. P.211.

⁵⁹ Benjamin S, Virginia S. Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. (10th ed.). Baltimore: Williams & Wilkins Co. 2017. p. 2683.

3) แนวคิดทางสังคม

Enrico Ferri อธิบายว่า มีปัจจัยทางสังคมทางสังคมหลายประการที่เป็นสาเหตุของการก่ออาชญากรรม⁶⁰ เช่น ความขัดแย้งทางวัฒนธรรม การเรียนรู้หรือลอกเลียนแบบจากบุคคลใกล้ชิด รวมถึงการอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ไม่ดีและปัจจัยทางเศรษฐกิจ เช่น ปัญหาการว่างงานและหนี้สิน ซึ่งเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยในผู้ที่มีความผิดปกติทางจิต

นอกจากนี้ พบว่ายังมีปัจจัยกระตุ้นหรือสนับสนุนให้ผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตกระทำความผิด ดังต่อไปนี้

1) ปัจจัยด้านอาการของความผิดปกติทางจิต

อาการของความผิดปกติทางจิตบางอย่างมีผลต่อการกระทำความผิด เช่น ในผู้ที่เป็นโรคจิตเภท (schizophrenia) อาจมีความคิดที่ผิดปกติดังกล่าวหรือไม่สมเหตุสมผล จนเป็นเหตุให้กระทำการต่างๆ ที่เป็นการผิดตามกฎหมาย ผู้มีอาการหลงผิดชนิดหวาดระแวง อาจทำร้ายผู้อื่นเนื่องจากคิดว่าผู้อื่นจะทำร้าย หรือผู้ที่มีอาการประสาทหลอนอาจกระทำความผิดตามเสียงหูแว่วที่สั่งให้ทำสิ่งต่างๆ เช่น สั่งให้ทำร้ายผู้อื่นหรือหยิบสิ่งของของผู้อื่นไป เป็นต้น ส่วนผู้ที่มีความผิดปกติทางด้านอารมณ์ เช่น โรคอารมณ์แปรปรวน (affective disorder) ที่มีอาการฟุ้งพล่าน (mania) อาจมีอาการหงุดหงิดก้าวร้าว จนทำร้ายผู้อื่น หรือขาดความยับยั้งชั่งใจจนทำผิดตามกฎหมายต่างๆ เช่น ล้วงละเมิดทางเพศ ขับรถเร็วเกินกว่าที่กฎหมายกำหนด ขณะที่โรคอารมณ์แปรปรวน (affective disorder) ที่มีอาการซึมเศร้า (depress) อาจฆ่าบุคคลใกล้ชิดที่รัก เช่น ภรรยาและบุตร ก่อนจะฆ่าตัวตาย เนื่องจากรู้สึกว่าการไม่ต้องการให้แยกจากกันหรือต้องการให้หลุดพ้นจากความทุกข์ไปด้วยกัน นอกจากนี้ ผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตที่เกิดจากความผิดปกติของสมอง ทั้งที่เป็นผลจากความผิดปกติแต่กำเนิด เช่น ความผิดปกติทางพันธุกรรม และความบกพร่องทางสติปัญญา และเป็นผลจากความผิดปกติที่เกิดขึ้นภายหลัง เช่น อุบัติเหตุ โรคและความผิดปกติทางระบบประสาทจากสาเหตุต่างๆ เช่น โรคติดเชื้อ รวมถึงผลจากยาเสพติด ก็อาจเกิดอาการผิดปกติทางจิตต่างๆ เช่น หลงผิด ประสาทหลอน อารมณ์แปรปรวน หรือขาดความยับยั้งชั่งใจ จนเป็นเหตุให้กระทำความผิดทางกฎหมายได้

2) ปัจจัยด้านตัวผู้ที่มีความผิดปกติทางจิต

ผู้ที่มีความผิดปกติบางส่วนไม่ทราบและไม่ยอมรับว่าตนเองมีความผิดปกติและจำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษาอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้ที่มีความผิดปกติส่วนหนึ่งไม่

⁶⁰ Gaspare Nicotri. (1929). Enrico Ferri and Criminal Sociology. Journal of Criminal Law and Criminology. 20(2): 179-181.

ยอมรับการรักษาหรือรักษาไม่ต่อเนื่อง เป็นผลให้อาการกำเริบหรือกลับเป็นซ้ำ จนเป็นผลให้เกิดการกระทำผิดและการกระทำผิดซ้ำได้

3) ปัจจัยด้านครอบครัว

มีการศึกษาที่ชี้ว่าปัจจัยที่เกิดจากครอบครัวมีส่วนทำให้เกิดการกระทำผิดของผู้ที่มีความผิดปกติทางจิต ดังต่อไปนี้

นงลักษณ์ ศาตรา (2539) พบว่า สาเหตุที่ผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตทำร้ายบุคคลในครอบครัวถึงร้อยละ 43.0 เกิดจากการกระตุ้นทางอารมณ์จากบุคคลในครอบครัว โดยการดูค่าประชนประชน คำหยาบ หรือข่มขู่

สุพรรณิ แสงรักษา (2546) ศึกษาผู้ถูกกล่าวหาคดีฆ่าผู้อื่นที่ถูกส่งมาตรวจวินิจฉัยทางนิติจิตเวช พบว่า ส่วนใหญ่ได้รับการเลี้ยงดูแบบปล่อยปละละเลย ถูกลงโทษอย่างรุนแรงในวัยเด็ก มีความสัมพันธ์ในครอบครัวที่แตกแยก จากการละทิ้งหน้าที่ หย่าร้าง และแยกทางกันของบิดามารดา ขาดแรงสนับสนุนจากครอบครัว และส่วนใหญ่มิประวัติการเจ็บป่วยทางจิตในครอบครัว

4) ปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม

Thomas J. Scheff มีความเห็นว่า เมื่อใดที่มีการแปลความหมายของพฤติกรรมว่าเป็นสัญลักษณ์ของความผิดปกติทางจิต จะเกิดกระบวนการตีตราว่าบุคคลที่มีพฤติกรรมดังกล่าวว่าเป็นผู้ที่มีความผิดปกติทางจิต⁶¹ ซึ่งตราบาป (stigma) ที่เกิดขึ้นนี้จะติดตัวบุคคลนั้นตลอดไป และยากจะลืมเลือนไปได้ ตราบาปที่เกิดขึ้นแล้วจะมีผลกระทบต่อบุคคลนั้นอย่างมาก โดยที่สังคมรวมถึงสมาชิกในครอบครัวมักมีทัศนคติในทางลบต่อผู้ที่มีความผิดปกติทางจิต ทำให้ไม่ได้รับการยอมรับและถูกขัดขวางการมีส่วนร่วมในสังคม ซึ่งจะมีผลต่อชีวิตความเป็นอยู่ของผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตเป็นอย่างมาก⁶² แม้ในกรณีที่หายหรือทุเลาจากความผิดปกติทางจิตแล้วก็ตาม และอาจส่งผลให้ความผิดปกติทางจิตกำเริบหรือกลับเป็นซ้ำ และนำไปสู่การกระทำผิดความผิดต่างๆ ได้

⁶¹ Scheff, Thomas. (2014). Toward a concept of stigma. The International journal of social psychiatry. International Journal of Social Psychiatry 60(7):724-5. p. 725.

⁶² Wulf Rössler . (2016). The stigma of mental disorders: A millennia-long history of social exclusion and prejudices. EMBO reports, 17(9), 1250-3. p. 1251.

3. ความผิดปกติทางจิตกับกฎหมายอาญาและกระบวนการยุติธรรมทางอาญา

3.1 แนวคิดเกี่ยวกับความรับผิดชอบทางอาญาของผู้ที่มีความผิดปกติทางจิต

พบว่าในทางกฎหมายปรากฏแนวคิดเกี่ยวกับความผิดปกติทางจิตขึ้นตั้งแต่ในสมัยโบราณ เช่น ในคัมภีร์พระธรรมศาสตร์ของอินเดีย พบว่ามีการห้ามไม่ให้คนวิกลจริตมาเป็นพยานในศาล⁶³ ในยุคโรมัน สังคมในยุคนั้นเห็นว่าการที่มีความผิดปกติทางจิตถือว่าเป็นการได้รับการลงโทษจากธรรมชาติ ซึ่งทำให้ผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตเกิดความทุกข์ทรมานอยู่แล้ว ตามหลักกฎหมายโรมันแล้ว ถือว่าผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตขาดความสามารถในการควบคุมตนเอง (non-compos mentis) จึงไม่ควรรับผิดจากการกระทำของตน ซึ่งเป็นรากฐานของหลัก mens rea หรือ “guilty mind” ซึ่งมองถึงสภาวะจิตใจที่เป็นองค์ประกอบภายใน⁶⁴ ในหลักกฎหมายโรมันจึงปรากฏแนวคิดในการลดโทษให้แก่ผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตที่กระทำผิดกฎหมาย⁶⁵

ราว ค.ศ. 1313 ในอังกฤษเริ่มปรากฏหลักการพิสูจน์ความผิดปกติทางจิตทางกฎหมายที่เรียกว่า good and evil test ซึ่งมีรากฐานมาจากแนวคิดทางศาสนา หลักนี้ถือว่าผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตเหมือนกับเด็กซึ่งไม่สามารถแยกแยะความดีงามหรือความชั่วร้ายได้⁶⁶ ดังนั้น ผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตจะต้องรับผิดชอบเมื่อสามารถพิสูจน์ได้ว่าผู้นั้นสามารถแยกแยะความดีความชั่วได้แล้วในขณะที่กระทำผิดนั้น หลักนี้ใช้ตั้งแต่ราวคริสต์ศตวรรษที่ 14 ถึง 16 ก่อนที่จะถูกแทนที่ด้วยหลัก wild best test ราว ค.ศ. 1724 ในคดี Rex v. Arnold. ผู้พิพากษา Tracy ได้ให้คำแนะนำคณะลูกขุนว่า หากผู้นั้นสูญเสียทั้งความเข้าใจและความจำ และไม่รู้ถึงการกระทำของตนเอง ย่อมไม่ต่างอะไรกับสัตว์ จึงไม่ควรถูกลงโทษ (“a man totally deprived of his understanding and memory, and doth not know what he is doing, no more than a brute, or a wild beast, such a one is never the object of punishment.”) ต่อมาหลักนี้ได้รับการเพิ่มเติมขึ้นในคดี Regina v. Oxford โดยลอร์ด

⁶³ วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์. ประวัติวิชานิติเวชศาสตร์. ใน เอกสารประกอบการสอนรายวิชานิติเวชศาสตร์, กรุงเทพมหานคร: ภาควิชากฎหมายวิธีสบัญญัติ คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง, 2544, หน้า 16.

⁶⁴ Borum, R., & Fulero, S. (1999). Empirical Research on the Insanity Defense and attempted reforms: Evidence toward Informed Policy. Law and Human Behavior, 23(3), 375-394. P. 385.

⁶⁵ รณชัย คงสกนธ์. ตำรานิติจิตเวชศาสตร์. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: หจก.บางกอกบลิ๊ก, 2551, หน้า 2.

⁶⁶ Anthony Platt, Bernard L. Diamond. The Origins of the Right and Wrong Test of Criminal Responsibility and Its Subsequent Development in the United States: An Historical Survey. California Law Review 54(3):1227-1260. P. 1258.

