

บทความ

วาทกรรมของโรคจิตเวชในประเทศไทย และกระบวนการตีตราแล้วโทษ

ชนกานต์ ชัชวาลา

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์

คณะแพทยศาสตร์

มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

Discourse and Stigmatization of Psychiatric Disorder in Thailand

Chonnakarn Jatchavala

Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Prince of Songkla University

ABSTRACT

This article explores how the discourse of medical science has transformed the definition of psychiatric disorder. It discusses in particular the contesting discourses on psychiatric disorder which form a basis of public stigmatization of psychiatric patients in Thailand. Based on a sample discussion case, I point out that there is a discrepancy between two dominant discourses, the traditional Thai worldview and the scientific discourse of modern medicine, in the attempt to transform the stigma of “insane” persons to medical categorization of “psychiatric patients” with “medical brain disease”. The consequences of such discrepancy is exemplified in the contrasting diagnoses and opinions among official health care providers.

keywords

psychiatric disorder, discourse, psychiatric stigmatization

บทคัดย่อ

บทความนี้เป็นการสำรวจเบื้องต้นในประเด็นว่าด้วยบทบาทของวาทกรรมทางการแพทย์ในการให้คำนิยามเกี่ยวกับโรคทางจิตเวชซึ่งมีอยู่หลากหลาย และเป็นพื้นฐานสำคัญของการตีตรากลัวโทษผู้ป่วยจิตเวชโดยเฉพาะในประเทศไทย จากกรณีอภิปรายตัวอย่าง ผู้เขียนพบว่ามีความไม่สอดคล้องกันระหว่างวาทกรรมหลักในสังคมไทยกับวาทกรรมหลักในมิติวิทยาศาสตร์การแพทย์ในความพยายามสถาปนาวาทกรรมกระแสหลักว่าด้วย “โรคทางสมอง” เพื่อเปลี่ยนการกำหนดสถานะจาก “คนบ้า” เป็น “ผู้ป่วยจิตเวช” ซึ่งยังคงมีความย้อนแย้ง กำกวม และเลื่อนไหล ดังเห็นได้จากตัวอย่างการวินิจฉัยและให้ความเห็นของบุคลากรทางด้านสาธารณสุขซึ่งแตกต่างกันและขัดแย้งกันเอง เป็นต้น

คำสำคัญ

โรคทางจิตเวช, วาทกรรม, การตีตรากลัวโทษโรคทางจิตเวช

บทนำ: ที่มาและความสำคัญ

สำนักงานสถิติแห่งชาติระบุว่าอัตราส่วนประชากรไทยที่ป่วยเป็นโรคจิตเวชในปี พ.ศ. 2552 อยู่ที่ 2,265.8 คน ต่อ ประชากร 100,000 คน ซึ่งเพิ่มจำนวนจากปี พ.ศ. 2550 คือ 2,125.8 คนต่อประชากร 100,000 คน โดยพบว่าผู้ป่วยทางจิตที่ได้รับการดูแลรักษาทั่วประเทศมีจำนวนทั้งสิ้น 1,668,041 คน และต้องใช้เวลารักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลนานเฉลี่ย 41 วัน ซึ่งนานกว่าผู้ป่วยโรคทางกายถึง 5-6 เท่า (สำนักงานสถิติแห่งชาติ 2555, 101)

เป็นความจริงที่ปฏิเสธไม่ได้ว่าในประเทศไทยโรคจิตเวชกำลังทวีความสำคัญขึ้นทั้งในทางสาธารณสุข เศรษฐกิจ และมิติของสังคมวัฒนธรรม โรคจิตเวชมีธรรมชาติที่จะเกี่ยวพันอยู่กับผู้คนในสังคมจำนวนมาก ทั้งในส่วนของภาครัฐ ผู้ให้บริการสาธารณสุข ผู้ป่วย ญาติ พี่น้อง บุคคลรอบข้าง และผู้ที่ได้รับผลกระทบจากความเจ็บป่วยนั้นๆ โดยไม่จำเป็นต้องมีความเกี่ยวข้องหรือมีความสัมพันธ์กันมาก่อนเลยก็ได้

จุดนี้เองที่เป็นจุดสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเวชมีความแตกต่างจากผู้ป่วยโรคทางกายทั่วไปค่อนข้างชัดเจน และเป็นที่มาของวาทกรรมอันเป็นเอกลักษณ์เฉพาะ โดยเกิดจากลักษณะอาการ (sign) และอาการแสดง (symptom) ของโรคจิตเวชเอง และวาทกรรมดังกล่าวมีลักษณะเป็นพลวัตและไม่หยุดนิ่งตายตัว สามารถเลื่อนไหลและเปลี่ยนแปลงไปตามบริบทของวัฒนธรรมกาลเวลา และองค์ความรู้ของมนุษย์

หากย้อนกลับไปดูจากประวัติศาสตร์ เราจะพบว่าคำนิยามว่า “บ้า” หรือ “จิตวิปลาส” ถูกเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ จิตวิปลาสนั้นไม่เคยเป็นสถานะที่มีลักษณะที่แน่นอนตายตัวตามธรรมชาติ แต่กลับผูกโยงเข้ากับการรับรู้ของผู้คนในแต่ละยุคสมัยของประวัติศาสตร์ นักวิชาการที่พยายามศึกษาอาการป่วยทางจิต หรือพูดง่ายๆ คือ “ความบ้า/คนบ้า” ในฐานะวาทกรรมคนสำคัญ ได้แก่ มิเชล ฟูโกต์ (Michel Foucault) ซึ่งเสนอว่าสังคมแต่ละยุคพูดถึง “คนบ้า” ต่างต่างกันออกไป และปฏิบัติต่อคนเหล่านั้นโดยปราศจากความเท่าเทียม² ในหนังสือ

¹ หรือ “ผู้ป่วยจิตเวช” ในบริบทของบทความนี้ อย่างไรก็ตาม ผู้เขียนตระหนักว่าเป็นการยากอย่างยิ่งที่จะเหมารวมว่า “คนบ้า” ในประวัติศาสตร์ทั้งหมดคือ “ผู้ป่วยจิตเวช”.

² อ้างอิงโดยสรุปจาก ธีรยุทธ บุญมี (2551).

Madness and Civilization: A History of Insanity in the Age of Reason (1967) ฟูกอตต์เสนอว่าในสมัยยุคกลาง คนบ้าสามารถอยู่ร่วมกับคนอื่นในสังคมได้ โดยบางครั้งก็ได้รับการยกย่องว่าเป็นผู้รู้ที่มีญาณพิเศษหรืออภิสิทธิ์ชนด้วยซ้ำไป กระทั่งวิทยาศาสตร์การแพทย์ก้าวหน้าขึ้น แนวคิดเรื่องหลักเหตุผลของมนุษย์เกิดขึ้นในสังคมส่วนใหญ่ของโลก คนบ้าจึงถูกแยกออกจากสังคม เพื่อนำไปบำบัดให้อยู่ในข่าย “ปรกติ” (normality)

ตัวอย่างที่เห็นได้ชัด คือ มุมมองของคริสตจักรและประชากรยุโรปต่างยุคต่างสมัยในประวัติศาสตร์ต่อ “ผู้ป่วยจิตเวช” ซึ่งมีการปรับเปลี่ยนจากยุคต้นที่มอง “ผู้ป่วยจิตเวช” ในภาพรวมเป็นสัญลักษณ์ของปีศาจ ความชั่วร้าย หรือบาปเวร (Schlosberg 1993) มาสู่ความเป็นสตรีศักดิ์สิทธิ์-นักบุญ-แม่มด ในยุคต่อๆ มา ในที่นี้ขอยกตัวอย่างกรณีที่เราจักกันดีในประวัติศาสตร์ยุโรป เกี่ยวกับการจัดการบุคคลที่มีอาการคล้ายป่วยด้วยโรคทางจิตเวช ที่เรียกว่าโรคคอนอเร็กเซีย เนอโวซา (Anorexia Nervosa หรือโรคกลัวอ้วน) ตามเกณฑ์ในคู่มือการวินิจฉัยและสถิติสำหรับความผิดปกติทางจิต (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM) ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (American Psychiatric Association)³

ในช่วงคริสต์ศตวรรษที่ 12-13 คริสตจักรมองสตรีที่ “อาจจะ” ป่วยด้วยโรคคอนอเร็กเซีย เนอโวซา⁴ และอดอาหารจนถึงแก่ชีวิตว่าเป็น “สตรีศักดิ์สิทธิ์” เช่น นักบุญแคเธอรีนแห่งเซียนนา (Catherine of Siena (1347-1380)) ผู้อดอาหารด้วยแนวคิดว่าการดื่มกินอาหารคือกิเลส และหมายถึงการทรยศต่อพระเจ้า การอดอาหารจึงได้รับการยกย่องว่าเป็น

³ ในที่นี้ผู้เขียนอ้างอิงเกณฑ์วินิจฉัยโรค (DSM) ฉบับที่ 4 ปรับปรุงย่อย (text revision: TR) หรือที่รู้จักกันในตัวย่อว่า DSM-IV-TR (ประกาศใช้เมื่อปี ค.ศ. 2000) ซึ่งระบุเกณฑ์วินิจฉัยโรคคอนอเร็กเซีย เนอโวซา ประกอบด้วย A. ปฏิเสธที่จะค้ำน้ำหนักตัวไว้ที่ระดับต่ำสุดหรือสูงกว่าระดับต่ำสุด ของน้ำหนักตัวปกติตามอายุ และส่วนสูง B. กลัวการที่น้ำหนักขึ้น หรือการอ้วนอย่างมาก แม้ว่าตนเองจะน้ำหนักตัวน้อย C. มีการรับรู้ น้ำหนักตัว หรือรูปร่างของตนผิดปกติ หรือปฏิเสธความรุนแรงของน้ำหนักตัวที่ต่ำอยู่ในขณะนั้น D. ภาวะขาดประจำเดือนในหญิงที่เริ่มมีประจำเดือนแล้ว ได้แก่ ไม่มีประจำเดือนติดต่อกัน 3 รอบ (Sadock and Sadock 2003, 729).

