

ตำราจิตเวชสำหรับแพทยเวชศาสตร์ครอบครัวชุดที่ 31

พิมพ์ครั้งที่ 1

ตำราจิตเวช โรคสมองเสื่อม

ศาสตราจารย์เกียรติคุณ

นายแพทย์สมภาพ เรืองตระกูล

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

มหาวิทยาลัยิดล

ISBN 978-394-204-3

มอบให้

พิมพ์ครั้งที่ 1 พ.ศ. 2558

พ่อและแม่ผู้เป็นที่รัก

สงวนลิขสิทธิ์ตามพระราชบัญญัติ การคัดลอกส่วนใด ๆ ในหนังสือ
เล่มนี้ไปเผยแพร่ในทุกรูปแบบ ต้องได้รับอนุญาตจากเจ้าของลิขสิทธิ์ ยกเว้น
การอ้างอิงเพื่อการศึกษาและวิจัยเท่านั้น

ด้วยความรักยิ่ง

ราคาหน้าปก 350 บาท

จัดพิมพ์โดย ศาสตราจารย์เกียรติคุณ นายแพทย์สมภพ เรืองตระกูล

ISBN 978-394-204-3

มอบให้

พิมพ์ครั้งที่ 1 พ.ศ. 2558

พ่อและแม่ผู้เป็นที่รัก

สงวนลิขสิทธิ์ตามพระราชบัญญัติ การคัดลอกส่วนใด ๆ ในหนังสือ
เล่มนี้ไปเผยแพร่ในทุกรูปแบบ ต้องได้รับอนุญาตจากเจ้าของลิขสิทธิ์ ยกเว้น
การอ้างอิงเพื่อการศึกษาและวิจัยเท่านั้น

ด้วยความรักยิ่ง

ราคาหน้าปก 350 บาท

จัดพิมพ์โดย ศาสตราจารย์เกียรติคุณ นายแพทย์สมภพ เรืองตระกูล

**ประวัติการศึกษาและรับราชการของ
ศาสตราจารย์เกียรติคุณ นายแพทย์สมภพ เรืองตระกูล**

วันเกิด วันที่ 8 พฤศจิกายน พ.ศ. 2477 กทม.

- | | |
|--|---|
| <p>2483 - ศึกษาชั้นประถมปีที่ 1 โรงเรียนอานวยศิลป์ พระนคร</p> <p>2494 - สำเร็จชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 8 โดยสอบได้เป็นอันดับที่ 6 ของประเทศ</p> <p>2494 - สอบคัดเลือกเข้าศึกษาวิชาแพทยศาสตร์ ได้เป็นอันดับที่ 1 ของประเทศ</p> <p>2500 - แพทยศาสตรบัณฑิต คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล</p> <p>2501 - แพทย์ประจำบ้านปีที่ 1 ภาควิชาอายุรศาสตร์</p> <p>2502 - แพทย์ประจำบ้านปีที่ 2 ภาควิชาอายุรศาสตร์</p> <p style="padding-left: 20px;">- อาจารย์ตรี</p> <p style="padding-left: 20px;">- ได้รับคัดเลือกจากคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ให้ดำรงตำแหน่งหัวหน้าหน่วยจิตเวชศาสตร์ ภาควิชาอายุรศาสตร์</p> <p style="padding-left: 20px;">- ผึกอบรมแพทย์ประจำบ้านจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลสมเด็จพระยา เป็นเวลา 1 ปี</p> <p>2503 - จบการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านจิตเวชศาสตร์ รุ่นที่ 2 ที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยา</p> | <p>2506 - แพทย์ประจำบ้านจิตเวชศาสตร์ (2506-2508) Washington University, St. Louis, U.S.A.</p> <p>2510 - อาจารย์เอก ภาควิชาอายุรศาสตร์</p> <p>2514 - รักษาการหัวหน้าภาควิชาจิตเวชศาสตร์</p> <p>2518 - ผู้ช่วยศาสตราจารย์</p> <p style="padding-left: 20px;">- อนุมัติบัตรผู้ชำนาญสาขจิตเวชศาสตร์</p> <p style="padding-left: 20px;">- หัวหน้าภาควิชาจิตเวชศาสตร์ (2518-2532)</p> <p>2519 - รองศาสตราจารย์</p> <p>2524 - ศาสตราจารย์</p> <p style="padding-left: 20px;">- ผู้ทรงคุณวุฒิสาขาวิชาจิตเวชศาสตร์ ทบวงมหาวิทยาลัย (2524-2532)</p> <p>2530 - ได้รับเครื่องราชอิสริยาภรณ์ ชั้นมหาวชิรมงกุฎ (ม.ว.ม.)</p> <p>2535 - ศาสตราจารย์เกียรติคุณ มหาวิทยาลัยมหิดล</p> <p>2541 - อาจารย์พิเศษคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล</p> <p>2549 - จิตแพทย์ดีเด่นของสมาคมจิตแพทย์ ประจำปี พ.ศ. 2549</p> <p>2554 - ปรินญาแพทยศาสตรดุษฎีบัณฑิตกิตติมศักดิ์ มหาวิทยาลัยมหิดล ประจำปี 2554</p> <p>2557 - เขียนตำราแพทย์รวม 54 เล่ม</p> |
|--|---|

**ประวัติการศึกษาและรับราชการของ
ศาสตราจารย์เกียรติคุณ นายแพทย์สมภพ เรืองตระกูล**

วันเกิด วันที่ 8 พฤศจิกายน พ.ศ. 2477 กทม.

- | | |
|--|---|
| <p>2483 - ศึกษาชั้นประถมปีที่ 1 โรงเรียนอานวยศิลป์ พระนคร</p> <p>2494 - สำเร็จชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 8 โดยสอบได้เป็นอันดับที่ 6 ของประเทศ</p> <p>2494 - สอบคัดเลือกเข้าศึกษาวิชาแพทยศาสตร์ ได้เป็นอันดับที่ 1 ของประเทศ</p> <p>2500 - แพทยศาสตรบัณฑิต คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล</p> <p>2501 - แพทย์ประจำบ้านปีที่ 1 ภาควิชาอายุรศาสตร์</p> <p>2502 - แพทย์ประจำบ้านปีที่ 2 ภาควิชาอายุรศาสตร์</p> <p style="padding-left: 20px;">- อาจารย์ตรี</p> <p style="padding-left: 20px;">- ได้รับคัดเลือกจากคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ให้ดำรงตำแหน่งหัวหน้าหน่วยจิตเวชศาสตร์ ภาควิชาอายุรศาสตร์</p> <p style="padding-left: 20px;">- ผึกอบรมแพทย์ประจำบ้านจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลสมเด็จพระยา เป็นเวลา 1 ปี</p> <p>2503 - จบการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านจิตเวชศาสตร์ รุ่นที่ 2 ที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยา</p> | <p>2506 - แพทย์ประจำบ้านจิตเวชศาสตร์ (2506-2508) Washington University, St. Louis, U.S.A.</p> <p>2510 - อาจารย์เอก ภาควิชาอายุรศาสตร์</p> <p>2514 - รักษาการหัวหน้าภาควิชาจิตเวชศาสตร์</p> <p>2518 - ผู้ช่วยศาสตราจารย์</p> <p style="padding-left: 20px;">- อนุมัติบัตรผู้ชำนาญสาขจิตเวชศาสตร์</p> <p style="padding-left: 20px;">- หัวหน้าภาควิชาจิตเวชศาสตร์ (2518-2532)</p> <p>2519 - รองศาสตราจารย์</p> <p>2524 - ศาสตราจารย์</p> <p style="padding-left: 20px;">- ผู้ทรงคุณวุฒิสาขาวิชาจิตเวชศาสตร์ ทบวงมหาวิทยาลัย (2524-2532)</p> <p>2530 - ได้รับเครื่องราชอิสริยาภรณ์ ชั้นมหาวชิรมงกุฎ (ม.ว.ม.)</p> <p>2535 - ศาสตราจารย์เกียรติคุณ มหาวิทยาลัยมหิดล</p> <p>2541 - อาจารย์พิเศษคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล</p> <p>2549 - จิตแพทย์ดีเด่นของสมาคมจิตแพทย์ ประจำปี พ.ศ. 2549</p> <p>2554 - ปรินญาแพทยศาสตรดุษฎีบัณฑิตกิตติมศักดิ์ มหาวิทยาลัยมหิดล ประจำปี 2554</p> <p>2557 - เขียนตำราแพทย์รวม 54 เล่ม</p> |
|--|---|

พิธีพระราชทานปริญญาบัตร มหาวิทยาลัยมหิดล ประจำปีการศึกษา ๒๕๕๔

คำประกาศเกียรติคุณ

ศาสตราจารย์เกียรติคุณ นายแพทย์สมภพ เรืองตระกูล

ปริญญาแพทยศาสตรดุษฎีบัณฑิตกิตติมศักดิ์

ประจำปีการศึกษา ๒๕๕๔

ศาสตราจารย์เกียรติคุณนายแพทย์สมภพ เรืองตระกูล เกิดเมื่อวันที่ ๘ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๔๗๗ สำเร็จการศึกษาแพทยศาสตรบัณฑิตจากคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล เมื่อปี พ.ศ. ๒๕๐๒ เริ่มรับราชการในตำแหน่ง อาจารย์ประจำภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลและเป็นหัวหน้าหน่วยจิตเวชศาสตร์ ระหว่าง ปี พ.ศ. ๒๕๐๒-๒๕๐๖ เป็นผู้ริเริ่มก่อตั้งภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ในปี พ.ศ. ๒๕๑๔ พร้อมกับดำรงตำแหน่งหัวหน้าภาควิชาเป็นท่านแรก ตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๑๔-๒๕๓๒ โดยได้รับพระมหากรุณาธิคุณ โปรดเกล้าฯ ให้ดำรงตำแหน่งศาสตราจารย์ เมื่อปี พ.ศ. ๒๕๒๔ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิสาขาวิชาจิตเวชศาสตร์ทบวงมหาวิทยาลัย ระหว่างปี พ.ศ. ๒๕๒๔-๒๕๓๒ ปัจจุบันศาสตราจารย์เกียรติคุณนายแพทย์สมภพ เรืองตระกูล เกษียณอายุราชการแล้วแต่ยังคงช่วยปฏิบัติงานในฐานะอาจารย์พิเศษ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

ศาสตราจารย์เกียรติคุณ นายแพทย์สมภพ เรืองตระกูล เป็นผู้มีความสำคัญในการสร้างรากฐานและการพัฒนางานด้านจิตเวชศาสตร์ของประเทศ ทั้งในด้านการเรียนการสอน ด้านวิชาการ และด้านการบริการรักษาผู้ป่วย และศาสตราจารย์เกียรติคุณ นายแพทย์สมภพ เรืองตระกูล ยังได้ริเริ่มการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านสาขาจิตเวชศาสตร์

ขึ้นในคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ซึ่งถือได้ว่าเป็นครั้งแรกและแห่งแรกในโรงเรียนแพทย์ รวมทั้งเป็นผู้ร่วมก่อตั้งหลักสูตรระดับปริญญาโท สาขาจิตวิทยาคลินิกขึ้นเป็นแห่งแรก และยังคงเป็นแห่งเดียวในปัจจุบันที่สามารถผลิตนักจิตวิทยาคลินิกออกไปทำหน้าที่ทั้งในการประเมิน และการรักษาผู้ป่วยจิตเวช ต่อมาในปี พ.ศ. ๒๕๒๔ ศาสตราจารย์เกียรติคุณ นายแพทย์สมภพ เรืองตระกูล ได้ก่อตั้งหอผู้ป่วยประเสริฐ กังสดาลย์ เพื่อให้บริการเฉพาะแก่ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความจำเป็นต้องพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลและใช้เป็นสถานที่ในการฝึกอบรมแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางจิตเวชศาสตร์ในด้านวิชาการ ศาสตราจารย์เกียรติคุณ นายแพทย์สมภพ เรืองตระกูล สนใจใฝ่รู้ในวิทยาการความรู้ใหม่ ๆ ในแวดวงวิชาการทางด้านจิตเวชศาสตร์อย่างสม่ำเสมอ ศาสตราจารย์เกียรติคุณ นายแพทย์สมภพ เรืองตระกูล ได้เขียนตำราทางวิชาการมาจนถึงปัจจุบันไม่น้อยกว่า ๒๕ เล่ม รวมทั้งได้ปรับปรุงเนื้อหาอย่างสม่ำเสมอเพื่อให้คงความทันสมัยและใช้ในการเรียนการสอนอยู่ในปัจจุบัน และได้้นำตำราวิชาการจำนวนหนึ่งไปลงพิมพ์ไว้ในสื่ออิเล็กทรอนิกส์ (e-Book) ของมหาวิทยาลัยมหิดล เพื่ออนุชนรุ่นหลังด้วย

