



Grand Round Psychology

R1 Phattharapha /
R2 Thitapa/ Staff Soraya



PATIENT PROFILE

- เด็กชาย อายุ 12 ปี
- รับไว้ในโรงพยาบาล 28/12/2566
- ประวัติได้จากแฟ้มเวชระเบียน เชื่อถือได้มาก

llll



CHIEF COMPLAINT

ตามองไม่เห็น 2 เดือน
ก่อนมาโรงพยาบาล



PRESENT ILLNESS

2 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการปวดศีรษะ บริเวณขมับทั้ง 2 ข้าง และบริเวณท้ายทอย
ปวดตื้อๆ ไม่ร้าวไปไหน ร่วมกับมีอาการมองเห็น เป็นๆหายๆ วันละ 5-10 ครั้ง ลักษณะเห็นเป็น
ภาพมืด เป็นครั้งละ 10-15 นาที ตอนที่หายมองเห็นปกติ ไม่มีอาการหมดสติ จากเหตุการณ์ได้ตลอด ไม่มี
มีแขนขาอ่อนแรง มีอาการชาเป็นๆหายๆ ตามแขนและขา เปลี่ยนตำแหน่งไปเรื่อยๆ ไม่มีอาการชักเกร็ง
กระตุก ไม่อาเจียน ไม่เคยกินยาแก้ปวด ไม่เคยมีอุบัติเหตุทางศีรษะ

1 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการปวดศีรษะบ่อยขึ้น ปวดจนต้องตื่นช่วงกลางคืน
(Night awakening pain 3-4 ครั้ง/สัปดาห์) ร่วมกับอาการตามัวเป็นบ่อยมากขึ้น
อาการเป็นมากตอนเพิ่ง ไม่อาเจียน ไม่มีไข้ ไม่มีอาการเบื่ออาหารหรือน้ำหนักลด

PERSONAL HISTORY

- Underlying disease : - ADHD on Methylphenidate (20) 1 tab po at 8.00 ,
- Dyspepsia on omeprazole (20) 1 tab po ac
- ปฏิเสธประวัติแพ้ยาหรือแพ้อาหาร
- Nutrition : รับประทานอาหาร 3 มื้อ ชอบรับประทานอาหารแปรรูป ชีส ไข่กรอก
นั้กเก้ต เบอ์เกอร์ ไม่ค่อยรับประทานผัก ผลไม้
- Vaccine : ครบตามกำหนด
- Development : เรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ผลการเรียน เกรด 3.5



PSYCHOSOCIAL ASSESSMENT IN ADOLESCENT

H : Home, family and environment

มีน้อง 2 คน น้องชายอาศัยอยู่กับคุณตา ที่จังหวัดนครศรีธรรมราช น้องสาวอยู่กับคุณยายที่มาเลเซีย ผู้ป่วยอาศัยอยู่กับมารดา 2 คน เดิมอาศัยอยู่กับบิดาและมารดาที่นครศรีธรรมราช จากนั้นย้ายไปที่เกาะเต่า เนื่องจากมารดาย้ายที่ทำงานตอนอายุ 3 ปี มารดาและบิดาแยกทางกันตอนผู้ป่วยอายุ 5 ปี หลังจากนั้นจึงอยู่กับมารดา 2 คน ผู้ป่วยชอบอาศัยอยู่ที่นครศรีธรรมราชมากกว่า เนื่องจากมีเพื่อนสนิทที่นั่น

สภาพแวดล้อมเป็นบ้านทาวน์เฮ้าส์ เพื่อนบ้านใช้สารเสพติดกัญชา รายได้มารดา 16,000 บาท/เดือน อาชีพพนักงานต้อนรับ , บิดาส่งเงินมาให้บ้างถ้าลาบาก มีปัญหาารายรับไม่พอ

PSYCHOSOCIAL ASSESSMENT IN ADOLESCENT

E : Education, school and employment

เรียนได้เกรดประมาณ 3.5

ชอบเรียนวิชาคณิตศาสตร์และคอมพิวเตอร์

อยากทำงานเกี่ยวกับคอมพิวเตอร์หรือเกมเมอร์ , ไม่ได้ทำงานเสริม

PSYCHOSOCIAL ASSESSMENT IN ADOLESCENT

E : Eating habit and eating disorder

กินอาหาร 3 มื้อ/วัน ชอบกินอาหารแปรรูป ชีส น้กเก็ต ไส้กรอก เบอร์เกอร์
ปฏิเสธประวัติควบคุมอาหาร

