**โลกยุค COVID-19: วิกฤตและโอกาสในชีวิตของผู้อยู่ร่วมกับโรคซึมเศร้า**

**(The Era of COVID-19: Crises and Opportunities in Life of People Living with Depression)**

**นายปรมินทร์ ตั้งโอภาสวิไลสกุล**

**บทคัดย่อ**

บทความชิ้นนี้พยายามสำรวจถึงประสบการณ์ชีวิตของผู้ป่วยซึมเศร้า โดยใช้ปรากฏการณ์สถานการณ์โรคระบาด COVID-19 เป็น ‘สนาม’ เพื่อเผยให้เห็นถึง ‘ภววิทยาที่หลากหลายของโรคซึมเศร้า’ ที่ซึ่งผู้ป่วยให้ความหมายและตีความโลกชีวิตซึมเศร้าอย่างแตกต่างหลากหลาย สำหรับผู้ป่วยบางคนโรค COVID-19 ได้สร้างแปรเปลี่ยนท่วงทำนองชีวิตประจำวันของพวกเขาให้กลายเป็นสภาวะทนทุกข์ ขณะที่บางคนมองว่าโรค COVID-19 ได้สร้างโอกาสที่ทำให้พวกเขาได้ทบทวนคุณค่าและความหมายของชีวิตใหม่ ตลอดจนสร้างเงื่อนไขให้พวกเขาได้แสดงศักยภาพกระทำการและรื้อฟื้นความสัมพันธ์เพื่อยึดโยงตัวเองกลับเข้าโครงสร้างความสัมพันธ์ที่เคยแปลกแยกได้อีกครั้ง เรื่องเล่าของผู้ป่วยซึมเศร้าท่ามกลางภาวะระบาดได้ช่วยคลี่คลายให้เห็นว่า ‘โรคซึมเศร้า’ มีความสลับซับซ้อนเกินกว่าที่จะเป็นสิ่งประกอบสร้างทางชีวะ-จิตวิทยา ตามการผูกขาดการให้ความหมาย/การรับรู้ภายใต้กรอบทัศน์ทางจิตเวชศาสตร์ที่มองว่าโรคซึมเศร้าเป็น ‘พยาธิสภาพที่อยู่ภายในปัจเจก’ ได้แบบตรงไปตรงมา หากแต่โรคดังกล่าวยังมิติของการเป็นสิ่งประกอบสร้างทางสังคม-วัฒนธรรม ในฐานะผลิตผลที่เกิดการปะทะประสานระหว่างโครงสร้างและผู้กระทำการอย่างมีพลวัต

**คำสำคัญ:** โรคซึมเศร้า, โควิด-19

**Abstract**

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

**Keywords:** Depression, COVID-19

**(I) บทเกริ่นนำ**

*“วิกฤตจากโรคโควิด [ด้านหนึ่ง] มันตอกย้ำให้หมวยเห็นวิธีคิดทางการแพทย์ว่าเป็นแบบไหน...หมอสั่งให้ทำตามมาตรการทางการแพทย์ โดยไม่ใส่ใจรับฟังเรื่องราวของคนหรือสิ่งที่เกิดขึ้นในชีวิตพวกเขา...ก็เหมือนสิ่งที่คนป่วยซึมเศร้าเจอประจำเวลาไปหาจิตแพทย์ เสียงของพวกเราไม่ค่อยมีความหมายเท่าไหร่ เวลาหมวยไปหาหมอ เล่าปัญหาเล่าสิ่งที่เรารู้สึก หมอก็บอกว่ามันเป็นเพราะสารเคมีในสมองทำให้คิดทำให้หมวยเป็นแบบนั้น....*

*...[ในอีกด้านหนึ่ง] สำหรับคนอื่นหรือคนในบ้านอาจมองว่าโรคโควิคเป็นวิกฤต แต่สำหรับหมวยวิกฤตครั้งนี้กลับเป็นโอกาสให้เห็นว่าเราไม่ได้เป็นสมการส่วนเกินของครอบครัว มันทำให้เรามีปากมีเสียง มีคนรับฟังและเข้าใจตัวเรามากขึ้นในครอบครัว..ทำให้หมวยคิดได้ว่าชีวิตของเราไม่ได้เป็นเรื่องของตัวเราเอง แต่ยังเชื่อมโยงและเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตครอบครัว ทำให้ช่วงเดือนสองเดือนนี้หมวยไม่เคยคิดฆ่าตัวตายเลย ซึ่งไม่เคยเป็นมาก่อน ขนาดหมอยังทักเลยว่า คนไข้ซึมเศร้าที่มาหาช่วงนี้มีแต่ย่ำแย่ แต่หมวยกลับดูมีความสุขในช่วงเวลาแบบนี้”* – ***พี่หมวย*** *(นามสมมติ) ผู้ป่วยซึมเศร้า*

เรื่องเล่าของ ‘พี่หมวย’ ได้สะท้อนให้เห็นถึงปรากฏการณ์ 2 ด้านที่ลอยอยู่ฉากหลังของวิกฤตการณ์ COVID-19 นั่นคือ ***ในด้านหนึ่ง*** ทั้งที่สถานการณ์โรคระบาด COVID-19 มิได้เป็นเพียงปรากฏการณ์เชิงชีววิทยาและระบาดวิทยาแบบตรงไปตรงมา แต่ยังเป็นวิกฤตการณ์ที่เกี่ยวโยงสัมพันธ์กับชีวิตทางเศรษฐกิจ สังคม การเมืองของมนุษย์อย่างแนบแน่น (Manderson & Levine, 2020) หากทว่าภายใต้การบริหารจัดการสถานการณ์โรคระบาด COVID-19 ความสลับซับซ้อนของปรากฏการณ์และเสียงของผู้คนกลับถูกลดทอนและ/หรือถูกทำให้เป็นสถานะรองของปัญหาทางการแพทย์ [หรือ การทำให้ปรากฏการณ์ COVID-19 กลายเป็นเรื่องการแพทย์ (medicalization of COVID-19)] ผ่านปฏิบัติการทางวาทกรรมว่าด้วยการ ‘กดกราฟระบาดให้ต่ำลง’ (flatten the curve) และ ‘อยู่บ้าน หยุดเชื้อ เพื่อชาติ’ โดยที่มิได้คำนึงถึงเงื่อนไขส่วนบุคคลและความไม่เท่าเทียมเชิงโครงสร้างที่ปิดกั้นหรือกระทำต่อประชากรชายขอบที่ทำให้พวกเขาไม่สามารถประพฤติปฏิบัติให้สอดรับกับมาตรการของผู้เชี่ยวชาญระบาดวิทยาได้ และถูกตีตรากลายเป็นกลุ่มเสี่ยงในการแพร่เชื้อ เฉกเช่นเดียวกับ การบำบัดรักษาผู้ป่วยซึมเศร้า ทั้งๆ ที่โรคซึมเศร้าเป็นผลผลิต/ผลสืบเนื่องที่เกิดจากการผสมผเสและการบรรจบกันของหลากปัจจัยที่โยงใยทับซ้อนอยู่ทั้งภายในตัวปัจเจก [อาทิ ปัจจัยเชิงชีววิทยา เช่น ความไม่สมดุลของสารเคมีในสมอง พันธุกรรม, ปัจจัยเชิงจิตวิทยา เช่น พื้นอารมณ์ที่ติดตัวมาแต่กำเนิด (temperament) ประสบการณ์ในวัยเด็ก เป็นต้น] และโครงสร้าง/สิ่งเร้าที่อยู่ภายนอกตัวปัจเจก [ไม่ว่าจะเป็นพลังทางสังคมวัฒนธรรม การเมือง และเศรษฐกิจที่มาบีบคั้นหรือมากระทำต่อแต่ละปัจเจกอย่างจำเพาะแตกต่างกัน] (Falicov, 2003; Ahn et al, 2009; Ghadirian, 2015) หากแต่ในทางปฏิบัติประสบการณ์อัตวิสัยของผู้ป่วย/ประสบการณ์ความทนทุกข์ที่หลากหลายของผู้ป่วยกลับถูกละเลยหรือถูกกวาดรวมให้กลายเป็นเนื้อเดียว/เป็นเรื่องในปริมณฑลชีวการแพทย์ ซึ่งนัยหนึ่งก็เป็นกระบวนการทำให้ประสบการณ์เลวร้ายกลายเป็นเรื่องการจิตเวชศาสตร์ (psychiatrization of misery)ผ่านปฏิบัติการทางวาทกรรมว่าด้วย ‘ความผิดปรกติของสารสื่อประสาทในสมอง’ ที่สามารถเยียวยาด้วยยา ขณะที่ผู้ป่วยที่ไม่สามารถปฏิบัติตนให้เชื่องเชื่อกระบวนทัศน์จิตเวชศาสตร์ ก็ถูกตีตราว่าเป็นกลุ่มคนอันตรายที่สุ่มเสี่ยงต่อการทำร้ายตัวเอง (Mulder, 2008; Jacob, 2015) ***ขณะที่ในอีกด้านหนึ่ง*** เรื่องเล่าก็ยังเผยให้เห็นว่าโรคระบาด COVID-19 ได้เข้ามาปรับเปลี่ยนความเป็นจริงทางสังคม (social realities) เกี่ยวกับการจัดการกำกับชีวิต เรือนร่าง และสุขภาวะของมนุษย์ (life politics) ในสังคมใหม่ (Keck et al, 2019; Snowden, 2019) โดยนอกจากโรคระบาด COVID-19 ได้สร้างเงื่อนไขและจัดวางกฎกติกาในการใช้ชีวิตประจำวันในวิถีใหม่ (new normal) ที่ซึ่ง ‘การเว้นระยะห่างทางสังคม[เชิงกายภาพ]’ (social distancing) และ‘การทำงานจากที่บ้าน’ (work from home) กลายเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตสามัญประจำวันของผู้คนในสังคม (Bermant & Ssorin-Chaikov, 2020; Hall et al, 2020) ตัวโรคระบาดก็ยังมีศักยภาพในการปรับเปลี่ยนโครงสร้างเศรษฐกิจการเมือง และสถาปนาท่วงทำนองของความสัมพันธ์ทางสังคมแบบใหม่ (Lowe, 2010) ที่ซึ่งสำหรับบางคน สภาวการณ์ดังกล่าวได้กระตุ้น/ปลุกเร้าให้เกิดความทนทุกข์ทางสังคมหรือวิกฤตการณ์เชิงศีลธรรมในชีวิตของพวกเขา ทำให้ผู้คนบางกลุ่มและผู้ป่วยซึมเศร้างบางคนรับรู้และตีความปรากฏการณ์โรคระบาดในฐานะ ‘วิกฤตซ้ำเติม’ ที่เข้ามากระทำหรือแปรเปลี่ยนให้สภาพชีวิตประจำวันของพวกเขาต้องประสบกับความทนทุกข์เกินกว่าจะทานทน อย่างไรก็ดี สำหรับบางคน โรคระบาด COVID-19 กลับได้สร้างสภาวการณ์ที่เอื้อต่อการผลิตสร้างความเป็นองค์ประธานแบบใหม่ (new subjectivities) ในฐานะยุทธศาสตร์เพื่อต่อรอง ท้าทาย หรือเปลี่ยนแปลงตัวสภาวการณ์บางอย่างที่กดทับครอบงำพวกเขาอยู่ (Lynteris, 2014) หรือสามารถฟื้นคืนศักยาภาพกระทำการ (agency) ที่ทำให้พวกเขาสามารถมีตัวตนและจัดวางตัวเองเข้าไปในโครงสร้างความสัมพันธ์ทางสังคมที่เคยแปลกแยกหรอถูกตัดขาด (Hari, 2018) ส่งผลให้สำหรับผู้ป่วยซึมเศร้าบางกลุ่มรับรู้/ให้ความหมายและใช้ประโยชน์วิกฤตการณ์โรคระบาดในฐานะ ‘โอกาส’ เพื่อกอบกู้ความเป็นคุณค่าตัวตน เรียกคืนศักยภาพกระทำการกลับคืนมา ตลอดจนสามารถรื้อฟื้นหรือจัดวางตำแหน่งแห่งที่ของตนเข้าไปในข่ายใยความเชื่อมโยงทางสังคมอีกครั้ง และทำให้พวกเขารู้สึกกลับมามีตำแหน่งแห่งที่ในโครงสร้างความสัมพันธ์อีกครั้ง ฉะนั้น ประสบการณ์ท่ามกลางเหตุการณ์โรคระบาดจึงเป็นอาณาบริเวณที่รุ่มรวยที่สามารถสำรวจศึกษาถึงผลกระทบเชิงสังคมที่แตกต่างและหลายหลากเกี่ยวกับยุทธศาสตร์ในการรับมือ/สนองตอบต่อปรากฏการณ์โรคระบาด COVID-19 ของผู้ป่วยซึมเศร้าแต่ละปัจเจกที่มีสถานการณ์และประวัติชีวิตที่จำเพาะแตกต่างกัน ที่ซึ่งถึงแม้พวกเขาจะป่วยเป็นโรคซึมเศร้าและกำลังเผชิญกับวิกฤตการณ์โรคระบาดเหมือนกัน หากแต่พวกเขากลับตีความ/ให้ความหมาย ตลอดจนรับมือ/ใช้ประโยชน์/ถูกกระทำจากสถานการณ์โรคระบาดเฉพาะหน้าอย่างแตกต่างหลากหลาย สังคมท่ามกลางภาวะการระบาด COVID-19 จึงเปรียบเสมือน ‘ตะเกียงไฟเชิงประจักษ์’ (empirical lanterns) (Keck et al, 2019: 4) ที่ส่องให้เห็นถึงความหลากหลายของตัวตน ศักยภาพกระทำการ ตลอดจนความทนทุกข์ทางสังคมที่ผู้ป่วยซึมเศร้า [ที่ไร้เสียง] ต้องเผชิญได้อย่างเด่นชัดขึ้น