ตลอดระยะเวลาที่ ศาสตราจารย์เกียรติคุณ นายแพทย์สมภพ เรืองตระกูล รับราชการได้รับราชการเกียรติยศที่สำคัญ อาทิ ได้รับพระมหากรุณาธิคุณ พระราชทานเครื่องราชอิสริยาภรณ์ ชั้นมหาวชิรมงกุฎ (ม.ว.ม.) ในปี พ.ศ. ๒๕๓๐ และได้รับการยกย่องและเชิดชูจากสมาคมวิชาชีพ โดยสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย ให้เป็นจิตแพทย์ดีเด่นประจำปี พ.ศ. ๒๕๔๙

ด้วยเกียรติประวัติอันทรงคุณค่า ผลงานที่ดีเด่นและคุณูปการดังกล่าว ตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน สภามหาวิทยาลัยมหิดล ในคราวประชุมครั้งที่ ๔๕๘ เมื่อวันที่ ๒๑ มีนาคม ๒๕๕๔ จึงมีมติเป็นเอกฉันท์ให้ ศาสตราจารย์เกียรติคุณ นายแพทย์สมภพ เรืองตระกูล เป็นผู้สมควรได้รับพระราชทานปริญญา แพทยศาสตรดุษฎีบัณฑิตกิตติมศักดิ์ เพื่อเป็นเกียรติสืบไป

พิธีพระราชทานปริญญาบัตร มหาวิทยาลัยมหิดล ประจำปีการศึกษา ๒๕๕๔

คำประกาศเกียรติคุณ

ศาสตราจารย์เกียรติคุณ นายแพทย์สมภพ เรืองตระกูล

ปริญญาแพทยศาสตรดุษฎีบัณฑิตกิตติมศักดิ์

ประจำปีการศึกษา ๒๕๕๔

ศาสตราจารย์เกียรติคุณนายแพทย์สมภพ เรืองตระกูล เกิดเมื่อวันที่ ๘ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๔๗๗ สำเร็จการศึกษาแพทยศาสตรบัณฑิตจากคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล เมื่อปี พ.ศ. ๒๕๐๒ เริ่มรับราชการในตำแหน่ง อาจารย์ประจำภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลและเป็นหัวหน้าหน่วยจิตเวชศาสตร์ ระหว่าง ปี พ.ศ. ๒๕๐๒-๒๕๐๖ เป็นผู้ริเริ่มก่อตั้งภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ในปี พ.ศ. ๒๕๑๔ พร้อมกับดำรงตำแหน่งหัวหน้าภาควิชาเป็นท่านแรก ตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๑๔-๒๕๓๒ โดยได้รับพระมหากรุณาธิคุณ โปรดเกล้าฯ ให้ดำรงตำแหน่งศาสตราจารย์ เมื่อปี พ.ศ. ๒๕๒๔ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิสาขาวิชาจิตเวชศาสตร์ทบวงมหาวิทยาลัย ระหว่างปี พ.ศ. ๒๕๒๔-๒๕๓๒ ปัจจุบันศาสตราจารย์เกียรติคุณนายแพทย์สมภพ เรืองตระกูล เกษียณอายุราชการแล้วแต่ยังคงช่วยปฏิบัติงานในฐานะอาจารย์พิเศษ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

ศาสตราจารย์เกียรติคุณ นายแพทย์สมภพ เรืองตระกูล เป็นผู้มีความสำคัญในการสร้างรากฐานและการพัฒนางานด้านจิตเวชศาสตร์ของประเทศ ทั้งในด้านการเรียนการสอน ด้านวิชาการ และด้านการบริการรักษาผู้ป่วย และศาสตราจารย์เกียรติคุณ นายแพทย์สมภพ เรืองตระกูล ยังได้ริเริ่มการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านสาขาจิตเวชศาสตร์

ขึ้นในคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ซึ่งถือได้ว่าเป็นครั้งแรกและแห่งแรกในโรงเรียนแพทย์ รวมทั้งเป็นผู้ร่วมก่อตั้งหลักสูตรระดับปริญญาโท สาขาจิตวิทยาคลินิกขึ้นเป็นแห่งแรก และยังคงเป็นแห่งเดียวในปัจจุบันที่สามารถผลิตนักจิตวิทยาคลินิกออกไปทำหน้าที่ทั้งในการประเมิน และการรักษาผู้ป่วยจิตเวช ต่อมาในปี พ.ศ. ๒๕๒๔ ศาสตราจารย์เกียรติคุณ นายแพทย์สมภพ เรืองตระกูล ได้ก่อตั้งหอผู้ป่วยประเสริฐ กังสดาลย์ เพื่อให้บริการเฉพาะแก่ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความจำเป็นต้องพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลและใช้เป็นสถานที่ในการฝึกอบรมแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางจิตเวชศาสตร์ในด้านวิชาการ ศาสตราจารย์เกียรติคุณ นายแพทย์สมภพ เรืองตระกูล สนใจใฝ่รู้ในวิทยาการความรู้ใหม่ ๆ ในแวดวงวิชาการทางด้านจิตเวชศาสตร์อย่างสม่ำเสมอ ศาสตราจารย์เกียรติคุณ นายแพทย์สมภพ เรืองตระกูล ได้เขียนตำราทางวิชาการมาจนถึงปัจจุบันไม่น้อยกว่า ๒๕ เล่ม รวมทั้งได้ปรับปรุงเนื้อหาอย่างสม่ำเสมอเพื่อให้คงความทันสมัยและใช้ในการเรียนการสอนอยู่ในปัจจุบัน และได้้นำตำราวิชาการจำนวนหนึ่งไปลงพิมพ์ไว้ในสื่ออิเล็กทรอนิกส์ (e-Book) ของมหาวิทยาลัยมหิดล เพื่ออนุชนรุ่นหลังด้วย

ตลอดระยะเวลาที่ ศาสตราจารย์เกียรติคุณ นายแพทย์สมภพ เรืองตระกูล รับราชการได้รับราชการเกียรติยศที่สำคัญ อาทิ ได้รับพระมหากรุณาธิคุณ พระราชทานเครื่องราชอิสริยาภรณ์ ชั้นมหาวชิรมงกุฎ (ม.ว.ม.) ในปี พ.ศ. ๒๕๓๐ และได้รับการยกย่องและเชิดชูจากสมาคมวิชาชีพ โดยสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย ให้เป็นจิตแพทย์ดีเด่นประจำปี พ.ศ. ๒๕๔๙

ด้วยเกียรติประวัติอันทรงคุณค่า ผลงานที่ดีเด่นและคุณูปการดังกล่าว ตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน สภามหาวิทยาลัยมหิดล ในคราวประชุมครั้งที่ ๔๕๘ เมื่อวันที่ ๒๑ มีนาคม ๒๕๕๔ จึงมีมติเป็นเอกฉันท์ให้ ศาสตราจารย์เกียรติคุณ นายแพทย์สมภพ เรืองตระกูล เป็นผู้สมควรได้รับพระราชทานปริญญา แพทยศาสตรดุษฎีบัณฑิตกิตติมศักดิ์ เพื่อเป็นเกียรติสืบไป

หนังสือซึ่งแต่งโดยผู้เขียนมีทั้งหมด 54 เล่มดังต่อไปนี้

ตำราแพทย์สำหรับแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวมีทั้งหมด 48 เล่ม ดังนี้

1. ตำราจิตเวชศาสตร์ (พิมพ์ครั้งที่ 9)
2. จิตเวชศาสตร์พื้นฐานและโรคทางจิตเวช (พิมพ์ครั้งที่ 2)
3. ตำราจิตเวชเด็กและวัยรุ่น (พิมพ์ครั้งที่ 2)
4. ตำราจิตเวชผู้สูงอายุ
5. อาการทางจิตเวชในผู้ป่วยโรคทางกาย
6. คู่มือจิตเวชและอายุรศาสตร์ฉุกเฉิน
7. เวชศาสตร์การติดสารเสพติด
8. ความเครียดและอาการทางจิตเวช
9. โรคเอดส์ : อาการทางจิตเวชและการรักษา
10. ความผิดปกติของการนอนหลับ : การประเมินและการรักษา
11. การฆ่าตัวตายในเด็กและวัยรุ่น
12. อาการปวด : โรคทางจิตเวชและการรักษา
13. การตั้งครมภ์ : โรคทางจิตเวชและการรักษา
14. โรคกระสับ : อาการทางจิตเวชและการรักษา
15. การฆ่าตัวตาย : การประเมินและการรักษา
16. จิตสังคมบำบัดในโรคทางจิตเวชและโรคทางกาย
17. ตำราโรคต่อมไร้ท่อและอาการทางจิตเวช
18. พจนานุกรมคำศัพท์จิตเวชศาสตร์และจิตวิทยา
19. คู่มือจิตเวชคลินิก
20. ตำรากลุ่มบำบัดและครอบครัวบำบัด
21. โรคกังวลและเวชปฏิบัติ
22. ตำราประสาทจิตเวช
23. ตำราภาวะอ้วน
24. สารานุกรมจิตเวชศาสตร์และจิตวิทยาคลินิก
(ลงไว้ใน E-Book ของมหาวิทยาลัยและคณะฯ)
25. อาการทางจิตเวชและโรคทางกายในเด็กและวัยรุ่น
26. ตำราจิตเวชศาสตร์ (พิมพ์ครั้งที่ 10) ฉบับปรับปรุงตาม DSM-V

ต่อไปนี้เป็นตำราพิมพ์จำหน่ายในรูป E-Book มี 22 เล่ม

1. โรคอารมณ์แปรปรวน / การฆ่าตัวตายและเวชปฏิบัติ
2. คู่มือจิตเวช : ผู้หญิงและครอบครัว
3. ตำราจิตเวช : วัยรุ่น
4. อาการทางจิตเวชในโรคทางกายที่สำคัญและพบบ่อย
5. ตำราจิตเวช : โรคสมองเสื่อม
6. ความผิดปกติของพัฒนาการและโรคทางจิตเวช
7. สารานุกรมจิตเวชศาสตร์เด็กและวัยรุ่นและปัญหาทางจิตเวช
(E-Book ของภาควิชาจิตเวชศาสตร์)
8. โรคซึมเศร้า / การฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุ
9. ตำราความเครียดและปัญหาทางจิตเวช (ฉบับพิมพ์ครั้งที่ 2)
10. ตำราจิตเวช : พฤติกรรมรุนแรงในเด็กและวัยรุ่น
11. โรคกระสับในเด็กและวัยรุ่นและปัญหาทางจิตเวช
12. พฤติกรรมเบี่ยงเบนทางเพศและปัญหาทางจิตเวช
13. คู่มือจิตบำบัดคลินิก
14. ดนตรีบำบัด : การแพทย์ทางเลือก
15. สารานุกรมจิตเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ (E-Book ของภาควิชาจิตเวชศาสตร์)
16. ตำราจิตเวช : ความรุนแรงในครอบครัว
17. คู่มือจิตเวช : การดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิต
18. คู่มือทางคลินิก : การป้องกันโรคทางจิตเวช
19. อาการหมดไฟจากการทำงาน : การแก้ไขและการป้องกัน
20. รอยมลทินและโรคทางจิตเวช
21. โรคกระสับต่อมลูกหมาก : การออกกำลังกายและโภชนาการบำบัด
22. คู่มือการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคทางจิตเวช

