

พูดไม่ออกบอกไม่ถูก: เรื่องที่เล่าได้ยากของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า Speechless: On the Struggle to Narrate Depression

อัจฉรา รัญทุติธรรม (Atchara Rakyutidharm)^{1*}

Received: February 21, 2025

Revised: July 31, 2025

Accepted: August 5, 2025

บทคัดย่อ

การเล่าเรื่องเป็นเครื่องมือสำคัญที่มนุษย์ใช้ในการสื่อสาร จัดระเบียบความคิด และกำหนดทิศทางชีวิต สำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า การเล่าเรื่องสามารถช่วยเยียวยาสภาพจิตใจและลดความรู้สึกโดดเดี่ยว อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยมักเผชิญความยากลำบากในการถ่ายทอดเรื่องราวของตนเอง บทความนี้แสดงให้เห็นโครงสร้างทางวัฒนธรรมที่จำกัดการบอกเล่าความทุกข์ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและลักษณะ 3 ประการที่มักพบในเรื่องราวของผู้ป่วย ได้แก่ 1) การไม่สามารถสรรหาคำเพื่ออธิบายความรู้สึก 2) การเล่าเรื่องอย่างสับสน วกวน ไม่ปะติดปะต่อ และ 3) การเก็บเงียบหรือปฏิเสธการสื่อสาร เรื่องเล่าของผู้ป่วยสะท้อนถึงความสัมพันธ์เชิงอำนาจระหว่างบุคคลกับโครงสร้างทางสังคมที่ส่งผลต่อความรู้สึกไร้อำนาจของผู้ป่วย การรับฟังอย่างตั้งใจและการให้พื้นที่สำหรับการเล่าเรื่องเป็นกระบวนการสำคัญในการรักษาและฟื้นฟูจิตใจของผู้ป่วย พร้อมทั้งเป็นการคืนอำนาจให้แก่ผู้ป่วยในฐานะเจ้าของประสบการณ์ความเจ็บป่วยของตนเอง ขณะเดียวกันผู้รับฟังก็จะสามารถเข้าถึงความซับซ้อนของประสบการณ์ดังกล่าวได้ลึกซึ้งยิ่งขึ้น

คำสำคัญ: การเล่าเรื่อง, โรคซึมเศร้า, โครงสร้างทางวัฒนธรรม, ความสัมพันธ์เชิงอำนาจ

Abstract

Narratives are a powerful tool that humans use to communicate, organize their thoughts, and make sense of their lives. For individuals with depression, creating and sharing personal narratives can aid in healing emotional pain and alleviating feelings of isolation. However, they often face challenges in articulating their experiences. This article explored how cultural structures could constrain the ways in which people with depression express their suffering. It also highlighted three common features found in their narratives: 1) Difficulty finding words to describe emotions, 2) confusing and fragmented narratives, and 3) silence or refusal to communicate. These narrative patterns reflected power relations between individuals and social structures, potentially reinforcing a sense of powerlessness among patients. Attentive listening and providing space for narrative expressions were important components of the healing process. They helped restore a sense of agency to patients as the narrators of their illness experiences, while also enabling listeners to better understand the complexity of those experiences.

Keywords: Narrative, Depression, Cultural Structures, Power Relations

¹ ภาควิชาสังคมศาสตร์ คณะอักษรศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร
Department of Social Sciences, Faculty of Arts, Silpakorn University
*Corresponding Author, Email: atchara.rak@gmail.com

บทนำ

โรคซึมเศร้าเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่คุกคามคุณภาพชีวิตและสุขภาวะของประชากรจำนวนมาก ปัจจุบันการประเมินภาวะซึมเศร้ามีทั้งการใช้แบบคัดกรองที่ให้ประเมินตนเอง การให้บุคลากรทางการแพทย์เป็นผู้ซักถามและประเมินอาการ รวมทั้งมีความพยายามศึกษาพัฒนาแนวทางการประเมินภาวะซึมเศร้าโดยอาศัยตัวบ่งชี้ทางภาษาเพื่อหาลักษณะเด่นของเนื้อหาและรูปแบบการใช้ภาษาที่จะเป็นเครื่องมือช่วยสังเกตหรือประเมินอาการของโรค (จันทิมา อังคพณิชกิจ, อธิชาติ โรจนะห์สดีน และทรงพล อินทเศียร, 2562; ผณิตรา อีรานนท์, อภิญญา ทานตระกูล และนริศา ไพเจริญ, 2565; พรชัย เตชะ และพงศธร สุรินทร์, 2566) อย่างไรก็ตามวิธีการเหล่านี้จะสามารถนำมาใช้ได้ก็ต่อเมื่อผู้ป่วยบอกเล่าความรู้สึกและสภาวะที่เกิดขึ้นกับตนเองหรือยินยอมเข้ารับการรักษาและพบแพทย์หรือผู้เชี่ยวชาญ ในความเป็นจริงยังมีบุคคลอีกจำนวนมากที่มีภาวะซึมเศร้าแต่ปฏิเสธการตรวจประเมิน ไม่ยอมรับว่าตนเองป่วย และไม่เปิดเผยสภาวะที่เผชิญอยู่ให้ผู้อื่นรับรู้ ในปี พ.ศ. 2567 สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติรายงานว่าประเทศไทยมีผู้เข้ารับการรักษาทางสุขภาพจิตเป็นจำนวน 2.9 ล้านคน แต่คาดว่าจะมีผู้มีปัญหาทางด้านสุขภาพจิตสูงถึง 10 ล้านคน ซึ่งหมายความว่ายังมีผู้ที่ยังไม่ได้รับการรักษาอยู่อีกเป็นจำนวนมาก (สถิติน่าตกใจ! ไทยป่วยทางจิต 10 ล้านคน “ซึมเศร้า-วิตกกังวล” พุ่งจากปัญหาเศรษฐกิจ, 2567) โดยมีสาเหตุจากการไม่ไปพบแพทย์ โครงสร้างระบบบริการสุขภาพที่ไม่พร้อมทำให้เข้าถึงบริการทางการแพทย์ไม่ได้ นอกจากนี้ยังอาจเกี่ยวข้องกับทัศนคติเชิงลบและการตีตราทางสังคมที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกอายหรือไม่กล้าเปิดเผยตนเอง การไม่เข้ารับการรักษาอย่างสะท้อนให้เห็นอีกด้วยว่าผู้ป่วยขาดพื้นที่ในการเล่าเรื่องหรือแสดงออกถึงความทุกข์ทางใจของตนเอง จึงเก็บงำความรู้สึกนั้นไว้เพียงลำพัง

ในทางสังคมศาสตร์การเกิด “ความทุกข์ทางใจ” (mental distress) ไม่เป็นเพียงปัญหาส่วนบุคคลเท่านั้น แต่เป็นผลมาจากโครงสร้างทางสังคมและวัฒนธรรมที่ทำให้ผู้เผชิญความทุกข์ไม่สามารถเปิดเผยและถ่ายทอดความรู้สึกของตนเองออกไปได้ การไม่สามารถบอกเล่าความทุกข์ของตนนับเป็น “ความทุกข์ทางสังคม” (social suffering) รูปแบบหนึ่ง วินา ดาส (Veena Das) นักมานุษยวิทยาผู้ศึกษาความรุนแรงและความเจ็บป่วย นิยามความทุกข์ทางสังคม หมายถึง ความรู้สึกไร้อำนาจของบุคคลที่เผชิญกับความทุกข์ยากเดือดร้อนจากสถานการณ์ต่าง ๆ เช่น ความเจ็บป่วย ความยากจน ภัยพิบัติ ฯลฯ แล้วถูกซ้ำเติมจากโครงสร้างอำนาจทางสังคม เช่น กฎเกณฑ์ทางวัฒนธรรม ความเหลื่อมล้ำทางเศรษฐกิจ นโยบายทางการเมือง ฯลฯ ที่ทำให้ปัญหาที่เผชิญอยู่ไม่ได้รับการแก้ไข แต่กลับยังรู้สึกว่ตนไม่ได้รับความเป็นธรรม ไร้สิทธิ ไร้เสียง และไร้ทางออก (Das, 1996)

การเล่าเรื่อง (narrative) เป็นกระบวนการสำคัญในการเยียวยาความทุกข์ทางใจและคลี่คลายความทุกข์ทางสังคม เพราะเมื่อความเจ็บปวดที่เคยถูกเก็บงำไว้ในถ่ายทอดออกมา ความทุกข์นั้นก็ได้แปรเปลี่ยนสถานะจากการเป็นปัญหาส่วนบุคคลกลายเป็นประเด็นทางสังคมที่ผู้อื่นสามารถรับรู้ เข้าใจ และมีส่วนร่วมในการรับฟังหรือหาทางเยียวยาร่วมกันได้ การเล่าเรื่องจึงเป็นกลไกเชื่อมโยงระหว่างประสบการณ์เฉพาะของปัจเจกบุคคลกับโครงสร้างทางสังคมที่มีส่วนทำให้เกิดความทุกข์นั้น (Das, 2007)

ในกรณีโรคซึมเศร้า เสียงของผู้ป่วยจำนวนมากถูกเก็บกดปิดกั้นภายใต้โครงสร้างทางสังคมที่ไม่เอื้อต่อการเปิดเผยความเจ็บปวดทางใจ ในกระบวนการรักษาทางการแพทย์แบบชีวภาพมักมุ่งเน้นที่การวินิจฉัยและรักษาอาการทางกายภาพหรือทางเคมีในสมองเป็นหลัก แต่ไม่ค่อยให้ความสำคัญกับเรื่องเล่าและประสบการณ์ส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ทั้งที่การรับฟังเรื่องเล่าของผู้ป่วยอย่างลึกซึ้งจะทำให้เข้าใจความทุกข์ทางอารมณ์และบริบทของชีวิตของผู้ป่วยได้ดีขึ้น ในหลายสังคมความเจ็บป่วยทางใจถูกทำให้กลายเป็นเรื่องส่วนตัวที่ควรเก็บเงียบ อดทน และซ่อนเร้นไว้ภายใต้ภาพลักษณ์ของความเข้มแข็ง ทำให้ผู้ที่เผชิญกับภาวะซึมเศร้าถูกทำให้กลายเป็นผู้ไร้เสียงในพื้นที่สาธารณะ ไม่สามารถสื่อสารสภาวะที่เป็นอยู่หรือเปิดเผยว่าเจ็บป่วย ตอกย้ำให้เกิด

ความรู้สึกโดดเดี่ยว และทำให้ความทุกข์ถูกจำกัดอยู่ในกรอบของปัญหาส่วนบุคคลแทนที่จะรับรู้ว่าเป็นโครงสร้างสังคม ทำให้ความทุกข์นี้เกิดขึ้นมา การเจ็บไม่ทำให้ความรู้สึกเจ็บปวดนั้นหายไปแต่ถูกเปลี่ยนให้เป็นส่วนหนึ่งของชีวิตประจำวันซึ่งตาสเรียกว่า “การแปรความรุนแรงให้เป็นความสามัญ” (the descent of the extraordinary into the ordinary) ผู้ป่วยจำนวนมากแบกรับความทุกข์ไว้โดยไม่มีพื้นที่ในการพูดถึงอย่างเปิดเผย เสียงของพวกเขาค่อย ๆ ถูกกลืนหายไปในระบบที่ไม่ให้คุณค่ากับประสบการณ์ส่วนบุคคล และการไม่มี “พื้นที่ของเสียง” (space of voice) เพราะเรื่องเล่าของพวกเขาถูกควบคุมให้อยู่ภายใต้เกณฑ์ทางการแพทย์หรือค่านิยมหลักของสังคมที่นิยมความถูกต้องเหมาะสมในการดำเนินชีวิต (Das, 2007)

ในกระบวนการรักษาทางการแพทย์มุ่งเน้นไปที่จัดการอาการทางกายภาพหรือความไม่สมดุลของสารเคมีในสมองเป็นหลัก ส่วนการให้คำปรึกษาของนักจิตวิทยาคลินิกและนักจิตวิทยาโรงเรียนใช้วิธีการสนทนาเชิงบวกกับผู้ป่วยเพื่อช่วยให้คลายความหดหู่และส่งเสริมให้เกิดความหวัง กระตุ้นการแสวงหาเป้าหมายชีวิตเพื่อสร้างพลังภายในตนเอง (พิศุทธิภา เมธิกุล และเทพรัตน์ พานิชย์, 2566; อรณลิน สิงขรณ์, 2564) กระบวนการบำบัดในลักษณะนี้บทบาทของผู้ป่วยจึงถูกจำกัดไว้เป็นเพียงผู้รับคำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญ มิใช่ผู้มีเสียงในการเล่าเรื่องของตนเองในฐานะผู้เป็นเจ้าของประสบการณ์ความเจ็บป่วย และมีอำนาจในการกำหนดความหมายของสภาวะที่ตนเผชิญอยู่

งานศึกษาเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าจำนวนหนึ่งสนใจการวิเคราะห์ทางภาษาและทางสถิติเพื่อสร้างตัวบ่งชี้ในภาวะซึมเศร้าโดยอิงจากรูปแบบการใช้ถ้อยคำและภาษาในการสื่อสารของผู้ป่วยในพื้นที่ต่าง ๆ รวมทั้งในสื่อสังคมออนไลน์ เช่น ทวิตเตอร์ (X) งานวิจัยเรื่อง “การวิเคราะห์อารมณ์เพื่อศึกษาภาวะซึมเศร้าบนทวิตเตอร์” (พรพัทธา อมรรังสรรค์, 2562) และงานวิจัยเรื่อง “ภาพรวมการศึกษาบทบาทของตัวบ่งชี้ทางภาษาในการประเมินภาวะซึมเศร้าในประเทศไทย” (ผฉินทรา ธีรานนท์, อภิญญา ห่านตระกูล และนริศา ไพเจริญ, 2565)

งานวิจัยเหล่านี้ มีเป้าหมายในการตรวจจับสัญญาณของความเจ็บป่วยทางจิตใจ แม้ว่าผู้ป่วยไม่เปิดเผยตัวตนหรืออาจยังไม่ตระหนักว่าตนเองอาจเป็นผู้ป่วยทางจิต สถานการณ์ดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าการรับรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าในสังคมยังมีจำกัด ขณะเดียวกัน ผู้ป่วยจำนวนมากยังขาด “พื้นที่ปลอดภัย” ที่จะสามารถเปิดเผยอารมณ์และสำรวจความรู้สึกของตนเองได้อย่างอิสระและปราศจากการตัดสิน ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญต่อการตระหนักรู้และการเข้าถึงการเยียวยา

ในบรรดางานศึกษาต่าง ๆ เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า มีงานศึกษาไม่มากนักที่ให้ความสำคัญกับการรับฟังและทำความเข้าใจเรื่องเล่าของผู้ป่วย บทความนี้ทบทวนแนวคิดเกี่ยวกับความสำคัญของการเล่าเรื่องที่จำเป็นต่อการบรรเทาและเยียวยาความทุกข์ทางใจ รวมทั้งข้อจำกัดที่ทำให้บุคคลไม่สามารถบอกเล่าประสบการณ์และความรู้สึกของตนออกไปได้ โดยเน้นกรณีผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ข้อจำกัดในการบอกเล่าความทุกข์สัมพันธ์กับโครงสร้างทางวัฒนธรรมที่ขาดความเข้าใจหรือมีอคติต่อผู้ที่เป็นโรคนี้อยู่ และโครงสร้างทางภาษาที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถสรรหาถ้อยคำหรือสัญลักษณ์มาถ่ายทอดความรู้สึกที่เป็นนามธรรมได้อย่างชัดเจน (Wittgenstein, 1922, p. 68) รวมทั้งสภาวะของโรคที่ทำให้การเรียบเรียงความคิดและการเล่าเรื่องมีความยากลำบากและไม่เป็นระบบ (Clark, 2008; Friedson, 2013) อย่างไรก็ตาม การรับฟังและพยายามทำความเข้าใจเรื่องเล่าของผู้ป่วยควรได้รับความสำคัญมากขึ้น การให้พื้นที่ในการเล่าเรื่องเป็นการคืนอำนาจให้กับผู้ป่วยในฐานะที่เป็นเจ้าของประสบการณ์ของตนเอง ขณะที่ผู้รับฟังก็จะสามารถเข้าใจถึงความซับซ้อนของความเจ็บป่วยได้

โรคซึมเศร้าที่สังคมไม่เข้าใจ

ในทางการแพทย์ โรคซึมเศร้า (depression) เป็นพยาธิสภาพอย่างหนึ่งซึ่งมีสาเหตุ อาการ และระดับความรุนแรงแตกต่างกันไป ผู้ป่วยจะมีอารมณ์ผิดปกติและทำให้สารสื่อประสาทในสมองส่วนที่ควบคุมและการแสดงอารมณ์เสียความสมดุลจนเกิดปัญหาในการดำเนินชีวิตประจำวัน การยอมรับและการเปิดใจพูดคุยเกี่ยวกับความรู้สึกและประสบการณ์ที่เผชิญอยู่เป็นกระบวนการสำคัญในการรักษาโรค (นันทศักดิ์ ชนะพันธุ์, 2556) การบอกเล่าอาการ ความรู้สึก และสถานการณ์ของผู้ป่วย มีความสำคัญต่อการวินิจฉัยและวางแผนการรักษาของแพทย์ นอกจากนี้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าแล้วการเล่าเรื่องของตนเองยังช่วยให้ผู้ที่มีความเจ็บป่วยทางกาย รวมถึงบุคคลทั่วไปสามารถรับมือกับความยากลำบากต่าง ๆ ในชีวิตได้ดีขึ้นด้วย

ในกระบวนการรักษาโรคซึมเศร้า โดยทั่วไปจะมีแบบคัดกรองที่ให้ผู้รับการรักษาตอบแบบสอบถามด้วยตนเองเพื่อประเมินความเจ็บป่วยในเบื้องต้น แต่เกณฑ์ต่าง ๆ ที่คัดกรองนั้นมีรูปแบบที่ใช้สำหรับผู้ป่วยทุกคนเหมือนกัน ทำให้ผู้ป่วยมีสิทธิบอกเล่าได้เพียงอาการที่สอดคล้องกับเกณฑ์ของแบบสอบถามซึ่งไม่เกินไปจากขอบเขตทางการแพทย์ ทำให้ความรู้สึกส่วนบุคคลถูกจัดระเบียบใหม่ภายใต้โครงสร้างอำนาจ และมีการลดทอนเสียงที่หลากหลายและเรื่องราวอันซับซ้อนของผู้มีประสบการณ์เกี่ยวกับสภาวะนั้น (Das, 2000b) ขณะที่ระบบบริการสาธารณสุขของรัฐมักเน้นการรักษาแบบเร่งด่วนและจำกัดเวลาการพบแพทย์ ซึ่งทำให้ผู้ป่วยไม่มีโอกาสได้บอกเล่าความรู้สึกและสถานการณ์ของตนเองอย่างละเอียด ระบบการรักษาเหล่านี้จึงไม่ได้มีพื้นที่ในการรับฟังอย่างแท้จริง สะท้อนให้ข้อจำกัดของสังคมในการเปิดพื้นที่ให้กับเสียงของผู้ที่เปราะบาง และบุคคลไม่มีอำนาจในการต่อรองหรือสร้างความหมายให้กับประสบการณ์ของตนเองได้ เพราะอำนาจในการเล่าโดยเฉพาะอำนาจในการพูดถึงความป่วยไข้ถูกผูกขาดไว้ที่บุคลากรและสถาบันทางการแพทย์ (Das, 2007; ชุตินณชณ์ ตรีอำนาจ, 2552)

ปัจจุบันสังคมรู้จักโรคซึมเศร้ามากขึ้น แต่ในสังคมไทยก็ยังขาดความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าอยู่มาก ดังสะท้อนจากภาพแทนที่ตีตราผู้ป่วยปรากฏในสื่อมวลชน เช่น ผู้ป่วยถูกมองว่าเป็นคนอ่อนแอ ขาดความพยายาม ยอมแพ้ ควบคุมตนเองไม่ได้ หรือพยายามไม่มากพอที่จะทำให้ตนเองมีอาการดีขึ้น (นพวรรณ เมืองแก้ว และเชิดชัย อุดมพันธ์, 2566) งานวิจัยของจันทิมา อังคพนชกิจ, อธิชาติ โรจนะหัสติน และทรงพล อินทเศียร (2562) ชี้ให้เห็นว่าความเข้าใจผิดและอคติที่มีต่อโรคและผู้ป่วยหลายด้าน เช่น ทางการแพทย์มุ่งรักษา “ความผิดปกติ” ของบุคคล ซึ่งมีนัยว่าผู้ป่วยมีความอ่อนแอ มีปมด้อย และผิดแผกแตกต่างไปจากคนทั่วไป สื่อมวลชนมักนำเสนอข่าวเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าในลักษณะที่ตีตราและเหมารวม ทำให้ภาพลักษณ์ของโรคดูน่ากลัวและเป็นภัยคุกคามต่อสังคม การรายงานข่าวเกี่ยวกับผู้ที่จบชีวิตตนเองจากภาวะซึมเศร้ามักมุ่งเน้นที่ความผิดปกติหรือแปลกแยกจากบรรทัดฐานของสังคม มากกว่าเน้นถึงสาเหตุเชิงโครงสร้างหรือปัจจัยด้านสุขภาพที่จะเป็นประโยชน์ต่อสาธารณสุข แนวโน้มดังกล่าวทำให้สาธารณสุขเข้าใจผิดเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกอับอายไม่กล้าเปิดเผยหรือขอรับความช่วยเหลือ อีกทั้งตอกย้ำความเปราะบางและทำให้ผู้ที่กำลังเผชิญกับความทุกข์ใจถูกผลักออกจากพื้นที่ทางสังคม งานวิจัยนี้มุ่งวิเคราะห์การใช้ภาษาและรูปแบบการสื่อสารของนักศึกษาที่เผชิญภาวะซึมเศร้าที่อาจเป็นสัญญาณบ่งชี้อาการของความเจ็บป่วยเพื่อที่จะเป็นแนวทางในการพัฒนาเครื่องมือในการช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น

การบอกเล่ามีความสำคัญทั้งต่อการรักษาและต่อผู้ป่วยเอง หากสื่อสารความรู้สึกของตนออกไปไม่ได้ก็จะทำให้บุคคลรู้สึกว่าไม่มีใครเข้าใจและตนต้องรับมือกับความทุกข์ที่เกิดขึ้นโดยลำพัง แต่จากประสบการณ์ของผู้ที่อยู่ร่วมกับโรคซึมเศร้าจำนวนมากสะท้อนว่าตนเล่าความรู้สึกและอาการของโรคได้ยากลำบากยิ่ง โดยเฉพาะการเลือกใช้คำที่เหมาะสมในการบอกเล่าความทุกข์ ภาษาเป็นเครื่องมือสำคัญในการสื่อสารประสบการณ์ภายใน โดยเฉพาะความรู้สึกที่ซับซ้อนและยากจะเข้าใจ หากผู้ป่วยสามารถใช้คำที่สื่อถึงความรู้สึกของตนได้ดีก็จะช่วย

สื่อสารประสบการณ์ทางอารมณ์ได้ชัดเจนและเอื้อต่อกระบวนการเยียวยา การหาคำอธิบายความทุกข์เป็น การยืนยันว่าความรู้สึกนั้นมีอยู่จริงและควรได้รับการรับฟัง ในทางกลับกันการขาดถ้อยคำที่เหมาะสมอาจทำให้ ผู้ป่วยติดอยู่ในความเจ็บงันและโดดเดี่ยว

ในหนังสือ *Unholy ghost: writer of depression* ของเคซี (Casey, 2001) รวบรวมงานของนักเขียน หลายคนที่เราประสบการณ์ตรงจากการเผชิญโรคซึมเศร้า แม้ว่านักเขียนจะบรรยายอาการของโรคให้ผู้อ่าน เห็นภาพตามได้ง่ายเพราะมีทักษะการเขียนที่ดี สามารถใช้ถ้อยคำที่ชัดเจนและสละสลวย แต่นักเขียนหลายคน เปิดเผยว่าตนประสบกับความยากลำบากในการสรรหาคำมาถ่ายทอดความรู้สึกทุกข์ทรมานและเหตุที่เกิดขึ้น โดยส่วนใหญ่ต้องอาศัยการใช้คำเปรียบเปรยต่าง ๆ เช่น คำว่า “ความมืด” (darkness) อธิบายถึงการไร้ความหวัง เปรียบดังชีวิตไร้แสงสว่าง คำว่า “รู้สึกชา” (numbness) อธิบายอาการไร้ชีวิตชีวา ไม่สนใจที่จะรับรู้เรื่องราว รอบตัว คำว่า “หนักหน่วงเกินรับไหว” (unbearable weight) อธิบายความทุกข์ที่แบกรับไว้และยากจะทนทาน และคำว่า “สิ้นหวัง” (despair) เนื่องจากมองไม่เห็นหนทางหลุดพ้นจากความทุกข์ เป็นต้น คำเหล่านี้สะท้อนว่า ชีวิตที่ดำรงอยู่ของพวกเขาไร้ความหมายและไม่สำคัญอีกต่อไป ในวรรณกรรมเกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้ป่วย โรคซึมเศร้าของผู้เขียนชาวไทยและชาวต่างชาติที่แปลเป็นภาษาไทยก็พบว่าผู้เขียนต้องอาศัยการเปรียบเปรย เพื่อบรรยายสภาวะของตนเองและอาการของโรคด้วยเช่นกัน เช่น ผู้ป่วยเรียกตนเองว่า “เอเลี่ยน” สะท้อนว่า ความรู้สึกแปลกแยกและแตกต่างไปจากคนอื่น หรือ “ฟองน้ำ” ที่เก็บซับแบกรับปัญหาต่าง ๆ ไว้มากเกินไป หรือเปรียบเทียบกับผู้ป่วยเหมือนคนตาบอดสีที่มองเห็นทุกอย่างเหมือนเดิมแต่ไม่สามารถมีความสุขแบบเดิมได้ (นันทพร ตงสาลี, 2565) ประสบการณ์ทางความรู้สึกของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามักมีความซับซ้อน ยากจะหาคำที่ถ่ายทอด อย่างตรงไปตรงมาได้ การใช้คำเปรียบเปรยจึงเป็นกลวิธีสำคัญที่ช่วยทำให้ความทุกข์กลายเป็นรูปธรรมที่จับต้อง และเข้าใจได้

