

อัปเดตเรื่องสมาธิสั้น

ADHD UPDATE

นายแพทย์ทวีศักดิ์ ลีรัตนเรขา ... จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น

บทนำ

สมาธิสั้น (Attention-Deficit/ Hyperactivity Disorder – ADHD) เป็นโรคทางจิตเวชที่พบได้บ่อยในเด็กและวัยรุ่น ที่มีผลต่อการควบคุมสมาธิ การกระทำที่หุนหันพลันแล่น และพฤติกรรมที่ซุกซน โดยในช่วงหลายปีที่ผ่านมา ความรู้เกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องผ่านการศึกษาด้านพันธุกรรม ชีววิทยา และพฤติกรรม ที่มุ่งเน้นไปที่การทำความเข้าใจกลไกการเกิดโรค รวมถึงการพัฒนาวิธีการรักษาที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น

บทความนี้จะกล่าวถึงข้อมูลใหม่ ๆ เกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นที่ได้จากงานวิจัยและเอกสารวิชาการล่าสุด เพื่อให้เห็นถึงความคืบหน้าทางวิทยาศาสตร์ในปัจจุบัน

1. การวิจัยทางพันธุกรรมและชีววิทยา

ในช่วงไม่กี่ปีที่ผ่านมา การศึกษาเกี่ยวกับพันธุกรรมของโรคสมาธิสั้นมีความก้าวหน้ามากขึ้น จากการศึกษาด้วยเทคโนโลยี Genome-Wide Association Studies (GWAS) พบว่า มียีนหลายตัวที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการพัฒนาของโรคสมาธิสั้น โดยเฉพาะยีนที่เกี่ยวข้องกับระบบโดปามีน (dopamine) เช่น DRD4 และ DAT1 ยังคงเป็นที่สนใจในแง่ของการกลายพันธุ์ และการทำงานที่ผิดปกติในกลุ่มผู้ป่วย

การศึกษาในปัจจุบันยังชี้ให้เห็นว่า ยีนที่เกี่ยวข้องกับระบบเซโรโทนิน (serotonin) และกลูตามีน (glutamine) ก็มีบทบาทในการเกิดของโรคสมาธิสั้นอีกด้วย ซึ่งแสดงให้เห็นว่าโรคนี้อาจเป็นผลมาจากการทำงานที่ซับซ้อนของหลายระบบในสมอง ไม่เพียงแต่ระบบโดปามีนเท่านั้น

นอกจากนี้ การใช้การถ่ายภาพสมองด้วยวิธี fMRI (Functional Magnetic Resonance Imaging) ทำให้เห็นถึงความผิดปกติของการทำงานของสมองในหลายส่วน โดยเฉพาะในบริเวณ prefrontal cortex ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการควบคุมการตัดสินใจและการควบคุมอารมณ์

ผลการวิจัยเหล่านี้ช่วยให้เข้าใจมากขึ้นว่า อาการของโรคสมาธิสั้นเกิดจากการทำงานที่ผิดปกติของวงจรประสาทในสมอง

2. สมาธิสั้นในวัยผู้ใหญ่

ก่อนหน้านี้โรคสมาธิสั้นมักถูกมองว่าเป็นโรคของเด็กและวัยรุ่น แต่การวิจัยในปัจจุบันชี้ให้เห็นว่าผู้ป่วยสมาธิสั้นจำนวนมากยังคงมีอาการต่อเนื่องไปถึงวัยผู้ใหญ่ จากการศึกษาในระยะยาวพบว่าประมาณร้อยละ 65 ของเด็กที่มีอาการสมาธิสั้นยังคงแสดงอาการในวัยผู้ใหญ่

แม้ว่าลักษณะของอาการอาจเปลี่ยนไป โดยในวัยผู้ใหญ่ อาการของความซุกซนหรือหุนหันพลันแล่นอาจลดลง เปลี่ยนเป็นอาการของความไม่สงบภายใน (internal restlessness) และมักมีปัญหาในการจัดการเวลา การจัดระเบียบชีวิต การวางแผนงาน และการควบคุมอารมณ์ ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อความสำเร็จในชีวิตการทำงานและความสัมพันธ์

