

Anorexia และ Bulimia Nervosa : จากตะวันตกสู่ตะวันออก

พรรณพิมล หล่อตระกูล*, มาโนช หล่อตระกูล**

* ศูนย์สุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต ถนนพระราม 6 กรุงเทพมหานคร 10400

** ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

ถนนพระราม 6 กรุงเทพมหานคร 10400

Anorexia and Bulimia Nervosa: From the West to the East

Panpimol Lotrakul*, Manote Lotrakul**

* Child Mental Health Center, Rama VI Road, Bangkok 10400.

** Department of Psychiatry, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University, Rama VI Road, Bangkok 10400.

Anorexia และ bulimia nervosa เป็นความผิดปกติของการกิน (eating disorder) ซึ่งพบบ่อยในเด็กวัยรุ่น โดยเฉพาะเพศหญิง¹⁻³ ภาวะ anorexia และ bulimia nervosa ได้รับความสนใจมากขึ้นในทศวรรษหลังๆ ทั้งในซีกโลกตะวันตกและตะวันออก เนื่องจากพบว่าอุบัติการณ์ของโรคเพิ่มมากขึ้น^{4,6} ปัจจุบันยังไม่สามารถบ่งชี้สาเหตุการเกิดโรคได้ชัดเจน เชื่อว่าสาเหตุสัมพันธ์กับหลายปัจจัย (multifactorial disorder) ได้แก่ ปัจจัยทางพันธุกรรม ปัจจัยเสี่ยงในตัวบุคคล ความผิดปกติของระบบต่อมไร้ท่อ ปัจจัยทางโครงสร้างครอบครัว และแน่นอนว่าเป็นโรคที่มีความสัมพันธ์กับปัจจัยทางสังคมวัฒนธรรม

บทความนี้รวบรวมการศึกษา anorexia และ bulimia nervosa ในซีกโลกตะวันตก ในด้านระบาดวิทยา ลักษณะผู้ป่วย และการวินิจฉัย จากนั้นได้รวบรวมรายงานผู้ป่วยจากซีกโลกตะวันออก ซึ่งมีลักษณะบางประการที่น่าสนใจและแตกต่างจากทางตะวันตก และแสดงข้อวิจารณ์ต่อความแตกต่างที่พบ ทั้งนี้เพื่อให้ผู้อ่านตระหนักว่ามีผู้ป่วยจำนวนหนึ่งที่มีอาการไม่เป็นไปตามแบบฉบับดังที่พบในทางตะวันตก โดยเฉพาะอาการที่มักยึดถือกันว่าเป็นอาการหลัก คือ อาการกลัวอ้วน และการมีภาพลักษณ์ตนเองที่ผิดปกติไป

มุมมองจากตะวันตก

ระบาดวิทยา

Anorexia nervosa เป็นภาวะที่พบได้บ่อยในวัยรุ่นตอนต้น ส่วน bulimia พบได้บ่อยในช่วงวัยรุ่นตอนปลายถึงช่วงผู้ใหญ่

ตอนต้น¹ ความชุกของโรคนี้ในชุมชนพบได้ตั้งแต่ร้อยละ 0.1 ถึง 1.0⁷⁻¹⁰ ซึ่งแปรไปตามกลุ่มประชากรที่ศึกษาในแง่ของอายุ เศรษฐฐานะ วิธีการศึกษา หรือเกณฑ์ที่ใช้ในการศึกษา ตัวอย่างเช่น การศึกษาของเมโยคลินิกในกลุ่มเด็กผู้หญิงวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี พบว่ามี eating disorders ร้อยละ 0.3¹¹ และการศึกษาในกลุ่มเสี่ยง เช่น นางแบบ นักแสดงบัลเลต์ ซึ่งมีความกดดันเรื่องรูปร่างมาก พบอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 5-7³

Lucas¹² เห็นว่าอุบัติการณ์ของ eating disorders ที่เพิ่มขึ้นอาจเป็นจากผู้ป่วยที่ต้องการการรักษาที่มีจำนวนเพิ่มขึ้น แต่รายงานส่วนใหญ่เห็นพ้องกันว่าพบ anorexia nervosa เพิ่มขึ้นในผู้หญิงอายุระหว่าง 15-24 ปี ซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรค และมีช่วงการเกิดโรคสูงสุดที่อายุ 14 และ 18 ปี นอกจากนี้ยังพบว่าอุบัติการณ์ของโรคนี้ในเพศชายเพิ่มขึ้นเช่นกัน²

ลักษณะอาการ และการวินิจฉัย

ผู้ป่วย anorexia nervosa จะหมกมุ่นอย่างมากกับเรื่องการกินอาหารและน้ำหนักตัวของตนเอง มีอาการกลัวอ้วน มองว่าตนเองเป็นคนอ้วนอยู่ตลอด (distorted body image) พยายามทำทุกวิถีทางเพื่อให้น้ำหนักลด มักเริ่มด้วยการจำกัดอาหาร โดยเฉพาะอาหารที่มีแคลอรีสูง จากนั้นน้ำหนักตัวเริ่มลดลงเรื่อยๆ ติดตามด้วยการเกิดภาวะขาดประจำเดือน¹³

