

วาทกรรมเรื่องโรคจิตเวชและ การต่อรองความหมายทางสังคม ของผู้ป่วยทางจิตในท้องถิ่นอีสาน¹

Psychiatric Discourse, and the Social
Negotiation of the Mentally Ill
in Isan Locality

อัฐมา โปคาพานิชวงษ์²
Attama Pocapanishwong

บทคัดย่อ

บทความนี้มุ่งหมายที่จะทำความเข้าใจการดำรงอยู่ของความบ้าหรือการป่วยทางจิตในฐานะวาทกรรม ที่อยู่ท่ามกลางการปะทะประสานและต่อรอง ระหว่างความรู้แบบวิทยาศาสตร์การแพทย์กับความรู้ท้องถิ่นในชนบทอีสาน ซึ่งสัมพันธ์กับการกำหนดหรือให้ความหมายแก่ตัวตน/อัตลักษณ์ของผู้ป่วยทางจิต รวมถึงการต่อรองความหมายทางสังคมระหว่างผู้ป่วยทางจิตและชุมชน โดยใช้แนวคิดเรื่องวาทกรรมอำนาจ-ความรู้และตัวตนเป็นกรอบในการวิเคราะห์ ผลการ

¹ คำโครงของบทความนี้นำเสนอครั้งแรกในการประชุมวิชาการระดับนานาชาติมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ ครั้งที่ 4 ณ มหาวิทยาลัยขอนแก่น วันที่ 13-14 พฤศจิกายน 2551 โดยพัฒนาบทวิเคราะห์จากงานศึกษาวิจัยเรื่อง “การดำรงอยู่ทางสังคมของผู้ป่วยทางจิตในท้องถิ่นอีสาน: อัตลักษณ์และปฏิบัติการต่อรองความหมายทางสังคม” ซึ่งผู้ศึกษาได้รับทุนอุดหนุนจากสำนักงานคณะกรรมการวัฒนธรรมแห่งชาติ กระทรวงวัฒนธรรม ประจำปีงบประมาณ 2549-2550 โดยใช้แนวคิดเรื่องอัตลักษณ์ (identity) และการตีตราทางสังคม (stigmatization) เป็นกรอบความคิดหลัก ขณะที่การศึกษาภายใต้บทความนี้ เป็นการพิจารณาโดยใช้แนวคิดหลังสมัยใหม่ของฟูโกและเดอริดา การตีความในงานทั้ง 2 ชิ้นจึงค่อนข้างมีความแตกต่างกันอย่างมาก

² นักศึกษาปริญญาเอก วิทยาลัยสหวิทยาการ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์



ศึกษาพบว่า ท่ามกลางการลงหลักปักฐานของระบบการแพทย์สมัยใหม่ วาทกรรมเรื่อง “โรคจิตเวช” ได้เข้ามาครอบครองปริณิชนของความหมายและกำหนดความรู้ต่อการเจ็บป่วยทางจิตของชุมชน โดยผลึกให้วาทกรรมเกี่ยวกับ “ผีบ้า” ดำรงอยู่ในด้านตรงข้าม (dichotomy) และนำไปสู่การจัดความสัมพันธ์ที่แบ่งแยกระหว่าง “คนดี” กับ “คนบ้า” ออกจากกัน การควบคุมจัดการความเจ็บป่วยทางจิตด้วยระเบียบวินัยแบบสถาบัน (discipline) ที่ก่อให้เกิดการตีตราทางสังคมรุนแรงขึ้น ในทางกลับกัน ผู้ป่วยทางจิต ก็มีกลไกการตอบโต้ต่อรองเชิงอำนาจด้วยการ “เล่น” กับนิยามที่สังคมกำหนด ส่งผลให้กฎเกณฑ์ทางสังคมของคนดีเกิดความสับสน วุ่นวาย ขณะที่ความบ้าหรือการป่วยทางจิตกลับดูกำกวม เลื่อนไหลไปมาได้³

Abstract

The objective of this article is to study insanity and the social being of the mentally ill in the midst of the negotiations between the discourse of medical science and that of the local health knowledge in Isan. This is related to the formulation of self or identity of the mentally ill, and also to the social negotiation between the mentally ill and the community. The conceptual framework is based on the concept of power-knowledge, subject, and discourse.

The research found that the periphery of the meaning and the perception of mental illness has been dominated by the “psychiatric discourse” of medical science that shifts the local discourse (“*phii baa*”) to the dichotomy (“mad devil”) and makes the relational distinction between “*the sane*” / “*the insane*” (“*khon dii*” / “*khon baa*”). Moreover, the practice of the mentally ill turns to use the institutional discipline that produces stigmatization. However, the mentally ill themselves have tactics to “play” with social definitions to resist and negotiate with the power and injustice that affect the social norms. Therefore, mental illness is always fluid and ambiguous, fluctuating between “*insanity*” and “*sanity*.”

คำสำคัญ การป่วยทางจิต, วาทกรรม, การต่อรองความหมายทางสังคม

Keyword Mental Illness, Discourse, Social Negotiation

³ การเลือกใช้คำว่า “ผู้ป่วยจิตเวช” “ผู้ป่วยทางจิต” หรือ “ผู้ป่วย” เป็นคำหลักในบทความนี้ มีจุดยืนเพื่อสนทนา (dialogue) กับความรู้ในระบบการแพทย์สมัยใหม่ โดยไม่ต้องการที่จะไปผลิตซ้ำความหมายของมันแต่อย่างใด

นำเรื่อง

งานศึกษาทางวิชาการเกี่ยวกับการป่วยทางจิตหรือผู้ป่วยทางจิตในสังคมไทยที่ผ่านมา นอกจากจะมีอยู่น้อยมากแล้ว “คนบ้า” หรือ “ผู้ป่วยทางจิต” ก็จะถูกกักอยู่ในฐานะของวัตถุทางการศึกษา (object of knowledge) แต่เพียงฝ่ายเดียวและอย่างเดี่ยว ในมิติทางการแพทย์ อาการของผู้ป่วยทางจิตถูกนำมาวินิจฉัยโดยจิตแพทย์ก่อนที่จะนำเข้าสู่กระบวนการรักษาเยียวยา ขณะที่งานศึกษาทางจิตเวชของบุคลากรทางการแพทย์ส่วนหนึ่งใช้มุมมองแบบสหวิชาชีพซึ่งให้ความสำคัญกับความรู้และบทบาทความเป็นผู้เชี่ยวชาญ (expert) ในการพิจารณาและอธิบายความเจ็บป่วยทางจิตที่เกิดขึ้น แม้ระยะหลังมีความพยายามหันมาทำความเข้าใจปัญหาการป่วยทางจิตในมิติทางสังคมวัฒนธรรมเพิ่มมากขึ้น แต่ยังคงเป็นการมุ่งมองด้วยทัศนะและท่าทีที่มีนัยของการตัดสินคุณค่าความรู้วัฒนธรรมของท้องถิ่น/ชุมชน โดยใช้ตัวแบบความรู้ทางจิตเวชศาสตร์เป็นศูนย์กลางอยู่ดี ทั้งการทำความเข้าใจที่ว่าก็มีเป้าหมายอยู่ที่การนำผู้ป่วยทางจิตเข้าสู่ระบบการรักษาเยียวยาที่มียาจิตเวช จิตแพทย์และโรงพยาบาลจิตเวชเป็นแกนกลางหรือองค์ประกอบหลัก โดยจัดให้ความรู้/ภูมิปัญญาท้องถิ่นและบทบาทของชุมชนหรือสังคมแวดล้อมอยู่ในฐานะบทบาทเสริมทางจิตวิทยา หรือเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของกลไกการเยียวยาตามหลักวิชา (discipline) ทางจิตเวชศาสตร์⁴

ภายใต้บริบทที่กล่าวมา เราไม่สามารถมองเห็นได้เลยว่า ผู้ป่วยทางจิตมีตัวตนและตำแหน่งแห่งที่อย่างไรในแบบอื่นที่ไม่ใช่ “ผู้ป่วยทางจิต” หรือ object

⁴ หากไม่นับรวมงานวิจัยทางคลินิก การศึกษาที่มีอยู่อาจแบ่งได้เป็น 2 ประเด็นหลัก (topic) คือ หนึ่ง การศึกษาเจตคติ บทบาทและปัจจัยแวดล้อมของครอบครัวและสถาบันทางสังคมต่างๆ ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช และ สอง การศึกษาวัฒนธรรม ความเชื่อเกี่ยวกับอาการทางจิตและแบบแผนการรักษาดูแลสุขภาพแบบพื้นบ้าน ซึ่งวิเคราะห์จากมุมมองทางจิตวิทยาและจิตเวชศาสตร์ (โปรดดูเพิ่มใน อัจฉา โภคาพานิชวงษ์, 2550: 17-21) อย่างไรก็ตาม การรักษาในระบบการแพทย์สมัยใหม่อธิบายว่า การป่วยทางจิตมีปัจจัยหลักจากการเสียสมดุลของสารเคมีในสมอง ดังนั้น แม้ว่าจะมีการประยุกต์เอาความรู้พื้นบ้านหรือวัฒนธรรมชุมชนเข้ามาผสมผสาน กระบวนการรักษาก็ยังคงเน้นที่การให้ยาจิตเวชเป็นแกนกลาง

ในกระบวนการทางชีวการแพทย์ โดยเฉพาะการที่ตำแหน่งแห่งที่ภายในระบบความสัมพันธ์ที่ผู้ป่วยทางจิตอยู่ไม่ได้เป็นไปอย่างเท่าเทียมกัน การสวมบทบาทการเป็น “ผู้ป่วยทางจิต” ทำให้ผู้ป่วยทางจิตไม่ได้อยู่ในฐานะที่สังคมจะให้ความเชื่อถือ รับฟัง ไม่มีอำนาจในฐานะผู้กำหนดความเป็นจริง การป่วยทางจิตยังถูกมองเป็นภาวะหยดหนึ่ง ตายตัว ราวกับการป่วยคือสิ่งหนึ่งสิ่งเดียวกับตัวตนของผู้ป่วยทางจิต ดังนั้น ผู้ที่เคยเข้ารับการรักษาทางจิตเวชจึงมักถูกมองอย่างไม่ไว้วางใจ เสมือนว่า ความบ้าได้ประทับอยู่บนตัวของพวกเขาหรือเธอตลอดเวลา นำไปสู่การตีตราและการกีดกันทางสังคม (stigmatization / social exclusion)

ความมุ่งหมายของงานศึกษานี้ จึงเป็นไปเพื่อเสนอให้เห็นพื้นที่ในอีกมิติหนึ่ง ที่พยายามเริ่มต้นด้วยการมองผู้ป่วยทางจิตเป็นคนปกติธรรมดาในฐานะผู้บอกเล่าเรื่องราว (informant) ที่มีสาระ ตัวตน/อัตลักษณ์บนพื้นที่ทางสังคม กล่าวคือ การเปิดพื้นที่การศึกษาในมิติที่ผู้ป่วยทางจิตมีส่วนของความเป็นผู้กำหนดหรือให้ความหมายมากขึ้น กับทั้งทำความเข้าใจการดำรงอยู่ของความบ้าหรือการป่วยทางจิตในฐานะวาทกรรมที่อยู่ท่ามกลางการปะทะประสานและต่อรองระหว่างความรู้แบบวิทยาศาสตร์การแพทย์กับความรู้ท้องถิ่น ที่มีผลกำหนดหรือให้ความหมายแก่ความเป็นตัวตนหรืออัตลักษณ์ของผู้ป่วยทางจิตและการตอบโต้ต่อรองทางความหมายที่เกิดขึ้นระหว่างผู้ป่วยและสังคม โดยนัยดังกล่าว จุดยืนของผู้ศึกษาจึงอยู่ที่การตั้งคำถามต่อกระบวนการสร้างความชอบธรรมของอำนาจความรู้และการจัดการต่อความเจ็บป่วยทางจิตของวาทกรรมการแพทย์สมัยใหม่ท่ามกลางโลกทัศน์/ความรู้แบบพื้นบ้าน ผลของวาทกรรมที่เกิดขึ้นทั้งในทางตรงและทางอ้อม ตลอดจนเผยให้เห็นตัวตนอีกด้านของผู้ป่วยทางจิตที่ไม่ได้เป็นเพียงวัตถุของความรู้และการรักษา หากยังมีฐานะเป็นผู้กระทำการ (agency) ที่พยายามต่อรอง ประนีประนอมบนความสัมพันธ์เชิงอำนาจจากวาทกรรมดังกล่าวด้วย

ในการวิเคราะห์ ผู้ศึกษาใช้กรอบความคิดของ มิเชล ฟูโก (Michel Foucault) ที่กล่าวถึง อำนาจ-ความรู้และตัวตนซึ่งแสดงปฏิบัติการผ่านวาทกรรมและก็เป็นส่วนหนึ่งของวาทกรรมด้วย ฟูโกเห็นว่า เราแทบจะไม่สามารถแยกทั้ง 3 สิ่งนี้ออกจากกันได้เลย เนื่องจากวาทกรรมทำงานบนฐานของความรู้ที่ถูกผลิตสร้างขึ้น

ด้วยอำนาจในการกำหนดนิยามให้ความรู้นั้นๆ ได้รับการยอมรับหรือกลายเป็นแหล่งอ้างอิงหรือมีฐานะเป็นความจริงทางสังคม แต่สิ่งที่ฟูโกต้องการชี้ให้เห็นก็คือ ความเชื่อมโยงระหว่างสิ่งเหล่านี้ ได้กระทำให้มนุษย์ตกเป็นวัตถุของความรู้ หรือการศึกษา (object of knowledge or objectification of human being into subjects) ที่ดูเหมือนว่า มนุษย์มีเสรีภาพหรือเป็นผู้กำหนด แต่ที่จริงแล้วความรู้ที่มนุษย์ผลิตขึ้นมาได้ย้อนกลับมาควบคุมตัวมนุษย์หรือมนุษย์ใช้มันควบคุมกันเอง และกำหนดชี้ให้ค่ากับสิ่งต่างๆ (กาญจนา แก้วเทพ, 2551; ธงชัย วินิจจะกุล, 2534; Gutting, 1990)

