



ความผิดปกติ somatic symptom และความผิดปกติอื่นที่เกี่ยวข้อง: การทบทวน (somatic symptom disorder and other related disorders: a review)

พส กิษยากร

บทนำ

มนุษย์พยายามทำความเข้าใจความเจ็บป่วยทางกายที่สัมพันธ์กับความเครียดทางจิตใจ มาโดยตลอด พบมีหลักฐานทางประวัติศาสตร์การแพทย์จากแหล่งอารยธรรมเก่าแก่ เช่น อียิปต์ กรีก โรมัน เปอร์เซีย ที่อธิบายถึงอิทธิพลของสภาวะจิตใจต่อการเกิดอาการความเจ็บป่วยทางกาย⁽¹⁾ Hippocrates และ Galen จัดภาวะ hysteria อยู่ในกลุ่มปัญหาทางจิตใจและอธิบายว่า เกิดจากการเคลื่อนที่ของมดลูกไปตามร่างกายแล้วทำให้เกิดความผิดปกติของการทำงานในบริเวณนั้น Thomas Sydenham ในศตวรรษที่ 17 สนับสนุนแนวคิดที่ว่า hysteria เกิดจากกระบวนการเลียนแบบโรคทางกายที่หลากหลายอันสัมพันธ์กับปัญหาทางอารมณ์⁽²⁾ ปี ค.ศ. 1895 Paul Briquet รายงานการศึกษาภาวะ hysteria ในผู้ป่วย 430 ราย โดยจัดกลุ่มอาการทางกายของผู้ป่วยเป็น ความปวด ความชา การรับรู้สัมผัสผิดปกติ การเกร็งกระตุกของระบบทางเดินอาหารและระบบหายใจ การชัก อาการอัมพฤกษ์อัมพาต และการเคลื่อนไหวที่ผิดปกติ กลุ่มอาการนี้พบมากในเพศหญิงแต่ก็เกิดในผู้ชายได้ ปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ ได้แก่ อายุน้อย นิสัยแสดงออกทางอารมณ์เด่น ประวัติในครอบครัว ประวัติด้านเพศหรือการถูกทารุณกรรม สถานการณ์ความทุกข์ของชีวิตและความเจ็บป่วยทางกาย สุดท้าย Briquet ให้ความเห็นว่ากลุ่มอาการนี้น่าจะเกิดจากการทำงาน

ของสมองส่วนอารมณ์ที่ผิดปกติแม้จะไม่พบรอยโรคของสมองจากการชันสูตร แต่ไม่เกี่ยวข้องกับปัญหาของมดลูกใด ๆ และยิ่งถึงความสำคัญของการรักษาโรคทางกายที่มีร่วมกับจัดการปัญหา ด้านสังคมและสิ่งแวดล้อมเพื่อฟื้นฟูผู้ป่วยกลุ่มนี้⁽³⁾ ในครึ่งหลังของศตวรรษที่ 19 Jean-Martin Charcot แพทย์ระบบประสาทได้แยก organic epilepsy กับ hystero-epilepsy ออกจากกันและเริ่มการรักษาภาวะหลังนี้ด้วยวิธีสะกดจิต (hypnosis)⁽²⁾ ลูกศิษย์ของ Charcot ท่านหนึ่ง คือ Sigmund Freud ได้ศึกษาและพัฒนาความเข้าใจในเรื่องร่างกายกับจิตใจนี้ต่อไปเป็นทฤษฎีโครงสร้างทางจิต (topographical theory of the mind) และทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (psychoanalysis) โดย Freud อธิบายว่าอาการทางกายที่ไม่มีพยาธิสภาพของโรคชัดเจนเป็นผลจากการเก็บกดความเครียดทางอารมณ์ (repression of the traumatic emotion) หรือจากความขัดแย้งในจิตใจได้สำนึก (unconscious conflict) แล้วเกิดการปล่อยระบายพลังงานของจิตใจ (psychic energy) ออกผ่านกลไกป้องกันตัวเอง (ego defense mechanism) ที่เปลี่ยนแปลง (convert) ให้ออกมาเป็นอาการทางกาย แนวคิดนี้ทำให้เกิดคำศัพท์ขึ้นมาที่ใช้แทนคำว่า hysteria ซึ่งก็คือคำว่า conversion นั่นเอง⁽⁴⁾

หลังสงครามโลกครั้งที่ 1 มีทหารจำนวนมากที่เกิดอาการเจ็บปวด อ่อนเพลีย หรือ อาการทางระบบประสาทโดยไม่มียาธิสภาพทางกายชัดเจน (shell shock/war neurosis) ผู้ป่วยเหล่านี้ได้รับการดูแลรักษาทางทั้งจากแพทย์ระบบประสาทและจิตแพทย์โดยถูกอธิบายว่ามีภาวะ functional physical/neurological disorder⁽⁵⁾ แม้จะแพทย์สมัยนั้นจะพยายามทำความเข้าใจภาวะเหล่านี้อย่างมากแต่ก็ลองจุลทรรศน์ก็ไม่สามารถหารอยโรคที่ชัดเจนในสมองและเส้นประสาทของผู้ป่วยได้ แนวคิดจิตวิเคราะห์ของ Freud ได้ขยายตัวเป็นอย่างมากในช่วงครึ่งแรกของศตวรรษที่ 20 ในขณะเดียวกันก็เริ่มมีการศึกษาเพื่อทำความเข้าใจภาวะเหล่านี้ด้วยมุมมองทางวิทยาศาสตร์ การแพทย์สาขา psychosomatic medicine นำโดย Franz Alexander และ Flanders Dunbar ที่รายงานอาการ หรือความผิดปกติของหน้าที่ทางสรีรวิทยาของระบบอวัยวะต่าง ๆ สัมพันธ์กับปัญหาทางจิตใจและบุคลิกภาพโดยมีระบบประสาทอัตโนมัติคอยเชื่อมโยงระหว่างองค์ประกอบทางร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย⁽⁶⁾ ความรู้ด้านความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านชีววิทยากับจิตวิทยาทำให้เกิดแนวคิดเรื่อง bio-psycho-social model ซึ่งถูกพัฒนาโดย Adolph Meyer และ George Engel⁽⁷⁾ โดยแนวคิดนี้ช่วยเสริมความเข้าใจของอิทธิพลที่เชื่อมโยงซึ่งกันและกันระหว่างปัจจัยทางจิตใจ สังคมและปัญหาทางร่างกายในเวชปฏิบัติ และช่วยลดการแบ่งแยกจิตใจและร่างกายให้ขาดออกจากกัน (mind-body dualism) Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM) เป็นระบบวินิจฉัยทางจิตเวชที่จิตแพทย์ใช้อย่างแพร่หลายเริ่มเรียกอาการความเจ็บป่วยของร่างกายที่ไม่มีคำอธิบายทางกายชัดเจนใน DSM-I ปี ค.ศ. 1952 ว่า psychoneurotic disorder, conversion reaction ตามด้วย DSM-II ปี 1968 ที่เรียกว่า hysterical neurosis DSM-III ปี ค.ศ. 1980 ได้ตั้งกลุ่มวินิจฉัยจำเพาะของผู้ป่วยกลุ่มนี้พร้อมเกณฑ์การวินิจฉัยที่ชัดเจนมากขึ้นโดยเรียกว่า

somatoform disorder อันประกอบด้วยความผิดปกติย่อยคือ somatization disorder (Briquet's syndrome), conversion disorder, somatoform pain disorder, hypochondriasis, และ body dysmorphic disorder⁽⁸⁾ ซึ่งชื่อการวินิจฉัยเหล่านี้ถูกใช้ต่อเนื่องมาใน DSM-IV จนกระทั่ง DSM-5 ในปี ค.ศ. 2014 ได้เปลี่ยนชื่อและเรียกกลุ่มความผิดปกติใหม่ว่า somatic symptom and related disorders⁽⁹⁾

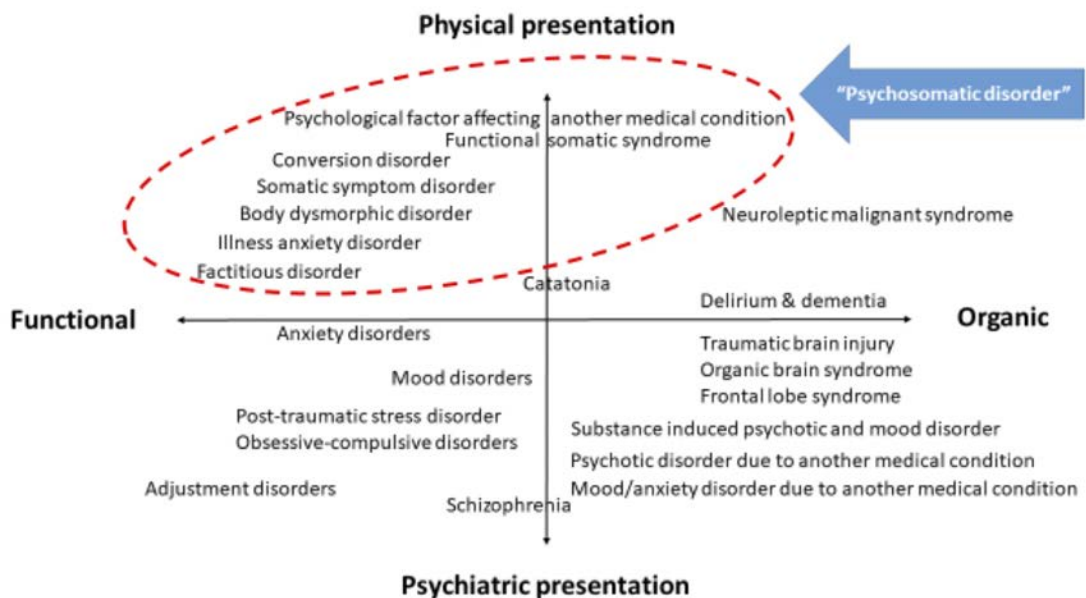
2. คำจำกัดความ

มีคำศัพท์หลายคำที่ใช้บ่อยเวลาพิจารณาเกี่ยวกับ somatic symptom and related disorders ซึ่งควรค่าแก่การทำความเข้าใจในบทความนี้

Organic และ functional จากพจนานุกรมทางการแพทย์ Merriam-Webster คำว่า organic ในบริบทของความเจ็บป่วยเป็นคำคุณศัพท์หมายถึง การเกิดขึ้นที่สัมพันธ์กับอวัยวะของร่างกาย หรือผลกระทบที่ส่งผลต่อโครงสร้าง (structure) ของสิ่งมีชีวิต ส่วนคำว่า functional หมายถึงการเชื่อมโยง/การมีอยู่ของหน้าที่การทำงานของส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย หรือผลกระทบที่ส่งผลต่อหน้าที่การทำงานทางสรีรวิทยาและทางจิตใจโดยไม่เกี่ยวกับโครงสร้างของร่างกาย หรือความสามารถที่จะทำหน้าที่เป็นประจําตามปกติได้⁽¹⁰⁾ คำว่า organic กับ functional ถูกใช้อธิบายลักษณะของอาการ หรืออาการแสดงทางการแพทย์ ถูกใช้อธิบายสาเหตุที่เป็นไปได้ของความเจ็บป่วยของคนไข้ และบางครั้งใช้เพื่อบรรณิฉัยของความผิดปกติที่คาบเกี่ยวกับร่างกายและจิตใจโดยเฉพาะระหว่างจิตเวชศาสตร์และประสาทวิทยา⁽¹¹⁾ Kanaan และคณะในปี ค.ศ. 2012 ทำการสำรวจอายุรแพทย์ด้านประสาทวิทยาในประเทศอังกฤษพบว่าแพทย์ส่วนใหญ่ให้ความหมายของคำว่า functional คือ ไม่ใช่ (not) organic ตามด้วยความหมายอื่น ๆ ได้แก่ ความผิดปกติของหน้าที่การทำงานของสมอง (abnormal brain function) ความผิดปกติของหน้าที่การทำงานของร่างกาย (abnormal body function) และปัญหาทางจิตเวช (psychiatric problem)⁽¹²⁾ จะเห็นว่าในมุมมองของอายุรแพทย์ประสาทวิทยารวมถึงแพทย์อื่น ๆ การค้นหาสาเหตุทาง organic ได้แก่หลักฐานของพยาธิสภาพของความเจ็บป่วย หรือรอยโรคจากการตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ภาพถ่ายทางการแพทย์มีความสำคัญในการแยกปัญหา (rule out) ทาง organic ออกไปก่อนก่อนที่จะมองสถานการณ์ว่าเป็น functional ข้อสังเกตเพิ่มเติมคือคำว่า organic และ functional อาจสามารถนำมาใช้ประกอบคำวินิจฉัยทั้งอาการทางร่างกายและจิตเวช มีปฏิสัมพันธ์ มีความซ้อนทับ มีความเปลี่ยนแปลงซึ่งกันและกัน ไม่สามารถแยกออกจากกันได้อย่างชัดเจนเสมอ⁽¹³⁾

Psychosomatic คำว่า psychosomatic ถูกเสนอขึ้นครั้งแรกโดย Johann Heinroth ในปี ค.ศ. 1818 เพื่ออธิบายกลไกของการดำเนินชีวิตที่ผิดทำให้เกิดความผิดปกติของจิตวิญญาณ จิตใจและร่างกาย⁽¹⁴⁾ Psychosomatic medicine คือศาสตร์ทางการแพทย์แขนงหนึ่งที่มุ่งศึกษา

ทำความเข้าใจเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างร่างกายและจิตใจกับการเกิดโรคต่าง ๆ ทว่าในวงการแพทย์และสังคมทั่วไป คำว่า psychosomatic อาจหมายถึงการเป็นสาเหตุ หรือการถูกกระตุ้นโดยปัจจัยทางจิตใจเช่น ความขัดแย้งภายใน หรือความเครียดแล้วทำให้เกิดปัญหาทางร่างกาย⁽¹⁵⁾ ซึ่งความผิดปกติแบบ psychosomatic มักมีลักษณะของอาการทางกายที่คลุมเครือ (vague) ไม่พบมีคำอธิบายทางการแพทย์ที่จำเพาะ (medically unexplained) ไม่พบมีสาเหตุที่ทำให้เกิดอาการชัดเจน (unknown origin) และที่สำคัญคือมีกระบวนการในการขยายอาการความเจ็บป่วยขึ้น (symptom amplification) ซึ่งกลุ่มวินิจฉัยที่อาจอยู่ภายใต้คำศัพท์กว้างที่เรียกว่า psychosomatic disorders นี้ได้แก่ somatic symptom and related disorders, functional somatic syndromes และ deception syndromes⁽¹⁶⁾ ดังแสดงในรูปที่ 1



รูปที่ 1. ตำแหน่งของ psychosomatic disorder ในมิติการกระจายของโครงสร้างและหน้าที่ของสมองและจิตใจที่เป็นปัญหา กับลักษณะอาการทางกายและทางจิตเวชของผู้ป่วย

Medically unexplained symptoms คือ อาการทางกายที่ไม่น่าจะอธิบายได้จาก หรือไม่มีสาเหตุทางกายที่ชัดเจนหลังจากให้การตรวจและสืบค้นอย่างพอเพียง หรืออาการมากเกินกว่าสัดส่วนที่ควรจะเป็นของโรคที่ระบุได้นั้น ๆ⁽¹⁷⁾ medically unexplained symptom ที่พบบ่อยได้แก่ ความปวด (หลัง หน้าอก ท้อง ศีรษะ) ความอ่อนเพลีย มึนศีรษะ รู้สึกอ่อนแรง ผู้ป่วยที่มีอาการของ medically unexplained symptom สุดท้ายอาจถูกจัดไปอยู่ในกลุ่มวินิจฉัยของ somatic symptom and related disorders หรือ functional somatic syndromes⁽¹⁸⁾ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1. กลุ่มวินิจฉัยและวินิจฉัยย่อยของผู้ป่วยที่มีอาการ medically unexplained symptom

