Review Article

รูปแบบการอบรมเลี้ยงดูตามการรับรู้ในผู้ป่วยโรควิตกกังวลไปทั่ว

เอมอร จิระพันธุ์*
จารุรินทร์ ปิตานุพงศ์

Perceived Parenting Styles of Patients with Generalized Anxiety Disorder.

Aimorn Jiraphan, Jarurin Pitanupong
Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Prince of Songkla University, Hat Yai, Songkhla, 90110.
*E-mail: aimornjiraphan@gmail.com
Songkla Med J 2015;33(6):315-324

บทคัดย่อ:

โรควิตกกังวลไปทั่ว เป็นโรคจิตเวชที่มีความเรื้อรังและพบได้บ่อย สาเหตุของการเกิดโรควิตกกังวลไปทั่วแบ่งออกเป็น 1) ปัจจัยทางชีวภาพ คือ ความผิดปกติของสารสื่อประสาท 2) ปัจจัยทางจิตใจหรือการอบรมเลี้ยงดู โดยเชื่อว่าการอบรมเลี้ยงดูเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อพฤติกรรมของบุคคลในปัจจุบัน ดังนั้นการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยต่างๆเกี่ยวกับแนวคิดเรื่องรูปแบบการอบรมเลี้ยงดูกับการเกิดโรควิตกกังวลไปทั่ว จะทำให้เกิดความเข้าใจ มีองค์ความรู้ใหม่ที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลผู้ป่วยโรควิตกกังวลไปทั่วต่อไป

คำสำคัญ: การอบรมเลี้ยงดู, ผู้ป่วย, โรควิตกกังวลไปทั่ว

Abstract:

In psychiatry, generalized anxiety disorder is a chronic and common disorder. The etiologies of generalized anxiety disorder can be divided into biological factors (neurotransmitter abnormality) and psychological factors or parenting style. Parenting style is one of factors that is associated with present behavior. This review of literature and research, aimed to provide an understanding of the relationship

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา 90110
รับต้นฉบับวันที่ 8 พฤษภาคม 2558 รับลงตีพิมพ์วันที่ 28 กันยายน 2558

between parenting style and generalized anxiety disorder, will encourage new study and promote good health care for generalized anxiety disorder.

Keywords: generalized anxiety disorder, parenting styles, patient

บทนำ

โรควิตกกังวลไปทั่ว (generalized anxiety disorder; GAD) เป็นโรคจิตเวชที่มีความเรื้อรังและพบได้บ่อยในเวชปฏิบัติ ในปี พ.ศ. 2548 National Comorbidity Survey Replication (NCS-R) พบว่าโรควิตกกังวลไปทั่วมีความชุกตลอดชีพร้อยละ 5.7 และความชุกต่อปีร้อยละ 3.1[1] ในปี พ.ศ. 2555 องค์การอนามัยโลกรายงานภาระโรคทั่วโลก (global burden of disease) พบว่าโรควิตกกังวลไปทั่วมีปีสุขภาวะที่สูญเสียไปจากโรคและการบาดเจ็บของประชากร (disability-adjusted life years; DALYs) ร้อยละ 1.0 ของสาเหตุความเจ็บป่วยทั้งหมด[2] และจำนวนปีที่สูญเสียเนื่องจากภาวะบกพร่องทางสุขภาพ (years lived with disability; YLD) คิดเป็นร้อยละ 3.7 ของสาเหตุความเจ็บป่วยทั้งหมด[3] และในปี พ.ศ. 2556 การศึกษาแบบ systematic review โดยใช้ข้อมูลของ Global Burden of Disease Study 2010 พบว่ากลุ่มโรควิตกกังวล (anxiety disorders) มีภาระโรค DALYs ร้อยละ 14.6 และ YLD ร้อยละ 15.3 ของโรคทางจิตเวชและการใช้สารเสพติด[4]

ปี พ.ศ. 2556 ผลสำรวจความชุกของกลุ่มโรควิตกกังวลในประเทศไทย โดยกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข พบว่ามีจำนวนผู้ป่วย 319,395 ราย หรืออัตรา 493 คนต่อประชากรแสนคน[5] และจากสถิติระหว่างปี พ.ศ. 2551-2555 ของแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยกลุ่มโรควิตกกังวลมารับบริการเป็นผู้ป่วยนอกเป็นอันดับสอง คิดเป็นร้อยละ 12.4 ของผู้ป่วยนอกจิตเวชทั้งหมด

โรควิตกกังวลไปทั่วพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย 2 เท่า มักเริ่มมีอาการในช่วงวัยรุ่นตอนปลายหรือวัยผู้ใหญ่ตอนต้น และพบได้บ่อยในผู้สูงอายุ รวมทั้งเป็นโรคที่เกิดร่วมกับโรคจิตเวชอื่นบ่อยที่สุด โดยเฉพาะ social phobia, specific phobia, panic disorder, depressive disorder และ substance-related disorders[5] การดำเนินโรควิตกกังวลไปทั่วพบว่ามีอาการขึ้นๆลงๆ สัมพันธ์กับความเครียดในชีวิตประจำวัน ก่อให้เกิดความไม่สุขสบายกาย ถ้าโรคเรื้อรังจะส่งผลให้ประสิทธิภาพการทำงานลดลง เสียค่าใช้จ่ายในการรักษา และเนื่องจากโรคมีอุบัติการณ์ของโรคจิตเวชร่วมในอัตราสูงดังที่กล่าวมา ทำให้บอกการดำเนินโรคและการพยากรณ์โรคในระยะยาวได้ยาก[6]

การวินิจฉัยโรควิตกกังวลไปทั่ว มีเกณฑ์วินิจฉัยตาม DSM-5 (Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th edition) ดังนี้[7]