ใน bulimia nervosa นั้น ปัญหาหลักคือผู้ที่เป็นจะควบคุมการกินของตนเองไม่ได้ โดยมีอาการกินมาก กินเร็ว กินไม่

หยุด อาหารที่กินมักเป็นของหวานหรือของย่อยง่าย หลังกินมากจะรู้สึกผิดพยายามควบคุมน้ำหนักโดยการล้วงคอให้อาเจียน ใช้ยาระบาย ยาขับปัสสาวะ หรืออดอาหาร¹³

ทั้ง anorexia และ bulimia nervosa มีอาการหลักร่วมกัน คือ มีความคิดที่ผิดปกติเกี่ยวกับรูปร่างและน้ำหนักตัวของตนเอง ผู้ป่วยต้องการผอม กลัวตัวเองอ้วนหรือมี weight phobia ทั้งๆ ที่มีน้ำหนักตัวน้อยกว่าปกติ ความหมกมุ่นกับเรื่องน้ำหนักตัว และต้องการผอมนี้ จัดว่าเป็นอาการประหลาดของ anorexia nervosa พบว่าภาวะ bulimia และ anorexia มีความสัมพันธ์กัน มีลักษณะบางประการใกล้เคียงกัน และอาจพบร่วมในผู้ป่วยคนเดียวกันได้ แต่อย่างไรก็ตามเกณฑ์ในการวินิจฉัยแบ่งผู้ป่วย anorexia และ bulimia nervosa เป็นคนละโรค^{13,14}

ใน anorexia nervosa ผู้ป่วยจะควบคุมปริมาณอาหารที่กิน ร่วมกับมีพฤติกรรมการกินอาหารที่ผิดปกติ เช่น ใช้เวลาในการกินอาหารนานมาก การกินอาหารซ้ำทำให้ได้ปริมาณอาหารน้อยลง ผู้ป่วยจะตัดหรือแบ่งอาหารให้เป็นชิ้นเล็กๆ เพื่อจะได้ใช้เวลาในการกินอาหารนานขึ้น มักเลือกกินอาหารบางอย่าง โดยจะสนใจปริมาณแคลอรีในอาหารที่กินมาก เริ่มหลีกเลี่ยงการกินอาหารกับคนในครอบครัว นอกจากนี้ยังพยายามลดน้ำหนักด้วยวิธีอื่นๆ เช่น ล้วงคอให้อาเจียน กินยาระบาย เพิ่มการเคลื่อนไหวของร่างกายโดยการวิ่งกลับไปกลับมา ออกกำลังกาย หรือเล่นกีฬาอย่างหนัก เป็นต้น^{2,15,16}

ผู้ป่วย bulimia nervosa จะเริ่มมีอาการด้วยการกินอาหารมากผิดปกติ ที่เรียกว่า binge โดยเฉพาะอาหารที่มีแคลอรีสูง

หลังการกินอาหารมากผู้ป่วยจะรู้สึกว่าคุณเสียการควบคุมตนเอง ผู้ป่วยจะล้วงคอให้อาเจียน หรือใช้ยาระบาย การเกิดอาการมักสัมพันธ์กับการมีความเครียดที่สูงขึ้น ในระหว่างที่ไม่มีอาการผู้ป่วยมักควบคุมอาหาร หลีกเลี่ยงอาหารที่เคยกินเวลาที่มี binge การดำเนินโรคจะมีระยะเวลายาวนานจนกลายเป็นลักษณะนิสัยการกินอาหาร^{2,15,16}

เกณฑ์ในการวินิจฉัยของ anorexia และ bulimia nervosa ที่นิยมใช้กันคือ เกณฑ์การวินิจฉัยของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (DSM-IV)¹³ และเกณฑ์การวินิจฉัยขององค์การอนามัยโลก (ICD-10)¹⁴ ซึ่งมีเนื้อหาไม่แตกต่างกันนัก (ตารางที่ 1)

มุมมองจากตะวันออก

ทั้ง anorexia และ bulimia nervosa นั้นเดิมเชื่อกันว่าพบได้น้อยใน non-western societies และ non-cocasionians¹⁷ อย่างไรก็ตามมีข้อสงสัยเกิดว่า ในทศวรรษหลังๆ มีรายงานผู้ป่วยจากประเทศทางตะวันออกเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ และมีผู้ป่วยจำนวนหนึ่งที่มีอาการไม่เป็นไปตามแบบฉบับที่มักพบในทางตะวันตก

ระบาดวิทยา

ในทางเอเชียมีรายงานระบาดวิทยาของโรคในชุมชนอยู่ 2 ประเทศ โดยในฮ่องกงพบผู้ป่วย anorexia nervosa เพียง 1 รายในประชากร 7,229 คน (ร้อยละ 0.01)¹⁸ ในเมืองเกียวโต ประเทศญี่ปุ่นพบความชุกในเขตเมืองร้อยละ 0.2 และเขต

