



Volume 3, Issue 2, 1999 ISSN 1329 - 1874

Best Practice

Evidence Based Practice Information Sheets for Health Professionals

ข้อมูลเชิงประจักษ์เกี่ยวกับการปฏิบัติที่เป็นเลิศสำหรับนักวิชาชีพด้านสุขภาพ

การรักษาโรคซึมเศร้าด้วยวิธีการทำจิตบำบัดรายบุคคลและรายกลุ่ม Group and Individual Therapy in the Treatment of Depression

แหล่งข้อมูล (Information source)

The Joanna Briggs Institute. *Best Practice: Evidence Based Practice Information Sheets for Health Professionals*.3 (2) 1999, p1-6.

เอกสารข้อมูลการปฏิบัติที่เป็นเลิศฉบับนี้ จะกล่าวถึงหัวข้อต่อไปนี้

(This Practice Information Sheet Covers the Following Concepts)

- บทนำ
- คุณภาพของงานวิจัย
- การรักษาโรคซึมเศร้าในผู้ใหญ่
- การรักษาโรคซึมเศร้าในวัยรุ่น

นิยามศัพท์ (Glossary)

เครื่องมือวัดระดับภาวะซึมเศร้าของเบค (Beck Depression Inventory: BDI) ประกอบด้วย 21 ข้อคำถามในการรายงานตนเองเกี่ยวกับอาการซึมเศร้า (คะแนน 0 - 63) คะแนนสูงแสดงถึงภาวะซึมเศร้าในระดับรุนแรง

บทนำ (Introduction)

แปลโดย ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. กัทราภรณ์ ทุงปิ่นคำ

Translated by Assistant Professor Patraporn Tungpunkom

มีการคาดการณ์ว่า 1 ใน 8 ของประชากรจะต้องได้รับการรักษาโรคซึมเศร้าอย่างน้อยหนึ่งครั้งในชีวิต โรคซึมเศร้าหากไม่ได้รับการรักษาจะนำไปสู่ปัญหาการทำหน้าที่ของสังคมลดลง ความเจ็บป่วยและอาจนำไปสู่ความตายได้ อย่างไรก็ตามหากมีการรักษาที่ถูกต้องแล้ว โรคซึมเศร้าก็สามารถรักษาให้หายได้

จากแนวปฏิบัติการทำจิตบำบัดที่มีอยู่ปัจจุบันไม่ได้ระบุชัดเจนว่าการทำจิตบำบัดเป็นแนวทางหนึ่งในการรักษาโรคซึมเศร้า แต่มีข้อเสนอแนะว่า การใช้ยาหรือการใช้ยาทางจิตเวชร่วมกับการทำจิตบำบัดเป็นแนวทางในการรักษาผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า อย่างไรก็ตามแม้ว่ายาจะเป็นหนึ่งในทีมสหวิชาชีพทางสุขภาพและสามารถออกความคิดเห็นเกี่ยวกับการรักษาด้วยยาได้ แต่การสั่งยาไม่ได้อยู่ในขอบเขตของวิชาชีพพยาบาล

นอกจากนี้เป้าหมายแรกในการบำบัดโรคซึมเศร้าคือ การลดความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าให้เร็วที่สุดเท่าที่จะทำได้ หรือให้ผู้ป่วยสามารถตอบสนองต่อการรักษาในขั้นตอนต่อไป

การบำบัดทางปัญญา (Cognitive behavioural therapy: CBT) เป็นการบำบัดทางจิตอย่างหนึ่งที่เป็นการรักษาแบบไม่ต้องใช้ยาทางจิตเวชในการเตรียมทักษะให้แก่ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าในการจัดการกับอาการของตนเอง อย่างไรก็ตาม ประโยชน์ของ CBT ในการช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลางจนถึงรุนแรงยังไม่ได้รับการประเมินอย่างเหมาะสม ดังนั้นเอกสารข้อมูลการปฏิบัติที่เป็นเลิศฉบับนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อสรุปข้อมูลเชิงประจักษ์ในการใช้ CBT ไม่ว่าจะเป็รายเดี่ยวหรือรายกลุ่มในการช่วยเหลือผู้ที่มีปัญหาซึมเศร้าในระดับปานกลางถึงระดับรุนแรง

คุณภาพของงานวิจัย (Quality of Research)

