

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.1 ข้อมูลเบื้องต้น

เป็นโรคที่มีกลุ่มอาการหลากหลายโดยมีความผิดปกติทั้งทางด้าน cognition, อารมณ์ ประสาทสัมผัส และพฤติกรรม ซึ่งวงการจิตแพทย์ปัจจุบันต่างทราบดีว่าแนวความคิดเรื่องโรคจิตเภทมีรากฐานจากโรค dementia praecox ที่เสนอโดย Emil Kraepelin ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1893 ซึ่ง Kraepelin ใช้คำว่า “dementia praecox” ในความหมายว่าเป็นโรคที่มีความผิดปกติทาง cognition (dementia) มีอาการเกิดขึ้นตั้งแต่อายุน้อย (praecox) มีการดำเนินโรคอย่างต่อเนื่องในระยะยาว มีอาการหลงผิด ประสาทหลอน โรค dementia praecox อาจมีอาการในระยะยาวแตกต่างกันได้หลายรูปแบบ ซึ่งใช้แบ่งชนิดย่อยของโรคนี้ออกเป็นชนิดต่างๆ ได้แก่ hebephrenic, catatonic และ paranoid โดยที่มีอาการก่อนเป็นโรค (prodromal symptoms) เหมือนกัน แต่ผู้ที่คิดคำเรียกชื่อโรคนี้เสียใหม่ว่า “schizophrenia” คือ Eugen Bleuler

ต่อมา Bleuler (1857-1939) ได้ใช้คำว่า โรคจิตเภท (schizophrenia) แทนคำว่า dementia praecox ซึ่งหมายถึงการแยกออกมาจากจิตใจ (splitting of mind) โดยเน้นว่าผู้ป่วยโรคนี้มีความแตกแยก (schism) ของความคิด (thought), อารมณ์ (emotion), พฤติกรรม (behavior) และการรับรู้ (perception)

Crow ได้จัดให้การแปรปรวนของการสัมพันธ์หรือการผิดปกติของความคิด (associational disturbance or thought disorder), ประสาทหลอน (hallucinations) และการหลงผิด (delusions) อยู่ในกลุ่มอาการชนิดบวก (positive symptoms) และให้ความสำคัญกับกลุ่มอาการชนิดลบ (negative symptoms) มากขึ้น และได้ให้ความเห็นว่าอาการของผู้ป่วยโรคจิตเภทสามารถแบ่งเป็นสองกลุ่ม คือ

2.1.1 Type I คืออาการชนิดบวก (positive symptoms), ประสาทหลอน (hallucinations), การหลงผิด (delusions), และการผิดปกติของความคิด (thought disorder เช่น loosening of associations)

2.1.2 Type II หรืออาการชนิดลบ (negative symptoms) อารมณ์ทื่อ (affect flat tening) การพูดน้อย (poverty of speech) และการสูญเสียแรงจูงใจ (loss of drive)

2.2 ระบาดวิทยา (Epidemiology)

ระบาดวิทยาของโรคจิตเภทในประเทศไทยนั้นมีการศึกษาในระยะ 10 ปีที่ผ่านมาไม่มากนักเท่าที่สืบค้นได้มีดังนี้

2.2.1 การศึกษาในชุมชน

- 1) การสำรวจของนันทิกา ทวีชาติและคณะ ที่ศึกษาในประชากรที่อาศัยอยู่ในชุมชนของกรุงเทพมหานคร จำนวน 2,948 คน อายุระหว่าง 15-60 ปี เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ด้วยแบบสอบถามที่ดัดแปลงมาจาก Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition หรือ DSM-IV และ The Composite International Diagnostic Interview (CIDI) รายงานนี้ตีพิมพ์เมื่อปี พ.ศ.2543 ผลการศึกษาพบว่าความชุกของโรคจิตโดยรวม (psychoses) โดยใช้แบบคัดกรองเท่ากับร้อยละ 9.6 และเมื่อนำตัวอย่างของผู้ที่ตอบแบบคัดกรองแล้วมาสัมภาษณ์ต่อโดยผู้สัมภาษณ์ที่ได้รับการฝึกอบรมในการใช้ CIDI ร่วมกับการสังเกตพฤติกรรม พบว่า ค่าความชุกของโรคจิตเภทเท่ากับร้อยละ 1.3
- 2) การสำรวจของอนุรักษ์ บัณฑิตยชาติและคณะ ซึ่งเป็นการศึกษาหาความชุกชั่วชีวิต (lifetime prevalence) ของความผิดปกติทางจิตในประเทศไทย โดยสุ่มตัวอย่างจากประชากรทั่วประเทศ อายุ 15-60 ปี ด้วยวิธี multistage random sampling technique จำนวน 7,157 คน เก็บข้อมูลจากการสัมภาษณ์โดยคัดกรองผู้ที่คาดว่าจะมีปัญหาทางจิตและนำมายืนยันการวินิจฉัยโรคโดยใช้แบบสอบถามที่ดัดแปลงมาจาก DSM-IV และ CIDI เช่นเดียวกัน พบว่าความชุกชั่วชีวิตของโรคจิตเภท น้อยสุดที่ภาคเหนือและภาคใต้คือ ไม่มีรายงาน รองลงมาคือ ภาคกลาง 0.18 และสูงสุดคือภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ 0.37 ทำให้ตัวเลขโดยภาพรวมทั้งประเทศมีความชุกเพียงร้อยละ 0.17 เท่านั้น

