

องค์ความรู้โรคซึมเศร้าและจิตวิทยาเชิงบวกสำหรับนักจิตวิทยา

ต้นสาย แก้วสว่าง¹

Received 21 มีนาคม 2563

Revised 1 มิถุนายน 2563

Accepted 2 มิถุนายน 2563

บทคัดย่อ

ปัจจุบันสังคมได้ให้ความสนใจกับโรคซึมเศร้ามากขึ้นเนื่องจากโรคซึมเศร้าเป็นปัญหาสุขภาพจิตซึ่งพบได้บ่อย นักจิตวิทยาในฐานะที่เป็นบุคลากรทางสุขภาพจิตจึงเป็นที่คาดหวังของสังคมในการช่วยเหลือเยียวยา ดังนั้นนักจิตวิทยาควรจะมีทักษะการประเมินผู้ป่วยทางจิตเวช โดยองค์ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าก็เป็นหนึ่งในปัจจัยที่ทำให้ทักษะการประเมินผู้ป่วยทางจิตเวชมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้หน้าที่สำคัญของนักจิตวิทยาอีกด้านหนึ่งคือการเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าซึ่งเป็นองค์ความรู้ที่สังคมสนใจแต่ในขณะเดียวกันสังคมก็ขาดความเข้าใจที่ถูกต้อง บทความนี้มีจึงวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าในประเด็นสำคัญสำหรับนักจิตวิทยาโดยมีขอบเขตเกี่ยวกับ เกณฑ์การวินิจฉัย การวินิจฉัยแยกโรค การดำเนินโรค การรักษาทางยาและผลข้างเคียง การรักษาด้วยจิตบำบัด และ ประยุกต์ใช้จิตวิทยาทางบวกในการดูแลผู้ป่วย

คำสำคัญ: โรคซึมเศร้า ภาวะซึมเศร้า จิตวิทยาเชิงบวก

¹ กลุ่มวิชาจิตวิทยาและการแนะแนว มหาวิทยาลัยราชภัฏหมู่บ้านจอมบึง

Knowledge of Major Depressive Disorder and Positive Psychology for Psychologists

*Tonsai Kaewsawang*¹

Received 21 March 2020

Revised 1 June 2020

Accepted 2 June 2020

Abstract

For the recent years, Major Depressive Disorder has increasingly become a mental health issue which can often be found among our members in the society due to a high prevalence rate. Undoubtedly, psychologists, as mental health personnel, are expected by the society in order to prevent them from mental health problems. Additionally, psychologists should be equipped with an effective assessing skill to successfully evaluate psychiatric patients. In this alignment, knowledge of depression extensively becomes one of the significant factors in order to enhance an effectiveness of mental assessment of psychologists. Moreover, the dissemination of knowledge regarding Major Depressive Disorder which is increasingly captured by the social interest seemed lacking of precise understanding from the society. Meanwhile, the problem is also another priority for psychologists. The purpose of this article is to present important knowledge regarding Major Depressive Disorder to psychologists. In this limitation, it consists of a scope of diagnosis, a differential diagnosis, a procedure of treatment plan, drugs for treatment and side effects, psychotherapy, and application of positive psychology for treating patients.

Key words: Major depressive disorder, depression, Positive psychology

¹ Department of Educational Psychology and Guidance, Muban Chombueng Rajabhat University

บทนำ

การประเมินผู้ป่วยทางจิตเวชเป็นหน้าที่หนึ่งที่สำคัญของนักจิตวิทยาซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการตรวจประเมินเพื่อให้การช่วยเหลือและรักษาผู้ป่วยให้หลุดจากภาวะเจ็บป่วยทางใจ นักจิตวิทยาจึงมีความรู้พื้นฐานในด้านจิตเวชศาสตร์อันจะนำไปสู่การวางแผนการรักษาร่วมกับสหวิชาชีพ ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่เหมาะสม

โรคซึมเศร้า (Major depressive disorder) เป็นโรคทางอารมณ์ที่ส่งผลกระทบต่อบุคคลด้านอารมณ์ ความคิด และพฤติกรรม ผู้ป่วยซึมเศร้าจะมีอารมณ์ เบื่อหน่าย เศร้า ซึม โดยมีอาการเกือบทั้งวัน และมีอาการต่อเนื่องกันนานเกินกว่า 2 สัปดาห์ขึ้นไป ร่วมกับมีอาการอื่น ๆ เช่น รู้สึกอ่อนเพลียไม่มีแรง มีความผิดปกติในการนอน (นอนไม่หลับหรือนอนมากเกินไป) มีความผิดปกติด้านารกิน (เบื่ออาหาร น้ำหนักลด หรือกินจุขึ้น น้ำหนักขึ้นขึ้น) พุดน้อยลง เคลื่อนไหวช้าลงกว่าปกติ สมาธิความจำ แย่ลง หลงลืมง่าย เก็บตัว มองทุกอย่างในแง่ลบ รู้สึกไร้ค่า หรือในรายที่รุนแรงอาจรู้สึกอยากฆ่าตัวตายได้ (มาโนช หล่อ ตระกูล และคณะ, 2559: 167)

โรคซึมเศร้าเป็นปัญหาหลักทางสาธารณสุขและส่งผลต่อการสูญเสีย ผู้ป่วยซึมเศร้ามีแนวโน้มฆ่าตัวตายถึงร้อยละ 44.2 ในรายที่มีอาการรุนแรง หากไม่ได้รับการรักษา มีโอกาสฆ่าตัวตายสูงกว่าบุคคลทั่วไปถึง 20 เท่า (ชรณินทร์ กองสุข และคณะ, 2561: 323) อัตราการป่วยเป็นโรคซึมเศร้าต่อการฆ่าตัวตายของประเทศไทยในช่วง 8 ปีย้อนหลังอยู่ที่ประมาณ 230,000 และ 4,000 ราย (จำนวนผู้ป่วยคาดประมาณจากความชุกที่ได้จากการสำรวจ) ดังข้อมูลแสดงในตารางที่ 1 (กรมสุขภาพจิต; บริการ e-Reports กรมสุขภาพจิต, 2563) ความชุกชั่วชีวิตของภาวะซึมเศร้าในคนไทยร้อยละ 3.2 พบในผู้หญิงมากกว่าผู้ชายในอัตราส่วน 1.6 : 1 และมีความชุกในกรุงเทพมหานคร มากที่สุด ความเสี่ยงโรคนี้จะสูงขึ้นในผู้ที่มีประวัติหม้าย หย่าร้าง รายได้ต่ำ (มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558: 173)

ตารางที่ 1 แสดง จำนวนผู้ป่วยซึมเศร้าและฆ่าตัวตายคาดประมาณจากความชุกที่ได้จากการสำรวจ

จำนวน/พ.ศ.	2555	2556	2557	2558	2559	2560	2561
จำนวนผู้ป่วยซึมเศร้า	22,168	223,564	179,341	231,082	237,128	237,573	238,011
จำนวนการฆ่าตัวตายสำเร็จ	3,985	3,940	3,950	4,205	4,131	4,934	4,137

ที่มา: กรมสุขภาพจิต; บริการ e-Reports กรมสุขภาพจิต (2563)

ความเศร้าปกติ (sadness) ภาวะซึมเศร้า (depression) และโรคซึมเศร้า (Major depressive disorder)

ในปัจจุบันสังคมได้รู้จักและให้ความสำคัญกับโรคซึมเศร้ามากขึ้น ผู้ที่เข้ารับบริการในเวชปฏิบัติทั่วไปหรือจิตเวชจำนวนไม่น้อยมาด้วยอาการสำคัญ (Chief complaint) เกี่ยวกับอารมณ์เศร้า ซึ่งความเศร้าปกติ ภาวะซึมเศร้า และ โรคซึมเศร้า มีความใกล้เคียงกัน อีกทั้งอารมณ์เศร่ายังเป็นอาการสำคัญที่นำไปสู่การวินิจฉัยโรคหรือภาวะผิดปกติอื่นๆ ได้อีกมากมาย นักจิตวิทยาจึงจำเป็นต้องมีทักษะการประเมินผู้ป่วยทางจิตเวชและทักษะการวินิจฉัยแยกโรค (Differential diagnosis) “ความเศร้าปกติ ภาวะซึมเศร้า ไม่เท่ากับ โรคซึมเศร้า” กล่าวคือ ความเศร้าปกติ ภาวะซึมเศร้า และ โรคซึมเศร้า มีความแตกต่างกันโดยมีรายละเอียดดังนี้

