

ประวัติศาสตร์โรคซึมเศร้าในสังคมร่วมสมัย: การประกอบสร้างตัวตนภายใต้ร่างกายและ อัตลักษณ์ของความเจ็บป่วยบนพื้นที่จิตเวชศาสตร์สมัยใหม่

กฤตภาค งามวาสนินท์¹

(Received: April 21, 2021; Revised: June 25, 2021; Accepted: July 29, 2021)

บทคัดย่อ

การขยายตัวของโรคซึมเศร้าถือเป็นหนึ่งในปรากฏการณ์ที่มีความสำคัญอย่างมากในสังคมสมัยใหม่ โดยเฉพาะในช่วงสามทศวรรษที่ผ่านมาปัญหาทางอารมณ์ความรู้สึกกลายมาเป็นสิ่งที่ได้รับความสนใจอย่างกว้างขวางจากผู้คนในสังคม ความเข้าใจเรื่องโรคซึมเศร้ากลายมาเป็นสิ่งที่ทุกคนสามารถเข้าถึงได้ ผู้คนในสังคมสมัยใหม่เริ่มเรียนรู้ที่จะจัดการกับปัญหาความเศร้าในฐานะโรคที่อาจเกิดขึ้น ณ ช่วงใดช่วงหนึ่งในชีวิตของพวกเขา หรือเรียนรู้ที่จะมีปฏิสัมพันธ์อย่างถูกต้องกับผู้ที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าในสังคม อย่างไรก็ตามการเข้ามาของโรคซึมเศร้ามีเพียงทำให้ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าขยายตัวมากขึ้น แต่มันยังส่งผลกระทบต่อวิธีการที่ผู้คนคิด ทำความเข้าใจ ชั่งตวงวัด และลงมือกระทำการบนความสัมพันธ์ระหว่างพวกเขากับตัวพวกเขาเอง หรือกับผู้ที่อยู่รอบข้างในรูปแบบใหม่ ภายใต้วิธีการให้เหตุผลใหม่ที่มาพร้อมความจริงที่ว่าด้วยความเศร้าในฐานะโรค โดยความเปลี่ยนแปลงดังกล่าวเกิดขึ้นภายใต้ความจริงแบบใหม่เรื่องความเศร้าที่กลายมาเป็นปัญหาทางอารมณ์ความรู้สึกในระดับร่างกายของมนุษย์ ผ่านการประกอบสร้างของความรู้ ความจริง และปฏิบัติการที่หลากหลายชุดในสังคมร่วมสมัย บทความชิ้นนี้มุ่งที่จะศึกษาความเปลี่ยนแปลงดังกล่าว โดยอาศัยการศึกษาในเชิงวงศาคณิตศาสตร์เพื่อตามหาร่องรอยของความสัมพันธ์ระหว่างการขยายตัวของโรคซึมเศร้ากับการเผยตัวของอัตลักษณ์แบบใหม่ของผู้คนที่สัมพันธ์กับร่างกายของพวกเขา ผ่านการวิเคราะห์จุดตัดที่แตกต่างและหลากหลาย นับตั้งแต่การปรากฏตัวของอาการซึมเศร้าในฐานะความผิดปกติเชิงชีวการแพทย์ ประวัติศาสตร์ของการค้นพบเชิงจิตเภสัชวิทยา การสับเปลี่ยนเชิงความรู้บนพื้นที่จิตเวชศาสตร์ และการเปลี่ยนผ่านของวิธีการให้เหตุผลแบบใหม่ของความรู้ทางประสาทวิทยาศาสตร์ซึ่งการเข้ามาบรรจบกันอย่างไม่สืบเนื่องของเส้นลากของความเปลี่ยนแปลงทั้งหมดจะนำไปสู่การปรากฏตัวของตัวตนแบบใหม่ของผู้คนในสังคมร่วมสมัย ภายใต้ความจริงแบบใหม่ที่ว่าด้วยความเศร้าในฐานะโรค

คำสำคัญ: ประวัติศาสตร์โรคซึมเศร้า ประวัติศาสตร์จิตเวชศาสตร์ ประวัติศาสตร์การประกอบสร้างตัวตน

¹ อาจารย์ประจำภาควิชาประวัติศาสตร์ คณะมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. อีเมล: krittapak.ng@cmu.ac.th

History of Depression in Contemporary Society: Subjectivity and Somatic Identity in the Domain of Modern Psychiatry

Krittapak Ngamvaseenont²

Abstract

The proliferation of depression in the last three decades makes it one of the crucial phenomena in contemporary society. People became aware of this extreme emotional distress. We learn how to deal with it and how to help others to cope with this emotional difficulty. The rise of depression does not just provide individuals with knowledge about this affective disorder, but it also shapes the way in which individuals think, understand, calculate, and act upon themselves and others. Central to this phenomenon is the fact that we all agree that depression is our somatic problem. The origin of depression lies in a somatic site, and it requires individuals to learn a diverse set of practices to cope or live with it. This article investigates the link between the rise of depression and the emergence of the new somatic identity in our contemporary society. By employing genealogical analysis, it will trace the intersections between various vectors that render depression a somatic problem. The analysis involves the inquiry into a transformation of depression as a disorder, a rise of psychopharmacology, a rupture in the field of psychiatry, and an emergence of a new style of reasoning in the domain of neuroscience. The intersection between those vectors will, in turn, give rise to the new form of modern subjectivity.

Keywords: history of depression, history of psychiatry, subjectivity

² Lecturer, Department of History, Faculty of Humanities, Chiang Mai University. e-mail: krittapak.ng@cmu.ac.th

บทความชิ้นนี้มีเป้าหมายเพื่อที่จะอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างการขยายตัวของโรคซึมเศร้ากับการก่อรูปของตัวตนแบบใหม่ที่วางอยู่บนกรอบการคิดเรื่องร่างกายในสังคมปัจจุบัน ผ่านการศึกษาเงื่อนไขแห่งความเป็นได้ (condition of possibility) ในทางประวัติศาสตร์ที่อนุญาตให้ความเป็นองค์ประธาน (subjectivity) ตัวตน (self) และอัตลักษณ์ (identity) ชัดใหม่ที่สัมพันธ์กับความจริงเรื่องโรคซึมเศร้าก่อรูปขึ้น จนกลายมาเป็นสิ่งที่ผู้คนจำนวนมากในสังคมสมัยใหม่ใช้ในการทำความเข้าใจความสัมพันธ์ระหว่างพวกเขา กับตนเองและผู้อื่น โดยการศึกษาดังกล่าวจะวางอยู่บนกรอบการศึกษาประวัติศาสตร์ในเชิงวงศ์วานวิทยา (genealogy) ที่มุ่งสืบค้นร่องรอยปมปัญหาที่ว่าด้วยความเศร้าของมนุษย์ โดยเฉพาะความเศร้าในฐานะความผิดปกติทางอารมณ์ ความรู้ในระดับร่างกายที่เผยตัว (emergence) ขึ้นมา ณ จุดตัด (intersection) ที่ทั้งสืบเนื่องและไม่สืบเนื่องระหว่างเส้นลากของความเปลี่ยนแปลง (vector) ที่หลากหลาย นับตั้งแต่การปรากฏตัวของอาการซึมเศร้าในฐานะโรค การเสื่อมถอยของความรู้ทางจิตวิเคราะห์ การขยายตัวของ การค้นพบในเชิงจิตเภสัชวิทยา การเกิดขึ้นของวิธีการให้เหตุผลแบบใหม่ในเชิงประสาทวิทยาศาสตร์ การเปลี่ยนผ่านของความรู้ทางจิตเวชศาสตร์สมัยใหม่ และการสับเปลี่ยนอย่างกะทันหันของอำนาจและกลยุทธ์ทางการปกครองที่สัมพันธ์กับอัตลักษณ์และตัวตนแบบใหม่ของผู้คน โดยเส้นลากของความเปลี่ยนแปลงที่มีจุดกำเนิดที่แตกต่างและหลากหลายเหล่านี้ได้เข้ามาบรรจบกันอย่างกะทันหันในช่วงทศวรรษ 1980 จนกลายมาเป็นเงื่อนไขสำคัญของการเผยตัวขึ้นมาของความจริงชุดใหม่ที่ว่าด้วยเรื่องโรคซึมเศร้าและตัวตนทางอารมณ์ความรู้สึกในระดับร่างกายของผู้คนในสังคมร่วมสมัย

เกริ่นนำ

องค์การอนามัยโลกประเมินว่ามีจำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทั่วโลกอยู่ที่ประมาณ 322 ล้านคน หรือคิดเป็นอัตราความชุก (prevalence) ของโรคที่ประมาณร้อยละ 4.4 ของประชากรทั่วโลก ซึ่งเป็นการปรับเพิ่มขึ้นที่ระดับ 18.4% จากปี 2005 ถึงปี 2015 (World Health Organization, 2017, p. 8) โดยตัวเลขดังกล่าวสะท้อนภาพการขยายตัวของโรคซึมเศร้าในฐานะปรากฏการณ์ทางสังคมที่มีความสำคัญในสังคมสมัยใหม่ อย่างไรก็ตามคำถามหนึ่งที่ถูกถกเถียงอย่างกว้างขวางในทางวิชาการหลากหลายสาขาก็คือ ทำไมโรคซึมเศร้าถึงขยายตัวอย่างรวดเร็วในสังคมสมัยใหม่? หรืออะไรเป็นปัจจัยที่ทำให้โรคซึมเศร้าขยายตัวด้วยอัตราเร่งเช่นนี้ในช่วงสองถึงสามทศวรรษหลัง?

โดยหากอธิบายผ่านความก้าวหน้าในทางจิตเวชศาสตร์และจิตวิทยาอาจทำให้เข้าใจได้ว่าการขยายตัวอย่างรวดเร็วของโรคซึมเศร้า เป็นผลมาจากการพัฒนาทางเทคโนโลยีและเทคนิควิธีภายใต้ความรู้ดังกล่าว ที่ทำให้ผู้เชี่ยวชาญสามารถแยกแยะและจัดจำแนกความผิดปกติแบบใหม่ทางอารมณ์ความรู้สึกของมนุษย์ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น รวมทั้งนโยบายทางสาธารณสุขเชิงรุกและการสร้างความเข้าใจให้แก่สังคมต่อโรคทางจิตเวชในทางที่ถูกต้อง ส่งผลให้ผู้คนเปิดรับและตระหนักถึงปัญหาทางอารมณ์ความรู้สึกของตนเองมากขึ้น ประกอบกับในปัจจุบันนวัตกรรมทางจิตเภสัชวิทยาและเทคนิควิธีทางจิตบำบัดรูปแบบใหม่ๆ เปิดโอกาสให้ผู้เชี่ยวชาญสามารถเข้ามาช่วยเหลือผู้ที่ประสบปัญหาได้อย่างกว้างขวาง เพราะฉะนั้นตัวเลขผู้ป่วยที่มากขึ้นจึงอาจเป็นผลมาจากทั้งเทคโนโลยีในการวินิจฉัยที่ก้าวหน้ามากขึ้นและนวัตกรรมของการดูแลสุขภาพที่ดีขึ้น ที่ส่งผลให้จำนวนผู้ป่วยที่เข้ามารับบริการหรือเปิดเผยตนเองว่ามีอาการผิดปกติข้างต้นเพิ่มจำนวนมากขึ้นอย่างรวดเร็ว

ในอีกด้านหนึ่งข้อถกเถียงจำนวนมากพุ่งเป้าไปที่การอธิบายการขยายตัวของโรคซึมเศร้าในฐานะผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากปัญหามนุษย์ที่ทางเศรษฐกิจ Wilkinson และ Pickett (2009) อธิบายว่าการขยายตัวของโรคซึมเศร้าอาจสัมพันธ์กับปัญหาความเหลื่อมล้ำทางเศรษฐกิจ โดยเฉพาะความเหลื่อมล้ำทางรายได้ (income inequality)

ในขณะที่ Monbiot (2016) มองว่าการขยายตัวของโรคซึมเศร้าเป็นผลมาจากนโยบายทางการเมืองและเศรษฐกิจที่อยู่ภายใต้แนวคิดเสรีนิยมใหม่ (Neoliberalism) นอกจากนั้นยังมีข้อเสนออีกจำนวนมากที่มองว่าการเปลี่ยนผ่านในระบบทุนนิยมจากการผลิตแบบฟอร์ด (Fordism) ไปสู่การผลิตแบบหลังฟอร์ด (Post-Fordism) เป็นรากฐานสำคัญของปรากฏการณ์การขยายตัวของโรคซึมเศร้าในช่วงสองถึงสามทศวรรษหลัง (Berardi, 2011; Fisher, 2009; James, 2008)

อย่างไรก็ตามแม้คำอธิบายปัจจัยการขยายตัวของโรคซึมเศร้าที่วางอยู่บนพื้นที่การพัฒนานวัตกรรมและเทคโนโลยีทางจิตเวชศาสตร์ กับการอธิบายผ่านปัญหาบนพื้นที่ทางเศรษฐกิจจะมีลักษณะของคำอธิบายที่แตกต่างกันอย่างสิ้นเชิง แต่สิ่งที่ทั้งสองคำอธิบายมีร่วมกัน คือ การวางคำอธิบายอยู่บนความเข้าใจอาการซึมเศร้าในฐานะของโรค หรือหนึ่งในหมวดหมู่ของการวินิจฉัยความผิดปกติ (diagnostic category) ทางอารมณ์ความรู้สึกของมนุษย์ ซึ่งในด้านหนึ่งมีนักวิชาการจำนวนหนึ่งพยายามที่จะท้าทายความเข้าใจดังกล่าว ยกตัวอย่างเช่น Horwitz และ Wakefield (2012) ตั้งคำถามกับการขยายตัวอย่างรวดเร็วของการวินิจฉัยความเศร้าของผู้คนในฐานะโรคว่า อาจไม่ได้สะท้อนภาพปัญหาความเศร้าของผู้คนอย่างแท้จริง โดย Horwitz และ Wakefield เชื่อว่า โรคซึมเศร้าในฐานะของความผิดปกติทางร่างกายในเชิงจิตเวชศาสตร์มีอยู่จริง แต่ผู้คนจำนวนมากที่ถูกวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้ามักไม่ได้มีความผิดปกติในลักษณะดังกล่าว ตรงกันข้ามความเศร้าของพวกเขาอาจเกิดมาจากการทางสังคมเศรษฐกิจ ดังนั้นการขยายตัวของการวินิจฉัยโรคซึมเศร้าจำนวนมาก จึงไม่ได้สะท้อนภาพการขยายตัวของคนที่ป่วยเป็นโรคทางจิตเวช แต่กลับเป็นภาพสะท้อนของการแปรรูปปัญหาทางสังคมของผู้คนให้กลายมาเป็นความผิดปกติทางจิตเวชศาสตร์

ข้อถกเถียงที่ตั้งอยู่บนการวิพากษ์การขยายตัวของคำอธิบายความผิดปกติทางจิตเวชศาสตร์ยังถูกขยายความไปในมุมมองอื่นๆ ด้วย เช่น Summerfield (2012) ได้วิพากษ์การขยายตัวของกระแสสุขภาพจิตโลก (global mental health movement) ที่นำโดยประเทศในโลกระวันตก โดยเฉพาะประเทศที่ใช้ภาษาอังกฤษ เช่น สหรัฐอเมริกาว่า กำลังพยายามสร้างจักรวรรดินิยมทางการแพทย์ (medical imperialism) ผ่านการส่งออกคำอธิบายที่ยังไม่สมบูรณ์พร้อมในทางวิทยาศาสตร์ เช่น จิตเวชศาสตร์ เข้าไปเปลี่ยนแปลงความเข้าใจคำอธิบายปัญหาทางจิตใจในเชิงวัฒนธรรมของประเทศอื่นๆ โดยเฉพาะกลุ่มประเทศกำลังพัฒนาและด้อยพัฒนา ซึ่งในท้ายที่สุดแล้วการขยายตัวของโรคทางจิตเวชอย่างรวดเร็วในระดับโลก รวมไปถึงการขยายตัวของโรคซึมเศร้า อาจเกิดจากการครอบงำของคำอธิบายแบบใหม่ทางจิตเวชศาสตร์จากโลกระวันตก หรือในอีกความหมายหนึ่งกระบวนการดังกล่าว คือ การทำให้อารมณ์ความรู้สึกของผู้คนที่ซับซ้อนและแตกต่างหลากหลายในเชิงวัฒนธรรมถูกลดรูปให้เหลือเพียงแค่การอธิบายปัญหาทางชีววิทยา (biological reductionism) ผ่านการตัดทอนความสำคัญของปัจจัยทางสังคม เศรษฐกิจ การเมือง และวัฒนธรรม ที่อาจสัมพันธ์อยู่กับตัวปรากฏการณ์ (Skultans, 2003)

