

การบำบัดความคิดและพฤติกรรมบนพื้นฐานของการเจริญสติ :
ความเฉพาะเจาะจงต่อการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า
The Mindfulness-Based Cognitive Psychotherapy:
the specificity for the recurring Major Depressive Disorder

บทความวิชาการ

วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ

Journal of Nursing Science & Health

ปีที่ 34 ฉบับที่ 1 (มกราคม-มีนาคม) 2554

Volume 34 No. 1 (January-March) 2011

ชนกฤทัย ชื่นอารมณ RN, Ph.D.*

Chanokrutthai Choenarom, RN, Ph.D.*

บทคัดย่อ

โรคซึมเศร้าเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ เนื่องจากมีความชุกในประชากรทั่วไปสูง มีลักษณะการดำเนินโรคที่เรื้อรังและกลับเป็นซ้ำได้บ่อยโปรแกรมการบำบัดโรคซึมเศร้าจึงได้รับการพัฒนาจนมีความหลากหลายขึ้นมากในปัจจุบัน การบำบัดความคิดและพฤติกรรมบนพื้นฐานของการเจริญสติ เป็นการบำบัดรูปแบบหนึ่งที่มีการนำมาใช้มากขึ้นทั้งในประเทศและต่างประเทศ อย่างไรก็ตาม ยังมีความเข้าใจที่ไม่ชัดเจนว่าการบำบัดรูปแบบนี้ ต่างจากการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม หรือจิตบำบัดแนวพุทธอย่างไร บทความทบทวนวรรณกรรมนี้มีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายแนวคิดการบำบัดแบบ MBCT โดยเฉพาะเรื่องกลไกการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า ที่มีคำอธิบายที่แตกต่างจากรอบแนวคิด CBT และความเชื่อมโยงของ MBCT กับคำอธิบายทางพุทธศาสนาเกี่ยวกับกระบวนการก่อทุกข์ รวมทั้งนำเสนอรูปแบบการฝึกการเจริญสติในโปรแกรม MBCT และการศึกษาถึงประสิทธิภาพของ MBCT ในประเทศไทยและต่างประเทศ

คำสำคัญ: โรคซึมเศร้า, การบำบัดความคิดและพฤติกรรมบนพื้นฐานของการเจริญสติ

Abstract :

Major depressive Disorder (MDD) is not only a highly prevalent psychiatric disorder in general population but also chronic and frequently relapsing in nature. Up till now, the therapeutic programs developed for MDD are diverse. The Mindfulness-Based Cognitive Psychotherapy (MBCT) is a type of therapeutic program increasingly used both in Thailand and in other countries. This article presents a literature review on the MBCT, particularly on its explanation for MDD relapse mechanism which is different from that offered by the CBT. The similarities of the MBCT's and the Buddhist psychotherapy's notion on suffering are also addressed. Finally, studies concerning the effectiveness MBCT and related programs being used in Thailand are reviewed.

keywords: major depressive disorder, mindfulness-based cognitive psychotherapy (mbct)

ความนำ

โรคซึมเศร้า(MDD) นอกจากจะเป็นความผิดปกติที่มีความชุกในประชากรทั่วไป(prevalence) สูงขึ้นเรื่อยๆ ๑ คือ ร้อยละ 1.4 ในปี 2544¹ เป็น 3.2 (8 แสนกว่าคน)ในปี 2546² และ 4.76 (3 ล้านกว่าคน)ในปี 2550³ ยังเป็นโรคที่มีลักษณะการดำเนินโรคเรื้อรัง มีอาการกำเริบเป็นช่วงๆ (episodic) โดยเฉลี่ยแต่ละช่วงกินเวลา 4-5 เดือน ในชีวิตของผู้ป่วยจะมีอาการกำเริบประมาณ

4 ช่วง⁴ และจะกลับเป็นซ้ำได้บ่อย(multiple episodes) ในผู้ที่เริ่มเป็นเมื่ออายุน้อย จากลักษณะการดำเนินโรคดังกล่าวนี้ จึงถูกพิจารณาให้อยู่ในกลุ่มโรคเรื้อรัง และยังเป็นโรคเรื้อรังที่มีราคาแพง ทั้งจากค่าใช้จ่ายโดยตรงในทางการแพทย์ หรือการขาดงาน รวมทั้งการสูญเสียด้านสุขภาพ โดยในประเทศไทยพบว่ามีผู้ป่วยโรคซึมเศร้านำมาใช้บริการ ณ สถานพยาบาลภาครัฐสังกัดกรมสุขภาพจิต แบบผู้ป่วยในประมาณ 2,490 รายต่อปี และ

*อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

แบบผู้ป่วยนอก 38,851 รายต่อปี ซึ่งมีการคาดการณ์ต้นทุนบริการผู้ป่วยเหล่านี้สูงถึง 25,008,658 บาทต่อปี⁵ เนื่องจากส่งผลกระทบต่ออย่างสูงในหลายด้าน โรคซึมเศร้าจึงได้ถูกยกให้เป็นปัญหาในระดับชาติ ที่หน่วยงานทางด้านสังคม การศึกษาและสุขภาพให้ความสำคัญอย่างสูง มีนโยบายทั้งด้านการป้องกัน บำบัด และส่งเสริมฟื้นฟูผู้ป่วย อย่างไรก็ตาม เป็นที่น่ายินดีว่าการศึกษาวิจัยได้ข้อสรุปที่พ้องกันว่า โรคซึมเศร้าสามารถให้การบำบัดรักษาอย่างได้ผลเป็นที่น่าพอใจ⁶ มีการบำบัดรักษาหลากหลายรูปแบบที่ปรากฏหลักฐานถึงประสิทธิภาพในการบำบัด ทั้งการบำบัดทางกาย โดยเฉพาะการโยคะ จิตบำบัด กิจกรรมบำบัด และอาชีวบำบัด เป็นต้น

จนถึงปัจจุบัน มีการพัฒนารูปแบบการบำบัดทางจิต สำหรับผู้ป่วยซึมเศร้าที่หลากหลายมากขึ้น เช่น การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy: CBT) จิตบำบัดสัมพันธ์ภาวะระหว่างบุคคล (Interpersonal Psychotherapy: IPT) จิตบำบัดเชิงจิตพลวัตแบบสั้น (Time-limited Psychodynamic Psychotherapy: TLDP) รวมถึงการบำบัดอื่น ๆ ที่เป็นทางเลือกหรือการบำบัดแบบเสริมอีกมากมาย เช่น ดนตรีบำบัด ภาพยนตร์บำบัด เป็นต้น ในจำนวนนี้ การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (CBT) เป็นรูปแบบที่ได้รับความนิยมแพร่หลาย และมีการศึกษาสนับสนุนถึงประสิทธิภาพในการบำบัดโรคซึมเศร้ามากที่สุดตลอด 20 ปี ที่ผ่านมา อย่างไรก็ตาม ในปัจจุบันแนวคิดจิตวิทยาทางตะวันตกได้หันมาสนใจองค์ความรู้ทางด้านจิตใจในมุมมองตะวันออกมากขึ้น โดยเฉพาะการอธิบายเรื่องธรรมชาติของจิตและการดับทุกข์ในมุมมองของศาสนาพุทธ มีการผสมผสานองค์ความรู้จนเกิดเป็นความรู้ด้านความคิดและพฤติกรรมในรุ่นใหม่ (Third wave of CBT) การบำบัดความคิดและพฤติกรรมบนพื้นฐานของการเจริญสติ หรือ Mindfulness-Based Cognitive Psychotherapy (MBCT)⁷ ก็เป็นหนึ่งในผลผลิตขององค์ความรู้นี้ และเป็นรูปแบบการบำบัดที่กำลังได้รับความสนใจ เนื่องจากมีหลักฐานสนับสนุนถึงประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ ในการลดภาวะซึมเศร้าและการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ

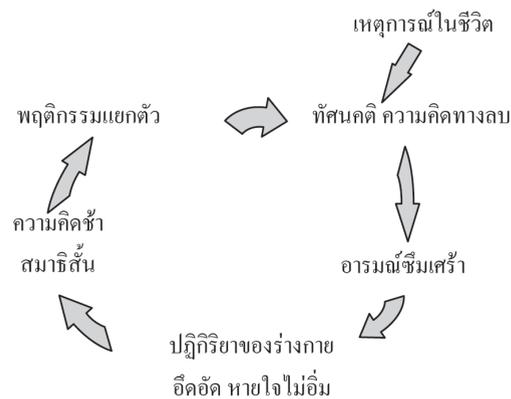
การบำบัดความคิดและพฤติกรรมบนพื้นฐานของการเจริญสติ (MBCT)

MBCT มีการพัฒนามาจากการรวมจุดเด่นของการบำบัดสองรูปแบบเข้าด้วยกัน คือนำโครงสร้างและกระบวนการบำบัดมาจากการเจริญสติเพื่อลดความเครียด (Mindfulness-Based Stress Reduction: MBSR)⁸ ผสมผสานกับแนวคิดเรื่องการแยกตัวออกมาเฝ้ามอง สังเกตอารมณ์ ความคิดของตนเอง (meta-cognitive ability) และความเปราะบาง ความเสี่ยงในการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า จากกรอบแนวคิด CBT⁹ โดยรูปแบบการบำบัดแบบ MBCT มีความแตกต่างจาก CBT คือขณะที่ CBT เน้นการสังเกตความคิดและความรู้สึกของตนเพื่อประเมินดูความบิดเบือนการไม่เป็นเหตุเป็นผลของเนื้อหาและแบบแผนความคิดแล้วนำไปพิสูจน์กับสถานการณ์จริงเพื่อปรับเปลี่ยนความคิดให้มีอารมณ์ทางบวกมากขึ้น แต่ MBCT เน้นการเห็นและยอมรับความจริงของความคิดและอารมณ์ ทั้งที่ดีและไม่ดี ให้ความสำคัญกับการรับรู้อารมณ์เท่า ๆ กับการจัดการกับกระบวนการความคิด โดย MBCT เน้นว่าแม้ผู้ป่วยอาจคิดตกได้ในเชิงเหตุผล (คือมี cognitive insight) แต่การตระหนักรู้ในทางอารมณ์ (emotional insight) นั้นเป็นอีกเรื่องหนึ่ง เพราะปัญหาจากความคิดแม้จะเข้าใจและคิดหาทางออกต่อปัญหาได้ แต่ความเศร้าหมองกระวนกระวายที่เกาะกุมจิตใจไว้ก็อาจทำให้คลายทุกข์ไม่ได้ ดังนั้น สำหรับกรอบแนวคิด MBCT แล้ว การคิดเชิงเหตุผลเพียงอย่างเดียวจึงไม่ใช่วิถีทางแห่งการดับทุกข์ แต่การปฏิบัติภาวนาเจริญสติ จนเห็น และจำภาวะปกติที่ตื่นทุกสัมผัสได้ จนมีสัมมาสติ คือเมื่อจิตเริ่มตก สัมผัสได้ถึงอารมณ์ที่เริ่มหมองมัว ก็สามารถรู้ตัวดึงจิตไม่ให้อารมณ์ไปกระตุ้นความคิดทางลบ พาจมดิ่งลงไปในทุกข์ แต่ให้เฝ้าสังเกตอารมณ์นั้นอย่างเป็นกลางไม่ตัดสิน จนเห็นธรรมชาติของจิต ที่ความคิด อารมณ์ และการรับรู้สัมผัสทางกายมีการเกิดขึ้น ตั้งอยู่ ดับไป (ไตรลักษณ์) จึงเกิดปัญญา ยอมรับความจริงที่เกิดขึ้น ลดความยึดมั่นถือมั่นได้ การเจริญสติ จึงเป็นหนทางในการช่วยผู้ที่เคยเป็นโรคซึมเศร้าให้มีทักษะในการเท่าทันอารมณ์หม่นหมองที่จะส่งผลกระทบต่อกระบวนการความคิดที่นำไปสู่ความซึมเศร้าของตนเองนั่นเอง

กลไกในการกำเริบซ้ำของโรคซึมเศร้า

การพัฒนา MBCT นี้ มีจุดประสงค์เริ่มแรกจากความพยายามของผู้คิดค้นในการหารูปแบบการบำบัดสำหรับผู้ป่วยซึมเศร้าที่เรื้อรัง กลับเป็นซ้ำหลายครั้ง เพื่อป้องกันและลดความเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำ โดยให้การบำบัดในขณะที่ผู้ป่วยไม่ได้อยู่ในช่วงที่มีอาการซึมเศร้า (out of episode) โดยเริ่มจากความคิดที่จะพัฒนารูปแบบการบำบัด ที่คล้ายกับ CBT ที่มีอยู่เดิมให้มีความเฉพาะเจาะจงมากขึ้น เป็นแบบฉบับเพื่อการคงสภาพหรือป้องกันการกำเริบ (maintenance version of CBT) แต่สิ่งที่ค้นพบ ได้นำไปสู่การสร้างโปรแกรม MBCT ที่

