

ความผิดปกติทางจิตในกฎหมายอาญา : ศึกษาเฉพาะคำศัพท์  
นิยาม และการตีความทางกฎหมาย

นายสรวิทย์ เกษมสุข

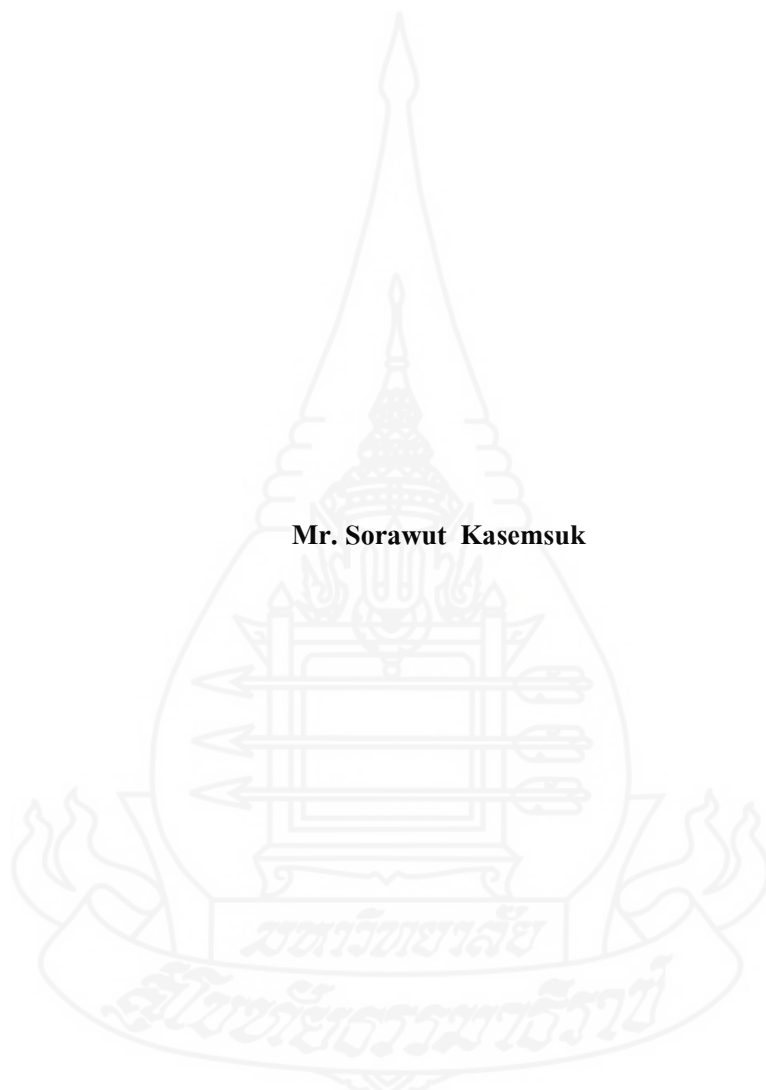


วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญานิติศาสตรมหาบัณฑิต  
วิชาเอกกฎหมายอาญาและกระบวนการยุติธรรม สาขาวิชานิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

พ.ศ. 2560

# **Mental Disorder in Criminal Law: Terminology, Definitions and Interpretations**

**Mr. Sorawut Kasemsuk**



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for  
the Degree of Master of Laws in Criminal Law and Criminal Justice

School of Law

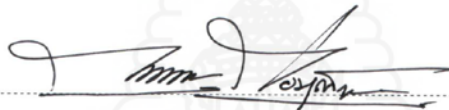
Sukhothai Thammathirat Open University

2017

หัวข้อวิทยานิพนธ์ ความผิดปกติทางจิตในกฎหมายอาญา: ศึกษาเฉพาะคำศัพท์ นิยาม และการตีความทางกฎหมาย  
ชื่อและนามสกุล นายสรวุฒิ เกษมสุข  
วิชาเอก กฎหมายอาญาและกระบวนการยุติธรรม  
สาขาวิชา นิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช  
อาจารย์ที่ปรึกษา 1. อาจารย์ ดร.วรรณวิภา เมืองถ้ำ  
2. อาจารย์ ดร.สุพัตรา แผนวิจิต

วิทยานิพนธ์นี้ ได้รับความเห็นชอบให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา  
ตามหลักสูตรระดับปริญญาโท เมื่อวันที่ 31 ตุลาคม 2561

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์



ประธานกรรมการ

(อาจารย์ ดร.กฤษณากร ว่องวุฒิกุล)



กรรมการ

(อาจารย์ ดร.วรรณวิภา เมืองถ้ำ)



กรรมการ

(อาจารย์ ดร.สุพัตรา แผนวิจิต)



ประธานกรรมการบัณฑิตศึกษา

(รองศาสตราจารย์ ดร.กฤษณา รุ่งโรจน์วิชัย)

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยการให้ความช่วยเหลือแนะนำของ อาจารย์ ดร.วรรณวิภา เมืองถ้ำ ซึ่งเป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ให้คำแนะนำข้อคิดเห็นตรวจสอบ และแก้ไขร่างวิทยานิพนธ์มาโดยตลอด ผู้เขียนจึงขอกราบขอบพระคุณไว้ ณ โอกาสนี้

ผู้เขียนขอกราบขอบพระคุณอาจารย์ ดร.กฤษฎากร ว่องวุฒิภูทิต ที่กรุณาให้เกียรติเป็น ประธาน โดยมีอาจารย์ ดร.สุพัตรา แผนวิจิต เป็นกรรมการในการสอบวิทยานิพนธ์ ซึ่งได้กรุณา ตรวจแก้ไขวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ให้ถูกต้องสมบูรณ์ยิ่งขึ้น และอาจารย์ ดร.วรรณวิภา เมืองถ้ำ ที่ให้ คำปรึกษาแนะนำในทุกๆ ด้าน ตลอดจนรวมถึงเจ้าหน้าที่บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช ทุกท่านที่ให้ความสะดวกด้านอำนวยความสะดวก และประสานงาน ในการทำวิทยานิพนธ์ให้ผู้เขียนตลอด มาตลอดจนค้นคว้าหาข้อมูลในการจัดทำวิทยานิพนธ์ของผู้เขียนครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

ท้ายนี้ผู้เขียนขอโน้มรำลึกถึงอำนาจบารมีของคุณพระศรีรัตนตรัย และสิ่งศักดิ์สิทธิ์ทั้งหลายที่อยู่ในสากลโลก บิคา มารดา ครอบครัวยุติคุณผู้เขียนหนังสือ และบทความต่างๆ ที่ให้ความรู้แก่ผู้เขียนจนสามารถให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยดี

สรุจติ เกษมสุข

มิถุนายน 2561

**ชื่อวิทยานิพนธ์** ความผิดปกติทางจิตในกฎหมายอาญา : ศึกษาเฉพาะคำศัพท์ นิยาม และการตีความ  
ทางกฎหมาย

**ผู้วิจัย** นายสรวุฒิ เกษมสุข รหัสนักศึกษา 2584001701 **ปริญญา** นิติศาสตรมหาบัณฑิต  
**อาจารย์ที่ปรึกษา** (1) อาจารย์ ดร.วรรณวิภา เมืองถ้ำ (2) อาจารย์ ดร.สุพัตรา แผนวิจิต  
**ปีการศึกษา** 2560

### **บทคัดย่อ**

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคำศัพท์และความหมายที่เกี่ยวข้องกับความผิดปกติทางจิตในทางสังคม กฎหมาย และการแพทย์การใช้คำศัพท์ นิยาม การใช้และตีความทางกฎหมายเกี่ยวกับความผิดปกติทางจิตในกฎหมายอาญาของไทยและต่างประเทศเพื่อเสนอแนวทางการใช้คำศัพท์ นิยาม แนวทางการใช้และตีความทางกฎหมายเกี่ยวกับความผิดปกติทางจิตในทางกฎหมายอาญา รวมถึงแนวทางในการแก้ไขปรับปรุงประมวลกฎหมายอาญาในส่วนที่เกี่ยวข้องกับความผิดปกติทางจิต

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพด้วยวิธีวิจัยเอกสารจากหนังสือ ตำรา บทบัญญัติกฎหมายแห่งรัฐ คำพิพากษา วิทยานิพนธ์ทางกฎหมาย บทความและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทางกฎหมายและทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับความผิดปกติทางจิต ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

ผลการวิจัยพบว่า คำศัพท์ที่สำคัญในกฎหมายอาญาของไทยที่เกี่ยวข้องกับความผิดปกติทางจิตในกฎหมายอาญาของไทย ได้แก่ “วิกลจริต” หมายถึง การมีความสามารถในทางกฎหมายที่บกพร่องไม่สมบูรณ์เนื่องจากความผิดปกติทางจิต “โรคจิต” หมายถึง อาการของโรคจิตในทางจิตเวชศาสตร์ “จิตบกพร่อง” หมายถึงความผิดปกติทางจิตที่เกิดจากความผิดปกติทางสมองและระบบประสาท และ “จิตฟื้นเพื่อน” หมายถึงความผิดปกติทางจิตอื่น ๆ นอกเหนือจากสองประเภทข้างต้น นิยามของความผิดปกติทางจิตในทางกฎหมายอาญาหมายถึง ความสามารถในการรู้ผิดชอบหรือความสามารถในการบังคับตนเองที่บกพร่องไม่สมบูรณ์เนื่องจากมีความผิดปกติทางจิต การตีความว่าเป็นความผิดปกติทางจิตหรือไม่ในทางกฎหมายอาญา ใช้ความเชื่อทางสังคม พยานหลักฐาน ประกอบกับหลักเหตุผลในทางกฎหมายและใช้หลักการพิสูจน์เจตนาจากความสามารถในการรู้ผิดชอบและความสามารถในการบังคับตนเองการวิจัยนี้มีข้อเสนอว่าในกฎหมายอาญาควรใช้คำที่มีความหมายถึงความผิดปกติทางจิตเพียงแบบเดียว ควรใช้นิยามของความผิดปกติทางจิตตามพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 แต่ไม่ควรรวมไปถึงความผิดปกติทางจิตที่เกิดจากสารเสพติด ความรับผิดชอบอาญาควรพิจารณาจากความสามารถโดยรวมในการแสดงเจตนาของผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตและควรนำวิธีการอื่นที่เหมาะสมมาใช้เสริมหรือทดแทนโทษทางอาญา โดยเฉพาะการบำบัดรักษาอย่างเหมาะสม

**คำสำคัญ** ความผิดปกติทางจิต วิกลจริต โรคจิต จิตบกพร่อง จิตฟื้นเพื่อน กฎหมายอาญา

**Thesis title:** Mental Disorder in Criminal law: Terminology, Definitions and Interpretations

**Researcher:** Mr. Sorawut Kasemsuk; **ID:** 2584001701; **Degree:** Master of Laws

**Thesis advisors:** (1) Dr. Wanwipa Muangtham; (2) Dr. Supatra Phanwichit;

**Academic year:** 2017

### **Abstract**

This research aims to study vocabulary and meanings in society, law and medicine related to mental disorders, to study the terminology, definitions and legal interpretations of mental disorders in Thai and foreign law, to propose guidelines for the use of terminology, definitions, and legal interpretations of mental disorders in criminal law. Moreover, this research aims to propose guidelines to amend the Criminal Code in relation to mental disorders.

The method of this study is a qualitative research and a documentary research by analyzing the documents from provisions of law, court judgments, textbooks, books, scholarly documents, research papers and others related information.

The research found that the key words in Thai criminal law related to mental disorders include "Wikoncharit" or "Insanity" means incomplete legal capacity due to mental disorders. "Rokchit" refers to the psychosis symptom in psychiatry, "Chit Bokphrong" refers to mental disorders caused by neurological disorders and "Chit Fanfuean" refers to other mental disorders other than the two types above. The definition of the mental disorder in the Thai criminal law refers to the defective or incomplete ability in conscience or self-control due to mental disorders. The criminal law defines mental disorder based on social beliefs, evidence, and legal reasons. Further, the criminal intention proving is based on ability in conscience and self-control. This research suggests that the criminal law should use the only one legal term to refer to all mental disorders. The definition of mental disorder in the Thai criminal law should be used in accordance with the Mental Health Act BE 2551 but should not include substance-related disorder. Criminal liability should be considered by the overall ability to show the criminal intention of the mental disorder person. Other appropriate means should be used to supplement or replace the usual criminal penalties, including to emphasis on proper medical treatment.

**Keywords:** Mental Disorders, Insanity, Mental Illness, Mental Retardation, Mental Illness, Criminal Law

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย .....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ .....	จ
กิตติกรรมประกาศ .....	ฉ
สารบัญตาราง .....	ญ
สารบัญภาพ .....	ฎ
บทที่ 1 บทนำ .....	1
1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา .....	1
2. วัตถุประสงค์การวิจัย .....	10
3. กรอบแนวคิดการวิจัย .....	10
4. สมมติฐานการวิจัย .....	11
5. ขอบเขตของการวิจัย .....	12
6. นิยามศัพท์เฉพาะ .....	12
7. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ .....	12
8. ระเบียบวิธีวิจัย .....	13
บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง .....	14
1. ความรู้และทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับความปกติและความผิดปกติ .....	14
1.1 แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับความปกติในทางสังคม .....	15
1.2 แนวคิดที่เกี่ยวข้องความปกติในทางการแพทย์และสาธารณสุข .....	16
1.3 แนวคิดที่เกี่ยวข้องความปกติในทางจิตวิทยาและจิตเวชศาสตร์ .....	18
2. ความรู้และทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับความผิดปกติทางจิต .....	21
2.1 ความผิดปกติทางจิตในเชิงประวัติศาสตร์ สังคม และวัฒนธรรม .....	22
2.2 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับสาเหตุของความผิดปกติทางจิต .....	28
2.3 แนวคิดของความผิดปกติทางจิตตามโครงสร้างแบบกายจิตสังคม .....	30
2.4 การวินิจฉัยและจำแนกประเภทของความผิดปกติทางจิต .....	31
2.5 ความผิดปกติทางจิตกับการกระทำผิดทางอาญา .....	67
2.5.1 ความผิดปกติทางจิตกับพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง .....	68
2.5.2 ความสัมพันธ์ระหว่างความผิดปกติทางจิตกับการกระทำผิดทางอาญา .....	69

## สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
2.5.3 ลักษณะการกระทำความผิดทางอาญาของผู้ที่มีความผิดปกติทางจิต.....	71
2.5.4 ความเสี่ยงในการกระทำผิดซ้ำของผู้ที่มีความผิดปกติทางจิต.....	71
2.5.5 แนวคิดเรื่องสาเหตุของการกระทำความผิดทางอาญา ของผู้ที่มีความผิดปกติทางจิต.....	73
3. ความผิดปกติทางจิตกับกฎหมายอาญาและกระบวนการยุติธรรมทางอาญา.....	70
3.1 แนวคิดเกี่ยวกับความรับผิดชอบทางอาญาของผู้ที่มีความผิดปกติทางจิต.....	70
3.2 ความผิดปกติทางจิตกับความรู้ผิดชอบ.....	80
3.3 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการลงโทษผู้ที่มีความผิดปกติทางจิต.....	81
3.4 ความผิดปกติทางจิตกับความสามารถในการต่อสู้คดี.....	85
3.5 ความผิดปกติทางจิตกับการพิจารณาพิพากษาคดี.....	87
4. การตีความทางกฎหมาย.....	88
4.1 แนวคิดและทฤษฎีในการตีความกฎหมายอาญา.....	89
4.1.1 การตีความกฎหมายอาญาในระบบกฎหมายซีวิลลอว์.....	89
4.1.2 การตีความกฎหมายอาญาในระบบกฎหมายคอมมอนลอว์.....	91
4.2 การตีความกฎหมายอาญาในกฎหมายไทย.....	93
บทที่ 3 คำศัพท์ นิยาม และการตีความความผิดปกติทางจิตในกฎหมายอาญาของไทยและกฎหมาย ต่างประเทศ.....	100
1. คำศัพท์ นิยาม และการตีความความผิดปกติทางจิตในกฎหมายอาญาของไทย.....	100
1.1 คำศัพท์ที่เกี่ยวข้องกับความผิดปกติทางจิตในกฎหมายไทย.....	101
1.2 นิยามและความหมายของคำศัพท์ที่เกี่ยวข้องกับความผิดปกติทางจิต ในกฎหมายไทย.....	106
1.3 การตีความทางกฎหมายเกี่ยวกับความผิดปกติทางจิตในกฎหมายอาญาของไทย.....	113
2. คำศัพท์ นิยาม และการตีความความผิดปกติทางจิตในกฎหมายอาญาต่างประเทศ.....	116
2.1 ประเทศอังกฤษ.....	117
2.2 ประเทศสหรัฐอเมริกา.....	129
2.3 ประเทศเยอรมนี.....	140
2.4 ประเทศญี่ปุ่น.....	145



สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 4 วิเคราะห์ผลการศึกษา.....	153
1. แนวคิดของความผิดปกติทางจิตในทางกฎหมาย.....	154
2. คำศัพท์เกี่ยวกับความผิดปกติทางจิตในทางกฎหมาย.....	159
3. นิยามของความผิดปกติทางจิตในทางกฎหมาย.....	161
3.1 แนวทางในการกำหนดนิยามของความผิดปกติทางจิตในกฎหมายทั่วไป.....	162
3.2 แนวทางการกำหนดนิยามของความผิดปกติทางจิตในทางกฎหมายอาญา.....	166
3.3 วิเคราะห์การใช้คำศัพท์และนิยามความผิดปกติทางจิต ในกฎหมายอาญาของไทย.....	167
3.4 วิเคราะห์การใช้คำศัพท์และนิยามความผิดปกติทางจิต ในพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551.....	172
4. การตีความความผิดปกติทางจิตในกฎหมายอาญาของไทย.....	175
4.1 แนวทางการตีความความผิดปกติทางจิตในกฎหมายอาญาของไทย.....	175
4.2 แนวทางการพิจารณาผลทางกฎหมายของความผิดปกติทางจิต ในทางกฎหมายอาญา.....	187
4.3 แนวคิดในการแก้ไขประมวลกฎหมายอาญามาตรา 65.....	198
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย และข้อเสนอแนะ.....	202
1. สรุปผลการวิจัย.....	203
2. ข้อเสนอแนะ.....	212
บรรณานุกรม.....	215
ประวัติผู้วิจัย.....	225

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 3.1 การใช้คำที่ระบุถึงความผิดปกติทางจิตในคำพิพากษาศาลฎีกาที่วินิจฉัยตามประมวลกฎหมายอาญามาตรา 65.....	112
ตารางที่ 3.2 ข้อเท็จจริงในคดีเกี่ยวกับความผิดปกติทางจิตที่ศาลนำมาพิจารณา .....	115
ตารางที่ 3.3 ผลการพิจารณาความรู้ผิดชอบหรือควบคุมตนเองในคดี.....	115
ตารางที่ 4.1 ความแตกต่างระหว่างแนวคิดเกี่ยวกับความผิดปกติทางจิตทางกฎหมาย ทางการแพทย์ และทางสังคม.....	157



## สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดการวิจัย.....	10
ภาพที่ 4.1 กลุ่มแนวคิดของความผิดปกติทางจิต.....	155
ภาพที่ 4.2 กรอบแนวคิดของความผิดปกติทางจิต.....	156
ภาพที่ 4.3 แนวทางในการพิจารณาความผิดปกติทางจิตในทางกฎหมาย.....	185



# บทที่ 1

## บทนำ

### 1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ความผิดปกติทางจิตนับเป็นปัญหาที่สำคัญในทุกภูมิภาคของโลก<sup>1</sup> สำหรับประเทศไทย ผลการสำรวจสุขภาพจิต (ความสุข) คนไทย พ.ศ. 2558 โดยกรมสุขภาพจิต พบว่าร้อยละ 16.4 ของประชากรที่อายุ 15 ปีขึ้นไป มีระดับของสุขภาพจิตที่ต่ำกว่าคนทั่วไป หรืออาจกล่าวได้ว่า ประชากรไทยเกือบ 1 ใน 5 มีความเสี่ยงที่จะมีปัญหาทางสุขภาพจิต<sup>2</sup> นอกจากนี้ กรมสุขภาพจิต ร่วมกับโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (Health Intervention and Technology Assessment Program : HITAP) ได้คาดการณ์ว่าใน พ.ศ. 2553 มีผู้มีความผิดปกติทางจิตที่จำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือประมาณสิบล้านคนทั่วประเทศ แต่มีผู้เข้าถึงบริการด้านสุขภาพจิตและจิตเวช เพียงประมาณแปดแสนคน<sup>3</sup> หรือคิดเป็นเพียงร้อยละ 8 ของผู้มีปัญหาสุขภาพจิตทั้งหมด<sup>4</sup> ที่มีอยู่เท่านั้น

โรคและความผิดปกติทางจิตที่เกิดขึ้น สร้างผลกระทบให้แก่ผู้ป่วยทั้งทางร่างกายและจิตใจ จากการศึกษาพบว่า ผู้ที่ป่วยเป็นโรคทางจิตเวชมีอายุเฉลี่ยสั้นกว่าคนทั่วไป ในผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการรุนแรงร้อยละ 30-40 เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายและการบาดเจ็บ และร้อยละ 60-70 เสียชีวิตจากโรคทางกาย<sup>5</sup> ทั้งยังเสี่ยงต่อความเจ็บป่วยด้วยโรคทางกาย เช่น โรคเบาหวาน

---

<sup>1</sup> World Health Organization. Mental health atlas 2014. Geneva: World Health Organization. 2015 p.8-9.

<sup>2</sup> สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจสุขภาพจิต (ความสุข) คนไทย พ.ศ. 2558. 25 กันยายน 2560. จากservice.nso.go.th/nso/nsopublish/themes/files/mental-healthm\_Exc\_58.pdf.

<sup>3</sup> เบ็ญจมาศ พฤกษ์กานนท์. การสำรวจระบาดวิทยาปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช ในโครงการสนับสนุนและส่งเสริมการบริการครบวงจรสำหรับผู้ป่วยจิตเวชในพื้นที่เป้าหมายเร่งรัด ภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า (โครงการบริการสุขภาพจิตครบวงจร. นนทบุรี:กรมสุขภาพจิต, 2556, หน้า 48.

<sup>4</sup> ศูนย์สารสนเทศ กองแผนงาน กรมสุขภาพจิต. ข้อมูลผู้ป่วยจิตเวช (8โรค) ประจำปีงบประมาณ 2553. 25 กันยายน 2560 จาก <http://www.plan.dmh.go.th/>.

<sup>5</sup> Colton CW, Manderscheid RW. Congruencies in increased mortality rates, years of potential life lost, and causes of death among public mental health clients in eight states. Prev Chronic Dis. 2006;3:1-14. p. 11.

และโรคหัวใจ สูงกว่าคนทั่วไป<sup>6</sup> นอกจากนี้ บุคคลเหล่านี้ส่วนใหญ่ยังขาดโอกาสและการสนับสนุนทางด้านต่างๆ จากสังคมอย่างเหมาะสม<sup>7</sup> และต้องทนทุกข์จากผลกระทบทั้งด้านสุขภาพเศรษฐกิจและสังคม ซึ่งสาเหตุสำคัญมาจากอคติและการเลือกปฏิบัติ<sup>8</sup>

ความผิดปกติทางจิตที่เกิดขึ้นมิได้ส่งผลกระทบต่อเพียงเฉพาะตัวผู้ที่มีความผิดปกติเท่านั้น แต่ยังมีผลกระทบไปถึงบุคคลอื่นๆ ด้วย ไม่ว่าจะเป็นบุคคลในครอบครัว ญาติ ผู้ดูแล และบุคคลอื่นในสังคมอีกด้วย เช่น บุคคลในครอบครัว ญาติ และผู้ดูแลที่ต้องรับภาระในการดูแลผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตที่ไม่สามารถดูแลตนเองหรือทำงานได้ ทั้งอาการหรือพฤติกรรมบางอย่างที่เกิดจากความผิดปกติทางจิตซึ่งส่งผลกระทบต่อบุคคลที่อยู่ใกล้ชิด เช่น อารมณ์แปรปรวน หงุดหงิด ะอะโวยวาย คำว่า รวมไปถึงการทำลายข้าวของ ทำร้ายตนเองหรือผู้อื่น ปัญหาสังคมรอบข้างที่ขาดความเข้าใจถึงภาระต่างๆ ที่ผู้ดูแลต้องแบกรับ และการที่ครอบครัวของผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตต้องถูกตีตราจากสังคม<sup>9</sup>

ความผิดปกติทางจิตยังสร้างความเสียหายทางเศรษฐกิจ เนื่องจากความผิดปกติทางจิตก่อให้เกิดค่าใช้จ่ายทั้งโดยทางตรงและทางอ้อม ค่าใช้จ่ายโดยตรงที่เป็นผลจากความผิดปกติทางจิตที่สำคัญได้แก่ ค่ารักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสมรรถภาพ ทั้งที่จ่ายโดยผู้ป่วยและครอบครัว ระบบประกันสุขภาพของรัฐ และโดยงบประมาณของกระทรวงสาธารณสุข นอกจากนี้ค่าใช้จ่ายในการบำบัดรักษาความผิดปกติทางจิตโดยตรงแล้ว ยังมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลโรคอื่นๆ อันเนื่องมาจากสุขภาพกายที่เป็นผลจากความผิดปกติทางจิต ผลข้างเคียงของการรักษา และผลจากการใช้สารเสพติดที่พบได้บ่อยในผู้ที่มีความผิดปกติทางจิต โดยเฉพาะบุหรี่และสุรา นอกจากนี้ความเสียหายทางเศรษฐกิจที่เกิดจากค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นโดยตรงแล้ว ยังมีค่าใช้จ่ายหรือความเสียหายทางเศรษฐกิจทางอ้อมที่เป็นสัดส่วนที่สูงมาก เช่น โรคจิตเภททำให้เสียค่าใช้จ่ายถึง 31 พันล้านบาท

<sup>6</sup> Fagiolini A, Goracci A. The effects of undertreated chronic medical illnesses in patients with severe mental disorders. *J Clin Psychiatry*. 2009;70 Suppl 3:22-9. p. 22.

<sup>7</sup> Perese, Eris. Stigma, Poverty, and Victimization: Roadblocks to Recovery for Individuals With Severe Mental Illness. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*. 13(5):285 – 295. p. 291.

<sup>8</sup> Khumhom A. Perceived stigma of caregivers, life skills of persons with schizophrenia and perceived stigma of persons with schizophrenia. In: *The silver jubilee international conference on toward the modern challenges of nursing profession for sufficiency health*; 2009 Nov 19-20; S.D. Avenue Hotel, Bangkok, Thailand. Bangkok: P.K.M. Enterprise; 2009; p.5.

<sup>9</sup> Marsh, D. T. (1999). Serious Mental Illness: Opportunities for Family Practitioners. *The Family Journal*, 7(4), 358–366. p. 361.

โดยร้อยละ 20 เป็นค่ารักษาพยาบาล แต่ร้อยละ 61 เป็นความเสียหายที่เกิดจากการสูญเสียพลังการผลิต<sup>10</sup> ส่วนความผิดปกติจากการเสพแอลกอฮอล์และสารเสพติดทำให้เกิดความสูญเสียรวม 156 พันล้านบาท โดยเป็นค่ารักษาพยาบาล 5.5 พันล้านบาท ความเสียหายจากอาชญากรรม 0.8 พันล้านบาท และการสูญเสียพลังการผลิต 100 พันล้านบาท<sup>11</sup> ซึ่งค่าเสียหายทางอ้อมเหล่านี้แฝงอยู่ในภาคส่วนต่างๆ ไม่เฉพาะแต่ในระบบสาธารณสุขเท่านั้น แต่ยังมีในภาคส่วนอื่นๆ ทางสังคม เช่น กระทรวงแรงงานต้องรับความเสียหายจากการสูญเสียความสามารถในการผลิต เนื่องจากการขาดงาน การตกงานและการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรของผู้ป่วยและผู้ดูแล และการฟื้นฟูสมรรถภาพคนทำงานงบประมาณของกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ต้องเสียไปกับเบี้ยคนพิการและสวัสดิการต่างๆ และกระทรวงยุติธรรมที่ต้องรับมือกับค่าใช้จ่ายต่างๆ ในกระบวนการยุติธรรม ตั้งแต่ดำเนินคดีไปจนถึงการดูแลฟื้นฟูผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตที่ต้องโทษ เป็นต้น

ความผิดปกติทางจิตมีผลต่อการกระทำผิดทางอาญา เนื่องจากผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตบางประเภท เช่น โรคจิตเภท (schizophrenia) ที่มีอาการหลงผิดชนิดหวาดระแวง มีแนวโน้มที่จะก่อความรุนแรง (violent) ได้สูงกว่าบุคคลทั่วไป รวมทั้งความผิดปกติทางจิตอาจส่งผลให้เกิดกระทำผิดทางอาญาได้ ซึ่งอาจเป็นผลโดยตรงจากความผิดปกติทางจิต เช่น ประสาทหลอน หลงผิดหวาดระแวง อารมณ์แปรปรวน หรือผลทางอ้อมที่ตามมาจากความผิดปกติทางจิตที่เป็นอยู่ เช่น แรงกระตุ้นจากปัญหาทางเศรษฐกิจ อันเนื่องมาจากการขาดโอกาสและการสนับสนุนจากสังคม รวมถึงจากการใช้สารเสพติดที่พบได้สูงกว่าบุคคลทั่วไป นอกจากนี้ ผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตยังมีความเสี่ยงที่จะตกเป็นเหยื่อของการกระทำความผิดในรูปแบบต่างๆ เช่น การล่อลวง การขโมย การทำร้ายร่างกาย การล่วงละเมิดทางเพศ การทะเลาะหรือเพิกเฉยไม่สนใจ หรือถูกใช้เป็นเครื่องมือในการกระทำผิด รวมถึงมีปัญหามิได้รับการพิทักษ์สิทธิ การรักษาความลับและความเป็นส่วนตัว<sup>12</sup>

ผลจากการกระทำความผิดทางอาญาของผู้ที่มีความผิดปกติทางจิต ก่อให้เกิดความเสียหายทางทรัพย์สิน ร่างกาย หรือชีวิต ทั้งของผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตเอง บุคคลในครอบครัวญาติ ผู้ดูแล และบุคคลอื่นในสังคม นอกจากนี้ รูปแบบของการกระทำความผิดในบางครั้งที่มีความ

<sup>10</sup>Phanthunane, P., Vos, T., Whiteford, H., & Bertram, M. (2012). Improving mental health policy in the case of schizophrenia in Thailand: evidence-based information for efficient solutions. *BMC Public Health*, 12(Suppl 2), A32.

<sup>11</sup> Thavorncharoensap, Montarat et al. The Economic Costs of Alcohol Consumption in Thailand, 2006. *BMC Public Health* 10 (2010):323. 2016. p. 4

<sup>12</sup> Erdner A, Magnusson A, Nyström M, Litzén K. Social and existential alienation experienced by people with long term mental illness. *Scandinavian journal of caring sciences*. 2005;19(4):373-80. P. 275.

รุนแรงหรือผิดปกติไปจากการกระทำของบุคคลทั่วไปอย่างมาก ยังสร้างผลกระทบทางจิตใจให้แก่ประชาชน ทำให้เกิดความรู้สึกไม่ปลอดภัย วิตกกังวล หวาดกลัว ต่อผู้ที่มีความผิดปกติทางจิต ซึ่งนำไปสู่การทัศนคติในแง่ลบต่อผู้ที่มีความผิดปกติทางจิต จนเป็นอุปสรรคต่อการบำบัดรักษาและฟื้นฟูให้ผู้ที่มีโรคและความผิดปกติทางจิตกลับมาอยู่ร่วมในสังคมได้อย่างปกติสุข ซึ่งอาจทำให้ผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตมีอาการกำเริบซ้ำ และอาจส่งผลเกิดการกระทำผิดทางอาญาซ้ำได้ และเกิดผลสะท้อนกลับไปที่กลับมาเช่นนี้อย่างไม่สิ้นสุด

เนื่องจากผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตอาจมีความแตกต่างกับบุคคลปกติทั่วไป อันเนื่องมาจากมีความผิดปกติด้านอารมณ์ ความคิด และพฤติกรรมที่เป็นผลจากความผิดปกติทางจิต ดังนั้น ในกรณีที่ผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตกระทำความผิดทางกฎหมาย หรือผู้กระทำความผิดตามกฎหมายมีความผิดปกติทางจิต จึงจำเป็นต้องใช้แนวคิดและมาตรการทางกฎหมายที่เป็นพิเศษแตกต่างจากบุคคลทั่วไป โดยแนวคิดทางกฎหมายอาญาในปัจจุบันมิได้มุ่งเพียงลงโทษอย่างเหมาะสมตามความผิดที่ได้กระทำเท่านั้น แต่ยังเพื่อคุ้มครองสิทธิของบุคคลเหล่านี้ให้ได้รับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูจากโรคและความผิดปกติทางจิตที่มีอยู่ เช่น ในระหว่างดำเนินคดี หากผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตห่อนความสามารถจนไม่สามารถต่อสู้คดีได้ ทางกฎหมายก็มีมาตรการต่างๆ เพื่อคุ้มครองสิทธิของบุคคลเหล่านี้ให้ได้รับความยุติธรรมในการต่อสู้คดี ผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตอาจได้รับการยกเว้นหรือลดหย่อนโทษไว้ในบางกรณี เนื่องจากถือว่า การกระทำความผิดของผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตอาจเป็นผลจากโรคและความผิดปกติที่เป็นอยู่ จึงอาจไม่ได้เป็นความชั่วร้ายที่กฎหมายประสงค์จะลงโทษอย่างแท้จริง นอกจากนี้ ยังมีมาตรการในการควบคุมและบังคับบำบัดรักษาผู้กระทำความผิดที่มีความผิดปกติทางจิต เพื่อให้บุคคลเหล่านั้นได้รับการบำบัดรักษาอย่างถูกต้องเหมาะสม และเป็นมาตรการคุ้มครองป้องกันสังคมจากการกระทำความผิดของผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตอีกด้วย

ในปัจจุบัน ประเทศไทยมีกฎหมายที่มีบทบัญญัติที่เกี่ยวกับมาตรการทางกฎหมายสำหรับใช้กับผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตอยู่หลายฉบับ ได้แก่ ประมวลกฎหมายอาญา ประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ ประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา ประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความแพ่ง พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 และพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 เป็นต้น นอกจากนี้ ยังมีบทบัญญัติที่เกี่ยวข้องกับผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตปรากฏอยู่ในกฎหมายอื่นๆ อีกหลายฉบับ เช่น พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 และพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 เป็นต้น อย่างไรก็ตาม เป็นที่น่าสังเกตว่าแม้ประเทศไทยจะมีกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับความผิดปกติทางจิตอยู่หลายฉบับ แต่ปัจจุบันพบว่ามีเพียงพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 เท่านั้น ที่ใช้คำว่า “ความผิดปกติทางจิต” และได้กำหนดนิยามไว้ว่าเป็น “อาการผิดปกติของจิตใจที่แสดงออกมากทางพฤติกรรม อารมณ์ ความคิด ความจำ

สติปัญญา ประสบการณ์รับรู้ หรือการรู้เวลา สถานที่ หรือบุคคล รวมทั้งอาการผิดปกติของจิตใจที่เกิดจากสุราหรือสารอื่นที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท” ในขณะที่ในกฎหมายอื่นๆ มีการใช้คำที่มีความหมายถึงความผิดปกติทางจิตที่แตกต่างกันออกไป เช่น วิกฤตจิต จิตบกพร่อง โรคจิต จิตฟั่นเฟือน ความบกพร่องทางจิตใจ และจิตพิการ เป็นต้นและพบว่าในกฎหมายส่วนใหญ่มิได้มีการบัญญัตินิยามความหมายของถ้อยคำที่ใช้ไว้ในกฎหมายอย่างชัดเจน

ด้วยเหตุที่ในกฎหมายของไทยมีการใช้ถ้อยคำมีความหมายถึงความผิดปกติทางจิตอยู่หลายคำที่แตกต่างกัน โดยมีได้มีการบัญญัตินิยามความหมายของถ้อยคำเหล่านั้นไว้อย่างชัดเจนแน่นอนดังที่กล่าวมาข้างต้น ทำให้เกิดปัญหาในทางกฎหมาย เพราะด้วยเหตุที่ประเทศไทยเป็นประเทศที่ใช้ระบบประมวลกฎหมายซึ่งต้องยึดถือตามตัวบทกฎหมายเป็นหลัก โดยเฉพาะในทางกฎหมายอาญาซึ่งต้องยึดหลักการตีความ โดยเคร่งครัด แต่เมื่อตัวบทกฎหมายมิได้บัญญัตินิยามความหมายของถ้อยคำที่ใช้ไว้อย่างชัดเจนแน่นอนเช่นนี้แล้ว เมื่อมีการนำกฎหมายเหล่านั้นมาใช้จึงต้องมีการตีความถ้อยคำในทางกฎหมายเหล่านั้นเพื่อปรับใช้กับข้อเท็จจริงที่เกิดขึ้นอย่างหลีกเลี่ยงมิได้ แม้ว่าจะพบว่าในทางปฏิบัติผู้ที่เกี่ยวข้องในกระบวนการยุติธรรมจะนำความรู้ทางกฎหมายความรู้ทางการแพทย์ ตลอดจนความเห็นของผู้เชี่ยวชาญทั้งทางกฎหมายและทางการแพทย์มาพิจารณาประกอบการตีความ แต่อย่างไรก็ตาม เนื่องจากผู้ที่เกี่ยวข้องในกระบวนการยุติธรรมต่างมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความผิดปกติทางจิตที่แตกต่างกัน โดยที่ส่วนใหญ่ไม่ได้มีความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับความผิดปกติทางจิต การตีความและปรับใช้กับข้อเท็จจริงในคดีที่เกิดขึ้นจึงอาจไม่แน่นอนและแตกต่างกันได้ รวมถึงการตีความเพื่อนำไปใช้ในทางกฎหมายเองก็อาจแตกต่างไปจากตีความโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อบำบัดรักษาในทางการแพทย์ รวมถึงอาจแตกต่างไปจากความเข้าใจของบุคคลทั่วไปที่ไม่ได้มีความรู้ความเข้าใจทางกฎหมายหรือทางการแพทย์ นอกจากนี้แล้ว ภายหลังจากการพิจารณาคดี เมื่อคำพิพากษาปรากฏต่อสาธารณชน เมื่อมีการการใช้ถ้อยคำทางกฎหมายที่หมายถึงความผิดปกติทางจิตที่แตกต่างหลากหลายและการตีความที่อาจแตกต่างกัน ก็อาจทำให้ประชาชนเกิดความสับสนหรือเข้าใจความหมายของถ้อยคำที่ใช้และข้อเท็จจริงในคดีผิดพลาดเคลื่อนไปจากความเป็นจริง จนอาจทำให้เกิดความเข้าใจผิดและทัศนคติที่ไม่ดีต่อผู้ที่มีความผิดปกติทางจิต ผู้ที่เกี่ยวข้องในคดี และต่อกระบวนการยุติธรรมในภาพรวมได้

ตัวอย่างของปัญหาในทางกฎหมายของการใช้คำศัพท์และความเข้าใจต่อความผิดปกติทางจิตที่แตกต่างกัน อาจเห็นได้จากคดีที่มีผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตเข้าไปทำร้ายเด็กนักเรียนใน



โรงเรียนแห่งหนึ่ง หรือรู้จักกันในชื่อ “คติจิตรลดา”<sup>13</sup> ซึ่งเกิดขึ้นเมื่อ 9 กันยายน พ.ศ. 2548 โดยจำเลยได้พกอาวุธมีด ไปที่โรงเรียนแห่งหนึ่ง แล้วใช้มีดแทงนักเรียนหญิงผู้เสียหายรวม 4 ราย แล้วหลบหนีไปภายหลังถูกจับกุม จำเลยให้การว่าได้ยินเสียงจากสวรรค์สั่งให้กระทำการอย่างใดอย่างหนึ่งกับคนแขกและคนจีนที่มีฐานะร่ำรวย เพราะบุคคลเหล่านี้เข้ามาคบโกยผลประโยชน์ และเอาโรคเอาเปรียบคนไทยมาตลอด

ในคดีนี้ในชั้นต้นพนักงานสอบสวนไม่เชื่อว่าผู้ต้องหา มีความผิดปกติทางจิต เพราะเห็นว่ามีการวางแผนลงมือและหลบหนี รวมทั้งสามารถพูดคุยได้ตอบรู้อเรื่อง พนักงานสอบสวนจึงดำเนินคดีใน 3 ข้อหา คือ 1. พยายามฆ่าผู้อื่นโดยเจตนา 2. ทำร้ายร่างกาย และ 3. พกพาอาวุธมีดเข้าไปในที่สาธารณะ และได้ควบคุมตัวไว้ที่สถานีตำรวจในระยะแรก ก่อนที่จะให้ผู้เชี่ยวชาญทำการตรวจสภาพจิตเบื้องต้น

ต่อมา อธิบดีกรมสุขภาพจิต ณ ขณะนั้น จึงได้ออกมาแถลงข่าวผลการทดสอบสุขภาพจิตของผู้ต้องหาเบื้องต้นพบว่า ป่วยเป็น โรคจิตเภท ชนิดพارانอยด์ หรือที่เรียกภาษาทั่วไปว่า “โรคหวาดระแวง” โดยคนไข้จะมีความรังเกียจชอบทั่วไป แต่ความคิดและการกระทำจะสับสนไม่ทราบว่าจะทำเพื่ออะไร รวมทั้งมีอาการหวาดระแวง จะได้ยินเสียงพูดหลอน หรือสั่งให้ทำอะไร

หลังจากนั้น พนักงานสอบสวนจึงได้นำตัวผู้ต้องหาไปรักษาที่สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ ต่อมาทางสถาบันได้แถลงข่าวว่าผู้ต้องหาเคยเข้ารับการรักษาอาการทางจิตที่สถาบันดังกล่าว จำนวน 2 ครั้ง เมื่อ 10 ปีก่อน โดยมีอาการหลงผิดคิดว่าตัวเองโดนไสยศาสตร์ แต่ขาดการรักษาไป

ต่อมา รัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุขในขณะนั้น แถลงว่า ผู้ต้องหา มีความผิดปกติทางจิต และป่วยเรื้อรังมานาน 14-15 ปีแล้ว แต่ยังไม่รู้ว่า เป็น "โรคหวาดระแวง" หรือไม่ และผู้ต้องหา ยังคงมีแนวคิดผิดปกติมาก รวมทั้งยังไม่สามารถต่อสู้คดีได้<sup>14</sup>

จนกระทั่ง 25 ธันวาคม พ.ศ. 2549 อัยการจึงยื่นฟ้องผู้ต้องหาต่อศาลอาญากรุงเทพใต้ ในความผิดฐานพยายามฆ่า และพกพาอาวุธไปในที่สาธารณะ โดยไม่มีเหตุอันควร ศาลประทับรับฟ้อง แต่เนื่องจากเห็นว่า จำเลยยังมีอาการทางจิต ดังนั้น จึงออกหมายขังไว้ที่ทัณฑสถานหญิงกลาง แต่ให้ส่งตัวไปรักษาที่สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ พร้อมให้แพทย์ส่งรายงานการตรวจรักษามาให้ศาลพิจารณา

<sup>13</sup> ทีมข่าวอาชญากรรมหนังสือพิมพ์ไทยรัฐ. ย้อนศรัทธาของ จิตรลดาบุกโรงเรียนดัง แห่งเด็กคอนแวนต์ไม่ยั้ง ล่าสุดอุกบ้าน. 29 กันยายน 2561 จาก <https://www.thairath.co.th/content/1352194>.

<sup>14</sup> ทีมข่าวอาชญากรรมหนังสือพิมพ์ผู้จัดการ. 4 นร.เชนดโยฯเจ็บฟรี “จิตรลดา” ป่วยทางจิตเรื้อรัง!. ผู้จัดการรายวัน, 2548, (กันยายน): หน้า 1.

จนกระทั่ง 20 พฤศจิกายน พ.ศ. 2554 ศาลอาญากรุงเทพใต้ จึงมีคำพิพากษาในคดีนี้ โดยมีเนื้อหาโดยสรุปว่า ศาลได้พิเคราะห์ตามพยานหลักฐานที่ส่งฟ้องแล้ว ในการสืบพยานโจทก์ ผู้บาดเจ็บ และญาติให้การสอดคล้องกันมีน้ำหนักเป็นประโยชน์ ว่าทุกคนเห็นหน้าจำเลยชัดเจนขณะจำเลยก่อเหตุ อีกทั้งพนักงานสอบสวนให้การสนับสนุนในพยานแวดล้อมเช่นกัน แม้ว่าตามฟ้องทางการแพทย์จากสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ จะแนบเอกสารค้านว่าจำเลยมีอาการทางจิต แต่ศาลพิเคราะห์แล้วเห็นว่าจำเลยรู้รับผิดชอบ บังคับตนเองได้ ต่อนก่อนก่อเหตุจำเลยได้เฝ้าติดตามผู้เสียหายหลายครั้ง และตามความเห็นของแพทย์ จำเลยแทงถูกอวัยวะที่สำคัญ หากส่งรักษาไม่ทันอาจถึงแก่ชีวิตได้ อีกทั้งจำเลยมีสติรู้จักหลบหนี โดยจากการประมวลเหตุการณ์แล้วแสดงว่าจำเลยมีสติวางแผนก่อนก่อเหตุ จึงพิพากษาว่าจำเลยมีความผิด ตามข้อหาที่ส่งฟ้อง คือ พยายามฆ่าผู้อื่น และพกพาอาวุธไปในที่สาธารณะในเมือง หรือในหมู่บ้าน โดยไม่มีเหตุอันควร ให้จำคุก 8 ปี แต่จำเลยรับสารภาพเป็นประโยชน์ต่อการพิจารณาคดี จึงลดโทษเหลือกึ่งหนึ่งจำคุก 4 ปี อย่งไรก็ตามเมื่อจำพ้นโทษจากทัณฑสถานหญิงแล้วให้ส่งตัวจำเลยไปรักษาสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ โดยให้แพทย์รายงานต่อศาลทุก 6 เดือน

ในคดีดังกล่าว พบว่า มีการวิพากษ์วิจารณ์เกี่ยวกับข้อเท็จจริงของคดีนี้ตามสื่อต่างๆ มากมาย โดยมีการใช้คำที่สื่อถึงความผิดปกติทางจิตของผู้ต้องหาที่แตกต่างหลากหลาย เช่น กล่าวว่าผู้ต้องหาเป็น “โรคจิต” “จิตบกพร่อง” “ประสาท” “บ้า” “โรคจิตเภท” “โรคจิตเภทเรื้อรัง” และ “โรคหวาดระแวง” เป็นต้น ซึ่งเป็นที่สับสนว่า แท้จริงแล้วหมายถึงความผิดปกติทางจิตชนิดใด ในทางการแพทย์ และเกิดความเห็นที่แตกต่างหลากหลายในทางสังคม ทางกฎหมายและในทางกฎหมาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งประเด็นที่ว่า จำเลยมีความผิดปกติทางจิตอยู่จริงหรือไม่ และความผิดปกติทางจิตของจำเลยนั้นเป็นเหตุให้มีการกระทำความผิดหรือไม่ แม้ความเห็นจากผู้เชี่ยวชาญในทางการแพทย์ส่วนใหญ่จะเห็นว่าจำเลยน่าจะกระทำได้ด้วยอาการหลงผิด (delusion) ซึ่งเป็นอาการโรคจิต (psychosis) แบบหนึ่ง แต่พนักงานสอบสวน อัยการ รวมถึงประชาชนส่วนหนึ่งกลับเห็นว่า จำเลยไม่น่าจะมีความผิดปกติทางจิต เพราะมีพฤติกรรมเหมือนคนธรรมดาทั่วไป คือสามารถพูดคุยรู้เรื่อง มีการวางแผนก่อนลงมือ และภายหลังกระทำผิดรู้จักหลบหนี ทั้งยังสามารถไปสมัครงานได้ นอกจากนี้ ยังพบว่าประชาชนส่วนหนึ่งเชื่อว่าผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตเป็นบุคคลที่เป็นอันตรายต่อสังคมส่วนรวม และเรียกร้องให้มีการใช้มาตรการทางกฎหมายจัดการกับผู้ที่มีความ

ผิดปกติทางจิตอย่างจริงจัง และเชื่อว่าการใช้โทษทางอาญา เช่น การกักขังและจำคุกผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตจะสามารถคุ้มครองป้องกันประชาชนทั่วไปจากผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตได้<sup>15</sup>

ในที่สุด ศาลได้พิพากษาว่ามีจำเลยมีความผิดและลงโทษจำเลย เนื่องจากเห็นว่าจำเลยยังคงรับรู้ผิดชอบและสามารถบังคับตนเองได้ขณะกระทำผิด แม้ผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์ส่วนใหญ่จะมีความเห็นว่าจำเลยยังคงมีอาการหลงผิด (delusion) และการกระทำของจำเลยสอดคล้องกับเนื้อหาของความหลงผิดของจำเลยก็ตาม ซึ่งตามเนื้อหาของคำพิพากษาที่ปรากฏต่อสาธารณชนก็มีเพียงประเด็นทางกฎหมายว่าจำเลยรับรู้ผิดชอบและบังคับตนเองได้หรือไม่เท่านั้น โดยอาศัยข้อเท็จจริงที่ว่าจำเลยยังสามารถกระทำการต่างๆ ได้ใกล้เคียงคนปกติทั่วไป แต่มิได้บรรยายละเอียดว่าจำเลยมีสภาพจิตในขณะกระทำผิดเป็นเช่นใด ทางกฎหมายถือว่าจำเลยมีความผิดปกติทางจิตหรือไม่ และจำเลยมีความผิดปกติทางจิตชนิดใดกันแน่

จากความไม่ชัดเจนในทางกฎหมาย ความเห็นที่แตกต่างหลากหลายและขัดแย้งกัน และความหวาดกลัวของสาธารณชนที่เกิดขึ้นจากคดีนี้ ส่งผลให้แม้จำเลยในคดีนี้จะพ้นโทษและได้รับการรักษาฟื้นฟูจิตใจแล้ว แต่ก็ยังถูกคนจำนวนไม่น้อยมองว่าเป็นบุคคลอันตรายต่อสังคม<sup>16</sup> จนยากที่จะกลับมาใช้ชีวิตตามปกติได้

นอกจากประเด็นปัญหาในการวินิจฉัยประเด็นทางกฎหมายที่เกี่ยวกับความผิดปกติทางจิตในชั้นพิจารณาคดีแล้ว ความผิดปกติทางจิตของผู้ต้องหาและจำเลยยังส่งผลต่อปัญหาการบังคับใช้โทษทางอาญาอีกด้วย จากข้อมูลจากกรมราชทัณฑ์ ณ เมษายน 2561 พบว่า มีผู้ต้องขังที่มีความผิดปกติทางจิต 3,947 คน จากเรือนจำ 130 แห่ง โดยในแต่ละปี จะมีผู้ต้องขังที่แพทย์วินิจฉัยว่ามีความผิดปกติทางจิตเฉลี่ยปีละประมาณ 3,000 คน ซึ่งผู้ต้องขังเหล่านี้จำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษา และดูแลในเรือนจำเป็นพิเศษ ซึ่งสร้างภาระให้กับระบบงานยุติธรรมเป็นอย่างยิ่ง นอกจากนี้ยังพบว่า มีผู้ต้องขังที่กระทำผิดครั้งแรกจำนวนหนึ่งได้รับการวินิจฉัยว่ามีความผิดปกติทางจิตภายหลังจากที่ศาลพิพากษาให้จำคุกแล้ว<sup>17</sup> ซึ่งอาจแสดงให้เห็นว่า กระบวนการยุติธรรมของไทยยังไม่สามารถประเมินและคัดกรองผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งส่วนหนึ่งอาจเป็นผลจากความรู้อย่างไม่เข้าใจเกี่ยวกับความผิดปกติทางจิตของผู้ที่เกี่ยวข้องในกระบวนการยุติธรรมที่แตกต่างกัน

<sup>15</sup> ชนกานต์ ชัชวาลา. วาทกรรมของโรคจิตเวชในประเทศไทยและกระบวนการตีตรากล่าวโทษวารสารสังคมวิทยามานุษยวิทยา 32(2), 2556, หน้า 106.

<sup>16</sup> ดูความคิดเห็นเพิ่มเติมได้ที่ <https://pantip.com/topic/30791472>.

<sup>17</sup> รวีวรรณ รักถิ่นกำเนิด. ส่องไฟหลังลูกกรง-สภาพจิตผู้ต้องขังไทย ฆ่าตัวตายปีละ 20 ป่วยทางจิตกว่า 3 พันคน. TCIJ (17 มิถุนายน, 2558) จาก <https://www.tcijthai.com/news/2015/17/scoop/5623>.

นอกจากนี้ ยังพบว่า มีปัญหาทางสุขภาพจิตและจิตเวชเกิดขึ้นในกลุ่มผู้ต้องขัง โดยผลการศึกษาความผิดปกติทางจิตของผู้ต้องขังในเรือนจำพิเศษธนบุรี ของสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ใน พ.ศ. 2558 พบว่า ผู้ต้องขังมีปัญหาสุขภาพจิตร้อยละ 36.2 เช่น เครียด นอนไม่หลับ และพบว่าป่วยเป็นโรคจิตร้อยละ 7.7 โรคซึมเศร้าร้อยละ 8.4 โรควิตกกังวลร้อยละ 7.8 มีความเสี่ยงฆ่าตัวตายร้อยละ 7.2 ทั้งนี้ ข้อมูลจากกรมราชทัณฑ์ พบว่า ตั้งแต่ พ.ศ. 2549 – 2556 มีนักโทษเด็ดขาดเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายภายในเรือนจำ จำนวน 207 คน หรือเฉลี่ย 26 คนต่อปี<sup>18</sup> ซึ่งปัญหาทางสุขภาพจิตและจิตเวชในกลุ่มผู้ต้องขังเหล่านี้จำเป็นต้องได้รับการแก้ไขอย่างเร่งด่วน แต่ระบบงานราชทัณฑ์ของไทยในปัจจุบันยังขาดแคลนบุคลากรทางสุขภาพจิตและจิตเวชอยู่มาก ทำให้ผู้ต้องขังส่วนหนึ่งที่มีความผิดปกติทางจิตไม่ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม จนนำมาสู่ความเจ็บป่วยทางจิตที่รุนแรงมากยิ่งขึ้น รวมถึงการสูญเสียชีวิตของผู้ต้องขังส่วนหนึ่ง

แม้ว่าที่ผ่านมาจะมีผู้เชี่ยวชาญทางกฎหมายและผลการศึกษาทางกฎหมายที่ชี้ให้เห็นปัญหาจากการใช้คำและนิยามความผิดปกติทางจิตอยู่หลายการศึกษา รวมถึงมีการเสนอนิยามความหมายตลอดจนแนวทางการตีความเกี่ยวกับความผิดปกติทางจิตในทางกฎหมายไว้ อย่างไรก็ตาม พบว่าการศึกษาส่วนใหญ่เป็นการนำความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความผิดปกติทางจิตในทางการแพทย์และในทางสังคมมาอธิบายและตีความถ้อยคำที่ปรากฏอยู่ในกฎหมายหรือคำพิพากษาเท่านั้น แต่ยังไม่มีการศึกษาว่าคำศัพท์และนิยามเกี่ยวกับความผิดปกติทางจิตที่ใช้ในทางกฎหมายในปัจจุบันนั้น มีความเหมาะสม สอดคล้องกับแนวคิดในด้านอื่นๆ โดยเฉพาะในทางสังคมและทางการแพทย์หรือไม่ อย่างไร และควรใช้คำศัพท์ที่มีความหมายถึงความผิดปกติทางจิตในทางกฎหมายว่าอะไรและใช้อย่างไร ตลอดจนแนวทางการใช้และการตีความเกี่ยวกับความผิดปกติทางจิตในทางกฎหมายในปัจจุบันควรเป็นอย่างไร

ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงได้ทำการศึกษา "ความผิดปกติทางจิตในกฎหมายอาญา : ศึกษาเฉพาะคำศัพท์ นิยาม และการตีความทางกฎหมาย" นี้ขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์ ดังต่อไปนี้

<sup>18</sup> รวีวรรณ รักถิ่นกำเนิด. ส่องไฟหลังลูกกรง-สภาพจิตผู้ต้องขังไทย ฆ่าตัวตายปีละ 20 ป่วยทางจิตกว่าพันคน. TCJ (17 มิถุนายน, 2558) จาก <https://www.tcjthai.com/news/2015/17/scoop/5623>.

## 2. วัตถุประสงค์การวิจัย

2.1 เพื่อศึกษาคำศัพท์และความหมายที่เกี่ยวข้องกับความผิดปกติทางจิตในทางสังคม ทางกฎหมาย และทางการแพทย์

2.2 เพื่อศึกษาการใช้คำศัพท์ นิยาม การใช้และตีความทางกฎหมายเกี่ยวกับความผิดปกติทางจิตในกฎหมายอาญาของไทยและต่างประเทศ

2.3 เพื่อเสนอแนวทางการใช้คำศัพท์ นิยาม แนวทางการใช้และตีความทางกฎหมายเกี่ยวกับความผิดปกติทางจิตในทางกฎหมายอาญา

2.4 เพื่อเสนอแนวทางในการแก้ไขปรับปรุงประมวลกฎหมายอาญาที่เกี่ยวข้องกับความผิดปกติทางจิต

## 3. กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดการวิจัย

คำศัพท์และนิยามของความผิดปกติทางจิตในทางกฎหมายได้รับอิทธิพลจากแนวคิดของศัพท์และนิยามเกี่ยวกับความผิดปกติทางจิตที่ใช้ในทางสังคมกับในทางการแพทย์ โดยมีพัฒนาการและการเปลี่ยนแปลงจากปัจจัยต่างๆ มาจนถึงปัจจุบัน ซึ่งความเป็นมาของหลักการและแนวคิดของการสร้างและใช้คำศัพท์รวมทั้งนิยามความหมายของความผิดปกติทางจิตในทางกฎหมายจะสามารถค้นหาได้จากการศึกษาหลักฐานต่างๆ ในเชิงประวัติศาสตร์ เมื่อนำมาประกอบกับการศึกษาหลักการ

และแนวคิดเกี่ยวกับความผิดปกติทางจิตทางกฎหมายในปัจจุบัน จากศึกษาดำรงและเอกสารต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง การเปรียบเทียบกฎหมายต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ประกอบกับการรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลที่เป็นหลักฐานในเชิงประจักษ์ รวมทั้งความเห็นของผู้เชี่ยวชาญในด้านต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งจะนำมาสู่ความเข้าใจเกี่ยวกับคำศัพท์ นิยาม และการตีความในทางกฎหมายในปัจจุบัน ตลอดจนสามารถคาดการณ์ถึงแนวโน้มเกี่ยวกับเรื่องดังกล่าวในอนาคต และสามารถสร้างแนวทางในทางกฎหมายในการใช้คำศัพท์ นิยาม และการตีความในทางกฎหมายที่เหมาะสมได้

#### 4. สมมติฐานการวิจัย

กฎหมายอาญามีการใช้คำศัพท์หลายคำที่เกี่ยวข้องกับความผิดปกติทางจิตที่มีความหมายเฉพาะในทางกฎหมาย ซึ่งกระบวนการสร้างและเลือกใช้คำ การการกำหนดนิยามความหมายจะเกิดขึ้นโดยได้รับอิทธิพลจากความเชื่อหรือความเห็นทางสังคม ความรู้ทางการแพทย์ ประกอบกับหลักเหตุผลในทางกฎหมาย จนเกิดเป็นรูปแบบของการใช้คำศัพท์และนิยามความหมายของความผิดปกติทางจิตที่เป็นรูปแบบเฉพาะและมีลักษณะที่แตกต่างกับในทางสังคมและในทางการแพทย์ แต่ยังคงมีความสอดคล้องและเป็นไปในทิศทางเดียวกัน แต่เนื่องจากกฎหมายอาญาของไทยใช้คำที่มีความหมายถึงความผิดปกติทางจิตหลายคำ และไม่ได้นิยามความหมายที่ชัดเจนแน่นอนไว้ ประกอบกับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความผิดปกติทางจิตมีความที่แตกต่างกันในแต่ละบุคคล ทำให้เกิดความไม่แน่นอนในการใช้และการตีความเกี่ยวกับความผิดปกติทางจิตในทางกฎหมายอาญา ทำให้เกิดความเห็นและข้อสรุปในทางกฎหมายที่แตกต่างและไม่สอดคล้องกับในทางสังคมและในทางการแพทย์

อย่างไรก็ตาม การใช้คำศัพท์ นิยาม และการตีความเกี่ยวกับความผิดปกติทางจิตในทางกฎหมายอาญามีแนวคิดและหลักการในทางกฎหมายที่มีความแน่นอนในระดับหนึ่ง ซึ่งปรากฏอยู่ในกฎหมายต่างๆ เกี่ยวกับความผิดปกติทางจิต และในกระบวนการยุติธรรมทางอาญาที่เกี่ยวข้องกับผู้ต้องหาและจำเลยที่มีความผิดปกติทางจิต การนำความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความผิดปกติทางจิตในทางสังคมและในทางการแพทย์มาใช้ประกอบกับแนวคิดและหลักการในทางกฎหมายที่มีอยู่ จะทำให้การใช้คำศัพท์ นิยาม และการตีความเกี่ยวกับความผิดปกติทางจิตในทางกฎหมายเกิดความชัดเจนแน่นอน เหมาะสม และสอดคล้องกับแนวคิดเกี่ยวกับความผิดปกติทางจิตในทางสังคมและในทางการแพทย์มากขึ้น

## 5. ขอบเขตของการวิจัย

ศึกษาเฉพาะคำศัพท์ นิยาม การใช้และการตีความทางกฎหมายที่เกี่ยวกับความผิดปกติทางจิตในทางกฎหมายอาญา กฎหมายอื่นที่เกี่ยวข้อง คำพิพากษา ความรู้ทางการแพทย์ และความเห็นของผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์และทางกฎหมาย ของประเทศไทยและต่างประเทศ ที่เกี่ยวข้องกับบุคคลที่มีอายุตั้งแต่สิบแปดปีขึ้นไป

## 6. นิยามศัพท์เฉพาะ

6.1 โรคและความผิดปกติทางจิตเวช หมายถึง กลุ่มโรคและความผิดปกติ ที่อยู่ในบทที่ 5 ความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรม ของบัญชีการจำแนก โรคระหว่างประเทศ (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) ฉบับประเทศไทย ฉบับปี 2012 (ICD-10-TM 2012) และคู่มือการวินิจฉัยและสถิติสำหรับความผิดปกติทางจิต (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) ฉบับที่ 5 (DSM-V)

6.2 ความผิดปกติทางจิตทางสังคม หมายถึง รูปแบบของความคิดหรือพฤติกรรมของบุคคล ที่บุคคลทั่วไปในสังคมนั้นและในช่วงเวลานั้นมีความเห็นร่วมกันว่าเป็นความผิดปกติทางจิต

6.3 ความผิดปกติทางจิตทางการแพทย์ รูปแบบของความคิดหรือพฤติกรรมของบุคคล ที่ทางการแพทย์ในช่วงเวลานั้นมีความเห็นร่วมกันว่าเป็นความผิดปกติทางจิต

6.4 ความผิดปกติทางจิตทางกฎหมาย หมายถึง รูปแบบของความคิดหรือพฤติกรรมของบุคคลที่เกิดขึ้นในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่งที่ได้รับการวินิจฉัยในทางกฎหมายใดๆ ว่าเป็นความผิดปกติทางจิต

## 7. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

7.1 รู้และเข้าใจความหมายของคำศัพท์ นิยามที่เกี่ยวข้องกับความผิดปกติทางจิต ในทางการแพทย์และทางกฎหมาย

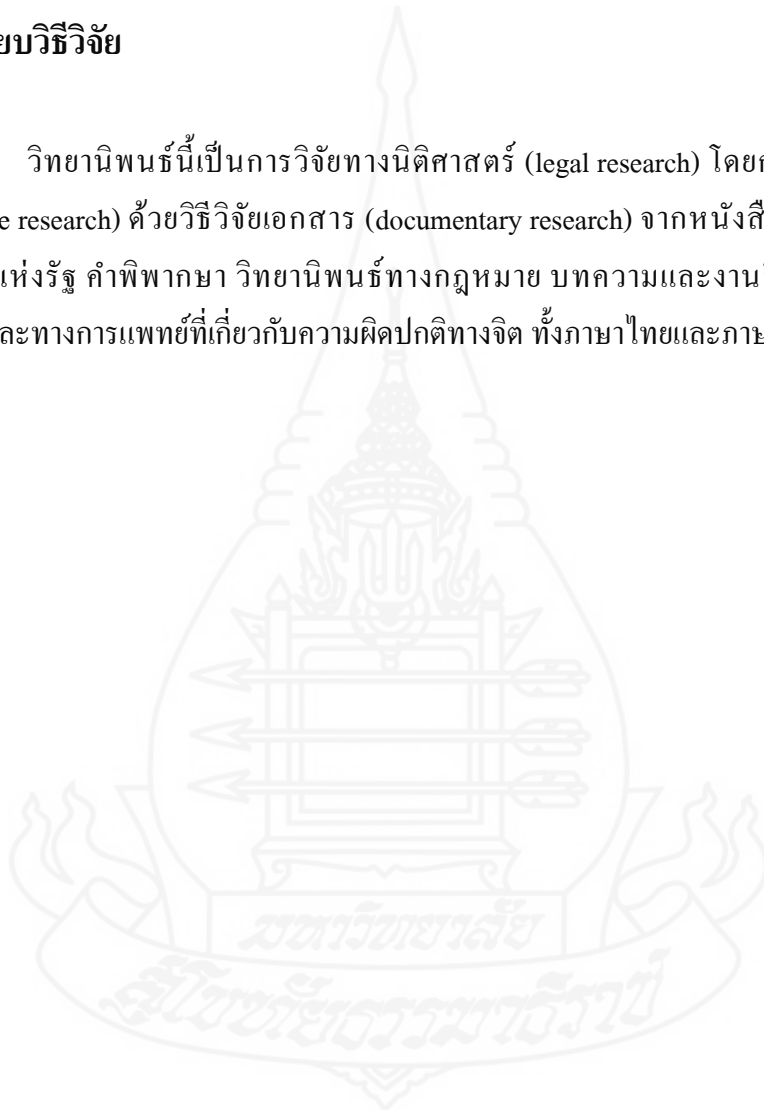
7.2 รู้และเข้าใจความหมายของคำศัพท์ นิยาม และการตีความทางกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับความผิดปกติทางจิตในทางกฎหมายอาญา

7.3 ได้ข้อเสนอและแนวทางเกี่ยวกับการใช้คำศัพท์ ความหมาย นิยาม และตีความทางกฎหมายที่เกี่ยวกับความผิดปกติทางจิตในทางกฎหมายอาญา

7.4 ได้ข้อเสนอและแนวทางในการแก้ไขปรับปรุงประมวลกฎหมายอาญาที่เกี่ยวข้องกับความผิดปกติทางจิต

## 8. ระเบียบวิธีวิจัย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นการวิจัยทางนิติศาสตร์ (legal research) โดยการวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) ด้วยวิธีวิจัยเอกสาร (documentary research) จากหนังสือ ตำรา บทบัญญัติกฎหมายแห่งรัฐ คำพิพากษา วิทยานิพนธ์ทางกฎหมาย บทความและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทางกฎหมายและทางการแพทย์ที่เกี่ยวกับความผิดปกติทางจิต ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ





## บทที่ 2

### วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

แม้ว่าเมื่อกล่าวถึงคำว่า “ความผิดปกติทางจิต” นั้น อาจดูเหมือนจะเป็นเรื่อง que ทุกคนรู้จัก และน่าจะเข้าใจได้ไม่ยากนัก แต่เมื่อกล่าวถึงว่า “ความผิดปกติทางจิต” คืออะไรหรือหมายถึงอะไรกันแน่ หรือสิ่งใดเป็น “ความผิดปกติทางจิต” หรือไม่ เพราะอะไร กลับดูเหมือนจะเป็นเรื่องที่ยู่ยากซับซ้อนจนไม่สามารถหาคำตอบได้อย่างง่ายดายนัก การทำความเข้าใจถึงแนวคิดของ “ความผิดปกติทางจิต” ในทางกฎหมาย นอกจากจะต้องต้องศึกษาองค์ความรู้ในด้านกฎหมาย จำเป็นต้องศึกษาถึงแนวคิดของความผิดปกติทางจิตของมนุษย์จากมุมมองในหลายๆ ด้าน โดยอาศัยองค์ความรู้ในหลายๆ สาขา ทั้งทางสังคมและทางการแพทย์มาประกอบในการศึกษาเพื่อทำความเข้าใจในเรื่องนี้ด้วย

ในบทนี้ จะได้นำเสนอถึงแนวคิดที่เกี่ยวกับความผิดปกติทางจิตของมนุษย์ที่ปรากฏอยู่ในแนวคิดทฤษฎีในทางสังคม การแพทย์ และกฎหมาย ดังต่อไปนี้

#### 1. ความรู้และทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับความปกติและความผิดปกติ

นิยามของ “ความผิดปกติทางจิต” อย่างง่าย และเข้าใจตรงกันมากที่สุด น่าจะเป็นการนิยามว่า “ความผิดปกติทางจิต” เป็นสิ่งที่อยู่ตรงข้ามกับ “ความปกติทางจิต” แต่แท้จริงแล้ว “ความผิดปกติทางจิต” นั้น เป็นเรื่องที่ยากจะอธิบายให้ชัดเจน แน่นนอน และเข้าใจตรงกันได้ การจะเข้าใจถึงแนวคิดและนิยามของ “ความผิดปกติทางจิต” ได้นั้น อาจจำเป็นต้องเข้าใจถึงนิยามของ “ความปกติ” และ “ความปกติทางจิต” เสียก่อน<sup>19</sup>

จากการศึกษาพบว่า มุมมองและแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับความปกติ (Normality) ของมนุษย์ อาจแบ่งออกได้เป็น 3 แนวคิดหลักๆ คือ แนวคิดในทางสังคม แนวคิดในทางการแพทย์และสาธารณสุข และแนวคิดในทางจิตวิทยาและจิตเวชศาสตร์ โดยมีสาระสำคัญ ดังนี้

---

<sup>19</sup> นันทวัช สิริธีรภัฏ, บรรณาธิการจิตเวช. ศิริราช DSM-5. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล, 2558, หน้า 23.

### 1.1 แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับความปกติ (Normality) ในทางสังคม

Daniel Offer และ Melvin Sabshin จำแนกแนวคิดที่เกี่ยวกับกับการนิยาม “ความปกติ” ของมนุษย์ ออกเป็น 4 แนวคิด โดยใช้ข้อมูลจากการศึกษาทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์<sup>20</sup> พอสรุปได้ดังนี้

แนวคิดที่ 1 ความปกติคือสุขภาพ (normality as health)

แนวคิดนี้ได้รับอิทธิพลจากแนวคิดทางการแพทย์ โดยถือว่าความปกติต้องเป็นลักษณะที่ปรากฏอย่างต่อเนื่องและครอบคลุมคนส่วนใหญ่ ขณะที่ความผิดปกติ คือ การมีพยาธิสภาพ (pathology) หรือความเจ็บป่วย เป็นสิ่งที่ปรากฏในคนส่วนน้อย แนวคิดนี้จึงมองว่า “ความปกติ” คือ การปราศจากพยาธิสภาพ (pathology) โดย หรือกล่าวได้ว่า “ความปกติ” คือ การไม่เจ็บป่วย ไม่ว่าจะเป็นทางร่างกายหรือจิตใจ นั่นเอง

แนวคิดที่ 2 ความปกติคืออุดมคติ (normality as Utopia)

อุดมคติ หมายถึง สภาวะในจินตนาการที่ถือว่าเป็นมาตรฐานแห่งความดี ความงาม และความจริง หรือเรื่องใดเรื่องหนึ่งที่มนุษย์ถือว่าเป็นเป้าหมายแห่งชีวิตของตน ตามแนวคิดนี้มองว่า ความปกติ คือ สภาวะที่ควรจะเป็นตามอุดมคติ ซึ่งมนุษย์ควรมุ่งไปถึง

อย่างไรก็ตาม มีข้อสังเกตว่า ลักษณะทางสังคมและวัฒนธรรมมีส่วนในการกำหนดลักษณะของอุดมคติ หรือความปกติในสังคมและวัฒนธรรมนั้นๆ พฤติกรรมหนึ่งอาจเป็นเรื่องที่สังคมและวัฒนธรรมหนึ่งพึงประสงค์ แต่อาจเป็นเรื่องที่สังคมและวัฒนธรรมอื่นถือว่าเป็นสิ่งไม่พึงประสงค์ หรือถือว่าเป็นความผิดปกติได้ นอกจากนี้ การเปลี่ยนแปลงทางสังคมและวัฒนธรรม ก็มีผลต่อการกำหนดการกำหนดนิยามของความปกติในช่วงเวลานั้นๆ ทำให้นิยามของความปกติในแต่ละช่วงเวลาในสังคมและวัฒนธรรมหนึ่งๆ มีความแตกต่างกันได้

แนวคิดที่ 3 ความปกติคือเกณฑ์ค่าเฉลี่ย (normality as average)

แนวคิดนี้มีพื้นฐานมาจากหลักการทางคณิตศาสตร์และสถิติที่ใช้อธิบายพฤติกรรมของประชากร แนวคิดนี้มองว่า ถ้าการกระจายความถี่ของข้อมูลใดๆ ของประชากรทั้งหมดเป็นรูประฆังคว่ำ ค่าปกติของข้อมูล หรืออาจถือว่าเป็นความปกติ คือ ช่วงส่วนใหญ่ที่อยู่ตรงกลางของข้อมูลทั้งหมด ขณะที่ช่วงที่อยู่เกินออกไปจากส่วนใหญ่ที่อยู่ตรงกลางเป็นการเบี่ยงเบนไปจากค่าปกติหรือถือว่าเป็นความผิดปกติ

<sup>20</sup> ดูแนวคิดที่เกี่ยวกับกับการนิยามความปกติเพิ่มเติมที่ Daniel Offer and Melvin. Normality and the life cycle: a critical integration. Basic Books New York 1984.

อย่างไรก็ตาม มีข้อสังเกตว่า การที่อยู่ในเกณฑ์ค่าเฉลี่ยทางสถิติ อาจไม่ได้หมายความว่า เป็นปกติ หรือดีกว่าปกติเสมอไป ขึ้นอยู่กับข้อมูลที่นำมาวิเคราะห์ เช่น ผู้ที่มีค่าระดับไขมันในเลือดชนิด High-density lipoproteins (HDL) สูงกว่าค่าเฉลี่ยในคนปกติ ถือว่าเป็นคุณสมบัติที่ดีหรือเหนือกว่าปกติ เนื่องจากมีโอกาสเกิดปัญหาหลอดเลือดหัวใจอุดตันน้อยกว่าผู้ที่อยู่ในค่าเฉลี่ยของบุคคลทั่วไป แต่ผู้ที่มีค่าระดับไขมันในเลือดชนิด Low-density lipoprotein (LDL) สูงกว่าค่าเฉลี่ยก็จะมีผลในทางตรงข้าม คือถือว่าเป็นคุณสมบัติที่ไม่ดีหรือต่ำกว่าปกติ นอกจากนี้ เครื่องมือและวิธีการวัดที่ใช้วัดที่แตกต่างกันและเวลาที่วัดก็อาจมีผลต่อข้อมูลและการกระจายของข้อมูลที่ต้องการวัดด้วย

แนวคิดที่ 4 ความปกติคือกระบวนการ (normality as process)

แนวคิดนี้เชื่อว่า มนุษย์มีพัฒนาการทางร่างกาย จิตใจ และสังคม ที่เปลี่ยนแปลงไปเป็นลำดับขั้นอย่างต่อเนื่องตลอดชีวิต ซึ่งกระบวนการเปลี่ยนแปลงนี้มีความสำคัญเช่นเดียวกับผลสุดท้ายของพัฒนาการในแต่ละขั้น แนวคิดนี้จึงพิจารณาความปกติโดยดูจากการกระบวนการและผลสุดท้ายที่เกิดขึ้นในพัฒนาการแต่ละขั้นว่าเป็นไปตามปกติหรือไม่ อย่างไรก็ตาม ลักษณะของการเปลี่ยนแปลงนั้นจะต้องเด่นชัดและมีความต่อเนื่อง ไม่ใช่เป็นการเปลี่ยนแปลงเพียงเล็กน้อยหรือเพียงชั่วคราว

โดยสรุปจะเห็นได้ว่า ความปกติ (Normality) ในทางสังคมนั้นมีความแตกต่างหลากหลายเป็นอย่างมากนั้นขึ้นอยู่กับมุมมองของผู้สังเกตและแนวคิดที่นำมาอธิบาย จนอาจกล่าวได้ว่าเราอาจไม่สามารถนิยามหรืออธิบาย ความปกติ (Normality) ด้วยแนวคิดใดแนวคิดหนึ่งเพียงอย่างเดียวให้ครอบคลุมทุกๆ ในทุกๆ เรื่องและทุกๆ ด้านได้ ด้วยเหตุนี้ หากให้นิยามว่า “ความผิดปกติ” อย่างง่าย ๆ ว่าเป็นเพียงสิ่งที่อยู่ตรงข้ามกับความปกติ หรือนิยามว่า “ความผิดปกติทางจิต” คือสิ่งที่อยู่ตรงข้ามกับ “ความปกติทางจิต” แล้ว พบว่าจะทำให้เกิดความไม่แน่นอนและอาจเกิดเข้าใจที่ไม่ตรงกันได้อย่างมาก เนื่องจาก “ความปกติทางจิต” ที่นำมาอ้างอิงนั้นเป็น “ความปกติ” ใดๆ กันแน่

## 1.2 แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับความปกติ (Normality) ในทางการแพทย์และสาธารณสุข

แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับความปกติ (Normality) ที่สำคัญแนวคิดหนึ่งในปัจจุบัน คือแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับความปกติ (Normality) ในทางการแพทย์และสาธารณสุข เนื่องจากเป็นสาขาที่ศึกษาและเกี่ยวข้องกับการจัดการความปกติและความผิดปกติในด้านต่างๆ ของมนุษย์ทั้งทางร่างกายและจิตใจโดยตรง แต่แม้ในทางการแพทย์จะมีการศึกษาและนิยามความผิดปกติทางร่างกายและจิตใจไว้เป็นจำนวนมาก แต่กลับไม่พบมุมมองและแนวคิด รวมถึงการนิยามที่เกี่ยวข้องกับความปกติ (Normality) ในทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ชัดเจนนัก ซึ่งอาจเกิดจากการที่ในทางการแพทย์มุ่งความสนใจไปที่การค้นหาและอธิบายความผิดปกติของมนุษย์เพื่อการบำบัดรักษามากกว่าที่จะสนใจเรื่องการ

นิยามความปกติของมนุษย์<sup>21</sup> อย่างไรก็ตาม มุมมองและแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับความปกติ (Normality) ทางการแพทย์ อาจสะท้อนออกมาในเชิงมุมมองและแนวคิดเกี่ยวกับ “สุขภาพ” โดยตามแนวคิดพื้นฐานทางการแพทย์โดยทั่วไปถือว่า การที่มนุษย์มี “สุขภาพ” (health) ที่ “ปกติ” หรืออาจเรียกโดยทั่วไปว่า “สุขภาพดี” นั้น คือสภาวะที่มนุษย์ปราศจากพยาธิสภาพ (pathology)<sup>22</sup> หรืออาจถือได้ว่า “ความปกติ” ในทางการแพทย์โดยทั่วไปคือการไม่มีความเจ็บป่วยหรือพิการทางร่างกายหรือจิตใจนั่นเอง ด้วยเหตุนี้ “สุขภาพจิตที่ปกติ” หรือ “ความปกติทางจิต” ตามแนวคิดพื้นฐานในทางการแพทย์ จึงน่าจะเทียบได้กับการไม่มีพยาธิสภาพ (pathology) ทางจิต หรือ การไม่มีโรคหรือความผิดปกติทางจิตเวช นั่นเอง

อย่างไรก็ตาม ในปัจจุบัน แนวคิดเกี่ยวกับ “สุขภาพ” (health) ในทางการแพทย์มีความเปลี่ยนแปลงไปจากในอดีตอย่างมาก โดยธรรมเนียมขององค์การอนามัยโลกฉบับปัจจุบันได้มีการนิยามว่า “สุขภาพ” คือ สภาวะที่มีความสมบูรณ์ทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม โดยมีใช้เพียงแค่ปราศจากโรคหรือทุพพลภาพเท่านั้น (Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity)<sup>23</sup> และได้นิยาม “สุขภาพจิต” ไว้ว่า หมายถึง สภาวะซึ่งบุคคลรับรู้ถึงความสามารถของตนเองตามความเป็นจริง สามารถจัดการกับความเครียดทั่วไปในชีวิต สามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถอุทิศตัวให้กับชุมชนได้ (Mental health is a state of well-being in which an individual realizes his or her own abilities, can cope with the normal stresses of life, can work productively and is able to make a contribution to his or her community)<sup>24</sup>

ตามแนวคิดขององค์การอนามัยโลกเห็นว่าสุขภาพจิตเป็นสิ่งที่สามารถประเมินหรือวัดเป็นระดับได้ แต่การประเมินสุขภาพจิตนั้น จะต้องพิจารณาจากปัจจัยต่างๆ ร่วมกันทั้งทาง

<sup>21</sup> Sadock, Benjamin J, Virginia A. Sadock, Pedro Ruiz, and Harold I. Kaplan. Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. (9<sup>th</sup> ed) Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins, 2009. P. 691.

<sup>22</sup> นันทวัช สัทธีรักษ์, บรรณาธิการจิตเวช. ศิริราช DSM-5. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล, 2558, หน้า 23.

<sup>23</sup> คุราชละเอียดยเพิ่มเติมที่ Constitution of the World Health Organization. Basic Documents, Forty-fifth edition, Supplement, October 2006.

<sup>24</sup> World Health Organization. Mental health: a state of well-being. Retrieved September 14, 2017 from : [http://www.who.int/features/factfiles/mental\\_health/en/](http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/en/).

สังคม ทางจิตใจ และชีวภาพ<sup>25</sup> โดยตัวอย่างของปัจจัยทางสังคม ได้แก่ แรงกดดันทางสังคม ความยากจน และระดับการศึกษา ส่วนทางจิตใจ ได้แก่ บุคลิกภาพ หรือพื้นฐานทางด้านอารมณ์ และทางชีวภาพ ได้แก่ พันธุกรรม โรคหรือความผิดปกติทางระบบประสาท เป็นต้น อย่างไรก็ตาม ผลการประเมินที่ได้ถือเป็นระดับของสุขภาพจิตในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่งเท่านั้น จึงสามารถเปลี่ยนแปลงได้เมื่อมีปัจจัยต่างๆ ที่เปลี่ยนแปลงไปในการประเมินว่าบุคคลมี “สุขภาพจิต” เป็นอย่างไรเป็นการประเมินจากปัจจัยต่างๆ ของบุคคลนั้นในช่วงเวลานั้น ผลการประเมินแต่ละครั้งจึงเป็นการบอกสถานะทางจิตใจของบุคคลในสถานการณ์หนึ่งและในช่วงเวลาหนึ่งที่ประเมินเท่านั้น ผลการประเมินในครั้งต่อไปสามารถเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมได้ อย่างไรก็ตาม หากมีการประเมินหลายครั้ง ก็อาจทำให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงรวมถึงแนวโน้มทางสุขภาพจิตของบุคคลนั้นได้

ดังนั้น จะเห็นได้ว่า “สุขภาพจิต” จึงเป็นสิ่งที่ไม่คงที่และสามารถเปลี่ยนแปลงได้ แม้จะสามารถประเมินและวัดได้ในช่วงเวลาหนึ่ง ก็ได้หมายความว่า จะเป็นเช่นนั้นไปตลอด จำเป็นต้องมีการประเมินและติดตามการเปลี่ยนแปลงเป็นระยะๆ เพื่อให้ได้ผลการประเมินที่ถูกต้อง

โดยสรุปแล้ว มุมมองและแนวคิดต่อ “ความปกติ” ทางกายและสุขภาพจิตและสาธารณสุขในปัจจุบันมีความหมายที่กว้างขึ้นไปกว่าการไม่มีโรคหรือความผิดปกติทางร่างกายและจิตใจ แต่ยังรวมไปถึงทางสังคมด้วย และมองว่า “ความปกติทางจิต” คือการที่มี “สุขภาพจิต” ที่ดีหรือที่ปกติ อย่างไรก็ตาม “สุขภาพจิต” หรือ “ความปกติทางจิต” เป็นสถานะที่ไม่คงที่ มีการเปลี่ยนแปลงไปตามทางสังคม ทางจิตใจ และชีวภาพในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง แต่สามารถประเมินได้โดยพิจารณาจากปัจจัยต่างๆ ร่วมกัน ทั้งทางสังคม ทางจิตใจ และชีวภาพ ในช่วงเวลานั้นๆ

### 1.3 แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับความปกติ (Normality) ในทางจิตวิทยาและจิตเวชศาสตร์

จิตวิทยาเป็นสาขาหนึ่งในทางวิทยาศาสตร์ ที่เน้นการศึกษาจิตใจของมนุษย์ในเชิงวิทยาศาสตร์ ขณะที่จิตเวชศาสตร์เป็นสาขาหนึ่งในทางการแพทย์ ที่เน้นไปที่การวินิจฉัยและบำบัดรักษาโรคและความผิดปกติทางจิต ในทางจิตวิทยาและจิตเวชศาสตร์จะมุมมองแนวคิดเกี่ยวกับ “ความปกติทางจิต” ในเชิงของ “สุขภาพจิต” อยู่หลายแนวคิด ดังต่อไปนี้

แนวคิดที่ 1 “ความปกติทางจิต” ตามแนวคิดที่ว่า “สุขภาพจิตคือเหนือกว่าปกติ” (Mental health as above normal)

แนวคิดนี้มองว่า “ความปกติทางจิต” หรือ “สุขภาพจิต” ไม่ใช่เป็นสถานะที่เกิดขึ้นทั่วไป แต่เป็นสถานะที่อยู่เหนือยิ่งไปกว่านั้น แนวคิดนี้สัมพันธ์กับแนวคิดดั้งเดิมทางการแพทย์ ที่

<sup>25</sup> World Health Organization. Mental health: strengthening our response. Retrieved April 26, 2018 from : <http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>.

มองว่าโรคและความเจ็บป่วยของมนุษย์ที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติไม่ใช่สิ่งปกติ ดังนั้น การทำให้มนุษย์ปราศจากโรคและความเจ็บป่วยเกิดขึ้นตามธรรมชาติ จึงเป็นการทำให้เกิดสภาวะที่เหนือไปกว่าสภาวะปกติตามธรรมชาตินั่นเอง

ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ของ Sigmund Freud มองว่า “ความปกติทางจิต” ของมนุษย์เป็นสิ่งที่ เป็นอุดมคติ กล่าวคือ เป็นสิ่งที่ดีที่มุ่งให้เกิดขึ้น แต่เกิดขึ้นได้ยากมากหรือเป็นไปได้ไม่ได้ ขณะที่ Marie Jahoda เสนอว่า คนที่มีสุขภาพจิตที่ดีควรมีคุณสมบัติต่างๆ อาทิเช่น รับรู้สิ่งต่างๆ ตามความเป็นจริง เข้าใจตนเอง มีอิสระ เห็นอกเห็นใจผู้อื่น เป็นต้น<sup>26</sup> ซึ่งจะเห็นได้ว่าเป็นคุณสมบัติที่ดีกว่าหรือเหนือกว่าคุณสมบัติปกติทั่วไปของมนุษย์

แนวคิดที่ 2 “ความปกติทางจิต” ตามแนวคิดที่ว่า “สุขภาพจิตคือวุฒิภาวะที่สมบูรณ์” (Mental health as maturity)

แนวคิดนี้มองว่า “ความปกติทางจิต” หรือ “สุขภาพจิต” คือ การมีวุฒิภาวะ (maturity) ที่เหมาะสมในแต่ละขั้นของพัฒนาการทางจิตใจ ซึ่งเป็นผลจากการพัฒนาและเปลี่ยนแปลงด้านระบบประสาทและสมอง ด้านอารมณ์ และด้านสังคม ซึ่งเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องตลอดชีวิต แนวคิดนี้สอดคล้องกับแนวคิดและทฤษฎีทางจิตวิทยาเกี่ยวกับพัฒนาการทางด้านจิตใจต่างๆ เช่น แนวคิดเกี่ยวกับพัฒนาการทางจิตใจของ Erik Erikson มีแบ่งพัฒนาการของมนุษย์ออกเป็นระยะต่างๆ ตามช่วงวัยตั้งแต่วัยเด็กถึงวัยสูงอายุ แนวคิดเกี่ยวกับพัฒนาการด้านจริยธรรม (moral development) ของ Lawrence Kohlberg และแนวคิดเกี่ยวกับพัฒนาการทางด้านจิตวิญญาณ (spiritual development) โดย James Fowler เป็นต้น

แนวคิดที่ 3 “ความปกติทางจิต” ตามแนวคิดสุขภาพจิตในจิตวิทยาเชิงบวก (Mental health as positive psychology)

แนวคิดของจิตวิทยาเชิงบวก (positive psychology) มองว่า มนุษย์มีศักยภาพในการที่จะพัฒนาเปลี่ยนแปลงตนเองไปสู่สภาวะที่ดีกว่า แต่ในทางจิตวิทยาและจิตเวชศาสตร์ที่ผ่านมา มุ่งไปที่การค้นหาและจัดการกับความผิดปกติทางจิตของมนุษย์เท่านั้น หรือกล่าวว่าเป็นการสนใจแต่เพียงในด้านลบของมนุษย์ โดยไม่ได้สนใจศักยภาพหรือด้านบวกของมนุษย์เท่าที่ควร แนวคิดนี้ถือการปราศจากความผิดปกติทางจิตเป็นเพียงพื้นฐานขั้นแรกที่จะนำไปสู่การพัฒนาศักยภาพของมนุษย์เท่านั้น นอกจากนี้ แนวคิดนี้ยังมีมุมมองต่อความ “ความปกติทางจิต” หรือ “สุขภาพจิต”

<sup>26</sup> Jahoda M, editor. (1958). Current concepts of positive mental health. New York: Joint Commission on Mental Illness and Health Basic Books. pp. 22-64.

ในลักษณะของความต่อเนื่อง โดยไม่ได้จำแนกออกเป็นกลุ่มหรือประเภทต่างๆ อย่างชัดเจน<sup>27</sup> จะเห็นว่าแนวคิดนี้สอดคล้องกับความหมายของ “สุขภาพจิต” ตามนิยามขององค์การอนามัยโลกมากที่สุด

แนวคิดที่ 4 “ความปกติทางจิต” ตามแนวคิด “สุขภาพจิตคือความฉลาดทางอารมณ์”

(Mental health as emotional intelligence)

แนวคิดนี้มองว่า ความฉลาดทางอารมณ์ ซึ่งหมายถึง ความสามารถในการรับรู้ อารมณ์ทั้งทางบวกและทางลบของตนเองและผู้อื่น สามารถปรับอารมณ์ของตนเองและตอบสนอง ต่ออารมณ์ของผู้อื่น ได้อย่างเหมาะสม เป็นสิ่งสำคัญในการบ่งชี้ถึงระดับของความเป็นปกติหรือ ระดับของสุขภาพจิตในตัวบุคคลผู้นั้น

แนวคิดที่ 5 “ความปกติทางจิต” ตามแนวคิด “สุขภาพจิตคือความสุขและความพึงพอใจในชีวิต”

(Mental health as subjective well-being)

แนวคิดนี้มองว่า ระดับของความสุขและความพึงพอใจในชีวิตที่ประเมินโดยอัตวิสัย ของบุคคลนั้นๆ เป็นสิ่งบ่งชี้ถึงระดับของสุขภาพจิต กล่าวคือ หากบุคคลรู้สึกว่าคุณมีความสุข และพึงพอใจในชีวิตแล้ว ย่อมถือว่าบุคคลนั้น “ปกติ” โดยไม่ต้องคำนึงถึงมุมมองของบุคคลอื่น สถานการณ์ หรือสภาพแวดล้อมที่เกิดขึ้นจริงในขณะนั้น

แนวคิดที่ 6 “ความปกติทางจิต” ตามแนวคิด “สุขภาพจิตคือความสามารถในการ

รักษาสมดุลทางจิตใจ” (Mental health as resilience)

แนวคิดนี้มองว่า ความสามารถในการรักษาความสมดุลในจิตใจและความสามารถในการปรับตัวเพื่อปกป้องตนเองและจัดการความเครียดที่เกิดการเปลี่ยนแปลงของปัจจัยต่างๆ ทั้งภายใน เช่น แรงขับเคลื่อนหรืออารมณ์ภายใน และภายนอก เช่น ความสัมพันธ์กับผู้อื่น และการเปลี่ยนแปลงทางสังคม เป็นสิ่งบ่งชี้ถึงระดับของความปกติทางจิตหรือสุขภาพจิตของบุคคล

โดยสรุปแล้วจะเห็นได้ว่า ในทางจิตวิทยาและจิตเวชศาสตร์มีมุมมองแนวคิดเกี่ยวกับ “สุขภาพจิต” หรือ “ความปกติทางจิต” ที่มีความแตกต่างหลากหลายตามแนวคิดและทฤษฎีที่นำมาใช้ ทำให้ยากจะนิยาม “ความปกติทางจิต” ในทางจิตวิทยาและจิตเวชศาสตร์ที่สามารถครอบคลุม ในทุกๆ แนวคิดและทฤษฎีได้อย่างเหมาะสมและเป็นที่ยอมรับตรงกัน ได้ แต่หากพิจารณาจากแนวคิดของความผิดปกติในการแพทย์เป็นหลักแล้ว อาจพอสรุปได้ว่า “ความปกติ” หมายถึง การปราศจากพยาธิสภาพในด้านร่างกาย จิตใจ หรือทางสังคม และอาจสรุปได้ว่า “ความปกติทางจิต” ในความหมายอย่างง่ายที่สุดในทางการแพทย์ หมายถึง การปราศจากพยาธิสภาพในด้านจิตใจ นั่นเอง

<sup>27</sup> นันทวัช ลิทธิรักษ์, บรรณาธิการจิตเวช, ศิริราช DSM-5. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล, 2558, หน้า 25.

ด้วยเหตุที่แนวคิดเกี่ยวกับความปกติของมนุษย์มีอยู่หลายแนวคิดที่แตกต่างกันดังที่ได้นำเสนอมาในข้างต้น หากถือว่า “ความผิดปกติ” ว่าเป็นสิ่งที่อยู่ตรงข้ามกับ “ความปกติ” แล้วจะเป็นผลให้แนวคิดของความผิดปกติมีความแตกต่างหลากหลาย และไม่สามารถกำหนดนิยามความหมายของ “ความผิดปกติ” ที่ครอบคลุมความผิดปกติในทุกๆ เรื่องได้ “ความผิดปกติ” จึงเป็นเรื่องที่ต้องพิจารณาโดยอาศัยการสังเกตและเปรียบเทียบภายใต้กรอบแนวคิดหนึ่งๆ กล่าวคือ ไม่สามารถกำหนดหลักเกณฑ์ที่จะตัดสินได้ว่าสิ่งใดเป็น “ความผิดปกติ” สำหรับใช้ในทุกๆ เรื่อง และอาจไม่สามารถนำหลักเกณฑ์ที่ใช้ตัดสินได้ว่าสิ่งใดเป็น “ความผิดปกติ” ตามกรอบแนวคิดหนึ่งไปใช้กับอีกกรอบแนวคิดหนึ่งได้

การมีมุมมองแนวคิดที่มีความแตกต่างหลากหลายเช่นนี้ แม้อาจเหมือนจะทำให้เกิดความสับสนจนไม่อาจสรุปได้ว่า “ความปกติ” และ “ความผิดปกติ” คืออะไรกันแน่ และไม่สามารถที่จะหาหลักเกณฑ์ในการตัดสินสำหรับทุกๆ เรื่อง แต่ความแตกต่างหลากหลายของมุมมองแนวคิดที่เกิดขึ้นก็ช่วยให้สามารถมองเห็นและเข้าใจ “ความปกติ” และ “ความผิดปกติ” ได้ในหลายมิติและหลายแง่มุมมากขึ้น ในปัจจุบันอาจยังจำเป็นต้องยอมรับการคงอยู่ซึ่งความหลากหลายของแนวคิดเกี่ยวกับ “ความปกติ” และ “ความผิดปกติ” มากกว่าการยอมรับเพียงแนวคิดใดแนวคิดหนึ่ง และนำแนวคิดของ “ความปกติ” และ “ความผิดปกติ” หลายๆ แนวคิดร่วมกันมาอธิบาย “ความปกติ” และ “ความผิดปกติ” มากกว่ายึดถือการอธิบายตามแนวคิดใดแนวคิดหนึ่งแต่เพียงอย่างเดียว เนื่องจากแนวคิดและทฤษฎีหนึ่งอาจนำมาอธิบาย “ความปกติ” และ “ความผิดปกติ” ในบุคคลหนึ่งหรือในสถานการณ์หนึ่งได้อาจไม่สามารถหรือไม่เหมาะสมเมื่อใช้กับในอีกบุคคลหรือในอีกสถานการณ์หนึ่ง นอกจากนี้ ในบางกรณียังอาจจำเป็นต้องใช้แนวคิดมากกว่าเพียงแนวคิดร่วมกันเพื่ออธิบาย “ความปกติ” และ “ความผิดปกติ” ในบุคคลหนึ่งหรือในสถานการณ์หนึ่งด้วย

## 2. ความรู้และทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับความผิดปกติทางจิต

นับตั้งแต่มนุษย์รู้จัก “ความผิดปกติทางจิต” แนวคิดและมุมมองต่อความผิดปกติทางจิตของมนุษย์ก็มีการเปลี่ยนแปลงมาตลอดจนถึงปัจจุบัน การที่จะเข้าใจถึงแนวคิดและนิยามความหมายของ “ความผิดปกติทางจิต” ที่มีอยู่ในปัจจุบัน อาจจำเป็นต้องศึกษาแนวคิดและมุมมองเกี่ยวกับความผิดปกติทางจิตในหลายแง่มุมทั้งในเชิงประวัติศาสตร์ สังคม และวัฒนธรรมรวมกันด้วย



## 2.1 ความผิดปกติทางจิตในเชิงประวัติศาสตร์ สังคม และวัฒนธรรม

จากการศึกษาพัฒนาการของแนวคิดและมุมมองต่อความผิดปกติทางจิต พบว่าแนวคิดเกี่ยวกับความผิดปกติทางจิต ของในสังคมหนึ่งๆ ในช่วงเวลาหนึ่งๆ จะเป็นผลจากปัจจัยหลักสามประการ คือ ความเชื่อ เหตุผล และความรู้ ทำให้แนวคิดและมุมมองต่อความผิดปกติทางจิตของมนุษย์มีการเปลี่ยนแปลงและแตกต่างกันไปตามยุคสมัย พอสรุปได้ ดังนี้

### 2.1.1 ยุคก่อนประวัติศาสตร์และยุคประวัติศาสตร์ตอนต้น

ในยุคก่อนประวัติศาสตร์ มนุษย์มองว่าความผิดปกติทางจิตเกิดจากอำนาจลึกลับเหนือธรรมชาติ ซึ่งอาจเป็นได้ทั้งพลังอำนาจพิเศษในการสื่อสารกับสิ่งเหนือธรรมชาติ เช่น วิญญาณของบรรพบุรุษ รวมถึงเชื่อโรคและความผิดปกติต่างๆ เป็นสิ่งที่เกิดขึ้น โดยการบันดาลจากสิ่งเหนือธรรมชาติ<sup>28</sup> การรักษาในสมัยนั้นจึงใช้พิธีกรรมที่กระทำโดยคนทรง (shaman) เพื่อสื่อสารกับสิ่งเหนือธรรมชาติให้บำบัดรักษาโรคและความผิดปกติที่เกิดขึ้น นอกจากนี้ ยังมีการค้นพบหัวกะโหลกของมนุษย์ยุคก่อนประวัติศาสตร์ที่มีร่องรอยการเจาะ โดยเครื่องมือ ซึ่งเชื่อว่าเป็นวิธีการรักษาอาการทางจิตในยุคแรกๆ<sup>29</sup>

เมื่อเริ่มต้นยุคประวัติศาสตร์ แนวคิดและความเชื่อทางศาสนาได้รับการพัฒนามากขึ้น ความผิดปกติทางจิตจึงเริ่มได้รับการอธิบายตามแนวคิดและความเชื่อทางศาสนา นั้นๆ เช่น ในคัมภีร์ไบเบิลของชาวยิวได้มีการอธิบายอาการผิดปกติทางอารมณ์และพฤติกรรมของกษัตริย์ Saul แห่งอิสราเอลว่าเกิดจากวิญญาณชั่วร้ายที่พระเจ้าส่งมาเพื่อลงโทษความอิจฉาริษยา และที่ข้อความที่ปรากฏในหนังสือดาเนียลและคัมภีร์ไบเบิล ซึ่งอธิบายอาการผิดปกติทางจิตของกษัตริย์ Nabuchadnezzar ว่าเป็นการลงโทษในความหลงตัวเองและหยิ่งผยองจากพระเจ้า

จะเห็นได้ว่า แนวคิดหลักที่ใช้อธิบายเกี่ยวกับความผิดปกติทางจิตในยุคแรกจะเกี่ยวพันกับความเชื่อในเรื่องเหนือธรรมชาติ รวมถึงความเชื่อเกี่ยวกับศาสนาและพิธีกรรมเป็นอย่างมาก

<sup>28</sup> สุพัฒนา เดชาดิวงษ์ ณ อยุธยา. ประวัติจิตเวชศาสตร์สากล. ใน เกษม ต้นศิลาชีวะ. บรรณาธิการ. ตำราจิตเวชศาสตร์. (พิมพ์ครั้งที่ 2) กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2536, หน้า 11-15.

<sup>29</sup> วีระ เชื่องศิริกุล. ประวัติศาสตร์จิตเวชศาสตร์ กรุงเทพมหานคร: ราชวิทยาลัยจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 2555, หน้า 7.

### 2.1.2 ยุคอารยธรรมกรีกและโรมัน

ในสมัยกรีกและโรมัน เริ่มปรากฏแนวคิดที่อธิบายเกี่ยวกับความผิดปกติทางจิตในเชิงเหตุผลมากขึ้น<sup>30</sup> ในวัฒนธรรมกรีกและโรมันมีการอธิบายเกี่ยวกับจิต (Psyche) ว่าเป็นแรงที่ทำให้คนมีชีวิตอยู่ได้ และจะยังคงอยู่แม้ร่างกายจะตายไปแล้ว โดยอยู่ในรูปของวิญญาณ และเชื่อว่าโรคและความผิดปกติต่างๆ ของมนุษย์เกิดจากสาเหตุทางจิตใจ ทางร่างกายหรือเป็นส่วนผสมของทั้งทางจิตใจ (Psyche) และทางร่างกาย (Soma)

Hippocrates (460-377 ปีก่อนคริสตกาล) ซึ่งได้ชื่อว่าเป็น “บิดาแห่งการแพทย์” เชื่อว่า “สมองเป็นที่ตั้งของจิตใจ” และเชื่อว่าโรคทางจิตก็เหมือนกับโรคทางกายอื่นๆ ที่มีลักษณะเฉพาะ มีสาเหตุที่แน่นอน และไม่เกี่ยวกับสิ่งลึกลับเหนือธรรมชาติ ส่วน Galen (ค.ศ.130-200) แห่งอาณาจักรโรมันเชื่อว่า อารมณ์ต่างๆ เกิดจากการทำงานของอวัยวะภายในของมนุษย์ เช่นความโกรธเกิดจากการทำงานของตับ ความผิดปกติทางจิตเกิดจากอิทธิพลภายนอกที่กระทำต่อความผิดปกติทางร่างกายที่มีอยู่ก่อนแล้ว นอกจากนี้ Galen ยังได้เขียนตำราเกี่ยวกับความผิดปกติทางอารมณ์ ชื่อ “On Melancholia” ซึ่งมีอิทธิพลต่อแนวคิดเรื่องโรคซึมเศร้าในคริสต์ศตวรรษที่ 16

จะเห็นได้ว่า แนวคิดหลักที่ใช้อธิบายเกี่ยวกับความผิดปกติทางจิตในยุคต่อมานี้ ค่อยๆ เปลี่ยนไปจากแนวคิดหรือความเชื่อทางศาสนา มาสู่แนวคิดในเรื่องของเหตุผล รวมถึงแนวคิดทางการแพทย์มากขึ้น

### 2.1.3 ยุคกลาง (Medieval Period) (ค.ศ.400-1400)

ภายหลังอาณาจักรโรมันตะวันตกล่มสลาย เป็นจุดเริ่มต้นของยุคกลาง (Medieval Period) ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงในระบบสังคมอย่างรุนแรง ความเชื่อเรื่องศาสนาและสิ่งเหนือธรรมชาติกลับมาามีอิทธิพลต่อการอธิบายเกี่ยวกับความผิดปกติทางจิต<sup>31</sup> ผู้ที่นับถือศาสนาอิสลามเชื่อว่า พระเจ้าเป็นผู้บันดาลให้มนุษย์เกิดความผิดปกติทางจิตด้วยเหตุผลบางอย่าง และถือว่าสังคมต้องรับผิดชอบโดยให้การดูแลอย่างมีเมตตาแก่ผู้ที่มีความผิดปกติทางจิต จนนำไปสู่การสร้างสถานพยาบาลที่มีการบำบัดรักษาผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตเป็นแห่งแรกในโลกใน ค.ศ.750 ที่กรุง Baghdad และสร้างสถานดูแลผู้ที่มีความผิดปกติทางจิต (Asylum) ที่ขึ้นที่กรุง Damascus ในขณะที่ผู้ที่นับถือศาสนาคริสต์ส่วนหนึ่งเชื่อว่าความผิดปกติทางจิตเกิดจากปีศาจเข้าสิงสู่ในร่างกายและ

<sup>30</sup> วีระ เชื่องศิริกุล. ประวัติศาสตร์จิตเวชศาสตร์ กรุงเทพมหานคร: ราชวิทยาลัยจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 2555, หน้า 7.

