

ปัญหาทางกฎหมายเกี่ยวกับการลงโทษผู้กระทำความผิดขณะวิกลจริต  
: ศึกษาความสอดคล้องระหว่างความเห็นทางการแพทยกับดุลพินิจการลงโทษของศาล

ภาวนา แสงอำนาจ

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรนิติศาสตรมหาบัณฑิต  
สาขานิติศาสตร์ คณะนิติศาสตร์ปริธีดี พนมยงค์  
มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิตย์

2561

**Legal Problem About the Punishment of the Insane : A Study on  
the Relation between Medical Opinions and Judicial Discretion**

**Pawana Saengamart**

**A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements  
for the Degree of Master of Laws  
Department of Law  
Pridi Bhanomyong Faculty of Law, Dhurakij Pundit University**

**2018**



## ใบรับรองวิทยานิพนธ์

คณะนิติศาสตร์ปริธี พนมยงค์ มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิต

ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

หัวข้อวิทยานิพนธ์ ปัญหาทางกฎหมายเกี่ยวกับการลงโทษผู้กระทำความผิดขณะวิกลจริต :  
ศึกษาความสอดคล้องระหว่างความเห็นทางการแพทยกับดุลพินิจการ  
ลงโทษของศาล

เสนอโดย นางสาวภาวนา แสงอำนาจ

สาขาวิชา นิติศาสตร์

หมวดวิชา กฎหมายทางการแพทย์

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธานี วรรณภัทร์

ได้พิจารณาเห็นชอบโดยคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์แล้ว

.....ประธานกรรมการ  
(อาจารย์ ดร.นายแพทย์ ไพโรจน์ บุญศิริคำชัย)

.....กรรมการและอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธานี วรรณภัทร์)

.....กรรมการ  
(รองศาสตราจารย์ ดร.ปกป้อง ศรีสนิท)

.....กรรมการ  
(รองศาสตราจารย์ อัจฉริยา ชูตินันท์)

คณะนิติศาสตร์ปริธี พนมยงค์ รับรองแล้ว

..... คณบดีคณะนิติศาสตร์ปริธี พนมยงค์  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สมชาย รัตนชื่อสกุล)

วันที่ ๑๕ เดือน พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๑

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ปัญหาทางกฎหมายเกี่ยวกับการลงโทษผู้กระทำความผิดขณะวิกลจริต : ศึกษาความสอดคล้องระหว่างความเห็นทางการแพทย์กับดุลพินิจการ ลงโทษของศาล
ชื่อผู้เขียน	ภavana แสงอำนาจ
อาจารย์ที่ปรึกษา	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธานี วรรณภักดิ์
สาขาวิชา	นิติศาสตร์
ปีการศึกษา	2560

### บทคัดย่อ

วิทยานิพนธ์นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัญหาทางกฎหมายทางอาญาและการแพทย์เกี่ยวกับประเด็นปัญหาเรื่องการกระทำความผิดในทางอาญาขณะวิกลจริต ศึกษาเกี่ยวกับปัญหากฎหมาย เรื่องความหมายของคนวิกลจริตในทางกฎหมาย และในทางการแพทย์ว่า มีหลักเกณฑ์การจำแนกคนวิกลจริตอย่างไร หากขณะวิกลจริตเกิดกระทำความผิดทางอาญา จะมีความผิดหรือไม่ ต้องรับโทษหรือไม่ อย่างไร ซึ่งความเห็นในทางการแพทย์จะทำให้ศาลใช้รับฟังเป็นดุลพินิจในการตัดสินคดีได้มากหรือน้อยเพียงใด โดยเปรียบเทียบกับกฎหมายต่างประเทศ เพื่อความชัดเจนเหมาะสมต่อไป โดยศึกษาจากกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับคนวิกลจริตของประเทศไทย และต่างประเทศ อีกทั้งศึกษาการบัญญัติประเภทของคนวิกลจริตในตำราทางการแพทย์ และมาตรการดำเนินคดีต่อบุคคลวิกลจริต

จากการศึกษาพบว่า ปัจจุบันสังคมไทย มีประชากรจำนวนไม่น้อยที่มีสภาพจิตไม่ปกติ และก่อให้เกิดปัญหาในสังคมหลายประการ โดยเฉพาะการกระทำความผิดทางอาญา ซึ่งก่อให้เกิดความเสียหายต่อบุคคลอื่น อาทิเช่น การทำร้ายร่างกายผู้อื่น การทำให้ทรัพย์สินของผู้อื่นเสียหาย การฆ่าคนตาย เป็นต้น ซึ่งผลของการกระทำดังกล่าว นอกจากจะทำให้เกิดความเสียหายต่อชีวิต ร่างกาย หรือทรัพย์สินแล้ว ยังมีผลกระทบต่อจิตใจของประชาชนอีกด้วย แต่ในแง่ของจำเลยที่เป็นคนวิกลจริตนั้น หากใช้เพียงดุลพินิจศาลในการตัดสินว่าจำเลยวิกลจริตจริงหรือไม่ ขณะกระทำความผิดไม่รู้สำนึก หรือควบคุมการกระทำของตนไม่ได้ จริงหรือไม่ จำเลยอาจไม่ได้รับความยุติธรรมเท่าที่ควร เพราะโรคทางจิต ในผู้ป่วยมีหลายประเภท ย่อมต้องมีรายละเอียด และสมควรได้รับการวินิจฉัยอย่างชัดเจนตามหลักทางการแพทย์ การปรับกับสภาวะโรคทางจิต ในทางกฎหมาย ตามประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 65 นั้นจึงทำได้ยาก เพราะบางกลุ่มอาการ หรือบางโรค จะแสดงอาการแค่บางช่วง ซึ่งหากบุคลากรไม่มีความรู้ในทางจิตเวชอาจไม่สามารถแยกได้เลยว่า

จำเลยบางคนเป็นผู้ที่มีอาการทางจิตเวชอยู่ หรือจำเลยบางคนเป็นคนปกติ แต่แสรังว่ามีอาการ  
 วิตถจริต เป็นต้น จากการศึกษาหลักการสากลขององค์การสหประชาชาติประกอบกับกฎหมาย  
 ประเทศสหรัฐอเมริกา อังกฤษ และญี่ปุ่น พบว่า การบัญญัติเกี่ยวกับความหมายของคำว่า วิตถจริต  
 ของทั้งประเทศสหรัฐอเมริกา อังกฤษ และญี่ปุ่น จะค่อนข้างมีความหมายใกล้เคียงกัน แต่ในเรื่อง  
 ประเภทคนวิตถจริตในทางการแพทย์ที่สามารถอ้างข้อต่อสู้เรื่องความวิตถจริตตามกฎหมายได้ จะมี  
 ความแตกต่างกันเล็กน้อย โดยความแตกต่างในแต่ละประเทศนั้นจะขึ้นอยู่กับโรค และกลุ่มอาการที่  
 แสดงออกมาของโรค ตัวอย่างของสหรัฐอเมริกา ในบางรัฐ บางโรคอาจบัญญัติให้มีความผิด แต่  
 วิตถจริต จึงให้ไปบำบัด แต่ในบางรัฐก็ไม่ยอมรับข้ออ้างที่ว่าวิตถจริตเลย เช่น ในรัฐ **KANSAS**  
 ส่วนในอังกฤษ และญี่ปุ่น ยอมรับข้อต่อสู้เรื่องวิตถจริต โดยในกลุ่มอาการประเภทก้าวร้าว ต่อต้าน  
 สังคม ซึ่งเป็นกลุ่มอาการที่คนธรรมดาอาจคิดว่าเป็นแค่พวกไม่มีมารยาท หัวรุนแรง เท่านั้น ไม่ใช่  
 โรคทางจิต แต่ในทางการแพทย์จัดว่าเป็นอาการของโรคทางจิตอย่างหนึ่ง เรื่องหลักการพิสูจน์ว่า  
 ขณะจำเลยกระทำความผิดวิตถจริตหรือไม่ ในทางการแพทย์ต้องให้จิตแพทย์วินิจฉัยว่าความผิดที่  
 จำเลยกระทำเป็นผลที่อาจเกิดขึ้นจากโรคนั้นๆ หรือกลุ่มอาการนั้นๆ ได้หรือไม่ ตาม DSM-5 กับ  
 ICD10 ส่วนในทางกฎหมาย สหรัฐอเมริกาแต่ละมลรัฐจะใช้ทฤษฎีต่างกัน อันได้แก่  
 M'Naghten, The Irresistible Impulse, Durham , Model Penal Code หรือบางรัฐใช้ผสมร่วมกัน  
 อังกฤษใช้หลัก M'Naghten ส่วนญี่ปุ่น ปัจจุบันใช้หลักรับฟังตามรายงานของผู้เชี่ยวชาญ คือ  
 จิตแพทย์เป็นหลัก หลักการของทั้งสามประเทศนี้ ทำให้เกิดความเป็นธรรมแก่จำเลยผู้วิตถจริต  
 เพราะมีการใช้ทั้งทฤษฎีทางการแพทย์ มาปรับใช้กับนิยามตามกฎหมายชั้นหนึ่ง และวิเคราะห์ตาม  
 หลักพิสูจน์ทางกฎหมายอีกชั้นหนึ่ง

จากข้อมูลต่างประเทศที่ศึกษามาดังกล่าวข้างต้น จึงเป็นที่น่าสนใจว่า ประเทศไทยควรมี  
 หลักกฎหมายขยายความเรื่องความหมายของบุคคลวิตถจริตเพิ่มเติม เพื่อนักกฎหมายจะได้เข้าใจ  
 ความหมาย โดยมีต้องตีความ หรือใช้ดุลพินิจไปเอง และสมควรเพิ่มเติมเรื่องพยานผู้เชี่ยวชาญในคดี  
 ของบุคคลวิตถจริตขึ้น เพื่อตรวจสอบสภาพทางจิตของจำเลย โดยวิธีทางนิติจิตเวช และทำรายงาน  
 แก่ศาล โดยในรายงานของแพทย์ อาจต้องแบ่งประเภทของความวิตถจริตตามระดับความรุนแรง  
 ของความวิตถจริตในขณะกระทำความผิด ไว้ในกฎหมายเป็น 3 ระดับ อันได้แก่

