**การสร้างพื้นที่ทางจิตเวชผ่านพุทธศาสนาในประเทศไทย พ.ศ. 2540 – 2550**

**The production** **of psychiatry space through Buddhism in Thailand 1997 – 2007**

อนุชา สมศรี

บทคัดย่อ

บทความนี้ศึกษาความเปลี่ยนแปลงของความรู้ทางจิตเวชที่ได้พยายามต่อสู้และช่วงชิงพื้นที่ทางความรู้ ผ่านการผนวกรวมความรู้ทางพุทธศาสนา โดยในงานศึกษานี้ใช้แนวคิดเรื่องพื้นที่ในการอธิบายให้เห็นถึงกระบวนการ “การสร้างความหมายของพื้นที่” ของความรู้ทางจิตเวช ในช่วงปีพ.ศ.2540-2550 โดยอาศัยการช่วงชิงผสมผสานกับพื้นที่ของพุทธศาสนาที่มีอยู่เดิม จนกลายเป็นเนื้อเดียวกันและเป็นผลผลิตทางความรู้ที่ส่งทอดถึงลักษณะเฉพาะของจิตเวชศาสตร์ในประเทศไทย ที่มีการยอมรับความรู้ทางศาสนา โดยนำเอาวิธีคิด และ วิธีปฏิบัติทางพุทธศาสนาเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของวิธีรักษาทางจิตเวช ที่สามารถพบเห็นได้ทั่วไปในโรงพยาบาลจิตเวชของประเทศไทย

Abstract

This article aimed at psychiatric knowledge changing, combined with the Buddhism knowledge and practice. This study uses the concept of space to explain the “production of space” process of psychiatric knowledge in Thailand during 1997-2007. The process is main factor of Thai psychiatry special characteristics forming, accepting part of religion by adapt Buddhism method and Buddhist practice and become a part of Thai psychiatric treatment methods.

**บทนำ**

บทความนี้ต้องการจะชี้ให้เห็นถึง การขยายตัวของพื้นที่ทางจิตเวชผ่านพุทธศาสนาในประเทศไทย ช่วงปีพ.ศ. 2540 ถึง ปี พ.ศ. 2550 โดยศึกษาผ่านหลักฐานชั้นต้นคือ วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย ฉบับปี พ.ศ. 2540 ถึง พ.ศ. 2550 ที่แสดงให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงความคิด การสร้างพื้นที่ความรู้ทางจิตเวชของจิตแพทย์ และได้ขยายพื้นที่ความรู้นี้ให้กว้างขึ้นในสังคมไทย โดยอาศัยการช่วงชิงผสมผสานกับพื้นที่ของพุทธศาสนาที่มีอยู่เดิม จนกลายเป็นเนื้อเดียวกันและเป็นผลผลิตทางความรู้ที่ส่งทอดถึงลักษณะเฉพาะของจิตเวชศาสตร์ในประเทศไทย ที่มีการยอมรับความรู้ทางศาสนา โดยนำเอาวิธีคิด และ วิธีปฏิบัติทางพุทธศาสนาเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของรักษาทางจิตเวช ที่สามารถพบเห็นได้ทั่วไปในโรงพยาบาลจิตเวชของประเทศไทย บทความนี้นอกจากจะเขียนขึ้นเพื่อเป็นการทดลองนำเสนอมุมองทางสังคมศาสตร์ต่อความรู้ทางจิตเวชศาสตร์ ยังเป็นการเสนอให้ผู้อ่านได้ทบทวนถึงประวัติศาสตร์ของการผลิตสร้างความรู้ทางจิตเวชศาสตร์ ในฐานะความรู้ที่มีปฏิบัติการโดยตรงและถูกใช้เป็นเครื่องมือของรัฐในการควบคุม สอดส่องพฤติกรรมของพลเมืองในสังคมไทย

โดยต้องการทำให้เห็นการเปลี่ยนแปลงของความรู้ที่สัมพันธ์กับการช่วงชิงพื้นที่ทางความรู้ของจิตเวช ซึ่งในแต่ละยุคสมัยก็มีความแตกต่างกันทั้งเรื่องของวิธีการและขนาดของพื้นที่ โดยเรื่องพื้นที่นี้ผู้เขียนก็ได้พิจารณา *“พื้นที่”* ที่เป็นพื้นฐานของชีวิตทางสังคมทุกรูปแบบ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง เป็นพื้นฐานในฐานะปฏิบัติการเชิงอำนาจ Henri Lefebvre มองความสัมพันธ์ของ พื้นที่กายภาพและพื้นที่เชิงจินตภาพในลักษณะถ่ายเทกันเชิงวัฏจักร-พลวัต ของสามองค์ประกอบ ได้แก่ ภาพตัวแทนของพื้นที่ (Representations of space), พื้นที่ที่เป็นตัวแทน (Representational space), และปฏิบัติการต่อพื้นที่กายภาพ (Spatial practice) ซึ่งก็คือผลผลิตของสังคม (Production of space)(ณัฐวุฒิ อัศวโกวิทวงศ์, 2554, น. 77)

ผู้เขียนขอยกแนวคิดของ Lefebvre ที่ได้ศึกษาถึงการผลิตสร้างความหมายของพื้นที่ (production of space) และได้แบ่งพื้นที่ออกเป็น 3 หน่วยดังนี้