การวิพากษ์การขยายตัวของโรคซึมเศร้าในอีกด้านหนึ่งยังถูกอธิบายผ่านอิทธิพลของธุรกิจและอุตสาหกรรมการผลิตยา ยกตัวอย่างเช่น งานศึกษาของ Healy (2002) ที่ตั้งข้อสมมติฐานว่า การขยายตัวของยาต้านเศร้าในกลุ่ม SSRIs เช่น Prozac เพื่อเข้ามาแทนที่ตลาดยาโรควิตกกังวลที่เริ่มมีปัญหา แปรผันตามขยายตัวของการวินิจฉัยโรคซึมเศร้าที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยยะสำคัญในช่วงทศวรรษ 1990 ในอีกด้านหนึ่ง Conrad (2007) อธิบายปรากฏการณ์ในลักษณะดังกล่าวผ่านคำอธิบายเรื่อง กระบวนการแพทย์ยานุวัต (medicalization) ซึ่งหมายถึง การทำให้ปัญหาที่ครั้งหนึ่งไม่ใช่ปัญหาทางการแพทย์ กลายมาเป็นความผิดปกติและความบกพร่องทางการแพทย์ที่ต้องได้รับการแทรกแซง โดยกระบวนการดังกล่าวอาจประกอบไปด้วย ความพยายามในการครอบงำของความรู้ทางชีวการแพทย์แบบตะวันตก อิทธิพลของบรรษัทยาข้ามชาติ บทบาทของสื่อกระแสหลัก

โลกาภิวัตน์ และอินเทอร์เน็ต ซึ่งสำหรับ Conrad องค์ประกอบทั้งหมดที่กล่าวไปข้างต้น มีผลอย่างมากต่อการขยายตัวของการวินิจฉัยโรคซึมเศร้าและการใช้ยาต้านเศร้าในระดับโลก

จากข้อถกเถียงทั้งหมดจะเห็นได้ว่า แม้ความเศร้าและปัญหาของมันจะเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตมนุษย์ แต่บทบาทของผู้คนในปรากฏการณ์การขยายตัวของโรคซึมเศร้ากลับไม่ได้มีความสำคัญมากนัก ตรงกันข้ามสิ่งที่กำหนด หรือมีอิทธิพลเหนือปรากฏการณ์โรคซึมเศร้ากลับเป็นกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ สถาบันขนาดใหญ่ที่เกี่ยวข้องกับความเชี่ยวชาญนั้นๆ บรรษัทข้ามชาติ ไปจนถึงอุตสาหกรรมที่เกี่ยวข้อง ภายใต้คำอธิบายดังกล่าวผู้คนโดยเฉพาะผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากลับถูกลดทอนให้เหลือบทบาทเพียงแค่เหยื่อ หรือวัตถุที่ตกอยู่ภายใต้บังคับของสิ่งที่กดทับพวกเขา แน่แน่นอนว่าข้อถกเถียงเหล่านี้อาจมีพลังในการวิพากษ์สูง โดยเฉพาะการวิพากษ์อำนาจที่กดทับชีวิตและอารมณ์ความรู้สึกของผู้คนในสังคมสมัยใหม่ แต่ขณะเดียวกันข้อถกเถียงในลักษณะนี้ได้ละเลยมิติที่สำคัญของอำนาจไป นั่นคือ อำนาจไม่ได้ทำงานผ่านการกดทับ (repression) เท่านั้น แต่อำนาจสมัยใหม่ยังทำงานผ่านการสร้างสรรค์ (creation) ที่อนุญาตให้ผู้คนสามารถถูกปกครองผ่านการเลือก การประกอบสร้าง และการใช้อิสรภาพของพวกเขาได้ (Burchell & Gordon & Miller, 1991)

ตัวอย่างของมิติอำนาจที่เปลี่ยนแปลงไปบนความสัมพันธ์ระหว่างผู้คนกับโรคซึมเศร้า ปรากฏในงานของ Rose (2007) ที่แสดงให้เห็นความซับซ้อนของความสัมพันธ์ระหว่างบรรษัทกับผู้ป่วย ที่ไม่ได้เป็นเรื่องของการกดทับ แต่มีมิติของการดึงเอาผู้ป่วยให้เข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการกับปัญหาของพวกเขาในลักษณะของผู้กระทำการ โดย Rose ได้ยกตัวอย่างจากเว็บไซต์ Prozac.com ของบรรษัทยาข้ามชาติที่ดึงผู้ป่วยให้เข้ามามีส่วนร่วมผ่านสิ่งที่เรียกว่า เทคนิคแห่งตัวตน (Techniques of the self) หลากหลายรูปแบบ เช่น การส่งเสริมให้คนใช้ฝึกฝนที่จะรักตัวเอง ค้นหาตนเอง บริหารความเครียดด้วยตนเอง ออกกำลังกาย กินอาหารที่ดี ไปจนถึงการจดบันทึกเกี่ยวกับตนเอง ซึ่งเทคนิควิธีทั้งหมดสะท้อนความหวังในการฟื้นฟูความเจ็บป่วยของคนไข้ที่คนไข้มีส่วนร่วม ไม่ใช่การบงการและควบคุมที่เบ็ดเสร็จจากบรรษัทยาข้ามชาติเพียงอย่างเดียว นอกจากการเข้ามามีส่วนร่วมของผู้ป่วยแล้ว ยังมีตัวอย่างปรากฏการณ์ที่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าใช้ความเจ็บป่วยของพวกเขาในการเป็นส่วนหนึ่งของการต่อต้าน ตัวอย่างสำคัญ คือ งานศึกษาของ Kitanaka (2012) เกี่ยวกับปรากฏการณ์โรคซึมเศร้าในญี่ปุ่น Kitanaka พบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในสังคมญี่ปุ่นหลังช่วงทศวรรษที่ 1990 โดยเฉพาะพนักงานบริษัทและครอบครัวของพวกเขาที่ต้องเผชิญหน้ากับความไม่แน่นอนในการจ้างงาน ได้ใช้การถูกวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าในการต่อรองกับนายทุนเพื่อเรียกร้องค่าชดเชยในชั้นศาล ผ่านการอธิบายความเชื่อมโยงระหว่างโรคซึมเศร้า การฆ่าตัวตาย และสภาพแวดล้อมการทำงานที่เป็นปัญหา ทั้งนี้ Kitanaka (2015) ยังพบว่าการเชื่อมโยงความเจ็บป่วยทางจิตใจของแรงงานกับสภาพแวดล้อมการทำงานที่เป็นปัญหา กลายมาเป็นอาวุธในการต่อสู้ของแรงงานจำนวนมากที่ไม่ได้จำกัดอยู่แค่สังคมญี่ปุ่น แม้กระทั่งฝรั่งเศส อิตาลี เยอรมัน และได้หวัน ล้วนปรากฏภาพของกระบวนการดังกล่าว

ในอีกด้านหนึ่งมิติของการสร้างสรรค์หรือการประกอบสร้างของปรากฏการณ์การขยายตัวของโรคซึมเศร้าในปัจจุบันปรากฏเด่นชัดในขบวนการสร้างความตระหนักรู้ต่อโรคซึมเศร้า (depression awareness) และขบวนการที่ต้องการจะขจัดความเข้าใจผิดและภาพลักษณ์ที่เป็นมลทิน (stigma) ของโรค โดยความน่าสนใจของกระบวนการดังกล่าวก็คือ จุดมุ่งเน้นของความเคลื่อนไหวดังกล่าวมิได้จำกัดอยู่เพียงแค่การเรียกร้องการยอมรับจากสังคมในลักษณะเดียวกับขบวนการอื่นๆ เช่น การเรียกร้องให้สังคมเปิดใจยอมรับผู้ป่วยโรคเอดส์ แต่ขบวนการที่เกี่ยวข้องกับโรคซึมเศร่ายังขยายไปสู่การมุ่งเน้นให้ปัจเจกเปิดใจยอมรับความเป็นตนเองในรูปแบบใหม่ และใช้การยอมรับในตัวตนที่เปราะบางดังกล่าวเป็นจุดเริ่มต้นไปสู่การนิยามความสัมพันธ์ใหม่ระหว่างตัวพวกเขากับตนเอง ครอบครัว ผู้คนรอบข้าง และสังคม หรือในอีกความหมายหนึ่งการขยายตัวของโรคซึมเศร้าในสังคมปัจจุบันเกิดขึ้น

พร้อมๆ กับ การก่อรูปขึ้นของอัตลักษณ์หรือตัวตนแบบใหม่ ที่ยืนยันที่มาของอัตลักษณ์หรือตัวตนดังกล่าวจากจุดกำเนิด (origin) ภายในร่างกาย พร้อมๆ กับการยืนยันถึงที่มาดังกล่าวจากความรู้เชิงจิตเวชศาสตร์ เช่น สมอง โดยลักษณะทางชีววิทยาที่สัมพันธ์กับปัจเจกได้กลายมาเป็นพื้นฐานสำคัญให้กับรูปแบบการดำเนินชีวิตแบบใหม่ในเชิงวัฒนธรรม (way of life) รวมทั้งการจัดความสัมพันธ์รูปแบบใหม่ระหว่างตัวของปัจเจก กับปัจเจก และผู้รอบๆ พวกเขา ยกตัวอย่างเช่น เมื่อปัจเจกถูกวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งพวกเขาจะเริ่มเรียนรู้ว่าพวกเขาจะต้องปฏิบัติกับร่างกายและอารมณ์ความรู้สึกของตนเองอย่างไรบ้าง และในขณะเดียวกันผู้รอบข้างรวมทั้งสังคมก็ต้องเรียนรู้ด้วยว่าคุณจะทำอะไร พูดอะไร หรือปฏิบัติตัวอย่างไรกับปัจเจกหรือคนใกล้ชิดที่ถูกวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็ง

หากจะพูดให้ถึงที่สุดแล้วปรากฏการณ์การขยายตัวของโรคมะเร็งอาจมีสองกระแสที่เกิดขึ้นซ้อนกัน คือ หนึ่ง การขยายตัวอย่างรวดเร็วของปัญหาและประสบการณ์ทางอารมณ์ความรู้สึกแบบใหม่ของมนุษย์ ซึ่งในบางกรณีอาจนำไปสู่การสูญเสียชีวิตของมนุษย์จากการฆ่าตัวตาย และสอง การขยายตัวของความจริงชุดใหม่ที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์ความรู้สึกของมนุษย์ซึ่งสัมพันธ์อยู่กับกระบวนการการประกอบสร้างตัวตน หรือการนิยามอัตลักษณ์ของผู้คนในสังคมสมัยใหม่ โดยบทความชิ้นนี้ต้องการจะอธิบายความเปลี่ยนแปลงในกระแสที่สอง

อย่างไรก็ตามการศึกษาความเปลี่ยนแปลงของโรคมะเร็งในฐานะของอัตลักษณ์หรือการเผยตัวของตัวตนแบบใหม่ของผู้คนในสังคมปัจจุบัน ไม่ได้ต้องการที่จะปฏิเสธหรือลดคุณค่าประสบการณ์และความยากลำบากของผู้คนจำนวนมากภายใต้ปัญหาทางเศรษฐกิจสังคมที่พวกเขากำลังเผชิญอยู่ในปัจจุบัน เนื่องจากปฏิเสธไม่ได้ว่าความทุกข์ทางอารมณ์ความรู้สึกของผู้คนย่อมสัมพันธ์กับปัจจัยทางเศรษฐกิจสังคมไม่มากนักน้อย แต่สิ่งหนึ่งที่เป็นคำถามสำคัญของบทความก็คือ ทำไมปัญหาทางเศรษฐกิจสังคมในปัจจุบันถึงได้นำไปสู่ปรากฏการณ์การขยายตัวของโรคมะเร็ง ในขณะที่ปัญหาทางเศรษฐกิจสังคมในอดีต เช่น สภาวะเศรษฐกิจตกต่ำช่วงปลายทศวรรษ 1920 ถึงต้นทศวรรษ 1930 หรือกระทั่งความยากลำบากของชีวิตผู้คนหลังสงครามโลกครั้งที่ 2 จึงไม่ได้สะท้อนออกมาเป็นปรากฏการณ์การขยายตัวของความผิดปกติทางอารมณ์ความรู้สึก ทั้งที่อาการเศร้าและปัญหาความผิดปกติทางอารมณ์ความรู้สึกในรูปแบบอื่นๆ ก็เป็นสิ่งที่ดำรงอยู่ก่อนที่จะมีหมวดหมู่การวินิจฉัยเรื่องโรคมะเร็ง

เพื่ออธิบายปมปัญหาดังกล่าวบทความนี้จะทดลองใช้วงศาคณิตศาสตร์ในฐานะเครื่องมือสำหรับวิเคราะห์ความเปลี่ยนแปลงที่ไม่แน่นอนและจุดตัดที่สลับซับซ้อนบนพื้นที่ของการศึกษาปัญหาทางจิตใจและสุขภาพของมนุษย์ภายใต้การเคลื่อนไหวอย่างกระตือรือร้นของอำนาจที่อนุญาตให้ตัวตนแบบใหม่ทางอารมณ์ความรู้สึกของมนุษย์เผยตัวขึ้นมาบนกระแสนะเปลี่ยนแปลงอันเชี่ยวกรากของปรากฏการณ์การขยายตัวของโรคมะเร็งในสังคมปัจจุบัน โดยบทความชิ้นนี้จะพิจารณาและวินิจฉัยจุดตัดของกระแสทางประวัติศาสตร์ที่สำคัญ คือ การปรากฏตัวของอาการซึมเศร้าในฐานะโรค ความเปลี่ยนแปลงบนพื้นที่การถกเถียงเชิงจิตเวชศาสตร์ การสับเปลี่ยนอย่างกระตือรือร้นของความรู้จิตเวชศาสตร์สมัยใหม่ภายใต้ความรู้ประสาทวิทยาศาสตร์ การเปลี่ยนผ่านของสถาบันที่สัมพันธ์กับจิตเวชศาสตร์ และการปรากฏตัวของอัตลักษณ์ใหม่บนพื้นที่ของความเจ็บป่วย ซึ่งทั้งหมดได้เข้ามาบรรจบกันอย่างกะทันหันและไม่สืบเนื่องตลอดช่วงทศวรรษที่ 1950 ถึง 1970

การปรากฏตัวของอาการซึมเศร้าในฐานะโรค

การวินิจฉัยเงื่อนไขที่นำไปสู่การเผยตัวของตัวตนแบบใหม่ทางอารมณ์ความรู้สึกของมนุษย์ จำเป็นที่จะต้องเริ่มต้นจากการทำความเข้าใจความเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ความรู้สึกมนุษย์ โดยเฉพาะความเศร้า ซึ่งในด้านหนึ่งอาจถูกเข้าใจว่าเป็นสิ่งที่ดำรงอยู่ก่อนแล้วในประสบการณ์ของมนุษย์นับตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน อย่างไรก็ตามสิ่งหนึ่งที่ต้องพึงระลึกอยู่เสมออีกคือ ความเศร้าโศกเสียใจ (distress) อาจเป็นสิ่งที่ดำรงอยู่อย่างเป็นธรรมชาติในประสบการณ์ของการเป็นมนุษย์ แต่เงื่อนไขและวิธีการให้เหตุผลต่อสิ่งที่เรียกว่าความเศร้าของ

