

โรคการควบคุมแรงผลักดันผิดปกติ

นิจวรรณ เกิดเจริญ, พ.บ.*

บทคัดย่อ

โรคในกลุ่มของความผิดปกตินี้ เดิมถูกจัดอยู่ในกลุ่มบุคลิกภาพแปรปรวน ต่อมาเปลี่ยนชื่อเป็นโรคการควบคุมแรงผลักดันผิดปกติตาม DSM-IV ซึ่งลักษณะที่พบร่วมในผู้ป่วยกลุ่มนี้ ได้แก่ผู้ป่วยไม่สามารถยับยั้งแรงผลักดันของตนเองได้ จึงแสดงออกมาในรูปของพฤติกรรม ก่อนเกิดอาการผู้ป่วยมีความตึงเครียดมากและขณะแสดงอาการผู้ป่วยมีความรู้สึกมีความสุขเหมือนได้ระบาย ความผิดปกติในกลุ่มนี้เป็นความผิดปกติที่ได้รับการวินิจฉัยค่อนข้างน้อย มีการนำเสนอข้อมูลต่าง ๆ น้อย อาจเป็นเพราะจิตแพทย์ส่วนใหญ่ไม่ค่อยนึกถึง ผู้เขียนจึงรวบรวมความรู้และข้อมูลต่าง ๆ เพื่อให้ตระหนักถึงการวินิจฉัยและรักษาโรคนี้

Abstract

Impulse Control Disorders.

Nitchawan Kirdcharoen, M.D.*

Abnormalities of these types were once included in personality disorders. But now, according to DSM-IV, they are classified as Impulse Control Disorder Not Elsewhere Classified. Patients suffering from these disorders have difficulties controlling their emotion and express them behaviorally. Just before the symptom they feel very intensely and when express they feel relieved. The disorders have infrequently been diagnosed. The reports concerning these disorders are very limited for, maybe, most psychiatrists do not aware of them. Knowledge and data of the issue are selected for the sake of diagnosing and treating these disorders.

(MJS 1995 ; 2 : 87 - 94)

บทนำ^{4,5}

ตาม DSM-IV แบ่ง Impulse-Control Disorder Not Elsewhere Classified เป็นความผิดปกติ 6 อย่างคือ Intermittent explosive disorder, Kleptomania, Pyromania, Pathological gambling, Trichotillomania และ Impulse control disorder

Nos ลักษณะร่วมที่พบในความผิดปกติเหล่านี้ คือ

1. ผู้ป่วยไม่สามารถยับยั้งแรงผลักดันและความรู้สึกก้าวร้าวต่าง ๆ ได้จึงแสดงออกมาในรูปแบบของการกระทำรุนแรงหรือทำร้ายตนเองและผู้อื่น โดยการกระทำนั้นผู้ป่วยอาจวางแผนหรือกระทำไปโดยตั้งใจหรือไม่ก็ได้
2. ก่อนที่ผู้ป่วยจะแสดงพฤติกรรมนั้นออกมา

* ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร
Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Srinakharinwirot University, Vajira Hospital.

ขณะนั้นผู้ป่วยมีความตึงเครียดมาก

3. ขณะที่แสดงพฤติกรรมนั้นผู้ป่วยมีความรู้สึกเหมือนได้ระบาย มีความสุข รู้สึกพึงพอใจ หลังจากแสดงพฤติกรรมนั้นแล้ว ผู้ป่วยจะมีความรู้สึกผิดหรือไม่ก็ได้

สาเหตุ สาเหตุที่แท้จริงไม่ทราบแน่นอน เชื่อว่าเกิดจากปัจจัยทาง psychodynamic, biological และ psychosocial ร่วมกัน

Psychodynamic factor พฤติกรรมก้าวร้าวหรือหุนหันพลันแล่น (impulse) เป็นพฤติกรรมที่เกิดขึ้นเพื่อลดความตึงเครียด อันเกิดจากแรงผลักดันภายในจิตใจ หรือเกิดจากความอ่อนแอของกลไกป้องกันทางจิต August Aichhorn ศึกษาในวัยรุ่นที่เกเรพบว่าพฤติกรรมเหล่านี้ มีความสัมพันธ์กับ ego และ superego ที่อ่อนแอจาก psychic trauma ในวัยเด็ก Otto Fenichel กล่าวว่า พฤติกรรมนี้เป็นความพยายามจัดการกับความรู้สึกวิตกกังวล รู้สึกผิด ภาวะซึมเศร้า และความรู้สึกเจ็บปวดต่าง ๆ โดยสื่อความหมายออกมาในรูปของพฤติกรรม Heinz Kohut เชื่อว่ารูปแบบต่าง ๆ ของการควบคุม impulse ได้แก่ gambling, Kleptomania และ paraphilia บางแบบมีความสัมพันธ์กับความไม่สมบูรณ์ของ sense of self เขาสังเกตว่าถ้าผู้ป่วยไม่ได้รับการตอบสนองที่ถูกต้องและเหมาะสมในวัยเด็ก จากบุคคลที่สำคัญในชีวิตอันได้แก่บิดามารดาแล้ว self ของเขาอาจแตกสลาย เขาจะจัดการกับ self ที่แตกสลายโดยแสดง impulse ต่อบุคคลอื่น เพื่อให้คนเหล่านั้นมี self-destructive หลักการนี้คล้ายทฤษฎีของ Donald Winnicott ซึ่งกล่าวว่าพฤติกรรมนี้แสดงถึงความต้องการในวัยเด็กที่จะคงความสัมพันธ์ระหว่างตนกับมารดา หลายท่านลงความเห็นว่า พฤติกรรมเหล่านี้เกิดจากมีการหยุดชะงักในระยะ oral ของพัฒนาการ

