



โลกยุค COVID-19: วิกฤตและโอกาสในชีวิต ของผู้อยู่ร่วมกับโรคซึมเศร้า

The Era of COVID-19: Crises and Opportunities among People Living with Depression

พรามินทร์ ตั้งโสภาสวิลไสกุล
Poramin Tangopasvilaisakul

คณะสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต
จังหวัดปทุมธานี 12111

Faculty of Sociology and Anthropology Thammasat University, Rangsit Campus,
Pathumthani 12121

*Corresponding author E-mail: poramin.tang@gmail.com

(Received: January 16, 2021 / Revised: May 16, 2021 / Accepted: May 27, 2021)

บทคัดย่อ

บทความชิ้นนี้พยายามสำรวจถึงประสบการณ์ชีวิตของผู้อยู่ร่วมกับโรคซึมเศร้า โดยใช้ปรากฏการณ์สถานการณ์โรคระบาดโควิด-19 เป็น ‘สนาม’ เพื่อเผยให้เห็นถึง ‘ภววิทยาที่หลากหลายของโรคซึมเศร้า’ ที่ซึ่งผู้อยู่ร่วมกับโรคซึมเศร้าให้ความหมายและตีความโลกชีวิตซึมเศร้าอย่างแตกต่างหลากหลายสำหรับบางคน สถานการณ์โรคระบาดโควิด-19 ได้เปลี่ยนท่วงทำนองชีวิตประจำวันของพวกเขาให้กลายเป็นสภาวะทุกข์ทรมาน ขณะที่บางคนกลับให้ความหมายโรคระบาดโควิด-19 ว่าช่วยสร้างโอกาสที่ทำให้พวกเขาได้ทบทวนคุณค่าและความหมายของชีวิตใหม่ ตลอดจนสร้างเงื่อนไขให้พวกเขาได้แสดงศักยภาพการกระทำและรื้อฟื้นความสัมพันธ์เพื่อยึดโยงตัวเองกลับเข้า

โครงสร้างความสัมพันธ์ที่เคยแปลกแยกได้อีกครั้ง เรื่องเล่าของผู้ที่อยู่ร่วมกับโรคซึมเศร้าท่ามกลางภาวะระบาดได้ช่วยคลี่คลายให้เห็นว่า ‘โรคซึมเศร้า’ มีความสลับซับซ้อนเกินกว่าที่จะเป็นสิ่งที่ประกอบสร้างทางชีว-จิตวิทยา ตามกรอบทัศน์จิตเวชศาสตร์กระแสหลักที่มองว่าโรคซึมเศร้าเป็น ‘พยาธิสภาพที่อยู่ภายในปัจเจก’ ได้แบบตรงไปตรงมา หากแต่โรคดังกล่าวยังมีมิติของการเป็นสิ่งที่ประกอบสร้างทางสังคม-วัฒนธรรม ในฐานะผลผลิตที่เกิดการปะทะประสานระหว่างโครงสร้างภายนอกและผู้กระทำการอย่างมีพลวัต ซึ่งเรียกร้องให้หันกลับมาสนใจโลกประสบการณ์และการให้ความหมายหรือความเข้าใจท้องถิ่นของผู้ที่อยู่ร่วมกับโรคซึมเศร้ามากขึ้น

คำสำคัญ: โรคซึมเศร้า, โควิด-19, ศักยภาพกระทำการ

Abstract

This article attempts to explore the life experiences of patients living with depression by using the COVID-19 epidemic phenomenon as a field to reveal “the ontological multiplicity of depression(s)” in which the patients define and interpret the world of depression in complex and different ways. For some patients, COVID-19 has transformed their social-life rhythm into suffering conditions; some on the other hand, think that COVID-19 creates an opportunity for them to re-evaluate the life value and meaning of life as well as creating conditions for them to showcase their agency, to take action, and to rekindle the relationships that were distanced from the changes in social structures. The narratives of depressed patients amidst the pandemic help unfold the fact that ‘depression’ is too intricate to be reduced to a constructed bio-psychological entity as perceived under the mainstream psychiatric discourse which directly defines depression as ‘a pathology inside the individual’. On the contrary, the disorder itself

also contains the dimension of socio-cultural construct as a product that creates a dynamic interaction between the structure and the agency which makes us give an emphasis on the subjective lifeworld and local meaning of people living with depression.

Keywords: Depression, COVID-19, agency

เกริ่นนำ: ชีวิตเปราะบางท่ามกลางสถานการณ์โควิด-19

“...วิกฤตจากโรคโควิด สำหรับคนอื่นหรือคนในบ้านอาจมองว่าโรคโควิดเป็นวิกฤต แต่สำหรับหมวยวิกฤตครั้งนี้กลับเป็นโอกาสให้เห็นว่าเราไม่ได้เป็นส่วนเกินของครอบครัว มันทำให้เรามีปากมีเสียง มีคนรับฟังและเข้าใจตัวเรามากขึ้นในครอบครัว...ทำให้หมวยคิดว่าชีวิตของเราไม่ได้เป็นเรื่องของตัวเอง แต่ยังเชื่อมโยงและเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตครอบครัว ทำให้ช่วงเดือนสองเดือนนี้หมวยไม่เคยคิดฆ่าตัวตายเลย ซึ่งไม่เคยเป็นมาก่อน ขนาดหมอยังทักเลยว่า คนไข้ซึมเศร้าที่มาหาช่วงนี้มีแต่ย่าแยะ แต่หมวยกลับดูมีความสุขในช่วงเวลาแบบนี้” – พี่หมวย (นามสมมติ) ผู้อยู่ร่วมกับโรคซึมเศร้า

เรื่องเล่าของ ‘พี่หมวย’ เผยให้เห็นว่า โรคระบาด COVID-19 ได้กลายมาเป็นตัวแปรในปรับเปลี่ยนความเป็นจริงทางสังคม (social realities) เกี่ยวกับการจัดการกำกับชีวิต เรือนร่าง และสุขภาวะของมนุษย์ (life politics) ในสังคมใหม่ (Keck et al. 2019, และ Snowden 2019) ที่ในด้านหนึ่ง โรคระบาด COVID-19 ได้สร้างเงื่อนไขและจัดวางกฎกติกาในการใช้ชีวิตประจำวันในวิถีใหม่ (new normal) ที่ซึ่ง ‘การเว้นระยะห่างทางสังคม (เชิงกายภาพ)’ (social distancing) และ ‘การทำงานจากที่บ้าน’ กลายเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตสามัญประจำวันของผู้คนในสังคม (Bermant and Ssorin-Chaikov 2020, และ Hall et al. 2020) ขณะที่ในอีกด้านหนึ่ง ตัวโรคระบาดก็มีศักยภาพในการปรับเปลี่ยน

โครงสร้างเศรษฐกิจการเมือง และสถาปนาหน่วยงานของความสัมพันธ์ทางสังคมรูปแบบใหม่ๆ (Lowe 2010a) ที่สำหรับบางคน สภาวการณ์ดังกล่าวได้กระตุ้นหรือปลุกเร้าให้เกิดความทันทูข์ทางสังคมหรือวิกฤตการณ์เชิงศีลธรรมในชีวิตของพวกเขา ทำให้ผู้คนบางกลุ่มและผู้อยู่ร่วมกับโรคซึมเศร้าบางคนรับรู้และตีความปรากฏการณ์โรคระบาดในฐานะ ‘วิกฤตซ้ำเติม’ ที่เข้ามากระทำหรือแปรเปลี่ยนให้สภาพชีวิตประจำวันของพวกเขาต้องประสบกับความทันทูข์เกินกว่าจะทานทน อย่างไรก็ตาม สำหรับบางคน โรคระบาด COVID-19 กลับได้สร้างสภาวการณ์ที่เอื้อต่อการผลิตสร้างความเป็นองค์ประฐานแบบใหม่ (new subjectivities) ในฐานะยุทธศาสตร์เพื่อประนีประนอม ต่อรอง ท้าทาย หรือเปลี่ยนแปลงตัวสภาวการณ์ที่กำลังกดทับครอบงำพวกเขาอยู่ (Lynteris 2014) หรือสามารถฟื้นคืนศักยภาพกระทำการ (agency) ที่ทำให้พวกเขาสามารถมีตัวตนและจัดวางตัวเองเข้าไปในโครงสร้างความสัมพันธ์ทางสังคมที่เคยแปลกแยกหรือถูกตัดขาด (Hari 2018) ส่งผลให้สำหรับผู้ที่อยู่ร่วมกับโรคซึมเศร้าบางกลุ่มรับรู้ ให้ความหมาย และใช้ประโยชน์วิกฤตการณ์โรคระบาดในฐานะ ‘โอกาส’ เพื่อทบทวนความเป็นคุณค่าตัวตน เรียกร้องคืนศักยภาพกระทำการกลับคืนมา ตลอดจนสามารถรื้อฟื้นหรือจัดวางตำแหน่งแห่งที่ของตนเข้าไปในขั้วใยความเชื่อมโยงทางสังคมอีกครั้ง และทำให้พวกเขาารู้สึกกลับมามีตำแหน่งแห่งที่ในโครงสร้างความสัมพันธ์อีกครั้ง ฉะนั้น ประสบการณ์ท่ามกลางเหตุการณ์โรคระบาดจึงเป็นอาณาบริเวณที่รุ่มรวยที่สามารถสำรวจศึกษาถึงผลกระทบเชิงสังคมที่แตกต่างและหลายหลากเกี่ยวกับยุทธศาสตร์ในการรับมือหรือสนองตอบต่อปรากฏการณ์โรคระบาด COVID-19 ของผู้อยู่ร่วมกับโรคซึมเศร้าแต่ละปัจเจกที่มีสถานการณ์และประวัติชีวิตที่จำเพาะแตกต่างกัน ที่ซึ่งถึงแม้พวกเขาจะป่วยเป็นโรคซึมเศร้าและกำลังเผชิญกับวิกฤตการณ์โรคระบาดเหมือนกัน หากแต่พวกเขากลับรับรู้ ตีความ ให้ความหมาย ตลอดจนรับมือ ใช้ประโยชน์ หรือถูกกระทำจากสถานการณ์โรคระบาดเฉพาะหน้า

ในยามปรกติหรือท่ามกลางภาวะวิกฤตการณ์โรคระบาด COVID-19 ได้มีส่วนกำหนดนิยามและให้ความหมายโรคซึ่มเศร่าอย่างที่เราเป็น ผ่านเรื่องเล่า (narratives) ของพวกเขา โดยเนื้อหาของบทความชิ้นนี้จะแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่ 1) วิธีวิทยาในการศึกษา 2) เรื่องเล่าจากสนามว่าด้วยการรับรู้ให้ความหมาย และประสบการณ์ที่มีชีวิตเกี่ยวกับการรับมือโรคระบาด COVID-19 ของผู้เข้าร่วมกับโรคซึ่มเศร่า และ 3) สภาวะทับซ้อนที่อยู่เบื้องหลังผู้เข้าร่วมกับซึ่มเศร่าแต่ละราย ที่ทำให้พวกเขาตกอยู่ในสถานะผู้กระทำกรหรือถูกกระทำจากปรากฏการณ์ COVID-19 อันนำไปสู่การรับมือและการตีความต่อสถานการณ์อย่างหลากหลาย

สนาม คู่สนทนา และวิธีวิทยา: ชาติพันธุ์วรรณาว่าด้วย ปฏิสัมพันธ์ COVID-19 – โรคซึ่มเศร่า – ผู้ป่วย

โดยชนบ นักชาติพันธุ์วรรณาจะต้องฝังตัวเข้าไปภายในใจกลางปรากฏการณ์ที่ศึกษาผ่านการมีประสบการณ์ร่วมกันกับคู่สนทนา เพื่อเรียนรู้และเข้าใจโลกประสบการณ์ของคู่สนทนาในแบบที่พวกเขาเป็น หากทว่าในการศึกษากลุ่มผู้เข้าร่วมกับโรคทางจิตเวช ผู้วิจัยถูกจำกัดให้ไม่สามารถเข้าถึงหรือเข้าไปมีส่วนร่วมในโลกชีวิตของคู่สนทนาได้อย่างเต็มที่ (ทั้งจากข้อจำกัดเชิงจริยธรรมทางการแพทย์และเงื่อนไขทางด้านสุขภาพจิตของคู่สนทนา) (Estroff 1981) บทความชิ้นนี้ได้จึงได้หยิบประยุกต์แนวทางการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา (phenomenological approach) มาใช้ในการฉายภาพประสบการณ์ชีวิตอันสลับซับซ้อนของปัจเจกบุคคลที่พยายามต่อสู้ดิ้นเพื่อใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับโรคซึ่มเศร่า ด้วยการมุ่งศึกษาชีวิตประจำวันของพวกเขาท่ามกลางการระบาดของโรค COVID-19 โดยแนวทางดังกล่าวมีฐานคิดว่าเราสามารถสำรวจและทำความเข้าใจโลกทัศน์และประสบการณ์ในชีวิตประจำวันที่น่าปรากฏอยู่ในโลกชีวิตของผู้เข้าร่วมกับซึ่มเศร่า ผ่านการพิจารณาเรื่องเล่า (narratives) ที่บอกเล่า

ถึงความเป็นตัวตน ประสบการณ์เชิงอัตวิสัยว่าด้วยความเจ็บป่วย ตลอดจนการตีความให้ความหมายและการตอบสนองต่อเหตุการณ์ต่าง ๆ ในชีวิตที่พวกเขาประสบมา (Ashworth 2003) ซึ่งแนวทางดังกล่าวเป็นอีกวิธีที่ช่วยให้เข้าถึงมุมมองของคู่สนทนา (emic view) โดยผู้วิจัยมีหน้าที่พยายามทำความเข้าใจและอธิบายปรากฏการณ์ตามที่คู่สนทนา ในฐานะเป็นผู้เชี่ยวชาญโลกชีวิตของตนเอง) ว่าพวกเขารับรู้และให้ความหมายกับมันอย่างไร โดยผู้วิจัยพยายามรับฟังและหนุนเสริมให้ผู้อยู่ร่วมกับโรคซึมเศร้าสะท้อนย้อนคิดและบอกเล่าถึงประสบการณ์การใช้ชีวิตและประสบการณ์ความเจ็บป่วย (illness narratives) ในช่วงสถานการณ์การระบาดแ่งมุ่มต่าง ๆ ในบริบทชีวิตประจำวัน จากนั้นจึงนำเรื่องเล่าเหล่านี้มาจัดวางลงในบริบททางสังคมและวัฒนธรรม เพื่อคลี่คลายให้เห็นถึงพลังทางสังคมวัฒนธรรมที่ปะทะประสานกับโลกชีวิตของผู้ป่วย โดยเรื่องเล่าและประสบการณ์ว่าด้วยความเจ็บป่วยถือเป็นปริมณฑลที่สำคัญในการทำความเข้าใจถึงอำนาจ ศักยภาพกระทำการ และการสร้างตัวตนของผู้ป่วยท่ามกลางความสัมพันธ์ทางสังคม (Buchbinder 2010)

นอกจากนี้ งานศึกษาชิ้นนี้ผู้เขียนได้หยิบประยุกต์กรอบแนวคิดที่เรียกว่า ‘ชาติพันธุ์วรรณนา (ภววิทยา) ไวรัส’ (viral ethnography) (Lowe 2017, และ 2010a) ซึ่งมีภววิทยาที่ตั้งอยู่บนฐานคิดที่ว่าปรากฏการณ์โรคระบาดมิได้เป็นเรื่องในปริมณฑลวิทยาศาสตร์การแพทย์แบบตรงไปตรงมา หากแต่ตัวเชื้อจุลชีพมันยังมีบทบาทเชิงสังคมในการสร้างและเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อมที่มีความจำเพาะ (milieu) กล่าวคือ มิได้มีเพียงตัวไวรัสเท่านั้นที่กลายพันธุ์ หากแต่ไวรัวยังทำให้เกิดการกลายพันธุ์ การผสมผสาน และการจัดเรียงใหม่ของเหตุการณ์และโครงสร้างความสัมพันธ์ในแต่ละสังคมที่มันคืบคลานแพร่ระบาดไปถึงอีกด้วย (Lowe 2017, 92) ‘ชาติพันธุ์วรรณนา (ภววิทยา) ไวรัส’ จึงเสนอให้มุ่งความสนใจไปที่เรื่องเล่าและปฏิบัติการที่ล่องลอยอยู่รอบ ๆ เหตุการณ์การระบาดของไวรัส COVID-19 และพิจารณาว่าตัวไวรัสมันได้เปลี่ยนแปลงหรือสร้างการกลายพันธุ์

ให้แก่บริบทที่อยู่รายรอบตัวมันอย่างไรบ้าง (Lowe 2017) งานศึกษาชิ้นนี้จึงให้ความสนใจไปที่ความเชื่อมโยงระหว่างเรื่องราวของโรคระบาด COVID-19 – ผู้อยู่ร่วมกับโรคซึมเศร้า – และโรคซึมเศร้าที่ผสมผสานปะปะประสานอยู่ท่ามกลางนิเวศวิทยาที่เรียกว่าสังคมไทย โดยใช้การสัมภาษณ์เรื่องเล่าประสบการณ์ชีวิตแบบระยะไกล และการสังเกตการณ์แบบมีส่วนร่วมบางส่วน (partial participant observation) ผ่านการวิดีโอคอลในแอปพลิเคชันไลน์ (LINE) และสไกป์ (Skype) เพื่อเก็บข้อมูลเกี่ยวกับโลกทัศน์ เจตคติ เรื่องเล่าประสบการณ์ที่มีชีวิต อารมณ์ความรู้สึก ตลอดจนปฏิบัติการของผู้อยู่ร่วมกับโรคซึมเศร้าที่ต้องเผชิญกับภาวะการระบาดของไวรัส COVID-19 ขณะเดียวกันก็เปิดโอกาสให้พวกเขาได้นิยามความหมายเกี่ยวกับประสบการณ์ในภาวะวิกฤตการณ์โรคระบาดผ่านเสียงที่หลากหลายของผู้อยู่ร่วมกับโรคซึมเศร้า โดยงานศึกษาชิ้นนี้ได้ศึกษากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าจำนวน 6 ราย¹ (ดังในตารางที่ 1) ด้วยวิธีการคัดเลือกแบบจำเพาะเจาะจง (purposeful sampling) มาใช้เพื่อคัดเลือกคู่สนทนา ซึ่งวิธีการคัดเลือกดังกล่าวเหมาะกับการใช้ระบุเลือกผู้ที่มีความรู้และประสบการณ์ ตลอดจนสามารถถ่ายทอดความรู้และประสบการณ์เกี่ยวกับปรากฏการณ์ที่ศึกษาได้อย่างลุ่มลึกท่ามกลางทรัพยากรที่มีจำกัดได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Cresswell and Clark 2011)

ตารางที่ 1 ตารางแสดงข้อมูลพื้นฐานของคู่ร่วมสนทนา

ชื่อของผู้เข้าร่วมการวิจัย (นามสมมติ)	พี่เดือน	พี่ปอ	พี่หมวย	พี่แดง	แบงค์	เกริก
อายุ	32	34	40	40	30	30
เพศ	หญิง	หญิง	หญิง	หญิง	ชาย	ชาย

ชื่อของผู้เข้าร่วมการวิจัย (นามสมมติ)	พี่เดือน	พี่ปอ	พี่หมวย	พี่แดง	แบงค์	เกริก
อาชีพ	พนักงานในโรงงาน	นักข่าวอิสระ	พนักงานออฟฟิศ	ไม่มี (เป็นแม่บ้านคอยเลี้ยงลูก)	ฟรีแลนซ์รับเขียนโปรแกรมและขับแท็กซี่	ฟรีแลนซ์รับจ้างออกแบบภายใน
ระยะเวลาป่วยเป็นโรคซึ่มเศร้า (นับจากวันที่ถูกวินิจฉัยโดยจิตแพทย์)	5 ปี	8 ปี	ประมาณ 10 ปี	7 ปี	3 ปี	4 ปี
สถานภาพ	โสด อาศัยอยู่กับครอบครัว	โสด อาศัยอยู่ลำพัง	สมรส อาศัยอยู่กับครอบครัว	สมรส อาศัยอยู่กับครอบครัวสามี	โสด อาศัยอยู่กับครอบครัว	โสด อาศัยอยู่กับครอบครัว

ที่มา: ผู้เขียน

หลากหลายชีวิตของผู้อยู่ร่วมกับโรคซึ่มเศร้าท่ามกลางโลกยุค COVID-19: วิกฤตซ้อนวิกฤต ฤา โอกาสในวิกฤต?

