วารสารจิตวิทยาคลินิกไทย

หน้าเว็บของวารสาร: https://so03.tci-thaijo.org/index.php/tci-thaijclinicpsy

บทความฟื้นฟูวิชาการ

โรคซึมเศร้าชนิดเรื้อรังในวัยรุ่น: บทบาทของนักจิตวิทยาโรงเรียน

พิศุทธิภา เมธีกุล[1*], เทพรัตน์ พานิชยิ่ง[2]

[1] *อาจารย์, สาขาวิชามนุษยนิเวศศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช*

[2] *นักจิตวิทยา, มหาวิทยาลัยหอการค้าไทย*

[*] ผู้นิพนธ์ประสานงาน, e-mail. pisutthipa.met@stou.ac.th

รับบทความ: 24 พฤษภาคม 2566 | **แก้ไขบทความ:** 6 มิถุนายน 2566 | **ตอบรับบทความ:** 14 มิถุนายน 2566

บทคัดย่อ

โรคซึมเศร้าชนิดเรื้อรังเป็นหนึ่งในปัญหาสุขภาพจิตที่พบได้มากในวัยรุ่น ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อบุคลิกภาพ การดำเนินชีวิต การเรียน และความสัมพันธ์ ยิ่งไปกว่านั้นโรคนี้อาจจะพัฒนาเป็นโรคทางจิตเวชประเภทอื่น ๆ ได้ เช่น โรคซึมเศร้า โรคอารมณ์สองขั้ว การทำร้ายตนเอง หรือแม้กระทั่งการฆ่าตัวตาย นักจิตวิทยาโรงเรียนมีบทบาทสำคัญอย่างมากในระบบการดูแลช่วยเหลือนักเรียนวัยรุ่นจึงควรมีความเข้าใจลักษณะอาการและแนวทางในการให้ความช่วยเหลือด้วยการประยุกต์ใช้องค์ความรู้ทางจิตวิทยา

บทความนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนและนำเสนอความรู้เรื่องโรคซึมเศร้าชนิดเรื้อรัง ประกอบด้วย คำจำกัดความ ความชุกของการเกิดโรคในวัยรุ่น การวินิจฉัยอาการ สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงต่อการโรคซึมเศร้าชนิดเรื้อรัง แนวทางในการรักษาที่มีประสิทธิภาพทั้งการรักษาด้วยยา และการบำบัดและการให้ปรึกษาทางจิตวิทยา ตลอดจนบทบาทของนักจิตวิทยาโรงเรียนที่มีต่อการให้ความช่วยเหลือนักเรียนวัยรุ่นที่เป็นโรคซึมเศร้าชนิดเรื้อรังด้วยการกระบวนการให้ความช่วยเหลืออย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อประโยชน์ต่อนักเรียนวัยรุ่นที่เป็นโรคซึมเศร้าเรื้อรังและนักจิตวิทยาโรงเรียนที่มีประสิทธิภาพต่อไป

คำสำคัญ: นักจิตวิทยาโรงเรียน, นักเรียน, วัยรุ่น, โรคซึมเศร้าชนิดเรื้อรัง

Thai Journal of Clinical Psychology

Journal homepage: https://so03.tci-thaijo.org/index.php/tci-thaijclinicpsy

Review Article

Persistent Depressive Disorder in Adolescent: Role of School Psychologist

Pisutthipa Metheekul[1*], Theppharat Panichying[2]

[1] *Lecturer, School of Human Ecology Sukhothai Thammathirat Open University*

[2] *Psychologist, University of the Thai Chamber of Commerce*

[*] Corresponding author, e-mail. pisutthipa.met@stou.ac.th

Received: 24 May 2023 | **Revised:** 6 June 2023 | **Accepted:** 14 June 2023

Abstract

Persistent depressive/Dysthymic disorder is one of the most common mental health problems in adolescents, which may affect personality, lifestyle, study and relationships. Moreover, It may develops into other types of mental illnesses, such as major depressive disorder, bipolar disorder, self-harming and even to commit suicide. The school psychologists are very important role in the care system for students during adolescence. They should understand the symptoms and approaches to help with the application of psychological knowledge.

This article aims to review and present knowledge about the persistent depressive disorder including definition, prevalence of the disease among adolescents, diagnosis causes and risk factors, guidelines for effective treatment including drug utilization and psychotherapy and counseling. Thought, the roles of school psychologists for the benefit of both help adolescents with persistent depressive disorder with an efficient assistance process and become an effective school psychologist.

Keywords: School psychologist, Students, Adolescents, Persistent depressive/Dysthymic disorder

บทนำ

"วัยรุ่น" หมายถึง บุคคลที่มีอายุระหว่าง 10-21 ปี (Vatanasin, 2021) โดยอยู่ในช่วงวัยของการเจริญเติบโตและเปลี่ยนผ่านตามระยะพัฒนาการจากวัยเด็กสู่วัยผู้ใหญ่ที่มีวุฒิภาวะสมบูรณ์ (Vatanasin, 2021) เป็นช่วงวัยรอยต่อที่สำคัญเนื่องจากต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงรอบด้าน ทั้งทางการเปลี่ยนแปลงในด้านร่างกาย อารมณ์ การรู้คิด โดยปกติแล้วอารมณ์ตามธรรมชาติของวัยรุ่นเกิดจากการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนและสิ่งกระตุ้นที่ชัดเจน (Angsukaittitavorn, 2021) วัยรุ่นจึงมักมีอารมณ์ที่ไม่มั่นคง เปลี่ยนแปลงง่าย สับสน อ่อนไหว แต่ด้วยสภาพสังคมในปัจจุบันที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วทั้งทางด้านเศรษฐกิจและสังคม เทคโนโลยีที่มีความก้าวหน้า และสถานการณ์เสี่ยงที่ส่งผลต่อความปกติสุขทางกายและจิตใจ เช่น การล่วงละเมิดทางเพศ การรังแกทางออนไลน์ การใช้ความรุนแรง ฯลฯ ทำให้วัยรุ่นต้องเผชิญกับความเครียด ความกดดัน และความวิตกกังวล หากวัยรุ่นไม่สามารถปรับตัวให้เข้ากับการเปลี่ยนแปลงที่ต้องเผชิญได้อย่างมีประสิทธิภาพ ก็จะทำให้วัยรุ่นต้องประสบกับปัญหาด้านอารมณ์ และสุขภาพจิต ทั้งนี้ องค์การอนามัยโลก (WHO) ศึกษาข้อมูลจากประชากรวัยรุ่นอายุระหว่าง 10-19 ปี พบว่าวัยรุ่นมีปัญหาสุขภาพจิตคิดเป็นร้อยละ 13 ของปัญหาสุขภาพทั้งหมด ปัญหาสุขภาพจิตที่เกิดขึ้นสร้างความเจ็บป่วย ทุพพลภาพ และการฆ่าตัวตายซึ่งจัดเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตของประชากรวัยอายุระหว่าง 15-29 ปี หากวัยรุ่นไม่ได้รับการรักษาบำบัด ฟื้นฟูเพื่อจัดการให้ปัญหาสุขภาพจิตหมดไป จะก่อให้เกิดผลกระทบต่อทางร่างกายและจิตใจ ตลอดจนกระทบต่อโอกาสในการมีชีวิตที่สมบูรณ์ในวัยผู้ใหญ่ (World Health Organization, 2021)

โรคทางอารมณ์เป็นปัญหาสุขภาพจิตที่พบได้ตั้งแต่เด็กและวัยรุ่น ซึ่งปัญหาทางอารมณ์และพฤติกรรมมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องและเรื้อรังถึงวัยผู้ใหญ่ ส่งผลกระทบในการดำเนินชีวิตและครอบครัว ทำให้คุณภาพชีวิตของบุคคลลดลง (Angsukaittitavorn, 2021) จากการสำรวจของกรมสุขภาพจิตในการประเมินสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นไทยอายุต่ำกว่า 20 ปี ในช่วงระหว่างปี 2563-2564 พบว่า มีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าร้อยละ 32 และเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายร้อยละ 22 (Bangkokbiznews, 2021) สะท้อนให้เห็นว่าภาวะซึมเศร้าถือเป็นปัญหาสุขภาพจิตสำคัญที่วัยรุ่นไทยจำนวนมากกำลังเผชิญอยู่ โดยภาวะซึมเศร้าเป็นกลุ่มอาการที่มีอารมณ์ผิดปกติ คือ มีอารมณ์เศร้า ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ระดับ คือ 1) ภาวะซึมเศร้า ซึ่งมีเพียงอาการเศร้าที่ไม่รุนแรง ไม่ส่งผลกระทบต่อกิจวัตรประจำวันและความสัมพันธ์กับผู้อื่น และ 2) โรคซึมเศร้าเป็นภาวะซึมเศร้าที่มีความรุนแรงและรบกวนกิจวัตรประจำวัน ประกอบด้วย โรคซึมเศร้า (major depressive disorder) และ โรคซึมเศร้าชนิดเรื้อรัง (persistent depressive disorder) (Tuicomepee & Suksawat, 2019) ภาวะซึมเศร้าจึงเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่ส่งผลต่อความปกติสุขในการดำเนินชีวิตและมีความจำเป็นที่ต้องได้รับการรักษาด้วยวิธีการที่ถูกต้อง บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเสนอความรู้เพื่อเป็นข้อมูลเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าชนิดเรื้อรังที่เกิดในวัยรุ่น ประกอบด้วย คำจำกัดความ ความชุก การวินิจฉัย สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงของโรคซึมเศร้าชนิดเรื้อรัง แนวทางในการรักษาด้วยยา การบำบัดและการให้ปรึกษาทางจิตวิทยา และบทบาทของนักจิตวิทยาโรงเรียนที่มีต่อการให้ความช่วยเหลือผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าชนิดเรื้อรังด้วยการบำบัดและการให้การปรึกษาแบบการปรับความคิดและพฤติกรรม เพื่อเป็นองค์ความรู้สำหรับนักจิตวิทยาในการทำความเข้าใจและนำไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงานร่วมกับการรักษาทางแพทย์ เพื่อให้ความช่วยเหลือและฟื้นฟูให้วัยรุ่นกลับสู่สภาวะอารมณ์ที่ปกติต่อไป

