

## ลมชักและความผิดปกติทางจิต

เดชา ปิยะวัฒน์กุล

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

## Epilepsy and Psychiatric disorders

Deja Piyavhatkul

Department of psychiatry, Faculty of Medicine, Khon Kaen University

ลมชักเป็นความผิดปกติชนิดเรื้อรังของระบบประสาทที่พบบ่อยที่สุดเป็นอันดับสามรองจากความผิดปกติของหลอดเลือดสมองและภาวะสมองเสื่อม แต่ขณะที่ความผิดปกติทั้งสองชนิดหลังนั้นมักเกิดกับผู้สูงอายุ ลมชักเป็นความผิดปกติที่พบได้แต่วัยเริ่มชีวิตและอาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพของชีวิตที่เหลือทั้งหมด กระนั้นแม้จนปัจจุบัน ลมชักก็ยังเป็นหนึ่งในภาวะทางการแพทย์ที่เรายังไม่เข้าใจในหลาย ๆ ด้าน ตั้งแต่ นิยามและพยาธิสภาพ, ปัญหาแทรกซ้อนทางจิตไปจนถึงกลไกของการเกิดปัญหาทางจิตนั้น ๆ

นิยามอันเป็นเครื่องหมายบอกถึงแนวคิดและความเข้าใจที่แพทย์มีต่อความผิดปกติแบบ ลมชักนั้นเปลี่ยนแปลงมาตลอดในประวัติศาสตร์การแพทย์ เริ่มจากเป็น “โรคของอำนาจศักดิ์สิทธิ์” ในยุคก่อนวิทยาศาสตร์ของการแพทย์ตะวันตก, “ภาวะวิบัติของลม” ในการแพทย์แผนไทยซึ่งมีแนวคิดแบบเอกนิยมบริสุทธิ์ (purist monism) คือไม่แยกจิตกับกาย, “ภาวะวิปลาศของสมอง” ในยุควิทยาศาสตร์เทียมของการแพทย์ตะวันตกก่อนการแยกสาขาจิตเวชศาสตร์จากประสาทวิทยา จนถึงปัจจุบันที่การแพทย์เป็นแขนงหนึ่งของวิทยาศาสตร์ประยุกต์ นิยามหนึ่งของความผิดปกติแบบลมชักที่มีการกล่าวถึงคือ

“excessive neuronal electrical discharges that synchronize and spread through the brain, producing an electrical “seizure”.”

แต่อย่างน้อยประโยชน์หนึ่งอย่างจากการพยายามให้นิยามแก่ “ลมชัก” ก็คือ การสลายแนวคิดเรื่อง “organic versus functional” ในทางการแพทย์ เพราะจากนิยาม, “ลมชัก” เป็นตัวอย่างที่ดีที่สุดของ “neurologic disorder of function” อันทำให้มุมมองทางการแพทย์แบบแบ่งแยกต่อพยาธิ สรีรภาพ (pathophysiology) ของ “โรคที่มีความผิดปกติแน่ชัด” (organic) อย่างโรคของทางอายุรศาสตร์ กับ “โรคที่มีแต่อาการแสดง”

(functional) อย่างโรคของทางจิตเวชศาสตร์ ไม่เป็นที่ยอมรับกันโดยทั่วไปอีก แม้เดิมหลักคิดของมุมมองเช่นนั้นก็มีสมเหตุสมผลอยู่แล้ว

ในอดีตคำว่า “ลมชัก” มีความหมายเดียวกับความผิดปกติจากจิต ส่วนปัจจุบันแม้อัตราความผิดปกติทางจิตใน “ลมชัก” จะไม่พบมากอย่างที่เคยเชื่อกัน แต่ด้วยวิธีการทางระบาดวิทยาสมัยใหม่, เพียงแค่ความเรื้อรังและความผิดปกติทางสมองอันเป็นสาเหตุของ “ลมชัก” ก็ยังไม่พอเพียงที่จะอธิบายอัตราความผิดปกติทางจิตใน “ลมชัก” ได้ นี่จึงเป็นที่มาของทฤษฎีทั้งหลายที่พยายามอธิบายว่า “ปรากฏการณ์ชัก” ด้วยตัวของมันเองก็เพียงพอที่จะทำให้เกิดความผิดปกติทางจิต