ถึงแม้โรคซึ่มเศร้าเป็นปรากฏการณ์ที่พบได้ทั่วไป หากแต่กลับมีความหลากหลายและสลับซับซ้อน ขณะที่สาเหตุแท้จริงของโรคซึ่มเศร่ายังคงเป็นที่ถกเถียงในแวดวงจิตเวชศาสตร์ (Blackburn 2019, และ พิชัย อภิภูสสุกุล และ ศิริไชย หงษ์สงวนศรี 2558) ยังผลให้นักวิชาการจากหลากหลายต่างพยายามสร้างชุดคำอธิบายถึงต้นตอสาเหตุของโรคซึ่มเศร้าขึ้นอย่างหลากหลาย โดยบ้างให้ความสำคัญกับการทำงานของปัจจัยเชิงชีวภาพและพันธุกรรมในตัว

ปัจเจกบุคคล บ้างให้น้ำหนักกับความบกพร่องทางการรับรู้หรือบุคลิกภาพของปัจเจกบุคคลที่อ่อนไหวหรือเปราะบางต่อโรคซึมเศร้า และบ้างมุ่งอธิบายไปที่เงื่อนไขสภาพแวดล้อมทางสังคมที่อาจกระตุ้นให้เกิดโรคซึมเศร้าหรือการปรับตัวเชิงลบ (Huang and Fang 2016) สำหรับแนวคิดจิตเวชศาสตร์ กลุ่มโรคซึมเศร้าถือเป็น “กลุ่มของความเจ็บป่วยที่ถูกจำแนกลักษณะตามระดับต่างๆ ของอารมณ์เศร้า (*sad mood*) และสัมพันธ์กับความเปลี่ยนแปลงไปของอาการทางด้านกรคิด (*cognitive*) ด้านร่างกายหรือชีวภาพ (*neurovegetative*) และด้านจิตใจการเคลื่อนไหว (*psychomotor*)” (Friedman 2011, 1) โดยมีการจำแนกระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร้าออกเป็นตามระดับความรุนแรงของโรคเป็น 3 ระดับ (ระดับน้อย ปานกลาง และรุนแรง) เพื่อนำไปสู่การประเมินวิธีการรักษาด้วยวิธีการต่างๆ อย่างเหมาะสม อาทิ การรักษาด้วยยา การบำบัดทางจิตสังคม การรักษาด้วยไฟฟ้า (*electroconvulsive therapy: ECT*) ไปจนถึงการรับรักษาในโรงพยาบาล (*hospitalization*) (กมลเนตร วรณเสวก 2557; พิชัย อภิภูสฎกุล และศิริไทย หงษ์สงวนศรี 2558) ถึงแม้ได้สร้างกรอบทัศน์อธิบายโรคซึมเศร้าในฐานะของการผสมผสานระหว่างปัจจัยทางชีว-จิต(ใจ)-สังคม (*bio-psycho-social approach*) หากทว่าฐานคิดของจิตเวชศาสตร์เองก็ตั้งอยู่บนกระบวนทัศน์ปฏิฐานนิยมยุคหลัง (*post-positivist paradigm*) ที่พยายามทำให้โรคซึมเศร้ามีความเป็นวัตถุวิสัยและมีความสากลทั่วไป (*overgeneralization*) (Blackburn 2019, และ Huang and Fang 2016) โดยพยายามฉายภาพโรคซึมเศร้าเสมือนความเจ็บป่วยทางกายภาพอื่นๆ (*organic disease*) ซึ่งเป็นพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นและสติดอยู่ภายในปัจเจกบุคคลที่สามารถวินิจฉัยผ่านอาการที่แสดงออก (Mallar et al. 2015) กรอบทัศน์ดังกล่าวถูกวิพากษ์และท้าทายความชอบธรรมโดยงานศึกษาของกลุ่มนักคิดสำนักประกอบสร้างนิยมเชิงสังคม-วัฒนธรรม (*socio-cultural constructionism*) และงานศึกษากลุ่มจิตเวชศาสตร์ข้ามวัฒนธรรม (*cross-cultural psychiatry*)

(อาทิงงานของ Kleinman et al 1978, และ Summerfield 2003 และ 2012) ในแง่ที่ว่าภายใต้กรอบทัศน์จิตเวชศาสตร์กระแสหลักเงื่อนไขและบริบทเชิงวัฒนธรรมที่มีบทบาทในหล่อหลอมประกอบสร้างประสบการณ์และการปรากฏของโรคซึมเศร้าขึ้นอย่างแตกต่างหลากหลายดูเหมือนจะถูกลดทอนและ/หรือถูกมองข้าม จนเกิดการปรับแยกระหว่างปริมณฑลของโรคและวัฒนธรรมหรือประสบการณ์เชิงอัตวิสัยของปัจเจกบุคคล และบดบังภาววิทยาอันหลากหลายของตัวโรคซึมเศร้า ซึ่งไม่เพียงนำไปสู่การบั่นทอนประสิทธิภาพของมาตรการรักษาเอง หากแต่ยังอาจบดบังความรุนแรงเชิงโครงสร้างทางสังคมที่กระทำต่อผู้ป่วย ผ่านการทำให้เรื่องความทุกข์กลายเป็นเรื่องทางการแพทย์ (medicalization of social suffering) (Chase et al. 2018, และ Clark 2014) บทความชิ้นนี้ได้ชี้แนวทางเชิงมานุษยวิทยามาขบขันให้เห็นถึงพลังทางวัฒนธรรมและบริบทของสถานการณ์โรคระบาดที่มีบทบาทอย่างจำเพาะแตกต่างต่อประสบการณ์ความเจ็บป่วยและการตีความให้ความหมายต่อ 'โลกซึมเศร้า' ของผู้อยู่ร่วมกับโรคซึมเศร้าที่ต้องดำเนินชีวิตอยู่ท่ามกลางสถานการณ์โรคระบาด COVID-19 เพื่อให้เห็นถึงภาววิทยาที่หลากหลายของโรคซึมเศร้า

โรคระบาด COVID-19 เป็นทั้งปรากฏการณ์ทางชีววิทยา (ในฐานะเชื้อโรคอุบัติใหม่ที่คร่าชีวิตของมนุษย์) และปรากฏการณ์ทางสังคม (ในฐานะเงื่อนไขที่สร้างความพลิกผันต่อชีวิตของชุมชน ตลอดจนสร้างความไม่แน่นอน ความกลัว การกล่าวโทษ และการตีตรา) (Manderson and Levine 2020) ที่สร้างความผันผวน ความไม่แน่นอน ตลอดจนเหนี่ยวนำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในโครงสร้างความสัมพันธ์ทางสังคมที่สัมพันธ์กับตัวโรคระบาดในทุกระดับ (Lowe 2010, และ Snowden 2019) โดยงานศึกษาวิจัยเกี่ยวกับผลกระทบเชิงเศรษฐกิจสังคมได้เผยให้เห็นถึงผลเชิงลบของโรคระบาด COVID-19 มิได้จำกัดอยู่เพียงแค่ว่าในปริมณฑลสาธารณสุขเท่านั้น หากแต่ผลพวงของวิกฤตดังกล่าวยังได้สืบคลานลูกกลมไปยังอาณาบริเวณอื่น ๆ ของสังคม (multi-sectional impacts) ผ่าน

ปฏิบัติการทางวาทกรรมการแพทย์ว่าด้วย ‘การกดกราฟขนาดให้ต่ำลง’ (flatten the curve) อาทิ มาตรการการเว้นระยะห่างทางกายภาพ (physical distancing) การล็อกดาวน์ การจำกัดการเคลื่อนที่ (mobility limited) และการกักตัว (Anderson et al. 2020, และ Guadagno 2020) ซึ่งผลพวงของปฏิบัติการดังกล่าวได้สร้างความทนทุกข์ต่อชีวิตทางสังคมของมนุษย์อย่างไม่ตั้งใจ (unintended consequences) โดยเฉพาะอย่างยิ่งกับกลุ่มคนชายขอบหรือกลุ่มคนเปราะบางของแต่ละสังคม (Nicola et al. 2020) ไม่ว่าจะเป็น ในแง่ *วิกฤตทางเศรษฐกิจ* ที่ส่งผลให้เกิดปัญหาการว่างงาน การสูญเสียและการลดลงของรายได้ ปัญหาหนี้สินในครัวเรือน ตลอดจนความไม่เท่าเทียมในการเข้าถึงทรัพยากรเพื่อใช้ในการประพุดติปฏิบัติตนให้สอดคล้องกับมาตรการการควบคุมของรัฐ (กนกวรรณ พวงประยงค์ และ สานิตย์ หนูนิล 2563, Kawohl and Nordt 2020, และ Parmet and Sinha 2020) โดยงานศึกษาของกนกวรรณ พวงประยงค์ (2564) ที่ได้สำรวจกลุ่มตัวอย่างประชากรวัยทำงานในกรุงเทพฯ จำนวน 1,200 ราย พบว่า กลุ่มประชากรวัยทำงานกว่าร้อยละ 73.25 รู้สึกได้รับผลกระทบเชิงลบในแง่การประกอบอาชีพจากสถานการณ์โรคระบาด COVID-19 ทั้งในแง่ของเงินเดือนที่ลดน้อยลง การมียอดขายลดลง เป็นต้น นอกจากนี้ยังพบว่าภายใต้สถานการณ์โรคระบาด สัดส่วนของผู้มีรายได้สูงกว่า 15,000 บาทลดลง ขณะที่สัดส่วนผู้มีรายได้ต่ำกว่า 15,000 บาทเพิ่มสูงขึ้นจากร้อยละ 23.25 เป็นร้อยละ 40.17 (กนกวรรณ พวงประยงค์ 2564, 272–73) ขณะที่ผลสำรวจของ สวนดุสิตโพล มหาวิทยาลัยสวนดุสิตที่ได้สำรวจถึงประเด็นปัญหา ‘ครอบครัวไทยในยุคโควิด-19’ กับกลุ่มตัวอย่างขนาด 1,184 ราย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีปัญหานี้สินในครัวเรือน (ร้อยละ 75.41) และปัญหาของลงมา คือ สมาชิกในครอบครัวตกงาน (ร้อยละ 69.96) (Bangkok Post 2021a)

ในแง่ *วิกฤตทางสังคมและวัฒนธรรม* อาทิ ปัญหาการฆ่าตัวตาย (Kawohl and Nordt 2020, และ Santini et al. 2020) โดยข้อมูลจากกรมสุขภาพจิต

พบว่า ช่วงวิกฤตโรคระบาด COVID-19 อัตราการฆ่าตัวตายในประเทศไทยเพิ่มสูงขึ้นถึงร้อยละ 11 จากช่วงปีพุทธศักราช 2562 ถึงปีพุทธศักราช 2563 (Taylor and Siradapuvadol 2021) ขณะที่งานศึกษาของอรรถจักร์ สัตยานุรักษ์ และคณะ (2563) ที่ได้เก็บข้อมูลผลการฆ่าตัวตายที่เกิดขึ้นในช่วง 1 เมษายน – 21 เมษายน ปีพุทธศักราช 2563 พบว่า ในช่วงเกือบสองสัปดาห์นี้มีผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายอย่างน้อย 38 ราย ซึ่งอาจมีความสัมพันธ์กับวิกฤตการณ์โรคระบาดของ COVID-19 (โดยมี 28 รายฆ่าตัวตายสำเร็จ) (อรรถจักร์ สัตยานุรักษ์ และคณะ 2563) เป็นต้น นอกจากนี้ สถานการณ์โรคระบาดยังได้กระตุ้นให้เกิดปัญหาการเหยียดเชื้อชาติและเลือกปฏิบัติบนพื้นฐานของชาติพันธุ์ (Khunti et al. 2020) ปัญหาความขัดแย้งภายในครอบครัว (Bangkok Post 2021a, และ Husain et al. 2020) ปัญหาการใช้ความรุนแรงภายในครอบครัวและคนใกล้ชิดที่ทวีความรุนแรงขึ้น (Chandan et al. 2020, de Lima et al. 2020, และ Xue et al. 2020) โดยงานศึกษาจำนวนมากพบว่าในช่วงการระบาด COVID-19 และท่ามกลางมาตรการล็อกดาวน์มีผู้โทรเข้าสายด่วนเกี่ยวกับความรุนแรงในครอบครัวเพิ่มสูงขึ้นทั่วโลก อาทิ ในอังกฤษเพิ่มขึ้นร้อยละ 25 (Kelly and Morgan 2020) ในสหรัฐอเมริกาเพิ่มขึ้นร้อยละ 10 (Leslie and Wilson 2020) หรือในเปรูที่เพิ่มขึ้นสูงถึงร้อยละ 48 (Aguero 2020) เป็นต้น และในแง่วิกฤตทางการเมือง สถานการณ์โรคระบาดเองก็สะท้อนให้เห็นถึงความล้มเหลวเชิงนโยบายสาธารณะในการลดผลกระทบจากวิกฤตโรคระบาดของรัฐ (Lee et al. 2021, และ Weible et al. 2020) เป็นต้น จนอาจกล่าวได้ว่าความหวาดกลัวหวนวิตกของผู้คนมิได้เกิดขึ้นจากความเสี่ยงที่จะติดเชื้อแบบตรงไปตรงมา หากแต่สัมพันธ์กับผลกระทบที่เกิดขึ้นจริงกับชีวิตของผู้คน (materialized effects) ที่จะเกิดขึ้นตามมาจากการระบาดของ COVID-19 มากกว่า (Manderson and Levine 2020)

ภายใต้สภาวะการณ์ดังกล่าวถูกให้ความหมายและตีความโดยงานศึกษากลุ่มจิตเวชศาสตร์ว่าเป็น ‘สภาวะซ้ำเติม’ ที่ทำให้เกิดผลกระทบเชิงลบต่อสภาวะทางจิตต่อประชากรทุกกลุ่มก้อนในตนเองเดียวกัน สะท้อนผ่านการเพิ่มขึ้นของอัตราความชุกโรคจิตกังวลทั่วไป ปมบาดแผลทางจิตใจ ภาวะซึมเศร้า และอัตราการฆ่าตัวตายในทุกกลุ่มประชากรทั่วโลกที่มีภาวะระบาดของ COVID-19 (อาทิ American Psychiatric Association 2020, Bao et al. 2020, Sonderskov et al. 2020, และ Wang et al. 2020) อาจกล่าวได้ว่ากรอบทัศน์ทางจิตเวชศาสตร์มองว่าสถานการณ์โรคระบาด COVID-19 สัมพันธ์กับภาวะวิตกกังวล ความเครียด ภาวะซึมเศร้า และการฆ่าตัวตายอย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติ (อาทิ Chen et al 2020, Ornell et al 2020, Rajkumar 2020, และ Rodríguez-Rey et al. 2020) ผ่านการชี้ให้เห็นถึงปัจจัยกระตุ้น (stressors) ที่ทำให้เกิดผลกระทบเชิงลบทางจิตเวช (negative psychiatric symptoms) ไม่ว่าจะเป็น 1) ความเครียด ความวิตกกังวลที่เกิดจากความกลัวของการติดเชื้อไวรัส ผสมผสานกับความกลัวความไม่แน่นอนที่จะเกิดในชีวิต อาทิ การตกงาน การสูญเสียสถานะทางการเงิน และการขาดแคลนทรัพยากรพื้นฐานในการดำรงชีวิต (inadequate supplies) (Klomek 2020, และ Wang et al. 2020) ตลอดจนความเครียดจากการเสพสื่อเกี่ยวกับสถานการณ์โรคระบาดและ/หรือข้อมูลข่าวสารที่คลาดเคลื่อนบิดเบือนเกี่ยวกับโรคระบาด (Bangkok Post 2021b, และ Gao et al. 2020) 2) การไม่สามารถเข้าถึง หรือขอความช่วยเหลือหรือติดตามอาการจากจิตแพทย์ได้อย่างต่อเนื่อง เนื่องจากมาตรการการเว้นระยะห่างทางสังคมและการล็อกดาวน์ (Kavoor 2020) และ 3) ความคับข้องใจ ความกดดัน และความเบื่อหน่าย อันเกิดจากมาตรการการเว้นระยะห่างทางกายภาพและสังคม ตลอดจนการล็อกดาวน์ ซึ่งการถูกจำกัดควบคุมอยู่ในบ้าน และถูกจำกัดการเคลื่อนที่ การสูญเสียวิถีการดำเนินชีวิตตามปรกติ และการถูกตัดขาดจากการเข้าถึงพื้นที่สาธารณะ สภาวะดังกล่าวส่งผลให้เกิดความรู้สึกถูกโดดเดี่ยวทางสังคมและความแปลกแยกทางสังคม (societal alienation)

ความรู้สึกถูกตัดขาดทางสังคม (social disconnectedness) อันนำไปสู่การเกิดขึ้นของภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย (Chen et al. 2020, Pfefferbaum and North 2020, และ Santini et al. 2020) ดังสะท้อนในผลสำรวจของสวนดุสิตโพลที่เผยให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างกว่าร้อยละ 67.19 ประสบกับปัญหาความเครียดและภาวะซึมเศร้า (Bangkok Post 2021a)