A. มีความวิตก และกังวลใจอย่างมาก (หวั่นวิตกว่าจะมีสิ่งไม่ดีเกิดขึ้น) เกิดขึ้นอย่างน้อย 6 เดือน โดยวันที่เป็นมีมากกว่าวันที่ไม่เป็น และเป็นกับหลายๆ เหตุการณ์ หรือหลายๆ กิจกรรม (เช่น การงาน หรือการเรียน)

B. ผู้ป่วยรู้สึกว่ายากแก่การควบคุมความกังวลใจที่มี

C. ความวิตกและความกังวลใจนี้ สัมพันธ์กับอาการ 6 ข้อต่อไปนี้อย่างน้อย 3 ข้อขึ้นไป (โดยอย่างน้อยมีวันที่มีบางอาการมากกว่าวันที่ไม่มีในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา)

หมายเหตุ: ในเด็กมีเพียงแค่อาการเดียวก็เพียงพอ

1) กระสับกระส่าย หรือรู้สึกเหมือนถูกเร้า หรือเหมือนอาจเกิดเรื่องได้ตลอด

2) อ่อนเพลียง่าย

3) ตั้งสมาธิยาก หรือใจลอย

4) หงุดหงิด

5) กล้ามเนื้อตึงตัว

6) มีปัญหาการนอน (นอนหลับยาก หรือหลับๆ ตื่นๆ หรือกระสับกระส่ายหลับไม่ดี)

D. ความวิตกและและความกังวลใจหรืออาการทางกายก่อให้ผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานอย่างมีความสำคัญทางการแพทย์ หรือกิจกรรมด้านสังคม การงาน หรือด้านอื่นๆ ที่สำคัญ บกพร่องลง

E. อาการมิได้เป็นจากผลโดยตรงด้านสรีรวิทยาจากสาร (เช่น สารเสพติด ยา) หรือจากภาวะความเจ็บป่วยทางกาย (เช่น hyperthyroidism)

F. อาการวิตกกังวลไม่ได้เกิดจากโรคจิตเวชอื่นๆ เช่น ความวิตกหรือกังวลใจที่เกี่ยวข้องกับการเกิด panic attack (ดังใน panic disorder) การมีพฤติกรรมที่น่าอับอายท่ามกลางผู้คน (ดังใน social phobia) การติดเชื้อโรค (ดังใน obsessive-compulsive disorder) การต้องจากบ้านหรือญาติใกล้ชิด (ดังใน separation anxiety disorder) การกระตุ้นเตือนถึงภยันตราย (ดังใน posttraumatic stress disorder) การมีน้ำหนักเพิ่ม (ดังใน anorexia nervosa) การมีอาการทางร่างกายต่างๆ (ดังใน somatic symptom disorder) การรับรู้ข้อบกพร่องของร่างกาย (ดังใน body dysmorphic disorder) การมีโรคร้ายแรง (ดังใน illness anxiety disorder) หรือเป็นส่วนหนึ่งของความหลงผิด (ดังใน schizophrenia หรือ delusional disorder)

สาเหตุของโรควิตกกังวลไปทั่ว แบ่งออกเป็น[8]

1. ปัจจัยทางชีวภาพ

ปัจจุบันเชื่อว่าเกี่ยวข้องกับสารสื่อประสาทหลายตัว คือ GABA (γ-aminobytyric acid), serotonin, norepinephrine, glutamate และ cholecystokinin systems ส่วนปัจจัยทางพันธุกรรม มีการศึกษาแบบ case-control พบว่าร้อยละ 19.5 ของญาติสายตรงของผู้ป่วยโรควิตกกังวลไปทั่วและร้อยละ 3.5 ของญาติกลุ่มควบคุม (ผู้ที่ไม่มีประวัติโรคทางจิตเวชในครอบครัว) มีอาการเข้าได้กับโรควิตกกังวลไปทั่ว[9] การศึกษาการถ่ายทอดของครอบครัวและเครือญาติเปรียบเทียบกับปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม พบว่าปัจจัยด้านครอบครัวและเครือญาติเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อการเกิดโรควิตกกังวลไปทั่วร้อยละ 30-40[10] อย่างไรก็ตามข้อมูลจากการศึกษาเปรียบเทียบในคู่แฝดแท้และคู่แฝดเทียมยังไม่สามารถสรุปผลได้[11]

2. ปัจจัยทางจิตใจ

มีหลายแนวคิดที่อธิบายสาเหตุการเกิดโรควิตกกังวลไปทั่ว โดยแต่ละแนวคิดมีความเชื่อตรงกันว่าความกังวลที่ผิดปกติมีรากฐานมาจากประสบการณ์ช่วงวัยเด็ก (early experience) กล่าวคือ

2.1 ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ของ Sigmund Freud เชื่อว่าอาการวิตกกังวลเป็นผลมาจากความขัดแย้งระหว่าง id และ superego ในจิตไร้สำนึกที่ไม่ได้ถูกแก้ไข ทำให้เกิดเป็นสัญญาณความวิตกกังวล (signal anxiety) เพื่อเตือน ego ว่ามีอันตราย (psychologically meaningful dangers) ทำให้บุคคลนั้นรู้สึกหวาดหวั่น ตึงเครียด ยุ่งยาก และไม่เป็นสุข[12]

2.2 ทฤษฎี object relations ของ Melanie Klein เชื่อว่าความวิตกกังวลเกิดจากการมีจินตนาการที่ก้าวร้าว (aggressive fantasies) ต่อตนเอง (self) และผู้เลี้ยงดู (parent representation)[13]

2.3 ทฤษฎี cognitive-behavior เชื่อว่าความวิตกกังวลคือ ความผิดปกติในแง่ของการรับรู้และการแปลผลที่บิดเบือนต่อเหตุการณ์ต่างๆ ในลักษณะมองโลกในแง่ร้ายและยังประเมินความสามารถในการแก้ปัญหาของตนต่ำเกินจริง จึงทำให้เกิดความรู้สึกกลัวและวิตกกังวล[14]