คำจำกัดความ

โรคซึมเศร้าชนิดเรื้อรัง (persistent depressive disorder หรือ dysthymic disorder) เป็นอาการที่พบได้ในบุคคลทุกเพศทุกวัย โดยคำว่า dysthymia มาจากคำศัพท์ภาษากรีก แปลว่า ภาวะจิตใจย่ำแย่ (bad state of mind) อารมณ์ที่ไม่เป็นปกติ (ill humor) และถ้าหากไม่ได้รับการรักษาอาจนำไปสู่การฆ่าตัวตายในที่สุด โรคซึมเศร้าชนิดเรื้อรังได้ปรากฏครั้งแรกในคู่มือการวินิจฉัยและสถิติของความผิดปกติทางจิตฉบับที่ 3 (diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-III) ซึ่งมีการระบุว่าโรคซึมเศร้าชนิดเรื้อรังนั้นเป็น

อาการเศร้าที่มีความรุนแรงในระดับเล็กน้อยแต่จะมีอาการที่ยาวนานกว่าโรคซึมเศร้า (Sansone & Sansone, 2009; Melrose, 2017) และจัดอยู่ในกลุ่มโรคความผิดปกติทางอารมณ์ โดยลักษณะที่สำคัญของโรคนี้คือ ผู้ป่วยจะมีอารมณ์เศร้าที่เป็นอยู่เกือบทั้งวันร่วมกับอาการอื่น เช่น เบื่ออาหารหรือรับประทานจุ นอนไม่หลับหรือหลับมาก อ่อนเพลียไม่มีแรง รู้สึกไร้ค่า สูญเสียสมาธิ และรู้สึกท้อแท้สิ้นหวัง มีความรู้สึกว่าตนเองเป็นคนน่าเบื่อและไร้ประสิทธิภาพ (Ruangtrakul, 2014) ซึ่งมีลักษณะอาการคล้ายโรคซึมเศร้า (major depressive disorder) เพียงแต่มีที่ความรุนแรงน้อยกว่า ผู้ที่ป่วยด้วยโรคซึมเศร้าชนิดเรื้อรังต้องเผชิญความทุกข์ทรมานจากโรคต่อเนื่องติดต่อเป็นระยะเวลานาน จึงกล่าวได้ว่าเป็นโรคที่ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของบุคคลมากกว่าโรคซึมเศร้า โดยลักษณะที่แตกต่างไปจากโรคซึมเศร้า คือ จะมีอาการบอกเล่า (subjective signs) เด่นชัดมากกว่าอาการที่สังเกตหรือตรวจพบ (objective signs) โดยมักจะบอกว่าตนเองมีอารมณ์เศร้าอยู่เสมอ แต่ไม่ค่อยพบความอยากอาหารหรือความต้องการทางเพศลดลง (Luebunthawatchai & Luebunthawatchai, 2010) ทั้งนี้ โรคซึมเศร้าชนิดเรื้อรังจะมีลักษณะอาการแบบค่อยเป็นค่อยไป เริ่มตั้งแต่ช่วงวัยเด็กหรือวัยรุ่น จึงส่งผลกระทบต่อการเรียนรู้ทักษะทางสังคม การทำกิจกรรมทางสังคม การรักษาความสัมพันธ์กับเพื่อนฝูง การประกอบอาชีพและยังเพิ่มความเสี่ยงต่อการกำเริบซ้ำของโรคหรือการพัฒนาไปสู่โรคซึมเศร้าได้ในอนาคต (Nobile et al., 2003; Klein et al., 2006) นอกจากนี้ โรคซึมเศร้าชนิดเรื้อรังยังเพิ่มความเสี่ยงต่อความพยายามฆ่าตัวตาย (Young et al., 2008) และพบอัตราของความพยายามฆ่าตัวตายในวัยรุ่นอยู่ที่ร้อยละ 9.5-19 (Klein et al., 2000; Flament et al., 2001)

ความชุกของกลุ่มโรคซึมเศร้าชนิดเรื้อรังในวัยรุ่น

ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยอุบัติการณ์สะสมของโรคซึมเศร้า (cumulative incidence) ในช่วงวัยรุ่นร้อยละ 15-20 ซึ่งใกล้เคียงกับวัยผู้ใหญ่ โดยผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าครั้งแรกในช่วงวัยรุ่นตอนกลางหรือวัยรุ่นตอนปลายมักเกิดโรคซึมเศร้าในวัยผู้ใหญ่ได้ถึงร้อยละ 25 (Chen et al., 2020)

จากการสำรวจในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่าวัยรุ่นมีความชุกของโรคซึมเศร้าประมาณร้อยละ 7 และโรคซึมเศร้าชนิดเรื้อรังประมาณร้อยละ 0.5 (Bernaras et al., 2019) โรคซึมเศร้าชนิดเรื้อรังเป็นโรคที่พบประมาณร้อยละ 1.6-8 ในวัยรุ่นซึ่งมีอายุเฉลี่ยของการเกิดโรคซึมเศร้าชนิดเรื้อรังอยู่ระหว่าง 10.1 ± 4.9 ถึง 13.8 ± 3.1 ปี และมักพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (Nobile et al., 2003) สำหรับในประเทศไทย จากการสำรวจความชุกของโรคซึมเศร้าชนิดเรื้อรังในวัยรุ่นอายุ 13-17 ปี พบว่า มีวัยรุ่นที่เป็นโรคซึมเศร้าชนิดเรื้อรัง ร้อยละ 0.9 (Ekasawin et al., 2016) แม้ว่าปัจจุบันจะยังไม่มีการสำรวจจำนวนที่แน่ชัดในวัยรุ่น แต่ผลการสำรวจที่ผ่านมาก็สะท้อนให้เห็นว่ามีวัยรุ่นที่ต้องเผชิญกับโรคซึมเศร้าชนิดเรื้อรังเพิ่มขึ้น

การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าชนิดเรื้อรัง

การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าชนิดเรื้อรังนั้น จะวินิจฉัยจากการที่บุคคลมีอาการของความเศร้าเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 2 ปีในผู้ใหญ่ และระยะเวลาอย่างน้อย 1 ปีในเด็กและวัยรุ่น และในช่วงระยะเวลาดังกล่าวบุคคลจะไม่มีภาวะอารมณ์ที่เป็นปกตินานกว่า 2 เดือน โดยอาการที่เกิดขึ้นไม่ได้เป็นผลมาจากที่การป่วยด้วยโรคซึมเศร้า โดยใช้เกณฑ์ของคู่มือการวินิจฉัยและสถิติของความผิดปกติทางจิตฉบับที่ 5 (diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5) ตาม DSM-5 ได้ระบุเกณฑ์ในการวินิจฉัยอาการของโรคซึมเศร้าชนิดเรื้อรัง ดังนี้ (Ittasakul & Hongsanguansri, 2012)

1. มีอารมณ์ซึมเศร้าแทบทั้งวัน เป็นเวลานานกว่า 2 ปี โดยในเด็กและวัยรุ่นอาจเป็นอารมณ์หงุดหงิด และเป็นมานานอย่างน้อย 1 ปี

2. ขณะที่ซึมเศร้าจะมีอาการต่อไปนี้ อย่างน้อย 2 อาการขึ้นไป ประกอบด้วย

   1) เบื่ออาหาร หรือกินจุ
   2) นอนไม่หลับ หรือนอนหลับมาก
   3) อ่อนเพลีย ไม่มีเรี่ยวแรง

