



บทความฟื้นฟูวิชาการ (REVIEW ARTICLE)

การฟื้นฟูการรู้คิดทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภท: การพยาบาลตามมุมมองด้านสมองและประสาทวิทยา

อภิสิทธิ์ ประเคนกะชา*, ชนกฤทัย ชื่นอารมณั**

วันรับบทความ : 22 มีนาคม 2561

วันแก้ไขบทความ : 31 กรกฎาคม 2561

วันตอบรับบทความ : 14 สิงหาคม 2561

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อทบทวนวรรณกรรมพยาธิสภาพในโรคจิตเภทที่เชื่อมโยงกับการพร่องหน้าที่ของสมองด้านการรู้คิดทางสังคม แนวคิดการฝึกทักษะปฏิสัมพันธ์ทางสังคมในผู้ป่วยโรคจิตเภท และการประยุกต์ใช้ในการพยาบาล

วัตถุประสงค์และวิธีการ : เป็นการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการรู้คิดทางสังคมและการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทจากเอกสารวิชาการ นิพนธ์ต้นฉบับ วารสารออนไลน์ และบทความวิจัยที่รวมถึงการวิจัยอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์ห่อหุ้มถึงประสิทธิผลของโปรแกรมการฝึกทักษะปฏิสัมพันธ์ทางสังคมทั้งหมด 13 เรื่อง

ผล : การเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทก่อให้เกิดความเสียหายทางโครงสร้างและการทำหน้าที่ของสมองที่รับผิดชอบทักษะปฏิสัมพันธ์ทางสังคมหลายด้าน ทั้งการรับรู้อารมณ์ทางใบหน้า การเข้าใจความคิดความรู้สึกของบุคคลอื่น และการแปลความเจตนาของบุคคลอื่น การศึกษาในปัจจุบันพบว่า การฝึกทักษะปฏิสัมพันธ์ทางสังคมส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีการรับรู้อารมณ์ทางใบหน้าที่ดีขึ้น แต่การรับรู้ใบหน้าที่ดีขึ้นนี้สัมพันธ์อย่างไม่มีนัยสำคัญกับการเข้าใจความคิดความรู้สึกและการแปลความตั้งใจของบุคคลอื่น ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะการคาดเดาและแปลความเจตนาของผู้อื่นนั้น ต้องพึ่งพาความสามารถด้านการรู้คิดเชิงบริหารร่วมด้วย

สรุป : ในการดูแลเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการรู้คิดทางสังคมของผู้ป่วย พยาบาลควรใช้ตนเองเป็นต้นแบบที่ดีในการรับรู้อารมณ์และแสดงความรู้สึก มีความสอดคล้องกันของคำพูดและการแสดงออก จัดสิ่งแวดล้อมที่กระตุ้นปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ให้การสะท้อนกลับถึงทักษะพื้นฐานปฏิสัมพันธ์อย่างสม่ำเสมอ และจัดกิจกรรมกระตุ้นการมีปฏิสัมพันธ์ให้เหมาะสมกับระดับการสูญเสียความสามารถของโรคผู้ป่วยจิตเภทแต่ละคน

คำสำคัญ : การฟื้นฟูการรู้คิดทางสังคม, ผู้ป่วยจิตเภท, สมองและประสาทวิทยา

*นักศึกษาระดับปริญญาโท คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

**อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น



SOCIAL COGNITIVE REHABILITATION IN SCHIZOPHRENIC PATIENTS: NURSING CARE FROM BRAIN AND NEUROSCIENCE PERSPECTIVE

Apisit Prakenkacha, Chanokruthai Chuen-arom***

Received : March 22, 2018

Revised : July 31, 2018

Accepted : August 14, 2018

Abstract

Objective: To review literature on the psychopathology of schizophrenia relating to deprived brain's social cognitive function; concept of social cognitive interaction training in schizophrenic patients; and application in nursing care.

Material and Methods: Literature review on social cognitive function and social interaction in schizophrenic patients from academic papers, original articles, online journals, and 13 research articles including systematic review and meta-analysis regarding effectiveness of the Social Cognitive Interaction Training program.

Results: Being afflicted by schizophrenia causes damages in brain function responsible for social function skills including facial emotional perception, recognition of other's will and feeling, and attribution of other's motivation. Existing studies found that Social Cognitive Interaction Training (SCIT) can increase facial emotional perception in schizophrenic patients; however, the increased facial emotional perception does not significantly correlated with theory of mind and attribution ability. This finding might be explained that the ability to identify and interpret other people's action relies on brain's executive function.

Conclusion: To promote rehabilitation of patient's social cognitive function, nurses should set themselves as the role model to appropriately perceive and express emotion, show consistency in verbal communication and nonverbal expression, foster the environment that stimulates social interaction, regularly give feedback to patients about their interaction skills, and set up activities that promote interpersonal interaction appropriate to individual patient's disability and course of illness.

Keywords: brain and neuroscience perspective, schizophrenic patients, social cognitive rehabilitation

*Graduate student, Faculty of Nursing, Khon Kaen University

**Lecturer, Faculty of Nursing, Khon Kaen University

บทนำ

ความจริงที่ว่ามนุษย์เป็นสัตว์สังคม นั้นแสดงให้เห็นได้ว่า มนุษย์ไม่สามารถดำรงอยู่ได้เพียงลำพัง การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลเป็นไปตามความต้องการตามสัญชาตญาณทางสังคม เพื่อให้ได้รับการยอมรับนับถือและมีความมั่นคงปลอดภัยในชีวิต¹ อย่างไรก็ตามความสามารถและทักษะการเข้าสังคมของแต่ละบุคคลนั้น มีความแตกต่างกันไปตามประสบการณ์ชีวิต ผู้ที่มีการรับรู้ทางสังคมที่สอดคล้องกับความเป็นจริงและค่านิยมวัฒนธรรมก็จะสามารถคงไว้ซึ่งปฏิสัมพันธ์ในสังคมอย่างเหมาะสมและดำรงภาวะสุขภาพจิตที่ดีได้ ความสามารถดังกล่าวนี้สะท้อนถึงระดับของการทำหน้าที่และวงจรของสมองในส่วนการคิดเชิงบริหาร (Executive Function) และการรู้คิดทางสังคม (Social Cognition)² ในการตีความประสบการณ์ทางสังคม วิเคราะห์ วางแผน และเลือกแสดงออกถึงพฤติกรรมที่เหมาะสม หากเกิดความผิดปกติขึ้นในการทำหน้าที่ของสมองส่วนนี้ บุคคลจะไม่สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตและเกิดการเจ็บป่วยทางจิตได้

ผู้ป่วยโรคจิตเภทเป็นกลุ่มหนึ่งที่มีอาการแสดงถึงความผิดปกติและบกพร่องในทักษะทางสังคมอย่างชัดเจน ตั้งแต่การแยกตัวไม่สบตา สีหน้าเรียบเฉยไม่แสดงอารมณ์ ไม่มีปฏิสัมพันธ์กับใคร ไม่เข้าใจในเจตนาของผู้อื่น สื่อสารและแสดงพฤติกรรมตามนัยที่เหมาะสมของสังคมไม่ได้ ไปจนถึงมีอาการหวาดระแวงและสูญเสียความรับผิดชอบต่อบทบาทหน้าที่ทางสังคมของตน อาการแสดงเหล่านี้ เชื่อว่าเป็นผลมาจากความบกพร่องของสมองและสารสื่อประสาท จนเป็นที่มาของมาตรฐานใน