Biological factor มีหลายการศึกษาเน้นถึงความผิดปกติของระบบประสาทมีความสัมพันธ์กับ Impulse Control Disorder โดยเฉพาะผู้ป่วยที่แสดงพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงชัดเจน ได้แก่สมองส่วน Limbic system และสมองส่วนอื่นที่มีความสัมพันธ์กับการยับยั้งพฤติกรรมนี้ นอกจากนี้พบว่าพฤติกรรมก้าวร้าวยังสัมพันธ์กับฮอร์โมน testosterone temporal-

lobe epilepsy และประวัติการได้รับบาดเจ็บทางสมอง อาการนี้อาจเป็นผลจาก ADHD ในวัยเด็ก mental deficiency epilepsy และ brain syndrome สารสื่อประสาทในสมองที่เกี่ยวข้องได้แก่ serotonin พบความสัมพันธ์ระหว่าง 5-HIAA ใน CSF ที่ลดลงกับ aggression นอกจากนี้ยังเกี่ยวข้องกับ dopaminergic และ noradrenergic systems

Psychosocial Factor ภาวะความตึงเครียดที่เกิดขึ้นในช่วงแรกของชีวิต การเลียนแบบบิดามารดาที่มีพฤติกรรม impulsive หรือ การมีบิดามารดาที่ทะเลาะกันบ่อยจนถึงขั้นทำร้ายร่างกาย ติดสุราต่อต้านสังคม สำนอนทางเพศ เป็นปัจจัยทางสังคมที่สำคัญในการเกิดพฤติกรรมนี้ได้

Intermittent Explosive Disorder

โรคนี้เดิมถูกจัดอยู่ในกลุ่ม Personality Disorder⁹ ตาม DSM-I และ II ต่อมา DSM-IV ได้จัดโรคนี้ไว้ในกลุ่ม Impulse Control Disorder ลักษณะของความผิดปกตินี้คือ ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุม aggressive impulse ได้ จึงแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวออกมาเป็นระยะ พฤติกรรมนี้มีผลให้เกิดการทำลายสิ่งของหรือบุคคลอื่น ระดับความรุนแรงของความก้าวร้าวไม่สัมพันธ์กับความเครียดที่มากกระตุ้น อาการมักเกิดขึ้นภายใน 2-3 นาทีจนถึงชั่วโง่ ระยะเวลาของอาการไม่แน่นอน หายไปได้เองอย่างรวดเร็ว หลังจากเกิดอาการแต่ละครั้ง ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักรู้สึกผิดและตำหนิตนเอง ในช่วงที่ไม่เกิดอาการหรือช่วงเวลาระหว่างครั้งของการเกิดอาการผู้ป่วยจะอยู่ในภาวะปกติ

ระบาดวิทยา

พบได้น้อย เพศชายมากกว่าเพศหญิง เพศชายมักพบในสถานกักกัน เพศหญิงมักพบในสถานพยาบาลจิตเวช มีการศึกษาหนึ่งพบความผิดปกตินี้ร้อยละ 2 ของผู้ป่วยในทั้งหมดในแผนกจิตเวช ในกลุ่มผู้ป่วยเหล่านี้ร้อยละ 80 เป็นเพศชาย มีหลักฐานพบโรคนี้ใน first degree relative มากกว่าประชากรทั่วไป

สาเหตุ ทางชีวภาพ - พบความผิดปกติของ

สมองโดยเฉพาะส่วนของ limbic system มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมก้าวร้าว รุนแรง Likewise และ Monrse เชื่อว่าพฤติกรรม episodic dyscontrol มีความสัมพันธ์กับ limbic system แต่ยังไม่มีหลักฐานชัดเจน เนื่องจากคลื่นสมองยังไม่ไวพอที่จะวัดความผิดปกตินี้ แต่สิ่งหนึ่งที่อาจสนับสนุนคือ การตอบสนองของผู้ป่วยเหล่านี้ต่อยากันชัก⁶ นอกจากนี้สารสื่อประสาทที่ผิดปกติ มีผลต่อพฤติกรรมนี้ได้โดยเฉพาะการลดลงของ serotonin พบระดับ 5-HIAA ใน CSF ต่ำในผู้ป่วยเหล่านี้ ปัจจัยกระตุ้นในวัยเด็กที่ทำให้เกิดได้แก่ perinatal trauma, infantile seizure, head trauma, encephalitis, minimal brain dysfunction และ hyperactivity

