

MOOD SWINGS: THE CHALLENGE OF MENTAL HEALTH PROBLEMS AND PREVENTION AMONG ADOLESCENT

*Suleemas Angsukaittavorn, D.N.S.**

Abstract

Mental health problems, behavior problems and psychiatric problems in adolescents were increased around the world, including in Thailand. A retrospective study in psychiatric patients and people with mental health problems showed mood swings as early warning signs of a mental health problem or psychiatric disorder. The objective of this article was to present the concepts and the evidence-based in the mood swings which was a characteristic in mental health problems and psychiatric patients among adolescents. Consideration of mood swings and the factors associated, it is a challenge of psychiatric nurses to prevent mental health problems among adolescents by assessing mood swings in adolescents and taking care. Advising to parents in raising their child to prevent mood swings. Based on understand the concepts of emotional development, family relationship, and management of emotion, using therapeutic communication.

Keywords: mood swings, mental health problems, adolescent

*Corresponding author: Lecture, Faculty of Nursing, Siam University, e-mail: suleemas.ang@siam.edu

Received: 3 May 2021, Revised: 29 July 2021, Accepted: 5 August 2021

สภาวะอารมณ์ไม่คงที่: ความท้าทายในการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในวัยรุ่น

สุลีมาศ อังศุเกียรติถาวร, พย.ด.*

บทคัดย่อ

ปัญหาสุขภาพจิต พฤติกรรม และ โรคจิตเวชในวัยรุ่นมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นทั่วโลก รวมถึงประเทศไทย จากการศึกษาย้อนหลังในผู้ป่วยจิตเวชและผู้มีปัญหาสุขภาพจิตพบสภาวะอารมณ์ไม่คงที่เป็นสัญญาณเตือนที่เกิดขึ้นก่อนการเกิดปัญหาสุขภาพจิตหรือโรคจิตเวช บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอแนวคิด และหลักฐานเชิงประจักษ์ของสภาวะอารมณ์ไม่คงที่ซึ่งเป็นลักษณะที่พบตั้งแต่ช่วงวัยรุ่นในผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช การตระหนักถึงสภาวะอารมณ์ไม่คงที่ ปัจจัยเชิงสัมพันธ์กับสภาวะอารมณ์ไม่คงที่ ซึ่งเป็นความท้าทายของพยาบาลจิตเวชในการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในวัยรุ่นด้วยการประเมินสภาวะอารมณ์ไม่คงที่ในวัยรุ่น ช่วยเหลือดูแล การให้การแนะนำกับบิดามารดาในการเลี้ยงดูบุตรเพื่อป้องกันสภาวะอารมณ์ไม่คงที่ ด้วยแนวคิดความเข้าใจพัฒนาการทางอารมณ์สัมพันธ์สภาพในครอบครัว การจัดการอารมณ์ความรู้สึก โดยอาศัยพื้นฐานการสื่อสารเพื่อการบำบัด

คำสำคัญ : สภาวะอารมณ์ไม่คงที่ ปัญหาสุขภาพจิต วัยรุ่น

*ผู้ประสานงานบทความ: อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม, e-mail: suleemas.ang@siam.edu

วันที่รับ: 3 พฤษภาคม 2564, วันที่แก้ไข: 29 กรกฎาคม 2564, วันที่ตอบรับ: 5 สิงหาคม 2564

บทนำ

ในอดีตปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชในเด็กและวัยรุ่นมักได้รับความสนใจในเรื่องสติปัญญา สมาธิและพฤติกรรมบางอย่างเท่านั้น แต่การศึกษาในระยะต่อมาแสดงให้เห็นว่าโรคทางอารมณ์ เช่น ซึมเศร้า (major depressive disorder) และอารมณ์สองขั้ว (bipolar disorder) พบได้ตั้งแต่เด็กและวัยรุ่น ซึ่งในสองทศวรรษที่ผ่านมาพบว่าปัญหาทางอารมณ์และพฤติกรรมมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในวัยรุ่น (Collishaw, Maughan, Natarajan, & Pickles, 2010; Lawrence et al., 2015) และเรื้อรังถึงวัยผู้ใหญ่ ส่งผลกระทบต่อในการดำเนินชีวิตและครอบครัวของผู้ป่วย โดยการเจ็บป่วยทางจิตเป็นส่วนหนึ่งของภาวะโรคทำให้คุณภาพชีวิตของบุคคลลดลงถึงร้อยละ 10.00 (American Psychiatric Association, 2019) แม้ว่าวัยรุ่นจะได้รับการกล่าวถึงว่ามีอารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย จี๋หงุดหงิด แต่อารมณ์ตามธรรมชาติของวัยรุ่นเกิดจากการเปลี่ยนแปลงฮอร์โมนและระดับสิ่งกระตุ้นเร้าที่ชัดเจนได้แตกต่างกับภาวะอารมณ์ไม่คงที่ (mood swings: MS) ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับพยาธิสภาพทางจิต ภาวะอารมณ์ไม่คงที่พบได้ตั้งแต่วัยรุ่น แต่อารมณ์ประเภทนี้ระดับสิ่งกระตุ้นเร้าได้ไม่ชัดเจนทำให้มีปัญหาเรื้อรังต่อเนื่องเป็นเวลานาน โดยพบสภาวะอารมณ์ไม่คงที่สูงในผู้มีความเสี่ยงทางสุขภาพจิตและผู้ป่วยจิตเวช (Marwaha, Parsons, Flanagan, & Broome, 2013)

การศึกษาย้อนหลังในผู้ป่วยจิตเวชต่างประเทศพบว่า ส่วนใหญ่มีการรับรู้ความผิดปกติที่เป็นสัญญาณเตือนก่อนการเจ็บป่วยทางจิตรุนแรงคือ มีสภาวะอารมณ์ไม่คงที่ (mood swings: MS)

โดยพบหรือสังเกตได้ตั้งแต่วัยรุ่นถึงผู้ใหญ่ตอนต้น (12 - 24 ปี) แต่ไม่ได้เข้ารับบริการสุขภาพจิต บางคนอาจรู้สึกทุกข์ทรมานกับความผิดปกติทางสภาวะอารมณ์ไม่คงที่ จึงใช้สารเสพติด แสดงพฤติกรรมก้าวร้าว หรือใช้ความรุนแรงเพื่อบรรเทาอารมณ์ความรู้สึกทุกข์ กระทั่งมีอาการรุนแรงมากขึ้นถึงได้รับการวินิจฉัยการเจ็บป่วยทางจิตรุนแรงใน 2 - 10 ปีต่อมา (Parker, & Fletcher, 2013; Fulford et al, 2014; Inoue, Inagaki, Kimura, & Shirakawa, 2014; Leopold et al, 2014; Patel et al., 2015; Peters, Balbuena, Baetz, Marwaha, & Bowen, 2015; Güclü et al., 2015; Serra et al., 2015; Woo et al., 2015) สอดคล้องกับส่วนหนึ่งในการศึกษาของสมจิตร์ มณีกานนท์ สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล วิจิตรา พิมพะนิษฐ์ นิทยา จรัสแสง และขวัญสุดา บุญทศ (2557) ที่พบว่าผู้ป่วยจิตเวช เช่น กลุ่มโรคอารมณ์ (ซึมเศร้า อารมณ์สองขั้ว วิตกกังวล) สัมพันธ์กับประวัติการใช้สารเสพติดอย่างน้อย 1 ประเภท ดังนั้นการส่งเสริมบุคคลให้รู้จัก เข้าใจเท่าทันอารมณ์ของตนเอง จัดการอารมณ์ตนเองได้เหมาะสม ด้วยศาสตร์และบทบาทการพยาบาลจิตเวช คือการให้ความรู้ สนับสนุน เสริมสร้างพลังอำนาจของครอบครัวและบุคคล ให้เข้าใจเรื่องเกี่ยวกับอารมณ์โดยเทคนิคสร้างสัมพันธภาพและให้การปรึกษา จึงเป็นงานที่ทำาของพยาบาลจิตเวชจะช่วยลดอัตราผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช ช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิตของวัยรุ่นต่อไป

อารมณ์ ความรู้สึก และสภาวะอารมณ์ไม่คงที่

อารมณ์ (emotion) และความรู้สึก (feeling) เป็นความละเอียดอ่อนที่ไม่สามารถแยกออกจากกันได้ แม้จะมีนักวิชาการพยายามอธิบายความแตกต่างระหว่างอารมณ์และความรู้สึก โดยอารมณ์ (emotion) คือการตอบสนองต่อสิ่งเร้าโดยอัตโนมัติในระยะเวลาสั้น ๆ แต่มีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย เช่น การเต้นของหัวใจ การขยายของรูมขมขมทำให้เหงื่อออกมาก การสั่นของกล้ามเนื้อ เป็นต้น ส่วนความรู้สึก (feeling) คือ กระบวนการทำงานภายในเพื่อตอบสนองต่อสิ่งเร้าซึ่งผสมผสานระหว่างอารมณ์ (emotion) และการคิด (thought) แต่หากไม่แสดงออกจะไม่มีผู้ใดทราบความรู้สึกได้ แต่โดยทั่วไปมีความสับสนในการจำแนกจึงมักใช้ควบคู่คำกันเป็นอารมณ์ความรู้สึกในภาษาไทย

