



# บนเส้นทางหวนสู่ชีวิตปกติ: ชีวิตและการผลิตสร้างความเป็นตัวตน ของผู้อยู่กับโรคซึมเศร้า

Returning to Normal Life:

The Lifeworld and the Production of the Subject of People Living  
with Depression

พรมินทร์ ตั้งโอภาสวิไลสกุล

Poramin Tangopasvilaisakul

คณะสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ กรุงเทพมหานคร 10200

Faculty of Sociology and Anthropology, Thammasat University, Bangkok, Thailand, 10200

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

(Received: November 17, 2021/ Revised: March 21, 2022/ Accepted: May 19, 2022)

## บทคัดย่อ

บทความชิ้นนี้พยายามศึกษาการดิ้นรนเพื่อกลับสู่การใช้ชีวิต ‘ปกติ’ ของผู้  
อยู่กับโรคซึมเศร้า ผ่านเรื่องเล่าประสบการณ์ความเจ็บป่วยของคู่สนทนาจำนวน 6 คน  
ด้วยการประยุกต์ใช้แนวคิด ‘เทคโนโลยีแห่งอำนาจ’ (technologies of power) และ  
‘เทคโนโลยีการบ่มเพาะตัวตน’ (technologies of the self) ของมิเชล ฟูกูต์ (Michel  
Foucault) เป็นกรอบในการทำความเข้าใจความเป็นเหตุเป็นผลของปฏิบัติการทางอำนาจ  
ของจิตเวชศาสตร์และวิธีการต่อสู้ดิ้นรนของผู้อยู่กับโรคซึมเศร้ากับโครงสร้างอำนาจ  
ซึ่งมีเรือนร่างของผู้ป่วยกลายเป็นอาณาบริเวณของปฏิบัติการแห่งอำนาจและการประกอบ  
สร้างตัวตน ที่ในหนึ่งปฏิบัติการแห่งอำนาจของจิตเวชศาสตร์ที่พยายามผลิตสร้าง  
‘ตัวตนที่เชื่อเชื่อและคิดบวก’ (positive-docile subject) หวังเพื่อบำบัด แก้ไข และฟื้นฟู  
ตัวตนให้ผู้อยู่กับโรคซึมเศร้ากลับมามีผลดีและมีเจตคติที่สอดคล้องกับอุดมการณ์  
และบรรทัดฐานกระแสหลักของสังคมอีกครั้ง ขณะทีในอีกด้านหนึ่ง ผู้อยู่กับโรคซึม  
เศร้ามักมิได้เป็นเพียงผลผลิตหรือผู้ถูกกระทำจากอำนาจทางจิตเวชศาสตร์และโครงสร้าง

อำนาจที่มากกระทำต่อพวกเขา หากแต่พวกเขาได้ช่วยใช้ว่าทกรรมครอบงำต่างๆ เช่น โรคซึมเศร้า ความเป็นแม่ ความเชื่อบาป-บุญ มาบ่มเพาะและประกอบสร้างตัวตน ในฐานะเทคนิควิธีในการประนีประนอม ต่อรอง และปรับความสัมพันธ์เชิงอำนาจ หวังเพื่อให้สามารถกลับมาดำเนินชีวิตและมีสุขภาพทางจิตที่ 'ปกติ' อีกครั้ง

**คำสำคัญ:** โรคซึมเศร้า, อำนาจ, ความเป็นตัวตน

### Abstract

This article attempts to study the life worlds of people with depression struggling to return to 'normal' lives, told through the experiences of 6 interlocutors. Michel Foucault's notion of 'technologies of power' and 'technologies of the self' will serve as frameworks to understand the rationality of the psychiatric power operations and the struggling strategy of people living with depression and surviving in the power in which the patients' body becomes the perimeter for power operation and identity construction. On one side, the psychiatric power operation attempts to create 'positive-docile subject' in hope to diagnose, resolve, and recuperate the identity of those with depression to restore productivity and possess the attitude that conforms to the dominant social norms and standards once more. However, on the other hand, people with depression are not merely the products nor victims of the psychiatric power operations and structural power; they have acquired and utilized various discourses such as depressive identity, motherhood, and the vernacular belief of merits and sins to foster and construct their own identities. They do this as the method of those in a structural disadvantage to negotiate, challenge, and even alter the relationship of power in hope of returning to 'normal' mental health and lives once more.

**Keywords:** Depression, Power, Subject

## บทเกริ่นนำ

“เหมือนมัน (โรคซึมเศร้า) ค่อยๆ กัดกินความเป็นเรา ภาพของเด็กน้อยเจ็บที่เคยมีความสุขง่ายๆ กับเรื่องเล็กๆ แค่นี้ก็ออกไปซบจักรยานเล่นรับลมก็สามารถลืมเรื่องเศร้าไปได้หมดคนนั้นได้ตายจากเจ็บไปละมันกัดกินความรู้สึกยินดีในชีวิตของเราไปเหลือแต่ร่างที่ไม่มีแรงแน่นไปด้วยความรู้สึกย็นร้ายและหดหู่กับทุกอย่างในชีวิต มันยากที่จะอธิบายความรู้สึกแย่ๆ นี้ให้ใครเข้าใจ แม้แต่หมอ...เจ็บรู้สึกกว่าแพทย์เขาคิดว่าสิ่งที่เราเป็นกินยาจนสารในสมองกลับมาทำงานปรกติก็หาย กินยามาสี่ปีแต่ก็ยังดิ่งเหมือนเดิม ว่างเปล่าเหมือนเดิม หมอเขาไม่เข้าใจ หลักรๆ เน้นปรับยาดูอาการคุ้ยแปบเดียว พอเจ็บบอกรู้สึกเหมือนเดิม หมอเขาก็คิดว่าดีขึ้น หมอไม่รับรู้เลยข้างในแตกสลายไปหมด...รู้สึกค่อยๆ หมดหวัง เจ็บไม่ชอบตัวเองที่เป็นแบบนี้ อยู่ไปวันๆ ชีวิตไม่มีจุดหมาย ทุกครั้งที่ออกไปข้างนอกก็ภาวนาให้เกิดอุบัติเหตุจะได้ตายไป หรือทุกครั้งที่หลับก็ขอให้อย่าตื่นขึ้นมาจนเจ็บรู้ว่าตัวเองกำลังท้อง เด็กคนนี้ทำให้เจ็บต้องลุกขึ้นสู้ปกป้องดูแลเขา ต้องคอยดูแลตัวเองเพื่อลูก...

...เหมือนเด็กคนนี้มาเปลี่ยนชะตาชีวิตเจ็บเลย เขาช่วยให้ทุกอย่างเข้าที่เข้าทางขึ้น...อาจเป็นเพราะเรากลายเป็นแม่คน มีความหวังขึ้นจากลูก หมอก็เข้าใจเปิดอกกับเรามากขึ้น เราคนเดิมก็ค่อยๆ กลับมา เพราะผลจากยาที่ทำให้ไม่มีแรง รู้สึกอารมณ์ซาวๆ ห่วงๆ ไม่อยากทำอะไร ทำให้เราทำอะไรได้ไม่เต็มที่ ก็เริ่มกลับมาใช้ชีวิตได้อีกครั้ง คนรอบข้างก็ยอมเราฟังเรามากขึ้น ทำให้สิ่งที่มากระทบความรู้สึกเราก็น้อยลง...” – พี่เจ็บบ (นามสมมติ) แม่ซึมเศร้า (สัมภาษณ์ 20 พฤษภาคม 2563)

เรื่องเล่าของพี่เจ็บบ ในด้านหนึ่ง เผยให้เห็นถึงประสบการณ์ทวนทุกข์จากการค่อยๆ สูญเสียความเป็นตัวตนเดิมของผู้ป่วยซึมเศร้า ขณะที่ในอีกด้านหนึ่ง ก็สะท้อนให้เห็นถึงความสลับซับซ้อนของตัวโรคซึมเศร้า ที่ในความคิดของผู้ป่วยมองว่า แม้แต่จิตแพทย์ ผู้ซึ่งเป็นร่างทรงของอำนาจ/ความรู้จิตเวชศาสตร์ เพียงลำพังไม่สามารถช่วยฟื้นคืนหรือกอบกู้ ‘ความปรกติ’ กลับคืนให้แก่เธอได้ หากแต่ด้วยประสบการณ์ของความเป็นแม่ที่ช่วยให้เธอสามารถกลับมามีความหวัง ได้ค้นพบศักยภาพกระทำการของตนเอง ตลอดจนการใช้ประโยชน์จากตัวตนความเป็นแม่เพื่อใช้ต่อรองและแผ้วถางหนทางไปสู่การมีชีวิตที่ ‘ปรกติ’ สำหรับเธออีกครั้ง

องค์การอนามัยโลกคาดการณ์ว่าในปีพุทธศักราช 2558 ทั่วโลกมีผู้ป่วยที่ทนทุกข์กับโรคซึมเศร้าอย่างเช่นพี่เจ็บบ่อยอีกกว่า 322 ล้านคน (หรือประมาณร้อยละ 4.4 ของประชากรโลก) (WHO 2017) ขณะที่สังคมไทยมีการประมาณการความชุกของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในปีพุทธศักราช 2565 อยู่ที่ 1.36 ล้านคน (ศูนย์ความรู้โรคซึมเศร้าไทย 2565) โดยโรคซึมเศร้านักเริ่มอาการในช่วงวัยแรงงาน (19 – 44 ปี) (Hasin et al. 2005 และ Kessler et al. 2005a) ทำให้โรคซึมเศร้าไม่เพียงถูกจัดเป็น ‘ภาวะโรคระดับโลก’ (Global Burden of Disease: GBD) ในลำดับ 3 ที่สร้างความบกพร่องทางสุขภาพแก่ประชากรทั่วโลก (IHME 2017, และ GBD 2018) หากแต่ยังสร้างความสูญเสียให้แก่ระบบเศรษฐกิจทุนนิยม อันเกิดจากบทบาทของตัวโรคที่บั่นทอนหรือพรากเอาผลิตภาพและประสิทธิภาพการทำงานของประชากรวัยแรงงาน และการสูญเสียทุนมนุษย์จากการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยซึมเศร้า (Brhlikova et al. 2011, Kessler et al. 2005(b), Kessler and Bromet 2014, และ Stewart et al. 2003) จากรายงานการศึกษาภาวะทางเศรษฐกิจที่เกิดจากโรคซึมเศร้าในสหรัฐอเมริกา ได้ประมาณการว่าโรคซึมเศร้าได้สร้างความสูญเสียให้แก่ระบบเศรษฐกิจสหรัฐในปีสูงถึง 83.1 พันล้านดอลลาร์สหรัฐ (Greenberg et al, 2003)

ความเป็น ‘ตัวตนซึมเศร้า’ (depressed self) อาทิ การเป็นบุคคลที่เฉื่อยชา หมดความเพลิดเพลินในชีวิต ไร้ผลิตภาพ คาดเดาไม่ได้ ไม่สมเหตุสมผล และมีความคิดพร้อมที่จะจบชีวิตตัวเองลงเสมอ นั้นจึงไปด้วยกันไม่ได้กับอุดมการณ์ของระบบเสรีนิยมใหม่ในยุค ‘ทุนนิยมชีวะ’ (biocapitalism) (Birch and Tyfield 2013, และ Rajan 2006) ที่ในด้านหนึ่ง ระบบพยายามบ่มเพาะ ‘ตัวตนแบบเสรีนิยมใหม่’ (neoliberal self) นั่นคือตัวตนที่มีผลิตภาพ ความเป็นเหตุเป็นผล มีความทะเยอทะยานอยากไม่มีที่สิ้นสุด ที่ซึ่งสามารถสร้างมูลค่าเชิงเศรษฐกิจให้แก่ระบบทุนนิยมผ่านพลังแรงงานและการบริโภค (LaMarre et al. 2019, และ Roberts 2006) ขณะที่ในอีกด้านหนึ่ง ความก้าวหน้าของศาสตร์เกี่ยวกับชีวิต (life science) และเทคโนโลยีชีวภาพ ก็เปิดปริมณฑลใหม่ๆ ให้ทุนสามารถสกัดชีวิต ‘มูลค่าส่วนเกินของพลังชีวิต’ (vitality surplus/biovalue) อารมณ์ความรู้สึกและความเป็นตัวตนก็สามารถถูกทำให้กลายเป็นสินค้าชีวะ (biocommodities) ที่สามารถสร้างมูลค่าส่วนเกินให้แก่อุตสาหกรรมยา เป็นต้น (Birch and Tyfield 2013, และ Rose 2007) ภายใต้ระเบียบดังกล่าวจึงปฏิบัติการด้วย ‘การเมืองเรื่องชีวิตประชากร’ (biopolitics) ที่ซึ่ง “ผู้ปกครอง พร้อมสรรพด้วยพันธมิตรผู้เชี่ยวชาญต่างๆ มีพันธกิจในการบริหารจัดการชีวิตของสรรพสิ่ง ภายใต้นามของความกินดีอยู่ดีของประชากร” (Rose 2001, 1)

ปรากฏการณ์โรคซึมเศร้าจึงเป็นวิกฤตการณ์ทางสาธารณสุขร่วมสมัยที่เรียกร้องให้ชุมชนจิตเวชศาสตร์ อันเป็นศาสตร์ที่มีหน้าที่รับผิดชอบในการควบคุมกำกับ บำบัด แก้ไขพื้นที่คืนสู่ภาวะทางจิตและตัวตนให้แก่ปัจเจกบุคคล ('psy' discipline) จำเป็นต้องพยายามสร้างชุดคำอธิบายจัดจำแนกแยกประเภท คั่นหามาตรการบริหารจัดการ และเข้าแทรกแซงชีวิตและความเป็นอยู่ของประชาชนที่มีปัญหา (troubled subjectivity) ของกลุ่มประชากรซึมเศร้าให้สามารถกลับมา 'ปรกติ' มีผลิตภาพและมีความกินดีอยู่ดีอีกครั้ง (Rose 2007 และ 2019) และสามารถเชื่อมต่อตัวตนเข้ากับตรรกะและบรรทัดฐานของระเบียบทางสังคมเศรษฐกิจที่ดำรงอยู่ได้อีกครั้ง (Gergen 2000) ขณะที่กลุ่มผู้ป่วยที่ไม่สามารถกอบกู้ผลิตภาพกลับคืนได้ก็ถูกควบคุมหรือถูกกีดกันออกจากสังคมด้วยการตีตราว่ามีความเจ็บป่วยทางจิต (Biehl 2007, และ Roberts 2006) ดังนั้น จิตเวชศาสตร์จึงไม่เพียงแต่เป็นกลไกที่ช่วยคำนวณและผลิตซ้ำอุดมการณ์และระบอบการปกครองแบบเสรีนิยมใหม่ให้ปฏิบัติ การต่อไปได้ (LaMarre et al. 2019) หากแต่ยังเป็นเครื่องมือในการกีดกันปัจเจกบุคคลที่เบี่ยงเบนหรือไม่สอดคล้องกับระเบียบโครงสร้างทางเศรษฐกิจสังคม (Becker 1960) การแบ่งบานของจิตเวชศาสตร์สมัยใหม่จึงเป็นหมุดหมายสำคัญของสังคมสมัยใหม่ ที่ได้เคลื่อนผ่านจากปฏิบัติการอำนาจแบบดิบหยาบในการกดปราบ มากลายเป็นอำนาจที่แยบยลในการสอดส่องกำกับควบคุมปริมาณตนแห่งจิต เพื่อผลิตสร้างรูปแบบขององค์ประกอบที่เชื่อมโยงและมีผลิตภาพ (Rose 2007)

การฉายภาพเน้นหนักโรคซึมเศร้าว่าเป็นเรื่องความผิดปกติในสมอง ไม่เพียงทำให้จิตเวชศาสตร์ อำพรางและเบี่ยงเบนความสนใจของผู้คนออกจากเงื่อนไชทางเศรษฐกิจสังคมและความรุนแรงเชิงโครงสร้าง อันเป็นเหตุผลเบื้องต้นของการทำให้เกิดความรู้สึกซึมเศร้าและความรู้สึกแปลกแยกของผู้ป่วยซึมเศร้า ภายใต้อำนาจ/ความรู้ของวิทยาศาสตร์อย่างไม่มีตั้งใจ (Hanna and Kleinman 2013) หากแต่มีโน้ตค้นแบบลตทอนเชิงชีววิทยา ดังกล่าว ยังครอบงำกดทับรูปแบบทางเลือกในการบำบัดรักษาของผู้ป่วย ตลอดจนพราก 'ความเป็นเจ้าของเรื่องเล่าว่าด้วยประสบการณ์ความเจ็บป่วย' (authorship) ออกจากผู้ป่วยซึมเศร้า เนื่องจากจิตแพทย์เป็นผู้มีสิทธิอำนาจ (authority) ที่จะหยิบเลือกและให้ความหมายว่าประสบการณ์เชิงผัสสะใดถือเป็นข้อเท็จจริงทางการแพทย์ ตลอดจนสามารถพิพากษาชี้ขาดประสบการณ์ของผู้ป่วยว่าเป็นสภาวะปรกติหรือไม่ปรกติ (Foucault 1994 และ Misselbrook 2013) ฉะนั้น ภาพชีวิตของผู้ป่วยซึมเศร้าที่ถูกนำเสนอในวรรณกรรมวิชาการกระแสหลัก โดยเฉพาะในแวดวงวรรณกรรมวิทยาศาสตร์สุขภาพ จึงมักเป็นไปใน

ลักษณะของเหยื่อที่ไร้ศักยภาพกระทำกร (agency) รอคอยการฟื้นฟูหรือกอบกู้ความเป็นองค์ประธานปกติสามัญ (normal subject) กลับคืนด้วยอำนาจ/ความรู้ที่เรียกว่า 'จิตเวชศาสตร์' เป็นภาพชีวิตของชีวิตผู้เบี่ยงเบนทางจิตที่ล้มเหลวไม่สามารถปรับตัวได้อย่าง 'เหมาะสม' (maladaptive) ให้เข้ากับระเบียบโครงสร้างเศรษฐกิจสังคมสมัยใหม่ที่ต้องถูกสร้างวินัยทางจิตเสียใหม่