การให้การบำบัดผู้ป่วยกลุ่มนี้ด้วยจิตเภสัชบำบัด (Psychopharmacotherapy)⁴ ร่วมกับการฝึกทักษะพื้นฐานทางสังคม (Social Skill Training)⁵ ภายใต้อาสาสมัครของผู้ป่วยจิตเภทเสียหายเกิดการอย่างถาวรยากจะกลับคืน อย่างไรก็ตาม ความก้าวหน้าในองค์ความรู้ด้านสมองและประสาทวิทยาทางจิตในปัจจุบันได้ขยายความเข้าใจเกี่ยวกับการสูญเสียทักษะทางจิตสังคมในผู้ป่วยจิตเภท โดยอธิบายให้ชัดเจนขึ้นว่าความเสียหายที่เกิดขึ้นในสมองของผู้ป่วยจิตเภทนั้น ไม่ได้เป็นการเสียหายอย่างถาวรทั้งหมด เนื่องจากสมองมีศักยภาพในการฟื้นฟูตนเองหากได้รับการกระตุ้นที่เหมาะสมจากสิ่งแวดล้อม⁶ ความเข้าใจในหลักการนี้เป็นโอกาสที่พยาบาลและบุคลากรทางสุขภาพจิตจะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทคืนสู่ศักยภาพของตนเองอย่างเต็มที่ ใช้ชีวิตร่วมกับสังคมและมีบทบาททางสังคมได้

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอผลการทบทวนองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับสมองและประสาทวิทยาทางจิต ที่อธิบายความบกพร่องในการทำหน้าที่ทางจิตสังคมของผู้ป่วยจิตเภทและแนวคิดในการบำบัดเพื่อฟื้นฟูความสามารถทางจิตสังคมดังกล่าว โดยแบ่งเนื้อหาออกเป็นสามส่วน ในส่วนแรก ผู้เขียนนำเสนอเกี่ยวกับธรรมชาติของมนุษย์และความต้องการในการเข้าสังคม ส่วนที่สองเป็นการอธิบายสมองรวมทั้งประสาทวิทยาที่เกี่ยวข้องกับการรู้คิดทางสังคม และการสูญเสียหน้าที่ในการรู้คิดทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภท และในส่วนที่สามจะเป็นการทบทวนแนวคิดการฟื้นฟูการรู้คิดทางสังคมและการมีปฏิสัมพันธ์กันทางสังคมแล้วสรุปเป็นข้อเสนอแนะสำหรับพยาบาลในดูแล

ผู้ป่วยจิตเภท โดยการประยุกต์ใช้ฟื้นฟูการรู้จักทางสังคมและการมีปฏิสัมพันธ์กันทางสังคม

ความต้องการในการเข้าสังคมของมนุษย์

ความเป็นสัตว์สังคมสะท้อนให้เห็นในรูปแบบการดำรงชีวิตของมนุษย์ตั้งแต่เกิดจนตาย การอยู่ร่วมกันเป็นสิ่งจำเป็นในการตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานของมนุษย์ เช่น เมื่อตกอยู่ในภัยอันตราย การมีคู่คิดช่วยเหลือจะทำให้รู้สึกอบอุ่นใจและปลอดภัย (Safety needs) การมีความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มทำให้ไม่รู้สึกโดดเดี่ยวหรือแปลกแยก (Belonging needs) การได้รับความชื่นชมจากบุคคลอื่นนำไปสู่ความภาคภูมิใจในตนเอง (Esteem needs) เป็นต้น ความต้องการพื้นฐานเหล่านี้เป็นสิ่งสำคัญ หากไม่ได้รับการตอบสนองอย่างเหมาะสมจะนำไปสู่การเกิดพยาธิสภาพทางจิตได้ มีเหตุการณ์มากมายที่สนับสนุนทฤษฎีนี้ ตั้งแต่เหตุการณ์ในห้องทดลองที่ Harry Harlow ที่ได้เลี้ยงลูกลิงซึ่งเป็นสิ่งมีชีวิตที่ใกล้เคียงกับมนุษย์ไว้ในกรงขังเดี่ยว มีเพียงขวดขวดที่ขึ้นโครงเป็นรูปลิงอยู่ด้วยโดยไม่เคยอยู่ร่วมกับลิงอื่นจริงๆ ผลปรากฏว่าลิงนั้นมีอารมณ์ร้าย เอาแน่เอาอนไม่ได้ และมีพฤติกรรมทำร้ายตัวเองโดยไม่มีสาเหตุ⁹ ไปจนถึงเหตุการณ์น่าสลดใจที่เกิดขึ้นจริงกับมนุษย์ เช่น รายงานกรณีเด็กหมาป่าที่เด็กถูกทอดทิ้งให้เติบโตมาในสิ่งแวดล้อมที่ไม่เหมาะสมจนเกิดความบกพร่องในทักษะทางสังคมที่ยากจะฟื้นคืน⁹

จากมุมมองของทฤษฎีจิตวิทยา ความต้องการในการเข้าสังคมนี้เป็นไปตามสัญชาตญาณการอยู่รอด (Survival instinct)

ของมนุษย์ ตั้งแต่ยุคดึกดำบรรพ์มาแล้วที่มนุษย์เรียนรู้ว่าการอยู่ร่วมกันเป็นกลุ่มทำให้โอกาสการรอดชีวิตมีมากกว่าการอยู่เพียงลำพัง ส่งผลให้เกิดการปรับตัวโดยผลจากความต้องการส่วนตัวเข้ากับกฎเกณฑ์และความคาดหวังของกลุ่ม เพราะหากมีข้อขัดแย้งหรือขัดผลประโยชน์กับคนส่วนมากในกลุ่ม ก็จะเป็นความเสี่ยงต่อการถูกกันให้เป็นคนนอกและไม่ถูกปกป้องจากกลุ่ม นำไปสู่อันตรายได้ ดังนั้นมนุษย์จึงถูกหล่อหลอมตั้งแต่ระดับพันธุกรรมให้มีแรงจูงใจและพฤติกรรมแสวงหาความรัก ความอบอุ่นและการยอมรับจากบุคคลอื่น รวมทั้งพัฒนาทักษะในการเข้าสังคม ที่นำไปสู่วุฒิภาวะและสุขภาวะทางจิต การเติบโตทางจิตสังคมนี้เริ่มจากเรียนรู้ที่จะไว้วางใจ (Trust) บุคคลอื่นในสังคมได้ แล้วจึงเรียนรู้ที่จะรักษาสัมพันธภาพระหว่างพึ่งพาตัวเองกับพึ่งพาผู้อื่นอย่างเหมาะสม (Autonomy) ไปจนถึงการร่วมมือกับผู้อื่นและทำงานเป็นกลุ่ม (Industry) การสานสัมพันธ์ใกล้ชิด (Intimacy) สร้างประโยชน์ให้กับสังคม (Generalization) อันนำไปสู่การได้รับการยอมรับและเคารพนับถือ ทำให้บุคคลรู้สึกมีคุณค่ามีศักดิ์ศรี และชีวิตมีความหมาย (Integrity)¹

คำอธิบายทางจิตวิทยาที่สอดคล้องกับองค์ความรู้เรื่องโครงสร้างและหน้าที่ของสมอง¹⁰ ว่าสมองของมนุษย์นั้นมีความซับซ้อนมากกว่าสมองของสัตว์เลื้อยคลานและสัตว์เลื้อยคลานด้วยนมชนิดอื่น ในขณะที่สมองของสัตว์เลื้อยคลาน (Reptilians) เป็นสมองรุ่นเก่า มี Reptilian complex และระบบประสาทอัตโนมัติ (Autonomic nervous system) เป็นหลัก ทำหน้าที่รักษาสันดุลร่างกาย เช่น การเต้นของหัวใจ การหายใจ ความหิวหรืออิ่ม การขับถ่าย และวงจร