งานวิจัยเชิงทดลอง (The Randomized Control Trial: RCT) เป็นงานวิจัยที่ได้รับการยอมรับว่ามีระเบียบวิธีวิจัยที่มีความเป็นระบบระเบียบหรือมีความเป็นวิทยาศาสตร์มากที่สุดในการทดสอบประสิทธิผลของวิธีการรักษาโดยการแบ่งออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เนื่องจากมีงานวิจัยชนิด RCT เกี่ยวกับเรื่องนี้เป็นจำนวนมาก ดังนั้นคณะกรรมการจึงเลือกประเมินเฉพาะงานวิจัยที่ได้รับการตีพิมพ์เท่านั้น ในการนำมาสรุปเป็นเอกสารฉบับนี้และในการนำมาพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก

เอกสารฉบับนี้มีวัตถุประสงค์ในการทบทวนประสิทธิผลของ CBT รายเดี่ยวหรือรายกลุ่ม ในการบำบัดบุคคลที่มีภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลางจนถึงระดับรุนแรง ดังนั้นงานวิจัยที่ใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบค (Beck Depression Inventory: BDI) ที่มีคะแนนมากกว่า 14 คะแนนขึ้นไป ในการประเมินผู้เข้าร่วมวิจัยเท่านั้นที่จะนำมาใช้ในการทบทวน

ในการค้นหางานวิจัยที่เกี่ยวกับการบำบัดรักษาภาวะซึมเศร้าด้วยการบำบัดทางจิตทั้งแบบรายเดี่ยวและรายกลุ่มส่วนใหญ่จะใช้วิธีการบำบัดทางปัญญา (CBT) ซึ่งลักษณะโปรแกรมมีความหลากหลายแตกต่างกันออกไป ดังสรุปไว้ในตารางที่ 1 เนื่องจากความแตกต่างระหว่างการบำบัดทางปัญญา ซึ่งมีความซับซ้อนแตกต่างกัน

ออกไปโดยจะมีองค์ประกอบทางพฤติกรรมร่วมด้วยอย่างชัดเจนหรือไม่นั้นกลุ่มผู้เชี่ยวชาญได้ลงความเห็นว่าการบำบัดทั้งรายเดี่ยวและรายกลุ่มนั้นจัดให้เป็นในรูปของ CBT ทั้งหมด

ตารางที่ 1 ลักษณะของการช่วยเหลือ (Description of Interventions)

ลักษณะของโปรแกรมที่ใช้ในการบำบัด สรุปลงโดยการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ

การบำบัดทางปัญญาแบบกลุ่ม (Cognitive Group Therapy (CGT))

- การมีส่วนร่วม การปรับเปลี่ยนความคิด และการทดสอบสมมติฐานทางพฤติกรรม
- ประกอบด้วย 3 โมเดล คือ 1) การฝึกผ่อนคลายอย่างเป็นระบบ 2) การปรับเปลี่ยนความคิด และ 3) การฝึกการกล้าแสดงออก
- ทักษะการพัฒนาความเป็นปึกแผ่นของกลุ่มโดยการจัดการกับความคิดทางลบเกี่ยวกับการรักษาแบบกลุ่ม และการจัดการกับปฏิกิริยาทางลบจากสมาชิกกลุ่ม
- ประกอบด้วยการประคับประคองทางอารมณ์ การฝึกการผ่อนคลาย การฝึกการกล้าแสดงออก การปรับเปลี่ยนความคิด การหยุดความคิด การทำกรบ้านเกี่ยวกับพฤติกรรมเป้าหมาย การบำบัดโดยการอ่าน (bibliotherapy) และการสนทนา

การบำบัดทางปัญญารายบุคคล (Individual Cognitive Therapy (ICT))