บทความชิ้นนี้พยายามสำรวจเรื่องเล่าความเจ็บป่วยของผู้ป่วยซึมเศร้า เพื่อสะท้อนให้เห็นว่าการทำความเข้าใจ 'โรคซึมเศร้า' ในฐานะ 'พยาธิสภาพ' ภายใต้กรอบทัศนการณ์แพทย์นั้นอาจไม่เพียงพอต่อการทำความเข้าใจความสลับซับซ้อนและความหลากหลายของปรากฏการณ์โรคซึมเศร้าได้ โดยเรื่องเล่าของผู้ป่วยซึมเศร้าได้เผยให้เห็นว่าบางครั้งพวกเขาก็มิได้เป็น 'เหยื่อ' ที่ซึ่งความเป็นตัวตนและเรื่องราวของพวกเขาเป็นเพียงพื้นที่รองรับปฏิบัติการทางอำนาจ/ความรู้ทางจิตเวชศาสตร์ หากแต่บทความชิ้นนี้ต้องการเสนอให้ทำความเข้าใจ 'ซึมเศร้า' (being depressed) ในฐานะ 'ตัวตน' หรือ 'วิถีการดำรงอยู่' (mode of being) (Foucault 1990) รูปแบบหนึ่ง เป็นยุทธศาสตร์ของปัจเจกบุคคลในการดิ้นรนอยู่รอดท่ามกลางแรงกดดันที่พบเจอในชีวิตประจำวัน โดยผู้เขียนได้รับแรงบันดาลใจจากฐานคิดของมานุษยวิทยาแนวภววิทยา (ontological approach) ที่มองว่าความจริงต่างๆ มิได้เป็นสิ่งที่ดำรงอยู่ก่อน (not already there) หากแต่เป็นสิ่งที่ก่อตัวและปรากฏขึ้น (enact) อยู่ภายในปฏิบัติการและความสัมพันธ์ ในทำนองเดียวกัน 'ซึมเศร้า' ก็ไม่ควรถูกพิจารณาว่าเป็นสิ่งที่มีลักษณะหนึ่งเดียวและเป็นเอกภาพ หากแต่เป็นสิ่งที่มีความหลากหลายรูปแบบหลายเวอร์ชัน (multiplicity of realities) (Mol 2002) ซึ่งก่อตัวขึ้นอย่างต่อเนื่องอยู่ภายในความสัมพันธ์ (in making) และพร้อมที่จะแปรเปลี่ยนเลื่อนไหล หรือซับซ้อนขึ้น เมื่อองค์ประกอบที่อยู่รอบผู้ป่วยซึมเศร้าผันแปรไปตามแต่กาลและเทศะ ซึ่งกรอบทัศนดังกล่าวช่วยสร้างความเป็นไปได้ใหม่ๆ ในการทำความเข้าใจ 'โลก' ของผู้ป่วยซึมเศร้าอย่างลุ่มลึกกว่าการลดทอนซึมเศร้าให้กลายเป็นเรื่องของพยาธิสภาพในสมองแบบตรงไปตรงมา โดยผู้เขียนได้หยิบประยุกต์แนวคิดเทคโนโลยีในการบ่มเพาะตัวตน (technology of the self) ของมิเชล ฟูโกต์ (Michel Foucault) มาใช้ทำความเข้าใจการก่อตัวขึ้นของตัวตนซึมเศร้า ภายใต้กรอบทัศนดังกล่าว โรคซึมเศร้าอาจถูกเข้าใจในฐานะตัวตนหรือวิถีการดำรงอยู่ ที่ค่อยๆ ก่อตัวและบ่มเพาะขึ้นจากการสนองตอบต่อปัญหาความทนทุกข์ ความตึงเครียด ไปจนถึงการต่อรองและประนามอำนาจภายในเครือข่ายความสัมพันธ์ในบริบทพลต่างๆ ที่ปัจเจกบุคคลเข้าไปสัมพันธ์ เช่น ภายในครัวเรือน

ในคลินิกตรวจ และในแวดวงการทำงาน เพื่อให้สามารถบรรลุหรือเข้าถึงสภาวะบางอย่างที่พวกเขาต้องการ (Foucault 1998, 225) กล่าวอีกนัยหนึ่ง การบ่มเพาะตัวตนซึมเศร้า เป็นกระบวนการดูแลปกป้องตัวตนและจิตใจ (care of the self and soul) ที่ซึ่งปัจเจกบุคคลสมათานเอารูปแบบของวิถีในการดำรงอยู่บางแบบมาเป็นเป้าหมายทางศีลธรรม เพื่อพัฒนาปรับปรุงและเปลี่ยนแปลงตัวตนของพวกเขา (Foucault 1990) มโนทัศน์ดังกล่าวได้เปิดพื้นที่ให้เข้าใจผู้ป่วยซึมเศร้าในฐานะมี 'ความเป็นผู้กระทำการในการกำหนดชีวิตตัวเอง' (self-determining agent) ที่สามารถจะปรับเปลี่ยน ต่อรอง ทำทลายความสัมพันธ์ทางอำนาจที่แวดล้อมพวกเขาอยู่ หาใช่เป็นเพียงผลิตผลหรือเหยื่อที่ถูกประกอบสร้างและ/หรือถูกกระทำจากโครงสร้างอำนาจหรือปฏิบัติการความรู้/อำนาจอย่างเบ็ดเสร็จ (McNay 1992) หากแต่ผู้ป่วยซึมเศร้าเหล่านี้ก็ยังสามารถด้น (improvise) ไปในพื้นที่ทางสังคมที่พวกเขาถูกประกอบสร้างขึ้นมา (Bourdieu 1977) ภายใต้กระบวนการที่คนดังกล่าวเผยให้เห็นว่าผู้ป่วยซึมเศร้าเองก็มีศักยภาพกระทำการในการ 'เลือกสรรและ/หรือหยิบใช้' ความสัมพันธ์เชิงอำนาจที่กระทำกับพวกเขามาประกอบสร้างตัวตนของพวกเขาอย่างมีกลยุทธ์ที่ซึ่งบางสภาวะการณ์ก็นำไปสู่ก็หลุดพ้นจากพันธนาการของอำนาจ/ความรู้จิตเวชศาสตร์

## วิธีการศึกษาและผู้ให้ข้อมูล

ผู้เขียนได้ใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อให้ได้มาซึ่งเรื่องเล่าว่าด้วยความเจ็บป่วย (illness narratives) ของผู้ป่วยซึมเศร้า โดยเรื่องเล่าและประสบการณ์ว่าด้วยความเจ็บป่วยถือเป็นปริบทพลที่สำคัญในการทำความเข้าใจถึงอำนาจ ศักยภาพกระทำการ และการสร้างตัวตนของผู้ป่วยท่ามกลางความสัมพันธ์ทางสังคม (Blackman et al. 2008 และ Buchbinder 2010) ทั้งนี้เนื่องจากเรื่องเล่าว่าด้วยความเจ็บป่วยไม่เพียงเผยให้เห็นถึงประสบการณ์ความเจ็บปวดที่ค่อยๆ เข้ามาครอบงำโลกชีวิตประจำวันของผู้ป่วย การให้ความหมายต่อประสบการณ์ดังกล่าว และวิธีการที่ผู้ป่วยรับมือกับมัน หากแต่เรื่องเล่าความเจ็บป่วยยังคลี่คลายให้เห็นถึงความเชื่อมโยงระหว่างอัตลักษณ์ตัวตน ประสบการณ์ และวัฒนธรรมที่รายล้อมผู้ป่วย (Bury 2001) การวิเคราะห์เรื่องเล่าว่าด้วยความเจ็บป่วยจึงช่วยให้เราสามารถเข้าใจลักษณะธรรมชาติอันหลากหลายมิติของโลกประสบการณ์เชิงอัตวิสัยของผู้ป่วยที่มีต่อการบำบัดรักษาและจิตเวชศาสตร์ได้อย่างลุ่มลึกขึ้น ขณะเดียวกันก็ยังเผยให้เห็นว่าประสบการณ์เหล่านี้โยงใยหรือมีปฏิสัมพันธ์กับบรรทัดฐานว่าด้วยความปรกติที่สังคมยึดถืออย่างไร อันนำไปสู่การสร้างความสำเร็จว่าผู้ป่วยซึมเศร้าเหล่านี้พยายามดิ้นรนปรับตัวและใช้ชีวิตให้สอดคล้องกับบรรทัดฐานว่าด้วยความปรกติ

อย่างไร (Lloyd and Moreau 2011) สำหรับการได้มาซึ่งผู้ให้ข้อมูล (interlocutors) ผู้วิจัยจึงใช้วิธีการคัดเลือกแบบจำเพาะเจาะจง (purposeful sampling) มาใช้เพื่อคัดเลือกคู่สนทนาจำนวน 6 ท่าน 1 ได้แก่ โดม พี่เจียบ พี่แดง พี่ปราง พี่เตย และพี่เมย์ (ชื่อผู้ให้ข้อมูลทั้งหมดเป็นนามสมมติ) ในการเข้าถึงผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยได้ขอความอนุเคราะห์บุคลากรในแผนกสุขภาพจิตในฐานะตัวกลางในการสร้างช่องทางเข้าถึงคู่สนทนาเบื้องต้น ควบคู่กับการใช้เทคนิคการเข้าถึงกลุ่มตัวอย่างด้วยการอ้างอิงแนะนำต่อกัน (snowball sampling technique) ระหว่างเครือข่ายผู้ป่วย โดยตัวกลางไม่เพียงช่วยคัดกรองผู้ให้ข้อมูลที่สอดคล้องกับเรื่องที่น่าสนใจศึกษาเบื้องต้นเท่านั้น หากแต่ยังเป็นด่านแรกที่ช่วยเสริมสร้างความไว้วางใจระหว่างผู้เขียนและผู้ให้ข้อมูล

เนื่องด้วยประเด็นศึกษาของบทความชิ้นนี้เป็นการศึกษาชีวิตและการดิ้นรนของผู้ป่วยซึมเศร้า ซึ่งระหว่างสัมภาษณ์บางครั้งอาจกระตุ้นความทรงจำหรือย้อนระลึกถึงประสบการณ์ที่รู้สึกไม่สบายใจ หรืออารมณ์เชิงลบที่ตนเคยเผชิญได้ ผู้เขียนมีมาตรการปกป้องผู้ให้ข้อมูล ดังนี้ ประการแรก ผู้เขียนได้บอกกล่าวถึงวัตถุประสงค์การศึกษาให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยได้ทราบและเปิดโอกาสให้ซักถามก่อนเริ่มการสัมภาษณ์ รวมถึงแจ้งสิทธิให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยทราบว่าสามารถปฏิเสธไม่ถ่ายถอดข้อมูลที่พวกเขา รู้สึกไม่สบายใจหรือที่ทำให้เกิดอารมณ์เชิงลบได้ทันที ตลอดจนสามารถหยุดการสัมภาษณ์หรือขอถอนตัวออกจากการศึกษาได้ทุกเมื่อ โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อผู้ให้ข้อมูล ประการที่สอง ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ไม่อยู่ในกลุ่มอายุที่เป็นกลุ่มเปราะบางอันได้แก่ เด็กที่ต่ำกว่าอายุ 18 ปี และผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป เลือกผู้ให้ข้อมูลที่ยังเข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ไม่อยู่ในช่วงที่ระยะที่มีอาการรุนแรง ตลอดจนเป็นผู้ที่ไม่มีโรคจิตเวชร่วม ประการที่สาม ข้อมูลที่ได้รับจะถูกบันทึกและนำเสนอโดยใช้นามสมมติ เพื่อปกป้องความเป็นส่วนตัวของผู้ให้ข้อมูล และประการที่สี่ การที่ผู้เข้าร่วมวิจัยได้มีโอกาสแบ่งปันเรื่องราวและได้ให้ความหมายเกี่ยวกับประสบการณ์ทั้งหมดและการต่อสู้ดิ้นรน ตลอดจนการมีส่วนร่วมในการผลิตสร้างความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าร่วมกับผู้เขียนมีส่วนช่วยให้ผู้เข้าร่วมเพิ่มการตระหนักรู้คุณค่าและตัวตนเชิงบวกของผู้ป่วยซึมเศร้า (Seo et al. 2015)

## ชีวิตปกติภายใต้กรอบทัศน์จิตเวชศาสตร์:

### เทคโนโลยีอำนาจจิตเวชศาสตร์กับ ‘ตัวตนเชื่อมโยงที่คิดบวก’

ท่ามกลางโฉมหน้าของทุนนิยมชีวะ ด้านหนึ่ง ชีวิตของมนุษย์ถูกคลี่และเปิดออกเพื่อการควบคุมกำกับ ริดร้นมูลค่าทางเศรษฐกิจ และสกัดเอามูลค่าส่วนเกินจากชีวิตอย่างไม่เคยเป็นมาก่อน (Birch and Tyfield 2013 และ Rose 2007) ปรัชญาการณดังกล่าวเกิดขนานกับการเบ่งบานของจิตเวชศาสตร์ และศาสตร์เกี่ยวกับจิต ซึ่งเป็นหนึ่งในสถาบันและศาสตร์แห่งการควบคุมทางสังคมของรัฐสมัยใหม่ (Conrad 1979, Foucault 1965 และ Rose 1996) ที่มีพันธกิจในการกำกับ สร้างวินัย และแก้ไขฟื้นฟูความผิดปกติและความเบี่ยงเบนใดๆ ที่เกิดขึ้นในปริมนชลทางจิต มุ่งหวังเพื่อกอบกู้ฟื้นคืนความมีเหตุมีผล ความมีเสถียรภาพ และความมีผลิตภาพคืนแก่ปัจเจกบุคคล ให้พวกเขาสามารถสนองตอบและบูรณาการเข้ากับตรรกะ อุดมการณ์ และระเบียบทางเศรษฐกิจสังคมทุนนิยม (Gergen 2000) ดังที่ ปีเตอร์ คอนราด (Peter Conrad) นักสังคมวิทยาการแพทย์ ได้กล่าวถึงปฏิบัติการอำนาจในการกำกับความเป็นตัวตนที่เบี่ยงเบนไว้ว่า

“การควบคุมทางสังคมเชิงการแพทย์ หมายถึง วิธีการที่ซึ่งเวชศาสตร์ทำหน้าที่ (โดยตั้งใจหรือไม่ตั้งใจก็ดี) เพื่ออ้างไว้ซึ่งการยึดมั่นและความเชื่อมโยงต่อบรรทัดฐานทางสังคม...ด้วยการแทรกแซง(ชีวิต)เชิงการแพทย์ เพื่อฟื้นคืนปัจเจกบุคคลให้กลับสู่บทบาททางสังคมของตน...เพื่อปรับแก้ กีดกัน หรือกำกับพฤติกรรมที่ถูกสังคมนิยามว่าเบี่ยงเบนด้วยวิธีการทางการแพทย์และกระทำภายใต้ในามของสุขภาพะ” (Conrad 1979, 1 – 2)

จะเห็นได้ว่า ปฏิบัติการและเทคโนโลยีแห่งอำนาจในจิตเวชศาสตร์สมัยใหม่จึงมิได้มีลักษณะดิบหนาบ หากแต่เป็นไปในลักษณะซุกจุกน้อมน้าว กล่อมกลา และการสร้างความเป็นนิสัย (habituation) (Kitanaka 2012) ฉะนั้น ภายใต้ยุคทุนนิยมชีวะ สถาบันจิตเวชศาสตร์ได้กลายเป็นเทคโนโลยีแห่งอำนาจในการควบคุม ฟื้นฟู และแก้ไขพฤติกรรมของประชากรให้มีผลิตภาพและเชื่อมโยงต่อระบบคุณค่าและอุดมการณ์ของสังคมแบบทุนนิยม

ขณะที่ในอีกด้านหนึ่ง ความเฟื่องฟูและคลั่งไคล้ศาสตร์อนุชีวะพันธุศาสตร์ (molecular-biogeneticism) ในยุคทุนชีวะนั้น ไม่เพียงความเจ็บไข้ได้ป่วยของมนุษย์เท่านั้นที่ถูกลดทอนให้กลายเป็นเรื่องชีววิทยา หากแต่บุคลิกภาพ ศักยภาพ รสนิยม

ชมชอบ ตลอดจนอัตลักษณ์ตัวตนของมนุษย์ก็ล้วนถูกอธิบายและให้ความหมายในแง่ปรากฏการณ์ชีววิทยา หรือ “กระบวนการทำให้เรื่องปริณิถนทางจิตกลายเป็นเรื่องชีวะ” (biologization of human soul) ในคำของนิโคลัส โรส (Nikolas Rose 2007, 225) ภายใต้กระบวนการที่ค้นดังกล่าวภววิทยาว่าด้วยโรคซึมเศร้าถูกฉายภาพว่าเปรียบเสมือน ‘โรคทางกายชนิดหนึ่ง’ (disease) ที่ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมและสภาวะทางจิตใจของปัจเจกบุคคล โดยสมมุติฐานของโรคเกิดจากความผิดปกติในสมดุลของสารสื่อประสาทภายในสมอง ขณะที่เงื่อนไขหรือปัจจัยวัฒนธรรมและประสบการณ์ของมนุษย์ในสมการความเจ็บป่วยทางจิตถูกทำให้เป็นปรากฏการณ์ชั้นรอง โดยเงื่อนไขเชิงสังคมวัฒนธรรมและประสบการณ์มักถูกลดทอนกลายเป็นกลุ่มก้อนที่เรียกว่า ‘สิ่งเร้ากระตุ้น’ (life stressors) ที่ส่งผลกระทบต่อเคมีในสมองและเกิดอารมณ์เศร้า (Jenkins 2015 และ Rajan 2006) ทำให้การบำบัดด้วยยาจึงได้กลายเป็นยุทธศาสตร์หลักในรับมือกับโรคซึมเศร้าของจิตแพทย์ที่หวังช่วยฟื้นคืนความสมดุลของสารเคมีในสมอง (Busfield 2000, Licinio and Wong 2005 และ Malla et al. 2015) ขณะที่แนวทางการรักษาอื่นๆ ถูกมองว่าให้ประสิทธิผลไม่ค่อยเสถียร และต้องใช้แรงงานมากกว่า เมื่อเปรียบเทียบกับการใช้ยา (Licinio and Wong 2005)

ภายใต้ปฏิบัติการอำนาจจิตเวชศาสตร์ที่ใช้จัดการ กอบกู้ และฟื้นฟู ‘ตัวตนซึมเศร้า’ ของจิตแพทย์ได้พยายามบ่มเพาะตัวตนให้ผู้ป่วยซึมเศร่ากลายเป็น ‘องค์ประธานที่เชื่อเชื่อและคิดบวก’ ซึ่งเป็นเทคโนโลยีในการสร้างตัวตนรูปแบบหนึ่ง ดังที่มิเชล ฟูโกต์ (Foucault 1998) ได้ให้ภาพว่าเป็น

“(เทคโนโลยีเชิงอำนาจ) ที่เอื้อให้ปัจเจกบุคคลสามารถสร้าง เปลี่ยนแปลงตัวตน จากวิธีการของตนเองก็ดี หรือจากการช่วยเหลือของผู้อื่นก็ดี (เป็น) ชุดของปฏิบัติการที่กระทำการบนเรือนร่าง จิตวิญญาณ ความคิด ความประพฤติ และวิถีความเป็นอยู่ เพื่อเปลี่ยนแปลงตัวตนของพวกเขา เพื่อที่จะได้มาซึ่งสภาวะบางอย่าง เช่น สภาวะความสุข ความบริสุทธิ์ ความมีปัญญา ความสมบูรณ์แบบ...” (Foucault 1998, 225)

