

Cognitive Behavior Therapy to Reduce Symptoms of Anxiety Disorders with Adolescents: Evidence-Based Nursing*

Sirikan Phokhasawadi, RN, MNS¹, Atittaya Pornchaikate Au Yeong, RN, PhD²,
Atirat Wattanapailin, RN, EdD²

Abstract

Purpose: To synthesize the evidence related to cognitive behavior therapy to reduce symptoms of anxiety disorders among adolescents.

Design: A systematic review of the literature relevant to the area of interest was performed. The research evidence was searched from electronic databases and the quality and the strength of the evidence were evaluated. Eight studies met the inclusion criteria: two were systematic reviews and six were randomized controlled trials. After analysis, synthesis, and summary of the evidence, the recommendations were proposed.

Main findings: The appropriate form of cognitive behavior therapy (CBT) to reduce symptoms of anxiety disorder for children and adolescents is either individual CBT or group CBT. The clients are adolescents aged between 10 and 17 years old who are diagnosed with anxiety disorders with mild to moderate level. The total number of therapy sessions is at least eight sessions, 60 to 90 minutes per session for individual therapy and 60 to 120 minutes per session for group therapy. The main components of the therapy consist of 1) provision of psychoeducation about anxiety, 2) provision of knowledge about CBT, 3) affect recognition, 4) relaxation training, 5) cognitive restructuring, 6) gradual exposures to anxiety provoking stimuli, 7) self-rewarding or reinforcement systems, 8) problem-solving skills training, and 9) relapse prevention.

Conclusion and recommendations: The CBT can reduce the number of adolescents diagnosed with anxiety disorders and can also reduce symptoms of anxiety disorders. Before applying the recommendation to practice, clinical practice guideline should be developed and a pilot study to determine the effects of the CBT should be conducted.

Keywords: adolescents, anxiety disorders, cognitive behavioral therapy, evidence-based nursing

J Nurs Sci. 2014;32(4):7-14

Corresponding Author: Lecturer Atittaya Pornchaikate Au Yeong, Faculty of Nursing, Mahidol University, Bangkok 10700, Thailand; e-mail: atittaya.auy@mahidol.ac.th

** Thematic paper, Master of Nursing Science Program in Psychiatric and Mental Health Nursing, Faculty of Nursing, Mahidol University*

¹ *Bangbuathong Hospital, Nonthaburi*

² *Faculty of Nursing, Mahidol University*

การบำบัดการรู้คิดและปรับพฤติกรรมเพื่อลดอาการของโรควิตกกังวล ในวัยรุ่น: การพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์*

ศิริกาญจน์ ไกะสวัสดิ์ พย.ม.¹ อภิตยา พรชัยเกตุ โอว ยอง Ph.D.² อธิรัตน์ วัฒนไพลิน กศ.ก.²

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษารูปแบบการบำบัดการรู้คิดและปรับพฤติกรรม เพื่อลดอาการของโรควิตกกังวลในวัยรุ่นจากหลักฐานเชิงประจักษ์

รูปแบบการศึกษา: เป็นการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ โดยการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ตรงกับประเด็นปัญหาที่ศึกษา จากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ ได้งานวิจัยที่ตรงตามเกณฑ์การประเมินคุณภาพและระดับความเข้มแข็งของหลักฐาน จำนวน 8 เรื่อง เป็นงาน systematic review 2 เรื่อง และ randomized controlled trial 6 เรื่อง จากนั้นนำมาวิเคราะห์ สังเคราะห์ และสรุปเป็นข้อแนะนำ

ผลการศึกษา: รูปแบบการบำบัดการรู้คิดและปรับพฤติกรรมเพื่อลดอาการของโรควิตกกังวลในวัยรุ่นที่เหมาะสมคือ การบำบัดการรู้คิดและปรับพฤติกรรมที่ให้การบำบัดกับเด็กและวัยรุ่นโดยตรง ทั้งแบบรายบุคคลและรายกลุ่ม โดยผู้เข้ารับการบำบัด มีอายุตั้งแต่ 10-17 ปี ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรควิตกกังวลในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง ใช้จำนวนครั้งการบำบัด 8 ครั้งขึ้นไป ครั้งละ 60-90 นาที สำหรับแบบรายบุคคล และ 60-120 นาที สำหรับแบบรายกลุ่ม องค์ประกอบหลักของการบำบัด คือ 1) การให้สุขภาพจิตศึกษาเกี่ยวกับโรควิตกกังวล 2) การให้ความรู้เกี่ยวกับการบำบัดการรู้คิดและปรับพฤติกรรม 3) การรับรู้อารมณ์ 4) การฝึกการผ่อนคลาย 5) การปรับเปลี่ยนโครงสร้างความคิดใหม่ 6) การเผชิญกับสิ่งที่ทำให้เกิดความกังวลที่ละเอียดอ่อนอย่างเป็นขั้นตอน 7) การให้แรงเสริมและการให้รางวัลตนเอง 8) การฝึกทักษะการแก้ปัญหา และ 9) การป้องกันกำเริบเป็นซ้ำ

สรุปและข้อเสนอแนะ: การบำบัดการรู้คิดและปรับพฤติกรรมสามารถลดจำนวนเด็กและวัยรุ่นที่ได้รับการวินิจฉัยด้วยโรควิตกกังวล และลดอาการของโรควิตกกังวลได้ ทั้งนี้ก่อนนำรูปแบบการบำบัดไปปฏิบัติจริงในหน่วยงาน ควรมีการพัฒนาเป็นแนวปฏิบัติ และมีการศึกษานำร่องก่อน

คำสำคัญ: วัยรุ่น โรควิตกกังวล การบำบัดการรู้คิดและปรับพฤติกรรม การพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์

