

การบำบัดยาเสพติด: อำนาจของผู้บำบัด และการลงโทษทางวินัย

SUBSTANCE ABUSE TREATMENT SERVICES: THERAPIST POWER AND DISCIPLINARY ACTIONS

Received: 16/04/2564

Revised: 19/05/2564

Accepted: 22/05/2564

เจษฎา นันใจวงษ์¹

Jetsada Nunjaiwong¹

บทคัดย่อ

จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของยาเสพติดจากอดีตสู่ปัจจุบัน ทำให้เกิดกลไกการทำงานทั้งด้านการจับกุมปราบปราม รวมถึงการนำผู้ติดยาเข้ารับการบำบัดยาเสพติดในระดับต่าง ๆ ทั้งในสถานพยาบาล สถาบันเชิงอำนาจในการกำกับควบคุม และลงโทษมนุษย์ บทความวิชาการ เรื่อง การบำบัดยาเสพติด: อำนาจของผู้บำบัด และการลงโทษทางวินัย มีวัตถุประสงค์เพื่อแลกเปลี่ยนให้สังคมได้เกิดการทบทวนถึงความรุนแรงของการบำบัดยาเสพติดที่มีอยู่ ความยั่งยืนของการยุติการพึ่งพิงยาเสพติดด้วยตนเองของผู้เสพ การให้ออกาสทางสังคมสำหรับผู้ต้องขัง และผู้พ้นโทษ รวมถึงวิพากษ์ถึงระบบการบำบัดยาเสพติดในปัจจุบัน โดยเสนอแนวคิดด้านการบำบัดยาเสพติดที่ควรให้ความสำคัญกับการทำงานในมิติของความเป็นมนุษย์ที่ไม่ควรได้รับความรุนแรงภายใต้การบำบัดยาเสพติด ด้วยกระบวนการที่ผู้เขียนตามแนวคิดยุคหลังโครงสร้างนิยม โดยมีแนวคิดเทคโนโลยีแห่งตัวตนของ มิเชล ฟูโกต์ และแนวคิดจริยธรรมแห่งตัวตนของอิมมานูเอล ค้านท์ ในการมีส่วนร่วมสร้างการเปลี่ยนแปลงให้กับผู้ติดยาจากส่วนลึกภายในจิตใจ

ผลการศึกษาและข้อเสนอแนะเผยให้เห็นว่า ระบบบำบัดยาเสพติดในปัจจุบันได้รับอิทธิพลจากชุดความรู้ด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์กระแสหลักในการกำหนดรูปแบบ และแนวทางการบำบัด โดยเฉพาะการกำกับร่างกายผู้ติดยาด้วยเหตุผลเชิงวินัยให้อยู่ภายใต้สถานบำบัด ทั้งนี้ ภายใต้แนวคิดยุคหลังโครงสร้างนิยมกลับเผยให้เห็นว่ามนุษย์สามารถที่จะยุติการพึ่งพิงยาเสพติดได้โดยอาศัยเทคโนโลยีแห่งตัวตน และจริยธรรมแห่งตัวตนเป็นเครื่องมือกำกับในการยุติการพึ่งพิงยาเสพติด โดยจะยังมีความยั่งยืนมากขึ้นหากผู้เข้ารับการบำบัดได้รับการสนับสนุนทางสังคม และการเสริมพลังอำนาจอย่างเหมาะสมภายใต้บริบทที่แตกต่างกัน

คำสำคัญ: การบำบัดยาเสพติด, อำนาจ, การลงโทษทางวินัย

¹นักทัณฑวิทยา ปฏิบัติการ, ทัณฑสถานเปิดหนองน้ำขุ่น, กรมราชทัณฑ์, กระทรวงยุติธรรม

¹Penologist officer, Practitioner level, Nongnamkhun open correctional institution, Department of Corrections, Ministry of Justice

*E-mail: jetsada.nun@gmail.com

ABSTRACT

From the situation of drug abuse in the past to the present causing mechanisms to work on both sides' suppression including bringing drug addicts to various levels of drug abuse therapy in medical institutions and institutions that control power and punish human beings. The academic article on drug abuse therapy services: Therapist power and disciplinary actions aim to exchange for society to review the violence of existing drug abuse therapy services. The studies focus on the sustainability to stop addiction by themselves by providing social opportunities for inmates and ex-inmates including criticism of the current drug abuse therapy services by proposing a new drug abuse therapy concepts focusing on functions in a human value without any subject to violence under drug therapy. With the author's paradigm following the post-structuralism concept, it is based on Technology of self by Michael Foucault and Self-ethics by Immanuel Kant to the transformation of addicts from the deep mind.

The results and the recommendations were revealing that the current therapy services have been influenced by mainly on medical concepts to determine formats and treatment guidelines with an emphasis on strong disciplinary actions under institution that control power. However, under the concept of the post-structuralism revealing, it shows that humans are able to end their dependence on drugs by means of the Technology of self and Self-ethics as a regulatory tool in ending drug dependences. It will become more sustainable if the clients receive the treatment, social support and appropriate empowerment under different contexts.

Keywords: Drug abuse therapy services, Power, Disciplinary actions

บทนำ

การแพร่ระบาดของยาเสพติด (substance) เป็นปัญหาสังคมอย่างหนึ่งที่เรื้อรังยาวนานตั้งแต่ผู้เขียนจำความได้ หรืออาจเรียกได้ว่าอยู่ในอดีตที่ยังเป็นความทรงจำของผู้เขียนได้เป็นอย่างดี ยาเสพติดในปัจจุบันถูกจำแนกประเภทตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ.2522 แบ่งเป็น 5 ประเภท คือ ประเภทแรก ยาเสพติดให้โทษชนิดร้ายแรง เช่น เฮโรอีน (Heroin) ประเภทที่สอง ยาเสพติดให้โทษทั่วไป เช่น มอร์ฟีน (Morphine) ประเภทที่สาม ยาเสพติดให้โทษที่มีลักษณะเป็นตำรับยาและมียาเสพติดประเภทที่สองผสมอยู่ด้วย ประเภทที่สี่ สารเคมีที่ใช้ผลิตยาเสพติดประเภทแรกและประเภทที่สอง ประเภทที่ห้า ยาเสพติดให้โทษที่มีได้เข้าอยู่ในประเภทแรกถึงประเภทที่สี่ เช่น กัญชา และพืชกระท่อม (สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา, 2522) แม้ว่าปัจจุบันประเทศไทยจะมีประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง ระบุชื่อยาเสพติดให้โทษประเภท 5 พ.ศ.2563

ในราชกิจจานุเบกษาเมื่อวันที่ 14 ธันวาคม 2563 ให้กัญชา พืชในตระกูล Cannabis ไม่เป็นยาเสพติดให้โทษ ประเภท 5 แล้วก็ตาม แต่ยังคงต้องได้รับอนุญาตให้สกัด หรือผลิตในประเทศอย่างถูกต้องตามกฎหมายควบคุมของ กระทรวงสาธารณสุข นอกจากนี้ การตรวจปัสสาวะเบื้องต้นด้วยชุดทดสอบทางวิทยาศาสตร์การแพทย์ยังสามารถตรวจหาสาร Cannabis ในร่างกายมนุษย์ได้ แต่ให้ถือว่ามิใช่เป็นการเสพสารเสพติดประเภท 5 (ตาม พรบ. ยาเสพติดให้โทษ พ.ศ.2522) ที่ในอดีตถือว่ามีความผิดตามกฎหมายในฐานะผู้เสพ (ราชกิจจานุเบกษา, 2563) ทั้งนี้ แม้ว่าปัจจุบันกัญชาจะถูกตัดออกจากการเป็นยาเสพติดตามประกาศดังกล่าว แต่สำหรับชุดความรู้แบบ วิทยาศาสตร์การแพทย์ นำโดยสมาคมจิตแพทย์แห่งสหรัฐอเมริกา ก็ยังคงเนื้อหาของการกำหนดว่าการใช้กัญชา ด้วยการเสพยาสูรร่างกายจนทำให้เกิดอาการเสพติดถือเป็นโรคทางจิตเวชจากสารเสพติดอย่างหนึ่ง (American psychiatric association, 1994, pp. 175-176) ซึ่งชุดความรู้ดังกล่าวยังคงนำมาซึ่งแนวทางการบำบัดรักษา อาการเสพติด (addiction) ด้วยผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์ได้ตามเดิม และยังรวมถึงการบำบัดผู้ติดยาเสพติด (drug treatment services) ประเภทต่าง ๆ ที่มีระบาดในสังคมปัจจุบันอีกด้วย

