

Psychological aspect of painful peripheral neuropathy : Disability & Coping

พญ. มุทิตา พนาสถิตย์
จิตแพทย์ สาขาจิตเวชศาสตร์
โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ

“ความปวด (pain)” ตามคำนิยามของ International Association for the Study of Pain (IASP) ปีค.ศ. 2011 หมายถึง “ประสบการณ์จากประสาทสัมผัส (sensory) หรืออารมณ์ความรู้สึก (emotion) ที่น่าไม่พึงพอใจที่เกี่ยวข้องกับการทำลายเนื้อเยื่อหรือการบาดเจ็บทั้งที่เกิดขึ้นจริงหรือมีโอกาสที่จะเกิดขึ้นได้ หรืออธิบายได้ในแง่ของการถูกทำลายนั้น ๆ”¹ คำนิยามนี้ทำให้แพทย์สามารถมอง “ความปวด” ในมุมที่กว้างมากขึ้น โดยชี้ให้เห็นถึงผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยทั้งร่างกาย จิตใจและสังคมแวดล้อมอย่างเป็นองค์รวม และเพิ่มแนวทางการบรรเทาความปวดของผู้ป่วยได้หลากหลายมิติขึ้น

ความปวด เป็นสัญญาณอย่างหนึ่งของการทำงานของร่างกายมนุษย์อย่างเป็นระบบ โดยเป็นระบบเตือนภัยล่วงหน้าเมื่อมีการรับรู้ถึงสิ่งที่เป็นอันตรายแล้วเกิดกิริยาสนองฉับพลัน (reflex) ของระบบประสาทให้เกิดการถอยหนี และมีการเพิ่มความไวในการตอบสนองเมื่อเกิดการทำลายเนื้อเยื่อแล้ว เพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดบาดเจ็บที่มีโอกาสเกิดตาม นอกจากนั้นประสบการณ์จากความปวดก่อให้เกิดความรู้สึกไม่สบายทั้งต่อร่างกาย อารมณ์ความรู้สึก และการรู้คิด (cognition) ด้วย โดยพบว่าผู้ป่วยที่ประสบกับความปวดเรื้อรังนั้นมีความสัมพันธ์กับภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า และอาการปวดเรื้อรังที่พบได้บ่อย คือ neuropathic pain และการเกิด central sensitization/ dysfunctional pain ซึ่งถือว่าเป็นกลไกที่ผิดปกติของการปรับตัวและมีผลเสียต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย²⁻⁴

“neuropathic pain” หมายถึง “ความเจ็บปวดที่เกิดรอยโรคหรือโรคของ somatosensory nervous system” โดยมีตำแหน่งรอยโรคหรือส่วนที่ทำงานผิดปกติได้ทั้งจาก peripheral neuropathic pain ได้แก่ diabetic peripheral neuropathy และ post-herpetic neuralgia เป็นต้น และจาก central neuropathic pain ได้แก่ neuropathic pain จาก stroke หรือ spinal cord injury เป็นต้น ส่วน “central sensitization/dysfunctional pain” มีนิยามว่าเป็นความรู้สึกไวเกินไปของระบบความปวด (hypersensitivity) โดยการรับรู้ตัวกระตุ้นที่ไม่เป็นอันตรายหรือไม่ก่อให้เกิดความเจ็บปวดนั้นถูกกระตุ้นให้รับรู้และตอบสนองเป็นความปวดอย่างต่อเนื่องและแผ่กระจายออกไป โดยพบใน



fibromyalgia, temporomandibular joint disorder, chronic migraine/tension type headache, interstitial cystitis และ irritable bowel syndrome เป็นต้น อย่างไรก็ตาม มีหลายกรณีที่พบว่าความปวดนั้นเกิดร่วมกันทั้ง peripheral neuropathic pain และ central sensitization/dysfunctional pain โดยเรียกว่า “mixed pain หรือ multiple pain mechanism” เช่น lumbar herniated disc with radiculopathy^{1, 5-10}