ตารางที่ 1 เกณฑ์การวินิจฉัย anorexia และ bulimia nervosa*

Anorexia nervosa
1. น้ำหนักตัวต่ำกว่าร้อยละ 85 ของที่ควรจะเป็น
2. กลัวการมีน้ำหนักเพิ่ม หรือการอ้วนอย่างมาก แม้ว่าตนเองจะผอม
3. มีการรับรู้น้ำหนักตัวหรือรูปร่างของตนผิดปกติ ไม่รับว่าตนเองผอม
4. ขาดประจำเดือนติดต่อกัน 3 รอบ
Bulimia nervosa
1. มีช่วงที่กินจุ กินเร็วเป็นระยะๆ และควบคุมการกินไม่ได้ในระหว่างนั้น
2. พยายามไม่ให้น้ำหนักเพิ่มโดยไม่เหมาะสม เช่น ทำให้ตนเองอาเจียน ใช้ยาระบาย ยาขับปัสสาวะ อดอาหาร หรือออกกำลังกายอย่างหักโหม
3. มีพฤติกรรมตามข้อ 1 เกิดขึ้นเฉลี่ยอย่างน้อยสัปดาห์ละ 2 ครั้งมา 3 เดือน
4. การประเมินตนเองขึ้นอยู่กับน้ำหนักตัว หรือรูปร่างอย่างมาก

* ดัดแปลงจากเอกสารอ้างอิงที่ 13 และ 14

ชานเมืองร้อยละ 0.05¹⁹

รายงานส่วนใหญ่เป็นการศึกษาทางคลินิกของผู้ป่วยที่มาโรงพยาบาล รายงานจากประเทศมาเลเซียของ Buhrich²⁰ พบผู้ป่วย anorexia จำนวน 30 ราย โดยเป็นเชื้อชาติจีน 19 ราย อินเดีย 8 ราย ลูกครึ่งมาเลเซีย 2 ราย และมาเลเซีย 1 ราย Goh และ Ong²¹ ศึกษาเฉพาะผู้ป่วยในของแผนกจิตเวชมหาวิทยาลัยมาลายาย้อนหลังตั้งแต่ปีพ.ศ. 2513-2531 จากจำนวนผู้ป่วยหญิงกว่า 9,000 คน พบผู้ป่วย anorexia nervosa 15 ราย และ bulimia nervosa 1 ราย ในประเทศสิงคโปร์ Ong และคณะ²² รายงานผู้ป่วย anorexia nervosa จำนวน 7 ราย และเมื่อเร็วๆ นี้ Kua และคณะ²³ ได้รายงานการศึกษาย้อนหลังผู้ป่วยที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งชาติสิงคโปร์ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2534-2539 พบจำนวนทั้งหมด 50 คนโดยในช่วงหลังพบบ่อยขึ้น ในอินโดนีเซียนั้น Roan²⁴ รายงานว่าในทศวรรษหลังผู้ป่วย anorexia nervosa พบบ่อยขึ้น โดยตั้งแต่ปี พ.ศ. 2537-2539 พบผู้ป่วย 5 ราย ในขณะที่ก่อนๆ นั้นแทบจะไม่พบเลย รายงานผู้ป่วยชาวอินเดียนั้นมีทั้งผู้ป่วยที่อยู่ในอินเดีย²⁵ และผู้ป่วยที่อพยพไปยังอังกฤษ²⁶⁻²⁸ รายงานที่พบผู้ป่วย eating disorders บ่อย ได้แก่ รายงานผู้ป่วยชาวจีนจากฮ่องกง²⁹⁻³³ และในญี่ปุ่น Suematsu และคณะ¹⁹ ซึ่งรายงานผู้ป่วยมากถึง 1,011 ราย ทั้งนี้อาจเป็นจากผู้วิจัยใช้เกณฑ์การวินิจฉัยที่ค่อนข้างกว้าง

ในประเทศไทยมีรายงานผู้ป่วยครั้งแรกโดยพยอม อิงคานูวัฒน์ และศรีธรรม ธนะภูมิ เมื่อ พ.ศ. 2518³⁴ หลังจากนั้นก็มีรายงานอีก 3 ครั้งรวม 6 ราย³⁵⁻³⁷

ลักษณะอาการ

รายงานผู้ป่วยไทยครั้งแรกของพยอม อิงคานูวัฒน์ และศรีธรรม ธนะภูมิ³⁴ นั้น ผู้ป่วยทั้งคู่เป็นเพศหญิงเริ่มมีอาการเมื่ออายุ 12 และ 14 ปี ตามลำดับ น้ำหนักลดลงร้อยละ 40.7 และ 26.3 ทั้งคู่ขาดประจำเดือนไปหลายเดือน ปฏิเสธการกินอาหาร แต่ไม่ได้รายงานเหตุผลที่ปฏิเสธ ผู้ป่วยตอบสนองต่อการรักษาดี จากการติดตามระยะยาว ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตได้เหมือนเด็กปกติ ในรายงานผู้ป่วยอีก 4 รายต่อมา³⁵⁻³⁷ พบสองรายที่มีอาการตามแบบฉบับ คือ ออกกำลังมากขึ้น กินอาหารน้อยลง แอบอาเจียนและแอบกินยาขับปัสสาวะ ร่วมกับมีอาการขาดประจำเดือน ส่วนอีก 2 รายนั้นมีอาการเข้าได้กับโรคจิตมากกว่า

