



โรควิตกกังวลในประเทศไทย : ข้อมูลเฉพาะโรคตื่นตระหนก

พิเชฐ อุดมรัตน์ พบ.*

บทคัดย่อ

ได้ทบทวนเรื่องโรควิตกกังวลในประเทศไทย โดยกล่าวถึงโรคตื่นตระหนกเป็นหลัก เนื่องจากมีข้อมูลจากงานวิจัยของประเทศไทยในช่วง 20 ปีที่ผ่านมามากกว่าโรควิตกกังวลชนิดอื่นๆ โดยพบความชุกของโรคตื่นตระหนกเท่ากับร้อยละ 0.4 และมีทฤษฎีทางชีววิทยาที่กล่าวถึงโรคนี้อยู่หลายทฤษฎี สำหรับอาการขณะเกิด panic attack นั้น พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ทั้งชาวไทยและต่างประเทศมีอาการของหัวใจและระบบ การหายใจเป็นอาการนำ ขณะที่อาการกลัวว่าตัวเองจะตาย ซึ่งพบได้สูงในคนไทยนั้น กลับพบได้น้อยในต่างประเทศ แม้แพทย์จะเรียกโรคนี้ว่าโรคตื่นตระหนก แต่ผู้ป่วยและญาติกลับเรียกโรคนี้ตามความเข้าใจของตน เช่น ในภาคใต้เรียกว่า โรคลม หรือโรควูบ และมีความเชื่อที่แตกต่างกันระหว่างทั้งสองโรคนี้ ในด้านการดำเนินโรคพบว่าโรคตื่นตระหนกมีการดำเนินโรคที่เรื้อรัง และมีช่วงที่หายเป็นปกติเป็นช่วงๆ การป้องกันโรคนี้อาจทำได้โดยการค้นหากลุ่มเสี่ยง เช่น กลุ่มที่มีการยับยั้งพฤติกรรมในเด็ก กลุ่มที่มีค่าดัชนีวัดความไวต่อความวิตกกังวลสูงกว่าคนอื่นฯ แล้วสอนให้กลุ่มเสี่ยงเหล่านั้นมีทักษะต่างๆ เช่น LifeSkills ทักษะในการคิด รวมทั้งทักษะในการฝึกจัดการกับความวิตกกังวล เป็นต้น ส่วนผู้ที่ป่วยแล้ว ควรหาทางให้ได้มีโอกาสเข้าถึงบริการทางการแพทย์และให้ได้รับการวินิจฉัยที่ถูกต้องเสียแต่เนิ่นๆ รวมทั้งได้รับการรักษาที่เหมาะสมจะได้ไม่ต้องตระเวนไปรักษากับแพทย์หลายแห่ง รวมทั้งควรได้รับ psychoeducation ตั้งแต่ครั้งแรกที่พบแพทย์ด้วย นอกจากนี้ได้เสนอให้มีกลุ่มผู้ป่วยและญาติ หรือกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน รวมทั้งการให้ความรู้แก่กลุ่มสื่อสารมวลชน รมั้ดระวังในการเผยแพร่ข้อมูลที่มีลักษณะคุกคามต่อภาวะสุขภาพ เพราะจะทำให้ผู้ป่วยซึ่งมีแนวโน้มที่จะเลือกรับข้อมูลดังกล่าวอยู่แล้ว เกิดความวิตกกังวลมากขึ้น

คำสำคัญ วิตกกังวล โรคตื่นตระหนก ประเทศไทย อาการ การป้องกัน

วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2552; 54(ฉบับผนวก 1): 59S-80S

* ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา 90110



Anxiety Disorders in Thailand : Focus on Panic Disorder

Pichet Udomratn M.D.*

Abstract

Research on anxiety disorders in Thailand has been reviewed, however, papers on panic disorder (PD) outnumber those reporting on other illnesses in the group of anxiety disorders, so this review mainly focuses on PD. The overall one-month prevalence of PD in Thailand during 2003 was 0.4%. Although many biological theories to explain this illness are available, most Thai and Western patients report cardio-respiratory symptoms as the most common chief complaint during a panic attack. The fear of dying was reported more among Thai patients than their Western counterparts. In southern Thailand, cultural beliefs and practices profoundly shape the panic experience. They often attribute their symptoms to one of local syndromes such as “wind illness” (rook lom) or “upsurge illness” (rook wuup). Since PD has a chronic course with remission between episodes, high risk groups, such as those with behavioral inhibition in childhood or a high anxiety sensitivity index score, should be identified to prevent this illness. These high risk groups should be taught LifeSkills, thinking skills, or anxiety management training so they can cope with anxiety and panic attacks. Patients should be able to easily access medical care, receive early detection, proper diagnosis, and appropriate management including psychoeducation from the beginning. This approach would prevent them from doctor shopping and reduce the financial burden related to medical care. Self-help groups as an add-on to the mainstay psychiatric treatment should be established. Finally, Thai media should be more cautious when releasing news which is health threatening, especially, to anxious patients, who are more sensitive to this kind of information.

Keywords: anxiety, panic disorder, Thai, symptom, prevent

J Psychiatr Assoc Thailand 2009; 54(Supplement 1): 59S-80S

* Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Prince of Songkla University, Hat Yai, Songkhla 90110

บทนำ

โรควิตกกังวล (Anxiety disorders) ไม่เพียงแต่เป็นโรคหนึ่งในกลุ่มโรคทางจิตเวชที่พบมากที่สุดเท่านั้น แต่ยังเป็นโรคหนึ่งที่อยู่ในกลุ่มโรคที่ทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมานที่สุดด้วย ข้อมูลจากการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกา ประมาณกันว่า หนึ่งในสามของค่าใช้จ่ายโรคทางจิตเวชทั้งหมดเป็นค่าใช้จ่ายของโรควิตกกังวล โดยโรควิตกกังวลทำให้เกิดค่าใช้จ่ายทางอ้อมที่สูงมาก¹ อย่างไรก็ตาม โรควิตกกังวลไม่ได้เหมือนกันทั้งกลุ่ม (homogenous group) แต่ละโรคต่างก็มีอาการสำคัญที่แตกต่างกัน แม้ว่าจะมีอาการวิตกกังวลเป็นอาการร่วมอยู่ก็ตามในปัจจุบันนี้ สมาคมจิตแพทย์อเมริกันได้จัดแบ่งโรคในกลุ่มนี้ออกเป็น 12 โรค² แต่ในบทความนี้จะกล่าวถึงเฉพาะโรคตื่นตระหนก (panic disorder, PD) เป็นหลัก เพราะเป็นโรคที่มีข้อมูลจากการศึกษาและงานวิจัยในประเทศไทยมากที่สุดในระยะ 20 ปีที่ผ่านมา แต่อาจเอ่ยถึงโรคอื่นๆ ในกลุ่มนี้บ้าง เช่นโรคกังวลไปทั่ว (generalized anxiety disorder, GAD) หรือโรค Post-traumatic stress disorder (PTSD) เมื่อมีข้อมูลที่เกี่ยวข้องกัน

ระบาดวิทยาในประเทศไทย

1. การศึกษาในชุมชน

มีการสำรวจทางระบาดวิทยาของความผิดปกติทางจิตในคนไทยในระยะ 10 ปีมานี้ มีอยู่ 3 รายงาน คือ

1.1 การสำรวจของนนทิกา ทวีชาติ และคณะ³ ที่ศึกษาในประชาชนที่อาศัยอยู่ในชุมชนของกรุงเทพมหานคร จำนวน 2,948 ราย อายุระหว่าง 15-60 ปี เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ด้วยแบบสอบถามที่ดัดแปลงมาจาก DSM-IV และ The Composite International Diagnostic Interview (CIDI) รายงานนี้ตีพิมพ์เมื่อปี พ.ศ. 2543 ผลการศึกษาพบว่าความชุกของโรควิตกกังวล (Anxiety disorders) โดยรวมเท่ากับร้อยละ 10.8 และเมื่อแบ่งออกเป็นชนิดต่างๆ พบว่า ความชุกของโรคตื่นตระหนกเท่ากับร้อยละ 8.3

เป็นที่น่าสังเกตว่า ในการศึกษาครั้งนี้ได้รวมเอา hypochondriasis และ somatization เข้าไว้ในกลุ่มโรควิตกกังวลด้วย หากตัดสองโรคนี้ออกไปตัวเลขความชุกของโรควิตกกังวลโดยรวมน่าจะน้อยกว่าร้อยละ 10.8

1.2 การสำรวจของอนุรักษ์ บัณฑิตยชาติ และคณะ⁴ เป็นการศึกษาความชุกชั่วชีวิต (lifetime prevalence) ของความผิดปกติทางจิต โดยสุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 1 แสดงร้อยละของโรควิตกกังวลชนิดต่างๆ จากการสำรวจในเขตกรุงเทพมหานคร โดย นนทิกา ทวีชาติ และคณะ³

โรควิตกกังวลชนิดต่างๆ	จำนวน	ร้อยละ
Panic disorder (PD)	38	8.3
Generalized anxiety disorder (GAD)	45	19.9
Agoraphobia	28	6.1
Social phobia	11	2.4
Simple phobia	16	3.5
Obsessive compulsive disorder (OCD)	12	2.7
Hypochondriasis	27	5.9
Somatization	3	0.7

จากประชากรทั่วประเทศ อายุ 15-60 ปี ด้วยวิธี multistage random sampling technique จำนวน 7,157 ราย เก็บข้อมูลจากการสัมภาษณ์โดยคัดกรองผู้ที่คาดว่าน่าจะมีปัญหาทางจิต และนำมายืนยันการวินิจฉัยโรคโดยใช้แบบสอบถามที่ดัดแปลงมาจาก DSM-IV และ CIDI เช่นเดียวกัน ผลการศึกษาพบว่า ความชุกชั่วชีวิตของโรคต้นตระหนกที่ภาคใต้ พบน้อยที่สุดโดยพบเพียงร้อยละ 0.4, สูงสุดที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบร้อยละ 1.7, และมีความชุกชั่วชีวิตโดยรวมทั้งประเทศเท่ากับร้อยละ 1.0 (ดูตารางที่ 2)

1.3 การสำรวจระดับชาติของกรมสุขภาพจิต ในปี พ.ศ. 2546 พรเทพ ศิริวนารังสรรค์ และคณะ⁵ ในนามของกรมสุขภาพจิตได้ศึกษาความชุกของโรคจิตเวช ซึ่งเป็นการสำรวจระดับชาติเป็นครั้งแรกในประชากรที่อยู่ในทุกภาคของประเทศ รวมทั้งกรุงเทพมหานคร อายุระหว่าง 15-59 ปี จำนวนทั้งสิ้น 11,700 ราย แต่มีข้อมูลที่สมบูรณ์ครบถ้วนที่นำมาวิเคราะห์ได้ 11,685 ราย โดยการสำรวจครั้งนี้ใช้ AUDIT และ M.I.N.I. เป็นเครื่องมือ พบว่าความชุกรวมของโรคต้นตระหนกเท่ากับร้อยละ 0.4 และเมื่อแยกเป็นรายภาคและแยกตามเพศ พบว่าเพศชายภาคกลางมีความชุกต่ำสุดที่ร้อยละ 0.1 ส่วนเพศหญิงภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีความชุกสูงสุดที่ร้อยละ 1.9 (ดูตารางที่ 3) จากการ

สอบถามข้อมูลการสำรวจครั้งล่าสุดของกรมสุขภาพจิตเมื่อปี พ.ศ. 2551 นพ.วชิระ เพ็งจันทร์⁶ ได้แจ้งให้ทราบว่าความชุกรวมของโรคต้นตระหนกเพิ่มขึ้นเป็นประมาณร้อยละ 1.0 ซึ่งตัวเลขที่ชัดเจนนั้นทางกรมสุขภาพจิตกำลังสอบถามอยู่และจะได้รายงานอย่างเป็นทางการต่อไป หากตัวเลขความชุกรวมที่ร้อยละ 1.0 นั้นถูกต้องก็จะกลายเป็นว่าความชุกรวมของโรคต้นตระหนกได้เพิ่มขึ้นเท่าตัวในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา

การศึกษาวิจัยทางจิตเวชศาสตร์

ในประเทศไทยมีการศึกษาวิจัยทางจิตเวชศาสตร์ (biological psychiatry) หรือชีวการแพทย์ (biomedical research) ของโรคต้นตระหนกอยู่น้อย ส่วนใหญ่เป็นงานวิจัยเกี่ยวกับประสิทธิภาพของยาชนิดต่างๆ ในการรักษาโรคนี้ เช่น alprazolam⁶, diazepam⁶, ethyl loflazepate⁷, moclobemide⁸ เป็นต้น