Denman ให้คำแนะนำคณะลูกขุนว่า ควรพิพากษาให้จำเลยไม่มีความผิดเนื่องจากวิกลจริต หากผู้นั้นได้รับความทุกข์ทรมานจาก "พยาธิสภาพทางจิต" (disease mind) และไม่ทราบถึงธรรมชาติ ลักษณะ และผลของการกระทำที่เขากระทำลงไป

ใน ค.ศ. 1532 อาณาจักรรัฐเยอรมันได้ออกกฎหมายที่เรียกว่า *Constitutio Criminalis Carolina* ซึ่งมีเนื้อหาส่วนหนึ่งบัญญัติถึงการตรวจผู้กระทำความผิดที่มีความผิดปกติทางจิตด้วย

ใน ค.ศ. 1736 Mathew Hael ได้เสนอกฎหมายเกี่ยวกับการลงโทษผู้กระทำความผิดที่มีเนื้อหาส่วนหนึ่งว่า ผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตไม่ควรได้รับการลงโทษ เนื่องจากพวกเขาไม่รู้ถึงสภาพธรรมชาติแห่งการกระทำของพวกเขาเอง ซึ่งทำให้เกิดแนวคิดทางกฎหมายว่า หากผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตกระทำความผิดกฎหมายแล้ว ควรจะลงโทษผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตนั้นหรือไม่ อย่างไร⁶⁷

ใน ค.ศ. 1800 ที่ประเทศอังกฤษ ในคดี Hadfield ซึ่งจำเลยมีความผิดปกติทางจิต โดยมีอาการหลงผิดเนื่องจากได้รับบาดเจ็บทางสมอง โดยจำเลยเชื่อว่าพระเจ้าได้กำหนดให้ตัวจำเลยเองต้องสละชีวิตเพื่อช่วยเหลือเพื่อนมนุษย์ให้พ้นภัยจากวันสิ้นสุดของโลก แต่จำเลยไม่ต้องการฆ่าตัวตาย จึงหาอุบายต่างๆ เพื่อให้ตัวจำเลยเองได้รับโทษประหารชีวิต จนกระทั่งไปลอบปลงพระชนม์กษัตริย์แต่ไม่ประสบความสำเร็จและถูกนำตัวมาดำเนินคดี ในคดีนี้ ผู้พิพากษาได้ให้คำแนะนำ (direction) แก่คณะลูกขุนในการพิจารณาคดีว่า ถ้าการกระทำของจำเลยไม่ได้เป็นไปโดยการชักนำของเหตุผล (guidance of reasons) แล้ว จะเอาผิดแก่จำเลยมิได้ ในที่สุด ในคดีนี้คณะลูกขุนได้ชี้ว่าจำเลยไม่มีความผิด⁶⁸

ต่อมาใน ค.ศ. 1843 ในคดี Daniel McNaughton จำเลยคือ Daniel Mcnaghten ซึ่งมีความผิดปกติทางจิต โดยมีอาการหลงผิดว่ามีคนมาจะทำร้ายหรือฆ่าอยู่ตลอดเวลา รวมทั้งเชื่อว่ามีคนคอยติดตามและพูดจาให้ร้ายและขัดขวางไม่ได้จำเลยได้รับงาน จนเป็นเหตุให้จำเลยตัดสินใจลอบยิงนายกรัฐมนตรีของอังกฤษในขณะนั้น คือ Sir Robert Peel เพราะเชื่อว่าเป็นผู้สั่งการ แต่ยิงผิดตัวเป็นเหตุให้ Edward Drummond ซึ่งเป็นเลขานุการนายกรัฐมนตรีเสียชีวิต ในคดีนี้ ผู้พิพากษาได้ตั้งปัญหาให้คณะลูกขุนพิจารณาวินิจฉัยว่า จำเลยเข้าใจและรู้ว่าการกระทำนั้นเป็นความชั่วร้ายหรือไม่ หากจำเลยไม่รู้สึกละอายที่จะทำการว่าการกระทำนั้นเป็นการละเมิดต่อกฎของพระเจ้าหรือกฎหมายของมนุษย์แล้ว จำเลยก็ไม่ต้องรับโทษ

⁶⁷ นวลจันทร์ ทศนชัยกุล. อาชญาวิทยาคลินิก. กรุงเทพมหานคร: โอเดียนสโตร์, 2530, หน้า 4.

⁶⁸ สติติ เล็งไธสง. แง่คิดในคดีออกเกอร์เกี่ยวกับปัญหาวิกลจริต. วารสารนิติศาสตร์, 2(4), 96-115.

ในการพิจารณาคดีนี้ คณะลูกขุนได้ใช้หนังสือชื่อ *Treatise on the Medical Jurisprudence of Insanity* โดย Isaac Ray ซึ่งตีพิมพ์ขึ้นใน ค.ศ. 1838 มาใช้เป็นแนวทางในการพิจารณาคดีด้วย⁶⁹ ซึ่งในหนังสือดังกล่าวได้มีการนำความรู้ทางการแพทย์ กฎหมาย และทางจิตเวชศาสตร์มาประยุกต์ใช้ร่วมกัน และมีการตีพิมพ์แพร่หลายจนเป็นที่ยอมรับของประชาชนทั่วไป ในที่สุด คณะลูกขุนวินิจฉัยว่าเป็นที่แน่ชัดว่าในขณะที่กระทำความผิดนั้น การกระทำนั้นเกิดจากความบกพร่องของเหตุผลอันเกิดจากพยาธิสภาพทางจิต (disease of mind) โดยที่ผู้กระทำไม่ทราบถึงสภาพและสาระของการกระทำนั้น หรือหากทราบ ก็ไม่ทราบว่ากระทำของตนนั้นเป็นความผิด

จากคดีดังกล่าว ศาลสูงสุด (House of Lords) ได้วินิจฉัยหลักกฎหมายไว้ ดังนี้

1. การที่จะพิพากษายกฟ้องจำเลยเพราะเหตุวิกลจริต (insane) นั้น ฝ่ายจำเลยจะต้องแสดงให้เห็นได้ว่า ในขณะที่กระทำความผิด จำเลยไม่อาจใช้เหตุผลตัดสินได้ว่าการกระทำของตนนั้นมีสภาพอย่างไร คือไม่รู้ว่ากำลังทำอะไร หรือแม้จะรู้ว่าได้ทำอะไรลงไป ก็ไม่อาจตัดสินด้วยตนเองได้ว่าการกระทำนั้นเป็นความผิด ดังนั้น จำเลยต้องพิสูจน์ว่าในขณะที่กระทำนั้นตนไม่รู้ว่ากำลังทำอะไร หรือรู้ว่าทำอะไรแต่ไม่รู้ว่าการกระทำนั้นผิดกฎหมาย

2. เมื่อจำเลยได้กระทำความผิดในขณะที่มีอาการหลงผิด (Delusion) ให้หาหลักฐานที่แสดงว่า จำเลยมีอาการดังกล่าวจริงหรือไม่ เพื่อวินิจฉัยว่า จำเลยควรจะต้องรับผิดชอบในผลของการกระทำของตนหรือไม่ ซึ่งเป็นไปตามหลักการพิจารณาพยานหลักฐานตามกฎหมาย

จากคดี Daniel Mcnaghten จึงเกิดหลักกฎหมายที่เรียกว่า “M’Naghten Rule” คือ “บุคคลมิต้องรับผิดชอบทางอาญา หากกระทำความผิดไปเนื่องจากโรคจิตหรือจิตบกพร่อง ซึ่งทำให้เขาไม่รู้สภาพและสาระสำคัญของการกระทำหรือถ้ารู้สภาพและสาระสำคัญของการกระทำก็ไม่รู้ว่าการกระทำของตนนั้นเป็นสิ่งที่ผิด”⁷⁰ (..A person is not responsible for an otherwise criminal act if, by virtue of mental disease or defect, he or she did not know the nature and quality of the alleged act or did not know that the act was wrong.)

อย่างไรก็ตาม หลักกฎหมายที่เกิดจากคดี Hadfield และ “M’Naghten Rule” นั้นยังมีข้อบกพร่องอยู่บ้าง ในเรื่องที่ยังไม่ครอบคลุมถึงต่อกรณีที่จำเลยไม่สามารถที่จะบังคับตนเองได้

ต่อมา ในคดี *Parsons V. State* ที่เกิดขึ้นเมื่อ ค.ศ. 1877 ทำให้เกิดหลักกฎหมายในกรณีที่จำเลยไม่สามารถที่จะบังคับตนเองได้ หรือที่เรียกว่า หลัก “Irresistible Impulse” ซึ่งถือว่าการ

⁶⁹ นวลจันทร์ ทศนชัยกุล. รายงานวิจัยเรื่องผู้ป่วยจิตเวชกับการกระทำผิดกฎหมาย. กรุงเทพมหานคร: คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, 2530, หน้า 17.

⁷⁰ รณชัย คงสกนธ์. ตำรานิติจิตเวชศาสตร์. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: หจก.บางกอกบลิ๊อค, 2551, หน้า 27.

กระทำนั้นจะไม่ใช่ความผิด หากจำเลยไม่สามารถบังคับควบคุมการกระทำของตนได้เนื่องจากมีความผิดปกติทางจิต ซึ่งหลักนี้ได้นำมาใช้คู่กับหลัก M'Naghten Rule

โดยตามหลัก M'Naghten Rule และ หลัก Irresistible Impulse แล้ว การพิจารณาความรับผิดชอบของผู้ที่มีความผิดปกติทางจิต จะต้องพิจารณาจากข้อเท็จจริง 3 ประการ ดังนี้

1. ขณะที่จำเลยกระทำผิด จำเลยมีความผิดปกติทางจิต (disease of the mind) หรือไม่
2. หากจำเลยมีความผิดปกติทางจิต จำเลยสามารถรู้ผิดชอบหรือไม่ หากจำเลยไม่สามารถรู้ผิดชอบแล้ว จำเลยย่อมไม่มีความผิด
3. หากจำเลยสามารถรู้ผิดชอบขณะกระทำผิด ศาลอาจวินิจฉัยว่าการกระทำนั้นไม่มีความผิดตามกฎหมายได้ หากจำเลยไม่สามารถเลือกทำสิ่งที่ถูกหรือผิด (Lost the power to choose between the right and wrong) เนื่องจากประสาทสมองของจำเลยถูกทำลาย สิ่งการไม่ได้หรือสมองขาดประสิทธิภาพในการสั่งการ และการกระทำผิดนั้นเกิดขึ้นในขณะหรือต่อเนื่องกับความบกพร่องของสมองนั้น

ต่อมาใน ค.ศ. 1954 ในคดี Durham v. United States ได้มีความพยายามในการพัฒนาหลักกฎหมายให้มีความเหมาะสมและเป็นธรรมกับผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตมากยิ่งขึ้น หลักกฎหมายนี้เรียกว่า “Durham Rule” “Product test” หรือ “product defect rule” ซึ่งมีหลักในการวินิจฉัยว่าจำเลยไม่มีความผิดเนื่องจากมีความผิดปกติทางจิต (not guilty by reason of insanity) หากการกระทำความผิดทางอาญา (criminal act) ของจำเลยเป็นผลสืบเนื่อง (product) จากความผิดปกติทางจิต จะเห็นได้ว่าตามหลักนี้ทำให้สามารถกำหนดลักษณะของความผิดปกติทางจิตได้อย่างกว้างขวาง และให้อิสระแก่คณะลูกขุนในการในการวินิจฉัยเกี่ยวกับความรับผิดชอบของผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตตามสภาพการณ์ในแต่ละคดี อย่างไรก็ตาม เนื่องจากหลักนี้ทำให้การตัดสินว่าผู้กระทำความผิดมีความผิดปกติทางจิตหรือไม่ขึ้นอยู่กับคำให้การของผู้เชี่ยวชาญทางจิตเวชอย่างมาก นักกฎหมายส่วนใหญ่จึงไม่เห็นด้วย เพราะเป็นการให้อำนาจในการวินิจฉัยคดีแก่ผู้เชี่ยวชาญทางจิตเวชอย่างมาก จนอาจทำให้เกิดความไม่ยุติธรรมในทางคดีได้ นอกจากนี้ ในหลักกฎหมายดังกล่าวยังให้ความหมายความผิดปกติทางจิตและการพิจารณาว่าเป็นผลเนื่องมาจากความผิดปกติทางจิตที่ไม่ชัดเจน ทำให้เกิดความไม่แน่นอนขึ้นในการพิจารณาคดี⁷¹ หลักนี้จึงไม่เป็นที่ยอมรับและถูกยกเลิกไปในที่สุด

⁷¹ Taft, Ronald. "Criminal Responsibility and Insanity: The Significance of Durham v United States for Australian Courts. University of Western Australia Law Review, 3(2):309-317. p. 316.

