

Red Flags in Behavioral Problems: Early Recognition and Management

พษญา ศรีสิงห์สงคราม

บทนำ

ปัญหาพฤติกรรมในเด็ก มีได้หลากหลายรูปแบบและในทุกเพศทุกช่วงวัย วัยเด็กเป็นช่วงที่มีพัฒนาการในด้านต่าง ๆ เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ทำให้ต้องปรับตัวกับสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ รอบตัว มีกิจวัตรประจำวัน รวมถึงการเผชิญหน้ากับสถานการณ์ หรือผู้คนต่าง ๆ อยู่เป็นประจำ จึงก่อให้เกิดปัญหาพฤติกรรมตามมาได้ อย่างไรก็ตามพบว่าพฤติกรรมส่วนใหญ่ในเด็กมักเป็นพฤติกรรมปกติที่เกิดขึ้นได้ตามช่วงวัย มีเพียงส่วนน้อยเท่านั้นที่นับว่าเป็นพฤติกรรมที่เป็นปัญหา การที่ผู้ปกครองและแพทย์รับรู้พฤติกรรมดังกล่าว ตอบสนองและให้การช่วยเหลือได้อย่างเหมาะสม จะส่งผลดีต่อเด็ก ครอบครัว และสังคมในระยะยาว ทำให้เด็กสามารถพัฒนาไปได้อย่างเต็มศักยภาพของเด็กที่ควรจะเป็น

สำหรับในบทนี้ จะขอกล่าวถึงปัญหาพฤติกรรมที่พบบ่อย ได้แก่ พฤติกรรมร้องอาละวาด พฤติกรรมซุกซน และวิตกกังวล และพฤติกรรมดื้อต่อต้าน

พฤติกรรมร้องอาละวาด (temper tantrum)

ลักษณะของพฤติกรรมร้องอาละวาดคือ พฤติกรรมที่เด็กแสดงความไม่พอใจ โกรธ โมโห หงุดหงิด และแสดงออกมา เพื่อเป็นการระบายความรู้สึกดังกล่าว พฤติกรรมร้องอาละวาดนี้ มีสามารถพบได้เป็นปกติตามช่วงวัย

หรืออาจเป็นลักษณะอาการที่มีความสัมพันธ์กับภาวะ/ปัญหาทางพฤติกรรมและอารมณ์ พฤติกรรมร้องอาละวาดที่เป็นปกติตามวัยเริ่มพบได้ตั้งแต่ช่วงอายุ 12-18 เดือน และเป็นมากขึ้นในช่วงอายุ 2-3 ปี เนื่องจากเป็นวัยที่เริ่มมีความเป็นตัวของตัวเองมากขึ้น (autonomy) แต่ก็ยังมีข้อจำกัดทางระดับพัฒนาการและความสามารถตามวัย เช่น อยากรจะทำสิ่งต่าง ๆ ด้วยตนเอง แต่ยังมีข้อจำกัดทางการสื่อสารยังทำได้ไม่เต็มที่ จึงแสดงออกมาในรูปแบบพฤติกรรมดังกล่าวได้ โดยทั่วไป อาการจะเริ่มลดลงหลังอายุ 3-4 ปี ซึ่งเป็นช่วงที่เด็กเริ่มควบคุมอารมณ์ของตนเองได้มากขึ้น และสามารถที่จะสื่อสารบอกความรู้สึกหรือความต้องการได้ดีขึ้น

เด็กสามารถแสดงพฤติกรรมร้องอาละวาดออกได้หลากหลายรูปแบบ ได้แก่

- การแสดงอารมณ์โกรธหรือหงุดหงิดอย่างรุนแรง เช่น การตะโกน การร้องไห้อาววย การสบถคำไม่สุภาพ เป็นต้น
- การทำร้ายตนเอง เช่น การทิ้งตัวลงบนพื้น การตีตนเอง การร้องกลั้น (breath holding spell) เป็นต้น
- การทำร้ายผู้อื่น ทั้งทางร่างกายและวาจา
- การขว้างปาข้าวของ

ระบาดวิทยา

พฤติกรรมร้องอาละวาดพบบ่อยถึงร้อยละ 50-80 ของเด็กช่วงอายุ 2-3 ปีโดยมีความถี่ของพฤติกรรมอย่างน้อยสัปดาห์ละครั้ง อย่างไรก็ตามพบเด็กที่มีพฤติกรรมดังกล่าวทุกวันทั้งร้อยละ 20, 18 และ 10 ในเด็กอายุ 2, 3 และ 4 ปีตามลำดับ และร้อยละ 60 ของเด็กที่มีพฤติกรรมร้องอาละวาดที่อายุ 2 ปี ยังคงมีอาการบ่อยครั้งที่อายุ 3 ปีและยังพบอาการดังกล่าวแม้อายุ 4 ปีแล้ว¹ อย่างไรก็ตามเพียงร้อยละ 5-7 ของเด็กอายุ 1-3 ปีที่มีพฤติกรรมร้องอาละวาดที่รุนแรง คือ มีอาการนานกว่า 15 นาทีและถี่ 3 ครั้งต่อสัปดาห์²

สาเหตุและปัจจัยร่วม

ข้อจำกัดทางด้านภาษาและการสื่อสาร มักเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลทำให้เด็กมีพฤติกรรมร้องอาละวาดได้ กล่าวคือ เด็กอายุ 2-3 ปีที่มีพัฒนาการทางด้านภาษาสมวัย หรือเด็กที่โตกว่านั้นแต่มีปัญหาภาษาล่าช้าจะยังมีข้อจำกัดในการเข้าใจเหตุผล และข้อจำกัดในการบอกความต้องการหรือความรู้สึกของตนเอง ทำให้แสดงออกมาเป็นพฤติกรรมดังกล่าว

1. พัฒนาการปกติตามวัย (normal development) พฤติกรรมร้องอาละวาดเป็นพฤติกรรมตามวัยที่เด็กสื่อสารอารมณ์ออกมาให้คนรอบข้างหรือผู้เลี้ยงดูรับรู้ ทั้งอารมณ์โกรธ หงุดหงิด ซึ่งมักเกิดขึ้นเมื่ออารมณ์เหล่านั้นเกินความสามารถที่เด็กจะจัดการได้ ซึ่งเกิดขึ้นได้ทั้งในช่วงเวลาที่มีกิจกรรมประจำวันทั่วไป เช่น หิว ง่วง เหนื่อย ไปจนกระทั่งเหตุการณ์ที่ใหญ่ขึ้น เช่น ความขัดแย้งในครอบครัว เป็นต้น การเปลี่ยนกิจกรรม (transition)

มักเป็นลัษณะที่พบบ่อยที่ทำให้เด็กมีพฤติกรรมดั่งกล่าวมาข้าง ฤุณ พฤติกรรมร้องอาละวาดที่เป็นไปตามวัย มักจะเริ่มหลังจากเด็กอายุ 1 ปี และเพิ่มมากขึ้นในช่วงอายุ 2-3 ปี และลดลงหลังจากอายุ 4-5 ปี

2. ปัญหา/ปัจจัยทางสุขภาพ (medical problems) การเจ็บป่วยต่าง ๆ ไม่ว่าจะ เป็นแบบฉับพลัน หรือเรื้อรัง สามารถกระตุ้นให้เด็กมีความเครียด นำมาสู่พฤติกรรมร้องอาละวาดได้ เช่น ฝืนภูมิแพ้ผิวหนัง หูชั้นกลางอักเสบ ปวดฟัน ท้องผูก ปัญหาการนอน (นอนหลับยาก หยุดหายใจระหว่างนอนหลับ) ยาบางชนิด (เช่น ยาแก้ชัก ยาแก้แพ้ สเตียรอยด์) รวมถึงการที่เด็กมีภาวะเจ็บป่วยบางอย่างที่ทำให้ผู้ปกครองเกิดความกังวล และทำให้การดูแล เป็นไปในลักษณะปกป้องมากเกินไป (overprotection)

3. ปัญหา/ปัจจัยทางระบบประสาทพัฒนาการ (disabilities) เด็กที่มีภาวะออทิซึม สติปัญญาบกพร่อง โรคลมชัก มีประวัติการบาดเจ็บที่ศีรษะ (โดยเฉพาะบริเวณสมองส่วนหน้า; prefrontal lobe) มีความบกพร่องทางการมองเห็นหรือการได้ยินที่ไม่ได้รับการแก้ไขอย่างเหมาะสม