2.4 ทฤษฎีพัฒนาการประสบการณ์วัยเด็ก (childhood developmental issues) ประสบการณ์วัยเด็กจะถูกนำมาเชื่อมโยงกับการเกิดโรควิตกกังวลไปทั่วคือ ถ้าประสบการณ์นั้นสะเทือนใจหรือเกี่ยวกับการเอาตัวรอดจากภาวะคุกคาม เด็กจะมีพฤติกรรมยับยั้ง (behavioral inhibition) มีแนวโน้มที่จะขี้อายและขลาดเมื่อเจอสถานการณ์ใหม่[15] มีอัตราการเกิดโรคในกลุ่มโรควิตกกังวลในวัยเด็กสูงและเป็นตัวทำนายการเกิดโรควิตกกังวลไปทั่วในวัยผู้ใหญ่[16]

2.5 ทฤษฎีบุคลิกภาพ เชื่อว่าโรควิตกกังวลไปทั่วไม่ใช่โรคแต่เป็นกลุ่มอาการที่เกิดจากบุคลิกภาพทำให้มีการปรับตัวผิดปกติ (maladaptive personality traits)[17]

2.6 ทฤษฎีการประมวลข้อมูล (information processing) เชื่อว่าสมองของผู้ป่วยโรควิตกกังวลไปทั่ว มีลักษณะตั้งใจรับ ประมวลข้อมูลและบันทึกข้อมูลเป็นความทรงจำแบบถูกคุกคามและวิตกกังวล[18]

2.7 ทฤษฎีอารมณ์ (affect theory) เชื่อว่าบุคคลที่มีอารมณ์ทางลบสูงจะมองโลกในแง่ร้าย มองตัวเองและผู้อื่นในทางลบ มักคิดใคร่ครวญเรื่องความผิดพลาดและความล้มเหลว โดยอารมณ์ทางลบนี้ประกอบด้วยส่วนความกลัว (fear component) และส่วนความเศร้า (sadness component) ถ้ามีส่วนความเศร้าเด่นจะกลายเป็นโรคซึมเศร้า ถ้าส่วนความกลัวเด่น จะทำให้มุ่งคิดแต่เรื่องความไม่แน่นอนของอนาคตและเป็นโรคในกลุ่มโรควิตกกังวล[19]

จากแนวคิดทั้งหมดที่กล่าวมาจะพบว่าการอบรมเลี้ยงดูเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อพฤติกรรมของบุคคล เด็กจะเติบโตมีคุณภาพชีวิตและบุคลิกภาพเช่นไรขึ้นอยู่กับสภาพครอบครัวและวิธีการอบรมเลี้ยงดูจากบุคคลในครอบครัวเป็นสำคัญ เพราะนอกจากครอบครัวจะถ่ายทอดลักษณะทางพันธุกรรมแล้วยังเป็นที่หล่อหลอมความรู้สึกนึกคิด พฤติกรรม ตลอดจนจิตสำนึกของความเป็นมนุษย์ที่สมบูรณ์ ปลูกฝังค่านิยม ความรัก และคุณค่าของการมีชีวิตให้กับเด็กตั้งแต่แรกเกิดจนเติบโตพึ่งตนเองได้ ด้วยเหตุนี้การอบรมเลี้ยงดูจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อพัฒนาการด้านต่างๆ และเป็นสิ่งแวดล้อมที่มีอิทธิพลต่อชีวิต[11]

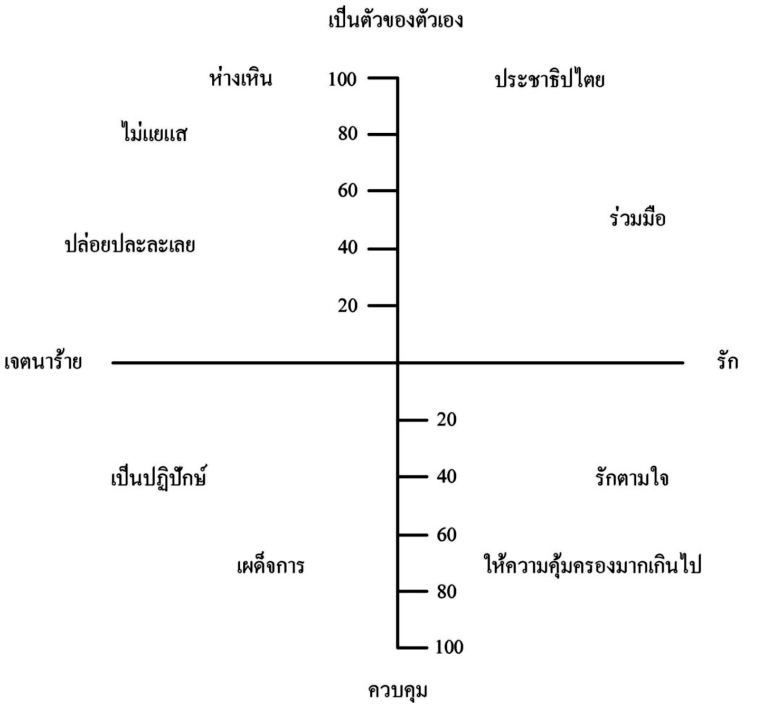
การอบรมเลี้ยงดู หมายถึง การที่บิดามารดาหรือผู้ปกครองมีปฏิสัมพันธ์กับเด็กทั้งทางตรงและทางอ้อม ทั้งทางวาจาและการกระทำ ทำให้เด็กรับรู้ทั้งความรู้สึกและการกระทำดังกล่าวของบิดามารดา[20]