จิตแพทย์เองก็พยายามประกอบสร้างตัวตนของผู้ป่วยซึมเศร้าให้เป็น ‘ตัวตนที่เชื่อเชื่อและคิดบวก’ เพื่อให้จิตแพทย์สามารถควบคุมบงการความคิดของผู้ป่วยซึมเศร้าให้สอดคล้องกับเป้าหมายของการบำบัดรักษาและกลับสู่ภาวะปกติตามบรรทัดฐานทาง

สังคม (Foucault 1978) ที่ในด้านหนึ่ง ผู้ป่วยต้องเชื่อเชื่อและมีศรัทธาต่ออำนาจ/ความรู้ทางจิตเวชศาสตร์ที่มีจิตแพทย์เป็นร่างทรง ด้วยการมีโลกทัศน์และประพฤติปฏิบัติตัวตามคำสั่งของจิตแพทย์อย่างเคร่งครัด อาทิ มาพบแพทย์และรับประทานยาต้านเศร้าเพื่อปรับสมดุลเคมีในสมองอย่างต่อเนื่อง การปรับพฤติกรรม และการมองโลกในแง่บวก ขณะที่ในอีกด้านหนึ่ง ก็ต้องคอยสำรวจตรวจสอบและกำกับดูแลตัวเอง (self-governance and self-scrutiny) ด้วยการติดตามประเมินความรู้สึก สภาวะทางอารมณ์ และการรู้คิดของตนเอง เพื่อรายงานผลความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นหลังจากที่ได้รับยาเข้าไปให้จิตแพทย์สามารถประเมินแนวทางการรักษาต่อไป การคอยกำกับสำรวจปริมาณผลทางจิตใจ อันได้แก่อารมณ์ ความรู้สึก ทัศนคติ และการรู้คิด ของตนเองนั้นเป็นปฏิบัติการทางอำนาจในสังคมสมัยใหม่ที่เรียกว่า ‘การเมืองว่าด้วยจริยศาสตร์แห่งการวางตัว’ (ethopolitics) (Rose 2007) ที่ปัจเจกบุคคลต้องคอยควบคุมกำกับวิถีการประพฤติปฏิบัติตัวตนเองเพื่อพัฒนาและทำให้ตัวเองกลายเป็นปัจเจกบุคคลที่ดีขึ้นกว่าตัวตนเดิม ตลอดจนสอดรับไปกับระบอบคุณค่าและบรรทัดฐาน (regimes of value) ของสังคมที่เป็นอยู่ (Rose 2007) ซึ่งตัวตนแบบกำกับตรวจสอบตัวเองก็เป็นตัวตนที่ไปด้วยกันกับอุดมการณ์แบบเสรีนิยมใหม่ ที่ปัจเจกบุคคลถูกคาดหวังให้ต้องสามารถดูแลตัวเองและครอบครัวของตนเอง แทนการคาดหวังความช่วยเหลืออุปถัมภ์ค้ำชูจากรัฐ (McGuigan 2014)

สอดรับไปกับพันธกิจทางการควบคุมทางสังคม (social control) ของสถาบันทางสังคมที่เรียกว่า ‘จิตเวชศาสตร์’ ที่พยายามปรับปรุง แก้ไข พื้นดินให้ผู้ป่วยซึมเศร้ากลับมา มีตัวตนที่มีผลดีภาพและมีทัศนคติที่สอดรับกับตรรกะของระเบียบทางเศรษฐกิจสังคมที่ดำรงอยู่ ในแง่มุมดังกล่าวจิตเวชศาสตร์จึงมีส่วนในการหนุนเสริมทุนนิยมชีวิตะในสองมิตินั้นคือ ในด้านหนึ่ง ด้วยการฟื้นคืน บ่มเพาะ และปฏิรูปความเป็นตัวตนของผู้ป่วยให้มีผลดีภาพเพื่อสามารถกลับไปสร้างมูลค่าทางเศรษฐกิจได้อีกครั้ง ตลอดจนหนุนเสริมความเป็นตัวตนแบบสามารถกำกับดูแลตัวเองได้ ซึ่งเป็นตัวตนที่สอดรับไปกับระเบียบทุนนิยมเสรีนิยมใหม่ ขณะที่ในอีกด้านหนึ่ง ก็ทำให้เกิดการขยายตัวของทุนชีวิตะ ผ่านการเพิ่มการผลิตและการบริโภคยาสูงขึ้น (Swenson 2010) ทำให้อุตสาหกรรมยาขยายตัวอย่างรวดเร็วทั่วโลก ขณะที่จำนวนของผู้ป่วยซึมเศร้าสะสมกลับเพิ่มสูงขึ้น (Rose 2003 และ Ormel et al. 2019) ผลพวงของการทำให้วัฒนธรรมกลายเป็นเรื่องชีวิตะ (biologization of culture) (Rose 2007) ของจิตเวชศาสตร์ชีวิตะได้นำไปสู่ “ผลลัพธ์ที่ไม่พึงปรารถนาจากการกระทำที่มีเจตจำนงดี” (Merton 1936) ในแง่ที่ว่าจิตแพทย์กลับได้ผลิตสร้าง ‘สังคมแห่งการบำบัดด้วยยา’ หรือสังคมที่

“เกิดการปรับแก้ดัดแปลงความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม ด้วยวิธีการเชิงเภสัชศาสตร์กลายเป็นเรื่องปกติสามัญ... (ที่ซึ่ง) ศักยภาพเชิงอัตวิสัยของมนุษย์ได้ถูกหล่อหลอมใหม่ด้วยยาทางจิตเวชศาสตร์อย่างเป็นทางการเป็นปกติวิสัย” (Rose 2003, 46)

กล่าวอีกนัยหนึ่ง ภายใต้กระบวนการทัศนจิตเวชศาสตร์ซึ่งะ ที่ซึ่งการบำบัดรักษาด้วยยากลายเป็นแนวปฏิบัติหลัก จิตแพทย์ได้ทำให้ระบอบการบำบัดด้วยยา (psychopharmacological regime) ค่อยๆ สถาปนาครอบงำพื้นที่ทางสังคมในชุมชนจิตเวชศาสตร์จนกลายเป็นบรรทัดฐานหลักในการรักษาอย่างไม่ตั้งใจ ขณะที่ทางเลือกในการรักษาอื่นๆ อาทิเช่น การทำจิตบำบัด ถูกมองว่าเป็นเรื่องที่ต้องใช้ทรัพยากรเชิงเวลาและแรงงานมากกว่า (Jenkins 2010, และ Licinio and Wong 2005) ท่ามกลางสังคมแห่งการบำบัดด้วยยา ยาจิตเวชกลายเป็นเครื่องมือหลักในการปรับแก้พยาธิสภาพทางอารมณ์และพฤติกรรมของผู้ป่วยซึมเศร้า ที่ในด้านหนึ่ง ผู้ป่วยซึมเศร้ากลายเป็นเพียง ‘องค์ประกอบที่สามารถบำบัดแก้ไขได้ด้วยยา’ (pharmaceutical interventions) (Dumit 2012) ยาต้านเศร้าถูกจ่ายเพื่อผลิตสร้างปัจเจกบุคคลกลับไปสามารถทำหน้าที่หรือแสดงบทบาทเชิงสังคมตามความคาดหวังของสังคม ยกตัวอย่างเช่น ยา Prozac มักถูกรับรู้ในฐานะ ‘ยาสร้างผลิตภาพ’ (productivity drug) ที่สามารถแปรเปลี่ยนผู้ป่วยซึมเศร้าให้กลายเป็นตัวตนที่มีผลิตภาพและกระตือรือร้น (Metzl 2003) ขณะที่ความหลากหลายของโลกประสบการณ์และความทนทุกข์ของผู้ป่วยซึมเศร้าต้องเผชิญอยู่กลับถูกละเลยหรือลดทอนให้กลายเป็นเพียงผลผลิตจากความแปรปรวนของสารสื่อประสาทและสามารถแก้ไขฟื้นฟูด้วยยา ซึ่งยิ่งทำให้ปริมาตรจิตเวชศาสตร์แยกตัวเองออกจากปริมาตรทางสังคมวัฒนธรรมมากยิ่งขึ้น ขณะที่ในอีกด้านหนึ่ง ผู้ป่วยซึมเศร้าก็ถูกคาดหวังให้เป็น ‘องค์ประกอบที่เชื่อเชื่อและคิดบวก’ ที่คอยปฏิบัติตามคำแนะนำของจิตแพทย์อย่างเคร่งครัด หมั่นสำรวจตรวจสอบความเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ของตนเอง และรายงานผลย้อนกลับจากยาที่ได้รับตามกำหนดนัดหมาย สภาวะการณ์ดังกล่าวผู้ป่วยซึมเศร้าบางคนรู้สึกจนกำลังตกอยู่ในวังวน “เศร้า-รับยา-ปรับยา” อย่างไม่มีทางออก ดังเช่นในกรณีของพี่เจี๊ยกที่รู้สึกตกอยู่ในวังวนดังกล่าวกว่าสี่ปีกับความรู้สึก “ไม่ชอบตัวเองที่เป็นแบบนี้ อยู่ไปวันๆ ชีวิตไม่มีจุดหมาย”

ขณะที่สำหรับผู้ป่วยซึมเศร้าบางคนก็ให้ความหมายตัวเองในฐานะเหยื่อของปฏิบัติการอำนาจ/ความรู้ทางจิตเวชศาสตร์ที่ไม่เพียงแต่ล้มเหลวในการช่วยฟื้นคืนตัวตนปรกติ หากแต่ผลของยาายังได้ทำให้เกิดความเปลี่ยนแปลงในตัวตน จนพัฒนาเป็นความรู้สึกปฏิบัติกับจิตเวชศาสตร์ชีวิตและชีวิตของตนเอง ดังในทวรรณะของพีปรางที่ได้สะท้อนไว้ว่า:

“มันไม่เหมือนในหนังสือที่คนไข้เข้าไปแล้วเราไปบรรยายให้เขาฟังนะ สิ่งที่หมออยากรู้ในแต่ละเดือนคือกินยาแล้วเป็นไง เรื่องในชีวิตที่เราจะบรรยายออกไปหมอก็แทบไม่สนใจ บอกว่าก็สมองคุณทำงานผิดปกติ....แรกๆ ปรางก็เชื่ออะ แต่รักษาวนไปอยู่แบบนี้ ปรับเพิ่มยาเปลี่ยนตัวยาไปเรื่อยจนตอนนี้ก็ปาไป 3 ปีกว่า ล่าสุดถามหมอว่าเมื่อไหร่จะดีขึ้นสักที หมอก็บอกว่าไม่รู้ มันซับซ้อนอธิบายคุณไปก็ไม่เข้าใจหรอก พูดทำนองว่าคุณยังมาหาหมอได้ก็แสดงว่ายามันก็ได้ผล คนอื่นเขารักษานานกว่าคุณเขายังไม่ถามมาก เขาบอกถ้าไม่เชื่อหมอ คุณก็ไปขอพยาบาลเปลี่ยนหมอ ปรางหวังฟังเขาแต่เขาทำกับเราไม่ต่างจากสัตว์ลงยาไม่รู้เรื่องไม่รู้ราวบอกให้ทำอะไรทำไป....

เรารู้สึกแย่ ผิดหวัง โมโห ถามว่าผิดหรือที่อยากรู้ว่าเราจะกลับไปปรกติเมื่อไหร่ รู้ไหมว่ายาก็กินไปมันก็ส่งผลกับเราเยอะนะทั้งน้ำหนักขึ้น ไม่มีแรง รู้สึกอารมณ์เราผิดปกติเฉยๆ ไปหมดไม่มียินดียินดีกับอะไร รู้สึกแค้นคนอื่นน้อยลง ปรางต้องอยู่กับสภาพที่ไม่ใช่เราเกลียดตัวเองกว่าเดิม ส่งกระจกมองตัวเองรู้สึกว่าเป็นแบบที่เศร้ายังสภาพที่กว่าคนๆ นี้อีก ทำให้เรารู้สึกไม่มีคุณค่ากว่าเดิม...เลยตัดสินใจบอกพยาบาลไปว่าไม่นัดละก็ลองดูว่าจะรอดไหม” – พีปราง (นามสมมติ) (สัมภาษณ์ 25 พฤษภาคม 2563)

ในกรณีเลวร้ายไปกว่านั้น สำหรับผู้ป่วยบางรายที่รู้สึกสิ้นหวังกับจิตเวชศาสตร์ ก็อาจผลักดันไปสู่การตัดสินใจยุติชีวิตของตนเองลง ดังเช่นในกรณีของ ‘สามีของพีเมย์’ ที่ถูกส่งมารับขังตีตราว่ามีลักษณะเป็นคนเสียจริต และเลือกหลุดพ้นจากวงจรโรคซึมเศร้าด้วยการจบชีวิตตัวเองลง:

“แฟนเมย์ เขาทนกับซึมเศร้านานแล้ว เรารู้จักและคบกันผ่านเครือข่ายผู้ซึมเศร้า...จิตแพทย์ก็ให้ยาเขามากิน ก็มีผลข้างเคียง เช่น ตาขวาง เสียงแหบลง น้ำหนักขึ้น ทำให้เพื่อนที่ทำงานมองเขาแปลกไปและนิทาว่าเป็นบ้า เขาก็บอกจิตแพทย์ว่าเขาเปลี่ยน

ยาได้ใหม่ จิตแพทย์ก็บอกกับแฟนพี่ว่า “ทนๆ ไป จะอายุ หรือจะหาย เป็นผู้ชายก็ต้องเข้มแข็ง ถ้าไม่ทนหรือหยุดกินก็ไม่ต้องมาหา เพราะไม่หาย” ซึ่งแฟนพี่ก็ทนนะ จนกระทั่งเจ้านายเขาก็ไล่ออก เพราะคิดว่าเขาเป็นบ้า หน้าตาไม่เป็นมิตร แล้วรุ่งขึ้นเขาก็ฆ่าตัวตาย แล้วทิ้งจดหมายว่าเขาขอโทษ แต่ว่าเขาทนกับสภาพความเจ็บป่วยแบบนี้ไม่ได้จริงๆ...

เมย์มองว่าจิตแพทย์เขามองแค่ที่เราเป็นคนป่วย ที่รักษาเดี๋ยวก็หาย แต่เมย์มองว่าคนซึมเศร้าเขาไม่ใช่แค่คนป่วย แต่เขาเป็นคนที่กำลังทุกข์ทรมาน ที่หาทางระบายกับใครไม่ได้ ออกมาไม่มีใครเข้าใจความรู้สึก ความมีเดมิที่เรากำลังรับมือกับมันอยู่แค่นั้นเอง ยาบางครั้งมันอาจไม่ช่วยเลย บางครั้งยาอาจซ้ำเติมด้วยซ้ำ เช่นในกรณีแฟนพี่ที่กินแล้วเจอผลข้างเคียง จนทำอะไรไม่ได้จนถูกมองว่าบ้า...” – พี่เมย์ (นามสมมติ) (สัมภาษณ์ 12 พฤษภาคม 2563)

ฉะนั้น ภายใต้โลกของผู้ป่วยซึมเศร้า ผู้ป่วยหลายคนไม่เพียงรู้สึกผิดหวังและท้อแท้กับจิตเวชศาสตร์ที่ให้ความมั่นสัญญาว่าจะช่วยกอบกู้หรือฟื้นคืนความเป็นองค์ประธานปกติสามัญ (normal-functional subject) ให้แก่พวกเขาได้ หากแต่ผลพวงของการสร้าง ‘องค์ประธานที่สามารถบำบัดแก้ไขได้ด้วยยา’ ยังได้ก่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนความเป็นตัวตนของผู้ป่วยอยู่ในสถานะ ‘ก้ำกึ่งปกติ’ (liminal) ในแง่ที่ว่า สำหรับจิตแพทย์ ความเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและจิตใจที่เกิดขึ้นกับตัวตนของผู้ป่วย อาทิ น้ำหนักขึ้น ไร้เรี่ยวแรง เจ็บขาทางอารมณ์ นอนหลับยาก เป็นสิ่งที่ปกติหรือที่คาดการณ์และยอมรับได้ในเชิงการแพทย์ (clinical normality) จากผลของฤทธิ์ของกลไกเชิงเภสัชพลศาสตร์ หากแต่สำหรับตัวผู้ป่วยซึมเศร้า ความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับตัวตนของพวกเขาจากฤทธิ์ยา ถือเป็นประสบการณ์ทนทุกข์เชิงอัตวิสัยหรือความผิดปกติในโลกชีวิต (social abnormality) ของพวกเขาที่ต้องเผชิญลำพัง ในแง่ที่ว่าขณะที่จิตแพทย์มองว่าเป็นเรื่องปกติที่เกิดขึ้นได้ หากแต่ผู้คนรอบข้างผู้ป่วยกลับตีตราอาการทางคลินิกเหล่านั้นว่าผิดปกติ ความอึดก้ออเหลืออึดดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยซึมเศร้ารู้สึกเป็นเพียงเหยื่อที่เป็นผลผลิตจากปฏิบัติการทางอำนาจ/ความรู้ทางจิตเวชศาสตร์ที่พยายามลดทอนความเป็นมนุษย์ของผู้ป่วยซึมเศร้า ผ่านการทำให้โลกชีวิตและประสบการณ์ทนทุกข์ของพวกเขากลายเป็นเพียงอาการทางคลินิก (objectification of patients’ lifeworld) ขณะที่ตัวผู้ป่วยไม่ได้มีส่วนร่วมในการนิยามหรือร่วมประกอบสร้างตัวตนดังกล่าว ยังผลให้เกิดความไม่พึงพอใจใน ‘ตัวตนที่ถูกบำบัดด้วยยา’ และความรู้สึกไร้ศักดิ์ภาพกระทำการ สังคมบ่มเพาะจนถูกแสดงออกมาเป็นความรู้สึก