หน่วยแรกคือ พื้นที่ทางกายภาพ (physical space) หมายถึง พื้นที่เชิงรูปธรรม รับรู้ มองเห็น สังเกตได้ด้วยตา และสามารถระบุตำแหน่งที่ตั้ง และสัมผัสได้หน่วยที่สองคือ พื้นที่ทางความคิด (mental space) หมายถึง พื้นที่ที่ถูกสร้างขึ้นมาจากการนึกคิด ความเชื่อหรือทัศนคติภายใน และแสดงออกไปสู่พื้นที่ทางกายภาพ และหน่วยที่สามคือ พื้นที่ทางสังคม (social space) หมายถึง พื้นที่ที่ประกอบสร้างขึ้นมาระหว่างพื้นที่ทางกายภาพกับพื้นที่ทางความคิด เป็นพื้นที่ของการปฏิสัมพันธ์เพื่อสร้างตัวตน ประสบการณ์ร่วม และความหมาย ซึ่งความเกี่ยวข้องของ 3 หน่วยพื้นที่นี้เรียกว่าเป็นความสัมพันธ์เชิงพื้นที่ (spatial relationship) ที่ซ่อนความหมาย อำนาจ และนัยยะแฝงอยู่ความสัมพันธ์เชิงพื้นที่นั้นถูกผูกโยงติดกับมนุษย์ ที่ซึ่งมีการปฏิสัมพันธ์ เลื่อนไหล เปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา ทั้งนี้ความสัมพันธ์เชิงพื้นที่จะเกิดขึ้นใน 3 แบบ แบบแรกเรียกว่า การสร้างภาพตัวแทนของพื้นที่ (representations of space) เกิดจากการใช้ระบบสัญลักษณ์ เพื่อเป็นกลไก หรือการครอบงำสังคมให้เกิดความเชื่อ หรือความคิดต่อสิ่งนั้นไปในรูปแบบที่ต้องการ ในบางกรณีเราอาจเรียกการสร้างภาพตัวแทนของพื้นที่ว่าเป็นพื้นที่แบบมโนทัศน์ (conceptualized space) เช่น การสร้างวาทกรรมให้กับพื้นที่สาธารณะที่ทุกคนต้องหวงแหนช่วยกันดูแล การสร้างให้ประชาชนเกิดความรู้สึกร่วมถึงความเป็นมา (sense of history) เพื่อสร้างสานึกของความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน เป็นต้น แบบที่สองเรียกว่า ปฏิบัติการทางพื้นที่ (spatial practices) เกิดจากการที่มนุษย์มีการผสมผสานสังคมเข้ากับพื้นที่ที่อยู่อาศัยจริง (lived space) ผ่านการรับรู้และถูกครอบงำจากการสร้างภูมิทัศน์ เช่น การใช้พื้นที่ส่วนตัวกับการใช้พื้นที่สาธารณะ และแบบที่สามเรียกว่า พื้นที่ของความเป็นตัวแทน (representational space) เกิดจากการแปลงรูปพื้นที่ในการดำรงชีวิตผ่านระบบสัญลักษณ์ พื้นที่ของความเป็นตัวแทนนี้สะท้อนให้เห็นถึงการดำเนินชีวิตของมนุษย์ และความเป็นอยู่ของคนในสังคมนั้นจริง ๆ พื้นที่นี้จึงเต็มไปด้วยความหมายและการประกอบสร้างของประสบการณ์ ทั้งนี้จะเปลี่ยนแปลงไปตามบริบทของสังคมในแต่ละช่วงเวลา(นราธร สายเส็ง, 2560, น. 637)

จากแนวคิดดังกล่าวผู้เขียนจึงได้พิจารณา จิตเวช ในฐานะสิ่งที่กำลังสร้าง ภาพตัวแทนของพื้นที่ (representations of space) ที่เกิดจากการใช้ระบบสัญลักษณ์ ก็คือ หยิบยืมเอาพื้นที่ที่มีอยู่ก่อนเดิม คือ พื้นที่ของพุทธศาสนา เพื่อเป็นกลไกในการครอบงำสังคมให้เกิดความเชื่อ หรือความคิดต่อสิ่งนั้นไปในรูปแบบที่ต้องการผ่านสิ่งที่เรียกว่า การปฏิบัติการทางพื้นที่ (spatial practices) ที่ผู้เขียนได้นำมาประยุกต์ใช้ในการอธิบาย โดยไม่ได้อธิบายในลักษณะที่เกี่ยวพันธ์กับพื้นที่ทางการผลิต หรือ ความสัมพันธ์ทางการผลิต ตามที่ Lefebvre ได้กล่าวไว้ หากแต่นำมาใช้ในเรื่องของ การให้ความหมายผ่านกระบวนการรับรู้ ความหมายของพื้นที่นั้นๆ กล่าวคือ พื้นที่เป้าหมายถูกมองว่ามีความหมายอย่างไรในทัศนะของคนที่เข้ามาเกี่ยวข้องกับพื้นที่นั้นรวมทั้งกระบวนการที่ทำให้มีความหมายเหล่านี้กลายมาเป็นความจริงทางสังคมได้อย่างไร พื้นที่เป้าหมายของผู้เขียนในที่นี้ ก็คือ พื้นที่ของพุทธศาสนา ที่ถูกจิตเวชหยิบยืมมาใช้ นั่นเอง