รายงานผู้ป่วยชาวสิงคโปร์ 50 ราย ของ Kua และคณะ²³ พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาการโดยภาพรวมแล้วไม่ต่างไปจากทางตะวันตก ได้แก่ มีการรับรู้รูปร่างของตนเองที่ผิดปกติไป กลัวการอ้วน และพยายามทุกวิถีทางที่จะทำให้ น้ำหนักลด

มีหลายรายงานที่พบว่าผู้ป่วยจำนวนหนึ่งมีอาการไม่เป็นไปตามแบบฉบับ ดังในรายงานผู้ป่วย anorexia ในฮ่องกงของ Chiu²⁹, Lai และคณะ³⁰ และ Lee และคณะ³¹⁻³³ และรายงานจากอินเดียของ Kwandelwal²⁵ มีข้อสังเกตว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีปัญหาเรื่องความคิดที่ผิดปกติเกี่ยวกับรูปร่างโดยเห็นว่าตนเองอ้วนหรือมีไขมันมากในบางส่วนของร่างกาย และผู้ป่วย ส่วนมากไม่มีปัญหาเรื่องอ้วนมาก่อน ไม่มีแรงกดดันว่าต้องการผอม ที่น่าสนใจคือการศึกษาผู้ป่วยในฮ่องกงล่าสุดจำนวน 70 รายของ Lee และคณะ³³ พบว่าผู้ป่วยมากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 58.6) ไม่มีอาการกลัวอ้วนหรือพยายามอย่างมากที่จะทำให้ตนเองผอม Suematsu และคณะ¹⁹ ได้รายงานการศึกษาผู้ป่วย anorexia nervosa ในประเทศญี่ปุ่น โดยใช้เกณฑ์ในการวินิจฉัยแบบกว้าง ได้แก่ มีน้ำหนักตัวลดมากกว่าร้อยละ 20 น้ำหนักตัวลดมานานกว่า 3 เดือน และไม่มีกรเจ็บป่วยทางกายหรือจิต เขาพบผู้ป่วยโรคนี้จำนวนมากถึง 1,011 ราย (ร้อยละ 93 มีขาดประจำเดือนร่วมด้วย) พบว่าในจำนวนนี้มีผู้ป่วยร้อยละ 26.6 ที่ไม่มีอาการกลัวอ้วน รายงานจากมาเลเซียของ Goh และ Ong²¹ พบว่าในผู้ป่วย anorexia nervosa 15 ราย มีอยู่ 6 รายที่ไม่มี distorted body image

เหตุผลที่ผู้ป่วยเหล่านี้เริ่มอดอาหารมักสัมพันธ์กับการมีอาการทางร่างกาย เช่น อาการปวดท้อง ท้องอืด คลื่นไส้ ผู้ป่วยให้เหตุผลต่อการลดอาหารว่าเพราะไม่สบายท้องจึงกินอาหารได้ไม่มาก มิใช่เพราะเห็นว่าตนเองอ้วนดังที่พบเสมอในผู้ป่วยทางตะวันตก ดังเช่นรายงานของ Lee และคณะ³³ พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 31.4 ให้เหตุผลว่าเป็นเพราะตนเองอดแน่นท้อง ร้อยละ 15.7 เป็นเพราะไม่เจริญอาหาร และร้อยละ 12.9 เป็นเพราะกินน้อยลงเองโดยไม่มีเหตุผลอื่นนอกจากนี้หลายๆ อาการที่พบบ่อยในทางตะวันตก^{13,38} เช่น การที่ผู้ป่วยมักมีกิจกรรมต่างๆ อยู่ตลอดเวลาเพื่อให้มีการเผาผลาญพลังงาน การมีพฤติกรรมการกินอาหารที่ผิดปกติหรือการล้วงคอให้อาเจียนนั้น พบได้น้อยมาก แต่จะพบเป็นอาการอาเจียนจากการที่ผู้ป่วยรู้สึกแน่นท้องพะอืดพะอมมากกว่า^{24,32}

วิจารณ์

Anorexia และ bulimia nervosa เดิมเชื่อกันว่าเป็นโรคที่พบได้เฉพาะในประเทศทางตะวันตกเท่านั้น แต่ในช่วงทศวรรษหลังๆ ได้มีรายงานผู้ป่วยจากประเทศทางตะวันออกเพิ่มมากขึ้น พร้อมๆ กันกับที่พบว่าอุบัติการณ์ของโรคนี้เพิ่มขึ้นในทางตะวันตก รวมทั้งพบผู้ป่วยช่วงอายุก่อนวัยรุ่นมากขึ้น^{39,40}

การที่พบโรคนี้ในทางตะวันตกเพิ่มขึ้นนั้น อาจเป็นจากสังคมตะวันตกให้ความสำคัญกับรูปร่างมากขึ้น โดยเฉพาะในหญิง⁴¹ ดังจะเห็นได้ว่ามีการผลิตอาหารเสริมสุขภาพ อาหารลดน้ำหนัก ตลอดจนอุปกรณ์การออกกำลังกายต่างๆ ออกสู่ตลาดเพิ่มมากขึ้น การสื่อสารมวลชนที่มีประสิทธิภาพสูงกว่าแต่ก่อนทำให้ความสนใจด้านรูปร่างยิ่งเพิ่มสูงขึ้น ตลอดจนนางแบบและดาราก็เป็นที่นิยมมีรูปร่างค่อนข้างผอม เหล่านี้ทำให้เปรียบเสมือนเป็นแรงกดดันทางสังคมให้คนอยากผอม⁴²