มนุษย์ล้วนมีกฎเกณฑ์ที่กำกับการดำรงอยู่ของมันในฐานะความจริงที่แตกต่างกันในแต่ละช่วงเวลาทางประวัติศาสตร์ เมื่อเป็นเช่นนี้การวินิจฉัยความสัมพันธ์ระหว่างตัวตนแบบใหม่ของมนุษย์กับโรคซึมเศร้า จึงต้องเริ่มต้นจากการตามหาร่องรอยของความเศร้าที่มนุษย์เข้าใจกันในสังคมร่วมสมัย

คำอธิบายการปรากฏตัวของอาการซึมเศร้าในฐานะโรคที่เข้าใจกันโดยทั่วไปมักวางอยู่บนการปรากฏตัวของคู่มือการวินิจฉัยและสถิติสำหรับความผิดปกติทางจิตฉบับที่ 3 หรือ DSM-III ในปี 1980 เนื่องจาก DSM ฉบับดังกล่าวเป็นพื้นฐานสำคัญของการเปลี่ยนผ่านของความเศร้า จากอาการของโรค (symptom) หรือหนึ่งในองค์ประกอบที่ใช้ในการวินิจฉัยความเป็นโรค ไปสู่ความผิดปกติ (disorder) หรือการกลายมาเป็นโรคในตัวของมันเอง³ โดยความเปลี่ยนแปลงดังกล่าวยังมาพร้อมกับกฎเกณฑ์ใหม่ที่ใช้ในการวินิจฉัยโรคซึ่งวางอยู่บนตรรกะของเกณฑ์การวินิจฉัยผ่านอาการ (symptom-based diagnostic criteria) ที่มีรายการตรวจสอบอาการ (check list) วางไว้อย่างเป็นลำดับขั้นตอน เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญสามารถวินิจฉัยอาการของผู้ป่วยผ่านกระบวนการที่ดูมีความเป็นวิทยาศาสตร์มากกว่า DSM ในรุ่นก่อนหน้า โดยลักษณะของวิธีการและตรรกะของการวินิจฉัยดังกล่าวเห็นได้จากเกณฑ์การวินิจฉัย major depressive episode ใน DSM-III

“B. มีอาการต่อไปนี้อย่างน้อย 4 ข้อ และมีอาการนานไม่น้อยกว่า 2 สัปดาห์ (ในเด็กอายุต่ำกว่า 6 ปี มีอาการอย่างน้อย 3 จาก 4 ข้อแรก) (1) เบื่ออาหาร น้ำหนักลดลง หรือกินจุ น้ำหนักเพิ่มขึ้น (ในเด็กอายุต่ำกว่า 6 ปี ให้สังเกตน้ำหนักตัวที่ไม่เป็นไปตามเกณฑ์) (2) นอนไม่หลับหรือนอนมากกว่าปกติ (3) กระสับกระส่ายไม่อยู่นิ่ง หรือ เชื่องช้าเพิ่มขึ้น (ต้องไม่ใช่จากประเมินจากความรู้สึกส่วนตัวของผู้ป่วย) (ในเด็กอายุต่ำกว่า 6 ปี จะเคลื่อนไหวช้าลง) (4) ความสนใจ หรือ ความเพลิดเพลินในสิ่งต่างๆ หรือแรงขับทางเพศลดลง โดยทั่วไป ไม่จำกัดเฉพาะช่วงมีอาการหลงผิด หรือ ประสาทหลอน (ในเด็กอายุต่ำกว่า 6 ปี สังเกตสัญญาณของการไร้อารมณ์) (5) อ่อนเพลียไม่มีแรง (6) รู้สึกตนเองไร้ค่าหรือรู้สึกผิดอย่างไม่สมเหตุผลผล (อาจเป็นส่วนหนึ่งของอาการหลงผิด) (7) สมาธิลดลง ตัดสินใจช้า ลังเลใจ ซึ่งแตกต่างจากอาการการคิดต่อเนื่องแต่ไม่มีความสัมพันธ์กัน (8) คิดเรื่องการตาย หรือ การฆ่าตัวตาย หรือ พยายามลงมือฆ่าตัวตาย” (American Psychiatric Association, 1980 p.213 - 214)

วิธีการให้เหตุผลและตรรกะของการวินิจฉัยดังกล่าวเป็นพื้นฐานให้กับ DSM รุ่นต่อๆ มา รวมไปถึงแบบคัดกรองผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ถูกใช้อย่างกว้างขวางในปัจจุบัน เช่น PHQ-9 อย่างไรก็ตามหากสืบค้นลงไปยังร่องรอยของความเปลี่ยนแปลงดังกล่าวจะพบว่า ความเปลี่ยนแปลงของคู่มือการวินิจฉัยและสถิติสำหรับความผิดปกติทางจิตในปี 1980 เป็นเพียงภาพสะท้อนหรือผลกระทบ (effect) จากความขัดแย้งและปฏิสัมพันธ์ที่ดำรงอยู่ก่อนหน้านี้ โดยเฉพาะความขัดแย้งที่ดำรงอยู่ภายใต้กระบวนการและความพยายามในการทำความเข้าใจสิ่งที่

เป็นปัญหา (problematization) ของความรู้จำนวนมากที่ศึกษาปัญหาทางจิตใจของมนุษย์ โดยมีอารมณ์ความรู้สึกของมนุษย์เป็นวัตถุแห่งปัญหาที่ทุกศาสตร์พยายามจะคลี่คลายปมปัญหาของมันตลอดศตวรรษที่ 20

ทำไมมนุษย์ถึงซึมเศร้า? ปัญหาของความเศร้าปรากฏตัวขึ้นมาได้อย่างไร? อะไรเป็นสาเหตุของมัน? กระบวนการของมันหน้าตาเป็นอย่างไร? และเราจะแทรกแซงหรือยับยั้งกระบวนการนี้ได้อย่างไร? คำถามและปมปัญหาเหล่านี้ในด้านที่หนึ่งได้ทำให้อารมณ์ความรู้สึกที่เป็นปัญหากลายเป็นหนึ่งในองค์ประกอบสำคัญของ

³ หากเปรียบเทียบกับ DSM-II ที่ตีพิมพ์ในปี 1968 ใน DSM-II ความเศร้าเป็นเพียงหนึ่งในอาการของโรคที่ถูกใช้ในการวินิจฉัยความผิดปกติหรือโรคชนิดหนึ่งๆ แต่ตัวความเศร้าเองไม่ได้ถูกจัดว่าเป็นโรคที่มีกลุ่มอาการภายในตัวของมันเองเช่นเดียวกับที่เข้าใจกันในปัจจุบัน

การเป็นมนุษย์ในสังคมสมัยใหม่ หรือในอีกความหมายหนึ่งมันคือกระบวนการที่นำไปสู่การประกอบสร้างตัวตนแบบใหม่ทางอารมณ์ความรู้สึกของมนุษย์ ในด้านที่สองปมปัญหาดังกล่าวยังนำไปสู่การปะทะประสานของศาสตร์จำนวนมากที่ต้องการจะเข้ามาอธิบายปมปัญหาที่ว่าด้วยอารมณ์ความรู้สึกของมนุษย์ โดยหนึ่งในจุดแตกหักสำคัญ คือ การปะทะประสานระหว่างคำอธิบายภายใต้ความรู้ทางจิตวิเคราะห์ กับคำอธิบายภายใต้ความรู้ทางชีวการแพทย์ บนพื้นที่ของปัญหาที่ว่าด้วยเรื่องจิตใจของมนุษย์

เมื่อเป็นเช่นนี้การพิจารณาร่องรอยของความเปลี่ยนแปลงที่ทำให้ความเศร้ากลายมาเป็นโรค ซึ่งรวมไปถึงการที่ความเศร้ากลายมาเป็นองค์ประกอบของความเป็นมนุษย์ในความหมายใหม่ จึงจำเป็นต้องศึกษาจุดแตกหักของปมปัญหาเรื่องความเศร้าที่ปรากฏตัวก่อนหน้าการลงหลักปักฐานอย่างมั่นคงของ DSM-III ในทศวรรษ 1980 โดยช่วงเวลาที่สำคัญทางประวัติศาสตร์ดังกล่าวก็คือ จุดตัดช่วงปลายทศวรรษที่ 1950 ถึงต้นทศวรรษ 1960 ซึ่งเป็นจุดแตกสำคัญบนพื้นที่การถกเถียงเรื่องอาการซึมเศร้าที่สืบเนื่องมาตั้งแต่ศตวรรษที่ 19

โดยนับตั้งแต่ศตวรรษที่ 19 อาการซึมเศร้าถูกอธิบายผ่านกรอบคิดทฤษฎีที่หลากหลาย เริ่มต้นอาการซึมเศร้าที่เกิดจากความผิดปกติภายในร่างกาย (endogenous depression) อาการซึมเศร้าที่เกิดจากการกระตุ้นจากปัจจัยภายนอก (exogenous depression) หรืออาการซึมเศร้าที่เป็นผลมาจากจิตใจ (psychogenic depression) ซึ่งยังรวมไปถึงอาการซึมเศร้าแบบโรคประสาท (neurotic depression) ที่สัมพันธ์กับปัญหาด้านบุคลิกภาพของปัจเจก โดยอาการซึมเศร้าทั้งหมดมีรากฐานทางทฤษฎีที่เหมือนและแตกต่างกันไม่มากนักน้อย แต่อาการซึมเศร้าที่มีพื้นฐานของคำอธิบายที่แตกต่างจากอาการซึมเศร้าในแบบอื่นๆ อย่างชัดเจน คือ อาการซึมเศร้าที่เกิดจากความผิดปกติในร่างกาย

อาจกล่าวได้ว่าโรคซึมเศร้าที่เข้าใจกันในปัจจุบันเกิดจากการนำอาการซึมเศร้าทุกประเภทรวมกันและตัดทอนบางมิติออกไป กระบวนการดังกล่าวเริ่มต้นจาก การเปลี่ยนอาการซึมเศร้าแบบโรคประสาท เป็นอาการผิดปกติแบบโรคประสาท (neurotic disorders) เพื่อแยกการพิจารณาความเศร้าแบบจิตวิเคราะห์ออกจากโรคซึมเศร้าอย่างชัดเจนใน DSM-III (Mayes & Horwitz, 2005, pp.262-265) ขณะเดียวกันคำอธิบายอาการซึมเศร้าในลักษณะอื่นๆ กลับถูกรวมกันให้กลายเป็นโรคทางอารมณ์ความรู้สึกแบบใหม่ โดยมีอาการซึมเศร้าที่เกิดจากความผิดปกติภายในร่างกาย เป็นศูนย์กลางของคำอธิบาย โดยเฉพาะ DSM ในรุ่นต่อมา อาการซึมเศร้าในฐานะความผิดปกติภายในร่างกายได้มีความสำคัญมากขึ้นเรื่อยๆ ด้วยเหตุนี้การพิจารณาจุดตัดของความเปลี่ยนแปลงและการกลายมาเป็นโรคของอาการซึมเศร้า จึงจำเป็นต้องอธิบายร่องรอยและความเปลี่ยนแปลงทางประวัติศาสตร์ของอาการซึมเศร้าที่เกิดจากความผิดปกติในร่างกาย

ในปี 1955 จิตแพทย์ชาวสวิสเซอร์แลนด์ Roland Kuhn ซึ่งถูกฝึกฝนมาในทางจิตวิเคราะห์ ได้ทำการทดลองสารไม่ว่าบรซอที่มีรหัสย่อว่า G22355 ซึ่งเขาได้รับมาจากบริษัทเคมีภัณฑ์ Geigy⁴ เพื่อศึกษาฤทธิ์ของมันในการจัดการกับอาการทางประสาท โดย Kuhn ได้ทดลองสาร G22355 ซึ่งต่อมาถูกเรียกว่า imipramine⁵ กับผู้ป่วยหลายประเภท จนนำไปสู่ข้อสรุปของเขาที่ว่า imipramine มีฤทธิ์ในการจัดการกับอาการซึมเศร้าที่เกิดจากความผิดปกติภายในร่างกายได้ (Brown & Rosdolsky, 2015, pp.426-427) อย่างไรก็ตามสำหรับอาการซึมเศร้าประเภทอื่นๆ Kuhn เสนอว่า imipramine ยังไม่สามารถเทียบเคียงกับการรักษาในรูปแบบอื่นได้ เช่น จิตบำบัด โดยความน่าสนใจในการค้นพบของ Kuhn ก็คือ ณ ช่วงเวลาดังกล่าวยังไม่มีกรณีบัญญัติศัพท์คำว่า ยาต้านเศร้า (antidepressant) และอาการซึมเศร้าเองก็ไม่เคยถูกจัดว่าเป็นโรค ด้วยเหตุนี้

⁴ ปัจจุบัน คือ บริษัทยาข้ามชาติ Ciba-Geigy AG

⁵ Imipramine เป็นยาด้านเศร้าในกลุ่ม Tricyclic antidepressant (TCA) ซึ่งเป็นยาด้านเศร้าในยุคแรก ก่อนการเข้ามาทำตลาดอย่างกว้างขวางของยาด้านเศร้าในกลุ่ม Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) เช่น Fluoxetine นับตั้งแต่ช่วงปลายทศวรรษ 1980

จึงทำให้เกิดปัญหาขึ้นมาว่าจะจัดประเภทของ imipramine ว่าเป็นยาประเภทไหน และใช้ทำอะไร โดย Kuhn สรุปว่า imipramine เป็นยาที่ช่วยยกระดับอารมณ์ความรู้สึก (mood elevator) ของมนุษย์ ที่ไม่ได้ทำงานผ่านการกระตุ้น แต่ทำงานในลักษณะของการกดประสาท (sedative) (Ehrenberg, 2010, p. 81)

ในช่วงทศวรรษเดียวกันที่สหรัฐอเมริกา Nathan Kline จิตแพทย์ซึ่งมีชื่อเสียงอย่างมากในการทดลองสารเคมีใหม่ๆ ที่อาจมีฤทธิ์ทางประสาท ได้เสนอสิ่งที่คล้ายคลึงกับ Roland Kuhn แต่มีรากฐานของคำอธิบายที่แตกต่างกัน โดยในปี 1956 Kline ได้ทราบเรื่องการทดลองของสารที่มีฤทธิ์ในการต้านเชื้อวัณโรค ชื่อว่า iproniazid⁶ ซึ่งมีฤทธิ์ข้างเคียง คือ ทำให้สัตว์ทดลองอยู่นิ่งและตื่นตัวอยู่ตลอดเวลา (hyperactive) Kline สนใจผลข้างเคียงดังกล่าวมาก เนื่องจากเขามีความสนใจเรื่องการค้นหาสารที่สามารถจัดการกับอาการซึมเศร้ามาก่อน⁷ (Baumeister & Hawkins & Uzelac, 2003, p. 209) ด้วยเหตุนี้ Kline จึงไปโน้มน้าวให้บริษัท Hoffmann-La Roche⁸ เข้ามาสนับสนุนการทดลองของเขา แม้ผู้อำนวยการของ Hoffmann-La Roche จะไม่เชื่อมั่นในสมมติฐานของ Kline แต่พวกเขาก็สนับสนุนให้การทดลองของเขาเริ่มต้นได้ในปี 1957 และสุดท้ายยา iproniazid ก็เข้าสู่ตลาดได้สำเร็จ แต่ก็เช่นเดียวกับยา imipramine ของ Kuhn iproniazid ของ Kline ก็เผชิญหน้ากับปัญหาการนิยามการค้นพบใหม่นี้ โดยคำอธิบายของ Kline แตกต่างอย่างชัดเจนกับ Kuhn กล่าวคือ Kline นิยามยาชนิดนี้ว่าเป็นเครื่อง กระตุ้นพลังทางจิตใจ (psychic energizer) ทำงานในลักษณะของการทำให้รู้สึกตื่นเต้นและมีความสุขอย่างถึงที่สุด (euphoric effect) ไม่ใช่ลักษณะของการกดประสาทในแบบ Kuhn นอกจากนั้น Kline ยังอธิบายว่า iproniazid มิเพียงใช้ได้กับอาการซึมเศร้าที่มีสาเหตุมาจากภายในร่างกายเท่านั้น แต่มันสามารถใช้ได้กับอาการซึมเศร้าในทุกรูปแบบ (Ehrenberg, 2010, p. 82 - 83)

