



ร าย ง า น ผู้ ป ่วย การฝึกสติแนวพุทธร่วมกับการรักษาโรคซึมเศร้า และโรควิตกกังวล: กรณีศึกษาผู้ป่วย 2 ราย

พลภัทร์ โล่เสถียรกิจ, พ.บ.*

บทคัดย่อ

รายงานผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวลที่รักษาด้วยการฝึกสติสัมปชัญญะร่วมกับการรักษาด้วยยาอย่างละหนึ่งราย ณ โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนกรินทร์ ระหว่างเดือนสิงหาคม ถึง เดือนกันยายน 2548 ผู้ป่วยรายแรกได้รับการรักษาด้วยยาด้านเศร้าในขนาดเหมาะสมมาเป็นระยะเวลานาน แต่ยังคงมีอาการของโรคซึมเศร้าอย่างต่อเนื่อง ส่วนผู้ป่วยโรควิตกกังวล ไม่ต้องการรับประทานยาเพราะมีอาการข้างเคียงแม้ได้รับยาในขนาดต่ำ ผู้วิจัยได้แนะนำผู้ป่วยทั้งสองรายฝึกสติสัมปชัญญะครั้งละ 1 ชั่วโมง เป็นเวลา 6 สัปดาห์ติดต่อกัน โดยปฏิบัติตามแนวทางมหาสติปัฏฐานสูตร ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยทั้งสองรายมีอาการดีขึ้นเมื่อติดตามการรักษานาน 3 เดือน

คำสำคัญ: สติสัมปชัญญะ โรคซึมเศร้า โรควิตกกังวล

* โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนกรินทร์ กรมสุขภาพจิต



Buddhist Mindfulness Practice in Conjunction with Drug Treatments for Depressive Disorder and Anxiety Disorder Patients: Two cases Report

*Pholphat Losatiankij, M.D.**

Abstract

This two cases report documents the findings from the study of the Buddhist mindfulness practice as applied in conjunction with drug treatments on two psychiatric patients. One was diagnosed as Major Depressive Disorder, and the other as Generalized Anxiety Disorder. The therapy was taken place at Nakornrajasima Rajanakarindra Psychiatric Hospital during August - September 2005. The patient with depression was treated with antidepressant at an adequate dose for a period of time, yet the symptoms still existed. The patient with anxiety, in spite of small dose of drug treatment, suffered from side effect and thereby refused to take the medication. The approach was to coach both patients in practicing mindfulness, based on Satipatthana-Sutta, according to the Bhuddhist Pali Canon, 1 hour per session. After 6 consecutive weeks of practice, both patients had shown clinical improvement in their symptoms at 3 months follow-up.

Key words : mindfulness, depression, anxiety

* Nakornrajasima Rajanakarindra Psychiatric Hospital, of mental health

บทนำ

การรักษาทางจิตเวชศาสตร์ในปัจจุบัน มีทั้งการรักษาด้วยยาและการรักษาด้วยจิตบำบัดตะวันตกที่มีรูปแบบหลากหลาย มีเป้าหมายและวิธีการบำบัดที่ชัดเจน¹ โรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวลนั้นตอบสนองดีต่อการรักษาด้วยยาแต่การรักษาด้วยการทำจิตบำบัดก็มีประโยชน์ในการรักษาอยู่มาก² เช่นการใช้ Cognitive Behavior Therapy ในการรักษาโรคซึมเศร้าหรือการรักษาโรควิตกกังวลด้วย Supportive Psychotherapy เป็นต้น อย่างไรก็ตาม จิตแพทย์และนักจิตวิทยา กลุ่มหนึ่งเริ่มหันมาให้ความสนใจกับการบำบัดด้วยแนวทางตะวันออก โดยเฉพาะวิธีการทางพุทธศาสนา³ การรักษาโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวลด้วยการบำบัดแนวพุทธ ยังมีการศึกษาอยู่น้อย ส่วนใหญ่จะเป็นการศึกษาการทำสมาธิแบบ Transcendental Meditation ซึ่งในสมัยหนึ่งได้รับความนิยมมากในยุโรปและอเมริกา⁴ แต่ก็มีงานวิจัยที่แสดงว่าการฝึกสติแนวพุทธได้ผลเช่น ปริมาณความสุข⁵ ได้ทำการศึกษาวิจัยปัสสนากรรมฐานแนวพุทธที่มีต่อความเครียดและวิตกกังวล พบว่า อาการซึมเศร้าและวิตกกังวลลดลงหลังจากการฝึก ๖ สัปดาห์ ภายหลังการปฏิบัติ และคณะ⁶ ได้ศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมการเปลี่ยนแปลงจิตสำนึกเพื่อคลายเครียด พบว่าค่าคะแนนของอาการวิตกกังวลและซึมเศร้าที่วัดด้วยแบบสอบถาม SCL-90 ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ Segal และคณะ² ได้ใช้โปรแกรม Mindfulness-based cognitive therapy for depression ในการป้องกันการกลับกำเริบซ้ำของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้ผลดี Kabat-Zinn และคณะ⁶ ได้ศึกษาการใช้สมาธิแนวพุทธรักษาผู้ป่วยโรควิตกกังวลได้ผลดี นอกจากนั้นยังพบว่าผู้ฝึกสติแนวพุทธจะมีความมั่นคงทางอารมณ์เพิ่มขึ้น⁴