จะเห็นได้ว่า การศึกษายาเสพติด ผลกระทบจากยาเสพติด รวมถึงนโยบายในการจัดการกับยาเสพติด เกี่ยวข้องกับชุดความรู้ (concept) ที่ก่อให้เกิดการสถาปนาอำนาจ และภาคปฏิบัติของอำนาจให้สังคมหนึ่ง ๆ มีอัตลักษณ์ (identity) ที่รับอิทธิพลจากชุดความรู้กระแสหลักด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์อันทรงอิทธิพล และส่งผลต่อภาคปฏิบัติในการกำกับพฤติกรรมมนุษย์ (อภิญา, 2561) เช่น การนิยามว่าผู้เสพเป็นผู้ป่วย (patient) ที่ต้องเข้ารับการรักษา หากไม่รับการรักษาจะกลายเป็นผู้ติดยาแบบเรื้อรังซึ่งยากแก่การรักษาในภายหลัง ดังนั้น ภายใต้ชุดความรู้แบบวิทยาศาสตร์การแพทย์จึงเกี่ยวข้องกับอำนาจของผู้เชี่ยวชาญในการนำชุดความรู้นั้นมาสู่ การกำหนดแนวทางปฏิบัติต่อผู้ติดยาซึ่งเกี่ยวข้องกับบริบท และบรรยากาศของการบำบัดรักษา เช่น การออก ใบนัดหมายให้มาพบตามนัด การปฏิบัติตามกฎเกณฑ์ของสถานพยาบาล การทำงานเป็นขั้นเป็นตอนอย่างมีระบบ จนกระทั่งการต้องรับประทานยาเพื่อช่วยให้ลดความต้องการในการเสพ เช่น เมทาโดน (Methadone) (American psychiatric association, 1994, pp. 247-251)

ในขณะที่แนวคิดยุคหลังโครงสร้างนิยม (post-structuralism) เริ่มถูกนำมาอธิบายความสัมพันธ์เชิงอำนาจที่เกิดขึ้นในสังคม ด้วยเหตุผลที่ว่า แนวคิดยุคหลังโครงสร้างนิยมให้ความสำคัญกับความหมาย คุณค่าความเป็นมนุษย์ และพื้นที่ในการแสดงออกถึงความมีตัวตน หรืออัตตา (self) ในสังคม

บทความวิชาการเรื่องนี้ ผู้เขียนในฐานะของผู้ปฏิบัติงานกับผู้กระทำผิด หรือนักโทษในเรือนจำ มีวัตถุประสงค์เพื่อแลกเปลี่ยนให้สังคมได้เกิดการทบทวนถึงความรุนแรงของการบำบัดยาเสพติดที่มีอยู่ ความยั่งยืนของการยุติการพึ่งพิงยาเสพติดด้วยตนเองของผู้เสพ การให้โอกาสทางสังคมสำหรับผู้ต้องขัง และ ผู้พ้นโทษ รวมถึงวิพากษ์ถึงระบบการบำบัดยาเสพติดที่มีอยู่ โดยเสนอแนวคิดด้านการบำบัดยาเสพติดที่ควรให้ความสำคัญกับการทำงานในมิติของความเป็นมนุษย์ที่ไม่ควรได้รับความรุนแรงภายใต้การบำบัดยาเสพติด ด้วยกระบวนการทศน์ของผู้เขียนตามแนวคิดยุคหลังโครงสร้างนิยมโดยการนำแนวคิดเทคโนโลยีแห่งตัวตนของ มิเชล ฟูโกต์ (Michael Foucault) และแนวคิดจริยธรรมแห่งตัวตนของ อิมมานูเอล คานท์ (Immanuel Kant) มาเสนอเพื่อเป็นแนวทางสร้างการเปลี่ยนแปลงให้กับผู้ติดยาอีกแนวทางหนึ่ง

ระบบบำบัดยาเสพติด: อำนาจ และการลงโทษ

การบำบัดยาเสพติดในปัจจุบันถูกแบ่งออกเป็น 3 ระบบด้วยกัน คือ ระบบสมัครใจ ระบบบังคับบำบัด และระบบต้องโทษ (กระทรวงสาธารณสุข, 2559, น. 12) ทั้งนี้ การบำบัดยาเสพติดทั้ง 3 ระบบ มีการเพิ่มระดับความเข้มข้นของกระบวนการ และการกำกับเชิงวินัยตามลำดับ กล่าวคือ ระบบสมัครใจเป็นระบบที่ใช้การสมัครใจเข้ารับการบำบัดยาเสพติดในฐานะผู้ป่วยกับสถานพยาบาลที่ให้บริการ โดยมีเงื่อนไขของการนัดหมาย และการเข้าร่วมกิจกรรมเป็นตัวขับเคลื่อนการดำเนินงาน ในขณะที่ระบบบังคับบำบัดเป็นการดำเนินงานตามพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ.2545 ที่ขับเคลื่อนการดำเนินงานด้วยการบูรณาการ โดยมีกรมคุมประพฤติเป็นผู้ขับเคลื่อนหลักในการดำเนินงาน ทั้งนี้ ภายใต้ระบบดังกล่าว ผู้เสพส่วนหนึ่งยังต้องถูกจับกุม และนำตัวเข้ารับการตรวจพิสูจน์ที่เป็นสถานที่กักขังภายใต้การดำเนินงานร่วมระหว่างกรมราชทัณฑ์กับกรมคุมประพฤติระยะเวลาหนึ่ง และผู้ถูกบังคับบำบัดจะถูกคณะกรรมการตามพระราชบัญญัติฟื้นฟูฯ ส่งตัวให้เข้ารับการบำบัดในสถานบำบัดต่าง ๆ เช่น ในค่ายทหารที่ถูกปรับเปลี่ยนให้เป็นสถานที่บำบัดยาเสพติด รวมถึงการถูกส่งให้เข้าเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลจิตเวชภายใต้โปรแกรมบำบัดที่เรียกว่าจิตสังคมบำบัด (matrix program) หากพบว่า ผู้เข้ารับการบำบัดรายดังกล่าวป่วยจิตเวชจากสารเสพติด (substance-related disorders) ที่ยืนยันโดยจิตแพทย์ (สุทิสสา ถาน้อย, 2561; เจษฎา นันใจวงษ์, 2562, น. 10)

รูปแบบการบำบัดรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด

เมื่อก้าวถึงการบำบัด รักษา และฟื้นฟู ย่อมเกี่ยวข้องกับชุดความรู้แบบวิทยาศาสตร์การแพทย์นำโดยผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์เป็นผู้ดำเนินการขับเคลื่อนชุดความรู้นั้นให้มีประสิทธิภาพ และประสิทธิผลในการบำบัด โดยรูปแบบการบำบัด และฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดมีหลายรูปแบบด้วยกันโดยเริ่มต้นจากการจำแนก (classification) ผู้เสพออกเป็น 3 กลุ่ม คือ ผู้ใช้ ผู้เสพ และผู้ติด ด้วยแบบสัมภาษณ์ของกระทรวงสาธารณสุข หากใครเป็นผู้ใช้ คือ เสพไม่เกิน 1 ครั้งใน 1 ปีที่ผ่านมา มักจะต้องได้รับการให้คำปรึกษา หรือร่วมกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการต่อต้านยาเสพติด แต่สำหรับผู้เสพ จะมีรูปแบบที่เข้มข้นขึ้น คือ มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม หรือการทำจิตสังคมบำบัด เช่น การให้คำปรึกษารายบุคคล กลุ่มฝึกทักษะเลิการะยะเริ่มต้น กลุ่มฝึกทักษะป้องกันการกลับไปติดยาซ้ำ กลุ่มครอบครัวศึกษา กลุ่มช่วยกันเอง และกลุ่มสนับสนุนทางสังคม สำหรับผู้ติดจะใช้โปรแกรมชุมชนบำบัด (therapeutic community) ที่มุ่งเน้นการแก้ปัญหาทางจิตใจเป็นสำคัญ คือ การเลียนแบบพฤติกรรมดี การอยู่ร่วมกันเสมือนเป็นครอบครัวเดียวกัน และการใช้อิทธิพลกลุ่ม นอกจากนี้ ยังมีการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพแบบเข้มข้นสายใหม่ (fast model) ที่พัฒนามาจากชุมชนบำบัด โดยให้ครอบครัวมีส่วนร่วม และยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง คือ (Family = ครอบครัว, Alternative treatment activities = กิจกรรมทางเลือก, Self-help = การช่วยตนเอง, Therapeutic community = ชุมชนบำบัด) โดยมีระยะเวลาการบำบัด 4-6 เดือน และรูปแบบการบำบัดสุดท้ายสำหรับผู้ติดยาเสพติดชนิดรุนแรง (heart model) เน้นครอบครัว เน้นให้ความรู้ เน้นกิจกรรมกลุ่มเพื่อส่งเสริมการปรับพฤติกรรมของผู้ป่วย การพิจารณาความเป็นจริง และแนวทาง

ในการดำเนินชีวิต (Home = ครอบครัว, Education = การศึกษา, Activity promotion = การทำกิจกรรมกลุ่ม เพื่อส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม, Reality = การพิจารณาความเป็นจริง และ Therapeutic community = ชุมชนบำบัด) โดยมีระยะเวลาการบำบัด 1 ปี (พรพรรณ วาทีสุนทร และ กฤติกา เฉิดโฉม, 2552, น. 10-13)