J Nurs Sci. 2014;32(4):7-14

Corresponding Author: อาจารย์อภิตยา พรชัยเกตุ โอว ยอง, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล บางกอกน้อย กรุงเทพฯ 10700, e-mail: atittaya.auy@mahidol.ac.th

* สารนิพนธ์ หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

¹ โรงพยาบาลบางบัวทอง จังหวัดนนทบุรี

² คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

บทนำ

โรควิตกกังวลเป็นโรคที่พบได้บ่อยโรคหนึ่งทางจิตเวช ที่มีรายงานความชุกสูงขึ้นไปในเด็กและวัยรุ่น จากการศึกษาค้นคว้าของโรควิตกกังวลในวัยรุ่นของประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่ามีสูงถึงร้อยละ 12-20 ของวัยรุ่นทั้งหมด¹ และพบถึงร้อยละ 6.9 ของวัยรุ่นในเขตปกครองพิเศษฮ่องกงของสาธารณรัฐประชาชนจีน² สำหรับประเทศไทย การศึกษาเกี่ยวกับโรควิตกกังวลในเด็กและวัยรุ่นมีไม่มากนัก พบการศึกษาทางระบาดวิทยาของเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 อายุระหว่าง 8-11 ปี จำนวน 1,698 คน จากการสุ่มตัวอย่างโรงเรียนในกรุงเทพมหานคร สังกัดกระทรวงศึกษาธิการและสังกัดกรุงเทพมหานคร ในปี พ.ศ. 2539 ถึง พ.ศ. 2540 พบความชุกของโรคในกลุ่มโรควิตกกังวลในวัยรุ่นดังนี้ โรควิตกกังวลเกินกว่าเหตุ (overanxious disorder) ซึ่งในปัจจุบันเป็นโรควิตกกังวลทั่วไป (generalized anxiety disorder) ร้อยละ 10.8 โรคกลัวแบบเฉพาะเจาะจง (specific phobic disorder) ร้อยละ 9.7 โรควิตกกังวลต่อการพراقจาก (separation anxiety disorder) ร้อยละ 5³ ถึงแม้การศึกษาเกี่ยวกับความชุกของโรควิตกกังวลในวัยรุ่นจะมีไม่มากนัก แต่คาดการณ์ว่าโรควิตกกังวลน่าจะเพิ่มมากขึ้นในวัยรุ่น จากการพบว่าวัยรุ่นในปัจจุบันมีความเครียดเพิ่มสูงขึ้น การวินิจฉัยโรควิตกกังวลในวัยรุ่นตาม Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-TR)⁴ มีการจัดหมวดหมู่เช่นเดียวกับผู้ใหญ่ ได้แก่ generalized anxiety disorder (GAD), social phobia (SOP), specific phobia (SP), separation anxiety disorder (SAP), obsessive compulsive disorder (OCD) และ posttraumatic stress disorder (PTSD)⁴

การเป็นโรควิตกกังวลในวัยรุ่นส่งผลกระทบต่อในหลายด้านทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และสังคมเศรษฐกิจ ในส่วนของผลกระทบต่อระดับบุคคล ส่งผลทั้งต่อร่างกายและจิตสังคม โดยทำให้วัยรุ่นมีความทุกข์ทรมานใจและพยายามหลีกเลี่ยงสิ่งที่กระตุ้นให้เกิดความวิตกกังวล มีพฤติกรรมแยกตัว จนมีผลกระทบต่อ การดำเนินชีวิตประจำวัน การเรียน การทำงาน และการเข้าสังคม¹ เสี่ยงต่อการเกิดโรคซึมเศร้า การพยายามฆ่าตัวตาย และการใช้สารเสพติดในวัยรุ่น⁵⁻⁷ ในส่วนของผลกระทบต่อครอบครัว ทำให้รบกวนความสัมพันธ์ภายในครอบครัวระหว่างพี่น้อง ผู้ปกครอง จากอารมณ์ที่หงุดหงิดง่าย พฤติกรรมที่ก้าวร้าว และการสื่อสารในครอบครัวที่ขาดประสิทธิภาพ ก่อให้เกิดความเครียดขึ้นภายในครอบครัวตามมา¹ และสุดท้ายผลกระทบต่อสังคมและเศรษฐกิจ ในด้านค่ารักษาพยาบาล และผลกระทบของการเจ็บป่วยที่มีต่อการเรียน การงาน และการทำหน้าที่ทางสังคม ทำให้สูญเสียทรัพยากรบุคคลที่มีประสิทธิภาพอันเป็นกำลังสำคัญ ในการพัฒนาประเทศ⁸

เมื่อพิจารณาปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดโรควิตกกังวลนั้นมีหลายแนวคิด ทั้งแนวคิดทางชีวภาพ แนวคิดเกี่ยวกับความคิดและพฤติกรรม และแนวคิดทางนิเวศวิทยา ในส่วนของแนวคิดทางชีวภาพ ได้แก่ ปัจจัยทางพันธุกรรม⁷ การศึกษาพบว่าคูฟเลตที่เป็นโรควิตกกังวล มีปัจจัยทางพันธุกรรมเป็นสาเหตุถึงร้อยละ 30⁹ หรือปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการทำงานที่มากเกินไปของวงจรความกลัวในสมอง (overactive fear circuitry in brain) เมื่อมีสิ่งคุกคามเกิดขึ้นจะส่งผลให้เกิดการตอบสนองที่ผิดปกติ จนเกิดอาการกลัวหรือความวิตกกังวลที่ผิดปกติตามมา นอกจากนั้นในส่วนของปัจจัยด้านการเปลี่ยนแปลงของสารสื่อประสาทในสมอง ได้แก่ เซโรโทนิน พบว่ามีส่วนเกี่ยวข้องกับโรควิตกกังวลและโรคทางอารมณ์ จากการที่มีลักษณะด้อยของยีนส์ 5-HTTLPR ซึ่งทำหน้าที่เกี่ยวกับการขนส่งเซโรโทนิน มีผลทำให้การทำงานของเซโรโทนินลดลง และส่งผลต่อพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับความกลัวและความวิตกกังวลที่เพิ่มมากขึ้น¹⁰ สารสื่อประสาทอีกชนิดหนึ่งที่พบว่าเป็นสาเหตุของการเกิดโรควิตกกังวล คือ glutamate (GABA) ที่มีบทบาทต่อการปรับการเรียนรู้ และการกำจัดวงจรความกลัวใน amygdala โดยพบว่ายาคลายความกังวลที่มีประสิทธิภาพในการรักษาโรควิตกกังวลนั้นจะมีการออกฤทธิ์ที่มีผลต่อ glutamate ใน amygdala¹⁰

