การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าและฆ่าตัวตาย

Cognitive Behavioral Therapy for Adolescents with Depression and Suicidality

สารรัตน์ วุฒิอาภา*

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต
ตำบลคลองหนึ่ง อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี 12120

Sararud Vuthiarpa*

Faculty of Nursing, Thammasat University, Rangsit Centre,
Klong Nueng, Khlong Luang, Pathum Thani 12120

บทคัดย่อ

โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (cognitive behavioral therapy, CBT) เป็นโปรแกรมที่ได้รับการศึกษาวิจัยประสิทธิผลอย่างกว้างขวาง และพบว่ามีประสิทธิภาพในการช่วยเหลือวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าในประเทศต่าง ๆ ทั่วโลก แม้ในประเทศไทยจะมีการศึกษาโปรแกรมนี้ในวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าไม่มากนัก แต่ผลในการศึกษาสอดคล้องกับผลการศึกษาของต่างประเทศ เป็นที่น่าสังเกตว่าถึงแม้โปรแกรม CBT จะมีการพัฒนาเพื่อให้มีความเหมาะสมกับผู้ที่มีความคิดฆ่าตัวตาย แต่ยังมีการศึกษาการใช้ CBT ในวัยรุ่นที่มีความคิดฆ่าตัวตายเพียงเล็กน้อย และจากการที่มีการศึกษาไม่มากนักจึงได้เพียงข้อเสนอแนะว่า ควรมีการระบุความคิดและพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายให้ชัดเจนเพื่อให้เกิดผลในการบำบัดด้วย CBT อย่างเหมาะสมที่สุด บทความนี้เป็นการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าและการบำบัดด้วย CBT ในวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าและฆ่าตัวตาย การศึกษาที่เกี่ยวข้องกับประสิทธิผลของ CBT ทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ และ CBT สามารถลดความคิดและพฤติกรรมการฆ่าตัวตายได้หรือไม่ รวมทั้งเทคนิคที่สำคัญด้านความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม ซึ่งเป็นแกนในการบำบัดด้วย CBT ในวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า

คำสำคัญ : การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม, วัยรุ่นไทย, ภาวะซึมเศร้า, ฆ่าตัวตาย

Abstract

Cognitive behavior therapy (CBT) has appeared as a well-established program and found the effective-

***ผู้รับผิดชอบบทความ :** vsararud@yahoo.com

ness for depression in adolescents in many countries throughout the world. Although there are few studies of CBT in Thai adolescents with depression, the results revealed effects the same as in other countries. It is interesting that some researchers have been established CBT for suicidal attempters. But there are few in number of trials for adolescents with suicidality and no study in Thailand, and their existing efficacy is limited. However, the limited literature suggests that suicidal thoughts and behavior should be directly addressed for optimal treatment outcome. This chapter reviews the rationale underlying the use of CBT for the treatment of depression and suicidality in adolescents, the literature supporting the efficacy of CBT for depressed adolescents both in Thailand and other countries, and whether CBT for depression reduces suicidal thoughts and behavior. A description of some of the core cognitive, affective, and behavioral techniques used in CBT treatments of suicidal ideation and behavior in depressed adolescents is included.

Key words: cognitive behavior therapy, thai adolescents, depression, suicide

1. บทนำ

ภาวะซึมเศร้าเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้วัยรุ่นมาพบแพทย์หรือแสวงหาความช่วยเหลือ ในต่างประเทศพบว่าโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมหรือที่เรียกว่า CBT ถูกนำมาใช้อย่างแพร่หลายในการบำบัดวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า ในประเทศไทยมีการใช้บ้าง แต่ยังไม่แพร่หลายมากนัก และในกลุ่มวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้านี้ สิ่งที่เกิดขึ้นร่วมบ่อยครั้งคือ ความคิดฆ่าตัวตายหรือพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย ซึ่งยังมีความไม่ชัดเจนในการให้ความช่วยเหลือวัยรุ่นกลุ่มนี้ โดยบางการศึกษาเสนอแนะว่าอาการที่เกิดขึ้นนี้ต้องได้รับการบำบัดทางจิตวิทยา [1,2,4] ในขณะที่บางคนโต้แย้งว่าควรจะมีวิธีการที่ดีที่สุดที่มีเป้าหมายจัดการกับความคิดและพฤติกรรมที่เป็นปัญหานี้ นักวิจัยทางคลีนิคจำนวนหนึ่งสรุปว่าถ้ามีการให้การบำบัดภาวะซึมเศร้าอย่างเพียงพอแล้ว จะทำให้ความคิดและพฤติกรรมการฆ่าตัวตายหายไปด้วยได้ แต่ก็มีนักวิจัยทางคลีนิคจำนวนหนึ่งพบว่าข้อสรุปที่กล่าวมานั้นไม่เป็นจริงในผู้ใหญ่ที่มีภาวะซึมเศร้า เพราะความคิดฆ่าตัวตายที่เกิดขึ้นนี้ต้องการการบำบัดที่มุ่งแก้ไขโดยตรงต่อความคิดและพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการฆ่าตัวตาย [1] ในบทความนี้จะกล่าวถึงภาวะซึมเศร้าและทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับเหตุผลของการใช้ CBT ในการบำบัดภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย (ในที่นี้จะรวมทั้งความคิดและพฤติกรรมการพยายามฆ่าตัวตาย) ในวัยรุ่น จากนั้นจะเป็นการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับประสิทธิผลของ CBT ในการบำบัดภาวะซึมเศร้าและลดความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตายทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ ในท้ายสุดจะกล่าวถึงเทคนิคที่เป็นหลักการสำคัญทางความคิดอารมณ์และพฤติกรรมที่ใช้ในการบำบัดด้วย CBT สำหรับวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าร่วมกับมีความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย

2. ภาวะซึมเศร้าคืออะไร

คนทุกคนเคยมีประสบการณ์ “อารมณ์ไม่ดี” เมื่ออารมณ์ไม่ดี อาจรู้สึกเศร้า ไม่มีความสุข หงุดหงิด เจ้าอารมณ์ หรือเบื่อหน่าย ส่วนใหญ่แล้วความรู้สึก