อันที่จริงแล้วความแตกต่างระหว่าง Kuhn กับ Kline นั้น เป็นเพียงความแตกต่างกันในระดับพื้นผิว เนื่องจากภายในของความแตกต่างดังกล่าวมีลักษณะร่วมกันที่สำคัญ คือ การค้นพบยาของจิตแพทย์ทั้งสองคนได้เหนี่ยวนำอาการซึมเศร้า ร่างกาย และยา เข้าหากัน แม้ว่าทั้ง imipramine และ iproniazid จะประสบความสำเร็จในตลาดแค่เพียงช่วงสั้นๆ เนื่องจากผลข้างเคียงของมันโดยเฉพาะในกรณีของ iproniazid ทำให้การใช้ยาดังกล่าวถูกควบคุมมากขึ้น (Pletscher, 1991, p. 6) แต่การนำยาที่สัมพันธ์กับความเศร้าของมนุษย์เข้าสู่ตลาด หรือในอีกความหมายหนึ่ง คือ การสร้างการรับรู้ให้แก่สังคม ถือเป็นหมายเหตุทางประวัติศาสตร์ที่มีความสำคัญอย่างมาก ทั้งนี้ต้องไม่ลืมว่ายาหรือสารเคมีประเภทอื่นๆ เช่น ยาที่ปฏิวัติวงการจิตเวชในช่วงต้นทศวรรษ 1950 อย่าง chlorpromazine หรือสารเคมีอื่นๆ ก่อนหน้า chlorpromazine ที่มักถูกละเลยจากประวัติศาสตร์จิตเวชศาสตร์กระแสหลัก เช่น สารอัลคาลอยด์ที่พบในฝิ่น (opiate) และ methylene blue ก็ไม่เคยถูกนำไปเชื่อมโยงกับความเศร้าอย่างตรงไปตรงมา หรือกระทั่งการรักษาด้วยการช็อตไฟฟ้า (electroconvulsive therapy) ที่ใช้กับอาการเศร้ารุนแรงแบบ melancholia ในยุคก่อนหน้า chlorpromazine ก็ไม่ได้เป็นสิ่งที่ถูกใช้ทั่วไปโดยผู้คนที่มีความเศร้าอันอกกำแพงของโรงพยาบาลบ้า (asylum)

ด้วยเหตุนี้การทดลองของ Kuhn กับ Kline จึงมีความสำคัญอย่างมาก เพราะมันได้นำไปสู่วิธีการให้เหตุผลชุดใหม่ที่ทำให้ปัญหาของการอธิบายอาการซึมเศร้าสามารถเชื่อมโยงกับวิธีการจัดการกับปัญหาแบบใหม่ผ่านการใช้ยาซึ่งเป็นเครื่องยืนยันการดำรงอยู่ของอาการซึมเศร้าในระดับร่างกาย ในด้านหนึ่งการทดลองของ Kuhn กับ Kline ได้กลายมาเป็นเส้นลากของความเปลี่ยนแปลงที่เข้ามาตัดกับเส้นสมมติของความเป็นไปได้อื่นๆ

⁶ เช่นเดียวกับ Imipramine iproniazid ก็เป็นยาด้านเศร้าในยุคแรก แต่เป็นกลุ่มที่มีชื่อว่า Monoamine oxidase inhibitors (MAOIs)

⁷ ในปี 1953 Kline เคยศึกษา reserpine ในการต้านอาการซึมเศร้าในคนไข้โรคประสาทแต่ไม่สำเร็จ อย่างไรก็ตามต่อมาการทดลองเรื่อง reserpine กลายมาเป็นหัวใจของสมมติฐาน monoamine ที่มีความสำคัญอย่างมากในการยืนยันความสัมพันธ์ระหว่างโรคซึมเศร้า กับสารเคมีในสมอง

⁸ ปัจจุบันคือบริษัทข้ามชาติ Roche

ที่จะเข้ามาตัดกันหลังการค้นพบของพวกเขาในช่วงทศวรรษ 1950 ซึ่งนั่นจะกลายมาเป็นจุดตัดที่สำคัญของการทำให้อาการซึมเศร้ากลายเป็นโรคของร่างกายอย่างที่เราเข้าใจกันในปัจจุบัน ในด้านที่สอง ความเปลี่ยนแปลงของวิธีการให้เหตุผลในช่วงทศวรรษ 1950 มีเพียงทำให้อาการซึมเศร้ากลายเป็นปัญหาของร่างกายเท่านั้น แต่ความเปลี่ยนแปลงในระนาบเดียวที่สำคัญไม่ยิ่งหย่อนไปกว่ากัน คือ การที่อาการซึมเศร้าในทุกรูปแบบถูกผนวกเข้าหากัน หรือในอีกความหมายหนึ่งมันคือกระบวนการที่จิตเวชศาสตร์ในเชิงชีววิทยา หรือชีวการแพทย์ ได้เข้ามามีปฏิสัมพันธ์กับจิตวิเคราะห์ในรูปแบบใหม่ บนพื้นที่ของปัญหาเรื่องความเศร้าของมนุษย์

ตามความเข้าใจทั่วไปจิตวิเคราะห์กับจิตเวชศาสตร์เชิงชีววิทยา ซึ่งอาจจะรวมไปถึงศาสตร์อื่นๆ เช่น จิตเภสัชวิทยา และจิตวิทยาการรู้คิดและพฤติกรรมศาสตร์ มักถูกจัดวางให้สัมพันธ์กันในลักษณะของคู่ตรงข้าม ทั้งการเปรียบเทียบจากมาตรฐานของความเป็นวิทยาศาสตร์ที่จิตวิเคราะห์ไม่ได้ให้ความสำคัญเท่ากับศาสตร์อื่นๆ หรือ พื้นที่ของการทำงานที่จิตเวชศาสตร์เชิงชีวการแพทย์มักจะอยู่ภายในป้อมปราการของโรงพยาบาล บำ ขณะที่พื้นที่ของจิตวิเคราะห์จะอยู่ที่คลินิกภายนอก (Scull, 2015, p. 339 - 341) หรือแม้กระทั่งการต่อสู้เพื่อเป็นผู้นำในการนิยามและจัดแบ่งความผิดปกติทางจิตใจบน DSM ก็ดำเนินอย่างมาต่อเนื่องตั้งแต่ DSM-I ในปี 1952 จนถึง DSM-III ในปี 1980 ที่มักถูกมองว่าเป็นหมายเหตุสำคัญซึ่งสามารถสะท้อนความพ่ายแพ้ของจิตวิเคราะห์บนพื้นที่การจัดการกับความผิดปกติทางจิตใจของผู้คน (Mayes & Horwitz, 2005, p. 263 - 265) อย่างไรก็ตามบนพื้นที่ของปัญหาความเศร้าของมนุษย์ ความสัมพันธ์ระหว่างจิตวิเคราะห์กับจิตเวชศาสตร์เชิงชีววิทยาอาจไม่ได้ดำรงอยู่บนตรรกะของคู่ตรงข้าม

กล่าวคือ บนพื้นที่ของการถกเถียงเรื่องปัญหาทางอารมณ์ความรู้สึกและความเศร้าของมนุษย์ จิตเวชศาสตร์เชิงชีววิทยา กับจิตวิเคราะห์มีความสัมพันธ์ที่ซับซ้อนมากกว่าการดำรงอยู่ในลักษณะของคู่ตรงข้าม เห็นได้จากความพยายามในการผนวกอาการซึมเศร้าที่หลากหลายเข้าหากันของ Kline และการไม่ปฏิเสธอาการซึมเศร้าภายใต้คำอธิบายเชิงจิตวิเคราะห์ของ Kuhn ทั้งนี้แม้การปฏิวัติจิตเวชในทศวรรษ 1950 จะส่งผลโดยตรงกับการเสื่อมถอยของจิตวิเคราะห์ในสองทศวรรษถัดมา แต่บนพื้นที่ของปัญหาความเศร้า คำอธิบายเชิงชีววิทยากับคำอธิบายในเชิงจิตวิเคราะห์กลับมีลักษณะของความสัมพันธ์ที่ซับซ้อนมากไปกว่านั้น โดยสิ่งหนึ่งที่เราเห็นได้ชัดบนความสัมพันธ์ดังกล่าวก็คือ การที่คำอธิบายเชิงชีววิทยาและคำอธิบายเชิงจิตวิเคราะห์เริ่มซึมเข้าหากัน (infuse) ในลักษณะที่ไม่เคยเกิดขึ้นมาก่อน

ตัวอย่างสำคัญ คือ ในปี 1963 Pierre A. Lambert จิตแพทย์ชาวฝรั่งเศสผู้เชี่ยวชาญจิตเภสัชวิทยา กับ Jean Guyotat จิตแพทย์ชาวฝรั่งเศสที่เชี่ยวชาญด้านจิตวิเคราะห์ ได้ร่วมกันเสนอความสัมพันธ์ที่น่าสนใจระหว่างจิตเวช โดยเฉพาะยาต้านเศร้ากลุ่มแรกๆ ที่เริ่มทำตลาด กับจิตวิเคราะห์ โดยทั้งสองคนได้อธิบายว่าโมเลกุลขนาดเล็กที่มีความสามารถในการต้านเศร้า อาจช่วยให้ปัจเจกที่คิดหมกมุ่นอยู่กับตนเอง สามารถสร้างระยะห่างระหว่างความคิดที่หมกมุ่นของพวกเขากับตัวพวกเขาเอง ในลักษณะเดียวกับการรักษาในเชิงจิตบำบัดของจิตวิเคราะห์ได้ นอกจากนี้ทั้งสองคนยังได้เปรียบเทียบการทำงานของยาที่มีฤทธิ์ต้านเศร้า กับคำอธิบายของ Freud เรื่อง melancholia ว่าสำหรับ Freud แล้ว melancholia เกิดขึ้นจากการที่คนไข้ไม่สามารถที่จะเข้าใจความสัมพันธ์ระหว่างความเศร้ากับวัตถุที่ผูกพันทางอารมณ์ของพวกเขา ทำให้การแสดงความรู้สึกโศกเศร้า (mourning) ไม่สามารถเกิดขึ้นได้ จนส่งผลให้อารมณ์ความรู้สึกที่ท่วมท้นและไม่มีที่ไปย้อนกลับเข้ามาจนกลายเป็นความขัดแย้งภายในตัวของคนไข้เอง โดยช่องว่างระหว่างความสัมพันธ์ที่นำไปสู่ความขัดแย้งทางจิตใจดังกล่าว Lambert กับ Guyotat ได้อธิบายว่า เป็นจุดที่ยาสามารถเข้ามาเชื่อมความสัมพันธ์ที่ขาดหายและช่วยให้ความขัดแย้งทางจิตใจของคนไข้ถูกคลี่คลายไปได้ในที่สุด (Ehrenberg, 2010, p. 85)

ในด้านหนึ่งกระบวนการซึมเข้าหากันของคำอธิบายเรื่องยาที่ทำงานในระดับร่างกายกับคำอธิบายในเชิงจิตวิเคราะห์ อาจถูกอธิบายว่าเป็นการดิ้นรนเพื่อปรับตัวของจิตวิเคราะห์ ซึ่งในท้ายที่สุดแล้วก็ล้มเหลวและพ่ายแพ้ให้กับจิตเวชศาสตร์ในเชิงชีววิทยา ในลักษณะที่คล้ายคลึงกับความพยายามทำให้การศึกษาทดลองในเชิงจิตวิเคราะห์มีความเป็นวิทยาศาสตร์มากขึ้นหลังทศวรรษ 1980 (Holmes, 2014, p. 392 - 396) ที่ไม่ได้ประสบความสำเร็จมากนัก อย่างไรก็ตามการอธิบายในลักษณะดังกล่าวได้ละเลยความสำคัญของกระบวนการซึมเข้าหากันระหว่างศาสตร์ทั้งสองไป นั่นคือ การเข้ามาตัดกันของความเปลี่ยนแปลงที่แตกต่างกัน ณ จุดใดจุดหนึ่งทางประวัติศาสตร์ ไม่ได้แปลว่าความเป็นไปได้ใหม่ที่เผยตัวขึ้น ณ จุดตัดดังกล่าว จะต้องรักษาองค์ประกอบโดยรวมของความแตกต่างไว้ได้ทั้งหมด ตรงกันข้ามมันคือการที่วิธีการให้เหตุผลใหม่ได้ปรากฏตัวขึ้นท่ามกลางความแตกต่างและหลากหลาย โดยผลลัพธ์ของกระบวนการดังกล่าวสามารถเห็นได้จากงานเขียนเรื่อง *From Sad to Glad: Kline on Depression* ของ Nathan Kline ในปี 1974 ที่ Kline ใช้พื้นที่เกือบทั้งหมดของหนังสือในการสนับสนุนคำอธิบายเรื่องอาการซึมเศร้าในฐานะโรคที่มีสาเหตุมาจากความผิดปกติในระดับสารเคมีในสมองของมนุษย์ ซึ่งต้องได้รับการจัดการผ่านการรักษาด้วยยา โดยในขณะเดียวกัน Kline ก็ได้วิพากษ์วิจารณ์ข้อจำกัดของจิตวิเคราะห์ตั้งแต่ประสิทธิภาพในการรักษาไปจนถึงต้นทุนในการทำจิตบำบัดที่สูงกว่าการใช้ยาในการรักษา อย่างไรก็ตาม Kline ได้เว้นช่องว่างบางอย่างเอาไว้ในการวิพากษ์วิจารณ์จิตวิเคราะห์ของเขา นั่นคือการที่ Kline ไม่ได้ปฏิเสธวิธีการใคร่ครวญปัญหาของจิตวิเคราะห์และผลลัพธ์ของกระบวนการดังกล่าว ตัวอย่างสำคัญ คือ การที่ Kline เลือกคำบอกเล่าของอดีตคนไข้จิตวิเคราะห์ที่ Kline รักษาหายด้วยการใช้เคมีบำบัด มาใส่ไว้ในช่วงต้นของหนังสือ

“ฉันคิดว่าจิตวิเคราะห์เป็นสิ่งที่มีความหมาย” เขาบอกกับผม “ฉันค้นพบและเรียนรู้เกี่ยวกับตัวเองอย่างลึกซึ้ง อาจจะพูดได้เลยว่าฉันเป็นคนไข้ manic-depressive⁹ ที่เข้าใจตนเองมากที่สุดที่คุณเคยพบ แต่ในท้ายที่สุดฉันก็ยังเป็นคนไข้ manic-depressive อยู่ดี”
(Kline, 1974, p. 13)

แม้ประโยคดังกล่าว Kline อาจเลือกขึ้นมาเพื่อใช้ในการเสียดสีประสิทธิภาพทางการรักษาของจิตวิเคราะห์ แต่ในด้านหนึ่งสิ่งที่ Kline ไม่ได้ปฏิเสธ คือ ผลลัพธ์จากกระบวนการใคร่ครวญปัญหาของจิตวิเคราะห์ ซึ่งเป็นสิ่งที่ Kline เว้นช่องว่างของการวิพากษ์เอาไว้ในหลายส่วนของหนังสือ อันที่จริงแล้ว การไปถึงความเข้าใจตนเองอย่างลึกซึ้ง (insight) ของมนุษย์เป็นองค์ประกอบที่สำคัญของจิตวิเคราะห์ ตัวอย่างสำคัญ คือ วรรณคดีที่อยู่ในหนังสือเรื่อง *The Politics of Experience and The Bird of Paradise* ของ R. D. Laing จิตแพทย์สายจิตวิเคราะห์ชาวสกอตแลนด์ ซึ่งตีพิมพ์ในปี 1967 ที่ Laing อ้างอิงมาจาก Gregory Bateson