ทางจิตและสังคม - สาเหตุทางจิตใจ
เน้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมรุนแรงของบิดามารดา early deprivation ในวัยเด็ก บางคนกล่าวว่าพฤติกรรมเหล่านี้เกิดจาก masculine identity ที่ไม่ดี จึงใช้พฤติกรรมนี้เป็นกลไกป้องกัน นอกจากนี้ในวัยเด็กผู้ป่วยมักอยู่ท่ามกลางผู้ติดยา ก้าวร้าวและสภาวะอารมณ์ที่ไม่คงที่

การวินิจฉัยและการแสดง

อาการที่พบได้คือผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมอารมณ์โกรธ อารมณ์เกลียดอารมณ์รุนแรงของตนได้ ซึ่งส่งผลให้แสดงพฤติกรรมหรือการกระทำที่รุนแรง ซึ่งสาเหตุของความก้าวร้าวมักเกิดจากสิ่งกระตุ้นทางสังคมหรือจิตใจ และมักเป็นเรื่องเล็กน้อยไม่เหมาะสมกับการตอบสนองทางอารมณ์ของบุคคลนั้น อายุที่เริ่มเป็นมักพบตั้งแต่ 20 ปี ถึง 30 ปีขึ้นไป ไม่ค่อยพบในเด็ก การตรวจร่างกายในผู้ป่วยเหล่านี้ บางรายอาจพบ soft neurological sign ได้ การตรวจคลื่นสมอง (EEG) พบบ่อยที่ปกติหรืออาจมีการเปลี่ยนแปลงที่ nonspecific Neurological test มักปกติ

ตารางการวินิจฉัย

A. ผู้ป่วยไม่สามารถยับยั้งความก้าวร้าวได้ ซึ่งส่งผลให้เกิดการทำลายผู้อื่น หรือทำลายข้าวของอาการเกิดขึ้นเป็นช่วง ๆ

B. ระดับความรุนแรงของความก้าวร้าวไม่

สัมพันธ์หรือไม่เป็นสัดส่วนกับ stressor

C. พฤติกรรมก้าวร้าวไม่ได้เกิดจากโรคจิตสารเสพติด หรือโรคทางกายอื่น ๆ

การวินิจฉัยแยกโรค¹⁰

1. Substance intoxication or withdrawal
2. Delirium or Dementia (substance-induced or due to a general medical condition)
3. Personality change due to a general medical condition, aggressive type
4. Conduct disorder or Antisocial personality disorder
5. Other mental disorder เช่น Schizophrenia, Manic episode, Borderline personality disorder
6. Aggressive behavior not attributable to a mental disorder

การดำเนินและการพยากรณ์โรค

ไม่มีข้อมูลชัดเจน แต่อาการมักเริ่มที่อายุประมาณ 20 ถึง 30 ปี ผู้ป่วยส่วนใหญ่ความรุนแรงของโรคลดลงเมื่ออายุที่เริ่มเป็นมากขึ้น

การรักษา⁶

การรักษาที่ดีที่สุดคือ การใช้ยาพร้อมกับ psychotherapeutic approach ยาที่ใช้ได้ผลได้แก่กลุ่มยากันชัก ได้แก่ carbamazepine และ phenytoin ยากลุ่ม phenothiazine และยาด้านเศร้ามีประสิทธิผลในบางราย ยาอื่น ๆ ได้แก่ propranol, buspirone, trazodone, lithium และ fluoxetine มีรายงานว่าได้ผล ส่วนการใช้ยากลุ่ม benzodiazepine ต้องให้ด้วยความระมัดระวัง เนื่องจากผู้ป่วยบางรายแทนที่อาการดีขึ้น กลับทำให้เกิดอาการและอาการรุนแรงขึ้นได้

Kleptomania

ลักษณะที่สำคัญของโรคนี้คือผู้ป่วยไม่สามารถที่จะต่อต้านแรงกระตุ้นให้ขโมยสิ่งของ ทำให้เกิดการขโมยขึ้นซ้ำ ๆ โดยสิ่งของนั้นไม่ได้นำมาใช้ส่วนตัวหรือเพื่อต้องการเงินทอง ผู้ป่วยมีความรู้สึกตึงเครียดเพิ่ม

ขึ้นอย่างทันทีทันใดก่อนขโมย และรู้สึกผ่อนคลายอย่างมากขณะที่ขโมย โดยการขโมยกระทำโดยไม่ได้มีการวางแผนระยะยาวหรือได้รับการช่วยเหลือจากผู้อื่น และมีได้เกี่ยวข้องกับความโกรธหรือความอาฆาต