หนังสือชุดเรียนรู้เพื่อชีวิต เพื่อครอบครัวและสังคมมี 6 เล่มดังนี้

1. ยาเสพติด : มหันตภัยเงียบที่ป้องกันได้
2. โรคซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย
3. ความผิดปกติทางเพศ
4. ชีวิตกับบุคคลสำคัญของโลกและภาพสะท้อนเชิงจิตวิทยา
5. โรคเอดส์ : มหันตภัยเงียบที่ป้องกันได้
6. พฤติกรรมรักร่วมเพศและสุขภาพจิต

หนังสือซึ่งแต่งโดยผู้เขียนมีทั้งหมด 54 เล่มดังต่อไปนี้

ตำราแพทย์สำหรับแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวมีทั้งหมด 48 เล่ม ดังนี้

1. ตำราจิตเวชศาสตร์ (พิมพ์ครั้งที่ 9)
2. จิตเวชศาสตร์พื้นฐานและโรคทางจิตเวช (พิมพ์ครั้งที่ 2)
3. ตำราจิตเวชเด็กและวัยรุ่น (พิมพ์ครั้งที่ 2)
4. ตำราจิตเวชผู้สูงอายุ
5. อาการทางจิตเวชในผู้ป่วยโรคทางกาย
6. คู่มือจิตเวชและอายุรศาสตร์ฉุกเฉิน
7. เวชศาสตร์การติดสารเสพติด
8. ความเครียดและอาการทางจิตเวช
9. โรคเอดส์ : อาการทางจิตเวชและการรักษา
10. ความผิดปกติของการนอนหลับ : การประเมินและการรักษา
11. การฆ่าตัวตายในเด็กและวัยรุ่น
12. อาการปวด : โรคทางจิตเวชและการรักษา
13. การตั้งครมภ์ : โรคทางจิตเวชและการรักษา
14. โรคกระสับ : อาการทางจิตเวชและการรักษา
15. การฆ่าตัวตาย : การประเมินและการรักษา
16. จิตสังคมบำบัดในโรคทางจิตเวชและโรคทางกาย
17. ตำราโรคต่อมไร้ท่อและอาการทางจิตเวช
18. พจนานุกรมคำศัพท์จิตเวชศาสตร์และจิตวิทยา
19. คู่มือจิตเวชคลินิก
20. ตำรากลุ่มบำบัดและครอบครัวบำบัด
21. โรคกังวลและเวชปฏิบัติ
22. ตำราประสาทจิตเวช
23. ตำราภาวะอ้วน
24. สารานุกรมจิตเวชศาสตร์และจิตวิทยาคลินิก
(ลงไว้ใน E-Book ของมหาวิทยาลัยและคณะฯ)
25. อาการทางจิตเวชและโรคทางกายในเด็กและวัยรุ่น
26. ตำราจิตเวชศาสตร์ (พิมพ์ครั้งที่ 10) ฉบับปรับปรุงตาม DSM-V

ต่อไปนี้เป็นตำราพิมพ์จำหน่ายในรูป E-Book มี 22 เล่ม

1. โรคอารมณ์แปรปรวน / การฆ่าตัวตายและเวชปฏิบัติ
2. คู่มือจิตเวช : ผู้หญิงและครอบครัว
3. ตำราจิตเวช : วัยรุ่น
4. อาการทางจิตเวชในโรคทางกายที่สำคัญและพบบ่อย
5. ตำราจิตเวช : โรคสมองเสื่อม
6. ความผิดปกติของพัฒนาการและโรคทางจิตเวช
7. สารานุกรมจิตเวชศาสตร์เด็กและวัยรุ่นและปัญหาทางจิตเวช
(E-Book ของภาควิชาจิตเวชศาสตร์)
8. โรคซึมเศร้า / การฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุ
9. ตำราความเครียดและปัญหาทางจิตเวช (ฉบับพิมพ์ครั้งที่ 2)
10. ตำราจิตเวช : พฤติกรรมรุนแรงในเด็กและวัยรุ่น
11. โรคกระสับในเด็กและวัยรุ่นและปัญหาทางจิตเวช
12. พฤติกรรมเบี่ยงเบนทางเพศและปัญหาทางจิตเวช
13. คู่มือจิตบำบัดคลินิก
14. ดนตรีบำบัด : การแพทย์ทางเลือก
15. สารานุกรมจิตเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ (E-Book ของภาควิชาจิตเวชศาสตร์)
16. ตำราจิตเวช : ความรุนแรงในครอบครัว
17. คู่มือจิตเวช : การดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิต
18. คู่มือทางคลินิก : การป้องกันโรคทางจิตเวช
19. อาการหมดไฟจากการทำงาน : การแก้ไขและการป้องกัน
20. รอยมลทินและโรคทางจิตเวช
21. โรคกระสับต่อมลูกหมาก : การออกกำลังกายและโภชนาการบำบัด
22. คู่มือการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคทางจิตเวช

หนังสือชุดเรียนรู้เพื่อชีวิต เพื่อครอบครัวและสังคมมี 6 เล่มดังนี้

1. ยาเสพติด : มหันตภัยเงียบที่ป้องกันได้
2. โรคซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย
3. ความผิดปกติทางเพศ
4. ชีวิตกับบุคคลสำคัญของโลกและภาพสะท้อนเชิงจิตวิทยา
5. โรคเอดส์ : มหันตภัยเงียบที่ป้องกันได้
6. พฤติกรรมรักร่วมเพศและสุขภาพจิต

คำนำ

พิมพ์ครั้งที่ 1

หนังสือเล่มนี้ผู้เขียนเขียนขึ้น เพื่อให้เป็นคู่มือทางคลินิก สำหรับการวินิจฉัยโรค และการรักษาโรคสมองเสื่อม สำหรับแพทย์ และบุคลากรผู้เกี่ยวข้อง

ในปัจจุบันจำนวนประชากรในวัยสูงอายุได้เพิ่มขึ้นอย่างมาก ทั้งนี้สืบเนื่องจากมีความเป็นอยู่ดีขึ้น การรักษาพยาบาล มีประสิทธิภาพสูงขึ้น ผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับการเจ็บป่วยทั้งโรคทางกายและทางจิตเวช จึงตกเป็นภาระของครอบครัวและสังคม ทั้งในด้านการดูแลรักษาและทางด้านเศรษฐกิจ

อนึ่ง ในระยะเวลาอีก 2 ทศวรรษข้างหน้าองค์การอนามัยโลก ได้คาดการณ์เอาไว้ว่า จำนวนผู้สูงอายุทั่วโลกจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 20 ของประชากรทั่วไป ซึ่งถ้าใช้เกณฑ์นี้มาคำนวณ พบว่าในระยะเวลาอีก 20 ปีข้างหน้า ประเทศไทยจะมีจำนวนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปถึง 10 ล้านคน และครึ่งหนึ่งของจำนวนนี้มีอายุมากกว่า 65 ปี

อาการสมองเสื่อมเป็นโรคที่สำคัญในผู้สูงอายุ และก่อให้เกิดปัญหาอย่างมากทางจิตสังคม โดยเฉพาะต่อผู้ที่อยู่ใกล้ชิดและรัฐ ซึ่งจำเป็นต้องใช้เงินงบประมาณจำนวนมากมาดูแลรักษา ญาติเอง

ก็ได้รับความเดือดร้อนอย่างมากในการดูแลและรักษา อีกทั้งยังเกิดผลร้ายต่อสุขภาพของตัวผู้ป่วยอย่างมาก เช่น การหกล้ม กระดูกหัก การเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อ เช่น ปอดบวม การพลัดหลง ออกจากบ้านไปอยู่ที่อื่น และมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงขาดการควบคุมอารมณ์

โดยความเป็นจริงแล้ว การวินิจฉัยโรคนี้ทำได้ยาก แพทย์จำเป็นต้องได้รับประวัติการเจ็บป่วยของผู้ป่วยอย่างละเอียดถี่ถ้วน จากทั้งตัวผู้ป่วยเองและญาติ นอกจากนี้ยังต้องให้การวินิจฉัยแยกโรคให้ถูกต้องด้วยการรักษาในระยะโรคเริ่มเป็นจึงจะได้ผลดี ผู้ป่วยยังอาจมีโรคแทรกซ้อนทั้งทางร่างกาย เช่น โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง และเบาหวาน นอกจากนี้ยังมีอาการทางจิตเวชหลาย ๆ อย่างเกิดตามมา เช่น อาการซึมเศร้า อาการแฉะเนีย อาการโรคจิต ความผิดปกติทางเพศ ซึ่งทำให้การรักษามีความซับซ้อนและยากลำบากมากขึ้น

ผู้เขียนได้นำโรคสมองเสื่อมมาเขียนลงไว้อย่างละเอียด เช่น แนวทางการวินิจฉัยโรค การวินิจฉัยแยกโรค โรคแทรกซ้อน ที่พบร่วมด้วย และการรักษารวมทั้งการป้องกันโรค และการป้องกันการเป็นซ้ำ

หนังสือเล่มนี้ประกอบด้วยส่วนต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 กลุ่มอาการทางสมองเรื้อรังและโรคแพ้

ส่วนที่ 2 อาการทางสมองเฉพาะแห่ง

คำนำ

พิมพ์ครั้งที่ 1

หนังสือเล่มนี้ผู้เขียนเขียนขึ้น เพื่อให้เป็นคู่มือทางคลินิก สำหรับการวินิจฉัยโรค และการรักษาโรคสมองเสื่อม สำหรับแพทย์ และบุคลากรผู้เกี่ยวข้อง

ในปัจจุบันจำนวนประชากรในวัยสูงอายุได้เพิ่มขึ้นอย่างมาก ทั้งนี้สืบเนื่องจากมีความเป็นอยู่ดีขึ้น การรักษาพยาบาล มีประสิทธิภาพสูงขึ้น ผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับการเจ็บป่วยทั้งโรคทางกายและทางจิตเวช จึงตกเป็นภาระของครอบครัวและสังคม ทั้งในด้านการดูแลรักษาและทางด้านเศรษฐกิจ

อนึ่ง ในระยะเวลาอีก 2 ทศวรรษข้างหน้าองค์การอนามัยโลก ได้คาดการณ์เอาไว้ว่า จำนวนผู้สูงอายุทั่วโลกจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 20 ของประชากรทั่วไป ซึ่งถ้าใช้เกณฑ์นี้มาคำนวณ พบว่าในระยะเวลาอีก 20 ปีข้างหน้า ประเทศไทยจะมีจำนวนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปถึง 10 ล้านคน และครึ่งหนึ่งของจำนวนนี้มีอายุมากกว่า 65 ปี

อาการสมองเสื่อมเป็นโรคที่สำคัญในผู้สูงอายุ และก่อให้เกิดปัญหาอย่างมากทางจิตสังคม โดยเฉพาะต่อผู้ที่อยู่ใกล้ชิดและรัฐ ซึ่งจำเป็นต้องใช้เงินงบประมาณจำนวนมากมาดูแลรักษา ญาติเอง

ก็ได้รับความเดือดร้อนอย่างมากในการดูแลและรักษา อีกทั้งยังเกิดผลร้ายต่อสุขภาพของตัวผู้ป่วยอย่างมาก เช่น การหกล้ม กระดูกหัก การเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อ เช่น ปอดบวม การพลัดหลง ออกจากบ้านไปอยู่ที่อื่น และมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงขาดการควบคุมอารมณ์

โดยความเป็นจริงแล้ว การวินิจฉัยโรคนี้ทำได้ยาก แพทย์จำเป็นต้องได้รับประวัติการเจ็บป่วยของผู้ป่วยอย่างละเอียดถี่ถ้วน จากทั้งตัวผู้ป่วยเองและญาติ นอกจากนี้ยังต้องให้การวินิจฉัยแยกโรคให้ถูกต้องด้วยการรักษาในระยะโรคเริ่มเป็นจึงจะได้ผลดี ผู้ป่วยยังอาจมีโรคแทรกซ้อนทั้งทางร่างกาย เช่น โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง และเบาหวาน นอกจากนี้ยังมีอาการทางจิตเวชหลาย ๆ อย่างเกิดตามมา เช่น อาการซึมเศร้า อาการแหม่นเฝีย อาการโรคจิต ความผิดปกติทางเพศ ซึ่งทำให้การรักษามีความซับซ้อนและยากลำบากมากขึ้น