เหล่านี้จะกลับสู่ภาวะปกติหลังจากอารมณ์ไม่ดีได้ค่อนข้างเร็ว ซึ่งความจริงอารมณ์ของบุคคลสามารถเปลี่ยนแปลงได้ทุก 2-3 ชั่วโมงหรือ 2-3 วัน [2,3]

ภาวะซึมเศร้าเป็นความผิดปกติของอารมณ์หรือความเจ็บป่วยซึ่งมีผลกระทบไม่เพียงแต่ความรู้สึก แต่ยังมีผลต่อการคิด การแสดงพฤติกรรม และความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ๆ โดยเฉพาะวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าอาจไม่สนใจสิ่งต่าง ๆ เช่น ไปโรงเรียน เล่นกีฬา ทำงานอดิเรก กิจกรรมต่าง ๆ หรือร่วมกิจกรรมกับเพื่อน วัยรุ่นอาจคิดว่าตนเองคงไม่มีทางที่จะรู้สึกดีขึ้น หรือคิดว่าตนเองถูกตำหนิในสิ่งไม่ดีต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น ทั้ง ๆ ที่จริงแล้วพวกเขาไม่ได้ถูกตำหนิ หรือคิดว่าตนเองเป็นคนไม่มีค่า มารดาบิดาจะสังเกตเห็นว่าวัยรุ่นมี “อารมณ์ขุ่นมัว” มีการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์หรืออารมณ์ไม่ดีโดยไม่มีสาเหตุชัดเจน วัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้ามักจะใช้เวลาส่วนใหญ่อยู่คนเดียว หรืออยู่ในห้องส่วนตัวและไม่ข้องเกี่ยวกับใคร เพื่อนอาจรู้สึกว่าอยู่กับวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าแล้วไม่สนุก และวัยรุ่นที่มีปัญหาเองก็ไม่รู้สึกสนุกในการกระทำสิ่งต่าง ๆ เมื่อรู้สึก “ท้อแท้” อาจคิดทำร้ายหรือฆ่าตัวเอง นอกจากนี้ภาวะซึมเศร้ายังมีผลต่อร่างกาย ได้แก่ นอนไม่หลับหรือนอนหลับมากเกินไป ไม่อยากรับประทานอาหารหรือรับประทานอาหารมากเกินไป หรือไม่มีพละกำลังในการกระทำสิ่งต่าง ๆ [3,4]

อาการของภาวะซึมเศร้าต่อไปนี้ใช้ตรวจสอบเบื้องต้นได้ว่าวัยรุ่นมีความซึมเศร้าหรือไม่ [3,4]

2.1 อาการด้านอารมณ์ ได้แก่ เศร้าหรืออารมณ์อ่อนไหวได้ง่าย เบื่อหน่ายหรือไม่รู้สึกสนุกในการกระทำสิ่งต่าง ๆ และรู้สึกผิด

2.2 อาการด้านความคิด ได้แก่ ไม่มีสมาธิหรือจำอะไรไม่ค่อยได้หรือตัดสินใจไม่ได้ ตำหนิหรือวิจารณ์ตนเอง ไม่สนใจในการกระทำกิจกรรมต่าง ๆ และมีความคิดอยากตายหรือพยายามกระทำการฆ่าตัวตาย

2.3 อาการด้านพฤติกรรม ได้แก่ ร้องไห้ หลีกเลี่ยงการพบปะผู้คน แยกตัวเองอยู่ในห้องส่วนตัว เคลื่อนไหวเชื่องช้าหรือวุ่นวาย และทำร้ายตนเอง

2.4 อาการการเปลี่ยนแปลงทางชีววิทยาของร่างกาย ได้แก่ ไม่สามารถนอนหลับหรือหลับมากเกินไป เบื่ออาหารหรือน้ำหนักลดหรือรับประทานมากเกินไปและน้ำหนักขึ้น และเหนื่อยตลอดเวลา

ความรุนแรงของอาการซึมเศร้ามี 3 ระดับ คือ น้อย ปานกลาง และรุนแรง อาการซึมเศร้าระดับปานกลางถึงรุนแรงเป็นกลุ่มอาการที่รบกวนการทำงาน การเรียน การนอนหลับ การรับประทานอาหาร และความสุขในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ส่วนอาการซึมเศร้าระดับน้อยถึงปานกลางรบกวนความสามารถในการกระทำกิจกรรมต่าง ๆ น้อยกว่า แต่ทำให้วัยรุ่นไม่สามารถทำหน้าที่ต่าง ๆ ได้ดีหรือทำให้วัยรุ่นอารมณ์ไม่ดี [5,6] วัยรุ่นที่มีอาการซึมเศร้าระดับต่ำถึงปานกลางมีอัตราเสี่ยงต่อการพัฒนาเป็นโรคซึมเศร้า (major depressive disorder) และมีความเสี่ยง 2 - 3 เท่า ในการที่จะพัฒนาเป็นความผิดปกติทางจิตเวชอื่น ๆ เมื่อเปรียบเทียบกับวัยรุ่นที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า [7,8] อย่างไรก็ตาม วัยรุ่นที่มีอาการซึมเศร้าระดับน้อยถึงปานกลางจำนวนมากไม่ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้า รวมทั้งไม่ถูกให้ความสำคัญ [9] ภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นที่ไม่ได้รับการช่วยเหลือ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในวัยรุ่นซึ่งเป็นช่วงที่มีพัฒนาการด้านร่างกายและจิตใจ รวมทั้งเอกลักษณ์แห่งตนชัดเจน ภาวะซึมเศร้าในระยะนี้จึงกระทบต่อการกระทำหน้าที่ต่าง ๆ เมื่อเติบโตเป็นผู้ใหญ่ในอนาคต [10]

3. สาเหตุของภาวะซึมเศร้า

สาเหตุของภาวะซึมเศร้ามีความแตกต่างกันในวัยรุ่นแต่ละบุคคล โดยทั่วไปมีสาเหตุร่วมกันหลาย ๆ สาเหตุดังนี้ [3,4]

3.1 ได้รับการถ่ายทอดทางพันธุกรรม เช่น การมีมารดาบิดาหรือญาติสนิทเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า