Medically unexplained symptom	
Functional somatic syndromes	Somatic symptom and related disorders
Tension headache Non-epileptic attacks	Somatic symptom disorder
Temporomandibular joint dysfunction Atypical facial pain	Illness anxiety disorder
Atypical/non-cardiac chest pain Hyperventilation syndrome	Conversion disorder
Chronic fatigue syndrome Fibromyalgia	Psychological factor affecting other medical condition
Irritable bowel syndrome Non-ulcer dyspepsia	Factitious disorder and malingering
Premenstrual syndrome Chronic pelvic pain	Other specified/unspecified somatic symptom and related disorder

Abnormal illness behavior สำหรับ illness behavior คือ ลักษณะกิริยาท่าทางที่บุคคลเฝ้าสังเกตร่างกายของตนเอง ระบุและแปลความหมายของอาการของตน กระทำการรักษาเยียวยา จัดการทรัพยากรที่ช่วยเหลือสุขภาพ มีปฏิสัมพันธ์กับระบบบริการทางการแพทย์ต่าง ๆ รวมถึงพฤติกรรมตอบสนองต่อความเปลี่ยนแปลงตามการดำเนินโรคและตามกระบวนการรักษา⁽¹⁹⁾ แต่หากผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมไม่ว่าจะในรูปแบบของการมีประสบการณ์ การรับรู้ การประเมิน และการตอบสนองต่อความเจ็บป่วยของตน แม้ว่าแพทย์จะตรวจรักษาและให้คำอธิบายเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและวิธีการจัดการอย่างพอเพียงแล้ว ลักษณะเหล่านี้เรียกว่า abnormal illness behavior⁽²⁰⁾

Somatization, conversion, and hypochondriasis คำศัพท์เหล่านี้ถูกใช้เพื่ออธิบายถึงลักษณะของผู้ป่วยบางรายที่มีประสบการณ์ รับรู้ และสื่อสารปัญหาความเครียดในจิตใจ หรือในความสัมพันธ์ออกมาเป็นรูปแบบของความทุกข์ทรมานทางร่างกายและพฤติกรรมความเจ็บป่วยที่ไม่เหมาะสม นำไปสู่การขอความช่วยเหลือทางการแพทย์⁽²¹⁾ ในแง่กระบวนการทางจิต ทั้งสามคำนี้จัดเป็นกลไกป้องกันทางจิตของบุคคลที่ยังเติบโตพัฒนาไม่เต็มที่ (immature defense mechanism) โดย somatization เป็นการแสดงความเครียดในจิตใจออกมาเป็นอาการทางกายที่หลากหลาย conversion เปลี่ยนออกมาเป็นอาการทางระบบประสาท และ hypochondriasis เปลี่ยนออกมาเป็นความกลัวกังวลที่จะเป็นโรคร้ายแรง⁽²²⁾ ในอีกแง่หนึ่งทั้งสามคำนี้เป็นชื่อของ

การวินิจฉัยย่อยของกลุ่มวินิจฉัยหลัก somatoform disorders ของระบบ DSM-IV (ใช้ในปี ค.ศ. 1994-2013) ได้แก่ somatization disorder หมายถึงความผิดปกติที่แสดงออกเป็นอาการทางกายที่ครอบคลุมหลายระบบอวัยวะและมีความเรื้อรัง conversion disorder คืออาการความผิดปกติของระบบประสาทแต่ไม่สามารถอธิบายได้ชัดเจนจากการตรวจทางกายและอาจสัมพันธ์กับปัจจัยทางจิตใจ ส่วน hypochondriasis คือความกลัวกังวลหมกมุ่นว่าจะมีโรคร้ายแรงอันเป็นผลจากการแปลอาการทางกายที่มีอยู่เล็กน้อยผิดไป⁽²³⁾ ในยุคปัจจุบัน DSM-5 ได้เปลี่ยนชื่อวินิจฉัยย่อยทั้งสามเป็นคำวินิจฉัยใหม่ซึ่งจะกล่าวถึงในส่วนเกณฑ์การวินิจฉัยของบทความนี้

Sick role คือ สถานภาพที่ถูกยอมรับโดยสังคมและวัฒนธรรมเมื่อบุคคลมีความเจ็บป่วยไม่สบาย คนที่ไม่สบายมีหน้าที่ในการยอมรับความเจ็บป่วยของตนและให้ความร่วมมือกับผู้อื่นเพื่อให้สุขภาพที่ดีกลับคืนมา ขณะเดียวกันก็มีสิทธิที่จะได้รับการดูแลรักษารวมถึงได้รับการยกเว้นจากหน้าที่ทางสังคมบางอย่าง⁽²⁴⁾

Primary and secondary gain เมื่อเกิดอาการหรืออาการแสดงของความเจ็บป่วย คนไข้บางรายอาจได้รับความสบายใจเมื่อได้รับตอบสนองจากความต้องการของจิตใจบางอย่าง หรือประโยชน์จากความเจ็บป่วยนั้น primary gain คือ ความพึงพอใจที่เกิดจากการลดลงของความตึงเครียดหรือขัดแย้งภายในจิตใจ ส่วน secondary gain คือ ผลประโยชน์ที่จับต้องได้ที่บุคคลนั้นได้มาจากความเจ็บป่วย เช่น อาหาร ที่พัก ค่าใช้จ่าย สวัสดิการ⁽¹⁶⁾

3. หลักการวินิจฉัย การสัมภาษณ์ และการตรวจประเมินภาวะ somatic symptom and related disorders

ลักษณะร่วมของความผิดปกติทางจิตเวชในกลุ่มวินิจฉัยนี้ คือ มีอาการทางร่างกายอย่างเด่นชัดสัมพันธ์กับความทุกข์ทรมานและการสูญเสียหน้าที่ในชีวิตของบุคคลนั้น⁽²⁵⁾ มีการเปลี่ยนแปลงคำที่ใช้วินิจฉัยและเกณฑ์วินิจฉัยระหว่าง DSM-IV และ DSM-5 ในปี ค.ศ. 2013 จากชื่อกลุ่ม somatoform disorders กลายเป็นชื่อกลุ่ม somatic symptom disorder and related disorders โดยแนวคิดของการปรับการวินิจฉัยใหญ่ครั้งนี้ถูกสนับสนุนจากข้อมูลวิจัยในช่วงสามทศวรรษที่ผ่านมา มีความพยายามปรับใช้คำที่ง่ายและเป็นภาษาทางการแพทย์ทั่วไป ลดการใช้ภาษาของจิตวิเคราะห์ที่มีนัยยะของกระบวนการของจิตได้สำนึกที่จับต้องไม่ได้และอาจสัมพันธ์กับการตีตรากับผู้ป่วย ลดความยุ่งยากซับซ้อนและขั้นตอนของการวินิจฉัยโดยลดจำนวนของกลุ่มวินิจฉัย ลดการนับจำนวนอาการหลากหลายที่ผู้ป่วยมี และเน้นการวินิจฉัยจากข้อมูลที่เป็นรูปธรรมทางคลินิกเพื่อให้แพทย์ทั่วไปหรืออายุรแพทย์ระบบประสาทสามารถวินิจฉัยได้บ่อยขึ้น⁽²⁶⁾

DSM-5 ได้รวม somatization disorder, hypochondriasis ที่มีอาการทางกาย pain disorder, และ undifferentiated somatoform disorder มาเป็นวินิจฉัยใหม่ที่เรียกว่า somatic

symptom disorder (SSD) ส่วนคนไข้ hypochondriasis เดิมที่ไม่มีอาการทางกายเด่นแต่มีอาการกังวลเกี่ยวกับโรคภัยแรงชัดเจนจะถูกเรียกว่า illness anxiety disorder (IAD) conversion disorder ยังถูกเรียกเหมือนเดิมแต่มีการเพิ่มคำอธิบายในวงเล็บเป็น conversion disorder (functional neurological symptom disorder) (FNSD) เพื่อเน้นว่าเป็นกลุ่มอาการที่มุ่งสนใจไปที่อาการทางระบบประสาทและเน้นบทบาทของอายุรแพทย์ระบบประสาทและการตรวจทางระบบประสาทในการวินิจฉัย มีการย้ายวินิจฉัย psychological factors affecting other medical conditions (PFAMC) มาเข้ารวมกับกลุ่มวินิจฉัย somatic symptom and related disorders เนื่องจากการวินิจฉัยนี้เกี่ยวข้องกับอาการทางกายและปฏิสัมพันธ์ระหว่างร่างกายและจิตใจอย่างชัดเจน factitious disorder ก็ถูกจัดเข้ามาในกลุ่มวินิจฉัยนี้เนื่องจากเป็นปัญหาทางจิตเวชที่แสดงออกมาในรูปอาการทางกายเช่นเดียวกัน⁽⁹⁾ โดยบทความนี้จะไม่ได้กล่าวถึง PFAMC และ factitious disorder มากนักเนื่องจากมีพื้นที่ในการบรรยายจำกัด สุดท้าย DSM-5 ได้แยก body dysmorphic disorder (BDD) ออกไปอยู่ในกลุ่มวินิจฉัย obsessive-compulsive and related disorders แทนเนื่องจากลักษณะแบบแผนซ้ำ ๆ ในการย้ำคิดเรื่องรูปลักษณ์และตอบสนองต่อความคิดนั้นด้วยการย้ำทำ⁽²⁷⁾

การสัมภาษณ์และประเมินทางจิตเวชช่วงแรกสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้จะเน้นไปที่การสร้างสัมพันธภาพอันดีระหว่างแพทย์และผู้ป่วย ผู้ป่วยมักมีความลังเลไม่สบายใจในการถูกส่งตัวมาพบกับจิตแพทย์ ซึ่งการที่จิตแพทย์ตระหนักรับรู้ความรู้สึกของผู้ป่วยนี้ ตามด้วยการอธิบายขั้นตอนการตรวจตามปกติ บอกเล่าว่า ผู้ป่วยหลายรายมีอาการและคุณภาพชีวิตที่ดีจากการดูแลร่วมกันของทีมแพทย์ ก็อาจช่วยให้ผู้ป่วยมีความผ่อนคลายมากขึ้น การสัมภาษณ์เริ่มแรกเน้นไปที่การรับฟังและทำความเข้าใจอาการทางกายที่ผู้ป่วยมี ไม่ต่างกับการซักประวัติตรวจโรคทั่วไป เพื่อเน้นให้ผู้ป่วยรับทราบว่าอาการทางกายเหล่านั้นมีอยู่จริง ผู้ป่วยไม่ได้คิดไปเอง และแพทย์ก็ให้ความสำคัญกับอาการทางกายเหล่านั้น แพทย์ควรแสดงความเห็นอกเห็นใจระหว่างการสัมภาษณ์เป็นระยะ เช่น มันคงยากลำบากอย่างมากที่ต้องอยู่กับความเจ็บป่วยเหล่านี้มานาน หรือ ถ้าหมอมีอาการอย่างคุณ หมอก็คงรู้สึกแย่มากเหมือนกัน เป็นต้น การถามเกี่ยวกับความเข้าใจที่ผู้ป่วยมีต่อกระบวนการและสาเหตุของอาการ รวมถึงมุมมอง ความรู้สึก และพฤติกรรมการจัดการอาการทางกายของผู้ป่วยก็อาจให้ข้อมูลเกี่ยวกับการขยายอาการความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น (symptom amplification) เมื่อทำความเข้าใจอาการทางกายพอสมควรแล้วผู้สัมภาษณ์อาจถามต่อไปเกี่ยวกับผลกระทบของอาการเหล่านี้กับชีวิตของผู้ป่วย เช่น อาการเหล่านี้ส่งผลกระทบกับชีวิตคุณอย่างไร? หรือ ชีวิตคุณเปลี่ยนแปลงไปอย่างไรบ้างตั้งแต่มีความเจ็บป่วยเหล่านี้⁽²⁸⁾ ซึ่งคำถามเหล่านี้อาจช่วยให้ผู้ป่วยสามารถบรรยายความยากลำบากและทุกข์ทรมานของทั้งร่างกายและจิตใจออกมาได้อย่างมาก แล้วแพทย์ก็อาจลองถามเชื่อมโยงอาการทางกายกับอารมณ์ ความ

คิด และพฤติกรรมให้ชัดเจนไปอีก เช่น อาการปวดเหล่านี้มันส่งผลกับอารมณ์ความรู้สึกของคุณอย่างไร? คุณคิดอย่างไรบ้างกับความเจ็บป่วยที่มีอยู่ หรือ ส่วนใหญ่คุณทำอย่างไรในวันที่มีอาการมาก ๆ ในทางกลับกันหากผู้ป่วยสามารถแสดงออกทางอารมณ์หรือความคิดได้ดี แพทย์ก็อาจถามเพื่อเข้าใจกระบวนการระหว่างร่างกายและจิตใจในด้านตรงข้ามได้ เช่น ความรู้สึกเครียดกังวลมันส่งผลกับอาการทางกายของคุณอย่างไร? การถามเพื่อวินิจฉัยกลุ่มอาการทางจิตเวช หรือ ปัญหาการใช้สารเสพติดที่ซ่อนอยู่ การถามประวัติส่วนอื่น ๆ การตรวจสภาพจิต รวมถึงตรวจร่างกายทั่วไปและตรวจระบบประสาทสามารถทำได้ตามรูปแบบการตรวจปกติทั่วไป สุดท้ายแพทย์อาจจะให้ความรู้เกี่ยวกับความเชื่อมโยงระหว่างร่างกายและจิตใจว่ามีอยู่จริง และผู้ป่วยหลายคนก็มีปัญหาในระบบเชื่อมโยงนี้ เช่น หลาย ๆ คนเวลาที่มีความเครียดสูง หรือ พักผ่อนน้อยก็มักมีอาการใจสั่นหรือท้องไส้ปั่นป่วนได้ เพราะมันมีเส้นประสาทเชื่อมโยงกันอยู่ระหว่างสมองส่วนอารมณ์กับอวัยวะเหล่านั้น หรือ ช่วงที่หมดทำงานเหนื่อยมาก ๆ บางทีก็กระตุ้นให้ปวดหัวเหมือนกัน เป็นต้น แต่ก็พึงระวังในการแปลผลเชื่อมโยงระหว่างร่างกายและจิตใจเร็วเกินไปในผู้ป่วยบางรายเพราะอาจจะกระทบต่อความไว้วางใจระหว่างผู้ป่วยและแพทย์ได้⁽²⁹⁾

4. หลักการการดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่ม somatic symptom and related disorders

หลักการจัดการและดูแลรักษาภาวะ somatic symptom disorder and related disorders ซึ่งสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในทุกลกลุ่มโรคย่อยได้^(16, 29-31) มีดังนี้

มีแพทย์ทั่วไป แพทย์ครอบครัว หรือแพทย์เฉพาะทางเพียงคนเดียวที่ทำนัดผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง (ทุก ๆ 4-6 สัปดาห์) เพื่อลดการที่ผู้ป่วยเกิดอาการใหม่ ๆ แล้วไปห้องฉุกเฉิน เข้านอนโรงพยาบาล และพบกับทีมแพทย์ใหม่ที่ไม่รู้จักผู้ป่วยดี

กระบวนการสื่อสารคำวินิจฉัยทางการแพทย์ที่ดีจะส่งผลดีต่อรักษา (theragnostic)⁽³²⁾ แพทย์ควรพยายามส่งเสริมความเห็นอกเห็นใจ (empathy) ในขณะที่ให้การวินิจฉัยภาวะ somatic symptom and related disorders สำคัญอย่างยิ่งคือการหลีกเลี่ยงการบอกว่า คุณคิดไปเอง (all is in your head) ตระหนักว่าอาการที่เกิดขึ้นมีอยู่จริง ผู้ป่วยไม่ได้แกล้งทำ

