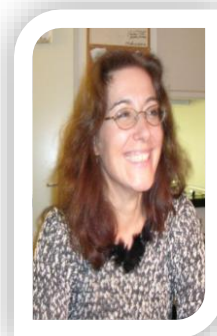


Neuropsychology of Aging*

โดย อาจารย์ Bianca de Gues, Clinical Neuropsychologist
Mediant Mental Health Care, Enschede, The Netherlands



*** รายงานบันทึกการฝึกอบรมนี้เป็นการสรุปเนื้อหาจากการบรรยายของอาจารย์ Bianca เอกสารประกอบการบรรยาย และการช่วยเหลือจากอาจารย์ ดร.จรรุวรรณ สกุลคู ในการแปลเป็นภาษาไทยตลอดการฝึกอบรม บันทึกการฝึกอบรมนี้ได้รับอนุญาตจากท่านวิทยากรให้เผยแพร่ในเวปไซด์ของสมาคมนักจิตวิทยาคลินิกไทยได้ คุณงามความดีและประโยชน์ใดๆที่ผู้อ่านจะได้จากรายงานฉบับนี้ เป็นผลมาจากความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ความรู้อันน่าประทับใจของท่านวิทยากร อาจารย์ Bianca และความสามารถ ความตั้งใจที่น่าชื่นชมในการแปลเป็นภาษาไทยของอาจารย์ ดร.จรรุวรรณ ข้อผิดพลาดใดๆ ที่อาจเกิดขึ้นในรายงานฉบับนี้ ผู้จัดบันทึกและเรียบเรียงรายงานขออภัยล่วงหน้าเป็นอย่างสูงและขอรับผิดชอบทั้งหมด***

ส่องโสม พึ่งพงศ์
นักจิตวิทยาคลินิก
รพ.กรุงเทพ
ผู้จัดบันทึกและเรียบเรียง

* จากการประชุมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง Neuropsychology of Aging งานประชุมวิชาการสมาคมนักจิตวิทยาคลินิกไทย ประจำปี 2557 ครั้งที่ 38 วันที่ 17-19 ธันวาคม 2557 ณ โรงแรมอีสติน มัคกะสัน กรุงเทพฯ

บทเกริ่นนำ

มากกว่า 25 ปี ที่อาจารย์ได้ทำงานในตำแหน่ง clinical neuropsychologist เดิมที่อาจารย์จะทำอยู่ในหน่วยงานสุขภาพจิตและจิตเวช มีผู้ป่วยหลากหลายไม่ว่าจะเป็นโรค Schizophrenia และโรคทางจิตเวชที่รุนแรงอื่นๆ และในช่วง 10 ปี ที่ผ่านมานี้ อาจารย์ได้ใช้ความเชี่ยวชาญของตนเองในการดูแลผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางสมอง หรือโรค

ทางสมอง ณ Centre for Neuropsychiatry เป็นหลัก โดยปกติแล้วพบว่า ผู้สูงอายุมักมีปัญหาในกลุ่มโรคสมองเสื่อม หรือ Dementia ส่วนในคนที่อายุน้อยลงมาจะเป็นเรื่องของการบาดเจ็บทางสมอง หรือ traumatic brain injury (TBI) นอกจากนี้แล้วอาจารย์ยังมีประสบการณ์บำบัดรักษาในกลุ่มประชากรอายุ 18 ปีขึ้นไป ที่เจ็บป่วยจากภาวะ PTSD และยังสามารถเป็นผู้ฝึกอบรมคนรุ่นใหม่ในวิชาชีพที่เกี่ยวข้องอีกด้วย เช่น young psychologists โดยในประเทศเนเธอร์แลนด์ที่มีประชากรอยู่ 16 ล้านคน (เทียบกับกรุงเทพฯ ที่มี 14 ล้านคน) มีจำนวน clinical psychologist ทั่วประเทศประมาณ 2,500 คน และมีจำนวน neuropsychologist ประมาณ 200 คน แต่ในเมือง Enschede ที่อาจารย์อยู่ มี neuropsychologist อยู่เพียงสองคนเท่านั้น

หัวข้อสำหรับสองวัน workshop นี้คือเรื่อง Aging โดยจะมีการพูดข้อมูลสถิติต่างๆ เปรียบเทียบสถานการณ์ใน ประเทศเนเธอร์แลนด์และประเทศไทยสลับกันไป

ในเนเธอร์แลนด์ ปัญหาด้าน Aging มีผลกระทบอย่างมากต่อสังคมโดยรวม ย้อนไปตั้งแต่หลังสงครามโลกครั้งที่ 2 (ในปีค.ศ.1940-1945 หรือ พ.ศ.2483-2488) มีอัตราการเกิดของประชากรอย่างมาก หรือรู้จักกันในนาม ช่วง Baby Boom ปัจจุบันประชากรกลุ่มดังกล่าวอยู่ในวัยที่ไม่ได้ทำงานแล้ว บทบาทของพวกเขาแตกต่างไปจากเดิม ในมุมมองของอาจารย์ สถานการณ์นี้ไม่เป็นเฉพาะแต่ใน เนเธอร์แลนด์ เท่านั้น

จากรายงานของ UN (United Nations) บอกว่า 50 % ของประชากรที่เพิ่มขึ้นในโลก คือกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป ปริมาณของคนอายุ 60 ปีขึ้นไป ในปีค.ศ. 2005 มี 245 ล้านคน และคาดว่าจะเพิ่มเป็น 406 ล้านคนในปีค.ศ. 2050 เมื่อเห็นตัวเลขนี้แล้ว ยิ่งทำให้เห็นความสำคัญของความรู้เรื่อง Aging และความจำเป็นที่เพิ่มขึ้นในอนาคตอันใกล้นี้ กลุ่มประชากรอายุน้อยกว่า 60 ปี จะลดจำนวนลงในโลกตะวันตก คนรุ่นหนุ่มสาวและคนที่สุขภาพแข็งแรงมีแนวโน้มที่จะต้องดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่ย่อมนั่น และหากอัตราความสมดุลนี้มีการเปลี่ยนแปลงไป คงจะมีปัญหามากแน่นอน (หมายถึงกรณีที่มีปริมาณของผู้สูงอายุมากกว่าคนหนุ่มสาว)

การเปลี่ยนแปลงของบทบาทของผู้สูงอายุในสังคมรุ่นใหม่ในปัจจุบัน

ในประเทศ เนเธอร์แลนด์ คนทำงานสมัยก่อนจะเกษียณเมื่อมีอายุ 65 ปี อาจารย์มองว่า การเกษียณเป็นการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญของมนุษย์ เนื่องจากก่อนหน้าทำงานมาตลอด อยู่ดีๆต้องมาหยุดทำงาน

ปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงไปบ้าง เช่นมี Early Retirement และการให้ทำงานต่อ อันเป็นข้อดีสำหรับกลุ่มผู้สูงอายุที่เป็น professional ที่มีทักษะดีได้ทำงานต่อไปได้ นอกจากนี้ยังมีโอกาสแบ่งปันความรู้ และประสบการณ์ สูงคนรุ่นหลังด้วย

มีผู้สูงอายุหลายรายที่ต้องออกจากบ้านและไปอยู่ในบ้านพักสำหรับคนชรา (House for elderly) ทั้งๆ ที่เขาเหล่านั้น ไม่ได้มีปัญหาเรื่องโรคภัยหรือความเจ็บป่วยใดๆ เพียงแค่มีอายุถึงเกณฑ์เท่านั้น เมื่อย้ายไปอยู่บ้านพักสำหรับคนชรา

ผู้สูงอายุไม่ต้องทำงาน ซึ่งไม่ได้ดีสำหรับผู้สูงอายุทุกคน

บ้านพักสำหรับผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะออกแบบเป็นบ้านชั้นเดียว จะได้ไม่ต้องกังวลเรื่องการพลัดตก และการเข้าไปในบ้าน ก็ไม่ต้องมีชั้นตอมยุ่งยากอะไรนัก

สถานการณ์ปัจจุบันของ เนเธอร์แลนด์ พบว่า ในผู้สูงอายุที่เกินกว่า 65 ปีขึ้นไป มีจำนวนร้อยละ 7 ที่อยู่ในบ้านหรือที่พักที่มีความสะดวกสบายพิเศษ ในขณะที่มีจำนวนร้อยละ 2 ที่ต้องอยู่ในสถานบ้านพักคนชรา

แน่นอนว่าที่ที่ดีที่สุดคือการอยู่ในบ้านเดิมของตนเองได้ และผู้สูงอายุสามารถพึ่งพาตนเองได้

อาจารย์ได้แสดงวิดีโอที่คนแสดงตัวอย่าง อุปกรณ์เทคโนโลยีต่างๆ สำหรับผู้สูงอายุ ที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถอยู่ได้ด้วยตนเอง

มีคำถามจากผู้เข้าร่วมอบรมเกี่ยวกับ บ้านพักสำหรับผู้สูงอายุ โดยอาจารย์ได้ให้ข้อมูลว่า บ้านพักส่วนใหญ่ดูแลโดยรัฐบาล แต่ผู้สูงอายุก็ต้องจ่ายเงินเองด้วยเช่นกันในช่วงแรก ซึ่งกรณีนี้ก็ทำให้เกิดภาวะทางการเงินที่เพิ่มขึ้นของ

ลูกหลานผู้สูงวัยมาก สำหรับความต้องการอยู่ในบ้านพักดังกล่าวนั้นขึ้นอยู่กับเขตเมืองของผู้สูงวัย กรณีในเมืองใหญ่อย่าง Rotterdam คิวรอที่จะได้เข้าบ้านพักนั้นยาวนานถึง 4 – 5 ปีเลยทีเดียว หลายรายที่มีภาวะสมองเสื่อมก็อาจเสียชีวิตก่อนที่จะได้เข้าบ้านด้วยซ้ำไป

เมื่อพิจารณาอายุขัยของคนทั่วโลกโดยเฉลี่ย พบว่าผู้หญิงมีอายุเฉลี่ยมากกว่าผู้ชาย 69.73 : 65.59 ปี และเมื่อเปรียบเทียบกับประเทศไทยกับเนเธอร์แลนด์ พบว่าผู้หญิงมีอายุเฉลี่ยมากกว่าผู้ชายเช่นกัน แต่ในประเทศไทย ทั้งเพศหญิงและชาย จะมีอายุเฉลี่ยที่น้อยกว่าประชากรในประเทศเนเธอร์แลนด์

ในเว็บไซต์ขององค์การอนามัยโลกหรือ WHO ระบุว่า ปัจจัยสำคัญอย่างหนึ่งที่ทำให้ชาวไทยมีอายุขัยเฉลี่ยต่ำกว่าเกณฑ์ของโลก คือปัจจัยการติดเชื้อ HIV

สำหรับอัตราการเกิดการตายของทารก พบว่าไทยมีอัตราการตายมากกว่าอัตราการเกิด แต่ในเนเธอร์แลนด์ มีอัตราการรอดชีวิตมากกว่าไทยมาก

เมื่อคนเรามีอายุมากขึ้น โอกาสที่จะเกิดโรคร้ายไข้เจ็บต่างๆ ก็เพิ่มมากขึ้นเช่นกัน

แต่ก่อนที่จะเข้าใจเรื่องของพยาธิสภาพ มันมีความจำเป็นและสำคัญมากที่เราต้องเข้าใจสถานการณ์ปกติก่อน

พัฒนาการทางจิตวิทยา 4 ด้านที่สำคัญใน Normal Aging

- Emotion
- Cognition
- Personality
- Behavior

เพื่อที่จะอธิบายพฤติกรรมและอารมณ์ของผู้คน แนวความคิดที่ให้ความสำคัญกับปัจจัยด้านกายภาพจิตวิทยาและสังคม (bio-psycho-social model) ถูกใช้อย่างแพร่หลายทั่วโลก

- อารมณ์ในผู้สูงวัย Emotions and Aging

แม้ว่าพัฒนาการด้านอารมณ์จะเห็นชัดเจนในช่วงวัยรุ่นและวัยทำงานตอนต้น แต่ในผู้สูงวัยก็ยังมีพัฒนาการทางอารมณ์อยู่เช่นกัน โดยพบว่าปัญหาด้าน cognitive change (หรือการเปลี่ยนแปลงด้านกระบวนการรู้คิด) มีอิทธิพลส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ในผู้สูงวัยชัดเจน แม้ว่าวัยผู้ใหญ่จะเป็นวัยที่มีอารมณ์มั่นคงมากขึ้น แต่เมื่อเข้าสู่ภาวะสูงอายุ การจัดการอารมณ์กลับทำได้แย่งลง

อาการซึมเศร้า เป็นสิ่งที่เราควรให้ความสำคัญมาก

วิชาชีพทางการแพทย์ส่วนใหญ่ มองอาการซึมเศร้าว่าเป็นส่วนหนึ่งของ Aging อาจารย์ยกตัวอย่างจิตแพทย์เพิ่งจบอายุ 27 ปี ท่านหนึ่ง ที่มองว่าคนอายุ 75 ปีขึ้นไปทุกคนต้องมีอาการซึมเศร้า ซึ่งอาจารย์ Bianca มองว่าเป็นการคิดในแง่ร้ายอย่างมาก

ในเนเธอร์แลนด์ ผู้ที่มีอายุมากกว่า 75 ปีส่วนใหญ่ ไม่ค่อยพูดถึงหรือเปิดเผยเรื่องอารมณ์ของตนเอง ซึ่งแตกต่างจากคนวัย 30 กว่าๆ ที่สามารถพูดบอกความรู้สึกของตนได้ ดังนั้นในการบำบัดรักษาผู้สูงวัย เราควรให้เวลากับผู้ป่วยมากขึ้นและสอบถามเพื่อให้เค้าพูดออกมา นอกจากนี้ผู้สูงอายุมักมีปัญหาทางสุขภาพร่างกายมากกว่าคนหนุ่มสาว ซึ่งทำให้อาการทางกายถูกมองว่าเป็นปัญหาทางการแพทย์ ที่ไม่ได้มาจากปัญหาด้านอารมณ์หรืออาการซึมเศร้า

นอกจากนี้พบว่า มีหลายครั้งที่ปัญหาด้านการจำถูกมองว่าเป็น ภาวะสมองเสื่อมหรือ Dementia ดังนั้นในการตรวจประเมิน จึงต้องมีความระมัดระวังเรื่องดังกล่าวเหล่านี้ด้วย

ปัจจัยเสี่ยงสำหรับอาการซึมเศร้า

ได้แก่ การเสียชีวิตของผู้เป็นที่รัก โรคเรื้อรังหรือรุนแรงของผู้สูงวัยเองหรือผู้เป็นที่รัก การเปลี่ยนแปลงเชิงเศรษฐกิจและสังคม ความบกพร่องทางด้านร่างกาย และการลดลงของเครือข่ายเชิงสังคม

Depression and Dementia

สำหรับนักจิตวิทยาคลินิก เราควรประเมินผู้ป่วย ว่าต้องการอะไรด้วย นอกเหนือไปจากแยกอาการซึมเศร้ากับภาวะสมองเสื่อม โดยพบว่า 25-30 % ของผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม มีอาการซึมเศร้า

เดิมเราเข้าใจว่าอาการซึมเศร้าเป็นอาการเริ่มแรกของภาวะสมองเสื่อม แต่ความจริงคือ อาการซึมเศร้าสามารถเป็นสัญญาณแรกของภาวะสมองเสื่อมได้ เช่นเดียวกับโรคทางสมองอื่นๆ นอกจากนี้อาการซึมเศร่ายังสามารถเกิดขึ้นได้ในทุกระยะของโรค ไม่เฉพาะระยะเริ่มต้น

และมันก็ไม่เป็นความจริงเลยเช่นกันที่ อาการซึมเศร้าในภาวะสมองเสื่อม ไม่สามารถรักษาได้ ความจริงคือสามารถรักษาได้ ด้วยการให้ยาบำบัด และ psychological intervention

Grief vs Depression

ความเศร้าโศกเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติ โดยไม่ต้องการบำบัดหรือ psychological intervention ที่เป็นเรื่องเป็นราว แต่ต้องการเวลาในการ recover ผู้คนในประเทศตะวันตกมักมองว่าเวลาเศร้าโศกเสียใจกับการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก ควรจะ recover ให้เร็ว อาจเนื่องจากไม่ค่อยมีเวลามาเสียใจหรือแสดงออกได้อย่างที่ควร แต่สิ่งที่ควรจะเป็นก็คือ คนเราควรให้เวลาตนเองในการปรับตัวทางอารมณ์

อาจารย์ยกตัวอย่าง แพทย์อายุรกรรม ที่มักให้ยาต้านเศร้า กับคนไข้ที่มีความเศร้าโศก ทั้งที่จริงๆแล้วไม่ควรเลย ควรเป็นการให้เวลามากกว่า และรอดู เพื่อให้คนไข้สามารถผ่านช่วงเวลาของความโศกเศร้านี้ไปได้

ในขณะที่ Depression นั้นเป็น การแสดงออกที่ไม่ปกติ อาการซึมเศร้าไม่ใช้การตอบสนองตามธรรมชาติ แต่เป็นสิ่งที่ต้องการการช่วยเหลือและบำบัดรักษา

ในการประเมินอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ต้องได้รับการฝึกอบรมเฉพาะทางก่อนจึงจะทำการประเมินได้ โดยเฉพาะ

Geriatric mental status interview ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการประเมินทางคลินิกในงานประสาทจิตเวช

แม้ยังมีวิธีการประเมินอีกหลายแนวทางที่ไม่ต้องการฝึกอบรมเฉพาะทาง แต่ในความเป็นนักจิตวิทยาคลินิก เรามี

พื้นฐานด้านจิตเวชและประสาทวิทยาอยู่บ้าง ดังนั้นจะบอกว่าแบบทดสอบหรือการประเมินรูปแบบนี้ไม่ต้องมีความรู้

หรือการฝึกอบรมเลยก็อาจไม่ถูกต้องนัก แบบประเมินดังกล่าวนี้ได้แก่ Questionnaires CAMDEX, Geriatric

Depression Scale (GDS), Beck Depression Inventory (BDI), Hamilton Depression Rating Scale (HDRS),

และ Montgomery Asberg Depression Scale (MADRS)

แบบสอบถาม CAMDEX เป็นการให้คำถามในเชิงประสาทวิทยามากกว่าแบบประเมินอื่นที่เน้นเรื่องอาการที่เกี่ยวข้องกับโรคทางอารมณ์

แบบประเมิน Hamilton และ Montgomery เป็นการประเมินภาวะอาการซึมเศร้าและระดับความรุนแรงด้วย

อาจารย์มองว่าแบบประเมิน Montgomery เหมาะสำหรับใช้ในผู้สูงวัยมากกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับแบบประเมินประเภทอื่น

ในกลุ่มนี้ นอกจากนี้ ยังมีแบบประเมิน Cornell Scale ที่ถูกออกแบบมาสำหรับประเมินอาการซึมเศร้าในผู้ป่วย

ภาวะสมองเสื่อมโดยเฉพาะ

อาจารย์ Bianca ย้ำว่าในการประเมินผู้ป่วยต้องดูแบบภาพรวม เช่นถ้าประเมินอาการซึมเศร้า ก็ควรดูส่วนอื่นที่