⁴ ผู้เขียนใช้คำว่า “อาจจะ” เนื่องจากผู้เขียนหรือจิตแพทย์คนใดไม่สามารถวินิจฉัยคนเหล่านั้นได้โดยแน่ชัดด้วยวิธีการทางวิทยาศาสตร์.

พฤติกรรมของผู้มีคุณธรรมสูง และได้รับการสถาปนาเป็นนักบุญ (saint) แต่เมื่อคริสต์ศตวรรษที่ 16 มาถึง ยุคสมัยของ “โฮลี อนอเร็กเซีย” (Holy Anorexia) ได้ยุติลงโดยสิ้นเชิง คริสตจักรปรับเปลี่ยนวิถีปฏิบัติต่อหญิงสาวซึ่ง “อาจจะ” สามารถวินิจฉัยว่าเป็นโรคคอนอเร็กเซีย เนอโวซา แทนการยกย่องว่าเป็น “นักบุญ” ด้วยการกล่าวหาข้อหา “แม่มด” และมีโทษทัณฑ์คือเผาทั้งเป็น (Brumberg 2000) ทั้งนี้ มุมมองต่อผู้ที่ “อาจจะ” เป็น “ผู้ป่วยโรคจิตเวช” ตามการนิยามในปัจจุบัน มีตรรกะและความหมายเกาะเกี่ยวอยู่กับคริสตจักรในแต่ละยุค ว่ามีองค์ความรู้ ท่าที และบริบทแวดล้อมโดยเฉพาะบริบททางการเมืองอย่างไร

การปรับเปลี่ยนท่าทีชนิดหน้ามือเป็นหลังมือของคริสตจักร จากการเทิดทูน “โฮลี อนอเร็กเซีย” ในฐานะ “สตรีศักดิ์สิทธิ์” ช่วงคริสต์ศตวรรษที่ 12-13 เปลี่ยนแปลงไปพร้อมๆ กับการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วของ “การล่าแม่มด” ในคริสต์ศตวรรษที่ 16 เนื่องจากในช่วงศตวรรษก่อนหน้านั้นคริสตจักรประสบปัญหาการกระต้างกระเตื้องของประชาชนที่มีต่อยุโรปภายใต้อิทธิพลของศาสนจักร โดยเฉพาะเมื่อมีผู้อ้างตนว่าเป็น “สตรีศักดิ์สิทธิ์” นอกเหนือจากแคเธอรีนแห่งเซียนนา เช่น ฌาน ดาร์ก (Jeanne d'Arc หรือ Joan of Arc [1412-1431]) ปราบกฏตัวขึ้นเป็นผู้นำศรัทธาของประชาชนให้ต่อสู้และหันเหออกจากศูนย์กลางอำนาจของคริสตจักรหรือกรุงโรมซึ่งครอบงำจักรวรรดิส่วนใหญ่ของยุโรป การล่าแม่มดหรือกล่าวหาในข้อหาว่านอกรีตเช่นที่ ฌาน ดาร์ก ประสบจึงเป็นกลวิธีหนึ่งในการปราบปราม ป้องกัน และยุติการบ่อนทำลายอำนาจของศาสนจักรที่ชะงัดและได้ผล

อย่างไรก็ตาม มีข้อสันนิษฐานเพิ่มเติมในภายหลังเช่นกันว่า นิมิต (vision) ของ ฌาน ดาร์ก ที่อ้างว่าตนได้รับจากนักบุญทั้งหลาย เช่น อัครทูตทูตมิคาเอล (Michael) และพระกระแสนจากพระเจ้า (inspiration divine) อาจเป็นเพียงอาการหนึ่งของโรคจิตเภท (schizophrenic disorder)⁵ ซึ่งเป็นโรคจิตเวชที่สำคัญในปัจจุบันโรคหนึ่งก็เป็นได้ (Henker 1984)

ฟูโกต์มองแนวคิดในการอธิบายและจัดการ “คนบ้า” ในสังคมสมัยใหม่ซึ่งได้รับอิทธิพลจากวิทยาศาสตร์การแพทย์ว่าเป็นปฏิบัติการหนึ่งของสังคมที่เปลี่ยนบุคคลจาก “สภาวะความ

⁵ ดูเกณฑ์วินิจฉัยโรคจิตเภท (schizophrenic disorder) ตาม DSM-IV-TR เพิ่มเติมได้จาก มาโนช หล่อตระกูล และคณะ (2548, 124).

เป็นบ้า” มาสู่การเป็น “ผู้มีอาการป่วยทางจิต” ซึ่งไม่ใช่วิถีตามธรรมชาติ แต่เป็นปฏิบัติการเชิงอำนาจรูปแบบหนึ่งของสังคม ที่ฟูโกต์เรียกว่า “วาทกรรม” (discourse) หรือกระบวนการทางภาษาที่สร้างตัวตนของตัวเองและกระทำการต่างๆ ด้วยตัวเอง วาทกรรมมีพลังมากพอจะครอบงำและกำหนดคนในสังคมว่าเราจะสามารถพูดหรือไม่สามารถพูดเรื่องอะไร ด้วยท่าทีเช่นไร กระทำการสิ่งใด ในห้วงเวลาใด เพื่อสร้างความเข้าใจต่อโลกรอบตัว (Danaher et al 1999)

ตัวอย่างของวาทกรรมทางวิทยาศาสตร์การแพทย์ที่สร้าง “ผู้มีอาการป่วยทางจิต” คือการสร้างคำวินิจฉัยโรคทางจิตเวช ซึ่งในปัจจุบันประกอบด้วยเกณฑ์ที่กำหนดด้วย 2 องค์กรหลัก ได้แก่ เกณฑ์ของบัญชีจำแนกทางสถิติระหว่างประเทศของโรคและปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้อง (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems: ICD) ซึ่งกำหนดโดยองค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO)⁶ และเกณฑ์ตามคู่มือการวินิจฉัยและสถิติสำหรับความผิดปกติทางจิต (DSM) ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ซึ่งล่าสุดมีการปรับเปลี่ยนเกณฑ์การวินิจฉัยจากฉบับที่ 4 (DSM-IV-TR) มาเป็นฉบับที่ 5 (DSM-V) และประกาศใช้เป็นสากลนับแต่ปี พ.ศ. 2556

เฉพาะในกรณี DSM สะท้อนให้เห็นการเปลี่ยนแปลงเลื่อนไหลไม่คงที่ของนิยามและวาทกรรม “โรคจิตเวช” ในระดับสากล มีกระบวนการปรับเปลี่ยนการนิยามโรคเก่าและกำหนดโรคทางจิตเวชขึ้นใหม่ ตัวอย่างเช่น เมื่อปี พ.ศ. 2516 สมาคมจิตแพทย์อเมริกันได้ถอดถอน “Homosexuality” ออกจากรายการความผิดปกติทางจิตมาแล้ว ส่วนในการปรับปรุงเกณฑ์ครั้งล่าสุด (DSM-V) ก็มีการขยายขอบเขตครอบคลุมของกลุ่มโรคความบกพร่องของพัฒนาการแบบรอบด้าน (Pervasive Developmental Disorders, PDD)⁷ ที่แต่เดิมมีเกณฑ์วินิจฉัยโรคแยกจากกัน มาใช้เกณฑ์วินิจฉัยร่วมกันภายใต้ชื่อกลุ่มอาการ “Autism Spectrum Disorder”

⁶ ดูเกณฑ์วินิจฉัยโรคจิตเภท (schizophrenic disorder) ตาม DSM-IV-TR เพิ่มเติมได้จาก มาโนช หล่อตระกูล และคณะ (2548, 124).