การตื่นหลับ พฤติกรรมของสัตว์เลื้อยคลานจึงถูกกำหนดให้เป็นไปตามการกระตุ้นเร้าจากร่างกาย เช่น เมื่อร่างกายถูกกระตุ้นด้วยความหวาดกลัวทำให้มีพฤติกรรมออกล่าเหยื่อ จนเมื่ออิ่มแล้วจึงสงบได้ หรือเมื่อถูกกระตุ้นให้ตกใจจนร่างกายตื่นตัว พฤติกรรมการต่อสู้เพื่อป้องกันตัวจึงเกิดขึ้นจนเมื่อขจัดสิ่งคุกคามแล้วและร่างกายคลายความเขม็งเกลียวลง จิตใจจึงสงบได้ เป็นต้น พฤติกรรมของสัตว์เลื้อยคลานจึงเกิดขึ้นจากความรู้สึกถูกกระตุ้นหรือสงบผ่อนคลายจากร่างกาย (Aroused/Relaxed) โดยไม่ขึ้นกับอิทธิพลของสิ่งแวดล้อมทางสังคมมากนัก

ส่วนสมองของสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนม (Paleo-mammals) นั้นมีวิวัฒนาการสูงกว่า เพราะได้พัฒนาระบบลิมบิก (Limbic system) ซึ่งมีอมิกดาลา (Amygdala) และฮิปโปแคมปัส (Hippocampus) ที่ทำหน้าที่สร้างอารมณ์และความทรงจำ ทำให้สัตว์เลี้ยงลูกด้วยนมต่างจากสัตว์เลื้อยคลานตรงที่สามารถเรียนรู้ประสบการณ์จากสิ่งแวดล้อมได้มากกว่า และเก็บเป็นบทเรียนเพื่อใช้ในอนาคต โดยอารมณ์ช่วยประเมินตัดสินใจเร้าที่ผ่านเข้ามาว่าคุกคามหรือไม่ เพื่อที่อารมณ์จะได้ชี้นำปฏิกิริยาทางร่างกายอีกทอดหนึ่ง¹¹ ตัวอย่างเช่น เมื่อบุคคลประเมินจากประสบการณ์เดิมว่าสิ่งเร้าเป็นอันตราย จึงรับรู้สิ่งคุกคาม เกิดความกลัว ระบบประสาทอัตโนมัติซิมพาเทติกจะตื่นตัว แกนไฮโปทาลามิก-พิทูอิทารี-อดรีนอล (Hypothalamic-Pituitary-Adrenal Axis) ทำงาน ฮอร์โมนคอร์ติซอล (Cortisol hormone) ถูกหลั่งออกมา ร่างกายจึงเข้าสู่รูปแบบสลายพลังงานเพื่อเตรียมการสู้หรือหนี แต่ถ้าบุคคลประเมินจากประสบการณ์เดิมว่าสิ่งเร้าไม่น่าอันตราย จึงรู้สึกปลอดภัย ระบบประสาทอัตโนมัติ

พาราซิมพาเทติกจะถูกกระตุ้นให้ร่างกายเข้าสู่รูปแบบพักเพื่อย่อยอาหารและสะสมพลังงาน นอกจากนี้ ระบบอารมณ์ยังมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเชิงสังคมอย่างยิ่ง เพราะหากบุคคลได้รับความรัก ความรู้สึกอบอุ่นผูกพัน จะกระตุ้นต่อมใต้สมองส่วนหลังให้หลั่งสารสัมพันธ์ คือ ฮอร์โมนออกซิโตซิน (Oxytocin) ซึ่งส่งเสริมให้บุคคลมีพฤติกรรมร่วมสังคม (Social engagement behavior) มากขึ้น และเมื่อได้รับยอมรับนับถือจากกลุ่มจนเกิดเป็นความภาคภูมิใจในตนเอง ต่อมใต้สมองส่วนหน้าจะถูกกระตุ้นให้หลั่งฮอร์โมนเอ็นโดรฟิน (Endorphin) ซึ่งเป็นสารแห่งความสุขอีกด้วย¹²

ส่วนมนุษย์นั้น ถือเป็นสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนมรุ่นใหม่ (Neo-mammals) ที่มีวิวัฒนาการทางสมองซับซ้อนขึ้นไปอีก¹³ เพราะมีการพัฒนาเปลือกสมอง (Neo-cortex) เพิ่มขึ้นมาอีกชั้นหนึ่ง สมองส่วน Reptilian complex ในมนุษย์นั้นอยู่ชั้นล่างสุด ถัดขึ้นมาเป็นระบบลิมบิก (Limbic system) อยู่ในส่วนกลาง และส่วนของเปลือกสมองครอบอยู่ด้านบน ทำหน้าที่รับข้อมูลประสาทสัมผัสจากสิ่งแวดล้อมภายนอกแล้วนำมาประมวลผล การทำงานของสมองส่วนบนโดยเฉพาะเปลือกสมองด้านหน้า (Prefrontal cortex) เป็นการทำหน้าที่ส่วนการคิดเชิงบริหารของสมอง ช่วยให้บุคคลมีจิตสำนึก สามารถสังเกตและรับรู้อารมณ์ความรู้สึกของตนได้ (Self-awareness) จึงสามารถยั้งคิด ปรับแต่งการแสดงออกทางอารมณ์และพฤติกรรมให้สอดคล้องกับกฎเกณฑ์ของสังคม นอกจากนี้ สมองส่วนบนยังช่วยให้พัฒนาความสามารถในการรู้คิดทางสังคม เพื่อใช้จัดการปฏิสัมพันธ์ทางสังคมที่มีความซับซ้อนได้ ช่วยให้บุคคลสามารถ

อ่านความรู้สึกจากสีหน้าของผู้อื่น รับรู้อารมณ์ของอีกฝ่ายได้ เข้าใจแม้กระทั่งว่าผู้อื่นรู้สึกอย่างไร เหมือนหนึ่งว่าตนเองอยู่ในสถานการณ์นั้นเอง ความสามารถเหล่านี้มีความจำเป็นในการอยู่ร่วมกับสังคม เพราะการรับรู้ว่าการกระทำของใครจะทำให้ผู้อื่นรู้สึกเจ็บปวดอย่างไรจะช่วยยับยั้งไม่ให้ทำร้ายผู้อื่น ทำให้มนุษย์ไม่ได้มีชีวิตอยู่ภายใต้สัญชาตญาณดิบเพียงเพื่อให้มีชีวิตรอดเท่านั้น แต่เรายังมีสัญชาตญาณทางสังคม ที่สามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคมด้วยความช่วยเหลือเกื้อกูล มนุษย์ที่เข้าร่วมสังคมได้จึงสามารถข้ามผ่านวิกฤตต่างๆ ของชีวิต และเพิ่มโอกาสในการอยู่รอด¹⁴

สมองสังคมและการสูญเสียหน้าที่ในการรู้คิดทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภท

ทฤษฎีจิตวิทยาวิวัฒนาการ¹⁵ ได้กล่าวถึงสมมุติฐานเรื่องสมองในเชิงสังคมเอาไว้ว่า เพื่อตอบโจทย์ในการเพิ่มโอกาสอยู่รอดให้สูงขึ้นตามกระบวนการคัดเลือกทางธรรมชาติ มนุษย์จึงได้สร้างกลยุทธ์ที่จะร่วมมือกันในกลุ่มเพื่อต่อสู้เอาชนะศัตรูหรือสัตว์อื่นที่แข็งแรงกว่า การเรียนรู้ที่จะอยู่ร่วมกันต้องอาศัยสติปัญญา และทักษะการรู้คิดระดับสูงเพื่อให้สามารถจัดการปฏิสัมพันธ์ทางสังคมที่มีความซับซ้อนและละเอียดอ่อนได้ มนุษย์จึงต้องพัฒนาเปลือกสมอง (Cerebral cortex) ที่มีขนาดใหญ่ขึ้น มีโครงสร้างและการเชื่อมต่อวงจรการทำงานของสมองที่มีศักยภาพ สามารถรับรู้อารมณ์ทางใบหน้าที่บุคคลอื่นได้ เข้าใจความหมายของอารมณ์ แปลความ ตัดสิน ให้ความหมายได้ว่าอารมณ์นั้นเกิดจากอะไร เชื่อมโยงกับความคิด ความต้องการ แรงจูงใจและพฤติกรรมของบุคคลอื่นอย่างไร

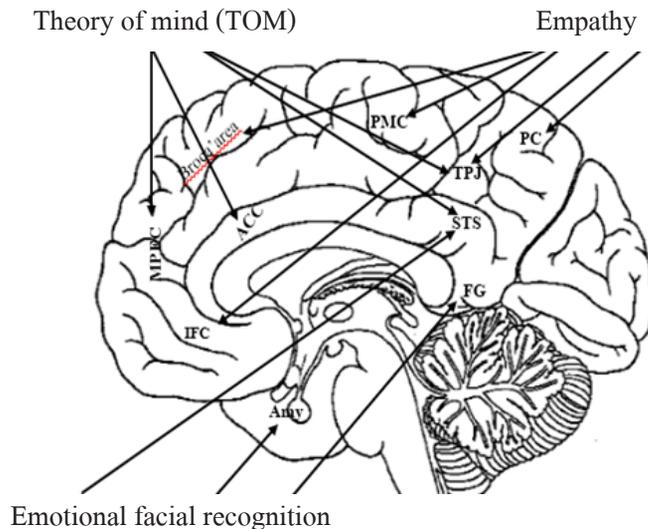
ความสามารถด้านรู้คิดทางสังคมนั้น การรับรู้อารมณ์ทางใบหน้าที่¹⁶ (Emotional facial recognition) จัดว่ามีความสำคัญเป็นลำดับแรกๆ เนื่องจากสมองของมนุษย์นั้น มีปฏิกริยาตอบสนองต่อใบหน้าที่ของมนุษย์ด้วยกันเองมากที่สุด การอ่านสีหน้าผู้อื่นออกเป็นด่านแรกที่ช่วยนำทางให้บุคคลรู้ว่าควรรู้สึกหรือตอบสนองอย่างไร สมองส่วนที่เกี่ยวข้องในกระบวนการนี้ประกอบด้วย สมองส่วนที่เป็นรอยนูนรูปกระสวย (Fusiform Gyrus; FG) ตรงสมองกลีบขมับ ด้านล่างที่ช่วยให้บุคคลรู้จักและจำใบหน้าที่ อมิกดาลา (Amygdala; Amy) ที่ช่วยในการตัดสินใจว่าใบหน้าที่เห็นเป็นสิ่งคุกคามที่ควรหลีกเลี่ยงหรือเป็นโอกาสของการสานสัมพันธ์ทางสังคม และร่องสมองกลีบขมับส่วนบน (Superior Temporal Sulcus; STS) ที่ช่วยให้รับรู้ความรู้สึกของผู้อื่น และสิ่งที่ผู้อื่นกำลังให้ความสนใจอยู่ การทำงานร่วมกันของสมองส่วนที่กล่าวมานี้ ทำให้เรารับสัญญาณจากปฏิสัมพันธ์ในสังคมจากผู้อื่นได้ เป็นจุดเริ่มต้นของการเกิดปฏิสัมพันธ์ทางสังคม

ความสามารถด้านการรู้คิดทางสังคมด้านต่อมาที่มีความสำคัญไม่แพ้กันคือ การคาดคะเนเพื่อทำความเข้าใจความคิดและความรู้สึกของบุคคลอื่นที่เรียกว่า ทฤษฎีของจิต (Theory of Mind; TOM)¹⁷ เป็นการนำข้อมูลอารมณ์ที่รับรู้จากใบหน้าที่ผู้อื่นมาเป็นเบาะแส เพื่อสร้างคำอธิบายเกี่ยวกับแรงจูงใจของผู้ที่กำลังมีปฏิสัมพันธ์กับตน สมองส่วนที่เกี่ยวข้องกับความสามารถนี้ประกอบด้วยร่องสมองกลีบขมับส่วนบน ที่ช่วยในการคาดเดาอารมณ์ผู้อื่น สมองส่วนรอยต่อระหว่างกลีบขมับกับกลีบข้าง (Temporal-Parietal Junction; TPJ) ที่ช่วยในการรับรู้มุมมองผู้อื่น

สมองกลีบหน้าส่วนกลาง (Medial Prefrontal Cortex; MPFC) ที่เป็นศูนย์กลางการรับรู้ความรู้สึกตนเอง และเปลือกสมองขิงกุเลตส่วนหน้า (Anterior Cingulate Cortex; ACC) ที่เชื่อมระบบลิมบิกกับเปลือกสมองส่วนหน้า ทำหน้าที่ผสมผสานอารมณ์กับความคิด อันจะนำไปสู่การวิเคราะห์ทำความเข้าใจความรู้สึกนึกคิด และเจตนาของผู้อื่นได้

การมีความรู้สึกร่วมและเห็นอกเห็นใจผู้อื่น (Empathy) เป็นการรู้จักทางสังคมอีกด้านหนึ่งที่มีความสำคัญและเกี่ยวข้องกับสมองหลายส่วน¹⁸ การที่มนุษย์มีเซลล์กระจกเงา (Mirror neuron) ที่สามารถวิเคราะห์และเลียนแบบความรู้สึกและพฤติกรรมผู้อื่น กระจายอยู่อย่างหนาแน่นในสมองส่วนกลีบหน้าด้านล่าง (Inferior Frontal Cortex), สมองกลีบข้าง (Parietal Cortex;

PC), สมองส่วนโบรคา (Broca's area) และร่องสมองกลีบขมับส่วนบน ยังช่วยให้บุคคลหนึ่งรู้ถึงอารมณ์และพฤติกรรมของบุคคลอื่นราวกับว่าตนเป็นผู้ประสบเหตุการณ์หรือกระทำกิจกรรมนั้นเสียเอง หรือเป็นการ “เอาใจเขามาใส่ใจเรา” โดยอัตโนมัตินั่นเอง นำไปสู่ความเห็นอกเห็นใจและมีศีลธรรม ดังนั้น จากมุมมองของประสาทวิทยาแล้ว การที่มนุษย์มีศีลธรรมเป็นเพราะเรารับรู้ความเจ็บปวดที่บุคคลอื่นแสดงออกได้ ประหนึ่งว่าเกิดขึ้นกับตัวเราเอง เราจึงหลีกเลี่ยงที่จะทำร้ายคนอื่น นอกจากนี้ เซลล์กระจกเงาที่กระจายอยู่ด้านหน้าของกลีบสมองส่วนสั่งการ (Premotor Cortex; PMC) ยังช่วยให้เราเรียนรู้และเลียนแบบพฤติกรรมทางสังคมจากผู้อื่นได้อีกด้วย