เงื่อนไขและสภาวะการณ์ดังกล่าวยิ่งกระตุ้นให้ผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตเวชมีอาการที่ความรุนแรงขึ้น เนื่องด้วยผู้ป่วยทางจิตเวชมักมีเครือข่ายทางสังคมที่มีขนาดเล็ก ซึ่งทำให้พวกเขาเหล่านั้นถูกจำกัดและปิดกั้นการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากแวดวงเพื่อนฝูงและสมาชิกครอบครัว (Druss 2020) ผวนวเข้ากับสภาวะการณ์กักตัวอยู่ในบ้านก็เป็นสถานการณ์ที่เพิ่มความตึงเครียดและความแปลกแยก ที่ไปกระตุ้นการหลั่งคอร์ติซอล (cortisol) และสร้างความแปรปรวนของสมดุลของสารเคมีในสมอง ทำให้ผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตเวชได้รับผลกระทบมากกว่ากลุ่มประชากรทั่วไป (Chatterjee et al. 2020) มากไปกว่านั้น ด้วยสภาวะความเจ็บป่วยทางจิตที่มีอยู่ ผู้อยู่ร่วมกับโรคซึมเศร้าจึงอ่อนไหวต่อการถูกกระตุ้นทางอารมณ์จากผลกระทบของวิกฤต COVID-19 ได้ง่ายและรุนแรงกว่าประชากรทั่วไป ทำให้อาการทางจิตเวชของพวกเขารุนแรงและย่ำแย่ลง สะท้อนผ่านอัตราการกำเริบของโรคที่เพิ่มสูงขึ้น (relapse rates) ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพทางจิตอยู่เดิม จนกระทั่งนำไปสู่การปรับตัวเชิงลบ ไม่ว่าจะเป็นการทำร้ายตัวเอง (self-harm) การคิดและพยายามฆ่าตัวตาย (Chatterjee et al. 2020, Druss 2020, และ Yao et al. 2020) ฉะนั้นจะเห็นได้ว่าวิกฤตโรค COVID-19 ในกรอบทฤษฎีและการแพทย์ล้วนถูกให้ความหมายและถูกรับรู้ในฐานะปรากฏการณ์วิกฤตที่ไม่เพียงบั่นทอนสุขภาพทางจิตของประชากรทั่วไป หากแต่ยังซ้ำเติมผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพทางจิตให้รุนแรงขึ้น ทั้งนี้ส่วนหนึ่งเนื่องจากวรรณกรรมทางการแพทย์มักมีฐานคิดวางอยู่บนสมมติฐานที่ว่าความเจ็บป่วยเป็นปรากฏการณ์สากล (universally) ในฐานะของสิ่งรุกร้าและ

รบกวนเรื่อร่าง บุคคล และชุมชน ซึ่งสามารถสร้างชุดคำอธิบายสากล มีความเป็นวัตถุวิสัย และมาตรฐานการที่มีประสิทธิภาพ (Fabrega 1974) ซึ่งฐานคิดดังกล่าวได้เป็นข้อจำกัดที่สกัดกั้นมุมมองทางการแพทย์ ทำให้ไม่สามารถหยั่งถึงปริมณฑลของโลกประสบการณ์ที่ซับซ้อนหลากหลายของผู้ป่วยที่มากเสียจนไม่สามารถลดทอนให้กลายเป็นกลุ่มก้อนทางสถิติที่มีทิศทางหรือมีความเป็นเนื้อเดียวกันได้

หากพิจารณาผ่านโลกทัศน์และการให้ความหมายจากมุมมองของผู้อยู่ร่วมกับโรคซึมเศร้าพบว่า แม้แต่ภายในกลุ่มของผู้อยู่ร่วมกับโรคซึมเศร้าที่ตีความปรากฏการณ์โรค COVID-19 ในฐานะวิกฤตที่เข้ามาแปรเปลี่ยนชีวิตประจำวันของพวกเขาให้กลายเป็นสภาวะทุกข์ทรมานเหมือนกัน หากแต่พวกเขาก็มีการรับรู้ถึงเจตสีหรือระดับความรุนแรงของผลกระทบและแสดงกลยุทธ์ในการปรับตัวที่แตกต่างหลากหลายขึ้นกับบริบทและเงื่อนไขส่วนบุคคล ตลอดจนจรรยาบรรณของแต่ละปัจเจก โดยสำหรับผู้อยู่ร่วมกับโรคซึมเศร้าบางคน ถึงแม้ตัววิกฤต COVID-19 จะเข้ามาสร้างเงื่อนไขและเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อมในชีวิตประจำวันและท่วงทำนองชีวิตทางสังคม (social-life rhythm) ของผู้อยู่ร่วมกับโรคซึมเศร้าให้พวกเขาต้องประสบพบเจอกับสภาวะการณ์เลวร้ายทั้งเชิงกายภาพและเชิงจิตใจ ไม่ว่าจะเป็นความรู้สึกตึงเครียด ความรู้สึกเป็นปฏิปักษ์ และการใช้ความรุนแรงภายในครอบครัว ตลอดจนการหวนคืนของความรู้สึกด้อยคุณค่า และความรู้สึกแปลกแยกเป็นภาระส่วนเกิน ซึ่งล้วนแต่เป็นปัจจัยที่มีศักยภาพในการกระตุ้นความรุนแรงของพยาธิสภาพของโรคให้ปะทุขึ้น (Hari 2018, และ Santini et al. 2020) ทว่าผู้อยู่ร่วมกับโรคซึมเศร้าบางรายก็มีกลยุทธ์ในการหลีกเลี่ยงสภาวะการณ์ความขัดแย้งและสามารถบรรเทาผลกระทบเชิงลบที่เกิดขึ้น โดยที่ไม่ได้ทำให้อาการซึมเศร้าของพวกเขาแย่ จนนำไปสู่การปรับตัวในลักษณะเชิงลบ (อาทิ การมีพฤติกรรมทำร้ายตัวเอง หรือการพยายามฆ่าตัวตาย) ดังที่วรรณกรรมทางการแพทย์ได้

สะท้อนไว้ และสะท้อนอยู่เรื่องเล่าของ ‘เบงค์’ (นามสมมติ) ที่ซึ่งมาตรการ ล็อคดาวน์ทำให้พ่อเลี้ยงและลูกของเขา คู่ขัดแย้งที่เป็นปมหรือปัจจัยกระตุ้น อากาโรชิมเศร้าวของเขา ต้องเปลี่ยนมาทำงานจากที่บ้านตามนโยบายของบริษัท และมาตรการของรัฐ ทำให้ตัวเบงค์ต้องเผชิญหน้ากับบรรยากาศปฏิบัติการ ถูกกระตุ้นความรู้สึกเป็นส่วนเกิน และเพิ่มความรู้สึกโดดเดี่ยวทางสังคมขึ้น อย่างไรก็ตามก็ดี ‘เบงค์’ ก็มีกลยุทธ์ในการหลีกเลี่ยงและปลีกตัวออกจากความขัดแย้ง ดังกล่าวด้วยการเปลี่ยนท่วงทำนองในการดำเนินชีวิตประจำวันใหม่ และผันตัว ออกไปทำงานนอกบ้านแทน ทำให้เขาสามารถรับมือกับสภาพแวดล้อมที่วิกฤต ได้ ดังที่ ‘เบงค์’ สะท้อนไว้ว่า

“...หลายคนอาจบอกว่าการทำงานอยู่ที่บ้าน การได้อยู่กับ ครอบครัวมากขึ้นมีความสุข พวกเขาคงไม่ได้คิดว่า คนอีกหลายคน เขามีปัญหากับคนในครอบครัว อย่างเช่นผม ผมเติบโตมาในฐานะ ลูกติดของแม่ ก็รู้สึกเป็นส่วนเกินอยู่แล้ว ป่วยซึมเศร้าวเขาก็มองว่า เราเป็นตัวอันตราย เก็บตัวเป็นพวกตัวประหลาดของบ้านมาตลอด แถมถูกพ่อเลี้ยงเหยียดหยามหาว่าเป็นเกย์เป็นตุ๊ด บอกว่าผู้ชายอะไร ติดแม่ อ่อนแอไม่เข้มแข็ง ร้องให้ ซึมเศร้าวเป็นโรคของผู้หญิง...

ยิ่งโควิดที่บริษัทให้เวิร์คฟอร์มโฮม ทำให้ต้องมาเจอหน้ากัน กระทบกระทั่งกันมากขึ้น เขาเห็นเราก็อาฆาตหงิด เราเห็นเขาก็เรา เครียด อยู่แล้วประสาทกิน เขาเห็นแบบมรสุมประชันทุกวัน อยู่แล้ว ยิ่งรู้สึกเป็นส่วนเกินของบ้าน...แรกๆ ก็รู้สึกดิ่ง ทำงานไม่ได้ นั่ง มองเพดานในห้องมืดๆ ทั้งวัน...คุยกับหมอ หมอก็พูดว่าเป็นเรื่อง แก้ปัญหาไม่ได้ เพราะปัญหาไม่ได้เกิดที่ตัวเรา ดันรนไปก็เท่านั้น ให้กินยาประคองไป แวบแรก ในความคิดผมคิดว่าหมอแนะให้ไปตาย เลย ไอคำว่าดันรนไปก็เท่านั้น [หัวเราะ]...ผมก็ทนอดอัดไป จนเห็นข่าว ในสื่อโซเชียลคนผันตัวเป็นคนขับแท็กซี่เลย ผมก็เลยได้ไอเดียสมัคร ขับแท็กซี่แมสเซ็นเจอร์ส่งของไปซะเลย จะได้ไปปลีกตัวออกมาใช้ชีวิต

กลางวันออกไปอยู่ข้างนอก สิ่งของไม่ต้องเจอใคร เหนื่อยกาย แต่ก็ไม่ต้องมาเจอกับบรรยากาศชวนให้รู้สึกเราดิ่ง พอเราออกมาขับแกร็บ ใจผมก็รู้สึกดีขึ้นมากเลย ไม่ต้องอีก ตกเย็นกลับมาก็ทำงานฟรีแลนซ์ ที่ลูกค้าจ้างต่อ ทำให้ในหัวไม่ต้องคิดอะไร...ผมก็คิดในใจนะว่าเออถูกหาทางออกได้ดีกว่าคำแนะนำหม้ออีก”

ฉะนั้น หากพิจารณาพฤติกรรม ‘การปลีกตัวโดดเดี่ยวทางสังคม’ (social isolation) จากทฤษฎีของ ‘แบงค์’ ที่ได้ให้ความหมายในฐานะกลยุทธ์ของการหลีกเลี่ยงจากสภาวะความขัดแย้ง ตลอดจนช่วยประกอบสร้างและปกป้องพิทักษ์ ‘พื้นที่ส่วนตัวภายในจิตใจ’ จากการรุกรานของผู้อื่น ขณะเดียวกันก็เป็นการจำกัดตัวเองไม่ให้ออกไปจ่อมจมลงในโลกชีวิตที่พวกเขา มองว่าตึงเครียดสะท้อนให้เห็นว่า ‘การปลีกตัวโดดเดี่ยว’ นั้นอาจไม่ได้เป็นพฤติกรรมที่เป็นพยาธิสภาพของผู้อยู่ร่วมกับโรคซึมเศร้า (pathological behavior) ตามกรอบจิตเวชศาสตร์ หรือเป็น ‘ความผิดปกติเชิงวัฒนธรรม’ (culturally-abnormal) ตามที่สังคมโดยทั่วไปรับรู้หรือให้ความหมาย (Ge et al. 2017) หากแต่ภายใต้การนิยามของผู้อยู่ร่วมกับโรคซึมเศร้า บางครั้งการปลีกตัวโดดเดี่ยวทางสังคมก็เป็นกลยุทธ์ ‘การถอนตัวเชิงบวก’ (positive withdrawal) ที่ช่วยให้พวกเขาสามารถปกป้องหรือสร้างไว้ซึ่งขอบเขตของพื้นที่ปลอดภัยทางความรู้สึก เพื่อให้พวกเขาต้องถลำลึกเข้าไปในห้วงความรู้สึกเชิงลบ (Corin and Lauzon 1992)

อย่างไรก็ดี ขณะที่สำหรับผู้อยู่ร่วมกับโรคซึมเศร้าบางคน ตัววิกฤต COVID-19 กลับทำให้โลกชีวิตของการอยู่ร่วมกับซึมเศร้ามลายเป็นประสบการณ์อันเจ็บปวดที่เกินจะทานทน และไม่สามารถประนีประนอมและ/หรือหลีกเลี่ยงจากสภาวะความตึงเครียดได้ ดังเช่นกรณีของ ‘แบงค์’ เนื่องด้วยเงื่อนไขความรุนแรงที่สืบเนื่องจากเพศภาวะ (gender-based violence) และข้อจำกัดทางเศรษฐกิจส่วนบุคคล ที่ถูกผสมผสานเข้ากับตัวผลพวงของวิกฤต COVID-19 จึงทำให้ผู้อยู่ร่วมกับโรคซึมเศร้าเพศหญิงบางราย ตกอยู่ในสถานะเสียเปรียบ

เชิงโครงสร้าง (structural disadvantage) และได้รับผลกระทบจากวิกฤตหนักหน่วงรุนแรงมากกว่า จนนำไปสู่พฤติกรรมทำร้ายตัวเอง ดังเช่นในกรณีของ ‘พีแดง’ (นามสมมติ) ที่ผลพวงของวิกฤต COVID-19 และมาตรการล็อกดาวน์ไม่เพียงแต่เข้ามากัดเซาะทำลายความสัมพันธ์ระหว่างเธอและสมาชิกภายในครอบครัว หากแต่ยังแปรเปลี่ยนพื้นที่ ‘บ้าน’ จากที่เคยเป็นอาณาบริเวณแห่งความปลอดภัยสิ้นสุดท้ายกลับกลายเป็นสมรภูมิแห่งอารมณ์และความรุนแรงที่ทำให้เธอตกอยู่ในสภาพเหมือน ‘ตกนรกทั้งเป็น’ และ ‘คุกในคุก’ ดังที่เธอสะท้อนไว้ว่า

“มันทำให้สถานการณ์ในบ้านที่เลวร้ายมาก เหมือนตกนรกทั้งเป็น แพนพี่ถูกเลิกจ้าง เขาก็เครียดกับอนาคตว่าจะหางานไม่ได้ ทำให้ตอนนี้สภาพการเงินที่บ้านก็มีปัญหา ไหนจะภาระค่าใช้จ่าย ค่าผ่อนบ้าน ค่าเล่าเรียนลูก เขาหาเงินคนเดียวเข้าบ้านก็เลยกดดัน หงุดหงิดแล้วมาลงที่พี่ ตะคอกพี่บ่อยครั้งทั้งที่แต่ก่อนไม่เคยเลย... ส่วนแม่แพน จากที่เขาไม่เข้าใจซึมเศร้าอยู่แล้ว พอเกิดวิกฤตเหมือนเขาเป็นบ้า ไม่รู้เพราะแพนพี่ไปหงุดหงิดใส่ พาลกลายมาเกลียดพี่ลงที่พี่อีกคน หว่าพี่เป็นตัวกาลกิณี ป่วยเป็นบ้า หว่ามาจากครอบครัว พื้นฐานไม่ดี พอเกิดวิกฤตก็พึ่งพาไม่ได้ แล้วยังเป็นภาระอีก... คอยจับผิดการทำงานบ้านอะไรก็ผิดก็ไม่ดีไปหมด เราป่วยก็หว่าเสแสร้ง แกล้งป่วย ทั้ง ๆ ที่พี่ก็พยายามทำดีที่สุดแล้วนะ... บ้านจากที่เคยเป็นพื้นที่ของเขาที่พักใจได้ เป็นที่หลบจากความโหดร้ายในอดีต ตอนนี้กลายเป็นเหมือนนรก จากที่เราเคยคิดว่าบ้านแพนเป็นที่เริ่มต้นชีวิตใหม่ แต่วิกฤตโควิดมันดึงความเลวร้ายของคนในบ้านออกมาทีเดียวหมดพร้อมกันหมด...

...แล้วด้วยสภาพการเงิน ปรกติพี่ไปหาจิตแพทย์โรงพยาบาล เอกชน แพนก็คิดว่าเปลือง พี่ก็ต้องเปลี่ยนไปหาโรงพยาบาล(รัฐ)

เพราะเราส่วนตัวไม่มีเงิน เราไม่ได้เป็นคนเก็บเงิน ต้องขอจากแฟน ซึ่งกว่าจะนัดได้แต่ละครั้งก็รอคิวนานเป็นเดือนสองเดือน ไม่เหมือนเอกชนที่เราสามารถไปได้ทันทีที่เรารู้สึกไม่ไหว เวลาพบหมอก็เจอแค่แป๊บเดียว ไม่เหมือนเอกชน มันทำให้เห็นว่าถ้าเราไม่มีเงินในโรงพยาบาล เราก็ไม่ได้ถูกเห็นหัวเห็นค่า หมอก็เหมือนไม่อยากจะเจอเราเท่าไร...ปรึกษาหมอ เขาก็แนะนำอะไรเราไม่ได้ นอกจากบอกให้พยายามคิดบวกเข้าไว้ อย่าไปปะทะ...พีกลับคิดนะบางครั้งการมองบวก การยอมตามเขา ไม่ไปปะทะ บางครั้งก็ทำให้เราโดนกระทำมากขึ้น เหมือนเขาได้ใจ เขายังทำเรา...