*The production of space*, Lefebvre ได้พูดถึง การผลิตสร้างความหมายของพื้นที่ (The production of space) ที่และ ได้แบ่งพื้นที่ออกเป็น 3 หน่วย คือ Physical space, Mental space, Social space ซึ่งมีความสัมพันธ์กัน และกลายเป็น ความสัมพันธ์เชิงพื้นที่ (Spatial relationship) ที่มีนัยยะ และ อำนาจ แฝงอยู่ ความสัมพันธ์เชิงพื้นที่นั้นผูกโยงมนุษย์ ทำให้มนุษย์มีปฏิสัมพันธ์มีปฏิสัมพันธ์ต่อพื้นที่ในลักษณะต่างๆ ทำให้พื้นที่นั้นเต็มไปด้วย ความหมาย และ การประกอบสร้างประสบการณ์ ซึ่งจะเปลี่ยนไปตามบริบท ของสังคม และ ช่วงเวลาด้วย ซึ่งพื้นที่และการรับรู้ของมนุษย์ ก็ถูกประกอบสร้าง และบิดเบือน ที่เกิดขึ้นจากการที่มนุษย์เกิดการแยกส่วน ตัวเอง กับ พื้นที่ จากผลพวงของยุคสมัยใหม่ และโลกาภิวัฒน์ ทำให้มนุษย์เกิดการรับรู้ต่อพื้นที่แปลกแยก ผ่านภาพแทนของพื้นที่เท่านั้น ซึ่งนำไปสู่ การผลิตสร้างวาทกรรม เกี่ยวกับ เวลา พื้นที่ และลดความสัมพันธ์ระหว่างมนุษย์กับพื้นที่ไป จนทำให้มนุษย์ละเลยความละเอียดอ่อนและอาศัยหลักฐานเชิงประจักษ์แบบวิทยาศาสตร์จนไม่สามารถเข้าใจความเป็นมนุษย์ได้อย่างถ่องแท้ วิธีการของ Lefebvre จึงเป็นการอธิบายให้เห็นถึงการรื้อสร้างวิธีการผลิตสร้างความหมายของพื้นที่ ซึ่งจะทำให้เห็นถึงการทำงานของอำนาจผ่านการสร้าง ความหมาย บนพื้นที่นั้นๆ ได้อย่างชัดเจนขึ้นด้วย

งานศึกษาเรื่องพื้นที่ อีกงานหนึ่งที่น่าสนใจก็คือ *การผลิตความหมาย “พื้นที่ประเทศไทย” ในยุคพัฒนา (2500-2509)* ของ ภิญญพันธุ์ พจนะลาวัณย์ ชี้ให้เห็นการผลิตความหมาย “พื้นที่ประเทศไทย” อันประกอบด้วยมิติทั้งสาม ก็คือ พื้นที่ทางกายภาพ พื้นที่ทางความคิด และ พื้นที่ทางสังคม ที่นำเสนอให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงที่ทำให้กระแสของยุคพัฒนาเข้าไปสัมผัสกับคนส่วนใหญ่ใน “ประเทศไทย” ได้อย่างที่ไม่เคยเป็นมาก่อน ทำให้ตระหนักถึงพลวัตในการสร้าง “คนไทย” “ความเป็นไทย” “ประเทศไทย” ที่กลายมาเป็นรูปลักษณ์อย่างที่รับรู้และเป็นอยู่ในทุกวันนี้ งานชิ้นนี้ยังจะทำให้เห็นถึงกระบวนการของการสร้างความหมายของพื้นที่(production of space) ของพื้นที่ประเทศไทย ผ่านปัจจัย เงื่อนไขทางเศรษฐกิจ และ นโยบายต่างๆ ของรัฐอย่างชัดเจนอีกด้วย

แนวคิดเรื่องพื้นที่(space) ได้ถูกพูดและนำมาใช้เป็นส่วนในการวิเคราะห์ประเด็นที่หลากหลาย แตกต่างกันออกไป ไม่ว่าจะเป็น เรื่องเกี่ยวกับการเมืองสังคมไทย เช่นของ ภิญญพันธุ์ พจนะลาวัณย์ หรือ หลักๆ อย่างของ Henri Lefebvre ที่วิเคราะห์พื้นที่ในแบบมาร์กซิส และเกี่ยวพันธ์กับเรื่องของทุนและแรงงาน แต่ในเรื่องของพื้นที่ความรู้ทางจิตเวชนี้ ผู้เขียนยังไม่ค่อยพบงานในลักษณะนี้เท่าใดนัก ดังนั้นผู้เขียนจึงหวังว่า การศึกษาความเปลี่ยนแปลงของประวัติศาสตร์ โดยพิจารณาจากความเปลี่ยนแปลงของพื้นที่ทางความรู้ทางจิตเวชนี้ ที่จะทำให้ผู้อ่านได้เข้าใจถึงความเปลี่ยนแปลงของพื้นที่ทางความรู้จิตเวช ที่มีความสำคัญอย่างมากในฐานะที่เป็นเครื่องมือของรัฐ และ มีอิทธิพลอย่างมากในการควบคุมจิตใจ และ ร่างกาย รวมถึงการกระทำ โดยเน้นให้เห็นถึง กระบวนการสร้างพื้นที่ และการช่วงชิงพื้นที่ของความรู้ ผ่าน ความสัมพันธ์เชิงพื้นที่ (spatial relationship) ของพื้นที่ทั้ง3ด้าน คือ พื้นที่ทางกายภาพ (physical space) พื้นที่ทางความคิด (mental space) และ พื้นที่ทางสังคม (social space)