ผู้เขียนได้นำโรคสมองเสื่อมมาเขียนลงไว้อย่างละเอียด เช่น แนวทางการวินิจฉัยโรค การวินิจฉัยแยกโรค โรคแทรกซ้อน ที่พบร่วมด้วย และการรักษารวมทั้งการป้องกันโรค และการป้องกันการเป็นซ้ำ

หนังสือเล่มนี้ประกอบด้วยส่วนต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 กลุ่มอาการทางสมองเรื้อรังและโรคแพ้

ส่วนที่ 2 อาการทางสมองเฉพาะแห่ง

ส่วนที่ 3 และ 4 การเปลี่ยนแปลงทางสมองในวัยสูงอายุ
และระบาดวิทยาของโรคทางจิตเวชในวัยสูงอายุ

ส่วนที่ 5 และ 6 โรคสมองเสื่อมชนิดต่าง ๆ เช่น โรค
อัลไซเมอร์ โรคพิก โรควิลสันและโรคฮันติงตัน

ส่วนที่ 7 โรคหลอดเลือดสมองและอาการสมองเสื่อม

ส่วนที่ 8 โรคพาร์กินสันและอาการสมองเสื่อม

ส่วนที่ 9 ศีรษะได้รับบาดเจ็บและอาการสมองเสื่อม

ส่วนที่ 10 โรคระบบประสาท และอาการสมองเสื่อม

ส่วนที่ 11 โรคทางอายุรศาสตร์ และอาการสมองเสื่อม

ส่วนที่ 12 โรคเอดส์และอาการสมองเสื่อม

ส่วนที่ 13 การติดยาเสพติดและอาการสมองเสื่อม

ส่วนที่ 14 อาการสมองเสื่อมเทียม

ส่วนที่ 15 ความผิดปกติของการนอนหลับในโรคสมอง
เสื่อม

ส่วนที่ 16 อาการทางจิตเวชภายหลังสโตรค เช่น อาการ
ซึมเศร้า อาการโรคจิตและบุคลิกภาพผิดปกติ

ส่วนที่ 17 การรักษา เช่น การรักษาโรคอัลไซเมอร์และยา
เพิ่มการเรียนรู้การเข้าใจ

ส่วนที่ 18 การป้องกัน เช่น การป้องกันโรคสมองเสื่อม
ด้วยยาและการป้องกันการเกิดสโตรคซ้ำ

ผู้เขียนหวังว่าผู้อ่านทุกท่านจะมีความรู้ความเข้าใจเรื่องโรค
สมองเสื่อมดีขึ้นและสามารถนำความรู้ที่ได้รับนี้ไปรักษาผู้ป่วยได้
อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลดีต่อทั้งผู้ป่วยและครอบครัว

ผู้เขียนเขียนหนังสือเล่มนี้ขึ้นด้วยแรงบันดาลใจของความรัก
ที่มีต่อพ่อและแม่ผู้มีพระคุณและเป็นที่ยกย่อง

ศาสตราจารย์เกียรติคุณ นายแพทย์สมภพ เรืองตระกูล

อดีตหัวหน้าภาควิชาจิตเวชศาสตร์

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

มหาวิทยาลัยมหิดล

19 เมษายน 2558

ส่วนที่ 3 และ 4 การเปลี่ยนแปลงทางสมองในวัยสูงอายุ
และระบาดวิทยาของโรคทางจิตเวชในวัยสูงอายุ

ส่วนที่ 5 และ 6 โรคสมองเสื่อมชนิดต่าง ๆ เช่น โรค
อัลไซเมอร์ โรคพิก โรควิลสันและโรคฮันติงตัน

ส่วนที่ 7 โรคหลอดเลือดสมองและอาการสมองเสื่อม

ส่วนที่ 8 โรคพาร์กินสันและอาการสมองเสื่อม

ส่วนที่ 9 ศีรษะได้รับบาดเจ็บและอาการสมองเสื่อม

ส่วนที่ 10 โรคระบบประสาท และอาการสมองเสื่อม

ส่วนที่ 11 โรคทางอายุรศาสตร์ และอาการสมองเสื่อม

ส่วนที่ 12 โรคเอดส์และอาการสมองเสื่อม

ส่วนที่ 13 การติดยาเสพติดและอาการสมองเสื่อม

ส่วนที่ 14 อาการสมองเสื่อมเทียม

ส่วนที่ 15 ความผิดปกติของการนอนหลับในโรคสมอง
เสื่อม

ส่วนที่ 16 อาการทางจิตเวชภายหลังสโตรค เช่น อาการ
ซึมเศร้า อาการโรคจิตและบุคลิกภาพผิดปกติ

ส่วนที่ 17 การรักษา เช่น การรักษาโรคอัลไซเมอร์และยา
เพิ่มการเรียนรู้การเข้าใจ

ส่วนที่ 18 การป้องกัน เช่น การป้องกันโรคสมองเสื่อม
ด้วยยาและการป้องกันการเกิดสโตรคซ้ำ

ผู้เขียนหวังว่าผู้อ่านทุกท่านจะมีความรู้ความเข้าใจเรื่องโรค
สมองเสื่อมดีขึ้นและสามารถนำความรู้ที่ได้รับนี้ไปรักษาผู้ป่วยได้
อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลดีต่อทั้งผู้ป่วยและครอบครัว

ผู้เขียนเขียนหนังสือเล่มนี้ขึ้นด้วยแรงบันดาลใจของความรัก
ที่มีต่อพ่อและแม่ผู้มีพระคุณและเป็นที่ยกย่อง

ศาสตราจารย์เกียรติคุณ นายแพทย์สมภพ เรืองตระกูล

อดีตหัวหน้าภาควิชาจิตเวชศาสตร์

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

มหาวิทยาลัยมหิดล

19 เมษายน 2558

สารบัญ

หน้า

ส่วนที่ 1

กลุ่มอาการทางสมอง บทที่ 1-2

1	กลุ่มอาการทางสมองเรื้อรัง Chronic Brain Syndrome	1
2	โรคเพ้อ Delirium	11

ส่วนที่ 2

อาการทางสมองเฉพาะแห่ง บทที่ 3

3	อาการทางสมองเฉพาะแห่ง Focal Cerebral Symptoms	18
---	--	----

ส่วนที่ 3

การเปลี่ยนแปลงทางสมองในวัยสูงอายุ บทที่ 4

4	การเปลี่ยนแปลงทางสมองในวัยสูงอายุ Central Nervous System Changes with Normal Aging	29
---	---	----

ส่วนที่ 4

ระบาดวิทยาของโรคทางจิตเวชในผู้สูงอายุ บทที่ 5

5	ระบาดวิทยาของโรคทางจิตเวชในผู้สูงอายุ Epidemiology of Psychiatric Disorders in the Elder	34
---	---	----

ส่วนที่ 5

โรคสมองเสื่อม บทที่ 6

6	ข้อมูลทั่วไปของโรคสมองเสื่อม General Data of Dementia	45
---	--	----

ส่วนที่ 6

โรคสมองเสื่อมชนิดต่าง ๆ บทที่ 7-13

7	โรคอัลไซเมอร์ Alzheimer's Disease	59
8	โรคสมองเสื่อมพรอนโทเทมพอรัล Frontotemporal Dementia	65
9	โรคพิก Pick's Disease	69
10	โรคครูทซ์เฟลด์จาคอบ Creutzfeldt-Jacob Disease	73

สารบัญ

หน้า

ส่วนที่ 1

กลุ่มอาการทางสมอง บทที่ 1-2

1	กลุ่มอาการทางสมองเรื้อรัง Chronic Brain Syndrome	1
2	โรคเพ้อ Delirium	11

ส่วนที่ 2

อาการทางสมองเฉพาะแห่ง บทที่ 3

3	อาการทางสมองเฉพาะแห่ง Focal Cerebral Symptoms	18
---	--	----

ส่วนที่ 3

การเปลี่ยนแปลงทางสมองในวัยสูงอายุ บทที่ 4

4	การเปลี่ยนแปลงทางสมองในวัยสูงอายุ Central Nervous System Changes with Normal Aging	29
---	---	----

ส่วนที่ 4

ระบาดวิทยาของโรคทางจิตเวชในผู้สูงอายุ บทที่ 5

5	ระบาดวิทยาของโรคทางจิตเวชในผู้สูงอายุ Epidemiology of Psychiatric Disorders in the Elder	34
---	---	----

ส่วนที่ 5

โรคสมองเสื่อม บทที่ 6

6	ข้อมูลทั่วไปของโรคสมองเสื่อม General Data of Dementia	45
---	--	----

ส่วนที่ 6

โรคสมองเสื่อมชนิดต่าง ๆ บทที่ 7-13

7	โรคอัลไซเมอร์ Alzheimer's Disease	59
8	โรคสมองเสื่อมพรอนโทเทมพอรัล Frontotemporal Dementia	65
9	โรคพิก Pick's Disease	69
10	โรคครูทซ์เฟลด์จาคอบ Creutzfeldt-Jacob Disease	73

11	โรคสมองเสื่อมร่วมกับรีวบอดีส์ Dementia with Lewy Bodies	77
12	โรควิลสันและอาการสมองเสื่อม Wilson's Disease and Dementia	84
13	โรคฮันติงตันและอาการสมองเสื่อม Huntington's Disease and Dementia	86

ส่วนที่ 7

โรคหลอดเลือดสมองและอาการสมองเสื่อม บทที่ 14-16

14	โรคหลอดเลือดสมอง Cerebrovascular Disorder	89
15	อาการสมองเสื่อมเนื่องจากหลอดเลือด Vascular Dementia	97
16	อาการประสาทจิตเวชของโรคหลอดเลือดสมอง Neuropsychiatric Manifestations of Cerebrovascular Disorder	101

ส่วนที่ 8

โรคพาร์กินสันและอาการสมองเสื่อม บทที่ 17-18

17	อาการสมองเสื่อมในโรคพาร์กินสัน Dementia of Parkinson's Disease	116
----	---	-----

18	อาการทางประสาทจิตเวชในโรคพาร์กินสัน Neuropsychiatric Manifestations of Parkinson's Disease	121
----	---	-----

ส่วนที่ 9

ศีรษะได้รับบาดเจ็บและอาการสมองเสื่อม บทที่ 19-20

19	ศีรษะได้รับบาดเจ็บและอาการสมองเสื่อม Head Injury and Dementia	144
20	อาการทางประสาทจิตเวชในศีรษะได้รับบาดเจ็บ Neuropsychiatric Manifestations of Head Injury	148

ส่วนที่ 10

โรคระบบประสาทและอาการสมองเสื่อม บทที่ 21-23

21	อาการทางประสาทจิตเวชในเนื้องอกของสมอง Neuropsychiatric Manifestations of Brain Tumors	155
22	โรคซิฟิลิสของระบบประสาท Neurosyphilis	164
23	นอร์มัลเพรชเชอร์ไฮโดรเซฟฟาโลส Normal Pressure Hydrocephalus	168

11	โรคสมองเสื่อมร่วมกับรีวบอดีส์ Dementia with Lewy Bodies	77
12	โรควิลสันและอาการสมองเสื่อม Wilson's Disease and Dementia	84
13	โรคฮันติงตันและอาการสมองเสื่อม Huntington's Disease and Dementia	86

ส่วนที่ 7

โรคหลอดเลือดสมองและอาการสมองเสื่อม บทที่ 14-16

14	โรคหลอดเลือดสมอง Cerebrovascular Disorder	89
15	อาการสมองเสื่อมเนื่องจากหลอดเลือด Vascular Dementia	97
16	อาการประสาทจิตเวชของโรคหลอดเลือดสมอง Neuropsychiatric Manifestations of Cerebrovascular Disorder	101