ต่อมาสถาบันกฎหมายแห่งอเมริกัน (The American law institute) ได้นำเอาหลัก M'Naghten Rule และหลัก Irresistible Impulse มาผสมผสานกัน และได้เสนอร่างกฎหมายอาญา เพื่อใช้พิจารณาตัดสินกับผู้ที่มีความผิดปกติทางจิต เรียกว่า “หลักข้อต่อสู้ว่าวิกลจริตของสถาบันกฎหมายอเมริกัน” (The American law institute Test, the A.L.I. test) และเริ่มนำหลักนี้มาใช้ในคดี United States v. Brawner ใน ค.ศ. 1972 ซึ่งสามารถสรุปได้ ดังนี้

1. จำเลยจะไม่ต้องรับผิดชอบในทางอาญาก็ต่อเมื่อในขณะที่กระทำความผิดนั้น จำเลยไม่สามารถรับรู้ได้ว่าการกระทำของจำเลยนั้นเป็นความผิดหรือไม่ และความสามารถรับรู้ นั้นเป็นผลเนื่องมาจากความผิดปกติทางจิตที่เกิดจากโรคทางจิต (mental disease) หรือความบกพร่องทางจิต (mental defect) ที่จำเลยมีอยู่ในขณะที่กระทำความผิดนั้น

2. ความหมายของความผิดปกติทางจิตตามหลักนี้ ไม่รวมถึงพวกที่มีพฤติกรรม การกระทำความผิดอาญาซ้ำๆ (Repeated criminal) หรือพวกต่อต้านสังคม (Psychopath or antisocial) อย่างไรก็ตาม มีข้อสังเกตว่า สถาบันกฎหมายอเมริกันก็ยังไม่ได้ให้นิยามของคำ ที่หมายถึงความผิดปกติทางจิตที่ใช้ในหลักกฎหมายนี้ คือ mental disease และ mental defect ที่แน่นอนชัดเจน

3.2 ความผิดปกติทางจิตกับความรู้ผิดชอบ

จากที่กล่าวมาแล้วจะเห็นได้ว่า แนวคิดเกี่ยวกับความรับผิดชอบของผู้กระทำความผิดทางอาญาที่มีความผิดปกติทางจิต จะเกี่ยวข้องกับ “ความรู้ผิดชอบ” เป็นสำคัญ โดยความหมายของความรู้ผิดชอบ จากบันทึกรายงานการร่างประมวลกฎหมายอาญาของคณะกรรมการร่างประมวลกฎหมายอาญา ครั้งที่ 665/300/2487 ลงวันที่ 12 ตุลาคม พ.ศ. 2487 อธิบายไว้ว่า รู้ผิดชอบหมายความว่าทำอย่างนั้นถูกต้องหรือไม่ คือสามารถรู้ได้ว่าอะไรเป็นความผิด อะไรเป็นความถูกต้อง ลักษณะความรู้ผิดรู้ถูกเช่นนี้ ถ้ามีอยู่ในขณะกระทำความผิดย่อมแสดงว่า ผู้นั้นมีเจตนาร้ายหรือมีเจตนาอาญา (Criminal intent) ตามหลักกฎหมายในระบบคอมมอนลอว์⁷²

ศาสตราจารย์จิตติ ดิงศภัทย์ อธิบายเกี่ยวกับการไม่รู้ผิดชอบไว้ว่า คือการกระทำที่ผู้กระทำไม่รู้ว่าการกระทำนั้นผิดหรือชอบด้วยศีลธรรม แต่ถ้าสามารถรู้ได้ว่าเป็นการกระทำที่ไม่ควรกระทำก็ถือว่ารู้ผิดชอบแล้ว ความรู้ผิดชอบจึงมิได้หมายความว่ารู้ว่าการกระทำนั้นถูกหรือ

⁷² วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์.). ประวัติวิภาษคดีเวชศาสตร์. ใน เอกสารประกอบการสอนรายวิชานิติเวชศาสตร์, กรุงเทพมหานคร: ภาควิชากฎหมายวิธีสบัญญัติ คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง, 2544, หน้า 204.

ผิดกฎหมาย แต่เป็นการรู้ผิดชอบตามศีลธรรมทำนองเดียวกับการกระทำของเด็กซึ่งยังขาดความรู้ผิดชอบ⁷³

การศึกษาของ Green และคณะ ในอังกฤษและสก็อตแลนด์ พบว่า ความเห็นของศาลในเรื่องความรู้ผิดชอบของผู้กระทำผิดเป็นไปในทางเดียวกันกับความเห็นของแพทย์มากขึ้น และศาลมีแนวโน้มที่จะนำผลการวินิจฉัยทางการแพทย์ไปประกอบการพิจารณาคดีมากขึ้น

การศึกษาของสุปรีชา วงศ์พุทธา และราณี ฉายินทุ (2537) พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ต้องหาหรือจำเลยที่ได้รับการส่งมาตรวจสภาพจิตที่สถาบันกัลยาธนากรินทร์ส่วนใหญ่ คือ ร้อยละ 49.4 แพทย์มีความเห็นว่าป่วยเป็นโรคจิตและขณะกระทำผิดไม่สามารถรู้ผิดชอบได้ รองลงมาคือมีความเห็นว่าป่วยเป็นโรคจิตและสามารถรู้ผิดชอบได้บ้างในขณะกระทำผิด ร้อยละ 35.5

สุพรรณิ แสงรักษา และคณะ ศึกษาผู้ที่ได้รับการส่งต่อมาตรวจวินิจฉัยทางนิติจิตเวชที่สถาบันกัลยาธนากรินทร์ พบว่าร้อยละ 71 ของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นโรคจิตเภท และร้อยละ 82.8 ของกลุ่มที่เป็นโรคจิตอื่นๆ (other psychotic disorder) ได้รับการวินิจฉัยทางนิติจิตเวชว่าไม่รู้ผิดชอบในการกระทำผิด

การศึกษาของ Olie' JP และ Loo H. เกี่ยวกับกระบวนการทางนิติจิตเวชในประเทศฝรั่งเศส พบว่า ในการพิจารณาคดีที่เกี่ยวกับผู้มีความผิดปกติทางจิต จิตแพทย์อาจถูกซักถามเพิ่มเติมในระหว่างการพิจารณาคดี เช่น แนวโน้มที่ผู้กระทำผิดจะก่ออันตรายหรือโอกาสที่จะก่อคดีซ้ำ ซึ่งพบว่าคำตอบของจิตแพทย์ในประเด็นต่างๆ เหล่านี้หลายครั้งไม่ได้เป็นไปตามหลักวิชาการทางวิทยาศาสตร์และการแพทย์ ในการศึกษานี้ได้เสนอว่า ประเด็นสำคัญในการพิจารณาคดีที่ไม่ใช่อยู่ที่ว่าผู้กระทำผิดที่มีความผิดปกติทางจิตมีความรู้ผิดชอบหรือไม่เพียงใด แต่อยู่ที่ว่าจะจัดการกับผู้กระทำผิดที่มีความผิดปกติทางจิตอย่างไร เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดอันตรายต่อสังคม จึงควรให้ความสำคัญกับการพิจารณาเกี่ยวกับวิธีการรักษาและการลงโทษ และจิตแพทย์ควรให้ข้อมูลที่ชัดเจนต่อศาลมากขึ้นทั้งในแง่การวินิจฉัยตามระบบการวินิจฉัยที่เป็นที่ยอมรับ การพยากรณ์โรค และการรักษา

3.3 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการลงโทษผู้ที่มีความผิดปกติทางจิต

การที่สังคมจะจัดการกับผู้ที่มีปัญหาหรือละเมิดกฎหมายอย่างไร ขึ้นอยู่กับความเชื่อของสังคมในแต่ละยุคสมัยเกี่ยวกับสาเหตุของการกระทำผิด หรือเหตุผลที่จะต้องจัดการหรือปฏิบัติ

⁷³ จิตติ ดิงศภัทย์, กฎหมายอาญาภาค 1 สำนักอบรมศึกษากฎหมายแห่งเนติบัณฑิตยสภา พิมพ์ครั้งที่ 8 พ.ศ. 2529, หน้า 812.

ต่อคนที่กระทำผิด ซึ่งจะเปลี่ยนแปลงไปตามยุคสมัยและสถานการณ์ของแต่ละยุค⁷⁴ ทำให้แนวคิดทางกฎหมายอาญาที่เกี่ยวข้องกับการลงโทษผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตมีการพัฒนาเปลี่ยนแปลงมาตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน

แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการลงโทษผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตมีแนวคิดและพัฒนาการมาเป็นลำดับพอสรุปได้ดังนี้

3.3.1 แนวคิดและทฤษฎีของสำนักอาชญาวิทยาคลาสสิก (The Classical School of Criminology)

สำนักอาชญาวิทยาคลาสสิก (The Classical School of Criminology) เกิดขึ้นในยุโรปสมัยศตวรรษที่ 18 โดยมีผู้นำที่สำคัญ คือ Cesare Beccaria ซึ่งผู้คนในยุคนั้นเริ่มปฏิเสธการครอบงำทางความคิดจากอำนาจรัฐและจากฝ่ายศาสนา และเชื่อในเรื่องหลักเหตุผลและการใช้สติปัญญาแสวงหาความรู้ใหม่ ทฤษฎีนี้เชื่อว่ามนุษย์ทุกคนมีเจตจำนงเสรี (Free Will) ในอันที่จะคิดและกระทำการสิ่งใดด้วยตัวเอง เนื่องจากมนุษย์มีสติปัญญาและความสามารถในการใช้เหตุผล จึงสามารถที่จะคาดถึงผลลัพธ์ของการกระทำของตนเองได้ มนุษย์จึงมีความรู้ผิดชอบชั่วดี รู้ว่าสิ่งใดควรทำหรือไม่ควรทำ ดังนั้น เมื่อมนุษย์กระทำการสิ่งใดลงไปโดยการตัดสินใจและการใช้เหตุผลของตนเองแล้ว ย่อมสมควรจะต้องรับผิดชอบในสิ่งที่กระทำลงไป ผู้ใดกระทำผิดจึงสมควรต้องได้รับการลงโทษ

Cesare Beccaria มีความเห็นว่า การป้องกันอาชญากรรมไม่ให้เกิดขึ้นมีความสำคัญและมีประโยชน์กว่าการลงโทษ และเชื่อว่าวิธีการป้องกันอาชญากรรมที่ได้ผลดีที่สุด คือ การปรับปรุงแก้ไขกฎหมายให้เหมาะสมยิ่งขึ้น โดยการกำหนดลักษณะความผิดไว้ให้ชัดเจน และกำหนดโทษสำหรับความผิดแต่ละอย่างให้มีความเหมาะสมกับความผิดนั้น และเป็นโทษที่หนักพอสมควรที่จะทำให้คนทั้งหลายหวาดหวั่นไม่กล้ากระทำผิด แนวคิดนี้นำมาสู่ “ทฤษฎีการลงโทษเพื่อการข่มขู่ยับยั้ง” (Deterrence Theory) ซึ่งมีหลัก 3 ประการคือ (1) การลงโทษต้องกระทำด้วยความรวดเร็ว (Swiftness) (2) การลงโทษต้องมีความแน่นอน (Certainty) และ (3) การลงโทษต้องมีความเคร่งครัด (Severity) และเป็นรากฐานของแนวคิดของทฤษฎีการป้องกันสังคมที่มุ่งป้องกันและยับยั้งอาชญากรรมในฐานะที่เป็นปรากฏการณ์ทางสังคมที่ต้องได้รับการควบคุมและ

⁷⁴ นันทิ จิตสว่าง. หลักทฤษฎีอาชญาวิทยา : หลักการวิเคราะห์ระบบงานราชทัณฑ์. (พิมพ์ครั้งที่ 3).