...จากที่เคยคิดว่ายามันช่วยพยุงอารมณ์ให้สงบได้ ตอนนี้แม้ปรับเพิ่มปริมาณยา แต่ความรู้สึกดี ความรู้สึกอยากตายๆ ไปแต่ละวันก็มีแต่รุนแรงขึ้น อึดอัดหาทางออกไม่ได้ จะออกไปพักใจ เปลี่ยนสภาพแวดล้อมข้างนอกก็ไม่ได้ ทุกที่ก็ปิดไปหมด ครอบครัวยิ่งพีกี่ไม่เห็นใครที่พึ่งได้ เพื่อนก็ห่างเหินกันตั้งแต่เป็นแต่งเข้ามา พีกี่ต้องอยู่แต่บ้านคอยดูแลแฟนคอยทำงานบ้านไปไหนไม่ได้ ทำให้ต้องอยู่ในสภาพเหมือนคุกในคุก...ถ้าไม่ติดที่ลูกเพียงเล็ก พีกี่คงตายๆ ไปแล้ว ได้แต่ระบายอารมณ์กับตัวเอง กรีดข้อมือตัวเองให้รู้สึกเจ็บที่มือที่ร่างกาย ให้ขมความรู้สึกอึดอัดที่อยู่ข้างใน”

คำอุปลักษณะของ ‘พีแดง’ ที่ได้ใช้เปรียบสภาพชีวิตประจำวันภายในบ้านของเธอได้ฉายภาพให้เห็นถึงว่า วิกฤต COVID-19 ได้แปรเปลี่ยน ‘บ้าน’ ให้กลายเป็น ‘อาณาบริเวณแห่งการทอดทิ้งทางสังคม’ (zone of social abandonment) (Biehl 2004) ที่ซึ่งผู้คนที่ถูกมองว่าไม่มีผลิตภาพหรือไม่มีประโยชน์ทางเศรษฐกิจ อาทิเช่น คนป่วยทางจิตเวช มักถูกทอดทิ้งไม่มีใครสนใจเสียแล้ว รู้สึกเป็นสิ่งที่ไร้ค่าไม่เหมาะสมจะให้ความเอาใจใส่และความรัก ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของพวกเขาถูกพรากหรือลดทอนให้ไม่มีความหมายอะไร ดังในกรณีของ ‘พีแดง’ คุณภาพชีวิตของเธอขึ้นอยู่กับศีลธรรมประจำใจของแม่สามีและสามี ซึ่งเป็น

องค์อธิปัตย์ของบ้านว่าจะจัดการอย่างไรกับชีวิตของเธอ มากไปกว่านั้น ‘บ้าน’ ยังกลายเป็น ‘สมรภูมิแห่งการปะทะทางอารมณ์’ โดยผลพวงของวิกฤตที่สร้างแรงกดดันทางเศรษฐกิจได้บ่มเพาะความตึงเครียดขึ้นภายในบ้าน ผสมผสานกับมาตรการล็อกดาวน์ที่จงจำกักขังผู้คนให้อยู่ในบ้าน ทำให้เกิดการปะทุขึ้นของการใช้ความรุนแรงในบ้านอันสืบเนื่องจากเพศภาวะ (gender-based domestic violence) งานชาติพันธุ์วรรณาจำนวนมากได้ชี้ให้เห็นว่า ครัวเรือนที่มีการสืบเชื้อสายฝ่ายพ่อและมีค่านิยมการย้ายถิ่นที่อยู่หลังการสมรสแบบบิดาฝ่าย (patrilineal-patrilocal household) ฝ่ายหญิงที่แต่งงานมักถูกรับรู้เป็น ‘สิ่งแปลกแยก’ ที่มีสถานะรองทางอำนาจ และมักแฝงฝังไปด้วยความตึงเครียดและการปะทุขึ้นของการใช้ความรุนแรงต่อผู้หญิง มากไปกว่านั้น เนื่องจากโครงสร้างครัวเรือนดังกล่าวมีการแบ่งแยกด้วยเพศภาวะ ทำให้พวกเขายังต้องตกอยู่ใต้การควบคุมของแม่สามี ซึ่งเชื้อให้เกิดการใช้ความรุนแรงของหญิงผู้อาวุโสกว่ากับหญิงผู้อาวุโสน้อยกว่า ทำให้ผู้หญิงเหล่านี้ไม่เพียงต้องเผชิญกับการใช้ความรุนแรงจากฝ่ายชายเท่านั้น หากแต่ยังถูกใช้ความรุนแรงจากแม่สามีอีกด้วย (Grewal 2008, และ Wies and Haldane 2011)

ในกรณีของ ‘พีแแดง’ ก็เช่นเดียวกัน ความตึงเครียดภายในครอบครัวที่เกิดจากตัววิกฤต COVID-19 ได้ผนวกรวมเข้ากับเงื่อนไขเชิงวัฒนธรรมของสังคมแบบปิตาธิปไตย ที่สร้างความคาดหวังบทบาททางเพศภาวะต่อผู้หญิงให้พวกเขาไม่เพียงแต่ต้องเป็น ‘แม่บ้านแม่ศรีเรือนที่ดี’ (cult of domesticity) หากแต่ยังต้องตกอยู่สถานะไม่มีปากไม่มีเสียงไร้ซึ่งอำนาจ เนื่องด้วยสถานะในช่วงชั้นอำนาจที่อยู่ต่ำที่สุดในโครงสร้างอำนาจภายในครัวเรือนแบบบิดาฝ่าย (patrilocal household) (Hattery 2008) ตลอดจนการขาดเครือข่ายทางสังคมในการช่วยประคับประคองจิตใจในยามวิกฤต การขาดทรัพยากรในการเข้าถึงบริการและ/หรือความช่วยเหลือทางการแพทย์ที่ต้องการ ตลอดจนการถูกตัดขาดจากบำบัดด้วยยาที่มีประสิทธิภาพเหมาะสม ทำให้สำหรับ ‘พีแแดง’

สถานการณ์โรค COVID-19 จึงได้เข้ามาซ้ำเติมปัญหาที่เชื่อมโยงผูกพันกับเงื่อนไขทางเพศภาวะที่ดำรงอยู่ให้ปรากฏและทวีความเข้มข้นขึ้น กล่าวคือ เธอไม่เพียงแต่จำต้องเผชิญกับการใช้ความรุนแรงจากทั้งสามีและแม่สามีที่สร้างความทนทุกข์ซ้ำเติมความรุนแรงของอาการโรคซึมเศร้า หากทว่ามาตรการล็อกดาวน์ และความเสียเปรียบเชิงโครงสร้าง (อาทิ การไม่มีเครือข่ายทางสังคม การขาดทรัพยากร ที่ช่วยดูแลรักษาภาวะวิกฤติ) ก็ยังปิดกั้นโอกาสทำให้เธอไม่สามารถหลีกเลี่ยงหรือถอยหนีออกจากตัวผู้ใช้ความรุนแรงตามที่จิตแพทย์แนะนำได้ จนทำให้เธอนิยามสภาวะการณ์ที่เธอเผชิญว่าเป็นการ ‘ตกนรกทั้งเป็น’ มากไปกว่านั้น ยาต้านเศร้าที่เธอเคยถูกรับบอกว่าเป็นทรัพยากรที่ช่วยฟื้นคืน/สร้างสมดุลให้แก่อารมณ์ของผู้อยู่ร่วมกับโรคซึมเศร้า วิกฤตกลับเผยให้เห็นว่า ยาต้านเศร้าไม่เพียงพอที่จะสามารถช่วยเยียวยาหรือลดรู้ง้อให้หลุดพ้นจากความรู้สึกเชิงลบได้อีกต่อไป เหลือเพียง ‘เรื่อนว่าง’ ที่กลายเป็นทรัพยากรเพียงอย่างเดียวที่เธอสามารถนำมาใช้รับมือหรือปลดปล่อยตัวเองจากสภาวะความตึงเครียดและความขัดแย้งที่เธอเผชิญ ด้วยทำร้ายตัวเองเพื่อระบายความรู้สึกคับข้องใจและความทนทุกข์ที่เธอต้องเผชิญเพียงลำพัง หากทว่าพฤติกรรมกรรมการทำร้ายตัวเองด้วย ‘การกรีดข้อมือ’ ของพี่แดง ก็มีได้เป็นปฏิบัติการที่สื่อความเพียงแค่การระบายความรู้สึกคับข้องใจจากการถูกกดทับอย่างตรงไปตรงมา หรือเป็นพฤติกรรมกรรมการปรับตัวที่มีพยาธิสภาพของผู้อยู่ร่วมกับโรคทางจิตเวช (pathological forms of adjustment) ต่อสถานการณ์ทางอารมณ์หรือทางสังคมที่เลวร้ายเกินจะทนตามทฤษฎีของจิตเวชศาสตร์ (Stengel 1956 และ 1960, Singhal et al. 2014, และ Haw et al. 2018) หากแต่พฤติกรรมกรรมการทำร้ายตัวเองยังแฝงด้วยเจตจำนงของการต่อต้านขัดขืนอำนาจที่มักจะทำต่อผู้อยู่ร่วมกับโรคซึมเศร้า ดังที่ ‘พี่แดง’ สะท้อนไว้ว่า

“...หลังจากที่กรีดข้อมือ พี่ก็ตั้งใจเปิดรอยแผลไว้ ให้แฟนที่
ได้เห็น ว่า ตัวพี่กอดตันจากแม่เขา จากเขาแค่นั้น...เขาก็ตกใจนะ แต่ที่

ผิดคาดคือเขาไปว่าแม่เขาว่าอยากดั้นพี้มาก ก็สะใจเหมือนกัน ช่วงนั้นแม่แพนก็เผลอล้ำไส้เรามากเลย ได้มีพื้นที่ผ่อนคลายเป็นมาหน่อย”

แง่มุมดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่า ปรากฏการณ์ ‘การทำร้ายตัวเอง’ (self-harm) จึงอาจไม่สามารถทำความเข้าใจได้ในฐานะการปรับตัวเชิงลบที่ไม่เหมาะสมของผู้เข้าร่วมกับโรคทางจิตเวช อันเป็นผลพวงจากพยาธิสภาพหรือความบกพร่องทางจิต (mental deficiency) ตามการให้ความหมายและการรับรู้ภายใต้กรอบทัศน์ทางจิตเวชศาสตร์สมัยใหม่ได้แบบตรงไปตรงมา หากแต่ปรากฏการณ์ดังกล่าวยังสามารถถูกตีความในฐานะของ ‘ศักยภาพกระทำการแห่งเจ้าของเรือนร่าง’ (agency of the bodies) ที่ใช้เรือนร่างเป็นสัญลักษณ์แสดงออกถึงเจตจำนงของการต่อต้านชัดเจน (Rhodes 2004, Briggs 2005.; และ Chua 2014) พฤติกรรมการทำร้ายตัวเอง บางครั้งกลับกลายเป็นกลยุทธ์หรือเทคนิคที่แสดงถึงการต่อต้านของกลุ่มคนตัวเล็กตัวน้อยในการใช้คัดค้านต่อสู้ดิ้นรน และบ่อนทำลายการกดขี่ขูดรีดในบริบทที่ซึ่งการเผชิญหน้ากับอำนาจลุ่มเสียดังกล่าว (Scott 1985) การแสดงออกของการทำร้ายตัวเองของ ‘พีแแดง’ นอกจากจะเป็นการแสดงออกความคับข้องใจและความเศร้าโศกเพื่อการปลดปล่อยระบายความเครียดความกดดัน หวังเพื่อรำงวไว้ซึ่งความเป็นตัวตนของพวกเขา (sense of self) ท่ามกลางบรรยากาศที่เป็นปฏิปักษ์ หากแต่ยังเป็นเครื่องมืออันทรงพลังของคนตัวเล็กตัวน้อยในการแสดงออกถึงการต่อต้านชัดเจน เพื่อกล่าวโทษ ลงโทษ และแก้แค้นผู้ที่ใช้ความรุนแรงหรือสร้างความทรมานทุกข์ในชีวิตประจำวันต่อพวกเขา ฉะนั้น ‘เรือนร่าง’ จึงมิได้เป็นเพียงแค่แหล่งรองรับอำนาจในการสร้างวินัยที่มากกระทำกับมันเพื่อให้เป็นเรือนร่างที่เชื่อเชื่อ (docile) เท่านั้น (Foucault 1978) หากแต่ภายใต้สภาวะการณ์ที่ปัจเจกถูกพรากทุกสิ่งทุกอย่างออกไป ร่างกายก็ได้กลายเป็นอาณาบริเวณสุดท้ายในการใช้เป็นเครื่องมือเพื่อแสดงออกถึงการต่อต้านชัดเจนต่ออำนาจที่มากกระทำ (Rhodes 2004) สำหรับ ‘พีแแดง’ พฤติกรรมการทำร้ายตัวเอง อย่างน้อย

ก็ได้ช่วยสร้าง ‘พื้นที่ได้หายใจ (ชั่วคราว)’ ภายใน ‘คุกในคุก’ ที่เต็มไปด้วยสภาวะตึงเครียด (Chua 2014)

ถึงแม้ว่าเราไม่สามารถปฏิเสธความจริงของแง่มุมด้านมืดของวิกฤตการณ์โรคระบาด COVID-19 ที่ได้สร้างผลกระทบเชิงลบที่บั่นทอนสุขภาพและความกินดีอยู่ดีของมนุษย์ตกอยู่ในสภาวะยากลำบาก ตลอดจนเข้ามาปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมและท่วงท่าองในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้อยู่ร่วมกับโรคซึ่มเศร้างบางคนให้อยู่ในสภาพการณ์ที่อึดอัดตึงเครียด (ดังในกรณีของเบงค์) ไปจนถึงสภาพที่เลวร้ายเกินสุดจะทนทนในการรับรู้ของพวกเขา (ดังกรณีของพีแดง) อย่างไรก็ตาม สำหรับผู้อยู่ร่วมกับโรคซึ่มเศร้างบางกลุ่มกลับรับรู้ความหมายและตีความปรากฏการณ์โรคระบาด COVID-19 ในลักษณะที่มีความลึกลับย้อนแย้งจากวรรณกรรมทางจิตเวชศาสตร์ กล่าวคือ สำหรับผู้อยู่ร่วมกับโรคซึ่มเศร้างบางคนกลับมองโลกยุค COVID-19 ในฐานะ ‘โอกาสท่ามกลางวิกฤต’ ที่ทำให้ผู้อยู่ร่วมกับโรคซึ่มเศร้างสามารถกลับมาทบทวนความหมายของชีวิต คุณค่าของตัวเอง และความเป็นตัวตนของพวกเขาอีกครั้ง เกิดสภาวะตื่นรู้และหันม่าย้อนคิดทบทวนตัวตนว่าต้องการอะไร นำไปสู่การฟื้นคืนความเป็นองค์ประธานปรกติสามัญของผู้อยู่ร่วมกับโรคซึ่มเศร้าง โดยสภาวะการณ์วิกฤตโรคระบาดได้สร้าง ‘ประสบการณ์ทางสังคมว่าด้วยความทนทุกข์ร่วมหมู่’ (collective suffering) ซึ่งเป็นสภาวะที่ปัจเจกในสังคมได้ถูกร้อยรัดเชิงความรู้สึกเชื่อมโยงประสบการณ์ความเจ็บปวดและความทนทุกข์ (Kleinman 1997)

สภาวะการณ์ดังกล่าวได้ทำให้ผู้อยู่ร่วมกับโรคซึ่มเศร้างจำนวนหนึ่งตระหนักได้ว่า พวกเขามีได้เผชิญกับความทนทุกข์เพียงลำพัง หากแต่ยังมีผู้คนร่วมสังคมอีกมากที่ต้องดิ้นรนต่อสู้กับความยากลำบาก (ไม่ว่าจะเป็นความอดอยาก หิวโหย สภาวะการไร้บ้าน ตลอดจนการถูกเหมารวม ตีตรา และเลือกปฏิบัติอย่างไม่เป็นธรรม) ในแง่นี้ ‘เรือนร่างที่ประสบทุกข์’ (suffering body) ได้

กลายเป็นสะพานเชื่อมโยงความเปราะบาง สภาวะความไร้อำนาจ ความรู้สึกเป็นเหยื่อ (victimized) ตลอดจนประสบการณ์และความรู้สึกทันทูกระหว่างผู้อยู่ร่วมกับโรคซึมเศร้าและเพื่อนร่วมสังคม (Kleinman 1977, และ Furedi 2004) ที่ทำให้ผู้อยู่ร่วมกับโรคซึมเศร้ารับรู้ถึงความหมายและคุณค่าชีวิตของตนเองอีกครั้ง ดังสะท้อนในเรื่องเล่าของ ‘พีเดียน’ (นามสมมติ) และ ‘พีปอ’ (นามสมมติ) ที่ชี้ให้เห็นว่าวิกฤตโรคระบาด COVID-19 ได้ทำให้พวกเขาได้กลับมาทบทวนหวนคิดและตระหนักถึงคุณค่า ความหมาย และอภิสิทธิ์ในชีวิตที่พวกเขาถืออยู่ในปัจจุบัน เมื่อเปรียบเทียบประสบการณ์ทันทูกระหว่างตนเองกับผู้ประสบภัย COVID-19 และที่สำคัญวิกฤตโรคระบาดได้สร้างสถานการณ์ที่ทำให้พวกเขาได้มีโอกาสช่วยเหลือผู้คนที่ประสบทุกข์จากวิกฤต สามารถจัดวางตัวเองลงในสังคมที่พวกเขาเคยรับรู้ว่าจะแปลกแยกได้อีกครั้ง เกิดจุดมุ่งหมายในชีวิตขึ้นอีกครั้ง ด้วยการตั้งใจอุทิศชีวิตเพื่อครอบครัวและผู้คนที่ทันทูกระหว่างพวกเขา

“...ก่อนหน้านี้นี้ พี่เคยรู้สึกโทษในชะตาชีวิตตัวเองว่า ไม่ยุติธรรมที่ทำให้เราต้องมาเจอกับความโศกเศร้า...แต่พอโควิดระบาดขึ้นมา เราได้เห็นคนไม่มีจะกิน คนตกงานกลายเป็นคนเร่ร่อน พี่ก็กลับมาคิดว่า เออพี่ให้ค่ากับความทุกข์ของเรามากเกินไปหรือเปล่า อย่างน้อยพี่ยังมีงานทำ ขนาดเราป่วยที่ทำงานก็ยังเก็บเราไว้ ยังมีรายได้เลี้ยงพ่อที่ป่วยและแม่ที่พึ่งจะตกงานได้ ทำให้กลับมาคิดว่าชีวิตพี่ก็ยังโชคดีกว่าคนอื่น ทำไมต้องมานั่งอมทุกข์มากกว่าคนอื่น ๆ ทั้งที่สิ่งที่เราเจอ ยังน้อยกว่าคนอื่น ๆ...พี่เห็นวัดแถวบ้านมีโรงทาน ก็เลยไปช่วยงาน ตอนเช้าก่อนไปทำงาน และไปช่วยเสาร์-อาทิตย์ หนึ่งอย่างแต่มีความสุขมากเลยที่พี่ได้ทำประโยชน์ให้ใครบ้าง ได้เป็นส่วนเล็กๆ ของคนในชุมชนที่ร่วมใจกันช่วยคน ทำให้เราเห็นคุณค่าของชีวิตที่เราเคยอยากจบ ๆ มันไป ความคิดเรื่องฆ่าตัวตายในหัว พอเกิดโควิดนี้ก็ลืมนไปเลย แปลกดี ทั้ง ๆ ที่กินยามาตลอดความคิดอยากตายก็ไม่หายไป

วนเวียนในหัว แต่เพราะวิกฤตทำให้เราหันกลับมาคิดว่าชีวิตเรายังสามารถทำอะไรได้เพื่อคนอื่น และพ่อที่ป่วยกับแม่ที่ตกงานยังต้องพึ่งเรา ถ้าฆ่าตัวตายไป มันจะเป็นภาระให้พ่อแม่ที่ไม่มีใครดูแล เป็นภาระให้หมอที่เขาต้องทำงานหนักอยู่แล้ว และรู้สึกผิดต่อคนที่เขาลำบากกว่าเราแต่ยังสู้อยู่ มันทำให้เราอยากมีชีวิตอยู่ อยู่เพื่อทำหน้าที่ของเราให้ดี อยู่เพื่อวันข้างหน้าเพื่อได้ช่วยคนอื่นอีก”

สอดคล้องกับทฤษฎีของ ‘ฟิปปอ’ ที่มองว่าวิกฤต COVID-19 ได้สร้างสถานการณ์ที่ทำให้เธอเห็นถึงคุณค่าในตัวเอง ตระหนักถึงบทบาทของอาชีพที่เธอทำว่ามีคามหมาย และตั้งเป้าหมายว่าจะใช้ศักยภาพที่เธอมีอยู่ช่วยเป็นปากเป็นเสียงให้แก่ผู้คนที่ทุกข์ยาก

