



การศึกษานำร่องทดสอบผลการรักษาด้วยจิตบำบัดชนิด Eye Movement Desensitization and Reprocessing ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีภาวะ Post-Traumatic Stress Disorder

A Pilot Study of the Therapeutic Effects of Eye Movement Desensitization and Reprocessing Psychotherapy in Major Depressive Disorder Associated with Post-Traumatic Stress Disorder

สุนทรี ศรีโกไสย*, ชฎาพร คำฟู*, อนงค์พร ต๊ะคำ*, จีรวรรณ วงศ์เมือง*, กาญจนัดมา ทิพย์ปัญญา*, อุไรวรรณ วงศ์โพธิ*, แพรว ไตลังคะ*, เพ็ชรา เมธาอนันต์กุล**
Soontaree Srikosai*, Chadaporn Khamfou*, Anongporn Thakham*, Jeerawan Wongmueang*, Kantima Thippunya*, Uraiwan Wongpothi*, Praew Tailangkha*, Petchara Methaanunkul**

* สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์

** โรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่

* Rajanagarindra Institute of Child Development

** Thanyarak Chiangmai Hospital

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อทดสอบผลการรักษาด้วยจิตบำบัดชนิด eye movement desensitization and reprocessing ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีภาวะ post-traumatic stress disorder

วิธีการศึกษา การศึกษานำร่องโดยการบำบัดทางจิตด้วยโปรแกรม EMDR มาตรฐานในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีภาวะ PTSD เกณฑ์คัดเข้าคือ อายุ 18 ปีขึ้นไป ได้รับการรักษาด้วยยาแก้ซึมเศร้าและระดับยาคงที่อย่างน้อย 2 เดือน คะแนนแบบวัด patient health questionnaire (PHQ-9) เข้าเกณฑ์มีอาการซึมเศร้าระดับเล็กน้อยขึ้นไป และคะแนนแบบวัด children's revised impact of events scale-13 (CRIES-13) เข้าเกณฑ์มีอาการได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์ กลุ่มตัวอย่างได้รับการบำบัดด้วยโปรแกรม EMDR ครั้งละ 60-90 นาที สัปดาห์ละ 2 ครั้ง รวม 3 สัปดาห์ วัดผลด้วยแบบวัด PHQ-9, CRIES-13, และ Rosenberg self-esteem หลังสิ้นสุดการทดลอง และการติดตามที่ 1 เดือน วิเคราะห์ข้อมูลด้วย Freidman's test

ผลการศึกษา กลุ่มตัวอย่าง 18 ราย อายุเฉลี่ย 28 ปี คะแนน PHQ-9 และคะแนน CRIES-13 ลดลง (mean difference [MD] = - 14, p = 0.014; MD = - 32, p<0.001, ตามลำดับ) และคะแนนการรับรู้คุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น ที่หลังสิ้นสุดการบำบัด (MD = 8.58, p<0.001) และการติดตามที่ 1 เดือน (MD = 8.29, p<0.001 ตามลำดับ) เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนได้รับการบำบัด และคะแนนทั้ง 3 ด้าน ระหว่างหลังการบำบัด และการติดตามที่ 1 เดือนไม่แตกต่างกัน

สรุป ผลการศึกษาแสดงให้เห็นผลการบำบัดทางจิตด้วย EMDR ร่วมกับการรักษาด้วยยาในการช่วยลดอาการซึมเศร้า ลดอาการของผลกระทบจากเหตุการณ์ และเพิ่มการรับรู้คุณค่าในตนเอง การศึกษาต่อไปควรทดสอบประสิทธิผลของจิตบำบัด EMDR โดยใช้รูปแบบการวิจัยที่มีกลุ่มทดลองและมีกลุ่มควบคุม

คำสำคัญ ซึมเศร้า บำบัด บาดแผลทางใจ การศึกษานำร่อง อีเอ็มดีอาร์

Corresponding author: สุนทรี ศรีโกไสย

วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2564; 66(2): 173-188

ABSTRACT

Objective : To investigate the therapeutic effects of the EMDR psychotherapy in treating MDD associated with PTSD.

Methods : We performed a pilot study using the standard EMDR psychotherapy in subjects with MDD associated with PTSD. The inclusion criteria were adults with 18-year-old of age or older, subjects being treated with antidepressants for at least two months with stable blood levels, subjects with depression based upon the patient health questionnaire (PHQ-9) depressive scale, and subjects with positive score for traumatic events based upon the Children's Revised Impact of Events Scale-13 (CRIES-13, Thai version). The subjects were eligible if they fulfilled all four criteria. The subjects were treated with 60-90 minutes of EMDR psychotherapy twice a week for three weeks. The changing of the PHQ-9 depressive scale, CRIES-13 scale, and Rosenberg self-esteem scale were obtained before the treatment, at the end of the treatment, and a month later. The data were analyzed with Friedman's test.

Results : Eighteen subjects with a mean age of 28 years were enrolled in the study. The subjects had significantly decreased PHQ-9 scale and CRIES-13 scale (mean difference [MD] = - 14, $p = 0.014$; MD = - 32, $p < 0.001$, respectively), and had significantly increased self-esteem scale at the end of the treatment (MD = 8.58, $p < 0.001$), and a month later (MD = 8.29, $p < 0.001$, respectively) compared to the baseline. Furthermore, there was no significant difference in the scales between the end of the treatment and one-month follow-up.

Conclusion: The study demonstrated the therapeutic effects of adding EMDR psychotherapy in people who were treated with antidepressants for MDD associated with PTSD. The benefit of adding EMDR psychotherapy possibly reduces the depressive symptoms and PTSD symptoms and improves their self-esteem. Further evaluation of the effectiveness of EMDR psychotherapy in a randomized controlled trial method is warranted.

Keywords : MDD, EMDR, PTSD, pilot study, therapy

Corresponding author: Soontaree Srikosai

J Psychiatr Assoc Thailand 2021; 66(2): 173-188

บทนำ

โรคซึมเศร้าเป็นปรากฏการณ์ที่พบได้บ่อยและเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่นำไปสู่การได้รับผลกระทบทางสุขภาพ มีพฤติกรรมเสี่ยง มีปัญหาสัมพันธภาพ และเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงถึง 30 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่เป็นโรคซึมเศร้า¹⁻³ ผลกระทบร้ายแรงที่อาจเกิดขึ้นคือการเกิดความพิการและเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายสมาชิกในครอบครัวมีความเครียด วิตกกังวล และเป็นภาระทางเศรษฐกิจและสังคมที่เรื้อรังยาวนาน⁴ และส่วนใหญ่จะมีบาดแผลทางจิตใจหรือได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคเครียดจากเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (post-traumatic stress disorders [PTSD])⁵

โรคซึมเศร้าอาจเกิดขึ้นพร้อมกันหลังจากที่บุคคลได้รับบาดแผลทางจิตใจ⁶ หลักฐานวิชาการระบุว่าอาการซึมเศร้าที่มีอยู่ก่อนแล้ว อาจทำให้บุคคลเสี่ยงต่อภาวะ PTSD หลังจากได้รับประสบการณ์บาดแผลทางจิตใจ^{6,7} ในทางตรงกันข้าม การมีภาวะ PTSD อาจเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคซึมเศร้าได้^{6,8,9} โดย PTSD และ MDD มีความสัมพันธ์กันระดับสูง ($r=0.84$)¹⁰ เหตุการณ์เครียดในชีวิต การสูญเสีย หรือบาดแผลทางจิตใจที่บุคคลประสบในวัยเด็กหรือประสบในชีวิตปัจจุบัน อาจเป็นปัจจัยทำให้เกิดโรคซึมเศร้าได้¹¹