<sup>31</sup> วีระ เชื่องศิริกุล. ประวัติศาสตร์จิตเวชศาสตร์ กรุงเทพมหานคร: ราชวิทยาลัยจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 2555, หน้า 10-11.

พยายามครอบครองวิญญาณของมนุษย์ การรักษาจึงต้องอาศัยอำนาจของพระเจ้าในการขับไล่ปีศาจออกไปผ่านการทำพิธีกรรมทางศาสนา

ในราวคริสต์ศตวรรษที่ 13 เกิดปรากฏการณ์ทางสังคมที่ส่งผลกระทบต่อผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตอย่างมากในช่วงเวลานั้น คือ มีกระแสของการล่าแม่มดเกิดขึ้น อันมีจุดเริ่มต้นจากการตั้งศาลศาสนา ซึ่งได้รับการสนับสนุนจากพระสันตปาปาและศาสนจักร โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการดึงคนที่ตีตัวออกห่างจากคริสตจักรกลับมา และป้องกันไม่ให้คนอื่นออกไป รวมถึงเป็นเครื่องมือทางการเมืองในการจัดการกับคนนอกศาสนา จนกระทั่ง พระสันตปาปาอินโนเซนต์ที่ 8 ได้ออกเอกสารหรือสารตราฉบับหนึ่งซึ่งกล่าวว่า การใช้เวทมนตร์เป็นความผิดร้ายแรง และประกาศว่าผู้ใดก็ตามที่ไม่ใช่สมาชิกของศาสนาแต่ปฏิบัติพิธีกรรม ใช้เวทมนตร์คาถา และมีพลังเหนือธรรมชาติ ถือว่ามีส่วนเกี่ยวข้องกับซาตานและปีศาจ นักบวชโรมันคาทอลิกสองคน คือ จาคอบ สเปร์นเกอร์และไฮน์ริช เครเมอร์ ได้เขียนหนังสือเล่มหนึ่งขึ้นมาชื่อ คู่มือล่าแม่มด (Malleus Maleficarum) คู่มือเล่มนี้แต่งขึ้นตามจินตนาการเกี่ยวกับแม่มด โดยอิงนิทานพื้นบ้าน และยกเหตุผลทั้งทางศาสนาและกฎหมายขึ้นมาต่อต้านพวกที่ใช้เวทมนตร์ รวมทั้งวิธีสังเกตและวิธีปราบพวกแม่มด ส่งผลให้เกิดการกวาดล้างแม่มดครั้งใหญ่ในยุโรป นอกจากนั้น การใช้เทคโนโลยีใหม่ๆ และการพิมพ์ยังทำให้กระแสการล่าแม่มดให้ไปไกลถึงทวีปแอฟริกาและอเมริกาด้วย ผู้ที่ถูกกล่าวหาว่าใช้เวทมนตร์หรือเป็นแม่มดจะถูกนำตัวไปพิจารณาในศาลศาสนา โดยข้อกล่าวหาดังกล่าวไม่จำเป็นต้องมีหลักฐานที่ชัดเจน การพิจารณาคดีต่างๆ มีจุดประสงค์เพียงเพื่อให้ผู้ถูกกล่าวหายอมรับสารภาพโดยใช้วิธีเกลี้ยกล่อม กดดัน หรือบีบบังคับ และมักลงเอยด้วยการประหารชีวิตผู้ที่ถูกกล่าวหา จากเหตุการณ์นี้ เป็นผลให้มีการกล่าวหาผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตในลักษณะต่างๆ เช่น พวกกามวิตถาร ผู้ป่วยโรคจิตวัยชรา ผู้ป่วยโรคจิตเภท ผู้ติดยาเสพติด และพวกต่อต้านสังคม จนนำไปสู่การตัดสินลงโทษประหารชีวิตผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตเป็นจำนวนมาก กระแสของการล่าแม่มดนี้ดำเนินไปจนถึงคริสต์ศตวรรษที่ 17 จึงสิ้นสุดลง

จะเห็นได้ว่า แนวคิดหลักที่ใช้อธิบายเกี่ยวกับความผิดปกติทางจิตในยุคกลางนี้ ย้อนกลับไปสู่แนวคิดของอำนาจลึกลับเหนือธรรมชาติและแนวคิดทางศาสนา นอกจากนี้ยังมีการนำความผิดปกติทางจิตไปเชื่อมโยงกับสิ่งที่สังคมเห็นว่าเป็นความชั่วร้ายหรือไม่พึงประสงค์

#### 2.1.4 ยุคฟื้นฟูศิลปวิทยาการ (Renaissance)

ยุคการฟื้นฟูศิลปวิทยาการเริ่มต้นในราวคริสต์ศตวรรษที่ 14 และสิ้นสุดลงในกึ่งกลางคริสต์ศตวรรษที่ 17 เป็นยุคเริ่มต้นของการแสวงหาสิทธิเสรีภาพและความคิดที่เคยถูกจำกัด โดยกฎเกณฑ์และข้อบังคับของคริสต์ศาสนา ความเชื่อในเรื่องเหตุผลและภูมิปัญญาของมนุษย์

ผลได้เข้ามาทดแทนความเชื่อในเรื่องอำนาจเหนือธรรมชาติ<sup>32</sup> ทำให้ความเชื่อเรื่องปีศาจและเวทมนตร์ที่เริ่มค่อยๆ เสื่อมถอยลง ร่วมกับความก้าวหน้าทางแพทย์ที่ค้นพบว่าความผิดปกติทางจิตต่างๆ ที่เกิดขึ้นบางอย่าง เช่น อารมณ์ชัก เกิดจากความผิดปกติบางอย่างในร่างกาย แนวคิดเดิมที่มองว่าความผิดปกติทางจิตเกิดจากปีศาจและที่ต้องรักษาด้วยพิธีกรรมทางศาสนาจึงค่อยๆ เปลี่ยนแปลงไปเป็นการมองว่าเป็นความเจ็บป่วยที่ควรได้รับการดูแลรักษาด้วยการแพทย์ ใน ค.ศ.1563 Johann Weyer (ค.ศ.1515-1588) แพทย์ชาวเนเธอร์แลนด์ ได้เขียนหนังสือชื่อ 'De Praestigiis Daemonum' (The Deception of Demons) ที่ถือว่าเป็นแบ่งแยกความผิดปกติทางจิตออกจากความเชื่อทางศาสนาหรือความเชื่อเรื่องภูติผีปีศาจอย่างชัดเจน ซึ่งถือว่าเป็นจุดเริ่มต้นของการแพทย์สาขาจิตเวชศาสตร์สมัยใหม่

อาจกล่าวได้ว่า แนวคิดที่ใช้อธิบายเกี่ยวกับความผิดปกติทางจิตในยุคนี้เปลี่ยนไปสู่การอธิบายในเชิงของเหตุผล และเริ่มมีการอธิบายในเชิงการแพทย์ที่มีความเป็นวิทยาศาสตร์มากยิ่งขึ้น

อย่างไรก็ตาม การดูแลผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตในยุคนี้ ส่วนใหญ่ยังเพียงการกักขังและล่ามโซ่เพื่อป้องกันอันตรายที่อาจเกิดจากอาการของความผิดปกติทางจิตเท่านั้น สังคมในช่วงนั้นมองและปฏิบัติต่อผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตเสมือนกับสัตว์ป่ามิใช่มนุษย์<sup>33</sup> ผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตจึงได้รับการปฏิบัติอย่างไม่เหมาะสมเท่าใดนัก

### 2.1.5 ยุคประวัติศาสตร์สมัยใหม่จนถึงยุคปัจจุบัน

ช่วงคริสต์ศตวรรษที่ 17-18 สังคมเกิดความตื่นตัวในเรื่องสิทธิมนุษยชน ทำให้สังคมเริ่มให้ความสนใจต่อสิทธิของผู้ที่มีความผิดปกติทางจิต การบำบัดรักษาแบบเดิมที่ส่วนใหญ่เป็นไปเพื่อป้องกันอันตรายที่อาจเกิดจากอาการของความผิดปกติทางจิตต่อบุคคลอื่นๆ และสังคม เช่น การกักขังไว้ในสถานบำบัดและการผูกมัดหรือล่ามโซ่ โดยไม่ได้คำนึงถึงหลักมนุษยธรรมและสิทธิต่างๆ ผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตพึงจะได้รับ ไปสู่การดูแลอย่างมีมนุษยธรรมและเคารพต่อสิทธิต่างๆ ของผู้ที่มีความผิดปกติทางจิต Philippe Pinel (ค.ศ.1745-1820) แพทย์ชาวฝรั่งเศส เป็นผู้ริเริ่มการถอดโซ่ตรวนและให้กับผู้ที่มีความผิดปกติที่อยู่ในสถานบำบัด และริเริ่มให้การดูแลอย่างมีมนุษยธรรม โดยการจัดให้ได้รับอาหารที่ดีและอยู่ในสิ่งแวดล้อมสะอาดสบาย มีโอกาส

<sup>32</sup> วีระ เชื่องศิริกุล. ประวัติศาสตร์จิตเวชศาสตร์ กรุงเทพมหานคร: ราชวิทยาลัยจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 2555, หน้า 12-13.

<sup>33</sup> Platt, A. (1965). The Origins and Development of the "Wild Beast" Concept of Mental Illness and Its Relation to Theories of Criminal Responsibility. *Issues in Criminology*, 1(1), 1-18. Retrieved September 10, 2018. From : <http://www.jstor.org/stable/42912527>.

เข้าได้ทำกิจกรรมที่สร้างความบันเทิงและการออกกำลังกาย รวมถึงจัดให้มีการเสวนาระหว่างผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตและผู้ดูแลภายในสถานบำบัด ซึ่งมีการให้ความรู้ พุดคุยด้วยเหตุผล และชักจูงใจ วิธีการนี้เรียกว่า “Moral treatment of insanity”<sup>34</sup> ซึ่งกลายมาเป็นแนวคิดหลักในการดูแลผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตในยุคนั้น

จนกระทั่งช่วงต้นคริสต์ศตวรรษที่ 19 ความรู้เกี่ยวกับความผิดปกติทางจิตและการรักษาได้รับการพัฒนาจนกลายเป็นสาขาเฉพาะทางสาขาหนึ่งทางการแพทย์ คือ สาขาจิตเวชศาสตร์ (Psychiatry) ในยุคนี้อมีการพัฒนาแนวคิดและทฤษฎีทางเพื่ออธิบายสาเหตุความผิดปกติทางจิต Sigmund Freud (ค.ศ.1856-1939) เป็นผู้เริ่มต้นการทำจิตวิเคราะห์ (Psychoanalysis) จนนำมาสู่แนวคิดและทฤษฎีต่างๆ ทางจิตวิทยาที่อธิบายสาเหตุความผิดปกติทางจิตต่างๆ ตามมาอย่างมากมาย และในค.ศ.1844 ผู้อำนวยการสถานดูแลผู้ป่วยโรคจิต 13 คนได้มาประชุมกันที่เมืองฟิลาเดลเฟีย และได้ก่อตั้งสมาคมผู้อำนวยการสถาบันดูแลผู้ป่วยโรคจิตแห่งอเมริกา ซึ่งต่อมาได้เปลี่ยนชื่อเป็นสมาคมจิตแพทย์อเมริกา (American Psychiatric Association) และกลายเป็นองค์กรที่มีอิทธิพลในการกำหนดแนวคิดเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคและความผิดปกติทางจิตอย่างมากจนถึงปัจจุบัน

ในช่วงครึ่งหลังของคริสต์ศตวรรษที่ 19 และต้นคริสต์ศตวรรษที่ 20 ด้วยอิทธิพลจากการค้นพบทางการแพทย์และวิทยาศาสตร์ใหม่ๆ ที่พบว่าสาเหตุของความผิดปกติทางจิตส่วนหนึ่งเกิดจากความผิดปกติทางร่างกายและระบบประสาท แนวคิดของความผิดปกติทางจิตจึงเปลี่ยนไปสู่แนวคิดที่มองว่า “ความผิดปกติทางจิต” เป็น “โรค” ที่เกิดขึ้นจากความผิดปกติทางร่างกาย<sup>35</sup> เช่นเดียวกับโรคทางกายอื่นๆ ส่งผลให้แนวคิดและทฤษฎีทางจิตวิทยาต่างๆ ที่เคยใช้อธิบายสาเหตุของความผิดปกติทางจิตค่อยๆ ลดความสำคัญลง อย่างไรก็ตาม แม้แนวคิดนี้จะนำไปสู่การบำบัดรักษาทางการแพทย์ใหม่ๆ แต่ขณะเดียวกัน ก็ทำให้ลดความสำคัญของแนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยทางด้านจิตใจและสังคมสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อความผิดปกติทางจิต จนอาจกล่าวได้ว่าแนวคิดในยุคนี้ให้ความสำคัญกับ “โรคและความผิดปกติทางจิตเวช” มากกว่า “ผู้ที่เป็็นโรคและความผิดปกติทางจิตเวช” นอกจากนี้ ด้วยแนวคิดที่ถือว่า “ความผิดปกติทางจิต” เป็น “โรค” ที่ต้องรักษา รวมทั้งการมีระบบการวินิจฉัยและจำแนกโรคทางจิตเวชที่ก้าวหน้าและเป็นระบบมากขึ้น ส่งผลให้มีการวินิจฉัยว่าผู้คนว่าเป็นโรคทางจิตเวชหรือมีความผิดปกติทางจิตเกิดขึ้นเป็นจำนวนมาก และนำไปสู่การรับบุคคลเหล่านี้ไว้รักษาในโรงพยาบาลหรือสถานบำบัด ทำให้สิ้นเปลืองงบประมาณ

<sup>34</sup> Brigham, A. The Moral Treatment of Insanity. American Journal of Psychiatry 1994; 151:11-15.

<sup>35</sup> วีระ เชื้องศิริกุล. ประวัติศาสตร์จิตเวชศาสตร์ กรุงเทพมหานคร: ราชวิทยาลัยจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 2555, หน้า 26.

ของรัฐในการดูแล สังคมจึงมองว่าผู้ที่มีความผิดปกติเป็นภาระของสังคม นอกจากนี้ ยังมีมีคนส่วนหนึ่งในสังคมที่มองว่า การวินิจฉัยว่ามีความผิดปกติทางจิต ถูกนำมาใช้เป็นเครื่องมือในการจัดการกับผู้ที่มีความเห็นแตกต่างหรือขัดแย้งกับรัฐ จากปัจจัยต่างๆ ที่เกิดขึ้น ทำให้มุมมองของสังคมต่อความผิดปกติทางจิตในยุคนั้นยังเป็นไปในทางที่ไม่ดีนัก

จนกระทั่งปลายคริสต์ศตวรรษที่ 20 การค้นพบทางวิทยาศาสตร์และการแพทย์ที่เจริญก้าวหน้ามากยิ่งขึ้น ทำให้เชื่อว่า ความผิดปกติทางจิตเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นจากปัจจัยหลายอย่างร่วมกัน ทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคมสิ่งแวดล้อม นอกจากนี้ความก้าวหน้าในการรักษาโรคและความผิดปกติทางจิตเวช โดยเฉพาะการรักษาด้วยยา ทำให้ผู้ที่มีความผิดปกติสามารถกลับมาเป็นปกติหรือทุเลาจากอาการของโรคและความผิดปกติทางจิตเวชได้มากขึ้น ผู้ที่มีความผิดปกติจึงสามารถกลับเข้าสู่สังคมและใช้ชีวิตร่วมกับคนอื่นๆ ในสังคมได้มากยิ่งขึ้น ทำให้มุมมองของสังคมต่อความผิดปกติทางจิตเริ่มค่อยๆ เปลี่ยนแปลงไป โดยมองว่าความผิดปกติทางจิตเป็นสิ่งที่สามารถเกิดขึ้นได้ และสามารถหายเป็นปกติหรือทุเลาลงได้<sup>36</sup>

จากการเปลี่ยนแปลงของมุมมองและแนวคิดเกี่ยวกับความผิดปกติในแต่ละยุคสมัย Michel Foucault มีความเห็นว่า ความผิดปกติทางจิตที่เป็นที่รับรู้กันอยู่ในปัจจุบัน ไม่ได้เกิดจากการเปลี่ยนแปลงอย่างเป็นวิวัฒนาการต่อเนื่องจากอดีตถึงปัจจุบัน แต่เป็นการเปลี่ยนแปลงอย่างไม่ต่อเนื่องอันเกิดจากการเปลี่ยนแปลงไปตามแนวคิดที่มีอิทธิพลต่อสังคมในช่วงเวลานั้นๆ ส่งผลให้สังคมมีการรับรู้และเข้าใจความผิดปกติทางจิตที่แตกต่างกันไปในแต่ละช่วงเวลาของประวัติศาสตร์<sup>37</sup> โดยในประวัติศาสตร์ช่วงแรกของมนุษย์ สังคมมองว่าความผิดปกติทางจิตว่าเป็นอำนาจพิเศษเหนือธรรมชาติที่มนุษย์บางคนได้รับจากสิ่งลึกลับที่มีอำนาจเหนือกว่าหรือเทพเจ้า การที่คนที่มีความผิดปกติทางจิตพูดคนเดียว หรือพูดในสิ่งที่คนอื่นไม่สามารถเข้าใจได้ เป็นการสื่อสารกับสิ่งเหนือธรรมชาติที่คนธรรมดาทั่วไปไม่สามารถรับรู้ได้ ความผิดปกติทางจิตจึงได้รับการยอมรับเป็นส่วนหนึ่งในสังคม จนกระทั่งสมัยยุคกลาง สังคมมองว่าความผิดปกติทางจิตเป็นสิ่งที่ไร้เหตุผล อาการต่างๆ ที่เกิดขึ้นจากความผิดปกติทางจิตสัมพันธ์กับความชั่วร้ายและเป็นสิ่งไม่พึงประสงค์ของสังคม ความผิดปกติทางจิตจึงไม่ได้รับการยอมรับและถูกแยกออกไปจากสังคมอย่างเด็ดขาด คนที่มีความผิดปกติทางจิตจึงถูกนำไปรวมกับพวกอาชญากรและขอทานและถูกแยกออกไปจากสังคมด้วยวิธีการต่างๆ จนถึงยุคของการปฏิวัติทางภูมิปัญญาในศตวรรษที่ 17-18 มนุษย์จึงเริ่มอธิบายความ

<sup>36</sup> วีระ เชื่องศิริกุล. ประวัติศาสตร์จิตเวชศาสตร์ กรุงเทพมหานคร: ราชวิทยาลัยจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 2555, หน้า 38-44.

<sup>37</sup> Foucault, M. (1965). *Madness and civilization: A history of insanity in the age of reason*. New York: Pantheon Books. pp. 265-275.

ผิดปกติทางจิตที่เกิดขึ้นในเชิงของเหตุผล โดยมองว่าความผิดปกติทางจิตเป็นเพียงเหตุผลในระบบหนึ่งที่แตกต่างกันไปจากระบบเหตุผลอื่นๆ ทำให้ความผิดปกติทางจิตเริ่มเปลี่ยนแปลงจากสิ่งที่ไร้เหตุผลไปสู่สิ่งที่สามารถอธิบายได้ด้วยเหตุผลได้ และไม่ได้สัมพันธ์กับความชั่วร้าย จนกระทั่งศตวรรษที่ 19 มีการพัฒนาความรู้ใหม่ๆ ในทางการแพทย์มากขึ้น ทำให้ความผิดปกติทางจิตสามารถรักษาให้หาย และกลับมาอยู่ร่วมกับคนปกติได้ ความผิดปกติทางจิตที่เคยถูกแยกออกไปจากสังคมอย่างเด็ดขาด จึงเริ่มกลับเข้ามาสู่การรับรู้ เข้าใจ และยอมรับในสังคมได้อีกครั้งหนึ่ง

โดยสรุป จะเห็นได้ว่าแนวคิดของคนในสังคมหนึ่งๆ ในช่วงเวลาหนึ่งๆ ที่มีต่อความผิดปกติทางจิต เป็นผลจากปัจจัยสามประการ คือ ความเชื่อ เหตุผล และความรู้ ทำให้แนวคิดและมุมมองต่อความผิดปกติทางจิตของมนุษย์มีความเปลี่ยนแปลงและแตกต่างกัน ในแต่ละยุคสมัย

## 2.2 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับสาเหตุของความผิดปกติทางจิต

นับตั้งแต่อดีต มนุษย์พยายามอธิบายถึงสาเหตุของความผิดปกติทางจิตมาโดยตลอด ในยุคแรกมนุษย์เชื่อว่า ความผิดปกติทางจิตมีสาเหตุมาจากปัจจัยภายนอก เช่นอำนาจของสิ่งเหนือธรรมชาติที่มักกระทำต่อมนุษย์ ต่อมาในสมัยกรีก มนุษย์เริ่มเชื่อว่า สาเหตุของความผิดปกติทางจิตเกิดจากร่างกาย โดย Hippocrates เชื่อว่าโรคทางจิตเหมือนกับโรคทางกายอื่นๆ ที่มีลักษณะเฉพาะ มีสาเหตุที่แน่นอน และไม่เกี่ยวกับสิ่งลึกลับเหนือธรรมชาติ Hippocrates ได้อธิบายว่าความผิดปกติทางจิตเกิดจากความผิดปกติของของเหลว (Humour) 4 อย่างในร่างกายมนุษย์ ได้แก่ เลือด น้ำดีดำ น้ำดีเหลือง และเสมหะ ซึ่งเกิดจากการรวมตัวขององค์ประกอบ 4 อย่าง คือ ความร้อน ความเย็น ความชื้น และความแห้ง นอกจากนี้ยังอธิบายอาการผิดปกติทางจิตที่พบในเพศหญิงว่าเป็นเกิดจากมดลูกเปลี่ยนแปลงที่อยู่ และตั้งชื่อว่าโรคฮีสทีเรีย (Hysteria) ส่วน Galen (ค.ศ. 130-200) แห่งอาณาจักรโรมันเชื่อว่า ความผิดปกติทางอารมณ์ต่างๆ เกิดจากการทำงานที่ผิดปกติของอวัยวะภายในของมนุษย์ จะเห็นได้ว่าในยุคนี้ มนุษย์เริ่มเชื่อว่าความผิดปกติทางจิตมีสาเหตุมาจากปัจจัยภายในภายในร่างกายของมนุษย์เอง

ในยุคกลาง สาเหตุของความผิดปกติทางจิตกลับไปสู่การอธิบายตามหลักความเชื่อในศาสนา ผู้ที่นับถือศาสนาคริสต์ส่วนหนึ่งเชื่อว่าความผิดปกติทางจิตมีสาเหตุจากปีศาจเข้ามาสิงสู่ร่างกายและพยายามครอบครองวิญญาณมนุษย์ ในขณะที่ผู้ที่นับถือศาสนาอิสลามเชื่อว่าพระเจ้าเป็นผู้บันดาลให้มนุษย์เกิดความผิดปกติทางจิตด้วยเหตุผลบางอย่าง อาจกล่าวได้ว่าในยุคนี้มนุษย์กลับไปมีความเชื่อเหมือนในยุคแรกๆ ที่มองว่าความผิดปกติทางจิตมีสาเหตุมาจากปัจจัยภายนอกที่มักกระทำ

ภายหลังจากยุคกลาง มนุษย์เริ่มให้ความสำคัญกับภูมิปัญญาและเหตุผลมากกว่าแนวคิดและความเชื่อในทางศาสนา สาเหตุของความผิดปกติทางจิตได้รับการอธิบายในเชิงของปรัชญาและเหตุผล Albert the Great และ Thomas Aquinas ได้ตั้งสมมติฐานว่าความผิดปกติทางจิตเกิดจาก

การที่มนุษย์ใช้เหตุผลไม่เพียงพอ<sup>38</sup> ในยุคนี้เชื่อว่าความผิดปกติทางจิตเกิดจากความบกพร่องในทางความคิดและสติปัญญาของมนุษย์ นอกจากนี้ การค้นพบใหม่ๆ ทางวิทยาศาสตร์และทางการแพทย์ก็ทำให้สามารถอธิบายถึงสาเหตุของความผิดปกติทางจิตบางอย่างที่เกิดจากโรคและความผิดปกติทางร่างกายได้

จนกระทั่งในคริสต์ศตวรรษที่ 19 มีการอธิบายถึงสาเหตุของความผิดปกติทางจิตในเชิงแนวคิดและทฤษฎีจิตวิทยา โดยทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (Psychoanalysis) ของ Sigmund Freud อธิบายว่า อาการผิดปกติทางจิตเกิดจากการใช้กลไกการป้องกันตนเองที่ไม่เหมาะสม อันเป็นผลมาจากประสบการณ์ในวัยเด็กของบุคคลนั้น ความผิดปกติทางจิตเกิดจากปฏิกิริยาทางจิตใจต่อสิ่งแวดล้อม แนวคิดของทฤษฎีจิตวิเคราะห์นี้ส่งผลให้เกิดทฤษฎีต่างๆ ที่อธิบายพัฒนาการทางด้านจิตใจตามมา และขยายไปถึงการอธิบายสาเหตุของความผิดปกติทางจิตชนิดต่างๆ เห็นได้จากเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวชใน DSM ฉบับที่ 1 มีการลงท้ายชื่อโรคทางจิตเวชทุกโรคว่าเป็น reaction ซึ่งมีนัยว่า เป็นผลจากปฏิกิริยา (reaction) ทางจิตใจต่อสิ่งแวดล้อม<sup>39</sup> หรืออาจสรุปได้ว่าความผิดปกติทางจิตเกิดจากปฏิกิริยาทางจิตใจต่อสิ่งแวดล้อมนั่นเอง

ตั้งแต่ช่วงหลังของคริสต์ศตวรรษที่ 20 เป็นต้นมา มีความก้าวหน้าในการศึกษาวิจัยทางวิทยาศาสตร์และการแพทย์อย่างมาก โดยเฉพาะการค้นพบใหม่ๆ ในสาขาประสาทวิทยาและสาขาพันธุศาสตร์ ที่สามารถอธิบายสาเหตุของอาการผิดปกติทางจิตที่พบได้มากขึ้น และนำไปสู่วิธีการรักษาใหม่ๆ โดยเฉพาะการรักษาด้วยยา ทำให้แนวคิดที่อธิบายสาเหตุของการเกิดโรคและความผิดปกติทางจิตเปลี่ยนไป จากเดิมที่เชื่อว่าความผิดปกติทางจิตเกิดจากปฏิกิริยาทางจิตใจต่อสิ่งแวดล้อม ไปสู่แนวคิดที่ว่าโรคและความผิดปกติทางจิตเป็นผลจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างอิทธิพลของปัจจัยทางชีวภาพ จิตใจ และสังคม หรือเรียกว่าเป็น “โครงสร้างแบบกายจิตสังคม” (Biopsychosocial model) ซึ่งถือว่าเป็นแนวคิดหลักในการอธิบายสาเหตุของความผิดปกติทางจิตของมนุษย์ในปัจจุบัน<sup>40</sup>

<sup>38</sup> Hoffmann, Tobias: 'Albert The Great And Thomas Aquinas On Magnanimity' (2007), 'Virtue Ethics in the Middle Ages', pp. 101-130.

<sup>39</sup> ปราโมทย์ สุคนิษฐ์ แนวคิดการเกิดโรคทางจิตเวช ใน มาโนช หล่อตระกูล, ปราโมทย์ สุคนิษฐ์. บรรณาธิการ. จิตเวชศาสตร์รามธิบดี(พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล, 2558, หน้า 22.

<sup>40</sup> Engel GL. The need for new medical model: a challenge for biomedicine. Science. 1977;196:129-36.



### 2.3 แนวคิดของความผิดปกติทางจิตตามโครงสร้างแบบกายจิตสังคม (Biopsychosocial model)

ตามแนวคิดของโครงสร้างแบบกายจิตสังคม (Biopsychosocial model)<sup>41</sup> จะแบ่งปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อการเกิดโรคและความผิดปกติทางจิตออกเป็น 4 ปัจจัย คือ

1. ปัจจัยพื้นฐานทางชีวภาพ (Constitutional factor) ได้แก่ ปัจจัยด้านพันธุกรรมและปัจจัยทางสุขภาพ
2. ปัจจัยพื้นฐานทางอารมณ์ (Temperament factor) คือ ลักษณะทางอารมณ์ที่ติดตัวบุคคลนั้นมาแต่กำเนิด ซึ่งมีผลต่อพัฒนาการทางจิตใจและบุคลิกภาพ
3. ปัจจัยด้านโรคและการบาดเจ็บทางกายภาพ (Physical and injury factors) โดยเฉพาะทางด้านระบบประสาทและโรคที่เป็นเรื้อรัง
4. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ทั้งทางกายภาพและทางสังคม

การอธิบายด้วยโครงสร้างแบบกายจิตสังคม (Biopsychosocial model) จะนำปัจจัยต่างๆ มาลำดับเป็นเรื่องในแต่ละราย (case formulation) เพื่ออธิบายโรคและความผิดปกติทางจิตที่เกิดขึ้นในแต่ละราย โดยแบ่งออกเป็น 4 ด้าน คือ

1. ปัจจัยเสี่ยงที่มีมาก่อน (Predisposing factor)
2. ปัจจัยที่กระตุ้นให้เกิดความผิดปกติ (Precipitating factor)
3. ปัจจัยที่ทำให้ความผิดปกติยังคงอยู่ (Perpetuating factor)
4. ปัจจัยป้องกัน (Protective factor)

ในแต่ละบุคคลมีปัจจัยพื้นฐานทางชีวภาพ (Constitutional factor) ที่แตกต่างกัน ทำให้มีปัจจัยเสี่ยงที่มีมาก่อน (Predisposing factor) ที่จะทำให้เกิดโรคและความผิดปกติทางจิตไม่เท่ากัน เช่น พันธุกรรมที่ต่างกัน และการได้รับสิ่งที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางพันธุกรรมที่ต่างกัน เช่น การได้รับยาหรือรังสีตั้งแต่อยู่ในครรภ์ นอกจากนี้ยังมีแนวคิดที่เชื่อว่า ความเครียดทางจิตสังคม (psychosocial stress) ที่เกิดขึ้นในภายหลัง มีผลต่อการแสดงออกที่เกิดจากหน่วยพันธุกรรมที่ทำให้เกิดโรคและความผิดปกติทางจิตที่มีอยู่ก่อนหน้านั้น หรือที่เรียก Epigenesis นอกจากนั้น ด้วยเหตุที่แต่ละคนจะมีปัจจัยพื้นฐานทางอารมณ์ (Temperament factor) ที่แตกต่างกัน ส่งผลให้แต่ละบุคคลจะมีปฏิสัมพันธ์ต่อสิ่งแวดล้อมที่ต่างกัน ซึ่งปัจจัยพื้นฐานทางอารมณ์นี้

<sup>41</sup> ปราโมทย์ สุคนิษฐ์ แนวคิดการเกิดโรคทางจิตเวช ใน มานุษ หล่อตระกูล, ปราโมทย์ สุคนิษฐ์. บรรณาธิการ. จิตเวชศาสตร์รามธิบดี(พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล, 2558, หน้า 22.

อาจเป็นปัจจัยที่กระตุ้นหรือป้องกัน ไม่ให้เกิดความผิดปกติทางจิตก็ได้ ปัจจัยต่างๆ ที่กล่าวมานี้ถือว่าเป็นปัจจัยเสี่ยงที่มีมาก่อน (Predisposing factor)

เมื่อบุคคลได้รับปัจจัยกระตุ้นให้เกิดความผิดปกติ (Precipitating factor) เช่น ต้องเผชิญกับความเครียดทางจิตสังคม (Psychosocial stress) อาจทำให้มีความเสี่ยงที่จะเกิดโรคและความผิดปกติทางจิต ซึ่งเป็นการอธิบายตามทฤษฎีที่เรียกว่า Stress diathesis model รวมถึงปัจจัยกระตุ้นที่เกิดขึ้นนี้อาจส่งผลให้บุคคลแสดงอาการผิดปกติทางจิตที่มีอยู่แล้วออกมาให้เห็นได้ในเวลาใกล้เคียงกับที่พบปัจจัยที่กระตุ้น อย่างไรก็ตาม ในแต่ละบุคคลอาจพบปัจจัยที่กระตุ้นดังกล่าวนี้หรือไม่ก็ได้

เมื่อมีโรคและความผิดปกติทางจิตเกิดขึ้นแล้ว อาการผิดปกติทางจิตอาจแสดงออกมาจนกระทั่งครบตามเกณฑ์ในการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช โดยอาจพบปัจจัยที่ทำให้ความผิดปกติยังคงอยู่ (Perpetuating factor) เช่น การประสบปัญหาทางการเงิน ทำให้บุคคลนั้นไม่ได้รับการดูแลรักษาอย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง ซึ่งมีผลให้หายจากอาการผิดปกติทางจิตได้ช้าหรือเป็นอย่างเรื้อรัง นอกจากนี้ บุคคลนั้นก็อาจเสี่ยงที่จะเกิดโรคและความผิดปกติทางจิตซ้ำได้ง่ายกว่าเดิมแม้จะหายหรือทุเลาจากโรคและความผิดปกติทางจิตแล้วก็ตาม หรือที่เรียกว่า Kindling effect

ในทางตรงข้าม แต่ละบุคคลก็อาจมีปัจจัยป้องกัน (Protective factor) ที่ป้องกันไม่ให้โรคและความผิดปกติทางจิต รวมถึงการหายหรือทุเลาจากโรคและความผิดปกติทางจิตได้เร็วที่แตกต่างกัน เช่น ปัจจัยด้านครอบครัว หรือปัจจัยด้านการแพทย์และสาธารณสุข เป็นต้น

จะเห็นได้ว่า สาเหตุการเกิดความผิดปกติทางจิตในแต่ละบุคคลมีความแตกต่างกัน โดยแต่ละบุคคลจะมีน้ำหนักของปัจจัยที่มีผลทำให้เกิดความผิดปกติทางจิตที่ที่แตกต่างกัน<sup>42</sup>

#### 2.4 การวินิจฉัยและจำแนกประเภทของความผิดปกติทางจิต

ในประวัติศาสตร์แต่ละยุคสมัย มนุษย์มีความพยายามที่จะสร้างหลักเกณฑ์ในการวินิจฉัยและจำแนกประเภทความผิดปกติทางจิตมาโดยตลอด พอสรุปได้ ดังนี้

ในสมัยกรีก Hippocrates จำแนกลักษณะทางจิตของมนุษย์ตามพื้นอารมณ์ได้เป็น 4 กลุ่ม คือ ความหวัง (sanguine) โกรธ (choleric) เศร้า (melancholic) และตื่นเต้น (phlegmatic)

Felix Platter (ค.ศ. 1536-1614) แพทย์ชาวสวิส ได้เขียนตำราชื่อ Praxix Medica ซึ่งมีเนื้อหาเกี่ยวกับการจำแนกความผิดปกติทางจิต

<sup>42</sup> ปราโมทย์ สุคนิษฐ์ แนวคิดการเกิดโรคทางจิตเวช ใน มาโนช หล่อตระกูล, ปราโมทย์ สุคนิษฐ์. บรรณาธิการ. จิตเวชศาสตร์รามธิบดี (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล, 2558, หน้า 26.

Philippe Pinel (ค.ศ.1745-1820) แพทย์ชาวฝรั่งเศส ได้จำแนกความผิดปกติทางจิต เป็น 4 แบบ ได้แก่ Melancholia คือ ความผิดปกติในเขาวนปัญญา Mania คือความตื่นเต้นมากเกินไปที่ เกิดร่วมกับหรือไม่ร่วมกับอาการเพ้อคลั่ง (delirium) Dementia คือ ความผิดปกติในขบวนการของความคิด และ Idiocy คือการไร้ความสามารถทางสติปัญญา และการไร้อารมณ์

Emil Kraepelin (ค.ศ.1856-1926) ได้จำแนกความผิดปกติทางจิตออกเป็น manic-depressive psychosis ซึ่งเป็นความผิดปกติทางจิตมีลักษณะที่เป็นอยู่ชั่วคราวและสามารถหายได้ และ dementia praecox ซึ่งเป็นความผิดปกติทางจิตมีลักษณะที่เป็นอยู่อย่างต่อเนื่องโดยไม่หายขาด

ในปัจจุบัน ระบบการวินิจฉัยและจำแนกความผิดปกติทางจิตในทางการแพทย์ หรือเรียกว่า ระบบการวินิจฉัยและจำแนกโรคทางจิตเวช ที่เป็นระบบมาตรฐานที่ได้รับการยอมรับ ในทางการแพทย์และสาธารณสุขว่าในปัจจุบัน มีอยู่ 2 ระบบ คือ ระบบการวินิจฉัยและจำแนกความผิดปกติทางจิตตามคู่มือการวินิจฉัยและสถิติสำหรับความผิดปกติทางจิต (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders หรือ DSM) ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกา และระบบการวินิจฉัยและจำแนกความผิดปกติทางจิตตามบัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศ (International Classification of Diseases หรือ ICD) ขององค์การอนามัยโลก โดยการจำแนกประเภทความผิดปกติทางจิตในปัจจุบัน มีวัตถุประสงค์พอสรุปได้ ดังนี้<sup>43</sup>

1. เพื่อให้สามารถกำหนดวิธีการรักษาตามประเภทของความผิดปกติที่พบ
2. เพื่อสื่อสารระหว่างผู้รักษาให้มีความเข้าใจตรงกันและทำให้การวินิจฉัยความผิดปกติทางจิตในรูปแบบหนึ่งๆ มีความเที่ยงตรงสอดคล้องกันมากขึ้น
3. เพื่อประโยชน์ในการศึกษาค้นคว้าสาเหตุของความผิดปกติทางจิตและวิธีการรักษา และการเรียนการสอน
4. เพื่อการจัดเก็บข้อมูลสถิติเพื่อใช้วางแผนในการบริหารจัดการทางสาธารณสุข

#### 2.4.1 การจำแนกความผิดปกติทางจิตตามคู่มือการวินิจฉัยและสถิติสำหรับความผิดปกติทางจิต (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM)

คู่มือการวินิจฉัยและสถิติสำหรับความผิดปกติทางจิต (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders : DSM) พัฒนาขึ้นโดยสมาคมจิตแพทย์แห่งสหรัฐอเมริกา ซึ่งเกิดขึ้นครั้งแรกในช่วง ค.ศ. 1840 โดยเริ่มต้นเป็นส่วนหนึ่งของการสำรวจสำมะโนประชากร และพัฒนามาเป็นระบบการจำแนกโรคเป็นกลุ่มๆ และนำมาใช้ในการเก็บข้อมูลผู้ป่วยในโรงพยาบาลจิตเวชและ

<sup>43</sup> นันทวัช สัทธีรักษ์, บรรณาธิการจิตเวช, ศิริราช DSM-5. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล, 2558, หน้า 33.

ในกองทัพ ต่อมาใน ค.ศ. 1952 จึงพัฒนาระบบการจำแนกโรคโดยจัดทำเป็นร่างโดยคณะกรรมการที่เป็นผู้เชี่ยวชาญ ก่อนจะส่งให้จิตแพทย์ทั่วสหรัฐอเมริกาพิจารณา และได้ตีพิมพ์เป็นรูปเล่มฉบับที่ 1 (DSM-I) ต่อมา มีการปรับปรุงแก้ไขและจัดพิมพ์ออกมาอีกเรื่อยๆ อีก 6 ฉบับ คือ DSM-II ค.ศ. 1968 DSM-III ค.ศ. 1980 DSM-III-TR ค.ศ. 1987 DSM-IV ค.ศ. 1994 DSM-IV-TR ค.ศ. 2000 และฉบับปัจจุบัน คือ DSM-5 2013 ซึ่งใน DSM-5 มีการปรับปรุงวิธีการจัดทำ โดยเพิ่มเติมการศึกษาในภาคสนาม และเปิดโอกาสให้บุคคลอื่นๆ สามารถเสนอข้อคิดเห็นต่อร่างที่จัดทำคณะกรรมการที่เป็นผู้เชี่ยวชาญผ่านทางอินเทอร์เน็ต

ตามแนวคิดของกลุ่มการวินิจฉัยและสถิติสำหรับความผิดปกติทางจิต ถือว่า “ความผิดปกติทางจิต” เป็นกลุ่มอาการที่มีลักษณะของความแปรปรวนที่สำคัญในด้านความรู้ ความเข้าใจ การควบคุมอารมณ์หรือพฤติกรรมที่สะท้อนถึงการทำงานที่ผิดปกติของจิตใจ ร่างกาย หรือพัฒนาการที่เป็นพื้นฐานของการทำงานของจิต ความผิดปกติทางจิตมักสัมพันธ์กับความทุกข์ทรมานที่สำคัญ หรือความบกพร่องในด้านสังคม อาชีพ หรือกิจกรรมที่สำคัญอื่นๆ การตอบสนองที่สามารถคาดหมายได้หรือเป็นที่ยอมรับในวัฒนธรรมนั้นต่อความเครียดตามปกติ เช่น การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก จะไม่ถือว่าเป็นความผิดปกติทางจิต ส่วนพฤติกรรมที่เบี่ยงเบนไปจากสังคม (เช่น การเมือง ศาสนา หรือทางเพศ) และความขัดแย้งส่วนใหญ่ระหว่างบุคคลและสังคมจะไม่ถือว่าเป็นความผิดปกติทางจิต หากพฤติกรรมทางที่เบี่ยงเบนหรือความขัดแย้งนั้น ไม่ได้เกิดจากการทำงานที่ผิดปกติของจิตของบุคคล

ในกลุ่มการวินิจฉัยและสถิติสำหรับความผิดปกติทางจิตฉบับที่ 3 ได้เริ่มมีการนิยามถึงความผิดปกติทางจิต (mental disorder) โดยสรุปว่า เป็นพฤติกรรม กลุ่มอาการหรือรูปแบบทางจิตที่มีความสำคัญทางคลินิกซึ่งเกิดขึ้นในบุคคล และสัมพันธ์กับความทุกข์ทรมานหรือความพิการ อย่างไรก็ตาม ได้มีการระบุไว้ว่า ยังไม่มีนิยามที่เหมาะสมในการกำหนดขอบเขตที่แน่นอนของความผิดปกติทางจิต (there is no satisfactory definition that specifies precise boundaries for the concept "mental disorder") จนกระทั่งในฉบับปัจจุบัน (DSM-5) ได้นิยามความผิดปกติทางจิต (mental disorder) โดยสรุปว่า ต้องประกอบด้วย การเสียน้ำที่ด้านพฤติกรรม จิตใจ หรือร่างกายในบุคคลใดบุคคลหนึ่ง เป็นกลุ่มอาการหรือรูปแบบทางพฤติกรรมหรือจิตใจที่มีความสำคัญทางการแพทย์ซึ่งปรากฏในบุคคลและสัมพันธ์กับการเกิดความไม่สบาย (distress) การไร้ความสามารถ (disability) หรือการเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญของความเสียหายของความทุกข์ทรมานจากความตาย

ความเจ็บปวด ความพิการ หรือการสูญเสียอิสรภาพอย่างสำคัญ อย่างไรก็ตาม DSM-5 ระบุไว้ว่าไม่มีนิยามใดที่สามารถครอบคลุมความผิดปกติในทุกแง่มุมได้<sup>44</sup>

การจำแนกโรคทางจิตเวชตามระบบ DSM-5 มีการบรรยายถึงอาการที่พบในโรคทางจิตเวชแต่ละโรค และให้รายละเอียดของเกณฑ์ในการวินิจฉัยที่จำเพาะของแต่ละโรค และข้อสังเกตเกี่ยวกับการจำแนกโรคที่มีความคล้ายคลึงกัน รวมถึงบรรยายลักษณะทางระบาดวิทยาของแต่ละโรคอย่างเป็นระบบ ซึ่งใน DSM-5 จำแนกโรคและความผิดปกติทางจิตออกเป็นเป็นหมวดหมู่ต่างๆ ดังต่อไปนี้<sup>45</sup>

### **Neurodevelopmental Disorders กลุ่มความผิดปกติด้านพัฒนาการของระบบประสาท**

#### **Intellectual Disabilities** ความผิดปกติด้านสติปัญญา

Intellectual Disability (Intellectual Developmental Disorder) ภาวะสติปัญญาบกพร่อง (ความผิดปกติทางพัฒนาการด้านสติปัญญา)

Global Developmental Delay พัฒนาการล่าช้าทุกด้าน

Unspecified Intellectual Disability (Intellectual Developmental Disorder)

ภาวะสติปัญญาบกพร่อง (ความผิดปกติทางพัฒนาการด้านสติปัญญา) ไม่ระบุรายละเอียด

#### **Communication Disorders** ความผิดปกติด้านการสื่อสาร

Language Disorder ความผิดปกติด้านภาษา

Speech Sound Disorder (previously Phonological Disorder) ความผิดปกติด้านการออกเสียง

Childhood-Onset Fluency Disorder (Stuttering) การพูดติดอ่าง (การพูดตะกุกตะกัก) ที่เริ่มต้นในวัยเด็ก

Social (Pragmatic) Communication Disorder ความผิดปกติด้านการสื่อสารทางสังคม

<sup>44</sup> American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, 2013. p. 20.

<sup>45</sup> เนื่องจากปัจจุบันยังไม่มีมีการแปลชื่อโรคต่างๆ เป็นภาษาไทยอย่างเป็นทางการ ชื่อโรคภาษาไทยที่กำกับไว้เป็นการแปลโดยเทียบเคียง โดยผู้วิจัยอาศัยชื่อโรคภาษาไทยตามบัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศฉบับประเทศไทย (ICD-10-TM) ฉบับปี 2016 กับชื่อโรคที่ปรากฏในหนังสือและตำราทางการแพทย์ภาษาไทยเท่าที่สืบค้นได้ในขณะที่ทำการวิจัยนี้เท่านั้น จึงอาจไม่สามารถสื่อให้เข้าใจลักษณะที่แท้จริงของโรค ผู้สนใจควรศึกษารายละเอียดเกี่ยวกับโรคต่างๆ เพิ่มเติมจากต้นฉบับ และควรปรึกษาผู้เชี่ยวชาญเพื่อความเข้าใจที่ถูกต้อง.

	Unspecified Communication Disorder ความผิดปกติด้านการสื่อสาร ไม่ระบุรายละเอียด
	<b>Autism Spectrum Disorder โรคออทิซึม</b>
	Autism Spectrum Disorder กลุ่มอาการออทิซึม
บกพร่อง/อยู่ไม่นิ่ง <sup>46</sup>	<b>Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder ความผิดปกติที่มีความใส่ใจ</b>
	Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder ความผิดปกติที่มีความใส่ใจบกพร่อง/อยู่ไม่นิ่ง
	Other Specified Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder ความผิดปกติแบบอื่นที่มีความใส่ใจบกพร่อง/อยู่ไม่นิ่ง
	Unspecified Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder ความผิดปกติที่มีความใส่ใจบกพร่อง/อยู่ไม่นิ่งแบบอื่น
	<b>Specific Learning Disorder ความผิดปกติของการเรียนรู้</b>
	Specific Learning Disorder ความผิดปกติจำเพาะของการเรียนรู้
	<b>Motor Disorders ความผิดปกติทางการเคลื่อนไหว</b>
ประสานงานการเคลื่อนไหว	Developmental Coordination Disorder ความผิดปกติของพัฒนาการด้าน
	Stereotypic Movement Disorder ความผิดปกติที่มีการเคลื่อนไหวแบบเดิมซ้ำๆ
	Tic Disorders ความผิดปกติที่มีอาการกล้ามเนื้อกระตุก
หลายแห่งร่วมกับชนิดเปล่งเสียง	Tourette's Disorder ความผิดปกติที่มีอาการกล้ามเนื้อกระตุกชนิดเคลื่อนไหว
	Persistent (Chronic) Motor or Vocal Tic Disorder ความผิดปกติที่มีอาการกล้ามเนื้อกระตุกชนิดเคลื่อนไหวหรือชนิดเปล่งเสียงที่เป็นเรื้อรัง
ล้วงหน้า	Provisional Tic Disorder ความผิดปกติที่มีอาการกล้ามเนื้อกระตุกที่วินิจฉัย
กระตุก	Other Specified Tic Disorder ความผิดปกติแบบอื่นที่มีอาการกล้ามเนื้อ

<sup>46</sup> ผู้วิจัยเห็นว่าอาจใช้คำว่า “โรคสมาธิสั้น” ตามที่ใช้กันโดยทั่วไปแทนได้.

Unspecified Tic Disorder ความผิดปกติที่มีอาการกล้ามเนื้อกระตุก ไม่ระบุ  
รายละเอียด

**Other Neurodevelopmental Disorders** ความผิดปกติแบบอื่นของพัฒนาการ  
ทางระบบประสาท

Other Specified Neurodevelopmental Disorder ความผิดปกติจำเพาะแบบ  
อื่นของพัฒนาการทางระบบประสาท

Unspecified Neurodevelopmental Disorder ความผิดปกติของพัฒนาการ  
ทางระบบประสาท ไม่ระบุรายละเอียด

**Schizophrenia Spectrum and Other Psychotic Disorders** กลุ่มโรคจิต  
เภทและความผิดปกติทางจิตชนิดโรคจิตอื่น

Schizotypal (Personality) Disorder ความผิดปกติทางบุคลิกภาพแบบคล้าย  
จิตเภท

Delusional Disorder โรคหลงผิด

Brief Psychotic Disorder โรคจิตชนิดเฉียบพลันและชั่วคราว

Schizophreniform Disorder โรคจิตเฉียบพลันที่คล้ายโรคจิตเภท

Schizophrenia โรคจิตเภท

Schizoaffective Disorder ความผิดปกติแบบโรคจิตกึ่งอารมณ์แปรปรวน

Substance/Medication-Induced Psychotic Disorder ความผิดปกติแบบโรค  
จิตที่เกิดจากยาและสารเสพติด

Psychotic Disorder Due to Another Medical Condition ความผิดปกติแบบ  
โรคจิตที่เกิดจากโรคทางกาย

**Catatonia** ความผิดปกติในการเคลื่อนไหวชนิดคาตาโทเนีย

Catatonia Associated With Another Mental Disorder (Catatonia Specifier)  
ความผิดปกติในการเคลื่อนไหวชนิดคาตาโทเนียที่เกิดร่วมกับความผิดปกติทางจิตอื่น

Catatonic Disorder Due to Another Medical Condition ความผิดปกติใน  
การเคลื่อนไหวชนิดคาตาโทเนียที่เกิดร่วมกับโรคทางกาย

Unspecified Catatonia ความผิดปกติในการเคลื่อนไหวชนิดคาตาโทเนีย ไม่ระบุ  
รายละเอียด

Other Specified Schizophrenia Spectrum and Other Psychotic Disorder ก ุ ล ุ ม  
โรคจิตเภทอื่นและความผิดปกติทางจิตชนิดโรคจิตอื่นๆ

Unspecified Schizophrenia Spectrum and Other Psychotic Disorder กลุ่มโรคจิตเภทและความผิดปกติทางจิตชนิดโรคจิตอื่นๆ ไม่ระบุรายละเอียด

**Bipolar and Related Disorders กลุ่มโรคอารมณ์สองขั้ว**

Bipolar I Disorder โรคอารมณ์สองขั้วที่มีภาวะเมเนีย

Bipolar II Disorder โรคอารมณ์สองขั้วที่มีภาวะไฮโปเมเนีย

Cyclothymic Disorder ไซโคลไทเมีย

Substance/Medication-Induced Bipolar and Related Disorder กลุ่มโรคอารมณ์สองขั้วที่เกิดจากยาและสารเสพติด

Bipolar and Related Disorder Due to Another Medical Condition กลุ่มโรคอารมณ์สองขั้วที่เกิดจากโรคทางกาย

Other Specified Bipolar and Related Disorder กลุ่มโรคอารมณ์สองขั้วอื่นที่ระบุรายละเอียด

Unspecified Bipolar and Related Disorder กลุ่มโรคอารมณ์สองขั้ว ไม่ระบุรายละเอียด

**Depressive Disorders โรคซึมเศร้า**

Disruptive Mood Dysregulation Disorder ความผิดปกติในการควบคุมอารมณ์  
Major Depressive Disorder, Single and Recurrent Episodes โรคซึมเศร้าที่เกิดอาการรอบเดือนและหลายรอบ

Persistent Depressive Disorder (Dysthymia) ความผิดปกติทางอารมณ์แบบซึมเศร้าที่คงอยู่นาน

Premenstrual Dysphoric Disorder ความผิดปกติทางอารมณ์ช่วงก่อนมีรอบเดือน  
Substance/Medication-Induced Depressive Disorder โรคซึมเศร้าที่เกิดจากยาและสารเสพติด

Depressive Disorder Due to Another Medical Condition โรคซึมเศร้าที่เกิดจากโรคทางกาย

Other Specified Depressive Disorder โรคซึมเศร้าอื่นที่ระบุรายละเอียด

Unspecified Depressive Disorder โรคซึมเศร้า ไม่ระบุรายละเอียด

**Anxiety Disorders โรควิตกกังวล**

Separation Anxiety Disorder โรควิตกกังวลเมื่อต้องแยกจาก

Selective Mutism การไม่พูดในบางสถานการณ์



	Specific Phobia โรคกลัวสิ่งจำเพาะเจาะจง
	Social Anxiety Disorder (Social Phobia) โรคกลัวการเข้าสังคม
	Panic Disorder โรคตื่นตระหนก
	Panic Attack (Specifier) โรควิตกกังวลสุดขีดที่มีอาการเป็นครั้งคราว
	Agoraphobia โรคกลัวที่ชุมชน
	Generalized Anxiety Disorder โรควิตกกังวลไปทั่ว
ยาและสารเสพติด	Substance/Medication-Induced Anxiety Disorder โรควิตกกังวลที่เกิดจาก
จากโรคทางกาย	Anxiety Disorder Due to Another Medical Condition โรควิตกกังวลที่เกิด
	Other Specified Anxiety Disorder โรควิตกกังวลอื่นที่ระบุรายละเอียด
	Unspecified Anxiety Disorder โรควิตกกังวล ไม่ระบุรายละเอียด
	<b><u>Obsessive-Compulsive and Related Disorders</u></b> กลุ่มโรคย้ำคิดย้ำทำ
	Obsessive-Compulsive Disorder โรคย้ำคิดย้ำทำ
	Body Dysmorphic Disorder โรคย้ำคิดเกี่ยวกับลักษณะทางร่างกาย
	Hoarding Disorder โรคสะสมของ
	Trichotillomania (Hair-Pulling Disorder) โรคถอนผม
	Excoriation (Skin-Picking) Disorder โรคแกะเกาผิวหนัง
	Substance/Medication-Induced Obsessive-Compulsive and Related Disorder
โรคย้ำคิดย้ำทำที่เกิดจากยาและสารเสพติด	
	Obsessive-Compulsive and Related Disorder Due to Another Medical
Condition	โรคย้ำคิดย้ำทำที่เกิดจากโรคทางกาย
	Other Specified Obsessive-Compulsive and Related Disorder โรคย้ำคิดย้ำ
ทำอื่นที่ระบุรายละเอียด	
	Unspecified Obsessive-Compulsive and Related Disorder โรคย้ำคิดย้ำทำ
ไม่ระบุรายละเอียด	
	<b><u>Trauma- and Stressor-Related Disorders</u></b> ความผิดปกติทางจิตที่เกี่ยวข้องกับ
<b><u>การบาดเจ็บทางใจและความเครียด</u></b>	
	Reactive Attachment Disorder ความผิดปกติของความผูกพันแบบปฏิกิริยา

Disinhibited Social Engagement Disorder ความผิดปกติของความผูกพันทางสังคมแบบยับยั้งไม่ได้

Posttraumatic Stress Disorder ความผิดปกติทางจิตใจหลังภัยพิบัติ

Acute Stress Disorder ปฏิกริยาเฉียบพลันต่อความเครียด

Adjustment Disorders ความผิดปกติของการปรับตัว

Other Specified Trauma- and Stressor-Related Disorder ความผิดปกติทางจิตที่เกี่ยวข้องกับการบาดเจ็บทางใจและความเครียดอื่นที่ระบุรายละเอียด

Unspecified Trauma- and Stressor-Related Disorder ความผิดปกติทางจิตที่เกี่ยวข้องกับการบาดเจ็บทางใจและความเครียด ไม่ระบุรายละเอียด

### **Dissociative Disorders กลุ่มโรคดิสโซซิเอทีฟ**

Dissociative Identity Disorder โรคดิสโซซิเอทีฟ

Dissociative Amnesia ภาวะลืมแบบดิสโซซิเอทีฟ

Depersonalization/Derealization Disorder กลุ่มอาการดีเพอร์ซันนอลไลเซชันและดีเรียลไลเซชัน

Other Specified Dissociative Disorder โรคดิสโซซิเอทีฟอื่นที่ระบุรายละเอียด

Unspecified Dissociative Disorder โรคดิสโซซิเอทีฟ ไม่ระบุรายละเอียด

### **Somatic Symptom and Related Disorders กลุ่มโรคโซมาติก และอาการทางกายที่เกิดจากจิตใจและความเครียด**

Somatic Symptom Disorder โรคโซมาติก

Illness Anxiety Disorder โรควิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย

Conversion Disorder (Functional Neurological Symptom Disorder) โรคคอนเวอร์ชัน (อาการทางระบบประสาทที่เกิดจากจิตใจ)

Psychological Factors Affecting Other Medical Conditions ปัจจัยทางจิตที่มีผลต่อโรคทางกาย

Factitious Disorder โรคแกล้งทำ

Other Specified Somatic Symptom and Related Disorder โรคโซมาติกอื่นที่ระบุรายละเอียด

Unspecified Somatic Symptom and Related Disorder โรคโซมาติก ไม่ระบุรายละเอียด

**Feeding and Eating Disorders ความผิดปกติของการรับประทานอาหาร**

Pica การรับประทานอาหารที่ไม่ใช่อาหาร

Rumination Disorder พฤติกรรมการรับประทานอาหารผิดปกติเรื้อรัง

Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder พฤติกรรมหลีกเลี่ยงหรือจำกัด

การรับประทานอาหาร

Anorexia Nervosa โรคเบื่ออาหารจากสาเหตุทางจิตใจ

Bulimia Nervosa โรคหิวไม่หาย

Binge-Eating Disorder โรครับประทานอาหารเกินขนาด

Other Specified Feeding or Eating Disorder ความผิดปกติของการรับประทานอาหาร

อื่นที่ระบุรายละเอียด

Unspecified Feeding or Eating Disorder ความผิดปกติของการรับประทานอาหารอื่น

ไม่ระบุรายละเอียด

**Elimination Disorders ความผิดปกติของการขับถ่าย**

Enuresis ปัสสาวะราด

Encopresis อุจจาระราด

Other Specified Elimination Disorder ความผิดปกติของการขับถ่ายอื่นที่ระบุ

รายละเอียด

Unspecified Elimination Disorder ความผิดปกติของการขับถ่ายอื่น ไม่ระบุ

รายละเอียด

**Sleep-Wake Disorders ความผิดปกติของการนอนและการตื่น**

Insomnia Disorder โรคนอนไม่หลับ

Hypersomnolence Disorder โรคนอนมาก

Narcolepsy โรคเหงาหลับ

**Breathing-Related Sleep Disorders ภาวะความผิดปกติของการหายใจ**

ขณะหลับ

Obstructive Sleep Apnea Hypopnea โรคหยุดหายใจขณะหลับจากการอุดกั้น

Central Sleep Apnea ภาวะหยุดหายใจขณะหลับเนื่องจากความผิดปกติของการ

ทำงานของสมอง

Sleep-Related Hypoventilation ภาวะหายใจต่ำขณะหลับ

Circadian Rhythm Sleep-Wake Disorders ภาวะนอนไม่เป็นเวลา

**Parasomnias พฤติกรรมผิดปกติขณะหลับ**

Non-Rapid Eye Movement Sleep Arousal Disorders โรคตื่นในระยะหลับ  
ช่วงไม่มีการเคลื่อนไหวลุกตอย่างรวดเร็ว

Sleepwalking การละเมอเดิน

Sleep Terrors การละเมอกลัว

Nightmare Disorder การฝันร้าย

Rapid Eye Movement Sleep Behavior Disorder การเคลื่อนไหวผิดปกติใน  
ระยะหลับช่วงมีการเคลื่อนไหวลุกตอย่างรวดเร็ว

Restless Legs Syndrome กลุ่มอาการขาอยู่ไม่สุข

Substance/Medication-Induced Sleep Disorder ความผิดปกติของการนอน  
จากยาและสารเสพติด

Other Specified Insomnia Disorder โรคนอนไม่หลับอื่นที่ระบุรายละเอียด

Unspecified Insomnia Disorder โรคนอนไม่หลับ ไม่ระบุรายละเอียด

Other Specified Hypersomnolence Disorder โรคนอนมากเกินไปที่ระบุรายละเอียด

Unspecified Hypersomnolence Disorder โรคนอนมากเกินไป ไม่ระบุรายละเอียด

ตื่นอื่น

Other Specified Sleep-Wake Disorder ความผิดปกติของการนอนและการ

ตื่นอื่น  
ไม่ระบุรายละเอียด

Unspecified Sleep-Wake Disorder ความผิดปกติของการนอนและการตื่น

**Sexual Dysfunctions ความบกพร่องทางเพศ**

Delayed Ejaculation การหลั่งช้า

Erectile Disorder การหย่อนสมรรถภาพทางเพศของผู้ชาย

Female Orgasmic Disorder การไม่ถึงจุดสุดยอดทางเพศของผู้หญิง

ผู้หญิง

Female Sexual Interest/Arousal Disorder การหย่อนสมรรถภาพทางเพศของ

Genito-Pelvic Pain/Penetration Disorder ภาวะเจ็บปวดจากการมีเพศสัมพันธ์

ผู้ชาย

Male Hypoactive Sexual Desire Disorder ภาวะความต้องการทางเพศน้อยใน

Premature (Early) Ejaculation การหลั่งเร็ว

Substance/Medication-Induced Sexual Dysfunction ภาวะบกพร่องทางเพศ  
จากยาและสารเสพติด

Other Specified Sexual Dysfunction ความบกพร่องทางเพศอื่น

Unspecified Sexual Dysfunction ความบกพร่องทางเพศ ไม่ระบุรายละเอียด

**Gender Dysphoria ความไม่พึงพอใจต่อเพศสภาพ**

Gender Dysphoria ความไม่พึงพอใจต่อเพศสภาพ

Other Specified Gender Dysphoria ความไม่พึงพอใจต่อเพศสภาพอื่นที่ระบุ

รายละเอียด

Unspecified Gender Dysphoria ความไม่พึงพอใจต่อเพศสภาพ ไม่ระบุ

รายละเอียด

**Disruptive, Impulse-Control, and Conduct Disorders ความผิดปกติด้าน**

**การควบคุมอารมณ์และพฤติกรรม**

Oppositional Defiant Disorder ความผิดปกติแบบท้าทายชอบทำตรงกันข้าม

Intermittent Explosive Disorder โรคระเบิดอารมณ์

Conduct Disorder ความผิดปกติทางความประพฤติ

Antisocial Personality Disorder บุคลิกภาพผิดปกติแบบต่อต้านสังคม

Pyromania โรคชอบจุดไฟ

Kleptomania โรคชอบหยิบฉวย

Other Specified Disruptive, Impulse-Control, and Conduct Disorder ค ว ม

ผิดปกติด้านการควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมอื่นที่ระบุรายละเอียด

Unspecified Disruptive, Impulse-Control, and Conduct Disorder ค ว ม

ผิดปกติด้านการควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมอื่น ไม่ระบุรายละเอียด

**Substance-Related and Addictive Disorders ความผิดปกติที่เกี่ยวข้องกับ**

**การใช้สารเสพติดและการเสพติด**

Substance-Related Disorders ความผิดปกติที่เกี่ยวข้องกับการใช้สารเสพติด

Substance Use Disorders การใช้สารเสพติด

Substance-Induced Disorders โรคที่เกิดจากการใช้สารเสพติด

Substance Intoxication and Withdrawal ภาวะเมาและถอนสารเสพติด

Substance/Medication-Induced Mental Disorders ความผิดปกติทางจิตจาก

การใช้สารเสพติด

	Alcohol-Related Disorders	ความผิดปกติจากการใช้สุรา
	Caffeine-Related Disorders	ความผิดปกติจากการใช้คาเฟอีน
	Cannabis-Related Disorders	ความผิดปกติจากการใช้กัญชา
	Hallucinogen-Related Disorders	ความผิดปกติจากการใช้สารหลอนประสาท
	Inhalant-Related Disorders	ความผิดปกติจากการใช้สารระเหย
	Opioid-Related Disorders	ความผิดปกติจากการใช้ฝิ่นและอนุพันธ์ของฝิ่น
ยากล่อมประสาท ยานอนหลับ และยาคลายกังวล	Sedative-, Hypnotic-, or Anxiolytic-Related Disorders	ความผิดปกติจากการใช้
	Stimulant-Related Disorders	ความผิดปกติจากการใช้สารกระตุ้น
	Tobacco-Related Disorders	ความผิดปกติจากการใช้บุหรี่
สารเสพติดอื่นหรือไม่ทราบชนิด	Other (or Unknown) Substance-Related Disorders	ความผิดปกติจากการใช้
	Non-Substance-Related Disorders	การเสพติดที่ไม่ใช่สารเสพติด
	Gambling Disorder	โรคติดพนัน
	<b><u>Neurocognitive Disorders</u></b>	<b>ความผิดปกติของปรีชาปัญญา</b>
	Delirium	ภาวะเพ้อ
	Other Specified Delirium	ภาวะเพ้อที่ระบุรายละเอียด
	Unspecified Delirium	ภาวะเพ้อ ไม่ระบุรายละเอียด
	<b>Major and Mild Neurocognitive Disorders</b>	<b>ภาวะสมองเสื่อม</b>
	Major Neurocognitive Disorder	ภาวะสมองเสื่อม
สมอง	Mild Neurocognitive Disorder	ความผิดปกติเล็กน้อยของความสามารถของ
	Major or Mild Neurocognitive Disorder Due to Alzheimer's Disease	ภาวะ
สมองเสื่อมจากโรคอัลไซเมอร์		
	Major or Mild Frontotemporal Neurocognitive Disorder	ภาวะสมองเสื่อม
ส่วนหน้าและกลีบขมับ		
	Major or Mild Neurocognitive Disorder With Lewy Bodies	ภาวะสมองเสื่อมที่
จากลิววี บอดี		
	Major or Mild Vascular Neurocognitive Disorder	ภาวะสมองเสื่อมจากโรค
หลอดเลือด		

Major or Mild Neurocognitive Disorder Due to Traumatic Brain Injury  
ภาวะสมองเสื่อมจากการบาดเจ็บของสมอง

Substance/Medication-Induced Major or Mild Neurocognitive Disorder  
ภาวะสมองเสื่อมจากยาและสารเสพติด

Major or Mild Neurocognitive Disorder Due to HIV Infection ภาวะสมอง  
เสื่อมจากการติดเชื้อเอชไอวี

Major or Mild Neurocognitive Disorder Due to Prion Disease ภาวะสมอง  
เสื่อมจากโรคพรีออน

Major or Mild Neurocognitive Disorder Due to Parkinson's Disease ภาวะ  
สมองเสื่อมจากโรคพาร์กินสัน

Major or Mild Neurocognitive Disorder Due to Huntington's Disease  
ภาวะสมองเสื่อมจากโรคฮันติงตัน

Major or Mild Neurocognitive Disorder Due to Another Medical Condition  
ภาวะสมองเสื่อมจากโรคทางกาย

Major or Mild Neurocognitive Disorder Due to Multiple Etiologies ภาวะ  
สมองเสื่อมจากหลายสาเหตุ

Unspecified Neurocognitive Disorder ภาวะสมองเสื่อมที่ไม่ระบุรายละเอียด

### **Personality Disorders ความผิดปกติทางบุคลิกภาพ**

General Personality Disorder ความผิดปกติทางบุคลิกภาพทั่วไป

#### **Cluster A Personality Disorders ความผิดปกติทางบุคลิกภาพกลุ่มเอ**

Paranoid Personality Disorder ความผิดปกติทางบุคลิกภาพแบบระแวง

Schizoid Personality Disorder ความผิดปกติทางบุคลิกภาพแบบแยกตัว

Schizotypal Personality Disorder ความผิดปกติทางบุคลิกภาพแบบพฤติกรรม

โรคจิตเภท

#### **Cluster B Personality Disorders ความผิดปกติทางบุคลิกภาพกลุ่มบี**

Antisocial Personality Disorder ความผิดปกติทางบุคลิกภาพแบบต่อต้าน

สังคม

Borderline Personality Disorder ความผิดปกติทางบุคลิกภาพแบบก้ำกึ่ง

Histrionic Personality Disorder ความผิดปกติทางบุคลิกภาพแบบเรียกร้อง

ความสนใจ

	Narcissistic Personality Disorder ความผิดปกติทางบุคลิกภาพแบบหลงตัวเอง
	<b>Cluster C Personality Disorders ความผิดปกติทางบุคลิกภาพกลุ่มซี</b>
	Avoidant Personality Disorder ความผิดปกติทางบุคลิกภาพแบบหลีกเลี่ยง
	Dependent Personality Disorder ความผิดปกติทางบุคลิกภาพแบบพึ่งพา
	Obsessive-Compulsive Personality Disorder ความผิดปกติทางบุคลิกภาพ
แบบย้ำคิดย้ำทำ	
	<b>Other Personality Disorders ความผิดปกติทางบุคลิกภาพอื่น</b>
	Personality Change Due to Another Medical Condition ความผิดปกติทาง
บุคลิกภาพที่เกิดจากโรคทางกาย	
	Other Specified Personality Disorder ความผิดปกติทางบุคลิกภาพอื่นที่ระบุ
รายละเอียด	
	Unspecified Personality Disorder ความผิดปกติทางบุคลิกภาพแบบ ไม่ระบุ
รายละเอียด	
	<b><u>Paraphilic Disorders กลุ่มโรคกามวิปริต</u></b>
	Voyeuristic Disorder โรคถ้ำมอง
	Exhibitionistic Disorder โรคชอบอวดอวัยวะเพศ
	Frotteuristic Disorder โรคชอบถูไถ
	Sexual Masochism Disorder โรคกามวิปริตแบบมาโซลิซึม
	Sexual Sadism Disorder โรคกามวิปริตแบบซาดีสม์
	Pedophilic Disorder โรคมีความต้องการทางเพศกับเด็ก
	Fetishistic Disorder โรคเกิดอารมณ์ทางเพศจากสิ่งจำเพาะ
	Transvestic Disorder โรคชอบแต่งกายเป็นเพศตรงข้าม
	Other Specified Paraphilic Disorder โรคกามวิปริตอื่นที่ระบุรายละเอียด
	Unspecified Paraphilic Disorder โรคกามวิปริตอื่น ไม่ระบุรายละเอียด
	<b><u>Other Mental Disorders กลุ่มความผิดปกติทางจิตอื่นๆ</u></b>
	Other Specified Mental Disorder Due to Another Medical Condition ความ
ผิดปกติทางจิตจากโรคทางกายอื่นที่ระบุรายละเอียด	
	Unspecified Mental Disorder Due to Another Medical Condition ความผิดปกติ
ทางจิตจากโรคทางกายอื่น ไม่ระบุรายละเอียด	
	Other Specified Mental Disorder ความผิดปกติทางจิตอื่นที่ระบุรายละเอียด



Unspecified Mental Disorder ความผิดปกติทางจิต ไม่ระบุรายละเอียด

**Medication-Induced Movement Disorders and Other Adverse Effects of Medication** กลุ่มความผิดปกติทางการเคลื่อนไหวที่เกิดจากยา และผลข้างเคียงอันไม่พึงประสงค์จากยาอื่นๆ

**Other Conditions That May Be a Focus of Clinical Attention** ภาวะอื่นที่อาจเป็นที่สนใจในทางคลินิก

#### 2.4.2 การจำแนกความผิดปกติทางจิตตามบัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศ

*(International Classification of Diseases : ICD)*

พัฒนาขึ้นโดยองค์การอนามัยโลก เป็นระบบการจำแนกโรคทั้งทางกายและทางจิตเวช โดยจำแนกรายชื่อโรคทั้งหมดที่สามารถแจกแจงได้ออกเป็นหมวดหมู่และกำหนดรหัสโรคโดยใช้อักษรภาษาอังกฤษและตัวเลข โดยรายชื่อโรคทางจิตเวชทั้งหมดจัดอยู่ในหมวดอักษร F ระบบการจำแนกโรค ICD ฉบับล่าสุด คือ ฉบับที่ 10 (ICD-10) จัดทำขึ้นตั้งแต่ ค.ศ. 1992 ประเทศไทยได้นำบัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศ ฉบับที่ 10 นี้มาดัดแปลงใหม่เพื่อให้เหมาะสมกับการใช้งานในประเทศไทย โดยเรียกว่าฉบับ ICD-10-TM (Thai Modification) ในปี พ.ศ. 2550 และใช้เป็นมาตรฐานในการวินิจฉัยและจัดกลุ่มโรคเพื่อประเมินต้นทุนค่ารักษาพยาบาลตามระบบ Diagnosis Related Group (DRG) เพื่อการบริหารจัดการในระบบสาธารณสุข

บัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศ ฉบับที่ 10 (ICD-10) ได้นิยามความผิดปกติทางจิต (mental disorder) โดยสรุปว่าเป็นคำทั่วไปที่มีความหมายโดยนัยถึงการมีอยู่ของกลุ่มของอาการหรือพฤติกรรมที่เป็นที่ยอมรับทางการแพทย์ ซึ่งรบกวนหน้าที่การทำงาน (function) ของบุคคล

ในการจำแนกโรคทางจิตเวชในระบบ ICD จะแบ่งออกเป็น 10 หมวดย่อย ตั้งแต่รหัส F00 – F99 โดยมีการอธิบายถึงลักษณะอาการที่พบในโรคทางจิตเวชแต่ละโรค รายละเอียดของเกณฑ์ในการวินิจฉัยที่จำเพาะของแต่ละโรค ตลอดจนการวินิจฉัยแยกโรคและความผิดปกติทางจิตที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน ในบัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศ ICD-10 มีการจำแนกโรคและความผิดปกติทางจิตออกเป็นกลุ่มต่างๆ ดังนี้<sup>47</sup>

<sup>47</sup> ชื่อโรคภาษาไทยอ้างอิงตามบัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศฉบับประเทศไทย (ICD-10-TM) ฉบับปี 2016 อย่างไรก็ตาม พบว่าในหนังสือและตำราทางการแพทย์มีการใช้ชื่อโรคภาษาไทยที่แตกต่างจากนี้บ้าง ผู้สนใจควรศึกษารายละเอียดเกี่ยวกับโรคต่างๆ เพิ่มเติมจากต้นฉบับ และควรปรึกษาผู้เชี่ยวชาญเพื่อความเข้าใจที่ถูกต้อง.

**F00 -F09 Organic, including symptomatic, mental disorders** (ความผิดปกติทางจิตใจที่มีสาเหตุจากโรครวมทั้งที่มีอาการทางกาย)

F00 Dementia in Alzheimer's disease (สมองเสื่อมในโรคอัลไซเมอร์)

F01 Vascular dementia ภาวะสมองเสื่อมที่เกิดจากโรคหลอดเลือด

F02 Dementia in other diseases classified elsewhere ภาวะสมองเสื่อมในโรคอื่นที่จำแนกไว้ที่อื่น

F03 Unspecified dementia ภาวะสมองเสื่อมที่ไม่ระบุรายละเอียด

F04 Organic amnesic syndrome, not induced by alcohol and other psychoactive substances กลุ่มอาการความจำเสื่อมที่ไม่ได้เกิดจากสุราและสารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทอื่น

F05 Delirium, not induced by alcohol and other psychoactive substances ภาวะเพ้อที่ไม่ได้เกิดจากสุราและสารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทอื่น

F06 Other mental disorders due to brain damage and dysfunction and to physical disease ความผิดปกติทางจิตอื่นที่เกิดจากสมองถูกทำลาย สมองทำงานผิดปกติ และจากโรคทางกาย

F07 Personality and behavioural disorders due to brain disease, damage and dysfunction ความผิดปกติของบุคลิกภาพและพฤติกรรมที่เกิดจากโรคของสมอง สมองถูกทำลาย และสมองทำงานผิดปกติ

F09 Unspecified organic or symptomatic mental disorder ความผิดปกติทางจิตที่ไม่ระบุรายละเอียดซึ่งเกิดจากโรคทางกายหรือแสดงอาการ

**F10 - F19 Mental and behavioural disorders due to psychoactive substance use** (ความผิดปกติทางจิตใจและพฤติกรรมเนื่องจากการใช้วัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท)

F10 Mental and behavioural disorders due to use of alcohol ความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมที่เกิดจากการเสพสุรา

F11 Mental and behavioural disorders due to use of opioids ความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมที่เกิดจากการเสพฝิ่นและอนุพันธ์ของฝิ่น

F12 Mental and behavioural disorders due to use of cannabinoids ความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมที่เกิดจากการเสพกัญชา

F13 Mental and behavioural disorders due to use of sedatives or hypnotics ความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมที่เกิดจากการเสพยากล่อมประสาทและยานอนหลับ

F14 Mental and behavioural disorders due to use of cocaine ความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมที่เกิดจากการเสพโคเคน

F15 Mental and behavioural disorders due to use of other stimulants, including caffeine ความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมที่เกิดจากการเสพสารกระตุ้นระบบประสาทอื่นรวมทั้งกาแฟ

F16 Mental and behavioural disorders due to use of hallucinogens ความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมที่เกิดจากการเสพยาหลอนประสาท

F17 Mental and behavioural disorders due to use of tobacco ความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมที่เกิดจากการเสพยาสูบ

F18 Mental and behavioural disorders due to use of volatile solvents ความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมที่เกิดจากการเสพสารระเหย

F19 Mental and behavioural disorders due to multiple drug use and use of other psychoactive substances ความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมที่เกิดจากการเสพยาหลายขนานและสารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทอื่น

**F20 - F29 Schizophrenia, schizotypal and delusional disorders (จิตเภท พฤติกรรมแบบจิตเภทและความหลงผิด)**

**F20 Schizophrenia โรคจิตเภท**

F20.0 Paranoid schizophrenia โรคจิตเภทแบบระแวง

F20.1 Hebephrenic schizophrenia โรคจิตเภทแบบฮีบิพีรีเนีย

F20.2 Catatonic schizophrenia โรคจิตเภทแบบคาตาโทเนีย

F20.3 Undifferentiated schizophrenia โรคจิตเภทแบบแบ่งแยกไม่ชัดเจน

F20.4 Post-schizophrenic depression อารมณ์เศร้าหลังเป็นโรคจิตเภท

F20.5 Residual schizophrenia โรคจิตเภทที่มีอาการหลงเหลือ

F20.6 Simple schizophrenia โรคจิตเภทแบบธรรมดา

F20.8 Other schizophrenia โรคจิตเภทแบบอื่น

F20.9 Schizophrenia, unspecified โรคจิตเภท ไม่ระบุรายละเอียด

**F21 Schizotypal disorder พฤติกรรมแบบโรคจิตเภท**

**F22 Persistent delusional disorders โรคหลงผิดที่คงอยู่นาน**

F22.0 Delusional disorder โรคหลงผิด

F22.8 Other persistent delusional disorders โรคหลงผิดอื่นที่คงอยู่นาน

F22.9 Persistent delusional disorder, unspecified โรคหลงผิดที่คงอยู่นาน  
ไม่ระบุรายละเอียด

**F23 Acute and transient psychotic disorders** โรคจิตชนิดเฉียบพลันและ  
ชั่วคราว

F23.0 Acute polymorphic psychotic disorder without symptoms of schizophrenia  
โรคจิตเฉียบพลันหลายรูปแบบที่ไม่มีอาการของโรคจิตเภท

F23.1 Acute polymorphic psychotic disorder with symptoms of schizophrenia  
โรคจิตเฉียบพลันหลายรูปแบบที่มีอาการของโรคจิตเภท

F23.2 Acute schizophrenia-like psychotic disorder โรคจิตเฉียบพลันที่คล้ายโรคจิตเภท

F23.3 Other acute predominantly delusional psychotic disorders โรคจิตเฉียบพลัน  
แบบอื่นที่มีอาการหลงผิดเป็นอาการเด่น

F23.8 Other acute and transient psychotic disorders โรคจิตเฉียบพลันและ  
ชั่วคราวแบบอื่น

F23.9 Acute and transient psychotic disorder, unspecified โรคจิตเฉียบพลัน  
และชั่วคราว ไม่ระบุรายละเอียด

**F24 Induced delusional disorder** โรคหลงผิดที่เกิดจากมีผู้ชักนำ

**F25 Schizoaffective disorders** ความผิดปกติแบบโรคจิตกึ่งอารมณ์แปรปรวน

F25.0 Schizoaffective disorder, manic type ความผิดปกติแบบ โรคจิตกึ่ง  
อารมณ์แปรปรวนชนิดเมเนีย

F25.1 Schizoaffective disorder, depressive type ความผิดปกติแบบ โรคจิต  
กึ่งอารมณ์แปรปรวนชนิดซึมเศร้า

F25.2 Schizoaffective disorder, mixed type ความผิดปกติแบบ โรคจิตกึ่ง  
อารมณ์แปรปรวนชนิดปนกัน

F25.8 Other schizoaffective disorders ความผิดปกติแบบ โรคจิตกึ่งอารมณ์  
แปรปรวนแบบอื่น

F25.9 Schizoaffective disorder, unspecified ความผิดปกติแบบ โรคจิตกึ่ง  
อารมณ์แปรปรวน ไม่ระบุรายละเอียด

**F28 Other nonorganic psychotic disorders** โรคจิตแบบอื่นที่ไม่ได้เกิด  
จากโรคทางกาย

**F29 Unspecified nonorganic psychosis** โรคจิตที่ไม่ระบุรายละเอียดและไม่ได้เกิดจากโรคทางกาย

**F30 -F39 Mood [affective] disorders (ความผิดปกติทางอารมณ์)**

F30 Manic episode ภาวะเมเนีย

F30.0 Hypomania ภาวะไฮโปเมเนีย

F30.1 Mania without psychotic symptoms ภาวะเมเนียแบบไม่มีอาการโรคจิต

F30.2 Mania with psychotic symptoms ภาวะเมเนียแบบมีอาการโรคจิต

F30.8 Other manic episodes ภาวะเมเนียแบบอื่น

F30.9 Manic episode, unspecified ภาวะเมเนียไม่ระบุรายละเอียด

**F31 Bipolar affective disorder** โรคอารมณ์สองขั้ว

F31.0 Bipolar affective disorder, current episode hypomanic โรคอารมณ์สองขั้ว ปัจจุบันเป็นภาวะไฮโปเมเนีย

F31.1 Bipolar affective disorder, current episode manic without psychotic symptoms โรคอารมณ์สองขั้ว ปัจจุบันเป็นภาวะเมเนียโดยไม่มีอาการโรคจิต

F31.2 Bipolar affective disorder, current episode manic with psychotic symptoms โรคอารมณ์สองขั้ว ปัจจุบันเป็นภาวะเมเนียและมีอาการโรคจิต

F31.3 Bipolar affective disorder, current episode mild or moderate depression โรคอารมณ์สองขั้ว ปัจจุบันเป็นภาวะซึมเศร้าไม่รุนแรงหรือปานกลาง

F31.4 Bipolar affective disorder, current episode severe depression without psychotic symptoms โรคอารมณ์สองขั้ว ปัจจุบันเป็นภาวะซึมเศร้ารุนแรงโดยไม่มีอาการโรคจิต

F31.5 Bipolar affective disorder, current episode severe depression with psychotic symptoms โรคอารมณ์สองขั้ว ปัจจุบันเป็นภาวะซึมเศร้ารุนแรงและมีอาการโรคจิต

F31.6 Bipolar affective disorder, current episode mixed โรคอารมณ์สองขั้ว ปัจจุบันเป็นอารมณ์ปนกัน

F31.7 Bipolar affective disorder, currently in remission โรคอารมณ์สองขั้ว ปัจจุบันเป็นปกติ

F31.8 Other bipolar affective disorders โรคอารมณ์สองขั้วแบบอื่น

F31.9 Bipolar affective disorder, unspecified โรคอารมณ์สองขั้ว ไม่ระบุรายละเอียด

**F32 Depressive episode** ภาวะซึมเศร้า

F32.0 Mild depressive episode ภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย

F32.1 Moderate depressive episode ภาวะซึมเศร้าปานกลาง

F32.2 Severe depressive episode without psychotic symptoms ภาวะซึมเศร้ารุนแรงโดยไม่มีอาการโรคจิต

F32.3 Severe depressive episode with psychotic symptoms ภาวะซึมเศร้ารุนแรงและมีอาการโรคจิต

F32.8 Other depressive episodes ภาวะซึมเศร้าแบบอื่น

F32.9 Depressive episode, unspecified ภาวะซึมเศร้าไม่ระบุรายละเอียด

**F33 Recurrent depressive disorder โรคซึมเศร้าซ้ำ**

F33.0 Recurrent depressive disorder, current episode mild โรคซึมเศร้าซ้ำครั้งปัจจุบันอาการเล็กน้อย

F33.1 Recurrent depressive disorder, current episode moderate โรคซึมเศร้าซ้ำครั้งปัจจุบันอาการปานกลาง

F33.2 Recurrent depressive disorder, current episode severe without psychotic symptoms โรคซึมเศร้าซ้ำครั้งปัจจุบันอาการรุนแรงโดยไม่มีอาการโรคจิต

F33.3 Recurrent depressive disorder, current episode severe with psychotic symptoms โรคซึมเศร้าซ้ำครั้งปัจจุบันอาการรุนแรงและมีอาการโรคจิต

F33.4 Recurrent depressive disorder, currently in remission โรคซึมเศร้าซ้ำระยะหาย

F33.8 Other recurrent depressive disorders โรคซึมเศร้าซ้ำแบบอื่น

F33.9 Recurrent depressive disorder, unspecified โรคซึมเศร้าซ้ำไม่ระบุรายละเอียด

**F34 Persistent mood [affective] disorders ความผิดปกติทางอารมณ์ชนิดที่คงอยู่นาน**

F34.0 Cyclothymia ไซโคลโทเมีย

F34.1 Dysthymia ดิสโทเมีย

F34.8 Other persistent mood [affective] disorders ความผิดปกติทางอารมณ์ชนิดที่คงอยู่นานแบบอื่น

F34.9 Persistent mood [affective] disorder, unspecified ความผิดปกติทางอารมณ์ชนิดที่คงอยู่นานไม่ระบุรายละเอียด

**F38 Other mood [affective] disorders ความผิดปกติทางอารมณ์แบบอื่น**

แบบอื่นที่เกิดครั้งเดียว	F38.0 Other single mood [affective] disorders ความผิดปกติทางอารมณ์
แบบอื่นที่เกิดซ้ำ	F38.1 Other recurrent mood [affective] disorders ความผิดปกติทางอารมณ์
แบบอื่น	F38.8 Other specified mood [affective] disorders ความผิดปกติทางอารมณ์
ระบุรายละเอียด	F39 Unspecified mood [affective] disorder ความผิดปกติทางอารมณ์ที่ไม่
	<b>F40 -F49 Neurotic stress-related and somatoform disorders (โรคประสาท</b>
	<b>ความผิดปกติที่สัมพันธ์กับความเครียด และโรคโซมาโตฟอร์ม)</b>
	<b>F40 Phobic anxiety disorders โรควิตกกังวลที่มีอาการกลัว</b>
	F40.0 Agoraphobia โรคกลัวที่ชุมชน
	F40.1 Social phobias โรคกลัวการเข้าสังคม
	F40.2 Specific (isolated) phobias โรคกลัวสิ่งจำเพาะเจาะจง
	F40.8 Other phobic anxiety disorders โรควิตกกังวลที่มีอาการกลัวแบบอื่น
	F40.9 Phobic anxiety disorder, unspecified โรควิตกกังวลที่มีอาการกลัว
ไม่ระบุรายละเอียด	
	<b>F41 Other anxiety disorders โรควิตกกังวลแบบอื่น</b>
	F41.0 Panic disorder [episodic paroxysmal anxiety] โรคตื่นตระหนก [โรควิตกกังวลสุดขีดที่มีอาการเป็นครั้งคราว]
	F41.1 Generalized anxiety disorder โรควิตกกังวลไปทั่ว
	F41.2 Mixed anxiety and depressive disorder โรควิตกกังวลและซึมเศร้า
ปนกัน	
	F41.3 Other mixed anxiety disorders โรควิตกกังวลชนิดปนกันแบบอื่น
	F41.8 Other specified anxiety disorders โรควิตกกังวลแบบอื่นที่ระบุ
รายละเอียด	
	F41.9 Anxiety disorder, unspecified โรควิตกกังวล ไม่ระบุรายละเอียด
	<b>F42 Obsessive-compulsive disorder โรคย้ำคิดย้ำทำ</b>
	F42.0 Predominantly obsessional thoughts or ruminations การย้ำคิดหรือ
ครุ่นคิดซ้ำๆ เค้น	

[พิธีกรรมซ้ำๆ] เด่น	F42.1 Predominantly compulsive acts [obsessional rituals] อาการย้ำทำ
	F42.2 Mixed obsessional thoughts and acts อาการย้ำคิดและย้ำทำปนกัน
	F42.8 Other obsessive-compulsive disorders โรคย้ำคิดย้ำทำแบบอื่น
รายละเอียด	F42.9 Obsessive-compulsive disorder, unspecified โรคย้ำคิดย้ำทำ ไม่ระบุ
ความเครียดที่รุนแรงและความผิดปกติของการปรับตัว	<b>F43 Reaction to severe stress, and adjustment disorders ปฏิกริยาต่อ</b>
สะท้อนใจ	F43.0 Acute stress reaction ปฏิกริยาเฉียบพลันต่อความเครียด
	F43.1 Post-traumatic stress disorder ความผิดปกติที่เกิดหลังความเครียดที่
	F43.2 Adjustment disorders ความผิดปกติของการปรับตัว
	F43.8 Other reactions to severe stress ปฏิกริยาต่อความเครียดที่รุนแรง
ไม่ระบุรายละเอียด	F43.9 Reaction to severe stress, unspecified ปฏิกริยาต่อความเครียดที่รุนแรง
	<b>F44 Dissociative [conversion] disorders โรคดิสโซซิเอทีฟ [คอนเวอร์ชัน]</b>
	F44.0 Dissociative amnesia ภาวะลืมแบบดิสโซซิเอทีฟ
	F44.1 Dissociative fugue ดิสโซซิเอทีฟ ฟิวจ์
	F44.2 Dissociative stupor อาการเงยบังนแบบดิสโซซิเอทีฟ
	F44.3 Trance and possession disorders ภาวะภวังค์และถูกสิง
เอทีฟ	F44.4 Dissociative motor disorders ความผิดปกติของการเคลื่อนไหวแบบดิสโซซิ
	F44.5 Dissociative convulsions ชักแบบดิสโซซิเอทีฟ
แบบดิสโซซิเอทีฟ	F44.6 Dissociative anaesthesia and sensory loss การชาหรือสูญเสียความรู้สึก
	F44.7 Mixed dissociative [conversion] disorders โรคดิสโซซิเอทีฟ [คอนเวอร์ชัน]
แบบปนกัน	
	F44.8 Other dissociative [conversion] disorders โรคดิสโซซิเอทีฟ [คอนเวอร์ชัน]
แบบอื่น	



F44.9 Dissociative [conversion] disorder, unspecified โรคจิตส โซลิเอทีฟ [คอนเวอร์ชัน] ไม่ระบุรายละเอียด

**F45 Somatoform disorders โรคโซมาโตฟอร์ม**

F45.0 Somatization disorder โรคโซมาไทเซชัน

F45.1 Undifferentiated somatoform disorder โรคโซมาโตฟอร์มที่แบ่งแยกไม่ชัดเจน

F45.2 Hypochondriacal disorder โรคไฮโปคอนเดรีย

F45.3 Somatoform autonomic dysfunction ความผิดปกติของระบบประสาทอัตโนมัติแบบโซมาโตฟอร์ม

F45.4 Persistent somatoform pain disorder โรคปวดตลอดเวลาแบบโซมาโตฟอร์ม

F45.8 Other somatoform disorders โรคโซมาโตฟอร์มแบบอื่น

F45.9 Somatoform disorder, unspecified โรคโซมาโตฟอร์ม ไม่ระบุรายละเอียด

**F48 Other neurotic disorders โรคประสาทแบบอื่น**

F48.0 Neurasthenia เหนื่อยอ่อน

F48.1 Depersonalization-derealization syndrome กลุ่มอาการดีเพอร์ชัน นอล ไลเซชันและดีเรียล ไลเซชัน

F48.8 Other specified neurotic disorders โรคประสาทแบบอื่นที่ระบุรายละเอียด

F48.9 Neurotic disorder, unspecified โรคประสาท ไม่ระบุรายละเอียด

**F50 -F59 Behavioural syndromes associated with physiological disturbances and and physical factors (กลุ่มอาการด้านพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับความผิดปกติทางสรีรวิทยาและปัจจัยทางร่างกาย)**

**F50 Eating disorders ความผิดปกติของการรับประทานอาหาร**

F50.0 Anorexia nervosa โรคเบื่ออาหารจากสาเหตุทางจิตใจ

F50.1 Atypical anorexia nervosa โรคเบื่ออาหารจากสาเหตุทางจิตใจนอกแบบ

F50.2 Bulimia nervosa โรคหิวไม่หาย

F50.3 Atypical bulimia nervosa โรคหิวไม่หายนอกแบบ

F50.4 Overeating associated with other psychological disturbances รับประทานอาหารเกินขนาดร่วมกับความผิดปกติอื่นทางจิตใจ

F50.5 Vomiting associated with other psychological disturbances อาเจียนร่วมกับความผิดปกติอื่นทางจิตใจ

F50.8 Other eating disorders ความผิดปกติแบบอื่นของการรับประทานอาหาร

F50.9 Eating disorder, unspecified ความผิดปกติของการรับประทานอาหาร ไม่ระบุรายละเอียด

**F51 Nonorganic sleep disorders ความผิดปกติของการนอนที่ไม่ได้เกิดจากโรคทางกาย**

F51.0 Nonorganic insomnia โรคนอนไม่หลับที่ไม่ได้เกิดจากโรคทางกาย

F51.1 Nonorganic hypersomnia โรคนอนมากที่ไม่ได้เกิดจากโรคทางกาย

F51.2 Nonorganic disorder of the sleep-wake schedule ความผิดปกติของตารางเวลาหลับและตื่นที่ไม่ได้เกิดจากโรคทางกาย

F51.3 Sleepwalking [somnambulism] การละเมอเดิน

F51.4 Sleep terrors [night terrors] การละเมอกลัว

F51.5 Nightmares การฝันร้าย

F51.8 Other nonorganic sleep disorders ความผิดปกติแบบอื่นของการนอนที่ไม่ได้เกิดจากโรคทางกาย

F51.9 Nonorganic sleep disorder, unspecified ความผิดปกติของการนอนที่ไม่ได้เกิดจากโรคทางกาย ไม่ระบุรายละเอียด

**F5 2 Sexual dysfunction, not caused by organic disorder or disease ความผิดปกติทางเพศ ไม่เกิดจากความผิดปกติทางกายหรือโรค**

F52.0 Lack or loss of sexual desire ขาดหรือหมดความต้องการทางเพศ

F52.1 Sexual aversion and lack of sexual enjoyment ภาวะรังเกียจการมีเพศสัมพันธ์หรือไม่พอใจกับการมีเพศสัมพันธ์

F52.2 Failure of genital response อวัยวะเพศไม่ตอบสนอง

F52.3 Orgasmic dysfunction ไม่สามารถบรรลุจุดสุดยอด

F52.4 Premature ejaculation หลั่งน้ำอสุจิเร็ว

F52.5 Nonorganic vaginismus ช่องคลอดหดเกร็งไม่ได้เกิดจากโรคทางกาย

F52.6 Nonorganic dyspareunia ความเจ็บปวดขณะร่วมเพศที่ไม่ได้เกิดจากโรคทางกาย

F52.7 Excessive sexual drive ความต้องการทางเพศมากผิดปกติ

F52.8 Other sexual dysfunction, not caused by organic disorder or disease  
ความผิดปกติทางเพศแบบอื่นที่ไม่เกิดจากความผิดปกติทางกายหรือโรค

F52.9 Unspecified sexual dysfunction, not caused by organic disorder or disease  
ความผิดปกติทางเพศที่ไม่ระบุรายละเอียดไม่เกิดจากความผิดปกติทางกายหรือโรค

**F53 Mental and behavioural disorders associated with the puerperium, not elsewhere classified** ความผิดปกติทางจิตใจและพฤติกรรมในระยะหลังคลอด มิได้จำแนกไว้ที่ใด

F53.0 Mild mental and behavioural disorders associated with the puerperium, not elsewhere classified  
ความผิดปกติทางจิตใจและพฤติกรรมแบบไม่รุนแรงในระยะหลังคลอด มิได้จำแนกไว้ที่ใด

F53.1 Severe mental and behavioural disorders associated with the puerperium, not elsewhere classified  
ความผิดปกติทางจิตใจและพฤติกรรมแบบรุนแรงในระยะหลังคลอด มิได้จำแนกไว้ที่ใด

F53.8 Other mental and behavioural disorders associated with the puerperium, not elsewhere classified  
ความผิดปกติทางจิตใจและพฤติกรรมแบบอื่นในระยะหลังคลอด มิได้จำแนกไว้ที่ใด

F53.9 Puerperal mental disorder, unspecified  
ความผิดปกติทางจิตใจและพฤติกรรมในระยะหลังคลอด ไม่ระบุรายละเอียด

**F54 Psychological and behavioural factors associated with disorders or diseases classified elsewhere** ปัจจัยทางจิตใจและพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับความผิดปกติหรือโรคที่จำแนกไว้ที่อื่น

F55 Abuse of non-dependence-producing substances  
การใช้สารไม่เสพติดในทางที่ผิด

F59 Unspecified behavioural syndromes associated with physiological disturbances and physical factors  
กลุ่มอาการทางพฤติกรรมที่ไม่ระบุรายละเอียดที่พบร่วมกับความผิดปกติทางสรีรวิทยาและทางกายภาพ

**F60 -F69 Disorders of adult personality and behavior** ความผิดปกติของพฤติกรรมและบุคลิกภาพในผู้ใหญ่

F60 Specific personality disorders  
ความผิดปกติทางบุคลิกภาพที่จำเพาะ

F60.0 Paranoid personality disorder  
ความผิดปกติทางบุคลิกภาพแบบระแวง

จิตเภท	F60.1 Schizoid personality disorder ความผิดปกติทางบุคลิกภาพแบบคล้าย
ແຂແສສັงคມ <sup>48</sup>	F60.2 Dissocial personality disorder ความผิดปกติทางบุคลิกภาพแบบไม่
แบบอารมณ์ไม่คงที่	F60.3 Emotionally unstable personality disorder ความผิดปกติทางบุคลิกภาพ
ริโอนิก	F60.4 Histrionic personality disorder ความผิดปกติทางบุคลิกภาพแบบฮิสท
คิดย้ำทำ	F60.5 Anankastic personality disorder ความผิดปกติทางบุคลิกภาพแบบย้ำ
แบบวิตกกังวล [หลีกเลี่ยง]	F60.6 Anxious [avoidant] personality disorder ความผิดปกติทางบุคลิกภาพ
ระบุรายละเอียดแบบอื่น	F60.7 Dependent personality disorder ความผิดปกติทางบุคลิกภาพแบบพึ่งพา F60.8 Other specific personality disorders ความผิดปกติทางบุคลิกภาพที่
รายละเอียด	F60.9 Personality disorder, unspecified ความผิดปกติทางบุคลิกภาพ ไม่ระบุ
แบบอื่นและแบบผสม	F61 Mixed and other personality disorders ความผิดปกติทางบุคลิกภาพ
	F62 Enduring personality changes, not attributable to brain damage and
	disease การเปลี่ยนแปลงติดตัวของบุคลิกภาพที่ไม่เกิดจากโรคของสมองหรือสมองถูกทำลาย
	F62.0 Enduring personality change after catastrophic experience disease
	การเปลี่ยนแปลงติดตัวของบุคลิกภาพที่เกิดหลังประสบภัยพิบัติ
	F62.1 Enduring personality change after psychiatric illness การเปลี่ยนแปลง
	ติดตัวของบุคลิกภาพที่เกิดหลังการป่วยทางจิตเวช
	F62.8 Other enduring personality changes การเปลี่ยนแปลงติดตัวของ
	บุคลิกภาพแบบอื่น

<sup>48</sup> ในกลุ่มนี้หมายรวมไปถึงบุคลิกภาพผิดปกติแบบต่อต้านสังคม (antisocial) และแบบจิตพยาธิสภาพ (psychopathic) ด้วย.