ตารางที่ 2.1 แสดงความชุกชั่วชีวิตของโรคจิตเภทแยกตามรายภาคจากการสำรวจทางระบาดวิทยาของ
ความผิดปกติทางจิตของประชาชนไทย

โรค	ภาคกลาง (จำนวน = 2,180 คน)	ภาคเหนือ (จำนวน = 1,695 คน)	ภาค ตะวันออกเฉียงเหนือ (จำนวน = 2,173 คน)	ภาคใต้ (จำนวน = 1,101 คน)	รวม (จำนวน = 7,149 คน)
โรคจิตเภท (ร้อยละ)	0.18	-	0.37	-	0.17

- 3) การศึกษาของธรณินทร์ กองสุขและคณะ ได้สำรวจทางระบาดวิทยาของโรคจิตเวชในประชาชนจังหวัดเลย และรายงานไว้เมื่อปี พ.ศ. 2534 ว่า พบความชุกของโรคจิตเภทเท่ากับร้อยละ 0.6
- 4) การศึกษาของสุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล และคณะ เป็นการศึกษาเพื่อหาความถูกต้อง (reliability and validity) ของแบบคัดกรองความเจ็บป่วยทางจิตที่ได้พัฒนาขึ้นใหม่ที่เรียกว่า “แบบคัดกรองการป่วยทางจิตในชุมชนคนไทย” (Thai Mental Illness Screening Test, TMIST) ให้ผู้ช่วยวิจัยเป็นคนสัมภาษณ์ โดยใช้แบบคัดกรองนี้ แล้วเปรียบเทียบกับจิตแพทย์ที่สัมภาษณ์ผู้ป่วยด้วย M.I.N.I โดยสุ่มเลือกประชากรตัวอย่างใน 5 จังหวัด คือ ขอนแก่น เลย สงขลา เชียงใหม่ และนนทบุรี สัมภาษณ์ในช่วง 1 เมษายน 2546-31 พฤษภาคม 2546 ผลการศึกษาพบว่าอัตราความชุกของโรคจิตเภทเท่ากับร้อยละ 1.48

2.2.2 การศึกษาในกลุ่มผู้ป่วย

สำหรับในประเทศไทย ข้อมูลจากโรงพยาบาลต่างๆ เท่าที่สืบค้นได้มีดังนี้

1) โรงพยาบาลในสังกัดกรมสุขภาพจิต

- 1.1) สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา ในปีงบประมาณ 2540-2549 มีผู้ป่วยโรคจิตเภทมารักษาแบบผู้ป่วยนอกอยู่ระหว่างร้อยละ 41.95-48.66 โดยพบว่าช่วง 5 ปีหลังนี้มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ส่วนผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มารักษาตัวแบบผู้ป่วยในพบระหว่างร้อยละ 51.79-58.68 โดยพบว่าช่วง 5 ปีหลังนี้มีลักษณะไม่คงที่ ขึ้นๆ ลงๆ

- 1.2) สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ ในปี พ.ศ.2542-2544 มีผู้ป่วยโรคจิตเภทร้อยละ 42.75 ของผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด
 - 1.3) โรงพยาบาลศรีธัญญา มีผู้ป่วยโรคจิตเภทในปี พ.ศ.2543-2545 จำนวน 61,166 ราย 64,463 ราย ตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 43.44, 48.56 และ 50.42 ของผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด
 - 1.4) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2536 มีผู้ป่วยโรคจิตเภทมารับบริการ 22,081 ราย จากจำนวนผู้ป่วยนอก 87,957 ราย หรือคิดเป็นร้อยละ 25.1 ของจำนวนผู้ป่วยนอกทั้งหมด และในปีงบประมาณ พ.ศ. 2539 มีผู้ป่วยนอกที่เข้ารับการตรวจครั้งแรกทั้งสิ้น 13,587 ราย ในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท 1,380 ราย หรือคิดเป็นร้อยละ 10.2
- 2) โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงศึกษาธิการ
- 2.1) โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ในแผนกผู้ป่วยนอก คลินิกจิตเวช ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2543 – 31 กรกฎาคม พ.ศ. 2545 มีผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทตาม ICD-10 (F20 Schizophrenia) จำนวน 1,621 ราย จาก 9,873 ราย หรือคิดเป็นร้อยละ 16.4 ของผู้ป่วยนอกทั้งหมด จัดเป็นโรคที่พบบ่อยลำดับ 3 ในคลินิกจิตเวช (ผู้ป่วยนอก) แต่กลับเป็นโรคที่พบบ่อยในลำดับ 2 คิดเป็นร้อยละ 15.8 ของจำนวนผู้ป่วยในในช่วงเดียวกัน

จากการศึกษาของดวงใจ กसानติกุล และเดชา ลลิตอนันต์พงศ์ พบว่า แนวโน้มการวินิจฉัยโรคจิตเภทในโรงพยาบาลสมเด็จพระยา (ปัจจุบันคือ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา) โรงพยาบาลศรีธัญญา และโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ในช่วงระยะ 10 ปี (พ.ศ.2530 – พ.ศ.2540) มีแนวโน้มการวินิจฉัยคงที่หรือก่อนไปทางลดลงในขณะที่การวินิจฉัยกลุ่มโรคทางอารมณ์ (major affective disorders, MAD) กลับมีแนวโน้มสูงขึ้น แต่อย่างไรก็ตาม ข้อมูลของธีระ ลีลานันทิกิจ ในช่วงปี พ.ศ.2545 – พ.ศ.2550 พบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มารักษาแบบผู้ป่วยนอกที่สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยามีแนวโน้มเพิ่มขึ้น