แปลกแยกในตัวตนของตัวเอง ตลอดจนความรู้สึกเกลียดชังหรือเป็นปฏิปักษ์ต่อตัวตนที่เกิดจากการปรับแก้สมดุลในสมองของยาจิตเวช ดังสะท้อนในทฤษฎีของพีเจียบ พีราจ และพีเมย์ สอดรับกับงานศึกษาของโจแอนนา มอนครีฟฟ์ (Joanna Moncrieff) ศาสตราจารย์ด้านจิตเวชศาสตร์เชิงสังคมและเชิงวิพากษ์ พบว่า ยาต้านเศร้าอาจทำให้เกิดปรากฏการณ์เจตคติเชิงลบต่อการบำบัดรักษา หรือ ‘โนซีโบ เอฟเฟกต์’ (nocebo effect) ในแง่ของการบั่นทอนการตระหนักรู้ถึงความสามารถของตนเอง (self-efficacy) จนทำให้ผู้ป่วยซึมเศร้าต้องพึ่งพิงหรือติดอยู่ในวังวนของการบำบัดรักษาทางจิตเวช (Moncrieff 2018) หรือแม้กระทั่งในบางกรณีก็อาจเพิ่มความเสี่ยงของความคิดอยากฆ่าตัวตายในผู้ป่วยซึมเศร้า ดังเช่นที่เกิดขึ้นกับกรณีของสามีพีเมย์ (Carvalho et al. 2016) ดังนั้น ยาจิตเวช จึงมิได้เป็นเพียงวัตถุที่ถูกคาดหวังว่าจะช่วยฟื้นฟูคุณภาพชีวิตและผลิตภาพของผู้ป่วย หากแต่ยาจิตเวทยังมีศักยภาพกระทำการในการปรับเปลี่ยนตัวตน พฤติกรรม และโลกทัศน์ของผู้ป่วย นอกเหนือเจตจำนงและความต้องการของพวกเขา จนบางครั้งอาจทำให้ผู้ป่วยซึมเศร้าเหล่านี้รู้สึกเป็นปฏิปักษ์ต่อตัวตนและพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงจากผลของยาจิตเวช มากไปกว่านั้น บางครั้งสิ่งที่เรียกว่า ‘ข้อคิดเห็นทางการแพทย์’ (medical truth) ก็มิได้เป็นเรื่องที่อิงอยู่กับความรู้เชิงวิทยาศาสตร์ที่เป็นวัตถุวิสัยแบบตรงไปตรงมา หากแต่ก็อาจเจือปนผสมผสานไปด้วยวาทกรรมและมายาคติที่ครอบงำอยู่ในสังคม ดังสะท้อนในเรื่องเล่าของสามีเมย์ ที่ซึ่งวาทกรรมเกี่ยวกับเพศภาวะได้แฝงฝังอยู่ในปฏิบัติการของแพทย์ เป็นต้น

อย่างไรก็ดี ไม่ใช่ผู้ป่วยซึมเศร้าทุกรายที่ตกอยู่ในสถานะผลผลิตหรือเหยื่อที่ไร้ศักยภาพกระทำการ (passive body) ที่ซึ่งเรื้อนร่างและตัวตนเป็นพื้นที่ทางปฏิบัติการอำนาจ/ความรู้ทางจิตเวชศาสตร์เสมอไป หากแต่บางสภาวะการณีก็นำเปิดโอกาสให้ปัจเจกบุคคลสามารถประกอบสร้างอัตลักษณ์ตัวตนของตนเองเชิงรุก (self-fashioning) เพื่อที่ปัจเจกบุคคลสามารถสนองต่อความสัมพันธ์เชิงอำนาจที่ห่อหุ้มพวกเขาอยู่ (McNay 2000) กล่าวอีกนัยหนึ่ง ความเป็นตัวตนซึมเศร้ามิได้ถูกผูกขาดหรือลดทอนเป็นแค่ผลพวงจากปฏิบัติการอำนาจการสร้างวินัยของจิตเวชศาสตร์ (disciplinary technology) อย่างเบ็ดเสร็จเด็ดขาด ผู้ป่วยซึมเศร้าก็มีศักยภาพในการกำหนดตัวตนและชะตาชีวิต โดยผู้ป่วยซึมเศร้าบางคนก็ฉวยใช้ประโยชน์จากวาทกรรม ‘ความเป็นแม่’ (motherhood) ซึ่งเป็นบทบาททางเพศภาวะที่ถูกคาดหวังต่อผู้หญิงในสังคมทุนนิยมปิตาธิปไตยมาหลอหลอมและพัฒนาศักยภาพกระทำการขึ้นเพื่อต่อรองกับอำนาจ/ความรู้จิตเวชศาสตร์จนนำไปสู่การหลุดพ้นจากวังวน “เศร้า-หาหมอ-ปรับยา” ขณะที่ผู้ป่วยซึมเศร้าบางรายก็บ่มเพาะ ‘ตัวตนซึมเศร้า’ ขึ้นมา

ในฐานะหนทางในการแผ้วถางสร้างพื้นที่เพื่อให้สามารถกำหนดชะตาชีวิตและหนุนเสริมศักยภาพกระทำกรให้แกพวกเขาในโครงสร้างความสัมพันธ์สังคมบรรทัดฐานรักต่างเพศ (heterosexual normality) และจากการครอบงำของอุดมการณ์รักต่างเพศและสิทธิอำนาจแบบชายเป็นใหญ่

### การดิ้นรนสู่ชีวิตปรกติในโลกทัศน์ผู้ป่วย: เทคโนโลยีการบ่มเพาะตัวตนและการต่อรองของผู้ป่วยซึมเศร้า

ภายใต้กรอบทัศน์จิตเวชศาสตร์และการรับรู้ของสังคมทั่วไป ผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพทางจิตมักถูกเข้าใจในฐานะของผู้ที่ไร้ศักยภาพ เบี่ยงเบน และแปลกแยกออกจากสังคม (Mulder 2008 และ Oute et al. 2015) ขณะที่ภายใต้กรอบทัศน์ของผู้ป่วยทางจิตเวชเอง ต่างก็พยายามดิ้นรนเพื่อแสวงหาหนทางกลับสู่ชีวิตปรกติ (Lloyd and Moreau 2011) เรือนร่างและตัวตนของผู้ป่วยจึงเป็นอาณาบริเวณที่ชุ่มโชกไปด้วยปฏิบัติการอำนาจครอบงำและการต่อต้านขัดขืนเพื่อถวิลหาชีวิตปรกติ อย่างไรก็ตาม มิเชล ฟูโกต์ (Foucault, 1980) เสนอว่า อำนาจมิได้มีลักษณะกดทับกดปราบตัวตนจากภายนอกหรืออำนาจเชิงลบเสมอไป หากแต่อำนาจยังมีมิติเชิงบวกและมีผลิตภาพ ซึ่งเรียกว่า ‘เทคโนโลยีในการบ่มเพาะตัวตน’ (technology of subjectification) (McNay 2000) โดยจูดิธ บัตเลอร์ (Judith Butler) ได้ขยายความว่าหัวใจสำคัญของกระบวนการบ่มเพาะตัวตน คือ การผสมผสานของการครอบงำและการยอมจำนน (mastery and submission) ที่เกิดขึ้นพร้อมๆ กัน และไม่แยกขาดกัน กล่าวอีกนัยหนึ่ง การบ่มเพาะตัวตนของปัจเจกบุคคลนั้นก็ต้องแอบอิงอาศัยอำนาจจากภายนอกที่มากกระทำมาใช้สร้างตัวตนและธำรงรักษาความเป็นตัวตนนั้นไว้ อย่างไรก็ตาม ดี มิได้หมายความว่าตัวตนของปัจเจกบุคคลจะถูกกำหนดและหล่อหลอมจากปฏิบัติการทางอำนาจอย่างเบ็ดเสร็จ หากแต่ปัจเจกบุคคลก็มีศักยภาพกระทำกรที่จะตรวจสอบอย่างวิพากษ์ถึงเงื่อนไขความเป็นไปได้ต่างๆ ว่าพวกเขาจะหยิบใช้และเลือกสรรอำนาจที่มากกระทำกับพวกเขาอย่างมีเป้าประสงค์ (Butler 1995 อ้างใน Davies 2006) ความเป็นตัวตนจึงมีลักษณะที่อยู่ในสภาวะลื่นไหลและถูกประกอบสร้างอย่างสัมพันธ์กับบริบททางเศรษฐกิจสังคมในแต่ละช่วงเวลา (Butler 2005) ดังที่แอนโทนี โคเฮน (Anthony Cohen) นักมานุษยวิทยา ได้กล่าวไว้ว่า:

“ตัวตนมิได้มีลักษณะเป็นเอกภาวะ หากแต่มีลักษณะลื่นไหลยืดหยุ่น หลายหลาก และสลับซับซ้อน... เราควรเข้าใจมันในฐานะเป็นสิ่งที่ไม่มีเอกลักษณ์ ที่ซึ่งถูกประกอบสร้าง

จากประสบการณ์เชิงอัตวิสัยของแต่ละปัจเจกบุคคล ประวัติศาสตร์ทางพันธุกรรม การพัฒนาเชิงสติปัญญา ความโน้มเอียงเชิงอุปนิสัย และอื่นๆ...ตัวตน(จริง)มิได้เป็นเพียงแค่ ผลสะท้อนของพลังอำนาจที่กำหนดกดทับ หากแต่เป็นสิ่งที่มีความไม่คงเส้นคงวา ปรับปรุงเปลี่ยนแปลงได้ไปตามเงื่อนไขสภาวะการณ์ที่มันไปปฏิสัมพันธ์ และไปตามผู้คนที่มีมันไปข้องเกี่ยว” (Cohen 1994, 2 และ 23)

เด็กเช่นเดียวกับตัวตนของผู้ป่วยซึมเศร้า พวกเขาไม่ได้เป็นเพียง ‘เรือนร่างที่เชื้อเชื้อและคิดบวก’ ภายใต้วาทกรรมจิตเวชศาสตร์ หากแต่ผู้ป่วยซึมเศร้าก็มีศักยภาพกระทำการและความสามารถในการกำหนดชะตาชีวิตของตนภายใต้เงื่อนไขและข้อจำกัดในข่ายใยความสัมพันธ์เชิงอำนาจที่ห่อหุ้มพวกเขาอยู่ โดยผู้ป่วยซึมเศร้าได้เลือกสรรหรือฉวยใช้วาทกรรมครอบงำที่อยู่รอบตัวมาบ่มเพาะตัวตน เพื่อสร้างพื้นที่ให้พวกเขาสามารถต่อรองกับความคาดหวังทางสังคม ประนีประนอมกับวาทกรรมชุดอื่นๆ ตลอดจนปรับเปลี่ยนสถานะร่องทางอำนาจของตนเอง หวังให้ได้มาซึ่ง ‘ชีวิตปกติ’ อีกครั้ง ดังในกรณีของ พี่เจียบ พี่เตย พี่แดง และโดม

### การบ่มเพาะตัวตน ‘ความเป็นแม่’ กับการต่อรองเชิงอำนาจของแม่ซึมเศร้า

วาทกรรม ‘ความเป็นแม่’ (motherhood) เป็นสิ่งประกอบสร้างทางสังคมวัฒนธรรมที่คอยกำกับควบคุมวิถีการเลี้ยงดูบุตรที่ดีของผู้หญิงในแต่ละสังคม และถูกหลอมหลวมให้กลายเป็นมิติหนึ่งในชีวิตทางอัตลักษณ์ของผู้หญิง (Arendell 2000 และ Christer 2013) ดังที่มักกล่าวกันว่า “ความเป็นแม่ ถูกบอกกล่าวอย่างสากลว่าเป็นความสำเร็จที่ยิ่งใหญ่ของผู้หญิง และเป็นวิธีการในการเติมเต็มความเป็นผู้หญิงของเธอ” (Nicolson 2001, 107) โดยความเป็นแม่ที่ดีตามอุดมคติมักถูกประกอบสร้างในลักษณะของการมีความอุทิศตน มีความเสียสละตนเอง เข้มแข็งอดทน และมีเจตคติที่ดี ทั้งนี้เนื่องจากวาทกรรมความเป็นแม่กระแสหลักมักฉายภาพแม่ในฐานะผู้รับผิดชอบหลักในการดูแลเลี้ยงดูบุตร ต้องตอบสนองความต้องการของบุตรก่อนตนเอง ตลอดจนมีหน้าที่ปลูกฝังชุดคุณค่าและศีลธรรมที่สังคมยึดถือ เพื่อบ่มเพาะพวกเขาให้กลายเป็นสมาชิกที่มีผลิตภาพและเจตคติที่สอดคล้องไปกับระเบียบของสังคม (Hays 1996, และ Newman and Henderson 2014) ภายใต้วาทกรรมดังกล่าว ภาพลักษณ์ของ ‘แม่ซึมเศร้า’ ที่ให้ภาพว่ามีลักษณะหมกมุ่นจมจ่อมแต่กับอารมณ์ตนเอง มีลักษณะคาดเดาไม่ได้ ไม่มีเหตุผล เชื่อยชา ไม่มีผลิตภาพ (Murray et al. 2003a และ Murray et al. 2003b) จึงดูเหมือนไปด้วยกัน

ไม่ได้กับ 'ความเป็นแม่ที่ดี' ซึ่งแม้แต่บุคลากรทางสุขภาพจิตเองก็มีเจตคติเชิงลบต่อแม่ที่มีพยาธิสภาพทางจิต (Diaz-Caneja and Johnson 2004) สะท้อนผ่านวรรณกรรมจิตเวชศาสตร์เองก็ฉายภาพของสภาวะ 'แม่ซึ่มเศร่า' ในลักษณะเชิงลบทั้งในแง่ต่อตัวเอง อาทิเช่น การเพิ่มความตึงเครียดทำให้อาการของโรครุนแรงขึ้น ความเสี่ยงต่อการคิดทำร้ายตัวเองและฆ่าตัวตาย (Nicolson 2001, Pope et al. 2013 และ Sit et al. 2015) และต่อบุตร อาทิเช่น การเพิ่มความเสี่ยงต่อการเป็นโรคซึ่มเศร่า และส่งผลต่อการพัฒนาทางอารมณ์จิตสังคม ชาวปัญญา และพฤติกรรมของบุตรในเชิงลบ (Aoyagi and Tsuchiya 2019, Ertel et al. 2011, Harris and Santos 2020, Madigan et al. 2018, Murray et al. 2003(b), และ Nicolson 2001) ความเป็นแม่ซึ่มเศร่าในวรรณกรรมวิชาการกระแสหลักจึงถูกให้ภาพว่ามีลักษณะเป็น 'แม่อันตราย' (dangerous mother) ที่ถูกตั้งคำถามถึงศักยภาพและความเหมาะสมถึงบทบาทความเป็นแม่ที่ดี (Halsa 2018) ขณะที่วรรณกรรมสตรีนิยมกระแสหลักก็วิพากษ์ 'วาทกรรมความเป็นแม่' ในฐานะเครื่องมือที่ครอบงำและกำกับให้ผู้หญิงจำยอมต่อชุดความคิดและค่านิยมบางอย่างเพื่อผลิตซ้ำและธำรงไว้ซึ่งสังคมแบบแบ่งช่วงชั้นทางเพศภาวะ (gender-stratified society) ด้วยการขบเน้นบทบาทเชิงชีววิทยาว่าด้วยเรื่องอนามัยเจริญพันธุ์และการผลิตสร้างสมาชิกของผู้หญิง ทำให้ผู้หญิงตกอยู่ในสถานะรองทางอำนาจและถูกจำกัดสิทธิอำนาจให้อยู่ในปริมณฑลพื้นที่ส่วนตัว (Goodwin and Huppertz 2010)

อย่างไรก็ดี สำหรับผู้ป่วยซึ่มเศร่าบางคนกลับให้ความหมาย 'วาทกรรมความเป็นแม่' ในฐานะยุทธศาสตร์ที่ใช้ในการสร้างพื้นที่การต่อรองกับชุดความสัมพันธ์เชิงอำนาจชุดอื่นๆ ที่พวกเขาเผชิญในชีวิตประจำวัน เช่น ปฏิบัติการวาทกรรมทางการแพทย์ และวาทกรรมแม่บ้านแม่ศรีเรือน ที่ต่างพยายามควบคุมกำกับปัจเจกบุคคลให้เชื่อและสยบยอม ผู้เขียนพบว่าตัวผู้ป่วยซึ่มเศร่ามิได้เป็นเรือนร่างใต้บังคับการปฏิบัติการทางวาทกรรมเหล่านั้นอย่างไร้มิติ หากแต่พวกเขาได้ช่วยใช้วาทกรรมความเป็นแม่มาและวาทกรรมทางการแพทย์มาประกอบสร้างตัวตน 'แม่ซึ่มเศร่า' เพื่อให้พวกเขาสามารถกำหนดชะตาชีวิต ธำรงรักษาไว้ซึ่งสภาวะทางจิตที่ดีของตนเอง ตลอดจนเพื่อความปลอดภัยของลูกในครรภ์ ทั้งในปริมณฑลภายในโรงพยาบาลและปริมณฑลภายในบ้านอย่างมีพลวัต ดังในกรณีของ 'พี่เจ็บบ' ผู้ป่วยซึ่มเศร่าที่กำลังตั้งครรภ์ เธอได้ใช้ 'วาทกรรมความเป็นแม่มาใช้ต่อรองกับอำนาจ/ความรู้ทางจิตเวชศาสตร์ภายในโรงพยาบาล โดยเธอได้ใช้ 'แม่ในฐานะผู้ปกป้องลูก' มาใช้ต่อรองกับจิตแพทย์เพื่อร่วมกำหนดแนวทางในการรักษาตัวเอง ตลอดจนเพื่อให้เข้าถึงบริการทางสุขภาพจิตที่เธอต้องการ:

“เหมือนเด็กคนนี่มาเปลี่ยนชะตาชีวิตเจ๊ียบเลย เขาช่วยให้ทุกอย่างเข้าที่เข้าทางขึ้น สิ่งแรกที่เขาช่วยคือช่วยให้เจ๊ียบสามารถเลิกกินยาซึมเศร้าเลย ตอนแรกเจ๊ียบก็ไปปรึกษากับจิตแพทย์ขอหยุดยา ตอนแรกหมอบอกว่าก็แค่ปรับยาบางตัว ยาบางตัวมันมีความปลอดภัย หากไม่รักษาโรคซึมเศร้าอย่างต่อเนื่องช่วงตั้งครรรกก็อาจทำให้อาการหนักขึ้น หรือเป็นซึมเศร้าหลังคลอด...แต่เจ๊ียบเองกังวลว่ายามันน่าจะส่งผลต่อลูกของเรา...แต่หมอบอกไม่เกี่ยว ก็เลยเถียงกับหมอว่า “หมอล้ำรับผิดชอบลูกของหนูใหม่ ถ้าหมอล้ำ หนูก็กินต่อ ถ้าลูกหนูเป็นอะไรหมอก็รับทราบไปแทนหนูที่แม่ไม่สามารถปกป้องลูกตัวเองได้หรือ แม่ซึมเศร้าคนอื่น ๆ ก็มีผลต่อลูกเขาหลายกรณี”