ส่วนที่ 8

โรคพาร์กินสันและอาการสมองเสื่อม บทที่ 17-18

17	อาการสมองเสื่อมในโรคพาร์กินสัน Dementia of Parkinson's Disease	116
----	---	-----

18	อาการทางประสาทจิตเวชในโรคพาร์กินสัน Neuropsychiatric Manifestations of Parkinson's Disease	121
----	---	-----

ส่วนที่ 9

ศีรษะได้รับบาดเจ็บและอาการสมองเสื่อม บทที่ 19-20

19	ศีรษะได้รับบาดเจ็บและอาการสมองเสื่อม Head Injury and Dementia	144
20	อาการทางประสาทจิตเวชในศีรษะได้รับบาดเจ็บ Neuropsychiatric Manifestations of Head Injury	148

ส่วนที่ 10

โรคระบบประสาทและอาการสมองเสื่อม บทที่ 21-23

21	อาการทางประสาทจิตเวชในเนื้องอกของสมอง Neuropsychiatric Manifestations of Brain Tumors	155
22	โรคซิฟิลิสของระบบประสาท Neurosyphilis	164
23	นอร์มัลเพรชเชอร์ไฮโดรเซฟฟาโลส Normal Pressure Hydrocephalus	168

ส่วนที่ 11

โรคทางอายุรศาสตร์และอาการสมองเสื่อม บทที่ 24-30

24	อาการสมองเสื่อมเนื่องจากไฮโปไธรอยด์ติซึม Hypothyroid Dementia	171
25	ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ Hypoglycemia	174
26	ภาวะแคลเซียมในเลือดต่ำ Hypocalcemia	180
27	อาการทางสมองเสื่อมเนื่องจากโรคลูปัส Dementia due to SLE	183
28	อาการทางสมองเสื่อมเนื่องจากโรคตับ Hepatic Encephalopathy	187
29	อาการทางสมองเสื่อมเนื่องจากภาวะยูเรเมีย Uremic Encephalopathy	192
30	อาการทางประสาทจิตเวชของภาวะขาดวิตามิน Neuropsychiatric Manifestations of Vitamin Deficiencies	197

ส่วนที่ 12

โรคเอดส์และอาการสมองเสื่อม บทที่ 31-36

31	พยาธิกำเนิดและลักษณะทางคลินิกของโรคเอดส์ Pathogenesis and Clinical Manifestations of AIDS	213
----	--	-----

32	อาการสมองเสื่อมเนื่องจากโรคเอดส์ AIDS Dementia Complex	224
33	โรคเอดส์ในเด็กและวัยรุ่น AIDS of Children and Adolescents	232
34	แนวทางการรักษาโรคเอดส์ Guidelines for Treatment of AIDS	242
35	การรักษาโรคเอดส์ด้วยยาต้านไวรัส Antiviral Therapy of AIDS	248
36	การป้องกันในบุคลากรผู้สัมผัสกับเชื้อเอชไอวี Prevention of Occupation Exposure to HIV	254

ส่วนที่ 13

การติดยาเสพติดและอาการสมองเสื่อม บทที่ 37-39

37	ผลต่อระบบประสาทเนื่องจากสารเสพติด Substance – Induced Neurological Effects	261
38	พิษสารระเหย Inhaeant Intoxication	276
39	โรคพิษสุราเรื้อรังและอาการสมองเสื่อม Alcoholism and Dementia	279

ส่วนที่ 11

โรคทางอายุรศาสตร์และอาการสมองเสื่อม บทที่ 24-30

24	อาการสมองเสื่อมเนื่องจากไฮโปไธรอยด์ติซึม Hypothyroid Dementia	171
25	ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ Hypoglycemia	174
26	ภาวะแคลเซียมในเลือดต่ำ Hypocalcemia	180
27	อาการทางสมองเสื่อมเนื่องจากโรคลูปัส Dementia due to SLE	183
28	อาการทางสมองเสื่อมเนื่องจากโรคตับ Hepatic Encephalopathy	187
29	อาการทางสมองเสื่อมเนื่องจากภาวะยูเรเมีย Uremic Encephalopathy	192
30	อาการทางประสาทจิตเวชของภาวะขาดวิตามิน Neuropsychiatric Manifestations of Vitamin Deficiencies	197

ส่วนที่ 12

โรคเอดส์และอาการสมองเสื่อม บทที่ 31-36

31	พยาธิกำเนิดและลักษณะทางคลินิกของโรคเอดส์ Pathogenesis and Clinical Manifestations of AIDS	213
----	--	-----

32	อาการสมองเสื่อมเนื่องจากโรคเอดส์ AIDS Dementia Complex	224
33	โรคเอดส์ในเด็กและวัยรุ่น AIDS of Children and Adolescents	232
34	แนวทางการรักษาโรคเอดส์ Guidelines for Treatment of AIDS	242
35	การรักษาโรคเอดส์ด้วยยาต้านไวรัส Antiviral Therapy of AIDS	248
36	การป้องกันในบุคลากรผู้สัมผัสกับเชื้อเอชไอวี Prevention of Occupation Exposure to HIV	254

ส่วนที่ 13

การติดยาเสพติดและอาการสมองเสื่อม บทที่ 37-39

37	ผลต่อระบบประสาทเนื่องจากสารเสพติด Substance – Induced Neurological Effects	261
38	พิษสารระเหย Inhaeant Intoxication	276
39	โรคพิษสุราเรื้อรังและอาการสมองเสื่อม Alcoholism and Dementia	279

ส่วนที่ 14

อาการสมองเสื่อมเทียม บทที่ 40

40	อาการสมองเสื่อมเทียม	282
	Pseudodementia	

ส่วนที่ 15

ความผิดปกติของการนอนหลับในโรคสมองเสื่อม

บทที่ 41-44

41	ความผิดปกติของการนอนหลับในโรคสมองเสื่อม	288
	Sleep Disorders in Dementia	
42	ความผิดปกติของการนอนหลับในโรคพาร์กินสัน	295
	Sleep Disorders in Parkinson's disease	
43	โรคระบบประสาทอย่างอื่นและการนอนหลับ	298
	Other Neurological Disorders and Sleep	
44	พฤติกรรมผิดปกติช่วงนอนหลับระยะเริ่ม	304
	REM – Sleep Behavior Disorder	

ส่วนที่ 16

อาการทางจิตเวชภายหลังสโตรค บทที่ 45-48

45	อาการซึมเศร้าภายหลังสโตรค	310
	Depression After Stroke	

46	อาการโรคจิตภายหลังสโตรค	313
	Psychosis After Stroke	
47	บุคลิกภาพผิดปกติภายหลังสโตรค	315
	Personality Disorders After Stroke	
48	อาการสมองเสื่อมและพฤติกรรมเบี่ยงเบนทางเพศ	318
	Dementia and Paraphilias	

ส่วนที่ 17

การรักษา บทที่ 49-52

49	การรักษาโรคอัลไซเมอร์	336
	Treatment of Alzheimer's Disease	
50	ยาเพิ่มการรู้การเข้าใจ	350
	Drugs Enhancing Cognition	
51	การฟื้นฟูบำบัดภายหลังสโตรค	354
	Rehabilitation after Stroke	
52	ปัญหาทางจิตเวชในการดูแลระยะยาว	361
	Psychiatric Aspects of Long-Term Care	

ส่วนที่ 18

การป้องกัน บทที่ 53-55

53	การป้องกันโรคสมองเสื่อมด้วยยา	366
	Pharmacological Prevention of Dementia	

ส่วนที่ 14

อาการสมองเสื่อมเทียม บทที่ 40

40	อาการสมองเสื่อมเทียม	282
	Pseudodementia	

ส่วนที่ 15

ความผิดปกติของการนอนหลับในโรคสมองเสื่อม

บทที่ 41-44

41	ความผิดปกติของการนอนหลับในโรคสมองเสื่อม	288
	Sleep Disorders in Dementia	
42	ความผิดปกติของการนอนหลับในโรคพาร์กินสัน	295
	Sleep Disorders in Parkinson's disease	
43	โรคระบบประสาทอย่างอื่นและการนอนหลับ	298
	Other Neurological Disorders and Sleep	
44	พฤติกรรมผิดปกติช่วงนอนหลับระยะเริ่ม	304
	REM – Sleep Behavior Disorder	

ส่วนที่ 16

อาการทางจิตเวชภายหลังสโตรค บทที่ 45-48

45	อาการซึมเศร้าภายหลังสโตรค	310
	Depression After Stroke	

46	อาการโรคจิตภายหลังสโตรค	313
	Psychosis After Stroke	
47	บุคลิกภาพผิดปกติภายหลังสโตรค	315
	Personality Disorders After Stroke	
48	อาการสมองเสื่อมและพฤติกรรมเบี่ยงเบนทางเพศ	318
	Dementia and Paraphilias	

ส่วนที่ 17

การรักษา บทที่ 49-52

49	การรักษาโรคอัลไซเมอร์	336
	Treatment of Alzheimer's Disease	
50	ยาเพิ่มการรู้การเข้าใจ	350
	Drugs Enhancing Cognition	
51	การฟื้นฟูบำบัดภายหลังสโตรค	354
	Rehabilitation after Stroke	
52	ปัญหาทางจิตเวชในการดูแลระยะยาว	361
	Psychiatric Aspects of Long-Term Care	

ส่วนที่ 18

การป้องกัน บทที่ 53-55

53	การป้องกันโรคสมองเสื่อมด้วยยา	366
	Pharmacological Prevention of Dementia	

54	การป้องกันการเกิดสโตรคซ้ำ Prevention of Recurrent Stroke	369
55	การป้องกันการเกิดสโตรคซ้ำด้วยยา Pharmacological Prevention of Recurrent Stroke	379
ภาคผนวก	วิธีตรวจสภาพจิตอย่างสั้นเพื่อตรวจ อาการสมองเสื่อม Folstein Mental Status Examination	382
	เอกสารอ้างอิง	384
	ดัชนี	385

54	การป้องกันการเกิดสโตรคซ้ำ Prevention of Recurrent Stroke	369
55	การป้องกันการเกิดสโตรคซ้ำด้วยยา Pharmacological Prevention of Recurrent Stroke	379
ภาคผนวก	วิธีตรวจสภาพจิตอย่างสั้นเพื่อตรวจ อาการสมองเสื่อม Folstein Mental Status Examination	382
	เอกสารอ้างอิง	384
	ดัชนี	385

บทที่ 1

กลุ่มอาการทางสมองเรื้อรัง

CHRONIC BRAIN SYNDROME

ส่วนใหญ่ของ chronic brain syndrome เกิดจากโรคของสมองกระจายออกไปเป็น**บริเวณกว้าง** ดังนั้นลักษณะทางคลินิกจึงมีความคล้ายคลึงกัน อย่างไรก็ตามบางโรคอาจมีพยาธิสภาพบ่งถึงรอยโรคเฉพาะที่ ดังนั้นการตรวจอย่างละเอียดเพื่อหา signs ซึ่งบ่งถึง**รอยโรค**จึงต้องทำเสมอ โรคส่วนมากจะมีการคืบหน้าช้าๆ ร่วมกับอาการที่มากขึ้น แต่บางโรคอาจ**คงที่** เช่น general paresis หรืออาจค่อยๆ ดีขึ้นในระยะเวลานานๆ เช่น อาการตามหลัง บาดเจ็บที่ศีรษะ มีโรคบางโรคที่ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นเมื่อได้รับการรักษา เช่น myxedema และ normal pressure hydrocephalus

สาเหตุ สาเหตุของกลุ่มอาการทางสมองเรื้อรังมีดังต่อไปนี้

รอยโรค	โรค
Degenerative	Alzheimer's disease, arteriosclerotic dementia, frontotemporal dementia,

	Pick's, Creutzfeld-Jacob's, Hunting ton, normal pressure hydrocephalus, multiple sclerosis, Parkinson's disease
Space occupying	Cerebral tumor, subdural hematoma lesions
Trauma	Post-traumatic dementia
Infection	General paresis, AID-dementia complex
Vascular	Cerebral vascular disease
Metabolic	Uremia, liver disorder
Endocrine	Hypothyroidism, hypoglycemia
Toxic	Alcoholic dementia
Vitamin lack	Lack of thiamine, nicotinic acid, folic acid