รับฟังอาการของผู้ป่วยอย่างตั้งใจ ให้เวลาพอสมควร ขณะเดียวกันค่อย ๆ ถามและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายปัญหาชีวิต หรือ ความรู้สึกด้านลบต่าง ๆ ออกมาด้วย

เน้นเป้าหมายในการดูแลรักษาไปที่ความสามารถในการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้น ความสามารถในการใช้ชีวิตและการมีคุณภาพชีวิตที่ดี ตั้งเป้าหมายที่ทำได้จริง ค่อย ๆ ให้ผู้ป่วยตระหนักว่าเป้าหมายของการรักษาไม่ใช่การรักษาหายขาด หรือไม่มีอาการทางกายอะไรเลย (care and cope, but not cure)

ให้การตรวจร่างกายตามระบบที่ผู้ป่วยมีอาการระหว่างการตรวจทุกครั้ง เพื่อให้มั่นใจว่าไม่มีลักษณะของโรคภัยแรงซ่อนอยู่ นอกจากนั้น การตรวจร่างกายอย่างใส่ใจยังช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้ได้ว่าแพทย์ให้การดูแลผู้ป่วยอย่างจริงจัง ช่วยให้ผู้ป่วยคลายความกังวลในเรื่องอาการทางกายที่มีอยู่ได้

ระมัดระวังกับการส่งตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการ การตรวจหัตถการต่าง ๆ การให้ยารักษา การรับรักษาในโรงพยาบาล และการผ่าตัดโดยไม่จำเป็น หรือไม่มีข้อบ่งชี้ชัดเจน เพื่อป้องกันการเกิดผลข้างเคียงอันไม่พึงประสงค์จากการดูแลรักษาที่ไม่จำเป็นของทีมแพทย์ และลดการเสริมแรงของพฤติกรรมสุขภาพที่จะเป็นปัญหาในระยะยาว

ให้ความมั่นใจ (reassuring) แก่ผู้ป่วยซ้ำ ๆ ว่าได้ให้การตรวจอย่างพอเพียง และให้ความสบายใจว่าไม่พบมีโรคภัยแรงที่เกิดขึ้น อาการหลาย ๆ อย่างที่ผู้ป่วยมีอาการบรรเทาเองได้เอง ดังนั้นการเฝ้าติดตามอาการ (watchful waiting) อาจเป็นวิธีที่เหมาะสมในบางสถานการณ์ ขณะเดียวกันก็ให้ความมั่นใจว่าทีมแพทย์จะดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องไม่ทอดทิ้งผู้ป่วยไป

แนะนำส่งเสริมสุขภาพที่ดีแก่ผู้ป่วย เช่น การออกกำลังกาย โยคะ ฝึกสมาธิ วิธีการผ่อนคลายอื่น ๆ ควบคุมอาหาร นอนหลับ พักผ่อน ลาพักร้อน งานอดิเรก การหลีกเลี่ยงสุรา บุหรี่ หรือยาเสพติด

แนะนำให้ผู้ป่วยลดการพึ่งเล็ง ตรวจสอบอาการทางกายเล็ก ๆ น้อย ๆ ชักจูงให้ผู้ป่วยให้ความสนใจกับการทำหน้าที่ในชีวิตประจำวัน กิจกรรมที่ให้ความสุข และเสริมสร้างคุณภาพชีวิต

หากต้องมีการเช็คหรือตรวจสอบร่างกายโดยผู้ป่วยเอง แพทย์ควรแนะนำให้ชัดเจนถึงวิธีการหรือความถี่ โดยพิจารณาอย่าให้มีการตรวจสอบตนเองบ่อยเกินไปจนกระตุ้นความกังวลใจของผู้ป่วย เช่น แนะนำให้ซั้่งน้ำหนักแค่สัปดาห์ละหนึ่งครั้ง วัดความดันแค่วันละหนึ่งครั้ง ลดการใช้นาฬิกาวัดชีพจรตลอดเวลา แนะนำตรวจเลือดและตรวจสุขภาพประจำปีเท่านั้น เป็นต้น

อาจให้ยารักษาตามอาการที่รบกวนผู้ป่วยได้ เช่น ยาแก้ปวด ยาระบาย ยาแก้เวียนศีรษะ แต่หลีกเลี่ยงยาแก้ปวดกลุ่ม opioid ยาคลายกังวลกลุ่ม benzodiazepine หรือ ยาอื่น ๆ ที่มีฤทธิ์เสพติดหรือมีผลข้างเคียงรุนแรง

ยาด้านเศร้ากลุ่ม tricyclic antidepressant (TCA) เช่น amitriptyline หรือ nortriptyline ยาด้านเศร้ากลุ่ม serotonin-norepinephrine reuptake inhibitor (SNRI) เช่น duloxetine หรือ venlafaxine อาจเหมาะสมสำหรับผู้ป่วยที่มีอาการปวดเรื้อรังร่วมกับภาวะซึมเศร้าหรือวิตกกังวล

ยาด้านเศร้ากลุ่ม selective serotonin reuptake inhibitor (SSRI) เช่น fluoxetine, sertraline หรือ escitalopram นอกจากจะช่วยด้านอารมณ์แล้วยังมีรายงานว่า มีประโยชน์กับอาการของร่างกายโดยรวมและเสริมหน้าที่การใช้ชีวิตที่ดีขึ้น

อาการบางชนิดอาจได้ประโยชน์จากการดูแลโดยทีมแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู นักกายภาพบำบัด และนักกิจกรรมบำบัด

การดูแลร่วมกันโดยทีมแพทย์ที่หลากหลาย (multidisciplinary team) มีประโยชน์ แต่ต้องมีการสื่อสารระหว่างทีมอย่างชัดเจนสม่ำเสมอ มีการศึกษาพบว่าหากจิตแพทย์เขียนจดหมายสื่อสารไปหาแพทย์ผู้ดูแลผู้ป่วยหลักเกี่ยวกับวินิจฉัยและแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน มีประโยชน์ในการเสริมคุณภาพในการดูแลผู้ป่วย และช่วยลดค่าใช้จ่ายสำหรับการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้^(33, 34)

จิตบำบัดแบบ cognitive behavioral therapy (CBT) ได้รับการศึกษาและแสดงผลว่ามีประสิทธิภาพสำหรับภาวะ somatic symptom disorder โดยเน้นไปที่การสังเกตและทำความเข้าใจความสัมพันธ์ระหว่างอาการทางกายกับอิทธิพลของสิ่งแวดล้อม อารมณ์ ความคิด และพฤติกรรมที่ส่งผลต่อการขยายปัญหาทางกายเหล่านั้นมากขึ้น เพื่อหาวิธีลดการขยายอาการทางการ ปรับความคิด ปรับพฤติกรรม เสริมทักษะในการจัดการปัญหาชีวิตและลดความเครียด รวมถึงเสริมความแข็งแรงของสุขภาพกายโดยรวม^(35, 36)

จิตบำบัดอื่น ๆ ที่มีการศึกษาและอาจมีประสิทธิภาพสำหรับ somatic symptom disorder ได้แก่ psychodynamic psychotherapy, problem-solving therapy, mindfulness based therapy, biofeedback, และ group therapy^(37, 38)

ลำดับความเข้มข้นในการดูแลด้วยวิธีการหรือทีมแพทย์ต่าง ๆ (stepped care model) โดยอาจพิจารณาตามความรุนแรง ความซับซ้อน และความเรื้อรังของผู้ป่วย หากผู้ป่วยมีอาการไม่มากทีมแพทย์ทางกายหรือแพทย์ครอบครัวแค่นั้นเดียวก็สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างพอเพียงระดับต่อมาอาจต้องมีทีมแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู นักกายภาพบำบัด นักอาชีวบำบัด หรือนักจิตวิทยาร่วมด้วย สำหรับผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนสูงอาจจะต้องมีจิตแพทย์คอยดูแลต่อเนื่องควบคู่กันไประยะยาว⁽³⁹⁾

โดยสรุป วิธีการดูแลรักษาทั้งหมดที่กล่าวมานี้ช่วยลดความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย เพิ่มความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างแพทย์และผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยปรับตัวและใช้ชีวิตกับอาการต่าง ๆ ได้ดีขึ้น สามารถทำหน้าที่ต่าง ๆ ของตนเองในชีวิตประจำวันได้ดี มีคุณภาพชีวิตที่ดี และยังช่วยลดการดูแลทางการแพทย์ที่ไม่จำเป็นรวมถึงลดค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ได้อีกด้วย^(40, 41)

5. Somatic symptom disorder (SSD) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2. เกณฑ์การวินิจฉัย (อย่างย่อ) ของ somatic symptom disorder

- ก. มีอาการทางกายหนึ่งอย่างหรือมากกว่า ที่ก่อความทุกข์ทรมาน หรือรบกวนต่อการใช้ชีวิตประจำวันอย่างชัดเจน
 - ข. มีความคิด ความรู้สึก หรือพฤติกรรมที่มากเกินไปเกี่ยวกับอาการทางกาย หรือสุขภาพ อย่างน้อยหนึ่งข้อ:
 - ข.1 มีความคิดไม่สมส่วน ต่อเนื่องยาวนานเกี่ยวกับความร้ายแรงของอาการ
 - ข.2 มีความกังวลสูงต่อเนื่องเกี่ยวกับอาการ หรือสุขภาพ
 - ข.3 ใช้เวลาและพลังงานมากเกินไปกับอาการ หรือความกังวลเรื่องสุขภาพนี้
 - ค. แม้อาการทางกายใดอาการหนึ่งจะไม่ได้อยู่ตลอดเวลา แต่ปัญหาเหล่านี้เกิดขึ้นต่อเนื่องเรื้อรัง (มักมากกว่า 6 เดือน)
- ระบุรายละเอียด: มีความปวดเด่น/เรื้อรัง (มากกว่า 6 เดือน)/เล็กน้อย/ปานกลาง/รุนแรง

เกณฑ์การวินิจฉัยของ DSM-5 เน้นถึงความคิด ความกังวล และพฤติกรรมที่เป็นปัญหา มากเกินอันเกี่ยวข้องกับอาการทางกายและสุขภาพที่ผู้ป่วยมี ซึ่งสะท้อนถึงแนวคิดเรื่อง abnormal illness behavior, sick role และ symptom amplification ที่เป็นปัญหาหลักของ SSD DSM-5 ได้ตัดเกณฑ์วินิจฉัยเดิมที่จัดรวมกลุ่มอาการทางกายหลายระบบและการหาคำอธิบายของพยาธิสภาพทางกายของอาการเหล่านั้นออกไป เพื่อลดการให้น้ำหนักของแนวคิด medically unexplained symptom อันไม่ชัดเจน รวมถึงลดแนวคิดแบ่งแยกความเป็น organic และ functional ของอาการที่เกิดขึ้น⁽²⁶⁾

แม้เกณฑ์การวินิจฉัยในส่วนความคิด ความกังวล และพฤติกรรมสุขภาพ ของ SSD อาจยังคลุมเครืออยู่บ้างแต่ก็เป็นลักษณะปัญหาที่พบได้บ่อยในคลินิกโรคทางกายต่าง ๆ ที่แพทย์ทางกายสามารถสังเกตและให้การวินิจฉัยภาวะ SSD ได้ด้วยตัวเอง และกลุ่มจิตแพทย์ก็สนับสนุนให้แพทย์ทางกายทั่วไปวินิจฉัยปัญหาเหล่านี้เพิ่มมากขึ้นต่อไป⁽⁹⁾ แพทย์ที่ไม่เชี่ยวชาญด้านจิตเวช อาจไม่มั่นใจในการวินิจฉัยภาวะนี้เนื่องจากความกังวลว่าจะวินิจฉัยผิด และจะพลาดในการตรวจพบโรคทางกายที่หายาก แต่มีการศึกษาแบบ meta-analysis ที่พบว่า ผู้ป่วยที่ถูกวินิจฉัยว่ามี functional somatic symptom ในเริ่มแรกเมื่อติดตามไปในช่วงสั้นพบมีเพียงร้อยละ 8 ที่พบมีพยาธิสภาพทางกายที่อธิบายอาการได้ ส่วนการติดตามระยะยาวพบมีคำวินิจฉัยทางกายเพิ่มเพียงแค่ร้อยละ 0.5⁽⁴²⁾

ผู้ป่วย SSD อาจมีความเชื่อว่าสุขภาพที่ดีจะต้องไม่มีอาการทางร่างกายใด ๆ เลย ชอบสำรวจร่างกายตัวเองมากเกินไปตลอดเวลา หากพบความไม่สมบูรณ์ของร่างกายก็จะเพ่งพิจารณาถึงความผิดปกติและพยายามหาคำอธิบายทางการแพทย์ ด้วยความกังวลว่าอาการเล็ก ๆ น้อย ๆ ที่เกิดอาจมีโรคร้ายแรงซ่อนอยู่ ผู้ป่วยบางคนใช้เวลาและพลังงานมหาศาลในการหาข้อมูลทำความเข้าใจเกี่ยวกับโรค ไม่ว่าจะจากหนังสือ อินเทอร์เน็ต หรือจากแหล่งข้อมูลอื่น ๆ มีประวัติพบแพทย์ตามคลินิกและโรงพยาบาลต่าง ๆ มากมายหลายแห่งหลายระบบ ตามมาด้วยการได้รับวินิจฉัยตรวจทางห้องปฏิบัติการ และรักษายาวนานซึ่งบางครั้งเกินความจำเป็น แต่ผลการตรวจวินิจฉัยส่วนใหญ่ก็มักไม่พบโรคที่มีคำอธิบายชัดเจน หรือบางรายเกิดผลข้างเคียงจากการตรวจรักษานั้น ๆ ลักษณะเหล่านี้อาจบรรเทาลงบ้างหลังได้รับการตรวจวินิจฉัยจากแพทย์ แต่ต่อมาก็อาจเริ่มคิดว่าแพทย์ตรวจรักษาได้ไม่ครอบคลุมหรือผิดพลาดไป จึงเริ่มกลับเข้าสู่วงจรของปัญหาเหล่านี้อีกครั้ง

ความชุกของ SSD ในประชากรทั่วไปอยู่ที่ประมาณร้อยละ 4-7^(26, 43) และอาจสูงขึ้นในกลุ่มผู้ป่วย functional somatic syndrome เช่น พบมีความชุกมากถึงร้อยละ 25 ในกลุ่มผู้ป่วย fibromyalgia⁽⁴⁴⁾ และมีรายงานสูงถึงร้อยละ 34 ในกลุ่มผู้ป่วยของโรงพยาบาลทั่วไปในประเทศจีน⁽⁴⁵⁾ โดยเริ่มเกิดได้ในทุกช่วงวัยโดยเฉพาะวัยรุ่นและผู้ใหญ่ตอนต้น ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้หญิง^(46, 47)