Bremner JD และ Charney DS⁹ ได้สรุปเปรียบเทียบการทำงานของ catecholamine ในโรคต้นตระหนก (PD) กับโรค Posttraumatic stress disorder (PTSD) ไว้ ดังแสดงในตารางที่ 4

พิเชฐ อุดมรัตน์¹⁰ ได้เคยสรุปทฤษฎีหรือสมมติฐานทางชีววิทยาในโรคต้นตระหนกเอาไว้ ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 2 แสดงความชุกชั่วชีวิตของโรควิตกกังวลชนิดต่างๆ แยกตามรายภาค จากการสำรวจโดย อนุรักษบัณฑิตยชาติ และคณะ⁴

โรควิตกกังวลชนิดต่างๆ	ภาคกลาง (N = 2,180)	ภาคเหนือ (N = 1,695)	ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (N = 2,173)	ภาคใต้ (N = 1,101)	รวม (N = 7,149)
Panic disorder (PD)	0.5	1.1	1.7	0.4	1.0
Generalized anxiety disorder (GAD)	0.6	0.5	1.2	0.5	0.7
Agoraphobia	0.5	0.9	1.2	0.4	0.8
Social phobia	0.1	0.4	0.4	0.4	0.3
Simple phobia	0.2	0.4	0.6	0.2	0.3
Obsessive compulsive disorder (OCD)	0.1	0.4	0.4	0.2	0.3

ตารางที่ 3 แสดงความชุกของโรควิตกกังวล จากการสำรวจระดับชาติของกรมสุขภาพจิต เมื่อ พ.ศ. 2546

โรควิตกกังวลชนิดต่างๆ	ความชุกรวม	ความชุกรวม		ภาคกลาง		ภาคเหนือ		ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ		ภาคใต้	
		ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง
Panic disorder (PD)	0.4	0.2	0.6	0.1	0.5	0.2	0.2	0.3	1.9	0.3	0.3
GAD	1.9	1.4	.4	0.8	1.9	2.0	2.7	2.3	4.4	0.9	1.6
Agoraphobia	0.9	0.7	1.1	0.3	1.2	0.4	0.6	2.4	3	0.3	1

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงของ Catecholamine function ในโรคตื่นตระหนก (PD) กับโรค Posttraumatic stress disorder (PTSD)

	PD	PTSD
อัตราการเต้นของหัวใจขณะพักและความดันโลหิตเพิ่มขึ้น	+/-	+/-
อัตราการเต้นของหัวใจและความดันโลหิตเพิ่มขึ้น เมื่อตอบสนองต่อ panic attack หรือ traumatic reminder	++	+++
NE และ epinephrine ในปัสสาวะขณะพักเพิ่มขึ้น	++/-	+
NE ในพลาสมาเพิ่มขึ้น เมื่อมี panic attack หรือ traumatic reminder	+/-	+
การจับกับ platelet alpha ₂ receptor ลดลง	+/-	+
Basal และ stimulated activity ของ cAMP ลดลง	+	+/-
Platelet MAO activity ลดลง	?	+
เมื่อให้ yohimbine noradrenergic challenge จะทำให้อัตราการเต้นของหัวใจ, MHPG ในพลาสมา, และอาการเพิ่มขึ้น	+++	+

ตารางที่ 5 สรุปทฤษฎีทางชีววิทยาในโรคตื่นตระหนก

Genetic theory	พยายามที่จะ isolate หา panic gene จากสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วย แต่จนถึงขณะนี้ก็ยังไม่ได้ผล
Metabolic theory	มีการเปลี่ยนแปลงเมตาบอลิก ซึ่งถูกเหนี่ยวนำด้วยการฉีด lactate
False suffocation alarm theory	Carbon dioxide receptors ที่ brain stem มีความไวเพิ่มขึ้น (hypersensitive)
Catecholamine theory	มี massive beta-adrenergic nervous system discharge
Locus ceruleus theory	มี discharge ของ noradrenergic nuclei จากระบบประสาทกลางเพิ่มขึ้น
GABA-benzodiazepine theory	มี receptor function ที่ผิดปกติ มีการเลื่อน (shift) set point ของ receptor

Niccolai V และคณะ¹¹ ได้ทบทวนรูปแบบการหายใจในผู้ป่วยโรคต้นตระหนกเมื่อปี ค.ศ. 2009 แล้วสรุปว่าผู้ป่วยโรคนี้มีรูปแบบการหายใจที่ผิดปกติ มีระดับ pCO_2 ที่ต่ำกว่าเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม จึงเสนอว่าความแปรปรวนของการหายใจ (respiratory variability) น่าจะเป็น candidate อย่างหนึ่งของ biological marker สำหรับโรคต้นตระหนก

การศึกษาเกี่ยวกับอาการวิตก

พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มักมีอาการต้นตระหนกเกิดขึ้นครั้งแรกในขณะที่ใช้ชีวิตหรือมีกิจวัตรประจำวันตามปกติ เช่น กำลังขับรถ นั่งประชุม เดินช้อปปิ้งข้าวในตลาด หรือเดินดูของในห้างสรรพสินค้า เป็นต้น แล้วจู่ๆ โดยที่ไม่คาดคิดมาก่อน ผู้ป่วยจะรู้สึกแน่นอึดอัดขึ้นมาอย่างทันทีทันใด หายใจไม่ออก รู้สึกเหมือนหายใจไม่ทัน ใจสั่น หัวใจเต้นเร็ว เหงื่อแตก มือเท้าเย็น ทำท่าคล้ายจะเป็นลม ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักมีอาการของหัวใจและระบบการหายใจ (cardiorespiratory symptoms) เป็นอาการนำ¹² อย่างไรก็ตาม จากประสบการณ์ของผู้นิพนธ์พบว่าผู้ป่วยส่วนหนึ่งอาจมีอาการในระบบทางเดินอาหารนำมาก่อน หลายคนบอกว่า รู้สึกเหมือนมีลมตีอึดแน่นขึ้นมาจนจุกที่ยอดอก ถ้าได้เรอออกมา ก็รู้สึกสบายและโล่งไป แต่ถ้าไม่ได้เรอจะยิ่งทำให้แน่นอึดอัดมากยิ่งขึ้น จนรู้สึกเหมือนหายใจไม่ค่อยออก ใจสั่นหวิว บางรายรู้สึกวาลมได้พุ่งตื้อขึ้นไปทีศีรษะ ทำให้ปวดศีรษะร่วมด้วย นอกจากนี้ในบางรายอาจมีอาการนำด้วยความรู้สึกหวิวๆ ตัวโคลงเคลงและรู้สึกเหมือนพื้นลอยๆ ยกสูงขึ้นมา ทำให้ก้าวขา ยกขาไม่ค่อยถูก เพราะเกรงว่าตัวเองจะก้าวเท้าพลาด ทำให้หกล้มแล้วเดียวจะเป็นอัมพาต ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักเกิดความกลัวว่าตัวเองจะตาย หรือกลัวว่าตัวเองจะช็อคไปในขณะนั้น บางรายบอกว่าการกลัวว่าตัวเองจะเป็นบ้าหรือควบคุมตัวเองไม่ได้ เช่น อยากหวีดร้องออกมาดังๆ เป็นต้น¹⁰ ได้แสดงร้อยละของอาการต่างๆ ขณะเกิดอาการต้น

ตระหนก จากการศึกษาของทั้งไทยและของต่างประเทศไว้ในตารางที่ 6 จากตารางนี้ จะเห็นว่าอาการกลัวว่าตัวเองจะตายซึ่งพบได้สูงในคนไทยนั้น กลับพบได้น้อยมากเมื่อเปรียบเทียบกับรายงานในต่างประเทศ

ในการเกิดจุกใจ (attack) แต่ละครั้ง ผู้ป่วยจะมีอาการต่างๆ คนละหลายอาการ การศึกษาที่โรงพยาบาลรามาริบัติ พบว่ามีอาการเฉลี่ยประมาณ 5-6 อาการ¹³ ขณะที่โรงพยาบาลสงขลานครินทร์พบสูงถึงเกือบ 9 อาการ¹⁴ ซึ่งนอกจากจะมีอาการต่างๆ ตามเกณฑ์วินิจฉัยของ DSM-III¹⁵ แล้ว การศึกษาที่โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ยังพบว่าผู้ป่วยบางรายมีอาการอื่นๆ ร่วมด้วยอีกคือ อาการมึนหรือปวดศีรษะ พบร้อยละ 36.7 และอาการในระบบทางเดินอาหาร (มีลมแน่นจุกในท้อง ตีอึดขึ้นมา หรือคลื่นไส้) พบร้อยละ 26.7¹⁴

แม้แพทย์จะเรียกโรคนี้ว่าโรคต้นตระหนก แต่ผู้นิพนธ์พบว่าสำหรับผู้ป่วยและญาติแล้ว กลับเรียกโรคนี้แตกต่างกันออกไป ตามความเข้าใจของผู้ป่วยและในท้องถิ่น เช่นในภาคใต้มักเข้าใจว่า ตัวเองเป็นโรคลม โรควูบ หรือโรคประสาทหัวใจ (อ่อน) เป็นที่น่าสังเกตว่า ทั้งโรคลมและโรควูบ ล้วนมีพื้นฐานมาจากความเชื่อที่ว่า ลมในร่างกายนี้อุดตัน ถ้าตีขึ้นอย่างรวดเร็วถึงศีรษะ (“ลมอัดขึ้นบน” “ขึ้นหัว” หรือ “ลมออกหู”) จะเป็นโรควูบซึ่งมักเกิดขึ้นฉับพลัน และมักพบในผู้ชาย ผู้ป่วยจะเกิดความความกังวลว่าตัวเองอาจเป็นเส้นเลือดในสมองแตก แล้วอาจจะเป็นอัมพาตหรืออัมพฤกษ์ตามมา ขณะที่ลมซึ่งค่อยๆ ตีขึ้นมาที่หน้าอก ถ้าได้เรอออกมา หรือผายลมออกไปก็จะดีขึ้น ความเชื่อที่ว่าลมอัดเข้าหัวใจ จึงทำให้ใจเต้นพลุก ใจสั่น มักพบในผู้หญิง โดยเฉพาะถ้าเกิดในช่วงก่อน หรือหลัง หรือระหว่างมีประจำเดือน จะเกิดความเชื่อว่าเป็นเพราะ “เลือดกับลมตีกัน” ผู้ป่วยที่มีอาการใจสั่น จึงมักกังวลว่าตัวเองจะเป็นโรคหัวใจ แล้วอาจจะช็อคตายได้ แนวคิดที่แตกต่างกันในเรื่องนี้ ผู้นิพนธ์และ Hinton DE¹⁶ ได้เขียนไว้ในหนังสือ “Culture and Panic Disorder”

ในบทเรื่อง Gendered Panic in Southern Thailand: ‘Lom’ (“Wind”) Illness and ‘Wuup’ (“Upsurge”) Illness ซึ่งผู้ที่สนใจสามารถอ่านเพิ่มเติมได้ และได้แสดงเปรียบเทียบให้เห็นความแตกต่างระหว่างโรคลมกับโรควูบไว้แล้วในตารางที่ 7

ตารางที่ 6 แสดงร้อยละของผู้ป่วยที่มีอาการต่างๆ ขณะที่เกิดอาการตื่นตระหนก (panic attack) เปรียบเทียบการศึกษาของประเทศไทยและต่างประเทศ

อาการขณะเกิดตื่นตระหนกตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ DSM-III	ร้อยละของผู้ป่วยที่มีอาการ*			
	พิเชฐและคณะ ^ก	Katerndahl ^ข	Margrafและคณะ ^ค	Katschnigและ Amering ^ง
หายใจได้ไม่สุด หายใจหอบ	76.7	50.8	30	75.2
ใจสั่น	96.7	81.4	68	87.6
เจ็บหรือแน่นหน้าอก	86.7	40.7	25	60.6
อึดอัด เหมือนอะไรจุกอยู่ที่คอ	83.3	35.1	5	64.2
มึนงง วิงเวียน	86.7	57.6	47	89.0
รู้สึกเหมือนไม่เป็นจริง (feeling of unreality, depersonalization/derealization)	23.3	39.7	15	49.8
ชา	66.7	44.1	10	53.7
สลับร้อนสลับหนาว	83.3	53.6	17	80.2
เหงื่อแตก	83.3	75.0	26	75.4
เป็นลม	56.7	50.0	10	89.0
ตัวสั่น	63.3	56.1	21	75.8
กลัวว่าตัวเองจะตาย	83.3	10.5	3	63.9
กลัวว่าตัวเองจะเป็นบ้า	46.7	37.9	21 **	56.6
กลัวว่าจะควบคุมตัวเองไม่ได้	56.7	62.1		-

* ผู้ป่วยแต่ละรายมีอาการมากกว่าหนึ่งอาการขึ้นไป

** การศึกษานี้รวมอาการกลัวว่าตัวเองจะเป็นบ้า และกลัวว่าจะควบคุมตัวเองไม่ได้ เข้าไว้ด้วยกัน

ก. ข้อมูลจาก : พิเชฐ อุดมรัตน์, วรณีย์ ตันชัยสวัสดิ์, สุรัชย์ เกื้อศิริกุล. โรคแพนิกที่โรงพยาบาลสงขลานครินทร์. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2531; 33:107-18.