ในสังคมตะวันตกนั้น การมีรูปร่างที่สมส่วนบ่งถึงความเป็นผู้ที่มีประสิทธิภาพ มีการควบคุมตนเองที่ดี เป็นบุคคลที่น่าสนใจ และแสดงถึงความกระฉับกระเฉง ความหนุ่มสาว⁴³ ความอ้วนกลายเป็นเรื่องน่าอาย บ่งถึงความอ่อนแอ ความควบคุมตัวเองไม่ได้ ซึ่งเข้ากับจิตวิทยาของชาวตะวันตกโดยเฉพาะชาวอเมริกันซึ่งเน้นที่ตัวตน (self) ของตนเอง เน้นการเข้าใจว่าตนเองต้องการอะไร มีจุดมุ่งหมายอย่างไร มีมุมมองว่าผลงานต่างๆ ขึ้นกับว่าตนเองได้ทำอะไรลงไปอย่างไร มากกว่าที่จะคิดว่าอาจมีปัจจัยอื่นๆ มาเกี่ยวข้องด้วย⁴⁴⁻⁴⁶ เมื่อบุคคลประสบปัญหา มีความไม่มั่นใจในตนเอง สำหรับผู้ที่สนใจในรูปลักษณ์ของตนเองอยู่แล้ว การควบคุมน้ำหนักของตนเองจึงเป็นสิ่งที่แสดงให้เห็นว่าตนเองยังสามารถควบคุมอะไรได้อยู่ Paton และคณะ⁴⁷ ศึกษาพบว่าการเริ่มควบคุมเรื่องอาหารเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของการเกิดโรคนี้ ค่านิยมในเรื่องของการควบคุมอาหารในสังคมที่สนใจเรื่องนี้จึงเป็นสิ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิด anorexia nervosa

สังคมในทางเอเชียแต่เดิมนั้นไม่ได้ให้ความสำคัญกับรูปร่างมากนัก โดยเฉพาะในเรื่องของสัดส่วนของร่างกาย ความสวยงามของสตรีจะเน้นที่ใบหน้ามากกว่าร่างกาย มุมมองที่มีต่อรูปลักษณ์ทางกายจะเป็นไปในแง่ของการเป็นสิ่งบ่งบอกถึงการมีความเป็นอยู่ที่สุขสมบูรณ์มากกว่า ผู้ที่มีรูปร่างอ้วนกลับจะเป็นผู้ที่มีภาพลักษณ์ในทางลบมากกว่าผู้ที่มีรูปร่างอ้วน ค่านิยมที่ว่าความผอมแสดงถึงการมีความสามารถในการควบคุมตัวเอง มีความสง่างามและความน่าสนใจนั้น อาจจะถูกกล่าวได้ว่าไม่มีในวัฒนธรรมไทย นอกจากนั้น อาหารทางเอเชียส่วนใหญ่จะมีไขมันไม่สูงเมื่อเทียบกับทางตะวันตก และมักมีผักเป็นส่วนประกอบ ดังเช่นอาหารไทยเนื้อจะหั่นเป็นชิ้นๆ การปรุงอาหารจะใช้การผัดมากกว่าการทอด ผู้คนส่วนใหญ่จึงมีรูปร่างไม่ต่างกันมาก ผู้ที่อ้วนมากๆ ดังที่พบในทางตะวันตกนั้นน้อย จึงอาจเป็นอีกเหตุหนึ่งที่ทำให้ภาพลักษณ์ของคนอ้วนต่างจากทางตะวันตก

ในทศวรรษหลังนี้การสื่อข้อมูลข่าวสารระหว่างประเทศต่างๆ สะดวกมากขึ้น การเผยแพร่วัฒนธรรมของทาง

ตะวันตกเป็นไปอย่างรวดเร็ว ทำให้ค่านิยมเรื่องอาหาร น้ำหนักตัว หรือความอ้วน อยู่ในความสนใจของวัยรุ่นชาวตะวันออกมากขึ้น อาจกล่าวได้ว่าแรงกดดันทางค่านิยมในด้านรูปร่างมีเพิ่มขึ้นจากการหลั่งไหลของวัฒนธรรมที่ส่งเสริมตัวตนของตะวันตก จึงเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้พบโรคนี้บ่อยขึ้น