ดังนั้น สิ่งที่ฟูโกให้ความสำคัญและต้องการนำเสนอในงานเขียนต่างๆ ของเขาที่ผ่านมาก็คือ ภาวะความเป็น subject ของมนุษย์ที่ถูกกระทำและต่อต้านกัน อยู่ภายในโครงสร้างความสัมพันธ์เชิงอำนาจ ซึ่งอำนาจเหล่านี้แสดงตัวเองผ่านระบบแห่งปฏิบัติการ (regime of practice) ที่มีลักษณะแตกกระจาย (rupture) ไปทุกทิศทุกทางและไม่ได้แสดงออกอย่างตรงไปตรงมา แต่เกิดซ้อนทับกันอยู่ในลักษณะแบบ “action upon an action” หรือทำหน้าที่เป็นผู้ผลิตสร้าง (produce/create) ให้เกิดความรู้และวาทกรรมต่างๆ อีกที ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงอำนาจนี้ ผู้ศึกษาให้ความสำคัญกับแนวทางที่ฟูโกแนะนำให้เราพิจารณาใน 5 ประเด็นหลัก คือ (1) ระบบของการจำแนกแยกย่อยความแตกต่าง (the system of differentiation) ที่เป็นทั้งเงื่อนไขและผลลัพธ์ในเวลาเดียวกันของปฏิบัติการที่อนุญาตให้ฝ่ายหนึ่งกระทำลงไปยังอีกฝ่าย (2) ลักษณะวัตถุประสงค์ของมัน (the types of objectives) เช่น การธำรงรักษาอภิสิทธิ์ การสร้างอำนาจสิทธิขาด หรือการหาประโยชน์บางประการ (3) วิธีการที่ความสัมพันธ์เชิงอำนาจนั้นถูกจัดวางลงไปในโครงสร้าง (the means of bringing power relations into being) ซึ่งอาจจะเป็นไปโดยไม่ชัดเจน ตรงไปตรงมาก็ได้ (4) รูปแบบของการทำให้เป็นสถาบัน (forms of institutionalization) ซึ่งอาจปรากฏตัวเองอย่างกลมกลืนกับโครงสร้างที่มีอยู่เดิม เช่น สถาบันครอบครัว หรือจัดวางในรูปโครงสร้างการจัดลำดับชั้น หรือในระบบอันซับซ้อนอย่างเช่นอำนาจรัฐ (5) ระดับของการทำให้เป็นเหตุเป็นผล (the degrees of rationalization) ซึ่งส่งผลต่อประสิทธิภาพการเป็น

เครื่องมือทำงานและผลที่ปรากฏออกมา (Foucault, 1983)

นอกจากนั้น ผู้ศึกษาได้ทดลองนำแนวคิดหลังโครงสร้างนิยมของ Jacques Derrida มาพิจารณาร่วมด้วย โดยเฉพาะประเด็นเรื่องความเป็นศูนย์กลางและการเล่นภายในโครงสร้างในบทความเรื่อง “Structural, Sign, and Play in the Discourse of the Human Sciences” (Derrida, 2002) ซึ่งเดอริดาเสนอข้อโต้แย้งต่อโครงสร้างนิยมของ Levi Strauss ในประเด็นว่า การจัดจำแนกสิ่งต่างๆ ในลักษณะแยกชัดตรงข้าม เช่น “ธรรมชาติ” กับ “วัฒนธรรม” โดยไม่ตระหนักสนใจความจริงที่เป็นอยู่ นำไปสู่การละเลยสิ่งที่อยู่ระหว่างขั้วทั้งสอง ซึ่งเราไม่สามารถจัดมันไว้ตรงไหนได้แน่ชัด (scandal) อีกทั้งความเป็นศูนย์กลางอันเป็นแหล่งกำเนิดของอำนาจที่คอยกำกับส่วนต่างๆ ภายในโครงสร้างก็ไม่ได้ดำรงอยู่แต่ในพื้นที่ศูนย์กลางของโครงสร้างอย่างตายตัวตามที่ Levi Strauss บอก หากแต่ความเป็นศูนย์กลางยังไหลเลื่อนเคลื่อนไปได้ตลอดแม้กระทั่งภายนอกโครงสร้าง เพราะศูนย์กลางเป็นสิ่งที่มียู้อยู่แต่ไม่ปรากฏอยู่ (absence) และเราไม่มีทางที่จะคว้าจับมันได้ด้วยการอ้างอิงแทนที่ด้วยสัญลักษณ์ใดๆ การดำรงอยู่ของศูนย์กลางจึงเป็นสภาวะของการเล่น (play) ภายในโครงสร้างอย่างไม่รู้จบ (come in to play) ดังนั้น การพยายามอธิบายโดยการจัดโครงสร้างที่ตายตัวให้กับมันจึงกลายเป็นการสร้างให้เกิดความเป็นโครงสร้างของโครงสร้าง (structurality of the structure) หรือการสร้างความจริงทางอภิปรัชญาขึ้นมาเสียเอง

สำหรับการปรับใช้แนวคิดดังกล่าวในงานศึกษานี้ เป็นการนำมาใช้ในฐานะกรอบคิด (concept) และแนวทางการศึกษา (approach) เพื่อวิเคราะห์กระบวนการหรือปฏิบัติการที่วาทกรรมเรื่องโรคจิตเวชได้กระทำลงบนโครงสร้างทางสังคมชุมชน โดยพิจารณาว่า กระบวนการที่วาทกรรมเรื่องโรคจิตเวชได้แทรกตัวลงหลักปักฐานในชุมชน นำไปสู่การพยายามจัดประเภทและนิยามโรคอย่างมีอำนาจเบ็ดเสร็จแทนที่ความรู้ในโลกทัศน์แบบพื้นบ้าน รวมทั้งวิธีคิดและการจัดการต่อความเจ็บป่วยทางจิตที่สังคมอนุญาตให้ใช้ความเข้มงวด รุนแรงบนฐานของเหตุผลในระบบการแพทย์สมัยใหม่ การให้ความชอบธรรมต่อการประเมินคุณค่าตัวตนของผู้ป่วยทางจิตบนบรรทัดฐานของความแตกต่างและวิธีคิดแบบคู่ตรงข้าม ในทางกลับกัน

การพยายามมองให้พ้นจากกรอบของความเป็นศูนย์กลางหรือแหล่งของอำนาจเดียว ก็แสดงให้เห็นการปะทะประสานทางวาทกรรมของความรู้ในระบบการแพทย์สมัยใหม่กับความรู้ท้องถิ่น การวิวาทะหรือการต่อรองความหมายและอำนาจภายในโครงสร้างระหว่างฝ่ายต่างๆ ทั้งผู้ป่วยทางจิต-ชุมชน ตลอดจนการช่วงชิงการกำหนดความหมายและการเลื่อนไหลทางอำนาจของวาทกรรมหลัก-วาทกรรมย่อยที่เกิดขึ้นด้วย

บ้านหนองกก, “ผีบ้า”, และ การเยียวยาในสังคมพื้นบ้าน⁵

“บ้านหนองกก” เป็นชื่อสมมติของชุมชนชนบทแห่งหนึ่งที่ตั้งอยู่ในอำเภอวังน้ำเขียว จังหวัดนครราชสีมา หมู่บ้านมีขนาด 220 ครัวเรือน ประชากร 1,074 คน เป็นหมู่บ้านเกิดใหม่อายุราว 80-90 ปี โดยชาวบ้านจากที่ต่างๆ ในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ได้อพยพเข้ามาหลายระลอกเนื่องจากปัญหาที่ทำกินเดิมมีสภาพกันดารแห้งแล้ง ไม่พอทำกิน บางส่วนอพยพมาจากตะเข็บชายแดนไทย-เขมรเพื่อหนีโจรผู้ร้ายและภาวะอดอยาก ทำให้ประชากรในหมู่บ้านประกอบด้วยหลายกลุ่มชาติพันธุ์ ทั้งไทย-ลาว ไทย-โคราช ไทย-มอญ ซึ่งเป็นกลุ่มใหญ่ที่สุดกับกลุ่มไทย-เขมรและส่วยที่อพยพเข้ามาภายหลัง บ้านหนองกกได้รับการรับรองฐานะเป็นหมู่บ้านอย่างเป็นทางการเมื่อปี พ.ศ. 2465 จากนั้นในปี พ.ศ. 2520 ได้รับการประกาศเป็นหมู่บ้าน อพป. เนื่องจากเคยอยู่ในเขตพื้นที่สีแดงโดยพื้นที่ส่วนหนึ่งอยู่ในเขตอุทยานแห่งชาติทับลานซึ่งเป็นที่หลบภัยของสมาชิกพรรคคอมมิวนิสต์

⁵ ในงานศึกษานี้ ผู้ศึกษาใช้วิธีการเก็บข้อมูลแบบมีส่วนร่วมในชุมชนตามคำนิยามทางมานุษยวิทยาแบบคลาสสิก ได้แก่ การเข้าไปใช้ชีวิตอยู่ร่วมภายในชุมชนเป็นระยะเวลาหนึ่ง การสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้ให้ข้อมูลแบบไม่เป็นทางการ การสังเกตการณ์และมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชน อย่างไรก็ตามด้วยข้อจำกัดหลายประการ ผู้ศึกษาจึงไม่ได้ใช้วิธีการฝังตัวระยะยาวในชุมชน แต่เข้าไปพักอาศัยเป็นระยะอย่างต่อเนื่องในช่วง 6-7 เดือน (ระหว่างเดือนสิงหาคม 2549 - กุมภาพันธ์ 2550) อนึ่งสำหรับข้อบุคคลต่างๆ และชื่อหมู่บ้านที่ปรากฏในบทความล้วนเป็นชื่อสมมติทั้งสิ้น

โดยสภาพทั่วไป บ้านหนองกกอาจไม่ได้มีความแตกต่างจากชุมชนชนบทอื่นๆ ทั้งในแง่ของการเป็นชุมชนเกษตรกรรมที่เคยมีวิถีชีวิตความเป็นอยู่แบบเก็บผักหาปลา ไม่ต้องซื้อขาย ไม่เคยต้องออกไปเป็นแรงงานรับจ้าง จนในช่วงกว่า 20 ปีมานี้ที่การรุกรืบของวิถีการผลิตการบริโภคสมัยใหม่ได้เปลี่ยนแปลงความเป็นอยู่ของชุมชนไปมาก การหันมาพึ่งพาระบบเศรษฐกิจภายนอกนอกจากด้วยการปลูกพืชเชิงเดี่ยวและการออกไปเป็นแรงงานรับจ้างต่างถิ่นเพิ่มขึ้น แต่ถึงอย่างไร บ้านหนองกกก็ยังจัดได้ว่าเป็นหมู่บ้านที่ไม่ยากจนและพออยู่พอกิน

บ้านหนองกกมีผู้ป่วยทางจิตหรือผู้มีอาการทางจิตรวม 14 คน⁶ ในจำนวนนี้มี 10 คนที่ยอมรับในการป่วยของตัวเองและปัจจุบันอยู่ระหว่างการรับยาจิตเวชอย่างเปิดเผย ส่วนที่เหลือเป็นผู้ที่ไม่เชื่อว่าตนเองป่วยจึงไม่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลจิตเวช หรืออาจเข้ารับการรักษาแต่ไม่ได้มีการเปิดเผยอย่างชัดเจน หากจำแนกผู้ป่วยทางจิตในหมู่บ้านตามประเภทของโรคทางจิตเวชศาสตร์อาจแบ่งได้เป็น 4 กลุ่ม คือ โรคจิตเภท (schizophrenia) โรคซึมเศร้า (depress) โรคจิตจากลมชักและพารานอยด์หรือโรคจิตหวาดระแวง (paranoid) กระนั้นก็ตามผู้ป่วยหลายรายมีอาการซ้ำซ้อนมากกว่า 1 โรค ลักษณะอาการที่ปรากฏ เป็นต้นว่า ซึมเศร้า หวาดระแวง กลัวถูกทำร้าย ตาขวาง ไม่อยากพูดจา พูดลามก พูดคนเดียว อาละวาด (เช่น ทำร้าย เผาบ้าน ด่าทอ) บางรายมีความเชื่อที่แตกต่างหรือ “หลุดโลก” จากคนทั่วไปอย่างสุดโต่ง เช่น เชื่อว่ามีองค์เทพมาอยู่กับตัว เชื่อเรื่องอิทธิฤทธิ์และคุณไสย เชื่อว่าตนเองมีพลังอำนาจพิเศษ เช่น สามารถสื่อสารกับพระสงฆ์องค์เจ้าผ่านคลื่นวิทยุหรือนั่งทางใน เป็นต้น

ชาวบ้านเล่าถึงความทรงจำในช่วง 30-40 ปีที่แล้วว่า ชุมชนมีผู้ป่วยทางจิตซึ่งภาษาชาวบ้านเรียกกันว่า “ผีบ้า” อยู่ไม่กี่ราย ในระยะนั้นความรู้ทางการแพทย์สมัยใหม่ยังเข้าไม่ถึง ชาวบ้านยังไม่ได้แยกแยะความแตกต่างระหว่างการป่วยทาง

