



การบำบัดรักษาโรคซึมเศร้าเรื้อรังด้วยการเจริญสติ: รายงานผู้ป่วย 2 ราย

พลภัทร์ โล่เสถียรกิจ, พ.บ.*

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์เพื่อรายงานผลของการเจริญสติในการบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเรื้อรัง 2 ราย
วัสดุและวิธีการ เป็นการประยุกต์วิธีการเจริญสติในชีวิตประจำวันตามแนวทางของพระอาจารย์
ปราโมทย์ ปาโมชฺโช ซึ่งแบ่งเป็น 3 ขั้นตอนคือ ให้อารมณ์สงบที่จิตที่นิ่งทางร่างกายและจิตใจ รู้จัก
การเบี่ยงเบนอารมณ์และรู้อารมณ์โดยไม่แทรกแซง แล้วสอนให้แก่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเพื่อนำไปปฏิบัติตาม

ผล ผู้ป่วยรายแรกเป็นโรคซึมเศร้ามาประมาณ 5 ปี มีคะแนน Montgomery Asberg
Depression Rating Scale (MADRS) ก่อนการบำบัดด้วยการเจริญสติ 36 คะแนน หลังการบำบัด
ลดลงเหลือ 12 และ 6 คะแนน ที่ 3 เดือนและที่ 3 ปี ตามลำดับ สามารถหยุดยาด้านเศร้าได้ในที่สุด
และไม่มีอาการกำเริบมาประมาณ 3 ปี หลังจากหยุดยา ผู้ป่วยรายที่ 2 เป็นโรคซึมเศร้ากว่า 20 ปี หลัง
จากใช้เวลาในการฝึกสติประมาณ 3 เดือน มีคะแนน MADRS เมื่อก่อนเข้ารับการบำบัด หลังเข้ารับ
การบำบัดที่ 3 เดือน และหลังเข้ารับการบำบัดที่ 8 เดือน คือ 48, 12, และ 7 คะแนนตามลำดับ หลัง
ติดตามการรักษานาน 8 เดือน สามารถลดขนาดยาลงและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

สรุป การบำบัดด้วยการเจริญสติในชีวิตประจำวันตามแนวทางที่ผู้วิจัยประยุกต์ในผู้ป่วย
โรคซึมเศร้าเรื้อรังทั้ง 2 ราย ทำให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีคุณภาพชีวิตดีขึ้น และ 1 ใน 2 ราย สามารถ
หยุดยาด้านเศร้าได้นานถึง 3 ปี

คำสำคัญ : จิตบำบัด โรคซึมเศร้า สติ

*สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา



Treatment of chronic major depressive disorder by Mindfulness therapy: two cases report

*Pholphat Losatiankij, M.D.**

Abstract

Objective This report was to show the effectiveness of mindfulness therapy of two cases of patients with chronic major depressive disorder.

Materials and methods Mindfulness practice in this report was based on the teaching of Pra-Ajahn Pramote Pamotecho. The 3 steps of modified mindfulness techniques were applied to the patients which are mind and body observation, emotion distraction and bare attention of emotion.

Results The first patient was diagnosed as major depressive disorder (MDD) for 5 years and his Montgomery Asberg Depression Rating Scale (MADRS) scores decreased from 36 prior to practice to 12 and 6, after 3 months and 3 years of practicing respectively. He was able to stop taking medications for 3 years and had not relapsed since then. The second patient was diagnosed as MDD for more than 20 years. Her MADRS score was 48 prior to mindfulness practice and decreased to 12 and 7, after 3 months and 8 months of practicing respectively. She was able to decrease medications and had a better quality of life.

Conclusion Modified techniques of mindfulness practice in this report helped these 2 cases of patients with MDD gain improvement and had a better quality of life. One of them was able to stop taking medications for 3 years.

Key words : major depressive disorder, mindfulness, psychotherapy

*Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry

บทนำ

ในระยะ 20 ปีที่ผ่านมา มีการนำวิธีการเจริญสติตามแนวทางของพุทธศาสนา มาประยุกต์ใช้ในการบำบัดทางจิตใจ เช่น การลดความเครียดด้วยโปรแกรม mindfulness-based stress reduction program (MBSR) รวมถึงการประยุกต์การเจริญสติเข้ากับการปรับความคิดและพฤติกรรม (cognitive behavior therapy: CBT) เพื่อบำบัดผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเรื้อรัง เช่น การบำบัดชนิด mindfulness based cognitive therapy (MBCT) ซึ่งพบว่าลดอัตราการกลับป่วยซ้ำของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้¹

การที่ผู้ฝึกสติสามารถลดอาการเศร้าได้ เป็นเพราะว่า สาเหตุหนึ่งของโรคซึมเศร้า เกิดจากความผิดปกติของความคิด คือ มีความคิดหมกมุ่นกับเรื่องราวที่ผ่านมาแล้วในอดีต แล้วส่งผลให้เกิดอารมณ์เศร้าขึ้น¹ การฝึกสติจะเป็นเครื่องมือที่ช่วยให้ผู้ฝึกเชื่อมโยงแบบแผนทางความคิด อารมณ์และความเคยชิน และสามารถยับยั้งไม่ให้เกิดความคิดในทางลบซึ่งเป็นสาเหตุของอารมณ์เศร้า จึงทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมของผู้ฝึกได้^{1,2}