F62.9 Enduring personality change, unspecified การเปลี่ยนแปลงนิสัยและแรงดลใจ  
ของบุคลิกภาพ ไม่ระบุรายละเอียด

**F63 Habit and impulse disorders ความผิดปกติของนิสัยและแรงดลใจ**

**F63.0 Pathological gambling โรคติดการพนัน**

F63.1 Pathological fire-setting [pyromania] โรคชอบวางเพลิง [โรคชอบจุดไฟ]

F63.2 Pathological stealing [kleptomania] โรคชอบขโมย [โรคชอบหยิบฉวย]

F63.3 Trichotillomania โรคถอนผม

F63.8 Other habit and impulse disorders ความผิดปกติแบบอื่นของนิสัยและ  
แรงดลใจ

F63.9 Habit and impulse disorder, unspecified ความผิดปกติของนิสัยและแรง  
ดลใจ ไม่ระบุรายละเอียด

**F64 Gender identity disorders ความผิดปกติของอัตลักษณ์ทางเพศ**

F64.0 Transsexualism โรคต้องการแปลงเพศ

F64.1 Dual-role transvestism โรคชอบแต่งกายเป็นเพศตรงข้าม

F64.2 Gender identity disorder of childhood ความผิดปกติของอัตลักษณ์  
ทางเพศในวัยเด็ก

F64.8 Other gender identity disorders ความผิดปกติแบบอื่นของอัตลักษณ์  
ทางเพศ

F64.9 Gender identity disorder, unspecified ความผิดปกติของอัตลักษณ์  
ทางเพศ ไม่ระบุรายละเอียด

**F65 Disorders of sexual preference ความผิดปกติของความชื่นชอบทางเพศ**

F65.0 Fetishism โรคเกิดอารมณ์ทางเพศจากสิ่งจำเพาะ

F65.1 Fetishistic transvestism โรคชอบแต่งกายเป็นเพศตรงข้ามแบบเกิด  
อารมณ์เพศจากสิ่งจำเพาะ

F65.2 Exhibitionism โรคชอบอวดอวัยวะเพศ

F65.3 Voyeurism โรคถ้ำมอง

F65.4 Paedophilia โรคมีความต้องการทางเพศกับเด็ก

F65.5 Sadomasochism ซาโดมาโซคิซึม

F65.6 Multiple disorders of sexual preference ความผิดปกติหลายชนิดของ  
ความชื่นชอบทางเพศ

F65.8 Other disorders of sexual preference ความผิดปกติแบบอื่นของความ  
 ชื่นชอบทางเพศ

F65.9 Disorder of sexual preference, unspecified ความผิดปกติของความ  
 ชื่นชอบทางเพศ ไม่ระบุรายละเอียด

**F6 6 Psychological and behavioural disorders associated with sexual  
 development and orientation ความผิดปกติของจิตและพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับพัฒนาการและ  
 รสนิยมทางเพศ**

F66.0 Sexual maturation disorder ความผิดปกติของวุฒิภาวะทางเพศ

F66.1 Egodystonic sexual orientation ความเชื่อว่าเพศหรือรสนิยมทางเพศ  
 ของตนผิดปกติ

F66.2 Sexual relationship disorder ความผิดปกติของสัมพันธภาพทางเพศ

F66.8 Other psychosexual development disorders ความผิดปกติแบบอื่น  
 ของจิตและพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับพัฒนาการและรสนิยมทางเพศ

F66.9 Psychosexual development disorder, unspecified ความผิดปกติของ  
 จิตและพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับพัฒนาการและรสนิยมทางเพศ ไม่ระบุรายละเอียด

**F68 Other disorders of adult personality and behaviour ความผิดปกติ  
 อื่นทางบุคลิกภาพและพฤติกรรมในผู้ใหญ่**

F68.0 Elaboration of physical symptoms for psychological reasons อาการ  
 ทางกายขยายเกินจริงจากเหตุทางจิตใจ

F68.1 Intentional production or feigning of symptoms or disabilities,  
 either physical or psychological [factitious disorder] การตั้งใจสร้างหรือเลียนแบบอาการของโรค  
 หรือความพิการทั้งทางร่างกายและจิตใจ [ความผิดปกติที่สร้างขึ้นเอง]

F68.8 Other specified disorders of adult personality and behaviour ความ  
 ผิดปกติอื่นที่ระบุรายละเอียดทางบุคลิกภาพและพฤติกรรมในผู้ใหญ่

F69 Unspecified disorder of adult personality and behaviour ความผิดปกติ  
 อื่นทางบุคลิกภาพและพฤติกรรมในผู้ใหญ่ที่ไม่ระบุรายละเอียด

**F70 - F79 Mental retardation ภาวะปัญญาอ่อน**

F70 Mild mental retardation ภาวะปัญญาอ่อนระดับเล็กน้อย

F71 Moderate mental retardation ภาวะปัญญาอ่อนระดับปานกลาง

F72 Severe mental retardation ภาวะปัญญาอ่อนระดับรุนแรง

F73 Profound mental retardation ภาวะปัญญาอ่อนระดับรุนแรงมาก

F78 Other mental retardation ภาวะปัญญาอ่อนแบบอื่น

F79 Unspecified mental retardation ภาวะปัญญาอ่อนที่ไม่ระบุรายละเอียด

**F80 - F89 Disorders of psychological development ความผิดปกติของ  
พัฒนาการทางจิตใจ**

**F80 Specific developmental disorders of speech and language ความ  
ผิดปกติจำเพาะของพัฒนาการทางการพูดและภาษา**

F80.0 Specific speech articulation disorder ความผิดปกติในการพูดออกเสียง

F80.1 Expressive language disorder ความผิดปกติทางภาษาแบบไม่สามารถพูด  
สื่อสารที่อยู่ในใจได้

F80.2 Receptive language disorder ความผิดปกติทางภาษาแบบไม่สามารถ  
เข้าใจความหมายสิ่งที่ฟังได้

F80.3 Acquired aphasia with epilepsy [Landau-Kleffner] ภาวะเสียการสื่อสาร  
ภาษาที่เกิดภายหลังเป็นโรคลมชัก [แลันเดา-เคลล์เฟ็นเนอร์]

F80.8 Other developmental disorders of speech and language ความผิดปกติ  
แบบอื่นของพัฒนาการทางการพูดและภาษา

F80.9 Developmental disorder of speech and language, unspecified ความ  
ผิดปกติจำเพาะของพัฒนาการทางการพูดและภาษา ไม่ระบุรายละเอียด

**F81 Specific developmental disorders of scholastic skills ความผิดปกติ  
จำเพาะของพัฒนาการทางทักษะในการเรียน**

F81.0 Specific reading disorder ความผิดปกติจำเพาะของการอ่าน

F81.1 Specific spelling disorder ความผิดปกติจำเพาะของการสะกดคำ

F81.2 Specific disorder of arithmetical skills ความผิดปกติจำเพาะของทักษะ  
ทางคณิตศาสตร์

F81.3 Mixed disorder of scholastic skills ความผิดปกติผสมของทักษะใน  
การเรียน

F81.8 Other developmental disorders of scholastic skills ความผิดปกติแบบอื่น  
ของพัฒนาการทางทักษะในการเรียน

F81.9 Developmental disorder of scholastic skills, unspecified ความผิดปกติของ  
พัฒนาการทางทักษะในการเรียน ไม่ระบุรายละเอียด

**F82 Specific developmental disorder of motor function** ความผิดปกติ  
จำเพาะของพัฒนาการทางการเคลื่อนไหว

**F83 Mixed specific developmental disorders** ความผิดปกติจำเพาะของ  
พัฒนาการแบบผสม

**F84 Pervasive developmental disorders** ความผิดปกติของพัฒนาการที่  
กระจายไปทุกด้าน

F84.0 Childhood autism โรคออทิสซึมในวัยเด็ก

F84.1 Atypical autism โรคออทิสซึมนอกซึม

F84.2 Rett's syndrome กลุ่มอาการเรตต์

F84.3 Other childhood disintegrative disorder ความผิดปกติแบบอื่นของ  
พัฒนาการที่ทำให้ไม่มีบุรณภาพในวัยเด็ก

F84.4 Overactive disorder associated with mental retardation and stereotyped  
movements ความผิดปกติแบบอยู่นิ่งที่พบร่วมกับภาวะปัญญาอ่อนและการเคลื่อนไหวซ้ำๆ

F84.5 Asperger's syndrome กลุ่มอาการแอสเปอร์เจอร์

F84.8 Other pervasive developmental disorders ความผิดปกติแบบอื่นของ  
พัฒนาการที่กระจายไปทุกด้าน

F84.9 Pervasive developmental disorder, unspecified ความผิดปกติของ  
พัฒนาการที่กระจายไปทุกด้าน ไม่ระบุรายละเอียด

**F88 Other disorders of psychological development** ความผิดปกติแบบ  
อื่นของพัฒนาการทางจิต

**F89 Unspecified disorder of psychological development** ความผิดปกติที่  
ไม่ระบุรายละเอียดของพัฒนาการทางจิต

**F90 -F98 Behavioural and emotional disorders with onset usually  
occurring in childhood and adolescence**

ความผิดปกติทางพฤติกรรมและอารมณ์ที่มักเริ่มต้นในวัยเด็กและวัยรุ่น

**F90 Hyperkinetic disorders** ความผิดปกติแบบอยู่นิ่ง<sup>49</sup>

F90.0 Disturbance of activity and attention ความผิดปกติในการประกอบ  
กิจกรรมและความใส่ใจ

<sup>49</sup> หรือที่เรียกทั่วไปว่า “โรคสมาธิสั้น”.



- อยู่ไม่นิ่ง
- F90.1 Hyperkinetic conduct disorder ความผิดปกติทางความประพฤติแบบอยู่ไม่นิ่ง
- F90.8 Other hyperkinetic disorders ความผิดปกติอื่นแบบอยู่ไม่นิ่ง
- F90.9 Hyperkinetic disorder, unspecified ความผิดปกติแบบอยู่ไม่นิ่ง
- ไม่ระบุรายละเอียด
- F91 Conduct disorders ความผิดปกติทางความประพฤติ**
- F91.0 Conduct disorder confined to the family context ความผิดปกติทางความประพฤติจำกัดเพียงบริบทของครอบครัว
- F91.1 Unsocialized conduct disorder ความผิดปกติทางความประพฤติที่ไม่สามารถปรับตัวเข้ากับสังคม
- F91.2 Socialized conduct disorder ความผิดปกติทางความประพฤติที่สามารถปรับตัวเข้ากับสังคม
- F91.3 Oppositional defiant disorder ความผิดปกติแบบทำทนายชอบทำตรงกันข้าม
- F91.8 Other conduct disorders ความผิดปกติทางความประพฤติแบบอื่น
- F91.9 Conduct disorder, unspecified ความผิดปกติทางความประพฤติไม่ระบุรายละเอียด
- F92 Mixed disorders of conduct and emotions ความผิดปกติแบบผสมของความประพฤติและอารมณ์**
- F92.0 Depressive conduct disorder ความผิดปกติทางความประพฤติร่วมกับอารมณ์ซึมเศร้า
- F92.8 Other mixed disorders of conduct and emotions ความผิดปกติแบบผสมอื่นของความประพฤติและอารมณ์
- F92.9 Mixed disorder of conduct and emotions, unspecified ความผิดปกติแบบผสมอื่นของความประพฤติและอารมณ์ ไม่ระบุรายละเอียด
- F93 Emotional disorders with onset specific to childhood ความผิดปกติทางอารมณ์ที่เริ่มต้นเฉพาะในวัยเด็ก**
- F93.0 Separation anxiety disorder of childhood โรควิตกกังวลเมื่อต้องแยกจากในวัยเด็ก

- F93.1 Phobic anxiety disorder of childhood โรควิตกกังวลแบบมีอาการกลัว  
ในวัยเด็ก
- F93.2 Social anxiety disorder of childhood โรควิตกกังวลเมื่อเข้าสังคมใน  
วัยเด็ก
- F93.3 Sibling rivalry disorder ความผิดปกติที่ชอบแข่งขันกับพี่น้อง
- F93.8 Other childhood emotional disorders ความผิดปกติทางอารมณ์แบบ  
อื่นวัยเด็ก
- F93.9 Childhood emotional disorder, unspecified ความผิดปกติทางอารมณ์  
ในวัยเด็ก ไม่ระบุรายละเอียด
- F9 4 Disorders of social functioning with onset specific to childhood  
and adolescence ความผิดปกติของหน้าที่ทางสังคมที่เริ่มต้นเฉพาะในวัยเด็กและวัยรุ่น**
- F94.0 Elective mutism การไม่พูดในบางสถานการณ์
- F94.1 Reactive attachment disorder of childhood ความผิดปกติของความ  
ผูกพันแบบปฏิกิริยาในวัยเด็ก
- F94.2 Disinhibited attachment disorder of childhood ความผิดปกติของ  
ความผูกพันแบบยับยั้งไม่ได้ในวัยเด็ก
- F94.8 Other childhood disorders of social functioning ความผิดปกติอื่น  
ของหน้าที่ทางสังคมที่เริ่มต้นในวัยเด็ก
- F94.9 Childhood disorder of social functioning, unspecified ความผิดปกติ  
ของหน้าที่ทางสังคมที่เริ่มต้นในวัยเด็ก ไม่ระบุรายละเอียด
- F95 Tic disorders ความผิดปกติที่มีอาการกล้ามเนื้อกระตุก**
- F95.0 Transient tic disorder ความผิดปกติที่มีอาการกล้ามเนื้อกระตุกชั่วคราว
- F95.1 Chronic motor or vocal tic disorder ความผิดปกติที่มีอาการกล้ามเนื้อ  
กระตุกชนิดเคลื่อนไหวหรือชนิดเปล่งเสียงแบบเรื้อรัง
- F95.2 Combined vocal and multiple motor tic disorder [de la Tourette]  
ความผิดปกติที่มีอาการกล้ามเนื้อกระตุกชนิดเคลื่อนไหวหลายแห่งร่วมกับชนิดเปล่งเสียง [เดอ ลา  
ตูเรตต์]
- F95.8 Other tic disorders ความผิดปกติที่มีอาการกล้ามเนื้อกระตุกชนิดอื่น
- F95.9 Tic disorder, unspecified ความผิดปกติที่มีอาการกล้ามเนื้อกระตุก  
ไม่ระบุรายละเอียด

**F9 8 Other behavioural and emotional disorders with onset usually occurring in childhood and adolescence** ความผิดปกติอื่นทางพฤติกรรมและอารมณ์ที่มักเริ่มต้นในวัยเด็กและวัยรุ่น

F98.0 Nonorganic enuresis ปัสสาวะรดที่ไม่เกิดจากโรคทางกาย

F98.1 Nonorganic encopresis อุจจาระรดที่ไม่เกิดจากโรคทางกาย

F98.2 Feeding disorder of infancy and childhood ความผิดปกติของการรับประทานอาหารในวัยทารกและวัยเด็ก

F98.3 Pica of infancy and childhood การรับประทานอาหารสิ่งที่ไม่ใช่อาหารในวัยทารกและวัยเด็ก

F98.4 Stereotyped movement disorders ความผิดปกติที่มีการเคลื่อนไหวแบบเดิมซ้ำๆ

F98.5 Stuttering [stammering] การพูดติดอ่าง [การพูดตะกุกตะกัก]

F98.6 Cluttering การพูดเร็วและรว

F9 8 .8 Other specified behavioural and emotional disorders with onset usually occurring in childhood and adolescence ความผิดปกติอื่นทางพฤติกรรมและอารมณ์ที่มักเริ่มต้นในวัยเด็กและวัยรุ่น ที่ระบุรายละเอียด

F9 8 .9 Other specified behavioural and emotional disorders with onset usually occurring in childhood and adolescence ความผิดปกติอื่นทางพฤติกรรมและอารมณ์ที่มักเริ่มต้นในวัยเด็กและวัยรุ่น ไม่ระบุรายละเอียด

**F99 Unspecified mental disorder** ความผิดปกติทางจิตใจที่มีได้ระบุรายละเอียด

**2.4.3 เปรียบเทียบความผิดปกติทางจิตตามระบบการจำแนกความผิดปกติทางจิตตามคู่มือการวินิจฉัยและสถิติสำหรับความผิดปกติทางจิต (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders : DSM) และบัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศ (International Classification of Diseases : ICD)**

แนวคิดของความผิดปกติทางจิตตามระบบการจำแนกความผิดปกติทางจิตตามนิยามของ DSM และ ICD มีลักษณะร่วมกันที่สำคัญ ดังนี้

1. เป็นกลุ่มอาการ (set of symptoms หรือ Syndrome)
2. มีความสัมพันธ์กับความทุกข์ทรมานหรือความบกพร่องพิการ
3. อาการที่เกิดขึ้นสะท้อนถึงลักษณะของการทำงานที่ผิดปกติบางอย่าง

4. เป็นความผิดปกติที่เกิดขึ้นภายในตัวบุคคล
5. เป็นอาการที่มีความสำคัญในทางการแพทย์
6. ไม่ได้เป็นเพียงพฤติกรรมที่เบี่ยงเบนไปจากสังคมปกติหรือเป็นความขัดแย้งระหว่างบุคคลกับสังคมโดยทั่วไป

แม้ว่าการจำแนกโรคและความผิดปกติทางจิตในระบบ DSM และ ICD จะมีแนวคิดหลักที่เหมือนหรือใกล้เคียงกันเป็นอย่างยิ่ง แต่พบว่ามี ความแตกต่างกันในรายละเอียดอยู่บ้าง ดังต่อไปนี้

1. DSM และ ICD เรียกชื่อโรคบางโรคแตกต่างกันแม้จะถือว่าเป็นโรคเดียวกัน เช่น ความผิดปกติทางบุคลิกภาพแบบย้ำคิดย้ำทำ ในระบบ DSM เรียกว่า Obsessive-compulsive personality disorder ขณะที่ระบบ ICD เรียกว่า Anankastic personality disorder

2. เกณฑ์ในการวินิจฉัยโรคบางโรคในระบบ DSM และ ICD มีความแตกต่างกัน เช่น เกณฑ์การวินิจฉัยโรควิตกกังวล (Generalized anxiety disorder) ตามระบบ DSM ระบุอาการตามเกณฑ์การวินิจฉัยไว้เพียง 6 อาการ แต่ระบบ ICD ระบุไว้ 22 อาการ

3. ระยะเวลาที่กำหนดไว้ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคบางโรคในระบบ DSM และ ICD มีความแตกต่างกัน เช่น เกณฑ์การวินิจฉัยโรคจิตเภท (Schizophrenia) ในระบบ DSM ระบุว่าต้องมีระยะเวลาของอาการผิดปกติอย่างน้อย 6 เดือน ขณะที่ต้องปรากฏอาการโรคจิตที่สำคัญ เช่น หลงผิด และประสาทหลอน อย่างน้อยสองอาการเป็นเวลาอย่างน้อยหนึ่งเดือน ขณะที่เกณฑ์การวินิจฉัยในระบบ ICD หากปรากฏอาการโรคจิต เช่น หลงผิด และประสาทหลอนที่ชัดเจนอย่างมากอย่างน้อย 1 เดือนก็อาจเพียงพอในการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทแล้ว

4. การระบุรายละเอียดกลุ่มย่อยของโรคบางโรคในระบบ DSM และ ICD มีความแตกต่างกัน เช่น ในระบบ ICD มีการจำแนกโรคจิตเภท (Schizophrenia) ออกเป็นชนิดต่างๆ ตามลักษณะอาการ เช่น โรคจิตเภทแบบระแวง (Paranoid schizophrenia) โรคจิตเภทแบบฮีบิฟรีย (Hebephrenic schizophrenia) โรคจิตเภทแบบคาตาโทเนีย (Catatonic schizophrenia) หรือโรคจิตเภทแบบแบ่งแยกไม่ชัดเจน (Undifferentiated schizophrenia) ขณะที่ระบบ DSM ฉบับปัจจุบัน คือ DSM-5 ระบุรายละเอียดกลุ่มย่อยไว้เพียงแบบคาตาโทเนีย (Catatonia) เท่านั้น

5. การระบุถึงการดำเนินโรคในระบบ DSM และ ICD มีความแตกต่างกัน เช่น ใน ICD-10 มีการระบุการดำเนินโรคของโรคจิตเภท (Schizophrenia) ออกเป็นหลายรูปแบบ ได้แก่ เป็นอย่างต่อเนื่อง (continuous) เป็นครั้งๆ ร่วมกับความบกพร่องอย่างก้าวหน้า (episodic with progressive deficit) เป็นครั้งๆ ร่วมกับความบกพร่องอย่างคงที่ (episodic with stable deficit) เป็นๆ หายๆ (episodic remittent) หายไม่สมบูรณ์ (incomplete remission) หายสมบูรณ์ (complete

remission)และอื่นๆ (other) ขณะที่ DSM-5 ระบุการดำเนินโรคว่าเป็นครั้งแรก (first episode) เป็นมาหลายครั้ง (multiple episodes) หรือเป็นมาต่อเนื่อง (continuous) ระบุว่าอยู่ในระยะเร่งด่วน (Currently in acute episode) อยู่ในระยะหายบางส่วน (Currently in partial remission) หรืออยู่ในระยะหายเป็นปกติ (Currently in full remission) และที่ไม่ได้ระบุ (unspecified)

อย่างไรก็ตาม ในการจัดทำระบบการจำแนกโรคแบบ ICD ฉบับที่ 11 มีแนวโน้มว่าจะทำให้การวินิจฉัยและจำแนกโรคทางจิตเวชในระบบ DSM และ ICD มีความใกล้เคียงกันมากยิ่งขึ้น<sup>50</sup>

จากแนวคิดของระบบการวินิจฉัยและจำแนกโรคทางจิตเวชในปัจจุบัน พอสรุปได้ว่า มุมมองและแนวคิดเกี่ยวกับ “ความผิดปกติทางจิต” ที่สำคัญและเป็นที่ยอมรับ โดยเฉพาะในทางการแพทย์ในปัจจุบัน ได้แก่ “ความผิดปกติทางจิต” คือ โรคและความผิดปกติทางจิตเวชที่มีการระบุจำแนกไว้ในคู่มือการวินิจฉัยและสถิติสำหรับความผิดปกติทางจิต (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders : DSM) หรือ การจำแนกความผิดปกติทางจิตตามบัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศ (International Classification of Diseases : ICD) หรืออาจกล่าวได้ว่า “ความผิดปกติทางจิต” ในความหมายหนึ่งที่เป็นที่ยอมรับกันในปัจจุบัน ก็คือ “ความผิดปกติทางจิต” หมายถึง “โรคและความผิดปกติทางจิตเวช” นั่นเอง

#### 2.4.4 ปัญหาการวินิจฉัยความผิดปกติทางจิตตามระบบการจำแนกความผิดปกติทางจิต

แม้ปัจจุบันในทางการแพทย์โดยทั่วไปจะยอมรับการวินิจฉัยความผิดปกติทางจิตตามระบบการจำแนกความผิดปกติทางจิตตามคู่มือการวินิจฉัยและสถิติสำหรับความผิดปกติทางจิต (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM) และบัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศ (International Classification of Diseases: ICD) แต่การวินิจฉัยความผิดปกติทางจิตตามระบบดังกล่าวยังคงมีปัญหาในทางปฏิบัติอยู่หลายประการ เช่น นิยามของความผิดปกติทางจิตยังไม่ชัดเจน ไม่มีแนวทางที่ทำให้สามารถจำแนกความผิดปกติทางจิตออกจากปัญหาทางพฤติกรรมอื่นได้อย่างชัดเจน เกณฑ์การวินิจฉัยยังขาดหลักฐานเชิงประจักษ์และกำหนดขึ้น โดยความเห็นของผู้เชี่ยวชาญเพียงกลุ่มหนึ่ง

<sup>50</sup> ศุภโชค สิงห์กันต์ การจำแนกประเภทของโรคทางจิตเวช ใน นันทวัช สิทธิรักษ์, บรรณาธิการจิตเวช. ศิริราช DSM-5. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล, 2558, หน้า 39.

ผลการวินิจฉัยยังขาดความน่าเชื่อถือเนื่องจากขึ้นกับผู้วินิจฉัยเป็นหลัก รวมถึงได้รับคำวิจารณ์ว่าเกณฑ์การวินิจฉัยเกิดจากพยายามที่จะทำให้เกิดการบำบัดรักษามากเกินไปอย่างไม่เหมาะสม<sup>51</sup>

Frances และ Widiger เห็นว่าแนวคิดของความผิดปกติทางจิตนั้นไม่มีรูปแบบเปลี่ยนแปลงง่าย และมีความแตกต่างกันเป็นอย่างมาก จนเป็นผลให้การนิยามความผิดปกติทางจิตนั้นกลายเป็นช่องโหว่ที่ศูนย์กลางของระบบการจำแนกความผิดปกติทางจิต<sup>52</sup> นอกจากนี้ด้วยเหตุผลว่าในทางการแพทย์มุ่งความสนใจไปที่การป้องกันหรือควบคุมความผิดปกติทางจิตด้วยการบำบัดรักษา การนิยามว่าความผิดปกติทางจิตว่า “คืออะไร” ทางทางการแพทย์ ดูจะมีประโยชน์น้อยกว่าการนิยามว่าผิดปกติเหล่านั้นควรจำแนกและรักษาอย่างไร<sup>53</sup> นิยามของความผิดปกติทางจิตในทางการแพทย์จึงมีขอบเขตที่กว้างเป็นอย่างมาก

Thomas Szasz มีความเห็นว่า ความผิดปกติทางจิตนั้นแท้จริงแล้วไม่ใช่โรค แต่เป็นเพียงสภาวะบางอย่างที่เกิดขึ้นในตัวบุคคล อันเป็นผลจากประสบการณ์บางอย่างที่ได้รับมา การกำหนดว่าความผิดปกติทางจิตเป็น โรคและจำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษา เกิดจากความต้องการทางการเมืองเพื่อการบริหารจัดการกับกลุ่มคนบางส่วนที่รัฐมองว่าเป็นปัญหา กับแรงผลักดันจากผลประโยชน์ของกลุ่มแพทย์และธุรกิจยา<sup>54</sup> Szasz เชื่อว่า หลักการวินิจฉัยโรคทางจิตเวชที่ใช้กันในปัจจุบันมีความแตกต่างกับโรคอื่นๆ ทางทางการแพทย์ โดยการวินิจฉัยมีความไม่แน่นอนเป็นอย่างมาก ขึ้นอยู่กับการประเมินตามอัตวิสัยของจิตแพทย์เป็นส่วนใหญ่ นอกจากนี้ผลการรักษาก็มีความไม่แน่นอนและแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล อย่างไรก็ตาม Szasz เองก็ยอมรับว่าความผิดปกติทางจิตก็ควรได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม

## 2.5 ความผิดปกติทางจิตกับการกระทำผิดทางอาญา

ความผิดปกติทางจิตมีความสัมพันธ์กับการกระทำผิดทางอาญาที่น่าสนใจในหลายประเด็น โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

<sup>51</sup> Jamie Walvisch. Defining “mental disorder” in legal contexts. *International Journal of Law and Psychiatry* 52 (2017) 7–18. p. 13.

<sup>52</sup> Frances AJ, Widiger T. Psychiatric diagnosis: lessons from the DSM-IV past and cautions for the DSM-5 future. *Annu Rev Clin Psychol.* 2012;8:109-30. p. 125-126.

<sup>53</sup> B Wilson, *Legal Straitjackets: When Reason Fails: Law and Mental Illness*, in H Selby (ed.), *Tomorrows Law*, Federation Press, Sydney, 1995, p. 312.

<sup>54</sup> ดูรายละเอียดเพิ่มเติมใน Szasz, T. (1987) *Insanity: The Idea and its Consequences*. New York: Wiley.

### 2.5.1 ความผิดปกติทางจิตกับพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (violence)

ความก้าวร้าว เกิดจากแรงขับภายในของบุคคลที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติ ซึ่งกระตุ้นให้มีระดับของกิจกรรมหรือการกระทำในระดับที่สูงขึ้น เพื่อเอาชนะสิ่งแวดล้อมและประสบความสำเร็จตามที่คาดหวัง พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงเป็นภาวะที่รุนแรงที่สุดของความก้าวร้าว โดยมีการแสดงออกทางคำพูดหรือพฤติกรรมอย่างทันทีทันใด ทำให้ผู้อื่นบาดเจ็บหรือสิ่งของเสียหาย

องค์การอนามัยโลก ให้คำจำกัดความของพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงว่าเป็นความตั้งใจที่จะใช้กำลังทางกายเพื่อข่มขู่หรือกระทำอันตรายต่อตนเอง บุคคลอื่น หรือกลุ่มบุคคลหรือสังคม โดยจะส่งผลให้เกิดหรือมีความเป็นไปได้สูงที่จะเกิดการบาดเจ็บ เสียชีวิต การกระทบกระเทือนทางด้านจิตใจ พัฒนาการที่ผิดปกติ หรือภาวะขาดแคลน

พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงเป็นผลจากปัจจัยต่างๆ ทั้งทางชีวภาพ จิตใจ และสังคม ส่งผลให้บุคคลขาดความสามารถในการยับยั้งชั่งใจและใช้การแก้ปัญหาด้วยวิธีการรุนแรง ในทางจิตวิทยาอธิบายว่า พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงเกิดจากการเสียสมดุลระหว่างแรงกระตุ้นที่ทำให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงภายในจิตใจและกลไกการควบคุม ด้วยเหตุนี้ ความผิดปกติทางจิตอาจเป็นสาเหตุให้มีแรงกระตุ้นเพิ่มสูงขึ้นจนเกินกว่ากลไกการควบคุมที่มีอยู่ หรือเป็นเหตุให้กลไกการควบคุมอ่อนแอลง ซึ่งเป็นเหตุให้ไม่สามารถยับยั้งแรงกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงได้

พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงเป็นสิ่งที่พบได้บ่อยในกลุ่มบุคคลที่ก่ออาชญากรรม และในผู้ป่วยจิตเวช ทั้งที่ก่อและไม่ได้ก่ออาชญากรรม และเป็นภาวะฉุกเฉินที่พบได้บ่อยในผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตที่เป็นโรคทางจิตเวชและโรคทางสมอง รวมถึงพบในผู้ที่ใช้สุราหรือสารเสพติด<sup>55</sup> ผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตส่วนหนึ่งอาจรู้สึกว่าการก้าวร้าวรุนแรงของตนเป็นสิ่งไม่ดี แต่ไม่สามารถระงับได้ ในขณะที่ส่วนหนึ่งไม่มีความคิดที่จะควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงของตนเลย และไม่มีแบบประเมินใดที่สามารถประเมินความเสี่ยงที่จะเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงได้อย่างถูกต้องเสมอไปในทุกราย<sup>56</sup>

<sup>55</sup> ศุภโชค สิงห์กันต์ การจำแนกประเภทของโรคทางจิตเวช ใน นันทวัช สิทธิรักษ์, บรรณาธิการจิตเวช. ศิริราช DSM-5. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล, 2558, หน้า 117.

<sup>56</sup> ศุภโชค สิงห์กันต์ การจำแนกประเภทของโรคทางจิตเวช ใน นันทวัช สิทธิรักษ์, บรรณาธิการจิตเวช. ศิริราช DSM-5. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล, 2558, หน้า 117.

### 2.5.2 ความสัมพันธ์ระหว่างความผิดปกติทางจิตกับการกระทำผิดทางอาญา

การศึกษาจำนวนมากที่ชี้ให้เห็นว่ามีความสัมพันธ์ระหว่างความผิดปกติทางจิตกับพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงและการกระทำผิดกฎหมาย นอกจากนี้ยังพบว่าการใช้สุราและสารเสพติดทั้งในกลุ่มผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตและกลุ่มประชากรทั่วไปมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงและการกระทำผิดด้วย

Swanson และคณะ (1990) พบว่า ร้อยละ 12 ของผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตประเภท โรคจิตเภท (schizophrenia) และร้อยละ 10 ของผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตประเภท โรคทางอารมณ์ (affective disorder) มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงในช่วง 1 ปีก่อนหน้านั้น ขณะที่กลุ่มประชากรทั่วไปมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงเพียงร้อยละ 2 นอกจากนี้ พบว่ากลุ่มผู้ใช้สุรา (alcohol abuse) และสารเสพติดประเภทอื่น มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงในช่วง 1 ปีก่อนหน้านั้นถึงร้อยละ 25 และร้อยละ 35

Link, Cullen และ Andrews (1992) พบว่า ผู้ที่เป็น โรคทางจิตเวชถูกจับกุมเนื่องจากมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงสูงกว่ากลุ่มประชากรทั่วไป

Link และ Steuve (1994) พบว่า ผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตที่มีอาการหลงผิด (delusion) ที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง ได้แก่ หลงผิดว่ามีคนจะมาทำร้าย (persecutory delusion) หลงผิดว่าถูกควบคุม (delusion of being control) และหลงผิดว่ามีผู้นำความคิดมาใส่ในสมองของตน (thought insertion)

Hodgins และคณะ (1996) ศึกษาติดตามกลุ่มตัวอย่างจำนวน 324,000 ราย ตั้งแต่แรกเกิดจนถึงอายุ 43 ปี พบว่า ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีความผิดปกติทางจิตมีความเสี่ยงในการก่ออาชญากรรมสูงกว่าประชากรทั่วไป

Tiihonen (1993) พบว่าผู้ที่เป็น โรคจิตเภท (schizophrenia) เพศชายมีความชุกในการก่อคดีฆาตกรรมสูงกว่าประชากรทั่วไป 6.5 เท่า และพบความสัมพันธ์ระหว่างคดีฆาตกรรมกับปัญหาการติดสุราและบุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคม (antisocial personality)

Wessely และคณะ (1996) พบว่าอัตราการกระทำผิดของผู้ที่เป็น โรคจิตเภท (schizophrenia) ไม่มีความแตกต่างจากผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตที่เป็น โรคทางจิตเวชอื่นๆ แต่ผู้ที่เป็น โรคจิตเภท (schizophrenia) มีความเสี่ยงที่จะก่อพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงสูงกว่าที่ผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตที่เป็น โรคทางจิตเวชอื่นๆ ถึง 3 เท่า

Taylor (1985) ศึกษาผู้ป่วยโรคจิต (psychosis) ที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาล พบว่า ร้อยละ 60 ของผู้ป่วยโรคจิตที่มีอาการหลงผิด (delusion) มีการกระทำที่ตอบสนองต่อความหลงผิดที่เกิดขึ้น เช่น เขียนข้อความถึงบุคคลอื่น พยายามป้องกันตนเองหรือพยายามหนี นอกจากนี้



พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาร้อยละ 19 มีการทำลายสิ่งของ ร้อยละ 18 ทำร้ายผู้อื่น และร้อยละ 14 ทำร้ายตนเอง

สำหรับการในประเทศไทย การศึกษาของธำรง ทัศนัญชลี และคณะ (2528) พบว่าสาเหตุของการกระทำผิดฐานฆ่าคนตายส่วนใหญ่ในผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตในกลุ่มที่ศึกษาร้อยละ 77.14 เกิดความผิดปกติทางจิต เช่น หลงผิด หวาดระแวงว่าคนอื่นจะปองร้าย และมีความสัมพันธ์การไม่ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง

ประภาส อุครานันท์ และวีระเดช วีระพงษ์เศรษฐ์ (2541) พบว่ามีความสัมพันธ์ของระดับความรุนแรงในการกระทำผิดของผู้ป่วยที่มีอาการ โรคจิต (psychosis) กับประวัติการเจ็บป่วยทางจิตในครอบครัว การมีอาการทางจิตขณะก่อคดี และสาเหตุกระตุ้นจากภายนอก ได้แก่ การทะเลาะวิวาท ถูกข่มขู่ ถูกบังคับและอื่นๆ นอกจากนี้ยังพบประวัติพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงในครอบครัวสูงถึงร้อยละ 23.1 และยังพบว่าผู้ที่เป็น โรคจิตเภทในกลุ่มที่กระทำความผิดไม่ได้รับการรักษาต่อเนื่องถึงร้อยละ 66.8

วันทนา ถมคำพาณิชย์ และดวงตา ไกรภัสสรพงษ์ (2552) ศึกษาผู้ต้องหาหรือจำเลยในคดีอาญาที่ได้รับการส่งมาประเมินสภาพจิตที่สถาบันกัลยาธราชนครินทร์ พบว่าส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิต และพบว่ามีปัญหาการใช้สารเสพติดร่วมด้วยถึงร้อยละ 63.5 ความผิดปกติทางจิตที่นำไปสู่การก่อคดีส่วนใหญ่เกิดจากความคิดหลงผิด ประสาทหลอน ถึงร้อยละ 70.1

โดยสรุปแล้ว ความผิดปกติทางจิตมีแนวโน้มที่จะทำให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงและการกระทำผิดกฎหมายได้

อย่างไรก็ตาม หากมองในเชิงข้อมูลและสถิติจะพบว่าอาชญากรรมที่เกิดขึ้นจากผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตถือว่ามีสัดส่วนน้อยมากเมื่อเทียบกับอาชญากรรมที่เกิดขึ้นทั้งหมด หรืออาจกล่าวได้ว่าอาชญากรรมส่วนใหญ่เกิดขึ้นโดยผู้ที่ไม่ได้มีความผิดปกติทางจิต เช่น การศึกษาของ Link และคณะ (1992) พบว่า คดีฆาตกรรมเกิดขึ้นจากบุคคลทั่วไปมากกว่าผู้ที่มีความผิดปกติทางจิต และการศึกษาของ Swanson (1993) รายงานว่า ผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตก่อให้เกิดปัญหาที่เกี่ยวข้องกับรุนแรงในสังคมเพียงร้อยละ 3 เท่านั้น ซึ่งยังต่ำกว่าปัญหาความรุนแรงที่เกิดจากการใช้สุรา

Herschel Prins มีความเห็นว่า การนำความผิดปกติทางจิตไปเชื่อมโยงกับการก่ออาชญากรรม เป็นการนำเรื่องที่มีความซับซ้อนอย่างยิ่งสองเรื่องมาเชื่อมโยงกัน จึงไม่สามารถ

หาความเชื่อมโยงที่ชัดเจนแน่นอนได้ นอกจากนี้ยังไม่เห็นด้วยกับการนำความผิดปกติทางจิตไปเชื่อมโยงกับความรุนแรง<sup>57</sup>

### 2.5.3 ลักษณะการกระทำความคิดทางอาญาของผู้ที่มีความผิดปกติทางจิต

การศึกษาส่วนใหญ่ชี้ว่า การกระทำความคิดทางอาญาของผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตส่วนใหญ่ที่พบ เป็นความคิดต่อชีวิตและร่างกาย และความคิดเกี่ยวกับทรัพย์สินในประเทศไทยพบว่า จากสถิติของสถาบันกัลยาธราชนครินทร์ตั้งแต่ พ.ศ. 2530 เป็นต้นมา พบว่า ผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตที่ได้รับการส่งมาตรวจสภาพจิตตามประมวลกฎหมายอาญามาตรา 14 ส่วนใหญ่เป็นคดีความคิดต่อชีวิตและร่างกาย และคดีเกี่ยวกับทรัพย์สิน

ราณี ฉายิฑู และนางลักษณ์ สาตรา (2543) ศึกษาผู้ที่ได้รับการส่งต่อมาตรวจสภาพจิตที่โรงพยาบาลนิติจิตเวช จำนวน 323 ราย พบว่า ความผิดส่วนใหญ่ คือ ร้อยละ 40.3 เป็นคดีความคิดเกี่ยวกับทรัพย์สิน รองลงมาคือความคิดต่อชีวิตและร่างกาย ร้อยละ 27.3 และบุกรุก ร้อยละ 10.8

วันทดา ถมคำพาณิชย์ และดวงตา ไกรภัสสรพงษ์ (2552) ศึกษาผู้ต้องหาหรือจำเลยในคดีอาญาที่ได้รับการส่งมาประเมินสภาพจิตที่สถาบันกัลยาธราชนครินทร์ พบว่า ส่วนใหญ่ถูกกล่าวหาหรือถูกฟ้องในคดีฆ่า ร้อยละ 30.9 รองลงมาคือความคิดเกี่ยวกับทรัพย์สิน ร้อยละ 23.9 คดีทำร้ายร่างกาย ร้อยละ 12.6 และคดีพยายามฆ่า ร้อยละ 10.6

โดยสรุปแล้ว การกระทำความคิดของผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตส่วนใหญ่ เป็นความคิดต่อชีวิตและร่างกาย และความคิดเกี่ยวกับทรัพย์สินเป็นหลัก

### 2.5.4 ความเสี่ยงในการกระทำผิดซ้ำของผู้ที่มีความผิดปกติทางจิต

มีหลายการศึกษาที่ชี้ให้เห็นว่า ผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตมีความเสี่ยงที่จะกระทำผิดซ้ำ โดยพบว่า การกระทำผิดซ้ำในผู้ที่มีความผิดปกติทางจิต มีความสัมพันธ์กับการขาดการรักษา โดยเฉพาะการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการขาดผู้ดูแลและการสนับสนุนจากครอบครัว

Tiihonen (1996) พบว่าผู้ที่เป็น โรคจิตเภท (schizophrenia) ที่ก่อคดีฆาตกรรม มีโอกาสก่อคดีซ้ำหลังจากได้รับการปล่อยตัวถึงร้อยละ 50

การศึกษาของ Tennent (1984) ในประเทศอังกฤษ พบว่า ผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตมีการกระทำผิดซ้ำหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยเป็นการกระทำผิดซ้ำในคดีที่รุนแรง ร้อยละ 20.9 และในคดีที่ไม่รุนแรง ร้อยละ 34.2 และสัมพันธ์กับการปล่อยตัวโดยไม่ได้รับ

<sup>57</sup> Herschel Prins. Mental disorder and violent crime: A problematic relationship. The Journal of Community and Criminal Justice. 2005 NAPO Vol 52(4): 333-357.

โปรแกรมการบำบัดแบบผสมผสานในชุมชน รวมถึงการขาดการรักษาอย่างต่อเนื่องและการขาดผู้ดูแลผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตในครอบครัว

การศึกษาของ Spodak และคณะ (1984) ในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า ผู้กระทำความผิดที่ได้รับการตัดสินว่าไม่มีความผิดเนื่องจากมีความผิดปกติทางจิต ร้อยละ 30 มีการกระทำผิดซ้ำภายในระยะเวลา 15 ปี โดยส่วนใหญ่ไม่มีผู้ดูแลและขาดการรักษาอย่างต่อเนื่อง

Martel และคณะ (1995) พบว่า ผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตที่กระทำความผิด ร้อยละ 43 เป็นผู้ไร้บ้านและไม่มีผู้ดูแล กลุ่มผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตที่ได้รับการดูแลเอาใจใส่จากครอบครัวมีการกระทำผิดซ้ำร้อยละ 14.29 ซึ่งต่ำกว่ากลุ่มผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตที่ปราศจากการสนับสนุนทางครอบครัวที่ดีที่พบถึงร้อยละ 31.34

การศึกษาของ Silver และคณะ (1989) พบว่า ผู้กระทำความผิดที่ได้รับการตัดสินว่าไม่มีความผิดเนื่องจากมีความผิดปกติทางจิตกระทำผิดซ้ำ ร้อยละ 54.3 มีการกระทำผิดซ้ำภายในระยะเวลา 5 ปี นอกจากนี้ พบว่าการกระทำผิดซ้ำร้อยละ 66 เกิดขึ้นภายใน 1 ปี หลังจากได้รับการปล่อยตัว

การศึกษาของ Russo (1994) พบว่าร้อยละ 21.98 ของผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตมีการกระทำผิดซ้ำภายใน 1 ปี หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

นอกจากนี้ ยังพบว่ามีความสัมพันธ์ระหว่างการกระทำผิดซ้ำกับระยะเวลาที่รักษาในโรงพยาบาล การศึกษาของ Green (1998) พบว่า ผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตที่มีการกระทำผิดซ้ำในคดีรุนแรง ใช้เวลารักษาในโรงพยาบาลมากกว่าในคดีไม่รุนแรง และการศึกษาของ Greenberg และคณะ (1993) พบว่าผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตที่มีการกระทำผิดซ้ำจะใช้เวลารักษาในโรงพยาบาลสูงกว่าผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตที่ไม่ได้กระทำผิดซ้ำ

สำหรับการศึกษาในประเทศไทย จินดา โสมนัส และคณะ (2534) พบว่าผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตมีการกระทำผิดซ้ำภายใน 1 ปี หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลสูงถึงร้อยละ 39.5 ซึ่งส่วนใหญ่เป็นคดีความผิดต่อชีวิตและร่างกาย โดยสาเหตุของกระทำความผิดซ้ำ คือ การขาดการรักษาอย่างต่อเนื่อง ร้อยละ 28.7 และการถูกข่มขู่ทางอารมณ์ ร้อยละ 23.3

ราณี ฉายินทุ และนางลลิตกษณ์ สาตรา (2543) พบว่าอัตราการกระทำผิดซ้ำของผู้ที่มีความผิดปกติที่เป็นกลุ่มตัวอย่างอยู่ที่ร้อยละ 33.1 โดยมีระยะเวลาในการกระทำผิดครั้งที่สองห่างจากครั้งแรกเฉลี่ย 2.5 เดือน และพบว่าการกระทำผิดซ้ำเกิดขึ้นมากที่สุดในช่วงเวลาน้อยกว่าหรือเท่ากับ 6 เดือนหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยพบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องการกระทำผิด ได้แก่ การขาดการรักษาอย่างต่อเนื่องถึงร้อยละ 95.7 และส่วนใหญ่ขาดการรักษา 1-3 เดือนก่อนที่จะ

กระทำผิด นอกจากนี้ยังพบว่า การกระทำผิดสัมพันธ์กับการได้รับการกระตุ้นทางอารมณ์และการใช้สารเสพติด

โดยสรุปจะเห็นว่า ผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตมีความเสี่ยงที่จะกระทำผิดซ้ำสูงกว่าบุคคลทั่วไป ซึ่งเกิดจากหลายปัจจัย โดยเฉพาะการขาดการบำบัดรักษาและการดูแลอย่างเหมาะสม รวมทั้งการใช้สารเสพติด

### 2.5.5 แนวคิดเรื่องสาเหตุของการกระทำผิดทางอาญาของผู้ที่มีความผิดปกติทางจิต

สาเหตุของการกระทำผิดทางอาญาของผู้ที่มีความผิดปกติทางจิต อาจสามารถแบ่งออกตามแนวคิดหลักๆ 3 แนวคิด ดังต่อไปนี้

#### 1) แนวคิดทางชีวภาพ

การศึกษาของ Enrico Ferri และ Rafeale Garofalo เชื่อว่าพันธุกรรมมีผลต่อพฤติกรรมการก่ออาชญากรรม โดยพบว่าคู่ฝาแฝดที่เกิดจากไข่ใบเดียวกันจำนวน 70 คู่ จาก 140 คู่ มีการก่ออาชญากรรมเหมือนกัน<sup>58</sup> ในขณะที่ปัจจุบันพบว่าพันธุกรรมมีผลต่อการเกิดความคิดผิดปกติทางจิตที่มีผลต่ออารมณ์และพฤติกรรมเช่นเดียวกัน<sup>59</sup> จึงเป็นไปได้ว่าพันธุกรรมอาจมีส่วนในการกระทำผิดทางอาญาของผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตด้วย

#### 2) แนวคิดทางจิตวิทยา

แนวคิดทางจิตวิทยาอธิบายว่า การกระทำผิดทางอาญาเป็นผลมาจากสภาพจิตที่ไม่ปกติซึ่งเป็นผลจากประสบการณ์ส่วนบุคคลและสภาพแวดล้อม ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ของ Sigmund Freud อธิบายว่าความสัมพันธ์ระหว่างเด็กกับพ่อแม่และประสบการณ์ในครอบครัวมีผลต่ออารมณ์และบุคลิกภาพในอนาคต ส่วนการศึกษา John Bowlby พบว่าเด็กที่ขาดความรักความอบอุ่นมีผลต่อความสมบูรณ์ด้านอารมณ์และจิตใจ ซึ่งมีผลต่อการกระทำที่เป็นปฏิปักษ์ต่อสังคมและการกระทำผิดกฎหมาย

<sup>58</sup> Brown, S. E., Esbensen, F.-A., & Geis, G. Criminology: Explaining crime and its context. Cincinnati, Ohio: Anderson Pub. 1991. P.211.

<sup>59</sup> Benjamin S, Virginia S. Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. (10th ed.). Baltimore: Williams & Wilkins Co. 2017. p. 2683.

### 3) แนวคิดทางสังคม

Enrico Ferri อธิบายว่า มีปัจจัยทางสังคมทางสังคมหลายประการที่เป็นสาเหตุของการก่ออาชญากรรม<sup>60</sup> เช่น ความขัดแย้งทางวัฒนธรรม การเรียนรู้หรือลอกเลียนแบบจากบุคคลใกล้ชิด รวมถึงการอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ไม่ดีและปัจจัยทางเศรษฐกิจ เช่น ปัญหาการว่างงานและหนี้สิน ซึ่งเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยในผู้ที่มีความผิดปกติทางจิต

นอกจากนี้ พบว่ายังมีปัจจัยกระตุ้นหรือสนับสนุนให้ผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตกระทำความผิด ดังต่อไปนี้

#### 1) ปัจจัยด้านอาการของความผิดปกติทางจิต

อาการของความผิดปกติทางจิตบางอย่างมีผลต่อการกระทำความผิด เช่น ในผู้ที่เป็นโรคจิตเภท (schizophrenia) อาจมีความคิดที่ผิดปกติอย่างมากหรือไม่สมเหตุสมผล จนเป็นเหตุให้กระทำการต่างๆ ที่เป็นความผิดตามกฎหมาย ผู้มีอาการหลงผิดชนิดหวาดระแวง อาจทำร้ายผู้อื่นเนื่องจากคิดว่าผู้อื่นจะทำร้าย หรือผู้ที่มีอาการประสาทหลอนอาจกระทำตามเสียงหูแว่วที่ตั้งให้ทำสิ่งต่างๆ เช่น ตั้งให้ทำร้ายผู้อื่นหรือหยิบสิ่งของของผู้อื่นไป เป็นต้น ส่วนผู้ที่มีความผิดปกติทางด้านอารมณ์ เช่น โรคอารมณ์แปรปรวน (affective disorder) ที่มีอาการฟุ้งพล่าน (mania) อาจมีอาการหงุดหงิดก้าวร้าว จนทำร้ายผู้อื่น หรือขาดความยับยั้งชั่งใจจนทำความผิดตามกฎหมายต่างๆ เช่น ล้วงละเมิดทางเพศ ขับรถเร็วเกินกว่าที่กฎหมายกำหนด ขณะที่โรคอารมณ์แปรปรวน (affective disorder) ที่มีอาการซึมเศร้า (depress) อาจฆ่าบุคคลใกล้ชิดที่รัก เช่น ภรรยาและบุตรก่อนจะฆ่าตัวตาย เนื่องจากรู้สึกว่าจะไม่ต้องการให้แยกจากกันหรือต้องการให้หลุดพ้นจากความทุกข์ไปด้วยกัน นอกจากนี้ ผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตที่เกิดจากความผิดปกติของสมอง ทั้งที่เป็นผลจากความผิดปกติแต่กำเนิด เช่น ความผิดปกติทางพันธุกรรม และความบกพร่องทางสติปัญญา และเป็นผลจากความผิดปกติที่เกิดขึ้นภายหลัง เช่น อุบัติเหตุ โรคและความผิดปกติทางระบบประสาทจากสาเหตุต่างๆ เช่น โรคติดเชื้อ รวมถึงผลจากยาเสพติด ก็อาจเกิดอาการผิดปกติทางจิตต่างๆ เช่น หลงผิดประสาทหลอน อารมณ์แปรปรวน หรือขาดความยับยั้งชั่งใจ จนเป็นเหตุให้กระทำความผิดทางกฎหมายได้

#### 2) ปัจจัยด้านตัวผู้ที่มีความผิดปกติทางจิต

ผู้ที่มีความผิดปกติบางส่วนไม่ทราบและไม่ยอมรับว่าตนเองมีความผิดปกติและจำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษาอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้ที่มีความผิดปกติส่วนหนึ่งไม่

<sup>60</sup> Gaspare Nicotri. (1929). Enrico Ferri and Criminal Sociology. Journal of Criminal Law and Criminology. 20(2): 179-181.

ยอมรับการรักษาหรือรักษาไม่ต่อเนื่อง เป็นผลให้อาการกำเริบหรือกลับเป็นซ้ำ จนเป็นผลให้เกิดการกระทำผิดและการกระทำผิดซ้ำได้

### 3) ปัจจัยด้านครอบครัว

มีการศึกษาที่ชี้ว่าปัจจัยที่เกิดจากครอบครัวมีส่วนทำให้เกิดการกระทำผิดของผู้ที่มีความผิดปกติทางจิต ดังต่อไปนี้

นงลักษณ์ สาตรา (2539) พบว่า สาเหตุที่ผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตทำร้ายบุคคลในครอบครัวถึงร้อยละ 43.0 เกิดจากการกระตุ้นทางอารมณ์จากบุคคลในครอบครัว โดยการดูค่าประชดประชัน ตำหนิ หรือข่มขู่

สุพรรณิ แสงรักษา (2546) ศึกษาผู้ถูกกล่าวหาคดีฆ่าผู้อื่นที่ถูกส่งมาตรวจวินิจฉัยทางนิติจิตเวช พบว่า ส่วนใหญ่ได้รับการเลี้ยงดูแบบปล่อยปละละเลย ถูกลงโทษอย่างรุนแรงในวัยเด็ก มีความสัมพันธ์ในครอบครัวที่แตกแยก จากการละทิ้งหน้าที่ หย่าร้าง และแยกทางกันของบิดามารดา ขาดแรงสนับสนุนจากครอบครัว และส่วนใหญ่มีประวัติการเจ็บป่วยทางจิตในครอบครัว

### 4) ปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม

Thomas J. Scheff มีความเห็นว่า เมื่อใดที่มีการแปลความหมายของพฤติกรรมว่าเป็นสัญลักษณ์ของความผิดปกติทางจิต จะเกิดกระบวนการตีตราว่าบุคคลที่มีพฤติกรรมดังกล่าวว่าเป็นผู้ที่มีความผิดปกติทางจิต<sup>61</sup> ซึ่งตราบาป (stigma) ที่เกิดขึ้นนี้จะติดตัวบุคคลนั้นตลอดไป และยากจะลืมเลือนไปได้ ตราบาปที่เกิดขึ้นแล้วนี้จะมีผลกระทบต่อบุคคลนั้นอย่างมาก โดยที่สังคมรวมถึงสมาชิกในครอบครัวมักมีทัศนคติในทางลบต่อผู้ที่มีความผิดปกติทางจิต ทำให้ไม่ได้รับการยอมรับและถูกขัดขวางการมีส่วนร่วมในสังคม ซึ่งจะมีผลต่อชีวิตความเป็นอยู่ของผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตเป็นอย่างมาก<sup>62</sup> แม้ในกรณีที่หายหรือทุเลาจากความผิดปกติทางจิตแล้วก็ตาม และอาจส่งผลให้ความผิดปกติทางจิตกำเริบหรือกลับเป็นซ้ำ และนำไปสู่การกระทำผิดต่าง ๆ ได้

<sup>61</sup> Scheff, Thomas. (2014). Toward a concept of stigma. The International journal of social psychiatry. International Journal of Social Psychiatry 60(7):724-5. p. 725.

<sup>62</sup> Wulf Rössler . (2016). The stigma of mental disorders: A millennia-long history of social exclusion and prejudices. EMBO reports, 17(9), 1250-3. p. 1251.

### 3. ความผิดปกติทางจิตกับกฎหมายอาญาและกระบวนการยุติธรรมทางอาญา

#### 3.1 แนวคิดเกี่ยวกับความรับผิดชอบทางอาญาของผู้ที่มีความผิดปกติทางจิต

พบว่าในทางกฎหมายปรากฏแนวคิดเกี่ยวกับความผิดปกติทางจิตขึ้นตั้งแต่ในสมัยโบราณ เช่น ในคัมภีร์พระธรรมศาสตร์ของอินเดีย พบว่ามีการห้ามไม่ให้คนวิกลจริตมาเป็นพยานในศาล<sup>63</sup> ในยุคโรมัน สังคมในยุคนั้นเห็นว่าการที่มีความผิดปกติทางจิตถือว่าเป็นการได้รับการลงโทษจากธรรมชาติ ซึ่งทำให้ผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตเกิดความทุกข์ทรมานอยู่แล้ว ตามหลักกฎหมายโรมันแล้ว ถือว่าผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตขาดความสามารถในการควบคุมตนเอง (non-compos mentis) จึงไม่ควรต้องรับผิดจากการกระทำของตน ซึ่งเป็นรากฐานของหลัก mens rea หรือ “guilty mind” ซึ่งมองถึงสภาวะจิตใจที่เป็นองค์ประกอบภายใน<sup>64</sup> ในหลักกฎหมายโรมันจึงปรากฏแนวคิดในการลดโทษให้แก่ผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตที่กระทำผิดกฎหมาย<sup>65</sup>

ราว ค.ศ. 1313 ในอังกฤษเริ่มปรากฏหลักการพิสูจน์ความผิดปกติทางจิตทางกฎหมายที่เรียกว่า good and evil test ซึ่งมีรากฐานมาจากแนวคิดทางศาสนา หลักนี้ถือว่าผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตเหมือนกับเด็กซึ่งไม่สามารถแยกแยะความดีงามหรือความชั่วร้ายได้<sup>66</sup> ดังนั้น ผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตจะต้องรับผิดชอบเมื่อสามารถพิสูจน์ได้ว่าผู้นั้นสามารถแยกแยะความดีความชั่วได้แล้วในขณะที่กระทำผิดนั้น หลักนี้ใช้ตั้งแต่ราวคริสต์ศตวรรษที่ 14 ถึง 16 ก่อนที่จะถูกแทนที่ด้วยหลัก wild best test ราว ค.ศ. 1724 ในคดี Rex v. Arnold. ผู้พิพากษา Tracy ได้ให้คำแนะนำคณะลูกขุนว่า หากผู้นั้นสูญเสียทั้งความเข้าใจและความจำ และไม่รู้ถึงการกระทำของตนเอง ย่อมไม่ต่างอะไรกับสัตว์ จึงไม่ควรถูกลงโทษ (“a man totally deprived of his understanding and memory, and doth not know what he is doing, no more than a brute, or a wild beast, such a one is never the object of punishment.”) ต่อมาหลักนี้ได้รับการเพิ่มเติมขึ้นในคดี Regina v. Oxford โดยลอร์ด

<sup>63</sup> วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์. ประวัติวิชันติเวชศาสตร์. ใน เอกสารประกอบการสอนรายวิชานิติเวชศาสตร์, กรุงเทพมหานคร: ภาควิชากฎหมายวิธีสบัญญัติ คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง, 2544, หน้า 16.

<sup>64</sup> Borum, R., & Fulero, S. (1999). Empirical Research on the Insanity Defense and attempted reforms: Evidence toward Informed Policy. *Law and Human Behavior*, 23(3), 375-394. P. 385.

<sup>65</sup> รณชัย คงสกนธ์. ตำรานิติจิตเวชศาสตร์. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: หจก.บางกอกบลิ๊ก, 2551, หน้า 2.

<sup>66</sup> Anthony Platt, Bernard L. Diamond. The Origins of the Right and Wrong Test of Criminal Responsibility and Its Subsequent Development in the United States: An Historical Survey. *California Law Review* 54(3):1227-1260. P. 1258.

Denman ให้คำแนะนำคณะลูกขุนว่า ควรพิพากษาให้จำเลยไม่มีความผิดเนื่องจากวิกลจริต หากผู้นั้นได้รับความทุกข์ทรมานจาก "พยาธิสภาพทางจิต" (disease mind) และไม่ทราบถึงธรรมชาติ ลักษณะ และผลของการกระทำที่เขากระทำลงไป

ใน ค.ศ. 1532 อาณาจักรรัฐเยอรมัน ได้ออกกฎหมายที่เรียกว่า Constitutio Criminalis Carolina ซึ่งมีเนื้อหาส่วนหนึ่งบัญญัติถึงการตรวจผู้กระทำผิดที่มีความผิดปกติทางจิตด้วย

ใน ค.ศ. 1736 Mathew Hael ได้เสนอกฎหมายเกี่ยวกับการลงโทษผู้กระทำผิดที่มีเนื้อหาส่วนหนึ่งว่า ผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตไม่ควรได้รับการลงโทษ เนื่องจากพวกเขาไม่รู้ถึงสภาพธรรมชาติแห่งการกระทำของพวกเขาเอง ซึ่งทำให้เกิดแนวคิดทางกฎหมายว่า หากผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตกระทำผิดกฎหมายแล้ว ควรจะลงโทษผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตนั้นหรือไม่ อย่างไร<sup>67</sup>

ใน ค.ศ. 1800 ที่ประเทศอังกฤษ ในคดี Hadfield ซึ่งจำเลยมีความผิดปกติทางจิต โดยมีอาการหลงผิดเนื่องจากได้รับบาดเจ็บทางสมอง โดยจำเลยเชื่อว่าพระเจ้าได้กำหนดให้ตัวจำเลยเองต้องสละชีวิตเพื่อช่วยเหลือเพื่อนมนุษย์ให้พ้นภัยจากวันสิ้นสุดของโลก แต่จำเลยไม่ต้องการฆ่าตัวตาย จึงหาอุบายต่างๆ เพื่อให้ตัวจำเลยเองได้รับโทษประหารชีวิต จนกระทั่งไปลอบปลงพระชนม์กษัตริย์แต่ไม่ประสบความสำเร็จและถูกนำตัวมาดำเนินคดี ในคดีนี้ ผู้พิพากษาได้ให้คำแนะนำ (direction) แก่คณะลูกขุนในการพิจารณาคดีว่า ถ้าการกระทำของจำเลยไม่ได้เป็นไปโดยการชักนำของเหตุผล (guidance of reasons) แล้ว จะเอาผิดแก่จำเลยมิได้ ในที่สุด ในคดีนี้คณะลูกขุนได้ชี้ว่าจำเลยไม่มีความผิด<sup>68</sup>

ต่อมาใน ค.ศ. 1843 ในคดี Daniel McNaughton จำเลยคือ Daniel Mcnaghten ซึ่งมีความผิดปกติทางจิต โดยมีอาการหลงผิดว่ามีคนมาจะทำร้ายหรือฆ่าอยู่ตลอดเวลา รวมทั้งเชื่อว่ามีคนคอยติดตามและพูดจาให้ร้ายและขัดขวางไม่ได้จำเลยได้รับงาน จนเป็นเหตุให้จำเลยตัดสินใจลอบยิงนายกรัฐมนตรีนองอังกฤษในขณะนั้น คือ Sir Rpbert Peel เพราะเชื่อว่าเป็นผู้สั่งการ แต่ยิงผิดตัวเป็นเหตุให้ Edward Drummond ซึ่งเป็นเลขานุการนายกรัฐมนตรียเสียชีวิต ในคดีนี้ ผู้พิพากษาได้ตั้งปัญหาให้คณะลูกขุนพิจารณาวินิจฉัยว่า จำเลยเข้าใจและรู้ว่าการกระทำนั้นเป็นความชั่วร้ายหรือไม่ หากจำเลยไม่รู้ลักษณะการกระทำว่าการกระทำนั้นเป็นการละเมิดต่อกฎของพระเจ้าหรือกฎหมายของมนุษย์แล้ว จำเลยก็ไม่ต้องรับโทษ

<sup>67</sup> นวลจันทร์ ทศนชัยกุล. อาชญาวิทยาคลินิก. กรุงเทพมหานคร: โอเดียนสโตร์, 2530, หน้า 4.

<sup>68</sup> สติ๊ด เล็งไธสง. แง่คิดในคดีออกเกอร์เกี่ยวกับปัญหาวิกลจริต. วารสารนิติศาสตร์, 2(4), 96-115.



ในการพิจารณาคดีนี้ คณะลูกขุนได้ใช้หนังสือชื่อ *Treatise on the Medical Jurisprudence of Insanity* โดย Isaac Ray ซึ่งตีพิมพ์ขึ้นใน ค.ศ. 1838 มาใช้เป็นแนวทางในการพิจารณาคดีด้วย<sup>69</sup> ซึ่งในหนังสือดังกล่าวได้มีการนำความรู้ทางการแพทย์ กฎหมาย และทางจิตเวชศาสตร์มาประยุกต์ใช้ร่วมกัน และมีการตีพิมพ์แพร่หลายจนเป็นที่ยอมรับของประชาชนทั่วไป ในที่สุด คณะลูกขุนวินิจฉัยว่าเป็นที่แน่ชัดว่าในขณะที่กระทำผิดนั้น การกระทำนั้นเกิดจากความบกพร่องของเหตุผลอันเกิดจากพยาธิสภาพทางจิต (disease of mind) โดยที่ผู้กระทำไม่ทราบถึงสภาพและสาระของการกระทำนั้น หรือหากทราบ ก็ไม่ทราบว่ากระทำของตนนั้นเป็นความผิด

จากคดีดังกล่าว ศาลสูงสุด (House of Lords) ได้วินิจฉัยหลักกฎหมายไว้ ดังนี้

1. การที่จะพิพากษายกฟ้องจำเลยเพราะเหตุวิกลจริต (insane) นั้น ฝ่ายจำเลยจะต้องแสดงให้เห็นได้ว่า ในขณะที่กระทำผิด จำเลยไม่อาจใช้เหตุผลตัดสินได้ว่าการกระทำของตนนั้นมีสภาพอย่างไร คือไม่รู้ว่ากำลังทำอะไร หรือแม้จะรู้ว่าได้ทำอะไรลงไป ก็ไม่อาจตัดสินด้วยตนเองได้ว่าการกระทำนั้นเป็นความผิด ดังนั้น จำเลยต้องพิสูจน์ว่าในขณะที่กระทำนั้นตนไม่รู้ว่ากำลังทำอะไร หรือรู้ว่าทำอะไรแต่ไม่รู้ว่าการกระทำนั้นผิดกฎหมาย

2. เมื่อจำเลยได้กระทำผิดในขณะที่มีอาการหลงผิด (Delusion) ให้หาหลักฐานที่แสดงว่า จำเลยมีอาการดังกล่าวจริงหรือไม่ เพื่อวินิจฉัยว่า จำเลยควรจะต้องรับผิดชอบในผลของการกระทำของตนหรือไม่ ซึ่งเป็นไปตามหลักการพิจารณาพยานหลักฐานตามกฎหมาย

จากคดี Daniel Mcnaghten จึงเกิดหลักกฎหมายที่เรียกว่า “M’Naghten Rule” คือ “บุคคลมิต้องรับผิดชอบทางอาญา หากกระทำความผิดไปเนื่องจากโรคจิตหรือจิตบกพร่อง ซึ่งทำให้เขาไม่รู้สภาพและสาระสำคัญของการกระทำหรือถ้ารู้สภาพและสาระสำคัญของการกระทำก็ไม่รู้ว่าการกระทำของตนนั้นเป็นสิ่งที่ผิด”<sup>70</sup> (..A person is not responsible for an otherwise criminal act if, by virtue of mental disease or defect, he or she did not know the nature and quality of the alleged act or did not know that the act was wrong.)

อย่างไรก็ตาม หลักกฎหมายที่เกิดจากคดี Hadfield และ “M’Naghten Rule” นั้นยังมีข้อบกพร่องอยู่บ้าง ในเรื่องที่ยังไม่ครอบคลุมถึงต่อกรณีที่จำเลยไม่สามารถที่จะบังคับตนเองได้

ต่อมา ในคดี *Parsons V. State* ที่เกิดขึ้นเมื่อ ค.ศ. 1877 ทำให้เกิดหลักกฎหมายในกรณีที่จำเลยไม่สามารถที่จะบังคับตนเองได้ หรือที่เรียกว่า หลัก “Irresistible Impulse” ซึ่งถือว่าการ

<sup>69</sup> นวลจันทร์ ทศนชัยกุล. รายงานวิจัยเรื่องผู้ป่วยจิตเวชกับการกระทำผิดกฎหมาย. กรุงเทพมหานคร: คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, 2530, หน้า 17.

<sup>70</sup> รณชัย คงสกนธ์. ตำรานิติจิตเวชศาสตร์. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: หจก.บางกอกบลิ๊อค, 2551, หน้า 27.

กระทำนั้นจะไม่ใช่ความผิด หากจำเลยไม่สามารถบังคับควบคุมการกระทำของตนได้เนื่องจากมีความผิดปกติทางจิต ซึ่งหลักนี้ได้นำมาใช้คู่กับหลัก M'Naghten Rule

โดยตามหลัก M'Naghten Rule และ หลัก Irresistible Impulse แล้ว การพิจารณาความรับผิดของผู้ที่มีความผิดปกติทางจิต จะต้องพิจารณาจากข้อเท็จจริง 3 ประการ ดังนี้

1. ขณะที่จำเลยกระทำผิด จำเลยมีความผิดปกติทางจิต (disease of the mind) หรือไม่
2. หากจำเลยมีความผิดปกติทางจิต จำเลยสามารถรู้ผิดชอบหรือไม่ หากจำเลยไม่สามารถรู้ผิดชอบแล้ว จำเลยย่อมไม่มีความผิด
3. หากจำเลยสามารถรู้ผิดชอบขณะกระทำผิด ศาลอาจวินิจฉัยว่าการกระทำนั้นไม่มีความผิดตามกฎหมายได้ หากจำเลยไม่สามารถเลือกทำสิ่งที่ถูกหรือผิด (Lost the power to choose between the right and wrong) เนื่องจากประสาทสมองของจำเลยถูกทำลาย สั่งการไม่ได้ หรือสมองขาดประสิทธิภาพในการสั่งการ และการกระทำผิดนั้นเกิดขึ้นในขณะที่หรือต่อเนื่องกับความบกพร่องของสมองนั้น

ต่อมาใน ค.ศ. 1954 ในคดี *Durham v. United States* ได้มีความพยายามในการพัฒนาหลักกฎหมายให้มีความเหมาะสมและเป็นธรรมกับผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตมากยิ่งขึ้น หลักกฎหมายนี้เรียกว่า “Durham Rule” “Product test” หรือ “product defect rule” ซึ่งมีหลักในการวินิจฉัยว่าจำเลยไม่มีความผิดเนื่องจากมีความผิดปกติทางจิต (not guilty by reason of insanity) หากการกระทำความผิดทางอาญา (criminal act) ของจำเลยเป็นผลสืบเนื่อง (product) จากความผิดปกติทางจิต จะเห็นได้ว่าตามหลักนี้ทำให้สามารถกำหนดลักษณะของความผิดปกติทางจิตได้อย่างกว้างขวาง และให้อิสระแก่คณะลูกขุนในการในการวินิจฉัยเกี่ยวกับความรับผิดของผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตตามสภาพการณ์ในแต่ละคดี อย่างไรก็ตาม เนื่องจากหลักนี้ทำให้การตัดสินว่าผู้กระทำความผิดมีความผิดปกติทางจิตหรือไม่ขึ้นอยู่กับคำให้การของผู้เชี่ยวชาญทางจิตเวชอย่างมาก นักกฎหมายส่วนใหญ่จึงไม่เห็นด้วย เพราะเป็นการให้อำนาจในการวินิจฉัยคดีแก่ผู้เชี่ยวชาญทางจิตเวชอย่างมาก จนอาจทำให้เกิดความไม่ยุติธรรมในทางคดีได้ นอกจากนี้ ในหลักกฎหมายดังกล่าวยังให้ความหมายความผิดปกติทางจิตและการพิจารณาว่าเป็นผลเนื่องมาจากความผิดปกติทางจิตที่ไม่ชัดเจน ทำให้เกิดความไม่แน่นอนขึ้นในการพิจารณาคดี<sup>71</sup> หลักนี้จึงไม่เป็นที่ยอมรับและถูกยกเลิกไปในที่สุด

<sup>71</sup> Taft, Ronald. "Criminal Responsibility and Insanity: The Significance of *Durham v. United States* for Australian Courts. *University of Western Australia Law Review*, 3(2):309-317. p. 316.

ต่อมาสถาบันกฎหมายแห่งอเมริกัน (The American law institute) ได้นำเอาหลัก M'Naghten Rule และหลัก Irresistible Impulse มาผสมผสานกัน และได้เสนอร่างกฎหมายอาญา เพื่อใช้พิจารณาคดีกับผู้ที่มีความผิดปกติทางจิต เรียกว่า “หลักข้อต่อสู้ว่าวิกลจริตของสถาบันกฎหมายอเมริกัน” (The American law institute Test, the A.L.I. test) และเริ่มนำหลักนี้มาใช้ในคดี United States v. Brawner ใน ค.ศ. 1972 ซึ่งสามารถสรุปได้ ดังนี้

1. จำเลยจะไม่ต้องรับผิดชอบในทางอาญาก็ต่อเมื่อในขณะที่กระทำความผิดนั้น จำเลยไม่สามารถรับรู้ได้ว่าการกระทำของจำเลยนั้นเป็นความผิดหรือไม่ และความสามารถรับรู้ นั้นเป็นผลเนื่องมาจากความผิดปกติทางจิตที่เกิดจากโรคทางจิต (mental disease) หรือความบกพร่องทางจิต (mental defect) ที่จำเลยมีอยู่ในขณะที่กระทำความผิดนั้น

2. ความหมายของความผิดปกติทางจิตตามหลักนี้ ไม่รวมถึงพวกที่มีพฤติกรรม การกระทำความผิดอาญาซ้ำๆ (Repeated criminal) หรือพวกต่อต้านสังคม (Psychopath or antisocial) อย่างไรก็ตาม มีข้อสังเกตว่า สถาบันกฎหมายอเมริกันก็ยังคงไม่ได้ให้นิยามของคำ ที่หมายถึงความผิดปกติทางจิตที่ใช้ในหลักกฎหมายนี้ คือ mental disease และ mental defect ที่แน่นอนชัดเจน

### 3.2 ความผิดปกติทางจิตกับความรู้ผิดชอบ

จากที่กล่าวมาแล้วจะเห็นได้ว่า แนวคิดเกี่ยวกับความรับผิดชอบของผู้กระทำความผิดทางอาญาที่มีความผิดปกติทางจิต จะเกี่ยวข้องกับ “ความรู้ผิดชอบ” เป็นสำคัญ โดยความหมายของความรู้ผิดชอบ จากบันทึกรายงานการร่างประมวลกฎหมายอาญาของคณะกรรมการร่างประมวลกฎหมายอาญา ครั้งที่ 665/300/2487 ลงวันที่ 12 ตุลาคม พ.ศ. 2487 อธิบายไว้ว่า รู้ผิดชอบหมายความว่าทำอย่างนั้นถูกต้องหรือไม่ คือสามารถรู้ได้ว่าอะไรเป็นความผิด อะไรเป็นความถูกต้อง ลักษณะความรู้ผิดชอบเช่นนี้ ถ้ามีอยู่ในขณะกระทำความผิดย่อมแสดงว่า ผู้นั้นมีเจตนาร้ายหรือมีเจตนาอาญา (Criminal intent) ตามหลักกฎหมายในระบบคอมมอนลอว์<sup>72</sup>

ศาสตราจารย์จิตติ ดิงศภัทย์ อธิบายเกี่ยวกับการไม่รู้ผิดชอบไว้ว่า คือการกระทำที่ผู้กระทำไม่รู้ว่าการกระทำนั้นผิดหรือชอบด้วยศีลธรรม แต่ถ้าสามารถรู้ได้ว่าเป็นการกระทำที่ไม่ควรกระทำก็ถือได้ว่ารู้ผิดชอบแล้ว ความรู้ผิดชอบจึงมิได้หมายความว่ารู้ว่าการกระทำนั้นถูกต้องหรือ

<sup>72</sup> วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์.). ประวัติวิภาษคดีเวชศาสตร์. ใน เอกสารประกอบการสอนรายวิชานิติเวชศาสตร์, กรุงเทพมหานคร: ภาควิชากฎหมายวิธีสบัญญัติ คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง, 2544, หน้า 204.

ผิดกฎหมาย แต่เป็นการรู้ผิดชอบตามศีลธรรมทำนองเดียวกับการกระทำของเด็กซึ่งยังขาดความรู้ผิดชอบ<sup>73</sup>

การศึกษาของ Green และคณะ ในอังกฤษและสกอตแลนด์ พบว่า ความเห็นของศาลในเรื่องความรู้ผิดชอบของผู้กระทำผิดเป็นไปในทางเดียวกันกับความเห็นของแพทย์มากขึ้น และศาลมีแนวโน้มที่จะนำผลการวินิจฉัยทางการแพทย์ไปประกอบการพิจารณาคดีมากขึ้น

การศึกษาของสุปรีชา วงศ์พุทธา และราณี ฉายินทุ (2537) พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ต้องหาหรือจำเลยที่ได้รับการส่งมาตรวจสภาพจิตที่สถาบันกัลยาราชนรินทร์ส่วนใหญ่คือ ร้อยละ 49.4 แพทย์มีความเห็นว่าป่วยเป็นโรคจิตและขณะกระทำผิดไม่สามารถรู้ผิดชอบได้ รองลงมาคือมีความเห็นว่าป่วยเป็นโรคจิตและสามารถรู้ผิดชอบได้บ้างในขณะกระทำผิด ร้อยละ 35.5

สุพรรณิ แสงรักษา และคณะ ศึกษาผู้ที่ได้รับการส่งต่อมาตรวจวินิจฉัยทางนิติจิตเวชที่สถาบันกัลยาราชนรินทร์ พบว่าร้อยละ 71 ของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นโรคจิตเภท และร้อยละ 82.8 ของกลุ่มที่เป็นโรคจิตอื่นๆ (other psychotic disorder) ได้รับการวินิจฉัยทางนิติจิตเวชว่าไม่รู้ผิดชอบในการกระทำผิด

การศึกษาของ Olie' JP และ Loo H. เกี่ยวกับกระบวนการทางนิติจิตเวชในประเทศฝรั่งเศส พบว่า ในการพิจารณาคดีที่เกี่ยวข้องกับผู้มีความผิดปกติทางจิต จิตแพทย์อาจถูกซักถามเพิ่มเติมในระหว่างการพิจารณาคดี เช่น แนวโน้มที่ผู้กระทำผิดจะก่ออันตรายหรือโอกาสที่จะก่อคดีซ้ำ ซึ่งพบว่าคำตอบของจิตแพทย์ในประเด็นต่างๆ เหล่านี้หลายครั้งไม่ได้เป็นไปตามหลักวิชาการทางวิทยาศาสตร์และการแพทย์ ในการศึกษานี้ได้เสนอว่า ประเด็นสำคัญในการพิจารณาคดีที่ไม่ใช่อยู่ที่ว่าผู้กระทำผิดที่มีความผิดปกติทางจิตมีความรู้ผิดชอบหรือไม่เพียงใด แต่อยู่ที่ว่าจะจัดการกับผู้กระทำผิดที่มีความผิดปกติทางจิตอย่างไร เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดอันตรายต่อสังคม จึงควรให้ความสำคัญกับการพิจารณาเกี่ยวกับวิธีการรักษาและการลงโทษ และจิตแพทย์ควรให้ข้อมูลที่ชัดเจนต่อศาลมากขึ้นทั้งในแง่การวินิจฉัยตามระบบการวินิจฉัยที่เป็นที่ยอมรับ การพยากรณ์โรคและการรักษา

### 3.3 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการลงโทษผู้ที่มีความผิดปกติทางจิต

การที่สังคมจะจัดการกับผู้ที่มีปัญหาหรือละเมิดกฎหมายอย่างไร ขึ้นอยู่กับความเชื่อของสังคมในแต่ละยุคสมัยเกี่ยวกับสาเหตุของการกระทำผิด หรือเหตุผลที่จะต้องจัดการหรือปฏิบัติ

<sup>73</sup> จิตติ ดิงศภัทย์, กฎหมายอาญาภาค 1 สำนักอบรมศึกษากฎหมายแห่งเนติบัณฑิตยสภา พิมพ์ครั้งที่ 8 พ.ศ. 2529, หน้า 812.

ต่อคนที่กระทำผิด ซึ่งจะเปลี่ยนแปลงไปตามยุคสมัยและสถานการณ์ของแต่ละยุค<sup>74</sup> ทำให้แนวคิดทางกฎหมายอาญาที่เกี่ยวกับการลงโทษผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตมีการพัฒนาเปลี่ยนแปลงมาตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน

แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการลงโทษผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตมีแนวคิดและพัฒนาการมาเป็นลำดับพอสรุปได้ดังนี้

### 3.3.1 แนวคิดและทฤษฎีของสำนักอาชญาวิทยาคลาสสิก (*The Classical School of Criminology*)

สำนักอาชญาวิทยาคลาสสิก (*The Classical School of Criminology*) เกิดขึ้นในยุโรปสมัยศตวรรษที่ 18 โดยมีผู้นำที่สำคัญ คือ Cesare Beccaria ซึ่งผู้คนในยุคนี้เริ่มปฏิเสธการครอบงำทางความคิดจากอำนาจรัฐและจากฝ่ายศาสนา และเชื่อในเรื่องหลักเหตุผลและการใช้สติปัญญาแสวงหาความรู้ใหม่ ทฤษฎีนี้เชื่อว่ามนุษย์ทุกคนมีเจตจำนงเสรี (*Free Will*) ในอันที่จะคิดและกระทำสิ่งใดด้วยตัวเอง เนื่องจากมนุษย์มีสติปัญญาและความสามารถในการใช้เหตุผลจึงสามารถที่จะคาดถึงผลลัพธ์ของการกระทำของตนเองได้ มนุษย์จึงมีความรู้ผิดชอบชั่วดี รู้ว่าสิ่งใดควรทำหรือไม่ควรทำ ดังนั้น เมื่อมนุษย์กระทำสิ่งใดลงไปโดยการตัดสินใจและการใช้เหตุผลของตนเองแล้ว ย่อมสมควรจะต้องรับผิดชอบในสิ่งที่กระทำลงไป ผู้ใดกระทำผิดจึงสมควรต้องได้รับการลงโทษ

Cesare Beccaria มีความเห็นว่า การป้องกันอาชญากรรมไม่ให้เกิดขึ้นมีความสำคัญและมีประโยชน์กว่าการลงโทษ และเชื่อว่าวิธีการป้องกันอาชญากรรมที่ได้ผลดีที่สุดคือ การปรับปรุงแก้ไขกฎหมายให้เหมาะสมยิ่งขึ้น โดยการกำหนดลักษณะความผิดไว้ให้ชัดเจนและกำหนดโทษสำหรับความผิดแต่ละอย่างให้มีความเหมาะสมกับความผิดนั้น และเป็นโทษที่หนักพอสมควรที่จะทำให้คนทั้งหลายหวาดหวั่นไม่กล้ากระทำผิด แนวคิดนี้นำมาสู่ “ทฤษฎีการลงโทษเพื่อการข่มขู่ยับยั้ง” (*Deterrence Theory*) ซึ่งมีหลัก 3 ประการคือ (1) การลงโทษต้องกระทำด้วยความรวดเร็ว (*Swiftness*) (2) การลงโทษต้องมีความแน่นอน (*Certainty*) และ (3) การลงโทษต้องมีความเคร่งครัด (*Severity*) และเป็นรากฐานของแนวคิดของทฤษฎีการป้องกันสังคมที่มุ่งป้องกันและยับยั้งอาชญากรรมในฐานะที่เป็นปรากฏการณ์ทางสังคมที่ต้องได้รับการควบคุมและ

<sup>74</sup> นัทธี จิตสว่าง. หลักทฤษฎีอาชญาวิทยา : หลักการวิเคราะห์ระบบงานราชทัณฑ์. (พิมพ์ครั้งที่ 3).

แก้ไข<sup>75</sup> การลงโทษจึงเป็นวิธีการที่จำเป็นต้องนำมาใช้เพื่อข่มขู่ยับยั้งอาชญากรรม เพื่อป้องกันการกระทำผิดซ้ำ

อย่างไรก็ตาม ในความเป็นจริง ความสามารถในการใช้เหตุผลและความรู้ผิดชอบของมนุษย์แต่ละคน ไม่ได้มีความเท่าเทียมกัน บุคคลบางจำพวก เช่น เด็ก หรือ ผู้ที่มีความผิดปกติทางจิต อาจมีความบกพร่องในด้านความคิดและสติปัญญาจนอาจถือได้ว่าเป็นบุคคลที่ไม่สามารถกำหนดเจตจำนงเสรี (Free Will) ได้เท่าเทียมกับบุคคลอื่น ด้วยแนวคิดการกำหนดโทษที่แน่นอน เกร็งครัด ใช้กับทุกคนเหมือนกัน ตามแนวคิดของสำนักอาชญาวิทยาคลาสสิก ทำให้ผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตซึ่งแม้จะมีความบกพร่องด้านความคิดหรือความรู้ผิดชอบก็ต้องได้รับโทษเหมือนกับบุคคลทั่วไปที่มีความคิดและรู้ผิดชอบเป็นปกติ นอกจากนี้ ผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตอาจไม่สามารถทราบถึงผลร้ายจากการกระทำของตน รวมถึงความร้ายแรงของโทษที่จะได้รับ จึงไม่สามารถใช้การลงโทษมาข่มขู่ยับยั้งผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตไม่ให้กระทำผิดได้ ซึ่งเป็นจุดบกพร่องที่สำคัญของแนวคิดสำนักอาชญาวิทยาคลาสสิกในการลงโทษผู้ที่มีความผิดปกติทางจิต

### 3.3.2 แนวคิดและทฤษฎีของสำนักอาชญาวิทยาที่ดั้งเดิม (*The Neo-Classical School of Criminology*)

สำนักอาชญาวิทยาที่ดั้งเดิมได้ปรับปรุงแนวทางอาชญาวิทยาของสำนักอาชญาวิทยาคลาสสิกให้เหมาะสมกับสภาพความเป็นจริงมากขึ้น โดยเฉพาะการยอมรับความแตกต่างในความสามารถในการใช้เหตุผลและความรู้ผิดชอบของมนุษย์แต่ละคน เมื่อพิจารณาตามแนวคิดของสำนักอาชญาวิทยาที่ดั้งเดิมแล้ว พบว่ามีแนวคิดในการลงโทษผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตดังนี้

1) ควรถือว่าผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตมีความสามารถในการกำหนดเจตจำนงเสรี (Free Will) ได้ไม่เท่าเทียมกับผู้อื่นเนื่องจากไม่สามารถรับรู้และคาดการณ์ถึงผลจากการกระทำของตนได้ จึงไม่ควรรับโทษตามกฎหมายเท่ากับคนปกติอื่นๆ ที่สามารถรับรู้และคาดการณ์ถึงผลจากการกระทำของตนได้

2) ยอมรับหลักการรับฟังพยานความเห็นและพยานผู้เชี่ยวชาญ (Expert witness) ในการพิจารณาคดีของผู้ที่มีความผิดปกติทางจิต เช่น รับฟังความเห็นของผู้เชี่ยวชาญทางจิตเวชว่า ในขณะที่จำเลยกระทำความผิดนั้นมีความสามารถจะรู้ผิดชอบอย่างเช่นคนปกติหรือไม่

<sup>75</sup> ฌูว์ว็องน์ สุกทโยชิน. ทฤษฎีความรับผิดชอบทางอาญา. ใน เอกสารประกอบการสอนชุดวิชา กฎหมายอาญาและอาชญาวิทยาชั้นสูง. หน่วยที่ 2, นนทบุรี: สาขาวิชานิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, 2557, หน้า 17.

จะเห็นได้ว่า สำนักอาชญาวิทยาที่ดั้งเดิมมีแนวคิดว่าผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตมีความรับผิดชอบทางอาญาแตกต่างจากบุคคลทั่วไป อย่างไรก็ตาม ยังไม่ปรากฏแนวคิดที่ชัดเจนว่าจะลงโทษผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตอย่างไร รวมถึงจะป้องกันผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตไม่ให้กระทำผิดได้อย่างไร

### 3.3.3 แนวคิดและทฤษฎีของสำนักอาชญาวิทยาปฏิฐานนิยม (The Positive School of Criminology)

ในยุคต่อมา สังคมเริ่มเปลี่ยนวิธีการศึกษาจากเดิมที่ใช้ระบบ “ความคิด” (Thought) และ “เหตุผล” (Reason) มาสู่วิธีการศึกษาทางวิทยาศาสตร์ ทำให้เกิดสำนักอาชญาวิทยาปฏิฐานนิยม ซึ่งมีแนวคิดที่เชื่อในเรื่องเจตจำนงกำหนด (Determinism) มากกว่าเจตจำนงเสรี (Free Will) โดยเชื่อว่าการกระทำของมนุษย์ถูกกำหนดจากปัจจัยต่างๆ ที่อยู่เหนือการควบคุมของมนุษย์ ได้แก่ ปัจจัยทางจิตวิทยา ปัจจัยทางชีวภาพ และปัจจัยเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมทางสังคม มนุษย์จึงไม่สามารถเลือกกระทำได้อย่างอิสระอย่างแท้จริง ดังนั้น การกระทำผิดของมนุษย์จึงเกิดจากปัจจัยหลายอย่างร่วมกันด้วย ซึ่งอาจมีความแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล จึงควรพิจารณาหาสาเหตุที่ทำให้เกิดการกระทำผิดและแก้ไข การลงโทษนั้นจึงควรจะทำกระทำไปเพื่อแก้ไขสาเหตุของการกระทำผิด มากกว่าเพียงเพราะเห็นว่าเป็นสิ่งที่ผู้กระทำผิดสมควร ได้รับแล้ว

จากแนวคิดและทฤษฎีของสำนักอาชญาวิทยาปฏิฐานนิยม จึงเป็นที่มาของ “ทฤษฎีการลงโทษเพื่อแก้ไขฟื้นฟูผู้กระทำความผิด” (Rehabilitation theory) ที่เน้นการศึกษาผู้กระทำผิดเป็นรายบุคคล เพื่อหาสาเหตุการกระทำความผิด และแนวทางแก้ไข การลงโทษจะเน้นที่ตัวผู้กระทำความผิดมากกว่าการกระทำความผิด

หากพิจารณาตามแนวคิดของทฤษฎีการลงโทษเพื่อแก้ไขฟื้นฟูผู้กระทำความผิด ความผิดปกติทางจิตนับเป็นปัจจัยหนึ่งที่นำไปสู่การกระทำผิดของผู้ที่มีความผิดปกติทางจิต จึงต้องค้นหาความผิดปกติทางจิตที่เป็นสาเหตุการกระทำความผิดนั้น และการลงโทษควรเป็นไปเพื่อแก้ไขความผิดปกติทางจิตที่พบนั้นด้วย เช่น ให้การบำบัดรักษาทางการแพทย์อย่างเหมาะสม

นอกจากนี้ แนวคิดของการลงโทษผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตในปัจจุบันยังได้รับอิทธิพลจากแนวคิดของทฤษฎีการป้องกันสังคม (Deterrence theory) ที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้เกิดความแน่ใจในความปลอดภัยของสังคม โดยมีแนวคิดในการใช้มาตรการป้องกัน (Preventive Measure) ที่ต่างจากการลงโทษ (Punishment) เช่น การแยกผู้กระทำผิดออกไปจากสังคม และมาตรการป้องกันก่อนการกระทำความผิด ซึ่งเป็นที่มาของแนวคิดทางกฎหมายในการบังคับรักษาผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตที่มีความเสี่ยงที่จะก่อให้เกิดอันตรายต่อสังคม

โดยสรุป จะเห็นได้ว่าแนวคิดของการลงโทษผู้กระทำผิดที่มีความผิดปกติทางจิตในปัจจุบัน มุ่งไปที่การหามาตรการต่างๆ มาใช้เพื่อการแก้ไขฟื้นฟูผู้กระทำความผิด โดยเน้นไปที่การบำบัดรักษาและฟื้นฟู และมาตรการในการป้องกันสังคมจากการกระทำผิดทางอาญาของผู้ที่มีความผิดปกติทางจิต

### 3.4 ความผิดปกติทางจิตกับความสามารถในการต่อสู้คดี

โดยหลักการทางกฎหมายแล้ว ผู้ต้องหาหรือจำเลยต้องอยู่ในสภาพที่สามารถต่อสู้คดีได้ ซึ่งแนวคิดเรื่องความสามารถในการสู้คดีนี้ปรากฏครั้งแรกในคดี Dusky<sup>76</sup> สำหรับกฎหมายไทย ปรากฏอยู่ในประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 14 พบว่า ความผิดปกติทางจิตมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการต่อสู้คดี ดังนี้

Cooper และ Zapf (2003) พบว่า ปัจจัยที่ทำนายความสามารถในการต่อสู้คดี ได้แก่ ผลการวินิจฉัยทางคลินิกและสภาวะการว่างงาน และสนับสนุนว่าความสามารถในการสู้คดีมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ต้องหาหรือจำเลย

Viljoen และคณะ (2002) พบว่า จำเลยที่เป็นโรคจิต มีความบกพร่องในการเข้าใจ การซักถามอย่างมีวัตถุประสงค์ ความสามารถในการสื่อสารตามคำแนะนำ การเข้าใจกระบวนการยุติธรรมและผลที่ตามมาจากการบวนการยุติธรรม รวมถึงมีข้อจำกัดในการประเมินความสามารถในการต่อสู้คดี

Nicholson และ Kugler (1991) ศึกษาทบทวนงานวิจัยจำนวน 30 เรื่อง พบว่า ลักษณะที่มีความสัมพันธ์กับการไม่มีความสามารถในการต่อสู้คดี ได้แก่ ผลการทดสอบทางจิตวิทยาที่ได้คะแนนต่ำหรือไม่มีคุณภาพ การวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตซ้ำ และอาการทางจิตที่สะท้อนถึงความรุนแรงของพยาธิสภาพทางจิต

Riley (1998) พบว่า ผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตที่เป็นเพศหญิงมีความเสี่ยงที่จะขาดความสามารถในการต่อสู้คดีสูงกว่าเพศชาย

สำหรับประเทศไทย การประเมินความสามารถในการสู้คดีของผู้ที่มีความผิดปกติทางจิต มีหลักทั่วไป<sup>77</sup> ดังนี้

1) อาการทางจิตสงบ สามารถควบคุมอารมณ์ ทำความเข้าใจและโต้ตอบคำถามได้ดีพอควร

<sup>76</sup> Dusky v. United States, 362 U.S. 402 (1960),

<sup>77</sup> รมช.ย. คงสภ.ร. ตำรานิติจิตเวชศาสตร์. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: หจก.บางกอกบลิ๊กร, 2551, หน้า 99.



2) รู้ว่าตนเองต้องคดีอะไร ความหนักเบาของโทษ และผลที่ได้รับหากสารภาพหรือปฏิเสธ

3) สามารถจดจำและเล่ารายละเอียดที่เกี่ยวข้องกับคดีได้พอสมควร

4) เข้าใจขั้นตอนการดำเนินคดี ตลอดจนบทบาทหน้าที่ของบุคคลที่เกี่ยวข้องในกระบวนการยุติธรรม

5) สามารถร่วมมือกับทนายในการปกป้องสิทธิและผลประโยชน์ของตนได้

ทัศนีย์ ทัศนียม และทวิวรรณ บุปผาธา (2547) ได้พัฒนาแบบประเมินความสามารถในการต่อสู้คดีของผู้ป่วยนิติจิตเวช ซึ่งสามารถทำนายความสามารถในการต่อสู้คดีได้ร้อยละ 51.9 โดยแบบประเมินดังกล่าวประกอบด้วยการประเมินใน 10 ด้าน คือ

1) ความเข้าใจในกระบวนการศาล

2) ความสามารถในการประเมินบทบาทของบุคคลต่างๆ ในห้องพิจารณาคดี

3) ความตระหนักรู้ในความหนักเบาของโทษที่จะได้รับ

4) ความตระหนักรู้ในข้อกล่าวหาและความสามารถในการลำดับเหตุการณ์ของคดี

5) ความสามารถในการป้องกันตนเองตามกฎหมายและคุณภาพในการให้ปากคำ

กับทนาย

6) ความสามารถในการเบิกความได้ตรงประเด็น

7) ระดับของพฤติกรรมที่ไม่สามารถควบคุมได้

8) ความสามารถในการประเมินผลลัพธ์ที่อาจจะเกิดขึ้น

9) ความสามารถในการโต้แย้งข้อกล่าวหาของการสืบพยานฝ่ายโจทก์

10) มีการแสดงให้เห็นถึงแรงจูงใจที่จะต่อสู้คดีหรือรับสารภาพ

ความสามารถในการต่อสู้คดีนั้นอาจไม่ได้มีอยู่อย่างคงที่ต่อเนื่องตลอดระยะเวลาที่พิจารณาคดี โดยการศึกษาของสุพรรณิ แสงรักษา และคณะ (2549) ที่ศึกษาผู้ที่ได้รับการส่งต่อมาตรวจวินิจฉัยทางนิติจิตเวชที่สถาบันกัลยาราชนครินทร์ พบว่า ความสามารถในการต่อสู้คดีจนกระทั่งมีคำพิพากษาของกลุ่มตัวอย่างอยู่ที่ร้อยละ 73.4 ขณะที่ร้อยละ 26.4 ไม่สามารถต่อสู้คดีได้ นอกจากนี้ ระยะเวลารอคอยการพิจารณาคดีที่ยาวนานอาจมีผลทำให้ผู้ที่มีความผิดปกติมีอาการกลับมากำเริบจนมีผลต่อความสามารถในการต่อสู้คดีได้ โดยพบว่าความสามารถในการต่อสู้คดีของผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตจะลดลงเรื่อยๆ โดยในคดีที่ระยะเวลาที่เริ่มพิจารณาคดีถึงวันที่มีคำพิพากษาไม่เกิน 6 เดือน ความสามารถในการต่อสู้คดีของกลุ่มตัวอย่างอยู่ที่ ร้อยละ 85.9 ขณะที่

ระยะ 6-12 เดือน ความสามารถในการต่อสู้คดีของกลุ่มตัวอย่างลดลงเหลือร้อยละ 67.9 และหากใช้เวลามากกว่า 2 ปี ความสามารถในการต่อสู้คดียิ่งลดลงเหลือเพียงร้อยละ 44.

สำหรับกระบวนการพิจารณาความสามารถในการต่อสู้คดีในประเทศไทยตามขั้นตอนของสถาบันกัลยาธรรมากรินทร์ จะเป็นการประเมินโดยการประชุมปรึกษา (Case conference) โดยสหวิชาชีพ ซึ่งประกอบด้วยจิตแพทย์อย่างน้อย 2 คน พยาบาล นักจิตวิทยาคลินิก และทำรายงานสรุปตามความเห็นของที่ประชุม

### 3.5 ความผิดปกติทางจิตกับการพิจารณาพิพากษาคดี

การศึกษาของวนัทดา ถมคำพาณิชย์ และดวงตา ไกรภัสสรพงษ์ (2552) พบว่ากลุ่มผู้ต้องหาหรือจำเลยในคดีอาญาที่ที่พนักงานสอบสวนส่งมาเพื่อตรวจสภาพจิตมีการสิ้นสุดการดำเนินคดีก่อนส่งฟ้องร้อยละ 35.1 ซึ่งพบว่าส่วนใหญ่เป็นคดีที่ไม่รุนแรง และผู้กระทำผิดมีความผิดปกติทางจิตอย่างชัดเจน และการดำเนินคดีส่วนใหญ่ ร้อยละ 82.7 สิ้นสุดที่ศาลชั้นต้น

สุปรินชา วงศ์พุทธา และราณี ฉายินทุ (2537) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการพิพากษาของศาลกับผลการตรวจวินิจฉัยของแพทย์ในผู้กระทำผิดทางอาญาที่มีปัญหาทางจิตเวช พบว่า ผลการวินิจฉัยของแพทย์มีผลต่อการพิพากษาของศาล โดยร้อยละ 54.0 ของเหตุผลของศาลในการวินิจฉัยคดีตามประมวลกฎหมายอาญามาตรา 65 วรรค 2 เป็นเพราะเห็นด้วยตามความเห็นของแพทย์ ในขณะที่เหตุผลที่ศาลไม่เห็นด้วยกับความเห็นของแพทย์เกิดจากการที่ศาลเห็นว่าขณะผู้กระทำผิดถูกจับกุมหรือสอบสวนยังสามารถพูดได้ตอบรู้อธิบายให้รายละเอียดของการกระทำผิดหรือข้อมูลประวัติส่วนบุคคลของตนได้ รู้จักหลบหนีภายหลังกระทำผิด ก่อนกระทำผิดผู้กระทำยังสามารช่วยเหลือตนเองและสามารถประกอบอาชีพได้ รวมถึงการที่ศาลพิจารณาตามพฤติการณ์ของการกระทำผิด อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้พบว่ามีผู้กระทำผิดที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีความผิดปกติทางจิตถึงร้อยละ 38.2 ที่ศาลพิพากษาลงโทษโดยไม่ได้ใช้ประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 65 ขณะที่ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าไม่สามารถรู้ผิดชอบได้นั้น ศาลเห็นว่ายังสามารถรู้ผิดชอบได้บ้างถึงร้อยละ 26.7 นอกจากนี้ยังพบว่าศาลใช้มาตรการเพื่อความปลอดภัยในกลุ่มผู้กระทำผิดที่มีความผิดปกติทางจิตน้อยมาก เพียงร้อยละ 16.5 เท่านั้น

การศึกษาของภิญญารัตน์ ศักดิ์วิวัฒน์เวคิน (2538) พบว่า การดูแลโทษต่อเจ้าพนักงานการประกอบเหตุฉกรรจ์ และผลการวินิจฉัยของแพทย์ มีความสัมพันธ์กับผลการพิพากษาของศาลในคดีที่ผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตที่มีอาการโรคจิตกระทำความผิดฐานฆ่าผู้อื่น

โดยสรุป ความผิดปกติทางจิต โดยเฉพาะอาการทางจิตและผลการวินิจฉัยทางการแพทย์จะมีผลการต่อพิจารณาและพิพากษาคดีของศาล

อย่างไรก็ตาม ในประเทศไทย พบว่าคำพิพากษาหรือคำสั่งของศาลที่ให้บังคับรักษา ผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตที่กระทำผิดยังมีไม่มากนักเมื่อเทียบกับผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตที่กระทำผิดทั้งหมด และมีข้อสังเกตว่า จิตแพทย์มีการให้ความเห็นเกี่ยวกับภาวะอันตรายที่เกี่ยวข้องกับผู้กระทำผิดและความจำเป็นในการบำบัดรักษาที่ค่อนข้างน้อย ซึ่งอาจมีผลต่อความเห็นของศาลต่อการบังคับรักษารวมถึงการกำหนดวิธีการเพื่อความปลอดภัยด้วยเช่นกัน ซึ่งการบังคับรักษาจะช่วยลดการก่อคดีซ้ำ การเบี่ยงเบนผู้ที่มีความผิดปกติที่กระทำผิดจากกระบวนการลงโทษตามปกติ เช่น การจำคุกในเรือนจำ ให้เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาและฟื้นฟู เป็นการลดตราบาปที่เกิดจากการที่ต้องกลายเป็นนักโทษจากความเจ็บป่วยของตน

#### 4. การตีความทางกฎหมาย

โดยทั่วไปแล้ว ภาษาทางกฎหมายเป็นภาษาที่มีลักษณะเฉพาะตัว คือเป็นภาษาที่มีระเบียบแบบแผนในการเลือกใช้ถ้อยคำและการผูกประโยค และใช้คำที่มีความหมายสม่ำเสมอ กันตลอดทั้งบริบทของการสื่อสาร ตลอดจนมีถ้อยคำสำนวนเฉพาะทางด้านกฎหมายซึ่งเรียกว่า ศัพท์บัญญัตินิติศาสตร์<sup>78</sup> แม้ในทางกฎหมายจะเลือกใช้ถ้อยคำที่มีความหมายแน่นอน ชัดเจน มีความหมายเพียงความหมายเดียว แต่ในความเป็นจริง ถ้อยคำสำนวนที่ใช้ย่อมเกิดความไม่แน่นอน ชัดเจนในทางความหมายได้เสมอ เพราะคำบางคำอาจมีความหมายได้หลายความหมาย และอาจแปรเปลี่ยนไปตามบริบทแวดล้อม ตลอดจนความหมายก็อาจเปลี่ยนแปลงไปตามการเปลี่ยนแปลงทางสังคมและวัฒนธรรม ดังนั้น ถ้อยคำสำนวนที่ใช้ในทางกฎหมายจึงอาจมีความหมายที่ไม่ชัดเจนแน่นอนตายตัวได้ นอกจากนี้ บางครั้งการนำกฎหมายมาใช้ในบางกรณีอาจมีปัญหา เนื่องจากข้อจำกัดในการบัญญัติกฎหมายที่ไม่สามารถครอบคลุมในทุกๆ กรณีที่เกิดขึ้นได้ในอนาคต

ด้วยเหตุที่ถ้อยคำสำนวนที่ใช้ในทางกฎหมายอาจมีความหมายที่ไม่ชัดเจนแน่นอน และข้อจำกัดในการบัญญัติกฎหมายดังกล่าว การนำกฎหมายมาใช้ในบางกรณีจึงต้องมีการตีความกฎหมายด้วย ซึ่งการตีความกฎหมาย (Interpretation of Law) หมายถึง การค้นหาความหมายของกฎหมายที่มีถ้อยคำไม่ชัดเจนแน่นอน กล่าวคือ กำถามหรือมีความหมายได้หลายทาง เพื่อ หย่ง

<sup>78</sup> สมุทร เช่นชานิช, วัชรชัย จิรจินดากุล ธรรมชาติของการอ่าน การเขียน และการแปลข้อเขียนทางกฎหมาย. ใน เอกสารการสอนชุดวิชาภาษาอังกฤษสำหรับนักกฎหมาย เล่มที่ 1 หน่วยที่ 1 (ปรับปรุงครั้งที่ 1). นนทบุรี: สาขาวิชาศิลปศาสตร์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช. พิมพ์ครั้งที่ 2, 2556, หน้า 80.

ทราบว่าย้อยค่าในบทบัญญัติของกฎหมายมีความหมายอย่างไร<sup>79</sup> การตีความอาจเป็นรูปแบบการบัญญัติกฎหมายขึ้นใหม่เพื่อตีความ อธิบาย หรือกำหนดความหมายที่แน่นอนของถ้อยคำในกฎหมายที่บัญญัติขึ้นมาก่อนหน้า และการตีความกฎหมายโดยนำหลักการและแนวคิดทฤษฎีในทางกฎหมายต่างๆ มาใช้เพื่อตีความ

#### 4.1 แนวคิดและทฤษฎีในการตีความกฎหมายอาญา

กฎหมายอาญาในระบบกฎหมายซีวิลลอว์และคอมมอนลอว์มีแนวคิด ความเป็นมา และลักษณะเฉพาะบางประการที่แตกต่างกัน ซึ่งเป็นไปตามระบบกฎหมายที่แตกต่างกัน อย่างไรก็ตาม แนวคิดและทฤษฎีในกฎหมายทั้งสองระบบก็มีผลต่อแนวคิดและทฤษฎีในทางกฎหมายอาญาในปัจจุบัน การเข้าใจแนวคิดการตีความกฎหมายอาญาในระบบกฎหมายทั้งสองระบบจะทำให้เข้าใจแนวทางการตีความในทางกฎหมายอาญาในปัจจุบันได้มากยิ่งขึ้น

##### 4.1.1 การตีความกฎหมายอาญาในระบบกฎหมายซีวิลลอว์

ในทางกฎหมายอาญาในระบบซีวิลลอว์ยึดถือหลัก “nullum crimen nulla poena sine lege” โดยเคร่งครัด ส่งผลให้ในทางกฎหมายอาญาต้องมีการบัญญัติไว้โดยชัดเจนว่าการกระทำการหรือไม่กระทำการอย่างใดเป็นความผิดและจะต้องรับโทษอย่างไร ประชาชนสามารถทราบได้ว่าการกระทำการอย่างใดเป็นความผิดและจะต้องรับโทษอย่างไร หรือมีกฎหมายห้ามในเรื่องใดไว้บ้าง และศาลต้องใช้บทบัญญัติแห่งกฎหมายเท่านั้นมาตัดสินพิพากษาคดีเพื่อลงโทษหรือเพิ่มโทษ ศาลจะนำสิ่งที่ไม่ใช่บทบัญญัติแห่งกฎหมายมาตัดสินพิพากษาคดีเพื่อลงโทษหรือเพิ่มโทษ ไม่ได้ แต่อาจจะใช้ในทางอื่นที่เป็นคุณได้ เช่น อาจใช้จารีตประเพณี หรือหลักกฎหมายทั่วไปในทางที่เป็นคุณ เป็นต้น กฎหมายอาญาในระบบซีวิลลอว์มีหลักการใช้กฎหมายโดยทั่วไป<sup>80</sup> พอสรุปได้ดังต่อไปนี้

1. กฎหมายอาญายึดถือหลักการเกี่ยวกับความรับผิดชอบทางอาญาที่เป็นสากลว่า “Nullum crimen nulla poena sine lege” หรือ “No crime no punishment without law” หรือแปลว่า “ไม่มีความผิด ไม่มีโทษ หากไม่มีกฎหมาย”

2. กฎหมายอาญาจะมีผลย้อนหลังในทางร้ายมิได้

<sup>79</sup> หยุด แสงอุทัย, ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับกฎหมายทั่วไป, พิมพ์ครั้งที่ 11 (กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์และทำปกเจริญผล, 2535, หน้า 110.

<sup>80</sup> ญัฐวัฒน์ สุทธิโยธิน. “ทฤษฎีความรับผิดชอบทางอาญา” ใน เอกสารประกอบการสอนชุดวิชา 41716 กฎหมายอาญาและอาชญาวิทยาชั้นสูง สาขาวิชานิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี, 2557, หน้า 20-21.

