

## “Neuropsychiatry” คืออะไร ?

วชิระ ลาภบุญทรัพย์\*

ในระยะ 10 ปีที่ผ่านมาทั้งในทวีปยุโรปและอเมริกา เริ่มมีการนำเอาคำว่า “Neuropsychiatry” กลับมาใช้อีกครั้งหนึ่ง หลังจากที่เคยมีการใช้กันมากตอนต้นของศตวรรษที่ 20 นับตั้งแต่ Hideyo Noguchi (1913) สามารถพิสูจน์ได้ว่า อาการวิกลจริตในผู้ป่วยบางรายเกิดจากการติดเชื้อซิฟิลิสในสมอง (Generalized paresis of the insane), Lewy 1914 สามารถแก้ความเชื่อที่ว่าโรคพาร์กินสันเกิดจากความหมกมุ่นในศาสนามากเกินไป (paralysis Agitans) มาเป็น ความผิดปกติในตำแหน่ง basal ganglia ของสมอง หรือแม้แต่ครั้งที่ Alois Alzheimer พบโรคสมองเสื่อมแบบอัลไซเมอร์ ผู้ป่วยรายแรกที่รายงานในปี 1907 ก็มาด้วยอาการระแวงทั้งคนรอบข้างและแพทย์ผู้รักษาร่วมกับความจำเสื่อม และไม่สามารถหาทางกลับที่พักตัวเองได้ แต่หลังจากนั้นเป็นต้นมา ศาสตร์นี้ก็เริ่มแยกออกเป็น 2 ส่วน คือ ประสาทวิทยา (Neurology) และจิตเวช (Psychiatry) โดยทางประสาทวิทยาก็เริ่มจะลดความสนใจอาการทางความคิด พฤติกรรมและอารมณ์ลง โดยมุ่งเน้นความสนใจไปสู่โรคของทางกล้ามเนื้อ เส้นประสาท ไขสันหลัง และสมองส่วนที่สามารถหาพบสาเหตุที่แท้จริง ส่วนทางจิตเวชเองก็พยายามแต่จะค้นหาทฤษฎีต่าง ๆ ที่จะมาอธิบายพฤติกรรม ความนึกคิดตลอดจนอารมณ์ โดยลดความสนใจความพยายามที่จะค้นหาสาเหตุทางสมอง ซึ่งทำให้ดูเหมือนว่าจิตเวชลดความสนใจด้านสมอง ในขณะที่เดียวกันประสาทวิทยาก็ลดความพยายามที่จะค้นหาสาเหตุทางสมองของความผิดปกติของความคิด พฤติกรรมและอารมณ์ซึ่งทำได้ยากลง แต่อย่างไรก็ตามในช่วง 2 ทศวรรษหลังนี้ ได้มีการเปลี่ยนแปลง ทั้งในส่วนของจิตเวชที่มุ่งเน้นทางชีววิทยา คือ “Biological Psychiatry” ส่วนทางประสาทวิทยาก็เกิดกลุ่มแพทย์ทางระบบประสาทที่สนใจทางด้านพฤติกรรมได้ก่อตั้ง “Behavioral Neurology” ขึ้นมา ซึ่งทั้ง 2 แขนงรวมกับการพัฒนาการทดสอบทางจิตวิทยาของวิชาการทางด้าน “Neuropsychology”

ทำให้เริ่มก่อกำเนิดรากฐานของการรวมกัน (Reunion) ของประสาทวิทยาและจิตเวช กลับมาเป็น “Neuropsychiatry” อีกครั้งหนึ่ง

จากความสำเร็จของการค้นพบยา Chlorpromazine ในการนำมารักษาอาการวิกลจริตได้ก่อให้เกิดกระแสกระตุ้นความสนใจทางชีวภาพขึ้นมาอีกครั้งหนึ่งในวงการจิตเวช ก่อให้เกิดแขนงของจิตเวชชีวภาพ (Biological Psychiatry) ขึ้นมา ซึ่งทำให้เกิดความรู้ความเข้าใจในบทบาทของสารสื่อประสาทมากมายในสมองที่เกี่ยวข้องกับอาการทางจิตเวช แต่อย่างไรก็ตามศาสตร์แขนงนี้มักจะเป็นไปในระดับของสารสื่อประสาท โดยไม่โยงเข้ากับลักษณะทางกายวิภาคของสมอง ตลอดจนผลของการเปลี่ยนแปลงของสมองที่มีผลของสารสื่อประสาท ตลอดจนผลของการแสดงอาการทางจิตเวชของโรคทางระบบประสาท ดังนั้นจิตเวชชีวภาพจึงยังไม่สามารถให้ภาพรวมในการแก้ไขปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างสมองและจิตใจ ซึ่งรวมไปถึงความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมได้

