

แผนการสอนรายหัวข้อ (Topic Module)

หัวข้อ	ANXIETY SYMPTOM
รายวิชา	PC 401 ใช้ในการสอนบรรยายเป็นเวลา 2 ชั่วโมง
ผู้สอน	รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงวันเพ็ญ ชูฤทธิวัฒน์ฉัตร

วัตถุประสงค์หัวข้อ

เมื่อนิสิตจบการศึกษาหัวข้อนี้แล้วสามารถ

1. อธิบายสาเหตุของโรคในกลุ่มโรค anxiety disorders ได้
2. วินิจฉัยผู้ป่วยที่เป็นโรคในกลุ่ม anxiety disorders ได้
3. รักษาผู้ป่วยที่เป็นโรคในกลุ่มโรค anxiety disorders ได้
4. แนะนำเทคนิคคลายเครียดให้ผู้ป่วยได้

สอดคล้องกับเกณฑ์แพทย์สภา B3.2.9 Psychopathologic disorders process and their evaluation

เนื้อหาหัวข้อ

สาเหตุของโรคในกลุ่มโรค anxiety disorders

หลักเกณฑ์การวินิจฉัยของแต่ละโรคในกลุ่มโรค anxiety disorders

วิธีการรักษาผู้ป่วยที่เป็นโรคในกลุ่มโรค anxiety disorders

สื่อการสอน

Power Point

การจัดประสบการณ์การเรียนรู้

- | | | |
|-----------------------------------------------------------------------|----|------|
| 1. ยกตัวอย่างประวัติการตรวจสภาพจิตของผู้ป่วย | 20 | นาที |
| 2. ให้อภิปรายว่า ตัวอย่างผู้ป่วยข้อหนึ่งเป็นโรคอะไร
ด้วยเหตุผลอะไร | 10 | นาที |
| 3. สรุปและบรรยายเรื่อง โรค anxiety disorders | 60 | นาที |
| 4. สอนวิธีคลายเครียด Health promotion | 10 | นาที |
| 5. สร้างเสริมสุขภาพความคิด | 10 | นาที |
| 6. อภิปรายซักถาม | 10 | นาที |

เอกสารประกอบ

1. เอกสารประกอบการสอนเรื่อง โรค anxiety disorders

การประเมินผล

1. ดูจากการอภิปรายซักถาม
2. การสอบโดยใช้ข้อสอบ MCQ

ANXIETY SYMPTOM

รศ.พญ.วันเพ็ญ ชูรภิกษณ์วัฒนาการ

NORMAL ANXIETY

NORMAL ANXIETY เป็นอาการที่เกิดขึ้นได้ในคนปกติทั่วไป เพราะมีเรื่องที่ต้องกังวล เช่น ใกล้สอบ จะมีความรู้สึกสับสน ไม่มีความสุข หวาดกลัวว่าสิ่งไม่ดีจะเกิดขึ้น ทำให้บุคคลเตรียมจัดการสิ่งคุกคามนั้น ความวิตกกังวลเป็นสัญญาณเตือนภัยที่ดีช่วยให้เกิดความระมัดระวัง ความรอบคอบ และทำงานสำเร็จทันเวลา

Stress and anxiety

เหตุการณ์ใดจะเป็น stress สำหรับบุคคลขึ้นกับ

1. nature ของเหตุการณ์นั้น
2. resources ของบุคคลนั้น
3. defense และ coping mechanisms ของบุคคลนั้น

ทั้งสามประการเกี่ยวข้องกับ ego ถ้า ego ทำหน้าที่อย่างเหมาะสมเกิดความสมดุลระหว่างตัวเขาและสิ่งแวดล้อม ถ้าทำหน้าที่ไม่เหมาะสมเกิดความไม่สมดุล ซึ่งถ้าเป็นอยู่นานจะเกิด chronic anxiety

ภาวะไม่สมดุลทั้งภายนอก (ระหว่างโลกภายนอกกับ ego ของบุคคล) หรือภายใน (ระหว่าง impulses กับคุณธรรมของบุคคล) ทำให้เกิด conflict

Conflict ที่เกิดจากเหตุการณ์ภายนอก เรียกว่า “interpersonal conflict” ส่วน conflict ที่เกิดขึ้นภายในตัวบุคคลเรียกว่า “intrapsychic conflict” ทั้งสองประเภทมักเกิดขึ้นร่วมกัน

PATHOLOGICAL ANXIETY

ต้องแยกจาก normal anxiety โดยประเมินจาก

1. ความรู้สึกภายในของผู้ป่วยที่บรรยายออกมา
2. พฤติกรรมของผู้ป่วย หลีกเลี่ยงการเข้าสังคม ตกใจง่าย
3. ความสามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ตามปกติ

ทฤษฎีสาเหตุของ pathological anxiety

มีทฤษฎีสำคัญ 4 ทฤษฎี ได้แก่ psychoanalysis , behavior theories , existential theories , biological theories

1. psychoanalysis

Freud พบว่า anxiety เป็นสัญญาณเตือน ego ว่าแรงขับอันไม่เป็นที่ยอมรับกำลังจะออกมาสู่จิตสำนึกให้ ego ใช้ defense mechanism คือ repression เมื่อไม่สำเร็จจึงใช้ defense mechanism อื่นมาช่วย ได้แก่ displacement undoing , isolation ทำให้เกิดโรคตามมาได้แก่ phobia , obsessive-compulsive disorder

Freud แบ่ง anxiety เป็น 4 แบบ

1. id หรือ impulse anxiety เกิดในระยะ oral stage
2. separation anxiety เกิดในระยะ anal stage
3. castration anxiety เกิดในระยะ oedipal stage
4. superego anxiety เกิดในระยะ latency stage

Otto Rank anxiety เกิดจากมี trauma of birth

Harry Stack Sullivan anxiety เกิดจากความสัมพันธ์ระหว่างแม่และลูก และแม่ถ่ายทอด anxiety ไปสู่ลูก

2. behavior theories (learning theories)

- ❖ classical conditioning model เป็นการตอบสนองอย่างมีเงื่อนไขต่อสิ่งที่มีกระตุ้น ยกตัวอย่าง เช่น บุคคลที่ไม่เคยแพ้อาหาร แล้วมาแพ้กุ้ง ต่อไปเมื่อเขาเจอกุ้งจะรู้สึกวิตกกังวล และป่วยขึ้นมาทันที และอาจขยายวงกว้างออกไปเป็นไม่กล้ารับประทานอาหารที่ไม่ได้ปรุงเอง
- ❖ social learning theory เป็นการเลียนแบบการตอบสนองแบบ anxiety จากบิดามารดาของเขา

3. existential theories

ใช้อธิบาย generalized anxiety disorder ได้ดี ทฤษฎีนี้กล่าวว่า การรับรู้ว่าชีวิตอ้างว้างไม่มีอะไร (nothingness) ทำให้บุคคลมีความทุกข์มากกว่าการยอมรับว่าความตายเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ anxiety คือ การตอบสนองของบุคคลต่อการที่ปราศจากซึ่งความหมายของการมีชีวิตอยู่ต่อไป

4. biological theories

4.1 autonomic nervous system เมื่อถูกกระตุ้นทำให้เกิดอาการทางระบบหัวใจและหลอดเลือด กล้ามเนื้อ ทางเดินอาหาร และระบบหายใจดังตารางที่ 1 ผู้ป่วย anxiety disorders มี ANS ที่มี sympathetic tone เพิ่มขึ้น มีการปรับตัวต่อสิ่งกระตุ้นช้า ๆ เป็นไปอย่างเชื่องช้าและมีการตอบสนองอย่างมากมายต่อสิ่งกระตุ้นปานกลาง

ตารางที่ 1 peripheral manifestation of anxiety

Diarrhea	dizziness , light-headedness
Hyperhidrosis	hyperreflexia
Hypertension	palpitations
Pupillary mydriasis	restlessness
Syncope	tachycardia
Tingling in the extremities	tremors
Upset stomach (butterflies)	urinary frequency

4.2 neurotransmitters

4.2.1 GABA เป็น inhibitory neurotransmitters

GABA receptor complex ประกอบด้วย

- GABA binding site เป็นตำแหน่งจับกับ benzodiazepines
- Chloride channel

การกระตุ้น GABA receptor ทำให้ chloride ion เข้าสู่เซลล์ประสาทจึงไป hyperpolarize และ inhibit เซลล์นั้น

Benzodiazepines ไปเพิ่ม affinity ของ GABA ที่ binding sites ทำให้ chloride เข้าเซลล์เพิ่มขึ้น การที่ benzodiazepines มีประสิทธิภาพในการรักษา anxiety แสดงว่า GABA มีความสำคัญในการเกิดโรคนี้ benzodiazepines binding site พบได้ทั่วไปในสมองแต่มีมากที่ hippocampal formation , prefrontal cortex , amygdala , hypothalamus และ thalamus

4.2.2 norepinephrine ปรากฏว่า locus ceruleus ใน rostral pons มี noradrenergic neurones จำนวนมาก จากการทดลองในลิง การกระตุ้น locus ceruleus ทำให้เกิด norepinephrine metabolites ในปัสสาวะผู้ป่วย anxiety disorders

4.2.3 serotonin มี serotonergic neuron อยู่ที่ raphe nucleic in rostral brainstem พบว่าการให้ serotonin ในสัตว์ทดลองถ้าให้เกิดมี anxiety

4.2.4 other neurotransmitters

- ❖ caffeine ลดความวิตกกังวลโดยออกฤทธิ์ที่ adenosine-receptor
- ❖ การเพิ่มของ dopamine อาจเกี่ยวกับความวิตกกังวล
- ❖ Endogenous opioids อาจมีผลต่อ alpha-adrenergic-binding-sites

4.3 neuroanatomic considerations นอกจาก locus ceruleus และ raphe nucleic แล้วยังมีส่วนอื่น ๆ ของสมองที่เกี่ยวข้องด้วย ได้แก่

4.3.1 limbic system รับ input จาก locus ceruleus และ raphe nucleic และยังมี benzodiazepines binding site จำนวนมาก

- ❖ การตัดทิ้งไปจะลด fear และ aggressive

- ❖ การกระตุ้นเพิ่ม fear และ aggressive

มีสองส่วนของ limbic system ที่ได้รับความสนใจมาก ได้แก่

- ❖ Septohippocampal pathway มีบทบาทสำคัญเกี่ยวกับสรีระวิทยาของ anxiety ถ้าส่วนนี้ทำงานมากทำให้เกิด anxiety
- ❖ Cingulate gyrus มีบทบาทใน obsessive-compulsive disorder

4.3.2 cerebral cortex

ส่วน frontal cerebral cortex เชื่อมโยงกับ parahippocampal region , cingulate gyrus และ hypothalamus เพราะฉะนั้นมีส่วนในการทำให้เกิด anxiety

ส่วน temporal cerebral cortex มีความเกี่ยวข้องกับ anxiety เนื่องจากความคล้ายคลึงกันในลักษณะทางคลินิกและ electrophysiology ระหว่างผู้ป่วย temporal lobe epilepsy กับ obsessive-compulsive disorder

ANXIETY SYMPTOM พบในโรคดังต่อไปนี้

Panic disorder with and without agoraphobia

Agoraphobia without a history of panic disorder

Specific and social phobias

obsessive-compulsive disorder

generalized anxiety disorder

ANXIETY DISORDER ATTRIBUTABLE TO ANOTHER MEDICAL CONDITION

substance induced anxiety disorder

anxiety disorder nos

รายละเอียดแต่ละโรคดังต่อไปนี้

GENERALIZED ANXIETY DISORDER (GAD)

เป็นโรคเรื้อรังนานเกินหกเดือน มีความวิตกกังวลอันไม่เหมาะสมกับความเป็นจริงหรือมากเกินไป

ระบาดวิทยา

พบได้ 3-8 % ของประชากรทั่วไป หญิงต่อชายเท่ากับสองต่อหนึ่งมักเกิดในช่วงอายุ 20-30 ปี แต่เป็นในช่วงอายุใดก็ได้

สาเหตุ

1. Biological theories

1.1 neurotransmitters

1.1.1 GABA ในปัจจุบันพบว่ายากกลุ่ม benzodiazepines ที่มีประสิทธิภาพในการรักษาอาการวิตกกังวล มีฤทธิ์เพิ่มการทำงานของระบบสาร GABA ซึ่งเป็น inhibitory neuron ของระบบประสาท

1.1.2 Norepinephrine และ serotonin โดย norepinephrine มีกำเนิดมาจากกลุ่มของเซลล์ประสาทที่เรียกว่า locus ceruleus ส่วน serotonin มีแหล่งกำเนิดจาก raphe nuclei จากการทดลองกระตุ้นบริเวณเหล่านี้ในสัตว์ทดลอง พบว่าทำให้เกิดอาการวิตกกังวลได้ สารหรือยาที่มีฤทธิ์ลดการทำงานของระบบเหล่านี้สามารถลดความวิตกกังวลได้