สำหรับประเทศไทย การศึกษาที่เกี่ยวข้องกับการเจริญสติและสมาธิที่ผ่านมา มักจะเป็นการเข้าปฏิบัติธรรมตามรูปแบบในช่วงระยะเวลาหนึ่ง แล้วประเมินผลด้านบุคลิกภาพ ความเครียด ความสุข และความฉลาดทางอารมณ์³⁻⁶ ซึ่งพบว่าได้ผลดีเป็นที่น่าพอใจ แต่การศึกษาที่เกี่ยวกับการประยุกต์การเจริญสติในชีวิต

ประจำวันมาใช้ในการบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ยังมีไม่มากนัก ผู้นิพนธ์ได้รายงานผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและวิตกกังวลที่ได้รับการบำบัดด้วยวิธีการเจริญสติในชีวิตประจำวัน ทั้งสองรายเป็นผู้ป่วยที่เพิ่งมีอาการเป็นครั้งแรก เมื่อจบการบำบัดและติดตามผู้ป่วยไปเป็นเวลา 3 เดือน อาการของผู้ป่วยยังไม่กลับกำเริบซ้ำ⁷

รายงานฉบับนี้ ผู้นิพนธ์รายงานผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเรื้อรัง 2 ราย และได้รับการรักษาด้วยยามาแล้วไม่ต่ำกว่า 5 ปี หลังจากการบำบัดพบว่าผู้ป่วยสามารถหยุดยาได้ 1 ราย และอีกรายมีอาการดีขึ้น สามารถลดยาและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

รายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วยรายที่ 1

ผู้ป่วยชายไทยอายุ 32 ปี ภูมิลำเนา กรุงเทพมหานคร เป็นอาจารย์พิเศษของมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง มาพบผู้บำบัดด้วยอาการเบื่อหน่ายท้อแท้ ซึมเศร้า ไม่สามารถทำงานได้ตามความคาดหวัง นอนหลับๆ ตื่นๆ กล่าวว่าตนจะเรียนปริญญาโทไม่จบ ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยโรคซึมเศร้า (Major Depressive Disorder: MDD) ตาม Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (DSM IV)⁸ ตั้งแต่ปี 2546 และได้รับการรักษาด้วยยาก่อนเข้ารับการบำบัด เป็น fluoxetine 20 mg. ต่อวัน, mianserine 60 mg. ต่อวัน, diazepam 20 mg. ต่อวัน และ propranolol 20 mg. ต่อวัน

ผู้บำบัดพบ ผู้ป่วย ครั้งแรกเมื่อ กรกฎาคม 2549 ขณะนั้นผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้ามาก เนื่องจากทะเลาะกับบิดาอย่างรุนแรงก่อนที่บิดาของผู้ป่วยจะเสียชีวิตด้วยโรคตับแข็ง หลังจากการทะเลาะกัน 1 สัปดาห์

ผู้ป่วยเป็นคนมีระเบียบวินัยในตัวเอง แต่ไม่มากจนถึงกับสร้างปัญหาให้กับคนรอบข้าง ผู้บำบัดเห็นว่าผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้านาน และรับประทานยาขนาดสูงแล้วแต่อาการยังไม่ดีขึ้น จึงแนะนำให้ผู้ป่วยรับการบำบัดรักษาด้วยการเจริญสติร่วมไปกับการรักษาด้วยยา โดยผู้บำบัด ได้เชื่อมโยงให้ผู้ป่วยรู้ถึงความสัมพันธ์ระหว่างความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมที่เกิดขึ้นของผู้ป่วยที่เป็นโรคซึมเศร้า ช่วยให้ผู้ป่วยตระหนักว่าความคิดในอดีตส่งผลให้เกิดอารมณ์เศร้า และสอนให้ผู้ป่วยมีสติรับรู้ว่ามี ความคิดที่ทำให้เกิดอารมณ์เศร้า แล้วหยุดคิด หรือเบี่ยงเบนอารมณ์ โดยวิธีการต่างๆ เช่น การฝึกควบคุมลมหายใจ การพูดคุยกับคนที่ตนไว้วางใจหรือไปล้างหน้าล้างตา เพื่อให้รู้สึกสดชื่นขึ้นเป็นต้น ครั้งนี้ ผู้บำบัดให้ยาขนาดเท่าเดิม และนัดพบผู้ป่วยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง

ครั้งที่ 2 ผู้ป่วยมารับการบำบัดตามนัด รายงานว่าอาการทรงๆ ยังนอนหลับได้ไม่ดีขึ้น ยังคิดถึงเรื่องของพ่อและเรื่องที่ตนทำไม่ดีไว้หลายเรื่องจนเกิดความรู้สึกแค้นกับตนเอง ไม่มีความคิดทำร้ายตัวเอง เมื่อคิดถึงเรื่องดังกล่าวจะรู้สึกเหนื่อยเพลีย แต่ก็พยายามรู้ทันความคิดและอารมณ์ และพยายามเบี่ยงเบนอารมณ์โดย

การไปพูดคุยกับแม่หรือไปล้างหน้าล้างตาตามที่ผู้บำบัดแนะนำ ในการบำบัดครั้งนี้ ผู้บำบัดแนะนำให้ผู้ป่วยฝึกมีสติกับการเดินในชีวิตประจำวัน คือไม่ว่าจะเดินไปที่ใด ก็ให้มีสติกับการเดิน