โรคซึมเศร้าและอาการ PTSD อาจส่งผลกระทบต่อการพัฒนาทางสมองและการทำงานของเครือข่ายระบบประสาท โดย neuronal network ในสมองบางส่วนไม่สามารถคลี่คลายได้เอง (information processing system) จึงมีความทรงจำ ความคิด ความรู้สึกในด้านลบรบกวนจิตใจต่อเนื่องและเรื้อรัง¹² กระบวนการความรู้ความเข้าใจแคบลง และบางส่วนของหน่วยความจำ ความสนใจและทักษะการแก้ปัญหาบกพร่อง ซึ่งเป็นปัญหาหลักของการเกิดบาดแผลทางจิตใจ รวมทั้งมีความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยทางกายที่มีสาเหตุมาจากจิตใจ¹³

การรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าด้วยการใช้ยาแก้ซึมเศร้า เป็นแนวเวชปฏิบัติทางคลินิกที่สำคัญ ผลข้างเคียงของยาด้านเศร้าที่พบบ่อยคือ การมีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น¹⁴ ผลการวิเคราะห์เมทาดาของ Fournier และคณะ¹⁵ พบว่ายาแก้ซึมเศร้าให้ผลดีต่ออาการทางคลินิกของผู้ป่วยมากกว่าการใช้ยาหลอก (placebo) เพียงเล็กน้อย และมีการใช้ยาแก้ซึมเศร้าเพิ่มขึ้นเมื่ออาการซึมเศร้ามีความรุนแรงมากขึ้น การบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจึงควรใช้ทั้งวิธีบำบัดทางจิตร่วมกับการใช้ยาซึ่งได้รับการพิสูจน์แล้วว่าให้ผลดีกว่าการใช้ยารักษาเพียงอย่างเดียว¹⁶

ในปัจจุบัน มีการบำบัดทางจิตผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ผู้ป่วยโรคเครียดผิดปกติจากเหตุการณ์สะเทือนขวัญ ผู้มีบาดแผลทางจิตใจ และผู้มีประสบการณ์ชีวิตที่ไม่พึงประสงค์ทั้งในกลุ่มวัยเด็ก วัยรุ่น และวัยผู้ใหญ่ ด้วยวิธี eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) พัฒนาโดยนักจิตวิทยาอเมริกันชื่อ Francine Shapiro¹⁷⁻²⁰ วัตถุประสงค์ของการบำบัดแบบ EMDR คือ ช่วยลดความรู้สึที่ไม่สบายใจ และเสริมสร้าง adaptive cognitions ภายใต้อารมณ์ 3 ด้าน คือ (1) มีความทรงจำของเหตุการณ์ที่รบกวนอารมณ์ความรู้สึก ความคิด และพฤติกรรม (2) สถานการณ์ปัจจุบันเป็นตัวกระตุ้นความทรงจำนั้น และ (3) การมีทักษะที่จำเป็นจะช่วยให้มีความพร้อมสำหรับความท้าทายของเหตุการณ์ในอนาคต กลไกการทำงานของกระบวนการบำบัดแบบ EMDR อธิบายด้วยทฤษฎี “adaptive information processing model (AIP Model)” สร้างขึ้นโดยชาปปีโร (Shapiro) มีหลักการ 3 ด้าน คือ (1) คนมีเครื่องมือในการคลี่คลายสิ่งที่รบกวนใจโดยธรรมชาติในสมองในการประมวลข้อมูล (adaptive processing) (2) เมื่อคนมีความท้อแท้ทางอารมณ์ ความคิด ความเชื่อ และปฏิกิริยาทางร่างกายที่รบกวน ความรบกวนนี้ยังติดค้างอยู่เพราะ neuronal network บางส่วนขัดขวาง (blocking) กระบวนการคลี่คลายของสมองในการประมวลข้อมูล

จึงทำให้ถูกกระตุ้นอีกเวลามีอะไรคล้ายๆ กัน และ (3) สามารถใช้เครื่องมือเข้าไปทำงานให้เกิดการกระตุ้น neuronal network ที่ติดค้างอยู่โดยใช้ bilateral stimulation หรือ tapping เพื่อให้เกิดการเคลื่อนย้ายของ neuronal network ที่เกาะเกี่ยวกันในความทรงจำด้านลบ โดยเริ่มจาก network ที่แข็งแรงกว่าก่อน เพื่อมีผลลดความเข้มข้นของ neuronal network อื่นได้ และเพื่อช่วยคลี่คลาย neuronal network ที่ลະจุด ส่งผลให้เกิดการหลอมรวม neuronal network ใหม่ที่เป็นข้อมูลความทรงจำเชิงบวกมากขึ้น ปรับตัวในทิศทางบวกได้มากขึ้น และเหมาะสมกับปัจจุบัน ซึ่งจะทำให้ภาพความทรงจำเปลี่ยน จึงคลี่คลายได้ทั้งอารมณ์ ความรู้สึก ความคิด และปฏิกิริยาทางร่างกาย^{19, 20}

หลักฐานทางวิชาการหลายการศึกษาแสดงประสิทธิผลของการบำบัดแบบ EMDR สำหรับผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า และประเมินผลการบำบัดที่อาการซึมเศร้าและอาการ PTSD²¹⁻²⁶

อย่างไรก็ตาม การศึกษาจิตบำบัด EMDR ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีภาวะ PTSD ในบริบทประเทศไทยยังมีจำกัด ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการพัฒนาโปรแกรม EMDR ร่วมบำบัดผู้ป่วยซึมเศร้าที่มีภาวะ PTSD โดยเป็นการศึกษานำร่องทดสอบผลการรักษาด้วยจิตบำบัดชนิด eye movement desensitization and reprocessing ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีภาวะ post-traumatic stress disorder และคาดว่าผลจากการศึกษาครั้งนี้ จะนำไปสู่การมีทางเลือกที่เหมาะสมในการบำบัดรักษาผู้ป่วยซึมเศร้าที่มีภาวะ PTSD และใช้เป็นข้อมูลเบื้องต้นในการศึกษาเชิงทดลองชนิดเต็มรูปแบบต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อประเมินอาการซึมเศร้า อาการของผลกระทบจากเหตุการณ์ และการรับรู้คุณค่าในตนเอง หลังได้รับ

จิตบำบัดชนิด eye movement desensitization and reprocessing และการติดตามที่เดือน 1 ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีภาวะ post-traumatic stress disorder

สมมติฐานการวิจัย (research hypothesis)

- 1) ผู้ป่วยซึมเศร้าที่มีภาวะ PTSD หลังได้รับโปรแกรมจิตบำบัด EMDR และการติดตามที่เดือน 1 มีคะแนนอาการซึมเศร้าน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรม
- 2) ผู้ป่วยซึมเศร้าที่มีภาวะ PTSD หลังได้รับโปรแกรมจิตบำบัด EMDR และการติดตามที่เดือน 1 มีคะแนนอาการของผลกระทบจากเหตุการณ์น้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรม
- 3) ผู้ป่วยซึมเศร้าที่มีภาวะ PTSD หลังได้รับโปรแกรมจิตบำบัด EMDR และการติดตามที่เดือน 1 มีคะแนนการรับรู้คุณค่าในตนเองมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษานำร่องเพื่อทดสอบผลการรักษาด้วยจิตบำบัดชนิด eye movement desensitization and reprocessing ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีภาวะ post-traumatic stress disorder ใช้รูปแบบการทดลองชนิดกลุ่มเดี่ยววัดก่อนและหลังการทดลอง (single group, pre-post test research design)

ประชากร คือ ผู้ที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอก หรือแบบผู้ป่วยใน ระหว่างกรกฎาคม ถึงตุลาคม พ.ศ. 2563 ณ สถาบันพัฒนาการเด็กราชชนครินทร์

กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 ราย คัดเลือกตามเกณฑ์ต่อไปนี้

เกณฑ์การคัดเลือกเข้า (inclusion criteria)

- 1) อายุ 18 ปีขึ้นไป
- 2) การวินิจฉัยหลัก คือ major depressive disorder

3) มีบาดแผลทางจิตใจชนิด single-event trauma หรือ complex-event trauma โดยคะแนนจากแบบสอบถามผลกระทบจากเหตุการณ์ (revised child impact of events scale-Thai Version [CRIES-13]) เท่ากับ 25 คะแนน หรือมากกว่า

4) คะแนนจากแบบประเมินอาการซึมเศร้าชนิด PHQ-9 เท่ากับ 9 คะแนน หรือมากกว่า

5) จิตแพทย์หรือจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นุ่นพิจารณาตัดสินใจให้การบำบัดทางจิตด้วยวิธี EMDR therapy ร่วมด้วย โดยใช้เกณฑ์ส่งรับการบำบัด EMDR ดังนี้

5.1) ระบุการวินิจฉัยหลัก major depressive disorder ตามเกณฑ์การวินิจฉัย DSM-5

5.2) การรักษาด้วยยาคงที่แล้วอย่างน้อย 2 เดือน

5.3) มีประวัติภาวะเครียดหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญ

5.4) ไม่มีความคิดฆ่าตัวตาย

เกณฑ์การไม่รับอาสาสมัครเข้าโครงการ (exclusion criteria)

1) มีประวัติใช้สารเสพติด (ยกเว้นบุหรี่หรือสุรา) ในช่วง 3 เดือน ก่อนเข้าร่วมโครงการ

2) มีอาการทางจิตอย่างใดอย่างหนึ่ง ได้แก่ หูแว่ว ประสาทหลอน หลงผิด

3) มี suicide idea หรือ suicidal behavior

4) อยู่ระหว่างการได้รับการบำบัดทางจิตจากผู้เชี่ยวชาญในรูปแบบอื่นๆ แล้ว

5) อยู่ในภาวะตั้งครวั

เกณฑ์การบอกเลิกจากการศึกษา (discontinuation criteria) ได้แก่ มีอาการทางจิตที่ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ ไม่มีสมาธิในการสื่อสารหรือกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ

ผู้ป่วยซึมเศร้า หมายถึง ชายหรือหญิง อายุ 18 ปีขึ้นไป ที่จิตแพทย์วินิจฉัยเป็น major depressive disorder และมีอาการของผลกระทบจากเหตุการณ์สะเทือนขวัญ ประเมินด้วย แบบวัด revised child impact of events scale (CRIES-13) ฉบับภาษาไทย มีคะแนน ≥ 25 คะแนน และประเมินด้วย PHQ-9 ฉบับภาษาไทย มีคะแนน ≥ 9 คะแนน

โปรแกรมจิตบำบัดอีเอ็มดีอาร์สำหรับผู้ป่วยซึมเศร้าที่มีภาวะ PTSD หมายถึง ชุดของแผนการปฏิบัติต่อผู้ป่วยซึมเศร้า สร้างขึ้นโดยทีมวิจัย ประกอบด้วย 6 ครั้ง สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ครั้งละ 60-90 นาที แบบรายบุคคล โดยยึดโปรแกรมมาตรฐานการบำบัดอีเอ็มดีอาร์ (EMDR standard protocol) ของสมาคมอีเอ็มดีอาร์ประเทศไทย เป็นหลักในการจัดทำโปรแกรมให้สอดคล้องกับบริบทของผู้ป่วยซึมเศร้า

สถานที่ทดลอง ห้อง family intervention clinic (FIC) สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองคือ โปรแกรมจิตบำบัดอีเอ็มดีอาร์สำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีภาวะ PTSD ใช้เวลา 60-90 นาที จำนวน 2 ครั้งต่อสัปดาห์ ติดต่อกันจนครบ 6 ครั้ง

เนื้อหาของโปรแกรม เป็นการบำบัดแบบรายบุคคล จำนวน 6 ครั้ง ตามโปรแกรมจิตบำบัด eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) สำหรับผู้ป่วยซึมเศร้าที่มีภาวะ PTSD

ครั้งที่ 1 history taking, case conceptualization และ treatment plan

ครั้งที่ 2 preparation

ครั้งที่ 3 EMDR standard protocol (ครั้งที่ 1): assessment of target memory, desensitization, installation of positive cognition, body scan, และ closure

ครั้งที่ 4 re-evaluation และ EMDR standard protocol (ครั้งที่ 2): assessment of target memory, desensitization, installation of positive cognition, body scan, และ closure

ครั้งที่ 5 re-evaluation และ EMDR standard protocol (ครั้งที่ 3): assessment of target memory, desensitization, installation of positive cognition, body scan, และ closure

ครั้งที่ 6 re-evaluation ประเมินประสบการณ์ที่ได้รับ และยุติการบำบัด

รายละเอียดแสดงในแผนภูมิที่ 1 The consolidated standards of reporting trials (CONSORT)

2) เครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูล

2.1) แบบสอบถามผลกระทบจากเหตุการณ์ (revised child impact of events scale-Thai version [CRIES-13]) แปลและทดสอบคุณภาพโดยพนม เกตุมาน และ วินัดดา ปิยะศิลป์ (2552)²⁷ มี 13 ข้อคำถาม 4 ตัวเลือก คือ ไม่เลย นานๆ ครั้ง บางครั้ง และ บ่อยๆ จุดตัดของคะแนนคือ ≥ 25 (25 คะแนนขึ้นไป หมายถึงมีอาการของผลกระทบจากเหตุการณ์)

2.2) แบบประเมินอาการซึมเศร้าชนิด PHQ-9 ฉบับภาษาไทย แปลและทดสอบคุณภาพโดย Lotrakul, Sumrith, and Saipanish (2008)²⁸ มี 9 ข้อคำถาม 4 ตัวเลือก คือ "ไม่เลย = 0" "มีบางวัน/ไม่บ่อย = 1" "มีค่อนข้างบ่อย = 2" และ "มีเกือบทุกวัน = 3" จุดตัดของคะแนนคือ ≥ 9 (9 คะแนนขึ้นไป หมายถึงมีภาวะซึมเศร้า) คะแนน 9-14 หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย คะแนน 15-19 หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าปานกลาง คะแนน ≥ 20 หมายถึง มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง

2.3) แบบวัดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง Rosenberg self-esteem scale (SES) ฉบับภาษาไทย แปลและทดสอบคุณภาพโดย นวนันท์ ปิยะวัฒน์กุล และคณะ (2554)²⁹ มี 10 ข้อคำถาม 4 ตัวเลือก คือ

"เห็นด้วยอย่างยิ่ง = 4" "เห็นด้วย = 3" "ไม่เห็นด้วย = 2" และ "ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง = 1" คะแนน ≥ 3.5 หมายถึง มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมากที่สุด คะแนน 2.5 - 3.49 หมายถึง มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมาก คะแนน 1.5 - 2.49 หมายถึง มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองปานกลาง คะแนน < 1.5 หมายถึง มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองน้อย

ทดสอบคุณภาพของ CRIES-13, PHQ-9, และ SES ด้วยวิธีการตรวจสอบความสอดคล้องภายในของข้อคำถาม (internal consistency reliability) ในผู้ป่วยซึมเศร้า 12 ราย ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง ได้ค่าแอลฟาของครอนบาช (Cronbach's alpha) = 0.879, 0.876, และ 0.872 ตามลำดับ