แม้ว่าในปัจจุบันการบำบัดด้วยโปรแกรมจิตสังคมบำบัดจะมีการปรับเปลี่ยนรูปแบบที่ไม่เคร่งครัดโดยไม่ต้องนอนพักรักษาแบบเป็นผู้ป่วยในบ้างก็ตาม แต่ผลการดำเนินงานที่ผ่านมา พบว่า บางโรงพยาบาลมีผู้เสพที่เข้าร่วมการบำบัดแบบครบตามจำนวนระยะเวลาการนัดหมายเพียงร้อยละ 55 อีกทั้งมีผู้ที่คงอยู่ในระบบการรักษา (retention rate) ต่ำกว่าเป้าหมายที่วางไว้คือร้อยละ 92 (วิภากรณ์ ปัญญาดี, 2563, น. 110) จากสถิติดังกล่าวจะเห็นได้ว่า ผลการดำเนินงานภายใต้ชุดความรู้ด้านการบำบัดยาเสพติดแบบวิทยาศาสตร์การแพทย์ยังคงไม่ได้รับความสนใจเท่าที่ควร โดยมีนัยสำคัญเผยให้เห็นว่า ผู้เข้ารับการบำบัดมักจะมีพฤติกรรมการบำบัด หรือออกจากกระบวนการบำบัดรักษาอยู่เสมอ

ในขณะที่ระบบบำบัดที่มีความเข้มข้นเชิงวินัยสูงสุด คือ ระบบต้องโทษ เป็นการดำเนินงานโดยกรมราชทัณฑ์ที่จะเริ่มดำเนินการกับผู้ค้า และผู้เสพที่ต้องรับโทษในเรือนจำตามคำสั่งศาล โดยการบำบัดยาเสพติดในเรือนจำ มุ่งเน้นทั้งการปรับเปลี่ยนด้านกายภาพร่างกาย (physical) และจิตใจ (mental) ควบคู่กันไปภายใต้ระยะเวลาในเรือนจำ เช่น หลักสูตรการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสำหรับกลุ่มผู้เสพยาเสพติด และผู้ค้ารายย่อยในเรือนจำ/ทัณฑสถานระยะเวลา 12 วัน (60 ชั่วโมง) (กรมราชทัณฑ์, 2561, น. 1) และหลักสูตรการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ต้องขังติดยาเสพติดก่อนพ้นโทษในเรือนจำ/ทัณฑสถานด้วยระยะเวลา 3 วัน (15 ชั่วโมง) (กรมราชทัณฑ์, 2561, น. 2) แต่หากจะพิจารณาประสิทธิภาพของการบำบัดยาเสพติดในระบบต้องโทษที่ผ่านมา ผู้เขียนพบว่า ยังคงต้องตั้งคำถามกับสถิติการกระทำผิดซ้ำในคดียาเสพติดที่ผ่านมา เช่น สถิติ ณ วันที่ 18 มีนาคม 2564 มีสถิติกระทำผิดซ้ำร้อยละ 65.29 เมื่อเทียบกับคดีอื่น ๆ หรือผู้ที่ได้รับการปล่อยตัวทั้งหมดในปีงบประมาณ พ.ศ.2562 กลับมารับโทษในเรือนจำที่ถือเป็นการกระทำผิดซ้ำร้อยละ 14.55 (กรมราชทัณฑ์, 2564) (เอกสารจากเว็บไซต์) ดังนั้น จากสถิติดังกล่าวจะเห็นได้ว่า การบำบัดยาเสพติดในเรือนจำด้วยอำนาจของผู้บำบัด หรือกฎเกณฑ์การบำบัดที่เคร่งครัดด้วยระเบียบวินัยยังไม่เพียงพอที่จะทำให้ผู้เข้ารับการบำบัดยาเสพติดยุติการพึ่งพิงยาเสพติดได้อย่างยั่งยืน

ทั้งนี้ การบำบัดยาเสพติดที่ได้ผลดีกลับพบว่า ต้องมีการปรับรูปแบบการบำบัดที่มุ่งเน้นการบังคับด้วยกฎระเบียบที่เคร่งครัดเป็นกิจกรรมที่ผ่อนคลายมากขึ้น เช่น การให้ผู้เข้ารับบำบัดเรียนรู้เกี่ยวกับตนเองอย่างมีส่วนร่วมกับคณะวิทยากร การแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับผู้เข้ารับการบำบัดคนอื่น ๆ การเสริมสร้างความสัมพันธ์อันดีกับครอบครัวด้วยค่ายครอบครัว (family camp) ที่จะส่งผลต่อแรงสนับสนุนทางสังคม (social support) ให้ผู้เข้ารับการบำบัดคงอยู่ในระบบการบำบัดที่ยาวนานกว่าการบังคับบำบัดด้วยกฎระเบียบที่เคร่งครัดเกินไป นอกจากนี้ การเปิดพื้นที่ให้ผู้เข้ารับการบำบัดได้มีโอกาสทบทวนถึงปัญหาของชีวิต และผลกระทบที่เกิดขึ้นจากยาเสพติดด้วยตนเองโดยมีครอบครัว หรือโอกาสทางสังคมเป็นเครื่องพยุงอยู่เบื้องหลังยังเป็นการส่งเสริมสนับสนุนการใช้ชีวิตร่วมกันอย่างเข้าใจมากยิ่งขึ้น (วิภากรณ์ ปัญญาดี, 2563, น. 114-116)

อำนาจของผู้บำบัดยาเสพติด และการลงโทษทางวินัย

การบำบัดยาเสพติด (substance abuse treatment services) เป็นกลไกสำคัญที่ถูกนำมาใช้ในปัจจุบัน อันเนื่องมาจากชุดความรู้กระแสหลักที่นิยามว่า หากบุคคลใดติดสารเสพติด (substance dependences) มีความจำเป็นต้องได้รับการบำบัดเพื่อให้สามารถยุติการเสพติดได้ ในที่นี้ สำหรับประเทศไทย ระบบบำบัดยาเสพติดจึงมีความเข้มข้นในการดำเนินการให้เห็นอย่างน้อย 3 ระบบ ด้วยกัน คือ ระบบสมัครใจ ระบบบังคับบำบัด และระบบต้องโทษ (กระทรวงสาธารณสุข, 2559, น. 12) โดยการบำบัดทั้ง 3 ระบบ ผู้ทำหน้าที่นักบำบัด (therapist) จะสอดแทรกการใช้อำนาจ และการลงโทษผู้เข้ารับการบำบัดเป็นเงื่อนไขสำคัญสู่ความสำเร็จ เช่น การอยู่ครบตามจำนวนชั่วโมงนัดหมาย หรือการเข้าร่วมกิจกรรมครบตามเงื่อนไขด้วย “อำนาจ” และ “การลงโทษ” ทั้งนี้ ส่วนหนึ่งปฏิเสธไม่ได้ว่ากลไกการบำบัดดังกล่าว เกิดจากอิทธิพลของชุดความรู้แบบวิทยาศาสตร์การแพทย์ที่มองผู้เสพยาเป็น “ผู้ป่วย” ที่มีสภาพจิตผิดปกติที่ต้องรักษา (ไชยยง รัตนพันธ์, 2562, น. 18)

แต่ภายใต้การบำบัดด้วยชุดความรู้การแพทย์สมัยใหม่ดังกล่าว เปาโล แฟร์ (Paulo Freire) หนึ่งในนักคิดยุคหลังโครงสร้างนิยมกลับมองว่าการแพทย์สมัยใหม่สถาปนาความสัมพันธ์เชิงอำนาจ (power relation) ระหว่างผู้ให้การรักษากับผู้รับการรักษาขึ้นมา เช่น ทุก ๆ ใบสั่งยา (prescription) เป็นการยึดเอียงทางเลือกของคน ๆ หนึ่งให้กับอีกคนหนึ่งต้องสยบยอม (Paulo Freire, 2559, น. 42) ด้วยเหตุนี้ ตามความคิดของเปาโล แฟร์ จะเห็นได้ว่า เมื่อมีผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในระบบการแพทย์สมัยใหม่ หากแพทย์สั่งให้ต้องรับประทานยาใด “ผู้ป่วย” ก็ต้องสยบยอมในการรับประทานยานั้นตามคำสั่ง และต้องรับประทานต่อเนื่องจนกว่าจะหายหรือจนกว่าแพทย์จะสั่งให้หยุดรับประทาน