วิธีการบำบัดตามแนวทางของพุทธศาสนา โดยทั่วไปมี 2 รูปแบบ⁷ คือแบบที่ 1) เริ่มจากการฝึกสมาธิถึงจิตสงบตั้งมั่น แล้วจึงใช้จิตที่สงบตั้งมั่นนั้นมา

พิจารณาให้เห็นความจริงของร่างกายหรือจิตใจว่าไม่เที่ยง เป็นทุกข์และบังคับบัญชาไม่ได้(เป็นอนัตตา) แบบที่ 2) เป็นการเจริญสติ โดยปฏิบัติตามแนวทางของมหาสติปัฏฐานสูตร⁸ เป็นหลัก โดยให้มีสติสัมปชัญญะในฐาน 4 ฐาน ได้แก่ ฐานกาย ฐานเวทนา ฐานจิต และฐานธรรม ซึ่งโดยย่อแล้วคือการมีสติระลึกถึงที่ร่างกายและจิตใจนั่นเอง การมีสติระลึกถึงในร่างกายเช่น มีสติในการเคลื่อนไหวร่างกาย หรือมีสติรู้ลมหายใจเข้า-ออก เป็นต้น การมีสติระลึกถึงที่จิตใจเช่น การมีสติระลึกถึงในความ สุข ความทุกข์ ความโกรธ ความโลภ ความคิด ความเหม่อลอย เป็นต้น และเมื่อมีความเพียรในการมีสติสัมปชัญญะเรื่อย ๆ แล้วจะสามารถละความพอใจและไม่พอใจออกไปได้ซึ่งหมายถึงการปล่อยวางจากความทุกข์ได้นั่นเอง⁹ อย่างไรก็ตาม แม้ว่าเป้าหมายสูงสุดในพระพุทธศาสนา คือ การพ้นจากความทุกข์โดยสิ้นเชิง การฝึกสมาธิหรือเจริญสติในเบื้องต้น ก็ยังผลให้เพิ่มความสุขและความรักได้⁹

ผู้วิจัยได้รายงานผู้ป่วย 2 รายเป็นกระบวนการฝึกสติสัมปชัญญะตามแนวทางของมหาสติปัฏฐานสูตรที่แพทย์ประยุกต์จากการฝึกอบรมของคณะอมรสาขากรตามโครงการ “สร้างสุขด้วยการฝึกสติ” ที่โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนกนรินทร์จัดขึ้น โดยฝึกให้ผู้ป่วยมีสติรับรู้อาการที่กำลังปรากฏขึ้นจริงกับร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยในชีวิตประจำวัน โดยไม่ต้องกำหนดองค์บริกรรมหรือคำภาวนา

การฝึกใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมงต่อครั้ง โดยนัดผู้ป่วยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ต่อเนื่องกัน 6 ถึง 8 ครั้ง โดยในครั้งที่ 1 จะเป็นการแนะนำหลักการทางพระพุทธศาสนา ปรับความเห็นให้ตรง(สัมมาทิฐิ) และให้การบ้านโดยการรักษาคือ ให้ผู้ป่วยสำรวมระวังไม่ให้เกิดพฤติกรรมและคำพูดที่ไม่เหมาะสม เช่น การทำร้ายตนเอง การทำร้ายคนอื่น การด่าทอ เป็นต้น และออกกำลังกายอย่างน้อย 10 นาทีต่อวัน ครั้งที่ 2 จะเริ่มต้นการบำบัดโดยให้ผู้ป่วยเล่าถึงเหตุการณ์และ

วิธีการจัดการกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในสัปดาห์ที่ผ่านมา แพทย์ถามถึงการบ้านที่ให้ผู้ป่วยฝึกและแนะนำวิธีการฝึกสติโดยให้ผู้ป่วยมีสติรู้เท่าทันความคิดโดยชี้ให้เห็นว่าความคิดนั้นเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดความรู้สึกเศร้าหรือกังวลได้ และในชั่วโมงบำบัดแพทย์จะให้ผู้ป่วยฝึกรับประทานอาหารอย่างมีสติ คือ มีสติรู้ถึงอาการเคี้ยวอาหาร มีสติรับรู้รสชาติของอาหารและมีสติรับรู้ความรู้สึกพอใจหรือไม่พอใจต่อรสชาติ และให้ผู้ป่วยนำไปทดลองปฏิบัติโดยให้เพิ่มการฝึกสติในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอื่นด้วยเช่น การอาบน้ำ แปรงฟัน ออกกำลังกาย เป็นต้น ครั้งที่ 3 ทำเหมือนครั้งที่ 2 และเพิ่มการฝึกให้ผู้ป่วยนอนอย่างมีสติคือ ระลึกรู้ว่ากำลังนอนหรือสำรวจส่วนต่างๆ ของร่างกาย จนหลับ ช่วงที่ทำการสำรวจร่างกายขณะนอนนั้น จะมีสติรู้อยู่กับส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย (body scan) และไม่วอกแวกไปเรื่องอื่น ๆ ถ้ามีการวอกแวกไปก็จะรู้ทันแล้วกลับมาที่ร่างกายต่อ ครั้งที่ 4 เพิ่มการฝึกให้นั่งสมาธิหรือการนั่งดูลมหายใจอย่างมีสติ ครั้งที่ 5 เพิ่มการฝึกให้ผู้ป่วยเดินจงกรมหรือเดินอย่างมีสติ ครั้งที่ 6 ถึง 8 จะทบทวนการฝึกสติของผู้ป่วยทั้งหมด อย่างไรก็ตามการฝึกสติในการกิน การนอน การนั่งและการเดินนั้น แพทย์อาจสลับหรือเลือกให้ผู้ป่วยฝึกสติในรูปแบบใดรูปแบบหนึ่งก่อนหรือหลังได้ตามความเหมาะสม