3. การใช้กฎหมายอาญาจะต้องตีความโดยเคร่งครัด จะอาศัยการเทียบเคียง (Analogy) บทกฎหมายที่ใกล้เคียงอย่างยิ่ง จารีตประเพณี หรือหลักกฎหมายทั่วไปมาใช้ให้เป็นผลร้ายมิได้

4. ความผิดทางอาญาจะถือว่าเป็นความผิดต่อแผ่นดินทั้งสิ้น เว้นแต่ความผิดต่อส่วนตัวหรือความผิดอันยอมความได้ ซึ่งถือว่าเป็นข้อยกเว้นของหลักทั่วไป และต้องมีกฎหมายบัญญัติไว้โดยเฉพาะเจาะจง

5. ความผิดอันยอมความได้ หรือ ความผิดต่อส่วนตัว หากผู้เสียหายไม่ประสงค์จะเอาผิด รัฐจะไม่สามารถดำเนินคดีได้เอง

6. ความผิดต่อส่วนรวม หรือความผิดอาญาแผ่นดิน แม้ผู้เสียหายไม่คิดในเอาความ รัฐก็ต้องดำเนินคดีและบังคับให้เป็นไปตามกฎหมาย ความเห็นชอบของผู้เสียหายไม่เป็นเงื่อนไขในการดำเนินคดี

7. กฎหมายอาญาไม่ยอมรับหลักความยินยอมในอันที่จะนำมาใช้เพื่อยกเว้นความผิด แต่จะยอมรับหลักความยินยอมเฉพาะกรณีที่ความยินยอมนั้นไม่ขัดต่อความสงบเรียบร้อยและศีลธรรมอันดีเท่านั้น

8. ความผิดฐานลหุโทษ แม้จะถือว่าเป็นความผิดเล็กน้อยและมีอัตราโทษเพียงเล็กน้อย แต่ก็ไม่อาจยอมความกันได้

9. ความผิดบางชนิด แม้ผู้กระทำไม่มีเจตนาและไม่ได้ประมาท แต่ก็ยังต้องรับผิดทางอาญา เรียกว่า “ความรับผิดโดยเด็ดขาด” (Strict Liability)

10. ความรับผิดในการกระทำของผู้อื่น (Vicarious Liability) อาจเป็นความผิดทางอาญาได้ในบางกรณี

11. โทษทางอาญาระงับไปด้วยความตายของผู้กระทำความผิด

12. การบังคับใช้กฎหมายอาญาต้องหลีกเลี่ยงการนำตัวผู้บริสุทธิ์มาลงโทษให้มากที่สุด

การตีความกฎหมายอาญาของประเทศที่ใช้ระบบกฎหมายซีวิลลอว์ มีหลักสำคัญสองประการ<sup>81</sup> คือ

1. หลักการตีความตามตัวอักษร (Grammatical Interpretation หรือ Literal Interpretation) เป็นการตีความตามถ้อยคำในตัวบทกฎหมาย แบ่งออก เป็น 3 กรณี<sup>82</sup> ดังนี้

<sup>81</sup> อักษราทร จุฬารัตน์, “การตีความกฎหมาย” กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์กฎหมายไทย, 2542, หน้า 64.

กรณีที่ 1 กฎหมายใช้ภาษาธรรมดา ความหมายของถ้อยคำย่อมเป็นไปตามความเข้าใจทั่วไปหรือถือตามพจนานุกรมทั่วไป

กรณีที่ 2 บทกฎหมายใช้ภาษาทางเทคนิคหรือภาษาทางวิชาการ ความหมายของถ้อยคำย่อมเป็นไปตามความเข้าใจในทางเทคนิคหรือในทางวิชาการ หรือตามที่เข้าใจกันในหมู่ผู้ประกอบวิชาชีพนั้นๆ เช่น ศัพท์ทางการแพทย์ ศัพท์ทางวิทยาศาสตร์ หรือศัพท์ทางวิศวกรรม เป็นต้น

กรณีที่ 3 บทกฎหมายประสงค์ให้ถ้อยคำบางคำมีความหมายพิเศษไปกว่าที่เข้าใจกันอยู่ในภาษาธรรมดา หรือภาษาเทคนิค หรือในทางวิชาการ กฎหมายจะกำหนด บทนิยามหรือคำอธิบายซึ่งมักปรากฏอยู่ในมาตราแรกของกฎหมายนั้น

2. หลักการตีความตามเจตนารมณ์ของกฎหมาย (Logical Interpretation) เป็นการหยั่งทราบความหมายของถ้อยคำในกฎหมายจากเจตนารมณ์หรือความมุ่งหมายของกฎหมายนั้นๆ แม้เจตนารมณ์ของกฎหมายต่างๆ อาจแตกต่างกันไป แต่ย่อมมุ่งหมายที่จะให้ใช้บังคับได้ทั้งสิ้น จึงต้องตีความไปในทางที่จะบังใช้กฎหมายนั้นๆ ได้ โดยอาจพิจารณาจากบันทึกหลักการและเหตุผลในการร่างและแก้ไขกฎหมาย ประวัติศาสตร์ความเป็นมา ความสัมพันธ์เชื่อมโยงของบทบัญญัติต่างๆ ภายในกฎหมาย และข้อยกเว้นต่างๆ เป็นต้น

#### 4.1.2 การตีความกฎหมายอาญาของในระบบกฎหมายคอมมอนลอว์

ในระบบคอมมอนลอว์ เช่น กฎหมายของอังกฤษ สามารถแบ่งความผิดทางอาญาได้เป็น 2 ลักษณะคือ

1) ความผิดตามกฎหมายที่ไม่เป็นลายลักษณ์อักษร (Common law offence) ความผิดประเภทนี้เกิดจากการที่ศาลคอมมิวนิตี้การวางหลักเกณฑ์หรือวางหลักกฎหมายใหม่ๆ ขึ้น โดยศาลถือหลักว่าการกระทำใดที่เป็นฝ่าฝืนและเป็นปฏิปักษ์ต่อศีลธรรมอันดีของประชาชน การกระทำนั้นย่อมอยู่ในข่ายที่จะเป็นความผิดอาญาได้ทั้งสิ้น การวางหลักเกณฑ์หรือวางหลักกฎหมายใหม่ๆ ขึ้นในคำพิพากษานี้ต่อมากลายเป็นหลักกฎหมายตามคำพิพากษาที่เป็นบรรทัดฐาน (Precedent) ส่วนการกำหนดพระราชโองการก็เป็นอำนาจในการใช้ดุลพินิจของศาลในการกำหนดพระราชโองการสำหรับความผิดอาญาฐานใหม่ที่ศาลได้กำหนดขึ้นนั้น สาเหตุที่ศาลคอมมอนลอว์สามารถกำหนดความผิดอาญาฐานใหม่ขึ้นมาได้และสามารถกำหนดพระราชโองการสำหรับความผิด

<sup>82</sup> วิศ ปรจันทบุตร. การตีความกฎหมายทั่วไป. 25 กันยายน 2561. จาก

อาญาฐานใหม่ได้นั้นเป็นเพราะในระบบคอมมอนลอว์มิได้ยึดถือหลัก “Nullum crimen nulla poena sine lege” เหมือนอย่างระบบซีวิลลอว์ อันถือเป็นนิติวิธีที่สำคัญในระบบคอมมอนลอว์

## 2) ความผิดตามกฎหมายลายลักษณ์อักษร (Statutory law offence)

ความผิดประเภทนี้เป็นความผิดที่เกิดจากฝ่ายนิติบัญญัติตรากฎหมายลายลักษณ์อักษรขึ้นมา ความผิดประเภทนี้เป็นความผิดเพราะกฎหมายห้าม (Mala Prohibita) ศาลจึงต้องใช้หลักเกณฑ์การตีความและวินิจฉัยความผิดตามที่กฎหมายบัญญัติไว้อย่างเคร่งครัด กล่าวคือศาลไม่สามารถวางหลักเกณฑ์ หรือสร้างหลักกฎหมายใหม่ๆ ขึ้นมาในคำพิพากษาได้ เช่น ความผิดเกี่ยวกับภาษี ความผิดเกี่ยวกับการพนัน ความผิดเกี่ยวกับทรัพย์สินทางปัญญา ความผิดเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม เป็นต้น อย่างไรก็ตาม แม้ในกรณีที่มีบทกฎหมายลายลักษณ์อักษรกำหนดไว้โดยชัดเจนศาลในระบบคอมมอนลอว์ยังต้องพิจารณาถึงสภาพแวดล้อมของการกระทำผิดในกรณีนั้นๆ เพื่อให้เป็นไปตามเจตนารมณ์ของฝ่ายนิติบัญญัติตรากฎหมายลายลักษณ์อักษรนั้นขึ้น ซึ่งอาจถือได้ว่าเป็นการตีความตามเจตนารมณ์ของกฎหมายได้ด้วย

ในระบบคอมมอนลอว์ เมื่อศาลพิจารณาคดีได้ข้อเท็จจริงแล้ว ผู้พิพากษาก็จะไปค้นคว้าคำพิพากษาที่เคยพิพากษามาแล้วสำหรับข้อเท็จจริงอย่างเดียวกันแล้วนำมาใช้เทียบเคียงพิพากษาต่อไป และหากไม่เคยมีคำพิพากษาดัดลिनคดีไว้ ก็จะมาพิจารณาที่บทกฎหมายลายลักษณ์อักษร ซึ่งหากไม่มีกฎหมายกำหนดไว้ก็จะพิจารณาว่ามีจารีตประเพณีที่จะปรับใช้กับข้อเท็จจริงนั้นได้หรือไม่ หากไม่มีที่จะนำมาปรับใช้ ศาลก็จะมาพิจารณาว่ามีข้อคิดข้อเสนอแนะของนักนิติศาสตร์มาปรับใช้ได้หรือไม่ สุดท้ายแล้วศาลอาจค้นหาหลักเกณฑ์หรือสร้างหลักเกณฑ์จากข้อเท็จจริงในคดีนั้นขึ้นใหม่แล้วพิพากษาไปตามเหตุผลที่ได้จากข้อเท็จจริงในคดีนั้น ซึ่งถือว่าเป็นการอุดช่องว่างแห่งกฎหมายในระบบคอมมอนลอว์ และโดยเหตุที่ศาลในระบบคอมมอนลอว์สามารถสร้างหลักเกณฑ์หรือวางหลักเกณฑ์จากข้อเท็จจริงที่เกิดขึ้นใหม่ได้นี้เอง หลักในการตีความในทางกฎหมายแพ่ง และในทางกฎหมายอาญาระบบคอมมอนลอว์จึงไม่มีความแตกต่างกัน เว้นแต่กรณีที่มิบบทกฎหมายลายลักษณ์อักษรกำหนดไว้โดยชัดเจนเท่านั้น

หลักการตีความกฎหมายในระบบกฎหมายคอมมอนลอว์ (Common Law) โดยทั่วไปมี 3 หลัก คือ การตีความถ้อยคำตามตัวอักษร (Literal Rule) การตีความโดยถึงผลเลิศ (Golden Rule) และการตีความโดยอาศัยเหตุที่มีการแก้ไขข้อบกพร่องที่มีอยู่ก่อนออกกฎหมายลายลักษณ์อักษรเป็นเครื่องมือช่วยตีความ (Mischief Rule)<sup>83</sup>

<sup>83</sup> อักษราทร จุฬารัตน์, “การตีความกฎหมาย” กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์กฎหมายไทย, 2542, หน้า 29-51.

### 1) หลักการตีความถ้อยคำตัวอักษร (Literal Rule)

การตีความกฎหมายตามหลักนี้จะตีความถ้อยคำในบทบัญญัติกฎหมายด้วยการพิจารณาความหมายตามปกติธรรมดาของถ้อยคำนั้นๆ ไม่คำนึงถึงความหมายเหล่านั้นจะมีเหตุผลในทางกฎหมายมากน้อยเพียงใด เว้นแต่ถ้อยคำนั้นจะมีนิยามความหมายที่กำหนดไว้ในกฎหมาย ในการตีความตามหลักนี้จะพิจารณาความหมายในทางภาษามากกว่าที่จะพิจารณาถึงวัตถุประสงค์ของกฎหมายนั้นๆ

### 2) หลักการตีความโดยเล็งผลเลิศ (Golden Rule)

หลักการตีความนี้สร้างขึ้นเพื่อไม่ให้เกิดการใช้หลักการตีความถ้อยคำตามตัวอักษร (Literal Rule) ก่อให้เกิดผลที่ประหลาดหรือสมเหตุสมผล โดยหลักการตีความหลักนี้ถือว่าจะต้องตีความไปในทางที่ละเว้นไม่ให้เกิดผลอันไม่พึงปรารถนา กล่าวคือในกรณีที่จะตีความหมายได้มากกว่าความหมายเดียว จะต้องตีความไปในทางที่เกิดผลที่เหมาะสม และไม่ตีความไปในทางที่ไม่อันเหมาะสมหรือเกิดผลประหลาด และในกรณีที่แม้ตีความตามตัวอักษรได้เพียงความหมายเดียว ก็อาจไม่ตีความไปตามความหมายนั้นได้ หากการตีความเช่นนั้นจะทำให้เกิดผลไม่พึงประสงค์อันขัดต่อหลักกฎหมายทั่วไป

3) หลักการตีความโดยอาศัยเหตุที่มีการแก้ไขข้อบกพร่องที่มีอยู่ก่อนออกกฎหมายลายลักษณ์นั้นเป็นเครื่องมือช่วยตีความ (Mischief Rule)

หลักการตีความนี้ จะตีความโดยพิจารณาถึงวัตถุประสงค์ของกฎหมายลายลักษณ์อักษรที่รัฐสภาตราขึ้น ซึ่งจะใช้หลักการตีความ นี้ต่อเมื่อไม่อาจจะใช้หลักกฎหมายที่เกิดจากคอมมอนลอว์มาบังคับแก่กรณีที่เกิดขึ้นได้ ซึ่งศาลสูงของอังกฤษได้วางหลักไว้ว่าต้องพิจารณาจากแนวทาง 4 ประการ คือ ก่อนที่มีการตรากฎหมายลายลักษณ์อักษรนั้น หลักกฎหมายคอมมอนลอว์วางหลักในเรื่องนั้นไว้ว่าอย่างไร ปัญหาที่หลักกฎหมายคอมมอนลอว์มิได้วางเอาไว้เป็นอย่างไร กฎหมายลายลักษณ์อักษรที่รัฐสภาตราขึ้นมีวิธีแก้ไขปัญหานั้นไว้อย่างไร และวิธีแก้ไขปัญหานั้นมีเหตุผลที่แท้จริงเป็นอย่างไร<sup>84</sup>

## 4.2 การตีความกฎหมายอาญาในกฎหมายไทย

เนื่องจากระบบกฎหมายของไทยเป็นระบบซีวิลลอว์ การใช้กฎหมายอาญาโดยทั่วไปจึงเป็นไปตามหลักกฎหมายในระบบซีวิลลอว์ โดยหลักการตีความกฎหมายอาญาในกฎหมายไทยจะเป็นไปตามประมวลกฎหมายอาญามาตรา 2 วรรคแรก บัญญัติไว้ว่า บุคคลจักต้อง

<sup>84</sup> อักษราทร จุฬารัตน์, เพิ่งอ้าง, หน้า 49-50.



รับโทษในทางอาญาต่อเมื่อได้กระทำการอันกฎหมายที่ใช้ในขณะกระทำนั้นบัญญัติเป็นความผิด และกำหนดโทษไว้ และโทษที่จะลงแก่ผู้กระทำความผิดนั้น ต้องเป็นโทษที่บัญญัติไว้ในกฎหมาย จากมาตราดังกล่าว แสดงให้เห็นว่ากฎหมายอาญาของไทยยึดตามหลัก “Nullum crimen nulla poena sine lege” หรือแปลว่า “ไม่มีความผิด ไม่มีโทษ หากไม่มีกฎหมาย” ผู้กระทำไม่ต้องรับผิด ในทางอาญา หากการกระทำนั้นไม่มีกฎหมายบัญญัติไว้อย่างชัดเจนแน่นอนว่าเป็นความผิดและ กำหนดโทษไว้ เป็นผลให้ การใช้กฎหมายอาญาของไทยจะต้องตีความโดยเคร่งครัด จะอาศัยการ เทียบเคียง (Analogy) บทกฎหมายที่ใกล้เคียงอย่างยิ่ง จารีตประเพณี หรือหลักกฎหมายทั่วไปมาใช้ ให้เป็นผลร้ายมิได้ และตามมาตราที่ยังแสดงถึงหลักว่ากฎหมายอาญาของไทยจะมีผลย้อนหลัง ในทางร้ายไม่ได้ เพราะการกระทำที่จะเป็นความผิดได้ต้องเป็นการกระทำที่กฎหมายที่บังคับใช้ใน ขณะที่มีการกระทำนั้นกำหนดว่าเป็นความผิดเท่านั้น ในกรณีที่ยกบทบัญญัติกฎหมายอาญามี “กรณี เป็นที่สงสัย” กล่าวคืออาจตีความได้เป็นหลายนัย ตามหลักแล้วจะตีความไปในทางที่เป็นเป็น ประโยชน์มากกว่าทางที่จะเป็นโทษต่อจำเลย หรือตีความไปในทางที่เป็นผลร้ายต่อจำเลยน้อยที่สุด ทั้งจะตีความให้เป็นการลงโทษหรือเพิ่มโทษผู้กระทำให้นักขึ้นไม่ได้

อย่างไรก็ตาม กฎหมายอาญาของไทยก็มีได้มีข้อห้ามไม่ให้ตีความไปในทางที่เป็น ผลดีต่อจำเลย และไม่ได้ห้ามนำกฎหมายที่ใกล้เคียงอย่างยิ่ง จารีตประเพณี หรือหลักกฎหมายทั่วไป มาใช้ในทางที่เป็นประโยชน์ต่อจำเลย เช่น การใช้หลักการยกเว้นและลดหย่อนโทษ การเล่นกีฬา ตามกฎกติกา หรือ การนำหลักความยินยอมมาใช้ในทางที่เป็นคุณแก่จำเลย เป็นต้น รวมถึงการที่ ยอมรับให้กฎหมายที่บัญญัติขึ้นในภายหลังมีผลย้อนหลังกลับไปในทางที่เป็นคุณแก่จำเลยได้ แต่ ทั้งนี้ แม้กฎหมายมิได้มีข้อห้ามไม่ให้ตีความไปในทางที่เป็นผลดีต่อจำเลย แต่ก็ไม่ได้บังคับให้ศาลมี หน้าที่ต้องช่วยเหลือจำเลยโดยตีความไปในทางที่เป็นผลดีด้วยเช่นกัน ทั้งนี้ แม้ตามกฎหมายของไทย จะไม่ได้ใช้หลักว่าศาลต้องผูกพันในแนวคำพิพากษา หรือถือหลักบรรทัดฐานของคำพิพากษา ที่เรียกว่า “the doctrine of precedent” หรือ “stare decisis” ที่ใช้ในระบบกฎหมายคอมมอนลอว์ แต่ในทางปฏิบัติ พบว่าเมื่อมีข้อกฎหมายใดที่ศาลฎีกาได้วินิจฉัยไว้แล้ว ก็มักได้รับการยอมรับว่า เป็นแนวทางในการตีความกฎหมายที่นำมาใช้ประกอบการตีความในคดีต่อๆ ไปที่มีข้อเท็จจริง เดียวกันได้ อย่างไรก็ตาม ไม่เป็นการบังคับว่าศาลต้องตีความไปในทางเดียวกันเสมอไป ศาลอาจใช้ แนวทางการตีความอื่นๆ ได้ตามดุลพินิจเพื่อให้เกิดความถูกต้องและเป็นธรรมในทางกฎหมายได้ เสมอการตีความกฎหมายจะเกิดขึ้นแต่เฉพาะในกรณีที่ยกบทบัญญัติของกฎหมายมีความเคลือบแคลง หรือมีความหมายหลายนัย จนไม่สามารถหรือไม่เหมาะสมที่จะถือเอาความหมายตามตัวอักษรที่ ปรากฏ สำหรับความหมายของคำธรรมดาที่ใช้ในกฎหมายนั้น โดยปกติในทางกฎหมายไทยจะถือ ตามความหมายที่ปรากฏในพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถานเป็นหลัก ส่วนคำที่มีความหมาย

เฉพาะ กฎหมายไทยจะถือตามความหมายตามบทนิยามที่กฎหมายบัญญัติไว้โดยเฉพาะ ซึ่งอาจแตกต่างไปจากความหมายตามพจนานุกรมหรือตามความเข้าใจทั่วไป อย่างไรก็ตาม แม้กฎหมายอาจมิได้บัญญัติเรื่องใดไว้แจ้งชัดในบทนิยาม ในบางกรณี ศาลก็ต้องตีความเหมือนกับว่าอยู่ในข่ายคำนิยามศัพท์นั้นด้วย<sup>85</sup>

จากการพิจารณาแนวคิดของนักกฎหมายและผู้เชี่ยวชาญในทางนิติศาสตร์ของไทย พบว่ามีแนวคิดในการตีความกฎหมายอาญาของไทยที่สำคัญอยู่ 3 แนวคิด คือ

1. ตีความตามตัวอักษรอย่างเคร่งครัด โดยไม่พิจารณาเจตนารมณ์ของกฎหมาย

แนวคิดนี้เห็นว่า ความรับผิดชอบในทางอาญาเกิดจากบทบัญญัติของกฎหมาย จึงต้องตีความโดยจำกัดเคร่งครัด กล่าวคือจะต้องอยู่ในความหมายปกติธรรมดาของถ้อยคำที่ใช้ในทางกฎหมาย ไม่สามารถตีความโดยขยายออกไปโดยอ้างว่าเป็นสิ่งที่กฎหมายบัญญัติขาดตกไปได้<sup>86</sup>

2. ตีความตามตัวอักษรอย่างเคร่งครัด ยกเว้นเมื่อทำให้เกิดผลประหลาดจึงจะพิจารณาที่เจตนารมณ์ของกฎหมาย

แนวคิดนี้เห็นว่า การตีความทางกฎหมายอาญาต้องตีความอย่างเคร่งครัดตามตัวอักษร แต่หากตีความอย่างเคร่งครัดตามตัวอักษรจะทำให้เกิดผลประหลาด ก็จะต้องตีความตามเจตนารมณ์ของกฎหมายซึ่งต้องตีความอย่างเคร่งครัดภายในวงจำกัดที่สุดเช่นเดียวกัน<sup>87</sup> โดยไม่อาจนำหลักจารีตประเพณี บทกฎหมายที่ใกล้เคียง หรือหลักกฎหมายทั่วไปมาใช้ได้

3. ตีความตามตัวอักษรและตามเจตนารมณ์ของกฎหมายควบคู่ไปพร้อมกัน

แนวคิดนี้เห็นว่า การตีความทางกฎหมายอาญาต้องใช้การตีความทั้งตามตัวอักษรและค้นหาเจตนารมณ์ของกฎหมายไปพร้อมๆ กัน<sup>88</sup> โดยต้องพิจารณาทั้งสองส่วนควบคู่

<sup>85</sup> ราชบัณฑิตยสถาน. 50 ปี ราชบัณฑิตยสถาน 31 มีนาคม 2527. กรุงเทพมหานคร: กรุงเทพมหานคร พิมพ์, 2527, หน้า 37-39.

<sup>86</sup> หลวงอรุณโกวิททที. แนวสอนกฎหมายลักษณะอาญา ภาค 1 ว่าด้วยหลักทั่วไป. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์กรมยุทธศึกษาทหารบก, 2481, หน้า 42-45.

<sup>87</sup> ชานินทร์ ทรัพย์วิเชียร และวิชา มหาคุณ, การตีความกฎหมาย, พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชวนพิมพ์, 2539, หน้า 388.

<sup>88</sup> อัครราช จุฬารัตน์, “การตีความกฎหมาย,”วารสารพระธรรมนุญ 43 (ฉบับพิเศษ) (กันยายน), 2541, หน้า 49-51.

กัน ไปโดยให้น้ำหนักเท่าเทียมกัน<sup>89</sup> ซึ่งแนวทางการตีความเช่นนี้เป็นแนวทางหลักในการตีความกฎหมายอาญาในปัจจุบัน<sup>90</sup>

นอกจากนี้แล้ว พบว่ายังมีปัญหาที่สำคัญในการตีความกฎหมายอาญาประการหนึ่งคือ ปัญหาว่าจะสามารถตีความกฎหมายอาญาโดยขยายความได้หรือไม่เพียงใด ในประเด็นนี้ยังมีความเห็นที่แตกต่างกันพอจะสรุปได้ ดังนี้

### 1. ห้ามมิให้ตีความกฎหมายอาญาโดยขยายความ

แนวคิดนี้เห็นว่า ศาลมีหน้าที่พิจารณาเพียงว่าจะลงโทษหรือไม่ลงโทษผู้กระทำผิดเท่านั้น ไม่ได้มีหน้าที่ช่วยเหลือจำเลยโดยตีความกฎหมายไปในทางที่จะเป็นประโยชน์ต่อจำเลยแต่อย่างใด<sup>91</sup>

### 2. ห้ามมิให้ตีความกฎหมายอาญาโดยขยายความเฉพาะกรณีที่เป็นผลร้ายแก่ผู้กระทำผิด

แนวคิดนี้เห็นว่า กฎหมายอาญาจะตีความโดยขยายความเพื่อลงโทษบุคคลไม่ได้<sup>92</sup> กรณีที่มีข้อสงสัยในเจตนารมณ์ของกฎหมาย หรือสามารถตีความได้หลายนัย ศาลย่อมตีความในแง่ที่เป็นประโยชน์แก่จำเลยมากที่สุดได้ โดยไม่มีเหตุผลอันใดที่จะจำกัดไม่ให้ศาลตีความเพื่อให้ประโยชน์แก่จำเลยในคดีอาญาทั้งในปัญหาข้อเท็จจริงและปัญหาทางกฎหมาย<sup>93</sup>

### 3. สามารถตีความกฎหมายอาญาโดยขยายความได้

แนวคิดนี้เห็นว่า การตีความทางกฎหมายมีเพียงการตีความเพื่อให้ได้มาซึ่งความหมายที่ถูกต้องเพียงอย่างเดียวเท่านั้น โดยไม่แบ่งแยกว่าจะต้องตีความตามแนวทางใดแนวทางหนึ่ง<sup>94</sup> การตีความกฎหมายอาญาต้องดูที่ว่ากฎหมายต้องการให้ใช้ความหมายอย่างแคบหรืออย่างกว้าง การตีความโดยขยายความจึงไม่เป็นการต้องห้ามตามกฎหมาย<sup>95</sup> และเห็นว่า การตีความโดย

<sup>89</sup> ปรีดี เกษมทรัพย์, จิตติ ดิงศภัทย์, คณิต ณ นคร “การตีความกฎหมายอาญา”, วารสารนิติศาสตร์ 14(4), หน้า 43-45.

<sup>90</sup> อักษราท จุฬารัตน์, เฟิงอั้ง หน้าเดียวกัน.

<sup>91</sup> พระยารรณการินีพนธ์, “กฎหมายอาญาพิสดาร หนังสืออนุสรณ์ในงานพระราชทานเพลิงศพ พระยารรณการินีพนธ์” กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์โสภณพิพรรฒธนากร, 2467, หน้า 113.

<sup>92</sup> หยุดแสง อุทัย, “กฎหมายอาญาภาคทั่วไป”, พิมพ์ครั้งที่ 16 กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2529, หน้า 43.

<sup>93</sup> ชานินทร์ กรีวิเชียรและวิชา มหาคุณ, “การตีความกฎหมาย”, พิมพ์ครั้งที่ 3 กรุงเทพมหานคร: โครงการสืบทอดตำรา.

ครูทางนิติศาสตร์ชุดที่ 1 คณะนิติศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2539, หน้า 419.

<sup>94</sup> คณิต ณ นคร, “การตีความกฎหมาย”, วารสารนิติศาสตร์ 14,9 (ธันวาคม), 2527, หน้า 57-64.

<sup>95</sup> จิตติ ดิงศภัทย์, “การตีความกฎหมายอาญา”, วารสารนิติศาสตร์ 14,9 (ธันวาคม), 2527, หน้า 52.

ขยายความไม่ได้เป็นการไปเปลี่ยนแปลงความหมายของบทบัญญัติของกฎหมาย แต่เป็นการทำให้ความหมายที่ขาดหายไปสมบูรณ์ตามเจตนารมณ์ของผู้ร่างกฎหมายเท่านั้น<sup>96</sup>

นอกจากนี้ ยังมีการอธิบายและเสนอแนะหลักเกณฑ์และแนวทางในการตีความกฎหมายอาญาของไทยอยู่อีกหลายหลักเกณฑ์ พอยกเป็นตัวอย่างได้ เช่น พระยาเทพวิฑูร (บุญช่วย วณิกกุล) อธิบายถึงแนวทางที่จะช่วยตีความบทบัญญัติของกฎหมายที่มีความเคลือบแคลงโดยสรุปคือ

1. พิจารณาเทียบข้อความอื่นในมาตราเดียวกัน ในมาตราอื่น หรือในบทอื่นในกฎหมายเดียวกัน หรือในกฎหมายอื่นในเรื่องเดียวกัน หรือคล้ายคลึงกัน

2. ดูความประสงค์ในการออกกฎหมายนั้น ซึ่งอาจเปลี่ยนแปลงหลักกฎหมายหรือบทกฎหมายที่เป็นอยู่ในขณะที่ออกกฎหมายอันเป็นปัญหานั้นหรือไม่ ถ้ามีข้อสงสัยแล้วสันนิษฐานว่าไม่ประสงค์จะเปลี่ยนกฎหมายเดิม

3. พิจารณาเรื่องที่ดำเนินมาในร่างกฎหมายนั้น เช่น ดูร่างเดิม รายงาน และร่างที่แก้ไขมาเป็นลำดับ ประกอบ ด้วยข้อโต้แย้งในการแก้ไขร่างนั้นๆ<sup>97</sup>

แสวง บุญเฉลิมวิภาส ได้อธิบายและเสนอแนะหลักเกณฑ์ในการตีความกฎหมายอาญาของไทย พอสรุปได้ ดังนี้<sup>98</sup>

1. พิจารณาคำในบทบัญญัติของกฎหมาย ในในเชิงความหมายธรรมดา ความหมายอย่างกว้าง และความหมายอย่างแคบ ตลอดจนความหมายโดยอนุโลม ภายในขอบเขตของบทบัญญัติในเรื่องนั้นๆ

2. พิจารณาคำมุ่งหมายหรือเจตนารมณ์ เนื่องจากความหมายของถ้อยคำต่างๆ ในบทบัญญัติของกฎหมายอาจไม่ได้มีความหมายที่ชัดเจนแน่นอนในตัวเอง แต่จะสื่อความหมายหรือเจตนารมณ์ที่แท้จริงในทางกฎหมายต่อเมื่อพิจารณาประกอบกับปัจจัยแวดล้อมต่างๆ ภายในขอบเขตของบทบัญญัติในเรื่องนั้นๆ

<sup>96</sup> อักขรารท จุฬารัตน์, “หลักทั่วไปของการตีความในกฎหมายอาญา”,วารสารนิติศาสตร์ 1,3 (ธันวาคม), 2512, หน้า 89.

<sup>97</sup> พระยาเทพวิฑูร,คำอธิบายประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ บรรพ 1-2 มาตรา 1-240 กรุงเทพมหานคร: เนติบัญญัติยสภา, 2509, หน้า 22-24

<sup>98</sup> แสวง บุญเฉลิมวิภาส “หลักกฎหมายอาญา”,กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2539, หน้า 25.

3. พิจารณาความเป็นมาทางประวัติศาสตร์ เนื่องจากกฎหมายเป็นผลมาจากวิวัฒนาการของสังคม การเข้าใจความเป็นมาทางประวัติศาสตร์จะทำให้ทราบความหมายที่แท้จริงและเข้าใจเจตนารมณ์ในทางกฎหมายได้มากยิ่งขึ้น

4. พิจารณาความสัมพันธ์ของบทบัญญัติของกฎหมาย จะทำให้มองเห็นและเข้าใจภาพรวมของกฎหมายทั้งระบบ รวมทั้งความคล้ายคลึงและความแตกต่างระหว่างบทบัญญัติของกฎหมายที่จะนำไปสู่การตีความกฎหมายในแต่ละเรื่อง

5. พิจารณาคุณธรรมทางกฎหมายของบทบัญญัตินั้นๆ โดยพิจารณาจากสิ่งที่กฎหมายประสงค์จะคุ้มครอง หรือที่เรียกว่า คุณธรรมทางกฎหมาย (rechtsgut) ซึ่งศาสตราจารย์ ดร. คณิต ฌ นกร ให้นิยามไว้ว่า คุณธรรมทางกฎหมายมีลักษณะเป็นนามธรรมไม่สามารถจับต้องได้ และเป็นสิ่งที่เป็นภาพในทางความคิดหรือเป็นสิ่งที่ประ โยชน์หรือสิ่งที่เป็นคุณค่า กฎหมายมีวัตถุประสงค์เพื่อให้สังคมมีความสุข มนุษย์ทุกคนจึงต้องเคารพและไม่ละเมิดประโยชน์ (Interest) หรือคุณค่า (Value) ของการอยู่ร่วมกันในสังคม การละเมิดประโยชน์หรือคุณค่าของการอยู่ร่วมกันจึงเป็นการละเมิดคุณธรรมของกฎหมาย

โดยสรุปแล้ว กฎหมายอาญาของไทยจะถือตามความหมายของถ้อยคำในกฎหมายตามที่ปรากฏในพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถานเป็นหลัก ส่วนคำที่มีความหมายเฉพาะจะถือตามความหมายตามบทนิยามที่กฎหมายบัญญัติไว้ การตีความจะเกิดขึ้นแต่เฉพาะในกรณีที่บทบัญญัติของกฎหมายมีความกำกวมคลุมเครือ หรือมีความหมายหลายนัย จนไม่สามารถหรือไม่เหมาะสมที่จะถือเอาความหมายตามตัวอักษรที่ปรากฏ การตีความต้องใช้การตีความทั้งตามตัวอักษรและค้นหาเจตนารมณ์ของกฎหมายควบคู่กัน โดยจะพิจารณาจากความหมายของถ้อยคำที่ใช้ เจตนารมณ์ ความเป็นมา ความเชื่อมโยงสัมพันธ์ในเนื้อหาของกฎหมาย และสิ่งที่กฎหมายประสงค์จะคุ้มครอง หรือคุณธรรมทางกฎหมายการตีความกฎหมายอาญาในกฎหมายไทยยึดถือหลักการตีความกฎหมายอาญาโดยเคร่งครัด ซึ่งเป็นไปตามหลัก “Nullum crimen nulla poena sine lege” โดยที่จะนำการเทียบเคียงบทกฎหมายที่ใกล้เคียงอย่างยิ่ง จารีตประเพณี หรือหลักกฎหมายทั่วไปมาใช้ให้เป็นผลร้ายต่อจำเลยไม่ได้ กรณีที่กฎหมายอาจตีความได้เป็นหลายนัย จะตีความไปในทางที่เป็นประโยชน์มากกว่าทางที่จะเป็นโทษต่อจำเลย หรือตีความไปในทางที่เป็นผลร้ายต่อจำเลยน้อยที่สุด และจะตีความให้เป็นการลงโทษหรือเพิ่มโทษให้หนักขึ้นไม่ได้ แต่กฎหมายอาญาของไทยไม่ได้มีข้อห้ามไม่ให้ตีความไปในทางที่เป็นประโยชน์ต่อจำเลย และไม่ได้ห้ามนำกฎหมายที่ใกล้เคียงอย่างยิ่ง จารีตประเพณี หรือหลักกฎหมายทั่วไปมาใช้ในทางที่เป็นประโยชน์ต่อจำเลยด้วย แม้ตามกฎหมายของไทยจะไม่ได้ยึดหลักบรรทัดฐานแนวคำพิพากษา แต่เมื่อมีข้อกฎหมายใดที่ศาลฎีกาได้วินิจฉัยไว้แล้ว ก็มักได้รับการยอมรับว่าเป็นแนวทางในการตีความ

กฎหมายที่เป็นที่ยอมรับ และอาจนำมาใช้ประกอบการพิจารณาในคดีต่อไปที่มีข้อเท็จจริงเดียวกัน  
ได้ อย่างไรก็ตาม ไม่เป็นการบังคับให้ศาลในคดีต่อมาต้องตีความเช่นเดียวกันเสมอไป การตีความ  
ทางกฎหมายอาญาจึงยังสามารถมีการเปลี่ยนแปลงให้เหมาะสมและเป็นธรรมได้



### บทที่ 3

## คำศัพท์ นิยาม และการตีความความผิดปกติทางจิต ในกฎหมายอาญาของไทยและกฎหมายต่างประเทศ

แม้การใช้คำศัพท์ นิยามความหมาย และการตีความเกี่ยวกับความผิดปกติทางจิตในทางกฎหมายในแต่ละประเทศจะมีรายละเอียดที่แตกต่างกัน อันเป็นผลมาจากความแตกต่างกันในเชิงสังคม ภาษา และวัฒนธรรม การใช้ระบบกฎหมายที่แตกต่างกัน รวมถึงพัฒนาการทางแนวคิดในเชิงกฎหมายที่เกิดจากการใช้กฎหมายกับข้อเท็จจริงและความเห็นของผู้เชี่ยวชาญทั้งทางกฎหมายและทางการแพทย์ อย่างไรก็ตามจากการศึกษาแนวคิดและกระบวนการทางกฎหมายก็แสดงให้เห็นถึงแนวคิดบางประการที่มีลักษณะร่วมกัน จนอาจเป็นแนวทางในการทำความเข้าใจและสร้างแนวทางการใช้คำศัพท์ การสร้างนิยามความหมายในทางกฎหมาย และแนวทางในการตีความเกี่ยวกับความผิดปกติทางจิตในทางกฎหมายได้ในระดับหนึ่ง

ในบทนี้จะได้นำเสนอการใช้คำศัพท์ นิยาม และการตีความความผิดปกติทางจิตในกฎหมายอาญาของไทยและกฎหมายต่างประเทศ เพื่อเป็นแนวทางในการทำความเข้าใจแนวคิดเกี่ยวกับเรื่องนี้ในทางกฎหมาย ดังนี้

#### 1. คำศัพท์ นิยาม และการตีความความผิดปกติทางจิตในกฎหมายอาญาของไทย

ในภาษาไทยมีศัพท์ที่หมายถึงความผิดปกติทางจิตอยู่หลายคำ ตามพจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542 ปรากฏคำที่มีความหมายเกี่ยวข้องกับความผิดปกติทางจิต ดังนี้

บ้า หมายถึง เสียสติ, วิกลจริต, สติฟั่นเฟือน, หลงใหลหรือมัวเมาในสิ่งนั้นๆ จนผิดปกติ เช่น บ้ากาม บ้ายศ บ้าฟุตบอล

ฟั่นเฟือน หมายถึง หลงใหล, เกลิบเกลิ้ม, เผลอสติ, คุ่มดีคุ่มร้าย, เช่น มีสติฟั่นเฟือน จิตใจฟั่นเฟือน

วิกลจริต หมายถึง มีความประพฤติกิริยาผิดปกติเพราะสติวิปลาส เช่น เขาเป็นคนวิกลจริต ร้องไห้บ้างหัวเราะบ้างโดยไม่มีสาเหตุ, เป็นบ้า

วิปลาส หมายถึง คลาดเคลื่อนไปจากธรรมดาสามัญ เช่น สติวิปลาสตัวอักษรวิปลาส ลัญญาวิปลาส

สติวิปลาส หมายถึง มีสติพื้นเพื่อนคล้ายคนบ้า, สัตยวิปลาส ก็ว่า

เสียดสติ หมายถึง มีสติพื้นเพื่อน, คุ่มดีคุ่มร้าย

นอกเหนือจากคำศัพท์เหล่านี้ ในปัจจุบันพบว่ามีการใช้คำศัพท์ภาษาไทยที่มีความหมายสื่อถึงความผิดปกติทางจิตปรากฏในสื่อชนิดต่างๆ อีกมากมาย เช่น วิกลจริต โรคนิ่วจิต จิตวิปริต เสียดจริต สติแตก คุ่มคลั่ง ฯลฯ อย่างไรก็ตาม คำศัพท์ที่ใช้นั้น อาจมีความหมายที่แตกต่างไปตามบริบท เช่น เมื่อใช้คำว่า โรคนิ่วจิต อาจมีความหมายว่ามีความผิดปกติทางจิตที่รุนแรง เช่นที่คนทั่วไปเข้าใจได้ทั่วไปว่าเป็นบ้า หรือหมายถึงพฤติกรรมที่ก่อความเดือดร้อนรำคาญให้แก่ผู้อื่น หรือเป็นเพียงพฤติกรรมที่เบี่ยงเบนไปจากสังคมปกติก็ได้

อย่างไรก็ตาม พบว่ามีคำศัพท์ที่เกี่ยวข้องกับความผิดปกติทางจิตเพียงไม่กี่คำเท่านั้นที่นำมาใช้ในทางกฎหมาย ดังต่อไปนี้

## 1.1 คำศัพท์ที่เกี่ยวข้องกับความผิดปกติทางจิตในกฎหมายไทย

### 1.1.1 คำศัพท์ที่เกี่ยวข้องกับความผิดปกติทางจิตที่ปรากฏอยู่ในกฎหมายไทย

#### ปัจจุบัน

เมื่อศึกษากฎหมายต่างๆ ของไทย พบว่ามีการใช้คำที่มีความหมายถึงความผิดปกติทางจิตในกฎหมายฉบับต่างๆ ดังต่อไปนี้

#### รัฐธรรมนูญ

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย เริ่มปรากฏคำว่า “วิกลจริต” และ “จิตพื้นเพื่อน ไม่สมประกอบ” ครั้งแรกในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 ในมาตรา 106 มาตรา 109 มาตรา 118 มาตรา 126 มาตรา 133 มาตรา 137 มาตรา 141 มาตรา 206 มาตรา 216 มาตรา 256 มาตรา 260 มาตรา 297 และมาตรา 298 ซึ่งเป็นการกำหนดคุณสมบัติบุคคลต้องห้ามมิให้ใช้สิทธิเลือกตั้ง และมีให้ดำรงตำแหน่งสำคัญทางการเมืองและตำแหน่งสำคัญอื่นๆ ซึ่งต่อมารัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2550 มาตรา 96<sup>99</sup> ก็กำหนดไว้เช่นเดียวกัน

มีข้อสังเกตว่า รัฐธรรมนูญฉบับต่างๆ ของไทยที่ผ่านมา จนถึงรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560 ซึ่งเป็นฉบับล่าสุด นอกจากการจำกัดสิทธิเลือกตั้งดังกล่าวแล้ว ก็ไม่มีข้อความใดที่จำกัดถึงสิทธิอื่นใดของผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตไว้โดยเฉพาะ ทำให้โดยหลักการ

<sup>99</sup>มาตรา 96 บุคคลผู้มีลักษณะดังต่อไปนี้ในวันเลือกตั้ง เป็นบุคคลต้องห้ามมิให้ใช้สิทธิเลือกตั้ง

- (1) เป็นภิกษุ สามเณร นักพรต หรือนักบวช
- (2) อยู่ในระหว่างถูกเพิกถอนสิทธิเลือกตั้งไม่ว่าคดีนั้นจะถึงที่สุดแล้วหรือไม่
- (3) ต้องคุมขังอยู่โดยหมายของศาลหรือโดยคำสั่งที่ชอบด้วยกฎหมาย
- (4) วิกลจริตหรือจิตพื้นเพื่อนไม่สมประกอบ.



พื้นฐานแล้วต้องถือว่า ผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตยังคงมีสิทธิที่จะได้รับการคุ้มครองตามกฎหมาย เช่นเดียวกับบุคคลอื่น โดยทั่วไปอันรวมไปถึงการมีสิทธิในการรับบริการทางสาธารณสุขที่รัฐจัดให้ ที่ได้รับการคุ้มครองตามมาตรา 55 แห่งรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560 อีกด้วย ดังนั้น ผู้ที่มีความผิดปกติทางจิต ไม่ว่าจะอยู่ในฐานะใดๆ ย่อมมีสิทธิในการเข้ารับการรักษา ซึ่งเป็นสิทธิที่ได้รับการคุ้มครองตามรัฐธรรมนูญซึ่งเป็นกฎหมายสูงสุด

#### ประมวลกฎหมายอาญา

ประมวลกฎหมายอาญา มีการใช้คำที่มีความหมายถึงความผิดปกติทางจิต ปรากฏอยู่หลายคำ โดยพบว่า มีการใช้คำว่า “จิตบกพร่อง” ในมาตรา 48 และมาตรา 65 “โรคจิต” ในมาตรา 48 และมาตรา 65 “จิตฟั่นเฟือน” ในมาตรา 48 และมาตรา 65 “ความบกพร่องทางจิตใจ” ในมาตรา 56 “จิตพิการ” ในมาตรา 297(6) “ความอ่อนแอแห่งจิต” ในมาตรา 342(2) และ “จิตอ่อนแอ” ในมาตรา 346 นอกจากนี้ ยังมีคำว่า “ความเชื่ออย่างงมงาย” ปรากฏในมาตรา 81

มีข้อสังเกตว่า ประมวลกฎหมายอาญาของไทย ไม่มีบทนิยามหรือให้ความหมายของคำเหล่านี้ไว้แต่อย่างใด นอกจากนี้พบว่าไม่มีคำว่า “วิกลจริต” ปรากฏอยู่ในประมวลกฎหมายอาญาของไทยในปัจจุบัน

#### ประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา

ประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา ปรากฏคำว่า “วิกลจริต” ในมาตรา 6 มาตรา 14 มาตรา 29 มาตรา 51 มาตรา 246 มาตรา 247 และมาตรา 248 แม้ว่าจะมีการใช้คำว่า “โรงพยาบาลโรคจิต” ในมาตรา 14 (ซึ่งปัจจุบันในเอกสารราชการต่างๆ ได้ใช้คำว่า “โรงพยาบาลจิตเวช” แทนแล้ว) ก็อาจถือได้ว่า ประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญาของไทยมีการใช้คำที่หมายถึงความผิดปกติทางจิตเพียงคำเดียวคือคำว่า “วิกลจริต” อย่างไรก็ตาม ประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญาของไทยก็ไม่มีบทนิยามหรือให้ความหมายของคำว่า “วิกลจริต” ไว้

ประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์และประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความแพ่ง

ในประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มีการใช้คำที่หมายถึงความผิดปกติทางจิต ปรากฏอยู่สองคำ คือ “วิกลจริต” และ “จิตฟั่นเฟือน” โดยมีการใช้คำว่า “วิกลจริต” ในมาตรา 28 มาตรา 30 มาตรา 33 มาตรา 175 มาตรา 429 มาตรา 1449 มาตรา 1464 มาตรา 1519 มาตรา 1516 มาตรา 1606 มาตรา 1610 มาตรา 1611 มาตรา 1670 และมาตรา 1687 และใช้คำว่า “จิตฟั่นเฟือน” ในมาตรา 32 มาตรา 33 และมาตรา 1464/1 ขณะที่ประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความแพ่ง ไม่ปรากฏคำที่มีความหมายถึงความผิดปกติทางจิตโดยตรง อย่างไรก็ตาม มีการใช้คำว่า

“บุคคลผู้ไร้ความสามารถ” ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ ซึ่งอาจเป็นกรณีของผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตก็ได้

พระราชบัญญัติควบคุมการขอทาน พ.ศ. 2484

พระราชบัญญัติควบคุมการขอทาน พ.ศ. 2484 มีการใช้คำว่า “วิกลจริต” ในมาตรา 7<sup>100</sup> ซึ่งพบว่าไม่มีบทนิยามหรือให้ความหมายของคำว่า “วิกลจริต” ไว้แต่อย่างใด

พระราชบัญญัติราชทัณฑ์ พ.ศ. 2479

พระราชบัญญัติราชทัณฑ์ พุทธศักราช 2479 มีการใช้คำว่า “วิกลจริต” และ “จิตไม่สมประกอบ” ในมาตรา 14 ซึ่งห้ามมิให้ใช้เครื่องพันธนาการแก่ผู้ต้องขัง เว้นแต่เป็นบุคคลวิกลจริต หรือจิตไม่สมประกอบอันอาจเป็นภัยอันตรายต่อผู้อื่น แต่ไม่ปรากฏนิยามความหมายไว้แต่อย่างใด อย่างไรก็ตาม ตามระเบียบกรมราชทัณฑ์ (ฉบับที่ 2/2507) ว่าด้วยการอนามัยและการสุขภาพของผู้ต้องกักขัง กำหนดให้ผู้ต้องกักขังที่เจ็บป่วย หรือเป็นหญิงที่มีครรภ์ได้รับการรักษาพยาบาลตามสมควร ดังนั้น ผู้ที่เจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวชจะถือว่าผู้ต้องกักขังที่เจ็บป่วยได้รับการตรวจประเมินและบำบัดรักษาโดยแพทย์ รวมถึงการส่งออกไปรับการรักษาที่อื่นในกรณีจำเป็นด้วย

พระราชบัญญัติรับราชการทหาร พ.ศ. 2497

พระราชบัญญัติรับราชการทหาร พ.ศ. 2497 แม้จะไม่ปรากฏว่ามีคำที่มีความหมายถึงความผิดปกติทางจิตไว้โดยตรง แต่พบว่ามีกฎกระทรวงหลายฉบับ ซึ่งออกโดยอาศัยอำนาจตามมาตรา 41 วรรค 1 และ 51 ของพระราชบัญญัตินี้ซึ่งเกี่ยวข้องกับความผิดปกติทางจิต เช่น กฎกระทรวงฉบับที่ 74 (พ.ศ.2540) แก้ไขเพิ่มเติมรายละเอียดของโรคที่ขัดต่อการรับราชการทหาร โดยใช้คำว่า “โรคทางประสาทวิทยา” และ “โรคทางจิตเวช” ซึ่งในส่วนของโรคทางจิตเวช ได้ระบุไว้ว่าเป็น โรคจิตหรือโรคที่ทำให้จิตผิดปกติอย่างรุนแรงและถาวร ต่อมาได้มีคำพิพากษาของศาลปกครองใน หมายเลขคดีแดงที่ 1540/2554 ให้แก้ไขข้อความในใบเอกสารสำคัญต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับเกณฑ์ทหาร จากคำว่า “เป็นโรคจิตถาวร” เป็น “ภาวะเพศสภาพไม่ตรงกับเพศกำเนิด” และต่อมาได้มีการเพิ่มเติมคำว่า “ภาวะเพศสภาพไม่ตรงกับเพศกำเนิด (Gender Identity Disorder)” โดยกฎกระทรวงฉบับที่ 75 (พ.ศ. 2555) หลังจากนั้นในกฎกระทรวงฉบับที่ 76 (พ.ศ. 2555) มีการแก้ไขเพิ่มเติมรายละเอียดของโรคทางจิตเวช โดยมีการจำแนกเป็นกลุ่มโรคจิตที่มีอาการรุนแรงหรือ

<sup>100</sup>มาตรา 7 เมื่อปรากฏจากการสอบสวนว่าผู้ใดทำการขอทาน และผู้นั้นเป็นคนชราภาพหรือเป็นคนวิกลจริต พิกัด หรือเป็นคนมีโรค ซึ่งไม่สามารถประกอบอาชีพอย่างใด และไม่มีทางเลี้ยงชีพอย่างอื่น ทั้งไม่มีญาติมิตรอุปการะเลี้ยงดู ก็ให้พนักงานเจ้าหน้าที่ส่งตัวไปยังสถานสงเคราะห์.

เรื้อรัง โรคอารมณ์แปรปรวนที่มีอาการรุนแรงหรือเรื้อรัง โรคพัฒนาการทางจิตเวช และโรคหรือความผิดปกติในการพัฒนาการของทักษะทางสังคมและภาษา และมีการระบุชื่อโรคทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษโดยยึดตามศัพท์ทางการแพทย์

พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551

พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 ใช้คำว่า“ความผิดปกติทางจิต” โดยหมายถึง อาการผิดปกติของจิตใจที่แสดงออกมาทางพฤติกรรม อารมณ์ ความคิด ความจำสติปัญญา ประสาทการรับรู้ หรือการรู้เวลา สถานที่ หรือบุคคล รวมทั้งอาการผิดปกติของจิตใจที่เกิดจากสุราหรือสารอื่นที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท

พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 เป็นกฎหมายฉบับแรกและปัจจุบันยังคงเป็นกฎหมายเพียงฉบับเดียวของไทยที่ใช้คำว่า “ความผิดปกติทางจิต” เพียงคำเดียวในกฎหมาย โดยไม่มีการใช้คำว่า วิกลจริต จิตบกพร่อง โรคจิต หรือจิตฟั่นเฟือน ภายในพระราชบัญญัติฉบับนี้แต่อย่างใด นอกจากนี้ ยังเป็นกฎหมายฉบับเดียวที่มีการนิยามความหมายของความผิดปกติทางจิตไว้ในกฎหมายอย่างชัดเจน

### 1.1.2 พัฒนาการของการใช้คำศัพท์ที่เกี่ยวข้องกับความผิดปกติทางจิตในกฎหมายไทย

คำที่มีความหมายถึงความผิดปกติทางจิตปรากฏในกฎหมายไทย ตั้งแต่ประมาณพ.ศ. 2230 ตรงกับสมัยอยุธยาตอนปลาย ในสมัยพระเพทราชา มีบทพระอัยการลักษณะวิวาทค่าตี มาตรา 15 สรุปได้ว่า”คนบ้าถ้าฆ่าคนตาย ก็ให้พ่อแม่พี่น้องของคนบ้าจ่ายค่าสินไหมทดแทน แล้วรับตัวกลับไปดูแลตามเดิม แต่ถ้าแก้ทำร้ายก็เอาโทษไม่ได้ ส่วนคนบ้า ที่เร่ร่อนไม่มีคนดูแลแล้วฆ่าหรือทำร้ายคนจะเอาโทษไม่ได้ ให้แจ้งตำรวจจับไปดูแลแทน” ต่อมาใน พ.ศ. 2293 สมัยพระเจ้าอยู่หัวบรมโกศ ได้บัญญัติกฎหมายโดยสรุปได้ว่า ถ้าคนบ้าไปทำอะไรก็จะได้รับการยกเว้นโทษ<sup>101</sup>

จนกระทั่งในสมัยรัตนโกสินทร์ตอนต้น พระบาทสมเด็จพระพุทธยอดฟ้าจุฬาโลกมหาราช ทรงโปรดให้มีการชำระกฎหมายเก่าๆ ที่มีการคัดลอกมาจากสมัยอยุธยา โดยกฎหมายที่ชำระใหม่นี้เรียกว่า “กฎหมายตราสามดวง” โดยมีบทบัญญัติที่เกี่ยวข้องกับความผิดปกติทางจิตในบทพระอัยการลักษณะวิวาท มาตรา 15 ว่า “มาตราหนึ่ง คนบ้าเข้าบ้านท่านตีฟันแทงคนตีตาย จะไหม้บ้าไซ้ท่านว่ามีชอบ เพราะว่าบ้าหาตำแหน่งแบ่งสัจมิได้ ท่านว่าให้พ่อแม่พี่น้อง

<sup>101</sup> รัชชชัย คงสกนธ์. ตำรานิติจิตเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: หจก.บางกอกบลิ๊อค, 2551, หน้า 58 – 59.

เผ่าพันธุ์บ้างใช้กิ่งเบี๊ยปลูกตัวผู้ตาย ให้เวนบ้านนั้น ไปให้แก่พ่อแม่พี่น้องเผ่าพันธุ์บ้านนั้นจึงชอบ ถ้ามันดี มีบาทเจ็บใช้ หาโทษมิได้ ถ้าที่ปนที่ไร่นาป่าดงพงแขมเปนที่อยู่แห่งคนผู้สูงอายุศรม์แลคนพิกลจริต บ้างไปผู้ใดเข้าไปในที่มันอยู่พันแทงมีบาทเจ็บแลตายก็ดี ถ้าพบปะมันกลางถนนหนทางมิได้หลีกแล มันพันแทงบาทเจ็บถึงตายก็ดี จะเอาโทษแก่มันมิได้เลย ให้โฆษณาแก่นครบาลให้จับเอาตัวมันจำ จองไว้จนกว่าจะสิ้นกาม” โดยสรุปคือ ตามกฎหมายตราสามดวง หากคนบ้าทำร้ายร่างกายผู้อื่นจะ ปรับคนบ้ามิได้ ให้ปรับพ่อแม่พี่น้องของคนบ้าแทน นอกจากนี้ยังกำหนดไว้ว่า หากญาติพี่น้องใคร เสียจริตเป็นบ้า ให้ญาติมีหน้าที่ดูแลให้ดี ห้ามปล่อยให้เที่ยวไปตามลำพัง หากฝ่าฝืนและคนบ้าได้ ล้วงเข้ามาในพระบรมมหาราชวัง ญาติจะถูกปรับใหม่<sup>102</sup> ซึ่งในบทบัญญัติดังกล่าวมีการใช้ทั้งคำว่า “บ้า” และ “พิกลจริต” ปรากฏอยู่ ซึ่งตำรากฎหมายได้อธิบายว่า “คนบ้า” หมายถึง ผู้กระทำความผิด ในเวลาที่เขาไม่มีสติรู้ผิดชอบ เพราะมีโรคไทย<sup>103</sup>

ใน พ.ศ. 2451 ประเทศไทยมีการมีการประกาศใช้กฎหมายลักษณะอาญา ร.ศ. 127 ซึ่งบัญญัติหลักเรื่องความรับผิดชอบในทางอาญาของบุคคลวิกลจริตในกฎหมายไว้อย่างชัดเจน กฎหมาย ฉบับนี้มีการใช้คำว่า “วิกลจริต” และ “สติญญาวิปลาศ” ในมาตรา 46 มาตรา 47 และมาตรา 48

พ.ศ. 2466 เมื่อมีการประกาศใช้ประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มีการใช้ คำที่หมายถึงความผิดปกติทางจิต ปรากฏอยู่สองคำ คือ “วิกลจริต” และ “จิตฟั่นเฟือน” ซึ่งใช้สลับเนื่อง มาจนถึงปัจจุบัน ขณะที่ประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความแพ่งที่ประกาศใช้ในปีเดียวกัน ปรากฏ เพียงคำว่า “บุคคลผู้ไร้ความสามารถ” ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์เท่านั้น

ใน พ.ศ. 2477 เมื่อประกาศใช้ประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา มีการใช้คำว่า “วิกลจริต” ปรากฏในมาตรา 14 มาตรา 246 และมาตรา 248 และยังคงใช้สลับเนื่องมา จนถึงปัจจุบัน

พ.ศ. 2479 มีการประกาศใช้พระราชบัญญัติราชทัณฑ์ พ.ศ. 2479 ซึ่งนอกจาก จะใช้คำว่า “วิกลจริต” แล้ว ยังมีการใช้คำว่า “จิตไม่สมประกอบ” ด้วย

ใน พ.ศ. 2482 ในการประชุมกรรมการพิจารณาแก้ไขกฎหมายลักษณะอาญา ได้มีข้อสังเกตจากที่ประชุมว่า คำว่า “วิกลจริต” นั้นมีความหมายอย่างไร เพราะเป็นคำกว้าง จึงมีหนังสือสอบถามคำที่ควรใช้เกี่ยวกับความวิกลจริต ไปยังอธิบดีกรมสาธารณสุขในขณะนั้น ซึ่งมีหนังสือตอบกลับจากอธิบดีกรมสาธารณสุข โดยสรุปว่า ไม่ควรใช้คำว่า “สติญญาวิปลาศ”

<sup>102</sup> รัชชชย คงสภนธ์. ตำรานิติจิตเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: หจก.บางกอกบลิ๊ก, 2551, หน้า 58 – 59.

<sup>103</sup> ขุนหลวงพระยาไกรสี (เทียม). หลักกฎหมายอาญา. โรงพิมพ์โสภณพิพรรฒธนากร; ร.ศ. 126. หน้า 5.

เพราะว่า“สัญญา” แปลว่าความจำ เมื่อวิกลจริตแล้วก็แปลว่าความจำเสียไป แท้จริงคนวิกลจริตไม่ใช่แต่ความจำเสียอย่างเดียว แต่เสียทั้งความคิดอ่านและสติปัญญาด้วย และเสนอให้ใช้คำว่า “จิตต์วิปลาส” ซึ่งตรงกับภาษาอังกฤษว่า “defective mental power” แทน อย่างไรก็ตาม ไม่ได้มีการให้ความหมายของคำว่าวิกลจริตในทางการแพทย์ไว้แต่อย่างใด

ใน พ.ศ. 2484 มีการประกาศใช้พระราชบัญญัติควบคุมการขอทาน พ.ศ. 2484 ยังคงมีการใช้คำว่า “วิกลจริต” ในมาตรา 7 ในกฎหมายฉบับดังกล่าว

ต่อมา พ.ศ. 2487 ในการประชุมอนุกรรมการพิจารณาร่างประมวลกฎหมายอาญา ได้มีการพิจารณาถึงความหมายของคำว่า “วิกลจริต” อีกครั้ง โดยร่างเดิมที่เสนอว่าให้ใช้คำว่า “วิกลจริต” เพียงคำเดียว แต่อนุกรรมการได้เสนอว่าควรใช้คำว่า “จิตฟั่นเฟือน” เพื่อให้หมายถึง mental disorder และ จิตบกพร่อง ซึ่งตรงกับคำว่า mental deficiency ในที่สุดที่ประชุมมีมติให้ใช้ทั้งสองคำ และเพิ่มเติมคำว่า “โรคจิต” ซึ่งตรงกับคำว่า psychosis ไว้ในบทบัญญัติด้วย ดังที่ปรากฏในประมวลกฎหมายอาญามาตรา 65 ในปัจจุบัน อย่างไรก็ตามหลังจากนั้นไม่ปรากฏว่าประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญาและกฎหมายอื่นๆ ที่ใช้คำว่า “วิกลจริต” มีการแก้ไขในลักษณะเดียวกับประมวลกฎหมายอาญาแต่อย่างไร

จนกระทั่ง พ.ศ. 2551 ได้มีการประกาศใช้พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 ซึ่งเป็นกฎหมายไทยที่ใช้คำว่า “ความผิดปกติทางจิต” ในกฎหมายเป็นฉบับแรก และเป็นกฎหมายไทยฉบับเดียวที่พบว่ามีการใช้และให้ความหมายของความผิดปกติทางจิตไว้

จะเห็นได้ว่า ในกฎหมายอาญาและกฎหมายฉบับต่างๆ ของไทยมีการใช้คำศัพท์ที่เกี่ยวข้องกับอยู่หลายคำที่ใช้แตกต่างกันออกไป ซึ่งเกิดจากการบัญญัติกฎหมายขึ้นใหม่และการแก้ไขปรับปรุงคำศัพท์ที่ใช้ในกฎหมายต่างๆ มาอย่างต่อเนื่องในอดีตโดยได้รับอิทธิพลส่วนหนึ่งจากความเปลี่ยนแปลงของคำศัพท์ที่ใช้ในทางสังคมและในทางการแพทย์ทั้งที่เป็นภาษาไทยและการแปลจากคำศัพท์ภาษาอังกฤษ

## 1.2 นิยามและความหมายของคำศัพท์ที่เกี่ยวข้องกับความผิดปกติทางจิตในกฎหมายไทย

คำศัพท์ที่มีความหมายเกี่ยวข้องกับความผิดปกติทางจิตที่สำคัญในกฎหมายไทย ได้แก่ “วิกลจริต” “จิตฟั่นเฟือน” “โรคจิต” และ “จิตบกพร่อง” ซึ่งคำศัพท์ต่างๆ ดังกล่าวมีความหมายในทางกฎหมาย ตามความเห็นของผู้เชี่ยวชาญ และความหมายจากแนวทางตามคำพิพากษาต่างๆ ดังนี้

### 1.2.1 ความหมายของคำศัพท์ที่เกี่ยวกับความผิดปกติทางจิตตามความเห็นของผู้เชี่ยวชาญ

“วิกลจจริต”

แม้คำนี้จะเป็นที่เข้าใจกันโดยทั่วไป และปรากฏในกฎหมายไทยหลายฉบับ แต่ไม่ปรากฏบทนิยามของคำว่า “วิกลจจริต” ในกฎหมายฉบับใด ผู้เชี่ยวชาญทางกฎหมายมีความเห็นว่าคำนี้เป็นศัพท์เฉพาะในทางกฎหมายและคำนี้ไม่มีความหมายในทางการแพทย์<sup>104</sup> อย่างไรก็ตาม ในทางกฎหมายแพ่งของไทยมีการให้ความหมายของคำว่า “วิกลจจริต” ไว้ในคำพิพากษาศาลฎีกาที่ 490/2509 (ประชุมใหญ่) ว่า

“วิกลจจริต” ตามที่บัญญัติไว้ในประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ว่า “บุคคล วิกลจจริต” ตามที่บัญญัติไว้ในประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 29 นั้น มิได้หมายเฉพาะถึง บุคคลผู้มีจิตผิดปกติหรือตามที่เข้าใจกันทั่วไปว่าเป็นบ้า เท่านั้นไม่ แต่หมายรวมถึงบุคคลที่มีกิริยาอาการผิดปกติเพราะสติวิปลาส คือ ขาดความรำลึก ขาดความรู้สึก และขาดความรับผิดชอบด้วย เพราะบุคคลดังกล่าวนี้ไม่สามารถประกอบกิจการของตนหรือประกอบกิจส่วนตัวของตนได้ทีเดียว”

รณชัย คงสกนธ์ อธิบายความหมายของคำว่า “บุคคลวิกลจจริต” ในทางกฎหมายแพ่งว่า คือบุคคลที่มีจิตผิดปกติซึ่งเกิดจากจิตใจหรือจากร่างกายอันมีผลกระทบต่อจิตใจ ทำให้บุคคลไม่อาจคิดหรือตัดสินใจได้ ซึ่งอาจเป็นอยู่ตลอดเวลาหรือเป็นครั้งคราวก็ได้<sup>105</sup> โดยคน วิกลจจริตแบ่งเป็นสองประเภท<sup>106</sup> คือ

1. คนวิกลจจริตในความเป็นจริง คือ บุคคลที่มีความสามารถตามกฎหมาย แต่ไม่สามารถดูแลตนเองหรือผลประโยชน์ของตนเองได้ในความเป็นจริง อันเกิดจากความผิดปกติของจิตใจหรือจากร่างกายอันมีผลกระทบต่อจิตใจ

2. คนวิกลจจริตที่ศาลสั่งให้เป็นคนไร้ความสามารถ คือคนที่มีความผิดปกติทางจิตอย่างถาวรถึงขนาดไม่สามารถดูแลผลประโยชน์ของตนเองได้เลย

แม้ในทางกฎหมายอาญาของไทยจะไม่ได้มีการให้ความหมายไว้เช่นเดียวกับ ในทางกฎหมายแพ่ง แต่ตามประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา ซึ่งได้ใช้คำว่า “วิกลจจริต”

<sup>104</sup>แสวง บุญเฉลิมวิภาส. “ผู้ป่วยจิตเวช ความเข้าใจที่แตกต่างกันระหว่างนักกฎหมายกับจิตแพทย์”. วารสารนิติศาสตร์. 4, 17, 2530, หน้า 164.

<sup>105</sup>รณชัย คงสกนธ์. ตำรานิติจิตเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: หจก.บางกอกบลิ๊อค, 2551, หน้า 58 – 59.

<sup>106</sup>ประสิทธิ์ โฆวิไลกุล. คำอธิบายประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ว่าด้วยบุคคล. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: นิติธรรม, 2546, หน้า 140.

เช่นเดียวกับกฎหมายแพ่งอื่นๆ ในมาตรา 15 กำหนดไว้ว่า วิธีพิจารณาข้อใดซึ่งประมวลกฎหมายนี้มิได้บัญญัติไว้โดยเฉพาะให้นำบทบัญญัติแห่งประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความแพ่งมาใช้บังคับเท่าที่พอจะใช้บังคับได้ แต่จากการศึกษาคำพิพากษาต่างๆ ไม่สามารถสรุปได้ว่ามีหรือนำความหมายของ “วิกลจริต” ในทางแพ่งมาใช้กับวิธีพิจารณาความอาญาหรือไม่และเพียงใด

#### “จิตฟั่นเฟือน”

ศาสตราจารย์จิตติ ดิงศรัทธี อธิบายว่า ได้แก่ผู้ที่หลงผิด (delusion) ประสาทหลอน (hallucination) และแปรผิด (illusion) และเห็นว่าเป็นอาการของโรคจิต (psychosis) อย่างหนึ่ง

ศาสตราจารย์ ดร. หยุต แสงอุทัย อธิบายว่า หมายถึงจิตพิการ ที่เรียกกันว่า บ้าๆ บอๆ ซึ่งมีสาเหตุเพราะโรคจิต

ศาสตราจารย์ ดร. อุททิศ แสนโกศิก อธิบายว่า อาการบ้าๆ บอๆ แต่ไม่ถึงขนาดเป็นโรคจิต

รายงานการประชุมของคณะอนุกรรมการร่างประมวลกฎหมายอาญา คำว่า จิตฟั่นเฟือน แปลมาจากคำว่า Mental Disorder ซึ่งหมายถึงการเปลี่ยนแปลงของจิตใจที่มีความผิดปกติแต่ยังไม่จัดว่าถึงขนาดวิกลจริต<sup>107</sup>

ณรงค์ สุภัทรพันธุ์<sup>108</sup> มีความเห็นว่า จิตฟั่นเฟือนไม่มีความหมายแน่ชัดทางการแพทย์ แต่เป็นคำที่ใช้ทางกฎหมายและน่าจะหมายถึงสภาวะของจิตใจที่ลักษณะแปรปรวนตีบ้งร้ายบั้ง เนื่องจากความเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวช และครอบคลุมผู้ป่วยโรคจิต โรคประสาทบางประเภท ความผิดปกติของการควบคุมตนเอง บุคลิกภาพผิดปกติบางประเภท โรคระบบประสาทบางชนิด และโรคที่เกี่ยวข้องกับวัฒนธรรม

วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์<sup>109</sup> มีความเห็นว่าจิตฟั่นเฟือน ควรมาจาก Mental Infirmity คือ ภาวะแปรปรวนทางจิตใจที่ยังไม่ถึงขนาดที่จะถือได้ว่าผู้นั้นวิกลจริต และไม่ใช่วินิจฉัยอ่อนซึ่งหมายถึงโรคทางจิตเวชได้หลายกลุ่ม และเห็นว่าคำว่าจิตฟั่นเฟือนมีความหมายที่กว้างกว่าวิกลจริต ทำให้ผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตที่มีอาการไม่รุนแรงจนถึงขั้นเป็นบุคคลวิกลจริตทางกฎหมายมีโอกาสได้รับการลดโทษหรือยกเว้นโทษ นอกจากนี้ยังเห็นว่า ผู้ที่มีความผิดปกติทางจิต

<sup>107</sup>แสวง บุญเฉลิมวิภาส, เอนก ขมจินดา (2546), กฎหมายการแพทย์, พิมพ์ครั้งที่ 2, กรุงเทพมหานคร, สำนักพิมพ์วิญญูชน, หน้า 99-100.

<sup>108</sup>ณรงค์ สุภัทรพันธุ์, “ความหมายของคำว่า “จิตฟั่นเฟือน” ทางจิตเวชศาสตร์และทางกฎหมาย”, วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 30, 3, 2532, หน้า 85-95.

<sup>109</sup>วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์, กฎหมายวิธีสบัญญัติ 3. เอกสารการสอนมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช, พิมพ์ครั้งที่ 2, นนทบุรี, สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช; 2528, หน้า 322-331.

ทั้งหมดในระบบการวินิจฉัยและจำแนกโรคทางจิตเวช คือ DSM และ ICD จะสามารถต่อสู้คดีโดยอาศัยเหตุจิตฟั่นเฟือนได้

ดังนั้นจากความเห็นจากผู้เชี่ยวชาญ อาจพอสรุปว่า “จิตฟั่นเฟือน” คือ ความผิดปกติทางจิตที่มีความรุนแรงน้อยกว่าโรคจิต หรือ ที่ยังไม่รุนแรงถึงขั้นที่กฎหมายถือว่าเป็นโรคจิต

“โรคจิต”

ศาสตราจารย์จิตติ ดิงศภัทย์ อธิบายว่า เป็นความบกพร่องแห่งจิตที่เกิดจากโรค รวมทั้งผู้ที่มีอาการคุ้มคลั่ง จิตเภท (schizophrenia) หรือผู้ที่มีปัญหาความคิดแต่สติทรม (psychopath)

ศาสตราจารย์ ดร. หยุต แสงอุทัย อธิบายว่า คือ มั่นสมองเป็นโรค

ศาสตราจารย์ ดร. อุททิศ แสนโกศิก อธิบายว่า คือ มั่นสมองเป็นโรค หรือที่เรียกว่าเป็นบ้า<sup>110</sup>

ในทางการแพทย์ คำนี้ตรงกับศัพท์บัญญัติราชบัณฑิตยสถานว่า “psychosis” โดยในทางจิตเวชศาสตร์ คำว่า “psychosis” หมายถึง ความผิดปกติซึ่งความคิด การตอบสนองทางอารมณ์ ความสามารถในการตระหนักรู้ความเป็นจริง และความสามารถในการสื่อสารและสร้างสัมพันธกับผู้อื่น มีความบกพร่องจนรบกวนความสามารถในการจัดการกับความเป็นจริง โดยลักษณะที่รู้โดยทั่วไปได้แก่ สูญเสียความสามารถในการทดสอบความเป็นจริง (reality testing) ประสาทหลอน (hallucination) หลงผิด (delusions) และแปลผิด (illusions)<sup>111</sup>

ดังนั้น อาจพอสรุปได้ว่า ตามความเห็นของผู้เชี่ยวชาญ “โรคจิต” น่าจะหมายถึง ความผิดปกติทางจิตที่เป็นอาการของโรคจิต (psychosis) นั่นเอง

“จิตบกพร่อง”

ศาสตราจารย์จิตติ ดิงศภัทย์ อธิบายว่า คือ ผู้ที่มั่นสมองไม่เติบโตตามวัยหรือบกพร่องมาแต่กำเนิด (idiot, imbecile) หรือเสื่อมลงเพราะความชรา

ศาสตราจารย์ ดร. หยุต แสงอุทัย อธิบายว่า คือ คุณสมบัติของมั่นสมองบกพร่องจึงทำให้ไม่สามารถรู้ผิดชอบหรือไม่สามารถบังคับตนเองได้

<sup>110</sup>แสวง บุญเฉลิมวิภาส, เอนก ชมจินดา กฎหมายการแพทย์, พิมพ์ครั้งที่ 2, กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์วิญญูชน, 2546, หน้า 99-100.

<sup>111</sup>Sadock BJ, Sadock VA, eds. Signs and symptom in psychiatry. In Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry, 9th ed., Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2007. p. 927.



ศาสตราจารย์ ดร. อุทิศ แสน โกศิกอธบายว่า คือ คุณสมบัติของมันสมองบกพร่อง คือมันสมองไม่เจริญเติบโตตามวัย<sup>112</sup>

นายแพทย์เชียร สิริยานนท์ มีความเห็นว่า จิตบกพร่อง หมายความว่าถึงโรคประเภทปัญญาต่ำหรือปัญญาอ่อน (mental defective, mental deficiency) โดยอาจเป็นมาแต่กำเนิดหรือเกิดจากสมองไม่เจริญเติบโตตามวัย ส่วนจิตฟั่นเฟือนที่มีลักษณะที่สำคัญ 3 ประการคือมีอาการหลงผิดโดยเชื่ออย่างจริงจังในเรื่องที่เป็นไปไม่ได้ มีอาการประสาทหลอน โดยมีการรับรู้ทางประสาทสัมผัสทั้ง ห้าเกิดหลอนตนเอง หรือมีอาการแปรผัด คือการรับรู้ต่อสิ่งที่มากระตุ้นต่อประสาทสัมผัสผิดไป<sup>113</sup>

ศาสตราจารย์นายแพทย์ อรุณ ภาคสุวรรณ<sup>114</sup> เห็นว่า จิตฟั่นเฟือน ควรหมายถึงความ विकलจิตซึ่งเกิดจากพยาธิของสมอง (organic psychosis) กับประเภทที่เกิดจากพิษต่างๆ (toxic psychosis )

ส่วนตามรายงานการประชุมของคณะอนุกรรมการร่างประมวลกฎหมายอาญา คำว่า จิตบกพร่อง มาจากการแปลคำว่า Mental Deficiency หรือ โรคปัญญาอ่อน และคำว่าจิตฟั่นเฟือนแปลมาจำคำว่า Mental Disorder ซึ่งหมายถึงการเปลี่ยนแปลงของจิตใจที่ยังไม่จัดว่าถึงขนาด विकलจิตแต่มีความผิดปกติเกิดขึ้น

พอสรุปได้ว่า จิตบกพร่อง หมายถึงความผิดปกติที่เกิดจากสมองพัฒนาไม่สมวัย หรือถดถอยลง ซึ่งใกล้เคียงกับภาวะบกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญา และภาวะสมองเสื่อม (dementia)

นอกจากนี้ ยังมีความเห็นของผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับความหมายของคำศัพท์เกี่ยวกับความผิดปกติทางจิตในกฎหมายไทยที่น่าสนใจ ดังนี้

แสวง บุญเฉลิมวิภาสให้ความเห็นว่าความเข้าใจเรื่องความผิดปกติทางจิตระหว่างนักกฎหมายและแพทย์แตกต่างกัน<sup>115</sup> และณรงค์ สุภัทรพันธุ์ ได้สรุปว่าความเห็นของนักกฎหมายกับแพทย์แตกต่างกันในเรื่องของสาเหตุ ความรุนแรง และการจำแนกโรค<sup>116</sup>

<sup>112</sup>แสวง บุญเฉลิมวิภาส, เอนก ขมจินดา, กฎหมายการแพทย์, พิมพ์ครั้งที่ 2, กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์วิญญูชน, 2546, หน้า 99-100.

<sup>113</sup>สุทธิพร เจณณวาสิน นิติจิตเวช Articles from Ramamentalสืบค้นจาก <https://med.mahidol.ac.th/ramamental/sites/default/files/public/pdf/Forensic%20psychiatry.pdf> หน้า 11.

<sup>114</sup>สุทธิพร เจณณวาสิน นิติจิตเวช Articles from Ramamentalสืบค้นจาก <https://med.mahidol.ac.th/ramamental/sites/default/files/public/pdf/Forensic%20psychiatry.pdf> หน้า 11.

วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์ให้ความเห็นว่าคำว่าจิตบกพร่อง โรคจิต จิตฟั่นเฟือนเท่าที่ผ่านมา ศาลฎีกามีได้ ให้คำอธิบายแต่ละภาวะว่าหมายถึงอะไร แตกต่างกันอย่างใด เมื่อศาลจะยกประโยชน์ตามประมวลกฎหมายอาญามาตรา 65 ศาลมักจะอ้างรวมๆ กันไป<sup>117</sup>

ยื่นหยัด ใจสมุทรให้ความเห็นว่า ในทางปฏิบัติ กระบวนการยุติธรรมไม่ได้สนใจในการจำแนกว่าผู้ต้องหาหรือจำเลยป่วยทางจิตเพราะเป็นจิตบกพร่อง โรคจิต หรือจิตฟั่นเฟือน แต่จะเหมารวมว่าผู้ต้องหาหรือจำเลยเป็นคนวิกลจริต และเสนอว่าควรให้จิตแพทย์รับรองยืนยันเสียก่อนเท่าที่จะทำได้ว่าเป็นชนิดใด<sup>118</sup>

### 1.2.2 ความหมายของคำศัพท์เกี่ยวกับความผิดปกติทางจิตจากคำพิพากษา

จากการสืบค้นฐานข้อมูลคำพิพากษาศาลฎีกาที่เกี่ยวข้องกับประมวลกฎหมายอาญามาตรา 65 โดยใช้ระบบสืบค้นคำพิพากษาศาลฎีกาและคำสั่งคำร้องศาลฎีกา (DEKA 2007: <http://deka2007.supremecourt.or.th>) เมื่อ 18 พฤศจิกายน 2558 พบว่าตั้งแต่ พ.ศ. 2508 ถึง 2557 มีคำพิพากษาศาลฎีกาที่เกี่ยวข้องกับความผิดปกติทางจิตจำนวนทั้งสิ้น 44 คดี โดยสามารถจำแนกคำที่ระบุความผิดปกติทางจิตในคดีจากคำพิพากษาทั้งหมดได้ดังนี้



<sup>115</sup>แสวง บุญเฉลิมวิภาส. ผู้ป่วยจิตเวช : ความเข้าใจที่ต่างกันระหว่างนักกฎหมายกับจิตแพทย์. จุลนิตี ปีที่ : 5 ฉบับที่ : 3 เลขหน้า : 35-54 ปีพ.ศ. : 2551

<sup>116</sup>ณรงค์ สุภัทรพันธุ์. ความหมายของคำว่า “จิตฟั่นเฟือน” ทางจิตเวชศาสตร์และทางกฎหมาย. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 30(3), 2532, หน้า 85-95.

<sup>117</sup>วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์. บรรณาธิการ. สารสำคัญของพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทยจำกัด, 2553, หน้า 53.

<sup>118</sup>ยื่นหยัด ใจสมุทร. กฎหมายอาญา 1 : เอกสารการสอนมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1. พิมพ์ครั้งที่ 27. นนทบุรี. สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช, 2553, หน้า 378-383.

ตารางที่ 3.1 การใช้คำที่ระบุถึงความผิดปกติทางจิตในคำพิพากษาศาลฎีกาที่วินิจฉัย  
ตามประมวลกฎหมายอาญามาตรา 65

ใช้คำที่มีความหมาย		ใช้คำที่มีความหมาย		ไม่สามารถระบุ	
ทางการแพทย์		เฉพาะในทางกฎหมาย		ความหมายที่ชัดเจน	
19 คดี (ร้อยละ 43.18)		13 คดี (ร้อยละ 29.55 %)		12 คดี (ร้อยละ 27.27%)	
คำที่ใช้	จำนวนคดี (ร้อยละ)	คำที่ใช้	ความถี่ (ร้อยละ)	คำที่ใช้	ความถี่ (ร้อยละ)
โรคจิตเภท	8 (18.18)	โรคจิต	4 (9.09)	ผิดปกติทางจิต	6 (13.64)
ปัญญาอ่อน	4 (9.09)	จิตบกพร่อง	3 (6.82)	โรคประสาท	2 (4.55)
เมาสุรา/กัญชา	3 (6.82)	วิกลจริต	3 (6.82)	โรคประสาทหลอน	1 (2.27)
โรคจิตจากพิษสุรา	1 (2.27)	จิตบกพร่องหรือจิตฟั่น เฟือน	2 (4.55)	โรคเปลี่ยนวัย	1 (2.27)
โรคซึมเศร้า	1 (2.27)	โรคจิตหรือจิตฟั่นเฟือน	1 (2.27)	โรคเส้นประสาท	1 (2.27)
โรควิตกกังวล	1 (2.27)			สมองฝ่อ	1 (2.27)
ลมชัก	1 (2.27)				

จะเห็นได้ว่า มีการใช้คำที่มีความหมายทางการแพทย์มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 43.18 ของคำพิพากษาทั้งหมด ขณะที่มีการใช้คำที่ไม่สามารถระบุความหมายที่ชัดเจนใน 12 คดี คิดเป็นร้อยละ 27.27 คำที่มีความหมายทางการแพทย์ที่ใช้บ่อยที่สุดคือ โรคจิตเภทส่วนที่ไม่สามารถระบุความหมายที่ชัดเจนทั้งทางการแพทย์และกฎหมายที่พบบ่อยที่สุด คือ กลุ่มคำที่มีความหมายว่า ผิดปกติทางจิต โดยไม่ได้ระบุรายละเอียดไว้แน่ชัดว่าเป็นเช่นไรกันแน่ เช่น มีอาการทางจิต หรือป่วยทางจิต เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีกรณีที่ศาลไม่ได้ระบุชัดเจนลงไปว่าเป็นอย่างหนึ่งอย่างใด เช่น จิตบกพร่องหรือจิตฟั่นเฟือน และ โรคจิตหรือจิตฟั่นเฟือน

โดยสรุป จากการศึกษาคำพิพากษาศาลฎีกาในคดีอาญาต่างๆ พบว่า ยังไม่มีการให้ความหมายของคำที่เกี่ยวข้องกับความผิดปกติทางจิตที่ใช้ในทางกฎหมายอาญาที่ชัดเจนแน่นอน

นอกจากนี้ พบว่ามีกรณีวินิจฉัยว่าเป็นความผิดปกติทางจิตโดยใช้คำศัพท์ที่แตกต่างกับที่ใช้ในคัมภีร์กฎหมาย และอาจไม่ได้ระบุจำแนกว่าเป็น “จิตพ้นเพื่อน” “โรคจิต” และ “จิตบกพร่อง” แต่อย่างใด

### 1.3 การตีความทางกฎหมายเกี่ยวกับความผิดปกติทางจิตในกฎหมายอาญาของไทย

จากคำพิพากษาศาลฎีกาที่วิเคราะห์ทั้งหมดที่กล่าวมาข้างต้น มีคำพิพากษาเกี่ยวกับการตีความทางกฎหมายที่เกี่ยวกับความผิดปกติทางจิตที่น่าสนใจ ดังนี้

ศาลชั้นต้นมีอำนาจชี้ขาดในกรณีมีเหตุควรเชื่อว่าผู้ต้องหาหรือจำเลยเป็นผู้วิกลจริตและไม่สามารถต่อสู้คดีได้ (ฎ. 1816/2541) จำเลยมีหน้าที่นำสืบว่าจำเลยมีความผิดปกติทางจิตหรือไม่อย่างไร (ฎ. 2283/2515 และ ฎ. 2470/2534) หากไม่มีหลักฐานมานำสืบ ศาลไม่อาจที่จะวินิจฉัยได้เองว่าจำเลยมีจิตไม่ปกติหรือไม่ (ฎ. 1627/2545) แม้จำเลยจะมีได้ยกเรื่องความผิดปกติทางจิตขึ้นเป็นข้อต่อสู้ แต่หากข้อเท็จจริงปรากฏจากพยานหลักฐานของฝ่ายโจทก์ ศาลยกขึ้นมาพิจารณาได้ (ฎ. 2543/2528) ศาลอาจวินิจฉัยจากพยานหลักฐานว่าจำเลยเป็นผู้มีความผิดปกติทางจิตหรือไม่โดยไม่ต้องส่งให้แพทย์ตรวจเสียก่อน (ฎ. 288/2530)

ปัญหาว่าจำเลยมีความผิดปกติทางจิตหรือไม่เป็นปัญหาข้อเท็จจริง และมีใช้ปัญหาอันเกี่ยวข้องกับความสงบเรียบร้อยของประชาชน (ฎ. 2537/2548) ดังนั้น หากไม่นำสืบมาตั้งแต่ศาลชั้นต้น ศาลฎีกาจะไม่รับพิจารณา อย่างไรก็ตาม หากข้อเท็จจริงปรากฏในชั้นฎีกาว่าระหว่างการพิจารณาของศาลชั้นต้นว่าจำเลยเป็นผู้วิกลจริตและไม่สามารถต่อสู้คดีได้ตั้งแต่แรกแล้ว กระบวนพิจารณาที่ผ่านมาจะไม่ชอบด้วยกฎหมาย (ฎ. 3248/2532)

ความผิดปกติทางจิตต้องมีอยู่ก่อนหรือขณะกระทำผิด และต้องปรากฏอาการอยู่ในระยะเวลาใกล้เคียงกับที่กระทำผิด (ฎ. 496/2536 และ ฎ. 2949/2541) ความผิดปกติทางจิตที่ตรวจพบระหว่างการพิจารณาโดยไม่มีประวัติหรืออาการก่อนเกิดเหตุหรือในระหว่างเกิดเหตุ ไม่สามารถรับฟังเป็นยุติได้ว่าขณะกระทำผิดจำเลยเป็นบุคคลวิกลจริตไม่รู้ผิดชอบหรือไม่ (ฎ. 3473/2536)

การหย่อนความสามารถในการรู้ผิดชอบหรือบังคับตนเองจากสุราและสารเสพติดที่จำเลยตั้งใจใช้เองไม่สามารถนำมาอ้างความรับผิดชอบได้ตามประมวลกฎหมายอาญามาตรา 66 (ฎ. 617/2526) แม้ผลจากการใช้นั้นจะทำให้เกิดอาการทางจิต เช่น ประสาทหลอน (ฎ. 6494/2537) แต่หากเป็นความผิดปกติทางจิตที่เป็นผลจากสุราหรือสารเสพติด ศาลอาจเห็นว่าเป็นเป็นกรณีตามมาตรา 65 ได้ (ฎ. 371/2527 และ ฎ. 3473/2536)

ศาลอาจพิจารณาจากข้อเท็จจริงที่เกิดขึ้นในคดีว่าช่วงเวลาก่อนหน้าและขณะก่อเหตุว่าจำเลยยังคงมีความผิดปกติทางจิตอยู่หรือไม่ (ฎ. 8329/2540, ฎ. 1226/2547 และ ฎ. 101/2547) ศาลอาจเห็นว่าพฤติการณ์หลบหนีหลังกระทำผิด (ฎ. 1609/2544, ฎ. 101/2547 ฎ. 1226/2547 และ

ฎ. 809/2548) และพฤติการณ์ที่จำเลยเลือกกระทำต่อเฉพาะบางคน (ฎ. 1086/2530 และ ฎ. 6494/2537) แสดงว่ายังรู้ผิดชอบหรือบังคับตนเองได้หรือได้อู้อย่าง

ความผิดปกติทางอารมณ์ เช่น โรควิคซึมเศร้า หรือ ความผิดปกติทางจิตอื่นที่มีผลต่อการควบคุมอารมณ์ มีทั้งกรณีที่ศาลวินิจฉัยว่าเป็นเหตุตามมาตรา 65 (ฎ. 1609/2544) และไม่เป็นเหตุตามมาตรา 65 (ฎ. 2402/2522)

หากความผิดปกติทางจิตมากถึงขั้นที่ไม่รู้ข้อเท็จจริงอันเป็นองค์ประกอบของความผิด จะทำให้การกระทำของจำเลยไม่มีความผิดเพราะขาดเจตนาตาม ประมวลกฎหมายอาญามาตรา 59 (ฎ.8743/2544)

นอกจากนี้มีความเห็นในหมายเหตุท้ายคำพิพากษาศาลฎีกาที่2949/2541 ว่าการที่จำเลยยกมาตรา 65 ขึ้นอ้างเป็นการยอมรับในตัวเองอยู่แล้วว่าจำเลยได้กระทำความผิดจริง

จากแนวทางคำพิพากษาต่างๆ ข้างต้นจะเห็นได้ว่า ไม่มีคำพิพากษาใดที่ระบุไว้อย่างชัดเจนว่าศาลได้ตีความว่าความผิดปกติทางจิตในทางกฎหมายคืออะไร หรือหมายถึงโรคและความผิดปกติทางจิตชนิดใดบ้าง มีเพียงแต่แนวทางการตีความว่าข้อเท็จจริงใดบ้างที่เชื่อได้ว่าเป็นความผิดปกติทางจิตในทางกฎหมายเท่านั้น

จะเห็นได้ว่าในการตีความทางกฎหมายเกี่ยวกับความผิดปกติทางจิตนอกจากการตีความว่าคำศัพท์ที่ใช้ในทางกฎหมายนั้นๆ ว่าหมายถึงอะไร ซึ่งเป็นการตีความตามตัวอักษรแล้ว ยังมีการตีความตามเจตนารมณ์ของกฎหมายคือการตีความว่าโดยข้อเท็จจริงที่เกิดขึ้นนั้นจะถือได้ว่าเป็นความผิดปกติทางจิตในทางกฎหมายได้หรือไม่โดยไม่ได้มุ่งไปที่การตีความว่าความผิดปกติทางจิตตามกฎหมายนั้นว่าหมายถึงอะไร

ในการพิจารณาว่าข้อเท็จจริงใดบ้างที่เชื่อได้ว่าเป็นความผิดปกติทางจิตในทางกฎหมายนอกจากพยานหลักฐานที่เป็นผลการตรวจวินิจฉัยทางการแพทย์แล้ว จากการศึกษาคำพิพากษาศาลฎีกาในคดีอาญาที่เกี่ยวข้องกับประมวลกฎหมายอาญามาตรา 65 จำนวน 44 คดีพบว่า มีการพิจารณาข้อเท็จจริงเกี่ยวกับพฤติการณ์ในการกระทำผิดนั้นว่าน่าจะเกี่ยวข้องกับความผิดปกติทางจิตหรือไม่ ซึ่งสามารถจำแนกได้ดังนี้

ตารางที่ 3.2 ข้อเท็จจริงในคดีเกี่ยวกับความผิดปกติทางจิตที่ศาลนำมาพิจารณา

ข้อเท็จจริงในคดี	จำนวน(คดี)	ร้อยละ
มีประวัติความผิดปกติทางจิตก่อนกระทำผิดหรือไม่อย่างไร	44	100
มีเหตุจูงใจในการกระทำผิดหรือไม่	11	25.00
หลังกระทำผิดหลบหนีหรือไม่	6	13.64
ขณะถูกจับกุมหรือพิจารณาคดีสามารถพูดคุยโต้ตอบได้รู้เรื่องหรือไม่	5	11.36
ลักษณะของการกระทำผิดไปจากปกติวิสัยของคนทั่วไปหรือไม่	4	9.09

จะเห็นว่าประวัติความผิดปกติทางจิตก่อนกระทำผิดเป็นสิ่งที่ศาลพิจารณาในทุกคดี รองลงมาคือการพิจารณาเหตุจูงใจในการกระทำผิดซึ่งพบหนึ่งในสี่ของคดีทั้งหมด และศาลได้พิจารณาพฤติกรรมการกระทำผิด ได้แก่ การหลบหนี และพฤติกรรมการขณะถูกจับกุมและพิจารณาคดีว่าพูดคุยโต้ตอบได้รู้เรื่องหรือไม่ นอกจากนี้ยังพิจารณาถึงการกระทำของจำเลยว่าเป็นผิดปกติวิสัยจากบุคคลธรรมดาทั่วไปหรือไม่

นอกจากนี้ ในประเด็นความรู้ผิดชอบและควบคุมตนเอง ซึ่งเป็นผลจากความผิดปกติทางจิตอันจะเป็นเหตุลดหย่อนโทษตามประมวลกฎหมายอาญามาตรา 65 นั้น ผลเป็นดังนี้

ตารางที่ 3.3 ผลการพิจารณาความรู้ผิดชอบหรือควบคุมตนเองในคดี

ผลการพิจารณา	จำนวน(คดี)	ร้อยละ
รู้ผิดชอบอยู่บ้างหรือบังคับตนเองได้บ้าง	18	40.91
รู้ผิดชอบหรือบังคับตนเองได้	13	29.56
ไม่รู้ผิดชอบหรือบังคับตนเองไม่ได้เลย	7	15.91
ไม่รู้สำนึกของการกระทำ	1	2.27
ไม่ได้วินิจฉัยในประเด็นนี้	5	11.36

จะเห็นได้ว่าส่วนใหญ่ศาลจะวินิจฉัยว่ารู้ผิดชอบหรือบังคับตนเองได้หรือได้บ้างถึงร้อยละ 70.47 ของคดีทั้งหมด สอดคล้องกับผลการศึกษาค้นคว้าอื่น ๆ นอกจากนี้ พบว่าศาลไม่ได้มีการวินิจฉัยในประเด็นนี้ในคำพิพากษาถึงร้อยละ 11.36 อาจกล่าวได้ว่า แม้ในทางกฎหมายจะยอมรับว่า

ความคิดปกติทางจิตมีผลต่อความรู้สึกชอบและควบคุมตนเองของจำเลย แต่ประเด็นที่ว่าจำเลยมีความผิดปกติทางจิตหรือไม่ กับประเด็นจำเลยรู้สึกชอบและควบคุมตนเองได้หรือไม่ เป็นเรื่องที่ต้องพิจารณาแยกออกจากกัน

อย่างไรก็ตาม เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่นำมาศึกษานี้มีจำนวนน้อยและเป็นเพียงส่วนหนึ่งของคำพิพากษาที่เกิดขึ้นทั้งหมด จึงยังไม่สามารถจะหาความสัมพันธ์ทางสถิติระหว่างความรู้สึกชอบหรือควบคุมตนเองกับผลการวินิจฉัยทางการแพทย์กับทางกฎหมายได้อย่างชัดเจน

## 2. คำศัพท์ นิยาม และการตีความความคิดปกติทางจิตในกฎหมายอาญาต่างประเทศ

ในแต่ละภาษาจะมีคำศัพท์ที่เกี่ยวกับความคิดปกติทางจิตซึ่งใช้แตกต่างกัน และอาจมีอยู่หลายคำ ตัวอย่างเช่น จากการสืบค้นคำศัพท์ “insane” ในภาษาอังกฤษ ซึ่งเป็นคำศัพท์เกี่ยวกับความคิดปกติทางจิตที่พบได้บ่อยในทางกฎหมาย จากฐานข้อมูลของ <http://www.thesaurus.com> พบว่ามีคำศัพท์ที่มีความหมายใกล้เคียงกันกับคำว่า insane ได้แก่ crazy, irrational, paranoid, nuts, irresponsible, senseless, idiotic, preposterous, psychotic, mad, batty, bizarre, deranged, cracked, crazed, cuckoo, daft, demented, fatuous, frenzied, impractical, loony, lunatic, maniacal, mental, moonstruck, nutty, psychopathic, rabid, raging, raving, screwy, touched, unhinged, unsettled, wild, derailed, of unsound mind, schizophrenic, off one's rocker และ out of one's mind เป็นต้น

เมื่อศึกษาจากเอกสารและตำราต่างๆ ทางกฎหมายเฉพาะที่เป็นภาษาอังกฤษ พบว่ามีคำศัพท์ที่เกี่ยวข้องกับความคิดปกติทางจิตที่ใช้ในทางกฎหมายที่สำคัญในปัจจุบัน ได้แก่ insanity, mental disorder และ mental illness ซึ่งพจนานุกรม Black's Law Dictionary ฉบับที่ 10 อธิบายความหมายของคำว่า “insanity” ว่า หมายถึง ความผิดปกติทางจิตใดๆ ที่มีความรุนแรงเพียงพอที่จะทำให้บุคคลขาดความสามารถในทางกฎหมายและได้รับการยกเว้นความรับผิดชอบทางอาญาหรือทางแพ่ง ขณะที่ mental disorder และ mental illness เป็นศัพท์ที่มีการใช้ทั่วไปในทางการแพทย์

อย่างไรก็ตาม จากการศึกษากฎหมายของประเทศต่างๆ ในเบื้องต้น มีข้อสังเกตว่า แม้ในทางปฏิบัติ กฎหมายของประเทศส่วนใหญ่มักจะต้องเข้าไปเกี่ยวข้องกับความคิดปกติทางจิตในทางใดทางหนึ่งเสมอ แต่กฎหมายของต่างประเทศส่วนใหญ่กลับไม่ได้กำหนดหลักเกณฑ์เกี่ยวกับความคิดปกติทางจิตในทางกฎหมายไว้โดยเฉพาะ ตัวอย่างเช่น ในประเทศสมาชิกสหภาพยุโรป พบว่ามีเพียง 4 ประเทศเท่านั้น ได้แก่ เดนมาร์ก เยอรมนี ไอร์แลนด์ กับอังกฤษที่มีการกำหนดหลักเกณฑ์เกี่ยวกับความคิดปกติทางจิตในกฎหมายไว้โดยเฉพาะ ขณะที่อีก 11 ประเทศ ได้แก่ ออสเตรีย

เบลเยียม ฟินแลนด์ ฝรั่งเศส กรีซ อิตาลี ลักเซมเบิร์ก เนเธอร์แลนด์ โปรตุเกส สเปน และสวีเดน ไม่ได้กำหนดหลักเกณฑ์เกี่ยวกับเรื่องนี้ในกฎหมายไว้ซึ่งถือเป็นข้อจำกัดที่สำคัญในการศึกษาครั้งนี้

ในการศึกษานี้ ผู้วิจัยจะนำเสนอข้อมูลจากการศึกษาเกี่ยวกับความผิดปกติทางจิตในกฎหมายต่างประเทศ โดยเป็นประเทศที่ใช้ระบบกฎหมายคอมมอนลอว์ 2 ประเทศ คือ อังกฤษและสหรัฐอเมริกา ประเทศที่ใช้ระบบกฎหมายซีวิลลอว์ 2 ประเทศ คือเยอรมนีและญี่ปุ่น เพื่อเป็นแนวทางในการทำความเข้าใจแนวคิดและวิธีการทางกฎหมายเกี่ยวกับการใช้คำศัพท์ นิยามความหมาย ในทางกฎหมาย ตลอดจนแนวทางการใช้และตีความในทางกฎหมาย รวมไปถึงวิธีการในทางปฏิบัติ ที่เกี่ยวข้องกับความผิดปกติทางจิตในทางกฎหมายอาญา

## 2.1 ประเทศอังกฤษ

ประเทศอังกฤษมีพัฒนาการทางกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตมาอย่างยาวนาน ราว ค.ศ.1713-1744 อังกฤษมีกฎหมายเกี่ยวกับบุคคลเร่รอน (Vagrancy Acts) โดยมีการจำแนกกลุ่มบุคคลเร่รอนออกเป็นหลายประเภท ซึ่งรวมถึงประเภทที่มีความผิดปกติทางจิต ซึ่งจัดอยู่ในกลุ่มที่เรียกว่า “Idle and disorderly”

จนกระทั่ง ค.ศ. 1800 ผลจากคดี Hadfield การที่คณะลูกขุนพิจารณาว่าจำเลยไม่มีความผิด เนื่องจากตกอยู่ในอิทธิพลของความวิกลจริตในเวลาที่ทำความผิด (Not guilty, being under the influence of Insanity at the time the act was committed) ทำให้เกิดความตื่นตัวทางกฎหมายเกี่ยวกับจำเลยที่มีความผิดปกติทางจิต จนมีการออกกฎหมาย Criminal Lunatics Act 1800 ซึ่งมีเนื้อหาเกี่ยวกับการพิจารณาคดีกบฏ ฆาตกรรม และความผิดอุกฉกรรจ์ ที่จำเลยมีความผิดปกติทางจิต โดยกำหนดว่าเมื่อคณะลูกขุนพบว่าจำเลยมีความผิดปกติทางจิต ให้ศาลสั่งให้ควบคุมตัวจำเลยอย่างไร้ในสถานที่ใดที่หนึ่งตามจะเห็นสมควร

จากหลักฐานดังกล่าว อังกฤษจึงน่าจะเป็นประเทศแรกๆ ที่ใช้คำว่า insane ในทางกฎหมาย โดยเป็นการใช้ในคำพิพากษา และเริ่มกำหนดหลักเกณฑ์เกี่ยวกับความผิดปกติทางจิตในทางกฎหมายไว้ในCriminal Lunatics Act 1800 อย่างไรก็ตาม ในกฎหมายฉบับดังกล่าวนั้นก็ไม่ได้มีการกำหนดนิยามของความผิดปกติทางจิตหรือวิธีการพิสูจน์ถึงความผิดปกติทางจิตในทางกฎหมายไว้แต่อย่างใด

### 2.1.1 ศัพท์และนิยามเกี่ยวกับความผิดปกติทางจิตในกฎหมายของอังกฤษ

ศัพท์และนิยามที่เกี่ยวข้องกับความผิดปกติทางจิตในกฎหมายของอังกฤษที่พบในกฎหมายสุขภาพจิตและกฎหมายอาญามีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ศัพท์และนิยามเกี่ยวกับความผิดปกติทางจิตในกฎหมายสุขภาพจิตของอังกฤษ



พัฒนาการและการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับศัพท์และแนวคิดเกี่ยวกับนิยาม ความหมายของความผิดปกติทางจิตในทางกฎหมายของอังกฤษจะเห็นได้ชัดเจนจากในกฎหมาย สุขภาพจิตของอังกฤษ ซึ่งมีพัฒนาการมาอย่างต่อเนื่อง โดยใน ค.ศ. 1913 อังกฤษมีการออกกฎหมาย Mental Deficiency Act โดยมีการใช้คำว่า mental defectives ซึ่งอาจแปลโดยเทียบเคียงได้ว่า “จิตบกพร่อง” ซึ่งใช้ในความหมายของความบกพร่องด้านสติปัญญาเป็นหลัก โดยจำแนกออกเป็น

1) Idiots ได้แก่ ผู้ที่มีความบกพร่องอย่างมากจนไม่สามารถป้องกันตนเอง จากอันตรายทางกายภาพโดยทั่วไปได้

2) Imbeciles ได้แก่ ผู้ที่มีความบกพร่องไม่ถึงขั้น Idiots แต่ขาดความสามารถ ในการจัดการตนเองหรือการทำงาน หรือทำได้ยากอย่างมากในกรณีที่ผู้นั้นยังเป็นเด็ก

3) Feeble-minded persons ได้แก่ ผู้ที่มีความบกพร่องไม่ถึงขั้น Imbeciles แต่ยังคงต้องการการดูแล กำกับ หรือ

ควบคุมเพื่อป้องกันตัวพวกเขาเองหรือเพื่อป้องกันผู้อื่นหรือขาดความสามารถ ในการเรียนรู้จากการสอนในโรงเรียนทั่วไปในกรณีที่ผู้นั้นยังเป็นเด็ก

4) Moral Imbeciles ได้แก่ ผู้ที่แสดงออกถึงความอ่อนแอทางจิตใจควบคู่กับ การแสดงพฤติกรรมชั่วร้ายหรือมีแนวโน้มที่จะก่ออาชญากรรม และผู้ที่การลงโทษมีผลเพียงเล็กน้อย หรือไม่มีผลเลยในการยับยั้งพฤติกรรม

จนกระทั่ง ค.ศ. 1927 มีการปรับปรุงแก้ไขกฎหมาย Mental Deficiency Act โดยได้มีการนิยามความหมายของ mental deficiency ซึ่งแปลโดยเทียบเคียงว่า “ความบกพร่อง ทางจิต” ว่าเป็น “ภาวะหยุดชะงักหรือพัฒนาการทางจิตที่ไม่สมบูรณ์ที่เกิดขึ้นก่อนอายุ 18 ปี ไม่ว่าจะ เป็นแต่กำเนิดหรือเกิดจากโรคหรือการบาดเจ็บ” (a condition of arrested or incomplete development of mind existing before the age of 18 years whether arising from inherent causes or induced by disease or injury)

จะเห็นได้ว่า Mental Deficiency หรือ จิตบกพร่อง ในทางกฎหมาย จะหมายถึง ความผิดปกติทางจิตที่เกี่ยวข้องกับพัฒนาการและสติปัญญาเป็นหลัก ซึ่งยังคงปรากฏแนวคิดนี้ในความ เห็นของนักกฎหมายในปัจจุบัน

ใน ค.ศ. 1959 อังกฤษได้ตรากฎหมาย Mental Health Act 1959 โดยเริ่มใช้ คำว่า mental illness (ซึ่งแปลโดยเทียบเคียงว่า “ความเจ็บป่วยทางจิต”) และนิยามว่าเป็นภาวะหยุดชะงัก หรือพัฒนาการทางจิตที่ไม่สมบูรณ์ พยาธิสภาพทางจิต และความผิดปกติหรือความพิการทางจิต อื่นๆ (arrest or incomplete development of mind; psychopathic disorder; and any other disorder or disability of mind) และยังสามารถจำแนกออกเป็นประเภทต่างๆ ได้แก่ ความเจ็บป่วยทางจิต (mental

illness) ความผิดปกติทางจิตอย่างรุนแรง (severe subnormality) ความผิดปกติทางจิตไม่รุนแรง (subnormality) และพยาธิสภาพทางจิตชนิดพฤติกรรมผิดปกติแบบต่อต้านสังคม (psychopathic disorder)

ต่อมา อังกฤษ ได้มีการตรากฎหมาย Mental Health Act 1983 โดยรวมเอา กฎหมายสุขภาพจิตฉบับเดิม คือ Mental Health Act 1959 และกฎหมายสุขภาพจิตที่แก้ไขเพิ่มเติม ค.ศ. 1982 (The Mental Health Amendment Act 1982) เข้าไว้ด้วยกัน ซึ่งใช้บังคับทั้งผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตและผู้กระทำผิดที่มีความผิดปกติทางจิต โดยมีบทบัญญัติว่าด้วยการบังคับรักษาและการยินยอมให้รักษา รวมทั้งการจัดการทรัพย์สินและเรื่องผู้ป่วยจะต้องกระทำการเฉพาะตัว บางอย่าง ซึ่งกฎหมายนี้ได้เริ่มใช้คำว่า “mental disorder” (แปลโดยเทียบเคียงว่า “ความผิดปกติทางจิต”) ซึ่งหมายความรวมไปถึง mental illness (แปลโดยเทียบเคียงว่า “ความเจ็บป่วยทางจิต”) ตาม Mental Health Act 1959 เดิม โดย Mental Health Act 1983 ได้กำหนดหลักเกณฑ์ในการพิจารณาว่าบุคคลประเภทใดบ้างอยู่ในข่ายที่จะต้องถูกบังคับรักษาตามกฎหมาย<sup>119</sup> คือ

1. จะต้องเป็นกรณีที่ผู้ป่วยมีความผิดปกติทางจิตที่สมควรเข้ารับการรักษา ในสถานพยาบาล
2. จะต้องมีความเสี่ยงภัยที่จะเกิดขึ้นกับตัวผู้ป่วยเองหรือคนอื่น ๆ ในสังคม และ
3. ไม่มีวิธีการใดๆ ที่จะบรรเทาเบาบางความเสี่ยงนั้น ได้ดีเท่ากับการควบคุมตัวผู้ป่วยไว้ในสถานพยาบาล

โดยกฎหมายนี้มีการจำแนกความผิดปกติทางจิตออกเป็น 4 ประเภท ดังต่อไปนี้

1. ความผิดปกติทางจิต (mental disorder) หมายถึง ความเจ็บป่วยทางจิต ภาวะหยุดชะงักหรือพัฒนาการทางจิตที่ไม่สมบูรณ์ พยาธิสภาพทางจิตชนิดพฤติกรรมผิดปกติแบบต่อต้านสังคม และความผิดปกติหรือความพิการทางจิตอื่นๆ
2. ความบกพร่องทางจิตอย่างรุนแรง (severe mental impairment) หมายถึง สภาวะหยุดชะงักหรือพัฒนาการทางจิตที่ไม่สมบูรณ์ ซึ่งมีความบกพร่องของสติปัญญาและหน้าที่ทางสังคมอย่างมาก และสัมพันธ์กับความก้าวร้าวอย่างผิดปกติ หรือการกระทำอันขาดความรู้สึกผิดชอบชั่วดีอย่างรุนแรง (seriously irresponsible conduct on the part of the person concerned)

<sup>119</sup> ธีรวิมล ธีรวิมล (2548). มาตรการทางกฎหมายและแนวทางในการคุ้มครองผู้ป่วยทางจิต. อัยการนิเทศ 67, หน้า 227-228.