⁷ ซึ่งเกณฑ์เดิมตามคู่มือ DSM-IV แยกการวินิจฉัยเป็นสี่โรค ได้แก่ ออทิสติก (autistic disorder) แอสเพอร์เกอร์ (Asperger's disorder) childhood disintegrative disorder (CDD) และกลุ่มที่พบมีความบกพร่องของพัฒนาการแบบรอบด้าน แต่ไม่ครบตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคชนิดเฉพาะใดๆ (pervasive developmental disorder not otherwise specified: PDD NOS).

(ASD) เพื่อให้สามารถมีการวินิจฉัยอาการของโรคได้ก่อนเด็กถึงเกณฑ์เข้าโรงเรียน^๘ จะเห็นว่าบทบาทของวิทยาศาสตร์การแพทย์ในการสร้างและปรับเปลี่ยนเกณฑ์วินิจฉัยโรคทางจิตเวชนี้สามารถส่งผลต่อสถานะของบุคคล ทั้งจาก “คนปกติ” กลายเป็น “ผู้ป่วยจิตเวช” หรือในทางกลับกัน บางครั้งจู่ๆ “ผู้ป่วยจิตเวช” ก็สามารถกลายเป็น “คนปกติ” โดยไม่จำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างไม่ทันรู้เนื้อรู้ตัวเมื่อใดก็ได้เช่นเดียวกัน

วาทกรรมของโรคจิตเวชในประเทศไทย: ความเชื่อ ศาสนา และการแพทย์สมัยใหม่

ในสังคมไทย วาทกรรมเกี่ยวกับโรคทางจิตเวชตั้งแต่ในอดีตและจนถึงปัจจุบันในบางท้องถิ่น โดยมากมักมีลักษณะเป็นเรื่องของ “สิ่งภายนอก” ที่เข้ามากระทำ เช่น ผีบรรพบุรุษ เจ้าป่า เจ้าเขา หรือเกี่ยวข้องกับไสยศาสตร์จำพวกมีเรื่องบาดหมางกับคู่อธิษฐานโดนเสก “ของ” ไล่ หรือเผชิญขานรับจน “ของ” เข้าตัว ไปจนถึง “เลือดทำ” คือการดูแลหลังตั้งครมของหญิงวัยเจริญพันธุ์เป็นไปอย่างไม่ถูกต้อง ซึ่งวิธีการจัดการแก้ไขก็จะสอดคล้องเป็นไปกับสาเหตุที่เป็นความเชื่อดังกล่าว เช่น รดน้ำมันต์ แก้วคุณไสย สะเดาะเคราะห์ต่อชะตา ด้วยตรรกะที่ต่อเนื่องและเกี่ยวพันกับระบบโครงสร้างทางสังคมรูปแบบดั้งเดิม ได้แก่ ครอบครัว-สายเลือด (เช่น ผีกระสือ ผีบรรพบุรุษ) อริ-มิตร/เสน่ห์-ชิงชัง (การเล่นคุณไสย การทำเสน่ห์ การเล่นของ) เป็นต้น (อัฐมา โภคาพานิชวงษ์ 2552)

ก่อนหน้าปีพุทธศักราช 2490-2510 ที่ภาครัฐเริ่มมีนโยบายกระจายความเจริญด้านต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นไฟฟ้า น้ำประปา ไปจนถึงมีการตัดถนนขนาดใหญ่สู่ภูมิภาคต่างๆ เพื่อการคมนาคม เช่น ถนนมิตรภาพ รวมทั้งการกระจายความเจริญทางการแพทย์สู่ชนบท ความรู้เรื่องโรคจิตเวชในมุมมองของวิทยาศาสตร์แทบจะไม่ปรากฏอยู่ในบริบทของสังคมไทย ประชาชนในระดับสามัญไม่มีใครรู้จักคำว่า “โรคจิตเวช” ว่ามีความหมายเช่นไร กำลังหมายถึงและพูดถึงใคร แต่จะรู้จัก

^๘ คู่มือการปรับเปลี่ยนเกณฑ์ที่เกี่ยวข้องกับอาการในกลุ่ม Autism Spectrum Disorder (ASD) จากเอกสารเผยแพร่ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกันได้ที่ <http://www.dsm5.org/Documents/Autism%20Spectrum%20Disorder%20Fact%20Sheet.pdf>.

ความเจ็บป่วยในลักษณะแบบเดียวกันไปตามบริบทของแต่ละวัฒนธรรมและภูมิภาค เช่น การเรียก "คนบ้า" ว่า "ไม่บาย" (ภาคใต้) "ผีบ้า" (ภาคอีสาน) และยังมี การแบ่งแยกย่อยไปถึงประเภทของความบ้าจากการคาดการณ์ถึงสาเหตุของความบ้าด้วยคำเรียกขาน เช่น "บ้าลม" คือ อาการผิดปกติทางจิตจากโรคลมชัก (Epilepsy) "บ้าถูกของ" เกิดจากความหมกมุ่นทางไสยศาสตร์มากเกินไป หรือโดนคู่อริเล่นคุณไสยใส่ตัว เป็นต้น

นอกจากนั้น ยังมีคำอธิบายในระดับศาสนา เช่น พุทธศาสนานิกายเถรวาท ที่มีการนิยามความ "วิปลาส" ต่างไปจากนิยามทางการแพทย์ ดังตัวอย่างจาก *พจนานุกรมพุทธศาสนา* ของพระธรรมปิฎก (ป. อ. ปยุตโต 2543) ที่ให้คำนิยามไว้ว่า "วิปลาส, พิปลาส หมายถึง กิริยาที่ถือโดยอาการวิปริตผิดจากความเป็นจริง ความเห็นหรือความคลาดเคลื่อนจากสภาพที่เป็นจริง..." ในภาพรวมแล้ว จำลอง ดิษยวณิช (2551) เสนอว่าศาสนาพุทธมองมนุษย์ในฐานะปุถุชนผู้ยังคงอาศัยกิเลสอยู่โดยสามัญ ล้วนแล้วแต่มีความ "วิปลาส" ซ่อนอยู่ในตัวด้วยกันทั้งหมดทั้งสิ้น จึงถือว่ายังคงมีโรคทาง "จิตวิญญาณ" ซึ่งเกิดจากความยึดมั่นถือมั่นในเบญจขันธ์หรืออนุสัยกิเลส ดังนั้น ในมุมมองของพระพุทธศาสนา ผู้ที่มีสุขภาพจิตสูงสุดและปราศจากความวิปลาสโดยสิ้นเชิง จึงมีพระอรหันต์บุคคลคือพระอรหันต์เท่านั้น ซึ่งอาจตีความได้ว่าสอดคล้องกับแนวการอธิบาย "ความปรกติ" ของซิกมุนด์ ฟรอยด์ (Sigmund Freud) ซึ่งกล่าวว่าในทางจิตวิทยาแล้ว "ความปรกติ" มีอยู่เฉพาะในนวนิยายหรือเป็นเรื่องแต่ง (Normality as Utopia) เขาไม่เชื่อในเรื่องของสุขภาพจิตที่สมบูรณ์ที่สุด และยืนยันว่ามนุษย์ทุกคนไม่สามารถขจัดความขัดแย้งในจิตไร้สำนึกและความวิตกกังวลสากลได้ (จำลอง ดิษยวณิช 2551, 243)

วาทกรรมของสังคมไทยเกี่ยวกับโรคทางจิตเวช คนไข้จิตเวช คนบ้า หรือแม้แต่คำว่า "ปรกติ" เอง ยังมีลักษณะที่เลื่อนไหลไม่อยู่นิ่ง เช่นเดียวกับวาทกรรมเกี่ยวกับโรคทางจิตเวชในโลกตะวันตก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณีที่มีได้มีคำวินิจฉัยของแพทย์มาเป็นเกณฑ์ คำจำกัดความของโรคทางจิตเวชก็ยังเปิดกว้างค่อนข้างมาก ดังจะเห็นได้จากคำจำกัดความที่ปรากฏในหนังสือที่เน้นกลุ่มผู้อ่านเป็นคนทั่วไป ที่ใช้เกณฑ์กว้างๆ ของความ "ผิดปกติจนไม่เป็นที่ยอมรับของสังคม" ในการนิยามโรค ดังต่อไปนี้

โรคจิต (Psychosis) เป็นโรคทางจิตเวชกลุ่มหนึ่งที่มีอาการรุนแรงจนทำให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงทางจิต จนไม่สามารถดำรงชีวิตอยู่อย่างปกติในชีวิตประจำวัน เหมือนคนในสังคมทั่วไป

โรคประสาท (Neurosis) เป็นโรคทางจิตเวชกลุ่มหนึ่งที่ผู้ป่วยสามารถรับรู้สภาพความเป็นจริง มีการหยั่งรู้ตนเองดี คือ รู้ว่าตนเจ็บป่วย และพฤติกรรมไม่ผิดปกติไปมากจนไม่เป็นที่ยอมรับของสังคม (เกษม ตันติผลลาชีวะ 2545, 11-13)