รายงานผู้ป่วยรายที่ 1

ผู้ป่วยชายไทยโสด อายุ 31 ปี จบการศึกษาระดับปริญญาตรี เข้ารับการรักษาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545 เป็นต้นมา ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าและได้รับการรักษาด้วยยาต้านเศร้าคือ Fluoxetine ขนาด 60 มก.ต่อวัน และยานอนหลับ Trazodone ขนาด 50 มก.ก่อนนอนวันที่ผู้ป่วยมาพบแพทย์ ผู้ป่วยมีสีหน้าซึมเศร้า บอกว่ายังมีอาการเศร้าอยู่เรื่อย ๆ มีความคิดทำร้ายตัวเองบ้าง นอนไม่ค่อยหลับ คิดวุ่นเรื่องเดิมซ้ำ ๆ และทุกครั้งที่คิดก็จะมีความรู้สึกเศร้าเบื่อหน่าย ไม่อยากออกจากบ้านไปไหน

และไม่อยากหางานทำแล้วชีวิตมีแต่เรื่องน่าเบื่อและไม่ค่อยมีทางออกให้กับตนเองมากนัก ขอให้แพทย์ปรับยานอนหลับเพิ่ม ผู้ป่วยไม่มีโรคประจำตัวและปฏิเสธการใช้สารเสพติด พ่อและแม่ของผู้ป่วยประกอบอาชีพส่วนตัว มีฐานะค่อนข้างดี ผู้ป่วยเป็นลูกคนเดียว พ่อและแม่จึงตามใจผู้ป่วย ผู้ป่วยมีพื้นฐานอารมณ์หงุดหงิดง่ายค่อนข้างก้าวร้าวและเอาแต่ใจตัวเอง ก่อนป่วยเป็นโรคซึมเศร้า ผู้ป่วยทะเลาะกับแฟนและทำร้ายร่างกายแฟนเป็นสาเหตุให้แฟนเลิกคบกับผู้ป่วย หลังจากนั้นก็เริ่มป่วยเป็นโรคซึมเศร้า จนถึงปัจจุบัน ตรวจพบว่าผู้ป่วยมีรูปร่างสูงโปร่ง สีหน้าซึมเศร้า มีความคิดหมกมุ่นกับเรื่องเดิม ๆ ที่ทำให้เศร้า คิดซ้ำบ้าง พุดคุยได้ตอบน้อยแต่รู้เรื่องและให้ความร่วมมือในการสัมภาษณ์ดี ปฏิเสธอาการหิวแหว่หรือหิวกระหาย มีความคิดทำร้ายตัวเองบ้างแต่ยังไม่กล้าทำเพราะเป็นห่วงพ่อแม่ ตรวจไม่พบความผิดปกติของร่างกาย

การวินิจฉัย โรคซึมเศร้า (Major depressive disorder) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ DSM- IV

แพทย์เห็นว่าผู้ป่วยมี cognitive function ดี ให้ความร่วมมือในการรักษาดี มารับการรักษาต่อเนื่องสม่ำเสมอ และเห็นว่าโรคซึมเศร้าที่ผู้ป่วยเป็นอยู่มีเหตุมาจากคิดหมกมุ่นกับเรื่องเดิมเป็นหลัก จึงแนะนำให้ผู้ป่วยมารับการบำบัดโดยการฝึกสติ

ในครั้งแรก แพทย์ซักประวัติจากผู้ป่วยเพิ่มและได้ชี้ให้เห็นว่า สิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยยังเศร้าอยู่คือการคิดเรื่องเดิมซ้ำ ๆ และชี้ให้เห็นว่าวิธีการออกจากความคิดก็คือ การมีสติรู้ที่กำลังคิด และเมื่อรู้แล้ว ก็หาวิธีการจัดการกับความเศร้าหรือความคิดนั้นก่อนจบการฝึกครั้งนี้ แพทย์ได้แนะนำให้ผู้ป่วยออกกำลังกายด้วยการวิ่งอย่างมีสติ ครั้งที่ 2 ผู้ป่วยเล่าว่าสบายใจขึ้นบ้างแต่ยังคิดถึงเรื่องเก่าที่ทำให้เศร้าอยู่มาก และเมื่อมีสติรับรู้ความคิดและอารมณ์เศร้าก็จะหาทางออกโดยการพุดคุยกับพ่อหรือแม่ของตน หากิจกรรมทำเพิ่มขึ้นเช่น ไป