ความรู้ทางกายวิภาคของสมอง ดังกล่าวมาแล้วข้างต้น

1.2 กรรมพันธุ์ 25% ของ first-degree relatives เป็นกับเพศหญิงมากกว่าเพศชาย เพศชายมีโอกาสเป็นโรคพิษสุราเรื้อรัง ส่วนฝาแฝดยังไม่มียีนส์บางรายงานว่า 50% ใน monozygotic twins และ 15% ใน dizygotic twins

2. Psychosocial theories

ดังที่ได้กล่าวแล้วข้างต้น

ลักษณะทางคลินิก

อาการวิตกกังวลแพร่กระจายไปในหลาย ๆ เรื่อง (generalized) หรือมีลักษณะที่ไม่ทราบสาเหตุ (free-floating) ไม่เจาะจงหรือผูกพันอยู่กับเหตุการณ์ หรือสิ่งใดสิ่งหนึ่งโดยเฉพาะเหมือน phobia และไม่ได้มีอาการที่รุนแรง เกิดขึ้นเป็นช่วง ๆ เหมือน panic attack แต่ผู้ป่วยตกอยู่ในภาวะวิตกกังวล ตึงเครียด กลัว หรือหวาดหวั่น และคาดการณ์ไปล่วงหน้า (apprehensive expectation) ว่าจะมีสิ่งไม่ดีเกิดขึ้นในชีวิต

หลักเกณฑ์การวินิจฉัย generalized anxiety disorder ตาม DSM-5

- A. วิตกกังวลมากเกินไปเกี่ยวกับเหตุการณ์ในชีวิตเป็นเวลาอย่างน้อยหกเดือน
- B. บุคคลรู้สึกว่ามันยากที่จะควบคุมความวิตกกังวล
- C. มีอาการอย่างน้อย 3 ข้อใน 6 ข้อต่อไปนี้
 1. กระสับกระส่ายหรือรู้สึกหวาดหวั่นไม่ปลอดภัย (keyed up or on edge)
 2. อ่อนเพลียง่าย
 3. ไม่มีสมาธิหรือใจลอย
 4. หงุดหงิด (irritability)
 5. ปวดกล้ามเนื้อ (muscle tension)
 6. มีความผิดปกติของการนอนหลับ นอนหลับยาก

- D. ความวิตกกังวลหรืออาการทางด้านร่างกาย ทำให้เกิดความบกพร่องของการเข้าสังคม อาชีพ หรือการดำเนินชีวิต
- E. ความผิดปกติไม่ได้มีสาเหตุจากโรคทางด้านร่างกาย หรือยาเสพติด
- F. ความผิดปกติ ไม่ได้เข้ากับโรคอื่นได้ดีมากกว่า

การดำเนินโรคและการพยากรณ์โรค

เป็นโรคเรื้อรัง อาจเป็นตลอดชีวิตได้ประมาณ 25% เกิดมี panic disorder ขึ้น

การวินิจฉัยแยกโรค

เนื่องจากกลุ่มอาการวิตกกังวลสามารถเกิดขึ้นได้ในโรคจิตเวชอื่น ๆ ทุกโรคหรืออาจมีสาเหตุจากโรคทางกายหรือสารบางตัวได้เช่นกัน ดังนั้นก่อนที่จะวินิจฉัยผู้ป่วยว่าเป็นโรค GAD จะต้องวินิจฉัยแยกโรค ดังนี้

1. โรคทางกายและพิษจากสารหรือยาบางชนิด โรคทางกายที่ทำให้เกิดอาการวิตกกังวล ได้แก่ hyperthyroidism , pheochromocytoma , fasting hypoglycemia สารหรือยาที่ทำให้เกิดอาการวิตกกังวล ได้แก่ คาเฟอีน แอมเฟตามีน ภาวะถอนเหล้า

2. โรคทางจิตเวช ได้แก่

2.1 panic disorder อาการเกิดอย่างรวดเร็ว รุนแรงมากจนผู้ป่วยกลัวว่าตนเองจะตายหรือเป็นบ้าไป เป็นช่วงเวลาอย่างชัดเจนไม่เกิน 1 ชั่วโมง ต่างจาก GAD ที่อาการเป็นอยู่เรื่อย ๆ ทั้งวัน

2.2 adjustment disorder with anxiety เกิดจากมีเรื่องสะเทือนใจอย่างชัดเจนและปรับตัวไม่ได้ ทำให้มีอาการวิตกกังวล อาการเป็นอยู่นานไม่เกิน 6 เดือน

phobic disorder กลัวเฉพาะต่อสิ่งของ สัตว์ สถานที่ หรือเหตุการณ์ใดเหตุการณ์หนึ่งโดยเฉพาะ และมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงไม่เผชิญกับสิ่งที่ตนกลัว

obsessive-compulsive disorder มีความวิตกกังวลเกิดขึ้น เมื่อพยายามบังคับความคิดหรือการกระทำที่เกิดขึ้นซ้ำ ๆ และผู้ป่วยทราบไม่สมเหตุผลให้หยุดลง

โรคซึมเศร้าอาจมาด้วยอาการว่าวิตกกังวล สิ่งที่เป็นข้อเตือนใจให้แพทย์ต้องนึกถึงโรคซึมเศร้า คือ อาการวิตกกังวลที่เกิดขึ้นครั้งแรกในคนอายุมาก มีอารมณ์เบื่ออาหาร น้ำหนักลด ความจำลดลง

Psychosis ก่อนมีอาการชัดเจน ผู้ป่วยอาจมาด้วยอาการวิตกกังวลก่อน และผู้ป่วยที่หลงผิดว่าถูกปองร้ายก็อาจแสดงอาการวิตกกังวลให้เห็นได้

การรักษา

1.การรักษาด้วยยา

benzodiazepines เป็น drug of choice ต้องระวังปัญหาการติดยา 25-30% ของผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อยา ขนาดยาที่เหมาะสมในการรักษาอยู่ในช่วง 5-15 มก./วันของ diazepam ในทางปฏิบัติมักเริ่มที่ขนาดยาดำกว่ากำหนดก่อน เช่น 4-8 มก./วันของ diazepam

tricyclic และ MAOIS อาจใช้ได้ผล

B-blocks เป็นยาที่อาจใช้ร่วมกับยากลุ่ม benzodiazepines ในผู้ป่วยที่มีอาการทางกาย เช่น ใจเต้นเร็วหรือสั่น ไม่ตอบสนองต่อการให้ยาพวก benzodiazepines แต่เพียงอย่างเดียว

2. psychosocial aspect

การรักษาด้วยจิตบำบัด เป็น treatment of choice จะใช้วิธีใดขึ้นกับ nature ของปัญหา

พฤติกรรมบำบัด อาจใช้ cognitive coping strategies , relaxation ,biofeedback, meditation และการนวดผ่อนคลาย ตัวอย่าง ได้แก่ aromatherapy massage with lime essential oil สามารถลดความเครียดได้ ดังในงานวิจัยของ รศ.พญ.วันเพ็ญ ชุรกิจต์วัฒนการ เรื่อง Effects of aromatherapy massage with lime essential oil on stress.

การดูแลความคิดเน้นการสร้างเสริมสุขภาพความคิดโดย

1. ใตร่ตรองทุกครั้งว่าที่กำลังคิดอยู่เป็นความคิดที่มีคุณหรือโทษ
2. เลือกคิดเฉพาะเรื่องที่มีคุณและแง่บวกเท่านั้น
3. ไม่ตกเป็นทาสของความคิด หยุดความฟุ้งซ่านให้สมองว่าง ๆ โดยไม่คิดบ้าง
4. หมั่นฝึกสติ และสมาธิ เพื่อไม่ให้วิตกกังวลเป็นทาสของความคิด

PANIC DISORDER AND AGORAPHOBIA

ลักษณะสำคัญ คือ spontaneous , episodic และ intense periods of anxiety ส่วนมากเป็นอยู่ไม่ถึง 1 ชั่วโมง อาจเกิดมี agoraphobia หมายถึง ความกลัวต่อการอยู่ในสถานที่หรือสถานการณ์ที่บุคคลอาจไม่ได้รับความช่วยเหลือถ้ามี panic attack เกิดขึ้น ทำให้เขาไม่กล้าไปไหนหรือจะต้องมีเพื่อนร่วมทางด้วยที่พบบ่อย ได้แก่ กลัวการออกไปนอกบ้านคนเดียว กลัวการอยู่ในฝูงชน

ประมาณ 2 ใน 3 ของผู้ป่วย agoraphobia จะมี panic attack ด้วย บางรายงานเชื่อว่า panic attack เป็นสาเหตุของ agoraphobia ทุกราย

ระบาดวิทยา

- Panic disorder มี lifetime prevalence ประมาณ 2% มักพบในกลุ่มคนอายุน้อย อายุเฉลี่ยประมาณ 25 ปี
- Panic disorder without agoraphobia พบในผู้ชายเท่ากับผู้หญิง
- Panic disorder with agoraphobia พบในผู้หญิงมากกว่าผู้ชายสองเท่า

- Agoraphobia มี lifetime prevalence 0.6% อย่างน้อย 2 ใน 3 มี panic disorder with agoraphobia มักพบใน second decade

สาเหตุ

1. biological theories

1.1 กรรมพันธุ์

- First-degree relatives มีโอกาสป่วยเป็น 15-20%
- แผลที่เกิดจากไข่ใบเดียวกัน ถ้าคนหนึ่งป่วยอีกคนจะมีโอกาสป่วยด้วย 80-90%
- แผลที่เกิดจากไข่คนละใบ ถ้าคนหนึ่งป่วยอีกคนจะมีโอกาสป่วยด้วย 10-15%

1.2 ระบบประสาทอัตโนมัติ ที่ locus ceruleus พบมีการเพิ่มขึ้นของ sympathetic tone

1.3 Lactate infusion พบว่าผู้ป่วย anxiety disorder ออกกำลังกายได้น้อยมี lactic acid เกิดขึ้นมาก และบางครั้งหลังออกกำลังกายมี panic attack เกิดขึ้น จึงได้ทดลองให้โซเดียมแลคเตทในผู้ป่วยกลุ่มนี้พบว่า 70% ของผู้ป่วยเกิดมี panic disorder ขณะที่คนปกติเกิดมีอาการเพียง 5% ได้สรุปต่อมาว่า การให้แลคเตทกระตุ้นให้มี norepinephrine เพิ่มขึ้น ในผู้ที่มิแนวน้ำมันจะเป็น panic disorder อยู่แล้ว เมื่อทดลองให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้สูดดม CO₂ ไปเพิ่ม firing rate ของเซลล์ประสาทใน locus ceruleus

1.4 Brain imaging จากการศึกษาการไหลเวียนของเลือดในสมองพบว่าปริมาณเลือดเพิ่มขึ้นไปสู่ parahippocampus ข้างขวา ในผู้ป่วย panic disorder ที่มี positive lactate infusion test และมี whole brain metabolism เพิ่มขึ้น ไม่พบผลเช่นนี้ในคนปกติหรือในผู้ป่วยที่มี negative lactate infusion test

1.5 Mitral valve prolapse (MVP)

- พบในผู้ป่วย panic disorder ได้มากถึง 50% ส่วนมากประชากรทั่วไปพบเพียง 5%
- ประมาณ 20% ของ MVP ไม่มีอาการ ถ้ามีก็จะเป็นอาการทางหัวใจและหายใจที่เหมือนใน panic disorder
- ทั้ง MVP และ panic disorder ถ่ายทอดทางกรรมพันธุ์ และพบในผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย

2. psychosocial theories

- ผู้ป่วย panic disorder ส่วนมากจะมีสิ่งแวดล้อมในวัยเด็กที่ไม่เหมาะสม ผู้ป่วย 20-50% มักได้ประวัติว่ามี separation anxiety disorder ในวัยเด็กหรือวัยรุ่นมาก่อน
- เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นก่อนป่วยพบว่าอาจเป็นปัจจัยกระตุ้นให้เกิดโรค ได้แก่ การพลัดพรากหรือการสูญเสียบุคคลที่รัก
- ความนึกคิดและความเข้าใจที่ผิดปกติ (cognitive abnormality) เป็นผลมาจากการแปลความหมายผิด คือ เมื่อเกิดความรู้สึกทางร่างกายบางอย่าง เช่น ใจสั่น หายใจไม่ต่อออก ผู้ป่วยมักแปลความหมายผิดไปว่า ความหายนออย่างใหญ่หลวงกำลังจะเกิดขึ้นกับตน

ลักษณะทางคลินิก

DSM-5 ไม่เหมือน DSM-III-TR ได้แยก panic attack ออกมาเพราะ panic attack สามารถเกิดได้ในหลายโรคนอกเหนือจาก panic disorder ได้แก่ specific phobia , social phobia , posttraumatic stress disorder