กลไกการเกิด SSD สามารถอธิบายได้ด้วยหลายสมมติฐาน มองในแง่จิตวิทยา ความเครียดในจิตใจอาจกระตุ้นให้เกิดความเปลี่ยนแปลงของสรีรวิทยาของการทำงานของร่างกาย ทำให้เกิดความไม่สุขสบายของร่างกาย เป็นกระบวนการจากบนลงล่าง (top-down mechanism) ในทางกลับกัน ตัวกระตุ้นและสัญญาณประสาทจากส่วนต่าง ๆ ของร่างกายอาจถูกรับรู้ แปลผล ขยายความ แปรเปลี่ยนไปจากเดิมโดยระบบสมอง หรือจิตใจของผู้ป่วยแต่ละคน แสดงถึงกลไกจากล่างขึ้นบน (bottom-up mechanism)⁽³⁰⁾ คล้าย ๆ กับกลไก central sensitization ของอาการปวดเรื้อรัง⁽⁴⁸⁾ หากจัดกลุ่มปัจจัยต่าง ๆ เข้าสู่ bio-psycho-social model ในแง่จิตวิทยาพบว่า มีรายงานเกี่ยวกับอิทธิพลทางพันธุกรรมของ functional somatic symptom ประมาณร้อยละ 7-29⁽⁴⁹⁾ นอกจากนั้นยังมีรายงานถึงความเครียดรุนแรงในวัยเด็กกับการเปลี่ยนแปลงทาง epigenetic ในผู้ป่วย somatoform disorder⁽⁵⁰⁾ พบความสัมพันธ์ระหว่าง functional somatic syndrome ต่าง ๆ กับความเปลี่ยนแปลงขององค์ประกอบในระบบประสาทที่เกี่ยวข้องกับแนวคิด central sensitization ตั้งแต่เซลล์ประสาทรับรู้ความเจ็บปวด วงจรประสาทในไขสันหลัง ก้านสมองและสมองส่วนหน้า (เช่น cingulate cortex, prefrontal cortex, somatosensory cortex, insular, amygdala, basal ganglia, thalamus) ที่เกี่ยวข้องกับการรับสัญญาณปวด รวมถึงการเปลี่ยนแปลงของ inflammatory/immunologic markers (เช่น IL-1, IL-6, IL-8, TNF-a เป็นต้น) รวมทั้งความเปลี่ยนแปลงของระบบสารสื่อประสาท (เช่น NMDA receptor, serotonin, norepinephrine)^(51, 52)

นอกจากทฤษฎีจิตวิเคราะห์ที่กล่าวถึงไปแล้ว สาเหตุทางด้านจิตใจที่มีรายงานว่าเกี่ยวข้องกับ SSD คือลักษณะ alexithymia อันหมายถึงลักษณะของบุคคลที่ไม่สามารถตระหนัก แยกแยะ บรรยาย และแสดงอารมณ์ความรู้สึกภายในออกมา^(53, 54) ซึ่งอาจทำให้บุคคลนั้นแสดงความรู้สึกออกมาผ่านทางอาการทางกายแทน cognitive-behavioral model อธิบายกระบวนการของ somatic symptom เริ่มจากการที่บุคคลมีระดับความไวต่อการรับรู้อาการทางกายต่ำ ให้ความสนใจกับอาการทางกายสูง ตามด้วยการให้ความหมายและให้ความรุนแรงกับสัญญาณทางกายเหล่านั้นตามที่เคยเรียนรู้มา ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เป็นปัญหา ไม่ว่าจะเป็นการจำกัดกิจกรรมที่ปกติ และหลีกเลี่ยง หรือเข้าหาการยืนยันทางการแพทย์มากกว่าปกติ เป็นวงจรซ้ำต่อเนื่องยาวนาน^(16, 55) นอกจากนี้ยังมีรายงานของบุคลิกภาพที่มีลักษณะ neuroticism สูงว่าสัมพันธ์กับ functional somatic symptom^(56, 57) ในแง่ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล พบว่า insecure/disorganized/anxiety attachment ระหว่างมารดาและเด็กสัมพันธ์กับอาการของ SSD^(58, 59) ประวัติการถูกทอดทิ้ง หรือทารุณกรรมในเด็กมีรายงานว่าสัมพันธ์กับกลุ่มอาการนี้^(60, 61) นอกจากนั้นประวัติทางสังคมอื่น ๆ เช่น ระดับการศึกษาและเศรษฐกิจฐานะไม่สูง ปัญหาด้านการเรียน การทำงาน และความสัมพันธ์ก็ถูกระบุว่าเป็นปัจจัยชักนำ (predisposing) และปัจจัยกระตุ้นของการเกิด SSD ได้^(46, 62) การศึกษาในจีนและอินเดียตั้งข้อสังเกตว่าวัฒนธรรมของสังคมตะวันออกที่ไม่ค่อยตระหนักและให้ความสำคัญกับการรับรู้อารมณ์ความรู้สึกอาจทำให้ผู้ป่วยแสดงอาการทางกายออกมามากขึ้น^(45, 63)

SSD มีความรุนแรงของอาการขึ้น ๆ ลง ๆ ตามการดำเนินของโรคที่ยาวนาน⁽²⁵⁾ ผู้ป่วยดูซีโรค มีประวัติเจ็บป่วยมาตลอดชีวิต ให้ประวัติความเจ็บป่วยของตนเองได้ไม่ชัดเจน คลุมเครือ บางครั้งอธิบายอาการของตนอย่างมีสีสันเกินจริง ผู้ป่วยบางรายมีประวัติผลข้างเคียงจากยามากมายหลายตัว พบมีการบาดเจ็บของร่างกายจากการตรวจวินิจฉัย หรือได้รับการผ่าตัดมากมายโดยไม่จำเป็น รวมถึงมีปัญหาด้านการติดยา เช่น ยาแก้ปวด หรือยานอนหลับ

การแยกโรคทางกายที่ให้อาการหลายระบบออกไปมีความสำคัญ เช่น systemic lupus erythematosus (SLE), autoimmune arthritis, lymphoma, multiple sclerosis, และโรคติดเชื้อ HIV เป็นต้น โรคทางจิตเวชที่ต้องวินิจฉัยแยกโรค (differential diagnosis) หรือพบร่วมกัน (comorbidity) บ่อย ได้แก่ โรคซึมเศร้า (major depressive disorder) โรคแพนิค (panic disorder), โรควิตกกังวลไปทั่ว (generalized anxiety disorder) โรคย้ำคิดย้ำทำ (obsessive compulsive disorder), post-traumatic stress disorder (PTSD) โรคติดสารเสพติด body dysmorphic disorder (BDD) รวมถึงภาวะย่อยอื่น ๆ ที่พบในกลุ่ม somatic symptom and related disorder (IAD, conversion disorder, PFAMC, factitious disorder) และ ภาวะ malingering⁽⁶⁴⁾ แบบคัดกรองที่ใช้ช่วยวินิจฉัยภาวะ somatic symptom disorder ทั้งในทางคลินิกและงานวิจัย ได้แก่ patient

health questionnaire-15⁽⁶⁵⁾ ซึ่งมีแปลเป็นภาษาไทยแล้ว⁽⁶⁶⁾ และ Whiteley index for health anxiety⁽⁶⁷⁾

6. Illness anxiety disorder (IAD) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3. เกณฑ์การวินิจฉัย (อย่างย่อ) ของ illness anxiety disorder

- ก. หมกมุ่นวุ่นวายกับการมีโรคร้ายแรง
 - ข. ไม่มีอาการทางกาย หรือมีอาการทางกายที่รุนแรงน้อยมาก ถ้ามีโรคทางกายอื่น ๆ อยู่จริง หรือมีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดโรคนั้น ๆ ความหมกมุ่นนั้นมากเกินไป หรือไม่สมส่วนอย่างชัดเจน
 - ค. มีระดับความวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพ บุคคลนั้นตื่นกลัวไปกับสภาพร่างกายของตนโดยง่าย
 - ง. แสดงพฤติกรรมสุขภาพมากเกินไป (เช่น ตรวจสอปร่างกายซ้ำ ๆ เพื่อหาร่องรอยของความเจ็บป่วย) หรือ
แสดงพฤติกรรมหลีกเลี่ยงไม่เหมาะสม (เช่น หลีกเลี่ยงการนัดหมายทางการแพทย์และการไปโรงพยาบาล)
 - จ. ความหมกมุ่นเกี่ยวกับโรคเกิดขึ้นอย่างน้อย 6 เดือน แต่ชนิดของโรคที่ผู้ป่วยกลัวอาจเปลี่ยนแปลงได้
ตามกาลเวลา
 - ฉ. ความหมกมุ่นเกี่ยวกับโรคไม่สามารถอธิบายได้จากโรคทางจิตเวชอื่น ๆ
- ระบุรายละเอียด: ชนิดที่แสวงหาการดูแลทางการแพทย์/ชนิดที่หลีกเลี่ยงการดูแลทางการแพทย์

Hypochondria เป็นคำศัพท์ที่ Hippocrates ใช้ระบุบริเวณส่วนนุ่มใต้ชายโครงและท้องตอนบน (below cartilage) ที่เป็นแหล่งของน้ำดีดำ (black bile) ซึ่งหากมีมากเกินไปก็จะเกิดโรคของจิตใจและร่างกายรวมถึงภาวะซึมเศร้า (melancholia) ในยุค ค.ศ. 1880s George Beard ประสาทแพทย์ชาวอเมริกันใช้คำว่า hypochondriasis เพื่ออธิบายกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเชื่อหลงผิดเกี่ยวกับโรคและความเจ็บป่วยของร่างกายอันเกิดมาจากความอ่อนล้าของสมอง กระเพาะอาหาร และอวัยวะเพศ⁽⁶⁸⁾ ในยุค DSM-IV hypochondriasis เป็นคำอธิบายของภาวะความกลัว ความเชื่อวุ่นวาย หรือเป็นโรคร้ายแรง อันเกิดจากการแปลอาการทางกายผิดไป โดยภาวะนี้เป็นอยู่ต่อเนื่องแม้จะได้รับการยืนยันทางการแพทย์แล้วก็ตาม⁽²⁹⁾ จากการรายงานของกลุ่มพัฒนาเกณฑ์

วินิจฉัยโรคทางจิตเวชพบว่า ประมาณหนึ่งในสี่ของผู้ป่วย hypochondriasis แทบจะไม่มีอาการทางร่างกายเลยแต่มีความกังวลสงสัยอย่างมากกับการมีอยู่ของโรคร้ายที่ยังไม่ได้ถูกวินิจฉัยของตน^(9, 69) DSM-5 จึงแยกกลุ่มคนไข้ hypochondriasis เดิมออกเป็นสองส่วนคือ กลุ่ม SSD (ไปรวมกับ somatization disorder เดิม) ที่มาเด่นด้วยอาการทางกาย กับกลุ่ม IAD ที่มีลักษณะสำคัญคือความกังวลอย่างรุนแรงร่วมกับพฤติกรรมแสวงหาคำยืนยันทางการแพทย์เกี่ยวกับความเจ็บป่วยโดยไม่มีอาการทางกายอะไรเกิดขึ้นเลย⁽²⁵⁾

ผู้ป่วย IAD มักจะไปพบแพทย์ทั่วไป หรือแพทย์เฉพาะทางด้วยความเชื่อ หรือความกลัวว่าตนเองจะเจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรง ผู้ป่วยเหล่านี้มักไม่มีอาการทางกายเลย หรือมีอาการที่เป็นความรู้สึกปกติทั่วไปที่เกิดขึ้นได้ในร่างกาย หรือมีอาการทางกายเล็กน้อย เช่น อาจมีตึงเนื้อเล็ก ๆ มีอาการมึนศีรษะช่วงสั้น หรือมีอาการจุกเสียดท้องหลังมื้ออาหารในบางครั้ง เป็นต้น⁽²⁵⁾ หากผู้ป่วยเคยได้รับการวินิจฉัยโรคทางกายมาก่อน ความกังวลและพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับโรคร้ายแรงนั้นก็แสดงออกมาเกินที่ควรจะเป็น ผู้ป่วยมักจะเพ่งสำรวจ ห้มกหมุ่น และขยายความรู้สึกทางกายเล็กน้อยเหล่านี้ว่าเป็นสัญญาณของการมีโรคร้ายแรงซ่อนอยู่ ความกังวลเกี่ยวกับโรคที่รุนแรงทำให้ผู้ป่วยใช้เวลาและพลังงานอย่างมากในการหาข้อมูลประกอบความเชื่อกังวลของตน มีคำศัพท์ใหม่ที่อธิบายความกังวลกลัวความเจ็บป่วยอันนำไปสู่พฤติกรรมค้นหาข้อมูลออนไลน์ทางสุขภาพมากเกินจำเป็นว่า cyberchondria⁽⁷⁰⁾ ผลตรวจวินิจฉัยว่าไม่พบมีความเจ็บป่วยร้ายแรง อาจคลายความกังวลได้บ้าง แต่ต่อมาเมื่อมีสิ่งกระตุ้นเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ผู้ป่วยก็อาจเริ่มสงสัยใหม่อีกว่าแพทย์อาจตรวจพลาดไป ผลทางห้องปฏิบัติการผิดพลาด หรือยังมีโรคอะไรที่หลบซ่อนอยู่ นำมาซึ่งพฤติกรรมการเปลี่ยนแพทย์ เปลี่ยนโรงพยาบาล หรือขอตรวจซ้ำ ๆ ความกลัวกังวลและพฤติกรรมของผู้ป่วยเหล่านี้วนเวียนอยู่กับโรค ความเจ็บป่วยของตนและผู้อื่น ผลของความเจ็บป่วย และความตาย สุดท้ายส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตที่ปกติ ทำให้ผู้ป่วยมีปัญหาขาดเรียน ขาดงาน ใช้เวลาและเงินทองไปกับการตรวจรักษามากเกินไป

คำอธิบายทางจิตใจของการเกิด IAD ประกอบขึ้นจากหลายทฤษฎี ความกังวลทางสุขภาพ (health anxiety) ประกอบด้วยสามองค์ประกอบได้แก่ ความเชื่อมั่นว่ามีโรค (disease conviction) ความกลัวว่าจะมีโรค (disease fear) และความหมกมุ่นกับร่างกาย (body preoccupation)⁽⁷¹⁾ ทฤษฎี cognitive behavior มองว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความคิดทำนายว่าจะเกิดความเลวร้าย หรือหายนะขึ้นในสุขภาพร่างกายของตน (catastrophic prediction) ทำให้เกิดความรู้สึกกลัวกังวล รวมทั้งมีอาการไม่สุขสบายทางร่างกายที่เป็นสรีรวิทยาที่เกิดขึ้นได้จากความกลัวกังวล ความรู้สึกเหล่านี้ผลักดันให้เกิดพฤติกรรมสำรวจวิเคราะห์ร่างกายตัวเอง (scanning) แสวงหาหลักฐานคำยืนยันทางการแพทย์เพื่อความมั่นใจ (reassurance-seeking) หรือการหลีกเลี่ยงการตรวจรักษาทางการแพทย์ (avoidance) ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้ก็อาจช่วยลดความกังวลในช่วงสั้น ๆ รวมถึงเสริมแรง

ความเชื่อและพฤติกรรมดังกล่าวให้มากขึ้น ต่อมาเมื่อถูกกระตุ้นด้วยข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพความเจ็บป่วยอีก ผู้ป่วยก็จะเริ่มกลับเข้าสู่วงจรของความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมนี้อีกครั้งต่อเนื่องไป⁽⁷²⁾ ผู้ป่วย IAD อาจถูกเลี้ยงดูเติบโตมาในครอบครัวที่มักมีความกังวลกับความเจ็บป่วยสูง เคยเจ็บป่วยเอง มีบุคคลสำคัญในครอบครัวเจ็บป่วยรุนแรง หรือเสียชีวิตไป ทฤษฎีจิตวิเคราะห์อธิบายว่า ความกลัวความเจ็บป่วย หรือบทบาทความเจ็บป่วยอาจเกิดจากความรู้สึกโกรธ ผิด รู้สึกไม่ดี ไม่มั่นใจในตัวเอง ความเครียดในจิตใจที่ท่วมท้นมากเกินไปจนจัดการได้ อันเกิดจากความผิดหวัง การถูกปฏิเสธ หรือความสูญเสีย ซึ่งลักษณะของโรค หรือระบบอวัยวะที่เจ็บป่วยอาจเป็นสัญลักษณ์ (symbolic) ที่สะท้อนกับความขัดแย้งในจิตใจได้สำนึกและประสบการณ์ที่เคยเกิดขึ้นกับชีวิตผู้ป่วย⁽²²⁾