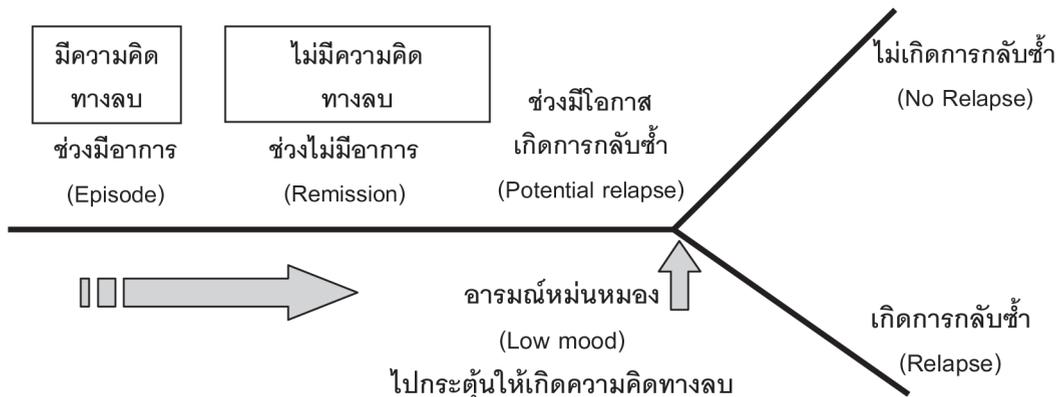
แตกต่างออกไปจาก CBT อย่างมาก เพราะจากการทบทวนวรรณกรรมทำให้พบว่า กลไกที่อธิบายการกำเริบซ้ำของโรคซึมเศร้าน่าจะมีลักษณะต่างจากกรอบแนวคิด CBT แบบดั้งเดิม ที่อธิบายว่า การกำเริบซ้ำของโรคซึมเศร้าเกิดจาก การมีเหตุการณ์ความเครียด (stressful event) ไปกระตุ้นทัศนคติที่ไม่ดี (dysfunctional attitude) ที่มีอยู่แล้วในผู้ที่เคยเป็นโรคซึมเศร้า จึงนำไปสู่ความคิดทางลบ (negative thought) หรือรูปแบบความคิดบิดเบือน (distorted thinking pattern) และอารมณ์ซึมเศร้า (depressed mood) ซึ่งนำไปสู่การกำเริบซ้ำ ดังไดอะแกรม (ภาพที่ 1)



ภาพที่ 1 กระบวนการกำเริบซ้ำของโรคซึมเศร้าตามกรอบแนวคิด CBT
คัดลอกและดัดแปลงไดอะแกรมจาก Craig Chigwedere (2009)⁹ pp. 8

แต่กรอบแนวคิดนี้ ไม่ได้รับการสนับสนุนจากการศึกษาหลายฉบับ โดยเฉพาะงานวิจัยเกี่ยวกับความแตกต่างของกระบวนการความคิด ความจำ เมื่อถูกกระตุ้นด้วยอารมณ์เศร้า¹⁰ ที่ชี้ว่า ถึงแม้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะมีทัศนคติทางลบเมื่ออยู่ในช่วงเป็นโรคซึมเศร้า แต่เมื่อไม่อยู่ในช่วงที่เป็นโรคซึมเศร้า พวกเขากลับมีทัศนคติและระดับความคิดในทางลบที่ไม่แตกต่างจากกลุ่มคนที่ไม่เคยซึมเศร้าวเลย ดังนั้น Teasdale (1999)¹¹ จึงเสนอใหม่ว่า กระบวนการกำเริบซ้ำของโรคซึมเศร้า น่าจะเกิดจากมีเหตุการณ์ความเครียด ไปกระตุ้นให้เกิดอารมณ์เศร้า และอารมณ์เศร้านี้จึงจะไปกระตุ้นให้เกิด

ความคิดทางลบและทัศนคติที่ไม่ดี จนทำให้อารมณ์ยิ่งดิ่งลึกลงจนเป็นช่วงที่มีอาการกำเริบ (episode) ครั้งใหม่ของโรคซึมเศร้า ดังไดอะแกรม (ภาพที่ 2) ดังนั้นจากกรอบแนวคิดนี้ การบำบัดที่มุ่งเน้นการปรับเปลี่ยนความคิด ทัศนคติ และความเชื่อทางลบ จึงน่าจะทำได้ผลดีเฉพาะในผู้ป่วยซึมเศร้าที่อยู่ใน episode ที่ความคิดในทางลบกำลังถูกกระตุ้น แต่เมื่อออกจาก episode ของโรคซึมเศร้าแล้ว ผู้ที่เคยป่วยควรเน้นการดูแลและจัดการอารมณ์ของตนเองร่วมด้วย ก่อนที่อารมณ์เศร้านั้นจะไปกระตุ้นให้เกิดความคิดทางลบและอารมณ์ดิ่งลงจนกำเริบซ้ำ



ภาพที่ 2 กระบวนการกำเริบซ้ำของโรคซึมเศร้าตามกรอบแนวคิด MBCT
คัดลอกและดัดแปลงไดอะแกรมจาก Segal, Williams, & Teasdale (2002)⁷ pp. 37

กรอบแนวคิด MBCT ยังเน้นด้วยว่า ผู้ที่เคยเป็นโรคซึมเศร้าจะมีความไวต่อกระบวนการตอบสนองด้านการรู้คิดต่ออารมณ์เศร้าต่างจากผู้ที่ไม่เคยเป็นโรคซึมเศร้า (differential cognitive reactivity) นั่นคือ อารมณ์เศร้าในระดับที่พอ ๆ กัน จะไปกระตุ้นให้เกิดความคิดและทัศนคติทางลบในผู้ที่เคยเป็นโรคซึมเศร้าได้มากกว่าผู้ที่ไม่เคยเป็น เนื่องจากผู้เคยเป็นโรคซึมเศร้าเรียนรู้ที่จะเชื่อมโยงอารมณ์ซึมเศร้าของตนกับการคิดทางลบจนเป็นอัตโนมัติ กระทั่งแม้แต่การเปลี่ยนแปลงของอารมณ์เพียงเล็กน้อยก็จะสามารถกระตุ้นให้เกิดความคิดทางลบได้ อธิบายได้ว่า แม้ผู้ที่เคยเป็นโรคซึมเศร้าจะอยู่ในช่วงไม่มีภาวะซึมเศร้า แต่ถ้ามีเหตุการณ์ในชีวิตมากระทบและก่อให้เกิดอารมณ์หม่นหมองเมื่อใด ก็จะมีปฏิกิริยาตอบสนองที่เรียกว่า การหลีกเลี่ยงการรับรู้ต่อประสบการณ์ที่เจ็บปวด (experiential avoidance) ก็คือ จะอ่อนไหว (sensitive) ต่ออารมณ์หม่นหมองมากกว่าคนทั่วไป และจะทนให้เกิดประสบการณ์ด้านอารมณ์ ความรู้สึก และปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นกับร่างกายที่มากับอารมณ์หม่นหมองเศร้า เช่น อึดอัด หายใจไม่อิ่ม ต่อตนเองไม่ได้ สิ่งที่อยู่ยงยืนซึมเศร้ามักทำในกรณีที่จะหลีกเลี่ยงไม่เผชิญประสบการณ์ดังกล่าว ก็คือการหนีไปอยู่กับความคิด(แทนที่จะเผชิญกับความรู้สึก) ใช้การคิดไปเรื่อย ๆ หาเหตุผล และคำอธิบายความซึมเศร้าของตน