4) ความภาคภูมิใจในตนเองต่ำ (low self-esteem)
5) สมาธิไม่ดี หรือลังเลในการตัดสินใจ
6) รู้สึกท้อแท้

3. ในช่วงที่เป็นต้องไม่มีช่วงที่หายติดต่อกันนานเกินกว่า 2 เดือน

4. อาจมีอาการเข้าเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า (major depressive disorder)

5. อาการเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมาน หรือทำให้การประกอบอาชีพ การเข้าสังคม หรือหน้าที่ด้านอื่นที่สำคัญบกพร่องอย่างชัดเจน

6. อาการไม่ได้เกิดจากสาเหตุทางกายหรือการใช้สารเสพติด

ลักษณะอาการทางคลินิกแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มแรกจะมีอาการของโรคซึมเศร้า (major depressive episode) ติดต่อกันเป็นระยะเวลา 2 ปี ส่วนกลุ่มที่สองจะมีอาการคล้ายกับในโรคซึมเศร้าแต่ความรุนแรงน้อยกว่า แต่มีอาการเป็นระยะเวลานาน โดยอาการที่พบได้บ่อยส่วนมากจะเป็นทางด้านอารมณ์และความคิด โดยจะมีอารมณ์เบื่อหน่าย ท้อแท้ และมองโลกในแง่ลบ และมีแนวโน้มที่จะโทษตัวเอง ซึ่งอาจจะมีอาการของโรคซึมเศร้าเป็นช่วง ๆ ได้ (Ittasakul & Hongsanguansri, 2012) ผู้ป่วยจะมีอาการดังกล่าวเกือบทุกวันหรือบ่อยมาก ผู้ป่วยอาจมีอาการของโรคซึมเศร้าร่วมด้วย ในกรณีเช่นนี้อาจเป็นอาการ double depression และอาการอื่นซึ่งอาจพบร่วมด้วย เช่น การขาดความสนใจหรือความสุขในกิจกรรมต่าง ๆ การแยกตัวเองจากสังคม การมีความรู้สึกขมขื่นใจเกี่ยวกับชีวิตในอดีต มีอารมณ์หงุดหงิดง่ายหรือขุ่นเคืองใจตลอดเวลา และเป็นคนเฉื่อยชา ในเด็กและวัยรุ่นอาจเป็นมีการพบโรคสมาธิสั้น โรคในกลุ่มกังวลและความประพฤติผิดปกติร่วมด้วย (Ruangtrakul, 2014; Nobile et al., 2003) อย่างไรก็ตาม จิตแพทย์วินิจฉัยเพื่อแยกโรคซึมเศร้าชนิดเรื้อรังจากโรคซึมเศร้าอาจทำได้ยาก เนื่องจากโรคทั้งสองชนิด มีอาการคล้ายกันและถูกสันนิษฐานว่าเป็นโรคซึมเศร้า เนื่องจากอาการของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าชนิดเรื้อรังและโรคซึมเศร้าจะมีความรู้สึกสิ้นหวังที่ไม่สามารถจัดการให้หายไปได้เช่นเดียวกัน และหากบุคคลนั้นมีอาการของ double depression ก็จะทำให้ความรู้สึกสิ้นหวังที่มากยิ่งขึ้น (Joiner et al., 2007)

สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงของโรคซึมเศร้าชนิดเรื้อรัง

สาเหตุของโรคซึมเศร้าชนิดเรื้อรังยังไม่สามารถระบุได้แน่ชัด แต่สันนิษฐานว่าอาจเกิดจากสาเหตุร่วมกันของปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. ปัจจัยทางชีวภาพ

การศึกษาที่ผ่านมาเกี่ยวกับสาเหตุและปัจจัยเสี่ยงของโรคซึมเศร้าชนิดเรื้อรังนั้นเป็นผลมาจากการทำงานที่ผิดปกติของระบบต่าง ๆ ในร่างกาย โดยเฉพาะระบบประสาทที่ทำงานผิดปกติ ภายในสมองของมนุษย์จะมีเครือข่ายการทำงานของสมองส่วนต่าง ๆ หรือที่เรียกว่า default mode network (DMN) ซึ่งเป็นพื้นที่ภายในสมองที่เกี่ยวข้องกับสภาวะพัก (resting state) โดยมีการทำงานมากขึ้นเมื่อบุคคลอยู่ในสภาวะพัก ในทางตรงกันข้าม เมื่อบุคคลมีพฤติกรรมแบบมีเป้าหมายชัดเจน (goal-direct behavior) จะมีการทำงานน้อยลง (Raichle, 2015) การเชื่อมต่อที่เพิ่มขึ้นภายในสมองส่วน DMN นี้ก่อให้เกิดพยาธิสภาพของการเกิดภาวะซึมเศร้าแบบเฉียบพลันและแบบเรื้อรัง โดยการศึกษาของ Posner et al. (2013) พบว่า การใช้ยาต้านเศร้า (antidepressants) ทำให้สมองส่วน DMN มีการทำงานที่ปกติและอาจช่วยลดภาวะซึมเศร้าเรื้อรังได้ รวมทั้งจากสาเหตุอื่น ๆ เช่น ความผิดปกติของสารเคมีในสมอง โดยผู้พบในผู้ที่มีการดูดซึมสารเซโรโทนิน (serotonin) ที่น้อยกว่าปกติ (Ravindran et al., 1994) ความผิดปกติของการสร้าง interleukin-1 ซึ่งเกี่ยวข้องกับระบบภูมิคุ้มกัน โดยผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าชนิดเรื้อรังจะมีการสร้าง interleukin-1 ที่เพิ่มขึ้น (Anisman et al, 1999) และสาเหตุมาจากพันธุกรรม โดยกลุ่มอาการโรคซึมเศร้ามักพบในมีประวัติของสมาชิกในครอบครัวเป็นโรคทางจิตเวช เช่น โรคซึมเศร้า โรคอารมณ์สองขั้ว โรคซึมเศร้าชนิดเรื้อรัง และโรคบุคลิกภาพผิดปกติ (Ruangtrakul, 2014; Melrose, 2017)

2. ปัจจัยทางจิตสังคม

ปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องและเป็นสาเหตุของภาวะซึมเศร้าเรื้อรัง ได้แก่ ประสบการณ์ที่มีความรุนแรงในวัยเด็ก การขาดแหล่งสนับสนุน สภาพแวดล้อมที่ไม่พึงประสงค์ภายในครอบครัวที่มีมาตั้งแต่วัยเด็ก การถูกทำร้ายทางร่างกายและสถานการณ์ที่สร้างความเครียดในระดับสูง เช่น การสูญเสียบุคคลสำคัญในชีวิต หรือการเจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรงของคนในครอบครัวล้วนเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคซึมเศร้าชนิดเรื้อรังในวัยรุ่น (Nobile et al., 2003)

แนวทางในการรักษาโรคซึมเศร้าชนิดเรื้อรังด้วยยา

การรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าชนิดเรื้อรัง เดิมเชื่อกันว่าผู้ป่วยมักไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา แต่การศึกษาในระยะหลังพบว่า ยาแก้ซึมเศร้าได้ผลดีในการรักษา จึงจัดเป็นวิธีการรักษาแรกในโรคนี้ ยาแก้ซึมเศร้าที่ใช้แบ่งตามกลไกการออกฤทธิ์ออกเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่ (Lotrakul, 2014)

1. กลุ่ม tricyclic มีโครงสร้างหลักเป็น tricyclic ring ยากลุ่มนี้ ได้แก่ imipramine, amitriptyline, nortriptyline, clomipramine และ doxepin

2. monoamine oxidase inhibitor ที่มีใช้ในประเทศไทยเป็นชนิด reversible Inhibitors of MAO subtype A (RIMA) คือ moclobemide

3. ยากลุ่ม selective serotonin reuptake inhibitors (SSRI) มีทั้งหมดด้วยกัน 5 ชนิด ได้แก่ fluoxetine, fluvoxamine, paroxetine, sertraline และ citalopram ออกฤทธิ์โดยการยับยั้ง reuptake เฉพาะระบบ serotonin

4. กลุ่ม new generation ได้แก่ mianserin, trazodone, tianeptine, bupropion และล่าสุดได้แก่ venlafaxine และ mirtazapine