ความเศร้าปกติ (sadness)

ความเศร้าปกติเป็นอารมณ์ด้านลบซึ่งเป็นปฏิกิริยาตอบสนองทางอารมณ์ของบุคคลต่อเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์หรือเหตุการณ์ที่ต้องเผชิญกับการสูญเสีย โดยความเศร้าเป็นสภาวะอารมณ์ที่เกิดขึ้นเป็นครั้งคราวขึ้นอยู่กับเหตุการณ์กระตุ้นเร้าและความเศร้าจะเบาบางลงไปตามระยะเวลา (นันทวัช สิริธิรักษ์ และคณะ, 2558: 169)

ภาวะซึมเศร้า (depression)

ภาวะซึมเศร้าต่างจากความเศร้าปกติตรงที่ภาวะซึมเศร้าเป็นสภาวะอารมณ์ที่เกิดขึ้นต่อเนื่อง โดยเมื่อบุคคลเผชิญกับเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์หรือเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดการสูญเสีย บุคคลจะมีอารมณ์เศร้ามากและนานเกินภาวะปกติ ไม่ดีขึ้นตามระยะเวลาที่ควรเป็น ในบางกรณีบุคคลอาจเกิดอารมณ์เศร้าแม้ไม่มีเหตุการณ์กระตุ้นเร้า โดยอารมณ์เศรานั้นทำให้

บุคคลสูญเสียการทำหน้าที่ตามกิจวัตรประจำวัน หน้าที่การทำงาน และการสังคม (นันทวัช สิริธิรักษ์ และคณะ, 2558: 169)

ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีอาการของการเปลี่ยนแปลง 3 ด้าน ได้แก่ 1.การเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย เช่น มีความผิดปกติในการนอน(นอนไม่หลับหรือนอนมากเกินไป) มีความผิดปกติด้านการกิน(เบื่ออาหาร น้ำหนักลด หรือกินจุขึ้น น้ำหนักเพิ่มขึ้น) พุดน้อยลงและเคลื่อนไหวช้าลงกว่าปกติเป็นต้น 2.การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์และจิตใจ เช่น มีอารมณ์เศร้า ประกอบกับความรู้สึก ไร้ชีวิตชีวา สิ้นหวัง รู้สึกไร้ค่า รู้สึกผิด คิดช้า ไม่มีสมาธิ ในผู้ป่วยที่อาการรุนแรงอาจมีความคิดฆ่าตัวตาย หรือ มีอาการประสาทหลอนร่วมด้วย 3. การเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม เช่น เก็บตัว หลีกหนีสังคม เป็นต้น (Tinakon Wongpakaran, et al.2014: 217–223)

โรคซึมเศร้า (Major depressive disorder)

โรคซึมเศร้าเป็นความเจ็บป่วยทางจิตเวชที่มีภาวะซึมเศร้าเป็นอาการสำคัญ รวมถึงมีอาการอื่นๆ ร่วมด้วยซึ่งสอดคล้องตามเกณฑ์บัญชีจำแนกทางสถิติระหว่างประเทศของโรคและปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้อง ฉบับที่ 10 (International Classification of Diseases – 10) ในหมวด F32, F33, F34.1, F38, F39 หรือตามคู่มือการวินิจฉัยและสถิติของความผิดปกติทางจิต ฉบับที่ 5 (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – 5) ของโรคซึมเศร้า (Major depressive disorder) และ โรคซึมเศร้าเรื้อรัง (Persistent depressive disorder/dysthymia)

ตารางที่ 2 แสดงเกณฑ์การวินิจฉัย *Depressive episode* ตามเกณฑ์ของ ICD – 10

อาการหลัก	อาการร่วม	อาการทางกาย
1. มีอารมณ์เศร้า	1. สมาธิลดลง	1. เบื่อหน่าย ไม่สนุกสนานในกิจกรรมที่เคยเป็น
2. ความสนุกสนาน เพลิดเพลิน หรือ ความสนใจใน กิจกรรมลดลง	2. ความมั่นใจและความ ภาคภูมิใจ ในตนเองลดลง	2. ไร้อารมณ์ต่อสิ่งรอบข้างที่เคย ทำให้เพลิดเพลินใจ
3. อ่อนเพลีย เพลีย แรงแรง มี กิจกรรม น้อยลง	3. รู้สึกผิดและไร้ค่า	3. ตื่นเช้ากว่าปกติ ≥ 2 ชม.
	4. มองอนาคตในทางลบ	4. อาการซึมเศร้าเป็นมากในช่วง เช้า
	5. คิดฆ่าตัวตายหรือทำร้ายตนเอง หรือฆ่าตนเอง	5. ทำอะไรช้า เคลื่อนไหวช้าลง หรือ กระสับกระส่าย
	6. มีความผิดปกติในการนอนหลับ	6. เบื่ออาหารอย่างมาก
	7. เบื่ออาหาร	7. น้ำหนักลดลง (5% ใน 1 เดือน)
		8. ความต้องการทางเพศลดลง

ตารางที่ 3 แสดงเกณฑ์การวินิจฉัย *F32 Depressive episodes*

รหัส	อาการหลัก	อาการร่วม	อาการทางกาย
F320 Mild depressive episode	อย่างน้อย 2 ใน 3		
F3200 Mild depressive episode, Without somatic symptoms			< 4 อาการ
F3201 Mild depressive episode, With somatic symptoms	อย่างน้อย 2 ใน 3	อย่างน้อย 3	≥ 4 อาการ
F321 Moderate depressive episode	ครบ 3 อาการหลัก	อย่างน้อย 4	
F322 Severe depressive episode without psychotic symptoms	ครบ 3 อาการหลัก	อย่างน้อย 4 และมี Psychotic symptom	

ตารางที่ 4 แสดง รหัส ICD-10 ที่อยู่ในกลุ่มโรคซึมเศร้า

รหัส	ชื่อ
F32	Depressive episode
F33	Recurrent depressive disorder
F341	Dysthymia
F38	Other mood [affective] disorders
F39	Unspecified mood [affective] disorder

ที่มา: กลุ่มศูนย์การแพทย์เฉพาะทางด้านอาชีวเวชศาสตร์และเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี (2558)

ตารางที่ 5 แสดงเกณฑ์การวินิจฉัย *Recurrent depressive disorder* ตามเกณฑ์ของ ICD – 10

เกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าตาม DSM – 5 ดังตารางที่ 3 ประกอบด้วยอาการสำคัญของ major depressive episode ในเกณฑ์ข้อ A – C ในส่วนของเกณฑ์ข้อ D- E เป็นการวินิจฉัยแยกโรค (จตุรพร แสงกุล, 2561: 12-13)