เกี่ยวข้องหรือที่มีผลมาจากภาวะซึมเศร้าด้วย หรือเวลาประเมินทาง neuropsychology ควรประเมินในภาพรวม ก่อนการประเมินอาการซึมเศร้า ไม่ใช่ประเมินแต่ความสามารถด้านการจำเพียงอย่างเดียว กรณีนี้อาจเป็นแบบ ประเมินคร่าวๆ เช่น MOCA หรือ Adas-Cog ก็ได้ซึ่งใช้เวลาไม่มาก แต่ไม่ใช่การทำ MMSE (Mini Mental State Exam) เพียงอย่างเดียว ซึ่งอาจารย์มองว่าไม่เพียงพอสำหรับกรณีนี้ เราควรประเมินแบบองค์รวมก่อนแล้วค่อยมา ตรวจเพิ่มเติมเฉพาะด้านในภายหลังก็ได้

การบำบัดรักษาผู้สูงอายุที่มีอาการซึมเศร้า ได้แก่

การบำบัดรายบุคคล อาทิ CBT, Narrative therapy, Life Review, etc. ที่แม้จะเป็นการช่วยเหลือรายบุคคลแต่ก็ต้องให้ความสำคัญของการมีส่วนร่วมของคนในครอบครัวด้วย

การใช้ยาบำบัด

การปรับสร้างรูปแบบให้ชัดเจนในการดำเนินชีวิต การมีตารางกิจกรรมในแต่ละวันที่แน่นอนชัดเจน เช่นตื่นก็โหมง นอนก็โหมง กลางวันทำอะไรบ้าง การออกกำลังกาย กิจกรรมเชิงสังคม การมีกิจกรรมจะช่วยเรื่อง depression ได้มาก ดังนั้นเราควรช่วยกันสนับสนุนและเสริมสร้างกำลังใจให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมอย่างสม่ำเสมอ นอกเหนือจากนี้ การทำกิจกรรมต่างๆ ยังช่วยให้ผู้ป่วยมีแนวคิดเชิงบวกในการดูแลตนเองและการทำสิ่งต่างด้วยตนเองอีกด้วย เนื่องจากอาการซึมเศร้าก่อให้เกิดความคิดในแง่ลบนั่นเอง การเล่าหรือแบ่งปันประสบการณ์ในชีวิตเชิงบวกจึงจะช่วยย้าให้

นอกจาก Depression อีกปัจจัยหนึ่งที่สำคัญคือ อาการวิตกกังวล (Anxiety)

เป็นเรื่องแปลกที่อาการวิตกกังวลถูกนำมาพิจารณาในงานวิจัยของผู้ป่วยโรคทางสมองน้อยกว่าประเด็นด้านอาการซึมเศร้า ทั้งๆที่ความจริงแล้ว อาการวิตกกังวลถูกพบในกลุ่มผู้สูงอายุบ่อยไม่แพ้อารมณ์เศร้าเลย

ความวิตกกังวลของคนวัยก่อนแก่หรือประมาณ 40 ปี มักจะเป็นเรื่องของอนาคต แต่ในกลุ่มสูงอายุจะเป็นความกังวลในเรื่องสุขภาพเป็นหลัก

โดยพบว่าผู้สูงอายุ มักมีความกังวลและความกลัว (Fear) ในเรื่องต่างๆ เช่น กลัวล้ม กลัวตกบันไดหรือตกจากที่สูง กลัวการเสื่อมของสมอง กลัวที่จะต้องสูญเสียคู่สมรสหรือผู้เป็นที่รัก และกลัวเสียความสามารถในการดูแลตนเอง เป็นต้น

จากสถิติพบว่า ร้อยละ 10 ของผู้สูงอายุวัย 55-85 ปี มักเป็นทุกข์กับอาการวิตกกังวล (Anxiety) สำหรับอาการในกลุ่ม Panic หรือ OCD นั้นพบน้อยมาก ส่วนปัญหา PTSD ภายหลังจากการเกิด Stroke นั้นพบได้บ่อยแต่มักถูกมองข้ามไปในการวินิจฉัย ในคนที่มีปัญหาการปรับตัวด้านอารมณ์หรือวิตกกังวลอยู่เดิมในวัยผู้ใหญ่จะไม่มีอาการแสดงออกที่ชัดเจนนัก แต่เมื่อเกิดstroke คนเหล่านั้นมักแสดงออกถึงการเปลี่ยนแปลงให้เห็นได้ โดยเฉพาะความสามารถในการจัดการอารมณ์และความวิตกกังวลของตนเอง

นอกจากนี้ยังพบว่า อาการวิตกกังวลร่วมกับอาการโรคสมองเสื่อม นั้นพบได้ 10 % ขณะที่อาการแยกตัวหรืออาการกระวนกระวาย ร่วมกับอาการโรคสมองเสื่อม นั้นพบได้ 40 %

อาจารย์ยกตัวอย่างผู้ป่วย อายุ 62 ปี ที่มีปัญหา stroke ที่บริเวณ Left hemisphere ทำให้เกิดอาการอัมพาตซีกขวาของร่างกาย ผู้ป่วยรายนี้มีปัญหาด้านการเคลื่อนไหวและด้านการภาษามาก โดยเป็นมา 2 ปี ถึงจะได้เข้ามารับการบำบัดรักษาที่ rehabilitation center แผนการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยรายนี้คือให้พบ Speech therapist และ นักกายภาพบำบัด โดยเน้นการพูดสื่อสาร และการเดิน อีก 6 เดือนต่อมาพบว่า ผู้ป่วยมีพัฒนาการด้านการพูดดีขึ้นอย่างมาก ดีใกล้เคียงกับปกติมาก สามารถเดินได้เองในระยะสั้นๆ ไม่เกิน 10 เมตร สำหรับการเดินทางในระยะที่ไกลว่านั้นผู้ป่วยใช้ใช้รถเข็นช่วย อย่างไรก็ตามพบว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าว ชอบโต้เถียง โดยเฉพาะกับเจ้าหน้าที่ใน rehab center แต่แพทย์บอกว่าพฤติกรรมดังกล่าวมาจาก ความเสียหายทางสมอง จึงไม่สามารถควบคุมจัดการ

อารมณ์ของตนเองได้ หลังจากที่ผู้ป่วยถูกส่งตัวกลับบ้านก็มีปัญหาพฤติกรรมมาก ต่อมาผู้ป่วยถูกส่งต่อมายังอาจารย์ เพื่อตรวจประเมินว่าพฤติกรรมดังกล่าวเป็นผลมาจากความเสียหายสมองหรือไม่

จากการสัมภาษณ์และตรวจประเมิน อาจารย์ Bianca พบว่า ผู้ป่วยรายนี้มี flashback กับเหตุการณ์ที่เคยถูก abused เมื่ออายุ 9 ขวบ จากคนแถวบ้าน คนใช้ถูก abused เป็นระยะเวลาสามปี โดยในช่วงแรกผู้ป่วยอยากบอกคนอื่น แต่พฤติกรรมที่แสดงออกในขณะนั้นกลับถูกมองว่าเป็นปัญหาในโรงเรียน ทั้งครูและพ่อแม่มองว่าผู้ป่วยเป็นเด็กต่อต้านก้าวร้าว ไม่มีใครนึกถึงเรื่องการถูก abused เลย ผู้ป่วยเล่าให้อาจารย์ฟังว่า ก่อนหน้าที่จะเกิด stroke นั้นตนมีฝันร้ายแต่สามารถควบคุมอารมณ์ของตนเองไว้ได้อยู่ แต่หลังจากเกิด stroke ไม่สามารถควบคุมตนเองได้เลย ไม่เพียงแต่มีฝันร้ายเท่านั้น แต่ยังมีอาการวิตกกังวลถึงสิ่งที่เกิดขึ้นในตอนกลางวันอย่างมาก และมีความคิดอยากตายร่วมด้วย นอกเหนือจากการพูดคุยบำบัด อาจารย์ยังให้การบำบัดรักษาแบบ EMDR ร่วมด้วย และเมื่อเห็นว่าผู้ป่วยสามารถนอนหลับดีขึ้น และมีพฤติกรรมโกรธน้อยลง ก็ส่งตัวผู้ป่วยกลับไปบำบัดที่ rehabilitation center ต่อเนื่องในฐานะผู้ป่วยนอก

สำหรับการประเมินและบำบัดรักษาอาการวิตกกังวล มักใช้แบบประเมิน Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS) และการบำบัดด้วยแนวทาง CBT EMDR Exposure และ NET

Cognition & Aging

ความกังวลเรื่องการสูญเสียความจำ (Memory loss) เป็นเรื่องที่สำคัญเช่นกันในกลุ่มสูงอายุ โดยเฉพาะอย่างยิ่งความสามารถในด้านการจำและด้าน executive functioning ที่ลดลงตามวัย ทักษะทั้งสองอย่างนี้สำคัญและจำเป็นมากในการมีชีวิตอยู่ต่อไปและพึ่งพาตนเองได้ นี่เป็นเหตุผลว่าทำไม ประเด็นเรื่อง cognition และ aging จะถูกเน้นย้ำใน workshop

การตรวจประเมินเป็นสิ่งจำเป็นมาก เพื่อแยกหาลักษณะปกติของการมีอายุที่เพิ่มขึ้น (Normal Aging) กับ ลักษณะของพยาธิสภาพ (รายละเอียดของการตรวจประเมินด้าน cognition จะกล่าวถึงในภายหลัง)

ลักษณะปกติของการมีอายุที่เพิ่มขึ้น (Normal Aging)

ความสามารถด้านความจำที่ลดลง เป็นสิ่งที่พบได้บ่อย โดยเฉพาะปัญหาความจำในการเล่าเรื่องราว และการจำคำศัพท์ เนื่องจากการเชื่อมโยงการทำงานของระบบประสาทและสมองในผู้สูงอายุทำได้ยากกว่าวัยหนุ่มสาว โดยมักพบว่า เพศหญิงจะทำได้ดีด้านการใช้ภาษาทั้งนี้อาจเป็นเพราะมีกิจกรรมช่วยเสริมสร้างความสามารถดังกล่าวร่วมด้วย อาทิ การมี shopping list เวลาไปซื้อของ ในขณะที่เพศชายจะทำได้ดีกว่าหญิงในด้าน spatial skills เช่นในแบบประเมิน block design เป็นต้น

Personality and Aging

การมีวัยที่มากขึ้น (aging)ตามปกติ เราสามารถสังเกตอัตราการเพิ่มของ การมีบทบาทและความสำคัญในสังคม (social dominance) ความมั่นคงทางอารมณ์ (emotional stability) และความมีสติรอบคอบ (conscientiousness) เมื่อมีอายุมากขึ้นเราจะสามารถสังเกตการลดลงของชีวิตเชิงสังคมและการเปิดเผยตนเองของผู้สูงวัย

ในระบบการวินิจฉัยแบบ DSM ไม่ค่อยให้ หมวดยุทธสำหรับการแยกโรคสำหรับผู้สูงอายุนัก โดยมักพบว่าในผู้สูงอายุมัก

มีการให้การวินิจฉัยเกินจริง (over diagnosis) ในกลุ่ม Cluster A และมักมองข้าม (under diagnosis) ในกลุ่ม Cluster B สำหรับใน Cluster C พบความยุ่งยากซับซ้อนในการแยกโรครวม ไม่ว่าจะเป็นลักษณะ dependent หรือลักษณะย่ำคิดย่ำทำ ดังนั้นการวินิจฉัยในกลุ่มผู้สูงอายุต้องทำอย่างระมัดระวังสูง โดยทั่วไปแล้วการแยกโรค Axis I กับ Axis II ในกลุ่มวัยหนุ่มสาวหรือวัยทำงานก็มีความยากลำบาก ยิ่งต้องมาประเมินในผู้สูงอายุ ผู้ที่มีปัจจัยอื่นๆ เพิ่มขึ้นมา ไม่ว่าจะเป็นลักษณะภาวะสมองเสื่อม หรือพฤติกรรมแยกตัว ดังนั้นเราจึงพบว่ามีการใช้ NOS (not otherwise specified) ต่อท้ายการวินิจฉัยบ่อยครั้ง เนื่องจากแพทย์หรือผู้บำบัดรักษาที่มีความยากลำบากในการวินิจฉัย และสิ่งนี้ก็ควรทำให้เรามีระมัดระวังในความหมายและความเป็นไปได้ของปัญหาด้านบุคลิกภาพอื่นๆ ด้วย

ไม่ใช่แค่การประเมินกลุ่มโรคบุคลิกภาพผิดปกติ (Personality Disorder) จะมีความยากซับซ้อนเท่านั้น การบำบัดรักษาที่มีความยากเช่นกัน ซึ่งโดยปกติแล้วแพทย์มักตั้งเป้าหมายของการรักษาไว้เพียงเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถอยู่ต่อไปได้ และดูแลตนเองได้ เท่านั้น แต่ในความเป็นจริงแล้ว เราสามารถทำได้และควรทำมากกว่านั้น

หลายทฤษฎีหลายอาจารย์มักกล่าวว่าคนที่มีปัญหาด้านบุคลิกภาพจะมีอาการดีขึ้นเมื่อแก่ตัวไป แต่ประสบการณ์ของอาจารย์ Bianca ก็พบว่าผู้ป่วยหลายรายยังมีลักษณะของ personality disorder อยู่ แม้จะแก่ตัวแล้ว แม้แต่ กลุ่ม Borderline Personality นอกจากนี้ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ถูกมองว่า rigid และ superstitious มาก แต่อาจารย์มองว่าลักษณะนี้สามารถทำให้ลดลงได้แม้ในผู้สูงอายุ

นอกจากนี้ ปัญหาการมีระบบสารสื่อประสาท (neurotransmitters) ที่ผิดปกติ ก็อาจทำให้มีลักษณะอาการคล้ายกลุ่ม personality disorder ได้ กรณีนี้อาจมีการใช้ยาบำบัดเข้ามาช่วยรักษา

ความเกี่ยวข้องของ neurotransmitters กับ personality disorder

เช่นลักษณะการชอบแสวงหาสิ่งแปลกใหม่ ซึ่งมักเกี่ยวข้องกับสารโดปามีน หรือ ลักษณะหลีกเลี่ยงอันตรายซึ่งเกี่ยวข้องกับสารซีโรโทนิน หรือลักษณะชอบพึ่งพารางวัลซึ่งเกี่ยวข้องกับสารอิพิเนพรีน

การทำงานของยาที่เข้าไปดูแลจัดการสารสื่อประสาทในสมองเป็นอะไรที่ไม่สามารถสังเกตได้ง่ายจากภายนอก สำหรับพัฒนาการของ Personality Disorder พบว่ามีอิทธิพลของพันธุกรรมถึง 50 % นอกจากนี้ยังมีอิทธิพลของประสบการณ์ในวัยเด็กและการมีปฏิสัมพันธ์เชิงสังคม โดยพบว่าคนที่คนเติบโตในสังคมที่มีระบบระเบียบและโครงสร้างทางวัฒนธรรมที่ชัดเจนมักมีความเสี่ยงในการพัฒนาไปสู่ personality disorder น้อย กล่าวคือ ถ้าเด็กเติบโตขึ้นมาโดยมีการสอนและการบอกที่ชัดเจนว่าอะไรถูกผิด จะช่วยให้เด็กไม่สับสนและเข้าใจสิ่งต่างๆ ได้ดีกว่า

ในการแยกกลุ่ม personality disorder จาก criteria ของ DSM โดยปกติแล้ว cluster A จะมีลักษณะแปลก เป็นลักษณะเด่น cluster B จะมีลักษณะหุนหันเป็นลักษณะเด่น และ cluster C จะมีลักษณะกลัวเป็นลักษณะเด่น แต่ในการประเมินผู้สูงอายุมันไม่ใช่เรื่องง่ายเนื่องจากรูปแบบของอาการที่พบนั้นไม่สม่ำเสมอคงที่นัก ในหลายรายปัญหามบุคลิกภาพผิดปกติลดลงเมื่อแก่ตัวไป แต่หลายรายก็ยังมีอาการให้เห็นอยู่มาก

ค่าสถิติจากงานวิจัยพบว่ามีกลุ่มที่เป็น personality disorder อยู่ประมาณ 2-13 % ของประชากรทั่วไป มี 5-33 % ในกลุ่มผู้ป่วยนอก และมี 7-80 % ในระบบคลินิกและโรงพยาบาล จะเห็นได้ว่ามีความแตกต่างกันและช่วงห่างของตัวเลขมาก ทั้งนี้เนื่องจากแต่ละตัวเลขมาจากงานวิจัยคนละงานวิจัยซึ่งมี criteria ในการศึกษาวิจัยต่างกัน ดังนั้นในการหาข้อมูลหรือทำความเข้าใจในอัตราดังกล่าวจึงควรมีความรอบคอบและระมัดระวัง

การตรวจประเมิน personality disorder ในผู้สูงอายุ

แน่นอนว่ามีความยากลำบากเนื่องจากข้อมูลจากกลุ่มประชากรที่จำกัด ดังนั้นการสัมภาษณ์และการสังเกตพฤติกรรมจึงเป็นสิ่งสำคัญมากในการประเมิน การประเมินพฤติกรรมนั้นสามารถทำได้ตั้งแต่การสังเกตอาการของผู้ป่วยขณะนั่งรอก่อนเข้าห้องตรวจ รูปแบบการสื่อสารกับคนรอบข้าง ลักษณะการแต่งกายแต่งหน้า การทักทายตามธรรมเนียม (กรณีชาวเนเธอร์แลนด์จะเป็นการ การจับมือ) การสบตาขณะพูดคุย ลักษณะการปิดบังหรือระมัดระวังขณะให้ข้อมูลส่วนตัวหรือเป็นความลับ การพยายามควบคุมหรือนำการสนทนาเองเช่นอาจเป็นคนตั้งคำถามถามนักจิตวิทยาแทน ลักษณะขาดความใส่ใจผู้คนรอบข้าง หรือการแสดงออกถึงความภูมิใจในพฤติกรรมที่เสี่ยงอันตราย โดยอาจารย์พบว่า กลุ่ม antisocial มักเอาตนเองเป็นศูนย์กลางโดยไม่แคร์คนรอบข้าง หรือกลุ่ม borderline ที่มักพยายามควบคุมการสนทนาโดยทำตัวเป็นผู้ประเมินคนอื่นแทน เป็นต้น

ในการสัมภาษณ์เราควรถามเกี่ยวกับเรื่องราวต่อไปนี้ เช่นการมีปฏิสัมพันธ์ของผู้ป่วยกับคนรอบข้างว่า ผู้ป่วยสามารถรักษาความสัมพันธ์ในระยะเวลายาวนานได้ไหม เหตุผลของการเปลี่ยนหรือย้ายงาน ผู้ป่วยมีมุมมองต่อสถานการณ์ต่างๆในชีวิตอย่างไรและจัดการปัญหาหรือความไม่ได้ตั้งใจอย่างไร ประสบการณ์ในวัยเด็กมีเหตุการณ์ที่เป็น trauma ใหม มีประวัติเกี่ยวข้องกับการทำผิดกฎหมายบ้างหรือไม่ พฤติกรรมการใช้สารเสพติด หรือแม้แต่แนวโน้มการโยนความผิดให้คนอื่นในสิ่งที่เกิดขึ้นโดยไม่มองตนเองว่ามีปัญหาอะไร ดังนั้นหากเราสามารถมีข้อมูลได้มากก็จะทำให้ผู้ป่วยร่วมการบำบัดได้