3.2 ประสบปัญหายุ่งยากตั้งแต่วัยเด็ก เช่น สูญเสียมารดาหรือบิดาเมื่อยังเด็กมาก มีมารดาหรือบิดาที่มีอาการป่วยหนัก มีความเจ็บป่วยทางจิต หรือใช้สารเสพติด และมีประสบการณ์การถูกทอดทิ้งหรือถูกทำร้าย

3.3 มีวิธีคิดต่อสิ่งต่าง ๆ ในทางลบ เช่น มุ่งความสนใจที่ประสบการณ์ทางลบ และไม่สนใจประสบการณ์ทางบวก คิดว่าตนเอง “ต่ำต้อย” และมีความเชื่อทางลบเกี่ยวกับสิ่งต่าง ๆ ในโลก บุคคลอื่น ๆ หรือของตนเองในอนาคต

3.4 มีประสบการณ์ชีวิตที่ไม่ดีเกิดขึ้น เช่น การตายจากของบุคคลอันเป็นที่รัก ไม่ประสบความสำเร็จในการเรียน หรือกีฬาหรือกิจกรรมต่าง ๆ มีปัญหาสัมพันธภาพกับเพื่อนหรือมารดาบิดา ย้ายบ้านหรือโรงเรียน ประสบกับความสัมพันธ์ที่ไม่มีความสุขหรือถูกทำร้าย หรือเลิกกับแฟน

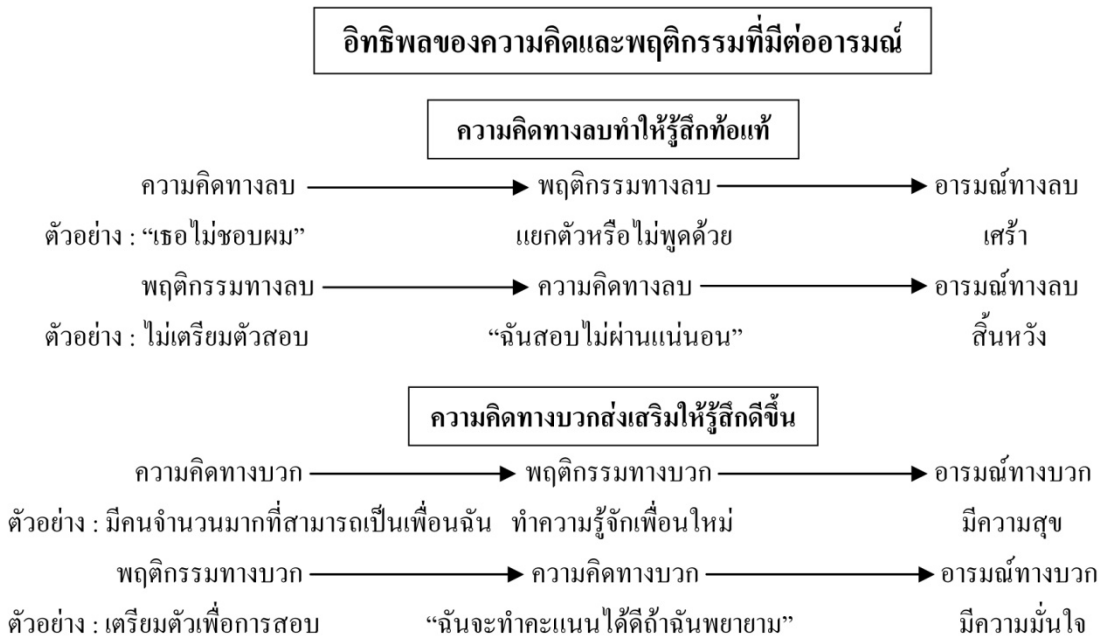
เมื่อเกิดภาวะซึมเศร้าจะกระทบกับการดำเนินชีวิต เช่น ไม่มีสมาธิกับการเรียน มีปัญหาการคบเพื่อน มีปัญหาการพูดคุยกับมารดาบิดา วัยรุ่นที่ซึมเศร้าจะเรียนรู้วิธีการทางลบในการจัดการกับความเครียด เช่น เลี่ยงการพบปะผู้อื่น ไม่ทำกิจกรรมที่สนุกสนานหรือน่าสนใจ แต่การบำบัดที่มีประสิทธิภาพจะช่วยให้วัยรุ่นเรียนรู้วิธีการทางบวกในการจัดการกับความเครียดและเอาชนะภาวะซึมเศร้า ซึ่งสิ่งเหล่านี้เรียนรู้ได้ในโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ดังนั้นปัญหาซึมเศร้าในวัยรุ่นนี้จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องได้รับการช่วยเหลือด้วยการประเมินภาวะซึมเศร้าและโปรแกรมการบำบัดที่มีประสิทธิผล [11,12]

4. การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมคืออะไร

การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมเป็นโปรแกรมการช่วยเหลือที่ดีที่สุดโปรแกรมหนึ่ง โดยโปรแกรมจะช่วยให้วัยรุ่นได้เรียนรู้เกี่ยวกับความคิดและพฤติกรรมที่มีผลต่อความรู้สึกหรืออารมณ์ และเรียนรู้วิธีการเปลี่ยนแปลงความคิดและพฤติกรรม ซึ่งจะช่วยให้เอาชนะภาวะซึมเศร้าได้ เมื่อเกิดภาวะซึมเศร้า อารมณ์จะเป็นทางลบอย่างที่สุด จะรู้สึกอารมณ์ขุ่นมัวหรือเจ้าอารมณ์ เศร้า ไม่มีความสุข หรือเบื่อหน่าย การที่จะเปลี่ยนแปลงอารมณ์โดยการพยายามเปลี่ยนความรู้สึกนั้นทำได้ยาก แต่อารมณ์ของเราสามารถเปลี่ยนได้โดยการเปลี่ยนความคิดหรือเปลี่ยนพฤติกรรม เมื่อพิจารณาจากองค์ประกอบบุคลิกภาพของบุคคลซึ่งมี 3 ส่วน คือ ความคิด พฤติกรรม และอารมณ์ ซึ่งแต่ละส่วนมีอิทธิพลต่ออีกสองส่วน เช่น การคิดทางลบนำไปสู่อารมณ์ทางลบ พฤติกรรมทางลบนำไปสู่อารมณ์ทางลบ การคิดทางบวกหรือพฤติกรรมทางบวกนำไปสู่อารมณ์ทางบวก การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมจะช่วยให้วัยรุ่นเข้าใจวิธีการคิดและพฤติกรรมซึ่งเกี่ยวข้องกับอารมณ์ทางลบ [3,4]