**เปลี่ยนพื้นที่ทางความคิด เพื่อผลิตความหมายพื้นที่ทางจิตเวชแบบใหม่**

ในหัวข้อนี้จะทำให้เห็นถึงกระบวนการและวิธีการในการจัดการและช่วงชิงพื้นที่ทางความรู้อย่างเบ็ดเสร็จ โดยใช้วิธีการเปลี่ยนความหมายและสร้างภาพแทนของพื้นที่ทางจิตเวช

ในช่วงที่ผ่านมาเราจะพบว่าจิตเวชนั้นได้หันไปให้ความสนใจกับพฤติกรรมของผู้ป่วย ในช่วงหลังปีพ.ศ. 2540 เป็นต้นมาเราก็ยังพบการให้ความสำคัญกับพฤติกรรมของผู้ป่วยทางจิตเวชอยู่เรื่อยมาและมีลักษณะที่เข้มข้นขึ้น เช่น *ปัญหาพฤติกรรมทางสังคมและเชาว์ปัญญาของเด็กและเยาวชนสถานแรกรับในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชนภาคเหนือ* ในปี พ.ศ. 2541 หรือ *กลุ่มบำบัดเพื่อให้ความรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสำหรับเด็กที่เป็นโรคอ้วน* ในปี พ.ศ. 2546 ที่พิมพ์ในวารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย ในการรักษาผู้ใหญ่จะเน้นไปที่อาการป่วยทางจิตเวชที่เกิดจากพฤติกรรมต่างๆ เช่น ติดสุรา ติดบุหรี่ ติดยาเสพย์ติด ส่วนในเด็ก พบว่าจะเน้นให้ความสนใจไปที่วัยรุ่น และ พฤติกรรมต่างๆเช่นกัน เช่น การดื่มสุรา ยาเสพย์ติด ติดเกมส์ โรคอ้วน หรือพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมในวัยเรียน ดังนั้นจึงแสดงให้เห็นว่าพฤติกรรมศาสตร์ ในจิตเวชก็ยังมีความนิยมอยู่

แต่ที่น่าสังเกตคือจิตเวชหันมาสนใจโรคทางอารมณ์ต่างๆมากขึ้น เช่น โรคซึมเศร้า และ Bipolar disorder โรคที่ทางจิตเวชเริ่มให้ความสนใจมากขึ้นนี้ ก็คือ โรคซึมเศร้า ซึ่งโรคนี้เป็นโรคที่ทำให้เกิดความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายสูง ดังนั้นรัฐจึงต้องให้ความสนใจ และพยายามป้องกัน โดยผ่านการเข้ามาดูแลโดยหน่วยงานทางจิตเวช ซึ่งจะเห็นได้จากหลักฐานก็คือบทความทางวิชาการต่างๆ ใน วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย ตั้งแต่ในปีในปี พ.ศ. 2540-2550 ที่จะพูดถึงเรื่อง ภาวะซึมเศร้าของคนกลุ่มต่างๆในสังคม โดยเฉพาะในเด็กและเยาวชน พร้อมทั้งพูดถึงแนวทางการป้องกันด้วย ในปี พ.ศ. 2540 บทความ *โรคซึมเศร้าในเด็กและวัยรุ่น* ที่ได้อธิบายถึง ลักษณะอาการ สาเหตุ และสถิติของการฆ่าตัวตายที่เพิ่มมากขึ้นในทุกๆปี โดยเน้นให้เห็นความสำคัญของโรคซึมเศร้าในเด็กซึ่งในขณะนั้น จิตแพทย์ยังมองว่า โรคซึมเศร้าในเด็กเป็นเรื่องใหม่แล้วต้องทำการศึกษาอีกมาก

แม้ว่าในแนวคิด childhood depression ในแง่ของการเป็น syndrome ของโรคหนึ่งจะเป็นเรื่องใหม่มีเรื่องที่ยังสรุปไม่ได้ชัดเจนและต้องการการศึกษาเพิ่มอีกมากมาย ตัวโรคเป็นเรื่องที่เกิดมานานและก่อความสูญเสียแก่ชีวิตของเด็ก ครอบครัวและสังคมอย่างที่เราคิดไม่ถึง ในขณะที่การพัฒนาเกณฑ์การวินิจฉัยที่เจาะจงสำหรับอาการในเด็กและวัยรุ่นมากขึ้นยังไม่สำเร็จ (ปราโมทย์ สุคนิชย์, 2540, น. 35-45)

และในปีเดียวกันนี้เองที่ก็ได้มีบทความที่รายงานผลของการลงไปศึกษาความคิดที่อยากฆ่าตัวตาย เช่นบทความเรื่อง *ความคิดอยากฆ่าตัวตายในประชาชนเขตหนองจอก กรุงเทพมหานคร* ที่เข้าไปศึกษาผ่านปัจจัยต่างๆ โดยแยกระหว่างความคิดฆ่าตัวตาย กับพฤติกรรมฆ่าตัวตาย ได้สรุปว่า “คนที่มีความคิดฆ่าตัวตายนั้น ส่วนใหญ่มีอารมณ์เศร้า ส่วนคนที่ มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย จะมีปัญหาด้านความประพฤติผิดปกติมากกว่า ดังนั้นบทความนี้จึงเสนอให้จัดการกับ อารมณ์เศร้า ที่จะเป็นต้นเหตุของการฆ่าตัวตายต่อไป” (ธนา นิลชัยโกวิทย์ และ จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง, 2540, น. 77-87)แสดงให้เห็นว่าจิตเวชเริ่มเข้ามาสนใจเกี่ยวกับโรคทางอารมณ์มากขึ้น ในบทความ *แนวโน้มการวินิจฉัยโรคจิตเภทและโรคทางอารมณ์ในผู้ป่วยไทยช่วง 10 ปี* ที่ได้พูดถึงการวินิจฉัยของจิตแพทย์ใน โรคจิตเภท และ โรคทางอารมณ์ โดยเน้นย้ำถึงความสำคัญของการวินิจฉัยโรคทางอารมณ์อย่าโรคซึมเศร้า ว่ามีความสำคัญ หากวินิจฉัยผิดอาจเพิ่มโอกาสการเสียชีวิตจาการฆ่าตัวตาย