นอกจากนี้ ควรหาข้อมูลจากคนใกล้ชิดผู้ป่วยด้วย หรืออาจใช้แบบทดสอบบุคลิกภาพร่วมด้วยเช่น PDQ 4, MMPI-2, SCID-II และการสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง (semi structured interview) ซึ่งต้องอบรมก่อนนำมาใช้

Behavior and Aging

ในการศึกษาความสัมพันธ์ของสมองและพฤติกรรมมนุษย์ บางครั้งสมองจะแสดงให้เห็นถึงรอยโรคที่รุนแรง ซึ่งส่วนใหญ่จะค้นพบหลังการเสียชีวิตในการชันสูตรศพ โดยไม่มีการศึกษาอาการ ในกระบวนการคิด (cognition) อารมณ์ หรือพฤติกรรมก่อนหน้าที่จะเสียชีวิต

ตัวอย่างหญิงคนหนึ่งอายุ 30 ปี แต่มีผลจาก brain scan เหมือนกับโรค Alzheimer's ทั้งๆ ที่ไม่พบพฤติกรรมหรืออารมณ์ที่เป็นปัญหาเหมือนผู้ป่วย Alzheimer's ข้อสันนิษฐานจากปรากฏการณ์นี้คือ สมองสีเทา(ที่อยู่ภายนอก)มีการซ่อนความเสียหายได้ดี สมองอาจมีปริมาณของเซลล์สมองมาก และสมองสีขาว(ที่อยู่ภายใน)มีความสมบูรณ์ดี ข้อสันนิษฐานอีกประการคือ "Cognitive Reserve" หรือการมีความเชื่อมโยงสัมพันธ์ของส่วนต่างๆของสมองอย่างดี ทำให้สมองส่วนที่ไม่ได้รับความเสียหายสามารถทำงานชดเชยส่วนที่บกพร่องได้

จากการศึกษาพบว่า Cognitive Reserve มีความสัมพันธ์กับระดับการศึกษา เซวณปัญญา ระดับการทำงาน หรือปริมาณกิจกรรมในชีวิต คนที่มีการศึกษาสูงหรือมีความฉลาดจะมีคุณภาพ Cognitive Reserve ที่ดีขึ้น และความสามารถทางเชาวน์ปัญญานี้สามารถพัฒนาได้ตลอดชีวิต แม้เราจะพบรอยโรคในผลการสแกนสมอง แต่ผลในการตรวจเชิงประสาทจิตวิทยาด้าน functioning ไม่มีความเสียหายอย่างมีนัยสำคัญ

Somatic Conditions affecting Psychological Functioning

การทำความเข้าใจพื้นฐานต่อความผิดปกติของต่อมไร้ท่อที่ส่งผลต่อระบบประสาทส่วนกลาง (central nervous system) สำคัญอย่างยิ่งสำหรับ clinical neuropsychologist

ความผิดปกติของระบบต่อมไร้ท่อสามารถส่งผลต่อ cognitive function ได้ โดยรวมถึง attention memory และ psychomotor speed นอกจากนี้ฮอร์โมนหลายชนิดก็มีส่งผลต่อการทำงานของระบบต่อมไร้ท่อเช่นเดียวกัน สมองส่วน Hypothalamus เป็นส่วนที่อยู่ลึกเข้าไปในสมองส่วนกลาง แสดงบทบาทสำคัญในการควบคุมความหิว

ความกระหาย ความก้าวร้าว และกิจกรรมทางเพศ

ส่วน Pituitary gland (= hypophysis) เป็นต่อมไร้ท่อสำคัญที่ดูแลระบบ metabolism โดยรวมของร่างกาย ระบบประสาทและพฤติกรรม โดยการหลั่งฮอร์โมนเข้ากระแสเลือดโดยตรง

โรคสำคัญที่เกี่ยวข้องกับระบบต่อมไร้ท่อคือโรคเบาหวาน (Diabetes Mellitus)

โรคเบาหวานเกิดจากความผิดปกติของระดับน้ำตาลในเลือด

เบาหวาน type I เป็นเบาหวานที่ต้องพึ่งพา อินซูลิน (IDDM) มักพบในเด็กและวัยรุ่นตอนต้น การรักษาเป็นการฉีดอินซูลินเข้ากล้ามเนื้อเพื่อรักษาระดับการควบคุม metabolism ในร่างกาย

เบาหวาน type II เป็นเบาหวานที่ไม่ต้องพึ่งพาอินซูลิน (NIDDM) มีความสัมพันธ์กับวัย ยิ่งอายุมากขึ้นโอกาสเกิดโรคก็สูงขึ้นด้วย โดยพบว่า 20 % ของผู้ป่วยเบาหวานอยู่ในวัย 65 ปีขึ้นไป การรักษาเป็นการใช้ยารับประทานและการกำหนดอาหาร

นอกจากนี้ยังมีปัจจัยเสี่ยงต่อโรคเบาหวานสูงมากในปัจจุบัน กับกลุ่มเด็กอ้วน ซึ่งอ้วนเกินความจำเป็นและมีผลเสียต่อสุขภาพ กลุ่มนี้จะมีความเสี่ยงต่อเบาหวาน type II

ทั้งเบาหวาน type I และ II ก็พบปัญหาด้านอารมณ์ซึมเศร้าและวิตกกังวลได้เช่นกัน ส่วนอาการเมเนี่ยนั้นพบไม่บ่อยนัก ปัญหาด้านกระบวนการคิดของผู้ป่วยเบาหวาน type I ได้แก่ปัญหาด้านความมั่นคงแข็งแรงในการเคลื่อนไหว, Visuospatial functioning หรือการใช้สายตามองและคิดเชิงมิติสัมพันธ์, Attention, Memory, และ Executive functioning

นอกจากนี้ยังมีผลกระทบมากต่ออาการหรือโรคทางหลอดเลือดในผู้ใหญ่ อาทิ stroke, heart attack, retinopathy and renal disease ซึ่งเกี่ยวข้องกับสายตากรมมองเห็น

ดังนั้นในการประเมินผู้ป่วยที่เป็นผู้สูงอายุ ต้องสอบถามถึงประวัติด้านโรคทางกาย และต้องให้ความสำคัญกับโรคเบาหวานด้วย

ปัญหาด้านกระบวนการคิดของผู้ป่วยเบาหวาน type II จะเป็นสิ่งที่สามารถสังเกตเห็นได้ชัดเจนกว่าใน type I โดยเฉพาะในด้าน Verbal memory, speed processing, และ executive function

เมื่อทำ brain scan จะเห็นความแตกต่างของสมองในกลุ่ม type I และ type II อย่างชัดเจน ในเบาหวาน type II จะพบรอยโรคในสมองสีขาวมากกว่า และโอกาสที่จะพัฒนาไปเป็น Alzheimer's ก็มีสูงกว่าเช่นกัน

หากเราตรวจประเมินพบประวัติการเป็นเบาหวาน ควรรีบให้ผู้ป่วยได้รับการรักษากับแพทย์ระบบต่อมไร้ท่อ เมื่อระบบ Metabolism ทำได้ดีขึ้นแล้ว ความสามารถในการกระบวนการคิด ก็จะดีขึ้นเช่นกัน ทั้งใน type I และ type II

Neuro-Psychological Intervention สำหรับผู้สูงอายุ

เป็นไปได้หรือไม่ ที่จะทำจิตบำบัดกับผู้สูงอายุ ?

และหากคำตอบคือ “ได้” แล้วเราต้องให้ความสำคัญกับเรื่องอะไรบ้าง ?

สิ่งที่เราควรให้ความระมัดระวังคือความสามารถในการสื่อสารรับรู้ของผู้สูงวัย ไม่ว่าจะเป็นการได้ยิน หรือการมองเห็น โดยปกติแล้วปัญหาดังกล่าวนี้จะเกิดขึ้นแบบค่อยเป็นค่อยไป โดยที่เจ้าตัวไม่ได้สังเกต และเมื่อเราถาม ผู้สูงอายุนั้นส่วนใหญ่ก็จะตอบว่าไม่มีปัญหา แต่หากเราลองพูดโดยเอามือปิดปาก ผู้ป่วยอาจเริ่มแสดงออกว่าเขาไม่ได้ยินในสิ่งที่เราพูดไป กรณีนี้มักจะเป็นการที่ผู้สูงวัยใช้การอ่านปากร่วมด้วยในการฟัง จึงมองว่าตนเองไม่ได้มีปัญหาในการได้ยิน สำหรับการเปลี่ยนแปลงในกระบวนการคิดในผู้สูงอายุนั้น อาจมีลักษณะไม่ชัดเจนในผู้สูงอายุหลายราย แต่อย่างไรก็ตามมันก็ไม่ได้หมายความว่าผู้สูงวัยจะไม่มีปัญหาดังกล่าวเลย

การทำ cognitive assessment ในผู้สูงอายุ นั้น ไม่มีความจำเป็นว่าต้องทำทุกรายไป แต่เราก็ควรตระหนักถึงอิทธิพลของมันต่อการทำการบำบัดรักษา และผลกระทบต่อปัจจัยต่างๆ

ในการบำบัดผู้สูงอายุ นั้น หากเราได้พูดคุยสอบถามถึงประสบการณ์ในอดีต เราก็จะสามารถเห็นว่าที่ผ่านมาผู้สูงอายุมีแนวทางในการปรับตัวต่อสถานการณ์ต่างๆอย่างไร

นอกจากนี้ การสังเกตอารมณ์ความรู้สึกของผู้สูงอายุก็น่าสนใจ เป็นสิ่งที่จำเป็น เนื่องจากผู้สูงวัยมีการแสดงอารมณ์ทางสีหน้าลดน้อยลง ดังนั้นในการบำบัดเราต้องสอบถามด้วย และคอยสังเกตการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ในระหว่างการบำบัด ในการบำบัดผู้สูงอายุในเฟสที่สามและสี่ ควรสังเกตลักษณะและการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงวัยในเรื่องต่อไปนี้

การจัดการกับความสูญเสีย ความสามารถในการดูแลตนเอง โรคหรืออาการป่วยทางกาย การมองย้อนไปในอดีต ผู้สูงอายุมองหรือการตัดสินใจในอดีตอย่างไร และหากผู้สูงวัยสามารถย้อนเวลากลับไปได้จะแก้ปัญหาอย่างไร หรือทำการเปลี่ยนแปลงสิ่งนั้นอย่างไร นอกจากนี้การมีโอกาสได้แบ่งปันประสบการณ์แก่คนรุ่นหลัง จัดว่าเป็นกิจกรรมที่ส่งเสริมทัศนคติที่ดีต่อตนเองแก่ผู้สูงอายุนาน สำหรับอาจารย์ Bianca เองก็ได้ให้ผู้ป่วยสูงอายุมาแบ่งปันประสบการณ์กับนักจิตวิทยาเมื่อใหม่อยู่บ่อยๆ จากเดิมที่ผู้สูงอายุมองตนเองเป็น ผู้ป่วย ก็รู้สึกว่ามันกลายเป็น ครู ผู้แบ่งปันความรู้ให้กับคนอื่นๆได้

Post Traumatic Stress Disorder (PTSD)

ในกลุ่มผู้สูงอายุพบว่า PTSD มักถูกมองข้ามและไม่ได้รับการวินิจฉัย ส่วนใหญ่แล้วมักเกิดร่วมกับอาการซึมเศร้า แต่ซึมเศร้าได้รับการรักษา ขณะที่ PTSD ถูกละเลย

เครื่องมือที่อาจนำมาใช้ในกรณีนี้คือ Clinician Administered PTSD Scale (CAPS) อันเป็นรูปแบบการสัมภาษณ์ที่เป็นระบบ โดยประเมิน PTSD และความรุนแรงของอาการ ข้อดีของเครื่องมือนี้คือมีค่า psychometric ที่น่าเชื่อถือ แต่ข้อเสียคือเครื่องมือนี้ต้องใช้เวลามากและผู้ที่ต้องใช้เครื่องมือนี้ต้องผ่านการอบรมก่อนจึงจะใช้ได้

ตัวอย่างกรณีศึกษาแมรี่

หญิง เกิดปี ค.ศ. 1928 เมื่ออายุ 12 ปี เป็นช่วงสงครามโลกครั้งที่สอง เมืองที่แม่รีอยู่หรือเมือง Rotterdam ได้ถูกทำลายจากการระเบิดของฝ่ายเยอรมัน จากเมืองที่มีความสวยงามและมั่งคั่ง กลับพังลงแบบแทบไม่เหลือซากให้เห็น ผลจากการระเบิดครั้งนั้น ส่งผลกระทบต่อชาวต่างชาติในช่วงนั้นอย่างมาก นอกจากนี้หลังสงครามสงบ ชาวต่างชาติยังต้องเผชิญกับปัญหาทางการเมือง เศรษฐกิจ เกิดความอดอยาก และขาดแคลนอาหารมาก

แน่นอนว่าแมรี่ก็เป็นหนึ่งในนั้น

จนแมรี่อายุ 27 ปี เธอได้แต่งงานและย้ายไปอยู่ที่เมือง Enschede ซึ่งเป็นเมืองที่อาจารย์ Bianca ทำงานในปัจจุบัน แมรี่ไม่ได้เรียนหนังสือมากนัก เนื่องจากภาวะหลังสงคราม แต่เนื่องจากเป็นคนฉลาดเธอจึงได้ทำงานในร้านหนังสือแห่งหนึ่ง ณ ช่วงเวลานั้น แมรี่มองตนเองว่าเป็นคนที่หงุดหงิดอยู่ตลอดเวลา (anxious all the time)

ต่อมาในปี 2000 มีเหตุการณ์โรงงานระเบิดเกิดขึ้นในเมือง Enschede เป็นการระเบิดที่สร้างความเสียหายและมีวันปกคลุมมากมายไปทั่วบริเวณบ้านเรือนใกล้เคียง โชคดีที่ขณะเกิดระเบิดเป็นเวลากลางวัน ซึ่งคนส่วนใหญ่ออกไปทำงานนอกบ้าน จึงไม่มีคนอยู่ในบ้าน จำนวนผู้เสียชีวิตจึงมีเพียง 20 รายเท่านั้น

ผลจากการระเบิดในครั้งนี้ทำให้หลายพันครอบครัวต้องย้ายออกไป แมรี่ในวัย 72 ก็ถูกย้ายบ้านด้วย

หลังย้ายบ้านใหม่ แมรี่เริ่มมีความกลัว มากขึ้นมาก กลัวที่จะออกจากบ้าน และพึ่งพาลูกสาว(ที่ทำงานอยู่อีกเมืองหนึ่ง) มาก บุตรสาวรู้สึกอึดอัดและรู้สึกถูกพึ่งพามากเกินไป จึงปรึกษาแพทย์ถึงปัญหาดังกล่าว แพทย์ก็รู้สึกว่าจะช่วยยังไงเพราะแมรี่อายุมากแล้ว ไม่น่าจะช่วยเหลืออะไรได้อีก แต่เนื่องจากบุตรสาวครบถ้วนแพทย์อย่างมาก แพทย์จึงส่งต่อมายังอาจารย์ Bianca

ในการพบกันครั้งแรก อาจารย์ต้องไปหาแม่ที่บ้าน เนื่องจากแม่ไม่ยอมออกจากบ้านเลย หลังจากพบกับอาจารย์ แม่รู้ให้ความร่วมมือดี โดยเล่าเหตุการณ์ในอดีตของตนให้ฟัง และเล่าบรรยายความรู้ของตนอย่างเปิดเผย แม่รู้สึกว่าขณะนี้เธอรู้สึกยิ่งแย่ไปกว่าเดิมมาก ไม่สามารถควบคุมอะไรได้เลย เธอรู้อาการนี้ไม่ใช่ระเบิดอย่างในอดีต แต่เธอก็หยุดความกลัวที่เกิดขึ้นไม่ได้

หลังการพบกันครั้งแรก อาจารย์มองว่าแม่ควรได้รับการช่วยเหลือ โดยอาจารย์วางแผนจะบำบัดรักษาด้วยแนวทาง EMDR ร่วมด้วยเนื่องจาก ครั้งนั้นเมื่อเกิดระเบิดที่เมือง Rotterdam ผู้ป่วยไม่สามารถทำหรือจัดการอะไรได้เลย รู้สึก hopeless และ helpless

หลังจากบำบัดแบบ EMDR ไป 3 sessions ผู้ป่วยมองเป้าหมายของการบำบัดว่า อยากที่จะสามารถ cope with it ได้ ต่อมาอาจารย์ดำเนินการบำบัดด้วยแนวทาง CMT ต่ออีก 10 sessions ร่วมกับแนว Imagery Invivo ร่วมกับ Exposure therapy พบว่า ผู้ป่วยสามารถเกิดการเปลี่ยนแปลงได้มากกว่าคนอายุน้อยกว่ามาก โดยใน session ที่ 6 ผู้ป่วยสามารถโทรชวนเพื่อนไปเที่ยวบาร์ข้างนอกได้ เป้าหมายของผู้ป่วย ณ ขณะนั้นคือ สามารถไปคนเดียวได้ และแม่ก็ก็สามารถทำได้จริง หลัง session ที่ 10

8 เดือน หลังจากการบำบัดรักษา (follow up) พบว่า ระดับความกลัวลดลงจากเดิมอย่างมาก และแม่ก็ไม่กลัวที่จะออกไปข้างนอกลำพังอีกต่อไป

ผลการบำบัดรักษาทำให้แพทย์อายุรกรรม รู้สึกประหลาดใจ และทึ่งกับการบำบัดรักษา เพราะไม่เชื่อว่าคนไข้อายุมากกว่า 70 จะสามารถเปลี่ยนแปลงอะไรได้อีก

อาจารย์ Bianca กล่าวย่ำว่า ปกติแล้วในการทำบำบัด ก็มีทั้งกรณีที่ประสบความสำเร็จและไม่สำเร็จด้วยเช่นกัน

Life Review Therapy

แนวทางการบำบัดรักษาพัฒนาโดย มหาวิทยาลัย Enschede และได้อิทธิพลมาจากแนวคิด Positive Psychology มาก โดยแนวบำบัดแบบนี้ไม่เน้นย้ำในอาการความเจ็บป่วยของคนไข้ โดยในสถาบันของอาจารย์มักจะใช้แนวทาง LRT เป็นหลัก ในการบำบัดดูแลกลุ่มผู้สูงอายุ และผู้สูงวัยที่มีปัญหา dementia

โดยมีเป้าหมายในการสร้างกระบวนการคิดเชิงบวกในชีวิตของผู้ป่วย โดยการเพิ่ม positive self identity and autonomy และลดความคิดแง่ลบต่อตนเอง