ข. ข้อมูลจาก : Katerndahl DA. Panic attacks : Psychological response or medical illness. Postgrad Med 1984; 75:261-68.

ค. ข้อมูลจาก : Margraf J, Taylor CB, Ehlers A, Walton TR, Agras WS. Panic attacks in the natural environment. J Nerv Ment Dis 1987; 175:558-65.

ง. ข้อมูลจาก : Katschnig H, Amering M. Panic attacks and panic disorder in cross-cultural perspective. In : Ballenger JC, ed. Clinical aspects of panic disorder. New York : Wiley-Liss, 1990:67-80. เป็นการศึกษาในโครงการ Cross-National Collaborative Panic Study, second phase ศึกษาในประเทศทวีปยุโรป อเมริกาเหนือ และละตินอเมริกา รวม 14 ประเทศจำนวน 1,168 ราย.

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบความแตกต่างของโรคต้นตระหนกสองชนิด ตามความเข้าใจของคนป้กษีได้ คือ โรคลมกับโรควูบ (ปรับปรุงจาก พิเชฐ อุคมรัตน์ และ Hinton DE¹⁶)

ตัวแปร	โรคลม	โรควูบ
เพศ	พบในหญิงมากกว่าชาย	พบในชายมากกว่าหญิง
การเกิดขึ้นของอาการ (ทิศทางและความเร็วของลมในร่างกาย)	ลมตีขึ้น โดยการอัดเข้าที่หน้าอกหรือมาจากเป็นก้อนอยู่ที่คอ สูดทำยอาจเรอออกมา (แต่ไม่พุ่งต่อไปที่ศีรษะ)	ลมตีขึ้นอย่างรวดเร็วทันทีทันใดและพุ่งขึ้นไปที่ศีรษะ
อาการทางกายอื่นๆ ที่เด่นชัด	อาการของระบบทางเดินอาหาร เช่น อืดอัดแน่นท้อง รู้สึกเหมือนมีก้อนลมวิ่งไปมาอยู่ในท้อง	อาการของระบบประสาท เช่น มีนงงโคลงเคลงรู้สึกเหมือนจะล้ม จนต้องเอามือไปเกาะยึดอะไรเอาไว้
อาการอื่นๆ ที่พบร่วมด้วย	เป็นลม	เหงื่อแตก
พฤติกรรมในการปกป้องและการช่วยเหลือตัวเอง	- พยายามนั่งตัวตรง หรือเดินไปมา เพราะถ้าล้มตัวลงนอน จะรู้สึกว่าลมยิ่งอัดแน่นเข้าหน้าอก - พยายามหาทางขับลมในท้อง ออกด้วยการนวดบริเวณท้อง หรือให้คนอื่นช่วยนวดหลังหรือต้นคอ - ละลายยาลมหรือยาหอมด้วยน้ำอุ่นแล้วค่อยๆ ดื่ม ยี่ห้อที่นิยม คือ ยาหอมชะนะลม	- พยายามนอน เพราะไม่กล้ายืน เนื่องจากกลัวจะหกล้ม - จะใช้มันหม่องทาบริเวณขมับหรือทั่วๆ ศีรษะ
ความเชื่อเกี่ยวกับความรุนแรงของโรค	เชื่อว่าเป็นไม่นาน และอาจเกี่ยวข้องกับจิตใจ	เชื่อว่าน่าจะเป็นโรคของสมอง และควรไปพบแพทย์
พฤติกรรมในการแสวงหาความช่วยเหลือ	ถ้ามีอาการบ่อยๆ หรือกินยาลมแล้วไม่ดีขึ้น มักไปพบกับหมอบ้านหรือแพทย์แผนไทยก่อน	มักตรงมารักษาที่กับแพทย์แผนปัจจุบันมากกว่า บางครั้งญาติอาจนำส่งห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลทันที
แพทย์เฉพาะทางที่จะไปตรวจ	หากมารักษาที่กับแพทย์แผนปัจจุบัน อาจเริ่มรักษาที่กับแพทย์ทั่วไปก่อน เมื่อไม่ดีขึ้น จึงเลือกไปพบแพทย์โรคหัวใจหรือแพทย์ระบบทางเดินอาหาร ตามอาการสำคัญของตัวเอง	มักเลือกไปตรวจที่กับอายุรแพทย์หรือแพทย์เชี่ยวชาญระบบประสาท (neurologist)
การวินิจฉัยที่ได้รับจากแพทย์เฉพาะทาง	noncardiac chest pain หรือ non ulcer dyspepsia (NUD) หรือ gastro-esophageal reflux disease (GERD)	cerebrovascular insufficiency หรือได้รับคำบอกว่ “น้ำในหูไม่เท่ากัน”

การดำเนินโรค

แม้ว่าจะมีข้อมูลไม่มากนักที่ได้มีการศึกษาไปข้างหน้า (prospective) ดูการดำเนินโรคอย่างเป็นระบบก็ตาม แต่จากหลักฐานในต่างประเทศที่มีอยู่ต่างสนับสนุนว่าโรคตื่นตระหนกมีการดำเนินโรคคล้ายกับโรคทางอายุรกรรมบางโรค คือ มีลักษณะเรื้อรัง (chronic condition) และมีช่วงที่หายเป็นปกติ (remission) เป็นช่วงๆ Roy-Byrne PP และ Cowley DS¹⁷ ได้ทบทวนรายงานผลการรักษาโรคตื่นตระหนกในระยะยาวหลาย ๆ รายงาน แล้วให้ข้อสังเกตว่า ผลการรักษาที่พบแตกต่างกันไปในแต่ละรายงานนั้น ขึ้นกับว่าจะประเมินโดยวัดจากอะไรเป็นหลัก เช่น วัดว่าไม่มีอาการตื่นตระหนก (panic free) หรือวัดว่าไม่มีอาการหลีกเลี่ยงเพราะความกลัว หรือวัดว่าเกิดอาการซึมเศร้าขึ้นภายหลังเล็กน้อยเพียงใด หรือวัดว่าไม่มีผลเสียต่อการทำงาน (functional impairment) เป็นต้น เนื่องจากหากประเมินผลการรักษาโดยใช้ตัววัดที่แตกต่างกันแล้ว ย่อมได้ผลที่แตกต่างกันด้วย ดังแสดงไว้ในตารางที่ 8

การพยากรณ์โรค

จากรายงานของ Roy-Byrne PP และ Cowley DS¹⁷ กับการศึกษาของ Pollack MH และคณะ¹⁸ พบว่าลักษณะ (characteristics) บางประการของผู้ป่วยจะเป็นตัวทำนาย (predictor) ถึงผลการรักษาว่าได้ผลไม่คืนัก เช่น มีอาการหลีกเลี่ยงเพราะความกลัวอย่างมาก มีโรคจิตเวชอื่น

ร่วมด้วย (comorbidity) ได้แก่ โรคซึมเศร้าหรือโรคในกลุ่มโรควิตกกังวล มีปัญหาทางบุคลิกภาพ มีความไวต่อความวิตกกังวล (anxiety sensitivity) เป็นต้น จากการศึกษาของ Faravelli C และคณะ¹⁹ พบว่า ตัวทำนายที่สำคัญที่สุดถึงผลการรักษานั้นอยู่ที่ระยะเวลาของการป่วย ก่อนจะมาได้รับการรักษาเป็นสำคัญ กล่าวคือ ผู้ป่วยที่เพิ่งป่วยได้ไม่นานมีโอกาสมากที่จะหายเป็นปกติอย่างสมบูรณ์ (complete remission) และเป็นซ้ำได้น้อยกว่า อย่างไรก็ตาม กลุ่มผู้ป่วยที่ Faravelli C ศึกษานี้มีผู้ป่วยที่มีประวัติการฆ่าตัวตายอยู่เพียงเล็กน้อยเท่านั้น

Rosenbaum JF และคณะ²⁰ ศึกษาย้อนไปในวัยเด็ก พบว่า การยับยั้งพฤติกรรม (behavioral inhibition) หรือความลำบากในเรื่องวิตกกังวล (anxiety difficulties) ที่เกิดขึ้นในวัยเด็กนั้นจะส่งผลกระทบต่อพัฒนาให้มีลักษณะบางประการที่ทำให้การรักษาโรคเมื่อโตขึ้นเป็นผู้ใหญ่ไม่ค่อยได้ผลนัก เช่นเดียวกับ Pollack MH และคณะ²¹ ที่พบว่าผู้ป่วยซึ่งมีประวัติของความลำบากในเรื่องวิตกกังวลในวัยเด็กนั้นเมื่อป่วยเป็นโรคตื่นตระหนกในวัยผู้ใหญ่แล้ว มักจะมีอาการอะโรราไฟเบียหรือมีโรคอื่น ๆ ร่วมด้วย (comorbidity) ซึ่งส่งผลให้มีการดำเนินโรคเป็นแบบเรื้อรัง ดังนั้นหากสามารถเข้าไปช่วยเหลือและแก้ไขเด็กที่มีลักษณะดังกล่าวเสียตั้งแต่ต้นแล้ว (early intervention) ก็น่าจะมีส่วนช่วยลดความเสี่ยงของการป่วยเป็นโรควิตกกังวลเมื่อโตขึ้นเป็นผู้ใหญ่ได้

ตารางที่ 8 แสดงผลการรักษาโรคตื่นตระหนกในระยะยาว (ปรับปรุงจาก Roy-Byrne PP และ Cowley DS¹⁷)

ผลการรักษา	อัตรา (ร้อยละ)	ช่วง (ร้อยละ)
ไม่มีอาการตื่นตระหนก	54	30-83
ไม่มีอาการหลีกเลี่ยงเพราะความกลัว	31	18-64
เกิดอาการซึมเศร้าขึ้นมาภายหลัง	29	12-60
ไม่มีผลเสียต่อการทำงาน	50	33-61

การป้องกันโรค

เป็นที่ทราบกันดีว่าทั้งโรคต้นตระหนก และโรคกังวลไปทั่ว (GAD) นั้น ต่างก็มีปัจจัยชีววิทยา (biological factors) หลายๆ อย่างที่มาเกี่ยวข้อง²² แต่การพยายามเข้าไปแก้ไขหรือจัดการกับปัจจัยทางชีววิทยาดังกล่าวนั้น ไม่ใช่เรื่องง่ายหรืออาจไม่สามารถกระทำได้ จึงต้องหันไปดูปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคแทน เช่น ปัจจัยทางด้านจิตสังคม (psychosocial factors) โดยเฉพาะความนึกคิดและเข้าใจ (cognition) กับเรื่องพฤติกรรม (behavior)

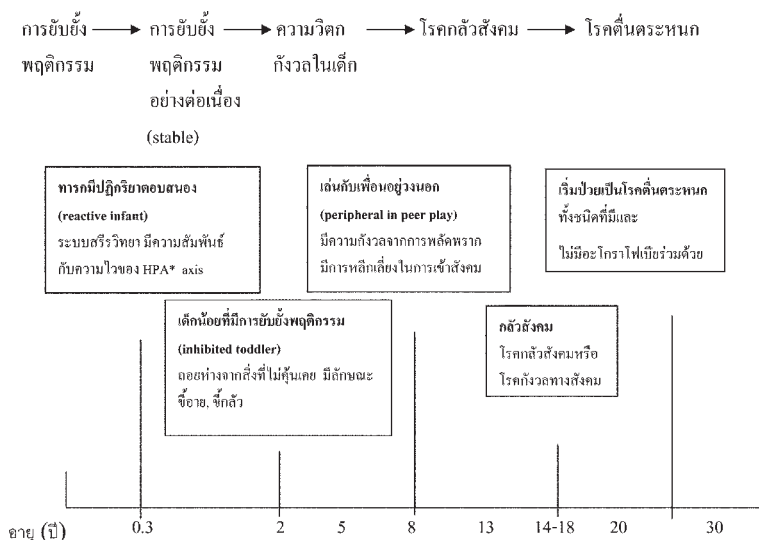
1. การค้นหากลุ่มเสี่ยงที่จะป่วยเป็นโรควิตกกังวล