บทความชิ้นนี้มีเป้าประสงค์อยู่สองระดับ ***ในเชิงทฤษฎี (theoretically)*** งานศึกษาชิ้นนี้พยายามสำรวจและคลี่ให้เห็นถึงความสลับซับซ้อนของโลกชีวิตและประสบการณ์เชิงอัตวิสัยที่หลากหลายของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่แฝงฝังไปด้วยพลวัตของความไม่แน่นอน การต่อรองและการประนีประนอม ตลอดจนความตึงเครียดและความรุนแรงเชิงโครงสร้างที่มากระทำต่อพวกเขา (Farmer et al, 2013) โดยใช้สนาม/บริบท ‘สังคมในภาวะโรคระบาด COVID-19’ เป็นพื้นที่ในการสืบสวนและสำรวจถึงความสลับซับซ้อนและภววิทยาที่หลากหลายของโรคซึมเศร้า ผ่านโลกทัศน์และเสียงสะท้อนของผู้อยู่ร่วมกับโรคซึมเศร้า หวังเพื่อทลายมายาคติ/ภาพแทนเหมารวมว่าด้วยโรคซึมเศร้าที่ถูกผูกขาดการนิยามและครอบงำด้วยวาทกรรมจิตเวชศาสตร์ชีวะ (biomedical psychiatry) ที่ซึ่งลดทอนประสบการณ์เชิงผัสสะและพฤติกรรมของปัจเจกให้กลายเป็นเรื่องปรากฏการณ์ระดับชีวโมเลกุลที่เกิดขึ้นภายในสมอง (Lakoff, 2006; Lang, 2018) จนนำไปสู่การผลิตสร้าง ‘องค์ประธานที่สามารถบำบัดด้วยยา’ (pharmaceutical subjectivity) (Biehl, 2010; Jenkins, 2010) ขณะที่พื้นที่ของเสียงผู้อยู่ร่วมซึมเศร้ากลับถูกเพิกเฉยและทำให้เป็นชายขอบ (Jacob, 2015; 2012) ดังนั้น ***ในเชิงการเป็นปากเป็นเสียง (advocacy)*** ผู้เขียนจึงมุ่งหวังให้งานชิ้นนี้เปิดพื้นที่ให้แก่ ‘เสียงที่หลากหลาย’ ของผู้ป่วยซึมเศร้า ซึ่งเป็นประชากรชายขอบไร้เสียงอีกกลุ่มที่เสียงของพวกเขาไม่ถูกได้ยินทั้งในยามปรกติหรือท่ามกลางภาวะวิกฤตการณ์โรคระบาด COVID-19 ได้มีส่วนกำหนดนิยามและให้ความหมายโรคซึมเศร้า [อย่างที่พวกเขาเป็น] ผ่านเรื่องเล่า (narratives) ของพวกเขา โดยเนื้อหาของบทความชิ้นนี้จะแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่ (I) วิธีวิทยาในการศึกษา (II) เรื่องเล่าจากสนามว่าด้วยการรับรู้/ให้ความหมาย และประสบการณ์ที่มีชีวิตเกี่ยวกับการรับมือโรคระบาด COVID-19 ของผู้อยู่ร่วมกับโรคซึมเศร้า และ (III) สภาวะทับซ้อนที่อยู่เบื้องหลังผู้ป่วยซึมเศร้าแต่ละรายที่ทำให้พวกเขาอยู่ในสถานะผู้กระทำการหรือถูกกระทำจากปรากฏการณ์ COVID-19 อันนำไปสู่การรับมือและการตีความต่อสถานการณ์อย่างหลากหลาย

**(II) สนาม คู่สนทนา และวิธีวิทยา: ชาติพันธุ์วรรณาว่าด้วยปฏิสัมพันธ์ COVID-19 – โรคซึมเศร้า – ผู้ป่วย**

งานศึกษาชิ้นนี้ผู้เขียนจึงได้หยิบประยุกต์วิธีวิทยาที่เรียกว่า ‘ชาติพันธุ์วรรณา[ภววิทยา]ไวรัส’ (viral ethnography) (Lowe, 2017; Lowe, 2010) ซึ่งมีภววิทยาที่ตั้งอยู่บนฐานคิดที่ว่าปรากฏการณ์โรคระบาดมิได้เป็นเรื่องในปริมณฑลวิทยาศาสตร์การแพทย์แบบตรงไปตรงมา หากแต่ตัวเชื้อจุลชีพมันยังมีบทบาทเชิงสังคมในการสร้างและเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อมที่มีความจำเพาะ (milieu) กล่าวคือ มิได้มีเพียงตัวไวรัสเท่านั้นที่กลายพันธุ์ หากแต่ไวรัสยังทำให้เกิดการกลายพันธุ์ การผสมผเส และการจัดเรียงใหม่ของเหตุการณ์และโครงสร้างความสัมพันธ์ในแต่สังคมที่มันคืบคลาน/แพร่ระบาดไปถึงอีกด้วย (Lowe, 2017: 92) ‘ชาติพันธุ์วรรณา[ภววิทยา]ไวรัส’ จึงเสนอให้มุ่งความสนใจไปที่เรื่องเล่าและปฏิบัติการที่ล่องลอยอยู่รอบๆ เหตุการณ์การระบาดของไวรัส COVID-19 และพิจารณาว่าตัวไวรัสมันได้เปลี่ยนแปลง/สร้างการกลายพันธุ์ให้แก่บริบทที่อยู่รายรอบตัวมันอย่างไรบ้าง (Lowe, 2017) งานศึกษาชิ้นนี้จึงให้ความสนใจไปที่ความเชื่อมโยงระหว่างเรื่องราวของโรคระบาด COVID-19 – ผู้ป่วยซึมเศร้า – และโรคซึมเศร้าที่ผสมผเสปะทะประสานอยู่ท่ามกลางนิเวศวิทยาที่เรียกว่าสังคมไทย โดยใช้การสัมภาษณ์เรื่องเล่าประสบการณ์ชีวิตแบบระยะไกล และการสังเกตการณ์แบบมีส่วนร่วมบางส่วน (partial participant observation) ผ่านการวิดีโอคอลในแอปพลิเคชั่นไลน์ (LINE) และสไกป์ (Skype) เพื่อเก็บข้อมูลเกี่ยวกับโลกทัศน์/เจตคติ เรื่องเล่า/ประสบการณ์ที่มีชีวิต ความรู้สึก/อารมณ์ และปฏิบัติการของผู้ป่วยซึมเศร้าที่ต้องเผชิญกับภาวะการระบาดของไวรัส COVD-19 ขณะเดียวกันก็เปิดโอกาสให้พวกเขาได้นิยามความหมายเกี่ยวกับประสบการณ์ในภาวะวิกฤตการณ์โรคระบาดผ่านเสียงที่หลากหลายของผู้ป่วยซึมเศร้า โดยงานศึกษาชิ้นนี้ได้ศึกษาผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าจำนวน 6 ราย

**(III) หลากโลกชีวิตของผู้ป่วยซึมเศร้าท่ามกลางโลกยุค COVID-19: วิกฤตซ้อนวิกฤต ฤา โอกาสในวิกฤต?**

โรคระบาด COVID-19 เป็นทั้งปรากฏการณ์ทางการชีววิทยา [ในฐานะเชื้อโรคอุบัติใหม่ที่คร่าชีวิตของมนุษย์] และปรากฏการณ์ทางสังคม [ในฐานะเงื่อนไขที่สร้างความพลิกผันต่อชีวิตของชุมชน ตลอดจนสร้างความไม่แน่นอน ความกลัว การกล่าวโทษ และการตีตรา] (Manderson & Levine, 2020) ที่สร้างความผันผวน ความไม่แน่นอน ตลอดจนเหนี่ยวนำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในโครงสร้างความสัมพันธ์ทางสังคมที่สัมพันธ์กับตัวโรคระบาดในทุกระดับ (Lowe, 2010(b); Snowden, 2019) โดยงานศึกษาวิจัยเกี่ยวกับผลกระทบเชิงเศรษฐกิจสังคมได้เผยให้เห็นถึงผลเชิงลบของโรคระบาด COVID-19 มิได้จำกัดอยู่เพียงแค่ในปริมณฑลสาธารณสุข/ชีวการแพทย์เท่านั้น หากแต่ผลพวงของวิกฤตดังกล่าวยังได้คืบคลานลุกลามไปยังอาณาบริเวณอื่นๆ ของสังคม (multi-sectional impacts) ผ่านปฏิบัติการทางวาทกรรมการแพทย์ว่าด้วย ‘การกดกราฟระบาดให้ต่ำลง’ (flatten the curve) [อาทิ มาตราการการเว้นระยะห่างทางกายภาพ (physical distancing) การล็อคดาวน์ การจำกัดการเคลื่อนที่ (mobility limited) และการกักตัว (Anderson et al, 2020; Guadagno, 2020)] ซึ่งผลพวงของปฏิบัติการดังกล่าวได้สร้างความทนทุกข์ต่อชีวิตทางสังคมของมนุษย์ [อย่างไม่ตั้งใจ] (unintended consequences) โดยเฉพาะอย่างยิ่งกับกลุ่มคนชายชอบ/กลุ่มคนเปราะบางของแต่ละสังคม (Nicola et al, 2020) ไม่ว่าจะเป็น ***ในแง่วิกฤตทางเศรษฐกิจ***ที่ส่งผลให้เกิดปัญหาการว่างงาน การสูญเสีย/ลดลงของรายได้ ปัญหาหนี้สินในครัวเรือน ตลอดจนความไม่เท่าเทียมในการเข้าถึงทรัพยากรเพื่อใช้ในการประพฤติปฏิบัติตนให้สอดรับกับมาตรการการควบคุมของรัฐ (อรรถจักร สัตยานุรักษ์ และคณะ, 2563; กนกวรา พวงประยงค์ และสานิตย์ หนูนิล, 2563; Kawohl & Nordt, 2020; Parmet & Sinha, 2020) ***ในแง่วิกฤตทางการเมือง*** ที่สะท้อนถึงความล้มเหลวเชิงนโยบายสาธารณะในการลดผลกระทบจากวิกฤตโรคระบาด (Weible et al, 2020) ***หรือในแง่วิกฤตทางสังคมและวัฒนธรรม*** อาทิ ปัญหาการฆ่าตัวตาย (Klomek, 2020; Santini et al, 2020) ปัญหาการเหยียดเชื้อชาติและเลือกปฏิบัติบนพื้นฐานของชาติพันธุ์ (Khunti, et al 2020) ปัญหาความขัดแย้งภายในครอบครัว (Husain et al, 2020) ปัญหาการใช้ความรุนแรงภายในครอบครัวและคนใกล้ชิด (Chandan et al, 2020; de Lima et al, 2020; Yahya et al, 2020) จนอาจกล่าวได้ว่าความหวาดกลัวหวั่นวิตกของผู้คนมิได้เกิดขึ้นจากความเสี่ยงที่จะติดเชื้อแบบตรงไปตรงมา หากแต่สัมพันธ์กับความเป็นจริงของผลกระทบ (materialized effects) ที่จะเกิดขึ้นตามมาจากการระบาดของ COVID-19 มากกว่า (Manderson & Levine, 2020)

ภายใต้สภาวการณ์ดังกล่าวถูกให้ความหมายและตีตวามโดยงานศึกษากลุ่มจิตเวชศาสตร์ว่าเป็น ‘สภาวะซ้ำเติม’ ที่ทำให้เกิดผลกระทบเชิงลบต่อสุขภาวะทางจิตต่อประชากรทุกกลุ่มก้อนในทำนองเดียวกัน สะท้อนผ่านการเพิ่มขึ้นของอัตราความชุกโรควิตกกังวลทั่วไป ปม/บาดแผลทางจิตใจ ภาวะซึมเศร้า และอัตราการฆ่าตัวตายในทุกกลุ่มประชากรทั่วทุกมุมโลก [ที่มีการระบาด] (อาทิ American Psychiatric Association, 2020; Bao et al, 2020; Li et al, 2020; Sonderskov et al, 2020; Wang et al, 2020) อาจกล่าวได้ว่า กรอบทัศน์ทางจิตเวชศาสตร์มองว่าโรคระบาด COVID-19 สัมพันธ์กับภาวะวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และการฆ่าตัวตายอย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติ (Ornell et al, 2020; Rajkumar, 2020) ผ่านการชี้ให้เห็นถึงปัจจัยกระตุ้น (stressors) ที่ทำให้เกิดผลกระทบเชิงลบทางจิตเวช (negative psychiatric symptoms) ไม่ว่าจะเป็น (i) ความเครียด/ความวิตกกังวลที่เกิดจากความกลัวของการติดเชื้อ [ทั้งกับตัวเองและสมาชิกในครอบครัว] ผสมผเสกับความกลัวความไม่แน่นอนที่จะเกิดในชีวิต [อาทิ การตกงาน การสูญเสียสถานะทางการเงิน และการขาดแคลนทรัพยากรพื้นฐานในการดำรงชีวิต (inadequate supplies)] (Klomek, 2020; Wang et al, 2020) และการเสพสื่อ/โรคระบาดของข้อมูลข่าวสารที่คลาดเคลื่อนบิดเบือน (infodemic) (Gao, et al 2020) (ii) การไม่สามารถเข้าถึง/ขอความช่วยเหลือ/ติดตามอาการจากจิตแพทย์ได้อย่างต่อเนื่อง เนื่องจากมาตรการการเว้นระยะห่างทางสังคมและการล็อคดาวน์ (Kavoor, 2020) (iii) ความคับข้องใจ ความกดดัน และความเบื่อหน่าย อันเกิดจากมาตรการการเว้นระยะห่างทางกายภาพ-สังคม และการล็อคดาวน์ ซึ่งการถูกจำกัดควบคุมอยู่ในบ้าน/จำกัดการเคลื่อนที่ การสูญเสียวิถีการดำเนินชีวิตตามปรกติ และการถูกตัดขาดจากเข้าถึงพื้นที่สาธารณะ สภาวะดังกล่าวส่งผลให้เกิดความรู้สึกถูกโดดเดี่ยวทางสังคม/ความแปลกแยกทางสังคม (societal alienation) ความรู้สึกถูกตัดขาดทางสังคม (social disconnectedness) อันนำไปสู่การเกิดขึ้นของภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย (Pfefferbaum & North, 2020; Santini et al, 2020) ภายใต้สภาวการณ์ดังกล่าวยิ่งกระตุ้นให้ผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตเวชมีอาการทวีความรุนแรงขึ้น เนื่องด้วยผู้ป่วยทางจิตเวชมักมีเครือข่ายทางสังคมที่มีขนาดเล็ก ซึ่งทำให้พวกเขาเหล่านั้นถูกจำกัด/ปิดกั้นการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากแวดวงเพื่อนฝูงและสมาชิกครอบครัว (Druss, 2020) ผนวกเข้ากับสภาวการณ์กักตัวอยู่ในบ้านก็เป็นสถานการณ์ที่เพิ่มความตึงเครียดและความแปลกแยก ที่ไปกระตุ้นการหลั่งคอร์ติซอล (cortisol) และสร้างความแปรปรวนของสมดุลของสารเคมีในสมอง ทำให้ผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตเวชได้รับผลกระทบมากกว่ากลุ่มประชากรทั่วไป (Chatterjee et al, 2020) มากไปกว่านั้น ด้วยสภาวะความเจ็บป่วยทางจิตที่มีอยู่ ผู้ป่วยทางจิตเวชเหล่านี้ [โดยเฉพาะผู้ป่วยซึมเศร้า] จึงถูกกระตุ้นทางอารมณ์จากผลกระทบของวิกฤต COVID-19 ได้ง่ายและรุนแรงกว่าประชากรทั่วไป ทำให้อาการทางจิตเวชของพวกเขารุนแรงและย่ำแย่ลง สะท้อนผ่านอัตรากำเริบของโรคที่เพิ่มสูงขึ้น (relapse rates) ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพทางจิตอยู่เดิม จนกระทั่งนำไปสู่การปรับตัวเชิงลบ ไม่ว่าจะเป็นการทำร้ายตัวเอง (self-harm) การคิดและพยายามฆ่าตัวตาย (Chatterjee et al, 2020; Druss, 2020; Yao et al, 2020) ฉะนั้นจะเห็นได้ว่าวิกฤตโรค COVID-19 ในกรอบทรรศนะทางการแพทย์ล้วนถูกให้ความหมายและถูกรับรู้ในฐานะปรากฏการณ์วิกฤตที่ไม่เพียงบั่นทอนสุขภาวะทางจิตของประชากรทั่วไป หากแต่ยังซ้ำเติมผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพทางจิตให้รุนแรงขึ้น ทั้งนี้ส่วนหนึ่งเนื่องจากวรรณกรรมการแพทย์มักมีฐานคิดวางอยู่บนสมมติฐานที่ว่าความเจ็บป่วยเป็นปรากฏการณ์สากล (universally) ในฐานะของสิ่งรุกล้ำและรบกวนเรือนร่าง บุคคล และชุมชน ซึ่งสามารถสร้างชุดคำอธิบายสากลและมาตราการที่มีประสิทธิภาพ(Fabrega, 1974)ยังผลให้ในมุมมองทางการแพทย์ปรากฏการณ์โรค COVID-19 จึงดูประหนึ่งว่ามีลักษณะความเป็นประชาธิปไตย ที่ซึ่งจู่โจมทำลายผู้คนทุกคนในทำนองเดียวกัน หากแต่ในทางปฏิบัติมันกลับซ่อนอำพรางความไม่เท่าเทียมเชิงโครงสร้าง(Hanna & Kleinman, 2013)ตลอดจนลดทอนและกดทับเสียง/ภาพประสบการณ์ที่มีชีวิตอันแตกต่างหลากหลายของผู้คนภายใต้วาทกรรม “มีนัยยะสำคัญทางสถิติ”(Lee et al, 2006)ซึ่งฐานคิดดังกล่าวได้เป็นข้อจำกัดที่สกัดกั้นมุมมองทางการแพทย์ ทำให้ไม่สามารถหยั่งถึงปริมณฑลของโลกประสบการณ์ที่ซับซ้อนหลากหลายของผู้ป่วยที่มากเสียจนไม่สามารถลดทอนให้กลายเป็นกลุ่มก้อนทางสถิติที่มีทิศทาง/มีความเป็นเนื้อเดียวกันได้