ยิ่งไปกว่านั้น หากมองย้อนไปที่การบำบัดยาเสพติดในระบบต่าง ๆ ทั้งที่สมัครใจ บังคับบำบัด และต้องโทษ ต่างก็มีกฎหมายเป็นตัวกำกับกับการบำบัด เช่น พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ.2545 ที่มีการกำหนดกฎหมายเงื่อนไขการบำบัด รวมถึงการจัดสร้างสถานบำบัดรูปแบบต่าง ๆ ให้สอดประสานอยู่ภายใต้อำนาจของผู้ทำหน้าที่กำกับควบคุม ด้วยเหตุนี้ อำนาจของผู้บำบัดจึงทวีคูณความรุนแรงอย่างชอบธรรมเมื่อมีกฎหมายรองรับยกตัวอย่างเช่น การบำบัดในระบบต้องโทษที่ถือว่ามีความเข้มข้นสูงสุด มีพระราชบัญญัติราชทัณฑ์ พ.ศ.2560 เป็นเครื่องมือเอื้อให้ผู้บำบัดมีอำนาจแบบเบ็ดเสร็จเด็ดขาด เพราะเรือนจำนอกจากจะใช้เป็นที่คุมขังผู้กระทำผิดแล้ว ในขณะเดียวกันก็ถูกดัดแปลงให้ทำหน้าที่ด้านการบำบัดฟื้นฟูอาชญากรรมให้ผู้ต้องขังในระบบต้องโทษอีกด้วย ดังชื่อกรมราชทัณฑ์ที่ว่า Department of Corrections หรือกรมแห่งการแก้ไข เหตุที่ผู้เขียนกล่าวถึงการทำหน้าที่ด้านการบำบัดอาชญากรรมในเรือนจำนั้น สืบเนื่องจากสถิติผู้ต้องราชทัณฑ์คดี พ.ร.บ.ยาเสพติดให้โทษ พบว่า มีสูงถึงร้อยละ 81.29 เมื่อเทียบกับคดีอื่น ๆ ทั่วประเทศ ข้อมูล ณ วันที่ 1 เมษายน 2564 (กรมราชทัณฑ์, 2564) (เอกสารจากเว็บไซต์) ดังนั้น จากสถิติดังกล่าวอนุมานได้ว่า ผู้ต้องขังส่วนใหญ่ทั่วประเทศเป็นผู้ต้องขังคดียาเสพติดที่มีประสบการณ์ในฐานะของผู้เสพ และผู้จำหน่ายยาเสพติดมาก่อน เรือนจำจึงมีความจำเป็นต้องทำหน้าที่ด้านการบำบัดฟื้นฟูยาเสพติดให้กับผู้ต้องขังด้วยเช่นกัน แต่ผู้เขียนมีข้อสังเกตจากกฎหมาย พ.ร.บ.ราชทัณฑ์ พ.ศ.2560 ตามหมวด 7 (วินัยและการลงโทษ) ในมาตรา 69 เมื่อผู้ต้องขังกระทำผิด

วินัย จะต้องถูกลงโทษสถานหนึ่งสถานใด คือ (1) ภาคทัณฑ์ (2) งดการเลื่อนชั้นโดยมีกำหนดเวลา (3) ลดชั้น (4) ตัดการอนุญาตให้เยี่ยมเยียน หรือติดต่อไม่เกิน 3 เดือน (5) ลด หรืองดประโยชน์ และรางวัลทั้งหมด หรือแต่บางส่วน หรือบางอย่าง (6) ชังเดี่ยวไม่เกิน 1 เดือน และ (7) ตัดจำนวนวันที่ได้รับการลดวันต้องโทษ (ราชกิจจานุเบกษา, 2560) จะเห็นได้ว่า กฎหมายดังกล่าวเป็นเครื่องมือให้ผู้บังคับมีอำนาจในการกำกับให้ผู้ต้องขังเข้ารับการบำบัดยาเสพติดแบบเข้มข้นด้วยเหตุผลเชิงวินัย และการลงโทษ ดังนั้น ทางรอดของผู้ต้องขังจึงต้องสร้างร่างกายที่สยบยอมกับอำนาจของเรือนจำ และอำนาจของ “ผู้คุม” เพื่อนำชีวิตให้รอดจากเรือนจำ

ร่างกายที่สยบยอมของผู้ต้องขัง ได้รับการอธิบายจากนักคิดยุคหลังโครงสร้างนิยมคนหนึ่งนามว่า มิเชล ฟูโกต์ (Michael Foucault) ที่ได้นำเสนอแนวคิดที่แปลเป็นไทยว่า ร่างกายใต้บังคับ (docile body) โดยมีสาระสำคัญที่สามารถอธิบายการบำบัดยาเสพติดในเรือนจำได้ด้วยหลายประการ ทั้งนี้ ฟูโกต์ ได้นำเสนอให้เห็นว่า เรือนจำเป็นสถานที่ที่สร้างร่างกายของผู้ต้องขังให้เป็นไปตามอำนาจของผู้มีอำนาจ ในที่นี้ ฟูโกต์มองว่า ผู้มีอำนาจในเรือนจำ คือ ผู้คุม หรือเจ้าหน้าที่ราชทัณฑ์ที่ได้วางเงื่อนไขกฎเกณฑ์ในการควบคุมผู้ต้องขังตลอดเวลา เช่น กฎเกณฑ์การวางอิริยาบถการกิน การนั่ง การนอน รวมถึงกิจวัตรต่าง ๆ ประจำวัน ทั้งนี้ แนวคิดดังกล่าวชี้ให้เห็นว่า เรือนจำมีการจัดแยกเป็นสัดส่วนของอาคารสถานที่อย่างเป็นระบบระเบียบ โดยสถานที่สำหรับเจ้าหน้าที่ และสถานที่สำหรับผู้ต้องขังจะถูกแยกออกจากกัน ผู้ต้องขังไม่มีสิทธิมาอยู่กับสถานที่ของเจ้าหน้าที่ รวมถึงการถูกควบคุมกิจกรรมด้วยตารางเวลาตั้งแต่ตื่นนอนจนสิ้นสุดระยะเวลาในการกลับขึ้นเรือนนอนอีกครั้ง โดยกิจวัตรในแต่ละวันจะสอดแทรกการฝึกระเบียบแถว การกำกับท่าทางการนั่ง การลุก การยืน การเดิน เพื่อให้เป็นระบบระเบียบง่ายแก่การควบคุม โดยร่างกายผู้ต้องขังตามแนวคิดของฟูโกต์ถูกมองว่าเป็นก้อนแป้งที่ผู้มีอำนาจสามารถปั้นแต่งให้เป็นรูปทรงต่าง ๆ ได้โดยง่ายด้วยกฎระเบียบ และการฝึกอย่างมี “วินัย” ในแต่ละวันจึงมีการประกอบสร้างพลังกำลังโดยแบ่งแยกผู้ต้องขังเป็นส่วนส่วนในการประกอบสร้างให้สร้างผลงาน หรือผลิตผลให้กับเรือนจำ ลักษณะเช่นนี้ คือ การสร้างกองงานฝึกวิชาชีพที่แยกเป็นส่วนต่าง ๆ ให้ผลิต และประกอบผลงานอย่างเป็นสัดส่วนไม่ปะปนกัน (มิเชล ฟูโกต์, 2558, น. 16-73) นอกจากนี้ หากเรือนจำใดที่มีผู้ต้องขังหญิงด้วยแล้ว นอกจากที่ผู้ต้องขังหญิงจะถูกบ่มเพาะจากครอบครัวเพื่อให้เป็น “แม่ศรีเรือน” หรือเป็นภรรยาของสามี โดยมีกฎเกณฑ์ของขนบธรรมเนียมประเพณีกำกับว่าผู้หญิงที่ดีต้องทำอะไร แต่เมื่อผู้หญิงข้องเกี่ยวกับยาเสพติดย่อมต้องได้รับโทษ และเข้าสู่การบำบัดยาเสพติดเช่นเดียวกับชาย การใช้อำนาจในเรือนจำกับผู้ต้องขังหญิงจึงเป็นเทคโนโลยีแห่งอำนาจ (technology of power) ในการกำกับความคิด (thought) ความรู้สึก (feel) และจิตใจ (mind) หรือจิตวิญญาณ (soul) ส่งผลให้ผู้ต้องขังหญิงถูกกำกับพฤติกรรม และความคิดภายใต้แนวคิดชายเป็นใหญ่ (patriarchy) ที่ผู้หญิงต้องเป็นผู้หญิงที่ดี ภรรยาที่ดี และแม่ที่ดีของลูก ตามมาตรฐานที่สังคมชายกำหนด (เบญจวรรณ บุญโทแสง, 2559, น. 144-146)

ดังนั้น จะเห็นได้ว่า การบำบัดยาเสพติดในปัจจุบันเป็นการบำบัดยาเสพติดที่มุ่งเน้นใช้สถาบันเชิงอำนาจ (วินัย) ในการทำหน้าที่ด้านการบำบัด ทั้งหมดเกิดขึ้นภายใต้ชุดความรู้แบบวิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ก่อให้เกิดการสถาปนาสถาบันบำบัดทั้งในระบบสมัครใจ (โรงพยาบาล) บังคับบำบัด และระบบต้องโทษ ทั้งหมดล้วนมีเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบที่มีอำนาจภายใต้กรอบของกฎหมายเป็นเครื่องมือในการขับเคลื่อนดำเนินงานอย่าง

ชอบธรรม และหากสังเกตไปที่การบำบัดในระบบต้องโทษด้วยแล้ว จะเห็นว่ามีการมุ่งเน้นไปที่การจัดการทางกายภาพ (physical) ให้กับผู้เข้ารับการบำบัด เพื่อให้เกิดร่างกายที่สยบยอมต่ออำนาจของสถานบำบัดนั้น ๆ แต่เมื่อผู้เข้ารับการบำบัดพ้นไปจากช่วงระยะเวลาของการบำบัดกลับพบว่า มีผู้เข้ารับการบำบัดจำนวนหนึ่งกลับไปเสพยาเสพติด หรือจำหน่ายยาเสพติดซ้ำ ทั้งนี้ แม้ว่าส่วนหนึ่งเป็นผลจากการกลับไปอยู่ยังชุมชนเดิม ครอบครัวเดิม บริบทเดิม รวมถึงการคบหาปราศรัยกับเพื่อนเดิม ๆ และความเครียดเดิม ๆ จะถูกมองว่าเป็นสาเหตุให้ผู้ผ่านการบำบัดกลับมาเสพติดซ้ำก็ตาม (ไพโรจน์ บุญประเสริฐ, 2561, น. 204-205) แต่ข้อสังเกตของผู้เขียน คือ การบำบัดที่มุ่งเน้นเพียงการกำกับกายภาพยังไม่ก่อให้เกิดความยั่งยืนทางความคิดให้กับผู้ผ่านการบำบัดจนสามารถที่จะควบคุม หรือกำกับตนเองได้ภายหลังสิ้นสุดการบำบัด