แนวคิดเกี่ยวกับการอบรมเลี้ยงดู Schaefer และ Bell[21] สร้างแบบจำลองการอบรมเลี้ยงดู เพื่ออธิบายพฤติกรรมการอมรมเลี้ยงดูบุตรของบิดามารดา ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 มิติ คือ มิติรัก-เจตนาร้าย (love versus hostility) และมิติควบคุม-เป็นตัวของตัวเอง (control versus autonomy) (รูปที่ 1)

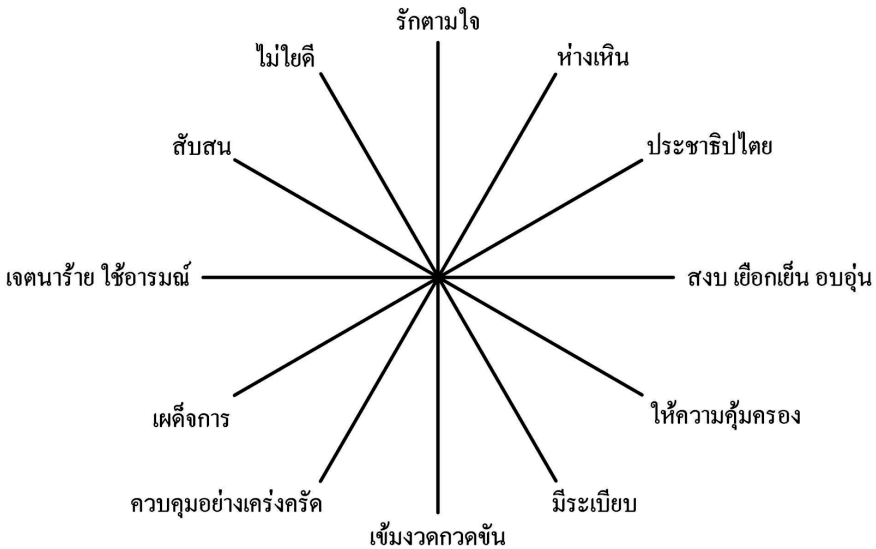
จากรูปที่ 1 Schaefer และ Bell อธิบายว่า “มิติรัก-เจตนาร้าย” เป็นอิสระจากมิติ “ควบคุม-เป็นตัวของตัวเอง” นั่นคือ บิดามารดาที่มีการอบรมเลี้ยงดูแบบ “รัก” ย่อมมีลักษณะควบคุมได้ เช่น การอบรมเลี้ยงดูแบบให้ความคุ้มครองย่อมมีทั้งมิติรักและควบคุม แต่บิดามารดามีการอบรมเลี้ยงดูแบบรักและเจตนาร้ายในเวลาเดียวกันไม่ได้ ดังนั้นการอบรมเลี้ยงดูแบบประชาธิปไตยจึงมีมิติ “รัก” และ “เป็นตัวของตัวเอง” แบบเผด็จการมีมิติ “ควบคุม” และ “เจตนาร้าย” แบบรักตามใจมีมิติ “รัก” และ “ควบคุมในระดับต่ำ” แบบให้ความคุ้มครองมีมิติ “รัก” และ “ควบคุม” ส่วนการอบรมเลี้ยงดูแบบปล่อยปละละเลยมีมิติ “เป็นตัวของตัวเอง” และ “เจตนาร้าย”

ต่อมา Becker[22] เสนอรูปแบบการอบรมเลี้ยงดูของบิดามารดาออกเป็น 3 มิติ โดยแยกย่อยมิติควบคุม-เป็นตัวของตัวเอง (control versus autonomy) ออกเป็นมิติเข้มงวดกวดขัน-รักตามใจ (restrictiveness versus permissiveness) และมิติใช้อารมณ์-สงบเยือกเย็น (anxious-emotional involvement versus calm-detachment) ส่วนอีกมิติหนึ่งคือ มิติรัก-เจตนาร้าย (love versus hostility) นั้นแทนที่ด้วยมิติอบอุ่น-เจตนาร้าย (warmth versus hostility) การที่ Becker ได้เพิ่มมิติที่ 3 เข้ามาก็เพื่ออธิบายรูปแบบการอบรมเลี้ยงดูแต่ละแบบให้ชัดเจนขึ้น เช่น การอบรมเลี้ยงดูแบบประชาธิปไตย (democratic) และแบบรักตามใจ (indulgent) อยู่ในมิติอบอุ่น เพียงแต่การอบรมเลี้ยงดูแบบตามใจนั้นบิดามารดาจะมีความสงบเยือกเย็นกว่า (รูปที่ 2)

จากรูปที่ 2 Becker ใช้มิติ “เข้มงวดกวดขัน-รักตามใจ” แทนมิติ “ควบคุม-เป็นตัวของตัวเอง” และใช้มิติ “อบอุ่น-เจตนาร้าย” แทนมิติ “รัก-เจตนาร้าย” และเพิ่มมิติ “ใช้อารมณ์-ไม่ใช้อารมณ์” เข้าไปในรูปแบบอีกมิติหนึ่ง สำหรับมิติ “อบอุ่น” จะประกอบด้วย การยอมรับ พอใจ เห็นด้วย เข้าใจ เน้นความสำคัญของเด็ก ใช้คำอธิบายให้เหตุผลในการฝึกวินัย ให้คำชมไม่ใช้การลงโทษ มิติ “เจตนาร้าย” จะมีลักษณะตรงข้ามกับมิติ “อบอุ่น” มิติ “เข้มงวดกวดขัน” บิดามารดาจะเคร่งครัดในระเบียบวินัย ความเป็นระเบียบและการเชื่อฟัง ส่วนมิติ “ใช้อารมณ์” จะมีลักษณะขาดเหตุผล ตัวอย่างเช่น การอบรมเลี้ยงดูแบบไม่สนใจใยดี ซึ่งบิดามารดาใช้อารมณ์ในการอบรมเลี้ยงดู



