10.14456/dmhjournal.2014.12

บทความพิเศษ : สติและกระบวนการบำบัด (Mindfulness and therapeutic process)

ชัชวาลย์ ศิลปกิจ, ปร.ด.

กระบวนการจิตบำบัดทุกรูปแบบเริ่มต้นด้วยการสร้างสัมพันธภาพ ที่เรียกว่า therapeutic relationship หรือมีชื่อเรียกอย่างอื่น ได้แก่ therapeutic alliance, helping alliance และ working alliance มีงานวิจัยที่แสดงให้เห็นว่า วิธีการบำบัดรูปแบบต่างๆ มีอิทธิพลต่อผลการบำบัดไม่มากนักคือประมาณร้อยละ 15 ปัจจัยที่มีผลต่อการบำบัดมากที่สุดเป็นปัจจัยที่ไม่เกี่ยวข้องกับการบำบัด (extratherapeutic factors) มีอิทธิพลสูงถึงร้อยละ 40 ส่วนปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการบำบัด (intratherapeutic factors) ที่มีอิทธิพลต่อผลการบำบัดมากที่สุดคือ therapeutic relationship (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ปัจจัยที่มีผลต่อการบำบัด[1]

ร้อยละ 15	เป็นผลจากรูปแบบการรักษาและวิธีการ
ร้อยละ 40	เกิดจากปัจจัยภายนอกการบำบัดเช่น โรคซึมเศร้าอาจจะมีอาการดีขึ้นได้หลังจากได้งานทำ
ร้อยละ 15	เป็น placebo effect & ผลจากความหวังที่มีต่อการเปลี่ยนแปลง
ร้อยละ 30	มาจากปัจจัยที่ทุกการบำบัดมีเหมือนๆ กัน คือ คุณลักษณะของผู้บำบัดและ therapeutic relationship

องค์ประกอบที่สำคัญของ therapeutic alliance คือ ความเห็นอกเห็นใจ (empathy) และความเกี่ยวข้องระหว่าง empathy กับ mindfulness

Therapeutic alliance คืออะไร

Therapeutic alliance คือความเข้าใจระหว่างผู้ป่วยและผู้บำบัด ว่า ผู้บำบัดจะมุ่งมั่นช่วยเหลือผู้ป่วยบรรลุเป้าหมายของการรักษาอย่างมีประสิทธิภาพด้วยความเอาใจใส่ (care) และปรารถนาให้ผู้ป่วยพ้นจากความทุกข์ (compassion : compassion มีรากศัพท์มาจาก com = with; passio = to suffer ตรงกับคำว่า กรุณาคือความปรารถนาให้ผู้อื่นพ้นทุกข์ ไม่ได้หมายถึงทุกข์ไปกับผู้อื่นด้วย) ในขณะเดียวกับผู้ป่วยก็มุ่งมั่นที่จะให้เกิดความเข้าใจและความตระหนักในสภาพจิตใจของตนเองมากขึ้น ซึ่งจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงความคิด ความรู้สึก พฤติกรรมและสัมพันธภาพที่ยั่งยืน

ถ้าผู้บำบัดขาดความตระหนักว่า ในใจของตนเองเป็นอย่างไร มีความกังวล มีความลังเล

สงสัย มีอคติต่อผู้ป่วยหรือไม่ จะทำให้ therapeutic alliance ไม่พัฒนา คือ ผู้ป่วยจะไม่มั่นใจในตัวผู้บำบัด และไม่มีความมุ่งมั่นที่จะเปลี่ยนแปลงตนเอง ในขณะเดียวกัน ผู้บำบัดก็จะไม่สามารถทำการบำบัดด้วยความกระตือรือร้นและเอาใจใส่ที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยเต็มความสามารถ

คุณสมบัติของผู้บำบัดที่ผู้ป่วยเห็นว่ามีผลต่อ therapeutic alliance คือ เห็นอกเห็นใจ อบอุ่น เข้าใจและยอมรับ ไม่ตำหนิ เฉยเมยไม่ใส่ใจหรือปฏิเสธ