ทำบุญตักบาตรกับครอบครัว ออกกำลังกายบ้างบางวัน ในครั้งนี้ แพทย์ฝึกให้ผู้ป่วยมีสติกับการรับประทานอาหาร โดยให้รับประทานขนมที่แพทย์เตรียมไว้ให้ และให้ขยายผลไปยังกิจวัตรประจำวันอื่น ๆ เช่น การอาบน้ำ แปรงฟัน แพทย์พบว่า ผู้ป่วยดีขึ้นคือ ผู้ป่วยเริ่มมีสติเห็นว่าตัวเองมีความคิดเรื่องเดิมบ่อยครั้ง และหาทางออกโดยการพูดคุยกับพ่อแม่ ครั้งที่ 3 ผู้ป่วยฝึกสตรับรู้อารมณ์เศร้าและความคิดได้ดีขึ้น หมกมุ่นกับความคิดน้อยลง แต่ยังมีอารมณ์เศร้าอยู่มาก มีกิจกรรมสำหรับตัวเองเพิ่มขึ้นเช่น การพูดคุยกับพ่อหรือแม่ เดินเล่นที่ห้างสรรพสินค้า จากที่มักจะเก็บตัวอยู่ในห้อง ผู้ป่วยออกกำลังกายบ่อยขึ้นและเล่าว่ามีสติในการแปรงฟัน และอาบน้ำมากกว่าช่วงกินข้าว เพราะช่วงกินข้าวต้องคุยกับพ่อแม่ ครั้งนี้ แพทย์สอนให้ผู้ป่วยนั่งสมาธิ ครั้งที่ 4 ผู้ป่วยเล่าว่ามีสติบ่อยครั้งขึ้นทำให้หมกมุ่นกับอารมณ์หรือความคิดลดลงและรู้สึกว่ามีความเศร้าลดลงจากเดิมประมาณ ร้อยละ 30 ถึง 50 มีกิจกรรมสำหรับตัวเองเพิ่มขึ้นเช่น พุดคุยกับพ่อแม่ เดินเล่นที่ห้างสรรพสินค้า ไปหาเพื่อนหรือเลี้ยงแมว ผู้ป่วยนั่งสมาธิและสวดมนต์ทุกคืนก่อนนอน แพทย์แนะนำการนอนอย่างมีสติให้กับผู้ป่วย ครั้งที่ 5 ผู้ป่วยมาพบแพทย์ตรงเวลา สิ้นหน้าแจ่มใสมากขึ้น คิดถึงเรื่องเดิม ๆ ลดลง และเห็นว่าถ้าหยุดคิดได้ ก็จะไม่ค่อยเศร้า ผู้ป่วยเข้าใจว่าการหมกมุ่นและยึดติดกับอดีตมากเกินไป ทำให้ห่อหุ้มไม่แจ่มใสและมองไม่เห็นอนาคต แต่ตอนนี้สามารถใช้ชีวิตอยู่กับปัจจุบันได้ดีขึ้นและมองเห็นอนาคตมากขึ้นกว่าเดิม นอนหลับได้สนิทและพักผ่อนเพียงพอ ปฏิเสธความคิดฆ่าตัวตาย ผู้ป่วยทำกิจวัตรประจำวันและออกกำลังกายด้วยสติอย่างสม่ำเสมอ แพทย์ลดยาต้านเศร้าลงเป็น Fluoxetine 40 มก.ต่อวัน และ Trazodone 50 มก.ก่อนนอน ครั้งที่ 6 ผู้ป่วยเล่าว่ามีความคิดถึงเรื่องที่ทำให้เศร้าสั้นลงและไม่บ่อยครั้งเท่าเดิม รู้สึกว่ามีทางออกสำหรับตนเองมากขึ้นมาก

ออกกำลังกายสม่ำเสมอและทำกิจวัตรประจำวันด้วยสตินั่งสมาธิและนอนอย่างมีสติ หลับได้สนิทและพักผ่อนเพียงพอ ครั้งนี้ แพทย์ฝึกให้ผู้ป่วยเดินอย่างมีสติ ครั้งที่ 7 ผู้ป่วยพบแพทย์ตรงเวลา สิ้นหน้าแจ่มใส เล่าว่ารู้สึกไม่อยากฝึกเพราะเห็นว่าอาการดีขึ้นแล้ว จึงไม่ค่อยได้นั่งสมาธิและไม่ค่อยได้ออกกำลังกาย แต่ยังมีสติในการทำกิจวัตรประจำวันเรื่อย ๆ ยังมีความคิดถึงเรื่องเก่า ๆ และยังเศร้าอยู่ แต่ส่งผลกับตนน้อยลงไปมาก เปรียบเทียบให้ฟังว่าเมื่อก่อนเศร้าเกือบทั้งวัน แต่ช่วงหลังรู้สึกเศร้าและคิดถึงเรื่องเก่าน้อยลงมาก บางวันก็ไม่ได้คิดถึง เป็นเพราะมีกิจกรรมให้ทำมากขึ้น แพทย์เห็นว่าผู้ป่วยอาการดีขึ้นจากเดิมมาก จึงเลื่อนนัดผู้ป่วยออกไปเป็น 2 สัปดาห์ต่อครั้งและยังสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้ออกกำลังกายและนั่งสมาธิตามเดิม และปรับยาลดลงเป็น Fluoxetine 40 มก.ต่อวัน และ Trazodone 25 มก. สำหรับเวลานอนไม่หลับ

แพทย์พบกับผู้ป่วยครั้งสุดท้ายห่างจากการบำบัดครั้งแรก 3 เดือน ผู้ป่วยมีสีหน้าแจ่มใส พุดคุยรู้เรื่องให้ความร่วมมือดี ปฏิเสธอาการเศร้า เบื่อหน่ายกินได้และนอนหลับพักผ่อนเพียงพอ ปฏิเสธความคิดฆ่าตัวตายและกำลังหางานทำ กินยา Fluoxetine 40 มก.ต่อวัน และ Trazodone 25 มก. เป็นบางคืน ยังฝึกสติในกิจวัตรประจำวันอย่างสม่ำเสมอ มีสตรับรู้อารมณ์เศร้าและความคิดที่ทำให้เศร้าได้ดี ออกกำลังกายเป็นครั้งคราวและช่วยพ่อแม่ทำงานในเวลาว่าง