1. บุคลิกภาพผิดปกติ (Personal Disorders)
2. โรคประสาท (Neurosis)
3. โรคจิต (Psychosis)

การให้ความเห็นทางการแพทย์นั้น จึงควรต้องระบุถึงอาการวิกลจริตขณะกระทำ  
ความผิด โดยให้เห็นถึง ความรู้สำนึก และความรุนแรงของอาการทางจิตในขณะกระทำผิด  
และให้ศาลใช้ดุลพินิจตามความเห็นของแพทย์ ในการลงโทษผู้กระทำความผิด ตามกฎหมาย  
กำหนด หรือไม่ลงโทษ เนื่องจากความวิกลจริต เพื่อความยุติธรรม และคุ้มครองประ โยชน์แก่จำเลย  
ต่อไป



Thesis Title	Legal Problem about the Punishment of the Insane : A Study on the Relation between Medical Opinions and Judicial Discretion
Author	Pawana Saengamart
Thesis Advisor	Asis.Prof.Thanee Vorapatr
Department	Law
Academic Year	2017

### ABSTARCT

This study provides an overview of criminal legal issues and medical problems related to reasonableness to punish the insanity person. The offender's mental condition at the time of the criminal offense is justifiable whether he is insane enough to be guilty or not guilty. The methods for examining the level of insanity should be determined in the law in order to be able to prosecute the guilty party fairly. This thesis presents a thorough comparative analysis of both domestic and international law on the insanity offense and also studies the type of insane people in medical texts.

The study finds that Thai society today has a large number of people with mental disorders, and many have caused criminal offenses such as physical harm, the damage of others' belongings and murders. The effect of such actions causes damage to life, body or property. It also affects the mind of the people as well. However, in terms of the insane defendant, if it is only the court discretion to decide whether the defendant is insane or not while committing the offense, the defendant may not get justice as one should. There are several types of mental illness which should be clarified and should be diagnosed according to medical principles.

Adjustment to mental illness in the law under the Penal Code Section 65 is difficult due to the fact that certain group of patients or some disease will show symptoms in only certain period of time. A person with no psychiatric knowledge may not be able to distinguish whether



the defendant is a person with psychiatric symptoms or normal or might be prone to mental illness.

According to the United Nations Universal Declaration of Human Rights, in addition to the laws of the United States, England and Japan, the definition of the term "insanity" in the United States, England, and Japan is quite similar. There are a few differences in the legal battle process and the law. The difference in the law depends on how each country justifies the disease and the symptoms of the disease. In some states in the United States, the defendant with mental issues can be found guilty of misconduct and still get treated at mental institution. However, in some states like Kansas, there will be a punishment for an insane person. The insanity defense is acceptable in England according to DSM-5 and Japan according to ICD10 but has to be confirmed by psychiatrist.

In the United States, each state court applies different methodologies, including M'Naghten, The Irresistible Impulse, Durham, Model Penal Code, or a combination of different theories. England uses M'Naghten, while Japan uses medical reports from a list of experts and psychiatrists. The principles of these three countries apply both theoretical and medical approach and adapt the principles to the definitions of the first law, which make it fair to defendants. Thai domestic law should extend the meaning of an insane person to the law, so that the lawyer can understand the meaning without having to interpret or use the discretion itself. In addition, it is appropriate to add psychiatric experts as witnesses to investigate the condition of the defendant and report to the court for justice for the protection of the defendant's advantage.

Based on the above study data, Thailand should create a Law which explain more details about meaning of insane person for lawyers to understand the meaning without interpretation or use discretion and a law should additional the expert witnesses in cases of insane persons by Forensic Psychiatry and then report to the court, in the doctor's report should classify insanity by the severity of insanity at the offense time by 3 levels.

1. Personal Disorders
2. Neurosis
3. Psychosis



The medical opinion should be identified as an offense during the offense. The awareness and the intensity of mental symptoms while offense. The court should do the discretion according to the doctor's report. The punishment of the offender should defend the benefits to the defendant.



## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สามารถสำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี เพราะได้รับความกรุณาจากท่านผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธานี วรรณภักดิ์ ที่ท่านได้ให้ความเมตตา ให้โอกาส รับเป็นอาจารย์ที่ปรึกษาแก่ข้าพเจ้า คอยสนับสนุน ให้ความรู้ คอยชี้แนะ แนวทางการทำวิทยานิพนธ์ และความรู้ในด้านอื่น ๆ อีกมากมาย ผู้เขียนจึงอยากขอบคุณท่านที่เมตตาศิษย์คนนี้ตลอดมาตั้งแต่วันแรกจนจบหลักสูตร

ผู้เขียนขอกราบขอบพระคุณท่าน ดร.นายแพทย์ ไพโรจน์ บุญศิริคำชัย อาจารย์ที่ประสิทธิ์ประสาทความรู้ทางด้านกฎหมายการแพทย์ให้แก่ข้าพเจ้าเสมอมา ทั้งยังจุดประกายความคิดที่ทำให้ข้าพเจ้าริเริ่มอยากทำหัวข้อวิทยานิพนธ์นี้ และท่านยังกรุณารับเป็นประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ให้แก่ข้าพเจ้า ท่านผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปกป้อง ศรีสนิท และท่านรองศาสตราจารย์ อัจฉริยา ชูตินันทน์ ที่กรุณารับเป็นกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ซึ่งอาจารย์ทุกท่านได้กรุณาสละเวลาอันมีค่ายิ่ง ให้โอกาสข้าพเจ้า ตรวจสอบพิจารณา ให้คำแนะนำในการปรับปรุง แก้ไขวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ให้เข้ารูปเข้ารอย มีความสมบูรณ์

ผู้เขียนขอกราบขอบพระคุณบุคคลที่มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อผู้เขียนคือ คุณแม่ว่าสนา แสงอำนาจ คุณพ่อภิรมย์ แสงอำนาจ นางสาวกรกนก แสงอำนาจน้องสาวของผู้เขียน ทนายความวิเชษฐ์ สีนประสิทธิ์กุล เพื่อนร่วมอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่คอยดูแล ช่วยเหลือผู้เขียนเสมอมา คุณกิตติ ไชยเสนาธรรม เพื่อนที่ช่วยแปลบทความภาษาญี่ปุ่น นางสาววิญญา ตั้งพัฒน์เจริญ น้องสาวที่ช่วยแปลเอกสารภาษาอังกฤษบางส่วน นายแพทย์วาโย อัสวรุ่งเรือง พี่ชายที่คอยช่วยเหลือและแนะนำจิตแพทย์วอร์ดม์ โชติพิทยสุนนท์ ซึ่งเป็นแพทย์ที่มากความสามารถให้คอยช่วยแนะนำความรู้เฉพาะทางให้แก่ผู้เขียน อาจารย์จรูญ ลิปิพันธ์ อาจารย์ที่ให้คำแนะนำเรื่องเอกสารอ้างอิงต่าง ๆ สุดท้ายผู้เขียนขอขอบคุณทุกกำลังใจจากญาติพี่น้อง เพื่อนมัธยม เพื่อน ๆ ปริญญาตรี มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ เพื่อนร่วมงานในแผนกขึ้นทะเบียนเครื่องมือแพทย์ และเพื่อน พี่น้องในสาขากฎหมายการแพทย์ทุกท่าน

ญ

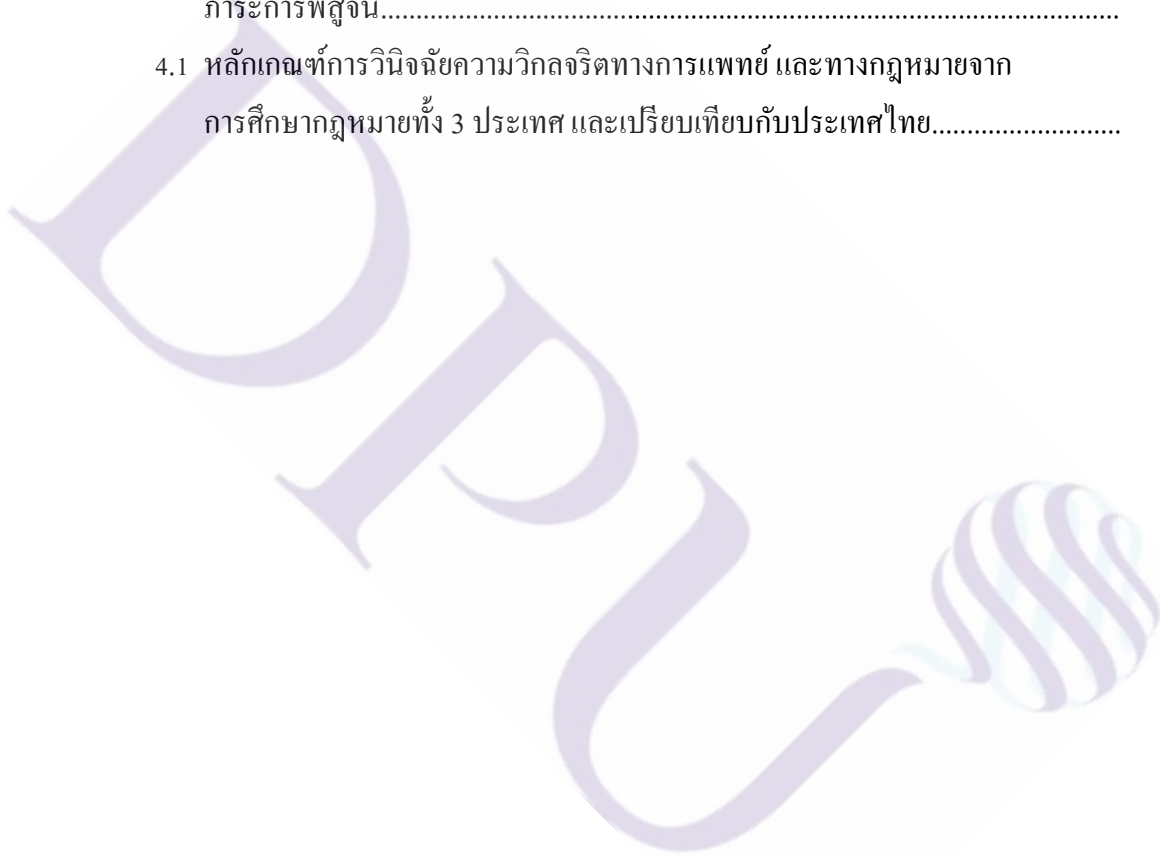
หากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีคุณค่า และมีประโยชน์ต่อการศึกษา ผู้เขียนขอมอบความดี  
ทั้งหมดให้แก่บิดา มารดา ครูบาอาจารย์ ตลอดจนผู้แต่งหนังสือตำราทุกท่านที่ผู้เขียนใช้อย่างยิ่ง และ  
หากมีความผิดพลาด บกพร่องอันเกิดจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้เขียนต้องขออภัย และขอน้อมรับไว้  
แต่เพียงผู้เดียว