ดูราวกับว่าเมื่อคนไข้ได้เข้าสู่สภาวะวิกลจริตอย่างกะทันหัน สิ่งที่เกิดขึ้นกับพวกเขาเป็นอย่างแรก คือ การออกเดินทาง โดยการเดินทางดังกล่าว คือ การออกสำรวจที่จะเสร็จสมบูรณ์ได้ก็ต่อเมื่อพวกเขาเดินทางกลับมายังโลกปกติ พร้อมๆ กับการหยั่งรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับตนเองอย่างลึกซึ้ง ซึ่งผู้คนที่ไม่เคยเริ่มต้นเดินทางดังกล่าวจะไม่สามารถมีวันเข้าใจได้ (Laing, 1967, p. 97)

การค้นพบตนเองเป็นปฏิบัติการที่สำคัญอย่างมาก โดยเฉพาะเมื่อพิจารณากระบวนการกลายมาเป็นโรคของอาการซึมเศร้าในปัจจุบัน กล่าวคือ แม้จิตวิเคราะห์กับกรอบคิดเรื่องความขัดแย้งภายในจิตใจของมนุษย์จะ

⁹ Manic-depressive disorder ในปัจจุบัน คือ โรค Bipolar disorder แต่สาเหตุที่ Kline ยกตัวอย่างของคนไข้ Manic-depressive disorder ขึ้นมาก็เนื่องมาจากว่า ก่อนที่อาการซึมเศร้าจะกลายมาเป็นโรคอย่างเป็นทางการใน DSM-III ในปี 1980 Manic-depressive disorder เป็นหนึ่งในความเจ็บป่วยที่มีอาการซึมเศร้าเป็นองค์ประกอบสำคัญของมัน

พังทลายลงอย่างรวดเร็ว แต่การนิยามอาการซึมเศร้าในฐานะโรคทางร่างกายไม่สามารถดำรงอยู่ได้ด้วยการอาศัยเพียงแค่ฐานของคำอธิบายบนความสัมพันธ์ระหว่างยาและสารเคมีในสมอง การแยกขาดร่างกายกับจิตใจบนพื้นที่ของการอธิบายปัญหาทางอารมณ์ความรู้สึกของมนุษย์ย่อมเป็นไปไม่ได้ คำอธิบายใหม่จำเป็นต้องอาศัยปฏิบัติการเดิมของจิตวิเคราะห์ แต่เป็นปฏิบัติการของจิตวิเคราะห์ที่หลุดจากวิธีการให้เหตุผลเดิมเนื่องจากการเดินทางเพื่อค้นหาตนเองภายใต้ประสบการณ์และอัตลักษณ์ของโรคซึมเศร้า ไม่ใช่การเดินทางที่สัมพันธ์กับความขัดแย้งที่อยู่ภายในจิตใจ แต่เป็นการเดินทางที่มีฉากหลังเป็นการทำงาน of สมองและระบบประสาทของมนุษย์

อาจกล่าวได้ว่าการตัดกันระหว่างจิตวิเคราะห์กับจิตเวชศาสตร์เชิงชีววิทยา ภายใต้การเปลี่ยนผ่านจากอาการซึมเศร้าไปสู่โรคซึมเศร้า ได้อนุญาตให้เกิดการใคร่ครวญและอธิบายความเศร้าของมนุษย์ในรูปแบบใหม่ จนนำไปสู่การประกอบสร้างตัวตน หรือการเผยตัวของอัตลักษณ์ทางอารมณ์ความรู้สึกที่มาจากภายในร่างกายของมนุษย์ แม้ว่าจิตวิเคราะห์กับจิตเวชศาสตร์เชิงชีววิทยาโดยเฉพาะจิตเภสัชวิทยา จะมีเส้นทางของความเปลี่ยนแปลงที่ไม่ได้สืบเนื่องและสัมพันธ์กัน เช่นเดียวกับการศึกษาเรื่องวินัยของ Michel Foucault ที่เทคนิคการกำหนดตารางเวลา (timetable) ในโบสถ์ที่ดำเนินมาตั้งแต่สมัยยุคกลาง กลับเข้ามาตัดกับพื้นที่การสร้างวินัยของทหาร และการคุมขังของคุกอย่างกะทันหันในศตวรรษที่ 18 จนนำไปสู่การเปลี่ยนผ่านของอำนาจและการทำงานของมันในสังคมสมัยใหม่ (Foucault, 1995, p. 149 - 151) ด้วยตรรกะเช่นนี้จึงอาจกล่าวได้ว่าการให้เหตุผลแบบใหม่ของอาการซึมเศร้าในฐานะโรคเป็นผลพวงมาจากความสัมพันธ์ที่ทั้งสืบเนื่องและไม่สืบเนื่องบนพื้นที่ของการศึกษาปัญหาของจิตใจมนุษย์ ภายใต้ความรู้และศาสตร์ที่หลากหลาย ซึ่งเข้ามาปะทะประสานกันระหว่างช่วงทศวรรษที่ 1950 - 1960

จิตเวชศาสตร์สมัยใหม่กับโรคซึมเศร้า

เป็นไปไม่ได้เลยที่การอธิบายประวัติศาสตร์ของการก่อรูปตัวตนทางอารมณ์ความรู้สึกแบบใหม่ของมนุษย์จะละเลยการอธิบายประวัติศาสตร์ของศาสตร์ที่ว่าด้วยเรื่องจิตใจของมนุษย์ โดยเฉพาะจิตเวชศาสตร์กับจิตวิทยา อย่างไรก็ตามการทำความเข้าใจประวัติศาสตร์ของศาสตร์ของความรู้ดังกล่าวจำเป็นต้องก้าวข้ามวิธีการพิจารณาประวัติศาสตร์วิทยาศาสตร์โดยทั่วไป ที่มีอธิบายในเชิงพัฒนาการและสนใจเพียงแค่การร้อยเรียงอดีตให้มีความสืบเนื่องกับปัจจุบัน หรือในอีกความหมายหนึ่ง คือ การเลือกสรรอดีตมาถักทอให้เข้ากับจุดยืนในปัจจุบัน เพื่อสร้างความชอบธรรมให้แก่ศาสตร์นั้นๆ ในการก้าวเดินไปสู่อนาคต (Rose, 1998, p. 166) ด้วยเหตุนี้การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างโรคซึมเศร้ากับจิตเวชศาสตร์ จึงต้องก้าวข้ามการมองหาความสืบเนื่องเพื่อยืนยันความจริงของมันในปัจจุบัน ไปสู่การตามหาร่องรอยของจุดตัดที่หลากหลายและไม่สืบเนื่องเพื่ออธิบายกระบวนการที่ทำให้มันกลายมาเป็นความจริงขึ้นมาในสังคมร่วมสมัย

การอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างจิตเวชศาสตร์กับโรคซึมเศร้า เพื่อนำไปสู่การอธิบายการเผยตัวของตัวตนหรืออัตลักษณ์แบบใหม่ของผู้คน จำเป็นที่จะต้องพิจารณาประวัติศาสตร์ของจิตเวชศาสตร์ในสองด้าน คือหนึ่งกำเนิดของประสาทวิทยาศาสตร์ (neuroscience) บนพื้นที่ของจิตเวชศาสตร์ที่นำไปสู่การนิยามปัญหาอารมณ์ความรู้สึกในระดับสารเคมีในสมอง กับสอง การเปลี่ยนแปลงเชิงสถาบันของจิตเวชศาสตร์ โดยเฉพาะการล่มสลายของโรงพยาบาลบ้าและการก้าวไปสู่จิตเวชศาสตร์ชุมชน (community psychiatry) ที่ทำให้อารมณ์ความรู้สึก กลายมาเป็นปัญหาและเป้าหมายใหม่ของจิตเวชศาสตร์ในปัจจุบัน

จากที่ได้กล่าวไปแล้วในข้างต้น การกลายมาเป็นโรคของอาการซึมเศร้า ตั้งอยู่บนการนิยามปัญหาของความเศร้าในระดับร่างกาย อย่างไรก็ตามการปรากฏตัวของความจริงชุดใหม่ของความเศร้า ไม่ได้มีสาเหตุมา

จากเพียงแค่การค้นพบยา หรือการจัดแบ่งประเภทโรคด้วยตรรกะแบบใหม่เท่านั้น จุดตัดที่สำคัญอีกประการที่มีอิทธิพลต่อปรากฏการณ์ดังกล่าว คือ การปรากฏตัวของวิธีการให้เหตุผลแบบใหม่ (style of reasoning) ที่ทำให้สมองและการทำงานของมันในระดับสารสื่อประสาท กลายเป็นหัวใจของการพิจารณาและการใคร่ครวญปัญหาของสิ่งมีชีวิตที่เรียกว่ามนุษย์ (Rose & Abi-Rached, 2013, p. 42 - 44)

ย้อนกลับไปในทศวรรษที่ 1950 คำอธิบายเกี่ยวกับการทำงานในระดับเคมีของสมอง ไปจนถึงสารสื่อประสาท (neurotransmitters) เป็นสิ่งที่แทบไม่ได้รับการพูดถึง กระทั่งการเกิดขึ้นของยา chlorpromazine ซึ่งถือเป็นการปฏิวัติครั้งสำคัญของวงการจิตเวชศาสตร์ในทศวรรษดังกล่าว ก็ไม่ได้มีสมมติฐานที่ชัดเจนในการอ้างอิงว่ายาทำงานภายในระบบประสาทของมนุษย์อย่างไร (Valenstein, 2006, p. 160) ทั้งนี้ไม่ได้หมายความว่าสารเคมีต่างๆ ที่เรียกว่า สารสื่อประสาทยังไม่ถูกค้นพบ ตรงกันข้ามสารสื่อประสาทบางตัวถูกค้นพบตั้งแต่อ่อนหน้าทศวรรษ 1950 เช่น acetylcholine ที่ถูกสังเคราะห์ขึ้นในห้องปฏิบัติการในปี 1867 และต่อมาถูกค้นพบในสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนมโดย Henry Dale และผู้ช่วยของเขา Harold Dudley ในปี 1929 (Tansey, 2006, p. 419 - 421) ขณะที่สารสื่อประสาทที่ถูกเชื่อว่าสัมพันธ์กับโรคซึมเศร้า คือ dopamine, norepinephrine และ serotonin (Nutt, 2008, p. 4 - 7) ถูกค้นพบหลังจากนั้น โดย dopamine ถูกสังเคราะห์ขึ้นโดย Carl Mannich และ Arthur Ewins กับ George Barger ในปี 1910 ซึ่งเป็นการค้นพบในปีเดียวกันของนักวิทยาศาสตร์สองกลุ่ม อย่างไรก็ตาม dopamine ไม่ได้รับความสนใจมากนัก เพราะ George Barger กับ Henry Dale เชื่อว่ามันไม่ได้มีผลในการกระตุ้นระบบประสาทอัตโนมัติที่ตีเท่ากับสารชนิดอื่น (Sneader, 2005 p. 157) รวมทั้งนักวิทยาศาสตร์ส่วนใหญ่ในเวลานั้นเข้าใจว่า dopamine เป็นเพียงสารตั้งต้นของ norepinephrine ทำให้ dopamine ไม่ได้รับความสนใจมากนักจากในช่วงเกือบ 50 ปีแรกหลังการค้นพบ (Marsden, 2006, p. 137) ขณะที่ norepinephrine หรือ noradrenaline ถูกสังเคราะห์ขึ้นโดย Friedrich Stolz ในปี 1904 และต่อมาในปี 1905 Henry Dakin ก็ตีพิมพ์การสังเคราะห์ norepinephrine เช่นเดียวกัน แต่ norepinephrine ก็มีเรื่องราวที่ไม่ได้ต่างกับ dopamine ในช่วง 50 ปีแรก เพราะ norepinephrine ก็ไม่ได้รับความสนใจมากนัก เนื่องจากในช่วงเวลาดังกล่าวการแยก adrenaline ออกจาก norepinephrine (noradrenaline) เป็นเรื่องยาก (Sneader, 2005 p. 157 - 162) และการศึกษาระบบประสาทซิมพาเทติก (sympathetic nervous system) ในขณะนั้นให้ความสนใจกับ adrenaline มากกว่าสารชนิดอื่นๆ ในอีกด้านหนึ่ง serotonin นั้นถูกค้นพบในทศวรรษ 1930 โดย Vittorio Erspamer หลังจากที่เขาพบมันในเซลล์ทางเดินอาหารของสัตว์ และได้ตีพิมพ์การค้นพบนั้นในปี 1937 พร้อมกับเรียกสารที่ค้นพบในการทดลองครั้งนั้นว่า enteramine ซึ่งต่อมาอีกสิบปีให้หลัง Irvine Page, Maurice Rapport และ Arda Green จะวิจัยสารตัวเดียวกันและเรียกมันว่า serotonin (Whitaker-Azmitia, 1999, p. 2)

อันที่จริงการอธิบายว่าสารสื่อประสาทเหล่านี้แทบไม่ได้รับการพูดถึงก็อาจจะไม่ถูกต้องนัก คำอธิบายที่ใกล้เคียงกับเงื่อนไขของความเปลี่ยนแปลงในช่วงเวลาดังกล่าวก็คือ สิ่งที่เราเรียกว่าสารสื่อประสาทที่ทำงานสัมพันธ์กับสมองและอารมณ์ความรู้สึกของมนุษย์อย่างที่เข้าใจกันในปัจจุบันไม่เคยมีมาก่อนทศวรรษที่ 1960 เนื่องจากการอบการคิดเรื่องสารเคมีในสมองยังไม่สามารถทะลุพาดานทางกระบวนทัศน์ (paradigm shift) บนพื้นที่การศึกษาทางประสาทวิทยา โดยกระบวนทัศน์ที่มีพล้อย่างมากก่อนทศวรรษที่ 1960 คือ คำอธิบายที่ว่า ระบบประสาทของมนุษย์ทำงานโดยอาศัยการส่งผ่านทางไฟฟ้า (electrical transmission) โดยเฉพาะบนพื้นที่ของกล้ามเนื้อลาย (skeletal muscle) ซึ่งคำอธิบายดังกล่าวถูกทดลองและผลิตซ้ำอย่างต่อเนื่องผ่านผู้เชี่ยวชาญด้านประสาทสรีรวิทยา (neurophysiologist) (Valenstein, 2006, p. 121) แม้ว่าหลังทศวรรษที่ 1920 คำอธิบายการทำงานของระบบประสาทผ่านการสื่อสารทางเคมี (chemical transmission) จะเริ่มถูก

พูดถึง โดยเริ่มต้นจากการตีพิมพ์งานเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างการทำงานของอวัยวะภายใน (visceral organs) คือ หัวใจกับสารสื่อประสาท acetylcholine ของ Otto Loewi (Valenstein, 2006, p. 60 - 61) ตามมาด้วยการคิดค้นเทคนิคการวัด acetylcholine ในสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนมผ่านกล้ามเนื้อของปลิง (leech muscle preparation) ของ Bruno Minz และ Wilhelm Feldberg ที่ Berlin ในปี 1932 (Valenstein, 2006, p. 71) ที่ได้ปูทางไปสู่การทดลองและตีพิมพ์งานจำนวนมากเกี่ยวกับ acetylcholine และกฎการทำงานของระบบประสาทของมนุษย์ภายใต้การสื่อสารในระดับเคมีของ Henry Dale จนนำไปสู่การคว้ารางวัลโนเบลสาขาการแพทย์และสรีรวิทยาในปี 1936 ของ Henry Dale กับ Otto Loewi ในฐานะผู้วางรากฐานให้กับการศึกษาการสื่อสารของระบบประสาทในระดับเคมี (Valenstein, 2006, p. 81) ซึ่งในด้านหนึ่งกลายมาเป็นคำตอบของปมปัญหาเรื่องช่องว่างระหว่างปลายประสาท หรือ ซิแนปส์ (synapse) ที่ Charles Sherrington ค้นพบในปี 1906 (Valenstein, 2006, p. 1) อย่างไรก็ตามทฤษฎีการทำงานของระบบประสาทผ่านการสื่อสารทางเคมี ก็ยังไม่เป็นที่ยอมรับ ยิ่งไปกว่านั้นการอธิบายว่าสารสื่อประสาทที่ถูกผลิตขึ้นโดยเซลล์ประสาทเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นในสมองเช่นเดียวกับอวัยวะภายในอื่นๆ หรือในอีกความหมายหนึ่ง คือ สมองของมนุษย์ทำงานผ่านการสื่อสารของสารเคมีก็ยังไม่เกิดขึ้น กระทั่ง Henry Dale และ Wilhelm Feldberg ที่พบ acetylcholine ในสมองของมนุษย์ ก็ยังไม่กล้าสรุปว่าสารสื่อประสาทมีส่วนสำคัญต่อการทำงานและกระบวนการต่างๆ ในสมองของมนุษย์ (Valenstein, 2006, p. 157 - 159)