1.1 การยับยั้งพฤติกรรม (behavioral inhibition, BI) ในเด็ก

Kagan J และคณะ²³ ได้ศึกษาอารมณ์ติดกาย (temperament) ในเด็ก แล้วพบว่า หากดูในเรื่องการตอบสนองทางพฤติกรรมต่อสิ่งที่ไม่คุ้นเคย (unfamiliar) ในเด็ก จะแบ่งเด็กออกได้เป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่มีการยับยั้งพฤติกรรม (behavioral inhibition, BI) กับกลุ่มที่ไม่มีการยับยั้ง (behaviorally uninhibited) สำหรับกลุ่มที่มี

การยับยั้งพฤติกรรมนั้นเมื่อตกอยู่ในสถานการณ์ที่ไม่คุ้นเคย จะมีลักษณะการแสดงออกในแต่ละช่วงวัยดังนี้

ในช่วงวัยทารกจะแสดงออกโดยมีลักษณะอาการหงุดหงิด (irritable) และ ร้องเสียงดัง (colic) เมื่ออยู่ในช่วงวัยเตาะแตะ (toddler) จะแสดงออกโดยมีลักษณะขี้อาย (shy) และขี้กลัว (fearful) และเมื่ออยู่ในช่วงวัยเข้าโรงเรียนจะมีลักษณะเป็นคนระมัดระวัง (cautious) เงียบ และเก็บตัว (introvert) จากการศึกษาในห้องปฏิบัติการของ Kagan J พบว่า เด็ก BI กลุ่มนี้ จะมี sympathetic activity เพิ่มขึ้น เช่น มีการเต้นของหัวใจเร็วขึ้น เมื่อเผชิญกับความเครียดเพียงเล็กน้อย จึงเชื่อว่าเด็ก BI น่าจะมีระดับ threshold ต่ำ ในการกระตุ้นสมองส่วน amygdala และ hypothalamus²⁴ เชื่อว่า BI จะเป็นปัจจัยเสี่ยง (risk factor) อย่างหนึ่งของการเกิดโรควิตกกังวลในผู้ใหญ่²⁵ Pollock RA และคณะ²⁴ ได้เสนอสมมุติฐานว่า BI ในเด็ก จะนำไปสู่การป่วยเป็นโรคกลัวสังคม (social phobia) หรือปัจจุบันนิยมเรียกว่าโรคกังวลทางสังคม (social anxiety disorder, SAD) กับโรคต้นตระหนก เมื่อโตขึ้นเป็นผู้ใหญ่ ดังแสดงไว้ในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 แสดงพัฒนาการของการยับยั้งพฤติกรรมในเด็กที่มีอย่างต่อเนื่อง จนนำไปสู่โรควิตกกังวลบางชนิดในผู้ใหญ่ (ปรับปรุงจาก Pollock RA และคณะ²⁴)

พบว่า เด็กที่มีพ่อแม่ป่วยเป็นโรควิตกกังวล จะมีโอกาสเกิด BI ได้ ขณะเดียวกันพบว่า พ่อแม่ของเด็ก BI นั้น ก็มีอัตราป่วยเป็นโรควิตกกังวลได้สูงเช่นกัน โดยเฉพาะการป่วยเป็นโรคตื่นตระหนกและโรคกลัวสังคม ในขณะที่ยังเป็นเด็กหรือผู้ใหญ่ อยู่อย่างไรก็ตาม เมื่อได้ติดตามเด็ก BI ไปอย่างต่อเนื่อง พบว่า ไม่ใช่เด็ก BI ทั้งหมดจะมีการยับยั้งพฤติกรรมไปโดยตลอด โดยพบว่ามีประมาณครึ่งหนึ่งเท่านั้นที่ยังคงมีลักษณะการยับยั้งพฤติกรรมอย่างคงที่ ตั้งแต่ทารกไปจนถึงวัยรุ่นตอนต้น นอกจากนี้ยังพบว่าเด็ก BI มีโอกาสที่จะเกิดโรคจิตเวชอื่นๆ ที่ไม่ใช่โรควิตกกังวลได้สูงกว่า เด็กที่ไม่มี BI และร้อยละ 70 ของเด็ก BI ก็ไม่ได้ป่วยเป็นโรควิตกกังวล²⁶ ซึ่งบ่งชี้ว่า ยังมีปัจจัยอื่นๆ อีกมากที่มีอิทธิพลต่อการเกิดโรควิตกกังวล BI อาจสะท้อนให้ทราบถึงภาวะชวนให้เกิดโรคแบบทั่วๆ ไป (general predisposition) หรือสะท้อนถึงจุดเปราะบาง (vulnerability) ของการเกิดโรควิตกกังวลเท่านั้น ขณะที่ปัจจัยอื่นๆ ทั้งทางด้านพันธุกรรม ปัจจัยทางครอบครัว ปัจจัยทางจิตสังคม และปัจจัยทางจิตวิทยาอื่นๆ จะมารวมกันกำหนดว่าบุคคลคนนั้นจะป่วยเป็นโรควิตกกังวลต่อไปในอนาคตหรือไม่ อย่างไรก็ตาม Pollock RA และคณะ²⁴ ถือว่า BI เป็นการให้ตัวแบบ (model) ในการเข้าใจโรคหลายๆ โรค และถ้าสามารถเข้าไปจัดการทางพฤติกรรม หรือจิตสังคมเสียแต่เนิ่นๆ แล้ว (early behavioral or psychosocial intervention) ก็จะสามารถลดอัตราความพิการหรือทุพพลภาพจากโรคลงได้

1.2 ดัชนีวัดความไวต่อความวิตกกังวล (Anxiety Sensitivity Index, ASI)

ความไวต่อความวิตกกังวล (Anxiety sensitivity) คือ แนวโน้มของความกลัวต่ออาการทางกายของโรควิตกกังวล และแนวโน้มที่จะตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่ทำให้กังวล ความไวต่อความวิตกกังวลนี้จะแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล โดยถือว่ามีความต่อเนื่อง

กัน (continuum) และสามารถวัดค่าออกมาได้ โดยการที่ใช้แบบสอบถามที่ชื่อ “ดัชนีวัดความไวต่อความวิตกกังวล” (Anxiety Sensitivity Index, ASI) ซึ่งเป็นแบบสอบถามที่เจ้าตัวเป็นคนตอบเอง (self-report) ที่พัฒนาขึ้นโดย Peterson RA และ Reiss S²⁷ เมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนของ ASI ในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยตาม DSM-III-R ว่าเป็นโรควิตกกังวลเทียบกับกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้ป่วยเป็นโรค พบว่า กลุ่มผู้ป่วยจะมีค่าคะแนน ASI สูงกว่า โดยผู้ป่วยโรคตื่นตระหนก, โรคอะโรกราฟีเบีย, โรค PTSD จะมีคะแนนสูงที่สุด โดยมีคะแนนสูงเป็น 1 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (1SD) ของคะแนนเฉลี่ย (mean) เมื่อเทียบกับโรควิตกกังวลอื่นๆ และสูงเป็น 1.7 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนเฉลี่ยเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้ป่วยเป็นโรควิตกกังวล²⁷

การศึกษาในนักศึกษาวิทยาลัย 48 คน โดยให้ทำแบบสอบถาม ASI ในปี ค.ศ. 1984 และทำซ้ำในปี ค.ศ. 1987 พบว่า นักศึกษาที่ได้คะแนน ASI สูงในปี ค.ศ. 1984 นั้น มีโอกาสสูงเป็น 5 เท่าที่จะป่วยเป็นโรควิตกกังวลในอีก 3 ปีต่อมา โดยพบว่านักศึกษาที่มีอาการตื่นตระหนก (panic attack) ในช่วงระหว่างปี ค.ศ. 1984 - 1987 นั้นมีจำนวน 18 ราย ในจำนวนนี้ 11 ราย เคยมีค่าคะแนน ASI สูงมาก่อนจากการวัดเมื่อปี ค.ศ. 1984²⁸

การศึกษาในการกระตุ้นให้เกิดอาการตื่นตระหนก (provocative studies) ขึ้น ด้วยวิธีการต่างๆ ก็พบว่า ความไวต่อความวิตกกังวลนี้เป็นปัจจัยเสี่ยงอย่างหนึ่งสำหรับโรคตื่นตระหนก เพราะแม้สารที่กระตุ้นให้เกิดอาการตื่นตระหนก (panicogenic agents) นั้น จะทำให้เกิดปฏิกิริยาทางสรีรวิทยาที่เหมือนกันทั้งผู้ป่วยและกลุ่มควบคุมก็ตาม แต่ผู้ป่วยที่มีความกลัวต่อความรู้สึกทางกายเหล่านี้เท่านั้นที่จะเกิดการแปลความหมายไปในทางหายนะ (catastrophic misinterpretations) และเกิดอาการตื่นตระหนกต่อการถูกกระตุ้นดังกล่าว²⁹

2. แนวปฏิบัติในการป้องกันชนิดปฐมภูมิ

แม้จะมีงานวิจัยที่พยายามค้นหาากลุ่มเสี่ยงที่จะป่วยเป็นโรควิตกกังวลดังกล่าวก็ตาม แต่ก็ยังไม่มีรายงานการศึกษาใดที่แสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพของวิธีใดวิธีหนึ่งในการเข้าไปดำเนินการหรือจัดการเสียแต่เนิ่นๆ (intervention) เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดป่วยขึ้นได้ เท่าที่สืบค้นจากบทความทางวิชาการและงานวิจัยต่างๆ นั้น มีอยู่หนึ่งรายงานที่มีความพยายามดังกล่าว คือ รายงานของ Telch และคณะ (อ้างถึงในเอกสารอ้างอิงหมายเลข 30) ซึ่งทำในนักศึกษาที่เป็นกลุ่มเสี่ยงคือมีค่า ASI สูง แล้วสุ่มนักศึกษาออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มหนึ่งได้รับ active intervention ส่วนอีกกลุ่มเป็นกลุ่มเปรียบเทียบ จากนั้นนักศึกษาทั้งสองกลุ่มจะถูกกระตุ้นให้เกิดอาการตื่นตระหนกโดยการสูดดมกาซคาร์บอนไดออกไซด์ ผลพบว่ากลุ่มที่ได้รับ active intervention นั้น จะมีค่า ASI ลดลงและการตอบสนองแบบตื่นตระหนกเมื่อถูกกระตุ้นด้วยกาซคาร์บอนไดออกไซด์ก็ลดลงด้วย สำหรับ active intervention ที่ใช้ในการศึกษานี้ประกอบด้วย 3 session คือ การให้ความรู้ (education) การสอนให้ฝึกหายใจด้วยกระบังลม (diaphragmatic breathing training) และการเผชิญกับความรู้สึกภายในส่วนต่างๆ ของร่างกาย (interoceptive exposure) อย่างไรก็ตามยังไม่พบรายงานที่แสดงให้เห็นว่า การทำ active intervention ให้กับกลุ่มเสี่ยงดังกล่าวหรือกลุ่มเสี่ยงอื่นๆ เช่น ในคนที่มีพ่อแม่ป่วยเป็นโรคต้นตระหนก เมื่อได้ติดตามไปเป็นระยะเวลา ยาวนานนั้น จะสัมพันธ์กับการลดลงของการป่วยเป็นโรคต้นตระหนกลงได้

เมื่อยังไม่มีรายงานใดที่ยืนยันชัดเจน (well established) ถึงวิธีใดวิธีหนึ่งที่มีประสิทธิภาพในการจัดการดังกล่าว แนวทางของการลดอัตราป่วยหรือการป้องกันชนิดปฐมภูมิ จึงน่าจะใช้ตัวแบบ (model) ทั่วๆ ไป คือ