4. พื้นอารมณ์ (temperament) ลักษณะของเด็กที่มีแนวโน้มเป็นเด็กเลี้ยงยาก ได้แก่ มีปัญหาเรื่องการกิน การนอนที่ไม่เป็นเวลา ทำให้ผู้ปกครองยากที่จะคาดเดาความต้องการของเด็กได้ หรือเด็กมีลักษณะชอบกิจกรรมที่ใช้พลังงานสูง มีอารมณ์หงุดหงิดง่าย ไวต่อสิ่งกระตุ้นใหม่ ๆ เป็นต้น

5. สิ่งแวดล้อม (environment)

- **ทางกายภาพ** ได้แก่ การอยู่ในบริเวณที่มีคนจำนวนมาก การไม่ค่อยได้มีโอกาสออกไปทำกิจกรรมกลางแจ้ง และการที่ภายในบ้านมีสิ่งต่าง ๆ ที่เป็นอันตรายต่อเด็ก ที่เด็กสามารถเข้าถึงได้ง่าย ซึ่งเพิ่มโอกาสในการที่ผู้ปกครองต้องห้ามปรามเด็ก
- **ทางสังคม** ได้แก่ ความเครียดจากการที่มีการใช้ความรุนแรง (ทั้งทางกายและวาจา) ภายในครอบครัว การใช้สารเสพติดของคนในครอบครัว ภาวะซึมเศร้าของผู้ปกครอง ความกดดันจากการที่มีพี่น้องหรือญาติผู้ใหญ่ที่มีปัญหาการเจ็บป่วยทางกายหรือจิตใจ

6. การเลี้ยงดู (parenting) พฤติกรรมร้องอาละวาดที่ได้รับการตอบสนองจากผู้ปกครองโดยการยอมตามในสิ่งที่เด็กต้องการ แม้ว่าจะยอมแค่ในบางครั้งก็ตาม หรือการให้ความสนใจเชิงลบเมื่อเด็กมีพฤติกรรมดังกล่าว เช่น การดูดา ตำหนิ โวยวายใส่เด็ก ถือเป็นปัจจัยที่ทำให้พฤติกรรมดังกล่าวยังคงอยู่ เนื่องจากเด็กจะเรียนรู้ไปในทิศทางที่ว่า การร้องอาละวาด ทำให้ได้สิ่งที่ต้องการ หรือได้รับความสนใจจากผู้ปกครอง

อย่างไรก็ตาม การที่พฤติกรรมร้องอาละวาดยังคงอยู่นั้น ส่วนใหญ่เป็นผลที่มาจากปัจจัยหลาย ๆ อย่างมีปฏิสัมพันธ์ร่วมกัน (interacting factors) เช่น การที่เด็กมีพื้นอารมณ์เป็นคนขี้หงุดหงิดรวมกับการที่ผู้ปกครองมีลักษณะจู้จี้จุกจิก หรือการที่เด็กมีปัญหาการควบคุมอารมณ์ตัวเองได้ยากร่วมกับการที่ผู้ปกครองเลี้ยงดูแบบปล่อยปละละเลยและขาดการกำกับ เป็นต้น

อาการ

พฤติกรรมร้องอาละวาดจะแสดงออกมาสัมพันธ์กับเวลาเด็กมีความโกรธ โมโห หงุดหงิด โดยมีพฤติกรรมที่แสดงออกดังที่กล่าวไปในช่วงต้น ระยะเวลาโดยทั่วไปของพฤติกรรมมักไม่นานนัก เช่น ร้อยละ 75 ของเด็กอายุ 18-60 เดือน ระยะเวลาจะอยู่ในช่วง 1.5-5 นาที แต่โดยส่วนใหญ่จะอยู่ที่ 0.5-1 นาที³ พฤติกรรมดังกล่าวที่พบในเด็กทั่วไปมักจะไม่รุนแรง แต่หากมีพฤติกรรมที่เข้าได้กับลักษณะต่อไปนี้ให้สงสัยว่าเป็นปัญหาที่ต้องรีบทำการแก้ไข^{1,4} ได้แก่

- พฤติกรรมร้องอาละวาดในเด็กอายุน้อยกว่า 12 เดือน หรือมากกว่า 48 เดือน
- พฤติกรรมร้องอาละวาดที่เกิดขึ้นมากกว่า 3 ครั้งต่อวัน และแต่ละครั้งมีระยะเวลานานกว่า 15 นาที
- พฤติกรรมร้องอาละวาดที่รุนแรง มีการทำร้ายตนเองหรือทำร้ายอื่น
- พฤติกรรมร้องอาละวาดที่เกิดขึ้นที่โรงเรียน หรือเกิดขึ้นกับคนรอบข้างที่ไม่ใช่ผู้เลี้ยงดู
- มีปัญหาพฤติกรรมอื่น ๆ ร่วมด้วย เช่น ปัญหาการนอน ปัญหาการกิน ปัญหาความสัมพันธ์กับเพื่อน เป็นต้น
- เด็กคู่มือมีอาการหงุดหงิดตลอดเวลา แม้ไม่ใช่ช่วงที่มีพฤติกรรมร้องอาละวาด
- ผู้ปกครองมีความกังวลอย่างมากในพฤติกรรมของเด็ก โดยอาจมีลักษณะของอารมณ์ที่แสดงออกทั้งรูปแบบโกรธ รู้สึกผิด เศร้า หรือวิตกกังวล ที่ไม่สัมพันธ์กับระดับความรุนแรงของพฤติกรรมเด็ก
- ผู้ปกครองที่มีความรู้สึกที่ไม่สามารถมองหาข้อดีในตัวเด็กได้ และมีมุมมองต่อเด็กเหมือนเด็กเป็นฝ่ายตรงข้าม (ซึ่งมักสัมพันธ์กับปัญหาความรุนแรงในครอบครัว)

ในกรณีที่เด็กมีพฤติกรรมร้องอาละวาดที่โรงเรียน นับเป็นประเด็นที่ควรให้ความสำคัญและความช่วยเหลือ เนื่องจากโดยปกติแล้ว เด็กส่วนใหญ่จะสามารถควบคุมพฤติกรรมของตนเองได้ ณ เวลาที่อยู่กับเพื่อนหรือที่โรงเรียน มักไม่แสดงพฤติกรรมอาละวาดต่อหน้าเพื่อน ดังนั้นหากมีพฤติกรรมดังกล่าว จึงควรมองหาปัจจัยอื่น ๆ ที่มีส่วนกระตุ้น ได้แก่ ปัญหาทางการเข้าสังคม ปัญหาการเรียน ปัญหาอารมณ์ ปัญหาการโดนกลั่นแกล้ง การโดนแบ่งแยกจากกลุ่มเพื่อน เป็นต้น

การวินิจฉัย

1. การซักประวัติ ได้แก่

- รายละเอียดของเหตุการณ์ที่ทำให้เด็กมีพฤติกรรมร้องอาละวาด ความถี่ของการเกิดพฤติกรรม สถานที่ที่มักเกิดพฤติกรรม โดยเน้นหลักการ ABCs คือ ก่อนหน้าเหตุการณ์เกิดอะไรขึ้น (antecedents) ลักษณะของพฤติกรรมปัญหาที่เด็กแสดงออก (behaviors) และสิ่งที่ตามมาหลังเกิดพฤติกรรมผู้ปกครองตอบสนองอย่างไรและเด็กเป็นอย่างไร (consequences)

- ความรู้สึกของผู้ปกครองเมื่อเด็กแสดงพฤติกรรมดังกล่าว
- โอกาสที่เด็กแสดงพฤติกรรมดังกล่าวแล้วได้ในสิ่งที่ต้องการ มีบ่อยครั้งแค่ไหน
- คนอื่น ๆ ในครอบครัวจัดการกับพฤติกรรมดังกล่าวอย่างไร และเป็นไปในทิศทางเดียวกันหรือไม่
- เด็กมีพฤติกรรมอื่น ๆ ที่เป็นปัญหาร่วมด้วยหรือไม่ เช่น ชนไม่นิ่ง ก้าวร้าว ติดผู้ปกครองมากเกินไป ปัญหาการกินและการนอน
- เมื่อเด็กดีใจ ตื่นเต้น แสดงออกอย่างไร การแสดงอารมณ์อื่น ๆ มีปัญหาหรือไม่ เมื่อเจออุปสรรค เด็กมีปัญหาในการจัดการหรือไม่
- ประวัติการตั้งครร์ก การคลออด หลังคลออดเป็นอย่างไร มีประวัติการเจ็บป่วยหรืออุบัติเหตุที่รุนแรงหรือไม่