3. ความบกพร่องทางจิต (mental impairment) หมายถึง สภาวะหยุดชะงักหรือพัฒนาการที่ไม่สมบูรณ์ของจิตใจ แต่ไม่รวมถึงความบกพร่องทางจิตอย่างรุนแรง (severe mental impairment) ที่มีความบกพร่องของสติปัญญาและหน้าที่ทางสังคมอย่างสำคัญ และสัมพันธ์กับความก้าวร้าวอย่างผิดปกติหรือการกระทำอันขาดความรู้สึกลึกซึ้งหรืออย่างรุนแรง

4. พยาธิสภาพทางจิตชนิดพฤติกรรมผิดปกติแบบต่อต้านสังคม (psychopathic disorder) หมายถึง ความผิดปกติหรือความบกพร่องของจิตใจที่เป็นอย่างถาวร ไม่ว่าจะมีความบกพร่องทางสติปัญญาอย่างมีนัยสำคัญหรือไม่ก็ตาม ซึ่งมีผลทำให้เกิดความก้าวร้าวอย่างผิดปกติ หรือการกระทำอันขาดความรู้สึกลึกซึ้งหรืออย่างรุนแรง

นอกจากนี้ กฎหมายดังกล่าวยังกำหนดข้อยกเว้นไว้ว่า บุคคลจะไม่ถูกควบคุมตัวตามกฎหมายนี้ ด้วยเหตุว่ามีพฤติกรรมสำส่อนทางเพศ (promiscuity) หรือการกระทำที่ผิดศีลธรรมอื่นๆ (immoral conduct) ความเบี่ยงเบนทางเพศ (sexual deviancy) หรือการติดสุราหรือสารเสพติด ซึ่งต่อมาได้มีการแก้ไขโดยยกเลิกข้อยกเว้นเรื่องพฤติกรรมสำส่อนทางเพศ การกระทำที่ผิดศีลธรรมอื่นๆ และความเบี่ยงเบนทางเพศ เนื่องจากต่อมาในทางการแพทย์ไม่ถือว่าเรื่องดังกล่าวถือเป็นความผิดปกติทางจิตอีกต่อไป คงเหลือแต่การติดสุราหรือสารเสพติดเท่านั้น อย่างไรก็ตาม ผู้ที่มีพฤติกรรมเบี่ยงเบนทางเพศรูปแบบอื่นๆ อาจยังจัดอยู่ในกลุ่มที่เป็นพยาธิสภาพทางจิตชนิดพฤติกรรมผิดปกติแบบต่อต้านสังคม (psychopathic disorder) รวมถึงผู้ที่มีปัญหาความผิดปกติทางจิตจากสุราหรือสารเสพติดยังคงอยู่ในข่ายที่จะถูกควบคุมตัวตามกฎหมายฉบับนี้ได้

อย่างไรก็ตาม แม้ Mental Health Act 1983 จะจำแนกความผิดปกติทางจิตออกเป็นรูปแบบต่างๆ แต่ก็ไม่ได้กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการจำแนกไว้อย่างชัดเจน ทำให้เกิดปัญหาในทางปฏิบัติ นอกจากนี้ ยังใช้วิธีการทางกฎหมายกับความผิดปกติทางบุคลิกภาพทุกชนิด เช่นเดียวกับที่ใช้กับความเจ็บป่วยทางจิตและความผิดปกติทางจิตอื่นๆ ด้วย อย่างไรก็ตาม ผู้ที่มีความผิดปกติทางบุคลิกภาพที่อยู่ในข่ายที่ต้องบังคับตามกฎหมายนี้ จะต้องมีความเสี่ยงที่จะเกิดอันตรายร้ายแรงต่อตนเองหรือผู้อื่น หรือเป็นผู้ที่ได้รับการส่งต่อไปเพื่อการรักษาในสถานพยาบาลหรือการดูแลต่อเนื่องในชุมชนเท่านั้น

จนกระทั่ง Mental Health Act 2007 จึงได้ยกเลิกการจำแนกความผิดปกติทางจิตออกเป็นประเภทต่างๆ และให้ใช้คำว่า “mental disorder” (ซึ่งแปลโดยเทียบเคียงว่า “ความผิดปกติทางจิต”) เพียงคำเดียว และนิยามว่าหมายถึง “ความผิดปกติหรือความบกพร่องใดๆ ทางจิต” (any disorder or disability of the mind) อย่างไรก็ตาม พบว่ากฎหมายที่ออกมาภายหลังบางฉบับ เช่น Mental Health (Discrimination) Act 2013 ยังคงอ้างอิงหลักการวินิจฉัยเกี่ยวกับความผิดปกติทางจิตตาม Mental Health Act 1983 อยู่เช่นเดิม

นอกจากนี้ จากการศึกษากฎหมายของประเทศอื่นๆ ที่อยู่ในเครือจักรภพ เช่น สกอตแลนด์พบว่า มีการใช้คำศัพท์และนิยามที่เกี่ยวข้องกับความผิดปกติทางจิตด้วยเช่นกัน เช่น Mental Health (Scotland) Act 1984 ใช้คำว่า “mental disorder” เช่นเดียวกับกฎหมายอังกฤษ แต่นิยามว่าหมายถึง ความเจ็บทางจิต (รวมถึงความผิดปกติทางบุคลิกภาพ) หรือ ความพิการทางจิตที่เกิดจากเหตุใดๆ หรือลักษณะใดๆ ก็ตาม<sup>120</sup>ซึ่งแตกต่างกับนิยามตามกฎหมายอังกฤษ

คำศัพท์และนิยามเกี่ยวกับความผิดปกติทางจิตในกฎหมายอาญาของอังกฤษ ในทางกฎหมายอาญาของอังกฤษ พบว่าใน Criminal Justice Act ซึ่งเป็นกฎหมายที่กำหนดหลักเกณฑ์ในการลงโทษทางอาญาของประเทศอังกฤษ มีการใช้คำที่เกี่ยวข้องกับความผิดปกติทางจิตที่สำคัญ คือ “mentally disordered” ซึ่งตามกฎหมายนี้จะหมายถึง ความทุกข์ทรมาน (suffering) จากความผิดปกติทางจิตตามนิยามของ Mental Health Act 1983<sup>121</sup>ซึ่งได้นิยามความหมายของผู้ที่มีความผิดปกติทางจิต (mentally disordered person) ว่าหมายถึง

1. ผู้ที่มีความทุกข์ทรมานจากความเจ็บป่วยทางจิตใดๆ พยาธิสภาพทางจิต ชนิดพฤติกรรมผิดปกติแบบต่อต้านสังคม ความพิการทางจิต หรือความพิการทางจิตชนิดรุนแรง เฉพาะที่รับไว้รักษาแบบผู้ป่วยใน หรือไปพบแพทย์เพื่อรับการรักษากลับเป็นประจำ
2. ผู้ที่อยู่ในความดูแลตาม section 7 ของ Mental Health Act 1983
3. ผู้ที่ศาลวินิจฉัยว่าห่อนความสามารถในการจัดการทรัพย์สินและการงาน เนื่องจากมีความผิดปกติทางจิต

นอกจากนี้ ภายในกฎหมายดังกล่าว ยังมีการใช้คำว่า “mental handicap” หมายถึง สภาวะหยุดชะงักหรือพัฒนาการทางจิตที่ไม่สมบูรณ์ (โดยไม่ถึงระดับ severe mental handicap) ซึ่งมีความบกพร่องของสติปัญญาและหน้าที่ทางสังคม<sup>122</sup>และคำว่า “severe mental handicap”

<sup>120</sup> “mental disorder” means mental illness (including personality disorder) or mental handicap however caused or manifested.

<sup>121</sup> “mentally disordered”, in relation to any person, means suffering from a mental disorder within the meaning of the Mental Health Act 1983 (c. 20).

<sup>122</sup> “mental handicap” means a state of arrested or incomplete development of mind (not amounting to severe mental handicap) which includes significant impairment of intelligence and social functioning.

หมายถึง สภาวะหยุดชะงักหรือพัฒนาการทางจิตที่ไม่สมบูรณ์ ซึ่งมีความบกพร่องของสติปัญญาและหน้าที่ทางสังคมอย่างรุนแรง<sup>123</sup>

โดยที่ Criminal Justice Act 2003 กำหนดให้ตีความอาการแสดงอื่นนอกเหนือจากที่กำหนดไว้ในกฎหมายดังกล่าวให้เป็นไปในแนวทางเดียวกับ Mental Health Act 1983 และกำหนดเหตุบรรเทาโทษให้แก่ผู้กระทำผิดหากผู้นั้นมีความทุกข์ทรมานจากความผิดปกติทางจิตหรือความบกพร่องทางจิต<sup>124</sup>

จะเห็นได้ว่า Criminal Justice Act 2003 มีการใช้คำ นิยาม และการตีความเกี่ยวกับความผิดปกติทางจิตโดยยึดตาม Mental Health Act 1983 เป็นหลัก แต่เนื่องจาก Mental Health Act 2007 ได้ยกเลิกการจำแนกความผิดปกติทางจิตออกเป็นประเภทต่างๆ แม้จะยังไม่ได้มีการแก้ไขใน Criminal Justice Act 2003 ทำให้เชื่อว่าน่าจะส่งผลให้ในทางปฏิบัติไม่มีการจำแนกความผิดปกติทางจิตของผู้กระทำผิดออกเป็นประเภทต่างๆ ในทางกฎหมายเช่นเดิมอีกต่อไป

การใช้และการตีความเกี่ยวกับความผิดปกติทางจิตในกฎหมายของอังกฤษ กฎหมายของอังกฤษเป็นระบบคอมมอนลอว์ เมื่อศาลพิจารณาจนได้ข้อเท็จจริงแล้ว ผู้ที่จะไปค้นคว้าคำพิพากษาที่เคยพิพากษามาแล้วนำมาใช้เทียบเคียงพิพากษาหากไม่เคยมี ก็จะมาพิจารณาที่บทกฎหมายลายลักษณ์อักษร ซึ่งหากไม่มีก็จะพิจารณาว่ามีจารีตประเพณีที่จะปรับใช้ได้หรือไม่ หากไม่มีอีก ศาลก็จะมาพิจารณาว่ามีแนวคิดของนักนิติศาสตร์มาปรับใช้ได้หรือไม่ และสุดท้ายศาลอาจค้นหาหลักเกณฑ์หรือสร้างหลักเกณฑ์จากข้อเท็จจริงในคดีนั้นขึ้นมาแล้วพิพากษาไปตามเหตุผลที่ได้จากข้อเท็จจริงในคดีนั้น การตีความในทางกฎหมายแพ่งและในทางกฎหมายอาญาของอังกฤษไม่มีความแตกต่างกัน เว้นแต่กรณีที่มีบทกฎหมายลายลักษณ์อักษรกำหนดไว้โดยชัดเจนเท่านั้น ซึ่งการตีความโดยทั่วไปจะใช้ การตีความถ้อยคำตามตัวอักษร (Literal Rule) การตีความโดยเล็งผลเลิศ (Golden Rule) และการตีความโดยอาศัยเหตุที่มีการแก้ไขข้อบกพร่องที่มีอยู่ก่อนออกกฎหมายลายลักษณ์อักษรเป็นเครื่องมือช่วยตีความ (Mischief Rule)

นอกจากหลักทั่วไปดังกล่าวแล้ว การใช้และการตีความเกี่ยวกับความผิดปกติทางจิตในกฎหมายของอังกฤษมีลักษณะบางประการที่น่าสนใจ ดังนี้

<sup>123</sup> “severe mental handicap” means a state of arrested or incomplete development of mind which includes severe impairment of intelligence and social functioning.

<sup>124</sup> Mitigating factors that may be relevant to the offence of murder include—  
(c) the fact that the offender suffered from any mental disorder or mental disability which (although not falling within section 2(1) of the Homicide Act 1957 (c. 11)), lowered his degree of culpability.

### 1) การวินิจฉัยความผิดปกติทางจิตตามกฎหมายอังกฤษ

ตามกฎหมายของอังกฤษ เมื่อพบบุคคลที่สงสัยว่ามีความผิดปกติทางจิตตามที่กำหนดไว้ใน Mental Health Act 1983 จะให้แพทย์ 2 คนที่มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมซึ่งได้รับการรับรองแล้ว (Registered Medical Practitioners) ตรวจวินิจฉัยและลงความเห็นว่าคุณคนนั้นมีความผิดปกติทางจิตอย่างไรอย่างหนึ่งใน 4 ประเภท ตามที่จำแนกไว้ใน Mental Health Act 1983 และมีความจำเป็นจะต้องได้รับการบำบัดรักษาในสถานพยาบาลหรือไม่ โดยผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตที่จำเป็นจะต้องได้รับการรักษาจะถูกควบคุมตัวในสถานพยาบาลโดยมีกำหนด 6 เดือน และเมื่อสิ้นสุดระยะเวลานั้นแล้วหากอาการทางจิตยังไม่บรรเทาลง หรือมีความจำเป็นอื่นๆ ที่ทำให้ควรได้รับการรักษาในสถานพยาบาลต่อไป แพทย์ผู้รับผิดชอบในการบำบัดรักษา 2 คน จะมีอำนาจควบคุมผู้นั้นต่อไปได้อีก 6 เดือน แต่จะต้องมีการทบทวนความจำเป็นในการควบคุมตัวเพื่อบังคับรักษาโดยอัตโนมัติทุก 3 ปี จนกว่าอาการจะหาย บรรเทาลง หรือไม่มีความจำเป็นต้องควบคุมผู้นั้นไว้เพื่อการบำบัดรักษาในสถานพยาบาลอีกต่อไป

ในหลักปฏิบัติตามพระราชบัญญัติสุขภาพจิต ค.ศ. 1983 (Mental Health Act 1983: Code of Practice) ได้ให้แนวทางในการวินิจฉัยความผิดปกติทางจิตไว้ว่า ผู้เชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้องควรวินิจฉัยว่าผู้ป่วยมีความผิดปกติหรือมีความพิการทางจิตให้สอดคล้องกับหลักเวชปฏิบัติทางคลินิกที่ดี (good clinical practice) และใช้หลักเกณฑ์การวินิจฉัยตามมาตรฐานที่ได้รับการยอมรับ (accepted standards) นอกจากนี้ ยังกำหนดลักษณะของความผิดปกติทางจิตที่สอดคล้องกับนิยามของ Mental Health Act 1983 ไว้ดังนี้

1. โรคความผิดปกติทางอารมณ์ เช่น โรคซึมเศร้าและโรคอารมณ์สองขั้ว (Affective disorders, such as depression and bipolar disorder)
2. โรคจิตเภทและโรคหลงผิด (Schizophrenia and delusional disorders)
3. โรคประสาท ความผิดปกติทางจิตที่เกี่ยวข้องกับความเครียด และกลุ่มความผิดปกติทางกายที่เกิดจากจิตใจเช่น โรควิตกกังวล โรคกลัว โรคย้ำคิดย้ำทำ ความผิดปกติภายหลังความเครียดรุนแรง และภาวะผิดปกติที่คิดว่าตนเองป่วยทางกาย (Neurotic, stress-related and somatoform disorders, such as anxiety, phobic disorders, obsessive compulsive disorders, post-traumatic stress disorder and hypochondriacal disorders)
4. ความผิดปกติทางจิตเนื่องจากสมองถูกทำลายหรือทำงานผิดปกติหรือจากโรคทางกาย เช่น โรคสมองเสื่อมและภาวะเพ้อคลั่ง (Organic mental disorders such as dementia and delirium (however caused))

5. การเปลี่ยนแปลงทางบุคลิกภาพและพฤติกรรมที่เกิดจากการบาดเจ็บหรือความเสียหายของสมอง (Personality and behavioural changes caused by brain injury or damage (however acquired))
6. ความผิดปกติทางบุคลิกภาพ (Personality disorders(see paragraphs 2.19 – 2.20 and chapter21))
7. ความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรม เนื่องจากการใช้ยาที่มีผลต่อจิตประสาท (Mental and behavioural disorders caused by psychoactive substance use (see paragraphs 2.9- 2.13))
8. กลุ่มอาการผิดปกติของการกิน กลุ่มอาการนอนไม่หลับที่ไม่ได้เกิดจากสมองถูกทำลายหรือทำงานผิดปกติ และความผิดปกติทางเพศที่ไม่ได้เกิดจากโรคหรือความผิดปกติทางกาย (Eating disorders, non-organic sleep disorders and non-organic sexual disorders)
9. ความบกพร่องทางการเรียนรู้ (Learning disabilities (see paragraphs 2.14 – 2.18 and chapter 20))
10. กลุ่มอาการออทิสติกและกลุ่มอาการของแอสเพอร์เจอร์ (Autistic spectrum disorders including Asperger’s syndrome (see paragraphs 2.14 – 2.18 and chapter 20))
11. ความผิดปกติทางด้านพฤติกรรมและอารมณ์ในเด็กและวัยรุ่น (Behavioural and emotional disorders of children and young people)

กระบวนการทางกฎหมายก่อนการพิจารณาคดีสำหรับผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตตามกฎหมายอังกฤษ

ในประเทศอังกฤษ เมื่อพนักงานสอบสวนเกิดความสงสัยหรือได้รับแจ้งว่าบุคคลเป็นผู้ที่มีความผิดปกติทางจิต และไม่สามารถเข้าใจสาระสำคัญของคำถามหรือคำตอบของตนได้ พนักงานสอบสวนจะต้องปฏิบัติต่อบุคคลดังกล่าวอย่างผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตตามขั้นตอนที่กฎหมายกำหนด อย่างไรก็ตาม เนื่องจากเจ้าหน้าที่ตำรวจส่วนใหญ่ไม่ได้มีความรู้ความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับความผิดปกติทางจิต ทำให้เกิดปัญหาการประเมินและแยกแยะผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตจนกระทั่ง ใน ค.ศ. 1992 เมือง Birmingham ได้จัดให้มีพยาบาลจิตเวชชุมชน (Community Psychiatric Nurse: CPN) ประจำอยู่ที่สถานีตำรวจเพื่อทำหน้าที่ตรวจประเมินผู้ต้องหาที่มีความผิดปกติทางจิตเบื้องต้น นอกจากนี้ CPN ยังมีอำนาจในการกำหนดวิธีการที่เหมาะสมในการส่งตัวผู้ต้องหาที่มีความผิดปกติทางจิตไปรับการบำบัดรักษา

เมื่อพนักงานสอบสวนพบว่าผู้ต้องหาเป็นผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตแล้ว จะต้องพิจารณาว่าจะดำเนินคดีต่อไปเพื่อประโยชน์ของสาธารณะ (public interest) หรือจะส่งตัวผู้ต้องหา

ไปรับการบำบัดรักษา หากพนักงานสอบสวนเห็นว่าสมควรที่จะดำเนินคดีต่อไป ต้องดำเนินการการสอบสวนตาม The Police and criminal Evidence Act 1984 (PACE) ซึ่งกำหนดให้กรณีบุคคลที่ถูกสอบสวนเป็นผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตจะต้องใช้กระบวนการดำเนินคดีที่กำหนดไว้เป็นพิเศษ โดยในการสอบสวนผู้ต้องหาจะต้องมีบุคคลที่สาม เรียกว่า Appropriate Adult (AA) เข้าร่วมเพื่อทำหน้าที่พิทักษ์สิทธิของผู้ต้องหาโดย AA นี้ อาจเป็นญาติหรือผู้พิทักษ์ หรือบุคคลใดๆ ที่รับผิดชอบควบคุมดูแลบุคคลดังกล่าวอยู่หรือบุคคลที่มีประสบการณ์เกี่ยวข้องกับผู้มีควมบกพร่องหรือความพิการทางจิต แต่ต้องไม่ใช่ผู้ที่เจ้าหน้าที่ตำรวจจัดหาให้หากในกรณีที่ไม่มีอาหาบุคคลข้างต้นได้ AA อาจเป็นผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไปที่สามารถรับผิดชอบเรื่องดังกล่าวได้ และต้องไม่ใช่เจ้าหน้าที่ตำรวจหรือผู้ที่เจ้าหน้าที่ตำรวจจัดหาให้

กฎหมายกำหนดให้พนักงานสอบสวนที่ควบคุมตัวผู้ต้องหาไว้จะต้องแจ้งแก่ AA ทันทีที่สามารถกระทำได้ โดยอธิบายถึงสาเหตุของการควบคุมตัวรวมถึงสถานที่ซึ่งผู้ต้องหาถูกควบคุมตัวอยู่ และแจ้งให้ AA มาพบผู้ต้องหาดังกล่าว และไม่ว่าผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตนั้นจะเป็นผู้ต้องสงสัยหรือไม่ก็ตาม ห้ามพนักงานสอบสวนสอบปากคำหรือให้ผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตให้ถ้อยคำหรือให้ลงลายมือชื่อในบันทึกถ้อยคำโดยไม่มี AA อยู่ด้วย เว้นแต่เป็นกรณีที่กฎหมายกำหนดไว้เท่านั้น

เมื่อมีการเสร็จสิ้นสอบสวน พนักงานสอบสวนจะต้องส่งเรื่องให้ The Crown Prosecution Service (CPS) ทำหน้าที่กั้นกรองตามหลักเกณฑ์ของ The Prosecution of Offender Act 1985 และ Crown Prosecution Service, 1994 โดย CPS จะต้องพิจารณาว่าสมควรจะดำเนินคดีและฟ้องศาลต่อไปหรือไม่ โดยทั่วไป CPS จะพิจารณาจากความผิดปกติทางจิตของผู้ต้องหา กับประโยชน์สาธารณะเป็นหลัก โดยความผิดที่กระทำร้ายแรงก็จะมีคามจำเป็นในการดำเนินคดีต่อไปเพื่อประโยชน์สาธารณะ

การพิจารณาคดีอาญาสำหรับผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตตามกฎหมายอังกฤษ

เมื่อ CPS มีความเห็นว่าสมควรจะดำเนินคดีและส่งฟ้องศาลแล้ว ในระหว่างการพิจารณาหากปรากฏว่าจำเลยไม่มีความสามารถในการต่อสู้คดี (disability or unfit to stand a trial) ตาม The Criminal Procedure (Insanity and Unfitness to Plead) Act 1991 (CPA 1991) กำหนดให้คณะลูกขุนวินิจฉัยเสียก่อนเริ่มการพิจารณาหรือหยุดการพิจารณาไว้เพื่อให้คณะลูกขุนวินิจฉัยเสียก่อนว่า จำเลยเป็นผู้กระทำ (did the act) หรืองดเว้นการกระทำ (made the omission) ที่ฟ้องร้องนั้นหรือไม่ โดยอาศัยพยานหลักฐานที่ได้ยื่นไว้แล้วในคดี หรือพยานหลักฐานที่อาจจะถูกอ้างหรือใช้อ้างในอนาคตโดยฝ่ายโจทก์อัยการ (prosecution) หรือพยานหลักฐานที่กล่าวอ้างโดยบุคคลที่ศาลมอบหมายซึ่งเสนอเข้าในคดีเพื่อฝ่ายจำเลย (defense) หากคณะลูกขุนเห็นว่าจำเลยมิได้เป็นผู้กระทำ



หรืองดเว้นการกระทำที่ถูกฟ้องร้องนั้น ก็ให้ศาลปล่อยตัวจำเลยไป แต่หากเห็นว่าจำเลยเป็นผู้กระทำ หรืองดเว้นการกระทำดังกล่าว ให้ศาลมีคำสั่งให้ส่งตัวจำเลยไปรับการรักษาในโรงพยาบาลตามที่ Secretary of State เป็นผู้กำหนดโดยวิธีตามรายการ 1 ใน CPA 1991 หรือหากจำเลยยินยอม ศาลอาจ มีคำสั่งที่เห็นว่าเหมาะสมที่สุดกับพฤติการณ์ของคดีอย่างใดอย่างหนึ่งได้แก่

1) มีคำสั่งให้มีผู้พิทักษ์ (guardianship) ตามความหมายของ Mental Health Act 1983

2) มีคำสั่งให้ดูแลรักษาตามวิธีการที่กำหนดไว้ในรายการ 2 ของ CPA 1991 หรือ

3) มีคำสั่งให้ปล่อยตัวจำเลยไปหากศาลเห็นว่าเป็นวิธีการที่เหมาะสม โดยการพิจารณาความสามารถในการต่อสู้คดีตามกฎหมายของประเทศ อังกฤษ ตาม CPA 1991 มีหลักสำคัญว่าบุคคลนั้นจะขาดความสามารถในการต่อสู้คดีและจะต้อง ดำเนินการตามวิธีที่กฎหมายกำหนดไว้เป็นพิเศษ หากมีลักษณะใดลักษณะหนึ่งดังต่อไปนี้

1) ไม่สามารถเข้าใจกระบวนการพิจารณาในการดำเนินคดีได้ (Unable to understand the proceeds of the trial)

2) ไม่สามารถยกข้อต่อสู้ได้อย่างเหมาะสม (Unable to conduct a proper defence)

3) ไม่สามารถคัดค้านลูกขุนที่เขาประสงค์จะคัดค้านได้ (Unable to challenge a juror to whom he may wish to object)

4) ไม่สามารถเข้าใจเนื้อหาสาระสำคัญของพยานหลักฐานได้ (Unable to understand the substance of the evidence)

ในระหว่างการดำเนินคดี จำเลยซึ่งเป็นผู้ป่วยจิตเวชแต่มีความสามารถในการต่อสู้คดี (fit stand a trial) จะได้รับความคุ้มครองตาม Mental Health Act 1983 โดยกำหนดให้ Crown Court หรือ Magistrates Court มีอำนาจส่งตัวจำเลยไปควบคุมตัวไว้ในสถานพยาบาลที่ศาล กำหนดเพื่อทำการตรวจสภาพจิต และรายงานผลการตรวจแก่ศาลได้ โดยมีเงื่อนไขคือ จะต้องเป็นที่ พอใจของศาลซึ่งจะพิจารณาจากหลักฐานเป็นหนังสือหรือวาจาจากแพทย์ที่ขึ้นทะเบียนไว้ (registered medical practitioner) ว่ามีเหตุอันควรสงสัยว่าจำเลยกำลังป่วยด้วยโรค Mental Illness, Psychopathic Disorder ,Severe Mental Impairment หรือ Mental Impairment และศาลมีความเห็น ว่ารายงานดังกล่าวจะไม่สามารถทำได้หากจำเลยได้รับการประกันตัวไป แต่ Crown Court ไม่สามารถใช้อำนาจดังกล่าวได้หากจำเลยถูกพิจารณาต่อหน้าศาลแล้วว่ามีคุณสมบัติ และคำพิพากษาสำหรับการ

กระทำความผิดนั้นถูกกำหนดไว้ตายตัวโดยกฎหมาย (fixed by law)<sup>125</sup> นอกจากนี้จะต้องเป็นที่พอใจของศาลโดยอาศัยหลักฐานเป็นหนังสือหรือวาจาจากแพทย์ที่ขึ้นทะเบียนไว้ซึ่งจะเป็นผู้รับผิดชอบทำรายงานดังกล่าวหรือจากผู้อำนวยการสถานพยาบาลที่จะส่งตัวจำเลยไปว่า โรงพยาบาลจะเตรียมพร้อมที่จะรับตัวจำเลยไว้ได้ภายใน 7 วันนับแต่วันที่ควบคุมตัว โดยในระหว่างรอความพร้อมในการรับตัวนี้ศาลอาจมีคำสั่งให้ควบคุมตัวจำเลยไว้ในสถานที่ปลอดภัยอื่นก็ได้

กรณีที่จำเลยยกเรื่องความวิกลจริตขึ้นเป็นข้อต่อสู้ (Insanity Defense) ตาม CPA 1991 กำหนดให้คณะลูกขุนจะต้องพิจารณาในเบื้องต้นว่าจำเลยเป็นผู้กระทำหรือดเว้นการกระทำที่ฟ้องร้องนั้นหรือไม่เช่นเดียวกัน หากเห็นว่าจำเลยเป็นผู้กระทำ คณะลูกขุนจะต้องพิจารณาต่อไปว่าจำเลยไม่มีความผิดเนื่องจากวิกลจริต (not guilty by reason of insanity) หรือไม่ โดยใช้คำชี้ขาดพิเศษ (Special Verdict) หากได้ความว่าจำเลยไม่มีความผิดเนื่องจากวิกลจริต ศาลมีอำนาจส่งตัวจำเลยไปรับการรักษาหรือมีคำสั่งเช่นเดียวกับกรณีที่จำเลยไม่มีความสามารถในการต่อสู้คดี นอกจากนี้กฎหมายของประเทศอังกฤษได้บัญญัติให้ความคุ้มครองผู้ต้องหาซึ่งป่วยด้วยโรคทางจิตเวชในระหว่างพิจารณา โดย Crown Court จะให้ส่งตัวไปรับการรักษาในสถานพยาบาลแทนการควบคุมตัวไว้

การลงโทษทางอาญาสำหรับผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตตามกฎหมายอังกฤษ กฎหมายของประเทศอังกฤษไม่ได้แยกโทษและวิธีการเพื่อความปลอดภัยออกจากกัน แต่ได้กำหนดให้ศาลเลือกใช้มาตรการทางอาญาไว้ตามความเหมาะสมของความร้ายแรงของความผิดและสภาพจิตใจของผู้กระทำความผิด<sup>126</sup>

ตาม Mental Health Act 1983 ได้ให้อำนาจศาลในการส่งตัวจำเลยที่มีความผิดปกติทางจิตที่ได้รับการตัดสินว่ามีความผิดและจะต้องได้รับโทษจำคุกไปบังคับรักษาแทนการลงโทษจำคุก โดยส่งตัวไปควบคุมไว้ในสถานพยาบาลตามที่ศาลกำหนด หรืออาจส่งไปอยู่ในความปกครองของเจ้าหน้าที่บริการสังคมประจำท้องถิ่น (local social services authority) หรือบุคคลที่ได้รับการรับรองแล้ว โดยศาลจะพิจารณาจากพยานหลักฐานที่เป็นหนังสือหรือโดยวาจาจากแพทย์ที่ขึ้นทะเบียนไว้ 2 คน ว่าจำเลยมีความผิดปกติทางจิตที่มีสภาพหรือความรุนแรงจนสมควรได้รับการบำบัดรักษาเพื่อให้อาการดีขึ้นหรือไม่ทรุดหนักลงกว่าเดิม โดยจำเลยที่จะได้รับความคุ้มครองตามหลักการนี้จะต้องเป็นผู้ที่ได้รับการควบคุมตัวไว้เพื่อรอการพิจารณาหรือระหว่างการพิจารณา

<sup>125</sup> คำพิพากษาที่ถูกกำหนดไว้ตายตัวตามกฎหมาย (fixed by law) หมายถึง คำพิพากษาในความผิดฐานฆาตกรรม (Murder) ซึ่งศาลจะต้องพิพากษาประหารชีวิตเท่านั้น.

<sup>126</sup> ณรงค์ ใจหาญ และคณะ. ศึกษาความเป็นไปได้ในการกำหนดชั้นโทษ และการนำไปปรับใช้ในประมวลกฎหมายอาญา (รายงานการวิจัย), 2549, หน้า 261.

ในความผิดที่มีโทษถึงจำคุกเท่านั้น และต้องไม่เป็นกรณีความผิดที่มีการกำหนดไว้แล้วโดยกฎหมายที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ อย่างไรก็ตาม การบังคับรักษาจำเลยที่มีความผิดปกติทางจิตในกรณีนี้จะต้องเป็นไปตามหลักในเรื่องการให้ความยินยอมในการรักษาตาม Mental Health Act 1983 กล่าวคือ

1) การให้ความยินยอมในการรักษาตามมาตรา 57 ซึ่งเป็นกรณีที่แม้จะได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยแล้วก็ยังไม่อาจทำการรักษาได้ หากไม่ได้รับคำรับรองจากแพทย์ 1 คน พยาบาล 1 คน และผู้ที่ไม่ใช่แพทย์หรือพยาบาลอีก 1 คน ซึ่งกำหนดขึ้นโดยคณะกรรมการตามพระราชบัญญัติสุขภาพจิต (Mental Health Act Commission) ว่าสมควรให้การรักษา

2) การให้ความยินยอมในการรักษาตามมาตรา 58 ซึ่งเป็นกรณีที่ผู้ป่วยไม่ให้ความยินยอม หรือไม่สามารถให้ความยินยอมได้ ต้องได้รับคำรับรองจากแพทย์ที่เคยให้การรักษานุคคลดังกล่าว 1 คน พยาบาล 1 คน และผู้ที่ไม่ใช่แพทย์หรือพยาบาลอีก 1 คน ซึ่งกำหนดขึ้นโดยคณะกรรมการตามพระราชบัญญัติสุขภาพจิต (Mental Health Act Commission) ว่าสมควรให้การรักษา เนื่องจากจะทำให้อาการดีขึ้นหรือไม่ทรุดหนักลงกว่าเดิม

Criminal Justice Act 2003 กำหนดให้ศาลสามารถออกคำสั่งหรือใช้มาตรการทางอาญาเพื่อดำเนินการแก่ผู้กระทำความผิดที่มีความเสี่ยงในการก่อให้เกิดอันตรายต่อสังคมเพื่อให้อยู่ในความควบคุม โดยกำหนดให้ศาลสามารถสั่งบังคับให้ผู้กระทำความผิดเข้ารับการบำบัดรักษาทางจิตภายในระยะเวลาที่กำหนดเพื่อฟื้นฟูสภาพจิตใจของผู้กระทำความผิด โดยการบำบัดรักษาดังกล่าวอาจเป็นการเข้าบำบัดรักษาในสถานพยาบาลหรือเข้ารับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอก หรือภายใต้ความควบคุมดูแลหรือแนะนำของแพทย์หรือจิตแพทย์ได้ อย่างไรก็ตาม การที่ศาลจะสั่งให้ผู้กระทำความผิดเข้ารับการบำบัดรักษาทางจิตได้นั้น จะต้องได้รับความเห็นจากแพทย์ที่ตรวจสภาพจิตของผู้กระทำความผิดว่ามีเหตุที่จะต้องบำบัดรักษาและผู้กระทำความผิดมีความประสงค์ที่จะเข้ารับการบำบัดรักษา ตามมาตรา 12 แห่ง Mental Health Act 1983 ด้วย

โดยสรุปแล้ว จากการศึกษากฎหมายของอังกฤษ พบว่า การใช้คำศัพท์ที่เกี่ยวข้องกับความผิดปกติทางจิตที่ใช้ในกฎหมายของอังกฤษเป็นรากฐานและมีอิทธิพลต่อการใช้คำศัพท์เกี่ยวกับความผิดปกติทางจิตในทางกฎหมายต่างๆ โดยเฉพาะในประเทศที่ใช้ภาษาอังกฤษ โดยกฎหมายของอังกฤษมีการเปลี่ยนแปลงจากการใช้คำศัพท์หลายคำที่มีความหมายต่างกัน และจำแนกความผิดปกติทางจิตออกเป็นประเภทต่างๆ ในทางกฎหมายตามลักษณะและความรุนแรง มาสู่การใช้คำศัพท์เพียงคำเดียวที่หมายถึงความผิดปกติทางจิตทั้งหมดในทางกฎหมาย และโดยการจำแนกความผิดปกติทางจิตออกเป็นประเภทต่างๆ ในทางกฎหมาย แต่ใช้รายงานผลการตรวจพิสูจน์

ทางการแพทย์ซึ่งดำเนินการภายในกฎหมายสุขภาพจิตในการระบุจำแนกความผิดปกติทางจิตที่เกิดขึ้นแทน

กฎหมายของอังกฤษได้กำหนดนิยามของความผิดปกติทางจิตไว้อย่างกว้างๆ ในกฎหมายเฉพาะทางด้านสุขภาพจิต โดยที่กฎหมายอื่นๆ จะอาศัยการอ้างอิงนิยามตามกฎหมายสุขภาพจิต

ในทางกระบวนการยุติธรรมตามกฎหมายของอังกฤษ จะอาศัยผลการตรวจทางการแพทย์มาเพื่อประกอบการพิจารณาและวินิจฉัยว่า จำเลยเป็นผู้กระทำหรือควั่นการกระทำนั้นหรือไม่ในชั้นแรกหากเห็นว่าจำเลยเป็นผู้กระทำ จะต้องพิจารณาต่อไปว่าจำเลยไม่มีความผิดเนื่องจากวิกลจริต (not guilty by reason of insanity) หรือไม่โดยใช้คำชี้ขาดพิเศษ (Special Verdict) ตามข้อเท็จจริงเกี่ยวกับความผิดปกติของจำเลยที่พบ หากเห็นว่าจำเลยไม่มีความผิด ศาลยังคงมีอำนาจส่งตัวจำเลยไปรับการรักษาหรือมีคำสั่งในทางกฎหมายอื่นๆ ได้

ทั้งนี้ ในกระบวนการยุติธรรมของอังกฤษจะกำหนดให้มีบุคลากรทางสาธารณสุขเข้าร่วมในการประเมินผู้ต้องหาหรือจำเลยที่สงสัยว่าอาจมีความผิดปกติทางจิต รวมถึงไปถึงมีส่วนในการกำหนดหรือเสนอวิธีการในการจัดการในระหว่างดำเนินกระบวนการทางกฎหมายตั้งแต่ในช่วงเริ่มต้นกระบวนการทางกฎหมาย รวมถึงมีการคุ้มครองสิทธิของผู้ต้องหาหรือจำเลยโดยการกำหนดให้มีบุคคลที่สามที่มีใจเจ้าหน้าที่ในกระบวนการยุติธรรมเข้าร่วมเพื่อทำหน้าที่พิทักษ์สิทธิของผู้ต้องหาตั้งแต่ในชั้นสอบสวน

## 2.2 สหรัฐอเมริกา

ระบบกฎหมายของสหรัฐอเมริกาคือระบบคอมมอนลอว์ซึ่งได้รับแนวคิดทางกฎหมายในระยะแรกมาจากกฎหมายอังกฤษ กฎหมายอาญาในระบบกฎหมายของสหรัฐอเมริกามีทั้งส่วนที่ไม่เป็นลายลักษณ์อักษรและส่วนที่เป็นลายลักษณ์อักษร ซึ่งได้แก่ด้วยบทกฎหมายของรัฐบาลกลางแห่งสหรัฐอเมริกา และกฎหมายของมลรัฐต่างๆ กฎหมายอาญาของสหรัฐอเมริกาสถาปนได้เป็น 2 ส่วน คือ

1. กฎหมายอาญาภาคสารบัญญัติ (Substantive Criminal Law) เป็นกฎหมายซึ่งครอบคลุมบทบัญญัติว่าการกระทำใดเป็นการกระทำความผิดและมีบทลงโทษสถานใด
2. กฎหมายอาญาภาควิธีบัญญัติ (Procedural Criminal Law) เป็นกฎหมายเกี่ยวกับวิธีพิจารณาคดีอาญา การจัดระเบียบบริหารงานยุติธรรมทางอาญา การอภัยโทษ และการลดโทษ เป็นต้น

### 2.2.1 คำศัพท์และนิยามเกี่ยวกับความผิดปกติทางจิตในกฎหมายของสหรัฐอเมริกา

เนื่องจากสหรัฐอเมริกาเป็นประเทศที่ใช้ภาษาอังกฤษรวมถึงรับเอาแนวคิดทางกฎหมายมาจากอังกฤษ ทำให้การใช้คำศัพท์ที่เกี่ยวกับความผิดปกติทางจิตในทางกฎหมายได้รับอิทธิพลบางส่วนมาจากอังกฤษด้วย เช่น ในกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา ได้แก่ Federal Rules of Criminal Procedure (2016) และ U.S. Code Title 18. Crimes and Criminal Procedure ใช้คำว่า “insanity” ซึ่งอาจแปลได้ว่า “วิกลจริต” และคำว่า “mental disease or defect” ซึ่งอาจแปลได้ว่า “โรคหรือความบกพร่องทางจิต” อย่างไรก็ตาม ไม่พบว่ามีข้อกำหนดนิยามของคำดังกล่าวไว้ในกฎหมายแต่อย่างใดนอกจากนี้ ยังไม่มีลักษณะการจำแนกความผิดปกติทางจิตออกเป็นประเภทต่างๆ หรือแบ่งตามระดับความรุนแรงเหมือนที่พบในกฎหมายของอังกฤษ

สำหรับประมวลกฎหมายอาญาต้นแบบ (Model Penal Code) โดย The American Law Institute (ALI) ซึ่งมีการนำมาใช้เป็นแนวทางสำหรับกฎหมายอาญาในหลายรัฐ ใน section 4.01 ซึ่งเกี่ยวกับหลักการยกเว้นความรับผิดชอบทางอาญาสำหรับผู้ที่มีความผิดปกติทางจิต (Mental Disease or Defect Excluding Responsibility) ได้ใช้คำว่า “mental disease or defect” โดยมีได้ให้นิยามไว้ อย่างไรก็ตาม ในส่วนคำอธิบาย (explanatory note) ได้ไว้ระบุว่า ตั้งใจที่จะละนิยามของคำนี้ไว้เพื่อรอการพัฒนาความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะนี้ในทางการแพทย์ (Does not define mental disease or mental defect, those terms being left open to accommodate developing medical understanding.)

จะเห็นได้ว่า สหรัฐอเมริกามีการใช้คำศัพท์สองคำหลักๆ ที่มีความหมายถึงความผิดปกติทางจิตในทางกฎหมาย คือ “insanity” และคำว่า “mental disease or defect” ซึ่งมีความหมายโดยรวมถึงความผิดปกติทางจิตทั้งหมดในทางกฎหมาย โดยไม่มีการจำแนกความผิดปกติทางจิตออกเป็นประเภทต่างๆ ในทางกฎหมายโดยใช้คำศัพท์ที่ต่างกันเหมือนในกฎหมายของอังกฤษ

### 2.2.2 การใช้กฎหมายและการตีความเกี่ยวกับความผิดปกติทางจิตในกฎหมายของสหรัฐอเมริกา

การใช้กฎหมายและการตีความเกี่ยวกับความผิดปกติทางจิตในกฎหมายของสหรัฐอเมริกา มีลักษณะคล้ายคลึงกับอังกฤษ เนื่องจากเป็นประเทศที่ใช้ระบบคอมมอนลอว์ เช่นเดียวกัน แต่มีลักษณะบางประการที่น่าสนใจ ดังต่อไปนี้

#### 2.2.3 การวินิจฉัยความผิดปกติทางจิตตามกฎหมายสหรัฐอเมริกา

ตามกระบวนการยุติธรรมของสหรัฐอเมริการณีที่พบว่ามิเหตุสงสัยว่าจำเลยอาจมีความผิดปกติทางจิต ตามกฎหมาย 18 U.S. Code Chapter 313 – Offenders With Mental Disease or Defect กำหนดให้ศาลมีอำนาจในการใช้ดุลพินิจในการยอมรับหรือปฏิเสธคำร้องขอให้มีการพิจารณาประเด็นที่เกี่ยวข้องกับความผิดปกติทางจิตของจำเลย รวมถึงการนำประเด็นที่

เกี่ยวข้องกับความคิดปกติทางจิตของจำเลยขึ้นมาพิจารณาได้เองแม้คู่ความจะไม่ได้ร้องขอ โดยมีอำนาจสั่งให้ทำการตรวจประเมินทางจิตเวชหรือทางจิตวิทยาต่อจำเลยและรายงานผลการตรวจต่อศาลก่อนพิจารณาคดีได้ ผู้ตรวจและรายงานผลดังกล่าวจะต้องเป็นจิตแพทย์หรือนักจิตวิทยาที่มีใบอนุญาต ในกรณีที่ศาลเห็นว่าเป็นการเหมาะสม อาจใช้ผู้ตรวจมากกว่าหนึ่งคนก็ได้ โดยผู้ตรวจแต่ละคนจะถูกกำหนดโดยศาล เว้นแต่กรณีเป็นการร้องขอให้มีการตรวจโดยจำเลยตามมาตรา 4245 หรือ 4246 อาจให้จำเลยเป็นผู้กำหนดผู้ตรวจได้ สำหรับระยะเวลาที่กำหนดในการตรวจจะแตกต่างกันไปตามที่กฎหมายกำหนด โดยหากศาลมีคำสั่งให้ส่งตัวจำเลยให้ตรวจตามมาตรา 4241, 4244 หรือ 4245 ให้ใช้ระยะเวลาตรวจตามที่เหมาะสมแต่ไม่เกินกว่า 30 วัน หากเป็นคำสั่งตามมาตรา 4242, 4243 หรือ 4246 ให้ใช้ระยะเวลาตรวจตามที่เหมาะสมแต่ไม่เกินกว่า 45 วัน จากนั้นจึงส่งตัวจำเลยให้อยู่ในความควบคุมของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงยุติธรรมเพื่อส่งตัวไปตรวจประเมินในสถานที่ที่เหมาะสมซึ่งใกล้กับศาลที่สุด เว้นเสียแต่ไม่สามารถกระทำได้ ผู้อำนวยการของสถานที่ที่ตรวจประเมินอาจขอขยายระยะเวลาได้หากมีเหตุที่เหมาะสม แต่ไม่เกินกว่า 15 วัน หากเป็นคำสั่งตามมาตรา 4241, 4244 หรือ 4245 และไม่เกินกว่า 30 วัน หากเป็นคำสั่งตามมาตรา 4242, 4243 หรือ 4246 โดยระยะเวลาที่จะขยายนี้ขึ้นอยู่กับเหตุผลความจำเป็นในการสังเกตและประเมินอาการของจำเลย

ทั้งนี้ ใน 18 U.S. Code Chapter 313 – Offenders With Mental Disease or Defect ยังได้ระบุในรายงานผลการตรวจสภาพจิตของจำเลยจะต้องประกอบด้วยส่วนสำคัญ 4 ส่วน คือ

- (1) ประวัติและอาการปัจจุบัน (the person's history and present symptoms)
- (2) คำอธิบายเกี่ยวกับการทดสอบทางจิตเวช ทางจิตวิทยา และทางการแพทย์ ที่กระทำและผล (a description of the psychiatric, psychological, and medical tests that were employed and their results)
- (3) สิ่งที่ตรวจพบ (the examiner's findings)
- (4) ความเห็นเกี่ยวกับการวินิจฉัยและการพยากรณ์โรค (examiner's opinions as to diagnosis, prognosis)

นอกจากนี้ ผลการตรวจจะต้องมีรายละเอียดอื่นๆ ประกอบตามที่กฎหมายกำหนด ได้แก่

กรณีเป็นการส่งตรวจตามมาตรา 4241 ต้องระบุว่า บุคคลดังกล่าวกำลังป่วยด้วยโรคทางจิตหรือมีความบกพร่องทางจิต (suffering from mental disease or defect) ทำให้มีสภาพจิตที่ไม่สมบูรณ์ถึงขนาดทำให้ไม่สามารถเข้าใจสภาพและผลของการดำเนินคดีที่กระทำต่อได้ หรือทำให้ไม่สามารถร่วมมือในการต่อสู้คดีได้ตามสมควรหรือไม่

กรณีเป็นการส่งตรวจตามมาตรา 4242 ต้องระบุว่า ในขณะที่กระทำความผิด บุคคลดังกล่าววิกลจริตหรือไม่ (existence of insanity at the time of the offense)

กรณีเป็นการส่งตรวจตามมาตรา 4243 หรือ 4246 ต้องระบุว่า บุคคลดังกล่าว กำลังป่วยด้วยโรคทางจิตหรือมีความบกพร่องทางจิต ซึ่งหากปล่อยตัวไปจะเป็นการเสี่ยงอย่างมาก ต่อการก่อให้เกิดอันตรายต่อร่างกาย หรือความเสียหายอย่างร้ายแรงต่อทรัพย์สินของผู้อื่นหรือไม่

กรณีเป็นการส่งตรวจตามมาตรา 4244 หรือ 4245 ต้องระบุว่า บุคคลดังกล่าว กำลังป่วยด้วยโรคทางจิตหรือมีความบกพร่องทางจิตซึ่งจำเป็นต้องถูกควบคุมตัวไว้ดูแลรักษาใน สถานที่ที่เหมาะสมหรือไม่ และหากการตรวจเป็นส่วนหนึ่งของการสืบหาข้อมูลก่อนทำคำพิพากษา คำแนะนำใดของผู้ตรวจในเรื่องสภาพจิตของจำเลยควรมีผลเพียงใดต่อคำพิพากษา

จะเห็นได้ว่า กฎหมายสหรัฐอเมริกามีการกำหนดกระบวนการและขั้นตอน ในการตรวจวินิจฉัยความผิดปกติของจำเลยไว้โดยละเอียดภายในกฎหมาย โดยเฉพาะการกำหนด รายละเอียดในรายงานการตรวจวินิจฉัยว่าต้องประกอบด้วยข้อมูลหรือประเด็นใดบ้างที่กฎหมาย ต้องการนำไปใช้ในการพิจารณาคดี

#### **2.2.4 การประเมินความสามารถในการต่อสู้คดีของผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตตาม กฎหมายของสหรัฐอเมริกา**

สหรัฐอเมริกาให้ความสำคัญกับสิทธิเสรีภาพของผู้ต้องหาหรือจำเลย โดยถือว่าจำเลยต้องสามารถเข้าใจถึงลักษณะและผลของการพิจารณาคดีที่กระทำต่อตน และมีความสามารถที่จะร่วมมือทนายของตนในการต่อสู้คดีได้อย่างมีเหตุมีผลด้วยเป็นสิ่งสำคัญ ซึ่งปรากฏ อยู่ใน United States Code Section 4241

สหรัฐอเมริกาได้สร้างหลักเกณฑ์ประเมินความสามารถในการต่อสู้คดีของผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตไว้หลายประการ โดยใน ค.ศ.1960 ในคดี Duaky v. United States (1960) ศาลได้วางหลักเกณฑ์ทั่วไปในการทดสอบความสามารถในการต่อสู้คดีของจำเลย (Competency to stand trial) ไว้ว่า จำเลยมีความสามารถเพียงพอที่จะปรึกษาทนายความได้ในระดับที่เข้าใจตามหลัก เหตุผลพอสมควรหรือไม่ และจำเลยมีความเข้าใจกระบวนการดำเนินคดีอย่างแท้จริงและมีเหตุผล หรือไม่ ต่อมาคดี Drope b Missouri (1975) และคดี Godinez v. Moran (1993) ศาลได้ขยายความ หลักเดิมไว้ว่า ให้รวมถึงความสามารถในการให้การและร่วมมือกับทนายความของตนเพื่อต่อสู้คดี ได้ รวมทั้งความสามารถที่จะตัดสินใจเลือกได้อย่างมีเหตุผล เช่น การตัดสินใจรับสารภาพเพื่อการ ได้รับรอการลงโทษหรือลดโทษ ผลจากหลักเกณฑ์ดังกล่าว ทำให้มีการสร้างหลักเกณฑ์ที่เป็น มาตรฐานสำหรับประเมินความสามารถในการต่อสู้คดีขึ้นเพื่ออำนวยความสะดวก พิสูจน์ โดยหลักเกณฑ์ที่

ได้รับการยอมรับและนิยมนำมาใช้กันมากที่สุด คือ หลักเกณฑ์ของ McGarry โดยกลุ่มนักจิตวิทยาของมหาวิทยาลัย Harvard ซึ่งมีหลักเกณฑ์ 13 ประการคือ

1. ความสามารถในการแก้ข้อกล่าวหาได้ตามสมควร
2. ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม
3. ความสามารถในการร่วมมือกับทนายในการคุ้มครองประโยชน์ของตน
4. ความสามารถในการวางแผนต่อสู้คดี
5. ความสามารถในการเข้าใจบทบาทของบุคคลที่เกี่ยวข้องในการดำเนินคดี
6. ความสามารถในการเข้าใจขั้นตอนการดำเนินคดี
7. ความเข้าใจข้อกล่าวหาได้ตามสมควร
8. ความเข้าใจความหนักเบาของโทษ
9. ความสามารถในการประเมินผลที่จะได้รับจากคำให้การของตน
10. ความสามารถในการเล่ารายละเอียดข้อเท็จจริงและพฤติกรรมแวดล้อม

ที่เกี่ยวข้องกับความผิดแก่ทนาย

11. ความสามารถที่จะโต้แย้งปฏิเสธข้อเท็จจริงที่พยานฝ่ายตรงข้ามเบิกความ
  12. ความสามารถที่จะเป็นพยานพิสูจน์ความจริง
  13. ความสามารถที่จะปกป้องตนเองโดยยอมรับโทษในข้อกล่าวหาที่เบากว่า
- ปัจจุบันหลักเกณฑ์ของ McGarry นี้บัญญัติไว้ใน Code of criminal Law & Criminal Procedure : title 18 Section 4241 โดยกำหนดให้ในเวลาใดๆ ก่อนที่ศาลจะพิพากษาคดี

จำเลยหรือพนักงานอัยการอาจยื่นคำร้องต่อศาลเพื่อขอให้ศาลพิจารณาสภาพจิตของจำเลยได้ หากคำร้องดังกล่าวมีเหตุอันควรเชื่อว่าจำเลยมีโรคหรือความบกพร่องทางจิต (mental disease or defect) จนเป็นเหตุให้จำเลยมีความสามารถทางจิตที่ไม่สมบูรณ์ (mentally incompetent) จนถึงขนาดทำให้ไม่สามารถเข้าใจสภาพ (nature) และผลของการดำเนินคดี (consequences of the proceedings) ที่กระทำต่อจำเลย หรือทำให้ไม่สามารถให้ความร่วมมือในการต่อสู้คดีได้ตามสมควร ก็ให้ศาลอนุญาตตามคำร้องนั้น หรือศาลอาจสั่งให้มีการพิจารณาขึ้นด้วยตนเองหากปรากฏเหตุดังกล่าวก็ได้ หากศาลพิจารณาแล้วมีพยานหลักฐานที่มีน้ำหนักรับฟังได้ว่า จำเลยมีความผิดปกติทางจิตจนถึงขนาดทำให้ไม่สามารถเข้าใจสภาพและผลของการดำเนินคดีที่กระทำต่อจำเลยได้ หรือทำให้จำเลยไม่สามารถให้ความร่วมมือในการต่อสู้คดีได้ตามสมควร ให้ศาลส่งตัวจำเลยให้แก่รัฐมนตรีว่าการกระทรวงยุติธรรม (Attorney General) เพื่อดำเนินการส่งตัวไปดูแลรักษาในสถานที่เหมาะสมต่อไป

จะเห็นได้ว่า ตามกฎหมายของสหรัฐอเมริกาให้ความสำคัญกับความสามารถในทางกฎหมายของผู้ต้องหาหรือจำเลยเป็นอย่างยิ่ง โดยมุ่งพิจารณาความสามารถของบุคคลในทาง



กฎหมายว่ามีความบกพร่องไม่สมบูรณ์ไปเนื่องจากความผิดปกติทางจิตหรือไม่และมีการกำหนดหลักเกณฑ์ประเมินความสามารถของผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตในการต่อสู้คดีไว้โดยละเอียดในกฎหมายอย่างชัดเจน

### 2.2.5 การยกเหตุวิกลจริตขึ้นเป็นข้อต่อสู้ (insanity defense) ตามกฎหมายของสหรัฐอเมริกา

กรณีที่จำเลยมีความสามารถสู้คดีและจะยกเอาเรื่องความวิกลจริตขึ้นเป็นข้อต่อสู้ (insanity defense) ตาม Federal Rules of Criminal Procedure (2016): Rule 12.2 กำหนดให้จำเลยต้องทำหนังสือแจ้งพนักงานอัยการทราบภายในระยะเวลาขึ้นคำร้องก่อนเริ่มการพิจารณาหรือในระยะเวลาใดๆ ตามที่ศาลกำหนด เพื่อให้พนักงานอัยการร้องต่อศาลให้พิจารณา หากไม่ปฏิบัติตามวิธีการที่กำหนดจำเลยจะไม่สามารถยกเรื่องความวิกลจริตขึ้นเป็นข้อต่อสู้ได้ สาเหตุที่กฎหมายกำหนดให้จำเลยต้องแจ้งให้พนักงานอัยการทราบล่วงหน้า เนื่องจากในกรณีดังกล่าวพนักงานอัยการจะต้องมีการเตรียมพยานหลักฐานเป็นพิเศษ เช่น การจัดหาพยานผู้เชี่ยวชาญ เป็นต้น อย่างไรก็ตาม ศาลอาจอนุญาตให้จำเลยยื่นได้แม้เลยกำหนดระยะเวลา ขยายระยะเวลา หรือมีคำสั่งอื่นใดตามที่เห็นว่าเหมาะสมเมื่อมีอันเหตุสมควร

ในกรณีที่มีการยกเรื่องความวิกลจริต (insanity) ของจำเลยขึ้นมาพิจารณาไม่ว่าจะโดยการขึ้นคำร้องของจำเลย พนักงานอัยการ หรือศาลเป็นผู้ยกขึ้น คณะลูกขุนหรือศาลในกรณีพิจารณาคดีโดยไม่มีลูกขุน จะต้องมีคำชี้ขาดพิเศษ (special verdict)<sup>127</sup> ว่าจำเลยมีความผิด (guilty) ไม่มีความผิด (not guilty) หรือ ไม่มีความผิดเนื่องจากวิกลจริต (not guilty only by reason of insanity) อย่างใดอย่างหนึ่งตามมาตรา 4242 (Determination of the existence of insanity at the time of the offense)

มีข้อสังเกตว่าในการพิจารณาคดีที่จำเลยมีความผิดปกติทางจิตตามกฎหมายของสหรัฐอเมริกาทั้งในกรณีการพิจารณาโดยศาลและคณะลูกขุนจะเป็นการพิจารณาว่าจากพยานหลักฐานต่างๆ โดยเฉพาะรายงานการตรวจประเมินในทางการแพทย์ ว่าสามารถเชื่อได้ว่าจำเลยมีความผิดปกติทางจิตหรือไม่ หลังจากนั้นจึงพิจารณาและตัดสินว่าจำเลยที่เชื่อได้ว่ามีความผิดปกติทางจิตในทางกฎหมายนั้นมีความรับผิดชอบตามกฎหมายหรือไม่ โดยที่ศาลหรือคณะลูกขุนไม่จำเป็นต้องชี้ชัดลงไปว่าเป็นความผิดปกติทางจิตของจำเลยนั้นคืออะไร มีอาการหรือความรุนแรง

<sup>127</sup> คำชี้ขาดพิเศษ (special verdict) หมายถึง การที่ผู้พิพากษาตัดสินชี้ขาดโดยใช้คำตอบของลูกขุนต่อคำถามที่ผู้พิพากษาดำเนินขึ้นเกี่ยวกับข้อเท็จจริงในคดี.

มากนักน้อยเพียงใด หรือความผิดปกติทางจิตนั้นมีผลต่อความรู้ผิดชอบหรือบังคับตนเองของจำเลยหรือไม่เพียงใด

### หลักการพิสูจน์ความผิดปกติทางจิต (Insanity test) และภาระการพิสูจน์ความผิดปกติทางจิตตามกฎหมายของสหรัฐอเมริกา

หลักการพิสูจน์ทางกฎหมายเกี่ยวกับความผิดปกติทางจิต (Insanity test) ในประเทศสหรัฐอเมริกามีอยู่หลายหลักซึ่งมีระดับการพิสูจน์และภาระการพิสูจน์ที่แตกต่างกัน โดยสรุปดังต่อไปนี้

1. M'Naghten มีหลักว่า ต้องพิสูจน์ว่าขณะนั้นจำเลยไม่รู้ว่าตนเองกำลังกระทำอะไรหรือไม่รู้ว่าการกระทำของตนเองนั้นเป็นความผิด โดยระดับของการพิสูจน์และฝ่ายที่มีภาระการพิสูจน์ จะแตกต่างกันไปแต่ละเขตอำนาจศาล

2. Irresistible Impulse มีหลักว่า ต้องพิสูจน์ว่าขณะนั้นจำเลยไม่สามารถควบคุมการกระทำของตนเองได้ โดยระดับของการพิสูจน์และผู้มีภาระการพิสูจน์จะแตกต่างกันไปแต่ละเขตอำนาจศาล

3. Durham หรือ The Product Rule มีหลักว่า ต้องพิสูจน์ว่าการกระทำผิดของจำเลยมีสาเหตุมาจากพยาธิสภาพทางจิตของบุคคลนั้น โดยระดับของการพิสูจน์จะถึงขนาดปราศจากข้อสงสัยอันควร (beyond a reasonable) และกำหนดให้อัยการเป็นผู้มีภาระการพิสูจน์

4. ALI หรือ M.P.C มีหลักว่า ต้องพิสูจน์ว่าจำเลยขาดความสามารถที่จะเข้าใจได้ว่าการกระทำของตนผิดกฎหมาย หรือขาดความสามารถอันสำคัญที่จะควบคุมการกระทำของตนได้โดยระดับของการพิสูจน์จะเป็นถึงขนาดปราศจากข้อสงสัยอันควร และกำหนดให้อัยการเป็นผู้มีภาระการพิสูจน์

5. Federal position มีหลักว่า ต้องพิสูจน์ว่าจำเลยขาดความสามารถที่จะเข้าใจได้ว่าการกระทำของตนผิดกฎหมาย โดยระดับของการพิสูจน์จะเป็นไปโดยพยานหลักฐานที่ชัดเจนและน่าเชื่อถือ (clear and convincing evidence) และกำหนดให้ฝ่ายจำเลยเป็นผู้มีภาระการพิสูจน์

มีข้อสังเกตว่า หลักการพิสูจน์ความผิดปกติทางจิตในระยะแรกตาม M'Naghten Rules ใน ค.ศ. 1843 เป็นการพิจารณาเฉพาะที่ความรู้ผิดชอบ จนต่อมา Irresistible Impulsion Test ใน ค.ศ. 1887 ได้มีการเพิ่มเติมโดยพิจารณาความสามารถในการบังคับตนเอง ต่อมามีการนำความรู้เกี่ยวกับพยาธิสภาพทางจิตมาใช้พิสูจน์ในหลัก Durham/The Product Rule ใน ค.ศ. 1954 จนกระทั่งถึง ALI หรือ M.P.C ใน ค.ศ. 1972 และ Federal position ใน ค.ศ. 1984 จึงมีการใช้ ความสามารถที่จะเข้าใจในการกระทำของตัวจำเลยเป็นหลักพิสูจน์ความผิดปกติทางจิตในกฎหมายของสหรัฐอเมริกา

การพิสูจน์ความผิดปกติทางจิตในประเทศสหรัฐอเมริกามีการเปลี่ยนแปลงไปตามหลักเกณฑ์ในเรื่องการยกความวิกลจริตขึ้นเป็นข้อต่อสู้ (insanity defense) แนวทางเรื่องภาระการพิสูจน์เกี่ยวกับความผิดปกติทางจิตของจำเลยในประเทศสหรัฐอเมริกาแต่เดิมจึงเป็นไปใน 2 แนวทาง ได้แก่

แนวทางที่ 1 ความผิดปกติทางจิตเป็นองค์ประกอบของการกระทำความผิด จึงเป็นภาระการพิสูจน์ของอัยการที่จะต้องแสดงให้เห็นโดยปราศจากข้อสงสัยอันควร (beyond reasonable doubt) ว่าจำเลยมีสภาพจิตปกติในขณะที่กระทำความผิด อย่างไรก็ตาม การที่อัยการจะพิสูจน์ให้ศาลเห็นว่าจำเลยมีสภาพจิตปกติในขณะที่กระทำความผิดจนถึงขนาดปราศจากข้อสงสัยอันควรได้นั้นเป็นเรื่องที่ยากมากในทางปฏิบัติ

แนวทางที่ 2 ความผิดปกติทางจิตเป็นเรื่องของการยกข้อต่อสู้ของฝ่ายจำเลย จึงเป็นภาระการพิสูจน์ของจำเลย อย่างไรก็ตาม กรณีที่จำเลยต้องพิสูจน์ให้ศาลเห็นถึงขนาดปราศจากข้อสงสัยอันควรแล้ว จะทำให้การยกเรื่องวิกลจริตขึ้นเป็นข้อต่อสู้ของจำเลยแทบจะไม่สามารถกระทำได้เลยในทางปฏิบัติ

เนื่องจากเกิดปัญหาภาระการพิสูจน์เกี่ยวกับความผิดปกติทางจิตของจำเลย ดังกล่าว ใน ค.ศ. 1984 ภายหลังคดี Hinckley (1982) สภานิติบัญญัติ (Congress) ของสหรัฐอเมริกา จึงได้ประกาศใช้ The Insanity Defense Reform Act 1984 กำหนดให้จำเลยเป็นฝ่ายที่มีภาระการพิสูจน์ด้วยพยานหลักฐานที่ชัดเจนและน่าเชื่อถือ (clear and convincing evidence) ซึ่งเป็นภาระการพิสูจน์ในระดับที่ต่ำกว่าการพิสูจน์โดยปราศจากข้อสงสัยอันควร (beyond reasonable doubt)

จะเห็นได้ว่า หลักการพิสูจน์ความผิดปกติทางจิตในกฎหมายของสหรัฐอเมริกามีพัฒนาการและการเปลี่ยนแปลงมาอย่างน่าสนใจ โดยเริ่มต้นจากการใช้การพิจารณาความรู้ผิดชอบตาม Right/Wrong Test M'nighten Rules ต่อมาได้มีการเพิ่มเติมโดยพิจารณาความสามารถในการบังคับตนเองตาม The Irresistible Impulsion Test และเริ่มใช้ความรู้เกี่ยวกับพยาธิสภาพทางจิตมาใช้พิสูจน์ในหลัก Durham/The Product Rule จนกระทั่งพัฒนามาสู่การพิจารณาความสามารถที่จะเข้าใจในการกระทำของตัวจำเลยใน ALI หรือ M.P.C ใน ค.ศ. 1972 และ Federal position ใน ค.ศ. 1984

นอกจากนี้ กฎหมายของสหรัฐอเมริกามีการกำหนดเรื่องระดับการพิสูจน์และภาระการพิสูจน์เกี่ยวกับความผิดปกติทางจิตไว้อย่างชัดเจน โดยกำหนดให้จำเลยเป็นฝ่ายที่มีภาระการพิสูจน์ด้วยพยานหลักฐานที่ชัดเจนและน่าเชื่อถือ

## 2.2.6 การบังคับรักษาผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตตามกฎหมายของสหรัฐอเมริกา

ตาม U.S. Code Title 18. Crimes and Criminal Procedure กำหนดให้ศาลสามารถส่งจำเลยไปควบคุมและบังคับรักษาในสถานพยาบาลได้ 5 กรณี คือ

1. กรณีที่จำเลยไม่สามารถต่อสู้คดีได้เนื่องจากมีความผิดปกติทางจิต ตามมาตรา 4241 (Determination of mental competency to stand trial to undergo postrelease proceedings)
  2. กรณีพิพากษาว่าไม่มีความผิดเนื่องจากวิกลจริตตามมาตรา 4243 (Hospitalization of a person found not guilty only by reason of insanity)
  3. กรณีป่วยด้วยโรคทางจิตหรือมีความบกพร่องทางจิตระหว่างการพิจารณาคดีตามมาตรา 4244 (Hospitalization of a convicted person suffering from mental disease or defect)
  4. กรณีป่วยด้วยโรคทางจิตหรือมีความบกพร่องทางจิตระหว่างการจำคุกตามมาตรา 4245 (Hospitalization of an imprisoned person suffering from mental disease or defect)
- กรณีผู้ที่ครบกำหนดการควบคุมตัวแล้วแต่ผู้นั้นยังคงป่วยด้วยโรคทางจิตหรือมีความบกพร่องทางจิตตามมาตรา 4246 (Hospitalization of a person due for release but suffering from mental disease or defect)

มีข้อสังเกตว่า ตามมาตรา 4241 ข้างต้น เมื่อจำเลยไม่สามารถต่อสู้คดีได้เนื่องจากมีความผิดปกติทางจิต จำเลยจะถูกส่งตัวไปบังคับรักษาในสถานพยาบาลจนกว่าจะสามารถต่อสู้คดีได้ แต่ในกรณีนี้ต้องถือว่าจำเลยจะยังคงอยู่ในฐานะเป็นผู้ถูกกล่าวหาจนกว่าจะหายหรือทุเลาลงและสามารถต่อสู้คดีได้ ซึ่งอาจต้องใช้ระยะเวลายาวนานมากอาจตลอดชีวิตของจำเลยจากปัญหาดังกล่าว กระบวนการยุติธรรมของสหรัฐอเมริกาจึงแก้ไขปัญหาโดยการส่งจำเลยไปบังคับรักษาตามกฎหมายสุขภาพจิต ซึ่งทำให้จำเลยมีสิทธิที่จะได้รับการปล่อยตัว หรือปล่อยตัวไปโดยมีเงื่อนไข เช่น ส่งไปอยู่ในความดูแลของบุคคลหรือองค์กรหรือบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอกโดยไม่ถูกควบคุมไว้ในสถานพยาบาลได้ และหากจำเลยมีโอกาสที่จะหายหรือทุเลาจากความผิดปกติทางจิตจนกลับมามีความสามารถในการต่อสู้คดีได้ ศาลจะสั่งให้ส่งจำเลยไปบังคับรักษาในสถานพยาบาลภายใต้การควบคุมของพนักงานอัยการ โดยมีกำหนดระยะเวลา หากพ้นกำหนดแล้วจำเลยยังไม่มีความสามารถต่อสู้คดีได้ ศาลจะยกเลิกข้อกล่าวหาและจำหน่ายคดี โดยปล่อยจำเลยไปหรือส่งจำเลยไปบังคับรักษาภายใต้กฎหมายสุขภาพจิตต่อไป

## 2.2.7 มาตรการทางกฎหมายเกี่ยวกับผู้กระทำผิดที่มีความผิดปกติทางจิตที่น่าสนใจ ในของประเทศสหรัฐอเมริกา

นอกจากกระบวนการยุติธรรมทางอาญามาปกติแล้ว ในประเทศสหรัฐอเมริกา มีการนำมาตรการต่างๆ ในการจัดการผู้กระทำผิดที่มีความผิดปกติทางจิตที่น่าสนใจ ดังต่อไปนี้

1) หน่วยเฉพาะกิจสำหรับผู้มีความผิดปกติทางจิตที่ถูกจับกุม (Task Force of the Incarcerated Mentally) ก่อตั้งขึ้นที่นครลอสแอนเจลิสรัฐแคลิฟอร์เนีย หน่วยงานนี้ ประกอบด้วยบุคลากรทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช และเจ้าหน้าที่ตำรวจ โดยจะทำหน้าที่คัดกรอง ความผิดปกติทางจิตของผู้กระทำผิดในขณะที่ถูกจับกุม นอกจากนี้ยังทำหน้าที่อบรมให้ความรู้ทาง สุขภาพจิตและจิตเวชเบื้องต้นให้แก่เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง

2) โครงการของเมืองบัลติมอร์ ซึ่งเริ่มขึ้นในค.ศ.1995 เพื่อปฏิรูประบบการบริหารจัดการผู้กระทำผิดที่มีความผิดปกติทางจิตที่ทำความผิดทางอาญาที่ไม่ร้ายแรง โดยมี เจ้าหน้าที่ที่มีความรู้ความชำนาญด้านสุขภาพจิตและจิตเวชทำหน้าที่คัดกรองผู้กระทำผิดที่มีความ ผิดปกติทางจิตก่อนที่จะเข้าสู่กระบวนการยุติธรรมตามปกติเพื่อเข้าสู่การตรวจวินิจฉัย หากพบว่า ผู้กระทำผิดมีความผิดปกติทางจิตจริง จะทำการวางแผนการบำบัดรักษาและฟื้นฟูร่วมกันกับ ผู้กระทำผิด นอกจากนี้ ยังทำหน้าที่คัดกรองผู้ต้องขังที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตและให้คำปรึกษา รวมถึงการวางแผนการบำบัดรักษาและฟื้นฟูเมื่อได้รับการปล่อยตัวแล้ว

3) โครงการของนครบอสตัน ซึ่งจะทำการคัดกรองผู้กระทำผิดที่มีความผิดปกติทางจิตก่อนที่จะเข้าสู่กระบวนการยุติธรรม โดยเจ้าหน้าที่ที่มีความรู้ความชำนาญด้าน สุขภาพจิตและจิตเวช และวางแผนการบำบัดรักษาและฟื้นฟูระหว่างที่อยู่ในกระบวนการยุติธรรม

4) โครงการเปลี่ยนเส้นทางการดำเนินคดีก่อนมีการร้องทุกข์ ของเทศบาล คิงส์ มลรัฐวอชิงตัน โดยเจ้าหน้าที่ตำรวจสามารถส่งตัวผู้กระทำผิดที่มีความผิดปกติทางจิตที่ กระทำความผิดไม่ร้ายแรงไปที่ศูนย์วิกฤตแทนการควบคุมตัวไว้ในที่คุมขังซึ่งจะมีจิตแพทย์ตรวจ ประเมินอาการโดยรวมและกำหนดแนวทางการบำบัดรักษาฟื้นฟู รวมไปถึงการพิจารณาให้ปล่อย ตัวไป

5) ระบบศาลสุขภาพจิต (Mental Health Court) ของเทศบาลโบรวาร์ด มลรัฐฟลอริดาโดยกำหนดให้จิตแพทย์ที่ปรึกษาทางกฎหมาย อัยการ ตำรวจ สมาชิกในครอบครัว หรือเจ้าหน้าที่ควบคุมความประพฤติสามารถส่งตัวจำเลยในคดีอาญาที่ไม่ร้ายแรงไปยังศาล สุขภาพจิตได้โดยมีเงื่อนไขว่าจำเลยต้องสละสิทธิในการต่อสู้คดีในศาลยุติธรรมและต้องยอมรับ เงื่อนไขต่างๆ ของศาลสุขภาพจิต ซึ่งจะมีเจ้าหน้าที่ประสานงานระหว่างศาลสุขภาพจิตกับเครือข่าย

ผู้ให้บริการทางสุขภาพจิตและจิตเวชเพื่อวางแผนการบำบัดรักษาฟื้นฟู รวมถึงการจัดหาการดูแลช่วยเหลือที่เหมาะสม ในกรณีที่จำเลยร่วมมือในการบำบัดรักษาและฟื้นฟูตามแผนที่วางไว้และมีผลการประเมินในระดับที่น่าพอใจอาจได้รับการพิจารณาปล่อยหรือลดโทษ<sup>128</sup>

6) โครงการปลดปล่อยผู้ต้องขัง (Project Release) ของนครนิวยอร์ก ซึ่งดำเนินการมาตั้งแต่ค.ศ. 2001 ซึ่งจะพิจารณาปล่อยตัวผู้ต้องขังที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตและจิตเวชออกจากเรือนจำตามกฎหมายที่กำหนดไว้และจัดให้พักอาศัยและบำบัดรักษาฟื้นฟูในสถานที่ที่ได้รับการจัดหาและสนับสนุนทางการเงินจากรัฐบาลท้องถิ่น

โดยสรุปจะเห็นได้ว่า กฎหมายของสหรัฐอเมริกามีการใช้คำศัพท์ที่หมายถึงความผิดปกติทางจิตในทางกฎหมายที่สำคัญคือ “insanity” ซึ่งอาจแปลได้ว่า “วิกลจริต” และคำว่า “mental disease or defect” ซึ่งอาจแปลได้ว่า “โรคหรือความบกพร่องทางจิต” ซึ่งใช้หมายถึงความผิดปกติทางจิตในทางกฎหมายโดยรวมอย่างกว้างๆ

ตามกฎหมายของสหรัฐอเมริกาไม่ได้ระบุนิยามที่แน่นอนของความผิดปกติทางจิตในทางกฎหมายไว้ รวมถึงยังมีบางแนวคิดที่ให้ละการกำหนดนิยามเกี่ยวกับเรื่องนี้ในทางกฎหมายไว้ด้วย โดยให้การกำหนดนิยามความหมายเป็นไปตามความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องนี้ในทางการแพทย์

พบว่าในกระบวนการยุติธรรมของสหรัฐอเมริกาอาศัยความรู้และผู้เชี่ยวชาญในทางการแพทย์มาช่วยในการพิจารณาและตีความว่าถือได้ว่าเป็นความผิดปกติทางจิตในทางกฎหมายหรือไม่ ซึ่งกฎหมายของสหรัฐอเมริกาได้กำหนดวิธีการและขั้นตอนในทางกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับผู้ต้องหาหรือจำเลยที่มีความผิดปกติทางจิตไว้อย่างละเอียด เช่น รูปแบบรายงานการตรวจพิสูจน์ทางการแพทย์ ซึ่งกำหนดรายละเอียดในการตรวจประเมินและความเห็นของผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์ที่กฎหมายเห็นว่ามีความสำคัญต่อการพิจารณาคดี มีการกำหนดหลักเกณฑ์และแนวทางในการประเมินความสามารถทางจิตของจำเลยในการต่อสู้คดีรวมถึงยังมีการกำหนดการการพิสูจน์และภาระการพิสูจน์ที่เกี่ยวข้องกับความผิดปกติทางจิตไว้ในกฎหมายนอกจากนี้ ยังมีการนำมาตรการทางกฎหมายต่างๆ มาใช้กับผู้กระทำผิดทางอาญาที่มีความผิดปกติทางจิตนอกเหนือจากการดำเนินคดีและลงโทษตามปกติอีกด้วย

<sup>128</sup> รัชชัย โดสมภาค. ระบบศาลสุขภาพจิต : แนวทางการบริหารจัดการผู้กระทำผิดกฎหมายที่มีปัญหาทางสุขภาพจิต. สำนักวิชาการสำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร, หน้า 6-7.

## 2.3 ประเทศเยอรมนี

### 2.3.1 คำศัพท์และนิยามเกี่ยวกับความผิดปกติทางจิตในกฎหมายเยอรมัน

ประมวลกฎหมายอาญาของเยอรมัน มาตรา 20 มีการใช้คำที่เกี่ยวข้องกับความผิดปกติทางจิตอยู่หลายคำ คือ

seelischer Störungen หมายถึง mental disorder หรือความผิดปกติทางจิต ในประมวลกฎหมายอาญาของเยอรมันที่แปลเป็นภาษาอังกฤษ จะแปลคำนี้ว่า “insanity” หรือ “วิกลจริต”

Bewusstseinsstörung หมายถึง disturbance of consciousness หรือแปลโดยเทียบเคียงได้ว่า “ความผิดปกติของสติสัมปชัญญะ”

Schwachsinn หมายถึง debility หรือแปลโดยเทียบเคียงได้ว่า “ความอ่อนแอแห่งจิต”

Schweren anderen seelischen Abartigkeit unfähigkeit หมายถึง any other serious mental abnormality หรือแปลโดยเทียบเคียงได้ว่า “ความผิดปกติทางจิตอื่นๆ ที่รุนแรง”

ทั้งนี้ พบว่าในประมวลกฎหมายอาญาของเยอรมันไม่ได้กำหนดนิยามของคำต่างๆ ที่ใช้ไว้ อย่างไรก็ตาม อาจจำแนกความผิดปกติทางจิตตามกฎหมายเยอรมันได้เป็น 3 กลุ่ม คือความผิดปกติทางจิตที่มีสาเหตุจากพยาธิสภาพทางจิต ความผิดปกติทางจิตที่มีสาเหตุจากความบกพร่องทางร่างกาย และความผิดปกติทางจิตที่มีสาเหตุอื่นๆ<sup>129</sup>

จะเห็นว่า ประมวลกฎหมายอาญาเยอรมัน มาตรา 20 มีลักษณะคล้ายกับประมวลกฎหมายอาญาของไทย มาตรา 65 ที่มีการใช้ศัพท์ที่หมายถึงความผิดปกติทางจิตหลายคำ เพื่อจำแนกความผิดปกติทางจิตออกเป็นประเภทต่างๆ ในทางกฎหมายโดยไม่ได้บัญญัตินิยามความหมายของแต่ละคำในทางกฎหมายไว้แต่อย่างใด

### 2.3.2 การใช้กฎหมายและการตีความเกี่ยวกับความผิดปกติทางจิตในกฎหมายของเยอรมัน

ระบบกฎหมายของเยอรมันเป็นระบบซีวิลลอว์ การใช้กฎหมายอาญาโดยทั่วไปจึงเป็นไปตามหลักกฎหมายในระบบซีวิลลอว์ การตีความกฎหมายอาญาของเยอรมันจะต้องตีความโดยเคร่งครัดผู้กระทำย่อมไม่ต้องรับผิดชอบในทางอาญา หากการกระทำนั้นไม่มีกฎหมายบัญญัติไว้อย่างชัดเจนแน่นอนว่าเป็นความผิดและกำหนดโทษไว้

สำหรับแนวทางการตีความเกี่ยวกับความผิดปกติทางจิตในกฎหมายอาญาของเยอรมันนั้น พอจะเห็นหลักการทั่วไปได้จากหลักที่กำหนดความรับผิดชอบทางอาญาผู้ที่มีความ

<sup>129</sup> สังกาส เนาวรัตน์พันธ์. ปัญหาการดำเนินคดีอาญาและการบังคับโทษกับผู้ป่วยจิตเวช, 2549, หน้า 58.

ผิดปกติทางจิตการค้นหายานหลักฐานเกี่ยวกับความผิดปกติทางจิตในกระบวนการยุติธรรมและการบังคับโทษทางอาญาสำหรับผู้ที่มีความผิดปกติทางจิต

### 2.3.3 หลักความรับผิดชอบทางอาญาผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตในกฎหมายของเยอรมัน

หลักความรับผิดชอบทางอาญาตามกฎหมายของเยอรมันโดยทั่วไป เป็นไปตามหลัก “Nullumcrimennullapoena sine lege” หรือแปลว่า “ไม่มีความผิด ไม่มีโทษ หากไม่มีกฎหมาย” ซึ่งปรากฏอยู่ในมาตรา 1 ของประมวลกฎหมายอาญาของเยอรมัน ส่วนหลักความรับผิดชอบทางอาญาของผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตจะเป็นไปตามประมวลกฎหมายอาญามาตรา 20 ซึ่งกำหนดว่า ผู้ใดซึ่งในขณะที่กระทำความผิดทางอาญา ไม่รู้ผิดชอบหรือกระทำไปด้วยพยาธิสภาพทางจิต จากความผิดปกติของความรู้สึกตัวอย่างรุนแรง ความอ่อนแอทางจิตหรือความผิดปกติทางจิตอย่างรุนแรงใดๆ การกระทำนั้นย่อมไม่เป็นความผิดและผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตอาจได้รับการลดโทษตามมาตรา 21 ที่กำหนดว่า หากความสามารถในการรู้ผิดชอบหรือการบังคับตนเองของผู้กระทำความผิดลดลงในขณะที่กระทำความผิดด้วยเหตุใดเหตุหนึ่งที่กำหนดไว้ในมาตรา 20 อาจได้รับการลดโทษลงตามที่บัญญัติไว้ในมาตรา 49 (1) โดยที่ศาลอาจมีคำสั่งบังคับรักษาผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตที่ไม่ต้องรับผิดชอบหรือได้รับการลดโทษตามมาตรา 63 ที่กำหนดว่า หากผู้ใดกระทำความผิดในขณะที่วิกลจริตตามมาตรา 20 หรือในขณะที่มีความรู้ผิดชอบน้อยลงตามมาตรา 21 ศาลจะสั่งให้ส่งตัวผู้นั้นไปบังคับรักษาที่โรงพยาบาลจิตเวช ก็ต่อเมื่อผลจากการประเมินเกี่ยวกับตัวผู้นั้นและความผิดที่กระทำลงไปนั้นเป็นที่คาดหมายได้ว่าผู้นั้นจะกระทำความผิดอาญาร้ายแรงอีกในอนาคต และแสดงให้เห็นว่าผู้นั้นเป็นอันตรายต่อประชาชนทั่วไป โดยการใช้มาตรการดังกล่าวจะต้องผ่านการประเมินทางด้านจิตเวช เพื่อประเมินความเสี่ยงของพฤติกรรมที่อาจเป็นอันตรายด้วย

จะเห็นได้ว่า ตามหลักความรับผิดชอบทางอาญาผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตในกฎหมายของเยอรมัน จะแบ่งเป็นกรณีที่ผู้กระทำไม่ต้องรับผิดชอบเลยตามประมวลกฎหมายอาญามาตรา 20 ซึ่งเป็นการไม่รู้ผิดชอบหรือกระทำไปโดยควบคุมไม่ได้เนื่องจากพยาธิสภาพทางจิต จากความผิดปกติของความรู้สึกตัวอย่างรุนแรง จากความอ่อนแอทางจิตหรือจากความผิดปกติทางจิตอย่างรุนแรงใดๆ และกรณีที่ได้รับการลดโทษตามมาตรา 21 ซึ่งเป็นการที่ความรู้ผิดชอบหรือการบังคับตนเองของผู้กระทำความผิดลดน้อยลงกว่าปกติ แต่ไม่ถึงขั้นไม่รู้ผิดชอบหรือกระทำไปโดยควบคุมไม่ได้

อย่างไรก็ตาม ไม่พบว่าตามประมวลกฎหมายอาญาของเยอรมันในการกำหนดไว้ว่า พยาธิสภาพทางจิต ความผิดปกติของความรู้สึกตัวอย่างรุนแรง ความอ่อนแอทางจิต และความผิดปกติทางจิตอย่างรุนแรงใดๆ ตามที่ประมวลกฎหมายอาญาบัญญัติไว้นั้นว่าหมายถึงอะไรหรือมีขอบเขตเพียงใด และจากการศึกษายังไม่พบแนวทางในการตีความในเรื่องนี้ที่ชัดเจน



แต่พออนุมานได้ว่าความผิดปกติทางจิตในกฎหมายอาญาของเยอรมัน น่าจะหมายถึง ความผิดปกติทางจิตที่ทำให้บุคคลขาดความสามารถในการรู้ผิดชอบหรือการบังคับตนเองไม่ว่าทั้งหมดหรือบางส่วน

#### 2.3.4 การค้นหาพยานหลักฐานเกี่ยวกับความผิดปกติทางจิตในกระบวนการยุติธรรมทางอาญาของเยอรมัน

ประเทศเยอรมนี ใช้หลักในการดำเนินคดีอาญาโดยรัฐ จึงถือว่าเป็นหน้าที่ของรัฐในการรักษาความสงบเรียบร้อย และต้องอำนวยความสะดวกต่อสังคม ดังนั้น ศาลจึงเป็นผู้มีหน้าที่ในการค้นหาความจริง ในประเทศเยอรมนีใช้การดำเนินคดีแบบไต่สวน โดยจะมีศาลสอบสวน (investigating magistrate) ทำหน้าที่สืบสวนและรวบรวมพยานหลักฐาน เรียกว่า Untersuchungsrichter เพื่อค้นหาหาความจริงให้แก่คู่ความทั้งสองฝ่าย ในฐานะที่เป็นเจ้าหน้าที่ในกระบวนการยุติธรรม (judicial officer) โดยมีอำนาจในการจับกุม ป้อนกัน กักขัง ค้นและยึด ฯลฯ เพื่อการสืบสวนและรายงานผล

ในการพิจารณาคดีอาญาดำเนินคดีตามกฎหมายเยอรมัน ในกรณีจำเลยที่ยกความผิดปกติทางจิตเป็นข้อต่อสู้ ภาระพิสูจน์จะตกเป็นของฝ่ายจำเลย โดยจำเลยต้องนำพยานหลักฐานมาพิสูจน์ อย่างไรก็ตามผู้เชี่ยวชาญที่ศาลแต่งตั้งจะมีบทบาทในการพิจารณาคดีอย่างมาก ทั้งการตรวจประเมินสภาพจิตของจำเลย การเสนอความเห็นและให้คำแนะนำต่อศาลในการดำเนินกระบวนการพิจารณาคดี รวมถึงความเห็นเกี่ยวกับการบำบัดรักษา โดยทำหน้าที่เป็นผู้ช่วยของศาลตั้งแต่ในชั้นไต่สวนศาลจะแต่งตั้งผู้เชี่ยวชาญได้ตั้งแต่ในชั้นสอบสวนตามประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา มาตรา 80 และ 80a โดยที่ผู้เชี่ยวชาญจะมีบทบาทในการให้ความรู้ต่อตำรวจ อัยการ หรือศาลในส่วนที่ไม่เกี่ยวข้องกับข้อกฎหมาย และเป็นผู้ช่วยของผู้พิพากษาเพื่อช่วยในการวินิจฉัยข้อเท็จจริงในคดีที่เกี่ยวข้องกับความรู้ความเข้าใจของตน ซึ่งการแจ้งให้ศาลทราบถึงหลักวิชาการทั่วไปค้นหาข้อเท็จจริงโดยใช้ความรู้ความสามารถเฉพาะตลอดจนวินิจฉัยข้อเท็จจริงและสรุปผลตามหลักวิชาการและความเชี่ยวชาญของตน โดยศาลจะเป็นผู้คัดเลือกผู้เชี่ยวชาญเพื่อให้ความเห็นและกำหนดจำนวนผู้เชี่ยวชาญ โดยศาลจะตกลงกับผู้เชี่ยวชาญเพื่อกำหนดเวลาในการทำความเห็นเสนอต่อศาล ผู้ที่ศาลแต่งตั้งให้เป็นผู้เชี่ยวชาญมีหน้าที่ในการให้ความเห็นและต้องปฏิบัติตามที่ศาลมอบหมายให้ ถึงแม้การแต่งตั้งผู้เชี่ยวชาญโดยศาลนี้จะไม่ตัดสิทธิในการที่คู่ความจะอ้างพยานผู้เชี่ยวชาญของตน แต่ก็ยังอยู่ในความควบคุมของผู้พิพากษา โดยถือว่าเป็นดุลพินิจของศาลที่จะไม่อนุญาตให้คู่ความอ้างพยานผู้เชี่ยวชาญของตนก็ได้หากเห็นว่าไม่มีความจำเป็น พยานผู้เชี่ยวชาญที่ศาลแต่งตั้งจึงมีสถานะต่างไปจากพยานบุคคล กล่าวคือ เป็นการแต่งตั้งโดยศาลและได้รับมอบหมาย

งานจากผู้พิพากษาโดยถือว่าเป็นผู้ช่วยศาล อย่างไรก็ตาม ศาลจะวินิจฉัยคดีโดยฟังความเห็นของพยานผู้เชี่ยวชาญโดยไม่ทำการตรวจสอบไม่ได้

จะเห็นได้ว่า การค้นหาพยานหลักฐานเพื่อพิสูจน์ความผิดปกติทางจิตของเยอรมันจะอาศัยระบบไต่สวนเพื่อค้นหาหาความจริงเกี่ยวกับความผิดปกติทางจิตของจำเลย โดยมีการกำหนดให้แต่งตั้งผู้เชี่ยวชาญเป็นผู้ช่วยของผู้พิพากษาตั้งแต่ในชั้นไต่สวน เพื่อช่วยในการวินิจฉัยข้อเท็จจริงในคดี ทั้งการตรวจประเมินสภาพจิต การเสนอความเห็นและให้คำแนะนำต่อศาล ในการดำเนินกระบวนการพิจารณาคดี รวมถึงความเห็นเกี่ยวกับการบำบัดรักษา ตลอดจนมีบทบาทในการให้ความรู้ต่อตำรวจ อัยการ หรือศาลในส่วนที่ไม่เกี่ยวข้องกับข้อกฎหมาย ซึ่งการที่นำผู้เชี่ยวชาญเข้ามามีส่วนในกระบวนการยุติธรรมอย่างมากตั้งแต่ต้นเช่นนี้น่าจะทำให้ความรู้ตามหลักวิชาการและความเชี่ยวชาญเฉพาะตัวผู้เชี่ยวชาญมีผลต่อการพิสูจน์และตีความเกี่ยวกับความผิดปกติทางจิตในทางกฎหมายอาญาของเยอรมันเป็นอย่างยิ่ง

นอกจากนี้ยังมีข้อสังเกตว่า ประเทศเยอรมนีให้ความสำคัญกับการใช้พยานหลักฐานทางวิทยาศาสตร์มาประกอบการพิจารณาข้อเท็จจริง โดยได้กำหนดให้ใช้แบบประเมินทางจิตวิทยาช่วยประเมินความเสี่ยงของพฤติกรรมที่อาจเป็นอันตรายของผู้กระทำผิด ซึ่งเห็นได้จากการที่ประเทศเยอรมนีได้กำหนดให้ใช้แบบประเมินทางจิตวิทยา คือ PCL: SV และ HCR 20 เพื่อประเมินความเสี่ยงของพฤติกรรมที่อาจเป็นอันตรายของผู้กระทำผิดตามประมวลกฎหมายอาญามาตรา 63 ตั้งแต่ปี 1990 เป็นต้นมา<sup>130</sup>

### 2.3.5 การบังคับโทษทางอาญาลำหรับผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตตามกฎหมายของเยอรมัน

กฎหมายเยอรมันนำวิธีการเพื่อความปลอดภัยโดยนำการบังคับรักษาจำเลยมาใช้ควบคู่กับการลงโทษ โดยสามารถสลับเปลี่ยนแทนที่กันระหว่างบังคับโทษและวิธีการเพื่อความปลอดภัย<sup>131</sup> ตามประมวลกฎหมายอาญามาตรา 67 ศาลสามารถเลือกใช้การลงโทษหรือการบังคับรักษาหรือใช้ทั้งสองวิธี โดยใช้วิธีใดก่อนหรือหลังก็ได้ หากปรากฏว่าวิธีการบังคับโทษหรือการบังคับรักษาวิธีใดน่าจะเหมาะสมกับผู้กระทำผิดมากกว่า โดยที่อาจเป็นไปในรูปแบบใดรูปแบบหนึ่งดังต่อไปนี้

<sup>130</sup>Robert L. Trestman, Sabine Eucker and Rudiger Muller-Isberner. (2007). The Treatment of Personality Disordered Offenders in Germany. The Journal of the American Academy of Psychiatry and the law Vol.35, 2. p. 230.

<sup>131</sup>ชิงชัย ศรีประสิทธิ์. มาตรการทางกฎหมายในการบังคับรักษาผู้ป่วยทางจิต, 2540, หน้า 117.

1) ศาลอาจมีคำสั่งให้ส่งตัวจำเลยไปบังคับรักษายังโรงพยาบาลจิตเวชก่อนหรือหลังจากที่ได้รับโทษไปแล้วบางส่วนก็ได้

2) ศาลอาจพักการลงโทษที่เหลืออยู่หรือพักการควบคุมตัวเพื่อควบคุมความประพฤติของจำเลยก็ได้ ภายใต้เงื่อนไขที่กฎหมายบัญญัติ

3) ศาลอาจมีคำสั่งให้ขยายหรือเพิกถอนคำสั่งให้ส่งตัวจำเลยไปบังคับรักษายังสถานบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคจิตได้

4) ศาลอาจมีคำสั่งในภายหลังให้เปลี่ยนแปลงสถานบำบัดรักษาที่แตกต่างกันก็ได้

ส่วนในกรณีที่จำเลยไม่ต้องรับผิด ศาลอาจมีคำสั่งบังคับให้ผู้กระทำผิดที่มีความผิดปกติทางจิตไปเข้ารับการบำบัดรักษาได้ โดยมีหลักเกณฑ์ดังต่อไปนี้

1) ศาลเห็นว่าจำเลยมีความผิดปกติทางจิตและได้กระทำผิดกฎหมายอย่างใดอย่างหนึ่ง

2) ศาลมีคำสั่งให้ส่งตัวจำเลยไปบังคับรักษาที่โรงพยาบาลจิตเวชโดยไม่กำหนดระยะเวลา แต่ต้องทบทวนคำสั่งดังกล่าวทุก 1 ปี

3) ในกรณีที่ผู้กระทำผิดนั้นไม่สามารถที่จะบำบัดรักษาให้หายขาดได้ หรือเมื่อศาลพิจารณาแล้วเห็นว่าพฤติกรรมกระทำความผิดอาญาของจำเลยนั้นเป็นอันตรายต่อสังคม ศาลอาจจะไม่ส่งตัวจำเลยไปบำบัดรักษาก็ได้

จะเห็นได้ว่า รูปแบบการบังคับโทษทางอาญาสำหรับผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตตามกฎหมายของเยอรมันใช้วิธีบังคับใช้โทษทางอาญาและวิธีการเพื่อความปลอดภัยควบคู่กัน และสามารถปรับเปลี่ยนได้ตามความเหมาะสม ทำให้สามารถปรับใช้วิธีการทางกฎหมายให้เหมาะสมกับผู้กระทำผิดที่มีความผิดปกติทางจิตนอกเหนือจากการใช้รูปแบบการลงโทษทางอาญาแบบปกติ นอกจากนี้ ตามกฎหมายอาญาของเยอรมัน ศาลยังสามารถบังคับรักษาผู้กระทำผิดได้ทั้งที่มีความรับผิดและไม่มีความรับผิดทางอาญา โดยคำนึงถึงการคุ้มครองป้องกันสังคมจากอันตรายที่จะเกิดจากผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตด้วย

โดยสรุปจะเห็นว่า การใช้คำศัพท์เกี่ยวกับความผิดปกติทางจิตในกฎหมายอาญาของเยอรมันมีการใช้ศัพท์ที่หมายถึงความผิดปกติทางจิตหลายคำเพื่อจำแนกความผิดปกติทางจิตออกเป็นประเภทต่างๆ ในทางกฎหมาย โดยไม่ได้บัญญัตินิยามความหมายในทางกฎหมายไว้อย่างชัดเจน อย่างไรก็ตาม ความผิดปกติทางจิตในกฎหมายอาญาของเยอรมัน น่าจะหมายถึงความผิดปกติทางจิตที่ทำให้บุคคลขาดความสามารถในการรู้ผิดชอบหรือการบังคับตนเองไม่ว่าทั้งหมดหรือบางส่วน

ในการตีความเกี่ยวกับความผิดปกติทางจิตตามกฎหมายเยอรมัน โดยหลักเป็นการตีความอย่างเคร่งครัดตามระบบกฎหมายซีวิลลอว์ แต่มีลักษณะบางประการที่น่าสนใจอันเป็นผลจากใช้การดำเนินคดีแบบไต่สวนศาลจึงทำหน้าที่สืบสวนและรวบรวมพยานหลักฐานเพื่อค้นหาหาความจริงผู้เชี่ยวชาญที่ศาลแต่งตั้งจะมีบทบาทอย่างมากต่อกระบวนการยุติธรรมตั้งแต่ขั้นต้น ทั้งการตรวจประเมินสภาพจิตของจำเลย การเสนอความเห็นและให้คำแนะนำต่อศาลในการดำเนินกระบวนการพิจารณาคดี และความเห็นเกี่ยวกับการบำบัดรักษาความรู้ทางวิชาการและความเห็นของผู้เชี่ยวชาญจึงมีผลต่อการตีความทางกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับความผิดปกติทางจิต นอกจากนี้กฎหมายของเยอรมันยังมีรูปแบบการใช้บังคับโทษทางอาญาและวิธีการเพื่อความปลอดภัยควบคุมกันและสลับเปลี่ยนกัน ได้ทำให้สามารถปรับใช้วิธีการทางกฎหมายให้เหมาะสมกับผู้กระทำผิดที่มีความผิดปกติทางจิตนอกเหนือจากการใช้รูปแบบการลงโทษทางอาญาแบบปกติ

## 2.4 ประเทศญี่ปุ่น

### 2.4.1 คำศัพท์และนิยามเกี่ยวกับความผิดปกติทางจิตในกฎหมายของญี่ปุ่น

ประมวลกฎหมายอาญาของญี่ปุ่น (刑法) ฉบับปัจจุบัน ปรากฏคำที่เกี่ยวข้องกับความผิดปกติทางจิตเพียงคำเดียว คือ 心神喪失 (shinshinsoushitsu) ซึ่งประมวลกฎหมายอาญาและประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญาของญี่ปุ่นที่แปลเป็นภาษาอังกฤษส่วนใหญ่จะใช้คำว่า “insanity” หรือแปลได้ว่า “วิกลจริต” โดยในประมวลกฎหมายอาญามีการใช้คำนี้ในมาตรา 39 ซึ่งกำหนดหลักการยกเว้นโทษหรือลดโทษสำหรับบุคคลวิกลจริตหรือบุคคลที่สามารถบกร่อง มาตรา 451(1) ซึ่งเป็นการจำกัดสิทธิของบุคคลวิกลจริตในการขอให้มีการพิจารณาคดีใหม่ และมาตรา 479(1) ซึ่งกำหนดว่า ในกรณีที่ถูกตัดสินประหารชีวิตอยู่ในสภาพวิกลจริต ให้รัฐมนตรีว่าการกระทรวงยุติธรรมมีคำสั่งให้พักการประหารชีวิตไว้ก่อน นอกจากนี้ ยังมีการคุ้มครองสิทธิการมีทนายของผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตตามกฎหมายวิธีพิจารณาคดีอาญาของญี่ปุ่นในมาตรา 37 โดยศาลจะต้องตั้งทนายให้กับจำเลยในกรณีที่จำเลยมีความผิดปกติทางจิตด้วยอย่างไรก็ตาม ทั้งประมวลกฎหมายอาญาและประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญาของญี่ปุ่นไม่ได้กำหนดนิยามความหมายของคำที่ใช้ในกฎหมายแต่อย่างใด ในขณะที่พระราชบัญญัติสุขภาพจิต ค.ศ. 1988 ของญี่ปุ่นได้นิยามความหมายของของผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตในทางกฎหมายไว้ว่าหมายถึง บุคคลที่เป็นโรคจิต (Psychotic person) ปัญญาอ่อน

(Mentally retard person) และบุคคลที่มีความผิดปกติทางจิตแบบก้าวร้าวรุนแรงหรือต่อต้านสังคม (Psychopathic person)<sup>132</sup>

## 2.4.2 การใช้กฎหมายและการตีความเกี่ยวกับความผิดปกติทางจิตในกฎหมายของญี่ปุ่น

1) หลักความรับผิดชอบทางอาญาของผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตในกฎหมายของญี่ปุ่น

ประมวลกฎหมายอาญาของญี่ปุ่นได้รับอิทธิพลแนวความคิดตามแบบของกฎหมายอาญาฝรั่งเศสและเยอรมันเช่นเดียวกันกับประมวลกฎหมายอาญาของไทย ในช่วงหลังศตวรรษที่ 19 ญี่ปุ่นได้รับเอาแนวคิดและระบบกฎหมายของประเทศเยอรมนีเกี่ยวกับความรับผิดชอบของผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตมาใช้ โดยประมวลกฎหมายอาญาญี่ปุ่นฉบับปัจจุบัน ซึ่งได้ตราขึ้นในปี 1907 ในมาตรา 38(1) กำหนดไว้ว่า การกระทำผิดทางอาญาที่ปราศจากเจตนาไม่ต้องรับโทษเว้นแต่เป็นกรณีที่กฎหมายบัญญัติไว้เป็นพิเศษ และมาตรา 39 ได้กำหนดหลักการยกเว้นโทษหรือลดโทษสำหรับบุคคลวิกลจริตหรือบุคคลที่มีสามารถบกพร่องไว้ว่า

(1) การกระทำที่เกิดจากวิกลจริตไม่ต้องได้รับโทษ

(2) การกระทำที่เกิดจากความสามารถที่บกพร่อง จะเป็นเหตุให้ลดโทษ

ให้น้อยลงได้

บุคคลวิกลจริตรวมทั้งบุคคลที่มีสามารถบกพร่องจากเหตุอื่นๆ จะได้รับการยกเว้นโทษหรือลดโทษตามมาตราดังกล่าว อย่างไรก็ตาม บุคคลที่จะถือว่าเป็นฐานะของบุคคลวิกลจริตตามกฎหมายอาญาของญี่ปุ่นได้ต้องเป็นบุคคลที่มีความผิดปกติทางจิตจนไม่สามารถรู้ผิดชอบหรือแยกแยะได้ว่าการกระทำนั้นถูกหรือผิด และหมายความรวมถึงผู้ที่รู้ผิดชอบแต่ไม่อาจควบคุมการกระทำให้ตามการรับรู้ได้<sup>133</sup>

หากพิจารณาหลักความรับผิดชอบทางอาญาของผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตในกฎหมายของญี่ปุ่นแล้ว มีลักษณะสำคัญ คือ ใช้การพิจารณาความรับผิดชอบจากความสามารถในการรู้ผิดชอบและบังคับตนเองของผู้กระทำ โดยจัดให้บุคคลวิกลจริต อยู่ในกลุ่มบุคคลที่มีสามารถบกพร่อง ซึ่งหากมีความผิดปกติทางจิตจนถึงขั้นขาดความสามารถในการรู้ผิดชอบหรือการบังคับ

<sup>132</sup>Mental Health Law of Japan (MHL) 1988, Art. 2. อ้างถึงในชิงชัย ศรีประสิทธิ์. มาตรการทางกฎหมายในการบังคับรักษาผู้ป่วยทางจิต. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท) มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2540, หน้า 44.