ครั้งที่ 3-4 ผู้ป่วยมาด้วยสีหน้าแจ่มใสขึ้น เล่าว่าทำเรื่องพ่อได้มากขึ้นแล้ว และไม่เพียงฝึกเดินอย่างมีสติในชีวิตประจำวัน ยังได้ออกกำลังกายด้วยการวิ่งอย่างมีสติ รู้สึกว่ารู้ทันความคิดได้บ่อยขึ้น เมื่อมีความคิดร้ายๆ หรือมีอารมณ์เศร้าเกิดขึ้น ผู้ป่วยก็จะหาทางออกโดยการสวดลมหายใจลึกๆ หรือเดินไปคุยกับแม่ ผู้ป่วยเริ่มนอนหลับได้ดีขึ้น ผู้ป่วยคิดว่าเกิดจากการที่ตนออกกำลังกายจนร่างกายอ่อนเพลีย จึงทำให้การนอนดีขึ้น ผู้ป่วยอยากเปลี่ยนงาน เพราะรู้สึกว่างานที่ทำอยู่เป็นงานที่ยากลำบาก และคิดว่าลูกศิษย์มักไม่เคารพตน (หลังจากเรียนจบปริญญาโท ผู้ป่วยทำงานสอนภาษาอังกฤษที่มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง) ผู้บำบัดแนะนำให้ทำงานที่เดิมต่อและแนะนำว่านี้อาจจะเป็นอาการหนึ่งของโรคซึมเศร้า ที่ผู้ป่วยอาจจะคิดหรือรู้สึกไปเองว่านักศึกษาไม่ชอบตน ผู้บำบัดแนะนำให้ฝึกเจริญสติต่อ ผู้ป่วยได้รับยาคงเดิม

ครั้งที่ 5 ผู้ป่วยรู้สึกว่าอารมณ์เศร้าของตนลดลงจากเดิม แต่ยังคิดถึงเรื่องราวในอดีตอยู่บ่อยๆ และเริ่มเห็นกระบวนการทำงานของจิตใจว่าอารมณ์เศร้าจะเกิดตามหลังความคิดร้ายๆ ส่วนความคิดก็มักจะเกิดขึ้นในขณะที่

ตนอยู่เฉยๆ ไม่ได้ทำอะไร แต่หากรู้ทันความคิด ความคิดจะหยุดลงชั่วขณะ และเมื่อไม่ได้จม หรือหมกมุ่นกับความคิดนัก อารมณ์ซึมเศร้า ก็ลดลงเช่นกัน ผู้บำบัดชื่นชมผู้ป่วยที่ตั้งใจฝึกสติ แนะนำให้ฝึกอย่างต่อเนื่องและปรับยาลดลงเหลือ mianserine 20 mg. ต่อวัน, diazepam 10 mg ต่อวัน

ครั้งที่ 6 ผู้ป่วยไม่ได้มาตามนัด ผู้บำบัด

ให้เจ้าหน้าที่โทรตามและนัดผู้ป่วยมาพบ

ครั้งที่ 7 ผู้ป่วยให้เหตุผลที่หยุด การบำบัดว่า อาการดีขึ้นแล้วจึงอยากจะหยุดกินยา แต่เมื่อหยุดยาได้ประมาณ 10 วัน ก็เริ่มมีอาการ หงุดหงิดง่าย เศร้ามากขึ้น และนอนหลับยาก จึงมาพบ ผู้บำบัดอีกครั้ง ผู้ป่วยเข้าใจว่าการฝึก การเจริญสติไม่มีผลดีต่ออาการของตน การ กินยาต่างหาก ที่ทำให้นอนหลับได้และทำให้อารมณ์เศร้าดีขึ้น ผู้บำบัดชี้แจงให้ผู้ป่วยทราบว่า ก่อนที่ผู้ป่วยจะเข้ารับการบำบัดผู้ป่วยรับประทานยา แล้วแต่ก็ยังมีอาการซึมเศร้ามาตลอด 4 ปี และ ไม่เคย ลดปริมาณและชนิดยา แต่หลังจากเข้า รับการบำบัด ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น ลดยาลงได้บ้าง เห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างความคิดและอารมณ์ และรู้วิธีการจัดการอาการเศร้าได้ด้วยตัวเอง ผู้ป่วยรับฟังและยินดีที่จะกินยาร่วมกับการทำ บำบัดต่อไป

ครั้งที่ 8 ผู้ป่วยยังฝึกสติอย่างสม่ำเสมอ ออกกำลังกายโดยการวิ่งพร้อมไปกับการเจริญสติ ผู้ป่วยเล่าถึงผลการเจริญสติว่า รู้สึกว่ามีความเศร้า

อยู่แต่ความเศร้านั้นเหมือนกับอยู่ห่างๆ ไม่รู้รบกวนจิตใจตน มีความคิดที่แม้จะทำให้เศร้า แต่เป็น ความคิดช่วงสั้นๆ ถ้ารู้ทันว่ามีความคิดเกิดขึ้น และไม่ใส่ใจกับความคิด ก็มักจะไม่ได้เกิดอารมณ์เศร้า ส่วนอาการเศร้านั้นก็ลดลงมาก มีความมั่นใจในการสอนหนังสือมากขึ้น รู้สึกว่านักศึกษาให้ความเคารพตนกว่าเดิมมากขึ้น ยังคงมีความคิดร้ายๆ อยู่ แต่ไม่คิดนานและไม่หมกมุ่นมาก เหมือนก่อนในครั้งนี้ ผู้ป่วยยังคงมีปัญหาการนอนคือหลับยาก