PSYCHOSOCIAL ASSESSMENT IN ADOLESCENT

A : Activities and friends

กิจกรรมยามว่าง ชอบเล่น surfboard , skimboard , เล่นยิงปืนกลม เล่นเกมส์ คอมพิวเตอร์

มีเพื่อนสนิท 3 คน จากเพื่อนในห้อง 40 คน มีประวัติทะเลาะกับเพื่อนหลังจากย้ายห้องเจอเพื่อนใหม่ตอน ป.5 เนื่องจากโดนแกล้ง โดนล้อเรื่องพ่อแม่แยกทางกัน มีการใช้กำลังต่อยเตะ ใช้ไม้ตี ผู้ป่วยรู้สึกว่าเป็นมองว่าตนสู้ไม่ได้ หลังจากเหตุการณ์ทะเลาะกับเพื่อน ผู้ป่วยมีอาการเครียด ไม่อยากไปโรงเรียน ไม่อยากเจอเพื่อนกลุ่มนั้น

มีอาการซาแซนซา อ่อนแรงบางครั้ง มีอาการมากขึ้นช่วง 2 เดือนมานี้

PSYCHOSOCIAL ASSESSMENT IN ADOLESCENT

D : Drugs, alcohol and tobacco use

ปฏิเสธประวัติดื่มสุรา, สูบบุหรี่ หรือใช้สารเสพติด

มีเพื่อนรุ่นเดียวกันใช้บุหรี่ไฟฟ้า ผู้ป่วยรู้สึกที่ไม่ถูกต้อง จึงเข้าไปตักเตือนเพื่อน

S : Safety, violence and abuse

Safety : ไม่สวมหมวกกันน็อค

Violence : มีการทะเลาะ ต่อย เตะ + ใช้ไม้ตี เพื่อนที่โรงเรียน , ปฏิเสธการถูกล่วงละเมิด

PSYCHOSOCIAL ASSESSMENT IN ADOLESCENT

S : Sexual activities and family planning

ยังไม่มีแฟน , ปฏิเสธเพศสัมพันธ์

S : self harm

เคยมีความคิดทำร้ายตนเอง และ เคยทุบตีตนเอง เคยใช้มีดกรีดแขนขาตนเอง

PHQ-2 screening : positive ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา รู้สึกเศร้า หดหู่ , เบื่อ
ทำอะไรก็ไม่เพลิดเพลิน