ในแง่ของลักษณะอาการของโรคนี้ จากการศึกษาในทางตะวันตกพบว่า การที่ผู้ป่วยทำให้ตนเองผอมลง การมีภาพลักษณ์ของตนเองที่ผิดปกติไป และโดยเฉพาะอย่างยิ่งการกลัวอ้วนอย่างมากมาย ถือกันว่าเป็นอาการหลักของโรคมาตลอด^{13,48} ในวัยรุ่นอเมริกันที่มีอาการของโรคนี้จะบอกออกมาอย่างชัดเจนว่า “กลัวอ้วน...ตอนนี้อ้วนมากแล้ว”³¹ สำหรับชาวเอเชียที่มีอาการของโรคนี้บ้าง อาการคล้ายคลึงกับที่พบในทางตะวันตก ได้แก่ มักพบว่าผู้ป่วยมีรูปร่างผอมบาง ไม่อยากกินอาหาร ขาดประจำเดือน และปฏิเสธความเจ็บป่วยคล้ายๆ กัน อย่างไรก็ตามพบมีบางอาการที่แตกต่างออกไป ได้แก่ อาการกลัวอ้วนนั้นพบไม่มาก และการที่ผู้ป่วยผอมลงนั้นเป็นจากการไม่กินอาหาร แทนที่จะเป็นการทำให้ตนเองอาเจียนหรือการใช้ยาระบายเหมือนกับที่พบบ่อยในทางตะวันตก จากการศึกษาวิจัยทัศนคติ และพฤติกรรมการกินในนักเรียนชั้นมัธยมโรงเรียนสตรีวัดระฆังของจิตติวิ แก้วพรสวรรค์⁴⁹ โดยใช้แบบสอบถาม eating attitudes test พบว่าคำตอบที่นักเรียนเลือกตอบสูงได้แก่ “ฉันหมกมุ่นอยู่กับความต้องการที่จะผอมมากกว่านี้” “ฉันหมกมุ่นกับความคิดว่าฉันมีไขมันอยู่ตามร่างกายมากเกินไป” และ “ฉันตกใจกลัวกับความคิดว่าตัวเองอ้วน” แต่พบว่าหัวข้อเรื่องการอาเจียนหลังกินอาหารหรือการใช้ยาระบายนั้นเป็นข้อที่เด็กเลือกตอบน้อยที่สุด

การที่อาการหลักของ anorexia nervosa ได้แก่ การกลัวอ้วนอย่างมาก และการมีภาพลักษณ์ของตนเองที่ผิดปกติไปไม่ได้เป็นอาการที่พบบ่อยในผู้ป่วยทางตะวันออกจำนวนหนึ่งนั้น ได้เป็นที่ตระหนักกันมากขึ้น ในคู่มือการวินิจฉัยโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกันฉบับที่ 4 แม้จะยังกำหนดเกณฑ์การวินิจฉัยไว้ว่าต้องมีอาการกลัวน้ำหนักเพิ่มหรือกลัวอ้วน (ตารางที่ 1) แต่ก็ได้ระบุไว้ในส่วนบรรยายว่า “ในบางวัฒนธรรมการมองรูปร่างตนเองผิดปกติไปอาจไม่พบเด่นชัดและการบอกเหตุผลของการจำกัดอาการอาจต่างออกไป เช่นเป็นเพราะอึดแน่นท้องหรือเบื่ออาหาร”¹³ แนวโน้มในปัจจุบันส่วนใหญ่จะเห็นว่าโรคนี้อาจมีอาการแตกต่างกันได้ในแต่ละวัฒนธรรม แต่จะแตกต่างกันได้มากน้อยแค่ไหน และอาการใดเป็นอาการหลักนั้น ยังไม่มีข้อสรุปที่ลงตัว ทั้งนี้ ดังที่ได้กล่าวแต่ต้นว่าโรค anorexia nervosa นี้มีสาเหตุสัมพันธ์กับหลายปัจจัย ดังนั้นจึงเป็นการยากที่จะหาขอบเขตของโรคที่ชัดเจนเหมือนกันโรคทางกายที่ส่วนใหญ่จะทราบสาเหตุ

แน่นอน

จิตแพทย์ไทยยังพบผู้ป่วยโรคนี้ไม่มากนัก ซึ่งอาจเป็นจากปัญหาในเรื่องการแสวงหาการรักษาของผู้ป่วยและญาติ เนื่องจากสังคมไทยไม่มีแนวคิดว่าลักษณะเช่นนี้เป็นความเจ็บป่วย ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะพบแพทย์ทั่วไปด้วยอาการทางร่างกาย เช่น ประจำเดือนไม่มา อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย มากกว่าที่จะคิดว่าตนเองมีปัญหาด้านจิตเวชซึ่งต้องพบจิตแพทย์

ในการวินิจฉัยแยกโรคในผู้ป่วยหญิงวัยรุ่นที่มีน้ำหนักตัวลดลงมากแพทย์จึงพึงคำนึงถึงโรคนี้ร่วมด้วย แม้ผู้ป่วยจะไม่มีอาการกลัวอ้วนอย่างมาก หรือมีภาพลักษณ์ตนเองที่ผิดปกติไปก็ตาม ข้อระวังคือ ไม่ควรรีบให้การวินิจฉัยแต่แรก แม้ว่าผู้ป่วยจะมีอาการกลัวอ้วนก็ตาม พึงวินิจฉัยโรคนี้หลังจากผู้ตรวจได้ตรวจร่างกายและตรวจพิเศษเพิ่มเติมในด้านที่สงสัยจนแน่ใจแล้วว่าผู้ป่วยไม่มีโรคทางกาย โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีอาการไม่เป็นไปตามแบบฉบับ