ครั้งที่ 9 ผู้ป่วยมีสีหน้าแจ่มใส ผู้บำบัด ได้แจ้งผู้ป่วยว่าจะหยุดการบำบัด ผู้ป่วยรู้สึกดีใจ ที่ไม่ต้องมาพบผู้บำบัดทุกสัปดาห์ แต่ในขณะ เดียวกันก็รู้สึกกังวลใจว่าอาการซึมเศร้าจะกลับ กำเริบอีก ผู้บำบัดให้กำลังใจและยืนยันถึงอาการ ของผู้ป่วยว่าดีขึ้นแล้ว ขอให้ฝึกเจริญสติต่อ หากมีปัญหาสามารถมาพบหรือรับการบำบัด เพิ่มเติมได้ ผู้บำบัดให้ยาผู้ป่วยเท่าเดิมคือ mianserine 20 mg. ต่อวัน และ diazepam 10 mg. ต่อวัน

หลังจากนั้น ผู้บำบัดนัดพบผู้ป่วย อย่างสม่ำเสมอเพื่อติดตามผลการรักษา โดย ในช่วงแรก นัดพบผู้ป่วยเดือนละครั้งเป็นเวลา 3 เดือน และนัดห่างขึ้นเป็น 2 เดือน ต่อครั้ง ผู้ป่วยยังคงออกกำลังกายและเจริญสติอย่างต่อเนื่อง รู้ทันความคิดลบและอารมณ์เศร้าได้ดี ผู้บำบัด ลดยาลงเรื่อยๆ จนกระทั่งผู้ป่วยขอหยุดยาเอง ในปลายปี 2550 ปัจจุบัน ผู้ป่วยยังคงพบ ผู้บำบัดอย่างสม่ำเสมอประมาณ 3 เดือนครั้ง

นอนหลับได้ดีขึ้นคืนละ 6-7 ชั่วโมง ยังมีการเศร้า และมีความคิดทางลบอยู่ แต่อารมณ์เศร้านั้น เหมือนกับอยู่ห่างๆ ตัว ไม่สามารถส่งผลให้ตน เศร้าได้ แต่หากขาดสติ คือรู้ไม่เท่าทันอารมณ์เศร้า จะมีความรู้สึกหงุดหงิดบ้างแต่ไม่มีอาการซึมเศร้า มากเหมือนก่อนบำบัด คะแนนจากการประเมิน ด้วย Montgomery Asberg Depression Rating Scale (MADRS)⁹ ซึ่งเป็นเครื่องมือ ประเมินภาวะซึมเศร้าโดยแพทย์เป็นผู้ประเมิน จากอาการทางคลินิกลดลงจาก 36 คะแนน ก่อนเข้ารับการบำบัดเป็น 12 คะแนน หลังบำบัด 3 เดือน และ 6 คะแนน เมื่อเวลา ผ่านไป 1 ปี และ 3 ปี

ผู้ป่วยรายที่ 2

ผู้ป่วยหญิงไทยคู่อายุ 54 ปี ภูมิลำเนา จังหวัดอยุธยา ไม่มีบุตร อาชีพรับราชการครู ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า (MDD) และ เข้ารับการรักษาดังแต่ปี 2526 ผู้ป่วยรับประทานยา ก่อนข้างต่อเนื่อง มีบางช่วงที่สามารถหยุดยาได้ แต่ก็กลับกำเริบใหม่ ผู้ป่วยต้องพึ่งพาสามี อย่างมากเกือบทุกเรื่องไม่ยอมทำอะไรด้วยตนเอง รวมทั้งไม่ยอมทำงานบ้าน มักจะทะเลาะกับสามี บ่อยครั้ง เพราะคิดว่าสามีเบียดเบียนที่ตนไม่สามารถ ช่วยเหลือตัวเองได้

ผู้ป่วยเริ่มเข้ารับการบำบัดด้วยการ เจริญสติครั้งแรกเมื่อกรกฎาคม 2552 เพราะ ผู้บำบัดเห็นว่ารักษาด้วยยาอย่างเต็มที่แล้วอาการ ซึมเศร้ายังไม่ดีขึ้น ผู้ป่วยยินยอมแต่ขอพบผู้บำบัด

2 สัปดาห์ ต่อครั้ง เนื่องจากบ้านอยู่อยุธยา ขณะนั้นผู้ป่วยได้รับยาก่อนเข้าบำบัด คือ duloxetine 60 mg. ต่อวัน, fluoxetine 20 mg. ต่อวัน, lithium 600 mg. ต่อวัน และ clonazepam 2 mg. ต่อวัน

ครั้งที่ 1 ผู้บำบัดได้แนะนำให้ผู้ป่วย รู้จักวิธีการเจริญสติ โดยในขณะที่มีการพูดคุยกัน ผู้บำบัดได้ถามถึงอารมณ์ที่มีอยู่ทีละขณะๆ เพื่อให้ผู้ป่วยฝึกสังเกตอารมณ์ที่เกิดขึ้นและชี้ให้ ผู้ป่วยเห็นความสัมพันธ์ของความคิดและอารมณ์ เช่น เมื่อพูดหรือคิดเรื่องดี อารมณ์ก็จะดี เมื่อ คิดเรื่องร้ายๆ อารมณ์ก็จะไม่ดี เป็นต้น ครั้งนี้ ผู้บำบัดสอนให้ผู้ป่วยสังเกตความคิดและอารมณ์ ของตนเองบ่อยๆ