ภาพที่ 1 แสดงพื้นที่ต่างๆ ในสมองที่รับผิดชอบด้านการรู้จักทางสังคม¹⁹

ความสามารถในการรู้คิดทางสังคมที่ได้อธิบายข้างต้น ทั้งการรับรู้อารมณ์ทางใบหน้า การคาดเดาความรู้สึกนึกคิดของผู้อื่น และการเห็นอกเห็นใจผู้อื่น จะช่วยให้บุคคลสามารถแปลความหมายการกระทำของผู้อื่นได้อย่างเหมาะสม และดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข โดยมีกระบวนการเริ่มตั้งแต่สมองที่ผลิตความรู้สึกชอบไม่ชอบต่อสถานการณ์สังคมที่กำลังเผชิญ แล้วส่งต่อความรู้สึกนี้ผ่านสมองส่วนอินซูลา (Insular Cortex; IS) ไปยังสมองส่วนคิโดเทรอะห์เพื่อร่วมหาทางเลือกตอบสนองต่อปฏิสัมพันธ์ โดยมีแอนทีเรียซิงกูลูเตคคอร์เท็กซ์คอยจับตามผลของปฏิสัมพันธ์ และสมองส่วนรอบเบ้าตา (Orbito-Frontal Cortex; OFC) คอยปรับทำที่ปฏิสัมพันธ์ให้เหมาะสม แต่ในกรณีของผู้ป่วยจิตเภทนั้น ความเจ็บป่วยทำให้เกิดการสูญเสียหน้าที่ในการรู้คิดเชิงสังคม²⁰⁻²¹ ผู้ป่วยไม่สามารถรับรู้อารมณ์ที่ผู้อื่นแสดงออกได้ ไม่เข้าใจในความคิดและความรู้สึกของบุคคลอื่น จึงแปลความเจตนาและการกระทำของบุคคลอื่นอย่างคลาดเคลื่อน (Attribution bias) เกิดอาการหวาดระแวง หลงผิด และมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม นำไปสู่ความบกพร่องหรือสูญเสียการปฏิสัมพันธ์ในสังคม และสังคมไม่ยอมรับได้ การฟื้นฟูความบกพร่องในทักษะทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในปัจจุบัน จึงมุ่งส่งเสริมทักษะหน้าที่ของสมองทั้งสามด้านให้ผู้ป่วยเรียนรู้ที่จะรับรู้ เข้าใจ และรู้สึกเห็นอกเห็นใจบุคคลอื่นมากขึ้น เพื่อนำไปสู่การแปลความหมายในเจตนาและการกระทำของผู้อื่นได้อย่างเหมาะสม²²

แนวคิดการฟื้นฟูการรู้คิดทางสังคมและการมีปฏิสัมพันธ์กันทางสังคม

เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทมีอาการแสดงที่สำคัญคือการแยกตัวจากสังคม โดยเฉพาะเมื่อการเจ็บป่วยเป็นแบบเรื้อรัง ความสามารถทางสังคมจะเสื่อมลงไปเรื่อยๆ เนื่องจากการรู้คิดเชิงสังคมมีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับความสามารถด้านการคิดเชิงบริหาร หากไม่ได้รับการฟื้นฟู และกระตุ้นให้สมองคงทำหน้าที่อยู่ได้ ผู้ป่วยจะสูญเสียสมรรถภาพอย่างต่อเนื่องจนกลายเป็นผู้ไร้ความสามารถไปในที่สุด อย่างไรก็ตาม สมองมีศักยภาพในการฟื้นฟูตนเอง หากได้รับการกระตุ้นที่เหมาะสม²³ การฟื้นฟูการรู้คิดทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภท จึงต้องอาศัยการกระตุ้นการทำงานของสมอง²⁴ ให้เซลล์กระจกเงาทำหน้าที่ได้ และเกิดวงจรรับรู้อารมณ์แห่งตนเชื่อมโยงไปสู่การรับรู้อารมณ์ของผู้อื่น คาดเดาความคิด ความรู้สึกและเข้าอกเข้าใจผู้อื่น รวมทั้งมีการแสดงออกของพฤติกรรมที่เหมาะสมตามกฎหมาย กติกา มารยาทของสังคม

การฝึกการรู้คิดทางสังคมและปฏิสัมพันธ์ (Social Cognition and Interaction Training; SCIT)²⁵ เป็นโปรแกรมการฝึกทักษะแบบกลุ่ม มีจุดมุ่งหมายเพื่อพัฒนาการรู้คิดทางสังคมและการมีปฏิสัมพันธ์ในผู้ป่วยจิตเภท โครงสร้างการฝึกประกอบด้วย 3 ทักษะ คือ การรับรู้อารมณ์ (Emotional training) การทำความเข้าใจสถานการณ์ (Figuring out Situation) และการบูรณาการ (Integration) ทำการฝึกสัปดาห์ละครั้ง เป็นเวลาต่อเนื่องกัน 6 เดือน โดยในระยะแรก จะเริ่มที่ฝึกการรู้จักอารมณ์เพื่อให้ผู้ป่วยฟื้นฟูการรับรู้อารมณ์พื้นฐานของมนุษย์ 6 อารมณ์ คือ ดีใจ เสียใจ โกรธ กลัว

ประหลาดใจ และน่ารังเกียจ ผ่านการใช้รูปภาพหน้าคนและสื่อจากคลิปปวีดีโอ ผู้ป่วยจะได้เห็นสีหน้าท่าทาง น้ำเสียงของการแสดงออกทางอารมณ์ จึงเรียนรู้ที่จะแยกแยะอารมณ์ความรู้สึกแบบต่างๆ ได้ บอกได้ว่าสีหน้าแบบใดเป็นมิตรแบบใดไม่ใช่ ผู้ป่วยจะเริ่มรับรู้และสนใจสิ่งเร้าภายนอก ลดการหมกมุ่นอยู่กับสิ่งเร้าภายในของตน อันเป็นต้นเหตุของความคิดหลงผิดและความรู้สึกหวาดระแวงที่ไปกระตุ้นให้อิมกดาลาให้ตัดสินใจเปลี่ยนแปลงความเจตนาคนอื่นแบบอคตินอกจากนี้ การได้เห็นการแสดงออกทางสีหน้าที่สื่อถึงอารมณ์ อย่างชัดเจน ยังไปกระตุ้นให้เซลล์กระจกทำงาน ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถมีความรู้สึกร่วมกับผู้อื่น และเลียนแบบการแสดงออกทางใบหน้าได้อีกด้วย

เมื่อผู้ป่วยเริ่มสนใจสีหน้าคนอื่นและระบอบอารมณ์ทางใบหน้าผู้อื่นได้มากขึ้นแล้ว ขั้นตอนต่อไปคือการฝึกความสามารถในการอ่านความคิดความรู้สึก และเจตนาของผู้อื่น ผู้ป่วยจะเรียนรู้จากสถานการณ์และฝึกคาดเดาความคิดความรู้สึกของผู้อื่น รวมทั้งฝึกแสดงออกถึงความเห็นอกเห็นใจผู้อื่นทั้งทางสีหน้าท่าทางและคำพูด โดยมีกิจกรรมการฝึกหลากหลายแบบ ตั้งแต่ควิซีโอ ทำแบบฝึกหัดวิเคราะห์เจตนาของบุคคลอื่นจากบทสนทนา ไปจนถึงการจำลองบทบาทปฏิสัมพันธ์ที่ใกล้เคียงกับบริบททางสังคมจริงๆ ของผู้ป่วย และระยะสุดท้ายคือการบูรณาการ ซึ่งผู้ป่วยจะนำทักษะที่เรียนรู้ไปฝึกใช้จริงในชีวิตประจำวัน ไม่ว่าจะอยู่ที่บ้านหรือที่โรงพยาบาล แล้วใช้เวลาในการเข้ากลุ่มเพื่ออภิปรายสะท้อนผลการนำทักษะทางสังคมไปใช้ ผู้นำกลุ่มสามารถประเมินผลจากการแสดงออกทางสีหน้าผู้ป่วย คำพูด น้ำเสียง