ขั้นตอน 5 sessions

session 1 : Introduction เป็นการอธิบายให้ผู้ผู้ป่วยได้ทราบ และเข้าใจถึงรูปแบบ กระบวนการของการบำบัด เนื่องจากมันจะไม่เหมือนกับแนวทางอื่นนัก เพราะเป็นการสร้าง กระบวนการคิดใหม่ โดยให้พูดคุยแต่เรื่องดีๆ เท่านั้น

session 2 : เป็นการให้ผู้ผู้ป่วยได้เล่าถึงความทรงจำที่ดีของชีวิต ในช่วงวัย 0 – 12 ปี

session 3 : เป็นการให้ผู้ผู้ป่วยได้เล่าถึงความทรงจำที่ดีของชีวิต ในช่วงวัย 12 – 18 ปี

session 4 : เป็นการให้ผู้ผู้ป่วยได้เล่าถึงความทรงจำที่ดีของชีวิต ในช่วงวัยผู้ใหญ่หรือวัยทำงาน

session 5 : เป็นการให้ผู้ผู้ป่วยได้เล่าถึงความทรงจำที่ดีของชีวิตในภาพรวม

ระหว่างการเล่าเรื่องราวต่างๆ ผู้บำบัดจะต้องถามคำถาม และพูดกระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยระลึกถึงความทรงจำในอดีต อาทิ การถามถึง ของเล่นชิ้นโปรด – คุณครูคนโปรด และอะไรที่พิเศษในคุณคนนี่ที่ทำให้ผู้ป่วยประทับใจ – วันเกิด หรือการฉลองที่ประทับใจ – วันที่ไปเที่ยวกับครอบครัว เป็นต้น

หากผู้ป่วยพยายามจะเล่าเรื่องที่เป็นความทรงจำที่ไม่ดี ผู้บำบัดจะพยายามช่วยเปลี่ยนเรื่องให้กลับมาในเชิงบวก การบำบัดแบบนี้ต้องใจเย็นๆ และให้เวลากับผู้ป่วย หากมีอุปสรรคก็จะช่วยได้มาก เช่นภาพถ่าย เป็นต้น

ปกติแล้วจะใช้เวลาในแต่ละ session ประมาณ 45 นาที แต่หากบางครั้งทำได้น้อย เช่นได้แค่ 20 นาที ก็ต้องเพิ่มจำนวน session หรือถ้าผู้ป่วยมีเรื่องราวเล่าเยอะ ก็สามารถเพิ่มจำนวน session ได้ คำถามและการพูดกระตุ้น จะช่วยผู้ป่วยได้มาก เนื่องจากจะไปช่วยกระตุ้น positive network และลดอารมณ์เศร้าได้ดี (จากการทดลองของเพื่อนอาจารย์ในมหาวิทยาลัย Enschede) แต่ไม่ได้เหมาะสำหรับผู้ป่วยทุกราย 5 sessions LRT เหมาะสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าระดับอ่อนถึงปานกลาง ไม่เหมาะกับผู้ป่วยที่ซึมเศร้ารุนแรง โดยอาจมีการส่งเสริมการทำกิจกรรมและออกกำลังกายร่วมไปด้วยก็จะดี นอกจากนี้ อาจนำแนวคิดนี้ไปใช้ในการบำบัดแบบกลุ่ม ได้ แม้จะยังไม่มีการวิจัยรองรับแต่ที่ผ่านมามีผลดี

Narrative Exposure Therapy (NET)

การบำบัดแนวนี้พัฒนามาจากการทำงานในค่ายผู้อพยพชาวอุกันดา ทวีปแอฟริกา ที่ได้รับผลกระทบจากสงครามและภาวะ PTSD โดยผู้อพยพกลุ่มนี้ส่วนใหญ่จะมีเรื่องราวที่เป็นบาดแผลในชีวิตมากมายหลายอย่างและหลายครั้ง (multiple-trauma) ซึ่งในการบำบัดแนวนี้จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถวางโครงสร้างเกี่ยวกับชีวิตของตนเองได้ดียิ่งขึ้น โดยจะให้ความสำคัญกับสิ่งสำคัญที่เกิดขึ้นในชีวิต ทั้งด้านดีและร้าย โดยใช้เชือกวางเป็นแนวยาว แสดงระยะเวลาจากอดีตจนถึงปัจจุบันและขีดเชือกส่วนที่เหลือเป็นอนาคตที่ยังมาไม่ถึง และให้นำอุปกรณ์สองชนิดเป็นตัวแทนเหตุการณ์ในแลตตีและร้าย มาวางที่เส้นเชือกนี้

เช่น ผู้อพยพคนหนึ่งเลือกใช้ก้อนหินแทนเหตุการณ์ร้าย และดอกไม้แทนเหตุการณ์ที่ดี

ปกติแล้วการบำบัดแนวนี้จะใช้เวลา 90 นาทีกับกลุ่ม PTSD และอาจลดลงเหลือ 30 นาที กับกลุ่มที่มีปัญหาความจำ เมื่อวางอุปกรณ์เสร็จให้ผู้ป่วยบอกถึงเหตุการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้น ระวังไม่ให้ผู้ป่วยเล่ายาวเกินไป ให้ผู้ป่วยสรุป โดยให้บอกแก่ผู้ป่วยว่าจะกลับมาคุยกันอีกในภายหลัง เมื่อเสร็จแล้วให้ถ่ายรูปเก็บไว้ และให้ผู้ป่วยนำกลับบ้านได้ การบำบัดแนวนี้จะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกดีตึงเครียดน้อยกว่า เพราะไม่ได้ เน้นย้ำกับเรื่องใดเรื่องใดเยอะมากๆ และเทคนิคที่ใช้ก็ไม่ยุ่งยาก (เนื่องจากเดิมเป็นการบำบัดผู้อพยพในค่าย)

การบำบัดแนวนี้ทำให้ผู้ป่วยมองใหม่ว่า ชีวิตไม่ได้มีเรื่องร้ายๆ แต่ยังมีเรื่องดีๆ เกิดขึ้นด้วย

การเล่าเรื่องราวต่างๆตามลำดับขั้นของเวลานั้นเป็นเรื่องสำคัญมาก และต้องพยายามช่วยให้เขาได้ก้าวต่อไปข้างหน้าให้ได้

ข้อดีอีกประการของการบำบัดแนวนี้คือ การเชื่อม cold memory และ warm memory เข้าด้วยกัน

cold หมายถึง เวลา สถานที่ และสถานการณ์ที่เกิดขึ้น (อะไร ที่ไหน เมื่อไหร่ when where what)

warm หมายถึง ประสบการณ์ด้านประสาทสัมผัส อารมณ์ความรู้สึก กระบวนการคิด และการตอบสนองทางร่างกาย โดยปกติแล้วคนทั่วไปจะมีความทรงจำที่ cold และ warm memory มาพร้อมกัน สอดคล้องกัน

แต่สำหรับกลุ่ม PTSD สองส่วนนี้จะแยกออกจากกัน เช่น ผู้ป่วยรายหนึ่งเมื่อเห็นรถสีแดง ก็จะเกิดความกลัวอย่างมากขึ้นมา

ในการบำบัดรักษาให้ผู้ป่วยนึกให้ได้ว่าก่อนนี้เกิดอะไรขึ้น เช่นถูกชนหรือเฉี่ยวโดยรถสีแดงมาก่อน

นึกได้แล้วก็ให้เล่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ถ้าผู้ป่วยเล่าแต่เหตุการณ์ (cold memory) ให้ผู้ป่วยเล่าความรู้สึกและการตอบสนองที่เกิดขึ้นด้วย (warm memory)

การเชื่อม warm memory ที่เกิดขึ้นของผู้ป่วย PTSD เข้ากับ cold memory จะช่วยให้ผู้ป่วยมองอาการของตน (PTSD symptoms) ที่เกิดขึ้นอย่างเข้าใจ โดยเข้าใจว่า warm memory เกิดจากอะไร ความกังวลของเขาเกิดจากอะไร ทำให้ลดอาการเสมือนอยู่ในเหตุการณ์จริง และเพิ่มความสามารถในการควบคุมจัดการได้มากขึ้น

กรณีที่ผู้ป่วยมีความต้องการที่จะก้าวร้าว ความอับอาย หรือความรู้สึกผิดมาก อาจใช้ imaginary มาช่วยด้วยได้ ซึ่งแม้

จะไม่ได้เป็นเทคนิคของ narrative exposure therapy NET โดยตรง แต่ก็เอามาช่วยตรงนี้ได้

Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR)

พัฒนาโดย Shapiro ในปี ค.ศ. 1989 พัฒนาจากหลากหลายแนวคิดการทำจิตบำบัด อาทิ psychodynamic cognitive-behavioral experiential interpersonal และ physiological จนเกิดเป็น EMDR

ในช่วงแรกของการนำเสนอแนวทางการบำบัดนี้ หลายคนรู้สึกว่าการแบบแบบนี้ดูไม่น่าเชื่อถือ อาจเป็นเพราะนักบำบัดที่นำเสนอ มักเน้นเรื่องการใช้ระยะเวลาอันสั้นในการบำบัด ตลอดจนรูปแบบการบำบัดที่ดูเหมือนมายากล เวทมนตร์ แต่ในปัจจุบันมีการทำวิจัยเกี่ยวกับการบำบัดนี้ทั่วโลก

อาจารย์ Bianca มองว่า การบำบัดแนวนี้ให้ประสบความสำเร็จ จริงๆแล้ว ใช้เวลานาน มันเป็นไปได้กับการบำบัดได้ก็ตามที่สามารถให้ผลในเวลาอันสั้น

ยิ่งในกลุ่มผู้ป่วยที่มี multiple trauma หรือมีพยาธิสภาพทางจิตใจอย่างอื่นร่วมด้วย ยิ่งต้องใช้เวลามากขึ้น

ในการบำบัดแบบ EMDR ผู้บำบัดต้องอธิบายให้คนไข้ทราบ เข้าใจ และยอมรับ แนวทางการบำบัด และความแตกต่างกับการบำบัดแนวอื่น และให้คนไข้ทราบว่าใน session คนไข้ต้องเจออะไรบ้าง

ผลจากการทำการบำบัดด้วย EMDR จะพบว่าความทรงจำที่มี emotional and psychological distress ถูกทำให้ ลางเลือนหรือถูกลบออกไป ผู้ป่วยสามารถอยู่กับความคิดและความเชื่อใหม่ (positive) ที่เข้าไปแทนที่ได้ EMDR เกี่ยวข้องกับระบบสมองหรือไม่

ตามทฤษฎีแล้วเกี่ยวข้องกัน เหมือนกับช่วงเวลาที่คนเรานอนหลับพักผ่อน จะมีช่วง information processing phase เป็นการจัดระบบเรียบของข้อมูลในสมองใหม่

บางทฤษฎีบอกว่า เป็นการกระตุ้นสมองสองข้าง Bilateral stimulation ให้สมองซีกขวาและซ้ายมีการทำงาน เชื่อมโยงได้ดีขึ้น

แต่ทั้งสองแนวคิดนี้ก็ไม่ได้มีหลักฐานทางวิทยาศาสตร์มาพิสูจน์ได้แน่ชัด สิ่งเดียวที่อาจบอกได้คือ ผลคะแนนจากการทดสอบ working memory

ความทรงจำเกี่ยวกับ trauma เป็นส่วนหนึ่งใน working memory ขณะที่ให้นึกถึงสถานการณ์และอารมณ์ที่เกิดขึ้น จาก trauma นั้น ผู้บำบัดทำการ tapping หรือ eye movement ซึ่งเป็นการกระตุ้นใหม่ที่จะเข้าไปแทนที่ ความจำนั้นๆในขณะที่ทำการ working memory เพิ่มการทำงาน (cognitive load) ให้กับระบบ working memory เมื่อทำไปเรื่อยๆ ผลที่ได้คือ อารมณ์เชิงลบจาก trauma นั้นหายไป

อย่างไรก็ตาม คนแต่ละคนจะตอบสนองต่อแต่ละเทคนิค ต่างๆ กันไป จึงควรลองและเลือกใช้ให้เหมาะกับแต่ละคน

เปรียบเทียบ EMDR กับ Exposure Technique

จากประสบการณ์ของอาจารย์ Bianca พบว่าได้ผลลัพธ์ที่ไม่แตกต่างกัน

EMDR จะลดอาการจาก PTSD ลงได้เร็วกว่า แต่ไม่ได้ลดลงเร็วได้ทุกรายไป

จำนวน session ที่ใช้อยู่ประมาณ 8 – 12 sessions แต่หากผู้ป่วยมีปัญหาด้านบุคลิกภาพร่วมด้วย จะใช้เวลามากขึ้น ประมาณ 25 session

EMDR เป็นการบำบัดที่ไม่ตรงไปตรงมานัก แม้จะมีการเปลี่ยนแปลงที่รวดเร็ว แต่ก็ไม่ได้หมายความว่าผู้ป่วยจะมีการต่อต้านการรักษา (ในการบำบัดแนวอื่นส่วนใหญ่แล้ว การเปลี่ยนแปลงที่เร็ว เป็นสัญญาณของการไม่ยอมรับการรักษาอีกต่อไป)

การเน้นเรื่องการอยู่กับประสบการณ์ปัจจุบันของการบำบัดแนว EMDR ไม่ได้เป็นข้อกำหนดในการบำบัด

ใน EMDR จะให้ความสำคัญกับ การทำการจดจ่ออยู่กับความทรงจำที่เลวร้าย (traumatic memory) กับตัวกระตุ้นในปัจจุบัน (concurrent task) ไปพร้อมกัน

Prolonged Exposure (PE)

การบำบัดแบบนี้ได้ถูกใช้กับผู้ป่วย PTSD ในประเทศ สหรัฐอเมริกามานานหลายปีแล้ว วิธีการหลักคือทำให้ผู้ป่วยพูดเล่าเรื่องราวที่เป็น traumatic experience ให้มากและละเอียดเท่าที่จะทำได้ โดยผู้บำบัดจะใช้เทคนิคหลายหลายมาตั้งคำถามเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเล่าเรื่องได้มากขึ้นทั้งในส่วนของเรื่องราวที่เกิดขึ้นตลอดจนอารมณ์ความรู้สึกและปฏิกิริยาที่เกิดขึ้น (คล้ายๆ กับ cold & warm memory ใน NET)

โดยในการเล่าเรื่องทุกครั้งในแต่ละ session จะมีการบันทึกเสียงไว้ด้วย และให้ผู้ป่วยนำกลับไปฟังที่บ้านทุกวันเป็นเวลา 7 วัน จนกว่าจะมาพบผู้บำบัดในสัปดาห์ถัดไปและได้การบันทึกใหม่ไปฟัง

นอกจากนี้จะมีการให้การบ้านโดยการให้ผู้ป่วยเผชิญหน้ากับสิ่งหรือสถานการณ์ที่กลัว ตามหลักการที่ว่า ยิ่งหลีกเลี่ยงยิ่งกลัวมากขึ้น

กระบวนการที่เกิดขึ้นในการบำบัดแบบนี้เป็นการทำงานตามแนวคิดการประมวลผลทางด้านอารมณ์ (Foa and Kozak, 1986) เป็นการให้ความสำคัญของการกระตุ้นความทรงจำ และเป็นการทบทวนสิ่งที่เกิดขึ้นในความทรงจำนั้นๆว่าเป็นองค์ประกอบของพยาธิสภาพหรืออาการในปัจจุบันอย่างไร

การเลือกใช้แนวทางการบำบัด

- หากมี multiple trauma ควรใช้ แบบ NET
- หากมี อาการหลักๆเป็นภาพในอดีต (imaginary & flash back) ควรใช้แบบ EMDR
- ไม่มีแนวทางใดที่เป็นแนวทางที่ดีที่สุด ดังนั้นอาจสอบถามพูดคุยถึงความต้องการของผู้ป่วยก่อน โดยอธิบายแนวทางวิธีของแต่ละแนวให้ฟังคร่าวๆ
- ในผู้ป่วยบางรายอาจใช้หลายแนวทาง สิ่งสำคัญคือ ต้องอธิบายให้ชัดเจนถึงเหตุผลในการเปลี่ยนแนวทางการบำบัดรักษา และแต่ละอันมีรายละเอียดอย่างไร

แนวทางการบำบัดผู้ป่วยสูงอายุที่มี Personality Disorder

เป้าหมายของการบำบัดไม่ใช่เพียงแค่การให้ผู้ป่วยอยู่ต่อไปได้ แต่คือการทำให้มีการเปลี่ยนแปลงโดยลดอาการปัญหาและเพิ่มการปรับตัวต่อโลกความเป็นจริง ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักไม่ยอมรับว่าเป็นปัญหาของตนเองและไม่ตระหนักว่ามีอาการที่เป็นพยาธิสภาพ ดังนั้นจึงเป็นเรื่องยากที่จะทำให้ยอมรับและขอความช่วยเหลือจากภายนอก การที่ผู้บำบัดช่วยให้ผู้ป่วยมองย้อนกลับไปในชีวิตของตนและยอมรับว่ามีบางอย่างที่ไม่เป็นไปอย่างที่ควรหรืออย่างที่ยังหวัง เป็นสิ่งที่ทำได้และช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงได้

คำแนะนำในการบำบัดผู้ป่วย Personality Disorder กลุ่มต่างๆ

Cluster A

หลีกเลี่ยงการพูดคุยเกี่ยวกับอารมณ์ความรู้สึก อย่าพยายามเปลี่ยนแปลงแนวคิดที่ไม่สมเหตุสมผล (irrational thinking) โดยให้คุยตามน้ำไป อาจทำได้เพียงความคิดเล็กๆต่อบางสิ่งเท่านั้น ไม่ควรพยายามเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตหรือกิจกรรมตามความเชื่อส่วนตัว ให้ปล่อยไว้อย่างนั้น อย่าพยายามจูงใจให้เข้าร่วมกับกิจกรรมเชิงสังคม และอย่า confront ผู้ป่วยเด็ดขาด

สำหรับคนไข้กลุ่มนี้ ให้ยอมรับพฤติกรรมคล้ายอารมณ์เศร้า (pseudo-depressed) รักษาระยะห่างของสัมพันธภาพ ระวังให้มากในการปรับความคิดที่ไม่สมเหตุสมผล โดยส่งเสริมกิจกรรมที่สามารถทำได้คนเดียว และเพิ่มกิจกรรม

ในชีวิตประจำวัน

Cluster B

เมื่อผู้ป่วยคุยโอ้อวดหรือความภาคภูมิใจในเรื่องใดๆก็ตาม อย่าพยายามให้เขาระวังหรือเก็บความรู้สึก ปล่อยให้ไป โดยผู้บำบัดควรแสดงความจริงใจในการรับฟังเรื่องราวต่างๆ แต่อย่าเสแสร้งจนเกินความจริง หากผู้ป่วยมีอาการมากให้ทำอย่างปฏิบัติกับกลุ่ม A คือ อย่า confront พยายามให้เวลากับผู้ป่วยให้มาก

ในการพูดคุยเกี่ยวกับปัญหาต่างๆ ผู้บำบัดอย่าพยายามช่วยผู้ป่วยแก้ปัญหา

โดยให้แสดงความรู้สึกที่เป็นกลางอย่างจริงใจ ด้วยทัศนคติที่มั่นใจ มีการกำหนดการนัดหมายหรือกำหนดการต่างๆให้ชัดเจน กรณีที่ผู้ป่วยมาสายเป็นประจำ ไม่ต้องถามถึงเหตุผล แต่ให้ถามว่าจะให้ทำอะไรกับเวลาที่เหลืออยู่ เหลือเท่าไรก็ให้เวลาคูยเท่านั้น แม้ผู้ป่วยจะอ้างเหตุผลปัญหาต่างๆ เพื่อขอต่อเวลาเพิ่ม ให้ผู้บำบัดยืนยัน การมาตรงเวลาเพื่อจะได้มีเวลามากขึ้นในการพูดคุยกัน