ภavana แสงอำนาจ



สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1.1 สถิติข้อมูลจำนวนผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในที่ได้รับบริการหรือตรวจรักษา ของหน่วยบริการในสังกัดกรมสุขภาพจิตปีงบประมาณ 2554-2556.....	1
2.1 ตารางเปรียบเทียบตัวอย่างอาการ และกลุ่มโรคใน DSM-5 กับ ICD-10.....	56
3.1 ตารางแสดงอำนาจศาลในแต่ละมลรัฐเรื่องทดสอบความวิกลจริต และ ภาระการพิสูจน์.....	73
4.1 หลักเกณฑ์การวินิจฉัยความวิกลจริตทางการแพทย์ และทางกฎหมายจาก การศึกษากฎหมายทั้ง 3 ประเทศ และเปรียบเทียบกับประเทศไทย.....	132



สารบัญรูปภาพ

ภาพที่	หน้า
2.1 Daniel Mcnaghten.....	13
2.2 การจำแนกรายละเอียดของแต่ละมิติมีหลากหลายรูปแบบ.....	39
2.3 ภาพจำแนกการทำงานของสมอง.....	43
2.4 ภาพแสดงการส่งสัญญาณของเซลล์ประสาท.....	44
2.5 ภาพแสดงหลักการทำงานของสารสื่อประสาทของสมอง.....	44
2.6 ภาพการทำงานของสารสื่อประสาท.....	45
2.7 ภาพการทำงานของสาร โดปามีน.....	46
2.8 ภาพการทำงานของ GABA.....	48
2.9 หน้าที่ของอะเซทิล โคลีน ความจำ กระบวนการเรียนรู้ ควบคุมพฤติกรรม การเคลื่อนไหว.....	49
2.10 รูปทฤษฎีการเกิดโรคของ Epidemiological triad.....	58
4.1 แผนภาพความรับผิดชอบทางอาญาของบุคคลวิกลจริต.....	126
4.2 แผนภาพหลักเกณฑ์ในการพิจารณาความสามารถในการต่อสู้คดี.....	139
4.3 แผนภาพการดำเนินงานต่อบุคคลที่ถูกสงสัยว่าวิกลจริตก่อคดี.....	140

# บทที่ 1

## บทนำ

### 1.1 ความเป็นมาของปัญหา

ปัจจุบันสังคมไทย มีบุคคลจำนวนมากไม่น้อยที่มีสุขภาพจิตไม่ปกติ และก่อให้เกิดปัญหาในสังคมหลายประการ โดยเฉพาะการกระทำความผิดทางอาญา ซึ่งก่อให้เกิดความเสียหายต่อบุคคลอื่น อาทิเช่น การทำร้ายร่างกายผู้อื่น การทำให้ทรัพย์สินของผู้อื่นเสียหาย การฆ่าคนตาย หรืออื่น ๆ ซึ่งผลของการกระทำดังกล่าว นอกจากจะทำให้เกิดความเสียหายต่อชีวิต ร่างกาย หรือทรัพย์สินของคนที่เป็นผู้เสียหายในสังคมแล้ว ยังต้องพิจารณาต่อไปอีกว่าแล้วตัวบุคคลที่กระทำความผิดนั้น เป็นบุคคลวิกลจริตจริงหรือไม่ หรือเป็นเพียงอาการชั่วคราว ไม่ปกติในบางครั้งเท่านั้น และความรุนแรงของอาการทางจิต ส่งผลต่อการกระทำความผิดหรือไม่ ซึ่งตามข้อมูลรายงานประจำปีกรมสุขภาพจิตปีงบประมาณ 2556 มีรายละเอียดดังตารางต่อไปนี้

**ตารางที่ 1.1** สถิติข้อมูลจำนวนผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในที่มีรับบริการหรือตรวจรักษาของหน่วยบริการในสังกัดกรมสุขภาพจิตปีงบประมาณ 2554-2556

ลำดับ ที่	ประเภทของผู้ป่วยที่มาเข้ารับบริการ	ปีงบประมาณ		
		2554	2555	2556
1	จำนวนผู้ป่วยนอกจิตเวชที่มีรับบริการของหน่วยบริการในสังกัดกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2554-2556	1,291,646	1,076,155	1,109,183
2	จำนวนผู้ป่วยนอกใหม่จิตเวชที่มีรับบริการของหน่วยบริการในสังกัดกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2554-2556	85,344	87,408	88,639
3	จำนวนผู้ป่วยนอกจิตเวช ต่อวันที่มีรับบริการของหน่วยบริการในสังกัดกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2554-2556	4,456	4,305	4,565
4	จำนวนผู้ป่วยนอกจิตเวชที่มีรับบริการคนตรีบำบัดของหน่วยบริการในสังกัดกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2554-2556	-	7,616	13,465

**ตารางที่ 1.1 (ต่อ) สถิติข้อมูลจำนวนผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในที่มีรับบริการหรือตรวจรักษาของหน่วยบริการในสังกัดกรมสุขภาพจิตปีงบประมาณ 2554-2556**

5	จำนวนผู้ป่วยในจิตเวชที่มีรับบริการของหน่วยบริการในสังกัด กรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2554-2556	47,846	46,909	46,622
6	จำนวนผู้ป่วยในจิตเวชที่มีรับบริการให้คำปรึกษาของหน่วยบริการในสังกัดกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2554-2556	73,767	82,899	63,541
7	จำนวนผู้ป่วยในจิตเวชที่มีรับบริการในคลินิกคลายเครียดของหน่วยบริการในสังกัดกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2554-2556	11,391	39,591	39,841
๘	จำนวนผู้ป่วยในจิตเวชที่รับบริการปรึกษาปัญหาทางโทรศัพท์ของหน่วยบริการในสังกัดกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2554-2556	74,165	62,619	68,174
๕	จำนวนผู้ป่วยในจิตเวชที่รับบริการในคลินิกส่งเสริมพัฒนาการเด็กของหน่วยบริการในสังกัดกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2554-2556	33,393	25,597	24,682

**ที่มา : กรมสุขภาพจิต**

จากสถิติที่กรมสุขภาพจิตรวบรวมนี้ เป็นเพียงจำนวนผู้ป่วยที่ได้เข้ารับบริการของหน่วยบริการในสังกัดกรมสุขภาพจิตเท่านั้น โดยยังไม่รวมถึงหน่วยงาน สถาบันหรือคลินิกจิตเวชเอกชนอื่น ซึ่งจากตารางจะเห็นได้ว่า ภาพรวมจำนวนผู้ป่วยนอกใหม่จิตเวชที่มีรับบริการ และผู้มารับบริการคลินิกคลายเครียดของหน่วยบริการสังกัดกรมสุขภาพจิตมีจำนวนเพิ่มขึ้น แต่ในแง่ของผู้ป่วยทางจิตที่ไปกระทำความผิดอาญา และกลายเป็นจำเลย จำเลยที่เป็นคนวิกลจริตนั้น หากใช้เพียงดุลพินิจของนักกฎหมาย หรือผู้ที่ไม่มีความรู้ทางจิตเวช ในการวิเคราะห์ว่าจำเลยเป็นบุคคลวิกลจริตหรือไม่ และในขณะที่กระทำความผิดจำเลยไม่รู้สำนึก หรือควบคุมการกระทำของตนเองไม่ได้ จริงหรือไม่ ทำให้จำเลยอาจไม่ได้รับความยุติธรรมเท่าที่ควร เพราะโรคทางจิตในทางจิตเวชมีหลายประเภท ย่อมต้องมีรายละเอียด และสมควรได้รับการวินิจฉัยที่ชัดเจนตามหลักทางการแพทย์ การปรับสภาวะโรคทางจิต กับในทางกฎหมาย ตามประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 65 นั้นจึงทำได้ยาก



เพราะบางกลุ่มอาการ หรือบางโรค จะแสดงอาการแค่บางช่วง หากบุคคลากรที่ไม่มีความรู้ในทางจิตเวช หรือนิติจิตเวช อาจไม่สามารถแยกได้เลยว่า จำเลยบางคนเป็นผู้ที่มีอาการทางจิตเวชอยู่ หรือจำเลยบางคนเป็นบุคคลที่จิตปกติ แต่แสร้งว่ามีอาการวิกลจริต เป็นต้น จึงทำให้ผู้เขียนเกิดสมมติฐานขึ้นว่า หากนำข้อมูลที่ศึกษาในทางนิติจิตเวชศาสตร์ เรื่องการพิสูจน์ความวิกลจริตในขณะที่คนวิกลจริตกระทำความผิดทางอาญาของต่างประเทศที่กล่าวมา น่าจะเกิดการบัญญัติเป็นนิยาม หรือแนวทางในการจำแนกคนวิกลจริต และวิธีการพิสูจน์ไว้เป็นกฎหมาย สามารถแก้ปัญหาที่เป็นช่องว่างอยู่ระหว่างการแพทย์ กับกฎหมาย เพื่อพัฒนากฎหมายในเรื่องนี้ต่อไปได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