2.1 แนวทางสำหรับแต่ละบุคคล

ก. การฝึก “ทักษะชีวิต” (“LifeSkills” Approach) ตามแนวทางของ Williams และ Williams

Dr. Virginia Williams และ Professor Redford B. Williams, Jr. ได้มาบรรยายเรื่อง “LifeSkills” as a mean of reducing stress in the workplace” ในการประชุมที่กรุงเทพฯ เมื่อ 6 ปีก่อนโดยพูดถึงโปรแกรม LifeSkills ที่ทั้งสองได้พัฒนาขึ้น³¹ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ

- เพิ่มการตระหนักรู้ (awareness) ในเรื่องความคิดและความรู้สึกในเชิงลบ
- สามารถประเมินและจัดการกับความคิดและความรู้สึกในเชิงลบของตัวเองได้
- มีพฤติกรรมในการกล้าแสดงออกและมีทักษะในการแก้ปัญหา
- สามารถที่จะสื่อสารและแสดงความคิดเห็นในผู้อื่น เพื่อสร้างสัมพันธภาพทางบวกกับผู้อื่นได้

โดยโปรแกรมดังกล่าว ผู้เรียนสามารถเรียนรู้ได้หลายรูปแบบ เช่น เข้าร่วมในการประชุมเชิงปฏิบัติการ และฝึกปฏิบัติทำที่บ้าน หรือเรียนรู้ด้วยตัวเองจากวิดีโอทัศน์พร้อมกับหนังสือ workbook หรือการเรียนรู้แบบปฏิสัมพันธ์ทางสื่ออิเล็กทรอนิกส์ (E-learning interactive) หรือเรียนรู้โดยใช้อินเทอร์เน็ตเป็นฐาน (internet - based) โดยผู้เรียนสามารถสมัครเรียนผ่านทางเว็บไซต์ www.williamslifeskills.com ก็ได้

ในการบรรยายดังกล่าว ผู้บรรยายอ้างว่า เมื่อติดตามผู้ที่ผ่านการฝึกอบรมแล้วจำนวน 74 คน เป็นเวลา 6 เดือน พบว่า ผลของการฝึกอบรมยังมีผลระยะยาวต่อภาวะวิตกกังวล (state anxiety) โดยค่าคะแนน STAI-S ยังคงลดลงจากก่อนเข้ารับการฝึกอบรมอย่างมีนัยสำคัญ ($p=0.003$)

อย่างไรก็ตาม ผู้นิพนธ์ยังไม่เห็นข้อมูลถึงการใช้โปรแกรม LifeSkills ในการป้องกันกลุ่มเสี่ยงที่จะป่วยเป็นโรค ไม่ให้ป่วยเป็นโรควิตกกังวล ข้อมูล

ส่วนใหญ่ที่ได้ฟัง เป็นข้อมูล que แสดงถึงการลดความวิตกกังวล อารมณ์โกรธ อารมณ์ซึมเศร้า ในคนทั่วไปที่เข้ารับการฝึกอบรม และในผู้ป่วยที่ได้ทำผ่าตัด bypass หลอดเลือด coronary และพบว่ามึผลลดความดันโลหิต และลดอัตราการเต้นของหัวใจในขณะที่พัก รวมทั้งลดปฏิกิริยาตอบสนองทางระบบหัวใจและหลอดเลือด (cardiovascular reactivity) เมื่อตกอยู่ในสถานการณ์ที่ทำให้โกรธในผู้ป่วยที่ได้ทำ bypass หลอดเลือด coronary แล้ว

ข. การฝึก “ทักษะในการคิด (Thinking Skill) เพื่อพิชิตโรควิตกกังวล”

ใน cognitive model of anxiety นั้น มองว่าผู้ป่วยโรควิตกกังวลจะมีพื้นฐานของความคิดที่ไม่ถูกต้องอยู่ก่อน คือ มีความเชื่อที่ไม่เป็นจริงเกี่ยวกับภยันตรายหรือสิ่งคุกคาม (underlying unrealistic beliefs) ที่เรียกว่า “schema” ต่อมาเมื่อเจอเหตุการณ์หรือสถานการณ์บางอย่าง ซึ่งมีบางส่วนที่ไปคล้ายคลึงกับ schema ที่เคยได้รับการเรียนรู้อยู่เดิม ก็จะไปกระตุ้น schema นี้ขึ้นซึ่งส่งผลต่อความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมของผู้ป่วย³² โดยพบว่า cognitive schemas ในโรคตื่นตระหนกและ

โรควิตกกังวลไปทั่ว จะมีลักษณะบางประการดังที่แสดงไว้ในตารางที่ 9

นอกจากนี้ Mathews A และ Macleod C³⁴ ได้เสนอตัวแบบในการประมวลข้อมูลข่าวสาร (information processing model) ของความวิตกกังวล ซึ่งเสนอว่าผู้ป่วยโรควิตกกังวลนั้น มีแนวโน้มที่จะเลือกรับ (selection bias) ข้อมูลข่าวสารที่มีลักษณะคุกคามมากกว่าข้อมูลอื่น หรือมี cognitive schema ที่ตั้งอยู่บนพื้นฐานของการเลือกประมวลข้อมูลข่าวสารที่สัมพันธ์กับการคุกคามตนเอง (personal threat) Rapee RM³⁵ ได้เสนอตัวแบบในการประมวลข้อมูลข่าวสารของโรควิตกกังวลไปทั่ว (ภาพที่ 2) โดยกล่าวว่า สิ่งเร้าจะถูกรับรู้โดยผ่านทางข้อมูลที่มีหลากหลายซึ่งถูกเก็บไว้ในความจำระยะยาว (long - term memory) ข้อมูลเหล่านั้นบางอย่างก็สัมพันธ์กับการคุกคามต่อตนเอง บางอย่างก็ไม่คุกคาม แต่ในผู้ป่วยโรควิตกกังวลไปทั่ว นั้น ข้อมูลที่สัมพันธ์กับการคุกคามจะถูกเข้าถึง (access) ได้โดยง่าย เพราะว่ามี threshold ต่ำกว่า (ดังแสดงให้เห็นในภาพที่ 2 โดยมีลูกศรคู่ 2 อัน) เมื่อเข้าถึงข้อมูลที่คุกคามแล้ว ก็จะยิ่งทำให้เกิดความวิตกกังวล และความวิตกกังวลนี้ก็จะ

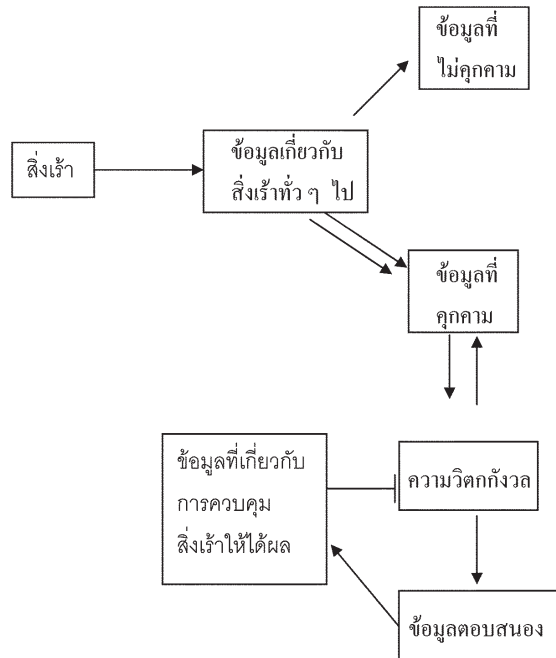
ตารางที่ 9 แสดงลักษณะ cognitive schemas ในโรคตื่นตระหนกและโรควิตกกังวลไปทั่ว (ปรับปรุงจาก Hollander E และ Simeon D³³)

โรคตื่นตระหนก (PD)

- แปลความหมายความรู้สึกไม่สบายทางร่างกายต่างๆ ที่เกิดขึ้น (เช่น อากาโรใจสั้น เหงื่อแตก แน่นหน้าอก) ว่าอันตรายหายนงอย่างใหญ่หลวงกำลังเกิดขึ้นกับตน (catastrophic misinterpretation) เช่น แปลว่าตัวเองกำลังมีอาการของโรคหัวใจวาย แสดงว่าตัวเองกำลังจะตาย
- ความคิดที่ไม่มีเหตุผล ซึ่งเกิดตามมาภายหลังที่มีอาการตื่นตระหนก เช่น เชื่อว่าตัวเองกำลังอยู่ในภาวะอันตราย ตัวเองจะตงงาน ครึ่งหน้าถ้าเป็นอีกอาจตายได้ ฯลฯ

โรควิตกกังวลไปทั่ว (GAD)

- กังวลเกี่ยวกับสิ่งคุกคามในอนาคต (ซึ่งไม่น่าเป็นไปได้) เพื่อดึงความคิดตัวเองให้ออกไปจากความกลัวในสิ่งเป็นจริงที่อยู่ใกล้ตัว หรืออยู่ในปัจจุบัน
- ใช้ความกังวลเพื่อหลีกเลี่ยงอารมณ์ทางลบที่มีอยู่อย่างรุนแรง (avoid intense negative affect)
- มองว่าโลกคือสถานที่อันตราย
- สงสัยในความสามารถของตนเอง (self - competence) และการยอมรับจากคนอื่น



ภาพที่ 2 แสดงตัวแบบในการประมวลข้อมูลข่าวสาร (information processing model) ในโรคกังวลไปทั่ว (ปรับปรุงจาก Harvey AG และ Rapee RM³⁶)

กลับไปทำให้ threshold ที่จะเข้าถึงข้อมูลที่ถูกถามต่ำลงไปอีก เกิดความวิตกกังวลมากขึ้นอีก กลายเป็นวงจรวนเวียนกันอยู่ จนกว่าจะมีข้อมูลตอบสนองไปยังข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมสิ่งที่ถูกถามให้ได้ผลเกิดขึ้น จึงจะไปยับยั้งความวิตกกังวลนี้ลงได้

เมื่อพิจารณาจาก cognitive model และทฤษฎีในการประมวลข้อมูลข่าวสารในโรควิตกกังวลดังกล่าว ผู้นิพนธ์จึงใคร่ขอเสนอทักษะคิด เพื่อพิชิตโรควิตกกังวล ซึ่งประกอบด้วยวิธีคิดต่างๆ ดังนี้

- คิดว่า เรื่องอาการทางกาย ควรไปปรึกษาแพทย์ เช่น ในการสอนวิชาสุขศึกษาสำหรับนักเรียนนักศึกษา ควรสอนเรื่องอาการทางกายต่างๆ ว่าเกิดได้จากหลายสาเหตุ เช่น อาการใจสั่น อาจเกิดจากความวิตกกังวล เป็นไข้ โรคของต่อมไทรอยด์ โรคหัวใจ ฯลฯ อย่าไปทักท้วงเอาเองว่าเป็นโรคใดโรคหนึ่ง ให้ไปปรึกษาแพทย์จะดีกว่า

- คิดว่า เรื่องอาการทางกาย อย่าไปเชื่อคนอื่นที่ไม่ใช่แพทย์ เพราะคนที่เราไปปรึกษาด้วย เขาก็อาจจะบอกตามประสบการณ์ที่เขาเองเคยทราบมา ซึ่งอาจจะถูกหรือไม่ถูกก็ได้ ในเรื่องของสุขภาพ จึงควรปรึกษาแพทย์จะดีที่สุด

- คิดบวก ไม่คิดลบ หากประเมินว่าความคิดขณะนี้ เป็นความคิดในทางลบ ให้มองว่า มีทางเลือกอื่น ๆ อีกหรือไม่

- คิดอยู่กับปัจจุบัน คือ วันนี้ ไม่คิดล่วงหน้าไปในอนาคตที่ยังมาไม่ถึง อย่ากังวลว่าเรื่องร้ายๆ จะเกิดขึ้นในอนาคตกับตนเองหรือบุคคลใกล้ชิด เพราะความน่าจะเป็นหรือโอกาสที่จะเกิดเรื่องร้ายๆ ขึ้นมีน้อยมาก เมื่อเทียบกับโอกาสที่จะไม่เกิด

- คิดว่าปัญหาทุกอย่างมีทางแก้ไข หากคิดเองไม่ได้ให้หาผู้ปรึกษา การฝึกทักษะในการแก้ปัญหา (problem solving skill) จึงน่าจะได้เป็นสิ่งที่ได้รับการสอนในขณะที่เรียนชั้นมัธยมศึกษา