⁶ ในที่นี้นิยามตามความรู้ของชุมชนเป็นหลัก โดยหมายถึง คนที่ชุมชนรับรู้ว่าได้รับการวินิจฉัยอย่างเป็นทางการจากจิตแพทย์ว่าป่วยทางจิต กับคนที่มีลักษณะทางพฤติกรรมและบุคลิกภาพที่ชุมชนเห็นว่าผิดไปจากปกติจนคนส่วนใหญ่ยอมรับกันทั่วไปว่ามีอาการทางจิต ซึ่งบางคนอาจไม่ได้เชื่อหรือยอมรับว่าตนเองป่วย และก็ไม่ได้เข้าสู่กระบวนการรักษาทางการแพทย์

จิต การถูกของ ผีเข้าหรือผีทำ ไม่ได้รู้สึกว่ามีผู้ป่วยทางจิตเป็นคนที่น่าหวาดกลัว หรืออันตราย ผู้ป่วยทางจิตจึงไม่ได้ถูกแยกออกจากชุมชน รูปแบบการดูแลก็เป็นไปแบบพื้นบ้านคือรักษากันเองด้วยยาสมุนไพร เช่น กินยาฝน ต้มรากไม้ หรือพาไปรดน้ำมนต์กับหมอพระ บ้างหาหมอทรง หมอดู หมอเขมรหรือหมอไสย (คุณไสย) หากรายใดมีอาการคุมคลั่งก็就会被ล่ำมขังไว้ เช่น ผู้ป่วยทางจิตบางรายที่ถูกล่ำมขังจนป่วยตายไป “สมัยก่อนก็อาบน้ำมนต์กัน คิดว่าผีเข้า ถูกของ ไม่ได้ว่าบ้า หรือโรคจิตดอก” “สมัยก่อนคนประสาทเขาเรียกว่า “ผีบ้า” แต่เดี๋ยวนี้เขาเรียกว่า “คนบ้า”... พาไปหาพระ อาบน้ำมนต์ หายบ้าง ไม่หายบ้าง ก็ไม่ได้กลัวนะ ไม่ได้รังเกียจกัน ดูแลบ้านใครบ้านมัน ผูกเอาไว้ได้ถุน ผูกกับเสา ล่ำมโซ่ไว้ บางทีก็แก้ผ้าแก้ผ่อน อาละวาดก็ล่ำมไว้”

ชาวบ้านเล่าว่า ในอดีตจะมีการปรึกษาหารือกันในเครือญาติและเพื่อนบ้าน ถึงสาเหตุการป่วย หลังจากเฝ้าดูอาการและวิเคราะห์จาก “เหตุผล” ต่างๆ แล้ว ก็จะตกลงกันว่าควรนำตัวผู้ป่วยไปรักษาด้วยวิธีใด ที่ไหน กับใคร โดยจะพากันนำตัวผู้ป่วยไปส่งให้กับหมอที่รักษา หากยังไม่หายก็จะตระเวนพาไปหาหมออื่นๆ ต่อไป การป่วยทางจิตจึงถือเป็นเรื่องสาธารณะ (public) ที่เปิดให้สมาชิกในชุมชนเข้ามาร่วมรับรู้ ตีความและหาทางออกบนพื้นฐานโครงสร้างความเป็นชุมชน ทั้งนี้ เพราะการป่วยของคนในชุมชนบ่งชี้ถึงความผิดปกติบางอย่างที่เกิดกับความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในสังคม ซึ่งอาจมีผลต่อคนที่อยู่รอบๆ หรือกระทบกับโครงสร้างความเป็นชุมชนได้ เพราะหากการป่วยทางจิตนั้นเกิดจากผีเข้าหรือถูกของ เช่น การละเลยไม่ไหว้ผีบรรพบุรุษในถิ่นที่อพยพมาทำให้เกิดความเจ็บป่วย หรือหากเกิดจากความบาดหมางระหว่างกันเป็นที่มาของการเสก “ของ” ใส่ การรักษาจะต้องกระทำให้สอดคล้องกับต้นสายปลายเหตุ นั้น

ภูมิหลังเกี่ยวกับผู้ป่วยทางจิตในชุมชน ส่วนใหญ่มักเป็นไปในทางคล้ายกัน ไม่แบบใดก็แบบหนึ่งหรือหลายอย่างรวมกัน อาทิ มีปัญหาครอบครัว เช่น การทะเลาะเบาะแว้งระหว่างผัวเมีย พ่อแม่หย่าร้างหรือเสียชีวิต เคยติดเหล้าหรือยาเสพติด เคยเป็นมาลาเรียขึ้นสมอง เป็นไข้ชักตอนเด็กๆ ชอบเก็บตัว คิดมาก หรือเครียดง่าย หรือมีคนในครอบครัวเป็นมาก่อน ฯลฯ แต่ก็ยังมีบางรายที่ชาวบ้าน

บอกว่าเดาสาเหตุไม่ได้ ที่น่าสนใจคือ ชาวบ้านส่วนใหญ่กล่าวตรงกันว่า จำนวนผู้ป่วยทางจิตมีเพิ่มมากขึ้นในช่วงกว่า 10 ปีที่ผ่านมา⁷ พร้อมๆ กับสภาพวิถีชีวิตที่เต็มไปด้วยความเครียดโดยเฉพาะเรื่องรายจ่ายและปัญหาครอบครัว มีชาวบ้านหลายคนไปขอรับยาคลายเครียดและยานอนหลับจากสถานีนามัยและโรงพยาบาลจิตเวชโดยไม่เปิดเผยเพราะเกรงจะถูกกล่าวหาว่า “บ้า”

การเข้ามาของระบบการแพทย์สมัยใหม่กับการส่งเสริม “วาทกรรมเรื่องโรคจิตเวช”

การตัดถนนสาย 304 (สายสีบศิริ) เชื่อมต่อภาคอีสานกับภาคตะวันออกเข้าด้วยกันในช่วงสงครามโลก ครั้งที่สอง (พ.ศ. 2508-2509) ส่งผลต่อการพัฒนาที่ดินโดยรอบชุมชนบ้านหนองกกอย่างรวดเร็วกว่า 10 ปีที่ผ่านมา⁷ พร้อมกับการพัฒนาถนนภายในหมู่บ้านและการหักล้างทางพงเพื่อขยายพื้นที่ทำกินของคนที่อยู่ใหม่ซึ่งชาวบ้านบอกว่าส่งผลให้อำนาจของผีที่เคยมีอยู่มากมายหลายชนิด เช่น ผีมอญ ผีป่าอ้อย ผีป่าช้า ผีโป่ง ผีกระสือ ฯลฯ เสื่อมลงไปด้วย “สมัยนี้นั่นเสื่อมไปแล้วที่มันไม่น่ากลัว ทางอะไรออกหมด แล้วทำอะไรมันก็เสื่อมไป เขาเลยเลิกกลัวกันแล้ว”

ชาวบ้านส่วนหนึ่งเริ่มหันไปรักษาอาการเจ็บป่วยด้วยการแพทย์แผนตะวันตกที่เข้ามาพร้อมกับการตั้งค่ายทหารญี่ปุ่นในช่วงสงครามโลกที่อำเภอปักธงชัย (ในสมัยนั้นอำเภอวังน้ำเขียวยังมีฐานะเป็นเพียงตำบลหนึ่งของอำเภอปักธงชัย) จากนั้น ในปี 2526 สถานีนามัยในหมู่บ้านได้เปิดทำการ กระทั่งเมื่อหมอพื้นบ้านและหมอตำแยรุ่นสุดท้ายตายไปในช่วง 10 กว่าปีที่ผ่านมา ประกอบกับสมุนไพรที่หาได้ยากเพราะพื้นที่ป่าถูกทำลาย การรักษาแบบพื้นบ้านก็แทบจะหมดไปจากบ้านหนองกกอย่างสิ้นเชิง คงเหลือเพียงความเชื่อเรื่องการทำคุณไสยและผีปอบที่

⁷ ในประเด็นนี้ ผู้ศึกษามีข้อสังเกตว่า เป็นไปได้ที่ในอดีตชุมชนอาจมีผู้ป่วยทางจิตอยู่ไม่น้อย เพียงแต่การนิยามที่ต่างไปจากปัจจุบัน ทำให้การป่วยในเวลานั้นไม่ได้ถูกรับรู้หรืออยู่ในความทรงจำของชุมชน หากถูกรับรู้รวมกับการเจ็บป่วยอันเกิดจากผิชนิดต่างๆ และการทำคุณไสยที่ชาวบ้านเชื่อถือกัน ในทางกลับกัน ก็อาจเป็นไปได้เช่นกันว่า จำนวนผู้ป่วยทางจิตที่เพิ่มขึ้นอาจมีความสัมพันธ์กับสภาพความเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ สังคมและวิถีชีวิตที่ส่งผลกระทบทั้งในระดับปัจเจก ครอบครัวและชุมชน

ชาวบ้านบางส่วนยังเชื่อถือและตระเวนไปรักษากับหมอในพื้นที่อื่น เช่น จังหวัดบุรีรัมย์ ศรีสะเกษและจันทบุรี

ในช่วง พ.ศ. 2490-2510 กรมการแพทย์มีนโยบายขยายบริการด้านสุขภาพจิตไปสู่ภูมิภาค มีการก่อสร้างโรงพยาบาลจิตเวชตามหัวเมืองหลักต่างๆ ในปี 2508 โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนครินทร์จึงได้เปิดทำการ เปิดรับผู้ป่วยจิตเวชในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง ในระยะแรกเน้นการให้บริการเชิงรับคือตรวจรักษาผู้ป่วยที่มาใช้บริการแผนกคนไข้นอกและคนไข้ใน จนเมื่อกระทรวงสาธารณสุขมีการส่งเสริมงานสุขภาพจิตชุมชนตามนโยบายองค์การอนามัยโลก (WHO) นับแต่ พ.ศ. 2520 เป็นต้นมาโรงพยาบาลจิตเวชต่างๆ จึงเริ่มมีบทบาทเข้ามาส่งเสริมให้ความรู้เรื่องโรคจิตเวชและการดูแลผู้ป่วยทางจิตในชุมชน ผ่านกลไกในระบบสาธารณสุข ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) สถานีอนามัย และโรงพยาบาลชุมชน

อย่างไรก็ตาม กล่าวได้ว่า วาทกรรมเรื่องโรคจิตเวชเพิ่งจะเริ่มลงหลักปักฐานในชุมชนระดับหมู่บ้านในช่วงทศวรรษหลังมานี้ โดยในปี พ.ศ. 2540 โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนครินทร์ได้เข้ามามีส่วนร่วมในการส่งเสริมให้วัดเข้ามามีบทบาทในงานสุขภาพจิตชุมชน โดยให้พระอาสาสมัครทำหน้าที่เป็น “อาสาสมัครสาธารณสุขประจำวัด” (อสร.^๘) จากนั้นในปี พ.ศ. 2543 โรงพยาบาลได้ร่วมกับวัด หน่วยงานราชการ เช่น สถานีตำรวจภูธร อำเภอ โรงพยาบาลชุมชน สถานีอนามัย รวมทั้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จัดทำโครงการสนับสนุนให้ชุมชนเข้ามามีบทบาทในการควบคุมดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วยทางจิตในชุมชนโดยมีพระสงฆ์เป็นแกนนำ นำร่องเป็นแห่งแรกในพื้นที่อำเภอวังน้ำเขียว เป็นที่มาของ “ชมรม

^๘ ก่อนหน้านั้น ในช่วงการปฏิรูปงานสาธารณสุขไทยในปี พ.ศ. 2519 พระสงฆ์ในชุมชนชนบทซึ่งเคยทำหน้าที่เป็นหมอไสยศาสตร์หรือหมอพระยังได้ถูก “เกณฑ์” มาอบรมความรู้ด้านสาธารณสุขมูลฐานใน “โครงการหมอพระ” ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ริเริ่มโดยมิชชันนารีอังกฤษ แต่ถึงจะเรียกว่าหมอพระเช่นกัน แต่ก็เป็นการใช้ความรู้ในการรักษาคณะฐานคิดกับหมอพระดั้งเดิม (เดวิด แอล กอสลิง, 2529) ผู้ศึกษาเห็นว่ารูปแบบ/กระบวนการเข้าแทรกแซงพื้นที่ในการจัดการกับร่างกายของผู้คนภายใต้อำนาจรัฐนี้ อาจมีความคล้ายคลึงกันอยู่บ้างกับความคิดเรื่อง รัฐเวชกรรม ของ ทวีศักดิ์ เผือกสม (2545)

ส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนโดยพระสงฆ์เป็นแกนนำ” โดยวัดโคกพรหมที่ตั้งอยู่ในอำเภอเดียวกันเข้ามามีบทบาทนำ

กิจกรรมหลักของชมรม ได้แก่ การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยทางจิตและครอบครัว เช่น การสงเคราะห์เครื่องอุปโภคบริโภคที่จำเป็น การจัดรถพาผู้ป่วยไปพบแพทย์ตามนัด เนื่องจากครอบครัวผู้ป่วยส่วนใหญ่มีฐานะยากจนและเป็นแรงงานรับจ้างรายวัน รวมทั้งส่งเสริมการรวมกลุ่มอาชีพ เช่น รวมกลุ่มทำดอกไม้จันทน์และปลูกผักที่วัด ซึ่งในช่วงที่ผู้ศึกษาลงไปศึกษายังไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควร เพราะเป็นการรวมกลุ่มเพียงครั้งคราว นอกจากนั้น ยังมีการให้ความรู้เรื่องโรคจิตเวชและส่งเสริมสุขภาพจิต เช่น จัดค่ายครอบครัวผู้ป่วยทางจิต เพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับโรค การดูแลและอยู่ร่วมกันในครอบครัว การประยุกต์ใช้กิจกรรมทางพุทธศาสนา เช่น การทอดผ้าป่าเพื่อระดมกองทุนสำหรับเป็นค่ารถไปโรงพยาบาล โครงการธรรมะสัญจรหรือธรรมะบำบัด การเทศน์สวดพระเครื่อง-เสริมดวงชะตา เพื่อเป็นกุศโลบายในการเพิ่มพูนกำลังใจแก่ผู้ป่วยและญาติ รวมถึงการสอดส่องเฝ้าระวังอาการของผู้ป่วยทางจิตหากทราบว่ามีรายใดเกิดอาการคลุ้มคลั่ง อารยะวาท ไม่เป็นที่ปลอดภัยแก่ชุมชน ก็จะประสานให้เจ้าหน้าที่ตำรวจเข้ามาควบคุมตัวผู้ป่วยส่งโรงพยาบาลจิตเวช⁹