ระบาดวิทยา

ความชุกของโรคไม่ทราบชัดเจน ประมาณร้อยละ 3.8 ถึง 24 ของผู้ที่ถูกจับเนื่องจากขโมยของเป็นโรคนี้ พบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย พบบ่อยในครอบครัวของ compulsive-impulsive spectrum disorder^{7,8}

สาเหตุ Psychodynamic : อาการของโรคนี้มีแนวโน้มที่จะเกิดขึ้นในช่วงที่มีความเครียด เช่น หลังการสูญเสีย การพลัดพรากจากบุคคลที่สำคัญในชีวิต อาการนี้พบบ่อยที่สัมพันธ์กับความผิดปกติอื่นเช่น โรคทางอารมณ์ โรคย้ำคิดย้ำทำ ความผิดปกติเกี่ยวกับการกินโดยเฉพาะ bulimia nervosa

นักจิตวิเคราะห์กล่าวถึงพฤติกรรมนี้เป็นการแสดง aggressive impulse Anna Freud กล่าวถึงพฤติกรรมขโมยว่าเป็นความต้องการรวมเป็นหนึ่งเดียว กับมารดา นักจิตวิเคราะห์อื่นกล่าวถึงสาเหตุของพฤติกรรมการขโมยในเด็กและวัยรุ่นไว้ 7 อย่างคือ

1. เพื่อคงความสัมพันธ์ระหว่างมารดาและเด็ก
2. เป็นการแสดง aggressive act
3. เป็นกลไกป้องกันตนเองจากความกลัวว่า

ตนจะถูกทำลาย

4. ต้องการถูกลงโทษ
5. เพื่อรักษา self-esteem ของตน
6. เป็นปฏิกิริยาต่อ family secret
7. กระตุ้นพฤติกรรมและความรู้สึกทางเพศ ซึ่งนำมาประยุกต์ใช้อธิบายโรค kleptomania

ในผู้ใหญ่

Biological : พบโรคทางสมองและปัญญอ่อนสัมพันธ์กับ kleptomania นอกจากนี้ผู้ป่วยบางคนมี focal neurological signs, cortical atrophy และ lateral ventricle โต สิ่งหนึ่งที่น่าจะเป็นสาเหตุคือ ความผิดปกติของสารสื่อประสาท serotonin

การวินิจฉัยและอาการทางคลินิก

การวินิจฉัยตามตาราง

นอกจากอาการข้างต้นนี้ ผู้ป่วยอาจรู้สึกผิด ละอายต่อพฤติกรรมของตนเอง บางคนมีอาการวิตกกังวล หรืออาการซึมเศร้าร่วมด้วย บ่อยครั้งที่ทำให้เกิดปัญหาสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักขโมยของจากร้านค้า แต่อาจขโมยของภายในบ้าน หรือของคนในครอบครัว

ตารางการวินิจฉัย

- A. ไม่สามารถที่จะต่อต้านแรงกระตุ้นให้ขโมยสิ่งของที่ไม่ว่าจำเป็นต่อตนเองได้
- B. ผู้นั้นจะมีความรู้สึกตึงเครียดเพิ่มขึ้นอย่างทันทีทันใด ก่อนหน้าที่จะทำการลักขโมย
- C. รู้สึกอึดอัดใจหรือเกิดผ่อนคลายอย่างมากขณะทำการลักขโมย
- D. การลักขโมยมิได้เกี่ยวข้องกับความโกรธหรือความอาฆาตแต่อย่างใด ไม่ได้เป็นการตอบสนองต่ออาการหิวแหวและประสาทหลอน
- E. การลักขโมยไม่ได้เป็นผลจาก Conduct disorder, Manic episode หรือ Antisocial personality disorder

การวินิจฉัยแยกโรค¹⁰

1. ORDINARY ACTS OF THEFT OR SHOP-LIFTING พฤติกรรมขโมยของถูกกระตุ้นจากความต้องการสิ่งของนั้น หรือเพื่อเป็นที่ยอมรับของเพื่อน โดยไม่มีความตึงเครียด หรือความพึงพอใจที่สัมพันธ์กับการขโมย
2. MALINGERING ผู้ป่วยทำเพื่อต้องการหลบเลี่ยงหรือปกป้องตัวเอง
3. CONDUCT DISORDER OR ANTISOCIAL PERSONALITY DISORDER โดยผู้ป่วยมีพฤติกรรมของ antisocial อย่างอื่นร่วมด้วย จะไม่วินิจฉัย Kleptomania ถ้ามีความผิดปกตินี้
4. EPISODES OF STEALING RELATED TO OTHER MENTAL DISORDER เช่น Schizophrenia, Mania, Dementia จะไม่วินิจฉัย Kleptomania ถ้ามี