- คิดว่าเราทำดีที่สุดแล้ว แต่ออนาคตข้างหน้า ถ้ามีโอกาสทำอีก อาจทำได้ดียิ่งกว่านี้ เป็นการทำให้ รู้จักชื่นชมและให้กำลังใจตนเองบ้างในการทำงาน อย่างมีวอหรือคาดหวังคำชมจากคนอื่น

- รู้จักหยุดความคิดได้ (thought stopping) ย้ายความคิดเป็น (distraction) โดยเฉพาะในเรื่อง ความคิดที่คิดขึ้นมาแล้วทำให้เป็นทุกข์หรือไม่สบายใจ หัดฝึก “สับสวิตช์ความคิด” หรือ “กตริโมทความคิด” ตัวเองให้ย้ายไปคิดในเรื่องดีๆ ที่เก็บไว้ในความทรงจำ

ค. การฝึกจัดการกับความวิตกกังวล (Anxiety Management Training, AMT)

ได้แก่ การฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ (muscle relaxation) การฝึกการหายใจ (breathing techniques) การฝึกสมาธิ ซึ่งวิธีการก็เหมือนกับการจัดการกับความเครียด (stress management) ผู้สนใจสามารถอ่าน รายละเอียดเพิ่มเติมได้ในหนังสือคู่มือการดำเนินงาน ในคลินิกคลายเครียดของกรมสุขภาพจิต³⁷

2.2 แนวทางสำหรับสังคม

สมควรสนับสนุนให้มีกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน (self - help group) หรือมีกลุ่มผู้ป่วยและญาติ (consumer and careers) เหมือนกับในต่างประเทศ เพื่อให้การช่วยเหลือ (support) ซึ่งกันและกัน ทั้งเป็นแบบรายบุคคล และเป็นกลุ่ม

ในระดับชาติอาจสนับสนุนให้มีชมรมหรือ สมาคมโรควิตกกังวลเหมือนในประเทศสหรัฐอเมริกาที่มีสมาคมโรควิตกกังวลแห่งอเมริกา (Anxiety Disorders Association of America, ADAA) ซึ่งได้เข้ามามีบทบาท ในการให้ความรู้ความเข้าใจเรื่องโรควิตกกังวล แก่ บุคลากรทางสุขภาพจิต บุคลากรอื่นๆ ที่มีใช้บุคลากร ทางสุขภาพจิต ผู้ป่วย ครอบครัว และญาติ รวมทั้งให้ความช่วยเหลืออื่นๆ ด้วย³⁸

นอกจากนี้การทำให้สังคมมีความเข้าใจ ในผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด ซึ่งรวมทั้งผู้ป่วยวิตกกังวลด้วย จะช่วยลดมลทินหรือตราบาป (stigma) ที่สังคมมี

ภาพพจน์ต่อผู้ป่วย การพยายามรักษาทุนทางสังคม (social capital) ให้สังคมเกาะยึดอยู่รวมกันเป็นชุมชน ที่เข้มแข็ง (social cohesiveness) ให้สังคมมีความรัก เอื้ออาทรต่อกัน ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ย่อมเป็นปัจจัย เกื้อหนุนที่สำคัญอย่างมาก

2.3 แนวทางสำหรับกลุ่มอื่น ๆ

- กลุ่มสื่อสารมวลชน ควรมีความระมัดระวัง ในการเสนอข่าวเกี่ยวกับเรื่องสุขภาพ เพื่อไม่ทำให้ ประชาชนที่รับสื่อเกิดความตื่นกลัวหรือกังวลในเรื่อง สุขภาพจนมากเกินไป การเผยแพร่ข่าวเรื่องยา ควรระบุให้ชัดเจนว่า การกินยาที่แพทย์เป็นผู้สั่งให้ นั้น มีความปลอดภัย แม้จะกินนานก็ไม่ได้หมายความว่า จะติดยา การหยุดยาไปก่อนที่แพทย์จะสั่งให้หยุดนั้น อาจทำให้ป่วยซ้ำหรือมีอาการกำเริบขึ้นได้ ควรให้ความรู้ สื่อมวลชนในเรื่องปัจจัยชีววิทยาของโรควิตกกังวล และ ควรดใช้คำว่า ยาคลายเครียดแต่ให้ใช้คำว่ารักษา โรควิตกกังวลแทน เพราะการใช้คำว่า “คลายเครียด” ชวนให้เข้าใจว่าให้กินยาเฉพาะเมื่อเครียด หรือทำให้ เข้าใจไปว่า เป็นแคโรควิตกกังวลซึ่งไม่ต้องกินยาก็ได้

- กลุ่มผู้บริหารในกระทรวงสาธารณสุข โดยเฉพาะในสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) ควรให้ความสนใจในเรื่องการใช้ยากกลุ่ม benzodiazepine ของผู้ป่วยโรควิตกกังวลกับผู้ติดยาเสพติด ว่ามีรูปแบบการใช้ที่ไม่เหมือนกัน (ดูตารางที่ 10) อย่าไป เหมารวมเข้าด้วยกันหมดและต้องไม่คิดกันหรือจำกัด การใช้ยากกลุ่ม benzodiazepine ที่ราคาถูก จนทำให้ แพทย์ทั่วไปหรือจิตแพทย์ไม่สามารถสั่งใช้ได้

- กลุ่มโรงพยาบาลเอกชน ควรระมัดระวัง ในการโฆษณา ศูนย์รักษาเฉพาะทางต่างๆ เช่น ศูนย์ โรควิตกกังวล ศูนย์โรคอัมพาต ฯลฯ เพราะการโฆษณา ศูนย์ดังกล่าว โดยกล่าวถึงอาการที่มีโอกาสพบได้ใน โรควิตกกังวล เช่น อาการใจสั่น ซา เจ็บแน่นหน้าอก ภูบคล้ายจะเป็นลม ฯลฯ ยิ่งทำให้ผู้ป่วยวิตกกังวลเกิดความกังวลมากขึ้นไปอีกหรืออาจทำให้ผู้ที่ยังไม่มีอาการ

ตารางที่ 10 เปรียบเทียบการใช้ยา benzodiazepine (BZD) ในผู้ป่วยกับผู้ที่ใช้ยาผิดวัตถุประสงค์ (abusers) หรือผู้ใช้ยาด้วยเหตุอื่น ๆ ที่ไม่ใช่เหตุผลทางการแพทย์ (nonmedical users) หรือผู้ที่ติดยาเสพติด

ผู้ป่วยหรือผู้ใช้ยาจากแพทย์สั่ง	ผู้ที่ใช้ยาผิดวัตถุประสงค์ หรือผู้ติดยาเสพติด
<ul style="list-style-type: none"> ส่วนใหญ่เป็นผู้หญิงอายุเกิน 30 ปี ไม่มีประวัติของการติดยาหรือติดยาใดๆ กินยา BZD ตามแพทย์สั่ง เพื่อรักษาโรคที่มีข้อบ่งชี้ชัดเจน โดยทั่วไปจะใช้ในขนาดที่แพทย์สั่งหรือพยายามใช้น้อยกว่าที่แพทย์สั่งเพราะกลัวจะติดยา แทบจะไม่มีใครต้องใช้อายา diazepam ในขนาดที่มากกว่า 40 มก./วัน หรือยาอื่นในกลุ่มนี้ในขนาดที่ equivalent ดังกล่าว กินแต่ยา BZD เท่านั้น ไม่ค่อยเกิดอาการทนยา (tolerance) จนต้องเพิ่มขนาดยาขึ้นเรื่อยๆ ไม่ชอบฤทธิ์ง่วงซึมของยา BZD ชอบยาหลอก (placebo) มากกว่า BZD ไม่ค่อยทำตัวให้เกิดปัญหาทางสังคม หรือ ไม่ไปแอบซื้อยา BZD จากหมอเถื่อน เมื่อรักษาจนโรคหาย และกินยาครบตามระยะเวลาที่กำหนดและแพทย์เห็นควรให้หยุดยาได้แล้ว ก็สามารถที่จะเลิกหรือหยุดยา BZD ได้สำเร็จ โดยค่อยๆ ลดขนาดยาลงช้าๆ ตามคำแนะนำของแพทย์ได้ 	<ul style="list-style-type: none"> ส่วนใหญ่เป็นผู้ชาย อายุ 20-30 ปี มีประวัติของการติดยา/ติดยา หรือใช้ยาผิดวัตถุประสงค์มาก่อน กินยา BZD โดยแพทย์อาจสั่งให้หรือไม่ได้สั่งให้ ไม่ชัดเจนว่าใช้ยาเพื่อรักษาโรคใด หรือใช้ยาโดยที่แพทย์ไม่ได้สั่ง ผู้ติดยาใช้ BZD ไปพลางๆ ในระหว่างยังหาหาเสพติดที่ตัวเองเคยใช้ไม่ได้ เพื่อหวังผลให้รู้สึกเคลิบเคลิ้ม (“get high”) โดยทั่วไปจะใช้ยาในขนาดที่สูงกว่า ขนาดยาสูงสุดที่กำหนดไว้ในการรักษา ส่วนใหญ่จะใช้ยาในขนาดสูง เช่น diazepam ในขนาด 80-120 มก./วัน หรือยาอื่นในขนาดที่ equivalent กัน ไม่ได้กิน BZD อย่างเดียว แต่จะกิน BZD ควบคู่กับยาเสพติดอื่นๆ หรือดื่มสุราร่วมด้วย มักเกิดอาการทนยาอย่างรวดเร็วและต้องเพิ่มขนาดยาขึ้นเรื่อยๆ เพื่อให้ได้ผลตามที่ตัวเองต้องการ ชอบและอยากให้ได้ฤทธิ์ง่วงซึมจากยา ชอบ BZD มากกว่ายาหลอก แต่ชอบ BZD น้อยกว่ายาเสพติดที่ตัวเองเคยใช้ มักพบว่ามีปัญหาทางสังคมหรือปัญหาทางการแพทย์ที่รุนแรง ปัญหาทางการแพทย์ที่รุนแรง แอบซื้อยา BZD จากหมอเถื่อน หรือแหล่งผิดกฎหมายอื่นๆ หรือเปลี่ยนไปหาหมอหลายๆ แห่ง เพื่อให้ได้ยา BZD มากๆ มักเลิกยา BZD เอง เมื่อได้ยาเสพติดที่ตัวเองเคยใช้อยู่เดิม

(ปรับปรุงจาก : พิเชฐ อุดมรัตน์. การใช้ยารักษาโรควิตกกังวลในปัจจุบัน. บรรยายในการประชุมเรื่อง จิตเวชศาสตร์บำบัดยุคใหม่ : การแปลผลจากงานวิจัยสู่วิธีปฏิบัติ ณ โรงแรมบี พี สมิหลาบีช อำเภอเมือง จังหวัดสงขลา วันที่ 4 เมษายน 2545)

ของโรควิตกกังวลอยู่ ได้รับความเสี่ยงมากขึ้นที่จะป่วยเป็นโรค จากข้อมูลข่าวสารที่มีลักษณะคุกคามภาวะสุขภาพของตน (threaten information)

การลดระยะเวลาเจ็บป่วยและความพิการ

การที่โรคตื่นตระหนกไม่ได้ถูกนึกถึง (under recognition) และไม่ได้รับการรักษา พบว่าเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดภาวะทั้งต่อสังคมและต่อผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยต้องถูกส่งตรวจพิเศษหลายอย่าง หรือตระเวนไปพบแพทย์หลายแห่ง (doctor shopping) กว่าที่จะได้รับการวินิจฉัยและการรักษาที่ถูกต้อง

1. แนวทางให้ได้รับการวินิจฉัยที่ถูกต้องเสียแต่เนิ่นๆ

แม้จะมีนักวิจัยกลุ่มหนึ่งเห็นว่าอาการจำแนกโรคตามระบบ DSM-IV ยังไม่สามารถครอบคลุม full spectrum ของโรคตื่นตระหนกได้ ทั้งผู้ป่วยที่มีอาการน้อยกว่าเกณฑ์การวินิจฉัย (subclinical) และผู้ป่วยที่มีอาการไม่ตรงตามแบบฉบับ (atypical) จึงได้พัฒนาแบบสัมภาษณ์ PAS (Panic-Agoraphobic Spectrum) interview ขึ้น ทั้งที่เป็นฉบับสำหรับให้บุคลากรทางสุขภาพจิตเป็น