ผู้ให้การบำบัดในโปรแกรม CBT และวัยรุ่นจะร่วมกันค้นหาว่าความคิดใดที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า และร่วมกัน “ตรวจสอบ” ความคิดเหล่านั้นเพื่อดูว่าถูกต้องตามความเป็นจริงหรือไม่ ความคิดที่เป็นจริงและทางบวกจะช่วยให้ความรู้สึกดีขึ้น

เช่นเดียวกับนักวิทยาศาสตร์ วัยรุ่นสามารถตรวจสอบวิธีคิดได้หลาย ๆ วิธีเพื่อพิจารณาว่าวิธีใดที่จะช่วยให้อารมณ์ดีขึ้น นอกจากนี้ยังช่วยให้วัยรุ่นเห็นว่าพฤติกรรมใดเกี่ยวข้องกับความรู้สึกแย่หรือซึมเศร้า และช่วยให้เรียนรู้ทักษะใหม่หรือวิธีการแสดงพฤติกรรมใหม่ซึ่งนำไปสู่ความรู้สึกที่ดีขึ้น [3,4] โปรแกรม CBT จะมี “การบ้าน” เช่น การทำแบบฝึกหัดโดยใช้เทอร์โมมิเตอร์วัดอารมณ์ หรือการบันทึกความคิดทางลบของตนเอง การบ้านจะเกี่ยวข้องกับการใช้ชีวิตประจำวันซึ่งทำได้ง่ายและมีปริมาณงานน้อย วัยรุ่นจะวางแผนการทำการบ้านร่วมกับผู้ให้การบำบัด และการบ้านนี้จะช่วยให้ได้เรียนรู้ ฝึกทักษะ และวิธีการคิดใหม่ การใช้โปรแกรม CBT ยังช่วยให้วัยรุ่นจัดการกับความเครียดดีขึ้นและหลีกเลี่ยงการเป็นโรคซึมเศร้า แม้ว่าจะสิ้นสุดโปรแกรมแล้ว วัยรุ่นจะนำสิ่งที่ได้เรียนรู้จากโปรแกรมไปฝึกปฏิบัติและทำให้ความรู้สึกดีขึ้น [3,4]



5. พัฒนาการบำบัดความคิดฆ่าตัวตายด้วย CBT

รูปแบบการบำบัดด้วย CBT สำหรับวัยรุ่นที่มีความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตายพัฒนามาจากรูปแบบการบำบัดที่ใช้ได้ผลดีในผู้ใหญ่ [2] โดยรูปแบบ CBT ในผู้ใหญ่มีสมมุติฐานว่าการพยายามฆ่าตัวตายเกิดมาจากการตอบสนองต่อความเครียดที่ขาดประสิทธิภาพของความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม [1] เมื่อพิจารณารูปแบบนี้ในวัยรุ่นพบว่าการพยายามฆ่าตัวตายเป็นผลมาจากปัจจัยโน้มเอียงที่เป็นปัจจัยเสี่ยงให้เกิดอาการ โดยปัจจัยนี้ได้แก่ พันธุกรรม และ/หรือ การพบกับเหตุการณ์ร้ายในชีวิตที่ทำให้เกิดพยาธิสภาพทางจิต เช่น เคยมีประวัติถูกทำร้ายหรือถูกทอดทิ้ง การได้รับการเลี้ยงดูไม่ดีจากการที่บิดามารดามีอาการเจ็บป่วยทางจิต เป็นเหยื่อในการถูกกลั่นแกล้งหรือล้อเลียนจากเพื่อน ปัญหาที่เกิดขึ้นเหล่านี้จะทำให้วัยรุ่นมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าได้

ปัจจัยอีกประการซึ่งเป็นปัจจัยกระตุ้นให้วัยรุ่น

เกิดอาการซึมเศร้าหรือความคิดฆ่าตัวตาย คือ ความเครียดจากความขัดแย้งภายในตน ความเครียดจะทำให้เกิดความคิดที่บิดเบือนไม่ตรงกับความเป็นจริงได้ และการมองตนเองและอนาคตในทางลบ มีการศึกษาวัยรุ่นที่เข้ารักษาตัวในโรงพยาบาล และมีความผิดปกติทางอารมณ์ร่วมกับความคิดฆ่าตัวตาย พบว่าส่วนใหญ่มีความคิดบิดเบือนแบบการคาดการณ์ว่าจะเกิดหายนะหรือจุดจบ การมีความคิดเอนเอียงไปยังเหตุการณ์ที่ไม่เกี่ยวข้องกับตน การเลือกสนใจคิดเฉพาะบางด้าน และการแปลความเกินกว่าพื้นฐานเป็นจริงมากกว่าวัยรุ่นปกติทั่วไป [13] การที่วัยรุ่นมีความคิดบิดเบือนมากขึ้นจะทำให้วัยรุ่นไม่สามารถหาทางออกของปัญหาได้เมื่อมีสิ่งกระตุ้นความเครียด จึงพบว่าวัยรุ่นที่มีความคิดฆ่าตัวตายไม่สามารถค้นหาและเลือกวิธีการจัดการกับปัญหาได้ นอกจากนี้วัยรุ่นมักจะมองว่าปัญหาไม่มีทางออกหรือแก้ไขไม่ได้ [14] ความผิดปกติในส่วนของกระบวนการคิดและการแก้ปัญหานี้เป็นลักษณะเฉพาะของผู้มีภาวะซึมเศร้า ซึ่งจะเป็นผลให้มีอาการทางอารมณ์ในทางลบ ได้แก่ โกรธ อารมณ์เสีย หงุดหงิด เป็นต้น และผู้ที่มีความคิดฆ่าตัวตายจะมีปัญหาการควบคุมภายในตนเองและการใช้ทักษะการควบคุมอารมณ์