ความผิดปกตินี้

การดำเนินและการพยากรณ์โรค

อาการอาจเริ่มในวัยเด็กได้ การดำเนินโรคขึ้น ๆ ลง ๆ มีแนวโน้มเป็นเรื้อรัง บางรายอาการหายเองได้ ภาวะแทรกซ้อนมักเกิดตามหลังการถูกจับการพยากรณ์โรคดี แต่มีผู้ป่วยน้อยรายที่มารับการรักษา เนื่องจากความผิดปกตินี้ไม่ทำให้เกิดความบกพร่องทางหน้าที่การงานและสังคม บางรายอาจถูกกระตุ้นโดยความผิดหวังหรือสูญเสีย พบว่าความผิดปกตินี้มีความสัมพันธ์กับ obsessive-compulsive disorder และ mood disorder

การรักษา

การทำ insight-oriented psychotherapy และ psychoanalysis พบว่าได้ผลแต่ผู้ป่วยต้องมีแรงจูงใจในการรักษาด้วย การรักษาโดยใช้พฤติกรรมบำบัดที่พบว่าได้ผลได้แก่ systematic desensitization, aversive conditioning และ การใช้ aversive conditioning ร่วมกับ social contingency นอกจากนี้การใช้ยาในกลุ่ม SSRI ได้แก่ fluoxetine ได้ผลในผู้ป่วยบางราย

Pyromania

ลักษณะที่สำคัญของโรคนี้คือ มีการวางเพลิง เล่นไฟ หรือจุดไฟ มากกว่าหนึ่งครั้ง ซึ่งพฤติกรรมนี้

1. มีความตึงเครียดหรือเรื้อรังก่อนจุดไฟ
2. มีความสนใจและชื่นชอบต่อการจุดไฟ การเห็นไฟ หรือการได้เข้าไปเกี่ยวข้องกับกิจกรรมที่สัมพันธ์กับไฟ

3. รู้สึกพึงพอใจเมื่อได้จุดไฟนั้น

ไม่วินิจฉัยถ้าการจุดไฟนั้นทำเพื่อเงิน ผลทางการเมือง หรือเพื่อแสดงอารมณ์โกรธ อาฆาตแค้น หรือตอบสนองต่ออาการหูแว่ว ประสาทหลอน

ระบาดวิทยา

ไม่มีข้อมูลของโรคนี้อย่างชัดเจน พบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง มักพบพฤติกรรมนี้ในผู้ป่วยที่ปัญญาอ่อนมากกว่าประชากรทั่วไป ผู้ป่วยโรคนี้มักมีประวัติติดสุรา และ antisocial trait เช่น ดื้อรั้น หนี

ออกจากบ้าน รังแกสัตว์ ร่วมด้วย นอกจากนี้ยังสัมพันธ์กับผู้ที่มีปัสสาวะรดที่นอน

สาเหตุ พรอยด์กล่าวว่า ไฟเป็นสัญลักษณ์ทางเพศ ความอบอุ่นที่เกิดจากไฟเปรียบเสมือนสิ่งกระตุ้นทางเพศ รูปร่างของเปลวไฟ และการเคลื่อนไหวเปรียบได้กับกิจกรรมทางเพศ

บางคนกล่าวถึงการจุดไฟเป็นความผิดปกติของความอยากมีอำนาจและชื่อเสียงในสังคม

หลายการศึกษาพบว่า บิดาของผู้ป่วยกลุ่มนี้มักไม่อยู่บ้าน ฉะนั้นบางคนอธิบายว่า พฤติกรรมนี้เป็นความปรารถนาที่จะให้บิดากลับมาคุ้มครองตน

นอกจากนี้พบระดับ 5-HIAA ใน CSF และระดับ 3-methoxy, 4-hydroxyphenylglycol (MH+PG) ต่ำในผู้ป่วยชาย

การวินิจฉัยและการแสดง**วินิจฉัยตาม DSM-IV**

ผู้ป่วยมักจะชอบเฝ้ามองการจุดไฟของเพื่อนบ้าน บ่อยครั้งที่เตือนภัยผิด ๆ เกี่ยวกับไฟไหม้แสดง ความอยากรู้อยากเห็นและสนใจที่จะดับเพลิง ผู้ป่วยรู้สึกเฉย ไม่เสียใจ ไม่ส่งผลกระทบของการสูญเสียที่เกิดจากเพลิงไหม้ และอาจเกิดความพอใจจากผลของการทำลายนั้น ลักษณะที่พบร่วมในโรคนี้ได้แก่

- alcohol intoxication
- sexual dysfunctions
- low I.Q.
- chronic frustration

ในบางรายการจุดไฟเป็นการกระตุ้นทางเพศ

ตารางการวินิจฉัย

- A. จงใจและมีความมุ่งหมายที่จะวางเพลิงมากกว่าหนึ่งครั้ง
- B. ก่อนวางเพลิงจะรู้สึกตึงเครียด
- C. มีความรู้สึกอยากมอง สนใจ หรือ อยากรู้อยากเห็นเรื่องราวเกี่ยวกับไฟไหม้
- D. เกิดความสุขหรือความพึงพอใจเมื่อได้วางเพลิง หรือเฝ้าดูเพลิงไหม้ หรือมีส่วนเข้าไปร่วมภายหลังเกิดเพลิงไหม้แล้ว