2. การประเมินในห้องตรวจ

- **การตรวจร่างกาย** มองหาโรคทางกาย ได้แก่ อาการของโรคมุมิแพ้ หูชั้นกลางอักเสบ ฟันผุ ร่องรอยตามร่างกายที่อาจทำให้สงสัยภาวะการณโดนทารุนกรรรม รวมทั้งลักษณะภายนอกที่สงสัยภาวะกลุ่มอาการชินโดรรมต่าง ๆ

- **การสังเกตพฤติกรรมในห้องตรวจ** ผ่านการเล่นของเล่น การวาดรูปของเด็ก โดยสังเกตทักษะการเล่นของเด็ก รายละเอียดของรูปที่วาด อารมณ์ของเด็กระหว่างเล่นและช่วงให้เด็กช่วยเก็บของเล่น และการตอบสนองของผู้ปกครอง

- **ข้อมูลรายละเอียดพฤติกรรม** การใช้ตารางบันทึกพฤติกรรม (tantrum log) (ตารางที่ 1) โดยบันทึกรายละเอียดของพฤติกรรมที่เกิดขึ้น เหตุการณ์ก่อนและหลังการเกิดพฤติกรรมในแต่ละครั้ง ช่วงเวลาที่เริ่มมีพฤติกรรม และระยะเวลาว่าที่เด็กจะสงบลง จะช่วยให้แพทย์สามารถที่จะเข้าใจรูปแบบพฤติกรรม หาวิธีการแก้ไขและช่วยเหลือได้อย่างตรงจุด

ตารางที่ 1 ตัวอย่างตารางบันทึกพฤติกรรม (ABCs)

ผู้บันทึกเหตุการณ์	วัน เวลา สถานที่	เหตุการณ์นำ (A)	พฤติกรรม (B)	ผลที่ตามมา (C)
พ่อ	22 พ.ค. 67, 14.00น. แผนกของเล่น	ไปแผนกของเล่น อยากซื้อรถบังคับ แต่พ่อไม่อนุญาต	ร้องไห้ไววาย ลงไปดินกับพื้น ตะโกนร้องจะเอา รถบังคับ	ซื้อรถบังคับให้ เด็กหยุดร้องหลังได้ รถบังคับ

A; antecedents, B; behaviors, C; consequences

(เรียบเรียงโดย พญ.พชรชญา ศรัลสิงห์สงคราม)

การช่วยเหลือ¹

1. เป้าหมายหลัก

- ให้การวินิจฉัยโรค เพื่อแยกแยะระหว่างพฤติกรรมที่พบเป็นปกติตามวัยกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหา ซึ่งอาจมีสาเหตุมาจากภาวะพัฒนาการล่าช้า โรคบางอย่าง หรือปัญหาความขัดแย้งในครอบครัว เป็นต้น
- ค้นหาปัจจัยร่วม เช่น หากพบว่าเด็กมีปัญหาภาษาล่าช้า ควรให้การช่วยเหลือกระตุ้นพัฒนาการทางด้านภาษา การฝึกพูด การให้ยาในเด็กที่เป็นโรควิตกกังวล รวมถึงการให้การช่วยเหลือ/ส่งต่อผู้ปกครองที่มีปัญหาความขัดแย้งในครอบครัว หรือมีภาวะซึมเศร้า ให้ได้รับการช่วยเหลือและรักษาที่เหมาะสม
- ให้ข้อมูลแก่ผู้ปกครอง เช่น การแนะนำผู้ปกครองให้จัดการอารมณ์ของตนเองอย่างเหมาะสม ลดความคาดหวังของผู้ปกครองที่ไม่เหมาะสมกับวัยของเด็ก อธิบายถึงกลไกการเกิดพฤติกรรมร้องอาละวาด และสาเหตุของการคงอยู่ของพฤติกรรมของเด็ก และให้คำแนะนำช่วยเหลือ

2. กลยุทธ์ต่าง ๆ

- การจัดการสิ่งแวดล้อมในบ้านให้เป็นพื้นที่ปลอดภัย เก็บสิ่งของที่มีอันตรายต่อเด็กให้เด็กไม่สามารถเข้าถึงได้ เพื่อลดโอกาสที่เด็กจะมีพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ปกครองลดโอกาสที่จะตำหนิหรือดุเด็กได้
- ให้ตัวเลือกที่เหมาะสมแก่เด็ก ทดแทนการให้เลือกว่าจะทำหรือไม่ทำ จะเอาหรือไม่เอา เด็กส่วนใหญ่จะร่วมมือดีขึ้นเมื่อได้มีโอกาสเลือกด้วยตัวเอง ดังนั้นผู้ปกครองควรมีตัวเลือกที่ยอมรับได้ไม่ว่าเด็กจะเลือกทางไหน เช่น การให้เด็กเลือกว่าจะไปอาบน้ำกับตุ๊กตาเปิดหรือตุ๊กตาเต่า แทนที่จะให้เด็กเลือกว่าจะอาบน้ำหรือไม่อาบน้ำ เป็นต้น
- จัดตารางกิจวัตรในแต่ละวันให้เป็นเวลา และคล้ายคลึงกันในแต่ละวัน เพื่อให้เด็กมีความคุ้นเคย และลดความหงุดหงิดใจเมื่อต้องเปลี่ยนกิจกรรม
- เข้าใจในพื้นที่อารมณ์ของเด็ก เช่น เด็กที่มีแนวโน้มพลังงานเยอะ ควรจัดให้มีกิจกรรมที่ได้ปล่อยพลัง เช่น ได้ออกไปวิ่งเล่นทำกิจกรรมกลางแจ้ง เด็กที่ปรับตัวยากกับสิ่งใหม่ ๆ อาจจะจำเป็นต้องมีการบอกและเผื่อเวลาล่วงหน้าสำหรับการเปลี่ยนกิจกรรม เป็นต้น
- เลี่ยงคำที่มักก่อให้เกิดการต่อต้านของเด็ก “อย่า” “หยุด” “ห้าม” “ไม่” มักเป็นคำที่เด็กมีแนวโน้มที่เด็กมักจะทำตรงกันข้ามกับที่ผู้ปกครองบอก ดังนั้นแทนที่จะพูดว่า “อย่าวิ่งสิลูก” ควรเปลี่ยนเป็น “แม่ชอบให้ลูกเดิน” และเข้าถึงตัวเด็กเพื่อจูงให้เดินไปด้วยกัน เป็นต้น
- สื่อสารกับเด็กด้วยภาษาที่เหมาะสม เช่น แทนที่จะพูดกับเด็กว่า “ทำไมต้องจ้อง” เปลี่ยนเป็น “บอกแม่ได้

หรือไม่ว่าโกรธเรื่องอะไร” รวมถึงการใช้หลักการสะท้อนอารมณ์เด็ก เช่น “หนูโมโห แต่หนูดีแม่ไม่ได้” พร้อมกับจับมือหยุด เมื่อเด็กพฤติกรรมสงบลงควรถาโอกาสพูดคุยถึงการจัดการอารมณ์ที่เหมาะสม เช่น การหายใจเข้า-ออกช้า ๆ การนับ 1 ถึง 10 เป็นต้น หรือการเล่าโดยใช้นิทานที่เกี่ยวกับการฝึกการจัดการอารมณ์ เป็นต้น