สำหรับแนวคิดทางความคิดและพฤติกรรม (cognitive behavioral model) นั้นให้ความสำคัญกับกระบวนการคิดซึ่งมีผลต่อการเกิดโรควิตกกังวลกล่าวคือ การที่วัยรุ่นเผชิญกับสถานการณ์บางอย่างแล้วให้ความสนใจเกี่ยวกับเรื่องราวที่เกิดขึ้นตามประสบการณ์เดิมที่มองว่า เรื่องนั้นเป็นภาวะคุกคามหรือมีการคาดการณ์ล่วงหน้ามากเกินไปจนความเป็นจริง กลัวความเสียหายที่จะเกิดขึ้น มีความคิดว่าตนเองขาดแหล่งสนับสนุนและแหล่งช่วยเหลือ มองไม่เห็นทางออกในการจัดการกับเหตุการณ์หรือสถานการณ์นั้น หรือการมีความคิดหมกมุ่นกับตนเองในทางลบ ความคิดเหล่านี้หากเกิดขึ้นเป็นประจำและต่อเนื่องย่อมส่งผลให้เกิดความรู้สึกวิตกกังวลที่มากกว่าปกติ จนเกิดการเจ็บป่วยด้วยโรควิตกกังวลอย่างเรื้อรังได้⁵ และสุดท้ายแนวคิดทางนิเวศวิทยา (ecological model) ได้แก่ ปัจจัยทางด้านครอบครัว กล่าวคือ สัมพันธภาพภายในครอบครัว รวมทั้งประสบการณ์ที่เป็นปัญหาของเด็ก เช่น การถูกทอดทิ้ง การมีแบบแผนการเลี้ยงดูที่ปกป้องมากเกินไป การขาดความอบอุ่นในครอบครัว การมีความรุนแรงในครอบครัว การมีเหตุการณ์สำคัญที่ก่อให้เกิดความเครียดในชีวิต เช่น การสูญเสียบุคคลสำคัญในชีวิต¹¹ เป็นต้น หรือปัจจัยเกี่ยวกับเพื่อนแรงกดดันจากเพื่อน สัมพันธภาพกับเพื่อนไม่ดี หรือการขาดทักษะในการเข้าสังคม¹¹⁻¹⁴ ปัจจัยเหล่านี้ล้วนเป็นตัวกระตุ้นที่ก่อให้เกิดความเครียด ความวิตกกังวลที่มากกว่าปกติได้

ในส่วนของการรักษาโรควิตกกังวลในวัยรุ่นนั้น มีหลายวิธี เช่น การรักษาด้วยยา ทั้งกลุ่ม selective serotonin reuptake inhibitors (SSRI) กลุ่ม tricyclic antidepressants (TCA) และกลุ่ม benzodiazepine การทำจิตบำบัด ได้แก่ การบำบัดการรู้คิดและปรับพฤติกรรม (cognitive behavior therapy, CBT) พฤติกรรมบำบัด (behavior therapy) การให้สุขภาพจิตศึกษา การให้คำปรึกษาในโรงเรียน และครอบครัวบำบัด¹⁵ ทั้งนี้มีหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับการรักษาทางยาโดยสนับสนุนให้มีการใช้ในวัยรุ่นที่มีอาการวิตกกังวลระดับปานกลางถึงรุนแรง¹⁶ และการบำบัดการรู้คิดและปรับพฤติกรรม ซึ่งเป็น การบำบัดที่ได้รับการสนับสนุนให้มีการใช้ในการบำบัดวัยรุ่นที่มีโรควิตกกังวลมากที่สุดรูปแบบหนึ่ง สำหรับวัยรุ่นที่มีอาการวิตกกังวลเล็กน้อยถึงปานกลาง รวมทั้งใช้ในการบำบัดในรายที่มีอาการระดับปานกลางถึงรุนแรงร่วมกับการรักษาทางยา เพื่อป้องกันความบกพร่องทางด้านความคิด อารมณ์และพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับโรควิตกกังวล⁷

จากที่กล่าวมาพบว่าการบำบัดการรู้คิดและปรับพฤติกรรม นั้น มีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สนับสนุนการนำมาใช้ในการบำบัดวัยรุ่นที่มีอาการของโรควิตกกังวล โดยพบว่าสามารถช่วยให้วัยรุ่นที่มีอาการของโรควิตกกังวลผ่านพ้นปัญหาวิตกกังวลที่เกิดจากความคิดที่บิดเบือนได้ ทำให้วัยรุ่นสามารถกลับมาดำเนินชีวิตได้ตามปกติ และลดการใช้ยาในการบำบัด⁷ อย่างไรก็ตามพบว่าการบำบัดการรู้คิดและปรับพฤติกรรมนั้น มีรูปแบบที่หลากหลายทั้งแบบรายบุคคลและรายกลุ่ม อีกทั้งยังมีรายละเอียดการบำบัดที่แตกต่างกันไป และในประเทศไทยยังไม่มีการนำมาสังเคราะห์เพื่อเป็นแนวทางการปฏิบัติการพยาบาล ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการบำบัดการรู้คิดและปรับพฤติกรรมในการลดอาการของโรควิตกกังวลในวัยรุ่นว่ามีรูปแบบอย่างไร