หากพิจารณาผ่านโลกทัศน์/การให้ความหมายจากมุมมองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าพบว่า แม้แต่ภายในกลุ่มของผู้ป่วยซึมเศร้าที่ตีความปรากฏการณ์โรค COVID-19 ในฐานะวิกฤตที่เข้ามาแปรเปลี่ยนชีวิตประจำวันของพวกเขาให้กลายเป็นสภาวะทุกข์ทนเหมือนกัน หากแต่พวกเขาก็มีการรับรู้ถึงเฉดสี/ระดับความรุนแรงของผลกระทบและแสดงกลยุทธ์ในการปรับตัวที่แตกต่างหลากหลายขึ้นกับบริบทและเงื่อนไขส่วนบุคคล ตลอดจนทรัพยากรของแต่ละปัจเจก โดยสำหรับผู้ป่วยซึมเศร้าบางคน ถึงแม้ตัววิกฤต COVID-19 จะเข้ามาสร้างเงื่อนไขและเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อมในชีวิตประจำวันและท่วงทำนองชีวิตทางสังคม (social-life rhythm) ของผู้ป่วยซึมเศร้าให้พวกเขาต้องประสบพบเจอกับสภาวการณ์เลวร้ายทั้งเชิงกายภาพและเชิงจิตใจ ไม่ว่าจะเป็นความรู้สึกตึงเครียด/ความรู้สึกเป็นปฏิปักษ์/และการใช้ความรุนแรงภายในครอบครัว ตลอดจนการหวนคืนของความรู้สึกด้อยคุณค่า และความรู้สึกแปลกแยกเป็นภาระส่วนเกิน ซึ่งล้วนแต่เป็นปัจจัยที่มีศักยภาพในการกระตุ้นความรุนแรงของพยาธิสภาพของโรคให้ปะทุขึ้น (Hari, 2018; Santini et al, 2020) ทว่าผู้ป่วยซึมเศร้าบางรายก็มีกลยุทธ์ในการหลีกเร้นสภาวการณ์ความขัดแย้งและสามารถบรรเทาผลกระทบเชิงลบที่เกิดขึ้น โดยที่ไม่ได้ทำให้อาการซึมเศร้าของพวกเขาย่ำแย่ จนนำไปสู่การปรับตัวในลักษณะเชิงลบ [อาทิ การมีพฤติกรรมทำร้ายตัวเอง หรือการพยายามฆ่าตัวตาย] ดังที่วรรณกรรมทางการแพทย์ได้สะท้อนไว้ เช่นในกรณีของ ‘แบงค์’ (นามสมมติ) ที่ซึ่งมาตรการล็อคดาวน์ทำให้พ่อเลี้ยงและลูกของเขา คู่ขัดแย้งที่เป็นปม/ปัจจัยกระตุ้นอาการซึมเศร้าของเขา ต้องเปลี่ยนมาทำงานจากที่บ้านตามนโยบายของบริษัทและมาตรการของรัฐ ทำให้ตัวแบงค์ต้องเผชิญหน้ากับบรรยากาศปฏิปักษ์ ถูกกระตุ้นความรู้สึกเป็นส่วนเกิน และเพิ่มความรู้สึกโดดเดี่ยวทางสังคมขึ้น อย่างไรก็ดี ‘แบงค์’ ก็มีกลยุทธ์ในการหลีกหนี/ปลีกตัวออกจากความขัดแย้งดังกล่าวด้วยการเปลี่ยนท่วงทำนองในการดำเนินชีวิตประจำวันใหม่ และผันตัวออกไปทำงานนอกบ้านแทน ทำให้เขาสามารถรับมือกับสภาพแวดล้อมที่วิกฤตได้ ดังที่ ‘แบงค์’ สะท้อนไว้ว่า

*“หลายคนอาจบอกว่าการได้ทำงานอยู่ที่บ้าน การได้อยู่กับครอบครัวมากขึ้นมีความสุข พวกเขาคงไม่ได้คิดว่า คนอีกหลายคนเขามีปัญหากับคนในครอบครัว อย่างเช่นผม ผมเติบโตมาในฐานะลูกติดของแม่ ก็รู้สึกเป็นส่วนเกินอยู่แล้ว ป่วยซึมเศร้าเขาก็มองว่าเราเป็นตัวอันตราย เก็บตัวเป็นพวกตัวประหลาดของบ้านมาตลอด แถมถูกพ่อเลี้ยงเหยียดหยามหาว่าเป็นเกย์เป็นตุ๊ด บอกว่าผู้ชายอะไรติดแม่ อ่อนแอไม่เข้มแข็ง ร้องไห้ ซึมเศร้าเป็นโรคของผู้หญิง...ยิ่งโควิดที่บริษัทให้เวิร์คฟอร์มโฮม ทำให้ต้องมาเจอหน้ากัน กระทบกระทั่งกันมากขึ้น...เขาเห็นเราก็เขาหงุดหงิด เราเห็นเขาก็เราเครียด อยู่แล้วประสาทกิน เขาเหน็บแนมประชดประชันทุกวัน อยู่แล้วยิ่งรู้สึกเป็นส่วนเกินของบ้าน...แรกๆ ก็รู้สึกดิ่ง ทำงานไม่ได้ นั่งมองเพดานในห้องมืดๆ ทั้งวัน...คุยกับหมอ หมอก็พูดว่าเป็นเรื่องแก้ปัญหาไม่ได้ เพราะปัญหาไม่ได้เกิดที่ตัวเรา ดิ้นรนไปก็เท่านั้น ให้กินยาประคองไป แวบแรก ในความคิดผมคิดว่าหมอแนะให้ไปตายเลย ไอคำว่าดิ้นรนไปก็เท่านั้น [หัวเราะ]...ผมก็ทนอึดอัดไป จนเห็นข่าวในสื่อโซเชียลคนผันตัวเป็นคนขับแกร็บเยอะ ผมก็เลยได้ไอเดียสมัครขับแกร็บแมสเซ็นเจอร์ส่งของไปซะเลย จะได้ไปปลีกตัวออกมาใช้ชีวิตกลางวันออกไปอยู่ข้างนอก ส่งของไม่ต้องเจอใคร เหนื่อยกาย แต่ก็ไม่ต้องมาเจอกับบรรยากาศชวนให้รู้สึกเราดิ่ง พอเราออกมาขับแกร็บ ใจผมก็รู้สึกดีขึ้นมากเลย ไม่ดิ่งอีก ตกเย็นกลับมาก็ทำงานฟรีแลนซ์ที่ลูกค้าจ้างต่อ ทำให้ในหัวไม่ต้องคิดอะไร...ผมก็คิดในใจนะว่าเออกูหาทางออกได้ดีกว่าคำแนะนำหมออีก”*

ฉะนั้น หากพิจารณาพฤติกรรม ‘การปลีกตัวโดดเดี่ยวทางสังคม’ (social isolation) จากทรรศนะของ ‘แบงค์’ ที่ได้ให้ความหมายในฐานะกลยุทธ์ของการหลีกเลี่ยงจากสภาวะความขัดแย้ง ตลอดจนช่วยประกอบสร้างและปกป้องพิทักษ์ ‘พื้นที่ส่วนตัวภายในจิตใจ’ จากการรุกล้ำของผู้อื่น ขณะเดียวกันก็เป็นการจำกัดตัวเองไม่ให้ต้องไปจ่อมจมลงในโลกชีวิตที่พวกเขามองว่าตึงเครียด สะท้อนให้เห็นว่า ‘การปลีกตัวโดดเดี่ยว’ นั้นอาจไม่มิได้เป็นพฤติกรรมที่เป็นพยาธิสภาพของผู้ป่วยซึมเศร้า (pathological behavior) ตามกรอบจิตเวชศาสตร์ (American Psychiatric Association, 2013) หรือเป็น ‘ความผิดปรกติเชิงวัฒนธรรม’ (culturally-abnormal) ตามที่สังคมโดยทั่วไปรับรู้/ให้ความหมาย (Ge et al, 2017) หากแต่ภายใต้การนิยามของผู้ป่วยซึมเศร้า บางครั้งการปลีกตัวโดดเดี่ยวทางสังคมก็เป็นกลยุทธ์ ‘การถอนตัวเชิงบวก’ (positive withdrawal) ที่ช่วยให้พวกเขาสามารถปกป้องหรือธำรงไว้ซึ่งขอบเขตของพื้นที่ปลอดภัยทางความรู้สึก เพื่อไม่ให้พวกเขาต้องถลำลึกเข้าไปในห้วงความรู้สึกเชิงลบ (Corin & Lauzon, 1992)

อย่างไรก็ดี ขณะที่สำหรับผู้ป่วยซึมเศร้าบางคน ตัววิกฤต COVID-19 กลับทำให้โลกชีวิตของการอยู่ร่วมกับซึมเศร้ากลายเป็นประสบการณ์อันเจ็บปวดที่เกินจะทานทน และไม่สามารถประนีประนอม/หรือหลีกเร้นจากสถภาวะความตึงเครียดได้ ดังเช่นกรณีของ ‘แบงค์’ เนื่องด้วยเงื่อนไขความรุนแรงที่สืบเนื่องจากเพศภาวะ (gender-based violence) และข้อจำกัดทางเศรษฐกิจส่วนบุคคล ที่ถูกผสานเข้ากับตัวผลพวงของวิกฤต COVID-19 จึงทำให้ผู้ป่วยซึมเศร้าเพศหญิงบางราย ตกอยู่ในสถานะเสียเปรียบเชิงโครงสร้าง (structural disadvantage) และได้รับผลกระทบจากวิกฤตหนักหน่วงรุนแรงมากกว่า จนนำไปสู่พฤติกรรมทำร้ายตัวเองดังเช่นในกรณีของ ‘พี่แดง’ (นามสมมติ) ที่ผลพวงของวิกฤต COVID-19 และมาตรการล๊อคดาวน์ ไม่เพียงแต่เข้ามากัดเซาะทำลายความสัมพันธ์ระหว่างเธอและสมาชิกภายในครอบครัว หากแต่ยังแปรเปลี่ยนพื้นที่ ‘บ้าน’ จากที่เคยเป็นอาณาบริเวณแห่งความปลอดภัยผืนสุดท้ายกลับกลายเป็นสมรภูมิแห่งอารมณ์และความรุนแรงที่ทำให้เธอตกอยู่ในสภาพเหมือน ‘ตกนรกทั้งเป็น’ และ ‘คุกในคุก’ ดังที่เธอสะท้อนไว้ว่า

*“มันทำให้สถานการณ์ในบ้านพี่เลวร้ายมาก เหมือนตกนรกทั้งเป็น แฟนพี่ถูกเลิกจ้าง เขาก็เครียดกับอนาคตว่าจะหางานไม่ได้ ทำให้ตอนนี้สภาพการเงินที่บ้านก็มีปัญหา ไหนจะภาระค่าใช้จ่ายค่าผ่อนบ้าน ค่าเล่าเรียนลูก เขาหาเงินคนเดียวเข้าบ้านก็เลยกดดันหงุดหงิดแล้วมาลงที่พี่ ตะคอกพี่บ่อยครั้งทั้งที่แต่ก่อนไม่เคยเลย...ส่วนแม่แฟน จากที่เขาไม่เข้าใจซึมเศร้าอยู่แล้ว พอเกิดวิกฤตเหมือนเขาเป็นบ้า ไม่รู้เพราะแฟนพี่ไปหงุดหงิดใส่ พาลกลายมาเกลียดพี่ลงที่พี่อีกคน หาว่าพี่เป็นตัวกาลกิณี ป่วยเป็นบ้า หาว่ามาจากครอบครัวพื้นฐานไม่ดี พอเกิดวิกฤตก็พึ่งพาไม่ได้ แล้วยังเป็นภาระอีก...คอยจับผิดการทำงานบ้านอะไรก็ผิดก็ไม่ดีไปหมด เราป่วยก็หาว่าเสแสร้งแกล้งป่วย ทั้งๆ ที่พี่ก็พยายามทำดีที่สุดแล้วนะ...บ้านจากที่เคยเป็นพื้นที่ของเราที่พักใจได้ เป็นที่หลบจากความโหดร้ายในอดีต ตอนนี้กลายเป็นเหมือนนรก จากที่เราเคยคิดว่าบ้านแฟนเป็นที่เริ่มต้นชีวิตใหม่ แต่วิกฤตโควิดมันดึงความเลวร้ายของคนในบ้านออกมาทีเดียวหมดพร้อมกันหมด...*

*...แล้วด้วยสภาพการเงิน ปรกติพี่ไปหาจิตแพทย์โรงพยาบาลเอกชน แฟนก็ด่าว่าเปลือง พี่ก็ต้องเปลี่ยนไปหาโรงพยาบาล[รัฐ] เพราะเราส่วนตัวไม่มีเงิน เราไม่ได้เป็นคนเก็บเงิน ต้องขอจากแฟน ซึ่งกว่าจะนัดได้แต่ละครั้งก็รอคิวนานเป็นเดือนสองเดือน ไม่เหมือนเอกชนที่เราสามารถไปได้ทันทีที่เรารู้สึกไม่ไหว เวลาพบหมอก็เจอแค่แปปเดียว ไม่เหมือนเอกชน มันทำให้เห็นว่าถ้าเราไม่มีเงินในโรงพยาบาล เราก็ไม่ได้ถูกเห็นหัวเห็นค่า หมอก็เหมือนไม่อยากฟังเราเท่าไหร่...ปรึกษาหมอ เขาก็แนะนำอะไรเราไม่ได้ นอกจากบอกให้พยายามคิดบวกเข้าไว้ อย่าไปปะทะ...พี่กลับคิดนะบางครั้งการมองบวก การยอมตามเขา ไม่ไปปะทะ บางครั้งก็ทำให้เราโดนกระทำมากขึ้น เหมือนเขาได้ใจ เขายิ่งทำเรา...*