แก้ไข⁷⁵ การลงโทษจึงเป็นวิธีการที่จำเป็นต้องนำมาใช้เพื่อข่มขู่ยับยั้งอาชญากรรม เพื่อป้องกันการกระทำผิดซ้ำ

อย่างไรก็ตาม ในความเป็นจริง ความสามารถในการใช้เหตุผลและความรู้ผิดชอบของมนุษย์แต่ละคนไม่ได้มีความเท่าเทียมกัน บุคคลบางจำพวก เช่น เด็ก หรือ ผู้ที่มีความผิดปกติทางจิต อาจมีความบกพร่องในด้านความคิดและสติปัญญาจนอาจถือได้ว่าเป็นบุคคลที่ไม่สามารถกำหนดเจตจำนงเสรี (Free Will) ได้เท่าเทียมกับบุคคลอื่น ด้วยแนวคิดการกำหนดโทษที่แน่นอน เกร็งครัด ใช้กับทุกคนเหมือนกัน ตามแนวคิดของสำนักอาชญาวิทยาคลาสสิก ทำให้ผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตซึ่งแม้จะมีความบกพร่องด้านความคิดหรือความรู้ผิดชอบก็ต้องได้รับโทษเหมือนกับบุคคลทั่วไปที่มีความคิดและรู้ผิดชอบเป็นปกติ นอกจากนี้ ผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตอาจไม่สามารถทราบถึงผลร้ายจากการกระทำของตน รวมถึงความร้ายแรงของโทษที่จะได้รับ จึงไม่สามารถใช้การลงโทษมาข่มขู่ยับยั้งผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตไม่ให้กระทำผิดได้ ซึ่งเป็นจุดบกพร่องที่สำคัญของแนวคิดสำนักอาชญาวิทยาคลาสสิกในการลงโทษผู้ที่มีความผิดปกติทางจิต

3.3.2 แนวคิดและทฤษฎีของสำนักอาชญาวิทยาถึงดั้งเดิม (*The Neo-Classical School of Criminology*)

สำนักอาชญาวิทยาถึงดั้งเดิมได้ปรับปรุงแนวทางอาชญาวิทยาของสำนักอาชญาวิทยาคลาสสิกให้เหมาะสมกับสภาพความเป็นจริงมากขึ้น โดยเฉพาะการยอมรับความแตกต่างในความสามารถในการใช้เหตุผลและความรู้ผิดชอบของมนุษย์แต่ละคน เมื่อพิจารณาตามแนวคิดของสำนักอาชญาวิทยาถึงดั้งเดิมแล้ว พบว่ามีแนวคิดในการลงโทษผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตดังนี้

1) ควรถือว่าผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตมีความสามารถในการกำหนดเจตจำนงเสรี (Free Will) ได้ไม่เท่าเทียมกับผู้อื่นเนื่องจากไม่สามารถรับรู้และคาดการณ์ถึงผลจากการกระทำของตนได้ จึงไม่ควรรับโทษตามกฎหมายเท่ากับคนปกติอื่นๆ ที่สามารถรับรู้และคาดการณ์ถึงผลจากการกระทำของตนได้

2) ยอมรับหลักการรับฟังพยานความเห็นและพยานผู้เชี่ยวชาญ (Expert witness) ในการพิจารณาคดีของผู้ที่มีความผิดปกติทางจิต เช่น รับฟังความเห็นของผู้เชี่ยวชาญทางจิตเวชว่า ในขณะที่จำเลยกระทำความผิดนั้นมีความสามารถจะรู้ผิดชอบอย่างเช่นคนปกติหรือไม่

⁷⁵ ณัฐวัฒน์ สุทธิโยธิน. ทฤษฎีความรับผิดชอบทางอาญา. ใน เอกสารประกอบการสอนชุดวิชา กฎหมายอาญาและอาชญาวิทยาชั้นสูง. หน่วยที่ 2, นนทบุรี: สาขาวิชานิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, 2557, หน้า 17.

จะเห็นได้ว่า สำนักอาชญาวิทยาทั้งดั้งเดิมมีแนวคิดว่าผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตมีความรับผิดชอบทางอาญาแตกต่างจากบุคคลทั่วไป อย่างไรก็ตาม ยังไม่ปรากฏแนวคิดที่ชัดเจนว่าจะลงโทษผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตอย่างไร รวมถึงจะป้องกันผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตไม่ให้กระทำผิดได้อย่างไร

3.3.3 แนวคิดและทฤษฎีของสำนักอาชญาวิทยาปฏิฐานนิยม (*The Positive School of Criminology*)

ในยุคต่อมา สังคมเริ่มเปลี่ยนวิธีการศึกษาจากเดิมที่ใช้ระบบ “ความคิด” (Thought) และ “เหตุผล” (Reason) มาสู่วิธีการศึกษาทางวิทยาศาสตร์ ทำให้เกิดสำนักอาชญาวิทยาปฏิฐานนิยม ซึ่งมีแนวคิดที่เชื่อในเรื่องเจตจำนงกำหนด (Determinism) มากกว่าเจตจำนงเสรี (Free Will) โดยเชื่อว่าการกระทำของมนุษย์ถูกกำหนดจากปัจจัยต่างๆ ที่อยู่เหนือการควบคุมของมนุษย์ ได้แก่ ปัจจัยทางจิตวิทยา ปัจจัยทางชีวภาพ และปัจจัยเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมทางสังคม มนุษย์จึงไม่สามารถเลือกกระทำได้อย่างอิสระอย่างแท้จริง ดังนั้น การกระทำผิดของมนุษย์จึงเกิดจากปัจจัยหลายอย่างร่วมกันด้วย ซึ่งอาจมีความแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล จึงควรพิจารณาหาสาเหตุที่ทำให้เกิดการกระทำผิดและแก้ไข การลงโทษนั้นจึงควรจะทำกระทำไปเพื่อแก้ไขสาเหตุของการกระทำผิด มากกว่าเพียงเพราะเห็นว่าเป็นสิ่งที่ผู้กระทำผิดสมควรได้รับแล้ว

จากแนวคิดและทฤษฎีของสำนักอาชญาวิทยาปฏิฐานนิยม จึงเป็นที่มาของ “ทฤษฎีการลงโทษเพื่อแก้ไขฟื้นฟูผู้กระทำความผิด” (Rehabilitation theory) ที่เน้นการศึกษาผู้กระทำผิดเป็นรายบุคคล เพื่อหาสาเหตุการกระทำความผิด และแนวทางแก้ไข การลงโทษจะเน้นที่ตัวผู้กระทำความผิดมากกว่าการกระทำความผิด

หากพิจารณาตามแนวคิดของทฤษฎีการลงโทษเพื่อแก้ไขฟื้นฟูผู้กระทำความผิด ความผิด ความผิดปกติทางจิตนับเป็นปัจจัยหนึ่งที่น่าไปสู่การกระทำผิดของผู้ที่มีความผิดปกติทางจิต จึงต้องค้นหาความผิดปกติทางจิตที่เป็นสาเหตุการกระทำความผิดนั้น และการลงโทษควรเป็นไปเพื่อแก้ไขความผิดปกติทางจิตที่พบนั้นด้วย เช่น ให้การบำบัดรักษาทางการแพทย์อย่างเหมาะสม

นอกจากนี้ แนวคิดของการลงโทษผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตในปัจจุบันยังได้รับอิทธิพลจากแนวคิดของทฤษฎีการป้องกันสังคม (Deterrence theory) ที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้เกิดความแน่ใจในความปลอดภัยของสังคม โดยมีแนวคิดในการใช้มาตรการป้องกัน (Preventive Measure) ที่ต่างจากการลงโทษ (Punishment) เช่น การแยกผู้กระทำผิดออกไปจากสังคม และมาตรการป้องกันก่อนการกระทำความผิด ซึ่งเป็นที่มาของแนวคิดทางกฎหมายในการบังคับรักษาผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตที่มีความเสี่ยงที่จะก่อให้เกิดอันตรายต่อสังคม

โดยสรุป จะเห็นได้ว่าแนวคิดของการลงโทษผู้กระทำความผิดที่มีความผิดปกติทางจิตในปัจจุบัน มุ่งไปที่การหามาตรการต่างๆ มาใช้เพื่อการแก้ไขฟื้นฟูผู้กระทำความผิด โดยเน้นไปที่การบำบัดรักษาและฟื้นฟู และมาตรการในการป้องกันสังคมจากการกระทำความผิดทางอาญาของผู้ที่มีความผิดปกติทางจิต

3.4 ความผิดปกติทางจิตกับความสามารถในการต่อสู้คดี

โดยหลักการทางกฎหมายแล้ว ผู้ต้องหาหรือจำเลยต้องอยู่ในสภาพที่สามารถต่อสู้คดีได้ ซึ่งแนวคิดเรื่องความสามารถในการสู้คดีนี้ปรากฏครั้งแรกในคดี Dusky⁷⁶ สำหรับกฎหมายไทย ปรากฏอยู่ในประมวลกฎหมายอาญามาตรา 14 พบว่า ความผิดปกติทางจิตมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการต่อสู้คดี ดังนี้

Cooper และ Zapf (2003) พบว่า ปัจจัยที่ทำนายความสามารถในการต่อสู้คดี ได้แก่ ผลการวินิจฉัยทางคลินิกและสถานะการว่างงาน และสนับสนุนว่าความสามารถในการสู้คดีมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ต้องหาหรือจำเลย

Viljoen และคณะ (2002) พบว่า จำเลยที่เป็นโรคจิต มีความบกพร่องในการเข้าใจ การซักถามอย่างมีวัตถุประสงค์ ความสามารถในการสื่อสารตามคำแนะนำ การเข้าใจกระบวนการยุติธรรมและผลที่ตามมาจากการบวนการยุติธรรม รวมถึงมีข้อจำกัดในการประเมินความสามารถในการต่อสู้คดี

Nicholson และ Kugler (1991) ศึกษาทบทวนงานวิจัยจำนวน 30 เรื่อง พบว่า ลักษณะที่มีความสัมพันธ์กับการไม่มีความสามารถในการต่อสู้คดี ได้แก่ ผลการทดสอบทางจิตวิทยาที่ได้คะแนนต่ำหรือไม่มีคุณภาพ การวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตซ้ำ และอาการทางจิตที่สะท้อนถึงความรุนแรงของพยาธิสภาพทางจิต

Riley (1998) พบว่า ผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตที่เป็นเพศหญิงมีความเสี่ยงที่จะขาดความสามารถในการต่อสู้คดีสูงกว่าเพศชาย

สำหรับประเทศไทย การประเมินความสามารถในการสู้คดีของผู้ที่มีความผิดปกติทางจิต มีหลักทั่วไป⁷⁷ ดังนี้

- 1) อาการทางจิตสงบ สามารถควบคุมอารมณ์ ทำความเข้าใจและได้ตอบคำถามได้ดีพอควร

⁷⁶ Dusky v. United States, 362 U.S. 402 (1960),

⁷⁷ รัชช กงสกรณ. ตำรานิติจิตเวชศาสตร์. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: หจก.บางกอกบัสส์, 2551, หน้า 99.

2) รู้ว่าตนเองต้องคดีอะไร ความหนักเบาของโทษ และผลที่ได้รับหากสารภาพหรือปฏิเสธ

3) สามารถจดจำและเล่ารายละเอียดที่เกี่ยวข้องกับคดีได้พอสมควร

4) เข้าใจขั้นตอนการดำเนินคดี ตลอดจนบทบาทหน้าที่ของบุคคลที่เกี่ยวข้องในกระบวนการยุติธรรม

5) สามารถร่วมมือกับทนายในการปกป้องสิทธิและผลประโยชน์ของตนได้

ทัศนีย์ ทัศนัยม และทวิวรรณ บุปผา (2547) ได้พัฒนาแบบประเมินความสามารถในการต่อสู้คดีของผู้ป่วยนิติจิตเวช ซึ่งสามารถทำนายความสามารถในการต่อสู้คดีได้ร้อยละ 51.9 โดยแบบประเมินดังกล่าวประกอบด้วยการประเมินใน 10 ด้าน คือ

1) ความเข้าใจในกระบวนการศาล

2) ความสามารถในการประเมินบทบาทของบุคคลต่างๆ ในห้องพิจารณาคดี

3) ความตระหนักรู้ในความหนักเบาของโทษที่จะได้รับ

4) ความตระหนักรู้ในข้อกล่าวหาและความสามารถในการลำดับเหตุการณ์ของคดี

5) ความสามารถในการป้องกันตนเองตามกฎหมายและคุณภาพในการให้ปากคำกับทนาย

6) ความสามารถในการเบิกความได้ตรงประเด็น

7) ระดับของพฤติกรรมที่ไม่สามารถควบคุมได้

8) ความสามารถในการประเมินผลลัพธ์ที่อาจจะเกิดขึ้น

9) ความสามารถในการโต้แย้งข้อกล่าวหาของการสืบพยานฝ่ายโจทก์

10) มีการแสดงให้เห็นถึงแรงจูงใจที่จะต่อสู้คดีหรือรับสารภาพ

ความสามารถในการต่อสู้คดีนั้นอาจไม่ได้มีอยู่อย่างคงที่ต่อเนื่องตลอดระยะเวลาที่พิจารณาคดี โดยการศึกษาของสุพรรณิ แสงรักษา และคณะ (2549) ที่ศึกษาผู้ที่ได้รับการส่งต่อมาตรวจวินิจฉัยทางนิติจิตเวชที่สถาบันกัลยาธนากรนครินทร์ พบว่า ความสามารถในการต่อสู้คดีจนกระทั่งมีคำพิพากษาของกลุ่มตัวอย่างอยู่ที่ร้อยละ 73.4 ขณะที่ร้อยละ 26.4 ไม่สามารถต่อสู้คดีได้ นอกจากนี้ ระยะเวลารอคอยการพิจารณาคดีที่ยาวนานอาจมีผลทำให้ผู้ที่มีความผิดปกติมีอาการกลับมากำเริบจนมีผลต่อความสามารถในการต่อสู้คดีได้ โดยพบว่าความสามารถในการต่อสู้คดีของผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตจะลดลงเรื่อยๆ โดยในคดีที่ระยะเวลาที่เริ่มพิจารณาคดีถึงวันที่มีคำพิพากษาไม่เกิน 6 เดือน ความสามารถในการต่อสู้คดีของกลุ่มตัวอย่างอยู่ที่ ร้อยละ 85.9 ขณะที่

ระยะ 6-12 เดือน ความสามารถในการต่อสู้คดีของกลุ่มตัวอย่างลดลงเหลือร้อยละ 67.9 และหากใช้เวลามากกว่า 2 ปี ความสามารถในการต่อสู้คดียิ่งลดลงเหลือเพียงร้อยละ 44.