Empathy and mindfulness meditation

Roger ระบุเงื่อนไขหลักสามประการสำหรับการทำจิตบำบัดที่ประสบความสำเร็จคือ ผู้บำบัดมีความเห็นอกเห็นใจ ยอมรับอย่างไม่มีเงื่อนไข (unconditional positive regard : unconditional ในที่นี้ Roger หมายถึง therapist ไม่มีเงื่อนไขว่าผู้ป่วยจะต้องทำอะไรหรือเป็นอย่างไรจึงจะยอมรับหรือพอใจ ไม่ได้หมายถึงว่า ปราศจากเงื่อนไขใดๆ โดยสิ้นเชิง) และ จริงใจ (genuineness) เงื่อนไขทั้งสามนี้มีความเกี่ยวเนื่องไม่แยกจากกันเพราะ ความเห็นอกเห็นใจมีความสำคัญสำหรับการที่ผู้บำบัดจะยอมรับและมีความจริงใจต่อผู้ป่วย[2]

Martin[3] เห็นว่า mindfulness น่าจะเป็นปัจจัยร่วมที่สำคัญที่สุดสำหรับการบำบัดทุกๆ วิธี มีการศึกษาพบว่า การฝึกสติ (mindfulness practice) มีส่วนส่งเสริมให้เกิดความเห็นอกเห็นใจ[4] และทำให้เกิด therapeutic alliance

ผู้บำบัดที่ฝึกเจริญสติจะสามารถรู้เท่าทันการเปลี่ยนแปลงในจิตใจของผู้ป่วย ยอมรับผู้ป่วยด้วยใจที่เป็นกลาง ส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าได้รับความเข้าใจ และการยอมรับจากผู้บำบัด ทำให้กระบวนการบำบัดได้ผลดีขึ้น

ทำอย่างไรจึงจะทำให้ผู้บำบัดมีคุณสมบัติดังกล่าว?

การฝึกอบรมสำหรับผู้บำบัดส่วนใหญ่เน้นไปที่เทคนิค วิธีการ แบบแผนหรือกระบวนการในการบำบัด ไม่ได้เน้นเรื่องการฝึกฝนให้สามารถสร้าง therapeutic alliance โดยตรง อาจจะเนื่องจากเห็นว่า เป็นเรื่องของเจตคติ (attitude) ซึ่งแก้ไขและวัดผลการเปลี่ยนแปลงได้ยาก ดังกล่าวมาแล้วว่าปัจจัยหลักสำหรับ therapeutic alliance คือ ความเห็นอกเห็นใจซึ่งต้องอาศัยการฟังอย่างลึกซึ้ง มีใจตั้งมั่นเป็นกลาง อยู่กับปัจจุบัน ไม่มีอคติ ทั้งหมดนี้ต้องอาศัยการมีสติ (mindfulness) เป็นพื้นฐาน ลองจินตนาการ ในระหว่างการบำบัดผู้บำบัดมีอาการใจลอย หรือ กังวลเรื่องต่างๆ เผลอสติไม่รู้สึกตัว ย่อมไม่สามารถฟังเรื่องราวโดยตลอด หรือ ฟังแล้วเผลอมีการตัดสินหรือด่วนสรุป ย่อมไม่เป็นผลดีต่อกระบวนการบำบัด

Therapeutic alliance and mindful practice

การฝึกเจริญสติช่วยพัฒนาความใส่ใจ (attention) ความเมตตา (compassion) ความเห็นอกเห็นใจ (empathy) ช่วยให้ผู้บำบัดจดจ่อกับการฟัง มีใจเป็นกลางไม่หลงด่วนตัดสินไปด้านใดด้านหนึ่ง การฟังอย่างมีสติจะฟังได้อย่างลึกซึ้ง ทำให้มีความเข้าใจ เห็นใจ มีความรักความเมตตากรุณาต่อผู้ป่วย จิตใจของผู้บำบัดเองก็จะมีความเบิกบาน เป็นสุขในการดูแลผู้ป่วย การฝึกสติต่อเนื่อง จะทำให้มีจิตใจที่ตั้งมั่นหรือมีสมาธิ ซึ่งมีความสำคัญต่อกระบวนการสร้างสัมพันธภาพในการบำบัดอย่างยิ่ง[5]