สิทธิตามกระบวนยุติธรรม ตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550 มาตรา 39 วรรคหนึ่ง “บุคคลไม่ต้องรับโทษอาญา เว้นแต่ได้กระทำการอันกฎหมายที่ใช้อยู่ในเวลาที่กระทำนั้นบัญญัติเป็นความผิด และกำหนดโทษไว้ และโทษที่จะลงแก่บุคคลนั้นจะหนักกว่าโทษที่กำหนดไว้ในกฎหมายที่ใช้อยู่ในเวลาที่กระทำผิดมิได้” จากบทบัญญัตินี้ บุคคลที่จะต้องรับโทษทางอาญาได้ ต้องกระทำการอันกฎหมายที่บังคับใช้อยู่ในขณะที่มีการกระทำโดย หลักตามกฎหมายอาญา และกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา เมื่อมีการกระทำความผิดเกิดขึ้น นอกจากต้องมีการพิจารณาถึง การกระทำซึ่งมีองค์ประกอบภายนอกของการกระทำความผิดแล้ว ยังต้องพิจารณาต่อไปถึงองค์ประกอบภายใน ซึ่งคือเรื่องเจตนาของผู้กระทำความผิด โดยตามประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 59 วรรคสอง ได้บัญญัติว่า “กระทำโดยเจตนา ได้แก่กระทำโดยรู้สำนึกในการที่กระทำและในขณะที่เดียวกันผู้กระทำประสงค์ต่อผล หรือยอมเล็งเห็นผลของการกระทำนั้น” หากมีข้อเท็จจริงปรากฏขึ้นมาว่า ผู้ที่กระทำความผิดเป็นคนวิกลจริตซึ่งขณะลงมือกระทำความผิดนั้น ไม่สามารถรู้ผิดชอบ หรือไม่สามารถบังคับตนเองได้ เพราะมีจิตบกพร่อง โรคจิต หรือจิตฟั่นเฟือน การกระทำของคนวิกลจริต ถือว่ามีการกระทำเช่นบุคคลธรรมดาทั่วไป หรือไม่ ซึ่งตามมาตรา 65 แห่งประมวลกฎหมายอาญา บัญญัติว่า “ผู้ใดกระทำความผิดในขณะที่ไม่สามารถรู้ผิดชอบ หรือไม่สามารถบังคับตนเองได้ เพราะมีจิตบกพร่อง โรคจิตหรือจิตฟั่นเฟือน ผู้นั้นไม่ต้องรับโทษสำหรับความผิดนั้น แต่ถ้าผู้กระทำความผิดยังสามารถรู้ผิดชอบอยู่บ้าง หรือยังสามารถบังคับตนเองได้บ้าง ผู้นั้นต้องรับโทษสำหรับความผิดนั้น แต่ศาลจะลงโทษน้อยกว่าที่กฎหมายกำหนดไว้สำหรับความผิดนั้นเพียงใดก็ได้”

จะเห็นได้ว่าคนวิกลจริตที่กระทำความผิดนั้น ต้องมีการกระทำ เพียงแต่การกระทำของคนวิกลจริตนั้น มิได้กระทำด้วยจิตใจชั่วร้ายเหมือนคนปกติธรรมดา แต่ปัญหาคือ ผู้ปฏิบัติงาน

ทางด้านกฎหมายจะทราบได้อย่างไรว่า ผู้ที่กระทำความผิดเป็น คนวิกลจริต จิตบกพร่อง หรือเป็น โรคนิ่วหรือจิตฟั่นเฟือน ผู้เขียนจึงมีแนวคิด ว่า ควรต้องมีกระบวนการตรวจพิสูจน์ทางการแพทย์ เพื่อให้ทราบว่าผู้ที่กระทำความผิดนั้นเป็น คนวิกลจริตจริง หรือไม่ และเป็นวิกลจริตประเภทใดตาม กฎหมาย เพื่อแก้ปัญหาเรื่องความเห็นทางการแพทย์ กับศาลเห็นไม่ตรงกัน เรื่อง ความวิกลจริต ของ คนวิกลจริต ซึ่งเมื่อผู้เขียนลงศึกษา ค้นคว้าข้อมูลแล้วพบว่ามีศาสตร์หนึ่ง ที่เรียกว่า “นิติจิตเวช ศาสตร์” อาศัยอำนาจตามกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา มาตรา 14 ที่บัญญัติว่า “ในระหว่างทำการ สอบสวน ไล่สวนมูลฟ้องหรือพิจารณา ถ้ามีเหตุควรเชื่อว่าผู้ต้องหา หรือจำเลยเป็นผู้วิกลจริตและ ไม่สามารถต่อสู้คดีได้ ให้พนักงานสอบสวน หรือศาลแล้วแต่กรณี สั่งให้พนักงานแพทย์ตรวจผู้ นั้นเสร็จแล้วให้เรียกพนักงานแพทย์ผู้นั้นมาให้ถ้อยคำ หรือให้การว่าตรวจได้ผลประการใด จะมี กฎหมายอะไรมารองรับ และจะจัดการกับผู้ต้องหาที่พิสูจน์แล้ว ปรากฏว่าวิกลจริตต่อไปอย่างไร

ในกรณีที่พนักงานสอบสวนหรือศาลเห็นว่าผู้ต้องหาหรือจำเลยเป็นผู้วิกลจริตและ ไม่สามารถต่อสู้คดีได้ ให้งดการสอบสวน ไล่สวนมูลฟ้องหรือพิจารณาไว้จนกว่าผู้นั้นหายจากอาการ วิกลจริต หรือสามารถต่อสู้คดีได้ และให้มีอำนาจส่งตัวผู้นั้นไปยัง โรงพยาบาล โรคนิ่วหรือมอ บให้แก่ผู้อนุบาล ข้าหลวงประจำจังหวัดหรือผู้อื่นที่เต็มใจรับ ไปดูแลรักษาก็ได้ตามแต่จะเห็นสมควร” ตามหลักกฎหมายนี้พนักงานสอบสวน หรือศาลสามารถที่จะนำตัวผู้ต้องหา หรือจำเลยไปให้แพทย์ ตรวจพิสูจน์ถึงความวิกลจริต และความสามารถในการต่อสู้คดี ถ้าไม่สามารถต่อสู้คดีได้ พนักงาน สอบสวนก็จะงดการสอบสวน หรือถ้าคดีอยู่ในชั้นศาล ศาลก็จะสั่งไล่สวน หรืองดการพิจารณา และให้ส่งตัวผู้ต้องหาหรือจำเลยนั้นไปยัง โรงพยาบาล โรคนิ่ว เพื่อทำการรักษาต่อไปจนกว่าผู้ต้องหา หรือจำเลยนั้นจะหายวิกลจริตและสามารถต่อสู้คดีได้ แล้วค่อยนำตัวผู้ต้องหา หรือจำเลยนั้นมา สอบสวนหรือพิจารณาต่อไป ดังนั้นผู้เขียนจึงมีความเห็นว่านักกฎหมายที่เกี่ยวข้องจำต้องรู้ว่า ผู้ต้องหาผู้วิกลจริตนั้น ต้องวิกลจริตเพียงใดจึงจะไม่สามารถต่อสู้คดีได้

กรณีที่คนวิกลจริตที่อาจก่อให้เกิดเหตุร้ายเช่น อาจฆ่าคนตายได้ตลอดเวลา ทราบใดที่ยัง ไม่ก่อให้เกิดเหตุเป็นคดีอาญา รัฐไม่มีอำนาจตามกฎหมายที่จะดำเนินการอย่างหนึ่งอย่างใดกับคน วิกลจริตดังกล่าวเช่น เจ้าพนักงานจะนำตัวคนวิกลจริตไปรักษาพยาบาล และควบคุมตัวไว้ เพื่อ ป้องกันการก่อเหตุร้ายไม่ได้ เพราะไม่อยู่ในขอบเขตของวิธีการเพื่อความปลอดภัยตามมาตรา 48 แห่งประมวลกฎหมายอาญา อีกทั้งจะเป็นการขัดต่อหลักสิทธิมนุษยชน ดังนั้นนิติจิตเวชศาสตร์ใน กระบวนการยุติธรรม

อีกทั้งกรณีเป็นการกระทำความผิดโดยประมาท หรือโดยมิได้เจตนา เช่น การขับรถโดยประมาทเป็นเหตุให้เกิดความเสียหายแก่ จะถือว่าเป็นการกระทำความผิดโดยประมาทตามที่กฎหมายบัญญัติไว้ในมาตรา 59 วรรคสี่หรือไม่ และแม้จะอ้างว่าไม่รู้สำนึกขณะกระทำความผิด แต่ผู้กระทำรู้อยู่แล้วตั้งแต่ก่อนขับรถแล้วว่า อาจจะมีเกิดอาการเกิดขึ้นได้ เพราะไม่ได้ทานยามา เป็นต้น เรื่องนี้จึงมีความสำคัญ และน่าศึกษา เพื่อทำความเข้าใจในเรื่องการพิสูจน์สภาพจิตของผู้กระทำความผิดอาญา และควรมีกฎหมายเกี่ยวกับสภาพจิตเป็นการรองรับไว้ให้ชัดเจนยิ่งกว่าพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 ซึ่งมีตัวอย่างลักษณะกฎหมายเพิ่มเติม เช่นการที่แพทย์สภาได้เคยออกประกาศกำหนดเกณฑ์การวินิจฉัยผู้ป่วยสมองตายเมื่อปี พ.ศ. 2532 และพ.ศ. 2539 ทั้งนี้เพื่อเป็นการคุ้มครองสิทธิแก่คนวิกลจริตที่ได้กระทำความผิดทางอาญาต่อไป

## 1.2 วัตถุประสงค์

1. ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี เกี่ยวกับปัญหากฎหมาย เรื่องความหมายของคนวิกลจริต ปัญหาข้อเท็จจริงเกี่ยวกับความรับผิดชอบในทางอาญาของคนวิกลจริต
2. ศึกษาหลักเกณฑ์ในทางการแพทย์เกี่ยวกับการจำแนกคนวิกลจริต หรือประเภทของคนวิกลจริต อีกทั้งระดับความรุนแรงของอาการทางจิตที่อาจมีผลต่อการกระทำความผิดอาญาโดยศึกษาข้อมูลของประเทศสหรัฐอเมริกา อังกฤษ และญี่ปุ่น
3. เพื่อหาแนวทางการพัฒนากฎหมาย ทั้งนิยามที่ชัดเจนเกี่ยวกับการจำแนกคนวิกลจริตประเภทต่างๆ ตามกฎหมาย และกระบวนการพิสูจน์ทางคดี ให้เป็นไปอย่างยุติธรรม มีหลักเกณฑ์ที่ชัดเจน ตามรูปแบบกฎหมายสารบัญญัติ และสอดคล้องตามแนวทาง หลักเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลกต่อไป