<sup>133</sup> ชิงชัย ศรีประสิทธิ์. มาตรการทางกฎหมายในการบังคับรักษาผู้ป่วยทางจิต. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท) มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2540, หน้า 44.

ตนเองโดยสิ้นเชิง จะเป็นเหตุให้ได้รับการยกเว้นโทษ แต่ความสามารถของบุคคลบกพร่องไปบ้าง จะเป็นเหตุให้ได้รับการลดโทษ

มีข้อสังเกตว่า กฎหมายญี่ปุ่นไม่ได้กำหนดวิธีการเพื่อความปลอดภัยไว้โดยตรงในประมวลกฎหมายอาญาหรือประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา ประมวลกฎหมายอาญาประเทศญี่ปุ่นจึงไม่ได้กำหนดมาตรการเพื่อความปลอดภัยสำหรับผู้กระทำผิดที่ได้ปล่อยตัวไป เนื่องจากมีความผิดปกติทางจิต แต่กฎหมายญี่ปุ่นจะกำหนดวิธีการเพื่อความปลอดภัยไว้ในกฎหมายพิเศษแต่ละเรื่อง เช่น กฎหมายเกี่ยวกับควบคุมดูแลบุคคลวิกลจริตที่ก่อให้เกิดอันตรายร้ายแรง ด้วยเหตุที่หลักเกณฑ์และวิธีการต่างๆ ที่เกี่ยวกับกระบวนการยุติธรรมทางอาญาที่เกี่ยวกับความผิดปกติทางจิตจะไปปรากฏอยู่ในกฎหมายพิเศษเกี่ยวกับสุขภาพจิตซึ่งมีอยู่หลายฉบับเช่นนี้ ดังนั้น การศึกษาหลักการตีความเกี่ยวกับความผิดปกติทางจิตในกฎหมายอาญาของญี่ปุ่นจึงจำเป็นต้องศึกษากฎหมายสุขภาพจิตของญี่ปุ่นควบคู่ไปด้วย

#### **2.4.3 มาตรการทางกฎหมายสำหรับผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตตามกฎหมายสุขภาพจิตของญี่ปุ่น**

ญี่ปุ่นมีพัฒนาการทางกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับผู้ที่มีความผิดปกติที่น่าสนใจ โดยได้ตราพระราชบัญญัติเกี่ยวกับการควบคุมและดูแลบุคคลวิกลจริต (The Law for the care and custody the insane) ใน ค.ศ. 1900 และพระราชบัญญัติสถานบำบัดคนวิกลจริต ปี ค.ศ. 1919 (Insane Asylum Law) ซึ่งมีสาระสำคัญเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยซึ่งมีอาการโรคจิตหรือวิกลจริต จนกระทั่งได้มีการตราพระราชบัญญัติอนามัยทางจิต ค.ศ. 1950 (Mental Hygiene Law 1950) ซึ่งห้ามมิให้กักขังผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตไว้ที่บ้าน แต่ให้นำไปบำบัดรักษาที่โรงพยาบาลจิตเวช โดยให้มีการจัดตั้งโรงพยาบาลจิตเวชอย่างน้อยจังหวัดละ 1 แห่ง ต่อมาใน ค.ศ. 1988 จึงมีการตราพระราชบัญญัติสุขภาพจิต ค.ศ. 1988 (The Mental Health Law, MHL 1988) ขึ้น โดยพระราชบัญญัติสุขภาพจิต ค.ศ. 1988 ได้วางหลักเกณฑ์เกี่ยวกับการปฏิบัติต่อผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตในการบำบัดรักษา ป้องกันอันตรายที่อาจจะเกิดขึ้นแก่ผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตเองหรือผู้อื่น การควบคุมและกักขัง รวมทั้งการฟื้นฟูสมรรถภาพ

ต่อมาญี่ปุ่นได้ตราพระราชบัญญัติบำบัดทางการแพทย์และควบคุมดูแลบุคคลวิกลจริตที่ก่อให้เกิดอันตรายร้ายแรง (The Act for the Medical Treatment and Supervision of Insane Persons who caused harm 2003) ขึ้นใน ค.ศ. 2003 โดยมีแรงผลักดันส่วนหนึ่งมาจากเหตุการณ์ที่มีบุคคลที่มีความผิดปกติทางจิตคนหนึ่งได้บุกเข้าไปสังหารเด็กนักเรียนจำนวน 8 คนในโรงเรียนประถมแห่งหนึ่งในญี่ปุ่นเมื่อเดือนมิถุนายน ค.ศ. 2003 พระราชบัญญัติฉบับนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อจะจัดให้บุคคลที่มีความผิดปกติทางจิตได้รับการบำบัดรักษา ดูแล และฟื้นฟูให้

สามารถอยู่ในสังคมได้ โดยเป็นหน้าที่ของรัฐบาล จังหวัด และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ที่จะต้องสนับสนุนให้บุคคลที่มีความผิดปกติทางจิตได้รับการรักษาพยาบาล การศึกษา และจัดสวัสดิการต่างๆ เพื่อให้บุคคลเหล่านี้มีอาการที่ดีขึ้น และสามารถอยู่ร่วมกับบุคคลอื่นๆ ในสังคมได้อย่างปกติสุข พระราชบัญญัติฉบับนี้ใช้บังคับกับผู้กระทำความผิด ซึ่งได้กระทำความผิดร้ายแรง ได้แก่ ความผิดฐานฆ่าคนตาย ความผิดฐานชิงทรัพย์ ความผิดฐานทำร้ายร่างกาย ความผิดฐานวางเพลิง ความผิดเกี่ยวกับเพศ โดยกฎหมายฉบับนี้ได้นำมาตราการทางแพ่งและทางอาญามาใช้บังคับ โดยมีศาลในระดับ District เป็นผู้วินิจฉัยว่าบุคคลนั้นควรได้รับการบำบัดรักษาหรือไม่ โดยมีการจัดตั้งคณะผู้เชี่ยวชาญซึ่งประกอบด้วยผู้พิพากษาและจิตแพทย์

ตามพระราชบัญญัติสุขภาพจิตของญี่ปุ่นกำหนดให้ส่งจำเลยซึ่งต้องคำพิพากษาให้ลงโทษจำคุก กักขัง หรือถูกคุมประพฤติ หรือนักโทษที่จะได้รับการปล่อยตัวซึ่งมีความผิดปกติทางจิตแบบใดแบบหนึ่งใน 3 แบบ คือ โรจิต ปัญญาอ่อน หรือความผิดปกติทางจิตแบบก้าวร้าวรุนแรงหรือต่อต้านสังคม ไปบังคับรักษาในโรงพยาบาลจิตเวช โดยกำหนดให้มีผู้รับผิดชอบในเรื่องนี้ คือ Prefectural Governor ตามหลักเกณฑ์ดังต่อไปนี้

1) เมื่อศาลพิพากษาลงโทษจำคุกหรือกักขังจำเลย และพนักงานอัยการเห็นว่าจำเลยมีความผิดปกติทางจิตหรือสงสัยว่าจะมีความผิดปกติทางจิต จะต้องรายงานไปยัง Prefectural Governor โดยไม่ชักช้า

2) เมื่อหัวหน้าพนักงานคุมประพฤติทราบว่าคุณคนที่อยู่ภายใต้การคุมประพฤติมีความผิดปกติทางจิตหรือสงสัยว่าจะมีความผิดปกติทางจิต จะต้องรายงานไปยัง Prefectural Governor โดยไม่ชักช้า

3) เมื่อหัวหน้าหน่วยงานที่มีหน้าที่แก้ไขฟื้นฟูผู้กระทำผิด เช่น กรณีกักบริเวณ เรือนจำ สถานพินิจ หรือสถานฝึกอบรม จะปล่อยบุคคลซึ่งมีความผิดปกติทางจิตหรือสงสัยว่ามีความผิดปกติทางจิตที่ถูกควบคุมไว้ในหน่วยงานดังกล่าว จะต้องรายงานไปยัง Prefectural Governor

เมื่อ Prefectural Governor ได้รับรายงานดังกล่าวแล้ว มีความเห็นเห็นว่าควรต้องค้นหาข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสภาพจิตของบุคคลตามที่รายงานมา จะสั่งให้แพทย์ 2 คนตรวจวินิจฉัย และรายงานผลให้ทราบ ถ้าปรากฏว่าบุคคลนั้นมีแนวโน้มว่าจะทำร้ายตนเองหรือผู้อื่นตามหลักเกณฑ์ที่รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขและสวัสดิการกำหนด จะส่งบุคคลนั้นไปบังคับรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชหรือโรงพยาบาลที่กำหนด โดยบุคคลนั้นมีสิทธิได้รับแจ้งรูปแบบและขั้นตอนในการบำบัดรักษาและวิธีการร้องขอให้ปล่อยตัวออกจากโรงพยาบาล ซึ่งระยะเวลาในการควบคุมตัวขึ้นอยู่กับอาการและความจำเป็นที่จะต้องควบคุมตัวของแต่ละคน หากเป็นกรณีเร่งด่วนฉุกเฉิน เช่น

มีแนวโน้มอย่างมากว่าจะทำร้ายตนเองหรือผู้อื่นและไม่อาจรอการรายงานความเห็นจากแพทย์ได้ Prefectural Governor จะมีอำนาจควบคุมตัวบุคคลนั้นไว้ก่อนภายในเวลาไม่เกิน 72 ชั่วโมง

ในกรณีผู้มีความผิดปกติทางจิตกระทำความผิดอาชญากรรมร้ายแรง ได้แก่ ความผิดฐานฆ่าคนตาย ความผิดฐานชิงทรัพย์ ความผิดฐานทำร้ายร่างกาย ความผิดฐานวางเพลิง ความผิดเกี่ยวกับเพศ ตามพระราชบัญญัติบำบัดทางการแพทย์และควบคุมดูแลบุคคลวิกลจริตที่ก่อให้เกิดอันตรายร้ายแรง ค.ศ. 2003 กำหนดให้พนักงานอัยการส่งฟ้องยังศาลชั้นต้น (District Court) ซึ่งจะมีการดำเนินการในสองรูปแบบ<sup>134</sup> กล่าวคือ

(1) รูปแบบที่ 1 พนักงานอัยการอาจใช้ดุลพินิจสั่งไม่ฟ้อง ด้วยเหตุผลว่าการกระทำความผิดนั้นเกิดจากความผิดปกติทางจิต

พนักงานอัยการสามารถใช้ดุลพินิจตามมาตรา 248 แห่งประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญาของญี่ปุ่น ในการที่จะฟ้องผู้กระทำความผิดที่มีความผิดปกติทางจิตหรือไม่ก็ได้ อย่างไรก็ตาม พบว่าส่วนใหญ่พนักงานอัยการจะไม่ฟ้องผู้กระทำความผิดซึ่งมีอาการทางจิต แต่จะส่งตัวไปบำบัดรักษาที่โรงพยาบาลจิตเวชแทน<sup>135</sup>

นอกจากนี้ พนักงานอัยการของญี่ปุ่นยังมีบทบาทไปถึงการบังคับคดีและกำกับดูแลการลงโทษตามคำพิพากษาด้วย กรณีที่มีปัญหา เกิดขึ้นในชั้นบังคับคดี พนักงานอัยการจะมีอำนาจวินิจฉัยปัญหาต่างๆ แล้วเสนอรายงานเพื่อขอความเห็นชอบต่อศาลต่อไป ดังนั้น ในกรณีที่ผู้ต้องโทษเกิดมีความผิดปกติทางจิตภายหลังจากที่ได้มีคำพิพากษาให้ลงโทษแล้ว พนักงานอัยการอาจจะรับการบังคับคดีไว้แล้วส่งตัวผู้ต้องโทษไปรับการบำบัดรักษาจนกว่าจะหายเป็นปกติเสียก่อนก็ได้

(2) รูปแบบที่ 2 บุคคลที่ศาลพิพากษาว่าได้กระทำความผิด แต่ให้ปล่อยตัวหรือไม่ลงโทษจำคุก เนื่องจากเกิดจากความผิดปกติทางจิต หรือเกิดจากความสามารที่บกพร่องไป

ในกรณีพนักงานอัยการฟ้องคดีต่อศาล ศาลชั้นต้น (District Court) จะสั่งให้มีการตรวจประเมินทางจิตเวช (psychiatric evaluation) โดยหลังจากนั้น 3 เดือน จะตั้งคณะกรรมการประเมินผลการตรวจทางจิตเวช ซึ่งกรรมการจะประกอบด้วยผู้พิพากษาและผู้เชี่ยวชาญด้านจิตเวช โดยคณะกรรมการจะประชุมเพื่อแลกเปลี่ยนความเห็นทางการแพทย์และทางกฎหมายเกี่ยวกับผล

<sup>134</sup>Yogi Nakatani, & co. (2008). "New legislation in Japan". New Legislation for offenders with mental disorders in Japan. pp. 5-6.

<sup>135</sup>David Weisstoh& Terry Carney. (2008, January). Forensic Mental Health Law Reform in Japan : From criminal Warehousing to Broad-Spectrum Specialist Services? (Legal Studies Research Paper No.08/05). P. 8.



การประเมินทางด้านจิตเวชของจำเลย รวมถึงอาจสัมภาษณ์จำเลยและสอบถามความเห็นจากผู้เกี่ยวข้อง ได้แก่ ทนายความของจำเลย พนักงานอัยการ สำนักงานสถานพินิจ โดยที่กรรมการทั้ง 2 ประเภทจะมีอำนาจในการตัดสินใจเท่าเทียมกัน คณะกรรมการจะมีคำวินิจฉัยและออกคำสั่งภายใต้ความเห็นร่วมกันของกรรมการทั้ง 2 ประเภท ซึ่งมี 3 แนวทาง คือ

(1) คำสั่งให้เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในที่โรงพยาบาลจิตเวช (inpatient treatment order)

เป็นคำสั่งให้ผู้กระทำผิดเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในที่โรงพยาบาลจิตเวชที่ดำเนินการโดยรัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือบริษัทมหาชน ซึ่งเป็นองค์กรที่ไม่แสวงหากำไร ที่ได้มาตรฐานตามข้อกำหนดของกระทรวงสาธารณสุขและสวัสดิการ (Ministry of Health and welfare) โดยจะมีทีมสหวิชาชีพดำเนินการบำบัดรักษาตามรูปแบบที่กำหนดไว้

ภายหลังจากที่เข้ารับการรักษาในระยะเวลา 6 เดือน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลจะต้องเสนอรายงานต่อศาลชั้นต้นให้พิจารณาว่าสมควรจะให้บำบัดรักษาต่อไปหรือไม่ หากศาลเห็นว่าไม่จำเป็นต้องบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยในภายในโรงพยาบาลอีกต่อไป ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลจะให้ผู้กระทำผิดออกจากโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลโดยไม่ชักช้า

(2) คำสั่งให้เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกที่โรงพยาบาลจิตเวช (outpatient treatment order)

เป็นคำสั่งให้ผู้กระทำผิดเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกที่โรงพยาบาลจิตเวชเพื่อรับการบำบัดรักษาอย่างต่อเนื่องโดยมีระยะเวลาในการบำบัดรักษาประมาณ 3 ปี อย่างไรก็ตาม ศาลชั้นต้นมีอำนาจในการสั่งขยายระยะเวลาในการบำบัดรักษาได้อีกไม่เกิน 2 ปี โดยผู้กระทำผิดจะต้องอยู่ในสถานที่ที่กำหนดและต้องรายงานตัวต่อสถานคุมประพฤติภายในระยะเวลาที่กำหนด ซึ่งจะมีผู้ประสานงานด้านฟื้นฟู (Rehabilitation coordinators) ที่ได้รับการแต่งตั้งจากสำนักงานคุมประพฤติเป็นผู้ติดต่อประสานงาน และกำกับดูแล หากผู้กระทำผิดไม่จำเป็นต้องรับการบำบัดรักษาแล้ว ผู้อำนวยการสำนักงานคุมประพฤติจะทำรายงานเสนอต่อศาลชั้นต้นเพื่อให้พิจารณามีคำสั่งให้ออกจากการบำบัดรักษา อย่างไรก็ตาม หากผู้กระทำผิดมีอาการทางจิตทรุดหนักลงศาลชั้นต้นอาจจะมีคำสั่งให้บำบัดรักษาใหม่ได้

(3) คำสั่งที่ไม่ต้องรักษาพยาบาล (no treatment order) ในกรณีที่คณะกรรมการเห็นว่าไม่จำเป็นต้องสั่งผู้กระทำผิดนั้นไปรับการบำบัดรักษา หรือไม่จำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษา

จะเห็นได้ว่า ตามหลักการในกฎหมายสุขภาพจิตแล้ว ความผิดปกติทางจิตจะหมายถึง โรคจิต (Psychotic) ปัญญาอ่อน (Mentally retard) และความผิดปกติทางจิตแบบก้าวร้าว

รุนแรงหรือต่อต้านสังคม (Psychopath) แนวคิดทางกฎหมายมุ่งไปที่การคุ้มครองป้องกันสังคมโดยการจัดให้ผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตเข้ารับการบำบัดรักษาและควบคุมตัวไว้อย่างเหมาะสม มีการกำหนดหน้าที่ให้ผู้เกี่ยวข้องในกระบวนการยุติธรรมในการค้นหาข้อเท็จจริงเกี่ยวกับความผิดปกติทางจิตของผู้กระทำผิด พนักงานอัยการจะมีบทบาทอย่างยิ่งในคดีอาญาที่ผู้กระทำผิดมีความผิดปกติทางจิต โดยมีอำนาจทั้งในการสืบสวนหาข้อเท็จจริง ใช้ดุลพินิจในการสั่งฟ้องหรือไม่ฟ้อง ส่งตัวไปบำบัดรักษา การบังคับคดีและกำกับดูแลการลงโทษตามคำพิพากษา

ในกระบวนการยุติธรรมของญี่ปุ่น ผู้เชี่ยวชาญจะมีส่วนในการค้นหาข้อเท็จจริงและการบำบัดรักษาเช่นเดียวกับประเทศอื่นๆ โดยกระบวนการยุติธรรมทางอาญาสำหรับผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตของญี่ปุ่นมีลักษณะสำคัญที่อาศัยการประเมินร่วมกันทั้งในทางการแพทย์และทางกฎหมายในรูปแบบคณะกรรมการ ซึ่งในทางกฎหมายให้ความสำคัญต่อความเห็นทั้งสองส่วนเท่าเทียมกัน

การที่กฎหมายอาญาของญี่ปุ่นอาศัยการกำหนดวิธีการในทางอาญาสำหรับผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตที่กำหนดขึ้น โดยกฎหมายเฉพาะ และให้ความสำคัญกับการใช้ความรู้ทางการแพทย์และความเห็นของผู้เชี่ยวชาญในด้านอื่นๆ ควบคู่ไปกับการใช้หลักการและแนวคิดในทางกฎหมายเช่นนี้ อาจกล่าวได้ว่าเป็นการสร้างกระบวนการในการตีความเกี่ยวกับความผิดปกติทางจิตในกฎหมายอาญาญี่ปุ่นขึ้นมาโดยเฉพาะ ซึ่งเป็นการใช้ความรู้และความเห็นของผู้เชี่ยวชาญในด้านอื่นๆ มาประกอบกับการใช้หลักการและเหตุผลในทางกฎหมาย โดยให้ความสำคัญในสองส่วนเท่าเทียมกัน ถือเป็นรูปแบบการตีความที่มีลักษณะเฉพาะตัวที่น่าสนใจ

โดยสรุปจะเห็นว่า ตามกฎหมายอาญาของญี่ปุ่น ใช้คำศัพท์ที่หมายถึงความผิดปกติทางจิตเพียงคำเดียว คือ **心神喪失** (shinshinsoushitsu) โดยไม่ได้กำหนดนิยามความหมายของคำที่ใช้ไว้ในกฎหมายอาญาแต่มีการกำหนดนิยามความหมายของผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตไว้ในกฎหมายอื่นที่เกี่ยวข้องสุขภาพจิตซึ่งมีอยู่หลายฉบับ

ความผิดปกติทางจิตในทางอาญาตามกฎหมายอาญาของญี่ปุ่นจะต้องเป็นความผิดปกติทางจิตที่ทำให้บุคคลไม่สามารถรู้ผิดชอบหรือไม่อาจควบคุมการกระทำของตนได้ บุคคลที่มีความผิดปกติทางจิตตามกฎหมายสุขภาพจิตของญี่ปุ่นจะหมายถึงบุคคลที่เป็นโรคจิต (Psychotic person) ปัญญาอ่อน (Mentally retard person) และรวมไปถึงบุคคลที่มีความผิดปกติทางจิตแบบก้าวร้าวรุนแรงหรือต่อต้านสังคม (Psychopathic person) ด้วย

ในกระบวนการยุติธรรมของญี่ปุ่นกำหนดวิธีการในทางอาญาสำหรับผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตที่กำหนดขึ้น โดยกฎหมายเฉพาะ โดยให้ความสำคัญกับการใช้ความรู้ทางการแพทย์และความเห็นของผู้เชี่ยวชาญในด้านอื่นๆ ควบคู่ไปกับการใช้หลักการและแนวคิดในทาง

กฎหมายอย่างเท่าเทียมกัน ถือเป็นรูปแบบการตีความที่มีลักษณะเฉพาะตัวที่น่าสนใจผู้เชี่ยวชาญจะมีส่วนอย่างมากกระบวนการยุติธรรมของญี่ปุ่น นอกจากอาศัยจิตแพทย์และผู้เชี่ยวชาญทางด้านจิตเวชในการตรวจประเมินสภาพจิตของผู้ต้องหาและจำเลยเช่นเดียวในประเทศอื่นๆ แล้วยังมีการใช้รูปแบบคณะกรรมการประเมินผลการตรวจทางจิตเวช ซึ่งประกอบด้วยผู้พิพากษาและผู้เชี่ยวชาญด้านจิตเวช เพื่อจัดประชุมแลกเปลี่ยนความเห็นทางการแพทย์และทางกฎหมายเกี่ยวกับผลการประเมินทางด้านจิตเวชของจำเลย รวมถึงสามารถค้นหาข้อเท็จจริงเพิ่มเติมโดยอาจสัมภาษณ์จำเลยและสอบถามความเห็นจากผู้เกี่ยวข้อง ซึ่งคณะกรรมการจะมีคำวินิจฉัยและออกคำสั่งภายใต้ความเห็นร่วมกัน โดยที่กรรมการทั้งทางการแพทย์และทางกฎหมายจะมีอำนาจในการตัดสินใจเท่าเทียมกัน

พบว่าพนักงานอัยการมีบทบาทในคดีอาญาที่เกี่ยวข้องกับความผิดปกติทางจิตอย่างมาก โดยที่มีอำนาจในการสืบสวนค้นหาข้อเท็จจริงในคดีที่เกี่ยวข้องกับความผิดปกติทางจิตของกระทำผิดสามารถใช้ดุลพินิจในการที่จะฟ้องหรือไม่ฟ้องและยังมีบทบาทไปถึงการบังคับคดีและกำกับดูแลการลงโทษตามคำพิพากษาด้วย

นอกจากนี้ กฎหมายสุขภาพจิตของญี่ปุ่น ได้วางหลักเกณฑ์เกี่ยวกับการบำบัดรักษา ป้องกันอันตรายที่อาจจะเกิดขึ้นแก่ตัวผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตเองหรือผู้อื่นการควบคุมและกักขัง รวมทั้งการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้กระทำผิดในทางอาญาไว้อย่างละเอียด โดยเน้นที่การคุ้มครองป้องกันสังคมจากอันตรายที่จะเกิดจากผู้ที่มีความผิดปกติทางจิต โดยจัดให้เข้ารับการบำบัดรักษาและควบคุมตัวไว้อย่างเหมาะสม



## บทที่ 4

### วิเคราะห์ผลการศึกษา

การตีความในทางกฎหมายมีส่วนสำคัญที่ช่วยแก้ไข้ปัญหาที่เกิดจากการใช้คำศัพท์และนิยามในทางกฎหมาย เพื่อให้สามารถบังคับใช้บทบัญญัติของกฎหมายได้ตามวัตถุประสงค์และปรับใช้กฎหมายกับข้อเท็จจริงที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสมและเป็นที่ยอมรับ ด้วยเหตุที่ตามความเป็นจริงแล้ว ในทางกฎหมายย่อมไม่สามารถกำหนดนิยามความหมายไว้สำหรับทุกๆ คำศัพท์หรือทุกๆ เรื่องที่นำมาใช้ในทางกฎหมายได้ โดยกฎหมายจะกำหนดนิยามไว้เมื่อมีความจำเป็นเท่านั้น เช่น เป็นคำที่มีความหมายแตกต่างไปจากที่ใช้โดยทั่วไป หรือเป็นคำที่มีความหมายเฉพาะในทางกฎหมาย หรือเป็นการอธิบายความหมายของคำนั้นๆ ซึ่งมักเป็นสาระสำคัญของกฎหมายนั้น หรือเป็นศัพท์ทางกฎหมายที่ได้บัญญัติขึ้นมาใหม่ รวมไปถึงเมื่อต้องการจำกัดขอบเขตบางอย่างในทางกฎหมายเกี่ยวกับเรื่องนั้นๆ เป็นต้น การที่บางครั้งกฎหมายไม่ได้กำหนดนิยาม หรือนิยามไว้อย่างกว้างๆ อาจจะมีผลดีที่ทำให้กฎหมายมีความยืดหยุ่น ครอบคลุม สามารถปรับใช้กับข้อเท็จจริงที่เกิดขึ้นรวมถึงข้อเท็จจริงใหม่ๆ ได้ง่ายขึ้น แต่ขณะเดียวกัน ก็อาจทำให้เกิดความไม่ชัดเจน และขาดความแน่นอนในทางกฎหมายได้ แต่การที่กฎหมายนิยามไว้อย่างแน่นอนตายตัว หรือกำหนดไว้อย่างแคบหรือจำเพาะมาก แม้จะทำให้เกิดความแน่นอนชัดเจนในทางกฎหมายมากขึ้น แต่ก็อาจส่งผลให้กฎหมายมีความแข็งกระด้าง ไม่ยืดหยุ่น ปรับให้เข้ากับข้อเท็จจริงที่เกิดขึ้นได้ยาก และอาจล้าสมัยได้ง่าย นอกจากนี้ ยังอาจทำให้บังคับใช้กฎหมายเป็นไปได้อย่างจำกัดจนอาจไม่บรรลุวัตถุประสงค์ของกฎหมายนั้นๆ

โดยภาพรวมแล้ว จากการศึกษาด้วยทฤษฎีและคำพิพากษาต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับความคิดทางจิตของไทย พบว่าส่วนใหญ่ยังจำเป็นต้องอาศัยการตีความเกี่ยวกับคำเหล่านี้ในทางกฎหมาย โดยที่คำว่า “วิกลจริต” ตามกฎหมายไทยของไยนั้น ไม่มีการกำหนดนิยามไว้ แต่อาศัยแนวทางตามคำพิพากษาในทางกฎหมายแพ่ง มาเป็นแนวทางในการกำหนดนิยามความหมายและตีความในทางกฎหมาย ขณะที่คำว่า “โรคจิต” “จิตบกพร่อง” “จิตฟั่นเฟือน” ไม่มีการกำหนดบทนิยามไว้ และยังไม่มีความเห็นจากคำพิพากษาที่ชัดเจน แต่อาศัยความเห็นของนักกฎหมายและผู้เชี่ยวชาญมาเป็นแนวทางในการกำหนดนิยามความหมายและการตีความ โดยที่คำว่า “ความคิดทางจิต” ตามพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 มีการกำหนดบทนิยามไว้

ชัดเจน แต่จากการศึกษายังไม่พบหลักฐานที่ชัดเจนว่ามีการนำมาใช้ประกอบการตีความในทางกฎหมายอาญาหรือไม่อย่างไร

ในบทนี้ ผู้วิจัยจะนำเสนอผลการวิเคราะห์ที่เกี่ยวข้องกับการใช้คำศัพท์ นิยาม และการตีความในทางกฎหมายอาญา ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับความผิดปกติทางจิต โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

## 1. แนวคิดของความผิดปกติทางจิตในทางกฎหมาย

จากการศึกษาพบว่า แนวคิดและมุมมองต่อความผิดปกติทางจิตของมนุษย์มีความเปลี่ยนแปลงและแตกต่างกันในแต่ละสมัย จนกล่าวได้ว่าความหมายของ “ความผิดปกติทางจิต” มีความเป็นพลวัตร โดยความหมายที่กำหนดขึ้นนั้นจะคงอยู่ในสังคมหนึ่งๆ ในช่วงระยะเวลาหนึ่งๆ เท่านั้น และจะมีการเปลี่ยนแปลงไปตามปัจจัยต่างๆ ซึ่งได้แก่ ความเชื่อ เหตุผล และความรู้ ที่มีอิทธิพลของสังคมนั้นๆ ในช่วงเวลานั้นๆ จากการศึกษพบว่า มีหลายแนวคิดในการอธิบายเกี่ยวกับความผิดปกติทางจิตของมนุษย์ แต่ยังไม่มีความคิดใดแนวคิดหนึ่งที่สามารถอธิบายเรื่องความผิดปกติทางจิตได้อย่างเป็นที่ยอมรับตรงกันได้ในทุกๆ กรณี และยังไม่มียุทธศาสตร์ของความผิดปกติทางจิตใดที่สามารถครอบคลุมได้ทุกแนวคิด และไม่สามารถทำให้คนทั่วไปเข้าใจได้ตรงกัน โดยปราศจากข้อสงสัยว่าความผิดปกติทางจิตของมนุษย์แล้วแท้จริงแล้วคืออะไรกันแน่ อาจกล่าวได้ว่าแนวคิดเกี่ยวกับความผิดปกติทางจิตเพียงส่วนหนึ่งของกลุ่มของแนวคิดเกี่ยวกับความผิดปกติทั้งหมดในทัศนะของมนุษย์ ซึ่งมีขอบเขตที่ไม่ชัดเจน ไม่แน่นอน เปลี่ยนแปลงได้ และภายในกลุ่มแนวคิดเกี่ยวกับความผิดปกติทางจิตก็ประกอบไปด้วยกลุ่มแนวคิดต่างๆ ซึ่งผู้วิจัยเห็นว่า พอจะจำแนกกว้างๆ ได้ว่าเป็นแนวคิดในทางสังคม แนวคิดในทางการแพทย์ และแนวคิดในทางกฎหมาย โดยแต่ละแนวคิดอาจจะมีส่วนที่เห็นเหมือนกันและต่างกันอยู่ แต่ล้วนเป็นส่วนหนึ่งในแนวคิดเกี่ยวกับความผิดปกติทางจิตในทัศนะของมนุษย์ทั้งสิ้น



ภาพที่ 4.1 กลุ่มแนวคิดของความคิดผิดปกติทางจิต

ผู้วิจัยเห็นว่า ในการพิจารณาว่าสิ่งใดเป็นความคิดผิดปกติทางจิตหรือไม่ จำเป็นต้องใช้หลายๆ แนวคิดและมุมมองต่างๆ ในช่วงเวลานั้นๆ มาพิจารณาร่วมกัน การพยายามจำกัดให้ใช้เพียงแนวคิดใดแนวคิดหนึ่ง หรือกำหนดให้เป็นไปตามเพียงนิยามใดนิยามหนึ่งอย่างเคร่งครัดตายตัว อาจทำให้ไม่สามารถพิจารณาว่าสิ่งใดเป็น “ความคิดผิดปกติทางจิต” ได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม และเป็นที่ยอมรับร่วมกันได้ นอกจากนี้ ในการทำความเข้าใจต่อความคิดผิดปกติทางจิตของมนุษย์ อาจจำเป็นต้องทราบและเข้าใจถึงความเป็นมาและการเปลี่ยนแปลงในเชิงประวัติศาสตร์ในช่วงเวลาที่แนวคิดและมุมมองเกี่ยวกับความคิดผิดปกติทางจิตนั้นๆ ได้เกิดขึ้น เช่น ในอดีตสังคมในบางวัฒนธรรมถือว่าบุคคลที่มีพฤติกรรมรกร่วมเพศเป็นผู้ที่มีความผิดปกติทางจิต แต่หากสังคมนั้นในปัจจุบันไม่ได้มีเช่นนั้นแล้ว แม้ข้อมูลในเชิงประวัติศาสตร์จะมีการตัดสินว่าบุคคลนั้นเป็นผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตจากเหตุนี้ หากเราพิจารณาจากแนวคิดและมุมมองในปัจจุบัน เราย่อมถือได้ว่าบุคคลนั้นไม่ได้มีความผิดปกติแต่อย่างใด อาจกล่าวได้ว่า โดยข้อเท็จจริงเดียวกัน อาจได้รับการตัดสินว่าเป็นหรือไม่เป็นความคิดผิดปกติทางจิตก็ได้ และยังสามารถเปลี่ยนแปลงกลับไปกลับมาได้ในแต่ละช่วงเวลาอันขึ้นอยู่กับแนวคิดที่มีอิทธิพลต่อสังคมช่วงเวลานั้นๆ

แม้ความคิดผิดปกติทางจิตของมนุษย์จะมีความไม่ชัดเจน ไม่แน่นอน และเปลี่ยนแปลงกลับไปกลับมาได้อย่างเป็นเป็นพลวัตรไปตามปัจจัยต่างๆ ดังที่กล่าวมาแล้ว แต่เมื่อกฎหมายต้องเข้ามาเกี่ยวข้องกับเรื่องความคิดผิดปกติทางจิต ทำให้จำเป็นต้องกำหนดคำศัพท์และนิยามความหมายสำหรับความคิดความผิดปกติทางจิต เพื่อสื่อสารให้เกิดความชัดเจนแน่นอนและเป็นที่เข้าใจร่วมกันในทางกฎหมายขึ้นมา โดยอาศัยความรู้ในสาขาต่างๆ ที่เกี่ยวข้องทั้งด้านสังคม วิทยาศาสตร์ และการแพทย์ ประกอบกับแนวคิดทฤษฎีต่างๆ ในทางกฎหมาย โดยมีวัตถุประสงค์สำหรับใช้ในทางกฎหมายโดยเฉพาะ จึงทำให้เกิดคำศัพท์และนิยามความหมายของความคิดความผิดปกติทางจิต

ในทางกฎหมายที่มีลักษณะเฉพาะตัว อันมีส่วนที่แตกต่างจากในทางสังคมและทางการแพทย์ โดยจะเห็นได้จากการใช้คำศัพท์เกี่ยวกับความผิดปกติทางจิตในทางกฎหมายที่ต่างกับในทางการแพทย์ เช่น วิกลจริต หรือ insane ซึ่งไม่ได้ใช้ในทางการแพทย์ และไม่ได้เป็นศัพท์ที่ใช้กันทั่วไป เป็นปกติในทางสังคม หรือการจำแนกชนิดและความรุนแรงของความผิดปกติทางจิตในทางกฎหมายซึ่งแตกต่างกับระบบการวินิจฉัยและจำแนกโรคทางจิตเวชในทางการแพทย์ อาจกล่าวได้ว่า กฎหมายได้พยายามกำหนดกรอบของความผิดปกติทางจิตในทางกฎหมายขึ้นมาผ่านกระบวนการในการสร้างคำศัพท์และนิยามความหมาย โดยอาศัยกรอบแนวคิดในทางสังคมและในทางการแพทย์มาประกอบกับหลักการในทางกฎหมายเพื่อสร้างกรอบแนวคิดในเรื่องนี้ในทางกฎหมายขึ้น และพัฒนาต่อเนื่องมาจนเกิดกรอบแนวคิดของความผิดปกติที่มีลักษณะเฉพาะ ซึ่งแตกต่างกับกรอบแนวคิดในทางสังคมและในทางการแพทย์ในบางส่วน แต่ก็ยังคงมีส่วนที่ยังเห็นร่วมกันกับกรอบแนวคิดในทางสังคมและในทางการแพทย์อยู่ ทำให้เกิดกรณีที่บางครั้งทางกฎหมายอาจมีมุมมองที่เหมือนและแตกต่างกับในทางสังคมและในทางการแพทย์ในข้อเท็จจริงเดียวกันได้



ภาพที่ 4.2 กรอบแนวคิดของความผิดปกติทางจิต

อย่างไรก็ตาม จากประวัติศาสตร์ทางกฎหมายจะเห็นได้ว่าแนวคิดและความหมายของความผิดความผิดปกติทางจิตในทางกฎหมายเองก็ยังคงมีการพัฒนาและเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอด ซึ่งเห็นได้จากแนวคิดและกระบวนการยุติธรรมทางอาญาที่ใช้สำหรับผู้ที่มีความผิดปกติทางจิต และกฎหมายเฉพาะที่เกี่ยวกับสุขภาพจิต ซึ่งยังคงมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องในปัจจุบัน ซึ่งแสดงว่ากรอบแนวคิดของ “ความผิดปกติทางจิตในทางกฎหมาย” นั้นยังมิได้เป็นสิ่งที่มิชอบเขตแน่นอนตายตัว แต่ยังคงสามารถเปลี่ยนแปลงไปตามเหตุปัจจัยต่างๆ ได้ หรือกล่าวได้ว่า กรอบแนวคิดของ

“ความคิดปกติทางจิตในทางกฎหมาย” ยังมีความเป็นพลวัตอยู่ ผู้วิจัยจึงเห็นว่าไม่ควรที่จะพิจารณาความคิดปกติทางจิตในทางกฎหมายโดยมองว่าเป็นเรื่องที่กำหนดไว้ในทางกฎหมายอย่างแน่นอนตายตัวแล้ว หรือไม่ควรจะตัดสินว่าเรื่องใดเป็นหรือไม่เป็นความคิดปกติทางจิตในทางกฎหมายโดยอาศัยเหตุผลเพียงว่าทางกฎหมายเคยมีการตัดสินข้อเท็จจริงเช่นเดียวกันนี้ไว้แล้วว่าเป็นความคิดปกติทางจิตหรือไม่ แต่ควรพิจารณาเป็นกรณีๆ ไปโดยอาศัยทั้งความรู้และหลักเหตุผลในด้านต่างๆ ประกอบกัน เพื่อให้ผลการพิจารณานอกจากจะเป็นที่ยอมรับในทางกฎหมายแล้ว ยังเป็นที่ยอมรับในทางสังคมและทางการแพทย์ด้วย

#### ความแตกต่างระหว่างแนวคิดเกี่ยวกับความคิดปกติทางจิตทางกฎหมาย ทาง การแพทย์ และทางสังคม

แม้ว่าแนวคิดของความคิดปกติทางจิตในทางกฎหมายจะมีพื้นฐานและได้รับอิทธิพลมาจากแนวคิดในทางสังคมและทางการแพทย์ ทำให้โดยหลักแล้วจึงมีความสอดคล้อง และมีลักษณะที่สนับสนุนส่งเสริมและพัฒนาซึ่งกันและกัน เช่น ความเชื่อและความเห็นของสังคมมีส่วนในการกำหนดหลักเกณฑ์การวินิจฉัยว่าสิ่งใดควรถือว่าเป็นความคิดปกติทางจิตในทางการแพทย์ ขณะที่ทางกฎหมายได้นำความรู้ทางการแพทย์มาใช้วินิจฉัยว่าสิ่งใดควรถือว่าเป็นความคิดปกติทางจิตในทางกฎหมาย ขณะที่สังคมเองก็จะได้รับผลสะท้อนจากแนวคิดทางการแพทย์และทางกฎหมายว่าสิ่งใดควรถือว่าเป็นความคิดปกติทางจิตในทางสังคม จึงทำให้ไม่เกิดความขัดแย้งกันในเชิงแนวคิดอย่างชัดเจน อย่างไรก็ตาม ด้วยเหตุที่เป้าหมาย ความเร็วและทิศทางที่แตกต่างกัน ส่งผลให้เกิดความแตกต่างกันในบางประการ ซึ่งอาจพอสรุปเป็นประเด็นต่างๆ ได้ ดังนี้

#### ตารางที่ 4.1 ความแตกต่างระหว่างแนวคิดเกี่ยวกับความคิดปกติทางจิตทางกฎหมาย ทาง การแพทย์ และทางสังคม

ประเด็น	ทางกฎหมาย	ทางการแพทย์	ทางสังคม
คำศัพท์ที่เกี่ยวข้องกับความคิดปกติทางจิต	มีคำศัพท์ที่เกี่ยวกับความคิดปกติทางจิตน้อย ใช้ซ้ำๆ กัน มีการใช้ศัพท์ที่แตกต่างกันเพื่อระบุจำแนกความคิดปกติทางจิตเป็นประเภทต่างๆ ในทางกฎหมายเฉพาะบางกรณี เป็นไปตามแนวคิดในระบบกฎหมายแต่ละระบบ มีความแตกต่างกันในแต่ละภาษา	มีคำศัพท์ที่เกี่ยวกับความคิดปกติทางจิตจำนวนมากมีการใช้ศัพท์ที่แตกต่างกันเพื่อระบุจำแนกความคิดปกติทางจิตเป็นประเภทต่างๆ อย่างชัดเจน เป็นไปตามระบบการวินิจฉัยและจำแนกโรคที่เป็นสากล มีความแตกต่างกันในแต่ละภาษาน้อยมาก	มีความหลากหลายของคำศัพท์ที่เกี่ยวกับความคิดปกติทางจิตอย่างมาก มีการใช้ศัพท์ที่แตกต่างกันเพื่อระบุจำแนกความคิดปกติทางจิตเป็นประเภทต่างๆ บ้าง แต่ไม่ชัดเจน และไม่เป็นระบบ มีความแตกต่างกันในแต่ละภาษาอย่างมาก



## ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

ประเด็น	ทางกฎหมาย	ทางการแพทย์	ทางสังคม
ความหมาย	มีการกำหนดความหมายไว้เฉพาะในบางกรณี	กำหนดความหมายไว้เกือบทุกกรณี	ไม่มีการกำหนดความหมายที่แน่นอน เป็นไปตามความเข้าใจของบุคคลตามบริบททางสังคมและวัฒนธรรมในช่วงเวลาหนึ่งๆ ซึ่งอาจเปลี่ยนแปลงได้ง่าย
หลักการพิจารณาและตีความเมื่อข้อสงสัยเกี่ยวกับความหมาย	ไม่มีการกำหนดแนวทางในการตีความไว้ในกฎหมาย ใช้หลักเหตุผลและแนวทางตามคำพิพากษาที่ผ่านมา เป็นไปตามความเห็นของศาลและของนักกฎหมายในระบบกฎหมาย	ยึดตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดไว้ตามระบบการวินิจฉัยและจำแนกโรคเป็นหลักในการพิจารณา โดยหลีกเลี่ยงการตีความหรือใช้การตีความน้อยที่สุดเท่าที่เป็นไปได้ อาศัยหลักการทางวิทยาศาสตร์ หลักฐานเชิงประจักษ์และความเห็นของผู้เชี่ยวชาญประกอบ	ไม่แน่นอนขึ้นอยู่กับบริบททางสังคมและวัฒนธรรม รวมถึงความเชื่อและแนวคิดที่มีอิทธิพลในทางสังคมในขณะนั้น
การเปลี่ยนแปลงของการใช้คำศัพท์และนิยามความหมาย	เปลี่ยนแปลงอย่างช้ามาก แต่ต่อเนื่อง และมีทิศทางไปข้างหน้า โดยได้รับอิทธิพลจากการเปลี่ยนแปลงทางสังคมและการแพทย์	มีการเปลี่ยนแปลงที่รวดเร็วต่อเนื่อง และมีทิศทางไปข้างหน้า ได้รับอิทธิพลจากการพัฒนาด้านวิทยาศาสตร์	มีการเปลี่ยนแปลงที่รวดเร็วและไม่ต่อเนื่อง และอาจมีทิศทางที่ไม่แน่นอน ขึ้นอยู่กับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสังคมในขณะนั้น
ปัจจัยที่มีผลต่อการกำหนดคำศัพท์และนิยามความหมาย	การบัญญัติกฎหมายข้อเท็จจริงในคดี คำพิพากษา ความเห็นและความนิยมของนักกฎหมาย ความรู้ทางการแพทย์ บริบททางสังคมและวัฒนธรรม	คำศัพท์ทางวิทยาศาสตร์และการแพทย์ ความเห็นและความนิยมของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ บริบททางสังคมและวัฒนธรรม	ความเชื่อ ความรู้ทางวิทยาศาสตร์และการแพทย์ ความเห็นและความนิยมของสังคม บริบททางสังคมและวัฒนธรรม

## 2. คำศัพท์เกี่ยวกับความผิดปกติทางจิตในกฎหมาย

จากการศึกษากฎหมายอาญาที่เป็นลายลักษณ์อักษรของไทยและต่างประเทศ พบว่า คำศัพท์ที่เกี่ยวข้องกับความผิดปกติทางจิตที่ใช้ในทางกฎหมาย อาจจำแนกกว้างๆ ได้เป็น 2 ประเภท คือ

2.1 คำศัพท์ที่มีความหมายที่เข้าใจได้ทั่วไป ซึ่งเป็นความหมายที่บุคคลทั่วไป ในสังคม ที่ไม่มีความรู้ด้านกฎหมายพอจะเข้าใจได้ว่าหมายถึงอะไร เช่น วิกลจริต ความผิดปกติทางจิต อย่างไรก็ตาม คำเหล่านี้อาจมีความหมายที่แตกต่างกันไปได้บ้างขึ้นอยู่กับบริบทต่างๆ

2.2 คำศัพท์ที่มีความหมายเฉพาะในทางกฎหมาย กล่าวคือ เป็นความหมายที่บุคคล ทั่วไป ในสังคมที่ไม่ใช่ผู้มีความรู้ด้านกฎหมายอาจไม่เข้าใจ หรือเข้าใจแตกต่างกับความหมาย ในทางกฎหมาย เช่น จิตบกพร่อง จิตฟั่นเฟือน มีข้อสังเกตว่า คำที่มีความหมายเฉพาะในทางกฎหมาย มักมีการใช้ซ้ำๆ ในทางกฎหมาย โดยที่มีความชัดเจนแน่นอนและเป็นที่ยอมรับตรงกันในหมู่นัก กฎหมายในระดับหนึ่ง โดยที่ไม่จำเป็นต้องตรงกับความหมายตามทีบุคคลทั่วไปเข้าใจ

รูปแบบการใช้คำศัพท์เกี่ยวกับความผิดปกติทางจิตในทางกฎหมายสามารถจำแนก ได้เป็นสองรูปแบบหลักๆ คือ

1. ใช้คำศัพท์ที่แตกต่างกันหลายคำเพื่อระบุจำแนกความผิดปกติทางจิตออกเป็น ประเภทต่างๆ ในทางกฎหมาย

รูปแบบเช่นนี้พบในประมวลกฎหมายอาญามาตรา 65 ของไทย ที่จำแนกเป็น โรคจิต จิตบกพร่อง และจิตฟั่นเฟือน ในพระราชบัญญัติสุขภาพจิต ค.ศ. 1983 ของอังกฤษ และในประมวล กฎหมายอาญาเยอรมัน มาตรา 20 เป็นต้น ผู้วิจัยเห็นว่า รูปแบบนี้น่าจะเกิดจากความต้องการกำหนด ความหมายของความผิดปกติทางจิตในทางกฎหมายให้ชัดเจนแน่นอนมากขึ้น และเพื่อให้ ครอบคลุมความผิดปกติทางจิตทั้งหมดที่อาจเป็นไปได้ โดยใช้รูปแบบการจำแนกและจัดกลุ่มความ ผิดปกติทางจิตเป็นประเภทต่างๆ เช่นเดียวกับแนวคิดในระบบการวินิจฉัยและจำแนกโรคและความ ผิดปกติทางจิตเวชในทางการแพทย์

อย่างไรก็ตาม รูปแบบนี้มีปัญหาสำคัญคือ ทำให้เกิดคำศัพท์หลายคำที่หมายถึง ความผิดปกติทางจิตที่แตกต่างกัน ทำให้เมื่อทางกฎหมายไม่ได้ให้ความหมายไว้ หรือกำหนด ความหมายไว้ไม่ชัดเจนแน่นอนเพียงพอ จะทำให้เกิดการใช้และตีความความหมายของความผิดปกติ ทางจิตในทางกฎหมายที่แตกต่างหลากหลาย และอาจไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน จนทำให้เกิด ความสับสนและอาจเกิดปัญหาในการตีความและใช้กฎหมาย

2. ใช้คำศัพท์เพียงคำเดียวที่หมายถึงความผิดปกติทางจิตทั้งหมดในกฎหมายรูปแบบเช่นนี้พบในประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญาของไทยที่ใช้คำว่า “วิกลจริต” เพียงคำเดียว และพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 ที่ใช้คำว่า “ความผิดปกติทางจิต” ประมวลกฎหมายอาญา และกฎหมายสุขภาพจิตฉบับต่างๆ ของญี่ปุ่น กฎหมายอาญาในส่วนที่เป็นลายลักษณ์อักษรของสหรัฐอเมริกา และพระราชบัญญัติสุขภาพจิต ค.ศ. 2007 ของอังกฤษ เป็นต้น

ผู้วิจัยเห็นว่าการใช้รูปแบบนี้ ทำให้ความหมายของความผิดปกติทางจิตในทางกฎหมายมีความเป็นเอกภาพมากขึ้น เพราะจะทำให้เกิดการใช้และตีความเพื่อหาความหมายของความผิดปกติทางจิตในทางกฎหมายที่สอดคล้องและเป็นไปในทิศทางเดียวกันมากกว่ารูปแบบการใช้คำศัพท์ที่แตกต่างกันหลายคำ

แต่ด้วยรูปแบบใช้คำศัพท์เดียวเช่นนี้ อาจทำให้เกิดความแตกต่างกันในการตีความคำศัพท์เดียวกันในกฎหมายแต่ละเรื่องจนอาจเกิดความหมายที่แตกต่างกันได้ อย่างไรก็ตาม การตีความเพื่อหาความหมายของคำศัพท์เดียวกันโดยพิจารณาไปตามเจตนารมณ์ของกฎหมายแต่ละเรื่องเช่นนี้ แม้จะทำให้เกิดความหมายที่ต่างกันอยู่บ้าง แต่ความหมายโดยรวมน่าจะยังคงเป็นไปในทิศทางเดียวกันอยู่ และจะทำให้เกิดความหมายโดยรวมที่เหมาะสมเพื่อการปรับใช้กับข้อเท็จจริงแต่ละเรื่องที่แตกต่างกันได้ดียิ่งขึ้น

เมื่อศึกษาพัฒนาการทางกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับความผิดปกติทางจิตแล้ว ผู้วิจัยเห็นว่า มีแนวโน้มทางกฎหมายที่จะใช้ศัพท์เพียงคำเดียวที่หมายถึงความผิดปกติทางจิตทั้งหมดในทางกฎหมายมากกว่าการใช้คำศัพท์หลายคำที่แตกต่างกัน โดยเกิดจากปัจจัยต่างๆ ดังต่อไปนี้

1. เนื่องจากปัจจุบัน ในทางกฎหมายมุ่งไปที่การพิจารณาเพียงในประเด็นที่ว่า ผู้ใดมีความผิดปกติทางจิตที่เป็นที่ยอมรับกันในทางกฎหมายในขณะนั้น หรือพิจารณาว่ามี “ความผิดปกติทางจิตทางกฎหมาย” หรือไม่ โดยเน้นไปที่อาการ ความรุนแรง และผลของความผิดปกติทางจิตที่เกิดขึ้น มากกว่าสนใจว่าเป็นโรคอะไรหรือเกิดจากอะไร ทำให้การระบุจำแนกชนิดของความผิดปกติทางจิตไม่ได้มีความสำคัญมากนักในทางกฎหมายในปัจจุบัน จึงไม่มีความจำเป็นที่จะต้องจำแนกความผิดปกติทางจิตออกเป็นประเภทต่างๆ ในทางกฎหมายโดยการใช้คำศัพท์ที่แตกต่างกัน

2. แม้การจำแนกชนิดของความผิดปกติทางจิตในทางกฎหมายมีความแตกต่างกับในทางการแพทย์ แต่ในปัจจุบัน ทางกฎหมายจะนำผลการตรวจพิสูจน์และความเห็นในทางการแพทย์มาประกอบการพิจารณาในทางกฎหมาย ซึ่งจะมีการระบุจำแนกชนิดของความผิดปกติทางจิตตามระบบการวินิจฉัยและจำแนกโรคในทางการแพทย์ที่เป็นมาตรฐานในปัจจุบัน การระบุจำแนกชนิดของความผิดปกติทางจิตในทางกฎหมายที่แตกต่างไปจากทางการแพทย์อาจทำให้เกิด

ความสับสนจนอาจต้องตีความต่อไปอีกชั้นหนึ่งว่าผลการตรวจในทางการแพทย์นั้นหมายถึงความผิดปกติชนิดใดในทางกฎหมายกันแน่

3. การใช้ศัพท์หลายคำที่มีความหมายแตกต่างกันทำให้เกิดความยุ่งยากสับสนในการตีความและการปรับใช้กับข้อเท็จจริงในคดี โดยเฉพาะกรณีที่กฎหมายไม่ได้กำหนดนิยามความหมายของคำเหล่านั้นไว้อย่างชัดเจน นอกจากนี้ ยังอาจเกิดปัญหาการตีความที่ไม่ตรงกันหรือเกิดความขัดแย้งกันระหว่างกฎหมายแต่ละฉบับได้

4. การใช้คำศัพท์หลายคำทำให้การแก้ไขปรับปรุงกฎหมายเกี่ยวกับความผิดปกติทางจิตให้เหมาะสมสอดคล้องกับแนวคิดหรือข้อเท็จจริงใหม่ๆ ได้ยากกว่าการใช้คำศัพท์เดียวมาก เพราะต้องพิจารณาแก้ไขไปที่ละคำและทีละส่วน ซึ่งอาจทำให้เกิดความสับสนและขัดแย้งกันระหว่างกฎหมายในแต่ละเรื่องได้ ต่างจากการใช้คำเพียงคำเดียวซึ่งแก้ไขได้ง่ายกว่า และมีโอกาสเกิดความสับสนและขัดแย้งกันระหว่างกฎหมายน้อยกว่า

โดยสรุปแล้วผู้วิจัยเห็นว่า การใช้คำศัพท์เกี่ยวกับความผิดปกติทางจิตทางกฎหมายในปัจจุบัน มีแนวโน้มที่จะใช้ศัพท์เฉพาะคำเดียวที่หมายถึงความผิดปกติทางจิตทั้งหมดในทางกฎหมาย เนื่องจากการนำผลการตรวจพิสูจน์ทางการแพทย์มาใช้แทนการระบุจำแนกชนิดของความผิดปกติทางจิตในทางกฎหมาย จึงไม่มีความจำเป็นที่จะต้องระบุจำแนกความผิดปกติทางจิตออกเป็นประเภทต่างๆ ในทางกฎหมายโดยการใช้คำศัพท์ที่แตกต่างกันอีกต่อไป รวมทั้งเป็นการลดปัญหาการตีความและลดความยุ่งยากซับซ้อนในการปรับปรุงแก้ไขกฎหมายด้วย

### 3. นิยามของความผิดปกติทางจิตในทางกฎหมาย

จากการศึกษาพบว่า การนิยามความผิดปกติทางจิตในทางกฎหมายถือเป็นเรื่องที่ยุ่ยากซับซ้อนเป็นอย่างยิ่ง เนื่องจากมีแนวคิดของความผิดปกติทางจิตอยู่หลายแนวคิด จึงทำให้ความผิดปกติทางจิตยังเป็นสิ่งที่ไม่มินิกามที่แน่นอนตายตัว สามารถเปลี่ยนแปลงได้ไปตามปัจจัยต่างๆ ดังที่กล่าวมาแล้ว ส่งผลให้การกำหนดนิยามของความผิดปกติทางจิตในทางกฎหมายซึ่งเป็นเรื่องที่ต้องการความชัดเจนแน่นอนจึงเป็นเรื่องยากอย่างยิ่ง

นอกจากนี้ ในทางกฎหมายในละด้านก็มีความสนใจในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับความผิดปกติทางจิตที่แตกต่างกันตามวัตถุประสงค์ของกฎหมายนั้นๆ ทำให้การนิยามความหมายของความผิดปกติทางจิตในทางกฎหมายเองก็อาจแตกต่างกันออกไปในรายละเอียด เช่น กฎหมายที่มีวัตถุประสงค์เพื่อบังคับผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตให้เข้าสู่การบำบัดรักษาเพื่อป้องกันอันตรายสังคมก็อาจนิยามความผิดปกติทางจิตโดยเน้นไปที่พฤติกรรมที่เป็นอันตรายต่อผู้อื่นที่นำจะเกิดจากความ

ผิดปกติทางจิต มากกว่าเน้นไปที่การกำหนดว่าต้องเป็นโรคหรือความผิดปกติทางจิตชนิดใด ขณะที่กฎหมายที่มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ความช่วยเหลือผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตในด้านต่างๆ ก็อาจกำหนดนิยามโดยเน้นไปที่ความบกพร่องพิการที่เกิดจากความผิดปกติทางจิตที่ส่งผลต่อร่างกาย จิตใจ และสังคมที่เกิดขึ้นในขณะนั้น ไม่ว่าความผิดปกติทางจิตนั้นจะเกิดจากสาเหตุใดๆ หรือจะมีการดำเนินของโรคเปลี่ยนแปลงไปในอนาคตอย่างไรก็ตาม จะเห็นได้ว่าวัตถุประสงค์ในทางกฎหมายที่แตกต่างกัน ก็อาจทำให้เกิดนิยามความผิดปกติทางจิตในทางกฎหมายที่แตกต่างกันไปด้วย

ด้วยนิยามความหมายของความผิดปกติทางจิตที่ยังไม่ชัดเจนแน่นอน และวัตถุประสงค์ในทางกฎหมายที่แตกต่างกัน ทำให้การกำหนดนิยามเพียงนิยามเดียวเพื่อใช้ครอบคลุมในทุกๆ กรณีในทางกฎหมายได้อาจเหมาะสมจึงเป็นเรื่องที่ยุ่ยากซับซ้อนเป็นอย่างยิ่ง จนอาจจำเป็นต้องยอมรับว่าด้วยองค์ความรู้ที่มีอยู่ในปัจจุบันยังไม่สามารถสร้างนิยามของ “ความผิดปกติทางจิตในทางกฎหมาย” ที่สมบูรณ์แบบที่ได้รับการยอมรับและนำไปใช้อ้างอิงร่วมกันอย่างเป็นสากลได้

### 3.1 แนวทางการกำหนดนิยามของความผิดปกติทางจิตในกฎหมายทั่วไป

แม้ปัจจุบันจะยังไม่สามารถกำหนดนิยามของความผิดปกติทางจิตในทางกฎหมายที่เป็นที่ยอมรับและอ้างอิงร่วมกันเพียงนิยามเดียวได้ แต่การกำหนดนิยามของ “ความผิดปกติทางจิต” สำหรับใช้ในทางกฎหมายยังคงมีความสำคัญและจำเป็นต้องมีอยู่ เพื่อสื่อสารให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกัน ในทางกฎหมาย อย่างไรก็ตาม หากปล่อยให้กำหนดนิยามในทางกฎหมายเป็นไปโดยอิสระ โดยไม่มีแนวทางหรือหลักเกณฑ์ร่วมกัน ก็อาจเกิดปัญหาความสับสน และไม่ใช่ออกภาพและอาจขัดหรือแย้งกันในทางกฎหมายได้

ดังนั้น ผู้วิจัยเห็นว่า จำเป็นต้องมีแนวทางหรือหลักเกณฑ์ร่วมกันในการกำหนดนิยามไว้ เพื่อให้การนิยามของความผิดปกติทางจิตในทางกฎหมายให้มีความสอดคล้องและเป็นไปในทิศทางเดียวกัน ซึ่งแนวทางในการกำหนดนิยามของความผิดปกติทางจิตในกฎหมายต่างๆ ควรมีลักษณะดังต่อไปนี้

#### 3.1.1 เป็นนิยามอย่างกว้าง

เมื่อศึกษานิยามความหมายที่ปรากฏในกฎหมายต่างๆ แล้ว จะเห็นว่านิยามความผิดปกติทางจิตในทางกฎหมายที่พบส่วนใหญ่ในปัจจุบันจะมีลักษณะที่เป็นนิยามอย่างกว้าง และครอบคลุมความผิดปกติทางจิตในทุกรูปแบบ เช่น นิยามของความผิดปกติทางจิต (mental disorder) ในกฎหมายเกี่ยวกับสุขภาพจิตของอังกฤษที่กำหนดไว้อย่างกว้างๆ โดยบ่งบอกว่าเป็นความผิดปกติใดๆ เกี่ยวกับจิตใจ และในบางนิยามอาจครอบคลุมไปถึงผลจากสารต่างๆ ที่มีผลต่อจิตประสาทหรือความผิดปกติทางบุคลิกภาพต่างๆ ด้วย เช่น นิยามของความผิดปกติทางจิตในกฎหมายเกี่ยวกับสุขภาพจิตของญี่ปุ่นและของไทย

ผู้วิจัยมีความเห็นว่า หลักเกณฑ์ในการกำหนดนิยามเกี่ยวกับความผิดปกติทางจิตในกฎหมายควรมีลักษณะของนิยามที่กว้างและครอบคลุมความผิดปกติทางจิตในทุกๆ รูปแบบ มากกว่านิยามอย่างแคบแคบและจำเพาะที่อาจเน้นเพียงความผิดปกติทางจิตเพียงรูปแบบใดรูปแบบหนึ่ง ด้วยเหตุผลดังต่อไปนี้

1) ความหมายของความผิดปกติทางจิตในปัจจุบัน ทั้งในทางการแพทย์และทางสังคม มีขอบเขตที่กว้างมากขึ้นกว่าในอดีตอย่างมากและยังคงมีการเปลี่ยนแปลงอยู่อย่างต่อเนื่อง การกำหนดนิยามทางกฎหมายในลักษณะที่กว้างและครอบคลุมความผิดปกติทางจิตในทุกๆ รูปแบบ จะทำให้สอดคล้องกับนิยามความหมายที่เป็นอยู่ในปัจจุบันมากกว่า รวมถึงสามารถรองรับความเปลี่ยนแปลงทางแนวคิดที่จะเกิดขึ้นในอนาคต โดยไม่จำเป็นต้องแก้ไขกฎหมายอยู่ตลอดเพื่อให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลงทางการแพทย์และทางสังคม

2) นิยามทางกฎหมายในลักษณะที่กว้างและครอบคลุมความผิดปกติทางจิตในทุกๆ รูปแบบสามารถปรับใช้กับข้อเท็จจริงในคดีได้ดีกว่า โดยเฉพาะคดีเกี่ยวกับความผิดปกติทางจิตที่อาจมีข้อเท็จจริงและพฤติการณ์ในคดีที่แตกต่างหรือผิดแปลกไปจากคดีโดยทั่วไปอย่างมาก จนบางครั้งอาจยากที่ผู้เกี่ยวข้องในทางกฎหมายจะนำคดีอื่นๆ มาเทียบเคียงเพื่อหาแนวทางในการตีความได้

3) การพิจารณาและวินิจฉัยเกี่ยวกับความผิดปกติทางจิตในทางกฎหมายนั้น มิได้ขึ้นกับความรู้และความเห็นทางกฎหมายเพียงอย่างเดียว แต่ในทางกฎหมายยังใช้ความรู้ในด้านอื่นๆ นอกเหนือจากในทางกฎหมายมาประกอบด้วย โดยเฉพาะความรู้ในทางสังคมและความรู้ทางการแพทย์ในรูปแบบของพยานหลักฐานและพยานผู้เชี่ยวชาญมาประกอบการพิจารณาร่วมกับหลักกฎหมาย ทำให้ในความเป็นจริงในทางกฎหมายสามารถตีความและสร้างนิยามความหมายของความผิดปกติทางจิตที่เหมาะสมในขณะนั้นๆ ได้อยู่แล้ว จนอาจกล่าวได้ว่า มีกลไกทางกฎหมายที่ช่วยกำหนดนิยามทางกฎหมายที่เหมาะสมอยู่แล้ว การกำหนดนิยามที่แคบและจำเพาะมากเกินไป กลับจะเป็นการไปขัดขวางกลไกทางกฎหมายดังกล่าว ซึ่งตรงข้ามกับการกำหนดนิยามที่กว้างและครอบคลุมที่จะช่วยเสริมให้สามารถใช้กลไกทางกฎหมายเพื่อกำหนดนิยามให้เหมาะสมกับความเป็นจริงในขณะนั้นมากยิ่งขึ้น

### 3.1.2 เชื่อมโยงหรือการอ้างอิงนิยามร่วมกันระหว่างกฎหมายต่างๆ

จากการศึกษากฎหมายอาญาที่เป็นลายลักษณ์อักษรต่างๆ พบว่า รูปแบบของการนิยามความผิดปกติทางจิตในทางกฎหมายอาญามีอยู่สองรูปแบบ คือ

1) กำหนดนิยามไว้ภายในกฎหมาย โดยเป็นการบัญญัติบทนิยามว่า “ความผิดปกติทางจิต” หรือคำอื่นๆ ที่มีความหมายในลักษณะเช่นเดียวกันที่ใช้ในกฎหมายนั้นมีความหมาย

ว่าอะไร เช่น พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 ของไทย และ Mental health Act 2007 ของอังกฤษ รูปแบบนี้มีข้อดีคือสามารถกำหนดนิยามให้ตรงตามเจตนารมณ์ทางกฎหมายฉบับนั้นได้ แต่อาจมีข้อเสียคืออาจนิยามของกฎหมายแต่ละฉบับอาจไม่สอดคล้องกัน ส่งผลให้นิยามของ “ความผิดปกติทางจิตในทางกฎหมาย” โดยรวมไม่สอดคล้องกันจนขาดความเป็นเอกภาพ

2) กำหนดให้อ้างอิงนิยามตามกฎหมายฉบับใดฉบับหนึ่ง ซึ่งมักเป็นกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตโดยตรงเช่น Criminal code act ของอังกฤษ บัญญัติให้อาศัยนิยามของ “ความผิดปกติทางจิต” ตาม Mental health Act 2007 ของอังกฤษ รูปแบบนี้มีข้อดีคือ ทำให้นิยามความผิดปกติทางจิตในทางกฎหมายมีความชัดเจนแน่นอนและสอดคล้องตรงกันในทางกฎหมายในภาพรวม หรือมีความเป็นเอกภาพในเชิงความหมายมากยิ่งขึ้น

ผู้วิจัยเห็นว่า รูปแบบการนิยามความผิดปกติทางจิตโดยใช้การเชื่อมโยงหรืออ้างอิงนิยามตามกฎหมายฉบับใดฉบับหนึ่ง น่าจะเป็นแนวทางที่เหมาะสมในการกำหนดนิยามของความผิดปกติทางจิตทางกฎหมายในปัจจุบัน เนื่องจากจะทำให้นิยามในกฎหมายต่างๆ เกิดความสอดคล้องและมีความหมายที่เป็นเอกภาพมากยิ่งขึ้น

อย่างไรก็ตาม ในปัจจุบัน แม้ประเทศไทยจะมีบทนิยามของ “ความผิดปกติทางจิต” ตามพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 แล้ว แต่ยังไม่พบว่ามีกรอ้างอิงนิยามนี้ตามกฎหมายอื่นๆ เช่นที่พบในกฎหมายอังกฤษ ซึ่งผู้วิจัยเห็นว่า น่าจะเกิดจากปัจจัยสามประการ คือ

1. ในกฎหมายไทยมีการใช้คำศัพท์ที่หมายถึงความผิดปกติทางจิตที่แตกต่างกันในกฎหมายแต่ละฉบับ โดยเฉพาะประมวลกฎหมายอาญา ทำให้การอ้างอิงศัพท์ที่ต่างกันด้วยนิยามเดียวกันเป็นไปได้ยากและอาจสร้างความสับสน

2. แนวคิดและเจตนารมณ์ทางกฎหมายเกี่ยวกับความผิดปกติทางจิตในกฎหมายแต่ละฉบับมีความแตกต่างกัน ทำให้นิยามอาจมีความแตกต่างได้ ตัวอย่างเช่น พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 มีแนวคิดเพื่อการคุ้มครองผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตเพื่อให้การบำบัดรักษา มากกว่าเรื่องความผิดและการลงโทษเหมือนในทางกฎหมายอาญา นอกจากนี้ ยังกำหนดนิยามโดยครอบคลุมผู้ที่ใช้สารเสพติดด้วย แต่กฎหมายทางอาญาของไทยมีแนวคิดและมาตรการทางกฎหมายที่แยกระหว่างผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตกับผู้ที่ใช้สารเสพติดออกจากกันอย่างชัดเจน ทำให้ไม่อาจอ้างอิงนิยามของความผิดปกติทางจิตตามพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 ได้

3. พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 นับได้ว่าเป็นกฎหมายสุขภาพจิตฉบับแรกของไทย ซึ่งยังต้องมีการติดตามผลและปรับปรุงแก้ไขในหลายประเด็น ต่างกับกฎหมายสุขภาพจิตของต่างประเทศที่มีการพัฒนาและปรับปรุงแก้ไขมาอย่างยาวนาน จึงยังอาจยังไม่เหมาะสมที่จะใช้อ้างอิงบทนิยามโดยกฎหมายอื่นได้ในขณะนี้

ผู้วิจัยเห็นว่า แนวทางในการนิยามความผิดปกติทางจิตที่เหมาะสมสำหรับกฎหมายของไทยในปัจจุบัน ยังจำเป็นต้องใช้รูปแบบที่กำหนดนิยามไว้ภายในกฎหมายแต่ละฉบับเอง มากกว่าการรูปแบบที่กำหนดให้อ้างอิงนิยามตามกฎหมายฉบับใดฉบับหนึ่ง เนื่องจากปัจจุบันกฎหมายไทยอาจยังไม่มีกฎหมายใดที่สามารถใช้อ้างอิงนิยามของความผิดปกติทางจิตได้อย่างเหมาะสม อย่างไรก็ตาม ในการกำหนดนิยามในกฎหมายใดๆ จำเป็นคำนึงถึงนิยามตามกฎหมายฉบับอื่นๆ ด้วย เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกัน และหากในอนาคตหากมีการกำหนดนิยามตามกฎหมายฉบับใดฉบับหนึ่งที่เหมาะสม สามารถใช้อ้างอิงโดยกฎหมายอื่นได้ ก็น่าจะทำให้การนิยามความผิดปกติทางจิตในทางกฎหมายของไทยมีความเป็นเอกภาพมากยิ่งขึ้น

### 3.13 กำหนดเงื่อนไขหรือนิยามอื่นๆ ไว้ภายในกฎหมาย เพื่อใช้จำกัดขอบเขตหรือเน้นเฉพาะส่วนที่ต้องการ

เนื่องจากกฎหมายแต่ละฉบับอาจมีวัตถุประสงค์ทางกฎหมายหรือสิ่งที่กฎหมายนั้นให้ความสำคัญที่แตกต่างกันออกไป การกำหนดนิยามของความผิดปกติทางจิตในทางกฎหมายนั้นไว้อย่างกว้างๆ อาจทำให้เกิดปัญหาในทางกฎหมายได้ เนื่องจากอาจทำให้ไม่สามารถระบุชี้ชัดลงไปได้ว่ากฎหมายนั้นมีเป้าหมายหรือเน้นไปที่ประเด็นใดที่เกี่ยวกับความผิดปกติทางจิตกันแน่

ผู้วิจัยเห็นว่า จำกัดขอบเขตหรือเน้นเฉพาะส่วนความหมายของความผิดปกติที่ต้องการในกฎหมาย สามารถทำได้โดยการกำหนดนิยามของความผิดปกติทางจิตในทางกฎหมายไว้อย่างกว้างๆ แล้วกำหนดเงื่อนไขหรือนิยามอื่นๆ ไว้ภายในกฎหมาย เพื่อใช้จำกัดขอบเขตหรือเน้นเฉพาะส่วนที่ต้องการให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของกฎหมายนั้นๆ เช่น กฎหมายที่มีวัตถุประสงค์เพื่อบังคับผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตให้เข้าสู่การบำบัดรักษาเพื่อป้องกันอันตรายสังคม ก็อาจกำหนดนิยามความผิดปกติทางจิตไว้อย่างกว้างๆ และกำหนดนิยามของพฤติกรรมที่เป็นอันตรายเป็นเงื่อนไขในการบังคับรักษา ดังนี้

นิยามความผิดปกติทางจิตตามกฎหมายเพื่อการบังคับรักษา = ความผิดปกติทางจิต + พฤติกรรมที่เป็นอันตราย

ส่วนกรณีกฎหมายเพื่อให้ความช่วยเหลือผู้ที่มีความผิดปกติที่มีความบกพร่องพิการ ก็อาจกำหนดเรื่องความสามารถที่ลดลงเนื่องจากความผิดปกติทางจิตเป็นเงื่อนไขประกอบการพิจารณาว่าเป็นความผิดปกติทางจิตตามกฎหมายนี้หรือไม่ ดังนี้

นิยามความผิดปกติทางจิตตามกฎหมายเพื่อช่วยเหลือ = ความผิดปกติทางจิต + ระดับความสามารถ



ผู้วิจัยเชื่อว่าแนวทางในการกำหนดนิยามที่กล่าวมาจะทำให้การกำหนดนิยามของ “ความคิดปกติทางจิต” ในกฎหมายต่างๆ มีความใกล้เคียงมากยิ่งขึ้น จนนำไปสู่นิยามความคิดปกติทางจิตในทางกฎหมายที่มีความสอดคล้องใกล้เคียงกันมากยิ่งขึ้น โดยที่ยังคงรักษาวัตถุประสงค์หรือเจตนารมณ์ของกฎหมายแต่ละเรื่องให้อาจแตกต่างกันไว้ได้

### 3.2 แนวทางการกำหนดนิยามของความคิดปกติทางจิตในทางกฎหมายอาญา

นอกจากแนวทางการกำหนดนิยามของความคิดปกติทางจิตทั้งสามข้อที่กล่าวมาแล้ว ผู้วิจัยเห็นว่า แนวทางการกำหนดนิยามความคิดปกติทางจิตในทางกฎหมายอาญาควรมีลักษณะบางประการเพิ่มเติม เพื่อให้สอดคล้องต่อลักษณะทางกฎหมายอาญาซึ่งมีผลกระทบต่อสิทธิของบุคคลเป็นอย่างยิ่ง นิยามของความคิดปกติทางจิตในทางกฎหมายอาญาจึงควรมีลักษณะลดผลไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้นจากนิยาม และคุ้มครองสิทธิของบุคคลที่ตกเป็นผู้ต้องหาหรือจำเลยด้วย

ผู้วิจัยเห็นว่า แนวทางการกำหนดนิยามของความคิดปกติทางจิตในทางกฎหมายอาญา ควรมีลักษณะที่เป็นการกำหนดขอบเขตในทางกฎหมายว่าจะรับข้อเท็จจริงใดมาเข้าสู่กระบวนการพิจารณาและพิสูจน์ในทางกฎหมาย แต่ไม่ใช่เป็นหลักเกณฑ์ในการตัดสินว่าสิ่งใดถือเป็นความคิดปกติหรือไม่ใช่ความคิดปกติทางจิต ซึ่งอาจทำให้เกิดผลไม่พึงประสงค์จากการตีความตามนิยาม โดยเฉพาะผลร้ายจากการที่บุคคลอาจถูกตัดสินว่ามีความผิดปกติในทางกฎหมายโดยไม่จำเป็น

นอกจากนี้ การกำหนดนิยามความคิดปกติทางจิตในทางกฎหมายอาญาควรคำนึงถึงการคุ้มครองสิทธิของผู้ต้องหาหรือจำเลย โดยข้อเท็จจริงที่เป็นไปตามนิยามอาจถือเป็นข้อสันนิษฐานว่าเป็นความคิดปกติทางจิต เพื่อเข้าสู่กระบวนการพิจารณาและพิสูจน์กันในทางกฎหมายต่อไป ซึ่งระหว่างนั้น ผู้ต้องหาหรือจำเลยควรได้รับความคุ้มครองในทางกฎหมายเสมือนว่าเป็นผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตในทางกฎหมาย จนกว่าจะพิสูจน์ได้ว่าเป็นความคิดปกติทางจิตตามที่กฎหมายมุ่งคุ้มครองจริงหรือไม่

ตัวอย่างเช่น หากกฎหมายอาญากำหนดนิยามความคิดปกติทางจิตว่าหมายถึงโรคและความผิดปกติทางจิตเวชแล้ว จะมีผลให้เกิดข้อสันนิษฐานในทางกฎหมายว่าโรคทางจิตเวชที่ผู้กระทำผิดมี เป็นความคิดปกติทางจิตตามนิยามและได้รับการคุ้มครองเสมือนว่าเป็นผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตในทางกฎหมายแล้ว ความคุ้มครองนั้นย่อมมีต่อไปหรือสิ้นสุดลงก็ต่อเมื่อสามารถตัดสินว่าผู้นั้นมีความผิดปกติทางจิตในทางกฎหมายหรือไม่แล้ว

โดยสรุปแล้ว ผู้วิจัยเห็นว่า ปัจจุบันยังไม่สามารถสร้างนิยามของความคิดปกติทางจิตในทางกฎหมายที่สมบูรณ์ได้ แต่การกำหนดนิยามของความคิดปกติในทางกฎหมาย ควรมีแนวทาง

สามประการคือ เป็นนิยามอย่างกว้าง มีการเชื่อมโยงกันระหว่างกฎหมาย และมีการกำหนดขอบเขตที่จำเพาะเจาะจงสำหรับกฎหมายแต่ละฉบับ นอกจากนี้ นิยามในทางกฎหมายอาญา ควรเป็นการกำหนดขอบเขตในการรับข้อเท็จจริงเข้าสู่กระบวนการพิจารณาและพิสูจน์ในทางกฎหมาย แต่ไม่ใช่กำหนดเพื่อใช้เป็นหลักเกณฑ์ในการตัดสินว่าสิ่งใดเป็นความผิดปกติทางจิตหรือไม่ เพื่อป้องกันผลไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้นจากการตีความนิยาม และควรเป็นไปเพื่อคุ้มครองสิทธิของบุคคลที่ตกเป็นผู้ต้องหาหรือจำเลยด้วย

### 3.3 วิเคราะห์การใช้คำศัพท์และนิยามความผิดปกติทางจิตในกฎหมายอาญาของไทย

คำที่มีความหมายถึงความผิดปกติทางจิตในทางกฎหมายของไทยมีการเปลี่ยนแปลงมาอย่างต่อเนื่องจนถึงปัจจุบัน ก่อนสมัยที่ประเทศไทยเริ่มใช้ระบบประมวลกฎหมาย ได้ใช้คำที่เป็นที่เข้าใจกันโดยทั่วไป เช่น บ้า หรือ วิปลาส มาใช้ในกฎหมาย ต่อมาภายหลังเมื่อใช้ประมวลกฎหมายจึงใช้ภาษาที่เป็นทางการหรือ “ภาษากฎหมาย” มากขึ้น จะเห็นได้ว่าการใช้คำว่า “วิกลจริต” ในประมวลกฎหมายที่เริ่มใช้เป็นครั้งแรกทั้ง 4 ฉบับ ได้แก่ กฎหมายลักษณะอาญา ร.ศ. 127 ประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา ประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ และประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความแพ่ง โดยไม่ปรากฏว่ามีการใช้ถ้อยคำที่มีความหมายถึงความผิดปกติทางจิตอื่นใดในกฎหมายฉบับอื่นๆ อีกในสมัยนั้น แสดงให้เห็นว่า ในสมัยนั้นได้นำจะใช้คำว่า “วิกลจริต” ให้หมายรวมถึงความผิดปกติทางจิตทั้งหมดในทางกฎหมาย

อย่างไรก็ตาม เนื่องจากมิได้มีบทบัญญัติในเรื่องความหมายหรือนิยามของคำว่า “วิกลจริต” นี้ไว้ ในการใช้กฎหมายจึงจำเป็นต้องมีการตีความไปตามความรู้ความเข้าใจของผู้ใช้กฎหมายในสมัยนั้น เมื่อคำนึงถึงข้อเท็จจริงและความรู้ทางการแพทย์ในสาขาจิตเวชศาสตร์ของประเทศไทยช่วงเวลานั้นยังไม่เป็นที่แพร่หลายมากนัก ผู้วิจัยเห็นว่า การตีความความหมายของคำว่า “วิกลจริต” ส่วนใหญ่ในสมัยนั้น จึงน่าจะเป็นการตีความไปตามความรู้ความเข้าใจของบุคคลทั่วไปในสมัยนั้นเป็นสำคัญ ซึ่งคำว่า “วิกลจริต” ตามความเข้าใจของคนทั่วไป น่าจะมีความหมายจำกัดเพียงความผิดปกติทางจิตที่มีผลให้พฤติกรรมของบุคคลผิดไปจากคนทั่วไปมากหรือรุนแรงจนคนทั่วไปสามารถสังเกตได้อย่างชัดเจน หรือเรียกง่ายๆ เป็น “บ้า” เท่านั้น ความหมายคำว่า “วิกลจริต” ในทางกฎหมายในระยะแรก น่าจะมีความหมายถึงความผิดปกติทางจิตเฉพาะที่มีอาการ โรจิต (psychosis) หรือที่มีอาการคล้ายกับโรจิตเป็นหลักเท่านั้น โดยอาจไม่รวมไปถึงความผิดปกติทางจิตอื่นๆ

จากการศึกษาข้อเท็จจริงในทางการแพทย์พบว่า มีความผิดปกติทางจิตหลายประเภทที่มีผลต่อจิตใจของบุคคล ไม่ว่าจะเป็นในด้านรูปแบบความคิด อารมณ์ หรือการตัดสินใจของบุคคลที่บุคคลทั่วไปที่ไม่ได้มีความเชี่ยวชาญอาจไม่สามารถมองเห็นหรือสังเกตได้จากพฤติกรรมภายนอก

เช่น ผู้ที่มีอาการหลงผิดว่าสามีหรือภรรยาของตนมีคู่ (jealousy delusion) ซึ่งพบใน โรคหลงผิด (delusional disorder) อาจไม่มีความผิดปกติทางจิตอย่างอื่นที่แสดงออกมาให้เห็นได้อย่างชัดเจนเลย นอกจากจะเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับเรื่องที่หลงผิดนั้นเท่านั้น ดังนั้น ความผิดปกติทางจิตเช่นที่คนทั่วไปสามารถสังเกตเห็น ได้อย่างชัดเจนจากภายนอก จึงเป็นเพียงส่วนหนึ่งของความผิดปกติทางจิต ในทางการแพทย์ทั้งหมดเท่านั้น ด้วยเหตุนี้ คำว่า “วิกลจริต” ในทางกฎหมายจึงอาจไม่ได้หมายถึง เพียงว่ามีอาการของความผิดปกติทางจิตที่คนทั่วไปเข้าใจว่าเป็น “บ้า” เท่านั้น แต่ย่อมรวมไปถึง ความผิดปกติทางจิตที่ไม่ได้แสดงออกมาให้เห็นจนคนทั่วไป ไปสามารถรับรู้ได้ด้วย

อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาความหมายของคำว่า insanity ตามแนวคิดของกฎหมาย ต่างประเทศ ประกอบกับความหมายของคำว่าวิกลจริตในทางกฎหมายแพ่งของไทย ผู้วิจัยเห็นว่า คำว่า “วิกลจริต” ในทางกฎหมายอาญานั้น น่าจะมีความหมายถึง “ความสามารถในทางกฎหมายที่บกพร่องไม่สมบูรณ์เนื่องจากความผิดปกติทางจิต” มากกว่าที่จะหมายถึงว่า “มีความผิดปกติทางจิต” อย่างใดอย่างหนึ่ง

ต่อมามีการแก้ไขปรับปรุงกฎหมายลักษณะอาญา ร.ศ. 127 ได้มีการหิบบกปัญหา ของการนิยามความหมายของคำว่าวิกลจริตขึ้นมาพิจารณา ซึ่งผู้วิจัยมีความเห็นว่า น่าจะเกิดจาก ปัจจัยต่างๆ ดังนี้

1. กฎหมายอาญาจำเป็นต้องมีการตีความถ้อยคำในกฎหมายโดยเคร่งครัด ทำให้เกิดการตีความความหมายของความผิดปกติทางจิตอย่างแคบ โดยมักหมายถึงเฉพาะความผิดปกติทางจิตที่มีอาการ โรคลจิต (psychosis) หรือที่มีอาการคล้ายกับ โรคลจิตที่สังเกตเห็นจากภายนอกได้ อย่างชัดเจนเท่านั้น หรือเป็นความผิดปกติทางจิตที่บุคคลทั่วไปเห็นว่าเป็น “บ้า” เมื่อมีกรณีที่เป็น ความผิดปกติที่ไม่ได้มีอาการ โรคลจิต (psychosis) เช่น ความบกพร่องด้านพัฒนาการและสติปัญญา หรือความผิดปกติทางระบบประสาทจากโรคหรือจากการบาดเจ็บ หรือเป็นผลมาจากยาหรือสารเคมี ที่มีผลต่อจิตประสาท จึงมีปัญหาในการพิจารณาว่ากรณีเหล่านี้ถือว่าเป็น “วิกลจริต” ตามกฎหมายได้หรือไม่

2. ความก้าวหน้าในทางการแพทย์ ทำให้มีความเข้าใจเรื่องโรคและความผิดปกติทางจิตมากขึ้น ส่งผลต่อความเข้าใจและการรับรู้ของผู้ใช้กฎหมายและประชาชนทั่วไปต่อความหมาย และขอบเขตของความผิดปกติทางจิตที่ค่อยๆ เปลี่ยนแปลงไป

ในการปรับปรุงแก้ไขกฎหมายดังกล่าว มีความพยายามในการนำผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์เข้ามามีส่วนร่วมในการปรับปรุงแก้ไขถ้อยคำที่ใช้ในทางกฎหมาย อย่างไรก็ตาม ผู้วิจัยเชื่อว่า เนื่องจากแนวคิดที่แตกต่างกันระหว่างทางการแพทย์และทางกฎหมาย โดยเฉพาะ วัตถุประสงค์ที่แตกต่างกัน โดยวัตถุประสงค์ทางการแพทย์อยู่ที่การบำบัดรักษา จึงมุ่งไปที่การนิยาม

อย่างกว้างเพื่อให้ครอบคลุมโรคและความผิดปกติทางจิตทุกอย่าง แต่ในทางกฎหมายมุ่งไปที่การนิยามอย่างแคบ เพื่อให้เกิดความถูกต้อง แม่นยำ และแน่นอนมากที่สุด รวมถึงปัญหาในการสื่อสารระหว่างผู้เชี่ยวชาญ ทำให้การกำหนดคำศัพท์ที่จะใช้และการนิยามที่มีความหมายสอดคล้องตรงกันทั้งทางกฎหมายและทางการแพทย์ไม่ประสบความสำเร็จ จนไม่สามารถกำหนดนิยามความหมายของคำว่า “วิกลจริต” ที่ชัดเจนแน่นอนตามกฎหมายไทยได้

จนกระทั่งในการแก้ไขปรับปรุงกฎหมายลักษณะอาญา ร.ศ. 127 ได้เปลี่ยนจากคำว่า “วิกลจริต” เป็นคำว่า “จิตบกพร่อง” “โรคจิต” และ “จิตฟั่นเฟือน” ซึ่งผู้วิจัยเห็นว่า น่าจะเกิดจากแนวคิดในการขยายขอบเขตของความหมายของความผิดปกติทางจิตทางกฎหมายจากเดิมให้กว้างและครอบคลุมมากขึ้น โดยได้รับอิทธิพลจากแนวคิดเกี่ยวกับความผิดปกติทางจิตในทางการแพทย์ที่พัฒนาไปอย่างมาก ทำให้ขอบเขตของความผิดปกติทางจิตกว้างขึ้นไปกว่าในอดีตอย่างมาก รวมถึงการแก้ไขปรับปรุงกฎหมายดังกล่าวอาจได้รับอิทธิพลจากแนวคิดทางกฎหมายในช่วงเวลานั้นที่พยายามจำแนกความผิดออกเป็นประเภทต่างๆ ในทางกฎหมาย ซึ่งพบในกฎหมายสุขภาพจิตของอังกฤษและกฎหมายอาญาของเยอรมันในยุคนั้น

ผู้วิจัยเห็นว่า คำว่า “โรคจิต” โดยความหมายทั่วไปน่าจะหมายถึงความผิดปกติทางจิตตามที่บุคคลทั่วไปเข้าใจว่าเป็น “บ้า” ซึ่งหากเทียบกับในทางการแพทย์แล้ว น่าจะหมายถึงบุคคลที่มีอาการของโรคจิต (psychosis) ในทางจิตเวชศาสตร์ กล่าวคือ มีความผิดปกติทางความคิด การตอบสนองทางอารมณ์ ความสามารถในการตระหนักรู้ความเป็นจริง และความสามารถในการสื่อสารและสร้างสัมพันธ์กับผู้อื่น จนรบกวนความสามารถในการจัดการกับความเป็นจริง เช่น อาการประสาทหลอน (hallucination) หลงผิด (delusions) และแปลผิด (illusions)

อย่างไรก็ตามในทางการแพทย์แล้ว “โรคจิต” หรือ “psychosis” เป็นอาการซึ่งอาจพบในโรคต่างๆ ทั้งที่เป็นโรคทางกายและโรคทางจิตเวช เช่น ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทหรือโรคซึมเศร้าอย่างรุนแรงอาจมีอาการหลงผิดเกิดขึ้นได้ ส่วนผู้ที่เจ็บป่วยทางกายรุนแรงอาจมีภาวะเพ้อคลั่ง (delirium) และมีอาการประสาทหลอนได้ ดังนั้น ในทางกฎหมายจึงควรถือว่า “โรคจิต” หรือ “psychosis” มีความหมายถึง “อาการ” ซึ่งอาจพบในโรคใดก็ได้ แต่ไม่ใช่ถือว่า “โรค” ชนิดหนึ่ง

คำว่า “จิตบกพร่อง” ซึ่งน่าจะมาจากคำว่า “mental defective” และ “mental deficiency” น่าจะหมายถึงความผิดปกติทางจิตที่เกิดจากความผิดปกติทางสมองและระบบประสาท ทั้งที่เป็นแต่กำเนิด เช่น ความบกพร่องด้านสติปัญญา หรือที่บุคคลทั่วไปเข้าใจว่า “ปัญญาอ่อน” และความบกพร่องด้านพัฒนาการ เช่น โรคออทิสซึม (autistic disorder) อย่างไรก็ตาม โดยแนวคิดทางการแพทย์ในปัจจุบัน ผู้วิจัยเห็นว่า คำว่า “จิตบกพร่อง” น่าจะหมายรวมถึงความผิดปกติทางจิตที่

เกิดจากความผิดปกติทางสมองและระบบประสาทจากพยาธิสภาพที่เกิดภายหลัง เช่น ภาวะสมองเสื่อม (dementia) หรือจากการบาดเจ็บ ซึ่งเป็นอยู่อย่างเรื้อรังหรือถาวรด้วย

ส่วนคำว่า “จิตฟั่นเฟือน” ซึ่งน่าจะมาจากคำว่า “mental disorder” ผู้วิจัยเห็นว่าน่าจะมีเจตนาให้หมายถึงความผิดปกติทางจิตอื่นๆ นอกเหนือจากสองประเภทที่กล่าวมาข้างต้น โดยเป็นความหมายอย่างกว้างๆ ครอบคลุมถึงความผิดปกติทางจิตในทุกรูปแบบ ซึ่งปัจจุบันในทางการแพทย์ก็ใช้คำว่า “mental disorder” โดยหมายถึง โรคและความผิดปกติทางจิตทั้งหมด เช่น คู่มือการวินิจฉัยและสถิติสำหรับความผิดปกติทางจิต (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders : DSM)

โดยสรุปแล้ว หากถือตามความหมายดังกล่าวแล้ว คำว่า “โรคจิต” “จิตบกพร่อง” และ “จิตฟั่นเฟือน” ก็น่าจะครอบคลุมความผิดปกติทางจิตทั้งหมดที่เป็นไปได้ในทางกฎหมาย โดยแบ่งออกได้เป็น

“โรคจิต” หมายถึง บุคคลที่มีอาการของโรคจิต (psychosis) ไม่ว่าจะเกิดจากโรคหรือสาเหตุใดก็ตาม

“จิตบกพร่อง” หมายถึง บุคคลที่มีความผิดปกติทางจิตที่เกิดจากพยาธิสภาพทางสมองและระบบประสาท

“จิตฟั่นเฟือน” หมายถึง บุคคลที่มีความผิดปกติทางจิตอื่นๆ นอกเหนือจาก “โรคจิต” “จิตบกพร่อง”

เป็นที่น่าสังเกตว่า การปรับปรุงแก้ไขคำว่า “วิกลจริต” เกิดขึ้นแต่เฉพาะในประมวลกฎหมายอาญานั้น โดยไม่ปรากฏว่าในภายหลังกฎหมายอื่นๆ ได้มีการแก้ไขในลักษณะเดียวกันอีก โดยเฉพาะประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญาซึ่งมีความเกี่ยวข้องข้องกับประมวลกฎหมายอาญาเป็นอย่างมาก ก็มิได้มีการแก้ไขในประเด็นนี้ด้วย

ผู้วิจัยมีความเห็นว่า การที่กฎหมายฉบับอื่น ไม่ได้มีการแก้ไขตาม อาจเนื่องมาจากความแตกต่างของประมวลกฎหมายอาญากับกฎหมายอื่นๆ ที่มีการใช้คำว่า “วิกลจริต” เช่นเดียวกัน ดังนี้

#### 1. ความแตกต่างของประเด็นที่กฎหมายให้ความสนใจ

ตามประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา ประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ และประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความแพ่ง และในกฎหมายอื่นๆ ที่กำหนดเรื่องคุณสมบัติของบุคคล ส่วนใหญ่เป็นการพิจารณาในประเด็นเรื่อง “ความสามารถในทางกฎหมาย” ของบุคคลที่อยู่ในระหว่างการพิจารณาว่าบกพร่องไปเนื่องจากความผิดปกติทางจิตหรือไม่ กล่าวคือ กฎหมายอื่นๆ สนใจว่าผู้นั้นมีความสามารถในทางกฎหมายที่บกพร่องไม่สมบูรณ์เนื่องจากมีความผิดปกติทางจิต

หรือไม่ มากกว่าประเด็นว่าผู้ใช้นั้นมีความผิดปกติทางจิตอย่างไร ส่วนประมวลกฎหมายอาญาสนใจประเด็นว่า ผู้กระทำความผิดมีความผิดปกติทางจิตที่เป็นเหตุให้ได้รับการยกเว้นโทษในทางอาญาอยู่จริงหรือไม่ มากกว่าสนใจว่าผู้กระทำความผิดมีความสามารถในทางกฎหมายอย่างไร ดังนั้น ตามประมวลกฎหมายจึงต้องการการระบุจำแนกที่ชัดเจนว่า ความผิดปกติทางจิตตามที่กฎหมายกำหนดนั้นคืออะไรกันแน่

## 2. ความแตกต่างของช่วงเวลาพิจารณา

ตามประมวลกฎหมายอาญา ต้องพิจารณาว่าความผิดปกติทางจิตที่มีอยู่ก่อนหน้า การพิจารณาคดีนั้นคืออะไรและมีผลต่อพฤติการณ์ในคดีที่เกิดขึ้นแล้วหรือไม่อย่างไร ซึ่งเป็นสิ่งที่ผู้เกี่ยวข้องไม่ได้เห็นหรือรับรู้ได้โดยตรง จึงอาจต้องกำหนดขอบเขตของการนำเสนอพยานหลักฐานให้ชัดเจนว่าเป็นความผิดปกติทางจิตใดบ้างที่สมควรนำมาพิจารณา ต่างกับกฎหมายอื่นๆ ที่เป็นการพิจารณาความผิดปกติทางจิตของบุคคลที่มีอยู่ขณะนั้น ซึ่งเป็นสิ่งที่ผู้เกี่ยวข้องต่างเห็นหรือรับรู้ได้โดยตรง ซึ่งเป็นการจำกัดขอบเขตของการนำเสนอพยานหลักฐานในทางปฏิบัติอยู่แล้ว ดังนั้น โดยลักษณะของประมวลกฎหมายจึงต้องการการระบุจำแนกความผิดปกติทางจิตที่ชัดเจนแน่นอนอนมากกว่า เพื่อให้ตัดสินได้ว่าสิ่งที่เกิดขึ้นมีน้ำหนักเพียงพอที่จะเชื่อได้เป็นความผิดปกติทางจิตตามกฎหมายหรือไม่

โดยสรุป การปรับปรุงแก้ไขคำว่าจากคำว่า “วิกลจริต” เป็น “จิตบกพร่อง” “โรคจิต” และ “จิตฟั่นเฟือน” น่าจะเกิดจากความต้องการที่แก้ไขปัญหาความไม่ชัดเจนเรื่องความหมายของความผิดปกติทางจิตในทางกฎหมาย และเพื่อให้ครอบคลุมความผิดปกติทางจิตทั้งหมดทางการแพทย์ โดยใช้การระบุจำแนกออกเป็นความผิดปกติทางจิตประเภทต่างๆ นอกจากนี้ ผู้วิจัยมีความเห็นว่า ประเด็นของความผิดปกติทางจิตตามประมวลกฎหมายอาญามีความแตกต่างกับกฎหมายฉบับอื่น ทำให้เกิดการแก้ไขถ้อยคำจนเกิดความแตกต่างกับกฎหมายฉบับอื่นๆ ประกอบกับเมื่อมีการแก้ไขไปแล้ว ไม่ได้ส่งผลกระทบต่อการศึกษาตามกฎหมายอื่นๆ แต่อย่างใด จึงไม่มีการแก้ไขถ้อยคำที่ใช้ในกฎหมายอื่นๆ ตามไปด้วย

อย่างไรก็ตาม ผู้วิจัยเห็นว่า แม้การแก้ไขถ้อยคำดังกล่าวจะมีเจตนาที่ต้องการให้เกิดความชัดเจนแน่นอนในทางกฎหมาย แต่การแก้ไขเช่นนี้กลับทำให้เกิดปัญหาความสับสนในการตีความทางกฎหมายมากยิ่งขึ้น เนื่องจากเป็นคำที่ใช้เป็นศัพท์เฉพาะทางกฎหมาย ไม่ได้เป็นเป็นที่ศัพท์ที่เข้าใจโดยทั่วไป และไม่ใช้ศัพท์ที่ใช้ในทางการแพทย์ รวมถึงไม่มีการกำหนดขอบนิยามไว้จากการศึกษาพบว่า ในทางปฏิบัติ ศาลจึงมักวินิจฉัยความผิดปกติทางจิตของจำเลยไปตามพยานหลักฐานทางการแพทย์ ประกอบกับใช้ดุลพินิจในการวินิจฉัยว่าเป็นความผิดปกติทางจิตแบบใด โดยบางครั้งศาลก็ไม่ได้ระบุชี้ชัดลงไปว่าเป็น “จิตบกพร่อง” “โรคจิต” หรือ “จิตฟั่นเฟือน”

และบางครั้งก็ระบรวมนั้นไป เช่น จิตบกพร่องหรือจิตฟั่นเฟือน ซึ่งการระบุนั้นยิ่งสร้างความสับสนในเรื่องของความหมายและการตีความมากยิ่งขึ้น

อย่างไรก็ตาม กฎหมายของไทยที่เกี่ยวข้องกับความผิดปกติทางจิตโดยตรงที่ออกมาภายหลัง ได้แก่ พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 ก็ได้ใช้คำว่า “ความผิดปกติทางจิต” เพียงอย่างเดียว และกำหนดบทนิยามไว้ภายในกฎหมายอย่างชัดเจน ซึ่งผู้วิจัยเห็นว่าพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 อาจจะช่วยลดความสับสนในการใช้และตีความทางกฎหมายอาญาที่เกี่ยวข้องกับความผิดปกติทางจิตได้ส่วนหนึ่ง

#### 3.4 วิเคราะห์การใช้คำศัพท์และนิยามความผิดปกติทางจิตในพระราชบัญญัติสุขภาพจิต

##### พ.ศ. 2551

พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 มีวัตถุประสงค์ประสงค์ในการคุ้มครองทั้งผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตและคุ้มครองสังคม โดยกำหนดนิยามของ “ความผิดปกติทางจิต” หมายความว่า อาการผิดปกติของจิตใจที่แสดงออกมาทางพฤติกรรม อารมณ์ ความคิด ความจำ สติปัญญา ประสาทการรับรู้ หรือการรู้เวลา สถานที่ หรือบุคคล รวมทั้งอาการผิดปกติของจิตใจที่เกิดจากสุรา หรือสารอื่นที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท โดยบุคคลที่มีความผิดปกติทางจิตในกรณีมี “ภาวะอันตราย” หรือ “ความจำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษา” ต้องรับการบำบัดรักษา โดย “ภาวะอันตราย” หมายความว่า พฤติกรรมที่บุคคลที่มีความผิดปกติทางจิตแสดงออกโดยประการที่น่าจะก่อให้เกิดอันตรายร้ายแรงต่อชีวิต ร่างกาย หรือทรัพย์สินของตนเองหรือผู้อื่น หรือมี “ความจำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษา” ซึ่งหมายความว่า สภาพของผู้ป่วยซึ่งขาดความสามารถในการตัดสินใจให้ความยินยอมรับการบำบัดรักษาและต้องได้รับการบำบัดรักษาโดยเร็วเพื่อป้องกันหรือบรรเทาให้ ความผิดปกติทางจิตที่มีความรุนแรงหรือเพื่อป้องกันอันตรายที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยหรือบุคคลอื่น