Styron (1990) ผู้เขียนบันทึกทางจิตวิทยาเรื่อง *Darkness visible: a Memoir of Madness* เล่าประสบการณ์ตรงของตนเองที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าขั้นรุนแรงโดยระบุว่าคำว่า “ซึมเศร้า” (depression) เป็นคำที่ไม่ควรใช้เรียกแทนสภาวะหรืออาการที่เกิดขึ้น เพราะไม่ทำให้ผู้อื่นเข้าใจได้ว่าโรคนั้นมีอันตรายรุนแรง แต่เป็นเพียงความบกพร่องทางอารมณ์ เกิดความเศร้าหมอง และขาดความสนใจในกิจกรรมที่เคยชื่นชอบเท่านั้น ซึ่งไม่นานก็จะหายไปหากผู้ป่วยพยายามหาหนทางเอาชนะและดึงตัวเองขึ้นมาจากความรู้สึกเลวร้ายนั้น ไม่ว่าจะเป็นการทำงาน ออกกำลังกาย หรือสวดภาวนา ทำให้ตนเองเบิกบาน และไม่ทำตัวอ่อนแอ Styron เชื่อว่าแท้จริงแล้วโรคนั้นมีความร้ายแรงมากกว่านั้น ผู้ป่วยตกอยู่ในสภาวะที่ไม่อาจหลีกเลี่ยงได้และรู้สึกทุกข์ทรมาน จนไม่สามารถลุกขึ้นมาทำอะไรได้เลย เขาเสนอว่าควรใช้คำเรียกที่สื่อให้เข้าใจว่ามันเป็นฝันร้ายหรือเป็นสัตว์ประหลาด ที่น่ากลัว เป็นพายุที่เกิดขึ้นในสมองที่ไม่สามารถทำให้หายไปได้ด้วยตนเอง (Friedson, 2013)

การเขียนเล่าถึงสภาวะและอาการของโรคซึมเศร้าในลักษณะงานวรรณกรรมที่กล่าวมาทั้งหมดนี้ เกิดขึ้นภายหลังจากที่ผู้เขียนพ้นช่วงวิกฤตของโรค ยอมรับว่าตนเองเจ็บป่วยและเข้ารับการรักษาเรียบร้อยแล้ว จึงสามารถเรียบเรียงเรื่องเล่าออกมาอย่างเป็นระบบ ส่วนผู้ป่วยที่อยู่ในช่วงมีอาการรุนแรงมักไม่สามารถจัดระเบียบ ความคิดหรือถ่ายทอดประสบการณ์ออกมาได้อย่างชัดเจน อย่างไรก็ตาม มีงานศึกษาที่แสดงให้เห็นว่าผู้ที่ มีความเจ็บป่วยทางจิตใช้ทวิตเตอร์ (X) เป็นพื้นที่ระบายความรู้สึกของตนอย่างฉับพลันทันทีด้วยเช่นกัน บทความ “สภาวะก่อนซึมเศร้า: ภาษาและการสวมทับความเป็นผู้ป่วยซึมเศร้าของผู้ใช้บัญชีทวิตเตอร์” โดย พรชัย เตชะ และพงศธร สุรินทร์ (2566) วิเคราะห์เนื้อหาบนทวิตเตอร์จำนวน 300 ตัวบทจากบัญชีผู้ใช้งาน จำนวน 60 บัญชี พบว่าผู้ใช้งานเหล่านี้พยายามสื่อสารความทุกข์ใจของตนร่วมกับการตีตราแท็ก เช่น “โรคซึมเศร้า” หรือ “ซึมเศร้า” เพื่อแสดงออกอย่างตรงไปตรงมาว่ากำลังประสบภาวะป่วยทางอารมณ์ รวมทั้ง มีการใช้ภาพสื่อสาร เช่น ภาพหยดเลือดจากข้อมือของตน เนื้อหาเหล่านี้สื่อถึงความเจ็บปวด ความสิ้นหวัง ท้อแท้

รวมทั้งบอกเล่าว่าตนเองไม่สามารถเข้ากับบรรทัดฐานของสังคมได้ และบางคนต้องการที่จะจบชีวิต เนื่องจากผู้ใช้งานในแพลตฟอร์มนี้เน้นการปกปิดตัวตน ผู้ศึกษาจึงวิเคราะห์ว่าการสื่อสารดังกล่าวไม่ใช่การส่งสัญญาณขอความช่วยเหลือ แต่มองว่าผู้ใช้งานพยายามแสวงหาความเชื่อมโยงทางสังคมโดยใช้สถานะซิมเคร้าเป็นเครื่องมือในการสร้างปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นในโลกออนไลน์ ซึ่งไม่จำเป็นต้องรู้จักหรือมีปฏิสัมพันธ์กันในโลกกายภาพ นอกจากนั้น แพลตฟอร์มยังออกแบบมาสำหรับการสื่อสารด้วยถ้อยความสั้น ๆ ไม่เน้นการเล่าเรื่องอย่างต่อเนื่อง หรือการสร้างบทสนทนาตอบโต้กันยาว ๆ จึงเอื้อต่อการถ่ายทอดอารมณ์ความรู้สึกที่ไม่จำเป็นต้องเป็นระบบ หรือมีความต่อเนื่อง

ความสำคัญของการเล่าเรื่องเพื่อเยียวยาความทุกข์ทางใจ

มนุษย์เรามีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นผ่านการเล่าเรื่องเสมอ วอลเตอร์ อาร์. ฟิชเชอร์ (Walter R. Fisher) (1931-2018) ศาสตราจารย์ด้านการสื่อสารเสนอว่า มนุษย์ทุกคนเป็น “นักเล่าเรื่อง” (homo narrans) ความสามารถในการเล่าและสร้างเรื่องราวเป็นลักษณะที่ทำให้มนุษย์แตกต่างจากสิ่งมีชีวิตประเภทอื่น มนุษย์เล่าเรื่องเพื่อสื่อสารประสบการณ์ต่อเหตุการณ์ต่าง ๆ ในโลก รวมทั้งสร้างความหมายและทำความเข้าใจชีวิตของตนเอง “กระบวนทัศน์การเล่าเรื่อง” (narrative paradigm) ในงานเรื่อง Human communication as narration: toward a philosophy of reason, value, and action ของฟิชเชอร์ (Fisher, 1987) อธิบายว่าการเล่าเรื่องไม่ใช่เพียงการถ่ายทอดข้อมูลและเหตุการณ์ แต่เป็นกระบวนการสร้างความหมายด้วยการเชื่อมโยงเรื่องราวเพื่อตัดสินใจกระทำต่าง ๆ เรื่องเล่าเป็นเครื่องมือสำคัญที่ทำให้สมาชิกในสังคมเกิดความเข้าใจร่วมกัน ขณะที่วาทกรรมในสังคมและปฏิบัติการที่เกิดขึ้นล้วนกำกับด้วยเรื่องเล่า

การบอกเล่าความทุกข์เป็นวิธีบำบัดความเจ็บป่วยทางใจ (narrative therapy) รูปแบบหนึ่งซึ่งยอมรับและปรับใช้กันอย่างกว้างขวาง ทั้งในการแพทย์สมัยใหม่และการแพทย์ทางเลือก แม้การเล่าเรื่องในอดีตจะทำให้ผู้ป่วยต้องกลับไปเผชิญความรู้สึกทุกข์ทรมาน แต่การเล่าเรื่องไม่ใช่การฉายภาพซ้ำเพราะการเล่าทุกครั้งจะมีการตีความใหม่แตกต่างออกไปจากเดิมขึ้นอยู่กับบริบทสังคม วัฒนธรรม และความรู้สึกนึกคิด ในขณะที่เล่ากระบวนการเล่าเรื่องจึงเปิดโอกาสให้บุคคลได้จัดระเบียบความคิดและประสบการณ์ของตนเองใหม่เพื่อสร้างความเข้าใจและแสวงหาแนวทางคลี่คลายความทุกข์ในใจ (Sharkey, 2004 อ้างถึงใน นภาพรณี หะวานนท์, 2552, หน้า 5)

หากผู้เล่าเคยกระทำผิดหรือมีพฤติกรรมที่ไม่สอดคล้องกับอุดมการณ์หลักของสังคม เช่น เคยประกอบอาชีพหญิงบริการ ติดยาเสพติด หรือเป็นอาชญากร ฯลฯ การบอกเล่าความทุกข์ของตนอาจไม่ได้รับความเข้าใจ หรือการตอบสนองจากผู้ฟังในทางบวกเสมอไป แต่การเล่าเรื่องก็เปิดโอกาสให้ผู้เล่าได้อธิบายเหตุผลของการกระทำหรือยอมรับและสารภาพผิดเพื่อที่จะก้าวข้ามความรู้สึกนั้นแล้วดำเนินชีวิตต่อไปโดยไม่ต้องจมอยู่กับความทุกข์ทรมานอย่างไม่สิ้นสุด นอกจากนั้น การเล่าเรื่องยังช่วยให้ผู้เล่าได้เปลี่ยนบทบาทของตนจากผู้ที่ถูกตีตราหรือตัดสินมาสู่การเป็นผู้กระทำการ (agency) ที่สร้างคำอธิบายเรื่องในอดีตให้มีความสมเหตุสมผลตามมุมมองของตนเอง ทำให้รู้สึกว่ามีอำนาจจัดการชีวิตของตนเองได้มากขึ้น หรืออาจอภิวินิจฉัยจากที่ถูกผู้อื่นประณามหรือดูถูกเหยียดหยาม แล้วสร้างตัวตนและความหวังใหม่ให้กับชีวิตในอนาคต (วรรณนะ หนูหมื่น, 2560) ในแง่นี้ Das (2018a) อธิบายว่าการเล่าเรื่องเป็นกระบวนการฟื้นฟูความเป็นมนุษย์ (reclaiming the self) การมีพื้นที่ในการเล่าเรื่องจึงมีความสำคัญและเท่ากับเป็นการยืนยันการมีอยู่ของตัวตนในฐานะปัจเจกบุคคลที่มีความหมาย ไม่ใช่ผู้มีชีวิตอยู่อย่างเงิบงัน นอกจากนี้ Das (2007) ยังกล่าวอีกว่า การเล่าเรื่องได้ช่วยเปลี่ยนความรู้สึกเจ็บปวดภายในใจที่เคยเก็บไว้เป็นเรื่องส่วนตัว ให้กลายเป็นประสบการณ์ที่เปิดกว้างสำหรับการมีส่วนร่วมและการรับฟังจากผู้อื่น ช่วยให้ผู้ไม่ต้องเผชิญความเจ็บปวดเพียงลำพังจนกระทั่งรู้สึกโดดเดี่ยว

รู้สึกว่าคุณไม่มีความสำคัญ ไร้ค่า และไร้ความหมาย การบอกเล่ายังทำให้ความรู้สึกที่เป็นนามธรรมจับต้องไม่ได้ ปรากฏออกมาเป็นรูปธรรม ความทุกข์และความเจ็บปวดที่ถ่ายทอดออกมาได้รับการยืนยันว่าไม่ใช่ความคิด หรือจินตนาการส่วนตัวแต่เป็นประสบการณ์ของปัจเจกบุคคลที่ผู้อื่นสามารถรับรู้ เข้าใจ และเชื่อมโยงกับ เหตุการณ์ต่าง ๆ ในสังคมได้