ลักษณะทางคลินิก

1. อาการเริ่มต้น (Onset)

บางรายเป็น acute เช่น trauma หรือ anoxia เมื่อ consciousness ของผู้ป่วยกลับมากปกติแล้ว เกิดอาการสมองเสื่อมที่เฉียบ

ที่พบได้บ่อยจะเป็นแบบค่อยๆ มีอาการ เริ่มมีความบกพร่อง

บทที่ 1

กลุ่มอาการทางสมองเรื้อรัง

CHRONIC BRAIN SYNDROME

ส่วนใหญ่ของ chronic brain syndrome เกิดจากโรคของสมองกระจายออกไปเป็น**บริเวณกว้าง** ดังนั้นลักษณะทางคลินิกจึงมีความคล้ายคลึงกัน อย่างไรก็ตามบางโรคอาจมีพยาธิสภาพบ่งถึงรอยโรคเฉพาะที่ ดังนั้นการตรวจอย่างละเอียดเพื่อหา signs ซึ่งบ่งถึง**รอยโรค**จึงต้องทำเสมอ โรคส่วนมากจะมีการคืบหน้าช้าๆ ร่วมกับอาการที่มากขึ้น แต่บางโรคอาจ**คงที่** เช่น general paresis หรืออาจค่อยๆ ดีขึ้นในระยะเวลานานๆ เช่น อาการตามหลัง บาดเจ็บที่ศีรษะ มีโรคบางโรคที่ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นเมื่อได้รับการรักษา เช่น myxedema และ normal pressure hydrocephalus

สาเหตุ สาเหตุของกลุ่มอาการทางสมองเรื้อรังมีดังต่อไปนี้

รอยโรค	โรค
Degenerative	Alzheimer's disease, arteriosclerotic dementia, frontotemporal dementia,

	Pick's, Creutzfeld-Jacob's, Hunting ton, normal pressure hydrocephalus, multiple sclerosis, Parkinson's disease
Space occupying	Cerebral tumor, subdural hematoma lesions
Trauma	Post-traumatic dementia
Infection	General paresis, AID-dementia complex
Vascular	Cerebral vascular disease
Metabolic	Uremia, liver disorder
Endocrine	Hypothyroidism, hypoglycemia
Toxic	Alcoholic dementia
Vitamin lack	Lack of thiamine, nicotinic acid, folic acid

ลักษณะทางคลินิก

1. อาการเริ่มต้น (Onset)

บางรายเป็น acute เช่น trauma หรือ anoxia เมื่อ consciousness ของผู้ป่วยกลับมามากดีแล้ว เกิดอาการสมองเสื่อมที่เฉียบ

ที่พบได้บ่อยจะเป็นแบบค่อยๆ มีอาการ เริ่มมีความบกพร่อง

ของความจำ ญาติและผู้ร่วมงานจะสังเกตเห็น เช่น สับสน ไม่รับรู้ว่ามีอะไรเกิดขึ้นเร็วๆ นี้ มักลืมสิ่งของ ความสับสนทางด้านความรู้ การเข้าใจ จะปรากฏในหน้าที่การงานและประสิทธิภาพโดยรวม ผู้ป่วยอาจสังเกตว่าการคิดและการพูดไม่ต่อเนื่องอย่างเคย การคิดเรื่องเงินผิดพลาดหรือไม่สามารถจับประเด็นสำคัญ

อาการแรกๆ เริ่มต้นด้วยการเปลี่ยนแปลงบุคลิกภาพพบได้น้อย และผู้ป่วยมักถูกนำตัวมาพบจิตแพทย์ ความบกพร่องของเชาวน์ปัญญาจะไม่ปรากฏในระยะแรกหรืออาจถูกมองข้ามไป

การเสื่อมลงของกิริยาท่าทางอาจปรากฏ เป็นอาการแรก หรือการรับรู้ถึงความต้องการหรือความรู้สึกของผู้อื่น

การทำความผิดทางสังคมอาจทำให้ทราบถึงการเป็นโรค เช่น การลักขโมย หรือพฤติกรรมทางเพศโดยขาดการยับยั้ง

บางครั้งอาการเริ่มแรกเป็นเพียงการกระตุ้นออกมาของอุปนิสัยที่มีมานาน เช่น อาการซึมเศร้า ความหวาดระแวง และการเห็นแก่ตัว อุปนิสัยเชิงโรคประสาทแสดงออกมาชัดเจน เช่น ย้ำคิด อาการฮิสทีเรียหรืออาการเจ็บป่วยทางกาย

อาการเริ่มต้นในรูปแบบของอาการโรคจิต โรคจิตเภทหรือหวาดระแวงพบได้น้อยมาก

ไม่ว่าผู้ป่วยจะเริ่มต้นมีอาการอย่างไรโรคก็จะปรากฏให้เห็นทันที ถึงแม้จะพัฒนาอย่างค่อยเป็นค่อยไป ญาติซึ่งมีความเข้าใจ อาจได้ปรับตัวต่อการเสื่อมลงอย่างช้าๆ จนกระทั่งอาการของโรคที่ชัดเจนแสดงออกมา บางรายที่มีการปรับตัวเล็กน้อย อาจปิดบัง

อาการไวได้ จนกระทั่งเกิดปัญหาใหม่ๆ ขึ้นทันที เช่น การเสียชีวิตของคู่ครอง หรือการย้ายไปสู่สิ่งแวดล้อมใหม่ การเข้าอยู่ในโรงพยาบาลอาจเป็นก้าวที่โรคปรากฏให้เห็น โรคที่เป็นๆ หายๆ อาจทำให้สถานการณ์กระจ่าง ด้วยการทำให้ผู้ป่วยต่ำกว่าระดับที่สมองเคยปรับตัวได้ โดยเฉพาะโรคติดเชื้อ ภาวะขาดออกซิเจน หรือความผิดปกติของเมตาบอลิซึมหลังผ่าตัด

2. พฤติกรรมทั่วไป (General behavior)

แม้ว่าความบกพร่องของเชาวน์ปัญญาจะเป็นลักษณะเด่นชัดของกลุ่มอาการทางสมองเรื้อรัง แต่ผู้ป่วยอาจแสดงออกมาให้เห็นทางอ้อมโดย**ความผิดปกติของพฤติกรรม** ในระยะเริ่มแรก ผู้ป่วยจะหมดความสนใจและการริเริ่ม ไม่สามารถกระทำการใดๆ ตามมาตรฐานธรรมดา หรือมีอาการมึนงงหรือสับสนเป็นพักๆ อาจแสดงพฤติกรรมแปลกประหลาดไม่เหมาะสม เช่น แม่บ้านถ่ายของที่ซื้อมาในเตาอบ เตรียมทำอาหารในเวลาที่ไม่เหมาะสม หรือผู้ขายไปทำงานในชุดเสื้อผ้ายุ่งเหยิง บางรายจะมีการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับพฤติกรรมทางสังคม ก่อนที่ความบกพร่องของการรู้คิด (cognition) จะปรากฏชัดเจน

ในโรคที่มีความคืบหน้าก็จะเห็นความปกติเช่นเดียวกัน พฤติกรรมบางอย่างสะท้อนถึงความบกพร่องของเชาวน์ปัญญา บางทีการควบคุมอารมณ์และการรับรู้ทางสังคมเสียไป ไม่สามารถทำงานที่รับผิดชอบได้

ความบกพร่องของเชาวน์ปัญญาจะแสดงออกให้เห็นด้วย

ของความจำ ญาติและผู้ร่วมงานจะสังเกตเห็น เช่น สับสน ไม่รับรู้ว่ามีอะไรเกิดขึ้นเร็วๆ นี้ มักลืมสิ่งของ ความสับสนทางด้านความรู้ การเข้าใจ จะปรากฏในหน้าที่การงานและประสิทธิภาพโดยรวม ผู้ป่วยอาจสังเกตว่าการคิดและการพูดไม่ต่อเนื่องอย่างเคย การคิดเรื่องเงินผิดพลาดหรือไม่สามารถจับประเด็นสำคัญ

อาการแรกๆ เริ่มต้นด้วยการเปลี่ยนแปลงบุคลิกภาพพบได้น้อย และผู้ป่วยมักถูกนำตัวมาพบจิตแพทย์ ความบกพร่องของเชาวน์ปัญญาจะไม่ปรากฏในระยะแรกหรืออาจถูกมองข้ามไป

การเสื่อมลงของกิริยาท่าทางอาจปรากฏ เป็นอาการแรก หรือการรับรู้ถึงความต้องการหรือความรู้สึกของผู้อื่น

การทำความผิดทางสังคมอาจทำให้ทราบถึงการเป็นโรค เช่น การลักขโมย หรือพฤติกรรมทางเพศโดยขาดการยับยั้ง

บางครั้งอาการเริ่มแรกเป็นเพียงการกระตุ้นออกมาของอุปนิสัยที่มีมานาน เช่น อาการซึมเศร้า ความหวาดระแวง และการเห็นแก่ตัว อุปนิสัยเชิงโรคประสาทแสดงออกมาชัดเจน เช่น ย้ำคิด อาการฮิสทีเรียหรืออาการเจ็บป่วยทางกาย

อาการเริ่มต้นในรูปแบบของอาการโรคจิต โรคจิตเภทหรือหวาดระแวงพบได้น้อยมาก

ไม่ว่าผู้ป่วยจะเริ่มต้นมีอาการอย่างไรโรคก็จะปรากฏให้เห็นทันที ถึงแม้จะพัฒนาอย่างค่อยเป็นค่อยไป ญาติซึ่งมีความเข้าใจ อาจได้ปรับตัวต่อการเสื่อมลงอย่างช้าๆ จนกระทั่งอาการของโรคที่ชัดเจนแสดงออกมา บางรายที่มีการปรับตัวเล็กน้อย อาจปิดบัง

อาการไวได้ จนกระทั่งเกิดปัญหาใหม่ๆ ขึ้นทันที เช่น การเสียชีวิตของคู่ครอง หรือการย้ายไปสู่สิ่งแวดล้อมใหม่ การเข้าอยู่ในโรงพยาบาลอาจเป็นก้าวที่โรคปรากฏให้เห็น โรคที่เป็นๆ หายๆ อาจทำให้สถานการณ์กระจ่าง ด้วยการทำให้ผู้ป่วยต่ำกว่าระดับที่สมองเคยปรับตัวได้ โดยเฉพาะโรคติดเชื้อ ภาวะขาดออกซิเจน หรือความผิดปกติของเมตาบอลิซึมหลังผ่าตัด

2. พฤติกรรมทั่วไป (General behavior)

แม้ว่าความบกพร่องของเชาวน์ปัญญาจะเป็นลักษณะเด่นชัดของกลุ่มอาการทางสมองเรื้อรัง แต่ผู้ป่วยอาจแสดงออกมาให้เห็นทางอ้อมโดย**ความผิดปกติของพฤติกรรม** ในระยะเริ่มแรก ผู้ป่วยจะหมดความสนใจและการริเริ่ม ไม่สามารถกระทำการใดๆ ตามมาตรฐานธรรมดา หรือมีอาการมึนงงหรือสับสนเป็นพักๆ อาจแสดงพฤติกรรมแปลกประหลาดไม่เหมาะสม เช่น แม่บ้านถ่ายของที่ซื้อมาในเตาอบ เตรียมทำอาหารในเวลาที่ไม่เหมาะสม หรือผู้ขายไปทำงานในชุดเสื้อผ้ายุ่งเหยิง บางรายจะมีการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับพฤติกรรมทางสังคม ก่อนที่ความบกพร่องของการรู้คิด (cognition) จะปรากฏชัดเจน

ในโรคที่มีความคืบหน้าก็จะเห็นความปกติเช่นเดียวกัน พฤติกรรมบางอย่างสะท้อนถึงความบกพร่องของเชาวน์ปัญญา บางทีการควบคุมอารมณ์และการรับรู้ทางสังคมเสียไป ไม่สามารถทำงานที่รับผิดชอบได้