## 1.3 สมมติฐาน

จากการหาข้อมูลทางกฎหมายด้านนิติจิตเวชศาสตร์ และทฤษฎีต่างๆ เพื่อหาความหมายของคนวิกลจริต วิธี หรือขั้นตอนการพิสูจน์ความวิกลจริตในขณะที่กระทำความผิดของผู้กระทำความผิดทางอาญา พบว่าประเทศไทยยังไม่มีกฎหมายที่ชัดเจน ที่จะกำหนดขอบเขตนิยามของคนวิกลจริต แนวทางการพิสูจน์ความวิกลจริตของผู้ที่อ้างว่าตนวิกลจริต ขณะกระทำความผิดไว้ ซึ่งปัญหาในเรื่องนี้มีผลกระทบต่อทั้งกระบวนการวิธีพิจารณาในทางอาญา ที่ต้องมีความรู้ว่าอาการวิกลจริตประเภทใด ระดับความรุนแรงเพียงใด ที่ถือว่าต้องรับผิดชอบขณะกระทำความผิดนั้น และคน

วิกัลจริตประเภทใดที่กฎหมายยกเว้นโทษให้ จึงต้องใช้วิธีการพิสูจน์ที่มีมาตรฐาน ซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนากฎหมายที่คุ้มครองสิทธิของคนวิกัลจริตที่กระทำความผิดทางอาญาได้ อีกทั้งทำให้เกิดแนวคิดในเรื่องการจำแนกประเภท และความรุนแรงของคนวิกัลจริตที่มีผลต่อการรับผิด และลงโทษในทางอาญาได้ชัดเจนขึ้นกล่าวคือ จิตบกพร่อง โรคจิต จิตฟั่นเฟือน ในปัจจุบัน

จากการศึกษากฎหมายนิติจิตเวชศาสตร์ของสหรัฐอเมริกา อังกฤษ และญี่ปุ่น พบว่ามีเนื้อหาสาระของกฎหมาย เรื่องหลักพิสูจน์ความวิกัลจริตตามกฎหมาย จึงเกิดสมมติฐานว่า หากนำข้อมูลที่ศึกษาในทางนิติจิตเวชศาสตร์ เรื่องการพิสูจน์ความวิกัลจริตในขณะที่คนวิกัลจริตกระทำความผิดทางอาญาของต่างประเทศที่กล่าวมา น่าจะเกิดการบัญญัติเป็นนิยาม หรือแนวทางในการจำแนกคนวิกัลจริต และวิธีการพิสูจน์ไว้เป็นกฎหมาย เพื่อให้ทราบถึงระดับความรุนแรงของอาการที่อาจก่อให้เกิดความเสียหายทางอาญา อีกทั้งสามารถแก้ปัญหาที่เป็นช่องว่างอยู่ และพัฒนากฎหมายในเรื่องนี้ต่อไปได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม

#### 1.4 ขอบเขตการศึกษา

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ มุ่งศึกษาถึงวิธีการจำแนกคนวิกัลจริตที่มีผลในเรื่องของความรับผิดชอบในทางอาญา ตามประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 59 และมีผลในเรื่องของการลงโทษทางอาญา ตามมาตรา 65 และโดยค้นหาวิธีที่จะใช้พิสูจน์ความวิกัลจริตของคนที่อ้างว่า ขณะกระทำความผิดทางอาญานั้น ตนอยู่ในอาการวิกัลจริต เพื่อส่งตัวบุคคลนั้นไปรักษา หรือลงโทษต่อไป ซึ่งตามประมวลกฎหมายอาญามาตรา 59 บัญญัติว่า

“บุคคลจะต้องรับผิดชอบในทางอาญาก็ต่อเมื่อได้กระทำโดยเจตนาเว้นแต่จะได้กระทำความผิดโดยประมาท ในกรณีที่ถูกกฎหมาย บัญญัติให้ต้องรับผิดชอบเมื่อได้กระทำโดยประมาท หรือเว้นแต่ในกรณีที่กฎหมายบัญญัติไว้โดยแจ้งชัดให้ต้องรับผิดชอบแม้ได้กระทำโดยไม่มีเจตนา

กระทำโดยเจตนา ได้แก่กระทำโดยรู้สำนึกในการที่กระทำและในขณะที่เดียวกันผู้กระทำ ประสงค์ต่อผล หรือยอมเสี่ยงเห็นผลของการกระทำนั้น

ถ้าผู้กระทำมิได้รู้ข้อเท็จจริง อันเป็นองค์ประกอบของความผิดจะถือว่าผู้กระทำ ประสงค์ต่อผล หรือยอมเสี่ยงเห็นผลของการกระทำ นั้นมิได้

กระทำโดยประมาท ได้แก่กระทำความผิดมิใช่โดยเจตนา แต่กระทำโดยปราศจากความระมัดระวัง ซึ่งบุคคลในภาวะเช่นนั้นจัก ต้องมีตามวิสัยและพฤติการณ์ และผู้กระทำอาจใช้ความระมัดระวัง เช่นว่านั้นได้ แต่หาได้ใช้ให้เพียงพอไม่

การกระทำ ให้หมายความรวมถึงการให้เกิดผลอันหนึ่งอันใดขึ้นโดยงดเว้นการที่จักต้องกระทำเพื่อป้องกันผลนั้นด้วย” จะเห็นได้ว่ามาตรา 59 วรรคหนึ่งถึงวรรคสี่ ได้บัญญัติในเรื่องการรับผิดชอบในทางอาญาของบุคคล อันกระทำโดยครบองค์ประกอบภายนอก และองค์ประกอบภายใน กล่าวคือ มีเจตนาหรือแม้กระทั่งหากบางกรณีบุคคลนั้นกระทำไปโดยประมาทก็ตามก็อาจต้องรับผิดชอบในทางอาญาด้วย และจะเชื่อมโยงไปถึงการรับโทษกรณีเป็นบุคคลวิกลจริตตามมาตรา 65 ด้วย

ซึ่งวิธีการพิสูจน์ดังกล่าวเป็นศาสตร์หนึ่งของสาขาวิชานิติเวชและนิติวิทยาศาสตร์ ซึ่งเรียกว่า นิติจิตเวชศาสตร์ ซึ่งประเทศไทย ในช่วงปีพ.ศ. 2554-2556 จำนวนผู้ป่วยนอกใหม่จิตเวช ที่มารับบริการ และผู้มารับบริการคลินิกคลายเครียดของหน่วยบริการสังกัดกรมสุขภาพจิตมีจำนวนเพิ่มขึ้น ซึ่งแม้จะไม่ได้ชี้ชัดว่าผู้ป่วยที่มารับบริการของกรมสุขภาพจิตจะเป็นคนวิกลจริต แต่สถิติทำให้เห็นถึงแนวโน้มว่าผู้ป่วยบางส่วนหากไม่ได้รับการดูแลที่ดี หรือรักษาอย่างต่อเนื่องอาจก่อให้เกิดปัญหาการกระทำผิดทางอาญาในเวลาต่อมา ซึ่งกฎหมายอาญามาตรา 65 ได้วางหลักเพียง หากบุคคลขณะกระทำความผิดไม่สามารถรู้ผิดชอบ หรือไม่สามารถบังคับตนเองได้ เพราะมีจิตบกพร่อง โรคลจิต หรือจิตฟั่นเฟือน ผู้นั้นไม่ต้องรับโทษสำหรับความผิดนั้น และโทษสำหรับความผิดของบุคคลนั้นหากยังสามารถพอรู้ผิดชอบอยู่บ้าง หรือยังสามารถบังคับตนเองได้บ้าง ศาลจะลงโทษน้อยกว่าที่กฎหมายกำหนดไว้สำหรับความผิดนั้นเพียงใดก็ได้ นักกฎหมายจึงควรเข้าใจตรงกันว่าความวิกลจริตนั้นมีขอบเขตเพียงใด ทางฝ่ายนักกฎหมาย และบุคลากรที่พิสูจน์ทางด้านนิติจิตเวชต้องมีความเข้าใจที่ถูกต้องตรงกัน โดยในเนื้อหาจะมีการศึกษาเปรียบเทียบนิติจิตเวชศาสตร์ (Forensic Psychiatry) ในต่างประเทศ ได้แก่ ประเทศสหรัฐอเมริกา ประเทศอังกฤษ และประเทศญี่ปุ่น

นอกจากนั้นมีการสำรวจความคิดเห็น และข้อเสนอแนะจากบุคลากรที่ทำงานทางด้านนิติจิตเวชบางส่วน ได้แก่ จิตแพทย์และนักจิตวิทยาคลินิก เพื่อนำมาเป็นข้อมูลสนับสนุนแนวคิดในการศึกษาวิเคราะห์ในงานวิทยานิพนธ์



### 1.5 วิธีดำเนินการศึกษา

1. ศึกษาจากการรวบรวมเอกสาร ด้วยทฤษฎีหมายต่าง ๆ บทความ รายงานทางวิชาการ ในประเทศ และต่างประเทศ
2. ศึกษาจากคำพิพากษาที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินคดีที่มีคนวิกลจริตเป็นจำเลย หนังสือเกี่ยวกับนิติจิตเวชศาสตร์ อาชญวิทยา และทัณฑวิทยา และตำราจิตเวช
3. ศึกษาจากการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ เช่น จิตแพทย์ และนักจิตวิทยาคลินิก เป็นต้น