E. การวางเพลิงมิได้มุ่งหวังเงินทอง หรือเพื่อระบายความโกรธแค้น หรือต้องการให้ความเป็นอยู่ของตนเองดีขึ้น หรือตอบสนองต่ออาการหลงผิดหรือประสาทหลอน

F. การวางเพลิงไม่ได้เกิดจาก Conduct disorder, Manic episode หรือ Antisocial personality disorder.

การวินิจฉัยแยกโรค¹⁰

แยกจาก

- สิ่งกระตุ้นต่าง ๆ ที่ก่อให้เกิดจุดไฟ โดยตั้งใจวางเพลิงเพื่อหวังผลประโยชน์ การก่อวินาศกรรมหรือแค้น
- พัฒนาการของเด็กโดยอยากรู้ อยากเห็น สืบค้นสิ่งแวดล้อมของตนตามปกติ
- Conduct disorder หรือ Antisocial personality disorder ผู้ป่วยเหล่านี้จะมีความอื่นของโรคนี้ร่วมด้วย จะไม่วินิจฉัย Pyromania ถ้ามีโรคนี้
- โรคจิตอื่น ๆ เช่น Schizophrenia, Dementia หรือ substance intoxication

การดำเนินและการพยากรณ์โรค

อาการมักเริ่มในวัยเด็ก เมื่อเข้าสู่วัยรุ่นหรือวัยผู้ใหญ่ การวางเพลิง จุดไฟ มีแนวโน้มที่จะทำให้เกิดความเสียหายมากขึ้น การพยากรณ์โรคในเด็กค่อนข้างดี และมักหาย แต่ในวัยผู้ใหญ่ไม่ดี เนื่องจากผู้ป่วยมักปฏิเสธการรักษา ไม่มี insight และมีการติดสุราด้วย

การรักษา

รักษายากเพราะผู้ป่วยไม่มีแรงจูงใจที่จะรักษา การกักขังจึงเป็นเพียงวิธีเดียวที่ป้องกันการวางเพลิง การรักษาโดยใช้พฤติกรรมบำบัดอาจช่วยได้

สำหรับในเด็กเน้น intensive intervention ในแง่การรักษาและการป้องกันมากกว่าการทำโทษ

Pathological gambling

ลักษณะที่สำคัญของโรคนี้คือผู้ป่วยไม่สามารถที่จะต่อต้านแรงกระตุ้นให้เล่นการพนันได้ โดยพฤติกรรม

กรรมนี้เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องและเรื้อรัง จิตใจจดจ่อเร่งเร้าต่อการเล่นการพนัน จะเพิ่มขึ้นในระยะเครียด

ระบาดวิทยา

พบประมาณร้อยละ 1 ถึง 3 ของประชากรในสหรัฐอเมริกา พบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง พบมากในเพศชายที่มีบิดาและเพศหญิงที่มีมารดาป่วยเป็นโรคนี้ ผู้หญิงที่มีสามีติดสุราหรือสามีที่ออกจากบ้านหายไปบ่อย มีโอกาสเป็นโรคนี้มากกว่าหญิงอื่น

สาเหตุ

จากการศึกษาพบว่าปัจจัยที่มีแนวโน้มต่อการเกิดโรคได้แก่ การสูญเสียบิดามารดาจากการตาย การแยกหรือการหย่าร้างก่อนอายุ 15 ปี การอบรมเลี้ยงดูที่ไม่เหมาะสม การมีประสบการณ์เล่นการพนันในช่วงวัยรุ่น ครอบครัวที่เน้นในด้านวัตถุนิยม ภาวะ ADHD ในเด็ก

พบโรคนี้มีความสัมพันธ์กับ major depression, panic disorder, obsessive-compulsive disorder² และ agoraphobia และพบว่าโรคนี้มีความสัมพันธ์กับความผิดปกติของ catecholamine

การวินิจฉัยและอาการแสดง

วินิจฉัยตามตารางข้างล่าง

ภาวะแทรกซ้อนของโรคนี้ได้แก่ การฆ่าตัวตาย สูญเสียหน้าที่การงาน ความสำเร็จในชีวิตและความสัมพันธ์กับบุคคลในครอบครัว และการผิดกฎหมาย

การวินิจฉัยแยกโรค

แยกจากการเล่นพนันเพื่อจุดประสงค์อื่น ๆ และโรคทางจิตอื่น ๆ โดยเฉพาะโรคอารมณ์แปรปรวน (manic episode)

การดำเนินและการพยากรณ์โรค

อาการเริ่มแรกมักเริ่มในช่วงวัยรุ่นในเพศชาย วัยผู้ใหญ่ตอนต้นในเพศหญิง อาการขึ้น ๆ ลง ๆ แต่มีแนวโน้มเรื้อรัง อาการนี้เกิดขึ้นแบ่งเป็น 3 ระยะคือ