มีการศึกษาการทำงานของสมองโดยใช้ functional magnetic resonance imaging (fMRI) ในผู้ป่วย hypochondriasis/IAD พบว่า มีการทำงานเพิ่มขึ้นของสมองส่วนความกลัวล่วงหน้า (amygdala) และมีการลดลงของการทำงานของวงจรสมองส่วนความสามารถในการวางแผนและความสามารถในการบริหารจัดการ (dorsolateral prefrontal cortex, striatum, left thalamus) ซึ่งเป็นลักษณะคล้ายกับผู้ป่วยโรคแพนิคและโรคย้ำคิดย้ำทำ⁽⁷³⁾ ความผิดปกติของวงจรดังกล่าว ร่วมกับ ความแปรปรวนของสมองส่วนที่รับรู้และประเมินสัญญาณประสาทจากภายในร่างกาย (insula, anterior cingulate cortex, periaqueductal gray) อาจเพิ่มความสนใจและความคาดหวังต่อความรู้สึกทางร่างกายไปในทางลบจนก่อเป็นปัญหาของ health anxiety/IAD ในที่สุด^(74, 75)

การวินิจฉัยแยกโรคที่สำคัญของ IAD คือการแยกโรคทางกายที่อาจมีอยู่จริงออกไป โดยเฉพาะเมื่อผู้ป่วยมาพบแพทย์เป็นครั้งแรก ผู้ป่วยเหล่านี้ควรได้รับการตรวจวินิจฉัยทางกายตามสมควรโดยแพทย์ทั่วไปหรือแพทย์เฉพาะทาง หากไม่พบวินิจฉัยทางกายอะไร การให้คำแนะนำ และให้ความรู้ที่เหมาะสมตามหลักการร่วมที่กล่าวไว้ในหัวข้อที่ 4 ของบทความนี้ มีความสำคัญที่จะทำให้ผู้ป่วยสามารถคงความสัมพันธ์ที่ดีกับแพทย์ผู้ดูแลหลัก ลดความกังวล ได้รับการตรวจติดตามอย่างต่อเนื่อง ลดการส่งตรวจที่ไม่จำเป็นหรือย้ายที่รักษาต่อไป การศึกษาระยะยาว 5 ปี พบว่า กลุ่มผู้ป่วย hypochondriasis ไม่ได้มีอุบัติการณ์ของโรคทางกายร้ายแรงเกิดขึ้นมากกว่า หรือแตกต่างจากกลุ่มผู้ป่วยทั่วไป⁽⁷⁶⁾ อย่างไรก็ตาม หากผู้ป่วย IAD ที่ติดตามมานานรายงานอาการลักษณะใหม่ มีอาการเดิมที่แย่งมาก หรือมีความกังวลอย่างรุนแรงเกี่ยวกับอาการที่เกิดขึ้น แพทย์ทางกายสามารถพิจารณาตรวจทางห้องปฏิบัติการ และให้การรักษาตามความเหมาะสมได้⁽⁷¹⁾ ในทางกลับกัน หากผู้ป่วยเคยได้รับการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เหมาะสมแล้ว แต่ยังคงมีความกังวลสงสัย ไม่เชื่อผลการตรวจ เรียกร้องการตรวจซ้ำ หรือต้องการการตรวจที่มีความรู้ล้ำมากขึ้น การส่งตรวจซ้ำใด ๆ อาจช่วยแค่ลดความกังวลของผู้ป่วยในช่วงสั้น แต่มักเสริมแรงเสริมความกังวลให้เกิดพฤติกรรมนี้ซ้ำ ๆ ต่อไปในระยะยาว

โรคทางจิตเวชที่ต้องแยกออกจาก IAD หรือพบร่วมกันมีหลายหลายชนิด ผู้ป่วยโรคจิตก

กังวลไปทั่ว นอกจากจะมีความกังวลเรื่องความเจ็บป่วยแล้วยังมีความกังวลไปทั่วอีกหลายเรื่อง ไม่ว่าจะเป็น ความสัมพันธ์ การงาน การเงิน อนาคต และอื่น ๆ แต่ผู้ป่วย IAD จะมีลักษณะของความคิดกังวลจำเพาะกับความกลัวโรคร้ายโรคร้ายเท่านั้น โรคแพนิคมีลักษณะความตกใจกลัวอย่างรุนแรงเป็นช่วงสั้น ๆ ผู้ป่วยอาจมีความคิดว่าตนเองมีภาวะหัวใจวายเฉียบพลันบ้าง แต่ความกลัวหลักที่ต่อเนื่องของผู้ป่วยโรคแพนิค คือ กลัวว่าจะเกิด panic attack ซ้ำในอนาคต ความกังวลว่าจะติดโรคร้ายของผู้ป่วย IAD มักนำไปสู่พฤติกรรมตรวจเช็คร่างกาย หรือหาคำยืนยันซ้ำ ๆ จากแพทย์คล้ายกับลักษณะของโรคย้ำคิดย้ำทำ แต่ผู้ป่วยโรคย้ำคิดย้ำทำมักจะมีลักษณะเด่นของความติดรบกวนที่บุกรุกเข้ามาซ้ำ ๆ (obsessional intrusive thought) ตามมาด้วยการกระทำซ้ำ ๆ (compulsive behavior) และมักจะไม่จำกัดอยู่แค่เพียงความกลัวโรค แต่ทว่ามีเรื่องความกลัวเชื้อโรค ความสกปรก หลงลืม ความไม่เป็นระเบียบรวมด้วย เป็นต้น ส่วนความหมกมุ่นกังวลเกี่ยวกับความไม่สมบูรณ์ของรูปลักษณ์ของส่วนต่าง ๆ ของร่างกายตามมาด้วยการสำรวจตรวจสอบหน้าตาตัวเองซ้ำ ๆ เป็นลักษณะเด่นของ BDD นอกจากนั้นความกังวลเกี่ยวกับสุขภาพของตนยังสามารถพบได้ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและ PTSD ได้ สุดท้ายความเชื่อว่าจะเป็นโรคร้ายที่รุนแรงถึงระดับขั้นหลงผิด หรือมีลักษณะที่แปลกประหลาดกว่าความกลัวโรคทั่วไปอาจพบได้ในกลุ่มโรคจิตต่าง ๆ เช่น delusional disorder-somatic type, schizophrenia, หรือโรคซึมเศร้าที่มีอาการทางจิตร่วมด้วย^(25, 29)

ช่วงอายุที่เริ่มเกิด IAD คือ ประมาณวัยผู้ใหญ่ตอนต้นถึงตอนกลาง พบในเพศหญิงและเพศชายได้พอ ๆ กันซึ่งแตกต่างจากภาวะวิตกกังวลอื่น ๆ ที่มักพบในผู้หญิงมากกว่า⁽⁷⁷⁾ ยังไม่ทราบความชุกของ IAD แน่ชัด แต่จากการศึกษาโดยใช้เกณฑ์วินิจฉัยของ hypochondriasis พบว่าความชุก ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่งอยู่ที่ประมาณร้อยละ 0.04-4.5 ในประชากรทั่วไป และร้อยละ 0.3-8.5 ในกลุ่มผู้ป่วยทางกายทั่วไป⁽⁷⁸⁻⁸¹⁾ IAD มีการดำเนินโรคที่ยาวนาน ผู้ป่วยอาจแสดงอาการรุนแรงเป็นช่วง ๆ ตามตัวกระตุ้นและจังหวะความเครียดของชีวิต เมื่อติดตามไประยะยาวพบผู้ป่วยถึงร้อยละ 40-60 ที่ยังมีอาการของ hypochondriasis อยู่ แต่ก็มีอาการน้อยลงเมื่อเวลาผ่านไป และส่วนหนึ่งจะเข้าถึงภาวะโรคสงบได้จากระยะเวลาและการรักษาที่ได้รับ^(76, 82)

หลักสำคัญในการรักษา IAD เหมือนกับหลักการทั่วไปของกลุ่มโรค somatic symptom disorder and related disorder ดังที่กล่าวไว้แล้วข้างต้น การรักษาโรคทางจิตเวชที่พบบ่อยร่วมกับ IAD เช่น โรควิตกกังวล โรคย้ำคิดย้ำทำ โรคซึมเศร้า จะทำให้ผู้ป่วยมีอาการและคุณภาพชีวิตโดยรวมดีขึ้นมาก มีหลักฐานว่ายาต้านเศร้ากลุ่ม SSRI เช่น fluoxetine, paroxetine และ fluvoxamine ช่วยบรรเทาอาการและทำให้อาการของโรค IAD หายดีเป็นปกติได้ โดยระยะเวลาในการรักษาอย่างน้อย 6-12 เดือนหรือมากกว่านั้น⁽⁸²⁻⁸⁴⁾ CBT เป็นจิตบำบัดที่มีหลักฐานมากที่สุดว่ามีประสิทธิภาพในการรักษา IAD^(85, 86) และพบว่าสองในสามของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยวิธี

นี้อยู่ในภาวะโรคสงบได้ในระยะยาว⁽⁸⁷⁾ CBT เน้นที่การให้ความรู้เกี่ยวกับตัวโรค หาความสัมพันธ์ระหว่างอาการทางกายที่ปกติกับการแปลผลอาการทางกายที่ผิดปกติไปเป็นความคิดว่าจะเกิดโรคร้ายแรง อันเชื่อมโยงเข้ากับความรู้สึกลัวกังวลและพฤติกรรมทางสุขภาพที่เป็นปัญหา ผู้บำบัดจะพยายามจำกัดพฤติกรรมการตรวจเช็คร่างกายโดยตนเองมากเกินไป หาข้อมูลหรือเข้ารับการตรวจทางการแพทย์โดยไม่จำเป็น จิตบำบัดแบบใหม่อื่น ๆ ที่มีหลักฐานว่ามีประโยชน์สำหรับ IAD ได้แก่ acceptance commitment therapy (ACT)⁽⁸⁸⁾ และ mindfulness based cognitive therapy (MBCT)⁽⁸⁹⁾

7. Conversion disorder (functional neurological symptom disorder) (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4. เกณฑ์การวินิจฉัย (อย่างย่อ) ของ conversion disorder (functional neurological symptom disorder)

- ก. มีอาการความเปลี่ยนแปลงของการควบคุมการเคลื่อนไหว หรือการรับสัมผัส หนึ่งอาการหรือมากกว่า
- ข. มีหลักฐานที่ตรวจพบทางคลินิกถึงความเข้ากันไม่ได้ระหว่างอาการที่เกิดขึ้นกับโรคทางระบบประสาท หรือโรคทางกาย
- ค. อาการหรือความบกพร่องนี้ไม่สามารถอธิบายได้จากโรคทางกาย หรือโรคทางจิตเวชอื่น ๆ
- ง. ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมาน หรือรบกวนต่อการดำเนินชีวิต หรือนำมาซึ่งการตรวจประเมินทางการแพทย์

ระบุรายละเอียด: อ่อนแรง หรือ อัมพฤกษ์อัมพาต/เคลื่อนไหวผิดปกติ/การกลืนผิดปกติ/การพูดผิดปกติ/การชัก/ชา หรือรับรู้สัมผัสลดลง/การเห็น ตมกลืน ฟัง ผิดปกติ/อาการรวมหลายอย่าง เกิดขึ้นเฉียบพลัน (น้อยกว่า 6 เดือน)/เรื้อรัง (มากกว่า 6 เดือน) มีตัวกระตุ้นทางจิตใจ/ไม่มีตัวกระตุ้นทางจิตใจ

DSM-5 ใช้ชื่อใหม่ คือ functional neurological symptom disorder (FNSD) เพื่ออธิบายถึงอาการแสดงที่ผิดปกติของระบบประสาทรับสัมผัสและการเคลื่อนไหวที่เกิดขึ้นจริง ไม่ว่าจะเป็นอาการอ่อนแรง อาการชา การพูดที่ผิดปกติ การเคลื่อนไหวผิดปกติ อาการชัก หรือความผิดปกติของระบบประสาทรับความรู้สึกพิเศษ คำว่า functional ที่อธิบายใน DSM-5 หมายถึงการทำหน้าที่ที่ผิดปกติไปของระบบประสาท ซึ่งต่างจากคำว่า psychogenic ที่มีนัยยะของการ

สันนิษฐานว่าอาการแสดงดังกล่าวมีสาเหตุเกิดจากพยาธิสภาพทางจิต⁽²⁵⁾ คำว่า FNSD ถูกนำมาใช้เพราะสะท้อนมุมมองการทำความเข้าใจปรากฏการณ์นี้ของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านระบบประสาท เป็นคำที่น่าจะได้รับการยอมรับจากสังคมมากกว่า รวมถึงข้อมูลที่ออกมาในงานวิจัยในรอบยี่สิบปีที่ผ่านมาที่บอกว่า ภาวะความผิดปกติของระบบประสาทนี้ไม่จำเป็นต้องมีปัจจัยทางจิตใจมาเกี่ยวข้องด้วยเสมอ⁽⁹⁰⁾ แต่อย่างไรก็ตาม DSM-5 ก็ยังคงคำว่า conversion disorder ไว้ เพราะเป็นคำศัพท์เก่าใช้มานานอย่างแพร่หลาย โดยคำนี้มีรากมาจากทฤษฎีจิตได้สำนึกของ Freud⁽⁹¹⁾ ในปัจจุบัน อาการหรืออาการแสดงที่มีลักษณะเชิงบวก (positive feature) ของความเข้ากันไม่ได้ (incompatibility) ทางคลินิกจากการประเมิน เป็นสิ่งสำคัญที่จะต้องมีเพื่อการวินิจฉัย FNSD (rule-in diagnosis) การตรวจทางกายหรือตรวจทางห้องปฏิบัติการว่าไม่พบอะไร (rule-out diagnosis, diagnosis of exclusion) หรืออาการแสดงของผู้ป่วยดูแปลก ๆ (bizarre presentation) หรือหลักฐานว่ามีความสัมพันธ์ของปัญหาทางจิตใจกับอาการทางระบบประสาท (psychosocial correlation) ไม่ได้เป็นลักษณะสำคัญของการวินิจฉัย FNSD⁽⁹¹⁾ ซึ่ง DSM-5 ก็ได้ตัดเกณฑ์การวินิจฉัยเดิมส่วนปัจจัยทางจิตใจออกไป นั่นคือ การวินิจฉัย FNSD ในปัจจุบันไม่จำเป็นต้องมีหลักฐานว่ามีความขัดแย้ง หรือตัวกระตุ้นความเครียดทางจิตใจเกิดขึ้นสัมพันธ์กับอาการผิดปกติทางระบบประสาทแล้ว นอกจากนั้น DSM-5 ก็ตัดเรื่องของการแยกผู้ป่วยไม่ได้ตั้งใจก่อให้เกิดอาการ หรือไม่ได้แกล้งทำให้เกิดอาการเหมือนในภาวะ factitious disorder หรือ malingering ออกไปด้วย เพราะในเวชปฏิบัติมีความเป็นไปได้ยากมากที่จะแยกเจตนาของการก่อเกิดอาการทางระบบประสาทได้ชัดเจน⁽⁹⁾