โดยมีความคิดว่า ถ้าตนเองหาเหตุผลหรือสาเหตุของความซึมเศร้าได้ ก็จะลดความทรมานจากความซึมเศร้าหรือหายจากความซึมเศร้านั้น แต่การคิดไปเรื่อย ๆ นั้นไม่ก่อให้เกิดประโยชน์อันใด กลับทำให้เกิดการหมกมุ่นครุ่นคิด (rumination) ซึ่งเป็นอีกสิ่งหนึ่งที่ทำให้สมองอ่อนล้า ความคิดทางลบขยายตัวเร็วขึ้นและอารมณ์จมดิ่งอย่างรวดเร็ว

MBCT และคำอธิบายทางพุทธศาสนาเกี่ยวกับกระบวนการก่อทุกข์

กระบวนการที่อธิบายข้างต้นนั้น ในทางพุทธเรียกว่า เป็นกระบวนการก่อทุกข์ (suffering) เพราะความเจ็บปวด (pain) เป็นสังขารของชีวิตที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ แต่ความทุกข์นั้นหลีกเลี่ยงได้¹² ความทุกข์ คือการที่เราเอาความคิดฟุ้งซ่าน หมกมุ่นครุ่นคิด ไปพอกพูนเติมต่อขึ้นจากความกลัวการเผชิญกับความจริงของชีวิตทำให้ประสบการณ์ที่ได้รับนำกลัวกว่าความจริง ดังนั้น การเข้าใจความกลัวก็คือเข้าใจทุกข์ และการชนะความกลัวคือพ้นทุกข์ การเข้าใจความกลัว เพื่อที่จะพ้นจากความกลัวจึงเป็นเรื่องที่สำคัญมาก ซึ่งการบำบัดแบบ MBCT เป็นการสอน และช่วยฝึกผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าให้เผชิญกับ “ความกลัวที่จะเผชิญกับอารมณ์ซึมเศร้า” ของตนเองเฝ้ามองดูการมาและการจากไปของมันว่าเป็นสังขารของชีวิต ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการบำบัดด้วยการ

เจริญสติ จะได้ผ่านประสบการณ์ที่ยากลำบาก จากการเผชิญสิ่งที่ไม่พึงประสงค์นี้ แต่ในที่สุด จะมีความรู้สึกสุขสบาย จากการที่ได้ “รับรู้” และ “รู้สึก” ในสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ โดยไม่ต้องเก็บกดความรู้สึกเจ็บปวดไว้โดยไม่เผชิญ และรู้สึกอยู่เหนือจากความทุกข์ เพราะมีทักษะที่จะจัดการกับความเจ็บปวดในชีวิตที่ผ่านเข้ามาได้ และถึงแม้ว่าจะได้เผชิญกับอารมณ์เศร้าอีก (เพราะความเจ็บปวดและอารมณ์เศร้าเป็นสัจธรรมของชีวิต) ก็จะไม่จมดิ่ง หรือไม่อยู่กับอาการนั้นนานจนมีความเสี่ยงที่เกิดโรคซึมเศร้ามากขึ้น นั่นคือ MBCT มุ่งให้เกิดการเปลี่ยนแปลงประสบการณ์ของผู้ที่เคยเป็นโรคซึมเศร้า ต่อสิ่งที่เรียกว่าความเศร้า ความเจ็บปวด โปรแกรม MBCT จึงเป็นการฝึกเจริญสติเพื่อเป็นเครื่องมือในการหยุดกระบวนการก่อทุกข์นั้นเอง

นอกจากนี้ หลักการของ MBCT ที่เป็นการพยายามใช้สมาธิเพื่อให้เห็นกระบวนการทำงานตามธรรมชาติของจิตใจ ยังเทียบได้กับการใช้หลักการของไตรสิกขาและเบญจขันธ์ในคำสอนของศาสนาพุทธ ซึ่งการปฏิบัติตามไตรสิกขา ก็คือทำตัวอยู่ในศีล มีพฤติกรรมที่ดี และการฝึกกรรมรวมจิตใจให้มีประสิทธิภาพที่เรียกว่ามีสมาธิ จะสามารถทำให้เห็นสิ่งที่ไม่คิดว่าจะได้เห็น ได้รู้เกี่ยวกับความจริงของจิตใจตนเอง อย่างที่เรียกว่าเกิดปัญญา ซึ่งหลักการนี้ จะช่วยให้บุคคลเห็นถึงระบบการทำงานของจิต โดยสามารถตามดูจิตตามหลักเบญจขันธ์ คือแยกออกมาวิเคราะห์ได้ทีละส่วน จนทำให้รู้ว่าส่วนไหนที่ควบคุมให้ตัวเราไม่สามารถพ้นจากความทุกข์ความเศร้าโศกได้

อัญชลี วิวัฒน์ชัย (2542)¹³ กล่าวถึงหลักเบญจขันธ์ ว่าเริ่มต้นด้วย การเกิดการรับรู้จากประสาทสัมผัส อายตนะทั้ง 6 เช่น การมองเห็น เรียกว่า การเกิดรูป หรือเกิดจักขุวิญญาณ เกิดการจำได้ และตีความออกมาว่าเป็นอะไร แล้วถ่ายทอดออกมาสู่จิตสำนึกให้จดจำและรับรู้ เรียกขั้นตอนนี้ว่า การเกิดสัญญา จากนั้นก็นำข้อมูลนั้น มาเติมแต่งความคิดเห็นเพิ่มเข้าไปว่าดี ไม่ดี สวยไม่สวย ช่วงเติมแต่งความเห็นนี้ เรียกว่า การเกิดสังขาร ซึ่งเป็นขั้นตอนที่ควรพึงสังวรไว้ว่า เป็นความเห็นเฉพาะที่แตกต่างกันไป ตามพื้นฐานจิตใจและ

สัญญาเดิม ซึ่งสิ่งที่เราเติมแต่ง อาจไม่เหมือนของผู้อื่น และอาจไม่ใช่ความจริงก็ได้จึงไม่มีประโยชน์ที่จะยึดติดว่าตัวเรา และความคิดของเราถูกที่สุด และเกิดทุกข์เมื่อมีใครมาขัดแย้ง และท้ายที่สุด ก็จะเกิดอารมณ์ตอบสนองต่อความคิดเห็นนั้น ซึ่งสามารถแยกได้เป็นสองทางคือ พึงพอใจ และไม่พึงพอใจ เรียกกระบวนการนี้ว่า การเกิดเวทนา ซึ่งเป็นช่วงที่สามารถก่อให้เกิดความทุกข์ได้เช่นกัน เพราะความรู้สึกเศร้าโศกและความทุกข์สามารถเกิดได้ เมื่อเราเกิดความรู้สึก รัก ชอบ พึงพอใจ แต่กลับไม่ได้เป็นเจ้าของ หรือไม่เกิดความไม่พึงพอใจ แต่ก็มีสิ่งนั้นไปไม่พ้น นั่นคือ ไม่ว่าจะเกิดความรู้สึกด้านไหน ทางลบหรือทางบวก (striving attitude) ก็สามารถดึงเราให้เป็นทุกข์ได้ไม่ต่างกันเลย ดังนั้นถ้าเรารู้เท่าทันกระบวนการนี้ จึงเปรียบเสมือนได้ดวงตาคู่ใหม่สามารถสื่อสารและรับรู้สิ่งต่างๆ ภายนอกได้อย่างเที่ยงตรงต่อความเป็นจริง มองเห็นธรรมชาติกระบวนการทั้งหมด และไม่ตกอยู่ภายใต้อิทธิพลของกระบวนการดังกล่าว หรือสามารถควบคุมมันให้อยู่ในระดับที่ไม่เป็นโทษได้ ซึ่งทั้งหมดก็เป็นหลักการที่ MBCT พยายามให้เกิดในผู้รับการบำบัด สะท้อนให้เห็นจากแนวคิดต่างๆ ของ MBCT เช่น การรับรู้สัมผัสทางกายเป็นประตูสู่การตระหนักรู้ (body sensations as a door to awareness) การมีสติตื่นรู้ (being mode) ความคิดคือความคิด ความคิดไม่ใช่ความจริง (thought are not fact) หรือ การยอมรับความจริง และลดยึดติด (acceptance, non-striving attitude) เป็นต้น