- การมีส่วนร่วม การปรับเปลี่ยนความคิดและการทดสอบสมมติฐานทางพฤติกรรม
- ประกอบด้วย 3 โมเดล คือ 1) การฝึกการผ่อนคลายอย่างเป็นระบบ 2) การปรับเปลี่ยนความคิด และ 3) การฝึกการกล้าแสดงออก
- ประกอบด้วยทักษะทางภาษาและท่าทางในการช่วยผู้เข้าร่วมวิจัยในการ (1) ตระหนักถึงความสัมพันธ์ระหว่างความคิด อารมณ์และพฤติกรรม (2) ประเมินความคิดทางลบ (3) ตรวจสอบหลักฐานที่ส่งเสริมหรือต่อต้านความคิดที่บิดเบือนไปจากปกติและ (4) ให้การแปลความเหตุการณ์ตามความเป็นจริงทดแทนการแปลความที่ผิดปกติหรือจากการที่ไม่สามารถปรับตัวได้
- ใช้กลยุทธ์และทักษะเกี่ยวกับอัตลักษณ์แห่งตนและแก้ไขความคิดทางลบหรือความคิดที่บิดเบือนที่มีต่อตนเอง
- บำบัดรักษาภาวะซึมเศร้าด้วยวิธีการเชิงรุกมีการชี้แนะ ในเวลาที่จำกัดและมีโครงสร้างหรือรูปแบบชัดเจน โดยกลยุทธ์ที่ใช้ได้แก่ การค้นหาอัตลักษณ์ การทดสอบความเป็นจริงและการแก้ไขกระบวนการที่บิดเบือนและความเชื่อที่ใช้การไม่ได้ภายใต้การคิดรู้ (cognitive) นั้น ๆ
- การจัดการกับภาวะซึมเศร้าประกอบด้วย 5 กระบวนการทางปัญญาได้แก่ (1) การประเมินตนเองด้านบวก (2) การพูดถึงอารมณ์ความรู้สึกของตนเองตามความเป็นจริง (3) การปรับตัวต่อความเครียด (4) การสร้างทางเลือกที่มีประสิทธิภาพ และ (5) การมีความคิดที่ไม่มุ่งเน้นที่การลงโทษต่อพฤติกรรมที่เกิดขึ้น

การบำบัดด้วยยา (Pharmacotherapy)

- Imipramine อย่างน้อย 150 มิลลิกรัมต่อวัน
- Nortriptyline ยาต้านเศร้าชนิด Tricyclic โดยให้ 50 มิลลิกรัมถึง 75 มิลลิกรัมต่อวัน
- Amitriptyline of doxepin อย่างน้อย 150 มิลลิกรัมต่อวัน
- Amitriptyline หรือ Clomipramine อย่างน้อย 150 มิลลิกรัมต่อวัน

โปรแกรมการรับมือกับภาวะซึมเศร้า (Coping with Depression Course)

- ทำทั้งหมด 12 ครั้งภายใน 8 สัปดาห์ โดยทำ 2 ครั้งต่อสัปดาห์ใน 4 สัปดาห์แรก หลังจากนั้น 1 ครั้งต่อสัปดาห์ ใน 4 สัปดาห์ที่เหลือ 2 ครั้งแรกเนื้อหามุ่งเน้นที่การเรียนรู้ทางสังคมต่อภาวะซึมเศร้า และให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับทักษะการเปลี่ยนตนเอง (self-change skills) 8 ครั้งต่อมาเนื้อหาประกอบด้วยข้อเสนอแนะในการผ่อนคลาย การเพิ่มกิจกรรมที่พึงพอใจที่ให้ความสุขใจ การเปลี่ยนความคิดและการพัฒนาทักษะทางสังคมและปฏิสัมพันธ์ในกลุ่ม 2 ครั้งสุดท้าย ประกอบด้วย การฝึกให้ผู้ป่วยได้ใช้ทักษะที่ได้เรียนรู้ไปใช้ประโยชน์มากที่สุด และการวางแผนชีวิต โปรแกรมดังกล่าวสามารถใช้ได้ทั้งการบำบัดแบบรายเดี่ยวและแบบรายกลุ่ม

การบำบัดทางจิตแบบรายเดี่ยว (Individual Psychotherapy (IP))

- ทักษะในการช่วยเหลือผู้ป่วยในการแยกแยะและทำความเข้าใจต่อปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ตลอดจนความขัดแย้งที่เกิดขึ้นหรือพัฒนาหนทางแก้ไขหรือแนวทางการปรับตัวในการมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นให้ดีขึ้น

การบำบัดโดยใช้คอมพิวเตอร์ช่วยรักษา (Computer Assisted Therapy (Therapeutic Learning Program or TLP))

- โปรแกรมคอมพิวเตอร์ช่วยรักษาจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถแยกแยะและอธิบายความขัดแย้งภายในตนเอง และความขัดแย้งระหว่างบุคคล ตลอดจนพฤติกรรมที่เป็นอุปสรรคต่อความสามารถในการแก้ไขปัญหาและการเจริญเติบโตแห่งตน (self-growth) ผู้ป่วยจะถูกกำหนดให้เริ่มต้นการกระทำที่เป็นการลดความเครียดและรายงานความก้าวหน้าให้กับผู้บำบัดและสมาชิกในกลุ่ม 30 – 40 นาทีแรกจะเป็นกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับโปรแกรมคอมพิวเตอร์ช่วยรักษาทั้งหมด โดยโปรแกรมนี้จะมีบทสรุปตอนท้ายสำหรับผู้บำบัดในการประเมิน หลังจากนั้นเวลาที่เหลือจะเน้นการใช้กระบวนการ กลุ่มในการพูดถึงประเด็นที่เกี่ยวข้องในแต่ละหัวข้อที่ปรากฏในโปรแกรม