ผู้สัมภาษณ์ที่เรียกว่า Structured Interview of Panic - Agoraphobic Spectrum (SCI - PAS) และ ฉบับที่ผู้ป่วยเป็นคนเขียนตอบเองที่เรียกว่า Panic - Agoraphobic Spectrum Self - Report (PAS-SR) ก็ตาม³⁹ แต่แบบสัมภาษณ์นี้ก็ไม่น่าเหมาะที่จะนำมาให้แพทย์ทั่วไปในประเทศไทยได้ใช้ เพราะมีถึง 114 ข้อ และใช้เวลาในการสัมภาษณ์นาน

ผู้นิพนธ์ขอเสนอให้นำข้อคำถามบางข้อจาก M.I.N.I. (Mini-International Neuropsychiatric Interview) ฉบับภาษาไทยที่แปลจาก M.I.N.I. version 5.0.0 : January 1, 2003 ที่แปลโดย พ.ญ.พันธุ์นภา กิตติรัตนไพฑูริย์ และคณะ⁴⁰ ซึ่งได้ผ่านการวิเคราะห์ความแม่นยำ (validity) และความเชื่อมั่น (reliability) ในผู้ป่วยไทยมาแล้ว ให้แพทย์ทั่วไปแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว หรือแพทย์เฉพาะทางสาขาอื่นที่ไม่ใช่สาขาจิตเวชศาสตร์ มาใช้เป็นแนวทางในการสัมภาษณ์ เพราะมีความสั้น กระชับ และใช้เวลาไม่นาน โดยเลือกเฉพาะข้อคำถามบางข้อบางชุด (module) ของ M.I.N.I. เท่านั้น (ดูตัวอย่างของข้อคำถาม M.I.N.I. ในตารางที่ 11)

ตารางที่ 11 แสดงข้อคำถามบางข้อของ M.I.N.I. ฉบับภาษาไทยที่ควรให้แพทย์ทั่วไปนำมาใช้เป็นแนวทางในการสัมภาษณ์

- Module A. Major Depressive Episode
 - A 1. คุณเคยมีอาการซึมเศร้าหรือท้อแท้อย่างต่อเนื่อง เกือบตลอดวัน เกือบทุกวัน ในช่วง 2 สัปดาห์ ที่ผ่านมาหรือไม่ ?
 - A 2. ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ส่วนใหญ่แล้ว คุณรู้สึกสนใจเรื่องต่างๆ ลดลงอย่างมากๆ หรือแทบจะไม่มีรู้สึกสนุกสนานเหมือนเดิมหรือไม่ ?
- Module E. Panic Disorder
 - E 1. a คุณเคยรู้สึกหวาดผวาหรือตื่นตระหนก เมื่อมีอาการวิตกกังวล ตกใจกลัว หรือไม่สบายใจขึ้นมาแบบทันทีทันใด ในสถานการณ์ที่คนทั่วไปจะไม่มีรู้สึกแบบนั้นมากกว่า 1 ครั้ง หรือไม่ ?
 - b อาการหวาดผวาจะรุนแรงที่สุดภายใน 10 นาที ใช่หรือไม่ ?
- Module O. Generalized Anxiety Disorder
 - O 1. a คุณกังวลมากเกินไป หรือวิตกกังวลในหลายๆ เรื่องในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมาหรือไม่ ?
 - b ความกังวลเหล่านั้นเกิดขึ้นเกือบทุกวัน ใช่หรือไม่ ?
- หากตอบว่าใช่ทั้ง 2 ข้อในแต่ละ module ข้างต้น ให้ถือว่ามีโอกาสเป็นไปได้มากที่ผู้ป่วยจะเป็นโรค ดังกล่าว จะต้องถามคำถามถึงรายละเอียดของอาการในแต่ละโรคเพิ่มเติม เพื่อช่วยยืนยันการวินิจฉัย

เริ่มจาก Module A. Major Depressive Episode ให้ถามคำถามเพียง 2 ข้อแรกก่อน คือ ข้อ A1 และ A2 ตามด้วย Module E. Panic Disorder ให้ถามคำถาม E1 a และ b ก่อน

ตามด้วย Module O. Generalized Anxiety Disorder ให้ถามคำถาม O 1 a และ b ก่อน

และผู้นิพนธ์ขอเสนอให้มีการพัฒนาแบบสัมภาษณ์เพื่อการวินิจฉัยโรคทางจิตเวชและประเมินผู้ป่วยอย่างรวดเร็วขึ้น ที่อาจเรียกว่า RAPID-TGP (Rapid Assessment and Psychiatric Interview for Diagnosis - Thai General Practitioner version) โดยอาจนำ M.I.N.I. Screen มาปรับปรุงให้เหมาะกับการใช้ในประเทศไทยต่อไป

นอกจากนี้ในหลักสูตรการรสอนนักศึกษาแพทย์ปีสุดท้ายของคณะแพทยศาสตร์ทุกแห่งนั้น ควรให้นักศึกษาแพทย์ได้มีประสบการณ์ในการออกตรวจผู้ป่วยใหม่ที่คลินิกจิตเวช และฝึกการซักประวัติ รวมตรวจสภาพจิต เพื่อให้ได้การวินิจฉัย โดยใช้เวลาไม่เกิน 10-15 นาทีต่อราย โดยมีอาจารย์แพทย์คอยควบคุมดูแลและชี้แนะ รวมทั้งให้ข้อมูลย้อนกลับ (feedback) แก่นักศึกษาแพทย์ด้วย และหากเป็นไปได้ ควรให้นักศึกษาแพทย์ได้มีโอกาสติดตาม (follow up) ผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องสักช่วงระยะเวลาหนึ่ง เช่นเดือนละ 1-2 ครั้งเป็นเวลา 6 เดือน (ประมาณ 6-12 ครั้งวัน) เพื่อจะได้เห็นความก้าวหน้า (progression) ของผู้ป่วยนอกที่มีอาการดีขึ้นเป็นลำดับ จะได้เกิดความมั่นใจเมื่อจะต้องออกไปตรวจดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชต่อไป รวมทั้งจะได้มีภาพพจน์ที่ดีต่อผู้ป่วยจิตเวชอีกด้วย เพราะหากนักศึกษาแพทย์ได้ดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งส่วนใหญ่มักเป็นรายที่มีปัญหา ก็อาจทำให้เข้าใจผิดไปว่า โรคจิตเวชทั้งหมดเป็นโรคเรื้อรังที่ยากในการวินิจฉัย และหรือการรักษา

2. แนวทางให้ได้รับการรักษาที่ถูกต้อง

สำหรับแนวทางในการรักษานั้น ผู้นิพนธ์ขอเสนอให้แพทย์ทั่วไปได้ ใช้ยา antidepressant เสียตั้งแต่แรก

โดย อาจจะให้เพียงขนานเดียวหรือควบคู่กับยากลุ่ม benzodiazepines สำหรับ antidepressant นั้น เนื่องจากยาในกลุ่ม tricyclic antidepressant (TCA) แพทย์ทั่วไปมักมีปัญหาในการปรับขนาดยา (titrate dose) เพราะไม่กล้าให้ยาในขนาดสูง เนื่องจากเกรงผลข้างเคียงทางด้าน anticholinergic และ cardiovascular แพทย์ทั่วไปจึงมักให้ TCA ในขนาดต่ำกว่าขนาดที่เหมาะสมในการรักษา ผู้นิพนธ์จึงขอเสนอให้ใช้ยา fluoxetine ซึ่งเป็นยาในกลุ่ม selective serotonin reuptake inhibitor (SSRI) แทน โดยให้ตั้งต้นที่ขนาด 10-20 มิลลิกรัมต่อวันก่อนแล้วค่อยๆ ปรับขนาดขึ้นไปจนกระทั่งผู้ป่วยตอบสนองดีกับการรักษา (remission) ซึ่งมักอยู่ในขนาด 20-40 มิลลิกรัมต่อวัน แล้วให้ยาต่อเนื่องนานประมาณ 12 เดือนก่อนที่จะพิจารณาลดขนาดยาแล้วหยุดยา การเสนอให้ใช้ยา fluoxetine เพราะในปัจจุบันพบว่าราคาของ fluoxetine (generic) นั้น ถูกกว่ายาในกลุ่ม TCA และทำให้ผู้ป่วยร่วมมือในการรักษาด้วยการกินยาอย่างสม่ำเสมอ (compliance) ได้ดีกว่าด้วย และควรให้ psychoeducation แก่ผู้ป่วยตั้งแต่ครั้งแรก เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง จะได้ไม่ตระเวนไปพบแพทย์หลายแห่ง (doctor shopping) สำหรับรายละเอียดของการให้ psychoeducation นั้นผู้สนใจสามารถหาอ่านได้จากหนังสือเรื่องโรคต้นตระหนก¹⁰

3. แนวทางการลดอัตราตายและความสูญเสียอื่นๆ

จากการศึกษาของ Khan A และคณะ⁴¹ ที่ได้ศึกษาความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคจิตกึ่งหวล โดยทำมหวิเคราะห์ (meta-analysis) จากฐานข้อมูลขององค์การอาหารและยาในประเทศสหรัฐอเมริกา (FDA database) พบว่า ความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยกลุ่มนี้สูงกว่าที่เคยเชื่ออยู่เดิมมาก โดยอัตราความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายเป็นปี (annual suicide risk rate) เท่ากับ 193/100,000 ผู้ป่วย และความเสี่ยงของการพยายามฆ่าตัวตายเป็นปี (annual suicide attempt risk) เท่ากับ

1350/100,000 ผู้ป่วย ตัวเลขนี้คำนวณจากฐานข้อมูลผู้ป่วยวิตกกังวลที่เข้าร่วมในโครงการวิจัย ยาใหม่จำนวน 20,076 ราย ซึ่งพบว่าผู้ป่วยฆ่าตัวตายสำเร็จ 12 ราย และพยายามฆ่าตัวตาย 28 ราย การที่พบผู้ป่วยวิตกกังวลฆ่าตัวตายมากนั้น อาจเป็นเพราะโรควิตกกังวลและโรคซึมเศร้าเป็นโรคที่พบร่วมกัน (comorbid) ได้บ่อย⁴²

ได้มีการศึกษาติดตามผู้ป่วยโรคตื่นตระหนกจำนวน 55 ราย ไป 6 ปี พบว่า แม้ร้อยละ 74 จะไม่มีอาการตื่นตระหนกเกิดขึ้นอีก แต่ร้อยละ 18 (9 ใน 55 ราย)ป่วยเป็นโรคซึมเศร้า และร้อยละ 11 (6 ใน 55 ราย) มีความคิดฆ่าตัวตายอย่างรุนแรง Goodwin R และ Olfson M⁴³ จึงศึกษาว่าการรักษาอาการตื่นตระหนกจะมีผลป้องกัน (protective effect) ความเสี่ยงของการเกิดโรค Major depression ในชุมชนได้หรือไม่ โดยใช้ข้อมูลจากการสำรวจครัวเรือนในชุมชนของโครงการ National Comorbidity Survey (NCS) ซึ่งพบว่า คนที่ป่วยเป็นโรค Major depression นั้น มีถึงร้อยละ 45 ที่ไม่เคยได้รับการรักษาอาการตื่นตระหนกมาก่อน ขณะที่คนซึ่งมีประวัติเคยรักษาพบว่า ป่วยเป็นโรค Major depression เพียงร้อยละ 19 เท่านั้น ซึ่งพบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และค่าความแตกต่างนี้ยังคงอยู่ในการวิเคราะห์แบบ Cox proportional hazard analysis ที่ได้มีการ adjust อายุเมื่อเริ่มป่วย และลักษณะของประชากรที่แตกต่างกันแล้ว Goodwin R และ Olfson M⁴³ จึงสรุปว่า การตรวจพบและรักษาอาการตื่นตระหนกสามารถที่จะลดความเสี่ยงของการเกิดโรค Major depression ได้ ดังนั้นการรักษาโรคตื่นตระหนกจึงไม่เพียงแต่จะมีผลดีต่อโรคที่รักษาเท่านั้น แต่ยังป้องกันหรือลดความเสี่ยงที่จะป่วยเป็นโรค Major depression ในอนาคตได้ด้วย ซึ่งทำให้อาจจะลดความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายได้ด้วยเช่นกัน