การสถาปนาวาทกรรม “คนบ้า” ในฐานะของ “ผู้ป่วยโรคจิตเวช” ในประเทศไทย อาจกล่าวได้ว่ามีศูนย์กลางของวาทกรรมหลักอยู่ที่โรงพยาบาลจิตเวช โรงเรียนแพทย์ และบุคลากรด้านสุขภาพจิต เช่น จิตแพทย์ นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา พยาบาลจิตเวช โดยใช้กลไกเครือข่ายของโรงพยาบาลภายใต้การกำกับของกระทรวงสาธารณสุข หน่วยงานราชการและอาสาสมัครของรัฐ ได้แก่ สถานีตำรวจ อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ซึ่งล้วนเป็นโครงสร้างสถาปนาของรัฐสมัยใหม่ มิใช่โครงสร้างตามธรรมชาติที่เคยมีอยู่มาแต่เดิม

โรงพยาบาลจิตเวชตามภูมิภาคเริ่มทยอยเปิดให้บริการตั้งแต่ปี พ.ศ. 2508 เช่น โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนครินทร์ ในภูมิภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยในระยะแรกกระทรวงสาธารณสุขยังคงมีนโยบายให้บริการในเชิงรับ คือ ให้การตรวจรักษาผู้ป่วยนอก รับไว้รักษาเป็นผู้ป่วยใน และรับส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชจากโรงพยาบาลทางกาย แต่เมื่อถึงปี พ.ศ. 2520 กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดนโยบายส่งเสริมสุขภาพจิตชุมชน ตามนโยบายขององค์การอนามัยโลก (WHO) ยุทธศาสตร์ในการดำเนินงานด้านสุขภาพจิตจึงมุ่งเข้าสู่เชิงรุกมากขึ้น การขยายตัวของความเจริญทางการแพทย์สู่พื้นที่ชุมชนจึงตามมาด้วยการขยายตัวขององค์ความรู้และอำนาจของการแพทย์สมัยใหม่โดยพร้อมกัน (อัฐมา โภคาพานิชวงษ์ 2552)

การก่อตั้งโรงพยาบาลจิตเวช และโรงเรียนแพทย์ในจังหวัดหัวเมือง ซึ่งติดตามมาด้วยการเข้าถึงชุมชนของบุคลากรทางสุขภาพจิต ตามนโยบายส่งเสริมสุขภาพจิตชุมชนของกระทรวงสาธารณสุข จึงอาจนับเป็นว่ากำเนิดของความพยายามที่จะเผยแพร่ความรู้และปรับทัศนคติของประชาชนในวงกว้างว่า “คนบ้า” ถูกให้ความหมายในมิติของวิทยาศาสตร์การแพทย์และประสาทวิทยา “ทั้งหมด” ล้วน มีเหตุมาจาก “สิ่งภายใน” คือ สารสื่อประสาท (neurotransmitter) และสมอง (organic brain) ที่ผิดปกติ หรือหากเป็นเรื่องของ “สิ่งภายนอก” ก็มักจะเป็นสิ่งภายนอกที่วนเวียนอยู่ในเรื่องของสถาบันครอบครัว การเลี้ยงดู ความสัมพันธ์ หรือความตึงเครียดของวิถีชีวิต ความพยายามที่จะครอบงำความเชื่อความเข้าใจดั้งเดิมด้วยการแพทย์สมัยใหม่ ทำให้แนวทางจัดการแก้ไขหลักได้ถูกเปลี่ยนแปลงตามสาเหตุ ให้ประชาชนเข้าใจว่าจำเป็นต้องใช้ยารักษาโรคจิตเวชหรือการทำจิตบำบัดแทนวิถีการจัดการแบบดั้งเดิม

กระบวนการตีตรากลัวโทษกับโรคจิตเวชในประเทศไทย

การทำงานจิตเวชชุมชนในปัจจุบันซึ่งมีความมุ่งหมายอยู่ที่การส่งตัวผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล เป็นไปตามวาทกรรมของโรคจิตเวชว่าด้วยการแพทย์จิตเวชศาสตร์สมัยใหม่ ที่พยายามจะให้ผู้ป่วยรับประทายยาต่อเนื่องภายหลังกลับออกมาอยู่ในชุมชนนั้น ไม่ใช่วิธีการรักษาที่มีประสิทธิภาพเพียงวิธีการเดียว วิธีการรักษาแบบการแพทย์สมัยใหม่จึงไม่เพียงพอต่อการเยียวยารักษาโดยองค์รวม (Holistic Medicine) หากบริบทเงื่อนไขเชิงโครงสร้างทางสังคมที่มากกระทำต่อผู้ป่วยยังไม่ได้รับการเปลี่ยนแปลงแก้ไขให้ดีขึ้น กลัวง่ายคือการรักษาผู้ป่วยจิตเวชโดยวิทยาศาสตร์การแพทย์สมัยใหม่นั้น ไม่ใช่เงื่อนไขเดียวที่จะทำให้ผู้ป่วยกลายเป็นคนปกติในสังคมเดิมได้ แต่ยังขึ้นอยู่กับเงื่อนไขการตีตรากลัวโทษจากสังคมอีกด้วย

“การตีตรากลัวโทษทางจิตเวช” (Psychiatric Stigmatization) หมายถึง การถูกให้ค่าให้ความหมายใน “ทางลบ” จากกลุ่มบุคคลอื่น โดยทำให้ผู้ป่วยจิตเวชอยู่ในสภาพที่ไร้อำนาจการต่อรองโดยสิ้นเชิง ยกตัวอย่างเช่น งานศึกษาของเจลิมพงส์ วิเศษศรีพงษ์ และอรชร โวทวี (2551) ที่พบว่า การให้ความหมายสาเหตุและอาการของผู้ป่วยจิตเวชของชาวบ้านยังคงอ้างอิงสัมพันธ์กับวัฒนธรรมความเชื่อท้องถิ่น ผู้ป่วยจิตเวชส่วนใหญ่หลังกลับจากการรักษาที่โรงพยาบาลแม้อาการป่วยจะดีขึ้นสักเพียงไร แต่เมื่อกลับจากสถานพยาบาลสู่ถิ่นพำนัก ก็ยังคงอยู่ในบทบาทของ “ผู้ป่วยจิตเวช” ในสายตาของชุมชน ซึ่งเป็นบทบาทที่ถูกตีตราให้มีความหมายด้านลบจากสังคมรอบข้างอยู่นั่นเอง กรณีตัวอย่างที่แสดงถึงการถูกชุมชนตีตราที่รุนแรงกรณีหนึ่ง จากคำบอกเล่าของพยาบาลวิชาชีพ ประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ คือ กรณีที่ผู้ป่วยหญิงได้รับการรักษาจนอาการดีขึ้นจากสถานพยาบาล แต่เมื่อกลับไปรักษาตัวที่บ้าน กลับถูกคนในชุมชนข่มขืนซ้ำซากจนตั้งท้องแล้วแท้ง เนื่องจากคนเหล่านั้นมิได้มองผู้ป่วยเป็นคนคนหนึ่ง แต่เป็นสิ่งที่ต่ำกว่าคนหรือเป็นเพียงวัตถุทางเพศ (sex object) เท่านั้น นับเป็นการเหยียดหยามซ้ำเติมให้ผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัวได้อับอาย จนต้องปิดบังและควบคุมกักกันผู้ป่วยจิตเวชไว้ด้วยการล่ามโซ่ตรวน มิใช่เป็นการป้องกันผู้อื่นไม่ให้ได้รับอันตราย แต่เป็นการป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยได้รับอันตรายจากสังคมต่างหาก (นิภาพร ทับหุ่น 2552)

งานอีกชิ้นหนึ่งที่สะท้อนถึงกระบวนการตีตราผู้ป่วยจิตเวชให้กลายเป็นผู้ขาดโอกาสและไร้อำนาจต่อรองก็คือ งานศึกษาเรื่องการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคจิตเภท (ชวีญสุดา บุญทศ และคณะ 2556) ซึ่งอธิบายว่าผู้ป่วยจิตเวชถูกนิยามและจัดรวมเข้าไปอยู่ในประเภท “ผู้พิการ” ซึ่งจะได้รับเบี้ยยังชีพช่วยเหลือจากรัฐต่อเมื่อถูกนิยามในลักษณะดังกล่าวเสียก่อน การรับเบี้ยยังชีพผู้พิการจึงกลับทำให้ผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับเบี้ยยังชีพบางส่วนรู้สึกอึดอัดใจที่ต้องกลายเป็นผู้พิการ เนื่องจากมองว่าตนเองมีมือมีเท้าไม่ได้พิการ แต่กลับต้องถูกตีตราว่าเป็น “ผู้พิการ” เสียก่อน จึงจะได้รับเงินช่วยเหลือจากทางรัฐบาล ทำให้ผู้ป่วยไม่อยากจะขอรับการช่วยเหลือ เพราะตอกย้ำให้ยิ่งรู้สึกว่าเป็นคนที่แตกต่างจากผู้อื่นที่อยู่ในสังคมทั่วไป บางคนอยากคืนเงินด้วยซ้ำ แต่ครอบครัวไม่เห็นด้วยและยินดีที่จะให้ผู้ป่วยรับเบี้ยยังชีพ “ผู้พิการ” ต่อไป ยิ่งไปกว่านั้น งานศึกษาชิ้นนี้พบว่าผู้ป่วยครึ่งหนึ่งไม่ได้รับเบี้ยยังชีพผู้พิการ และไม่ได้รับเงินช่วยเหลือจากกองทุนใดๆ ไม่ได้รับสิ่งของหรือเครื่องอำนวยความสะดวกและการฟื้นฟูทักษะทางอาชีพอีกด้วย