กลุ่มที่รอรับการรักษาคือได้รับยาบำบัด (Waiting List with Medication Support (MS))

- กลุ่มยังพบจิตแพทย์อาทิตย์ละครั้งแล้วรับยาและการประคับประคองแต่จะไม่ได้รับโปรแกรมการบำบัดใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการจัดการกับภาวะซึมเศร้า

กลุ่มที่รอการรักษาโดยไม่ได้รับการรักษาอื่น ๆ (Waiting List with No Other Treatment)

- กลุ่มควบคุมจะได้รับคำแนะนำว่าสามารถรับการรักษาได้หลังจาก 14 สัปดาห์เป็นต้นไปและสามารถทำการนัดหมายการบำบัดได้ในเวลาที่กำหนดหากต้องการ

การรอรับการรักษาโดยการได้รับการประคับประคอง(การรักษาตามปกติ) (Waiting List with Support (Treatment as Usual))

- รับการรักษาต่อเนื่องจากแพทย์ที่ส่งต่อแต่จะไม่ได้รับการประเมินสำหรับตารางการบำบัด
- รักษาโดยแพทย์ประจำตัว บางคนจะได้รับยาด้านเศร้า

การรักษาภาวะซึมเศร้าในผู้ใหญ่ (Treatment of Depression in Adults)

การบำบัดแบบไม่ใช้ยาสำหรับภาวะซึมเศร้าเรื้อรังในผู้ใหญ่ ได้รับการรวบรวมและประเมินในหัวข้อต่อไปนี้

1. ประสิทธิภาพของการบำบัดในการลดภาวะซึมเศร้า (โดยภาวะซึมเศร้าวัดโดย BDI และ Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD))
2. เปรียบเทียบประสิทธิภาพของโปรแกรมการบำบัดจากการลดของคะแนนภาวะซึมเศร้า

การบำบัดทางปัญญากับการรักษาด้วยยา (Cognitive Behavioural Therapy versus Pharmacotherapy)

การรักษาด้วยยาได้รับการยอมรับและเป็นวิธีการแรกในการรักษาผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า แนวปฏิบัติการรักษาปัจจุบันได้แนะนำว่าไม่ควรที่จะรักษาผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าที่รุนแรงและเรื้อรังด้วยยาเพียงอย่างเดียว มีข้อเสนอแนะให้กับผู้บำบัดว่าการบำบัดแบบผสมผสาน (ระหว่างรักษาด้วยยาบวกกับการบำบัด) หรือการใช้ยาเพียงอย่างเดียว อย่างไรก็ตามการรักษาด้วยยาจะทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการแทรกซ้อนที่ไม่พึงประสงค์ได้ ดังนั้นมีหลายการศึกษาที่ได้พยายามที่จะเปรียบเทียบการบำบัดทางปัญญาแบบรายเดี่ยวเพียงอย่างเดียวกับการรักษาด้วยยาหรือการบำบัดแบบผสมผสาน (ระหว่างการบำบัดและการใช้ยา) ในการรักษาผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า

การบำบัดทางปัญญาแบบรายเดี่ยวกับการรักษาด้วยยา (Individual Cognitive Therapy versus Pharmacotherapy)

เมื่อมีการศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิภาพของการบำบัดทางปัญญาแบบรายเดี่ยวกับการใช้ยาทางจิตเวชอย่างเดียว ในการรักษาผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลางขึ้นไป (มีคะแนนจากการวัดภาวะซึมเศร้าโดยเครื่องมือ BDI เท่ากับ 27 – 30 คะแนน) พบว่า วิธีการช่วยเหลือทั้ง 2 แบบ สามารถลดคะแนนภาวะซึมเศร้าได้ หลังการรักษาและในระยะติดตาม โดยไม่มีความแตกต่างทางสถิติของการช่วยเหลือทั้ง 2 แบบ และไม่มี ความแตกต่างในจำนวนผู้ป่วยที่มีคะแนนภาวะซึมเศร้าในระดับปกติในระยะสิ้นสุดของการรักษา อย่างไรก็ตามในการแปลและนำผลการศึกษาไปใช้ควรมีข้อระมัดระวังเนื่องจากยาที่ใช้รักษาในการศึกษาเป็นยาตัวใหม่ทางจิตเวชได้แก่ ยาในกลุ่มที่ออกฤทธิ์การยับยั้ง การดูดกลับของซีโรโทนิน (SSRI) ซึ่งมีผลข้างเคียงน้อย แต่มีประสิทธิภาพในการรักษาผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าได้ดี ดังนั้นการประเมินผลของการบำบัดจึงควรกระทำอย่างต่อเนื่อง ระหว่างการบำบัดทางปัญญาและการรักษาด้วยยาตัวใหม่