2.3 สมมุติฐานโรค

ในปัจจุบันยังไม่ทราบสาเหตุของอาการป่วยเป็นโรคจิตเภท อย่างไรก็ตาม หลักฐานทางวิทยาศาสตร์จำนวนไม่น้อยบ่งชี้ว่า โรคจิตเภทเกิดจากความผิดปกติทางชีวภาพมากกว่าความผิดปกติทางจิตสังคมหรือการเลี้ยงดูในวัยเด็ก สาเหตุของโรคจิตเภทอาจแบ่งได้เป็น

2.3.1 ปัจจัยทางพันธุกรรม (genetic factors) จากหลายการศึกษา พบว่าญาติของผู้ป่วยโรคจิตเภทมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคจิตเภทมากกว่าคนทั่วไป

2.3.2 ความแปรปรวนของสารเคมีประสาท (neurochemical disturbances)

- 1) Dopamine hypothesis จากการศึกษาพบว่าอาการชนิดบวก (positive symptoms) เท่านั้นที่สัมพันธ์กับการทำงานมากเกินไปของ dopamine ส่วนอาการชนิดลบ (negative symptoms) สัมพันธ์กับการทำงานน้อยลงของ dopamine (dopaminergic hypoactivity) นอกจากนี้ยังมีสมมุติฐานเพิ่มเติมว่า dopamine type-4 receptors ก็อาจมีส่วนเกี่ยวข้องกับการเกิดโรคจิตเภทเช่นเดียวกัน
- 2) Neurotransmitters และ neuropeptides อื่นๆ หลังจากที่มีการค้นพบว่ายารักษาโรคจิตชนิดผิดปกติ (atypical antipsychotic drugs) มีฤทธิ์ยับยั้งการจับตัวของ serotonin กับ 5-HT type-2 receptors ส่วนระบบอื่นๆ เช่น norepinephrine, GABA และ glutamate ซึ่งมีอิทธิพลต่อการทำงานของ dopamine ก็อาจสัมพันธ์กับการเกิดโรคจิตเภทได้เช่นกัน

2.3.3 ประสาทพยาธิวิทยาและการฉายภาพสมอง (neuropathology and functional imaging) การพบความผิดปกติหลายแห่งในสมองของผู้ป่วยโรคจิตเภท เช่น การกว้างขึ้น (enlargement) ของ lateral ventricle, ขนาดของ amygdala และ hippocampus มีปริมาณ (volume) ลดลง basal-ganglia nuclei มีปริมาณเพิ่มขึ้น frontal lobes การทำงาน (activity) ที่ลดลง

2.3.4 ปัญหาแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์และคลอด (gestational and birth complications) มีผู้เสนอความเห็นว่ สาเหตุของการเกิดโรคจิตเภทอาจเกี่ยวข้องกับปัญหาแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์และคลอดหลายๆ ประการ

2.3.5 การศึกษาอื่นๆ ทางชีวภาพ (other biological studies) ตัวอย่างของการศึกษาทางชีวภาพ ในแง่ของอื่นที่ยังมีข้อมูลน้อย คือ electrophysiology, eye movement dysfunction, psychoneuroimmunology และ psychoneuroendocrinology

2.3.6 ปัจจัยทางจิตสังคม (psychosocial factors): ปัจจัยนี้ได้รับการกล่าวถึงมากในช่วงกลาง ศตวรรษที่ 20 ในปัจจุบันปัจจัยทางจิตสังคมถูกนำมาใช้วางแผนการรักษาหลังจากเริ่มป่วยมากกว่าที่จะคำนึงถึงในแง่ของสาเหตุ [6]

2.4 อาการและอาการแสดง

เนื่องจากอาการของโรคจิตเภทนั้นมีหลายด้าน ไม่ว่าจะเป็นภาษา อารมณ์ การใช้เหตุผล การเคลื่อนไหว การรับรู้ ซึ่งอาการต่างๆ เหล่านี้แตกต่างกันไปในผู้ป่วยแต่ละคน ดังนั้นแนวคิดในเรื่องของอาการและอาการแสดงของโรคจิตเภทจึงได้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ไม่ว่าจะเป็นคู่มือการวินิจฉัยและสถิติสำหรับความผิดปกติทางจิต (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DMS) ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 2 (DSM-II), Kasanin's schizoaffective schizophrenia, Hoch and Polatins pseudoneurotic schizophrenia, Vaillant's good prognosis schizophrenia, DSM-III, DSM-III-R, DSM-IV และ DSM-IV-TR เพื่อให้การวินิจฉัยโรคจิตเภทมีความชัดเจน น่าเชื่อถือ และครอบคลุมอาการต่างๆ ของโรคนี้ได้ทั้งหมด

ลักษณะทั่วไปของอาการจิตเภท เมื่อแบ่งตามบัญชีจำแนกทางสถิติระหว่างประเทศของโรค และปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้อง (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems: ICD) ฉบับปรับปรุงแก้ไขครั้งที่ 10 (ICD-10-TM) ระบุลักษณะอาการทั่วไปของโรคจิตเภทไว้ดังนี้