สรุป

ในทศวรรษหลังนี้มีรายงานการศึกษาผู้ป่วย anorexia และ bulimia nervosa จากประเทศทางตะวันตกมากขึ้นเรื่อยๆ โดยเฉพาะประเทศที่สังคมเปลี่ยนแปลงไปในทางตะวันตกมาก เช่น ญี่ปุ่น และฮ่องกง อย่างไรก็ตามแม้ผู้ป่วยทางตะวันออกจะมีอาการส่วนใหญ่คล้ายคลึงกับที่พบในทางตะวันตก แต่ก็ยังมีผู้ป่วยจำนวนหนึ่งที่อาการแตกต่างออกไป โดยเฉพาะอาการที่ถือกันว่าเป็นอาการหลัก ได้แก่ อาการกลัวอ้วนอย่างมาก หรือคิดว่าตนเองยังอ้วนอยู่ตลอด ซึ่งผู้ป่วยทางตะวันออกจำนวนหนึ่งไม่มีอาการนี้ ผู้ป่วยบอกเหตุผลว่ากินอาหารไม่ได้เพราะอึดแน่นท้อง กินแล้วอึดอัดมากกว่า อีกทั้งการใช้ยาระบาย หรือล้วงคอให้อาเจียนเอาอาหารออกมาหลังการกินมากๆ นั้นพบน้อยในผู้ป่วยทางตะวันออกเช่นกัน ในประเทศไทยยังพบผู้ป่วยโรคนี้ไม่มากซึ่งอาจเป็นจากผู้ที่มีอาการไม่ให้เห็นว่าตนเองเจ็บป่วย แพทย์พึงคำนึงถึงโรคนี้ร่วมด้วยในการวินิจฉัยแยกโรคในผู้ป่วยหญิงวัยรุ่นที่มีน้ำหนักตัวลดลงมาก แม้ผู้ป่วยจะไม่มีอาการกลัวอ้วนอย่างมาก หรือมีภาพลักษณ์ตนเองที่ผิดปกติไป ก็ตาม

เอกสารอ้างอิง

1. Garner DM. Pathogenesis of anorexia nervosa. *Lancet* 1993; 341: 1631-5.
2. Herpertz-Dahlmann B, Remschmidt H. Anorexia und Bulimia nervosa im Jugendalter. *Deutsches Arzteblatt* 1994; 91: 781-6.

3. Hsu GK. The aetiology of anorexia nervosa. *Psychol Med* 1983; 13: 231-8.
4. Garner DM, Garfinkel PE. Socio-cultural factors in the development of anorexia nervosa. *Psychol Med* 1980; 10: 647-56.
5. Tolstrup K. Incidence and causality of anorexia nervosa seen in a historical perspective. *Acta Psychiatr Scand* 1990; 361(Suppl): 1-6.
6. Eagles JM, Johnston MI, Hunter D, Lobban M, Millar HR. Increasing incidence of anorexia nervosa in the female population of northeast Scotland. *Am J Psychiatry* 1995; 152: 1266-71.
7. Hoek HW. The incidence and prevalence of anorexia nervosa and bulimia nervosa in primary care. *Psychol Med* 1991; 21: 455-60.
8. Meadows GN, Palmer RL, Newball EUM, Kenrick JMT. Eating attitudes and disorder in young women: a general practice based survey. *Psychol Med* 1986; 16: 351-7.
9. Whitehouse AM, Cooper PJ, Vize CV, Hill C, Vogel L. Prevalence of eating disorders in three Cambridge general practices: hidden and conspicuous morbidity. *Br J Gen Pract* 1992; 42: 57-60.
10. King MB. Eating disorders in a general practice population: prevalence, characteristics and follow-up at 12 to 18 months. *Psychol Med* 1989; 14(Suppl): 1-34.
11. Lucas AR, Beard CM, O'Fallon WM, Kurland LT. 50-year trends in the incidence of anorexia nervosa in Rochester, Minn.: a population base study. *Am J Psychiatry* 1991; 148: 917-22.
12. Lucas AR. The eating disorder "epidemic": more apparent than real? *Pediatr Ann* 1992; 21: 746-51.
13. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1994: 539-50
14. World Health Organization: *International Classification of Diseases*, 10th Revision. Geneva: World Health Organization, 1992.
15. Steinhausen HC. Anorexia and Bulimia nervosa. In: Rutter M, Taylor E, Hersov L, ed. *Child and adolescent psychiatry: a modern approach*. 3rd ed. London: Blackwell, 1994:425-40.
16. Lucas AR. Anorexia nervosa and bulimia nervosa. In: Lewis M, ed. *Child and adolescent psychiatry: a com-*