การยุติการพึ่งพิงยาเสพติดด้วยตนเอง

การยุติการพึ่งพิงยาเสพติดด้วยตนเองเป็นแนวทางหนึ่งในการทำให้มนุษย์สามารถยุติการพึ่งพิงยาเสพติดได้ โดยใช้แนวคิดยุคหลังโครงสร้างนิยม (post-structuralism) เป็นแนวทางในการสร้างการเปลี่ยนแปลงให้กับมนุษย์ที่ติดยา โดยวิธีการดังกล่าวแตกต่างจากการกำกับมนุษย์ให้ต้องสยบยอมต่อการบำบัดตามแนวทางสมัยใหม่ ทั้งนี้ การยุติการพึ่งพิงยาเสพติดด้วยตนเองเป็นการนำแนวคิดเทคโนโลยีแห่งตัวตน (technology of self) โดยมีเซล ฟูโกต์ มามีส่วนร่วมในการสร้างการเปลี่ยนแปลงให้ผู้ติดยาสามารถยุติการพึ่งพิงยาเสพติดด้วยตนเองอย่างมีจริยธรรมแห่งตัวตน (ปฤษฎณา ชนะวรรษ, 2550, น. 25-49)

ภายใต้การยุติการพึ่งพิงยาเสพติดด้วยตนเอง สามารถแยกย่อยให้เห็นองค์ประกอบของแนวคิดอย่างน้อยสองส่วนด้วยกัน คือ ส่วนแรก แนวคิดเทคโนโลยีแห่งตัวตน นำโดยมีเซล ฟูโกต์ ที่มีข้อเสนอแนะในการทำงานกับมนุษย์ที่แตกต่างจากแนวคิดกลุ่มพฤติกรรมนิยม (behaviorism) ที่นำโดยกลุ่มซิกมันด์ ฟรอยด์ (Sigmund Freud) กล่าวคือ แนวคิดของฟูโกต์เป็นแนวคิดที่ก่อกำเนิดขึ้นหลังจากแนวคิดของฟรอยด์ ทั้งนี้ แนวคิดกลุ่มพฤติกรรมนิยมของฟรอยด์เชื่อในประสบการณ์แห่งชีวิตตั้งแต่วัยเด็ก รวมถึงการอธิบายเชิงลึกถึงจิตใจมนุษย์ (psyche) ที่เกิดจากประสบการณ์เรียนรู้ และปมฝังใจต่าง ๆ (complex) แต่สำหรับฟูโกต์ ได้มีข้อเสนอไปที่ความรู้ที่ซ่อนเร้นของมนุษย์จากประสบการณ์ชีวิต (hidden knowledge) (Hutton, 1988, p. 120) โดยฟูโกต์เห็นว่า โครงสร้างทางสังคมทั้งโครงสร้างของอำนาจ และโครงสร้างของสถาบันต่าง ๆ เช่น โรงเรียน หรือสถานที่ยาเสพติดล้วนเป็นสถานที่ให้ความสำคัญกับการใช้อำนาจในการกำกับผู้ติดยา ผ่านกลุ่มคนที่ถูกเรียกว่าผู้เชี่ยวชาญ เช่น จิตแพทย์ นักจิตวิทยา หรือนักบำบัด โดยในทางกลับกัน ฟูโกต์ให้ความเห็นว่าตัวตนของมนุษย์ (self) นั้นเองที่จะสามารถต่อสู้กับโครงสร้างทางสังคมเหล่านี้ แต่การต่อสู้ดังกล่าวมิได้หมายถึงการก่อให้เกิดสงครามสู้รบ แต่หมายถึงใช้ตนเองเป็นตัวกำกับตนเองในบริบทของสังคมสมัยใหม่ให้เป็นไปตามปรารถนา (desire) ที่ดีของตนเอง ดังนั้น ฟูโกต์จึงให้ความสำคัญถึงการมีจริยธรรมแห่งตัวตนเป็นตัวกำกับตนเองทางสังคมซึ่งรวมถึงจริยธรรมของผู้ติดยาที่ฝังรากลึก หรือถูกกดขี่มาเนิ่นนานก็สามารถที่จะถูกปลุกจริยธรรมขึ้นมาเพื่อสร้างการเปลี่ยนแปลงให้ยุติการพึ่งพิงยาเสพติดได้ (Besley, 2005, pp. 76-79)

แนวคิดจริยธรรมแห่งตัวตน เป็นแนวคิดด้านจริยศาสตร์ หรือ Virtue Ethics ในภาษาอังกฤษที่ใช้ตอบคำถามว่า “การกระทำใดเป็นการกระทำดี” และ “การกระทำใดเป็นการกระทำเลว” โดยผู้ให้คำตอบในยุคสมัยใหม่สำหรับคำถามนี้ นำโดยอิมมานูเอล ค้านท์ (Immanuel Kant) นักคิดชาวเยอรมันที่เป็นเจ้าของผลงานด้านจริยศาสตร์ เรื่อง พื้นฐานของอภิปรัชญาของจรรยา (groundwork on the metaphysics of morals) เป้าหมายของค้านท์ คือ การนำเอาสำนึกทางจริยธรรมที่มีอยู่แล้วตามธรรมชาติมาทำให้เป็นระบบ โดยค้านท์เชื่อว่า มนุษย์ทุกคนมีสำนึกในทางจริยธรรมเหมือนกันโดยธรรมชาติ แต่ด้วยอำนาจ และโครงสร้างทางสังคมต่างหากที่กดทับทำให้มนุษย์ไม่สามารถที่จะกำกับตนเองในการใช้ชีวิตให้เป็นคนดีได้ (โสรัจจ์ หงศ์ลดารมภ์, 2561, น. 168-169) จริยธรรมแห่งตัวตนจึงมีสาระสำคัญมุ่งเน้นที่การมีเจตนาดี (good will) คือ ต้องเป็นสิ่งที่ดีที่เกิดจากภายในของตัวเอง อันมิได้เกิดจากปัจจัยภายนอกที่เป็นตัวกระตุ้นเร้า (เช่น ยาเสพติด) เมื่อมนุษย์แยกแยะได้ว่าการใช้ชีวิตของตนเองเกิดจากการมีเจตนาดีที่ไม่ต้องการสร้างความเดือดร้อนให้กับตนเอง ครอบครัว หรือสังคม เช่นว่านี่เท่ากับว่ามนุษย์ผู้นั้นเข้าถึงการมีเจตนาดีต่อชีวิตตนเอง และคนรอบข้าง หลังจากนั้นมนุษย์ผู้มีเจตนาดีนั้นต้องรู้จักเคารพกฎจริยธรรม คือ การทำดีตามที่มีเจตนาดีที่ไม่มีสิ่งใดแอบแฝง หรือมีประโยชน์ทับซ้อน ในที่นี้หมายถึงต้องแยกแยะความสุขที่เกิดจากการเสพยา และเงินทองที่เกิดจากการจำหน่ายยา หากแยกแยะได้แล้ว และตระหนักได้ว่า “ยาเสพติด” เป็นสิ่งที่ไม่ดีเพราะขัดกับศีลธรรมทางสังคม หรือเป็นสิ่งที่ส่งผลเสียให้กับผู้เสพ รวมถึงครอบครัวที่อาจสูญเสียคนที่รักจากการที่ต้องรับโทษในเรือนจำ เมื่อมนุษย์เข้าใจต้นตอของปัญหานี้ได้ มนุษย์ควรเคารพกฎจริยธรรม คือ ไม่ยุ่งเกี่ยวกับยาเสพติด (โสรัจจ์ หงศ์ลดารมภ์, 2561, น. 171-174) ดังนั้น คำสั่งในการกำกับตนเองได้ของมนุษย์ คือ คำสั่งแบบไม่มีเงื่อนไข คือ ไม่คาดหวังไกลเกินจริงเมื่อได้ลงมือปฏิบัติ เช่น ไม่ใช้การเสพยาเพื่อได้ขึ้นสวรรค์ แต่เป็นการเสพยาเพื่อให้ตนเองมีคุณภาพชีวิตที่ดี สุขภาพดี ร่างกายดี และมีงานทำที่ดี ในที่นี้ เนื่องจากการขึ้นสวรรค์ เป็นความคาดหวังที่ไกลเกินจริง และยังไม่พิสูจน์ไม่ได้ว่าจะได้ขึ้นจริง ๆ (โสรัจจ์ หงศ์ลดารมภ์, 2561, น. 174-175)