นอกจากนี้ให้ระวัง กรณีที่ผู้ป่วยมักตั้งคำถามแทนผู้บำบัด และดูเหมือนจะควบคุมบทสนทนา ให้ผู้บำบัดแทรกเพื่อหยุด และบอกว่า นี่ไม่ใช่สิ่งที่คุณ(ผู้ป่วย) ควรทำในช่วงเวลาของการบำบัดนี้

Cluster C

สำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้ ผู้บำบัดไม่ควรไปรับผิดชอบอะไรเกินกว่าที่ควรจะทำ อย่าเปลี่ยนแปลงกฎระเบียบใดๆ หรือข้อตกลงใดๆ สำหรับผู้ป่วย อย่าทำการนัดหมายตามความพอใจของผู้ป่วยหรืออย่างสุ่มๆ

หลีกเลี่ยงการให้ความสำคัญกับความคิดเชิงสร้างสรรค์หรือจินตนาการของผู้ป่วย และอย่าพูดคุยถกเถียงเกี่ยวกับแนวคิดเชิงลบ โดยให้เน้นการให้ผู้ป่วยตัดสินใจและจัดการสิ่งต่างๆด้วยตนเอง รักษาการนัดหมายให้ตรงเวลา ส่งเสริมการทำอะไรด้วยตนเอง โดยไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น และพยายามเสริมสร้างความเชื่อมั่นในตนเองสำหรับผู้ป่วย

DAY II

Pathological Aging (พยาธิสภาพในวัยสูงอายุ)

Dementia หรือภาวะความเสื่อมของสมอง หรือโรคสมองเสื่อม ความจริงแล้วมีสาเหตุมากกว่า 70 สาเหตุ และมีอาการหลากหลาย ไม่ใช่เพียงแค่ปัญหาด้านความจำแต่เพียงอย่างเดียว

รูปแบบของ Dementia หรือภาวะสมองเสื่อมที่พบบ่อย ได้แก่ Alzheimer's , Frontotemporal lobe degeneration, Dementia with Lewy Bodies, Vascular disorders, Mild Cognitive Impairment, และ Parkinson's disease

ในการบำบัดรักษาแต่เดิม ไม่มีการแยกประเภทของโรคสมองเสื่อม แต่การแยกโรคโดยการแยกสาเหตุในปัจจุบันทำให้เราเห็นความแตกต่างของอาการปัญหาและเพิ่มประสิทธิภาพในการบำบัดรักษาได้ดีขึ้น เช่น ในกรณี frontal lobe dementia มักมีปัญหายาอาการด้าน memory, attention, executive function, และ Alzheimer's หากเป็นกรณี dementia จากบริเวณ basal ganglia ก็จะมีปัญหาหลักด้านการเคลื่อนไหว เช่นในกลุ่มโรค

Parkinson's

การหาความแตกต่างมีความซับซ้อนมากขึ้น เช่น ในกลุ่ม Lewy Body Dementia ที่เป็น Dementia ที่มาจากความผิดปกติของบริเวณสมอง 2 ส่วนด้วยกัน cortical และ subcortical features

ทำไมต้องแยกประเภท Dementia

- โอกาสและความเป็นไปได้ของแนวทางการบำบัดรักษาแบบใหม่ๆ

- การวินิจฉัยมีความสำคัญมาก
- มีคำถามที่ต้องตอบในเชิงความเสี่ยงและโอกาสเกิดของโรคในลูกหลานหรือญาติ

อาจารย์ Bianca เล่าว่า เมื่อ 25 ปีก่อน สมัยที่อาจารย์เริ่มทำงาน ไม่ได้มีการแยกโรคอย่างที่กล่าวข้างต้น การแยกมีเพียงแค่แยก dementia ออกจาก depression เท่านั้น และทั้งหมดเป็นการส่งประเมินโดยแพทย์ แต่เดิมมักมองว่า depression เป็นการตอบสนองทางจิตใจ ไม่ใช่เป็นอาการจาก dementia ดังนั้น เมื่อมองว่า depression ที่เกิดขึ้นมาจาก dementia ก็จะไม่ได้รับการรักษา เนื่องจากมองว่ารักษาไม่ได้

จากที่เรียนไปเมื่อวาน จะเห็นว่า Depression ใน Dementia แม้จะเป็นผู้สูงอายุ แต่ก็รักษาได้ และ Depression ก็ไม่ใช่ปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นจากการมีภาวะสมองเสื่อม แต่เป็นสัญญาณแรกของภาวะสมองเสื่อม ดังนั้นในปัจจุบัน การแยกโรค depression จาก dementia จึงไม่ค่อยมีให้เห็นแล้ว โดยจะเป็นการประเมินความรุนแรงของอาการ depression และ ภาวะ dementia และประเมินประเภทสาเหตุของ dementia เพื่อการบำบัดรักษาต่อไป

สิ่งสำคัญคือ การหาว่าอะไรเป็นสาเหตุของภาวะ Dementia ดังนั้นเมื่อได้สาเหตุ เราก็จะสามารถวินิจฉัย และเตรียมข้อมูลให้แก่ผู้ป่วยและญาติ เพื่อการเตรียมตัวรับมือกับการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมและอารมณ์ที่จะเกิดขึ้นของผู้ป่วย ตลอดจนโอกาสเกิดของโรคในรุ่นลูกหลาน (พันธุกรรม) เช่น มีโอกาส 40 % สำหรับกลุ่ม Frontotemporal lobe degeneration เป็นต้น

Alzheimer's Dementia (AD)

เป็นโรคในกลุ่ม dementia ที่พบบ่อยที่สุด มักมีโอกาสเกิดโรคเพิ่มขึ้นตามวัยที่สูงขึ้น โดยสถิติแล้ว คนที่มีอายุ 60 ปี จะมีโอกาสเกิดโรคนี้ 5 % แต่สำหรับคนอายุ 80 ปีขึ้นไป จะมีโอกาสเป็นโรคนี้ถึง 20-25 % อาการนำของโรคจะมองยากมาก และไม่พบในช่วงอายุน้อย แต่จะมาให้เห็นหลังจากอายุ 60 ปี เป็นส่วนใหญ่ อย่างไรก็ตามก็มีปัจจัยอีกหลายอย่างในปัจจุบันที่ทำให้คนเกิดโรคนี้และมีอาการให้เห็นได้ตั้งแต่อายุ 40 ปี จากสถิติแล้วเพศหญิงมักอายุยืนกว่าเพศชาย ดังนั้นจึงพบว่ามีการเกิดของโรคในเพศหญิงมากกว่า

ในการสัมภาษณ์ประวัติอาการจากผู้ป่วย มันเป็นการยากสำหรับผู้ป่วยเองที่จะบอกได้ว่าอาการความผิดปกตินั้นเกิดขึ้นเมื่อใด เนื่องจากความคล้ายคลึงกันของ Alzheimer's และ Normal Aging ขณะเดียวกันก็พบว่า มีผู้สูงอายุหลายรายที่มีอาการ Normal Aging แต่วิตกกังวลว่าตนจะมีภาวะสมองเสื่อม เป็นต้น ดังนั้นในการประเมินทดสอบทางจิตวิทยาคลินิก ไม่ควรทำทดสอบเพียงอย่างเดียว โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงแรกเริ่มของอาการ จึงควรทำการประเมินหลากหลายด้าน และให้ผู้ป่วยกลับมาประเมินซ้ำใหม่ ใน 1 ปี กรณีที่ผู้ป่วยเป็น Alzheimer's มักพบว่า เวลาจะเป็นตัวเร่งให้เกิดอาการมากขึ้นและสามารถเห็นได้ชัดเจนมากขึ้น ขณะที่ Normal Aging มีความเสื่อมลงช้ากว่า โดยพบว่า Alzheimer's มีพัฒนาการของอาการแบบค่อยเป็นค่อยไป แต่จะสามารถเห็นการเปลี่ยนแปลงอย่างมากได้ในช่วงเวลา 8 ปี Alzheimer's ที่พบในวัยหนุ่มสาว มักเป็นเหตุผลทางพันธุกรรมมากกว่า กรณีที่พบปัญหาในหญิงวัย 65 ปี ยังไม่น่ากังวลเท่ากับเมื่อพบในหญิงวัย 45 ปี สาเหตุทางพันธุกรรม มาจากความผิดปกติของ chromosome หรือลักษณะโปรตีนในสมอง โดยเมื่อเริ่มมีอาการของ Alzheimer's จะสามารถพบรอยโรคได้ในสมองส่วน Hippocampus ดังนั้นอาการหรือสัญญาณแรกที่พบจึงเกี่ยวข้องกับปัญหาด้านการจำ

นอกจากนี้ ยังพบว่าการมีระดับ Amyloid มาก ก็ทำให้เซลล์ประสาทตายได้ ในกรณีนี้มีสองลักษณะคือ การมี Neurofibrillary Tangles ในเซลล์ประสาท และการมี Senile Plaques อยู่รอบๆ เซลล์ประสาท

Cognition in Alzheimer's Dementia

สัญญาณแรกที่มีมักพบคือปัญหาด้านการจำ จึงเป็นเรื่องไม่ง่ายในการแยกโรค ระหว่าง Aging โดยทั่วไป ปัญหาด้านการจำในกลุ่ม Alzheimer's มักเป็น

- ความยากลำบากในการจดจำการนัดหมายต่างๆ
- impaired recall of recent event (กลุ่ม Alzheimer's จะจดจำเรื่องราวในอดีตเก่าๆ ได้ดีกว่า)
- การพูดซ้ำๆ เรื่องเดิมๆ โดยไม่รู้ตัว
- มีแนวโน้มที่วางของผิดที่ โดยวางในที่ที่ไม่ควรจะวางของนั้น อาทิ วางแว่นตาไว้ในตู้เย็น เป็นต้น และมักคิดโทษคนอื่น ๆ ว่านำของของตนที่หาไม่เจอนั้น ไปซ่อน หรือวางไว้ไม่เป็นที่ทำให้หาไม่เจอ

ในการแยก Alzheimer's กับ Normal Aging

Aging โดยทั่วไปจะกังวลว่าตนจะเป็น Alzheimer's หรือ Dementia ดังนั้นหากพบว่าญาติมีความกังวลในปัญหาด้านการจำของผู้สูงวัยมากกว่าเจ้าตัวเองแล้ว ก็อาจนึกถึงพยาธิสภาพของภาวะสมองเสื่อมได้เลย

ในการประเมินเชิงประสาทจิตวิทยา (Neuropsychological assessment) มักพบว่ากลุ่ม Alzheimer's มี impairment ในการทดสอบ wordlist learning, storage recall, และ face & object memory นอกจากนี้ยังทำทดสอบได้ไม่ดีในด้าน visual and verbal memory กล่าวคือมีความแตกต่างระหว่างการทำงานของสมองซีกซ้ายและขวา

ถ้าพบ impairment ใน verbal memory มากกว่า visual memory อาจชี้บ่งถึง พยาธิสภาพในสมองซีกซ้าย
ถ้าพบ impairment ใน visual memory มากกว่า verbal memory อาจชี้บ่งถึง พยาธิสภาพในสมองซีกขวา

จากที่เกริ่นไว้ในวันแรกของการอบรม ว่า brain scan อาจจะดูแย่ แต่จริงๆแล้ว ระดับความรุนแรงของโรคอาจไม่ได้แย่นขนาดนั้น ดังนั้นจึงควรมี การทำการประเมินทดสอบทางจิตวิทยา เพื่อดู functioning ของผู้ป่วยร่วมไปด้วย

ในการประเมินเชิงประสาทจิตวิทยา (Neuropsychological assessment) นั้น ยังพบว่า deficit ใน working memory ก็เป็นสัญญาณสำคัญอีกอย่างหนึ่งของภาวะ Alzheimer's

การมีคำถามที่มีความยาวของประโยคและให้ผู้ป่วยประมวลคิด ผู้ป่วยจะทำหน้าหงาย และบอกว่าทำไม่ได้ หรือพบว่าเมื่อผู้ป่วยเล่าเรื่องใดซักเรื่องหนึ่งไปซักพัก เมื่อถึงกลางๆเรื่องจะลืมนำเป้าหมายของการเล่าเรื่องนี้คืออะไร ตรงนี้มองว่าเป็นเหตุมาจาก Distractibility

สำหรับใน Digit Span มักพบว่า ผู้ป่วยมักขอให้ผู้ตรวจพูดคำสั่งซ้ำ นอกจากนี้พบว่า ผู้ป่วย Alzheimer's มีจุดอ่อนในด้าน Executive function ด้วยเช่นกัน แต่ไม่พบหลักฐานจาก brain scan ใน frontal lobe ซึ่งตามปกติแล้ว ความเสียหายของสมองส่วน frontal lobe จะพบได้ช้ากว่า หากตรวจด้วย brain scan

การใช้ภาษาสื่อสาร สำหรับ Alzheimer's Dementia

มักพบปัญหาในการคิดคำมาใช้สื่อสาร โดยผู้ป่วยมีแนวโน้มที่จะใช้คำศัพท์ง่าย ๆ คำต่างๆไปในการสื่อสาร แต่จะไม่สามารถนึกคำศัพท์ที่สื่อความหมายได้ตรงๆ

นอกจากนี้ยังมีปัญหาการพูดไม่ต่อเนื่อง เพราะปัญหาด้าน working memory และปัญหาที่ไม่ได้เห็นเฉพาะในการพูดเท่านั้น ยังสามารถสังเกตได้ในการเขียน การสะกด และการอ่านอีกด้วย

Perception และ Spatial Skills ใน Alzheimer's Dementia

เนื่องจากปัญหาด้าน spatial reasoning จึงมักพบว่า ผู้ป่วย Alzheimer's มักเกิดอุบัติเหตุจากการขับรถบ่อยครั้ง และมีปัญหาการจดตรรกะมาก เนื่องจากกะระยะไม่ถูก แต่ถ้าพบว่าผู้ป่วยมีการขับรถผิดทางหรือสวนทางด้วยอาจแสดงให้เห็นถึงความรุนแรงของภาวะเสื่อมทางสมองที่มากขึ้น

ในระยะแรกของการดำเนินโรค มักพบปัญหาในการแต่งตัว ผู้ป่วยมักกลัวตกบันได เนื่องจากตัดสินใจเรื่องของ spatial ไม่ได้

Constructional Tasks

การวาดภาพนาฬิกา เป็นการประเมินความสามารถด้าน Spatial Orientation

ผู้ป่วย Alzheimer's แม้จะวาดออกมาไม่ดี แต่มักยอมรับผลงานของตนเองได้ โดยบอกว่าดีแล้ว ในขณะที่คนสูงอายุที่ไม่มีภาวะ Alzheimer's แต่มีปัญหาด้าน motor ทำให้วาดออกมาไม่ดี นั้น มักไม่ยอมรับผลงานของตนเอง เนื่องจากมองเห็นความไม่สวยหรือความไม่ถูกต้องของภาพที่วาด

จากภาพประกอบในสไลด์ที่ 23-24 หน้า 4 จะเห็นว่า ภาพในสไลด์ 23 คู่มือดี ไม่ perfect แต่เมื่อเทียบกับภาพในสไลด์ 24 จะเห็นว่า ดีกว่ามาก นอกจากนี้ขณะที่ผู้สูงวัยวาดภาพในสไลด์ที่ 23 นั้น มีกระบวนการวาดที่ดี กล่าวคือ เริ่มจากการวาดวงกลมก่อน จากนั้นลงเลข 12 , 6 , 3 , 9 ตามลำดับ และเติมตัวเลขที่เหลือลงไป สุดท้ายคือวาดเข็มนาฬิกา

แม้จะคู่มือดี แต่ภาพนี้จัดว่ายอมรับได้ เช่นเดียวกับที่พบในคนสูงวัยทั่วไป ที่อาจมีการวาดเข็มนาฬิกาไม่เท่ากันบ้าง หรือวางตัวเลขไม่พอดีแปะบ้าง ขณะที่ภาพในสไลด์ 24 มีความผิดปกติของการลงตำแหน่งของส่วนต่างๆ ชัดเจน

อาจารย์ Bianca ยกตัวอย่างกรณีชายสูงอายุรายหนึ่ง ที่อาจารย์ให้วาดรูปนาฬิกา รายนี้ เมื่อถูกบอกให้วาด ก็เริ่มจากการปักครึ่งกระดาษเป็นสี่ส่วน ทำให้เห็นรอยพับเป็นกากบาทกลางกระดาษ เมื่อกางกระดาษออก ผู้สูงอายุท่านนี้ก็เริ่มวาดวงกลม โดยใช้รอยพับช่วยในการวาดวงกลมออกมาได้อย่างสมดุลสวยงาม จากนั้น ลงเลข 12 , 6 , 9 , และ 3 ตามลำดับ ตรงแนวรอยพับพอดี

คนใช้รายนี้นี้มาตรวจเนื่องจาก ผู้ป่วยเป็น high achievement และ perfectionist กลัวว่าตนจะมีปัญหาสมองเสื่อม แต่อาจารย์มองว่าผู้ป่วยนี้ไม่ได้มีภาวะดังกล่าว

อย่างไรก็ตามในการประเมินโดยรวมเพื่อหาข้อสรุป ควรมีการใช้แบบทดสอบอื่นมาช่วยดูควบคู่กันไปด้วย สำหรับปัญหาด้าน constructional นั้น สามารถพบในการทดสอบ block design เช่นกัน

สำหรับการประเมินผู้ป่วยที่เป็นคนหนุ่มสาวหรืออายุไม่มาก ที่มีปัญหา TBI (traumatic brain injury) อาจารย์มักจะให้ผู้ป่วยวาดภาพรถจักรยานแทน เนื่องจากจะมีความซับซ้อนกว่า

อาจารย์ Bianca เน้นย้ำว่า ประสิทธิภาพ สำคัญมากๆ ในการแปลผล เราควรเห็นภาพวาดของผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพหลากหลายแบบ เนื่องจากมันไม่มีความตายตัว เพื่อนของอาจารย์เคยนำการวาดภาพจักรยานมาทำเป็นงานวิจัย โดยพยายามสร้างระบบในการคิดคะแนน แต่เวลาผ่านไปหลายปี ก็ไม่สามารถทำรูปแบบการคิดคะแนนให้เป็นระบบได้

Executive Function ใน Alzheimer's Dementia

พบว่า ในส่วนของ social skills นั้น ไม่มีความเสียหายนัก ซึ่งเป็นเรื่องที่น่าแปลก เนื่องจากทักษะดังกล่าวมีความเกี่ยวข้องกับ frontal lobe ของสมองเช่นกัน โดยเป็นบริเวณเดียวกับทักษะด้าน Executive functioning จากที่กล่าวไว้ข้างต้นว่า หลายครั้งผลจาก Brain Scan และ MRI ไม่ได้แสดงให้เห็นความเสียหายของสมอง แต่ในการตรวจเชิง Functioning พบความเสียหายแล้ว ดังนั้นความเสื่อมของทักษะ social skills จะยังไม่แสดงให้เห็นนัก โดยเฉพาะในช่วงแรกของการดำเนินโรค