*...จากที่เคยคิดว่ายามันช่วยพยุงอารมณ์ให้สงบได้ ตอนนี้แม้ปรับเพิ่มปริมาณยา แต่ความรู้สึกดิ่ง ความรู้สึกอยากตายๆ ไป แต่ละวันก็มีแต่รุนแรงขึ้น อึดอัดหาทางออกไม่ได้ จะออกไปพักใจเปลี่ยนสภาพแวดล้อมข้างนอกก็ไม่ได้ ทุกที่ก็ปิดไปหมด ครอบครัวฝั่งพี่ก็ไม่เหลือใครที่พึ่งได้ เพื่อนก็ห่างเหินกันตั้งแต่เป็นแต่งเข้ามาพี่ก็ต้องอยู่แต่บ้านคอยดูแม่แฟนคอยทำงานบ้านไปไหนไม่ได้ ทำให้ต้องอยู่ในสภาพเหมือนคุกในคุก... ถ้าไม่ติดที่ลูกพี่ยังเล็ก พี่ก็คงตายๆ ไปแล้ว ได้แต่ระบายอารมณ์กับตัวเอง กรีดข้อมือตัวเองให้รู้สึกเจ็บที่มือที่ร่างกาย ให้ข่มความรู้อึดอัดที่อยู่ข้างใน”*

คำอุปลักษณ์ของ ‘พี่แดง’ ที่ได้ใช้เปรียบสภาพชีวิตประจำวันภายในบ้านของเธอได้ฉายภาพให้เห็นถึงว่า วิกฤต COVID-19 ได้แปรเปลี่ยน ‘บ้าน’ ให้กลายเป็น (i) ‘อาณาบริเวณแห่งการทอดทิ้งทางสังคม’ (zone of social abandonment) ที่ซึ่งผู้คนที่ถูกมองว่าไม่มีผลิตภาพ/ไม่มีประโยชน์ทางเศรษฐกิจ อาทิเช่น คนป่วยทางจิตเวช มักถูกทอดทิ้งไม่มีใครสนใจเหลียวแล รู้สึกเป็นสิ่งที่ไร้ค่าไม่เหมาะจะให้ความเอาใจใส่และความรัก ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของพวกเขาถูกพราก/ลดทอนให้ไม่มีความหมายอะไร คุณภาพชีวิตของเธอขึ้นอยู่กับศีลธรรมประจำใจของแม่สามีและสามี ซึ่งเป็นองค์อธิปัตย์ของบ้านว่าจะจัดการอย่างไรกับกับเธอ (Biehl, 2004) และ (ii) สมรภูมิแห่งการปะทะทางอารมณ์ โดยผลพวงของวิกฤตที่สร้างแรงกดดันทางเศรษฐกิจได้บ่มเพาะความตึงเครียดขึ้นภายในบ้าน ผสมผเสกับมาตรการล็อคดาวน์ที่จองจำกักขังผู้คนให้อยู่ในบ้าน ทำให้เกิดการปะทุขึ้นของ ‘การใช้ความรุนแรงในบ้านอันสืบเนื่องจากเพศภาวะ’ (gender-based domestic violence) งานชาติพันธุ์วรรณนาจำนวนมากได้ชี้ให้เห็นว่า ครัวเรือนที่มีการสืบเชื้อสายฝ่ายพ่อและมีค่านิยมการย้ายถิ่นที่อยู่หลังการสมรสแบบ ปิตาลัย (patrilineal-patrilocal household) ฝ่ายหญิงที่แต่งเข้ามามักถูกรับรู้เป็น ‘สิ่งแปลกแยก’ ที่มีสถานะรองทางอำนาจ และมักแฝงฝังไปด้วยความตึงเครียดและการปะทุขึ้นของการใช้ความรุนแรงต่อผู้หญิง มากไปกว่านั้น เนื่องจากโครงสร้างครัวเรือนดังกล่าวมีการแบ่งแยกด้วยเพศภาวะ ทำให้พวกเธอยังต้องตกอยู่ใต้การควบคุมของแม่สามี ซึ่งเอื้อให้เกิดการใช้ความรุนแรงของหญิงผู้อาวุโสกว่ากับหญิงผู้อาวุโสน้อยกว่า ทำให้ผู้หญิงเหล่านี้ไม่เพียงต้องเผชิญกับการใช้ความรุนแรงจากฝ่ายชายเท่านั้น หากแต่ยังถูกใช้ความรุนแรงจากแม่สามีอีกด้วย (Grewal, 2008; Wies & Haldane, 2011) ในกรณีของ ‘พี่แดง’ ก็เช่นเดียวกัน ความตีงเครียดภายในครอบครัวที่เกิดจากตัววิกฤต COVID-19 ได้ผนวกรวมเข้ากับเงื่อนไขเชิงวัฒนธรรมของสังคมแบบปิตาธิปไตย ที่สร้างความคาดหวังบทบาททางเพศภาวะต่อผู้หญิงให้พวกเธอไม่เพียงแต่ต้องเป็น ‘แม่บ้านแม่ศรีเรือนที่ดี’ (cult of domesticity) หากแต่ยังต้องตกอยู่สถานะไม่มีปากไม่เสียงไร้ซึ่งอำนาจ เนื่องด้วยสถานะในช่วงชั้นอำนาจที่อยู่ต่ำที่สุดในโครงสร้างอำนาจภายในครัวเรือนแบบปิตาลัย (patrilocal household) (Hattery, 2008) ตลอดจนการขาดเครือข่ายทางสังคมในการช่วยประคับประคองจิตใจในยามวิกฤต การขาดทรัพยากรในการเข้ารับบริการ/ความช่วยเหลือทางการแพทย์ยามที่ต้องการ และการถูกตัดขาดจากบำบัดด้วยยาที่มีประสิทธิภาพเหมาะสม ทำให้สำหรับ ‘พี่แดง’ สถานการณ์โรค COVID-19 จึงได้เข้ามาซ้ำเติมปัญหาที่เชื่อมโยงผูกพันกับเงื่อนไขทางเพศสภาวะที่ดำรงอยู่ให้ปรากฏและทวีความเข้มข้นขึ้น กล่าวคือ เธอไม่เพียงแต่จำต้องเผชิญกับการใช้ความรุนแรงจากทั้งสามีและแม่สามี ที่สร้างความทนทุกข์ซ้ำเติมความรุนแรงของอาการโรคซึมเศร้า หากทว่ามาตรการล็อคดาวน์ และความเสียเปรียบเชิงโครงสร้าง [การไม่มีเครือข่ายทางสังคม การขาดทรัพยากร] ก็ยังปิดกั้นโอกาสทำให้เธอไม่สามารถหลีกเร้นหรือถอยหนีออกจากตัวผู้ใช้ความรุนแรงตามที่จิตแพทย์แนะนำได้ จนทำให้เธอนิยามสภาวการณ์ที่เธอเผชิญว่าเป็นการ ‘ตกนรกทั้งเป็น’ มากไปกว่านั้น ยาต้านเศร้าที่เธอเคยถูกพร่ำบอกว่าเป็นทรัพยากรที่ช่วยฟื้นคืน/สร้างสมดุลให้แก่อารมณ์ของผู้ป่วยซึมเศร้า วิกฤตกลับเผยให้เห็นว่ายาต้านเศร้าไม่เพียงพอที่จะสามารถช่วยเยียวยาหรือฉุดรั้งเธอให้หลุดพ้นจากความรู้สึกเชิงลบได้อีกต่อไป เหลือเพียง ‘เรือนร่าง’ ที่กลายเป็นทรัพยากรเพียงอย่างเดียวที่เธอสามารถนำมาใช้รับมือ/ปลดปล่อยจากสภาวะความตึงเครียดและความขัดแย้งที่เธอเผชิญ ด้วยทำร้ายตัวเองเพื่อระบายความรู้สึกคับข้องใจและความทนทุกข์ที่เธอต้องเผชิญเพียงลำพัง หากทว่า พฤติกรรมการทำร้ายตัวเองด้วย ‘การกรีดข้อมือ’ ของพี่แดง ก็มิได้เป็นปฏิบัติการที่สื่อความเพียงแค่การระบายความรู้สึกคับข้องใจจากการถูกกดทับอย่างตรงไปตรงมา หรือเป็นพฤติกรรมการปรับตัวที่มีพยาธิสภาพของผู้ป่วยจิตเวช (pathological forms of adjustment) ต่อสถานการณ์ทางอารมณ์หรือทางสังคมที่เลวร้ายเกินจะทานทนตามทรรศนะของจิตเวชศาสตร์(Stengel, 1956; 1960; Singhal et al, 2014; Haw et al, 2018)หากแต่พฤติกรรมการทำร้ายตัวเองยังแฝงด้วยเจตจำนงของการต่อต้านขัดขืนอำนาจที่มากระทำต่อผู้ป่วยซึมเศร้า ดังที่ ‘พี่แดง’ สะท้อนไว้ว่า

*“หลังจากที่กรีดข้อมือ พี่ก็จงใจเปิดรอยแผลไว้ ให้แฟนพี่ได้เห็นว่า ตัวพี่กดดันจากแม่เขา จากเขาแค่ไหน...เขาก็ตกใจนะ แต่ที่ผิดคาดคือเขาไปว่าแม่เขาว่าอย่ากดดันพี่มาก ก็สะใจเหมือนกัน ช่วงนั้นแม่แฟนก็ไม่กล้าใช้เรามากเลย ได้มีพื้นที่ผ่อนคลายขึ้นมาหน่อย”*

แง่มุมดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่า ปรากฏการณ์ ‘การทำร้ายตัวเอง’ (self-harm/self-injury) จึงอาจไม่สามารถทำความเข้าใจได้ในฐานะการปรับตัวเชิงลบที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วยทางจิตเวช อันเป็นผลพวงจากพยาธิสภาพ/ความบกพร่องทางจิต (mental deficiency) ตามการให้ความหมาย/การรับรู้ภายใต้กรอบทัศน์ทางจิตเวชศาสตร์ได้แบบตรงไปตรงมา หากแต่ปรากฏการณ์ดังกล่าวยังสามารถถูกตีความในฐานะของ ‘ศักยภาพกระทำการแห่งเจ้าของเรือนร่าง’ (agency of the bodies) ที่ใช้เรือนร่างเป็นสัญญะแทนการแสดงออกถึงเจตจำนงของการต่อต้านขัดขืน (Rhodes, 2004; Briggs, 2005; Chua, 2014) พฤติกรรมการทำร้ายตัวเอง บางครั้งกลับกลายเป็นกลยุทธ์/เทคนิคที่แสดงถึงการต่อต้านของกลุ่มคนตัวเล็กตัวน้อยในการใช้คัดง้าง ต่อสู้ดิ้นรน และบ่อนทำลายการกดถูกกดขี่ขูดรีด ในบริบทที่ซึ่งการเผชิญหน้ากับอำนาจสุ่มเสี่ยงเกินไป (Scott, 1985) การแสดงออกของ ‘การทำร้ายตัวเอง’ ของพี่แดงนอกจากจะเป็นการแสดงออกความคับข้องใจและความเศร้าโศก เพื่อการปลดปล่อยระบายความเครียดความกดดัน หวังเพื่อธำรงไว้ซึ่งความเป็นตัวตนของพวกเธอ (maintain sense of self) ท่ามกลางบรรยากาศที่เป็นปฏิปักษ์ หากแต่ยังเป็นเครื่องมืออันทรงพลังของคนตัวเล็กตัวน้อยในการแสดงออกถึงการต่อต้านขัดขืน เพื่อกล่าวโทษ ลงโทษ และแก้แค้นผู้ที่ใช้ความรุนแรง/สร้างความทนทุกข์ในชีวิตประจำวันต่อพวกเธอ ฉะนั้น ‘เรือนร่าง’ ของผู้ป่วยซึมเศร้าจึงมิได้เป็นเพียงแค่แหล่งรองรับอำนาจในการสร้างวินัยที่มากระทำกับมันเพื่อให้เป็นเรือนร่างที่เชื่องเชื่อ (docile) เท่านั้น (Foucault, 1978) หากแต่ภายใต้สภาวการณ์ที่ปัจเจกถูกพรากทุกสิ่งทุกอย่างออกไป ร่างกายก็ได้กลายเป็นอาณาบริเวณสุดท้ายในการใช้เป็นเครื่องมือเพื่อแสดงออกถึงการต่อต้านขัดขืนต่ออำนาจที่มากระทำได้ (Rhodes, 2004) สำหรับ ‘พี่แดง’ พฤติกรรมการทำร้ายตัวเอง อย่างน้อยก็ได้ช่วยสร้าง ‘พื้นที่ได้หายใจ [ชั่วคราว]’ ภายใน ‘คุกในคุก’ ที่เต็มไปด้วยสภาวะตึงเครียด (Chua, 2014)

ถึงแม้ว่าเราไม่สามารถปฏิเสธความจริงของแง่มุมด้านมืดของวิกฤตการณ์โรคระบาด COVID-19 ที่ได้สร้างผลกระทบเชิงลบที่บั่นทอนสุขภาวะและความกินดีอยู่ดีของมนุษย์ตกอยู่ในสภาวะยากลำบาก ตลอดจนเข้ามาปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมและท่วงทำนองในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยซึมเศร้าบางคนให้อยู่ในสภาพการณ์ที่อึดอัดตึงเครียด [ดังในกรณีของแบงค์] ไปจนถึงสภาพที่เลวร้ายเกินสุดจะทานทนในการรับรู้ของพวกเขา [ดังกรณีของพี่แดง] อย่างไรก็ดี สำหรับผู้ป่วยซึมเศร้าบางกลุ่มกลับรับรู้ความหมายและตีความปรากฏการณ์โรคระบาด COVID-19 ในลักษณะที่มีความลักลั่นย้อนแย้งจากชุดคำอธิบายทางการแพทย์ กล่าวคือ สำหรับผู้ป่วยซึมเศร้าบางคนกลับมองโลกยุค COVID-19 ในฐานะ ‘โอกาสท่ามกลางวิกฤต’ ที่ทำให้พวกเขาสามารถกลับมาทบทวนความหมายของชีวิต คุณค่าของตัวเอง และความเป็นตัวตนของพวกเขาอีกครั้ง เกิดสภาวะตื่นรู้และหันมาย้อนคิดทบทวนตัวตนว่าต้องการอะไร นำไปสู่การฟื้นคืนความเป็นองค์ประธานปรกติสมัญของผู้ป่วย โดยสภาวการณ์วิกฤตโรคระบาดได้สร้าง ‘ประสบการณ์ทางสังคมว่าด้วยความทนทุกข์รวมหมู่’ (collective suffering) ซึ่งเป็นสภาวะที่ปัจเจกในสังคมได้ถูกร้อยรัดเชิงความรู้สึกเชื่อมโยงประสบการณ์ความเจ็บปวดและความทนทุกข์ (transpersonal suffering) (Kleinman, 1997) ทำให้ผู้ป่วยซึมเศร้าตระหนักได้ว่า พวกเขามิได้เผชิญกับความทนทุกข์เพียงลำพัง หากแต่ยังมีผู้คนร่วมสังคมอีกมากที่ต้องดิ้นรนต่อสู้กับความยากลำบาก [ไม่ว่าจะเป็นความอดอยากหิวโหย สภาวะการไร้บ้าน ตลอดจนการถูกเหมารวม ตีตรา และเลือกปฏิบัติอย่างไม่เป็นธรรม] ในแง่นี้ ‘เรือนร่างที่ประสบทุกข์’ (suffering body) ได้กลายเป็นสะพานเชื่อมโยงความเปราะบาง สภาวะความไร้อำนาจ ความรู้สึกเป็นเหยื่อ (victimized) ตลอดจนประสบการณ์และความรู้สึกทนทุกข์ระหว่างผู้ป่วยซึมเศร้าและเพื่อนร่วมสังคม (Kleinman, 1977; Furedi, 2004) ที่ทำให้ผู้ป่วยซึมเศร้ารับรู้ถึงความหมายและคุณค่าชีวิตของตนเองอีกครั้ง ดังสะท้อนในเรื่องเล่าของ ‘พี่เดือน’ (นามสมมติ) และ ‘พี่ปอ’ (นามสมมติ) ที่ชี้ให้เห็นว่าวิกฤต COVID-19 ได้ทำให้พวกเธอได้กลับมาทบทวนหวนคิดและตระหนักถึงคุณค่า ความหมาย และอภิสิทธิ์ในชีวิตที่พวกเขามีอยู่ในปัจจุบัน เมื่อเปรียบเทียบประสบการณ์ทนทุกข์ของตนเองกับผู้ประสบภัย COVID-19 และที่สำคัญวิกฤตโรคระบาดได้สร้างสถานการณ์ที่ทำให้พวกเขาได้มีโอกาสช่วยเหลือผู้คนที่ประสบทุกข์จากวิกฤต สามารถจัดวางตัวเองลงในสังคมที่พวกเขาเคยรับรู้ว่าแปลกแยกได้อีกครั้ง เกิดจุดมุ่งหมายในชีวิตขึ้นอีกครั้ง ด้วยการตั้งใจอุทิศชีวิตเพื่อครอบครัวและผู้คนที่ทนทุกข์กว่าพวกเขา