ความสนใจศึกษาเรื่องอารมณ์และการแสดงออกทางอารมณ์ ลิซ่า เฟลด์แมน บาร์เรตต์ (Barrett, 2011) เขียนไว้ใน Constructing Emotion ว่าดาร์วิน (Darwin 1859/1965) เป็นผู้บุกเบิกความสนใจอารมณ์ที่เกิดขึ้นทั้งในคนและสัตว์ และในปี 1960 Magda Arnold ให้ทฤษฎีอารมณ์ (emotion) ว่าเป็นความซับซ้อนของปฏิกิริยาที่ถูกกระตุ้นเร้าด้วยวัตถุหรือเหตุการณ์ ซึ่งแต่ละอารมณ์มีลักษณะเฉพาะที่มากหรือน้อยต่างกัน อารมณ์พื้นฐานที่มีในบุคคล เช่น เศร้า โกรธ หรือกลัว จะมีการแสดงออกเฉพาะบุคคลซึ่งแตกต่างกัน อย่างไรก็ตามในเวลาต่อมาได้มีการโต้แย้งจากผู้เชี่ยวชาญทางจิตวิทยา James (1980) เขียนไว้ใน The Principles of Psychology ว่าความรู้สึก เศร้า โกรธ และกลัวไม่ใช่พื้นฐานทางอารมณ์ แต่อารมณ์คือสภาวะทางจิตที่มีความแปรปรวนสูงตามสภาพจิต ปัจจุบันการแบ่งอารมณ์ตามหลัก

ศาสตร์ทางจิตวิทยาเพื่อให้มีการสื่อตรงกัน นักจิตวิทยาบางท่านได้สรุปหลักการ ประเภทของอารมณ์ โดยพิจารณาจากสิ่งเร้า กระบวนการ กลไก การตอบสนอง และระยะเวลาการคงอยู่ของอารมณ์ โดยจำแนกเป็น 3 อย่าง (Elizabeth and Watson, 2001; Lara et al., 2012; Ekkekakis, 2012) คือ

1) emotion เป็นอารมณ์ประเภทที่ทราบสาเหตุ ระบุสิ่งกระตุ้นเร้าได้ชัดเจน มีกระบวนการเกิดแบบอัตโนมัติ ระยะเวลาคงอยู่สั้นเพราะเปลี่ยนแปลงตามสิ่งเร้า จึงสามารถจัดการปรับเปลี่ยนอารมณ์ประเภทนี้ได้ง่าย และเป็นพื้นฐานของอารมณ์ประเภทอื่น ๆ ต่อไป

2) mood เป็นสภาวะอารมณ์ มีการคงอยู่นานเป็นวันหรือสัปดาห์เพราะเกิดขึ้นโดยระบุสิ่งเร้าได้ไม่ชัดเจน การปรับเปลี่ยนจึงค่อนข้างยาก

3) affect ในทางจิตวิทยามีความใกล้เคียงกับ emotion คือระบุสิ่งเร้าได้ชัดเจนแต่กระบวนการเกิดอารมณ์ประเภทนี้ผสมผสานกับการคิดวิเคราะห์ (cognitive) คือเป็นความรู้สึก (feeling) ที่อยู่ภายในแล้วจึงผ่านกระบวนการตัดสินใจเลือกการสะท้อนหรือแสดงความรู้สึกและอารมณ์ให้ผู้อื่นรับรู้เรียกว่า affect เช่น การแสดงออกทางกิริยาท่าทาง สีหน้า แววตา ซึ่งในทฤษฎีจิตวิเคราะห์เมื่อฟรอยด์ (Freud) กล่าวถึงอารมณ์จะใช้คำว่า Affect

แม้จะมีการจำแนกประเภทของอารมณ์เป็นคำศัพท์ต่าง ๆ แต่การอธิบายถึงอารมณ์ทุกประเภทมีความเกี่ยวเนื่องเชื่อมโยงต่อกันและพบได้ทุกลักษณะในบุคคลคนหนึ่ง นอกจากนี้ยังมีการศึกษาเชิงลึกในกระบวนการของอารมณ์ (emotion processing) ระหว่างการทำงานของสมอง

และการตอบสนองด้วยการแสดงออกทางใบหน้า (facial emotion) รวมถึงการเชื่อมโยงกับกระบวนการทางจิตหลายด้าน เช่น ความจำ การตัดสินใจและพฤติกรรม (Kret & Ploeger, 2015) ปัจจุบันกระบวนการของอารมณ์ยังไม่มีรูปแบบที่อธิบายได้ชัดเจนแต่เป็นที่ยอมรับทั่วไปว่า การตอบสนองทางอารมณ์มีทั้งมิติด้านบวกและลบซึ่งแตกต่างกัน โดยกระบวนการหลักจะอยู่ที่สมองบริเวณ Amygdala และปฏิกิริยาโต้ตอบในสมองส่วนหน้า (frontal area) เช่น superior temporal gyrus, angular gyrus และ supplementary motor area ซึ่งในแต่ละลักษณะความรู้สึกที่แสดงเป็นอารมณ์จะมีส่วนการทำงานของสมองที่แตกต่างกันทำให้เกิดอารมณ์ที่หลากหลาย เช่น ความรู้สึกสุข เศร้า เครียด กลัว โกรธ ประหลาดใจ ส่วนแนวคิด Act Model โดย Feldman Barrett (Barrett, 2011; 2014) โมเดลนี้ผนวกแนวคิดของ James (1980) ที่ว่าอารมณ์คือสภาวะทางจิต และพื้นฐานทางประสาทวิทยาที่กล่าวถึง Core Affect ซึ่งเป็นความสัมพันธ์ระหว่างกระบวนการทางประสาทที่ประเมินและแปลสิ่งเร้าภายนอก (appraisal process) เป็นรหัสภายในกับสรีรวิทยาของบุคคลต่อสิ่งแวดล้อม ณ เวลานั้น (culture context) และทำให้เกิดอารมณ์ต่าง ๆ โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่มพื้นฐาน (core affect) คือความพึงพอใจ เช่น ความตื่นเต้น ความสุข ความสงบ และความไม่พึงพอใจ เช่น ความเศร้า ความเครียด ความกังวล เป็นต้น บาร์เรตต์อธิบายพัฒนาการทางอารมณ์ของมนุษย์ตามแนวคิด Act Model ว่าเป็นโครงสร้างจากการรับรู้ แปลสิ่งเร้า จดจำศัพท์ทางอารมณ์ตามสภาพแวดล้อมและวัฒนธรรมของแต่ละบุคคล

ดังนั้นการแสดงอารมณ์จึงสัมพันธ์กับวัฒนธรรม สิ่งแวดล้อมที่บุคคลมีประสบการณ์ ส่วนการคงอยู่หรือระยะเวลาของอารมณ์ Kret and Ploeger (2015) อธิบายวงจรของอารมณ์ว่า โดยทั่วไปแต่ละครั้งเมื่อมีสิ่งเร้าจะเกิดอารมณ์ความรู้สึกเพียงหนึ่งอย่างหรือ 1 วงจรเท่านั้น แต่ถ้ากระบวนการตอบสนองอารมณ์ในสมองทำงานพร้อมกันหลายวงจรโดยวงจรเดิมยังไม่สิ้นสุดจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตได้ หากประยุกต์วงจรของอารมณ์และ Act Model มาใช้อธิบายสภาวะอารมณ์ไม่คงที่ (mood swings) พอจะทำให้เข้าใจว่าเมื่อบุคคลมีการเรียนรู้พื้นฐานทางอารมณ์ที่แตกต่างกันทั้งทางบวกและลบตามสภาพแวดล้อม ดังนั้นเมื่อมีสิ่งกระตุ้นเร้าจึงเกิดการประเมินและตอบสนองสิ่งต่าง ๆ ตามการเรียนรู้และประสบการณ์ หากประสบการณ์เรียนรู้การจัดการอารมณ์ไม่เหมาะสม ปล่อยให้อารมณ์ขัดแย้งด้านบวกและลบเกิดในเวลาเดียวกัน เวลาใกล้เคียงกันหรือมีสิ่งเร้าเกิดขึ้นพร้อม ๆ กันหลายอย่างในช่วงเวลาเดียวกัน จะทำให้เกิดการสะสมอารมณ์เป็นพลังงานรุนแรงที่เพิ่มมากขึ้น และถูกกระตุ้นได้ง่ายขึ้นเนื่องจากมีพลังงานเดิมสะสม (สุลีมาศ อังศุเกียรติถาวร และคณะ, 2019) ดังภาพที่ 1

สภาวะอารมณ์ไม่คงที่ (mood swings: MS)

ความหลากหลายของอารมณ์ที่ไม่สามารถระบุตัวกระตุ้นเร้าได้ชัดเจนอาจเนื่องมาจากการเกิดสิ่งกระตุ้นเร้าหลายอย่างในเวลาใกล้เคียงกัน แต่บุคคลมีการเรียนรู้และประสบการณ์ทางอารมณ์ไม่เหมาะสมตั้งแต่อดีต ทำให้เกิดสภาวะอารมณ์ (mood) มีระยะเวลาการคงอยู่นานเป็นชั่วโมงหรือเป็นวันหรืออาจนานกว่า 2 สัปดาห์ (Ekkekakis, 2012;