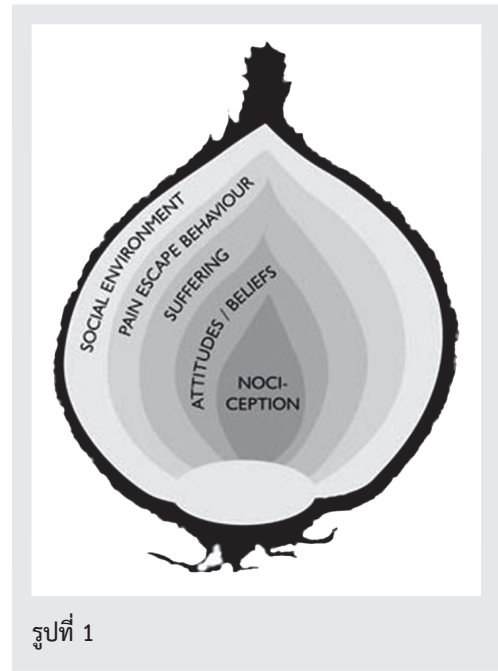
“peripheral neuropathic pain” นอกจากจะส่งผลต่อการสูญเสียความสามารถทางกายและการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยแล้ว ยังส่งผลต่อคุณภาพการนอนและปัญหาทางจิตเวชด้วย ได้แก่ ความรู้สึกท้อแท้ ใจ ความวิตกกังวล การสูญเสียสมาธิ ความเบื่อหน่าย และภาวะซึมเศร้า^{11, 12} โดยรูปแบบของความปวดที่ส่งผลต่อจิตใจของผู้ป่วยเปรียบเสมือนกับ “หัวหอม” (รูปที่ 1) ซึ่งชั้นในสุด

คือ การตอบสนองต่อการกระตุ้นความปวด แล้วส่งผลต่อทัศนคติหรือความเชื่อส่วนบุคคล ก่อให้เกิดความรู้สึกเป็นทุกข์ ทำให้เกิดพฤติกรรมที่ตอบสนองหรือหลีกเลี่ยงความปวดนั้น ๆ แล้วส่งผลต่อสังคมสิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้ป่วยด้วย ดังนั้นในการบำบัดรักษาภาวะ peripheral neuropathic pain จึงมีความจำเป็นต้องให้การรักษาแบบบูรณาการจากบุคลากรสหวิชาชีพเพื่อให้ได้ประสิทธิผลสูงสุด โดยมีทั้งการใช้ร่วมกับการรักษาแบบไม่ใช้ยา โดยมีหลักการแบบ “biopsychosocial approach”^{13, 14} ได้แก่ การให้ความรู้ ภาวะสุขภาพบำบัด อาชีวบำบัด การจัดการความปวด (interventional pain management) การปรับเปลี่ยนการดำเนินชีวิต สุขอนามัยการนอน การสนองตอบทางชีวภาพ (biofeedback) การจัดการความเครียด (stress management) และการแพทย์สนับสนุน (complementary medicine)/ การแพทย์ทางเลือก (alternative medicine) ใดๆก็ตาม ในการบำบัดรักษาความปวดแบบ peripheral neuropathic pain นั้น แพทย์และผู้ป่วยต้องวางเป้าหมายร่วมกันและอยู่บนหลักของความเป็นจริงซึ่งเป้าหมายหลักคือ การรักษาไม่สามารถทำให้ไม่ปวดได้ แต่สามารถบรรเทาความปวดลงได้ประมาณร้อยละ 30 ถึง 50 เท่านั้น และเป้าหมายรองคือ การจัดการกับปัญหาการนอน ภาวะ/โรคร่วมทางจิตเวช การทำงาน/ กิจวัตรประจำวัน และการเพิ่มคุณภาพชีวิต^{15, 16}