“ความผิดปกติแบบจิตเภท มีลักษณะทั่วไป คือ มีความผิดปกติทางความคิด และการรับรู้ และอารมณ์ไม่เหมาะสมหรือเฉยเมย โดยระดับความรู้สึกตัวและเซาว์ปัญญามักยังปกติอยู่ อย่างไรก็ตาม การสูญเสียปริชาน (cognition) จะค่อยๆ ปรากฏขึ้นเมื่อเวลาผ่านไป ปรากฏการณ์ทางจิตพยาธิสภาพที่สำคัญที่สุด ความคิดแพร่กระจาย ความหลงผิดในการรับรู้ และความหลงผิดว่าถูกควบคุม มีอิทธิพลเหนือหรือถูกขัดขวาง หูแว่ว ได้ยินคนอื่นนินทาผู้ป่วย ความผิดปกติ และอาการด้านลบ

การดำเนินโรคทางจิตเภท อาจจะเป็นแบบต่อเนื่อง หรือมีอาการเป็นพักๆ แล้วดำเนินต่อ หรือเป็นตลอดเวลา หรือ เป็นครั้งสองครั้งแล้วหายสมบูรณ์หรือไม่ก็ได้ ไม่ควรวินิจฉัยว่าเป็นจิตเภท ถ้ามีความผิดปกติทางอารมณ์แบบอารมณ์เศร้ามาก หรือเมเนีย ยกเว้นทราบชัดเจนว่าอาการทางอารมณ์

เกิดขึ้นหลังอาการของโรคจิตเภท และไม่วินิจฉัยเป็น โรคจิตเภทถ้ามีโรคทางสมองชัดเจน หรืออยู่ใน ภาวะเป็นพิษจากยา หรือภาวะถอนยา”

อาการของโรคจิตเภทที่แบ่งตามหลักเกณฑ์การวินิจฉัยโรคที่เรียกว่า Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) ซึ่งเป็นหลักเกณฑ์การวินิจฉัยความผิดปกติทางจิตซึ่งจัดทำโดย สมาคมจิตเวชศาสตร์สหรัฐอเมริกา (American Psychiatric Association) ฉบับที่ 4-TR (DSM-IV-TR) [7] ได้บ่งชี้อาการทางจิตเวชโดยทั่วไปไว้ดังนี้

2.4.1 มีอาการต่อไปนี้อย่างน้อย 2 อาการ และเป็นนานอย่างน้อย 1 เดือน (อาจจะเป็นน้อยกว่า 1 เดือนก็ได้ ถ้าหากได้รับการรักษา)

- 1) หลงผิด (delusions)
- 2) ประสาทหลอน (hallucinations)
- 3) พูดผิดปกติสับสน (disorganized speech) เช่น พูดคกๆ หล่นๆ หรือพูดไม่ปะติดปะต่อ
- 4) มีพฤติกรรมสับสนอย่างชัดเจน (grossly disorganized behavior) หรือมีพฤติกรรม catatonia
- 5) มีอาการทางลบ (negative symptoms) เช่น สีหน้าไม่แสดงอารมณ์ (apathy) ไม่ค่อยพูดหรือพูดน้อย (alogia) หรือ ไม่มีความกระตือรือร้น (avolition)

อาการข้อ 1) หรือ 2) เพียงข้อเดียวก็อาจจะถือว่าครบเกณฑ์ สำหรับข้อ 1 นี้ แต่อาการ หลงผิดต้องมีลักษณะแปลกประหลาด (bizarre delusion) หรืออาการประสาทหลอนต้อง เป็นเสียงที่คอยวิพากษ์วิจารณ์พฤติกรรมหรือความคิดของผู้ป่วย หรือเป็นเสียงอย่างน้อย สองเสียงที่สนทนาเกี่ยวกับผู้ป่วย

2.4.2 มีความบกพร่องในด้านสังคมหรืออาชีพ นับตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการไม่สบาย ซึ่งจะมี ช่วงเวลาหนึ่งที่ยาวนานพอสมควรที่ผู้ป่วยไม่สามารถทำหน้าที่ที่สำคัญได้ เช่น การ ทำงาน การสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น หรือดูแลตนเอง ความสามารถในการ ทำหน้าที่เหล่านี้จะลดลงจากเดิมอย่างมาก ถ้าผู้ป่วยเป็นเด็กหรือวัยรุ่น อาการไม่ สบายของผู้ป่วยจะต้องเป็นมาก จนทำให้ผู้ป่วยทำหน้าที่ ด้านการเรียนหรือด้านอาชีพต่ำ กว่าที่คาดไว้ หรือรบกวนต่อการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น