เมื่อมีกระบวนการคิดที่บิดเบือนไปจากความเป็นจริง สิ่งที่จะเกิดตามมา คือ การขาดวิธีการแก้ปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพ และอารมณ์ที่รุนแรงขึ้นจากสิ่งกระตุ้นความเครียด จนกระทั่งวัยรุ่นใช้วิธีการที่ไม่เหมาะสมในการจัดการกับปัญหา รวมทั้งการใช้พฤติกรรมการสื่อสารแบบไม่ต่อสู้หรือก้าวร้าว ซึ่งนำไปสู่ความขัดแย้งกับเพื่อนและครอบครัวได้ วัยรุ่นบางคนจะมีการใช้ยาและสารเสพติด บางส่วนอาจมีการทำร้ายตนเองโดยที่ไม่ถึงเสียชีวิต (เช่น กรีดข้อมือ) เพื่อลดความกดดันทางอารมณ์ การเลือกใช้พฤติกรรมที่ขาดประสิทธิภาพเหล่านี้วัยรุ่นอาจได้ต้นแบบมาจากมารดาบิดา เพื่อน หรือบุคคลสำคัญต่าง ๆ ในชีวิต [1] วงจรความคิด พฤติกรรม และอารมณ์ของวัยรุ่นจะวนเวียนไปในลักษณะแบบนี้ โดยการวนไปแต่ละครั้งจะทำให้อารมณ์มีความซึมเศร้ามากขึ้น อาการเหล่านี้อาจเกิดไม่กี่วัน หลายสัปดาห์ หรือหลายเดือน วงจรนี้ถ้าเกิดต่อเนื่องไปโดยไม่มีการขัดขวาง จะส่งผลกระทบต่อการรับรู้และในที่สุดจะรู้สึกสิ้นหวังต่อสถานการณ์ วัยรุ่นบางคนจะเริ่มมีความคิดฆ่าตัวตาย เช่น การใช้คำพูดว่า “ฉันควรจะตายเสียดีกว่า” เมื่อเวลาผ่านไปเขาก็จะมีความคิดฆ่าตัวตายที่จะให้เกิดขึ้นจริง และพยายามกระทำการฆ่าตัวตาย โดยอาจมีการวางแผนหรือไม่มีก็ได้ [1]

ความคิดบิดเบือน ได้แก่ ความคิดต่อไปนี้ [4]

5.1 ความคิดขาวและดำ ได้แก่ มองสิ่งต่าง ๆ เป็นสองขั้วคือดีเลิศหรือเลวร้าย หรือมองคนอื่น ๆ ว่าดีมากหรือแย่มาก

5.2 ความคิดที่คาดเดาเหตุการณ์รุนแรงเกินจริง ได้แก่ การตอบสนองต่อความผิดหวังหรือความล้มเหลวราวกับว่าโลกนี้กำลังสิ้นสลาย

5.3 การด่วนสรุป ได้แก่ การสรุปว่าสิ่งที่ได้รับแย่ที่สุดโดยที่ยังไม่ได้พิสูจน์ข้อเท็จจริง การตัดสินว่าคนบางคนไม่ชอบเรา แต่ไม่ได้ตรวจสอบจากคน ๆ นั้นก่อน หรือการตัดสินว่าจะมีสิ่งเลวร้ายเกิดขึ้นกับตนเองโดยที่ไม่มีข้อมูลสนับสนุนใด ๆ เลยว่าสิ่งนั้นจะเกิดขึ้น

5.4 การขาดการมองทางบวก ได้แก่ การไม่ให้ความสนใจกับประสบการณ์ทางบวก หรือการปฏิเสธประสบการณ์ทางบวกหรือบอกว่า “ไม่สำคัญ”

5.5 ความผิดของฉัน ได้แก่ การรับผิดชอบในบางสิ่งที่ไม่ใช่เรื่องของตนเอง หรือไม่ได้อยู่ในอำนาจของตนที่จะควบคุม

5.6 การคิดต่อเหตุการณ์ต่าง ๆ ว่า "ควร" ได้แก่ การจัดการกับตนเองว่าควรจะต้องทำอย่างนั้นอย่างนี้ หรือวิจารณ์ผู้อื่นด้วยความคิดว่าเขาควรจะต้องทำอย่างนั้น อย่างนี้

เมื่อมีพฤติกรรมการฆ่าตัวตายเกิดขึ้นแล้วครั้งหนึ่ง วัยรุ่นจะมีความเสี่ยงที่จะรู้สึกอยากฆ่าตัวตายได้อีกในอนาคต จากการที่พฤติกรรมการฆ่าตัวตายทำให้สถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดไปกระตุ้นแบบแผนการคิดที่ผิดปกติได้ง่ายขึ้น [1,5] วัยรุ่นจะพยายามกระทำการฆ่าตัวตายจนเป็นพฤติกรรมที่เป็นนิสัยในการทำร้ายตนเอง ยิ่งเมื่อผนวกกับการมีความคิดบิดเบือน พฤติกรรมที่เป็นนิสัยนี้จะทำให้มีโอกาสในการเกิดพฤติกรรมการฆ่าตัวตายได้มากขึ้นในอนาคต [5,15] ถ้าขัดขวางความเชื่อนี้ได้ จะทำให้เกิดการพิจารณาและเข้าใจได้ว่าตนเองใช้วิธีการฆ่าตัวตายเพื่อแก้ปัญหาชีวิต ซึ่ง CBT จะเข้าไปช่วยแก้ไขการตอบสนองของความคิด พฤติกรรม และอารมณ์ที่ขาดประสิทธิภาพนี้