อัตราวินิจฉัยโรคทางอารมณ์ มีแนวโน้มสูงขึ้น ขณะที่โรคจิตเภทเองมีแนวโน้มการวินิจฉัยคงที่ หรือ ค่อนข้างไปทางลดลง ซึ่งน่าจะศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องในโอกาสต่อไป . . . จิตแพทย์และบุคลากรที่เกี่ยวข้องจึงควรตระหนักถึงความเป็นไปได้ว่า ในระยะยาวผู้ป่วยอาจจะเป็นโรคทางอารมณ์ได้มากกว่าโรคจิตเภท อย่างไรก็ตมหากผู้ป่วยมีโรคซึมเศร้าร่วมด้วยจะมีความเสี่ยงสูงที่จะฆ่าตัวตาย (ดวงใจ กสานติกุล และ เดชา ลิลิตอนันต์พงศ์, 2542, น. 96)

โรคทางอารมณ์อีกอย่างหนึ่ง คือ bipolar disorder ซึ่งในทัศนคติของบุคลากรทางจิตเวช มองว่าโรคนี้ กับ โรคซึมเศร้า มีความเกี่ยวเนื่องและมีสาเหตุที่เกี่ยวพันธ์กันตั้งแต่เด็ก โดย bipolar disorder มีผลพวงมากจาก โรคซึมเศร้า ซึ่งอาจมีผลมาจากยาต้านเศร้า แต่โดยสรุปแล้ว บุคลากรจิตเวชก็มองว่า คนที่กลายเป็น bipolar disorder จะมีอาการหรือสาเหตุอื่นอยู่แล้ว

ในปี พ.ศ. 2544 ได้มีบทความ *แนวทางการรักษาผู้ป่วย bipolar disorder* ในวารสารฯ โดยกล่าวถึงอาการของโรค คือ “ผู้ป่วยมีความผิดปกติในลักษณะที่มีอารมณ์ดีหรือหงุดหงิดมากกว่าปกติ โดยอาจมีอารมณ์ซึมเศร้าสลับ อาการจะมีอย่างน้อง 1 สัปดาห์ และรุนแรงจนมีผลต่อการกำเนินชีวิตของผู้ป่วยจนถึงคนรอบข้าง” (ชวนันท์ ชาญศิลป์, 2544, น. 346) และ วิธีการรักษา คือ “การให้ยา ให้การรักษาด้านจิตใจและสังคม การจัดรูปแบบชีวิตที่แน่นอน และโดยความร่วมมือของญาติและผู้ป่วย” (ชวนันท์ ชาญศิลป์, 2544, น. 349) จนมาถึงในปี พ.ศ. 2548 ได้มีการออกบทความ *หลักทั่วไปในการรักษา bipolar disorder* ที่เน้นการรักษาอาการโดยใช้ยาเป็นหลัก และกล่าวถึงการใช้ยาชนิดต่างๆกับโรคตั้งแต่อดีต โดยเป้าหมายก็คือ “ยาในอุดมคติ” ที่รักษาอาการระยะเฉียบพลันได้ทุกชนิดไม่ว่าจะเป็น manic, mixed, depressive episodes โดยไม่กระตุ้นให้เกิดอาการของขั้วตรงข้าม ทำให้เกิดการหายจากโรคอย่างสมบูรณ์ โดยไม่หลงเหลืออาการ มีประสิทธิภาพ ในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำได้ดีสำหรับการรักษาในระยะต่อเนื่องและการป้องกันในระยะยาว ป้องกันการดำเนินโรค ไม่มีอาการข้างเคียงจากการใช้ยา ไม่มีการกระทำระหว่างกันของยา ไม่มีอันตราย กินยาสะดวกและสามารรักษา co-morbidity ที่พบบ่อยในการเจ็บป่วยด้วยโรคทางอารมณ์ได้ (วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย ปีที่ 50, 2548, น. 42-43)

จากตัวอย่างที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่า จิตเวชเริ่มหันมาให้ความสนใจกับโรคทางอารมณ์มากขึ้น โดยไม่ว่าจะเป็น โรคซึมเศร้า หรือ bipolar disorder วิธีการรักษาโดยส่วนใหญ่แล้วคือการให้ยาแก่ผู้ป่วย แต่นั่นก็ไม่ได้เป็นเพียงวิธีการเดียว แต่พบว่า จิตเวช ก็เริ่มหันมาให้ความสำคัญกับจิตใจของผู้ป่วยมากขึ้น ผ่านการบำบัดต่างๆมากขึ้น ไม่ว่าจะเป็นทั้งพฤติกรรมบำบัด หรือ จิตบำบัด ซึ่งนำมาใช้เป็นส่วนหนึ่งของการรักษาโรคทางอารมณ์นี้ หลักฐานจาก วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2540-2550 พบว่ามีบทความหรือรายงานต่างๆ ที่กล่าวถึงการนำเอาการปฏิบัติธรรมในพุทธศาสนาแบบเถรวาท เข้ามาใช้ในการบำบัดผู้ป่วยจิตเวชในทุกปี ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นไปในลักษณะของการบำบัดจิตใจ การนั่งสมาธิ วิปัสสนา การให้เรียนรู้เกี่ยวกับหลักธรรมของพุทธศาสนา ในรายงาน *ผลของการปฏิบัติวิปัสสนากรรมฐานที่มีต่อบุคลิกภาพและเชาว์อารมณ์* จากวารสารฯ ในปี พ.ศ. 2544 ที่สรุปว่าผู้รับการฝึกมีความมั่นคงทางอารมณ์และจิตใจสูงขึ้น โดยกล่าวถึงความคิดเกี่ยวกับการจัดการอารมณ์ที่ “ควรจะเป็น” ตามความคิดเห็นของจิตแพทย์ ว่า

