



# โรคความผิดปกติทางจิตใจภายหลังภัยอันตรายในเด็ก

อนุพงษ์ สุธรรมนิรันดร์<sup>1</sup> อมรัตน์ คงชูป<sup>1</sup> ณัฏฐิณี ชินะจิตพันธ์<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>หน่วยจิตเวชเด็ก กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลชลบุรี

## บทคัดย่อ

โรคความผิดปกติทางจิตใจภายหลังภัยอันตรายในเด็ก เป็นความผิดปกติทางจิตใจภายหลังประสบกับภัยอันตรายที่รุนแรง ในเด็กมักพบโรคนี้ตามหลังการถูกทารุณกรรม อุบัติภัย วินาศภัย การก่อการร้าย หรือแม้กระทั่งภาวะเฉียดตายจากการเจ็บป่วย อาการแสดงของโรค ภายหลัง 1 เดือน จากเหตุการณ์ คือ ยังนึกกลัวถึงเหตุการณ์ หลีกเลี้ยงที่จะเผชิญ มีการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ ตระหนกกลัว การรักษาได้ผลดีด้วยการทำจิตพฤติกรรมบำบัดมุ่งประเด็นที่เกิดจากภัยอันตราย รายงานนี้นำเสนอ ผู้ป่วยเด็กเล็ก 1 ราย และ วัยรุ่น 1 ราย ที่ผ่านเหตุการณ์รุนแรงมาเกิน 1 เดือน และยังมีอาการทางจิตใจอยู่

คำสำคัญ: ความผิดปกติทางจิตใจ ภัยอันตราย เด็ก

### ผู้นิพนธ์หลัก:

อนุพงษ์ สุธรรมนิรันดร์  
หน่วยจิตเวชเด็ก กลุ่มงานจิตเวช  
โรงพยาบาลชลบุรี อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี  
อีเมลล์: anupongmd@yahoo.com









## ■ รายงานผู้ป่วยรายที่ 2

เด็กหญิงไทยอายุ 14 ปี ถูกลวงละเมิดทางเพศตั้งแต่อายุ 7 ปี โดยบิดานาญธรรม จนอายุ 13 ปี ได้รับการช่วยเหลือแยกออกจากครอบครัว และบิดานาญธรรม โดยเจ้าหน้าที่ของบ้านพักเด็กและครอบครัวในภูมิลำเนาที่ผู้ป่วยอาศัย เมื่ออายุ 14 ปี ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือให้ย้ายมาอยู่กับญาติจังหวัดชลบุรี และได้เข้ามารักษาที่ผู้ป่วย

แรกรับพบว่า ผู้ป่วยมีความกลัว ความกังวลมากต่อเหตุการณ์ ทั้ง ๆ ที่เหตุการณ์สิ้นสุดไปแล้ว 1 ปีก่อนมาพบแพทย์ ผู้ป่วยมีความคิดผุดขึ้นมาโดยอัตโนมัติว่าตนเองกำลังถูกทำร้ายทางเพศจากบิดานาญธรรม ความถี่ 2-3 ครั้งต่อสัปดาห์ ตกใจกลัวเมื่อเจอผู้ชายหรือใกล้ผู้ชาย ไม่ว่าจะเพื่อน ครู ทุกครั้งที่ตกใจกลัว จะมีอาการใจสั่น แ่นหน้าออกปรับตัวลำบากกับเพื่อน และน้ำที่ผู้ป่วยมาอยู่ด้วย รู้สึกว่าตนเองเป็นคนไม่ดี ทำอะไรก็ผิดพลาด คิดว่าเป็นผู้ผิดมีส่วนร่วมที่ทำให้เกิดเหตุการณ์บิดานาญธรรมลวงละเมิดทางเพศ

การประเมินสภาพจิต พบว่า ผู้ป่วยมีความคิดเหตุการณ์ถูกทำร้าย ยังสามารถเกิดขึ้นมาอีกได้ มีความกลัวใจสั่น เมื่ออยู่ใกล้ผู้ชายทุกคน ไม่สามารถควบคุมความคิดกลัว ปรับตัวลำบากกับเพื่อน ครู และน้ำที่มากอาศัยอยู่ด้วยนอนไม่หลับ และฝันร้ายบ่อย

ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย Chronic PTSD รักษาด้วย เภสัชบำบัด ใช้ยาต้านเศร้า Fluoxetine เป็นกลุ่ม Selective Serotonin Reuptake Inhibitors (SSRI) และจิตพฤติกรรมบำบัด หลังรักษาเป็นระยะเวลา 3 เดือน ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น และอยู่ในระหว่างการติดตามต่อเนื่อง

## ■ อภิปรายผู้ป่วยรายที่ 2

ผู้ป่วยรายนี้มาพบแพทย์เมื่ออายุ 14 ปี แต่ประสบกับเหตุการณ์ที่รุนแรง ถูกลวงละเมิดทางเพศโดย บิดานาญธรรม ซึ่งเป็นบุคคลที่ใกล้ชิดในครอบครัว เป็นผู้ที่เกี่ยวข้องผู้ป่วย ตั้งแต่ อายุ 7 ปี ต่อเนื่องเป็นระยะยาว 5 ปี ถือเป็นเหตุการณ์รุนแรงทั้งทางกายและใจ ในเด็กวัยรุ่นอายุ 14 ปี เริ่มมีความคิดเรียนรู้ กลไกทางจิตใจ แบบผู้ใหญ่ การวินิจฉัยโรคกลุ่มนี้เกณฑ์การวินิจฉัยจึงไม่แตกต่างจากผู้ใหญ่ ผู้ป่วยมีอาการแสดงออกเสมือนว่าเหตุการณ์ยังเกิดขึ้นเสมอ (re-experience) มีความคิดผุดขึ้นมาเองโดยอัตโนมัติ (flashback) ว่ายังถูกบิดาทำร้าย หลีกเลี่ยงไม่ยอมพูดถึงเหตุการณ์ที่เคยเกิดขึ้น (avoidant) มีอารมณ์ ความคิดในทางลบ (negative in cognition) คิดว่าผู้ป่วยเป็นผู้ผิด หงุดหงิดง่าย ไม่อยาก

อยู่กับน้ำ ไม่อยากคบเพื่อน มีอาการตื่นตระหนกกลัวว่าจะเกิดเหตุการณ์ซ้ำ (arousal) อาการทั้งหมดของผู้ป่วยยังคงมีอาการหลังเหตุการณ์สิ้นสุดเกิน 1 เดือน ผู้รายงานได้ให้การวินิจฉัย PTSD ตามเกณฑ์ DSM-5 เป็นแบบ chronic เนื่องจากมีอาการต่อเนื่องเกิน 3 เดือน

การรักษาด้วยจิตพฤติกรรมบำบัด มุ่งประเด็นเน้นจากภัยอันตรายที่เกิดกับผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยเรียนรู้ว่าอาการทั้งหมดเกิดจากการถูกกระทบกระเทือนทางใจ เรียนรู้อารมณ์ พฤติกรรมของตนเองที่เกิดขึ้น รู้จักแยกเหตุการณ์ที่ผ่านไปแล้วกับปัจจุบัน รับรู้ตนเองถึงความปลอดภัย และสามารถควบคุมตนเองได้ เกิดมุมมองใหม่ว่าผู้กระทำผิดไม่ใช่ผู้ป่วย แต่เป็นบิดานาญธรรม ผูกจินตนาการความคิดการควบคุมปรับตนเองในอนาคตในทางบวก ทั้งด้านการเรียน ความสัมพันธ์ กับเพื่อนครู และครอบครัวใหม่ ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น หลังจากบำบัดรักษาได้ 3 เดือน ทั้งการควบคุมตนเอง อารมณ์ พฤติกรรม ไม่โทษว่าเป็นความผิดของตนเอง ไม่มีอาการตื่นตระหนก ไม่พบอาการหวาดวิตถึงเหตุการณ์โดยอัตโนมัติ เมื่อพูดหรือนึกถึงอดีตสามารถควบคุมความรู้สึกไม่กลัวเหตุการณ์ เข้าใจว่าเป็นอดีตที่ผ่านไปแล้ว อย่างไรก็ตามผู้ป่วยรายนี้ยังขาดปัจจัยปกป้องที่ดีจากครอบครัว อีกทั้งได้รับความรุนแรงต่อเนื่องนาน ผู้รักษาได้วางแผนติดตามระยะยาวต่อไป