ภาพที่ 1 สภาวะอารมณ์ไม่คงที่ (mood swings)

Parker, 2011) โดยความหลากหลายของอารมณ์ที่เกิดขึ้นด้านลบหลายแบบ หรือมีทั้งความรู้สึกบวกและลบ เช่น เศร้า วิตกกังวล สิ้นหวัง ร่วมกับตื่นเต้น ตีใจ หรือรู้สึกมีพลังงานมากในกิจวัตรประจำวัน ส่งผลให้มีพฤติกรรมบางอย่างมากเกินไป

การศึกษาเรื่องสภาวะอารมณ์ไม่คงที่ (MS) จากอดีตถึงปัจจุบันพบว่า มีการใช้คำและแบบประเมินที่หลากหลาย เช่น mood swings, mood variability, affective instability, emotional lability, affective and mood dysregulation, mood instability (Bowen et al., 2013; Marwaha et al., 2014; Broome et al., 2015) และส่วนใหญ่ไม่แยกประเภทของอารมณ์ตามแนวคิดดังกล่าวข้างต้น แต่การศึกษามีนิยามศัพท์สภาวะอารมณ์ไม่คงที่พบลักษณะคล้ายกัน โดย Marwaha and colleagues (2014) สังเคราะห์วรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (systematic review) พบการขยายความสภาวะอารมณ์ไม่คงที่ (MS) ประกอบด้วย 4 อย่างคือ อารมณ์มีการสลับหมุนเวียน (oscillation) มีความตึงเครียดหรือระดับ

ความรุนแรงของอารมณ์ (intensity) ความสามารถในการจัดการอารมณ์ (ability to regulate) และสิ่งแวดล้อมที่ไม่สามารถระบุได้ชัดเจนเป็นตัวกระตุ้นให้เปลี่ยนได้ (affective change triggered by environment)

สภาวะอารมณ์ไม่คงที่กับปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าปัญหาพฤติกรรมเสี่ยง ปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชรุนแรงสัมพันธ์กับการเข้าถึงการดูแลรักษาที่ล่าช้า ซึ่งความยากในการจำแนกอาการผิดปกติในระยะแรก (difficult identify the symptoms) เป็นปัจจัยสำคัญในการเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพจิตล่าช้า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาการรุนแรงและเจ็บป่วยเรื้อรัง (Gulliver, Griffiths, & Christensen, 2010) ข้อมูลทางระบาดวิทยาในสองทศวรรษของหลายประเทศพบปัญหาสุขภาพจิต พฤติกรรม จิตเวชเรื้อรังและฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้นในวัยรุ่น รวมถึงมีค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่อาการรุนแรงเพิ่มขึ้นด้วย

(Collishaw, 2015) สอดคล้องกับข้อมูลประเทศไทย กรมสุขภาพจิตสะท้อนถึงสถานการณ์ของเยาวชนไทยที่พบพฤติกรรมเสี่ยงที่หลากหลาย (multiple risk taking behavior) และปัญหาทางจิตรวมถึงอัตราพยายามฆ่าตัวตายของวัยรุ่นเพิ่มขึ้นเช่นเดียวกับนานาชาติ และข้อมูลในระบบการรักษาจากสถานบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต รายงานปัญหาและความผิดปกติทางพฤติกรรม อารมณ์ที่มักเริ่มต้นในวัยเด็กและวัยรุ่น (F90 - F98) เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 4.07 ในปี 2555 เป็นร้อยละ 4.67 ในปี 2556 (Department of Mental Health, Ministry of Public Health, Thailand, 2013) แม้การเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย และฮอร์โมนเพศในวัยรุ่นจะเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว เป็นพัฒนาการตามช่วงวัยปกติ ส่งผลให้การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ของวัยรุ่นเปลี่ยนง่ายดูเป็นคนขี้หงุดหงิดมากขึ้น แต่การเปลี่ยนแปลงอารมณ์ของวัยรุ่นมักพบสิ่งเร้าหรือเหตุของอารมณ์ได้ชัดเจน แต่จากการศึกษาสภาวะอารมณ์ไม่คงที่ (MS) พบว่าสัมพันธ์กับพฤติกรรมผิดปกติซึ่งสอดคล้องกับพฤติกรรมปัญหาของวัยรุ่นที่เพิ่มขึ้นในปัจจุบันด้วย เช่น ช่วงเวลาการนอนหลับผิดปกติ (circadian rhythm) (Päären et al., 2013; Leopold et al., 2014; Jeong Jeong et al., 2015) การเสพติดสารหรือการพนัน (addict behavior) พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศสัมพันธ์ที่หลากหลาย (multiple partners) (Di Nicola et al, 2010; Duffy et al, 2012; Geoffroy et al, 2013 ; Parker, 2011; Serra et al, 2015; Güclü et al, 2015) และพฤติกรรมเกร (Bullying) (Parker and Fletcher, 2013; Faedda et al., 2014)

สองทศวรรษที่ผ่านมาผู้เชี่ยวชาญทางจิตเวช

ในหลายประเทศเริ่มสนใจศึกษาสภาวะอารมณ์ไม่คงที่ (MS) ในลักษณะเป็นสัญญาณเตือนก่อนที่จะมีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชรุนแรง ซึ่งหลายการศึกษาสะท้อนถึงสัมพันธ์ระหว่างอารมณ์ไม่คงที่และการเสื่อมทางจิตของบุคคล โดย Patel และคณะ (2015) พบความชุกสภาวะอารมณ์ไม่คงที่ในผู้ใช้บริการสุขภาพจิตร้อยละ 12.10 และพบอัตราความชุกสูงมากที่สุด ร้อยละ 16.30 ของผู้มีสภาวะอารมณ์ไม่คงที่ในกลุ่มอายุ 16 - 25 ปี และการสำรวจของ Marwaha และคณะ (2013) ในประชาชนทั่วไปอายุตั้งแต่ 16 ปีขึ้นไป พบลักษณะสภาวะอารมณ์ไม่คงที่ร้อยละ 13.90 และพบมากที่สุดในช่วงอายุ 16 - 24 ปี นอกจากนี้ยังมีข้อมูลพบความสัมพันธ์ระหว่างสภาวะอารมณ์ไม่คงที่กับผู้มีปัญหาสุขภาพจิตถึงร้อยละ 88.00 โดยจำแนกเป็นโรคกังวลไปทั่ว (general anxiety disorder) ร้อยละ 49.20 โรคแพนิค (panic disorder) พบร้อยละ 56.10 สภาวะซึมเศร้า (depressive episode) ร้อยละ 60.90 โรคย้ำคิดย้ำทำ (obsessive-compulsive disorder) ร้อยละ 67.10 และพบว่าสภาวะอารมณ์ไม่คงที่ที่สามารถทำนายการเสื่อมของสุขภาพจิตได้อย่างชัดเจน (Bowen et al., 2013; Bowen et al., 2015) สำหรับปัญหาพฤติกรรมกับสภาวะอารมณ์ไม่คงที่พบว่าวัยรุ่นที่มีปัญหาพฤติกรรมทางสังคม เช่น ก้าวร้าว หรือกลุ่มที่มีปัญหาการกินพบคะแนนการประเมินสภาวะอารมณ์ไม่คงที่สูงเช่นกัน (McLaughlin, Hatzenbuehler, Mennin, & Nolen-Hoeksema, 2011; Pan and Yeh, 2015)

นอกจากนี้การศึกษาย้อนหลังในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชรุนแรง พบสภาวะอารมณ์ไม่คงที่ซึ่ง

สังเกตได้ตั้งแต่ระยะ prodromal คือก่อนการเจ็บป่วยทางจิต (Inoue et al., 2014; Parker & Fletcher, 2013; Serra et al, 2015; Woo et al, 2015) และพบว่าสถานะอารมณ์ไม่คงที่ในผู้ป่วยจิตเวชสูงถึงเกือบ 10 เท่า (OR 9.89) ของคนทั่วไป (Leopold et al., 2014; Bowen et al., 2013; Bowen et al., 2015; Patel et al., 2015) และพบในปัญหาการฆ่าตัวตายหรือพยายามทำร้ายตนเอง การศึกษาในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายพบว่า มีสถานะอารมณ์ไม่คงที่มากกว่าคนทั่วไป 2 เท่า (Marwaha et al., 2013) และเกือบครึ่งหนึ่งของวัยรุ่นที่มีประวัติพยายามฆ่าตัวตายไม่มีประวัติผู้ป่วยซึมเศร้า แต่พบสถานะอารมณ์ไม่คงที่สูงมาก (Rhodes and Bethell., 2008) สำหรับการศึกษาในประเทศไทย สุลีมาศ อังสุเกียรติถาวร และคณะ (Angsukiattitavorn, Seeherunwong, Panitrat, & Tipayamongkhogul, 2020) ศึกษาสถานะอารมณ์ไม่คงที่ในกลุ่มอายุ 15 - 24 ปีจำนวน 2,598 คน พบความชุกของสถานะอารมณ์ไม่คงที่มีร้อยละ 26.40 โดยพบการกระจายของสถานะอารมณ์ไม่คงที่สัมพันธ์กับเยาวชนที่มีพฤติกรรมเกรี้ยว โขเซียมมีเดียไม่เหมาะสม เด็บโตในครอบครัวที่มีการแสดงออกทางอารมณ์สูง และพบแนวโน้มในเยาวชนที่ใช้สารเสพติดด้วย