รูปแบบการศึกษา

เป็นการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ โดยดำเนินการสืบค้นและประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ แล้วนำมาวิเคราะห์และสังเคราะห์เพื่อให้ได้รูปแบบการบำบัดการรู้คิดและปรับพฤติกรรมเพื่อลดอาการของโรควิตกกังวลในวัยรุ่นอย่างมีประสิทธิภาพ ดังนี้

1. การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ ใช้กรอบการสืบค้น PICO (PICO framework)¹⁷ เป็นแนวทางในการสืบค้น ดังนี้ P (Population): คือ วัยรุ่นอายุตั้งแต่ 10 ถึง 18 ปีที่มีอาการของโรควิตกกังวล I (Intervention): คือ การบำบัดการรู้คิดและปรับพฤติกรรม C (Comparison intervention): ไม่จำกัดการเปรียบเทียบ O (Outcome): คือ การลดลงของอาการวิตกกังวล โดยคำสำคัญที่ใช้ในการสืบค้น ได้แก่ adolescents, cognitive behavior therapy,

anxiety symptoms or anxiety disorders

2. การคัดเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์ ผู้ศึกษาสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์จากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ (E-database) ได้แก่ Cochrane Library, PUBMED, CINAHL, OVID, Blackwell-Synergy, Science-Direct, MEDLINE, ProQuest, High Wire Press, Wiley Online Library และจากเอกสารทั้งภาษาไทย และภาษาอังกฤษฉบับสมบูรณ์ ที่ตีพิมพ์ระหว่างปี ค.ศ. 2002-2012 โดยคัดเลือกเฉพาะงานวิจัยที่มีการศึกษาแบบ systematic review หรือ meta-analysis หรืองานวิจัยเชิงทดลองที่มีกลุ่มควบคุมและมีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างอย่างเป็นระบบ (randomized controlled trial: RCT) หรืองานวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research)

3. การประเมินคุณภาพและระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ การประเมินคุณภาพ ใช้เกณฑ์การประเมินคุณภาพหลักฐานเชิงประจักษ์ 3 องค์ประกอบ¹⁸ โดยประเมินว่า
 - 1) ผลการวิจัยมีความตรงหรือไม่
 - 2) ผลการวิจัยเป็นอย่างไร และ
 - 3) ผลการวิจัยเหมาะสมสำหรับนำไปใช้ในการปฏิบัติหรือไม่
 ในส่วนของการประเมินระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ ใช้เกณฑ์ของเกรซ¹⁹ ซึ่งมีการแบ่งระดับของหลักฐาน เป็น 7 ระดับ ดังนี้ ระดับ 1: N of 1 randomized clinical trial, ระดับ 2: systematic reviews of RCTs, ระดับ 3: high quality single randomized trial, ระดับ 4: systematic reviews of observational studies, ระดับ 5: single observational study-patient important outcome, ระดับ 6: physiological studies, และระดับ 7: unsystematic clinical observation

ผลการศึกษา

ผลการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดการรู้คิดและปรับพฤติกรรมเพื่อลดอาการของโรควิตกกังวลในวัยรุ่น ได้หลักฐานเชิงประจักษ์ทั้งหมด 8 เรื่องเป็น systematic review จำนวน 2 เรื่อง^{20, 21} และ randomized controlled trial จำนวน 6 เรื่อง^{14, 16, 22-25} เมื่อนำมาวิเคราะห์และสังเคราะห์เนื้อหาอย่างละเอียดเพื่อสกัดข้อมูลมาใช้ในการพัฒนาแนวปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ ได้ข้อแนะนำ (recommendations) สำหรับการนำรูปแบบการบำบัดการรู้คิดและปรับพฤติกรรมเพื่อลดอาการของโรควิตกกังวลในวัยรุ่นไปใช้อย่างมีประสิทธิภาพดังต่อไปนี้

1. คุณสมบัติของผู้เข้ารับการบำบัด มีดังนี้

- 1.1 มีอายุ 10-17 ปี โดยได้รับการวินิจฉัยขั้นต้นตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (DSM) หรือขององค์การอนามัยโลก (ICD) ว่าเข้าเกณฑ์อาการของโรควิตกกังวล ได้แก่ generalized anxiety disorder (GAD), separation anxiety

disorder (SAD), social phobia (SOP) และ panic disorder โดยใช้แบบประเมิน Anxiety Disorder Interview Schedule for DSM-IV-Child/Parent version (ADIS-C/P) ที่มีเกณฑ์คะแนนมากกว่า 4 คะแนน^{14,16,20-25}

1.2 ไม่มีโรคทางจิตเวชอื่น หรือความบกพร่องทางสติปัญญา หรือความผิดปกติของร่างกายรุนแรง ไม่มีการใช้สารเสพติด ไม่มีความคิดทำร้ายตนเอง หรือทำร้ายผู้อื่น

1.3 มีอาการของโรควิตกกังวลระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง^{14,21-25} ในกรณีที่มีอาการของโรคในระดับปานกลางถึงรุนแรงให้ใช้การบำบัดการรู้คิดและปรับพฤติกรรมร่วมกับการรักษาด้วยยา เนื่องจากพบว่ามีประสิทธิภาพดีกว่าการบำบัดการรู้คิดและปรับพฤติกรรมหรือการใช้ยาเพียงอย่างเดียว¹⁶