ตารางที่ 3 แสดงเกณฑ์การวินิจฉัย *major depressive disorder* ตามเกณฑ์ของ DSM – 5

A.	<p>มีอาการดังต่อไปนี้อย่างน้อย 5 อาการร่วมกันนาน 2 สัปดาห์และแสดงถึงการ เปลี่ยนแปลงในด้านต่าง ๆ ต่างไปจากแต่ก่อน โดยมีอาการอย่างน้อย 1 ข้อของ (1) อารมณ์ซึมเศร้า หรือ (2) เบื่อหน่าย ไม่มีความสุข</p> <p>หมายเหตุ: ไม่รวมอาการที่เห็นชัดว่าเป็นจากภาวะความเจ็บป่วยทางกาย</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. มีอารมณ์ซึมเศร้าเป็นส่วนใหญ่ของวัน แทบทุกวัน โดยได้จากการบอกเล่าของ ผู้ป่วย (เช่น รู้สึกเศร้า หรือว่างเปล่า) หรือจากการสังเกตของผู้อื่น (เช่น เห็นว่าร้องไห้) หมายเหตุ: ในเด็กและวัยรุ่นสามารถเป็นอารมณ์หงุดหงิด 2. ความสนใจหรือความสุขใจในกิจกรรมต่าง ๆ ทั้งหมดหรือแทบทั้งหมดลดลงอย่างมาก เป็นส่วนใหญ่ของวัน แทบทุกวัน (โดยได้จากการบอกเล่าของผู้ป่วย หรือจากการสังเกตของผู้อื่น) 3. น้ำหนักลดลงโดยมิได้เป็นจากการคุมอาหาร หรือเพิ่มขึ้นอย่างมีความสำคัญ (ได้แก่ น้ำหนักเปลี่ยนแปลงมากกว่าร้อยละ 5 ต่อเดือน) หรือมีการเบื่ออาหารหรือ เจริญอาหารแทบทุกวัน หมายเหตุ: ในเด็ก ดูว่าน้ำหนักไม่เพิ่มขึ้นตามที่ควรจะเป็น 4. นอนไม่หลับ หรือหลับมากเกินไปแทบทุกวัน 5. Psychomotor agitation หรือ retardation แทบทุกวัน (จากการสังเกตของผู้อื่น มิใช่เพียงจากความรู้สึกของผู้ป่วย ว่ากระวนกระวายหรือช้าลง) 6. อ่อนเพลีย หรือไร้เรี่ยวแรงแทบทุกวัน 7. รู้สึกตนเองไร้ค่า หรือรู้สึกผิดอย่างไม่เหมาะสมหรือมากเกินไป (อาจถึงขั้นหลงผิด) แทบทุกวัน (มิใช่เพียงแค่การโทษตนเองหรือรู้สึกผิดที่ป่วย) 8. สมาธิหรือความสามารถในการคิดอ่านลดลง หรือตัดสินใจอะไรไม่ได้ แทบทุกวัน (โดยได้จากการบอกเล่าของผู้ป่วย หรือจากการสังเกตของผู้อื่น) 9. คิดถึงเรื่องการตายอยู่เรื่อย ๆ (มิใช่แค่กลัวว่าจะตาย) คิดอยากตายอยู่เรื่อย ๆ โดยมีได้วางแผนแน่นอน หรือพยายามฆ่าตัวตายหรือมีแผนในการฆ่าตัวตายไว้แน่นอน
----	--

ตารางที่ 3 แสดงเกณฑ์การวินิจฉัย *major depressive disorder* ตามเกณฑ์ของ DSM – 5 (ต่อ)

B.	อาการก่อให้เกิดความทุกข์อย่างมาก หรือ ทำให้กิจกรรมด้านสังคม การงาน หรือด้านที่สำคัญต่างๆ บกพร่องไป
C.	อาการไม่ได้เป็นจากผลทางด้านสรีรวิทยาจากสาร หรือจากภาวะความเจ็บป่วยทางอื่น หมายเหตุ: ต้องพิจารณาแยกจากปฏิกิริยาของความเศร้าเสียใจที่เกิดหลังจากมีการสูญเสียบุคคลหรือสิ่งอันเป็นที่รัก (bereavement) ซึ่งอาจมีความโศกเศร้าอย่างรุนแรง หมกมุ่นกับการสูญเสียที่เกิดขึ้น เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ คล้ายกับอาการที่พบในระยะซึมเศร้าได้ แต่อาการดังกล่าวยังเหมาะสมกับความสูญเสียที่เกิดขึ้นตามบริบทของ วัฒนธรรมนั้น
D.	อาการของ major depressive episode ไม่ใช่อาการของ schizoaffective disorder หรือ schizophrenia หรือ schizopreniform disorder หรือ delusional disorder หรือ โรคทางจิตอื่นๆ
E.	ไม่เคยมี manic episode หรือ hypomanic episode

เกณฑ์การวินิจฉัย 2 ระบบนี้ใช้กันเป็นสากล โดยทั้ง 2 ระบบมีความสอดคล้องกัน ไม่แตกต่างกันมากนัก ส่วนใหญ่สามารถวินิจฉัยผู้ป่วยที่มีอาการเดียวกันว่าเป็นโรคเดียวกันได้ ยกเว้นในบางกรณี นักจิตวิทยาจำเป็นต้องต้องศึกษาการกำหนดรหัสโรค ทั้ง 2 ระบบให้เข้าใจว่าการกำหนดรหัสเป็นอย่างไร เนื่องจากรหัสโรคหรือชื่อโรคจะเป็นเครื่องมือในการสื่อสารระหว่างบุคลากรทางการแพทย์ทั่วโลก โดยปกติแพทย์ใช้ DSM – 5 ในการวินิจฉัยเนื่องจากมีความยืดหยุ่นมากกว่า ICD – 10 เนื่องจากในทางปฏิบัติอาจให้แค่วินิจฉัยที่น่าจะเป็น (Provisional diagnosis) หรือสามารถใส่หลายวินิจฉัยได้ (Multiple diagnosis) โดยระบุวินิจฉัยหลัก (Principal diagnosis) ร่วมด้วย โดยแพทย์สามารถระบุความรุนแรงของโรควินิจฉัย (Mild, Moderate, Severe, Partial remission, Full remission) เพื่อให้เข้าใจความรุนแรงของโรค นอกจากนี้ในกรณีที่ไม่สามารถหาวินิจฉัยที่เหมาะสมที่สุดแพทย์สามารถระบุ “Not Otherwise Specified (NOS)” เพื่อระบุว่าสงสัยโรคในกลุ่มนี้แต่ยังไม่มียังข้อมูลมากเพียงพอ ซึ่งถ้าแพทย์ได้ข้อมูลเพิ่มเติมก็สามารถเปลี่ยนวินิจฉัยได้ (ณหทัย วงศ์ปการันย์, 2553) อย่างไรก็ตามคู่มือการวินิจฉัย DSM - 5 จะอ้างอิงรหัสโรค ICD - 10 ไว้ด้วยเช่น Major Depressive Disorder DSM-5 296.20-296.36 (ICD-10-CM Multiple Codes) ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 แสดงเกณฑ์การวินิจฉัย Recurrent depressive disorder ตามเกณฑ์ของ ICD – 10

ความรุนแรง	Single Episode (DSM-5/ICD10)	Recurrent Episode (DSM-5/ICD10)
Mild	296.21 (F32.0)	296.31 (F33.0)
Moderate	296.22 (F32.1)	296.32 (F33.1)
Severe	296.23 (F32.2)	296.33 (F33.2)
With Psychotic Features	296.24 (F32.3)	296.34 (F33.3)
In Partial Emission	296.25 (F32.4)	296.35 (F33.41)
In Full Remission	296.26 (F32.5)	296.36 (F33.42)
Unspecified	296.20 (F32.9)	296.30 (F33.9)

ที่มา: Donald et al (2014)

แนวทางการประเมินแยกแยะอารมณ์เศร้า (sadness) ภาวะซึมเศร้า (depression)

แนวทางการประเมินแยกแยะอารมณ์เศร้า (normal sadness) และ ภาวะซึมเศร้า (depression) ให้ประเมินตามเกณฑ์ต่อไปนี้ (นันทวิช สิทธิรักษ์ และคณะ, 2558: 170-171)

1. มีอาการเข้าได้กับเกณฑ์วินิจฉัยซึมเศร้าหรือไม่

2. อาการที่เป็นรุนแรงจนส่งผลกระทบต่อหน้าที่กิจวัตรประจำวัน การงาน หรือ สัมพันธภาพกับบุคคลอื่นหรือไม่