### 1.6 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

การศึกษาในเรื่องนี้ทำให้ทราบว่าคนวิกลจริตประเภทใดบ้าง อาการทางจิตรุนแรงเพียงใดที่ต้องรับผิดชอบ กรณีเจตนา หรือประมาททางอาญา และหากกระทำผิดทางอาญา จะไม่ต้องรับโทษ หรืออาจได้รับการลดโทษจากศาล และความวิกลจริตขณะกระทำผิดนั้น พิสูจน์ได้หรือไม่ เพื่อกำหนดฐานพิสูจน์ความวิกลจริตในขณะคนวิกลจริตกระทำผิดทางอาญา เพื่อลดปัญหาความไม่เป็นธรรมในการตัดสินคดีสำหรับคนวิกลจริตเพราะความเห็นของศาลและแพทย์ไม่ตรงกัน ทำให้เกิดความเข้าใจแก่บุคลากรทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง ซึ่งหากไม่สามารถพิสูจน์ได้ในทางการแพทย์เป็นผลที่แน่นอน 100% ต้องมีการพิสูจน์ในทางคดี ที่มีผลในเรื่องความรับผิดชอบตามมาตรา 59 และการรับโทษของผู้ต้องหา หรือจำเลยที่เป็นคนวิกลจริต ตามประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 65 และพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 ให้มีความชัดเจนมากยิ่งขึ้น ว่าจำเลยจะมีความผิดหรือไม่ ต้องได้รับโทษหรือไม่ ซึ่งผลจากการศึกษาเรื่องนี้ จะทำให้เกิดความยุติธรรมในกระบวนการพิสูจน์ทางคดี

### 1.7 นิยามศัพท์

“วิกลจริต” หมายถึง การกระทำอันไม่สามารถรู้ผิดชอบ หรือไม่สามารถบังคับตนเองได้ เพราะมีจิตบกพร่อง โรคจิตหรือจิตฟั่นเฟือน

“คนวิกลจริต” หมายถึง ผู้ใดอันไม่สามารถรู้ผิดชอบ หรือไม่สามารถบังคับตนเองได้ เพราะมีจิตบกพร่อง โรคจิตหรือจิตฟั่นเฟือน

“จิตบกพร่อง” หมายถึง โรคปัญญาอ่อน และโรคจิตผั่นผวน

“จิตฟั่นเฟือน” หมายถึง กลุ่มอาการ หรือ โรคทางจิตเวช อันอาจมีอาการสำแดงเป็นครั้งคราว จำต้องได้ผลการตรวจวินิจฉัยจากจิตแพทย์ หรือกลุ่มสหวิชาชีพทางจิตเวช หรือนิติจิตเวช

“โรคจิต” หมายถึง

(1) โรคอันเกิดมาจากความผิดปกติทางสมอง เนื่องด้วยสารเคมีในสมองผิดปกติ

(2) โรคอันเกิดมาจากความผิดปกติทางจิตใจ อันจำต้องได้ผลการตรวจวินิจฉัยจากจิตแพทย์ หรือกลุ่มสหวิชาชีพทางจิตเวช หรือนิติจิตเวช

“ความผิดปกติทางจิต” หมายถึง อาการแสดงความรู้สึก ความคิด อารมณ์ หรือพฤติกรรมที่ผิดปกติ เพราะโรคทางจิตใจ

“นิติจิตเวช” หมายถึง การตรวจพิสูจน์สภาวะจิต และโรคทางจิต อันเกี่ยวข้องกับกฎหมาย

“จิตแพทย์” หมายถึง แพทย์ที่ทำหน้าที่ตรวจ วินิจฉัย และรักษาโรคทางจิตใจ ซึ่งมีอาการแสดงความรู้สึก ความคิด อารมณ์ หรือพฤติกรรมที่ผิดปกติ

“กลุ่มสหวิชาชีพทางจิตเวช” หมายถึง กลุ่มบุคลากรหลายวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับงานจิตเวช อันได้แก่ จิตแพทย์ พยาบาลจิตเวช นักจิตวิทยาคลินิก

“กลุ่มสหวิชาชีพทางนิติจิตเวช” หมายถึง กลุ่มบุคลากรหลายวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับงานนิติจิตเวช อันได้แก่ จิตแพทย์ พยาบาลจิตเวช นักจิตวิทยาคลินิก

“การวินิจฉัย” หมายถึง การวิเคราะห์โรค



## บทที่ 2

### ความเป็นมา และทฤษฎีต่างๆ เกี่ยวกับคนวิกลจริต และความผิดปกติทางจิต

การพิสูจน์การกระทำความคิดของคนวิกลจริตว่าในขณะที่บุคคลนั้นกำลังกระทำความคิดนั้น มีอาการจิตวิกลจริงหรือไม่ เป็นเรื่องที่พิสูจน์ได้ยาก ต้องมีการตรวจพิสูจน์ทางการแพทย์หรือที่เรียกว่านิติจิตเวชศาสตร์เข้ามาเกี่ยวข้อง ซึ่งนิติจิตเวชศาสตร์เป็นสาขาหนึ่งซึ่งมีความเกี่ยวพันระหว่างสาขาวิชาจิตเวชศาสตร์ และนิติศาสตร์ โดยการนำวิชาการทางจิตเวชศาสตร์มาประยุกต์ใช้กับกฎหมาย และกระบวนการพิจารณาตัดสินคดีความทางศาลในกระบวนการยุติธรรม

#### 2.1 ความเป็นมาของการพิสูจน์ความคิดของคนวิกลจริต

การทำความเข้าใจในการพิสูจน์การกระทำความคิดของคนวิกลจริตนั้น ควรศึกษาถึงประวัติศาสตร์ของวิชานิติจิตเวชศาสตร์ก่อนว่ามีที่มาอย่างไร เพราะเป็นศาสตร์ที่ทำให้เกิดการตรวจพิสูจน์สภาพจิตของผู้กระทำความคิดที่เป็นคนวิกลจริตขึ้น มีเหตุการณ์สำคัญใดบ้างในอดีตที่เป็นต้นกำเนิดของวิชานี้ เกิดข้อพิพาทกันอย่างไรจึงได้มีการออกกฎหมายเพื่ออำนวยความสะดวกให้กับคนวิกลจริต ซึ่งนิติจิตเวชศาสตร์เป็นการศึกษาถึงวิธีการนำกฎหมายมาประยุกต์ใช้ และอำนวยความสะดวกให้กับผู้ป่วยที่มีอาการทางจิต โรคของผู้ป่วยที่กล่าวถึงนี้จะอยู่ในส่วนของวิชาจิตเวชศาสตร์ วิชาที่แบ่งออกได้เป็นหลายสาขา ซึ่งวิชานิติจิตเวชศาสตร์ก็ถือว่าเป็นสาขาหนึ่งของวิชาจิตเวชศาสตร์ด้วย การศึกษาประวัติศาสตร์ หรือวิวัฒนาการการเกิดวิชานิติจิตเวชศาสตร์นี้ทำให้เราทราบถึงจุดกำเนิด และการเคลื่อนไหวเปลี่ยนแปลงต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นด้านแนวคิด ด้านทฤษฎี รวมทั้งการกระทำที่เกิดขึ้นในสมัยอดีต จนกระทั่งถึงปัจจุบัน โดยในที่นี้จะกล่าวถึงสองส่วน ได้แก่ ความเป็นมาของนิติจิตเวชศาสตร์ในต่างประเทศ และ ความเป็นมาของนิติจิตเวชศาสตร์ในประเทศไทย

##### 2.1.1 ความเป็นมาของนิติจิตเวชศาสตร์ในต่างประเทศ

ในสมัยยุคอารยธรรมกรีก และโรมันเป็นยุคที่มีนักปราชญ์ และนักคิดต่างๆ จำนวนมาก ซึ่งเป็นผู้มีความรอบรู้และมีความสามารถในศาสตร์สาขาต่างๆ ทำให้มีความรู้ในด้านการแพทย์มา

ช่วยในการรักษาผู้ป่วยที่มีอาการทางจิต ในยุคนี้ยังมีความเชื่อเรื่องภูตผีปีศาจอยู่ และความเชื่อของคนทั่วไปในยุคนี้เชื่อว่าคนที่ เป็นโรคจิตหรือคนวิกลจริตนั้นเกิดจากการถูกระงอกจากวิญญาณชั่วร้ายซึ่งมีชื่อว่า Mania กับ Lyssa และมีความเชื่อในเรื่องของพระเจ้าด้วย โดยเชื่อว่าพระเจ้าเป็นผู้ทำให้คนเป็นโรคจิต มีการล่ามโซ่ผู้ป่วยโรคจิตที่มีอาการรุนแรง วิธีการรักษาผู้ป่วยยุคนี้ หากผู้ที่ทำการรักษาเป็นผู้มีความรู้จะรักษาโดยใช้สมุนไพร ใอน้ำ การให้อาหารที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วย รวมถึงการใช้คนตรีเป็นเครื่องมือในการรักษาผู้ป่วย เป็นต้น<sup>1</sup> ในสมัยโรมันโบราณเห็นว่า เมื่อคนบ้าได้กระทำผิดกฎหมายก็ควรที่จะได้รับการลดหย่อนโทษ เนื่องจากว่าเขาเป็น คนวิกลจริต หรือคนบ้า ก็เพราะถูกรรรมชาติลงโทษมาแล้ว บุคคลพวกนี้เขาจะได้รับความทุกข์ทรมานติดตัวมาอยู่แล้ว ควรจะลดโทษให้เขาเมื่อเขากระทำความผิด

ปี ค.ศ. 1736 นักกฎหมายชาวโสกคนหนึ่งชื่อ แมททิว เฮล (Mathew Hael) ได้เรียบเรียงเสนอกฎหมายเกี่ยวกับคนบ้ากระทำความผิดมาตราหนึ่งว่า “The insane should not be punished because they do not know the nature of their action” หมายความว่า ถ้าผู้กระทำความผิดเป็นคนวิกลจริตแล้วก็ไม่ควรลงโทษด้วยเหตุผลที่ว่า เพราะเขาไม่รู้สภาพและสาระของการกระทำ การเสนอกฎหมายของเขาทำให้เกิดแนวความคิดที่ว่าเมื่อคนวิกลจริตกระทำผิดกฎหมายควรลงโทษคนวิกลจริตนั้นหรือไม่เพียงใด<sup>2</sup>