รูปที่ 1 แสดงมิติการอบรมเลี้ยงดูของ Schaefer และ Bell[21]



รูปที่ 2 แสดงรูปแบบสมมติฐานพฤติกรรมของแม่ของ Becker[22]

ในเวลาต่อมามีผู้ศึกษาวิจัยและจัดรูปแบบการอบรมเลี้ยงดูมาอย่างต่อเนื่อง เช่น Baumrind[23] Maccoby และ Martin[24] และ Rogers[25]

Baumrind อธิบายพฤติกรรมการอบรมเลี้ยงดูบุตรของบิดามารดาประกอบด้วย 2 มิติ คือ

1. มิติควบคุมหรือเรียกร้องจากบิดามารดา (control/demand) คือ การที่บิดามารดากำหนดมาตรฐานสำหรับเด็กและเรียกร้องให้เด็กทำตามมาตรฐานที่บิดามารดาได้กำหนดไว้ ซึ่งบิดามารดาบางคนจะมีมาตรฐานสูงและเรียกร้องให้เด็กปฏิบัติตามมาตรฐานที่กำหนด ในขณะที่บิดามารดาบางคนเรียกร้องให้เด็กทำตามมาตรฐานเพียงเล็กน้อยและไม่พยายามที่จะใช้อิทธิพลในการควบคุมเด็ก

2. มิติตอบสนองความรู้สึกเด็ก (responsive) คือ การที่บิดามารดาหรือผู้ดูแลเด็กตอบสนองต่อความต้องการของเด็ก ซึ่งบิดามารดาบางคนจะยอมรับเข้าใจ และตอบสนองความต้องการของเด็กด้วยดี เปิดโอกาสให้เด็กคิดและตัดสินใจด้วยตนเอง ในขณะที่บิดามารดาบางคนเพิกเฉยและปฏิเสธต่อความต้องการของเด็ก (ตารางที่ 1)[23]

Baumrind จัดรูปแบบการอบรมเลี้ยงดูเป็น 3 รูปแบบ คือ[23]

1. เอาใจใส่ (authoritative parenting style) คือ การอบรมเลี้ยงดูที่บิดามารดาสนับสนุนให้เด็กมีพัฒนาการตามวุฒิภาวะของเด็ก โดยที่บิดามารดาจะอนุญาตให้เด็กมีอิสระตามควรแก่วุฒิภาวะ แต่ในขณะเดียวกันบิดามารดาจะกำหนดขอบเขตพฤติกรรมของเด็กและกำหนดให้เด็กเชื่อฟังและปฏิบัติตามแนวทางที่บิดามารดากำหนดไว้อย่างมีเหตุผล ถึงแม้บิดามารดาจะมีการเรียกร้องสูง แต่ในขณะเดียวกันก็ให้ความรักความอบอุ่นและใส่ใจต่อเด็ก เปิดโอกาสให้เด็กเป็นตัวของตัวเอง รับฟังเหตุผลจากเด็กและสนับสนุนให้เด็กมีส่วนร่วมในการคิดตัดสินใจเรื่องต่างๆ ของครอบครัว

2. ควบคุม (authoritarian parenting style) คือ การอบรมเลี้ยงดูที่บิดามารดามีความเข้มงวด เรียกร้องสูง แต่ไม่ตอบสนองความต้องการของเด็กโดยสิ้นเชิง มีการจัดระบบการควบคุมและวางกฎเกณฑ์ให้เด็กปฏิบัติตามอย่างเข้มงวด โดยไม่มีการอธิบายหรืออธิบายน้อยมาก เด็กต้องยอมรับในคำพูดของบิดามารดาว่าเป็นสิ่งที่ถูกต้องเหมาะสมเสมอ มีการใช้อำนาจควบคุมโดยวิธีบังคับและลงโทษเมื่อเด็กไม่ทำตามความคาดหวังของบิดามารดา บิดามารดามักห่างเหินและปฏิเสธเด็ก

3. ตามใจ (permissive parenting style) คือ การอบรมเลี้ยงดูที่บิดามารดาปล่อยให้เด็กทำสิ่งต่างๆ ตามการตัดสินใจของเด็กโดยไม่กำหนดขอบเขต ใช้การลงโทษน้อย ไม่เรียกร้องหรือควบคุมพฤติกรรมเด็ก เด็กสามารถแสดงออกซึ่งความรู้สึกและอารมณ์ได้อย่างเปิดเผย บิดามารดาอาจให้คำปรึกษาหรือพยายามใช้

ตารางที่ 1 รูปแบบการอบรมเลี้ยงดู แสดง 2 มิติหลักของ Baumrind[23]

มิติควบคุม / มิติตอบสนอง	ควบคุม (controlling/demand)	ไม่ควบคุม (uncontrolling/undemand)
ตอบสนองและอบอุ่น (responsive & warm)	แบบเอาใจใส่ (authoritative)	แบบตามใจ (permissive)
ห่างเหินและไม่ตอบสนอง (aloof & unresponsive)	แบบควบคุม (authoritarian)	แบบทอดทิ้ง (uninvolved)

เหตุผลกับเด็ก แต่ไม่มีอำนาจการควบคุมพฤติกรรมของเด็ก บิดามารดาจะให้ความรักความอบอุ่นและตอบสนองความต้องการของเด็กเสมอ

ต่อมา Maccoby and Martin ได้เพิ่มรูปแบบการอบรมเลี้ยงดูแบบที่ 4 ซึ่งเป็นการผสมผสานระหว่างการไม่เรียกร้องและการปฏิเสธ คือ[24]