สำหรับกระบวนการพิจารณาความสามารถในการต่อสู้คดีในประเทศไทยตามขั้นตอนของสถาบันกัลยาธนาครินทร์ จะเป็นการประเมินโดยการประชุมปรึกษา (Case conference) โดยสหวิชาชีพ ซึ่งประกอบด้วยจิตแพทย์อย่างน้อย 2 คน พยาบาล นักจิตวิทยาคลินิก และทำรายงานสรุปตามความเห็นของที่ประชุม

3.5 ความผิดปกติทางจิตกับการพิจารณาพิพากษาคดี

การศึกษาของวันทนา ถมคำพาณิชย์ และดวงตา ไกรภัสสรพงษ์ (2552) พบว่ากลุ่มผู้ต้องหาหรือจำเลยในคดีอาญาที่ที่พนักงานสอบสวนส่งมาเพื่อตรวจสภาพจิตมีการสิ้นสุดการดำเนินคดีก่อนส่งฟ้องร้อยละ 35.1 ซึ่งพบว่าส่วนใหญ่เป็นคดีที่ไม่รุนแรง และผู้กระทำผิดมีความผิดปกติทางจิตอย่างชัดเจน และการดำเนินคดีส่วนใหญ่ ร้อยละ 82.7 สิ้นสุดที่ศาลชั้นต้น

สุปริษา วงศ์พุทธา และราณี ฉายินทุ (2537) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการพิพากษาของศาลกับผลการตรวจวินิจฉัยของแพทย์ในผู้กระทำผิดทางอาญาที่มีปัญหาทางจิตเวช พบว่า ผลการวินิจฉัยของแพทย์มีผลต่อการพิพากษาของศาล โดยร้อยละ 54.0 ของเหตุผลของศาลในการวินิจฉัยคดีตามประมวลกฎหมายอาญามาตรา 65 วรรค 2 เป็นเพราะเห็นด้วยตามความเห็นของแพทย์ ในขณะที่เหตุผลที่ศาลไม่เห็นด้วยกับความเห็นของแพทย์เกิดจากการที่ศาลเห็นว่าขณะผู้กระทำผิดถูกจับกุมหรือสอบสวนยังสามารถพูดได้ตอบรู้อธิบายให้รายละเอียดของการกระทำผิดหรือข้อมูลประวัติส่วนบุคคลของตนได้ รู้จักหลบหนีภายหลังกระทำความผิด ก่อนกระทำความผิดผู้กระทำยังสามารช่วยเหลือตนเองและสามารถประกอบอาชีพได้ รวมถึงการที่ศาลพิจารณาตามพฤติการณ์ของการกระทำผิด อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้พบว่ามีผู้กระทำผิดที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีความผิดปกติทางจิตถึงร้อยละ 38.2 ที่ศาลพิพากษาลงโทษโดยไม่ได้ใช้ประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 65 ขณะที่ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าไม่สามารถรู้ผิดชอบได้นั้น ศาลเห็นว่ายังสามารถรู้ผิดชอบได้บ้างถึงร้อยละ 26.7 นอกจากนี้ยังพบว่าศาลใช้มาตรการเพื่อความปลอดภัยในกลุ่มผู้กระทำผิดที่มีความผิดปกติทางจิตน้อยมาก เพียงร้อยละ 16.5 เท่านั้น

การศึกษาของภิญญารัตน์ ศักดิ์วิวัฒนเวทิน (2538) พบว่า การดูแลโทษต่อเจ้าพนักงานการประกอบเหตุการณ์ และผลการวินิจฉัยของแพทย์ มีความสัมพันธ์กับผลการพิพากษาของศาลในคดีที่ผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตที่มีอาการโรคจิตกระทำความผิดฐานฆ่าผู้อื่น

โดยสรุป ความผิดปกติทางจิต โดยเฉพาะอาการทางจิตและผลการวินิจฉัยทางการแพทย์จะมีผลการต่อพิจารณาและพิพากษาคดีของศาล

อย่างไรก็ตาม ในประเทศไทย พบว่าคำพิพากษาหรือคำสั่งของศาลที่ให้บังคับรักษา ผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตที่กระทำผิดยังมีไม่มากนักเมื่อเทียบกับผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตที่กระทำผิดทั้งหมด และมีข้อสังเกตว่า จิตแพทย์มีการให้ความเห็นเกี่ยวกับภาวะอันตรายที่เกี่ยวข้องกับผู้กระทำผิดและความจำเป็นในการบำบัดรักษาที่ค่อนข้างน้อย ซึ่งอาจมีผลต่อความเห็นของศาลต่อการบังคับรักษารวมถึงการกำหนดวิธีการเพื่อความปลอดภัยด้วยเช่นกัน ซึ่งการบังคับรักษาจะช่วยลดการก่อคดีซ้ำ การเบี่ยงเบนผู้ที่มีความผิดปกติที่กระทำผิดจากกระบวนการลงโทษตามปกติ เช่น การจำคุกในเรือนจำ ให้เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาและฟื้นฟู เป็นการลดตราบาปที่เกิดจากการที่ต้องกลายเป็นนักโทษจากความเจ็บป่วยของตน

4. การตีความทางกฎหมาย

โดยทั่วไปแล้ว ภาษาทางกฎหมายเป็นภาษาที่มีลักษณะเฉพาะตัว คือเป็นภาษาที่มีระเบียบแบบแผนในการเลือกใช้ถ้อยคำและการผูกประโยค และใช้คำที่มีความหมายสม่ำเสมอ กันตลอดทั้งบริบทของการสื่อสาร ตลอดจนมีถ้อยคำสำนวนเฉพาะทางด้านกฎหมายซึ่งเรียกว่า ศัพท์บัญญัตินิติศาสตร์⁷⁸ แม้ในทางกฎหมายจะเลือกใช้ถ้อยคำที่มีความหมายแน่นอน ชัดเจน มีความหมายเพียงความหมายเดียว แต่ในความเป็นจริง ถ้อยคำสำนวนที่ใช้ย่อมเกิดความไม่แน่นอน ชัดเจนในทางความหมายได้เสมอ เพราะคำบางคำอาจมีความหมายได้หลายความหมาย และอาจแปรเปลี่ยนไปตามบริบทแวดล้อม ตลอดจนความหมายก็อาจเปลี่ยนแปลงไปตามการเปลี่ยนแปลงทางสังคมและวัฒนธรรม ดังนั้น ถ้อยคำสำนวนที่ใช้ในทางกฎหมายจึงอาจมีความหมายที่ไม่ชัดเจนแน่นอนตายตัวได้ นอกจากนี้ บางครั้งการนำกฎหมายมาใช้ในบางกรณีอาจมีปัญหา เนื่องจากข้อจำกัดในการบัญญัติกฎหมายที่ไม่สามารถครอบคลุมในทุกๆ กรณีที่เกิดขึ้นได้ในอนาคต

ด้วยเหตุที่ถ้อยคำสำนวนที่ใช้ในทางกฎหมายอาจมีความหมายที่ไม่ชัดเจนแน่นอน และข้อจำกัดในการบัญญัติกฎหมายดังกล่าว การนำกฎหมายมาใช้ในบางกรณีจึงต้องมีการตีความกฎหมายด้วย ซึ่งการตีความกฎหมาย (Interpretation of Law) หมายถึง การค้นหาความหมายของกฎหมายที่มีถ้อยคำไม่ชัดเจนแน่นอน กล่าวคือ คำถามหรือมีความหมายได้หลายทาง เพื่อ ห้

⁷⁸ สมุทฺร เชนฺเชวนิช, วัชรชัย จิรจินดากุล ธรรมชาติของการอ่าน การเขียน และการแปลข้อเขียนทางกฎหมาย. ใน เอกสารการสอนชุดวิชาภาษาอังกฤษสำหรับนักกฎหมาย เล่มที่ 1 หน่วยที่ 1 (ปรับปรุงครั้งที่ 1). นนทบุรี: สาขาวิชาศิลปศาสตรมหาวิทาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช. พิมพ์ครั้งที่ 2, 2556, หน้า 80.

ทราบว่าย้อยคำในบทบัญญัติของกฎหมายมีความหมายอย่างไร⁷⁹ การตีความอาจเป็นรูปแบบการบัญญัติกฎหมายขึ้นใหม่เพื่อตีความ อธิบาย หรือกำหนดความหมายที่แน่นอนของถ้อยคำในกฎหมายที่บัญญัติขึ้นมาก่อนหน้า และการตีความกฎหมายโดยนำหลักการและแนวคิดทฤษฎีในทางกฎหมายต่างๆ มาใช้เพื่อตีความ

4.1 แนวคิดและทฤษฎีในการตีความกฎหมายอาญา

กฎหมายอาญาในระบบกฎหมายซีวิลลอว์และคอมมอนลอว์มีแนวคิด ความเป็นมา และลักษณะเฉพาะบางประการที่แตกต่างกัน ซึ่งเป็นไปตามระบบกฎหมายที่แตกต่างกัน อย่างไรก็ตาม แนวคิดและทฤษฎีในกฎหมายทั้งสองระบบก็มีผลต่อแนวคิดและทฤษฎีในทางกฎหมายอาญาในปัจจุบัน การเข้าใจแนวคิดการตีความกฎหมายอาญาในระบบกฎหมายทั้งสองระบบจะทำให้เข้าใจแนวทางการตีความในทางกฎหมายอาญาในปัจจุบันได้มากยิ่งขึ้น

4.1.1 การตีความกฎหมายอาญาในระบบกฎหมายซีวิลลอว์

ในทางกฎหมายอาญาในระบบซีวิลลอว์ยึดถือหลัก “nullum crimen nulla poena sine lege” โดยเคร่งครัด ส่งผลให้ในทางกฎหมายอาญามีการบัญญัติไว้โดยชัดเจนว่าการกระทำการหรือไม่กระทำการอย่างใดเป็นความผิดและจะต้องรับโทษอย่างไร ประชาชนสามารถทราบได้ว่าการกระทำการอย่างใดเป็นความผิดและจะต้องรับโทษอย่างไร หรือมีกฎหมายห้ามในเรื่องใดไว้บ้าง และศาลต้องใช้บทบัญญัติแห่งกฎหมายเท่านั้นมาตัดสินพิพากษาคดีเพื่อลงโทษหรือเพิ่มโทษ ศาลจะนำสิ่งที่ไม่ใช่บทบัญญัติแห่งกฎหมายมาตัดสินพิพากษาคดีเพื่อลงโทษหรือเพิ่มโทษ ไม่ได้ แต่อาจจะใช้ทางอื่นที่เป็นคุณได้ เช่น อาจใช้จารีตประเพณี หรือหลักกฎหมายทั่วไปในทางที่เป็นคุณ เป็นต้น กฎหมายอาญาในระบบซีวิลลอว์มีหลักการใช้กฎหมายโดยทั่วไป⁸⁰ พอสรุปได้ดังต่อไปนี้

1. กฎหมายอาญายึดถือหลักการเกี่ยวกับความรับผิดชอบทางอาญาที่เป็นสากลว่า “Nullum crimen nulla poena sine lege” หรือ “No crime no punishment without law” หรือแปลว่า “ไม่มีความผิด ไม่มีโทษ หากไม่มีกฎหมาย”
2. กฎหมายอาญาจะมีผลย้อนหลังในทางร้ายมิได้

⁷⁹ หุยกต์ แสงอุทัย, ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับกฎหมายทั่วไป, พิมพ์ครั้งที่ 11 (กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์และทำปกเจริญผล, 2535, หน้า 110.