- การให้ความสนใจเมื่อเด็กมีพฤติกรรมดี หรือเมื่อเด็กสามารถจัดการอารมณ์ได้อย่างเหมาะสม ผู้ปกครองควรให้ความสนใจ ไม่ว่าจะเป็นการให้คำชมหรือการแสดงออกทางภาษากาย เช่น การกอด หอม หรือลูบหัว เป็นต้น
- หากเด็กมีการแสดงพฤติกรรมในเชิงรุนแรง ได้แก่ การทำร้ายตนเอง การทำร้ายผู้อื่น และการขว้างปาข้าวของ ผู้ปกครองควรเข้าถึงตัวและจับเด็กเพื่อหยุดพฤติกรรมเหล่านั้นทันที สื่อสารด้วยข้อความที่สั้น กระชับ และเข้าใจง่าย น้ำเสียงปกติ เช่น “(ชื่อเด็ก) รู้สึกโกรธ แต่ดีแม่ไม่ได้ค่ะ” พร้อมทั้งจับหยุด ในกรณีหากเด็กขว้างปาของ ให้พาจับมือเก็บร่วมด้วย หากเด็กมีร่องอาละวาดต่อแต่ไม่แสดงพฤติกรรมรุนแรงแล้ว สามารถใช้วิธีเพิกเฉย (ignore) ต่อได้ จนกว่าเด็กจะเริ่มสงบลง จึงค่อยเข้าหาเพื่อพูดคุยกับเด็ก เป็นต้น
- การจัดการพฤติกรรมของผู้ปกครองแต่ละคน ควรเป็นไปในทิศทางเดียวกัน มีความชัดเจนและสม่ำเสมอ การที่เด็กเรียนรู้ว่าการทำพฤติกรรมดังกล่าว บางครั้งทำได้มาซึ่งสิ่งที่เด็กต้องการ จะเป็นสิ่งที่ทำให้พฤติกรรมนั้นยังคงอยู่ต่อเนื่อง หรือบางกรณีเด็กจะยังคงมีพฤติกรรมเฉพาะกับผู้ปกครองคนที่มีความไม่ชัดเจนในการจัดการพฤติกรรมในแต่ละครั้ง

3. การส่งต่อยังแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ

ควรทำในกรณีที่พบว่า เด็กมีปัญหาทางด้านพัฒนาการร่วมด้วย เช่น ภาวะพัฒนาการล่าช้า ออทิสซึม มีความบกพร่องทางการได้ยิน เป็นต้น มีปัญหาพฤติกรรมอื่น ๆ เช่น ขนสมาธิสั้น วิตกกังวล เป็นต้น ผู้ปกครองมีภาวะเครียด ซึมเศร้า หรือมีโรคทางจิตเวช มีประวัติการใช้ความรุนแรงในครอบครัว หรือในกรณีที่ได้ให้การช่วยเหลือตามวิธีการข้างต้นแล้วยังไม่ดีขึ้น

พฤติกรรมขี้กลัวและวิตกกังวล (fearful/anxious behaviors)^{5,6}

ความกลัว (fear) และความวิตกกังวล (anxiety) เป็นประสบการณ์ที่มนุษย์ทุกคนต้องเคยพบเจอ เป็นความรู้สึกที่ไม่พึงพอใจที่มีองค์ประกอบทั้งปัจจัยด้านสติปัญญา พฤติกรรม และสรีรวิทยา ความกลัวเป็นลักษณะของการที่เรตอบสนองต่อภัยอันตรายที่มาคุกคาม ในขณะที่ความวิตกกังวลนั้นเป็นเรื่องของความคิดที่เรามองต่อสิ่งที่ยังไม่เกิดขึ้น หรืออาจจะไม่เคยเกิดขึ้น อย่างไรก็ตาม ความกลัวถือเป็นส่วนที่มีความจำเป็นของทักษะการเอาตัวรอดเมื่อมีภัยอันตรายเข้ามา ไม่ว่าจะสิ่งนั้นจะเป็นเรื่องจริงหรือเป็นแค่สิ่งที่จินตนาการขึ้นมา

เด็กทุกคนที่เกิดมาล้วนมีความกลัวที่จุดใดจุดหนึ่งของชีวิต ส่วนมากแล้วความกลัวของเด็กถือเป็นภาวะปกติชั่วคราว และมักจะหายไปในที่สุด ภาวะโฟเบียหรือโรคกลัวขั้นรุนแรง (phobia) นั้น เป็นภาวะของความกลัวและวิตกกังวลที่อยู่ในระดับมาก โดยที่จะมีอาการของความกลัวอย่างรุนแรงที่ไม่สัมพันธ์กับเหตุผล และไม่สามารถควบคุมได้ ก่อให้เกิดปัญหาต่อการใช้ชีวิตประจำวันของเด็ก ความกลัวบางอย่างเป็นอาการของโรควิตกกังวล (anxiety disorder) ดังนั้นเด็กที่มีปัญหาเรื่องของความกลัวและวิตกกังวลควรได้รับการประเมินเพิ่มเติมเพื่อดูว่ามีภาวะโรคกลัวขั้นรุนแรง หรือโรควิตกกังวลหรือไม่

ระบาดวิทยา

ยังไม่มีข้อมูลที่แน่นอนเกี่ยวกับความชุกของภาวะกลัวขั้นรุนแรงในเด็ก แต่มีรายงานของประเทศสหรัฐอเมริกาถึงความชุกของภาวะกลัวขั้นรุนแรงในผู้ใหญ่ที่ร้อยละ 12.5⁸ โดยพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย สำหรับเด็กในช่วงอายุ 2-6 ปีมักมีประสบการณ์ความกลัวสิ่งต่าง ๆ มากกว่า 4 อย่างขึ้นไป และในช่วงอายุ 6-12 ปี มักมีประสบการณ์ความกลัวสิ่งต่าง ๆ โดยเฉลี่ย 7 อย่าง โดยความกลัวมักจะมากที่สุดที่อายุประมาณ 11 ปี หลังจากนั้นจะค่อย ๆ ลดลง มีงานวิจัยที่ในเด็กฝาแฝดพบว่า ปัจจัยทางพันธุกรรมมีบทบาทต่อภาวะความกลัวในเด็กบางกลุ่ม⁷ การซักถามข้อมูลเรื่องความกลัวของเด็กจากผู้ปกครอง อาจจะได้ข้อมูลตัวเลขที่ต่ำกว่าความเป็นจริง ความกลัวที่ไม่ได้เกี่ยวข้องกับสาเหตุหน้ากับสิ่งนั้นเป็นความกลัวที่มักจะคงอยู่นาน (persistent)

สาเหตุและปัจจัยร่วม

1. ปัจจัยสิ่งแวดล้อม เช่น จากการศึกษาที่เด็กมีประสบการณ์บางอย่างที่เป็นจุดเริ่มต้นให้เกิดความกลัว เช่น การที่เด็กกลัวสุนัข เกิดขึ้นหลังจากที่เคยโดนสุนัขวิ่งกระโดดใส่ เป็นต้น รวมถึงจากการที่เด็กเห็นความรุนแรงจากสื่อต่าง ๆ ซึ่งความกลัวนั้นสามารถเกิดขึ้นได้จากการที่เด็กเผชิญกับสิ่งที่กลัวนั้นโดยตรง หรืออาจจะเป็นความกลัวที่มีที่มาจากสถานการณ์อื่น ๆ เช่น การถูกทำร้ายร่างกาย หรือการถูกทารุณกรรมทางเพศ เป็นต้น

2. ปัจจัยด้านพัฒนาการ ความกลัวสามารถเปลี่ยนแปลงหรือเพิ่มมากขึ้นได้ตามการพัฒนาศติปัญญาของเด็กที่ซับซ้อนมากขึ้น ในเด็กแรกเกิดจะเริ่มมีความกลัวการพลัดตกและกลัวเสียงดัง (สังเกตได้จากการที่เด็กมี moro reflex) หลังจากนั้นเมื่อเด็กโตขึ้น เด็กก็จะเริ่มมีตระหนกและพัฒนาความกลัวสิ่งอื่น ๆ ตามสิ่งแวดล้อมที่เด็กได้เรียนรู้และเผชิญ ทักษะในการแยกแยะความจริงกับจินตนาการที่ถือเป็นกระบวนการของพัฒนาการที่เกิดขึ้นในช่วง 10 ปีแรกของชีวิตและในเวลาต่อมาด้วย ซึ่งเป็นสิ่งที่มีผลกระทบต่อการเกิดความกลัวของเด็กได้ ความกลัวในช่วงวัยเด็กเล็กส่วนมากมักจะสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมรอบตัวเด็ก และเมื่อเด็กได้เรียนรู้ภัยอันตรายในสถานการณ์จริงร่วมด้วย ก็จะส่งผลให้ความกลัวนั้นมากขึ้น หรือขยายวงกว้างขึ้น ความกลัวที่พบบ่อยในแต่ละช่วงวัย แสดงดังตารางที่ 2