หลักเกณฑ์การวินิจฉัยโรค ตาม DSM-5

A. มี panic attack เกิดขึ้นโดยที่ทำนายไม่ได้ว่าจะเกิดขึ้น(unexpected panic attacks) เมื่อไหร่ เป็นช่วงเวลาอย่างชัดเจน ที่รู้สึกกระอักกระอ่วนอย่างมาก (intense discomfort) อาการสูงสุดภายใน 2-3 นาที(within minutes) ซึ่งประกอบด้วยอาการดังต่อไปนี้

1. ใจเต้น
2. เหงื่อแตก
3. ตัวสั่น
4. หายใจไม่ออก
5. รู้สึกกระอักกระอ่วน
6. แน่นหน้าอก
7. คลื่นไส้ ปั่นป่วนในท้อง
8. เวียนศีรษะ จะเป็นลม
- 9.หนาว ๆ ร้อน
10. ชาตามตัว
11. สิ่งแวดล้อมเปลี่ยนไป (Derealization) หรือตัวเองเปลี่ยนไป (depersonalization)
12. ควบคุมตัวเองไม่ได้ กลัวจะเป็นบ้า
13. กลัวจะตาย

B. หลังจากอาการโจมตีแล้ว ตามด้วยอาการข้อ 1 หรือ ข้อ 2

1. กังวลว่าอาการจะเกิดขึ้นอีก กลัวควบคุมตัวเองไม่ได้ กลัวจะเป็นบ้า
2. มีพฤติกรรมเปลี่ยนไปหลังจากมีอาการ ได้แก่ พฤติกรรม หลีกเลี่ยงการออกกำลังกาย หรือไปในสถานที่ที่ไม่คุ้นเคย

C. ไม่ได้มีสาเหตุโรคทางด้านร่างกาย ยา หรือสารเสพติด

D. ไม่ได้เข้ากับโรคทางด้านจิตเวชอื่น ๆ

หลักเกณฑ์การวินิจฉัย agoraphobia ตาม DSM-5

- A. กลัวหรือกังวลมากกว่าหรือเท่ากับ 2 ข้อใน 5 สถานการณ์ต่อไปนี้
1. ใช้ยานพาหนะสาธารณะ รถประจำทาง รถไฟ เครื่องบิน เรือ
 2. กลัวสถานที่โล่ง กว้าง ตลาด สวนสาธารณะ
 3. กลัวสถานที่ที่เป็นที่เปิด เช่น โรงหนัง
 4. กลัวอยู่ในที่ที่มีคนพลุกพล่าน
 5. กลัวการอยู่นอกบ้านคนเดียว
- B. ผู้ป่วยกลัวหรือ หลีกเลี่ยงสถานการณ์เหล่านี้ เพราะคิดไปว่าการหลีกหนีเป็นไปได้ยาก หรือจะไม่ได้รับการช่วยเหลือ เวลาเมื่อการ panic เกิดขึ้น
- C. สถานการณ์ในข้อ B ทำให้เกิดความกลัวและกังวลเสมอ
- D. หลีกเลี่ยงสถานการณ์ที่กลัว ต้องมีเพื่อนไปด้วย
- E. ความกลัวหรือกังวล ไม่เป็นสัดส่วนที่เหมาะสมกับอันตรายที่จะเกิดขึ้น
- F. ความกลัวหรือกังวล หรือ การหลีกเลี่ยงเป็นระยะเวลามากกว่า หรือเท่ากับ 6 เดือน
- G. อาการที่เกิดขึ้นทำให้เกิดความบกพร่องของสังคม อาชีพ หรือการดำเนินชีวิต
- H. ถ้ามีโรคทางด้านร่างกาย เช่น โรค พาร์กินสัน ความกลัว ความกังวลหรือการหลีกเลี่ยงมากเกินไป
- I. ความกลัว กังวล หรือการหลีกเลี่ยงไม่เข้ากับโรคอื่นได้ดีกว่า เช่น โรค specific phobia ,situational type ,ไม่ใช่ social anxiety disorder ,obsessive compulsive disorder , body dimorphic disorder, posttraumatic stress disorder , separation disorder

ประเภทของ panic disorder แบ่งเป็น 2 ประเภท คือ

- panic disorder with agoraphobia
- panic disorder without agoraphobia

หลักเกณฑ์การวินิจฉัย panic disorder ตาม DSM-5

1. Recurrent unexpected panic attacks. A panic attack is an abrupt surge of intense fear or intense discomfort that reaches a peak within minutes, and during which time four(or more)of the following symptoms occur:
 - 1.Palpitations ,pounding heart, or accelerated heart rate.
 2. Sweating.
 3. Trembling or shaking .
 4. Sensations of shortness of breath or smothering.
 5. Feelings of choking.
 6. Chest pain or discomfort.
 7. Nausea or abdominal distress.
 8. Feeling dizzy ,unsteady ,light-headed ,or faint.
 9. Chills or heat sensations.
 10. Paresthesias (numbness or tingling sensations).
 11. Derealization (feelings of unreality)or depersonalization (being detached from one self).
 12. Fear of losing control or “going crazy.”
 13. Fear of dying.
 2. มี attack อย่างน้อย 1 ครั้ง แล้วตามด้วยระยะเวลา 1 เดือน ที่มีอาการต่อไปนี้
 - a. กลัวว่าอาการจะเกิดขึ้นอีก
 - b. วิดกกังวลกลัวจะควบคุมตนเองไม่ได้ กลัวหัวใจวาย กลัวเป็นบ้า
 - c. พฤติกรรมเปลี่ยนไปหลังจากมีอาการ
- B. ไม่มี agoraphobia
- C. panic attack ไม่ได้เกิดจากยาหรือสารเสพติดหรือโรคทางร่างกาย เช่น hyperthyroidism
- D. panic attack ไม่ใช่จากโรค social phobia , specific phobia , posttraumatic stress disorder ,obsessive-compulsive disorder , separation anxiety disorder

หลักเกณฑ์การวินิจฉัย Panic disorder with agoraphobia ตาม DSM-IV-TR

- A. ทั้ง 1 และ 2
1. มีอาการ panic attack เกิดขึ้น โดยไม่สามารถทำนายได้ว่าจะเกิดขึ้นเมื่อไร
 2. มี attack อย่างน้อย 1 ครั้ง แล้วตามด้วยระยะเวลา 1 เดือน ที่มีอาการต่อไปนี้
 - a. กลัวว่าอาการจะเกิดขึ้นอีก
 - b. วิดกกังวลกลัวจะควบคุมตนเองไม่ได้ กลัวหัวใจวาย กลัวเป็นบ้า

- c. พฤติกรรมเปลี่ยนไปหลังจากมีอาการ
- B. มี agoraphobia
- C. panic attack ไม่ได้เกิดจากยาหรือสารเสพติดหรือโรคทางร่างกาย เช่น hyperthyroidism
- D. panic attack ไม่ใช่จากโรค social phobia , specific phobia , posttraumatic stress disorder ,obsessive-compulsive disorder , separation anxiety disorder

การวินิจฉัยแยกโรค

1. โรคทางกาย
 - 1.1 โรคหัวใจ เช่น ischemic heart disease และ arrhythmia โดยเฉพาะ paroxysmal atrial tachycardia แยกโดยการซักประวัติ ตรวจร่างกาย และตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ สำหรับ mitral valve prolapse นั้น ในกรณีที่พบร่วมด้วยสามารถให้การวินิจฉัยว่าเป็นทั้งสองโรคได้
 - 1.2 อาการถอนสารบางอย่าง เช่น แอลกอฮอล์ หรืออาการเป็นพิษจากสารบางอย่าง เช่น คาเฟอีน , amphetamine อาจมีอาการ panic attack ได้ แต่จะไม่วินิจฉัยเป็น panic disorder เพราะอาการ panic attack นั้นเกิดจาก substance induced organic mental disorder
 - 1.3 Hyperthyroidism และ hypoparathyroidism แยกโดยการตรวจร่างกายและส่งการตรวจดูการทำงานของต่อม thyroid
 - 1.4 Pheochromocytoma พบได้น้อย ตรวจร่างกายพบความดันโลหิตสูง หน้าแดง ตัวสั่น และมีความวิตกกังวลร่วมด้วย แยกโดยเก็บปัสสาวะ 24 ชั่วโมง เพื่อส่งตรวจ metabolite ของ catecholamine
 - 1.5 Reactive hypoglycemia จะบอกว่าเป็นภาวะนี้ต่อเมื่อเจาะเลือดผู้ป่วยขณะกำลังมีอาการแล้วพบว่าระดับน้ำตาลในเลือดลดต่ำลง

2. โรคทางจิตเวช
 - 2.1 generalized anxiety disorder บางครั้งทำให้เกิดความสับสนในการวินิจฉัยได้ เพราะผู้ป่วย panic disorder มักมีความวิตกกังวลเรื้อรัง หรือมีความวิตกกังวลล่วงหน้าเกิดขึ้นในระหว่างการเกิด panic attack แยกได้โดยอาศัยประวัติว่าไม่มีอาการ panic attack เกิดขึ้นซ้ำ ๆ มาก่อน และไม่พบว่าผู้ป่วยมีอาการเกิดขึ้นเป็นช่วงๆ (episode) เหมือน panic disorder
 - 2.2 โรคทางจิตเวชอื่น ๆ เช่น โรคจิตเภท โรคซึมเศร้า หรือ somatization disorder ในบางรายอาจมีอาการเหมือน panic attack เกิดขึ้นได้ แต่จะไม่วินิจฉัยเป็น panic disorder แยกได้โดยผู้ป่วยจะมีลักษณะทางคลินิกที่สำคัญของโรคนั้น ๆ เป็นอาการเด่นชัด

การดำเนินโรคและการพยากรณ์โรค

- กาแฟทำให้อาการเป็นมากขึ้น
- ประมาณ 50% ของผู้ป่วยอาการหายไป เมื่อติดตามการรักษาไประยะหนึ่ง
- ประมาณ 20% ไม่เปลี่ยนแปลง
- บุคลิกภาพก่อนป่วยที่ดีและระยะเวลาที่ป่วยช่วงสั้นจะทำให้พยากรณ์โรคดี
- Agoraphobia ขึ้นกับการรักษา panic disorder ให้หายได้ อาการของ agoraphobia ก็จะหายตาม
- agoraphobia without history of panic disorder จะเรื้อรัง และมีโรคซึมเศร้า และโรคพิษสุราเรื้อรังแทรกซ้อนได้บ่อย ๆ

การรักษา

เป้าหมายการรักษาเพื่อยับยั้งไม่ให้เกิด panic attack ขึ้นอีก ลดความวิตกกังวลล่วงหน้า และพยายามลดหรือป้องกันไม่ให้เกิดพฤติกรรมในการหลีกเลี่ยงหรือพึ่งพิงผู้อื่น แบ่งการรักษาเป็น 4 วิธี คือ

1. การรักษาด้วยยา

1.1 antidepressant drug ยาในกลุ่มนี้ที่มีการศึกษาถึงประสิทธิภาพของยาอย่างเป็นระบบด้วยวิธี double blind placebo controlled ได้แก่ imipramine และ clomipramine ส่วนยาตัวอื่น ๆ ที่มีรายงานว่ามียุทธินี้ด้วย ได้แก่ nortryptiline , amitryptiline เป็นต้น ยกเว้นยา bupropion ที่มีรายงานในขณะนี้ว่าไม่มีฤทธิ์ antipanic ส่วน trazodone นั้น ถือว่ามีฤทธิ์ค่อนข้างน้อย(less effective)

สำหรับคนไทยนั้นมักตอบสนองต่อยาในขนาด 50-150 มก./วัน มีบ้างบางรายงานที่ต้องให้ยาสูงถึง 200 มก./วัน

1.2 benzodiazepines

➤ alprazolam ตั้งต้นขนาด 0.5-1 มก./วัน ขนาดยาสูงสุด 4 มก./วัน แต่มีรายงานว่าในผู้ป่วยบางรายอาจต้องใช้สูงถึง 6-10 มก./วัน

➤ clonazepam 1-2 มก./วัน (อาจให้สูงถึง 4-6 มก./วัน)

➤ lorazepam 2-6 มก./วัน

➤ diazepam 30-40 มก./วัน

เมื่ออาการหายไปควรให้ยาต่ออีก 6-12 เดือน แล้วจึงค่อย ๆ ลดขนาดลงจนหยุดยาได้หมดภายใน 1 ปี กรณีที่เกิดเป็นซ้ำขึ้นอีก ในระหว่างกำลังลดยา ก็ให้ยาขนาดเดิมต่อไปอีก 3-6 เดือน แล้วจึงพิจารณาหยุดยาใหม่ ผู้ป่วยส่วนมากจะหยุดยาได้หมดภายในระยะเวลาไม่เกิน 2 ปี แต่ก็ยังคงมีผู้ป่วยอีกส่วนหนึ่งที่ต้องให้ยาต่อไปอีกเป็นระยะเวลานาน