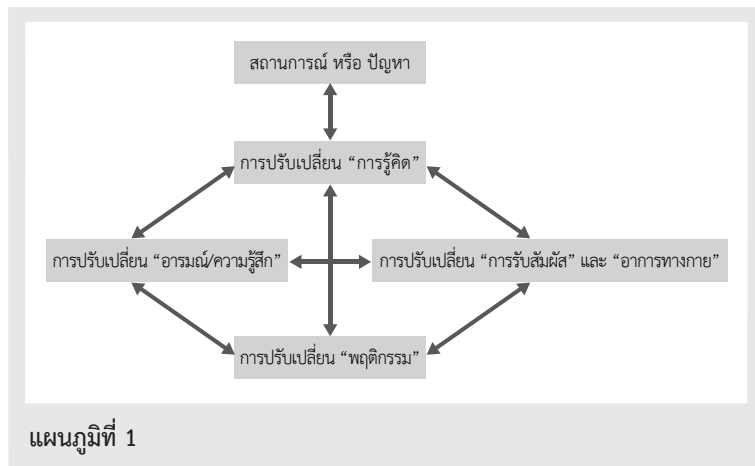
ในทางจิตเวชศาสตร์นั้น มีการใช้ “Classical conditioning Behavioral Theory” ของ Petrovich Pavlov เพื่อให้เข้าใจถึงการตอบสนองต่อความปวดของผู้ป่วย (ตารางที่ 1) จะเห็นได้ว่าเมื่อผู้ป่วยมีอาการปวดและได้รับยาฉีดแก้ปวดอย่างต่อเนื่องหลายครั้ง ผู้ป่วยมีการเรียนรู้ว่าเมื่อได้ยาฉีดแก้ปวดจะทำให้อาการปวดบรรเทาลง ดังนั้น เมื่อเห็นว่ามีกรดยาแม้ว่าผู้ป่วยไม่ทราบว่าเป็นยาแก้ปวดหรือไม่ ก็สามารถบรรเทาปวดลงได้ ดังนั้น ในทางเวชปฏิบัติจึง *ไม่ควร* ใช้การฉีดน้ำเกลือ (normal saline) เพื่อแยกว่าผู้ป่วยมีอาการปวดจริงหรือไม่ หรือใช้แยกว่าผู้ป่วยเกิดภาวะติดยาแก้ปวดที่มีฤทธิ์เสพติดหรือไม่ เพราะวิธีดังกล่าวไม่สามารถช่วยในการวินิจฉัยแยกโรคและส่งผลกระทบต่อการบำบัดรักษาความปวดได้ นอกจากนี้ยังมีการใช้ “Operant conditioning behavioral theory” ของ Burrhus Frederic Skinner ที่อธิบายว่าหากต้องการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม สามารถทำได้โดยให้แรงเสริม (reinforcement) หรือรางวัลในทันทีนั้นเมื่อมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์เกิดขึ้น ซึ่งนำมาปรับใช้ในกรณีเมื่อผู้ป่วยรู้สึกปวดทรมาน แล้วพบว่าผู้ป่วยกระทำพฤติกรรมบางอย่างที่ลดความปวดลงได้ ผู้ป่วยก็จะกระทำพฤติกรรมนั้นซ้ำอีกเพื่อลดความปวดในครั้งต่อไป

ตารางที่ 1

การทำ conditioning	สมการ
ก่อนทำ conditioning	ยาแก้ปวด (UCS) ➔ หายปวด (UCR) เข็มฉีดยา (CS) + ยาแก้ปวด (UCS) ➔ หายปวด (UCR)
หลังทำ conditioning	เข็มฉีดยา (CS) ➔ หายปวด (CR)