การบำบัดทางปัญญาแบบรายเดี่ยวกับการบำบัดทางปัญญาแบบรายเดี่ยวร่วมกับการรักษาด้วยยา

(Individual Cognitive Therapy versus Individual Cognitive Therapy Combined with Pharmacotherapy)

ได้มีการศึกษาหลายการศึกษาที่ได้ทำการเปรียบเทียบผลของการบำบัดทางปัญญาแบบรายเดี่ยวและการบำบัดรักษาทางปัญญาแบบรายเดี่ยวร่วมกับการรักษาด้วยยา ผลการศึกษาพบว่า การบำบัดทั้ง 2 แบบมีผลในการลดคะแนนภาวะซึมเศร้าและพบว่าไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติระหว่างการบำบัดทั้ง 2 แบบ

การบำบัดทางปัญญาในกลุ่มที่รอการรักษา(กลุ่มควบคุม) (Cognitive Behavioural Therapy versus Waiting List)

มีการศึกษาหลายการศึกษาที่ได้เปรียบเทียบผลของการบำบัดทางปัญญาแบบรายเดี่ยวเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม โดยกลุ่มควบคุมนี้อาจได้รับการประคับประคองด้วยยาและไม่ได้รับยาใด ๆ

การบำบัดทางปัญญาแบบรายเดี่ยวกับกลุ่มที่รอการรักษาที่ได้รับยา (Individual Cognitive Therapy versus Waiting List with Medication Support)

กลุ่มควบคุมที่ได้รับยาในช่วงที่รอรับการรักษาสภาวะซึมเศร้า มีการศึกษาอยู่ 1 การศึกษาที่พบว่า การบำบัดทางปัญญาแบบรายเดี่ยวสามารถลดคะแนนภาวะซึมเศร้าที่วัดโดย BDI ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่กลุ่มควบคุม ไม่สามารถลดคะแนนภาวะซึมเศร้าได้ ประสิทธิภาพของการรักษามีผลจนถึงระยะของการติดตาม ยิ่งไปกว่านั้น การบำบัดทางปัญญาแบบรายเดี่ยวสามารถลดคะแนนภาวะซึมเศร้าที่วัดโดย BDI ได้มากกว่าการรักษาด้วยยา หลังการบำบัดและในระยะติดตาม อย่างไรก็ตาม อย่างไรก็ตามการศึกษานี้กระทำในกลุ่มตัวอย่างที่จำนวนน้อย การนำผลงานวิจัยไปใช้จึงควรทำด้วยความระมัดระวัง

การบำบัดทางปัญญาแบบรายเดี่ยวและแบบรายกลุ่มกับกลุ่มที่รอการรักษาที่ได้รับยา (ได้รับการรักษาตามปกติ) (Cognitive Individual and Group Therapy versus Waiting List with Support (treatment as usual))

การได้รับการรักษาตามปกติ จะได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องจากแพทย์ที่ทำการส่งต่อ ในขณะที่รอรับการบำบัดโดยจิตบำบัดและบางรายได้รับยาตลอดการศึกษา

มีหลายการศึกษาที่ทำการเปรียบเทียบผลของการบำบัดในแต่ละรูปแบบ บางการศึกษามีผลที่ตรงข้ามกัน มีผลการศึกษาหนึ่งพบว่า การรักษาด้วยการบำบัดทางปัญญาแบบรายเดี่ยวและแบบรายกลุ่มที่รอรับการบำบัด (กลุ่มควบคุม) สามารถลดคะแนนภาวะซึมเศร้าได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในระยะการติดตาม ในขณะที่กลุ่มรอรับการรักษามีคะแนนภาวะซึมเศร้ามลดลงอย่างต่อเนื่องอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเปรียบเทียบกับและหลังการรักษากลุ่มที่ได้รับการบำบัดทางปัญญาแบบรายเดี่ยวมีคะแนนภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับหลังการทดลอง อย่างไรก็ตามในระยะติดตาม พบว่า คะแนนภาวะซึมเศร้ามลดลงกว่าคะแนนในช่วงก่อนได้รับการรักษา