2. การดูแลรักษาทางจิตใจและสังคม

2.1 insight-oriented psychotherapy เน้นที่การช่วยผู้ป่วยให้เข้าใจ unconscious meaning ของ anxiety ความหมายของสถานการณ์ที่เขาหลีกเลี่ยงสัมพันธ์กับเหตุการณ์ในอดีตอย่างไร ความจำเป็นที่ต้องกด impulses และ secondary gain ของอาการ

2.2 พฤติกรรมบำบัด (behavior therapy) ใช้ได้ดีกับอาการ agoraphobia หรือ anticipatory anxiety เทคนิคที่ใช้ คือ systematic desensitization

2.3 ครอบครัวบำบัด (family therapy) ให้ family education และ support

2.4 Cognitive therapy พยายามเปลี่ยนการแปลความหมาย ความรู้สึกทางร่างกายที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยใหม่ จากเดิมที่ผู้ป่วยแปลผิดไปว่า ความหายนะกำลังเกิดขึ้นกับตน ให้แปลไปในทางที่ถูกต้องเป็นจริง ไม่ใช่ หายนะ (non-catastrophic interpretation) แทน

2.5 การนั่งสมาธิ ช่วยให้ระบบประสาททำงานอย่างมีสมดุลและไม่ตื่นตื้นง่าย ตลอดจนช่วยลดความกังวลว่าอาการจะเกิดขึ้นอีก

SPECIFIC PHOBIA AND SOCIAL PHOBIA

Phobia คือ ความกลัวที่ไม่มีเหตุผล ทำให้เกิดพฤติกรรมหลีกเลี่ยงสิ่งที่กลัว ทั้งความกลัวและพฤติกรรมนี้เป็น ego dystonic ต่อผู้ป่วย และผู้ป่วยทราบดีว่าความกลัวนี้ไม่มีเหตุผล

Social phobia คือ ความกลัวการอยู่ในที่สาธารณะ กลัวว่าตัวเองจะทำอะไรให้ได้รับความอับอาย เช่น กลัวการพูดหน้าชั้น กลัวการแสดงออกต่อหน้าสาธารณชน

Social phobia ต่างจาก agoraphobia ที่ agoraphobia ไม่คำนึงถึงปฏิกิริยาของผู้อื่นต่อพฤติกรรมของเขา

Specific phobia เป็นความกลัวโดยเฉพาะต่อวัตถุหรือสถานการณ์อันหนึ่งที่ไม่ใช่ social phobia หรือ agoraphobia

ระบาดวิทยา

social phobia พบได้ 3-5% ของประชากรทั่วไป หญิงพบได้เท่ากับชาย มักพบในวัยรุ่น

specific phobia พบได้บ่อยกว่ามาก พบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย สิ่งที่ถูกกลัวที่พบได้บ่อย ได้แก่ สัตว์ พายุ ความสูง ความเจ็บป่วย ความตาย

สาเหตุ

1. biological theories ยังไม่มีข้อมูลที่สำคัญ
2. psychoanalytic theories

social phobia และ specific phobia เกิดจาก castration fear ซึ่งเป็นผลจากข้อขัดแย้งในระยะ oedipal stage มีการใช้ defense mechanism ชนิด repression เมื่อไม่สามารถระงับความวิตกกังวลได้ จึงใช้ defense mechanism ตัวอื่น คือ displacement ไปสู่วัตถุหรือสถานการณ์ที่มีความหมายถึงข้อขัดแย้งเดิม (symbolization) นอกจากนี้ต้องให้ defense mechanism ชนิด avoidance เพิ่มอีกตัวหนึ่งจึงจะทำให้ anxiety หดไป

3. behavior theories อาการเกิดขึ้นโดยการเรียนรู้ชนิด classical conditioning และ operant conditioning

ลักษณะทางคลินิก

ผู้ป่วยมีอาการวิตกกังวลมาก แสดงออกทั้งทางร่างกายและจิตใจ ตรวจสภาพจิตพบมีความกลัวที่ไม่มีเหตุผล และเป็น ego-dystonic ต่อสถานการณ์ วัตถุ หรือสัตว์ ผู้ป่วยจะพยายามทุกวิถีทางเพื่อหลีกเลี่ยงสิ่งที่เขากลัว ทำให้กิจกรรมในชีวิตประจำวันลดลง อาจพบปัญหาแทรกซ้อน คือ คิดเหวี่ยง คิดยาเสพติด หรือซึมเศร้า

หลักเกณฑ์การวินิจฉัย social phobia ตาม DSM-IV-TR

- A. ความกลัวอย่างมาก และต่อเนื่อง ต่อสถานการณ์ที่ผู้ป่วยเป็นจุดสนใจของกลุ่มคนที่ผู้ป่วยไม่คุ้นเคย ผู้ป่วยกลัวจะถูกวิจารณ์ในทางไม่ดี กลัวอับอายขายหน้า
- B. ถ้าต้องเผชิญกับสถานการณ์ใน A ผู้ป่วยมีความวิตกกังวล บางทีอาจถึงขั้น panic attack
- C. ผู้ป่วยทราบว่าความกลัวนั้นมากเกินไปหรือไม่สมเหตุผล
- D. พยายามหลีกเลี่ยงสถานการณ์ในข้อ A ถ้าจำเป็นต้องเผชิญจะวิตกกังวลและทรมานมาก
- E. พฤติกรรมหลีกเลี่ยง ความวิตกกังวลจากสถานการณ์ในข้อ A รบกวนชีวิตประจำวัน อาชีพ การเรียน สังคม มนุษย์สัมพันธ์
- F. ในผู้ที่อายุน้อยกว่า 18 ปี ระยะเวลาที่เป็นอย่างน้อย 6 เดือน

- G. ความกลัวหรือพฤติกรรมหลีกเลี่ยงไม่ได้เกิดจากการใช้ยาหรือสารเสพติด และไม่ใช่ว่าจากโรคจิตเวชอื่น ได้แก่ panic disorder with or without agoraphobia , separation anxiety disorder , body dysmorphic disorder , pervasive developmental disorder , schizoid personality disorder
- H. ถ้ามีโรคทางร่างกายหรือโรคทางจิตเวชอื่น ๆ ความกลัวในข้อ A ต้องไม่เกี่ยวเนื่องด้วย เช่น ไม่ใช่กลัวพูดติดอ่าง ไม่ใช่กลัวสั้นในโรค parkinson ไม่ใช่กลัวว่า จะแสดงการรับประทานอาหารผิดปกติ อย่างใน anorexia nervosa หรือ bulimia nervosa

หลักเกณฑ์การวินิจฉัย Specific phobia ตาม DSM-IV-TR

- A. มีความกลัวอย่างมากและต่อเนื่องต่อวัตถุหรือสถานการณ์บางอย่าง เช่น ความสูง สัตว์ เป็นความกลัวอย่างไม่มีเหตุผล
- B. การเผชิญต่อวัตถุหรือสถานการณ์ที่กลัว ทำให้เกิด panic attack
หมายเหตุ ในเด็กแสดงออกโดยร้องไห้ ระเบิดเท้า (tantrums)
- C. ผู้ป่วยรู้ว่าความกลัวนั้นมากเกินไปและไม่มีเหตุผล
- D. พยายามหลีกเลี่ยงสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความกลัวหรือ ถ้าจำเป็นต้องเผชิญจะวิตกกังวลและทรมานมาก
- E. พฤติกรรมหลีกเลี่ยง ความวิตกกังวล ความทุกข์ทรมาน รบกวนชีวิตประจำวัน อาชีพ การเรียน สังคม มนุษย์สัมพันธ์
- F. ในผู้ที่อายุน้อยกว่า 18 ปี ระยะเวลาที่เป็นอย่างน้อย 6 เดือน
- I. ไม่ใช่จากโรคจิตเวชอื่น ได้แก่ obsessive-compulsive disorder , posttraumatic stress disorder , panic disorder with or without agoraphobia , separation anxiety disorder , social phobia

การดำเนินโรคและการพยากรณ์โรค

- ถ้าผู้ป่วยสามารถหลีกเลี่ยงสิ่งที่กลัวได้ง่ายก็อาจอยู่ได้เป็นปกติ
- social phobia มักค่อย ๆ เป็น และบางครั้งเริ่มหลังจากมีเรื่องเครียด
- social phobia อาจเป็นเรื้อรัง แม้ว่ามีหลักฐานว่า อาการดีขึ้นหลังจากวัยกลางคน
- specific phobia ที่เริ่มเกิดตั้งแต่วัยเด็กมักหายได้เอง

การวินิจฉัยแยกโรค

1. โรคทางกาย ได้แก่ ภาวะ intoxication จาก hallucinogens เนื้องอกในสมอง CVA
2. โรคทางจิตใจ

2.1 schizophrenia ผู้ป่วยโรคนี้ phobia ที่เกิดขึ้นจะมีเหตุผลน่าเชื่อถือและเป็นจริงสำหรับเขา ซึ่งต่างจาก phobic disorder ที่จะรู้ว่าความกลัวของตนนั้นไม่สมเหตุผล และเกินความเป็นจริง

2.2 โรคซึมเศร้า เราอาจพบ agoraphobia หรือ panic attack เป็นอาการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้ และในทางกลับกัน เราอาจพบอาการซึมเศร้าเป็นอาการร่วมในผู้ป่วย phobic disorder ได้เช่นกัน แต่ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะมีลักษณะอาการบางอย่างให้เห็นชัดเจนกว่า เช่น การสูญเสียความสนใจในสิ่งรอบตัว ขาดความสนุกสนานส่วนผู้ป่วย phobic disorder อาจบอกว่าตนเองยังมีความสนใจหรือกระตือรือร้นในกิจกรรมหรือการออกไปในสถานที่ต่าง ๆ ถ้าตนเองไม่มีอาการกลัว หรือ panic attack เกิดขึ้น

2.3 hypochondriasis ผู้ป่วยจะมีความกลัวว่าตนเองจะเป็นโรคต่าง ๆ ได้คล้ายผู้ป่วย illness phobia ที่จัดอยู่ในพวก simple phobia แต่ในผู้ป่วย hypochondriasis ความกลัวต่อโรคจะกระจัดกระจายกว่าและไม่เฉพาะเจาะจงเป็นโรคใด ตัวอย่างของ illness phobia เช่น AIDS phobia เป็นต้น

การรักษา

1. พฤติกรรมบำบัด เป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด ตัวอย่างเช่น specific phobia วิธีการรักษาที่มีประสิทธิภาพ คือ in vivo หรือ imaginal exposure , in vivo exposure เป็นการที่ผู้ป่วยจะเผชิญต่อ phobic stimuli ในชีวิตจริงเลย ส่วน imaginal exposure จะเป็นการเผชิญกับ phobic stimuli ผ่านการบรรยายความของแพทย์ และ imagination ของผู้ป่วย โดยผู้ป่วยอาจเผชิญแบบค่อยเป็นค่อยไป (graded) เช่น desensitization หรือ พบฉับพลัน (ungraded) เช่น flooding
- social phobia ใช้วิธี systematic desensitization หรือ การฝึกทักษะทางสังคม (social skill training)
2. การรักษาด้วยยา ยาที่ดีมากใน social phobia คือ propranolol ตัวอื่น ๆ ที่ใช้ ได้แก่ tricyclic antidepressants
3. insight-oriented psychotherapy ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจสาเหตุของอาการ secondary gain ที่ได้ บทบาทของ resistance และช่วยให้เขามีวิธีที่ดีในการจัดการกับสิ่งที่กลัวนั้น
4. วิธีอื่น ๆ เช่น
 - การสะกดจิต (hypnosis) โน้มน้าวจิตใจผู้ป่วยว่า สิ่งที่เขากลัวไม่มีอันตรายและให้ผู้ป่วยมี relaxation เมื่อเผชิญกับสิ่งที่กลัว
 - Supportive psychotherapy และ family therapy ให้กำลังใจผู้ป่วยเผชิญกับสิ่งที่เขากลัวและให้ครอบครัวเข้าใจอาการป่วยของผู้ป่วย

OBSESSIVE-COMPULSIVE DISORDER (OCD)

Obsession เป็นความคิดหรือความรู้สึกที่เกิดขึ้นซ้ำ ๆ ในจิตใจ ส่วน compulsion เป็นพฤติกรรมที่จงใจทำขึ้นซ้ำ ๆ กัน เช่น การนับ การตรวจเช็ค ตาม DSM-IV-TR ลักษณะสำคัญของโรคนี้