ครั้งที่ 2 ผู้ป่วยมาตามนัด ยังคง ร้องไห้ง่ายและยังเศร้าอยู่มาก บอกว่าตนพยายาม สังเกตอารมณ์แล้วแต่ก็สังเกตไม่ชัด ส่วนใหญ่ จะมีแต่อารมณ์เศร้านากับเศร้าน้อย แต่ไม่เคย สังเกตเห็นอารมณ์ดีเลย ผู้บำบัดได้ให้กำลังใจว่า นั่นก็คือการเห็นความเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ แล้ว สามีของผู้ป่วยเล่าว่า ส่วนใหญ่ของวัน ผู้ป่วยมักจะจมไปกับอารมณ์เศร้า อยากให้ผู้ป่วย เปลี่ยนแปลงตรงจุดนี้ ผู้ป่วยรู้สึกเสียใจเพราะ รู้สึกว่าสามีตำหนิตนแต่ก็ยอมรับว่าเป็นจริงดังที่ สามีรายงาน ผู้บำบัดจึงแนะนำให้ผู้ป่วยหา กิจกรรมทำแทนการนั่งจมกับอารมณ์เศร้าเฉยๆ ผู้ป่วยเลือกการเดินเล่นหน้าบ้านเพื่อออกกำลังกาย ผู้บำบัดจึงแนะนำวิธีการเดินอย่างมีสติให้ผู้ป่วย

ครั้งที่ 3 ผู้ป่วยกลับมารายงานว่า นอกจากจะพยายามเดินอย่างมีสติแล้ว คนยังได้พยายามหาต้นไม้มาปลูกที่หน้าบ้านและช่วยสามีล้างจาน ผู้ป่วยสังเกตว่าขณะที่เดินหรือทำงานบ้าน จิตใจจะล่องลอยไปคิดถึงเรื่องที่ทำให้เศร้าบ่อยๆ แต่ก็พยายามย้อนกลับมารู้สึกถึงการเดินและงานบ้าน ไม่ปล่อยให้จมแช่กับอารมณ์เศร้านาน รู้สึกว่าอารมณ์เศร้ามีความรุนแรงเท่าเดิมแต่ก็เว้นช่วงห่างออกไป ไม่เศร้ามานานเหมือนเดิม ผู้บำบัดแนะนำให้ผู้ป่วยทำเหมือนเดิมอย่างต่อเนื่อง

ครั้งที่ 4 ผู้ป่วยมีสีหน้าแจ่มใสขึ้น สามีเล่าให้ฟังว่าผู้ป่วยรู้สึกขยันขึ้นและร้องไห้น้อยลง ผู้ป่วยให้เหตุผลว่าที่ร้องไห้ลดลงเพราะคิดว่าร้องไห้มานานแล้วควรจะหยุดร้องไห้เสียที และที่ขยันขึ้นเพราะสงสารสามีที่ต้องทำงานหนักอยู่คนเดียว ผู้บำบัดถามว่าเพราะอะไรจึงรู้สึกเช่นนี้ ทั้งๆ ที่ก่อนหน้านี้ก็ไม่เคยรู้สึกเช่นนี้ ผู้ป่วยตอบว่าไม่รู้เหมือนกัน แต่รู้สึกว่าไม่จำเป็นต้องร้องไห้และควรช่วยเหลือสามีบ้างช่วงนี้ผู้ป่วยรู้สึกว่าการนอนหลับได้ดี ไม่หงุดหงิดง่าย รู้สึกมีแรงที่จะทำงาน ยังเดินออกกำลังกายอยู่แต่น้อยลงแต่ทำงานบ้านได้มากขึ้น ผู้บำบัดให้กำลังใจผู้ป่วยและให้เจริญสติต่อ ผู้ป่วยขอให้ผู้บำบัดนัดห่างขึ้น เป็นเดือนละครึ่ง

ครั้งที่ 5 ผู้ป่วยบ่นเรื่องเพื่อนครูที่โรงเรียนชอบเอาเปรียบตนแต่ก็ทำใจได้ไม่เครียดและไม่โกรธรุนแรงเท่าเดิม คิดว่าหากเป็นสมัยก่อนคงจะทะเลาะกัน แต่ครั้งนี้ให้อภัยเพื่อนครูได้

ยังเดินออกกำลังกายอยู่บ้างแต่ลดลง ทำงานบ้านมากขึ้น ฝึกมีสติรู้สึกตัวเรื่อยๆ สามีรู้สึกพอใจที่ผู้ป่วยอาการดีขึ้น

ผู้ป่วยเข้ารับการบำบัดตั้งแต่มกราคม-ตุลาคม 2552 หลังจากนั้นนัดติดตามการรักษาด้วยยา 2 เดือนครั้ง พบว่าการกินและการนอนของผู้ป่วยดีขึ้นมาก อารมณ์เศร้าและหงุดหงิดลดลงมาก ช่วยสามีทำงานบ้านได้มากขึ้นและไม่ร้องขอความช่วยเหลือจากสามีมากเหมือนก่อนบำบัด ไม่ร้องไห้อย่างไม่มีเหตุผลและทะเลาะกับสามีลดลง ได้รับยา duloxetine 60 mg. ต่อวัน fluoxetine 20 mg. ต่อวัน และ lithium 600 mg. ต่อวัน คะแนน MADRS 48, 12, และ 7 คะแนน ที่ก่อนการบำบัด หลังการบำบัด 3 เดือนและ 8 เดือนตามลำดับ

วิจารณ์

ผู้ป่วยทั้งสองราย ได้รับการฝึกสติที่ผู้วิจัยประยุกต์มาจากหลักคำสอนของพระอาจารย์ปรโมทย์ ปาโมชฺโช¹⁰ คือ “การระลึกอารมณ์ที่เกิดขึ้นที่ร่างกายและจิตใจตามความเป็นจริงด้วยจิตที่ตั้งมั่นและเป็นกลาง” ซึ่งตรงกับหลักมหาสติปัฏฐานสูตร¹¹ ที่มีใจความโดยย่อว่า “ให้มีความเพียร มีสัมปชัญญะ มีสติ ระลึกรู้ที่กาย เวทนา จิต และธรรม” โดยแบ่งเป็น 3 ขั้นตอนคือ