การบำบัดและการให้การปรึกษาทางจิตวิทยา

การบำบัดและการให้ปรึกษาทางจิตวิทยาเป็นกระบวนการรักษาที่สำคัญอย่างหนึ่งในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าร่วมกับการรักษาด้วยยาทางจิตเวช เพราะนอกจากผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเหล่านี้จะมีสาเหตุของโรคอันเกิดจากปัจจัยทางด้านร่างกายแล้วยังพบว่ายังมีปัจจัยอีกหลายสาเหตุทางด้านจิตสังคมร่วมอยู่ด้วย จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้ป่วยจะต้องได้รับการรักษาด้วยกระบวนการทางจิตสังคมกับการใช้ยาควบคู่ไปด้วยกันเสมอ การบำบัดรักษาด้านจิตสังคม (psychosocial therapy) เป็นรูปแบบการบำบัดรักษาวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าที่มุ่งเน้นกระบวนการปรับเปลี่ยนความคิด อารมณ์ พฤติกรรม และสังคม รวมทั้งปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมหรือเอื้ออำนวยให้วัยรุ่นฟื้นหายจากภาวะซึมเศร้ามากที่สุด (Vatanasin, 2021) ในการบำบัดทางจิตสังคม ได้แก่ การออกกำลังกาย การบำบัดด้วยการแก้ปัญหา จิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคล และการบำบัดโดยการปรับความคิดพฤติกรรม เป็นต้น (Thapinta, 2013)

ในบทความนี้จะเน้นการบำบัดและการให้การปรึกษาแบบการปรับความคิดและพฤติกรรม (cognitive behavioral therapy: CBT) เนื่องจากการทบทวนวรรณกรรมมากมายที่บ่งชี้ว่าการบำบัดและการให้การปรึกษาแบบการปรับความคิดและพฤติกรรมมีประสิทธิภาพสูงในการลดภาวะซึมเศร้าทั้งในวัยรุ่นทั่วไปและวัยรุ่นที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า ผู้เชี่ยวชาญทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวชในหลายประเทศจึงเสนอแนะให้ใช้รูปแบบการบำบัดนี้ในการดูแลและบำบัดวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า (Beirão et al., 2020; Gledhill & Hodes, 2008; Weersing et al., 2017) ในการบำบัดและการให้การปรึกษาแบบการปรับความคิดและพฤติกรรมนี้ มีแนวคิดสำคัญคือ การเน้นความสำคัญของกระบวนการคิด (cognitive process) โดยกระบวนการคิดจะเป็นตัวกำหนดพฤติกรรม โดยความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมมีความเกี่ยวข้องกันและมีปฏิกิริยาต่อกันอย่างเป็นเหตุเป็นผลกัน โดยมีเป้าหมายที่สำคัญคือ การมุ่งเปลี่ยนความคิด ความเชื่อให้เรียนรู้การคิดอย่างมีประสิทธิภาพและสมเหตุสมผลแทนความคิดเก่าที่ไม่มีประสิทธิภาพ เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์และพฤติกรรม (Corey, 2004; Kirdpitak, 2012) และเพื่อช่วยลดหรือปรับแก้ปัญหาทางอารมณ์ พฤติกรรม และสรีระ ตามความเชื่อที่ว่าสิ่งเร้าไม่ได้มีผลต่อ อารมณ์ พฤติกรรม และสรีระ

โดยตรง แต่ต้องผ่านกระบวนการคิด ซึ่งแตกต่างกันในแต่ละบุคคล ตามการเลี้ยงดูและประสบการณ์ที่ผ่านมาในอดีตของบุคคล (Beck, 1995)

การบำบัดและการให้การปรึกษาแบบการปรับความคิดและพฤติกรรมนี้เป็นกระบวนการบำบัดทางจิตสังคมที่มีประสิทธิภาพในการลดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นได้มากที่สุด (Bernaras et al., 2019; Weersing et al., 2017) อ้างอิงจากการศึกษาและหลักฐานเชิงประจักษ์มากมายที่สนับสนุนทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศที่ยืนยันได้ว่าการบำบัดและการให้การปรึกษาแบบการปรับความคิดและพฤติกรรมสามารถช่วยลดภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นที่กำลังศึกษาอยู่ในช่วงมัธยมศึกษาที่มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงปานกลางได้เป็นอย่างดี (Jeerasup et al., 2020; Vuthiarpa et al., 2012) และหากใช้การบำบัดและการให้การปรึกษานี้ร่วมกับการใช้ยาต้านเศร้าพบว่าจะทำให้ประสิทธิภาพในการลดภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นได้มากยิ่งขึ้น (Zhou et al., 2020) ทางกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ได้แนะนำให้บุคลากรทางการแพทย์นำรูปแบบการบำบัดและการให้การปรึกษาแบบการปรับความคิดและพฤติกรรมมาใช้ในการดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าควบคู่กับการใช้ยาต้านอารมณ์เศร้า และควรค้นหาปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ เช่น ความขัดแย้งในครอบครัว โรคทางจิตเวชในบิดามารดา โดยมีการประเมินร่วมกับทีมสหวิชาชีพ และวางแผนการแก้ไขปัญหาหรือให้การรักษาเพิ่มเติมอื่น (The Royal College of Pediatricians of Thailand et al., 2018)

สำหรับนักจิตวิทยาโรงเรียนที่สนใจศึกษาเทคนิคการบำบัดความคิดและพฤติกรรมในวัยรุ่นที่เป็นโรคซึมเศร้าชนิดเรื้อรังสามารถศึกษาเพิ่มเติมได้จากแหล่งต่างๆ ได้แก่ หนังสือการบำบัดรักษาทางจิตสังคมสำหรับโรคซึมเศร้า (Luebunthawatchai & Luebunthawatchai, 2010) หนังสือภาวะซึมเศร้า การบำบัดและการให้การปรึกษาโดยการปรับความคิดและพฤติกรรม (Thapinta, 2013) และหนังสือภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น แนวคิดพื้นฐานและการพยาบาล (Vatanasin, 2021) เป็นต้น

บทบาทของนักจิตวิทยาโรงเรียนที่มีต่อผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าชนิดเรื้อรัง

ในบทความนี้ นิยามของคำว่า “วัยรุ่น” จะหมายถึงบุคคลที่มีอายุระหว่าง 10-21 ปี ซึ่งสามารถเปรียบเทียบได้ว่าบุคคลนั้นน่าจะกำลังได้รับการศึกษาอยู่ในระดับชั้นประถมศึกษา มัธยมศึกษา และอุดมศึกษา ซึ่งในปัจจุบันนี้ การเรียนระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษาเป็นการศึกษาภาคบังคับ ทุกคนต้องอยู่ในโรงเรียน นักจิตวิทยาโรงเรียนที่ปฏิบัติงานในสถาบันการศึกษาจึงมีความสำคัญในการดูแลทางจิตเวชสำหรับวัยรุ่นทั้งในด้านของการป้องกันและการใช้ความช่วยเหลือ เนื่องจากเป็นผู้ให้บริการทางจิตเวชที่เข้าถึงวัยรุ่นได้ง่าย สามารถให้บริการได้อย่างต่อเนื่อง อีกทั้งบุคลากรในโรงเรียนยังมีความใกล้ชิดสามารถกำกับดูแลช่วยเหลือได้อย่างรวดเร็ว ทำให้ปัญหาไม่เรื้อรัง และการฟื้นฟูสภาพจิตใจก็สามารถทำได้อย่างมีประสิทธิภาพ สะดวกต่อผู้เรียน ครู และพ่อแม่ผู้ปกครอง (Wichai et al., 2016)

นักจิตวิทยาโรงเรียน (school psychologist) หมายถึง นักจิตวิทยาที่ปฏิบัติหน้าที่ในสถานศึกษา สามารถทำหน้าที่ในการประเมินเพื่อประกอบการวินิจฉัยทางจิตวิทยา บำบัดทางจิตวิทยา และฟื้นฟูสภาพจิตใจ ตลอดจนประยุกต์แนวคิดทางจิตวิทยาสู่งานด้านส่งเสริมป้องกันโดยยึดกระบวนการดูแลช่วยเหลือนักเรียน (Wichai, 2017) นักจิตวิทยาโรงเรียนมีบทบาทสำคัญในระบบการดูแลช่วยเหลือนักเรียนในช่วงวัยรุ่นด้วยระบบการคัดกรองปัญหาสุขภาพจิต ดูแลรักษาเบื้องต้น และประสานส่งต่อผู้เชี่ยวชาญเฉพาะภายนอก (Splett et al., 2013) บุคลิกลักษณะเบื้องต้นที่สำคัญของนักจิตวิทยาโรงเรียนที่มีประสิทธิภาพในการช่วยเหลือนักเรียน ได้แก่ 1) การตระหนักรู้ตนเอง (self-awareness) เป็นผู้รู้จุดเด่น จุดด้อย และความต้องการของตน 2) การมีใจกว้างและยืดหยุ่น (openness and flexibility) สามารถรับแนวคิดและทัศนะของผู้อื่นได้ จัดการกับสถานการณ์ได้เหมาะสม ไม่ติดยึดแบบแผนตายตัว 3) การคิดหรือมองโลกในแง่ดี (think positive/optimistic) มีทัศนะที่ดีต่อชีวิตและเห็นคุณค่าในความเป็นมนุษย์อย่างเท่าเทียม