*“ก่อนหน้านี้ พี่เคยรู้สึกโทษในชะตาชีวิตตัวเองว่า ไม่ยุติธรรมที่ทำไมเราต้องมาเจอกับความโชคร้าย...แต่พอโควิดระบาดขึ้นมา เราได้เห็นคนไม่มีจะกิน คนตกงานกลายเป็นคนเร่ร่อน พี่ก็กลับมาคิดว่า เออพี่ให้ค่ากับความทุกข์ของเรามากเกินไปหรือเปล่า อย่างน้อยพี่ยังมีงานทำ ขนาดเราป่วยที่ทำงานก็ยังเก็บเราไว้ ยังมีรายได้เลี้ยงพ่อที่ป่วยและแม่ที่พึ่งจะตกงานได้ ทำให้กลับมาคิดว่าชีวิตพี่ก็ยังโชคดีกว่าคนอื่น ทำไมต้องมานั่งอมทุกข์มากกว่าคนอื่นๆ ทั้งที่สิ่งที่เราเจอยังน้อยกว่าคนอื่นๆ...พี่เห็นวัดแถวบ้านมีโรงทาน ก็เลยไปช่วยงานตอนเช้าก่อนไปทำงาน และไปช่วยเสาร์-อาทิตย์ เหนื่อยแต่มีความสุขมากเลยที่พี่ได้ทำประโยชน์ให้ใครบ้าง ได้เป็นส่วนเล็กๆ ของคนในชุมชนที่ร่วมใจกันช่วยคน ทำให้เราเห็นคุณค่าของชีวิตที่เราเคยอยากจบๆ มันไป ความคิดเรื่องฆ่าตัวตายในหัว พอเกิดโควิดนี้ก็ลืมไปเลย แปลกดี ทั้งๆ ที่กินยามาตลอดความคิดอยากตายก็ไม่หายไปวนเวียนในหัว แต่เพราะวิกฤตทำให้เราหันกลับมาคิดว่าชีวิตเรายังสามารถทำอะไรได้เพื่อคนอื่น และพ่อที่ป่วยกับแม่ที่ตกงานยังต้องพึ่งเรา ถ้าฆ่าตัวตายไป มันจะเป็นภาระให้พ่อแม่ที่ไม่มีใครดูแล เป็นภาระให้หมอที่เขาต้องทำงานหนักอยู่แล้ว และรู้สึกผิดต่อคนที่เขาลำบากกว่าเราแต่ยังสู้อยู่ มันทำให้เราอยากมีชีวิตอยู่ อยู่เพื่อทำหน้าที่ของเราให้ดี อยู่เพื่อวันข้างหน้าเผื่อได้ช่วยคนอื่นอีก”*

สอดคล้องกับทรรศนะของ ‘พี่ปอ’ ที่มองว่าวิกฤต COVID-19 ได้สร้างสถานการณ์ที่ทำให้เธอเห็นถึงคุณค่าในตัวเอง ตระหนักถึงบทบาทของอาชีพที่เธอทำว่ามีความหมาย และตั้งเป้าหมายว่าจะใช้ศักยภาพที่เธอมีอยู่ช่วยเป็นปากเป็นเสียงให้แก่ผู้คนทุกข์ยาก

*“โรคโควิด-19 ที่มันระบาด มันทำให้เราเห็นคุณค่าของตัวเองมากขึ้น...ยิ่งตอนเราลงพื้นที่ไปหาแหล่งข่าวให้สื่อ ได้เห็นว่าคนที่เคยเป็นพนักงานมีที่อยู่ ต้องตกงานไม่มีเงินจ่ายค่าเช่าบ้าน ครอบครัวก็ไม่เหลียวแล ต้องออกมาเร่ร่อน ได้สัมภาษณ์ครอบครัวของคนที่ฆ่าตัวตายเพราะพิษโควิดว่าคนที่ยังอยู่เขาสูญเสียแค่ไหน...พอได้เห็นสภาพแบบนี้แบบตรงๆ ทำให้คิดได้นะปัญหาที่เราเจอเป็นเพียงแค่หนึ่งในหลายปัญหาชีวิตที่พวกเขาเจอเท่านั้นเอง ชีวิตเรามีพริวิเลจแค่ไหนแล้ว...การที่เรามานั่งซึมเศร้าและคิดฆ่าตัวตายมันดูถูกพริวิเลจของเรามากเลย ทั้งๆ ที่เรายังมีศักยภาพ เรามีฟังก์ชั่นในสังคม เรายังสามารถใช้บทบาทนักข่าวช่วยเหลือคนอื่นได้...เราคิดกับตัวเองว่าไม่อยากอยู่เพื่อตัวเองไม่เป็นไร แต่ ‘ตอนนี้’ เราอยู่เพื่อคนอื่นก็ยังดี วิกฤตทำให้เราค้นพบว่า การใช้ชีวิตในอดีตของเราผิด แต่ก่อนพี่คิดว่าความสุข คือ เราต้องหาเงินเยอะๆ จะได้หาซื้อความสุขให้ตัวเองได้ ต้องแข่งขันให้อยู่แถวหน้าคนอื่นจะได้รับรู้ว่าเรามีตัวตน ให้เรากดดันตัวเอง เพราะเราถูกสอนมาว่าความสำเร็จหรือความล้มเหลวเกิดจากตัวเรา พี่ว่าความคิดแบบนี้ก็มีส่วนทำให้คนเป็นซึมเศร้านะ มันทำให้กดดันตัวเองและโทษตัวเอง จนลืมมองไปว่ามันมีความไม่เท่ากันของคนอยู่ แต่ตอนนี้เราเห็นเลยว่าการใช้ชีวิตแบบนั้นทำให้พี่เป็นซึมเศร้า ความสุขจริงๆ มันเกิดจากการที่เราได้ใช้ศักยภาพที่เรามีอยู่ช่วยคนอื่น การช่วยเหลือคนอื่นได้กลายมาเป็นความหมายของชีวิตใหม่ของเรา”*

สำหรับ ‘พี่เดือน’ และ ‘พี่ปอ’ ปรากฏการณ์วิกฤต COVID-19 ได้สร้าง ‘ประสบการณ์ทนทุกข์รวมหมู่’ ที่ช่วยให้ผู้ป่วยซึมเศร้าสามารถสถาปนาความเชื่อมโยงทางสังคมกับผู้คนรอบข้างและผู้คนในสังคมได้อีกครั้งว่าพวกเขาไม่ได้เผชิญกับชะตาชีวิตที่ทนทุกข์เพียงลำพัง ตรงกันข้ามพวกเขากลับรู้สึกว่าตนมีอภิสิทธิ์มากกว่าผู้คนอีกมากมายที่กำลังดิ้นรนต่อสู้กับวิกฤตโรคระบาด ทำให้เกิดการทบทวนคุณค่าความหมายของชีวิตและตัวตนใหม่ ขณะเดียวกันการได้ช่วยเหลือผู้คนก็ทำให้ผู้ป่วยซึมเศร้าเหล่านี้รู้สึกได้รับการบูรณาการเข้าเป็นส่วนหนึ่งของชุมชน มิได้แปลกแยกลำพัง ตลอดจนค้นพบว่าความสุขในชีวิตของพวกเขาคือการได้ใช้ศักยภาพที่ตัวเองมีอยู่ช่วยเหลือคนที่ทุกข์ยาก โดยงานศึกษาของหงเฟย ตู้ (Hongfei Du) และคณะ (2015) และเบร็ทท์ ฟอร์ด (Brett Ford) และคณะ (2015) ที่ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการมีการมองชีวิตแบบมุ่งเน้นส่วนรวม/การมีโลกทัศน์ความสุขแบบรวมหมู่ (collectivistic orientation/social orientation) กับสุขภาวะทางจิตและโรคซึมเศร้า พบว่า การมองชีวิตแบบมุ่งเน้นส่วนรวม [ความสุขและความทุกข์เป็นสิ่งที่เราสามารถแบ่งปันกับเครือข่ายสังคมรอบข้างได้] ช่วยบรรเทาอาการของโรคซึมเศร้าได้ ด้วยการการเพิ่มการรับรู้ความสามารถของตนเอง (self-efficacy) ช่วยสถาปนาความรู้สึกเชื่อมโยงทางสังคมและความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของชุมชน/สังคมให้แก่ปัจเจกอีกครั้ง (Du et al, 2015; Ford et al, 2015) มากไปกว่านั้น สำหรับ ‘ปอ’ ยังสะท้อนให้เห็นว่า ‘ค่านิยมแบบทุนนิยม’ ก็อาจเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เธอเป็นซึมเศร้า ผ่านการบ่มเพาะตัวตนให้มีลักษณะการมองโลกแบบมุ่งเน้นปัจเจก ทำให้เกิดความกดดันและการโทษตัวเอง โดยงานศึกษาของโรเจอร์ วาลช์ (Roger Walsh) (2011) และงานของทิม แคสเซอร์ (Tim Kasser) และคณะ (2007) ต่างเผยให้เห็นว่าบริบทสังคมวัฒนธรรมแบบทุนนิยมมีความสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นความชุกของโรคซึมเศร้าในประชากร โดยค่านิยมแบบทุนนิยมที่เน้นการแข่งขันอย่างเข้มข้น การมีวัฒนธรรมแบบการกำหนดชะตาชีวิตตัวเอง (self-determination) วัฒนธรรมแบบโทษเหยื่อ (blaming-the-victim discourse)และการลดลงของการสนับสนุนทางสังคม ได้สร้างความกดดันในชีวิตและบั่นทอนสุขภาวะของปัจเจก จนนำไปสู่การเกิดพยาธิสภาพทางจิตของผู้คนในโลกตะวันตกอย่างมีนัยยะสำคัญ (Kasser et al, 2007; Walsh, 2011)

นอกจากนี้ สำหรับผู้ป่วยซึมเศร้าบางคน วิกฤตการณ์ COVID-19 ก็อาจถูกให้ความหมายว่าเป็นได้สร้างโอกาสให้พวกเขาสามารถรื้อฟื้น/ปรับความสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัวใหม่ (relational reframing) พร้อมๆ กับทำให้ตระหนักรับรู้ถึง ‘ความสำคัญของการมีตัวตน/ตำแหน่งแห่งที่ของตนเองในครอบครัว’ ในแง่ที่ว่าพวกเขายังสามารถเป็นที่เสาหลักและเป็นที่พึ่งให้แก่ครอบครัวได้ในยามวิกฤต ดังในกรณีของ ‘พี่หมวย’ จากที่เคยให้ความหมายตัวเองในฐานะภาระหรือ ‘สมการส่วนเกิน’ ของครอบครัว วิกฤต COVID-19 ได้สร้างสถานการณ์ที่ขับเน้นให้เห็นว่าตัวเธอก็เป็นฟันเฟืองที่สำคัญที่ทำให้ครอบครัวของเธอยังสามารถขับเคลื่อนไปได้ในยามวิกฤต และมีสิทธิมีเสียงภายในครอบครัวมากขึ้น หรือ ในกรณีของ ‘เกริก’ (นามสมมติ) ที่ซึ่งวิกฤตที่ทำให้พ่อแม่ตระหนักถึงคุณค่าในตัวของเขา จากที่เคยถูกปรามาสและเปรียบเทียบกับพี่ชายจนกลายเป็นปมในใจ วิกฤตได้เข้ามาคลี่คลายปมดังกล่าวลง ดังเรื่องเล่า ‘เกริก’ สะท้อนไว้ว่า

*“...แม่กับพ่อเขาไม่เคยภูมิใจในตัวผม โดนเสียดสีเปรียบเทียบกับพี่ตลอดว่าทำไมไม่ได้ครึ่งของเขา จนเป็นปมในใจเราตลอดว่าเราไม่เคยเป็นที่ภูมิใจในสายตาเขา...ช่วงต้นเดือนกุมภาฯ พ่อ จู่ๆ ก็เป็นอัมพาต หมอบอกเป็นโรคเส้นเลือดในสมอง ผ่าตัด ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ต้องกายภาพทุกวัน...แม่ก็โทรไปปรึกษาพี่ชาย แต่พี่กลับไม่ช่วยแม้กระทั่งออกเงินเลย เขาบอกว่าโดนเลิกจ้างจากสายการบิน บอกว่าแทบไม่มีเงินเหมือนกัน แล้วก็ต้องดูแลครอบครัวเขาด้วย...แม่เสียใจมาก แล้วก็เครียดเรื่องค่าใช้จ่าย แม่ผิดหวังมากที่พอเกิดวิกฤตคนที่หวังพึ่งที่สุดกับพึ่งไม่ได้ แต่ผมก็ไปปลอบแม่ว่าผมมีเงินเก็บอยู่พอสมควร แล้วผมทำงานอยู่บ้านอยู่ดูแลพ่อได้แม่ไม่ต้องห่วง...ทุกวันนี้ ผมก็ช่วยพ่อทำกายภาพ ช่วยพยุงเดิน...วิกฤตทำให้ผมกลับมาใกล้ชิดกับพ่อแม่อีกครั้ง ผมได้เห็นน้ำตาของพ่อกับคำพูดที่เขาพยายามพูดขอบคุณเรา แม่ได้มาบอกขอโทษเราที่มองเราผิดไป ปมในใจมันคลี่คลายผ่านวันเวลาที่เราได้ดูแลใกล้ชิดเขา เหมือนว่าสิ่งที่ผมต้องการมาตลอดคือความรักความชื่นชมของเขา...อาการซึมเศร้าของผมก็ค่อยๆ ดีขึ้น ความคิดลบๆ ความรู้สึกไม่ถูกรัก ความรู้สึกไม่ดีพอ หายหมดไป สองครั้งที่ผมพบหมอล่าสุด ผมเล่าให้หมอฟัง หมอก็บอกเราอาการดีขึ้นมากเลย หมอก็ปรับยาลดลง”*