จากนิยามดังกล่าว จะเห็นได้ว่านิยามของ “ความผิดปกติทางจิต” ตามกฎหมายฉบับนี้ เน้นที่อาการหรือกลุ่มอาการผิดปกติของจิตใจที่แสดงออกมาในรูปแบบใดรูปแบบหนึ่ง และยังคงครอบคลุมไปถึงความผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นเพียงชั่วคราวที่เกิดจากสุราหรือสารอื่นที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทด้วย ดังนั้นจะเห็นได้ว่า นิยามของ “ความผิดปกติทางจิต” ตามพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 นั้นเป็นนิยามที่กว้างครอบคลุมไปถึงความผิดปกติทางจิตในทุกรูปแบบ โดยไม่จำกัดว่า จะต้องเป็นความผิดปกติทางจิตที่เป็นที่ยอมรับกันในทางการแพทย์ในปัจจุบันเท่านั้น

มีข้อสังเกตว่านิยาม “ความผิดปกติทางจิต” ตามพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 ได้รวมไปถึงความผิดปกติทางจิตที่เกิดจากยาและสารเสพติดไว้ด้วย ซึ่งน่าจะเกิดจากเจตนาที่มุ่งจะคุ้มครองผู้ที่มีความผิดปกติทั้งหมดไม่ว่าจะเกิดจากสาเหตุใดเพื่อให้ได้รับการบำบัดรักษา ซึ่งหากเปรียบเทียบกับในประมวลกฎหมายอาญาแล้ว จะเห็นว่าแนวคิดทางกฎหมายในเรื่องนี้มี

ความแตกต่างกันอย่างชัดเจน เนื่องจากประมวลกฎหมายอาญามีการกำหนดความรับผิดชอบที่เกิดจากความผิดปกติทางจิตที่เกิดจากสุรา ยาเสพติด หรือสารอื่นที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทไว้ต่างหาก ในมาตรา 66 ที่บัญญัติว่า ความมีเมามาเพราะเสพย์สุราหรือสิ่งเมาอย่างอื่นจะยกขึ้นเป็นข้อแก้ตัวตามมาตรา 65 ไม่ได้ เว้นแต่ความมีเมานั้นจะเกิดโดยผู้เสพย์ไม่รู้ว่สิ่งนั้นจะทำให้มีเมมา หรือได้เสพย์โดยถูกใจให้เสพย์ และได้กระทำความผิดในขณะที่ไม่สามารถรู้ผิดชอบ หรือไม่สามารถบังคับตนเองได้ ผู้กระทำความผิดจึงจะได้รับการยกเว้นโทษสำหรับความผิดนั้น แต่ถ้าผู้นั้นยังสามารถรู้ผิดชอบอยู่บ้าง หรือยังสามารถบังคับตนเองได้บ้าง ศาลจะลงโทษน้อยกว่าที่กฎหมายกำหนดไว้สำหรับความผิดนั้นเพียงใดก็ได้

อย่างไรก็ตาม กรณีความผิดปกติทางจิตที่เกิดจากสุรา ยาเสพติด หรือสารอื่นที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทนั้น มีความแตกต่างจากความผิดปกติทางจิตอื่นๆ อยู่บ้าง กล่าวคือ ความผิดปกตินี้มีทั้งที่เป็นอยู่ระยะสั้นหรือชั่วคราว เช่น ภาวะมีเมมา (intoxication) และเป็นอย่างต่อเนื่องในระยะยาวหรือถาวร เช่น โรคจิตจากสุรา (alcohol induced psychosis) หรือภาวะสมองเสื่อมที่มีสาเหตุจากการใช้สุรา ซึ่งทั้งสองกรณีมีความแตกต่างกันที่โอกาสที่จะหายและการกลับคืนเป็นปกติได้ ผู้วิจัยเห็นว่า กรณีความผิดปกติทางจิตที่เกิดขึ้นจากสารเสพติดที่เป็นอยู่เพียงระยะสั้นหรือชั่วคราวอาจสามารถพิจารณาความรับผิดชอบทางอาญาไปตามประมวลกฎหมายอาญามาตรา 66 ได้ แต่ถ้าเป็นกรณีที่เป็นความผิดปกติทางจิตที่เกิดจากสารเสพติดเป็นอยู่อย่างต่อเนื่องในระยะยาวหรือเป็นอยู่อย่างถาวรไม่หายขาดแล้ว ควรพิจารณาความรับผิดชอบทางอาญาไปตามประมวลกฎหมายอาญามาตรา 65 แต่เพียงอย่างเดียวเช่นเดียวกับความผิดปกติทางจิตทั่วไป เพราะแม้การกระทำผิดนั้นจะเกิดจากที่จำเลยใช้สุราหรือสารเสพติดในขณะนั้นก็ตาม แต่เนื่องจากผู้ป่วยในกลุ่มนี้มีความบกพร่องในการรู้ผิดชอบและควบคุมตนเองอยู่แล้วจากโรค จึงอาจถือไม่ได้ว่าเป็นการใช้หรือเสพด้วยความตั้งใจของตนเองอย่างสมบูรณ์เลยเช่นคนปกติทั่วไป ต่างกับกลุ่มที่เป็นอยู่ระยะสั้นหรือชั่วคราว เช่น เกิดภาวะมีเมมา (intoxication) ซึ่งมักเกิดจากการความตั้งใจของตนเองอย่างแท้จริง

นอกจากนิยามของ “ความผิดปกติทางจิต” แล้ว พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 ยังกำหนดนิยามของ “ภาวะอันตราย” หมายถึง “พฤติกรรมน่าจะก่อให้เกิดอันตราย” โดยไม่กำหนดว่าจะต้องเกิดจากความผิดปกติทางจิตโดยตรงหรือไม่ก็ตาม ดังนั้น ไม่ว่าผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตจะมีอาการอย่างไร หากเป็นผู้ที่มี “ความผิดปกติทางจิต” และมี “พฤติกรรมน่าจะก่อให้เกิดอันตราย” จะอยู่ในข่ายต้องได้รับการบำบัดรักษาตามพระราชบัญญัติฉบับนี้ นอกจากนี้ ยังกำหนดนิยาม “ความจำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษา” ซึ่งเป็นการพิจารณาถึง “ความสามารถในการตัดสินใจ” ประกอบกับความจำเป็นที่ “ต้องได้รับการบำบัดรักษาโดยเร็ว” ทำให้ผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตไม่ว่าในรูปแบบใด ไม่ว่าจะมีความผิดปกติที่เป็นอันตรายหรือไม่ หรือยินยอมรับการบำบัดรักษา



หรือไม่ หากจำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษาโดยเร็ว ย่อมจะต้องอยู่ในข่ายได้รับการบำบัดรักษาตามพระราชบัญญัติฉบับนี้เช่นกัน

จะเห็นได้ว่า รูปแบบการนิยามของพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 ใช้รูปแบบการกำหนดนิยามความผิดปกติทางจิตที่กว้างและครอบคลุมความผิดปกติทางจิตในทุกรูปแบบที่เป็นที่ยอมรับในปัจจุบัน รวมทั้งที่อาจจะเกิดขึ้นในอนาคต และใช้วิธีกำหนดเงื่อนไขหรือนิยามอื่นประกอบเพื่อให้เกิดความหมายเฉพาะเกี่ยวกับเรื่องใดเรื่องหนึ่ง เช่น การกำหนดนิยาม “ความผิดปกติทางจิต” ไว้กว้างๆ และกำหนดนิยามของ “ภาวะอันตราย” และนิยาม “ความจำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษา” เพื่อให้จำกัดขอบเขตให้หมายถึงเฉพาะเรื่องใดเรื่องหนึ่ง ผู้วิจัยเห็นว่ารูปแบบการนิยามเช่นนี้เป็นรูปแบบสามารถนำมาใช้ในการกำหนดนิยามให้มีความชัดเจนแน่นอนมากขึ้นได้

โดยสรุปแล้ว ผู้วิจัยเห็นว่า ในกฎหมายอาญาของไทยควรใช้คำหรือกลุ่มคำที่มีความหมายถึงความผิดปกติทางจิตทั้งหมดในทางกฎหมายเพียงแบบเดียว โดยไม่ต้องจำแนกเป็นประเภทต่างๆ ตามกฎหมายอื่น ในขั้นนี้ผู้วิจัยเสนอว่าควรใช้คำว่า “ความผิดปกติทางจิต” แทนคำว่า “จิตบกพร่อง” “โรคจิต” และ “จิตฟั่นเฟือน” ในประมวลกฎหมายอาญา สำหรับนิยามของคำว่า “ความผิดปกติทางจิต” นั้น ผู้วิจัยเสนอว่า ปัจจุบันอาจใช้นิยามเช่นเดียวกับพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 ว่า “อาการผิดปกติของจิตใจที่แสดงออกมาทางพฤติกรรม อารมณ์ ความคิด ความจำ สติปัญญา ประสาทการรับรู้ หรือการรู้เวลา สถานที่ หรือบุคคล”

อย่างไรก็ตาม ด้วยแนวคิดในทางกฎหมายอาญาของไทยปัจจุบันที่แยกความผิดทางอาญาที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติดออกมาเป็นเรื่องเฉพาะ นิยามความผิดปกติทางจิตในทางกฎหมายอาญาจึงยังไม่ควรหมายรวมไปถึงอาการผิดปกติของจิตใจที่เกิดจากสุราหรือสารอื่นที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาททั้งที่เป็นอยู่ชั่วคราวและถาวรด้วย

สำหรับคำว่า “วิกลจริต” นั้น ผู้วิจัยเห็นว่า น่าจะมีความหมายถึงความสามารถในทางกฎหมายที่บกพร่องไม่สมบูรณ์เนื่องจากความผิดปกติทางจิต ดังนั้น จึงไม่สามารถใช้คำว่า “ความผิดปกติทางจิต” เพียงคำเดียวแทนได้ อย่างไรก็ตาม เนื่องจากปัจจุบันคำว่า “วิกลจริต” มีความหมายในเชิงลบ และอาจทำให้เกิดตราบาปแก่ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยในทางกฎหมายว่า “วิกลจริต” ได้ ดังนั้น ผู้วิจัยเสนอว่า ควรมีการแก้ไขโดยใช้คำว่า “ขาดความสามารถเนื่องจากมีความผิดปกติทางจิต” แทนคำว่า “วิกลจริต” เพื่อให้ตรงกับความหมายที่แท้จริงในทางกฎหมาย และลดความหมายในเชิงลบรวมถึงตราบาปที่จะเกิดขึ้นจากการใช้คำเดิม

#### 4. การตีความความผิดปกติทางจิตในกฎหมายอาญาของไทย

การหาแนวทางหรือหลักเกณฑ์แน่นอนในการตีความเกี่ยวกับความผิดปกติทางจิตในทางกฎหมายอาญาเป็นเรื่องที่ยุ่ยากซับซ้อน ยากที่จะหาหลักเกณฑ์ที่แน่นอนตายตัวและเป็นที่ยอมรับตรงกันได้ทุกฝ่ายได้ การตีความตามถ้อยคำที่ใช้ในทางกฎหมายเพียงอย่างเดียว ย่อมไม่สามารถค้นหาแนวทางหรือหลักเกณฑ์ที่ชัดเจนจากแนวคิดในทางกฎหมายจนสามารถนำไปใช้ในทางปฏิบัติได้ ดังนั้น ในการศึกษานี้จะนำเสนอแนวทางในการใช้และตีความที่เกี่ยวข้องกับความผิดปกติทางจิตตามเจตนารมณ์ของกฎหมายที่สะท้อนผ่านตัวบทบัญญัติและการใช้กฎหมายในทางปฏิบัติที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน โดยมุ่งไปที่การตีความตามเจตนารมณ์ของกฎหมายอาญา โดยอาศัยแนวคิดและข้อเท็จจริงในเชิงสังคมและการแพทย์มาประกอบด้วย

##### 4.1 แนวทางการตีความความผิดปกติทางจิตในกฎหมายอาญาของไทย

ผู้วิจัยเห็นว่า รูปแบบการตีความความผิดปกติทางจิตโดยทั่วไปแล้วเป็นการตีความตามเจตนารมณ์ของกฎหมาย โดยมุ่งไปที่การค้นหาความหมายของความผิดปกติทางจิตที่กฎหมายมุ่งหมายถึง โดยไม่ยึดติดกับการพยายามค้นหาความหมายตามตัวอักษรที่บัญญัติไว้เท่านั้น

แต่เนื่องจากความผิดปกติทางจิตเป็นเรื่องที่กฎหมายอาญาไม่ได้นิยามความหมายไว้อย่างชัดเจน ในการพิจารณาว่าความรับผิดชอบทางอาญาของผู้กระทำผิดที่มีความผิดปกติทางจิตจึงจำเป็นต้องตีความ ซึ่งหากเป็นการใช้หลักการตีความโดยทั่วไปแล้วคงต้องมีการตีความเสียก่อนว่า คำว่าความผิดปกติทางจิตในทางกฎหมายนั้นหมายถึงสิ่งใดกันแน่ ก่อนที่จะพิจารณาว่าต่อไปว่าข้อเท็จจริงตามกรณีที่เกิดขึ้นถือว่าเป็นความผิดปกติทางจิตในทางกฎหมายได้หรือไม่

อย่างไรก็ตาม เนื่องจากความผิดปกติทางจิตเป็นสิ่งที่ไม่แน่นอนและเปลี่ยนแปลงไปตามปัจจัยต่างๆ ได้ดังที่ได้นำเสนอไปแล้ว ทำให้การตีความว่าความผิดปกติทางจิตในทางกฎหมายนั้นหมายถึงอะไรกันแน่ จึงเป็นสิ่งที่ยากจนแทบจะเป็นไปไม่ได้ในความเป็นจริง ผู้วิจัยเห็นว่า การตีความเกี่ยวกับเรื่องนี้ที่เกิดขึ้นในทางกฎหมายปัจจุบัน จึงน่าจะเป็นการตีความว่ากรณีที่เกิดขึ้นถือว่าเป็นความผิดปกติทางจิตในทางกฎหมายได้หรือไม่ โดยละประเด็นการตีความว่าความผิดปกติทางจิตในทางกฎหมายนั้นคืออะไร และปล่อยให้เป็นไปตามความรู้ความเข้าใจในเรื่องความผิดปกติทางจิตในขณะที่พิจารณาเรื่องนั้นๆ

เมื่อพิจารณาจากตัวบทกฎหมายและการใช้กฎหมายในทางปฏิบัติ พบว่าประเด็นที่ต้องพิจารณาและตีความในทางกฎหมายอาญาที่เกี่ยวข้องกับความผิดปกติทางจิตที่สำคัญมีอยู่สองประเด็นหลักๆ คือ การพิจารณาว่าผู้กระทำผิดทางอาญามีความผิดปกติทางจิตหรือไม่ และความผิดปกติทางจิตนั้นมีผลในทางกฎหมายอย่างไร ซึ่งมีหลักการทั่วไปพอสรุปได้ดังนี้

#### 4.1.1 หลักการทั่วไปในการพิจารณาว่าผู้กระทำผิดทางอาญามีความผิดปกติทางจิตหรือไม่

เมื่อมีการกระทำผิดทางอาญาเกิดขึ้น กฎหมายจะต้องพิจารณาว่าผู้กระทำผิดนั้นมีความผิดปกติทางจิตหรือไม่ โดยขั้นตอนในการพิจารณาสามารถจำแนกตามลำดับได้เป็น 2 ขั้นตอน คือ

1. การพิจารณาเหตุควรเชื่อว่าจะมีความผิดปกติทางจิต
2. การพิสูจน์ว่ามีความผิดปกติทางจิต
  - 1) การพิจารณาเหตุควรเชื่อว่าจะมีความผิดปกติทางจิต

เมื่อมีการกระทำผิดทางอาญาเกิดขึ้น ทางกฎหมายต้องพิจารณาว่ามีเหตุควรสงสัยว่าผู้กระทำผิดนั้นมีความผิดปกติทางจิตหรือไม่ ซึ่งเป็นไปตามประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญามาตรา 14 วรรคแรก ที่ระบุว่า ในระหว่างทำการสอบสวน ใต้สวนมูลฟ้องหรือพิจารณา ถ้ามีเหตุควรเชื่อว่าจะต้องหาหรือจำเลยเป็นผู้วิกลจริตและไม่สามารถต่อสู้คดีได้ ให้พนักงานสอบสวนหรือศาลแล้วแต่กรณี สั่งให้พนักงานแพทย์ตรวจผู้้นเสร็จแล้วให้เรียกพนักงานแพทย์ผู้้นมาให้ถ้อยคำหรือให้การว่าตรวจได้ผลประการใด ซึ่งเป็นไปตามหลักการทางกฎหมายในการคุ้มครองผู้ต้องหาหรือจำเลยที่มีความผิดปกติทางจิต

แต่คำว่า “เหตุควรเชื่อ” ตามมาตรานี้ ไม่มีบทบัญญัติหรือหลักเกณฑ์ใดๆ ทางกฎหมายของไทยกำหนดไว้อย่างชัดเจนว่าหมายถึงอะไรกันแน่ ดังนั้น ในทางปฏิบัติจำเป็นจึงต้องมีการตีความเหตุควรเชื่อดังกล่าวว่าเป็นเหตุควรเชื่อตามที่กฎหมายอาญามุ่งหมายถึงหรือไม่โดยพิจารณาจากข้อเท็จจริงและพยานหลักฐานที่พบในเบื้องต้น ซึ่งอาศัยความรู้ความเข้าใจและดุลพินิจของพนักงานสอบสวนหรือศาล อันถือได้ว่าเป็นบุคคลทั่วไปที่ไม่ได้มีความรู้ความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับความผิดปกติทางจิตโดยเฉพาะ ดังนั้น ผู้วิจัยเชื่อว่า การตีความ “เหตุควรเชื่อ” ดังกล่าวจึงน่าจะเป็นการตีความโดยอาศัยความรู้ความเข้าใจในระดับเดียวกับบุคคลทั่วไปในสังคมนั้นและในช่วงเวลานั้นมาเป็นหลักเกณฑ์ในการพิจารณาตามข้อเท็จจริงที่พบในเบื้องต้น ซึ่งหากให้บุคคลทั่วไปพิจารณาแล้วสมควรที่จะเกิดความสงสัย หรือสามารถเชื่อได้ว่าผู้้นน่าจะมีความผิดปกติทางจิต ก็เพียงพอที่จะถือเป็น “เหตุควรเชื่อ” ว่าผู้้นอาจจะมีความผิดปกติทางจิตตามกฎหมายได้แล้วไม่ว่าจะโดยข้อเท็จจริงหรือพยานหลักฐานเกี่ยวกับความผิดปกติทางจิตนั้นจะเป็นอะไรหรือท้ายที่สุดแล้วจะเป็นความผิดปกติทางจิตจริงตามที่สงสัยแต่แรกหรือไม่ก็ตาม

อย่างไรก็ตาม ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความผิดปกติทางจิตของบุคคลทั่วไปในสังคมที่นำมาใช้ในการพิจารณาว่าน่าจะมีการมีความผิดปกติทางจิตหรือไม่นี้ ไม่จำเป็นที่จะต้องเป็นไปตามความรู้หรือข้อเท็จจริงที่เป็นที่ยอมรับในทางการแพทย์แต่เพียงอย่างเดียวเท่านั้น

แต่สามารถที่จะเป็นไปตามความเชื่อของคนส่วนใหญ่ในสังคมนั้นๆ ในช่วงเวลานั้นๆ ก็ได้ หากสังคมเกิดความสงสัยหรือมีความเชื่อว่าจะจะเป็นความผิดปกติทางจิตได้ ก็ย่อมมีน้ำหนักเพียงพอที่จะถือเป็น “เหตุควรเชื่อ” ว่าจะเป็นการผิดปกติทางจิตที่กฎหมายควรรับฟังแล้ว แม้จะยังไม่มีข้อมูลหรือความเห็นทางการแพทย์ที่ชัดเจนเพียงพอในเรื่องนั้นก็ตาม เพราะในที่สุดก็ย่อมต้องนำเรื่องนั้นเข้าสู่กระบวนการพิสูจน์ในทางกฎหมายโดยอาศัยพยานหลักฐานทางการแพทย์มาประกอบการพิจารณาเพื่อให้ได้ข้อสรุปที่กฎหมายยอมรับได้ จนอาจกล่าวได้ว่า การพิจารณา “เหตุควรเชื่อ” ว่ามีความผิดปกติทางจิตดังกล่าว อยู่บนหลักการพิจารณาว่าเป็น “ความผิดปกติทางจิตในทางสังคม” หรือไม่ โดยอาศัยความเชื่อของคนส่วนใหญ่ในสังคมนั้นๆ ในช่วงเวลานั้นมาตัดสิน

แม้ว่าการนำหลักความเชื่อทางสังคมมาพิจารณาความผิดปกติทางจิต อาจจะดูเหมือนขาดความชัดเจนแน่นอนเมื่อเทียบกับเหตุผลหรือพยานหลักฐานอื่นๆ แต่ความเชื่อทางสังคมต่อความผิดปกติทางจิตก็มีความสำคัญในทางกฎหมายไม่อาจที่จะละเลยไม่สนใจได้ เนื่องจากไม่ว่าจะมีเหตุผลหรือมีพยานหลักฐานสนับสนุนอย่างหนักแน่นเพียงใด แต่หากความเชื่อหรือความเห็นของคนทั่วไปในสังคมมองแตกต่างออกไปก็อาจจะทำให้เกิดปัญหาตามมาได้ เช่น หากคนทั่วไปในสังคมนั้นมีความเชื่อว่ามีจำนวนไม่ได้มีความผิดปกติทางจิต หากทางกฎหมายวินิจฉัยและปฏิบัติต่อจำนวนอย่างผู้ที่มีความผิดปกติทางจิต สังคมนั้นก็อาจเกิดความระแวงสงสัยไม่เชื่อถือในกระบวนการยุติธรรม และอาจมองไปว่าเป็นการใช้กระบวนการยุติธรรมเป็นเครื่องมือการใส่ร้ายป้ายสีหรือจัดการกับผู้ที่มีความเห็นแตกต่างกับคนอื่นๆ ในสังคมได้ หรือ แม้พยานหลักฐานและความเห็นทางการแพทย์จะชี้ชัดว่าจำนวนมีความผิดปกติทางจิตจริง และกระทำไปด้วยความผิดปกติทางจิต จนจำนวนได้รับการยกเว้นโทษตามกฎหมาย หากคนทั่วไปในสังคมนั้นไม่เชื่อว่าจำนวนผิดปกติทางจิตจริงหรือไม่ได้กระทำไปด้วยความผิดปกติทางจิต สังคมนั้นย่อมเกิดความคลางแคลงใจต่อกระบวนการยุติธรรม และอาจปฏิบัติต่อผู้กระทำผิดในลักษณะของ “จำนวนทางสังคม” ต่อไป แม้จะสิ้นสุดกระบวนการทางกฎหมายหรือทางการแพทย์แล้วก็ตาม นอกจากนี้ ผู้ที่เกี่ยวข้องในทางกฎหมาย ไม่ว่าจะเป็นตำรวจ ทนายความ ศาล หรือแม้แต่ผู้เกี่ยวข้องในทางการแพทย์เอง ในฐานะสมาชิกของสังคมนั้นๆ ก็อาจได้รับอิทธิพลจากความเชื่อหรือความเห็นของสังคมในขณะนั้นด้วย ไม่ว่าผู้นั้นจะรู้ตัวหรือไม่รู้ตัวก็ตาม ซึ่งหากผู้ที่เกี่ยวข้องในทางกฎหมายไม่ได้ตระหนักถึงอิทธิพลจากความเชื่อนั้น ก็อาจต่อการพิจารณาข้อเท็จจริงหรือพยานหลักฐานที่เกี่ยวกับความผิดปกติทางจิตได้เช่นกัน

จะเห็นได้ว่า หากถือว่าในทางกฎหมายใช้หลักเกณฑ์การตีความ “เหตุควรเชื่อ” โดยใช้ความรู้ความเข้าใจในระดับเดิวนบุคคลทั่วไป ซึ่งรวมไปถึงความเชื่อในทาง

สังคมด้วย มาใช้เป็นหลักในการพิจารณาว่าผู้กระทำผิดอาจมีความผิดปกติทางจิตในทางกฎหมาย เช่นนี้ จะทำให้ความผิดปกติทางจิตมีขอบเขตที่กว้างขวางมาก จนกล่าวได้ว่า “ไม่ว่าจะเป็นความผิดปกติทางจิตในรูปแบบใด ก็สามารถนำมาเป็น เหตุควรเชื่อ” ในทางกฎหมายได้ทั้งสิ้น แต่ผู้วิจัย เห็นว่า การใช้แนวคิดในการตีความเช่นนี้จะเป็นผลดี เพราะจะทำให้มุมมองและแนวคิดต่อความผิดปกติทางจิตในทางกฎหมายกว้างขวางครอบคลุม และมีความยืดหยุ่นมากยิ่งขึ้น ซึ่งจะส่งผลทำให้ทางกระบวนการยุติธรรมสามารถคัดกรองผู้กระทำผิดที่มีความผิดปกติทางจิตให้เข้าสู่กระบวนการคุ้มครองสิทธิของผู้ต้องหาและจำเลยตามที่กฎหมายกำหนดไว้ได้ดียิ่งขึ้น

อย่างไรก็ตาม ผู้วิจัยเห็นว่า หากจะใช้หลักการตีความเช่นนี้ได้ ในทางกฎหมายจำเป็นต้องกำหนดนิยามของความผิดปกติทางจิตในทางกฎหมายไว้อย่างกว้าง และครอบคลุมไปถึงความผิดปกติทางจิตในทุกรูปแบบ เพราะหากกำหนดไว้อย่างแคบและจำเพาะเกินไป อาจจะเป็นการจำกัดมุมมองและแนวคิดต่อความผิดปกติทางจิตในทางกฎหมาย จนเป็นอุปสรรคต่อนำข้อเท็จจริงหรือพยานหลักฐานบางอย่างมาเป็น “เหตุควรเชื่อ” ในทางกฎหมายได้ ตัวอย่างเช่น หากกฎหมายกำหนดนิยามของความผิดปกติทางจิตไว้อย่างจำเพาะมากๆ ว่าต้องเป็นโรคหรือความผิดปกติทางจิตทางจิตเวชเท่านั้น จะทำให้ไม่สามารถนำความผิดปกติทางจิตที่ยังไม่อยู่ในระบบการวินิจฉัยทางการแพทย์มาเป็นเหตุควรเชื่อได้ แม้คนทั่วไปในสังคมจะรับรู้และเชื่อว่าผู้นั้น “ผิดปกติ” อยู่แล้วก็ตาม ซึ่งอาจจะทำให้เกิดความขัดแย้งระหว่างมุมมองทางกฎหมายกับสังคมได้ หรือ กรณีผู้ต้องหาและจำเลยที่คนทั่วไปเชื่อว่าจะมีความผิดปกติทางจิต แต่ยังไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหรือความผิดปกติทางจิตทางจิตเวช ก็อาจจะไม่ได้รับการคุ้มครองตามกฎหมายเพื่อเข้าสู่การวินิจฉัยและบำบัดรักษาอย่างเหมาะสม

ปัญหาที่สำคัญอีกประการในทางปฏิบัติเกี่ยวกับเหตุควรเชื่อในทางกฎหมาย คือ กรณีที่พนักงานสอบสวนหรือศาลไม่เห็นว่ามีเหตุควรเชื่อ ไม่ว่าจะการที่ไม่เห็นว่ามีเหตุควรเชื่อ นั้นจะเกิดจากการที่ไม่ปรากฏข้อเท็จจริงเกี่ยวกับเรื่องดังกล่าว หรือเกิดจากการขาดความรู้หรือขาดประสบการณ์ก็ตาม ก็จะไม่เห็นว่ามีเหตุควรเชื่อและไม่ส่งตัวผู้ต้องหาหรือจำเลยไปให้แพทย์ตรวจประเมิน อาจส่งผลให้ผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตอาจไม่ได้รับการคุ้มครองตามกฎหมาย เช่น กรณีผู้กระทำผิดหวาดระแวงและหลบหนีเพราะมีอาการหลงผิด แต่พนักงานสอบสวนอาจเชื่อว่าเป็นการหลบหนีเพราะกลัวความผิด หรือแสดงว่ามีอาการเตรียมการหลบหนีไว้ก่อน จึงถือว่าไม่มี “เหตุควรเชื่อ” ว่ามีความผิดปกติทางจิต และนำไปควบคุมตัวไว้เอง จนอาจทำให้ไม่ได้รับการตรวจประเมินและบำบัดรักษาในระยะเร่งด่วนอย่างเหมาะสม จนอาจเกิดอันตรายต่อผู้ที่กระทำผิดหรือผู้อื่นได้

จากปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยเห็นว่า ควรมีการกำหนดกรอบของ “เหตุควรเชื่อ” ในทางกฎหมายนี้เพื่อประกอบการใช้ดุลพินิจในทางกฎหมายด้วย โดยที่หากมีข้อเท็จจริงหรือพยานหลักฐานนั้นเกิดขึ้น ให้ถือว่าเป็นข้อสันนิษฐานทางกฎหมายว่าผู้นั้นอาจมีความผิดปกติทางจิตไว้ก่อนจนกว่าจะพิสูจน์ได้ว่าไม่ได้มีอยู่ เพื่อให้เกิดความชัดเจนในทางปฏิบัติและเป็นหลักประกันในทางกฎหมายว่า เมื่อมีข้อเท็จจริงเดียวกันนี้เกิดขึ้น ผู้กระทำผิดจะได้รับการพิจารณาและได้รับความคุ้มครองในทางกฎหมายเช่นเดียวกัน เช่น กรณีที่ผู้ต้องหาหรือจำเลยมีประวัติความเจ็บป่วยทางจิตก่อนกระทำผิด กรณีที่มีพฤติการณ์ของการกระทำผิดมีความผิดปกติอย่างมาก หรือกรณีที่ผู้กระทำผิดปราศจากเหตุผลหรือแรงจูงใจในการกระทำผิด เป็นต้น นอกจากนี้ ผู้วิจัยเห็นว่า ควรอนุญาตให้บุคคลอื่นๆ ที่ได้รับอนุญาตตามกฎหมายสามารถร้องขอให้มีการตรวจสภาพจิตผู้ต้องหาหรือจำเลยในลักษณะเดียวกับในประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา มาตรา 146 ซึ่งเป็นกรณีขอทุเลาการบังคับการจำคุกไว้ก่อน โดยให้ผู้นั้นมีส่วนได้ส่วนเสียในคดี ญาติของผู้ต้องหาหรือจำเลย คณะกรรมการหรือหน่วยงานที่ได้รับการรับรองตามกฎหมาย เช่น องค์การ มูลนิธิ คณะกรรมการตามกฎหมายอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เมื่อมีเหตุอันควร สามารถร้องขอให้มีการตรวจสภาพจิตผู้ต้องหาหรือจำเลยได้ โดยถือว่าเป็น “เหตุควรเชื่อ” ในทางกฎหมาย แม้พนักงานสอบสวนหรือศาลจะมิได้เห็นว่ามี “เหตุควรเชื่อ” นั้นตั้งแต่ต้นก็ตาม

โดยสรุปแล้ว ผู้วิจัยเห็นว่าหลักเกณฑ์การตีความ “เหตุควรเชื่อ” ควรใช้ความรู้ความเข้าใจในระดับเดียวกับบุคคลทั่วไป ซึ่งรวมไปถึงความเชื่อในทางสังคมมาประกอบการตีความ แต่ควรมีการกำหนดกรอบของ “เหตุควรเชื่อ” ในทางกฎหมายนี้ไว้ด้วย

## 2) การพิสูจน์ว่ามีความผิดปกติทางจิต

เมื่อทางกฎหมายพิจารณาว่ามีเหตุควรเชื่อที่ผู้ต้องหาหรือจำเลยมีความผิดปกติทางจิตแล้ว จะนำไปสู่การการพิสูจน์ว่ามีความผิดปกติทางจิตจริงหรือไม่ ซึ่งตามกฎหมายไทยจะเป็นไปตามประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา มาตรา 14 ที่กำหนดให้พนักงานสอบสวนหรือศาลต้องสั่งให้แพทย์ตรวจประเมินผู้ต้องหาหรือจำเลยเพื่อตรวจประเมินความผิดปกติทางจิต

อย่างไรก็ตาม มีข้อสังเกตว่า เมื่อมีข้อสันนิษฐานในทางกฎหมายว่าผู้ต้องหาหรือจำเลยอาจมีความผิดปกติทางจิตแล้ว ตามประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญารวมถึงพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 กำหนดไว้เพียงว่าให้ส่งตัวผู้ต้องหาหรือจำเลยไปตรวจสภาพจิต แต่ไม่ได้กำหนดว่าช่วงที่รอส่งหรือในระหว่างการส่งนั้นสมควรปฏิบัติต่อผู้ต้องหาหรือจำเลยอย่างไรบ้าง ซึ่งต่างกับในกฎหมายอังกฤษที่กำหนดขั้นตอนในการคุ้มครองสิทธิไว้โดยละเอียด รวมทั้งการกำหนดให้ต้องมีบุคคลที่สามทำหน้าที่พิทักษ์สิทธิของผู้ต้องหาในระหว่างการสอบสวนที่เรียกว่า Appropriate Adult (AA) ด้วย ผู้วิจัยจึงเห็นว่า ทางกฎหมายของไทยสมควร

กำหนดแนวทางปฏิบัติโดยถือว่าถ้าผู้ต้องหาหรือจำเลยนั้นมีความผิดปกติทางจิตไว้ก่อน จนกว่าจะพิสูจน์จนแน่ชัดว่าไม่มีความผิดปกติจริง จะทำให้ผู้ต้องหาหรือจำเลยได้รับการคุ้มครองสิทธิตามกฎหมายอย่างเหมาะสมมากยิ่งขึ้น

ในปัจจุบัน การพิสูจน์ความผิดปกติทางจิตทางกฎหมายจะใช้ผลการตรวจวินิจฉัยในทางการแพทย์และอาศัยหลักเหตุผลในทางกฎหมายมาพิจารณาเพื่อวินิจฉัยว่ามีความผิดปกติทางจิตในทางกฎหมายหรือไม่ อาจกล่าวได้ว่า ทางกฎหมายใช้ผลการวินิจฉัยในทางการแพทย์ในฐานะที่เป็นพยานหลักฐานหนึ่งในคดีมาประกอบกับพยานหลักฐานอื่นๆ ในการวินิจฉัยความผิดปกติทางจิตในทางกฎหมาย ซึ่งเป็นแนวคิดทางกฎหมายอาญาที่พบได้ในทุกประเทศที่ศึกษา อย่างไรก็ตาม ไม่ว่าจะผลการตรวจประเมินทางการแพทย์จะชี้ว่าผู้นั้นมี ความผิดปกติทางจิตจริงหรือไม่ ไม่มีบทบัญญัติใดในทางกฎหมายของประเทศใดที่บังคับว่าในทางกฎหมายต้องถือเอาตามผลการตรวจและความเห็นทางการแพทย์เท่านั้น ดังนั้น ผลการวินิจฉัยความผิดปกติทางจิตในทางกฎหมายจึงอาจแตกต่างกับผลการวินิจฉัยทางการแพทย์ได้ เนื่องจากในทางกฎหมายจะใช้หลักเหตุผลและดุลพินิจในทางกฎหมายมาประกอบการพิจารณาผลการตรวจวินิจฉัยทางการแพทย์ หรือเรียกว่า “ความผิดปกติทางจิตในทางการแพทย์” ว่าถือเป็น “ความผิดปกติทางจิตในทางกฎหมาย” ได้หรือไม่ อย่างไรก็ตาม แม้ในทางกฎหมายไม่มีการบังคับให้ศาลต้องยึดถือตามผลการวินิจฉัยในทางการแพทย์ แต่ในความเป็นจริงแล้ว ความเห็นในทางกฎหมายส่วนใหญ่่มักจะเป็นไปในทิศทางเดียวกันกับความเห็นทางการแพทย์ และผลการวินิจฉัยทางการแพทย์มีผลต่อการวินิจฉัยความผิดปกติทางจิตในทางกฎหมายเป็นอย่างยิ่งด้วย

สำหรับระดับการพิสูจน์พยานหลักฐานเกี่ยวกับความผิดปกติทางจิตนั้น ผู้วิจัยเห็นว่า ควรอยู่ในระดับของพยานหลักฐานที่ชัดเจนและน่าเชื่อถือ ซึ่งเป็นระดับที่ต่ำกว่าการพิสูจน์โดยปราศจากข้อสงสัย เช่นเดียวกับตามกฎหมายของสหรัฐอเมริกา เนื่องจากหากกำหนดให้ต้องพิสูจน์ให้เห็นถึงขนาดปราศจากข้อสงสัยแล้ว จะทำให้การยกข้อต่อสู้ว่าจำเลยความผิดปกติทางจิตเป็นเรื่องยากมากจนอาจเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ

ด้วยเหตุที่น้ำหนักของพยานหลักฐานที่เกิดจากการตรวจพิสูจน์ทางการแพทย์จะมีความสัมพันธ์กับความถูกต้องและน่าเชื่อถือของกระบวนการตรวจพิสูจน์ทางการแพทย์มากกว่าผลการตรวจพิสูจน์ กล่าวคือ ยิ่งกระบวนการตรวจพิสูจน์เป็นไปโดยถูกต้องและน่าเชื่อถือ ผลการตรวจพิสูจน์ก็จะมีน้ำหนักน่าเชื่อถือในทางกฎหมายมากยิ่งขึ้น ดังนั้น ผู้วิจัยจึงเห็นว่า ทางกฎหมายควรให้ความสำคัญกับความถูกต้องและน่าเชื่อถือของกระบวนการตรวจพิสูจน์ทางการแพทย์มากกว่าให้ความสำคัญกับผลการตรวจที่ได้ กล่าวคือ กฎหมายควรมุ่งไปสู่การพิจารณาความถูกต้องเหมาะสมของกระบวนการตรวจพิสูจน์ มากกว่าพิจารณาที่ผลการตรวจพิสูจน์ว่าถูกต้อง

หรือไม่ เช่น หากเห็นว่าการตรวจสภาพจิตจำเป็นไปโดยถูกต้อง เหมาะสม แล้วพบว่าจำเลยมีความผิดปกติทางจิตในทางการแพทย์จริง ก็น่าเชื่อว่าจำเลยมี “ความผิดปกติทางจิตในทางการแพทย์” จริง โดยไม่ต้องไปวินิจฉัยอีกว่าผลการตรวจพิสูจน์ทางการแพทย์นั้นถูกต้องหรือไม่ แต่ “ความผิดปกติทางจิตในทางการแพทย์” ที่พบนั้นจะถือว่าเป็น “ความผิดปกติทางจิตในทางกฎหมาย” หรือไม่ และมีผลในทางกฎหมายอย่างไรเป็นสิ่งที่ทางกฎหมายจะพิจารณาต่อไป

ในอดีตพบว่า การตรวจสภาพจิตผู้ต้องหาหรือจำเลยและทำความเข้าใจในทางกฎหมายจะใช้แพทย์ จิตแพทย์หรือผู้เชี่ยวชาญเป็นผู้ตรวจสภาพจิตและให้ความเห็นเป็นหลัก โดยมีได้กำหนดรูปแบบและวิธีการในการตรวจประเมินไว้ จึงพบว่าบางครั้งจะเป็นการประเมินโดยแพทย์หรือผู้เชี่ยวชาญเพียงคนเดียว และอาจมีรูปแบบและขั้นตอนที่แตกต่างกันไปบ้าง ในปัจจุบันพบว่าในการตรวจประเมินสภาพจิตของผู้ต้องหาหรือจำเลยในทางนิติจิตเวช จะให้ความสำคัญกับความถูกต้อง แม่นยำ และตรวจสอบได้ของกระบวนการตรวจประเมินมากขึ้น โดยมีแนวโน้มที่จะใช้การประเมินร่วมกัน โดยผู้เชี่ยวชาญมากกว่าหนึ่งคน และเป็นการประเมินร่วมกัน โดยผู้เชี่ยวชาญหลายสาขาในรูปแบบสหวิชาชีพ ในลักษณะเดียวกับการประชุมปรึกษา (case conference) และอาจมีผู้เชี่ยวชาญทางด้านกฎหมาย เช่น นิติกร เข้าร่วมในการประเมินด้วย เพื่อให้สามารถตรวจประเมินได้อย่างครบถ้วนรอบด้าน ลดความผิดพลาด และลดอคติจากผู้ตรวจ ซึ่งพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 ได้กำหนดกลไกในการตรวจพิสูจน์ โดยกำหนดให้มี คณะกรรมการสถานบำบัดรักษา ประกอบด้วย จิตแพทย์ประจำสถานบำบัดรักษาหนึ่งคน เป็นประธานกรรมการ แพทย์หนึ่งคน พยาบาลจิตเวชหนึ่งคน นักกฎหมายหนึ่งคน และนักจิตวิทยาคลินิกหรือนักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์หนึ่งคน เป็นกรรมการ เป็นผู้ตรวจประเมินและทำความเข้าใจ ตามมาตรา 35 ของพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 กำหนดให้พนักงานสอบสวนหรือศาลส่งผู้ต้องหาหรือจำเลยตามมาตรา 14 วรรคหนึ่ง แห่งประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา ไปรับการตรวจที่สถานบำบัดรักษาพร้อมทั้งรายละเอียดพฤติการณ์แห่งคดี เพื่อให้จิตแพทย์ตรวจวินิจฉัยความผิดปกติทางจิตและทำความเข้าใจเพื่อประกอบการพิจารณาของพนักงานสอบสวนหรือศาลว่าผู้ต้องหาหรือจำเลยสามารถต่อสู้คดีได้หรือไม่ แล้วรายงานผลการตรวจวินิจฉัยและประเมินความสามารถในการต่อสู้คดีให้พนักงานสอบสวนหรือศาลทราบ ซึ่งเป็นการปรับปรุงกระบวนการยุติธรรมโดยอาศัยกลไกของกฎหมายเฉพาะด้านสุขภาพจิตมาช่วยเสริมกลไกทางกฎหมายอาญาให้มีความเหมาะสมมากยิ่งขึ้น

ผู้วิจัยเห็นว่า การตรวจประเมินและทำความเข้าใจ โดยคณะกรรมการสถานบำบัดรักษาซึ่งเป็นการประเมินในรูปแบบสหวิชาชีพซึ่งได้รับการพิจารณาและแต่งตั้งไว้ล่วงหน้า และเป็นการประเมินด้วยความรู้ในทางวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ทั้งการแพทย์ กฎหมาย และสังคม โดย



รูปแบบของการตรวจประเมินและทำความเข้าใจเกี่ยวกับความผิดปกติทางจิตโดยคณะกรรมการ เช่นนี้ พบในหลายประเทศ เช่น อังกฤษ ญี่ปุ่น และเยอรมัน ทั้งที่เป็นกฎหมายที่เกี่ยวกับสุขภาพจิต โดยตรงและในกฎหมายอื่นที่เกี่ยวข้อง วิธีการดังกล่าวจึงน่าจะมีความถูกต้อง แม่นยำ และน่าเชื่อถือ จนสามารถนำไปใช้เป็นพยานหลักฐานในทางกฎหมายได้ อย่างไรก็ตาม ในประเทศไทยพบว่ายังไม่มีข้อกำหนดให้อัยการเข้ามามีส่วนร่วมในการประเมินสภาพจิตของผู้ต้องหาหรือจำเลยด้วย ซึ่งผู้วิจัยเห็นว่า หากนำอัยการเข้ามามีส่วนร่วมในการกระบวนการตรวจประเมินสภาพจิต เพื่อให้รับทราบกระบวนการตรวจประเมิน รับทราบข้อเท็จจริงเกี่ยวกับอาการและอาการแสดง ตลอดจนซักถามหรือทำความเข้าใจเกี่ยวกับความผิดปกติทางจิตที่เกิดขึ้น รวมถึงอาจมีส่วนในการให้ความเห็นด้านกฎหมายแล้ว น่าจะมีส่วนช่วยในกระบวนการยุติธรรมที่เกี่ยวข้องกับผู้ที่มีความผิดปกติมากยิ่งขึ้น

ผู้วิจัยเชื่อว่า แม้ในทางกฎหมายจะพยายามใช้พยานหลักฐานและหลักเหตุผลต่างๆ มาวินิจฉัยความผิดปกติทางจิตในทางกฎหมาย แต่ในความเป็นจริงแล้ว ความเชื่อหรือความเห็นทางสังคมในขณะนั้นก็อาจมีอิทธิพลต่อการวินิจฉัยความผิดปกติทางจิตในทางกฎหมายได้ ผู้เกี่ยวข้องในกระบวนการยุติธรรมจำเป็นต้องเข้าใจและตระหนักถึงอิทธิพลจากความเชื่อทางสังคมที่เกี่ยวกับความผิดปกติทางจิตไว้ด้วย เนื่องจากผู้เกี่ยวข้องในกระบวนการยุติธรรมก็เป็นสมาชิกของสังคมนั้น ย่อมได้รับอิทธิพลจากความเชื่อทางสังคมที่เกี่ยวกับความผิดปกติทางจิตในทางสังคมด้วยเช่นกัน เช่น ในบางสังคมหรือบางวัฒนธรรมที่ยอมรับในเรื่องความเชื่อในสิ่งลึกลับหรืออำนาจพิเศษเหนือธรรมชาติ ผู้เกี่ยวข้องในกระบวนการยุติธรรมก็อาจมองว่าอาการหลงผิดว่าตนเองมีอำนาจพิเศษเหนือธรรมชาติว่าเป็นเพียงความเชื่อส่วนบุคคล แต่ไม่ใช่เป็นอาการของความผิดปกติทางจิต จนให้น้ำหนักกับพยานหลักฐานที่เกี่ยวกับความผิดปกติทางจิตนั้นน้อยลง และยังหากเป็นระบบการพิจารณาคดีโดยระบบลูกขุนที่พบในกฎหมายคอมมอนลอว์ ที่วางอยู่บนความเชื่อว่าบุคคลทั่วไปที่มีความสามารถสมบูรณ์ในทางกฎหมายย่อมสามารถวินิจฉัยปัญหาข้อเท็จจริงจากพยานหลักฐานต่างๆ ได้ แม้ผู้นั้นจะไม่ได้มีความรู้ความเชี่ยวชาญทางกฎหมายหรือทางการแพทย์ก็ตาม ก็อาจทำให้ความเชื่อหรือความเห็นทางสังคมเข้ามามีอิทธิพลต่อการวินิจฉัยความผิดปกติทางจิตในทางกฎหมายได้มากยิ่งขึ้น

ผู้วิจัยเห็นว่า ในทางกฎหมาย ควรกำหนดแนวทางในการพิจารณาและวินิจฉัยความผิดปกติทางจิตในทางกฎหมาย เพื่อให้เกิดความถูกต้องและแน่นอนในทางกฎหมาย ซึ่งในการวิจัยนี้ ผู้วิจัยเห็นว่าแนวทางในการพิจารณาและวินิจฉัยความผิดปกติทางจิตในทางกฎหมาย ควรเป็นไปในแนวทาง ดังนี้

#### 4.1.2 แนวทางในการพิจารณาและวินิจฉัยความผิดปกติทางจิตในทางกฎหมาย

ผู้วิจัยเห็นว่า ในการพิจารณาและวินิจฉัยว่าผู้กระทำผิดทางอาญามีความผิดปกติทางจิตหรือไม่ เป็นการพิจารณาโดยอาศัยข้อมูล ข้อเท็จจริง และแนวคิตฤษฎีที่สำคัญในสามด้านประกอบกัน ได้แก่

1) ความเชื่อหรือความเห็นของสังคมเกี่ยวกับความผิดปกติทางจิตในสังคม ซึ่งจะสะท้อนออกมาในรูปแบบความเชื่อหรือความเห็นของกลุ่มความทั้งฝ่ายโจทก์และจำเลย ตลอดจนผู้เกี่ยวข้องในกระบวนการยุติธรรมในฐานะสมาชิกของสังคมนั้น ที่ไม่ใช่เป็นความเห็นในฐานะที่เป็นเจ้าหน้าที่หรือผู้ใช้กฎหมาย เช่น คนในหมู่บ้านเชื่อว่าจำเลยมีความผิดปกติทางจิตมาโดยตลอด แม้จะไม่เคยนำจำเลยไปตรวจเลยก็ตาม หรือเจ้าหน้าที่ตำรวจเกิดความสงสัยว่าผู้ต้องหาหรือจำเลยน่าจะมีความผิดปกติทางจิต แม้ผู้นั้นจะไม่ได้แสดงกิริยาท่าทางที่แตกต่างไปจากคนทั่วไปอย่างชัดเจน เป็นต้น

2) พยานหลักฐานและความเห็นของผู้เชี่ยวชาญที่เป็นที่ยอมรับกันในขณะนั้น โดยเฉพาะข้อมูลเชิงประจักษ์ เช่น ประวัติและอาการแสดงที่ตรวจพบ ผลการวินิจฉัยและจำแนกโรคทางจิตเวช และความเห็นของผู้เชี่ยวชาญที่อยู่บนพื้นฐานของความรู้หรือข้อเท็จจริงทางการแพทย์และวิทยาศาสตร์

3) หลักเหตุผลและความเห็นในทางกฎหมาย ซึ่งทางกฎหมายจะใช้หลักเหตุผลในการพิจารณาพยานหลักฐานต่างๆ ที่ปรากฏไป เช่น เมื่อผู้ต้องหาหรือจำเลยมีพฤติกรรมในคดีที่ผิดไปจากบุคคลโดยทั่วไป หรือได้กระทำการไปโดยปราศจากมูลเหตุจูงใจหรือผลประโยชน์ใดๆ ซึ่งคนที่มีความผิดปกติทั่วไปย่อมไม่กระทำ ก็น่าเชื่อว่าผู้ต้องหาหรือจำเลยน่าจะมีความผิดปกติทางจิต รวมไปถึงการพิจารณาพยานหลักฐานและความเห็นของผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์ ซึ่งถือว่าเป็นพยานหลักฐานหนึ่งในทางกฎหมาย นอกจากนี้ ยังอาจอาศัยหลักเหตุผลตามคำพิพากษาในคดีที่มีข้อเท็จจริงคล้ายคลึงกันและความเห็นของผู้เชี่ยวชาญในทางกฎหมายมาประกอบการพิจารณาด้วย

ดังนั้น การพิจารณาว่าผู้กระทำผิดทางอาญามีความผิดปกติทางจิตหรือไม่ ควรพิจารณาไปตามองค์ประกอบสามด้านประกอบกัน คือ ความเชื่อหรือความเห็นของสังคม พยานหลักฐานและความเห็นของผู้เชี่ยวชาญ กับหลักเหตุผลและความเห็นในทางกฎหมาย ซึ่งผู้วิจัยขอเรียกว่าเป็นการพิจารณาไปตาม “กรอบของความผิดปกติทางจิต” ดังต่อไปนี้

1. ด้านความเชื่อหรือความเห็นของสังคม พิจารณาว่าในขณะนั้นคนทั่วไปส่วนใหญ่ในสังคมมีความเชื่อหรือความเห็นต่อเรื่องนั้นอย่างไร โดยกลุ่มความ รวมทั้งผู้เกี่ยวข้องในคดี เช่น พยานบุคคลในคดีจะต้องสามารถแสดงให้เห็นได้ว่าคนส่วนใหญ่มองว่าเป็นความผิดปกติทาง

จิตหรือไม่ โดยที่ตำรวจ อัยการ รวมทั้งศาลเองสามารถเป็นตัวแทนด้านความเชื่อหรือความเห็นของสังคมได้ด้วยเช่นกัน แต่ต้องเป็นความเห็นในฐานะสมาชิกของสังคมนั้นๆ ไม่ใช่ความเห็นในฐานะที่เป็นเจ้าหน้าที่หรือผู้ใช้กฎหมาย

**2. พยานหลักฐานและความเห็นของผู้เชี่ยวชาญ** พิจารณาว่ามีพยานหลักฐานเกี่ยวกับเรื่องนั้นอย่างไร โดยอาศัยการรวบรวมพยานหลักฐานที่มีอยู่และผู้เชี่ยวชาญในเรื่องนั้นๆ เพื่อการตรวจวิเคราะห์ ตรวจสอบพิสูจน์ และนำเสนอพยานหลักฐานในรูปแบบข้อมูลเชิงประจักษ์ รวมทั้งความเห็นที่อยู่บนพื้นฐานทางวิชาการเกี่ยวกับเรื่องนั้นๆ ว่าที่ผ่านมามีกรณีเช่นนี้เกิดขึ้นหรือไม่ อย่างไร และที่ผ่านมามีถือว่าเป็นความปกติหรือผิดปกติ รวมทั้งผลการตรวจประเมิน การแปลผล และความเห็นทางวิชาการในฐานะที่เป็นผู้เชี่ยวชาญว่าสิ่งที่พบถือว่าเป็นความปกติหรือผิดปกติทางจิตอย่างไร

**3. หลักเหตุผลและความเห็นในทางกฎหมาย** พิจารณาไปตามเหตุผล ทั้งตามหลักเหตุผลในเชิงตรรกะทั่วไป และเหตุผลตามหลักกฎหมาย โดยที่พิจารณาว่า พยานหลักฐานมีความสมเหตุสมผลและอธิบายได้หรือไม่เมื่อเทียบกับกรณี “ปกติ” หากพิจารณาได้ว่าสมเหตุสมผล เหมือนกับกรณีปกติต่างๆ ก็เชื่อได้ว่าน่าจะเป็นไปตามปกติ หากไม่สมเหตุสมผล หรืออธิบายไม่ได้เลย หรือมีความขัดแย้งในเชิงเหตุผลอย่างมาก สิ่งนั้นก็น่าจะเป็นความผิดปกติทางจิต รวมไปถึงกรณีที่เกิดขึ้นนั้น มีการบัญญัติไว้ตามกฎหมายอย่างชัดเจนแน่นอนเพียงพอแล้วหรือไม่ อย่างไร ตลอดจนที่ผ่านมามีหลักการและเหตุผลในทางกฎหมายที่อธิบายเกี่ยวกับเรื่องไว้หรือไม่ อย่างไร และสามารถนำมาใช้กับกรณีนี้ได้หรือไม่เพียงใด

ถ้าทั้งผลการพิจารณาทั้งสามด้านวินิจฉัยตรงกันว่ามี “ความผิดปกติทางจิต” ควรจะถือได้ว่าเรื่องนั้นเป็น “ความผิดปกติทางจิต” ที่สามารถยอมรับได้ว่าเป็น “ความผิดปกติทางจิตในทางกฎหมาย” ได้ ในทำนองเดียวกัน หากพิจารณาออกมาตรงกันว่าไม่เป็นความผิดปกติทางจิต ในทางกฎหมายก็ไม่สมควรจะถือว่าเป็น “ความผิดปกติทางจิตในทางกฎหมาย” อย่างน้อยในกรณีนั้นๆ และในช่วงเวลาที่พิจารณานั้นๆ

หากผลการพิจารณาทั้งสามด้านออกไม่ตรงกัน ก็ควรจะให้ด้านที่มีความเห็นแตกต่างเป็นผู้พิสูจน์ต่อไป หากไม่สามารถพิสูจน์ได้ หรือผลการพิสูจน์ไม่สามารถทำให้ผลการพิจารณาในด้านอื่นๆ เปลี่ยนแปลงไปในทางเดียวกันได้ การวินิจฉัยว่าเป็น “ความผิดปกติทางจิตในทางกฎหมาย” หรือไม่ก็จะขึ้นอยู่กับผลการพิจารณาจากสองด้านที่เห็นตรงกัน

แต่หากด้านหนึ่งด้านใดยังไม่มีความเห็นหรือยังไม่ชัดเจนใดๆ ที่ชัดเจนและเป็นที่ยอมรับกันโดยทั่วไป ก็ควรถือว่าเป็นเรื่องนั้นเป็นยังไม่เป็นความผิดปกติทางจิตอย่างน้อยในด้านนั้น และพิจารณาในด้านที่มีข้อสรุปแล้วประกอบกับหลักเหตุผลและความเห็นในทาง

กฎหมาย หากผลการพิจารณาในด้านที่มีข้อสรุปแล้วไม่ถือว่าเป็นความผิดปกติทางจิต ในทางกฎหมายก็ควรวินิจฉัยว่าเรื่องนั้นยังไม่เป็นความผิดปกติทางจิตด้วย เว้นแต่มีหลักเหตุผลและความเห็นในทางกฎหมายที่ชัดเจนแน่นอนในเรื่องนั้นแล้วว่าเป็น “ความผิดปกติทางจิตในทางกฎหมาย” จึงจะวินิจฉัยไปตามนั้นได้



ภาพที่ 4.3 แนวทางในการพิจารณาความผิดปกติทางจิตในทางกฎหมาย

ผู้วิจัยเห็นว่า การพิจารณาไปตามแนวทางเช่นนี้จะทำให้กำหนดการระการพิสูจน์เกี่ยวกับความผิดปกติทางจิตได้ง่ายขึ้น เมื่อมีฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งเห็นต่างไปจากอีกสองฝ่าย ไม่ว่าจะเห็นว่าปกติหรือผิดปกติก็ตาม จะต้องเป็นฝ่ายพิสูจน์โดยอาศัยพยานหลักฐานต่างๆ ว่าความเห็นของฝ่ายตนเกี่ยวกับเรื่องนั้นๆ นั้นมีน้ำหนักน่าเชื่อถือเพียงใด หากพิสูจน์ได้ดีกว่าอีกสองฝ่ายที่เห็นต่าง ก็ต้องมีความเห็นตามฝั่งนั้น ไม่ว่าจะเห็นว่าปกติหรือผิดปกติก็ตาม ซึ่งจะเป็นการพิสูจน์ที่อยู่บนหลักเหตุผล ไม่ใช่เป็นการใช้เสียงข้างมากในการตัดสิน และช่วยลดการระการพิสูจน์ของแต่ละฝ่ายลงได้ โดยอีกสองฝ่ายที่เห็นต่างเพียงมีภาระพิสูจน์เพื่อหักล้างในบางประเด็นที่เห็นต่างเท่านั้น ไม่จำเป็นต้องพิสูจน์จนถึงขั้นปราศจากข้อสงสัยในส่วนของตน อย่างไรก็ตาม ผลการพิจารณาในกรณีหนึ่งๆ จะไม่ใช่เป็นบรรทัดฐานของการวินิจฉัย “ความผิดปกติทางจิตในทางกฎหมาย” ตลอดไป หากมีกรณีใหม่เกิดขึ้น ก็ต้องพิจารณาตามหลักนี้ใหม่ เพียงแต่อาจใช้แนวทางการพิจารณาในกรณีเดิมเป็นแนวทางสำหรับการพิจารณาในกรณีใหม่ที่เหมือนหรือใกล้เคียงกับกรณีเดิม

ตัวอย่างการนำแนวทางการพิจารณาว่าผู้กระทำผิดทางอาญามีความผิดปกติทางจิตหรือไม่ไปใช้ในทางปฏิบัติ อาจมีกรณีที่เป็นไปได้ ดังนี้

กรณีที่ 1 จำเลยอ้างว่ามีความผิดปกติทางจิต และแพทย์ที่ตรวจเห็นว่าจำเลยมีความผิดปกติทางจิต แต่ผู้พิพากษาพิจารณาจากพยานหลักฐานในสำนวนเห็นว่าจำเลยน่าจะไม่มีผิดปกติทางจิต

ในกรณีนี้ หากผู้พิพากษามีเหตุผลที่เชื่อได้ว่ากรณีนี้จำเลยไม่มีความผิดปกติทางจิต โดยมีน้ำหนักน่าเชื่อถือมากกว่าจำเลยและแพทย์ที่ตรวจได้ ในทางกฎหมายก็ควรต้องถือว่าจำเลย “มีความผิดปกติทางจิตในทางกฎหมาย” รวมทั้ง “มีความผิดปกติทางจิตในทางการแพทย์” ด้วย แต่หากผู้พิพากษาไม่สามารถหาเหตุผลที่เชื่อได้ว่าจำเลยไม่มีความผิดปกติทางจิตที่มีน้ำหนักน่าเชื่อถือมากกว่า ในทางกฎหมายก็ควรต้องถือว่าจำเลย “ไม่มีความผิดปกติทางจิตในทางกฎหมาย” แต่อาจ “มีความผิดปกติทางจิต” โดยเฉพาะที่เป็น “ความผิดปกติทางจิตในทางการแพทย์”

อย่างไรก็ตาม ในกรณีนี้แม้ทางกฎหมายจะถือว่าจำเลยจะ “ไม่มีความผิดปกติทางจิตในทางกฎหมาย” แต่เนื่องจากมีหลักฐานว่าจำเลยอาจ “มีความผิดปกติทางจิต” อยู่ ทางกฎหมายจำเป็นต้องหาวิธีการจัดการกับจำเลยต่อไปอย่างเหมาะสมด้วย เพื่อคุ้มครองสิทธิของจำเลย และป้องกันสังคม เช่น ส่งตัวจำเลยเพื่อไปรับการบำบัดรักษา หรือกำหนดวิธีการเพื่อความปลอดภัยอื่นๆ เป็นต้น แม้จะเห็นว่าไม่มีความผิดปกติทางจิตในทางกฎหมายก็ตาม

กรณีที่ 2 จำเลยอ้างว่ามีความผิดปกติทางจิต แพทย์ที่ตรวจเห็นว่าจำเลยไม่ได้ผิดปกติทางจิต แต่ผู้พิพากษาเห็นว่ามีความผิดปกติทางจิต ถ้าแพทย์ชี้แจงเหตุผลอธิบายที่มีน้ำหนักน่าเชื่อถือมากกว่าไม่ได้ ต้องถือว่าจำเลย “มีความผิดปกติทางจิตในทางกฎหมาย” แต่อาจ “ไม่มีความผิดปกติทางจิตในทางการแพทย์”

กรณีนี้อาจเกิดขึ้นได้น้อย เนื่องจากทางกฎหมายมักถือว่าพยานหลักฐานทางการแพทย์มีน้ำหนักน่าเชื่อถือและมักมีความเห็นไปในทางเดียวกับความเห็นทางการแพทย์ ในปัจจุบันอาจมีกรณีที่ใกล้เคียงที่สุดคือ การเป็นบุคคลวิกลจริตในทางกฎหมายแพ่ง เช่น กรณีที่เป็นผู้ป่วยมีความผิดปกติทางสมอง จนไม่สามารถเคลื่อนไหวด้วยตนเองได้ แม้พอมีสติรู้ตัวรู้เรื่องตามสมควร ซึ่งในทางการแพทย์ก็ไม่ได้ถือว่าผู้ป่วยมีความผิดปกติทางจิตอย่างชัดเจน แต่ก็อาจอยู่ในข่ายของบุคคลวิกลจริตในทางแพ่งได้ อย่างไรก็ตาม ผู้วิจัยเห็นว่าอาจเกิดขึ้นได้กรณีที่เป็นความผิดปกติทางจิตที่เกี่ยวข้องกับวัฒนธรรม (culture bound syndrome) เช่น การทรงเจ้าเข้าผี หรืออุปาทานห่ม หรือเป็นกรณีความผิดปกติที่ยังไม่ได้เป็นที่ยอมรับตรงในทางการแพทย์ในขณะนั้น เช่น การติดเกมส์ เป็นต้น

กรณีที่ 3 จำเลยอ้างว่าตนเองปกติ แต่แพทย์เห็นว่าจำเลยมีความผิดปกติทางจิต และผู้พิพากษาเห็นว่ามีความผิดปกติทางจิต ถ้าฝ่ายจำเลยชี้แจงเหตุผลอธิบายที่มีน้ำหนักน่าเชื่อถือมากกว่าไม่ได้ ต้องถือว่าจำเลย “มีความผิดปกติทางจิตในทางกฎหมาย” และ “มีความผิดปกติทางจิตในทางการแพทย์” ด้วย

ในกรณีนี้อาจเกิดขึ้นได้หากจำเลยไม่รับรู้ถึงความผิดปกติทางจิตของตนเอง จนสละข้อต่อสู้ที่เป็นผลดีต่อตนเองและทำให้เสียเปรียบในทางคดี รวมทั้งทำให้อาจได้รับโทษหนักขึ้น แต่น่าจะเกิดได้น้อยมากในกระบวนการยุติธรรมทางอาญาในปัจจุบัน เพราะในปัจจุบันคำนึงถึงความสามารถในการต่อสู้คดีของจำเลยเป็นหลัก จำเลยที่มีอาการทางจิตรุนแรงจนไม่รับรู้ถึงความผิดปกติทางจิตของตนจึงไม่น่าจะสามารถต่อสู้คดีได้ นอกจากนี้ ส่วนใหญ่ยังมีทนายคอยให้ความช่วยเหลือในการต่อสู้คดี จึงไม่น่าจะเกิดกรณีนี้ได้ ซึ่งผู้วิจัยเห็นว่า แม้จำเลยจะไม่ยอมรับว่าตนเองมีความผิดปกติทางจิต หากมีเหตุควรเชื่อว่าจำเลยอาจมีความผิดปกติทางจิต จำเลยก็สมควรได้รับความคุ้มครองทางกฎหมายเช่นเดียวกับกรณีผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตอื่นๆ แม้จะปฏิเสธไม่ยอมรับสิทธิความคุ้มครองนั้นก็ตาม

นอกจากนี้ ควรถือว่าผลของการพิจารณาและวินิจฉัยในด้านหนึ่งควรถือว่า มีผลเฉพาะในด้านนั้น โดยที่ไม่ได้บังคับให้ด้านอื่นๆ ต้องเปลี่ยนแปลงตามไปด้วย เว้นแต่ในด้านอื่นๆ จะปรับเปลี่ยนเอง เช่น หากทางกฎหมายวินิจฉัยว่าจำเลยไม่มีความผิดปกติทางจิตในทางกฎหมาย แต่ในทางการแพทย์วินิจฉัยว่ามีความผิดปกติทางจิตในทางการแพทย์ ก็ไม่มีผลให้ทางการแพทย์ต้องเปลี่ยนแปลงผลการวินิจฉัยไปตามกฎหมายด้วย โดยที่ต่างฝ่ายต่างควรยอมรับผลการวินิจฉัยที่แตกต่างกันและปรับเปลี่ยนแนวทางตามความเหมาะสม เช่น ทางกฎหมายก็ควรต้องยอมรับผลการวินิจฉัยในทางการแพทย์ โดยต้องจัดให้จำเลยได้รับการบำบัดรักษาตามสมควร ขณะที่ทางการแพทย์ก็ต้องยอมรับผลการวินิจฉัยในทางกฎหมาย โดยปรับกระบวนการบำบัดรักษาให้เหมาะสมกับการบังคับตามคำพิพากษา ขณะที่ต่างฝ่ายต่างควรนำกรณีที่เกิดขึ้นไปศึกษาวิเคราะห์ เพื่อให้เกิดแนวทางในการพิจารณากรณีอื่นๆ ที่เหมาะสม สอดคล้อง และเป็นไปในแนวทางเดียวกันมากยิ่งขึ้น

#### 4.2 แนวทางการพิจารณาผลทางกฎหมายของความผิดปกติทางจิตในทางกฎหมายอาญา

ผู้วิจัยเห็นว่า แนวโน้มในการตีความเกี่ยวกับความผิดปกติทางจิตในทางกฎหมายอาญาปัจจุบัน ไม่เพียงแต่จะมุ่งไปที่การตีความว่าเป็นความผิดปกติทางจิตในทางกฎหมายหรือไม่ แต่ยังมุ่งไปที่การตีความเจตนารมณ์ทางกฎหมายว่าจะต้องดำเนินการต่อสู้กระทำผิดที่มีความผิดปกตินั้นอย่างไรเพื่อให้บรรลุผลตามวัตถุประสงค์ทางกฎหมายอาญา อันมุ่งไปที่การคุ้มครอง

ป้องกันสังคมจากการกระทำผิดทางอาญาต่างๆ ซึ่งจะเกี่ยวข้องกับการพิจารณาความรับผิดและการลงโทษ ซึ่งเรื่องนี้สะท้อนให้เห็นจากกระบวนการต่างๆ ในทางกฎหมายอาญาเกี่ยวกับการพิจารณาคดีและการกำหนดโทษทางอาญาสำหรับผู้กระทำผิดที่มีความผิดปกติทางจิตในปัจจุบัน

เมื่อในทางกฎหมายมีผลการวินิจฉัยในทางกฎหมายที่เป็นการยอมรับว่าจำเลยมี “ความผิดปกติทางจิตในทางกฎหมาย” แล้ว ปัญหาต่อมาที่ต้องพิจารณาคือ จำเลยที่มีความผิดปกติทางจิตในทางกฎหมายนั้นมีความรับผิดทางอาญาจากการกระทำของตนหรือไม่ และการพิจารณาโทษทางอาญาว่าสมควรลงโทษจำเลยหรือไม่อย่างไร

โดยจากการศึกษาพบว่า แนวคิดที่มีอิทธิพลต่อการพิจารณาผลทางกฎหมายของความผิดปกติทางจิต ซึ่งในทางกฎหมายอาญาได้แก่การพิจารณาความรับผิดและการลงโทษ ผู้กระทำผิดที่มีความผิดปกติทางจิตในปัจจุบัน อาจพอสรุปได้เป็น 3 แนวคิดใหญ่ๆ คือ

1. แนวคิดทางมนุษยธรรม แนวคิดนี้มองว่าความผิดปกติทางจิตเป็นสิ่งผิดปกติหรือเป็นความเจ็บป่วยซึ่งทำให้เกิดมนุษย์เกิดความทุกข์ทรมาน เป็นสิ่งที่นอกเหนือการควบคุมซึ่งไม่ได้เกิดจากความผิดของมนุษย์ผู้นั้น ผู้ที่มีความผิดปกติจึงควรได้รับความเห็นอกเห็นใจและช่วยเหลือเกื้อกูลมากกว่าคนปกติ แนวคิดนี้ปรากฏอยู่ในหลักความรับผิดทางอาญาและการลงโทษผู้ที่มีความผิดปกติ

2. แนวคิดเรื่องความเสมอภาคและยุติธรรม แนวคิดนี้มองว่า ความผิดปกติทางจิตที่เกิดขึ้นส่งผลให้มนุษย์ผู้นั้นมีความบกพร่องไม่สมบูรณ์แตกต่างไปจากมนุษย์คนอื่นๆ ดังนั้น ผู้ที่มีความผิดปกติจึงสมควรได้รับการคุ้มครองและชดเชยด้วยวิธีการต่างๆ ด้วยปฏิบัติที่แตกต่างกับคนอื่นๆ ทั่วไป เช่น การปฏิบัติที่ดีกว่าหรือได้รับการยกเว้นเพื่อชดเชยความบกพร่องไม่สมบูรณ์จากที่ผู้นั้นมีอยู่ ทำให้เกิดความเสมอภาคเท่าเทียมกับคนอื่นๆ เพื่อความยุติธรรม แนวคิดนี้จะเห็นได้จากกฎหมายที่เกี่ยวกับวิธีพิจารณาคดีสำหรับผู้ที่มีความผิดปกติทางจิต รวมถึงกฎหมายที่เกี่ยวกับการคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยและผู้พิการ

3. แนวคิดการคุ้มครองป้องกันสังคม แนวคิดนี้มองว่าผู้ที่มีความผิดปกติสามารถสร้างผลกระทบต่อสังคมได้ โดยเฉพาะเรื่องความรุนแรงและอันตรายต่อผู้อื่นและสังคมส่วนรวมได้ จึงจำเป็นต้องมีมาตรการต่างๆ สำหรับคุ้มครองป้องกันสังคมจากผู้ที่มีความผิดปกติทางจิต เช่น การจำกัดสิทธิเสรีภาพบางประการสำหรับผู้ที่มีความผิดปกติทางจิต การแยกผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตออกไปจากสังคมเพื่อป้องกันอันตราย แนวคิดนี้จะเห็นได้จากกฎหมายสุขภาพจิตต่างๆ

**หลักการพิจารณาความรับผิดและโทษทางอาญาสำหรับผู้ที่มีความผิดปกติทางจิต**

หลักความรับผิดทางอาญาโดยทั่วไป จะพิจารณาจากองค์ประกอบภายในที่อยู่ใต้อำนาจจิตใจของผู้กระทำ คือ “เจตนา” เป็นหลัก อย่างไรก็ตาม การพิจารณาเจตนาซึ่งเป็นเรื่องของจิตใจ

เป็นเรื่องยาก เนื่องจากไม่สามารถมองเห็นหรือรับรู้ได้เหมือนพยานหลักฐานอื่นๆ กฎหมายจึงพยายามพัฒนาหลักการพิสูจน์ถึงเจตนาในทางกฎหมายต่างๆ ขึ้นมา เช่น หลัก “กรรมเป็นเครื่องชี้เจตนา” เป็นต้น ซึ่งผู้วิจัยเห็นว่า หลักการพิสูจน์เจตนาในทางกฎหมายต่างๆ ที่มีอยู่ล้วนอยู่บนสมมติฐานว่า ผู้ที่กระทำผิดนั้นเป็นบุคคล “ปกติ” โดยนำเอาวิสัยและพฤติการณ์ของผู้กระทำผิดไปเทียบเคียงกับของบุคคลปกติ หากองค์ประกอบภายในที่อยู่ในจิตใจของบุคคลปกติ ทำให้เกิดวิสัยและพฤติการณ์อย่างไร เมื่อผู้กระทำผิดมีวิสัยและพฤติการณ์อย่างไร ก็อนุมานว่าองค์ประกอบภายในที่อยู่ในจิตใจน่าจะเป็นเช่นเดียวกับบุคคลปกตินั้น อาจกล่าวได้ว่า แท้จริงแล้วการพิสูจน์เจตนาของผู้กระทำผิดในทางกฎหมายอาญาเป็นเพียงการคาดเดาที่อยู่บนพื้นฐานของเหตุผลที่ได้รับการยอมรับร่วมกัน และใช้ได้สำหรับกรณีที่เป็นบุคคลปกติเท่านั้น

หากผู้ที่กระทำผิดนั้นไม่ใช่บุคคลปกติ หรือ มีเป็นผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตแล้ว ย่อมไม่สามารถใช้หลักการพิสูจน์ถึงเจตนาที่เป็นองค์ประกอบภายในจิตใจได้ เพราะความผิดปกติทางจิตย่อมทำให้องค์ประกอบภายในที่อยู่ในจิตใจของผู้นั้นมีความแตกต่างไปจากคนปกติทั่วไปอยู่แล้ว จนมีอาจนำไปเปรียบเทียบกันได้ และหากจะเปรียบเทียบกับผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตที่ไม่ได้กระทำผิดก็ยังไม่สามารถทำได้ เนื่องจากผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตแม้จะเป็น โรคหรือความผิดปกติเหมือนกัน ก็มีใช้ว่าจะมีองค์ประกอบภายในจิตใจที่เหมือนๆ นอกจากนี้ พฤติการณ์ต่างๆ ที่จำเลยได้กระทำลงไปอาจได้รับผลกระทบจากความผิดปกติทางจิต การอนุมานโดยอาศัยการสังเกตพฤติการณ์ของจำเลยที่แสดงออกมาไปเทียบเคียงกับพฤติการณ์ของคนทั่วไปจึงอาจไม่ถูกต้องแม่นยำเพียงพอ

ผู้วิจัยจึงเห็นว่า หลักการในพิสูจน์ความรับผิดชอบในทางอาญาของผู้ที่มีความผิดปกติทางจิต (insanity test) ต่างๆ ที่มีอยู่ในปัจจุบัน เป็นเพียงหลักเกณฑ์ในการสันนิษฐานถึงเจตนาที่เป็นองค์ประกอบภายในจิตใจของผู้กระทำผิดที่มีความผิดปกติทางจิตที่เป็นที่ยอมรับร่วมกันเท่านั้น แต่มิใช่วิธีการพิสูจน์ที่แน่นอนและเชื่อถือได้อย่างแน่แท้ และจากการศึกษาพบว่ายังไม่มีหลักการใดที่ได้รับการยอมรับว่าสมบูรณแบบจนสามารถสร้างนำไปสร้างเป็นแบบแผนกฎเกณฑ์ในการพิสูจน์เจตนาของผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตที่ชัดเจนแน่นอน และเป็นที่ยอมรับกันโดยทั่วไปในทางสากลได้

ในการศึกษานี้ จะนำเสนอหลักการทั่วไปที่ใช้ในการพิจารณาถึงความรับผิดชอบและการพิจารณาโทษทางอาญาสำหรับผู้กระทำผิดที่มีความผิดปกติทางจิตที่ใช้อยู่ในปัจจุบันในภาพรวมดังนี้



#### 4.2.1 การพิจารณาความรับผิดในทางอาญาสำหรับผู้กระทำผิดที่มีความผิดปกติ

##### ทางจิต

หลักความรับผิดทางอาญาตามกฎหมายไทยโดยทั่วไปจะเป็นไปตามหลักกฎหมายอาญาในระบบซีวิลลอว์ โดยโครงสร้างความผิดทางอาญาของไทย จะเป็นไปตามประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 59 ที่บัญญัติไว้ว่า “บุคคลจะต้องรับผิดในทางอาญาที่ต่อเมื่อได้กระทำโดยเจตนาเว้นแต่จะได้กระทำโดยประมาท ในกรณีที่กฎหมายบัญญัติให้ต้องรับผิดเมื่อได้กระทำโดยประมาท หรือเว้นแต่ในกรณีที่กฎหมายบัญญัติโดยแจ้งชัดให้ต้องรับผิดแม้ได้กระทำโดยไม่มีเจตนา” โดยที่จะพิจารณาความรับผิดจากการกระทำที่ครบตามองค์ประกอบความผิดภายนอก คือ ผู้กระทำ การกระทำ และวัตถุแห่งการกระทำ รวมถึงผลของการกระทำต้องมีความสัมพันธ์กับการกระทำ ตามทฤษฎีเงื่อนไขและทฤษฎีมูลเหตุที่เหมาะสม กับองค์ประกอบภายในที่อยู่ในจิตใจของผู้กระทำ คือ เจตนา ที่หมายถึงรู้สำนึกในการกระทำและรู้ข้อเท็จจริงอันเป็นองค์ประกอบความผิด และประสงค์ต่อผลหรือเล็งเห็นผลของการกระทำนั้น ส่วนประมาท คือ การกระทำที่มิใช่ด้วยเจตนา แต่ปราศจากความระมัดระวัง ซึ่งบุคคลในภาวะเช่นนั้นต้องมีตามวิสัยและพฤติการณ์ หรือผู้กระทำไม่ได้ใช้ความระมัดระวังอย่างเพียงพอ แต่การกระทำโดยประมาทอาจต้องรับผิดหากมีกฎหมายบัญญัติให้ต้องรับผิดไว้ แล้วจึงพิจารณาไปถึงเหตุยกเว้นความผิดและเหตุยกเว้นโทษที่กฎหมายกำหนดไว้ รวมถึงเหตุผลโทษซึ่งอยู่นอกเหนือไปจากโครงสร้างความผิดอาญา

หลักความรับผิดในทางอาญาสำหรับผู้กระทำผิดที่มีความผิดปกติทางจิต ตามกฎหมายอาญาของไทย จะเป็นไปตามประมวลกฎหมายอาญามาตรา 65 ซึ่งมีสาระสำคัญอยู่ที่ การพิจารณาว่าจำเลยมีความรู้ผิดชอบ หรือสามารถบังคับตนเองที่บกพร่องไปในขณะกระทำ ความผิดเนื่องจากมีความผิดปกติทางจิตหรือไม่

เมื่อพิจารณาตามประมวลกฎหมายอาญามาตรา 65 ตามหลักกฎหมายอาญาของไทยถือว่า การกระทำทางอาญาที่เกิดจากความผิดปกติทางจิตยังคงถือเป็นความผิด จึงต้องถือว่าผู้กระทำมีความผิดทางอาญา เพียงแต่จะได้รับการยกเว้นหรือลดหย่อนโทษ ซึ่งต่างกับบางประเทศที่ใช้กฎหมายซีวิลลอว์เช่นเดียวกับประเทศไทย เช่น ญี่ปุ่น และเยอรมัน ที่ถือว่าการกระทำที่เกิดจากความผิดปกติทางจิตบางกรณีอาจไม่เป็นความผิดทางอาญาเลย หากพิสูจน์ได้ว่าความผิดปกติทางจิตนั้นเป็นผลให้ผู้กระทำไม่สามารถรู้สำนึกของการกระทำ หรือไม่สามารถบังคับตนเองได้ อันทำให้ขาดองค์ประกอบความผิดในส่วน of เจตนาทำให้ไม่มีความผิดในทางอาญา ทำให้ตามกฎหมายอาญาของไทย แม้ผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตจะกระทำไปด้วยอาการทางจิตโดยปราศจากเจตนา แต่ก็ยังคงต้องถือว่ามีความผิดทางอาญาอยู่ เพียงแต่อาจได้รับการยกเว้นหรือลดหย่อนโทษเท่านั้น

อันเป็นข้อแตกต่างที่สำคัญจากผู้กระทำผิดโดยทั่วไปซึ่งหากปราศจากเจตนาแล้วอาจไม่มีความผิดในทางอาญาตามประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 59 เลข

ในการพิจารณาความรับผิดชอบของผู้กระทำผิดที่มีความผิดปกติทางจิตตามกฎหมายอาญาของไทย มีลักษณะเป็นการพิจารณาความรับผิดชอบเป็นระดับ โดยอาศัยการพิจารณาระดับของความสามารถในการรู้ผิดชอบและการบังคับตนเองในขณะที่กระทำผิด โดยหากผู้กระทำผิดที่มีความผิดปกติทางจิตมีความสามารถในการรู้ผิดชอบและการบังคับตนเองในขณะที่กระทำผิดโดยสมบูรณ์ ย่อมต้องรับผิดชอบทางอาญาในระดับเดียวกับคนปกติทั่วไป แต่หากผู้กระทำผิดที่มีความผิดปกติทางจิตนั้นไม่รู้ผิดชอบหรือไม่สามารถบังคับตนเองได้ ความรับผิดชอบทางอาญาก็จะลดลงไปตามระดับของความรู้ผิดชอบและการบังคับตนเองที่มีอยู่ จนถึงอาจไม่ต้องรับผิดชอบทางอาญาเลย หากไม่รู้ผิดชอบหรือไม่สามารถบังคับตนเองได้โดยสมบูรณ์ จากการศึกษาคำพิพากษาฎีกาต่างๆ พบว่า ศาลจะพิจารณาความรู้ผิดชอบและการบังคับตนเองของจำเลย จากรายงานผลการตรวจสภาพจิตและความเห็นของผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์ร่วมกับพยานหลักฐานอื่นๆ เพื่อวินิจฉัยถึงระดับความสามารถในการรู้ผิดชอบและการบังคับตนเองของจำเลย และพบว่ามีกรณีนำพฤติการณ์ของจำเลยที่มีความผิดปกติทางจิตไปเปรียบเทียบกับพฤติการณ์ในคดีของคนปกติทั่วไป และอนุมานหรือคาดการณ์ระดับของความรู้ผิดชอบและการบังคับตนเองไปตามหลักเหตุผล เช่น หากหลบหนี หรือยังสามารถพูดคุยโต้ตอบได้รู้เรื่อง หรือการที่จำเลยเลือกทำร้ายเฉพาะบางคน แสดงว่าจำเลยยังคงมีความรู้ผิดชอบหรือบังคับตนเองได้ อย่างไรก็ตาม ในทางการแพทย์ไม่พบว่ามีความสัมพันธ์ระหว่างพฤติการณ์ต่างๆ ในคดีที่ศาลนำมาพิจารณา กับความรุนแรงของอาการทางจิตที่อาจส่งผลต่อความสามารถในการความรู้ผิดชอบหรือบังคับตนเองในขณะที่กระทำผิด นอกจากนี้ แม้ในกรณีที่เป็น โรคเดียวกัน แต่อาการและอาการแสดงในแต่ละคนก็มีความหลากหลายต่างกันไป อันเนื่องมาจากปัจจัยภายในและปัจจัยแวดล้อมที่ต่างกันของผู้ป่วยแต่ละคน และมีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอด ทำให้พฤติการณ์ต่างๆ ในคดีที่ศาลนำมาพิจารณาอาจไม่ได้มีความสัมพันธ์กับระดับของความรู้ผิดชอบและการบังคับตนเองอย่างแท้จริง

แม้ในปัจจุบัน ทางกฎหมายจะให้ความสำคัญกับพยานหลักฐานที่เป็นวิทยาศาสตร์ โดยพยายามนำความรู้ในทางการแพทย์และวิทยาศาสตร์สาขาต่างๆ เช่น ประสาทวิทยา จิตเวชศาสตร์ และจิตวิทยา มาเพื่อช่วยในการพิสูจน์สภาพจิตของผู้ต้องหาหรือจำเลย เช่น การสร้างแบบทดสอบทางจิตวิทยาต่างๆ มาช่วยในการประเมินสภาพจิต ซึ่งเป็นลักษณะที่พบร่วมกันในกฎหมายของทุกประเทศที่นำมาศึกษา แต่ปัจจุบันก็ยังไม่มีวิธีการทางการแพทย์หรือวิทยาศาสตร์ใดๆ ที่สามารถพิสูจน์ได้อย่างแม่นยำเพียงพอว่าสภาพจิตใจและความคิดของผู้ต้องหาหรือจำเลย ในช่วงกระทำผิดเป็นอย่างไรกันแน่ การตรวจสภาพจิตของผู้ต้องหาหรือจำเลยเพื่อประเมิน

ความสามารถในการรู้ผิดชอบและการบังคับตนเองในทางการแพทย์ที่ใช้กันในปัจจุบัน โดยหลักจึงเป็นการประเมินจากประวัติและอาการที่ตรวจพบในขณะนั้น ประกอบกับการใช้ความรู้ตามหลักวิชาการทางการแพทย์เกี่ยวกับอาการและอาการแสดง รวมถึงการดำเนินของโรคและความผิดปกติทางจิตโดยทั่วไป เพื่อมาอนุมานหรือคาดการณ์ว่าขณะกระทำผิดนั้นผู้นั้นน่าจะมีสภาพจิตอย่างไร และรู้ผิดชอบและการบังคับตนเองได้หรือไม่เพียงใด ผลการประเมินจึงถือได้ว่าเป็นเพียงความเห็นของผู้ตรวจประเมินในขณะนั้นเท่านั้น มิใช่ข้อเท็จจริงทางการแพทย์ที่มีหลักฐานพิสูจน์ได้อย่างชัดเจนแน่นอน จึงเป็นเพียง “ความเห็น” ที่กฎหมายอนุญาตให้รับฟังได้ แต่ไม่ใช่ “ข้อเท็จจริง” ที่ต้องถือตามนั้น

นอกจากนี้ หากผู้ตรวจประเมินและจัดทำรายงานการตรวจพิสูจน์ไม่มีความชำนาญหรือคุ้นเคยกับกฎหมายและกระบวนการยุติธรรม อาจไม่สามารถให้ข้อมูลที่จำเป็นและเป็นประโยชน์ต่อการพิจารณาคดี รวมถึงทำให้ศาลหรือผู้เกี่ยวข้องซึ่งอาจไม่มีความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับโรคและความผิดปกติทางจิตสามารถเข้าใจในข้อเท็จจริงได้อย่างถูกต้องจนอาจส่งผลกระทบต่อพิจารณาพิพากษาคดีให้เปลี่ยนแปลงไปได้อย่างมาก ซึ่งกฎหมายในบางประเทศ เช่น สหรัฐอเมริกา ได้แก้ปัญหานี้ในทางกฎหมาย โดยกำหนดรูปแบบของรายงานการตรวจพิสูจน์ไว้อย่างละเอียด โดยจำแนกเป็นประเด็นทางต่างๆ ที่กฎหมายต้องการ รวมทั้งแยกในส่วนข้อเท็จจริงที่พบกับความเห็นของผู้ตรวจไว้แยกออกจากกันอย่างชัดเจน

ในการพิจารณาความรับผิดชอบทางอาญาของจำเลยที่มีความผิดปกติทางจิต ผู้วิจัยเห็นว่า แท้จริงแล้วเป็นการพิจารณาความรับผิดชอบระดับของ “ความสามารถในทางกฎหมาย” ของจำเลย ว่ามีความสามารถในทางกฎหมายที่บกพร่อง ไม่สมบูรณ์เนื่องจากความผิดปกติทางจิตหรือไม่เพียงใด โดยถือว่าหากขณะนั้นจำเลยมีความสามารถในทางกฎหมายที่สมบูรณ์ไม่ว่าขณะกระทำผิดหรือขณะพิจารณาคดี จะถือว่าการกระทำใดๆ ของจำเลยย่อมแสดงถึงเจตนาที่เป็นเช่นเดียวกับคนปกติทั่วไป จึงควรต้องรับผิดชอบและได้รับการลงโทษตามที่กฎหมายกำหนดไว้ เช่นเดียวกับคนปกติทั่วไป รวมไปถึงสมควรได้รับการปฏิบัติในกระบวนการยุติธรรมเช่นเดียวกับคนปกติทั่วไปด้วย แต่หากจำเลยมีความสามารถในทางกฎหมายที่ลดลงไป ก็ต้องถือว่าการกระทำของจำเลยนั้นไม่สามารถแสดงถึงเจตนาในทางกฎหมายได้โดยสมบูรณ์ โดยถือว่าเจตนาที่น้อยลงไปเท่าที่ความสามารถในทางกฎหมายที่ลดน้อยลงไป จึงสมควรรับผิดชอบและได้รับการลงโทษลดน้อยลงไปตามส่วนเท่าที่จำเลยยังคงมีความสามารถในทางกฎหมายเหลืออยู่ จนกระทั่งหากจำเลยขาดความสามารถในทางกฎหมายโดยสมบูรณ์ ทางกฎหมายควรถือว่าการกระทำของจำเลยนั้นปราศจากเจตนาจนเป็นเหตุให้การกระทำนั้นไม่มีความผิด หรือได้รับการยกเว้นการลงโทษทั้งหมด

จากแนวคิดในการพิจารณาความรับผิดชอบดังกล่าว อาจทำให้เห็นถึงความหมายของความผิดปกติทางจิตในทางกฎหมายอาญาในอีกแง่มุมหนึ่ง โดย “ความผิดปกติทางจิต” ในความหมายอย่างกว้างๆ ตามแนวคิดของความรับผิดชอบทางอาญาอาจหมายถึง “ความสามารถในทางกฎหมายที่บกพร่องไม่สมบูรณ์เนื่องจากมีความผิดปกติทางจิต” นั่นเอง ซึ่งหากมองที่ประเด็นการพิจารณาที่ความสามารถเป็นหลักแล้ว จะเห็นได้ว่าเกิดความสอดคล้องกันในทางกฎหมายอาญาทั้งในเรื่องความรับผิดชอบและวิธีพิจารณาความอาญา รวมถึงสอดคล้องกับแนวคิดในทางกฎหมายแพ่งด้วย อย่างไรก็ตาม ผู้วิจัยเห็นว่าในทางกฎหมายอาญามีลักษณะที่พยายามกำหนดขอบเขตของการพิจารณาความสามารถในทางกฎหมายให้แคบและจำเพาะเจาะจงมากขึ้นกว่าในทางกฎหมายอื่นๆ โดยมุ่งเน้นไปที่การพิจารณา “ความสามารถในการรู้ผิดชอบ” และ “ความสามารถในการบังคับตนเอง” เป็นสำคัญ จนอาจกล่าวได้ว่า “ความผิดปกติทางจิต” ในทางกฎหมายอาญาของไทยในปัจจุบัน อาจหมายถึงเฉพาะ “ความสามารถในการรู้ผิดชอบหรือการบังคับตนเองที่บกพร่องเนื่องจากมีความผิดปกติทางจิต”

โดยสรุป ผู้วิจัยเห็นว่า ในทางกฎหมายอาญาของไทยใช้ระดับความสามารถในการรู้ผิดชอบและการบังคับตนเองมาพิจารณาถึงระดับความรับผิดชอบในทางอาญาของจำเลยที่มีความผิดปกติทางจิต แต่ความรู้ผิดชอบและการบังคับตนเองในขณะที่กระทำความผิดของผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตเป็นสิ่งที่ไม่สามารถพิสูจน์ได้อย่างถูกต้อง เทียบตรง และแม่นยำเพียงพอ จึงไม่เหมาะสมที่จะนำมาใช้เป็นหลักในการพิจารณาความรับผิดชอบในทางอาญา นอกจากนี้ การพิจารณาความรับผิดชอบทางอาญาอย่างเป็นระดับโดยอาศัยระดับความสามารถในการรู้ผิดชอบและการบังคับตนเองเพียงอย่างเดียวจะมีผลให้การพิจารณาความรับผิดชอบทางอาญาของผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตมีความไม่แน่นอนเป็นอย่างยิ่ง ผู้วิจัยเห็นว่า หลักในการพิจารณาความรับผิดชอบทางอาญาของผู้กระทำผิดที่มีความผิดปกติทางจิต ควรมุ่งไปที่การพิจารณาความสามารถในทางกฎหมายของผู้กระทำผิดโดยรวม โดยไม่จำกัดเพียงเฉพาะความรู้ผิดชอบและการบังคับตนเองแต่เพียงอย่างเดียวเท่านั้น แต่ควรมุ่งไปที่การพิจารณาที่ความสามารถในทางกฎหมายโดยรวมทั้งหมด โดยอาศัยการพิจารณาข้อเท็จจริงและความเห็นร่วมกันจากหลายๆ ฝ่าย ทั้งทางกฎหมาย การแพทย์ และทางสังคม เพื่อให้สามารถพิจารณาถึงเจตนาที่แท้จริงของผู้กระทำอันเป็นองค์ประกอบสำคัญในการพิจารณาความรับผิดชอบทางอาญาได้อย่างเป็นที่ยอมรับร่วมกันทุกฝ่าย และลดความไม่แน่นอนจากการนำสิ่งที่ไม่สามารถพิสูจน์ได้อย่างชัดเจนแน่นอนอย่างความรู้ผิดชอบและการบังคับตนเองมาใช้เพียงอย่างเดียว

ซึ่งจากการศึกษาแนวคิดทางกฎหมายของต่างประเทศ พบว่ามีแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงหลักในการพิจารณาความรับผิดชอบของผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตจากความรู้ผิดชอบและการบังคับตนเองเพียงอย่างเดียวมาเป็นการพิจารณาความสามารถโดยรวมที่รอบด้านและกว้างขวาง

ขึ้นนี้ จะเห็นได้จากพัฒนาการของหลักการพิสูจน์ความรับผิดชอบที่ปรากฏในกฎหมาย โดยเฉพาะแนวคิดของหลักการพิสูจน์ความวิกลจริตตามกฎหมายของสหรัฐอเมริกา ที่พัฒนาเปลี่ยนแปลงจากหลัก M'Naghten และ Irresistible Impulse ที่มุ่งพิสูจน์เฉพาะความรู้ผิดชอบและการบังคับตนเองของจำเลยไปสู่การพยายามนำความรู้และหลักการทางการแพทย์มาใช้เป็นหลักในการพิสูจน์ ดังจะเห็นได้จากหลัก Durham หรือ The Product Rule จนกระทั่งถึงการพิสูจน์ที่เน้นในเรื่องของความสามารถในการเข้าใจการกระทำของตนตามหลักของ ALI หรือ M.P.C และ Federal position หรือการที่ในหลายประเทศ เช่น อังกฤษ และญี่ปุ่น ได้สร้างมาตรการทางกฎหมาย โดยออกเป็นกฎหมายเฉพาะเฉพาะเกี่ยวกับสุขภาพจิตมาใช้ประกอบกับการใช้กฎหมายอาญาในการพิจารณาคดีที่ผู้กระทำผิดมีความผิดปกติทางจิต ซึ่งในกฎหมายสุขภาพจิตต่างๆ ได้กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการในการตรวจประเมินผู้ต้องหาหรือจำเลยในคดีอาญาไว้อย่างละเอียดและรอบด้าน โดยอาศัยผู้เชี่ยวชาญจากหลายสาขาทั้งทางการแพทย์และทางกฎหมายเข้ามาช่วยในการประเมินสภาพจิตของจำเลยโดยที่ไม่ใช่เพียงแค่การประเมินแต่ความรู้ผิดชอบและการบังคับตนเองเพียงอย่างเดียวแต่อย่างไร ซึ่งแสดงให้เห็นว่า หลักในการพิจารณาคดีความรับผิดชอบทางอาญาของผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตในปัจจุบันกำลังเปลี่ยนแปลงไปสู่การพิจารณาที่กว้างไปกว่าการพิจารณาแต่ความรู้ผิดชอบและการบังคับตนเองที่ใช้มาแต่เดิมแล้ว

นอกจากนี้ ผู้วิจัยยังเห็นว่า ไม่ควรยึดหลักการตัดสินความรับผิดชอบของจำเลยที่มีความผิดปกติทางจิตไปตามระดับของความสามารถในการรู้ผิดชอบและบังคับตนเองอย่างที่ผ่านมา ซึ่งส่งผลให้เกิดความรับผิดชอบได้หลายระดับจนขาดความชัดเจนแน่นอนในทางกฎหมาย แต่ควรตัดสินเพียงว่าจำเลยมีความผิดหรือไม่มีความผิดหรือไม่เท่านั้น ในลักษณะเดียวกับการวินิจฉัยความรับผิดชอบของจำเลยที่มีความผิดปกติทางจิตในระบบกฎหมายคอมมอนลอว์ที่ใช้กันในประเทศอังกฤษ และสหรัฐอเมริกา กล่าวคือควรพิจารณาและวินิจฉัยแต่เพียงว่าจำเลยที่มีความผิดปกติทางจิตสมควรต้องรับผิดชอบตามที่กฎหมายกำหนดไว้หรือไม่เท่านั้น และควรมุ่งความสำคัญไปที่การหารูปแบบวิธีการลงโทษหรือมาตรการทางกฎหมายอาญาที่เหมาะสมกับจำเลยที่มีความผิดปกติทางจิต แทนที่จะเพียงพิจารณาว่าจะปรับระดับของการลงโทษตามระดับของความผิดที่พิจารณาได้มากน้อยเพียงใดเหมือนกับการพิจารณากรณีที่เป็นคนปกติทั่วไป

นอกจากนี้ ผู้วิจัยมีข้อสังเกตว่า ความผิดปกติทางจิตที่รุนแรงอย่างมากจนถึงขั้นไม่สามารถรู้ผิดชอบหรือไม่สามารถบังคับตนเองได้โดยสิ้นเชิงนั้น มีความใกล้เคียงกับกรณีการขาดเจตนาตามประมวลกฎหมายอาญามาตรา 59 เป็นอย่างยิ่ง ต่างกันเพียงว่าเป็นผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตหรือไม่เท่านั้น จึงมีปัญหาว่าจำเลยที่มีความผิดปกติทางจิตที่ขาดเจตนาอาจได้รับการพิจารณาไปตามประมวลกฎหมายอาญามาตรา 65 โดยถือว่ามีความผิดแต่ได้รับการยกเว้นโทษ

แตกต่างกับจำเลยในคดีอาญาทั่วไปที่เมื่อพิจารณาได้ว่าขาดเจตนาข่มขู่ถือว่าไม่เป็นความผิดตั้งแต่ต้น ทำให้จำเลยที่มีความผิดปกติทางจิตอาจไม่ได้รับประโยชน์จากประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 59 เหมือนจำเลยอื่นๆ และการที่จำเลยที่มีความผิดปกติทางจิตได้รับการพิจารณาไปตาม มาตรา 65 อาจส่งผลร้ายต่อจำเลยบางรายให้ต้องมีความรับผิดชอบทางอาญาแม้จะขาดเจตนาไปก็ตาม ผู้วิจัยมีความเห็นว่า หากพิจารณาจนเชื่อได้ว่าขณะกระทำการนั้นจำเลยขาดความสามารถอย่างสมบูรณ์เนื่องจากมีความผิดปกติทางจิต จนไม่อาจถือได้ว่าการกระทำนั้นแสดงถึงเจตนาที่แท้จริงของจำเลยได้ ก็ควรถือว่าจำเลยไม่มีความผิดเพราะขาดเจตนาในทางอาญาตามประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 59 แต่ไม่ควรถือว่าไม่มีความผิดเพราะไม่รู้ผิดชอบหรือไม่สามารถบังคับตนเองได้ตามประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 65 แต่หากเชื่อได้ว่าจำเลยยังมีความสามารถในการแสดงเจตนาได้อยู่ไม่ว่าโดยสมบูรณ์หรือลดน้อยลงไปเพียงใด ก็ควรถือว่าจำเลยยังคงต้องมีความผิดเพราะจำเลยยังคงมีเจตนาในทางอาญาอยู่ ซึ่งจะยังคงเป็นไปตามหลักการเดิมในทางกฎหมายอาญาของไทยยังคงถืออยู่ว่า การกระทำทางอาญาที่เกิดจากความผิดปกติทางจิตยังคงถือเป็นความผิด ผู้กระทำจึงต้องมีความรับผิดชอบทางอาญาอยู่ แต่จะได้รับการยกเว้นหรือลดหย่อนโทษเท่านั้น

#### 4.2.2 การพิจารณาโทษทางอาญาสำหรับผู้กระทำผิดที่มีความผิดปกติทางจิต

เมื่อพิจารณารายละเอียดเรื่องการลงโทษทางอาญาต่อผู้กระทำผิดที่มีความผิดปกติทางจิตจากคำพิพากษาฎีกาของไทย พบว่า ในคดีส่วนใหญ่ศาลจะวินิจฉัยว่าจำเลยยังคงสามารถรู้ผิดชอบอยู่บ้าง หรือยังสามารถบังคับตนเองได้บ้าง และจำเลยส่วนใหญ่ยังคงต้องรับโทษทางอาญาอยู่ การพิพากษาให้งดเว้นโทษและปล่อยตัวไปเพราะไม่สามารถรู้ผิดชอบหรือไม่สามารถบังคับตนเองได้นั้นเกิดขึ้นจริงน้อยมาก ซึ่งหากมีการงดเว้นโทษเกิดขึ้น ศาลก็อาจสั่งให้ควบคุมไว้บำบัดรักษาในสถานพยาบาลตามประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา มาตรา 48 รวมถึงอาจกำหนดวิธีการเพื่อความปลอดภัยต่างๆ เพิ่มเติมต่อไปได้ด้วย

ผู้วิจัยเห็นว่า การยกเว้นและการลดหย่อนโทษให้แก่ผู้กระทำผิดทางอาญาที่มีความผิดปกติทางจิต โดยพิจารณาไปตามระดับของความรู้ผิดชอบหรือความสามารถในการบังคับตนเองตาม มาตรา 65 ซึ่งมีปัญหาในเรื่องความถูกต้องแม่นยำดังที่กล่าวมาแล้ว ส่งผลให้การลงโทษทางอาญาต่อผู้กระทำผิดที่มีความผิดปกติทางจิตขาดความแน่นอน จัดต่อหลักการลงโทษทางอาญาที่ต้องมีความแน่นอน เสมอภาคและเท่าเทียม และแม้การลดโทษจะเป็นผลดีแก่ผู้กระทำผิดที่มีความผิดปกติทางจิต แต่การยกเว้นหรือลดหย่อนโทษที่ขาดหลักเกณฑ์ที่ชัดเจนแน่นอนอาจส่งผลให้สังคมมองว่าไม่ยุติธรรมและเป็นการเลือกปฏิบัติได้ โดยเฉพาะกรณีที่สังคมไม่เชื่อว่าผู้กระทำผิดมีความผิดปกติทางจิต จนอาจเกิดทัศนคติในแง่ลบต่อทั้งตัวผู้กระทำผิดเองและกระบวนการยุติธรรม ผู้วิจัยจึงไม่เห็นด้วยกับการใช้ระดับของความรู้ผิดชอบหรือความสามารถใน

การบังคับตนเองมาเป็นหลักเกณฑ์ในการการยกเว้นหรือลดหย่อนโทษ แต่ควรนำระดับของความสามารถในทางกฎหมายโดยรวมที่พิจารณาได้ไปใช้ประกอบในการกำหนดโทษหรือกำหนดวิธีการต่างๆ ที่เหมาะสมกับจำเลยต่อไปแทน นอกจากนี้ การยกเว้นโทษหรือการลดหย่อนโทษตามประมวลกฎหมายอาญามาตรา 65 อาจกลายเป็นช่องทางให้ผู้ที่ไม่ได้มีความผิดปกติทางจิต หรือมีอยู่แต่หายเป็นปกติแล้วการอ้างเหตุความผิดปกติทางจิตเข้าต่อสู้เพื่อหวังจะไม่ต้องรับโทษหรือรับโทษน้อยลงอย่างไม่เหมาะสม ทำให้เกิดความยุ่งยากและล่าช้าในการพิจารณาคดีโดยไม่จำเป็น แม้ในประเทศไทยยังไม่มีข้อมูลที่ชัดเจนว่ามีกรณีดังกล่าวมากน้อยเพียงใด แต่ในปัจจุบันยังไม่มีแนวทางหรือมาตรการใดทางกฎหมายเพื่อป้องกันการการยกความผิดปกติทางจิตมาอ้างเพื่อต่อสู้คดีอย่างไม่เหมาะสม