เจษฎา นันใจวงษ์ ได้ทำการศึกษาวิจัย เรื่อง การปฏิบัติกรแบบมีส่วนร่วมเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับผู้มีประสบการณ์ชีวิตในวงจรรยาเสพติด ได้ใช้กระบวนการสร้างจิตสำนึกให้ผู้ต้องขังคดียาเสพติดจำนวนหนึ่งที่เป็นผู้ร่วมวิจัยได้ทบทวนตนเองผ่านกิจกรรมสนทนากลุ่มจนก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในการเข้าถึงความรู้ ความจริง และใช้เหตุผลเชิงจริยธรรมในการกำกับตนเองผ่านการวางแผนอนาคตให้ยุติฟุ้งฟิงยาเสพติด โดยมีครอบครัวเป็นพื้นฐานในการร่วมสร้างการขบคิดให้เข้าถึงความปรารถนาที่ดีของสมาชิกครอบครัวจนนำผู้ร่วมวิจัยมาสู่การยุติการฟุ้งฟิงยาเสพติดได้ภายหลังการพ้นโทษ (เจษฎา นันใจวงษ์, 2563, น. 15-22)

ดังนั้น การยุติการฟุ้งฟิงยาเสพติดด้วยตนเองจึงเกี่ยวข้องกับการที่ผู้ติดยาสามารถมีพลังในการทบทวน และสะท้อนความคิดของตนเองออกมา (reflection) เพื่อให้เกิดความคิดที่จะกำกับตนเองสู่การเปลี่ยนแปลงให้สามารถยุติฟุ้งฟิงยาเสพติดได้ โดยมีสำนึกรู้ต่อ “ความดี” หรือ “ความเลว” ที่ตนเองกำลังเลือกเดินอยู่ เมื่อมนุษย์เข้าใจ และทบทวนผลเสียจากการเสพยาด้วยตนเองได้แล้ว ผู้เสพจะสามารถเกิดการวางแผนชีวิตตนเองด้วยการนำตนเองออกมาจากสิ่งที่สร้างความเดือดร้อนให้กับชีวิตได้ โดยลักษณะเช่นว่านี้ คือ การที่มนุษย์ได้นำ

จริยธรรมแห่งตัวตนที่มีมาแต่กำเนิดจากการบ่มเพาะของครอบครัว ญาติพี่น้อง หรือปู่ย่าตายาย มากำกับตนเองให้ ยุติการพึ่งพิงยาเสพติดได้อย่างยั่งยืน และมีพลัง (เกษงภา นันใจวงษ์, 2563, น. 19-22)

การสนับสนุนทางสังคมต่อผู้ผ่านการบำบัดยาเสพติด

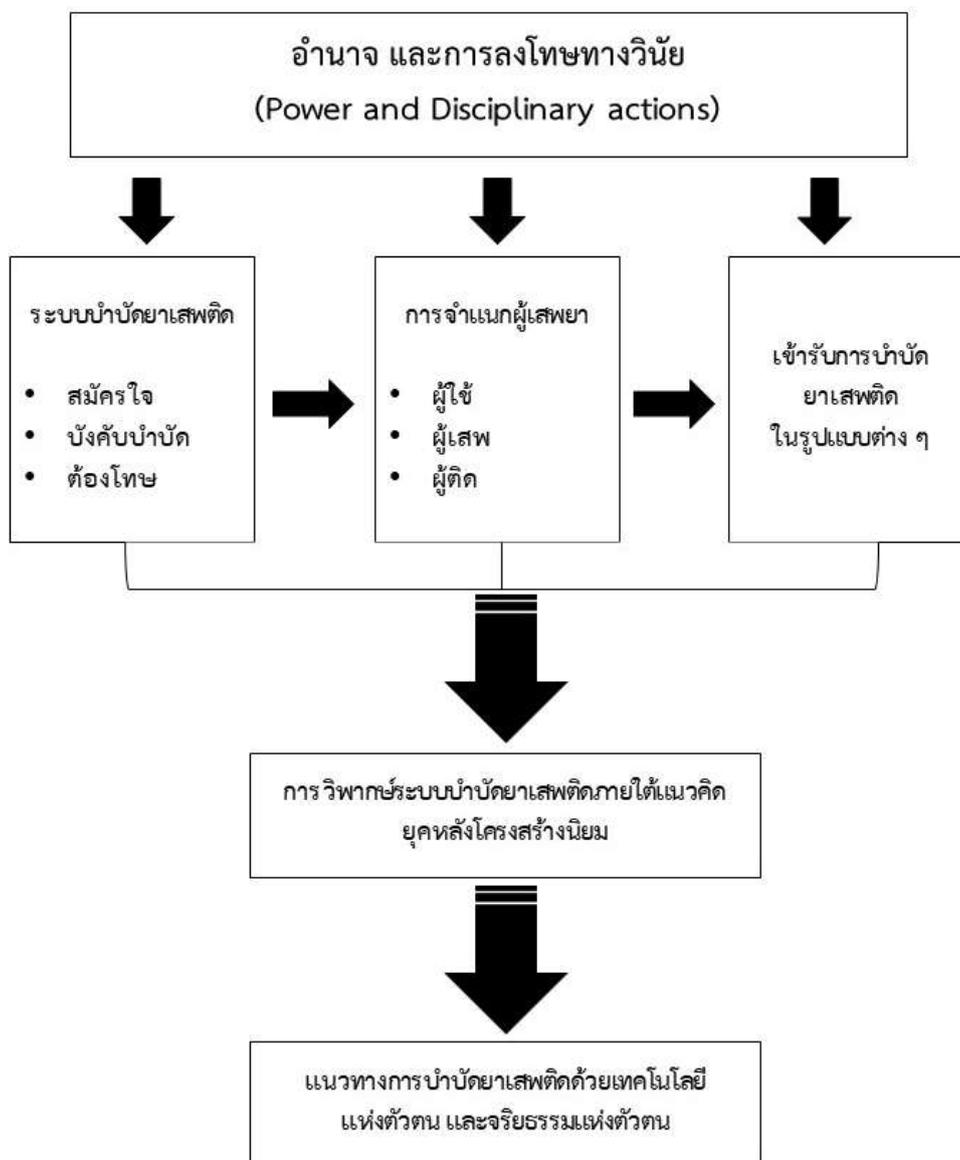
ผลการศึกษาของ อลงกต ประสานศรี และคณะ เผยให้เห็นว่าผู้ที่เข้ารับการบำบัดยาเสพติดในระบบ บังคับบำบัดภายใต้กฎหมาย พ.ร.บ.ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ.2545 ที่ต้องเข้ารับการบำบัดแบบ อยู่ประจำ หรือถูกควบคุมตัวด้วยกฎระเบียบที่เคร่งครัด พบว่า ร้อยละ 37.2 มีสุขภาพจิตผิดปกติ อันเนื่องมาจาก ประเภทของยาเสพติดที่เคยใช้ และการมีสมาชิกครอบครัวติดต่อสื่อสาร หรือมาเยี่ยมในสถานที่บำบัด ล้วนส่งผลต่อสุขภาพจิตของผู้เข้ารับบำบัดด้วยเช่นกัน (อลงกต ประสานศรี, พรทิพย์ จอมพุก และ นนทธิยา หอมขำ, 2563, น. 222-223) ดังนั้น จะเห็นได้ว่า ครอบครัวมีส่วนสำคัญต่อการที่จะทำให้การบำบัดยาเสพติด เกิดประสิทธิผล อันเนื่องมาจากการมีส่วนร่วมในการทำให้ผู้เข้ารับการบำบัดยาเสพติดมีพลังที่จะกำกับตนเอง ให้ยุติพึ่งพิงยาเสพติดได้

นอกจากนี้ การสนับสนุนทางสังคมซึ่งถือเป็นหนึ่งในการให้โอกาสสำหรับผู้ที่เคยกระทำผิดกฎหมาย ทั้งในฐานะของการเป็นผู้เสพ และผู้ต้องขัง มีส่วนสำคัญที่จะทำให้ผู้ติดยาสามารถกำกับตนเองให้หลุดพ้นจาก วงจรยาเสพติดได้ดีขึ้น กล่าวคือ การสนับสนุนทางสังคม (social support) ถูกนิยามว่าเกิดขึ้นจากการที่มี บุคคลอื่นจัดหารักษาพยาบาลทางสังคมที่มีศักยภาพเพื่อช่วยเหลือผู้ที่มีปัญหาด้านสุขภาพ หรือเพื่อช่วยพัฒนา ความเป็นอยู่ของมนุษย์ที่เจ็บป่วยให้มีสุขภาพที่ดีขึ้น ดังนั้น การสนับสนุนทางสังคมจึงมีส่วนในการบำบัด (treatment) และฟื้นฟูสมรรถภาพ (rehabilitation) ให้กับมนุษย์มีสุขภาพที่ดีในการใช้ชีวิตในสังคมซึ่งรวมถึง มิติด้านกาย ใจ และความเป็นอยู่ทางสังคม (Sheldon Cohen and Sherman Leonard Syme, 1985, pp. 3-16) นอกจากนี้ ยังมีผู้เสนอว่าการสนับสนุนทางสังคมยังมีส่วนช่วยในการลดปัญหาอาชญากรรม ลดความเครียด ลดบาดแผลทางจิตใจ และลดการเกิดโรคซึมเศร้าให้กับประชาชนโดยทั่วไปได้ด้วย (Thoits, 1986 as cited in Meyers et al., 2017)