ในการศึกษาอีกการศึกษาหนึ่ง พบว่า ทั้งการบำบัดทางปัญญาแบบรายเดี่ยวและการบำบัดทางปัญญาแบบรายกลุ่มสามารถลดคะแนนภาวะซึมเศร้าหลังการบำบัดเมื่อเปรียบเทียบกับคะแนนก่อนการบำบัดและคะแนนในช่วงระยะติดตาม ในกลุ่มควบคุมไม่พบการเปลี่ยนแปลงของคะแนนไปในทางที่ดีขึ้น ไม่ว่าจะวัดช่วงไหนก็ตาม

การประเมินผลของการรักษานั้นเกี่ยวข้องกับความสามารถของกลุ่มตัวอย่างในการมีส่วนร่วมในการรักษา (adherence) ด้วย ในการวิเคราะห์ในส่วนของกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีส่วนร่วมในการรักษานั้น พบว่าการบำบัดทางปัญญาแบบรายกลุ่มมีผลต่อการลดภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติตลอดการศึกษา

เนื่องจากผลการรักษาที่ไม่ตรงกัน จึงไม่สามารถสรุปประสิทธิผลของการบำบัดทางปัญญาแบบรายกลุ่ม (CGT) และการบำบัดทางปัญญาแบบรายเดี่ยว (ICT) เปรียบเทียบกับการรักษาแบบปกติได้ นักวิจัยให้ข้อควรระวังว่า ไม่สามารถที่จะตัดสินได้ว่าคะแนนภาวะซึมเศร้าที่ดีขึ้นนั้นเกิดจากการบำบัดทางปัญญาหรือเกิดจากการช่วยเหลืออื่น ๆ ที่กลุ่มควบคุม ไม่ได้รับ

การบำบัดทางปัญญาแบบรายกลุ่มหรือการบำบัดทางปัญญาแบบรายเดี่ยวกับกลุ่มที่รอรับการรักษา(ที่ไม่ได้รับการรักษาใด ๆ) (Cognitive Group Therapy or Individual Cognitive Therapy versus Waiting List (no other treatment))

เมื่อเปรียบเทียบการรักษาผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระหว่างการบำบัดทางปัญญาแบบรายเดี่ยว การบำบัดทางปัญญาแบบรายกลุ่ม กับกลุ่มที่ไม่ได้รับการรักษาใด ๆ เลย พบว่า ทั้งการบำบัดทางปัญญาแบบรายเดี่ยวและแบบรายกลุ่มสามารถลดคะแนนภาวะซึมเศร้าได้หลังการรักษาโดยที่การบำบัดทางปัญญาแบบรายเดี่ยวสามารถลดคะแนนภาวะซึมเศร้าได้จนถึงระยะติดตาม (การบำบัดทางปัญญาแบบรายกลุ่ม ไม่ได้วัดในระยะติดตาม) ในขณะที่ที่กลุ่มที่รอรับการรักษาที่ไม่ได้รับการรักษาใด ๆ ไม่พบการลดลงของคะแนนภาวะซึมเศร้าตลอดการศึกษาแต่อย่างใด

การบำบัดทางปัญญากับการบำบัดทางปัญญา (Cognitive Behavioural Therapy versus Cognitive Behavioural Therapy)

มีหลายการศึกษาที่เปรียบเทียบการบำบัดทางปัญญารูปแบบต่าง ๆ กัน รูปแบบมาตรฐานที่ใช้ในการเปรียบเทียบทุกการศึกษาได้แก่ การบำบัดทางปัญญาแบบรายเดี่ยว

การบำบัดทางปัญญาแบบรายกลุ่มกับการบำบัดทางปัญญาแบบรายเดี่ยว (Cognitive Group Therapy versus Individual Cognitive Therapy)

ประสิทธิผลของการบำบัดทางปัญญาแบบรายกลุ่มได้รับการถกเถียงมาตั้งแต่แรกเริ่ม เมื่อเปรียบเทียบกับ การบำบัดทางปัญญาแบบรายเดี่ยว การบำบัดทางปัญญาแบบรายกลุ่มสามารถรักษาภาวะซึมเศร้าจริงหรือไม่ และมีประสิทธิผลมากน้อยแค่ไหน เมื่อเปรียบเทียบกับ การบำบัดทางปัญญาแบบรายเดี่ยว