นอกจากความเจ็บป่วยทางใจแล้ว การเล่าประสบการณ์ความเจ็บป่วยทางกายก็มีความสำคัญ ต่อผู้ป่วยด้วยกัน วิทยานิพนธ์เรื่อง “เรื่องเล่าความเจ็บป่วย: การนำเสนอตัวตนของผู้ป่วยในสังคม หลังสมัยใหม่” โดย ชุตินิพนธ์ ตรีอำนรรค (2552) เสนอว่า การเขียนเล่าเรื่องของตนเองสามารถเยียวยาจิตใจ ผู้เจ็บป่วยทางกายได้เป็นอย่างดี ขณะที่การแพทย์สมัยใหม่ไม่มีพื้นที่ให้ผู้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกมากนัก ไม่ว่าจะเป็นความรู้สึกเศร้า ความกลัว หรือความกังวลต่าง ๆ แต่แพทย์จะมุ่งไปที่อาการของโรค วิธีการรักษา และมักพูดถึงร่างกายของผู้ป่วยในฐานะวัตถุของการรักษาโดยไม่ได้กล่าวถึงตัวตนของผู้ป่วย และไม่ค่อยให้ความสำคัญกับความเจ็บปวดหรือผลกระทบทางจิตใจที่ผู้ป่วยได้รับจากความเจ็บป่วยทางกาย ยิ่งไปกว่านั้น ความรู้ของสถาบันการแพทย์สมัยใหม่ซึ่งมีอำนาจมากที่สุดในการอธิบายความเจ็บป่วยยังมักสร้างวาทกรรมที่ ซ้ำเติมกล่าวโทษผู้ป่วยว่าขาดระเบียบวินัยในการดูแลร่างกายจนทำให้ตนเองเกิดความป่วยไข้

นอกจากการเล่าเรื่องความเจ็บปวดทางใจจะมีความสำคัญต่อปัจเจกบุคคลแล้ว ในบทความ The act of witnessing: violence, poisonous knowledge, and subjectivity ของ Das (2000a) ยังอธิบาย ด้วยว่า การเล่าเรื่องเป็นกระบวนการทางสังคมที่สมาชิกในชุมชนสามารถใช้เยียวยา ฟันฟูจิตใจ และสร้างความเข้มแข็งให้แก่กันและกันได้ ดังกรณีชาวอินเดียที่ประสบความทุกข์จากการพลัดพรากและสูญเสียในช่วง การแบ่งแยกประเทศใน ค.ศ. 1947 การปะทะกันระหว่างชาวมุสลิมกับชาวฮินดูทำให้มีผู้เสียชีวิตจำนวนมาก และมีผู้พลัดถิ่นหลายล้านคน เมื่อผู้ผ่านเหตุการณ์เลวร้ายนั้นได้เล่าเรื่องของตนเองแลกเปลี่ยนกับผู้ประสบชะตากรรม คล้ายคลึงกันพวกเขาที่รู้สึกเข้มแข็งขึ้นและมีกำลังใจที่จะแสวงหาแนวทางการใช้ชีวิตกันต่อไป การเล่าเรื่องร่วมกัน ยังสะท้อนให้เห็นด้วยว่า เหตุการณ์ความรุนแรงที่เกิดขึ้นนั้นไม่ใช่ปัญหาส่วนบุคคล แต่เกิดจากโครงสร้างทาง การเมืองและความขัดแย้งทางวัฒนธรรมที่ฝังตรึงอยู่ในความคิดของกลุ่มคนมากมาย

อย่างไรก็ตาม เรื่องเล่าของผู้มีความทุกข์ทางกายและทางใจอาจไม่ใช่ความเป็นจริงไปเสียทั้งหมด แม้จะเป็นเรื่องเล่าจากประสบการณ์ของผู้ป่วย แต่การเล่าเรื่องและความทรงจำก็ถูกตีความจากบริบททาง วัฒนธรรมและความคาดหวังของสังคม เมื่อผู้ป่วยเล่าเรื่องความเจ็บป่วยของตนเองจึงไม่ได้อธิบายเฉพาะอาการ ทางกายภาพหรือความรู้สึกเจ็บป่วยเท่านั้น แต่ยังถ่ายทอดความทุกข์ของตนเองที่เกิดจากบริบททางสังคม การเล่าเรื่องโดยนัยนี้จึงเป็นกระบวนการสร้างความหมายใหม่จากการผสมผสานระหว่างข้อเท็จจริงกับ เรื่องที่แต่งขึ้น อย่างไรก็ตาม การเล่าเรื่องเกี่ยวกับความเจ็บป่วยไม่ว่าจะในลักษณะใดก็ตามยังคงมีความสำคัญ ในการสื่อสารเพื่อปรับตัวต่อความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นร่วมกัน ระหว่างตัวผู้ป่วยเอง บุคคลในครอบครัว และ บุคลากรทางการแพทย์ ไม่ว่าจะเป็นความเปลี่ยนแปลงทางกายภาพในด้านสรีระร่างกายหรือการเปลี่ยนแปลง อัตลักษณ์ ของผู้ป่วยอันเนื่องมาจากความป่วยไข้ (Burry, 2001)

จากงานวรรณกรรมเหล่านี้ จะเห็นได้ว่าการเล่าเรื่องมีความสำคัญในการเยียวยาและบำบัดความ ทุกข์ทางใจ สิ่งที่มีความหมายยิ่งกว่าเนื้อหาของเรื่องเล่าคือ *กระบวนการเล่า* ที่ทำให้ผู้ประสบความทุกข์ ได้แปรเปลี่ยนความทรงจำ ความรู้สึก และประสบการณ์อันเจ็บปวดให้กลายเป็นเรื่องราวที่สื่อสารออกมาได้ ในพื้นที่ที่ปลอดภัยและมีผู้รับฟัง ดังนั้น การให้พื้นที่และเวลาสำหรับการเล่าเรื่องของผู้ประสบความทุกข์จึงเป็น กระบวนการสำคัญในการเยียวยาจิตใจ อย่างไรก็ตาม เมื่อผู้เขียนสืบค้นงานศึกษาวิจัยในประเทศไทย พบว่า งานทางวิชาการที่เปิดพื้นที่ให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งได้ถ่ายทอดประสบการณ์ผ่านเรื่องเล่าด้วยตัวเองยังมีจำกัด แต่งานวิจัยส่วนใหญ่มักเป็นการกล่าวถึงโรคมะเร็งจากมุมมองของผู้อื่น ไม่ว่าจะเป็นบุคลากรทางการแพทย์

เช่น พยาบาล นักจิตวิทยา ครู หรือนักศึกษา ทั้งในฐานะผู้เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยทั้งโดยตรงและทางอ้อม งานเหล่านี้เน้นการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาในระบบสุขภาพหรือสังคม และเสนอแนวทางในการดูแลและป้องกันโรคมากกว่าเปิดพื้นที่ให้การเล่าประสบการณ์ตรงของผู้ที่อยู่กับโรคมิมเศร่าเอง

เรื่องที่ไม่เล่าเรื่องของผู้ป่วยโรคมิมเศร่า

ร่างกายมนุษย์ทำงานตามกลไกทางชีวภาพ แต่การรับรู้ความเปลี่ยนแปลงหรือความเจ็บป่วยทางกายและใจไม่ได้เกิดจากกลไกเหล่านี้เท่านั้น หากยังเกี่ยวกับการตีความทางวัฒนธรรมอีกด้วย ความรู้สึกทุกข์ทรมานจะได้รับการยอมรับว่ามีอยู่จริงก็ต่อเมื่อมีการสื่อสารบอกเล่าออกมาผ่านคำพูด ภาษา หรือสัญลักษณ์ต่าง ๆ หากผู้รู้สึกเป็นทุกข์สื่อสารให้ผู้อื่นรับรู้ไม่ได้ก็จะคล้ายกับว่าความทุกข์ทรมานนั้นไม่มีอยู่ หรือเป็นเพียงเรื่องที่บุคคลคิดเพื่อหรือจินตนาการไปเอง

อย่างไรก็ตาม การสื่อสารความรู้สึกเป็นทุกข์หรือเจ็บปวดของบุคคลหนึ่งให้ผู้อื่นรับรู้มันไม่ใช่เรื่องที่ทำได้ง่าย ในแต่ละสังคมมีโครงสร้างทางวัฒนธรรมที่กำกับไว้เสมอว่าเรื่องใดที่เล่าได้หรือไม่ควรเล่าออกไป ในบางวัฒนธรรมเชื่อว่าความทุกข์ที่เกิดขึ้นเกี่ยวข้องกับเรื่องทางจิตวิญญาณ การขาดพลังชีวิต หรือการกระทำที่ไม่ถูกต้องเหมาะสมของบุคคลนั่นเอง ทำให้ถูกอำนาจเหนือธรรมชาติลงโทษ ในแง่นี้ผู้ที่มีความทุกข์จึงไม่ต้องการเปิดเผยความเจ็บปวดทุกข์ทรมานของตนเองให้ผู้อื่นรับรู้ แต่บางวัฒนธรรมมองว่าความทุกข์ทรมานทั้งทางกายและทางใจเป็นความเจ็บป่วยที่สามารถบำบัดรักษาได้ด้วยยาและกรรมวิธีทางการแพทย์ (Scheper-Hughes & Lock, 1987) ภายใต้กลไกทางวัฒนธรรมดังกล่าวทำให้ความรู้สึกเป็นทุกข์ของปัจเจกบุคคลมักถูกเก็บงำเอาไว้ไม่ได้รับการพูดถึงจนกลายเป็นความเงียบทางสังคม (social silence) ที่ไม่มีกลไกหรือระบบในการรองรับความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้น แต่การเงียบไม่ได้ทำให้ประสบการณ์ความเจ็บปวดนั้นถูกลบสิ้นไป มันกลับถูกทำให้กลายเป็นส่วนหนึ่งของสิ่งธรรมดาสามัญที่ไม่ถูกกล่าวถึงอย่างเปิดเผยแต่ติดตรึงอยู่ในการใช้ชีวิตประจำวันของผู้คน (Das, 2007)

การเล่าเรื่องโดยปิดบังความทุกข์ภายในใจเกิดจากโครงสร้างทางวัฒนธรรมที่ควบคุมให้สมาชิกปฏิบัติตามอุดมการณ์และค่านิยมหลักของสังคมนั้น ผู้มีความเครียดจากเหตุการณ์ความรุนแรง ภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล ฯลฯ มีแนวโน้มที่จะเล่าเรื่องในลักษณะที่ปิดกั้นตนเอง (self-distancing) ไม่บอกเล่าความทุกข์อย่างเปิดเผยเพราะเกรงว่าจะถูกผู้อื่นมองในด้านลบ หรือใช้กลไกทางภาษาเล่าเรื่องในลักษณะที่หลีกเลี่ยงไม่เชื่อมโยงตัวตนกับเหตุการณ์หรือความรู้สึกเป็นทุกข์ที่เกิดขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากสังคมนั้นมีค่านิยมที่ใช้ความเข้มแข็งเป็นมาตรฐานวัดคุณค่าของปัจเจกบุคคลก็จะมองว่าผู้มีความทุกข์เป็นผู้อ่อนแอ หรือมองว่าผู้ที่รู้สึกเจ็บปวดและสิ้นหวังเป็นผู้มีความเบี่ยงเบนไปจากบรรทัดฐานของสังคมที่สร้างค่านิยมว่า “คนปกติ” ควรมีความเข้มแข็ง ร่าเริง มุ่งมั่น และควบคุมอารมณ์ตนเองได้ดี ในวัฒนธรรมแบบนี้ผู้ป่วยซึมเศร่าจะถูกมองว่ามีความผิดปกติและเป็นคนไร้คุณค่าความหมายจนทำให้พวกเขาไม่เปิดเผยความรู้สึกที่แท้จริงแต่อาจเลือกพูดเรื่องอื่น ๆ ที่ไม่เกี่ยวข้องกับอารมณ์ของตนเองโดยตรง (Ochs & Capps, 1996)

บางเรื่องราวถูกปกปิดเอาไว้ มักเกิดจากขนบการเล่าเรื่อง (narrative convention) ของสังคมซึ่งกำหนดกรอบว่าเนื้อหาและรูปแบบอย่างไรที่ควรหรือไม่ควรเล่า เรื่องที่ขัดต่อขนบดังกล่าวมักถูกตัดออกไป (ปณณวิชัย วัฒนทรัพย์, 2561) บางเรื่องถูกมองว่าเป็นเรื่องส่วนตัวหรืออ่อนไหวจึงไม่ต้องการเปิดเผย เช่น การถูกคุกคามทางเพศ ถูกข่มขืน ถูกบุคคลใกล้ชิดหรือคนในครอบครัวทำร้ายร่างกาย ผู้ประสบเหตุการณ์อาจรู้สึกกลัว ละอายใจ เศร้า และทุกข์ใจเพราะเกรงว่าจะถูกตัดสินหรือประณามหากผู้อื่นล่วงรู้ นอกจากนี้ การกระทำที่ขัดแย้งกับอุดมการณ์หลักของสังคมหรือศีลธรรม เช่น การขายบริการทางเพศ หรือการทำผิดกฎหมาย ก็ถูกปิดบังด้วยเหตุผลเดียวกัน