วิธีจัดการกับอารมณ์ที่มีประสิทธิภาพดีที่สุด คือ ความเข้าใจตนเอง(self-understanding) หรือความตระหนักในตนเอง(self-awareness) ซึ่งจะนำไปสู่การรู้จักอารมณ์ ความรู้สึก ความคิดและจินตนาการ Socrates ใช้คำง่ายๆว่า know thyself คือ การรู้จักตนเอง แนวคิดเช่นนี้สอดคล้องกับหลักของการพัฒนาสติ(mindfulness) ในการเจริญวิปัสสนากรรมฐานตามแนวสติปัฏฐาน ระเบียบวิธีอันสำคัญที่จะนำมาใช้เป็นประโยชน์ในการจัดการกับอารมณ์ทุกชนิดไม่ว่าจะเป็นอารมณ์ที่ดี หรือ ไม่ดี คือ โยนิโสมนสิการ(wise attention) ซึ่งบางทีเรียกว่าการกำหนดรู้เฉยๆ หรือการกำหนดสักแต่ว่ารู้ กล่าวคือเป็นการใส่ใจหรือการกำหนดอารมณ์ ความคิด ความรู้สึก และสภาวะภายในทั้งหลายที่เกิดขึ้นกับตนเองด้วยสติและปัญญาจนเกิดความเข้าใจอย่างถ่องแท้ตั้งแต่ต้นจนจบ(พริ้มเพรา ดิษยวณิช, 2544, น. 197)

จะเห็นว่าการฝึกนี้เป็นการควบคุมจิตใจที่ส่งผลต่อการแสดงออกของผู้ป่วย นับว่าเป็นการใช้ความรู้ทางพุทธศาสนาเข้ามาเป็นเครื่องมือในการฝึกให้เข้าถึงจิตใจ และอยู่ในการแสดงออกทางอารมณ์ที่ถูกต้องตามความคิดเห็นของจิตแพทย์ ในบท *ผลของการปฏิบัติสมาธิวิปัสสนาที่มีต่อระดับความเครียด* ที่สรุปว่า “ผู้ที่เข้าการอบรมฝึกสมาธิวิปัสสนามีความเครียดลดลง ผลของกาวิจัยนี้ช่วยสนับสนุนแนวคิดในการนำเอาสมาธิวิปัสสนามาประยุกต์ใช้ในการทำจิตบำบัดผู้ป่วยจิตเวชที่มีภาวะเครียด” (วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย ปีที่ 47, 2545, น. 145)โดยกล่าวถึงการนำเอาการปฏิบัติธรรมเข้ามาใช้ในการรักษา ว่า

ในทางพุทธศาสนาผู้ที่ฝึกสมาธิจะมีภาวะจิตใจที่เข้มแข็ง มีพลัง สงบ ผ่องใสและนุ่มนวล เหมาะแก่การงาน ในทางการแพทย์ ผลของการฝึกสมาธิต่อสรีรวิทยาของมนุษย์ ได้แก่ การเพิ่มขึ้นของคลื่นเอลฟ่า มีการลดลงของการเผาผลาญความร้อนของร่างกาย การทำงานของหัวใจ การใช้ออกซิเจน การหายใจ และความดันโลหิต การฝึกสมาธิยงมีผลต่อสุขภาพจิต ได้แก่ การลดลงของความวิตกกังวล ความซึมเศร้า การเพิ่มขึ้นของความภาคภูมิใจแห่งตน การพัฒนาบุคลิกภาพในทางที่ดีขึ้น การใช้เหตุผลในทางจริยธรรมที่สูงขึ้น (วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย ปีที่ 47, 2545, น. 146)

นอกจากนี้ บทความ *พัฒนาการของสุขภาพทางปัญญา*ก็ได้พูดถึง เรื่องสุขภาพทางจิตวิญญาณซึ่งเป็นอีกมิติหนึ่งของนิยามของคำว่า สุขภาพ ขององค์การอนามัยโลก ในบทความนี้ ได้นำเอา ความคิดทางพุทธศาสนาเข้ามาอธิบายเรื่อง สุขภาพทางจิตวิญญาณ โดยการนำเอา การเจริญวิปัสสนากรรมฐาน มาเป็นส่วนหนึ่งของการสร้างความแข็งแรงให้แก่ สุขภาพทางจิตวิญญาณนี้โดยเน้นการให้ความรู้ทางธรรมที่เชื่อว่าจะช่วยก่อให้เกิด “ปัญญา” ในทางพุทธศาสนา (วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย ปีที่ 50, 2548, น. 113)