3. เคยมีอาการที่เข้าได้กับระยะ mania หรือ hypo mania หรือไม่ (ถามประวัติจากคนใกล้ชิดและผู้ป่วย)

4. มีประวัติเป็นโรคทางกาย หรือ รับประทานยา หรือ ใช้สารเสพติดที่ส่งผลให้เกิดอารมณ์เศร้าหรือไม่

-โรคทางกายเช่น โรคพาร์กินสัน, โรคหลอดเลือดสมอง, ไฮโปไทรอยด์ และ มะเร็งตับอ่อน เป็นต้น -ยา เช่น corticosteroid, beta blocker, reserpine และภาวะขาด amphetamine เป็นต้น

5. เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ หรือ เหตุการณ์ที่ทำให้เกิดการสูญเสีย หรือมีเหตุกดดันในระยะไม่

นานมานี้หรือไม่ เช่น ออกหัก ตกงาน คนใกล้ตัวเสียชีวิต

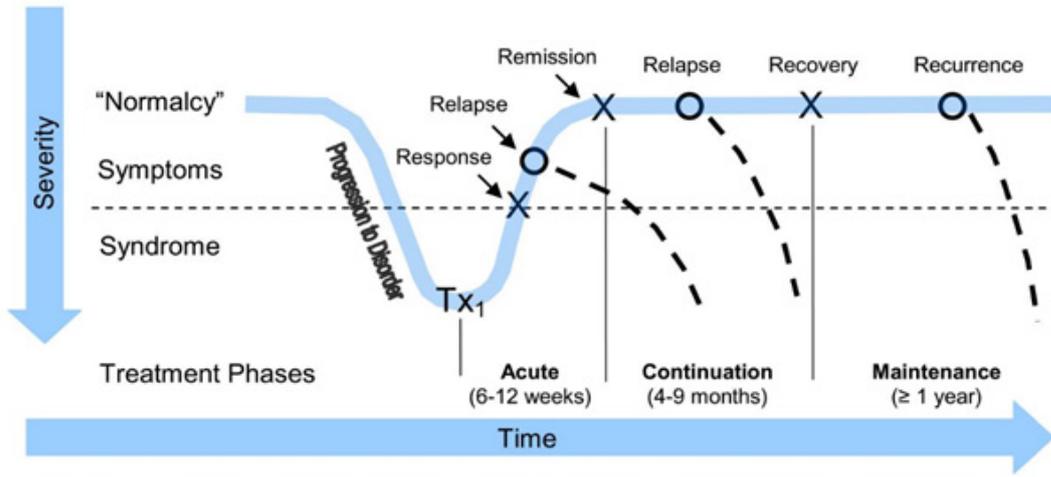
หากซักประวัติไม่พบข้อ 1 ถึง 4 ให้ถือเป็นภาวะเศร้าปกติ (normal sadness) หากพบเฉพาะข้อ 1 และ 2 มีแนวโน้มป่วยเป็นโรคซึมเศร้า หากมีเฉพาะข้อ 1 ถึง 3 ผู้ป่วยมีแนวโน้มป่วยเป็นโรคกลุ่มไบโพลาร์ หากพบสาเหตุทางกาย หรือมีประวัติได้รับยาหรือใช้สารเสพติดที่ส่งผลให้เกิดอารมณ์เศร้า ให้นึกถึง ภาวะเศร้าจากโรคทางกายหรือจากยาและสาร หากอาการไม่ครบตามเกณฑ์วินิจฉัยซึมเศร้าร่วมกับ เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ หรือ เหตุการณ์ที่ทำให้เกิด

การสูญเสีย หรือมีเหตุกดดันในระยะไม่ นานมานี้ มีแนวโน้มป่วยเป็นโรคการปรับตัวผิดปกติที่มีอารมณ์เศร้าร่วมด้วย (Adjustment disorder with depressed mood)

การดำเนินโรค

โดยปกติผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการรักษาจะมีอาการซึมเศร้าคงอยู่ประมาณ 6 ถึง 13 เดือน โดยอาการอาจหายได้เองโดยไม่ต้องรับการรักษา ในกรณีที่ได้รับรักษา อาการจะคงอยู่ประมาณ 3 เดือน ในบางรายอาจหายได้ภายใน 1 เดือน โรคซึมเศร้าเป็นโรคที่มีอัตราการกลับมาเป็นซ้ำสูงและความเสี่ยงกลับเป็นซ้ำจะเพิ่มขึ้นในแต่ละครั้งหลังจากที่ผู้ป่วยมีอาการครั้งแรก โดยมีโอกาสกลับเป็นซ้ำร้อยละ 50 และครั้งที่ 2 และ 3 มีโอกาสกลับเป็นซ้ำ ร้อยละ 70 และ 90 ตามลำดับ ระยะการรักษาแบ่งเป็น 3 ระยะได้แก่ 1) ระยะเฉียบพลัน (acute treatment phase) ในระยะนี้แพทย์จะมีเป้าหมายการรักษาเพื่อให้ผู้ป่วยมี remission และสามารถกลับไปใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างปกติ 2) การรักษาระยะต่อเนื่อง (Continuation treatment phase) เป็นระยะการรักษาหลังจากระยะเฉียบพลันต่ออีกประมาณ 4-9 เดือน หลังจากผู้ป่วยหายแล้ว ในระยะนี้แพทย์จะมีเป้าหมายการรักษาเพื่อลดการกลับเป็นซ้ำ เนื่องจากหากหยุดการรักษาก่อนมักมีโอกาสเกิด relapse สูงมาก 3) ระยะยาว (Maintenance treatment phase) ในระยะนี้แพทย์จะมีเป้าหมายการรักษาเพื่อป้องกันการ recurrence โดยทั่วไปแพทย์มักให้ยาเพื่อป้องกันอย่างน้อย 2 ปี แต่บางรายที่อาการรุนแรงและมีการกลับเป็นซ้ำบ่อย แพทย์อาจให้ยาป้องกันตลอดชีวิต

รูปภาพที่ 1 ระยะการรักษากภาวะซึมเศร้า



ที่มา: Gartlehner G, et al. (2015:161)

ตารางที่ 4 แสดงคำศัพท์เกี่ยวกับการดำเนินโรคซึมเศร้า

คำศัพท์	คำอธิบาย
Episode	ช่วงเวลานับตั้งแต่ที่ผู้ป่วยมีอาการครบตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ depressive, manic, hypomanic episode จนถึงช่วง recovery นับเป็น 1 episode
Response	ช่วงระยะเวลาที่ผู้ป่วยตอบสนองต่อการรักษาหรือมีอาการดีขึ้น
Remission	ช่วงระยะเวลาที่ผู้ป่วยไม่มีอาการเลยหลังจากได้รับการรักษาแต่ระยะเวลายังไม่ถึง 2 เดือน
Recovery	ช่วงระยะเวลาที่ผู้ป่วยไม่มีอาการเลยมากกว่าหรือเท่ากับ 2 เดือน
Relapse	ช่วงที่ผู้ป่วยกลับมามีอาการมากขึ้นก่อนถึงระยะ full remission
Recurrence	ช่วงที่ผู้ป่วยกลับมามีอาการอีกหลังจากอยู่ในระยะ Recovery แล้ว ซึ่งหมายถึงมีการเกิด episode ใหม่

ที่มา: มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุนทรชัย (2558:128)

แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า

นอกจากการประเมินผู้ป่วยทางจิตเวชด้วยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและบุคคลใกล้ชิดแล้วแบบประเมินภาวะซึมเศร่ายังเป็นอีกหนึ่งเครื่องมือที่จะช่วยในการคัดกรองและนำไปสู่การวินิจฉัยโรค โดยแบบประเมินภาวะซึมเศร้าที่มีประสิทธิภาพมีหลายแบบประเมินดังตารางที่ 5 นักจิตวิทยาสามารถเลือกใช้แบบประเมินได้ตามดุลยพินิจขึ้นอยู่กับบริบท อย่างไรก็ตาม นักจิตวิทยาพึงระวังไว้ว่าถึงแม้แบบประเมินจะมีประสิทธิภาพเพียงใดแต่แบบประเมินเหล่านี้เป็นเพียงเครื่องมือการคัดกรองมิใช่การวินิจฉัยโรค