คือ มีความคิดหรือการกระทำที่เกิดขึ้นซ้ำ ๆ กัน มีความรุนแรงจนทำให้รบกวนการทำงาน สังคม ความสัมพันธ์กับผู้อื่นหรือเสียเวลามาก ผู้ป่วยทราบดีว่าเป็นเรื่องไม่มีเหตุผล และทั้ง obsession และ compulsion เป็น ego dystonic ผู้ป่วยโรคนี้อาจมีทั้ง obsession และ compulsion หรือมีอย่างใดอย่างหนึ่ง แม้ว่า compulsive act ถูกกระทำขึ้นเพื่อลดความวิตกกังวลที่เกิดจากความคิด แต่ก็ไม่ใช่ว่าจะลดได้เสมอไป บางครั้งอาจยิ่งทำให้วิตกกังวลมากขึ้น

ระบาดวิทยา

พบได้ 2-3% ในประชากรทั่วไป มักเริ่มเกิดในวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ตอนต้น พบในเพศหญิงได้เท่ากับเพศชาย ผู้ป่วยมักมีระดับเซโรโทนินสูงกว่าเกณฑ์เฉลี่ย

สาเหตุ

1. biological factors

- 1.1 neurotransmitters ได้แก่ serotonin เป็นสารสื่อประสาทที่ถูกศึกษามากว่าเกี่ยวข้องกับอาการย้ำคิดย้ำทำ การเกิด impulsivity ความอยากฆ่าตัวตาย ความก้าวร้าว ความวิตกกังวล และการเรียนรู้ หลักฐานที่สนับสนุนบทบาทของ serotonin ในโรค OCD ได้มาจากการค้นพบว่ายา clomipramine ซึ่งมีฤทธิ์ยับยั้งการ reuptake ของ serotonin มากกว่า ยา tricyclics ตัวอื่น ๆ สามารถต้านอาการย้ำคิดได้
- 1.2 brain trauma ในคนไข้ OCD บางรายมีประวัติของ traumatic births
- 1.3 ผู้ป่วย temporal lobe epilepsy บางรายมีอาการคล้ายคลึงกับที่พบใน OCD
- 1.4 PET study พบมีการเพิ่มของ metabolic activity ใน left orbital gyrus และใน left and right caudate nuclei จึงตั้งเป็นสมมติฐานว่า cingulate gyrus อาจเกี่ยวข้องในการเกิดโรคนี
- 1.5 กรรมพันธุ์ พบได้ 35% ใน first-degree relatives ของผู้ป่วย OCD และพบใน monozygotic twin มากกว่า dizygotic twin
- 1.6 อื่น ๆ ได้แก่
 - EEG พบ nonspecific abnormalities เพิ่มขึ้น
 - Sleep EEG พบความผิดปกติคล้ายกับ depression
 - Nonsuppression ใน dexamethasone test คล้ายกับ depression
 - CT scan พบมี enlarged ventricles ใน OCD ที่เป็นรุนแรง

2. psychosocial factors

2.1 psychodynamic factor

Freud ได้กล่าวถึงกลไกทางจิต 3 อัน ได้แก่ isolation (การแยกอารมณ์และความคิด) undoing (การทำเพื่อลบล้างความคิด) reaction formation (การกระทำตรงกันข้าม) กลไกทางจิตทั้งสามอันจะถูกใช้ร่วมกัน เพื่อขจัดความวิตกกังวลออกจากจิตสำนึก โดย isolation กลไกของการแยกอารมณ์จะทำให้เหลือเพียงความคิดที่ปราศจากอารมณ์ แต่การแยกอารมณ์ไม่ได้เกิดขึ้นสมบูรณ์ ทำให้มีแรงผลักดันหลงเหลืออยู่บางส่วนและพยายามหนีออกจากการควบคุม จึงต้องใช้กลไกทางจิตอันที่สองมาช่วย คือ undoing แสดงออกโดยพฤติกรรมย้ำทำเพื่อลบล้างความคิดซึ่งไม่เป็นที่ยอมรับ

ตัวอย่าง เช่น ผู้ป่วยซึ่งมีการย้ำคิดว่า “พ่อของเขาจะตาย” เกิดขึ้นทุกครั้งที่เขาปิดไฟเขาจะหันกลับมาและแตะสวิตช์ไฟใหม่และพูดว่า “ฉันได้คืนความคิดนี้ไปแล้วนะ” โดยการพูดเช่นนี้เขาได้ลบล้างความคิดอันแรกซึ่งเป็นอันตรายออกไป (undoing)

ส่วน reaction formation ทำให้เกิดบุคลิกภาพมากกว่าการเกิดอาการ การทำตรงกันข้ามเป็นการทำให้รูปแบบของพฤติกรรม และทัศนคติในจิตสำนึกถูกแสดงออกมาในลักษณะตรงกันแรงผลักดันภายใน โดยมากแล้วบุคคลภายนอกมักจะสังเกตว่าเป็นการแสดงออกที่มากเกินไปหรือไม่เหมาะสม

2.2 other psychogenic factors ลักษณะหนึ่งที่เด่นชัดของผู้ป่วย OCD คือการคิดหมกมุ่นอย่างรุนแรงในเรื่องเกี่ยวกับ ความก้าวร้าว และ ความสกปรก ดังนั้นจึงทำให้คิดว่าผู้ป่วยเหล่านี้น่าจะมีการชะงักงันของพัฒนาการในช่วง anal stage (anal-sadistic fixation)

- ในเด็กปกติ anal stage เด็กจะมีความรู้สึกทั้งรักทั้งเกลียดสิ่งเดียวกัน (ambivalent) และความรู้สึกเปลี่ยนไปมาอย่างรวดเร็ว ในผู้ป่วยโรคย้ำคิดย้ำทำก็มีทั้งความรู้สึกรักและเกลียดสิ่งเดียวกัน ซึ่งจะแสดงออกมาเป็นพฤติกรรม ทำ-ไม่ทำ เปิดไฟ-ปิดไฟ เป็นต้น
- โดยอาศัยกลไกของการถดถอย (regression) จะเปิดเผยให้เห็นถึงวิธีการคิดของ ego และ id ของผู้ป่วย ซึ่งเป็นความคิดเชิงปาฏิหาริย์ (magical thinking) และเกี่ยวข้องกับลักษณะความคิดแบบ omnipotent นั่นเอง ตัวอย่าง เช่น ในชายที่คิดว่าพ่อของเขาจะตายทุกครั้งที่เขาปิดไฟ เขาจะแตะสวิตช์ไฟ โดยคิดว่าจะเป็นการคืนความคิดอันนี้ ลักษณะความคิดเช่นนี้เป็นเชิงปาฏิหาริย์ ซึ่งอันที่จริงแล้วมิได้มีความหมายต่อเหตุการณ์นี้เลย แต่ผู้ป่วยเองกลับรู้สึกว่ามีอำนาจในการป้องกันอันตรายที่จะเกิดขึ้น
- learning theories การย้ำทำเกิดจากผู้ป่วยเรียนรู้ว่า จากการทำของเขาจะทำให้ความวิตกกังวลที่เกิดจากการย้ำคิดลดน้อยลงได้ จึงทำให้การย้ำทำยังคงอยู่
- personality factors OCD ไม่ใช่ severe form ของ compulsive personality disorder พบเพียง 15-35% ของ OCD ที่มี premorbid obsessional trait ขณะที่คนไข้จิตเวชชนิดอื่น ๆ มี trait นี้ถึง 50%

ลักษณะทางคลินิก

ลักษณะของย้ำคิดย้ำทำเป็นดังนี้

ความคิดบุกรุกเข้ามาในจิตสำนึกโดยตลอด

รู้สึกวิตกกังวลอย่างมากจนต้องหาวิธีต่อต้าน

เป็นสิ่งแปลกปลอมต่อตัวเขา (ego alien)

ผู้ป่วยทราบดีว่ามีผล

ต้องการต่อต้านมันอย่างมาก

ลักษณะที่พบบ่อยที่สุดในโรคย้ำคิดย้ำทำ เรียงตามลำดับดังนี้

1. obsession of contamination เกิดมีการทำความสะอาดตามมา ลักษณะนี้พบบ่อยที่สุด ประมาณ 50% ผู้ป่วยเหล่านี้จะใช้เวลาวันละหลาย ๆ ชั่วโมงล้างมือหรืออาบน้ำ

2. obsession of doubt พวกนี้จะไม่มีความไม่แน่ใจอย่างรุนแรง ทำให้ต้องตรวจสอบซ้ำอยู่เสมอ ลักษณะที่พบบ่อย คือ พวกนี้จะกลัวว่ายังไม่ได้ปิดประตูบ้าน จึงต้องเดินไปดูกลอนประตูบ้านบ่อย ๆ การตรวจสอบอาจจะช่วยให้อาการย้ำคิดเกี่ยวกับความสงสัยลดน้อยลง แต่ก็ไม่สิ้นสุด เพราะว่าจะมีความสงสัยอย่างอื่นตามมา เช่น หลังจากปิดกลอนประตูแล้ว เมื่อหันหลังเดินกลับมากลอนอาจจะหล่นลงมาจึงต้องเดินกลับไปตรวจสอบอีก การพยายามต่อต้านการตรวจสอบจะทำให้ผู้ป่วยไม่มีสมาธิ และจะเหน็ดเหนื่อย จากความไม่แน่ใจที่เกิดขึ้นวนเวียนอยู่ในใจ

3. pure obsessions พวกย้ำคิดอย่างเดียว ความคิดที่แทรกซึมอยู่ซ้ำ ๆ มักจะเกี่ยวข้องกับเรื่องเพศ ความก้าวร้าว และมีลักษณะของการดำหนิติเตียน บางครั้งอาจจะเกี่ยวข้องกับแรงผลักดันหรือภาพจน์ที่น่ากลัว หากการย้ำคิดเป็นลักษณะก้าวร้าวก็มักจะพุ่งตรงสู่บุคคลที่มีความหมายสำหรับผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยเต็มไปด้วยความรู้สึกผิด การต่อต้านความคิดนี้มักจะเป็นในรูปแบบของการคิดด้วย เช่น การคิดคัดค้านหรือการพยายามคิดในทางตรงข้ามกับความคิดเดิมมากกว่าจะเกิดในรูปพฤติกรรมย้ำทำ และอาจจะรบกวนผู้ป่วยมากกว่าการย้ำคิดอันแรกก็ได้ เช่น ผู้ป่วยที่มีความกลัวว่าเขาจะทำอันตรายน้องชายของเขา เขาจะพยายามต่อสู้กับความคิดนี้ด้วยการหลีกเลี่ยงวัตถุแหลมคมทุกชนิด ต่อมาพยายามหลีกเลี่ยงการพบปะครอบครัวของเขา และในที่สุดถึงกับพยายามหลีกเลี่ยงอักษรนำหน้าชื่อของน้องชายด้วย เพื่อลบล้างความคิดที่จะทำอันตรายน้องของเขาเสีย

4. obsessional slowness กระทำกิจวัตรประจำวันไปอย่างเชื่องช้า เช่น ใช้เวลาแปรงฟันเป็นชั่วโมงหรือมากกว่านั้น

จากการตรวจสภาพจิตพบมี depression หรืออาการของ dysthymia ได้ประมาณ 50% ของผู้ป่วย obsessive-compulsive disorder ทั้งหมด

หลักเกณฑ์การวินิจฉัย obsessive-compulsive disorder ตาม DSM-IV-TR

A. มี obsessions หรือ compulsions หรือมีทั้ง 2 อย่าง

Obsessions ดังในข้อ 1, 2, 3 และ 4

ความคิด แรงผลักดัน (impulses) หรือจินตนาการ (images) ที่เกิดขึ้นแล้วซ้ำอีกแม้ผู้ป่วยจะรู้ว่ามันรบกวนและไม่เหมาะสม ทำให้ผู้ป่วยวิตกกังวลและทุกข์ทรมาน

ความคิด แรงผลักดัน (impulses) หรือจินตนาการ (images) ไม่ใช่เป็นการวิตกกังวลมากเกินไปเกี่ยวกับปัญหาในชีวิตจริง

ผู้ป่วยพยายามละทิ้งไม่สนใจ หรือเก็บกดความคิด แรงผลักดัน หรือจินตนาการนั้น หรือพยายามทดแทน (neutralize) มันด้วยความคิดหรือการกระทำอื่น

ผู้ป่วยทราบว่าความคิด แรงผลักดัน หรือจินตนาการเป็นผลจากจิตใจของตนเองไม่ใช่มาจากสิ่งภายนอก (not imposed from without as in thought insertion)

Compulsions ดังในข้อ 1, 2, 3 และ 4

พฤติกรรมซ้ำ ๆ (ล้างมือ การนับ ตรวยเช็ค) ที่ผู้ป่วยต้องทำเพื่อตอบสนองความคิด

พฤติกรรมถูกกระทำขึ้นเพื่อลดความทุกข์ทรมาน (distress) หรือเพื่อป้องกันเหตุร้ายไม่ให้เกิดขึ้น ซึ่งพฤติกรรมนั้นไม่ใช่พฤติกรรมที่ป้องกันเหตุร้ายได้อย่างเหมาะสมในชีวิตจริง