รายงานผู้ป่วยรายที่ 2

ผู้ป่วยหญิงไทยโต อายุ 34 ปี มีอาการเครียด นอนไม่หลับและกังวลว่าจะนอนไม่หลับ หงุดหงิดง่าย ใจสั้นและตกใจง่าย บางครั้งหายใจไม่อิ่ม คิดเรื่องนอนไม่หลับเรื่อย ๆ ปฏิเสธว่าไม่ได้คิดกังวลเรื่องอื่น เป็นมาหลายเดือนและเคยรักษาที่โรงพยาบาลใกล้บ้านแต่อาการไม่ดีขึ้น จึงมาโรงพยาบาลจิตเวชฯ แพทย์ให้

การวินิจฉัยว่าเป็นโรควิตกกังวลและรักษาด้วยยา Amitriptyline 25 มก. ก่อนนอนและ Clonazepam ขนาด 0.5 มก. ก่อนนอน ผู้ป่วยมาพบแพทย์อีกครั้งก่อนนัด มีอาการนอนไม่หลับและกังวลใจมากขึ้น ตื่นมาจะง่วงมากและทำงานไม่ได้ แพทย์ได้เพิ่มยาให้ผู้ป่วยรับประทานเป็น Amitriptyline 25 มก. ก่อนนอนและ Clonazepam ขนาด 2 มก. ก่อนนอน สองสัปดาห์ต่อมา ผู้ป่วยมาตามนัดเล่าว่า กังวลใจว่าจะนอนไม่หลับเช่นเดิม ยืนยันว่าไม่ได้เครียดเรื่องอื่นใด มีแต่อาการนอนไม่หลับเท่านั้นและไม่มีปัญหาในที่ทำงาน แต่จะหงุดหงิดใจบ้าง กินยาก็จะพอหลับได้บ้างแต่ตื่นมาจะมีอาการง่วงและเพลีย จึงไม่อยากจะรับประทานยา ผู้ป่วยออกกำลังกายโดยการวิ่งวันละประมาณ 6 กิโลเมตรเป็นประจำ จากการซักถามเพิ่มเติม ผู้ป่วยยอมรับว่าตนเป็นคนเครียดและกังวลง่ายกับเรื่องเล็กๆ น้อยๆ และมักจะเอาไปคิดแต่ก็ยังปฏิเสธว่าไม่ได้คิดอะไรมาก ไม่รู้สึกอะไร บางครั้งมีอาการมือเท้าชา ครั้งแรกที่มีอาการคือ วันที่ขออนุมัติเงินกู้ให้กับแฟน ผู้ป่วยทราบว่าจะต้องกู้ได้แน่นอน แต่กลับคิดเรื่องนี้จนนอนไม่หลับ หลังจากนั้นก็นอนไม่หลับมาตลอดประมาณ 6 เดือน ผู้ป่วยไม่มีโรคประจำตัวและปฏิเสธการใช้สารเสพติด ชัก สลบ หรืออุบัติเหตุทางศีรษะ มีพี่น้อง 2 คน ผู้ป่วยเป็นลูกคนโต ยังไม่แต่งงาน พ่อแม่รักผู้ป่วยมาก แต่ก็ไม่ได้ตามใจจนเกินไป ขณะนี้ผู้ป่วยทำงานรับราชการ มีแฟนแต่ไม่ได้อยู่ด้วยกัน แฟนของผู้ป่วยอายุมากกว่าผู้ป่วย 5 ปี รักและเอาใจใส่ผู้ป่วยดี ตรวจพบว่า ผู้ป่วยเป็นหญิงรูปร่างสูง สมส่วน สีหน้าวิตกกังวล พูดคุยได้ตอบได้ดีและให้ความร่วมมือในการสัมภาษณ์ดี ปฏิเสธอาการหูแว่วหรือหวาดระแวง เมื่อพูดถึงเรื่องการนอน จะแสดงสีหน้ากังวลให้เห็นชัดเจน ผู้ป่วยเล่าว่า กลัวการนอนไม่หลับมาก ตรวจไม่พบความผิดปกติของร่างกาย

การวินิจฉัย โรควิตกกังวล (GAD)

ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ DSM-IV

แพทย์เห็นว่าผู้ป่วยมี cognitive function ดี ให้ความร่วมมือในการรักษา มีความคิดเป็นสาเหตุหลักที่ทำให้เกิดความวิตกกังวล มีอาการทางร่างกายไม่มาก (เช่น อาการหายใจไม่อิ่ม ใจสั่นหรือแน่นหน้าอกไม่มาก) และแม้ได้ยาเพียงขนาดต่ำ ผู้ป่วยก็มีอาการง่วงอ่อนเพลียและ ไม่ต้องการรับประทานยา จึงได้แนะนำให้ผู้ป่วยรับการบำบัดด้วยการฝึกสติ