ความเปลี่ยนแปลงที่สำคัญที่สุดในเกณฑ์วินิจฉัยของ DSM-5 คือ การเน้นถึงหลักฐานทางคลินิกของความเข้ากันไม่ได้ (evidence of incompatibility) ระหว่างอาการ อาการแสดง การตรวจร่างกาย การตรวจทางระบบประสาท และการตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการ หรือภาพถ่ายทางระบบประสาท กับกลุ่มความเจ็บป่วยทางระบบประสาท หรือความเจ็บป่วยทางกายที่การแพทย์รู้จัก การค้นหาลักษณะเชิงบวกของการเข้ากันไม่ได้ทางคลินิกนี้เป็นทักษะเด่นของแพทย์ระบบประสาทที่จะสามารถตรวจพบได้ข้างเตียงในผู้ป่วยแต่ละราย เช่น Hoover's sign (ความไว=ร้อยละ 63-94 ความจำเพาะ=ร้อยละ 95-100)⁽⁹²⁾ non-pyramidal hemiparesis, tremor entrainment, non dermatomal/midline hypoesthesia, tunnel vision, หรือ semiology ของการชักที่เข้าได้กับ psychogenic non epileptic seizure (PNES) เป็นต้น⁽⁹³⁾ แต่ก็ควรพึงระวังว่าลักษณะเชิงบวกที่ตรวจได้เหล่านี้ไม่ได้เป็น pathognomonic sign ของ FNSD เพราะจาก systematic review ของลักษณะทางระบบประสาทที่อาจบ่งชี้ถึง FNSD เหล่านี้พบว่า มักมีความไวต่ำ (ความไว=ร้อยละ 8-100) แต่มีความจำเพาะสูง (ความจำเพาะ=ร้อยละ 92-100)⁽⁹⁴⁾ นอกจากนั้น การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการทางระบบประสาทร่วมด้วย ก็มีบทบาทสำคัญในการให้การวินิจฉัย

FNSD เช่น การสังเกตเห็นลักษณะการชักที่เข้าได้กับ PNES ร่วมกับการไม่พบมีคลื่นไฟฟ้าที่ผิดปกติจาก video electroencephalogram (vEEG) เป็นวิธีการวินิจฉัยที่มีมาตรฐานสูงสุด (gold standard) ของ PNES⁽⁹⁵⁾ การตรวจอื่น ๆ ที่อาจพิจารณานำมาใช้ในผู้ป่วยที่สงสัยว่าเป็น FNSD ได้แก่ electromyogram (EMG), nerve conduction velocity study (NCV)⁽⁹⁶⁾ และการตรวจของจักษุแพทย์และแพทย์หูคอจมูกในความปกติของการทำหน้าที่ของการมองเห็น การฟัง และการพูด^(97, 98)

FNSD พบได้ประมาณ 4-12 รายต่อประชากร 100,000 รายต่อปี เมื่อแยกย่อยต่อ พบผู้ป่วย FNSD ด้านการเคลื่อนไหว 4-5: 100,000 รายต่อปี และ PNES 1.5-4.9: 100,000 รายต่อปีตามลำดับ^(99, 100) ภาวะนี้อาจพบได้บ่อยขึ้นในคลินิกแพทย์ระบบประสาทโดยพบได้ถึงร้อยละ 5.4 จากผู้ป่วยที่ส่งปรึกษาใหม่ทั้งหมด⁽¹⁰¹⁾ FNSD พบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย เกิดได้ในทุกช่วงวัย โดยมักเริ่มเกิดในวัยรุ่น หรือวัยผู้ใหญ่ตอนต้น อาจพบ PNES ได้สูงสุดในช่วงอายุ 30 ปี และอาการด้านการเคลื่อนไหวในช่วง 40 ปี⁽¹⁶⁾ แม้ว่าผู้ป่วย conversion disorder ส่วนใหญ่จะมีอาการดีขึ้นมากก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลทั่วไป แต่การดำเนินโรคส่วนใหญ่ของ FNSD นั้นมีความยาวนานขึ้น ๆ ลง ๆ (chronic-relapsing-remitting course) และก่อให้เกิดทุพพลภาพในการใช้ชีวิตอย่างสูงไม่ต่างจากผู้ป่วยที่มีโรคทางระบบประสาทอื่น ๆ⁽¹⁰²⁾ พบว่าระยะเจ็บป่วยที่สั้น การวินิจฉัยได้เร็ว และความพอใจในการรักษา ส่งผลดีต่อพยากรณ์โรคของ FNSD ในทางกลับกัน การวินิจฉัยได้ช้า และปัญหาบุคลิกภาพบกพร่องทำให้การพยากรณ์โรคไม่ดี⁽¹⁰³⁾ ดังนั้น การที่ทีมแพทย์สามารถให้การวินิจฉัย FNSD ได้ และสื่อสารให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจถึงภาวะนี้ จึงเป็นสิ่งสำคัญที่ควรจะต้องเกิดขึ้นในเวชปฏิบัติตั้งแต่วัยแรก ๆ ของการดำเนินโรค แพทย์ส่วนใหญ่อาจกลัวที่จะให้การวินิจฉัยภาวะ FNSD เพราะคิดว่าจะให้การวินิจฉัยผิดและผู้ป่วยอาจมีโรคทางระบบประสาท หรือโรคทางกายอื่น ๆ ที่วินิจฉัยยากซ่อนอยู่ การศึกษาในยุคก่อนเสริมความกลัวที่จะวินิจฉัยภาวะนี้โดยมีรายงานว่าเกือบร้อยละ 30 ของคนไข้ conversion disorder ต่อมาพบว่าโรคทางกายซ่อนอยู่ แต่ความเชื่อนี้ถูกหักล้างไปด้วยการศึกษาที่ใหม่กว่าที่รายงานว่าโอกาสของการวินิจฉัย FNSD ผิดพลาดมีอยู่แค่เพียงร้อยละ 0.4-5^(21, 104) ซึ่งเป็นอัตราที่ไม่แตกต่าง หรือน้อยกว่าเมื่อเทียบกับการวินิจฉัยผิดว่ามีโรคของระบบประสาทแต่ต่อมาพบว่าผู้ป่วยเป็น FNSD⁽¹⁰⁵⁾

การศึกษาโดยใช้ structural/functional MRI และ positron emission tomography scan ในผู้ป่วย conversion disorder/FNSD พบมีความเปลี่ยนแปลงในบริเวณต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับการเคลื่อนไหวและภาวะอารมณ์ เช่น lentiform/caudate nuclei, thalamus premotor/motor cortex, primary/association visual cortex, cingulate, insula, right temporo-parietal area, amygdala ทำให้เริ่มเกิดมีสมมติฐานทางชีววิทยาที่สามารถมาอธิบายปรากฏการณ์ของ FNSD ว่าอาจจะเกิดจากการเปลี่ยนแปลงของบริเวณสมองที่เกี่ยวข้องกับการรวบรวมข้อมูลให้ความสนใจ คาดการณ์

วางแผน เตรียมการ ควบคุม และดำเนินการเคลื่อนไหว ที่ทำงานสัมพันธ์กับอิทธิพลของสมอง ส่วนความรู้ตัวและส่วนควบคุมอารมณ์ ซึ่งคล้ายกับสมมติฐานที่ความเครียดรุนแรงก่อให้เกิด ปัญหาของการควบคุมด้านอารมณ์ส่งผลไปกับการควบคุมจัดการด้านความคิดและพฤติกรรมของ PTSD^(93, 106, 107)

ทฤษฎีจิตวิเคราะห์มองว่า conversion disorder สัมพันธ์กับเหตุการณ์รุนแรงที่มากกระทบ กับจิตใจ (psychological trauma) ไม่ว่าจะเป็นการถูกทำร้ายทางร่างกาย ทางเพศ หรือจิตใจด้าน ต่าง ๆ conversion เป็นกลไกป้องกันตัวเองอย่างหนึ่งเมื่อเกิดความกังวลหรือความขัดแย้งใน จิตใจ โดยเปลี่ยนความเครียดในจิตใจออกมาเป็นอาการทางระบบประสาทซึ่งช่วยบรรเทาความ กดดันในจิตใจได้สำนึกได้ (primary gain) อาการที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยบางรายอาจเป็นสัญลักษณ์ที่สื่อ ความรู้สึกที่เก็บกดออกมา (symbolic expression) เช่น แขนอ่อนแรง หรือพูดไม่ได้เพราะอยาก แสดงความก้าวร้าวออกมาต่อคนสำคัญของตน การได้มาซึ่งบทบาทผู้ป่วย (sick role) มีผลดีใน ลำดับต่อมาเป็น secondary gain เพราะบทบาทของผู้ป่วยมักจะได้รับความเห็นใจ และยกเว้น จากหน้าที่ความรับผิดชอบต่าง ๆ⁽³²⁾ Pierre Janet มองว่าอาการ conversion มีลักษณะคาบเกี่ยว กับภาวะที่ถูกสะกดจิต หรือ dissociative state ซึ่งมีลักษณะของการถูกชักจูงได้ง่ายด้วยตนเอง (auto suggestibility) เกิดการแบ่งแยกส่วนของจิตใจ (compartmentalization) และเกิดการหลุด ลอยออกจากบูรณาการของจิตใจ (detachment)^(93, 108) la belle indifference (beautiful ignorance) คือคำศัพท์ทางจิตเวชที่อธิบายลักษณะของผู้ป่วยที่ไม่แสดงความกังวล ดูไม่ทุกข์ร้อนเท่าที่ควร หรือแม้กระทั่งยิ้มแย้มไปกับอาการความผิดปกติของร่างกายที่เกิดขึ้นกับตนเอง ซึ่งการแพทย์สมัย ก่อนเชื่อว่าสัมพันธ์กับ conversion disorder แต่ความเชื่อนี้ถูกหักล้างไปจากข้อมูลที่รวบรวมจาก 11 การศึกษาที่รายงานว่าลักษณะ la belle indifference เกิดขึ้นในผู้ป่วยที่มีอาการ conversion ประมาณร้อยละ 21 ส่วนในผู้ป่วยโรคทางกายพบได้ประมาณร้อยละ 29 ดังนั้น la belle indifference จึงไม่ใช่ pathognomonic sign ของ conversion disorder และไม่ช่วยในการวินิจฉัย แยกโรกระหว่าง conversion disorder กับโรคทางร่างกายอื่น ๆ^(109, 110) การเรียนรู้ลักษณะอาการ ป่วยจากบุคคลสำคัญของตนที่เจ็บป่วย หรือเสียชีวิตไป (cognitive/social learning and identification) แสดงออกมาเป็นลักษณะอาการของ FNSD ที่คล้ายคลึงกับอาการที่เกิดขึ้นกับคน สำคัญนั้น ผสมกับความเชื่อความเข้าใจที่ผิด (erroneous belief) เกี่ยวกับอาการทางระบบประสาท ของตน ทำให้เกิดพฤติกรรมหลีกเลี่ยงและเสริมแรง (avoidance and reinforcement of behavior) ของอาการ FNSD เป็นมุมมองบางส่วนจาก cognitive-behavioral theory ที่นำมาทำความเข้าใจ พฤติกรรมที่ผิดปกตินี้^(29, 110)

การวินิจฉัยแยกโรคทางระบบประสาทด้วยความละเอียดถี่ถ้วน เช่น โรคพาร์กินสัน โรค หลอดเลือดในสมอง โรคลมชัก โรค multiple sclerosis เป็นต้น มีความสำคัญในการวินิจฉัย FNSD

แม้จะมีลักษณะที่บ่งชี้ถึงการเป็น FNSD แต่ทีมแพทย์ระบบประสาทและจิตแพทย์ควรช่วยกันพิจารณาถึงการตรวจยืนยันทางห้องปฏิบัติการตามมาตรฐานที่จำเป็นในผู้ป่วยแต่ละราย เช่น การส่งตรวจ MRI ของสมองและไขสันหลัง การเจาะน้ำไขสันหลัง หรือ การตรวจคลื่นไฟฟ้าสมอง เป็นต้น พึงตระหนักอยู่เสมอว่า FNSD สามารถพบร่วมกับโรคทางระบบประสาท หรือโรคทางกายต่าง ๆ ได้ เช่น ประมาณร้อยละ 10 ของคนไข้ epileptic seizure พบว่ามี PNES ร่วมด้วย⁽¹¹¹⁾

การอธิบายการวินิจฉัย FNSD อย่างเหมาะสม ตามด้วยการให้คำแนะนำ (suggestion) เพื่อโน้มน้าวให้คนไข้เข้าใจในคำวินิจฉัยและกระบวนการรักษาฟื้นฟู เป็นองค์ประกอบที่สำคัญอย่างมากในการจัดการปัญหา FNSD บรรยายากของการให้คำวินิจฉัยที่เต็มไปด้วยความไม่มั่นใจ การเผชิญหน้า (confrontation) การกล่าวโทษว่าผู้ป่วยคิดไปเองหรือแกล้งทำ รวมถึงการเน้นย้ำว่าอาการที่เกิดขึ้นเป็นปัญหาเฉพาะด้านจิตใจไม่เกี่ยวข้องกับร่างกาย (psychogenic) อาจส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ยอมรับคำวินิจฉัย ไม่รวมมือกับแผนการรักษา ทำให้เกิดอาการทางระบบประสาทนี้ต่อเนื่อง ตามด้วยพฤติกรรมแสวงหาการตรวจประเมินที่ไม่จำเป็นจากสถานพยาบาลอื่น ๆ ต่อไปไม่สิ้นสุด ในทางกลับกัน การอธิบายแสดงหลักฐานของความไม่เข้ากันทางคลินิกอย่างชัดเจน ยอมรับว่ามีอาการทางระบบประสาทเกิดขึ้นจริง มีคำวินิจฉัยที่อธิบายปรากฏการณ์นี้ได้จริง ให้ความรู้เรื่องความเชื่อมโยงกันของระบบสมองและระบบจิตใจ ให้ความเห็นอกเห็นใจ ไม่กล่าวโทษหรือตีตราว่าเป็นปัญหาทางจิตเวช และเน้นย้ำว่าอาการเหล่านี้สามารถฟื้นฟูให้กลับมาดีได้ตามปกติ องค์ประกอบในการสื่อสารเหล่านี้ รวมกันเป็นทักษะการให้คำวินิจฉัย FNSD โดยแพทย์ระบบประสาทหรือจิตแพทย์ มีประโยชน์อย่างยิ่งที่จะทำให้อาการทางระบบประสาทของผู้ป่วยดีขึ้นได้อย่างมาก โดยมีรายงานว่าผู้ป่วย PNES มีอาการชักลดลงภายใน 24 ชั่วโมงหลังได้รับทราบวินิจฉัยที่แท้จริงและประมาณ 1/3 ของผู้ป่วยไม่มีอาการของ PNES เลยหลังได้รับวินิจฉัย แม้จะยังไม่ได้เข้ารับการรักษาที่จำเพาะ⁽¹¹¹⁾

ตัวอย่างของการให้อธิบายคำวินิจฉัยภาวะ PNES โดยแพทย์ระบบประสาท หลังทีมแพทย์ได้เปิดวิดีโอบันทึกคู่กับคลื่นสมองจาก vEEG ให้ผู้ป่วยดู^(111, 112) “จากวิดีโอ จะเห็นว่าขณะที่คุณมีการเคลื่อนไหวที่ผิดปกตินั้น ในเวลาเดียวกันเราพบว่าคลื่นสมองของคุณดูเป็นปกติ ดังนั้นผมจึงสรุปว่า เกิดมีการชักของร่างกายเกิดขึ้นจริง ไม่ได้แกล้งทำ แต่การชักนี้ไม่ได้เกิดจากคลื่นไฟฟ้าของสมองที่ผิดปกติเหมือนในโรคลมชัก แต่เกิดจากการทำหน้าที่ของวงจรของสมองในการควบคุมการเคลื่อนไหวที่ผิดปกติไป ภาวะนี้ผมพบเรื่อย ๆ โดยมีตัวเลขพบได้ประมาณร้อยละ 5-20 ในผู้ป่วยที่มาด้วยปัญหาการชัก เราเรียกภาวะนี้ว่ากลุ่มความผิดปกติในการทำหน้าที่ของระบบประสาท (FNSD) ชาวดีคือมันไม่ใช่โรคลมชัก หรือโรคที่มีการบาดเจ็บของสมองร้ายแรง แต่ปัจจุบันทางการแพทย์ก็ยังไม่เข้าใจสาเหตุของการชักแบบนี้แน่ชัด มันอาจจะเกิดจากการทำหน้าที่ของสมองส่วนควบคุมการเคลื่อนไหวที่สัมพันธ์กับอารมณ์และความเครียดที่ผิดปกติไป คือ