อย่างไรก็ดี ในบริบทความรู้ในการรักษาผู้ป่วยโดยบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขเองก็ได้ผลักดันให้ผู้ป่วยจิตเวชกลายเป็นคนชายขอบด้วยเช่นกัน กล่าวคือ การทำงานของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขโดยมากยังคงมองว่าปัญหาโรคจิตเวชนั้นแยกเบ็ดเสร็จเด็ดขาดจากปัญหาความเจ็บป่วยทางกาย ความกลัวอาการทางจิตและความไม่มั่นใจในการดูแลอาการทางจิต ทำให้ผู้รักษาละเลยความผิดปกติทางกายที่สำคัญของผู้ป่วย เราจึงพบว่าผู้ป่วยหายใจ หอบเหนื่อยถูกส่งจากโรงพยาบาลชุมชนมายังโรงพยาบาลจิตเวช ด้วยอาการพูดคุยไม่รู้เรื่อง โดยไม่ได้ประเมินอาการหอบเหนื่อยที่เกิดจากโรคปอดบวมที่ผู้ป่วยกำลังเป็นอยู่เลย ทั้งอาการหอบเหนื่อยนั้นแท้จริงแล้วควรให้ความสำคัญเป็นอันดับแรก เพราะอาจถึงแก่ชีวิตได้ (วรวัฒน์ ไชยชาญ มปป.) ซึ่งนำไปสู่การที่ผู้ป่วยได้รับกระบวนการรักษาที่ไม่ตรงจุด ไม่ถูกวิธี และอาจไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอ

อีกประการหนึ่ง องค์ความรู้ทางวิทยาศาสตร์การแพทย์สมัยใหม่ โดยเฉพาะความรู้ด้านวิทยาศาสตร์พันธุกรรมก้าวหน้าขึ้นมากจนสามารถกลายเป็นดาบสองคมได้ กล่าวคือ ตามผลการศึกษาวิจัยที่ทราบกันว่า ยิ่งมีความใกล้ชิดทางพันธุกรรมกับผู้ป่วยมากเท่าใด ความเสี่ยงในการป่วยเป็นโรคจิตของญาติซึ่งมักจะกลายมาเป็นผู้ดูแลด้วยก็จะสูงมากขึ้นตามนั้น ยกตัวอย่างเช่น โรคจิตเภท (Schizophrenic Disorder) พบร้อยละ 1 ในประชากรทั่วไป แต่หากเป็น

พี่หรือน้องท้องเดียวกัน ความเสี่ยงที่จะเป็นโรคดังกล่าวจะสูงขึ้นถึงร้อยละ 8 เป็นต้น (Kaplan and Sadock 2003) ความรู้เหล่านี้เป็นดาบสองคมดังที่กล่าวไปแล้วคือ ในแง่หนึ่งอาจจะทำให้เกิด genetic counseling หรือมีการวางแผนครอบครัวมากขึ้น โดยคาดว่าจะสามารถลดอัตราเสี่ยงโรคจิตเภทภายในครอบครัวลงได้ แต่อีกแง่หนึ่งนั้น ความรู้ที่ว่าโรคทางจิตบางโรคเกิดจากความผิดปกติทางพันธุกรรมหรือมีโอกาสถ่ายทอดทางกรรมพันธุ์ อาจทำให้ประชาชนตีความไปในอีกทางว่า โรคจิตเวชเป็นโรคที่รักษาไม่หาย หรือเหมาเอาว่าจะต้องเป็นโรคนี้กันทั้งครอบครัวได้อีกเช่นกัน (วรวัฒน์ ไชยชาญ มปป.)

วาทกรรมของโรคจิตเวชมีเพียงแต่ข้องเกี่ยวกับผู้ป่วยและผู้รักษาเท่านั้น แม้กับผู้ดูแล (care giver) เองเช่นกัน จากการศึกษาเรื่อง “การรับรู้ตราบาปของผู้ดูแล ทักษะชีวิตและการรับรู้ตราบาปของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท” (อาชวศรี คำหอม 2552) พบว่าหากผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีการรับรู้ตราบาปต่ำ ผู้ป่วยจะมีแนวโน้มการรับรู้ตราบาปลดลง จะเห็นได้ว่าการรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับตราบาปของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีความสัมพันธ์ต่อการรับรู้ตราบาปของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทอย่างแยกกันได้ยาก เพราะผู้ป่วยจิตเภทมักมีเครือข่ายทางสังคมคับแคบ โดยมากมักมีปฏิสัมพันธ์เฉพาะกับบุคคลในครอบครัว ใช้สวัสดิการที่ได้รับจากรัฐส่วนใหญ่คือการรักษาตามระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า ขาดการเข้าถึงสวัสดิการทางสังคมอื่นๆ ที่หลากหลาย (ขวัญสุดา บุญทศ และคณะ 2556)

จากที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่าวาทกรรมว่าด้วยโรคจิตเวชอยู่ในฐานะของปัจจัยหนึ่งของการตีตรากล่าวโทษ ด้วยกระบวนการให้ความหมาย ไม่ว่าจะจากคำว่า “คนบ้า” หรือ “ผู้พิการ” หรือคำอื่นๆ ซึ่งทำการเบียดขับผู้ป่วยจิตเวชไปจากสังคมปกติ ซึ่งกระบวนการตีตรากล่าวโทษในรูปแบบใหม่ คือ การตีตรากล่าวโทษในฐานะ “ผู้ป่วยจิตเวช” ดูเหมือนว่าจะเกิดขึ้นภายหลังการเข้ามาของวาทกรรมของโรคจิตเวชในมิติของการแพทย์แผนใหม่ (อัฐมา โภคาพานิชวงษ์ 2552)

อย่างไรก็ดี อันเนื่องจากการเข้ามาของวาทกรรมโรคจิตเวชในฐานะของวิทยาศาสตร์การแพทย์แผนใหม่ได้อิงอยู่กับโครงสร้างใหม่ที่รัฐสถาปนาขึ้น และเป็นการเข้ามาสู่สังคมไทยโดยค่อนข้างผลิผลลาม ไม่มีความต่อเนื่องเชื่อมโยงกับความเชื่อ ทศนคติ และองค์ความรู้ของประชาชนระดับสามัญในภูมิภาคต่างๆ ซึ่งได้ตกผลึกสั่งสมอยู่ในสังคมดั้งเดิมมาเป็นเวลานาน วาทกรรมที่เข้ามาใหม่จึงกลายเป็นการเปลี่ยนแปลงแบบหักเหที่ปราศจากการเชื่อมต่อกันทางตรรกะ ระหว่างการแพทย์สมัยใหม่และการแพทย์พื้นบ้านหรือความเชื่อที่มีอยู่เก่าก่อนใน

บริบทนั้นๆ จนละม้ายกับว่าเป็นการกลายรูปที่หาที่มาที่ไปไม่พบ และหลายครั้งยังพบเห็นถึงความเปลี่ยนแปลง เลื่อนไหล ไม่คงที่ของนิยามและวาทกรรมทางแพทย์สมัยใหม่ว่าด้วย “โรคจิตเวช” ในสังคมไทยดังที่จะเห็นได้จากกรณีตัวอย่างที่จะอภิปรายต่อไปนี้

กรณีอภิปราย

คดีหญิงวิกลจริตบุกทำร้ายนักเรียนโรงเรียนหญิงบาศเจ็บจำนวน 4 ราย ปีพุทธศักราช 2548⁹