“...โรคโควิด-19 ที่มันระบาด มันทำให้เราเห็นคุณค่าของตัวเองมากขึ้น...ยิ่งตอนเราลงพื้นที่ไปหาแหล่งข่าวให้สื่อ ได้เห็นว่าคนที่เคยเป็นพนักงานมีที่อยู่ ต้องตกงานไม่มีเงินจ่ายค่าเช่าบ้าน ครอบครัวก็ไม่เหลือแล้ว ต้องออกมาเร่รอน ได้สัมผัสการณ์ครอบครัวของคนที่ยังอยู่เพราะพิษโควิดว่าคนที่ยังอยู่เขาสูญเสียแค่ไหน...พอได้เห็นสภาพแบบนี้แบบตรง ๆ ทำให้คิดได้นะปัญหาที่เราเจอเป็นเพียงแค่อะไรหนึ่งในหลายปัญหาชีวิตที่พวกเขาเจอเท่านั้นเอง ชีวิตเรามีพรวิเศษแค่ไหนแล้ว...การที่เรามานั่งซึมเศร้าและคิดฆ่าตัวตายมันดูถูกพรวิเศษของเรามากเลย ทั้ง ๆ ที่เรายังมีศักยภาพ เรามีฟังก์ชันในสังคม เรายังสามารถช่วยบทบาทนักข่าวช่วยเหลือคนอื่นได้...เราคิดกับตัวเองว่าไม่ยอมกอดอยู่เพื่อตัวเองไม่เป็นไร แต่ ‘ตอนนี้’ เราอยู่เพื่อคนอื่นก็ยังดี วิกฤตทำให้เราค้นพบว่า การใช้ชีวิตในอดีตของเราผิด แต่ก่อนก็คิดว่าความสุข คือ เราต้องหาเงินเยอะ ๆ จะได้หาซื้อความสุขให้ตัวเองได้ ต้องแข่งขันให้อยู่แถวหน้าคนอื่นจะได้รู้ว่าเรามีตัวตน ให้เรากดดันตัวเอง เพราะเราถูกสอนมาว่าความสำเร็จหรือความล้มเหลวเกิดจากตัวเรา พี่ว่าความคิดแบบนี้ก็มีส่วนทำให้คนเป็นซึมเศร้านะ มันทำให้

กดดันตัวเองและโทษตัวเอง จนลืมนองไปว่ามันมีความไม่เท่ากันของคนอยู่ แต่ตอนนี้เราเห็นเลยว่าการใช้ชีวิตแบบนั้นทำให้พี่เป็นซึมเศร้า ความสุขจริง ๆ มันเกิดจากการที่เราได้ใช้ศักยภาพที่เรามีอยู่ช่วยคนอื่น การช่วยเหลือคนอื่นได้กลายเป็นความหมายของชีวิตใหม่ของเรา”

สำหรับ ‘พี่เดือน’ และ ‘พี่ปอ’ ปรากฏการณ์วิกฤต COVID-19 ได้สร้าง ‘ประสบการณ์ทันทูกรวมหมู่’ ที่ช่วยให้ผู้อยู่ร่วมกับโรคซึมเศร้าสามารถสถาปนาความเชื่อมโยงทางสังคมกับผู้คนรอบข้างและผู้คนในสังคมได้อีกครั้ง ว่าพวกเขาไม่ได้เผชิญกับชะตาชีวิตที่ทันทูกรเพียงลำพัง ตรงกันข้ามพวกเขา กลับรู้สึกว่าตนมีอิทธิพลมากกว่าผู้คนอีกมากมายที่กำลังดิ้นรนต่อสู้กับวิกฤตโรคระบาด ทำให้เกิดการทบทวนคุณค่าความหมายของชีวิตและตัวตนใหม่ ขณะเดียวกันการได้ช่วยเหลือผู้คนที่ทำให้ผู้อยู่ร่วมกับโรคซึมเศร้าเหล่านี้รู้สึกได้รับการบูรณาการเข้าเป็นส่วนหนึ่งของชุมชน มิได้แปลกแยกลำพัง ตลอดจนค้นพบว่าความสุขในชีวิตของพวกเขาคือการได้ใช้ศักยภาพที่ตัวเองมีอยู่ช่วยเหลือคนที่ทุกข์ยาก โดยงานศึกษาของหงเฟย ตู และคณะ (Du et al. 2015) และเบร็ทท์ ฟอร์ด และคณะ (Ford et al. 2015) ที่ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการมีการมองชีวิตแบบมุ่งเน้นส่วนรวมหรือการมีโลกทัศน์ความสุขแบบรวมหมู่ (collectivistic orientation/social orientation) กับสุขภาวะทางจิตและโรคซึมเศร้า พบว่า การมองชีวิตแบบมุ่งเน้นส่วนรวม (ที่มองว่าความสุขและความทุกข์เป็นสิ่งที่เราสามารถแบ่งปันกับเครือข่ายสังคมรอบข้างได้) ช่วยบรรเทาอาการของโรคซึมเศร้าได้ ด้วยการการเพิ่มการรับรู้ความสามารถของตนเอง (self-efficacy) ช่วยสถาปนาความรู้สึกเชื่อมโยงทางสังคมและความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของชุมชนหรือสังคมให้แก่ปัจเจกอีกครั้ง (Du et al. 2015, และ Ford et al. 2015) มากไปกว่านั้น สำหรับ ‘ปอ’ ยังสะท้อนให้เห็นว่า ‘ค่านิยมแบบทุนนิยม’ ก็อาจเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เธอเป็นซึมเศร้า ผ่านการบ่มเพาะตัวตนให้มีลักษณะการมองโลกแบบมุ่งเน้นปัจเจก ทำให้เกิดความกดดันและการ

โทษตัวเอง โดยงานศึกษาของโรเจอร์ วาลซ์ (Walsh 2011) และงานของทิม แคสเซอร์ และคณะ (Kasser et al. 2007) ต่างเผยให้เห็นว่าบริบทสังคม วัฒนธรรมแบบทุนนิยมมีความสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นความชุกของโรคซึมเศร้า ในประชากร โดยค่านิยมแบบทุนนิยมที่เน้นการแข่งขันอย่างเข้มข้น การมี วัฒนธรรมแบบการกำหนดชะตาชีวิตตัวเอง (self-determination) วัฒนธรรม แบบโทษเหยื่อ (blaming-the-victim discourse) และการลดลงของการสนับสนุน ทางสังคม ได้สร้างความกดดันในชีวิตและบั่นทอนสุขภาวะของปัจเจก จนนำไปสู่การเกิดพยาธิสภาพทางจิตของผู้คนในโลกตะวันตกอย่างมีนัยยะสำคัญ (Kasser et al. 2007, และ Walsh 2011)

นอกจากนี้ สำหรับผู้อยู่ร่วมกับโรคซึมเศร้าบางคน วิกฤตการณ์ COVID-19 ก็อาจถูกให้ความหมายว่าได้สร้างโอกาสให้พวกเขาสามารถรู้สึกฟื้น และปรับความสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัวใหม่ (relational reframing) พร้อมๆ กับทำให้ตระหนักถึงข้อดี ‘ความสำคัญของการมีตัวตนและตำแหน่ง แห่งที่ของตนเองภายในครอบครัว’ ในแง่ที่ว่าพวกเขายังสามารถเป็นที่เสาหลัก และเป็นที่ยึดให้แกครอบครัวได้ในยามวิกฤต ดังในกรณีของ ‘พี่หมวย’ จากที่เคย ให้ความหมายตัวเองในฐานะภรรยาหรือ ‘สมการส่วนเกิน’ ของครอบครัว วิกฤต COVID-19 ได้สร้างสถานการณ์ที่ขบขันให้เห็นว่าตัวเธอก็เป็นฟันเฟืองที่สำคัญ ที่ทำให้ครอบครัวของเธอยังสามารถขับเคลื่อนไปได้ในยามวิกฤต และมีสิทธิ มีเสียงภายในครอบครัวมากขึ้น หรือ ในกรณีของ ‘เกริก’ ที่ซึ่งวิกฤตที่ทำให้ พ่อแม่ตระหนักถึงคุณค่าในตัวของเขา จากที่เคยถูกปรามาสและเปรียบเทียบกับพี่ชายจนกลายเป็นปมในใจ วิกฤตได้เข้ามาคลี่คลายปมดังกล่าวลง ดังเรื่องเล่า ‘เกริก’ (นามสมมติ) สะท้อนไว้ว่า

“...แม้กับพ่อเขาไม่เคยภูมิใจในตัวผม โดนเสียดสีเปรียบเทียบกับพี่ตลอดว่าทำไมไม่ได้ครึ่งของเขา จนเป็นปมในใจเราตลอดว่าเราไม่เคยเป็นที่ภูมิใจในสายตาเขา...ช่วงต้นเดือนกุมภาพันธ์ พ่อ รู่ๆ ก็เป็น

อัมพาต หมอบอกเป็นโรคเส้นเลือดในสมอง ฝ่าตัด ช่วยเหลือตัวเอง ไม่ได้ต้องกายภาพทุกวัน...แม่อีกโทรไปปรึกษาพี่ชาย แต่พี่กลับไม่ช่วย แม่กระทั่งออกเงินเลย เขาบอกว่าโดนเลิกจ้างจากสายการบิน บอกว่า แทบไม่มีเงินเหมือนกัน แล้วก็ต้องดูแลครอบครัวด้วย...แม่เสียใจมาก แล้วก็เครียดเรื่องค่าใช้จ่าย แม่ผิดหวังมากที่พ่อเกิดวิกฤตคนที่หวัง ฟุ้งที่สุดกับฟุ้งไม่ได้ แต่ผมก็ไปปลอบแม่ว่าผมมีเงินเก็บอยู่พอสมควร แล้วผมทำงานอยู่บ้านอยู่ดูแลพ่อได้แม่ไม่ต้องห่วง...ทุกวันนี้ ผมก็ช่วย พ่อทำกายภาพ ช่วยพุงเดิน...วิกฤตทำให้ผมกลับมาใกล้ชิดกับพ่อแม่ อีกครั้ง ผมได้เห็นน้ำตาของพ่อกับคำพูดที่เขาพยายามพูดขอบคุณเรา แม่ได้มาบอกขอโทษเราที่มองเราผิดไป ปมในใจมันคลี่คลายผ่าน วันเวลาที่เราได้ดูแลใกล้ชิดเขา เหมือนว่าสิ่งที่ผมต้องการมาตลอด คือความรักความชื่นชมของเขา...อาการซึมเศร้าของผมก็ค่อย ๆ ดีขึ้น ความคิดลบ ๆ ความรู้สึกไม่ถูกรัก ความรู้สึกไม่ดีพอ หายหมดไป สองครั้งที่ผมพบหมอล่าสุด ผมเล่าให้หมอฟัง หมอก็บอกเราอาการ ดีขึ้นมากเลย หมอก็ปรับยาลดลง”

เรื่องเล่าของทั้ง ‘พีเดียน’ ‘พีหมวย’ ‘พีปอ’ และ ‘เกริก’ มีจุดร่วมที่ น่าสนใจในแง่ที่ว่า ผู้อยู่ร่วมกับโรคซึมเศร้าทั้ง 4 คนต่างได้ให้ความหมาย กับ ‘การรับรู้ถึงศักยภาพกระทำการของตัวเอง’ (agency/self-efficacy) ไม่ว่าจะ เป็นการสามารถช่วยเหลือคนที่ทุกข์ยาก การเป็นปากเป็นเสียงให้แก่คน ตัวเล็กตัวน้อย และการได้เป็นเสาหลักของครอบครัว ล้วนมีส่วนสำคัญต่อการ ฟื้นคืนความเป็นองค์ประธานสามัญให้กลับสู่ผู้อยู่ร่วมกับโรคซึมเศร้ามากกว่า การบำบัดรักษาตามมาตรฐานทางจิตเวชศาสตร์เพียงลำพัง ทั้งนี้ส่วนหนึ่ง เนื่องจากศักยภาพกระทำการมีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกับการมีความหวัง โดยเมื่อปัจเจกมีความหวังก็จะนำไปสู่การมีความคิดเชิงบวกมากขึ้น ความคิด เชิงลบน้อยลง และมีมุมมองชีวิตแบบมุ่งอนาคต (forward-looking orientation) (Snyder 2000)

เรื่องเล่าของผู้ที่อยู่ร่วมกับโรคซึ่มเศร้ำสะท้อนให้เห็นถึงการรับรู้และการตีความให้ความหมายต่อชีวิตซึ่มเศร้ำท่ามกลางโลกยุค COVID-19 อย่างแตกต่างหลากหลาย เกินกว่าขอบเขตการรับรู้ภายใต้กรอบทัศน์เชิงการแพทย์ที่ลดทอนโลกประสบการณ์และตัวตนของผู้ที่อยู่ร่วมกับโรคซึ่มเศร้ำและปฏิบัติราวกับว่าพวกเขามีความเป็นกลุ่มก้อนเนื้อเดียวกัน ที่ซึ่ง ‘ควรจะ’ ได้รับความเจ็บจากปรากฏการณ์วิกฤตอย่างไม่แตกต่างกัน โดยเรื่องเล่าของผู้ที่อยู่ร่วมกับโรคซึ่มเศร้ำได้เผยให้เห็นถึงการนิยามความหมายของโรคซึ่มเศร้ำที่แตกต่างลึกล้นกับชุดคำอธิบายแบบการแพทย์สมัยใหม่ ผ่านการเผยให้เห็นถึงการบรรจบทับซ้อนกันของเงื่อนไขเชิงโครงสร้างและเงื่อนไขส่วนบุคคลอย่างมีเอกลักษณ์และจำเพาะ ที่ซึ่งทำให้ท่วงทำนองชีวิตทางสังคมและประสบการณ์ท่ามกลางโลกยุค COVID-19 ของผู้ที่อยู่ร่วมกับโรคซึ่มเศร้ำกลายเป็นโอกาสสำหรับบางคนให้สามารถทบทวนความหมายชีวิต รื้อฟื้นสัมพันธ์ภาพหรือหลุดพ้นจากโรคซึ่มเศร้ำได้ ขณะที่สำหรับผู้ที่อยู่ร่วมกับโรคซึ่มเศร้ำบางกลุ่มกับต้องแบกรับความทนทุกข์ที่ถาโถมเข้ามาซ้ำเติมโลกชีวิตซึ่มเศร้ำของพวกเขาให้เลวร้ายยิ่งขึ้น

‘สภาวะทับซ้อน’: เหตุผลเบื้องหลังของการให้ความหมายและการตีความโลกยุค COVID-19 ที่หลากหลายของผู้ที่อยู่ร่วมกับโรคซึ่มเศร้ำ

เรื่องเล่าประสบการณ์ชีวิตของผู้ที่อยู่ร่วมกับโรคซึ่มเศร้ำท่ามกลางโลกยุค COVID-19 ได้เผยให้เห็นถึง ‘ภววิทยา’ ที่หลากหลายของโรคซึ่มเศร้ำ ที่ซึ่งผู้ที่อยู่ร่วมกับโรคซึ่มเศร้ำให้ความหมายและตีความโลกชีวิตซึ่มเศร้ำท่ามกลางสถานการณ์ COVID-19 อย่างแตกต่างหลากหลาย บ้างให้ความหมายว่าเป็นวิกฤตที่เข้ามาแปรเปลี่ยนท่วงทำนองชีวิตประจำวันของพวกเขา บ้างตีความว่าเป็นวิกฤตหนักหน่วงที่ซ้ำเติมชีวิตของพวกเขาให้เลวร้ายเกินกว่าจะทานทน บ้างรับรู้ว่

เป็นโอกาสที่ทำให้พวกเขาได้ทบทวนคุณค่าและค้นพบความหมายของชีวิตใหม่ และบ้างก็มองว่าเป็นโอกาสที่เข้ามาสร้างเงื่อนไขให้พวกเขาสามารถแสดงศักยภาพหรือรื้อฟื้นความสัมพันธ์และยึดโยงตัวเองกลับเข้าโครงสร้างความสัมพันธ์ที่เคยแปลกแยกได้อีกครั้ง ฉะนั้น ถึงแม้งานชิ้นนี้ได้ปฏิเสธถึงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านที่เป็นชีววิทยากับโรคซึมเศร้า (Hirschfeld 2000, Charney and Manji 2004, และ Cowen and Browning 2015) หากแต่ภายใต้เรื่องเล่าที่หลากหลายของผู้อยู่ร่วมกับโรคซึมเศร้า งานชิ้นนี้พยายามสะท้อนให้เห็นว่าโลกชีวิตของพวกเขามีความสลับซับซ้อนเกินกว่าที่จะอธิบายหรือให้ความหมายผ่านกรอบทัศน์ทางจิตเวชศาสตร์ที่มักฉายภาพโรคซึมเศร้าใน 2 ลักษณะ (Luhrmann 2000) ได้แก่ หนึ่งแรก จิตเวชศาสตร์ชีววะ (biomedical psychiatry) ที่มุ่งอธิบายโรคไปยังปริมาตรของเรือนร่าง (body) ให้ภาพโรคซึมเศร้าและพฤติกรรมที่ผิดปกติในฐานะสิ่งประกอบสร้างทางชีววิทยา (biological construct) เป็นชุดคำอธิบายที่มองว่าเป็นผลผลิตจากความผิดปกติเชิงการทำงานภายในอวัยวะที่เรียกว่าสมองและความไม่สมดุลของสารสื่อประสาทในสมอง ซึ่งเป็นความผิดปกติเชิงชีวภาพเสมือนความเจ็บป่วยทางกายภาพอื่น ๆ ที่สามารถฟื้นฟูและเยียวยาด้วยยาต้านเศร้าและ/หรือการทำจิตบำบัด ดังสะท้อนใน “คู่มือการดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชสำหรับแพทย์” (2544) ตำราจิตแพทย์โดยกรมสุขภาพจิต ที่สะท้อนถึงความคิดจิตเวชศาสตร์ชีววะดังกล่าว:

“[โรคซึมเศร้า]...เป็นโรคที่รักษาได้ผลดี หากกินยาสม่ำเสมอ... โรคนี้เป็นจากการเสียสมดุลของระบบสารเคมีในสมอง เป็นโรคที่คล้ายกับโรคความดันโลหิตสูง คือ ถ้ามีความเครียดหรือความกดดันมาก อารมณ์ก็มากขึ้น แต่ความเครียดไม่ได้เป็นตัวต้นเหตุของอาการป่วย โดยเป็นเพียงตัวกระตุ้นเท่านั้น” (มาโนช หล่อตระกูล 2544, 4)