หากอธิบายเรื่อง “พื้นที่” จะเห็นว่า จากตัวอย่างที่กล่าวมา จิตเวช ได้สร้างภาพตัวแทนของพื้นที่ (Representations of space) ซึ่งก็คือ พุทธศาสนา ในฐานะที่เป็นหน่วยหนึ่งในการเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของความรู้ และสร้างให้ พื้นที่ทางความคิดของพุทธศาสนา พื้นที่ที่เป็นตัวแทน (Representational space) และปฏิบัติการต่อพื้นที่กายภาพ (Spatial practice) ลงสู่การปฏิบัติจริง ตามสถาบันต่างๆ เช่น โรงพยาบาล โรงเรียน คุก สถานกักกัน และพยายามใช้ภาพแทนเหล่านี้ในการค่อยๆเปลี่ยนความคิดเกี่ยวกับพื้นที่ของจิตเวช และ พุทธศาสนาให้มีความใกล้ชิด มีความสัมพันธ์กันมากขึ้น ในลักษณะที่ความรู้ทางจิตเวชอยู่ในสถานะที่เหนือกว่า

ในปีเดียวกันนี้เองได้ก็ได้มีบทความในแนวเดียวกันนี้ *จิตปัญญาบำบัด – จิตบำบัดแนวพุทธธรรม* บทความนี้เขียนในลักษณะคล้ายๆกันโดยคราวนี้จะใช้ ความรู้ทางพุทธศาสนา หลักธรรมต่างๆ เข้ามาเป็นหลักในการบำบัดโดยตรง โดยหวังให้ผู้บำบัดสามารถฝึกฝนพัฒนาตนเองให้บรรลุผลอย่างสูงสุด เช่น เดียวกับพระพุทธเจ้าที่ฝึกฝนตนเองจนตรัสรู้ จะเห็นว่าการบำบัดแนวนี้จะใช้หลักธรรมมาบำบัดโดยตรง คือ 1. จิตพฤติกรรมบำบัด (Psycho-behavior) 2. สติสมาธิบำบัด (Mind therapy) 3. ปัญญาบำบัด (Wisdom therapy) เป้าหมายของการบำบัดนี้คือ “ต้องการให้ผู้บำบัดลดความอยากลง มีสติพัฒนาตนเองควบคุมอารมณ์ให้คงที่ มีสมาธิทำงานได้ดี และ มีปัญญารู้เท่าทันการดำเนินชีวิต” (วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย ปีที่ 50, 2548, น. 131) จะเห็นว่าจิตเวชนั้นได้รวมเอาพุทธศาสนาเข้ามาเป็นส่วนในการบำบัดอย่างชัดเจน จากตอนต้นบทความ ว่า

พุทธธรรมมิใช่เพียงแค่ทฤษฎีหรือปรัชญาดำเนินชีวิต แต่เป็นศาสนาแห่งการปฏิบัติได้จริง และเป็นวิทยาศาสตร์แห่งชีวิตจิตใจ เป็นสัจธรรม เป็นความจริงสากลต่อการดำเนินชีวิตด้วยเป้าหมายที่จะช่วยให้มนุษย์ทั้งที่ดูเหมือนจะปกติและที่เจ็บป่วยทางจิต ได้รับการบำบัดและพัฒนาเต็มศักยภาพทางจิตปัญญา โดยไม่เพียงแค่มีความสุขและปรับตัวได้ดีกับการเปลี่ยนแปลงเท่านั้นอย่างในจิตวิทยา และจิตบำบัดแนวตะวันตก แต่เป้าหมายของจิตปัญญาบำบัดที่คาดหวัง คือ ความสงบ สะอาด สว่าง ทางใจด้วยปัญญา หลักการของจิตปัญญาบำบัดคือ อาศัยแก่นพุทธธรรมในเรื่อง อริยสัจ4 (วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย ปีที่ 50, 2548, น. 127)

**บทสรุปของการผลิตสร้างความหมายของพื้นที่ทางจิตเวช**

จากตัวอย่างทั้งหมดนี้แสดงให้เห็นอย่างชัดเจนแล้วว่า จิตเวชนั้น ได้ขยับพื้นที่เข้ามาในพื้นที่ของการบำบัดทางจิตใจในระดับที่ละเอียดอ่อนมากขึ้น โดยการบำบัดต่างๆเหล่านี้ ส่งผลให้พฤติกรรมของผู้บำบัดได้เปลี่ยนไปด้วย หากแต่มิใช่เปลี่ยนไปเพราะถูกบังคับ หรือเพราะเงื่อนไขทางจิตเวชอื่นๆ แต่เป็นเพราะสำนึกของผู้ป่วยเอง ที่ทำให้เกิดการหันมาควบคุมและปรับเปลี่ยนความประพฤติของตัวเขาเอง ที่ยิ่งไปกว่านั้น ความรู้ทางจิตเวชที่ผนวกเอาชุดข้อมูลหลักธรรมทางพุทธศาสนาแบบเถรวาทเข้ามาใช้บำบัดนี้ ยังส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงความคิด หรืออาจกล่าวได้ว่าจิตเวชได้เข้าไปปรับเปลี่ยนและสร้างพื้นที่ทางความคิดใหม่ให้ผู้ป่วย เปลี่ยนความคิดให้เป็นอย่างที่จะสามารถควบคุมตนเองได้อย่างถาวรยาวนานขึ้น ผ่านการควบคุมทางจิตใจอย่างแยบคายนี้