ความบกพร่องของเชาวน์ปัญญาจะแสดงออกให้เห็นด้วย

ทำต่อไปนี้ ไม่สามารถให้การตัดสินใจ และไม่สามารถคงความประพฤติที่ถูกต้องเหมาะสม แม้ว่าจะมีความตื่นตัวเต็มที่และสติสัมปชัญญะดี แต่ผู้มีความอ่อนล้าทางด้านจิตใจ มีการตอบสนองต่อสิ่งเร้า โดยมีความเข้าใจจำกัดและเกิดความต้องการสิ่งใด ก็จะมีคามใส่ใจแต่สมาธิไม่ดี ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านพฤติกรรมหลายอย่างซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความพยายามที่จะจัดการกับความบกพร่องต่างๆ เหล่านี้ ผู้ป่วยมักกระวนกระวายมีกิจกรรมมากโดยไม่มีเป้าหมาย ตามแบบฉบับแล้วสิ่งนี้เกิดขึ้นเนื่องจากมีการลดลงอย่างคืบหน้าของความสนใจและกิจกรรม ผู้ป่วยจะยึดติดอยู่กับกิจวัตรประจำวัน และพฤติกรรมซ้ำๆ โดยการกระทำเช่นนั้น ผู้ป่วยจะสามารถจัดการกับสถานการณ์ได้ช่วงเวลาสั้นๆ เมื่อภาระหน้าที่มีมากกว่าความสามารถผู้ป่วยก็จะหลบเลี่ยงและไม่พูดจา หรือแสดงปฏิกิริยาโต้ตอบทันทีด้วยอารมณ์ดั้งเดิม เช่น โกรธ กังวล หรือร้องไห้ การมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมจะมีลักษณะดังนี้ – ไม่ให้ความสนใจหรือไม่เห็นอกเห็นใจผู้อื่น ดื้อและเอาแต่ใจตัวเอง หรือแยกตัวออกจากสังคม

ในระยะหลังๆ สุขอนามัย และร่างกายตัวเองถูกปล่อยปละละเลย รับประทานอาหารแบบไม่มีระเบียบ อุปนิสัยประหลาด ไม่มีการยาท รู้สึกเฉยชาต่อการที่มีปัสสาวะหรืออุจจาระราด อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยบางคนยังคงมีความสามารถทางด้านสมาคมจนกระทั่งในระยะหลังๆ ของโรค

ในที่สุดพฤติกรรมแสดงออกอย่างไร้จุดหมาย มักทำอะไร

ซ้ำๆ ความคิดที่เสื่อมลงแสดงออกมาในรูปของการมีกิจกรรมที่ไร้จุดประสงค์ สุขภาพทางกายเสื่อมลง อ่อนเพลียมากขึ้นและผอมแห้ง

3. ความคิด (Thinking)

ผู้ป่วยมีความบกพร่องของ**ความคิด** ทั้งทางด้านคุณภาพและปริมาณ ความคิดจะเชื่องช้าและต้องใช้ความพยายามอย่างมาก สมาธิลดน้อยลงและสมองอ่อนล้าง่าย เนื้อหาความคิดน้อยลง ความสัมพันธ์ระหว่างความคิดมีน้อย ไม่สามารถสร้างความคิดใหม่ๆ และมักคิดถึงแต่เรื่องราวและความจำในอดีต เป็นเรื่องราวซ้ำๆ น่าเบื่อ มีความบกพร่องที่จะคิดอย่างมีเหตุผลและไม่สามารถสร้างแนวคิดได้ รวมทั้งไม่สามารถจดจำเรื่องราวขอสถานการณ์หลายๆ อย่างที่เกิดขึ้นในเวลาเดียวกันได้ ทักษะเฉพาะเช่น **การคำนวณ** มักเสียไปตั้งแต่ระยะแรกๆ

ความยืดหยุ่นของเขาวงกตปัญญามักเสียไป โดยมีความยากลำบากในการเปลี่ยนการอ้างอิงจากเรื่องหนึ่งไปสู่อีกเรื่องหนึ่งได้ การขาดความคิดในทางตรงข้ามที่ดี ทำให้ผู้ป่วยติดยึดอยู่กับสถานการณ์ปัจจุบันที่เกิดขึ้น ผู้ป่วยไม่สามารถถ่วงถ่วงเรื่องสำคัญๆ และละทิ้งเรื่องราวอย่างมากของสถานการณ์หรือประสบการณ์ ไม่สามารถใช้ความคิด**เชิงนามธรรม** (abstract thinking) และออกความเห็นเชิงแนวคิด (concept) ตามตัวอักษร

การตัดสินใจจะเสียไปตั้งแต่ระยะแรกๆ ซึ่งเป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว การหยั่งรู้ตัวเอง (insight) เกี่ยวกับ

ทำต่อไปนี้ ไม่สามารถให้การตัดสินใจ และไม่สามารถคงความประพฤติที่ถูกต้องเหมาะสม แม้ว่าจะมีความตื่นตัวเต็มที่และสติสัมปชัญญะดี แต่ผู้มีความอ่อนล้าทางด้านจิตใจ มีการตอบสนองต่อสิ่งเร้า โดยมีความเข้าใจจำกัดและเกิดความต้องการสิ่งใด ก็จะมีคามใส่ใจแต่สมาธิไม่ดี ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านพฤติกรรมหลายอย่างซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความพยายามที่จะจัดการกับความบกพร่องต่างๆ เหล่านี้ ผู้ป่วยมักกระวนกระวายมีกิจกรรมมากโดยไม่มีเป้าหมาย ตามแบบฉบับแล้วสิ่งนี้เกิดขึ้นเนื่องจากมีการลดลงอย่างคืบหน้าของความสนใจและกิจกรรม ผู้ป่วยจะยึดติดอยู่กับกิจวัตรประจำวัน และพฤติกรรมซ้ำๆ โดยการกระทำเช่นนั้น ผู้ป่วยจะสามารถจัดการกับสถานการณ์ได้ช่วงเวลาสั้นๆ เมื่อภาระหน้าที่มีมากกว่าความสามารถผู้ป่วยก็จะหลบเลี่ยงและไม่พูดจา หรือแสดงปฏิกิริยาโต้ตอบทันทีด้วยอารมณ์ดั้งเดิม เช่น โกรธ กังวล หรือร้องไห้ การมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมจะมีลักษณะดังนี้ – ไม่ให้ความสนใจหรือไม่เห็นอกเห็นใจผู้อื่น ดื้อและเอาแต่ใจตัวเอง หรือแยกตัวออกจากสังคม

ในระยะหลังๆ สุขอนามัย และร่างกายตัวเองถูกปล่อยปละละเลย รับประทานอาหารแบบไม่มีระเบียบ อุปนิสัยประหลาด ไม่สามารถหา รุ้สึกเฉยชาต่อการที่มีปัสสาวะหรืออุจจาระราด อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยบางคนยังคงมีความสามารถทางด้านสมาคมจนกระทั่งในระยะหลังๆ ของโรค

ในที่สุดพฤติกรรมแสดงออกอย่างไร้จุดหมาย มักทำอะไร

ซ้ำๆ ความคิดที่เสื่อมลงแสดงออกมาในรูปของการมีกิจกรรมที่ไร้จุดประสงค์ สุขภาพทางกายเสื่อมลง อ่อนเพลียมากขึ้นและผอมแห้ง

3. ความคิด (Thinking)

ผู้ป่วยมีความบกพร่องของ**ความคิด** ทั้งทางด้านคุณภาพและปริมาณ ความคิดจะเชื่องช้าและต้องใช้ความพยายามอย่างมาก สมาธิลดน้อยลงและสมองอ่อนล้าง่าย เนื้อหาความคิดน้อยลง ความสัมพันธ์ระหว่างความคิดมีน้อย ไม่สามารถสร้างความคิดใหม่ๆ และมักคิดถึงแต่เรื่องราวและความจำในอดีต เป็นเรื่องราวซ้ำๆ น่าเบื่อ มีความบกพร่องที่จะคิดอย่างมีเหตุผลและไม่สามารถสร้างแนวคิดได้ รวมทั้งไม่สามารถจดจำเรื่องราวขอสถานการณ์หลายๆ อย่างที่เกิดขึ้นในเวลาเดียวกันได้ ทักษะเฉพาะเช่น **การคำนวณ** มักเสียไปตั้งแต่ระยะแรกๆ

ความยืดหยุ่นของเขาวงกตปัญญามักเสียไป โดยมีความยากลำบากในการเปลี่ยนการอ้างอิงจากเรื่องหนึ่งไปสู่อีกเรื่องหนึ่งได้ การขาดความคิดในทางตรงข้ามที่ดี ทำให้ผู้ป่วยติดยึดอยู่กับสถานการณ์ปัจจุบันที่เกิดขึ้น ผู้ป่วยไม่สามารถถ่วงถ่วงเรื่องสำคัญๆ และละทิ้งเรื่องราวอย่างมากของสถานการณ์หรือประสบการณ์ ไม่สามารถใช้ความคิด**เชิงนามธรรม** (abstract thinking) และออกความเห็นเชิงแนวคิด (concept) ตามตัวอักษร

การตัดสินใจจะเสียไปตั้งแต่ระยะแรกๆ ซึ่งเป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว การหยั่งรู้ตัวเอง (insight) เกี่ยวกับ

ความบกพร่องของตัวเองจะหายไป และบางครั้งไม่ค่อยรับรู้ถึงการเจ็บป่วย ผู้ป่วยมักมีความคิดผิดๆ และ**ความคิดหวาดระแวง** พบได้บ่อย ความคิดในทางร้ายและอาการหลงผิด มีส่วนหนึ่งสะท้อนถึงการขยายมากผิดปกติของบุคลิกภาพก่อนป่วย อาการหลงผิด (delusion) ของผู้ป่วยมักมีลักษณะไม่เป็นระบบและค่อยๆ หายไป แต่บางครั้งอาจมีความสำคัญและไม่เปลี่ยนแปลง เรื่องราวของอาการหลงผิดมักมีลักษณะหยาบและ**แปลกประหลาด** เช่น ถูกโจรกรรม ถูกวางยาพิษ ถูกขู่คุกคามหรือถูกกักขัง อาจมีอาการหลงผิดแบบผู้ป่วยโรคจิตเภทได้

ในระยะหลังความคิดจะน้อยลงมาก เป็นเรื่องที่อยู่ใต้วงจำกัดและซ้ำๆ แยกแยะเป็นส่วนๆ ไม่ปะติดปะต่อกันและวุ่นวาย

4. การพูด (Speech)

ความผิดปกติของความคิดสะท้อนออกมาในการพูด ลักษณะที่เด่นชัดคือพูดน้อยมากและพูดซ้ำซาก ความสามารถในการใช้**คำศัพท์**ลดลงและไม่มีการริเริ่มการพูด ประโยคมีลักษณะง่ายๆ ไม่ครบถ้วนและไม่เป็นประโยค มักพูดซ้ำๆ และมีอาการ echolalia

ผู้ป่วยมีอาการ **nominal dysphasia** หมายถึงมีความบกพร่องของการบอกชื่อคนหรือสิ่งของ

เมื่อเป็นมากขึ้นการพูดจะไม่รู้เรื่องมากขึ้น เป็นส่วนๆ และใช้เฉพาะเมื่อตนมีความต้องการ ผู้ป่วยอาจไม่พูดเลย (mutism) หรือพูดประโยคที่พอได้ใจความสั้นๆ เท่านั้น

5. ความจำ (Memory)

ความผิดปกติของความจำพบได้บ่อยในระยะแรก ในขั้นแรกความจำเสียอาจเป็นพักๆ เริ่มเรื่องเล็กๆ น้อยๆ และ**ใจลอย** (absent mindedness) หรืออาจเสื่อมอย่างมาก มักพบว่าผู้ป่วยสูญเสียความจำเกี่ยวกับ**ภูมิประเทศ** โดยผู้ป่วยหาทางกลับบ้านไม่ถูก เมื่อออกจากบ้านไป การไม่รู้เวลาจะเสียไปก่อน ต่อมาภายหลังจะไม่รู้จักสถานที่และบุคคล