- prehensive textbook. Baltimore: Williams & Wilkins, 1996: 586-93.
17. Swartz L. Anorexia nervosa as a culture-bound syndrome. *Soc Sci Med* 1985; 20: 725-30.
 18. Chen CN, Wong J, Lee N, Chan HM, Lau J, Fung M. The Shatin community mental health survey in Hong Kong, II: major findings. *Arch Gen Psychiatry* 1993; 50: 125-33.
 19. Suematsu H, Ishikawa H, Kuboki T, Ito Y. Statistical study of anorexia nervosa in Japan: detailed clinical data on 1,011 patients. *Psychother Psychosom* 1985; 43: 96-103.
 20. Buhrich N. Frequency of presentation of anorexia nervosa in Malaysia. *Aust N Z J Psychiatry* 1981; 15: 153-5.
 21. Goh SE, Ong SBY, Subramaniam M. Eating disorder in Hong Kong (letter). *Br J Psychiatry* 1993; 162: 276-7.
 22. Ong YL, Tsoi WG, Cheah JS. A clinical and psychosocial study of seven cases of anorexia nervosa in Singapore. *Singapore Med J* 1982; 23: 255-61.
 23. Kua EH, Ung EK, Lee S. Anorexia nervosa and bulimia: A Singapore perspective. *Singapore Med J* 1997; 38: 332-5.
 24. Roan WA0. The management of eating disorders in developing country: The incorporation of cultural determinants in the approach. *Int Med J* 1996; 3: 25-30.
 25. Khandelwal SK, Sharan P, Saxena S. Eating disorders- an indian perspective. *Int J Soc Psychiatry* 1995; 41: 132-46.
 26. Bhadrinath BR. Anorexia nervosa in adolescent of Asian extraction. *Br J Psychiatry* 1990; 156: 565-8.
 27. Mumford DB, Whitehouse AM, Platts M. Sociocultural correlates of eating disorders among Asian schoolgirls in Bradford. *Br J Psychiatry* 1991; 158: 222-8.
 28. Dolan B, Lacey JH, Evans C. Eating behavior and attitudes to weight and shape in British women from three ethnic groups. *Br J Psychiatry* 1990; 157: 523-8.
 29. Chiu LPW. Anorexia nervosa in a young Chinese woman in Hong Kong. *Can J Psychiatry* 1989; 34: 162-3.
 30. Lai KY, Pang AH, Wong CK. Case study: early-onset anorexia nervosa in a Chinese boy. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1995; 34: 383-6.
 31. Lee S, Chiu HFK, Chen C. Anorexia nervosa in Hong Kong: why not more in Chinese? *Br J Psychiatry* 1989; 154: 683-8.
 32. Lee S. Anorexia nervosa in Hong Kong: a Chinese perspective. *Psychol Med* 1991; 21: 703-11.
 33. Lee S, Ho TP, Hsu LKG. Fat phobia and non-fat phobic anorexia nervosa: a comparative study of 70 Chinese patients in Hong Kong. *Psychol Med* 1993; 23: 999-1017.
 34. พยอ ม อิงคตานุวัฒน์, ศรีธรรม ธนะภูมิ. Anorexia nervosa. *วารสารสมาคมกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย* 2518; 14: 63-9.
 35. ปราโมทย์ เขาวศิศิลป์. รายงานผู้ป่วยแอนนอเร็กเซีย เนอโรซิซาหนึ่งราย. *วารสารกรมการแพทย์* 2525; 7: 55-60.
 36. นงพงา ลิ่มสุวรรณ, สรยุทธ วาสิกนันท์. อะนอเร็กเซียเนอโรซิซาและโรคจิต: รายงานผู้ป่วย 2 ราย. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย* 2526; 28: 79-85.
 37. นงพงา ลิ่มสุวรรณ, วรลักษณ์ ธีราโมกษ์. การรักษาด้วยจิตบำบัดใน anorexia nervosa: รายงานผู้ป่วย 1 ราย. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย* 2533; 35: 143-54.
 38. Kron L, Katz JL, Weiner H. Hyperactivity anorexia nervosa: a fundamental clinical features. *Compr Psychiatry* 1978; 19: 433-40.
 39. American Psychiatric Association. Practice guideline for eating disorders. *Am J Psychiatry* 1993; 150: 212-28.
 40. Casper RC. Eating disturbances and eating disorders in childhood. In: Bloom FE, Kupfer DJ, eds. *Psychopharmacology: The Fourth Generation of Progress*. New York: Raven Press, 1995: 1675-84.
 41. Beumont PJ, Russell PJ, Touyz SW. Treatment of anorexia nervosa. *Lancet* 1993; 341: 1635-40.
 42. Becker AE, Hamburg P. Culture, the media, and eating disorders. *Harv Rev Psychiatry* 1996; 4: 163-7.
 43. Nasser M. culture and weight consciousness. *J Psychosom Res* 1988; 2: 573-7.
 44. Gaines A. From DSM-I to III-R ; Voices of self, mastery and the other: a cultural constructivist reading of U.S. psychiatric classification. *Soc Sci Med* 1992; 35: 3-24.
 45. Sampson EE. The debate on individualism: Indigenous psychologies of the individual and their role in personal and societal functioning. *American Psychologist* 1988; 43: 15-22.
 46. Markus HR, Kitayama S. Culture and the self: Implica-

- tion for cognition, emotion, and motivation. *Psychol Rev* 1991; 98: 224-53.
47. Patton GC, Johnson-Sabine E, Wood K, Mann AH, Wakeling A. Abnormal eating attitudes in London school-girls: a prospective epidemiological study: outcome at twelve month follow-up. *Psychol Med* 1990; 20: 383-94.
48. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 3rd ed. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1980: 67-71.
49. ฐิตวี แก้วพรสวรรค์. การสำรวจทัศนคติ และพฤติกรรมการกินในนักเรียนวัยรุ่นหญิงไทย. *สารศิริราช* 2537; 46: 363-8. 