“Behavioral Neurology” เป็นแขนงเฉพาะของประสาทวิทยาที่เน้นเรื่องของพฤติกรรมเป็นหลัก เริ่มตั้งแต่ช่วงปี 1960 ที่เน้นการศึกษาเรื่องความผิดปกติของภาษา (Aphasias) และภาวะการลืม (Amnesias) ตลอดจนการศึกษาความแตกต่างกันของสมองทั้ง 2 ด้าน (hemispheric specialization) จะเห็นว่าศาสตร์นี้เน้นหนักการศึกษา “Deficit Syndrome” ของสมองเป็นหลัก ส่วนปัญหาอื่น ๆ เช่น ภาวะประสาทหลอน ความคิดผิดปกติ (delusions) ซึ่งเกิดจากปัญหาทางสมองได้เหมือนกันมักจะได้รับ ความสนใจน้อย ดังจะเห็นได้จากหนังสือหลัก ๆ ของ Behavioral Neurology จะไม่ค่อยยกกล่าวถึงภาวะดังกล่าว ตลอดจนแม้แต่ในการตรวจสอบสภาพจิตยังตัดส่วนของ อารมณ์และความคิดออกไป ศาสตร์แขนงนี้ยังคงยึดหลักของประสาทวิทยา คือ การพยายามโยงพฤติกรรม ที่ผิดปกติเข้ากับตำแหน่งเฉพาะในระบบประสาท

\* ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แม้ว่าในปัจจุบันและพัฒนาขึ้นมาเป็นการมองแบบวงจรของสมอง (Circuit) ซึ่งเวลาดูหน้าที่หรืออาการแต่ละอย่างจะคำหนึ่งถึงหลาย ๆ ตำแหน่งของสมองที่ทำงานต่อเชื่อมกัน แต่ก็มักจะละเลยส่วนของปัจจัยทางจิตสังคม ที่อาจจะก่อให้เกิดพฤติกรรมที่ผิดปกติได้ ส่วน “Neuropsychology” พัฒนาขึ้นมาพร้อม ๆ กับ Behavioral Neurology มักจะเป็นการศึกษา “Deficit Syndrome” และศึกษาการทดสอบที่จะค้นหาความผิดปกติดังกล่าว บุคลากรที่เกี่ยวข้อง มักจะเป็นนักจิตวิทยาไม่ใช่แพทย์

Neuropsychiatry มีพื้นฐานมาจากทั้ง 3 ศาสตร์ที่กล่าวมา คือ ส่วนความรู้ทางสารสื่อประสาทของ Biological Psychiatry และมีการพยายามดูการกระจายของสารสื่อประสาททางกายวิภาค เพื่อจะเชื่อมโยงเข้าสู่สมองกายวิภาค เพื่อให้เห็นภาพของความผิดปกติที่อาจจะอธิบายจากบางตำแหน่งของสมองหรือบางวงจรทางสมองได้และอาศัยแบบทดสอบและการค้นคว้าของ Neuropsychology มาเป็นเครื่องมือที่จะใช้ทดสอบความผิดปกติของสมอง นอกจากนี้ยังใช้ความเข้าใจทางจิตสังคมของทางจิตเวชมาช่วยในการศึกษาและดูแลผู้ป่วย จุดเน้นของศาสตร์นี้มักจะพยายามค้นหาความเชื่อมโยงของพยาธิสภาพทางจิตให้เข้ากับตำแหน่ง หรือวงจรในสมอง ตลอดจนผลของตำแหน่งหรือวงจรนั้นกับ สารสื่อประสาท ดังนั้นจึงมักจะสนใจแง่มุมหรืออาการของจิตเวชที่ปรากฏในผู้ป่วยทางสมอง เช่น ในผู้ป่วยโรคลมชักของสมองส่วน Temporal ที่ให้อาการวิกลจริตจะพบว่าผู้ป่วย มีอาการทางจิตที่เกิดจากโรคทางสมองคือลมชัก จากการศึกษาพบว่าถ้าจุดศูนย์กลางของการชักอยู่ทางด้านซ้ายจะเกิดอาการวิกลจริตได้มากกว่าด้านขวา ซึ่งจากการศึกษาพบว่า สารสื่อประสาท Dopamine เป็นสารที่ก่อให้เกิดอาการวิกลจริตนั้น มีการกระจายไปสู่สมองด้านซ้ายมากกว่าด้านขวา ตลอดจนสิ่งแวดล้อมและการเรียนรู้ อาจจะมีผลต่อเนื้อหาของอาการวิกลจริตที่ออกมา เช่น ถ้าผู้ป่วยรายนั้นสนใจศึกษาระยะเวลาเกิดวิกลจริตในโรคลมชัก ก็อาจเกิดความหลงผิด (delusion) ว่าตนเองคือพระพุทธเจ้ากลับชาติมาเกิด