PSYCHOSOCIAL ASSESSMENT IN ADOLESCENT

Strengths

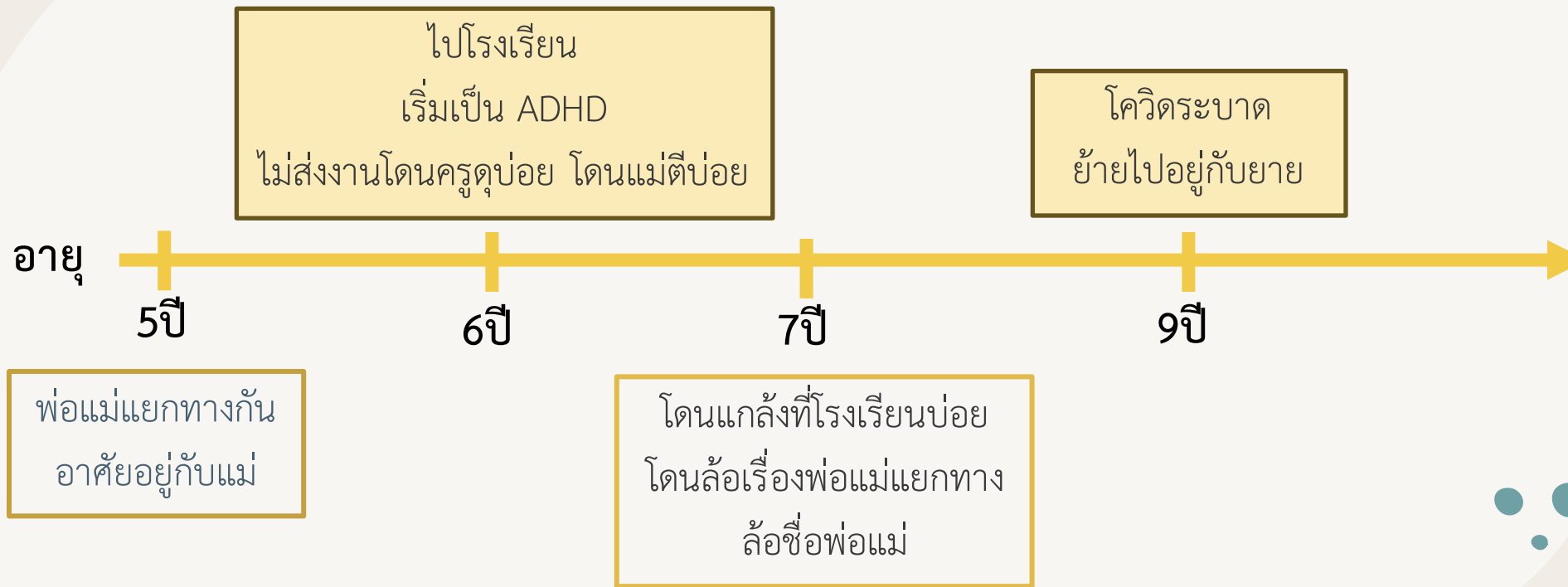
- มีภาวะความเป็นผู้นำ
- ช่วยเพื่อนในห้องติว วิชาคณิตศาสตร์และวิทยาศาสตร์
- เป็นตัวแทนโรงเรียนแข่งขันมวยไทย 2 ปี
- เป็นนักกีฬา skim board

Protective Factor

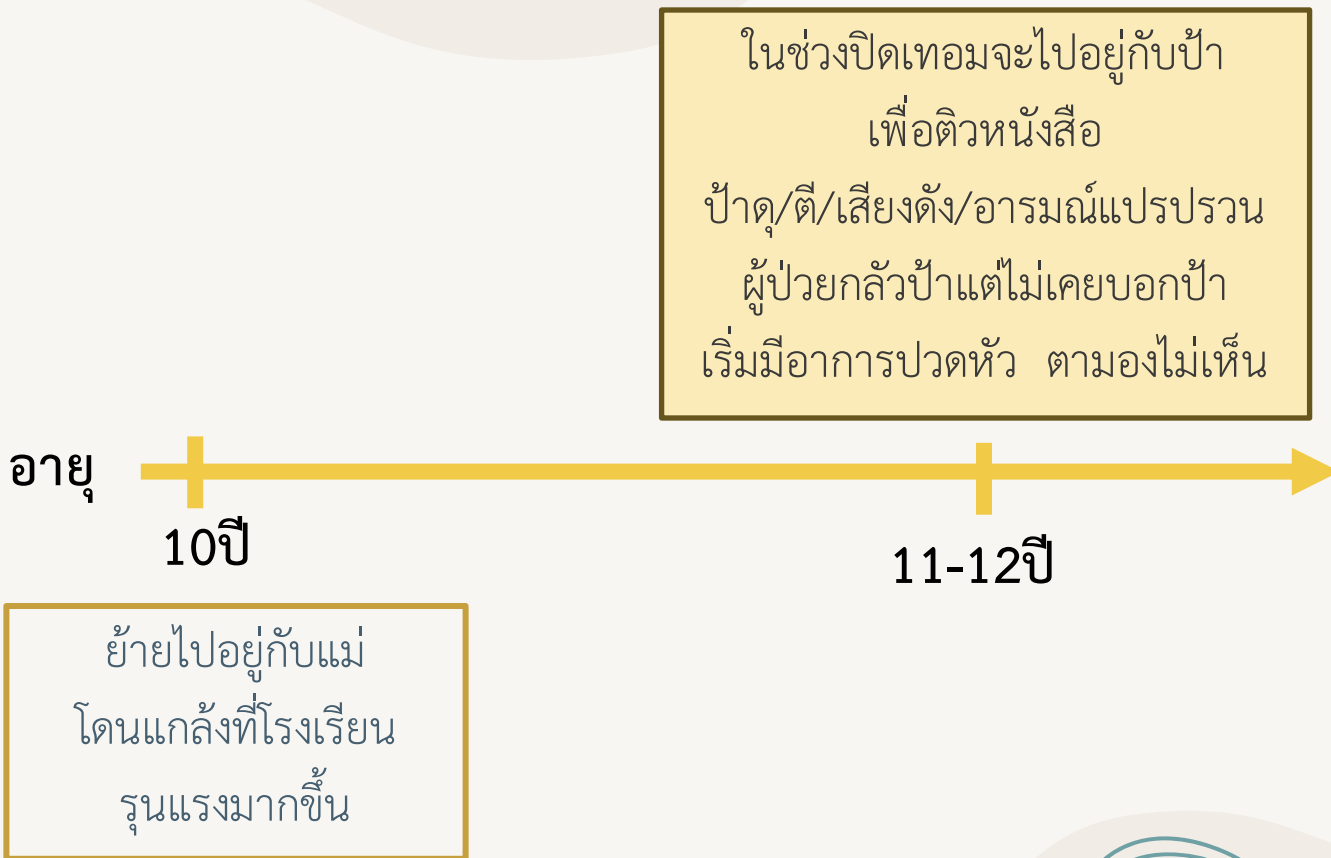
- คุยปัญหา กับบิดา และญาติรุ่นเดียวกันที่ นครศรีธรรมราชได้
- แม่มีความใจเย็น