กิริยาท่าทาง และการแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้า รวมทั้งประเมินการเปลี่ยนแปลงของอาการของผู้ป่วย เช่น อาการแยกตัว และหวาดระแวงร่วมด้วย ในระยะนี้ ผู้ป่วยจะได้รับการสะท้อนให้รับรู้ถึงพฤติกรรมทางสังคมที่เหมาะสมและไม่เหมาะสมของตนเอง ได้เข้าใจถึงปัญหาและอุปสรรคในการฝึกทักษะ รวมถึงได้รับกำลังใจจากกลุ่มเพื่อให้ผู้ป่วยมีการฝึกใช้ทักษะทางสังคมอย่างสม่ำเสมอ

ในด้านประสิทธิผลของโปรแกรม SCIT นั้น การจากการทบทวนวรรณกรรมพบการศึกษาตั้งแต่ปี ค.ศ.2005 - 2018 จำนวน 13 เรื่อง²⁶⁻³⁷ เป็นการศึกษาตั้งแต่ผลการใช้โปรแกรมเบื้องต้น ไปจนถึงการศึกษาแบบทดลองที่มีกลุ่มควบคุม โดยศึกษาในผู้ป่วยจิตเภททั้งผู้ป่วยในผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยที่มีอาการคงที่อยู่ในชุมชน ผลการศึกษาส่วนมากพบว่าผู้ป่วยที่ผ่านการฝึกด้วยโปรแกรมนี้ มีการรับรู้อารมณ์ทางใบหน้าที่ดีขึ้น^{26-27,30,34-36} คาดเดาจิตใจผู้อื่นได้ดีขึ้น^{26,30,34-35} แต่ไม่พบความแตกต่างของผลด้านการให้ความหมายในเจตนาและการกระทำของผู้อื่น^{30,35} มีเพียง 2 เรื่องเท่านั้น^{26,34} ที่พบผลการศึกษาให้ความหมายเจตนาผู้อื่นและการทำหน้าที่ทางสังคมที่ดีขึ้น นอกจากนี้ การศึกษาแบบ Randomized waitlist control ในปี 2018³⁷ นี้ ยังไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญในผลลัพธ์ใดๆ เลยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบเพียงแต่แนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญของการรับรู้อารมณ์ทางใบหน้าในกลุ่มทดลองเท่านั้น อย่างไรก็ตาม การศึกษาทั้งหมดชี้ไปในทางเดียวกันว่า โปรแกรม SCIT มีความเป็นไปได้ในการประยุกต์ใช้ที่ดี และสามารถประยุกต์ใช้ในหลากหลายวัฒนธรรม

ทั้งในประเทศสหรัฐอเมริกา ออสเตรเลีย จีน ฟินแลนด์ อีกด้วย

ในการศึกษาจำนวน 13 เรื่องนี้มีการศึกษาด้วยการวิเคราะห์แบบอภิมาน (meta-analysis) 1 เรื่อง³¹ ซึ่งศึกษาผลการประยุกต์ใช้โปรแกรม SCIT ในผู้ป่วยจิตเภท 19 เรื่อง พบว่าการฝึกในโปรแกรม SCIT มีค่าอิทธิพล (Effect size) ต่อการรับรู้อารมณ์ทางใบหน้า (Facial affect recognition) ขนาดปานกลางถึงสูงและต่อความเข้าใจความคิดและความรู้สึกของบุคคลอื่น (Theory of Mind) ขนาดเล็กน้อยถึงปานกลาง แต่ค่าอิทธิพลต่อการรับรู้สัญญาณทางสังคม (social cue) และรูปแบบแปลความเจตนาและการกระทำของบุคคลอื่น (Attributional style) พบว่าไม่มีนัยสำคัญ ทั้งนี้ ผลการศึกษาดังกล่าวควรพิจารณาควบคู่กับบริบทของการใช้โปรแกรมนี้ ซึ่งพบที่มีความหลากหลายในการจัดกิจกรรมการฝึกที่ปรับไปตามอาการและประเภทของผู้ป่วยจิตเภท โดยพบว่า มีการใช้โปรแกรมทำการฝึกทั้งแบบแผนกผู้ป่วยใน แผนกผู้ป่วยนอก และฝึกร่วมกันของทั้งสองแผนก โดยมีโครงสร้างเนื้อหาที่มีความเกี่ยวข้องกับการจดจำอารมณ์ทางใบหน้า การรับรู้สังคม การคาดเดาคำความคิดความรู้สึกของบุคคลอื่นและความสามารถในการเข้าอกเข้าใจผู้อื่น การศึกษาเหล่านี้ มีการใช้จำนวนกิจกรรมแตกต่างกันออกไป ตั้งแต่ 1 - 62 กิจกรรม แต่ละกิจกรรมใช้เวลาอย่างน้อยสุด 20 นาที และมากที่สุด 3 ชั่วโมง จากผลการศึกษาที่ผ่านมา²⁷⁻²⁹ ให้ข้อเสนอแนะที่สอดคล้องไปในทางเดียวกันว่า โปรแกรม SCIT สามารถส่งผลต่อการรู้คิดทางสังคมของผู้ป่วยโดยเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้อารมณ์ทางใบหน้า แต่พบว่าการรับรู้

อารมณ์ใบหน้าที่ดีขึ้น ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับการเข้าใจความคิดความรู้สึกคนอื่น รวมถึงการแปลความถึงความตั้งใจของบุคคลอื่น ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะการคาดเดาคำความรู้สึกนึกคิดของผู้อื่น การแปลความ และการเห็นอกเห็นใจผู้อื่นนั้น ต้องพึ่งพาความสามารถด้านการคิดเชิงบริหาร (Executive function) ไม่ว่าจะเป็น การคิดเชิงนามธรรม การวิเคราะห์เชิงตรรกะเหตุผล การคิดเชิงสังเคราะห์วางแผนร่วมด้วย ผู้ป่วยจึงอาจต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพการรู้คิด (Cognitive remediation) ไปพร้อมๆ กับการสร้างสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม

การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช เพื่อส่งเสริมความสามารถการรู้คิดทางสังคม และปฏิสัมพันธ์

แนวคิดหลักของการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คือการที่พยาบาลใช้ตนเองเป็นเครื่องมือในการบำบัด โดยกำหนดบทบาทที่เหมาะสมในการสร้างสัมพันธภาพ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ เติบโตและมีวุฒิภาวะทางจิตใจเพิ่มขึ้น ในกรณีของผู้ป่วยจิตเภทที่มีความบกพร่องด้านการรู้คิดทางสังคมนั้น การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดกับผู้ป่วยจะมีความยากลำบากมากขึ้น พยาบาลต้องมีความเข้าใจในศาสตร์ของจิตวิทยาเพื่อใช้วางแผนการดูแลเพื่อนำไปสู่ผลลัพธ์เป้าหมายให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมทางสังคมที่เหมาะสม อันจำเป็นต่อการมีสุขภาพจิตที่ดีได้ ทั้งนี้ องค์ความรู้ด้านสมองและประสาทวิทยาทางจิตในปัจจุบัน ชี้ให้เห็นว่าพฤติกรรมของมนุษย์ เป็นผลลัพธ์ที่เกิดจากการบูรณาการของทั้งอารมณ์ของทั้งอารมณ์ความ