ความผิดปกติทางจิตจาก “ลมชัก” พบได้ในสองลักษณะ

### 1. พฤติกรรมชัก (Ictal behavioral phenomena)

สิ่งที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยขณะชัก ตั้งแต่ความผิดปกติของการรับรู้ก่อนชัก (auras), การเปลี่ยนแปลงสัมปชัญญะ หรือ automatism ขณะชักรวมทั้งอาการชักเองและภาวะสับสนหลังชัก (postictal confusion) เหล่านี้ล้วนให้เข้าใจผิดว่าเป็นอาการทางจิตได้ทั้งสิ้น (กล่าวในบริบทของทวินิยมเดิม) อย่างไรก็ตามความผิดปกติทางจิต “เทียม” จาก “ปรากฏการณ์ชัก” ลักษณะนี้ยังเป็นที่เข้าใจได้โดยกลไกที่ตรงไปตรงมามากกว่าความผิดปกติทางจิตแบบ “สะสม” ในลักษณะที่สอง

### 2. การเปลี่ยนแปลงระหว่างชัก (Interictal alterations)

ความผิดปกติทางจิตระหว่างชักเป็นหัวข้อที่มีถกเถียงกันมานานโดยเฉพาะในกรณีที่เชื่อว่าสาเหตุเกิดจาก “ปรากฏการณ์ชัก” เอง แม้ในปัจจุบันจะพบว่าความผิดปกติลักษณะนี้จะมีได้มีมากอย่างที่เคยเชื่อ, พบมากเฉพาะในลมชักบางชนิด, เกี่ยวข้องกับปัจจัยข้างเคียงอื่นมากกว่าจากการชักโดยตรงและเกิดจากการรักษาที่ไม่เหมาะสม แต่ประวัติศาสตร์ของการพยายามอธิบายความผิดปกติที่มี

ลักษณะ “พิเศษ” นี้ก็ยังคงน่าสนใจ ความผิดปกติทางจิตระหว่างชักเกิดขึ้นจากปัจจัย 4 ประการ

2.1 พยาธิสภาพในสมอง (cerebral pathology) พยาธิสภาพใดก็ก่อให้เกิดการชักได้ ก็อาจก่อให้เกิดอาการทางจิตได้เช่นกัน

2.2 ผลกระทบทางจิตสังคม (psychosocial factors) ภาวะซึมเศร้าเป็นความผิดปกติทางจิตที่พบบ่อยที่สุดในผู้ป่วยลมชักเช่นเดียวกับในโรคเรื้อรังอื่นที่มีผลกระทบต่อชีวิตของผู้ป่วย ตั้งแต่โรคผื่นเรื้อรังไปจนถึงเบาหวาน

2.3 ยาต้านชัก (Anticonvulsant medications) ยาที่ออกฤทธิ์ต่อสมองย่อมส่งผลทางจิตประสาทได้ ภาวะแทรกซ้อนทางจิตสังคมหลายลักษณะซึ่งเดิมเชื่อว่าเป็นผลจากการชัก ได้พบแล้วว่าเป็นผลของยาต้านชัก แม้กระนั้นผลจากยาทั้งหมดก็ยังเป็นปัญหาน้อยกว่าการไม่ใช้ยาเมื่อควรใช้, การให้ยาไม่พอเพียง, การให้ยาไม่เหมาะสมกับชนิดของการชักและวัยของผู้ป่วยรวมทั้งการใช้ยาหลายชนิดโดยไม่จำเป็นอยู่มาก

2.4 การชัก (Interictal proper) ด้วยตัวของมันเองเชื่อว่าก่อให้เกิดความผิดปกติทางจิตได้หลายลักษณะดังนี้

2.4.1 ภาวะโรคจิตคล้ายจิตเภท (Schizophrenia like Psychosis) พบได้ประมาณ 10% ในกลุ่มผู้ป่วยชักเรื้อรัง โดยเฉพาะชักแบบ complex-partial, ผู้หญิง, ต้นตอชักเกิดจากสมองซีกเด่นและเริ่มชักแต่วัยรุ่น อาการมีลักษณะคล้ายโรคจิตเภทแบบระแวง (Paranoid schizophrenia) แต่อารมณ์ตอบสนองผู้ป่วยจะยังคงเป็นปกติมากกว่า