เรื่องเล่าของทั้ง ‘พี่เดือน’, ‘พี่หมวย’, ‘พี่ปอ’ และ ‘เกริก’ มีจุดร่วมที่น่าสนใจในแง่ที่ว่า ผู้ป่วยซึมเศร้าทั้ง 4 คนต่างได้ให้ความหมายกับ ‘การรับรู้ถึงศักยภาพกระทำการของตัวตน’ (agency/self-efficacy) [ไม่ว่าจะเป็น การสามารถช่วยเหลือคนที่ทุกข์ยาก การเป็นปากเป็นเสียงให้แก่คนตัวเล็กตัวน้อย และการได้เป็นเสาหลักของครอบครัว] นั้นมีส่วนสำคัญต่อการฟื้นคืนความเป็นองค์ประธานสามัญให้กลับสู่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามากกว่าการบำบัดรักษาตามมาตรการทางจิตเวชศาสตร์ทั้งนี้ส่วนหนึ่งเนื่องจากศักยภาพกระทำการมีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกับการมีความหวัง โดยเมื่อปัจเจกมีความหวังก็จะนำไปสู่การมีความคิดเชิงบวกมากขึ้น ความคิดเชิงลบน้อยลง และมีมุมมองชีวิตแบบมุ่งอนาคต (forward-looking orientation) (Snyder, 2000)

เรื่องเล่าของผู้ป่วยซึมเศร้าสะท้อนให้เห็นถึงการรับรู้และการตีความให้ความหมายต่อชีวิตซึมเศร้าท่ามกลางโลกยุค COVID-19 อย่างแตกต่างหลากหลาย เกินกว่าขอบเขตการรับรู้ภายใต้กรอบทัศน์เชิงการแพทย์ที่ลดทอนโลกประสบการณ์ของผู้ป่วยซึมเศร้าและปฏิบัติราวกับว่าพวกเขามีความเป็นกลุ่มก้อนเนื้อเดียวกัน ที่ซึ่ง ‘ควรจะ’ ได้รับผลกระทบจากปรากฏการณ์วิกฤตอย่างไม่แตกต่างกัน [ดังสะท้อนในกองทัพวรรณกรรมทางการแพทย์ที่ให้ความหมายปรากฏการณ์โรคระบาด COVID-19 ในฐานะปัจจัยเชิงลบต่อผู้ป่วยจิตเวช] โดยเรื่องเล่าของผู้ป่วยซึมเศร้าได้เผยให้เห็นถึงการนิยามความหมายของโรคซึมเศร้าที่แตกต่างลั่กลั่นกับชุดคำอธิบายแบบการแพทย์สมัยใหม่ ผ่านการเผยให้เห็นถึงการบรรจบทับซ้อนกันของเงื่อนไขเชิงโครงสร้างและเงื่อนไขส่วนบุคคลอย่างมีเอกลักษณ์และจำเพาะ ที่ซึ่งทำให้ท่วงทำนองชีวิตทางสังคม/และประสบการณ์ท่ามกลางโลกยุค COVID-19 ของผู้ป่วยซึมเศร้ากลายเป็นโอกาสสำหรับบางผู้ป่วยบางคนให้สามารถทบทวนความหมายชีวิต รื้อฟื้นสัมพันธภาพหรือหลุดพ้นจากโรคซึมเศร้าได้ ขณะที่สำหรับผู้ป่วยซึมเศร้าบางกลุ่มกับต้องแบกรับความทนทุกข์ที่ถาโถมเข้ามาซ้ำเติมโลกชีวิตซึมเศร้าของพวกเขาให้เลวร้ายยิ่งขึ้น

**(V) ‘สภาวะทับซ้อน’: เหตุผลเบื้องหลังของการให้ความหมายและการตีความโลกยุค COVID-19 ที่หลากหลายของผู้ป่วยซึมเศร้า**

เรื่องเล่าประสบการณ์ชีวิตของผู้ป่วยซึมเศร้าท่ามกลางโลกยุค COVID-19 ได้เผยให้เห็นถึง ‘ภววิทยาที่หลากหลายของโรคซึมเศร้า’ (ontological plurality of depressive disorder(s)) ที่ซึ่งผู้ป่วยให้ความหมายและตีความโลกชีวิตซึมเศร้าท่ามกลางสถานการณ์ COVID-19 อย่างแตกต่างหลากหลาย บ้างให้ความหมายว่าเป็นวิกฤตที่เข้ามาแปรเปลี่ยนท่วงทำนองชีวิตประจำวันของพวกเขา บ้างตีความว่าเป็นวิกฤตหนักหน่วงที่ซ้ำเติมชีวิตของพวกเขาให้เลวร้ายเกินกว่าจะทานทน บ้างรับรู้ว่าเป็นโอกาสที่ทำให้พวกเขาได้ทบทวนคุณค่าและค้นพบความหมายของชีวิตใหม่ และบ้างก็มองว่าเป็นโอกาสที่เข้ามาสร้างเงื่อนไขให้พวกเขาสามารถแสดงศักยภาพ/รื้อฟื้นความสัมพันธ์และยึดโยงตัวเองกลับเข้าโครงสร้างความสัมพันธ์ที่เคยแปลกแยกได้อีกครั้ง ฉะนั้น ถึงแม้งานชิ้นนี้มิได้ปฏิเสธถึงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านที่เป็นชีววิทยากับโรคซึมเศร้า (Hirschfeld, 2000; Charney & Manji, 2004; Cowen & Browning, 2015) หากแต่ภายใต้เรื่องเล่าที่หลากหลายของผู้ป่วยซึมเศร้า งานชิ้นนี้ได้สะท้อนให้เห็นว่าโลกชีวิตของผู้ป่วยซึมเศร้าจึงมีความสลับซับซ้อนเกินกว่าที่จะอธิบาย/ให้ความหมายผ่านกรอบทัศน์ทางจิตเวชศาสตร์ที่มองว่า (i) โรคซึมเศร้าและพฤติกรรมที่ผิดปรกติเป็นสิ่งประกอบสร้างทางชีววิทยา (biological construct) ที่สร้างชุดคำอธิบายว่าเป็นผลผลิตจากความผิดปรกติเชิงโครงสร้างภายในสมองหรือความไม่สมดุลของสารสื่อประสาทในสมอง ซึ่งสามารถจัดการ/ฟื้นคืนสภาวะสมดุลได้ด้วยการประกอบสร้างความเป็นตัวตนของผู้ป่วยในฐานะ ‘องค์ประธานที่สามารถบำบัดด้วยยา’ (pharmaceutical subjectivity)(Biehl, 2010; Jenkins, 2010) อย่างตรงไปตรงมา ดังสะท้อนในทรรศนะของผู้ป่วยซึมเศร้าที่ชี้ให้เห็นว่ายาต้านเศร้าไม่เพียงพอที่จะช่วยกอบกู้ความเป็นองค์ประธานปรกติสามัญให้แก่พวกเขาได้ ดังในกรณีของ ‘พี่แดง’ ที่ชี้มองว่า “*จากที่เคยคิดว่ายามันช่วยพยุงอารมณ์ให้สงบได้ ตอนนี้แม้ปรับเพิ่มปริมาณยา แต่ความรู้สึกดิ่ง ความรู้สึกอยากตายๆ ไป แต่ละวันก็มีแต่รุนแรงขึ้น”* และ (ii) เป็นสิ่งประกอบสร้างทางจิตวิทยา (psychological construct) ที่อธิบายโรคซึมเศร้าในฐานะการมีทัศนคติที่บิดเบือนผิดแปลกไปจากความเป็นจริง และพฤติกรรมเบี่ยงเบนเป็นผลจากการปรับตัวเชิงลบของผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพทางจิต (American Psychiatric Association, 2013; Stein et al, 2010) ที่สามารถรับมือได้ด้วยการประกอบสร้างความเป็นตัวตนของผู้ป่วยในฐานะ ‘องค์ประธานที่เชื่องเชื่อและคิดบวก’ (positive-docile subjectivity) ด้วยการทำจิตบำบัด ซึ่งในทรรศนะของผู้ป่วยมองว่า ‘การคิดบวก/การมองบวก’ ถูกมองว่าบางครั้งไม่เพียงแต่ไม่ช่วยอะไร กลับทำให้พวกเขารู้สึกถูกถูกกดขี่มากขึ้น

วาทกรรมทางจิตเวชศาสตร์ว่าด้วยโรคซึมเศร้าที่ให้ความหมายปรากฏการณ์ผ่านกรอบ ‘พยาธิสภาพที่อยู่ภายในปัจเจก’ จึงเป็นกรอบที่ลดทอน/ละเลยความสลับซับซ้อนที่หลากหลายของ “ความเป็นจริงที่มีชีวิตของตัวโรคซึมเศร้า” (the lived realities of depression) (Lang, 2018: 96) ยกตัวอย่างเช่น ภายใต้กรอบจิตเวชศาสตร์พฤติกรรมการทำร้ายตัวเอง (self-harm) ถูกลดทอนให้เป็นเพียง [หนึ่งในหลาย] อาการของโรคซึมเศร้า ในแง่หนึ่งมันได้ปิดซ่อนอำพรางปัญหาเชิงโครงสร้าง (Mills, 2014) เช่น ความรุนแรงเชิงเพศภาวะและการไม่สามารถเข้าถึงทรัพยากรได้อย่างเท่าเทียมอันเกิดจากเพศภาวะให้กลายเป็นปัญหาพยาธิสภาพส่วนบุคคล ทั้งๆ ที่ปัจจัยเรื่องความไม่เท่าเทียมเชิงเพศภาวะและความรุนแรงที่สืบเนื่องจากเพศภาวะในโครงสร้างความสัมพันธ์เชิงอำนาจระหว่างเพศก็เป็นหนึ่งในปัจจัยกำหนดเชิงสังคม (social determinants) ที่นำไปสู่ผลลัพธ์ทางสุขภาวะที่แตกต่างกันระหว่างเพศชายและเพศหญิงได้ (Caiola et al, 2014) ดังเช่นในกรณีของ ‘พี่แดง’ ที่บทบาทเชิงเพศภาวะและการมีสถานะรองทางอำนาจในครัวเรือนแบบปิตาลัย ไม่เพียงแต่สร้างข้อจำกัดในแง่ของ ‘ตัวเลือกหนทางและวิธีการ’ ในการรับมือกับสภาวะตึงเครียด [หรือ ‘สิ่งเร้ากระตุ้น’ (stressor) ในทางการแพทย์] ของผู้ป่วยซึมเศร้า ให้เธอไม่เหลือหนทางใดๆ นอกจากการระบายอารมณ์และแสดงสัญญะการต่อต้านผ่านเรือนร่างของเธอด้วยการกรีดข้อมือ หากแต่ยังมันยังปิดกั้นโอกาสในการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ที่มีคุณภาพ จากการที่เธอไม่มีอำนาจในการควบคุม/เข้าถึงทรัพยากรได้ ทำให้เธอจำต้องเปลี่ยนจากการรักษาในโรงพยาบาลเอกชนที่เคยรักษาประจำไปรักษายังโรงพยาบาลสิทธิประกันสังคมแทน เป็นต้น การรับรู้ความหมายผ่านกรอบทัศน์ทางการแพทย์เพียงลำพังจึงไม่เพียงแต่ไม่สามารถจับภาพความสลับซับซ้อนของภววิทยาที่หลายหลากของตัวโรคซึมเศร้าได้เท่านั้น หากแต่ยังในสายตาของผู้ป่วยซึมเศร้ายังให้ความหมายกับคำแนะนำของจิตแพทย์ให้คิดบวก/ยอมจำนน/หลีกเลี่ยงการปะทะว่าเป็น ‘ความคิดเชิงบวกที่เป็นพิษภัย’ (toxic positivity) ที่ทำให้พวกเธอยิ่งถูกกดขี่/กดทับจากผู้ใช้อำนาจ ตลอดจนยังเป็นการปิดกั้นโอกาสในการกอบกู้ความเป็นองค์ประธานของผู้ป่วยให้กลับไปสู่สภาวะปรกติสามัญตามพันธกิจของจิตเวชศาสตร์ฉะนั้น ในการทำความเข้าใจความซับซ้อนของภววิทยาโรคซึมเศร้าจึงจำเป็นเข้าใจความเป็นจริงของตัวโรคผ่านประสบการณ์เชิงอัตวิสัยของปัจเจก/ผ่านโลกทัศน์ของผู้ป่วยด้วย