กระบวนการฝึกการเจริญสติ

กระบวนการในการฝึกการเจริญสติ ตามขั้นตอนที่ Jon-Kabat Zin (1990)⁸ และ Segal, Williams, & Teasdale et al. (2002)⁷ ใช้โปรแกรมการบำบัดทางจิตเริ่มจาก การกระตุ้นเร้าอินทรีย์ประสาทให้ตื่น ให้ผู้รับการบำบัดรู้สึกตัวในทุกสิ่งที่กระทบ เห็นความแตกต่างจากการใช้ชีวิตอย่างไร้สติ ที่ปล่อยให้พฤติกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวันเป็นไปอย่างอัตโนมัติ (doing mode of living) โดยสิ่งที่กำลังกระทำไม่ได้ผ่านเข้ามาในการรับรู้ของตนเองเลย ซึ่งเสี่ยงมากในการที่เมื่อรู้ตัวอีกก็ครั้ง การหลีกเลี่ยงความเจ็บปวดและการคิดฟุ้งซ่านที่เป็นไป

โดยอัตโนมัติ ก็ได้นำอารมณ์ของผู้นั้นจมดิ่งลงไป ภาวะซึมเศร้าเสียแล้ว การฝึกฝนจะช่วยให้ผู้รับการบำบัดมีสติที่จะรับรู้ และสัมผัสได้ถึงความรู้สึกต่างๆ ที่เกิดกับร่างกาย ซึ่งจะช่วยให้สติญาณเตือนให้รู้ตัว ดังนั้น พอจิตเริ่มตก ก็เริ่มรู้ตัว จิตจดจ่อที่ลมหายใจ สัมผัสลมหายใจอบอุ่น หรือเท้าพาเดินจงกรมทันที สัมผัสรับรู้ถึงความรู้สึกร้อน เย็น แข็ง หรือนุ่มของเท้าที่เหยียบพื้น ปลูกอินทรีย์ประสาททุกส่วนให้ตื่น การที่จิตใจมีสติอยู่กับเนื้อกับตัว (being mode of living) ไม่เตลิดไปตามแต่ที่ความคิดและอารมณ์จะพาไปนี้ จะเป็นจิตที่มีพลังสามารถตั้งมั่น แยกออกมาเป็นผู้เฝ้ามองปรากฏการณ์ทางจิตของตนเอง เผชิญหน้าด้วยการมองและพิจารณาความคิด อารมณ์ของตนเอง ความคิดอันเป็นที่มาของความหม่นหมองจึงอ่อนกำลังลงไป แค่เห็นผ่านมาแล้วก็ผ่านไป ยึดกุมพื้นที่ในจิตใจไม่ได้ ซึ่งจะทำให้ผู้รับการบำบัดเห็นถึงที่มาแห่งความทุกข์ ว่าเราสร้างมันขึ้นมาเอง จากการวิ่งหนีความเจ็บปวด และสามารถฝึกที่จะอยู่กับความรู้สึกเจ็บปวดนานพอที่จะยอมรับและเข้าใจธรรมชาติของมัน ว่าเป็นเพียงประสบการณ์ที่เกิดขึ้นในการรับรู้ ไม่ใช่สิ่งเปลี่ยนแปลงไม่ได้ หรือเป็นที่สุดตระหนักถึงการเกิดขึ้น ตั้งอยู่ และดับไปของความทุกข์ ซึ่งเป็นอนิจจังเช่นเดียวกับประสบการณ์อื่นๆ ซึ่งจะมาแหวะเวียนมาในการรับรู้ของเรา จากไป และจะกลับมาอีกในอนาคต

การศึกษาถึงประสิทธิภาพของ MBCT

จนถึงปัจจุบัน ได้มีการศึกษาประสิทธิภาพของ MBCT ทั้งในกลุ่มผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า แต่ไม่ได้ป่วยด้วยโรคซึมเศร้า และกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า การศึกษามีจำนวนมากขึ้นจนได้มีการวิเคราะห์เชิงอนุมาณ (meta-analysis) แล้วสองการศึกษา¹⁴⁻¹⁵ ซึ่งได้รวบรวมและวิเคราะห์งานวิจัยเชิงทดลองเป็นจำนวนมากจากหลากหลายฐานข้อมูล ได้ข้อสรุปถึงผลลัพธ์ด้านอัตราการกลับเป็นซ้ำว่า งานวิจัยแบบ randomized control trial 4 ฉบับ¹⁶⁻¹⁹ ได้สนับสนุนการใช้ MBCT ร่วมกันกับการรักษาตามปกติ (treatment as usual: TAU) ว่าจะได้ผลในการลดอัตราการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยที่มีประวัติการกลับเป็นซ้ำ 3 ครั้ง ขึ้นไป

ได้ดีกว่าการรักษาตามปกติอย่างเดียวยังครึ่งหนึ่ง (จาก 60% relapse rate เป็น 32 % relapse rate) ทำให้ขณะนี้ MBCT ได้ถูกระบุให้ได้รับเลือก (treatment of choice) จากคณะกรรมการในสถาบันสุขภาพแห่งชาติของอังกฤษ (UK's best practice advisory board of the National Institute for Health and Clinical Excellence; NICE 2004) ให้ใช้ในการบำบัดผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีประวัติกลับเป็นซ้ำ 3 ครั้งขึ้นไป²⁰ ตั้งแต่ปี ค.ศ. 2004 เป็นต้นมา