กัน 4) มีท่าทีอบอุ่นและเอาใจใส่ (warm and caring) มีท่าทีแสดงความเข้าใจ ยอมรับอย่างไม่มีเงื่อนไข ร่าเริง กระตือรือร้น เอาใจจดจ่อ ยิ้มแย้ม 5) มีจิตใจมั่นคงและไม่แบ่งแยก (mature and integrity) มีความมั่นคงในอารมณ์และอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้อย่างมีความสุข 6) มีความอดทน (tolerance) โดยเฉพาะในสถานการณ์ที่นักเรียนที่รับการปรึกษาอยู่ในความเงียบ และ 7) มีความเที่ยงตรง (objectivity) รู้ปัญหาของนักเรียนที่รับการปรึกษาได้ สามารถประเมินเหตุการณ์ต่าง ๆ ได้อย่างมีเหตุผลปราศจากอคติ (Tortzer, 1999) โดยบทบาทหน้าที่ของนักจิตวิทยาโรงเรียน (Wichai et al., 2016) ได้แก่

1) ทำการประเมินเพื่อวินิจฉัยทางจิตวิทยา และศึกษาพฤติกรรมของนักเรียนเพื่อหาสาเหตุของปัญหาสุขภาพจิตและพฤติกรรมผิดปกติ รวมทั้งการประเมินคุณลักษณะส่วนบุคคล เช่น บุคลิกภาพ ความถนัดทางอาชีพ ความฉลาดทางอารมณ์ ฯลฯ โดยใช้แบบประเมินหรือทดสอบทางจิตวิทยาที่เป็นมาตรฐาน

2) ให้การปรึกษาทางจิตวิทยาเพื่อช่วยให้นักเรียน ผู้ปกครองและผู้ที่เกี่ยวข้องให้เกิดการตระหนัก เข้าใจและยอมรับปัญหา สามารถปรับปรุง แก้ไขและเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม อารมณ์และความคิดบางประการให้มีความสมเหตุสมผลและมีประสิทธิภาพในการปรับตัวยิ่งขึ้น ตลอดจนหน้าที่ในการประสานส่งต่อการดูแลในกรณีจำเป็น

3) วิเคราะห์ สังเคราะห์ และจัดทำข้อมูลสารสนเทศของนักเรียน เพื่อนำไปใช้ในการวางแผนการดำเนินการส่งเสริมพัฒนา ป้องกัน แก้ไขปัญหา พัฒนาศักยภาพและส่งเสริมสุขภาพจิตของนักเรียน

4) ประยุกต์องค์ความรู้ทางจิตวิทยาเพื่อใช้ในการส่งเสริมสุขภาพจิต การป้องกันก่อนเกิดปัญหา ตลอดจนสืบค้นปัญหาสุขภาพจิตในระยะเริ่มแรกของนักเรียนในโรงเรียน และพัฒนาโปรแกรมในการดูแลและการจัดการปัญหาร่วมกันระหว่างครู นักจิตวิทยาโรงเรียนและผู้ปกครอง ให้สามารถจัดการกับปัญหาในด้านต่าง ๆ เช่น การเรียน การปรับตัว อารมณ์ ความคิดและพฤติกรรม

5) ปรับปรุงระบบงานของนักจิตวิทยาโรงเรียน เพื่อส่งเสริม ป้องกัน และแก้ไขปัญหาของนักเรียน เพื่อช่วยให้ภาคส่วนต่าง ๆ กล่าวคือ ครู ผู้บริหารโรงเรียน ผู้ปกครอง และหน่วยงานต่าง ๆ ในชุมชน มีความสัมพันธ์อันดี เพื่อให้เกิดความร่วมมือในการพัฒนานักเรียน

นักจิตวิทยาโรงเรียนเป็นผู้ที่มีหน้าที่ให้การปรึกษาแก่นักเรียนวัยรุ่นเข้าใจการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับตนเองตามช่วงวัย และสามารถปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้ (Ramdani et al, 2020) จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การมีนักจิตวิทยาในโรงเรียนและบริการให้การปรึกษาส่งผลดีต่อนักเรียนทั้งในด้านผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน (Lapan et al., 1997) ตลอดจนสนับสนุนให้เกิดพฤติกรรมเชิงบวก (Lapan et al., 1997; Schlossberg et al., 2001) ในนักเรียนวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า นักจิตวิทยาโรงเรียนเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการให้ความช่วยเหลือ โดยการให้บริการพื้นฐานที่ช่วยสนับสนุนให้มีสุขภาพจิตที่สมบูรณ์ มีการพัฒนาส่วนบุคคลทั้งในด้านการเรียน การอาชีพ และการดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Zierke, 2003; Zalaquett & Sanders, 2010)

กล่าวโดยสรุป นักจิตวิทยาโรงเรียนเป็นผู้ที่ทำหน้าที่ในการดูแลช่วยเหลือนักเรียนในช่วงวัยรุ่น ด้วยการประยุกต์องค์ความรู้ทางจิตวิทยาเพื่อใช้ในการป้องกัน ส่งเสริมสุขภาพจิต และฟื้นฟูสภาพจิตใจ โดยเป็นการทำงานร่วมกันระหว่างหลายภาคส่วนทั้งครู ผู้ปกครอง และสหวิชาชีพ ซึ่งนักจิตวิทยาโรงเรียนมีบทบาทหน้าที่โดยภาพรวม ได้แก่ การประเมินเพื่อวินิจฉัยทางจิตวิทยา การให้การปรึกษาทางจิตวิทยาสำหรับนักเรียนเป็นรายบุคคล รายกลุ่ม และการปรึกษาครอบครัว การพัฒนาโปรแกรมในการดูแลช่วยเหลือนักเรียน ตลอดจนการจัดทำข้อมูลสารสนเทศต่าง ๆ เพื่อนำไปใช้ในการวางแผนการดำเนินงานอย่างมีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตาม โรคซึมเศร้าชนิดเรื้อรังเป็นหนึ่งในโรคทางจิตเวชที่ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของนักเรียนวัยรุ่น และด้วยภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นมีความรุนแรงในระดับเล็กน้อยถึงปานกลางอยู่เกือบทั้งวันร่วมกับพฤติกรรมทางกายที่ไม่สมดุล และความคิดที่ไม่สมเหตุสมผล จึงอาจทำให้นักเรียนวัยรุ่นและบุคคลใกล้ชิดไม่ทันได้ตระหนักถึงความผิดปกติที่เกิดขึ้น นอกจากนี้ อาการของโรคซึมเศร้าชนิดเรื้อรังมีความคล้ายคลึงในบางประการกับโรคซึมเศร้าหรือมีอาการของโรคซึมเศร้าร่วมด้วย จึงยากต่อการวินิจฉัยเพื่อคัดแยกโรคซึมเศร้าชนิดเรื้อรังจากโรคซึมเศร้า อีกทั้งโรค

ซึมเศร้าชนิดเรื้อรังเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดด้วยตนเอง นักจิตวิทยาโรงเรียนจึงต้องมีความเข้าใจในลักษณะและวิธีการรักษาโรคนี้อย่างถูกต้อง รวมทั้งมีความไวต่อสัญญาณของความเสี่ยงในการเกิดโรค สามารถประเมินความผิดปกติเบื้องต้นด้วยการสังเกตและการสัมภาษณ์ และการใช้แบบทดสอบทางจิตวิทยา เมื่อพบว่านักเรียนวัยรุ่นมีความเสี่ยงสูงต่อการเป็นโรคทางจิตเวชดังกล่าว นักจิตวิทยาโรงเรียนจึงจำเป็นต้องประสานและส่งต่อ เพื่อให้นักเรียนวัยรุ่นได้รับความช่วยเหลือจากสหวิชาชีพ เช่น การวินิจฉัยโดยจิตแพทย์และเข้าสู่ระบบการรักษาด้วยยาทางจิตเวช รวมทั้งการประสานกับผู้ปกครองเพื่อให้นักเรียนได้เข้าสู่กระบวนการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง

จากที่กล่าวมาแล้วในตอนต้นเกี่ยวกับแนวทางในการรักษาโรคซึมเศร้าชนิดเรื้อรัง ซึ่งประกอบด้วยการรักษาด้วยยาทางจิตเวชร่วมกับการบำบัดและการให้ปรึกษาทางจิตวิทยา ด้วยเหตุนี้นักจิตวิทยาโรงเรียนจึงมีบทบาทสำคัญในการให้ความช่วยเหลือโดยการบำบัดรักษาด้านจิตสังคมอย่างต่อเนื่องภายหลังจากที่นักเรียนวัยรุ่นเข้าสู่กระบวนการของสหวิชาชีพแล้ว โดยหลักการปฏิบัติงานของนักจิตวิทยาโรงเรียนที่พึงตระหนักในการบำบัดและการให้การปรึกษานักเรียนวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าทั้งโรคซึมเศร้าและโรคซึมเศร้าชนิดเรื้อรัง ประการแรก การเก็บรักษาความลับ (confidentiality) ต้องมีการจัดเตรียมสถานที่ให้การบำบัดและการให้การปรึกษาที่มีความเป็นส่วนตัวเป็นพื้นที่ที่เหมาะสมและสะดวกสบาย และต้องจัดเก็บบันทึกข้อมูลต่าง ๆ ไว้ในที่เหมาะสม สะดวกในการใช้งาน และต้องไม่เปิดเผยข้อมูลต่อผู้อื่นโดยไม่จำเป็น ประการที่สอง การสร้างความสัมพันธ์ในการบำบัดและการให้การปรึกษา (building a therapeutic alliance) ซึ่งมีความสำคัญอย่างยิ่ง เหตุเพราะความสัมพันธภาพระหว่างนักจิตวิทยาโรงเรียนและนักเรียนที่รับการปรึกษาจะส่งผลโดยตรงต่อผลลัพธ์ทางบวกมากกว่าการมุ่งความสนใจไปที่รูปแบบขั้นตอน กระบวนการและการใช้เทคนิค สัมพันธภาพจะเน้นที่ความร่วมมือร่วมกันเพื่อบรรลุเป้าหมายในการบำบัดและการให้การปรึกษา ความร่วมมือนี้จะส่งผลต่อผลลัพธ์ตามความหลากหลายของนักเรียนที่รับการปรึกษา นักจิตวิทยาโรงเรียนที่มีประสิทธิภาพจะร่วมมือ สร้างสรรค์ และสนับสนุนความสัมพันธ์กับนักเรียนที่รับการปรึกษาได้อย่างเห็นอกเห็นใจ (empathy) จริงใจ (genuine) ไม่ตัดสิน (nonjudgement) และอบอุ่น (warmth) (Ridley et al., 2011)

เทคนิคการบำบัดความคิดและพฤติกรรมเป็นวิธีการที่เป็นประโยชน์ต่อวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า (Rosselo & Bernal, 1999) โดยนักจิตวิทยาโรงเรียนสามารถนำรูปแบบ ขั้นตอน กระบวนการ และเทคนิคการบำบัดและการให้การปรึกษาแบบการปรับความคิดและพฤติกรรมมาประยุกต์ใช้ได้กับนักเรียนที่รับการปรึกษาได้เช่นเดียวกับการบำบัดและการให้การปรึกษาในผู้ใหญ่ จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า การใช้เทคนิคการบำบัดความคิดและพฤติกรรมสามารถลดภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงปานกลางในเด็กและวัยรุ่นที่กำลังศึกษาในระดับมัธยมศึกษาได้เป็นอย่างดี (Jeerasup et al., 2020; Vuthiarpa et al., 2012) โดยเทคนิคที่ลดภาวะซึมเศร้าได้อย่างมีประสิทธิภาพกล่าวโดยสรุปประกอบด้วย 1) การผ่อนคลายความเครียด (relaxation) 2) การกระตุ้นพฤติกรรม (behavioral activation) 3) การให้สุขภาพจิตศึกษา (psychoeducation) และ 4) การปรับความคิด (cognitive restructuring) โดยมีรายละเอียดดังนี้ (Oud et al., 2019)

1) การฝึกการผ่อนคลาย (relaxation training) เป็นการฝึกทักษะในการลดความตึงเครียดและความวิตกกังวล หลักการของเทคนิคนี้ ได้แก่ การฝึกการหายใจ การฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อและการตึงของกล้ามเนื้อซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับความวิตกกังวล ถ้าทำให้เกิดการผ่อนคลายของกล้ามเนื้อความวิตกกังวลจะลดลง วิธีการที่สามารถนำมาใช้ผ่อนคลาย ได้แก่ การผ่อนคลายกล้ามเนื้อตามลำดับขั้น (progressive muscle relaxation) การฝึกการหายใจ (breathing exercise) การใช้จินตนาการ (mental imagery) และการทำสมาธิ (meditation) (Luebunthawatchai & Luebunthawatchai, 2010)

2) การกระตุ้นพฤติกรรม (behavioral activation) เป็นการเน้นการศึกษาวิเคราะห์ (idiographic functional analysis) เพื่อให้เข้าใจพฤติกรรมซึมเศร้าและใช้กิจกรรมตามบริบทเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดังกล่าว โดยมุ่งบทบาทของการเปลี่ยนแปลงบริบทที่สัมพันธ์กับการลดการเข้าถึงตัวตอบสนองให้เกิดการพัฒนาและการคง

อยู่ของอาการซึมเศร้า เน้นการค้นหาและเปลี่ยนแปลงรูปแบบพฤติกรรมหลีกเลี่ยงและถอนตัว และแสวงหาหรือส่งเสริมการเข้าถึงกิจกรรมเสริมแรงตามบริบทที่สอดคล้องกับเป้าหมายในระยะยาว (Arunpongpaisal & Wasiknanon, 2015)

3) การให้สุขภาพจิตศึกษา (psychoeducation) เป็นการเน้นการเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การรักษา การปฏิบัติตัว และการดูแลตนเองที่ถูกต้อง เพื่อให้ตนเองฟื้นหายจากความเจ็บป่วย และป้องกันการกลับเป็นซ้ำ และให้ความสำคัญกับประสบการณ์และบริบทของวัยรุ่นและครอบครัว ซึ่งสามารถนำไปประยุกต์ในการดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าและครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเน้นการเสริมสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า สาเหตุ การรักษา และการดูแลตนเองผ่านกระบวนการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ซึ่งให้ความสำคัญกับเรื่องราว ประสบการณ์ และบริบทของวัยรุ่นและครอบครัวมากกว่าการให้ความรู้เพียงอย่างเดียว (Vatanasin, 2021)

4) การปรับความคิด (cognitive restructuring) เป็นการค้นหาความคิดอัตโนมัติ (automatic thought) ทางลบของตนเอง ได้ประเมิน ตรวจสอบ หรือพิสูจน์ความคิดดังกล่าว รวมทั้งได้ปรับเปลี่ยนความคิดใหม่หรือปรับแก้ปัญหา ได้แก่ การตรวจสอบความคิด อารมณ์ และความรู้สึก (monitoring thoughts, affects and feelings) การถามถึงหลักฐานยืนยัน (questioning the evidence) การตรวจสอบทางเลือกอื่น (examining alternatives) การลองให้คาดการณ์ถึงสถานการณ์ที่รุนแรงที่สุด (decatastrophizing) การเปลี่ยนมุมมองเดิมเป็นมุมมองทางบวก (reframing) การหยุดความคิด (thought stopping) (Luebunthawatchai & Luebunthawatchai, 2010)

ตัวอย่างกรณีศึกษา

เพื่อให้เกิดความเข้าใจมากขึ้นจึงขอยกตัวอย่างกรณีศึกษานักเรียนวัยรุ่นที่ป่วยด้วยโรคซึมเศร้าชนิดเรื้อรัง โดยมีรายละเอียดดังนี้

นางสาวเปิ้ล (นามสมมติ) ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าป่วยด้วยโรคซึมเศร้าชนิดเรื้อรัง จากประสบการณ์ทางลบของเหตุการณ์ในช่วงมัธยมศึกษาปีที่ 1 ที่ถูกครูวิชาคณิตศาสตร์ต่อว่าอย่างรุนแรงด้วยถ้อยคำหยาบคายและพูดในเชิงดูถูกต่อหน้าเพื่อนนักเรียนคนอื่น ๆ ภายหลังเหตุการณ์ดังกล่าวนี้ พบว่าเปิ้ลมักมีอารมณ์เศร้าแทบทั้งวันอย่างต่อเนื่อง และมีการตอบสนองต่อสิ่งเร้าจากบุคคลรอบข้างที่เป็นต่อคำพูดในเชิงดูถูก และมีความคิดอัตโนมัติในทางลบเกิดขึ้นโดยที่ไม่สามารถหยุดและละทิ้งความคิดเหล่านี้ได้ ทำให้ปัจจุบันเปิ้ลมีปัญหาด้านความสัมพันธ์กับเพื่อน การปรับตัวกับกลุ่มเพื่อนได้ยาก เนื่องจากรู้สึกอ่อนไหวต่อคำพูดและการแสดงออกของเพื่อน และมักจะตีความพฤติกรรมของเพื่อนว่าเป็นการดูถูกตนเอง รวมทั้งยังมีความภาคภูมิใจในตนเองต่ำ มักมองตนเองว่ามีความสามารถด้อยกว่าผู้อื่น ทำให้รู้สึกท้อแท้และมีอาการที่ส่งผลกระทบต่อศักยภาพในการดำเนินชีวิตและการเรียน เช่น เมื่อต้องนำเสนองานหน้าชั้นเรียนจะเกิดความวิตกกังวลอย่างรุนแรง มีอาการแน่นหน้าอก หายใจไม่ออก และไม่สามารถควบคุมอาการที่เกิดขึ้นให้เป็นปกติได้ด้วยตนเอง

