

รู้ ... เพื่อหยุดความรุนแรงในสังคม

การประชุมวิชาการนิตสุภาพจิต ครั้งที่ 3
สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์

"สรุปเนื้อหาในภาพรวม"



อภิปราย : พฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยสมองเสื่อม (Neuropsychiatric Aspects of Violence in Neurocognitive Disorders) (1)



ศ.พญ.กัญจน์ ไทยพิสุทรกุล
จิตแพทย์ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล



นพ.ณัฐ ไกรภัสสรพงษ์
จิตแพทย์ สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์



นพ.อุทัยติ แสงสืบ
จิตแพทย์ สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์
ผู้ดำเนินการอภิปราย

พฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยสมองเสื่อม

ตั้งแต่ปี พ.ศ.2561 ประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ มากกว่า 20 เปอร์เซ็นต์ของประชากรผู้สูงอายุมีโอกาสสูงที่จะมีภาวะสมองเสื่อม ส่งผลต่อการทำงานของสมองที่ลดลง ส่งผลให้มีปัญหาพฤติกรรมและการดูแลตนเองตามมา อาจนำมาสู่ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ และความทุกข์ใจของผู้ที่ต้องดูแลผู้ป่วย ปัญหาพฤติกรรมที่พบบ่อย เช่น ผู้ป่วยก้าวร้าว กรีดร้อง อยู่ไม่นิ่ง เดินวนวาย การเก็บของที่ไม่มีประโยชน์ไว้ ซึ่งปัญหาลักษณะนี้การใช้ยารักษาไม่ค่อยได้ผล ในขณะที่ปัญหาทางจิตใจ เช่น ซึมเศร้า วิตกกังวล หงุดหงิด ภาพหลอน การใช้ยาจะได้ผลมากกว่า

ปัญหาด้านอารมณ์ พฤติกรรมและจิตใจ ในผู้ป่วยสมองเสื่อม แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่

อาการด้านอารมณ์ ที่พบได้บ่อยคือ เฉยเมย ซึ่งลักษณะอารมณ์นี้ไม่ได้เป็นปัญหากับผู้ดูแลมากนัก เพราะดูแลง่ายกว่า ส่วนอารมณ์ซึมเศร้า วิตกกังวล มักจะพบในช่วงเริ่มต้นของภาวะสมองเสื่อม เนื่องจากพบว่าตนเองทำกิจกรรมหรืองานบางอย่างได้ไม่เหมือนเดิม เกิดความคับข้องใจทำให้รู้สึกเศร้า หงุดหงิด ซึ่งอาจนำมาสู่พฤติกรรมรุนแรง

อาการโรคจิต อาการหลงผิด ประสาทหลอน พบได้ทั่วไปเมื่อผู้ป่วยมีอาการรุนแรงมากขึ้น ความคิดหลงผิดที่พบบ่อย เช่น ระบุว่ามีคนขโมยของ คิดว่าคู่สมรสนอกใจ จำสามีไม่ได้ จึงคิดว่ามีคนปลอมตัวเป็นสามีเพราะผู้ป่วยมีภาพจำเป็นอดีตยี่สิบปีก่อน พอระแวงก็คอยจับจ้องอีกฝ่ายหนึ่ง มีการต่อล้อต่อเถียง หากผู้ดูแลไม่ทราบวิธีรับมืออาจนำไปสู่ความรุนแรงได้

อาการ Vegetative symptoms เดินเรื่อยเปื่อย เดินไปเดินมา วงจรการนอนที่เปลี่ยนไป นอนกลางวัน ตื่นกลางคืน มักพบในผู้ป่วยที่อาการรุนแรงมากขึ้น เนื่องจากความเสื่อมของสมองลามไปสู่สมองส่วนอื่น ๆ วิธีจัดการที่มักได้ผลสำหรับผู้ป่วย คือการช้อนทางออก การหาภาพปิด เพื่อป้องกันการเดินออกไปข้างนอก

อาการอื่นๆ เช่น ก้าวร้าวทางคำพูดและวาจา เสียงดัง หงุดหงิด ขาดความยับยั้งชั่งใจ โดยแสดงพฤติกรรมมีท่าที่เป็นมิตรมากเกินไป มีพฤติกรรมทางเพศไม่เหมาะสม เป็นต้น ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้ทำให้ญาติเกิดความกังวลใจและอับอาย

รู้ ... เพื่อหยุดความรุนแรงในสังคม

การประชุมวิชาการนิตยสารจิต ครั้งที่ 3
สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์

"สรุปเนื้อหาในภาพรวม"



อภิปราย : พฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยสมองเสื่อม (Neuropsychiatric Aspects of Violence in Neurocognitive Disorders) (2)



สท.พญ.กัญญา ไทยพิสุทธิกุล
จิตแพทย์ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล



นพ.นัฐ ไกรภัสสรพงษ์
จิตแพทย์ สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์



นพ.อุทัยติ แสงสืบ
จิตแพทย์ สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์
ผู้ดำเนินการอภิปราย