ในช่วงกว่า 5-6 ปีที่ผ่านมา โรงพยาบาลจิตเวชและชมรมฯ ยังได้พยายามเข้ามา “ปรับเปลี่ยนทัศนคติ” โดยให้ความรู้ความเข้าใจแก่ชุมชนว่า อาการผิดปกติทางจิตเป็นการป่วยที่เรียกว่า “โรคจิตเวช” ที่จำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษา (treatment) ด้วยการกินยาจิตเวชอย่างต่อเนื่อง พร้อมทั้งให้ความรู้ว่ “ผีบ้า” เป็นคำเรียกที่ไม่เหมาะสมเพราะเป็นการตีตราผู้ป่วยทางจิต โดยส่งเสริมให้ชุมชนหันมาใช้คำว่า “ผู้ป่วยจิตเวช” หรือ “โรคจิตเวช” แทน ผู้ป่วยและญาติหลายคนรู้สึกพอใจเพราะเห็นว่าฟังดูดี มีหลักการ แม้ว่าแทบทุกคนจะไม่เข้าใจความหมายเกี่ยวกับโรคและศัพท์เรียกทางการแพทย์เลยก็ตาม “บ้านนอกเขาก็ว่า

⁹ อย่างไรก็ตาม ที่ผ่านมามหาวิทยาลัยขอนแก่นไม่ได้ให้ความสำคัญและเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมของชมรมฯ เท่าไรนัก ส่วนใหญ่เป็นการรับรู้เพียงว่า ชมรมฯ ได้เข้ามา “สงเคราะห์ช่วยเหลือ” เป็นรถพาไปพบแพทย์ตามนัดและประสานเจ้าหน้าที่ตำรวจนำตัวผู้ป่วยทางจิตส่งโรงพยาบาลเท่านั้น

เป็นบ้านนั้นแหละ แต่หมอเชื่อว่าโรคจิต ก็ฟังดี ฟังม่วนกว่า... ที่แรกเขาก็นึกว่าโรคจิตอย่างหนึ่ง บ้าอย่างหนึ่ง ก็ไปถามหมอ หมอเพิ่นก็เล่าให้ฟังว่าอย่างเดียวกัน” “ที่นี้เขาเรียกกัน บ้า ตั้งแต่เด็กผมก็ได้ยินเขาเรียกกันแบบนี้ แต่คำว่าจิตเวชเพิ่นมาเรียกตามหมอ” “หมอเขามาเ็นว่าเป็น “โรคซึมเศร้า” “โรคจิต” ทั้งที่ฉันก็บ่รู้ว่าฉันเป็นโรคอันหยั่ง เขามาตั้งฉายาให้...”

ในระยะหลัง ชาวบ้านมีการแยกแยะระหว่างสิ่งที่เรียกว่าความเจ็บป่วยทางจิตและผีเข้า/ผีทำออกจากกันอย่างชัดเจน โดยเฉพาะอาการผีปอบหรือผีชะมวกเข้าที่ชาวบ้านบอกว่าแตกต่างกันอย่างสิ้นเชิงกับการป่วยทางจิต เพราะผีเข้าไม่อาละวาด ทำลายข้าวของ อาการเดียวดีเดียวหายและผียังฉลาดรู้จักหลบหลีกหมอ “ถ้าถูกผีปอบ พาไปหาหมอโรงพยาบาลบ่ มันจะหายเลย” “มันคนละอย่าง ผีเข้ามันไม่บ้า มันโดนผีเข้า ออกอาการครึ่งซั่มง ก็หาย แต่พวกบ้า ถ้ามันเครียดมาก ๆ หรือขาดยา มันก็ลุกขึ้นมาทำลายข้าวของเหมือนกัน”

การรักษาในทุกวันนี้ชาวบ้านจึงเลือกที่จะพาผู้ป่วยไปโรงพยาบาลจิตเวชเป็นลำดับแรกๆ หรือไม่ก็อาจรักษาควบคู่กันไปกับการรดน้ำมนต์ ขณะที่การใช้อยาสมนไพรสูญหายไปหมดสิ้น ส่วนการพึ่งพาหมอทรง หมอดู หมอไสยคงเหลืออยู่น้อยมาก

การปะทะต่อรองระหว่างวาทกรรมเรื่องโรคจิตเวชกับความรู้ในระบบการแพทย์พื้นบ้าน

นอกเหนือจากคำว่า “โรคจิตเวช” แล้ว ยังมีคำอื่นๆ ที่ชาวบ้านเรียนรู้จากการเข้ามาส่งเสริมของโรงพยาบาลจิตเวช อาทิ “โรคจิต-ประสาท” “เป็นประสาท” และ “ป่วยจิตเวช” แต่การหันมาเรียกผู้ป่วยด้วยคำนิยามทางการแพทย์ ก็ไม่ได้หมายความว่า จะทำให้ชาวบ้านมีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วยทางจิต ในทางกลับกัน การส่งเสริมวาทกรรมว่าด้วย “โรคจิตเวช” กลับกลายเป็นกระบวนการเข้าสวมรอยความหมายทางสังคมวัฒนธรรมโดยอำนาจภาษาของวาทกรรมการแพทย์สมัยใหม่ที่มีผลไปกำหนดความหมายและมโนทัศน์ของชุมชนที่เคยมีต่อการป่วยทางจิต

การเปลี่ยนของวิธีคิด (shift) เหล่านี้สัมพันธ์กับรูปแบบ วิถีปฏิบัติและกฎเกณฑ์ทางสังคมที่ชุมชนมีต่อการป่วยทางจิตและผู้ป่วยทางจิต ซึ่งก็คือ สิ่งที่ปฏิบัติ การของวาทกรรมทางการแพทย์สมัยใหม่ได้เข้ามามีอำนาจเหนือ ผ่านข้อมูลความรู้ที่โรงพยาบาลและชมรมฯ เข้ามาส่งเสริมและวางรากฐานลงในโครงสร้างสถาบันชุมชน แล้วปฏิบัติการลงบนตัวตนของผู้ป่วยทางจิตอีกทอดหนึ่ง กล่าวคือ

ประการแรก การส่งเสริมความรู้เรื่องโรคจิตเวชส่งผลให้คำเรียก “ผีบ้า” ที่ชุมชนเคยหมายถึงอาการผิดปกติจากการถูกผีเข้าผีทำซึ่งแต่เดิมไม่ได้มีนัยทางลบ ถูกปรับเปลี่ยนความหมายเป็นคำที่ชาวบ้านใช้ด่าทอ ล้อเลียน แดกดัน หรือแสดงความดูถูกดูแคลนเมื่อไม่พอใจผู้ป่วย คำว่า “ผีบ้า” จึงมีนัยยะรุนแรงสุดโต่งเมื่อชาวบ้านนำมาใช้ในเชิงประนามผู้ป่วยทางจิตที่มีพฤติกรรมต่อต้านหรือเป็นที่น่ารำคาญใจ “มันเป็นคำหยาบ เขาไม่เรียกกันหรอก ส่วนใหญ่เอาไว้อัดกันนะเวลาไม่พอใจ ภาษาชาวบ้านเขาว่า “อผีบ้า” อย่างยัยอ่อนนั่นไง!”

ที่จริงแล้ว ชาวบ้านไม่ได้มีเพียงคำเรียกผู้ป่วยทางจิตว่า “ผีบ้า” เท่านั้น หากแต่ชุมชนยังมีระบบความรู้พื้นบ้านในการจัดจำแนกผู้ป่วยที่ผสมผสานระหว่างวัฒนธรรมความเชื่อของแต่ละกลุ่มชาติพันธุ์เข้าด้วยกัน ทั้งความเชื่อเรื่องอำนาจเหนือธรรมชาติ โหราศาสตร์ การแพทย์แบบประสบการณ์และความรู้เรื่องทฤษฎี

¹⁰ ชาวบ้านอธิบายว่า “บ้าเลือด” / “เลือดทำ” เกิดจากการหมุนเวียนของเลือดอย่างผิดปกติ การรั้งตัวของเลือดเสียที่ออกไม่หมดในช่วงหลังคลอด หรือเกิดจากการกิน “ยาเก่าเย็น” ของหญิงหลังคลอดไม่เป็นไปตามสูตร เช่น กินเมื่อยาเย็นแล้วหรือกินไม่ครบส่วนตามหมอบอก, “บ้าหมู” / “บ้าลม” เกิดจากการเป็นลม มีไข้และล้มชักจนหมดสติ เป็นๆ หายๆ โดยไม่ทราบสาเหตุ จนส่งผลต่อระบบประสาท, “ป่วยตามแนว” / “เป็นมาแต่เนิ่น” เกิดจากกรรมพันธุ์หรือเคยมีคนในเครือญาติเป็นมาก่อน, “บ้าถูกของ” เชื่อกันว่าเกิดจากการหมกมุ่นในเรื่องไสยศาสตร์มากเกินไป ถูกคู่อธิทำคุณไสยหรือคนที่เลี้ยงผีทำผิดทำ (ผิดชะล่า) จนของเข้าตัว

ส่วน “บ้าประสาท” / “บ้าคิดมาก” เกิดจากความเครียดมากเกินไป เป็นคำอธิบายที่ชาวบ้านใช้กับผู้ป่วยทางจิตที่มีปัญหาส่วนตัวอยู่ก่อน เช่น สามิไปมีเมียน้อยหรือติดเหล้า กำพร้าพ่อแม่ ขาดความอบอุ่น หรือกรณีเจ้าอาวาสที่เป็นคนเจ้าระเบียบ คิดมาก ถือเป็นคำอธิบายที่มีลักษณะเป็นตรรกะและใช้หลักจิตวิทยามากที่สุด (ผู้สนใจสามารถดูคำอธิบายเพิ่มเติมเกี่ยวกับระบบความรู้หรือการแพทย์แบบพื้นบ้านได้ในงานของ กรรณิการ์ พรหมเสาร์ และ สรสิริ อินัน (2543), โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ (2535), ชยันต์ วรรธนะภูติ และ ฉันทนา บรรพศิริโชติ (2540) และ ปรีชา อุปโยธิน (2539) เป็นต้น)

ธาตุในรูปของศัพท์ (terms) ต่างๆ อาทิ “บ้าเลือด”/ “เลือดทำ”, “บ้าหมู”/ “บ้าลม”, “ป่วยตามแนว”/ “เป็นมาแต่น้อย”, “บ้าถูกของ”, “บ้าประสาท”/ “บ้าคิดมาก”¹⁰ ที่ไม่ได้มีความหมายในเชิงตัดสินหรือตีตราผู้ป่วย ขณะที่อำนาจความรู้ของวิทยาศาสตร์การแพทย์ได้เข้ามาครอบงำ สวมรอยความหมายทางวาทกรรม ด้วยการแทนที่การจัดหมวดหมู่อาการและสาเหตุการป่วยในโลกทัศน์แบบพื้นบ้านที่มีอยู่หลากหลายให้เหลือเพียงประเภทเดียว คือ “โรคจิต” การเปลี่ยนความรับรู้นี้ส่งผลให้ความบ้ากลายมาเป็นการป่วยทางจิตที่แยกผู้ป่วยออกจากระบบความสัมพันธ์แบบเดิมนำไปสู่การจำแนกแยกย่อยเป็นความแตกต่าง (differentiation) ส่งผลให้การป่วยทางจิตถูกมองเป็นความผิดปกติ เป็นสิ่งไม่ดี น่าอาย น่ารังเกียจและเป็นมลทิน (stigma)

การเปลี่ยนกระบวนทัศน์ของชาวบ้านจาก “ผีบ้า” ไปสู่ “ผู้ป่วยทางจิต” เป็นการเปลี่ยนแปลงแบบหักเห ที่ขาดความเชื่อมต่อทางความคิดระหว่างการแพทย์สมัยใหม่กับการแพทย์พื้นบ้านที่มีอยู่ก่อน (discontinuity) ในทางตรงกันข้าม แม้แต่ชาวบ้านก็ไม่สามารถบอกได้ชัดเจนว่าความหมายของ “ผีบ้า” เปลี่ยนไปได้อย่างไร ตั้งแต่เมื่อไหร่ การสืบทอดไปในอดีตก็ไม่พบว่า การป่วยทางจิตมีอยู่ในวิถีคิดของชาวบ้านอย่างชัดเจน เพราะสมัยก่อนชาวบ้านไม่ได้แยกความแตกต่างระหว่างการถูกผีเข้า บ้าเลือด บ้าลม ฯลฯ ออกจากกัน ความรับรู้ต่อความบ้าที่เปลี่ยนไปจึงเป็นส่วนหนึ่งของลักษณะการกลายรูป (mutation/transformation) ทางความหมายที่ดูเหมือนหาที่มาที่ไปไม่พบ และการตีตราผู้ป่วยก็ดูเหมือนเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นภายหลังการเข้ามาของวาทกรรมเรื่องโรคจิตเวชนี้เอง