## ■ ทบทวนข้อมูลทางวิชาการ

ระบาดวิทยาของ PTSD พบว่าร้อยละ 80 ของประชากรในสหรัฐอเมริกาเคยประสบกับความรุนแรง และแสดงอาการของ PTSD ร้อยละ 10 พบในเพศหญิงมากกว่าชาย<sup>4</sup> ในขณะที่เป็นวัยรุ่น ร้อยละ 25 เคยเผชิญกับความรุนแรงมาแล้วในอดีต<sup>5</sup> สำหรับประเทศไทย มีการศึกษาเด็กนักเรียนชั้นประถมปีที่ 4 ถึงมัธยมศึกษาปีที่ 3 จำนวน 470 คน ที่ประสบกับเหตุการณ์ภัยพิบัติสึนามิ พบว่ามีความชุกของ PTSD ร้อยละ 15.1<sup>6</sup>

เด็กที่เผชิญกับความรุนแรง แล้วพัฒนาต่อมาเป็น PTSD พบว่ามีปัจจัยเสี่ยง คือ เพศหญิง เคยพบความรุนแรงมาก่อน หรือความรุนแรงที่สูง เด็กที่มีปัญหาสุขภาพจิตก่อนเกิดเหตุการณ์รุนแรงอยู่แล้ว หรือ ความยืดหยุ่นในการปรับตัว (Resilience) ไม่ดี เด็กที่มีระดับสติปัญญาสูงจะมีความเสี่ยงน้อยกว่าเด็กที่มีสติปัญญาต่ำ เด็กที่ได้รับการดูแลช่วยเหลือจากครอบครัวจะมีความเสี่ยงน้อยกว่าเด็กที่บิดามารดาไม่มี





1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4<sup>th</sup> ed. Washington, DC: American Psychiatric publishing; 1994.
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5<sup>th</sup> ed. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2013.
3. Sadock JB, Sadock AV, Ruiz P. Synopsis of Psychiatry. 11<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2015. p1221-6.
4. Breslau N. The epidemiology of trauma, PTSD, and other posttraumatic disorders. *Trauma Violence Abuse* 2009;10:198-210.
5. Costello EJ, Erkanli A, Fairbank JA, et al. The prevalence of potentially traumatic events in childhood and adolescence. *J Trauma Stress* 2002;15:99-112.
6. พนม เกตุमान. ความชุกของโรคความผิดปกติทางจิตใจภายหลังภัยอันตราย (PTSD) ในเด็กนักเรียน: ศึกษาหลังเหตุการณ์ สึนามิผ่านไป 23 เดือน. *วารสารสมาคมจิตแพทย์ฯ* 2551. หน้า:8-20.
7. Pine DS, Cohen JA. Trauma in children and adolescents: risk and treatment of psychiatric sequelae. *Biol Psychiatry* 2002;51:519-31.
8. Sinclair E, Salmon K, Bryant R. The role of panic attacks in acute stress disorder in children. *J Trauma Stress* 2007;20:1069-73.
9. Pfefferbaum B, Stuber J, Galea S, et al. Panic reaction to terrorist attacks and probable posttraumatic stress disorder in adolescents. *J Trauma Stress* 2006;19:217-28.
10. Meiser-Stedman R, Smith P, Glucksman E, et al. The PTSD diagnosis in preschool- and elementary school-age children exposed to motor vehicle accidents. *Am J Psychiatry* 2008;165:1326-37.
11. De Bellis MD, Keshevan MS, Clark DB, et al. Developmental traumatology, part II: brain development. *Biol Psychiatry* 1999;45:1271-84.
12. Scheeringa MS, Peebles CD, Cook CA, et al. Toward establishing procedural criterion and discriminant validity for PTSD in early childhood. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2004;40:52-60.
13. Saigh PA, Mroveh M, Bremner JD. Scholastic impairments among traumatized adolescents. *Behav Res Ther* 1997;35:429-36.
14. Litz BT, Gray MJ. Early intervention for trauma in adults: a framework for first aid and secondary prevention. In: Litz BT, ed. *Early Intervention for Trauma and Traumatic Loss*. New York: Guilford Press; 2004:87-111.
15. Stallard P, Velleman R, Salter E, et al. A randomised controlled trial to determine the effectiveness of an early psychological intervention with children involved in road traffic accidents. *J Child Psychol Psychiatry* 2006;47:127-134.
16. Cohen JA, Deblinger E, Mannarino AP, et al. A multisite randomized controlled trial for children with sexual abuse related PTSD symptoms. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2004;43:393-402.
17. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with posttraumatic stress disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2010;49:414-30.