การประเมินภาวะสมองเสื่อม (Assessment of BPSD) ได้แก่ การซักประวัติจากผู้ป่วยและญาติ การใช้แบบทดสอบ การทบทวนการรักษา การใช้สารเสพติด โรคทางจิตเวชอื่น ๆ และประวัติโรคทางกายอื่น ๆ การตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อตัดประเด็นอื่น ๆ ออกไป

การดูแลและการจัดการปัญหาด้านอารมณ์ พฤติกรรมและจิตใจ ในผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม มีทั้งการใช้ยาและไม่ใช้ยา โดยอิงตามแนวทางเวชปฏิบัติภาวะสมองเสื่อม โดยจะใช้ยาต่อเมื่อมีโอกาสจะเกิดอันตรายต่อตัวผู้ป่วยเอง คนอื่น หรือผู้ดูแลไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการให้ยาตามอาการ เช่น หากมีอาการเศร้า ให้ยารักษาโรคซึมเศร้า หรือมีอาการทางจิตหว่วภาพหลอนให้ยารักษาโรคจิต เป็นต้น ส่วนด้านการดูแลที่ไม่ใช้ยามุ่งเน้นให้เกิดความปลอดภัย ปรับสิ่งแวดล้อม ปรับกิจกรรม ปรับการสื่อสาร และเทคนิคการเบี่ยงเบนความสนใจ

การใช้พฤติกรรมบำบัด (Non-pharmacological management) ควรเริ่มจากการประเมินพฤติกรรมของผู้ป่วย โดยใช้ Model ABC ประกอบด้วย A (Antecedent) ก่อนพฤติกรรมมีอะไรเกิดขึ้น และปรับสภาพแวดล้อมให้สอดคล้องกับผู้ป่วย เช่น การทวนการรับรู้บ่อย ๆ มีป้ายเขียนบอก เป็นต้น B (Behavior) พฤติกรรมเป็นอย่างไร และปรับการดูแลเพื่อให้เข้ากับพฤติกรรมที่เป็นปัญหา เช่น การใช้น้ำเสียง หรือการเข้าหาที่นุ่มนวลมากขึ้น เป็นต้น C (Consequence) ผลที่ตามมาเป็นอย่างไร เมื่อปรับสภาพแวดล้อมและการดูแลแล้ว มีพฤติกรรมดีขึ้นหรือไม่ รวมทั้งการใช้ Specific behavioral intervention ซึ่งเป็นการปรับกิจกรรมและจัดลำดับขั้นตอน และปรับสภาพแวดล้อมในการดูแลตนเองในชีวิตประจำวันของผู้ป่วย เช่น การอาบน้ำ การแต่งตัว การรับประทานอาหาร ต้องจัดให้เหมาะสมกับผู้ป่วยสูงอายุ หลีกเลี่ยงตัวกระตุ้นหลาย ๆ อย่าง เพื่อลดความรู้สึกกระวนกระวาย รวมทั้งเพิ่มกิจกรรมที่ทำในช่วงระหว่างวันให้เพียงพอ ขณะเดียวกันก็คำนึงถึงความปลอดภัยของสภาพแวดล้อมด้วยการกำหนดตารางเวลา เช่น การเข้าห้องน้ำ เป็นต้น

พฤติกรรมอาชญากรรมในผู้ป่วยสมองเสื่อม

Frontal lobe ทำหน้าที่ควบคุมการใช้เหตุผล การตัดสินใจ การปรับตัวให้เข้ากับบริบททางสังคม ซึ่งเป็นตัวกรองว่าจะแสดงพฤติกรรมแบบไหนให้เหมาะสม ในขณะที่ limbic system ซึ่งทำหน้าที่ส่วนของอารมณ์ และสัญชาตญาณ การควบคุมแรงขับ

รู้ ... เพื่อหยุดความรุนแรงในสังคม

การประชุมวิชาการนิตិสุขภาพจิต ครั้งที่ 3
สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์

"สรุปเนื้อหาในภาพรวม"



อภิปราย : พฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยสมองเสื่อม (Neuropsychiatric Aspects of Violence in Neurocognitive Disorders) (3)



ศส.พญ.กานทิพย์ ไทยพิสุทธิกุล
จิตแพทย์ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล



นพ.นัฐ ไกรภัสสรพงษ์
จิตแพทย์ สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์



นพ.อุทัยชาติ แสงสืบ
จิตแพทย์ สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์
ผู้ดำเนินการอภิปราย

โดยปกติสมองทั้งสองส่วนจะทำงานอย่างสมดุล แต่ในภาวะสมองเสื่อม ผู้ป่วยอาจมีปัญหาการใช้เหตุผลอย่างรอบคอบ การตัดสินใจ ขาดความสามารถในการยับยั้งตนเองได้ ไม่สามารถคำนึงถึงผลกระทบที่ตามมา ความสามารถในการรับรู้สภาพจิตใจของตนเองและผู้อื่น (theory of mind) บกพร่องไป รวมไปถึงอาจพบอาการทางจิต เช่น มีความหวาดระแวง