ประการที่สอง การเปลี่ยนวิถีคิดจากเรื่องของ “ผี” เช่น ผีทำ ผีเข้าหรือถูกของที่อยู่บนกฎเกณฑ์ บรรทัดฐานเรื่องความสัมพันธ์ระหว่าง “คนกับผี” หรือ “คนกับคน” ด้วยกัน มาสู่วิถีคิดเรื่อง “โรค” เป็นการเคลื่อนย้ายใน 2 เรื่อง คือ การเคลื่อนย้ายสาเหตุการป่วยทางจิตที่เกิดจากผีซึ่งเป็นสิ่ง “ข้างนอก” มาเป็นโรคที่มีสาเหตุจาก “ข้างใน” กับการเคลื่อนย้ายศูนย์กลางอำนาจในการจัดการหรือการเยียวยารักษาที่เคยอยู่ที่หมอผี หมอทรง หมอพระและหมอพื้นบ้าน ไปอยู่ที่ยาจิตเวช จิตแพทย์และโรงพยาบาลจิตเวชแทน

การเคลื่อนย้ายดังกล่าวส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนระบบความสัมพันธ์ในชุมชน และรูปแบบการจัดการความเจ็บป่วย จากที่เคยเป็นเรื่องของส่วนรวมหรือสาธารณะ (public) ไปเป็นเรื่องของปัจเจกบุคคลและครอบครัว (private) ที่ต้องจัดการหรือรับผิดชอบกันเอง ดังนั้น เมื่อผู้ป่วยรายใดมีอาการกำเริบหรือสร้างความรบกวน ก็จะถูกชาวบ้านหรือแม้แต่เจ้าหน้าที่สถานีอนามัย (ที่มีสถานะเป็นส่วนหนึ่งของชุมชน) ตำหนิว่าไม่รับผิดชอบ เช่นว่า “ไม่ค่อยดูแลกัน” “ครอบครัวเขาไม่สนใจ ไม่รู้จักดูแลกันให้ดี ไม่รู้จักรับผิดชอบกันเอง” หรือหากไม่ยอมไปรับการรักษา ก็จะถูกกล่าวโทษเหน็บแนมได้

การเรียกร้องให้ผู้ป่วยทางจิตและครอบครัวรับผิดชอบต่อความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ต่างจากการรับการรักษาจากหมอผีหรือหมอพื้นบ้านในอดีต ซึ่งผู้ป่วยทางจิตและครอบครัวอยู่ในสถานะเจ้าของร่างกายที่ถูกกระทำจากผีหรือของไม่ดี แม้รักษาไม่หายหรือมีอาการกำเริบ ความผิดก็ไม่ได้ตกแก่ผู้ป่วยหรือครอบครัว หากแต่อยู่ที่อำนาจผีหรืออำนาจที่มองไม่เห็น เช่นเดียวกับที่ความรับผิดชอบก็ไม่ได้ตกกับผู้ป่วยและครอบครัวโดยลำพัง หากแต่เป็นความรับผิดชอบร่วมกันทั้งชุมชน/สังคมในการที่จะแสวงหาทางบำบัดรักษาให้ผู้ป่วยหายจากอาการนั้น เพราะการกระทำของผีและคุณไสยเชื่อมโยงไปถึงความสัมพันธ์ระหว่างคนกับคน และคนกับอำนาจเหนือธรรมชาติ¹¹ ขณะที่การป่วยทางจิตภายใต้วาทกรรมเรื่องโรคจิตเวชทำให้ระบบความสัมพันธ์ดังกล่าวค่อยๆ ขาดสะบั้นลง

ในประเด็นนี้ยังอาจตีความได้อีกว่า การเปลี่ยน (shift) จากเรื่องของส่วนรวม (public) ไปสู่เรื่องส่วนตัว (private) อาจหมายถึง การเปลี่ยนวิธีการอธิบายเกี่ยวกับโรคที่เคยเชื่อมโยงระหว่างภาวะการป่วยกับตัวตนของผู้ป่วย (subject) ที่เดิมทีทั้งสองส่วนเป็นคนละสิ่งหรือแยกขาดจากกัน เนื่องจากการป่วยเกิดจาก

¹¹ แต่หากเป็นการควบคุมจัดการกับความเจ็บป่วยที่เกิดจากผีอื่นซึ่งมีลักษณะเฉพาะพิเศษ เช่น ผีชะม็ก ชาวบ้านจะเห็นว่า เป็นเรื่องของปัจเจกบุคคลที่ไม่มีใครอยากข้องเกี่ยวไม่ว่าจะพิสูจน์ได้หรือไม่ก็ตาม เพราะกลัวเจ้าของผีที่ไปกล่าวหาจะส่งผีมาหักคอหรือไม่ก็ปรับสินไหมเป็นเงินหลักพัน หากไม่นับรวม ผีกุมารทองที่ชาวบ้านเอาไว้ขอย่วย ผีชะม็กก็นับเป็นผีที่เหลือเพียงชนิดเดียวในหมู่บ้านที่ชาวบ้านยังเชื่อถือและมีอำนาจกำหนดความสัมพันธ์ของคนภายในชุมชนอยู่พอสมควร ขณะที่การป่วยทางจิตถือเป็นเรื่องที่กระทบกับความสงบสุขของชุมชนที่ต้องจัดการและดูแล “สอดส่อง” ร่วมกัน

“ผี” หรือ “ของไม่ดี” ถือเป็นสิ่งภายนอกที่เข้ามาสู่ร่างกายของผู้ป่วย และเป็นเครื่องแสดงความผิดปกติภายในโครงสร้าง/ระเบียบชุมชนบางอย่าง ทำให้การป่วยทางจิตในอดีตไม่ได้น่ารังเกียจ แต่เป็นเรื่องน่าเห็นใจและเป็นความรับผิดชอบร่วมกันในสังคม ทว่าการเปลี่ยนมาสู่ความคิดว่า การป่วยทางจิตเกิดจากเชื้อโรคที่เกิดจากภายในหรือเกิดกับร่างกายของปัจเจก ในลักษณะที่แหล่งกำเนิด (origin) อยู่ภายในตัวผู้ป่วยเอง การป่วยทางจิต กับตัวตนของผู้ป่วย (subject) จึงเป็นสิ่งที่เดียวกันหรือแยกออกจากกันไม่ได้ การป่วยทางจิตในทัศนะใหม่จึงมักถูกมองเป็นมลทินที่ปลดปล่อยได้ยาก เป็นปัญหาส่วนบุคคลที่ปัจเจกต้องรับผิดชอบตนเอง ไม่เกี่ยวกับสังคม

ประการที่สาม การเปลี่ยนมโนทัศน์ต่อการป่วยทางจิตไปเป็นเรื่อง “โรค” ยังมีส่วนให้ชุมชนเรียนรู้ที่จะพึ่งพิงยาจิตเวช หมอและโรงพยาบาล โดยเฉพาะการเรียนรู้และยอมรับรูปแบบการใช้อำนาจแบบสถาบันหรือระเบียบวินัยแบบโรงพยาบาล (discipline) เข้ามาจัดการกับการป่วยทางจิตโดยไม่รู้สึกถึงความรุนแรงที่เกิดขึ้นในระบบ/โครงสร้างความสัมพันธ์ทางสังคม

รูปแบบการควบคุมจัดการเช่นนี้เพิ่งเกิดขึ้นในช่วง 5-6 ปีหลังการเข้ามาส่งเสริมช่วยเหลือของชมรมฯ และโรงพยาบาลจิตเวช ที่มีการประสานกำลังตำรวจเข้ามาควบคุมตัวผู้ป่วยส่งโรงพยาบาลเมื่อเกิดอาการคั่งคลั่ง ในระยะหลังจึงเป็นเรื่องปกติที่เมื่อผู้ป่วยรายใดแสดงอาการเกรี้ยวกราดหรืออาละวาด ฝ่าฝืน ก็มักจะถูกรักษาในโรงพยาบาลให้ตำรวจมาจับ แม้บางกรณี การกระทำของชาวบ้านก็ไม่ได้เป็นไปอย่างสมเหตุสมผลหรือยุติธรรมต่อผู้ป่วยเพียงพอ การอยู่ร่วมกันในระยะหลังจึงเริ่มมีเส้นแบ่งที่ชุมชนเป็นผู้มีอำนาจกำหนดตัดสินว่าผู้ป่วยทางจิตสามารถทำอะไรได้แค่ไหน

“ป้อง” ผู้ป่วยรายหนึ่งที่เคยเป็นฝ่ายถูกล้อเลียน ย้ายจากเพื่อนบ้านความโกรธทำให้เขาแสดงออกถึงความไม่พอใจด้วยการนำก้อนหินมาขว้างถนนหน้าบ้านคนนั้น ทั้งที่ไม่ได้ทำอะไรรุนแรงก็ถูกเพื่อนบ้านเรียกดตำรวจมาควบคุมตัวส่งโรงพยาบาล “ตอนนั้นเขาเงี้ยววอน ทำท่าจะฟาดผมอะ ผมตกใจโกรธที่เขาจะมาทำร้าย ผมเลยยกก้อนหินไปขว้างหน้าบ้านเขา เลยโดนจับไปโรงพยาบาล”

ผู้ศึกษาไม่มีข้อมูลชัดเจนว่า เหตุการณ์นี้ทำให้ผู้ป่วยดังกล่าวมีอาการกำเริบขึ้นหรือเขามีอาการกำเริบอยู่ก่อน แต่การถูกจับส่งโรงพยาบาลครั้งนี้ เขาใช้เวลารักษาตัวอยู่ราว 2 เดือนจึงได้กลับบ้าน ก่อนหน้านี้ป๋องเคยถูกจับหลายครั้งจนเริ่มเรียนรู้ที่จะระมัดระวังไม่แสดงพฤติกรรมอย่างที่ใครๆ บอกว่าเป็นอาการของโรคจิตเพื่อจะไม่ถูกนำส่งโรงพยาบาล เช่น พยายามไม่พูดเสียงดัง ไม่เอะอะโวยวายและพูดจาไพเราะกว่าผู้ป่วยหลายคน เช่นที่เขาบอกว่า “ส่วนมากผมอยู่เฉยๆ ถ้าเสียงดังเขาหว่าน้า” รวมถึงไม่ไปข้องแวะกับผู้ป่วยทางจิตที่ยังมีอาการมากๆ เพราะกลัวจะถูกเหมารวมว่าบ้า

ประการที่สี่ ความรับรู้ภายใต้กรอบบรรทัดฐานของการรักษาทางการแพทย์สมัยใหม่ที่แยกผู้ป่วยออกจากระบบความสัมพันธ์ ส่งผลให้ความเจ็บป่วยจากโรคถูกมองเป็นสิ่งที่เดียวกันกับ “ร่างกาย” และ “ตัวตน” ของผู้ป่วยทางจิต ก่อให้เกิดภาพตายตัว (stereotype) และการตีตราทางสังคม (social stigma) ดังที่การกินยาและการรับการรักษาทางจิตเวชตอกย้ำความเป็น “คนบ้า” ที่แตกต่างจาก “คนดี” และชาวบ้านก็รับรู้เกี่ยวกับโรงพยาบาลในฐานะพื้นที่เฉพาะสำหรับคนบ้า ซึ่งคนปกติหรือคนดีไม่ควรเข้าไปข้องแวะ “พวกนี้ต้องกินยาที่คนดีกินไม่ได้นะ เพราะคนดี ๆ อย่างเรากินแล้วจะเสียสติได้...ยาพวกนี้หะ คนบ้ากินดีคนดีกินบ้า”

ด้วยความรับรู้และเข้าใจดังกล่าว ชาวบ้านหลายคนที่มีปัญหาความเครียดนอนไม่หลับหรือซึมเศร้าจากปัญหาในครอบครัวต้องแอบไปรับยาจากโรงพยาบาลจิตเวชและสถานเฝ้าบำบัดโดยพยายามปิดบังไม่ให้ใครรู้เพราะกลัวจะถูกนิทาว่าเป็นบ้า ขณะที่บางคนเพิ่มปริมาณยาเองโดยไม่ปรึกษาแพทย์

ประการที่สุดท้าย ภายใต้ฐานคิดที่เปลี่ยนไป นอกจากจะถูกมองว่าแตกต่างจากคนปกติแล้ว ผู้ป่วยทางจิตยังถูกจัดจำแนกเป็นหมวดหมู่ (categories) ด้วยโครงสร้างความคิดแบบคู่ตรงข้าม (binary opposition) ซึ่งเป็นการเทียบเคียงบนพื้นฐานการให้คุณค่ามนุษย์ในระบบทุนนิยม อาทิ ความสามารถทางสติปัญญา การทำประโยชน์ต่อส่วนรวม โดยเฉพาะในการเป็นผู้ผลิต (productive subject) เช่น “บ้าี่คร้าน-บ้าี่ขยัน” และ “บ้าี่ฉลาด-บ้าี่โง่” “บ้าี่กิน-บ้าี่ขอ” “บ้าี่กลัวคน-

บ้าด่าคน” “บ้าสะอาด-บ้าสกปรก” “บ้าหัวเราะ-บ้าร้องไห้” และ “บ้าดี-บ้าร้าย/ บ้าลามก” ฯลฯ โดยแต่ละ terms จะมีระดับของการถูกรังเกียจจากชุมชนแตกต่างกันไป

ดังนั้น ผู้ป่วยหลายคนที่ได้รับผลข้างเคียงจากยาอย่างที่ว่าชาวบ้านเรียกว่า “เมายา” ทำให้มีอาการง่วงซึม สมองช้า ความจำสั้น ลึนแข็ง ตัวแข็ง มือสั่น ฯลฯ ไม่สามารถออกไปทำงานได้หรือทำได้แต่งานเบา จึงมักถูกมองเป็นพวก “ไอ้ขี้คร้าน” “มีแต่รอรับ” “ไม่ทำประโยชน์” หรือ “จ้างไม่คุ้มค่าแรง” และไม่ค่อยมีใครอยากจ้าง