จากการศึกษาการกระทำผิดซ้ำของผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตต่างๆ จะเห็นว่ารูปแบบและวิธีการลงโทษทางอาญาตามปกติอาจไม่สามารถป้องกันไม่ให้ผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตกระทำผิดซ้ำได้อย่างมีประสิทธิภาพ แต่พบว่าการป้องกันผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตไม่ให้กระทำผิดซ้ำที่ได้ผล คือ การจัดให้ผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตได้รับการบำบัดรักษาอย่างถูกต้อง เหมาะสม และต่อเนื่อง ด้วยเหตุนี้ แนวโน้มในทางกฎหมายอาญาปัจจุบันจึงมุ่งไปที่การหาวิธีการต่างๆ เพื่อการจัดการกับผู้กระทำผิดที่มีความผิดปกติทางจิตด้วยวิธีการต่างๆ เพื่อแก้ไขฟื้นฟูผู้กระทำความผิดโดยเน้นที่การหาสาเหตุการกระทำความผิด และแนวทางแก้ไขเป็นรายบุคคล โดยนำผู้เชี่ยวชาญทางด้านต่างๆ ทั้งด้านสุขภาพจิตและจิตเวช และด้านสังคม เข้ามามีส่วนร่วมในการค้นหาปัจจัยที่เป็นสาเหตุและกำหนดแนวทางการแก้ไขฟื้นฟู มากกว่าเน้นที่การลงโทษเช่นเดียวกับคนปกติทั่วไป นอกจากนี้ ยังพบว่ามีกรณีการนำมาตรการอื่นๆ มาใช้เสริมหรือทดแทนวิธีการในกระบวนการยุติธรรมทางอาญาตามปกติ เช่น พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 ที่กำหนดมาตรการขึ้นตอนและการคุ้มครองทางกฎหมายต่างๆ สำหรับผู้กระทำผิดที่มีความผิดปกติทางจิตไว้ทั้งในเรื่องการตรวจพิสูจน์ การบำบัดรักษาในระหว่างการพิจารณาคดี การบังคับบำบัดรักษา วิธีเพื่อความปลอดภัยต่างๆ รวมไปถึงการคุ้มครองสิทธิของผู้ที่มีความผิดปกติทางจิต ซึ่งผู้วิจัยเห็นว่า ทำให้กระบวนการยุติธรรมทางอาญาโดยรวมมีความเหมาะสมมากยิ่งขึ้น โดยไม่มุ่งไปที่ความผิดและการลงโทษผู้กระทำผิดที่มีความผิดปกติทางจิตไปตามปกติเพียงอย่างเดียว

อย่างไรก็ตาม พบว่ายังมีปัญหาทางกฎหมายอาญาของไทยในการนำวิธีการอื่นๆ มาใช้เสริมหรือทดแทนการลงโทษทางอาญาตามปกติ โดยที่ประมวลกฎหมายอาญามาตรา 65 เป็นการให้อำนาจศาลในการใช้ดุลพินิจว่าจะยกเว้นโทษหรือลดหย่อนโทษที่กำหนดไว้หรือไม่เท่านั้น แต่ไม่ได้ให้อำนาจศาลในการนำวิธีการอื่นใดที่เหมาะสมมากกว่ามาใช้ควบคู่หรือทดแทนการลงโทษทางอาญาได้ โดยเฉพาะการบังคับบำบัดรักษา ซึ่งผู้วิจัยเห็นว่า เป็นวิธีการที่เหมาะสมมาก

ที่สุดในการแก้ไขฟื้นฟูและป้องกันไม่ให้ผู้กระทำผิดที่มีความผิดปกติทางจิตกระทำผิดซ้ำ และเป็นวิธีการที่ได้รับการยอมรับและกำหนดไว้ในกฎหมายของทุกประเทศที่นำมาศึกษา นอกจากนี้ ตามมาตราดังกล่าว ศาลจะต้องวินิจฉัยโดยอิงกับโทษทางอาญาที่กำหนดไว้สำหรับความผิดนั้นๆ เท่านั้น ทำให้แม้มีวิธีการอื่นที่เหมาะสม แต่หากขัดกับโทษทางอาญาที่มีอยู่ก็อาจทำให้ไม่สามารถนำวิธีการนั้นมาใช้ได้ เช่น หากศาลพิพากษาให้ต้องรับโทษจำคุกโดยที่จำเลยยังคงมีความผิดปกติทางจิตอยู่ ก็อาจทำให้จำเลยขาดโอกาสที่จะได้รับการบำบัดรักษาอย่างเหมาะสม หรือหากจำเลยได้รับการบำบัดรักษาจนหายดีแล้ว แต่จำเลยต้องกลับไปรับโทษจำคุกต่อไปอีก ก็อาจทำให้อาการกลับมากำเริบซ้ำได้ นอกจากนี้ หากศาลพิพากษาให้ยกเว้นโทษและปล่อยตัวไปโดยมิได้มีคำสั่งใดเพิ่มเติม ก็อาจทำให้ผู้ต้องหาหรือจำเลยบางส่วนขาดโอกาสที่จะได้รับการบำบัดรักษา ซึ่งการไม่มีมาตรการต่างๆ ในการนำผู้กระทำผิดเข้าสู่การบำบัดรักษานี้เอง อาจทำให้ผู้กระทำผิดที่ได้รับการปล่อยตัวไปไม่ได้รับการบำบัดรักษาอย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง จนอาจมีอาการกำเริบจนกระทำผิดซ้ำ เป็นอันตรายต่อสังคมส่วนรวมได้อีก แม้ตามประมวลกฎหมายอาญามาตรา 48 จะให้อำนาจศาลในการสั่งให้ส่งผู้กระทำผิดซึ่งไม่ต้องรับโทษหรือได้รับการลดโทษตามมาตรา 65 ไปคุมตัวไว้ในสถานพยาบาล ถ้าเห็นว่าการปล่อยตัวไปจะเป็นการไม่ปลอดภัยแก่ประชาชน แต่ผู้วิจัยเห็นว่ามาตรานี้เป็นเพียงการให้อำนาจศาลในการใช้ดุลพินิจในสั่งให้ควบคุมตัวผู้กระทำผิดไว้เพื่อบังคับบำบัดรักษาหรือไม่ก็ได้เท่านั้น หากศาลเห็นว่า ในขณะนั้นผู้กระทำผิดไม่ได้มีลักษณะที่เป็นอันตราย แม้จะยังคงมีความผิดปกติทางจิตอยู่ ศาลก็อาจไม่ได้ใช้อำนาจตามมาตราดังกล่าว โดยไม่มีคำสั่งให้เข้ารับการบำบัดรักษาก็ได้ นอกจากนี้ มาตรา 48 นี้ อาจไม่ได้รวมไปถึงคำสั่งให้บังคับบำบัดรักษาแบบไม่ควบคุมตัว เช่น การรักษาแบบผู้ป่วยนอก หรือรูปแบบโรงพยาบาลกลางวัน (day care hospital) และแม้ศาลจะมีอำนาจในการออกคำสั่งให้ใช้วิธีการเพื่อความปลอดภัยหรือกำหนดเงื่อนไขในการคุมประพฤติเพื่อให้ผู้กระทำผิดเข้ารับการบำบัดรักษา แต่ไม่ได้เป็นการบังคับให้ศาลต้องมีคำสั่งในทุกคดี และในทางปฏิบัติพบว่ามีการใช้อำนาจในการออกคำสั่งบังคับในลักษณะนี้น้อยมาก นอกจากนี้ แม้ตามกฎหมายไทยจะมีการแยกโทษและวิธีการเพื่อความปลอดภัยออกจากกัน แต่ไม่สามารถใช้สลับสับเปลี่ยนกันทดแทนกันได้ ต่างกับในกฎหมายเยอรมันที่สามารถสลับสับเปลี่ยนกันได้ตามความเหมาะสม ทำให้ยากต่อการปรับเปลี่ยนรูปแบบการลงโทษ รวมถึงการนำเอาโทษทางอาญาเดิมกลับมาใช้เมื่อวิธีการอื่นนั้นไม่เหมาะสมหรือไม่ประสบความสำเร็จ

แต่แม้ผู้กระทำผิดที่มีความผิดปกติทางจิตจะได้รับการลงโทษ รวมถึงการบำบัดรักษาและฟื้นฟูในกระบวนการยุติธรรมทางอาญาโดยสมบูรณ์แล้วไปแล้ว เมื่อกลับออกสู่สังคม ก็มีโอกาสกระทำความผิดซ้ำได้อีกในภายหลัง ด้วยเหตุที่การกระทำผิดทางอาญาของผู้ที่มี



ความผิดปกติทางจิตเกิดมาจากหลายปัจจัยร่วมกัน ทั้งจากปัจจัยด้านผู้ป่วยเองก่อนหน้านั้น เช่น การที่ผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตส่วนหนึ่งจะไม่รับรู้ถึงความผิดปกติของตนเอง ซึ่งเป็นผลจากโรคและความผิดปกติที่เป็นอยู่ จนทำให้การละเลยการบำบัดรักษาหรือรักษาไม่ต่อเนื่อง และปัญหาการใช้สารเสพติด และยังเกิดจากปัจจัยภายนอกอื่นๆ เช่น ความรุนแรงในครอบครัว สภาพสังคมและสิ่งแวดล้อม การถูกละเมิดสิทธิและไม่ได้รับการคุ้มครองสิทธิอย่างเหมาะสม รวมถึงการขาดโอกาสทางสังคม หากไม่มีมาตรการที่เหมาะสมในการจัดการปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อการกระทำผิดเหล่านี้อย่างต่อเนื่อง ปัจจัยต่างๆ เหล่านี้อาจส่งผลทำให้ผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตมีโอกาสกระทำความผิดซ้ำได้อีกในภายหลัง ดังนั้น ในทางกฎหมายและกระบวนการยุติธรรมไม่สามารถใช้แต่เพียงกระบวนการทางกฎหมายในการป้องกันสังคมจากการกระทำผิดของผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตได้ จำเป็นต้องอาศัยการเชื่อมโยงและความร่วมมือกับภาคส่วนอื่นๆ โดยเฉพาะในทางการแพทย์และทางสังคมด้วย

โดยสรุปแล้ว ผู้วิจัยเห็นว่าหลักการยกเว้นโทษ และการลดหย่อนโทษให้แก่ผู้กระทำผิดทางอาญาที่มีความผิดปกติทางจิต โดยพิจารณาจากความรู้ผิดชอบและความสามารถในการบังคับตนเองนั้น ไม่เหมาะสม เพราะมีปัญหาในเรื่องความถูกต้อง แม่นยำ ทำให้เกิดความไม่แน่นอนในทางกฎหมาย โดยที่รูปแบบและวิธีการโทษทางอาญาที่มีในปัจจุบันอาจไม่สามารถแก้ไขฟื้นฟูผู้กระทำผิดที่มีความผิดปกติทางจิตและคุ้มครองป้องกันสังคมจากการกระทำผิดทางอาญาของผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ ยังมีอุปสรรคทางกฎหมายในการนำวิธีการต่างๆ ที่เหมาะสมและเป็นประโยชน์มากกว่ามาใช้ ผู้วิจัยเห็นว่า ควรแก้ไขในหลักการทางกฎหมายอาญาในส่วนที่เป็นการพิจารณายกเว้นหรือลดโทษ โดยเปลี่ยนไปพิจารณาที่ความรับผิดชอบทางอาญาจากความสามารถในทางกฎหมายโดยรวมเป็นหลัก สำหรับการลงโทษ ควรเน้นไปที่การวางแผนแก้ไขฟื้นฟูเป็นรายบุคคล โดยมีผู้เชี่ยวชาญด้านอื่นๆ เข้ามาช่วยในการประเมินและวางแผน และเปิดโอกาสให้นำวิธีการต่างๆ นอกเหนือจากการลงโทษมาใช้ โดยเฉพาะการจัดการให้ผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตได้รับการบำบัดรักษาอย่างถูกต้อง เหมาะสม และต่อเนื่อง ซึ่งเป็นมาตรการการป้องกันสังคมจากการกระทำผิดทางอาญาของผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

### 4.3 แนวคิดในการแก้ไขประมวลกฎหมายอาญามาตรา 65

จากแนวคิดในเรื่องการรับผิดและการลงโทษทางอาญาสำหรับผู้กระทำผิดที่มีความผิดปกติทางจิตตามประมวลกฎหมายอาญามาตรา 65 ที่ใช้เป็นหลักในปัจจุบันที่กล่าวมาแล้ว ผู้วิจัยเห็นว่า ปัญหาที่สำคัญสองประเด็น คือ

1. เป็นการนำความรู้ที่ชื่นชอบและการบังคับตนเองซึ่งเป็นเรื่องที่ไม่สามารถพิสูจน์ทราบได้อย่างชัดเจนแน่นอนมาใช้เป็นหลักในการวินิจฉัยความรับผิดชอบทางอาญา

2. การพิจารณาโทษทางอาญาโดยอาศัยระดับของความรู้ที่ชื่นชอบและการบังคับตนเองมาใช้เป็นหลักในการพิจารณาขเว้นหรือลดหย่อนโทษทางอาญาที่มีอยู่เดิม ทำให้เกิดความไม่แน่นอนในทางกฎหมาย รวมทั้งอาจเป็นอุปสรรคต่อการนำวิธีการอื่นๆ ที่เหมาะสมกว่ามาใช้กับผู้กระทำผิดที่มีความผิดปกติทางจิต

จากปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยเสนอว่า ควรมีการปรับปรุงแก้ไขกฎหมายอาญาของไทย โดยเฉพาะประมวลกฎหมายอาญามาตรา 65 โดยใช้หลักการดังต่อไปนี้

1. ปรับปรุงหลักการทางกฎหมายเดิมที่ใช้ความรู้ที่ชื่นชอบและการบังคับตนเองเพียงอย่างเดียวมาวินิจฉัยความรับผิดชอบ ซึ่งผู้วิจัยเห็นว่าอาจกระทำได้ในสองแนวทาง คือ กำหนดหลักเกณฑ์ใหม่ๆ ขึ้นมาใช้แทนการพิจารณาความรู้ที่ชื่นชอบและการบังคับตนเองที่ใช้อยู่เดิม ซึ่งผู้วิจัยเห็นว่า แนวทางนี้อาจเป็นไปได้ยาก เนื่องจากปัจจุบันยังไม่มีหลักเกณฑ์ในการพิจารณาใดในเรื่องนี้ที่ยอมรับได้ว่าถูกต้อง เหมาะสมและเป็นที่ยอมรับร่วมกัน กับอีกแนวทางซึ่งผู้วิจัยเห็นว่ามี ความเหมาะสมและเป็นไปได้มากกว่าในปัจจุบัน คือการปรับปรุงแก้ไขกฎหมายเดิมเพื่อเปิดโอกาสให้สามารถนำหลักการอื่นๆ มาปรับใช้พิจารณาตามความเหมาะสม

อย่างไรก็ตาม อาจมีปัญหว่า หากกฎหมายไม่ใช้หลักเกณฑ์การพิจารณาความรู้ที่ชื่นชอบและการบังคับตนเองเช่นเดิม แต่เปิดโอกาสให้สามารถนำหลักการอื่นๆ มาปรับใช้ตามความเหมาะสมได้ จะยังทำให้การพิจารณาความรับผิดชอบและโทษทางอาญาสำหรับผู้กระทำผิดที่มีความผิดปกติทางจิตจะยังไม่มีความแน่นอนยิ่งขึ้นหรือไม่ ในประเด็นนี้ ผู้วิจัยมีความเห็นว่า เปิดโอกาสให้สามารถนำหลักการอื่นๆ มาปรับใช้ได้ยิ่งจะทำให้การพิจารณาความรับผิดชอบทางอาญากลับยังมี ความเหมาะสมและความแน่นอนยิ่งขึ้น เนื่องจากจะทำให้ผู้ที่เกี่ยวข้องในกระบวนการยุติธรรมในแต่ละ ส่วน จะมีอิสระในการพิจารณาประเด็นเกี่ยวกับความผิดปกติทางจิตได้อย่างกว้างขวางและรอบ ด้านมากขึ้นตามความรู้ความชำนาญเฉพาะด้าน โดยไม่ต้องยึดติดแต่เพียงการพิจารณาว่าจำเลยมี ความรู้ที่ชื่นชอบและการบังคับตนเองในขณะที่กระทำผิดหรือไม่เพียงใดเท่านั้น และเมื่อทุกๆ ฝ่ายได้มี โอกาสนำข้อมูลทั้งในเชิงความรู้ทางวิชาการและความเห็นของผู้เชี่ยวชาญมาพิจารณาร่วมกันผ่าน ทางกระบวนการยุติธรรม ในที่สุดแล้วผู้วิจัยเชื่อว่าจะสามารถสร้างหลักเกณฑ์และแนวทางร่วมกัน ในการพิจารณาความรับผิดชอบและโทษทางอาญาสำหรับผู้กระทำผิดที่มีความผิดปกติทางจิตให้เป็นที่ยอมรับร่วมกันได้ทั้งทางกฎหมาย การแพทย์ และทางสังคม อย่างน้อยก็ในช่วงเวลานั้น นอกจากนี้ หลักเกณฑ์และแนวทางที่เกิดขึ้นจะได้รับการปรับปรุงแก้ไขให้สอดคล้องกับความเป็นจริงในทาง ปฏิบัติ โดยที่ไม่จำเป็นต้องแก้ไขปรับปรุงกฎหมายอยู่ตลอดเวลา

2. ควรเปิดโอกาสให้สามารถนำวิธีการอื่นๆ ที่เหมาะสม นอกเหนือจากการลงโทษ ตามที่กฎหมายกำหนดไว้สำหรับความผิดนั้น เนื่องจากการลงโทษทางอาญาอาจไม่สามารถแก้ไข ฟื้นฟูและไม่สามารถป้องกันผู้กระทำผิดที่มีความผิดปกติทางจิตไม่ให้กระทำผิดหรือกระทำผิดซ้ำ ได้ ดังนั้น จำเป็นต้องเปิดช่องทางให้สามารถนำวิธีการอื่นๆ ที่เหมาะสมมากกว่ามาใช้ โดยไม่จำกัด เพียงโทษทางอาญาเดิมที่กำหนดไว้สำหรับความผิดนั้น เช่น ให้สามารถเปลี่ยนจากโทษเป็นวิธีการ เพื่อความปลอดภัยโดยมีเงื่อนไขแทน หรืออาจกำหนดให้สามารถทำแผนฟื้นฟูผู้กระทำผิดที่มีความ ผิดปกติทางจิต เช่นเดียวกับที่ใช้ในผู้กระทำผิดที่เป็นเด็กและเยาวชน เพื่อใช้แทนการลงโทษ ตามปกติ นอกจากนี้ อาจนำแนวคิดของกระบวนการยุติธรรมทางเลือกมาใช้ เพื่อให้ผู้กระทำผิดที่มี ความผิดปกติทางจิตเข้าสู่การบำบัดรักษาแทนการดำเนินคดีไปตามปกติ โดยถือว่าเป็นผู้ช่วย เช่นเดียวกับที่ใช้ในผู้กระทำผิดเกี่ยวกับยาเสพติด

จากแนวคิดต่างๆ ข้างต้น ผู้วิจัยจึงเห็นว่า ควรมีการแก้ไขประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 65 โดยในส่วนแรกควรแก้ไขถ้อยคำเพื่อปรับระดับของการพิสูจน์ในทางกฎหมายให้ลดลง โดยเพิ่มเติมข้อความว่า “หากศาลเชื่อได้ว่า” เพื่อเน้นให้การพิสูจน์ให้เป็นไปในระดับของ พยานหลักฐานที่ชัดเจนและน่าเชื่อถือ อันเป็นการพิสูจน์ในระดับที่ต่ำกว่าการพิสูจน์โดยปราศจาก ข้ออันสงสัยอันควร ตามแนวคิดของกฎหมายของสหรัฐอเมริกา ซึ่งเป็นระดับการพิสูจน์ความ ผิดปกติทางจิตที่เป็นไปได้และสอดคล้องกับความเป็นจริงมากที่สุด ซึ่งจะเปิด โอกาสให้นำ พยานหลักฐานเข้ามาช่วยพิสูจน์ถึงความสามารถในการแสดงถึงเจตนาที่แท้จริงของจำเลยได้มาก ขึ้นกว่าการใช้พยานหลักฐานที่เป็นความเห็นในทางการแพทย์มาช่วยพิสูจน์ความรู้ผิดชอบและการ บังคับตนเองของจำเลยเพียงอย่างเดียว ดังนั้น มาตรา 65 ในส่วนแรก ควรมีการแก้ไขดังนี้

“ผู้ใดกระทำความผิดขณะที่มีความผิดปกติทางจิต ผู้นั้นไม่ต้องรับโทษสำหรับ ความผิดนั้น หากศาลเชื่อได้ว่าขณะกระทำผิด ผู้นั้นไม่สามารถรู้ผิดชอบ หรือไม่สามารถบังคับ ตนเองได้ แต่หากเชื่อว่ายังสามารถรู้ผิดชอบอยู่บ้าง หรือยังสามารถบังคับตนเองได้บ้าง ผู้นั้นยังต้อง รับโทษสำหรับความผิดนั้น แต่ศาลจะลงโทษน้อยกว่าที่กฎหมายกำหนดไว้สำหรับความผิดนั้น เพียงใดก็ได้...”

นอกจากนี้ ควรเปิดโอกาสให้สามารถนำวิธีการอื่นที่เหมาะสมมาใช้ทดแทนหรือ ควบคู่ไปกับโทษทางอาญาตามปกติได้ โดยเฉพาะการบำบัดรักษา แต่ยังคงหลักการให้สามารถ ลดหย่อนโทษไว้ จึงควรแก้ไขและเพิ่มเติมข้อความ ดังต่อไปนี้

“...หากจำเลยมีความผิดปกติทางจิต และศาลเห็นว่า มีวิธีการอื่นที่เหมาะสม มากกว่าการลงโทษที่กำหนดไว้สำหรับความผิดนั้น ให้ศาลสามารถสั่งให้ใช้วิธีการนั้นแทนโทษที่ จะลงแก่จำเลยก็ได้ แต่หากศาลเห็นว่า ไม่มีวิธีการอื่นที่เหมาะสมมากกว่าการลงโทษ หรือไม่

สามารถกระทำได้ หรือได้กระทำไปแล้วแต่ไม่บรรลุผล ให้ศาลลงโทษจำเลยไปตามโทษที่กำหนดไว้สำหรับความผิดนั้น ในกรณีนี้ ศาลอาจลดโทษที่จะลงแก่จำเลยให้น้อยกว่าที่กฎหมายกำหนดไว้เพียงใดก็ได้ ทั้งนี้ ต้องให้จำเลยได้มีโอกาสได้รับการบำบัดรักษาตามสมควร...”

ทั้งนี้ เนื่องจากกฎหมายอาญาของไทยในปัจจุบันมีหลักความรับผิดชอบทางอาญาเกี่ยวกับสารเสพติดกำหนดไว้โดยเฉพาะ ดังนั้น ความผิดปกติทางจิตในมาตรานี้ จึงไม่ควรรวมไปถึงความผิดปกติทางจิตที่เกิดจากสุราหรือสารอื่นที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทตามพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 ด้วย อย่างไรก็ตาม ผู้วิจัยเห็นว่า ยังไม่ควรกำหนดนิยามของความผิดปกติทางจิตไว้ในกฎหมายอาญาในขณะนี้ เพื่อให้ยังสามารถตีความถึงความหมายของความผิดปกติทางจิตในทางกฎหมายอาญาได้อย่างเหมาะสมและเป็นที่ยอมรับร่วมกันทุกฝ่าย จึงควรเพิ่มเติมข้อความที่เป็นการนิยามความหมายของคำว่าความผิดปกติทางจิตตามมาตรานี้ไว้แต่เพียงว่า

“...ความผิดปกติทางจิตตามมาตรานี้ไม่รวมไปถึงความผิดปกติทางจิตที่เกิดจากสุราหรือสารอื่นที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท

และในท้ายที่สุดควรเพิ่มเติมข้อความที่เป็นการนิยามความหมายของคำว่าวิธีการอื่นตามมาตรานี้ ที่เอื้อต่อการกำหนดและแก้ไขเปลี่ยนแปลงวิธีการที่กำหนดไว้ในทางกฎหมายตามความเหมาะสมได้ ดังนี้

“...วิธีการอื่นตามมาตรานี้ให้เป็นไปตามข้อกำหนดของประธานศาลฎีกา”

ทั้งนี้ การกระทำความผิดทางอาญาของผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตมิได้ส่งผลเสียหายต่อตัวผู้กระทำผิดเท่านั้น แต่ยังทำให้เกิดความเสียหายต่อผู้ที่เป็นเหยื่อในการกระทำผิด ครอบครัว และบุคคลใกล้ชิดของทั้งสองฝ่าย ตลอดจนส่งผลกระทบต่อชุมชนและสังคมแวดล้อม ซึ่งกระบวนการยุติธรรมที่เน้นที่การพิจารณาความผิดและการลงโทษ ไม่อาจเยียวยาแก้ไขความเสียหายต่างๆ ที่เกิดขึ้นให้กลับมาคืนดีดังเดิมได้ โดยเฉพาะความสัมพันธ์ที่เสียไประหว่างผู้กระทำผิดที่มีความผิดปกติทางจิตกับครอบครัวและชุมชน จนในที่สุด แม้ผู้กระทำผิดจะได้รับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูจนหายดีเป็นปกติ แต่ก็อาจไม่สามารถกลับคืนสู่ครอบครัวและชุมชนได้ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงเห็นว่า ควรนำแนวคิดกระบวนการยุติธรรมสมานฉันท์มาใช้ โดยเปิดโอกาสให้เหยื่อและผู้เกี่ยวข้องในการกระทำผิด รวมถึงครอบครัวและชุมชน เข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนเยียวยาฟื้นฟูผู้กระทำผิดที่มีความผิดปกติทางจิตด้วย

## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัย และข้อเสนอแนะ

ความผิดปกติทางจิตนับเป็นปัญหาที่สำคัญในทุกภูมิภาคของโลก สร้างผลกระทบให้แก่ผู้ป่วยทั้งทางร่างกายและจิตใจ สร้างความเสียหายทางเศรษฐกิจและสังคมส่วนรวม สาเหตุของความผิดปกติทางจิตเกิดมาจากหลายปัจจัย ทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคมที่แตกต่างกันออกไป ในแต่ละบุคคล ทำให้ความผิดปกติทางจิตใจแม้ถือเป็นความผิดปกติชนิดเดียวกันแต่ก็อาจจะมีลักษณะที่แตกต่างหลากหลายในแต่ละบุคคล ความผิดปกติทางจิตมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงและการกระทำผิดกฎหมาย โดยการศึกษาพบว่าผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตมีแนวโน้มที่จะก่อความรุนแรงได้สูงกว่าบุคคลทั่วไป และมีโอกาสที่จะกระทำความผิดทางอาญา ซึ่งส่วนใหญ่เป็นความผิดต่อชีวิต ร่างกาย และความผิดเกี่ยวกับทรัพย์สิน นอกจากนี้ ผู้กระทำผิดที่มีความผิดปกติทางจิตยังมีความเสี่ยงที่จะกระทำผิดซ้ำ ซึ่งเกิดจากหลายปัจจัย โดยเฉพาะการขาดการบำบัดรักษาและการดูแลอย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง รวมทั้งเป็นผลจากการใช้สารเสพติดร่วมด้วย แต่เนื่องจากผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตมีความแตกต่างจากบุคคลปกติทั่วไป ในทางกฎหมายจึงจำเป็นต้องใช้มาตรการทางกฎหมายที่แตกต่างจากบุคคลทั่วไปในบางประการ ซึ่งในประเทศไทยมีกฎหมายที่มีเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับมาตรการทางกฎหมายสำหรับผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตอยู่หลายฉบับ แต่กฎหมายต่างๆ เหล่านี้มีการใช้คำศัพท์ที่หมายถึงความผิดปกติทางจิตอยู่หลายคำที่แตกต่างกันออกไป โดยส่วนใหญ่มิได้มีการบัญญัตินิยามความหมายของคำศัพท์เหล่านั้นไว้อย่างชัดเจนแน่นอน จึงทำให้ต้องมีการตีความในทางกฎหมายเพื่อปรับใช้กับข้อเท็จจริงที่เกิดขึ้น แม้ว่าการนำความรู้ทางกฎหมาย ความรู้ทางการแพทย์ และความเห็นของผู้เชี่ยวชาญในด้านต่างๆ มาช่วยในการตีความทางกฎหมาย แต่เนื่องจากความรู้ความเข้าใจของผู้เกี่ยวข้องที่แตกต่างกัน การตีความและปรับใช้กับข้อเท็จจริงในคดีที่เกิดขึ้นจึงไม่แน่นอนและแตกต่างกันได้ รวมถึงการตีความในทางกฎหมายเองอาจแตกต่างกันไปจากในทางการแพทย์และต่างไปจากความเข้าใจของบุคคลทั่วไป ซึ่งอาจทำให้เกิดความสับสนหรือเข้าใจความหมายของความผิดปกติทางจิตผิดพลาดคลาดเคลื่อนไปจากความเป็นจริง จนอาจส่งผลกระทบต่อผู้ที่มีความผิดปกติทางจิต ผู้ที่เกี่ยวข้องในคดี และต่อกระบวนการยุติธรรมในภาพรวมได้

การศึกษานี้มุ่งไปที่การศึกษาคำศัพท์ที่เกี่ยวข้องกับความผิดปกติทางจิตที่ใช้ในทางกฎหมายอาญาในปัจจุบัน ว่ามีความเหมาะสมหรือไม่ อย่างไร และในทางกฎหมายอาญาควรใช้

คำศัพท์ที่มีความหมายถึงความผิดปกติทางจิตคืออะไรและใช้อย่างไร รวมถึงการหาคำนิยามในทางกฎหมายที่เหมาะสมและสอดคล้องกับความหมายทั้งในทางการแพทย์และทางสังคม ตลอดจนการสร้างแนวทางการใช้และการตีความในทางกฎหมาย เพื่อนำไปสู่การแก้ไขปรับปรุงประมวลกฎหมายอาญาที่เกี่ยวข้องกับความผิดปกติทางจิตที่ใช้อยู่ในปัจจุบันให้มีความเหมาะสมมากยิ่งขึ้น ซึ่งในบทนี้จะได้นำเสนอถึงข้อสรุปที่ได้จากการศึกษาทั้งหมด รวมถึงข้อเสนอแนะต่างๆ ดังต่อไปนี้

## 1. สรุปผลการวิจัย

ปัจจุบันมีหลายแนวคิดในการอธิบายเกี่ยวกับความผิดปกติทางจิตของมนุษย์ แต่ยังไม่มีความคิดใดที่สามารถอธิบายเรื่องความผิดปกติทางจิตได้อย่างเหมาะสมและเป็นที่ยอมรับกันโดยปราศจากข้อโต้แย้ง และยังไม่มียามของความผิดปกติทางจิตใดที่สามารถใช้ครอบคลุมได้ทุกแนวคิดที่มีอยู่และเข้าใจร่วมกัน โดยปราศจากข้อสงสัยว่าความผิดปกติทางจิตแท้จริงแล้วคืออะไรกันแน่ ทำให้ในการพิจารณาว่าสิ่งใดเป็น “ความผิดปกติทางจิต” ในปัจจุบันจำเป็นต้องอาศัยหลายๆ แนวคิดมาพิจารณาร่วมกัน ไม่อาจใช้เพียงแนวคิดใดแนวคิดหนึ่งเพียงอย่างเดียวได้

แนวคิดเกี่ยวกับความผิดปกติทางจิตในทางสังคมพบว่า แนวคิดและมุมมองต่อความผิดปกติทางจิตของมนุษย์ในสังคมหนึ่งจะมีการเปลี่ยนแปลงและแตกต่างกันในแต่ละยุคสมัยตามปัจจัยต่างๆ ซึ่งได้แก่ ความเชื่อ เหตุผล และความรู้ ที่มีอิทธิพลของสังคมนั้นๆ ในช่วงเวลานั้นๆ ทำให้แนวคิดและมุมมองต่อความผิดปกติทางจิตมีความไม่แน่นอนและเปลี่ยนแปลงไปมาได้

แนวคิดเกี่ยวกับความผิดปกติทางจิตในทางการแพทย์ปัจจุบัน มีแนวคิดที่สำคัญ คือแนวคิดในการวินิจฉัยและจำแนกโรคและความผิดปกติทางจิตเวชต่างๆ ตามแนวทางในคู่มือการวินิจฉัยและสถิติสำหรับความผิดปกติทางจิต (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders : DSM) และ การจำแนกความผิดปกติทางจิตตามบัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศ (International Classification of Diseases : ICD) อย่างไรก็ตาม แนวคิดเกี่ยวกับความผิดปกติทางจิตในทางการแพทย์ดังกล่าวก็ยังคงมีปัญหายุ่งหลายประการ เช่น นิยามของความผิดปกติทางจิตที่ยังไม่ชัดเจน ไม่มีแนวทางที่ทำให้สามารถจำแนกความผิดปกติทางจิตออกจากปัญหาทางพฤติกรรมอื่นได้อย่างชัดเจน เกณฑ์การวินิจฉัยยังขาดหลักฐานเชิงประจักษ์และเป็นความเห็นของผู้เชี่ยวชาญเพียงบางกลุ่ม รวมถึงผลการวินิจฉัยที่ได้ยังอาจขาดความแน่นอนน่าเชื่อถืออยู่บ้าง

แนวคิดเกี่ยวกับความผิดปกติทางจิตในทางกฎหมายถือเป็นแนวคิดหนึ่งซึ่งได้รับอิทธิพลจากแนวคิดในทางสังคมและทางการแพทย์ โดยมีลักษณะเฉพาะบางประการที่แตกต่างไปจากแนวคิดทางสังคมและการแพทย์ อันเนื่องมาจากวัตถุประสงค์และพัฒนาการเกี่ยวกับเรื่องนี้ที่

แตกต่างไปจากทางการแพทย์และทางสังคม อย่างไรก็ตาม แนวคิดของความผิดปกติทางจิตในทางกฎหมายยังมีได้เป็นสิ่งที่แน่นอนตายตัว แต่ยังคงมีการพัฒนาและเปลี่ยนแปลงอยู่อย่างต่อเนื่องในปัจจุบัน ส่งผลให้การใช้คำศัพท์ในทางกฎหมาย การนิยามความหมาย และแนวทางในการตีความเกี่ยวกับเรื่องนี้ในทางกฎหมายอาญายังคงสามารถเปลี่ยนแปลงเพื่อจะนำไปสู่การแก้ไขปรับปรุงกฎหมายอาญาที่ใช้อยู่ในปัจจุบันให้มีความเหมาะสมมากยิ่งขึ้นไปได้

### 1.1 คำศัพท์ที่เกี่ยวข้องกับความผิดปกติทางจิตในกฎหมายอาญา

คำศัพท์ที่มีความหมายเกี่ยวข้องกับความผิดปกติทางจิตที่สำคัญในกฎหมายอาญาของไทย ได้แก่ “วิกลจริต” “จิตฟั่นเฟือน” “โรคจิต” และ “จิตบกพร่อง” โดยพบว่ามีการปรับปรุงแก้ไขถ้อยคำที่ใช้ในประมวลกฎหมายอาญาของไทย โดยการเปลี่ยนไปใช้คำว่า “จิตฟั่นเฟือน” “โรคจิต” และ “จิตบกพร่อง” แทนคำว่า “วิกลจริต” ที่ใช้มาก่อน ในขณะที่กฎหมายฉบับอื่นๆ ยังคงใช้คำว่า “วิกลจริต” เพียงคำเดียวในกฎหมายต่อไป ซึ่งน่าจะเกิดจากความต้องการที่แก้ไขปัญหาคความไม่ชัดเจนเรื่องความหมายของความผิดปกติทางจิตในทางกฎหมายอาญา และเพื่อให้ครอบคลุมความผิดปกติทางจิตทั้งหมดตามความเข้าใจในทางกฎหมายและการแพทย์ อย่างไรก็ตาม ที่ผ่านมากฎหมายต่างๆ ไม่ได้กำหนดนิยามความหมายของคำศัพท์ในทางกฎหมายเหล่านี้ไว้ จนกระทั่งพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 เริ่มมีการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการใช้คำศัพท์ไปสู่การใช้คำว่า “ความผิดปกติทางจิต” เพียงคำเดียวในกฎหมาย และกำหนดนิยามไว้ว่าหมายถึง อาการผิดปกติของจิตใจที่แสดงออกมาทางพฤติกรรม อารมณ์ ความคิด ความจำ สติปัญญา ประสาทการรับรู้ หรือการรู้เวลา สถานที่ หรือบุคคล รวมทั้งอาการผิดปกติของจิตใจที่เกิดจากสุราหรือสารอื่นที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท

จากการศึกษาความหมายของคำว่า “วิกลจริต” “จิตฟั่นเฟือน” “โรคจิต” และ “จิตบกพร่อง” พบว่า คำว่า “วิกลจริต” ซึ่งตรงกับคำว่า insanity เป็นศัพท์เฉพาะในทางกฎหมาย ซึ่งแม้ในทางกฎหมายอาญาของไทยไม่ได้มีการให้นิยามความหมายไว้ แต่ในทางกฎหมายแพ่งของไทยมีการให้ความหมายไว้โดยสรุปว่า ไม่ได้หมายถึงเฉพาะบุคคลผู้มีจิตผิดปกติตามที่เข้าใจกันทั่วไปเท่านั้น แต่หมายรวมถึงบุคคลที่มีกิริยาอาการผิดปกติเพราะมีความผิดปกติทางจิต คือ ขาดความรำลึก ขาดความรู้สึกรู้สึก และขาดความรับผิดชอบด้วย แต่จากการศึกษาไม่สามารถสรุปได้ว่าการนำความหมายของ “วิกลจริต” ในทางแพ่งมาใช้กับวิธีพิจารณาความอาญาหรือไม่และเพียงใด ผู้วิจัยเห็นว่า คำว่า “วิกลจริต” ไม่ได้หมายถึงเพียงการที่บุคคลมีความผิดปกติทางจิต แต่น่าจะมีความหมายในทางกฎหมายอาญาว่าหมายถึง “การมีความสามารถในทางกฎหมายที่บกพร่องไม่สมบูรณ์เนื่องจากความผิดปกติทางจิต” ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดในทางกฎหมายแพ่ง

ขณะที่คำว่า “โรคจิต” ตรงกับคำว่า Psychosis น่าจะหมายถึงความผิดปกติทางจิตตามทีบุคคลทั่วไปเข้าใจว่าเป็น “บ้า” หากเทียบกับความรู้ความเข้าใจในทางการแพทย์ คำนี้น่าจะหมายถึงบุคคลที่มีอาการของโรคจิต (psychosis) ในทางจิตเวชศาสตร์ กล่าวคือ มีความผิดปกติทางความคิด การตอบสนองทางอารมณ์ ความสามารถในการตระหนักรู้ความเป็นจริง และความสามารถในการสื่อสารและสร้างสัมพันธ์กับผู้อื่น จนรบกวนความสามารถในการจัดการกับความเป็นจริง เช่น อาการประสาทหลอน (hallucination) หลงผิด (delusions) และแปลผิด (illusions) โดยที่ความผิดปกตินี้เป็นอาการซึ่งอาจพบในโรคใดก็ได้

สำหรับคำว่า “จิตบกพร่อง” ซึ่งคำนี้ผู้วิจัยเชื่อว่าน่าจะมาจากคำว่า “mental defective” และ “mental deficiency” น่าจะหมายถึงความผิดปกติทางจิตที่เกิดจากความผิดปกติทางสมองและระบบประสาท ทั้งที่เป็นแต่กำเนิด เช่น ความบกพร่องด้านสติปัญญา และความบกพร่องด้านพัฒนาการ และน่าจะหมายรวมไปถึงความผิดปกติทางจิตที่เกิดจากความผิดปกติทางสมองและระบบประสาทจากพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นภายหลังซึ่งเป็นอยู่อย่างเรื้อรังหรือถาวร เช่น โรคสมองเสื่อมจากสาเหตุต่างๆ ด้วย

ส่วนคำว่า “จิตฟั่นเฟือน” นั้น ผู้วิจัยเชื่อว่าน่าจะมาจากคำว่า “mental disorder” โดยที่ในทางกฎหมายน่าจะหมายถึงความผิดปกติทางจิตอื่นๆ นอกเหนือจากสองประเภทที่กล่าวมาข้างต้น โดยเป็นความหมายอย่างกว้างๆ ครอบคลุมถึงความผิดปกติทางจิตในทุกรูปแบบตามความเข้าใจในทางกฎหมายและทางการแพทย์

ทั้งนี้ หากถือตามความหมายดังที่กล่าวมาข้างต้น คำว่า “โรคจิต” “จิตบกพร่อง” และ “จิตฟั่นเฟือน” ก็น่าจะมีความหมายที่ครอบคลุมความผิดปกติทางจิตทั้งหมดที่เป็นไปได้ในทางกฎหมาย

จากการศึกษาแนวคิดของการใช้คำศัพท์ที่เกี่ยวกับความผิดปกติทางจิตในกฎหมายต่างประเทศ พบว่ามีแนวโน้มที่จะใช้คำศัพท์เพียงคำเดียวที่หมายถึงความผิดปกติทางจิตทั้งหมดมากกว่าใช้หลายคำศัพท์เพื่อจำแนกความผิดปกติทางจิตเป็นประเภทต่างๆ ในทางกฎหมาย เนื่องจากในทางกฎหมายโดยทั่วไปจะสนใจที่เรื่องของอาการ ความรุนแรง และผลของความผิดปกติทางจิตที่เกิดขึ้นในทางกฎหมาย มากกว่าสนใจที่การวินิจฉัยว่าเป็นโรคหรือความผิดปกติทางจิตชนิดใด จึงสามารถใช้คำศัพท์ที่บ่งบอกถึงความผิดปกติทางจิตโดยรวมได้โดยไม่จำเป็นต้องระบุชี้ชัดลงไปว่าเป็นโรคหรือความผิดปกติทางจิตชนิดใด และสามารถนำผลการตรวจวินิจฉัยทางการแพทย์มาประกอบในการระบุจำแนกชนิดของความผิดปกติทางจิตในทางกฎหมายได้ นอกจากนี้ การใช้คำศัพท์หลายคำทำให้เกิดความยุ่งยากสับสนในการตีความและการปรับใช้กับข้อเท็จจริง รวมไปถึงยากต่อการแก้ไขปรับปรุงกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับความผิดปกติทางจิตอีกด้วย



ทำให้แนวคิดในทางกฎหมายปัจจุบันแนวโน้มที่จะใช้คำศัพท์เพียงคำเดียวที่หมายถึงความผิดปกติทางจิตทั้งหมด

## 1.2 นิยามความผิดปกติทางจิตในทางกฎหมายอาญา

แม้ปัจจุบันจะยังไม่สามารถกำหนดนิยามของความผิดปกติทางจิตในทางกฎหมายที่เป็นที่ยอมรับและอ้างอิงร่วมกันเพียงนิยามเดียวได้ เนื่องจากความผิดปกติทางจิตเป็นสิ่งที่ยังคงไม่สามารถกำหนดนิยามที่แน่นอนตายตัวและเป็นที่ยอมรับตรงกันได้ ซึ่งเป็นผลจากแนวคิดของความผิดปกติทางจิตที่มีอยู่หลายแนวคิดในปัจจุบัน อย่างไรก็ตาม การกำหนดนิยามของ “ความผิดปกติทางจิต” ในทางกฎหมายยังคงมีความสำคัญและจำเป็นต้องมีอยู่เพื่อสื่อสารให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกันในทางกฎหมาย จากการศึกษาพบว่า นิยามความหมายของ “ความผิดปกติทางจิต” ในทางกฎหมาย ในความหมายกว้างๆ น่าจะหมายถึง “ความสามารถในทางกฎหมายที่บกพร่องไม่สมบูรณ์เนื่องจากมีความผิดปกติทางจิต” ซึ่งจะสอดคล้องกันในทางกฎหมายอาญาและทางกฎหมายแพ่ง ขณะที่ในทางกฎหมายอาญาของไทยในปัจจุบัน “ความผิดปกติทางจิต” อาจหมายถึง “ความสามารถในการรู้ผิดชอบหรือความสามารถในการบังคับตนเองที่บกพร่องหรือไม่สมบูรณ์เนื่องจากมีความผิดปกติทางจิต”

ผู้วิจัยเห็นว่า จำเป็นต้องมีแนวทางหรือหลักเกณฑ์ร่วมกันในการกำหนดนิยามไว้ เพื่อให้การนิยามของความผิดปกติทางจิตในทางกฎหมายให้มีความสอดคล้องและเป็นไปในทิศทางเดียวกัน สำหรับแนวทางในการกำหนดนิยามความหมายของความผิดปกติทางจิตในทางกฎหมายอาญาที่เหมาะสมนั้น ควรเป็นนิยามอย่างกว้าง ครอบคลุมต่อความผิดปกติทางจิตที่มีในปัจจุบันและที่อาจจะเกิดขึ้นในอนาคต มีการเชื่อมโยงนิยามความหมายระหว่างกฎหมาย และมีการกำหนดขอบเขตที่จำเพาะเจาะจงภายในกฎหมายแต่ละเรื่องตามวัตถุประสงค์ของกฎหมาย นอกจากนี้ยังควรเป็นนิยามเพื่อกำหนดขอบเขตในการรับข้อเท็จจริงเข้าสู่กระบวนการพิจารณาและพิสูจน์ ในทางกฎหมาย แต่ไม่ใช่นิยามขึ้นเพื่อใช้เป็นหลักเกณฑ์ในการตัดสินว่าสิ่งใดเป็นความผิดปกติทางจิต เพื่อป้องกันผลอาจไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้นจากการตีความนิยาม และควรเป็นไปเพื่อคุ้มครองสิทธิของบุคคลที่ตกเป็นผู้ต้องหาหรือจำเลยด้วย ผู้วิจัยเห็นว่า นิยามของ “ความผิดปกติทางจิต” ในทางกฎหมายอาญาของไทยในปัจจุบัน ยังควรใช้นิยามเช่นเดียวกับพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 ว่า “อาการผิดปกติของจิตใจที่แสดงออกมาทางพฤติกรรม อารมณ์ ความคิด ความจำสติปัญญา ประสาทการรับรู้ หรือการรู้เวลา สถานที่ หรือบุคคล” แต่ไม่ควรหมายรวมไปถึงอาการผิดปกติของจิตใจที่เกิดจากสุราหรือสารอื่นที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาททั้งที่เป็นอยู่ชั่วคราวและถาวรด้วย เนื่องจากในทางกฎหมายอาญามีการกำหนดในเรื่องนี้ไว้เป็นการเฉพาะอยู่แล้ว

### 1.3 การตีความเกี่ยวกับความผิดปกติทางจิตในกฎหมายอาญา

จากการศึกษาตัวบทกฎหมายและคำพิพากษาต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับความผิดปกติทางจิตของไทย พบว่าส่วนใหญ่ยังจำเป็นต้องมีการตีความเกี่ยวกับคำเหล่านี้ในทางกฎหมาย เพื่อปรับให้เข้ากับข้อเท็จจริงในคดีที่เกิดขึ้น โดยที่คำว่า “วิกลจริต” ตามกฎหมายไทยของไต้หวัน ไม่มีการกำหนดนิยามไว้ แต่อาศัยแนวทางตามคำพิพากษาในทางกฎหมายแพ่ง มาเป็นแนวทางในการกำหนดนิยามความหมายและตีความในทางกฎหมาย ขณะที่คำว่า “โรคจิต” “จิตบกพร่อง” “จิตฟั่นเฟือน” ไม่มีการกำหนดนิยามไว้ และยังไม่มีความชัดเจนจากคำพิพากษาที่ชัดเจน แต่อาศัยความเห็นของนักกฎหมายและผู้เชี่ยวชาญมาเป็นแนวทางในการกำหนดนิยามความหมายและการตีความ โดยที่คำว่า “ความผิดปกติทางจิต” ตามพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 มีการกำหนดนิยามไว้อย่างชัดเจน แต่จากการศึกษายังไม่พบหลักฐานที่ชัดเจนว่ามีการนำมาใช้ประกอบการตีความในทางกฎหมายอาญาหรือไม่อย่างไร

จากการศึกษาแนวคิดและกระบวนการยุติธรรมในทางอาญาต่างๆ เกี่ยวกับความผิดปกติทางจิตทั้งในกฎหมายไทยและกฎหมายของต่างประเทศ พอสรุปได้ว่า เมื่อมีการกระทำผิดทางอาญาเกิดขึ้น ทางกฎหมายต้องพิจารณาและตีความตามข้อเท็จจริงที่ปรากฏในเบื้องต้นว่ามีเหตุควรสงสัยว่าผู้กระทำความผิดนั้นมีความผิดปกติทางจิตหรือไม่ เมื่อพิจารณาจนเชื่อได้ว่าผู้กระทำความผิดนั้นอาจมีความผิดปกติทางจิต จะนำผู้กระทำความผิดนั้นเข้าสู่กระบวนการพิสูจน์และการคุ้มครองเป็นพิเศษตามกฎหมาย ซึ่งความคุ้มครองนี้อาจจะยังคงอยู่ไปจนกว่าจะพิสูจน์ได้ว่าผู้กระทำความผิดนั้นไม่ได้มีความผิดปกติทางจิต โดยการพิสูจน์ในทางกฎหมายจะนำเอาผลการตรวจพิสูจน์และความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญมาพิจารณารวมกับพยานหลักฐานอื่นๆ ประกอบกับการใช้หลักเหตุผลในทางกฎหมาย เพื่อวินิจฉัยว่าผู้กระทำความผิดนั้นมีความผิดปกติทางจิตหรือไม่ หลังจากนั้นจึงพิจารณาผลในทางกฎหมายในเรื่องการรับผิดและการลงโทษ รวมถึงวิธีการเพื่อความปลอดภัยต่างๆ ทำให้ประเด็นที่ทางกฎหมายอาญาต้องพิจารณาที่สำคัญมีอยู่สองประเด็นหลักๆ คือ การพิจารณาว่าผู้กระทำความผิดทางอาญามีความผิดปกติทางจิตหรือไม่ และ ความผิดปกติทางจิตนั้นมีผลในทางกฎหมายอย่างไร

ในขั้นตอนการพิจารณาว่าผู้กระทำความผิดทางอาญามีความผิดปกติทางจิตหรือไม่ สามารถจำแนกตามลำดับได้เป็น 2 ขั้นตอน คือ การพิจารณาเหตุควรเชื่อ และการพิสูจน์ว่ามีความผิดปกติทางจิต โดยในการพิจารณาเหตุควรเชื่อว่ามีความผิดปกติทางจิต ตามกฎหมายของไทยจะเป็นไปตามประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา มาตรา 14 ซึ่งไม่ได้มีการกำหนดนิยามความหมายของเหตุควรเชื่อในทางกฎหมายนี้ไว้ จึงถือได้ว่าเป็นการพิจารณาและตีความในเรื่องนี้โดยอาศัยมาตรฐานตามความรู้ความเข้าใจในระดับเดียวบุคคลทั่วไป รวมไปถึงเป็นไปตามความเชื่อของคนส่วนใหญ่ในสังคมนั้นๆ ในช่วงเวลานั้นๆ จึงอาจเรียกได้ว่าเป็นการพิสูจน์ในขั้นต้นที่น่าจะ

เป็น “ความผิดปกติทางจิตในทางสังคม” หรือไม่ ส่วนในการพิสูจน์ว่ามีความผิดปกติทางจิตจริงหรือไม่ ตามกฎหมายไทยจะเป็นไปตามประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา มาตรา 14 โดยต้องส่งผู้ต้องหาหรือจำเลยไปตรวจพิสูจน์ทางการแพทย์ ซึ่งเป็นรูปแบบการพิสูจน์ที่พบเหมือนกันในทุกประเทศที่นำมาศึกษา แต่มีรายละเอียดที่กำหนดไว้แตกต่างกันอยู่บ้าง โดยมีทั้งที่กำหนดวิธีการขั้นตอนไว้ในกฎหมายโดยตรง และที่เป็นการนำกฎหมายเฉพาะเกี่ยวกับสุขภาพจิตมาใช้ประกอบซึ่งผู้วิจัยเห็นว่าในขั้นตอนนี้อาจเรียกได้ว่าเป็นการพิสูจน์ว่าเป็น “ความผิดปกติทางจิตในทางการแพทย์” หรือไม่ ซึ่งในท้ายที่สุดทางกฎหมายจะใช้ผลการวินิจฉัยและความเห็นในทางการแพทย์ที่ได้มาเป็นพยานหลักฐานหนึ่งในคดีมาประกอบกับพยานหลักฐานอื่นๆ และใช้หลักเหตุผลทั่วไปและหลักเหตุผลในทางกฎหมายมาพิจารณาและพิสูจน์เพื่อวินิจฉัยว่าผู้นั้นถือว่ามี “ความผิดปกติทางจิตในทางกฎหมาย” หรือไม่ โดยที่แนวคิดในทางกฎหมายอาญาไม่มีการบังคับให้ศาลต้องยึดถือตามผลการวินิจฉัยในทางการแพทย์ อย่างไรก็ตาม ผลการวินิจฉัยทางการแพทย์มีผลต่อการวินิจฉัยความผิดปกติทางจิตในทางกฎหมายและผลการวินิจฉัยทางกฎหมายโดยส่วนใหญ่ก็เป็นไปในทิศทางเดียวกับในทางการแพทย์ สำหรับระดับการพิสูจน์พยานหลักฐานเกี่ยวกับความผิดปกติทางจิต ผู้วิจัยเห็นว่าควรอยู่ในระดับของพยานหลักฐานที่ชัดเจนและน่าเชื่อถือ ซึ่งเป็นระดับที่ต่ำกว่าการพิสูจน์โดยปราศจากข้อสงสัย เช่นเดียวกับในกฎหมายของสหรัฐอเมริกา โดยที่น้ำหนักของพยานหลักฐานที่เกิดจากการตรวจพิสูจน์ทางการแพทย์จะมีความสัมพันธ์กับความถูกต้องและน่าเชื่อถือของกระบวนการตรวจพิสูจน์ มากกว่าผลการตรวจพิสูจน์ หากกระบวนการตรวจพิสูจน์เป็นไปโดยถูกต้องและน่าเชื่อถือ ผลการตรวจพิสูจน์ก็ควรจะมีน้ำหนักในทางกฎหมายมากขึ้น

ผู้วิจัยเห็นว่า แนวทางในการตีความในทางกฎหมายเพื่อพิจารณาและวินิจฉัยว่าเป็น “ความผิดปกติทางจิตในทางกฎหมาย” หรือไม่ ควรพิจารณาไปตามองค์ประกอบสามด้านประกอบกัน คือ ความเชื่อหรือความเห็นของสังคม พยานหลักฐานและความเห็นของผู้เชี่ยวชาญ กับหลักเหตุผลและความเห็นในทางกฎหมาย ในด้านความเชื่อหรือความเห็นของสังคม เป็นการพิจารณาว่าในขณะที่นั้นคนทั่วไปส่วนใหญ่ในสังคมมีความเชื่อหรือความเห็นต่อเรื่องนั้นอย่างไร โดยต้องสามารถแสดงให้เห็นได้ว่าคนส่วนใหญ่มองว่าเป็นความผิดปกติทางจิตหรือไม่อย่างไร สำหรับในด้านพยานหลักฐานและความเห็นของผู้เชี่ยวชาญ เป็นการพิจารณาว่ามีพยานหลักฐานเกี่ยวกับเรื่องนั้นอย่างไร โดยอาศัยการรวบรวมพยานหลักฐาน การตรวจพิสูจน์และความเห็นของผู้เชี่ยวชาญในเรื่องนั้นๆ ส่วนในด้านหลักเหตุผลและความเห็นในทางกฎหมาย เป็นการพิจารณาไปตามเหตุผลทั้งตามหลักเหตุผลในเชิงตรรกะทั่วไป และเหตุผลตามหลักกฎหมาย โดยที่การพิจารณาจะอยู่บนหลักเหตุผล ถ้าทั้งผลการพิจารณาทั้งสามด้านตรงกันว่ามี “ความผิดปกติทางจิต” จึงจะถือได้ว่าเรื่อง

นั้นสามารถยอมรับได้ว่าเป็น “ความคิดปกติทางจิตในทางกฎหมาย” หากผลการพิจารณาไม่ตรงกัน ก็ควรจะให้ด้านที่มีความเห็นแตกต่างเป็นผู้มีภาวะพิสูจนต์ต่อไป หากพิสูจนต์ได้มีน้ำหนักน่าเชื่อถือมากกว่า ก็อาจถือไปตามผลการวินิจฉัยในด้านนั้นๆ ได้ แต่หากด้านหนึ่งด้านใดยังไม่มีความเห็น หรือยังไม่มียุติสรุปใดๆ ที่ชัดเจนและเป็นที่ยอมรับกันโดยทั่วไป ก็ควรถือว่าในเรื่องนั้นเป็นยังไม่เป็นความคิดปกติทางจิตอย่างน้อยในด้านนั้น และพิจารณาแต่ในด้านที่มีข้อสรุปที่ยอมรับได้แล้ว ประกอบกับหลักเหตุผลและความเห็นในทางกฎหมาย หากด้านที่มีข้อสรุปแล้วไม่ถือว่าเป็นความคิดปกติทางจิต ในทางกฎหมายก็ควรวินิจฉัยว่าเรื่องนั้นยังไม่เป็นความคิดปกติทางจิตด้วยเช่นกัน เว้นแต่มีหลักเหตุผลและความเห็นในทางกฎหมายที่ชัดเจนแน่นอนในเรื่องนั้นแล้วว่าเป็น “ความคิดปกติทางจิตในทางกฎหมาย” จึงจะวินิจฉัยไปตามนั้นได้ ซึ่งแนวทางเช่นนี้จะทำให้กำหนดการพิสูจนต์เกี่ยวกับความคิดปกติทางจิตทำได้ง่ายและเป็นที่ยอมรับร่วมกันได้มากขึ้น ทั้งจะช่วยลดภาระการพิสูจนต์ของแต่ละฝ่ายลงได้ อย่างไรก็ตาม ผลการพิจารณาที่ได้ในแต่ละกรณีจะไม่ใช่อ้างเป็นบรรทัดฐาน หากมีกรณีใหม่เกิดขึ้น ก็ต้องพิจารณาและตีความข้อเท็จจริงไปตามหลักนี้ใหม่ เพียงแต่อาจใช้แนวทางการพิจารณาในกรณีเดิมเป็นแนวทางสำหรับการพิจารณาและตีความในกรณีใหม่ที่เหมือนหรือใกล้เคียงกับกรณีเดิม

เมื่อผ่านกระบวนการพิสูจนต์จนยอมรับได้ว่าเป็น “ความคิดปกติทางจิตในทางกฎหมาย” แล้ว ในทางกฎหมายจะพิจารณาต่อไปถึงผลทางกฎหมายที่เกิดขึ้น ซึ่งจะเป็นเรื่องของการพิจารณาความรับผิดชอบและการลงโทษทางอาญา โดยตามหลักกฎหมายอาญาของไทยถือว่า การกระทำทางอาญาที่เกิดจากความผิดปกติทางจิตยังคงถือเป็นความผิด ผู้กระทำจึงต้องมีความรับผิดชอบทางอาญา แต่จะได้รับการยกเว้นหรือลดหย่อนโทษ ซึ่งตามหลักความรับผิดชอบทางอาญาโดยทั่วไป จะพิจารณาจากองค์ประกอบภายในที่อยู่ในจิตใจของผู้กระทำ คือ “เจตนา” เป็นหลัก ทางกฎหมายอาญาใช้หลักการพิสูจนต์ถึงเจตนาในทางกฎหมายของบุคคลปกติทั่วไปโดยนำเอาวิสัยและพฤติกรรมของผู้กระทำผิดไปเทียบเคียงกับของบุคคลทั่วไป และอนุมานว่าวิสัยและพฤติกรรมย่อมแสดงถึงองค์ประกอบภายในที่อยู่ในจิตใจว่าน่าจะเป็นไปเช่นเดียวกัน แต่เนื่องจากความคิดปกติทางจิตย่อมทำให้องค์ประกอบภายในที่อยู่ในจิตใจของผู้นั้นมีแตกต่างไปจากคนปกติทั่วไป จึงไม่สามารถใช้หลักการเช่นเดียวกันนี้ได้ ทางกฎหมายจึงสร้างหลักการพิจารณาความรับผิดชอบในทางอาญาสำหรับผู้กระทำผิดที่มีความผิดปกติทางจิตขึ้นมาโดยเฉพาะ โดยหลักความรับผิดชอบในทางอาญาสำหรับผู้กระทำผิดที่มีความผิดปกติทางจิตของไทยจะเป็นไปตามประมวลกฎหมายอาญามาตรา 65 ซึ่งมีสาระสำคัญอยู่ที่การพิจารณาว่าจำเลยมีความรู้ผิดชอบ หรือสามารถบังคับตนเองที่บกพร่องไป ในขณะที่กระทำความผิดเนื่องจากมีความผิดปกติทางจิตหรือไม่ ซึ่งทำให้การพิจารณาความรับผิดชอบเป็นการพิจารณาแบบเป็นระดับ โดยพิจารณาจากระดับของความสามารถในการรู้ผิดชอบและการ

บังคับตนเองในขณะที่กระทำผิด โดยหากมีความสามารถในการรู้ผิดชอบและการบังคับตนเองสมบูรณ์ จะรับผิดชอบทางอาญาในระดับเดียวกับคนปกติทั่วไป และจะลดลงไปตามระดับของความรู้ผิดชอบและการบังคับตนเองเท่าที่มีอยู่ในขณะกระทำผิด จนถึงอาจไม่ต้องรับผิดชอบทางอาญาเลย หากไม่รู้ผิดชอบหรือไม่สามารถบังคับตนเองได้โดยสมบูรณ์ กล่าวได้ว่า ในทางกฎหมายอาญาของไทยใช้การหลักการพิสูจน์เจตนาของผู้กระทำผิดที่มีความผิดปกติทางจิตจากระดับของความสามารถในการรู้ผิดชอบและการบังคับตนเองในขณะที่กระทำเป็นหลัก

อย่างไรก็ตาม การพิจารณาความรับผิดชอบจากระดับของความสามารถในการรู้ผิดชอบและการบังคับตนเองเป็นหลักที่ไม่มีความชัดเจนแน่นอนเป็นอย่างยิ่ง เนื่องจากยังไม่มีวิธีการทางวิทยาศาสตร์ที่สามารถตรวจพิสูจน์ได้อย่างแม่นยำเพียงพอว่าความรู้ผิดชอบและการบังคับตนเองของผู้ต้องหาหรือจำเลยในช่วงกระทำผิดเป็นอย่างไรกันแน่ ในทางปฏิบัติ ศาลจะวินิจฉัยถึงระดับความสามารถในการรู้ผิดชอบและการบังคับตนเองของจำเลย จากรายงานผลการตรวจสภาพจิตและความเห็นของผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์ร่วมกับพยานหลักฐานอื่นๆ และมีการนำพฤติการณ์ในคดีของจำเลยไปเปรียบเทียบกับคนปกติทั่วไป และอนุมานหรือคาดการณ์ระดับของความรู้ผิดชอบและการบังคับตนเองไปตามหลักเหตุผล แต่ในทางการแพทย์ไม่พบว่ามีความสัมพันธ์ระหว่างพฤติการณ์ต่างๆ ในคดีที่ศาลนำมาพิจารณา กับความรุนแรงของอาการทางจิตที่อาจส่งผลต่อความสามารถในการรู้ผิดชอบหรือบังคับตนเอง พฤติการณ์ต่างๆ ในคดีที่ศาลนำมาพิจารณาจึงอาจไม่ได้สัมพันธ์กับระดับของความรู้ผิดชอบและการบังคับตนเองของจำเลยอย่างแท้จริง นอกจากนี้ ความผิดปกติทางจิตที่รุนแรงอย่างมากจนถึงขั้นไม่สามารถรู้ผิดชอบหรือกระทั่งไม่สามารถบังคับตนเองได้โดยสิ้นเชิงนั้น ถือได้ว่าใกล้เคียงกับการขาดเจตนาตามประมวลกฎหมายอาญามาตรา 59 ซึ่งมีผลให้จำเลยไม่มีความรับผิดชอบในทางอาญาเลย การใช้ระดับของความรู้ผิดชอบหรือการบังคับตนเองมาพิจารณาถึงระดับความรับผิดชอบตามประมวลกฎหมายอาญามาตรา 65 ทำให้จำเลยที่มีความผิดปกติทางจิตถึงขั้นที่ถือได้ว่าขาดเจตนาอาจได้รับการพิพากษาว่ามีความผิดเพียงแต่กฎหมายยกเว้นโทษให้เท่านั้น ต่างกับจำเลยในคดีอาญาทั่วไปที่เมื่อขาดเจตนาย่อมถือว่าไม่เป็นความผิดตั้งแต่ต้น หลักความรับผิดชอบตามประมวลกฎหมายอาญามาตรา 65 จึงอาจส่งผลร้ายต่อจำเลยที่มีความผิดปกติทางจิตรุนแรงจนถึงขั้นที่ถือได้ว่าขาดเจตนาในทางอาญาได้ ดังนั้น หลักการพิจารณาความรับผิดชอบทางอาญาโดยใช้ระดับความรู้ผิดชอบและการบังคับตนเองของจำเลยเป็นหลักเพียงอย่างเดียวจึงอาจไม่เหมาะสมและเกิดความไม่เป็นธรรมในทางกฎหมายได้

ผู้วิจัยเห็นว่า ในการพิจารณาความรับผิดชอบทางอาญาของผู้กระทำผิดที่มีความผิดปกติทางจิต ไม่ควรจำกัดแต่เพียงการพิจารณาเฉพาะความรู้ผิดชอบและการบังคับตนเองของจำเลย แต่เพียงอย่างเดียวเท่านั้น แต่ควรมุ่งไปที่การพิจารณาที่ความสามารถของจำเลยโดยรวมทั้งหมด

โดยอาศัยการพิจารณาข้อเท็จจริงและความเห็นร่วมกันจากหลายๆ ฝ่าย ทั้งทางกฎหมาย การแพทย์ และทางสังคม เพื่อให้สามารถพิจารณาและพิสูจน์ทราบถึงเจตนาที่แท้จริงของจำเลยอันเป็นองค์ประกอบสำคัญในการพิจารณาความรับผิดทางอาญาได้อย่างเป็นที่ยอมรับร่วมกันทุกฝ่าย และลดความไม่แน่นอนจากการนำความรู้ผิดชอบและการบังคับตนเองซึ่งเป็นสิ่งที่ไม่สามารถพิสูจน์ได้อย่างชัดเจนแน่นอนมาใช้เป็นหลักแต่เพียงอย่างเดียว

สำหรับการพิจารณาโทษทางอาญาสำหรับผู้กระทำผิดที่มีความผิดปกติทางจิต ด้วยเหตุที่การยกเว้นและการลดหย่อนโทษให้แก่ผู้กระทำผิดทางอาญาที่มีความผิดปกติทางจิต จะพิจารณาไปตามระดับของความผิดชอบหรือความสามารถในการบังคับตนเองจำเลย ซึ่งเป็นสิ่งที่ไม่สามารถพิสูจน์ได้อย่างชัดเจนแน่นอน ส่งผลให้การพิจารณาโทษทางอาญาขาดความแน่นอนตามไปด้วย จากการศึกษาพบว่า โทษทางอาญาตามปกติอาจไม่สามารถป้องกันยับยั้งไม่ให้จำเลยที่มีความผิดปกติทางจิตกระทำผิดซ้ำได้อย่างมีประสิทธิภาพ หากแต่การป้องกันผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตไม่ให้กระทำผิดรวมถึงการกระทำผิดซ้ำที่ได้ผลดี คือ การที่ได้รับการบำบัดรักษาอย่างถูกต้องเหมาะสม และต่อเนื่อง ดังนั้น การพิจารณาโทษทางอาญาสำหรับผู้กระทำผิดที่มีความผิดปกติทางจิตที่เหมาะสม ไม่ควรเน้นเพียงการปรับลดระดับของโทษทางอาญาไปตามระดับของความรับผิดที่พิจารณาได้เท่านั้น และไม่ควรจำกัดวิธีการอยู่เพียงโทษทางอาญาที่กำหนดไว้แล้วเท่านั้น แต่ควรเป็นการหาวิธีการต่างๆ ในการจัดการกับผู้กระทำผิดที่มีความผิดปกติทางจิตอย่างเหมาะสมและเป็นที่ยอมรับ โดยเฉพาะการเน้นให้ผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตได้รับการบำบัดรักษาอย่างถูกต้องเหมาะสม และต่อเนื่อง ซึ่งแนวโน้มในทางกฎหมายอาญาในปัจจุบันจะมุ่งไปที่การหาวิธีการที่เหมาะสมสำหรับผู้กระทำผิดที่มีความผิดปกติทางจิต โดยเน้นที่การหาสาเหตุการกระทำผิดและแนวทางแก้ไขเป็นรายบุคคล โดยนำผู้เชี่ยวชาญทางด้านต่างๆ ทั้งด้านสุขภาพจิตและจิตเวช และด้านสังคม เข้ามามีส่วนร่วมในการค้นหาปัจจัยที่เป็นสาเหตุและกำหนดแนวทางการแก้ไข นอกจากนี้ ยังพบว่ามีกรณีการนำมาตรการอื่นๆ มาใช้เสริมหรือทดแทนวิธีการในกระบวนการยุติธรรมทางอาญาตามปกติ อย่างไรก็ตาม พบว่ายังมีปัญหาทางกฎหมายอาญาของไทยในการนำวิธีการอื่นๆ มาใช้เสริมหรือทดแทนการลงโทษทางอาญาตามปกติ เนื่องจากประมวลกฎหมายอาญามาตรา 65 ให้อำนาจศาลในการใช้ดุลพินิจว่าจะยกเว้นโทษหรือลดหย่อนโทษที่กำหนดไว้หรือไม่เท่านั้น แต่ไม่ได้ให้อำนาจศาลในการนำมาตรการอื่นๆ ที่เหมาะสมมากกว่ามาใช้ควบคู่หรือทดแทนการลงโทษทางอาญาตามปกติได้ นอกจากนี้ การที่ศาลจะต้องกำหนดโทษโดยอิงกับโทษทางอาญาที่กำหนดไว้สำหรับความผิดนั้น ทำให้แม้มีวิธีการอื่นที่เหมาะสมมากกว่า แต่หากขัดแย้งหรือไม่สามารถดำเนินการควบคู่ไปกับโทษทางอาญาที่มีอยู่ก็อาจทำให้ไม่สามารถใช้วิธีการนั้นได้ แม้ตามประมวลกฎหมายอาญามาตรา 48 ให้อำนาจศาลในการใช้ดุลพินิจในสั่งให้ควบคุมตัวผู้กระทำผิดไว้

เพื่อบำบัดรักษา และผู้กระทำผิดอาจจะยังคงมีความผิดปกติทางจิตอยู่ แต่หากศาลเห็นว่าไม่ได้มีลักษณะที่เป็นอันตรายก็อาจไม่ได้ใช้อำนาจตามมาตราดังกล่าวก็ได้ และแม้ศาลจะมีอำนาจในการออกคำสั่งให้ใช้วิธีการเพื่อความปลอดภัยหรือกำหนดเงื่อนไขในการคุมประพฤติเพื่อให้ผู้กระทำผิดเข้ารับการบำบัดรักษา แต่ก็ไม่ได้เป็นการบังคับให้ศาลต้องมีคำสั่งเช่นนั้นในทุกคดี และในทางปฏิบัติก็พบว่ายังมีการใช้อำนาจในการออกคำสั่งบังคับในลักษณะนี้น้อยมาก

## 2. ข้อเสนอแนะ

2.1 ควรใช้คำหรือกลุ่มคำที่มีความหมายถึงความผิดปกติทางจิตทั้งหมดในทางกฎหมายเพียงแบบเดียว โดยควรใช้คำว่า “ความผิดปกติทางจิต” แทนคำว่า “จิตบกพร่อง” “โรคจิต” และ “จิตฟั่นเฟือน” ในประมวลกฎหมายอาญา

ผู้วิจัยเห็นว่า คำว่า “วิกลจริต” มีความหมายถึงความสามารถในทางกฎหมายที่บกพร่องไม่สมบูรณ์เนื่องจากความผิดปกติทางจิต จึงอาจไม่สามารถใช้คำว่า “ความผิดปกติทางจิต” เพียงคำเดียวเพื่อให้มีความหมายแทนคำว่า “วิกลจริต” ได้ แต่เนื่องจากปัจจุบันคำว่า “วิกลจริต” มีความหมายในเชิงลบ จนอาจทำให้เกิดตราบาปแก่ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยในทางกฎหมายว่า “วิกลจริต” ได้ ดังนั้น จึงเสนอว่าควรมีการแก้ไขโดยใช้คำว่า “ขาดความสามารถเนื่องจากมีความผิดปกติทางจิต” แทนคำว่า “วิกลจริต” เพื่อให้ตรงกับความหมายที่แท้จริงในทางกฎหมาย และลดความหมายในเชิงลบรวมถึงตราบาปที่อาจจะเกิดขึ้นด้วย

สำหรับนิยามของคำว่า “ความผิดปกติทางจิต” ตามกฎหมายอาญาของไทยในปัจจุบัน ควรใช้นิยามเช่นเดียวกับพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 ว่า “อาการผิดปกติของจิตใจที่แสดงออกทางพฤติกรรม อารมณ์ ความคิด ความจำ สติปัญญา ประสาทการรับรู้ หรือการรู้เวลา สถานที่ หรือบุคคล” แต่ไม่ควรหมายรวมไปถึงอาการผิดปกติของจิตใจที่เกิดจากสุราหรือสารอื่นที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาททั้งที่เป็นอยู่ชั่วคราวและถาวรด้วย

2.2 ควรมีการกำหนดกรอบของ “เหตุควรเชื่อ” ในทางกฎหมาย เพื่อประกอบการใช้ดุลพินิจของผู้เกี่ยวข้องในทางกฎหมาย โดยที่หากมีข้อเท็จจริงหรือพยานหลักฐานตามที่กฎหมายกำหนดไว้เกิดขึ้น ให้ถือว่าเป็นข้อสันนิษฐานทางกฎหมายว่าผู้นั้นอาจมีความผิดปกติทางจิตไว้ก่อน จนกว่าจะพิสูจน์ได้ว่าไม่มี และควรปฏิบัติโดยถือว่าผู้นั้นต้องหาหรือจำเลยนั้นมีความผิดปกติทางจิตไว้ก่อน จนกว่าจะพิสูจน์จนแน่ชัดว่าไม่มีความผิดปกติจริง

2.3 ทางกฎหมายควรให้ความสำคัญกับการพิจารณานำเชื้อถือของกระบวนการตรวจพิสูจน์ มากกว่าพิจารณาว่าผลการตรวจพิสูจน์ว่าถูกต้องหรือไม่ โดยที่การตรวจประเมินและทำ

ความเห็นเกี่ยวกับความผิดปกติทางจิตโดยคณะกรรมการสถานบำบัดรักษาตามพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 ซึ่งเป็นการประเมินในรูปแบบสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องทั้งทางการแพทย์ กฎหมาย และสังคม น่าจะสามารถนำไปใช้เป็นพยานหลักฐานในทางกฎหมายได้อย่างเหมาะสมมีน้ำหนักน่าเชื่อถือ ทั้งนี้ ควรให้อัยการเข้ามามีส่วนร่วมในการกระบวนการตรวจประเมินสภาพจิต เพื่อให้รับทราบกระบวนการตรวจประเมิน รับทราบข้อเท็จจริงเกี่ยวกับอาการและอาการแสดง ตลอดจนซักถามหรือทำความเข้าใจเกี่ยวกับความผิดปกติทางจิตที่เกิดขึ้น รวมถึงอาจมีส่วนในการให้ความเห็นด้านกฎหมายที่จำเป็นเพิ่มเติม

2.4 การพิจารณาความรับผิดชอบทางอาญาของผู้ที่มีความผิดปกติทางจิต ควรมุ่งไปที่การพิจารณาความสามารถโดยรวมของผู้กระทำผิดเป็นหลัก โดยอาศัยการพิจารณาร่วมกันจากหลายๆ ฝ่าย ทั้งทางกฎหมาย การแพทย์ และทางสังคม เพื่อให้สามารถพิสูจน์ทราบถึงเจตนาที่แท้จริงของจำเลยได้อย่างเป็นที่ยอมรับร่วมกันทุกฝ่าย และควรเปิดโอกาสให้สามารถนำวิธีการอื่นที่เหมาะสมมาใช้เสริมหรือทดแทนการลงโทษทางอาญา โดยเน้นไปที่การบำบัดรักษา เช่น การอาศัยผู้เชี่ยวชาญด้านอื่นๆ เข้ามาช่วยในการประเมินและวางแผนการบำบัดรักษาและการแก้ไขฟื้นฟูเป็นรายบุคคล รวมไปถึงการนำกระบวนการยุติธรรมทางเลือกและกระบวนการยุติธรรมเชิงสมานฉันท์มาใช้ที่เหมาะสม

#### 2.5 ควรแก้ไขประมวลกฎหมายอาญามาตรา 65 ดังนี้

“ผู้ใดกระทำความผิดขณะที่มีความผิดปกติทางจิต ผู้นั้นไม่ต้องรับโทษสำหรับความผิดนั้น หากศาลเชื่อได้ว่าขณะกระทำความผิด ผู้นั้นไม่สามารถรู้ผิดชอบ หรือไม่สามารถบังคับตนเองได้ แต่หากเชื่อว่ายังสามารถรู้ผิดชอบอยู่บ้าง หรือยังสามารถบังคับตนเองได้บ้าง ผู้นั้นยังต้องรับโทษสำหรับความผิดนั้น แต่ศาลจะลงโทษน้อยกว่าที่กฎหมายกำหนดไว้สำหรับความผิดนั้นเพียงใดก็ได้”

หากจำเลยมีความผิดปกติทางจิต และศาลเห็นว่า มีวิธีการอื่นที่เหมาะสมมากกว่าการลงโทษที่กำหนดไว้สำหรับความผิดนั้น ให้ศาลสามารถสั่งให้ใช้วิธีการนั้นแทนโทษที่จะลงแก่จำเลยก็ได้ แต่หากศาลเห็นว่า ไม่มีวิธีการอื่นที่เหมาะสมมากกว่าการลงโทษ หรือไม่สามารถกระทำได้ หรือได้กระทำไปแล้วแต่ไม่บรรลุผล ให้ศาลลงโทษจำเลยไปตามโทษที่กำหนดไว้สำหรับความผิดนั้น ในกรณีนี้ ศาลอาจลดโทษที่จะลงแก่จำเลยให้น้อยกว่าที่กฎหมายกำหนดไว้เพียงใดก็ได้ ทั้งนี้ ต้องให้จำเลยได้มีโอกาสได้รับการบำบัดรักษาตามสมควร

ความผิดปกติทางจิตตามมาตรา 65 ไม่รวมไปถึงความผิดปกติทางจิตที่เกิดจากสุราหรือสารอื่นที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท

วิธีการอื่นตามมาตรา 65 ให้เป็นไปตามข้อกำหนดของประธานศาลฎีกา”



ในท้ายที่สุดนี้ ผู้วิจัยมีความเห็นว่า ในคดีอาญาที่ผู้กระทำผิดเป็นผู้ที่มีความผิดปกติทางจิต ผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่ายควรตระหนักถึงความสำคัญของการนำความรู้และผู้เชี่ยวชาญในสาขาต่างๆ เข้ามามีส่วนร่วมในการพิจารณาคดี โดยไม่ควรมุ่งพิสูจน์ความถูกต้องตามแนวคิดของตน แต่เพียงอย่างเดียว โดยไม่ยอมรับแนวคิดอื่นๆ ที่แตกต่างออกไป ซึ่งจะทำให้เกิดความขัดแย้งกันโดยเปล่าประโยชน์ แต่ควรยอมรับความแตกต่างกันในเชิงแนวคิดซึ่งกันและกัน เพราะแท้จริงแล้ว ก็เป็นการพิจารณาในเรื่องเดียวกันนั่นเอง โดยผู้เกี่ยวข้องไม่ควรเพียงแต่มุ่งเฉพาะการใช้ความรู้ความชำนาญและนำเสนอเฉพาะแต่ในด้านของตนไปเท่านั้น แต่ควรมีบทบาทในการทำให้ผู้เกี่ยวข้องในด้านอื่นๆ ได้รับทราบและเข้าใจถึงความรู้และข้อเท็จจริงในสาขาของตนอย่างถูกต้องเหมาะสมด้วย เพื่อให้ให้เกิดข้อสรุปร่วมกันที่เป็นที่ยอมรับกันทุกๆ ฝ่ายอย่างแท้จริง





บรรณานุกรม

## บรรณานุกรม

- กิตติพงษ์ กิตยารักษ์. (2545). *กระบวนการยุติธรรมเชิงสมานฉันท์: ทางเลือกใหม่สำหรับกระบวนการยุติธรรมไทย*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เดือนตุลา.
- กุลพล พลวัน . (2543). การปรับปรุงกฎหมายที่เกี่ยวกับผู้กระทำความผิดจิตไม่ปกติวารสารกรมประชาสัมพันธ์ 10(118) 13.
- \_\_\_\_\_. (2543) การปรับปรุงกฎหมายที่เกี่ยวกับผู้กระทำความผิดจิตไม่ปกติ. *วารสารกรมประชาสัมพันธ์*, 10(118), 13-24.
- ขุนหลวงพระยาไกรสี (เทียม). (2450). หลักกฎหมายอาญา. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์โสภณพิพรรฒธนากร.
- คล้ายตะวัน เจริญรักษา และ กุลพล พลวัน. มาตรการทางกฎหมายในการให้ความคุ้มครองบุคคลวิกลจริต ศึกษากรณี: พนักงานอัยการสั่งไม่ฟ้อง. การประชุมวิชาการระดับชาติ มหาวิทยาลัยรังสิต ประจำปี 2558. 24 เมษายน 2558.
- จารุวรรณ อมรศีลสวัสดิ์. (2558). ผู้ป่วยจิตเวชกับปัญหาการดำเนินคดีอาญา. *วารสารร่วมพฤษ์มหาวิทยาลัยเกริก*. 33,3 (กันยายน – ธันวาคม): 32-50.
- จิตติ ดิงสภักดิ์. (2546). กฎหมายอาญาภาค 1. (พิมพ์ครั้งที่ 10). กรุงเทพฯ: สำนักอบรมศึกษากฎหมายแห่งเนติบัณฑิตยสภา.
- \_\_\_\_\_. (2529). คำอธิบายกฎหมายอาญา ภาค 1. (พิมพ์ครั้งที่ 8). กรุงเทพฯ: สำนักอบรมศึกษากฎหมายแห่งเนติบัณฑิตยสภา.
- \_\_\_\_\_. (2523). คำอธิบายประมวลกฎหมายอาญา ภาค 2 ตอน 1. (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: บพิธการพิมพ์.
- จินดา โสมนัส, ราณี ฉายินทุ และขนิษฐา บำเพ็ญผล. การติดตามผลการรักษาผู้ป่วยจิตเวชคดี เพื่อป้องกันการกระทำผิดซ้ำ. *วารสารโรงพยาบาลนิติจิตเวช* 2(1): 63-74.
- ชิงชัย ศรีประสิทธิ์. (2540). มาตรการทางกฎหมายในการบังคับรักษาผู้ป่วยทางจิต. (วิทยานิพนธ์ปริญญานิติศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์: กรุงเทพฯ.
- ณรงค์ สุภัทรพันธุ์. (2532) ความหมายของคำว่า “จิตฟั่นเฟือน” ทางจิตเวชศาสตร์และทางกฎหมาย. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 30(3), 85-95.
- ณัฐวัฒน์ สุทธิโยธิน. (2557). ทฤษฎีความรับผิดชอบทางอาญา. ใน *เอกสารประกอบการสอนชุดวิชากฎหมายอาญาและอาชญาวิทยาชั้นสูง*. หน่วยที่ 2, นนทบุรี: สาขาวิชานิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.

- ณัฐวุฒิ อรินทร์. (2557). การประกอบอาชีพอาชญากรรมกับความสามารถรู้ผิดชอบของผู้กระทำผิดนิติจิตเวช. (วิทยานิพนธ์ปริญญานิติศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยมหิดล. กรุงเทพฯ.
- ดวงพร งามไพบูลย์. (2558). มาตรการทางกฎหมายเพื่อพิสูจน์ความผิดปกติทางจิตขั้นรุนแรงขณะกระทำความผิดอาญา. (วิทยานิพนธ์ปริญญานิติศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.
- ทัศนีย์ ทัศนียม , ทวีวรรณ นุปผาธา . (2547). การพัฒนาแบบประเมินความสามารถต่อสู้คดีในผู้ป่วยนิติจิตเวช. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ.
- ธานินทร์ กรชัยเชียร และวิชา มหาคุณ. (2539). การตีความกฎหมาย, (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชวนพิมพ์.
- ธำรง ทัศนัญชลี. และคณะ. (2528).การศึกษาปัจจัยทางจิตวิทยาสังคมผู้กระทำความผิดคดีฆ่าคนตาย. โรงพยาบาลนิติจิตเวช: กรุงเทพฯ.
- นงลักษณ์ สาตรา และราณี ฉายอินทุ. (2539). การศึกษาในเชิงป้องกันในผู้ป่วยคดีประทุษร้ายบุคคลในครอบครัว. ประชุมวิชาการกรมสุขภาพจิต ครั้งที่ 2 ระหว่างวันที่ 18-20 กันยายน 2539.
- นันทิ จิตสว่าง. (2545) หลักทฤษฎีวิทยา : หลักการวิเคราะห์ระบบงานราชทัณฑ์. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: มูลนิธิพิบูลสงเคราะห์ กรมราชทัณฑ์.
- ประทีภย์ ลิจิตเลอสรวง, สาลิกา โค้วบุญงาม, ราณี ฉายอินทุ. (2531). การศึกษาในเชิงการป้องกันในผู้ป่วยคดีฆาตกรรม. รายงานการวิจัย. ประชุมวิชาการประจำปี ครั้งที่ 16 สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย ณ โรงแรมเชลลทรัลพลาซ่า กรุงเทพมหานคร วันที่ 21-23 กรกฎาคม 2531.
- ประภาส อุครานันท์, วีระเดช วีระพงษ์เศรษฐ์. (2541). ผู้ป่วยโรคจิตกับอาชญากรรมรุนแรง. โรงพยาบาลนิติจิตเวช:กรุงเทพฯ.
- ประสิทธิ์ ไชววิไลกุล. (2546). คำอธิบายประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ว่าด้วยบุคคล. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: นิติธรรม.
- ปรีชา วงศ์พุทธา, ราณี ฉายอินทุ. (2537) การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการพิพากษาของศาลกับผลการตรวจวินิจฉัยของแพทย์ในผู้กระทำความผิดทางอาญาที่มีปัญหาทางจิตเวช. *วารสารโรงพยาบาลนิติจิตเวช*, 3(2), 33-49.

ปิยฉัตร บุนนาค. (2555). *การศึกษาวิเคราะห์ภาษาระดับข้อความในประมวลกฎหมายอาญา.*

(วิทยานิพนธ์ปริญญานิติศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์: กรุงเทพฯ.

ภิญญรัตน์ ศักดิ์วัฒนเวทิน. (2539). *การศึกษาปัจจัยต่างๆ ที่สัมพันธ์กับผลการพิพากษาของศาล ต่อผู้ป่วยโรคจิตกระทำผิดฐานฆ่าผู้อื่น.* (วิทยานิพนธ์ปริญญานิติศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย: กรุงเทพฯ.

ยืนหยัด ใจสมุทร. (2553). *กฎหมายอาญา 1 : เอกสารการสอนมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1.* สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช, นนทบุรี.

รณชัย คงสกนธ์. (2551). *ตำรานิติจิตเวชศาสตร์.* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: บางกอกบล็อก.

รณชัย โตสมภาค. (2560). *ระบบศาลสุขภาพจิต : แนวทางการบริหารจัดการผู้กระทำผิดกฎหมายที่มีปัญหาทางสุขภาพจิต. สำนักวิชาการสำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร กุมภาพันธ์ 2560.*

[https://www.parliament.go.th/ewtadmin/ewt/parliament\\_parcy/download/article/article\\_20180115094310.pdf](https://www.parliament.go.th/ewtadmin/ewt/parliament_parcy/download/article/article_20180115094310.pdf).

รวีวรรณ รักถิ่นกำเนิด. (2558). *ส่องไฟหลังลูกกรง-สภาพจิตผู้ต้องขังไทย ฆ่าตัวตายปีละ 20 ป่วยทางจิตกว่า 3 พันคน.* 17 มิ.ย.

2558. <https://www.tcijthai.com/news/2015/17/scoop/5623>.

ราชบัณฑิตยสถาน. (2527). *50 ปี ราชบัณฑิตยสถาน 31 มีนาคม 2527.* กรุงเทพฯ: กรุงเทพมหานครพิมพ์.

ราณี ฉายิฑู และนงลักษณ์ สาดรา. (2543). *ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกระทำผิดครั้งแรกและกระทำผิดซ้ำของผู้ป่วยนิติจิตเวช. รายงานการวิจัย. ประชุมวิชาการกรมสุขภาพจิต ครั้งที่ 6 วันที่ 6-8 กันยายน 2543.*

วันทดา ถมคำพานิชย์ และดวงตา ไกรภัสสรพงษ์. (2552). *ความเห็นของจิตแพทย์ต่อการดำเนินคดีอาญา. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 17(2):118-128.*

วิรัช ปันนบุตร. (2561). *การตีความกฎหมายทั่วไป.* 25 กันยายน 2561. จาก

<http://www.thethailaw.com/law/law4/more4-1-9.html>.

วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์. (2553). *สาระสำคัญของพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551.* (พิมพ์ครั้งที่ 1).

กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทยจำกัด.

\_\_\_\_\_. (2544). *ประวัติวิชานิติเวชศาสตร์. ใน เอกสารประกอบการสอนรายวิชานิติเวชศาสตร์, กรุงเทพฯ: ภาควิชากฎหมายวิธีสบัญญัติ คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง.*

- \_\_\_\_\_. (2533). วิกลจริต จิตบกพร่อง โรครจิต จิตฟั่นเฟือนในแง่กฎหมาย. *วารสารอัยการ*, 13(150), 37-55.
- \_\_\_\_\_. (2528). นิติเวชศาสตร์. ใน *เอกสารการสอนชุดวิชากฎหมายวิธีสบัญญัติ* 3 เล่มที่ 3, หน่วยที่ 12, ปรับปรุงครั้งที่ 1, นนทบุรี: สาขาวิชานิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- ศกุนา เก้านพรัตน์. (2551). มาตรการทางกฎหมายสำหรับผู้ที่มีสภาพจิตไม่ปกติ : ศึกษากรณีการดำเนินคดีอาญา การรับโทษทางอาญา และการคุ้มครองสังคม (วิทยานิพนธ์ปริญญานิติศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย: กรุงเทพฯ.
- ศลทร คงหวาน, พรเลิศ สุทธิรักษ์. (2558). มาตรการทางกฎหมายในการคุ้มครองผู้มีความผิดปกติทางจิต กรณีศึกษาการคุ้มครองตามพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551. *รัฐสภาสาร*. 63(1): 92-113.
- ศักดิ์ สติระเรื่องชัย, ปรานี ปวีณชนา. (2557). การประเมินความสามารถในการแสดงเจตนา. *วารสารสมาคมแพทยนิติเวชแห่งประเทศไทย*. 08(1): 54-61.
- สถิต เต็งไธสง. (2517). แง่คิดในคดีวอกแวกเกี่ยวกับปัญหาวิกลจริต. *วารสารนิติศาสตร์*, 2(4), 96-115.
- สมุทรา เข็นเขาวนิช, วัชรชัย จิรจินดากุล. (2556). ธรรมชาติของการอ่าน การเขียน และการแปลข้อเขียนทางกฎหมาย. ใน *เอกสารการสอนชุดวิชาภาษาอังกฤษสำหรับนักกฎหมาย* เล่มที่ 1 หน่วยที่ 1 (ปรับปรุงครั้งที่ 1). นนทบุรี: สาขาวิชาศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- สังกาส เนาวรัตน์พันธ์. (2549). *ปัญหาการดำเนินคดีอาญาและการบังคับโทษกับผู้ป่วยจิตเวช*. (วิทยานิพนธ์ปริญญานิติศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. กรุงเทพฯ.
- สำนักงานเลขานุการคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ. (2558). ระบาดวิทยาปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช. นนทบุรี: โครงการสนับสนุนและส่งเสริมการบริการครบวงจรสำหรับผู้ป่วยจิตเวชในพื้นที่เป้าหมายเร่งรัดภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. (2555). *บัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศ ฉบับประเทศไทย (อังกฤษ – ไทย)*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- สำนักวิชาการ สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร. (2560). *ระบบศาลสุขภาพจิต : แนวทางการบริหารจัดการผู้กระทำผิดกฎหมายที่มีปัญหาทางสุขภาพจิต*.  
[http://library2.parliament.go.th/ejournal/content\\_af/2560/feb2560-1.pdf](http://library2.parliament.go.th/ejournal/content_af/2560/feb2560-1.pdf).

- สิทธิพันธ์ กี่สุขพันธ์. (2559). *มาตรการทางกฎหมายในการคุ้มครองสิทธิของผู้ต้องหาหรือจำเลยผู้  
วิกลจริต*. (วิทยานิพนธ์ปริญญานิติศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). จุฬาลงกรณ์  
มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.
- สุกิจ เกศณรายณ์. (2555). “ความรับผิดชอบทางอาญาของบุคคลวิกลจริต.” เอกสารประกอบการอบรม  
หลักสูตรผู้พิพากษาผู้บริหารในศาลชั้นต้น รุ่น 10 สถาบัน พัฒนาข้าราชการตุลาการ  
ศาลยุติธรรม สำนักงานศาลยุติธรรม พ.ศ. 2555.
- สุพรรณิ แสงรักษา. (2546). *ความคิดปกติทางจิตเวช และปัจจัยทางจิตสังคมของผู้ถูกกล่าวหาคดีฆ่า  
ผู้อื่นที่ถูกส่งมาตรวจวินิจฉัยทางนิติจิตเวช*. (วิทยานิพนธ์ปริญญานิติศาสตร  
มหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย: กรุงเทพฯ.
- แสวง บุญเฉลิมวิภาส. (2551). ผู้ป่วยจิตเวช : ความเข้าใจที่ต่างกันระหว่างนักกฎหมายกับจิตแพทย์.  
จิตนิติ, 5 (3), 35-54.
- \_\_\_\_\_. (2530). ผู้ป่วยจิตเวช ความเข้าใจที่แตกต่างกันระหว่างนักกฎหมายกับจิตแพทย์.  
วารสารนิติศาสตร์, 17(4), 162-164.
- หยุด แสงอุทัย. (2547). *กฎหมายอาญา ภาค 1*. (พิมพ์ครั้งที่ 19). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์  
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- หลวงอรรถโกวิทาทิ. (2481). แนวสอนกฎหมายลักษณะอาญา ภาค 1 ว่าด้วยหลักทั่วไป. กรุงเทพฯ:  
โรงพิมพ์กรมยุทธศึกษาทหารบก.
- อัคราทร จุฬารัตน์. (2541). การตีความกฎหมาย. *วารสารพระธรรมนุญ*. 43: (ฉบับพิเศษ).
- อุททิส แสนโกสิก. (2523). *กฎหมายอาญาภาค 1*. กรุงเทพฯ: ศูนย์บริการเอกสารและวิชาการกอง  
วิชาการกรมอัยการ.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorder*.  
(5<sup>th</sup> ed). Washington DC: American Psychiatric Association.
- Anthony Platt, Bernard L. Diamond. (1966). The Origins of the Right and Wrong Test of  
Criminal Responsibility and Its Subsequent Development in the United States: An  
Historical Survey. *California Law Review* 54(3):1227-1260.
- B Wilson. (1995). *Legal Straitjackets: When Reason Fails: Law and Mental Illness*, in H Selby  
(ed.), *Tomorrows*. Sydney Law, Federation Press.
- Benjamin S, Virginia S. (2017). *Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry*.  
(10<sup>th</sup> ed.). Baltimore: Williams & Wilkins Co.

- Borum, R., & Fulero, S. (1999). Empirical Research on the Insanity Defense and attempted reforms: Evidence toward Informed Policy. *Law and Human Behavior*, 23(3), 375-394.
- Brigham, A. (1994). The Moral Treatment of Insanity. *American Journal of Psychiatry*; 151:11-15.
- Brown, S. E., Esbensen, F.-A., & Geis, G. (1991). *Criminology: Explaining crime and its context*. Cincinnati, Ohio: Anderson Pub.
- Cheff, Thomas. (2014). Toward a concept of stigma. *The International journal of social psychiatry*. 60. 724-5.
- Chiyo Fujii, Yusuke Fukuda, Kumiko Ando, Akiko Kikuchi and Takayuki Okada. (2014). Development of forensic mental health services in Japan: working towards the reintegration of offenders with mental disorders. Fujii et al. *International Journal of Mental Health Systems*, 8:21.
- Chiyo Fujii, Yusuke Fukuda, Kumiko Ando, Akiko Kikuchi and Takayuki Okada. (2014). Development of forensic mental health services in Japan: working towards the reintegration of offenders with mental disorders. *International Journal of Mental Health Systems*, 8, 21
- Cooper VG, Zapf PA. (2003). Predictor variables in competency to stand trial decisions. *Law Hum Behav*. 27(4):423-36.
- Eronen M, Hakola P, Tiihonen J. (1996). Factors associated with homicide recidivism in a 13-year sample of homicide offenders in Finland. *Psychiatr Serv*. 1996 Apr;47(4):403-6.
- Eronen M1, Tiihonen J, Hakola P. Schizophrenia and homicidal behavior. *Schizophr Bull*. 1996;22(1):83-9.
- Gaspere Nicotri. (1929). Enrico Ferri and Criminal Sociology. *Journal of Criminal Law and Criminology*. 20(2): 179-181.
- Gerald, R. (1997). The evolution of the insanity defense: Welcome to the twilight Zone of mental illness, psychiatry, and the law. *Journal of Contemporary Criminal Justice*, 13(3), 224-243.
- Green B, Baglioni AJ Jr. (1998). Length of stay, leave and re-offending by patients from a Queensland security patients hospital. *Aust N Z J Psychiatry*. Dec; 32(6):839-47.
- Green CM, Naismith LJ, Menzies RD. (1991). Criminal responsibility and mental disorder in Britain and North America: a comparative study. *Med Sci Law*. 31(1):45-54.



- Greenberg WM, Shah PJ, (1993). Seide M. Recidivism on an acute psychiatric forensic service. *Hosp Community Psychiatry*. Jun;44(6):583-5.
- Hans Joachim Salize. European Mental Health Laws, Social Inclusion and Fundamental Rights. [http://ec.europa.eu/health/archive/ph\\_determinants/life\\_style/mental/docs/ev\\_20060316\\_co02\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/archive/ph_determinants/life_style/mental/docs/ev_20060316_co02_en.pdf)
- Hartwell S. (2004). Triple stigma: Persons with mental illness and substance abuse problems in the criminal justice system. *Criminal Justice Policy Review*, 15(1), 84 - 99.
- Hodgins S1, Mednick SA, Brennan PA, Schulsinger F, (1996). Engberg M. Mental disorder and crime. Evidence from a Danish birth cohort. *Arch Gen Psychiatry*. Jun;53(6):489-96.
- Jamie Walvisch. Defining . (2017). “mental disorder” in legal contexts. *International Journal of Law and Psychiatry* 52, 7–18.
- Jill Peay. (2015). Mental incapacity and criminal liability: Redrawing the fault lines?. *International Journal of Law and Psychiatry*, 40 25–35.
- Jörg-Martin Jehle. (2015). *Criminal Justice in Germany: Facts and Figures*. Sixth Edition. Federal Ministry of Justice and Consumer Protection. Berlin.
- Karras, M, McCarron, E, Gray, A & Ardasinski, S (2006). *On the edge of justice: the legal needs of people with a mental illness in NSW*. Sydney: Law and Justice Foundation of NSW,.
- Link, B. G., & Stueve, A. (1994). Psychotic symptoms and the violent/illegal behavior of mental patients compared to community controls. In J. Monahan & H. J. Steadman (Eds.), *The John D. and Catherine T. MacArthur Foundation series on mental health and development. Violence and mental disorder: Developments in risk assessment* (pp. 137-159). Chicago, IL, US: University of Chicago Press.
- Link, Bruce & Andrews, Howard & T. Cullen, Francis. (1992). *The Violent and Illegal Behavior of Mental Patients Reconsidered*. *American Sociological Review*. 57(3).
- Marcia C. Peck, Richard M. Scheffler. (2002). *An Analysis of the Definitions of Mental Illness Used in State Parity Laws*. *Psychiatric service*. Volume 53 Issue 9, September 2002, pp. 1089-1095.
- Martell DA, Rosner R, (1995). Harmon RB. Base-rate estimates of criminal behavior by homeless mentally ill persons in New York City. *Psychiatr Serv*. Jun, 46(6), 596-601.

- Michel Foucault. 1961 *Madness and Civilization: A History of Insanity in the Age of Reason*.  
Richard Howard Vintage Books. A Division of Random House. New York.
- Nicholson RA, Kugler KE. (1991). Competent and incompetent criminal defendants: a  
quantitative review of comparative research. *Psychol Bull.* 109(3), 355-70.
- Norbert Konrad, Birgit Völlm. Forensic psychiatric expert witnessing within the criminal justice  
system in Germany. *International Journal of Law and Psychiatry* 37 (2014) 149–154.
- Olié JP1, Lôo H. (2008). Forensic psychiatry. *Bull Acad Natl Med.*;192(2), 381-9.
- Paul H. Robinson and Markus Dirk Dubber (2017). An introduction to the model penal code.  
Retrieved from <https://www.law.upenn.edu/fac/phrobins/intromodpencode.pdf>
- Perese, Eris. (2007). Stigma, Poverty, and Victimization: Roadblocks to Recovery for Individuals  
With Severe Mental Illness. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*.  
2007, 13(5), 285 – 295.
- Platt, A. (1965). The Origins and Development of the "Wild Beast" Concept of Mental Illness and  
Its Relation to Theories of Criminal Responsibility. *Issues in Criminology*, 1(1), 1-18.
- Riley SE. (1998). Competency to stand trial adjudication: a comparison of female and male  
defendants. *J Am Acad Psychiatry Law.* 26(2), 223-40.
- Russo G. (1994). Follow-up of 91 mentally ill criminals discharged from the maximum security  
hospital in Barcelona P.G. *Int J Law Psychiatry.* 1994 Summer;17(3), 279-301.
- Sandy Jung. (2015). Determining criminal responsibility: How relevant are insight and personal  
attitudes to mock jurors?. *International Journal of Law and Psychiatry* 42–43, 37–42.
- Scheff, Thomas. (2014). Toward a concept of stigma. *The International journal of social  
psychiatry.* *International Journal of Social Psychiatry* 60(7), 724-5.
- Silver SB, Cohen MI, Spodak MK. (1989). Follow-up after release of insanity acquittees,  
mentally disordered offenders, and convicted felons. *Bull Am Acad Psychiatry Law.*  
1989;17(4), 387-400.
- Simon, Ahn-redding. *The Insanity Defense the World Over*. Rowman & Littlefield, 2008.
- Spodak MK, Silver SB, Wright CU. (1984). Criminality of discharged insanity acquittees: fifteen  
year experience in Maryland reviewed. *Bull Am Acad Psychiatry Law.* 1984;12(4),  
373-82.

- Stephen J. Morse. Mental Disorder and Criminal Law. *Journal of Criminal Law and Criminology*. Vol. 101, No. 3 885-968.
- Swanson W., Jeffrey & E. Holzer, Charles & Ganju K., Vijay & Tsutomu Jono, Robert. (1990). Violence and Psychiatric Disorder in the Community: Evidence From the Epidemiologic Catchment Area Surveys. *Hospital & community psychiatry*. 41(7), 761-70.
- Swanson, J. W. (1993). Alcohol abuse, mental disorder, and violent behavior: An epidemiologic inquiry. *Alcohol Health & Research World*, 17(2), 123-132.
- Taft, Ronald. (1955). "Criminal Responsibility and Insanity: The Significance of Durham v United States for Australian Courts. *University of Western Australia Law Review* 3(2):309-317.
- Taylor PJ. (1985). Motives for offending among violent and psychotic men. *Br J Psychiatry*. Nov;147, 491-8.
- Tennent G, Way C. (1984). The English special hospital--a 12-17 year follow-up study: a comparison of violent and non-violent re-offenders and non-offenders. *Med Sci Law*. 1984 Apr;24(2):81-91.
- Thomas G. Gutheil. (2005). The History of Forensic Psychiatry. *J Am Acad Psychiatry Law* 33:259 – 62.
- Thomas Szasz. (1974). *The Myth of Mental Illness: Foundations of a Theory of Personal Conduct*. HarperCollins. New York.
- Tiihonen J, Eronen M, Hakola P. (1993). Criminality associated with mental disorders and intellectual deficiency. *Arch Gen Psychiatry*. Nov;50(11), 917-8.
- Viljoen JL, Roesch R, Zapf PA. (2002). An examination of the relationship between competency to stand trial, competency to waive interrogation rights, and psychopathology. *Law Hum Behav*. 2002 Oct;26(5):481-506.
- World Health Organization,(1992). ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines, Geneva: World Health Organization.
- Wulf Rössler. (2016). The stigma of mental disorders: A millennia-long history of social exclusion and prejudices. *EMBO reports*, 17(9), 1250-3.

## ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ	นายสรวุฒิ เกษมสุข
วัน เดือน ปีเกิด	18 มกราคม พ.ศ. 2522
สถานที่เกิด	อำเภอเมือง จังหวัดอ่างทอง
ประวัติการศึกษา	แพทยศาสตรบัณฑิตมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ พ.ศ. 2545 วุฒิปัตร์แสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม สาขาจิตเวชศาสตร์ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา พ.ศ. 2551 นิติศาสตรบัณฑิต (เกียรตินิยมอันดับหนึ่ง) มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช พ.ศ. 2556
สถานที่ทำงาน	โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี
ตำแหน่ง	นายแพทย์ชำนาญการ