- B. ผู้ป่วยทราบว่า obsessions หรือ compulsions นั้น มากเกินไปไม่สมเหตุสมผล
- C. obsessions หรือ compulsions สร้างความทุกข์ทรมาน เสียเวลา (ใช้เวลามากกว่าวันละ 1 ชั่วโมง) หรือรบกวนชีวิตประจำวันของผู้ป่วย อาชีพ การเรียน สังคม มนุษยสัมพันธ์
- D. ถ้ามี Axis I disorder อย่างอื่น เนื้อหาของ obsessions หรือ compulsions ต้องไม่เกี่ยวกับความหมกมุ่นกับอาหารใน eating disorder ดึงผมใน trichotillomania วิตกกังวลเกี่ยวกับรูปร่างใน body dysmorphic disorder หมกมุ่นเกี่ยวกับยาใน substance use disorder หมกมุ่นว่าตนเองมีโรคร้ายแรงใน hypochondriasis หมกมุ่นกับแรงกระตุ้นทางเพศหรือจินตนาการทางเพศใน paraphilia หรือรู้สึกสำนึกผิดใน major depressive disorder
- E. ความผิดปกติไม่ได้เกิดจากผลทางสรีระวิทยาของสารเสพติด ยา หรือ โรคทางกาย

การดำเนินโรคและการพยากรณ์โรค

- มากกว่า 50% เกิดก่อนอายุ 24 ปี และมากกว่า 80% เกิดก่อนอายุ 35 ปี อายุโดยเฉลี่ยที่เป็น คือ 20 ปี
- ประมาณ 50-70% ของผู้ป่วยเริ่มมีอาการหลังจากมีเรื่องสะเทือนใจ เช่น ตั้งท้อง หรือญาติใกล้ชิดเสียชีวิต
- 20-30% ของผู้ป่วยอาการดีขึ้นหมด 40-50% ดีขึ้นบ้าง และ 20-40% ยังคงเดิมหรือแย่ลง
- เนื้อหาของ obsessions ไม่เกี่ยวกับการพยากรณ์โรค
- ประมาณ 1 ใน 3 เกิดมี major depression

กลุ่มที่มีการพยากรณ์โรคไม่ดี ได้แก่

1. กลุ่มที่ไม่ต้องการต่อต้าน compulsions
2. เริ่มเป็นตั้งแต่เด็ก
3. compulsions เป็นพฤติกรรมแปลก ๆ

กลุ่มที่มีการพยากรณ์โรคดี ได้แก่

1. มีอาชีพและสังคมที่ดี
2. มี precipitating event
3. มีแต่ obsessions หรือ compulsions
4. ผู้ที่มีอาการเป็นพัก ๆ แล้วหายไป

การวินิจฉัยแยกโรค

1. โรคทางกาย ได้แก่ Tourette's syndrome , tic disorders และ TLE
2. การคิดหมกมุ่นอย่างรุนแรง (morbid preoccupations) ในการคิดหมกมุ่นอย่างรุนแรง เนื้อหาความคิดจะเกี่ยวข้องกับปัญหาที่ผู้ป่วยกำลังประสบ เข้าได้กับ ego ของเขา (ego syntonic) และผู้ป่วยไม่พยายามที่จะกดมันลงไปเหมือนในโรคย้ำคิดย้ำทำ
3. phobic disorder ความแตกต่างที่สำคัญระหว่างผู้ป่วยโรคกลัวและโรคย้ำคิดย้ำทำ คือ การใช้พฤติกรรมหลีกเลี่ยงในการช่วยลดความเครียดที่เกิดขึ้น ผู้ป่วย agoraphobia อาจจะรู้สึกปลอดภัยเมื่ออยู่แต่ในบ้าน ไม่ต้องเผชิญกับสิ่งที่ทำให้หวาดกลัว แต่ผู้ป่วยโรคย้ำคิดย้ำทำที่มีความกลัวสิ่งสกปรก ถึงแม้ว่าจะอยู่แต่ในบ้านก็ยังรู้สึกว่าเขาอาจได้รับความสกปรกจากอากาศ น้ำ อาหาร หรือแม้กระทั่งสิ่งขับถ่ายของเขา ดังนั้นถึงแม้ว่าจะอยู่แต่ในบ้านก็ยังไม่สามารถหลีกเลี่ยงจากอาการได้ หรืออีกนัยหนึ่ง ก็คือ พฤติกรรมการหลีกเลี่ยงไม่สามารถช่วยลดความตึงเครียดได้ในผู้ป่วยโรคย้ำคิดย้ำทำ แต่ช่วยได้ในผู้ป่วยโรคกลัว
4. โรคซึมเศร้า มักเริ่มต้นอย่างช้า ๆ และถ้ามีอาการย้ำคิดเกิดขึ้นในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เนื้อหามักจะเกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตาย สำนึกผิด ส่วนโรคย้ำคิดย้ำทำอาการซึมเศร้ามักเกิดเนื่องจากอาการของโรคไปรบกวนการทำหน้าที่ต่าง ๆ ในชีวิตประจำวัน
5. โรคจิตเภท มีอาการย้ำคิดย้ำทำได้ แต่อาการมีความแปลกประหลาดกว่าและผู้ป่วยไม่มี insight ต่อโรคของเขา ตลอดจนมีอาการครบหลักเกณฑ์การวินิจฉัยโรคจิตเภท

การรักษา

1. การรักษาด้วยยา

ยาที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด คือ clomipramine (anafanil) ควรจะเริ่มต้นในขนาด 25 มก./วัน และเพิ่มขึ้นครั้งละ 25 มก./สัปดาห์ จนได้ขนาดที่ใช้รักษา 150-300 มก./วัน ในคนไทยอาจใช้น้อยกว่านี้ ยา

นี้จะใช้เวลาอย่างน้อย 4-6 สัปดาห์ จึงจะลดอาการย้ำคิดย้ำทำลงได้ และอาจใช้เวลานานถึง 12 สัปดาห์ จึงจะได้ผลเต็มที่ ควรให้ยาไปนาน 6-12 เดือน จึงจะพิจารณาหยุดยา

2. พฤติกรรมบำบัด ประสบผลสำเร็จประมาณ 60-75% มีใช้กันหลายวิธี ได้แก่

2.1 systematic desensitization ตามทฤษฎีแล้วความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรคย้ำคิดย้ำทำเป็นการตอบสนองต่อสิ่งเร้าในสิ่งแวดล้อมและพฤติกรรมย้ำทำจะช่วยลดความวิตกกังวลนี้ ตัวอย่าง เช่น ผู้ป่วยที่มีความตื่นเครียดเกิดขึ้นเมื่อจับสิ่งสกปรก การล้างมือจะช่วยลดความตื่นเครียดอันนี้ หลักในการรักษาก็คือลดความวิตกกังวลทำให้ไม่เกิดอาการย้ำทำตามมา มีวิธีการดังนี้

- จัดอันดับสิ่งเร้าทำให้เกิดความวิตกกังวลจากน้อยไปมาก
- ฝึกวิธีการผ่อนคลายให้ผู้ป่วย
- ให้ผู้ป่วยพบกับสิ่งเร้าที่ทำให้เกิดความวิตกกังวล เรียงตามลำดับที่จัดไว้จากน้อยไปมาก โดยให้ผู้ป่วยใช้วิธีการผ่อนคลายช่วยลดความตื่นเครียดเมื่อพบกับสิ่งเร้าเหล่านั้น

2.2 flooding มักจะใช้ร่วมกับ response prevention ผู้ป่วยจะถูกให้พบกับสิ่งเร้าที่ทำให้เกิดความตื่นเครียดอย่างรุนแรงที่สุด แต่ผู้รักษาจะห้ามไม่ให้ผู้ป่วยกระทำพฤติกรรมย้ำทำ

2.3 thought stopping หลักในการรักษา คือ ให้ผู้ป่วยเล่าอาการย้ำคิดของเขาให้ผู้รักษาฟังในระยะแรก ผู้รักษาจะหยุดการย้ำคิดของผู้ป่วยด้วยการตะโกนว่า “หยุด” ต่อมาผู้ป่วยจะใช้วิธีการเช่นนี้เองในการหยุดการย้ำคิดของตน

3. จิตบำบัดใช้วิธี insight-oriented psychotherapy

4. วิธีอื่น ๆ ได้แก่ family therapy , cingulotomy , ECT. หัวเราะบำบัด,นั่งสมาธิ

POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER (PTSD)

เกิดในผู้ที่ประสบต่อภาวะที่เป็นภัยอันตราย และกระทบกระเทือนจิตใจอย่างรุนแรง (emotional or physical stress) ภาวะเหล่านี้ ได้แก่ ภัยธรรมชาติ เช่น วาทภัย สงคราม การถูกข่มขืน ซึ่งผู้ป่วยมีลักษณะ 3 ประการ

1. หวนคิดและระลึกถึงเหตุการณ์นั้นบ่อย ๆ (re-experiencing of the trauma)
2. เมินเฉยต่อเหตุการณ์ต่าง ๆ ในชีวิต ห่างเหินจากญาติและคนใกล้ชิด (emotional numbing)
3. autonomic instability ซึมเศร้า สมาธิและความจำไม่ดี (cognitive difficulties)

PTSD ในประวัติศาสตร์ถูกเรียกเป็นหลายชื่อ ได้แก่ soldier's heart , Dacosta's syndrome , shell shock syndrome , concentration camp syndrome เป็นต้น

ระบาดวิทยา

- หลังอุบัติเหตุร้ายแรง พบโรคนี้ได้ 50-80% ของผู้รอดชีวิต
- พบ 0.5% ในเพศชาย และ 1.2% ในเพศหญิงของประชากรทั่วไปมีปัญหา PTSD
- สาเหตุที่ทำให้เกิด PTSD ในผู้ชายส่วนใหญ่เป็นเรื่องของสงคราม
- สาเหตุที่ทำให้เกิด PTSD ในผู้หญิงเป็นเรื่องถูกข่มขืน ถูกทารุณทางเพศ
- มักเกิดในคน โสด หย่าร้าง หม้าย ยากจน แยกตัวจากสงคราม

สาเหตุ

1. biological theories

1.1 premorbidly prone to excessive autonomic reactions to stress พวกนี้มีแนวโน้มที่มีปฏิกิริยาต่อความเครียดโดยมีการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติเพิ่มขึ้น ได้แก่ อัตราการเต้นของหัวใจและการหายใจเพิ่มขึ้น

1.2 catecholamine หลังเพิ่มขึ้นในขณะที่ reexperiencing trauma

1.3 sleep EEG คล้ายกับ major depression คือ ลด rem latency และ stage 4 sleep

1.4 การหลังของ endogenous opioids ขณะอาการเริ่มสงบ ทำให้น่าคิดว่าอาการของ PTSD มี

สาเหตุจาก endogenous opioids withdrawal syndrome

2. psychosocial theories

2.1 จิตวิเคราะห์ กล่าวว่า trauma ไปรื้อฟื้น unresolved conflicts ในวัยเด็กทำให้เกิด regression , repression , denial และ undoing มีเรื่องของ secondary gain ได้แก่ เงินบำเหน็จ ความเห็นใจ ทำให้อาการยังคงอยู่

2.2 ชนิดของภัยอันตรายและเหตุการณ์สะเทือนขวัญ ชนิดและเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดอาการ PTSD ต้องเป็นชนิดและเหตุการณ์ที่เกินขอบเขตที่เราจะเรียกว่าเป็นความเครียดทั่วไป หรือเป็นความเครียดที่เกิดขึ้นบ่อย ๆ อย่างเช่น ความทุกข์โศกที่เกิดจากความตาย การเจ็บป่วย กิจกรรมงานล้มเหลว มีปัญหาในชีวิตของการแต่งงาน การหย่าร้าง เหล่านี้ไม่ถือว่าเป็นสาเหตุของ PTSD แต่จะหมายถึงเหตุการณ์ที่รุนแรงเป็นภัยอันตรายและสะเทือนขวัญ เช่น ทหารที่อยู่ในสนามรบ ความทุกข์ทรมานในค่ายกักกัน ถูกข่มขืนหรือทำร้ายร่างกายอย่างทารุณ รวมทั้งมหันตภัยทางธรรมชาติต่าง ๆ เป็นต้น อาการของ PTSD ที่เกิดขึ้นจะมีความรุนแรงเพียงใด ขึ้นกับชนิดและความรุนแรงของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น