ในตัวอย่างกรณีศึกษาตามที่กล่าวมา นักจิตวิทยาโรงเรียนสามารถใช้วิธีการบำบัดและการให้การปรึกษาแบบการปรับความคิดและพฤติกรรม โดยมีขั้นตอนดังนี้

1) ขั้นเริ่มต้น นักจิตวิทยาศึกษาประวัติของผู้รับบริการ ทำการแนะนำตัวและสร้างสัมพันธภาพ รวมทั้งการแจ้งข้อตกลงเบื้องต้นและการเก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับให้ผู้รับบริการทราบ

2) ขั้นดำเนินการ นักจิตวิทยาทำการสำรวจประเด็นที่เป็นปัญหากับผู้รับบริการ และให้ผู้รับบริการเล่าถึงประสบการณ์ในอดีตและแสดงความรู้สึกที่ค้างคาใจ จากนั้น นักจิตวิทยาจะฝึกทักษะการหยุดความคิด (thought stopping) และการผ่อนคลาย (relaxation) ให้กับผู้รับบริการ จากนั้นนักจิตวิทยาให้ผู้รับบริการจินตนาการย้อนกลับไปถึงเหตุการณ์ในชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 ที่เป็นสาเหตุ ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า เมื่อผู้รับบริการมีความคิดและความรู้สึกทางลบเกิดขึ้น นักจิตวิทยาจะให้ผู้รับบริการหยุดความคิดของตนเองในทันทีพร้อมกับใช้เทคนิคการผ่อนคลาย และฝึกให้ผู้รับบริการกระทำตามกระบวนการนี้ซ้ำ ๆ อย่างต่อเนื่องจนกระทั่งผู้รับบริการเรียนรู้ที่จะใช้ทักษะการหยุด

ความคิดและการผ่อนคลายได้โดยอัตโนมัติเมื่อมีความคิดและความรู้สึกทางลบเกิดขึ้น

ขั้นตอนต่อมา นักจิตวิทยาใช้เทคนิคการปรับความคิด (cognitive restructuring) โดยให้ผู้รับบริการค้นหารายการสิ่งเร้าที่เป็นตัวกระตุ้นความคิดอัตโนมัติ (automatic thought) เช่น คำว่า “เรื่องแค่นี้เองนะ” “แค่นี้คิดเองไม่ได้เหรอ” “อย่าซื่อบื้อได้ไหมล่ะ” “เก่งเหลือเกินนะ” “รู้เยอะนะเรา” จากนั้นให้ผู้รับบริการรายงานถึงระดับความเข้มข้นของความรู้สึกจากมากไปน้อยเมื่อถูกกระตุ้นด้วย สิ่งเร้า และให้ผู้รับบริการฝึกใช้เทคนิคการหยุดความคิดและการผ่อนคลายเช่นเดียวกับกระบวนการที่กล่าวมาในข้างต้น

3) ขั้นสรุป นักจิตวิทยาใช้เทคนิคการให้สุขภาพจิตศึกษา (psychoeducation) แก่ผู้รับบริการแสดงความคิดเห็นและสรุปสิ่งที่ได้เรียนรู้

สรุป

โรคซึมเศร้าชนิดเรื้อรังเป็นโรคที่พบได้ทั่วไปในวัยรุ่น ซึ่งส่งผลกระทบต่อทักษะทางสังคม สัมพันธภาพกับผู้อื่น ศักยภาพในการเรียน และสุขภาพกายของวัยรุ่น โดยมีลักษณะอาการที่สำคัญ คือ การมีอารมณ์เศร้าที่เป็นอยู่เกือบทั้งวัน ร่วมกับอาการอื่น ๆ เช่น พฤติกรรมการรับประทานอาหารและการนอนหลับที่ผิดปกติ ความรู้สึกอ่อนเพลีย การขาดความภาคภูมิใจในตนเอง การขาดสมาธิหรือลังเลในการตัดสินใจ และความรู้สึกท้อแท้ โรคซึมเศร้าเรื้อรังสามารถรักษาด้วยการใช้ยาแก้ซึมเศร้าร่วมกับการบำบัดรักษาด้านจิตสังคม และการให้การปรึกษาแบบการปรับความคิดและพฤติกรรม วัยรุ่นเป็นช่วงวัยที่กำลังศึกษา และใช้เวลาส่วนใหญ่อยู่ในโรงเรียน นักจิตวิทยาโรงเรียนจึงเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในกระบวนการดูแลช่วยเหลือนักเรียนด้วยระบบการคัดกรองปัญหาสุขภาพจิต ดูแลรักษาเบื้องต้นด้วยกระบวนการทางจิตวิทยา ตลอดจนประสานส่งต่อผู้เชี่ยวชาญเฉพาะภายนอก เพื่อรักษาและฟื้นฟูจิตใจของวัยรุ่นให้กลับมาสู่สภาวะปกติสุขต่อไป

นักจิตวิทยาโรงเรียนที่มีประสิทธิภาพสามารถช่วยเหลือทางจิตวิทยาสำหรับนักเรียนวัยรุ่นที่ต้องเผชิญกับโรคซึมเศร้าชนิดเรื้อรังด้วยการเก็บรักษาความลับ การสร้างความสัมพันธ์ในการบำบัดและการให้การปรึกษา และการสนับสนุนและการให้การเสริมแรงควบคู่กับการปฏิบัติด้วยการใช้เทคนิคการให้สุขภาพจิตศึกษา การปรับความคิด และการกระตุ้นพฤติกรรมร่วมกัน เพื่อสนับสนุนให้วัยรุ่นเกิดการเรียนรู้ใหม่ที่ถูกต้องเกี่ยวกับตนเอง ผู้อื่น และสังคม ด้วยวิธีการสอนและการฝึกทักษะเฉพาะเรื่องตามความต้องการของนักเรียน เช่น การใช้เหตุผลและสติปัญญาในการเผชิญหน้ากับปัญหา รู้จักมองเหตุการณ์ในแง่ดี สร้างกำลังใจและความหวังให้กับตนเอง รู้จักรักษาความรู้สึกที่ดีต่อตนเอง มีการจัดการกับอารมณ์ในทางที่เหมาะสม ลดและระบายความตึงเครียดในทางที่เป็นประโยชน์ และรู้จักรักษาสัมพันธภาพกับผู้ที่มีความหมายและมีความสำคัญในชีวิตไว้ได้ ตลอดจนรู้จักแสวงหาที่พึ่งหรือบุคคลที่ช่วยบรรเทาความทุกข์ได้อย่างเหมาะสม (Luebunthawatchai & Luebunthawatchai, 2010)

เอกสารอ้างอิง (References)

Angsukaittitavorn, S. (2021). Mood swings: The challenge of mental health problems and prevention among adolescents. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health*, *35*(2), 171-187. https://he02.tci-thaijo.org/index.php/JPNMH/article/view/250867/172604 (in Thai).

Anisman, H., Ravindran, A., Griffiths, J., & Merali, Z. (1999). Interleukin-1 beta production in dysthymia before and after pharmacotherapy. *Biological Psychiatry*, *46*(12), 1649-1655. https://doi.org/10.1016/S0006-3223(99)00211-5

Arunpongpaisal, S. & Wasiknanon, S. (2015). *Textbook of depressive disorders*. Klungpress. (in Thai).

Bangkokbiznews. (2021, October 8). *The COVID-19 crisis puts children at risk of depression and suicide*. https://www.bangkokbiznews.com/social/964684 (in Thai).

Beck, J. S. (1995). *Cognitive therapy: Basic and beyond*. The Guilford Press.

Beirão, D., Monte, H., Amaral, M., Longras, A., Matos, C., & Villas-Boas, F. (2020). Depression in adolescence: A review. *Middle East Current Psychiatry*, *27*(1), 1-9. https://doi.org/10.1186/s43045-020-00050-z

Bernaras, E., Jaureguizer, J., & Garaigordobil, M. (2019). Child and adolescent depression: A review of theories, evaluation instruments, prevention programs, and treatments. *Frontiers in Psychology*, *10*(543), 1-24. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00543

Chen, J. N., Wang, K., & Cheung, A. (2020). Depression in children & adolescents. In R. S. Mcintyre (Ed.), *Major depressive disorders*, (pp. 175-184). Elsevier.

Corey, G. (2004). *Theory and practice of group counseling* (6th ed). Thomsom Brooks/Cole.