สมองมัน overload ด้วยข้อมูลความเครียดจนทำงานรวนไป เหมือนเครื่อง computer ที่เสียเพราะระบบ software แต่ระบบ hardware ยังดูดีอยู่ หรือไม่ก็เหมือนเปียโนที่ไม่ได้ปรับจูนเสียงนาน ๆ จนเสียงมันไม่เพราะเหมือนเดิม คนไข้หมอหลาย ๆ คนที่มีภาวะนี้เมื่อเข้ารับการรักษาทันทีก็จะค่อย ๆ ดีขึ้นจนหายได้ หมอจะหยุดยากันซักเพราะมันไม่ช่วยในการรักษาแล้วก็อาจให้ผลข้างเคียง ถ้าเป็นไปได้ หมออยากให้คุณและครอบครัวค่อย ๆ ศึกษาทำความเข้าใจภาวะนี้ ค่อย ๆ กลับไปใช้ชีวิตตามปกติ เริ่มออกกำลังกายและพักผ่อนให้เพียงพอ และหมอก็อยากให้เราได้คุยกับทีมจิตแพทย์ที่ร่วมดูแลคนไข้กับเราเป็นประจำ เพราะเราพบว่าผู้ป่วยภาวะนี้อาจมีปัญหาความเครียด หรือปัญหาทางอารมณ์ที่ซ่อนอยู่ได้บ่อย ซึ่งจากการศึกษาและจากประสบการณ์ของศูนย์เราพบว่าการรักษาโดยรวมนี้ทั้งหมดมักจะช่วยให้อาการการเคลื่อนไหวที่ผิดปกติเหล่านี้ดีขึ้นจนสามารถกลับไปใช้ชีวิตได้ปกติ และหายดีในหลาย ๆ ราย โดยหมอจะยังนัดดูแลเพื่อติดตามอาการของคุณอย่างต่อเนื่อง

การให้คำแนะนำ (suggestion) เป็นขั้นตอนการรักษาที่ใช้บ่อยและสำคัญอย่างยิ่งในการฟื้นฟูจาก FNSD⁽¹⁶⁾ แพทย์ค่อย ๆ ย้ำให้ความมั่นใจในกระบวนการวินิจฉัยและรักษา ค่อย ๆ ใ้มนำว่าผู้ป่วยจะดีขึ้นตามลำดับขั้นของการฝึกที่จะเคลื่อนไหวได้คล่องใหม่ ให้ความรู้และกำลังใจแก่ผู้ป่วยในการฝึกให้สมองจัดระบบหน้าที่การรับรู้การเคลื่อนไหวที่สัมพันธ์กับความคิดและอารมณ์ให้ประสานกันได้ดีขึ้น⁽⁹³⁾ จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วย conversion disorder ถึงร้อยละ 50 มีอาการหายเป็นปกติได้ในช่วงที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล หลังได้รับการวินิจฉัย แนะนำ และใ้มนำให้เข้าสู่วินิจฉัยรักษาที่เหมาะสม แต่ส่วนหนึ่งก็จะมีอาการกลับมาเป็นซ้ำได้หลังจากนั้น⁽¹¹³⁾ การทำกายภาพบำบัดเป็นการรักษาหลักอีกชนิดหนึ่งของ FNSD ที่แพทย์ผู้ดูแลหลักควรแนะนำและส่งต่อให้ผู้ป่วยได้รับ โดยเทคนิคกายภาพบำบัดที่จำเพาะต่อ FNSD จะช่วยใ้ผู้ป่วยที่มีทุพพลภาพจากการเคลื่อนไหวในรูปแบบต่าง ๆ สามารถกลับมาเคลื่อนไหวอย่างปกติได้ เช่น การพยายามใ้ผู้ป่วยลดการเพ่งความสนใจไปที่ร่างกายแต่มุ่งเน้นไปที่ภาพรวมของการเคลื่อนไหวแทน⁽¹¹⁴⁾ มีหลักฐานจากการศึกษาเล็กน้อยที่สนับสนุนการใช้ยาในกลุ่ม SSRI ในผู้ป่วย FNSD เช่นพบว่าการใช้ sertraline ในผู้ป่วย PNES อาจสามารถลดความถี่ของการชักได้มากกว่ายาหลอก^(115, 116) การใ้ยาจิตเวชอาจมีผลดีอย่างมากในผู้ป่วย FNSD ที่มีโรคทางจิตเวชอื่น ๆ ร่วมด้วย ไม่ว่าจะเป็นโรคซึมเศร้า โรควิตกกังวล หรือ PTSD นอกจากนั้นจิตบำบัดแบบ CBT ร่วมกับการใ้ยาจิตเวชอาจใ้ผลการรักษาโดยรวมดีที่สุด⁽¹¹⁷⁾ CBT มุ่งเน้นใ้ความรู้แก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับ FNSD ค้นหาวงจรของความเครียดที่สัมพันธ์กับอาการทางกาย ฝึกทักษะที่จะสังเกตและยับยั้งสัญญาณความรู้สึกร่างกาย ความคิด หรือพฤติกรรมที่จะนำไปสู่การชัก หรืออาการทางระบบประสาทอื่น ๆ ปรับเปลี่ยนความคิดที่จะนำไปสู่อาการ ภาวะที่ควบคุมร่างกายไม่ได้ หรืออารมณ์ที่รุนแรง และสนับสนุนใ้ผู้ป่วยค่อย ๆ กลับไปร่วมกิจกรรมที่เคยหลีกเลี่ยง⁽⁹¹⁾ CBT เป็นรูปแบบ

ของจิตบำบัดที่ได้รับการศึกษาและมีหลักฐานว่าอาจจะมีประโยชน์สำหรับ FNSD มากที่สุด^(118, 119) ส่วนจิตบำบัดในรูปแบบอื่น ๆ ที่ได้รับการศึกษาและสามารถนำมาใช้ใน FNSD ได้แก่ psychodynamic psychotherapy การสะกดจิต (hypnosis) และ mindfulness based psychotherapy⁽¹²⁰⁾

สรุป

หลักฐานการศึกษาวินิจฉัยทางการแพทย์ในรอบหลายทศวรรษที่ผ่านมาทำให้เกิดความเปลี่ยนแปลงอย่างมากในแง่การวินิจฉัยและการรักษาปัญหา somatic symptom and related disorder แพทย์เฉพาะทางด้านต่าง ๆ และแพทย์ทั่วไปสามารถให้การวินิจฉัย และดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ร่วมกันเป็นสหสาขาวิชา ความรู้ ความเข้าใจ และเห็นใจในความเจ็บป่วยทรมานของผู้ป่วย ร่วมกับทักษะการวินิจฉัย สื่อสาร และเลือกให้การรักษาที่เหมาะสม จะทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีอาการดีขึ้น ลดเวลาและค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ที่ไม่จำเป็น และสุดท้าย สามารถทำให้ผู้ป่วยกลับไปมีชีวิตที่มีคุณภาพและมีความหมายต่อสังคมได้ต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. Herrmann-Lingen C. Past, Present, and Future of Psychosomatic Movements in an Ever-Changing World: Presidential Address. *Psychosom Med.* 2017;79(9):960-70.
2. Broussolle E, Gobert F, Danaila T, Thobois S, Walusinski O, Bogousslavsky J. History of physical and 'moral' treatment of hysteria. *Frontiers of neurology and neuroscience.* 2014;35:181-97.
3. Mai FM, Merskey H. Briquet's Treatise on hysteria. A synopsis and commentary. *Archives of general psychiatry.* 1980;37(12):1401-5.
4. Kanaan RAA. Freud's hysteria and its legacy. *Handbook of clinical neurology.* 2016;139:37-44.
5. Stone J. Neurologic approaches to hysteria, psychogenic and functional disorders from the late 19th century onwards. *Handbook of clinical neurology.* 2016;139:25-36.
6. Dorfman W. Psychosomatic medicine: some past and current concepts. *Psychotherapy and psychosomatics.* 1979;31(1-4):33-7.
7. Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science (New York, NY).* 1977;196(4286):129-36.
8. Hyler SE, Sussman N. Somatoform disorders: before and after DSM-III. *Hospital & community psychiatry.* 1984;35(5):469-78.

9. Grant. DBJ. DSM-5 Guidebook: The Essential Companion to the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition: American Psychiatric Publishing; 2014.
10. Merriam-Webster Medical Dictionary.
11. Beer MD. The dichotomies: psychosis/neurosis and functional/organic: a historical perspective. *History of psychiatry*. 1996;7(26 Pt 2):231-55.
12. Kanaan RA, Armstrong D, Wessely SC. The function of 'functional': a mixed methods investigation. *Journal of neurology, neurosurgery, and psychiatry*. 2012;83(3):248-50.
13. Bell V, Wilkinson S, Greco M, Hendrie C, Mills B, Deeley Q. What is the functional/organic distinction actually doing in psychiatry and neurology? *Wellcome open research*. 2020;5:138.
14. Steinberg H, Herrmann-Lingen C, Himmerich H. Johann Christian August Heinroth: psychosomatic medicine eighty years before Freud. *Psychiatria Danubina*. 2013;25(1):11-6.
15. Boland RJ, Rundell J, Epstein S, Gitlin D. Consultation-Liaison Psychiatry vs Psychosomatic Medicine: What's in a name? *Psychosomatics*. 2018;59(3):207-10.
16. Theodore Stern OFFSGFJR. *Massachusetts General Hospital Handbook of Genereal Hospital Psychiatry*. 7th edition.2017.
17. Gol J, Terpstra T, Lucassen P, Houwen J, van Dulmen S, Olde Hartman TC, et al. Symptom management for medically unexplained symptoms in primary care: a qualitative study. *The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners*. 2019;69(681):e254-e61.
18. Sharpe M. *Medically unexplained symptoms and syndromes*. Clinical medicine (London, England). 2002;2(6):501-4.
19. Mechanic D. Stress, illness, and illness behavior. *Journal of human stress*. 1976;2(2):2-6.
20. Pilowsky I. Abnormal illness behavior. *The American journal of psychiatry*. 1993;150(3):531.
21. Lipowski ZJ. Somatization: the concept and its clinical application. *The American journal of psychiatry*. 1988;145(11):1358-68.
22. Benjamin J. Sadock VAS, Pedro Ruiz. *Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry, Eleventh Edition*: Wolters Kluwer; 2015.
23. Sadock. BSV, editor. *Synopsis of Psychiatry. Tenth Edition* ed. Philadelphia, PA, USA: Lippincott Williams & Wilkins; 2007.
24. Sirri L, Grandi S. Illness behavior. *Advances in psychosomatic medicine*. 2012;32:160-81.
25. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)*. 2013.
26. Dimsdale JE, Creed F, Escobar J, Sharpe M, Wulsin L, Barsky A, et al. Somatic symptom disorder: an important change in DSM. *J Psychosom Res*. 2013;75(3):223-8.

27. Phillips KA, Wilhelm S, Koran LM, Didie ER, Fallon BA, Feusner J, et al. Body dysmorphic disorder: some key issues for DSM-V. *Depression and anxiety*. 2010;27(6):573-91.
28. Creed F, Guthrie E. Techniques for interviewing the somatising patient. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*. 1993;162:467-71.
29. Levenson JL. *Textbook of Psychosomatic Medicine*. second ed. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, Inc.; 2011.
30. Henningsen P. Management of somatic symptom disorder. *Dialogues in clinical neuroscience*. 2018;20(1):23-31.
31. Kurlansik SL, Maffei MS. Somatic Symptom Disorder. *American family physician*. 2016;93(1):49-54.
32. Levenson JL. *Textbook of Psychosomatic Medicine and Consultation-Liaison Psychiatry*, Third Edition: American Psychiatric Association Publishing; 2019.
33. Kashner TM, Rost K, Smith GR, Lewis S. An analysis of panel data. The impact of a psychiatric consultation letter on the expenditures and outcomes of care for patients with somatization disorder. *Medical care*. 1992;30(9):811-21.
34. Couper J, Harari E. Use of the psychiatric consultation letter as a therapeutic tool. *Australasian psychiatry : bulletin of Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists*. 2004;12(4):365-8.
35. Liu J, Gill NS, Teodorczuk A, Li ZJ, Sun J. The efficacy of cognitive behavioural therapy in somatoform disorders and medically unexplained physical symptoms: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of affective disorders*. 2019;245:98-112.
36. Newby JM, Smith J, Uppal S, Mason E, Mahoney AEJ, Andrews G. Internet-based cognitive behavioral therapy versus psychoeducation control for illness anxiety disorder and somatic symptom disorder: A randomized controlled trial. *Journal of consulting and clinical psychology*. 2018;86(1):89-98.
37. van Dessel N, den Boeft M, van der Wouden JC, Kleinstäuber M, Leone SS, Terluin B, et al. Non-pharmacological interventions for somatoform disorders and medically unexplained physical symptoms (MUPS) in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014(11):Cd011142.
38. Leaviss J, Davis S, Ren S, Hamilton J, Scope A, Booth A, et al. Behavioural modification interventions for medically unexplained symptoms in primary care: systematic reviews and economic evaluation. *Health technology assessment (Winchester, England)*. 2020;24(46):1-490.
39. Shedden-Mora MC, Gross B, Lau K, Gumz A, Wegscheider K, Löwe B. Collaborative

- stepped care for somatoform disorders: A pre-post-intervention study in primary care. *J Psychosom Res.* 2016;80:23-30.
40. Barsky AJ, Ahern DK, Bauer MR, Nolido N, Orav EJ. A randomized trial of treatments for high-utilizing somatizing patients. *Journal of general internal medicine.* 2013;28(11):1396-404.
41. Wortman MSH, Lokkerbol J, van der Wouden JC, Visser B, van der Horst HE, Olde Hartman TC. Cost-effectiveness of interventions for medically unexplained symptoms: A systematic review. *PloS one.* 2018;13(10):e0205278.
42. Eikelboom EM, Tak LM, Roest AM, Rosmalen JGM. A systematic review and meta-analysis of the percentage of revised diagnoses in functional somatic symptoms. *J Psychosom Res.* 2016;88:60-7.
43. Haller H, Cramer H, Lauche R, Dobos G. Somatoform disorders and medically unexplained symptoms in primary care. *Deutsches Arzteblatt international.* 2015;112(16):279-87.
44. Häuser W, Bialas P, Welsch K, Wolfe F. Construct validity and clinical utility of current research criteria of DSM-5 somatic symptom disorder diagnosis in patients with fibromyalgia syndrome. *J Psychosom Res.* 2015;78(6):546-52.
45. Cao J, Wei J, Fritzsche K, Toussaint AC, Li T, Jiang Y, et al. Prevalence of DSM-5 somatic symptom disorder in Chinese outpatients from general hospital care. *Gen Hosp Psychiatry.* 2020;62:63-71.
46. Malas N, Ortiz-Aguayo R, Giles L, Ibeziako P. Pediatric Somatic Symptom Disorders. *Current psychiatry reports.* 2017;19(2):11.
47. Kop WJ, Toussaint A, Mols F, Löwe B. Somatic symptom disorder in the general population: Associations with medical status and health care utilization using the SSD-12. *Gen Hosp Psychiatry.* 2019;56:36-41.
48. Nijs J, Malfliet A, Ickmans K, Baert I, Meeus M. Treatment of central sensitization in patients with 'unexplained' chronic pain: an update. *Expert opinion on pharmacotherapy.* 2014;15(12):1671-83.
49. Kato K, Sullivan PF, Pedersen NL. Latent class analysis of functional somatic symptoms in a population-based sample of twins. *J Psychosom Res.* 2010;68(5):447-53.
50. Achenbach J, Rhein M, Gombert S, Meyer-Bockenkamp F, Buhck M, Eberhardt M, et al. Childhood traumatization is associated with differences in TRPA1 promoter methylation in female patients with multisomatoform disorder with pain as the leading bodily symptom. *Clinical epigenetics.* 2019;11(1):126.