ครั้งที่ 1 แพทย์ได้ซักประวัติเพิ่มเติม และชี้ให้ผู้ป่วยเห็นว่าอาการนอนไม่หลับนั้นเกิดจากความคิดกังวลว่าจะนอนไม่หลับ หากมีสติรู้ทันความคิดจะช่วยลดความวิตกกังวลลงได้ หรืออย่างน้อยจะสามารถหาวิธีการจัดการกับความกังวลได้ดีขึ้น ก่อนจบการบำบัด แพทย์แนะนำให้ผู้ป่วยมีสติขณะวิ่งด้วย ครั้งที่ 2 ผู้ป่วยยังมีอาการนอนไม่หลับแต่ไม่ยอมมารักษาเพราะคิดว่าไม่ได้เจ็บป่วย แพทย์สนับสนุนให้ผู้ป่วยได้ลองฝึกสติต่อไป ครั้งที่ 3 แพทย์ให้ผู้ป่วยฝึกนอนอย่างมีสติและฝึกนั่งสมาธิ ครั้งที่ 3 ผู้ป่วยกลับมาด้วยสีหน้าแจ่มใส นอนหลับได้สนิทมากขึ้นและความกังวลเกี่ยวกับการนอนไม่หลับลดลง รู้สึกว่าพักผ่อนเพียงพอและสดชื่นขึ้นหลังจากตื่นนอน ผู้ป่วยเล่าประสบการณ์การฝึกสติในขณะวิ่งว่า เมื่อก่อนจะเผลอคิดเรื่องราวต่างๆ โดยไม่รู้ตัว แต่หลังจากฝึกสติ ก็รับรู้ความคิดได้เร็วขึ้น และสามารถกลับมามีสติกับการวิ่งต่อไปได้ ไม่เผลอคิดนานเหมือนเมื่อก่อน ครั้งที่ 4 แพทย์ให้ผู้ป่วยฝึกการมีสติขณะรับประทานอาหารเช่น มีสติรู้การเคี้ยวอาหาร มีสติรู้ความรู้สึกขณะอาบน้ำขณะแปรงฟัน และแนะนำให้ มีสติกับกิจวัตรประจำวันอื่นๆ ด้วย ครั้งที่ 4 ผู้ป่วยเล่าถึงเหตุการณ์ที่ตนโกรธเพื่อนในสัปดาห์ที่ผ่านมาว่าตนมีสติรู้อารมณ์โกรธและหายโกรธได้เร็วจนน่าแปลกใจ ยอมรับว่าตนเป็นคนวิตกกังวลและหงุดหงิดง่าย แพทย์พบว่าผู้ป่วยมีความเข้าใจตัวเองดีขึ้น

นอนหลับได้สนิท มีความหงุดหงิดและกังวลกับเรื่องต่างๆ ลดลง ตื่นตอนเช้าจะรู้สึกปลอดโปร่ง แพทย์ทบทวนเกี่ยวกับการฝึกการนอนอย่างมีสติและการมีสติกับกิจวัตรประจำวันและปรับยาเป็น Amitriptyline 10 มก. ก่อนนอนและ Clonazepam ขนาด 0.5 มก. หนึ่งเม็ดก่อนนอน ครั้งที่ 5 ผู้ป่วยมีสติรู้ความคิดวิตกกังวลได้ดีขึ้น เล่าเหตุการณ์ที่ตนโกรธคนงานที่บ้าน แต่มี “ความยับยั้งชั่งใจ” จึงไม่ได้ทำอะไรรุนแรงนอนหลับได้สนิทดีขึ้นมากและพักผ่อนเพียงพอ ไม่มีอาการชาปลายมือปลายเท้า หายใจสะดวกดี นั่งสมาธิและทำ body scan ทุกคืน ครั้งนี้ แพทย์ฝึกผู้ป่วยให้เดินอย่างมีสติ ครั้งที่ 6 ผู้ป่วยมีสีหน้าแจ่มใส พูดคุยรู้เรื่อง ปฏิเสธอาการกังวลใจและใจสั้น รู้สึกสบายใจ นอนหลับได้ดี เล่าว่าถ้ามีเรื่องให้หงุดหงิดก็จะยับยั้งชั่งใจได้ดีกว่าก่อนมาก มีสติในการออกกำลังกายและการทำกิจวัตรประจำวันได้ดี ยกเว้นเวลาที่ต้องพูดคุยกับผู้คน แพทย์เห็นว่าผู้ป่วยอาการดีขึ้นมาก จึงได้เลื่อนนัดพบผู้ป่วยเป็น 2 สัปดาห์ต่อครั้ง และนัดเป็นเดือนละครั้งต่อจากนั้น และให้ผู้ป่วยรับประทานยา Amitriptyline 10 มก. ก่อนนอน

แพทย์พบผู้ป่วยครั้งสุดท้ายห่างจากการบำบัดครั้งแรก 3 เดือน ผู้ป่วยมีสีหน้าแจ่มใส พูดคุยรู้เรื่อง มีความร่วมมือดี ปฏิเสธอาการกังวลใจ ปฏิเสธอาการหงุดหงิดในเรื่องเล็กน้อย กินข้าวได้ นอนหลับสนิท และพักผ่อนเพียงพอ กินยาและยังฝึกสติในกิจวัตรประจำวันอย่างต่อเนื่อง ออกกำลังกายด้วยการวิ่งอย่างมีสติสม่ำเสมอ แพทย์ปรับลดขนาดเหลือ Amitriptyline 10 มก. เพียงครั้งเม็ดก่อนนอน และนัดพบเดือนละครั้ง

วิจารณ์

ผู้ป่วยทั้ง 2 รายนี้ มีลักษณะที่คล้ายกันคือหมกมุ่นกับความคิด ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่กระตุ้นให้เกิดปัญหาทางจิตใจหรือทำให้ปัญหาทางจิตใจนั้นยังคงอยู่พบว่าผู้ป่วยทั้งสองรายมีอาการดีขึ้นหลังจากฝึกสติ การ