⁸⁰ ฌ็อง-ฌัก ลูทซ์-โชน. “ทฤษฎีความรับผิดชอบทางอาญา” ใน เอกสารประกอบการสอนชุดวิชา 41716 กฎหมายอาญาและอาชญาวิทยาชั้นสูง สาขาวิชานิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี, 2557, หน้า 20-21.

3. การใช้กฎหมายอาญาจะต้องตีความโดยเคร่งครัด จะอาศัยการเทียบเคียง (Analogy) บทกฎหมายที่ใกล้เคียงอย่างยิ่ง จารีตประเพณี หรือหลักกฎหมายทั่วไปมาใช้ให้เป็นผลร้ายมิได้

4. ความผิดทางอาญาจะถือว่าเป็นความผิดต่อแผ่นดินทั้งสิ้น เว้นแต่ความผิดต่อส่วนตัวหรือความผิดอันยอมความได้ ซึ่งถือว่าเป็นข้อยกเว้นของหลักทั่วไป และต้องมีกฎหมายบัญญัติไว้โดยเฉพาะเจาะจง

5. ความผิดอันยอมความได้ หรือ ความผิดต่อส่วนตัว หากผู้เสียหายไม่ประสงค์จะเอาผิด รัฐจะไม่สามารถดำเนินคดีได้เอง

6. ความผิดต่อส่วนรวม หรือความผิดอาญาแผ่นดิน แม้ผู้เสียหายไม่คิดในเอาความ รัฐก็ต้องดำเนินคดีและบังคับให้เป็นไปตามกฎหมาย ความเห็นชอบของผู้เสียหายไม่เป็นเงื่อนไขในการดำเนินคดี

7. กฎหมายอาญาไม่ยอมรับหลักความยินยอมในอันที่จะนำมาใช้เพื่อยกเว้นความผิด แต่จะยอมรับหลักความยินยอมเฉพาะกรณีที่ความยินยอมนั้นไม่ขัดต่อความสงบเรียบร้อยและศีลธรรมอันดีเท่านั้น

8. ความผิดฐานลหุโทษ แม้จะถือว่าเป็นความผิดเล็กน้อยและมีอัตราโทษเพียงเล็กน้อย แต่ก็ห้ามยอมความกันได้

9. ความผิดบางชนิด แม้ผู้กระทำไม่มีเจตนาและไม่ได้ประมาท แต่ก็ยังต้องรับผิดทางอาญา เรียกว่า “ความรับผิดโดยเด็ดขาด” (Strict Liability)

10. ความรับผิดในการกระทำของผู้อื่น (Vicarious Liability) อาจเป็นความผิดทางอาญาได้ในบางกรณี

11. โทษทางอาญาระงับไปด้วยความตายของผู้กระทำความผิด

12. การบังคับใช้กฎหมายอาญาต้องหลีกเลี่ยงการนำตัวผู้บริสุทธิ์มาลงโทษให้มากที่สุด

การตีความกฎหมายอาญาของประเทศที่ใช้ระบบกฎหมายซีวิลลอว์ มีหลักสำคัญสองประการ⁸¹ คือ

1. หลักการตีความตามตัวอักษร (Grammatical Interpretation หรือ Literal Interpretation) เป็นการตีความตามถ้อยคำในตัวบทกฎหมาย แบ่งออก เป็น 3 กรณี⁸² ดังนี้

⁸¹ อภิชาติ จุฬารัตน์, “การตีความกฎหมาย” กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์กฎหมายไทย, 2542, หน้า 64.

กรณีที่ 1 กฎหมายใช้ภาษาธรรมดา ความหมายของถ้อยคำย่อมเป็นไปตามความเข้าใจทั่วไปหรือถือตามพจนานุกรมทั่วไป

กรณีที่ 2 บทกฎหมายใช้ภาษาทางเทคนิคหรือภาษาทางวิชาการ ความหมายของถ้อยคำย่อมเป็นไปตามความเข้าใจในทางเทคนิคหรือในทางวิชาการ หรือตามที่เข้าใจกันในหมู่ผู้ประกอบวิชาชีพนั้นๆ เช่น ศัพท์ทางการแพทย์ ศัพท์ทางวิทยาศาสตร์ หรือศัพท์ทางวิศวกรรม เป็นต้น

กรณีที่ 3 บทกฎหมายประสงค์ให้ถ้อยคำบางคำมีความหมายพิเศษไปกว่าที่เข้าใจกันอยู่ในภาษาธรรมดา หรือภาษาเทคนิค หรือในทางวิชาการ กฎหมายจะกำหนด บทนิยาม หรือคำอธิบายซึ่งมักปรากฏอยู่ในมาตราแรกของกฎหมายนั้น

2. หลักการตีความตามเจตนารมณ์ของกฎหมาย (Logical Interpretation) เป็นการหยั่งทราบความหมายของถ้อยคำในกฎหมายจากเจตนารมณ์หรือความมุ่งหมายของกฎหมายนั้นๆ แม้เจตนารมณ์ของกฎหมายต่างๆ อาจแตกต่างกันไป แต่ย่อมมุ่งหมายที่จะให้ใช้บังคับได้ทั้งสิ้น จึงต้องตีความไปในทางที่จะยังใช้ใช้กฎหมายนั้นๆ ได้ โดยอาจพิจารณาจากบันทึกหลักการและเหตุผลในการร่างและแก้ไขกฎหมาย ประวัติศาสตร์ความเป็นมา ความสัมพันธ์เชื่อมโยงของบทบัญญัติต่างๆ ภายในกฎหมาย และข้อยกเว้นต่างๆ เป็นต้น

4.1.2 การตีความกฎหมายอาญาของในระบบกฎหมายคอมมอนลอว์

ในระบบคอมมอนลอว์ เช่น กฎหมายของอังกฤษ สามารถแบ่งความผิดทางอาญาได้เป็น 2 ลักษณะคือ

1) ความผิดตามกฎหมายที่ไม่เป็นลายลักษณ์อักษร (Common law offence)

ความผิดประเภทนี้เกิดจากการที่ศาลคอมมอนลอว์วางหลักเกณฑ์หรือวางหลักกฎหมายใหม่ๆ ขึ้น โดยศาลถือหลักว่าการกระทำใดที่เป็นฝ่าฝืนและเป็นปฏิปักษ์ต่อศีลธรรมอันดีของประชาชน การกระทำนั้นย่อมอยู่ในข่ายที่จะเป็นความผิดอาญาได้ทั้งสิ้น การวางหลักเกณฑ์หรือวางหลักกฎหมายใหม่ๆ ขึ้นในคำพิพากษานี้ต่อมากลายเป็นหลักกฎหมายตามคำพิพากษาที่เป็นบรรทัดฐาน (Precedent) ส่วนการกำหนดพระราชโองการก็เป็นอำนาจในการใช้ดุลพินิจของศาลในการกำหนดพระราชโองการสำหรับความผิดอาญาฐานใหม่ที่ศาลได้กำหนดขึ้นนั้น สาเหตุที่ศาลคอมมอนลอว์สามารถกำหนดความผิดอาญาฐานใหม่ขึ้นมาได้และสามารถกำหนดพระราชโองการสำหรับความผิด

⁸² วรศ ปจันตบุตร. การตีความกฎหมายทั่วไป. 25 กันยายน 2561. จาก

<http://www.thethailaw.com/law/law4/more4-1-9.html>.

อาญาฐานใหม่ได้นั้นเป็นเพราะในระบบคอมมอนลอว์มิได้ยึดถือหลัก “Nullum crimen nulla poena sine lege” เหมือนอย่างระบบซีวิลลอว์ อันถือเป็นนิติวิธีที่สำคัญในระบบคอมมอนลอว์

2) ความผิดตามกฎหมายลายลักษณ์อักษร (Statutory law offence)

ความผิดประเภทนี้เป็นความผิดที่เกิดจากฝ่ายนิติบัญญัติตรากฎหมายลายลักษณ์อักษรขึ้นมา ความผิดประเภทนี้เป็นความผิดเพราะกฎหมายห้าม (Mala Prohibita) ศาลจึงต้องใช้หลักเกณฑ์การตีความและวินิจฉัยความผิดตามที่กฎหมายบัญญัติไว้อย่างเคร่งครัด กล่าวคือ ศาลไม่สามารถวางหลักเกณฑ์ หรือสร้างหลักกฎหมายใหม่ๆ ขึ้นมาในคำพิพากษาได้ เช่น ความผิดเกี่ยวกับภาษี ความผิดเกี่ยวกับการพนัน ความผิดเกี่ยวกับทรัพย์สินทางปัญญา ความผิดเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม เป็นต้น อย่างไรก็ตาม แม้ในกรณีที่มีบทกฎหมายลายลักษณ์อักษรกำหนดไว้โดยชัดเจน ศาลในระบบคอมมอนลอว์ยังต้องพิจารณาถึงสภาพแวดล้อมของการกระทำผิดในกรณีนั้นๆ เพื่อให้เป็นไปตามเจตนารมณ์ของฝ่ายนิติบัญญัติตรากฎหมายลายลักษณ์อักษรนั้นขึ้น ซึ่งอาจถือได้ว่าเป็นการตีความตามเจตนารมณ์ของกฎหมายได้ด้วย

ในระบบคอมมอนลอว์ เมื่อศาลพิจารณาจนได้ข้อเท็จจริงแล้ว ผู้พิพากษาก็จะไปค้นคว้าคำพิพากษาที่เคยพิพากษามาแล้วสำหรับข้อเท็จจริงอย่างเดียวกันแล้วนำมาใช้เทียบเคียงพิพากษาต่อไป และหากไม่เคยมีคำพิพากษาดัดลिनคดีไว้ ก็จะมาพิจารณาที่บทกฎหมายลายลักษณ์อักษร ซึ่งหากไม่มีกฎหมายกำหนดไว้ก็จะพิจารณาว่ามีจารีตประเพณีที่จะปรับใช้กับข้อเท็จจริงนั้นได้หรือไม่ หากไม่มีที่จะนำมาปรับใช้ ศาลก็จะมาพิจารณาว่ามีข้อคิดข้อเสนอแนะของนักนิติศาสตร์มาปรับใช้ได้หรือไม่ สุดท้ายแล้วศาลอาจค้นหาหลักเกณฑ์หรือสร้างหลักเกณฑ์จากข้อเท็จจริงในคดีนั้นขึ้นใหม่แล้วพิพากษาไปตามเหตุผลที่ได้จากข้อเท็จจริงในคดีนั้น ซึ่งถือว่าการอุดช่องว่างแห่งกฎหมายในระบบคอมมอนลอว์ และโดยเหตุที่ศาลในระบบคอมมอนลอว์สามารถสร้างหลักเกณฑ์หรือวางหลักเกณฑ์จากข้อเท็จจริงที่เกิดขึ้นใหม่ได้นี้เอง หลักในการตีความในทางกฎหมายแพ่ง และในทางกฎหมายอาญาระบบคอมมอนลอว์จึงไม่มีความแตกต่างกัน เว้นแต่กรณีที่มิบบทกฎหมายลายลักษณ์อักษรกำหนดไว้โดยชัดเจนเท่านั้น

หลักการตีความกฎหมายในระบบกฎหมายคอมมอนลอว์ (Common Law) โดยทั่วไปมี 3 หลัก คือ การตีความถ้อยคำตามตัวอักษร (Literal Rule) การตีความโดยถึงผลเลิศ (Golden Rule) และการตีความโดยอาศัยเหตุที่มีการแก้ไขข้อบกพร่องที่มีอยู่ก่อนออกกฎหมายลายลักษณ์อักษรเป็นเครื่องมือช่วยตีความ (Mischief Rule)⁸³

⁸³ อักษราทร จุฬารัตน์, “การตีความกฎหมาย” กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์กฎหมายไทย, 2542, หน้า 29-51.