TIME LINE



TIME LINE



PHYSICAL EXAMINATION

- **Vital sign** : BT 37 C , PR 70 bpm, RR 22 /min, BP 121/60 mmHg
- **Measurement** : BW 59.5 kg (P90-97) , Height 162.5 cm (P90-P97)
- **General appearances** : A Thai boy, alert, active
- **HEENT** : no pale conjunctiva, anicteric sclera, no injected both eye, pharynx and tonsil not injected
- **CVS** : pulse full and regular, normal S1 and S2, no murmur

PHYSICAL EXAMINATION

- **RS** : no retraction , clear and equal breath sound, no adventitious sound.
- **Abdomen** : no distension, normoactive bowel sound, soft, not tender, no hepatosplenomegaly
- **Back** : normal alignment, no scoliosis
- **Skin** : no rash, no wound, no petechiae/purpura/ ecchymosis

PHYSICAL EXAMINATION

- **Extremities** : no deformities, no edema
- **Neurological examination** : E4V5M6, good consciousness, **pupil 3 mm RTLBE**, full EOM, no facial palsy, Motor power gr V all extremities, normotonia, sensation : intact, deep tendon reflex 2+ all extremities, stiff neck : negative, Kernig sign : negative

Normal menace reflex

PHYSICAL EXAMINATION

CN I	-	CN VIII	Normal hearing
CN II	Pupil 3 mm RTLBE, Bitemporal hemianopia	CN IX, X	Normal gag reflex
CN III, IV, VI	Full EOM	CN XI	-
CN V	Normal sensation to face	CN XII	No tongue deviate
CN VII	No facial palsy		

PERTINENT FINDINGS



- Transient visual loss
- Chronic headache
- Depressive mood
- History of violence and bullying
- History of suicidal idea



- No neuro deficit
- No fever
- No sign of increase intracranial pressure
- No history of head trauma
- Normal pupillary light reflex
- Normal menace reflex

PROBLEM LIST

A 12-year-old boy presented with transient visual loss with
chronic headache



Approach to transient visual loss

- Migraine aura
 - m/c photopsias or visual disturbance in children
 - Can present
 - **amaurosis fugax (esp binocular)** in lasting minute
 - Present in child and young adult
 - Often present headache

llll

Approach to visual loss

- Occipital lobe epilepsy

- 29% of patient: blackout vision
- Followed by: minimal alterations in consciousness to dramatic seizure
- Postictal headache is a common complaint
- Tend to occur **daily** (migraine-longer intervals)
- Ictal cortical blindness, postictal blindness lasting hour to days

llll

Approach to visual loss

- Transient obscurations of vision (TOV)
 - Duration: **seconds**
 - Grayout or blackouts of vision
 - **Hypoperfusion of optic nerve**
 - Cause
 - Orthostatic hypotension
 - papilledema
 - Optic disc drusen
 - Congenital anomalies of the optic nerve head

llll

Approach to visual loss



- Psychogenic visual loss
 - Diagnosis of exclusion
 - Related to stress
 - m/c 9-11 yr
 - Need close F/U
 - Cause: conversion disorder, hysterical blindness, malingering



llll

Malingering/Hysteria



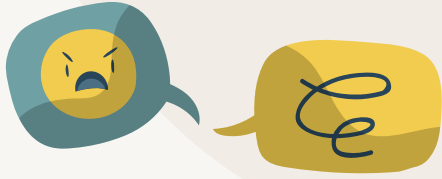
Objective test :