เมื่อวันที่ 9 กันยายน พ.ศ. 2548 เกิดเหตุหญิงไทยไม่ทราบชื่อ อายุประมาณ 20-30 ปี บุกเข้าไปแทงนักเรียนหญิงจำนวน 4 ราย บนชั้น 3 ของอาคารเรียนในโรงเรียนสตรีแห่งหนึ่ง ใจกลางกรุงเทพมหานคร ทำให้มีผู้ได้รับบาดเจ็บสาหัส 3 ราย ก่อนจะหลบหนีไป แต่ถูกจับกุมในเวลาต่อมา โดยพนักงานสอบสวนพบว่า มีประวัติเป็นโรคจิตเภทชนิดเรื้อรัง (Schizophrenic Disorder) ตั้งแต่อายุ 20 ปี เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวช แต่ขาดความต่อเนื่องของการรักษาในภายหลัง และเมื่อสุดท้ายถูกจับกุม ได้ให้การรับสารภาพ โดยระบุว่า “กระทำไป ตามเสียงสั่งจากสวรรค์” (เลอสรณ์ ศรีชนะภัย 2549) เหตุการณ์ดังกล่าวได้รับความสนใจและก่อให้เกิดกระแสความตื่นตระหนกอย่างกว้างขวาง ขณะเดียวกัน ก็แสดงให้เห็นความย้อนแย้งของวาทกรรมว่าด้วยโรคจิตเวชที่สำคัญ 2 ประการ ดังจะได้อภิปรายต่อไปนี้

ประการแรก วาทกรรมโรคจิตเวชในสังคมไทยสามารถกลายสภาพเปลี่ยนไปมาระหว่างความเป็นพื้นที่ส่วนบุคคลและพื้นที่สาธารณะได้ ในกรณีนี้ การที่ผู้ก่อเหตุปรากฏตัวอย่างน่าสงสัยบ่อยครั้งก่อนเกิดเหตุ และมีลักษณะพิเศษจำเพาะที่ทำให้ผู้คนกำหนดจดจำได้ง่าย และเป็น

⁹ ผู้เขียนรวบรวมข้อมูลที่เผยแพร่ทางสื่อสาธารณะและสื่อออนไลน์เกี่ยวกับเหตุการณ์ดังกล่าว ได้แก่ หน้าเว็บไซต์ของสถานีตำรวจภูธรชัยบาดาล (2554) ที่รวบรวมข่าวจากหนังสือพิมพ์รายวันฉบับต่างๆ ข่าวในหนังสือพิมพ์ผู้จัดการออนไลน์ (2548) มติชน (2548) ข้อเขียนของกัมปนาท ดันสิถบุตรกุล (2548) และเลอสรณ์ ศรีชนะภัย (2549) ผู้เขียนสนใจหลีกเลี่ยงการเอ่ยนามบุคคล และสถานที่อันสามารถระบุตัวตนของทุกคนที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น “ผู้ป่วย” ในกรณีอภิปรายเท่าที่จำเป็น ทั้งนี้เป็นไปเพื่อการเคารพสิทธิเบื้องต้นของผู้ป่วยด้วยจรรยาบรรณแพทย์ และเปลี่ยนสรรพนามเรียกจากผู้ต้องสงสัย-ผู้ต้องหา-และผู้ป่วยไปตามลักษณะของบริบทแวดล้อมจากการเล่าเรื่อง (narrative process) ในประโยคนั้นๆ.

ลักษณะที่จิตแพทย์ใช้วินิจฉัยอาการโรคจิต (psychotic symptom) ได้ไม่ยาก แต่กลับไม่มีใครในบริเวณนั้นใส่ใจให้ความสำคัญ เนื่องจากภาพตีตราความเป็น “คนบ้า” ที่ไม่มีใครอยากยุ่งเกี่ยวนั่นเอง อย่างไรก็ตาม เมื่อการกระทำของเธอส่งผลกระทบต่อบุคคลที่ไม่เคยรู้จักกันมาก่อน จนเกือบเป็นอันตรายร้ายแรงถึงชีวิต จึงทำให้เกิดวาทกรรมที่ตอกย้ำว่าโรคทางจิตเวชมีไภวาระของผู้ป่วยหรือญาติ หากเป็นภวาระหนึ่งของรัฐและสังคม ในแง่นี้ ความป่วยไข้ทางจิตเวชได้ก้าวเข้าสู่พื้นที่สาธารณะ แต่ขณะเดียวกัน บุคลากรทางสาธารณสุขกลับมีแนวโน้มที่จะใช้ตรรกะทางวิทยาศาสตร์การแพทย์สมัยใหม่ เคลื่อนย้ายจากสิ่งที่ชุมชนต้องร่วมกันรับผิดชอบกลับมาเป็นปัญหาทางกายภาพของปัจเจกบุคคลหรือเป็นปัญหาที่ญาติและครอบครัวต้องรับผิดชอบกันเอง เพราะวาทกรรมของโรคจิตเวชตามแนวคิดของการแพทย์สมัยใหม่ มีต้นกำเนิดมาจากตัวโรคคือสมองของผู้ป่วย มิใช่เรื่องของสิ่งภายนอกหรือคนภายนอกกระทำให้เป็นไป อย่างเช่นไสยศาสตร์ ตามที่เคยเป็นความเชื่อความเข้าใจดั้งเดิมของท้องถิ่นอีกต่อไป ดังจะเห็นได้จากตัวอย่างคำให้สัมภาษณ์ของแพทย์ในการแถลงข่าวเรื่องการรับตัวผู้ต้องหาไว้เป็นผู้ป่วย ดังนี้

“สาเหตุที่ผู้ต้องหามีอาการกำเริบขึ้นจนก่อเหตุรุนแรงนั้น เนื่องจากผู้ต้องหาเป็นโรคจิตเรื้อรัง ต้องได้รับการรักษาต่อเนื่องโดยกินยาสม่ำเสมอ ถ้าไม่กินยาเมื่อไหร่อาการจะกำเริบ ซึ่งแพทย์จะสอบถามญาติของผู้ต้องหาถึงสาเหตุที่ไม่ยอมรักษาอาการต่อเนื่องด้วย” (มติชน 2548)

ประการที่สอง แม้แต่ในกลุ่มผู้ประกอบวิชาชีพสาธารณสุขเอง ก็ยังอาศัยองค์ความรู้และแสดงความคิดเห็นที่แตกต่างเกี่ยวกับกรณีดังกล่าว และบางครั้งก็มีความขัดแย้งกันเอง ดังเช่นที่คณะแพทย์ผู้รักษาผู้เสียหายทั้งสี่ ได้ออกแถลงข่าวเรื่องอาการของผู้เสียหายและได้ให้ความเห็นต่อสาธารณชนว่า “ผมขอยืนยันว่าผู้ต้องสงสัยรายนี้ไม่น่ามีอาการป่วยทางจิต” (ทีมข่าวอาชญากรรม 2548) ซึ่งดูเหมือนว่าจะสอดคล้องกับความคิดเห็นของญาติผู้เสียหายและคนทั่วไป ที่รู้สึกว่าการวางแผนล่วงหน้าแสดงให้เห็นว่าผู้ก่อเหตุไม่น่าจะมีอาการทางจิตจริง

ในทางตรงกันข้าม คณะแพทย์ผู้รับผิดชอบผู้ป่วย (หรือผู้ต้องหาคดีนี้) ได้ออกมาให้ความรู้และความเชื่อมั่นกับสังคมว่าสามารถตรวจสอบและให้มั่นใจในผลการตรวจอาการทางจิตของผู้ป่วยได้โดยจิตแพทย์และคณะ และต่อมาก็มีผลการวินิจฉัยพบว่าผู้ป่วยมีอาการของโรคจิตเภทชนิดไม่ซับซ้อน แต่จำเป็นต้องกินยา รักษาตัวไปตลอดชีวิต และผู้ป่วยจะยังคงต้องเข้าสู่กระบวนการยุติธรรมตามที่กฎหมายกำหนด

เรื่องที่เกิดขึ้นนี้เป็นเรื่องที่ยากพอสมควรที่จะพูดถึงพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยคนหนึ่ง.... ผู้ที่เกี่ยวข้องในทุกๆ ด้าน ก็คงต้องมามองว่าการมีกฎหมายสุขภาพจิตเข้ามาคุ้มครองสังคมนั้นเป็นสิ่งที่มีความจำเป็น ทั้งในเรื่องของกระบวนการนิติจิตเวชที่จะพิทักษ์สิทธิเบื้องต้นของผู้ป่วยที่เป็นผู้ต้องหาโดยการใช้อำนาจหมาย เข้ามาเกี่ยวข้องนั้น เป็นสิ่งที่ทำให้สังคมลดกระแสความเกลียดชังผู้ป่วยและเข้าใจว่าจิตแพทย์ก็ทำหน้าที่ตามความเหมาะสม มิใช่ปกป้องผู้กระทำความผิด จากการทำเข้าใจผิดว่าจิตแพทย์ปกป้องและนำผู้ป่วยมารักษาแล้วปล่อยออกไปทำร้ายคนอื่นอีก กับการให้ออกาสคนคนหนึ่งที่ไม่แน่ใจว่าป่วยจริงหรือไม่ ได้มาพิสูจน์ตนเอง อันไหนจะดีกว่า (กัมปนาท ตันสิถบุตรกุล 2548)