ในสังคมที่มีอุดมการณ์ปิตาธิปไตย ผู้ชายจะไม่ค่อยบอกเล่าความทุกข์หรือความเจ็บปวดเพื่อปิดบังความเปราะบางของตนเอง หากเปิดเผยว่ามีความทุกข์จะทำให้ถูกมองว่าอ่อนแอซึ่งขัดกับภาพลักษณ์ความเป็นชายที่สังคมสร้างให้มีความเข้มแข็ง เป็นผู้นำ และสามารถควบคุมอารมณ์และการกระทำของตนเองได้ เรื่องเล่าต่าง ๆ ของผู้ชายในสังคมที่มีอุดมการณ์เช่นนี้จึงมี “บทจบ” (closure) ที่แน่นอนหรือตายตัวซึ่งกำหนดไว้ล่วงหน้าแล้วโดยไม่แสดงออกว่าไม่ไหว สับสน หรือเจ็บปวด เรื่องเล่าเช่นนี้จะกดทับเสียงของความทุกข์ซึ่งมิได้หมายความว่าพวกเขาไม่ได้รู้สึกเป็นทุกข์ แต่เป็นเรื่องเล่าที่ถูกสร้างขึ้นเพื่อปกป้องอัตลักษณ์ความเป็นชายตามค่านิยมของสังคม (Freeman, 2000)

“สิ่งใดที่เราไม่สามารถพูดถึงได้ เราต้องเงียบ” (Whereof one cannot speak, thereof one must be silent)

(Wittgenstein, 1992, p. 89)

คำเรียกและนิยามความเจ็บป่วยทางจิตโดยส่วนใหญ่มีความหมายในทางลบและตีตราผู้ป่วยว่าผิดแปลกไปจากคนปกติและอ่อนแอไม่สู้ชีวิต ความรู้ทางจิตเวชศาสตร์อธิบายเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าโดยเน้นการวิเคราะห์ว่าสาเหตุมาจากความผิดปกติในสมอง ซึ่งเป็นการเบี่ยงเบนความสนใจของผู้คนจากเงื่อนไขทางเศรษฐกิจและสังคม รวมถึงความรุนแรงเชิงโครงสร้างที่ทำให้บุคคลป่วยเป็นโรคซึมเศร้าและเกิดความแปลกแยกกับสังคม ขณะที่กระบวนการรักษายังทำให้ผู้ป่วยกลายเป็นบุคคลที่มีตัวตนไร้ศักยภาพในการจัดการตนเองแต่ต้องปฏิบัติตามคำสั่งของแพทย์อย่างเคร่งครัด (ปรมินทร์ ตั้งโสภาสวไลสกุล, 2565)

อคติของสังคมและวัฒนธรรมการรักษามีส่วนสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยซึมเศร้าเลือกที่จะเก็บตัวอยู่เงียบ ๆ เมื่อไม่อยากจะถูกตีตราผู้มีอาการป่วยจึงไม่บอกเล่าอาการของตนให้ผู้อื่นรับรู้ และไม่พาตนเองไปรับความช่วยเหลือไม่ว่าจากญาติมิตรหรือสถานพยาบาล การตอบสนองจากผู้อื่นที่รับฟังเรื่องเล่ามีส่วนสำคัญในการสร้างความหมายและความสำคัญของความทุกข์และความเจ็บปวดนั้นด้วย ความทุกข์ทางใจไม่มีบาดแผลให้มองเห็นได้ บ่อยครั้งเมื่อบอกเล่าความทุกข์ออกไปจึงมักถูกผู้อื่นสงสัยว่าความรู้สึกนั้นเกิดขึ้นจริงหรือไม่ และในบางวัฒนธรรมก็ไม่ให้ความสำคัญกับความเจ็บป่วยทางใจ ผู้ป่วยเองจึงไม่รับรู้ว่าตนกำลังป่วยแต่แสดงออกเพียงแค่ว่ารู้สึกเหนื่อยล้าหรืออ่อนเพลียซึ่งเป็นอาการทางกายเท่านั้น เมื่อแพทย์วินิจฉัยว่าคุณเป็นโรคซึมเศร้าหรือมีความเจ็บป่วยทางจิต ข้อวินิจฉัยก็อาจถูกตั้งข้อสงสัยด้วยเช่นกันว่าโรคนี้มีอยู่จริงหรือไม่ แต่ละวัฒนธรรมมีแนวคิดและค่านิยมเกี่ยวกับสุขภาพจิตไม่เหมือนกัน การพูดคุยกันเกี่ยวกับเรื่องสุขภาพจิตเป็นเรื่องที่ยอมรับได้ในบางสังคม แต่ในบางสังคมก็เป็นเรื่องที่เข้าใจได้ยาก โดยทั่วไป ในสังคมตะวันตกยอมรับกันว่าโรคซึมเศร้าเป็นความเจ็บป่วยที่ต้องได้รับการรักษาทางการแพทย์ ทำให้คนส่วนใหญ่สามารถพูดถึงเรื่องนี้กันได้และยอมรับว่าตนเองเจ็บป่วยโดยไม่รู้สึกรับอาย แต่ในวัฒนธรรมตะวันออก เช่น จีน ญี่ปุ่น อินเดีย รวมทั้งไทย ยังไม่ค่อยยอมรับผู้มีอาการซึมเศร้าว่าเป็นผู้ป่วย การพูดถึงเรื่องนี้จึงไม่เปิดเผยกันโดยทั่วไป ผู้ป่วยส่วนใหญ่จึงมักปกปิดเรื่องราวหรือไม่เข้ารับการรักษาเพราะกลัวถูกตีตรา (stigma) รู้สึกอับอายที่จะถูกมองว่าล้มเหลว อ่อนแอ (Friedson, 2013)

ในสังคมไทยนอกเหนือจากการรักษาโรคซึมเศร้าด้วยการแพทย์สมัยใหม่ ปรากฏว่ามีความพยายามอธิบายโรคและชี้แนะแนวทางการรักษาด้วยแนวคิดทางศีลธรรมและไสยศาสตร์ เช่น ผู้ป่วยควรไปฝึกสมาธิ ฟังพาดศาสนา ฝึกทำจิตใจให้สงบ หรือปรับเปลี่ยนความคิดให้ถูกต้องตามครรลองครองธรรม เป็นต้น อีกทั้งยังปรากฏว่ามีงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับประเด็นนี้อยู่เป็นจำนวนมากไม่น้อย เช่น “การรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าตามแนวทางพุทธ” (กนกวรรณ ปรดีเปรม, 2565), “การฝึกสมาธิเพื่อการรักษาโรคซึมเศร้า” (หทัยรักษ์ สุโพธิ์ทอง, 2566), “การบำบัดรักษาโรคซึมเศร้าด้วยวิธีการปฏิบัติกรรมฐาน” (มนัสชัย ดวงปัญญารัตน์, 2567), และ

“การบำบัดโรคซึมเศร้าด้วยการเจริญสติ” (นันทนา สุภาพคำ, 2565) เป็นต้น ซึ่งแนวทางเหล่านี้มาจากพื้นฐานความเข้าใจว่าความทุกข์ทางใจมาจากความคิดส่วนบุคคลหรือขาดสติ ซึ่งเป็นการลดทอนความซับซ้อนของปัญหา ละเลยปัจจัยเชิงโครงสร้าง และยังทำให้ผู้ป่วยเจ็บเสียดโดยไม่ต้องตั้งคำถามถึงสาเหตุของความทุกข์ที่มาจากปัจจัยอื่น ๆ นอกเหนือจากความคิดของตัวเอง เช่น ความเหลื่อมล้ำทางสังคม ความรุนแรงในครอบครัว การกดขี่ทางเพศ หรือความไม่มั่นคงทางเศรษฐกิจ

พูดไม่ออกบอกไม่ถูก

ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่กำลังเผชิญกับสภาวะวิกฤตภายในจิตใจ มักไม่สามารถถ่ายทอดอารมณ์ความรู้สึกหรือสภาวะภายในให้ผู้อื่นเข้าใจได้อย่างแท้จริง การเล่าเรื่องของพวกเขามักทำให้เกิดการสื่อสารที่คลาดเคลื่อนไม่เข้าใจกัน และไม่สามารถเชื่อมโยงประสบการณ์ส่วนบุคคลให้เข้ากับกรอบความเข้าใจร่วมของสังคมได้ ลักษณะเหล่านี้เกิดขึ้นจากทั้งสภาวะของโรคและเกี่ยวข้องกับโครงสร้างของภาษา แนวคิดเรื่องตัวตนและโครงสร้างทางวัฒนธรรมที่กำกับกับการเล่าเรื่อง ภายใต้เงื่อนไขเหล่านี้การเล่าเรื่องของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจึงมิได้เป็นเพียงการเล่าประสบการณ์ชีวิตแต่ผู้เล่ายังต้องต่อสู้กับขอบเขตของภาษา อารมณ์ และการรับรู้ตนเอง

ในหัวข้อนี้จะกล่าวถึงลักษณะสำคัญ 3 ประการที่มักพบในเรื่องเล่าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าซึ่งมีลักษณะร่วมกับเรื่องเล่าของผู้ที่เผชิญความทุกข์ทางใจจากสาเหตุอื่น ๆ

1. การไม่สามารถสรรหาคำเพื่ออธิบายความรู้สึก

“ขอบเขตของภาษาของฉันคือขอบเขตโลกของฉัน” (*The limits of my language mean the limit of my world*)

(Wittgenstein, 1922, p. 68)

แม้ว่าจะมีชุดคำต่าง ๆ ดังเช่น คำว่า เศร้า ท้อแท้ สิ้นหวัง ฯลฯ แต่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าก็มักพบว่าไม่มีถ้อยคำใดที่จะสามารถแทนที่อารมณ์ความรู้สึกได้เพียงพอ (Friedson, 2013) ลุดวิก วิทเทินสไตน์ (Ludwig Wittgenstein) (1889-1951) นักปรัชญาชาวออสเตรีย-อังกฤษ กล่าวว่าแม้ว่ามนุษย์จะใช้ภาษาเป็นเครื่องมือในการสื่อสารแต่ภาษาก็เป็นขอบฟ้าที่กำหนดกรอบความคิด ความรู้ และการรับรู้โลกของเราด้วย เราสามารถบอกเล่าให้ผู้อื่นรับรู้ได้เท่าที่ภาษานุญาตให้เราสื่อสารออกไปเท่านั้น และอาจมีนามธรรมบางอย่างที่เราไม่สามารถสรรหาคำหรือสัญลักษณ์มาแทนที่ได้ (Wittgenstein, 1922)

การบอกเล่าความรู้สึกที่เกิดขึ้นภายในจิตใจให้ผู้อื่นรับรู้จำเป็นต้องใช้ภาษาสื่อสารกันและสรรหาคำศัพท์ให้ตรงกับความรู้สึกที่เป็นนามธรรม ตามแนวคิดทางจิตวิทยายังสามารถอธิบายความรู้สึกได้ชัดเจนมากเท่าไรก็จะยิ่งช่วยให้จัดการความรู้สึกได้ดีขึ้นเท่านั้น การมีคำศัพท์ที่ตรงกับอารมณ์ความรู้สึกจึงเป็นกุญแจสำคัญที่ทำให้ผู้ที่ทุกข์ทรมานสามารถรับรู้ นิยาม และจัดการกับอารมณ์ความรู้สึกของตนเองได้ และทำให้ผู้อื่นโดยเฉพาะนักบำบัดเข้าใจสภาวะของผู้ประสบความทุกข์ได้อย่างถูกต้อง แต่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามักรู้สึกว่าไม่สามารถสรรหาคำใดมาบรรยายความรู้สึกซับซ้อนและเป็นนามธรรมที่เกิดขึ้นกับตนเองและสภาวะของโรคที่เป็นอยู่ได้ การไม่มีคำที่เหมาะสมที่จะใช้บรรยายอารมณ์ความรู้สึกนั้นไม่ได้เป็นปัญหาเฉพาะสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเท่านั้น เพราะผู้ป่วยทางกายเองก็พบว่าคำศัพท์ที่มีอยู่มากมาย เช่น ระเบิด ยอก ราว ฯลฯ ไม่สามารถบรรยายความรู้สึกที่เกิดขึ้นได้ชัดเจนตรงใจ ทำให้ผู้ป่วยต้องทนอยู่กับความรู้สึกเหล่านั้นเพียงลำพัง (ชุตินมพันธ์ ตรีอำนาจ, 2552, หน้า 31)

มิกาเอล บัคติน (Mikhail Bakhtin) (1895-1975) นักปรัชญาและนักทฤษฎีวรรณกรรมชาวรัสเซีย อธิบายว่าคำศัพท์ต่าง ๆ ไม่มีความหมายแน่นอนตายตัว ทุกคำเป็นส่วนหนึ่งของการสื่อสารที่มีความต่อเนื่องและมีบริบทที่กว้างกว่าทสนทนาที่เกิดขึ้นเฉพาะหน้าแต่สัมพันธ์กับคำอื่น ๆ ที่มีการใช้ทั้งในอดีต ปัจจุบัน และ