จากผลการศึกษาพบว่า ทั้งการบำบัดทางปัญญาแบบรายกลุ่มและแบบรายเดี่ยว มีประสิทธิผลในการลดคะแนนภาวะซึมเศร้าได้หลังการทดลองและในระยะติดตาม เมื่อเปรียบเทียบกับคะแนนก่อนการทดลอง ในการ

เปรียบเทียบระหว่าง 2 รูปแบบ พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันในการลดภาวะซึมเศร้าเมื่อทดสอบจำนวนผู้ป่วยที่ได้คะแนนภาวะซึมเศร้าในระดับปกติหลังการรักษาพบว่า ทั้ง 2 รูปแบบมีประสิทธิภาพเท่าเทียมกัน

มีข้อเสนอแนะว่าในยุคของการเน้นประโยชน์สูง ประหยัดสุด การบำบัดทางปัญญาแบบรายกลุ่มซึ่งจะมีข้อได้เปรียบเรื่องการประหยัดจึงเป็นวิธีการที่ดีในการช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า

จิตบำบัดแบบรายเดี่ยวกับการบำบัดทางปัญญาแบบรายเดี่ยว (Individual Psychotherapy versus Individual Cognitive Therapy)

จิตบำบัดเป็นแนวทางการรักษาอย่างหนึ่งสำหรับผู้ที่มีการซึมเศร้า อย่างไรก็ตาม ประสิทธิภาพของการทำจิตบำบัดเปรียบเทียบกับจิตบำบัดทางปัญญายังอยู่ในขอบเขตที่จำกัด มีการศึกษาหนึ่งพบว่า การบำบัดทั้ง 2 แบบมีประสิทธิภาพในการบำบัดภาวะซึมเศร้าได้และไม่พบความแตกต่างระหว่างรูปแบบทั้งสองแต่อย่างใด การศึกษานี้มีจำนวนกลุ่มตัวอย่างค่อนข้างใหญ่ (จำนวนมาก) ต่อกลุ่ม และยังคงทดสอบประสิทธิภาพของการรักษา กลุ่มตัวอย่างที่ได้ถอนตัวออกจากการวิจัยก่อนที่งานวิจัยจะเสร็จสิ้น

การบำบัดทางปัญญาแบบรายกลุ่มกับการบำบัดโดยใช้คอมพิวเตอร์ช่วยบำบัด (การบำบัดโดยใช้โปรแกรมการเรียนรู้ทางคอมพิวเตอร์) (Cognitive Group Therapy versus Computer Assisted Therapy (Therapeutic Learning Program))

ปัจจุบันได้มีการพัฒนาการใช้คอมพิวเตอร์ช่วยบำบัดแทนการบำบัดโดยผู้บำบัดในการช่วยให้ผู้รับการบำบัดได้ค้นหาหรือได้สะท้อนการรับรู้ของตนเองต่อสิ่งแวดล้อมและการชี้แนะผู้รับการบำบัดในการพัฒนาทักษะการรับมือใหม่ ๆ อย่างไรก็ตามการบำบัดโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์นี้ยังประกอบด้วยการทำกลุ่มบำบัดร่วมด้วย เนื่องจากผู้รับการบำบัดต้องกลับมาเข้าร่วมกลุ่มแล้วแบ่งปันประสบการณ์การเรียนรู้และความคิดเห็น ซึ่งเกิดขึ้นช่วงที่บุคคลนั้นได้รับการบำบัดจากโปรแกรมคอมพิวเตอร์

จากการศึกษาพบว่า การบำบัดทั้ง 2 รูปแบบสามารถลดคะแนนภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหลังได้รับการรักษาและไม่พบความแตกต่างของประสิทธิภาพของทั้ง 2 โปรแกรมในการลดคะแนนภาวะซึมเศร้า

การรับมือกับภาวะซึมเศร้า: โปรแกรมการรักษา การเปรียบเทียบของการบำบัดแบบรายกลุ่มหรือชั้นเรียนและการบำบัดแบบรายเดี่ยว (Coping with Depression: A Course, Comparison of Group or Class Therapy and Individual Therapy)

การใช้โปรแกรมการรักษาแบบมีโครงสร้างที่ชัดเจนในการรับมือกับภาวะซึมเศร้าได้รับการทดสอบทั้งแบบรายเดี่ยวและรายกลุ่ม ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลางและระดับรุนแรงในระยะเริ่มแรกของการรักษามีภาวะซึมเศร้าลดลง หลังจากได้รับการรักษาโดยการบำบัดแบบรายเดี่ยวและราย