ทั้งนี้ การสนับสนุนทางสังคมสามารถที่จะทำงานร่วมกับการเสริมสร้างพลังอำนาจ (empowerment) ในฐานะอีกหนึ่งแนวคิดยุคหลังโครงสร้างนิยม โดยสองแนวคิดดังกล่าวสามารถที่จะร่วมกันทำงานในลักษณะ บูรณาการ เพราะแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจก็มีรากฐานที่มาจากกลุ่ม Self-help โดยมีเป้าหมาย เชิงคุณธรรมในการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน โดยการเสริมสร้างพลังอำนาจจะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ภายในตนเอง จนสามารถค้นหาพลังอำนาจ และกำหนดสร้างการเปลี่ยนแปลงด้วยตนเองได้ โดยการเสริมสร้าง พลังอำนาจเป็นแนวคิดที่ครอบคลุมการเสริมสร้างพลังทั้งในระดับปัจเจก ครอบครัว กลุ่ม และชุมชน (นุชนาฏ ยูอินเงาะ, 2562, น. 103-105)

ดังนั้น หากการสนับสนุนทางสังคมเป็นแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนทรัพยากรทางสังคมโดยผู้อื่น ที่เข้ามาช่วยเพื่อให้มนุษย์มีสุขภาพที่ดีขึ้น และสามารถใช้ชีวิตในสังคมได้ ผนวกกับการเสริมสร้างพลังอำนาจที่จะ

ก่อให้เกิดพลังแห่งการเปลี่ยนแปลงจากภายในของผู้ที่ถูกกดขี่ หรือถูกควบคุมโดยอำนาจทางสังคม เช่น ผู้ที่ต้องเข้ารับการบำบัดยาเสพติดด้วยกฎระเบียบของการบำบัดที่เคร่งครัด ย่อมจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ยั่งยืน และเป็นการเปลี่ยนแปลงที่มีการบูรณาการการมีส่วนร่วมทั้งระดับปัจเจก คือ ผู้ติดยา และชุมชน หรือสังคมเข้ามา มีส่วนร่วมในกระบวนการสร้างการเปลี่ยนแปลงเพื่อยุติการพึ่งพิงยาเสพติดนี้ได้



ภาพที่ 1 แผนผังระบบบำบัดยาเสพติด และการวิพากษ์ระบบด้วยแนวคิดยุคหลังโครงสร้างนิยม

บทสรุป

จากปัญหาเสพติดที่ก่อให้เกิดการสูญเสียปีสุขภาวะ (disabilities adjusted life year) สูงถึงร้อยละ 7.4 ของการสูญเสียดัชนีปีสุขภาวะทั้งหมด จากผลการเข้ารับการบำบัดยาเสพติดในปี พ.ศ.2561 พบว่า มีผู้เข้ารับการบำบัดยาเสพติด จำนวนทั้งสิ้น 237,976 คน แบ่งเป็นระบบสมัครใจ ร้อยละ 48.8 ระบบบังคับบำบัด ร้อยละ 40.0 และระบบต้องโทษ ร้อยละ 11.3 (อลงกต ประสานศรี, พรทิพย์ จอมพุก และ นนธ์ธิยา หอมขำ, 2563,

น. 213) โดยการบำบัดทั้งหมดอยู่ภายใต้ชุดความรู้กระแสหลัก คือ ชุดความรู้แบบวิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ก่อให้เกิดการสถาปนาขึ้นมาของสถานบำบัดยาเสพติดรูปแบบต่าง ๆ เช่น โรงพยาบาล สถานบำบัดยาเสพติด และเรือนจำ หรือทัณฑสถาน โดยทั้งหมดก่อให้เกิดการสถาปนาอำนาจของผู้บำบัดในฐานะของผู้ที่สามารถกำกับควบคุมมนุษย์ให้มีร่างกายที่สยบยอมให้อยู่ภายใต้สถานบำบัดนั้น ๆ เหล่านี้จึงเป็นความสำเร็จของการควบคุมมนุษย์ให้มีร่างกายที่เชื่อเชื่อ หรือสยบยอมกับอำนาจของผู้ปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่อง

เมื่อการบำบัดยาเสพติด ไม่สามารถทำให้ผู้ติดยาเลิกได้ทั้งหมด การทบทวนถึงชุดความรู้ที่ใช้ในการบำบัดยาเสพติดจึงมีความสำคัญที่จะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสังคม ภายใต้แนวคิดยุคหลังโครงสร้างนิยมที่ให้ความสำคัญกับคุณค่าและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์มากยิ่งขึ้นกว่าการมองมนุษย์ให้เป็นเพียงวัตถุ การบำบัดยาเสพติดที่ให้ผู้เข้ารับการบำบัดได้ทบทวนตนเองโดยนำจริยธรรมแห่งตัวตนมาเป็นโคมไพน์ทาง โดยมีครอบครัว ชุมชน และสังคมอยู่เบื้องหลังให้เกิดความคาดหวังที่จะกลับตนเป็น “คนดี” ตามที่ถูกบ่มเพาะมาทั้งชีวิต จึงเป็นการเปิดพื้นที่ให้ผู้เข้ารับการบำบัดได้ทบทวนถึงแนวทางตามที่ได้นำเสนอภายใต้ยุคหลังโครงสร้างนี้ ซึ่งจะส่งผลต่อการก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ยั่งยืนด้วยการยุติการพึ่งพิงยาเสพติดบนความปรารถนาภายในของปัจเจก (individual) และไม่แยกออกจากสังคม กล่าวคือ มนุษย์จะทบทวนถึงผลประโยชน์ทางสังคม (social interests) ที่ตนควรจะได้รับอันเนื่องมาจากการเป็นสมาชิกของกลุ่มทางสังคม (social group) ผลประโยชน์ทางสังคมจึงเป็นกลไกการเปลี่ยนแปลง และพัฒนาใน 3 ระดับ คือ ความสามารถในการเรียนรู้ ความสามารถด้านทักษะ และการสร้างบุคลิกลักษณะต่าง ๆ แอลเฟรด แอดเลอร์ (Alfred Adler) เชื่อว่าปัจเจกบุคคลมีทัศนคติเชิงลึกจากการปะทะสังสรรค์ทางสังคม (social interaction) เมื่อความสามารถในการเรียนรู้ถูกพัฒนาขึ้นเรื่อย ๆ ปัจเจกบุคคลจะมีความปรารถนาในการใช้ชีวิตที่สอดคล้องกับผู้อื่น อันเกิดจากการปะทะสังสรรค์ทางสังคมผ่านกิจกรรมต่าง ๆ บนพื้นฐานโครงสร้างทางวัฒนธรรมของสังคมนั้น ๆ ด้วยเหตุนี้ การให้กำลังใจผู้เข้ารับการบำบัดจากบุคคลอื่นภายนอก เช่น คนในครอบครัว ชุมชน หรือสังคม ย่อมส่งผลต่อการปะทะสังสรรค์เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อผู้ติดยาได้ ทั้งจะเห็นได้ว่า ผู้เข้ารับการบำบัดที่ถูกจับกุม หรือบังคับให้บำบัดโดยภาวะจำยอมจะมีภาวะขาดกำลังใจ (discourage) ดังนั้น การให้กำลังใจ (encourage) จึงมีส่วนสำคัญที่จะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงสู่การยุติการเสพยาได้ (Stone, Conteh and Francis, 2017, pp. 124-126) ในขณะเดียวกัน การให้การสนับสนุนทางสังคมต้องเกี่ยวข้องกับการรับรู้ (perception) ของผู้เข้ารับการบำบัดต่อการสนับสนุนนั้น เพราะการรับรู้ต่อการสนับสนุนจะส่งผลต่อความรู้สึกของผู้รับการบำบัดที่ผูกพันกับการช่วยเหลือทางสังคมจากผู้อื่น ดังนั้น การรับรู้ต่อการสนับสนุนทางสังคมดังกล่าว จึงสร้างความแตกต่างจากการเป็นฝ่ายรับเพียงอย่างเดียว (Bolger et al., 2000; Listwan et al., 2010; McDowell et al., 2007; Nelson et al., 1999 and Paterline et al., 1999 as cited in Meyers et al., 2017)

จริงอยู่ที่การบำบัดยาเสพติดในปัจจุบันถูกอิงแอบอยู่บนฐานคิดแบบปฏิฐานนิยม (positivism) คือ การใช้เหตุผลตามหลักการทดลองทางวิทยาศาสตร์เพื่อพิสูจน์ความจริง เช่น การยืนยันว่ามนุษย์เสพสารใดเข้าสู่ร่างกายด้วยภาคปฏิบัติการของเครื่องมือทางการแพทย์ แต่ในส่วนของการบำบัดยาเสพติด นักบำบัด หรือผู้ปฏิบัติงาน

วารสารการจัดการและพัฒนาท้องถิ่น มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม

ปีที่ 1 ฉบับที่ 1 (มกราคม - มิถุนายน 2564)