นอกจากนั้นในการรักษาทางจิตเวช มีหลักฐานทางการแพทย์แนะนำว่าการทำจิตบำบัดชนิด “cognitive and behavioral therapy (CBT) หรือจิตบำบัดความคิดและพฤติกรรม” สามารถประยุกต์ใช้ในการบำบัดความปวดเรื้อรังได้¹⁷ โดยมีกรอบแนวคิดดังแผนภูมิที่ 1 ที่แสดงว่า เมื่อผู้ป่วยเผชิญสถานการณ์หรือปัญหาที่เกี่ยวข้องกับความปวด จะส่งต่อความกระบวนกรู้คิด (cognition) อารมณ์ และความรู้สึก (feeling/ emotion) การรับสัมผัสและอาการทางกายและพฤติกรรม โดยทั้งหมดนี้มีความเชื่อมโยงและมีผลกระทบซึ่งกันและกัน เมื่อต้องการบำบัดความปวดของผู้ป่วย จึงต้องปรับเปลี่ยนที่กระบวนกรู้คิด และ/ หรือพฤติกรรม โดยขึ้นกับความเหมาะสมต่อสถานการณ์หรือบริบทที่เฉพาะของผู้ป่วยแต่ละราย และการตั้งเป้าหมายในการบำบัดความปวดด้วย CBT นี้มีลักษณะที่สำคัญคือ ต้องเป็นเป้าหมายที่เฉพาะเจาะจงและตรงประเด็นกับปัญหา/ สถานการณ์นั้น ต้องวัดผลได้จริง หรือมีความสำคัญต่อผู้ป่วย ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติให้สำเร็จได้จริงและมีกรอบเวลาที่ชัดเจน ตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยต้องการทำความสะอาดบ้านได้ ถึงแม้ว่าจะมีอาการปวดหลังและขา วิธีการคือให้ผู้ป่วยและผู้ช่วยกันกำหนดว่า การทำความสะอาดบ้านหมายถึงการทำอะไรบ้างและทำนานแค่ไหน จากนั้นให้แยกองค์ประกอบของกิจกรรมว่า เมื่อผู้ป่วยต้อง



ทำความสะอาดบ้าน ผู้ป่วยต้องสามารถทำอะไรได้บ้าง (เช่น ยืนได้นาน 30 นาที ก้มตัวยกของต่าง ๆ ได้ เป็นต้น) แล้วจึงเลือกใช้กลยุทธ์ต่าง ๆ ใน CBT เช่น กำหนดการฝึกกระยะสั้น และเป็นลำดับขั้น โดยเริ่มจากฝึกยืนให้นานขึ้นเรื่อย ๆ (เช่น เริ่มจากฝึกยืนให้นาน 10 นาทีต่อวัน เมื่อทำได้ก็ค่อยเพิ่มขึ้นทีละ 5 นาทีในทุก ๆ 3 วัน หรือฝึกยกของที่มีน้ำหนัก 1 กิโลกรัม เมื่อทำได้ก็ค่อยเพิ่มน้ำหนักขึ้นทีละครึ่งกิโลกรัมในทุก ๆ 3 วัน เป็นต้น) จนเมื่อผู้ป่วยสามารถทำความสะอาดบ้านได้จริง ผู้ป่วยจะเกิดกรอบแนวคิดใหม่ว่าความปวดเรื้อรังไม่ได้ทำให้ตนเองสูญเสียศักยภาพที่เคยมี และทำให้ความภาคภูมิใจหรือความเชื่อมั่นในตนเองกลับมา

อีกครั้ง ซึ่งส่งผลต่อการลดอารมณ์เศร้า ลดความวิตกกังวลได้ ตัวอย่างอื่น ๆ เช่น การปรับอคติที่เกิดขึ้นจากความเจ็บปวดซึ่งก่อให้เกิดอารมณ์ในด้านลบ (เช่น เศร้า เสียใจ โกรธ) โดยฝึกให้ผู้ป่วยมองเหตุการณ์หรือปัญหานั้นด้วยมุมมองอื่นที่เป็นไปได้ โดยใช้เหตุผลข้อเท็จจริงต่าง ๆ ทดแทน เมื่อผู้ป่วยมีมุมมองใหม่ อารมณ์ด้านลบที่สัมพันธ์กับเหตุการณ์นั้นจะลดลงหรือเกิดอารมณ์ด้านบวกขึ้นได้