หมอก็ดูอึ้งๆ ไป แล้วถามเจ๊ียบว่า “แล้วคุณจะทำอย่างไร จะให้หมอช่วยคุณยังไง” เจ๊ียบเลยขอเปลี่ยนจากกินยามาขอทำจิตบำบัดแทน ไม่อยากกินยาแต่ก็อยากได้ระบายความรู้สึกแฉๆ ออกไปบ้าง...ก่อนช่วงเจ๊ียบท้อง เราเคยอยากขอลงหยุดกินยา แล้วลองขอทำจิตบำบัดแทน หมอเขาก็ไม่ยอม บอกทำจิตบำบัดอย่างเดียวมันไม่ได้ผลหรอก เพราะไม่ได้แก้ที่ต้นเหตุ ก็ไม่ต้องมารักษา แล้วเวลานัดขอทำจิตบำบัดก็ไต่ยากมาก คิวไม่ค่อยมี...พอเราท้อง หมอเขาก็เลยต้องยอมทำให้เราเองบางครั้ง ถ้าเป็นแต่ก่อนหรือนัดแต่ละครั้งมีแต่มารับยา คุยกันไม่ถึงสิบนาทีที่รอก...หลังเริ่มเปลี่ยนวิถีรักษา เลิกกินยามาได้สองเดือน เจ๊ียบรู้สึกว่ามีดีขึ้นนะ อาจเป็นเพราะเรากลายเป็นแม่คน มีความหวังขึ้นจากลูก หมอก็เข้าใจเปิดอกกับเรามากขึ้น เราคนเดิมก็ค่อยๆ กลับมา เพราะผลจากยาที่ทำให้ไม่มีแรง รู้สึกอารมณ์ซาๆ หน่วงๆ ไม่อยากทำอะไร ทำให้เราทำอะไรได้ไม่เต็มที่ ก็เริ่มกลับมาใช้ชีวิตได้อีกครั้ง คนรอบข้างก็ยอมเราฟังเรามากขึ้น ทำให้สิ่งที่มากระทบความรู้สึกเราก็น้อยลง...” – พี่เจ๊ียบ (สัมภาษณ์ 20 พฤษภาคม 2563)

ส่วนในกรณีของพี่เตย แม่ซึมเศร้า ก็ได้ใช้ ‘ตัวตนความเป็นแม่’ ต่อรองกับแพทย์ที่รักษาโรคซึมเศร้าของเธอเช่นกัน เพื่อให้ได้ส่งตัวไปรักษาที่จิตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในสถาบันจิตเวชแห่งหนึ่ง เนื่องจากเธอมองว่าบริการทางสุขภาพจิตที่เธอได้รับจากโรงพยาบาลที่เธอสังกัดสิทธิอยู่ไม่ได้ใจความรู้สึกและให้การดูแลเธอเท่าที่ควร จนทำให้เกิดความรู้สึกปฏิบัติกับแพทย์ หากแต่ก็ต้องอดทน เนื่องด้วยสถานภาพทางเศรษฐกิจสังคมของเธอที่เป็นความรุนแรงเชิงโครงสร้างสกัดกั้นไม่ให้เธอเข้าถึงจิตแพทย์ในโรงพยาบาลเอกชนที่มีเวลาและคุณภาพได้ ดังที่เธอสะท้อนไว้ว่า:

“หมอกคนเก่าที่รักษาพี่เขาไม่ใช่จิตแพทย์ด้วยซ้ำ เพราะโรงพยาบาล A (นามสมมติ) ไม่มีจิตแพทย์ แล้วทัศนคติของหมอก็ลบมาก เขาแทบไม่ฟังปัญหาเราด้วยซ้ำ เออะอะก็จ่ายยา ขอปรับยากี่ไม่ให้ออกให้พอดทนไปเพราะยามันกำลังทำงาน เคยลองขอให้เขาส่งตัวไปรักษากับโรงพยาบาล B (นามสมมติ) แต่หมอก็ไม่ทำเรื่องให้ หมอบอกพี่ว่าอาการยังไม่รุนแรง...ร่างกายพี่ พี่ก็รู้ตัวอยู่แล้วว่ามันไม่โอเค แต่พี่ก็ทำอะไรไม่ได้ เราไม่มีเงินไปหาจิตแพทย์เอกชนชั่วโงมหลายพันหรือก ต้องทนกินยาประคองไปเรื่อยๆ... ช่วงที่รู้ว่ากำลังมีน้อง (ตั้งครรภ์) พี่ก็บอกหมอให้รู้นะ แต่เขาก็จ่ายยาเหมือนเดิม เหมือนไม่สนใจ ว่าซึ่มเศร้าต้องรักษาต่อเนื่อง...พอถึงนัดฝากครรภ์ก็เลยไปรักษาหมอสู (สุติ-นรีเวช) ว่ายาไม่มีผลต่อเด็กจริงหรือ หมอสูเองก็ไม่ชั่วคราวบอกให้ปรึกษาหมอที่รักษาเรา ตอนนั้นพี่กังวลและโมโหมากกลัวว่าน้องจะเป็นอะไรไหม เพราะพี่ยังกินยาไปเดือนกว่า ไปไวยวายเป็นหมอกว่าหมอสูเองยังไม่แน่ใจ หมอไม่กลัวบาปกรรมหรือถ้าเด็กผิดปกติหรือตายไป พี่บอกหมอกว่าตอนนี้มีสองชีวิตแล้ว ไม่ใช่แค่ตัวพี่คนเดียว แต่มีลูกในท้องที่มีความเสี่ยง หมอเขียนใบส่งตัวให้ไปรักษากับจิตแพทย์เฉพาะทางเออะ...หมอเลยยอมเขียนใบส่งตัวพี่ไป สงสัยกลัวบาป” – พี่เตย (สัมภาษณ์ 8 พฤษภาคม 2563)

หากพิจารณาเรื่องเล่าของพี่เจี๊ยะ และพี่เตย พบว่าพวกเขาสามารถหยิบใช้ ‘ตัวตนความเป็นแม่’ ผสมรวมเข้ากับแนวคิด ศีลธรรม หรือวาทกรรมสาธารณะ (popular discourse) ที่ไหลเวียนอยู่ทั่วไปในสังคม ไม่ว่าจะเป็นความเชื่อเรื่องบาปบุญ การเป็นแม่ที่ดี และประสบการณ์เชิงอัตวิสัยของแม่ซึ่มเศร้าคนอื่นๆ ที่ให้ความหมายหรือคาดเดายาต้านเศร้าส่งผลต่อบุตรของพวกเขา โดยมีอ้างอิงแอบกับหลักฐานเชิงสถิติหรือการวิจัยมาใช้ต่อรองกับวาทกรรมทางการแพทย์ ที่ให้ความหมายยาต้านเศร้าว่าปลอดภัย และการหยุดทานยา ‘อาจจะ’ ส่งผลเสียมากกว่า ที่อิงด้วยหลักฐานเชิงวิทยาศาสตร์และพันธะเชิงศีลธรรมของแพทย์ จนพวกเขาสามารถช่วงชิงพื้นที่กำหนดนิยามแนวทางในการดูแลรักษาทั้งโรคซึ่มเศร้าและรักษาครรภ์ของตนเอง ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่า ‘สังคมสมัยใหม่’ ที่ซึ่งกระบวนการกลายเป็นเหตุเป็นผล (rationalization) จะเข้ามาขบไล่และสลายภาวะมนต์ขลัง (disenchantment) จนทำให้ความลึกลับ ความเชื่อ ตลอดจนอารมณ์เชิงอัตวิสัยสูญเสียพื้นที่และพลังในการอธิบายปรากฏการณ์ต่างๆ เมื่อต้องเผชิญหน้ากับกระบวนการกลายเป็นเหตุเป็นผลเชิงวิทยาศาสตร์ ดังที่แมกซ์ เวเบอร์ (Max Weber, 1946) ให้ภาพไว้ นั้น กลับมาได้เป็นไปอย่างเบ็ดเสร็จเด็ดขาด (Lowe 2006) ดังเช่นในกรณีของพี่เจี๊ยะ ที่ชุดคำอธิบายทางการแพทย์ดูเหมือนจะไม่สามารถครอบงำผูกขาดไว้ซึ่งสถานะอภิสิทธิ์

ในการกำหนดนิยามแนวทางการจัดการเรื้อนร่างของแม่ซึมเศร้าได้อย่างเบ็ดเสร็จ โดยที่เธอเลือกที่จะเชื่อและใช้เรื่องเล่าประสบการณ์เชิงอัตวิสัยของแม่ซึมเศร้าคนอื่นๆ ที่ให้ความหมายว่ายาต้านเศร้าส่งผลเชิงลบต่อลูกของพวกเขา สะท้อนให้เห็นว่าความเชื่อหรือประสบการณ์เชิงอัตวิสัยของชาวบ้าน (ethno-theories) เองก็มิได้สูญเสียพลังอำนาจในการใช้คัดง้างกับความเป็นเหตุเป็นผลในสังคมสมัยใหม่ (Ivry 2010)

นอกจากนี้ บางสภาวการณ์ 'ตัวตนความเป็นแม่' ก็อาจถูกใช้ผนวกรวมกับ 'ตัวตนซึมเศร้า' มาใช้ปรับเปลี่ยนสถานะทางอำนาจของตนเองในโครงสร้างความสัมพันธ์เชิงอำนาจที่ห้อมล้อมในชีวิตประจำวันของพวกเขา อาทิเช่น พื้นที่ในบ้าน และสถานที่ทำงาน โดยภายใต้ระเบียบเศรษฐกิจทุนนิยมสังคมนิยมปีติไทย ที่ซึ่งความคาดหวังต่อบทบาทของผู้หญิงที่แต่งงานแล้วนั้นได้แผ่ขยายออกไปนอกเหนือบริบทภายในบ้าน ในด้านหนึ่ง ผู้หญิงถูกคาดหวังให้เป็น 'แม่บ้านแม่ศรีเรือนที่ดี' คอยดูแลรับผิดชอบกิจกรรมภายในบ้าน (home labour) ขณะทีในอีกด้านหนึ่ง ผู้หญิงก็ยังคงถูกเรียกร้องให้แสดงบทบาททางเศรษฐกิจมีส่วนร่วมในการหารายได้เข้าครัวเรือน (wage labour) (Swenson 2010) หรือสภาวะบทบาทภาระซ้ำซ้อนของผู้หญิง (double burden) (Moen 1992) โดยผู้ให้ข้อมูลมองว่า 'ความเป็นแม่ซึมเศร้า' ไม่เพียงช่วยปลดเปลื้องพันธนาการความคาดหวังต่อบทบาทของผู้หญิงในฐานะ แม่บ้านแม่ศรีเรือน หากแต่ยังช่วยยกระดับสถานะทางอำนาจของพวกเขาในครัวเรือนแบบปีติลัย์ (patrilineal-patrilocal household) และในสถานที่ทำงานอีกด้วย

สำหรับบริบทภายในบ้าน พี่เจียบ และพี่เตย ต่างได้ใช้ความเป็นตัวตน 'แม่ซึมเศร้า' ในฐานะเครื่องมือเพื่อปลดเปลื้องพันธนาการออกจากความคาดหวังของครัวเรือนที่มีต่อพวกเขาในฐานะสะใภ้ ตามวาทกรรมของลัทธิแม่บ้านแม่ศรีเรือน (cult of domesticity) เพื่อให้พวกเขาสามารถควบคุมวิถีการใช้ชีวิตของตนเองและสร้างไว้ซึ่งสภาวะการมีสุขภาพจิตที่ดี ดังที่พี่เตย ได้อธิบายว่า หลังจากที่ได้มีสถานะความเป็นคนท้องทำให้เธอสามารถมีปากมีเสียงและมีเวลาส่วนตัวในการทำกิจกรรมต่างๆ ตามที่เธอปรารถนามากขึ้น ซึ่งช่วยปลดแอกออกจากความคาดหวังทางเพศภาวะที่มีต่อพี่เตยในฐานะสะใภ้ในสังคมทุนนิยมแบบปีติลัย์:

“ก่อนที่ห้อง แม่สามีเขาก็ไม่ค่อยเอ็นดูพี่เท่าไร พี่ต้องทำทั้งงานออฟฟิศและงานบ้าน ตอนเช้าก็ต้องเตรียมอาหารให้ลูกๆ พวกเขา กลับมาก็ต้องคอยเก็บกวาดบ้าน ซักเสื้อผ้า ขนาดชุดชั้นในของน้องแพนยังโยนมาให้พี่ซักเลย โคนดำโคนใช้สารพัด แต่ก็ต้องยอมเพราะแต่งเข้ามาแล้ว จนพี่เครียดกดดันจนเป็นซึมเศร้าหาหมอมอ่ะ พวกเขายังไม่สงสารเลย...ช่วงที่กำลังมีน้อง เหมือนพี่ก็กลายเป็นคนคุมสถานการณ์ในบ้าน เพราะที่บ้านเขาก็ไม่ยอมให้เรากินยาซึมเศร้า กลัวเราเครียด จนทำให้หลานเขาเป็นอะไร...พี่เปลี่ยนจากสะใภ้กลายเป็นลูกรัก งานบ้านแทบไม่ต้องทำ ทำเท่าที่อยากทำ แม่สามีทำอาหารให้สามี ซักเสื้อผ้าให้ เวลาเลยมีเยอะขึ้น ได้ออกไปเจอเพื่อนเก่าๆ ออกไปทำผมทำเล็บ หาหมอมอ (จิตแพทย์) ที่บ้านก็ไม่มองลบเหมือนแต่ก่อน เห็นอกเห็นใจพี่ขึ้น ได้กลับมาใช้ชีวิตของตัวเองจริงๆ สักครึ่งหลังแต่งงานเข้ามา” – พี่เตย (สัมภาษณ์ 16 พฤษภาคม 2563)

ขณะที่กรณีของพี่เจี๊ยบ เธอก็ได้ช่วยใช้ตัวตนซึมเศร้าและตัวตนหญิงตั้งครรภ์จากวาทกรรมทางการแพทย์มาเพื่อปรับโครงสร้างอำนาจและความสัมพันธ์ในครอบครัวที่เคยมีปัญหาและขัดแย้งเสียใหม่ จนทำให้เธอรู้สึกมีตำแหน่งหนึ่งในครัวเรือนของสามี ดังที่เธอสะท้อนไว้ว่า:

“ครอบครัวพี่เล็ก (สามีของพี่เจี๊ยบ (นามสมมติ)) ก็คงเห่อลูก และเจี๊ยบบอกกับพวกเขาว่า “คุณหมอบอกว่าถ้าแม่มีสุขภาพจิตดี ลูกออกมาก็จะแข็งแรง ถ้าแม่เครียด ยิ่งเป็นซึมเศร้า ก็เสี่ยงคลอดก่อนกำหนด” จากนั้นแม่พี่เล็กก็ช่วยดูแลพวกรงานบ้านแทนเจี๊ยบ เราไม่ต้องเหมาทำทั้งหมดเหมือนแต่ก่อน พี่เล็กจากที่เคยขี้หงุดหงิดก็กลายเป็นมาเอาอกเอาใจเจี๊ยบ พ่อแม่พี่เล็กจากที่เคยตั้งแง่กับเจี๊ยบว่าป่วยไม่สามารถมีลูกได้ก็อยากให้พี่เล็กเลิกกับเจี๊ยบ ตอนนั้นก็เลิกตั้งแง่กับเรา ยอมรับเรามากขึ้น เราอึดอัดน้อยลง ไม่รู้รู้สึกโดดเดี่ยวในบ้าน” – พี่เจี๊ยบ (สัมภาษณ์ 28 พฤษภาคม 2563)

นอกจากนี้ สำหรับพี่แดง ตัวตนแม่ซึมเศร้าไม่เพียงถูกใช้เพื่อปรับความสัมพันธ์ภายในครอบครัวให้ดีขึ้น ทำให้แม่สามีไม่คาดหวังให้เธอต้องทำงานนอกบ้านและกลายมาเป็นแม่บ้านเต็มตัวแล้วนั้น ยังพบว่า วาทกรรมทางการแพทย์และความเชื่อเกี่ยวกับหญิงตั้งครรภ์ ไม่ว่าจะเป็นการมีอารมณ์ที่อ่อนไหว การมีเรื้อนร่วงที่เปราะบางมากกว่าปกติ ก็ยังถูกใช้เพื่อเสริมสร้างศักยภาพกระทำการของผู้หญิงซึมเศร้าในการต่อรองและประណอมอำนาจในบริบทการทำงานวัฒนธรรมองค์กรแบบชายเป็นใหญ่ โดยก่อนหน้าที่

พี่แดงจะตั้งครุฑและลาออกมาทำหน้าที่แม่เต็มตัว เธอทำงานอยู่ที่ท่ามกลางสภาพแวดล้อมการทำงานที่เพื่อนร่วมงานส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ที่ซึ่งยังขาดความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า ทำให้พี่แดงมักเผชิญกับอคติและคำพูดที่บ่อนทำลายความรู้สึกจนทำให้อาการซึมเศร้าของเธอแย่ลง อาทิเช่น เสแสร้งแกล้งป่วย ซึ่งก็จริงไม่มีผลดีภาพ ทว่าหลังจากที่เธอตั้งครุฑ พี่แดงก็ได้ใช้ความเป็นแม่ซึมเศร้ามาสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าในที่ทำงาน ดังที่เธอสะท้อนไว้ว่า

“ที่บริษัทที่ส่วนใหญ่มีแต่ผู้ชาย เขาไม่ค่อยรู้หรือทราบดีว่าโรคซึมเศร้าคืออะไร โดยเฉพาะเจ้านายพี่ชอบตะคอกใส่ ด่าพี่ล่าถอยแกล้งป่วย อย่านำเงินไปหาหมอในที่ทำงาน...จนมีวันหนึ่งพี่เครียดมาจากที่บ้านแล้ว ยังเจอเจ้านายด่าตะคอกอีก พี่หน้ามืดไปเลย เขาริบพาพี่ไปโรงพยาบาล พี่สับโอกาสบอกหมอว่าพี่เป็นซึมเศร้ากับกำลังท้องอยู่ ขอให้หมอช่วยพูดกับเจ้านายให้หน่อยเกี่ยวกับซึมเศร้าพวกนี้ หมอก็บอกเจ้านายพี่ให้ระวังเรื่องความเครียดที่อาจส่งผลกระทบต่อพี่ได้ เชื้อใหม่หลังจากนั้นนะ เจ้านายพี่เปลี่ยนหน้ามือเป็นหลังมือเลย ไม่ใช่อารมณ์กับลูกน้อง มองพี่ดีขึ้นด้วยว่าสิ่งที่เราเป็นมันเกิดจากโรคที่เปลี่ยนเรา แล้วยิ่งเรากำลังท้องอ่อนๆ อยุ่ยิ่งอ่อนไหวง่ายเป็นพิเศษ” – พี่แดง (สัมภาษณ์ 4 พฤษภาคม 2563)