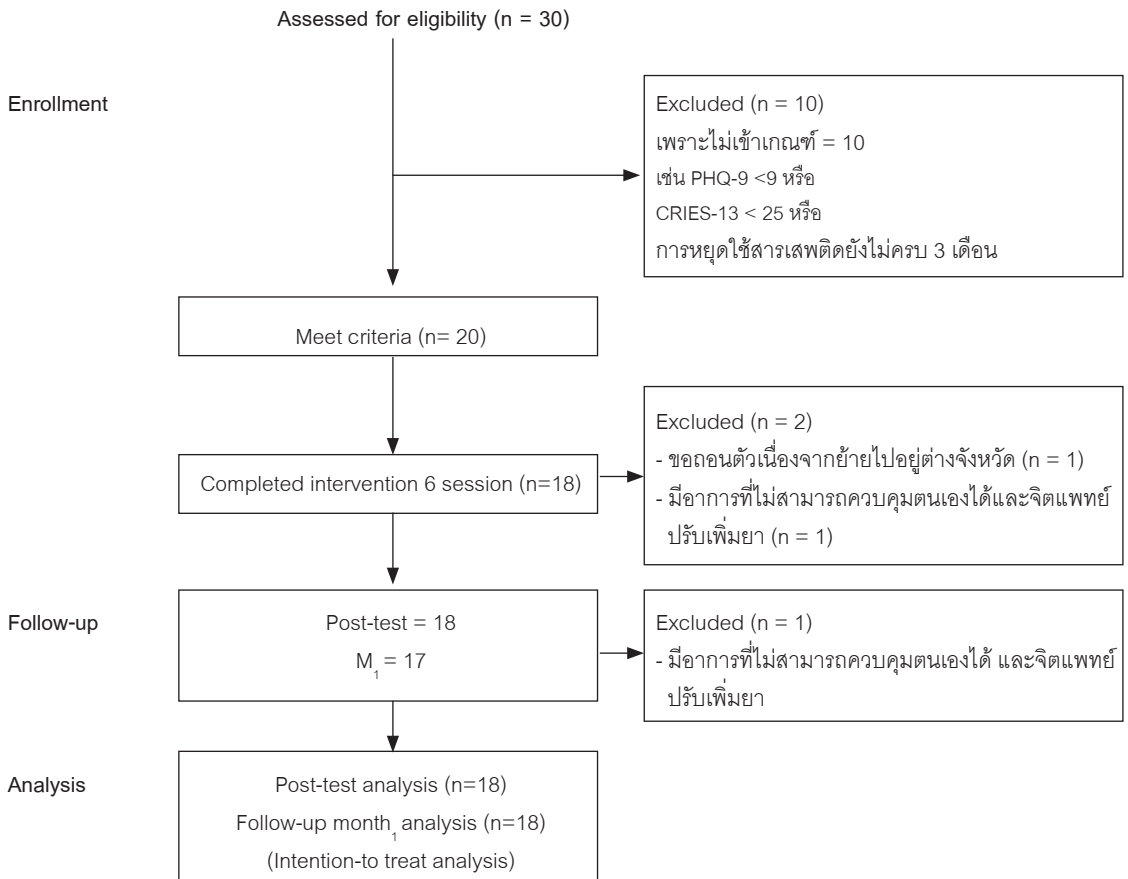
2.4) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

คุณสมบัติของผู้บำบัดทางจิตด้วยโปรแกรม EMDR นักวิจัยที่ดำเนินการตามโปรแกรมจิตบำบัด EMDR คือพยาบาลจิตเวชและนักจิตวิทยา รวมจำนวน 2 คน มีคุณสมบัติผ่านการอบรมจิตบำบัด EMDR จัดโดยสมาคมอีมดีอาร์ประเทศไทย ผ่านการ supervision จาก supervisor ของสมาคมอีมดีอาร์ประเทศไทย ครบตาม requirement 20 ราย ได้รับประกาศนียบัตร ครบตามหลักสูตร มีประสบการณ์ให้การบำบัดด้วย EMDR ในงานประจำได้รับการเตรียมความรู้และทักษะของนักวิจัยดังกล่าวเพิ่มเติมก่อนดำเนินการทดลอง และได้รับการตรวจสอบความสมบูรณ์ ความถูกต้อง และความเป็นไปได้ในการนำโปรแกรมจิตบำบัด EMDR ที่พัฒนามาจาก EMDR standard protocol ด้วยการเข้าร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการการทบทวนการทำจิตบำบัดแบบอีมดีอาร์ โดยวิทยากรคือ supervisor ของสมาคมอีมดีอาร์ประเทศไทย

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล หลังจากโครงร่างการวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของกรมสุขภาพจิตด้านสุขภาพจิต เลขที่

DMH.IRB.CO.A 026/2563 ได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล เริ่มจาก (1) ผู้ช่วยนักวิจัยเพื่อเชิญอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการวิจัย ประเมินคุณสมบัติของอาสาสมัครตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้าร่วมโครงการวิจัย และแจ้งนักวิจัยเมื่อมีอาสาสมัครที่ตรงตามเกณฑ์ (2) นักวิจัยเชิญชวนอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการวิจัยตามขั้นตอนใน inform consent กรณีสมัครใจเข้าร่วมโครงการ โดยลงนามยินยอมไว้เป็นหลักฐาน (3) พยาบาลจิตเวช

ที่ไม่ใช่ที่มิวิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนให้การบำบัดทางจิตด้วยโปรแกรม EMDR (baseline) (4) ที่มิวิจัย จำนวน 2 คน ให้การบำบัดทางจิตด้วยโปรแกรม EMDR (5) พยาบาลจิตเวชในข้อที่ 3 ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังสิ้นสุดโปรแกรม EMDR และที่การติดตาม 1 เดือน



แผนภูมิที่ 1 The consolidated standards of reporting trials (CONSORT)

การวิเคราะห์ข้อมูล

1) ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดวิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ จำนวน ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2) เปรียบเทียบระดับคะแนนอาการซึมเศร้า ผลกระทบจากเหตุการณ์ และการรับรู้คุณค่าในตนเอง ระหว่างก่อนได้รับโปรแกรมจิตบำบัดอีเอ็มดีอาร์ และหลังได้รับโปรแกรมจิตบำบัดอีเอ็มดีอาร์ ที่ post-test และที่การติดตาม เดือน 1 ใช้การวิเคราะห์ Friedman's test เนื่องจากข้อมูลมีการกระจายแบบไม่สมมาตร เปรียบเทียบรายคู่โดยวิธี Dunn's method

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด จำนวน 18 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 83.3) อายุเฉลี่ย 28 ปี ระดับการศึกษาปริญญาตรีหรือสูงกว่า (ร้อยละ 61.1) สถานภาพสมรสโสด (ร้อยละ 77.8) เชื้อชาติไทย (ร้อยละ 94.4) สัญชาติไทย (ร้อยละ 94.4) อาชีพพนักงานหรือลูกจ้าง (ร้อยละ 44.4) รองลงมาคือนักศึกษา (ร้อยละ 27.8) ไม่มีประวัติได้รับอุบัติเหตุทางสมอง (ร้อยละ 94.4) ไม่มีประวัติการใช้สารเสพติด (ร้อยละ 83.3) และมารับบริการเป็นครั้งแรก (ร้อยละ 94.4) (ตารางที่ 1)