4. ทอดทิ้ง (uninvolved parenting style) เป็นการอบรมเลี้ยงดูที่บิดามารดาไม่ให้ความสนใจหรือตอบสนองความต้องการของเด็ก ให้การดูแลเอาใจใส่ต่อเด็กน้อยมาก บิดามารดากลุ่มนี้จะเพิกเฉยต่อเด็กพอๆกับไม่เรียกร้องหรือวางมาตรฐานพฤติกรรมใดๆ ให้เด็กปฏิบัติ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะบิดามารดาปฏิเสธเด็กตั้งแต่แรกหรือหมกมุ่นอยู่กับปัญหา และความกดดันในชีวิตประจำวันของตนเองจนไม่มีเวลาดูแลเอาใจใส่เด็ก

Rogers แบ่งการอบรมเลี้ยงดูที่มีอิทธิพลต่อการพัฒนาบุคลิกภาพออกเป็น 3 แบบ คือ[25]

1. ประชาธิปไตย (democracy) หมายถึง วิธีการอบรมเลี้ยงดูของบิดามารดาที่ทำให้เด็กรู้สึกว่าตนได้รับการปฏิบัติด้วยความยุติธรรม ไม่ตามใจหรือเข้มงวดจนเกินไป มีเหตุผล ยอมรับความสามารถและความคิดเห็น ตลอดจนให้ความรัก ความเอาใจใส่ เป็นกันเองและให้ความร่วมมือตามโอกาสเหมาะสม

2. ทอดทิ้ง (rejection) หมายถึง วิธีการอบรมเลี้ยงดูของบิดามารดาที่ทำให้เด็กรู้สึกว่าตนเองถูกเกลียดชัง ไม่ได้รับการเอาใจใส่ สนับสนุนหรือให้คำแนะนำเท่าที่ควร มักใช้วิธีลงโทษที่รุนแรงและปราศจากเหตุผล ไม่ให้ความสนใจสนิทสนมเป็นกันเองและปล่อยปละละเลยต่อความเป็นอยู่

3. ให้ความคุ้มครองมากเกินไป (overprotection) หมายถึง วิธีการอบรมเลี้ยงดูของบิดามารดาที่ทำให้เด็กรู้สึกว่าตนเองไม่ได้รับอิสระที่จะทำอะไรด้วยตนเองเท่าที่ควร ไม่ได้ทำตามความต้องการ ต้องปฏิบัติตามระเบียบวินัยที่บิดามารดากำหนดไว้ ถูกควบคุมและอยู่ในสายตาหรือคุ้มครองป้องกัน ให้ความช่วยเหลืออยู่ตลอดเวลา

สำหรับในประเทศไทย ดวงเดือน พันธุมนาวิน และ เพ็ญแข ประจนปัจจนึก[26] ได้แบ่งรูปแบบการอบรมเลี้ยงดูของมารดาไทยออกเป็น 5 รูปแบบ คือ

1. รักสนับสนุน คือ การที่บิดามารดาปฏิบัติต่อบุตรด้วยความรักเอาใจใส่ทุกข์สุข มีความใกล้ชิดและทำกิจกรรมต่างๆ ร่วมกับเด็ก ให้ความช่วยเหลือสนับสนุนแก่เด็กในสิ่งที่ต้องการทุกอย่าง

2. ให้เหตุผล คือ การที่บิดามารดาอธิบายเหตุผลให้กับเด็ก เมื่อต้องการขัดขวางหรือสนับสนุนเด็ก บิดามารดามีการลงโทษและให้รางวัลแก่เด็กอย่างเหมาะสมมากกว่าการใช้อารมณ์

3. ลงโทษทางจิตใจ คือ การที่บิดามารดาใช้วาจาว่ากล่าวติเตียนเด็ก เมื่อเด็กกระทำความผิด ขู่ว่าจะไม่รัก ตัดสิทธิ์เด็กที่เคยได้รับเมื่อเด็กมีพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์

4. ควบคุม คือ การที่บิดามารดาออกคำสั่งให้เด็กทำตาม และคอยควบคุมอย่างใกล้ชิดว่าเด็กจะทำหรือไม่ ถ้าเด็กไม่ทำตามก็จะลงโทษ

5. ต้องการให้พึ่งตนเองเร็ว คือ การที่บิดามารดาให้โอกาสเด็กทำกิจกรรมต่างๆ ด้วยตนเอง ซึ่งบิดามารดาจะเป็นผู้แนะนำและช่วยฝึกฝนให้บ้าง

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบการอบรมเลี้ยงดูกับโรควิตกกังวลไปทั่ว

1. การศึกษาในตัวผู้ป่วย

มีการศึกษารูปแบบการอบรมเลี้ยงดูในผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ที่ป่วยเป็นโรควิตกกังวลไปทั่ว โดยการตอบแบบสอบถามย้อนหลังเกี่ยวกับพฤติกรรมรูปแบบการเลี้ยงดูของบิดามารดาที่ผู้ป่วยรับรู้ (perceived parenting styles) เปรียบเทียบระหว่างผู้ป่วยโรควิตกกังวลไปทั่วและผู้ที่ไม่มีภาวะวิตกกังวล โดยใช้เครื่องมือ Parental bonding instrument (PBI) หรือ EMBU (Egna Minnen Beträffande Uppfostram - “My Memories of Upbringing”) พบว่าผู้ป่วยโรควิตกกังวลไปทั่ว ส่วนใหญ่มีมุมมองต่อบิดามารดาว่ามีการเลี้ยงดูแบบปล่อยปละละเลย

(rejection) และใช้อำนาจควบคุม (control)[27-39] แต่ยังมีข้อถกเถียงกันว่า ข้อมูลที่ได้อาจไม่ตรงกับรูปแบบการเลี้ยงดูจริง อย่างไรก็ตามการศึกษาของ Parker[40] พบว่าการเกิดอาการทางจิตเวชได้รับอิทธิพลจากรูปแบบการเลี้ยงดูที่ผู้ป่วยรับรู้มากกว่ารูปแบบการเลี้ยงดูจริง