เราอาจเรียกได้ว่า นี่เป็น governmentality โดยใช้ผ่านชุดความรู้ทางพุทธศาสนา กล่าวคือใช้ความรู้ที่ว่านี้ เป็นตัวหล่อหลอม กล่อมเกลาทางความคิด และจนนำมาสู่การควบคุมพฤติกรรมของตนเอง หรือ เปลี่ยนทัศนคติ และการมองปัญหาต่างๆ ให้เปลี่ยนไป อาจกล่าวได้ว่า เป็นการควบคุมแม้กระทั่งความคิด และ ทัศนคติ เพื่อให้ตัวปัจเจกเอง สามารถจัดการกับพฤติกรรม และ ความคิดของตนเองได้ โดยผ่านชุดความรู้หนึ่ง

ดังจะเห็นได้ว่า กระบวนการทั้งหมดในการผนวกเอาความรู้ของพุทธศาสนาเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของความรู้ทางจิตเวชนั้น ไม่เพียงแต่จะทำให้เราเห็นถึง การเข้ามาใช้พื้นที่ของพื้นที่อื่นเท่านั้น หากแต่ยังทำให้เราเห็นถึง การผลิตสร้างความหมายของพื้นที่ทางจิตเวช โดยการเข้ามาเปลี่ยนพื้นที่ทางความคิด ด้วยวิธีการ สร้างภาพตัวแทนของพื้นที่ทางจิตเวช โดยใช้พื้นที่ทางความคิด และ พื้นที่ทางสังคมของพุทธศาสนาที่มีอยู่ก่อนแล้ว เพื่อสถาปนาพื้นที่ทางความคิดของจิตเวช อันเป็นส่วนสำคัญของการสร้างพื้นที่ทางจิตเวช

ทั้งนี้วิธีการเปลี่ยนพื้นที่ทางความคิดนี้ ก็กระทำผ่านการสร้างภาพตัวแทนของพื้นที่ กล่าวคือแต่เดิมพื้นที่พุทธศาสนาแยกออกจากพื้นที่ทางจิตเวช แต่จากตัวอย่างที่กล่าวมา จะเห็นได้อย่างชัดเจนว่า ความรู้ทางพุทธศาสนาได้เข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของความรู้ทางจิตเวช ในปัจจุบันนี้เราไม่อาจปฏิเสธได้ว่า เมื่อเราเขาไปถึงยังโรงพยาบาลจิตเวชต่างๆ ก็มักจะพบกับหนังสือธรรมมะ หรือ ชั้นเรียนปฏิบัติธรรมมากมาย ป้ายโฆษณาเชิญชวนการนั่งสมาธิ แม้ในแต่ในโรงเรียนของรัฐบาลทั้งหลาย ก็มีการให้นักเรียนนั่งสมาธิปฏิบัติธรรมต่างๆ ในคุกเองก็มีการบำบัดนักโทษด้วยการปฏิบัติธรรมเช่นกัน จากที่จะเห็นได้จากรายงานทางจิตเวชต่างๆในวารสารจิตแพทย์สมาคม

**เอกสารอ้างอิง**

ชวนันท์ ชาญศิลป์. (2544). แนวทางการรักษาผู้ป่วย bipolar disorder. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, *46*(4), 345-

352.

ณัฐวุฒิ อัศวโกวิทวงศ์. (2554). ภาพตัวแทน ความหมาย และความเป็นการเมือง: บทวิเคราะห์เชิงLefebvrian สู่สถาปัตยกรรม.

*วารสารวิจัยและสาระสถาปัตยกรรม/การผังเมือง*, *8*(2), 77.

ดวงใจ กสานติกุล และ เดชา ลิลิตอนันต์พงศ์. (2542). แนวโน้มการวินิจฉัยโรคจิตเภทและโรคทางอารมณ์ในผู้ป่วยไทยช่วง 10 ปี.

*วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, *44*(2), 90-98.

ธนา นิลชัยโกวิทย์ และ จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง. (2540). ความคิดอยากฆ่าตัวตายในประชาชนเขตหนองจอก กรุงเทพมหานคร. *วารสาร*

*สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, *42*(2), 77-87.

นราธร สายเส็ง. (2560). ธรรมชาติมนุษย์กับมุมมองเชิงพื้นที่. *Veridian E-Journal, Silpakorn University ฉบับภาษาไทย*

*สาขามนุษยศาสตร์ สังคมศาสตร์ และศิลปะ*, *10*(1), 637.

ปราโมทย์ สุคนิชย์. (2540). โรคซึมเศร้าในเด็กและวัยรุ่น. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, *42*(1), 35-45.

ภิญญพันธุ์ พจนะลาวัณย์. (2552). *การผลิตความหมาย พื้นที่ประเทศไทย ในยุคพัฒนา (พ.ศ.2500 2509).* (วิทยานิพนธ์ปริญญา

มหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, คณะมนุษยศาสตร์, ภาควิชาประวัติศาสตร์.

พริ้มเพรา ดิษยวณิช. (2544). ผลของการปฏิบัติวิปัสสนากรรมฐานที่มีต่อบุคลิกภาพและเชาว์อารมณ์. *วารสารสมาคมจิตแพทย์*

*แห่งประเทศไทย*, *46*(3), 195-207.

(2545). *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, *47*.

(2548). *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, *50*.

Lefebvre Henri. (1991). *The Production of space*. Oxford, OX, UK ; Cambridge, Mass., USA : Blackwell.