และ *ชนบทที่สอง* จิตเวชศาสตร์พลวัต (psychodynamic psychiatry) ที่มุ่งอธิบายโรคไปที่ปริมณฑลจิตใจ (mind) กรอบทัศน์ดังกล่าวโรคซึมเศร้า และพฤติกรรมที่ผิดปกติเป็นสิ่งประกอบสร้างทางจิตวิทยา (psychological construct) กล่าวคือ โรคซึมเศร้าเป็นสิ่งที่สลับซับซ้อนและเป็นนามธรรม ซึ่งสัมพันธ์กับบุคลิกตัวตน เจตจำนง ความรัก ความเกลียดชัง ตลอดจนประสบการณ์ในอดีตที่ซับซ้อนยุ่งเหยิง ภายใต้ชนบดังกล่าว ผู้อยู่ร่วมกับโรคซึมเศร้าป่วยเพราะมีการเรียนรู้ที่จะตีความและตอบสนองต่อผู้อื่นในวิถีทางที่ไม่เหมาะสม (maladaptive) มีทัศนคติที่บิดเบือนผิดแปลกไปจากความเป็นจริง อันเป็นผลจากการมีพฤติกรรมการเรียนรู้ที่ผิดปกติและ/หรือ การปรับตัวเชิงลบของผู้ป่วย หนทางที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยคือการปรับหรือทำให้พวกเขาสามารถตระหนักรับรู้ถึงรูปแบบการตอบสนองที่ไม่เหมาะสมที่แฝงฝังอยู่ในระดับจิตใต้สำนึก (Luhrmann 2000) ด้วยการประกอบสร้างความเป็นตัวตนของผู้ป่วยในฐานะ ‘องค์ประธานที่คิดบวก’ (positive subjectivity) ผ่านการทำจิตบำบัดและปรับความคิดเจตคติที่บิดเบือน อย่างไรก็ตาม ในทรวงขณะของผู้อยู่ร่วมกับโรคซึมเศร้าบางคน ‘การคิดบวกหรือการมองบวก’ ถูกมองว่าบางครั้งไม่เพียงแต่ไม่ช่วยอะไร กลับทำให้พวกเขาารู้สึกถูกกีดกันมากขึ้นดังในทรวงขณะของ ‘พีแดง’ ที่กล่าวไว้ว่า “...ปรึกษาหมอ เขาก็แนะนำอะไรเราไม่ได้ นอกจากบอกให้พยายามคิดบวกเข้าไว้ อย่าไปปะทะ...พีกลับคิดนะ บางครั้งการมองบวก การยอมตามเขา ไม่ไปปะทะ บางครั้งก็ทำให้เราโดนกระทำมากขึ้น เหมือนเขาได้ใจ เขายังทำเรา”

วาทกรรมทางจิตเวชศาสตร์ว่าด้วยโรคซึมเศร้าที่ให้ความหมายปรากฏการณ์ผ่านกรอบ ‘พยาธิสภาพที่อยู่ภายในปัจเจก’ จึงเป็นกรอบที่ลดทอนและละเลยความสลับซับซ้อนที่หลากหลายของ “ความเป็นจริงที่มีชีวิตของตัวโรคซึมเศร้า” (the lived realities of depression) (Lang 2018, 96) ยกตัวอย่างเช่น ภายใต้กรอบจิตเวชศาสตร์พฤติกรรมการทำร้ายตัวเอง (self-harm) ถูก

ลดทอนให้เป็นเพียงหนึ่งในอาการของโรคซึมเศร้า ในแง่หนึ่งมันได้ปิดซ่อนอำพรางปัญหาเชิงโครงสร้าง เช่น ความรุนแรงเชิงเพศภาวะและการไม่สามารถเข้าถึงทรัพยากรได้อย่างเท่าเทียมอันเกิดจากเพศภาวะให้กลายเป็นปัญหาพยาธิสภาพส่วนบุคคล ทั้ง ๆ ที่ปัจจัยเรื่องความไม่เท่าเทียมเชิงเพศภาวะและความรุนแรงที่สืบเนื่องจากเพศภาวะในโครงสร้างความสัมพันธ์เชิงอำนาจระหว่างเพศก็เป็นหนึ่งในปัจจัยกำหนดเชิงสังคม (social determinants) ที่นำไปสู่ผลลัพธ์ทางสุขภาพที่แตกต่างกันระหว่างเพศชายและเพศหญิงได้ (Caiola et al. 2014) ดังเช่นในกรณีของ ‘พีแดง’ ที่บทบาทเชิงเพศภาวะและการมีสถานะรื่องทางอำนาจในครัวเรือนแบบปิตาธิปไตย ไม่เพียงแต่สร้างข้อจำกัดในแง่ของ ‘ตัวเลือกหนทางและวิธีการ’ ในการรับมือกับสภาวะตึงเครียด หรือ ‘สิ่งเร้ากระตุ้น’ (stressor) ของผู้อยู่ร่วมกับโรคซึมเศร้า ให้เธอไม่เหลือหนทางใด ๆ นอกจากการระบายอารมณ์และแสดงสัญญาณการต่อต้านผ่านเรือนร่างของเธอด้วยการกรีดข้อมือ หากแต่ยังมันยังปิดกั้นโอกาสในการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ที่มีคุณภาพ จากการที่เธอไม่มีอำนาจในการควบคุมและศักยภาพในการเข้าถึงทรัพยากรและบริการทางสุขภาพจิตที่ดีได้ ทำให้เธอจำต้องเปลี่ยนจากการรักษาในโรงพยาบาลเอกชนที่เคยรักษาประจำไปรักษาที่โรงพยาบาลสิทธิประกันสังคมแทน เป็นต้น การรับรู้ความหมายผ่านกรอบทัศน์ทางการแพทย์เพียงลำพังจึงไม่เพียงแต่ไม่สามารถจับภาพความสลับซับซ้อนของภววิทยาที่หลายหลากของตัวโรคซึมเศร้าได้เท่านั้น หากแต่ในสายตาของผู้อยู่ร่วมกับโรคซึมเศร้าบางคน (อย่างเช่น พีแดง) ก็กลับให้ความหมายกับคำแนะนำของจิตแพทย์ที่ให้คิดบวก ยอมจำนน และหลีกเลี่ยงการปะทะว่าเป็น ‘ความคิดเชิงบวกที่เป็นพิษภัย’ (toxic positivity) ที่ทำให้พวกเขายิ่งถูกกดขี่หรือกดทับจากผู้ใช้อำนาจ ตลอดจนยังเป็นการปิดกั้นโอกาสในการกอบกู้ความเป็นองค์ประธานของผู้อยู่ร่วมกับโรคให้กลับไปสู่สภาวะปกติสามัญตามพันธกิจของจิตเวชศาสตร์ สอดคล้องกับทฤษฎีของ

‘แบงค์’ ที่มองว่าคำแนะนำของจิตแพทย์ (ผู้เป็นร่างทรงของอำนาจ/ความรู้จิตเวชศาสตร์) มิได้ช่วยบรรเทาความทุกข์ทนที่กำลังเผชิญ แบงค์กลับต้องดิ้นรนหาหนทางเพื่อให้สามารถปรับตัวเข้ากับสภาวะการณ์ตั้งเครียดภายในครอบครัวที่เกิดจากสถานการณ์โรคระบาด COVID-19 เองจากทรัพยากรและทักษะที่มีอยู่ ดังคำที่เขาสะท้อนว่า “*เออภูเขาทางออกได้ดีกว่าคำแนะนำหมออีก*” ฉะนั้น จะเห็นได้ว่าอำนาจ/วาทกรรมจิตเวชศาสตร์ล้าพังกาจมิสามารถใช้เป็นเครื่องมือสำเร็จรูป (magic bullet) มาฟื้นคืนหรือกอบกู้ ‘ความปรกติ’ กลับคืนแก่ผู้อยู่ร่วมกับโรคซึมเศร้าที่มีความจำเพาะแตกต่างหลากหลายได้อย่างตรงไปตรงมา หากแต่ในการทำความเข้าใจความซับซ้อนของภววิทยาโรคซึมเศร้าจึงจำเป็นเข้าใจความเป็นจริงของตัวโรคผ่านประสบการณ์เชิงอัตวิสัยของปัจเจกและผ่านโลกทัศน์ของผู้อยู่ร่วมกับโรคซึมเศร้า ซึ่งจะช่วยให้เห็นถึงองค์ความรู้ท้องถิ่นหรือองค์ความรู้สามัญของปัจเจกบุคคล (local knowledge) ว่าพวกเขามีวิธีการหรือกลยุทธ์ในการระดมทรัพยากรและเครือข่ายที่แวดล้อมพวกเขามาใช้ในการต่อรองประนีประนอมดูดซับห้วงวิกฤตหรือบรรเทาสภาวะการณ์ตั้งเครียดทางอารมณ์อย่างไร

เมื่อพิจารณาผ่านโลกทัศน์และการให้ความหมายของผู้อยู่ร่วมกับโรคซึมเศร้าได้ช่วยคลี่คลายให้เห็นว่าโรคซึมเศร่าก็ยังมีมิติของการเป็นสิ่งประกอบสร้างทางสังคม-วัฒนธรรม (socio-cultural constructed) ด้วย กล่าวคือโรคซึมเศร้าส่วนหนึ่งก็เป็นผลผลิตที่เกิดการปะทะประสานระหว่างโครงสร้างและผู้กระทำการ (structure and agency) ในแง่ของเชิงโครงสร้าง ได้แก่ *ประการแรก* โครงสร้างทางวัฒนธรรมแบบทุนนิยม ภายใต้เศรษฐกิจสังคมแบบทุนนิยมเสรีนิยมใหม่ พลเมืองถูกคาดหวังให้มีความเป็นองค์ประธานแบบเสรีนิยมใหม่ นั่นคือ ‘องค์ประธานที่ต้องดูแลตัวเอง’ (self-care subject) (Butler and Athanasiou 2013) ที่ซึ่งปัจเจกเป็นผู้รับผิดชอบในความสำเร็จและความล้มเหลวของตัวปัจเจกและครอบครัว โดยความล้มเหลวในชะตาชีวิต

เป็นผลจากความล้มเหลวเชิงศีลธรรมและความเปียงเบนเชิงวัฒนธรรมของตัวปัจเจก ขณะที่โครงสร้างและระเบียบทางเศรษฐกิจการเมืองที่ดำรงอยู่มีความชอบธรรมและไม่ได้มีความผิดปกติ (Bourgeois 2001, และ Butler and Athanasiou 2013) บรรยายาททางสังคมดังกล่าวได้สร้างความคิดที่เคร่งครัดในการโทษตัวเอง และความรู้สึกด้อยค่าให้แก่ตัวปัจเจกที่ไม่สามารถปฏิบัติตามระเบียบแห่งเสรีนิยมใหม่ ประการที่สอง ความไม่เท่าเทียมเชิงเพศภาวะที่สร้างข้อจำกัดในแง่โอกาสชีวิตแก่ผู้อยู่ร่วมกับโรคซีสต์เรื้อรังที่เป็นเพศหญิง ทั้งในแง่ของการถูกคาดหวังเชิงบทบาท ตลอดจนการมีสถานะรองทางอำนาจในครัวเรือน ส่งผลให้พวกเธอรู้สึกถึงสภาวะไร้อำนาจ การรับรู้ถึงสภาวะไร้ศักยภาพ กระทำการไร้อำนาจเองก็กลับไปบั่นทอนและสร้างความทนทุกข์ให้แก่โลกชีวิตของผู้อยู่ร่วมกับโรคซีสต์เรื้อรังให้เลวร้ายลง และประการที่สาม ความเหลื่อมล้ำไม่เท่าเทียมในระบบบริการสุขภาพจิต ในฐานะความรุนแรงเชิงโครงสร้างที่สกัดกั้นผู้อยู่ร่วมกับโรคซีสต์เรื้อรังที่มีสถานะทางเศรษฐกิจที่อยู่ในช่วงชั้นระดับล่างไม่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพจิตยามที่พวกเขาต้องการความช่วยเหลือ หรือการถูกเลือกปฏิบัติ ดังที่ ‘พีแดง’ ได้สะท้อนไว้ว่า “ไม่เหมือนเอกชนที่เราสามารถไปได้ทันทีที่เราารู้สึกไม่ไหว เวลาพบหมอก็จอกแค่แปบเดียว ไม่เหมือนเอกชน มันทำให้เห็นว่าถ้าเราไม่มีเงินในโรงพยาบาล เราก็ไม่ได้ถูกเห็นหัวเห็นค่า หมอก็เหมือนไม่อยากฟังเราเท่าไร”

ในส่วนของเงื่อนไขส่วนบุคคลที่เป็นพันธุการศักยภาพกระทำการของปัจเจก ได้แก่ *ประการแรก* สถานะทางเศรษฐกิจสังคมของปัจเจก ปัจจัยด้านสถานะทางเศรษฐกิจมีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับสภาวะของผู้ป่วย อาทิเช่น การเป็นปัจจัยกำหนด ‘คุณภาพและการเข้าถึงบริการทางสุขภาพจิต’ ของผู้อยู่ร่วมกับโรคซีสต์เรื้อรัง และยังเป็นตัวกำหนดตำแหน่งที่ในโครงสร้างอำนาจของความสัมพันธ์ ดังเช่นในกรณีของ ‘พีห่มวย’ และ ‘เกริก’ ที่ซึ่งในสภาวะก่อนวิกฤตพวกเขาไม่ได้เป็นผู้หารายได้หลักแก่ครอบครัว ทำให้ตกอยู่ในสภาวะ

ผู้ไร้เสียงภายในโครงสร้างอำนาจครัวเรือน เกิดความรู้สึกแปลกแยกจากการเป็นสมาชิกในครอบครัวและความรู้สึกเป็นภาระให้แก่พวกเขา เป็นต้น *ประการที่สอง* เพศภาวะ นอกจากปัจจัยเชิงเพศภาวะสามารถนำไปสู่ความไม่เท่าเทียมและความรุนแรงที่สืบเนื่องจากเพศภาวะดังที่ได้กล่าวไปแล้ว ตัวเพศภาวะก็ยังสามารถกดดันให้แก่ผู้อยู่ร่วมกับโรคซึมเศร้า ผ่านมายาคติ ‘ความเป็นชาย’ (masculinity) ที่มองว่าผู้ชายต้องเป็นคนเข้มแข็งอดทน ขณะที่เพศชายที่ไม่สามารถสอดรับกับมายาคติดังกล่าวก็ถูกตีตรา ดังในกรณีของ ‘เบงค์’ ที่ถูกตีตราว่าการป่วยซึมเศร้านอกจากเป็นความเป็ยงเบนทางพฤติกรรม ยังมีความเป็ยงเบนเชิงเพศภาวะ หรือ ‘ความเป็นหญิง’ (femininity) ในกรณีของ ‘พีแดง’ ที่เธอรู้สึกอิหลักอิเหลือขัดแย้งภายในจิตใจระหว่างด้านหนึ่งการถูกตราหน้าว่าบกพร่องในการดำรงไว้ซึ่งบทบาททางเพศภาวะที่ถูกคาดหวัง นั่นคือ การเป็นสะใภ้ที่ดี (cult of domesticity) ทำให้เธอรู้สึกกดดันด้วยค่าและไม่อยากมีชีวิตอยู่ ขณะที่ในอีกด้านหนึ่ง ก็ต้องการดำรงไว้ซึ่งบทบาทของ ‘ความเป็นแม่’ (motherhood) ที่มีภาระต้องดูแลลูก อันเป็นเงื่อนไขเหนียวรั้งให้เธอต้องมีชีวิตอยู่ เป็นต้น และ*ประการที่สาม* ทูทางสังคม การถูกตัดขาด ถูกโดดเดี่ยว และการไร้ซึ่งเครือข่ายทางสังคมคอยเป็นแหล่งพึ่งพิงหรือให้การสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้อยู่ร่วมกับโรคซึมเศร้ายามต้องเผชิญกับความกดดันทางทุกข์ (stress-buffering) ทำให้โลกชีวิตซึมเศร้าท่ามกลางวิกฤตมีสภาพเลวร้ายมากขึ้นและอาการของโรคก็ย่ำแย่ลง (ดังในกรณีของพีแดง) ขณะที่ผู้อยู่ร่วมกับโรคซึมเศร้าบางคนก็ได้สถาปนาเครือข่ายทางสังคมผ่านกิจกรรมการช่วยเหลือผู้คน ก็ได้สร้างความรู้สึกความเป็นส่วนหนึ่งของชุมชนหรือสังคม (sense of belonging) และความเชื่อมโยงทางสังคม (social connectedness) ให้แก่ผู้อยู่ร่วมกับโรคซึมเศร้าว่าพวกเขามีได้เผชิญกับความทนทุกข์เพียงลำพังเกิดการทบทวนความหมายของชีวิตใหม่และตระหนักถึงคุณค่าชีวิตของตนเอง ทำให้ผู้อยู่ร่วมกับโรคซึมเศร้าสามารถฟื้นคืนความเป็นองค์ประธานสามัญ

กลับคืนได้อีกครั้ง เป็นต้น ดังนั้นจะเห็นได้ว่า ในแง่หนึ่งโรคซึ่มเศร้าวเองก็เป็นผลผลิตจากการปะทะประสานระหว่งการบรรจบกันของอัตลักษณ์ที่หลากหลายทับซ้อนกันของปัจเจก กับปัจจัยเชิงโครงสร้างในระบบทางสังคมหนึ่ง ๆ ที่ผสมผลทำให้เกิดความไม่เท่าเทียมในเชิงสุขภาพของแต่ละปัจเจก ทำให้สำหรับผู้ที่อยู่ร่วมกับโรคซึ่มเศร้าวบางกลุ่มอยู่ในสถานะได้เปรียบเชิงโครงสร้าง (structural advantage) ที่สามารถสร้างโอกาสได้ในวิกฤต COVID-19 ขณะที่ผู้ที่อยู่ร่วมกับโรคซึ่มเศร้าวบางกลุ่มที่อยู่ในสถานะเสียเปรียบเชิงโครงสร้างก็ถูกวิกฤตซ้ำเติมประสบการณ์ความเจ็บป่วยของปัจเจกเลวร้ายลง (Heard et al. 2019) ยังผลให้พวกเขารับรู้ถึงความ และให้ความหมายกับปรากฏการณ์โลกยุค COVID-19 อย่างแตกต่างหลากหลาย

ฉะนั้นแล้ว ในการจับภาพและทำความเข้าใจความสลับซับซ้อนของ ‘ภววิทยาที่หลายหลากของโรคซึ่มเศร้าว’ อันเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดการปฏิสัมพันธ์กันอย่างมีพลวัตของทั้งมิติเชิงชีววิทยาและมิติเชิงสังคมวัฒนธรรม จำเป็นต้องพิจารณาปรากฏการณ์ของโรคซึ่มเศร้าวผ่านการบูรณาการร้อยรัดกรอบทัศน์จากโลกสองโลก ที่มักถูกมองว่าขัดแย้งหรือเป็นเส้นขนานที่ไม่บรรจบกัน นั่นคือ โลกทัศน์ทางการแพทย์และมุมมองจากโลกประสบการณ์ของผู้ที่อยู่ร่วมกับโรคซึ่มเศร้าวมาเติมเต็มช่องว่างซึ่งกันและกัน ขณะที่มุมมองชีวการแพทย์ที่มุ่งเน้นไปที่ปริณทลกายวิภาค (physiology) หรือประสบการณ์ที่แสดงผ่านทางร่างกาย (somatic) พร้อมกับมีแนวโน้มที่จะลดทอนประสบการณ์เชิงอัตวิสัยว่าด้วยสุขภาพและความเจ็บป่วยให้กลายเป็นเรื่องพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นในกายวิภาค (Einstein and Shildrick 2009, และ Luhrmann 2000) ส่วนมุมมองเชิงสังคมศาสตร์ก็มีแนวโน้มที่จะละเลยแง่มุมเชิงชีววิทยาในประสบการณ์ของมนุษย์ และมุ่งเน้นไปที่บริบททางเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรมที่มีอิทธิพลในการหล่อหลอมสุขภาพและความเจ็บป่วย (Kelly 2009) ผู้เขียนเชื่อว่าการเชื่อมประสานระหว่งโลกทัศน์ทั้งสองใบจะทำให้เราสามารถคลี่คลาย