2. การศึกษาในบิดามารดา

มีหลายงานวิจัยเชิงพรรณนาพบว่าบิดามารดาของผู้ป่วยที่วิตกกังวลจะมีลักษณะควบคุม (control) คุ้มครองมากเกินไป (overprotection) ปล่อยปละละเลย (rejection) และวิพากษ์วิจารณ์ (critical) ถึงแม้ว่าจะมีข้อจำกัดหลายอย่างของการศึกษาประเภทนี้ แต่ว่าผลการศึกษานั้นเป็นไปในแนวทางเดียวกับการศึกษาในตัวผู้ป่วยโดยใช้แบบสอบถามย้อนกลับ[41-43]

3. การศึกษาโดยการสังเกต

เป็นการศึกษาอีกวิธีหนึ่งที่ใช้ในการประเมินรูปแบบการอบรมเลี้ยงดู โดยการสังเกตปฏิสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดาและบุตรโดยตรง ซึ่งเป็นวิธีการศึกษาที่ใช้เวลามากและกำหนดระเบียบวิธีวิจัยได้ยากจึงมีการศึกษาในประเภทนี้ค่อนข้างน้อย ตัวอย่างการศึกษาที่พบคือ การศึกษาของ Krohne และ Hock[44] ศึกษาโดยการสังเกตปฏิสัมพันธ์ระหว่างมารดาและบุตร 47 คู่ โดยบุตรมีอายุตั้งแต่ 10-13 ปี ผลการศึกษาพบว่ามารดาของเด็กหญิงที่มีความวิตกกังวลสูงจะมีลักษณะควบคุม (control) มากกว่าแม่ของเด็กหญิงที่มีความวิตกกังวลต่ำ แต่ไม่พบผลเดียวกันนี้ในเด็กชาย

สรุป

จากการทบทวนงานวิจัยทั้งที่ศึกษาในตัวผู้ป่วย ในบิดามารดา และโดยการสังเกตพบว่ารูปแบบการเลี้ยงดูที่พบในผู้ป่วยโรควิตกกังวลไปทั่วส่วนใหญ่เป็นบิดามารดาที่มีลักษณะควบคุม (control) ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีทางจิตใจ คือ ทฤษฎี cognitive-behavior ที่เชื่อว่าความวิตกกังวลเกิดจากการที่เด็กมองโลกในแง่ร้ายและประเมินความสามารถในการแก้ปัญหาของตนต่ำเกินจริง ทั้งนี้มาจากการที่บิดามารดาควบคุมจนเด็กไม่สามารถเรียนรู้ถึงศักยภาพของตนในการจัดการปัญหาด้วยตนเอง

ปัจจัยด้านการเลี้ยงดูอาจมีผลต่อการเกิดโรควิตกกังวลไปทั่ว ดังนั้นในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรควิตกกังวลไปทั่วนั้น การให้ยาเพียงอย่างเดียวอาจทำให้อาการดีขึ้นแต่ไม่สามารถทำให้ผู้ป่วยหายขาด ผู้ป่วยมีโอกาสที่จะมีอาการหลงเหลือ (residual symptoms) และกลับเป็นซ้ำได้ (relapse) โดยมีปัจจัยทางจิตพลวัต (psychodynamic) ที่เกี่ยวข้องกับการเกิดและการคงอยู่ของโรควิตกกังวลไปทั่ว ซึ่งหนึ่งในปัจจัยเหล่านั้นคือรูปแบบการอบรมเลี้ยงดู ที่ส่งผลต่อพฤติกรรม รูปแบบการประมวลข้อมูล และการเรียนรู้ของเด็ก ดังนั้นการเลี้ยงดูที่ไม่เหมาะสมอาจทำให้เด็กเป็นคนขี้กังวล ขลาดอาย มีอารมณ์ทางลบได้มาก และเป็นสาเหตุของการเกิดโรควิตกกังวลไปทั่ว

เอกสารอ้างอิง

1. Kessler RC, Berglund P, Demler O, et al. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of *DSM-IV* disorders in the National Comorbidity Survey Replication. Arch Gen Psychiatry 2005; 62: 593 - 602.
2. World Health Organization. Global health estimates 2014 summary tables: DALY by cause, age and sex, 2000-2012 [homepage on the Internet]. Jeneva: WHO; 2014 [cited 2014 Dec 6]. Available from: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GHE_DALY_Global_2000_2012.xls
3. World Health Organization. Global health estimates 2014 summary tables: YLD by cause, age and sex, 2000-2012 [homepage on the Internet]. Jeneva: WHO; 2014 [cited 6 Dec 2014]. Available from: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GHE_YLD_Global_2000_2012.xls
4. Whiteford HA, Degenhardt L, Rehm J, et al. Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. Lancet 2013; 382: 1575 - 86.
5. Dmh.go.th. Number of mental health patients in Thailand: distribution by province [homepage on the Internet]. Nonthaburi: Mental Health Services [cited