3. ฟื้นารมณข์องเด็ก โดยสังเกตจากลักษณะที่เด็กแสดงออกหรือมีปฏิกริยาเวลาที่ต้องเผชิญกับสถานการณ์ใหม่ ๆ หรือผู้คนใหม่ ๆ

ตารางที่ 2 ความกลัวที่พบบ่อยในเด็กและวัยรุ่น

รูปแบบความกลัว	อายุ (ปี)							
	1	2	3	5	7	9	12	14
การแยกจาก	×	×			×			
เสียงดัง		×			×			
การพลัดตก/ความสูง	×				×		×	
สัตว์/แมลง	×	×		×				
การเข้านอน		×	×		×			
สัตว์ประหลาด/ผี			×	×				
การหย่าร้าง				×				
การพลัดหลง			×	×				
การสูญเสียพ่อแม่				×				
การไม่ได้รับการยอมรับจากสังคม						×	×	×
สถานการณ์ใหม่ ๆ						×		
การโดนขโมย/ย่องเบา							×	×
การเจาะเลือด/ฉีดยา	×	×	×	×	×	×	×	×

(เรียบเรียงโดย พญ.พษภว ครีสังหงศรม รวบรวมข้อมูลจากเอกสารอ้างอิงที่ 6)

การวินิจฉัย

การแยกภาวะความกลัว (fear) จากภาวะโฟเบียหรือโรคกลัวขั้นรุนแรง (phobia) นั้น เน้นเรื่ององระดับความรุนแรงที่ความกลัวมีผลกระทบต่อชีวิตประจำวันของเด็ก หากเด็กมีพัฒนาการและการเรียนรู้อื่น ๆ ที่เป็นไปอย่างปกติตามวัย พฤติกรรมดังกล่าวส่วนใหญ่แล้วมักจะเป็นเพียงความกลัวธรรมดา แต่หากความกลัวนั้นเริ่มมีผลกระทบต่อกิจกรรมต่าง ๆ ที่สำคัญในชีวิตประจำวันของเด็ก ความกลัวนั้นอาจจะจำเป็นต้องได้รับการประเมินเพิ่มเติมเพื่อดูว่าเป็นภาวะโฟเบียหรือโรคกลัวขั้นรุนแรงหรือไม่ (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ข้อแตกต่างระหว่างความกลัว (fears) และภาวะความกลัวขั้นรุนแรง (phobias)

	ความกลัว (fears)	โรครกลัวขั้นรุนแรง (phobias)
ตอบสนองต่อการให้ความมั่นใจ (reassurance)	ใช่	ไม่
มีความสมเหตุสมผลต่อความกลัว	ใช่	ไม่
ง่ายต่อการเบี่ยงเบนความสนใจ	ใช่	ไม่
รบกวนการเล่น การเรียนรู้หรือการพัฒนาของเด็ก	ไม่	ใช่

(เรียบเรียงโดย พญ.พรชญา ศรีสิงห์สงคราม รวบรวมข้อมูลจากเอกสารอ้างอิงที่ 6)

การซักประวัติ

เน้นการประเมินว่าความกลัวนั้นเป็นความกลัวธรรมดา หรือมีปัจจัยปัญหาจากสิ่งแวดล้อมที่เป็นตัวกระตุ้น หรือความกลัวนั้นมีที่มาจากสถานการณ์อื่น ๆ ตัวอย่างคำถาม เช่น “น้อง (ชื่อ) เคยมีความกลัวจนกระทั่งรบกวนกิจวัตรประจำวัน โดยเป็นมากกว่า 3 ครั้งต่อวันหรือไม่” “มีใครที่ยังถือเป็นตัวกระตุ้นหรือมีการพูดที่เป็นการกระตุ้นทำให้เด็กยังรู้สึกกลัวอยู่หรือไม่” “ผู้ปกครองแต่ละคนตอบสนองอย่างไรเวลาเด็กรู้สึกกลัว” เป็นต้น

เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองภาวะความกลัวในต่างประเทศ ได้แก่ Fear Survey Schedule for Infants-Preschoolers (FSSIP) และ the Preschool Anxiety Scale-Revised (PAS-R) สำหรับในประเทศไทย มีการใช้แบบประเมินความกังวลในเด็ก (อายุตั้งแต่ 8 ปีขึ้นไป) คือ Screen for Child Anxiety Related Disorders (SCARED)-Thai version ซึ่งมีทั้งฉบับที่ประเมินโดยตัวเด็กเอง และโดยผู้ปกครอง โดยพบว่ามีคามเชื่อมั่นอยู่ในเกณฑ์ระดับดี⁹

การช่วยเหลือ^{5,6}

การช่วยเหลือนั้นขึ้นอยู่กับว่า ความกลัวดังกล่าวเป็นความกลัวธรรมดา โรครกลัวขั้นรุนแรง หรือเป็นความกลัวที่มีปัจจัยปัญหาจากสิ่งแวดล้อมที่เป็นตัวกระตุ้น ส่วนใหญ่แล้วการที่ผู้ปกครองคอยให้กำลังใจ แสดงความเข้าใจ และให้ความช่วยเหลือเด็กเมื่อจำเป็นถือเป็นการช่วยเหลือหลักที่สำคัญ เป้าหมายในการช่วยเหลือเด็กที่มีความกลัวไม่ใช่การกำจัดความกลัวให้หมดไป แต่คือการช่วยเด็กหาวิธีที่เหมาะสมในการจัดการกับความกลัวนั้น

1. การให้ข้อมูลแก่ผู้ปกครอง เพื่อให้เข้าใจว่าความกลัวธรรมดาที่ไม่รุนแรงนั้น ถือเป็นเรื่อง “ปกติ” และไม่ได้เป็นปัญหาต่อเด็กเสมอไป ในเด็กที่ถึงแม้ผู้ปกครองจะเลี้ยงดูโดยให้ความรักความอบอุ่นที่เหมาะสมหรืออย่างเต็มที่แก่เด็กแล้วนั้น ความกลัวก็ยังเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นได้กับเด็กเป็นธรรมดา

2. กลยุทธ์ต่าง ๆ

- เข้าใจเด็กและยอมรับว่า เป็นเรื่องปกติที่เวลาเด็กมีความกลัวจะมีแนวโน้มที่จะหลีกเลี่ยงสิ่งนั้นหรือสถานการณ์นั้น ๆ
- หลีกเลี่ยงการกระตุ้นและการขู่ให้เด็กกลัวมากขึ้น หรือดูถูกต่อความกลัวของเด็ก เช่น “ถ้าไม่หยุดร้อง จะให้หมอฉีดยา” หรือ “เรื่องแค่นี้เองไม่เห็นน่ากลัวตรงไหนเลย คุณองคนนั้นสิ เขายังไม่เห็นกลัวเลย”
- ให้ความช่วยเหลือและให้กำลังใจเด็กเวลาที่เด็กมีความตั้งใจหรือพยายามที่จะควบคุมตนเองเมื่อเผชิญกับความกลัว ในช่วงแรก เด็กอาจจะยังหลีกเลี่ยงการเผชิญหน้ากับสิ่งที่กลัว ผู้ปกครองหรือแพทย์อาจร่วมกันพูดคุยเรื่องเกี่ยวกับความกลัวนั้นกับเด็ก แก้ไขความเข้าใจผิดเกี่ยวกับความกลัวของเด็กในบางประเด็น ค่อย ๆ ให้เด็กมีโอกาสในการเผชิญหน้ากับสิ่งที่เด็กกลัวทีละน้อย โดยมีผู้ปกครองคอยช่วยเหลือ การที่ผู้ปกครองอ่านบทความหรือหนังสือที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับความกลัวนั้น ๆ ให้เด็กฟัง หรือเด็กเป็นคนอ่านออกเสียงเอง ก็เป็นอีกวิธีหนึ่งที่สามารช่วยลดความกลัวได้
- ในเด็กเล็ก ความกลัวบางอย่างอาจจะยังไม่สามารถอธิบายให้เด็กเข้าใจได้โดยใช้เหตุและผลเพียงอย่างเดียว การที่ผู้ปกครองใช้วิธีบางอย่างที่เด็กคิดภาพตามได้ง่ายและชัดเจนสำหรับเด็ก ก็สามารถที่จะช่วยให้เด็กลดความกลัวลงได้ เช่น เด็กที่กลัวผีหรือสัตว์ประหลาดจนนอนไม่หลับ ผู้ปกครองอาจจะใช้ “สเปรย์ไล่ผี” หรือป้ายติดหน้าห้อง “ห้องปลอดภัย” เพื่อให้เด็กรู้สึกกลัวหรือกังวลใจน้อยลงได้ เป็นต้น
- วิธีการจัดการกับความกลัว อาจใช้วิธีการแบ่งความกลัวออกเป็นส่วนย่อยต่าง ๆ เพื่อสังเกตว่าความกลัวมีผลต่อแต่ละส่วนอย่างไร ทั้งด้านร่างกาย ด้านความคิด และด้านพฤติกรรม ซึ่งหลักการดังกล่าว คือ การทำจิตบำบัด โดยการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (cognitive behavioral therapy; CBT) ซึ่งวิธีนี้สามารถช่วยลดความกลัวและวิตกกังวลในเด็กอย่างมีประสิทธิภาพมากกว่าร้อยละ 50 ของเด็กที่มีปัญหาดังกล่าว¹⁰