ส่วนผลลัพธ์ด้านการลดระดับความซึมเศร้านั้น ก็พบว่า การใช้ MBCT ร่วมกันกับการรักษาตามปกติจะได้ผลในการลดระดับความซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญเช่นกัน²¹⁻²³ ถึงอย่างไรก็ตาม งานวิจัยเหล่านี้ ได้ถูกวิพากษ์ว่า เป็นการเปรียบเทียบ MBCT กับการบำบัดตามปกติ เท่านั้น ทำให้ไม่สามารถแยกผลของ MBCT ได้ อย่างชัดเจนเท่าการเปรียบเทียบกับ active control group เช่น กลุ่มควบคุมที่มี intervention อื่นที่ชัดเจนเช่นกัน อีกทั้ง ยังไม่สามารถตอบได้ว่า MBCT จะสามารถใช้ทดแทนเป็นการบำบัดหลัก (main therapy) หรือใช้ได้ผลดีเพียงเป็นการบำบัดร่วม (adjunctive therapy) เท่านั้น จนถึงปัจจุบัน มีเพียง หนึ่งการศึกษา²⁴ ที่เปรียบเทียบกลุ่มทดลองที่ได้รับ MBCT ร่วมกับยาต้านเศร้า ในตอนแรกแล้วค่อยๆ ลดยา กับกลุ่มควบคุมที่ได้รับยาอย่างสม่ำเสมอ ปรากฏว่า อัตราการกลับเป็นซ้ำในทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน จึงเป็นหลักฐานขั้นต้นที่ชี้ว่า MBCT น่าจะสามารถใช้ทดแทนยาเป็นการบำบัดหลัก เพื่อลดความเสี่ยงในการกลับเป็นซ้ำได้

MBCT และ โปรแกรมการบำบัดที่ใช้ในประเทศไทย

ในประเทศไทยก็เริ่มมีการนำการบำบัดทางจิตที่มีการฝึกสมาธิ และเจริญสติเป็นส่วนประกอบมาใช้เพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ โดยเฉพาะเพื่อคลายเครียด ลดความวิตกกังวล และส่งเสริมสุขภาพจิต ทั้งในบุคคลทั่วไป เพื่อใช้ในชีวิตประจำวัน ในผู้ที่มีความเจ็บป่วยทางกาย และผู้ป่วยกลุ่มโรคจิตเวช ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการฝึกสติปัญญา²⁵ ซึ่งก็ได้ผลว่าสามารถลดความเครียด และเพิ่มสมาธิได้ ในจำนวนนี้มีโปรแกรมการบำบัดที่มีโครงสร้างชัดเจน คือโปรแกรมการยกระดับจิตสำนึกเพื่อคลายเครียด (Consciousness Transformation

Program)²⁶ ที่ใช้การทำสมาธิแบบอานาปานสติ โยคะ การเจริญสติตามหลักสติปัฏฐาน 4 วิปัสสนากรรมฐาน ร่วมกับการจัดการอารมณ์ต่อความคิด เพื่อลดความเครียด ซึ่งเป็นโปรแกรมที่เน้นการใช้สมาธิบำบัด (meditation technique) โดยมีคำอธิบายแนวคิดพื้นฐานว่า การฝึกสมาธินอกจากจะช่วยให้มีจิตที่สงบตั้งมั่น เกิดความผ่อนคลายและลดความวิตกกังวลแล้วยังสามารถกระตุ้นให้ผู้ฝึกเข้าถึงสิ่งที่อยู่ในจิตไร้สำนึกของตนเองจนเกิดการบูรณาการยกระดับภาวะจิตสำนึกให้สูงขึ้น มีการเปลี่ยนแปลงการตระหนักรู้ ให้เข้าใจธรรมชาติของตนเอง (self actualized) มีความรักและยอมรับตนเองมากขึ้น ซึ่งผลการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการบำบัดนี้ ในผู้ป่วยที่คลินิกจิตเวชและประชาชนที่สนใจ²⁷ และ ในนักศึกษามหาวิทยาลัย²⁸ พบว่าช่วยลดความเครียด และเพิ่มความจำได้ โปรแกรมการยกระดับจิตสำนึกเพื่อคลายเครียดนี้ มีความแตกต่างจากโปรแกรม MBCT ตรงที่จะเน้นการฝึกสมาธิ (concentration meditation) ให้จิตตั้งมั่นอยู่ในอารมณ์ที่สุขสบายเพียงอารมณ์เดียวจนจิตมีกำลังที่จะหยุดความคิดเชิงลบ (negative thoughts) มีจิตใจผ่อนคลายมีความสุขและสงบมากขึ้น²⁹ ในขณะที่ MBCT ใช้การฝึกเจริญสติ (insight meditation) เป็นเทคนิคหลัก ให้ผู้เข้ารับการบำบัดได้ฝึกตระหนักรู้อารมณ์ทุกอารมณ์ตามจริงที่ปรากฏขึ้นในขณะปัจจุบัน ทำให้เห็นความจริงของอารมณ์ต่างๆ ว่าเกิดขึ้นแล้ว คงอยู่และจะดับไป (ไตรลักษณ์) สามารถทำให้ผู้ฝึกสติปล่อยวางการยึดมั่นถือมั่นในอารมณ์ได้³⁰

ส่วนในการบำบัดผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า นั้น ก็มีความหลากหลายในการนำเทคนิคการฝึกสติและสมาธิ เช่น การฝึกอานาปานสติ และการฝึกโยคะ มาประยุกต์ใช้ ทั้งในผู้ป่วยทางกายที่มีภาวะซึมเศร้า³¹ หรือผู้ป่วยจิตเวชที่มีภาวะซึมเศร้าแต่ไม่ได้เป็นโรคซึมเศร้า³² รวมทั้งการประยุกต์ใช้หลัก อริยสัจ 4 ในการให้คำปรึกษา ที่ช่วยให้ผู้รับการบำบัดได้คิด พิจารณาข้อธรรมะ (Buddhist cognitive therapy technique) เพื่อช่วยในกระบวนการวิเคราะห์เหตุแห่งทุกข์ และการดับทุกข์ ในผู้ป่วยทางกายเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า³³ ส่วนรูปแบบการบำบัด