ความสลับซับซ้อนและทำความเข้าใจถึงภววิทยาที่หลากหลายของโรคซึ่มเศร้ำได้อย่างลุ่มลึกขึ้น ตลอดจนจนถึงปัจจัยขับเคลื่อนเชิงโครงสร้างที่โยงใยพัวพันได้อย่างมีโครงสร้าง อันนำไปสู่ความเข้าใจ ‘ผู้อยู่ร่วมกับโรคซึ่มเศร้ำในแบบที่เขาเป็น’

บทส่งท้าย

งานศึกษานี้ได้สำรวจถึงโลกทัศน์ของผู้อยู่ร่วมกับโรคซึ่มเศร้ำที่ให้ความหมายชีวิตซึ่มเศร้ำท่ามกลางโลกยุค COVID-19 โดยปรากฏการณ์โรคระบาด COVID-19 ได้คลี่คลายให้เห็นถึงภววิทยาอันหลากหลายของโรคซึ่มเศร้ำ ดังสะท้อนผ่านเรื่องเล่าของผู้อยู่ร่วมกับโรคซึ่มเศร้ำที่เผยให้เห็นว่าโรคระบาด COVID-19 ได้กลายเป็นผู้กระทำการ (actor) ที่เข้ามาสอดแทรกและแปรเปลี่ยนท่วงทำนองชีวิตประจำวันของผู้อยู่ร่วมกับโรคซึ่มเศร้ำแต่ละคนอย่างจำเพาะและแตกต่างหลากหลาย สำหรับบางคน วิกฤติโรคระบาดได้ทำให้โลกชีวิตของการอยู่ร่วมกับโรคซึ่มเศร้ำกลายเป็นเรื่องทนทุกข์และเลวร้ายลง ขณะที่สำหรับบางคนก็กลับให้ความหมายสถานการณ์โรคระบาดในฐานะโอกาสที่ทำให้หลายคนได้ทบทวนคุณค่าและความหมายของชีวิตใหม่ ตลอดจนจนมันยังได้สร้างความเป็นไปได้ใหม่ ๆ ให้พวกเขาได้มีโอกาสแสดงศักยภาพกระทำการและสถาปนารื้อฟื้นความสัมพันธ์ทางสังคมเพื่อยึดโยงตัวเองกลับเข้าโครงสร้างความสัมพันธ์ที่เคยแปลกแยกได้อีกครั้ง เรื่องเล่าของผู้อยู่ร่วมกับโรคซึ่มเศร้ำท่ามกลางภาวะระบาดจึงได้ช่วยคลี่คลายให้เห็นว่า ‘โรคซึ่มเศร้ำ’ มีความหลากหลายและมีพลวัตสลับซับซ้อนเกินกว่าวาทกรรมจิตเวชศาสตร์ที่พยายามสถาปนาความเป็นสากลทั่วไปให้แก่ความจริงว่าด้วยโรคซึ่มเศร้ำ โดยสถานการณ์โรคระบาด COVID-19 ได้ชี้ให้เห็นว่าแท้จริงแล้วโรคซึ่มเศร้ำเป็นผลิตภัณฑ์อุบัติหรือปรากฏขึ้นท่ามกลางเครือข่ายของการปะทะประสานระหว่างปัจจัยเชิงโครงสร้างภายนอกและเงื่อนไขภายในส่วนบุคคล

จากหลายระดับ ที่ไม่เพียงนำไปสู่การตีความ การให้ความหมายกับโรคซึมเศร้า และการสรรหากลยุทธ์และวิธีการในการประคับประคองโลกชีวิตซึมเศร้า ของตนเองในสถานการณ์โรคระบาดอย่างแตกต่างหลากหลาย หากแต่ยังสร้างความไม่เท่าเทียมเชิงผลลัพธ์ทางสุขภาพระหว่างปัจเจกบุคคลแต่ละราย เรื่องราวของพวกเขาจึงได้สะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นของการทบทวนมโนทัศน์โรคซึมเศร้าภายใต้กรอบทัศน์ทางการแพทย์ที่มีลักษณะสากลทั่วไปเสียใหม่ โดยก้าวแรกของการวิเคราะห์และบริหารจัดการกับโรคซึมเศร้าอย่างเหมาะสม ตลอดจนการสลายอคติทางสังคมที่มีต่อโรคซึมเศร้า คือ ความจำเป็นต้องเข้าใจธรรมชาติของความซับซ้อนซับซ้อน ความมีพลวัต และหลากหลายของตัวโรคซึมเศร้า อันมาจากการผสมผสานโรคทัศน์ของการแพทย์และโลกทัศน์ของผู้อยู่ร่วมกับโรคซึมเศร้า ที่ซึ่งจะช่วยเชื่อมต่อแง่มุมทางชีววิทยา โลกประสบการณ์เชิงอัตวิสัยในชีวิตประจำวันของผู้อยู่ร่วมกับโรคซึมเศร้า ตลอดจนแง่มุมเชิงสถาบันและวัฒนธรรม อันนำไปสู่ความเข้าใจว่าทำไมประสบการณ์ว่าด้วยโรคซึมเศร้าจึงถูกหล่อหลอมอย่างแตกต่างไปตามบริบทของกาลและเทศะหนึ่ง ๆ ขณะเดียวกันความเข้าใจความซับซ้อนและภววิทยาที่หลากหลายของโรคซึมเศร้าก็นำไปสู่การหาความเป็นไปได้ใหม่ ๆ ทั้งในแง่เชิงการดูแล ตลอดจนมาตรการในการรักษาที่มีประสิทธิภาพและมีความเหมาะสมเพื่อให้พวกเขาสามารถอยู่ร่วมกับโรคซึมเศร้าได้อย่างดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้

เชิงอรรถท้ายบท

- 1 เกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างผู้เข้าร่วมกับโรคซึมเศร้า ประกอบด้วย (1) เกณฑ์การคัดเลือก (inclusion criteria) ได้แก่ 1.1) เป็นผู้ที่มีอายุเกิน 18 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป และมีอายุไม่เกิน 60 ปี 1.2) ไม่มีโรคประจำตัวอื่น ๆ 1.3) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าจากจิตแพทย์ตามหลักเกณฑ์การวินิจฉัย DSM-5 หรือ ICD-10 1.4) ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องที่โรงพยาบาลเป็นระยะเวลาไม่ต่ำกว่า 8 สัปดาห์ (เลยช่วงระยะ Acute Phase ที่ผู้ป่วยมีอาการรุนแรง) (ราชวิทยาลัยจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2549, 251) 1.5) เคยมีประสบการณ์ในการรักษาทั้งการรับประทานยาต้านเศร้า และการทำจิตบำบัด และ 1.6) ยินยอมในการให้ข้อมูล (2) เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) ได้แก่ 2.1) เป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีโรคจิตเวชร่วมอื่น

บรรณานุกรม

- กนกวรรณ พวงประยงค์. 2564. “สถานการณ์ผลกระทบ ความต้องการการช่วยเหลือ และการปรับตัวของคนวัยทำงานในช่วงการแพร่ระบาดของโควิด-19: การศึกษาเชิงประจักษ์ในกรุงเทพมหานคร.” *วารสารสุทธิปริทัศน์* 35 (1): 266–286.
- กนกวรรณ พวงประยงค์ และสณิษฐ์ หนูนิล. 2563. “ผลสำรวจ: ผลกระทบ การปรับตัว และการมีพฤติกรรมช่วยเหลือสังคมในภาวะวิกฤต COVID-19 ของคนวัยทำงานในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล.” สืบค้นเมื่อ 8 พฤษภาคม 2563. <https://www.facebook.com/169059186777803/posts/1149252082091837/?d=n>.
- กมลเนตร วรณเสวก. 2557. “บทที่ 31 กลุ่มโรคอารมณ์สองขั้วและกลุ่มโรคซึมเศร้า.” ใน *จิตเวช ศิริราช DSM-5*. บรรณาธิการโดย นันทวัช สิริวัธิษ และคณะ. 169–177. กรุงเทพฯ: ประยูรสาส์นไทย การพิมพ์.
- กรมสุขภาพจิต. 2562. *รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2562*. กรุงเทพฯ: ละม่อม.
- พิชัย อธิฐสกุล และศิริไชย พงษ์สงวนศรี. 2558. โรคซึมเศร้า. ใน *จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี*. (พิมพ์ครั้งที่ 4). บรรณาธิการโดย มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุนิษย์, 167–189. กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.

- มาโนช หล่อตระกูล. 2544. บทที่ 6 ผู้ป่วยซึมเศร้า. ใน *คู่มือการดูแลผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต และจิตเวชสำหรับแพทย์*. บรรณาธิการโดย มาโนช หล่อตระกูล, 1–5. กรุงเทพฯ: กรมสุขภาพจิต.
- ราชวิทยาลัยจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 2549. บทที่ 23 *แนวทางเวชปฏิบัติโรคซึมเศร้า. ใน แนวปฏิบัติบริการสาธารณสุข: Quick Reference Guide สำหรับการรักษาผู้ป่วยทั่วไป*. บรรณาธิการโดย อภิรักษ์ ปาลวัฒน์วิไชย, 249–257. กรุงเทพฯ: สำนักงานโครงการพัฒนาแนวทางการบริการสาธารณสุข.
- อรรถจักร์ สัตยานุรักษ์, สมชาย ปรีชาศิลป์กุล, ประภาส ปิ่นตบแต่ง, บุญเลิศ วิเศษปรีชา, ณัฐพงศ์ จิตรนวิรัตน์, ธนิต โตอติเทพย์ และธนพฤกษ์ ชามะรัตน์. 2563. “การแถลงผลการรวบรวมข้อมูลผู้เสียชีวิตและคนที่ “ฆ่าตัวตาย” จากไวรัสโคโรนา-19 และข้อเสนอนะ.” สืบค้นเมื่อ 14 พฤษภาคม 2563. <https://drive.google.com/file/d/1y9YIYjG72dm7E7S0eH8EE-I0iFwugtls/view>.
- Aguero, Jorge, M. 2021. “COVID-19 and the Rise of Intimate Partner Violence.” *World Development* 137: 1–7.
- Ahn, Woo-Kyoung., Caroline C. Proctor, and Elizabeth H. Flanaganb. 2009. “Mental Health Clinicians’ Beliefs About the Biological, Psychological, and Environmental Bases of Mental Disorders.” *Cogn Sci* 33 (2): 147–182.
- American Psychiatric Association. 2020. “New Poll: COVID-19 Impacting Mental Well-Being.” Accessed May 20, 2020. <https://www.psychiatry.org/newsroom/news-releases/new-poll-covid-19-impacting-mental-well-being-americans-feeling-anxious-especially-for-loved-ones-older-adults-are-less-anxious>.
- American Psychiatric Association. 2013. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. (5th edition). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Anderson, Roy M., Hans Heesterbeek, Don Klinkenberg, and Déirdre Hollingsworth. 2020. “How Will Country-Based Mitigation Measures Influence the Course of the COVID-19 Epidemic?” *Lancet* 395 (10228): 931–934.
- Ashworth, Peter. 2003. “An Approach to Phenomenological Psychology: The Contingencies of the Lifeworld.” *Journal of Phenomenological Psychology* 34 (2): 145–156.

- Bangkok Post. 2021a. "Thais More in Debt Since Covid Hit: Poll." *Bangkok Post*, March 14, 2021. Accessed May 10, 2021. <https://www.bangkokpost.com/thailand/general/2083399/thais-more-in-debt-since-covid-hit-poll>.
- Bangkok Post. 2021b. "Most Thais Depressed about Covid-19: Poll." *Bangkok Post*, May 9, 2021. Accessed May 10, 2021. <https://www.bangkokpost.com/thailand/general/2112719/most-thais-depressed-about-covid-19-poll>.
- Bao, Yanping, Yankun Sun, Shiqiu Meng, Jie Shi, and Lin Lu 2020. "2019-nCoV Epidemic: Address Mental Health Care to Empower Society." *Lancet* 22 (395): E37– E38. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30309-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30309-3).
- Bermant, Laia S, and Nikolai Ssorin-Chaikov. 2020. "Introduction: Urgent Anthropological COVID-19 Forum." *Social Anthropology/Anthropologie Sociale* 28 (2): 218–220.
- Biehl, Joao. 2010. "'CATKINE...Asylum, Laboratory, Pharmacy, Pharmacist, I and the Cure': Pharmaceutical Subjectivity in the Global South." In *Pharmaceutical Self: The Global Shaping of Experience in an Age of Psychopharmacology*, edited by Janis H. Jenkins, 67–95. Santa Fe, NM: School of Advanced Research Press.
- Blackburn, Thomas P. 2019. "Depressive Disorders: Treatment Failures and Poor Prognosis over the Last 50 Years." *Pharmacol Res Perspect* 7 (3): e00472. <https://doi.org/10.1002/prp2.472>.
- Blazer, Dan G. 2005. *The Age of Melancholy: "Major Depression" and Its Social Origin*. New York: Routledge.
- Bourgois, Phillippe. 2001. "Culture of Poverty." In *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences*, edited by Neil J. Smelser and Paul B. Baltes, 11904–11907. Oxford: Pergamon.
- Buchbinder, Mara. 2010. "Giving an Account of One's Pain in the Anthropological Interview." *Cult Med Psychiatry* 34 (1): 108–131.
- Butler, Judith, and Athena Athanasiou. 2013. *Dispossession: The Performative in the Political*. Cambridge: Polity Press.

- Briggs, Charles L. 2005. "Communicability, Racial Discourse, and Disease." *Annual Review of Anthropology* 34 (1): 269–291.
- Brown, Hannah. 2019. "Complexity, Anthropology, and Epidemics." In *The Anthropology of Epidemics*, edited by Ann H. Kelly, Frédéric Keck, and Christos Lynteris, 121–134. Oxon: Routledge.
- Caiola, Courtney, Sharron L. Docherty, Michael Relf, and Julie Barroso. 2014. "Using an Intersectional Approach to Study the Impact of Social Determinants of Health for African-American Mothers Living with HIV." *ANS Adv Nurs Sci* 37 (4): 287–298.
- Carduff, Carlo. 2015. *The Pandemic Perhaps: Dramatic Events in a Public Culture of Danger*. Berkeley, CA: The University of California Press.
- Chandan, Joht S., Julie Taylor, Caroline Bradbury-Jones, Krishnarajah Nirantharakumar, Eddie Kane, and Siddhartha Bandyopadhyay. 2020. "COVID-19: A Public Health Approach to Manage Domestic Violence is Needed." *Lancet Public Health* 5 (6): E309. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(20\)30112-2](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30112-2).
- Charney, Dennis S., and Hussein K Manji. 2004. "Life Stress, Genes, and Depression: Multiple Pathways Lead to Increased Risk and New Opportunities for Intervention." *Science's STKE* 16 (225): re5. <https://stke.sciencemag.org/content/2004/225/re5>.
- Chase, L. E., R. P. Sapkpta, D. Crafa, and L. J. Kirmayer. 2018. "Culture and Mental Health in Nepal: An Interdisciplinary Scoping Review." *Glob Ment Health (Camb)* 5: e36. <https://doi.org/10.1017/gmh.2018.27>.
- Chatterjee, Seshadri S., Malathesh Barikar C., and Abir Mukherjee. 2020. "Impact of COVID-19 Pandemic on Pre-Existing Mental Health Problems." *Asian Journal of Psychiatry* 51 (102071). <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102071>.
- Chen, Bo, Jinlu Sun, and Yi Feng. 2020. "How Have COVID-19 Isolation Policies Affected Young People's Mental Health? - Evidence From Chinese College Students." *Front Psychol* 24 (11): 1529. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.01529>.

- Chua, Jocelyn C. 2014. *In Pursuit of the Good Life: Aspiration and Suicide in Globalizing South India*. Berkeley, CA: University of California Press.
- Clark, Jocalyn. 2014. "Medicalization of Global Health 2: The Medicalization of Global Mental Health." *Glob Health Action* 7. <https://doi.org/10.3402/gha.v7.24000>.
- Collins, Patricia H., and Sirma Bilge. 2016. *Intersectionality*. Malden, MA: Polity Press.
- Corin, Ellen and Gilles Lauzon. 1992. "Positive Withdrawal and the Quest for Meaning: The Reconstruction of Experience among Schizophrenics." *Psychiatry* 55 (3): 266–281.
- Cowen, Philip J., and Michael Browning. 2015. "What Has Serotonin to Do with Depression?" *World Psychiatry* 14 (2): 158–160.
- Cresswell, John W., and Vicki L. Plano Clark. 2011. *Designing and Conducting Mixed Method Research*. 2nd edition. Thousand Oaks, CA: Sage Publication.
- de Lima, Caito A., Paula Monikee, Rezende Alves, Carla J. B. de Oliveira, Thaisa Rodrigues, Nascimento de Oliveira, Beatriz Barbosa, Henrique C. Marcene and Stefan V. de Oliveira. 2020. "Letter to the Editor: COVID-19: Isolations, Quarantines and Domestic Violence in Rural Areas." *SciMedicine Journal* 2 (1): 44–45.
- Druss, Benjamin G. 2020. "Addressing the COVID-19 Pandemic in Populations with Mental Illness." *JAMA Psychiatry* 77 (9): 891–892. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2020.0894>.
- Du, Hongfei, Xiaoming Li, Danhua Lin, and Cheik C. Tam. 2015. "Collectivistic Orientation, Acculturative Stress, Cultural Self-Efficacy, and Depression: A Longitudinal Study among Chinese Internal Migrants." *Community Ment Health J* 51 (2): 239–248.
- Einstein, Gillian and Margrit Shildrick. 2009. "The Postconventional Body: Retheorising Women's Health." *Soc Sci Med* 69 (2): 293–300. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.04.027>.
- Engel, G. L. 1977. "The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine." *Science* 196 (4286): 129–136. <https://science.sciencemag.org/content/196/4286/129>.