ส่วนยาที่ได้รับเป็นยากลุ่ม antidepressant ร่วมกับยากลุ่ม benzodiazepine และ/หรือยา antipsychotic ในขนาดต่ำ มีเพียง 1 ราย ที่ได้รับยา antidepressant เพียงชนิดเดียว (ไม่ได้นำเสนอตาราง) มีอาการซึมเศร้าในระดับรุนแรง 12 ราย อาการซึมเศร้าระดับปานกลาง 4 ราย อาการซึมเศร้าระดับเล็กน้อย 2 ราย และมีจำนวน 16 รายที่มีบาดแผลทางจิตใจตั้งแต่ 2 เหตุการณ์ขึ้นไป (ไม่ได้นำเสนอตาราง)

อาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มี

ภาวะ PTSD อาการซึมเศร้าหลังได้รับโปรแกรมจิตบำบัด EMDR มีแนวโน้มลดลง โดยคะแนน PHQ-9 มีความแตกต่างกันระหว่างก่อนได้รับโปรแกรมและหลังได้รับโปรแกรม และระหว่างก่อนได้รับโปรแกรมกับการติดตามที่เดือน 1 ส่วนคะแนนระหว่างหลังได้รับโปรแกรมและการติดตามที่ 1 เดือนไม่แตกต่างกัน (ตารางที่ 2)

อาการของผลกระทบจากเหตุการณ์

อาการของผลกระทบจากเหตุการณ์หลังได้รับโปรแกรมจิตบำบัด EMDR มีแนวโน้มลดลง โดยคะแนน CRIES-13 มีความแตกต่างกันระหว่างก่อนได้รับโปรแกรมและหลังได้รับโปรแกรม และระหว่างก่อนได้รับโปรแกรมกับการติดตามที่เดือน 1 ส่วนคะแนนระหว่างหลังการทดลองและการติดตามที่เดือน 1 ไม่แตกต่างกัน (ตารางที่ 3) มี 3 ด้านที่ไม่มีมีความแตกต่างกันทางสถิติระหว่างก่อนได้รับโปรแกรมและหลังได้รับโปรแกรม ได้แก่ ข้อที่ 2 (พยายามลืมเหตุการณ์) ข้อที่ 6 (พยายามหลีกเลี่ยงสิ่งที่ทำให้นึกถึงเหตุการณ์) และข้อที่ 10 (พยายามที่จะไม่คิดถึงเหตุการณ์) ส่วนข้อที่ 4 (ยังรู้สึกวุ่นวายจากเหตุการณ์) พบว่าไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติระหว่างก่อนได้รับโปรแกรมและที่การติดตามเดือน 1 (ไม่ได้นำเสนอตาราง)

การรับรู้คุณค่าในตนเอง

การรับรู้คุณค่าในตนเองหลังได้รับโปรแกรมจิตบำบัด EMDR มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยคะแนน Rosenberg self-esteem มีความแตกต่างกันระหว่างก่อนได้รับโปรแกรมและหลังได้รับโปรแกรม และระหว่างก่อนได้รับโปรแกรมกับการติดตามที่เดือน 1 ส่วนคะแนนระหว่างหลังการทดลองและการติดตามที่เดือน 1 ไม่แตกต่างกัน (ตารางที่ 4 และแผนภูมิที่ 2)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีภาวะ PTSD (n = 18)

ลักษณะส่วนบุคคล		ความถี่ (ร้อยละ) ค่าเฉลี่ย ± ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
เพศ	ชาย	3 (16.7)
	หญิง	15 (83.3)
อายุ		28 ± 7.7 (min = 18, max = 44)
การศึกษา	มัธยมศึกษา	7(38.9)
	ปริญญาตรี หรือสูงกว่า	11(61.1)
สถานภาพสมรส	โสด	14 (77.8)
	คู่	2 (11.1)
	หย่า / แยกกันอยู่	2 (11.1)
เชื้อชาติ	ไทย	17 (94.4)
	อื่นๆ	1 (5.6)
สัญชาติ	ไทย	17 (94.4)
	อื่นๆ	1 (5.6)
อาชีพ	นักศึกษา	
	ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	5 (27.8) 2 (11.1)
	ค้าขาย	2 (11.1)
	ไม่ได้ประกอบอาชีพ	1 (5.6)
	อื่นๆ เช่น พนักงาน ลูกจ้าง	8 (44.4)
ประวัติการได้รับอุบัติเหตุทางสมอง	ไม่มี	17 (94.4)
	มี (รถชน สลอบ)	1 (5.6)
ประวัติการใช้สารเสพติด	ไม่มี	15 (83.3)
	มี (ยาไอซ์)	3 (16.7)
ครั้งที่มารับบริการ	ครั้งแรก	17 (94.4)
	ครั้งที่ 2 ขึ้นไป	1 (5.6)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้า (PHQ-9) ระหว่าง baseline, post-test, และ follow-up ที่ 1 เดือนในภาพรวม (n = 18)

ตัวแปร	Baseline	Post-test	ติดตามเดือน 1	p-value	Pairwise Comparisons		
					Mean diff Pre-Post	Mean diff Pre-M1	Mean diff Post-M1
อาการซึมเศร้า	21(15-24)	7(3-12)	5(3-10)	<0.001	-14 (p=0.014)	-16 (p<0.001)	-2 (p=0.595)

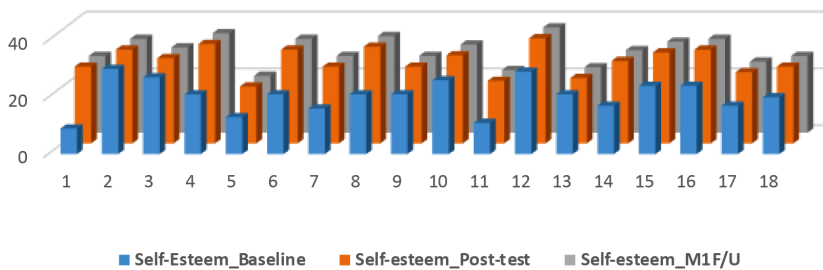
ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยผลกระทบจากเหตุการณ์ (CRIES-13) ระหว่าง baseline, post-test, และ follow-up ที่ 1 เดือน ในภาพรวม (n = 18)

ตัวแปร	Baseline	Post-test	ติดตามเดือน 1	p-value	Pairwise Comparisons		
					Mean diff	Mean diff	Mean diff
					Pre-Post	Pre-M1	Post-M1
คะแนนรวมผลกระทบจากเหตุการณ์	45(35-51)	13(9-28)	8(6-18)	<0.001*	-32	-37	-5
					p<0.001	p<0.001	p=0.690

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้คุณค่าในตนเอง (self-esteem) ระหว่าง baseline, post-test, และ follow-up ที่ 1 เดือน ในภาพรวม (n = 18)

ตัวแปร	Baseline	Post-test	ติดตามเดือน 1	p-value	Pairwise Comparisons		
					Mean diff	Mean diff	Mean diff
					Pre-Post	Pre-M1	Post-M1
คะแนนรวมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง	20.71±5.93	29.29±4.87	29.00±5.24	<0.001*	8.58	8.29	-0.29
					p<0.001	p<0.001	p=1.000

การรับรู้คุณค่าในตนเองที่ Baseline, Post-test, Follow-up month1 ของแต่ละราย (n = 18)



แผนภูมิที่ 2 เปรียบเทียบการรับรู้คุณค่าในตนเองของกลุ่มตัวอย่างเป็นรายคนที่ Baseline, Post-test, และการติดตามที่เดือน 1

วิจารณ์

อาการซึมเศร้าของผู้ป่วยซึมเศร้าที่มีภาวะ PTSD หลังได้รับโปรแกรมจิตบำบัด EMDR ลดลงที่ post-test และที่การติดตามเดือน 1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนได้รับโปรแกรม (ตารางที่ 2)

เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย แสดงให้เห็นว่าการรักษาด้วยยาาร่วมกับจิตบำบัด EMDR ให้ผลต่อการลดอาการซึมเศร้าในการติดตามระยะสั้น คล้ายคลึงกับการศึกษาที่ผ่านมา^{11, 30-35} อาจอธิบายตามหลักการของ adaptive information processing (AIP) model โดยภาวะซึมเศร้าเป็นผลลัพธ์ของการไม่เกิดขึ้นของกระบวนการทำงานปกติของสมอง กระบวนการกระตุ้น neuronal network ที่ติดค้างอยู่โดยใช้ bilateral stimulation ทำให้เกิดการเคลื่อนย้ายของ neuronal network ที่เกาะเกี่ยวกันในความทรงจำด้านลบ โดยเริ่มจาก network ที่แข็งแรงกว่าก่อน เพื่อมีผลลดความเข้มแข็งของ neuronal network อื่นๆ และเพื่อช่วยคลี่คลาย neuronal network ของความทรงจำในเหตุการณ์เครียดที่เลวร้าย ส่งผลให้เกิดการหลอมรวม neuronal network ใหม่ที่เป็นข้อมูลความทรงจำเชิงบวกมากขึ้นผ่านกระบวนการของ desensitization มีการปรับตัวในทิศทางบวกได้มากขึ้น และเหมาะสมกับปัจจุบัน ทำให้ภาพความทรงจำเปลี่ยน นำไปสู่การคลี่คลายทั้งอารมณ์ ความรู้สึก ความคิด และปฏิกิริยาทางร่างกาย จึงอาจส่งผลให้อาการซึมเศร้าลดลงได้^{18-21, 36}

ในการศึกษาครั้งนี้ มี 1 รายที่ต้องยุติการเข้าร่วมโครงการระหว่างการติดตาม ณ เดือนที่ 1 เป็นต้นไป เนื่องจากมีอาการซึมเศร้ารุนแรงต่อเนื่อง มีความคิดทำร้ายตนเอง และจิตแพทย์ได้ปรับเพิ่มยา นอกจากนี้ อาการนอนไม่หลับหรือหลับยากอาจส่งผลต่อการนอนไม่เต็มอิ่ม ตื่นเข้ามาด้วยความรู้สึกไม่สดชื่น หรือรู้สึกง่วงนอนระหว่างวัน จึงอาจทำให้มีอาการเบื่ออาหาร หนึ่งอย่างง่าย หรือไม่ค่อยมีแรง

อาการของผลกระทบจากเหตุการณ์ของผู้ป่วยซึมเศร้าที่มีภาวะ PTSD หลังได้รับโปรแกรมจิตบำบัด EMDR ลดลงที่ post-test และที่การติดตามเดือน 1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนได้รับโปรแกรมฯ (ตารางที่ 3) เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย แสดงให้เห็นว่า การรักษาด้วยยาาร่วมกับจิตบำบัด EMDR ให้ผลต่อการลดอาการของผลกระทบจากเหตุการณ์เมื่อติดตามระยะสั้น คล้ายคลึงกับการศึกษาที่ผ่านมา^{33, 34, 37-41} สามารถอธิบายได้ตามหลักการของ AIP Model ข้างต้น และประสบการณ์บำบัดแผลทางใจในอดีตที่ยังคงรบกวนชีวิตปัจจุบันของผู้ที่เข้าเกณฑ์ PTSD ซึ่งมี 'memory network' เก็บยัดประสบการณ์บาดแผลทางจิตใจ และ/หรือประสบการณ์ทางลบไว้เหนียวแน่นจนไม่สามารถเชื่อมโยงกับ neural network อื่นๆ ได้ ทั้งๆ ที่ neural network อื่นๆ นั้นมีข้อมูลมากมายเกี่ยวกับการปรับตัวที่เป็นธรรมชาติของมนุษย์ในการจัดการกับปัญหา¹⁷ นอกจากนี้ 'memory network' ของ large-T trauma เหล่านี้ได้รับการกระตุ้นอย่างต่อเนื่องโดยสิ่งเร้าจากภายในและภายนอกที่หลากหลาย และสร้างการตอบสนองที่ไม่เหมาะสม⁴² กระบวนการจิตบำบัดชนิด EMDR ที่เป็นโปรแกรมมาตรฐาน 8 phase คือ (1) client history และ treatment plan (case conceptualization), (2) preparation, (3) assessment, (4) desensitization, (5) installation, (6) body scan, (7) closure, และ (8) re-evaluation^{43, 44} จะช่วยให้ traumatic memory network เชื่อมโยงกับ adaptive network ในกระบวนการของ desensitization ด้วยวิธี bilateral stimulation จึงทำให้มีการเปลี่ยนแปลงลักษณะของความทรงจำที่กระทบกระเทือนจิตใจไปสู่การ adaptive resolution และมีการเปลี่ยนแปลงมุมมองการรับรู้ความรู้สึก และอารมณ์เป็นเชิงบวกมากขึ้น^{17-20, 42} เพราะเกิดการหลอมรวม neuronal network ใหม่ที่เป็นข้อมูล

ความทรงจำเชิงบวกมากขึ้น ปรับตัวในทิศทางบวกได้มากขึ้น และเหมาะสมกับปัจจุบัน อันส่งผลต่อภาพความทรงจำเปลี่ยน และนำไปสู่การคลี่คลายได้ทั้งอารมณ์ความรู้สึก ความคิด และปฏิกิริยาทางร่างกาย^{19, 20}

การรับรู้คุณค่าในตนเองของผู้ป่วยซึมเศร้าที่มีภาวะ PTSD หลังจากได้รับโปรแกรมจิตบำบัด EMDR เพิ่มขึ้นที่ post-test และที่การติดตามเดือน 1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนได้รับโปรแกรมฯ (ตารางที่ 4 แผนภูมิที่ 2) เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมจิตบำบัด EMDR ให้ผลดีต่อการเพิ่มการรับรู้คุณค่าในตนเองเมื่อติดตามระยะสั้น คล้ายคลึงกับการศึกษาที่ผ่านมา^{45, 46} สามารถอธิบายได้ว่ากระบวนการ 'contribute to information processing' ในการทำจิตบำบัดชนิด EMDR โดยกระตุ้น

การเคลื่อนไหวของลูกตา (bilateral stimulation) เพื่อไปช่วยขัดขวางการทำงานของ 'visuospatial sketchpad' และไปรบกวนการทำงานของหน่วยความจำเพื่อการกระตุ้นการตอบสนองในทิศทางใหม่ โดยสร้างการเชื่อมโยงใหม่ที่เชื่อมโยงกับข้อมูลที่จัดเก็บไว้อย่างไม่ปกติ ทำให้เกิดการตอบสนองชุดใหม่อย่างผ่อนคลายทางสรีรวิทยา ซึ่งเป็นการกระตุ้นกระบวนการทางระบบประสาทที่เลียนแบบการทำงานของ 'REM sleep-type' และกลไกการประมวลผลข้อมูลของสมอง⁴⁶ เมื่อความทรงจำเกี่ยวกับเหตุการณ์เครียดที่จัดเก็บไว้อย่างไม่ปกติเกิดการคลี่คลาย และมีการเชื่อมโยงหลอมรวมใหม่กับข้อมูลเชิงบวกที่ถูกจัดเก็บไว้ในสมอง จึงอาจมีผลให้ผู้ป่วยการบำบัดรับรู้ต่อตนเองในทิศทางใหม่เชิงบวกมากขึ้น สอดคล้องกับระดับ VOC ที่มีคะแนน 7/7 หลังการบำบัด (ไม่ได้นำเสนอตาราง) อย่างไรก็ตาม พบมี 5 ด้านที่ไม่มีการเปลี่ยนแปลงของคะแนนการรับรู้คุณค่าในตนเอง ได้แก่ ข้อที่ 1 (โดยทั่วไปฉันรู้สึกพอใจในตนเอง) ข้อที่ 2