ขั้นตอนแรก สอนให้ผู้ป่วยมีสติรับรู้อารมณ์ที่เกิดขึ้นทางร่างกายและจิตใจ สติ¹² แปลว่า ความระลึกได้ จำได้ นึกได้ ความไม่เพเลอ

หมายถึงการนึกได้ว่า ขณะนี้ร่างกายและจิตใจมี อาการอย่างไร เช่น ร่างกายอยู่ในท่า ยืน เดิน นั่ง หรือนอน เป็นต้น และจิตใจเป็นอย่างไร เช่น มี ความสุข มีความทุกข์ เฉยๆ หรือกำลังโกรธ กำลังหงุดหงิด กำลังเศร้า กำลังสบายใจ เป็นต้น ซึ่งผู้บำบัดจะใช้คำถามนำเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดสติขึ้น เช่น ขณะนี้นั่งอยู่ในท่าไหน ขณะนี้หายใจเข้า หรือหายใจออก หรือขณะนี้จิตใจของผู้ป่วยเป็น อย่อย่างไร เป็นต้น เพื่อให้ผู้ป่วยได้เริ่มฝึกมีสติที่ ร่างกายและจิตใจของตน

หลังจากเจริญสติเป็นแล้ว ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย สามารถรู้จักสภาวะหรืออาการที่เกิดขึ้น กับจิตใจของตนได้มากขึ้นผู้ป่วยมีสติรู้ทันความคิด ที่ทำให้เศร้า รู้ว่ามีอารมณ์เศร้าเกิดขึ้นและรับรู้ได้ ว่องไวขึ้น และเมื่อมีสติเกิดขึ้นก็จะเห็นความคิด หยดลงชั่วขณะ¹³ ทำให้ผู้ป่วยเห็นว่ามีความคิด หยดหรือขาดเป็นช่วงๆ ดังเช่นผู้ป่วยรายแรก และการฝึกสติยังทำให้เห็นการทำงานของจิตใจ เช่นผู้ป่วยรายที่ 2 เห็นจิตของตนไหลไปคิด เรื่องที่ทำให้เศร้า ทำให้สามารถเชื่อมโยงได้ว่า ความคิดในแง่ลบทำให้เกิดอารมณ์เศร้าตามมา ตรงกับการศึกษาของธนา นิลชัยโกวิท² ที่ว่า การฝึกสติเป็นวิธีที่ทำให้เห็นความเชื่อมโยงของ แบบแผนทางความคิด ความเคยชินเดิมๆ และ นิสัยทางใจของตนได้ และทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ทางพฤติกรรมของผู้ฝึก

ขั้นตอนที่ 2 สอนวิธีเบี่ยงเบนอารมณ์
เพราะผู้ป่วยโรคซึมเศร้าส่วนใหญ่จะมีอารมณ์เศร้า และความคิดในทางลบรุนแรง ผู้ป่วยจะหยุดคิด

หรือหลุดออกจากอารมณ์ด้วยการมีสติอย่างเดียวย ่ได้ยาก การเบี่ยงเบนอารมณ์จึงช่วยให้ผู้ป่วย พ้นจากอารมณ์เศร้าและความคิดลบได้ชั่วคราว- คราว ซึ่งการเบี่ยงเบนอารมณ์หลักๆ ในที่นี้มีอยู่ 3 วิธีด้วยกัน คือ การหยุดความคิดโดยการถาก ลมหายใจเข้าลึกออกยาว ทำทุกครั้งที่ได้รับรู้ว่ กำลังหมกมุ่นกับความคิดหรือรับรู้ว่ามีอารมณ์เศร้า การปรับความคิดแนวพุทธ โดยสอนให้คิดถึง แง่มุมอื่นๆ ตามหลักการของพุทธศาสนา เช่น การคิดตามความเป็นจริง เช่น เรื่องร้ายๆ เหล่านี้ อีกสักพักก็จะผ่านไป อารมณ์เศร้านี้อยู่ กับตนอีกไม่นาน ก็จะเปลี่ยนแปลง หรือถ้าไม่ หมกมุ่นกับความคิด เราก็จะไม่เศร้าใจ เป็นต้น หรือการเบี่ยงเบนอารมณ์โดยการหากิจกรรม อื่นทำ เช่น เมื่อผู้ป่วยนั่งอยู่ในห้องคนเดียวแล้ว รู้สึกเศร้ามาก ได้ลองใช้เทคนิคการหายใจหรือ คิดในมุมอื่นแล้วก็ไม่ดีขึ้น ผู้บำบัดจะแนะนำให้ ผู้ป่วยหลีกออกจากสถานการณ์นั้นๆ ไปทำกิจกรรม อื่นแทน เช่น ไปล้างหน้า ไปหาเพื่อนคุยด้วยฯ

จากรายงานข้างต้น เมื่อเกิดมีอารมณ์ เศร้าขึ้น ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย สามารถเบี่ยงเบน อารมณ์ไม่ให้จมแช่อยู่กับอารมณ์เศร้านาน เนื่องจากหน้าที่อย่างหนึ่งของสติคือการอารักขา- จิต¹³ เป็นการป้องกันไม่ให้จิตตกอยู่ทุกข์หรือ กิเลส ซึ่งก็คืออารมณ์เศร้า หรือความคิดที่ทำให้ เศร้านั่นเอง

ขั้นตอนที่ 3 สอนให้รับรู้อารมณ์เฉยๆ โดยไม่แทรกแซง ซึ่งนับเป็นหัวใจสำคัญของการเจริญสติ ซึ่งขั้นตอนนี้ จะคล้ายคลึงกับการ