- Estroff, Sue E. 1981. *Making It Crazy: An Ethnography of Psychiatric Clients in an American Community*. Berkeley: University of California Press.
- Evans, Clare R., and Natasha Erickson. 2019. "Intersectionality and Depression in Adolescence and Early Adulthood: A MAIHDA Analysis of the National Longitudinal Study of Adolescent to Adult Health, 1995 – 2008." *Soc Sci Med* 220: 1–11. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2018.10.019>.
- Fabrega, Horacio, Jr. 1974. *Disease and Social Behavior: An Interdisciplinary Perspective*. Cambridge, MA: MIT Press.
- Falicov, Celia J. 2003. "Culture, Society and Gender in Depression." *Journal of Family Therapy* 25 (4): 371–387.
- Ford, Brett Q., Julia O. Dmitrieva, Daniel Heller, Yulia Chentsova-Dutton, Igor Grossmann, Maya Tamir, Yukiko Uchida, Birgit Koopmann-Holm, Victoria A. Floerke, Meike Uhrig, Tatiana Bokhan, and Iris B. Mauss. 2015. "Culture Shapes Whether the Pursuit of Happiness Predicts Higher or Lower Well-Being." *Journal of Experimental Psychology* 144 (6): 1053–1062.
- Foucault, Michel. 1978. *The History of Sexuality, Volume 1: An Introduction*. Translated by Robert Hurley. New York: Pantheon Books.
- Friedman, Edward S. 2011. "Classification, Causes, and Epidemiology" In *Handbook of Depression*, edited by Edward S Friedman and Ian M Anderson, 1–6. London: Springer Healthcare.
- Furedi, Frank. 2004. *Therapy Culture: Cultivating Vulnerability in an Uncertain Age*. London: Routledge.
- Gao, Junling, Pinpin Zheng, Yingnan Jia, Hao Chen, Yimeng Mao, Suhong Chen, Yi Wang, Hua Fu, and Junming Dai. 2020. "Mental Health Problems and Social Media Exposure during COVID-19 Outbreak." *PLOS ONE* 15 (4): e0231924. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0231924>.
- Ge, Lixia, Chun Wei Yap, Reuben Ong, and Bee Hoon Heng. 2017. "Social Isolation, Loneliness and Their Relationships with Depressive Symptoms: A Population-Based Study." *PLOS ONE* 12 (8): e0182145. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0182145>.

- Ghadirian, Abdu'l-Missagh. 2015. "Depression: Biological, Psychosocial and Spiritual Dimensions and Treatment." *Journal of Bahá'í Studies* 25 (4).
- Grewal, Inderpal. 2008. "Postcoloniality, Globalization, and Feminist Critique." *American Anthropologist* 10(4): 517–520.
- Guadagno, Lorenzo. 2020. *Migrants and the COVID-19 Pandemic: An Initial Analysis*. Geneva: International Organization for Migration (IOM).
- Hall, Grenita, Deepika R. Laddu, Shane A. Phillips, Carl J. Lavie, and Ross Arenaa. 2020. "A Tale of Two Pandemics: How Will COVID-19 and Global Trends in Physical Inactivity and Sedentary Behavior Affect One Another?" *Progress in Cardiovascular Diseases* 64: 108–110. <https://doi.org/10.1016/j.pcad.2020.04.005>.
- Hanna, B. and A. Kleinman. 2013. "Unpacking Global Health: Theory and Critique." In *Reimagining Global Health: An Introduction*, edited by Paul Farmer, Jim Kim, Arthur Kleinman, and Matthew Basilico, 15–32 Berkeley, CA: University of California Press.
- Hari, Johann. 2018. *Lost Connections: Uncovering the Real Causes of Depression—and the Unexpected Solution*. New York: Bloomsbury.
- Hattery, Angela J. 2008. *Intimate Partner Violence*. New York: Rowman & Littlefield Publishers.
- Haw, Camilla, Keith Hawton, Kelly Houston, and Ellen Townsend 2018. "Psychiatric and Personality Disorders in Deliberate Self-Harm Patients." *The British Journal of Psychiatry* 178 (1): 48–54.
- Heard, Emma, Lisa Fitzgerald, Britta Wigginton, and Allyson Mutch. 2019. "Applying Intersectionality Theory in Health Promotion Research and Practice." *Health Promotion International* 35 (4): 866–876.
- Hirschfeld, R. M. A. 2000. "History and Evolution of the Monoamine Hypothesis of Depression." *J Clin Psychiatry* 61 (Suppl 6): 4–6.
- Huang, Yu-Te and Lin Fang. 2016. "Understanding Depression from Different Paradigms: Toward an Eclectic Social Work Approach." *British Journal of Social Work* 46: 756–772.

- Husain, Akbar. 2020. *Coronavirus Pandemic: Effects, Prevention and Management*. New Delhi: The Readers Paradise.
- Jacob, K. S. 2012. "Patient Experience and Psychiatric Discourse." *The Psychiatrist* 36 (11): 414–417.
- Jacob, K. S. 2015. "Patient Experience and the Psychiatric Discourse: Attempting to Bridge Incommensurable Worlds." *Indian Journal of Psychiatry* 57 (4): 423–426.
- Jenkins, Janis. H. 2010. "Introduction." In *Pharmaceutical Self: The Global Shaping of Experience in an Age of Psychopharmacology*, edited by Janis H. Jenkins, 1–25. Santa Fe, NM: School of Advanced Research Press.
- Kasser, Tim, Steve Cohn, Alle D. Kanner, and Richard M. Ryan. 2007. "Some Costs of American Corporate Capitalism: A Psychological Exploration of Value and Goal Conflicts." *Psychological Inquiry* 18 (1): 1–22.
- Kavoor, Anjana R. 2020. "COVID-19 in People with Mental Illness: Challenges and Vulnerabilities." *Asian Journal of Psychiatry* 51 (102051). <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102051>.
- Kawohl, Wolfram, and Carlos Nordt. 2020. "COVID-19, Unemployment, and Suicide." *Lancet Psychiatry* 7 (5): 389–290. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30141-3](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30141-3).
- Keck, Frédéric, Ann H. Kelly, and Christos Lynteris. 2019. "Introduction: The Anthropology of Epidemics." In *The Anthropology of Epidemics*, edited by Ann H. Kelly, Frédéric Keck, and Christos Lynteris, 1–23. Oxon: Routledge.
- Kelly, Ursula A. 2009. "Integrating Intersectionality and Biomedicine in Health Disparities Research." *Adv Nurs Sci* 32 (2): E42–E56.
- Kelly, June, and Tomos Morgan. 2020. "Coronavirus: Domestic Abuse Calls up 25% Since Lockdown, Charity Says." *BBC News*, April 6, 2020. <https://www.bbc.co.uk/news/uk-52157620>.
- Khunti, Kamlesh, Awadhesh Kumar Singh, Manish Pareek, and Wasim Hanif. 2020. "Is Ethnicity Linked to Incidence or Outcomes of Covid-19?" *BMJ* 369: m1548 <https://doi.org/10.1136/bmj.m1548>.

- Kleinman, Arthur. 1997. "“Everything That Really Matter”: Social Suffering, Subjectivity, and the Remaking of Human Experience in a Disordering World.” *The Harvard Theological Review* 99 (3): 3125–335.
- Kleinman, Arthur, Leon Eisenberg, and Byron Good. 1978. “Culture, Illness, and Care: Clinical Lessons from Anthropologic and Cross-Cultural Research.” *Annals of Internal Medicine* 88 (2): 251–258.
- Kolmek, Anat B. 2020. “Suicide Prevention during the COVID-19 Outbreak.” *Lancet Psychiatry* 7 (5): 390. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30142-5](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30142-5).
- Lang, Claudia. 2018. *Depression in Kerala: Ayurveda and Mental Health Care in 21ST-Century India*. London & New York: Routledge.
- Lee, Bethany. R., Munson Michelle R., Ware Norma C., Ollie Marcia T., Scott Lionel D. Jr., and Curtis J. McMillen. 2006. “Experiences of and Attitudes toward Mental Health Services among Older Youths in Foster Care.” *Psychiatric Services* 57 (4): 487–492. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.57.4.487>.
- Lee, A. C. K., English P., Pankhania B., and Morling J. R. 2021. “Where England’s Pandemic Response to COVID-19 Went Wrong?” *Public Health* 192: 45–48. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2020.11.015>.
- Leslie, Emily, and Riley Wilson. 2020. “Sheltering in Place and Domestic Violence: Evidence from Calls for Service during COVID-19.” *J Public Econ*. 189: 104241. <https://doi.org/10.1016/j.jpubeco.2020.104241>.
- Lowe, Celia. 2010a. “Viral Clouds: Becoming H5N1 in Indonesia.” *Cultural Anthropology* 25 (4): 625–649.
- Lowe, Celia. 2010b. “Preparing Indonesia: H5N1 Influenza through the Lens of Global Health.” *Indonesia* 90: 147–170.
- Lowe, Celia. 2017. “Viral Ethnography: Metaphors for Writing Life.” *RCC Perspectives* 1: 91–96.
- Luhrmann, Tanya M. 2000. *Of Two Minds: The Growing Disorder in American Psychiatry*. New York: Vintage.

- Lynteris, Christos. 2014. "Epidemics as Events and as Crises: Comparing Two Plague Outbreaks in Manchuria (1910–11 and 1920–21)." *The Cambridge Journal of Anthropology* 32 (1): 62–76.
- Manderson, Lenore, and Susan Levine. 2020. "COVID-19, Risk, Fear, and Fall-Out." *Medical Anthropology* 39 (5): 367–370.
- Malla, Ashok, Ridha Joober, and Amparo Garcia. 2015. "'Mental Illness Is Like Any Other Medical Illness': A Critical Examination of the Statement and Its Impact on Patient Care and Society." *J Psychiatry Neurosci* 40 (3): 147–150.
- Markus, Rose H. and Shinobu Kitayama. 1991. "Culture and Self: Implications for Cognition, Emotion, and Motivation." *Psychological Review* 98 (2): 224–253.
- Mills, China. 2014. *Decolonizing Global Mental Health: The Psychiatrization of the Majority World*. Hove and New York: Routledge.
- Moncrieff, Joanna. 2008. "Neoliberalism and Biopsychiatry: A Marriage of Convenience." In *Liberatory Psychiatry: Philosophy, Politics and Mental Health*, edited by Carl I. Cohen & Sami Timimi, 235–256. Cambridge: Cambridge University Press.
- Mulder, Roger T. 2008. "An Epidemic of Depression or the Medicalization of Distress?" *Perspective in Biology and Medicine* 51 (2): 238–250.
- Nicola, Maria, Zaid Alsafi, Catrin Sohrabi, Ahmed Kerwan, Ahmed Al-Jabir, Christos Iosifidis, Maliha Agha, and Riaz Agha. 2020. "The Socio-Economic Implications of the Coronavirus and COVID-19 Pandemic: A Review." *International Journal of Surgery* 78: 185–193. <https://doi.org/10.1016/j.ijssu.2020.04.018>.
- Ornell, Felipe, Jaqueline B Schuch, Anne O Sordi, and Felix Henrique Paim Kessler. 2020. "'Pandemic Fear' and COVID-19: Mental Health Burden and Strategies." *Braz J Psychiatry* 42 (3): 232–235. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2020-0008>.
- Parmet, Wendy. E., and Micjael S. Sinha. 2020. "Covid-19 – The Law and Limits of Quarantine." *The New England Journal of Medicine*, 382 (15): e28. <https://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/nejmp2004211>.

- Pfefferbaum, Betty, and Carol S. North. 2020. "Mental Health and the Covid-19 Pandemic." *The New England Journal of Medicine*, 383: 510–512. <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp2008017>.
- Pilgrim, David, and Richard Bentall. 1999. "The Medicalisation of Misery: A Critical Realist Analysis of the Concept of Depression". *Journal of Ment Health* 8 (3): 261–274.
- Pinker, Steven. 2018. *Enlightenment Now: The Case for Reason, Science, Humanism and Progress*. Allen Lane: Penguin Random House.
- Rajkumar, Philip, R. 2020. "COVID-19 and Mental Health: A Review of the Existing Literature." *Asian Journal of Psychiatry* 52. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102066>.
- Rhodes, Lorna A. 2004. *Total Confinement: Madness and Reason in the Maximum Security Prison*. Berkeley, CA: University of California Press.
- Rodríguez-Rey, Rocio, Helena Garrido-Hernansaiz, and Silvia Collado. 2020. "Psychological Impact and Associated Factors During the Initial Stage of the Coronavirus (COVID-19) Pandemic Among the General Population in Spain." *Front Psychol* 23 (11):1540. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.01540>.
- Sadati Ahmad K., Mohamad B. Lankarani, and Kamran B. Lankaran. 2020. "Risk Society, Global Vulnerability and Fragile Resilience; Sociological View on the Coronavirus Outbreak." *Shiraz E-Medical Journal* 21 (4). <https://doi.org/0.5812/semj.102263>.
- Santini, Ziggi I., Paul E. Jose, Erin York Cornwell, Ai Koyanagi, Line Nielsen, Carsten Hinrichsen, Charlotte Melistrup, Katrine R. Madsen, and Vibeke Koushede. 2020. "Social Disconnectedness, Perceived Isolation, and Symptoms of Depression and Anxiety among Older Americans (NSHAP): A Longitudinal Mediation Analysis." *Lancet Public Health* 5 (1): E62–E70. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(19\)30230-0](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(19)30230-0).
- Scott, James C. 1985. *Weapons of the Weak: Everyday Forms of Peasant Resistance*. New Haven: Yale University Press.

- Singhal, Arvind, Jack Ross, Olena Seminog, Keith Hawton, and Michael J. Goldacre. 2014. "Risk of Self-Harm and Suicide in People with Specific Psychiatric and Physical Disorders: Comparisons between Disorders using English National Record Linkage." *Journal of the Royal Society of Medicine* 107 (5): 194–204.
- Snowden, Frank M. 2019. *Epidemics and Society: From the Black Death to the Present*. New Haven & London: Yale University Press.
- Snyder, C. R. 2000. "The Past and Possible Futures of Hope." *Journal of Social and Clinical Psychology* 19 (1): 11–28.
- Sønderskov, Mannemar K., Peter Thisted Dinesen, Ziggi Ivan Santini, and Søren Dinesen Østergaard. 2020. "The Depressive State of Denmark during the COVID-19 Pandemic." *Acta Neuropsychiatrica* 32 (4): 1–3.
- Stein, Dan J., Katharine A. Phillips, Derek Bolton, K.W.M Fulford, John Z. Sadler, and Kenneth S. Kendler. 2010. "What Is A Mental/Psychiatric Disorder? From DSM-IV to DSM-V." *Psychological Medicine* 40 (11): 1759–1765.
- Stein, Murray B. 2020. "COVID-19 and Anxiety and Depression in 2020." *Depression and Anxiety* 37 (4): 302–303.
- Stengel, E. 1956. "The Social Effects of Attempted Suicide." *Canadian Medical Association Journal* 74 (2): 116–120.
- Stengel, E. 1960. "The Complexity of Motivations to Suicidal Attempts." *Journal of Mental Science* 106 (445): 1388–1393.
- Summerfield, Derek. 2003. "War, Exile, Moral Knowledge and the Limits of Psychiatric Understanding: A Clinical Case Study of a Bosnian Refugee in London." *International Journal of Social Psychiatry* 49(4): 264–268
- Summerfield, Derek. 2012. "Afterword: Against "Global Mental Health"." *Transcult Psychiatry*. 49 (3–4): 519–530.
- Taylor, Jack, and Navaon Siradapuvadol. 2021. "Suicides Rise in Thailand as Covid decimates Its Tourism Industry." The Telegraph, May 14, 2021. Accessed May 14, 2021. <https://www.telegraph.co.uk/global-health/science-and-disease/suicides-rise-thailand-covid-decimates-tourism-industry>.

- Xue, Jia, Junxiang Chen, Chen Chen, Ran Hu, and Tingshao Zhu. 2020. "The Hidden Pandemic of Family Violence During COVID-19: Unsupervised Learning of Tweets." *J Med Internet Res* 22 (11): e24361. <https://doi.org/10.2196/24361>.
- Wang, Cuiyan, Riyu Pan, Xiaoyang Wan, Yilin Tan, Linkang Xu, Cyrus S. Ho, and Roger C. Ho.. 2020. "Immediate Psychological Responses and Associated Factors during the Initial Stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) Epidemic among the General Population in China." *International Journal of Environmental Research and Public Health* 17 (5). <https://doi.org/10.3390/ijerph17051729>.
- Walsh, Roger. 2011. "Lifestyle and Mental Health." *American Psychologist* 66 (7): 579–592.
- Weible, Christopher M. Daniel Nohrstedt, Paul Cairney, David P. Carter, Deserai A. Crow, Anna P. Durnová, Tanya Heikkila, Karin Ingold, Allan McConnell, and Diane Stone. 2020. "COVID-19 and the Policy Sciences: Initial Reactions and Perspectives." *Policy Sciences* 53: 225–241.
- Werner-Seidler, Aliza, Mohammad H. Afzali, Cath Chapman, Matthew Sunderland, and Tim Slade. 2017. "The Relationship between Social Support Networks and Depression in the 2007 National Survey of Mental Health and Well-being." *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 52 (12): 1463–1473.
- Wies, Jennifer R., and Hillary J. Haldane. 2011. "Ethnographic Notes from the Front Lines of Gender-Based Violence." In *Anthropology at the Front Lines of Gender-Based Violence*, edited by Jennifer R. Wies and Hillary J. Haldane, 1–17. Nashville: Vanderbilt University Press.
- Williamson, Andrea E. and Nicola Burns. 2016. "The Safety of Researchers and Participants in Primary Care Qualitative Research." *British Journal of General Practice* 64 (621): 198–200.
- Yao, Hao, Jian-Hua Chen, and Yi-Feng Xu. 2020. "Patients with Mental Health Disorders in the COVID-19 Epidemic." *Lancet Psychiatry* 7 (4): E21. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30090-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30090-0).

สัมภาษณ์

เกริก (นามสมมติ). 2563. ผู้ที่อยู่ร่วมกับโรคซึมเศร้า กรุงเทพมหานคร. สัมภาษณ์โดยผู้วิจัย.
8 เมษายน.

เดียน (นามสมมติ). 2563. ผู้ที่อยู่ร่วมกับโรคซึมเศร้า กรุงเทพมหานคร. สัมภาษณ์โดยผู้วิจัย.
31 มีนาคม.

แดง (นามสมมติ). 2563. ผู้ที่อยู่ร่วมกับโรคซึมเศร้า กรุงเทพมหานคร. สัมภาษณ์โดยผู้วิจัย.
10 เมษายน.

แบงค์ (นามสมมติ). 2563. ผู้ที่อยู่ร่วมกับโรคซึมเศร้า กรุงเทพมหานคร. สัมภาษณ์โดย
ผู้วิจัย. 30 มีนาคม.

ปอ (นามสมมติ). 2563. ผู้ที่อยู่ร่วมกับโรคซึมเศร้า กรุงเทพมหานคร. สัมภาษณ์โดยผู้วิจัย.
3 เมษายน.

หมวย (นามสมมติ). 2563. ผู้ที่อยู่ร่วมกับโรคซึมเศร้า กรุงเทพมหานคร. สัมภาษณ์โดย
ผู้วิจัย. 6 เมษายน.