- pupillary light reflex
- Menace reflex
- optokinetic nystagmus

Subjective test : Visual acuity

Visual behavior



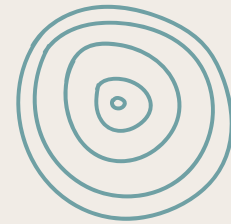


INVESTIGATION



CBC

Hb (g/dl)	10.8
Hct (%)	38.3
WBC (/ul)	7,400
PMN (%)	47
L (%)	46
M (%)	6
E (%)	1
MCV (fl)	68
MCH (pq)	22.1
MCHC (g/dl)	30
RDW (%)	15.3
Platelet (/ul)	459,000



Blood Chemistry

BUN (mg/dL)	8.1
Cr (mg/dL)	0.63
Na (mEq/l)	143.9
K (mEq/l)	4.03
Cl (mEq/l)	106.5
CO2 (mEq/l)	26.2

Visual

- Consult EYE
 - VA : RE 20/200-2 PH 20/25-1
LE 20/200. PH 20/20
 - ตรวจตาบอดสี : ปกติ
 - Macula good reflex , flat retina
 - Normal eye examination



MRI Brain with MRA

- Impression
 - Unremarkable MRI and MRA brain
 - Chronic sinusitis

EEG

- Normal



PROVISIONAL DIAGNOSIS

Conversion disorder

Anxiety disorder

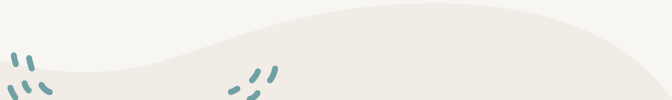
migraine




Mental status examination



- Good consciousness, good attention
- Euthymic mood
- Appropriate affect, normal affect
- No delusion





Somatic symptom and related disorder

Epidemiology

- 10-30% of children have unexplained physical illness
- girls more than boys
- increase frequency and heterogeneity of complain increase with age
- Prevalence rate of conversion disorder in adolescent are 0.3 -10%
- m/c conversion disorder >> nonepileptic seizure, loss of conscious, motor symptoms





Risk factor

Individual

Learned behavior

- Decrease in responsibilities or expectation
- receive attention and sympathy

temperament/coping style

- conscientious, sensitive, insecure, internalizers, and anxious
- strive for high academic achievement
- unable to verbalize emotional distress
- psychological defense against intrapsychic distress





Risk factor

Individual

Psychiatric comorbidity

- depressive disorder
- anxiety disorder
- familial SSRD, and other psychiatric disorder

Childhood physical illness

- An antecedent history may trigger onset of symptoms and lead to prolonged recovery or recurrence of symptoms after illness
- tendency to experience normal somatic sensations >> somatosensory amplification





Risk factor

Family and environmental

School and family stressors

- Common school stressors include bullying, beginning the school year, fear of academic failure, or participation in extracurricular school activities.
- Dysfunction and less support within the family system are common.
- Transitions within the family system

Genetic and Biologic Vulnerabilities-

- unifying mechanisms: aberrant functions of efferent neural pathways and alterations in central processing of sensory input
- Hyperactivity of the anterior cingulate cortex +impaired activity of the dorsolateral prefrontal cortex >> in conversion disorder





Risk factor

Family and environmental

Symptom modeling

live with family members who complain of similar physical symptoms

Parenteral response

- Having a somatic complaint may be more noticed in some households than the expression of strong emotions
- parenteral protectiveness

Trauma

Emotional, sexual, physical abuse





Somatic symptom and related disorder

01

Somatic symptom disorder

02

Conversion disorder

03

Factitious disorder

04

Illness anxiety disorder

05

Unspecific somatic disorder





Somatic symptom disorder

- A. One or more somatic symptoms that are distressing or result in **significant disruption of daily life**.
- B. **Excessive** thoughts, feelings, or behaviors related to the somatic symptoms or associated health concerns, as manifested by at least one of the following:



Somatic symptom disorder

1. Disproportionate and persistent **thoughts** about the seriousness of one's symptoms.
2. Persistent high level of **anxiety** about health and symptoms.
3. **Excessive time and energy** devoted to these symptoms or health concerns.