2. คุณสมบัติผู้บำบัด ผู้บำบัดเป็นผู้ที่ปฏิบัติงานในด้านสุขภาพจิตและจิตเวช ได้แก่ จิตแพทย์ นักจิตวิทยา นักจิตบำบัด ผู้เชี่ยวชาญทางจิตวิทยา เช่น พยาบาลจิตเวช และนักสังคมสงเคราะห์ ผู้บำบัดต้องได้รับการฝึกอบรมการบำบัดการรู้คิดและปรับพฤติกรรม^{14,16,20-25}

3. สถานที่บำบัด สามารถทำการบำบัดในคลินิกผู้ป่วยนอกของสถาบันหรือโรงพยาบาลเฉพาะทางด้านจิตเวช และคลินิกสุขภาพจิตและจิตเวชของโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชนได้^{16,20-25} รวมถึงสามารถให้การบำบัดที่โรงเรียน¹⁴ หรือในชุมชน²¹ ได้

4. รูปแบบการบำบัด การบำบัดการรู้คิดและปรับพฤติกรรมที่ให้แก่วัยรุ่นที่มีอาการของโรควิตกกังวล มีรูปแบบที่แนะนำคือ การบำบัดการรู้คิดและปรับพฤติกรรมที่ให้แก่วัยรุ่นโดยตรง จะใช้รูปแบบรายบุคคลหรือรายกลุ่มก็ได้ เนื่องจากมีประสิทธิภาพในการลดอาการวิตกกังวลได้ไม่แตกต่างกัน โดยใช้ได้กับเด็กหรือวัยรุ่นที่มีอาการวิตกกังวลระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง จำนวนครั้งที่ใช้ในการบำบัดทั้งแบบรายบุคคลและรายกลุ่มมีจำนวน 8 ครั้งเป็นอย่างน้อย²¹ ส่วนใหญ่ใช้จำนวน 10 ครั้ง^{14,23,25} ระยะเวลาในการบำบัดครั้งละ 60-90 นาที สำหรับการบำบัดแบบรายบุคคล²⁰⁻²³ และครั้งละ 60-120 นาที สำหรับการบำบัดแบบรายกลุ่ม^{14,20,21,23-25} โดยมีจำนวนผู้เข้ารับการบำบัดกลุ่มละ 6-8 คน^{16,23-25} องค์ประกอบและกระบวนการบำบัดมีรายละเอียด ดังนี้

4.1 องค์ประกอบหลักที่สำคัญของการบำบัด^{14,16,20-25} ประกอบด้วย

1) การให้สุขภาพจิตศึกษาเกี่ยวกับโรควิตกกังวล (psycho-education about anxiety) เพื่อช่วยให้วัยรุ่นเข้าใจความวิตกกังวลและความกลัวของตน สิ่งกระตุ้นให้เกิดความวิตกกังวลและความกลัว และอาการแสดงออกทางกายต่อความวิตกกังวล

2) การให้ความรู้เกี่ยวกับการบำบัดการรู้คิดและปรับพฤติกรรม (rationale for CBT) โดยการเชื่อมโยงความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม เพื่อช่วยให้วัยรุ่นมีความชัดเจนทางความคิดในสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความกังวล เข้าใจความสัมพันธ์ระหว่างความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม เข้าใจความคิดของตนเองที่เกิดขึ้นอย่างอัตโนมัติ และสะท้อนความคิดของตนในสิ่งที่จริงและเป็นประโยชน์

3) การรับรู้อารมณ์ (affect recognition) เป็นกลยุทธ์ที่ช่วยให้วัยรุ่นได้สังเกตและเข้าใจถึงอารมณ์ ความรู้สึกกลัวและวิตกกังวลของตน

4) การฝึกการผ่อนคลาย (relaxation) เป็นกลยุทธ์การเผชิญความวิตกกังวล การจัดการกับอาการหรือความวิตกกังวลที่เกิดขึ้น ได้แก่ การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ (muscle relaxation) การฝึกการหายใจ (breathing exercises) การจินตนาการ

5) การฝึกการปรับเปลี่ยนโครงสร้างความคิดใหม่ (cognitive restructuring) เป็นกลยุทธ์ที่ช่วยให้วัยรุ่นได้สังเกตและเข้าใจถึงสถานการณ์ความคิดด้านลบ และความคิดที่ไม่สมเหตุผล สามารถเชื่อมโยงความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมที่เกิดขึ้นจนก่อให้เกิดความวิตกกังวลที่ผิดปกติได้

6) การให้เผชิญกับความกลัวทีละน้อยตามลำดับขั้น (gradual exposures) ในห้องฝึก และการฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จริง

7) การให้แรงเสริม การให้รางวัลตนเอง เมื่อสามารถจัดการกับความวิตกกังวลได้ (self-rewards/reinforcement systems)

8) การฝึกทักษะการแก้ปัญหา (problem-solving skills training) การฝึกทักษะทางสังคม (social skill training) การแสดงออกที่เหมาะสม (assertiveness) และการหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม (social support training)

นอกจากองค์ประกอบหลักดังกล่าวข้างต้นแล้ว มี 2 การศึกษา^{14, 22} ได้เสนอแนะองค์ประกอบเกี่ยวกับการป้องกันการกลับเป็นซ้ำได้เป็นอีกหนึ่งองค์ประกอบที่สำคัญ

9) การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ (relapse prevention) โดยผู้เข้ารับการบำบัดต้องมีการบันทึกประจำวันเกี่ยวกับการตรวจสอบอารมณ์ ความคิด และพฤติกรรมของตน มีการทำบ้านเกี่ยวกับการบันทึกความคิดหรือสถานการณ์ที่ยังยากใจเกี่ยวกับการเผชิญกับสิ่งที่ทำให้เกิดความวิตกกังวลในชีวิตจริง^{14, 22}

4.2 กระบวนการบำบัด^{14,16,22-25} มีทั้งแบบรายบุคคลและรายกลุ่ม โดยเริ่มที่การสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างวัยรุ่นและผู้ปกครองกับผู้บำบัด ด้วยการแนะนำตัว ชี้แจงรายละเอียดของโปรแกรมและรูปแบบการบำบัด จากนั้นให้การบำบัดตามองค์

ประกอบของการบำบัดการรู้คิดและปรับพฤติกรรม และประเมินผลกรบำบัดจากอาการวิตกกังวลที่ลดลง และจำนวนวัยรุ่นที่ได้รับการวินิจฉัยด้วยโรควิตกกังวลที่ลดลง

4.3 การมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการบำบัด ผู้เข้ารับการบำบัดที่มีอายุน้อยกว่า 12 ปี ควรมีผู้ปกครองเข้าร่วมในการบำบัดด้วย^{16, 20-25} แต่ถ้าผู้เข้ารับการบำบัดมีอายุมากขึ้น จะมีหรือไม่ผู้ปกครองเข้าร่วมในการบำบัดก็ได้^{14, 24} ผู้ปกครองสามารถเข้าร่วมในการบำบัดได้ใน 2 รูปแบบ คือ 1) การเข้าร่วมการบำบัดเป็นบางครั้ง^{23,25} โดยเข้าร่วมการบำบัดในครั้งแรก เพื่อเรียนรู้เกี่ยวกับการบำบัดการรู้คิดและปรับพฤติกรรม และกลยุทธ์การจัดการอารมณ์ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นกับเด็ก ต่อมาในช่วงกลางของการบำบัด ผู้ปกครองจะร่วมวางแผนจัดลำดับขั้นความวิตกกังวลและความกลัวของเด็ก และระบบการให้การช่วยเหลือ และในช่วงท้ายของการบำบัด ผู้ปกครองจะเข้าร่วมในการประเมินผลการบำบัดร่วมกับผู้บำบัด 2) การเข้าร่วมในทุกครั้งของการบำบัด ผู้ปกครองจะเข้าร่วมทุกครั้งในตอนต้นของการบำบัด เพื่อทบทวนการเรียนรู้และเหตุการณ์ต่าง ๆ ในสัปดาห์ที่ผ่านมา (check-ins) ของเด็ก และเข้าโปรแกรมเฉพาะสำหรับผู้ปกครองอีกจำนวน 2 ครั้ง¹⁶

การเลือกใช้การบำบัดการรู้คิดและปรับพฤติกรรมแบบรายบุคคลหรือรายกลุ่มนั้น พิจารณาจากความพร้อมของผู้รับ การบำบัด หรือบริบทของหน่วยงาน เนื่องจากองค์ประกอบของการบำบัดไม่แตกต่างกัน อย่างไรก็ตาม ในกรณีเด็กหรือวัยรุ่นที่ป่วยด้วยโรควิตกกังวล กลัวการเข้าสังคม ควรใช้การบำบัดการรู้คิดและปรับพฤติกรรมแบบรายกลุ่มดีกว่ารายบุคคล²³ เนื่องจากกระบวนการบำบัดรูปแบบกลุ่มจะมีการเรียนรู้จากกลุ่มเพื่อน และมีการช่วยเหลือทางสังคมเกิดขึ้นภายในกลุ่มได้ ในเด็กหรือวัยรุ่นที่ป่วยด้วยโรควิตกกังวลและมีอาการของโรคในระดับปานกลางถึงรุนแรง ควรใช้การบำบัดการรู้คิดและปรับพฤติกรรมร่วมกับการรักษาด้วยยา เนื่องจากพบว่ามีประสิทธิภาพดีกว่าการบำบัดการรู้คิดและปรับพฤติกรรมหรือการใช้ยาเพียงอย่างเดียว¹⁶

5. การประเมินผลลัพธ์ การประเมินผลการบำบัดสามารถประเมินผลลัพธ์ได้ทั้งจากวัยรุ่นและผู้ปกครอง โดยประเมินจากอาการของโรควิตกกังวลที่ลดลง หรือจำนวนเด็กและวัยรุ่นที่ได้รับการวินิจฉัยด้วยโรควิตกกังวลที่ลดลง โดยมีการประเมินผลหลังสิ้นสุดการบำบัดทันที และระยะติดตาม 3 เดือน 6 เดือน และ 1 ปี^{14,16,20-25} เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลการบำบัด ได้แก่

5.1 เครื่องมือในการวินิจฉัยโรควิตกกังวล เป็นเครื่องมือหลักในการประเมินผลของโปรแกรมการบำบัดทั้งก่อนและหลังการบำบัด ได้แก่ แบบประเมิน Anxiety Disorder Interview Schedule for DSM-IV-Child/Parent version (ADIS-C/P) เป็นแบบสัมภาษณ์เพื่อการวินิจฉัย มีเกณฑ์การให้คะแนนจาก 0

(ไม่รวมกวนชีวิตประจำวัน) ถึง 8 (รบกวนชีวิตประจำวันมาก) คะแนนตั้งแต่ 4 คะแนนขึ้นไป ถือเป็นเกณฑ์ของการวินิจฉัยทางคลินิก (clinical diagnosis)^{14,16,20-25}

5.2 เครื่องมือในการประเมินอาการวิตกกังวล (anxiety symptoms)