1) หลักการตีความถ้อยคำตัวอักษร (Literal Rule)

การตีความกฎหมายตามหลักนี้จะตีความถ้อยคำในบทบัญญัติกฎหมายด้วยการพิจารณาความหมายตามปกติธรรมดาของถ้อยคำนั้นๆ ไม่คำนึงถึงว่าความหมายเหล่านั้นจะมีเหตุผลในทางกฎหมายมากน้อยเพียงใด เว้นแต่ถ้อยคำนั้นจะมีนิยามความหมายที่กำหนดไว้ในกฎหมาย ในการตีความตามหลักนี้จะพิจารณาความหมายในทางภาษามากกว่าที่จะพิจารณาถึงวัตถุประสงค์ของกฎหมายนั้นๆ

2) หลักการตีความโดยถึงผลเลิศ (Golden Rule)

หลักการตีความนี้สร้างขึ้นเพื่อไม่ให้เกิดการใช้หลักการตีความถ้อยคำตามตัวอักษร (Literal Rule) ก่อให้เกิดผลที่ประหลาดหรือสมเหตุสมผล โดยหลักการตีความหลักนี้ถือว่าจะต้องตีความไปในทางที่ละเว้นไม่ให้เกิดผลอันไม่พึงปรารถนา กล่าวคือในกรณีที่อาจตีความหมายได้มากกว่าความหมายเดียว จะต้องตีความไปในทางที่เกิดผลที่เหมาะสม และไม่ตีความไปในทางที่ไม่อันเหมาะสมหรือเกิดผลประหลาด และในกรณีที่แม้ตีความตามตัวอักษรได้เพียงความหมายเดียว ก็อาจไม่ตีความไปตามความหมายนั้นได้ หากการตีความเช่นนั้นจะทำให้เกิดผลไม่พึงประสงค์อันขัดต่อหลักกฎหมายทั่วไป

3) หลักการตีความโดยอาศัยเหตุที่มีการแก้ไขข้อบกพร่องที่มีอยู่ก่อนออกกฎหมายลายลักษณ์นั้นเป็นเครื่องมือช่วยตีความ (Mischief Rule)

หลักการตีความนี้ จะตีความโดยพิจารณาถึงวัตถุประสงค์ของกฎหมายลายลักษณ์อักษรที่รัฐสภาตราขึ้น ซึ่งจะใช้หลักการตีความ นี้ต่อเมื่อไม่อาจจะใช้หลักกฎหมายที่เกิดจากคอมมอนลอว์มาบังคับแก่กรณีที่เกิดขึ้นได้ ซึ่งศาลสูงของอังกฤษได้วางหลักไว้ว่าต้องพิจารณาจากแนวทาง 4 ประการ คือ ก่อนที่มีการตรากฎหมายลายลักษณ์อักษรนั้น หลักกฎหมายคอมมอนลอว์วางหลักในเรื่องนั้นไว้ว่าอย่างไร ปัญหาที่หลักกฎหมายคอมมอนลอว์มิได้วางเอาไว้เป็นอย่างไร กฎหมายลายลักษณ์อักษรที่รัฐสภาตราขึ้นมีวิธีแก้ไขปัญหานั้นไว้อย่างไร และวิธีแก้ไขปัญหานั้นมีเหตุผลที่แท้จริงเป็นอย่างไร⁸⁴

4.2 การตีความกฎหมายอาญาในกฎหมายไทย

เนื่องจากระบบกฎหมายของไทยเป็นระบบซีวิลลอว์ การใช้กฎหมายอาญาโดยทั่วไปจึงเป็นไปตามหลักกฎหมายในระบบซีวิลลอว์ โดยหลักการตีความกฎหมายอาญาในกฎหมายไทยจะเป็นไปตามประมวลกฎหมายอาญามาตรา 2 วรรคแรก บัญญัติไว้ว่า บุคคลจักต้อง

⁸⁴ อักษราทร จุฬารัตน์, เพิ่งอ้าง, หน้า 49-50.

รับโทษในทางอาญาต่อเมื่อได้กระทำการอันกฎหมายที่ใช้ในขณะกระทำนั้นบัญญัติเป็นความผิด และกำหนดโทษไว้ และโทษที่จะลงแก่ผู้กระทำความผิดนั้น ต้องเป็นโทษที่บัญญัติไว้ในกฎหมาย จากมาตราดังกล่าว แสดงให้เห็นว่ากฎหมายอาญาของไทยยึดตามหลัก “Nullum crimen nulla poena sine lege” หรือแปลว่า “ไม่มีความผิด ไม่มีโทษ หากไม่มีกฎหมาย” ผู้กระทำไม่ต้องรับผิด ในทางอาญา หากการกระทำนั้นไม่มีกฎหมายบัญญัติไว้อย่างชัดเจนแน่นอนว่าเป็นความผิดและ กำหนดโทษไว้ เป็นผลให้ การใช้กฎหมายอาญาของไทยจะต้องตีความโดยเคร่งครัด จะอาศัยการ เทียบเคียง (Analogy) บทกฎหมายที่ใกล้เคียงอย่างยิ่ง จารีตประเพณี หรือหลักกฎหมายทั่วไปมาใช้ ให้เป็นผลร้ายมิได้ และตามมาตราที่ยังแสดงถึงหลักว่ากฎหมายอาญาของไทยจะมีผลย้อนหลัง ในทางร้ายไม่ได้ เพราะการกระทำที่จะเป็นความผิดได้ต้องเป็นการกระทำที่กฎหมายที่บังคับใช้ใน ขณะที่มีการกระทำนั้นกำหนดว่าเป็นความผิดเท่านั้น ในกรณีที่บทบัญญัติกฎหมายอาญามี “กรณี เป็นที่สงสัย” กล่าวคืออาจตีความได้เป็นหลายนัย ตามหลักแล้วจะตีความไปในทางที่เป็น ประโยชน์มากกว่าทางที่จะเป็นโทษต่อจำเลย หรือตีความไปในทางที่เป็นผลร้ายต่อจำเลยน้อยที่สุด ทั้งจะตีความให้เป็นการลงโทษหรือเพิ่มโทษผู้กระทำให้นักขึ้นไม่ได้

อย่างไรก็ตาม กฎหมายอาญาของไทยก็มีได้มีข้อห้ามไม่ให้ตีความไปในทางที่เป็น ผลดีต่อจำเลย และไม่ได้ห้ามนำกฎหมายที่ใกล้เคียงอย่างยิ่ง จารีตประเพณี หรือหลักกฎหมายทั่วไป มาใช้ในทางที่เป็นประโยชน์ต่อจำเลย เช่น การใช้หลักการยกเว้นและลดหย่อนโทษ การเล่นกีฬา ตามกฎกติกา หรือ การนำหลักความยินยอมมาใช้ในทางที่เป็นคุณแก่จำเลย เป็นต้น รวมถึงการที่ ยอมรับให้กฎหมายที่บัญญัติขึ้นในภายหลังมีผลย้อนหลังกลับไปในทางที่เป็นคุณแก่จำเลยได้ แต่ ทั้งนี้ แม้กฎหมายมิได้มีข้อห้ามไม่ให้ตีความไปในทางที่เป็นผลดีต่อจำเลย แต่ก็ไม่ได้บังคับให้ศาลมี หน้าที่ต้องช่วยเหลือจำเลยโดยตีความไปในทางที่เป็นผลดีด้วยเช่นกัน ทั้งนี้ แม้ตามกฎหมายของไทย จะไม่ได้ใช้หลักว่าศาลต้องผูกพันในแนวคำพิพากษา หรือถือหลักบรรทัดฐานของคำพิพากษา ที่เรียกว่า “the doctrine of precedent” หรือ “stare decisis” ที่ใช้ในระบบกฎหมายคอมมอนลอว์ แต่ในทางปฏิบัติ พบว่าเมื่อมีข้อกฎหมายใดที่ศาลฎีกาได้วินิจฉัยไว้แล้ว ก็มักได้รับการยอมรับว่า เป็นแนวทางในการตีความกฎหมายที่นำมาใช้ประกอบการตีความในคดีต่อไปที่มีข้อเท็จจริง เดียวกันได้ อย่างไรก็ตาม ไม่เป็นการบังคับว่าศาลต้องตีความไปในทางเดียวกันเสมอไป ศาลอาจใช้ แนวทางการตีความอื่นๆ ได้ตามดุลพินิจเพื่อให้เกิดความถูกต้องและเป็นธรรมในทางกฎหมายได้ เสมอการตีความกฎหมายจะเกิดขึ้นแต่เฉพาะในกรณีที่บทบัญญัติของกฎหมายมีความเคลือบแคลง หรือมีความหมายหลายนัย จนไม่สามารถหรือไม่เหมาะสมที่จะถือเอาความหมายตามตัวอักษรที่ ปรากฏ สำหรับความหมายของคำธรรมดาที่ใช้ในกฎหมายนั้น โดยปกติในทางกฎหมายไทยจะถือ ตามความหมายที่ปรากฏในพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถานเป็นหลัก ส่วนคำที่มีความหมาย

เฉพาะ กฎหมายไทยจะถือตามความหมายตามบทนิยามที่กฎหมายบัญญัติไว้โดยเฉพาะ ซึ่งอาจแตกต่างไปจากความหมายตามพจนานุกรมหรือตามความเข้าใจทั่วไป อย่างไรก็ตาม แม้กฎหมายอาจมิได้บัญญัติเรื่องใดไว้แจ้งชัดในบทนิยาม ในบางกรณี ศาลก็ต้องตีความเหมือนกับว่าอยู่ในข่ายคำนิยามศัพท์นั้นด้วย⁸⁵

จากการพิจารณาแนวคิดของนักกฎหมายและผู้เชี่ยวชาญในทางนิติศาสตร์ของไทย พบว่ามีแนวคิดในการตีความกฎหมายอาญาของไทยที่สำคัญอยู่ 3 แนวคิด คือ

1. ตีความตามตัวอักษรอย่างเคร่งครัดโดยไม่พิจารณาเจตนารมณ์ของกฎหมาย

แนวคิดนี้เห็นว่า ความรับผิดชอบในทางอาญาเกิดจากบทบัญญัติของกฎหมาย จึงต้องตีความโดยจำกัดเคร่งครัด กล่าวคือจะต้องอยู่ในความหมายปกติธรรมดาของถ้อยคำที่ใช้ในทางกฎหมาย ไม่สามารถตีความโดยขยายออกไปโดยอ้างว่าเป็นสิ่งที่กฎหมายบัญญัติขาดตกไปได้⁸⁶

2. ตีความตามตัวอักษรอย่างเคร่งครัด ยกเว้นเมื่อทำให้เกิดผลประหลาดจึงจะพิจารณาที่เจตนารมณ์ของกฎหมาย

แนวคิดนี้เห็นว่า การตีความทางกฎหมายอาญาต้องตีความอย่างเคร่งครัดตามตัวอักษร แต่หากตีความอย่างเคร่งครัดตามตัวอักษรจะทำให้เกิดผลประหลาด ก็จะต้องตีความตามเจตนารมณ์ของกฎหมายซึ่งต้องตีความอย่างเคร่งครัดภายในวงจำกัดที่สุดเช่นเดียวกัน⁸⁷ โดยไม่อาจนำหลักจารีตประเพณี บทกฎหมายที่ใกล้เคียง หรือหลักกฎหมายทั่วไปมาใช้ได้

3. ตีความตามตัวอักษรและตามเจตนารมณ์ของกฎหมายควบคู่ไปพร้อมกัน

แนวคิดนี้เห็นว่า การตีความทางกฎหมายอาญาต้องใช้การตีความทั้งตามตัวอักษรและค้นหาเจตนารมณ์ของกฎหมายไปพร้อมๆ กัน⁸⁸ โดยต้องพิจารณาทั้งสองส่วนควบคู่

⁸⁵ ราชบัณฑิตยสถาน. 50 ปี ราชบัณฑิตยสถาน 31 มีนาคม 2527. กรุงเทพมหานคร: กรุงเทพมหานคร พิมพ์, 2527, หน้า 37-39.

⁸⁶ หลวงอรรถโกวิทวาท. แนวสอนกฎหมายลักษณะอาญา ภาค 1 ว่าด้วยหลักทั่วไป. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์กรมยุทธศึกษาทหารบก, 2481, หน้า 42-45.

⁸⁷ ชานินทร์ กรัยวิเชียร และวิชา มหาคุณ, การตีความกฎหมาย, พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชวนพิมพ์, 2539, หน้า 388.

⁸⁸ อักษราทร จุฬารัตน์, “การตีความกฎหมาย,”วารสารพระธรรมบุญ 43 (ฉบับพิเศษ) (กันยายน), 2541, หน้า 49-51.