ตารางที่ 4 แสดงเครื่องมือคัดกรองโรคซึมเศร้าในประเทศไทย

เครื่องมือ	คุณภาพของเครื่องมือ		
	อายุ	ความไว (Sensitivity)	ความจำเพาะ (Specificity)
แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในเด็ก (Children's Depression Inventory (CDI) ฉบับภาษาไทย	7-17	78.7 ¹	91.3 ¹
แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale: CES-D) ฉบับภาษาไทย	15-18	72 ²	85 ²
แบบประเมินโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) * [แบบสัมภาษณ์]	18+	73 ³	90 ³
แบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) * [แบบสัมภาษณ์]	18+	86.15 ⁴	83.12 ⁴
Patient Health Questionnaire (PHQ-2) ฉบับภาษาไทย * [Self-Report]	18+	80 ⁵	73 ⁵
Patient Health Questionnaire (PHQ-9) ฉบับภาษาไทย * [Self-Report]	18+	53 ⁶	98 ⁶
Beck Depression Inventory IA (BDI-IA) ฉบับภาษาไทย	18-60	84.6 ⁷	86.4 ⁷

ที่มา: 1. อุมพร ตรังคสมบัติ และ ดุสิต ลิขนะพิชิตกุล (2539), 2. อุมพร ตรังคสมบัติ และคณะ (2540) , 3. สุนันทา ฉันทกาญจน์ และคณะ (2557), 4. ธรณินทร์ กองสุข และคณะ (2561), 5. สุชาติพงศ์ แซ่หลี่ และ ปิยะภัทร เดชพระธรรม (2560), 6. Manote Lotrakul et al. (2008), 7. มุกดา ศรียงค์ (2522)

ยาแก้ซึมเศร้า (Antidepressants) และผลข้างเคียง

ยาแก้ซึมเศร้าสามารถจัดกลุ่มตามกลไกการออกฤทธิ์ได้เป็น 4 กลุ่มใหญ่ได้แก่ 1. Tricyclic (TCAs) 2. Monoamine oxidase inhibitor 3. Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) และ 4. ยากลุ่ม New generation ยากลุ่มที่แพทย์นิยมใช้ในประเทศไทยจะมี 2 กลุ่มคือ กลุ่ม TCAs หรือที่รู้จักกันในภาษาพูดคือยาแก้ซึมเศร่ากลุ่มเก่า และ กลุ่ม SSRIs ยาแก้ซึมเศร่ากลุ่มใหม่ (มาโนซ หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558: 452-460)

ยากลุ่ม TCAs หรือยาแก้ซึมเศร่ากลุ่มเก่าเป็นยาที่มีอาการข้างเคียงค่อนข้างมาก ในปัจจุบันแพทย์ไม่ค่อยนิยมใช้แล้ว ผลข้างเคียงของยากลุ่มนี้ได้แก่ 1. ง่วง เผลียง ซึมๆ 2. อาการปากคอแห้ง 3. ตามัว มองเห็นไม่ชัด อาการพวกนี้จะค่อยๆ ดีขึ้นเองไม่ต้องตัดแว่นใหม่ 4. ท้องผูก 5. เวียนศีรษะ หน้ามืด

ยากลุ่ม SSRIs หรือยาแก้ซึมเศร่ากลุ่มใหม่เป็นยาที่มีอาการข้างเคียงน้อยกว่ายากลุ่มเก่า ซึ่งไม่ค่อยพบอาการปากคอแห้ง ท้องผูก หรืออาการหน้ามืด เวียนศีรษะ โดยในบทความนี้จะกล่าวเฉพาะยากลุ่มใหม่ ที่ออกฤทธิ์กับระบบซีโรโตนินเนื่องจากเป็นยาที่ใช้ชานแรกในการรักษาโรคซึมเศร่าโดยผลข้างเคียงของยากลุ่มนี้ได้แก่

1. กระวนกระวาย รู้สึกเหมือนอยู่ไม่สุข หงุดหงิดง่ายขึ้น 2.นอนไม่หลับ 3.คลื่นไส้ จุก แน่นท้อง พะอืดพะอม และ
4.ปวดหัว มักเป็นไม่นานจะดีขึ้นเอง

ตารางที่ 4 แสดงยาต้านเศร้าที่นิยมใช้และผลข้างเคียง

กลุ่มยา/ชื่อยา	ผลข้างเคียง			
	Sedation	Anticholinergics	Orthostatic hypotension	อื่นๆ
TCA's				น้ำหนักเพิ่ม -พิษต่อหัวใจ (Cardiotoxicity) ทำให้เกิด conduction disturbance และ impair contractility
Amitriptyline	++++	++++	++++	
Nortriptyline	+	+	++	
Imipramine	+++	+++	++++	
Clomipramine	++++	++++	+++	
Doxepin	++++	+++	++	
SSRIs				-คลื่นไส้ -กระวนกระวาย -นอนไม่หลับ -เบื่ออาหาร -ความผิดปกติทางเพศ
Fluoxetine	0/+	0	0	
Sertraline	0/+	0	0	
Fluvoxamine	0	0	0	
Paroxetine	+	+	0	
Escitalopram	0	0	0	

(มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558:454)

โดยปกติกลุ่มยาต้านเศร้าจะมีกลุ่มผลข้างเคียงหลัก 3 กลุ่มได้แก่ Sedation side effects Anticholinergics side effects และ Orthostatic hypotension side effects (Thanacody & Thomas, 2003: 114)

อาการข้างเคียงด้าน Sedation side effects จากการใช้ยาต้านเศร้าที่พบบ่อยได้แก่อาการ อากา ง่วงนอน ซึม เหนื่อย แอมเนซีเซีย (amnesia) ปฏิกริยาตอบสนองช้า ความดันโลหิตต่ำ อาการปวดหัว และรู้สึกป่วย อาการข้างเคียงด้าน Anticholinergics side effects จากการใช้ยาต้านเศร้าที่พบบ่อยได้แก่อาการ ปากแห้ง ตาแห้ง มองเห็นภาพซ้อน ท้องผูก ฉี่ไม่ออก อาการวิงเวียนศีรษะเนื่องจากความดันโลหิตลดลงเมื่อยืนขึ้น (ความดันเลือดต่ำในการทรงตัว) มึนงง หัวใจเต้นผิดจังหวะ

อาการข้างเคียงด้าน Orthostatic hypotension จากการใช้ยาต้านเศร้าที่พบบ่อยได้แก่ อาการ รู้สึกมึนหรือวิงเวียนหลังจากยืนขึ้น มองเห็นไม่ชัด เป็นลมหมดสติ สับสน คลื่นไส้อาเจียน

นอกจากยากกลุ่มต้านเศร้าแล้วยาอีกกลุ่มที่แพทย์นิยมจ่ายให้กับผู้ป่วยซึมเศร้าได้แก่ยา กลุ่ม Benzodiazepine เช่น Alprazolam lorazepam diazepam และ clorazepate ซึ่งเป็นยานอนหลับกลุ่มที่มีความ

ปลอดภัยสูงและผลข้างเคียงต่ำ โดยผลข้างเคียงของยากลุ่ม Benzodiazepine ที่พบได้บ่อยได้แก่ 1.ง่วงนอน 2.กล้ามเนื้ออ่อนแรง หรือ ทำงานประสานกันไม่ดี เช่น เดินเซ 3.วิงเวียน 4.หลงลืมโดยเฉพาะแบบ anterograde amnesia 5.ขาดความยับยั้งชั่งใจ หรือ วุ่นวายก้าวร้าว (เป็น Behavioral disinhibition หรือ paradoxical effects) และ 6.การเสพติด