แนวพุทธที่ได้ทดลองใช้กับผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้านั้นยังมีน้อย จนถึงขณะนี้ พบการรายงานกรณีศึกษา 2 ฉบับ ฉบับหนึ่งรายงานถึงผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่กำลังอยู่ในช่วงป่วยมีอาการ 1 ราย ที่ได้รับการบำบัดด้วยการฝึกการเจริญสติตามแนวทางสติปัฏฐานสูตร โดยเป็นการฝึกสติสัปดาห์ละ 1 ชั่วโมง ติดต่อกัน 6 สัปดาห์ ร่วมกับการรักษาด้วยยา เมื่อติดตามการรักษา 3 เดือน พบว่าอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยหายไป และผู้ป่วยมีการทำหน้าที่ในชีวิตประจำวันที่ดีขึ้นมาก³⁴ ส่วนอีกหนึ่งฉบับ เป็นรายงานการบำบัดแบบเดียวกันในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเรื้อรัง 2 ราย ที่เป็นโรคซึมเศร้ามานาน 5 และ 20 ปี พบว่า หลังจากใช้เวลาในการฝึกสติ 3 เดือน ผู้ป่วยมีอาการซึมเศร่าลดลงมาก มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และสามารถลดขนาดยาต้านอาการซึมเศร่าลงได้หลังติดตามการรักษานาน 8 เดือน³⁵ การบำบัดโดยการฝึกสติรูปแบบนี้ มีความเหมือนกับโปรแกรม MBCT ตรงที่จะเน้นการฝึกสติให้ผู้เข้ารับการบำบัดได้ฝึกตระหนักรู้อารมณ์ ทำให้เห็นสภาพที่แท้จริงของอารมณ์และความคิด เห็นความเชื่อมโยงระหว่างกันจนสามารถหลุดมาเป็นผู้เฝ้าดูความจริงของอารมณ์ความคิดได้ แต่อย่างไรก็ตาม การบำบัดแบบนี้ มีองค์ประกอบทางการบำบัด (therapeutic components) ที่แตกต่างจากโปรแกรม MBCT ที่ในโปรแกรมนี้ ผู้บำบัดจะเน้นการฝึกสติเท่านั้น แต่ไม่ได้รวมเอาแนวคิดความเปราะบางทางความคิด และอารมณ์ในการกลับซ้ำของโรคซึมเศร้า เช่น ธรรมชาติของการหมกมุ่นครุ่นคิด และการหลีกเลี่ยงอารมณ์ซึมเศร่าไปอยู่กับความคิด หรือการค้นหาความเสี่ยงในการกลับซ้ำเฉพาะบุคคล (relapse signature) มาสอนอย่างชัดเจนเหมือนในโปรแกรม MBCT

เมื่อไม่นานนี้ รัสตาพร สันติวงษ์ (2550)³⁶ ได้นำโปรแกรม MBCT⁹ มาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่ติดเชื้อ HIV และมีภาวะซึมเศร้าในระดับไม่รุนแรง โดยได้ตัดกิจกรรมบางอย่างออก รวมทั้งลด session การบำบัดจาก 8 ครั้งเหลือ 6 ครั้ง พบว่าสามารถลดอาการซึมเศร้าในผู้เข้ารับการบำบัดได้อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้ใช้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าเท่านั้น จนถึงปัจจุบัน จึงยังไม่มีการศึกษาเชิงทดลองในการทดสอบ

ประสิทธิภาพของ MBCT ในผู้ป่วยไทยที่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าเลย โดยไม่มีการศึกษาทั้งทางด้านผลลัพธ์ในการลดอาการซึมเศร้าทั้งที่อยู่ในช่วงโรคซึมเศร้ามีอาการกำเริบ หรือผลลัพธ์ทางด้านป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยในช่วงอาการสงบ

สรุป

MBCT เป็นการบำบัดรูปแบบใหม่ที่มีกรอบแนวคิดและการอธิบายถึงกลไกการกลับซ้ำของโรคซึมเศร้าที่ชัดเจน โดยเน้นว่า การฝึกเจริญสติ เพื่อยอมรับและเผชิญหน้ากับประสบการณ์ทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นเป็นวิธีการบำบัดผู้ป่วยซึมเศร้าที่เหมาะสม โดยเฉพาะกับผู้ป่วยที่กลับเป็นซ้ำหลายครั้งที่อยู่ในช่วงไม่มีอาการ และไม่มีความคิดบิดเบือนทางลบชัดเจน ซึ่งแตกต่างจากการบำบัดแบบ CBT ที่เน้นการจัดการเนื้อหาและกระบวนการความคิดทางลบ ที่น่าจะเหมาะสมกับผู้ป่วยที่อยู่ในช่วงมีอาการที่มีอารมณ์จมดิ่งและมีความคิดบิดเบือนทางลบชัดเจน ซึ่งหลักฐานจากการศึกษาในต่างประเทศก็ได้สนับสนุนถึงประสิทธิภาพของ MBCT ในการบำบัดผู้ป่วยที่มีการกลับซ้ำของโรคซึมเศร้า 3 ครั้งขึ้นไป ส่วนในประเทศไทย ก็เริ่มมีการนำการบำบัดทางจิตที่เรียกรวม ๆ ว่าเป็นจิตบำบัดแนวพุทธที่มีการฝึกสมาธิและเจริญสติเป็นส่วนประกอบมาใช้มากขึ้น โดยเฉพาะเพื่อคลายเครียดและส่งเสริมสุขภาพจิตทั้งในบุคคลทั่วไป ผู้เจ็บป่วยทางกาย และผู้ป่วยกลุ่มโรคจิตกึ่งวล ส่วนการบำบัดในผู้ที่เป็โรคซึมเศร้า ถึงจะมีการนำโปรแกรม MBCT มาประยุกต์ใช้⁶ แต่ยังไม่มีการศึกษาเชิงทดลองในผู้ป่วยที่เคยได้รับการวินิจฉัยเลย การศึกษาประสิทธิผลของ MBCT ในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจึงมีความจำเป็น เพื่อนำไปสู่ความเข้าใจในความเฉพาะเจาะจงของรูปแบบการบำบัด ทำให้ผู้ที่มีหน้าที่บำบัดรักษา สามารถประเมินได้ว่าจิตบำบัดแบบไหนเหมาะสมกับภาวะซึมเศร้าชนิดใด หรืออยู่ในช่วงไหนของการดำเนินโรค และสามารถเลือกวิธีการที่มีหลักฐานสนับสนุนถึงประสิทธิภาพแล้วนี้ ไปใช้ให้เหมาะสมกันทั้งที่

เอกสารอ้างอิง

1. อนุรักษ์ บัณฑิตชาติ, พนมศรี เสาร์สาร, ภัคนพิน กิตติรักษนนท์, วรวรรณ จุฑา. ระบาดวิทยาของความผิดปกติทางจิตของประชาชนไทย. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2544; 46(4): 335 -43.
2. พรเทพ วนารังสรรค์, ธรินทร์ กองสุข, สุวรรณอรุณพงศ์ไพศาล, พันธันภา กิตติรัตน์ ไพบูลย์, อัจฉรา จรัสสิงห์. ความชุกของโรคจิตเวชในประเทศไทย: การสำรวจระดับชาติปี 2546. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2547; 12:177-88.
3. อธิบัติกรมสุขภาพจิตเผยตัวเลขคนไทยซึมเศร้าพุ่งกว่า 3 ล้านคน ฆ่าตัวตายสำเร็จปี50 ทะลุเกิน 3 พันคน. คม-ชัด-ลึกออนไลน์, วันที่ 1 พฤษภาคม 2551.
4. ธิษชนก พรหมภักดี และ พิเชฐ อุดมรัตน์. การดำเนินโรคและผลการรักษาผู้ป่วยโรค ซึมเศร้าในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์: ศึกษาในผู้ป่วยที่ติดตามการรักษาไม่น้อยกว่า 10 ปี. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2551; 53(1): 81-97.
5. กิตติวรรณ เทียมแก้ว, บุพพวรรณ พัวพันธ์ประเสริฐ, สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล, ศุภสิทธิ์ พรรณนารุโณทัย. ต้นทุนบริการผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในสถานพยาบาลภาครัฐของประเทศไทย. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2550; 15(1) 10-21
6. Elkin I, Shea MT, Watkins JT, et al: National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program: general effectiveness of treatments. Arch Gen Psychiatr 1989; 46:971-83.
7. Segal ZV, Williams JMG, Teasdale JD. Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse NY: Guilford Press; 2002.