ทำไมจึงต้องมี Neuropsychiatry ? คำตอบคงจะมีหลายคำตอบ ตั้งแต่การพัฒนาของเครื่องมือใหม่ ๆ ทั้งการตรวจสอบทางกายวิภาค เช่น CT, MRI ตลอดจนการตรวจการทำงาน เช่น Brain Mapping, PET Scan, SPECT ทำให้ค้นพบสาเหตุทางสมองผิดปกติได้ในผู้ป่วยกลุ่มที่แพทย์ในอดีตคิดว่าอาการเกิดจากสาเหตุทางจิตใจ

เนื่องจากไม่พบความผิดปกติใด ๆ ทางสมองที่แสดงได้ คำตอบที่สอง คือ โรคทาง Neuropsychiatry เป็นโรคที่พบได้บ่อย และก่อให้เกิดความพิการ และความเสียหายมากมาย เช่นโรคสมองเสื่อม (Dementia) โรคความผิดปกติทางพฤติกรรมที่เกิดจากอุบัติเหตุต่อสมอง หรือโรคหลอดเลือดสมอง ฯลฯ แม้ว่าจะมีทั้งแพทย์ทางระบบประสาทและจิตแพทย์อยู่แล้วในการดูแลผู้ป่วยอยู่แล้ว แต่ในทางปฏิบัติแพทย์ทางระบบประสาทก็มีความลำบากในการดูแลผู้ป่วยทางสมอง แต่มีอาการทางจิตเวช ส่วนจิตแพทย์เองก็มีความกังวลเวลาดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ เนื่องจากอาการที่เกิดขึ้นอาจจะเกิดจากสาเหตุทางระบบประสาท ซึ่งถ้ามีแพทย์ที่เชี่ยวชาญทางโรกระบบประสาทที่มาด้วยอาการทางจิตเวชก็จะช่วยในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้ดีขึ้น คำตอบสุดท้ายก็คือแนวคิดทาง “Neuropsychiatry” จะช่วยลดความรังเกียจผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตเวชลง เนื่องจากจะมองว่าผู้ป่วยเป็น “เหยื่อ” ของโรค แทนที่จะมองว่าผู้ป่วยเป็นคนกระทำพฤติกรรมที่ผิดปกติในตนเองด้วยความตั้งใจ หรือจากความอ่อนแอของจิตใจตนเอง

ในแง่ของทางปฏิบัติของ “Neuropsychiatry” นั้น เพื่อที่จะเข้าใจประสบการณ์ (experience) ของผู้ป่วยจึงต้องใช้เทคนิคในการสัมภาษณ์ของทางจิตเวช ส่วนเทคนิคในการตรวจ “Higher cortical function” จะได้มาจาก “Behavioral Neurology” จิตแพทย์ที่อิงทฤษฎีจิตวิเคราะห์อาจจะมองว่า “Neuropsychiatry” ทำให้จิตแพทย์มองผู้ป่วยในฐานะมนุษย์น้อยลงไปเป็นเพียงแค่วัตถุที่ถูกสั่งให้ทำอะไรตามสมองสื่อ แต่จากเหตุการณ์ในอดีตก็เป็นบทเรียนของการอิงทฤษฎีจิตทฤษฎีหนึ่งในการที่จะเข้าใจพฤติกรรม ความคิดและอารมณ์อันซับซ้อนของมนุษย์ มักจะก่อให้เกิดโทษ ดังนั้นการรักษาสมาตุลของแนวคิดทั้งทางกายภาพและทฤษฎีทางจิตจะเป็นประโยชน์ต่อการดูแลผู้ป่วยมากที่สุด เช่น อาการใดก็ตาม ถ้าอาการมีปรากฏการณ์เหมือน ๆ กันในทุกคนก็น่าจะมีสาเหตุมาจากทางกายภาพส่วนใดที่เกิดแตกต่างกันในแต่ละบุคคลก็น่าจะมีปัจจัยทางจิตสังคมมาเกี่ยวข้อง เช่น ผู้ป่วยที่ประสบอุบัติเหตุทางสมอง มักจะมีพฤติกรรมหุนหันพลันแล่นขาดการยับยั้ง ซึ่งมักจะเกิดจากพยาธิสภาพของสมอง ส่วน Orbital ของ Frontal lobes, ผู้ป่วยทุกชาติทุกภาษาก็มีอาการ “delusion” เหมือนกัน ดังนั้น delusion น่าจะเกิดจากความผิดปกติทางสมอง ส่วนเนื้อหาของ “delusion” นั้นมักจะแตกต่างกันไปตามประสบการณ์การเรียนรู้ ตลอดจนวัฒนธรรมของ