ฝึกสติแนวพุทธ จะมีลักษณะเหมือนกับมีตัวเราอีกคน (observing ego)¹⁰ ที่คอยเฝ้าสังเกตตัวเองอย่างเป็นกลาง และทำให้มีความรู้เข้าใจในความคิดอารมณ์ที่เกิดขึ้น⁷ ปรับเปลี่ยนวิธีการโต้ตอบกับสถานการณ์ภายนอกและภายในได้ดียิ่งขึ้น^๙ ดังเช่นในผู้ป่วยรายแรก ที่สามารถรู้จักอารมณ์เศร้าและความคิดที่ทำให้เศร้าของตนเอง ตัดสินใจที่จะละทิ้งความคิดหมกมุ่นและอารมณ์เศร้าของตนและหาทางออกให้กับชีวิตได้ดีขึ้น หรือในผู้ป่วยรายที่สองที่ปฏิเสธ (denial) อาการวิตกกังวลและหงุดหงิดง่าย แต่เมื่อฝึกสติตามรู้อารมณ์ของตนเองเรื่อยๆ จึงยอมรับตัวเองมาก ในทางจิตบำบัดเรียกว่าการมีความหยั่งรู้อารมณ์ตนเองอย่างแท้จริง (emotional insight)¹¹ นอกจากนั้นยังทำให้เกิดความมั่นคงภายในจิตใจ³ ดังในผู้ป่วยรายที่สองที่หงุดหงิดกับการทำงานและกับเพื่อนร่วมงานลดลง มีความยับยั้งชั่งใจมากขึ้น และมีความสุขมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Venkatesh^๙ นอกจากนั้นการฝึกสติยังมีลักษณะคล้ายคลึงกับ Cognitive Therapy ด้วย คือการรับรู้สิ่งที่เกิดขึ้นในใจแต่สำหรับ Cognitive Therapy เมื่อรับรู้แล้วก็จะปรับเปลี่ยนมุมมองหรือปรับความคิดให้เป็นเชิงบวกมากขึ้น¹¹ ในขณะที่การฝึกสตินั้น จะรับรู้สิ่งที่ปรากฏขึ้นกับร่างกายและจิตใจแบบ รู้เฉยๆ (bare attention)¹² ทำให้เห็นการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ที่เกิดขึ้นกับร่างกายและจิตใจ ในระยะแรกๆ ของการฝึก ผู้ฝึกอาจจะมีการกดขี่กิเลสเช่น ความโกรธ ความโลภ เอาไว้ด้วยความคิด เช่น เมื่อรู้สึกโกรธขึ้นมา ก็คิดว่าโกรธไม่ดี หาทางแก้โกรธหรือเบี่ยงเบนความสนใจของตนไปยังกิจกรรมอื่น หรือคิดว่าอย่าโกรธเลยเพราะทำให้ใจเป็นทุกข์เป็นต้น ซึ่งจะมีลักษณะคล้ายคลึงกับ Cognitive Therapy ต่อเมื่อฝึกจนชำนาญ สติสัมปชัญญะจะเกิดขึ้นอย่างเท่าทันกับความโกรธจะเห็นความโกรธเกิดขึ้นและดับไป ทำให้ปล่อยวางจากความทุกข์ได้

สำหรับปัญหาการนอน ผู้ป่วยทั้งสองรายนอนหลับได้ดีขึ้นเกิดจากการที่ผู้ป่วยมีสติอยู่กับร่างกาย

ของคนไม่ออกแวก เมื่อจิตตั้งมั่นเป็นสมาธิขึ้น ความฟุ้งซ่านหรือวิตกกังวลใจก็ลดลง¹³ ส่งผลให้นอนหลับได้ดีขึ้น

อย่างไรก็ตาม การบำบัดด้วยการฝึกสติก็มีความคล้ายคลึงกับการทำจิตบำบัดในแนวอื่น ๆ เช่นกัน คือการเกิดแรงต้านในการรักษา(resistance)^{2,11} พบแรงต้านเกิดขึ้นในผู้ป่วยรายแรกในครั้งสุดท้ายที่พบกับแพทย์ คือผู้ป่วยรู้สึกว่าการของตนดีขึ้นจึงไม่ฝึกสติตามกิจกรรมที่เคยทำเช่นการออกกำลังกายและนั่งสมาธิ ในทางพุทธศาสนาถือว่าแรงต้านนี้คือเครื่องกั้นการทำความดีในการปฏิบัติธรรมเรียกว่า ถีนะมิทธะนิวรณ¹² ได้แก่ ความง่วง หดหู่รวมถึงความเกียจคร้านในการปฏิบัติภาวนาด้วย¹³ แต่กระบวนการเปลี่ยนแปลงต้องใช้เวลาและความพยายามในการฝึกอย่างต่อเนื่อง⁷ หากผู้ป่วยหยุดฝึกสติและแพทย์พอใจผลการรักษาในระยะแรก แล้วไม่กระตุ้นให้ผู้ป่วยฝึกสติต่อ อาการซึมเศร้าอาจกำเริบขึ้นอีก ทำให้ทั้งผู้ป่วยและแพทย์เข้าใจว่าการรักษาไม่ได้ผลในเวลาต่อมา