เรื่องเล่าข้างต้นได้เผยให้เห็นได้ว่า ผู้ป่วยซึมเศร้าเองมิได้เป็นเพียงเหยื่อที่เป็นผลผลิตจากปฏิบัติการทางอำนาจ/วาทกรรมที่ครอบงำอยู่ หรือในกรณีนี้ คือ วาทกรรมความเป็นแม่ และวาทกรรมทางการแพทย์ หากแต่การบ่มเพาะตัวตนของพวกเขาเกิดจากทั้งการหล่อหลอมจากกลไกอำนาจ/วาทกรรมที่ดำรงอยู่รายรอบ และการหนีบควยใช้ประโยชน์จากมันอย่างสร้างสรรค์มาใช้แปรเปลี่ยนสภาวะแวดล้อมของพวกเขา เพื่อให้สามารถใช้ชีวิตท่ามกลางความตึงเครียดได้อย่างมีคุณภาพที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ ในแง่มุมดังกล่าวชี้ให้เห็นว่า ศักยภาพกระทำการของผู้หญิง (agency) มิได้เป็นเพียงแค่เรื่องของการต่อต้าน ปลดแอก หรือการเคลื่อนออกจากโครงสร้างและบรรทัดฐานชายเป็นใหญ่ที่ครอบงำ ดังที่ถูกฉายในวาทกรรมสตรีนิยมแบบตะวันตกกระแสหลัก ซึ่งมักวางอยู่บนฐานการสร้างตัวตนในเชิงลบ (negative paradigm of subjectification) ที่มองว่ายิ่งปัจเจกบุคคลสามารถฝ่าฝืนหรือมีปฏิบัติการที่ไม่สอดคล้องกับกฎเกณฑ์บรรทัดฐานครอบงำมากเท่าไร ก็ยิ่งแสดงถึงการมีศักยภาพกระทำการที่ทรงพลังมากขึ้นเท่านั้น ตรงกันข้ามพวกเขาเองก็ตระหนักรู้ถึงโครงสร้างสิทธิอำนาจแบบชายเป็นใหญ่ ทว่าเมื่อปัจเจกบุคคลเผชิญกับปัญหา พวกเขาที่อาจจะตอบสนองด้วยหนทางที่อาจคาดไม่ถึงหรือวิธีการ

ที่มีนวัตกรรมที่ซึ่งอาจกีดขวาง หนุ่นเสริม หรือกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงก็ได้ (Frisk, 2009) ดังเช่นกรณีของพีเจียบและพีเตย ที่ได้พัฒนาศักยภาพกระทำกรขึ้นจากการฉวยใช้ ‘วาทกรรมความเป็นแม่’ ที่ถูกคาดหวังให้ดูแลปกป้องลูก มาใช้บ่มเพาะ ‘ตัวตนแม่ซิมเศร่า’ เพื่อสร้างความเป็นไปได้ใหม่ ๆ ในกำหนดชะตาชีวิต ต่อรองความสัมพันธ์เชิงอำนาจภายในครัวเรือนและภายในห้องตรวจแพทย์ ที่ซึ่งพวกเธอตกอยู่ในสถานะเสียเปรียบเชิงอำนาจ

นอกจากนี้ สำหรับผู้ป่วยซิมเศร่าบางคน การบ่มเพาะตัวตนความเป็นแม่ซิมเศร่าไม่เพียงแต่ช่วยเพิ่มศักยภาพกระทำให้แก่พวกเธอในการใช้ต่อรองกับโครงสร้างอำนาจที่ห่อหุ้มพวกเธอ หากแต่ยังช่วยให้พวกเธอสามารถฟื้นคืนความเป็นองค์ประธานปรกติที่มีผลิตภาพ (normal-functional subject) กลับมาได้อีกครั้ง กล่าวคือ การบ่มเพาะตัวตนความเป็นแม่มิได้เป็นปรากฏการณ์ที่ซ้ำเติมพยาธิสภาพของโรคซิมเศร่าเสมอไปดังในวรรณกรรมจิตเวชศาสตร์ให้ภาพไว้ (Nicolson 2001, Pope et al. 2013, และ Sit et al. 2015) หากแต่กลับช่วยให้ผู้ป่วยซิมเศร่ากลับมามีความเข้มแข็งและมีความหวังในการต่อสู้ดิ้นรนกลับสู่ชีวิตปรกติอีกครั้ง ดังสะท้อนในทรรศนะของพีเจียบ และพีเตย ที่ต่างให้ความหมายกับ ‘ตัวตนความเป็นแม่’ ในฐานะประสบการณ์เชิงบวกที่ทำให้พวกเธอรู้สึกเกิดความหวังและความเข้มแข็ง นำไปสู่การหวนกลับมาดูแลตัวเอง สามารถฟื้นคืนความเป็นองค์ประธานปรกติตามัญจากโรคซิมเศร่าได้ ดังสะท้อนในทรรศนะของพีเตย ที่ได้กล่าวไว้ถึงประสบการณ์ความเป็นแม่ที่ทำให้เธอกลับมามีเป้าหมายในการมีชีวิตอยู่

“วันที่ได้เห็นลูกตอนอัลตราซาวด์ พี่ก็รู้สึกมีความหวังมีเป้าหมายในชีวิตขึ้น ยิ่งเราเกิดอาการแพ้ท้อง ลูกเคลื่อนไหวในท้อง มันทำให้เราลืมนึกว่าเราเป็นซิมเศร่าไปเลย คิดแต่ว่าตอนนี้เป็นแม่คนแล้ว เราต้องคอยดูแลรับผิดชอบเขา เราจะมานั่งเศร้าไม่ได้ เลยทำให้เราดีขึ้นด้วยมัน...ถ้าพี่ไม่ได้ตั้งท้อง มีประสบการณ์และความรู้สึกของการเป็นแม่คน พี่ก็มองว่าตัวเองไม่มีเป้าหมายในชีวิต ไม่มีหวัง และไม่ได้อยู่ไปทำไม่กับสภาพแวดล้อมที่แยและมีสภาพจิตแบบนี้...เวลาเห็นพัฒนาการของลูกทำให้พี่มีกำลังใจว่าพี่ป่วยแต่ก็ยังเป็นแม่ที่ดีได้” – พีเตย (สัมภาษณ์ 16 พฤษภาคม 2563)

เรื่องเล่าของแม่ซิมเศร่าทั้งสามที่ให้ความหมาย ‘ตัวตนความเป็นแม่’ ในฐานะปัจจัยเชิงบวกต่อโรคซิมเศร่า นั้น สอดคล้องกับงานศึกษาหลายชิ้น (อาทิ Awram et al. 2017

และ Perera et al. 2014) ที่ชี้ให้เห็นว่าประสบการณ์ความเป็นแม่ของผู้ที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตนั้นอาจส่งผลเชิงบวกต่อการฟื้นฟูหายจากความเจ็บป่วยทางจิต โดยในด้านหนึ่ง ตัวตนความเป็นแม่ทำให้ผู้ป่วยหันกลับมาดูแลตัวเอง อาทิ คอยสำรวจและกำกับควบคุมอารมณ์ของตนเอง และปรับมุมมองของตนเองต่อสถานการณ์ที่เครียดต่างๆ ไปในแนวทางยอมรับตนเองมากขึ้น ให้กำลังใจและให้กำลังใจตัวเองมากขึ้น จนนำไปสู่การพัฒนาตัวตนเชิงบวก (positive self) และค้นพบศักยภาพของตัวตนในแง่มุมใหม่ๆ เช่น การค้นพบว่าตนเองก็มีความอดทนเข้มแข็ง ผ่านประสบการณ์ของการเป็นแม่ ซึ่งการพัฒนาตัวตนเชิงบวกหรือการตระหนักรู้ถึงศักยภาพของตนเองล้วนแล้วแต่เป็นปัจจัยสำคัญที่นำสู่การฟื้นฟูหายจากโรคซึมเศร้า (Bandura 2006) ขณะที่ในอีกด้านหนึ่ง ตัวตนความเป็นแม่ที่ต้องดูแลปกป้องลูก ก็เป็นเงื่อนไขผลักดันให้แม่ที่ป่วยพยายามดิ้นรนแสวงหาเครือข่ายสนับสนุนทางสังคม เพื่อมารองรับซึ่งความอยู่ดีมีสุขของลูก ทำให้พวกเขาสามารถกลับมาเชื่อมต่อกับหรือฟื้นฟูความสัมพันธ์ทางสังคมกับคนรอบข้างจากที่เคยแปลกแยกใหม่อีกครั้ง (Awram et al. 2017) ซึ่งการมีเครือข่ายสนับสนุนทางสังคม ทั้งในแง่แหล่งทรัพยากรและในแง่ของการประคับประคองจิตใจ การมีความรู้สึกเชื่อมโยงทางสังคมหรือความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (social connectedness) ล้วนถือเป็นปัจจัยเชิงบวกต่อการบรรเทาอาการของโรคซึมเศร้า (Ozbay et al. 2007)

ในทางตรงกันข้าม ผู้ป่วยซึมเศร้าเพศชายที่ดูเหมือนอยู่ในสถานะได้เปรียบเชิงโครงสร้างในสังคม ปิตาธิปไตย กลับถูกวาทกรรมความเป็นชายออกสามศอก (masculine discourse) ไม่ว่าจะเป็นการต้องเป็นหัวหน้าครอบครัว ความเข้มแข็ง พึ่งตนเอง ใช้เหตุผลมากกว่าอารมณ์ไม่แสดงอารมณ์อ่อนไหว ซึ่งมายาคติเหล่านี้ส่งผลเชิงลบต่อสุขภาพจิตของผู้ป่วยซึมเศร้าชาย (Krumm et al. 2017) ให้พวกเขา รู้สึกไม่สามารถเติมเต็มหรือบรรลุหน้าที่ของเพศชายได้อย่างสมบูรณ์ โดยในด้านหนึ่ง วาทกรรมความเป็นชายออกสามศอกถูกผนวกรวมเข้ากับตัวตนซึมเศร้า กลายมาเป็นความรุนแรงเชิงโครงสร้างที่สร้างความเป็นพิษ (toxic masculinity) และความทนทุกข์ในชีวิตแก่ผู้ป่วยเพศชาย เนื่องจากอาการของโรคซึมเศร้าไปด้วยกันไม่ได้กับภาพลักษณ์มายาคติความเป็นชาย ดังในกรณีของสามีเมย์ที่ถูกตีตราจากสังคมทำงานว่าเป็นบ้าจนกระทั่งถูกให้ออกพร้อมๆ กับรู้สึกว่าตัวเองหมดคุณค่าไม่สามารถเป็นหัวหน้าครอบครัวภายในบ้าน ไม่สามารถเลี้ยงดูเธอและลูกให้ดีได้ เป็นภาระให้แก่ตัวเมย์ต้องดูแลเป็นห่วง จนกระทั่งรู้สึกว่า การดำรงอยู่ (being) ของตนเองไม่เพียงแต่ว่างเปล่าไร้ความหมาย หากแต่ยังเป็นส่วนเกินของครอบครัวและที่ทำงาน

โดยที่พี่เมย์ได้เล่าเนื้อหาในจดหมายลาตายของสามีไว้ว่า “แฟนเมย์เขาระบายว่า เขาไม่ได้คิดสั้นนะ พี่ไม่รู้จะอยู่ทรงแบบนี้อย่างไร เขาพยายามแต่หมดแรงที่จะทำอะไรแล้วเหนื่อยแล้วกับการใช้ชีวิต ขอให้ดีใจกับเขาที่ได้จากไปดีกว่า” สำหรับสามีเมย์ การฆ่าตัวตายได้กลายมาเป็นหนทางในการดิ้นรนออกจากความทันท่วงทีของการดำรงอยู่ แง่มุมดังกล่าวสอดคล้องกับงานศึกษาของชาร์ลส์ แม็กโดนัลด์ (Charles Macdonald) นักมานุษยวิทยาที่มองว่าการฆ่าตัวตายบางครั้งมันก็เป็นการทำที่ผู้ตายต้องการที่จะจากไปแบบตรงไปตรงมา ไม่ได้ต้องการที่จะปะทะ ไม่ได้ต้องการที่จะเปลี่ยนแปลง แต่แค่ต้องการที่จะหยุด เป็นทุกข์หยุดเจ็บปวดทรมานและอารมณ์เท่านั้น (Macdonald 2007, 221) ขณะที่ในอีกด้านหนึ่ง วาทกรรมความเป็นชายยังบดบังอำนาจการตระหนักรับรู้ถึงตัวโรคซึมเศร้าที่กำลังก่อตัวขึ้นในตัวผู้ป่วยเองและการวินิจฉัยของแพทย์ จนทำให้ผู้ป่วยซึมเศร้าเพศชายหลายคนหลีกเลี่ยงหรือไม่กล้าที่จะไปขอความช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตจากจิตแพทย์ (Oliffe et al. 2011, และ Seidler et al. 2016) ดังเช่นในกรณีของสามีของเมย์ ที่คิดว่าอาการที่เกิดขึ้นเกิดจากความเครียดทั่วไปที่สามารถจัดการได้ด้วยตัวเองและยานอนหลับดังที่เมย์ถ่ายทอดให้ฟังว่า:

“...กว่าเขาจะยอมเชื่อเมย์ไปหาหมอจิตแพทย์เขาเป็นหนักแล้ว แฟนชอบคิดว่าแค่เครียดนอนไม่หลับทั่วไป มีอารมณ์หงุดหงิดไม่ได้เศร้า ไปหาหมอตตามคลินิกแถวบ้านก็ได้ยานอนหลับมา หมอที่คลินิกก็ไม่ได้สงสัยว่าเขาเป็นซึมเศร้า เขาเองก็ไม่คิดว่าตัวเองจะอ่อนแอได้ นี่แหละข้อเสียของคนไทยที่ชอบบอกว่าผู้ชายต้องอดทนเข้มแข็ง เหมือนที่เล่าให้ฟังว่าขนาดจิตแพทย์ยังบอกให้อดทนเลย...ใครจะรู้ว่าความเชื่อผิดๆ ผู้ชายต้องเป็นแบบนี้ๆ มันก็ฆ่าคนได้...” – พี่เมย์ (สัมภาษณ์ 12 พฤษภาคม 2563)

จะเห็นได้ว่า ขณะที่ผู้ป่วยซึมเศร้าเพศหญิง บ่มเพาะตัวตนแม่ซึมเศร้า เพื่อสามารถสร้างพื้นที่ในการต่อรองและประนีประนอมอำนาจระหว่างแพทย์-คนไข้ และปรับความสัมพันธ์เชิงอำนาจชายหญิงในครัวเรือน ขณะเดียวกันพวกเขาก็ได้ต่อต้านอุดมการณ์ ‘ความเป็นแม่ที่ดี’ ที่ดำรงอยู่ในโครงสร้างทางสังคมแบบชายเป็นใหญ่ หากแต่กลับผนวกวาทกรรมดังกล่าวเข้ากับความเป็นตัวตนซึมเศร้ามาใช้สร้างศักยภาพกระทำการของพวกเขา ทว่าผู้ป่วยซึมเศร้าเพศชายกลับถูกซ้ำเติมจากสภาวะความเป็นพิษจากมายาคติชายอกสามศอก อย่างไรก็ดี ผู้ป่วยซึมเศร้าเพศชายบางคนก็ได้ใช้ตัวตนซึมเศร้ามาต่อรองกับวาทกรรมความเป็นชาย ดังเช่นในกรณีของน้องโดม

**“ผมป่วยและเบี่ยงเบน”:**

### **ซึมเศร้ากับเทคโนโลยีสร้างตัวตนของผู้มีความหลากหลายทางเพศ**

‘ตัวตนแบบรักเพศเดียวกัน’ (homosexual subject) มักถูกมองว่าเป็นตัวตนที่ผิดแปลกจากธรรมชาติ และขัดต่อชุดศีลธรรมทางสังคมภายใต้วัฒนธรรมที่ครอบงำด้วยบรรทัดฐานรักต่างเพศ (heterosexual normality) (Love 2015) โดยเฉพาะเพศชาย ที่มักถูกคาดหวังให้เป็นผู้นำครอบครัว ยังผลให้ปัจเจกบุคคลที่มีตัวตนของผู้มีความหลากหลายทางเพศ (LGBTQ) ตกอยู่ในสถานะร่องทางอำนาจและต้องเผชิญกับแรงกดดันจากสภาวะ ‘ความเป็นชนกลุ่มน้อยทางเพศ’ (sexual minority stress) ทำให้พวกเขาไม่เพียงแต่ต้องประสบกับความไม่เท่าเทียมและการเลือกปฏิบัติในเชิงสังคม หากแต่ยังต้องเผชิญกับความไม่เท่าเทียมเชิงสุขภาพเมื่อเทียบกับประชากรกลุ่มรักต่างเพศ (Meyer and Frost 2013 และ Mustanski 2015) โดยแนวคิดดังกล่าวมีฐานคิดว่าชนกลุ่มน้อยทางเพศต้องเผชิญกับความทนทุกข์ 2 เท่า (double stressors) (Hall 2018) ได้แก่ ประการแรก ความทนทุกข์ทั่วไป (typical stressors) เช่น ความเครียดที่เกิดจากความเจ็บป่วย การสูญเสียคนรัก เป็นต้น และประการที่สอง ความทนทุกข์จากการมีอัตลักษณ์ทางเพศที่แตกต่างจากบรรทัดฐาน (sexual minority stressors) ซึ่งเป็นความเครียดที่เกิดจากอคติและการตีตราจากการที่พวกเขาอยู่ในสถานะเสียเปรียบเชิงโครงสร้าง ซึ่งเป็นความทนทุกข์ที่เรื้อรังเนื่องจากมันผูกโยงกับระเบียบโครงสร้างทางสังคมที่ดำรงอยู่ ซึ่งนำไปสู่ผลลัพธ์เชิงสุขภาพที่ร้ายแรง เช่น การฆ่าตัวตาย การทำร้ายตัวเอง และการมีปัญหาด้านสุขภาพจิตมากกว่ากลุ่มประชากรทั่วไป (Jankovic et al. 2020, Lee et al. 2017 และ Russell and Fish 2016) อาจกล่าวได้ว่าวรรณกรรมทางจิตเวชศาสตร์ให้ความหมายอัตลักษณ์ทางเพศภาวะ (sexual identity) ในฐานะปัจจัยกระตุ้นให้เกิดพยาธิสภาพในสุขภาพจิต และการปรับตัวเชิงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม (maladaptive behavior) เช่น การฆ่าตัวตาย การทำร้ายตัวเอง (Jankovic et al. 2020) ภายใต้กระบวนการที่หรือการให้ความหมายดังกล่าว ‘ตัวตนซึมเศร้า’ จึงเป็นเพียงผลผลิตที่เกิดจากโครงสร้างและปฏิบัติการทางอำนาจมากระทำต่อปัจเจกบุคคล (McNay 2000)