3. การส่งต่อแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ควรทำในกรณีพบว่า ความกลัวของเด็กนั้นเริ่มมีผลกระทบต่อการใช้

ชีวิตประจำวันของเด็ก ความกลัวนั้นพัฒนาจากจุดเริ่มต้นไปยังความกลัวอื่น ๆ หรือความกลัวนั้นเกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อมที่ยังเป็นภัยคุกคามต่อเด็กจริง แพทย์ผู้เชี่ยวชาญมีบทบาทที่จะช่วยเหลือเพิ่มเติมเกี่ยวกับการปรับพฤติกรรมโดยอาจพิจารณาวิธีการลดความวิตกกังวลอย่างเป็นระบบ (systematic desensitization) หรือการให้ยาในกรณีที่มีภาวะโพบีอย่างรุนแรง

พฤติกรรมต่อต้าน (Oppositional behavior)

โดยทั่วไปพฤติกรรมต่อต้านเป็นพฤติกรรมที่พบได้ในช่วงใดช่วงหนึ่งของชีวิตเด็ก พฤติกรรมต่อต้านสามารถแสดงออกได้ในหลากหลายรูปแบบและความรุนแรง เช่น การไม่ปฏิบัติตามคำสั่ง การระบืออารมณ์โกรธ การเถียง การโวยวาย การไม่เชื่อฟัง เป็นต้น พฤติกรรมต่อต้านเริ่มพบได้ในเด็กตั้งแต่อายุ 2-3 ปี ซึ่งถือเป็นพัฒนาการปกติตามช่วงวัย เนื่องจากเด็กวัยนี้จะมีการพัฒนาทางการเคลื่อนไหวและการใช้ภาษาที่มากขึ้น อย่างไรก็ตาม พฤติกรรมต่อต้านนั้นจะนับเป็นปัญหาที่ต่อเมื่อเริ่มมีความรุนแรง มีความถี่ที่บ่อยครั้ง และเริ่มเกิดปัญหาในหลาย ๆ สถานการณ์รอบตัวเด็ก มีผลกระทบต่อการใช้ชีวิตของเด็ก ครอบครัว สังคมรอบตัวเด็ก และการเรียนของเด็กอย่างมีนัยสำคัญ แพทย์มักจะเป็นบุคคลแรก ๆ ที่ได้รับรู้ปัญหาดังกล่าว มีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือผู้ปกครองสร้างความเข้าใจและการรับมือกับพฤติกรรมดังกล่าวได้ การประเมินว่าพฤติกรรมต่อต้านดังกล่าวเข้าข่ายว่าเป็นโรคต่อต้าน (oppositional defiant disorder; ODD) หรือไม่นั้นอาจไม่ได้เป็นสิ่งที่สำคัญที่สุด แต่อยู่ที่การให้คำปรึกษา คำแนะนำเพิ่มเติม และการให้ความช่วยเหลือในสิ่งที่ผู้ปกครองกังวลเกี่ยวกับเด็กในกรณีที่พฤติกรรมต่อต้านคูมีแนวโน้มที่จะมีความรุนแรงหรือมีความถี่ที่เริ่มมากขึ้น¹¹

ระบาดวิทยา

พฤติกรรมไม่เชื่อฟังหรือต่อต้านนั้น ถือเป็นหนึ่งในปัญหาพฤติกรรมที่ผู้ปกครองมีความกังวลมากที่สุด และกุมารแพทย์มักจะได้รับ การปรึกษาบ่อยครั้ง¹² ปัจจุบันพบว่าความชุกของโรคต่อต้านในเด็กอายุ 6-18 ปีอยู่ที่ร้อยละ 3.6¹³ ในขณะที่ความชุกตลอดชีพ (lifetime prevalence) นั้นอยู่ที่ร้อยละ 10.2¹⁴ โดยโรคต่อต้านนั้นพบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง ในขณะที่พฤติกรรมต่อต้านจะสามารถพบได้ทั้งเพศชายและเพศหญิงในสัดส่วนใกล้เคียงกัน

สาเหตุและปัจจัยเสี่ยง

โรคต่อต้านมีสาเหตุมาจากหลายปัจจัยร่วมกัน (multifactorial etiology) ได้แก่ปัจจัยทางพันธุกรรม ปัจจัยสิ่งแวดล้อม และปัจจัยทางสังคม¹⁵ ตารางที่ 4 แสดงรายละเอียดของปัจจัยเสี่ยงต่อโรคต่อต้าน โดยพบว่าปัจจัยเสี่ยงแต่ละอย่างล้วนมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน การมีปัจจัยเสี่ยงหลายอย่างส่งผลอย่างมีนัยสำคัญต่อการเกิดปัญหาพฤติกรรมดังกล่าว

ตารางที่ 4 ปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการเกิดโรคติดต่อต้าน

ปัจจัยด้านชีวภาพ	ปัจจัยด้านตัวบุคคล
<ul style="list-style-type: none"> - พันธุกรรม - ภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์และคลอด - การบาดเจ็บต่อสมอง โรคทางสมอง - เพศชาย - การสัมผัสสารพิษ เช่น ตะกั่ว 	<ul style="list-style-type: none"> - มีความบกพร่องทางสติปัญญา - พื้นอารมณ์เป็นเด็กเลี้ยงยาก - มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง - มีพฤติกรรมชนไม่นิง หุนหันพลันแล่น - มีปัญหาเรื่องสมาธิ
<p>ปัจจัยด้านครอบครัว</p> <ul style="list-style-type: none"> - ครอบครัวหย่าร้าง พ่อแม่เลี้ยงเดี่ยว - การใช้ความรุนแรงในครอบครัว - สถานภาพทางครอบครัวไม่มั่นคง (loss of permanent family) - พ่อแม่ติดสารเสพติดหรือมีพฤติกรรมต่อต้านสังคม - เด็กได้รับการทารุณกรรมหรือถูกทอดทิ้ง - เด็กที่ได้รับการกำกับควบคุมมากเกินไป - เด็กที่ขาดการดูแล/ให้คำแนะนำจากผู้ปกครอง - แม่มีภาวะซึมเศร้าหรือวิตกกังวล 	<ul style="list-style-type: none"> - มีความบกพร่องของภาษา - มีปัญหาเรื่องการอ่าน <p>ปัจจัยด้านสังคมและโรงเรียน</p> <ul style="list-style-type: none"> - เศรษฐฐานะทางการเงินต่ำ - โดนปฏิเสธจากกลุ่มเพื่อน - คบเพื่อนที่มีแนวโน้มมีพฤติกรรมเสี่ยง - มีประวัติเคยถูกเพื่อนกลั่นแกล้ง - มีความรุนแรงในสิ่งแวดล้อมรอบ ๆ บ้าน - โรงเรียนไม่มีระบบการจัดการ/ช่วยเหลือเด็กที่ดี - การดูสื่อที่มีความรุนแรงเป็นระยะเวลานาน

(เรียบเรียงโดย พญ.พชญา ศรีสิงหสงคราม รวบรวมข้อมูลจากเอกสารอ้างอิงที่ 16)

การวินิจฉัย

อ้างอิงตาม Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5)¹⁷ ซึ่งมีรายละเอียดดังตารางที่ 5