ฝึกสติในขั้นตอนที่ 1 แต่มีความแตกต่างกัน คือ เมื่อเริ่มต้นฝึกสติ ผู้บำบัดจะสอนให้ผู้ป่วย ระลึกถึงอาการที่เกิดขึ้นกับร่างกายและจิตใจ คือรู้ว่ามีอารมณ์เศร้า หรือความคิดหมกมุ่น และ ฝึกจัดการกับอารมณ์ที่รุนแรง เหล่านี้ด้วยการ เบี่ยงเบนอารมณ์ ซึ่งคือขั้นตอนที่ 1 และ 2 แต่ เมื่อฝึกสติไปจนมีความชำนาญและว่องไวมากขึ้นแล้ว ผู้บำบัดจะสอนให้ผู้ป่วยรับรู้อารมณ์เศร้า ที่เกิดขึ้นเฉยๆ โดยไม่ต้องเบี่ยงเบนอารมณ์ตาม ขั้นตอนที่ 2 ซึ่งถือว่าเป็นการแทรกแซง

ในขั้นตอนนี้เองจะทำให้ผู้ป่วยเห็นว่า อารมณ์เศร้า ความคิดที่ทำให้เศร้าและจิตที่รับรู้ อารมณ์และความคิดนั้น ไม่ได้เป็นสิ่งเดียวกัน เช่นในผู้ป่วยรายแรกที่เห็นความเศร้าแยกกับจิต อยู่กันห่างๆ ต่างคนต่างทำงานไม่ส่งผลกระทบ ต่อจิตใจของผู้ป่วย¹³ และยังสามารถเห็นอีกว่า สิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้นในใจนั้น มีการเปลี่ยนแปลง เกิดขึ้นแล้วหายไป บังคับให้เป็นไปอย่าง ที่ต้องการไม่ได้ ดังเช่นในผู้ป่วยรายที่ 2 ที่เห็นว่ อารมณ์เศร้าที่เกิดขึ้นมีการเปลี่ยนแปลง บางครั้ง เศร้ามาก บางครั้งเศร้าน้อย ไม่ได้มีอารมณ์เศร้า คงที่ตลอดเวลาและอารมณ์เศร้านั้นเป็นสิ่งที่เกิด ขึ้นตามเหตุปัจจัย คือเมื่อเกิดความรู้สึกไม่พอใจ หรือเกิดความรู้สึกเสียใจก็เกิดอารมณ์เศร้า การ เห็นของผู้ป่วยทั้งสองรายดังกล่าวนี้ เป็นผลจาก การรับรู้อารมณ์เฉยๆ โดยไม่แทรกแซง ซึ่งเป็น จุดเริ่มต้นของการปล่อยวางความทุกข์ทางใจ^{10,12,14} ซึ่งอาจจะลึกซึ้งไปกว่าการมีความเข้าใจอย่างถ่องแท้ (emotional insight)¹⁵ ที่มีความหมายเพียงว่า

สามารถเข้าใจที่มาของปัญหาและวิธีการจัดการ กับปัญหาเท่านั้น

การรับรู้เฉยๆ โดยไม่แทรกแซงนั้น มี ความแตกต่างจากการบำบัดความคิดและ พฤติกรรม (CBT)¹⁶ ที่เป็นการปรับเปลี่ยน ความคิดให้มีอารมณ์ในทางบวกมากขึ้น แต่การ ฝึกสติเป็นการฝึกให้เห็นความจริงของความคิด และอารมณ์ ทั้งดีและไม่ดี ว่าเป็นไตรลักษณ์คือ ไม่เที่ยง เปลี่ยนแปลง และเกิดขึ้นตามเหตุปัจจัย หลังการฝึกสติ ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย มีอาการดีขึ้น เช่น ผู้ป่วยรายแรก มีความมั่นใจในการสอน หนังสือมากขึ้น รู้สึกว่านักศึกษาให้ความเคารพ ตนกว่าเมื่อก่อน เพราะในช่วงที่มีอาการเศร้า ผู้ป่วยมักจะมองตัวเอง มองโลกในแง่ร้าย¹⁶ เมื่อ อาการดีขึ้น จึงสามารถมองโลกได้ตามความ เป็นจริงและทำงานได้อย่างมีความสุขมากขึ้น และ สามารถหยุดยาได้ในที่สุด มีคะแนน MADRS ที่ 3 ปี เท่ากับ 6 ส่วนผู้ป่วยรายที่ 2 มีอาการดีขึ้น คือ ไม่นั่งร้องไห้บ่อยๆ ไม่หงุดหงิดง่าย สามารถ ช่วยตัวเองและสามัทำงานบ้านได้ หลังจากที รู้สึกว่าช่วยตัวเองไม่ได้มานานกว่า 20 ปี มีคะแนน MADRS ที่ 8 เดือน เท่ากับ 7 คะแนน

อย่างไรก็ตาม การบำบัดด้วยการฝึกสติ สามารถเกิดแรงต้านในการรักษา (resistance) และ มีผลข้างเคียงได้เหมือนกับการบำบัดรักษา อื่นเช่นกัน¹⁶ ดังเช่นผู้ป่วยรายแรก มีแรงต้าน ในการรักษา คือเห็นว่าการบำบัดไม่ได้ผล หน้าที่ ของผู้บำบัดคือการชี้ให้เห็นแรงต้านและช่วยให้ ผู้ป่วยเห็นประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากการบำบัด

ผู้ป่วยจึงยอมฝึกสติต่อไป และผู้ป่วยรายที่ 2 มีผลข้างเคียงจากการฝึกสติเพราะมีความอยากที่จะเห็นอารมณ์ให้ชัดเจน ซึ่งหากมีความอยากมากจนเกินไป จะเกิดผลข้างเคียงได้ เช่น มีความอึดอัด หรือมีความตึงเครียดเพิ่มมากขึ้น ซึ่งอาจจะแก้ไขโดยการแนะนำให้ผู้ป่วยระลึกถึงเท่าที่สามารถทำได้และให้รู้เท่าทันความอยากที่จะสังเกตอารมณ์ที่เกิดขึ้นให้ชัด¹⁷

การศึกษานี้เป็นเพียงศึกษาจากผู้ป่วยเพียง 2 ราย ควรมีการทำวิจัยที่มีระเบียบวิธีวิจัยที่ชัดเจน เพื่อทดสอบว่าวิธีการที่ผู้นิพนธ์ได้เสนอนั้น สามารถใช้ได้จริงกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

สรุป

ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทั้ง 2 ราย ที่ได้รับการบำบัดด้วยการฝึกเจริญสติในชีวิตประจำวัน ร่วมกับการรักษาด้วยยา มีอาการซึมเศร้าดีขึ้นอย่างมาก โดยทั้ง 2 ราย มีคะแนนซึมเศร้าจากการประเมินด้วย MADRS ลดลงอย่างชัดเจน และในรายแรกสามารถหยุดยาได้นานประมาณ 3 ปี ยังไม่มีอาการกำเริบ ส่วนรายที่สอง อาการทุเลามาก มีคุณภาพชีวิตที่ดี มีสัมพันธภาพกับสามีดีขึ้นมาก สามารถช่วยเหลือตัวเองและช่วยสามีทำงานได้มากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. Segal ZV, William JMG, Teasdale JD. Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to prevent relapse. New York: The Guilford Press; 2002.
2. ธนา นิลชัยโกวิทย์, อติสร จันทรสข. ศิลปะการจัดกระบวนการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลง: คู่มือกระบวนการจิตตปัญญา. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร เอส.พี.เอ็น. การพิมพ์; 2552.
3. Disayavanish P. The effect of Buddhist insight meditation on stress and anxiety (doctoral dissertation). Illinois: State University; 1994.
4. สุจิรา จรัสศิลป์. ผลของการปฏิบัติสมาธิวิปัสสนาที่มีต่อระดับความเครียด. วารสารสมาคมจิตผู้บำบัดแห่งประเทศไทย 2545;47:145-55.
5. พริ้มเพรา ดิษยวิช. ผลของการปฏิบัติวิปัสสนากรรมฐานที่มีต่อบุคลิกภาพและเชาวน์อารมณ์. วารสารสมาคมจิตผู้บำบัดแห่งประเทศไทย 2544; 46:195-207.
6. พลภัทร์ โล่เสถียรกิจ, สวัสดิ์ เทียงธรรม, คชนทร์ พันธุ์โชติ. ผลของการฝึกสติต่อความเครียด ความสุขและการประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวัน. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2549;14:199-206.
7. พลภัทร์ โล่เสถียรกิจ. การฝึกสติแนวพุทธธรรมกับการรักษาโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวล: กรณีศึกษาผู้ป่วย 2 ราย. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2549;14:60-8.

8. DSM IV diagnostic criteria of major depressive disorder. Retrieved from <http://www.psychologynet.org/dsm/major.html>. [25 Aug 2010].
9. ธวัชชัย ลิฬหานาจ, สรยุทธ วาสิกนันท์. ตำราโรคไบโพลาร์. บียอนด์ เอนเทอร์ไพรซ์; 2549.
10. พระปราโมทย์ ปาโมชฺโช. วิธีแห่งความรู้แจ้ง ฉบับรวมเล่ม. พิมพ์ครั้งที่ 25. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์ธรรมดา; 2552.
11. พระไตรปิฎก เล่มที่ 10 พระสุตตันตปิฎก เล่ม 2 ทีฆนิกาย มหาวรรค มหาสติปัฏฐานสูตร. เข้าถึงได้ที่ http://larndham.net/cgi-bin/tread.pl?start_book=10&start_byte=415146. [5 กรกฎาคม 2553].
12. พระธรรมปิฎก (ป.อ. ปยุตฺโต). สติ. เข้าถึงได้ที่ http://84000.org/tipitaka/dic/v_seek.php?text=สติ. [25 สิงหาคม 2553].
13. สุรพล สายพานิช, ผู้รวบรวม. ประมวลธรรมเทศนาของหลวงพ่อบุญมา ปาโมชฺโช. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์ธรรมดา; 2552.
14. พระไตรปิฎก เล่มที่ 23 พระสุตตันตปิฎก เล่ม 15 อังคุตตรนิกาย อัฐกนิบาต วรรคที่ไม่สงเคราะห์ เข้าในปัญญาสก์ สติวรรค สติสูตร. เข้าถึงได้ที่ <http://202.44.204.76/cgi-bin/stshow.pl?book=23&lstart=7172&lend=7196>. [5 กรกฎาคม 2553].
15. Mark Epstein. Thought without a thinker: psychotherapy from a Buddhist perspective. New York: BasicBooks; 1995.
16. Sadock BJ, Sadock VA. Synopsis of psychiatry. 9th ed. USA: Lippincott Williams and Wilkins; 2003.
17. พลภัทร์ โล่เสถียรกิจ. จัดบำบัดแนวพุทธ: การบำบัดด้วยสติ. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2551;16;119-29.