ด้านการช่วยเหลือผู้ติดยาควรทบทวนถึงแนวทางที่หลากหลายในมิติทางสังคม อันเนื่องมาจาก ไม่มีวิธีการใดที่สมบูรณ์แบบในตัวเอง แต่การประยุกต์ (apply) รวมถึงการเปิดโลกทัศน์ มีส่วนสำคัญที่จะทำให้พนักงานบำบัดเกิดการปรับตัว และมีการเรียนรู้ที่จะเสาะแสวงหาวิธีการใหม่ ๆ เข้ามาช่วยเหลือผู้ใช้บริการอย่างหลากหลายมากยิ่งขึ้น อีกทั้ง นักบำบัดควรยุติการก่อความรุนแรงต่อผู้เข้ารับบำบัดด้วยอำนาจที่ตนเองสถาปนาขึ้นโดยไม่รู้ตัว ทั้งนี้ อาจสืบเนื่องจากวัฒนธรรมความรุนแรงทั้งทางตรง (direct violence) เช่น การลงโทษด้วยกำลังกาย และความรุนแรงเชิงโครงสร้าง (structural violence) เช่น วัฒนธรรมความรุนแรงขององค์กรก็ตาม (Galtung, 1990, pp. 291-292) แต่โครงสร้างบรรยากาศของการบำบัดที่เป็นมิตร มากกว่าจะเป็นคู่แข่งทางสังคมที่เป็นชนวนเหตุของการปฏิเสธการรักษา ดังนั้น บทความวิชาการชิ้นนี้จึงมีความประสงค์ที่จะกระตุ้นเตือนให้นักบำบัดเกิดการทบทวนบทบาทของตนเองต่อการปฏิบัติหน้าที่ในฐานะนักบำบัดที่ไม่ละเลยคุณค่าและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของผู้รับการบำบัดทั้งในประเด็นยาเสพติด และประเด็นสิ่งที่จะต้องบำบัดอื่น ๆ อันหมายรวมถึงการปรับเปลี่ยนกระบวนทัศน์ในการปฏิบัติงานด้านการบำบัดยาเสพติดที่ควรให้ความสำคัญกับการทำงานเชิงมิติของความเป็นมนุษย์เพิ่มมากขึ้น เช่น การให้โอกาส และการเป็นผู้มีส่วนร่วม (participant) ในการกำหนดสร้างการเปลี่ยนแปลงไปพร้อมกับ “ผู้ติดยา” หรือ “ผู้ป่วย” มากกว่าจะเป็นผู้คอย “จับผิด” และ “ลงโทษ” เหมือนในอดีตที่เป็นมา การปรับเปลี่ยนกระบวนทัศน์ดังกล่าว จึงมีส่วนสำคัญในการที่จะสร้างการเปลี่ยนแปลงในระดับโครงสร้างทางสังคมในการปฏิบัติงานด้านการบำบัดยาเสพติดที่เปลี่ยนแปลงไป

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข. (2559). *แนวทางการดำเนินงานยาเสพติด*. สมุทรสาคร: บริษัท บอร์น ทู ปี พับลิชชิง จำกัด.
- กรมราชทัณฑ์. (2561). *คู่มือหลักสูตรการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสำหรับกลุ่มผู้เสพยาเสพติดและผู้ค้ารายย่อยในเรือนจำ/ทัณฑสถาน* (พิมพ์ครั้งที่ 1). นนทบุรี: กรมราชทัณฑ์.
- กรมราชทัณฑ์. (2561). *คู่มือหลักสูตรการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ต้องขังติดยาเสพติดก่อนพ้นโทษในเรือนจำ/ทัณฑสถาน*. นนทบุรี: กรมราชทัณฑ์.
- กรมราชทัณฑ์. (2564). *สถิติการกระทำผิดซ้ำของผู้ต้องขัง*. ค้นจาก <http://www.correct.go.th/recstats/>
- กรมราชทัณฑ์. (2564). *รายงานสถิติผู้ต้องราชทัณฑ์คดี พ.ร.บ.ยาเสพติด ทั่วประเทศ*. ค้นจาก http://www.correct.go.th/rt103pdf/report_result.php?date=2021-04-01&report=drug
- เจษฎา นันใจวงษ์. (2562). *การปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับผู้มีประสบการณ์ชีวิตในวงจรรยาเสพติด*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- เจษฎา นันใจวงษ์. (2563). *การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับผู้มีประสบการณ์ชีวิตในวงจรรยาเสพติด*. *วารสารสังคมศาสตร์ นิติรัฐศาสตร์*, 4(2): 1-22.
- นุชนาฏ ยูอันเงาะ. *การเสริมพลังอำนาจชุมชนเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ต้องขังหลังพ้นโทษ*. *วารสารสังคมวิวัฒน์*, 10(2): 101-116.

- ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง ระบุชื่อยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 พ.ศ.2563. (2563, 14 ธันวาคม).
ราชกิจจานุเบกษา. (เล่ม 137, ตอนพิเศษ 290. หน้า 33).
- ปฤษฎา ชนะวรรษ. เทคโนโลยีแห่งตัวตนในการยุติการพึ่งพายาเสพติด: การสร้างทฤษฎีฐานรากตามแนว
สร้างสรรค์นิยม. วารสารสังคมลุ่มน้ำโขง, 3(3): 25-49.
- เปาโล แพร่. (2559). การศึกษาของผู้ถูกกดขี่ [Pedagogy of the Oppressed] (พิมพ์ครั้งที่ 1) (ภาคิน
นิมมานนรงค์, นลัท ตั้งพรพิพัฒน์ และ วิจักขณ์ พานิช). กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัดภาพพิมพ์,
(ค.ศ.1968).
- พระราชบัญญัติราชทัณฑ์ พ.ศ.2560. (2560, 18 กุมภาพันธ์). ราชกิจจานุเบกษา. (เล่ม 134, ตอนที่ 21 ก. หน้า
20-21).
- พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ.2522. (2522, 27 เมษายน) ราชกิจจานุเบกษา. (เล่ม 96, ตอนที่ 63. หน้า
40-79).
- พรรณณี วาทีสุนทร และ กฤติกา เฉิดโฉม. (2552). การศึกษาเปรียบเทียบผลสำเร็จของการบำบัดรักษาผู้ป่วย
ยาเสพติดระบบบังคับบำบัด และระบบสมัครใจ. สมุทรสาคร: บริษัท บอรรน ทู ปี พับลิชชิง จำกัด.
- ไพโรจน์ บุญประเสริฐ. พฤติกรรมหลังผ่านการบำบัดยาเสพติด: กรณีศึกษาเขตพื้นที่จังหวัดเชียงราย. วารสาร
นิติศาสตร์และสังคมท้องถิ่น, 2(1): 191-211.
- ไชยยา รัตนพันธ์. การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด. Journal of Roi Kaensarn Academi, 4(2): 18-33.
- เบญจวรรณ บุญโทแส. (2559). การสร้างร่างกายที่สยบยอมของผู้ต้องขังหญิงต่ออำนาจในเรือนจำ. (ปริญา
นิพนธ์ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต). กรุงเทพฯ. มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- มิเชล ฟูโกต์. (2558). ร่างกายใต้บังคับการ[Les corps dociles from Surveiller et punir] (พิมพ์ครั้งที่ 3) (ทองกร
โภาคธรรม และ นพพร ประชากุล). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์คบไฟ. (ค.ศ.1975)
- วิภากรณ์ ปัญญาดี. ผลการปรับรูปแบบการบำบัดยาเสพติดแบบจิตสังคมบำบัดต่อการปฏิบัติตามแผนการบำบัด
ของผู้รับการบำบัดยาเสพติดชนิดเมทแอมเฟตามีน. วารสารวิชาการวิทยาลัยบริหารศาสตร์, 3(3),
น. 110-116.
- สุทิสสา ถาน้อย. (2561). สมองและสารสื่อประสาท ความผิดปกติในภาวะติดยาเสพติด (Brain and
Neurotransmitters: Abnormalities in Drug Addiction). พิษณุโลก: รัตนสุวรรณการพิมพ์ 3.
- โสรัจจ์ หงศ์ลดารมภ์. (2561). ปรัชญาทั่วไป. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อภิญา เฟื่องฟูสกุล. (2561). อัตลักษณ์ การทบทวนทฤษฎีและกรอบแนวคิด. เชียงใหม่: ห้างหุ้นส่วนจำกัดวินดา
การพิมพ์.
- อลงกต ประสานศรี, พรทิพย์ จอมพุก และ นนทีธยา หอมขำ. สุขภาพจิตของผู้เข้ารับการบำบัดยาเสพติดในระบบ
บังคับบำบัด. Thai Journal of Public Health, 50(2): 211-225.

- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnosis and statistical manual of mental disorder*. Washington DC: R.R. Donnelly and Sons Company.
- Besley T. (2005). Foucault, truth telling and technologies of the self in schools. *Journal of Educational Enquiry*, 6(1): 76-89.
- Cohen S. and Syme S.L. (1985). *Social Support*. San Francisco: Academic Press.
- Galtung J. (1990). Cultural Violence. *Journal of Peace Research*, 27(3): 291-305.
- Martin, L.H., Gutman, H. & Hutton, P.H. (1988). *Technology of the self: A seminar with Michael Foucault*. Massachusetts: The university of Massachusetts press.
- Meyers T.J., Wright K.A., and Tesca M. (2017). Social support from outside the walls: Examining the role of relationship dynamics among inmates and visitors. *Journal of Criminal Justice*, 52: 57-67.
- Stone D.A., Conteh J.A. and Francis J.D. (2017). Therapeutic Factors and Psychological Concepts in Alcoholics Anonymous. *Journal of Counselor Practice*, 8(2): 120-135