1. winning phase ผู้ป่วยหยุดเล่นได้เมื่อเล่นแล้วชนะ

2. progressive-loss phase ชีวิตเขาขึ้นอยู่กับการเล่นพนัน ทำให้เสียเงิน หน้าที่การงาน เป็นหนี้สิน

3. desperate phase เล่นการพนันอย่างหนักโดยใช้เงินจำนวนมาก เขียนเช็คปลอม

ความผิดปกติเหล่านี้ อาจใช้เวลาตั้งแต่เริ่มแรกจนถึง 15 ปี จึงจะมาถึงระยะสุดท้าย แต่พบบ่อยในช่วง 1 ถึง 2 ปี

ตารางการวินิจฉัย

A : มี Maladaptive gambling behavior มากกว่า 5 ข้อ

1. มีจิตใจจดจ่ออยู่กับการพนัน
2. ใช้เงินทองจำนวนมาก หรือใช้เวลาเล่นนานกว่าที่ตั้งใจไว้เป็นหนี้สิน
3. มีความต้องการที่จะเพิ่มความถี่และจำนวนเงินในการเล่น เพื่อให้บรรลุถึงความพึงพอใจของตน
4. เมื่อไม่ได้เล่นการพนัน จะรู้สึกกระวนกระวายใจหรือหงุดหงิด
5. เสียการพนันซ้ำแล้วซ้ำอีก และในวันรุ่งขึ้นจะกลับไปเล่นอีก เพื่อหวังให้ได้เงินกลับคืนมา (chasing)
6. พยายามที่จะลดหรือหยุดเล่นการพนันซ้ำแล้วซ้ำอีก
7. เล่นการพนันเป็นหนี้สิน เมื่อคาดว่าจะได้พบปะกันในการเข้าสังคมหรือมีความจำเป็นในการประกอบอาชีพ
8. ยอมเสียสละกิจกรรมทางสังคม อาชีพ หรือการสรรค์ที่สำคัญบางอย่างเพื่อที่จะเล่นการพนัน
9. ยังคงเล่นการพนันต่อแม้ว่าจะไม่สามารถใช้หนี้สิน หรือมีปัญหาในสังคมหน้าที่การงานก็ตาม
10. มีพฤติกรรมผิดกฎหมาย เพื่อได้เงินมาเล่นการพนัน

B : ความผิดปกติไม่ได้เกิดจาก manic episode

การรักษา

ผู้ป่วยมักปฏิเสธที่จะรักษาเอง แรงผลักดัน

ของญาติ กฎหมาย หรืออาการทางจิตอื่น ๆ ที่พบร่วม ทำให้ผู้ป่วยมารับการรักษา หลักการรักษาใช้กลุ่มบำบัด Gamblers Anonymous (GA) ซึ่งมีประสิทธิภาพมากที่สุดในการรักษา ในบางรายการรักษาตัวในโรงพยาบาลช่วยได้โดยการแยกผู้ป่วยออกจากสิ่งแวดล้อม

Trichotillomania

อาการที่สำคัญคือ ผู้ป่วยถอนผมของตนเอง ซ้ำแล้วซ้ำอีก ทำให้สังเกตเห็นหนังศีรษะบริเวณที่ผมหลุดนั้นเป็นหย่อม ๆ ผู้ป่วยจะเกิดความรู้สึกตึงเครียดเพิ่มขึ้นอย่างทันทีทันใดก่อนที่จะแสดงพฤติกรรมดังกล่าว และเกิดความรู้สึกผ่อนคลายหรือความพึงพอใจภายหลังที่ได้ถอนผมออกมา

บางคนกล่าวว่าความผิดปกตินี้เป็น variant ของ obsessive compulsive disorder เนื่องจากมีความคล้ายกันของ

- phenomenology
- family history
- response to treatment

ระบาดวิทยา

เดิมคิดว่าพบมากในเพศหญิงมากกว่า ปัจจุบันมีหลักฐานว่าเพศชายพบบ่อยขึ้น ผู้ป่วยมีประวัติเริ่มเป็นตั้งแต่วัยเด็ก และพยายามแก้ไข พบ comorbidity³ กับ

- mood disorder
- anxiety disorder
- substance abuse
- eating disorder
- และ coexist กับ
- mental retardation
- psychotic disorder

สาเหตุ ประมาณ 1 ใน 4 ของผู้ป่วย อาการเริ่มแรกมีความสัมพันธ์กับสถานการณ์แห่งความเครียด ความสัมพันธ์ที่ไม่ดีกับมารดา ความกลัวว่าจะถูกทอดทิ้ง การสูญเสีย เป็นต้น ในบางรายพฤติกรรมนี้เป็น self-stimulation