2.4.3 ระยะเวลาที่ผู้ป่วยต้องมีอาการตามที่กล่าวข้างต้น เป็นนานต่อเนื่องและเป็นอยู่เรื่อยๆ อย่างน้อย 6 เดือน ระยะ 6 เดือนที่กำหนดนี้ ประกอบด้วยระยะรุนแรงจนเข้ากับเกณฑ์ข้อแรก 1 เดือน (หรืออาจน้อยกว่าก็ได้ถ้าการรักษาได้ผล) และระยะอาการนำของโรค (prodromal symptoms) หรือระยะอาการหลงเหลือ (residual symptoms) ผู้ป่วยอาจมีอาการลบหรือมีอาการในข้อ 2.4.1 เพียง 2 อาการหรือมากกว่าก็ได้ แต่จะไม่รุนแรงเท่ากับอาการในข้อ 2.4.1 ในระยะเกิดอาการ โรคจิต ตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยมีเพียงความเชื่อที่ดูประหลาดหรือมีเพียงการรับรู้สัมผัสที่ผิดปกติ เป็นต้น

2.4.4 จะต้องไม่ใช่ schizoaffective disorder และจะต้องไม่ใช่ความผิดปกติทางอารมณ์ กล่าวคือต้องวินิจฉัยแยกโรคจิตเภทออกจาก schizoaffective disorder และความผิดปกติทางอารมณ์ที่มีอาการของโรคจิตร่วมด้วย โดยจะวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทก็ต่อเมื่อ

- 1) ระยะเวลาที่ผู้ป่วยมีอาการรุนแรง 4 สัปดาห์ตามเกณฑ์ข้อแรก ผู้ป่วยจะต้องไม่มีอาการของ major depressive หรือ manic episode หรือ mixed episode
- 2) ถ้ามี mood episode เกิดขึ้นในระยะเวลาที่ผู้ป่วยมีอาการรุนแรงระยะเวลารวมทั้งหมดของ mood episode จะต้องน้อยกว่ามากเมื่อเทียบกับระยะเวลาที่ผู้ป่วยมีอาการ โรคจิตในข้อแรกร่วมกับระยะอาการหลงเหลือรวมกัน

2.4.5 อาการไม่สบายของผู้ป่วยจะต้องไม่เกิดจากสารเสพติด (หรือยาที่ใช้แล้วทำลายสุขภาพ หรือยาที่ใช้ในทางการแพทย์) หรือโรคทางกาย

2.4.6 ถ้าผู้ป่วยเคยเป็น autistic disorder หรือ pervasive developmental disorder มาก่อน จะวินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคจิตเภทเพิ่มขึ้นอีกอย่างหนึ่งก็ต่อเมื่อ มีอาการหลงผิดหรืออาการทางประสาทหลอนอย่างชัดเจนอย่างน้อย 1 เดือน (หรือน้อยกว่าถ้าการรักษาได้ผลดี)

2.5 การดำเนินโรคและการพยากรณ์โรค

ผู้ป่วยมักเริ่มป่วยในระยะวัยรุ่นตอนปลาย (late adolescence) โดยผู้ชายมักเริ่มป่วยในช่วงอายุ 17-30 ปี ส่วนผู้หญิงมักเริ่มป่วยในช่วงอายุ 20-40 ปี การเริ่มป่วยก่อนอายุ 10 ปีหรือหลังอายุ 50 ปีพบได้น้อยมาก ผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยมีการเปลี่ยนแปลงทางสังคมหรือสภาพแวดล้อมก่อนป่วย หลังจากนั้นจึงมีกลุ่มอาการนำมาก่อน (prodromal syndrome) อยู่ช่วงเวลานึงก่อนมีอาการโรคจิตเภทอย่างชัดเจน หลังจากเริ่มป่วยแล้ว ผู้ป่วยมักเสื่อมเสียการทำหน้าที่ทางสังคมและด้านการงาน โดยเฉพาะช่วง 5-10 ปีแรก ซึ่งในช่วงนี้ผู้ป่วยมักมีอาการรุนแรงเป็นครั้งคราว

2.6 การรักษา

การรักษาด้วยยา (drug treatment) สำหรับการรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภทส่วนใหญ่แล้ว การรักษาด้วยยาจัดว่าเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพดีกว่า และสะดวกกว่าการรักษาด้วยวิธีอื่นๆ นอกจากนี้ การรักษาด้วยยายังสามารถลดการอยู่โรงพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยพร้อมสำหรับการรักษาด้านจิตสังคม และป้องกันการกลับเข้ารักษาในโรงพยาบาลใหม่อีกด้วย

การรักษาทางจิตสังคม (psychosocial Treatment) การรักษาเหล่านี้มีจุดมุ่งหมาย คือ การส่งเสริมให้ผู้ป่วยร่วมมือในการใช้ยา การลดความเครียด การเพิ่มความสามารถของผู้ป่วยในการเผชิญหน้ากับความเครียด การช่วยให้ผู้ป่วยมีการคาดหมายที่เหมาะสม และการให้ผู้ป่วยได้รับความช่วยเหลือต่างๆ ตามสมควร

2.7 ผู้ป่วยโรคจิตเภทกับกระบวนการยุติธรรม

ในกฎหมายได้มีการบัญญัติถึงกรณีที่ผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตกระทำความผิด โดยเฉพาะความผิดในประมวลกฎหมายอาญามาตรา 65 ระบุเกี่ยวกับผู้กระทำความผิดที่เป็นผู้ป่วยทางจิตดังนี้

“มาตรา 65 ผู้ใดกระทำความผิดในขณะที่ไม่สามารถรู้ผิดชอบ หรือไม่สามารถบังคับตนเองได้ เพราะมีจิตบกพร่อง โรคจิตหรือ จิตฟั่นเฟือนผู้นั้นไม่ต้องรับโทษสำหรับความผิดนั้น