ดังนั้นการเรียนรู้ เข้าใจอารมณ์ สถานะอารมณ์ไม่คงที่ การส่งเสริมฝึกจัดการอารมณ์อย่างมีประสิทธิภาพ จึงเป็นอีกแนวทางหนึ่งที่พยาบาลจิตเวชจะช่วยป้องกันปัญหาสุขภาพจิต และการเจ็บป่วยทางจิตรุนแรงในวัยรุ่นได้

ข้อเสนอแนะและสรุป

แนวทางการพยาบาลเพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในวัยรุ่นจากการมีสถานะอารมณ์ไม่คงที่

พยาบาลจิตเวชสามารถช่วยเหลือบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพจิต และป้องกัน หรือลดความรุนแรงการเจ็บป่วยทางจิตเพื่อบรรลุดูวัตถุประสงค์ข้อหนึ่งในพระราชบัญญัติสุขภาพจิตปี 2551 คือ การปกป้อง คุ้มครอง ส่งเสริมและปรับปรุงคุณภาพชีวิตและสุขภาพจิตของประชาชน ด้วยบทบาทที่มีความหลากหลาย การตระหนักและเข้าใจสถานะอารมณ์ไม่คงที่เป็นแนวทางส่วนหนึ่งที่เริ่มได้รับความสนใจศึกษาและนำมาใช้ในปัจจุบัน ซึ่งเป็นความท้าทายของพยาบาลจิตเวช ในบทความนี้ นำเสนอแนวคิดเกี่ยวกับอารมณ์ สถานะอารมณ์ไม่คงที่กับปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชเพื่อสร้างความเข้าใจในเบื้องต้น ในส่วนต่อไปจะนำเสนอแนวทาง และข้อเสนอแนะการช่วยเหลือวัยรุ่นที่มีสถานะอารมณ์ไม่คงที่หรือเสี่ยงต่อสถานะอารมณ์ไม่คงที่ด้วยพื้นฐานพยาบาลจิตเวชคือ การเข้าใจพัฒนาการทางอารมณ์ การควบคุมอารมณ์ การประเมินอารมณ์ไม่คงที่และบริการสุขภาพจิต และการประยุกต์เทคนิคการสื่อสารเพื่อการบำบัดเพื่อลดสถานะอารมณ์ไม่คงที่

1. การส่งเสริมสัมพันธ์ภาพ พัฒนาการทางอารมณ์ในครอบครัว และการควบคุมอารมณ์

ครอบครัวเป็นสถาบันหลักในการหล่อหลอมพัฒนาการของเด็กในด้านต่าง ๆ รวมถึงการเรียนรู้เรื่องอารมณ์ แนวคิดเกี่ยวกับครอบครัว เริ่มต้นในศตวรรษที่ 19 ซึ่งมีทฤษฎีทั้งพัฒนาการครอบครัว สัมพันธภาพและบรรยากาศในครอบครัว เป็นต้น การมีปฏิสัมพันธ์ในครอบครัว

รวมถึงการแสดงอารมณ์ความรู้สึกต่อกันอาจเกิดขึ้นทั้งทางบวกและทางลบ ซึ่งมีผลต่อสภาวะทางจิตใจของสมาชิกในครอบครัวได้ มะลิวรรณ วงษ์จันทร์ พชรินทร์ นินทจันทร์ และโสภณ แสงอ่อน (2558) พบว่าวัยรุ่นที่มีความแข็งแกร่งในชีวิตมีครอบครัวที่มีสัมพันธภาพเข้มแข็ง บรรยากาศในครอบครัวดี ในทางตรงข้ามความอ่อนแอของสัมพันธภาพในครอบครัว เช่น วัยรุ่นในครอบครัวที่สมาชิกมีการแสดงออกทางอารมณ์สูงจะพบปัญหาสภาวะอารมณ์ไม่คงที่ ปัญหาสุขภาพจิต จิตเวชและการฆ่าตัวตายของวัยรุ่นในอัตราที่สูงเช่นกัน (Li, Garland, & Howard, 2014; Gerlisma, de Ruiter, & Kingma, 2014; Vanassche, Sodermans, Matthijs, & Swicegood, 2014; González-Blanch et al., 2015; Ohannessian et al., 2016; Angsukiattitavorn et al., 2020) การส่งเสริมพัฒนาการทางอารมณ์ในครอบครัวเป็นแนวทางหนึ่งในการป้องกันการเกิดความผิดปกติทางอารมณ์ของบุคคลได้ จากแนวคิด Act Model ที่บุคคลมีพัฒนาการทางอารมณ์ที่แตกต่างกันตามสิ่งแวดล้อมและเรียนรู้ จดจำตามประสบการณ์ที่เกิดขึ้น ดังนั้นพยาบาลสามารถให้ความรู้แก่พ่อแม่หรือผู้เลี้ยงดูเด็กเรื่องพัฒนาการทางอารมณ์ การสนองตอบพัฒนาการอารมณ์ด้านต่าง ๆ การส่งเสริมพัฒนาการทางอารมณ์ของเด็ก การฝึกและเป็นตัวแบบให้เด็กรู้จัก เข้าใจอารมณ์ สภาวะอารมณ์ที่กำลังเกิดขึ้นเพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชในวัยต่อมา การจัดการอารมณ์เป็นกระบวนการเรียนรู้ได้ตลอดชีวิตตั้งแต่วัยเด็กภายในครอบครัว จนถึงวัยรุ่นและผู้ใหญ่ ดังนั้นแนวทางการส่งเสริมความเหมาะสมทางอารมณ์จึง

ทำได้ทั้งในครอบครัวและสังคม

พยอม อิงคตานุวัฒน์ (2550) แนะนำการเลี้ยงลูกให้แจ่มใสและมีอารมณ์มั่นคงตามช่วงวัย ดังนี้

1 เดือนแรก ทารกจะแสดงอารมณ์สุขและร่าเริงเมื่อเห็นหน้าแม่เข้ามาใกล้

3 - 5 เดือน พัฒนาการทางอารมณ์จะมากขึ้น ทั้งด้านบวกและด้านลบสอดคล้องกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น เช่น เด็กยิ้มและหัวเราะแสดงความสุขเมื่อแม่เล่นด้วย ในวัยนี้สมาชิกในครอบครัวไม่ควรเร้าหรือทำให้เด็กมีอารมณ์โกรธ กลัว หรืออิจฉา จากการทำผู้ใหญ่เหยียด เช่น นำของเสียงดังมาก ๆ ซึ่งเด็กไม่ชอบมาใกล้ ๆ หรือเมื่อเด็กเผชิญสถานการณ์ที่ไม่ชอบ เช่น เสียงฟ้าร้องควรอุ้มเด็กเพื่อลดความกลัว วิตกกังวล การส่งเสริมพัฒนาการรู้สึกอบอุ่นและสุขใจ ผู้ดูแลควรอุ้มบ่อย ๆ เพราะการอุ้มจะทำให้เด็กสัมผัสถึงความปลอดภัย

7 เดือนขึ้นไป เด็กจะมีประสบการณ์ความสุขจากการได้เรียนรู้สิ่งแวดล้อมด้วยตัวเอง และจะมีพัฒนาการความกลัวที่เกิดขึ้นกับคนแปลกหน้า ความกลัวจัดเป็นความรู้สึกด้านลบที่พัฒนาขึ้นในมนุษย์ เป็นกลไกธรรมชาติเพื่อปกป้องอันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับชีวิตได้ การฝึกให้เด็กรู้จักกลัวในสิ่งที่เหมาะสมโดยไม่เข้าใกล้สิ่งนั้น ๆ เช่น ปลั๊กไฟ หรือของมีคม ผู้ดูแลต้องฝึกและดูแลอย่างใกล้ชิด แต่ไม่ใช้การดุเสียงดังหรือตี และไม่ควรหลอกเด็กให้กลัวในสิ่งที่ไม่มีความจริง หรือบังคับให้เด็กเผชิญกับสิ่งที่กลัว เพราะจะยิ่งสะสมความรู้สึกไม่ปลอดภัยหรือความรู้สึกด้านลบ