2.3 อายุ ผู้ที่อายุน้อยและสูงอายุมักโกลในการเผชิญกับเหตุการณ์สะเทือนใจที่มีประสิทธิภาพน้อยกว่าวัยกลางคน เหตุผล คือ ผู้ที่อายุน้อยมักโกลในการแก้ปัญหาชีวิต (coping mechanism) ที่ยังพัฒนาไม่เต็มที่ ส่วนผู้ที่สูงอายุมักมี coping mechanism ที่แข็งแกร่งต่อสถานการณ์ได้ลำบาก ตลอดจนสภาพร่างกายที่ไม่แข็งแรงก็มีผลให้มีโอกาสเป็นโรคนี้ได้มาก

2.4 การได้รับความช่วยเหลือจากสังคม (social supports) ถ้ามีการช่วยเหลือจากสังคมภายนอก เป็นอย่างดี ปัญหาของ PTSD จะน้อยและไม่ค่อยเป็นเรื่องรบกวน นอกจากการช่วยเหลือแล้ว ทักษะของสังคม ที่มีต่อเหตุการณ์สะเทือนใจก็มีส่วนสำคัญ ไม่น้อยต่อการเกิดและการดำเนินโรค ตัวอย่างเช่น ประชาชนผู้ ได้รับความเดือดร้อนจากภัยธรรมชาติได้รับความรู้สึกและทัศนคติที่ดีจากสังคม แต่ผู้อพยพจากภัยสงคราม เข้าไปพักอาศัยยังประเทศอื่นอาจได้รับความรู้สึกและทัศนคติในทางลบจากชุมชนเจ้าของประเทศ

ลักษณะทางคลินิก

หลังจากที่เผชิญต่อภัยอันตรายหรือเหตุการณ์สะเทือนใจแล้ว PTSD จะเกิดขึ้นเมื่อใดก็ได้ แต่ ตามปกติจะไม่เกิดขึ้นทันทีทันใดที่มีเหตุการณ์เกิดขึ้น แต่จะเกิดหลังจากเหตุการณ์นั้น ๆ เป็นสัปดาห์ เดือน หรือบางทีเป็นปีก็ได้ โดยมีอาการหวนระลึกบ่อย ๆ ถึงเหตุการณ์ที่เป็นภัยอันตราย หรือเหตุการณ์ที่สะเทือน ขวัญ อาจจะเป็นความคิดที่เกิดขึ้นมาเองหรือเป็นความฝันถึงเหตุการณ์นั้น ๆ ก็ได้ แล้วเกิดอาการฝันแปร ง่าย หวั่นวิตกกังวล ตกใจง่าย กลัว และมีอาการตอบสนองทางสรีระวิทยาของระบบประสาทอัตโนมัติเป็น อาการที่แสดงออกเหมือนกับต้องเผชิญกับเหตุการณ์นั้นจริง ๆ เสมือนเหตุการณ์นั้นเพิ่งเกิดขึ้นหรือกำลังจะ เกิดขึ้น โดยอาจมีภาพหลอน ประสาทหลอน และมีความสับสนอย่างมากได้ นอกจากนี้อาจมีอาการนอน ไม่หลับ กระสับกระส่าย โกรธง่าย ขาดสมาธิ มีท่าทางระวังระแวงมากกว่าปกติ สะดุ้งตกใจง่าย มีปัญหาใน การเข้าสังคม มีความรู้สึกว่าจะทำอะไรไม่ค่อยได้ ซึมเศร้า อารมณ์โกรธที่เกิดขึ้นนี้บางทีควบคุมไม่อยู่จะมี อาการก้าวร้าว และมีพฤติกรรมรุนแรง จำนวนไม่น้อยที่ใช้สุรายา และสารเสพติดเพื่อลดอาการดังกล่าว

อีกกลุ่มหนึ่งแทนที่จะมีอาการตื่นเต้นตกใจกลัว แต่กลับมีอาการหลีกเลี่ยง มีินชาเฉยเมยต่อ เหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับความสะเทือนใจ ไม่สามารถจำสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น ขาดความสนใจในกิจกรรมที่ สำคัญ ๆ ไม่อยากพบ และมีท่าทีห่างเหินกับคนรู้จัก ไม่แสดงอารมณ์หรือความรู้สึก ในบางรายอาการต่าง ๆ ทำให้เกิดปัญหาสัมพันธภาพภายในครอบครัวได้

PTSD อาจเกิดขึ้นได้แม้แต่เด็กอายุน้อย ๆ แต่อาการอาจแตกต่างจากผู้ใหญ่ คือ ในเด็กไม่ค่อยมี อาการหลีกเลี่ยง มีินชาเฉยเมย แต่จะแสดงอาการไม่กล้าเล่าเรื่องที่เกิดขึ้น ฝันร้าย ความสนใจเล่นและทำ กิจกรรมต่าง ๆ ลดลง

หลักเกณฑ์ในการวินิจฉัย PTSD ตาม DSM-IV-TR

A. ผู้ป่วยได้พบเหตุการณ์สะเทือนใจซึ่งมีลักษณะดังนี้

1. เป็นเหตุการณ์ที่อาจทำให้เสียชีวิตหรือบาดเจ็บรุนแรง
2. ผู้ป่วยมีปฏิกิริยากลัวอย่างมาก กลัวไม่มีคนช่วยเหลือ หวาดหวั่น

หมายเหตุ ในเด็กมีพฤติกรรมวุ่นวาย กระสับกระส่าย

B. มีการหวนระลึกถึงเหตุการณ์สะเทือนใจนั้นอีก (reexperienced) โดยวิธีการต่อไปนี้อย่างน้อยหนึ่งข้อขึ้นไป

1. ทางความคิด การรับรู้

หมายเหตุ ในเด็กแสดงออกโดยการเล่นถึงเรื่องนั้นซ้ำแล้วซ้ำอีก

2. ผันถึงเรื่องนั้นบ่อย ๆ

หมายเหตุ ในเด็กมีฝันที่ทำให้ตกใจแต่จำเนื้อหาไม่ได้

3. มีปฏิกิริยาหรือรู้สึกว่าการณ์นั้น ได้เกิดขึ้นอีก

4. มีความไม่สบายใจอย่างมากเมื่อเผชิญกับเหตุการณ์ที่มีความหมายถึงเหตุการณ์สะเทือนใจนั้น

5. มีปฏิกิริยาทางสรีระวิทยาเพิ่มขึ้น เมื่อเผชิญกับเหตุการณ์ที่ทำให้นึกถึงเหตุการณ์นั้น

C. มีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงต่อสิ่งกระตุ้นที่สัมพันธ์กับเหตุการณ์สะเทือนใจนั้นและชาเย็นในการตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นทั่ว ๆ ไป มีลักษณะต่อไปนี้ตั้งแต่ 3 ข้อขึ้นไป

1. มีความพยายามที่จะหลีกเลี่ยงความคิด ความรู้สึกหรือบทสนทนาที่สัมพันธ์กับเหตุการณ์สะเทือนใจนั้น (trauma)

2. พยายามหลีกเลี่ยงกิจกรรม สถานที่ หรือประชาชนที่ทำให้คิดถึงเหตุการณ์สะเทือนใจนั้น

3. ไม่สามารถระลึกถึงส่วนสำคัญของเหตุการณ์นั้น

4. ความสนใจหรือความมีส่วนร่วมในกิจกรรมสำคัญ ๆ ลดลง

5. รู้สึกว่าตนเองแยกจากบุคคลอื่น ไม่คุ้นเคยกับบุคคลอื่น

6. อารมณ์แคบ (ไม่สามารถมีความรู้สึกรัก)

7. ไม่คิดถึงอนาคต (ไม่คาดหวังในเรื่องอาชีพ การแต่งงาน การมีบุตร)

J. มีลักษณะต่อไปนี้ 2 ข้อขึ้นไป

1. นอนหลับยาก

2. หงุดหงิดระเบิดอารมณ์โกรธได้ง่าย ๆ

3. สมาธิไม่ดี

4. มีความระแวงระวังมากเกินไป (hypervigilance)

5. ตกใจง่าย (exaggerated startle response)

K. ระยะเวลาที่เป็น (อาการในข้อ B ,C และ D) นานกว่า 1 เดือน

L. ทำให้เกิดความเสื่อมของสังคม อาชีพ หรือหน้าที่สำคัญอื่น ๆ แบ่งเป็น

Acute ถ้าเป็นน้อยกว่า 3 เดือน

Chronic ถ้าเป็นตั้งแต่ 3 เดือนขึ้นไป

With delayed onset ถ้าอาการเริ่มหลังจากมีเหตุการณ์สะเทือนใจ 6 เดือนไปแล้ว

หลักเกณฑ์ในการวินิจฉัย acute stress disorder ตาม DSM-IV-TR

- A. ผู้ป่วยได้พบเหตุการณ์สะเทือนใจซึ่งมีลักษณะดังนี้
1. เป็นเหตุการณ์ที่อาจทำให้เสียชีวิตหรือบาดเจ็บรุนแรงของตนเองหรือบุคคลอื่น
 2. ผู้ป่วยมีปฏิกิริยากลัวอย่างมาก กลัวไม่มีคนช่วยเหลือ หวาดหวั่น
- หมายเหตุ** ในเด็กมีพฤติกรรมวุ่นวาย กระสับกระส่าย
- B. ไม่ว่าในขณะที่เผชิญสถานการณ์หรือหลังเผชิญสถานการณ์บุคคลมีอาการ ต่อไปนี้ 3 ข้อขึ้นไป
1. ผู้ป่วยรู้สึกชาเย็น (numbing) แยกตัว (detachment) หรือไม่มีอารมณ์ตอบสนอง (emotional responsiveness)
 2. มีความสนใจ (awareness) สิ่งแวดล้อมลดลง
 3. รู้สึกสิ่งแวดล้อมเปลี่ยนไป (derealization)
 4. รู้สึกว่าตนเองเปลี่ยนไป (depersonalization)
 5. dissociative amnesia (ไม่สามารถระลึกถึงส่วนสำคัญของเหตุการณ์สะเทือนใจได้)
- C. เหตุการณ์สะเทือนใจถูกหวนระลึกถึงโดยผ่านเหตุการณ์ต่อไปนี้ : recurrent images ความคิด ความฝัน illusion flashback
- D. พยายามหลีกเลี่ยงเหตุการณ์ที่กระตุ้นให้นึกถึงเหตุการณ์สะเทือนใจ (ความคิด ความรู้สึก บทสนทนา กิจกรรม สถานที่ ประชาชน)
- E. มีความวิตกกังวลอย่างมากหรือ increased arousal นอนหลับยาก หงุดหงิด ขาดสมาธิ หวาดระแวงอย่างมาก (hypervigilance) ตกใจง่ายเกินไป (exaggerated startle response) กระสับกระส่าย
- F. ทำให้เกิดความเสื่อมของสังคม อาชีพ หรือหน้าที่สำคัญอื่น ๆ
- G. ระยะเวลาที่เป็นเริ่มตั้งแต่ 2 วันถึง 4 สัปดาห์ และเกิดขึ้นภายใน 4 สัปดาห์หลังจากมี traumatic event

การดำเนินโรคและการพยากรณ์โรค

- อาการจะเกิดหลังจาก trauma ไปช่วงหนึ่ง อาจเป็น 1 สัปดาห์ หรือหลายสัปดาห์ก็ได้
- 30%หายจากอาการ 40% มีอาการเล็กน้อย 20%มีอาการปานกลาง และ10%อาการคงอยู่เท่าเดิมหรือเลวลง
- พยากรณ์โรคที่ดีได้แก่ อาการเกิดขึ้นเร็ว เป็นอยู่ไม่นาน (น้อยกว่า 6 เดือน) บุคลิกภาพและการงานก่อนป่วยดี สังคมครอบครัวให้กำลังใจและการดูแลดี ไม่มีโรคทางจิตเวชหรือโรคทางกายอื่น ๆ

การวินิจฉัยแยกโรค

1. organic mental disorder ได้แก่ พวกดคิดเหวี่ยง และยาเสพติดมีอาการระบบประสาทอัตโนมัติทำงานเพิ่มขึ้นได้ ใน PTSD บางรายที่มีการกระทบกระเทือนต่อสมอง และบาดเจ็บตามร่างกาย อาจมีอาการของ PTSD ร่วมกับ organic mental disorder
2. adjustment disorder เป็นการปรับตัวผิดปกติต่อความเครียด อาการเกิดขึ้นภายใน 3 เดือน หลังจากมีเรื่องเครียด และอาการหายไปภายใน 6 เดือน ไม่มีการหวนระลึกถึงเหตุการณ์นั้นบ่อย ๆ
3. panic disorder มีการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติเพิ่มขึ้น มีความกลัวได้ แต่ไม่ได้มีสาเหตุสืบเนื่องจากการเผชิญกับเหตุการณ์อันตราย ไม่ได้มีอาการ เพราะหวนระลึกถึงเหตุการณ์อันตรายนั้น
4. โรคซึมเศร้า เป็นพวกที่มีอาการซึมเศร้าร่วมกับมีอาการสำคัญอื่น เช่น มีความรู้สึกไร้ค่า เบื่อ หมดความสนใจในสิ่งต่าง ๆ ซึ่งอาการนี้ไม่มีสาเหตุหรือเกี่ยวข้องกับเหตุการณ์สะเทือนขวัญ
5. factitious disorder เป็นพวกที่ตั้งใจทำเป็นไม่สบาย เพราะต้องการได้รับการดูแลเป็นผู้ป่วย