ดังจะเห็นได้ว่า ความปวดนั้นเป็น “ทุกข์” ทั้งต่อร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย แต่หากบุคลากรทางการแพทย์สามารถเข้าใจถึง “เหตุแห่งทุกข์” ซึ่งประกอบด้วยความผิดปกติของระบบการทำงานของประสาทสมองและร่างกาย ร่วมกับความผิดปกติของการตอบสนองของพฤติกรรมและจิตใจของผู้ป่วยแล้ว บุคลากรทางการแพทย์สามารถใช้ศาสตร์และศิลป์ทางการแพทย์นั้นเป็นหนทางในการบรรเทาทุกข์ทางกายและใจของผู้ป่วยได้ MC

เอกสารอ้างอิง

1. International Association for the Study of Pain. IASP Taxonomy. [updated May 22, 2012. Available from: http://www.iasp-pain.org/AM/Template.cfm?Section=Pain_Definitions.
2. Costigan M, Scholz J, Woolf CJ. Neuropathic pain: a maladaptive response of the nervous system to damage. *Annu Rev Neurosci*. 2009;32:1-32.
3. Wells N, et al. In: Hughes R, editor. *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses*: Agency for Healthcare Research and Quality; Rockville, MD.; 2008.
4. Woolf CJ. Pain: moving from symptom control toward mechanism-specific pharmacologic management. *Annals of internal medicine*. 2004;140(6):441-51.
5. Freynhagen R, Baron R. The evaluation of neuropathic components in low back pain. *Current pain and headache reports*. 2009;13(3):185-90.
6. Jensen TS, Baron R, Haanpaa M, Kalso E, Loeser JD, Rice AS, et al. A new definition of neuropathic pain. *Pain*. 2011;152(10):2204-5.
7. Julius D, et al. In: McMahon S, Koltzenburg M, editors. *Wall and Melzack's Textbook of Pain*. 5 ed. London, UK: Elsevier; 2006.
8. Ross E. Moving towards rational pharmacological management of pain with an improved classification system of pain. *Expert opinion on pharmacotherapy*. 2001;2(10):1529-30.
9. Webster LR. Breakthrough pain in the management of chronic persistent pain syndromes. *The American journal of managed care*. 2008;14(5 Suppl 1):S116-22.
10. Woolf CJ. Central sensitization: implications for the diagnosis and treatment of pain. *Pain*. 2011;152(3 Suppl):S2-15.
11. Meyer-Rosberg K, Kvarnstrom A, Kinnman E, Gordh T, Nordfors LO, Kristofferson A. Peripheral neuropathic pain--a multidimensional burden for patients. *European journal of pain (London, England)*. 2001;5(4):379-89.
12. Vinik AI, Maser RE, Mitchell BD, Freeman R. Diabetic autonomic neuropathy. *Diabetes care*. 2003;26(5):1553-79.
13. Institute of Medicine Committee on Advancing Pain Research C, Education. *The National Academies Collection: Reports funded by National Institutes of Health. Relieving Pain in America: A Blueprint for Transforming Prevention, Care, Education, and Research*. Washington (DC): National Academies Press (US). National Academy of Sciences.; 2011.
14. Gatchel RJ, Peng YB, Peters ML, Fuchs PN, Turk DC. The biopsychosocial approach to chronic pain: scientific advances and future directions. *Psychological bulletin*. 2007;133(4):581-624.
15. Argoff CE, Backonja MM, Belgrade MJ, Bennett GJ, Clark MR, Cole BE, et al. Consensus guidelines: treatment planning and options. *Diabetic peripheral neuropathic pain*. *Mayo Clinic proceedings*. 2006;81(4 Suppl):S12-25.
16. Lindsay TJ, Rodgers BC, Savath V, Hettinger K. Treating diabetic peripheral neuropathic pain. *American family physician*. 2010;82(2):151-8.
17. Colvin L WC. CBT: helping work out why you feel as you do (formulation). *BJPsych Advances*. 2015;21(6):405.