เมื่อเติบโตเข้าวัยเด็กที่เรียนรู้การสื่อสาร

มากขึ้น มีการสะสมประสบการณ์ ผ่านกระบวนการเรียนรู้ทางสังคม และจดจำเรียนรู้เกี่ยวกับอารมณ์ จนสามารถบอกความรู้สึก ความต้องการของตนเองได้ พยายามควรแนะนำพ่อแม่หรือผู้เลี้ยงดู ให้เด็กฝึกควบคุมอารมณ์ (emotional regulation) ตนเอง โดยประยุกต์เทคนิคการสื่อสารเพื่อการบำบัด บางข้อมาส่งเสริมให้เด็กฝึกรับรู้ เรียนรู้ และเข้าใจ อารมณ์ของตนเองตามสถานการณ์ที่เกิดขึ้น และเข้าใจธรรมชาติที่เกิดขึ้นกับตนเอง พระไพศาล วิสาโล (2555) ให้ทรงสนะอารมณ์ว่ามีทั้งทางบวก และลบ ในทางพุทธศาสนาจัดเป็นกิเลสที่ต้องรู้เท่าทัน เมื่อบุคคลรู้เท่าทันอารมณ์ตนเองด้วยสติ จะนำไปสู่ การสงบหรือการปรับอารมณ์กลับตามปกติ โดยธรรมชาติหรือการดับไปของอารมณ์ โดยการควบคุม อารมณ์ไม่ใช่การกดระงับหรือบังคับที่จะกลายเป็น การสะสมพลังงานทางอารมณ์แทนการหายหรือ กลับคืนระดับปกติ ซึ่งสอดคล้องกับ Thompson (1994) ที่กล่าวถึงการควบคุมอารมณ์ว่าเป็น องค์ประกอบของกระบวนการติดตาม ประเมินการ ตอบสนองต่อสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นทั้งภายในและ ภายนอกตัวบุคคล โดยแต่ละวัฒนธรรมมีการให้ คุณค่าต่อการควบคุมอารมณ์ที่แตกต่างกัน ซึ่งโดยมาก มักสนใจการแสดงออกภายนอกที่เป็นอารมณ์ทางลบ สำหรับเทคนิคการฝึกเด็กให้ควบคุมอารมณ์โดย 1) ผู้เลี้ยงดูมีบทบาทที่สำคัญในการฝึกและเป็น แบบอย่างให้เด็กเรียนรู้ เช่น ในสถานการณ์ที่มีความ ตึงเครียดเกิดขึ้น ควรมุ่งมองหามุมบวกหรือ สิ่งดี ๆ ที่มีในสถานการณ์ตึงเครียดนั้น 2) การตีความ สิ่งร้ายหรือสถานการณ์ให้เป็นธรรมชาติของสิ่ง ที่เกิดขึ้นเพื่อลดความเครียดวิตกกังวล เช่น เมื่อเด็กมี

พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ผู้ดูแลไม่ควร โกรธแต่ ควรแสดงให้เด็กเห็นว่า เข้าใจสิ่งที่เด็กกระทำนั้น เป็นธรรมชาติที่เขากำลังต้องการสื่อสารกับผู้ดูแล จึงควรพูดคุยเพื่อเข้าใจสารที่เด็กสื่อ นั่นคือผู้ดูแล เป็นตัวอย่างให้กับเด็กในการฝึกพิจารณาสิ่งร้าย 3) สังเกตการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายเมื่ออารมณ์ เปลี่ยนแปลง เช่น การหายใจเร็วขึ้นเมื่อโกรธ 4) ให้ เด็กมีโอกาสฝึกทักษะเผชิญปัญหาและสามารถหา แหล่งสนับสนุนทางอารมณ์ได้ด้วยตนเองเมื่อ ต้องการ ไม่ปกป้องหรือแก้ปัญหาลูกให้เด็กมากเกินไป และควรประเมินความต้องการทางอารมณ์ของเด็ก แต่ละวัยตอบสนองอย่างเหมาะสม 5) ฝึกการ พิจารณาทางเลือกอื่น ๆ ในการแก้ไขปัญหาเพื่อ ไป ถึงจุดหมายที่ตั้งไว้ ซึ่งอาจไม่ได้มีทางเดียว

หากพ่อแม่ ผู้เลี้ยงดูส่งเสริมให้ความรู้สึก ต่าง ๆ เกิดขึ้นในระดับและเวลาที่เหมาะสมด้วยความ เข้าใจว่าบุคคลมีพัฒนาการทางอารมณ์ทั้ง ทางบวกและลบ เด็กจะมีพัฒนาการทางอารมณ์ที่ มั่นคงและเรียนรู้การจัดการควบคุมอารมณ์ทั้งด้าน บวกและลบได้ต่อไป เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงทาง อารมณ์ในช่วงวัยรุ่น ซึ่งเกิดจากการทำงานของต่อมเพศ และร่างกายที่เปลี่ยนอย่างรวดเร็ว วัยรุ่นอาจรู้สึก ตกใจ กังวล และกลัว พ่อแม่หรือผู้เลี้ยงดูมีบทบาท หน้าที่ในการเตรียมเด็ก โดยเริ่มให้ข้อมูล คำแนะนำ ตั้งแต่ระยะก่อนวัยรุ่น ในปัจจุบันอาจเริ่มที่อายุ 9 - 10 ปี เพื่อลดความรู้สึกด้านลบและการสะสมพลัง อารมณ์ เช่น กลัว โกรธ อิจฉา หากมีการส่งเสริม ความเข้าใจ อารมณ์ด้านลบเหล่านี้จะไม่สามารถบั่น ทอนความสุขในชีวิตประจำวันของวัยรุ่นได้

วัยผู้ใหญ่ควบคุมอารมณ์ของตนเองได้โดย

การอยู่กับปัจจุบันในทุกแง่มุม รู้ทันอารมณ์ที่เกิดขึ้น มีความยืดหยุ่น และเรียนรู้ว่าอะไรคือสาเหตุเบื้องหลังของอารมณ์ด้วยการฝึกสติ (mindfulness) (ไพศาล วิสาโล, 2555) ซึ่งมีเทคนิคการฝึกได้หลายแนวทางและได้รับความสนใจเพิ่มขึ้นในปัจจุบัน โดยแนวทางการฝึกสติด้วยการพิจารณามหาใจ การเดินจงกรม การพิจารณาอริยาบถถูกนำไปใช้เป็น intervention ในงานวิจัยกลุ่มสมรสที่มีปัญหา และวัยรุ่นที่มีปัญหาอารมณ์และพฤติกรรม ผลการวิจัยเบื้องต้นพบว่าการฝึกสติช่วยลดปัญหาทางอารมณ์ รวมถึงสามารถควบคุมอารมณ์และลดพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ได้ (Hill, & Updegraff, 2012; Roemer, Williston, & Rollins, 2015; Tan, 2016; Pepping, Duvenage, Cronin, & Lyons, 2016)

2. ส่งเสริมการประเมินสภาวะอารมณ์ไม่คงที่ และบริการสุขภาพจิต

การรู้เท่าทัน เข้าใจอารมณ์ตนเอง ทำให้วงจรของอารมณ์กลับสู่ภาวะปกติตามธรรมชาติ แต่หากมีการเกิดวงจรอารมณ์หลากหลายในเวลาเดียวกัน การสะสมพลังงานของอารมณ์จะทำให้เกิดการกระตุ้นเร้าทางอารมณ์ได้ง่าย มีสภาวะอารมณ์ไม่คงที่

การประเมินสภาวะอารมณ์ไม่คงที่ทางจิตวิทยาในปัจจุบัน มีทั้งแบบประเมินด้วยตนเอง และการประเมินจากบุคลากร แต่ยังไม่พบแบบประเมินที่เป็นมาตรฐาน อย่างไรก็ตามในระดับสากลมีข้อคำถามที่เกี่ยวข้องกับการประเมินสภาวะอารมณ์ไม่คงที่เพียง 2-3 ข้อ ในแบบประเมิน Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders (SCID-II) (Marwaha et al.,

2013; Peter et al., 2015) โดยการสัมภาษณ์จากแพทย์ ส่วนแบบประเมินตนเองส่วนใหญ่ปรับจากลักษณะที่พบในผู้ป่วยอารมณ์สองขั้วและประสบการณ์ของผู้เชี่ยวชาญทางจิต เช่น

1) Mood Disorder Questionnaire (MDQ) สร้างโดย Hirschfeld และคณะ (2000) จำนวนข้อคำถามทั้งหมด 15 ข้อ 3 ตอน เริ่มตั้งแต่คำถามคัดกรองไปจนถึงประเมินความรุนแรง ลักษณะ Mania และ Hypomania ประยุกต์ร่วมกับอาการโรคอารมณ์สองขั้ว คำตอบเป็นตัวเลือกใช่/ไม่ใช่

2) Mood Swings Self-Assessment (MSQ) สร้างโดย Gordon Parker (Parker, 2001 cited in Parker & Fletcher, 2013) ประกอบด้วย 3 ส่วน ในส่วนที่ 1 เป็นคำถามคัดกรองอาการเบื้องต้น 8 ข้อ เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา คำตอบคือใช่ หรือไม่ใช่ โดยมีเกณฑ์คำตอบใช่ ตั้งแต่ 4 ข้อขึ้นไป จึงตอบคำถามเกี่ยวกับการรับรู้การเปลี่ยนแปลงของอารมณ์และความรู้สึกสุขมากกว่าปกติ หากคำตอบ “ใช่” จึงประเมินข้อความเกี่ยวกับพฤติกรรมและอารมณ์ 27 ข้อ โดยมีคำตอบให้เลือก 3 ระดับ ในแต่ละข้อคือ ไม่มากกว่าปกติ = 0, มากกว่าปกติ บางครั้ง = 1, มากกว่าปกติมาก = 2 เกณฑ์พิจารณาเมื่อรวมคะแนนตั้งแต่ 22 ขึ้นไป เป็นผู้เสี่ยงต่อสภาวะอารมณ์ไม่คงที่