ความเห็นแย้งแย้งและไม่เป็นอันหนึ่งอันเดียวกันของบุคลากรทางสาธารณสุขที่มีภาพลักษณ์เป็นผู้เชี่ยวชาญอันปรากฏต่อสื่อ ได้คลอนแคลนความพยายามในการสถาปนาวาทกรรมโรคจิตเวชในมิติของวิทยาศาสตร์การแพทย์ ซึ่งมีทั้งการวิจัย การทดลอง และหลักการอันน่าเชื่อถือ มารองรับจนถือเป็นวาทกรรมหลักของโรคจิตเวชในขณะนี้ ความไม่เป็นเอกภาพดังกล่าวยิ่งทำให้สังคมของ “คนปกติ” ที่กำลังปั่นป่วน วุ่นวาย และหวาดระแวง อาจจะมีท่าทีตอบสนองต่อ “คนบ้า” หรือผู้ป่วยจิตเวชรายอื่นด้วยท่าทีไม่เป็นมิตรมากขึ้น จัดว่าเป็นการตอกย้ำตราบาปให้ผู้ต้องหารายนี้กลายเป็นภาพตัวแทนของอัตลักษณ์ความเป็นผู้ป่วยจิตเวชไปในที่สุด

อย่างไรก็ตาม แม้อคติจะสิ้นสุดลง โดยที่ผู้ต้องหาได้รับโทษจำคุก และเมื่อพ้นโทษจำคุกแล้วยังต้องถูกคุมตัวรักษาที่โรงพยาบาลจิตเวช จนกว่าจะอยู่ร่วมในสังคมได้โดยไม่เป็นอันตรายต่อสังคม แต่การที่ผู้ปกครองของผู้เสียหายและคณะครูซึ่งได้มารับฟังคำพิพากษาด้วย แสดงความพึงพอใจกับคำพิพากษา โดยเห็นว่าโทษจำคุกและมาตรการควบคุมตัวจะทำให้สังคมปลอดภัยมากขึ้น ก็แสดงให้เห็นถึงผลของการสร้างภาพตัวแทนความเป็นผู้ป่วยจิตเวชว่าเป็นอันตรายสมควรถูกจำกัด หรือกำจัดไปจากสังคมปกติ ในนามของสวัสดิภาพของชนหมู่มาก สะท้อนถึงกระบวนการตีตรากล่าวโทษส่วนหนึ่งของวาทกรรมโรคจิตเวชในประเทศไทยว่ายังคงดำเนินต่อเนื่องไปอย่างเป็นพลวัตและยังคงสภาพเป็นสนามวาทกรรม (a field of discourse) อย่างไม่จบสิ้น

บทส่งท้าย: วาทกรรมกับการลดการตีตรากล่าวโทษ (DE-STIGMATIZATION)

ไม่มีใครสามารถอ้างความเป็นเจ้าของหรือเป็นผู้ให้กำเนิดวาทกรรมนั้นได้
(Michel Foucault (1969) อ้างถึงใน ไชยรัตน์ เจริญสินโอฟาร (2542), 90)

วาทกรรมชุดหนึ่งชุดใดไม่สามารถดำรงอยู่ได้อย่างอิสระ แต่เกิดขึ้นภายใต้กฎเกณฑ์ทางสังคมและวัฒนธรรม ในขณะเดียวกัน วาทกรรมมีอำนาจโดยตัวมันเอง เป็นตัวกำหนดการเกิดขึ้น ดำรงอยู่ การเปลี่ยนแปลง หรือเลือนหายไปของสรรพสิ่ง เมื่อเราตั้งสมมติฐานว่า “วาทกรรมของโรดจิตเวชคือปัจจัยหนึ่งของการตีตรากล่าวโทษ” การเปลี่ยนแปลงวาทกรรมจึงไม่อาจเปลี่ยนที่รากเหง้า เนื่องจากไม่สามารถสืบลูกที่มาจากอย่างแน่ชัด แต่การลดการตีตรากล่าวโทษสามารถกระทำได้ผ่านเครื่องมือและโครงสร้างของวาทกรรม นั่นคือ ภาษา ซึ่งมีได้มีหน้าที่เฉพาะถ่ายทอดเรื่องราวในโลกแห่งความจริง สะท้อนความคิด ความเชื่อของคนในสังคม แต่ภาษาสามารถ “สร้าง” โลก สร้างความคิดความเชื่อขึ้นมาโดยกระบวนการใช้อำนาจที่แยบยล สร้างองค์ความรู้เพื่อก่อให้เกิดความชอบธรรมในการเรียกขานสิ่งต่างๆ จนกลายเป็นความจริงที่คนในสังคมยึดถือโดยปราศจากข้อสงสัย (วคินี สุทธิวิภากร 2552)

การสรุปวิธีการแก้ไขปัญหในระดับของผู้ให้บริการด้านสุขภาพจิตที่ผ่านมา อาทิเช่น

การลดตราบาปในผู้ป่วยจิตเวช จะเกิดขึ้นไม่ได้ถ้าไม่เข้าใจสมมติฐานที่แท้จริงของการเกิดตราบาปว่า ผู้ป่วยจิตเวชก็เป็นคนเหมือนกันกับพวกเรา เขาไม่ได้เกิดมาแตกต่างจากเรา แต่เรานั้นเองไปมองว่าเขาไม่ใช่คนพวกเดียวกับเรา เราเป็นคนไปประทับตราให้เขา ฉะนั้นการแก้ไขปัญหारेื่องตราบาปจึงอยู่ที่ว่า เราต้องหยุดสร้างตราบาปให้กับผู้ป่วยกลุ่มนี้ (วรวัฒน์ ไชยชาญ 2549, 2)

แม้แนวคิดดังกล่าวจะออกตัวว่าการแก้ไขปัญหามิใช่อยู่ที่ว่าเรา (บุคลากรสาธารณสุข) จะทำหน้าที่เป็นนักบุญไปลบตราบาปของเขาก็ตาม เพราะนั่นก็ยังเป็นมุมมองแบบแบ่งแยกกลุ่มคนอยู่ดี แต่แนวคิดดังกล่าวก็ยังนับว่าเป็นการมองวาทกรรมของโรดจิตเวชเพียงเบื้องต้นเท่านั้น เพราะตราบาปที่บุคลากรสาธารณสุขยังคงเลือกจะใส่เข้าวาทกรรมโรคทางจิตเวชในมิติของวิทยาศาสตร์การแพทย์ ก็ยังคงเป็นการแบ่งแยก “คนป่วย” และ “คนปรกติ” อยู่นั่นเอง

อย่างไรก็ตาม หน่วยงานที่เกี่ยวข้องด้านสุขภาพจิต เช่น กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข หรือภาควิชาจิตเวชศาสตร์ สถาบันการแพทย์ต่างๆ ได้มีความพยายามที่จะปรับเปลี่ยน “ทัศนคติ” ของสังคมที่มีต่อผู้ป่วยจิตเวช โดยผ่าน “ภาษา” มาโดยตลอด เช่น ในวันที่ 10 สิงหาคม พ.ศ. 2548 ศาสตราจารย์ นายแพทย์พิเชฐ อุดมรัตน์ ได้เสนอข้อคิดเห็นในการนำเสนอในการประชุมให้ข้อคิดเห็นกับร่างโครงการจัดตั้งสถาบันสุขภาพจิตแห่งชาติ ถึงความอ่อนไหวในการใช้ “ภาษา” ดังต่อไปนี้

ความจริงแนวทางในการลดตราบาป (destigmatisation) จากโรคจิตเวชแนวทางหนึ่งที่นิยมใช้ในหลายประเทศ คือ การให้ประชาชนเข้าใจว่า โรคจิตเวช เช่น โรคจิตเภท (schizophrenia) โรคซึมเศร้า (major depression) หรือโรคไบโพลาร์ (bipolar disorder) คือโรคทางสมอง อย่างไรก็ตาม คำว่า “ประสาท” ในสังคมไทย ก็ยังมีความเข้าใจคลาดเคลื่อนกันอยู่มาก แม้จะเติมคำว่า วิทยาศาสตร์ไปต่อท้ายคำว่าประสาทก็ตาม (พิเชฐ อุดมรัตน์ 2548)

โรงพยาบาลจิตเวชหลายแห่งซึ่งดำรงฐานะศูนย์กลางของวาทกรรมหลักของโรคจิตเวชปัจจุบัน จึงเลือกจะปรับเปลี่ยนหรือดัดแปลงนามเรียกขานให้ไพเราะ มีความหมายดีงาม และฟังดูเป็นสถาบันด้านวิชาการมากกว่าสถานพยาบาลที่รองรับ “ผู้ป่วยโรคจิต” หรือ “คนเสียจริต” เช่น “โรงพยาบาลนิติจิตเวช” เปลี่ยนเป็น “สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์” “โรงพยาบาลจิตเวชภาคใต้” เปลี่ยนเป็น “โรงพยาบาลสวนสราญรมย์” และ “โรงพยาบาลคนเสียจริต” เปลี่ยนเป็น “สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา” เป็นต้น