ความรู้สึกและความสามารถด้านการรู้คิด การฟื้นฟูทักษะการรู้คิดทางสังคม จึงต้องมาจากทั้งความรู้สึกปลอดภัยเมื่ออยู่ท่ามกลางผู้อื่น ในสังคมและความสามารถในการแปลความ เข้าใจในเจตนาของผู้อื่น จึงจะนำไปสู่ผลลัพธ์ของพฤติกรรมทางสังคมที่ยั่งยืน ไม่ใช่แค่เพียงการฝึกให้ทำตามได้เท่านั้น นอกจากนี้ การสูญเสียความสามารถด้านการรู้คิดทางสังคมที่เป็นผลจากโรคจิตเภทมักมีความเรื้อรัง การฟื้นฟูสมรรถภาพจึงเป็นเรื่องที่ต้องใช้เวลาและความใส่ใจในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง พยาบาลซึ่งเป็นวิชาชีพที่ใช้เวลาร่วมกับผู้ป่วยมากที่สุด จึงควรตระหนักถึงความจำเป็นในการส่งเสริมการรู้คิดทางสังคมดังนี้

1. เป็นต้นแบบที่ดีในการรับรู้ทางอารมณ์และการแสดงความรู้สึก เพื่อการกระตุ้นการทำหน้าที่ของเซลล์กระจกเงา พยาบาลควรเป็นต้นแบบที่ดีในการรับรู้อารมณ์ของตนเองและบุคคลอื่น มีความใส่ใจและให้ความสำคัญกับสภาวะอารมณ์และความคิดของผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ นอกจากการแสดงออกด้วยคำพูดแล้ว พยาบาลควรมีการแสดงออกของอารมณ์ทางใบหน้าท่าทางที่สอดคล้องและชัดเจน การแสดงอารมณ์ต่างๆทั้งทางบวกและทางลบควรเป็นไปอย่างสร้างสรรค์ แสดงความเป็นมิตรด้วยการทักทาย และสนทนากับผู้ป่วยเพื่อส่งเสริมความรู้สึกปลอดภัยในการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม

2. จัดสิ่งแวดล้อมที่กระตุ้นการมีปฏิสัมพันธ์และเอื้อต่อการมีกิจกรรมร่วมกัน การแขวนภาพที่แสดงสีหน้าและอารมณ์ เช่น ภาพผู้คนยิ้ม หัวเราะ ร้องไห้ จะช่วยกระตุ้นการทำงานของสมองส่วนการรับรู้อารมณ์ได้ การจัดสถานที่

ทำกิจกรรมสาธารณะเช่นมุมดูโทรทัศน์ อ่านหนังสือหรือเล่นดนตรี และจัดให้มีกิจกรรมที่ทำร่วมกัน เช่น สันทนาการ หรือการมอบหมายหน้าที่ให้ผู้ป่วยรับผิดชอบร่วมกัน โดยมีพยาบาลคอยช่วยส่งเสริมการเกิดรู้สึกมีส่วนร่วม ช่วยให้ผู้ป่วยสังเกตและรับรู้อารมณ์ตนเองและอ่านเจตนาผู้อื่นได้

3. ส่งเสริมการแปลความในเจตนาของผู้อื่น งานวิจัยที่ผ่านมาพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทมีข้อจำกัดด้านความเข้าใจและแปลความหมายเจตนาของผู้อื่นมากที่สุด พยาบาลจึงควรให้ความใส่ใจเป็นพิเศษเมื่อมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย ควรอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจเจตนาอย่างชัดเจนและสอดคล้องกับการแสดงออกทางใบหน้าท่าทาง เพื่อให้ผู้ป่วยเรียนรู้การแปลความหมายอย่างเหมาะสมตามบริบทสถานการณ์ นอกจากนี้ เมื่อผู้ป่วยเกิดปัญหาสัมพันธ์กับผู้อื่น พยาบาลควรให้ความสำคัญและตระหนักว่าเป็นโอกาสในการช่วยผู้ป่วยให้เรียนรู้ที่จะแปลความหมายการกระทำและเจตนาของผู้อื่นด้วย

สรุป

การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมเป็นความต้องการขั้นพื้นฐานของมนุษย์ ส่งผลต่อสุขภาพจิตในแง่ของการรับรู้ความปลอดภัย การได้รับการยอมรับจากกลุ่มนำไปสู่ความมั่นใจในตนเอง มีคุณค่าและมีศักดิ์ศรี จิตวิทยาวิวัฒนาการ (Evolution psychology) อธิบายว่าการมีสัญชาตญาณทางสังคม (Social instinct) มาแต่กำเนิด ทำให้บุคคลมีความสามารถพื้นฐานที่จำเป็นต่อการมีปฏิสัมพันธ์ ทั้งรับรู้อารมณ์ของผู้อื่น เข้าใจถึงสภาวะอารมณ์ของผู้อื่น เกิดความรู้สึกมีส่วนร่วม และแปลความหมายของเจตนาผู้อื่นได้ อย่างไรก็ตาม เมื่อการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท

ส่งผลให้สมองทำหน้าที่บกพร่อง ความสามารถที่เคยทำได้โดยอัตโนมัติได้สูญหายไป ผู้ป่วยจึงแสดงอาการแยกตัว หวาดระแวง และไม่สามารถสื่อสารกับผู้อื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ การศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การฝึกทักษะปฏิสัมพันธ์ทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภทมีผลต่อการรับรู้อารมณ์ทางใบหน้าที่ดีขึ้น รวมทั้งอาจมีผลต่อความเข้าใจความคิดความรู้สึกและการแปลความตั้งใจของบุคคลอื่น การฝึกทักษะการรู้จักทางสังคมจึงถือเป็นอีกทางเลือกหนึ่งในการเพิ่มศักยภาพ หรือติดอาวุธให้กับผู้ป่วยจิตเภท

พยาบาลจิตเวชมีหน้าที่และความรับผิดชอบโดยตรงในการดูแลเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการรู้คิดทางสังคมของผู้ป่วยกลุ่มนี้ โดยการใช้ตนเองเป็นต้นแบบที่ดีในการรับรู้ทางอารมณ์ และแสดงความรู้สึก รวมทั้งจัดกิจกรรมเพื่อฝึกทักษะพื้นฐานที่จำเป็นต่อการรู้คิดทางสังคม ให้มีความสอดคล้องกับลักษณะอาการและระดับของการสูญเสียความสามารถที่แตกต่างกันตามระยะการดำเนินของโรค ทั้งนี้ การฟื้นฟูความสามารถด้านการรู้คิดทางสังคมนั้น ไม่ควรมุ่งหวังผลลัพธ์เพียงให้ผู้ป่วยสามารถทำพฤติกรรมตามที่พยาบาลสอนหรือฝึกให้ได้ เพราะพฤติกรรมที่ยั่งยืน ต้องเริ่มต้นจากการที่ผู้ป่วยมีความรู้สึกปลอดภัยเพียงพอที่จะเริ่มมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม จึงจะนำไปสู่การรับรู้และให้ความสำคัญกับการแสดงออกทางอารมณ์บนใบหน้าของผู้อื่น เข้าใจในเจตนาของการแสดงออกนั้น เกิดความรู้สึกร่วมในสภาวะจิตใจของผู้อื่น และแปลความความรู้สึกและเจตนาของบุคคลอื่นได้อย่างเหมาะสม องค์กรความรู้ด้านสมองและประสาทจิตวิทยานี้ จึงช่วยให้พยาบาลมีแนวทางในการกำหนดเป้าหมาย