3) Affective Lability Scale (ALS) สร้างโดย Harvey, Greenberg & Serper (1989) แบบประเมินเป็นประโยคข้อความประเมินการเปลี่ยนแปลงจากอารมณ์และพฤติกรรม จำนวนทั้งหมด 54 ข้อ คำตอบเป็นมาตรประเมินค่าคุณศัพท์ 2 ขั้ว 4 ระดับ จาก 0-3 คือ ไม่ใช่ลักษณะของฉัน (0) ถึง

เป็นลักษณะของมัน (3) แบ่งกลุ่มลักษณะผู้ตอบ เป็น 6 กลุ่ม ค่า internal consistency ระหว่าง 0.82 - 0.92 ซึ่งต่อมาได้รับการปรับให้จำนวนข้อคำถาม น้อยลงเหลือเพียง 18 ข้อคือ ALS-SF โดย Oliver and Simons (2004) และปรับลดองค์ประกอบเหลือ 3 ด้านคือ ด้านวิตกกังวลร่วมกับซึมเศร้า (anxiety/ depress) ด้านซึมเศร้าร่วมกับร่าเริง (depress/ elation) และอารมณ์โกรธ (anger) มีค่า internal consistency ระหว่าง 0.77 - 0.88 และค่า Correlation กับ ALS-54 เท่ากับ 0.94 (Aas et al., 2015) โดยเกณฑ์ การพิจารณา กลุ่มเสี่ยงคือผู้มีคะแนน ทั้ง 3 องค์ประกอบสูงกว่าค่าเฉลี่ยของกลุ่ม แบบประเมิน นี้ได้แปลเป็นภาษาไทยในการศึกษาของสุติมาศ อังศุเกียรติถาวร และคณะ (2019) ได้ค่าความ เชื่อมั่น (Cronbach's alpha) ของเครื่องมือทั้งฉบับ เท่ากับ .912

นอกจากแบบประเมินข้างต้น ยังมีแบบ ประเมินอีกหลายอย่างที่ได้รับการพัฒนาขึ้นและอยู่ ระหว่างการทดสอบหรือศึกษาประสิทธิภาพของ เครื่องมือ อย่างไรก็ตามการนำเครื่องมือแต่ละแบบ มาใช้จำเป็นต้องคำนึงถึงมาตรฐาน การทดสอบ ความเหมาะสมกับประชากร ความเข้าใจภาษาของ กลุ่มที่ต้องการนำเครื่องมือไปใช้ ความสะดวก รวมถึงการได้รับอนุญาตจากผู้พัฒนาเครื่องมือ ซึ่ง ประเทศไทยยังไม่มีเครื่องมือประเมินสภาวะ อารมณ์ไม่คงที่ที่ได้รับการยอมรับหรือทดสอบ มาตรฐานระดับประเทศจึงควรมีการศึกษาพัฒนา ต่อไป

ปัจจุบันระบบบริการสุขภาพจิตเน้น บริการเชิงรุก โดยจัดบริการส่งเสริม ป้องกันทั้ง

ระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ ซึ่งพบว่าการคัดกรอง กลุ่มเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยรุนแรงทางจิตและให้การ ดูแลอย่างเหมาะสมสามารถบรรเทา ชะลอการ เจ็บป่วยรุนแรงทางจิต และป้องกันโรคร่วมได้ (Fusar-Poli, Byrne, Badger, Valmaggia, & McGuire, 2013; Hui et al., 2014; Murru et al., 2015) อย่างไรก็ตาม ความเท่าเทียมของการเข้าถึงบริการสุขภาพเป็น ความท้าทายของระบบบริการสุขภาพภายใต้ ข้อจำกัดการขาดแคลนบุคลากรทางสาธารณสุข นอกจากนี้การตัดสินใจในการรักษาพยาบาลยัง ขึ้นกับประสบการณ์และความรู้ของผู้ให้บริการแต่ละคนซึ่งเกี่ยวข้องกับคุณภาพการบริการด้วย (สมจิต หนูเจริญกุล, 2559) การเพิ่มช่องทางและส่งเสริมให้ บุคคลสามารถประเมินสัญญาณความผิดปกติ เช่น การประเมินสภาวะอารมณ์ไม่คงที่ด้วยแบบ ประเมินตนเองมาตรฐานที่วัยรุ่นสามารถเข้าถึงได้ เช่นเดียวกับแบบประเมินอื่น ๆ เช่น General Health Questionnaire (GHQ) หรือแบบคัดกรองซึมเศร้า (2Q, 9Q) เป็นความท้าทายในระบบบริการสุขภาพจิต

3. กิจกรรมการพยาบาลที่ประยุกต์ใช้ เทคนิคการสื่อสารเพื่อการบำบัดป้องกันและลด สภาวะอารมณ์ไม่คงที่

พยาบาลจิตเวชใช้ตนเองเพื่อการบำบัด ผู้ป่วยทางจิตในทุกขั้นตอน การตระหนักรู้สติใน ตนเอง (self-awareness) และเข้าใจความรู้สึกและ อารมณ์ของผู้อื่นแท้จริง (empathy) เป็นปัจจัยสำคัญ ในการใช้ตนเองเพื่อการบำบัดร่วมกับเทคนิคการ สื่อสารเพื่อการบำบัด (therapeutic communication) ในฐานะผู้ดูแลต่อเนื่องแล้วยังเป็นผู้สอนและ แบบอย่างให้กับผู้รับบริการ ในการส่งเสริม

พัฒนาการทางอารมณ์ของสมาชิก ครอบครัว การเข้าใจอารมณ์และจัดการอารมณ์ได้เหมาะสมต่อไป เทคนิคการสื่อสารเพื่อการบำบัดเป็นองค์ประกอบที่สำคัญในการสนทนา ช่วยให้ผู้รับบริการเข้าใจความคิด อารมณ์ ความรู้สึกของตนเองได้ชัดเจนมากขึ้น วาริรัตน์ ถาน้อย (2557) เสนอเทคนิคการสื่อสารเพื่อการบำบัดไว้หลากหลาย แต่บทความนี้จะทบทวนบางเทคนิคที่ส่งเสริมการตระหนักรู้อารมณ์ตนเองของบุคคล

1) การทวนซ้ำ (restating) การกล่าวซ้ำคำพูดของผู้พูดอีกฝ่าย เพื่อให้ผู้พูดทบทวนคำพูดของตนเอง แต่ควรระวังการหงุดหงิด รำคาญไม่เข้าใจว่าการพูดซ้ำมีวัตถุประสงค์อะไร เช่น

วัยรุ่น “ผมเบื่อ พ่อ แม่ เบื่อบ้านที่มีแต่คนออกคำสั่งให้ทำโน่นนี่”

พยาบาล “คุณเบื่อ พ่อ แม่ ที่มีแต่คนออกคำสั่งให้ทำโน่นนี่”

2) การสะท้อนความคิด ความรู้สึก (reflecting) การพูดถึงความรู้สึกของผู้พูด จากการรับฟัง เรื่องราวที่ผู้พูดบอกเล่า ซึ่งอาจจะไม่ได้บอกความรู้สึกแท้จริงของตนเอง การสะท้อนความรู้สึกควรทำอย่างนุ่มนวลและคำนึงถึงความพร้อมในการยอมรับตนเองของผู้พูดด้วย เช่น

วัยรุ่น “พ่อแม่ออกคำสั่งให้ผมทำโน่นนี่ตามความต้องการของเขาตลอด”

พยาบาล “คุณรู้สึกไม่ชอบที่พ่อแม่บอกให้ทำสิ่งต่าง ๆ”

3) การกระตุ้นให้ประเมินตนเอง (encouraging evaluation) การตั้งคำถามเพื่อกระตุ้นให้ผู้พูดประเมินความคิด ความรู้สึกของตนในเหตุการณ์ที่

พบผ่านมา

พยาบาล “จากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น คุณรู้สึกอย่างไร”

4) การใช้ความเงียบ (using silence) เพื่อให้ผู้พูดได้ทบทวนสิ่งที่เกิดขึ้นและความรู้สึกของตนเอง ในขณะที่เดียวกันยังช่วยลดการบีบคั้นความรู้สึกด้วย

พยาบาลสามารถประยุกต์ใช้กับผู้รับบริการโดยตรงหรือนำ และเปิดโอกาสให้ผู้เลี้ยงดูเด็กฝึกทักษะส่งเสริมพัฒนาการทางอารมณ์ของเด็กซึ่งจะนำเสนอในหัวข้อต่อไป