กล่าวโดยสรุป จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาเกี่ยวกับจิตเวชศาสตร์ในประเทศไทย แม้เริ่มมีการกล่าวถึงการศึกษาในมิติของสังคมวัฒนธรรมบ้างแล้ว แต่ส่วนใหญ่ยังคงเป็นการศึกษาด้านคลินิก สิ่งที่น่าสนใจคือ การศึกษาเรื่องวาทกรรมของโรคจิตเวชซึ่งมีผลต่อการตีรากล่าวโทษยังคงมีจำกัด และจากกรณีอภิปราย ได้แสดงให้เห็นว่าความพยายามในการสถาปนาวาทกรรมกระแสหลักในมิติของ “โรคทางสมอง” และประนีประนอมกับแนวคิดดั้งเดิมด้วยการใช้ถ้อยคำสวยหรูบนพื้นฐานทางวิทยาศาสตร์การแพทย์เพียงประการเดียว อาจเป็นวิถีทางหนึ่งในการปรับเปลี่ยนทัศนคติของประชาชนเพื่อลดการตีรากล่าวโทษ หากยังคงมีช่องว่างอยู่ตรงที่ความไม่ต่อเนื่องของตรรกะระหว่างวาทกรรมดั้งเดิมและวาทกรรมใหม่ โดยเฉพาะเมื่อวาทกรรมใหม่เองยังมีความย้อนแย้ง ก้ำกวม และเลื่อนไหล รวมทั้งปรากฏความไม่เป็นเอกภาพให้

เห็นอยู่เนืองๆ ปัญหาการการตีตรากลัวโทษจึงยังคงอยู่ตราบเท่าที่ยังมีการปะทะ ต่อรอง ไปจนถึงการประนีประนอมของวาทกรรมชุดต่างๆ ของโรคจิตเวชในประเทศไทย

รายการอ้างอิง

เอกสารภาษาไทย

- เกษม ดันติผลาชีวะ. 2545. *อาการและการบำบัดโรคจิตโรคประสาท*. นนทบุรี: สนุกอ่าน.
- ขวัญสุดา บุญทศ, อมรรัตน์ ศรีคำสุข ไซโตะ และสุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล. 2556. “การสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคจิตเภท.” *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย* 58 (1): 89-100.
- จำลอง ดิษยวณิช. 2551. “ความเข้าใจแนวพุทธเกี่ยวกับความผิดปกติทางจิตใจ.” *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*. 53 (3): 243.
- เฉลิมพงศ์ วิเศษศรีพงษ์ และอรชร โวทวี. 2551. “เสียงที่ไม่อาจสำเนียง: กระบวนการตีตราและความทุกข์ของผู้ป่วยจิตเวชหญิงในชุมชน.” *วารสารจิตวิทยาคลินิก* 39 (1): 24.
- ไชยรัตน์ เจริญสินโอฬาร. 2542. *วาทกรรมการพัฒนา: อำนาจ ความรู้ ความจริง เอกลักษณ์ และความเป็นอื่น*. กรุงเทพฯ: ศูนย์วิจัยการผลิตตำรา มหาวิทยาลัยเกริก.
- ธีรยุทธ บุญมี. 2551. *มิเชล ฟูโกต์ (Michel Foucault)*. กรุงเทพฯ: วิชาษา.
- พระธรรมปิฎก (ป.อ. ปยุตโต). 2543. *พจนานุกรมพุทธศาสตร์ ฉบับประมวลธรรม* (พิมพ์ครั้งที่ 9). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย.
- พระธรรมปิฎก (ป.อ. ปยุตโต). 2546. *พุทธธรรม (ฉบับปรับปรุงและขยายความ)* (พิมพ์ครั้งที่ 11). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย.
- มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์ (บรรณาธิการ). 2548. *จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี* (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วดีณี สุทธิวิภากรม. 2552. “วาทกรรมของมิเชล ฟูโกต์ ต่อสถานภาพและบทบาทสตรีไทยตามที่น่าเสนอในนวนิยายของคุณหญิงวิมล ศิริไพบูลย์.” *มนุษยศาสตร์สาร* 10 (1): 1-16.
- “สาวมือมีดีเปิดใจ หมอเจ้าของไข้ป่วยเรื้อรัง พี่เหี่ยวไม่เชื่อจี้ลงโทษ.” *มติชน*. 14 กันยายน 2548: 1, 14.

- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2555. *เครื่องชี้ภาวะเศรษฐกิจและสังคมไทยที่สำคัญ พ.ศ. 2554*. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ. สืบค้นวันที่ 10 กันยายน 2556. <http://service.nso.go.th/nso/nsopublish/pubs/pubsfiles/socioSoc54.pdf>.
- อัฐมา โกดาศานิชวงศ์. 2552. "วาทกรรมเรื่องโรคจิตเวชและการต่อรองความหมายทางสังคมของผู้ป่วยทางจิตในท้องถิ่นอีสาน." *วารสารสังคมลุ่มน้ำโขง* 5 (3): 1-30. สืบค้นวันที่ 10 กันยายน 2556. <http://www.tci-thaijo.org/index.php/mekongjournal/article/view/6860>.
- อาชวศรี คำหอม. 2552. "การรับรู้ตราบาปของผู้ดูแล ทักษะชีวิตและการรับรู้ตราบาปของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท." *วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (สุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช)*. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

เอกสารภาษาอังกฤษ

- American Psychiatric Association. 2013. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders 5th - edition (DSM-5)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Brumberg, Joan Jacobs. 2000. *Fasting Girls: The History of Anorexia Nervosa*. New York, NY: Vintage Books.
- Danaher, Geoff, Tony Schirato and Jen Webb. 1999. *Understanding Foucault*. London: Sage Publications.
- Foucault, Michel. 1967. *Madness and Civilization: a history of insanity in the age of reason*. Translated by Richard Howard. London: Routledge.
- Henker Fred O. 1984. "Joan of Arc and DSM III." *Southern Medical Journal* 77 (12): 1488-1490. Accessed 1 February 2014. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6390693>.
- Sadock, Benjamin J. and Virginia A Sadock. 2003. *Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry: behavioral sciences/clinical psychiatry 9th edition*. Philadelphia: Lippincott Williams & Walkins.

Schlosberg A. 1993. "Psychiatric Stigma and Mental Health Professionals (Stigmatizers and Destigmatizers)." *Medicine and Law*. 12: 409-416. Accessed 21 August 2013. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8231714>.

เอกสารออนไลน์

กัมปนาท ต้นลิดบุตรกุล. 2548. "คมมีด...กรีดหัวใจใคร." *เว็บไซต์ราชวิทยาลัยจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 24 พฤศจิกายน. สืบค้นวันที่ 9 กันยายน 2556. http://www.rcpsycht.org/detail_title.php?news_id=105.

ทีมข่าวอาชญากรรม. 2548. "จับแล้วมือมีดแทง 4 นร.เซนต์โยเซ." *ผู้จัดการออนไลน์*, 10 กันยายน. สืบค้นวันที่ 9 กันยายน 2556. <http://bit.ly/1nd6QgL>.

นิภาพร หับหุ่น. 2555. "ปลดตรวนที่ตีตรา." *กรุงเทพธุรกิจ*. 1 มีนาคม. สืบค้นวันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2557. <http://bit.ly/1ketAwo>.

พิเชฐ อุดมรัตน์. 2548. "สถาบันส่งเสริมสุขภาพจิตของไทย: ทิศทางที่ควรเป็นไปในอนาคต." *เว็บไซต์ราชวิทยาลัยจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*. 11 สิงหาคม. สืบค้นวันที่ 27 พฤษภาคม 2557. http://www.rcpsycht.org/detail_title.php?news_id=78.

เลอสรณ์ ศรีชนะภัย. 2549. "คดีจิตรลดา." *GotoKnow*. สืบค้นวันที่ 9 กันยายน 2556. <http://www.gotoknow.org/posts/56918>.

วรวัฒน์ ไชยชาญ. 2549. "การลดตราบาปในผู้ป่วยจิตเวช-ลดการสร้างตราบาป." *เว็บไซต์กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข*. 1 พฤษภาคม. สืบค้นวันที่ 21 สิงหาคม 2556. http://www.dmh.moph.go.th/destigma/pdf/010506_1.pdf

พ.ต.ท. อภินันท์ สารากรบริรักษ์ (รวบรวม). 2554. "คดีแหวงนักเรียนเซนต์โยเซฟ." *เว็บไซต์สภ.ชัยบาดาล*. สืบค้นวันที่ 9 กันยายน 2556. <http://bit.ly/1kK1u8g>.