Therapeutic process

ในการทำจิตบำบัดไม่ว่าด้วยวิธีการใด หน้าที่ที่สำคัญของผู้บำบัดคือ สร้างเงื่อนไขและสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการพัฒนาหรือเติบโตของผู้ป่วย ซึ่งได้แก่การทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าได้รับการยอมรับความเข้าใจอย่างไม่มีเงื่อนไขและจริงใจ[2] สำหรับผู้ป่วยแล้วการได้รับความเข้าใจและยอมรับอย่างไม่มีเงื่อนไข ทำให้ผู้ป่วยเข้าใจและยอมรับตัวเองได้ คลายความเครียด ความกังวล กลับมาอยู่กับปัจจุบัน มีความพร้อมที่จะเรียนรู้และพัฒนาตนเองด้วยจิตใจที่ตั้งมั่น เป็นกลางได้มากขึ้น หัวใจสำคัญของการบำบัดจึงอยู่ที่การทำให้ผู้ป่วยสามารถสังเกต สืบค้นและเผชิญกับปัญหาภายในใจอย่างตรงไปตรงมาด้วยจิตใจที่ตั้งมั่นเป็นกลาง วิธีที่เรียบง่ายตรงไปตรงมาคือ การฝึกสติ

ปัจจุบันมีการทำจิตบำบัดที่มุ่งเน้นการฝึกเจริญสติ (mindfulness based psychotherapy) โดยตรงได้รับการยอมรับและแพร่หลายอย่างรวดเร็ว หลักการสำคัญคือ ช่วยให้ผู้ป่วยตระหนักรู้ (aware) อารมณ์ ความรู้สึก ความคิดนึกของตนเองด้วยใจที่เป็นกลาง ยอมรับ (accept) เปรียบเสมือนการฝึกมองตนเองจากภายนอกอย่างไม่มีส่วนได้ส่วนเสีย เมื่อฝึกบ่อยๆจิตใจจะตั้งมั่นเป็นกลางได้มากขึ้น รับรู้ปัญหาอย่างตรงไปตรงมา ไม่มีอคติหรือหลงปรุงแต่งไปตามประสบการณ์ในอดีตที่เป็นปมขัดแย้งในใจ ตรงกับหลักพุทธศาสตร์ที่อธิบายสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดความทุกข์คือ การปฏิเสธหรือไม่รู้ความจริงที่ว่าพื้นฐานของชีวิตมีความทุกข์เป็นปกติอยู่แล้ว ความทุกข์กายทุกข์ใจเป็นธรรมชาติธรรมดาของชีวิตหลีกเลี่ยงไม่ได้ Sigmund Freud เรียกความทุกข์แบบนี้ว่า ordinary suffering (บางคนเรียกว่า existential suffering) เมื่อยังไม่รู้หรือปฏิเสธ ordinary suffering ก็จะดิ้นรนเพื่อหนีความทุกข์เกิดเป็นความทุกข์ที่ซ้อนขึ้นมา ความทุกข์แบบนี้เห็นชัดในผู้ป่วย Freud เรียกว่า neurotic suffering และกล่าวว่า การทำจิตบำบัดเป็นการเปลี่ยนจาก neurotic suffering ให้กลายเป็น ordinary suffering สำหรับหลักพุทธศาสตร์มีเป้าหมายเพื่อให้พ้นจาก ordinary suffering เมื่อศึกษาปฏิบัติจนเห็นความจริงชัดแจ้งว่า ordinary suffering เป็นอย่างไร แล้วจิตก็จะปล่อยวางจากทุกข์ วิธีการศึกษาปฏิบัติก็เริ่มต้นด้วยการเรียนรู้จิตที่ไม่เป็นปกติได้แก่ จิตที่หลงไปกับความคิดนึก จิตนาการ ความรู้สึก เมื่อใดก็ตามที่รู้ว่า จิตหลงไปในความคิด ความรู้สึก ไม่เป็นปกติ จิตก็กลับสู่ความเป็นปกติคือ เป็นกลางหลุดพ้นจากอิทธิพลของความคิด ความปรุงแต่งได้ชั่วคราว ความทุกข์ที่เกิดจากการดิ้นรนเพราะอยากหายทุกข์ก็ลดลง มีความสุข ความผ่อนคลายขึ้น