ตัวอย่างการประยุกต์ใช้การสื่อสารเพื่อส่งเสริม เรียนรู้ควบคุมอารมณ์ ซึ่งสามารถใช้ได้ตั้งแต่วัยเด็ก ผู้นิพนธ์ใช้กรณีตัวอย่างที่แม่เด็กเล่าถวายแด่พระไพศาล วิสาโล โดยวิเคราะห์ตามแนวคิดการควบคุมอารมณ์และประยุกต์เทคนิคการสื่อสาร เพื่อการบำบัด แม่เด็กเล่าว่าลูกอายุ 3 ขวบ รู้สึกเสียใจ (feeling) มีอารมณ์เศร้า (emotion) มากจากการสูญเสียสัตว์เลี้ยง (สิ่งกระตุนเร้า) ของตนเอง และมีพฤติกรรมคือร้องไห้ไม่หยุด (affect) แม่ของเด็กไม่ได้บอกว่าย่าร้องไห้ อย่าเสียใจ แต่แม่ของเด็ก 3 ขวบ ใช้การรับรู้เข้าใจอารมณ์ของลูก (empathy) และพูดกับลูกว่า “หนูกำลังเสียใจที่สัตว์เลี้ยงตาย” (reflecting) เด็กพยักหน้าโดยไม่ตอบและแม่ไม่ได้พูดอะไรต่อเพียงนั่งเป็นเพื่อนลูก (silence) สักพักเด็กก็หยุดร้องไห้เอง (รับรู้และตระหนักรู้อารมณ์ตนเอง) กระบวนการที่เกิดภายในคือการเติบโตและพัฒนาการทางอารมณ์ คือเข้าใจว่าตนเองกำลังเสียใจ สาเหตุเพราะสัตว์เลี้ยงตาย แต่มันคือธรรมชาติ อารมณ์เศร้าจึงดับลงโดยไม่ได้เก็บ

กดไว้ เด็กจึงหยุดร้องไห้

สรุป

สภาวะอารมณ์ไม่คงที่ (mood swings) ไม่ใช่แค่ความรู้สึกเศร้า แต่ยังมีองค์ประกอบความรู้สึกวิตกกังวล รู้สึกมีพลังงานมาก เป็นต้น สภาวะอารมณ์ไม่คงที่เป็นลักษณะเด่นอีกอย่างที่พบได้ในผู้มีปัญหาสุขภาพจิตตั้งแต่วัยรุ่น จึงเป็นความท้าทายของพยาบาลจิตเวชที่จะทำความเข้าใจลักษณะสภาวะอารมณ์ไม่คงที่ และเลือกการดูแลให้เหมาะสมกับผู้รับบริการ เพื่อช่วยป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในประชาชนตั้งแต่วัยเด็ก ด้วยการให้ข้อมูลการเลี้ยงดู ส่งเสริมพัฒนาการทางอารมณ์ของเด็กกับผู้เลี้ยงดู การแนะนำเทคนิคการควบคุมอารมณ์ นอกจากนี้พยาบาลจิตเวชควรมีการติดตามองค์ความรู้ รวมถึงพัฒนาแนวทางการประเมินสภาวะอารมณ์ไม่คงที่ที่ได้มาตรฐานเพื่อคัดกรองสภาวะอารมณ์ไม่คงที่ในวัยรุ่น และร่วมพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตที่สอดคล้องกับวัยรุ่นที่มีสภาวะอารมณ์ไม่คงที่ ให้การช่วยเหลือบรรเทาสภาวะอารมณ์ไม่คงที่ ด้วยเทคนิคการสื่อสารอย่างเข้าใจความทุกข์ของวัยรุ่นที่ต้องเผชิญสภาวะอารมณ์ไม่คงที่ ซึ่งจะช่วยลดพฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ ของวัยรุ่นที่อาจเกิดจากการหาทางออกเมื่อตนเองมีสภาวะอารมณ์ไม่คงที่

เอกสารอ้างอิง

พยอม อิงคตานุวัฒน์. (2550). *เลี้ยงลูกให้สุขภาพจิตดี*. ใน วินัดดา ปิยะศิลป์ และพนม เกตุมาน (บ.ก.). *ตำราจิตเวชเด็กและวัยรุ่น* เล่ม 2. กรุงเทพฯ: ธนาพรส จำกัด.

พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551. *ราชกิจจานุเบกษา* (เล่ม 125 ตอนที่ 36ก 20). สืบค้นเมื่อ 2 พฤษภาคม 2564 จาก http://library2.parliament.go.th/giventake/content_law/law200251-37.pdf.

ไพศาล วิสาโล. (2555). *เป็นมิตรกับตัวเอง ฉบับปรับปรุง*. กรุงเทพฯ: ชัมเคย์.

มะลิวรรณ วงษ์จันทร์, พัชรินทร์ นินทจันทร์ และ โสภณ แสงอ่อน. (2558). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความแข็งแกร่งในชีวิตในวัยรุ่น. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 29(1), 57-75.

วาริรัตน์ ฉาน้อย. (2557). *การสื่อสารเพื่อการบำบัด ใน การพยาบาลจิตเวชศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 1). นครปฐม: ภาควิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

สมจิต หนูเจริญกุล. (2559). ศาสตร์การปรับปรุงคุณภาพ. *วารสารการปฏิบัติกรพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย*, 3(2), 5 – 14.

สมจิตรี มณีกานนท์, สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, วิจิตรา พิมพ์นิธย์, นิตยา จรัสแสง, และ ขวัญสุดา บุญทศ. (2557). ความชุกของการใช้สารเสพติดในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลศรีนครินทร์. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 59(4), 371-380.

สุติมาศ อังศุเกียรติถาวร, อัจฉราพร สีหิรัญวงศ์, มธุรส ทิพยมงคลกุล และ รุ่งนภา ภาณิศรัตน์. (2019). *ความชุกและรูปแบบการกระจายตัวของสภาวะอารมณ์ไม่คงที่ในเยาวชนไทย: การสำรวจในโรงเรียน*. *วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล*.

Aas, M., Pedersen, G., Henry, C., Bjella, T., Bellivier, F., Leboyer, M., et al. (2015). Psychometric properties of the Affective Liability Scale (54 and 18-item version) in patients with bipolar disorder, first-degree relatives, and healthy controls. *Journal of Affective Disorders*, 172, 375-380.

American Psychiatric Association. (2019). Patients and families. Retrieved December 8, 2020, from <https://www.psychiatry.org>

- Angsukiattitavorn, S., Seeherunwong, A., Panitrat, R., & Tipayamongkholgul, M. (2020). Prevalence and distribution pattern of mood swings in Thai adolescents: a school-based survey in the central region of Thailand. *BMC psychiatry*, 20, 1-12.
- Barrett, L. F. (2011). Constructing emotion. *Psihologjske teme*, 20(3), 359-380.
- Barrett, L. F. (2014). The conceptual act theory: A précis. *Emotion review*, 6(4), 292-297.
- Bowen, R. C., Wang, Y., Balbuena, L., Houmphan, A., & Baetz, M. (2013). The relationship between mood instability and depression: Implications for studying and treating depression. *Medical Hypotheses*, 81(3), 459-462.
- Bowen, R., Balbuena, L., Baetz, M., & Marwaha, S. (2015). Mood instability in people with obsessive compulsive disorder and obsessive-compulsive personality traits. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 6, 108-113.
- Broome, M. R., He, Z., Ifikhar, M., Eyden, J., & Marwaha, S. (2015). Neurobiological and behavioural studies of affective instability in clinical populations: A systematic review. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 51, 243-254.
- Collishaw, S. (2015). Annual Research Review: Secular trends in child and adolescent mental health. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 56(3), 370-393.
- Collishaw, S., Maughan, B., Natarajan, L., & Pickles, A. (2010). Trends in adolescent emotional problems in England: a comparison of two national cohorts twenty years apart. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 51(8), 885-894.
- Department of Mental Health, Ministry of Public Health. (2013). *Annual Report*. Retrieved December 4, 2014, from www.dmh.go.th.
- Di Nicola, M., Tedeschi, D., Mazza, M., Martinotti, G., Harnic, D., Catalano, V., et al. (2010). Behavioural addictions in bipolar disorder patients: Role of impulsivity and personality dimensions. *Journal of Affective Disorders*, 125(1-3), 82-88.
- Duffy, A., Horrocks, J., Milin, R., Doucette, S., Persson, G., & Grof, P. (2012). Adolescent substance use disorder during the early stages of bipolar disorder: A prospective high-risk study. *Journal of Affective Disorders*, 142(1-3), 57-64.
- Ekkekakis, P., (2012). *Affect, Mood and Emotion in Measurement in Sport and Exercise Psychology*. Retrieved November 10, 2015, from www.public.iastate.edu/~ekkekaki/pdfs/ekkekakis_2012.pdf
- Elizabeth G. & Watson D. (2001). *Emotion, mood and temperament: similarities, differences, and a synthesis in Emotion at work*. Retrieved November 10, 2015, from https://goo.gl/DFIU7P.
- Faedda, G. L., Serra, G., Marangoni, C., Salvatore, P., Sani, G., Vázquez, G. H., et al. (2014). Clinical risk factors for bipolar disorders: A systematic review of prospective studies. *Journal of Affective Disorders*, 168, 314-321.
- Fulford, D., Peckham, A. D., Johnson, K., & Johnson, S. L. (2014). Emotion perception and quality of life in bipolar I disorder. *Journal of Affective Disorders*, 152-154, 491-497.
- Fusar-Poli, P., Byrne, M., Badger, S., Valmaggia, L. R., & McGuire, P. K. (2013). Outreach and support in South London (OASIS), 2001-2011: Ten years of early diagnosis and treatment for young individuals at high clinical risk for psychosis. *European Psychiatry*, 28(5), 315-326.
- Geoffroy, P. A., Etain, B., Scott, J., Henry, C., Jamain, S., Leboyer, M., & Bellivier, F. (2013). Reconsideration of bipolar disorder as a developmental disorder: Importance of the time of onset. *Journal of Physiology-Paris*, 107(4), 278-285.
- Gerlsma, C., de Ruiter, N. M., & Kingma, W. (2014). Mood dependence of perceived criticism: A significant null finding. *Psychiatry research*, 220(3), 1102-1105.
- González-Blanch, C., Gleeson, J. F., Cotton, S. M., Crisp, K., McGorry, P. D., & Alvarez-Jimenez, M. (2015). Longitudinal relationship between expressed emotion and cannabis misuse in young people with first-episode psychosis. *European Psychiatry*, 30(1), 20-25.