ผู้ป่วยแต่ละคน เช่น อยู่ในประเทศไทยอาจจะเกิด delusion  
ระวางคอมมิวนิสต์ ถ้าผู้ป่วยอยู่ในอเมริกาอาจจะระวาง CIA  
ถ้าอยู่ในรัสเซียอาจจะกลัว KGB แทน ฯลฯ

การดูแลผู้ป่วยทาง “Neuropsychiatry” นั้น ไม่  
เหมือนกับผู้ป่วยโรคทางกายอื่น ๆ เนื่องจากเพราะโรคทาง  
จิตประสาทเป็นโรค “ของ” ผู้ป่วยรายนั้น ซึ่งจะเปลี่ยนแปลง  
ทั้งบุคลิกภาพ ความคิด และอารมณ์ ไม่ใช่เพียงแค่โรคที่  
เกิด “กับ” คน ๆ นั้น เช่น ผู้ป่วยอาจจะ “มี” โรคปอด โรค  
ตับ แต่ผู้ป่วยทาง “Neuropsychiatry” นั้น “เป็น” โรค  
สมองเสื่อม โรคจิตเภท ฯลฯ ซึ่งมักจะเป็นการยากที่จะ  
กลับมา “เป็น” คนเดิมเหมือนก่อนป่วย แต่จะกลับเป็น  
“คนใหม่” แพทย์ต้องเป็นคนช่วยผู้ป่วยและครอบครัวตั้ง  
ความหวังและปรับตัวให้ไปได้ดีกับการเป็น “คนใหม่” ของ  
ผู้ป่วย ซึ่งจะถูกจำกัดด้วยประสิทธิภาพของสมองที่เหลืออยู่  
ของผู้ป่วย ซึ่งอาจจะทำให้แพทย์ผู้ดูแลสิ้นหวังได้ ซึ่งคำว่า

“หาย” ในผู้ป่วยแต่ละรายจะต้องถูกตัดแปลงให้เหมาะสม  
คำว่า “หาย” มักจะหมายถึงการปรับตัวของผู้ป่วยและญาติ  
ให้เข้ากับสภาพของอาการป่วยที่เป็นมากกว่าที่จะกลับมา  
เป็นปกติเหมือนก่อนป่วย แพทย์ผู้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ ควร  
เตรียมตัวที่จะดูแลผู้ป่วยแต่ละรายเป็นระยะเวลาานาน ซึ่ง  
อาจจะหมายถึงตลอดชีวิตที่เหลือของผู้ป่วย

ผู้ป่วยแต่ละรายจะเป็นเสมือนแหล่งข้อมูลที่จะช่วย  
ในการดูแลผู้ป่วยรายต่อ ๆ ไป แพทย์ที่มีโอกาสได้ดูแลผู้ป่วย  
กลุ่มนี้จะเป็นช่วงโอกาสที่น่าตื่นเต้นที่จะได้ติดตามผู้ป่วย  
แต่ละรายไปในดินแดนของอาการที่ยังไม่เคยมีผู้ใดเข้าใจ  
เข้าไปสู่ความเร้นลับซับซ้อนของการทำงานของสมองที่ก่อ  
ให้เกิดความรู้สึกนึกคิด อารมณ์และพฤติกรรมของผู้ป่วย  
แต่ละราย ทำให้เราสามารถเข้าใจความรู้สึกนึกคิด อารมณ์  
และพฤติกรรมของผู้ป่วยแต่ละรายได้ดีขึ้น ท้ายที่สุดอาจจะ  
นำมาสู่ความเข้าใจใน “ตัวเรา” ที่เกิดจากสมองและปัจจัย  
ทางจิตสังคัมมากขึ้น