อนาคต คำเดียวกันอาจถูกตีความต่างกันได้หากอยู่ในบริบทที่แตกต่างออกไป นอกจากนี้ ประสบการณ์ร่วมระหว่างผู้พูดกับผู้ฟังยังมีความสำคัญที่ทำให้คู่สนทนาเกิดความเข้าใจกัน มิฉะนั้นอาจทำให้คำหรือถ้อยความหนึ่งที่สื่อสารออกไปถูกรับรู้และตีความเป็นอย่างอื่นได้

แนวคิดปฏิสัมพันธ์เชิงสนทนา (dialogism) ของบักตินเน้นว่า ความหมายของถ้อยคำเกิดขึ้นจากการตอบโต้กันระหว่างผู้พูดกับผู้ฟัง เนื่องจากมนุษย์ดำรงอยู่ท่ามกลางเสียงที่หลากหลาย (heteroglossia) จึงต้องตอบโต้และต่อรองกับเสียงของผู้อื่นตลอดเวลา (Bakhtin, 1986) การบอกเล่าประสบการณ์ทางอารมณ์ความรู้สึกซึ่งเป็นนามธรรมให้กับผู้ที่ไม่เคยมีประสบการณ์ร่วมเป็นเรื่องยาก เพราะผู้พูดไม่เพียงแต่ต้องถ่ายทอดข้อมูลแต่ยังต้องต่อรองความหมายกับผู้ฟังที่มีเสียงของตนเองซึ่งต่างก็มีกรอบวัฒนธรรมและประสบการณ์เฉพาะของตนเอง

ดังนั้น ในกรณีปัญหาการสื่อสารของผู้ป่วยซึมเศร้าจึงไม่ได้เกิดจากถ้อยคำที่เลือกใช้ในการเล่าเรื่องโดยตรง แต่เป็นเพราะการขาดประสบการณ์ร่วมระหว่างผู้ป่วยกับผู้รับฟัง แม้ว่าผู้ป่วยจะใช้ถ้อยคำต่าง ๆ ถ่ายทอดความรู้สึกซับซ้อนภายใน เช่น “เหนื่อย” หรือ “ไม่มีอะไรดีขึ้น” แต่ผู้ฟังที่ไม่เคยมีประสบการณ์ทางอารมณ์แบบเดียวกับผู้ป่วยอาจตีความความหมายของคำเหล่านี้อย่างผิวเผินและมองว่าผู้ป่วยไม่ได้เป็นอะไรมาก เพียงแค่เกิดความรู้สึกเช่นนั้นชั่วคราวและไม่นานก็จะหายไปเอง การเข้าใจผิวเผินเช่นนี้ทำให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารู้สึกว่าเสียงของตนเองไม่มีความหมาย หรือไม่ถูกรับฟังอย่างแท้จริง และตนไม่สามารถต่อรองความหมายกับเสียงโดยรอบได้ ยิ่งไปกว่านั้นบ่อยครั้งที่เสียงของผู้ป่วยยังถูกลบด้วยเสียงของความคาดหวัง การตำหนิ หรืออคติที่ตอกย้ำความล้มเหลวและความอ่อนแอ ทำให้ผู้ป่วยสูญเสียพื้นที่ในการสนทนาทั้งกับตนเองและผู้อื่นในสังคม ตัวอย่างนี้สะท้อนว่าความเข้าใจภาวะซึมเศร้าไม่อาจเกิดขึ้นได้จากการตีความหมายของคำที่ผู้ป่วยบอกเล่าออกมา แต่ควรมีผู้รับฟังที่พยายามเข้าใจประสบการณ์ภายในของผู้ป่วยอย่างลึกซึ้ง

2. การเล่าเรื่องอย่างสับสน วกวน และไม่ปะติดปะต่อ

เรื่องเล่าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้านั้นมักมีลักษณะที่ไม่ปะติดปะต่อ ขาดความลื่นไหล และบางครั้งผู้เล่าก็นิ่งเงียบหรือเล่าต่อไปไม่ได้ ลักษณะเหล่านี้เกิดขึ้นเพราะแกนกลางของเรื่องเล่าแตกสลาย (disintegration of the core narrative) สำหรับคนทั่วไปนั้น แกนกลางของเรื่องเล่ามักเกี่ยวข้องกับบทบาท หน้าที่ และความสัมพันธ์ของตนเองกับผู้อื่นในสังคม แต่ผู้ป่วยซึมเศร้าไม่ให้ความสำคัญกับเรื่องเหล่านี้อีกแล้วเพราะมองว่าการดำเนินชีวิตของตนต่อไปนั้นไร้ความหมาย (Friedson, 2013) ด้วยเหตุนี้จึงทำให้เรื่องเล่าของผู้ป่วยซึมเศร้ามักมีลักษณะกระชอนกระแค้น ขาดเส้นเรื่องที่ชัดเจน (narrative breakdown) หรือเล่าไม่สมบูรณ์ ไม่จบประโยค และบ่อยครั้งที่หลายประเด็นในเรื่องเล่ามีความที่ขัดแย้งกันเอง ซึ่งสะท้อนว่าผู้เล่ามีสภาวะจิตใจสับสน จัดลำดับเหตุการณ์ชีวิตไม่ได้ และดำเนินชีวิตอย่างไร้ทิศทาง จึงไม่สามารถถ่ายทอดประสบการณ์ออกมาได้อย่างเป็นระบบ (Clark, 2008) ลักษณะของเรื่องเล่าที่กล่าวมาไม่ต่างไปจากผู้ที่มีความรู้สึกทุกข์ทรมานจากความเจ็บป่วยทางร่างกายที่เล่าเรื่องของตนเองอย่างลำปากและเต็มไปด้วยความสับสนวกวน แต่โดยรวมแล้วสื่อถึงความรู้สึกสิ้นหวัง (Frank, 1995)

ผู้ที่เผชิญกับความเจ็บปวดและทุกข์ทรมานจากการได้รับความกระทบกระเทือนจิตใจอย่างรุนแรงหรือประสบความสูญเสียครั้งสำคัญ แม้ว่าจะไม่ได้เป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้า แต่ก็อยู่ในสภาวะที่เล่าเรื่องเกี่ยวกับตนเองได้ยากลำบากด้วยเช่นกัน เช่น ผู้หญิงที่ถูกกระทำรุนแรงทางเพศพยายามเล่าถึงเหตุการณ์นั้นอย่างตรงไปตรงมา ผู้ที่ผ่านสงครามเล่าถึงประสบการณ์ของตนเป็นห้วง ๆ แต่เหตุการณ์บางช่วงเวลาก็ขาดหายหรือลรางละเอียดโดยเฉพาะช่วงที่เป็นความทรงจำอันเจ็บปวด เรื่องที่เล่าเหล่านี้ล้วนมีโครงเรื่องกระจัดกระจาย แม้ว่าผู้เล่าจะพยายามจัดการกับความสับสนและความทรงจำที่แหงนวันไม่ปะติดปะต่อ (disjointed memory) แล้วก็ตาม การเล่าเรื่องในลักษณะนี้สะท้อนให้เห็นว่าแม้เหตุการณ์ความรุนแรงต่าง ๆ ได้จบสิ้นลงไปแล้ว

แต่ยังทิ้งผลกระทบไว้ในความทรงจำและการใช้ชีวิตประจำวันของผู้คน โดยที่พวกเขายังคงไม่สามารถทำความเข้าใจ และทำใจยอมรับสิ่งที่เกิดขึ้นได้ (Das, 2007)

การเล่าเรื่องอย่างสับสนส่งผลกระทบต่อกระบวนการช่วยเหลือและบำบัดรักษา ผู้ฟังที่ไม่มีพื้นฐานความเข้าใจสภาวะของโรคจะไม่เข้าใจว่าผู้ป่วยกำลังตกอยู่ในสถานการณ์ที่ต้องได้รับความช่วยเหลือ และอาจทำให้ผู้ป่วยถูกตัดความสัมพันธ์จากคนรอบข้างเพราะความไม่เข้าใจหรือความเข้าใจผิด ขณะที่ตนเองก็ตกอยู่ในวังวนของความคิดที่วุ่นวายสับสน เกิดความกดดัน ไม่สามารถจัดระเบียบความคิด และสูญเสียตัวตน (loss of self) รู้สึกว่าตัวเองไม่ใช่คนเดิม หรือเกิดคำถามว่าตนเองคือใคร ซึ่งในที่สุดผู้ที่รับมือกับความเจ็บปวด สูญเสีย หรือทุกข์ทรมาน ก็จะจมอยู่ในความทุกข์ระยะยาว (Freeman, 2000)

3. การเก็บเงียบและปฏิเสธการสื่อสาร

ผู้ป่วยซึมเศร้าจำนวนมากที่ไม่สามารถจัดการกับกระบวนการคิดและเชื่อมโยงประสบการณ์ให้เป็นระบบได้จะเลือกใช้วิธีการปิดกั้นตนเองให้อยู่ในความเงียบ ในทำนองเดียวกันกับผู้ที่มีบาดแผลทางใจและรู้สึกทุกข์ทรมานอย่างแสนสาหัสจนกระทั่งไม่สามารถบอกเล่าความรู้สึกและประสบการณ์ออกมาได้จะแยกตัวออกจากการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นเพราะรู้สึกว่า “ว่างเปล่าไร้คำพูด” (the wordless nothing) ซึ่งอาจมองว่าเป็นกลไกในการป้องกันตนเองจากการเผชิญกับความทุกข์ต่าง ๆ จากการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น จึงแยกตัวหรือเว้นระยะห่างทางอารมณ์ (emotional detachment) จนรู้สึกด้านชาและว่างเปล่า (inner void) กระนั้นก็ตามความเงียบภายใน (inner silence) ไม่ได้ทำให้ผู้ป่วยเกิดความสงบแต่กลับอยู่ในความมืดมนและไร้ทางออก รู้สึกด้านชาและว่างเปล่า (inner void) (Larrabee, Weine, & Woolcott, 2003) คล้ายกับที่วิตเกินสไตน์อธิบายเรื่องนี้ว่าเมื่อบุคคลสรรหาคำพูดที่จะสื่อสารไม่ได้ก็จะปล่อยให้เรื่องนั้นผ่านไปในความเงียบ (Wittgenstein, 1992)

อย่างไรก็ตาม บางครั้งการเงียบไม่ได้เป็นเพราะไม่มีคำพูด แต่เป็นรูปแบบหนึ่งของการแสดงออกเมื่อเกิดความรู้สึกหรือมีประสบการณ์ที่รุนแรงเกินกว่าจะพูดถึงหรืออธิบายออกไปได้ การนิ่งเงียบช่วยให้รู้สึกปลอดภัยจากแรงกดดันในขณะที่ยังไม่พร้อมจะอธิบายอะไร การเงียบหรือการไม่เล่าเรื่องทั้งหมดในลักษณะนี้จึงเป็นกระบวนการเยียวยาและฟื้นฟูตัวเอง (healing process) ช่วยให้ผู้ได้รับความเจ็บปวดทุกข์ทรมานค่อย ๆ เผชิญหน้ากับความรู้สึกนั้นทีละขั้นทีละตอน (Das, 1990; Das, 2007) ดังนั้น การยอมรับให้ผู้ที่ประสบความทุกข์ทรมานใจได้ใช้เวลากับความเงียบหรือไม่สื่อสารในช่วงระยะเวลาหนึ่งก็มีความสำคัญต่อการฟื้นฟูสภาพจิตใจไม่น้อยไปกว่าการตั้งใจรับฟังเรื่องเล่าของพวกเขา นอกจากนี้ การนิ่งเงียบก็อาจไม่ได้หมายถึงการปฏิเสธการสื่อสาร หากแต่เป็นวิธีการสื่อสารรูปแบบหนึ่งที่ผู้อื่นจำเป็นต้องตีความเช่นเดียวกันกับการสื่อสารในรูปแบบอื่น ๆ (Wittgenstein, 1992)