ตัวอย่างผู้ป่วยหญิงวัยรุ่นอายุ 20 ปี วินิจฉัยบุคคลิกภาพแบบก้ำกึ่ง (borderline personality) รับไว้ในโรงพยาบาลหลายครั้งด้วยพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตาย ครั้งสุดท้ายรับไว้ในโรงพยาบาลเพราะผู้ป่วยกระโดดตึก แขนหัก ระหว่างอยู่ในโรงพยาบาล มีอารมณ์หงุดหงิด ควบคุมอารมณ์ไม่ค่อยได้ กลางคืนอาละวาดขอโทรศัพท์หาแฟนเพราะรู้สึกเศร้า เหงา ต้องได้ยาฉีดทุกคืน ทีมรักษาเห็นว่าผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยาและการทำจิตบำบัดทุกอย่างแล้วอาการยังไม่ดีขึ้น จึงได้ทดลองใช้หลักพุทธศาสตร์คือ ให้ผู้ป่วยรับรู้และยอมรับความรู้สึก โดยบอกผู้ป่วยว่า ทีมผู้รักษาและตัวผู้ป่วยได้พยายามทำทุกอย่างแล้ว แต่ไม่ได้ผล ยังมีอีกวิธีที่ยังไม่ได้ใช้ คือ เลิกดิ้นรน เลิกพยายามทำอะไร ลองหยุดพักดู อยู่เฉยๆ ไม่ต้องทำอะไร ใจรู้สึกอย่างไรให้รับรู้

แล้วอยู่กับมัน ถ้าทนไม่ไหวให้เข้าห้องแยก ผู้ป่วยปฏิบัติตามคืนแรกไม่ต้องใช้ยาฉีด วันต่อมาผู้ป่วยขอลองหยุดยาทั้งหมดโดยค่อยๆ ลดขนาดยาลงจนหยุดยาทุกตัวในเวลาประมาณสามสัปดาห์ หลังจำหน่ายผู้ป่วยไม่ต้องรับประทานยา สามารถกลับไปเรียนหนังสือ โดยมีผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษาเกรด 4 ผู้ป่วยยังมีความวิตกกังวลอยู่บ้าง กลัวว่าจะทำได้ไม่ดี แต่ไม่ทุกข์มาก เพราะระลึกรู้ได้มากขึ้น ความดิ้นรนน้อยลง

จากตัวอย่างเห็นชัดเจนว่า อาการหรือปัญหาของผู้ป่วยคือ การแสดงออกของความดิ้นรนที่จะจัดการให้พ้นจากความรู้สึกทางลบ อยากสลัดออก ไม่อยากอยู่ในความรู้แบบนั้น มีผู้เสนอสมการที่แสดงถึงหลักการของพุทธศาสตร์ได้กระจ่างดังนี้[6]