51. Cagnie B, Coppieters I, Denecker S, Six J, Danneels L, Meeus M. Central sensitization in fibromyalgia? A systematic review on structural and functional brain MRI. *Seminars in arthritis and rheumatism*. 2014;44(1):68-75.
52. den Boer C, Dries L, Terluin B, van der Wouden JC, Blankenstein AH, van Wilgen CP, et al. Central sensitization in chronic pain and medically unexplained symptom research: A systematic review of definitions, operationalizations and measurement instruments. *J Psychosom Res*. 2019;117:32-40.
53. Güleç MY, Altıntaş M, İnanç L, Bezgin CH, Koca EK, Güleç H. Effects of childhood trauma on somatization in major depressive disorder: The role of alexithymia. *Journal of affective disorders*. 2013;146(1):137-41.
54. Taycan O, Özdemir A, Erdoğan Taycan S. Alexithymia and Somatization in Depressed Patients: The Role of the Type of Somatic Symptom Attribution. *Noro psikiyatri arsivi*. 2017;54(2):99-104.
55. Witthöft M, Hiller W. Psychological approaches to origins and treatments of somatoform disorders. *Annual review of clinical psychology*. 2010;6:257-83.
56. Frølund Pedersen H, Frostholt L, Søndergaard Jensen J, Ørnbøl E, Schröder A. Neuroticism and maladaptive coping in patients with functional somatic syndromes. *British journal of health psychology*. 2016;21(4):917-36.
57. Denovan A, Dagnall N, Lofthouse G. Neuroticism and Somatic Complaints: Concomitant Effects of Rumination and Worry. *Behavioural and cognitive psychotherapy*. 2019;47(4):431-45.
58. Riem MME, Doedée E, Broekhuizen-Dijksman SC, Beijer E. Attachment and medically unexplained somatic symptoms: The role of mentalization. *Psychiatry research*. 2018;268:108-13.
59. Bizzi F, Ensink K, Borelli JL, Mora SC, Cavanna D. Attachment and reflective functioning in children with somatic symptom disorders and disruptive behavior disorders. *European child & adolescent psychiatry*. 2019;28(5):705-17.
60. Heitkemper MM, Cain KC, Burr RL, Jun SE, Jarrett ME. Is childhood abuse or neglect associated with symptom reports and physiological measures in women with irritable bowel syndrome? *Biological research for nursing*. 2011;13(4):399-408.
61. Bohn D, Bernardy K, Wolfe F, Häuser W. The association among childhood maltreatment, somatic symptom intensity, depression, and somatoform dissociative symptoms in patients with fibromyalgia syndrome: a single-center cohort study. *Journal of trauma & dissociation*

- : the official journal of the International Society for the Study of Dissociation (ISSD). 2013;14(3):342-58.
62. Bedard-Thomas KK, Bujoreanu S, Choi CH, Ibeziako PI. Perception and Impact of Life Events in Medically Hospitalized Patients With Somatic Symptom and Related Disorders. *Hospital pediatrics*. 2018;8(11):699-705.
63. Grover S, Ghosh A. Somatic symptom and related disorders in Asians and Asian Americans. *Asian journal of psychiatry*. 2014;7(1):77-9.
64. Dunphy L, Penna M, El-Kafsi J. Somatic symptom disorder: a diagnostic dilemma. *BMJ case reports*. 2019;12(11).
65. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-15: validity of a new measure for evaluating the severity of somatic symptoms. *Psychosom Med*. 2002;64(2):258-66.
66. Chinvararak C, Lueboonthavatchai P. Somatic Symptoms and Its Association to Depressive Severity in Patients with Major Depressive Disorder in King Chulalongkorn Memorial Hospital. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand*. 1970;61(4):293-306.
67. Fergus TA, Kelley LP, Griggs JO. Examining the Whiteley Index-6 as a screener for DSM-5 presentations of severe health anxiety in primary care. *J Psychosom Res*. 2019;127:109839.
68. Bound F. Hypochondria. *Lancet (London, England)*. 2006;367(9505):105.
69. Fink P, Ørnbøl E, Toft T, Sparle KC, Frostholm L, Olesen F. A new, empirically established hypochondriasis diagnosis. *The American journal of psychiatry*. 2004;161(9):1680-91.
70. McElroy E, Shevlin M. The development and initial validation of the cyberchondria severity scale (CSS). *Journal of anxiety disorders*. 2014;28(2):259-65.
71. Scarella TM, Boland RJ, Barsky AJ. Illness Anxiety Disorder: Psychopathology, Epidemiology, Clinical Characteristics, and Treatment. *Psychosom Med*. 2019;81(5):398-407.
72. Westbrook D KH, Kirk J. *An Introduction to Cognitive Behaviour Therapy*, 2nd Edition: Sage Publications Ltd; 2011.
73. van den Heuvel OA, Mataix-Cols D, Zwitter G, Cath DC, van der Werf YD, Groenewegen HJ, et al. Common limbic and frontal-striatal disturbances in patients with obsessive compulsive disorder, panic disorder and hypochondriasis. *Psychological medicine*. 2011;41(11):2399-410.
74. Perez DL, Barsky AJ, Vago DR, Baslet G, Silbersweig DA. A neural circuit framework for somatosensory amplification in somatoform disorders. *The Journal of neuropsychiatry and clinical neurosciences*. 2015;27(1):e40-50.
75. Henningsen P, Gündel H, Kop WJ, Löwe B, Martin A, Rief W, et al. Persistent Physical

- Symptoms as Perceptual Dysregulation: A Neuropsychobehavioral Model and Its Clinical Implications. *Psychosom Med.* 2018;80(5):422-31.
76. Barsky AJ, Fama JM, Bailey ED, Ahern DK. A prospective 4- to 5-year study of DSM-III-R hypochondriasis. *Archives of general psychiatry.* 1998;55(8):737-44.
 77. Creed F, Barsky A. A systematic review of the epidemiology of somatisation disorder and hypochondriasis. *J Psychosom Res.* 2004;56(4):391-408.
 78. Barsky AJ, Wyshak G, Klerman GL, Latham KS. The prevalence of hypochondriasis in medical outpatients. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology.* 1990;25(2):89-94.
 79. Kirmayer LJ, Robbins JM. Three forms of somatization in primary care: prevalence, co-occurrence, and sociodemographic characteristics. *The Journal of nervous and mental disease.* 1991;179(11):647-55.
 80. Magariños M, Zafar U, Nissensohn K, Blanco C. Epidemiology and treatment of hypochondriasis. *CNS drugs.* 2002;16(1):9-22.
 81. Sunderland M, Newby JM, Andrews G. Health anxiety in Australia: prevalence, comorbidity, disability and service use. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science.* 2013;202(1):56-61.
 82. Schweitzer PJ, Zafar U, Pavlicova M, Fallon BA. Long-term follow-up of hypochondriasis after selective serotonin reuptake inhibitor treatment. *Journal of clinical psychopharmacology.* 2011;31(3):365-8.
 83. Fallon BA, Ahern DK, Pavlicova M, Slavov I, Skritskaya N, Barsky AJ. A Randomized Controlled Trial of Medication and Cognitive-Behavioral Therapy for Hypochondriasis. *The American journal of psychiatry.* 2017;174(8):756-64.
 84. Greeven A, van Balkom AJ, van der Leeden R, Merkelbach JW, van den Heuvel OA, Spinhoven P. Cognitive behavioral therapy versus paroxetine in the treatment of hypochondriasis: an 18-month naturalistic follow-up. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry.* 2009;40(3):487-96.
 85. Cooper K, Gregory JD, Walker I, Lambe S, Salkovskis PM. Cognitive Behaviour Therapy for Health Anxiety: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Behavioural and cognitive psychotherapy.* 2017;45(2):110-23.
 86. Olatunji BO, Kauffman BY, Meltzer S, Davis ML, Smits JA, Powers MB. Cognitive-behavioral therapy for hypochondriasis/health anxiety: a meta-analysis of treatment outcome and moderators. *Behaviour research and therapy.* 2014;58:65-74.
 87. Weck F, Nagel LC, Höfling V, Neng JMB. Cognitive therapy and exposure therapy for

- hypochondriasis (health anxiety): A 3-year naturalistic follow-up. *Journal of consulting and clinical psychology*. 2017;85(10):1012-7.
88. Eilenberg T, Fink P, Jensen JS, Rief W, Frostholm L. Acceptance and commitment group therapy (ACT-G) for health anxiety: a randomized controlled trial. *Psychological medicine*. 2016;46(1):103-15.
89. McManus F, Surawy C, Muse K, Vazquez-Montes M, Williams JM. A randomized clinical trial of mindfulness-based cognitive therapy versus unrestricted services for health anxiety (hypochondriasis). *Journal of consulting and clinical psychology*. 2012;80(5):817-28.
90. Kanaan RA, Carson A, Wessely SC, Nicholson TR, Aybek S, David AS. What's so special about conversion disorder? A problem and a proposal for diagnostic classification. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*. 2010;196(6):427-8.
91. Lehn A, Gelauff J, Hoeritzauer I, Ludwig L, McWhirter L, Williams S, et al. Functional neurological disorders: mechanisms and treatment. *Journal of neurology*. 2016;263(3):611-20.
92. McWhirter L, Stone J, Sandercock P, Whiteley W. Hoover's sign for the diagnosis of functional weakness: a prospective unblinded cohort study in patients with suspected stroke. *J Psychosom Res*. 2011;71(6):384-6.
93. O'Neal MA, Baslet G. Treatment for Patients With a Functional Neurological Disorder (Conversion Disorder): An Integrated Approach. *The American journal of psychiatry*. 2018;175(4):307-14.
94. Daum C, Hubschmid M, Aybek S. The value of 'positive' clinical signs for weakness, sensory and gait disorders in conversion disorder: a systematic and narrative review. *Journal of neurology, neurosurgery, and psychiatry*. 2014;85(2):180-90.
95. Perez DL, LaFrance WC, Jr. Nonepileptic seizures: an updated review. *CNS spectrums*. 2016;21(3):239-46.
96. Thomsen BLC, Teodoro T, Edwards MJ. Biomarkers in functional movement disorders: a systematic review. *Journal of neurology, neurosurgery, and psychiatry*. 2020;91(12):1261-9.
97. Egan RA, LaFrance WC, Jr. Functional Vision Disorder. *Seminars in neurology*. 2015;35(5):557-63.
98. Al-Balas HI, Abuhlaweh M, Melhem HB, Al-Balas H. Conversion disorder with aphonia in 12 years old male patient: A case report. *International journal of surgery case reports*. 2021;84:106135.
99. Binzer M, Andersen PM, Kullgren G. Clinical characteristics of patients with motor disability due to conversion disorder: a prospective control group study. *Journal of neurology*,

- neurosurgery, and psychiatry. 1997;63(1):83-8.
100. Szaflarski JP, Ficker DM, Cahill WT, Privitera MD. Four-year incidence of psychogenic nonepileptic seizures in adults in hamilton county, OH. *Neurology*. 2000;55(10):1561-3.
101. Stone J, Carson A, Duncan R, Roberts R, Warlow C, Hibberd C, et al. Who is referred to neurology clinics?--the diagnoses made in 3781 new patients. *Clinical neurology and neurosurgery*. 2010;112(9):747-51.
102. Espay AJ, Aybek S, Carson A, Edwards MJ, Goldstein LH, Hallett M, et al. Current Concepts in Diagnosis and Treatment of Functional Neurological Disorders. *JAMA neurology*. 2018;75(9):1132-41.
103. Gelauff J, Stone J, Edwards M, Carson A. The prognosis of functional (psychogenic) motor symptoms: a systematic review. *Journal of neurology, neurosurgery, and psychiatry*. 2014;85(2):220-6.
104. Stone J, Smyth R, Carson A, Lewis S, Prescott R, Warlow C, et al. Systematic review of misdiagnosis of conversion symptoms and "hysteria". *BMJ (Clinical research ed)*. 2005;331(7523):989.
105. Walzl D, Carson AJ, Stone J. The misdiagnosis of functional disorders as other neurological conditions. *Journal of neurology*. 2019;266(8):2018-26.
106. Voon V, Brezing C, Gallea C, Hallett M. Aberrant supplementary motor complex and limbic activity during motor preparation in motor conversion disorder. *Movement disorders : official journal of the Movement Disorder Society*. 2011;26(13):2396-403.
107. Voon V, Gallea C, Hattori N, Bruno M, Ekanayake V, Hallett M. The involuntary nature of conversion disorder. *Neurology*. 2010;74(3):223-8.
108. Wieder L, Brown R, Thompson T, Terhune DB. Suggestibility in functional neurological disorder: a meta-analysis. *Journal of neurology, neurosurgery, and psychiatry*. 2021;92(2):150-7.
109. Stone J, Smyth R, Carson A, Warlow C, Sharpe M. La belle indifférence in conversion symptoms and hysteria: systematic review. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*. 2006;188:204-9.
110. Carson A, Hallett M, Stone J. Assessment of patients with functional neurologic disorders. *Handbook of clinical neurology*. 2016;139:169-88.
111. LaFrance WC, Jr., Reuber M, Goldstein LH. Management of psychogenic nonepileptic seizures. *Epilepsia*. 2013;54 Suppl 1:53-67.
112. Bennett K, Diamond C, Hoeritzauer I, Gardiner P, McWhirter L, Carson A, et al. A practical review of functional neurological disorder (FND) for the general physician. *Clinical medicine*

- (London, England). 2021;21(1):28-36.
113. Folks DG, Ford CV, Regan WM. Conversion symptoms in a general hospital. *Psychosomatics*. 1984;25(4):285-9, 91, 94-5.
114. Nielsen G, Stone J, Matthews A, Brown M, Sparkes C, Farmer R, et al. Physiotherapy for functional motor disorders: a consensus recommendation. *Journal of neurology, neurosurgery, and psychiatry*. 2015;86(10):1113-9.
115. LaFrance WC, Jr., Keitner GI, Papandonatos GD, Blum AS, Machan JT, Ryan CE, et al. Pilot pharmacologic randomized controlled trial for psychogenic nonepileptic seizures. *Neurology*. 2010;75(13):1166-73.
116. Voon V, Lang AE. Antidepressant treatment outcomes of psychogenic movement disorder. *The Journal of clinical psychiatry*. 2005;66(12):1529-34.
117. LaFrance WC, Jr., Baird GL, Barry JJ, Blum AS, Frank Webb A, Keitner GI, et al. Multicenter pilot treatment trial for psychogenic nonepileptic seizures: a randomized clinical trial. *JAMA psychiatry*. 2014;71(9):997-1005.
118. Martlew J, Pulman J, Marson AG. Psychological and behavioural treatments for adults with non-epileptic attack disorder. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014(2):Cd006370.
119. Gutkin M, McLean L, Brown R, Kanaan RA. Systematic review of psychotherapy for adults with functional neurological disorder. *Journal of neurology, neurosurgery, and psychiatry*. 2020.
120. Ganslev CA, Storebo OJ, Callesen HE, Ruddy R, Søgaard U. Psychosocial interventions for conversion and dissociative disorders in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2020;7(7):Cd005331.