แต่ถ้าผู้กระทำความผิดยังสามารถรู้ผิดชอบอยู่บ้าง หรือยัง สามารถบังคับตนเองได้บ้าง ผู้นั้นต้องรับโทษสำหรับความผิดนั้น แต่ศาลจะลงโทษน้อยกว่าที่กฎหมายกำหนดไว้สำหรับความผิดนั้น เพียงใดก็ได้”

เมื่อศาลได้พิพากษาแล้วว่าจำเลยที่เป็นผู้มีความผิดปกติทางจิตมีความผิดจริง แต่ไม่ต้องรับโทษตามมาตรา 65 วรรคแรกหรือได้รับการลดโทษตามมาตรา 65 วรรคสอง และจากการพิจารณาของศาลเห็นว่าถ้าปล่อยผู้นั้นไปจะไม่เป็นการปลอดภัยแก่ประชาชน ศาลอาจมีคำสั่งตามมาตรา 48 ที่ระบุไว้ดังนี้

“มาตรา 48 ถ้าศาลเห็นว่า การปล่อยตัวผู้มีจิตบกพร่อง โรคจิต หรือจิตฟั่นเฟือนซึ่งไม่ต้องรับโทษหรือได้รับการลดโทษตาม มาตรา 65 จะเป็นการไม่ปลอดภัยแก่ประชาชน ศาลจะสั่งให้ส่งไปคุมตัวไว้ในสถานพยาบาลก็ได้ และคำสั่งนี้ศาลจะเพิกถอนเสียเมื่อใดก็ได้”

วิธีการเพื่อความปลอดภัยบัญญัติไว้ในมาตรา 39 ประมวลกฎหมายอาญาดังนี้

“มาตรา 39 วิธีการเพื่อความปลอดภัยมีดังนี้

- (1) กักกัน
- (2) ห้ามเข้าเขตกำหนด
- (3) เรียกประกันทัณฑ์บน
- (4) คুমตัวไว้ในสถานพยาบาล
- (5) ห้ามการประกอบอาชีพบางอย่าง”

ในส่วนของคำพิพากษาศาลฎีกานั้น จะมีที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโรคจิตเวช และการเลือกใช้วิธีการเพื่อความปลอดภัย ตัวอย่างเช่น

คำพิพากษาศาลฎีกาที่ 288/2530 แม้จะไม่ปรากฏว่าได้มีการส่งตัวจำเลยไปให้จิตแพทย์ตรวจและลงความเห็น แต่พฤติการณ์ของจำเลยแสดงให้เห็นว่า การกระทำของจำเลยเป็นการกระทำของผู้ที่มีจิตบกพร่อง และได้กระทำไปขณะที่จำเลยไม่สามารถรู้ผิดชอบหรือไม่สามารถบังคับตนเองได้ เพราะจิตบกพร่องหรือจิตฟั่นเฟือนแม้การที่จำเลยมีจิตบกพร่องหรือจิตฟั่นเฟือนนั้นจะไม่เป็นอยู่ตลอดเวลาจำเลยก็ไม่ต้องรับโทษตามประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 65 พิพากษาแก้เป็นว่า ไม่กำหนดระยะเวลาให้ส่งจำเลยไปคুমตัวไว้ในสถานพยาบาล นอกจากที่แก้ให้เป็นไปตามคำพิพากษาศาลอุทธรณ์

คำพิพากษาศาลฎีกาที่ 530/2542 การกระทำของจำเลยที่ไม่ต้องรับโทษตามประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 65 วรรคแรกนั้นต้อง พิจารณาถึงผู้กระทำว่ารู้สึกผิดชอบในการกระทำผิดลงในขณะที่ขณะนั้นผู้กระทำสามารถยับยั้งหรือบังคับตนเองได้หรือไม่อันเนื่องจากมีจิตบกพร่องหรือโรคจิต มิใช่ถือเอาการกระทำของจำเลยภายหลังเกิดเหตุ ที่นำชี้สถานที่เกิดเหตุกับแสดงท่าทาง ในการกระทำผิดมาเป็นเกณฑ์พิจารณาประกอบการกระทำความคิด ที่กระทำก่อนแล้วไม่ พิพากษายืนตามศาลอุทธรณ์ ให้ส่งจำเลยไปคুমตัวไว้เพื่อทำการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลประสานสงขลาจนกระทั่งแพทย์ผู้ตรวจรักษาเห็นว่าจำเลยหายป่วยและสามารถอยู่ร่วมในสังคมได้โดยไม่เป็นอันตรายต่อผู้อื่นอีกต่อไป จึงให้พ้นจากการคুমตัว ของกลางให้รับ