ดังเช่น “บุรณ์” ผู้ป่วยชายที่มีอาการเรื้อรังมานานหลายปี ไม่สามารถช่วยงานอะไรได้มาก ยายของบุรณ์จึงได้แต่บ่นและทำใจยอมรับ “ชาวบ้านไม่เกลียดอะไรหรอก สำคัญแต่มันไม่หยิบงาน... เขาก็ว่า ขี้คร้าน มันก็จริงของเขา” ขณะที่ “ณิ”ป่วยมานานกว่า 20 ปีแล้วและมีลักษณะเรื้อรังเข้าร่วมด้วย แม้จะไม่ค่อยแสดงอาการอะอะโวยวายหรือสร้างความรำคาญให้ใคร แต่เมื่อพยายามจะออกไปรับจ้าง ก็มักถูกชาวบ้านค่อนข้างด่าว่าให้รู้สึกอาย เช่นที่แม่ของณิเล่า “เขาเห็นหน้ามันเขาก็ว่าไอ้บ้ามาอีกแล้ว โดนเขาว่าบ้า มันก็เลยบ่ อยากไป”

ในความเห็นของผู้ใหญ่บ้าน ผู้ป่วยทางจิตเป็นพวกไม่มีประโยชน์และรังแต่เป็นภาระที่ไม่มีใครอยากรับไว้ “น่าจะตายเสียให้หมด อยู่ก็หนักแผ่นดิน อะไรก็รอๆ ให้เขาช่วยเหลือ” ในภาพรวมแล้ว ผู้ป่วยทางจิตถูกมองว่า ไม่สมควรได้รับสวัสดิการใดๆ เนื่องจากไม่ค่อยได้มีส่วนช่วยเหลืองานสาธารณะในชุมชน “กองทุนฌาปนกิจสงเคราะห์” จึงเป็นสวัสดิการชุมชนเพียงอย่างเดียวที่ผู้ป่วยทุกคนสามารถเข้าถึงอย่างเท่าเทียมกับชาวบ้านทั่วไป

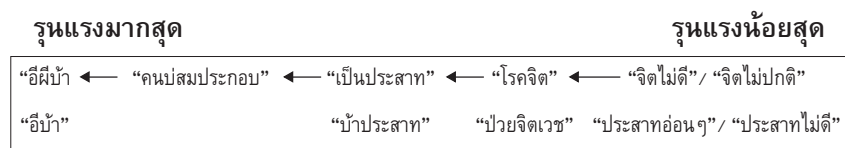
**“บ้า” / “ไม่บ้า” (?), “บ้าดี” / “บ้าร้าย” (?) : ความหลากหลาย
เลื่อนไหลของตัวตนและความบ้า กับ การต่อรอง ทำทลายความ
สัมพันธ์เชิงอำนาจ**

แม้อาจจะกล่าวได้ว่า วาทกรรมเรื่องโรคจิตเวชที่ทอดวางตัวเองลงบนโครงสร้างชุมชนได้แสดงออก ซึ่งปฏิบัติการอำนาจในการนิยามและการจัดการกับการป่วย

ทางจิตในหลายลักษณะที่กล่าวมา แต่วาทกรรมดังกล่าว ก็อยู่ท่ามกลางกระบวนการต่อสู้ ต่อรองความหมายทางสังคมของทั้งผู้ป่วยทางจิตและชุมชนในมิติอื่นๆ ด้วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งการต่อรองเชิงอัตลักษณ์ทางสังคม ที่เกิดขึ้นในลักษณะของปฏิบัติการเล็กๆ น้อยๆ ในชีวิตประจำวัน (everyday-life practice)

ภายใต้การจัดหมวดหมู่แบบคู่ตรงข้ามที่มีนัยยะการประเมินตัดสินคุณค่าตัวตน แต่ผู้ป่วยทางจิตส่วนหนึ่งก็มียุทธวิธีในการต่อต้าน ต่อรองความหมาย (resistance and negotiation) ทั้งที่เกิดจากภาพตายตัวทางสังคม (stereotype) ที่ทำให้ผู้ป่วยดูเป็นคนไร้ประโยชน์ โง่ ซึ่เกียจหรือสกปรก ฯลฯ และจากการถูกเอาเปรียบ ละเมิดคุกคามตัวตน อันเป็นผลจากภาพตายตัวและความสัมพันธ์เชิงอำนาจที่ไม่เท่าเทียม การต่อรองเช่นนี้ทำให้ตัวตนของผู้ป่วยทางจิตหรือ “ความบ้า” กลับดูเลื่อนไหล สับสน กำกวม จนบางครั้งเส้นแบ่งระหว่างความ “บ้า” กับ “ไม่บ้า” ก็ดูพร่ามัวขึ้นได้ด้วยการ “เล่น” ของผู้ป่วยเอง การต่อรองที่วุ่นนี้ เกิดขึ้นบนเงื่อนไขสำคัญ 2 ประการ กล่าวคือ

(1) การต่อรองกับการถูกตีตราทางสังคม นอกจากการจัดหมวดหมู่ความบ้าให้กับผู้ป่วยทางจิตแล้ว ชุมชนยังมีการนิยามเรียกผู้ป่วยในแบบแยกย่อยที่สร้างให้เกิดลำดับชั้นของความเจ็บป่วยต่างๆ กัน จากระดับที่มีความรุนแรงน้อยสุดไปถึงรุนแรงมากสุดในทัศนะของชาวบ้าน (ดังแผนภาพ)



ในเวลาปกติ ผู้ป่วยทางจิตทั่วไปจะถูกเรียกว่า “**เป็นประสาท**” หรือ “**บ้าประสาท**” แต่บางคนอาจถูกเหินแสมเอาไว้ว่า “**คนบ่สมประกอบ**” อย่างเลวร้ายที่สุด คือ ถูกเรียกอย่างแดกดัน ก่อนแะว่า “**อึดืบ้า**” และ “**อึดืบ้า**” อันมีนัยยะในเชิงเหยียดหยัน ดูแคลนอย่างยิ่งที่สุด ขณะที่ผู้ป่วยทางจิตหลายคนแสดงความเห็นว่า “**บ้า**” ควรหมายถึงอาการในขั้นพุดจาไม่รู้เรื่อง ไม่มีโอกาสหาย ผมยวามอมแมม เดินไปเรื่อยเปื่อยและไม่ใส่เสื้อผ้า “ถ้าคนที่บ้าจริงๆ นะ เพิ่นจะ

ผมยาว แต่งตัวสกปรก เดินแก้ผ้า เงินบาทเงินสิบบู้ติดอก คนเขาก็ก๊วกัน บ่คุยด้วย แต่ว่าให้ข้าวกิน กินเสร็จแล้วก็เดินไป พุดไปคนเดียว” “ประสาทคือครึ้มไปเป็นที่ๆ แต่บ้านไม่รู้เรื่อง เป็นไปเลย” “บ้านี้แรงกว่า ประสาท ประสาทนี้มันยังสมควรนะ แต่บ้านี้ ใครจะเอาตัวมันไม่ได้เลย ...ต้องไปเรียกกับพวกไอ้ที่เดินตามถนนนะ”

การเข้ามาส่งเสริมงานสุขภาพจิตชุมชนของโรงพยาบาล ทำให้ชาวบ้านเห็นว่า คำเรียกที่ถูกต้อง เหมาะสมตามหลักความรู้ทางการแพทย์ก็คือ “โรคจิต” หรือ “ป่วยจิตเวช” แต่โดยความจริงแล้ว ชาวบ้านจะใช้คำนี้สำหรับเฉพาะผู้ป่วยที่มีอาการตีมากแล้วหรือใช้ในการพูดอย่างเป็นทางการกับเจ้าหน้าที่ ในทางกลับกันผู้ป่วยทางจิตและครอบครัวกลับนำมาใช้ต่อรองเมื่อถูกเรียกด้วยถ้อยคำในเชิงเหยียดหยันโดยการตอบโต้/ต่อรองเป็นไปตามจังหวะ โอกาสและเวลา เช่น “เยียน” ผู้ป่วยทางจิตที่มีอาการซึมเศร้า เล่าว่า เธอเคยนึกโมโหเพื่อนบ้านบางคน que เรียกเธอว่า “คนบ่สมประกอบ” แม้จะไม่ได้ตอบโต้โดยตรงเพราะเป็นเพื่อนบ้านกัน แต่ก็แอบสมน้ำหน้าเมื่อลูกชายของเพื่อนบ้านถูกรถชน ทำให้สมองเฉื่อยและไม่ได้มีสภาพดีไปกว่าเธอนัก “เพิ่นว่า ฉันทันคนบ่สมประกอบ คราวนี้ลูกเพิ่นบ่สมประกอบบ้าง โดนรถตำ (รถชน) เเวอร์กรรมมันตามทัน”

ผิดกับกรณีของ “อู่” ผู้ป่วยทางจิตประเภทลมชักซึ่งถูกฉกฉวย รังเกียจมากที่สุด เพราะมีพฤติกรรมที่ชาวบ้านเรียกว่า “บ้ากิน-บ้าขอ” และ “บ้าด่าคน” ทำให้ใครๆ ขอบเรียกอู่ว่า “อีผีบ้า” หรือ “อีอู่บ้า” ลุงลอยผู้เป็นสามีและเป็นแกนนำคนหนึ่ง ในชมรมฯ จึงตอบโต้ด้วยการยกคำว่า “ป่วยจิตเวช” กับ “หมอ” ขึ้นมาอ้าง “ผมเลยบอกลูกพี่ลูกน้องผมที่มันเรียกกัยอู่บ้า ไปกับกูเลยก็ได้ที่จิตเวช แล้วมึงไปเรียกอีอู่บ้าที่จิตเวช แล้วหมอเขาจะเอา กับมึงยังงี้ เขาบอกเขาไม่กล้า ไปก็ผิด ผมก็ว่า รู้ว่าผิดแล้ว มึงก็เรียกผู้ป่วย สีวะ” และในบางครั้งลุงลอยยังโต้ตอบว่า คนส่วนใหญ่ก็มี “ความบ้า” อยู่ในตัวเองเหมือนกันทั้งนั้น “ผมว่าจริง ๆ แล้ว กรรมกร (ชุมชน) บางคนก็บ้า หมอก็บ้า พระก็บ้า บ้าอำนาจมั่ง บางทีหงุดหงิดพุดจาไม่ตีมัน อารมณ์ขึ้น ๆ ลง ๆ พุดด้วยก็ไม่ว่าตอบ”

ที่จริงแล้ว ในหมู่บ้านมีครูที่ปรากฏอาการทางจิตอยู่ 2 คน คนหนึ่งอยู่ระหว่างการรับยาจิตเวช ส่วนอีกคนไม่คิดว่าตนเองป่วยจึงไม่เข้ารับการรักษาทันที ทั้ง 2 คน ยังสามารถช่วยงานโรงเรียนเล็กๆ น้อยๆ ได้ ส่วนเจ้าอาวาสหลังจากที่มีอาการทุเลาแล้ว ก็สามารถปฏิบัติศาสนกิจได้ดังเดิม ในการศึกษาพบว่าการป่วยทางจิตของบุคคลบนพื้นที่ศักดิ์สิทธิ์หรือเป็นที่เคารพอย่างครูและเจ้าอาวาส การต่อรองความหมายไม่ได้มาจากฝ่ายผู้ป่วยเท่านั้น หากยังมาจากชุมชนด้วย ซึ่งอาจตีความได้ว่า เป็นกลไกทางสังคมในการปรับดุลย์อำนาจและยึดเหนี่ยวความเป็นชุมชนเอาไว้ เช่น ที่ชาวบ้านส่วนใหญ่จะพยายามหลีกเลี่ยง ไม่กล่าวถึงการป่วยทางจิตของครูและเจ้าอาวาสว่าเป็นการป่วยทางจิต แต่หากต้องพูดก็จะใช้ถ้อยคำที่ต่างไปว่า “จิตไม่ดี”/ “จิตไม่ปกติ” หรือ “ประสาทอ่อน”/ “ประสาทไม่ดี”¹²

การป่วยของครูยังถูกมองเป็น “เรื่องส่วนตัว” ดังที่ชาวบ้านมักพูดอย่างตบตาว่าเป็นเรื่องส่วนตัว ไม่อยากข้องเกี่ยว สถานะที่สูงกว่าคนทั่วไปจึงมีส่วนให้ผู้ป่วยบางคนมีอำนาจต่อรองในทางอ้อม แต่ในกรณี การป่วยของเจ้าอาวาส ชาวบ้านมักบอกว่าเป็นเรื่องที่คนทั่วไปไม่ควรเข้าไปแตะต้อง ทั้งยังกลับเลือกใช้ความรู้และคำอธิบายในแบบพื้นบ้านมาเป็นเครื่องมือต่อรองอำนาจภายในชุมชน กล่าวคือ ในช่วงที่เจ้าอาวาสเริ่มป่วย มีการปล่อยข่าวว่า เป็นการทำ “คุณไสย” โดยพระรองเจ้าอาวาสที่คิดแข่งบารมีกัน เนื่องจากเป็นพระที่เทศน์เก่งและกำลังได้รับความนิยมรักใคร่จากญาติโยมมากมาย ในช่วงก่อนหน้านั้น ผู้ใหญ่บ้านมีปัญหารื่องการคอร์รัปชันเงินกองทุนของหมู่บ้าน ส่วนพระรองฯ ก็มีความขัดแย้งกับผู้ใหญ่บ้านในเรื่องการบริหารดูแลวัด จนพระรองเจ้าอาวาสสนับสนุนให้มรรคทายกคนหนึ่งลงสมัครเลือกตั้งผู้ใหญ่วillage แข่งกัน ทั้งในระยะหลัง พระรองฯ ก็มีบทบาทล้าหน้าเจ้าอาวาสมาก ข่าวลือเรื่องการทำคุณไสยจึงทำให้ชาวบ้านเกิด