ในด้านหนึ่งการพิจารณาร่องรอยของความเปลี่ยนแปลงและจุดตัดที่อนุญาตให้การอธิบายอารมณ์ความรู้สึกของมนุษย์ในฐานะปัญหาของสารสื่อประสาทในสมองเป็นจริงได้ อาจต้องวินิจฉัยความเปลี่ยนแปลงที่มากกว่าการอธิบายความขัดแย้งและวิกฤติในวงการประสาทวิทยาที่นำไปสู่กระบวนการค้นพบใหม่ เนื่องจากเส้นลากของความเปลี่ยนแปลงที่ตัดผ่านเข้ามาในกระบวนการนี้เกิดขึ้นอย่างกะทันหันและไม่ได้มีความสืบเนื่องอย่างตรงไปตรงมากับการพยายามพิสูจน์ตรรกะการทำงานของระบบประสาทระหว่างคู่ตรงข้ามเคมีกับไฟฟ้า โดยความเปลี่ยนแปลงอย่างกะทันหันดังกล่าวก็คือการเกิดขึ้นของยาจิตเวชในทศวรรษ 1950

การเกิดขึ้นของยาจิตเวชมีเพียงนำไปสู่การถกเถียงเรื่องปัญหาความเศร้าของมนุษย์ในรูปแบบใหม่ แต่การเกิดขึ้นของมันยังเข้าไปติดกับปัญหาเรื่องการทำงานของระบบประสาทมนุษย์ด้วย กล่าวคือ หนึ่ง การประสบความสำเร็จอย่างกะทันหันของตลาดยาจิตเวช ทำให้เกิดแรงกระตุ้นและการสนับสนุนการวิจัยเรื่องยาอย่างกว้างขวาง เพื่อหาคำตอบและคำอธิบายให้ได้ว่ายาเหล่านั้นทำงานได้อย่างไร (Valenstein, 2006, p. 161) สอง การวิจัยเรื่องยามีเพียงเข้ามาสลายคู่ตรงข้ามเรื่องการทำงานของระบบประสาทระหว่างไฟฟ้ากับสารเคมี แต่มันยังนำไปสู่วิธีการให้เหตุผลแบบใหม่ คือ การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสารสื่อประสาทแต่ละชนิด กับ ตัวรับ (receptor) ที่มีลักษณะเฉพาะ ซึ่งหมายความว่า ณ ขณะนี้ สารสื่อประสาทมิได้เป็นเพียงพาหนะที่ขับเคลื่อนการทำงานของกระแสประสาท แต่ตัวมันเองกลายมาเป็นกุญแจที่ต้องทำงานคู่กับตัวล็อกเฉพาะ คือ ตัวรับ ซึ่งเป็นไปตามกรอบการคิดในเชิงเภสัชวิทยา (Valenstein, 2006, p. 171) โดยนับจากนี้เป็นต้นไป กรอบการคิดดังกล่าวจะกลายมาเป็นเงื่อนไขสำคัญที่มีอิทธิพลต่อการเกิดขึ้นของสไตล์การให้เหตุผลแบบประสาทวิทยาศาสตร์ สาม การเร่งเร้าของอุตสาหกรรมยาจิตเวชและการเข้ามาของวิธีการให้เหตุผลแบบใหม่บนพื้นที่ของการศึกษาวิจัย ได้ทำให้เกิดการสับเปลี่ยนพื้นที่ของการศึกษาสารสื่อประสาท จากการศึกษาที่เน้นการทำงานของอวัยวะภายในชนิดต่างๆ ไปสู่การวิจัยที่มุ่งไปสู่สมองของมนุษย์ แม้ว่าสมมติฐานเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างสมองกับจิตใจของมนุษย์จะไม่ใช่อะไรใหม่ แต่สิ่งที่ไม่เคยเกิดขึ้นมาก่อน คือ ความสัมพันธ์ระหว่างยา สารสื่อประสาท และสมองของมนุษย์

ผลลัพธ์ที่สำคัญของจุดตัดดังกล่าวซึ่งต่อมากลายเป็นหัวใจสำคัญของการอธิบายปัญหาของความเศร้าในปัจจุบัน คือ การเผยตัวของสมมติฐานเชิงพยาธิสรีรวิทยา (pathophysiology) ที่ว่าด้วยกระบวนการทำงานในระดับโมเลกุลที่สัมพันธ์อารมณ์ความรู้สึกที่เป็นปัญหาของมนุษย์ โดยเริ่มต้นจากการถกเถียงปัญหาเรื่องการทำงานของยาและกระบวนการทำงานของสารสื่อประสาทภายใต้สมมติฐาน monoamine (monoamine hypothesis) ตลอดทศวรรษที่ 1950 หากกล่าวโดยสรุปการเผยตัวขึ้นมาของสมมติฐานโมโนเอมีน มาพร้อมกับโมเดลที่ว่าความผิดปกติทางอารมณ์ความรู้สึกของมนุษย์สัมพันธ์กับกระบวนการที่สารสื่อประสาทในกลุ่ม monoamine (เช่น serotonin, dopamine, norepinephrine) ถูกทำให้ลดลง และในทางกลับกันการทำให้สารสื่อประสาทในกลุ่มโมโนเอมีนกลับมาสมดุลก็จะสามารถย้อนกลับไปได้แก้ปัญหาอารมณ์ความรู้สึกที่ผิดปกติได้ โดยสมมติฐานดังกล่าววางอยู่บนการพยายามนำคำอธิบายสองชุดมาเชื่อมต่อกัน คือ หนึ่ง ผลข้างเคียงของยาลดความดันโลหิตที่ชื่อว่า reserpine ซึ่งมีส่วนสำคัญกับการกระตุ้นให้เกิดอาการซึมเศร้า กับสองฤทธิ์ของยาด้านเศร้ายุคแรก คือ iproniazid และ imipramine ที่ช่วยจัดการกับอาการซึมเศร้า (Hillhouse & Porter, 2015, p. 2 - 3) ผลลัพธ์ของการดึงคำอธิบายทั้งสองชุดมาสัมพันธ์กัน คือ การอธิบายว่าคู่ตรงข้ามดังกล่าวทำงานผ่านสารสื่อประสาทกลุ่ม monoamine โดย reserpine ขัดขวางการทำงาน และ ยาด้านเศร้า เข้าไปยับยั้งกระบวนการที่ทำให้สารสื่อประสาทกลุ่ม monoamine หายไป

โมเดลการทำงานของสารสื่อประสาทที่หายไปและการกระตุ้นให้มันกลับมาเพิ่มขึ้นขยายไปสู่สมมติฐานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ยกตัวอย่างเช่น สมมติฐาน catecholamine (catecholamine hypothesis) ในบทความชื่อ catecholamine hypothesis of affective disorders ของ Joseph Schildkraut ในปี 1965 ซึ่งเป็นบทความที่ได้รับการอ้างอิงมากที่สุดในประวัติศาสตร์ของจิตเวชศาสตร์ (Horwitz & Wakefield, 2012, p. 168) Schildkraut เสนอว่า สภาวะขาดแคลนของสารสื่อประสาทในกลุ่ม catecholamine โดยเฉพาะ norepinephrine บนตัวรับ adrenergic (adrenergic receptor) มีความเกี่ยวข้องกับความผิดปกติทางอารมณ์ความรู้สึก เช่น อาการซึมเศร้า

“ยิ่งไปกว่านั้น ทั้งการลดลงเชิงสัมพัทธ์และการลดลงเชิงสัมบูรณ์ของ norepinephrine ที่ตัวรับในสมอง ซึ่งถูกตั้งสมมติฐานว่ามีความสัมพันธ์กับโรคซึมเศร้า อาจเป็นผลลัพธ์มาจากกระบวนการทางชีวเคมีที่หลากหลาย” (Schildkraut, 1965, p. 517)

สมมติฐานที่มีอิทธิพลอย่างมากต่อวงการจิตเวชศาสตร์และจิตเภสัชของ Schildkraut ถือเป็นหนึ่งตัวอย่างที่สำคัญของการเข้ามาตัดกันระหว่างยา สารสื่อประสาท และสมอง บนพื้นที่ปัญหาของความเศร้า ทั้งนี้แม้สมมติฐาน monoamine และสมมติฐานที่เกี่ยวข้องจะถูกโต้แย้งในแง่ของหลักฐาน ยกตัวอย่างเช่น การตั้งคำถามว่า reserpine อาจไม่ได้เป็นสารที่กระตุ้นให้เกิดอาการเศร้า (depressogenic) ตามที่สมมติฐานได้ตั้งไว้ (Baumeister & Hawkins & Uzelac, 2003, p. 215 - 217) อย่างไรก็ตามข้อโต้แย้งเหล่านี้ ไม่สามารถลดทอนพลังของสมมติฐานดังกล่าว เนื่องจากโมเดลความเข้าใจดังกล่าวได้กลายมาเป็นเส้นทางหลักในการอธิบายปัญหาทางจิตใจของมนุษย์ที่ซึมลึกและแพร่กระจายไปยังคำอธิบายอื่นๆ อย่างกว้างขวาง ยกตัวอย่างเช่น หากต้องการอธิบายว่าสาเหตุที่ทำให้มนุษย์เป็นโรคทางจิตเวช เกิดขึ้นจากสิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบตัวปัจเจก หนึ่งในวิธีการสำคัญที่จะยืนยันอิทธิพลของปัจจัยดังกล่าวได้ ก็คือการอธิบายผลลัพธ์ของมันผ่านกระบวนการทำงานของสมองในระดับชีวเคมีในฐานะภาพสะท้อนของปัญหา หรือหากต้องการอธิบายว่าสาเหตุที่ทำให้มนุษย์เป็นโรคทางจิตเวชเกิดขึ้นจากยีนที่เฉพาะเจาะจงของปัจเจกคนหนึ่งๆ การยืนยัน

ผลกระทบของปัจจัยดังกล่าวก็ต้องผ่านการตั้งต้นที่อิทธิพลของยีนที่สะท้อนออกมาผ่านการทำงานของสมองในระดับชีวเคมีที่เป็นปัญหา (Rose & Abi-Rached, 2013, p. 37 - 38)

อาจกล่าวได้ว่าความเศร้าของมนุษย์ในฐานะปัญหาของร่างกายที่เกิดขึ้นภายใต้ความสัมพันธ์ระหว่างสมอง สารสื่อประสาท และยา เป็นผลลัพธ์จากจุดตัดที่สำคัญ คือ การเกิดขึ้นของวิธีการให้เหตุผลแบบใหม่ในเชิงประสาทวิทยาศาสตร์ที่สมองของมนุษย์และการทำงานทางชีวเคมีของมันกลายมาเป็นหัวใจหลักในการอธิบาย การวิจัย และการตั้งคำถามต่อปัญหาที่สัมพันธ์กับการถกเถียงในเชิงประสาทวิทยาศาสตร์ของมนุษย์ จุดตัดดังกล่าวเกิดขึ้นในโลกตะวันตกช่วงต้นทศวรรษที่ 1960 เมื่อเครือข่ายการวิจัยทางประสาทวิทยาศาสตร์แบบใหม่ที่มีคำอธิบายเรื่องสมองได้ก่อตัวขึ้น พร้อมๆ กับการเชื่อมโยงศาสตร์ที่หลากหลายนับตั้งแต่ชีววิทยา เกสซ์วิทยา พันธุศาสตร์ ชีวฟิสิกส์ คณิตศาสตร์ พฤติกรรมศาสตร์ ภาษาศาสตร์เชิงจิตวิทยา และที่สำคัญจิตเวชศาสตร์ ให้เข้ามาอยู่ภายใต้วิธีการให้เหตุผลแบบใหม่ พร้อมๆ กับการเกิดขึ้นของวารสารทางวิชาการ สถาบันวิชาการ กลุ่มการวิจัย ตำรา บทความ สมมติฐาน วิธีการวิจัย และการเรียนการสอน ที่ทั้งหมดมุ่งสู่เป้าหมายเดียวกัน คือ การศึกษา และถกเถียงปัญหาของสิ่งที่เรียกว่าสมองและกลไกทางชีวเคมีของมัน (Rose & Abi-Rached, 2013, p. 41 - 47)

การเปลี่ยนแปลงของจิตเวชศาสตร์ที่มุ่งสู่พื้นที่ของการให้เหตุผลเชิงประสาทวิทยาศาสตร์ ซึ่งมีสมองเป็นแกนหลักในการทำความเข้าใจปัญหาอารมณ์ความรู้สึกของมนุษย์ ได้กลายมาเป็นเส้นตัดสำคัญที่ลากบรรจบกับอีกหนึ่งกระแสความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในอีกเงื่อนไขหนึ่ง นั่นคือการเสื่อมถอยลงของโรงพยาบาลบ้า (asylum) และการปลดปล่อยพลังของจิตเวชศาสตร์เข้าสู่ชุมชน กล่าวคือ นับตั้งแต่ศตวรรษที่ 19 เรื่อยมาจนถึงครึ่งแรกของศตวรรษที่ 20 โรงพยาบาลบ้าถือเป็นหนึ่งในสถาบันที่ขยายตัวอย่างต่อเนื่องในโลกตะวันตก ในอังกฤษช่วงทศวรรษ 1950 มีผู้ป่วยที่ถูกขังอยู่มากกว่า 150,000 คน ในสหรัฐอเมริกามีคนไข้ถูกขังอยู่เกือบ 600,000 คน สำหรับในยุโรปช่วงต้นทศวรรษ 1960 โรงพยาบาลบ้าก็ยังเป็นสถาบันขนาดใหญ่ แม้ผู้ป่วยจำนวนมากจะได้เสียชีวิตตลอดช่วงสงคราม ในเยอรมันตะวันตกมีโรงพยาบาลบ้าที่รัฐเป็นเจ้าของถึง 68 แห่ง โดยมีค่าเฉลี่ยจำนวนเตียงต่อโรงพยาบาลอยู่ที่ 1200 เตียง ขณะที่ในฝรั่งเศสโรงพยาบาลบ้าที่มีขนาดใหญ่ที่สุดมีจำนวนเตียงถึง 4,000 เตียง (Scull, 2015, p. 362 - 366) โดยนอกเหนือจากการกักขังคนวิกลจริตแล้ว โรงพยาบาลบ้ายังเป็นพื้นที่สำคัญของผู้เชี่ยวชาญและความรู้ทางจิตเวชศาสตร์ที่ใช้ในการฝึกฝน ทดลอง และคิดค้นวิธีการจัดการกับปัญหาทางจิตเวชในเชิงคลินิก แม้มาก่อนหน้าทศวรรษ 1950 ผู้เชี่ยวชาญในโรงพยาบาลบ้า กับผู้เชี่ยวชาญด้านจิตวิเคราะห์ และผู้เชี่ยวชาญในห้องปฏิบัติการ จะยังไม่ได้เข้ามาบรรจบกันดังที่ปรากฏในครึ่งหลังของศตวรรษที่ 20