C. Although any one somatic symptom may not be continuously present, the state of being symptomatic is **persistent (typically >6 mo)**.



Conversion disorder

- A. One or more symptoms of altered **voluntary motor or sensory** function.
- B. Clinical findings provide evidence of **incompatibility** between the symptom and recognized neurologic or medical conditions.
- C. The symptom is not better explained by another medical or mental disorder.
- D. The symptom causes clinically significant distress or impairment in social, occupational, or other important areas of functioning or warrants medical evaluation.





Factitious disorder



On self:

- A. **Falsification of physical or psychological** signs or symptoms, or induction of injury or disease, associated with identified deception.
- B. The individual presents himself or herself to others as ill, impaired, or injured.
- C. The deceptive behavior is evident even in the **absence of obvious external rewards**.
- D. The behavior is not better explained by another mental disorder, such as delusional disorder or another psychotic disorder.





Factitious disorder




On another :

- A. Falsification of physical or psychological signs or symptoms, or induction of injury or disease, associated with identified deception.
- B. The individual presents himself or herself **to others** as ill, impaired, or injured.
- C. The deceptive behavior is evident even in the **absence of obvious external rewards**.
- D. The behavior is not better explained by another mental disorder, such as delusional disorder or another psychotic disorder.



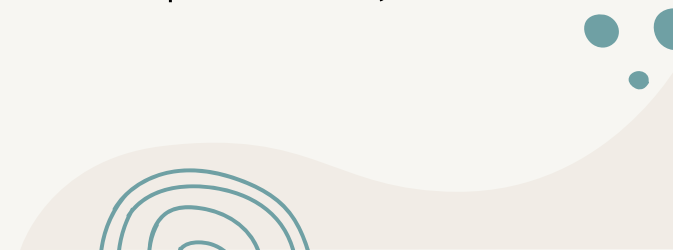


Illness anxiety disorder

- A. **Preoccupation** with having or acquiring a serious illness.
 - B. Somatic symptoms are **not** present, or, if present, are only mild in intensity. If another medical condition is present or there is a high risk for developing a medical condition (e.g., strong family history is present), the preoccupation is clearly excessive or disproportionate.
 - C. There is a **high level of anxiety** about health, and the individual is easily alarmed about personal health status.
- 




Illness anxiety disorder

- D. The individual performs **excessive health-related behaviors** (e.g., repeatedly checks his or her body for signs of illness) or exhibits **maladaptive avoidance** (e.g., avoids doctor appointments and hospitals).
- E. Illness preoccupation has been present for at least 6 mo, but the specific illness that is feared may change over that time.
- F. The illness-related preoccupation is not better explained by another mental disorder.
- 



Unspecific somatic disorder

- somatic symptoms
 - significant impairment in social, occupational and function
 - **not** meet full criteria for any disorder
- 

Management



Searching for cause of the symptoms



help the family move toward an understanding of the mind-body connection



maintain alliance and investment in treatment, prevent “doctor shopping,” and avoid unnecessary invasive tests and procedures.



Management

Cognitive behavioral therapy (CBT) **** intervention of choice

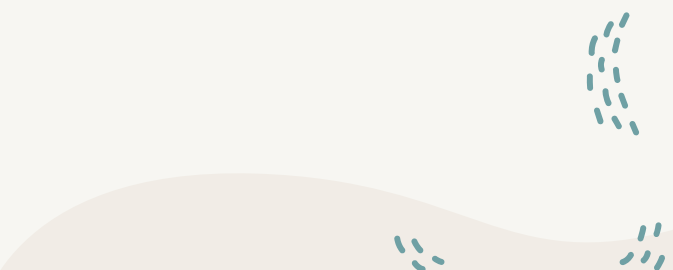
Cognitive restructuring

active coping strategies

emotional expression and modulation

limit patient reliance on emotional support provided by parents

Modifying parental response patterns: overprotective






Management

- ในเด็กที่มีปัญหาในโรงเรียน/ขาดเรียน: อธิบายให้ทางโรงเรียนเข้าใจ ช่วยให้กลับไปเรียนได้ ปรับแผนการรักษาให้เข้ากับหลักสูตรการเรียนปกติ
- individualized educational plan (IEP); if needed
- Psychopharmacologic treatment may be considered when psychiatric comorbidities are present