คำพิพากษาศาลฎีกาที่ 1609/2544 จำเลยป่วยด้วยโรคซึมเศร้าเกิดความเครียดในการประกอบอาชีพและรู้สึกว่าคุณค่าของตัวเองไร้ค่าจนมีความก้าวร้าวสะสมมากขึ้น เมื่อพบโจทก์ร่วมกำลังจับเรือเร่ขายสินค้าเช่นเดียวกับจำเลยจึงกระตุ้นจิตใจให้มีความก้าวร้าวยิ่งขึ้นจนทำร้ายโจทก์ร่วมอย่างรุนแรง แต่จำเลยยังจับเรือหลบหนีกลับบ้านได้ แสดงว่าสามารถรู้ผิดชอบอยู่บ้างหรือสามารถบังคับตนเองได้บ้าง ต้องด้วยประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 65 วรรคสอง พิพากษาแก้เป็นว่า จำเลยมีความผิดตามประมวลกฎหมายอาญามาตรา 288, 80 ประกอบด้วยมาตรา 65 วรรคสอง ลงโทษจำคุกจำเลย 4 ปี คำให้การของจำเลยในชั้นสอบสวนและในชั้นพิจารณาคดีเป็นประโยชน์แก่การพิจารณา ประกอบกับจำเลยบรรเทาผลร้ายด้วยการชดเชยค่าเสียหายเป็นที่พอใจของโจทก์ร่วม นับว่ามีเหตุบรรเทาโทษจึงลดโทษให้กึ่งหนึ่งตามมาตรา 78 คงจำคุก 2 ปี จำเลยไม่เคยต้องโทษจำคุกมาก่อนพฤติการณ์ในการกระทำความผิดมีสาเหตุจากอาการป่วยทางจิตประกอบกับระดับสติปัญญาของจำเลยเป็นปัจจัยสำคัญอย่างหนึ่งสมควรให้โอกาสจำเลยกลับตัว จึงให้รอการลงโทษจำคุกไว้ 3 ปีให้จำเลยไปรายงานตัวต่อพนักงานคุมประพฤติ 8 ครั้ง ภายในเวลา 2 ปี ตามเงื่อนไขและกำหนดระยะเวลาที่พนักงานคุมประพฤติเห็นสมควรกับให้จำเลยไปรับการบำบัดรักษาอาการป่วยทางจิตจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรงพยาบาลนิติจิตเวชตามที่แพทย์นั้นจะเห็นว่าเหมาะเป็นปกติตามประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 56 นอกจากนี้แก้ไขให้เป็นไปตามคำพิพากษาศาลอุทธรณ์

คำพิพากษาศาลฎีกาที่ 4533/2545 จำเลยมีความผิดตามประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 288, 288 ประกอบด้วยมาตรา 80, 392 และตามพระราชบัญญัติอาวุธปืนฯ มาตรา 8 ทวิ วรรคหนึ่ง, 72 ทวิ วรรคสอง โดยทุกกระทงความผิดประกอบด้วยประมวลกฎหมายอาญามาตรา 65 วรรคสอง ด้วย รวมจำคุก 3 ปี 5 เดือน โทษจำคุกให้รอการลงโทษไว้มีกำหนด 3 ปี ให้คุมความประพฤติจำเลยไว้โดยให้จำเลยรายงานตัวต่อพนักงานคุมประพฤติและไปบำบัดรักษาจิตใจที่โรงพยาบาลนิติจิตเวชโดยให้รายงานผลการรักษาต่อพนักงานคุมประพฤติ 3 เดือน ต่อครั้ง ภายในเวลาที่รอการลงโทษตามประมวลกฎหมายอาญามาตรา 56 นอกจากนี้แก้คงให้เป็นไปตามคำพิพากษาศาลอุทธรณ์

2.8 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

Large และคณะ [8] ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอัตราการฆาตกรรมโดยผู้ป่วยโรคจิตเภทและอัตราการฆาตกรรมโดยรวมในปี ค.ศ. 2009 โดยศึกษาจากกรณีของการฆาตกรรมที่กระทำโดยบุคคลที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท ผลการวิจัยนั้นได้แสดงให้เห็นว่าอัตราการฆาตกรรมของผู้ป่วยโรคจิตเภทนั้นมีความสัมพันธ์กับการฆาตกรรมโดยรวม โดยผู้ป่วยโรคจิตเภทที่กระทำความผิดและคนปกติที่กระทำความผิดนั้นมีปัจจัยบางอย่างที่คล้ายคลึงกัน ดังนั้นจึงต้องมีวิธีการลดความเสี่ยงในการฆาตกรรมโดยต้องเพิ่มประสิทธิภาพการรักษา และรวมถึงความสนใจกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับ

ความถี่ที่เพิ่มขึ้น เช่น การปรับปรุงสภาพแวดล้อมของผู้ป่วยที่ไม่สามารถรับการรักษาอย่างเต็มที่ การลดโอกาสในการเข้าถึงยาเสพติดและการปิดโอกาสในการเข้าถึงอาวุธของผู้ป่วยโรคจิตเภท

Mao-Sheng และคณะ [9] ศึกษาพฤติกรรมของผู้กระทำความผิดที่ป่วยด้วยโรคจิตเภทในจีนเมื่อปี ค.ศ. 2010 โดยสำรวจความชุกและปัจจัยเสี่ยงในการกระทำความผิดของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชนบทของประเทศจีน โดยศึกษาจากข้อมูลของผู้ป่วยในระยะเวลา 14 ปี (ค.ศ.1994-2008) เพื่อศึกษาพฤติกรรมของผู้กระทำความผิดที่ป่วยด้วยโรคจิตเภท การศึกษาแสดงให้เห็นว่าปัจจัยที่เสี่ยงต่อการกระทำความผิดเกี่ยวข้องกับอย่างมีนัยสำคัญกับการเป็นชายโสด มีพฤติกรรมรุนแรงมาก่อน ไร้บ้าน และไม่มีครอบครัวคอยดูแลผู้ป่วย