ความเสียหายในการทดสอบที่ประเมิน executive function ต่างๆ นั้นสามารถบ่งบอกหรือเชื่อมโยงไปยัง area ของสมองที่เกิดความเสียหายได้ อาทิ การจำ การใช้ภาษา หรือการรับรู้ต่างๆ เป็นต้น

การทำผิดพลาดซ้ำๆ ในการทดสอบ (Perseveration) และไม่สามารถเรียนรู้จากความผิดพลาดที่เกิดขึ้นได้นั้น ก็เป็นอีกปัจจัย ที่สังเกตเห็นได้ อาทิ ในการทำ tower test อาจารย์มักใช้อุปกรณ์ที่เป็นลูกบอลเป็นสีๆ ให้ผู้ป่วยทำตามแบบที่เห็น เริ่มจากช่องง่าย ด้วยบอล 2 ลูก และยากขึ้นเรื่อยๆ โดยผู้ป่วยต้องวางแผน และลงมือทำ

อาจารย์มักจะให้ผู้ป่วยเริ่มทำจากลูกบอลสีแดงก่อน 3 ช่อง จากนั้นในข้อต่อไป จะเปลี่ยนเป็นสีอื่น แต่ผู้ป่วยก็ยังใช้สีแดงมาเริ่มก่อนอยู่ดี ผู้ป่วยกลุ่ม Alzheimer's อาจพูดบอกด้วยว่าตนรู้ว่ามันมีอะไรบางอย่างผิดปกติไป หรือไม่ได้เป็นแบบนี้ แต่ก็ไม่ได้ทำการแก้ไข โดยยังทำผิดซ้ำๆ อยู่ คือไม่สามารถแก้ไขข้อผิดพลาดของตนเองหรือทำให้ถูกต้องได้

นอกเหนือจากนี้ ลักษณะ Concrete Thinking ก็เป็นอีก executive function รูปแบบที่พบได้มากในเด็กเล็กๆ และผู้ใหญ่ที่เป็น Autism หรือ Alzheimer's (เช่นเดียวกับในการทดสอบ Comprehension ในแบบทดสอบตระกูล

WAIS) คือผู้ป่วยไม่สามารถตระหนักได้ว่า จริงๆ เป็นอย่างไร ก็ตอบตามโจทย์เลย เช่น ผนตกเป็นหมาเป็นแมว คนใช้ก็ จะเข้าใจอย่างนั้นจริงๆ ไม่สามารถมองแบบนามธรรมหรือคิดเปรียบเทียบได้ เหมือนเด็กเล็กๆ ที่เตรียมตัวไปช่วยเก็บหมาและแมวที่จะตกลงมาจากฟ้า เป็นต้น ลักษณะคำตอบที่พบนี้แสดงให้เห็นถึงพยาธิสภาพ

ปัญหาด้าน Executive Function อีกอย่างที่สำคัญ คือ Mental Shifting เช่น ในการทดสอบ Trail Making Test การพิจารณาถึงการตีความหรือเข้าใจในความผิดพลาดที่เกิดขึ้นของผู้ป่วย เป็นสิ่งที่ต้องให้ความสำคัญมาก ทั้งใน Perseveration , Concrete Thinking , และ Mental Shifting

พฤติกรรมแสดงออกในกลุ่ม Alzheimer's Dementia

Social facade ถูกซ่อนอยู่ ทำให้มองไม่เห็นหรือไม่สามารถทราบข้อมูลที่บ่งบอกถึงพยาธิสภาพ

การแสดงออกทางอารมณ์ที่ดูอบอุ่นและมารยาททางสังคมที่ดีในระหว่างการสนทนา อาจปกปิดปัญหาด้าน Cognitive function ที่ซ่อนอยู่ได้

ดังนั้นจึงควรคุยกับญาติหรือคนที่รู้จักผู้ป่วยเป็นอย่างดี จึงจะได้ข้อมูลเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมของผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องแท้จริง

โดยญาติจะให้ข้อมูลในเชิง irritability ของผู้ป่วย การมีความวิตกกังวลที่มากขึ้น ปัญหาหระหว่างคู่สมรส อารมณ์ตก หรือการขาดความมั่นใจในตนเอง ของผู้ป่วย

โดยปกติแล้วในระยะเริ่มต้นไปจนระยะกลางของโรค จะไม่เห็นความผิดปกติทางด้านพฤติกรรมหรือบุคลิกภาพ

ดังนั้นถ้าเราเห็นการเปลี่ยนแปลงที่ฉับพลันทันที ควรพิจารณาถึงปัญหาอย่างอื่น

ในการดำเนินโรคของ Alzheimer's หากเริ่มเกิดในวัยสูงอายุ มักเห็นปัญหาด้านการจำก่อน ขณะที่หากเริ่มเกิดในคนวัยหนุ่มสาว จะเห็นปัญหาด้าน spatial ก่อน

จึงควรระวังไว้ว่า ปัญหาด้านการจำ ไม่ได้เป็น สัญญาณแรกสำหรับ dementia เสมอไปโดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มคนที่อายุไม่สูงนัก ส่วนในเด็กจะเป็นปัญหาด้าน conceptual มากกว่า

แนวทางการวินิจฉัยโรค Alzheimer's

- NINCDS-ARDA โดย McKahnn ในปี 1984 ให้ระดับการวินิจฉัยไว้แค่ “อาจจะเป็น” เนื่องจากยังไม่เห็นแน่ชัด
Alzheimer's Criteria ในระบบการวินิจฉัยแบบ DSM ก็ดัดแปลงเอามาจากแนวของ McKahnn ที่ทำไว้ในปี 1984 จนปัจจุบัน DSM-V ได้มีการกำหนดรายละเอียดแตกต่างออกไป
- เหตุผล 2 ข้อที่ทำให้มีข้อจำกัดในการวินิจฉัยของ McKahnn
 - การขาดความเฉพาะเจาะจง
 - เกณฑ์การประเมินช่วงเริ่มเป็นโรค ยังไม่ชัดเจนและไม่เร็วพอที่จะถูกวินิจฉัย ช่วงแรกยังไม่พบปัญหาอะไรหลายรายจึงไม่เข้า criteria ของ McKahnn และไม่ได้รับการรักษา และมีอีกหลายรายที่อาการดีขึ้นจากยา จึงถูกมองข้ามไป
- Criteria ใหม่ในปี 2011 โดย NIA-AA
 - เวลาประเมิน ต้องตระหนักว่าผู้ป่วยเข้า criteria ไหน ระหว่างของ McKahnn หรือ ของปี 2011
 - NIA-AA criteria อาจจะมีพยาธิสภาพก่อน ที่จะมีอาการชัดเจน มีการให้น้ำหนักกับ Biomarker หรือข้อบ่งชี้ทางประสาทวิทยา มากขึ้น อาทิ PIB scan และการเจาะน้ำไขสันหลังเพื่อตรวจดูร่องรอยของ Amyloid และ Protein Tangles ได้
 - การทำ Pre-clinical stage นี้ ทำให้ตรวจเจอก่อน แม้จะยังไม่มีอาการบ่งชี้ที่แสดงออกมาก ดังนั้น อาการปัญหาด้านการจำ จึงไม่ได้เป็น สัญญาณแรก (first sign) สำหรับการวินิจฉัยแต่เพียงอย่างเดียวอีกต่อไป
โดยจะมีการเน้นด้านพฤติกรรมในภาพรวมรวมไปด้วย
 - การตรวจนี้จะใช้มากกับกลุ่มผู้ป่วยอายุไม่มาก และมีสัญญาณแรก (first sign) ในปัญหาด้าน Perception ดังนั้นการให้ยาบำบัดก่อน จึงสามารถช่วยชลอความเสื่อมของโรคได้

Frontotemporal Lobe Degeneration (FTLD)

เป็นกลุ่มโรคที่กินความหมายค่อนข้างกว้าง ซึ่งโดยทั่วไปจะถูกเรียกว่า Frontotemporal Dementia (FTD) เป็นส่วนใหญ่ และยังหมายความรวมถึง Progressive non-fluent aphasia (PNFA) หรือ Semantic Dementia (SD) ด้วย FTLD พบได้เร็วกว่าโรค Dementia ประเภทอื่น คือสามารถพบได้ตั้งแต่อายุ 50 ปี ขึ้นไป สามารถพบได้ในเพศหญิงและชายในอัตราการเกิดที่พอๆ กัน โอกาสเกิดของโรคในครอบครัวพบว่าอัตราอยู่ที่ร้อยละ 40 และเมื่อเทียบกับโรค Alzheimer's พบว่า FTLD มีอัตราการเกิดกับคนในครอบครัวเดียวกันได้มากกว่า

การดำเนินโรคของ FTLD มีลักษณะการไม่แสดงอาการ (Symptom Free) ในระยะเวลาเพียงแค่ 2 ปีเท่านั้น จะสามารถมีอาการแสดงออกอย่างรุนแรงได้ แต่ระยะเวลาดังกล่าวอาจพบว่ามีนานขึ้นได้ ตั้งแต่ 2 – 5 ปี

การเปลี่ยนแปลงด้านพยาธิสภาพในสมอง

- Tau Positive หรือ Pick-type มักพัฒนาต่อไปเป็น FTD หรือ PNFA
- Tau Negative หรือ Ubiquitin positive มักพัฒนาต่อไปเป็น SD

พฤติกรรมแสดงออกของกลุ่มโรค FTD เป็นอาการหลัก และสามารถสังเกตเห็นได้ชัดเจน

ได้แก่ disinhibited, socially inappropriate, neglecting self-care, lack of insight or concern, egocentric, relatives report the patient to be radically altered: not the same person as before, abnormal basic and social emotions, lack sympathy / empathy / compassion, no signs of embarrassment to social inappropriate behavior

นอกจากนี้ ยังพบว่า มีอาการเริ่มต้นอื่นที่เป็นสัญญาณเตือนของโรค อาทิ out of character emotional response as first sign เช่นการหัวเราะในงานศพของญาติ , repetitive behavior (humming, hand rubbing, foot tapping, verbal) เช่นทำเสียงบางอย่างซ้ำๆ ติดต่อกัน , การอ่านป้ายข้างทางเสียงดังขณะนั่งรถ , การเก็บสะสมสิ่งของที่ไม่ได้มีความจำเป็น (hoarding objects) , และการหยิบจับใช้สิ่งของเมื่อเห็นสิ่งของนั้นทันที (utilization behavior) เช่นพอเราวางหีบโน้ตัส ผู้ป่วยก็จะเอามาหิวผมเลย เราเอาแว่นตาวางบนโต๊ะผู้ป่วยก็จะหยิบขึ้นมาสวมใส่เลย บางครั้งที่อาการรุนแรงมาก อาจเอาของๆคนอื่นมาใช้ได้เลยแม้จะไม่ใช่ของของตนเอง เช่นแปรงสีฟัน เป็นต้น จากอาการดังกล่าวจึงมีผู้ถามถึงความคล้ายคลึงกันกับอาการของโรคจิต อาจารย์ Bianca กล่าวตอบว่า 1) ในกลุ่ม psychosis ผู้ป่วยจะมีความกลัว ความกังวลมาก ต่อสิ่งหรือผู้คนรอบตัว ในขณะที่ผู้ป่วย FTD มีอารมณ์ปกติ มองพฤติกรรมของตนเองปกติ 2) กลุ่ม psychosis มีการดำเนินโรคเร็วกว่ามาก ไม่ได้เพิ่งมาเกิดพฤติกรรมปัญหาในวัย 50 ขึ้นไป 3) ในกลุ่ม Lewybody Dementia อาจมี Delusions or Hallucinations ได้ แต่ก็เริ่มเกิดในวัยสูงอายุแล้ว ไม่ได้เกิดเร็วในวัยรุ่นอย่างกลุ่ม psychosis

ตัวอย่างเคส

ผู้ป่วยชายอายุ 49 ปี ถูก referred มาอาจารย์ Bianca เนื่องจากไม่ผ่านการตรวจประเมิน Safety ของที่ทำงานไม่ผ่านติดต่อกัน 3 ครั้ง กำลังถูกพิจารณาให้ออกจากงาน ผู้ป่วยทะเลาะเบาะแว้งกับครอบครัวมากเรื่องการเงินของครอบครัว ภรรยามองว่าผู้ป่วย Burn-out จึงขอ referred ผู้ป่วย ครั้งแรกที่ผู้ป่วยพบอาจารย์ ผู้ป่วยดู casual มากกับประเด็นการจะถูกให้ออกจากงาน ผลจากการตรวจประเมินทางจิตวิทยาไม่พบปัญหาที่ร้ายแรงอะไร ณ ขณะนั้น บวกกับการทำ MRI ก็ไม่พบความผิดปกติ แต่อาจารย์มีความสงสัยในพยาธิสภาพ จึงนัดหมายผู้ป่วยมาพบซ้ำอีกครั้ง ต่อมา ภรรยาของผู้ป่วยขอเลื่อนการนัดหมายให้เร็วขึ้น เนื่องจากผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่เปลี่ยนไปอย่างสิ้นเชิง คือระหว่างการรับประทานอาหารเย็นของครอบครัว เมื่อผู้ป่วยทานเนื้อในจานของตัวเองหมด ก็ไปเอาเนื้อของลูกๆมากิน เมื่อลูกๆ ร้องโวยวาย ผู้ป่วยก็โกรธมากและล้มโต๊ะอาหารจนของบนโต๊ะหกตกหมด อาจารย์มองว่าผู้ป่วยน่าจะมีปัญหาในกลุ่ม Frontotemporal Dementia (FTD) แต่ Neurologist ณ ขณะนั้นปฏิเสธการส่งตรวจทางสมองเพิ่มเติม จนหนึ่งปีให้หลัง ได้ทำการตรวจทางสมองเพิ่มเติม และพบ พยาธิสภาพ เมื่อได้การยืนยันเรื่องโรค ก็ได้เหตุมาอธิบายปัญหา วางแผนการรักษา โดยผู้ป่วยทำเรื่องขอลาหยุดงานเพื่อเข้ารับการรักษาและไม่ถูกให้ออกจากงานในที่สุด อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยยังไม่ตระหนักถึงปัญหาและการเปลี่ยนแปลงของตนเองนัก อาจารย์ต้องช่วย support ครอบครัวในการจัดการกับพฤติกรรมของผู้ป่วยด้วย

พฤติกรรมการดื่มกินของกลุ่ม FTD

- กินหรือดื่มมากเกินไปเป็นประจำ บางรายมีการสูบบุหรี่เพิ่มขึ้นด้วย
- ทานอาหารรสหวานมาก

— พยายามกินสิ่งที่ไม่ใช่อาหารของหรือกินได้ โดยอาการดังกล่าวนี้จะพบในรายที่เป็นมาๆ
ดังนั้น สรุปได้ว่า พฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปในกลุ่ม FTD จะมีความชัดเจนมาก เมื่อเทียบกับกลุ่ม Alzheimer's

Cognition ในกลุ่ม FTD

สิ่งที่เป็นลักษณะสำคัญคือ การเสื่อมลงของ Executive functions ได้แก่ Abstraction, Planning, Organization, Attention, Mental Set Switching

ในการตรวจประเมินด้าน Neuropsychological Assessment

ความเสื่อมที่มักได้คือพบในความสามารถด้าน Verbal Fluency เช่น เมื่อให้บอกชื่อประเภทของสัตว์ ผู้ป่วยจะบอกเป็นชื่อของสัตว์เลี้ยงเลย แม้ว่าผู้ตรวจจะอ่านคำสั่งซ้ำอีก แต่ผู้ป่วยก็ยังตอบเช่นเดิม

ระหว่างการทดสอบ ผู้ป่วยมักไม่ทำตามคำสั่งบอกไว้ (Rule Violation) เช่น วงอะไรไว้ให้จัดเรียง ผู้ป่วยก็จะเอาออกมาวางกระจัดกระจายแล้วค่อยต่อใหม่ และแม้จะอ่านคำสั่งให้ฟังซ้ำ ผู้ป่วยก็จะทำเช่นเดิม โดยไม่สามารถตระหนักได้ หรือในการทดสอบ Trial Making คำสั่งบอกไม่ให้ยกดินสอขณะลากเส้น แต่ผู้ป่วยก็จะยกตลอด เป็นต้น นอกจากนี้ยังพบว่า เมื่ออ่านโจทย์หรือคำสั่ง ผู้ป่วยมักรีบลงมือทำเลย โดยไม่ฟังคำสั่งให้จบก่อน (Impulsivity) ระหว่างการทดสอบก็จะแสดง Distractibility ให้เห็นมากและเมื่อหลุดความสนใจไปแล้วก็ยากที่จะกลับมาโฟกัสกับการทดสอบตรงหน้าได้อีก นอกจากนี้ ผู้ป่วยกลุ่ม FTD มักไม่สนใจในความถูกต้องของคำตอบของตนเองหรือผลการลงมือทำของตนเอง

อย่างไรก็ตาม เมื่อให้ผู้ป่วยทำทดสอบที่มีตัวเลือกให้ตอบ หรือ multiple-choice พบว่าสามารถทำได้ดีกว่ามาก สำหรับ Social Cognition และการรับรู้ในอารมณ์ความรู้สึกนั้น พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มนี้ดูยากมาก และตรวจประเมินด้วยแบบทดสอบได้ยากเช่นกัน ทั้งๆ ที่เป็นสิ่งสำคัญในชีวิตประจำวันและการทำงาน

ในการช่วยเหลือฟื้นฟูอาการผู้ป่วย มักเน้นด้าน memory, motor, และ cognition ด้านอื่นๆ มากกว่า เนื่องจากสามารถฟื้นฟูให้เห็นการเปลี่ยนแปลงได้มากกว่า แต่การฟื้นฟูด้าน Social ทำได้ยากมาก

นอกจากนี้ ปัญหาด้าน Social Recognition ก็พบมากในกลุ่ม Traumatic Brain Injury (TBI) เช่นกัน โดยเฉพาะกลุ่มที่อายุน้อยๆ โดยหลังจากการบำบัดฟื้นฟูใน Rehabilitation Center แล้ว ผู้ป่วยมี ทักษะด้าน memory, motor, cognitive ที่ดีขึ้น แต่ผู้ป่วยก็ยังไม่สามารถใช้ชีวิตประจำวันได้

กรณีนี้พบว่า หลายๆ ราย มักถูกวินิจฉัยเพิ่มในภายหลังว่าเป็น personality disorder ซึ่งจริงๆ แล้วควรเป็นปัญหา ด้าน Social Recognition มากกว่า

ในคู่มือการวินิจฉัยโรคระบบ DSM มีการกล่าวถึงความเป็นไปได้ของ organicity ในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุอยู่แล้ว แต่คนมักไม่ค่อยให้ความสำคัญ

Semantic Dementia (SD)