การดูแลที่ชัดเจนขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. Erikson, E. Identity and the life cycle. New York: Norton; 1980.
2. Siegel, D. The Neurobiology of 'We': How relationships, the mind, and the brain interact to Shape Who We Are. Sounds True Inc; 2008.
3. Siegel, DJ. Pocket guide to interpersonal neurobiology: An integrative handbook of the mind. New York: W.W. Norton & Company; 2012.
4. Dunlop J, Brandon NJ. Schizophrenia drug discovery and development in an evolving era: are new drug targets fulfilling expectations? J Psychopharmacol 2015; 29(2): 230-8.
5. Turner DT, McGlanaghy E, Cuijpers P. A meta-analysis of social skills training and related interventions for psychosis. Schizophr Bull 2018; 44(3): 475-91.
6. Javed A, Charles A. The importance of social cognition in improving functional outcomes in schizophrenia. Front Psychiatry 2018; 24(9): 157.
7. Maslow, AH. A theory of human motivation. Psychol Rev 1943; 50(4): 370-96.
8. Harry F. Harlow, Stephen J. Suomi. Social recovery by isolation-reared monkeys. Proceedings of the National Academy of Sciences of the USA 1971; 68(7): 1534-38.
9. James E. Swain, James F. Leckman, Fred R. Volkmar. The wolf boy reactive attachment disorder in an adolescent boy. Psychiatry 2005; 11: 55-61.
10. Panksepp J. Foreword to Cory G, Gardner R. The evolutionary neuroethology of Paul MacLean: Convergences and Frontiers; 2002.

11. Davidson R J, Begley S. The emotional life of your brain: How its unique patterns affect the way you think, feel, and live--and how you can change them. New York: Hudson Street Press; 2012.
12. Schore JR, Schore AN. Modern attachment theory: The central role of affect regulation in development and treatment. *Clin Soc Work J* 2008; 36: 9.
13. Butler AB. Evolution of brains, cognition, and consciousness. *Brain Res Bull* 2008; 18: 75(2-4): 442-9.
14. Frith U, Frith C. The social brain: allowing humans to boldly go where no other species has been. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci* 2010; 12: 165-76.
15. Todd K, Shackelford James R, Liddle. Understanding the mind from an evolutionary perspective: an overview of evolutionary psychology. *Wiley Interdiscip Rev Cogn Sci* 2014; 5(3): 247-60.
16. Frith CD, Frith U. Social cognition in humans. *Curr Biol* 2007; 17(16): 724-32.
17. Lindsey J. Byom Bilge Mutlu. Theory of mind: mechanisms, methods, and new directions *Front Hum Neurosci* 2013; 7: 1-12.
18. Patricia L. Lockwood. The anatomy of empathy: Vicarious experience and disorders of social cognition. *Behav Brain Res* 2016; 15: 255–266.
19. Brain anatomy coloring pages 98 idea brain anatomy coloring pages. 2015. [online]. Available from: <http://speechfoodie.com/brain-anatomy-coloring-pages> [2018 march 10].
20. David D, Laura MT, Sarah HL, Christine IH. The neural basis of theory of mind and its relationship to social functioning and social anhedonia in individuals with schizophrenia. *Neuroimage Clin* 2014; 154–63.
21. Frith CD, Frith U. Mechanisms of social cognition. *Annu Rev Psychol* 2012; 63: 287-313.
22. Hironobu F, Cali B. Neural basis for social cognitive impairment in schizophrenia. *J Bras Psiquiatr* 2010; 59(2): 85-7.
23. Siegel DJ. An interpersonal neurobiology approach to psychotherapy: How awareness, mirror neurons and neural plasticity contribute to the development of well-being. *Psychiatr Ann* 2006; 36(4): 248-58.
24. Pinkham A, Penn D, Perkins D, Lieberman J. Implications of a neural basis for social cognition for the study of schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2003; 160(58): 815-824.
25. Penn D, Roberts DL, Munt ED, Silverstein E, Jones N, Sheitman B. A pilot study of social cognition and interaction training (SCIT) for schizophrenia. *Schizophr Res* 2005; 80 (2-3): 357-9.
26. Combs DR, Adams SD, Penn DL, Roberts D, Tiegreen J, Stem P. Social Cognition and Interaction Training (SCIT) for inpatients with schizophrenia spectrum disorders: preliminary findings. *Schizophr Res* 2007; 91(1-3): 112-6.
27. Roberts DL, Penn DL. Social Cognition and Interaction Training (SCIT) for outpatients with schizophrenia: a preliminary study. *Psychiatry Res* 2009; 166: 141–147.
28. Combs DR, Elerson K, Penn DL, Tiegreen JA, Nelson A, Ledet SN, Basso MR. Stability and generalization of Social Cognition and Interaction Training (SCIT) for schizophrenia: six-month follow-up results. *Schizophr Res* 2009; 112(1-3): 196-7.

29. Horan WP, Robert S, Kern, Karina Shokat-Fadai, Mark J, Sergi, Jonathan K, Michael F, Green, et al. Social cognitive skills training in schizophrenia: An initial efficacy study of stabilized outpatients. *Schizophr Res* 2009; 107(1): 47–54.
30. Roberts DL, Penn DL, Labate D, Margolis SA, Sterne A. Transportability and feasibility of Social Cognition and Interaction Training (SCIT) in community settings. *Behav Cogn Psychother* 2010; 38(1): 35-47.
31. Matthew M. Kurtz, Christi L. Richardson. Social cognitive training for schizophrenia: A meta-analytic investigation of controlled research. *Schizophr Bull* 2012; 5(38): 1092–1104.
32. Horan WP, Green MF, DeGroot M. Social cognition in schizophrenia, part 2: 12-month stability and prediction of functional outcome in first-episode patients. *Schizophr Bull* 2012; 38: 865–72.
33. Parker S, Foley S, Walker P, Dark F. Improving the social cognitive deficits of schizophrenia: a community trial of Social Cognition and Interaction Training (SCIT). *Australas Psychiatry* 2013; 21(4): 346-51.
34. Wang Y, Roberts DL, Xu B, Cao R, Yan M, Jiang Q. Social cognition and interaction training for patients with stable schizophrenia in Chinese community settings. *Psychiatry Res* 2013; 210(3): 751-5.
35. Voutilainen G, Kouhia T, Roberts DL, Oksanen J. Social cognition and interaction training (SCIT) for adults with psychotic disorders: A feasibility study in Finland. *Behav Cogn Psychother* 2016; 44(6): 711-6.
36. Taylor R, Cella M, Csipke E, Heriot-Maitland C, Gibbs C, Wykes T. Tackling social cognition in schizophrenia: A randomized feasibility trial. *Behav Cogn Psychother* 2016; 44(3): 306-17.
37. Gordon A, Davis PJ, Patterson S, Pepping CA, Scott JG, Salter K, Connell M. A randomized waitlist control community study of social cognition and interaction training for people with schizophrenia. *Br J Clin Psychol* 2018; 57(1): 116-30.