6. ประสิทธิผลของ CBT ในการบำบัดภาวะซึมเศร้า

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า CBT มีประสิทธิภาพสูงในการช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า การศึกษาของแฮริงตัน และคณะ [16] วิเคราะห์ประสิทธิภาพของ CBT พบว่า CBT มีประสิทธิภาพเหนือการบำบัดในรูปแบบอื่น ๆ โดยวัยรุ่นที่ได้รับ CBT มีอาการดีขึ้นร้อยละ 36 การศึกษาโดยการวิเคราะห์แบบอภิมาน (metaanalysis) ของงานวิจัยตั้งแต่ ปี 1970 -1997 โดยไรเนคเค ไรอัน และดูบัวส์ [17] พบว่า CBT มีประสิทธิภาพในการลดภาวะซึมเศร้า โดยมีค่าขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ -1.02 ผลของการบำบัดคงอยู่ต่อไปแม้หลังเสร็จสิ้นโปรแกรม แม้ว่าค่าขนาดอิทธิพลในช่วงการติดตามผลจะลดลง (effect size = -0.61) การวิเคราะห์นี้สอดคล้องกับการวิเคราะห์แบบ metaanalysis ของเลวินสัน และคลาก [18] พบว่า CBT มีประสิทธิภาพในการลดอาการซึมเศร้า effect size = 1.27 โดย 63 % ของผู้เข้าร่วมโปรแกรมมีอาการดีขึ้นจากภาวะซึมเศร้า

นอกจากนี้มีการศึกษาประสิทธิภาพของ CBT ร่วมกับการใช้ยาในวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า โดยเปรียบเทียบ 4 กลุ่ม ระหว่าง (1) การใช้ยาต้านเศร้าโดยยับยั้งการเก็บกลับของเซโรโตนิน (SSRI) (2) การใช้ยาต้านเศร้าร่วมกับ CBT (3) CBT อย่างเดียว และ (4) กลุ่มยาพลาเซโบ (ยาที่ไม่มีตัวยาเป็นส่วนประกอบ) ของโครงการ TADS [19] ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนมาก ผลการศึกษาพบว่าการใช้ CBT ร่วมกับยามีประสิทธิผลสูงสุด (73 % อาการดีขึ้น) ส่วนได้รับยาอย่างเดียวดีขึ้น 62 % และ CBT อย่างเดียวดีขึ้น 48 % แต่ในช่วงติดตามผล (18 สัปดาห์ภายหลังสิ้นสุดการทดลอง) พบว่ากลุ่มที่ได้รับ CBT อย่างเดียวอาการดีขึ้นสูงสุด (85 %) เปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้รับยาอย่างเดียวอาการดีขึ้น 65 % ส่วนการศึกษาในทำนองเดียวกันนี้ของโครงการ TORDIA [20] แต่เปลี่ยนชนิดของยาต้านเศร้า [กลุ่มตัวอย่างไม่ตอบสนองต่อยาต้านเศร้าในกลุ่มเซโรโตนิน (SSRI) จึงใช้ในกลุ่มยับยั้งการเก็บกลับของเซโรโตนินและนอร์อิพิเนฟริน (SSNRI)

สำหรับประเทศไทย แนวทางการจัดการโรคซึมเศร้าในกลุ่มเด็กและวัยรุ่นสำหรับเวชปฏิบัติทั่วไปในสถานบริการระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ (clinical practice guideline of major depressive disorder) ในช่วงอาการเฉียบพลันจะเป็นการรักษาด้วยยาต้านเศร้าโดยมีการติดตามอย่างใกล้ชิด รวมทั้งระวังการการฆ่าตัวตาย ส่วนการรักษาเด็กและวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า

ระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง (mild to moderate) ควรให้จิตบำบัดแบบการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (CBT) หรือสัมพันธภาพบำบัด (interpersonal psychotherapy, IPT) [21] ในประเทศไทยมีการศึกษาโดยใช้หลักการของโปรแกรม CBT ไม่มากนัก แต่ผลที่ได้ก็สอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศ เช่น การทดลองของฉัตรแก้ว [22] ศึกษาการบำบัดทางความคิด (cognitive therapy) กับวัยรุ่นหญิง 8 คน ที่มีภาวะซึมเศร้าในสถานสงเคราะห์เด็กหญิง ผลการศึกษาพบว่าอาการซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เอกวรางกูล และคณะ [23] ศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลของการบำบัดทางความคิดแบบประคับประคอง (brief cognitive-support treatment) และการดูแลตามปกติ (usual care) ในวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าจำนวน 70 คน ผลการศึกษาพบว่าวัยรุ่นที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดแบบประคับประคองอาการซึมเศร้าลดลงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตามการศึกษาที่กล่าวมาอยู่บนหลักการการบำบัดทางความคิด (cognitive therapy) มิได้ผสมผสานหลักการของการบำบัดทางพฤติกรรมดังเช่นหลักการบำบัดโดยโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (CBT) ส่วนการศึกษาของวุฒิอาภา และคณะ [3] ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในนักเรียนวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า โดยผสมผสานหลักการทางความคิดและพฤติกรรม ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอาการซึมเศร้าและความคิดอัตโนมัติทางลบลดลง และหน้าที่และการปรับตัวทางสังคมสูงขึ้น

7. ประสิทธิผลของ CBT ในการบำบัดความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย

มีการศึกษา CBT ในการบำบัดผู้มีภาวะซึมเศร้าและพบว่า CBT นอกจากจะสามารถช่วยวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า ยังช่วยบำบัดความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตายได้ โดยโปรแกรมนี้สอนทักษะการจัดการกับปัญหา เทคนิคการควบคุมอารมณ์ที่สามารถนำไปใช้กับผู้ที่มีความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย เช่น การศึกษาของคลาค และคณะ [24] เปรียบเทียบผลของ CBT โปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมอย่างเป็นระบบ (SBFT) และโปรแกรมการบำบัดแบบประคับประคอง (NST) ในวัยรุ่น โดยก่อนเริ่มการทดลองแต่ละกลุ่มมีผู้ที่มีความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตายกลุ่มละ 2 ใน 3 ของผู้เข้าร่วมโปรแกรมทั้งหมด โดย 25 % มีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตาย ภายหลังสิ้นสุดการทดลองพบว่ากลุ่มที่ได้รับ CBT มีภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตายลดลงมากกว่ากลุ่ม SBFT และ NST โดยความคิดฆ่าตัวตายจะลดลงตั้งแต่ระยะแรกของการเข้าร่วมในโปรแกรม และการศึกษาผลการใช้โปรแกรม CBT ร่วมกับยาต้านเศร้าในวัยรุ่น พบว่าให้ผลดีในการลดภาวะความคิดและพฤติกรรมการฆ่าตัวตายดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบซึ่งได้รับยาหลอกพลาซีโบ ภายหลังสิ้นสุดการทดลองทันที และระยะติดตามผล 6 เดือน