8. Kabat-Zinn J. Full catastrophe living: The program of the Stress Reduction Clinic at the University of Massachusetts Medical Center. NY: Dell Publishing, 1990.
9. Craig Chigwedere. CBT for Depression. *Aware*, 2009 (Autumn): 6-8.
10. Segal ZV., Ingram RE. Mood priming and construct activation in tests of cognitive vulnerability to unipolar depression. *Clin Psychol Rev* 1994; 14: 663-95.
11. Teasdale, JD. Emotional processing, three modes of mind and the prevention of relapse in depression. *Behav Res and Ther* 1999; 37: S53-77.
12. จำลอง ดิษยวณิช. ความเข้าใจแนวพุทธเกี่ยวกับความผิดปกติทางจิตใจ. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย* 2551; 53(3): 243 - 55.
13. อัญชลี วิวัฒน์ชัย(อัญชัน). มนุษย์ล่องหน. *มือที่มองไม่เห็น*, 2542: 217-47.
14. Hoffmann SG, Sawyer AT, Witt AA, and Oh D. The Effect of Mindfulness-Based Therapy on Anxiety and Depression: A Meta-Analytic Review *J Cons Clin Psychol* 2010; 78(2): 169-83.
15. Chiesa A and Serretti A (in press). Mindfulness based cognitive therapy for psychiatric disorders: A systematic review and meta-analysis. ; 2010
16. Teasdale JD, Segal ZV, Williams JM, Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *J Cons Clin Psychol* 2000; 68(4):615-23.
17. Ma S, and Teasdale JD. Mindfulness-based cognitive therapy for depression: replication and exploration of differential relapse prevention effects. *J Cons Clin Psychol* 2004; 72: 31-40.
18. Bondolfi G, Jermann F, der Linden MV., Depression relapse prophylaxis with Mindfulness-Based Cognitive Therapy: Replication and extension in the Swiss health care system. *J Affect Dis* 2010;122: 224-31.
19. Godfrin KA, van Heeringen C. The effects of mindfulness-based cognitive therapy on recurrence of depressive episodes, mental health and quality of life. *Beh Res Ther* 2010; 48: 738-46.
20. National Institute for Clinical Excellence. (2004). Depression: Management of depression in primary and secondary care (Clinical Guideline No. 23). Retrieved from www.nice.org.uk/CG023NICEguideline
21. Crane C, Barnhofer T, Duggan D. Mindfulness-Based Cognitive Therapy and Self-Discrepancy in Recovered Depressed Patients with a History of Depression and Suicidality. *Cog Ther Res* 2008; 32: 775-87.
22. Barnhofer T, Crane C, Hargus E, Mindfulness-based cognitive therapy as a treatment for chronic depression: A preliminary study. *Behav Res Ther* 2009; 47: 366-73
23. Britton WB, Haynes PL, Fridel KW. Polysomnographic and subjective profiles of sleep continuity before and after mindfulness-based cognitive therapy in partially remitted depression. *Psycho Med* 2010; 72: 539-48.
24. Kuyken, W, Byford S, Taylor RS. Mindfulness-based cognitive therapy to prevent relapse in recurrent depression. *J of Con Clin Psychol* 2008; 76: 966-78.
25. พลภัทร์ โล่เสถียรกิจ, สวัสดิ์ เทียงธรรม, คเชนทร์ พันธุ์โชติ. รายงานเบื้องต้น ผลของการฝึกสติต่อความเครียด ความสุข และการประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวัน. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย* 2549; 14(3): 199-206.

26. ธวัชชัย กฤษณะประกรกิจ, สมจิตร์ มณีกันานท์, สมจิตร์ ห่องบุตรศรี. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการเปลี่ยนแปลงจิตสำนึกเพื่อคลายเครียด. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2544; 46: 13-24 .
27. นวนันท์ ปิยะวัฒน์กุล, ธวัชชัย กฤษณะประกรกิจ, พรทิพย์ บุญเรืองศรี, สมจิตร์ ห่อง บุตรศรี, จินตนา ลิงชรวง. ผลของโปรแกรมยกระดับจิตสำนึกเพื่อคลายเครียดในนักศึกษาแพทย์ชั้นปี1. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2544; 46 (4):301- 10.
28. กิรณา แต่อารักษ์, ศรีสมพร ปรีเปรม, ธวัชชัย กฤษณะประกรกิจ. ผลของการใช้โปรแกรมการเปลี่ยนแปลงจิตสำนึกเพื่อคลายเครียดต่อการลดความเครียดและเพิ่มความจำของ นักศึกษาชั้นปีที่1 วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2553; 55(2): 165-75.
29. Sadock BJ and Sadock VA. Synopsis of psychiatry, 9th. ed. USA: Lippincott; Williams and Wilkins; 2003.
30. พลภัทร์ โล่เสถียรกิจ และ นงพงา ลัมสุวรรณ. บทความพิเศษจากราชวิทยาลัยจิตแพทย์แห่งประเทศไทยสกัดองค์ความรู้จากการอบรมจิตบำบัดแนวพุทธ. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2551; 53(1): 4-7.
31. พัทยา จิตสุวรรณ. ผลของการฝึกอานาปานสติสมาธิต่อความวิตกกังวลและความ ซึมเศร้าของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยไตเทียม. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล; 2535.
32. อัมพร กุลเวชกิจ, ถาวร ภาวงศ์, พิษญาภัค เสียงตรง, แสงจันทร์ ภูหลงเพ็ญ, เมริย์ ราชสีห์. ผลของการฝึกโยคะต่อความสุขและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้า. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2553; 55(3): 261-68.
33. อุทธิรงค์ หาญรินทร์ และ สมพร รุ่งเรืองกลกิจ. การให้การปรึกษารายบุคคลแนวพุทธศาสนาในผู้ป่วยเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2551; 16(1):14-23.
34. พลภัทร์ โล่เสถียรกิจ. รายงานผู้ป่วย: การฝึกสติแนวพุทธร่วมกับการรักษาโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวล: กรณีศึกษาผู้ป่วย 2 ราย. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2549; 14: 60-8.
35. พลภัทร์ โล่เสถียรกิจ. การบำบัดรักษาโรคซึมเศร้าเรื้อรังด้วยการเจริญสติ: รายงานผู้ป่วย 2 ราย. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2553; 18(3): 189-99.
36. รัสดาพร สันติวงษ์. การบำบัดทางปัญญาบนพื้นฐานของสติในการดูแลบุคคลที่มีภาวะซึมเศร้า. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา; 2550.