1) The Spence Children's Anxiety Scale (SCAS) เป็นแบบประเมินตนเองที่ใช้วัดอาการวิตกกังวลโดยเด็กและผู้ปกครอง จำนวน 38 ข้อ ให้คะแนน 3 ระดับ คะแนนรวมอยู่ที่ 0-114^{21,25}

2) The Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorder (SCARED) เป็นแบบประเมินตนเอง จำนวน 41 ข้อ มีการให้คะแนน 3 ระดับ สามารถใช้แยกแยะระหว่างอาการวัยรุ่นที่ป่วยและไม่ป่วยด้วยโรควิตกกังวลได้^{14,21}

บทสรุป

โรควิตกกังวลเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่พบมากขึ้นในเด็กและวัยรุ่น แต่มักไม่ได้รับการตรวจพบ เนื่องจากอาการวิตกกังวลมักถูกมองว่าเป็นความรู้สึกอย่างหนึ่งที่เกิดขึ้นได้ในระยะพัฒนาการ อย่างไรก็ตาม มีเด็กและวัยรุ่นจำนวนไม่น้อยที่ต้องทนทุกข์กับอาการของโรควิตกกังวล อันเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาศักยภาพตลอดจนการนำมาซึ่งความบกพร่องและผลกระทบไม่เฉพาะกับวัยรุ่น แต่กับครอบครัวและสังคม แต่หากเด็กได้รับการตรวจวินิจฉัย และบำบัดรักษาตั้งแต่เริ่มต้น ก็จะมีโอกาสของการฟื้นฟูและลดโอกาสของการเจ็บป่วยเรื้อรังและพิการได้ จึงเป็นที่มาของการสังเคราะห์งานวิจัย เพื่อศึกษารูปแบบการบำบัดการรู้คิดและปรับพฤติกรรมเพื่อลดอาการของโรควิตกกังวลในวัยรุ่นจากหลักฐานเชิงประจักษ์จำนวน 8 เรื่อง ซึ่งเป็นงานวิจัยที่ได้รับการประเมินแล้วว่ามีความน่าเชื่อถือ กล่าวคือ เป็นงานที่ได้รับการตีพิมพ์ในวารสารทางวิชาการที่มี peer review และมีชื่อเสียงระดับนานาชาติ และได้รับการเผยแพร่ในฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ที่มีความน่าเชื่อถือ เมื่อพิจารณาคุณภาพของงานวิจัย พบว่าเป็นงานวิจัยแบบ systematic review จำนวน 2 เรื่อง และแบบ randomized controlled trial จำนวน 6 เรื่อง โดยทั้ง 8 เรื่อง มีระเบียบวิธีวิจัยที่น่าเชื่อถือ กล่าวคือมีการบอกวัตถุประสงค์ เกณฑ์ในการคัดเลือกและคัดออกของกลุ่มตัวอย่าง ระเบียบวิธีวิจัย ขั้นตอนการศึกษา เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ทั้งเครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรอง วินิจฉัย และประเมินอาการวิตกกังวลในวัยรุ่น ตลอดจนรูปแบบและขั้นตอนการบำบัดไว้อย่างชัดเจนเหมาะสม นอกจากนั้นยังมีการวิเคราะห์ข้อมูล และนำเสนอข้อมูลได้ถูกต้องตรงตามวัตถุประสงค์ที่ศึกษา จึงทำให้ได้ข้อแนะนำจากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีความน่าเชื่อถือและสามารถนำมาใช้ในการปฏิบัติได้

ในส่วนของผลการศึกษาค้นคว้างานวิจัยทุกเรื่องที่น่ามาสังเคราะห์นั้น ศึกษาการบำบัดการรู้คิดและปรับพฤติกรรมเพื่อลดอาการของโรควิตกกังวลในกลุ่มเด็กและวัยรุ่น โดยอาจมีความหลากหลายของการวินิจฉัยโรคในกลุ่มวิตกกังวลบ้าง แต่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ก็เป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรควิตกกังวลทั่วไป หรืออาจมีความหลากหลายของรูปแบบการบำบัด (แบบรายบุคคล และแบบกลุ่ม) แต่ก็พบว่าองค์ประกอบ และขั้นตอนของการบำบัดนั้นคล้ายกัน และพบว่าการบำบัดทั้งสองรูปแบบมีประสิทธิภาพในการลดจำนวนเด็กและวัยรุ่นที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีโรควิตกกังวล และลดอาการของโรควิตกกังวลได้ ดังนั้นการนำการบำบัดรูปแบบใดไปใช้ขึ้นอยู่กับความเหมาะสมของผู้เข้ารับการรักษา ผู้ให้การบำบัด และบริบทที่มีการนำไปใช้ โดยสามารถให้การบำบัดได้ทั้งในคลินิก โรงเรียน และชุมชน ทั้งนี้ผู้ให้การบำบัดจำเป็นต้องได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับการบำบัดจากผู้เชี่ยวชาญก่อนเริ่มให้การบำบัดจริง รูปแบบการบำบัดนี้ อาจมีข้อจำกัดในการใช้กับวัยรุ่นที่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวชอื่นร่วม หรือมีความบกพร่องทางสติปัญญา เนื่องจากกระบวนการบำบัดมีการใช้การคิดเชื่อมโยงเหตุผล และการมอบหมายให้ทำการบ้านด้วย จากที่กล่าวมา จะพบว่าการบำบัดการรู้คิดและปรับพฤติกรรมนั้นมีประสิทธิภาพในการลดอาการของโรควิตกกังวลในวัยรุ่นได้โดยสามารถใช้ในการบำบัดในเชิงการรักษา หรือในเชิงการป้องกันได้ โดยหากมีการนำการบำบัดมาใช้อย่างแพร่หลายในประเทศไทยก็จะเป็นประโยชน์ต่อเด็กและวัยรุ่น ดังนั้นจึงควรนำข้อแนะนำที่ได้จากการศึกษาในครั้งนี้ไปพัฒนาเป็นแนวปฏิบัติในการดูแลเด็กและวัยรุ่นที่มีอาการของโรควิตกกังวล และนำไปทำการวิจัยนำร่องเพื่อศึกษาประสิทธิผลของการบำบัดในกลุ่มวัยรุ่นไทยก่อนนำไปใช้จริงในการปฏิบัติ