การรักษาด้วยจิตบำบัดและจิตวิทยาเชิงบวก

การทำจิตบำบัดสำหรับผู้ป่วยซึมเศร้า มีหลายชนิด โดยจิตบำบัดชนิดที่ได้รับการยอมรับว่ามีประสิทธิภาพจากสถาบัน National institute for health and care excellence ได้แก่ Cognitive behavioral therapy; CBT และ Interpersonal therapy; IPT (McQueen & Smith, 2015: 97-188) จิตบำบัดในกลุ่มที่กล่าวมาเป็นที่รู้จักและยอมรับอย่างแพร่หลาย โดยมีจุดมุ่งเน้นการรักษาพยาธิสภาพ เพื่อเป็นการนำเสนอถึงมุมมองทางเลือกใหม่ ๆ ในการดูแลผู้ป่วยซึมเศร้า ในบทความนี้ผู้เขียนขอเสนอแนะถึง “จิตวิทยาเชิงบวก” ที่มุ่งเน้นการเสริมสร้างคุณลักษณะด้านบวกของมนุษย์ไว้เป็นอีกหนึ่งทางเลือกซึ่งนักจิตวิทยาอาจนำไปประยุกต์ใช้กับการบำบัดแนวทางหลักเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการทำจิตบำบัด

จิตวิทยาเชิงบวกเป็นจิตวิทยาสมัยใหม่ที่พัฒนาอยู่บนพื้นฐานทางวิทยาศาสตร์โดยทฤษฎีจิตวิทยาเชิงบวกเชื่อว่าสิ่งเป็นสาเหตุสำคัญอย่างหนึ่งของภาวะซึมเศร้าคือ “ความสิ้นหวังที่เกิดจากการเรียนรู้ (learned helplessness)” ดังนั้นจิตวิทยาเชิงบวกจึงเน้นการทำงานกับความสุข มุ่งเน้นให้บุคคลเกิดความตระหนักรู้ถึงคุณค่าของการมีชีวิตอยู่แทนที่จะมุ่งแก้ไขความผิดปกติของบุคคลโดยเน้นการเสริมสร้างจุดแข็งอันนำไปสู่การเติบโตและงอกงามซึ่งเป็นปัจจัยปกป้อง (Protective factor) ส่งผลให้บุคคลมีสุขภาพ

วะทางจิต (Psychological- wellbeing) ที่ดี (Seligman, 2011)

การประยุกต์ใช้จิตวิทยาเชิงบวกในการดูแลบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพจิตเป็นการทำทนายรากฐานและจุดสนใจของจิตวิทยาปัจจุบันที่มุ่งเน้นการรักษาพยาธิสภาพมากกว่าส่งเสริมคุณลักษณะเชิงบวก นักจิตวิทยาสามารถใช้จิตวิทยาเชิงบวกเป็นส่วนเสริมในการทำจิตบำบัด โดยในบทความนี้ผู้เขียนจะยกตัวอย่างการบำบัดด้วยการผสมผสานทางทฤษฎีแบบมีทฤษฎีหลัก (assimilative integration) กล่าวคือ นักจิตวิทยายังยึดทฤษฎีการบำบัดทฤษฎีใดทฤษฎีหนึ่งเป็นหลักและสามารถหยิบยืมเทคนิคจากทฤษฎีการบำบัดอื่นมาใช้ร่วมด้วยเพื่อให้การบำบัดนั้นบรรลุวัตถุประสงค์ของการบำบัดตามทฤษฎีหลักที่นักจิตวิทยายึดถือ (Messer, 2001) เช่น นักจิตวิทยาเลือกการทำจิตบำบัดแบบ CBT เป็นวิธีการหลัก แต่อาจให้การบำบัดที่เป็นโปรแกรมจิตวิทยาเชิงบวก (Positive psychology intervention) เกี่ยวกับความหมายของชีวิต (Meaning) เช่นการเชิญชวนให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือผู้อื่นหรือส่วนร่วมและให้บันทึกลงในสมุดทุกวันโดยกิจกรรมดังกล่าวไม่ได้มีวัตถุประสงค์หลักเพื่อให้ผู้ป่วยเห็นคุณค่าของชีวิตซึ่งเป็นเป้าหมายของจิตวิทยาเชิงบวก แต่ใช้เพื่อสนับสนุนการโต้แย้งความคิดอัตโนมัติที่ว่า “ชีวิตฉันไร้ค่า ไม่มีใครมองเห็นฉัน” ซึ่งเป็นเป้าหมายของจิตบำบัดแบบ CBT อย่างไรก็ตามด้วยตัวโปรแกรมจิตวิทยาเชิงบวกเองก็มีประสิทธิภาพในการเสริมสร้างสุขภาวะทางจิตลดอาการซึมเศร้า และ ป้องกันการฆ่าตัวตาย โดยในปัจจุบันโปรแกรมจิตวิทยาเชิงบวกเป็นแนวทางที่ได้รับความนิยมมากขึ้น ถูกศึกษามากยิ่งขึ้น และถูกนำไปประยุกต์ใช้ในการบำบัดเพื่อทำให้ผู้ป่วยเกิดอารมณ์และประสบการณ์ด้านบวกนำไปสู่การมีสุขภาวะทางจิตที่ดี ซึ่งเป็นปัจจัยปกป้องที่จะทำให้การพยากรณ์โรคดีขึ้นอีกทั้งยังเอื้อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้

แม้จะอยู่นอกห้องบำบัด (Parks & Biswas-Diener, 2014:140-165, D'raven & Pasha-Zaidi, 2014: 383-408)

ในบทความนี้ผู้เขียนจะขออนุญาตยกตัวอย่างโปรแกรมจิตวิทยาเชิงบวก Happiness Action Pack ที่พัฒนาโดย Headspace and Vanessa King MAPP โปรแกรมจิตวิทยาเชิงบวกดังกล่าวใช้อักษรย่อว่า "GREAT DREAM" ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมที่สร้างเสริมคุณลักษณะ 10 ประการ (King, 2016) ได้แก่

1. การให้ (Giving) เป็นกิจกรรมที่ให้คุณคนกับทั้งสิ่งต่างๆที่ตนเองทำให้ผู้อื่นและทบทวนสิ่งเหล่านั้น

2. การสร้างความสัมพันธ์ (Relating) ให้บุคคลนึกถึงคนที่สำคัญในชีวิตและลงมือสร้างความสัมพันธ์อันดี เช่น การไปพบปะเพื่อเริ่มบทสนทนา การส่งข้อความ และการโทรศัพท์ติดต่อเป็นต้น

3. การออกกำลังกาย (Exercise) ให้บุคคลหันมาใส่ใจร่างกายของตนเองโดยการออกกำลังกายในทุกๆ วัน

4. การสร้างความตระหนักรู้ (Awareness) ให้บุคคลหันมาใส่ใจในตนเองและสิ่งแวดล้อมโดยอาจจะสร้างสัญญาณเตือนบางอย่างเพื่อเป็นการเตือนให้มีสติ ณ เวลานั้น เช่น ใช้แอปพลิเคชันตั้งเสียงระฆังเตือนทุก 15 นาทีเพื่อให้ตนมีสติในการทำกิจกรรมชีวิตประจำวัน

5. การเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ (Trying out) ให้บุคคลพยายามทำความรู้จักกับบุคคลที่ไม่รู้จัก หากิจกรรมใหม่ๆ ทำ เช่น การเล่นกีฬา หรือเข้าชมรม

6. การตั้งเป้าหมาย (Direction) ให้บุคคลตั้งเป้าหมายใหญ่ที่ต้องการไว้และให้วางแผนตั้งเป้าหมายเล็กๆในแต่ละวันที้นำไปสู่การบรรลุเป้าหมายใหญ่