ชนิดของภาวะสมองเสื่อมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมอาชญากรรม

- Alzheimer's Disease (AD) : พบว่ามีความเสื่อมในกายวิภาคของสมองส่วน Hippocampus และ parietal lobe มีผลต่อความจำที่เป็นเรื่องราว โดยเฉพาะความจำระยะสั้น ระยะแรกของความเจ็บป่วย frontal lobe ซึ่งทำหน้าที่เป็นตัวกรองพฤติกรรมทำงานยังทำงานได้ดีอยู่ ผู้ป่วยจึงยังคุมพฤติกรรมตนเองได้
- Frontotemporal Dementia (FTD) : เป็นความเสื่อมที่เกิดขึ้นบริเวณ frontal lobe และ temporal lobe ทำให้ผู้ป่วยมีการคิดตัดสินใจ ความเป็นเหตุเป็นผลและการควบคุมพฤติกรรมบกพร่อง นำไปสู่การแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม หุนหันพลันแล่น เอาแต่ใจตนเอง ขาดความเข้าใจอารมณ์ของผู้อื่น โดยแบ่งออก เป็น 2 ชนิด คือ Primary Progressive Aphasia (PPA) เกี่ยวข้องกับภาษา ไวยากรณ์ และ semantic memory ส่วน behavioral variant (bvFTD) ซึ่งมีลักษณะของพฤติกรรมหุนหันพลันแล่น ขาดความยับยั้งชั่งใจ มีพฤติกรรมทำซ้ำ ๆ ขาดความเห็นอกเห็นใจหรือเข้าใจผู้อื่น

คดีส่วนใหญ่ที่พบในกลุ่มผู้ป่วยสมองเสื่อม ได้แก่ เมาแล้วขับ ฝ่าฝืนกฎจราจร ปัสสาวะในที่สาธารณะ บุกรุก ทำผิดทางเพศ ทำร้ายร่างกาย เป็นต้น อย่างไรก็ตามการศึกษาพบว่า ผู้ป่วย bvFTD มีสติการก่อคดีสูงสุด เนื่องจากผู้ป่วยมีพฤติกรรมหุนหันพลันแล่น ขาดความยับยั้งชั่งใจ และไม่ได้เข้าใจบทลงโทษ ซึ่งการก่อคดีจะสามารถพบได้ตั้งแต่ระยะแรกของโรค ส่วนผู้ป่วย AD มักพบพฤติกรรมคดีในระยะท้ายของโรค

ปัจจัยเสี่ยงต่อการก่อเหตุความรุนแรงของผู้ป่วยสมองเสื่อม ได้แก่ มีประวัติการใช้ความรุนแรงต่อผู้อื่นมาก่อน มีประวัติการใช้สารแอลกอฮอล์ มีอาการทางจิต พื้นเดิมมีลักษณะอดทนต่อความคับข้องใจต่ำและก้าวร้าว

รู้ ... เพื่อหยุดความรุนแรงในสังคม

การประชุมวิชาการนิติสุขภาพจิต ครั้งที่ 3
สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์

"สรุปเนื้อหาในภาพรวม"



อภิปราย : พฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยสมองเสื่อม (Neuropsychiatric Aspects of Violence in Neurocognitive Disorders) (4)



ศต.พญ.กานทิพย์ ไทยพิสุทธิกุล
จิตแพทย์ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล



นพ.ณัฐ ไกรภัสสรพงษ์
จิตแพทย์ สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์



นพ.เอกชาติ แสงสิน
จิตแพทย์ สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์
ผู้ดำเนินการอภิปราย

ประเด็นสำคัญอีกประการหนึ่งเกี่ยวกับกระบวนการยุติธรรมในผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมคือ **ความสามารถในการต่อสู้คดี** เนื่องจากการขึ้นศาลเพื่อต่อสู้คดีต้องใช้การทำงานของสมองพอสมควร ดังนั้นจึงเป็นเรื่องยากสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้ หากอายุมากขึ้นความสามารถในการต่อสู้คดีก็จะลดลงตามความเสื่อมลงของสมองอีกด้วย รวมทั้งยังมีโอกาสการก่อความรุนแรงหรือก่อคดีซ้ำ ดังนั้น ควรให้ความสำคัญและมุ่งเน้นไปที่การค้นหาความผิดปกติและการป้องกันในระยะแรกเริ่ม โดยการให้ความรู้แก่ญาติ เพื่อให้สามารถตรวจสอบความผิดปกติของผู้ป่วยตั้งแต่ระยะเริ่มต้นได้ นำไปสู่กระบวนการรักษาอย่างรวดเร็ว นอกจากนี้ญาติควรดูแลผู้ป่วยให้อยู่ในสายตา และให้ผู้ป่วยได้ทำกิจกรรมที่เหมาะสมกับความสามารถของตนเองเพื่อชะลอความเสื่อมของสมอง