จนปัจจุบันก็ยังมีรายงานลักษณะ “forced normalization” หรือ “biological antagonism” ในความผิดปกติทางจิตแบบนี้คือเกิดขึ้นหลังจากป่วยด้วยลมชักมา 5-10 ปีแล้วเริ่มชักลดลงหรือไม่ชักอีก แต่ก็ยังไม่มีผู้ใดอธิบายกลไกการเกิดปรากฏการณ์นี้ได้ที่น่าพิศวงใจ

2.4.2 การเปลี่ยนแปลงทางบุคลิกภาพ (Personality changes) ยังมีการกล่าวอ้างถึง “บุคลิกภาพลมชัก” (Epileptic personality) เป็นการทั่วไปในตำราทางประสาทจิตเวชศาสตร์หรือพฤติกรรมประสาทวิทยา (Neuropsychiatry or Behavioral neurology) จนแม้กระทั่งใน ICD-10 โดย

ประมาณว่าพบได้ถึง 40% ของผู้ป่วย ลักษณะของการเปลี่ยนแปลงมีตั้งแต่บุคลิกภาพแบบ “viscous” อันมีลักษณะย้ำคิด, ซ้ำซาก, ตื้อตึงและคับแคบ ไปจนถึง “The psychomotor quartet” หรือ Gastaut-Geschwind syndrome อันประกอบด้วยอาการมักพูดอ้อมค้อม (Circumstantial speech), ความต้องการทางเพศลดลง (hyposexuality), เขียนมาก (hypergraphia) และหมกมุ่นลึกลับ (Pseudoprofundity) โดยมีทฤษฎีหลากหลายที่อธิบายสาเหตุของการเปลี่ยนแปลงนี้ตั้งแต่ “Limbic hyperconnection”, “Kindling effect”, “Gowers phenomenon” และ “REM spill-over”

ปัจจุบัน “epileptic personality” พบน้อยลงมากตั้งแต่มีการปรับปรุงวิธีการใช้ยาต้านชัก และลักษณะการเปลี่ยนแปลงเช่นนี้ก็พบแล้วที่ไม่จำเพาะกับ “ลมชัก” คือยังพบได้ในภาวะเรื้อรังทางประสาทจิตเวชอีกหลายภาวะ

โดยสรุปจากหลักฐานทั้งหมดที่มีแม้จะยังแสดงให้เห็นว่าการแพทย์มีความเข้าใจเกี่ยวกับความผิดปกติทางจิตอันเกิดจากภาวะลมชัคน้อยเพียงใด กระนั้นมันก็เพียงพอที่จะบอกได้ว่าเรามาได้ไกลแล้ว เป็นที่ชัดเจนว่าความผิดปกติทางจิตมีพื้นฐานมาจากความแปรปรวนในสมอง เป็นที่น่าเชื่อด้วยความเปลี่ยนแปลงของสมองในระหว่างชักเองส่งผลต่อสุขภาพจิตของผู้ป่วยได้แม้จะไม่พบมากหรือมีอาการจำเพาะอย่างที่เคยเข้าใจกัน ด้วยความรู้เท่าที่มีในปัจจุบัน “ลมชัก” จึงกลับคืนมาเป็นกลุ่มภาวะผิดปกติทางจิตเวชศาสตร์ชนิดหนึ่งที่มีความเป็นสามัญเช่นภาวะอื่น ๆ มิได้เป็นโรคที่ลึกลับหรือมหัศจรรย์มากอย่างที่เป็นการมาในประวัติศาสตร์การแพทย์

**บรรณานุกรม**

1. Pincus JH, Tucker GJ. Behavioral Neurology. 3<sup>rd</sup> ed. Oxford University Press: New York, 1985.
2. Reynolds EH, Trimble MR. eds. The Bridge Between Neurology and Psychiatry. Churchill Livingstone: Edinburgh, 1989.
3. Cummings JL. Clinical Neuropsychiatry. Grum & Stratton: Orlando, 1985.
4. Tayler MA. The Fundamentals of Clinical Neuropsychiatry. Oxford University Press: New York, 1999.