โศกนาฏกรรมร้ายแรงซึ่งมักเกี่ยวข้องกับภาวะโรคซึมเศร้าคือการที่ผู้ป่วยตัดสินใจจบชีวิตของตนเอง อันเนื่องมาจากความเจ็บปวดทางอารมณ์ที่ไม่สามารถบรรเทาได้ และขาดพื้นที่ในการสื่อสารหรือระบายความทุกข์ออกไป หากสังเกตจากร่องเล่าของผู้ป่วยก็จะพบว่าไม่สามารถจินตนาการถึงอนาคตของตนเองได้ (narrative foreclosure) สถานะนี้เกิดขึ้นเมื่อบุคคลประสบภาวะวิกฤตหรือการสูญเสียอย่างรุนแรงจนทำให้เชื่อว่าไม่มีโอกาสหรือทางเลือกใดที่จะเปลี่ยนแปลงได้อีก จึงไม่คิดจะมีชีวิตต่อและลงความเห็นอย่างแน่วแน่ว่าเรื่องราวชีวิตของตนจบสิ้นลงแล้ว สถานะนี้เกิดขึ้นกับผู้ที่ได้รับความกระทบกระเทือนทางจิตใจ อาจเกิดจากการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก เกิดการเปลี่ยนแปลงครั้งใหญ่ในชีวิต มีความเจ็บป่วยเรื้อรัง หรือประสบความล้มเหลวจนทำให้มองว่าชีวิตที่เหลืออยู่เป็น “การตายทั้งเป็น” (living death) (Freeman, 2000)

ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารุนแรงมักมีมุมมองเหมือนผู้สูงอายุและผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เห็นว่าเรื่องราวชีวิตของตนกำลังจะปิดฉากลง การตกอยู่ในวังวนของความทุกข์ที่ไม่อาจหลุดพ้นออกไป ทำให้มองไม่เห็นหนทางที่

จะสร้างเรื่องราวใหม่หรือเปลี่ยนแปลงตัวตนได้อีก สภาวะของโรคทำให้บุคคลอยู่กับความหดหู่ มีดีมน และมองว่าชีวิตไม่มีเป้าหมายและไร้ความหมาย และนำไปสู่การตัดสินใจจบชีวิตในที่สุด ขณะที่ผู้สูงอายุและผู้ป่วยระยะสุดท้ายมักมีเรื่องเล่าลักษณะนี้ด้วยเช่นกัน เพราะเชื่อว่าชีวิตอยู่ในวาระสุดท้ายมีแต่ความเสื่อมถอย ไม่มีอะไรเหลือให้ทำหรือทำทายอีกต่อไป เป็นการยอมรับวาทกรรมหลักของสังคมเกี่ยวกับชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้ายและผู้สูงอายุที่มีเรื่องเล่าทางวัฒนธรรมที่กำหนดตอนจบเอาไว้แล้ว วาทกรรมนี้มีอิทธิพลอย่างมากจนกระทั่งทำให้คนส่วนใหญ่ในสภาวะดังกล่าวรับเอาวาทกรรมที่กำหนดเรื่องเล่าและแนวทางการดำเนินชีวิตของตนเอง กระทั่งจำนนต่อชะตากรรมและไม่คิดที่จะใช้ชีวิตต่อไปอย่างมีความหมาย

การสร้างเรื่องเล่าใหม่ให้ชีวิตมีความหมาย

การทำความเข้าใจเรื่องเล่าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ช่วยให้การวางแผนการรักษามีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น เช่น แทนที่จะมองว่าผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาเพราะนิ่งเงียบ หรือเล่าเรื่องวอกวนไปมา ก็ควรตระหนักว่าลักษณะการเล่าเรื่องแบบนี้เป็นรูปแบบความทุกข์ที่ผู้ป่วยพยายามสื่อสารและต้องการการรับฟัง แม้ว่าผู้ป่วยจะนิ่งเงียบหรือพูดจาสับสน แต่เสียงของพวกเขาก็ยังมีอยู่ เป็นความเงียบที่เต็มไปด้วยความรู้สึกเจ็บปวดที่ซ่อนไว้ เรื่องเล่าที่ไม่เป็นระเบียบหรือขาดความเป็นเหตุเป็นผลอาจสะท้อนถึงภาวะตัวตนแตกสลาย ความรู้สึกไร้พลัง และความรู้สึกแปลกแยกจากผู้อื่น

การเล่าเรื่องมีความสำคัญต่อการสร้างตัวตนและชีวิตที่มีความหมายของมนุษย์ในโลกยุคสมัยใหม่ เนื่องจากสังคมมีความเปลี่ยนแปลงรวดเร็วและเต็มไปด้วยความไม่แน่นอน ในสถานการณ์ที่ซับซ้อนและแปรเปลี่ยนตลอดเวลา นั้นปัจเจกบุคคลถูกเรียกร้องให้สร้างตัวตน (self) ที่มีความหมายจากเรื่องราวใหม่ ๆ ตลอดเวลา (Giddens, 1991, p. 54) ทว่า สภาวะบางอย่างกลับทำให้บุคคลสูญเสียตัวตนจนไม่สามารถประกอบสร้างได้ใหม่ และไม่สามารถบอกเล่าเรื่องราวชีวิตที่มีความหมายของตนเองได้อีกต่อไป

อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยซึมเศร้าและบุคคลที่ตัวตนแตกสลายสามารถสร้างเรื่องเล่าที่ช่วยในการฟื้นฟูตัวตน (self-renewal) ได้เช่นกัน การสร้างเรื่องเล่าเกี่ยวกับชีวิตที่มีความหมายและมีความหวังในอนาคต ซึ่งจะช่วยปรับเปลี่ยนมุมมองและสร้างอัตลักษณ์ใหม่ให้เกิดขึ้นได้ (Clark, 2008; Freeman, 2000) วิกเตอร์ แฟรงเคิล (Viktor Frankl) (1905-1997) นักจิตวิทยาเสนอวิธีการบำบัดทางจิตด้วยเรื่องเล่าเรียกว่า “logotherapy” อาศัยการเล่าเรื่องเป็นกระบวนการแสวงหาและสร้างความหมายให้กับชีวิต ต่อสู้กับความทุกข์ทรมานและเอาชนะอุปสรรคต่าง ๆ และสร้างความเข้มแข็งเพื่อเริ่มต้นชีวิตใหม่ ในหนังสือของแฟรงเคิล (Frankl, 2006) เรื่อง Man's search for Meaning เล่าประสบการณ์ที่เคยอยู่ในค่ายกักกันของนาซีแล้วสังเกตว่าผู้ที่สามารถเอาตัวรอดได้ในสภาวะยากลำบากแสนสาหัสเช่นนั้นมักเป็นผู้มีแรงจูงใจที่จะมีชีวิตอยู่ต่อเพราะเชื่อว่าชีวิตยังมีความหมาย เนื่องจากมีความรัก มีความหวัง หรือมีภารกิจบางอย่างที่มุ่งมั่นต้องการทำให้สำเร็จ เขามองว่าแม้จะไม่สามารถหลีกเลี่ยงความทุกข์ทรมานที่เผชิญอยู่ แต่หากแสวงหาความหมายของชีวิตได้มนุษย์ก็จะเข้มแข็งและมีชีวิตอยู่ต่อไปได้

การบำบัดด้วยเรื่องเล่าดังกล่าวมีความคล้ายคลึงกับทฤษฎีทางจิตวิทยาคลินิคว่าด้วยการบำบัดด้วยความหวัง (Hope Therapy) ซึ่งมีการปรับใช้กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในประเทศไทยอยู่บ้างแล้ว โดยที่ผู้บำบัดมีการสนทนาเชิงบวกกับผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความคิดที่มีความหวัง แสวงหาเป้าหมายในชีวิต และสร้างแรงจูงใจที่จะไปถึงเป้าหมายนั้น (อรณลิน สิงขรณ์, 2564) แต่การบำบัดตามทฤษฎีดังกล่าวยังเป็นแนวปฏิบัติแบบดั้งเดิม โดยวางบทบาทให้ผู้ป่วยเป็นผู้มีปัญหาที่คอยรับคำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญ แต่ไม่ได้มุ่งเน้นการเปิดพื้นที่ให้ผู้ป่วยได้สร้างเรื่องเล่าและกำหนดความหมายให้แก่ประสบการณ์ของตนเอง และมีอำนาจในการจัดการชีวิตของตนเอง การให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยในลักษณะนี้พบได้ทั่วไปในการรักษา

ทางจิตวิทยาคลินิกตามสถานพยาบาล รวมทั้งนักจิตวิทยาที่โรงเรียนที่ให้คำปรึกษาและคำแนะนำแก่นักเรียน วัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า (พิศุทธิภา เมธิกุล และเทพรัตน์ พานิชย์, 2566) สมมติฐานและกระบวนการรักษา จึงแตกต่างกันอย่างมากจากการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีเสียงในการเล่าเรื่องของตนเอง ในฐานะผู้เป็นเจ้าของ ประสบการณ์ และมีอำนาจในการกำหนดความหมายของสภาวะที่ตนเองเผชิญอยู่ ข้อเสนอของบทความ คือการให้ผู้บำบัดเปลี่ยนสถานะจากผู้ให้คำปรึกษาไปสู่การเป็นผู้ตั้งใจรับฟังและทำความเข้าใจเรื่องเล่าของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยเปลี่ยนมุมมองต่อตนเองจากการเป็นผู้ป่วยไปสู่การเป็นผู้มีศักยภาพในการฟื้นฟูตนเอง

มนุษย์ไม่เพียงเป็นนักเล่าเรื่อง แต่เรื่องที่เล่าออกมาที่หล่อหลอมความคิด ความเชื่อ และความหวัง ของตนเอง กระบวนการเล่าเรื่องเป็นการสร้างความหมายใหม่ให้กับตัวตนและประสบการณ์ชีวิตที่ผ่านมา (นภาพรณ หะวานนท์, 2552, หน้า 1-22) การเปิดพื้นที่ให้ผู้คนสามารถเล่าเรื่องในแบบของตนเองได้สร้างความรู้สึกว่าเป็นเจ้าของเรื่องราวและชีวิตของตนเอง ซึ่งสามารถสร้างคุณค่าและความหมายใหม่ในการ ดำรงอยู่ต่อไป ในวรรณกรรมของผู้เขียนหลายคนที่ผ่านมาประสบการณ์การเป็นผู้ป่วยโรคมะเร็งนั้น แม้เรื่องราวหลัก จะสะท้อนถึงความหดหู่สิ้นหวังซึ่งเป็นอาการสำคัญของโรค แต่แก่นความคิดหลักของทุกเรื่องที่มีร่วมกันคือ ผู้เขียนมีความหวังที่จะก้าวข้ามภาวะซึมเศร้าที่เป็นอยู่ หลังจากยอมรับว่าตนเองเจ็บป่วยแล้วค่อย ๆ เรียนรู้ที่จะ จัดการอารมณ์ของตนเองจนกระทั่งมีจิตใจมั่นคงขึ้นตามลำดับและเรียนรู้ที่จะอยู่กับโรคนี้อย่างดี ด้วยแนวคิดเช่นนี้ จึงทำให้พวกเขาและเธอมีอาการดีขึ้นและกลับมาใช้ชีวิตได้และสามารถเรียบเรียงเรื่องราวออกมาเป็นเรื่องเล่า ในรูปแบบวรรณกรรมดังกล่าว นอกจากนี้ ผู้เขียนบางคนยังเห็นว่าการเขียนหนังสือเกี่ยวกับโรคมะเร็ง ไม่จำเป็นต้องเป็นเรื่องเล่าที่หดหู่แต่ต้องการเล่าเรื่องราวที่มีความหวังที่จะหายจากโรค มีอนาคต และมีชีวิตที่ดีขึ้น เพื่อที่จะหล่อหลอมให้ผู้อ่านที่อาจกำลังเผชิญกับอาการของโรคหรือเป็นคนใกล้ชิดกับผู้ป่วยได้มีความหวังขึ้นมา ด้วยเช่นกัน (นันทพร ตงสาลี, 2565)

การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งได้บอกเล่าเรื่องราวของตนเองเป็นกระบวนการที่สำคัญอย่างยิ่ง ต่อการฟื้นฟูเยียวยาทั้งทางจิตใจและการกอบกู้อัตลักษณ์ของผู้ป่วย ทำให้ผู้เล่าได้กลับมาอยู่ในสถานะผู้มีเสียง และสร้างเรื่องเล่าที่มีความหวังของตนเองขึ้นมา แทนที่จะเป็นเพียงผู้ป่วยในระบบทางการแพทย์เท่านั้น ในแง่นี้ การรับฟังอย่างตั้งใจจากคนใกล้ชิดเป็นการสร้างพื้นที่ปลอดภัยทางอารมณ์ให้แก่ผู้ป่วย ช่วยลดความรู้สึกโดดเดี่ยว โดยทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณเองมีความเชื่อมโยงกับสังคม กระบวนการเล่าเรื่องจึงเป็นจุดเริ่มต้นที่สำคัญในการ เปลี่ยนผ่านจากความเจ็บปวดภายในไปสู่การเยียวยาและบำบัดรักษาโรคให้พ้นหายไป