¹² ในกรณีนี้ ครูและเจ้าอาวาส ซึ่งป่วยก็ไม่ได้แสดงตัวเองเป็นคนป่วยทางจิต หลายครั้งที่ได้พูดคุย เจ้าอาวาสจะพูดถึงการช่วยเหลือผู้ป่วยคนอื่น ๆ ในชุมชนว่าเป็นสิ่งดีโดยใช้คำเรียกว่า พวก “จิตไม่ดี/จิตไม่ปกติ” ขณะที่ครูทั้งสองคนต่างไม่พูดถึงการป่วยของตนเอง แม้ว่าคนหนึ่งจะรับยาจิตเวชอยู่ก็ตาม

การแบ่งฝักแบ่งฝ่ายและพระรองฯ ต้องรู้ตงค์ไปอยู่ที่วัดอื่น กลายเป็นข้อขัดแย้งระหว่างพระกับพระ พระกับฆราวาส และระหว่างฆราวาสด้วยกันเอง

การป่วยของเจ้าอาวาสจึงเป็นพื้นที่พิเศษที่ชุมชนอนุญาตให้เป็นความคลุมเครือและไม่ยินดีที่จะกล่าวถึงหรือตัดสิน ซึ่งชาตว่าเป็นการป่วยทางจิตหรือไม่ เพราะนั้นอาจเท่ากับว่า เป็นการเปิดพื้นที่ให้ความผิดพลาด ขัดแย้งต่างๆ ในชุมชนเผยปรากฏออกมาด้วย ซึ่งจะยิ่งไปทำลายโครงสร้างความสัมพันธ์ในชุมชนอย่างรุนแรงขึ้นไปอีก การพูดถึงการป่วยยังหมายถึงการยอมรับการมีอยู่ของการป่วยทางจิตของผู้ที่เป็นเสาหลักทางสถาบันของชุมชน เป็นการเปิดพื้นที่ของความละเอียดแก่ตัวเอง ชุมชนและคนอื่น ดังนั้น การจัดลำดับชั้นของเจ้าอาวาสและครูจึงอาจกล่าวได้ว่า เป็นกระบวนการประนีประนอมที่ชุมชนมีต่อวาทกรรมเรื่องโรคจิตเวช เพื่อไม่ให้ชุมชนตกอยู่ในภาวะสั่นคลอนจากวิกฤติศรัทธา ด้วยการสร้างค่านิยามให้ต่างจากผู้ป่วยอื่นๆ เป็นการอำพรางความเจ็บป่วยของบุคคลที่ไม่ควรแก่การพูดถึง ด้วยกระบวนการสร้างวาทกรรมย่อยๆ ขึ้นมาอีกชุดที่ต่างไปจากชุดของผู้ป่วยทางจิตอื่นๆ

(2) การต่อรอง/ท้าทาย บนความสัมพันธ์เชิงอำนาจที่ไม่เท่าเทียม

วิธีการหนึ่งของระบบของการจัดจำแนกที่สร้างให้ความไม่เหมือนโดดเด่นออกมาจากสิ่งที่เหมือนกัน จนถูกรับรู้เป็นความ “ผิดปกติ” ก็คือ การสร้างให้เป็นความแตกต่างอย่างสุดขั้วหรือสร้างให้เกิดขั้วตรงข้าม (binary opposition) เช่นเดียวกับการสร้างภาพแสดงแทนของผู้ป่วยทางจิตที่ดีที่สุดและเลวร้ายที่สุดในแบบฉบับของ “พระเอก” กับ “นางร้าย” ที่ดำเนินไปพร้อมกับการ “เลือก” ที่จะต่อต้านของผู้ป่วย ซึ่งแสดงออกผ่านปฏิสัมพันธ์เล็กๆ น้อยๆ ในชีวิตประจำวัน อาทิ การต่อต้านกฎเกณฑ์/บรรทัดฐานของชุมชนการใช้ความบ้าของตัวเองให้เป็นประโยชน์ หรือเลือกที่จะแสดงตัวตนบางด้านในบางเวลาเพื่อเป็นข้ออ้างในการต่อรองกับการถูกเอาเปรียบและความไม่เป็นธรรมต่างๆ

ดังเช่น “อุ่น” ผู้ป่วยทางจิตที่ชาวบ้านมักพูดนิพนหาว่า ซื่อไม่รู้จักพอ ด่าเก่ง ซื่อไว้วาย ฉลาดแกมโกงจนไม่เหมือนกับคนบ้า เพราะคำว่า “บ้า” สำหรับชาวบ้านเป็นภาพของคนที่น่าจะทำอะไรไม่รู้เรื่องรู้ราวเท่าคนปกติ เธอจึงถูก

ชาวบ้านประนามบ่อยครั้งว่าเป็น “อีบ้าจ้องทอง” “บ้าค่าคน” และ “บ้ากินข้าวขอ” ถูกรังเกียจและบอกว่า “แกล้งบ้า” “อย่างลูกค้ำมากินนี้ มันก็มาขอเขา บอกขอ กินซักซาม เขารำคาญ ให้มันแล้วก็ยังขยันมาไม่รู้จักพอ ไร่นามันก็มี...ตอนงานศพแม่ฉันตาย มันก็ไปยื่นผ้า มันอยากจะกินกับแขก มันจะฉีกหน้าเรา ทำเราขายหน้า เหมือนกับมันไม่ได้บ้า มันแกล้ง นั่นแหละเขาถึงเกลียด”

โดยเฉพาะการต่อรองและต่อต้านเพื่อเรียกร้องในสิ่งที่ผู้อื่นเห็นว่าไม่ถูกต้อง หรือถูกเอาเปรียบ เช่น การด่าและตีหัวเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยคนเก่า ซึ่งชาวบ้านบ่นว่าชอบอู้งาน การออกไปนอนขวางถนนเพื่อประท้วงผู้รับเหมาก่อสร้างถนนที่ทำฝุ่นดินเข้าบ้าน แต่ชาวบ้านกลับตีความและพูดต่อกันไปว่า “มันจะให้เขาจ้างมันออก (หมายถึงเรียกเอาเงิน) เห็นไม๊ มันฉลาดจะตาย” อันจึงเป็นผู้ป่วยที่ไม่น่าสงสารในสายตาของใครๆ ถูกมองว่าสร้างแต่ความเดือดร้อน เป็น “นางร้าย” ในหมู่บ้าน กระนั้น การต่อรองของผู้อื่นก็ทำให้ชาวบ้านยอมจำนนทุกครั้งไปและไม่มีใครกล้าเอาเปรียบ ล้อเลียนหรือด่าว่าต่อหน้าเธอ

ในการพูดถึงผู้อื่น ชาวบ้านมักนำเรื่องของเธอไปเปรียบเทียบกับ “ป๋อง” เสมอๆ เพราะป๋องในสายตาของชาวบ้านเป็นเหมือนตัวแทนของคนบ้าที่ประพฤติตัวดี ไม่ทำอะไรใครพร่ำเพรื่อ อยู่อย่างเรียบง่ายเนื้อเนียนตัว มีเหตุมีผลและไม่สร้างความเดือดร้อน ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่ตรงข้ามกับผู้อื่นแทบทุกอย่าง ในความรับรู้ของชาวบ้าน ป๋องเป็นผู้ป่วยที่ฉลาดรอบรู้พูดจาสุภาพไพเราะและโต้ตอบได้อย่างฉะฉาน เป็น “คนดัง” ที่ใครๆ ก็รู้จักและมักพูดถึงในทางชื่นชม รวากับเป็น “พระเอกในหมู่คนบ้า” และได้รับความเป็นกันเองจากเพื่อนบ้านเสมอ “ไอ้ป๋องนั่นมันดี เขาสงสารมากกว่า ...เขาก็ไม่รังเกียจมันนะ อย่างยายนี้ถ้าเห็นมันก็เรียกมันมากินด้วย”

บุคลิกภาพอันโดดเด่นที่ทำให้ชาวบ้านพากันทั้งและประหลาดใจในตัวป๋องก็คือ ความฉลาดรอบรู้ไป ทุกเรื่องจนบางครั้งก็เหมือนกับไม่ได้บ้าหรือรู้ดียิ่งกว่าคนดีๆ ทั่วไปเสียอีก การกล้าต่อล้อต่อเถียงกับเจ้าหน้าที่ตำรวจ ขอบวิจารณ์การเมืองและวิจารณ์การทำงานของครูหรือคนอื่นๆ อย่างมีเหตุมีผลจนชาวบ้านยังเห็นด้วย “เรื่องอะไรรู้หมด มันว่าตำรวจนะ มาจับผมนะ ไอ้ที่เมาอยู่ไม่มีปัญญา

จับนะมันว่า จับดีแต่ผมมันหละ แหม.. มันฉลาด มันรู้จักว่านะ บอกเป็นครูอะไร
ไม่รู้จักสอนเด็ก ซี่รถไปซี่รถมา ภารโรงนะมีไว้ทำไม โรงเรียนก็รัก ดูนะมันว่า
อื้อ! พุดแล้วมันถูก บมีใครเถียงกับมันซักคน ครูก็นิ่งเฉย” “เหมือนกับมันไปอ่าน
แล้วมาพุด”

ท่ามกลางการเป็นคนดีและขยันในสายตาของชาวบ้าน บ้องจึงได้รับค่าแรง
ในงานรับจ้างเท่ากับคนทั่วไป คือ 150-180 บาทต่อวัน แต่ในครั้งหนึ่งที่เขาถูก
เอาเปรียบเมื่อไปช่วยงานที่สถานีอนามัยแล้วได้รับเงินเพียง 60 บาท เขาจึงใช้วิธี
เบี่ยงงานโดยอ้างว่า “เหนื่อย ทำไม่ไหว” ทั้งที่เขายังไปรับจ้างทำงานในไร่หน่กๆ
ได้ เหตุการณ์นี้ทำให้เห็นว่า นอกเหนือจากภาพของการเป็นคนบ้าที่ดีแล้ว ผู้ป่วย
บางคนก็ใจเลือกใช้ความ “ซี้เกียจ” ในบางโอกาส เพื่อต่อรองกับการถูกเอา
เปรียบ/ไม่เป็นธรรม โดยที่เขายังสามารถเป็นคนบ้าที่ขยันและดีของชาวบ้าน
ทั่วไปได้

การสื่อถึงด้านที่ตรงกันข้ามกันอย่างสิ้นเชิงระหว่างผู้ป่วยที่ “บ้าดี” กับ
“บ้าร้าย” อาจไม่แตกต่างกับการแบ่งแยกความเป็น “คนดี” และ “คนร้าย”
ในโลกของคนปกติ กรณีนี้ช่วยให้เห็นว่า ท่ามกลางการถูกกดทับตีตราทางสังคม
ด้วยความบ้าแล้ว ในหมู่ผู้ป่วยทางจิตด้วยตนเองก็ยังถูกคนปกตินำมาจัดลำดับ
ชั้นให้เกิดความแตกต่างและสร้างให้เกิดมาตรฐานวัดคุณค่าตัวตนของผู้ป่วยที่มีเกณฑ์
บรรทัดฐานแบบคนปกติมากำหนด ขณะที่ในอีกด้าน ผู้ป่วยทางจิตก็เป็นฝ่าย
เลือกที่จะดำรงตัวตนอย่างไรท่ามกลางการจำแนกตีตราดังกล่าวด้วย เพื่อใช้ต่อรอง
กับความไม่เป็นธรรมและการอุดหนุน พฤติกรรมการแสดงออกของผู้ป่วยทางจิต
จึงไม่ได้เป็นไปอย่างไร้สติ ไร้ความหมาย หากแต่เป็นยุทธวิธีหรือปฏิบัติการ
ต่อรองเชิงอำนาจที่คนทั่วไปอาจคิดไม่ถึงได้เช่นกัน

บทสรุป

การเข้ามาของความรู้เรื่องโรคจิตเวชเป็นการเผชิญหน้ากัน (counter)
ทางวาทกรรมระหว่างวิธีคิดของการแพทย์แบบวิทยาศาสตร์กับการแพทย์แบบ

พื้นที่บ้านที่มีระบบคำอธิบายหรือการให้ความหมายต่อการเจ็บป่วยทางจิตแตกต่างกัน การปะทะ ประสานที่เกิดขึ้นได้ออกดอกออกผลเป็นการเปลี่ยนรูปความหมาย (transformation / mutation) วากรรมแบบดั้งเดิมของชาวบ้าน ที่ส่งผลต่อโครงสร้างความคิดและบรรทัดฐานในการอยู่ร่วมกันของชุมชน การหักเหทาง วากรรมนำไปสู่การเปลี่ยนเชิงโครงสร้างของชุมชนในมิติต่างๆ

นับแต่การเข้าครอบครองพื้นที่หรือปริณทลทางสังคมวัฒนธรรมของ วากรรมเรื่องโรคจิตเวชที่ยังรากลงบนโครงสร้างความเป็นชุมชนด้วยฐานคิดที่ แตกต่างกัน ด้วยการเข้ามาจัดหมวดหมู่ความผิดปกติในโลกทัศน์แบบพื้นที่บ้านที่มี อยู่หลากหลายให้เหลือเพียง “โรคจิตเวช” ความสำเร็จนี้มีปัจจัยเอื้อจากความ เปลี่ยนแปลงสภาพทางสังคมที่ทำให้การแพทย์พื้นบ้านล้มหายตายจากไปจนเกือบ หดสิ้น การขยายบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขของภาครัฐ โดยเฉพาะ การเข้ามาส่งเสริมความรู้เรื่องโรคจิตเวชของโรงพยาบาลและชมรมฯ ที่นำสาร ความรู้แบบใหม่ส่งตรงถึงชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ เป็นเสมือนตัวแทนภาค ปฏิบัติการของวากรรมแบบใหม่ที่ช่วยผสานวิธีคิดเรื่องโรคจิตเวช เข้าไปในวิถี ชาวบ้านได้อย่างกลมกลืนและมีพลัง