ในปี ค.ศ. 2011 Bo และคณะ [10] ศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อการใช้ความรุนแรงในกลุ่มผู้ป่วยที่ป่วยด้วยโรคจิตเภท เพื่อการพยากรณ์ความเสี่ยงที่จะเกิดความรุนแรงขึ้นในผู้ป่วยโรคจิตเภท จากการศึกษาพบความเสี่ยงที่จะเกิดความรุนแรงในผู้ป่วยโรคจิตเภทเมื่อเทียบประชากรทั่วไป และยังไม่สามารถระบุปัจจัยแน่ชัดว่าปัจจัยใดเป็นสาเหตุที่ก่อให้เกิดความรุนแรงในผู้ป่วยโรคจิตเภท จากหลักฐานที่ปรากฏตอนนี้ ลักษณะทางจิตใจบางอย่างก่อให้เกิดพฤติกรรมที่ก้าวร้าว ซึ่งต้องการการยืนยันจากผู้เชี่ยวชาญ

Laajasalo และคณะ [11] ศึกษาลักษณะของผู้ป่วยจิตเภทที่กระทำความผิดคดีฆาตกรรมในปี ค.ศ. 2011 โดยการประเมินความชุกและลักษณะของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่กระทำความผิดคดีฆาตกรรมในประเทศฟินแลนด์ โดยใช้ PCL-R ในการวัดผล ผลการศึกษาคือจำนวนการกระทำความผิดของผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเภทและมีลักษณะการต่อต้านสังคม (antisocial disorder) กับผู้ป่วยที่มีลักษณะต่อต้านสังคมเพียงอย่างเดียวนั้นไม่แตกต่างกันแต่อย่างใด

Golenkov และคณะ [12] ศึกษาลักษณะของผู้กระทำความผิดคดีฆาตกรรมที่ป่วยเป็นโรคจิตเภทในประเทศรัสเซียในปี ค.ศ.2011 โดยศึกษาจากเอกสารการประเมินทางจิตเวชก่อนการพิจารณาคดีของผู้ที่ถูกดำเนินคดีด้วยข้อหาฆาตกรรมระหว่างปี ค.ศ.1981-2010 ที่พบว่าเป็นผู้ป่วยโรคจิตเภท พบว่าการกระทำความผิดของผู้ป่วยโรคจิตเภททั้งหมดมี 133 คน ส่วนใหญ่มีอาการของโรคจิตเภทชนิดหวาดระแวง ผู้ที่ตกเป็นเหยื่อส่วนมากเป็นสมาชิกในครอบครัวหรือคนรู้จัก ก่อนการกระทำความผิดผู้ป่วยจะได้ยินเสียงและอาการหลอนอื่นๆ หรือมีอาการต่อต้านสังคม มีพฤติกรรมการดื่มสุรา และวิธีฆาตกรรมส่วนมากเป็นการแทง มีบางคดีเท่านั้นที่ใช้อาวุธปืน

Byoung และคณะ [13] ศึกษาการฆาตกรรมบิดามารดาของผู้ป่วยโรคจิตเภทในปี ค.ศ. 2012 เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการมุ่งมั่นที่จะกระทำความผิดของผู้ป่วย โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์ผู้ป่วยที่

ได้กระทำความผิดในคดีฆาตกรรมจำนวน 88 คน เป็นผู้ป่วยที่ฆาตกรรมบิดามารดาของตนเอง 59 คน และเป็นผู้ป่วยที่ฆาตกรรมคนแปลกหน้า 29 คน จากการสัมภาษณ์และตรวจสอบประวัติจากตำรวจ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยได้รับการรักษาอาการของโรคเช่น โรค Capgras และอาศัยอยู่กับบิดามารดาที่ สูงอายุ โดยเฉพาะมารดา และเกิดการขัดแย้งเนื่องจากการดูค่าผู้ป่วย การบ่งคับให้เข้ารับการรักษาใน โรงพยาบาลและการบ่งคับให้ผู้ป่วยใช้ยา เป็นปัจจัยในการกระตุ้นให้ผู้ป่วยกระทำความผิด

Morgan และคณะ [14] ศึกษาความชุกของประชากรและรูปแบบของการกระทำความผิดอาญา ในผู้ป่วยที่มีอาการจิตเภทและความเจ็บป่วยทางจิตอื่นๆ ในปี ค.ศ. 2012 เพื่อตรวจสอบรูปแบบการ กระทำความผิดของผู้ป่วยโรคจิตเภทและผู้ป่วยที่มีความเจ็บป่วยทางจิตอย่างอื่น ๆ เมื่อเทียบกับ ประชากรทั่วไป โดยการศึกษาจากประวัติการจับกุมผู้กระทำความผิดในระหว่างปี ค.ศ. 1955-1969 ใน การจับกุมผู้กระทำความผิดจำนวน 116,656 คน เป็นกรณีของผู้ป่วยจิตเวชจำนวน 40,478 คน ซึ่งความ ชุกในช่วงเวลาของการจับกุมสำหรับผู้ป่วยจิตเวชเท่ากับร้อยละ 32.1 ตามการวินิจฉัยความผิดปกติคือ การใช้สารเสพติดร้อยละ 59.4 ความชุกของผู้ป่วยโรคจิตเภทเท่ากับร้อยละ 38.7