นอกจากนี้ โรคสมาธิสั้นในวัยผู้ใหญ่ยังมีความเชื่อมโยงกับปัญหาสุขภาพจิตอื่น ๆ เช่น โรควิตกกังวล โรคซึมเศร้า และ การใช้สารเสพติด และยังพบโรคร่วม ได้แก่ โรคอ้วน โรคหอบหืด และปัญหาการนอน การทำความเข้าใจการเปลี่ยนแปลงของอาการและปัญหาที่มาพร้อมกับโรคสมาธิสั้นในวัยผู้ใหญ่ทำให้สามารถพัฒนาแนวทางการรักษาที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพมากขึ้น

3. การพัฒนาวิธีการรักษาใหม่

การรักษาสมาธิสั้นในปัจจุบัน ยังคงเน้นที่การรักษาด้วยยา โดยเฉพาะกลุ่มยากระตุ้นระบบประสาทส่วนกลาง (stimulants) ได้แก่ methylphenidate, lisdexamfetamine และ dexamfetamine ซึ่งเป็นยาที่มีประสิทธิภาพในการควบคุมอาการหลักของโรค มีรูปแบบการออกฤทธิ์หลากหลายให้เลือกใช้ตามความเหมาะสมของแต่ละคน ทั้งรูปแบบออกฤทธิ์สั้น ปานกลาง และยาว

อย่างไรก็ตาม มีการพัฒนาากลุ่มยาที่ไม่ใช่กลุ่มยากระตุ้นระบบประสาทส่วนกลาง ได้แก่ atomoxetine, guanfacine, clonidine และตัวล่าสุดคือ viloxazine ซึ่งยาเหล่านี้ได้รับการยอมรับในการรักษาโรคสมาธิสั้นในกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ตอบสนองต่อยา stimulants หรือมีผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา

นอกจากนี้ งานวิจัยใหม่ ๆ ยังมุ่งเน้นไปที่การบำบัดแบบไม่ใช้ยา (non-pharmacological) เช่น การฝึกทักษะการควบคุมอารมณ์ และการบำบัดทางพฤติกรรม ซึ่งเป็นที่ยอมรับมากขึ้นในกลุ่มเด็กและผู้ใหญ่ที่มีปัญหาเรื่องสมาธิ การฝึกสมาธิ (Mindfulness Training) ช่วยให้สามารถควบคุมความคิดและอารมณ์ได้ดีขึ้น ซึ่งสามารถลดอาการกระวนกระวายและเพิ่มสมาธิได้

การใช้ Neurofeedback หรือการฝึกการทำงานของสมองผ่านการกระตุ้นคลื่นสมอง ยังแสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพในการลดอาการสมาธิสั้น และยังมีแอปพลิเคชันที่ออกแบบมาเพื่อช่วยในการจัดการกับเวลา เช่น ติดตามกิจกรรม ตั้งเตือน และสร้างตารางเวลา

การศึกษาวิจัยแสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาสมาธิสั้นด้วยยาอย่างสม่ำเสมอ มักมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่า และมีแนวโน้มที่จะหลีกเลี่ยงปัญหาการใช้สารเสพติดในวัยผู้ใหญ่มากกว่าผู้ที่ไม่ได้รับการรักษา ซึ่งขัดแย้งกับความเชื่อที่ว่ายาเหล่านี้จะก่อให้เกิดการเสพติด สิ่งที่สำคัญคือการใช้ยาภายใต้การดูแลของแพทย์อย่างใกล้ชิด

4. ความเชื่อมโยงกับสุขภาพจิตและความเป็นอยู่

ความรู้ใหม่ในปัจจุบันชี้ให้เห็นถึงความเชื่อมโยงระหว่างโรคสมาธิสั้นกับสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิต ผู้ป่วยสมาธิสั้นมีแนวโน้มที่จะมีปัญหาทางสุขภาพจิตอื่น ๆ รวมด้วย เช่น ความเครียด ความวิตกกังวล และความผิดปกติของการนอน

นอกจากนี้ ผลกระทบของโรคสมาธิสั้นยังส่งผลต่อความสำเร็จในการทำงาน การเรียน และความสัมพันธ์ทางสังคม สมาธิสั้นยังมีความเชื่อมโยงกับพฤติกรรมเสี่ยงสูง เช่น การใช้สารเสพติด ความหุนหันพลันแล่น และอุบัติเหตุ