กลุ่ม (หรือแบบชั้นเรียน) ในขณะที่การบำบัดแบบรายเดี่ยวยังมีผลดีว่าการบำบัดแบบชั้นเรียน หลังได้รับการบำบัดทันทีแต่ทั้ง 2 แบบไม่มีความแตกต่างกันในระยะติดตาม

การรักษาภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (Treatment of Depression in Adolescents)

การรักษาสำหรับวัยรุ่นจะมีความแตกต่างกับการรักษาในวัยผู้ใหญ่ อย่างไรก็ตาม การวิจัยเกือบทั้งหมดพบความแตกต่างเพียงเล็กน้อยเท่านั้นในการรักษามากกว่าที่จะนำมาเป็นข้อจำกัดในความแตกต่างกันระหว่างอายุ

จากการเปรียบเทียบกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการบำบัดทางปัญญาแบบรายเดี่ยวและรายกลุ่มกับกลุ่มที่รอการรักษา (กลุ่มควบคุม) พบว่า กลุ่มที่ได้รับการบำบัดมีคะแนนภาวะซึมเศร้าดีขึ้นและพบว่า จำนวนผู้ที่หายขาดจากภาวะซึมเศร้ามีจำนวนมากกว่ากลุ่มที่รอรับการบำบัด (กลุ่มควบคุม) ผู้วิจัยของการศึกษาหนึ่งให้ข้อควรระวังจากผลการศึกษาการบำบัดทางปัญญาแบบรายเดี่ยวว่าไม่สามารถแนะนำในการบำบัดวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้ารุนแรงได้

ข้อเสนอแนะ (Recommendations)

การบำบัดแบบรายเดี่ยวและการบำบัดทางปัญญาสำหรับผู้ใหญ่ที่มีภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลางและรุนแรง ($BDI \geq 14$) มีประสิทธิผลเท่าเทียมกันและพบว่า การบำบัดทั้ง 2 แบบดีกว่าการไม่ให้การบำบัดเลย การบำบัดทางปัญญาแบบรายเดี่ยวยังมีประสิทธิผลเท่าเทียมหรือดีกว่า การรักษาด้วยยาต้านโรคจิตชนิดไตรไซคลิก (Tricyclic anti-depressant drugs) ในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าที่มีค่าเฉลี่ย BDI เท่ากับ 30 ข้อเสนอแนะต่อไปนี้ได้จากหลักฐานเชิงประจักษ์ระดับ 2 (RCT)

การบำบัดสำหรับผู้ใหญ่ (For Adults):

ไม่ว่าจะเป็นการบำบัดทางปัญญาแบบรายเดี่ยวและแบบรายกลุ่มสามารถใช้ในการรักษาผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลางถึงระดับรุนแรงขึ้นอยู่กับการตัดสินใจทางคลินิกของผู้รักษาว่าผู้ป่วยจะได้ประโยชน์จากการบำบัดแบบรายเดี่ยวหรือจากการบำบัดแบบรายกลุ่ม

- การใช้คอมพิวเตอร์ช่วยบำบัด จะเป็นประโยชน์ในการใช้ร่วมกับการบำบัดทางปัญญาแบบรายกลุ่ม สำหรับผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลางถึงรุนแรง
- การบำบัดทางปัญญาแบบรายเดี่ยวยังมีประสิทธิภาพในการบำบัดทดแทนการบำบัดด้วยยาสำหรับผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลางถึงรุนแรงในกรณีที่มีผู้ป่วยต่อต้านการรักษาด้วยยา
- การบำบัดทางปัญญาแบบรายกลุ่ม ไม่สามารถเปรียบเทียบกับการบำบัดด้วยยาได้ ดังนั้นจึงไม่มีข้อเสนอแนะที่ชัดเจนเกี่ยวกับประสิทธิภาพของการรักษาในการที่จะใช้แทนการบำบัดอื่น

การบำบัดสำหรับวัยรุ่น(For Adolescents):

- ไม่ว่าจะเป็นการบำบัดทางปัญญาแบบรายเดี่ยวและแบบรายกลุ่มสามารถนำมาใช้ในการบำบัดวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลาง ($BDI \geq 14$)
- การศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการใช้การบำบัดทางปัญญาแบบรายเดี่ยวและรายกลุ่มในการบำบัดวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าในระดับรุนแรง ($BDI \geq 20$) ยังมีไม่เพียงพอในการตัดสินประสิทธิผลในการบำบัด