เป็นโรคในกลุ่ม Dementia ที่ไม่พบบ่อย มีอาการหลักๆ คือ

การสูญเสียในทักษะหลายด้านที่เกี่ยวข้องกับ conceptual knowledge อาทิ ปัญหาใน Word Meaning และ reduction ใน Vocabulary ผู้ป่วยจะไม่มีปัญหาในการใช้คำ แต่มีปัญหาด้านความหมาย เช่น หากถามว่า ผู้ป่วยจะเอากล้วยไม้ ผู้ป่วยอาจถามกลับว่า กล้วยคืออะไร คือหากแยกคำศัพท์ได้ออกมาเดี่ยวๆ ผู้ป่วยจะไม่สามารถเข้าใจได้ หากมีอาการมากขึ้น จะมีการจำหน้าคนไม่ได้ จำเสียง สัมผัส หรือกลิ่น ไม่ได้ ขณะที่ความจำทั่วไปในชีวิตประจำวัน

ยังคืออยู่

ความผิดปกตินี้มักไม่ค่อยพบในการ Interview แต่ในการทำทดสอบ Naming Test ผู้ป่วยจะทำได้ ทั้งในบอกชื่อสิ่งของและหน้าของคนมีชื่อเสียงที่เป็นที่รู้จัก แต่หน้าตาของคนที่คุณเคยเช่นญาติ จะจำได้ (ขณะที่ กลุ่ม Alzheimer's จะจำไม่ได้)

กรณีที่ทำการศึกษาประเมินแล้ว ผลออกมาไม่ชัด หรือทำให้เกิดความไม่มั่นใจ อาจารย์แนะนำให้นัดผู้ป่วยมาตรวจซ้ำอีกหลัง 1 ปี กล่าวคือ หากเป็นพยาธิสภาพจริง จะมีการเสื่อมหรือมีอาการให้เห็นชัดเจนขึ้น

Dementia with Lewy Bodies (DLB)

อาการมีความคล้ายกับอาการของ Alzheimer's และของ Parkinson's มาบวกรวมเข้าด้วยกัน

และยังมีปัญหาในด้าน Cognition พฤติกรรมการแสดงออก และการมองเห็นที่ผิดแปลกไป (visual hallucinations) บางครั้ง Lewy Bodies นี้ ถูกเรียกว่า เป็น Parkinsonism

ในการรักษาด้วยยา พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมีปฏิกิริยาต่อ ยากลุ่ม traditional neuroleptics หลัก ดังนั้นจึงควรหลีกเลี่ยง โดยจะเห็นผลดีหลักจากการรักษาด้วยยากลุ่ม cholinesterase inhibitors (ที่แรกเริ่มถูกผลิตขึ้นมาเพื่อใช้รักษาในกลุ่ม Alzheimer's)

ในการตรวจประเมินด้าน Neuropsychological Assessment

พบว่า มีความยากลำบาก เนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงของ Cognition มาก มักใช้หลาย sessions ในการตรวจประเมิน แพทย์มักให้ N/A ในการวินิจฉัย และใช้เวลาหลายวันกว่าจะสรุปวินิจฉัยได้

ควรมีการอธิบายการเปลี่ยนของคนไข้ให้ผู้ดูแลหรือญาติทราบด้วย เพราะคนดูแลอาจท้อแท้ได้ แต่ถ้ามีความเข้าใจในธรรมชาติของอาการและการเปลี่ยนแปลงของอาการ ญาติ ก็จะสามารถดูแลได้ดีขึ้น

Visual Hallucination

ผู้ป่วย DLB เห็นเป็นสีและให้รายละเอียดของสีมาก มักมองเห็นเป็นสัตว์หรือคน หรือคนที่อยู่ในจินตนาการอย่างเช่นตัวละครในภาพยนตร์ Lord of the Ring

ปกติแล้ว กลุ่มคนไข้ psychotic เวลาเห็น Hallucination มักจะมีอาการกลัว แต่คนไข้ Lewy Bodies จะไม่กลัว

อาการอื่น ที่สัมพันธ์กันกับ Dementia ของ Lewy Bodies ได้แก่ Capgras Syndrome

เป็น delusion ที่ คิดว่า สมาชิกในครอบครัว เป็นตัวปลอม เป็นคนอื่นปลอมตัวมา ไม่ใช่คนนั้นๆ จริงๆ แต่หน้าเหมือนอาการนี้สามารถสังเกตเห็นได้จาก ลักษณะ Alienation เวลาคนไข้อยู่กับญาติ

เปรียบเทียบ Qualitative Performance (ทักษะความสามารถเชิงคุณภาพ) ระหว่าง DLB กับ Alzheimer's

ความสม่ำเสมอของความสามารถ – ใน DLB จะขึ้นๆ ลงๆ ขณะที่ Alzheimer's จะคงที่

และใน DLB จะช้า ในขณะที่ Alzheimer's จะดูธรรมดาและไม่ช้าหรือเร็วชัดเจน

การพูดสนทนา – ใน DLB ความคิดดูไม่ค่อยต่อเนื่องหรือไปในทิศทางเดียวกัน แต่ใน Alzheimer's จะทำได้อย่างมีเนื้อหาเดียวกัน แต่จะมีข้อจำกัดในการเลือกใช้คำ และการเรียบเรียงความคิดซึ่งทำได้ไม่ดี แต่คนฟังพอเข้าใจได้

Distractibility – ใน DLB มักถูกเบี่ยงเบนความสนใจได้ง่าย โดยสิ่งที่ไม่มีความสำคัญหรือไม่เกี่ยวข้องกับเรื่องที่เล่า แต่สำหรับ Alzheimer's จะมีบ้างแต่ไม่มากนัก

Interference – คนไข้ DLB จะมีทั้งระหว่างการทำแบบทดสอบหนึ่ง และระหว่างแบบทดสอบ และเป็น Intrusion

errors แต่สำหรับ คนไข้ Alzheimer's พบว่ามี Interference น้อย

Confabulation – การทำ Story Recall เป็นแบบ confabulation และสะเปะสะปะ ไม่วางแผน ส่วนผู้ป่วย Alzheimer's จะทำ Story Recall ไม่ดี แต่ไม่พบการ confabulation

Perseveration – ผู้ป่วย DLB จะมีในการพูดและการเคลื่อนไหว (Verbal & Motor) สำหรับ Alzheimer's จะพบ น้อย

เกณฑ์ดังกล่าวนี้ เป็นเพียงแนวทางสำหรับประเมินแยกโรค แต่ไม่ใช่กฎตายตัว หรือไม่ยืดหยุ่น

นอกจากนี้ จากประสบการณ์ของอาจารย์ ยังพบว่า ผู้ป่วย DLB มักจะหล่อมบ่อยกว่า กลุ่ม Alzheimer's คือดู clumsy กว่า ในการมองสิ่งแวดล้อมรอบตัว ซึ่งข้อมูลนี้เราสามารถสอบถามจากญาติได้

โรคหลอดเลือด Vasculair Disorders ที่มีอิทธิพลต่อกลุ่มผู้สูงอายุ

- Cerebrovascular disorder (Stroke) โรคหลอดเลือดสมอง
- Aneurysm → Sub-arachnoid haemorrhage เป็นเส้นเลือดบริเวณระหว่าง กะโหลกกับสมอง
- Arteriovenous malformation เป็นลักษณะของเส้นเลือดที่เกาะกลุ่มแตกแขนงเพิ่มขึ้นอย่างผิดปกติในสมอง เป็นแผล บาง และแตกง่าย

สำหรับโรคหลอดเลือดสมองหรือ Stroke ปัจจัยด้านความดัน Blood Pressure มีความสำคัญมากและเป็นเหตุสำคัญที่ทำให้เกิด stroke ซึ่งขณะที่เกิดความดันเลือดสูงนั้น จะยังไม่มีผลอะไรให้เห็นชัดเจน กว่าที่จะเห็นผลที่สังเกตได้ก็มักมีปัญหาแล้ว ดังนั้น จึงผู้สูงอายุควรหมั่นตรวจสุขภาพเป็นประจำ

นอกจากนี้ อาการ Hypertension ในผู้สูงอายุก็มีความสำคัญมากเช่นกัน จึงควรป้องกันรักษาและควบคุมอาการ เช่น ผู้สูงอายุอายุ 70 ที่มี hypertension จะแสดงปัญหาด้าน cognitive deficits มากกว่ากลุ่มควบคุม หากมีช่วงเวลาของการมี hypertension นานเท่าใด ปัญหาด้าน cognition สิ่งจะแย่งลงเท่านั้น แต่หากผู้ป่วยให้ความร่วมมือดี ก็สามารถเกิดผลดีต่อกระบวนการด้าน cognition ด้วย

บทบาทของ Neuropsychologist ในกรณีนี้คือ

การแจ้งแก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับ hypertension และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นได้

วิถีชีวิตที่มีสุขภาพดี อาทิ การไม่สูบบุหรี่ และรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ สามารถลดอัตราเสี่ยงต่อ stroke และ ปัญหาความเสื่อมของกระบวนการคิดได้

โรคหลอดเลือดเล็ก Small Vessel disease

Multi-infarct Dementia เป็นชื่อเรียกเก่า ของ Vascular Dementia

ปกติจะเห็นได้จาก MRI เท่านั้น เนื่องจากเส้นเล็กและอยู่ลึกเข้าไปในสมอง

โรคนี้มักพบว่าเป็นพันธุกรรม และเริ่มเจอในผู้ป่วยอายุน้อยๆ

ได้แก่โรค Cerebral Autosomal Dominant Arteriopathy with Subcortical Infarcts and Leucoencephalopathy หรือ CADASIL ซึ่งพบในอายุน้อยกว่า Vascular Dementia มาก

อาการ Transient Ischaemic Attack (TIA)

เป็น Temporary Effect เป็นความผิดปกติทางระบบประสาทที่เกิดขึ้นในระยะเวลาสั้นๆ (น้อยกว่า 24 ชั่วโมง) บางครั้งใช้อธิบายปัญหาจากเส้นเลือดเล็กๆ เมื่อสังเกตเห็นอาการมักให้คนไข้รับยา Aspirin เนื่องจากยานี้จะทำให้เลือดไหลไปทั่วสมอง จึงให้หยุดยาเพื่อลดอัตราเสี่ยงการเกิด stroke โดยปกติแล้วหากเกิดขึ้นน้อยกว่า 24 ชั่วโมง จะถือว่าเป็นสัญญาณเตือน ของ Stroke แต่หากว่ามีอาการเกิดขึ้นนานกว่า 24 ชั่วโมง จะถือว่าเป็น Stroke

Stroke ที่พบบ่อยมีลักษณะ

- Haemorrhage Stroke หรือภาวะเส้นเลือดในสมองแตก โดยมักพบ 10-15 % อาการแรกเริ่มที่พบบ่อยเป็นภาวะหมดสติ กล้ามเนื้อที่คอตึงเกร็ง และอาเจียน
- Occlusion / blockage หรือเกิดการตีตันของเส้นเลือดแดงในสมอง โดยมักพบมากถึง 58 - 90 % สำหรับอาการนั้นขึ้นอยู่กับบริเวณของสมองที่เส้นเลือดนั้นๆ ไปถึง

ปัจจัยเสี่ยงของ Stroke

- อายุ (มากกว่า 60 ปี)
- มีปัญหาด้านโรคหัวใจ
- มี อาการ TIA's
- มีภาวะ Hypertension
- มีภาวะโรคเบาหวาน
- สำหรับผู้อายุน้อยกว่า 60 ปี การสูบบุหรี่จัด ถือว่าเป็นปัจจัยเสี่ยง

อาการของ Stroke

- ปัญหาด้านการเคลื่อนไหว มักเป็นครึ่งซีก
- หากมี stroke ในสมองซีกซ้าย มักพบปัญหาทางการใช้ภาษาเช่น aphasia หรือปัญหาการเคลื่อนไหวของร่างกายซีกขวา
- หากมี stroke ในสมองซีกขวา มักพบปัญหาด้านการมองเห็นรับรู้ (perceptual deficits) หรือปัญหาการเคลื่อนไหวซีกซ้าย

ในการบำบัดรักษาหลังเกิดภาวะ Stroke

- หลายครั้งเป็นการผ่าตัดเพื่อขจัดส่วนที่มีการตีตันของเส้นเลือด
- ลดภาวะ hypertension
- การช่วยเหลือโดยการทำให้ Transcranial Magnetic Stimulation
- ภายในหนึ่งปีหลังจากเกิด stroke เป็นช่วงเวลาการฟื้นฟู

การบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วย Stroke ส่วนใหญ่เป็นการฟื้นฟูด้านร่างกาย เป็นหลัก สำหรับการฟื้นฟูด้าน cognitive ยังเป็นอะไรที่ใหม่ในระบบฟื้นฟู

- การฟื้นฟูที่ได้ผลดีคือในด้านการใช้ภาษา (speech therapy) และการฝึกสังเกตรับรู้ (perceptual)
- สำหรับด้านการจำ และ executive function ทำได้จำกัดมาก แต่ก็พอทำได้
 - Internal approach เป็นการฝึกตรงๆ

- External approach เป็นการใช้เครื่องมือ / ระบบ มาช่วย

การช่วยเหลือแนวอื่นๆ อาทิ การใช้อุปกรณ์คอมพิวเตอร์ ผู้สูงอายุสามารถใช้เครื่องมือหรืออุปกรณ์คอมพิวเตอร์ได้มากกว่าที่เราคิด นอกจากนี้ควรส่งเสริมด้านกิจกรรมสันทนาการซึ่งเป็นสิ่งที่ช่วยได้อย่างมาก

โรคทางอารมณ์หลังการเกิดภาวะหลอดเลือดสมอง (Mood Disorder after Stroke)

- พบได้บ่อย และมีความสัมพันธ์กับระดับการรู้ตัวของผู้ป่วย (insight)
- ปัญหาทางอารมณ์มีผลกระทบมากต่อการมีกิจกรรมประจำวัน ดังนั้นหากเราสามารถรักษาปัญหาทางอารมณ์เหล่านี้ได้ ผู้ป่วยจะสามารถทำกิจกรรมประจำวันได้ดีขึ้นด้วย
- ยาบำบัด มักใช้กลุ่ม Noetrypline โดยพบว่ามักเป็นตัวเลือกที่ใช้ได้ผลกับกลุ่มปัญหาทางอารมณ์หลัง stroke

Mild Cognitive Impairment (MCI)

แรกเริ่มเดิมที MCI ถูกมองว่าเป็น อาการแรกเริ่มของโรคสมองเสื่อม โดยเฉพาะ Alzheimer's แต่การศึกษาวิจัยมากมายในภายหลังทำให้เรารู้ว่า ผู้ป่วยไม่ใช่ทุกรายที่มีอาการ MCI จะพัฒนาไปเป็น Dementia MCI กับปัญหาในชีวิตประจำวัน

ปัญหาไม่ได้รุนแรงเท่ากับกลุ่ม Alzheimer's ดังนั้น ในการทดสอบเชิงประสาทจิตวิทยา performance จะตกอยู่ระหว่าง 1 – 2 Standard Deviation (SD) แม้จะดูเกือบปกติ เพราะไม่ต่ำมาก แต่จริงๆแล้วมันไม่ปกติ กรณีนี้สามารถชี้บ่งถึงสิ่งสำคัญบางอย่าง และสามารถบ่งบอกลักษณะเชิงพยาธิสภาพได้

โอกาสที่ MCI จะกลายเป็น Dementia

- ปัจจัยด้านอายุ หากมี MCI ขณะอายุมากๆแล้ว โอกาสจะเกิดเป็น Dementia ก็สูง
- ถ้ามีปัญหาด้านความจำมาก โอกาสก็เป็น Dementia ก็สูงขึ้นด้วย
- มีประวัติปัญหาน้ำตาลในเลือด เช่น โรคเบาหวาน ชนิด 2 (diabetes type II)

จากงานวิจัย การให้ยาบำบัด ผู้ป่วย MCI พบว่า ประสิทธิภาพของยาบำบัดต่อการเพิ่มความสามารถด้าน cognitive พอมีอยู่บ้าง แต่ไม่มากนัก

เนื่องจากเราไม่สามารถหาสาเหตุได้ชัดเจน ดังนั้นมันจึงยากในการหาทางรักษา

Parkinson's Disease

อีกโรคที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยด้านอายุ โรค นี้ปกติจะเกี่ยวข้องกับปัญหาทาง motor เช่น อาการสั่น Tremors และการเคลื่อนไหวช้า แต่ในช่วงหลายทศวรรษที่ผ่านมาทำให้เราเห็นว่า ปัญหาด้าน neuropsychiatric ร่วมกับปัญหาด้าน cognitive เป็นปัจจัยสำคัญของโรคนี้

Parkinson's เป็นโรคที่มีการดำเนินโรคและเปลี่ยนแปลงโรคเร็ว มีอุบัติการณ์ เพียง 1 % ในคนอายุมากกว่า 60 ปี สาเหตุหลัก มาจากการสูญเสีย dopaminergic neurons บริเวณ substantia nigra ที่อยู่ตรงกลางสมองลึกลงไป โดยแม้ว่าบริเวณดังกล่าวจะอยู่ส่วนลึกแต่มันก็มีส่วนเชื่อมต่อไปยังหลายบริเวณในสมองส่วนหน้า ที่ดูแลเรื่องของอารมณ์ และพฤติกรรม

อาการหลักของ Parkinson's

- ปัญหาด้านการเคลื่อนไหว (อาการสั่น และการเคลื่อนไหวที่แข็งช้า)
- ปัญหาด้านการรู้คิด Cognitive problems โดยเฉพาะด้าน mental shifting ซึ่งมักพบในการทดสอบ trail making
- ปัญหาอาการทางจิตเวช อาทิ อารมณ์ซึมเศร้า(depression) อารมณ์เพิกเฉยเห็นห่าง(apathy) ปัญหาการควบคุม impulse และการมองเห็นที่ผิดแปลกไป (visual hallucinations)

อาการซึมเศร้าในผู้ป่วย Parkinson's

พบ 20-40 % ในกลุ่มผู้ป่วย การประเมินจะทำได้ยากเนื่องจากอาการมักคล้ายกับโรคอื่นๆ แบบประเมิน Hamilton depression rating scale อาจนำมาใช้ได้ เนื่องจากมีคะแนนของกลุ่มตัวอย่างที่เป็น Parkinson's นอกจากนี้ยังพบปัญหาการนอน เนื่องจากอาการซึมเศร้าหรือปัญหาด้านการเคลื่อนไหวก็ได้ ปกติแล้วคนเราเวลานอนจะมีการพลิกตัวไปมา แต่ผู้ป่วย Parkinson's จะพลิกตัวไม่ได้ จึงรบกวนการนอนหลับ เวลาประเมินโดยใช้ rating scale ต่างๆ ต้องดูเรื่องของ cut off score ให้ดี ว่ามีในกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการหรือไม่ และผู้ประเมินอาจถามคำถามเกี่ยวกับอารมณ์โดยตรง เนื่องจากบางรายสีหน้าดูเศร้า แต่พอคุยแล้วพบว่าไม่ได้เศร้า Apathy ในผู้ป่วย Parkinson's พบ 16-42 % ของกลุ่มผู้ป่วย Parkinson's โดยมักพบร่วมกับ อาการซึมเศร้า