อย่างไรก็ตามนับตั้งแต่ทศวรรษที่ 1950 เป็นต้นไป โรงพยาบาลบ้าและความรู้ทางจิตเวชศาสตร์ที่สัมพันธ์กับการจัดการกับอาการวิกลจริตทางร่างกายของคนไข้ กลับถูกโจมตีอย่างรุนแรงภายใต้กระแสการต่อต้านจิตเวช (Anti-psychiatry movement) ที่เกิดขึ้นภายใต้บริบทของกระแสต่อต้านกลุ่มชนชั้นนำและอำนาจครอบงำ (Counter-culture movement) ซึ่งขยายตัวอย่างกว้างขวางในทศวรรษที่ 1960 จิตแพทย์ชื่อดังหลายคนในช่วงเวลาดังกล่าว โดยเฉพาะในกลุ่มของจิตวิเคราะห์ เช่น Thomas Szasz, R.D. Laing, และ David Cooper ได้ออกมาวิพากษ์วิจารณ์จิตเวชศาสตร์อย่างรุนแรง ภายใต้ข้อถกเถียงที่ว่า จิตเวชศาสตร์ได้เปลี่ยนสิ่งที่ไม่ใช่ปัญหาทางการแพทย์ให้กลายเป็นปัญหาทางสมอง เพื่อใช้ในการควบคุมและกักขังผู้คนที่เบี่ยงเบนไปจากกฎเกณฑ์ทางสังคม (Szmukler, 2014, p. 138) ขณะที่ในสหรัฐอเมริกา Erving Goffman นักสังคมวิทยาชื่อดังออกหนังสือชื่อ Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates ในปี 1961 ซึ่งเป็นหนังสือที่วิพากษ์การก่อรูปเชิงสถาบันของโรงพยาบาลบ้าจนกลายมาเป็นสิ่งที่เรียกว่าสถาบันเบ็ดเสร็จ ที่กดทับและกีดกร่อนอัตลักษณ์ของคนไข้ผ่านโครงสร้างที่ปกครองแบบแบ่งแยกและครอบคลุมทุกมิติของชีวิต จนอาจจะกล่าวได้ว่าความผิดปกติทางจิตใจของคนไข้ส่วนหนึ่งเป็นผลลัพธ์มาจากโครงสร้างที่เป็นปัญหาของสถาบันเบ็ดเสร็จ ใน

ขณะเดียวกันที่อิตาลี Franco Basaglia ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้าที่เมือง Trieste ประเทศอิตาลี ได้เชิญชวนคนไข้และเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลให้ลุกขึ้นมาทบทวนท่าทีและเครื่องกักกัน พร้อมกับการเปิดโอกาสให้คนไข้กับเจ้าหน้าที่ทุกระดับเข้ามามีส่วนร่วมในการถกเถียงและแลกเปลี่ยนแนวทางในการจัดการกับปัญหาของคนไข้ในโรงพยาบาลบ้า เนื่องจาก Basaglia เชื่อว่าสถาบันดังกล่าวเป็นเพียงเครื่องมือของชนชั้นนำและพวกกระฎุมพีที่ใช้การล่อลวงและกดทับปัญหาที่แท้จริงในทางเศรษฐกิจสังคมของผู้คน ผ่านการกักขังชนชั้นล่างที่เป็นปัญหาไว้ในโรงพยาบาลบ้า การต่อสู้เพื่อสร้างสถาบันในการรักษาปัญหาทางจิตใจของผู้คนแบบใหม่ในโรงพยาบาลบ้าของ Basaglia ในปี 1961 ลงเอยด้วยการเกิดขึ้นของกฎหมายสุขภาพจิตมาตรา 180 ในปี 1981 ที่นำไปสู่การปิดโรงพยาบาลบ้าและปลดปล่อยการคุมขังในอิตาลี (Scheper-Hughes & Lovell, 1986, p. 160 - 163)

ในอีกด้านหนึ่งกระแสการต่อต้านจิตเวชศาสตร์ดำเนินควบคู่ไปกับความพยายามของรัฐในโลกตะวันตกที่ต้องการจะลดขนาดการแทรกแซงของรัฐบนพื้นที่ทางสังคม โดยเฉพาะการแทรกแซงที่นำไปสู่รายจ่ายจำนวนมากมหาศาลเช่นโรงพยาบาลบ้า รัฐสวัสดิการในช่วงปลายก่อนการเข้ามาของนโยบายแบบเสรีนิยมใหม่ พยายามจะใช้นโยบายในเชิงสวัสดิการบางส่วนเพื่อปฏิรูปและปลดปล่อยผู้คนจากโรงพยาบาลบ้า (deinstitutionalization) ยกตัวอย่างเช่น การขยายเงินช่วยเหลือจากโครงการประกันสังคมของรัฐบาล Nixon เพื่อให้ครอบคลุมผู้ป่วยจิตเวชที่ต้องออกมาใช้ชีวิตนอกโรงพยาบาล (Scully, 2015, p. 371) กระบวนการดังกล่าวนำไปสู่หอยอดปิดตัวของโรงพยาบาลบ้า รวมทั้งการลดขนาดให้กลายเป็นโรงพยาบาลจิตเวชที่เล็กลงและเน้นการให้บริการผู้ป่วยนอกมากยิ่งขึ้น อย่างไรก็ตามผลลัพธ์สำคัญของกระบวนการดังกล่าวก็คือ การเกิดขึ้นของจิตเวชศาสตร์ชุมชน ซึ่งมีหัวใจอยู่ที่การย้ายการบริหารจัดการปัญหาทางจิตใจของมนุษย์ จากภายในกำแพงของโรงพยาบาลบ้าไปสู่การดูแล รักษา ป้องกัน สอดส่อง และให้ความรู้เกี่ยวกับปัญหาทางจิตใจบนพื้นที่ของชุมชน การเคลื่อนย้ายดังกล่าวนำไปสู่ความเปลี่ยนแปลงที่สำคัญมากต่อปัญหาความเศร้าของมนุษย์ เนื่องจากปัญหาทางอารมณ์ความรู้สึกได้กลายมาเป็นพื้นที่ใหม่ที่ผู้เชี่ยวชาญและความรู้ทางจิตเวชศาสตร์หันมาให้ความสนใจแทนที่ปัญหาของการจัดการกับปัญหาของคนไข้จิตเวชในโรงพยาบาลบ้า โดยอาการเศร้าซึ่งเป็นปัญหาของอารมณ์ความรู้สึกที่เกิดขึ้นได้กับผู้คนทั่วไปในชุมชนและสังคม กลายมาเป็นทั้งเป้าหมายและเครื่องมือของการปฏิวัติวงการจิตเวชศาสตร์ เห็นได้จากการค้นพบผู้ป่วยจำนวนมากภายหลังการล่มสลายลงของโรงพยาบาลบ้า และการปรับตัวของจิตเวชศาสตร์จากการต่อต้านในหลายรูปแบบที่เกิดขึ้นก่อนหน้านี้ หนึ่งในผลลัพธ์ของการปรับตัวคือกำเนิดของ DSM-III และในขณะเดียวกันเส้นลางของความเปลี่ยนแปลงในฝั่งของความรู้ประสาทวิทยาศาสตร์ก็ลากเข้ามาตัดกับความเปลี่ยนแปลงบนพื้นที่ของปัญหาทางจิตเวชศาสตร์แบบใหม่ที่มีทั้งอารมณ์ความรู้สึกและสมองของมนุษย์เป็นศูนย์กลางของการขับเคลื่อนความเปลี่ยนแปลง อย่างไรก็ตามสิ่งที่ต้องพิจารณาต่อไปก็คือ อะไรเป็นเงื่อนไขที่ทำให้อัตลักษณ์ทางอารมณ์ความรู้สึก หรือ ตัวตนของมนุษย์ในรูปแบบใหม่ภายใต้โรคซึมเศร้าปรากฏตัวขึ้นมา

ตัวตนแบบบรรษัทประกอบการและอัตลักษณ์ของความเจ็บป่วยในสังคมร่วมสมัย

จากที่ได้กล่าวไปแล้วในข้างต้นความเปลี่ยนแปลงสำคัญที่เกิดขึ้นกับการให้เหตุผลและความเข้าใจเกี่ยวกับความเศร้าของมนุษย์ คือ กระบวนการถกเถียงและใคร่ครวญปัญหาแบบใหม่บนความสัมพันธ์ระหว่างความเศร้าที่หลากหลาย สารสื่อประสาท ยา และสมองของมนุษย์ ที่อนุญาตให้อัตลักษณ์หรือตัวตนทางความรู้สึกแบบใหม่ของมนุษย์ปรากฏตัวขึ้นมา โดยเงื่อนไขสำคัญของกระบวนการดังกล่าวมีความสัมพันธ์อย่างลึกซึ้งกับความเปลี่ยนแปลงของตัวตนของมนุษย์ในสังคมร่วมสมัย กล่าวคือ การประกอบสร้างตัวตนของผู้คนนั้นวางอยู่บนความหลากหลาย (heterogeneity) ของปฏิบัติการและความรู้ที่ไม่ได้มีความเป็นเอกเทศ รวมทั้งมีตัวตนที่ซ้อนทับกันอยู่หลายชุดภายใต้พื้นที่ (domain) ทางสังคมเศรษฐกิจที่แตกต่างและหลากหลาย อย่างไรก็ตามหนึ่งในรูปแบบ

ของตัวตนในสังคมสมัยใหม่ที่มีปฏิสัมพันธ์และซึมผ่านเข้าไปยังตัวตนและอัตลักษณ์อื่นๆ ก็คือ ตัวตนแบบ บรรษัทประกอบการ (enterprising self) ซึ่งมีความสัมพันธ์กับการขยายตัวของนโยบายและโครงการใหม่ๆ ที่ มุ่งเน้นการเร่งเร้าอิสรภาพบนตลาดเสรีและการลดการแทรกแซงของรัฐในโลกตะวันตกหลังทศวรรษที่ 1980 โดย ลักษณะสำคัญของตัวตนแบบดังกล่าวก็คือ การให้ผู้คนเริ่มคิดคำนวณเกี่ยวกับตนเองอย่างเข้มข้น ร่วมไปกับการ ทำให้ผู้คนปกครองตนเองผ่านจริยศาสตร์แบบใหม่ที่เรียกร้องให้ทุกคนรับผิดชอบต่อทุกมิติของชีวิตด้วยตนเอง รวมทั้งการสนับสนุนให้ผู้คนตระหนักถึงอิสระและเสรีภาพในการเลือก กระบวนการประกอบสร้างตัวตนดังกล่าว เริ่มขยายจากพื้นที่ของตลาดไปสู่พื้นที่ของความรู้ชุดอื่นๆ โดยเฉพาะความรู้ที่สัมพันธ์กับจิตใจของมนุษย์ อิทธิพล ของมันส่งผลให้การทำความเข้าใจปัญหาทางจิตใจของผู้คนก็ถูกเปลี่ยนแปลงความหมายใหม่ จากเดิมที่ปัญหาทาง จิตใจของมนุษย์ถูกมองว่าเป็นเรื่องของกรกดทับและความทุกข์ที่ไม่อาจหนีพ้น แต่ภายใต้เงื่อนไขของสังคม สมัยใหม่ปัญหาทางจิตใจของมนุษย์กลับกลายมาเป็นความท้าทายของผู้คนที่ต้องพยายามฝ่าฟันและเอาชนะ ข้อจำกัดเพื่อไปถึงความสุขด้วยการฝึกฝนตนเองอย่างเข้มข้น

ในอีกด้านหนึ่งความเจ็บป่วยในโลกสมัยใหม่นำไปสู่ความเข้าใจที่สำคัญในสองด้าน หนึ่ง คือ การเกิดขึ้น ของอัตลักษณ์แบบใหม่ของปัจเจกที่ผูกผันอยู่กับร่างกาย (somatic individual) และจริยศาสตร์แห่งร่างกาย (somatic ethics) (Rose, 2007, p.6) ซึ่งกลายมาเป็นความเข้าใจแบบใหม่ที่สัมพันธ์กับตัวตนของผู้คนอย่าง เข้มข้น หรือในอีกความหมายหนึ่งมันคือสถานะที่ผู้คนคิด อธิบาย และลงมือกระทำการในรูปแบบต่างๆ ผ่าน กรอบการคิดทางชีววิทยาที่สัมพันธ์กับร่างกายของพวกเขา กระบวนการดังกล่าวเห็นได้ชัดจากความเปลี่ยนแปลง ที่สารสื่อประสาทและสมองกลายมาเป็นวิธีทำความเข้าใจหลักต่อปัญหาอารมณ์ความรู้สึกของมนุษย์ (Rose, 2007, p. 188) ด้วยเหตุนี้อาการเศร้าไม่ว่าจะมีสาเหตุมาจากอะไรก็ตาม ล้วนมีจุดร่วมเดียวกันคือการถูกทำให้ อธิบายได้ด้วยความสัมพันธ์ระหว่างร่างกาย สารสื่อประสาท และสมอง ซึ่งเรียกร้องการแทรกแซงในเชิงเภสัช วิทยา อย่างไรก็ตามกระบวนการประกอบสร้างตัวตนหรืออัตลักษณ์ที่ทำให้ผู้คนรับรู้เกี่ยวกับตนเองบน ความสัมพันธ์ดังกล่าว มิได้หมายความว่าความรู้สมัยใหม่ได้ลบล้างผู้คนและทำให้ความเศร้าของพวกเขาถูกลดรูป ให้เหลือเพียงแค่ปัญหาของสารสื่อประสาทบริเวณไฮแนปส์ ตรงกันข้ามความรู้ในโลกสมัยใหม่เปิดโอกาสให้ผู้คน กลายมาเป็นผู้กระทำการ (active subject) พวกเขาได้รับการอนุญาตให้เข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการและ รับผิดชอบกับปัญหาของพวกเขา อำนาจกับความรู้ทางการแพทย์สมัยใหม่ได้นำไปสู่ประกอบสร้าง (creation) และการถกทอความสัมพันธ์ของความเจ็บป่วยขึ้นมาใหม่ ที่ผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์มิได้มีอำนาจเบ็ดเสร็จในการ จัดกับความเจ็บป่วยอีกต่อไป (Rose, 2007, p. 110) ผู้ป่วยและผู้คนที่อยู่รายล้อมพวกเขากลายมาเป็นผู้ที่ต้องมี บทบาทสำคัญในการจัดการกับความเศร้าซึ่งเป็นโรคในทางร่างกาย ในอีกด้านหนึ่งการเป็นโรคทางร่างกายของ ความเศร้า อนุญาตให้จริยศาสตร์แบบใหม่ที่ผูกผันกับร่างกายและโรคซึมเศร้าของพวกเขาก่อตัวขึ้น ผู้ป่วยทุกคน ถูกทำให้แน่ใจว่าพวกเขามีโอกาสที่จะหายจากโรคดังกล่าว ภายใต้การเมืองแห่งความหวังของความเจ็บป่วย (Rose, 2007, p. 135) แต่ความหวังนั้นมีอาจวางอยู่บนการพึ่งพาเพียงแค่การแทรกแซงในเชิงจิตเภสัชวิทยา คนไข้เองต้องลุกขึ้นมาพัฒนาและการรังสรรค์ตนเองขึ้นมาใหม่ผ่านปฏิบัติการจำนวนมาก เช่น การดูแลสอดส่อง ความรู้สึกของตนเอง การจดบันทึก การค้นหาตนเอง การออกกำลังกาย การกิน ไปจนถึงการวางแผน ชีวิตประจำวันต่างๆ เพื่อให้พวกเขาสามารถก้าวข้ามข้อจำกัดของโรคดังกล่าวได้ แต่ในขณะเดียวกันกระบวนการ ทั้งหมดได้ก่อรูปความเป็นตัวตนแบบใหม่ที่วางอยู่บนร่างกายของพวกเขาขึ้นมา