(บางครั้งฉันคิดว่าฉันไม่มีอะไรดีเลย) ข้อที่ 3 (ฉันรู้สึกว่าฉันมีข้อดีหลายอย่าง) ข้อที่ 6 (บางครั้งฉันรู้สึกว่าตนเองช่างไร้ประโยชน์) และข้อที่ 8 (ฉันอยากจะหนีถือตนเองได้มากกว่านี้) อาจเกี่ยวข้องกับการไม่แน่ใจในตัวเอง จนกว่าจะมีผลลัพธ์ที่ชัดเจน ซึ่งกลุ่มตัวอย่างแต่ละรายย่อมมีลักษณะพื้นฐานทางบุคลิกภาพที่แตกต่างกัน และ/หรือมีเป้าหมายความสำเร็จที่เกี่ยวข้องกับความภาคภูมิใจในตัวเองแตกต่างกัน การติดตามผลระยะกลาง อาจพบมีการเปลี่ยนแปลงของการรับรู้คุณค่าในตนเองได้

ข้อจำกัดของการศึกษา

เนื่องจากการศึกษานำร่อง จึงอาจไม่สามารถขยายผลการศึกษาไปสู่ประชากรเป้าหมายที่เป็นโรคซึมเศร้าและมีภาวะ PTSD ได้ และจำนวนกลุ่มตัวอย่างลดลงจาก 20 ราย เป็น 18 ราย เมื่อประเมินผลหลังสิ้นสุดโปรแกรม และลดลงเหลือ 17 ราย ที่การติดตามเดือน 1 คิดเป็นร้อยละ 90 และร้อยละ 85 ตามลำดับ โดยการวิเคราะห์ข้อมูลระหว่างก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และการติดตามที่เดือน 1 ใช้หลักการ intention-to treat analysis จึงมีขนาดตัวอย่าง 18 ราย ทั้ง 3 ข้อมูล

อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้ได้ให้หลักฐานวิชาการเบื้องต้นด้านประโยชน์ของโปรแกรมจิตบำบัดอีเอ็มดีอาร์สำหรับผู้ที่ป่วยโรคซึมเศร้าและมีภาวะ PTSD ในด้านความเหมาะสมและความมั่นใจในองค์ประกอบหลักของโปรแกรมจิตบำบัดอีเอ็มดีอาร์สำหรับผู้ที่ป่วยโรคซึมเศร้าและมีภาวะ PTSD ในด้านความเป็นไปได้ของขั้นตอนสำคัญในการศึกษาหลัก ได้แก่ กระบวนการสรรหาอาสาสมัคร เกณฑ์การคัดอาสาสมัครเข้าร่วมการศึกษา เกณฑ์การคัดอาสาสมัครออกจากการศึกษา และด้านระยะเวลาในการบำบัดตามโปรแกรม

สรุป

การบำบัดทางจิตด้วย EMDR ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และมีภาวะ PTSD มีประโยชน์ร่วมกับการรักษาด้วยยา โดยอาจช่วยลดอาการซึมเศร้า ลดอาการของผลกระทบจากเหตุการณ์ และช่วยเพิ่มการรับรู้คุณค่าในตนเอง จึงควรทำการทดสอบประสิทธิผลของจิตบำบัด EMDR ในรูปแบบการทดลองที่มีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างและมีกลุ่มควบคุม

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณกรมสุขภาพจิตที่ให้การสนับสนุนงบประมาณ ขอขอบคุณ รศ.พญ.นวนันท์ ปิยะวัฒน์กุล และ ผศ.ดร.สมบัติ ตาปัญญาที่ให้คำแนะนำและเป็นที่ปรึกษาให้การดำเนินงานวิจัยมีคุณภาพ และขอขอบคุณเป็นพิเศษสำหรับผู้ทรงคุณวุฒิ 2 ท่าน คือ Prof. Dr. Akaluck Thatayatikom (Dr. Ben) ในการช่วยตรวจทานบทคัดย่อและให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์ยิ่ง และ พญ.กิตติวรรณ เทียมแก้ว ที่ให้การสนับสนุนช่วยเหลือและเอื้ออำนวยด้านการคัดกรองและการนัดติดตามอาสาสมัคร

เอกสารอ้างอิง

1. Birmaher B, Ryan ND, Williamson DE, Brent DA, Kaufman J, Dahl RE, et al. Childhood and adolescent depression: a review of the past ten years. Part I. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1996; 35: 1427-1439.
2. Le HN, Muñoz RF, Ippen CG, Stoddard JL. Treatment is not enough: We must prevent major depression in women. Prevention & Treatment 2003; 6(1):Article 10. [Online]. Available from <https://doi.org/10.1037/1522-3736.6.1.610a>
3. Stolberg RA, Clark DC, Bongar B. Epidemiology, assessment, and management of suicide in depressed patients. In IH. Gotlib, CL. Hammen (Eds.), Handbook of depression. The Guilford Press; 2002. ; 2002:581-601.
4. Leahy RL. The cost of depression; 2019. [Online]. [Cited...?]. Available from http://www.huffingtonpost.com/robert-leahy-phd/the-cost-ofdepression_b_770805.html
5. Suthamnirand A, Khongchub A, Chinajitpun N. Posttraumatic stress disorder in children. J MedHealth Sci2014; 21(3): 4-9.
6. Breslau N, Davis GC, Peterson EL, Schultz LR. A second look at comorbidity in victims of trauma: the posttraumatic stress disorder-major depression connection. Biol Psychiatry 2000; 48: 902-909.
7. Bromet E, Sonnega A, Kessler RC. Risk factors for DSM-III-R posttraumatic stress disorder: findings from the National Comorbidity Survey. Am J Epidemiol 1998; 147: 353-361.
8. Kessler RC, Berglund P, Demler O, et al. The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). JAMA 2003; 289: 3095-3105.
9. Stander VA, Thomsen CJ, Highfill-McRoy RM. Etiology of depression comorbidity in combat-related PTSD: A review of the literature. Clin. Psychol Rev 2014; 34: 87-98.
10. Stein MB, Kennedy C. Major depressive and post-traumatic stress disorder comorbidity in female victims of intimate partner violence. J Affect Disord 2001; 66(2-3): 133-138.