suffering = pain x resistance

ในที่นี้ suffering คือ ความทุกข์ที่ผู้ป่วยกำลังเผชิญซึ่งเป็นผู้มาจากความรู้สึกเจ็บทางจิตใจ (psychological หรือ emotional pain) เช่น เศร้า เหงา ไร้ค่า แค้นใจ และการปฏิเสธหรือต่อต้านความรู้สึกเหล่านั้น ถ้าใช้วิธีจิตบำบัดทั่วไปก็จะตั้งเป้าหมายที่การขจัด pain โดยการช่วยให้ผู้ป่วยมีกำลังใจ รู้สึกมีคุณค่า ให้อภัย ฯลฯ อย่างนี้เป็นการรักษา neurotic suffering แต่หลักพุทธศาสตร์ตั้งเป้าที่การขจัด resistance เมื่อยอมรับความเป็นธรรมดาของ pain ไม่ต่อต้าน ไม่ดิ้นรน resistance เป็นศูนย์ suffering ก็หมดเป็นศูนย์ไป เป็นรักษาที่รากเหง้าของความทุกข์อย่างแท้จริง

ผู้บำบัดต้องฝึกสติด้วยหรือไม่?

มีข้อสรุปที่ชัดเจนแล้วว่า ผู้บำบัดจะไม่สามารถสอนให้ผู้ป่วยเจริญสติได้ดีหากตัวเองเองไม่มีประสบการณ์ในการฝึกปฏิบัติด้วยตนเอง นอกจากนี้แล้วกุญแจสำคัญของการบำบัดโดยอาศัยแนวการเจริญสติคือ การที่ผู้บำบัดมีความสามารถที่จะอยู่กับปัจจุบันและฟังอย่างลึกซึ้งจึงจะเข้าใจและเห็นใจผู้ป่วย[7]

จำเป็นต้องนับถือพุทธศาสนาหรือไม่?

แม้ว่าการเจริญสติจะมีกำเนิดจากพุทธศาสนา แต่การฝึกสติไม่ผูกโยงกับการนับถือศาสนาพุทธ หรือ หากพิจารณาว่าเป็นเทคนิควิธีการทางจิตวิทยาที่ค้นพบโดยพระสัมมาสัมพุทธเจ้า และผ่านการพิสูจน์และถ่ายทอดจนถึงปัจจุบัน ไม่ต่างกับการเชื่อแนวทฤษฎีจิตวิเคราะห์ของฟรอยด์ จึงไม่มีความจำเป็นต้องผูกโยงกับการนับถือศาสนา[8] มีตัวอย่างผู้ป่วยที่เข้ามาบำบัดด้วยการฝึกสติที่นับถือศาสนาคริสต์โดยไม่มีปัญหาขัดแย้งแต่อย่างใด

กล่าวโดยสรุป สิ่งสำคัญที่สุดในกระบวนการทำจิตบำบัดคือ therapeutic relationship หน้าที่หลักสำหรับผู้บำบัดคือสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเกิด therapeutic relationship ซึ่งประกอบด้วยฟังอย่างใส่ใจ เข้าใจและยอมรับผู้ป่วยได้อย่างไม่มีเงื่อนไขและจริงใจ เหล่านี้ล้วนพัฒนาได้ด้วยการฝึกสติ

References

1. Lambert MJ, Barley DE. Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. Psychotherapy 2001;38:357.
2. Rogers C. The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. J Consul Psychol 1957;21:95.
3. Martin JR. Mindfulness: A proposed common factor. J Psychother Integration 1997;7:291-312.
4. Shapiro SL, Schwartz GE, Bonner G. Effects of mindfulness-based stress reduction on medical and premedical students. J Behav Med 1998;21:581-99.
5. Hick SF, Bien T. Mindfulness and the therapeutic relationship: Guilford Press; 2010.
6. Young S. Break through pain. Boulder: Sounds True 2004;
7. Shapiro SL, Carlson LE. The art and science of mindfulness: Integrating mindfulness into psychology and the helping professions. Washington DC: American Psychological Association; 2009; p.15-29.
8. Kabat-Zinn J. Mindfulness-Based Interventions in context: past, present, and future. Clin Psychol Sci Prac 2003;10: 144–56.