โดยทั่วไปการใช้ CBT กับผู้มีภาวะซึมเศร้าร่วมกับความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตายจะเป็นการบำบัดแบบรายบุคคลที่เป็นรูปแบบมาตรฐาน เริ่มด้วยการประเมินการให้ยา ประเมินความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย และประวัติการใช้สารเสพติด รวมทั้งแอลกอฮอล์ มีการวางแผนความปลอดภัย ได้แก่ “การบอกเหตุผลที่ต้องการมีชีวิตอยู่ อย่างน้อย 5 ข้อ” “ระบุทักษะการจัดการและแก้ไขปัญหา ในสถานการณ์ที่มีความเครียด” “เบอร์โทรศัพท์ติดต่อในกรณีฉุกเฉิน” เป็นต้น เทคนิคที่นิยมใช้ในโปรแกรมมี

ดังต่อไปนี้

7.1 การปรับแก้ความคิด (cognitive restructuring) ประกอบด้วยขั้นตอนต่าง ๆ ซึ่งเริ่มด้วยการเปลี่ยนความคิดทางลบด้วยการระบุเหตุการณ์กระตุ้นที่เกี่ยวข้องกับความคิดและอารมณ์ทางลบ ต่อมาวัยรุ่นจะได้เรียนรู้เกี่ยวกับความเชื่อที่สัมพันธ์กับอารมณ์ทางลบ และเรียนรู้ว่าเขาจะรู้สึกดีขึ้นได้ถ้าได้เผชิญและแก้ไขความเชื่อทางลบที่ทำให้อารมณ์ขุ่นมัวหรือทำให้การตัดสินใจเกี่ยวกับตนเองบกพร่อง เช่น ทำร้ายตนเอง ขั้นตอนสุดท้ายของการแก้ไขความคิดคือการปรับเปลี่ยน ในที่นี้ได้แก่การปรับเปลี่ยนความเชื่อ ผู้บำบัดจะทำหน้าที่ช่วยให้วัยรุ่นได้ตั้งคำถาม เปรียบเทียบ ค้นหาความจริง ศึกษาจากตำราเอกสาร และพูดถึงความคิดอัตโนมัติ ระบุความคิดที่บิดเบือน ซึ่งจะทำให้มีการคิดที่เป็นจริงมากขึ้น [1,3,4]

7.2 การแก้ปัญหา (problem solving) การแก้ปัญหาจะช่วยจัดการกับประเด็นความขัดแย้งและสถานการณ์ได้ ขั้นตอนการแก้ปัญหาในโปรแกรมมีดังนี้

7.2.1 ระดมสมอง ในวัยรุ่นที่มีปัญหาหรือถ้าบำบัดเป็นกลุ่มจะเป็นการระดมสมองสมาชิกภายในกลุ่ม แม้ว่าการระดมสมองจะไม่ใช่ขั้นตอนแรกในการแก้ปัญหา แต่ในโปรแกรม CBT จะเน้นการระดมสมองในขั้นแรก หลักการของการระดมสมองคือการเพิ่มความยืดหยุ่นทางจิตใจ เป็นการตั้งคำถามความคิดอัตโนมัติ ว่ายังมีวิธีคิดอย่างอื่นในสถานการณ์นี้ได้อย่างไรบ้าง

7.2.2 ไม่ประเมินค่า ผู้บำบัดกระตุ้นวัยรุ่นให้ค้นหาแนวทางแก้ปัญหาหลาย ๆ ทาง หรือเพิ่มเติมแนวทางของผู้บำบัด รวมทั้งแนวทางแปลก ๆ และบอกให้ทราบว่าไม่ต้องประเมินผลของแนวทางแก้ปัญหานั้น ๆ

7.2.3 การประเมินผล หลังจากค้นหาแนวทางแก้ปัญหาได้หลายประการแล้ว วัยรุ่นและผู้บำบัดร่วมกันพิจารณาผลที่จะเกิดขึ้นทั้งทางบวกและทางลบ

7.2.4 การเลือก ช่วยวัยรุ่นตัดสินใจว่าทางเลือกใดที่น่าจะเป็นประโยชน์ที่สุด โดยวิเคราะห์ทั้งผลทางบวกและทางลบ ชี้ให้เห็นว่าแนวทางนั้นอาจจะไม่สมบูรณ์ที่สุด แต่ก็ยังดีกว่าไม่มีทางออก สิ้นหวังหรือซึมเศร้า

7.2.5 การให้การสนับสนุน ให้การเสริมแรงวัยรุ่นในการหาวิธีการเพื่อแก้ปัญหา กระตุ้นให้เขาทำให้สำเร็จ

7.3 การควบคุมอารมณ์ การเรียนรู้การดูแลอารมณ์ให้อยู่ภายใต้การควบคุมจะช่วยให้วัยรุ่นดึงทักษะต่าง ๆ ที่ตนมีอยู่มาใช้ได้ ทักษะเหล่านี้ ได้แก่ การแก้ปัญหา การแก้ไขความคิด การรักษาสิทธิ์ การผ่อนคลาย และทักษะอื่น ๆ

จากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทยยังไม่พบการศึกษาที่ใช้ CBT ในการให้ความช่วยเหลือวัยรุ่นที่มีความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย ดังนั้นจึงควรมีการศึกษาผลของ CBT ในวัยรุ่นไทยที่มีความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตายต่อไป

8. สรุป

จากการที่มีความก้าวหน้าทางการศึกษาวิจัยโปรแกรม CBT ในต่างประเทศเป็นอย่างมาก รวมทั้งในประเทศไทยก็มีการศึกษาการใช้ CBT ในวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้ามากขึ้นเช่นกัน ซึ่งผลการศึกษาส่วนใหญ่เป็นไปในทิศทางเดียวกันคือ CBT มีประสิทธิภาพในการลดภาวะซึมเศร้า แต่อย่างไรก็ตามยังมีการศึกษาการใช้ CBT ไม่มากนักในวัยรุ่นที่มีความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย ทำให้ไม่ทราบประสิทธิผลของโปรแกรมที่ชัดเจน แต่จากการทบทวน

วรรณกรรมพบว่าการฝึกทักษะที่จำเป็นบางประการร่วมกับเทคนิคการควบคุมอารมณ์น่าจะช่วยผู้ที่มีความคิดฆ่าตัวตายได้ อย่างไรก็ดีการศึกษาวิจัยในประเด็นเหล่านี้ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเพื่อลดความเสี่ยงในกลุ่มประชากรนี้ต่อไป

9. เอกสารอ้างอิง

[1] Spirito, A., Esposito-Smythers, C., Wolff, J., and Uhl, K., 2011, Cognitive-behavioral therapy for adolescent depression and suicidality, Child Adolesc. Psychiatr. Clin. N. Am. 20: 191-204.