ตารางการวินิจฉัย

- A. ไม่สามารถที่จะต่อต้านแรงผลักดันให้ถอนผมตนเองได้ซ้ำแล้วซ้ำอีก
- B. เกิดความรู้สึกตึงเครียดเพิ่มขึ้นทันทีทันใดก่อนถอนผม
- C. เกิดความรู้สึกผ่อนคลายหรือพอใจเมื่อได้ถอนผมแล้ว
- D. ความผิดปกตินี้ไม่ได้เกิดจากโรคจิต และโรคทางกายอื่น
- E. ความผิดปกตินี้รบกวนต่อหน้าที่การงานและสังคม

การวินิจฉัยแยกโรค¹⁰**แยกจาก**

- General medical condition : ถ้ามีโรคทางกายต่างๆ ที่เป็นสาเหตุ จะไม่วินิจฉัย Trichotillomania
- Obsessive-Compulsive Disorder แยกกันโดยใน OCD พฤติกรรมถอนผมเป็นการตอบสนองต่อ obsession ถ้ามีโรคนี้จะไม่วินิจฉัย Trichotillomania
- Schizophrenia หรือโรคที่มีอาการทางจิตอื่น ๆ ที่ทำให้เกิดพฤติกรรมถอนหรือดึงผม โดยตอบสนองต่อหูแว่วและอาการหลงผิด ถ้ามีโรคนี้จะไม่วินิจฉัย Trichotillomania
- Stereotypic Movement Disorder ผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมเคลื่อนไหวซ้ำ ๆ อย่างอื่นมากกว่าพฤติกรรมถอนผม การเคลื่อนไหวมีช่วงจังหวะ และผู้ป่วยดูเหมือนไม่ถูกรบกวนจากความผิดปกตินี้

การดำเนินและการพยากรณ์โรค

โดยทั่วไปอาการมักเริ่มในวัยเด็กหรือวัยรุ่น การดำเนินโรคไม่ทราบแน่ชัด อาจหายไปหรือเป็นเรื้อรังได้

การรักษา

ไม่พบวิธีการรักษาใดที่ดีที่สุดสำหรับโรคนี้ การรักษาอาศัยความร่วมมือกันระหว่างจิตแพทย์และแพทย์ผิวหนัง ยาทางผิวหนังที่ใช้ในการรักษาได้แก่ topical steroid และ hydroxyzine hydrochloride นอกจากนี้ยาลดเครียดที่มีคุณสมบัติ antihistamine ยาด้าน

เศร้า ยากลุ่ม serotonin (SSRI) และยาด้านอาการทางจิต อาจมีประสิทธิภาพในการรักษา

จากการศึกษาปัจจุบันพบว่ายา clomipramine³ และ fluoxetine ช่วยลดความถี่ และความรุนแรงของโรค ยา lithium ลดพฤติกรรมถอนผม และช่วยให้ผมขึ้นใหม่

บางการศึกษากล่าวถึงการใช้ biofeedback, insight oriented psychotherapy และ hypnotherapy ในการรักษา

Impulse Control Disorder Not Otherwise specified

ตาม DSM-IV อธิบาย Impulse Control Disorder Nos อยู่ในกลุ่ม Impulse Control Disorder ซึ่งมีอาการไม่เข้าเฉพาะโรคใดโรคหนึ่งในกลุ่มนี้ ตัวอย่าง เช่น compulsive shopping, addiction to video games, compulsive sexual behavior และ repetitive self-mutilation

เอกสารอ้างอิง

1. Froster-PL, Schoenfeld-FB, Marmar-CR. Lithium for irritability in PTSD, Journal-trauma-stress 1995 ; 8 : 143-9.
2. Hollander-E; Wong-CM. Body dysmorphic disorder, Pathological gambling and Sexual compulsion, Journal of clinical Psychiatry, 1995 ; 7-12.
3. Janicak; Davis; Preskorn; Ayd, Trichotillomania, Principles and Practice of Psychopharmacotherapy, Williams & Wilkins, 1993, 476-7.
4. Kaplan and Sadock's, Impulse-Control Disorder Not Elsewhere Classified, Comprehensive textbook of psychiatry, 5th edition, William & Wilkins, 1145-54.
5. Kapan and Sadock's, Impulse-Control Disorder Not Elsewhere Classified, Synopsis of psychiatry, 7th edition, Williams & Wilkins, 1994, 717-25.
6. Kenneth Tardiff. Concise guide to Assessment and Managment of Violent patients, APP.
7. McElroy-SL, Kech-Pe Jr, Phillips-KA, Kleptomania. Compulsive buying and Binge-eating disorder, Journal of Clinical Psychiatry, 1995, 14-26.
8. McElroy-SL, Keck-PE Jr, Phillips-KA. Obsessive-Compulsive Spectrum disorder, Journal of Clinical Psychiatry 1994 Oct, 33-51.
9. Problem in the Diagnosis of Intermittent Explosive Disorder. American Journal of Psychiatry 1983 : 140 : 1200.
10. Michael B., Allen Frances, Harold Alan Pincus. Impulse Control Disorder Not Elsewhere Classified, DSM-IV. Handbook of Differential Diagmosis, APP 1995, 196-201.