อย่างไรก็ดี ภายใต้การให้ความหมายของผู้อยู่ร่วมกับโรคซึมเศร้าบางคน ‘ตัวตนซึมเศร้า’ ถูกให้ความหมายในฐานะเทคโนโลยีในการบ่มเพาะตัวตนที่ช่วยเพิ่มศักยภาพกระทำการให้แก่สถานะความเสียเปรียบเชิงโครงสร้าง จากการเป็น ‘ชนกลุ่มน้อยทางเพศภาวะ’ ภายใต้สังคมวัฒนธรรมระบอบรักต่างเพศ ดังเช่นในกรณีของน้องโดม ผู้ป่วยซึมเศร้า

ที่นิยามตนเองว่ามีอัตลักษณ์แบบชายรักชาย โดยน้องโดมได้ให้ความหมาย ‘ตัวตนซี้มเศร้า’ ว่าเป็นสิ่งที่ไม่เพียงแต่ช่วยให้พ่อของเขาสามารถยอมรับ ‘ตัวตนชายรักชาย’ ของเขาได้จากที่เคยถูกปฏิเสธและรังเกียจมาตลอด หากแต่ยังช่วยให้เขาสามารถตั้งทรัพยากรในครัวเรือนเข้ามาสนับสนุนการใช้ในการพัฒนาตัวเองและสร้างไว้ซึ่งสุขภาวะทางจิตที่ดี ดังที่ ‘น้องโดม’ สะท้อนไว้ว่า:

“ผมโตในครอบครัวแบบจีนจำเลย เกย์ กะเทย เป็นเรื่องเลวร้ายสำหรับคนจีน พ่อก็ดูและเข้มงวดกับลูกๆ มาก เป็นไปไม่ได้เลยที่จะเปิดตัวว่าเราเป็นเกย์...วันหนึ่งที่บ้านก็จับได้ว่าผมเป็น (เกย์) รู้สึกตอนช่วงประมาณ ม.5 เพราะแม่เห็นภาพทวิตเตอร์ในโน้ตบุ๊กที่ผมเปิดค้างไว้...พ่อแม่ผิดหวังมาก โดยเฉพาะพ่อโกรธมาก บอกว่าถ้าผมไม่กลับไปเป็นผู้ชายก็ออกจากบ้าน แต่การเป็นเกย์ไม่เป็นเกย์มันไม่ใช่เรื่องเปลี่ยนกลับไปได้ เบียงเบนแล้วก็เบียงเบนเลยผมบอกพวกเขาไป...ผมกับพ่อแม่แทบไม่คุยกันเกือบปี เพราะเขาจับไม่ได้ คุยแต่แค่เรื่องค่าเทอมกับเงินค่าขนมรายเดือน แล้วช่วงนั้นผมต้องเตรียมสอบเข้ามหาลัย น่าจะเป็นช่วงนั้นที่ผมรู้สึกว่าเป็นซี้มเศร้า ผมก็บอกแม่ให้พาไปพบจิตแพทย์ พ่อแม่รู้ว่าผมเป็นซี้มเศร้าต้องกินยาปรับสภาพจิต แม่ก็เริ่มใจอ่อน คงสงสารผมเพราะตอนนั้นผมอมมาก เกือบตัวในห้อง ร้องไห้โดยไม่มีสาเหตุ สภาพเหมือนคนใกล้ตาย ผมสังเกตเห็นว่าทุกครั้งทีจิตแพทย์นัดตรวจ พ่อแม่ก็เริ่มอ่อนลงเรื่อยๆ ถามไถ่ปัญหาชีวิตผมมากขึ้น จนตอนนี้พวกเขาก็ยอมรับผมในแบบที่เป็น...

...สำหรับผมมัน (ซี้มเศร้า) ก็เหมือนเป็นเกย์ เป็นไปแล้วก็อยู่กับมันไป ผมรู้สึกขอบคุณมันด้วยที่ทำให้พ่อแม่ยอมรับความเป็นเกย์ ทำให้ผมได้อยากทำอะไรที่อยากทำ เพราะพ่อแม่เขาก็สนับสนุนผมมากขึ้น ผมชอบติดเาส์ตามทีพ่อแม่อยากให้เรียน แต่ผมไม่อยาก อยากรียนอักษร พ่อแม่ก็ไม่ว่า...(ซี้มเศร้า) ทำให้ผมไม่ต้องเก็บงำความรู้สึก ร้องไห้ก็ไม่ต้องคอยกลัวว่าพ่อจะด่าว่าไม่แมน มีความกดดันต้องการความช่วยเหลือก็พูดออกไปตรงๆ ไม่มีอะไรที่ต้องปิดบังเหมือนแต่ก่อน” – โดม (สัมภาษณ์ 3 มิถุนายน 2563)

ท่ามกลางแรงกดดันและการดิ้นรนที่ต้องเผชิญจากการเพื่อพยายามเป็น ‘ลูกชายที่ดีและแมน’ ในครอบครัวคนจีนที่ถูกครอบงำด้วยวาทกรรมและค่านิยมความสัมพันธ์แบบรักต่างเพศ ได้ค่อยๆ บ่มเพาะตัวตนซี้มเศร้าขึ้นในโลกของโดม โดยในเรื่องเล่าของเขา เผยให้เห็นว่าโรคซี้มเศร้า ถึงแม้จะสร้างประสบการณ์ทันททุกข์ให้แก่เจ้าของเรือนร่าง หากแต่

บางสภาวะการณ์ตัวโรคก็นำมาซึ่งโอกาสหรือผลลัพธ์เชิงบวกให้แก่โลกชีวิตของผู้ป่วยเหล่านี้ ให้พวกเขาสามารถหยิบใช้เพื่อสร้างความเป็นไปได้ในการต่อรองและ/หรือปรับเปลี่ยนความสัมพันธ์เพื่อให้พวกเขาสามารถดำเนินชีวิตไปได้อย่างมีคุณภาพขึ้น สำหรับโดมตัวตนซึมเศร้าไม่เพียงถูกให้ความหมายในฐานะการเพิ่มศักยภาพกระทำทำให้แก่ความเป็นตัวตนแบบผู้มีความหลากหลายทางเพศที่ซึ่งถูกกดทับภายใต้ระเบียบสังคมแบบรักต่างเพศให้มีอิสระและทางเลือกในชีวิตมากขึ้นเท่านั้น อาทิ การได้เลือกเรียนในสิ่งที่ปรารถนาสามารถแสดงอารมณ์ความรู้สึกอ่อนไหวโดยไม่ถูกตีตรา ตลอดจนมีสุขภาพจิตที่ดีขึ้นจากการไม่ต้องคอยกดทับหรือปกปิดตัวตนทางเพศ หากแต่ตัวตนซึมเศร่ายังถูกใช้เพื่อปรับเปลี่ยนความหมายของการเป็น ‘ลูกชายที่ดี’ ในบริบทของครอบครัวคนจีนของโดมเสียใหม่ ที่จากเดิมศีลธรรมที่สำคัญของการเป็นลูกชายกตัญญู (filial piety) ประการหนึ่งของค่านิยมครอบครัวจีน คือ การมีทายาทสืบสกุลสืบสายเลือด ไม่สร้างความอับอายให้แก่วงศ์ตระกูล (Chow & Cheng 2010) ได้ปรับเปลี่ยนมาเป็นการที่ได้เห็นลูกสามารถเจริญเติบโตและมีความสุขในชีวิต ปลดเปลื้องความรู้สึกผิดบาปในใจของโดมจากมายาคติการเป็นลูกชายที่ดีของครอบครัวคนจีน นำไปสู่การซ่อมสร้างและสถาปนาความสัมพันธ์ที่ดีขึ้นใหม่ภายในครอบครัว ดังที่โดม ได้สะท้อนไว้ว่า

“...พ่อแม่ชอบบอกว่าครอบครัวที่มีวาสนาคือครอบครัวที่มีลูกหลานเต็มบ้าน มีทายาทสืบสกุลตอบแทนพ่อแม่ได้อุ่นหลาน แล้วก็ชอบยกตัวอย่างบ้านญาติคนนั้นคนนี้ว่ามีวาสนาแค่ไหน ผมก็กดดันในใจมาตลอดว่าตัวเองเป็นลูกที่ไม่ดี ไม่ได้ตั้งใจ ผมเลยต้องพยายามหนักขึ้นในด้านอื่นๆ เช่น เรียนให้ดี ทำตัวแมนๆ ไม่ให้พ่อแม่ต้องขายหน้า... แต่พ่อแม่ป่วย พวกเขาก็บอกว่า “ขอให้ลูกไม่เครียด มีชีวิตของลูกให้ดี ตื่นมาแล้วมีความสุข พ่อกับแม่ก็ภูมิใจแล้ว” มันดีกับผมมากเลยนะคำพูดนี้อะ ช่วยปลดล็อกความรู้สึกผิดในใจว่าเราเป็นลูกไม่ดี ไม่เกลียดร่างกายจิตใจตัวเอง...(ครอบครัว)สนิทกันขึ้น บรรยากาศก็ไม่ตึงๆ...” โดม (สัมภาษณ์ 3 มิถุนายน 2563)

จากกรณีตัวอย่างทั้งหกคนได้เผยให้เห็นว่าผู้ป่วยซึมเศร้ามักได้ให้ความหมายของโรคซึมเศร้าในฐานะพยาธิสภาพตามกรอบทัศน์ของจิตเวชศาสตร์อย่างตรงไปตรงมา หากแต่รับรู้มันในฐานะ ‘ตัวตน’ รูปแบบหนึ่ง ที่ถึงแม้บางครั้งจะสร้างความทนทุกข์ให้แก่เจ้าของเรือนร่าง ทว่าในบางครั้งมันก็สามารถถูกใช้ในฐานะยุทธศาสตร์ของคนเปราะบางที่ใช้ต่อรองและต่อสู้ดิ้นรนกับแรงกดดันในชีวิตประจำวัน เพื่อให้พวกเขาสามารถใช้ชีวิตไปได้

ท่ามกลางสถานะความเสียเปรียบเชิงโครงสร้างของพวกเขา ในแง่นี้ ผู้ป่วยซึมเศร้าจึงมิได้เป็นเพียงแค่ตัวตนที่ไร้ศักยภาพกระทำการที่รอคอยจิตเวชศาสตร์มาฟื้นคืนศักยภาพกระทำ การแก่พวกเขา หากแต่ผู้ป่วยซึมเศร้าเหล่านี้กำลังต่อสู้ดิ้นรนเพื่อหาหนทางกลับสู่สภาวะปรกติในแบบฉบับของตัวเอง ขณะเดียวกันก็สะท้อนให้เห็นว่าสิ่งที่เรียกว่า 'ตัวตนซึมเศร้า' ก็มิได้เป็นสิ่งที่มึลักษณะตายตัว หรือเป็นสิ่งที่ดำรงอยู่ก่อน (as given) ดังที่โลกทางการแพทย์มักเสนอว่าเป็นผลผลิตจากความแปรปรวนของสารเคมีในสมอง หากทว่าเรื่องเล่าในบทความชิ้นนี้เผยให้เห็นว่าภายใต้โลกของผู้ป่วย ตัวตนซึมเศร้าเป็นสิ่งที่กำลังถูกบ่มเพาะและก่อตัวอย่างต่อเนื่อง (in making) จากการผสมผสานประกอบรวมกันขององค์ประกอบอันแตกต่างหลากหลายที่รายรอบแต่ละปัจเจกบุคคล และบางครั้งตัวตนซึมเศร้าก็อาจไปมีปฏิสัมพันธ์กับชุดความจริงอื่นๆ บ้างในเชิงปะทะประสานกัน บ้างในเชิงเกาะเกี่ยวหนุนเสริมกัน และบ้างก็อาจผนวกรวมกันกับชุดความจริงหรือชุดวาทกรรมอื่นๆ ก่อเกิดเป็นตัวตนซึมเศร้าที่มีความหลากหลายเพิ่มขึ้นเท่าทวี (multiple) (Mol 2002)

## บทส่งท้าย

บทความชิ้นนี้พยายามสร้างข้อถกเถียงกับวรรณกรรมจิตเวชศาสตร์ในการทำ ความเข้าใจภาววิทยาของโรคซึมเศร้า ผ่านเรื่องเล่าเกี่ยวกับการแสวงหาชีวิตปกติของผู้ป่วยซึมเศร้า สำหรับผู้ป่วยซึมเศร้าบางคน พวกเขาให้ความหมายกับหนทางสู่ชีวิตปกติตามแนวทางของจิตเวชศาสตร์ที่ระบุว่าไม่เพียงพอที่จะสามารถช่วยกอบกู้ความเป็นองค์ประจําตน ปกติสามัญให้แก่พวกเขาได้ แต่กลับทำให้พวกเขาารู้สึกตกอยู่ในวงจรบาปวัตรรักษาที่ค่อยๆ บั่นทอนความหวังและความเป็นตัวตนของพวกเขา ทั้งนี้ส่วนหนึ่งเนื่องจากมโนทัศน์ของจิตเวชศาสตร์กระแสหลักได้ลดทอนหรือกวาดรวมโลกประสบการณ์และความแตกต่าง หลากหลายของผู้ป่วยให้กลายเป็นเพียงพยาธิสภาพที่สามารถแก้ไขได้ด้วยยาและการปรับเจตคติ ภาพของผู้ป่วยซึมเศร่าภายใต้กระบวนการที่ดังกล่าวจึงเป็นเพียงผู้เป็ยเบนที่ รอคอยอำนาจ/ความรู้จิตเวชศาสตร์มาปรับแก้และฟื้นคืนความปกติ ชุดคำอธิบายดังกล่าวสร้างข้อจำกัดต่อการจับภาพและทำความเข้าใจโลกชีวิตอันซับซ้อนของผู้ป่วยซึมเศร้า ผู้เขียนเสนอว่าโรคซึมเศร้าโดยตัวมันเองเป็น 'ตัวตน' หรือ 'วิถีแห่งการดำรงอยู่' ที่มีความ เป็นพลวัตและแปรเปลี่ยนตลอดเวลา ซึ่งถูกค่อยๆ ถูกบ่มเพาะและก่อตัวขึ้นภายในชุด ความสัมพันธ์ที่โอบล้อมตัวพวกเขา เพื่อตอบสนองต่อสภาวะความตึงเครียดและความทน ทุกข์ในชีวิตที่พวกเขากำลังเผชิญในชีวิตประจำวันให้พวกเขาสามารถใช้ชีวิตต่อไปได้อย่าง ปกตินอกจากนี้ การพิจารณาโรคซึมเศร้าในฐานะเทคโนโลยีการประกอบสร้างตัวตนของปัจเจกบุคคลไม่เพียงช่วยเผยให้เห็นถึงศักยภาพกระทำการของผู้ป่วยที่กี่ยายามดิ้นรน แสวงหาหนทางกลับสู่ชีวิตปกติในแบบฉบับของพวกเขา หากแต่มุ่งมองดังกล่าวยังช่วย ช้บเน้นถึงปัจจัยเชิงสังคมวัฒนธรรมและความรุนแรงเชิงโครงสร้างที่ส่งผลต่อผลลัพธ์ทาง สุขภาวะและความเจ็บป่วยของผู้คน ซึ่งหากบุคคลกรในแวดวงสุขภาพจิตมีความอ่อนไหว และให้ความสำคัญกับมิติดังกล่าวในฐานะวิธีการที่มีเหตุมีผลของปัจเจกบุคคลในการ รับมือกับปัญหา แทนที่จะมองว่าเป็นการปรับตัวที่เป็นพยาธิสภาพที่เกิดจากความผิดปกติของจิตหรือพฤติกรรมแบบตรงไปตรงมา ซึ่งการปรับกระบวนการทางจิตเวชศาสตร์ โดยให้ความสำคัญต่อโลกประสบการณ์เชิงอัตวิสัยของผู้ป่วยซึมเศร่าน่าจะเป็นการช่วย ลดความเสี่ยงของผู้ป่วยที่อาจได้รับความทรมานทุกข์จากบริการสุขภาพอย่างไม่ตั้งใจ (Dahlberg et al. 2009) และอาจช่วยให้จิตเวชศาสตร์บรรลุพันธกิจในการช่วยเหลือฟื้นฟูชีวิต ที่ปกติให้แก่ผู้ป่วยซึมเศร้าได้อย่างแท้จริง

## เชิงอรรถท้ายบท

<sup>1</sup> เกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างผู้เข้าร่วมกับโรคซึมเศร้า ประกอบด้วย (1) เกณฑ์การคัดเลือก (inclusion criteria) ได้แก่ 1.1) เป็นผู้มีอายุเกิน 18 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป และมีอายุไม่เกิน 60 ปี 1.2) ไม่มีโรคประจำตัวอื่นๆ 1.3) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า จากจิตแพทย์ตามหลักเกณฑ์การวินิจฉัย DSM-5 หรือ ICD-10 1.4) ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องกับทางโรงพยาบาลเป็นระยะเวลาไม่ต่ำกว่า 8 สัปดาห์ (เลยช่วงระยะ Acute Phase ที่ผู้ป่วยมีอาการรุนแรง) (ราชวิทยาลัยจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2549, 251) 1.5) เคยมีประสบการณ์ในการรักษาทั้งการรับประทานยาต้านเศร้า และการทำจิตบำบัด และ 1.6) ยินยอมในการให้ข้อมูล (2) เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) ได้แก่ 2.1) เป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีโรคจิตเวชพร้อมอื่น

## บรรณานุกรม

- ราชวิทยาลัยจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 2549. บทที่ 23 แนวทางเวชปฏิบัติโรคซึมเศร้า. ใน *แนวปฏิบัติบริการสาธารณสุข: Quick Reference Guide สำหรับการรักษาผู้ป่วยทั่วไป*. บรรณาธิการโดย อภิรักษ์ ปาลวัฒน์วิไชย, 249–257. กรุงเทพฯ: สำนักงานโครงการพัฒนาแนวทางการบริการสาธารณสุข.
- ศูนย์ความรู้โรคซึมเศร้าไทย. 2565. “รายงานการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ปีงบประมาณ 2565 เดือน กุมภาพันธ์ 2565 (ฐานข้อมูล HDC)” สืบค้นเมื่อ 17 มีนาคม 2565.  
[https://thaidepression.com/www/report/main\\_report/](https://thaidepression.com/www/report/main_report/)
- Aoyagi, Sona-Sanae, and Kenji J. Tsuchiya. 2019. “Does Maternal Postpartum Depression Affect Children’s Developmental Outcomes?.” *J Obstet Gynaecol Res* 45 (9): 1809–1820.
- Arendell, Terry. 2000. “Conceiving and Investigating Motherhood: The Decade’s Scholarship.” *Journal of Marriage & Family* 62 (4): 1192–1207.
- Awram, Ruby, Nicola Hancock, and Anne Honey. 2017. “Balancing Mothering and Mental Health Recovery: The Voices of Mothers Living with Mental Illness” *Advances in Mental Health* 15 (2): 147–160
- Bandura, Albert. 2006. “Towards a Psychology of Human Agency.” *Perspectives on Psychological Science* 1 (2): 164–180.
- Becker, Howard S. 1960. *Outsiders: Studies in the Sociology of Deviance*. New York: Free Press.
- Biehl, Joao. 2007. “A Life: Between Psychiatric Drugs and Social Abandonment.” In *Subjectivity: Ethnographic Investigations*, edited by Joal Biehl, Byron J. Good, and Arthur Kleinman, 397–421. Berkeley: University of California Press.
- Birch, Kean, and David Tyfield. 2013. “Theorizing the Bioeconomy: Biovalue, Biocapital, Bioeconomics or...What?” *Science, Technology, & Human Values* 38 (3): 299–327.
- Blackman, Lisa, John Cromby, Derek Hook, Dimitris Papadopoulos, and Valerie Walkerdine. 2008. “Creating Subjectivities.” *Subjectivity* 22: 1–27.