- Güclü, O., Şenormancı, Ö., Aydın, E., Erkıran, M., & Köktürk, F. (2015). Phenomenological subtypes of mania and their relationships with substance use disorders. *Journal of Affective Disorders, 174*, 569-573.
- Gulliver, A., Griffiths, K. M., & Christensen, H. (2010). Perceived barriers and facilitators to mental health help-seeking in young people: a systematic review. *BMC psychiatry, 10*(1), 113.
- Harvey, P. D., Greenberg, B. R., & Serper, M. R. (1989). The affective lability scales: development, reliability, and validity. *Journal of Clinical Psychology, 45*(5), 786-793.
- Hill, C. L., & Updegraff, J. A. (2012). Mindfulness and its relationship to emotional regulation. *Emotion, 12*(1), 81.
- Hirschfeld, R. M., Williams, J. B., Spitzer, R. L., Calabrese, J. R., Flynn, L., Keck, P. E., Jr., et al. (2000). Development and validation of a screening instrument for bipolar spectrum disorder: the Mood Disorder Questionnaire. *The American Journal of Psychiatry, 157*(11), 1873-1875.
- Hui, C. L.M., Li, A. W.Y., Leung, C.M., Chang, W.C., Chan, S. K.W., Lee, E. H.M., & Chen, E. Y.-H. (2014). Comparing illness presentation, treatment and functioning between patients with adolescent and adult-onset psychosis. *Psychiatry Research, 220*(3), 797-802.
- Inoue, T., Inagaki, Y., Kimura, T., & Shirakawa, O. (2014). Prevalence and predictors of bipolar disorders in patients with a major depressive episode: The Japanese epidemiological trial with latest measure of bipolar disorder (JET-LMBP). *Journal of Affective Disorders, 174c*, 535-541.
- Jeong, H., Moon, E., Min Park, J., Dae Lee, B., Min Lee, Y., Choi, Y., & In Chung, Y. (2015). The relationship between chronotype and mood fluctuation in the general population. *Psychiatry Research, 229*(3), 867-871.
- Kret, M. E., & Ploeger, A. (2015). Emotion processing deficits: A lability spectrum providing insight into comorbidity of mental disorders. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews, 52*, 153-171.
- Lara, D. R., Bisol, L. W., Brunstein, M. G., Reppold, C. T., de Carvalho, H. W., & Ottoni, G. L. (2012). The Affective and Emotional Composite Temperament (AFECT) model and scale: A system-based integrative approach. *Journal of Affective Disorders, 140*(1), 14-37.
- Lawrence, D., Johnson, S., Hafekost, J., de Haan, B.K., Sawyer, M., Ainley, J., & Zubrick, S. R. (2015). *The Mental Health of Children and Adolescents. Report on the second Australian Child and Adolescent Survey of Mental Health and Wellbeing*. Retrieved December 4, 2015, from <https://www.health.gov.au>.
- Leopold, K., Ratzer, S., Correll, C. U., Rottmann-Wolf, M., Pfeiffer, S., Ritter, P., et al. (2014). Characteristics, symptomatology and naturalistic treatment in individuals at-risk for bipolar disorders: Baseline results in the first 180 help-seeking individuals assessed at the dresden high-risk project. *Journal of Affective Disorders, 152-154*, 427-433.
- Li, W., Garland, E. L., & Howard, M. O. (2014). Family factors in Internet addiction among Chinese youth: A review of English- and Chinese-language studies. *Computers in Human Behavior, 31*, 393-411.
- Marwaha, S., He, Z., Broome, M., Singh, S. P., Scott, J., Eyden, J., & Wolke, D. (2014). How is affective instability defined and measured? A systematic review. *Psychological Medicine, 44*(09), 1793-1808.
- Marwaha, S., Parsons, N., Flanagan, S., & Broome, M. (2013). The prevalence and clinical associations of mood instability in adults living in England: Results from the Adult Psychiatric Morbidity Survey 2007. *Psychiatry Research, 205*(3), 262-268.
- McLaughlin, K. A., Hatzenbuehler, M. L., Mennin, D. S., & Nolen-Hoeksema, S. (2011). Emotion dysregulation and adolescent psychopathology: A prospective study. *Behaviour Research and Therapy, 49*(9), 544-554.
- Muru, A., Primavera, D., Oliva, M., Meloni, M. L., Vieta, E., & Carpiniello, B. (2015) The Role of Comorbidities in Duration of Untreated Illness for Bipolar Spectrum Disorders. *Journal of Affective Disorders*.

- Ohannessian, C. M., Flannery, K. M., Simpson, E., & Russell, B. S. (2016). Family functioning and adolescent alcohol use: A moderated mediation analysis. *Journal of Adolescence*, *49*, 19-27.
- Oliver, M. N. I., & Simons, J. S. (2004). The affective lability scales: Development of a short-form measure. *Personality and Individual Differences*, *37*(6), 1279-1288.
- Päären, A., von Knorring, A. L., Olsson, G., von Knorring, L., Bohman, H., & Jonsson, U. (2013). Hypomania spectrum disorders from adolescence to adulthood: A 15-year follow-up of a community sample. *Journal of Affective Disorders*, *145*(2), 190-199.
- Pan, P.Y., & Yeh, C.B. (2015). Mood Disturbance in Adolescents Screened by the Mood Disorder Questionnaire Predicts Poorer Social Adjustment. *Journal of Adolescent Health*, *56*(6), 652-657.
- Parker, G. (2011). Clinical differentiation of bipolar II disorder from personality-based "emotional dysregulation" conditions. *Journal of Affective Disorders*, *133*(1-2), 16.
- Parker, G., & Fletcher, K. (2013). The 'real world' utility of a web-based bipolar disorder screening measure: A replication study. *Journal of Affective Disorders*, *150*(2), 276-283.
- Patel, R., Lloyd, T., Jackson, R., Ball, M., Shetty, H., Broadbent, M., et al. (2015). Mood instability is a common feature of mental health disorders and is associated with poor clinical outcomes. *BMJ open*, *5*(5), e007504.
- Pepping, C. A., Duvenage, M., Cronin, T. J., & Lyons, A. (2016). Adolescent mindfulness and psychopathology: The role of emotion regulation. *Personality and Individual Differences*, *99*, 302-307.
- Peters, E. M., Balbuena, L., Baetz, M., Marwaha, S., & Bowen, R. (2015). Mood instability underlies the relationship between impulsivity and internalizing psychopathology. *Medical Hypotheses*, *85*(4), 447-451.
- Rhodes, A. E., & Bethell, J. (2008). Suicidal ideators without Major Depression-Whom are we not reaching? *Canadian journal of psychiatry*, *53*(2), 125.
- Roemer, L., Williston, S. K., & Rollins, L. G. (2015). Mindfulness and emotion regulation. *Current Opinion in Psychology*, *3*, 52-57.
- Serra, G., Koukopoulos, A., De Chiara, L., Napoletano, F., Koukopoulos, A. E., Curto, M., et al. (2015). Features preceding diagnosis of bipolar versus major depressive disorders. *Journal of Affective Disorders*, *173*(0), 134-142.
- Tan, L. B. (2016). A critical review of adolescent mindfulness-based programmes. *Clinical child psychology and psychiatry*, *21*(2), 193-207.
- Thompson, R. A. (1994). Emotion regulation: A theme in search of definition. *Monographs of the society for research in child development*, *59*(2-3), 25-52.
- Vanassche, S., Sodermans, A. K., Matthijs, K., & Swicegood, G. (2014). The effects of family type, family relationships and parental role models on delinquency and alcohol use among Flemish adolescents. *Journal of Child and Family Studies*, *23*(1), 128-143.
- Woo, Y. S., Shim, I. H., Wang, H.-R., Song, H. R., Jun, T.-Y., & Bahk, W.-M. (2015). A diagnosis of bipolar spectrum disorder predicts diagnostic conversion from unipolar depression to bipolar disorder: A 5-year retrospective study. *Journal of Affective Disorders*, *174*(0), 83-88.