การซักประวัติ เน้นการถามสถานการณ์ที่เกิดปัญหาการต่อต้าน สิ่งกระตุ้นที่ทำให้เด็กเกิดพฤติกรรมและบริบทที่ก่อปัญหาดังกล่าว เช่นที่ บ้าน ที่โรงเรียน การแก้ปัญหาหรือกลยุทธ์ของผู้ปกครองในการจัดการพฤติกรรมเด็กที่ผ่านมา ช่วยให้อาการดีขึ้นหรือแย่ลงอย่างไร เด็กมีอาการอื่น ๆ ร่วมด้วยหรือไม่ เช่น อาการของโรคชนไม่นิง หุนหันพลันแล่น ไม่มีสมาธิ เด็กมีปัญหาในการใช้ภาษาและการสื่อสารหรือไม่ มีความเข้าใจและพูดสื่อสารได้ตามวัยหรือไม่ มีพฤติกรรมซ้หึงดุจดึง ซี้กังวล หรือกลัวร่วมด้วยหรือไม่ เด็กมีปัญหาการอยู่ร่วมกับคนอื่นในสังคม/ไม่ค่อยยึดหยุ่นหรือไม่ เป็นต้น

ตารางที่ 5 เกณฑ์การวินิจฉัยโรคคือต่อต้านตาม DSM-5 criteria

A. มีอาการอย่างน้อย 4 ใน 8 ข้อต่อไปนี้เป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือน โดยเด็กมีการแสดงออกดังกล่าวกับบุคคลที่ไม่ใช่พี่น้อง และอาการดังกล่าวเป็นมากกว่าที่ควรจะเป็นตามระดับพัฒนาการหรือบริบททางวัฒนธรรม โดยมีอาการเกือบทุกวันในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี และมีอาการอย่างน้อย 1 ครั้งต่อสัปดาห์ในเด็กอายุตั้งแต่ 5 ปีขึ้นไป (ยกเว้นอาการข้อที่ 8)

อารมณ์โกรธ/ซีหุดหงิด

1. โมโหหรือระเบิดอารมณ์บ่อย ๆ
2. ซีหุดหงิดง่าย
3. โกรธและขุ่นเคืองใจบ่อย ๆ

พฤติกรรมโต้เถียงและต่อต้าน

4. มักโต้เถียงผู้ใหญ่
5. มักไม่ทำตามผู้ใหญ่บอก หรือไม่ทำตามกฎ
6. มักยั่วโมโหผู้อื่น
7. มักโทษว่าการกระทำของตนเป็นความผิดของผู้อื่น

พฤติกรรมอาฆาตพยาบาท

8. แสดงอาการอาฆาตพยาบาทและอยากแก้แค้นอย่างน้อย 2 ครั้งใน 6 เดือนที่ผ่านมา

B. พฤติกรรมดังกล่าวส่งผลให้เกิดความทุกข์ใจแก่ตนเองและคนใกล้ชิด (ครอบครัว เพื่อน หรือเพื่อนร่วมงาน) หรือมีผลกระทบเชิงลบต่อต้านสังคม การเรียน และการทำหน้าที่ต่าง ๆ

C. พฤติกรรมดังกล่าวไม่ได้เป็นส่วนหนึ่งหรืออธิบายได้จากโรคจิตเภท ภาวะที่เกิดจากการใช้/ขาดสารเสพติด โรคซึมเศร้า หรือโรคอารมณ์สองขั้ว และไม่เข้าเกณฑ์การวินิจฉัยของโรคความผิดปกติในการควบคุมอารมณ์ (disruptive mood dysregulation disorder)

(เรียบเรียงโดย พญ.พรชฎา ศรีสิงห์สงคราม รวบรวมข้อมูลจากเอกสารอ้างอิงที่ 17)

การวินิจฉัยแยกโรค และ/หรือภาวะโรคร่วม

โรคต่อต้านเป็นโรคที่มีภาวะโรคร่วมได้บ่อย พบว่าเด็กส่วนใหญ่ที่วินิจฉัยโรคต่อต้านมักจะมีโรคร่วมอย่างน้อย 1 โรค โรคร่วมที่พบได้บ่อยที่สุดคือ โรคสมาธิสั้น โรคทางอารมณ์ (mood disorders) โรควิตกกังวล และภาวะบกพร่องทางการเรียนรู้ (learning disabilities) สำหรับโรคเกเรรุนแรง (conduct disorder) นั้นเป็นภาวะที่มีอาการหลายอย่างที่คล้ายกันกับโรคต่อต้าน อย่างไรก็ตามโรคเกเรรุนแรงมีข้อแตกต่างคือ จะมีอาการของ

พฤติกรรมต่อต้านสังคมร่วมด้วย เช่น มีพฤติกรรมทำร้ายร่างกายผู้อื่น ทำลายข้าวของ/สถานที่ พฤติกรรมลักขโมย รวมไปถึงพฤติกรรมที่ผิดต่อกฎหมาย/กฎสังคมอย่างรุนแรง หากเด็กมีพฤติกรรมที่เข้าได้กับทั้งโรคต่อต้านและโรคเกรนแรงนั้น ให้ถือการวินิจฉัยเพียงอย่างเดียวคือ โรคเกรนแรง โรคร่วมอื่น ๆ ที่ต้องมองหา เช่น ภาวะออทิซึม ภาวะพัฒนาการล่าช้าหลายด้าน (global developmental delay) ภาวะสติปัญญาบกพร่อง (intellectual disability) รวมทั้งภาวะบกพร่องทางภาษา (developmental language disorder) เป็นต้น

การช่วยเหลือ

การรักษาโรคต่อต้านจำเป็นต้องอาศัยการรักษาหลายวิธีร่วมกัน ได้แก่ การให้ความรู้แก่ผู้ปกครอง การรักษาด้านจิตสังคม การรักษาโรคร่วม และการรักษาด้วยยา

1. การให้ความรู้แก่ผู้ปกครอง เพื่อให้เข้าใจว่าปัญหาพฤติกรรมของเด็กไม่ได้เกิดเพราะความตั้งใจ หากแต่มีสาเหตุจากหลายปัจจัยร่วมกัน ให้ผู้ปกครองเข้าใจปัญหาและความรู้สึกของเด็ก และตั้งเป้าหมายในการช่วยเหลือเด็กทีละขั้นตอนที่เป็นไปได้ นอกจากนั้นแพทย์เองอาจจะมีส่วนสำคัญในการให้กำลังใจผู้ปกครอง เปิดโอกาสให้ผู้ปกครองได้ระบายความรู้สึก หรือความทุกข์ใจต่าง ๆ ในการดูแลเด็ก พร้อมทั้งให้คำปรึกษาเพื่อทบทวนปัญหาที่เกิดขึ้น การตอบสนองที่ผ่านมาที่ทำให้พฤติกรรมดีขึ้นหรือแย่ลง

2. การรักษาทางจิตสังคม เพื่อช่วยให้ผู้ปกครองปรับเปลี่ยนวิธีการตอบสนองต่อพฤติกรรมของเด็ก ลดพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ และส่งเสริมพฤติกรรมที่ดีของเด็ก นอกจากนั้นยังจำเป็นต้องให้ความช่วยเหลือทางจิตใจแก่เด็ก แนะนำวิธีการแก้ปัญหาและจัดการอารมณ์/ควบคุมตนเอง และการแสดงออกที่เหมาะสม โดยการรักษาทางด้านจิตใจเด็กนั้น การทำจิตบำบัดโดยการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (CBT) ถือว่ามีประสิทธิภาพดีในการจัดการความโกรธ (anger management)¹⁸

หนึ่งในเทคนิคที่มีประสิทธิภาพดีและเป็นวิธีการที่แนะนำในการช่วยเหลือเด็กที่มีพฤติกรรมต่อต้าน คือ การฝึกทักษะการจัดการพฤติกรรมสำหรับพ่อแม่ (parent management training; PMT)¹⁹ โดยมีองค์ประกอบได้แก่

- ลดแรงเสริมที่ทำให้พฤติกรรมไม่พึงประสงค์เป็นมากขึ้น เช่น การตำหนิ ดุด่า ทะเลาะ ลงโทษรุนแรง
- เพิ่มแรงเสริมสำหรับพฤติกรรมที่ดี เช่น การให้คำชม การมีเวลา/ทำกิจกรรมร่วมกัน การเป็นตัวอย่งที่ดี การให้รางวัล เป็นต้น
- ให้เด็กได้เรียนรู้ผลของการทำพฤติกรรมที่ดีและการลงโทษที่สมเหตุสมผล โดยที่ผู้ปกครองไม่ใช่อารมณ์ในการลงโทษ ตัวเด็กรับรู้และมีการตกลงกติกาแล้วล่วงหน้า เช่น การหักคะแนน การตัดสิทธิ์ เป็นต้น