เมื่อพิจารณาผ่านโลกทัศน์และการให้ความหมายของผู้ป่วยซึมเศร้าได้ช่วยคลี่คลายให้เห็นว่าโรคซึมเศร้าก็ยังมีมิติของการเป็นสิ่งประกอบสร้างทางสังคม-วัฒนธรรม (socio-cultural construct) ด้วย กล่าวคือ โรคซึมเศร้าส่วนหนึ่งก็เป็นผลิตผลที่เกิดการปะทะประสานระหว่างโครงสร้างและผู้กระทำการ (structure and agency) ***ในแง่ของเชิงโครงสร้าง*** – อาทิเช่น ***(i) โครงสร้างทางวัฒนธรรมแบบทุนนิยม*** ภายใต้เศรษฐกิจสังคมแบบทุนนิยมเสรีนิยมใหม่ พลเมืองถูกคาดหวังให้มีความเป็นองค์ประธานแบบเสรีนิยมใหม่ นั่นคือ ‘องค์ประธาน [ผู้แพ้] ดูแลตัวเอง’ (self-care subject) (Butler & Athanasiou, 2013) ที่ซึ่งปัจเจกเป็นผู้รับผิดรับชอบในความสำเร็จและความล้มเหลวของตัวปัจเจกและครอบครัว โดยความล้มเหลวในชะตาชีวิตเป็นผลจากความล้มเหลวเชิงศีลธรรมและความเบี่ยงเบนเชิงวัฒนธรรมของตัวปัจเจก ขณะที่โครงสร้างและระเบียบทางเศรษฐกิจการเมืองที่ดำรงอยู่มีความชอบธรรมและไม่ได้มีความผิดปรกติ (Bourgois, 2001; Butler & Athanasiou, 2013) บรรยากาศทางสังคมดังกล่าวได้สร้างความตึงเครียดในชีวิต การโทษตัวเอง และความรู้สึกด้อยค่าให้แก่ตัวปัจเจกที่ไม่สามารถปฏิบัติตามระเบียบแห่งเสรีนิยมใหม่ ***(ii) ความไม่เท่าเทียมเชิงเพศภาวะ*** ที่สร้างข้อจำกัดในแง่โอกาสชีวิตแก่ผู้ป่วยซึมเศร้าที่เป็นเพศหญิง ทั้งในแง่ของการถูกคาดหวังเชิงบทบาท ตลอดจนการมีสถานะรองทางอำนาจในครัวเรือน ส่งผลให้พวกเธอรู้สึกถึงสภาวะไร้อำนาจ การรับรู้ถึงสภาวะไร้ศักยภาพกระทำการ/ไร้อำนาจเองก็กลับไปบั่นทอนและสร้างความทนทุกข์ให้แก่โลกชีวิตของผู้ป่วยซึมเศร้าให้เลวร้ายลง [ดังที่ได้กล่าวไปข้างต้น] ***(iii) ความเหลื่อมล้ำไม่เท่าเทียมในระบบบริการสุขภาพ*** ในฐานะความรุนแรงเชิงโครงสร้างที่สกัดกั้นผู้ป่วยซึมเศร้าที่มีสถานะทางเศรษฐกิจที่อยู่ในช่วงชั้นระดับล่างไม่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพจิตยามที่พวกเขาต้องการความช่วยเหลือ ขณะเดียวกันผู้ป่วยซึมเศร้าที่ข้อจำกัดด้านเศรษฐฐานะก็รับรู้ถึงการถูกเลือกปฏิบัติ ดังที่ ‘พี่แดง’ ได้สะท้อนไว้ว่า *“ไม่เหมือนเอกชนที่เราสามารถไปได้ทันทีที่เรารู้สึกไม่ไหว เวลาพบหมอก็เจอแค่แปปเดียว ไม่เหมือนเอกชน มันทำให้เห็นว่าถ้าเราไม่มีเงินในโรงพยาบาล เราก็ไม่ได้ถูกเห็นหัวเห็นค่า หมอก็เหมือนไม่อยากฟังเราเท่าไหร่”* และ ***ในแง่เงื่อนไขส่วนบุคคลที่เป็นพันธนาการศักยภาพกระทำการของปัจเจก*** – อาทิเช่น ***(i) สถานะทางเศรษฐกิจของปัจเจก*** ปัจจัยด้านสถานะทางเศรษฐกิจมีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับสุขภาวะของผู้ป่วย อาทิเช่น การเป็นปัจจัยกำหนด ‘คุณภาพและการเข้าถึงบริการทางสุขภาพจิต’ ของผู้ป่วยซึมเศร้า และยังเป็นตัวกำหนดตำแหน่งแห่งที่ในโครงสร้างอำนาจของความสัมพันธ์ ดังเช่นในกรณีของ ‘พี่หมวย’ และ ‘เกริก’ ที่ซึ่งในสภาวะก่อนก่อนวิกฤตพวกเขาไม่ได้เป็นผู้หารายได้หลักแก่ครอบครัว ทำให้ตกอยู่ในสภาวะผู้ไร้เสียงภายในโครงสร้างอำนาจครัวเรือน เกิดความรู้สึกแปลกแยกจากการเป็นสมาชิกในครอบครัวและความรู้สึกเป็นภาระให้แก่พวกเขา เป็นต้น ***(ii) เพศภาวะ*** นอกจากปัจจัยเชิงเพศภาวะสามารถนำไปสู่ความไม่เท่าเทียมและความรุนแรงที่สืบเนื่องจสกเพศภาวะ ดังที่ได้กล่าวไปแล้ว ตัวเพศภาวะก็ยังได้สร้างแรงกดดันให้แก่ผู้ป่วยซึมเศร้า ผ่านมายาคติ ‘ความเป็นชาย’ (masculinity) ที่มองว่าผู้ชายต้องเป็นคนเข้มแข็งอดทน ขณะที่เพศชายที่ไม่สามารถสอดรับกับมายาคติดังกล่าวก็ถูกตีตรา ดังในกรณีของ ‘แบงค์’ ที่ถูกตีตราว่าการป่วยซึมเศร้านอกจากเป็นความเบี่ยงเบนทางพฤติกรรม ยังมีความเบี่ยงเบนเชิงเพศภาวะ หรือ ‘ความเป็นหญิง’ (feminity) ในกรณีของ ‘พี่แดง’ ที่เธอรู้สึกอิหลักอิเหลื่อขัดแย้งภายในจิตใจระหว่างด้านหนึ่งการถูกตราหน้าว่าบกพร่องในการดำรงไว้ซึ่งบทบาททางเพศสภาวะที่ถูกคาดหวัง นั่นคือ การเป็นสะใภ้ที่ดี (cult of domesticity) ทำให้เธอรู้สึกกดดันด้อยค่าและไม่อยากมีชีวิตอยู่ ขณะที่ในอีกด้านหนึ่ง ก็ต้องการธำรงไว้ซึ่งบทบาทของ ‘ความเป็นแม่’ (motherhood) ที่มีภาระต้องดูแลลูก อันเป็นเงื่อนไขเหนี่ยวรั้งให้เธอต้องมีชีวิตอยู่ เป็นต้น และ ***(iii) ทุนทางสังคม*** การถูกตัดขาด/การไร้ซึ่งเครือข่ายทางสังคมคอยเป็นแหล่งพึ่งพิง/ให้การสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้ป่วยซึมเศร้ายามต้องเผชิญกับความกดดันทนทุกข์ (stress-buffering) ทำให้โลกชีวิตซึมเศร้าท่ามกลางวิกฤตมีสภาพเลวร้ายมากขึ้นและอาการของโรคก็ย่ำแย่ลง [ดังในกรณีของพี่แดง] ขณะที่ผู้ป่วยซึมเศร้าบางคนก็ได้สถาปนาเครือข่ายทางสังคมผ่านกิจกรรมการช่วยเหลือผู้คน ก็ได้สร้างความรู้สึกความส่วนหนึ่งของชุมชน/สังคม (sense of belonging) และความเชื่อมโยงทางสังคม (social connectedness) ให้แก่ผู้ป่วยซึมเศร้าว่าพวกเขามิได้เผชิญกับความทนทุกข์เพียงลำพัง เกิดการทบทวนความหมายของชีวิตใหม่และตระหนักถึงคุณค่าชีวิตของตนเอง ทำให้ผู้ป่วยซึมเศร้าสามารถฟื้นคืนความเป็นองค์ประธานสามัญกลับคืนได้อีกครั้ง เป็นต้น ดังนั้นจะเห็นได้ว่า ในแง่หนึ่งโรคซึมเศร้าเองก็เป็นผลผลิตจากการปะทะประสานระหว่างการบรรจบกันของอัตลักษณ์ที่หลากหลายทับซ้อนกันของปัจเจก กับปัจจัยเชิงโครงสร้างในระบบทางสังคมหนึ่งๆ ที่ผสมผเสทำให้เกิดความไม่เท่าเทียมในเชิงสุขภาวะของแต่ละปัจเจก ทำให้สำหรับผู้ป่วยซึมเศร้าบางกลุ่มอยู่ในสถานะได้เปรียบเชิงโครงสร้าง (structural advantage) ที่สามารถสร้างโอกาสได้ในวิกฤต COVID-19 ขณะที่ผู้ป่วยซึมเศร้าบางกลุ่มที่อยู่ในสถานะเสียเปรียบเชิงโครงสร้าง (structural disadvantage) ก็ถูกวิกฤตซ้ำเติมประสบการณ์ความเจ็บป่วยของปัจเจกเลวร้ายลง (Heard et al, 2019) ยังผลให้ผู้ป่วยซึมเศร้าเหล่านี้ให้ความหมายกับปรากฏการณ์โลกยุค COVID-19 อย่างแตกต่างหลากหลาย

ฉะนั้นแล้วในการจับภาพและทำความเข้าใจความสลับซับซ้อนของ ‘ภววิทยาที่หลายหลากของโรคซึมเศร้า’ อันเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดการปฏิสัมพันธ์กันอย่างมีพลวัตของทั้งมิติเชิงชีววิทยาและมิติเชิงสังคมวัฒนธรรม จำเป็นต้องพิจารณาปรากฏการณ์ของโรคซึมเศร้าผ่านการบูรณาการร้อยรัดกรอบทัศน์จากโลกสองโลก [ที่มักถูกมองว่าขัดแย้งกัน] นั่นคือ โลกทัศน์ทางการแพทย์และมุมมองจากโลกประสบการณ์ของผู้ป่วยซึมเศร้ามาเติมเต็มช่องว่างซึ่งกันและกัน ขณะที่มุมมองชีวการแพทย์ที่มุ่งเน้นไปที่ปริมณฑลกายวิภาค (physiology) หรือประสบการณ์ที่แสดงผ่านทางร่างกาย (somatic) ขณะเดียวกันก็มีแนวโน้มที่จะลดทอนประสบการณ์เชิงอัตวิสัยว่าด้วยสุขภาพและความเจ็บป่วยให้กลายเป็นเรื่องพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นในกายวิภาค (Einstein & Shildrick, 2009; Luhrmann, 2000) ส่วนมุมมองเชิงสังคมศาสตร์ก็มีแนวโน้มที่จะละเลยแง่มุมเชิงชีววิทยาในประสบการณ์ของมนุษย์ และมุ่งเน้นไปที่บริบททางเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรมที่มีอิทธิพลในการหล่อหลอมสุขภาพและความเจ็บป่วย (Kelly, 2009) ผู้เขียนเชื่อว่า การเชื่อมผสานระหว่างโลกทัศน์ทั้งสองใบจะทำให้เราสามารถคลี่คลายความสลับซับซ้อนและทำความเข้าใจถึงภววิทยาที่หลากหลายของโรคซึมเศร้าได้อย่างลุ่มลึกขึ้น ตลอดจนเห็นถึงปัจจัยขับเคลื่อนเชิงโครงสร้างที่โยงใยผัวผันได้อย่างมีโครงสร้าง อันนำไปสู่ความเข้าใจ ‘ผู้ป่วยซึมเศร้าในแบบที่เขาเป็น’

**(VI) บทส่งท้าย**

งานศึกษานี้ได้สำรวจถึงโลกทัศน์ของผู้ป่วยซึมเศร้าที่ให้ความหมายชีวิตซึมเศร้าท่ามกลางโลกยุค COVID-19 เรื่องราวของพวกเขาได้ย้ำเตือนให้เห็นว่าวิทยาศาสตร์เพียงลำพังไม่เพียงพอที่จะทำความเข้าใจความสลับซ้อนของมนุษย์และสังคมได้ (Pinker, 2018) เฉกเช่นเดียวกับโรคระบาด COVID-19 โรคซึมเศร้าก็เป็นสิ่งประกอบสร้างที่เกิดจากการผสมผเสของปริมณฑลเชิงชีววิทยา และปริมณฑลทางสังคมวัฒนธรรม สะท้อนผ่านตัวเรื่องเล่าประสบการณ์เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าที่ผู้ป่วยต่างรับรู้/นิยามให้ความหมาย/และรับมือจัดการอย่างแตกต่างและจำเพาะ ซึ่งเป็นผลมาจากการปะทะประสานระหว่างปัจจัยเชิงโครงสร้างและเงื่อนไขส่วนบุคคลจากหลายระดับ นำไปสู่ความไม่เท่าเทียมเชิงผลลัพธ์ทางสุขภาพระหว่างปัจเจกแต่ละคน เรื่องราวของพวกเขาสะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นของการทบทวนชุดคำอธิบายว่าด้วยโรคซึมเศร้าเสียใหม่ ที่ซึ่งมีพลวัตและมีความสลับซับซ้อนเกินกว่าที่จะถูกผูดขาดการให้ความหมายภายใต้โลกทัศน์ทางการแพทย์เพียงลำพัง และละเลยโลกประสบการณ์หรือเสียงที่หลากหลายของผู้ป่วยซึมเศร้าอย่างที่เป็นมา (Luhrmann, 2000; Blazer, 2005) งานชิ้นนี้พยายามเสนอว่าก้าวแรกของการวิเคราะห์/บริหารจัดการกับโรคซึมเศร้าอย่างเหมาะสม คือ ความจำเป็นต้องเข้าใจธรรมชาติของความสลับซับซ้อนของโรคซึมเศร้า อันมาจากการผสานโลกทัศน์ของการแพทย์และโลกทัศน์ของผู้ป่วย ที่ซึ่งจะช่วยเชื่อมต่อแง่มุมทางชีววิทยา โลกประสบการณ์เชิงอัตวิสัย และแง่มุมเชิงสถาบันและสังคม อันนำไปสู่ความเข้าใจว่าทำไมประสบการณ์ว่าด้วยโรคซึมเศร้าจึงถูกหล่อหลอมอย่างแตกต่างไปตามบริบทของกาลและเทศะ ขณะเดียวกันความเข้าใจความซับซ้อนและภววิทยาที่หลากหลายของโรคซึมเศร้าก็นำไปสู่การหาความเป็นไปได้ใหม่ๆ ทั้งในแง่เชิงการรักษา ตลอดจนมาตรการและนโยบายที่มีประสิทธิภาพและมีความเหมาะสมต่อผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

**Bibliography**

Ahn, W-K. et al. (2009). “Mental Health Clinicians’ Beliefs About the Biological, Psychological, and

Environmental Bases of Mental Disorders.” **Cogn Sci** 33(2), 147 – 182.

American Psychiatric Association. (2013). **Diagnostic and Statistical Manual of Mental**

**Disorders.**(5th edition). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing***.***

Anderson, R. M. et al. (2020). “How Will Country-Based Mitigation Measures Influence the Course

of the COVID-19 Epidemic?” **Lancet** 395(10228), 931 – 934.

Bao, Y. et al. (2020). “2019-nCoV Epidemic: Address Mental Health Care to Empower Society.”

**Lancet** 22(395), E37– E38.

Bermant L. S. & N. Ssorin-Chaikov. (2020). “Introduction: Urgent Anthropological COVID-19 Forum.”

**Social Anthropology/Anthropologie Sociale** 0(0), 1 – 3

Biehl, J. (2010). ““CATKINE…Asylum, Laboratory, Pharmacy, Pharmacist, I and the Cure”:

Pharmaceutical Subjectivity in the Global South.” In **Pharmaceutical Self: The Global Shaping of Experience in an Age of Psychopharmacology,** 67 – 95. Edited by J. H. Jenkins. Santa Fe, NM: School of Advanced Research Press.

Blazer, D. G. (2005). **The Age of Melancholy: “Major Depression” and Its Social Origin.** New

York: Routledge.

Bourgois, P. (2001). “Culture of Poverty.” In **International Encyclopedia of the Social &**

**Behavioral Sciences,** 11904 – 11907. Edited by N. J. Smelser & P. B. Baltes, Oxford:

Pergamon.

Butler, J. & A. Athanasiou. (2013). ***Dispossession: The Performative in the Political.*** Cambridge:

Polity Press.

Briggs, C. (2005). “Communicability, Racial Discourse, and Disease.” ***Annual Review of***

***Anthropology*** 34, 269 – 291

Brown, H. (2019). “Complexity, Anthropology, and Epidemics.” In ***The Anthropology of***

***Epidemics.*** (eds) H. Ann et al, 121 – 134. New York: Routledge.

Caiola, C. et al. (2014). “Using an Intersectional Approach to Study the Impact of Social

Determinants of Health for African-American Mothers Living with HIV.” **ANS Adv Nurs Sci** 37(4), 287 – 298.