วากรรมเรื่องโรคจิตเวชยังได้เข้ามาจัดวางโครงสร้างความสัมพันธ์ในชุมชน เสียใหม่โดยแบ่งแยกระหว่าง “คนดี” และ “คนบ้า” ที่มีระยะห่าง (distance) ต่อกันอย่างชัดเจน ทำให้ความบ้ากลายเป็นสิ่งที่คนดีไม่ควรก้าวข้ามไปข้องเกี่ยว หรือเข้าใกล้จนเกินไป เพราะความบ้าดำรงอยู่ในลักษณะของความเป็น “ตัวตน” ทางสังคมของปัจเจก มากกว่าที่จะหมายถึงโรคหรืออาการความเจ็บป่วยของสมาชิก ในชุมชนที่ต้องร่วมกันแก้ไข กระทั่งการจำแนกแยกแยะ (classification) ระหว่าง “บ้าดี” กับ “บ้าร้าย” ซึ่งผูกไว้ด้วยค่านิยมของการเป็นคนบ้าที่แม้จะดี ก็ยัง แตกต่างจาก “คนดี” หรือ “คนปกติ” อยู่นั่นเอง การป่วยทางจิตจึงกลายเป็น เรื่องเดียวกับอัตลักษณ์ทางสังคม ที่ผู้ป่วยหรือคนบ้าสวมใส่ไวยากรณ์ของความบ้า ที่สังคมรับรู้และร่วมกันผลิตซ้ำภาพแสดงแทน (representation) ขึ้นมา เช่น การบอกว่า คนบ้าเสียงดัง แต่งตัวสกปรกหรือการจัดประเภทความบ้าในแบบคู่ ตรงข้าม

ที่สุดแล้ว ความสำเร็จในการให้ความรู้ของวาทกรรมการแพทย์สมัยใหม่ จึงไม่ได้ทำให้วิธีคิดเรื่อง “ผีบ้า” ถูกขจัดออกไปจากวิธีคิดในสังคมพื้นบ้าน แต่กลับทำให้มันดำรงอยู่ในชั่วตรงข้ามกับวาทกรรมเรื่อง “โรคจิตเวช” แทน (dichotomy) ที่ตอกย้ำให้วาทกรรมเรื่อง “โรคจิตเวช” มีที่ทางชัดเจนขึ้นมาได้ ความหมายที่เปลี่ยนรูปไปของวาทกรรมเรื่องผีบ้าจึงกลับยิ่งรุนแรงและติดตรึงอยู่กับระบบความสัมพันธ์ของชุมชนมากขึ้นกว่าเดิม อย่างไรก็ดีตาม ภายใต้วาทกรรมแบบใหม่นี้ ชุมชนเริ่มมีกระบวนการของการสร้างเหตุผลขึ้นมารองรับหรืออ้างความชอบธรรมและผลักให้ผู้ป่วยทางจิตถูกกันออกจาก “คนปกติ” มากขึ้น ดังที่สะท้อนผ่านการจัดประเภท (categories) ผู้ป่วยทางจิตบนฐานของการให้คุณค่ากับร่างกายที่สามารถผลิตได้ (productive subject) นำมาสู่การประทับตราทางสังคม (stigmatization) การกีดกันปิดกั้นโอกาสและสิทธิความเสมอภาค ในด้านต่างๆ (exclusion) ซึ่งทำให้ผู้ป่วยทางจิตตกเป็นกลุ่มชายขอบทางสังคม (marginalization) ตามมา

นอกจากนั้น การยอมรับวาทกรรมเรื่องโรคจิตเวชมีผลต่อการสร้างความชอบธรรมในการใช้อำนาจ/ความรุนแรงในการจัดการความเจ็บป่วยทางจิตด้วยระเบียบวินัยแบบสถาบัน (discipline) สิ่งเหล่านี้เกิดขึ้นได้ด้วยฐานคิดที่แยกแยะผู้ป่วยทางจิตออกจากระบบความสัมพันธ์ของคนปกติและการย้ายความรับผิดชอบต่อการเจ็บป่วยจากเรื่องส่วนรวมมาเป็นเรื่องของปัจเจกบุคคล อย่างไรก็ตาม แม้ว่าชุมชนจะยอมรับและเรียนรู้ที่จะเป็นผู้ปฏิบัติการภายใต้วาทกรรมเรื่องโรคจิตเสียเอง แต่ในกรณีที่ต้องเผชิญกับภาวะวิกฤติอันเกิดจากความขัดแย้งหรือการสั่นคลอนของสถาบันอันเป็นที่เคารพ ชุมชนก็เลือกที่จะประนีประนอมทางวาทกรรมต่อการป่วยทางจิตของเจ้าอาวาสและครู ด้วยการอนุญาตให้อยู่ในพื้นที่เว้นวรรคคือ ไม่พูดถึงหรือจัดแยกไว้ในพื้นที่ที่ต่างระดับไปจากผู้ป่วยอื่นๆ ในแง่หนึ่งก็คือการสร้างวาทกรรมย่อยๆ ขึ้นมารองรับ

ท่ามกลางการจัดจำแนกและการกีดกันผู้ป่วยออกจากโลกของคนปกตินี้ ยังมีมิติของการต่อต้าน ต่อรองที่ผู้ป่วยทางจิตเรียนรู้ที่จะใช้เป็นยุทธวิธีในการดึงอำนาจบางส่วนกลับมาหรือเพื่อเปิดที่ทางให้ตนเองสามารถอยู่ได้อย่างมีคุณค่า

ความหมายหรือไม่ถูกคุกคามเกินไปนัก รูปแบบการต่อต้าน ต่อรองนี้ไม่ได้เกิดขึ้นอย่างเป็นขบวนการหรือเป็นกิจลักษณะ หากแต่เป็นการต่อต้านเล็กๆ น้อยๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันของผู้ป่วย (everyday-life practice) ซึ่งอาจดูไม่มีความหมายสำหรับคนทั่วไป ทว่าผู้ศึกษากลับเห็นว่า การต่อต้าน ต่อรองเหล่านี้มีความหมายและความสำคัญกับผู้ป่วยทางจิตและครอบครัว ในแง่ที่มันเป็นการสำแดงตัวตนและพลังอำนาจที่มีอยู่จำกัดบนพื้นที่ชีวิตที่พวกเขาและเธอต้องปฏิสัมพันธ์อยู่ด้วยตลอดเวลา การแสดงออกจึงขึ้นกับวาระเหตุการณ์หรือโอกาสที่จะเผยการต่อต้าน ต่อรองเหล่านั้นออกมาได้

สิ่งที่น่าสนใจก็คือ รูปแบบการฉวยใช้ประโยชน์จากวาทกรรมเรื่องโรคจิตเวช ที่เข้ามาครอบงำความหมายทางสังคมในชุมชนของผู้ป่วยทางจิตและครอบครัว ทั้งในลักษณะของการหันไปอ้างอิงความหมายกับวาทกรรมแบบใหม่ คือ **“โรคจิตเวช”** และ **“หมอ”** เพื่อต่อรองเมื่อถูกเรียกด้วยถ้อยคำรุนแรง คล้ายกับการกลับด้านของความหมายหรือการ **“ย้อนรอยทางวาทกรรม”** หรือแม้ในการต่อต้าน ต่อรองกับการจัดประเภทและผลต่อเนื่องที่เกิดขึ้นบนความสัมพันธ์เชิงอำนาจที่ผู้ป่วยทางจิตตกเป็นฝ่ายถูกกระทำ ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถตั้งอำนาจต่อรองกลับมาอยู่ที่ตัวเองได้อย่างแนบเนียน เหล่านี้คือ การ **“เล่น” (play)** ของผู้ป่วยทางจิตที่กระทำภายในโครงสร้างทางสังคมที่จัดแยก **“คนบ้า”** ไว้ด้านตรงข้ามกับ **“คนดี”** หรือ **“คนปกติ”** ทำให้กฎเกณฑ์ทางสังคมของคนดีเกิดความสับสนวุ่นวาย ขณะที่ความบ้ากลับดูน่ากวน เลื่อนไหลไปมาได้

ท้ายที่สุดเรายังสามารถกล่าวได้ด้วยว่า ปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นน่ายให้เห็นการซ้อนทับกันระหว่างวาทกรรมหลายชุด เพราะเมื่อเราอธิบายว่า สภาพการณ์ (event) ที่เกิดขึ้นถูกกำกับด้วยอำนาจจากวาทกรรมเรื่องโรคจิตเวชที่มีแหล่งผลิตจากระบบการแพทย์สมัยใหม่ แต่เราก็พบว่า วาทกรรมดังกล่าวนี้ไม่ได้ซ้อนทับกันกับวาทกรรมของชุมชนอย่างสนิทเสียทีเดียว หากพบว่าชุมชนได้สร้างวาทกรรมชุดย่อยๆ ขึ้นมาใช้กำหนดความหมายของความบ้าที่ต่างไปจากวาทกรรมแม่แบบที่สามารถยึดหยุ่นได้ ขึ้นกับเงื่อนไขด้านอัตลักษณ์ของผู้ป่วยบนความสัมพันธ์เชิงอำนาจ ในทางกลับกัน ผู้ป่วยเองก็เลือกที่จะฉวยใช้วาทกรรม

เรื่องโรคจิตเวชในลักษณะต่อรองหรือโต้กลับอย่างเป็นประโยชน์กับตัวเอง โดย
นัยนี้เท่ากับว่า การสวมรอยความหมายหรือการสวมรอยทางวาทกรรมดำรงอยู่
หลายชั้น โดยที่ต่างฝ่ายต่างอยู่ท่ามกลางการปะทะและต่อรองความสัมพันธ์เชิง
อำนาจระหว่างกันไปมาเสมอ

บรรณานุกรม

- กองโรงพยาบาลโรคจิต. (2512). 80 ปีของจิตเวชในประเทศไทย. กรมการ
แพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์คุรุสภาพระสุเมรุ.
- กาญจนา แก้วเทพ และ สมสุข หินวิมาน. (2551). สายธารแห่งนักคิดทฤษฎี
เศรษฐศาสตร์การเมืองกับการสื่อสารการศึกษา. กรุงเทพฯ : ห้างหุ้น
ส่วนจำกัดภาพพิมพ์.
- ไชยรัตน์ เจริญสินโอฬาร. (2545). สัญวิทยา, โครงสร้างนิยม. หลังโครงสร้าง
นิยม กับการศึกษาประวัติศาสตร์. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์วิภาษา.
- เดวิด แอล กอสลิง. (2529). หมอพระ: มิติใหม่ของพระพุทธศาสนาและ
สาธารณสุขไทย. (ธีรวัฒน์ ภูมิจิตร แปล & เสวรส เปล่งแสงศรี เรียบเรียง).
กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มูลนิธิโกมลคีมทอง.
- นพพร ประชากุล. (2547). คำนำเสนอ ใน ร่างกายใต้บังคับการ: ปฐมบทแห่ง
อำนาจในวิถีสสมัยใหม่. (มิเชล ฟูโกต์ เขียน & ทองกร โภคธรรม แปล).
(หน้า (1) - (31)). กรุงเทพฯ : โครงการจัดพิมพ์คปไฟ.
- ทวีศักดิ์ เผือกสม. (2545). รายงานการวิจัยเรื่อง การแพทย์สมัยใหม่ใน
สังคมไทย: เชื้อโรค ร่างกาย และรัฐเวชกรรม. โครงการภูมิปัญญา
ทัศนจากวรรณกรรมและพฤติกรรม. เอกสารอัดสำเนา.
- ธงชัย วินิจจะกุล. (2534). รายงานโครงการวิจัยเสริมหลักสูตร เรื่อง วิธีการ
การศึกษาประวัติศาสตร์แบบวงศ์วิทยา (Genealogy). คณะศิลปศาสตร์
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. เอกสารอัดสำเนา.

ชเนต วงศ์ยานนาวา. (2548). การสร้าง “ซัปปะเจด” : บทวิพากษ์ Foucault และการวิเคราะห์ “ซัปปะเจด” จากภาพ Las Meninas. เอกสารอัดสำเนา.

ภิญญา เฟื่องฟูสกุล. (2543). รายงานการวิจัยเรื่อง อัตลักษณ์ (Identity): การทบทวนทฤษฎีและกรอบคิด. กรุงเทพฯ: คณะกรรมการสภานิติบัญญัติแห่งชาติ.

อัฐมา โกคาพานิชวงษ์. (2550). รายงานการวิจัยเรื่อง “การดำรงอยู่ทางสังคมของผู้ป่วยทางจิตในท้องถิ่นอีสาน: อัตลักษณ์และปฏิบัติการต่อรองความหมายทางสังคม”. สำนักงานคณะกรรมการวัฒนธรรมแห่งชาติ กระทรวงวัฒนธรรม.

Derrida, Jacques. (2002). **Writing and Difference**. London: Routledge.

Foucault, Michel. (1983). The Subject and Power. In L.Dreyfus, Hubert and Rabinow, Paul. (Eds.). **Michel Foucault : Beyond Structuralism and Hermeneutics**. (pp.208-226). The University of Chicago Press.

Foucault, Michel. (1994). **The Order of Things**. New York: Vintage Books.

Goffman, Erving. (1963). **Stigma: Notes on the management of spoiled identity**. New Jersey: Prentice-Hall.

Gutting, Gary. (1990). **Michel Foucault's archaeology of scientific reason**. New York: Cambridge University Press.

Woodward, Kathryn. (1997). **Identity and Difference**. London: Sage Publication.