[2] Rudd, M.D., Joiner, T.E. and Rajab, M.H., 2001, Treating Suicidal Behavior: An Effective, Time-Limited Approach, Guilford, New York.

[3] Vuthiarpa, S., Sethabouppha, H., Soivong, P., and Williams, R., 2012, Effectiveness of a school-based behavioral therapy program for Thai adolescents with depressive symptoms, Pacific Rim. Int. J. Nurse Res. 6: 206-221.

[4] Curry, J.F., Wells, K.C., Brent, D.A., Clarke, G.N., Rohde, P., Albano, A.M., Reinecke, M.A., Benazon, N. and March, J.S., 2011, Treatment for Adolescents with Depression Study (TADS): Cognitive Behavioral Therapy Manual, Duke Medical Center, Durham, North Carolina.

[5] National Institute of Mental Health, What causes depression, Available Source: http://www.nimh.nih.gov/health/publications/depression/what-causes-depression.shtm, February 5, 2008.

[6] Lewinsohn, P.M., Munoz, R.F., Youngren, M.A., and Zeiss, A., 1992, Control Your Depression, Fireside Books, New York.

[7] Gotlieb, I.H., Lewinsohn, P.M., and Seeley, J.R., 1995, Symptoms versus a diagnosis of depression: Differences in psychosocial functioning, J. Consult. Clin. Psych. 63: 90-100.

[8] Kovacs, M. 1997. Depressive disorders in childhood: An impressionistic landscape, J. Child. Psychol. Psyc. 38: 287-298.

[9] Modenhauer, Z., 2004, Adolescent Depression: A Primary Care Pilot Intervention Study, Ph.D. Thesis, University of Rochester, New York.

[10] Probst, B., 2008, Issues in portability of evidence-based treatment for adolescent depression, J. Child. Adol. Soc. Work 25: 111-123.

[11] Birmaher, B., Ryan, N.D., Williamson, D.E., Brent, D.A., Kaufman, J., Dahl, R.E., Perel, J. and Nelson, B., 1996, Childhood and adolescent depression: A review of the past 10 years, Part I, J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry 35: 1427-1439.

[12] Lewinsohn, P.M., Rohde, P. and Seeley, J.R., 1998, Major depressive disorder in older adolescents: Prevalence, risk factors, and clinical implications, Clin. Psychol. Rev. 18: 765-794.

[13] Joiner, T.E., 2005, Why People Die by Suicide, Harvard University Press, Cambridge.

[14] Brent, D., Kolko, D., Allan, M. and Brown, R.,

1990, Suicidality in effectively disordered adolescent inpatients, J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry 29: 586-593.

[15] Orbach, I., Mikulincer, M., Blumenson, R., Mester, R. and Stein, D., 1999, The subjective experience of problem irresolvability and suicidal behavior: Dynamics and measurement, Suicide Life Threat. Behav. 29: 150-164.

[16] Harrington, R., Whittaker, J., Shoebridge, P. and Campbell, F., 1998, Systematic review of efficacy of cognitive behavior therapies in childhood and adolescent depressive disorder, Brit. Med. J. 316: 1559-1563.

[17] Reineke, M.A., Ryan, N.E. and DuBois, D.L., 1998, Cognitive-behavioral therapy of depression and depressive symptoms during adolescence: A review and meta-analysis, J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry 37: 26-34.

[18] Lewinsohn, P.M. and Clarke, G.N., 1999, Psychosocial treatment for adolescent depression, Clin. Psychol. Rev. 19: 329-342.

[19] March, J., Silva, S., Petrycki, S., Curry, J., Wells, K., Fairbank, J., Burns, B., Domino, M., McNulty, S., Vitiello, B. and Severe, J., 2004, Treatment for adolescents with depression study (TADS) team, fluoxetine, cognitive-behavioral therapy and their combination for adolescents with depression: Treatment for adolescents with depression study (TADS) randomized controlled trial, JAMA 292: 807- 820.

[20] Brent, D., Emslie, G., Clarke, G., Wagner, K.D., Asarnow, J.R., Keller, M., Vitiello, B., Ritz, L., Iyengar, S., Abebe, K., Birmaher, B., Ryan, N., Kennard, B., Hughes, C., DeBar, L., McCracken, J., Strober, M., Suddath, R., Spirito, A., Leonard, H., Melhem, N., Porta, G., Onorato, M. and Zelazny, J., 2008, Switching to another SSRI or to venlafaxine with or without cognitive behavioral therapy for adolescents with SSRI-resistant depression: The TORDIA randomized controlled trial, JAMA 299: 901-913.

[21] กรมสุขภาพจิต, 2553, แนวทางการจัดการโรคซึมเศร้าสำหรับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปในสถานบริการระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ, กระทรวงสาธารณสุข, นนทบุรี.

[22] Chatkaew, A., 2003, Effects of Cognitive Therapy on Depression of Female Adolescents in Chiang Mai Institute, Master Thesis, Chiang Mai University, Chiang Mai.

[23] Aekwarangkoon, S., Oakley, L.D., Suttharangsee, W., Assanangkornchai, S., Boonvasopun, U. and Henriques, J., 2006, Effectiveness of a brief cognitive-support treatment in mild to moderate depressed Thai adolescent students, Thai J. Nurse Res. 10: 288-300.

[24] Clarke, G.N., Hornbrook, M., Lynch, F., Polen, M., Gale, J., O'Connor, E., Seeley, J.R. and Debar, L., 2002, Group cognitive-behavioral treatment for depressed adolescent offspring of depressed parents in a health maintenance organization, J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry 41: 305-313.