ประวัติความเป็นมาที่กระบวนกรยุติธรรมได้นำความรู้ทางด้านจิตเวชมาประกอบการวินิจฉัยคดีได้เริ่มตั้งแต่ปี ค.ศ. 1800 ที่ประเทศอังกฤษในคดี Hadfield ซึ่งคดีนี้จำเลยเคยเป็นสืบเอกทหารม้า ทำการรบได้รับบาดเจ็บเกี่ยวกับสมอง ทำให้กลายเป็นคนวิกลจริต มีอาการหลงผิด (Delusion) คิดว่าโลกนี้จะสิ้นสุดลงและพระเจ้าได้กำหนดให้จำเลยสละชีวิตตนเองเพื่อช่วยเหลือเพื่อนมนุษย์ทั้งหลายให้พ้นภัย จำเลยไม่ต้องการฆ่าตัวเองตาย จึงหาอุบายให้ตนต้องถูกประหารชีวิต โดยการกระทำความผิด ครั้งแรกจำเลยพยายามฆ่าบุตรเล็กๆของตนแต่ไม่สำเร็จ จำเลยจึงแอบไปดักยิง พระเจ้าแผ่นดินในโรงละคร กระสุนปืนพลาดไปประมาณ 1 หลา จำเลยถูกจับมาดำเนินคดี เมื่อข้อเท็จจริงดังกล่าวปรากฏต่อศาล ผู้พิพากษาที่นั่งพิจารณาคดีได้ให้คำแนะนำ (Direction) แก่ลูกขุนว่า ถ้าการกระทำของจำเลยมิได้เป็นไปโดยความชักนำของเหตุผลแล้ว (Guidance of reasons) จะเอา

<sup>1</sup> สุพัฒนา เชาตวงศ์ ณ อุรุษา, โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา 112ปี, (กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์บริษัท อมรินทร์พริ้นติ้ง แอนด์พับลิชชิ่ง, 2545), น.21-36.

<sup>2</sup> นวลจันทร์ ทศนชัยกุล, อาชญาวิทยาคลินิก, (กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์โอเดียนสโตร์, 2530) น.4.

ผิดแก่จำเลยมิได้ และลูกขุนก็ได้ชี้ขาดว่าจำเลยไม่มีความผิด ศาลจึงพิพากษาปล่อยจำเลยตามคำชี้ขาดของลูกขุน<sup>3</sup>

ต่อมาได้มีการนำความรู้ทางจิตเวชศาสตร์มาใช้ในกระบวนการยุติธรรม ซึ่งถือว่าเป็นจุดเริ่มต้นของวิชานิติจิตเวชศาสตร์อย่างจริงจัง คือคดี Daniel Mcnaghten ซึ่งเกิดขึ้นเมื่อวันที่ 20 มกราคม ค.ศ. 1843<sup>4</sup> Daniel Mcnaghten เป็นชาวสกอตแลนด์ ประกอบอาชีพช่างไม้ มีอาการป่วยโรคจิตชนิดหวาดระแวงหรือ Delusion of persecution ด้วยความหวาดกลัว เขาจึงหนีจากประเทศสกอตแลนด์มาอยู่ที่อังกฤษ เขาเชื่อว่าพระครุฑบัลของอังกฤษในขณะนั้นส่งคนมาตามฆ่า หรือตามมาทำร้ายตนอยู่ตลอดเวลา จึงตัดสินใจลอบยิงนายกรัฐมนตรีของอังกฤษคือ Sir Robert Peel แต่ได้ยิงผิดตัว กระสุนไปถูก Mr.Edward Drummond ซึ่งเป็นเลขานุการนายกรัฐมนตรีแทน จนถึงแก่ความตาย<sup>5</sup> ในเวลาต่อมา Daniel Mcnaghten ได้ถูกจับกุมดำเนินคดีข้อเท็จจริงตามที่จำเลยนำสืบว่าจำเลยวิกลจริตคิดว่ามีกลุ่มหนึ่งคอยติดตามพูดหมิ่นประมาท และขัดขวางจำเลยไม่ให้ได้รับหน้าที่การงาน จำเลยบอกแพทย์ที่ตรวจอาการจำเลย ว่าจำเลยเข้าใจว่าคนที่จำเลยฆ่าตายนั้นเป็นคนหนึ่งในกลุ่มที่ติดตามจำเลยดังกล่าว ศาลตั้งปัญหาให้ลูกขุนวินิจฉัยชี้ขาดว่า จำเลยสามารถใช้ความเข้าใจและรู้หรือไม่ว่าการกระทำนั้นเป็นการชั่วร้าย ถ้าจำเลยไม่รู้สติได้ในขณะกระทำการนั้นละเมิดต่อธรรมะของพระเจ้าหรือกฎหมายของมนุษย์ (The law of God or of man) แล้ว จำเลยก็ไม่ต้องรับโทษ<sup>6</sup> คดีนี้แพทย์ 9 คน ได้ให้ความเห็นตรงกันว่า Daniel Mcnaghten ป่วยเป็นโรคจิต

<sup>3</sup> สติต เส็งไธสง, “แง่คิดในคดีวอกเกอร์เกี่ยวกับปัญหาวิกลจริต ตอน 4.2, 4,” เล่ม 2 วารสารนิติศาสตร์ (ธันวาคม 2514).

<sup>4</sup> รณชัย คงสกนธ์, “นิติจิตเวช” ใน *จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี*, พิมพ์ครั้งที่ 2 (กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์บริษัท บีคอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์, 2548), น.471-481.

<sup>5</sup> Robert Bluglass, *Principles and practice of forensic psychiatry*, (London :Longman Group, 1990), p.256.

<sup>6</sup> นवलจันทร์ ทศนชัยกุล, *อาชญาวิทยาคลินิก*, (กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์โอเดียนสโตร์, 2530)

## ภาพที่ 2.1 Daniel Mcnaghten



ที่มา : วิกีพีเดีย

ในการพิจารณาคดีนี้ คณะลูกขุนได้อาศัยหนังสือของ Isaac Ray ชื่อ Treatise on the Medical Jurisprudence of Insanity ซึ่งเขาได้เขียนไว้เมื่อปี ค.ศ.1838 เป็นแนวทางการพิจารณาคดี หนังสือดังกล่าวได้มีการ นำความรู้ทางด้านการแพทย์ กฎหมาย และจิตเวชศาสตร์มาประยุกต์ใช้เข้าด้วยกัน จนกระทั่งมีการตีพิมพ์แพร่หลายมากจนเป็นที่ยอมรับของประชาชนทั่วไป<sup>7</sup> คณะลูกขุนได้ร่วมกันตัดสินว่า Daniel Mcnaghten ป่วยเป็นโรคจิต จึงไม่มีความผิด โดยได้กล่าวไว้ว่า “Daniel Mcnaghten, it must be clearly proved that , at the time of the committing of the act, the party accused was laboring under such a defect of reason from disease of the mind, as not to know the nature and quality of the act he was doing, or, if he knows it, that he did not know he was doing what was wrong” แล้วได้ส่งตัวจำเลยไปรักษาที่โรงพยาบาล โรคจิต ศาลสูงสุด (House of Lords หรือสภาสูงของอังกฤษที่ทำหน้าที่ตุลาการด้วย) จึงได้วินิจฉัยหลักกฎหมายไว้คือ

1. การที่จะพิพากษายกฟ้องจำเลย เพราะเหตุวิกลจริตนั้น จำเลยจะต้องแสดงให้เห็นได้ว่า ขณะกระทำความผิด จำเลยไม่อาจใช้เหตุผลตัดสินได้ว่าการกระทำของตนนั้นมีสภาพอย่างไร คือไม่รู้ว่ากำลังทำอะไรหรือแม้จำเลย จะรู้ว่าตนได้กระทำอะไรลงไป ก็ไม่อาจตัดสินได้ว่าการ

<sup>7</sup> นวลจันทร์ ทัศนชัยกุล, รายงานวิจัยเรื่องผู้ป่วยจิตเวชกับการกระทำผิดกฎหมาย ,(กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์ คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, 2530) น.17.

กระทำของตนนั้นเป็นความผิด โดยสรุปคือ การไม่รู้สึกลึกซึ้งชอบตามกฎแมกนอตัน คือการไม่รู้ว่าตนกำลังทำอะไรในขณะนั้น หรือรู้ว่าทำอะไรแต่ไม่รู้ว่าการกระทำนั้นเป็นการกระทำที่ผิดกฎหมาย<sup>8</sup>

2. เมื่อจำเลยอยู่ในสภาวะหวาดระแวง (Delusion) และได้กระทำความผิดลงไปที่หาหลักฐานที่แสดงว่าจำเลยมีอาการระแวงจริง ซึ่งหลักการนี้ไม่ใช่การตรวจว่าผู้ป่วยเป็นโรคจิตหรือไม่ แต่เป็นการตรวจตามกฎหมายโดยพิจารณาว่าจำเลยควรจะต้องรับผิดชอบในผลของการกระทำของตน หรือไม่เท่านั้น<sup>9</sup>

ดังนั้น จากคดี Daniel Mcnaghten จึงได้หลักกฎหมายภาษาอังกฤษว่า

“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”

แปลเป็นภาษาไทยได้ว่า

“บุคคลมิต้องรับผิดชอบทางอาญา หากกระทำความผิดไปเนื่องจากโรคจิต หรือจิตบกพร่องซึ่งทำให้เขาไม่รู้สภาพ หรือสาระสำคัญของการกระทำ หรือถ้ารู้สภาพหรือสาระสำคัญของการกระทำก็ไม่รู้ว่า การกระทำของตนนั้นเป็นสิ่งที่ผิด”

อย่างไรก็ตาม หลักกฎหมายในคดี Mcnaghten แม้จะเป็นหลักกฎหมายที่อำนวยความสะดวกธรรมชาติให้กับผู้กระทำความผิดซึ่งเป็นโรคจิต แต่หลักกฎหมายดังกล่าวยังมีข้อบกพร่องอยู่บ้าง ในเรื่องที่ยังไม่ครอบคลุมถึงกรณีที่จำเลยไม่สามารถที่จะบังคับตนเองได้ (Unable to control his conduct) ซึ่งต่อมาศาลจึงได้สร้างหลักใหม่ขึ้นในคดี Parsons V. State ในปี ค.ศ.1887 โดยได้วางหลัก Irresistible Impulse ซึ่งทำให้การกระทำของคนวิกลจริตไม่เป็นความผิด เพราะถือว่าคนวิกลจริตไม่สามารถควบคุมการกระทำของตนได้โดยต้องปรากฏข้อเท็จจริง 3 ประการ ดังนี้<sup>10</sup>

1. ในขณะที่จำเลยกระทำความผิดนั้น จำเลยเป็นโรคจิต หรือไม่ (A disease of the mind)

<sup>8</sup> วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์, นิติจิตเวชศาสตร์ (Forensic medicine LW441) , (กรุงเทพมหานคร: ภาควิชากฎหมายวิธีสบัญญัติ คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง, 2527) น.186.