เอกสารอ้างอิง (References)

1. Maid R, Smokowski P, Bacallao M. Family treatment of childhood anxiety. *Child Fam Soc Work*. 2008;13:433-42.
2. Leung PWL, Hung SF, Ho TP, Lee CC, Liu SL, Tang CP, et al. Prevalence of DSM-IV disorders in Chinese adolescents and the effect of impairment criterion: A pilot community study in Hong Kong. *Euro Child Adoles Psy*. 2008;17(7):452-61.
3. Watcharasin A. Epidemiology of child psychiatry in Thailand. In: Winadda P, Phanom K. editors. *Child and adolescent psychiatry*. Bangkok: Thanapress; 2007. (in Thai).

4. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Fourth Edition, Text Revision: DSM-IV-TR*. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2005.
5. Bailey V. Cognitive behavioral therapies for children and adolescents. *Adv Psychiat Treat*. 2001;7:224-32.
6. Albano AM, Kendall PC. Cognitive behavioral therapy for children and adolescents with anxiety disorders: Clinical research advances. *Inter Rev Psychiatr*. 2002;14:129-34.
7. Leong J, Cobham VE, Groot JD, McDermott B. Comparing different modes of delivery: A pilot evaluation of a family-focused, cognitive-behavioral intervention for anxiety disordered children. *Euro Child Adoles Psy*. 2009;18:231-9.
8. Essau CA, Conradt J, Petermann F. Course and outcome of anxiety disorders in adolescents. *J Anxiety Disord*. 2002;16:67-81.
9. Ruengtakul S. *Fundamentals of psychiatry and psychiatric disorders*. Bangkok: Ruengkaew printing; 2006. (in Thai).
10. David S, Derald SW, Stanley S. *Understanding abnormal behaviors*. 9th ed. Boston: Cengage Learning; 2010.
11. Dadds MR, Barrett PM. Practitioner review: Psychological management of anxiety disorders in childhood. *J Child Psychol*. 2001;42(8):999-1011.
12. Clark D, Smith M, Neighbors B, Skerlec L, Randall J. *Anxiety disorders in adolescence: Characteristics, prevalence, and comorbidities*. *Clin Psychol Rev*. 1994;14:113-37.
13. Kashani J, Orvaschel H. *Anxiety disorders in mid-adolescence: A community sample*. *Am J Psychiat*. 1988;145:960-4.
14. Ginsburg GS, Drake KL. School-based treatment for anxious African-American adolescents: A controlled pilot study. *J Am Acad Child Psy*. 2002;41(7):768-75.
15. Lauthrenoo O. *Anxiety disorders*. In: Winadda P, Phanom K. editors. *Child and adolescent psychiatry*. Bangkok: Beyond Enterprise; 2002. (in Thai)

16. Walkup JT, Albano AM, Piacentini J, Birmaher B, Compton SN, Sherrill JT, et al. Cognitive behavioral therapy, sertraline, or a combination in childhood anxiety. *New Engl J Med*. 2008;359:2753-66.
17. Craig JV, Smyth RL. The evidence-based practice manual for nurses. London: Churchill Livingstone; 2002.
18. DiCenso A, Hutchison B, Grimshaw J, Edwards N, Guyatt G. Health services interventions. In: DiCenso A, Guyatt G, Ciliska D, editors. Evidence-based nursing: A guide to clinical practice. St. Louis, MO: Elsevier Mosby; 2005. p.265-97.
19. Grace J. Essential skills for evidence-based practice: Strength of evidence. *J Nurs Sci*. 2009;27(2):8-13
20. Cartwright-Hatton S, Roberts C, Chitsabesan P, Fothergill C, Harrington R. Systematic review of the efficacy of cognitive behavior therapies for childhood and adolescent anxiety disorders. *The Brit J Clin Psychol*. 2004;43:421-36.
21. James AAC, Soler A, Weatherall RRW. Cognitive behavioral therapy for anxiety disorders in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet] 2009 [cited 2012 Jan 16]. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD004690.pub2>
22. Bodden DHM, Bogels SM, Nauta MH, Haan ED, Pingroose JAAP, Appelboom C, et al. Child versus family cognitive-behavioral therapy in clinically anxious youth: An efficacy and partial effectiveness study. *J Am Acad Child Psy*. 2008;47:1384-94.
23. Liber JM, Windenfelt BMV, Utens EMWJ, Ferdinand RF, Leeden AJM, Gastel WV, et al. No differences between group versus individual treatment of childhood anxiety disorders in a randomized clinical trial. *J Child Psychol Psyc*. 2008;49(8):886-93.
24. Herbert JD, Gaudiano BA, Rheingold AA, Moitra E, Myers VH, Dalrymple KL, et al. Cognitive behavior therapy for generalized social anxiety disorder in adolescents: A randomized controlled trial. *J Anxiety Disord*. 2009;23(2):167-77.
25. Hudson JL, Rapee RM, Deveney C, Schniering CA, Lyneham HJ, Bovopoulos N. Cognitive-behavioral treatment versus an active control for children and adolescents with anxiety disorders: A randomized trial. *J Am Acad Child Psy*. 2009;48:533-43.