Ekasawin, S., Phothisut, C. & Chomcheun, R. (2016). The prevalence of psychiatric disorders in Thai students aged 13-17 year. *J Ment Health Thai*, *24*(3), 141-153. https://doi.org/10.14456/dmhjounal.2015.21.

Flament, M., Cohen, D., Choquet, M., Jeammet, P., & Ledoux, S. (2001). Phenomenology, psychosocial correlates and treatment seeking in major depression and dysthymia of adolescence. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, *40*(9), 1070-1078. https://doi.org/10.1097/00004583-200109000-00016. PMID: 11556631.

Gledhill, J., & Hodes, M. (2008). Depression and suicidal behavior in children and adolescents. *Psychiatry*, *7*(8), 335-339. https://doi.org/10.1016/j.mppsy.2008.05.013

Ittasakul, P., & Hongsanguansri, S. (2012). Depression. In M. Lotrakul & P. Sukanich (Eds.), *Ramathibodi essential psychiatry* (pp. 167-189). Department of Psychiatry, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University. (in Thai).

Jeerasup, N., Sukhawaha, S., Saguanrum. K., Kenbubpha, K., & Dit-ung, H. (2020). Development and test effectiveness of a school-based cognitive behavioral group therapy for depression in adolescents. *J Psychiatr Assoc Thailand*, *65*(1), 47-62. https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JPAT/article/view/240787/163883 (in Thai).

Joiner, T., Cook, J., Hersen, M., & Gordon, K. (2007). Double depression in older adult psychiatric outpatients: Hopelessness as a defining feature. *Journal of Affective Disorders*, *101*(1-3), 235-238. https://doi.org/10.1016/j.jad.2005.03.019

Kirdpitak, P. (2012). Book review: Theory and practice of counseling and psychotherapy. *Journal of Psychology Kasem Bundit University*, *2*(2), 94-99.

Klein, D., Schwartz, J., Rose, S., & Leader, J. (2000). Five-year course and outcome of dysthymic disorder: A prospective, naturalistic follow-up study. *American Journal of Psychiatry*, *157*, 931-939. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.157.6.931

Klein, D., Shankman, S., & Rose, S. (2006). Ten-year prospective follow-up study of the naturalistic course of dysthymic disorder and double depression. *American Journal of Psychiatry*, *163*, 872-880. https://doi.org/10.1176/ajp.2006.163.5.872

Lapan, R. T., Gysbers, N. C., & Sun, Y. (1997). The impact of more fully implemented guidance programs on the school experiences of high school students: A statewide evaluation study. *Journal of Counseling & Development*, *75*(4), 292-302. https://doi.org/10.1002/j.1556-6676.1997.tb02344.x

Lotrakul, M. (2014). *Guide to psychiatric drugs* (5th ed). Mcbpublishing. (in Thai).

Luebunthawatchai, O. & Luebunthawatchai P. (2010). *Psychosocial treatment for depressive*. Tana Press Co., Ltd. (in Thai).

Melrose, S. (2017). Persistent depressive disorder or dysthymia: An overview of assessment and treatment approaches. *Open Journal of Depression*, *6*, 1-13. https://doi.org/10.4236/ojd.2017.61001.

Nobile, M., Cataldo, G. M., Marino, C., & Molteni, M. (2003). Diagnosis and treatment of dysthymia in children and adolescents. *CNS Drugs*, *17*(13), 927-946. https://doi.org/10.2165/00023210-200317130-00001

Oud, M., De Winter, L., Vermeulen-Smit, E., Bodden, D., Nauta, M., Stone, L., & Stikkelbrroek, Y. (2019). Effectiveness of CBT for children and adolescents with depression: A systematic review and meta-regression analysis. *European Psychiatry*, *57*, 33-45. https://doi.org/101016/j.eurpsy.2018.12.008

Posner, J., Hellerstein, D., Gat, I., Mechling, A., Klahr, K., Wang, Z., McGrath, P. J., Stewart, J, W., & Peterson, B. S. (2013). Antidepressants normalize the default mode network in patients with dysthymia. *JAMA Psychiatry*, *70*(4), 373-371. https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2013.455

Raichle, M. E. (2015). The brain's default mode network. *Annu Rev Neurosci*, *8*(38), 433-447. https://doi.org/10.1146/annurev-neuro-071013-014030.

Ramdani, R., Rofiqah, T., Khairat, I., Saragi, M., & Saputra, R. (2020). The role of school counselors to helping student in puberty through the collaborative paradigm. *ENLIGHTEN: Jurnal Bimbingan dan Konseling Islam*, *3*(1), 10-18. http://dx.doi.org/10.32505/enlighten.v3i1.1528

Ravindran, A. V., Chudzik, J., Bialik, R. J., Lapierre, Y. D., & Hrdina, P. D. (1994). Platelet serotonin measures in primary dysthymia. *American Journal of Psychiatry*, *151*(9), 1369-1371. https://doi.org/10.1176/ajp.151.9.1369

Ridley, C. R., Mollen, D., & Kelly, S. M. (2011). Beyond microskills: Toward a model of counseling competence. *The Counseling Psychologist*. *39*(6), 825-864. https://doi.org/10.1177/0011000010378440

Rosselo, J., & Bernal, G. (1999). The efficacy of cognitive-behavioral and Interpersonal treatments for depression in Puerto Rican adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *67*, 734-745.

Ruangtrakul, S. (2014). *Essential psychiatry* (10th ed.). Ruenkaewprinting. (in Thai).

Sansone, R., & Sansone, L. (2009). Dysthymic disorder: Forlorn and overlooked. *Psychiatry*, *6*(5), 46-51. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2719439/

Schlossberg, S., Morris, J., & Lieberman, M. (2001). The effects of a counselor-led guidance intervention on students' behaviors and attitudes. *Professional School Counseling*, *4*, 156-164.

Splett, J.W., Fowler, J., Weist M. D., McDaniel, M., & Dvorsky, M. (2013). The critical role of school psychology in the school mental health movement. *Psychol Sch*, *50*(3), 245-258.

Thapinta, D. (2013). *Depression: Cognitive behavioral therapy and counseling* (3rd ed.). Wanidapress. (in Thai).

The Royal College of Pediatricians of Thailand, The Royal College of Psychiatrists of Thailand & Child and Adolescent Mental Health Rajanagarindra Institute. (2018). *Guidelines for caring for adolescents with depression*. Beyond Publishing Co., Ltd. (in Thai).

Tortzer, J. P. (1999). *The counselor and the group: Integrating theory, training, and practice* (3rd ed.). Routledge.

Tuicomepee, A., & Suksawat, J. (2019). Mental health and well-being. In P. Wachwithan (Ed.), *Psychology for living* (pp. 6-1-6-56). The Office

of the University Press Sukhothai Thammathirat Open University. (in Thai).

Vatanasin, D. (2021). *Adolescent depression: Basic concepts and nursing care*. Wanidapress. (in Thai).

Vuthiarpa, S., Sethabouppha, H, P., Soivong, P., & Williams, R. (2012). Effectiveness of a school-based cognitive behavioral therapy program for Thai adolescents with depressive symptoms. *Pacific Rim Int J Nurs Res*, *16*(3), 206-221.

Weersing, V. R., Jeffreys, M., Do, M. T., Schwartz, K. T., & Bolano, C. (2017). Evidence base update of psychosocial treatments for child and adolescent depression. J *Clin Child Adolesc Psychol*, *46*(1), 11-43. https://doi.org/10.1080/15374416.2016.1220310.

Wichai, S. (2017). The development of school psychologist handbook. *Rajanukul Institute Journal*, *32*(1), 14-24. (in Thai).

Wichai, S., Tiemsang, T. & Yisoonsri, N. (2016). *School psychologist development course guide*. Beyond Publishing Co.,Ltd. (in Thai).

World Health Organization. (2021, November 17). *Mental health of adolescents*. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health

Young, A., Klap, R., Shoai, R., & Wells, K. (2008). Persistent depression and anxiety in the United States: Prevalence and quality of care. *Psychiatric Services*, *59*(12), 1391-1398. https://doi.org/10.1176/ps.2008.59.12.1391

Zalaquett, C. P., & Sanders, A. E. (2010). *Major depression and dysthymic disorder in adolescents: The critical role of school counselors*. https://www.counseling.org/resources/library/vistas/2010-v-online/Article_77.pdf

Zierke, M. C. (2003). *Adolescent depression: Implications for the high school counselor*. [Master's thesis, University of Northern Iowa]. UNI. https://scholarworks.uni.edu/grp/1837/

Zhou, X., Teng, T., Zhang, Y., Del Giovane, C., Furukawa, T. A., Weisz, J. R., & Xie, P. (2020). Comparative efficacy and acceptability of antidepressants, psychotherapies, and their combination for acute treatment of children and adolescents with depressive disorder: A systematic review and network meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*, *7*(7), 581-601. https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30137-1