การฝึกสตินี้ เหมาะสำหรับผู้ที่มีความหวังและมีศรัทธา ต่อวิธีการและมีความเพียรในการฝึก ผู้ฝึกจะต้องช่วยเหลือตนเอง โดยการหมั่นย้อนกลับมาดูอาการที่เกิดขึ้นกับร่างกายและจิตใจของตน⁷ แพทย์หรือผู้บำบัดเป็นแค่เพียงผู้บอกวิธีการเท่านั้น ดังที่พระพุทธเจ้าตรัสไว้ว่า “ตนเองนั่นแหละ เป็นที่พึ่งแห่งตน ตถาคคเป็นแต่เพียงผู้ชี้ทาง”¹⁴ ต่างจากวิธีการทำจิตบำบัดที่ผู้ป่วยอาจจะมิแพทย์เป็นที่พึ่งในการระบายความรู้สึก ให้การปรึกษา รวมถึงการแก้ปัญหาไปพร้อมๆ กับผู้ป่วย¹¹ และการฝึกสติแนวพุทธใช้ได้ผลในผู้ป่วยที่มีอาการเครียด วิตกกังวล และอาการตื่นตระหนก⁶ สามารถป้องกันการกลับกำเริบซ้ำของโรคซึมเศร้า² แต่ไม่เหมาะสำหรับผู้ที่เป็นโรคนิสัยหรือเป็นผู้ที่มีมโนทัศน์แห่งตน (self concept) ที่อ่อนแอเช่น borderline personality disorder, schizotypal personality disorder หรือ dissociative disorder เป็นต้น^{4,9}

ข้อจำกัดของการรายงานผู้ป่วยทั้งสองรายนี้คือ ไม่ได้ประเมินอาการเศร้าและวิตกกังวลก่อนและหลังการฝึกสติด้วยแบบทดสอบทั่วไป ผู้รักษามีความชำนาญและผู้ป่วยต้องยอมรับและร่วมมือในการฝึกสติแบบแนวพุทธอย่างจริงจัง

สรุป

การรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและวิตกกังวลทั้ง 2 ราย ด้วยการสร้างความรู้สึกตัวหรือฝึกสติสัมปชัญญะ ร่วมกับการรักษาด้วยยา พบว่าทำให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นเมื่อติดตามการรักษาต่อเนื่อง 3 เดือน จึงเป็นอีกทางเลือกหนึ่งในการประยุกต์พุทธศาสนาในการบำบัดโรคทางจิตเวช

กิตติกรรมประกาศ

ขอบพระคุณ พระปราโมทย์ ปาโมชฺโช คุณอมราสาขกร ที่ให้ความรู้และแนะนำการฝึกความรู้สึกตัว และ แพทย์หญิงดวงตา ไกรภัสสรพงษ์ ที่ช่วยแนะนำในการเขียนบทความ

เอกสารอ้างอิง

1. Gurman AS, Messer SB. Essential psychotherapies: Theory and practice. New York: The Guilford Press; 1995.
2. Segal ZV, William JMG, Teasdale JD. Mindfulness-based cognitive therapy for depression: New approach to prevent relapse. New York: The Guilford Press; 2002.
3. Corsini RJ, Wedding D. Current psychotherapies. 6 th ed. USA: F.E. Peacock Publisher Inc; 2000.
4. พรหมเพรา ดิษยวณิช. ผลของการปฏิบัติวิปัสสนากรรมฐานที่มีต่อบุคลิกภาพและเชาวน์อารมณ์. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2544;46:195-207.
5. ธวัชชัย กลุณณะประกรกิจ สมจิตร์ มณีกันนัท สมจิตร์ ห่องบุตรศรี. ประสิทธิผลของโปรแกรมการเปลี่ยนแปลงจิตสำนึกเพื่อคลายเครียด. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2544;46:13-24.
6. Kabat-Zinn J, Massion AO, Krisletter J. Effectiveness of a meditation-based stress reduction program in the treatment of anxiety disorder. Am J Psychiatry 1992;149:936-43.

7. พระปราโมทย์ ปาโมชฺโช. ประทีปส่องธรรม. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์ธรรมดา; 2548.
8. พระไตรปิฎก เล่มที่ 10 พระสุตตันตปิฎก เล่ม 2 ทีฆนิกาย มหาวรรค มหาสติปัฏฐานสูตร. เข้าถึงได้ที่: <http://dhamma.net/cgi-bin/stshow.pl?book=10&lstart=6257&lend=6764&word1=มหาสติปัฏฐานสูตร>. Html [2005 Oct 3].
9. Venkatesh S, Raju TR, Shivani Y, Tompkins G, Meti BL. A study of structure of phenomenology of consciousness in meditative and non meditative states. Indian J Physio Pharmacol 1997;4:149-53.
10. Epstein M. MD. Thoughts without a thinker: Psychotherapy from a Buddhist perspective. New York: Basic Book; 1995.
11. Kaplan HI, Sadock BJ. Comprehensive text book of psychiatry. Verginia: Williams and Wikins; 2000.
12. พระธรรมปิฎก (ป.อ. ปยุตฺโต). พุทธธรรม ฉบับปรับปรุงและขยายความ. พิมพ์ครั้งที่ 9. กรุงเทพมหานคร: มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย; 2538.
13. จำลอง ดิษยวณิช. จิตวิทยาของความดับทุกข์. เชียงใหม่: กลางเวียงการพิมพ์; 2544.
14. พระไตรปิฎก เล่มที่ 25 พระสุตตันตปิฎก ขุททกนิกาย ชรรนบท อิตตวรรคที่ 12. เข้าถึงได้ที่: http://84000.org/tipitaka/pitaka_item/v.php?B=25&A=692&Z=720. Html [3 ตุลาคม 2548].