บทสรุป

บทความนี้แสดงให้เห็นว่าการเล่าเรื่องเป็นเครื่องมือสำคัญในการดำเนินชีวิตและแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ในสังคม การบอกเล่าความทุกข์เป็นกระบวนการบำบัดทางจิตที่ช่วยให้ผู้เล่าได้จัดระเบียบความคิดและ สร้างความหมายใหม่ให้กับประสบการณ์ของตนเอง ช่วยลดความรู้สึกโดดเดี่ยวและสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจ แต่การเล่าเรื่องก็ไม่ได้เกิดขึ้นอย่างอิสระเพราะแต่ละสังคมมีโครงสร้างทางวัฒนธรรมที่กำหนดว่าเรื่องใดควร หรือไม่ควรเล่าออกไป ส่งผลให้บางเรื่องราวถูกเก็บงำเอาไว้และทำให้ปัญหาไม่ได้รับการแก้ไข กรณีการเจ็บป่วย ด้วยโรคมะเร็ง ผู้ป่วยจำนวนมากไม่สามารถถ่ายทอดหรือบอกเล่าประสบการณ์ของสภาวะที่เกิดขึ้นภายใน จิตใจของตนเองให้ผู้อื่นรับรู้ได้ ทำให้ปัญหาของผู้ป่วยไม่ได้จำกัดอยู่แค่ตัวโรคหรืออาการทางคลินิกเท่านั้น การที่ผู้ป่วยขาดพื้นที่หรือไม่มีภาษาในการสื่อสารประสบการณ์ทางอารมณ์ความรู้สึกอาจทำให้ถูกกีดกันทางสังคม เกิดความรู้สึกโดดเดี่ยว รวมทั้งเข้าไม่ถึงการรักษาและการเยียวยาที่เหมาะสม การไม่สามารถเล่าเรื่องของ ตนเองสะท้อนถึงการขาดอำนาจการต่อรองความหมายในพื้นที่ทางสังคม ขณะเดียวกันก็ยังสะท้อนให้เห็นถึง การขาดพื้นที่ในการรับฟังเรื่องเล่าของผู้ป่วยซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการช่วยให้พวกเขาได้แสดงออกและได้รับการ

สนับสนุนทางจิตใจที่จำเป็นการฟื้นฟูตนเอง ทำให้การทำความเข้าใจร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและสังคมเป็นไปได้ยาก นอกจากนี้ เรื่องเล่าของผู้ที่ประสบกับภาวะซึมเศร้าก็มีลักษณะกระจัดกระจายและขาดเส้นเรื่องที่ชัดเจน เนื่องจากสภาวะทางจิตใจที่ส่งผลต่อกระบวนการรับรู้และถ่ายทอดประสบการณ์ สิ่งเหล่านี้สะท้อนให้เห็นว่า ความเจ็บปวดไม่ได้เป็นเพียงภาวะทางชีวภาพ แต่ยังเป็นผลผลิตของการสร้างความหมายในสังคม ซึ่งได้รับอิทธิพลจากภาษา วัฒนธรรม และประสบการณ์ร่วมของมนุษย์

การให้พื้นที่ในการเล่าเรื่องและการรับฟังเรื่องเล่าของผู้ป่วยซึมเศร้าอย่างเข้าใจ แม้ว่าจะเป็นเรื่องราวที่ทวน ลับสน หรือไม่ปะติดปะต่อ แต่ก็เป็นการสื่อสารที่ช่วยให้ผู้ฟังสามารถรับรู้ถึงความซับซ้อนของความเจ็บป่วยได้ ซึ่งเป็นการส่งเสริมการรักษาและการดูแลผู้ป่วยของคนใกล้ชิดเพื่อให้การรักษาเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

รายการอ้างอิง

- กนกวรรณ ปรีดีเปรม. (2565). การรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าตามแนวทางพุทธ. *วารสารปัญญาลิขิต*, 1(1), 45-53. <https://so15.tci-thaijo.org/index.php/PYJ/article/view/865>
- จันทิมา อังคพณิชกิจ, อธิชาติ โรจนะหัสติน และทรงพล อินทเศียร. (2562). *โครงการ “ภาษา การสื่อสารและโรคซึมเศร้า: การสำรวจแนวทางการสื่อสารด้านโรคซึมเศร้าเพื่อคุณภาพชีวิตที่ยั่งยืนของเยาวชนไทย”*. [รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์] มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ชุตินถน ตรีอำนาจ. (2552). *เรื่องเล่าความเจ็บป่วย: การนำเสนอตัวตนของผู้ป่วยในสังคมหลังสมัยใหม่*. [วิทยานิพนธ์อักษรศาสตรมหาบัณฑิต, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย].
- นพวรรณ เมืองแก้ว และเชิดชัย อุดมพันธ์. (2566). กลวิธีทางภาษาที่สื่อภาพแทนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในหนังสือพิมพ์รายวันภาษาไทย. *วารสารศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่โจ้*, 11(2), 20-39. <https://so03.tci-thaijo.org/index.php/liberalartsjournal/article/view/265837>
- นภาพรณ หะวานนท์. (2552). วิธีการศึกษาเรื่องเล่า: จุดเปลี่ยนของการวิจัยทางด้านสังคมศาสตร์. *วารสารสังคมลุ่มน้ำโขง*, 5(2), 1-22. <https://so03.tci-thaijo.org/index.php/mekongjournal/article/view/6862>
- นันทนา สุภาพคำ. (2565). การบำบัดโรคซึมเศร้าด้วยการเจริญสติ. *วารสาร มจร อุบลปริทรรศน์*, 7(3), 217-232. <https://so06.tci-thaijo.org/index.php/mcjou/article/view/260768>
- นันทพร ตงสาลี. (2565). *กลวิธีการเล่าเรื่องจากประสบการณ์ตรงของผู้ประพันธ์ในวรรณกรรมโรคซึมเศร้า* [วิทยานิพนธ์นิเทศศาสตรมหาบัณฑิต, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย].
- นันทศักดิ์ ชนะพันธ์. (2556). การฟื้นฟูจากโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า. *วารสารพยาบาลสภากาชาดไทย*, 6(1), 19-33. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/trcnj/article/view/39970>
- ปรมินทร์ ตั้งโอภาสวิไลสกุล. (2565). บนเส้นทางหวนสู่ชีวิตปกติ: ชีวิตและการผลิตสร้างความเป็นตัวตนของผู้อยู่ร่วมกับโรคซึมเศร้า. *วารสารสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่*, 34(1), 102-143. <https://so04.tci-thaijo.org/index.php/jss/article/view/255431>
- ปณณวิชญ์ ผสมทรัพย์. (2561). ความย้อนแย้งในอุดมการณ์และการลิตรอนความเป็นมนุษย์ในเรื่องเล่าบาดแผล เรื่อง Escape from Camp 14. *วารสารมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์*, 25(2), 143-179. <https://so04.tci-thaijo.org/index.php/abc/article/view/152893>
- ผณิตรา อีรานนท์, อภิญา ห่านตระกูล และนริศา ไพเจริญ. (2565). ภาพรวมการศึกษาบทบาทของตัวบ่งชี้ทางภาษาในการประเมินภาวะซึมเศร้าในประเทศไทย. *วารสารมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร*, 19(2), 55-73. <https://so03.tci-thaijo.org/index.php/jhnu/article/view/241544>

- พรชัย เตชะ และพงศธร สุรินทร์. (2566). สภาวะก่อนซึมเศร้า: ภาษาและการสวมทับความเป็นผู้ป่วยซึมเศร้าของผู้ใช้บัญชีทวิตเตอร์. *Connexion: Journal of Humanities and Social Sciences*, 12(1), 1-17. <https://so05.tci-thaijo.org/index.php/MFUconnexion/article/view/263132>
- พรพัทธา อมรรังสรรค์. (2562). *การวิเคราะห์อารมณ์เพื่อศึกษาภาวะซึมเศร้าบนทวิตเตอร์*. [โครงการงานในการศึกษาตามหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย]
- พิศุทธิภา เมธิกุล และเทพรัตน์ พานิชยिंग. (2566). โรคซึมเศร้าชนิดเรื้อรังในวัยรุ่นนบพาทของนักจิตวิทยาโรงเรียน. *วารสารจิตวิทยาคลินิกไทย*, 54(2), 67-80. <https://so03.tci-thaijo.org/index.php/tci-thaijclinicpsy/article/view/268911>
- มนัสชัย ดวงปัญญารัตน์. (2567). การบำบัดรักษาโรคซึมเศร้าด้วยวิธีการปฏิบัติกรรมฐาน. *วารสาร มจร สุรนารีสาร*, 2(3), 60-71. <https://so14.tci-thaijo.org/index.php/msjkorat/article/view/1104>
- วรรณนะ หนูหมื่น. (2560). *นัยสำคัญของเรื่องเล่าความเจ็บปวดในสารคดีเรื่องฉันทคือเอรีและเขาดร่าหน้าว่าหมอฆ่าคน*. [วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์].
- สถิติน่าตกใจ! ไทยป่วยทางจิต 10 ล้านคน “ซึมเศร้า-วิตกกังวล” พุ่งจากปัญหาเศรษฐกิจ*. (2567, 28 พฤษภาคม). <https://www.prachachat.net/finance/news-1573221>
- หทัยรักษ์ สุโพธิ์ทอง. (2566). การฝึกสมาธิเพื่อการรักษาโรคซึมเศร้า. *วารสารสหวิทยาการนวัตกรรมปริทรรศน์*, 6(5), 172-186. <https://so04.tci-thaijo.org/index.php/jidir/article/view/267160>
- อรณลิน สิงขรณ์. (2564). การบำบัดด้วยความหวังในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า: แนวคิดและแนวทางการประยุกต์ใช้. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 35(1), 146-156.
- Bakhtin, M. M. (1986). *Speech genres and other late essays* (V. W. McGee, Trans.). University of Texas.
- Bury, M. (2001). Illness narratives: fact or fictions?. *Sociology of Health & Illness*, 23(3), 263-285. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.00252>
- Casey, N. (2001). *Unholy ghost: writer of depression*. William Morrow Paperbacks.
- Clark, H. (2008). *Depression and narrative: telling the dark*. State University of New York.
- Das, V. (1990). Our work to cry: Your work to listen. In V. Das (Ed.), *Mirrors of violence: Communities, riots and survivors in South Asia*. (pp. 345-399). New Delhi: Oxford University Press.
- Das, V. (1996). Language and body: transactions in the construction of pain. *Daedalus*, 125(1), 67-91. <https://www.jstor.org/stable/20027354>
- Das, V. (2000a). The act of witnessing: violence, poisonous knowledge, and subjectivity. In V. Das, A. Kleinman, M. Ramphela, P. Reynolds (Eds.), *Violence and Subjectivity* (pp. 205-225). University of California Press.
- Das, V. (2000b). The subjective experience of violence and the social silence. In V. Das, A. Kleinman, M. Ramphela, P. Reynolds (Eds.), *Violence and Subjectivity* (pp. 217-235). University of California Press.
- Das, V. (2007). *Life and words: violence and the descent into the ordinary*. University of California.

- Das, V. (2018). Ethics, self-knowledge, and life taken as a whole. *HAU: Journal of Ethnographic Theory*, 8(3), 537-549. <https://doi.org/10.1086/701379>
- Fisher, W. R. (1987). *Human communication as narration: toward a philosophy of reason, value, and action*. University of South Carolina. <https://doi.org/10.2307/j.ctv1nwbqtk>
- Frank, A. (1995). *The wounded storyteller: body, illness and ethics*. The University of Chicago
- Frankl, V. (2006). *Man's search for meaning: an introduction to logotherapy* (4th ed.). Beacon
- Freeman, M. (2000). When the story's over: narrative foreclosure and the possibility of self-renewal. In M. Andrews, S. D. Sclater, C. Squire, A. Treacher (Eds.), *lines of narrative: Psychosocial perspectives*. (pp. 245-250). Captus University Publications.
- Friedson, M. L. (2013). Subjective darkness: depression as a disintegration of meaning in the core narrative. *Narrative Works*, 3(2), 1-28. <https://journals.lib.unb.ca/index.php/nw/article/view/21465>
- Giddens, A. (1991). *Modernity and self-identity: self and society in the late modern age*. Polity.
- Larrabee, M. J., Weine, S., & Woolcott, P. (2003). The wordless nothing: narratives of trauma and extremity. *Human Studies*, 26(3), 353-382. <https://www.jstor.org/stable/20010340>
- Ochs, E. and L. Capps. (1996). Narrating the self. *Annual Review of Anthropology*, 25, 19-43.
- Scheper-Hughes, N. & Lock, M. (1987). The mindful body: a prolegomenon to future work in medical anthropology. *Medical Anthropology Quarterly*, 1(1), 6-41. <https://doi.org/10.1525/maq.1987.1.1.02a00020>
- Styron, W. (1990). *Darkness visible: a memoir of madness*. Random House.
- Wittgenstein, L. (1922). *Tractatus logico-philosophicus*. (C. K. Ogden, Trans.). Routledge & Kegan Paul.