Pharmacotherapy
physical therapy
psychological interventions



The background features large, soft-edged, light beige shapes. Scattered around are various teal-colored decorative elements: a swirl in the top right, a cluster of dashed lines in the top right, two solid circles in the top right, a spiral in the middle left, a cluster of solid dots in the bottom left, and a cluster of dashed lines in the bottom left.

Back to case

CASE FORMULATION: 4P



4P



Predisposing factors: why this child?

Precipitating factors: why now?

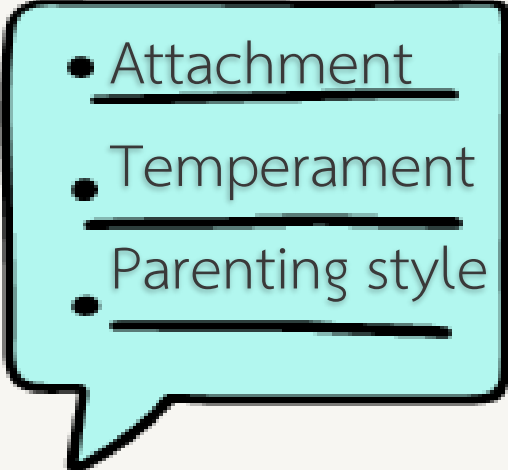
Perpetuating factors: what prevent an improvement?

Protective factors: what are strengths?



Prediposing factor

- **Bio:** ADHD
- **Psycho:** school bullying, divorce
- **Social:** low socioeconomic status

- 
- Attachment
 - Temperament
 - Parenting style



llll

Precipitating factor

- Bio: none
- Psycho:
 - ไกล่สอบเข้าม.1
 - มีกาารตีวหน่งสือกับป้ามากขึ้น
- Social: none

llll

Perpetuating factor

- ยังไม่ได้ evaluate

Temperament/Parenting style

llll

Protective factor

- Bio:
 - ผลการเรียนอยู่ในเกณฑ์ดี
 - เป็นนักกีฬา skimboard, เป็นตัวแทนโรงเรียนแข่งต่อยมวอย
- Psycho: none
- Social:
 - คุยปัญหากับบิดา และญาติรุ่นเดียวกันที่นครศรีธรรมราชได้
 - มีเพื่อนสนิทที่โรงเรียน 3 คน
 - มีมารดาที่ใจเย็น และเข้าใจในตัวโรค

Temperament: easy child?

llll

Management in this case

- Start fluoxetine (5) 1 tab PO hs
- Pain controlled :
 - ibuprofen (400) 1 tab PO tid PC
 - paracetamol (500) 1 tab PO prn q 4 hr
- Advice เรื่องทั่วไป การกิน การนอน การออกกำลังกาย
- Promote self-esteem
- นัด ติดตามอาการ as OPD case

llll

Take home message

- Functional visual loss: pupillary light reflex, Menace reflex, optokinetic nystagmus, Visual acuity, Visual behavior
- Somatic symptom and related disorder *****ต้องหาสาเหตุจากโรคทางกายก่อนเสมอ**

Somatic symptom disorder: **อาการทางกายที่รบกวนชีวิตประจำวัน+ มีความกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยมากผิดปกติ**

conversion disorder มีอาการทาง**ระบบประสาท** โดยไม่สามารถอธิบายได้ด้วยโรคทางกาย

Factitious disorder เป็นโรคที่ผู้ป่วยจะ**แสร้งว่าตนเองหรือผู้อื่น** มีความเจ็บป่วย โดย**ไม่มี**secondary gain

Illness anxiety disorder เป็นโรคที่ผู้ป่วยจะ**กังวลว่าตนเองเป็นโรคร้ายแรงมากผิดปกติ**

llll



THANKS!

CREDITS: This presentation template was created by **Slidesgo**, including icons by **Flaticon**, infographics & images by **Freepik**