- ผู้ปกครองตอบสนองผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอและคงที่ สอดคล้องกันในทุก ๆ คนที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการเลี้ยงดูเด็ก
- ผู้ปกครองปรับสัมพันธภาพต่อเด็กให้มีแนวโน้มที่ดีขึ้น เพราะการที่เด็กจะเชื่อฟังหรือยอมรับกฎกติกา นั้น เด็กต้องเกิดความเชื่อใจและสัมพันธภาพที่ดีต่อตัวผู้ปกครองก่อน

3. การรักษาโรคร่วม เช่น ในกรณีที่พบว่าเด็กมีโรคสมาธิสั้น วิตกกังวล หรือภาวะบกพร่องทางการเรียนรู้ร่วมด้วย การช่วยเหลือในโรคต่าง ๆ ควบคู่กันไปกับโรคคือต่อต้านเป็นสิ่งที่สำคัญ และทำให้ผลของการรักษาเป็นไปในทิศทางที่ดี

4. การรักษาด้วยยา ในปัจจุบันยังไม่มียาตัวใดที่รักษาอาการของโรคต่อต้านโดยตรง แต่หากเด็กมีอาการรุนแรงหรือเมื่อใช้การรักษาทางจิตสังคมแล้วไม่ดีขึ้น ยาที่ควรพิจารณาได้แก่ ยากลุ่ม atypical anti-psychotic agents โดยยาที่ใช้บ่อย คือ risperidone โดยสามารถเริ่มในปริมาณต่ำก่อน เช่น 0.25 หรือ 0.5 มิลลิกรัมต่อวัน และสามารถเพิ่มได้สูงถึง 1-2 มิลลิกรัมต่อวันในเด็กเล็ก หรือ 2-3 มิลลิกรัมต่อวันในเด็กวัยรุ่น ในกรณีที่เด็กมีโรคสมาธิสั้นเป็นโรคร่วมด้วย การใช้ยารักษาโรคสมาธิสั้น เช่น methylphenidate ก็สามารถช่วยลดอาการหงุดหงิดก้าวร้าว และหุนหันพลันแล่นได้ดี

นอกจากนั้น การประสานงานกับโรงเรียนเพื่อช่วยเหลือเด็กก็มีความสำคัญยิ่ง เพื่อวางแผนช่วยเหลือด้านพฤติกรรมและการเรียนให้มีประสิทธิภาพดีขึ้น รวมถึงการปรึกษากับหน่วยงานสังคมสงเคราะห์เพื่อให้การช่วยเหลือแก่ครอบครัวในกรณีที่พบว่าครอบครัวหรือสังคมรอบ ๆ บ้านมีปัจจัยเสี่ยงที่ควรได้รับการจัดการแก้ไขร่วมด้วย

สรุป

ปัญหาพฤติกรรมเป็นสิ่งที่พบได้ในเด็กทุกวัย ตั้งแต่วัยเด็กเล็กจนกระทั่งเข้าสู่วัยรุ่น พฤติกรรมบางอย่างเป็นสิ่งที่ไม่ปกติตามวัย ในขณะที่บางอย่างเป็นพฤติกรรมปัญหา ซึ่งโดยส่วนใหญ่แล้วมักจะมีลักษณะ คือ มีความรุนแรงและความถี่มากกว่าที่ควรจะเป็นปกติตามวัย และมีการรบกวนการใช้ชีวิตประจำวันของเด็ก ครอบครัว และสังคม ในฐานะแพทย์ การช่วยสำรวจปัญหาพฤติกรรมแต่เนิ่น ๆ การให้ความรู้และคำแนะนำที่ถูกต้องและเหมาะสมแก่ผู้ปกครองในเรื่องการจัดการพฤติกรรม และการรักษาโรคร่วม จะช่วยให้ผู้ปกครองสามารถจัดการพฤติกรรมดังกล่าวได้ตั้งแต่ช่วงแรก ซึ่งลดโอกาสการที่จะเกิดปัญหาที่รุนแรงตามมาได้ในระยะยาว

เอกสารอ้างอิง

1. Needlman R. Temper tantrums. In: Augustyn M, Zuckerman B, editors. Zuckerman Parker handbook of developmental and behavioral pediatrics for primary care. 4 ed. Alphen aan den Rijn: Wolters Kluwer; 2019. p. 414-17.
2. Temper tantrums [Internet]. StatPearls publishing. 2023 [cited 2024 May 29]. Available from: URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK544286/>.
3. Potegal M, Kosorok MR, Davidson RJ. Temper tantrums in young children: 2. Tantrum duration and temporal organization. *J Dev Behav Pediatr* 2003; 24: 148-54.
4. วิรงรอง อรัญนารถ. ปัญหาพฤติกรรมในเด็กปฐมวัย. ใน: สุรีย์ลักษณ์ สุจริตพงศ์, รวีวรรณ รุ่งไพรวลัย, ทิพวรรณ ทรราชคุณาศัย, และคณะ, บรรณาธิการ. ตำราพัฒนาการและพฤติกรรมเด็ก เล่ม 4. กรุงเทพฯ: บริษัท พี.เอ. ลีฟวิ่ง จำกัด; 2561. หน้า 567-86.
5. Blum NJ, Pipan ME. Basics of child behavior and primary care management of common behavioral problems. In: Voigt RG, Macias MM, Myers SM, et al, editors. Developmental and behavioral pediatrics. 2 ed. Illinois: American Academy of Pediatrics; 2018. p. 91-110.
6. Augustyn M. Fears. In: Augustyn M, Zuckerman B, editors. Zuckerman Parker handbook of developmental and behavioral pediatrics for primary care. 4 ed. Alphen aan den Rijn: Wolters Kluwer; 2019. p. 248-250.
7. Hettema JM, Annas P, Neale MC, Kendler KS, Fredrikson M. A twin study of the genetics of fear conditioning. *Arch Gen Psychiatry* 2003; 60: 702-8.
8. Harvard Medical School. National Comorbidity Survey (NCS) 2007. [cited 2024 May 29]. Available from: URL: <https://www.hcp.med.harvard.edu/ncs/index.php>.
9. Tangjittiporn T, Sottimanon A, Ularntinon S. Psychometric properties of the Screen for Child Anxiety Related Disorders Thai version. *Pediatr Int* 2022; 64: e15093.
10. James A, Soler A, Weatherall R. Cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev* 2005: Cd004690.
11. Greene RW. Oppositional defiant disorder. In: Augustyn M, Zuckerman B, editors. Zuckerman Parker handbook of developmental and behavioral pediatrics for primary care. 4 ed. Alphen aan den Rijn: Wolters Kluwer; 2019. p. 349-51.
12. MacDonald EK. Principles of behavioral assessment and management. *Pediatr Clin North Am* 2003; 50: 801-16.
13. Polanczyk GV, Salum GA, Sugaya LS, Caye A, Rohde LA. Annual research review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *J Child Psychol Psychiatry* 2015; 56: 345-65.
14. Nock MK, Kazdin AE, Hiripi E, Kessler RC. Lifetime prevalence, correlates, and persistence of oppositional defiant disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication. *J Child Psychol Psychiatry* 2007; 48: 703-13.
15. Jaffee SR, Caspi A, Moffitt TE, et al. Nature X nurture: genetic vulnerabilities interact with physical maltreatment to promote conduct problems. *Dev Psychopathol* 2005; 17: 67-84.
16. Harstad EB, Barbaresi WJ. Disruptive behavior disorders. In: Voigt RG, Macias MM, Myers SM, et al, editors. Developmental and behavioral pediatrics. 2 ed. Illinois: American Academy of Pediatrics; 2018. p. 495-504.

17. American psychiatric association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition. Arlington, VA: American psychiatric association; 2013.
18. Lochman JE, Powell NP, Boxmeyer CL, Jimenez-Camargo L. Cognitive-behavioral therapy for externalizing disorders in children and adolescents. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am 2011; 20: 305-18.
19. Steiner H, Rensing L. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with oppositional defiant disorder. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2007; 46: 126-41.