กัน ไปโดยให้น้ำหนักเท่าเทียมกัน⁸⁹ ซึ่งแนวทางการตีความเช่นนี้เป็นแนวทางหลักในการตีความกฎหมายอาญาในปัจจุบัน⁹⁰

นอกจากนี้แล้ว พบว่ายังมีปัญหาที่สำคัญในการตีความกฎหมายอาญาประการหนึ่ง คือ ปัญหาว่าจะสามารถตีความกฎหมายอาญาโดยขยายความได้หรือไม่เพียงใด ในประเด็นนี้ยังมีความเห็นที่แตกต่างกันพอจะสรุปได้ ดังนี้

1. ห้ามมิให้ตีความกฎหมายอาญาโดยขยายความ

แนวคิดนี้เห็นว่า ศาลมีหน้าที่พิจารณาเพียงว่าจะลงโทษหรือไม่ลงโทษผู้กระทำผิดเท่านั้น ไม่ได้มีหน้าที่ช่วยเหลือจำเลยโดยตีความกฎหมายไปในทางที่จะเป็นประโยชน์ต่อจำเลยแต่อย่างใด⁹¹

2. ห้ามมิให้ตีความกฎหมายอาญาโดยขยายความเฉพาะกรณีที่เป็นผลร้ายแก่ผู้กระทำผิด

แนวคิดนี้เห็นว่า กฎหมายอาญาจะตีความโดยขยายความเพื่อลงโทษบุคคลไม่ได้⁹² กรณีที่มีข้อสงสัยในเจตนารมณ์ของกฎหมาย หรือสามารถตีความได้หลายนัย ศาลย่อมตีความในแง่ที่เป็นประโยชน์แก่จำเลยมากที่สุดได้ โดยไม่มีเหตุผลอันใดที่จะจำกัดไม่ให้ศาลตีความเพื่อให้ประโยชน์แก่จำเลยในคดีอาญาทั้งในปัญหาข้อเท็จจริงและปัญหาทางกฎหมาย⁹³

3. สามารถตีความกฎหมายอาญาโดยขยายความได้

แนวคิดนี้เห็นว่า การตีความทางกฎหมายมิเพียงการตีความเพื่อให้ได้มาซึ่งความหมายที่ถูกต้องเพียงอย่างเดียวเท่านั้น โดยไม่แบ่งแยกว่าจะต้องตีความตามแนวทางใดแนวทางหนึ่ง⁹⁴ การตีความกฎหมายอาญาต้องดูที่ว่ากฎหมายต้องการให้ใช้ความหมายอย่างแคบหรืออย่างกว้าง การตีความโดยขยายความจึงไม่เป็นการต้องห้ามตามกฎหมาย⁹⁵ และเห็นว่า การตีความโดย

⁸⁹ ปรีดี เกษมทรัพย์, จิตติ ดิงศักดิ์, คณิต ณ นคร “การตีความกฎหมายอาญา”, วารสารนิติศาสตร์ 14(4), หน้า 43-45.

⁹⁰ อักษราทร จุฬารัตน์, เพิ่งอ้าง หน้าเดียวกัน.

⁹¹ พระยารรณการินีพนธ์, “กฎหมายอาญาพิสดาร หนังสืออนุสรณ์ในงานพระราชทานเพลิงศพ พระยารรณการินีพนธ์” กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์โสภณพิพรรฒธนากร, 2467, หน้า 113.

⁹² หยุตแสง อุทัย, “กฎหมายอาญาภาคทั่วไป”, พิมพ์ครั้งที่ 16 กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2529, หน้า 43.

⁹³ ชานินทร์ กรัยวิเชียรและวิชา มหาคุณ, “การตีความกฎหมาย”, พิมพ์ครั้งที่ 3 กรุงเทพมหานคร: โครงการสืบทอดคำรา.

ครูทางนิติศาสตร์ชุดที่ 1 คณะนิติศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2539, หน้า 419.

⁹⁴ คณิต ณ นคร, “การตีความกฎหมาย”, วารสารนิติศาสตร์ 14,9 (ธันวาคม), 2527, หน้า 57-64.

⁹⁵ จิตติ ดิงศักดิ์, “การตีความกฎหมายอาญา”, วารสารนิติศาสตร์ 14,9 (ธันวาคม), 2527, หน้า 52.

ขยายความไม่ได้เป็นการไปเปลี่ยนแปลงความหมายของบทบัญญัติของกฎหมาย แต่เป็นการทำให้ความหมายที่ขาดหายไปสมบูรณ์ตามเจตนารมณ์ของผู้ร่างกฎหมายเท่านั้น⁹⁶

นอกจากนี้ ยังมีการอธิบายและเสนอแนะหลักเกณฑ์และแนวทางในการตีความกฎหมายอาญาของไทยอยู่อีกหลายหลักเกณฑ์ พอยกเป็นตัวอย่างได้ เช่น พระยาเทพวิฑูร (บุญช่วยวนิกกุล) อธิบายถึงแนวทางที่จะช่วยตีความบทบัญญัติของกฎหมายที่มีความเคลือบแคลงโดยสรุปคือ

1. พิจารณาเทียบข้อความอื่นในมาตราเดียวกัน ในมาตราอื่น หรือในบทอื่นในกฎหมายเดียวกัน หรือในกฎหมายอื่นในเรื่องเดียวกัน หรือคล้ายคลึงกัน
2. ดูความประสงค์ในการออกกฎหมายนั้น ซึ่งอาจเปลี่ยนแปลงหลักกฎหมายหรือบทกฎหมายที่เป็นอยู่ในขณะที่ออกกฎหมายอันเป็นปัญหานั้นหรือไม่ ถ้ามีข้อสงสัยแล้วสันนิษฐานว่าไม่ประสงค์จะเปลี่ยนกฎหมายเดิม
3. พิจารณาเรื่องที่ดำเนินมาในร่างกฎหมายนั้น เช่น คูร่างเดิม รายงาน และร่างที่แก้ไขมาเป็นลำดับ ประกอบ ด้วยข้อโต้แย้งในการแก้ไขร่างนั้นๆ⁹⁷

แสวง บุญเฉลิมวิภาส ได้อธิบายและเสนอแนะหลักเกณฑ์ในการตีความกฎหมายอาญาของไทย พอสรุปได้ ดังนี้⁹⁸

1. พิจารณาลักษณะคำในบทบัญญัติของกฎหมาย ในในเชิงความหมายธรรมดา ความหมายอย่างกว้าง และความหมายอย่างแคบ ตลอดจนความหมายโดยอนุโลม ภายในขอบเขตของบทบัญญัติในเรื่องนั้นๆ
2. พิจารณาคำมุ่งหมายหรือเจตนารมณ์ เนื่องจากความหมายของถ้อยคำต่างๆ ในบทบัญญัติของกฎหมายอาจไม่ได้มีความหมายที่ชัดเจนแน่นอนในตัวเอง แต่จะสื่อความหมายหรือเจตนารมณ์ที่แท้จริงในทางกฎหมายต่อเมื่อพิจารณาประกอบกับปัจจัยแวดล้อมต่างๆ ภายในขอบเขตของบทบัญญัติในเรื่องนั้นๆ

⁹⁶ อักษราทร จุฬารัตน์, “หลักทั่วไปของการตีความในกฎหมายอาญา”,วารสารนิติศาสตร์ 1,3 (ธันวาคม), 2512, หน้า 89.

⁹⁷ พระยาเทพวิฑูร,คำอธิบายประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ บรรพ 1-2 มาตรา 1-240 กรุงเทพมหานคร: เนติบัญญัติยสภา, 2509, หน้า 22-24

⁹⁸ แสวง บุญเฉลิมวิภาส “หลักกฎหมายอาญา”,กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2539, หน้า 25.

3. พิจารณาความเป็นมาทางประวัติศาสตร์ เนื่องจากกฎหมายเป็นผลมาจากวิวัฒนาการของสังคม การเข้าใจความเป็นมาทางประวัติศาสตร์จะทำให้ทราบความหมายที่แท้จริงและเข้าใจเจตนารมณ์ในทางกฎหมายได้มากยิ่งขึ้น

4. พิจารณาความสัมพันธ์ของบทบัญญัติของกฎหมาย จะทำให้มองเห็นและเข้าใจภาพรวมของกฎหมายทั้งระบบ รวมทั้งความคล้ายคลึงและความแตกต่างระหว่างบทบัญญัติของกฎหมายที่จะนำไปสู่การตีความกฎหมายในแต่ละเรื่อง

5. พิจารณาคุณธรรมทางกฎหมายของบทบัญญัตินั้นๆ โดยพิจารณาจากสิ่งที่กฎหมายประสงค์จะคุ้มครอง หรือที่เรียกว่า คุณธรรมทางกฎหมาย (rechtsgut) ซึ่งศาสตราจารย์ ดร. คณิต ฌ นกร ให้นิยามไว้ว่า คุณธรรมทางกฎหมายมีลักษณะเป็นนามธรรมไม่สามารถจับต้องได้ และเป็นสิ่งที่เป็นภาพในทางความคิดหรือเป็นสิ่งที่ประ โยชน์หรือสิ่งที่เป็นคุณค่า กฎหมายมีวัตถุประสงค์เพื่อให้สังคมมีความสุข มนุษย์ทุกคนจึงต้องเคารพและไม่ละเมิดประโยชน์ (Interest) หรือคุณค่า (Value) ของการอยู่ร่วมกันในสังคม การละเมิดประโยชน์หรือคุณค่าของการอยู่ร่วมกันจึงเป็นการละเมิดคุณธรรมของกฎหมาย

โดยสรุปแล้ว กฎหมายอาญาของไทยจะถือตามความหมายของถ้อยคำในกฎหมายตามที่ปรากฏในพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถานเป็นหลัก ส่วนคำที่มีความหมายเฉพาะจะถือตามความหมายตามบทนิยามที่กฎหมายบัญญัติไว้ การตีความจะเกิดขึ้นแต่เฉพาะในกรณีที่บทบัญญัติของกฎหมายมีความเคลือบแคลง หรือมีความหมายหลายนัย จนไม่สามารถหรือไม่เหมาะสมที่จะถือเอาความหมายตามตัวอักษรที่ปรากฏ การตีความต้องใช้การตีความทั้งตามตัวอักษรและค้นหาเจตนารมณ์ของกฎหมายควบคู่กัน โดยจะพิจารณาจากความหมายของถ้อยคำที่ใช้ เจตนารมณ์ ความเป็นมา ความเชื่อมโยงสัมพันธ์ในเนื้อหาของกฎหมาย และสิ่งที่กฎหมายประสงค์จะคุ้มครอง หรือคุณธรรมทางกฎหมายการตีความกฎหมายอาญาในกฎหมายไทยยึดถือหลักการตีความกฎหมายอาญาโดยเคร่งครัด ซึ่งเป็นไปตามหลัก “Nullum crimen nulla poena sine lege” โดยที่จะนำการเทียบเคียงบทกฎหมายที่ใกล้เคียงอย่างยิ่ง จารีตประเพณี หรือหลักกฎหมายทั่วไปมาใช้ให้เป็นผลร้ายต่อจำเลยไม่ได้ กรณีที่กฎหมายอาจตีความได้เป็นหลายนัย จะตีความไปในทางที่เป็นประโยชน์มากกว่าทางที่จะเป็นโทษต่อจำเลย หรือตีความไปในทางที่เป็นผลร้ายต่อจำเลยน้อยที่สุด และจะตีความให้เป็นการลงโทษหรือเพิ่มโทษให้หนักขึ้นไม่ได้ แต่กฎหมายอาญาของไทยไม่ได้มีข้อห้ามไม่ให้ตีความไปในทางที่เป็นประโยชน์ต่อจำเลย และไม่ได้ห้ามนำกฎหมายที่ใกล้เคียงอย่างยิ่ง จารีตประเพณี หรือหลักกฎหมายทั่วไปมาใช้ในทางที่เป็นประโยชน์ต่อจำเลยด้วย แม้ตามกฎหมายของไทยจะไม่ได้ยึดหลักบรรทัดฐานแนวคำพิพากษา แต่เมื่อมีข้อกฎหมายใดที่ศาลฎีกาได้วินิจฉัยไว้แล้ว ก็มักได้รับการยอมรับว่าเป็นแนวทางในการตีความ

กฎหมายที่เป็นที่ยอมรับ และอาจนำมาใช้ประกอบการพิจารณาในคดีต่อไปที่มีข้อเท็จจริงเดียวกัน
ได้ อย่างไรก็ตาม ไม่เป็นการบังคับให้ศาลในคดีต่อมาต้องตีความเช่นเดียวกันเสมอไป การตีความ
ทางกฎหมายอาญาจึงยังสามารถมีการเปลี่ยนแปลงให้เหมาะสมและเป็นธรรมได้