7. การฟื้นฟูใจ (Resilience) ให้บุคคลย้อนกลับไปนึกถึงประสบการณ์ที่ยากลำบากในอดีต และ นึกถึง

กลวิธีในการเผชิญปัญหาหรือกลวิธีที่ทำให้บุคคลนั้นสามารถฝ่าฟันเหตุการณ์ดังกล่าวมาได้

8. การสร้างอารมณ์ทางบวก (Emotion) ให้บุคคลบันทึกสิ่งดีๆเล็กๆ น้อยๆที่พบเจอในแต่ละวัน

9. การยอมรับตนเอง (Acceptance) ให้บุคคลมองหาข้อดีในข้อผิดพลาดของตนในแต่ละวันและชื่นชมยอมรับในการตัดสินใจนั้นว่า ณ ขณะนั้นซึ่งมีข้อจำกัดมากมายตนเองได้ตัดสินใจเลือกสิ่งที่ดีที่สุดให้ตนเองแล้ว

10. การค้นหาความหมายของชีวิต (Meaning) ให้บุคคลแบ่งปันสิ่งที่ตนมีหรืออุทิศตนให้แก่ส่วนรวมเนื่องจากความหมายของชีวิตย่อมเกี่ยวข้องกับสิ่งที่ยิ่งใหญ่กว่าตนเอง และบันทึกสิ่งที่ตนเองได้ทำเพื่อส่วนรวมทุกวัน

ในปัจจุบันการใช้โปรแกรมจิตวิทยาเชิงบวกในการดูแลผู้ป่วยซึมเศร้าได้รับการสนใจและศึกษาวิจัยมากขึ้น งานวิจัยแบบวิเคราะห์ห่อภิมาณ (Meta-analysis) หลายงานบ่งชี้ว่าโปรแกรมจิตวิทยาเชิงบวกนั้นมีประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยซึมเศร้า เช่น งานของ ซิน (Sin, 2009: 467-487) สังเคราะห์งานวิจัยจำนวน 51 งาน และ โบลเออ (Bolier, 2013: 119) ที่สังเคราะห์งานวิจัย 39 งาน พบว่าโปรแกรมจิตวิทยาเชิงบวกสามารถมีประสิทธิภาพในการเสริมสร้างสุขสภาวะเชิงอัตวิสัย (Subjective-wellbeing) และสุขภาวะจิต อีกทั้งยังมีประสิทธิภาพในการลดอาการซึมเศร้านอกจากนี้งานวิจัยหลายงานยังบ่งชี้ว่าโปรแกรมจิตวิทยาเชิงบวกมีประสิทธิภาพในการป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำ ฮัฟแมนและคณะ (Huffman et al., 2014: 88-94) ใช้โปรแกรมจิตวิทยาเชิงบวกจำนวน 9 กิจกรรม ในการดูแลผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตาย ผลการวิจัยพบว่า โปรแกรมจิตวิทยาเชิงบวกนั้นมีประสิทธิภาพในการป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำถึงจะมีข้อจำกัดด้านการให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมก็ตาม

โปรแกรมจิตวิทยาเชิงบวกมีตัวกิจกรรมที่ต้องทำต่อเนื่องจึงเป็นโปรแกรมที่ต้องใช้ความร่วมมือสูง ผู้เขียนให้ข้อสังเกตว่าการประยุกต์ใช้โปรแกรมจิตวิทยาเชิงบวกควรใช้ร่วมกับการบำบัดหลักอื่น ๆ เนื่องจากสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างผู้บำบัดและผู้ป่วยเป็นหนึ่งในปัจจัยที่จะทำให้ผู้ป่วยสมัครใจร่วมมือทำกิจกรรมตามโปรแกรมจิตวิทยาเชิงบวก ในขณะที่เดียวกันจิตวิทยาเชิงบวกก็เป็นตัวส่งเสริมผลของการบำบัดหลัก อีกทั้งยังเป็นเครื่องมือที่เสริมสร้างปัจจัยปกป้องซึ่งจะทำให้การการรักษาที่มีประสิทธิภาพสูงสุด

สรุปสาระสำคัญ

ในการประเมินผู้ป่วยที่สงสัยโรคซึมเศร้า นักจิตวิทยาต้องสามารถประเมินความแตกต่างระหว่างความเศร้าปกติ (sadness) ภาวะซึมเศร้า (depression) และ โรคซึมเศร้า (Major depressive disorder) ความเศร้าปกติเป็นปฏิกิริยาตอบสนองทางอารมณ์ของบุคคลต่อเหตุการณ์ ส่วนภาวะซึมเศร้า เป็นสภาวะอารมณ์ที่เกิดขึ้นต่อเนื่อง โดยบุคคลจะมีอารมณ์เศร้ามากและนานเกินภาวะปกติ ไม่ดีขึ้นตามระยะเวลาที่ควรเป็นอาจเกิดอารมณ์เศร้าแม้ไม่มีเหตุการณ์กระตุ้นเร้า โดยหากมี อาการอื่น ๆ ร่วมด้วยซึ่งสอดคล้องตามเกณฑ์ การวินิจฉัย ICD - 10 หรือ DSM - 5 จะได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคซึมเศร้า โรคทางจิตเวชอื่น ๆ ที่มีอาการนำมาคล้ายกับโรคซึมเศร้าได้แก่ โรคกลุ่มไบโพลาร์ โรคการปรับตัวผิดปกติที่มีอารมณ์เศร้าร่วมด้วย และ ภาวะเศร้าจากโรคทางกายหรือจากยาและสารเป็นต้น

ในการรักษาโรคซึมเศร้าแพทย์จะแบ่งระยะการรักษาแบ่งเป็น 3 ระยะได้แก่ 1) ระยะเฉียบพลัน (acute treatment phase) ในระยะนี้แพทย์จะมีเป้าหมายการรักษาเพื่อให้ผู้ป่วยมี remission 2) การรักษาระยะต่อเนื่อง (Continuation treatment phase) มีเป้าหมาย

การรักษาเพื่อลดการกลับเป็นซ้ำ และ 3) ระยะยาว (Maintenance treatment phase) มีเป้าหมายการรักษาเพื่อป้องกันการ recurrence โดยนักจิตวิทยาอาจเป็นส่วนช่วยสังเกตและประเมินอาการผู้ป่วยรวมไปถึงการฟื้นฟูและทำจิตบำบัดให้สอดคล้องกับเป้าหมายการรักษาในแต่ละระยะ

ยาต้านเศร้าที่ใช้ในการรักษาแบ่งออกเป็น 4 กลุ่มใหญ่ได้แก่ 1. Tricyclic (TCAs) 2. Monoamine oxidase inhibitor 3. Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) และ 4. ยากลุ่ม New generation ซึ่งยา กลุ่มที่แพทย์นิยมใช้ในประเทศไทยจะมี 2 กลุ่มคือ กลุ่ม TCAs หรือที่รู้จักกันในภาษาพูดคือยาแก้ซึมเศร้ากลุ่มเก่า และ กลุ่ม SSRIs ยาแก้ซึมเศร้ากลุ่มใหม่ โดยยา กลุ่ม TCAs หรือยาแก้ซึมเศร้ากลุ่มเก่า มีผลข้างเคียงที่พบได้เช่น 1. ง่วง เผลียง ชึม ๆ อาการปากคอแห้ง ตามัว มองเห็นไม่ชัด ท้องผูก เวียนศีรษะ หน้ามืด ส่วนกลุ่ม SSRIs ยาแก้ซึมเศร้ากลุ่มใหม่ มีผลข้างเคียงที่พบได้เช่น กระวนกระวาย รู้สึกเหมือนอยู่ไม่สุข หงุดหงิดง่ายขึ้น นอนไม่หลับ คลื่นไส้ จุกแน่นท้อง พะอืดพะอม และ ปวดหัว โดยนักจิตวิทยาจำเป็นต้องมีความรู้เรื่องผลข้างเคียงของยาเพื่อที่จะสามารถให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยรวมไปถึงการสังเกตและประเมินเพื่อรายงานแพทย์