การที่มีสมาธิสั้น อาจทำให้คุณภาพชีวิตในภาพรวมลดลง อาจรู้สึกว่าคุณเองไม่สามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ หรือไม่สามารถรักษาความสัมพันธ์ที่ดีได้ ซึ่งสามารถส่งผลกระทบต่ออารมณ์มองตัวเอง และการรับรู้ความสำเร็จในชีวิต อย่างไรก็ตาม การรักษาที่ถูกต้องสามารถช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิต และช่วยให้สามารถจัดการกับอาการได้ดีขึ้น

งานวิจัยในปัจจุบันพยายามทำความเข้าใจโลกที่เชื่อมโยงกันระหว่างโรคสมาธิสั้นกับปัญหาทางสุขภาพจิต และหาวิธีการรักษาที่จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวและใช้ชีวิตได้อย่างมีคุณภาพมากขึ้น

บทสรุป

ความรู้เกี่ยวกับสมาธิสั้นได้พัฒนาขึ้นอย่างมากในช่วงหลายปีที่ผ่านมา ตั้งแต่การศึกษาด้านพันธุกรรม ชีววิทยา จนถึง การพัฒนาวิธีการรักษาใหม่ ที่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้หลากหลายมากขึ้น

สมาธิสั้นเป็นภาวะที่ซับซ้อนและเกี่ยวข้องกับหลายปัจจัย ตั้งแต่พันธุกรรม ระบบประสาท จนถึงสิ่งแวดล้อม การทำความเข้าใจความเชื่อมโยงระหว่างปัจจัยเหล่านี้จะช่วยให้ในการพัฒนาวิธีการรักษาที่มีประสิทธิภาพ และการปรับปรุงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยต่อไป

เอกสารอ้างอิง

ทรีศักดิ์ สิริรัตน์เรขา. (2565). **คู่มือการดูแลสุขภาพจิตเด็ก กลุ่มปัญหาการเรียน.** (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

Boland, R. & Verduin, M. L., eds. (2022). Neurodevelopmental disorders and other childhood disorders. In: **Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry 12th ed.** (e-book). Wolters Kluwer; pp. 306-725.

Caye, A., Rocha, T. B. M., Anselmi, L., Murray, J., Menezes, A. M. B., Barros, F. C., ... & Kieling, C. (2016). Attention-deficit/hyperactivity disorder trajectories from childhood to young adulthood: evidence from a birth cohort supporting a late-onset subtype. **JAMA Psychiatry**, 73(7): 705-12.

Faraone, S. V., & Larsson, H. (2019). Genetics of attention deficit hyperactivity disorder. **Mol Psychiatry**, 24(4): 562-75.

Instanes, J. T., Klungsoyr, K., Romundstad, P. R., Halmoy, A., Fasmer, O. B., & Haavik, J. (2016). Adult ADHD and comorbid somatic disease: a systematic literature review. **J Atten Disord**, 20(10): 815-24.

Nazarova, V. A., Sokolov, A. V., Chubarev, V. N., Tarasov, V. V. & Schiöth, H. B. (2022). Treatment of ADHD: drugs, psychological therapies, devices, complementary and alternative methods as well as the trends in clinical trials. **Front. Pharmacol**, 13: 1066988.

Núñez-Jaramillo, L., Herrera-Solís, A. & Herrera-Morales, W. V. (2021). ADHD: reviewing the causes and evaluating solutions. **J Pers Med**, 11(3): 166.

Williams, O. C., Prasad, S., McCrary, A., Jordan, E., Sachdeva, V., Deva, S., Kumar, H., Mehta, J., Neupane, P. & Gupta, A. (2023). Adult attention deficit hyperactivity disorder: a comprehensive review. **Ann Med Surg (Lond)**, 85(5): 1802-10.

บทความทั้งหมดยินดีให้นำไป เผยแพร่เพื่อความรู้ได้ โดยกรุณาอ้างอิงแหล่งที่มา



ทรีศักดิ์ สิริรัตน์เรขา. (2567). **อัปเดตเรื่องสมาธิสั้น.** จาก

<https://www.happyhomeclinic.com/adhd08-update.html>

(บทความต้นฉบับ ตุลาคม 2567)