- Bourdieu, Pierre. 1977. *Outline of a Theory of Practice*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Brhlikova, Petra, Allyson M Pollock, and Rachel Manners. 2011. "Global Burden of Disease Estimates of Depression – How Reliable Is the Epidemiological Evidence?." *J R Soc Med* 104 (1): 25–34.
- Buchbinder, Mara. 2010. "Giving an Account of One's Pain in the Anthropological Interview." *Cult Med Psychiatry* 34 (1): 108–131.
- Bury, Mike. 2001. "Illness Narratives: Fact or Fiction?." *Sociology of Health & Illness* 23 (3): 263–285.
- Busfield, Joan. 2000. "Introduction: Rethinking the Sociology of Mental Health." *Sociology of Health & Illness* 22 (5): 543–558.
- Butler, Judith. 2005. *Giving an Account of Oneself*. New York: Fordham University Press.
- Carvalho, André F., Manu S Sharma, André R Brunoni, Eduard Vieta, and Giovanni A Fava. 2016. "The Safety, Tolerability and Risks Associated with the Use of Newer Generation Antidepressant Drugs: A Critical Review of the Literature." *Psychotherapy and Psychosomatics* 85 (5): 270–288.
- Chow, Pizza Ka-Yee, and Sheung-Tak Cheng. 2010. "Shame, Internalized Heterosexism, Lesbian Identity, and Coming Out to Others: A Comparative Study of Lesbians in Mainland China and Hong Kong." *Journal of Counseling Psychology* 57 (1): 92–104.
- Christler, Joan. 2013. "Womanhood Is Not As Easy As It Seems: Femininity Requires both Achievement and Restraint." *Psychol Men Masc* 14 (2): 117–120.
- Cohen, Anthony P. 1994. *Self-Consciousness: An alternative Anthropology of Identity*. London: Routledge.
- Conrad, Peter. 1979. "Types of Medical Social Control." *Sociology of Health and Illness* 1 (1): 1–12.
- Dahlberg, Karin Les Todres, and Kathleen Galvin. 2009. "Lifeworld-Led Healthcare Is More Than Patient-Led Care: An Existential View of Well-Being." *Med Health Care Philos* 12 (3): 265–271.

- Davies, Bronwyn. 2006. "Subjectification: The Relevance of Butler's Analysis for Education." *British Journal of Sociology of Education* 27 (4): 425–438.
- Diaz-Caneja, Angelers, and Sonia Johnson. 2004. "The Views and Experiences of Severely Mentally Ill Mothers." *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 472–482.
- Dumit, Joseph. 2012. *Drugs for Life: How Pharmaceutical Companies Define our Health*. Durham, NC: Duke University Press.
- Ertel, Karen A., Janet W. Rich-Edwards, and Karestan C. Koenen. 2011. "Maternal Depression in the United States: Nationally Representative Rates and Risks." *Journal of Women's Health*. 20 (11), 1609–1617.
- Foucault, Michel. 1998. "Technologies of the Self." In *Ethics, Subjectivity and Truth. (Essential Works of Foucault, 1954 – 1984, Vol. 1)*, edited by Paul M. Rabinow, 225–251. New York: The New Press.
- Foucault, Michel. 1994. *The Birth of the Clinic: An Archaeology of Medical Perception*. Translated by Alan M. Sheridan-Smith. New York: Vintage Books.
- Foucault, Michel. 1990. *The Use of Pleasure, Volume Two of The History of Sexuality*. Translated by Robert Hurley. New York: Vantage Books.
- Foucault, Michel. 1980. *Power/Knowledge: Selected Interviews & Other Writing 1972 – 1977* by Michel Foucault, edited by Colin Gordon. New York: The Harvester Press.
- Foucault, Michel. 1978. *The History of Sexuality, Volume One: An Introduction*. Translated by Robert Hurley. New York: Pantheon Book.
- Foucault, Michel. 1965. *Madness and Civilization: A History of Insanity in the Age of Reason*. Translated by Richard Howard. New York: Random House.
- Frisk, Sylva. 2009. *Submitting to God: Women and Islam in Urban Malaysia*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Global Burden of Disease. 2018. "Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators. 2018. Global, Regional, and National Incidence, Prevalence, and Years Lived with Disability for 354 Diseases and Injuries for 195 Countries and Territories, 1990–2017: A Systematic Analysis for the Global Burden of Disease Study 2017." *Lancet* 392: 1789–1858.

- Gergen, Kenneth J. 2000. "The Self: Transfiguration by Technology." In *Pathology and the Postmodern: Mental Illness as Discourse and Experience*, edited by Fee Dwight, 100–115. London: Sage
- Goodwin, Susan, and Kate Huppertz. 2010. "The Good Mother in Theory and Research: An Overview." In *The Good Mother: Contemporary Motherhoods in Australia*, edited by Susan Goodwin and Kate Huppertz, 1–24. NSW: Sydney University Press.
- Greenberg, Paul E., Ronald C. Kessler, Howard G. Birnbaum, Stephanie A. Leong, Sarah W. Lowe, Patricia A. Berglund, and Patricia K. Corey-Lisle. 2003. "The Economic Burden of Depression in the United States: How Did It Change Between 1990 and 2000?" *J Clin Psychiatry* 64 (12): 1465–1475.
- Hall, William J. 2018. "Psychosocial Risk and Protective Factors for Depression Among Lesbian, Gay, Bisexual, and Queer Youth: A Systematic Review." *J Homosex* 65 (3): 263–316.
- Halsa, Astrid. 2018. "Trapped between Madness and Motherhood: Mothering Alone." *Social Work in Mental Health* 16 (1): 45–61.
- Hanna, Bridget, and Arthur Kleinman. 2013. "Unpacking Global Health: Theory and Critique." In *Reimagining Global Health: An Introduction*, edited by Paul Farmer, Jim Kim, Arthur Kleinman, and Matthew Basillico, 15–32. Berkeley, CA: University of California Press.
- Harris, Rebeca A., and Hudson P. Santos. 2020. "Maternal Depression in Latinas and Child Socioemotional Development: A Systematic Review." *PLoS One* 15 (3): e0230256.
- Hasin, Deborah S., Renee D. Goodwin, Frederick S. Stinson, and Bridget F Grant. 2005. "Epidemiology of Major Depressive Disorder: Results From the National Epidemiologic Survey on Alcoholism and Related Conditions." *Arch Gen Psychiatry* 62 (10): 1097–1106.
- Hays, Sharon. 1996. *The Cultural Contradictions of Motherhood*. New Haven: Yale University Press.
- Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). 2017. *Finding from the Global Burden of Disease Study 2017*. Seattle, WA: Institute for Health Metrics and Evaluation.

- Ivry, Tsipy. 2010. *Embodying Culture: Pregnancy in Japan and Israel*. New Brunswick: Rutgers University Press.
- Jankovic, Janko, Vesna Slijepčević, and Vladimir Miletić. 2020. "Depression and Suicidal Behavior in LGB and Heterosexual Populations in Serbia and Their Differences: Cross-Sectional Study." *PLOS One* 15 (6): e0234188.
- Jenkins, Janis. H. 2015. *Extraordinary Conditions: Culture and Experience in Mental Illness*. Oakland, CA: University of California Press.
- Jenkins, Janis. H. 2010. "Psychopharmaceutical Self and Imaginary in the Social Field of Psychiatric Treatment." 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.
- Kessler, Ronald C., and Evelyn J. Bromet. 2014. "The Epidemiology of Depression across Cultures." *Annu Rev Public Health* 34: 119–138.
- Kessler, Ronald C., Patricia Berglund, Olga Demler, Robert Jin, Kathleen R. Merikangas, and Ellen E. Walters. 2005(a). "Lifetime Prevalence and Age-Of-Onset Distributions of DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication." *Arch Gen Psychiatry* 62 (6): 593–602.
- Kessler, Ronald C., Wai Tat Chiu, Olga Demler, Kathleen R. Merikangas, and Ellen E. Walters. 2005(b). "Prevalence, Severity, and Comorbidity of 12-Month DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication." *Arch Gen Psychiatry* 62 (6): 617–627.
- Kitanaka, Junko. 2012. *Depression in Japan: Psychiatric Cures for a Society in Distress*. Princeton & Oxford: Princeton University Press.
- Krumm Silvia, Carmen Checchia, Markus Koesters, Reinhold Kilian, and Thomas Becker. 2017. "Men's Views on Depression: A Systematic Review and Metasynthesis of Qualitative Research." *Psychopathology* 50 (2): 107–124.
- Lee, Carrie, John L. Oliffe, and Mary. T. Kelly. 2017. "Depression and Suicidality in Gay Men: Implications for Health Care Providers." *American Journal of Men's Health* 11 (4): 910–919.

- LaMarre, Andrea, Olga Smoliak, Carmen Cool, Hilary Kinavey, and Laura Hardt. 2019. "The Normal, Improving, and Productive Self: Unpacking Neoliberal Governmentality in Therapeutic Interactions." *Journal of Constructivist Psychology* 32 (3): 236–253.
- Licinio, Julio, and Ma-Li Wong. 2005. *Biology of Depression. From Novel Insights to Therapeutic Strategies*. Weinheim: Wiley-VCH Verlag GmbH & Co. KGaA.
- Lloyd, Stephanie, and Nicolas Moreau. 2011. "Pursuit of a 'Normal Life': Mood, Anxiety, and Their Disordering." *Medical Anthropology* 30 (6): 591–609.
- Love, Heather. 2015. "Doing Being Deviant: Deviance Studies, Description, and the Queer Ordinary." *Differences* 26 (1): 74–95.
- Lowe, Celia. 2006. *Wild Profusion: Biodiversity Conservation in an Indonesian Archipelago*. Princeton: Princeton University Press.
- Macdonald, Charles J-H. 2007. *Uncultural Behavior: An Anthropological Investigation of Suicide in the Southern Philippines*. Honolulu: University of Hawaii Press.
- Madigan, Sheri, Hannah Oatley, Nicole Racine, R. M. Pasco Fearon, Lea Schumacher, Emis Akbari, Jessica E. Cooke, and George M. Tarabulsy. 2018. "A Meta-Analysis of Maternal Prenatal Depression and Anxiety on Child Socioemotional Development." *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 57 (9): 645–657.
- 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.
- McGugan, Jim. 2014. "The Neoliberal Self." *Culture Unbound* 6 (1): 223–240.
- McNay, Lois. 2000. *Gender and Agency: Reconfiguring the Subject in Feminist and Social Theory*. Cambridge: Polity Press.
- McNay, Lois. 1992. *Foucault and Feminism: Power, Gender, and the Self*. Cambridge & Malden: Polity Press.
- Merton, Robert K. 1936. "The Unanticipated Consequences of Purposive Social Action." *American Sociological Review* 1 (6): 894–904.

- Metzl, Jonathan. 2003. *Prozac on the Couch: Prescribing Gender in the Era of Wonder Drugs*. Durham: Duke University Press.
- Meyer, Ilan H., and David M. Frost. 2013. "Minority Stress and the Health of Sexual Minorities." In *Handbook of Psychology and Sexual Orientation*, edited by Charlotte J. Patterson and Anthony R. D'Augelli, 252–266). New York: Oxford University Press.
- Misselbrook, David. 2013. "Foucault." *British Journal of General Practice* 63 (611): 312.
- Moen, Phyllis. 1992. *Women's Two Roles: A Contemporary Dilemma*. New York: Auburn House.
- Mol, Annemarie. 2002. *The Body Multiple: Ontology in Medical Practice*. Durham: Duke University Press.
- Moncrieff, Joanna. 2018. "Against the Stream: Antidepressants Are Not Antidepressants – An Alternative Approach to Drug Action and Implications for the Use of Antidepressants." *BJPsych Bull* 42 (1): 42–44.
- Mulder, Roger T. 2008. "An Epidemic of Depression or the Medicalization of Distress?" *Perspective in Biology and Medicine* 51 (2): 238–250.
- Murray, Lynne, Peter Cooper, and Alison Hipwell. 2003(a). "Mental Health of Parents Caring for Infants." *Archives of Women's Mental Health* 6: 71–77.
- Murray, Lynne, Peter Cooper, and Alison Hipwell. 2003(b). "Controlled Trial of The Short- and Long-Term Effect of Psychological Treatment of Post-Partum Depression: Impact on the Mother-Child Relationship and Child Outcome." *Br J Psychiatry* 182: 420–427.
- Mustanski, Brian. 2015. "Future Directions in Research on Sexual Minority Adolescent Mental, Behavioral, and Sexual Health." *J Clin Child Adolesc Psychol* 44: 204–219.
- Newman, Harmony D., and Angela C. Henderson. 2014. "The Modern Mystique: Institutional Mediation of Hegemonic Motherhood." *Sociological Inquiry* 84 (3): 472–491.
- Nicolson, Paula. 2001. *Postnatal Depression: Facing the Paradox of Loss, Happiness and Motherhood*. Chichester: John Wiley & Sons.

- Olliffe, John L., Mary T. Kelly, Joan L. Bottorff, Joy L. Johnson, Sabrina T. Wong. 2011. ““He’s More Typically Female Because He’s not Afraid to Cry”: Connecting Heterosexual Gender Relations and Men’s Depression.” *Soc Sci Med.* 73 (5): 775–782.
- Ormel, Johan, Ronald C. Kessler, and Robert Schoevers. 2019. “Depression: More Treatment But no Drop in Prevalence: How Effective Is Treatment? And Can We Do Better?” *Curr Opin Psychiatry* 32 (4): 348–354.
- Oute, Jeppe, Lotte Huniche, Connie T. Nielsen, and Anders Petersen. 2015. “The Politics of Mental Illness and Involvement—A Discourse Analysis of Danish Anti-Stigma and Social Inclusion Campaigns.” *Advances in Applied Sociology* 5: 273–285.
- Ozbay, Fatih, Douglas C. Johnson, Eleni Dimoulas, C. A. Morgan, Dennis Charney, and Steven Southwick. 2007. “Social Support and Resilience to Stress: From Neurobiology to Clinical Practice.” *Psychiatry* 4 (5): 35–40.
- Perera, Dinali N., Liz Short, and Sabin Fernbacher. 2014. “There is a lot to it: Being a Mother and Living with a Mental Illness.” *Advances in Mental Health* 12 (3): 167–181.
- Pope, Carley J., Bin Xie, Verinder Sharma, and M. Karen Campbell. 2013. “A Prospective Study of Thoughts of Self-Harm and Suicidal Ideation during the Postpartum Period in Women with Mood Disorders.” *Arch Womens Ment Health* 16 (6): 483–488.
- Rajan, Kaushik Suder. 2006. *Biocapital: The Constitution of Postgenomic Life*. Durham: Duke University Press.
- Roberts, Marc. 2006. “Gilles Deleuze: Psychiatry, Subjectivity, and the Passive Synthesis of Time.” *Nursing Philosophy* 7 (4): 191–204.
- Rose, Nikolas. 2019. *Our Psychiatric Future*. Cambridge: Polity Press.
- Rose, Nikolas. 2007. *The Politics of Life Itself: Biomedicine, Power, and Subjectivity in the Twenty-First Century*. Princeton & Oxford: Princeton University Press.
- Rose, Nikolas. 2003. “*Neurochemical Selves*.” *Society* 41: 46–59.

- Rose, Nikolas. 2001. "The Politics of Life Itself." *Theory, Culture and Society* 18 (6): 1–30.
- Rose, Nikolas. 1996. *Inventing Our Selves: Psychology, Power, and Personhood*. Cambridge: Cambridge University Press
- Russell, Stephen T., and Jessica N. Fish. 2016. "Mental Health in Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender (LGBT) Youth." *Annu Rev Clin Psychol* 12: 465–487.
- Seidler, Zac E., Alexei J. Dawes, Simon M. Rice, Jon L. Oliffe, and Haryana M. Dhillon. 2016. "The Role of Masculinity in Men's Help-Seeking for Depression: A Systematic Review." *Clin Psychol Rev* 49: 106–118.
- Seo, Mia, Hee Sun Kang, Y. J. Lee, and Sun-Mi Chae. 2015. "Narrative Therapy with an Emotional Approach for People with Depression: Improved Symptom and Cognitive-Emotional Outcomes." *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 22 (6): 379–389.
- Sit, Dorothy, James Luther, Daniel Buysse, John L. Dills, Heather Eng, Michele Okun, Stephen Wisniewski, and Katherine L. Wisner. 2015. "Suicidal Ideation in Depressed Postpartum Women: Associations with Childhood Trauma, Sleep Disturbance and Anxiety." *J Psychiatr Res*, 95–104.
- Stewart, Walter F., Judith A. Ricci, Eksbeth Chee, Steven R. Hahn, and David Morganstein. 2003. "Cost of Lost Productive Work Time among US Workers with Depression." *JAMA* 289 (3): 3135–3144.
- Swenson, Kristin. 2010. "Productive Bodies: Women, Work, and Depression." In *Governing the Female Body: Gender, Health, and Networks of Power*, edited by Lori Reed and Paula Saukko, 134–155. Albany: University of New York.
- Weber, Max. 1946. *Max Weber: Essays in Sociology*. (trans) Hans Heinrich Gerth and C. Wright Mills. New York: Oxford University Press.
- World Health Organization. 2017. *Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates*. Geneva: World Health Organization.