การรักษา

1. ยา ได้แก่ tricyclic antidepressants 150-300 มก./วัน clonidine 0.1-0.2 มก./วัน propranolol 10-40 มก./วัน ส่วนในรายที่มีอาการ psychosis จำเป็นต้องใช้ยา antipsychotic drug ในช่วงที่มีอาการ psychosis
2. จิตบำบัด ควรใช้ time-limited psychotherapy โดย cognitive approach ให้กำลังใจและความปลอดภัย ให้ผู้ป่วยเลิกใช้ denial ต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ให้ระบายความรู้สึกต่าง ๆ มากขึ้น ให้รู้จักผ่อนคลาย (relaxation) การทำจิตบำบัดระยะเวลาสั้น ๆ ช่วยลดความเรื้อรังและการต้องพึ่งพาผู้อื่นของคนไข้
3. วิธีการรักษาอื่น ๆ ได้แก่
 - 3.1 ครอบครัวบำบัด (family therapy) ให้ครอบครัวเข้าใจโรคที่ผู้ป่วยเป็น
 - 3.2 กลุ่มบำบัดร่วมกับพฤติกรรมบำบัด ใช้ใน PTSD ที่เกิดจากภาวะสงครามใช้วิธี relaxation และ systematic desensitization เพื่อลดอาการกลัว
 - 3.3 รักษาตัวในโรงพยาบาล เมื่อผู้ป่วยมีอาการรุนแรงจะทำร้ายตัวเองหรือผู้อื่น

ANXIETY DISORDER DUE TO A GENERAL MEDICAL CONDITION

ใน DSM-III-TR คือ organic anxiety syndrome หนึ่งใน organic mental disorder ที่สัมพันธ์กับ axis III

ระบาดวิทยา

พบบ่อย จำนวนเปอร์เซ็นต์ขึ้นกับแต่ละโรค (Each specific general medical condition)

สาเหตุ

มีหลายโรคที่ทำให้เกิดอาการนี้ดังในตาราง

Disorder Associated With Anxiety

Neurological disorders	Miscellaneous conditions
Cerebral neoplasma	Hypoglycemia
Cerebral and postconcussive syndrome	Carcinoid syndrome
Cerebrovascular disease	Systemic malignancies
Subarachnoid hemorrhage	Premenstrual syndrome
Migraine	Febrile illnesses and Chronic infections
Encephalities	Porphyria
Cerebral syphilis	Infectious mononucleosis
Multiple sclerosis	Posthepatitis syndrome
Wilson's disease	Uremia
Huntington's disease	Toxic conditions
Epilepsy	Alcohol and drug withdrawal
	Amphetamines
Systemic conditions	Sympathomimetic agents
Hypoxia	Vasopressor agents
Cardiovascular disease	Caffeine and caffeine withdrawal
Cardiac arrhythmias	Penicillin
Pulmonary insufficiency	Sulfonamides
Anemia	Cannabis
Endocrine disturbances	Mercury
Pituitary dysfunction	Arsenic
Thyroid dysfunction	Phosphorus
Parathyroid dysfunction	Organophosphates
Adrenal dysfunction	Carbon disulfide
Pheochromocytoma	Benzene
Virilization disorders of females	Aspirin intolerances
Inflammatory disorders	Idiopathic psychiatric disorder

Lupus erythematosus	Depression
Rheumatoid arthritis	Mania
Polyarteritis nodosa	Schizophrenia
Temporal arteritis	Anxiety disorders
Deficiency states	Generalized anxiety
Vitamin B12 deficiency	Panic attacks
Pellagra	Phobic disorders
	Posttraumatic stress disorders

Table from JL Cummings : clinical Neuropsychidry , p 214 Grunes & seation , Oriando , 1985. Used with permission.

- Hyperthyroidism , Hypothyroidism hypoparathyroidism และ vitamin B12 deficiency สัมพันธ์กับอาการวิตกกังวล
- Pheochromocytoma ผลิต epinephrine ซึ่งสามารถทำให้มีอาการวิตกกังวลเป็นพัก ๆ
- รอยโรคที่สมองและภาวะหัวเป็นไขสมองอักเสบ (encephelitis) ทำให้มีอาการเหมือนโรค obsessive-compulsive disorder
- Cardiac arrhythmia สามารถทำให้เกิดอาการทางสรีระวิทยาคล้าย panic disorder
- Hypoglycemia ทำให้มีอาการคล้าย anxiety disorders

ลักษณะทางคลินิก

มีอาการคล้ายโรคใน anxiety disorders อาการที่พบบ่อยที่สุด คือ คล้าย panic disorders และอาการคล้าย phobia พบน้อยที่สุด

Panic disorder ผู้ป่วย cardiomyopathy พบ panic disorder บ่อยที่สุด

GAD บ่อยที่สุดใน Grave's disease พบมากถึงสองในสามครบหลักเกณฑ์การวินิจฉัยว่าเป็น GAD

Phobia พบไม่บ่อย อาจพบใน parkinson's disease เป็นพวก social phobia

obsessive-compulsive disorder พบใน Sydenham's chorea และ multiple sclerosis

หลักเกณฑ์ในการวินิจฉัย anxiety disorder due to a general medical condition ตาม DSM-IV-TR

- A. มีลักษณะอาการของ anxiety , panic attacks , obsession หรือ compulsions
- B. มีหลักฐานจากประวัติ การตรวจร่างกายหรือผลทางห้องปฏิบัติการว่าความผิดปกติ เป็นผลทางสรีระวิทยา (physiological consequence) จากโรคทางร่างกาย
- C. ไม่เข้ากับโรค adjustment disorder with anxiety ซึ่งวิตกกังวล เพราะทราบว่าคุณเองมีโรคทางร่างกาย
- D. อาการไม่ได้เกิดขึ้นขณะเป็น delirium
- E. ทำให้เกิดความเสื่อมของสังคม อาชีพ หรือหน้าที่สำคัญอื่น ๆ

- บ่งเฉพาะว่า with generalized anxiety มีวิตกกังวลเป็นอาการนำ
 With panic attacks มี panic attacks เป็นอาการนำ
 With obsessive compulsive symptoms ถ้ามีอาการย้ำคิดย้ำทำเป็นอาการนำ

การวินิจฉัยแยกโรค

1. generalized anxiety disorder
2. panic disorder
3. obsessive compulsive symptoms
4. adjustment disorder with anxiety
- 5.

การดำเนินโรคและการพยากรณ์โรค

อาการรบกวนชีวิตประจำวัน อาชีพ การรักษาโรคทางร่างกายทำให้อาการดีขึ้นอย่างรวดเร็ว

การรักษา

1. รักษาโรคทางร่างกาย
2. ถ้ารักษาโรคทางกายแล้ว อาการยังคงอยู่ให้รักษาตามโรคทางจิตเวชนั้น ๆ

SUBSTANCE INDUCED ANXIETY DISORDER

ลักษณะเด่น คือ วิตกกังวล , panic attacks , obsession , compulsions อาการเกิดขึ้นในระหว่างใช้สารหรือภายใน 1 เดือนหลังจากหยุดใช้สาร

หลักเกณฑ์ในการวินิจฉัย substance induced anxiety disorder ตาม DSM-IV-TR

- A. มีอาการ วิตกกังวล , panic attacks , obsession , compulsions เป็นอาการเด่น
- B. มีหลักฐานจากประวัติ การตรวจร่างกายหรือผลทางห้องปฏิบัติการดังในข้อ 1 หรือ 2 หรือทั้ง 2 ข้อ
 1. อาการในข้อ A เกิดในระหว่างใช้สารหรือหลังใช้สารนานไม่เกิน 1 เดือน
 2. การใช้เป็นสาเหตุ

- C. ไม่มีอาการก่อนใช้ยา หรือเป็นนานเกิน 1 เดือนหลังหยุดใช้ยา
- D. ไม่ได้เกิดขึ้นขณะเป็น delirium
- E. ทำให้เกิดความเสื่อมของสังคม อาชีพ หรือหน้าที่สำคัญอื่น ๆ

หมายเหตุ จะวินิจฉัยเป็นโรคนี้แทน substance intoxication หรือ substance withdrawal เมื่อมีอาการวิตกกังวลนั้นมีมากเกินไป กว่าความวิตกกังวลธรรมดาที่เกิดจาก intoxication หรือ withdrawal และมีความรุนแรงพอที่ทำให้ผู้ป่วยต้องพบแพทย์

ข้อบ่งชี้ แล้วแต่อาการเด่น

with generalized anxiety

With panic attacks

With obsessive compulsive symptoms

With phobic symptoms

ข้อบ่งชี้ With onset during intoxication เมื่อเกิดในระหว่าง intoxication

With onset during withdrawal เมื่อเกิดในระหว่างถอนยาหรือหลังถอนยาเล็กน้อย

การวินิจฉัยแยกโรค

1. primary anxiety disorder
2. anxiety disorder due to a general medical condition
3. mood disorders
4. personality disorders
5. malingering

การดำเนินโรคและการพยากรณ์โรค

ขึ้นกับการสามารถหยุดใช้สาร

การรักษา

1. หยุดใช้สาร
2. ถ้าหยุดใช้สารแล้วยังมีอาการให้รักษาแบบโรคทางจิตเวช

ANXIETY DISORDER NOT OTHERWISE SPECIFIED

จัดเข้ากับโรค anxiety disorder ที่กล่าวข้างต้น

หลักเกณฑ์ในการวินิจฉัย anxiety disorder nos ตาม DSM-IV-TR

ไม่เข้ากับโรคในกลุ่ม anxiety disorder ที่กล่าวข้างต้น

ตัวอย่าง ได้แก่

1. mixed-anxiety-depressive disorder : มีทั้ง anxiety และ depression แต่ไม่เข้ากับหลักเกณฑ์ในการวินิจฉัยโรคของ mood disorder หรือ anxiety disorder

2. กลัวสังคม (social phobia symptoms) ซึ่งเกิดจากความกดดันจากสังคมที่ตนเองมีโรคทางกายหรือโรคทางจิตใจ (parkinson's disease , โรคผิวหนัง , พุดดิคอย่าง , anorexia nervosa , body dysmorphic disorder)
3. แพทย์พบว่า มี anxiety disorder แต่ไม่สามารถบ่งชี้ได้ว่าเป็น primary หรือ general medical substance induced

เอกสารอ้างอิง

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder. 5th ed. Washington DC : American Psychiatric Association, 2013:189-264.
2. Azzam. First Aid the psychiatry boards. 2010.
3. Clare Oakley, Amit Malik. Rapid Psychiatry, 2010:35-38
4. Craske. MG, Maidenberg E, Bystritsky A. Brief cognitive-behavioral versus nondirective therapy for panic disorder. J Behav Ther Exp Psychiatry, 1995 : 26 : 113-20.
5. Dunner DL, ed. Current psychiatric therapy. Philadelphia : W.B. Saunders, 1993 : 261-305.
6. Greist JH. Behavior therapy for obsessive compulsive disorder. J Clin Psychiatry , 1994 : 55 Suppl : 60-8.
7. Harvey AG, Rapee RM. Cognitive-behavior therapy for generalized anxiety disorder. Psychiatric Clinics of North America , 1995 :18(4) : 859-70
8. Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA, ed. Synopsis of psychiatry. 11th ed. Baltimore: William & Wilkins, 2015:387-446.
9. Marks I et al. Treatment of posttraumatic stress disorder by exposure and/or cognitive restructuring : A controlled study. Arch Gen Psychiatry. 1998 : 55: 317-25.
10. Mc Dougle CJ, Goodman WK. Price LH. The pharmacotherapy of obsessive-compulsive disorder. (Review) Pharmacopsychiatry, 1993: 26 Suppl 1: 24-9.
11. Solomon SD et al. Efficacy of treatments for posttraumatic stress disorder, An empirical review. JAMA. 1992 : 268: 633-8.
12. Sogge N. Professional handbook for mood and anxiety disorders. Maryland: University Press of America; 2009.
13. Saiyudthong S, Ausavarungrun S, Jiwajinda W, Turakitwanakan. Aromatherapy massage with lime essential oil on stress. International Journal of Essential Oil Therapeutics 2009;3:76-80

14.ทินกร วงศ์ปการันย์.จิตบำบัด:ทฤษฎีและเทคนิค Psychotherapy :Theories and technique.
2552.

????????????????????