6 Dec 2014]. Available from: www.dmh.go.th/report/patient/diag8-56.xls

6. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Synopsis of Psychiatry Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry. 11th ed. Philadelphia: LWW; 2014.
7. American Psychiatric Association. Desk reference to the diagnostic criteria from DSM-5™. Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2013.
8. Stein DJ, Hollander E, Rothbaum BO. Textbook of Anxiety Disorders. 2nd ed. Virginia: American Psychiatric Publishing; 2009.
9. Noyes R, Clarkson C, Crowe RR, et al. A family study of generalized anxiety disorder. Am J Psychiatry 1987; 144: 1019 - 24.
10. Hettama JM, Neale MC, Kendler KS. A review and meta-analysis of the genetic epidemiology of anxiety disorders. Am J Psychiatry 2001; 158: 1568 - 78.
11. Andrews G, Stewart S, Allen R, et al. The genetics of six neurotic disorders: a twin study. J Affect Disord 1990; 19: 23 - 9.
12. Freud S. Inhibitions, symptoms and anxiety. In: Strachey J, editor. Standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud. Vol 20. London: Hogarth Press; 1955; p.77 - 175.
13. Klein M. A contribution to the theory of anxiety and guilt. Int J Psychoanal 1948; 29: 114 - 23.
14. Beck AT, Clark CA. Anxiety and depression: an information processing perspective. Anxiety Research 1988; 1: 23 - 36.
15. Safren SA, Gershuny BS, Marzol P, et al. History of childhood abuse in panic disorder, social phobia, and generalized anxiety disorder. J Nerv Ment Dis 2002; 453 - 6.
16. Rosenbaum JF, Biederman J, Bolduc-Murphy EA, et al. Behavioral inhibition in childhood: a risk factor for anxiety disorders. Harv Rev Psychiatry 1993; 1: 2 - 16.
17. Spielberger CD. Anxiety as an emotional state. In: Spielberger CD, editor. Anxiety: current trends in theory and research. Vol 1. New York, Academic Press; 1972; p.24 - 49.
18. Coles ME, Turk CL, Heimberg RG. Memory bias for threat in generalized anxiety disorder: the potential importance of stimulus relevance. Cogn Behav Ther 2007; 36: 65 - 72.
19. Tellegen A. Structures of mood and personality and their relevance to assessing anxiety, with an emphasis on self-report. In: Tuma AH, Maser J, editors. Anxiety and the anxiety disorders. New Jersey: Erlbaum; 1985; p.681 - 706.
20. Dhammabovorn N. Family and education. Bangkok: Office of the National Education Commission; 1998.
21. Schaefer ES, Bell RQ. Development of parental attitude research instrument. Child Dev 1958; 29: 339 - 61.
22. Becker WC. Consequences of different kinds of parental discipline. In: Hoffman ML, Hoffman LW, editors. Review of child development research. Vol 1. New York: Russell Stage Foundation; 1964; p.169 - 208.
23. Baumrind D. Some thoughts about child rearing. In: Bronfenbrenner U, editor. Influence of Human Development. 2nd ed. Illinois: The Dryden Press; 1971; p.270 - 91.
24. Maccoby EE, Martin J. Socialization in the context of family: parent-child interaction. In: Mussen PH, editor. Handbook of child psychology. Socialization, personality, and social development. Vol 4. New York: Wiley; 1983; p.1 - 101.
25. Rogers D. Issues in adolescent psychology. 2nd ed. New York: Meredith Corporation; 1972; p.91 - 7.
26. Panthumnavin D, Prajonpajjaneuk P. Relationships within the family associated with mental health and morality of adolescents. Research report. Bangkok: Institute of Behavioral Science 1981; 26: 22 - 34.
27. Alnaes R, Torgersen S. Parental representation in patients with major depression, anxiety disorder and mixed conditions. Acta Psychiatr Scand 1990; 81: 518 - 22.
28. Arbel N, Stravynsky A. A retrospective study of separation in the development of adult avoidant personality disorder. Acta Psychiatr Scand 1991; 83: 174 - 8.
29. Bogels SM, Melick MV. The relationship between child-report, parent self-report, and partner report of perceived parental rearing behaviors and anxiety

in children and parents. Pers Indiv Differ 2004; 37: 1583 - 96.

30. Bruch MA, Heimberg RG. Differences in perceptions of parental and personal characteristics between generalized anxiety disorder and nongeneralized social phobics. J Anxiety Disord 1994; 8: 155 - 68.
31. Laraia MT, Stuart GW, Frye LH, et al. Childhood environment of women having panic disorder with agoraphobia. J Anxiety Disord 1994; 8: 1 - 17.
32. Leon CA, Leon A. Panic disorder and parental bonding. Psychiatric Annals 1990; 20: 503 - 8.
33. Lieb R, Wittchen HU, Hofler M, et al. Parental psychopathology, parenting styles, and the risk of social phobia in offspring: a prospective-longitudinal community study. Arch Gen Psychiatry 2000; 57: 859 - 66.
34. Parker G. Parental representations of patients with anxiety neurosis. Acta Psychiatr Scand 1981; 63: 33 - 6.
35. Reitman D, Asseff J. Parenting practices and their relation to anxiety in young adulthood. J Anxiety Disord 2010; 24: 565 - 72.
36. Rapee RM. Potential role of childrearing practices in the development of anxiety and depression. Clin Psychol Rev 1997; 17: 47 - 67.
37. Silove D. Perceived parental characteristics and reports of early parental deprivation in agoraphobic patients. Aust N Z J Psychiatry 1986; 20: 365 - 69.
38. Stravynski A, Elie R, Franche RL. Perception of early parenting by patients diagnosed avoidant personality disorder: a test of the overprotection hypothesis. Acta Psychiatr Scand 1989; 80: 415 - 20.
39. Tearnan BH, Telch MJ. Etiology of agoraphobia: an investigation of perceived childhood and parental factors. Phobia Practice and Research Journal 1988; 1: 13 - 24.
40. Parker G. Parental overprotection: a risk factor in psychosocial development. Sydney: Grune & Stratton; 1983.
41. Coolidge JC, Brodie RD. Observations of mothers of 49 school phobic children: evaluated in a 10-year follow-up study. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1974; 13: 275 - 85.
42. Eisenberg L. School phobia: a study in the communication of anxiety. Am J Psychiatry 1958; 114: 712 - 8.
43. Rosenthal MJ, Finkelstein M, Ni E, et al. A study of mother-child relationships in the emotional disorders of children. Gen Psychol Monogr 1959; 60: 65 - 116.
44. Krohne HW, Hock M. Relationships between restrictive mother-child interactions and anxiety of the child. Anxiety Research 1991; 4: 109 - 24.