การทำจิตบำบัดสำหรับผู้ป่วยซึมเศร้าที่ได้รับการยอมรับว่ามีประสิทธิภาพได้แก่ Cognitive behavioral therapy และ Interpersonal therapy ซึ่งเป็นรูปแบบการบำบัดที่เน้นการแก้ไขพยาธิสภาพ โดยผู้เขียนได้นำเสนอการประยุกต์ใช้จิตวิทยาเชิงบวกซึ่งเป็นแนวทางที่เน้นการเสริมสร้างคุณลักษณะทางบวกไว้เป็นอีกหนึ่งทางเลือกที่สามารถนำไปใช้เสริมรูปแบบการบำบัดหลักเพื่อพัฒนาประสิทธิภาพของการทำจิตบำบัดแก่ผู้ป่วยซึมเศร้า

เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต. (2563). บริการ e-Reports กรมสุขภาพจิต. สืบค้น 17 มีนาคม 2563, จาก <https://www.dmh.go.th/report/>.
- กลุ่มศูนย์การแพทย์เฉพาะทางด้านอายุรเวชศาสตร์และเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี. (2558).ระบบค้นหาข้อมูล ICD 10 - โรคจากการทำงาน (OM). สืบค้นเมื่อ 31 พฤษภาคม 2563. จากเว็บไซต์: http://occmednop.com/nrhicd/icd/icd_folder.php?icd_id=73
- จตุรพร แสงกุล. (2561). เอกสารการสอน เรื่อง *Approach to depressive and manic patients* รายวิชา 388-421, 388-422, 388-423 สุขภาพและโรคของผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ 1,2,3 หลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต. ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ปีการศึกษา 2561.
- หญิงณพทัย วงศ์ปการันย์. (2553). เอกสารการสอน เรื่อง *บทนำกระบวนวิชาจิตเวชศาสตร์ Introduction to Psychiatry*.หลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต. ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ปีการศึกษา 2553.
- ธรณินทร์ กองสุข, สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, ศุภชัย จันทร์ทอง, เบญจมาศ พฤษ์กานนท์, สุพัตรา สุขาวห และจินตนา ลีจิ่งเพิ่มพูน. (2561). ความเที่ยงตรงตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า ของแบบประเมินอาการซึมเศร้า 9 คำถาม ฉบับปรับปรุงภาษากลาง. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 63(4), 321-334.
- นันทวัช สิทธิรักษ์, กมลเนตร วรรณเสวก, กมลพร วรรณฤทธิ์, ปณิต ผู้กฤตยาคามิ, สุพร อภินันทเวช, พนม เกตุมาน. (2558). *จิตเวชศิริราช DSM-5*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.
- มานิช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์. (2558). *จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี*. (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ; ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- มานิช หล่อตระกูล, ธนิตา ตันตระกูลโรจน์, นิดา ลิ้มสุวรรณ. (2559). *ตำราพฤติกรรมศาสตร์ทางการแพทย์*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ; ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- มุกดา ศรียงค์. (2522). *แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบ็ค (Beck Depression Inventory IA [BDI-IA])*. กรุงเทพฯ: คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง.
- สถุชาติพงษ์ แซ่หลี่ และ ปิยะภัทร เดชพระธรรม. (2560). การศึกษาความตรงเชิงเกณฑ์ของแบบสอบถาม PHQ-9 และ PHQ-2 ฉบับภาษาไทย ในการคัดกรองโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุชาวไทย. *เวชศาสตร์ฟื้นฟูสาร*, 7(1), 30-37.
- สุนันทา ฉันทกาญจน์, ปณิต ผู้กฤตยาคามิ และ ณีฐฐา สายเสวย. (2557). ความแม่นยำของคำถามคัดกรองภาวะซึมเศร้า 2 คำถาม ที่ใช้กับผู้ป่วยในหน่วยรับปรึกษาภาวะทางจิตเวช โรงพยาบาลศิริราช. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 59(1), 51-61.
- อุมาพร ตรังคสมบัติ, ดุสิต ลิขนะพิชิตกุล. (2539). *อาการซึมเศร้าในเด็ก: การศึกษาโดยใช่*

- Children's Depression Inventory. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 41(4), 221-30.
- อุมาพร ตรังคสมบัติ, วชิระ ลาภบุญทรัพย์, ปิยะฉัตร หะวานนท์. (2540). การใช้ CES-D ในการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 42(1), 2-13.
- Bolier Linda, Merel Haverman, Gerben J Westerhof, Heleen Riper, Filip Smit & Ernst Bohlmeijer (2013). Positive psychology interventions: a meta-analysis of randomized controlled studies. *BMC Public Health*, 13(Suppl. 119),
- Donald W. Black, M.D., Jon E. Grant, M.D., M.P.H., J.D. (2014). DSM-5 Guidebook: The Essential Companion to the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. *American Psychiatric Pub* (pp.110)
- D'raven, L.L. & Pasha-Zaidi, N. (2014). Positive Psychology Interventions: A Review for Counselling Practitioners. *Canadian Journal of Counselling and Psychotherapy*. 48(4), 383-408
- Gartlehner G, Gaynes BN, Amick HR, Asher G, Morgan LC, Coker-Schwimmer E, et al. (2015). Nonpharmacological Versus Pharmacological Treatments for Adult Patients With Major Depressive Disorder [Internet]. *Agency for Healthcare Research and Quality (US)*, 15(Suppl. 16), -EHC031-EF.
- Huffman JC, DuBois CM, Healy BC, Boehm JK, Kashdan TB, Celano CM, et al. (2014) Feasibility and utility of positive psychology exercises for suicidal inpatients *Gen Hosp Psychiatry. j.genhosppsy*, 36(Suppl. 1), 88-94.
- King Vanessa. (2016). *10 keys to happier living. Headline publishing group. An Hachette UK Company.* Carmelite House. Embankment. London.
- Manote Lotrakul, Sutida Sumrithe, and Ratana Saipanish. (2008). Reliability and validity of the Thai version of the PHQ-9. *BMC Psychiatry*, 10 217–223. Published online 2008 Jun 20. doi:10.2147/NDT.S56680
- Messer SB. (2011). Introduction to the Special Issue on Assimilative Integration. *J Psychotherapy Integration*;11:1-4.
- McQueen D, & Smith PS. (2015). NICE recommendations for psychotherapy in depression: Of limited clinical utility. *Psychiatriki*, 26(Suppl. 3), 97-188.
- Parks, A. C., & Biswas-Diener, R. (2014). Positive interventions: Past, present and future. In T. Kashdan & J. Ciarrochi (Eds.), *Mindfulness, acceptance, and positive psychology: The seven foundations of well-being* (pp. 140-165). Oakland, CA: New Harbinger.
- Seligman, M. E. P. (2011). *Flourish: A visionary new understanding of happiness and well-being*, from APA PsycInfo Database:-book. Retrieved เดือน 15 Apr 2019 from <http://www.boy.com/x1.htm>

- Sin Nancy L. & Sonja Lyubomirsky. (2009). Enhancing well-being and alleviating depressive symptoms with positive psychology interventions: a practice-friendly meta-analysis (2009). *Journal of Clinical Psychology*, 65, 467-487.
- Thanacoody HK, & Thomas SH. (2003). Antidepressant poisoning. *Clin Med (Lond)*, 3(Suppl. 2), 8-114.
- Tinakon Wongpakaran, Nahathai Wongpakaran, Manee Pinyopornpanish, Usaree Srisutasavong, Peeraphon Lueboonthavatchai, Raviwan Nivataphand, et al. (2014). Baseline characteristics of depressive disorders in Thai outpatients: findings from the Thai Study of Affective Disorders. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 10 217–223. Published online 2014 Jan 31. doi: 10.2147/NDT.S56680