สรุป

ความชุกของโรคตื่นตระหนกในประเทศไทยเท่ากับร้อยละ 0.4 โดยพบว่าอาการส่วนใหญ่ในขณะเกิด panic attack นั้น จะมีอาการของหัวใจและระบบการหายใจเป็นอาการนำ แต่ผู้ป่วยอาจเรียกชื่อโรคนี้ไปตามความเชื่อและความเข้าใจของตนเอง เช่น ในภาคใต้ผู้ป่วยอาจเข้าใจว่าตนเองป่วยเป็นโรคลมหรือโรคหอบสำหรับในทางการแพทย์แล้วความสำคัญของโรคตื่นตระหนกจะอยู่ที่การวินิจฉัยโรคให้ได้รวดเร็ว และให้การรักษาที่ถูกต้องและเหมาะสมตั้งแต่ต้น ซึ่งคงต้องปรับเปลี่ยนตั้งแต่วิธีการสอนนักศึกษาแพทย์ การใช้แนวทางจากข้อคำถามบางข้อของ M.I.N.I. และอาจต้องพัฒนาหารูปแบบในการประเมินผู้ป่วยอย่างรวดเร็วเพื่อให้เหมาะสมกับแพทย์ทั่วไปของประเทศไทย ส่วนการรักษา นั้น การอธิบายให้ผู้ป่วยได้ทราบและเข้าใจ (psychoeducation) ในเรื่องโรคที่ป่วยนั้นมีความสำคัญมาก เพื่อจะลดความสูญเสียทางเศรษฐกิจจากที่ผู้ป่วยตระเวนไปพบแพทย์หลายๆ แห่ง หรือให้แพทย์ส่งตรวจพิเศษหลายๆ อย่างที่ไม่มีความจำเป็น ส่วนการให้ยานั้นได้แนะนำให้ใช้ยา antidepressant เช่น fluoxetine ตั้งแต่แรก และต้องให้ยานานประมาณ 12 เดือน ก่อนที่จะพิจารณาลดขนาดยาแล้วหยุดยา ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักต้องให้ยา benzodiazepine (BZD) ควบคู่ไปด้วย ซึ่งอาจจะลด BZD แล้วหยุดยา BZD ในภายหลังได้ ส่วนการป้องกันชนิดปฐมภูมินั้น แม้จะยังไม่มีการศึกษายืนยันถึงประสิทธิภาพของวิธีการใดวิธีการหนึ่งก็ตาม แต่ก็ก็เป็นสิ่งที่ควรพิจารณานำไปปฏิบัติ เช่น การสอน LifeSkill ตามแนวทางของ Williams และ Williams การสอนทักษะการคิดเพื่อพิชิตโรควิตกกังวล การฝึกจัดการกับความวิตกกังวล (anxiety management training) การสนับสนุนให้มีกลุ่มผู้ป่วยและญาติ หรือกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน การส่งเสริมให้มีสมาคมหรือชมรมโรควิตกกังวลแห่งประเทศไทย การรักษาทางสังคมให้เข้มแข็งเพื่อให้คนในสังคมยังมีความรักเอื้ออาทรต่อกัน

ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน การให้ความรู้แก่กลุ่มสื่อสารมวลชน การให้ผู้บริหารเข้าใจเรื่องแบบแผนการใช้ยา benzodiazepine ที่ต่างกันระหว่างผู้ป่วยโรควิตกกังวลกับผู้ติดยาเสพติด และการแนะนำโรงพยาบาลเอกชนให้ระมัดระวังในการโฆษณา ไม่ให้ข้อมูลข่าวสารที่มีลักษณะคุกคามต่อภาวะสุขภาพเผยแพร่ไปสู่ประชาชน เพราะจะทำให้ผู้ป่วยวิตกกังวลที่มีแนวโน้มเล็กรับข้อมูลที่มีลักษณะคุกคามอยู่แล้ว เกิดความหวาดวิตกเพิ่มขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- Stein DJ, Hollander E. Preface. In : Stein DJ, Hollander E, editors. Textbook of Anxiety Disorders. Washington, DC : American Psychiatric Publishing, 2002:xvii.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed. Text revision. Washington, DC : American Psychiatric Association, 2000:429-84.
- Thavichachart N, Intoh P, Thavichachart T, et al. Epidemiological survey of mental disorders and knowledge attitude practice upon mental health among people in Bangkok Metropolis. J Med Assoc Thai 2001; 84(Suppl 1): S118-S126.
- อนุรักษ์ บัณฑิตยชาติ, พนมศรี เสาร์สาร, ภคณพิน กิตติรักษนนท์, วรวรรณ จุฑา. ระบาดวิทยาของความผิดปกติทางจิตของประชาชนไทย. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2544; 46(4): 335-43.
- พรเทพ ศิริวนารังสรรค์, ธรณินทร์ กองสุข, สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์, อัจฉรา จรัสสินธุ์, ความชุกของโรคจิตเวชในประเทศไทย : การสำรวจระดับชาติปี 2546. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2547; 12(3):177-88.
- สุรัชย์ เกื้อศิริกุล, วรรษ ตันชัยสวัสดิ์. ประสิทธิภาพของยา alprozalam และ diazepam ในการรักษาผู้ป่วยโรคแพนิค : การศึกษาเปรียบเทียบแบบ double-blind. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2531; 33(4): 193-204.
- ศิริรัตน์ สุขวัลย์. Ethyl loflazepate ในการรักษาโรคแพนิค. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2541; 43(4): 336-44.
- ธรณินทร์ กองสุข, พิเชฐ อุดมรัตน์. การรักษาโรคต้นตระหนกด้วยยา moclobemide และ alprazolam : การศึกษาเปรียบเทียบแบบ double-blind. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2545; 47(4): 247-53.
- Bremner JD, Charney DS. Neural circuits in fear and anxiety. In : Stein DJ, Hollander E, editors. Textbook of Anxiety Disorders. Washington, DC : American Psychiatric Publishing, 2002: 43-56.
- พิเชฐ อุดมรัตน์. โรคต้นตระหนก. สงขลา : อัลลายด์เพรส, 2544: 1-218.
- Niccolai V, van Duinen MA, Griez EJ. Respiratory patterns in panic disorder reviewed: a focus on biological challenge tests. Acta Psychiatr Scand 2009; 120:167-77.
- พิเชฐ อุดมรัตน์. โรคแพนิค. สงขลานครินทร์เวชสาร 2528; 3(3): 317-21.
- ธนา นิลชัยโกวิทย์. การอภิปรายโต๊ะกลมเรื่อง panic disorder ระหว่าง Dr.Pasnau และกลุ่มจิตแพทย์ไทย. ใน: Symposium proceeding and panel discussion. Panic disorder: an update. Singapore : Excerpta Medica, 2513: 15-28.
- พิเชฐ อุดมรัตน์, วรรษ ตันชัยสวัสดิ์, สุรัชย์ เกื้อศิริกุล. โรคแพนิคที่โรงพยาบาลสงขลานครินทร์. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2531; 33(3): 107-18.

15. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder. 3rd ed. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1980: 225-39.
16. Udomratn P, Hinton DE. Gendered panic in southern Thailand: 'Lom' ("Wind") illness and 'Wupp' ("Upsurge") illness. In: Hinton DE, Good BJ, editors. Culture and Panic Disorder. Stanford: Stanford University Press, 2009: 183-204.
17. Roy-Byrne PP, Cowley DS. Course and outcome in panic disorder: a review of recent follow-up studies. *Anxiety* 1995; 1: 151-60.
18. Pollack MH, Otto MW, Rosenbaum JF, et al. Longitudinal course of panic disorder: findings from the Massachusetts General Hospital naturalistic study. *J Clin Psychiatry* 1990; 51(12, suppl A)12-6.
19. Faravelli C, Paterniti S, Scarpato MA. Five year prospective, naturalistic follow up study of panic disorder. *Compr Psychiatry* 1995; 36:271-7.
20. Rosenbaum JF, Biederman J, Gersten M, et al. Behavioral inhibition in children of parent with panic disorder and agoraphobia: a controlled study. *Arch Gen Psychiatry* 1988; 45:463-70.
21. Pollack MH, Otto MW, Sabatino S, et al. The relationship of childhood anxiety to adult panic disorder: correlates and influence on course. *Am J Psychiatry* 1996; 153: 376-81.
22. Amiel JM, Mathew SJ, Garakani A, et al. Neurobiology of anxiety disorders. In: Schatzberg AF, Nemeroff CB, editors. Textbook of Psychopharmacology. 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Publishing, 2009: 965-85.
23. Kagan J, Reznick JS, Snidman N. Biological bases of childhood shyness. *Science* 1988; 240:167-71.
24. Pollock RA, Rosenbaum JF, Marrs A, Miller BS, Biederman J. Anxiety disorders of childhood. Implications for adult Psychopathology. *Psychiatr Clin North Am* 1995; 18(4): 745-66.
25. Hill SY, Kagan J. Behavioral inhibition and developmental risk ; Response to commentary [letter]. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000; 3:271-2.
26. Biederman J, Rosenbaum JF, Hirschfield DR, et al. Psychoactive correlates of behavioral inhibition in young children of parents with and without psychiatric disorders. *Arch Gen Psychiatry* 1990; 47:21-6.
27. Peterson RA, Reiss S. Anxiety Sensitivity Index Manual. 2nd ed. Worthington : International Diagnostic Systems, 1992.
28. Maller RG, Reiss S. Anxiety sensitivity in 1984 and panic attacks in 1987. *J Anxiety Disord* 1992; 6:241-7.
29. Whittal ML, Goetsch VL. Physiological, subjective, and behavioral responses to hyperventilation in clinical and infrequent panic. *Behave Res Ther* 1995; 33:415-22.
30. Otto MW, Whittal ML. Cognitive - behavior therapy and the longitudinal course of panic disorder. *Psychiatr Clin North Am* 1995; 18(4): 803-20.
31. Williams V, Williams RB. สไลด์ประกอบการบรรยาย เรื่อง LifeSkills as a mean of reducing stress in the workplace. ในการประชุม The Third Annual International Conference of the Thai Society of Behavioral Medicine. ณ โรงแรมสยามซิตี กรุงเทพมหานคร วันที่ 3 กรกฎาคม 2546.

32. Freeman A, Di Tomasso RA. Cognitive concepts of anxiety In : Stein DJ, Hollander E, editors. Textbook of Anxiety Disorders. Washington, DC : American Psychiatric Publishing, 2002: 71-9.
33. Hollander E, Simeon D. Concise guide to anxiety disorders. Washington, DC : American Psychiatric Publishing, 2003: 125-45.
34. Mathews A, MacLeod C. Selective processing of threat cues in anxiety states. Behav Res Ther 1985; 23:536-69.
35. Rapee RM. Generalized anxiety disorder : a review of clinical features and theoretical concepts. Clin Psychol Rev 1991; 11:419-40.
36. Harvey AG, Rapee RM. Cognitive-behavior therapy for generalized anxiety disorder. Psychiatr Clin North Am 1995; 18(4): 859-70.
37. กรมสุขภาพจิต. คู่มือการดำเนินงานในคลินิก คลายเครียด. กรุงเทพฯ : Design Con, 2541: 6-120.
38. Ross J. Consumer considerations. In : Stein DJ, Hollander E, editors. Textbook of Anxiety Disorders. Washington, DC : American Psychiatric Publishing, 2002: 485-92.
39. Shear MK, Cassano GB, Frank E, Rucci P, Rotondo A, Fagiolini A. The panic - agoraphobic spectrum : development, description, and clinical significance. Psychiatr Clin North Am 2002; 25(4): 739-56
40. พันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์, สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล, พิเชฐ อุดมรัตน์, ปรีทรรศ ศิลปกิจ, มธุริน คำวงศ์ปิ่น, สุนทรี ศรีโกสสัย. M.I.N.I. 5.0.0 Thai version. เชียงใหม่: โรงพยาบาลสวนปรุง, 2546.
41. Khan A, Leventhal RM, Khan S, Brown WA. Suicide risk in patients with anxiety disorders : a meta - analysis of the FDA database. J Affect Disord 2002; 68(2-3): 183-90.
42. Ballenger JC. Clinical guidelines for establishing remission in patients with depression and anxiety. J Clin Psychiatry 1999; 60(Suppl 22): 29-34.
43. Goodwin R, Olsson M. Treatment of panic attack and risk of major depressive disorder in the community. Am J Psychiatry 2001; 158 (7): 1146-8.
44. Goodwin RD, Gorman JM. Psychopharmacologic treatment of generalized anxiety disorder and the risk of major depression. Am J Psychiatry 2002; 159(11): 1935-7.