Carduff, C. 2015. **The Pandemic Perhaps: Dramatic Events in a Public Culture of Danger.**

Berkeley, CA: The University of California Press.

Chandan, J. S. et al. (2020). “COVID-19: A Public Health Approach to Manage Domestic Violence

is Needed.” **Lancet Public Health**5(6), E309.

Charney, D. S. & H. K. Manji. (2004). “Life Stress, Genes, and Depression: Multiple Pathways Lead

to Increased Risk and New Opportunities for Intervention.” **Science's STKE**16(225), re5

Chatterjee S. S. et al. (2020). “Impact of COVID-19 Pandemic on Pre-Existing Mental Health

Problems.” **Asian Journal of Psychiatry** 51(102071).

Chua, J. C. (2014). **In Pursuit of the Good Life: Aspiration and Suicide in Globalizing South**

**India.** Berkeley, CA: University of California Press.

Collins, P. H. & S. Bilge. (2016). **Intersectionality.** Malden, MA: Polity Press.

Corin, E. & G. Lauzon. (1992). “Positive Withdrawal and the Quest for Meaning: The

Reconstruction of Experience among Schizophrenics.” **Psychiatry** 55, 266 – 281.

Cowen, P. J. & M. Browning. (2015). “What Has Serotonin to Do with Depression?” **World**

**Psychiatry** 14(2), 158 – 160.

de Lima, C. A. et al. (2020). “COVID-19: Isolations, Quarantines and Domestic Violence in Rural

Areas.” **SciMedicine Journal** 2(1), 44 – 45.

Druss, B. G. (2020). “Addressing the COVID-19 Pandemic in Populations With Mental Illness.”

**JAMA Psychiatry.**

Du, H. et al. (2015). “Collectivistic Orientation, Acculturative Stress, Cultural Self-Efficacy, and

Depression: A Longitudinal Study among Chinese Internal Migrants.” **Community Ment Health J** 51(2), 239 – 248.

Einstein G. & M. Shildrick. (2009). “The Postconventional Body: Retheorising Women’s Health.”

**Soc Sci Med**69(2), 293 – 300.

Engel, G. L. (1977). “The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine.” **Science**

196(4286), 129 – 136.

Evans, C. R. & N. Erickson. (2019). “Intersectionality and Depression in Adolescence and Early

Adulthood: A MAIHDA Analysis of the National Longitudinal Study of Adolescent to Adult Health, 1995 – 2008.” **Soc Sci Med** 220, 1 – 11.

Fabrega, H. (1974). **Disease and Social Behavior.** Cambridge: MIT Press.

Falicov, C. J. (2003). “Culture, Society and Gender in Depression.” **Journal of Family Therapy**

25, 371 – 387.

Ford, B. Q. et al. (2015). “Culture Shapes Whether the Pursuit of Happiness Predicts Higher or

Lower Well-Being.” **Journal of Experimental Psychology** 144(6), 1053 – 1062.

Foucault, M. (1978). **The History of Sexuality, Volume 1: An Introduction.** (Trans) R. Hurley.

New York: Pantheon Book.

Furedi, F. (2004). **Therapy Culture: Cultivating Vulnerability in an Uncertain Age.** London:

Routledge.

Gao, J. et al. (2020). “Mental Health Problems and Social Media Exposure during COVID-19

Outbreak.” **PLOS ONE** 15(4): e0231924.

Ge, L. et al. (2017). “Social Isolation, Loneliness and Their Relationships with Depressive

Symptoms: A Population-Based Study.” **PLOS** 12(8), e0182145.

Ghadirian, A-M. (2015). “Depression: Biological, Psychosocial and Spiritual Dimensions and

Treatment.” **Journal of Bahá’í Studies** 25(4).

Grewal, I. (2008). “Postcoloniality, Globalization, and Feminist Critique.” **American**

**Anthropologist** 10(4), 517 – 520.

Guadagno, L. (2020). **Migrants and the COVID-19 Pandemic: An Initial Analysis.** Geneva:

International Organization for Migration (IOM).

Hall, G. et al. (2020). “A Tale of Two Pandemics: How Will COVID-19 and Global Trends in Physical

Inactivity and Sedentary Behavior Affect One Another?” **Progress in Cardiovascular Diseases**, 1 – 3.

Hanna, B. & A. Kleinman. (2013). “Unpacking Global Health: Theory and Critique.” In **Reimaging**

**Global Health: An Introduction**, 15 – 32. Edited by P. Farmer et al. Berkeley, CA: University of California Press.

Hari, J. (2018). **Lost Connections: Uncovering the Real Causes of Depression—and the**

**Unexpected Solution.** New York: Bloomsbury.

Hattery, A. J. (2008). **Intimate Partner Violence.** New York: Rowman & Littlefield Publishers.

Haw, C. et al. (2018). “Psychiatric and Personality Disorders in Deliberate Self-Harm Patients.” **The**

**British Journal of Psychiatry**178(1), 48 – 54.

Heard, E. et al. (2019). “Applying Intersectionality Theory in Health Promotion Research and

Practice.” **Health Promotion International**daz080, 1 – 11.

Hirschfeld, R. M. A. (2000). “History and Evolution of the Monoamine Hypothesis of Depression.”

**J Clin Psychiatry** 61(Suppl 6), 4 – 6.

Husain, A. et al. (2020). **Coronavirus Pandemic: Effects, Prevention and Management**. New

Delhi: The Readers Paradise.

Jacob, K. S. (2015). “Patient Experience and the Psychiatric Discourse: Attempting to Bridge

Incommensurable Worlds.” **Indian Journal of Psychiatry**57(4), 423 – 426.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_. (2012). “Patient Experience and Psychiatric Discourse.” **The Psychiatrist** 36(1), 414 –

417.

Jenkins, J. H. (2010). “Introduction.” In **Pharmaceutical Self: The Global Shaping of Experience**

**in an Age of Psychopharmacology,** 67 – 95. Edited by J. H. Jenkins. Santa Fe, NM: School of Advanced Research Press.

Kasser, T. et al. (2007). “Some Costs of American Corporate Capitalism: A Psychological Exploration

of Value and Goal Conflicts.” **Psychological Inquiry** 18(1), 1 – 22.

Kawohl, W. & C. Nordt. (2020). “COVID-19, Unemployment, and Suicide.” **Lancet Psychiatry** 7,

389 – 290

Keck, F. et al. (2019). “Introduction: The Anthropology of Epidemics.” In **The Anthropology of**

**Epidemics,**1 – 23. Edited by H. Ann et al. New York: Routledge.

Kelly, U. A. (2009). “Integrating Intersectionality and Biomedicine in Health Disparities Research.”

**Adv Nurs Sci** 32(2), E42 – E56.

Khunti, K. et al. (2020). “Is Ethnicity Linked to Incidence or Outcomes of Covid-**19**?” **BMJ**

**369:**m**1548, 1 – 2.**

Kleinman, A. (1997). ““Everything That Really Matter”: Social Suffering, Subjectivity, and the

Remaking of Human Experience in a Disordering World.” **The Harvard Theological Review** 99(3), 3125 – 335.

Kolmek, A. B. (2020). “Suicide Prevention during the COVID-19 Outbreak.” **Lancet Psychiatry** 7,

389 – 290.

Kavoor, A. R. (2020). “COVID-19 in People with Mental Illness: Challenges and Vulnerabilities.”

**Asian Journal of Psychiatry** 51(102051), 1 – 2.

Lang, C. (2018). **Depression in Kerala: Ayurveda and Mental Health Care in 21ST-Century**

**India.** London & New York: Routledge.

Lee, B. R. et al. (2006). “Experiences of and Attitudes toward Mental Health Services among Older

Youths in Foster Care.” **Psychiatric Services** 57, 487 – 492.

Li, Z. et al. (2020). “Vicarious Traumatization in the General Public, Members, and Non-Members

of Medical Teams Aiding in COVID-19 Control.” **Brain Behav Immun** 10(20), 30309-3.

Lowe, C. (2017). “Viral Ethnography: Metaphors for Writing Life.” **RCC Perspectives**, no. 1, 91 –

96.

\_\_\_\_\_\_\_\_.(2010(a)). “Viral Clouds: Becoming H5N1 in Indonesia.” **Cultural Anthropology** 25(4),

625 – 649.

\_\_\_\_\_\_\_\_.(2010(b)). “Preparing Indonesia: H5N1 Influenza through the Lens of Global Health.”

**Indonesia** 90, 147 – 170.

Luhrmann, T. M. (2000). **Of Two Minds: The Growing Disorder in American Psychiatry.** New

York: Vintage.

Lynteris, C. (2014). “Epidemics as Events and as Crises: Comparing Two Plague Outbreaks in

Manchuria (1910–11 and 1920–21).” **The Cambridge Journal of Anthropology** 32(1), 62 –76

Manderson, L. & S. Levine. (2020). “COVID-19, Risk, Fear, and Fall-Out.” **Medical Anthropology**.

1 – 4.

Markus, H. & S. Kitayama, S. (1991). “Culture and Self: Implications for Cognition, Emotion, and

Motivation.” **Psychological Review** **98**, **224 – 253.**

Mills, C. (2014). **Decolonizing Global Mental Health: The Psychiatrization of the Majority**

**World.** Hove and New York: Routledge.

Mulder, R. T. (2008). “An Epidemic of Depression or the Medicalization of Distress?” **Perspective**

**in Biology and Medicine** 51(2), 238 – 250.

Nicola, M. et al. (2020). “The Socio-Economic Implications of the Coronavirus and COVID-19

Pandemic: A Review.” **International Journal of Surgery** 78, 185 – 193.

Parmet, W. E. & M. S. Sinha. (2020). “Covid-19 – The Law and Limits of Quarantine.” **The New**

**England Journal of Medicine***,* 382:e28.

Pfefferbaum, B. & C. S. North. (2020). “Mental Health and the Covid-19 Pandemic.” **The New**

**England Journal of Medicine**(Perspective)**.**

Pilgrim, D. & R. Bentall. (**1999**)**.** “The Medicalisation of Misery: A Critical Realist Analysis of the

Concept of Depression”. **J Ment Health** **8(3)**, **261 –** 2**74.**

Pinker S. (2018). **Enlightenment Now: The Case for Reason, Science, Humanism and Progress.**

Alen Lane: Penguin Random House.

Rajkumar, R, P. (2020). “COVID-19 and Mental Health: A Review of the Existing Literature.” **Asian**

**Journal of Psychiatry** 52: 102066.

Rhodes, L. A. (2004). **Total Confinement: Madness and Reason in the Maximum Security**

**Prison.** Berkeley: University of California Press.

Sadati A. K. et al. (2020). “Risk Society, Global Vulnerability and Fragile Resilience; Sociological

View on the Coronavirus Outbreak.” **Shiraz E-Medical Journal.** 21(4).

Santini, Z. I. et al. (2020). “Social Disconnectedness, Perceived Isolation, and Symptoms of

Depression and Anxiety among Older Americans (NSHAP): A Longitudinal Mediation Analysis.” **Lancet Public Health** 5(1), E62 – E70.

Scott, J. C. (1985). **Weapons of the Weak: Everyday Forms of Peasant Resistance.** New Haven:

Yale University Press.

Singhal, A. et al. (2014). “Risk of Self-Harm and Suicide in People with Specific Psychiatric and

Physical Disorders: Comparisons between Disorders using English National Record Linkage.” **Journal of the Royal Society of Medicine**107(5), 194 – 204.

Snowden, F. M. (2019). **Epidemics and Society: From the Black Death to the Present.** New

Haven & London: Yale University Press.

Snyder, C. R. (2000). “The Past and Possible Futures of Hope.” **Journal of Social and Clinical**

**Psychology** 19(1), 11 – 28.

Sonderskov, K. M. et al. (2020). “The Depressive State of Denmark during the COVID-19 Pandemic.”

***Acta Neuropsychiatrica***, 1 – 3.

Stein, D. J. et al. (2010). “What Is A Mental/Psychiatric Disorder? From DSM-IV to DSM-V.”

**Psychological Medicine** 40, 1759 – 1765.

Stein, M. B. (2020). “COVID-19 and Anxiety and Depression in 2020.” **Depression and Anxiety**

37(4), 302 – 303.

Stengel, E. (1956). “The Social Effects of Attempted Suicide.” **Canadian Medical Association**

**Journal** 74(2), 116 – 120.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_. (1960). “The Complexity of Motivations to Suicidal Attempts.” **Journal of Mental**

**Science** 106, 1 – 17.

Wang, C. et al. (2020). “Immediate Psychological Responses and Associated Factors during the

Initial Stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) Epidemic among the General Population in China.” **Int J Environ Res Public Health** 17(5).

Walsh, R. (2011). “Lifestyle and Mental Health.” **American Psychologist** 66(7), 579 – 592.

Werner-Seidler, A. et al. (2017). “The Relationship between Social Support Networks and

Depression in the 2007 National Survey of Mental Health and Well-being.” **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology** 52, 1463 – 1473.

Wies, J. R. & H. J. Haldane. (2011). “Ethnographic Notes from the Front Lines of Gender-Based

Violence.” In **Anthropology at the Front Lines of Gender-Based Violence,** 1 – 17. Edited by J. R. Wies & H. J. Haldane, 1 – 17. Nashville: Vanderbilt University Press.

Williamson, A. E. & N. Burns (2016). “The Safety of Researchers and Participants in Primary Care

Qualitative Research.” **British Journal of General Practice** 64(621), 198 – 200.

Yahya A. S. & J. Chukwuma. (2020). “Association of COVID-19 with Intimate Partner Violence.”

**Prim Care Companion CNS Disord** 22(3):20com02634.

Yao, H. et al. (2020). “Patients with Mental Health Disorders in the COVID-19 Epidemic.” **Lancet**

**Psychiatry** 7(4), E21.

**แหล่งอ้างอิงออนไลน์**

กนกวรา พวงประยงค์ และสานิตย์ หนูนิล. (2563). **ผลสำรวจ: ผลกระทบ การปรับตัว และการมีพฤติกรร**

**ช่วยเหลือสังคมในภาวะวิกฤต COVID-19 ของคนวัยทำงานในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล.** เข้าถึงเมื่อ 8 พฤษภาคม 2563. เข้าถึงได้จาก https://www.facebook.com/169059186777803/posts/1149252082091837/?d=n

กรมสุขภาพจิต. (2563). **โควิด-19ทำเครียด จิตแพทย์แนะวิธีรับมือ.** เข้าถึงเมื่อ 16 พฤษภาคม 2563. เข้าถึงได้

จาก https://www.dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=30298

อรรถจักร์ สัตยานุรักษ์ และคณะ. (2563). **สรุปผลการสำรวจ “คนจนเมืองในภาวะวิกฤติโควิค-19” และ**

**ข้อเสนอแนะต่อรัฐบาล.** เข้าถึงเมื่อ 8 พฤษภาคม 2563. เข้าถึงได้จากhttps://www.isranews.org/article/isranews/download/18017/87576/18.html

American Psychiatric Association. (2020). **New Poll: COVID-19 Impacting Mental Well-Being.**

เข้าถึงเมื่อ 15 พฤษภาคม 2563. เข้าถึงได้จาก https://www.psychiatry.org/newsroom/news-releases/new-poll-covid-19-impacting-mental-well-being-americans-feeling-anxious-especially-for-loved-ones-older-adults-are-less-anxious