ปัญหาด้าน Impulse control ในผู้ป่วย Parkinson's

พบ 14 % ในกลุ่มผู้ป่วย แม้จะเป็นอัตราที่ไม่มากเท่า depression แต่ก็ไม่น้อย จึงไม่ควรละเลย ผลจากความผิดปกติด้าน Impulse control อาจทำให้เกิดปัญหาเรื่อง Pathological Gambling, Compulsive Sexual behavior, Compulsive buying or eating กรณี compulsive sexual behavior นั้นเป็นการอยากมีซั่ๆ บ่อยๆ แต่ถ้ามีความแปลกมาเกี่ยวข้อง อาจไม่ใช่ปัญหาจาก Parkinson's อาจเป็นเหตุมาจากอย่างอื่น Visual Hallucinations ในผู้ป่วย Parkinson's พบ 20-40 % ของกลุ่มผู้ป่วย โดยอุบัติการณ์การเกิดจะสูงขึ้นเมื่อผู้ป่วยอายุมากขึ้น

Cognition ในผู้ป่วย Parkinson's

พบว่า 20 % ของผู้ป่วยจะถูกวินิจฉัยว่ามี mild cognitive impairments ในเรื่องการจำ และ executive functions ยิ่งพบสัญญาณแรกของการเกิดโรคในอายุมากเท่าไร โอกาสเกิด cognitive deficits ก็มากขึ้น และหากยิ่งอาการด้านประสาทจิตวิทยายังเห็นได้ชัดเจนเท่าไร โอกาสเกิด Dementia ก็ยิ่งมาก พบว่า 24-31 % ของผู้ป่วย Parkinson's จะพัฒนาไปเป็น Dementia ด้วย นอกจากนี้ยังพบว่า ความสามารถด้านการจำอาจประเมินยาก หากตั้งคำถามโดยคาดหวังคำตอบแบบทันทีทันใด ผู้ป่วยจะทำได้ไม่ดี ดังนั้นควรใช้เวลาผู้ป่วยสำหรับการประมวลผลเพิ่ม เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้มีกระบวนการเรียบเรียงและประมวลผลข้อมูลที่ช้า (slow processing speed) นอกจากนี้ยังมีข้อจำกัดทางด้านการใช้ภาษา(language) โจทย์การคิดคำนวณ(arithmetic) การแก้ปัญหา(problem solving) และ mental shifting

การแยกความแตกต่าง ระหว่าง Parkinson's Disease กับ Dementia with Lewy Bodies ทำได้ยาก เนื่องจากมีอาการหลายอย่างที่คล้ายกัน และมีการเปลี่ยนแปลงของอาการ ขึ้นๆ ลงๆ เหมือนกัน

แต่ในการตรวจทางสมอง ตำแหน่งของ cell ที่มีปัญหา จะแตกต่างกัน

การรักษา Parkinson's

หลักๆ จะเป็นการใช้ยาบำบัด พวก Levodopa จะพบได้บ่อย หรือ กลุ่ม noredopamine

การรักษาด้วยยาอาจทำให้เกิดผลข้างเคียง (side effect) เป็นอาการทางประสาทจิตวิทยาได้ กรณีที่ระดับ dopamine สูงเกินไป

ทางเลือกวิธีการรักษาแบบใหม่ หรือ Deep Brain Stimulation ซึ่งมีทั้งผลดีและผลเสีย

อย่างไรก็ตามปัจจุบัน ได้มีการศึกษาและพัฒนาหาแนวทางการบำบัดรักษาใหม่ๆ มาอยู่เรื่อยๆ อาทิ การหาสิ่งทดแทน เซลล์สมอง ซึ่งอยู่ระหว่างการศึกษาวิจัย

สำหรับผู้ป่วยแล้ว ข้อจำกัดด้าน cognitive function เป็นปัญหาใหญ่สำหรับพวกเขามากกว่าปัญหาด้านการเคลื่อนไหว เนื่องจากผู้ป่วยรู้สึกกว่า ปัญหาด้าน cognition มีมากกว่า กับปัญหาทางการเคลื่อนไหว แต่ปัญหาด้าน cognition ไม่ได้รับการรักษา มีแต่การบำบัดทางการเคลื่อนไหวแต่เพียงอย่างเดียว

การบำบัดด้านจิตประสาทวิทยา Neuropsychological Treatment สำหรับผู้ป่วย Parkinson's

- การฝึกด้าน cognitive function เป็นการฝึกฝนใช้ความสามารถนั้นๆ ซ้ำๆ ซ้ำไปซ้ำมา โดยหวังว่ามันจะกลับมาดีขึ้นได้
- การฝึกด้านทักษะ ซึ่งต้องเวลาและความอดทนพยายามมาก
- การฝึกด้าน strategy หรือแนวทางการแก้ปัญหาต่างๆ จะคล้ายกับการฝึกทักษะ โดยจะช่วยให้ผู้ป่วยอยู่ได้ด้วยตนเองมากขึ้น

การฝึกการแก้ปัญหา จะช่วยให้ผู้ป่วยมองหาทางเลือกที่หลากหลายที่พอทำได้ อันจะได้ผลลัพธ์เหมือนกันหรือใกล้เคียงกับที่ต้องการ การฝึกแบบนี้มีผลลัพธ์ที่ดี แต่มีข้อจำกัดอยู่ที่ค่าใช้จ่ายที่สูง

- การฝึกทักษะเหล่านี้ จะสามารถช่วยสร้างเสริมทักษะที่กลัวว่าจะเสียไปได้ด้วย
- ในการฝึกฝน ควรมีการคาดหวังผลลัพธ์ (positive effect) ไม่อย่างนั้นแล้วก็ไม่มีความหมายที่จะฝึก

Deep Brain Stimulation : การรักษาที่ให้ทุกขลาภ

การรักษาแบบนี้เริ่มเปิดตัวในปี ค.ศ.1987 เพื่อใช้บำบัดอาการสั่น (tremors) ใน Parkinson's โดยเฉพาะ ต่อมาในปัจจุบันถูกนำมาใช้รักษาอาการทางจิตประสาทวิทยาหลากหลาย ตลอดจนอาการ impulsive ด้วยผลลัพธ์ที่ได้จากการรักษาแบบนี้กระทบสมองบริเวณกว้าง ไม่ใช่แค่บริเวณที่ทำการกระตุ้นเท่านั้น

ในการรักษาต้องมีการผ่ากระโหลกผู้ป่วยและสอดเข็มยาวๆ เข้าไปจนถึงบริเวณส่วนกลาง ของสมอง หรือที่เรียกว่า Nucleus subthalamicus แล้วทำการปล่อย electrode หรือคลื่นไฟฟ้า โดยก่อนทำการผ่าตัดต้องมีการทำ MRI อย่างละเอียดเพื่อหาตำแหน่งที่ชัดเจนของบริเวณเล็กๆ ดังกล่าว ขณะทำการสอดเข็มยาวลงไปก็ต้องมีการใช้เหล็กเจาะเป็นโครงเพื่อยึดกะโหลกไว้ เพื่อให้เข็มไปตรงตำแหน่ง

การรักษาแบบนี้ได้ผลลัพธ์ที่ดีก็จริง แต่ขณะที่นำเข็มแทงเข้าไปนั้น ก็ได้ทำลายสมองส่วนอื่นๆด้วยเช่นกัน แม้อุณหภูมิจะเห็นว่าไม่ side effect ไม่มาก แต่ในความจริงแล้ว มีผลข้างเคียงที่มากมาย และทุกอย่างไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้อีกหลังทำการรักษาไป

อาจารย์ Bianca เล่า ตัวอย่างเคสผู้ป่วย Parkinson's ชายรายหนึ่งที่ได้รับการรักษาด้วย Deep Brain Stimulation รายหนึ่ง โดยผู้ป่วยรายนี้แพทย์ให้ยา Levodopa บำบัด จนไม่สามารถจะสร้างการเปลี่ยนแปลงอะไรได้อีก และทีม

แพทย์ก็วางแผนทำการรักษาแบบ Deep Brain Stimulation

ก่อนทำการรักษา ผู้ป่วยมีอาการปัญหา motor movement มากจนไม่สามารถขยับแขนได้เลย โดยผู้ป่วยรู้สึกแย่มากกับภาวะไร้ความสามารถนี้

ภายหลังการรักษา ผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหวที่ดีขึ้นชัดเจน และสามารถขยับได้ ทีมแพทย์สรุปว่าได้รับผลการรักษาดี ต่อมาภรรยาของผู้ป่วยมาให้ข้อมูลว่า ผู้ป่วยมีลักษณะ insecure มากขึ้นอย่างมาก และไม่กล้าออกไปไหนหากไม่มีภรรยาไปด้วย ผู้ป่วยมีลักษณะ dependent ภรรยาอย่างมาก childish ภรรยาบอกว่าสามีไม่เคยเป็นอย่างนี้มาก่อน เหมือนเป็นคนละคนกับสามีของเธอ โดยภรรยาบอกว่าการรักษาดังกล่าวนี้ไม่ได้ประโยชน์ แม้มันจะดีและมีผลการรักษาที่ดี แต่ผลข้างเคียงเป็นอะไรที่ไม่สามารถแก้ไขได้ (cannot undo) เลย

Neuropsychological Assessment

ในการประเมินด้านจิตประสาทวิทยา ผู้ทำควรมีทัศนคติที่ดีในการตรวจประเมิน ไม่ใช่ทำไปวันๆ หรือสักแต่ทำ เนื่องจากเป็นงานที่มีความยุ่งยากซับซ้อน ดังนั้นควรมีความสนุกกับงาน จะได้มีการพัฒนาการทำงานด้วย นอกจากนี้ ควรมีความยืดหยุ่นในการทำงาน ความอยากรู้อยากเห็น การมีมุมมองใหม่ๆ และที่สำคัญคือ ควรมี Empathy กับผู้ป่วย

อาจารย์ยกตัวอย่าง เคสผู้ป่วยรายหนึ่ง ขณะที่นักจิตวิทยาคลินิกมือใหม่ทำการทดสอบด้วยการวาดรูปนาฬิกา ผู้ป่วยพยายามอย่างมาก อย่างเต็มที่แต่ก็ทำไม่ได้ ยิ่งงัดวาดรูปนาฬิกาไม่ได้ นักจิตฯ ท่านนั้นเห็นดังกล่าวจึงกล่าวว่า “ไม่เป็นไรนะ ที่ทำไม่ได้” หลังจากนั้นผู้ป่วยรู้สึกแย่มากและร้องไห้ออกมา

นักจิตฯ ดังกล่าวมีความสงสัยจึงมาปรึกษากับอาจารย์ Bianca เนื่องจากสงสัยว่าทำไมแค่วาดนาฬิกาไม่ได้ก็ต้องร้องไห้ด้วย อาจารย์จึงสอนว่า สำหรับเรามันอาจจะดูเป็นเรื่องเล็กน้อย แต่สำหรับคนไข้มันเป็นเรื่องสำคัญมาก

Functional Localization เป็นสิ่งสำคัญสำหรับการวินิจฉัย

กรณี ผู้ป่วยที่เกิด stroke บริเวณ left motor projection area มักจะแสดงอาการความผิดปกติของ Broca's Aphasia

Neuropsychological Assessment

มีวัตถุประสงค์เพื่อ

- วินิจฉัยโรค
- วางแผนการดูแลผู้ป่วย
- วางแผนการบำบัดรักษา
- ประเมินการบำบัดรักษา
- งานวิจัย
- และประเด็นด้าน forensic neuropsychology

ในการนำแบบประเมินด้าน Neuropsychological Assessment ไปใช้ เราควรได้มีโอกาสทำทดสอบกับผู้ป่วยที่มีความหลากหลายมากๆ เพื่อจะได้เปรียบเทียบผลได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การตรวจประเมินเพื่อวินิจฉัย

Neuropsychological Assessment ช่วยเราในการประเมินอะไรได้บ้าง

- Global cognitive function ความสามารถพื้นฐานโดยรวม อันจะช่วยผู้ป่วยในการใช้ชีวิตประจำวันได้ อาทิ

การประเมินด้วยแบบทดสอบ Wechsler Adults Intelligence Scales

- Speed of information processing and attention
- language function
- Memory function
 - long-term memory, immediate sensory memory, short-term memory, working memory, semantic memory, declarative and nondeclarative memory
- Spatial function
- Executive function

ในการสรุปผลขึ้นอยู่กับว่าเราจะดำเนินการต่อไปกับคนใช้อย่างไร

เช่น ผู้ป่วย stroke สมองซีกซ้าย อันเป็นส่วนที่เกี่ยวข้องกับ language ability แต่อาจารย์มองว่า เราควรทำการประเมิน major cognitive function ทุกด้าน ซึ่งแม้จะไม่เห็นอาการหรือปัญหาหรือญาติไม่ได้ให้ข้อมูล ก็ควรทำให้ครบหมด และอย่าดูแต่ตัวเลขหรือผลที่ได้ ให้พิจารณาและให้ความสำคัญกับข้อมูลอื่นๆด้วย อาทิ ลักษณะที่ได้มาซึ่งคะแนนแต่ละคะแนน พฤติกรรมระหว่างการทดสอบและการสัมภาษณ์ หรือแม้แต่ทัศนคติของผู้ป่วยต่อผลงานการทดสอบของตนเอง เป็นต้น

สมมติฐานเกี่ยวกับ ระดับ premorbid functionig ในความสามารถในการตัดสินใจต่อสถานการณ์ปัจจุบัน ข้อมูลประวัติทางการแพทย์ มีความสำคัญ พอๆ กับข้อมูลประวัติด้านการศึกษา เชิงสังคม และการทำงาน

ในการ ตรวจประเมินด้าน Neuropsychological Assessment

- ควรมีการประวัติข้อมูลทั้งทางด้านจิตเวช พัฒนาการ และประสาทวิทยา ข้อมูลเกี่ยวกับการทำงาน ผลการเรียน ตลอดจนประวัติรายงานการตรวจรักษาทางจิตเวชหรือทางจิตวิทยาก่อนหน้านี้
- ทำการตรวจประเมินด้วยเครื่องมือทางจิตวิทยาและจิตเวช เหมือนเป็นส่วนหนึ่งของการตรวจด้าน Neuropsychological
 - กลุ่มประเมินพยาธิสภาพทางบุคลิกภาพ เช่น MMPI, Rorschach
 - Hamilton Depression Scale, Beck Depressive Inventory

หลายครั้งในขณะที่ทำการตรวจประเมิน อาจมีลักษณะทางอารมณ์ของผู้ป่วยบางอย่างที่มีผลต่อการตรวจฯ ดังนั้นอาจนำ symptom checklist มาใช้ช่วยด้วย

- Global assessment of functioning
- การติดตามผล และควรมีการประเมินซ้ำ เพื่อประเมินการเปลี่ยนแปลงของอาการ ว่าดีขึ้นหรือแย่ลง

โดยเตรียมอุปกรณ์การทดสอบที่สามารถเทียบเคียงกันได้ (parallel form) กับแบบประเมินก่อนหน้านี้

เหตุผลที่ต้องมี parallel form ก็เพื่อลด learning effect จากการทดสอบครั้งก่อน

- ทำการประเมินทดสอบโดยการใช้เครื่องมือมากกว่า 1 แบบทดสอบ ในการประเมินทักษะเดียวกัน ทั้งนี้เพื่อตรวจสอบความถูกต้องและเชื่อถือได้ของผลที่ได้รับ
- ประเมินโอกาสและความเป็นไปได้ของ learning effect ที่อาจเกิดขึ้นกับ parallel test ด้วย เนื่องจาก

แม้ว่าเนื้อหาในแบบทดสอบจะต่างกัน แต่แนวทางหรือวิธีการทดสอบยังคงคล้ายเดิม เช่น recall word กรณีนี้ผู้ป่วยอาจรู้ล่วงหน้าแล้วว่าจะต้องจำคำเหล่านี้ไว้ เนื่องจากนักจิตฯ จะกลับมาถามอีกครั้ง

- ประเมิน อิทธิพลของสมาธิและความตั้งใจของผู้ป่วย (attention and concentration) เนื่องจากผลของ attention and concentration สามารถส่งผลต่อการทดสอบอื่นๆ ด้วย ดังนั้นหากมีปัญหาด้าน attention มาก อาจเลื่อนการทดสอบออกไปก่อนจนกว่าจะสามารถทำการทดสอบได้
- ควรรอบคอบและให้ความสำคัญกับการแปลผล สิ่งที่เป็นพื้นฐานสำคัญคือ clinical observation ซึ่งมีน้ำหนักมากกว่าผลที่ได้จากการทดสอบเสียอีก ดังนั้น Clinical Judgment จึงเป็นปัจจัยที่สำคัญมาก ซึ่งมาจากประสบการณ์ของผู้ทำการทดสอบ หากนักจิตฯ ที่ทำการทำสอบมีประสบการณ์น้อย ต้องพิจารณาข้อมูลทางวิจัยและข้อมูลทางสถิติให้มาก

สิ่งสำคัญในการประเมินการเปลี่ยนแปลงทางจิตประสาทวิทยา (neuropsychological changes)

- ผู้ป่วยมักไม่สามารถที่จะยอมรับธรรมชาติของการเปลี่ยนแปลงได้

ผู้ป่วยอาจไม่มี insight ต่อการเปลี่ยนแปลง จึงไม่เข้าใจ และไม่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงได้

ในฐานะที่เป็นนักจิตวิทยาคลินิก เราควรให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับการเปลี่ยนแปลงและช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงได้

การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติที่ดีและเหมาะสม จะสามารถลดความกังวลของผู้ป่วยและญาติลงได้มาก

ดังนั้นควรมีการเตรียมการบอกดีๆ และผู้ที่ทำการตรวจประเมินควรเป็นผู้บอกเอง เพื่อจะได้สื่อสารได้อย่างถูกต้อง

แบบทดสอบที่ดี

- ควรมีคู่มือการใช้งานที่ชัดเจนและมีมาตรฐาน
- ควรถูกต้องและมีความน่าเชื่อถือ (valid & reliable) โดยเราต้องรู้ก่อนว่าเราจะทำการวัดอะไรหรือประเมินสิ่งใด
- ควรมีข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง หรือ normative data

ตัวอย่าง

- ADAS-COG
- MOCA
- WAIS-III (หากเป็น WAIS-IV ก็จะมีดีกว่า)
- MMSE
- Trail making test
- Stroop color and words test
- Tower of London
- California verbal learning test
- Spatial test (drawing)

คำเตือนที่สำคัญ

- อย่ายึดติดกับแบบทดสอบเพียงแบบทดสอบเดียว
- ไม่มีแบบทดสอบใดที่วัดหรือประเมินเพียง 1 ด้าน
เช่น แม้บางทดสอบจะมีชื่อบอกว่าเป็น memory test แต่ในความเป็นจริง ยังมี functions อื่นหลายอย่างที่จำเป็นในการใช้ทำทดสอบนี้ ตลอดจนทักษะอื่นๆที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ความสามารถในการได้ยิน
- ปฏิบัติต่อผู้ป่วยอย่างเป็นปัจเจกบุคคล
- พิจารณาเสมอในสิ่งที่ทำอยู่
เนื่องจากเราเป็น clinical psychologist เราได้รับการฝึกฝนทางวิชาชีพมาแล้ว (Professional trained)
- ให้ความสำคัญกับข้อมูลทางสถิติ