สรุป

“ในตอนนี้คุณรู้แล้วว่ามียุทธวิธีมากมายที่จะปรับเปลี่ยนวงจรต่างๆ ภายในสมอง คุณสามารถที่จะปรับเปลี่ยน dopamine และสมองส่วนที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ได้ด้วยการออกกำลังกาย คุณสามารถเพิ่มปริมาณของ serotonin ได้ด้วยการนวดผ่อนคลาย คุณสามารถที่จะฝึกฝนการตัดสินใจและการตัดเป้าหมายได้เพื่อกระตุ้นสมองส่วนที่ประมวลความรู้สึกและการตัดสินใจ คุณสามารถลดการทำงานของ amygdala ได้ด้วยการกอดและเพิ่มการทำงานของสมองที่สัมพันธ์อารมณ์ความรู้สึกและการรู้คิดได้ด้วยการฝึกฝนที่จะซาบซึ้งต่อสิ่งดีๆ ในชีวิต คุณสามารถที่จะเพิ่มปริมาณของ norepinephrine ได้ด้วยการจัดการกับการนอน ลิสร่ายการของสิ่งที่คุณต้องทำอยู่อีกมากมาย และประโยชน์จากสิ่งเหล่านี้ที่คุณเริ่มลงมือทำจะย้อนกลับมาสร้างความเปลี่ยนแปลงเชิงบวกอีกจำนวนมากกับตัวคุณเอง” (Korb, 2015, p. 194)

ข้อความดังกล่าวมาจากหนังสือขายดีเรื่อง The Upward Spiral: Using Neuroscience to Reverse the Course of Depression, One Small Change at a Time ที่อธิบายปัญหาของโรคซึมเศร้าภายใต้กรอบการคิดเรื่องสมองและประสาทวิทยาศาสตร์ให้แก่ผู้คนที่กำลังเผชิญหน้ากับปัญหา พร้อมทั้งเสนอวิธีการแก้ไข ปัญหาของสมองและสารสื่อประสาทผ่านกิจกรรมง่ายๆ ที่ผู้ป่วยสามารถฝึกฝนได้ในชีวิตประจำวันตั้งแต่การออกกำลังกายไปจนถึงการฝึกฝนการตัดสินใจและการสร้างเป้าหมาย หนังสือเล่มดังกล่าวเป็นหนึ่งในตัวอย่างที่สามารถช่วยสะท้อนภาพความสัมพันธ์ระหว่างความจริงชุดใหม่ในระดับสารสื่อประสาทของความเศร้าและปฏิบัติการที่หลอมรวมและเร่งเร้าให้ผู้คนที่เข้ามามีส่วนร่วมในฐานะผู้กระทำการบนพื้นที่การจัดการกับปัญหาของพวกเขา ภายใต้วิธีการให้เหตุผลชุดใหม่ที่สัมพันธ์กับโรคซึมเศร้า

ในขณะที่เดียวกันปฏิบัติการในการประกอบสร้างตัวตนภายใต้ความจริงชุดใหม่เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าที่ขับเคลื่อนผู้คนในฐานะของผู้กระทำการ ก็ไม่ได้กระจุกตัวอยู่เพียงแค่กรอบการคิดเรื่องสมองเท่านั้น เนื่องจากในช่วงเวลาเดียวกันมันได้แทรกซึมเข้าไปบนปฏิบัติการอื่นๆ อย่างกว้างขวาง ยกตัวอย่างเช่นหนังสือขายดีโดยนักจิตบำบัด Unfuck Your Brain: Getting Over Anxiety, Depression, Anger, Freak-Outs, and Triggers with science ซึ่งเป็นหนังสือที่อธิบายปัญหาโรคซึมเศร้าผ่านมุมมองจากฐานเรื่องบาดแผลทางจิตใจ (trauma) อย่างไรก็ดีตามบาดแผลทางจิตใจดังกล่าวไม่ได้สัมพันธ์อยู่กับตรรกะของการกดทับ หรือเป็นพื้นฐานให้กับปัญหาระดับจิตใต้สำนึกเช่นเดียวกับคำอธิบายแบบจิตวิเคราะห์ ตรงกันข้ามบาดแผลทางจิตใจที่ถูกพูดถึงในหนังสือเล่มนี้สัมพันธ์อยู่กับปัญหาในระดับสมองภายใต้ตรรกะแบบสาเหตุและผลลัพธ์ (Harper, 2017) นอกจากนี้ความหลากหลายของปฏิบัติการดังกล่าวยังปรากฏในหนังสือเล่มอื่นๆ ด้วยเช่น The Mindful Way Through Depression: Freeing Yourself from Chronic Unhappiness ซึ่งเสนอทางเลือกที่ผนวกเอาคำอธิบายเรื่องสมอง การรู้คิดและพฤติกรรม รวมทั้งการนั่งสมาธิ เข้าหากันเพื่อเสนอทางออกในการจัดการกับปัญหาโรคซึมเศร้าผ่านปฏิบัติการที่เรียกร้องการเข้ามามีส่วนร่วมของผู้คนในการจัดการกับปัญหาของพวกเขาอย่างรอบด้าน (Williams & Teasdale & Segal & Kabat-Zinn, 2007)

จะเห็นได้ว่าการก่อรูปของตัวตนหรืออัตลักษณ์ของความเป็นโรคแบบใหม่ของความเศร้าเป็นกระบวนการที่เร่งเร้าการมีส่วนร่วมของผู้คน ที่นำไปสู่การเปิดโอกาสให้เกิดการคิด การตัดสินใจ และการลงมือปฏิบัติต่ออารมณ์ความรู้สึกแบบใหม่ของผู้คน กระทั่งหนังสือบางเล่มที่ตั้งคำถามกับการใช้ยาและคำอธิบายเรื่องปัญหาของสมอง เช่น หนังสือขายดีเรื่อง A Mind of Your Own: The Truth about Depression and How Women Can Heal Their Bodies to Reclaim Their Lives ที่นำเสนอปัญหาโรคซึมเศร้าผ่านการอธิบาย

ความสัมพันธ์ระหว่างสภาวะการอักเสบเรื้อรังภายในร่างกายกับอาการเศร้า ที่อาจไม่ได้เป็นปัญหาของสมอง แต่ยังจำเป็นต้องได้รับการแทรกแซงในระดับร่างกาย ผ่านการปรับเปลี่ยนวิถีการใช้ชีวิตของผู้คนตั้งแต่การกิน ไปจนถึงการสร้างอุปนิสัยใหม่ๆ โดยหนังสือเล่มนี้มุ่งเป้าไปที่การเร่งเร้าให้ผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้หญิงวัยทำงาน รับรู้ถึงความเข้มแข็ง (strength) และความสามารถในล้มแล้วลุกอย่างรวดเร็ว (resilience) ที่ซ่อนอยู่ในตัวของทุกคน แต่การจะค้นพบความสามารถดังกล่าวเพื่อต่อสู้กับโรคซึมเศร้าได้นั้นทุกคนจำเป็นต้องเริ่มต้นที่ตัวของพวกเขาเอง (Brogan, 2019)

จะเห็นได้ว่าปฏิบัติการและคำอธิบายที่สัมพันธ์กับโรคซึมเศร้าในปัจจุบันนั้นเต็มไปด้วยความแตกต่างและหลากหลาย อย่างไรก็ตามเครื่องจักรหรือกระบวนการที่ขับเคลื่อนจากภายในแทบจะไม่มี ความแตกต่างกัน กล่าวคือ กระบวนการนี้สอดคล้องอยู่กับการประกอบสร้างอัตลักษณ์แบบใหม่ที่มีจุดตั้งต้นอยู่ภายในร่างกายของมนุษย์ ซึ่งได้กลายมาเป็นจุดกำเนิดของวิธีการให้เหตุผลแบบใหม่เกี่ยวกับปัญหาความเศร้า การที่ร่างกายกับความเศร้าเข้ามาประกอบกันในฐานะจุดตัดสำคัญของความเปลี่ยนแปลง ได้นำไปสู่การเหนี่ยวนำให้เส้นลากของความเปลี่ยนแปลงที่หลากหลายเข้ามาบรรจบกัน ดังจะเห็นได้จากการเปลี่ยนแปลงอย่างกะทันหันในหลากหลายพื้นที่ของการศึกษาปัญหาความเศร้านับตั้งแต่ทศวรรษที่ 1950 เป็นต้นมา ในขณะเดียวกันเงื่อนไขของความเป็นไปได้บนความเปลี่ยนแปลงของวิชาจิตเวชศาสตร์ การปรับตัวต่อกระแสต่อต้านจิตเวชศาสตร์ และสำนึกของตัวตนแบบใหม่บนพื้นที่ของความเจ็บป่วยในสังคมร่วมสมัย ได้ทำให้อิทธิพลที่สูงสุดแล้วตัวตนหรืออัตลักษณ์ของผู้คนที่สัมพันธ์กับโรคซึมเศร้าเผยตัวขึ้นมาในสังคมปัจจุบัน

เอกสารอ้างอิง

- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (3rd ed.). WA: American Psychiatric Association.
- Baumeister, A. A., Hawkins, M. F., & Uzelac, S. M. (2003). The myth of reserpine-induced depression: role in the historical development of the monoamine hypothesis. *Journal of the history of the neurosciences*, 12(2). Retrieved from <https://doi.org/10.1076/jhin.12.2.207.15535>
- Berardi, F. (2011). *After the Future*. CA: AK Press.
- Brogan, K. (2019). *Own Your Self: The Surprising Path beyond Depression, Anxiety, and Fatigue to Reclaiming Your Authenticity, Vitality, and Freedom*. CA: Hay House.
- Brown, W. A., & Rosdolsky, M. (2015). The clinical discovery of imipramine. *The American journal of psychiatry*, 172(5). Retrieved from <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2015.14101336>
- Burchell, G. & Gordon, C. & Miller, P. (1991). *The Foucault Effect: Studies in Governmentality*. Chicago, US: University of Chicago Press.
- Conrad, P. (2007). *The Medicalization of Society: On the Transformation of Human Conditions into Treatable Disorders*. Baltimore, US: The Johns Hopkins University Press.
- Ehrenberg, A. (2010). *The weariness of the self: diagnosing the history of depression in the contemporary age*. Montreal: McGill-Queen's University Press.
- Fisher, M. (2009). *Capitalist realism: Is there no alternative?*. Winchester, UK: Zero Books.
- Foucault, M. (1995). *Discipline & Punish: The Birth of the Prison*. NY: Vintage Books.
- Harper, F. (2017). *Unfuck Your Brain: Getting Over Anxiety, Depression, Anger, Freak-Outs, and Triggers with science*. Ohio, US: Microcosm.
- Healy, D. (2002). *The creation of psychopharmacology*. London, UK: Harvard University Press.
- Hillhouse, T. M., & Porter, J. H. (2015). A brief history of the development of antidepressant drugs: from monoamines to glutamate. *Experimental and clinical psychopharmacology*, 23(1). Retrieved from <https://doi.org/10.1037/a0038550>
- Holmes, J. (2014). Psychodynamic psychiatry-rise, decline, revival. In S. Bloch, S. A. Green, & J. Holmes (Eds.), *Psychiatry: Past, Present, and Prospect* (pp. 383 - 400). Oxford, UK: Oxford University Press.
- Horwitz, A. & Wakefield, J. (2012). *The Loss of Sadness: How Psychiatry Transformed Normal Sorrow into Depressive Disorder*. Oxford, UK: Oxford University Press.
- James, O. (2008). *The Selfish Capitalist: Origins of Affluenza*. London, UK: Ebury Press.
- Kitanaka, J. (2012). *Depression in Japan: psychiatric cures for a society in distress*. NJ: Princeton University Press.

- Kitanaka, J. (2015). The Rebirth of Secrets and the New Care of the Self in Depressed Japan. *Current Anthropology*, 56(S12). Retrieved from <https://www.journals.uchicago.edu/doi/full/10.1086/683273>
- Kline, S. (1974). *From Sad to Glad: Kline on Depression*. NY: Putnam.
- Korb, A. (2015). *Upward Spiral: Using Neuroscience to Reverse the Course of Depression, One Small Change at a Time*. CA: New Harbinger.
- Laing, R. D. (1967). *The Politics of Experience and The Bird of Paradise*. Middlesex, UK: Penguin Books.
- Marsden, C. A. (2006). Dopamine: the rewarding years. *British journal of pharmacology*, 147. Retrieved from <https://doi.org/10.1038/sj.bjp.0706473>
- Mayes, R., & Horwitz, A.V. (2005), DSM-III and the revolution in the classification of mental illness. *J. Hist. Behav. Sci.*, 41. Retrieved from <https://doi.org/10.1002/jhbs.20103>
- Monbiot, G. (2019) *Neoliberalism is creating loneliness. That's what's wrenching society apart*. Retrieved from <https://www.theguardian.com/commentisfree/2016/oct/12/neoliberalism-creating-loneliness-wrenching-society-apart>
- Nutt, D. J. (2008). Relationship of neurotransmitters to the symptoms of major depressive disorder. *The Journal of clinical psychiatry*, 69. 4-7. Retrieved from https://www.psychiatrist.com/wp-content/uploads/2021/02/16970_relationship-neurotransmitters-symptoms-major-depressive.pdf
- Pletscher, A. (1991). The discovery of antidepressants: a winding path. *Experientia*, 47(1). Retrieved from <https://doi.org/10.1007/BF02041242>
- Rose, N. (1996). *Inventing our selves: Psychology, power, and personhood*. Cambridge, England: Cambridge University Press.
- Rose, N. (1998). Life, Reason and History: reading Georges Canguilhem today. *Economy and Society*, 27. Retrieved from <https://doi.org/10.1080/03085149800000009>
- Rose, N. (2007). *The Politics of Life Itself: Biomedicine, Power, and Subjectivity in the Twenty-First Century*. NJ: Princeton University Press.
- Rose, N., & Abi-Rached, J. N. (2013). *Neuro: The New Brain Sciences and the Management of the Mind*. NJ: Princeton University Press.
- Scheper-Hughes, N., & Lovell, A. M. (1986). Breaking the circuit of social control: lessons in public psychiatry from Italy and Franco Basaglia. *Social science & medicine* (1982), 23(2). Retrieved from [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(86\)90364-3](https://doi.org/10.1016/0277-9536(86)90364-3)
- Schildkraut, J. J. (1965). The catecholamine hypothesis of affective disorders: a review of supporting evidence. *The American journal of psychiatry*, 122(5). Retrieved from <https://doi.org/10.1176/ajp.122.5.509>
- Scully, A. (2015). *Madness in civilization: a cultural history of insanity, from the Bible to Freud, from the madhouse to modern medicine*. New Jersey, US: Princeton University Press.

- Skultans, V. (2003). From damaged nerves to masked depression: inevitability and hope in Latvian psychiatric narratives. *Social Science & Medicine*, 56(12). Retrieved from [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(02\)00245-9](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(02)00245-9)
- Sneader, W. (2005). *Drug Discovery: A History*. West Sussex, UK: John Wiley & Sons.
- Summerfield, D. (2012). Afterword: Against “global mental health”. *Transcultural Psychiatry*, 49(3-4). 519-530. Retrieved from <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1363461512454701>
- Szmukler, G. (2014). Fifty years of mental health legislation: paternalism, bound and unbound. In H. Bloch, S. A. Green, & J. Holmes. (Eds.), *Psychiatry: Past, Present, and Prospect* (pp. 133 - 153). Oxford, UK: Oxford University Press.
- Tansey, E. M. (2006). Henry Dale and the discovery of acetylcholine. *Comptes rendus biologiques*, 329(5-6). 419-425. Retrieved from <https://doi.org/10.1016/j.crv.2006.03.012>
- Valenstein, E. (2006). *The War of the Soups and the Sparks: The Discovery of Neurotransmitters and the Dispute Over How Nerves Communicate*. New York, US: Columbia University Press.
- Whitaker-Azmitia, P. (1999). The Discovery of Serotonin and its Role in Neuroscience. *Neuropsychopharmacol*, 21. 2-8. Retrieved from [https://doi.org/10.1016/S0893-133X\(99\)00031-7](https://doi.org/10.1016/S0893-133X(99)00031-7)
- Wilkinson, R. G., & Pickett, K. (2009). *The spirit level: why more equal societies almost always do better*. NY, US: Bloomsbury.
- Williams, M., Teasdale, J., Segal, Z., & Kabat-Zinn, J. (2007). *The Mindful Way Through Depression: Freeing Yourself from Chronic Unhappiness*. NY: The Guilford Press.
- World Health Organization (2017). *Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates*. Geneva, Switzerland: Authors.