ความบกพร่องของความจำมักเกี่ยวกับเรื่องทั้งหมด และเสียทั้งความจำในอดีตและปัจจุบัน ผู้ป่วยไม่สามารถเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ กระบวนการเกี่ยวกับความจำเสียทั้งหมด เช่น การระลึกได้ การบันทึกและการเก็บเอาไว้ ความจำเกี่ยวกับชื่อจะเสียไปก่อน ลำดับเหตุการณ์เกี่ยวกับเวลาจะเสียไปตั้งแต่แรกๆ การรับรู้เวลาผิดพลาดและบอกถึงเหตุการณ์ที่ผ่านมาผิดไป จากการศึกษาพบว่ามากกว่า 1 ใน 3 ของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมมีลักษณะกำกวมและมีอาการ confabulation (หมายถึง กุเรื่องขึ้นมาพูดซึ่งไม่เป็นความจริง)

ผู้ป่วยจะไม่รับรู้ถึงความจำเสียของตน หรืออาจพยายามปิดบังไว้ด้วยการกล่าวคำขอโทษหรือแสดงอาการ confabulation ในระยะแรกๆ ผู้ป่วยอาจใช้ความเฉลียวฉลาดปิดบังไว้ และชดเชยด้วยวิธีทำกิจวัตรประจำวันอย่างเคร่งครัด และใช้สมุดจดบันทึก ในที่สุดมีอาการเสื่อมเหตุการณ์ปัจจุบันทั้งหมดและระลึกถึงเหตุการณ์ในอดีต แบบไม่ปะติดปะต่อกัน

ความบกพร่องของตัวเองจะหายไป และบางครั้งไม่ค่อยรับรู้ถึงการเจ็บป่วย ผู้ป่วยมักมีความคิดผิดๆ และ**ความคิดหวาดระแวง** พบได้บ่อย ความคิดในทางร้ายและอาการหลงผิด มีส่วนหนึ่งสะท้อนถึงการขยายมากผิดปกติของบุคลิกภาพก่อนป่วย อาการหลงผิด (delusion) ของผู้ป่วยมักมีลักษณะไม่เป็นระบบและค่อยๆ หายไป แต่บางครั้งอาจมีความสำคัญและไม่เปลี่ยนแปลง เรื่องราวของอาการหลงผิดมักมีลักษณะหยาบและ**แปลกประหลาด** เช่น ถูกโจรกรรม ถูกวางยาพิษ ถูกขู่คุกคามหรือถูกกักขัง อาจมีอาการหลงผิดแบบผู้ป่วยโรคจิตเภทได้

ในระยะหลังความคิดจะน้อยลงมาก เป็นเรื่องที่อยู่ใต้วงจำกัดและซ้ำๆ แยกแยะเป็นส่วนๆ ไม่ปะติดปะต่อกันและวุ่นวาย

4. การพูด (Speech)

ความผิดปกติของความคิดสะท้อนออกมาในการพูด ลักษณะที่เด่นชัดคือพูดน้อยมากและพูดซ้ำซาก ความสามารถในการใช้**คำศัพท์**ลดลงและไม่มีการริเริ่มการพูด ประโยคมีลักษณะง่ายๆ ไม่ครบถ้วนและไม่เป็นประโยค มักพูดซ้ำๆ และมีอาการ echolalia

ผู้ป่วยมีอาการ **nominal dysphasia** หมายถึงมีความบกพร่องของการบอกชื่อคนหรือสิ่งของ

เมื่อเป็นมากขึ้นการพูดจะไม่รู้เรื่องมากขึ้น เป็นส่วนๆ และใช้เฉพาะเมื่อตนมีความต้องการ ผู้ป่วยอาจไม่พูดเลย (mutism) หรือพูดประโยคที่พอได้ใจความสั้นๆ เท่านั้น

5. ความจำ (Memory)

ความผิดปกติของความจำพบได้บ่อยในระยะแรก ในขั้นแรกความจำเสียอาจเป็นพักๆ เริ่มเรื่องเล็กๆ น้อยๆ และ**ใจลอย** (absent mindedness) หรืออาจลืมอย่างมาก มักพบว่าผู้ป่วยสูญเสียความจำเกี่ยวกับ**ภูมิประเทศ** โดยผู้ป่วยหาทางกลับบ้านไม่ถูก เมื่อออกจากบ้านไป การไม่รู้เวลาจะเสียไปก่อน ต่อมาภายหลังจะไม่รู้จักสถานที่และบุคคล

ความบกพร่องของความจำมักเกี่ยวกับเรื่องทั้งหมด และเสียทั้งความจำในอดีตและปัจจุบัน ผู้ป่วยไม่สามารถเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ กระบวนการเกี่ยวกับความจำเสียทั้งหมด เช่น การระลึกได้ การบันทึกและการเก็บเอาไว้ ความจำเกี่ยวกับชื่อจะเสียไปก่อน ลำดับเหตุการณ์เกี่ยวกับเวลาจะเสียไปตั้งแต่แรกๆ การรับรู้เวลาผิดพลาดและบอกถึงเหตุการณ์ที่ผ่านมาผิดไป จากการศึกษาพบว่ามากกว่า 1 ใน 3 ของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมมีลักษณะกำกวมและมีอาการ confabulation (หมายถึง กุเรื่องขึ้นมาพูดซึ่งไม่เป็นความจริง)

ผู้ป่วยจะไม่รับรู้ถึงความจำเสียของตน หรืออาจพยายามปิดบังไว้ด้วยการกล่าวคำขอโทษหรือแสดงอาการ confabulation ในระยะแรกๆ ผู้ป่วยอาจใช้ความเฉลียวฉลาดปิดบังไว้ และชดเชยด้วยวิธีทำกิจวัตรประจำวันอย่างเคร่งครัด และใช้สมุดจดบันทึก ในที่สุดมีอาการลืมเหตุการณ์ปัจจุบันทั้งหมดและระลึกถึงเหตุการณ์ในอดีต แบบไม่ปะติดปะต่อกัน

6. อารมณ์ (Emotion)

การเปลี่ยนแปลงของอารมณ์เป็นส่วนสำคัญของโรคทางสมองเรื้อรัง และการเสื่อมลงของอารมณ์และเชาวน์ปัญญา มักดำเนินไปแบบคู่ขนานกัน

การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ในระยะแรกสะท้อนถึงการพยายามที่จะจัดการกับความบกพร่องของเชาวน์ปัญญา และบุคลิกภาพก่อนป่วยมีส่วนสำคัญ **อาการวิตกกังวล**พบได้บ่อย เช่นเดียวกับอาการซึมเศร้าร่วมกับกระวนกระวายและ hypochondriasis **ความพยายามฆ่าตัวตาย**อาจเกิดขึ้นได้ในระยะนี้ อารมณ์หงุดหงิดโกรธง่ายจะนำไปสู่พฤติกรรมทะเลาะวิวาท และบางครั้งแสดงความโกรธและไม่เป็นมิตร ความรู้สึกมึนงงและระแวงสงสัยซึ่งพบได้ในระยะแรกจะนำไปสู่ท่าทางและความคิดหลงผิด

การเสื่อมลงมากขึ้นของอารมณ์ทำให้เกิดลักษณะเฉพาะคือมีอารมณ์เฉยเมย (apathy) อาจเหมือนอารมณ์ของเด็กคือเจ้าอารมณ์ และมีการตอบสนองอย่างมากต่อการรบกวนและความผิดหวังเพียงเล็กน้อย ดังนั้นการเสียชีวิตของคู่ครองอาจทำให้ผู้ป่วยอยู่ในสภาพไม่เคลื่อนไหว แต่ปัญหาในชีวิตประจำวันธรรมดาอาจกระตุ้นให้เกิดความโกรธและความรุนแรง

การควบคุมอารมณ์เสียไป อาจตอบสนองต่อสิ่งเร้าน้อยๆ แต่ภายหลังต่อมามีความผิดปกติอย่างมากและเป็นเวลานาน

อารมณ์อ่อนไหวง่าย (emotional lability) อาจเป็นมากโดยมีลักษณะหัวเราะมากสลับกับร้องไห้โดยมีสาเหตุเพียงเล็กน้อย

หรือไม่มีเลย

ในระยะสุดท้ายผู้ป่วยจะไม่แสดงอารมณ์ และไม่มีการตอบสนองทางอารมณ์แต่อย่างใด

7. ลักษณะอื่น

ผู้ป่วยอาจแสดงอาการของโรคประสาทในระยะแรกของโรคได้ เช่น อาการคอนเวอร์ชันและอาการย้ำคิด อาจมีอาการเหมือนโรคอารมณ์แปรปรวนหรือโรคจิตเภท ประสาทหลอนอาจเป็นแบบหูแว่ว ภาพหลอนและอาการหลอนทางสัมผัส เนื้อหามักเป็นแบบหวาดระแวง

เมื่อโรคคืบหน้าไป อาการแสดงทุกอย่างมักครอบคลุมในรูปแบบของการเสื่อมลงของเชาวน์ปัญญา และทางด้านสังคม

6. อารมณ์ (Emotion)

การเปลี่ยนแปลงของอารมณ์เป็นส่วนสำคัญของโรคทางสมองเรื้อรัง และการเสื่อมลงของอารมณ์และเชาวน์ปัญญา มักดำเนินไปแบบคู่ขนานกัน

การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ในระยะแรกสะท้อนถึงการพยายามที่จะจัดการกับความบกพร่องของเชาวน์ปัญญา และบุคลิกภาพก่อนป่วยมีส่วนสำคัญ **อาการวิตกกังวล**พบได้บ่อย เช่นเดียวกับอาการซึมเศร้าร่วมกับกระวนกระวายและ hypochondriasis **ความพยายามฆ่าตัวตาย**อาจเกิดขึ้นได้ในระยะนี้ อารมณ์หงุดหงิดโกรธง่ายจะนำไปสู่พฤติกรรมทะเลาะวิวาท และบางครั้งแสดงความโกรธและไม่เป็นมิตร ความรู้สึกมึนงงและระแวงสงสัยซึ่งพบได้ในระยะแรกจะนำไปสู่ท่าทางและความคิดหลงผิด

การเสื่อมลงมากขึ้นของอารมณ์ทำให้เกิดลักษณะเฉพาะคือมีอารมณ์เฉยเมย (apathy) อาจเหมือนอารมณ์ของเด็กคือเจ้าอารมณ์ และมีการตอบสนองอย่างมากต่อการรบกวนและความผิดหวังเพียงเล็กน้อย ดังนั้นการเสียชีวิตของคู่ครองอาจทำให้ผู้ป่วยอยู่ในสภาพไม่เคลื่อนไหว แต่ปัญหาในชีวิตประจำวันธรรมดาอาจกระตุ้นให้เกิดความโกรธและความรุนแรง

การควบคุมอารมณ์เสียไป อาจตอบสนองต่อสิ่งเร้าน้อยๆ แต่ภายหลังต่อมามีความผิดปกติอย่างมากและเป็นเวลานาน

อารมณ์อ่อนไหวง่าย (emotional lability) อาจเป็นมากโดยมีลักษณะหัวเราะมากสลับกับร้องไห้โดยมีสาเหตุเพียงเล็กน้อย

หรือไม่มีเลย

ในระยะสุดท้ายผู้ป่วยจะไม่แสดงอารมณ์ และไม่มีการตอบสนองทางอารมณ์แต่อย่างใด

7. ลักษณะอื่น

ผู้ป่วยอาจแสดงอาการของโรคประสาทในระยะแรกของโรคได้ เช่น อาการคอนเวอร์ชันและอาการย้ำคิด อาจมีอาการเหมือนโรคอารมณ์แปรปรวนหรือโรคจิตเภท ประสาทหลอนอาจเป็นแบบหูแว่ว ภาพหลอนและอาการหลอนทางสัมผัส เนื้อหามักเป็นแบบหวาดระแวง

เมื่อโรคคืบหน้าไป อาการแสดงทุกอย่างมักครอบคลุมในรูปแบบของการเสื่อมลงของเชาวน์ปัญญา และทางด้านสังคม