11. Gauhar YWM. The efficacy of EMDR in the treatment of depression. *Journal of EMDR Practice and Research* 2016; 10(2): 59-69.
12. Javidi H, Yadollahie M. Post-traumatic stress disorder. *J Occup Environ Med* 2012; 3(1):1-9.
13. Feeny NC, Foa EB, Treadwell KRH, March J. Post-traumatic stress disorder in youth: A critical review of the cognitive and behavioral treatment outcome literature. *Prof Psychol Res Pr* 2004; 35: 466-476.
14. Reid S, Barbui C. Long term treatment of depression with selective serotonin reuptake inhibitors and newer antidepressants. *BMJ* 2010; 340: c1468.
15. Fournier JC, DeRubeis RJ, Hollon SD, Dimidjian S, Amsterdam JD, Shelton RC, et al. Antidepressant drug effects and depression severity: a patient-level meta-analysis. *JAMA* 2010; 303(1): 47-53.
16. Cuijpers P, Sijbrandij M, Koole SL, Andersson G, Beekman AT, Reynolds CF. Adding psychotherapy to antidepressant medication in depression and anxiety disorders: a meta-analysis. *World Psychiatry* 2014; 13: 56-67.
17. Shapiro F. The role of eye movement desensitization & reprocessing (EMDR) therapy in medicine: addressing the psychological and physical symptoms stemming from adverse life experiences. *The Permanente Journal* 2014a; 18(1): 71-77.
18. Shapiro F. EMDR therapy humanitarian assistance programs: treating the psychological, physical, and societal effects of adverse experiences worldwide. *Journal of EMDR Practice and Research* 2014b; 8:181-6.
19. Shapiro F, Laliotis, D. EMDR and the adaptive information processing model: Integrative treatment and case conceptualization. *Clin Soc Work J* 2011; 39; 191-200.
20. Shapiro F, Wesselmann D, Mevissen, L. Eye movement desensitization and reprocessing therapy (EMDR). In MA Landolt M Cloitre U Schnyder (Eds.), *Evidence-based treatments for trauma related disorders in children and adolescents* (p. 273-297); 2017. Springer International Publishing. [Online]. Available from https://doi.org/10.1007/978-3-319-46138-0_13
21. Bae H, Kim D, Park YC. Eye movement desensitization and reprocessing for adolescent depression. *Psychiatric Invest* 2008; 5: 60-5.
22. Uribe MER, Ramírez EOL, Mena IJ. Effect of the EMDR psychotherapeutic approach on emotional cognitive processing in patients with depression. *Span J Psychol* 2010; 13(1): 396-405.
23. Van der Kolk BA, Spinazzola J, Blaustein ME, Hopper JW, Hopper EK, Korn DL, et al. A randomized clinical trial of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR), fluoxetine, and pill placebo in the treatment of posttraumatic stress disorder: Treatment effects and long-term maintenance. *J Clin Psychiatry* 2007; 68:37.

24. Hase M, Balmaceda UM, Hase A, Lehnung M, Tumani V, Huchzermeier C, et al. Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) therapy in the treatment of depression: A matched pairs study in an inpatient setting. *Brain and Behavior* 2015; 5(6):e00342. [Cited...?]. Available from <http://dx.doi.org/10.1002/brb3.342>
25. Hofmann A, Hilgers A, Lehnung M, Liebermann P, Ostacoli L, Schneider W, et al. Eye movement desensitization and reprocessing as an adjunctive treatment of unipolar depression: A controlled study. *Journal of EMDR Practice and Research* 2014; 8(3):103-112.
26. Berg DPG, Gaag M. Treating trauma in psychosis with EMDR: A pilot study. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 2012; 43: 664-671.
27. Ketumarn P, Piyasilpa V. Posttraumatic stress disorder in children and adolescents: lesson learned from 5-year psychosocial intervention program for schools in Takuapa after Tsunami. *J Psychiatr Assoc Thailand* 2009; 54(Supplement 1): 81S-106 S.
28. Lotrakul M, Sumrithe S, Saipanish, R. Reliability and validity of the Thai version of the PHQ-9. *BMC Psychiatry* 2008; 8: 46-52.
29. Piyavhatkul N, Aroonpongpaisal S, Pstijanasontorn N, Rongbuttsri S, Maneeganondh S, Pimpanit W. Validity and reliability of the Rosenberg self-esteem scale-Thai version as compared to the self-esteem visual analog scale. *J Med Assoc Thai* 2011; 94(7): 857-862.
30. Dominguez S, Drummond P, Gouldthorp B, Janson D, Lee CWA. randomized controlled trial examining the impact of individual trauma-focused therapy for individuals receiving group treatment for depression. *Psychology and psychotherapy: theory, research and practice*; 2020. Published - 22 Jan 2020. [Cited...?]. Available from <https://doi.org/10.1111/papt.12268>
31. Hase M, Plagge J, Hase A, Braas R, Ostacoli L, Hofmann A, et al. Eye movement desensitization and reprocessing versus treatment as usual in the treatment of depression: A randomized-controlled trial. *Frontiers in Psychology* 2018; 9: 1384.
32. Minelli A, Zampieri E, Sacco C, Bazzanella R, Mezzetti N, Tessari E, et al. Clinical efficacy of trauma- focused psychotherapies in treatment-resistant depression (TRD) inpatients: A randomized, controlled pilot-study. *Psychiatry Research* 2019; 273:567-74. [Online]. Available from <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.01.070>.
33. Nijdam MJ, Gersons BPR, Reitsma JB, Jongh Ad de, Olf M. Brief eclectic psychotherapy V. eye movement desensitization and reprocessing therapy for post-traumatic stress disorder: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 2012; 200:224-31. Doi: 10.1192/bjp.bp.111.099234

34. Schubert SJ, Lee CW, Araujo G, Butler SR, Taylor G, Drummond PD. The effectiveness of eye movement desensitization and reprocessing therapy to treat symptoms following trauma in Timor Leste. *J Traumat Stress* 2016; 29: 141-8.
35. Valiente-Gomez A, Moreno-Alcazar A, Treen D, Cedron C, Colom F, Perez V, et al. EMDR beyond PTSD: A systematic literature review. *Frontiers in Psychology* 2017; 8:1668. [Cited...?]. Available from <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01668>
36. Solomon RM, Shapiro F. EMDR and the adaptive information processing model. *Journal of EMDR Practice and Research* 2008; 2(4): 315-25.
37. Nutt D, Wilson S, Paterson L. Sleep disorders as core symptoms of depression. *Dialogues Clin Neurosci* 2008; 10(3): 329-336.
38. Ahmad A, Larsson B, Sundelin-Wahlsten V. EMDR treatment for children with PTSD: Results of a randomized controlled trial. *Nord J Psychiatry* 2007; 61(5): 349-354.
39. Benish SG, Imel ZE, Wampold BE. Corrigendum to "The relative efficacy of bona fide psychotherapies for treating post-traumatic stress disorder: a meta-analysis of direct comparisons." *Clin. Psychol. Rev.* 2008; 28:766-75. Doi: 10.1016/j.cpr.2007.10.005
40. Chen YR, Hung KW, Tsai JC, Chung MH, Chen SR, et al. Efficacy of eye-movement desensitization and reprocessing for patients with post-traumatic-stress disorders: a meta-analysis of randomized controlled trials. *PLoS ONE* 2014; 9: e103676. Doi: 10.1371/journal.pone.0103676
41. Chen L, Zang G, Hu M, Liang X. Eye-movement desensitization and reprocessing vs. cognitive-behavioral therapy for adult post-traumatic-stress disorders: systematic review and meta-analysis. *J Nerv Ment Dis* 2015; 203: 443-451.
42. Cuijpers P, Veen SC, Sijbrandij M, Yoder W, Cristea LA. Eye movement desensitization and reprocessing for mental health problems: a systematic review and meta-analysis. *Cogn Behav Ther* 2020; 49(3): 165-180.
43. Shapiro F. New notes on adaptive information processing with case formulation principles, forms, scripts, and work-sheets. Hamden, CT: EMDR Humanitarian Assistance Programs; 2006. [Cited...?]. Available from <https://emdria.omeka.net/items/show/18486>
44. Griffioen BT, Van der Vegt AA, de Groot IW, de Jongh A. The effect of EMDR and CBT on low self-esteem in a general psychiatric population: A randomized controlled trial. *Clinical Trial* 2017; 8(Article 1919):1012. Doi: 10.3389/fpsyg.2017.01910
45. Wanders F, Serra M, De Jongh A. EMDR versus CBT for children with self-esteem and behavioral problems: a randomized controlled trial. *Journal of EMDR Practice and Research* 2008; 2:180-189. Doi: 10.1891/1933-3196.2.3.180
46. Shapiro F, Maxfield L. Eye movement desensitization and reprocessing. In F Shapiro (Ed.), *Encyclopedia of Psychotherapy* Volum 1 (pp. 777-785). Elsevier Science (USA); 2002. [Cited...?]. Available from <https://doi.org/10.1037/10512-000>