<sup>9</sup> อรุณ เขาวานาศัย, “เรื่องปฐมกถา: นิติจิตเวชศาสตร์ 1991,” เล่มที่35 วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย น.6 (2535).

<sup>10</sup> ไชยยศ เหมะรัชตะ, “ข้อสังเกตบางประการเกี่ยวกับความรับผิดชอบทางอาญาของบุคคลวิกลจริต,” วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, น.35 (2535).



2. หากจำเลยเป็นโรคจิตแล้ว ก็จะต้องพิจารณาต่อไปว่าจำเลยสามารถรู้ผิดชอบหรือไม่ ถ้าจำเลยไม่สามารถรู้ผิดชอบ จำเลยก็ไม่มีผิดตามข้อกล่าวหา

3. หากจำเลยสามารถรู้ผิดชอบในขณะที่กระทำผิด ศาลก็อาจวินิจฉัยว่าการกระทำนั้นไม่ เป็นความผิดได้ถ้าประสาทและสมองของจำเลยถูกทำลาย สิ่งการไม่ได้ หรือสมองขาด ประสิทธิภาพในการสั่งการให้จำเลยเลือกทำสิ่งที่ถูกหรือผิด (Lost the power to choose between the right and wrong) และการกระทำผิดนั้นเกิดในขณะที่ หรือต่อเนื่องกับอาการสมองพิการนั้น

ต่อมาปี ค.ศ. 1954 ได้มีการพัฒนาหลักในคดี Mcnaghten และหลัก Irresistible Impulse โดยให้มีความเหมาะสมและเป็นธรรมกับคนวิกลจริตมากยิ่งขึ้น ซึ่งหลักกฎหมายนี้ได้พัฒนาขึ้น ใหม่มีชื่อเรียกว่า “หลักในคดี Durham หรือ New Hampshire test”<sup>11</sup> องค์การที่มีส่วนสำคัญในการ พัฒนาหลักนี้คือ The United States Court of Appeals for the district of Columbia ซึ่งได้วินิจฉัยคดี บุกรุกในเคหะสถานของ Monte Durham หลักนี้ได้ให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับ ลักษณะของโรคจิตหรือ ความบกพร่องทางจิตของจำเลยได้อย่างกว้างขวาง และในขณะที่เดียวกันก็ทำให้คณะลูกขุนมีอิสระ ในการวินิจฉัยเกี่ยวกับความผิดชอบอันขึ้นกับเหตุการณ์หรือสภาพแวดล้อมแต่ละคดีไป หลักนี้ได้ กำหนดให้การตัดสินใจว่า ผู้กระทำความผิดเป็นคนวิกลจริตหรือไม่ขึ้นอยู่กับคำให้การของบรรดา ผู้เชี่ยวชาญทางจิตเวชโดยสิ้นเชิง<sup>12</sup> หลักนี้เป็นที่นิยมมากในกลุ่มของจิตแพทย์ แต่นักกฎหมายส่วนใหญ่ไม่เห็นด้วย เพราะเป็นการให้อำนาจเบ็ดเสร็จในการวินิจฉัยคดีแก่ผู้เชี่ยวชาญทางจิตเวชเพียง ฝ่ายเดียว อาจทำให้เกิดความไม่ยุติธรรมในทางคดีได้ นอกจากนี้แล้วหลักในคดี Durham ยังให้คำ จำกัดความของคำว่า โรคจิต หรือจิตบกพร่อง (Mental disease or defect) ไม่เป็นที่แน่นอน และ ยังให้ความหมายของคำว่า “เป็นผลเนื่องมาจากโรค” ได้อย่างไม่ถูกต้องนัก ซึ่งทำให้สามารถ ตีความหมายได้หลายทาง ซึ่งอาจทำให้เกิดความไม่แน่นอนขึ้นในการพิจารณาคดีได้ หลักนี้จึงไม่ เป็นที่ยอมรับโดยทั่วไป และต่อมาได้ถูกเลิกใช้ไปในที่สุด

หลังจากที่ได้มีการตัดสินคดี Durham แล้วสถาบันกฎหมายแห่งอเมริกัน (The American law Institute) ได้นำเอาส่วนดีของหลัก Mcnaghten และหลัก Irresistible Impulse มา ผสมผสานกันและได้เสนอร่างกฎหมายอาญาเพื่อใช้พิจารณาคดีกับคนวิกลจริต ซึ่งเรียกว่า “หลักข้อ

<sup>11</sup> ไชยศ เหมะรัชตะ, “ข้อสังเกตบางประการเกี่ยวกับความรับผิดชอบทางอาญาของบุคคลวิกลจริต,” เล่มที่ 37 วารสาร สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, น.35-36 (2535).

<sup>12</sup> ระทัษย์ ลิจิตเลอสรวง, “นิติจิตเวชศาสตร์,” เล่มที่ 37 วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, น.14 (2535).

ต่อสู่ว่าวิกลจริตของสถาบันกฎหมายอเมริกัน” (The American law Institute test, the A.L.I test) และได้เริ่มต้นใช้จริงจ้งในปี ค.ศ.1972 ในคดี Brawner<sup>13</sup> โดยมีหลักว่า

“An individual is not responsible for an alleged act if, by reason of mental disease or defect, that person lacks substantial capacity to appreciate the wrongfulness of the act or lacks substantial capacity to behave (conform) according to the requirement of the law

The terms ‘mental disease or defect’ do not include an abnormally manifested only by repeated criminal or otherwise antisocial conduct” ซึ่งสามารถสรุปหลักเกณฑ์ใหม่ได้ดังนี้<sup>14</sup>

1. บุคคลจะไม่ต้องรับผิดชอบในทางอาญาก็ต่อเมื่อ ในขณะที่กระทำความผิดนั้น เขาไม่สามารถรับรู้ได้ว่า การกระทำของเขานั้นเป็นความผิดหรือไม่ และความสามารถรับรู้เป็นผลเนื่องมาจากการที่เขาเป็น โรคจิต หรือจิตบกพร่อง

2. คำว่า โรคจิต (Mental disease) หรือจิตบกพร่อง (Mental defect) ตามที่ใช้กันโดยหลักนั้น ไม่ได้หมายความรวมถึงพวกที่แสดงอาการผิดปกติด้วยการกระทำความผิดอาญาซ้ำๆ (Repeated criminal) หรือพวกที่ต่อต้านสังคม (Psychopath or antisocial) ด้วย

แม้หลักนี้จะมีการพัฒนา และเป็นที่ยอมรับมากกว่าหลักอื่นก็ตาม แต่ก็ยังมีข้อเสียที่ยังไม่สามารถให้คำจำกัดความของคำว่าวิกลจริตได้อย่างถูกต้อง

ต่อมาในปัจจุบันทางการแพทย์สามารถแบ่งประเภทของคนวิกลจริตได้โดยถือว่าบุคคลที่มีลักษณะอาการ ประสาทหลอน หูแว่ว หรือเห็นภาพลวงเท่านั้นที่เรียกว่าเป็น โรคจิต หรือวิกลจริตก็สามารถอ้างบทกฎหมายเช่นนี้มายกเว้นความรับผิดชอบตนเองได้ แต่หากเป็นกรณีอื่น เช่น เป็นคนชอบกระทำความผิดซ้ำๆ มีบุคลิกภาพแปรปรวน ชอบต่อต้านสังคม หรือชอบความรุนแรง หรือก่อการร้ายต่าง ๆ ก็ไม่ถือว่าบุคคลนั้นเป็น โรคจิต หรือวิกลจริต

ดังนั้น เมื่อบุคคลนั้นได้กระทำความผิดก็จะใช้บทกฎหมายนี้มายกเว้นความรับผิดชอบของตนเองไม่ได้ อนึ่ง มีข้อสังเกตว่าอาการ โรคจิต หรือวิกลจริตจะยกเว้นความรับผิดชอบตามกฎหมายนี้ได้จะต้องเป็นในขณะที่บุคคลนั้นได้กระทำความผิดเท่านั้น หากปรากฏว่าอาการ โรคจิต หรือ

<sup>13</sup> ประทักษ์ ลิขิตเลอสรวง, “นิติจิตเวชศาสตร์,” เล่มที่37 วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, น.15 (2535).

<sup>14</sup> ไชยยศ เหมะรัชตะ, “ข้อสังเกตบางประการเกี่ยวกับความรับผิดชอบทางอาญาของบุคคลวิกลจริต,” เล่มที่37 วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, น.36 (2535).



วิกลจริตเป็นก่อน หรือหลังกระทำความผิด บุคคลนั้นก็ต้องรับผิดชอบโดยไม่ได้รับการยกเว้นความผิดตามกฎหมาย

ในสหรัฐอเมริกา มีคดีประวัติศาสตร์เกิดขึ้น คือ คดี John Hinckly (1981) ที่ได้ลอบยิงประธานาธิบดีโรนัลด์ เรแกน โดยกระสุนปืนถูกประธานาธิบดีโรนัลด์ เรแกน ได้รับบาดเจ็บ คณะลูกขุนได้ร่วมกันตัดสินคดีว่านาย John Hinckly ไม่มีความผิดเนื่องจากเป็นคนวิกลจริต<sup>15</sup> สภากองเกรส ได้ออกกฎหมาย Insanity Defense Reform Act of 1984 และภายใต้กฎหมายนี้ ภาระการพิสูจน์ เป็นของจำเลย จากที่ต้องเป็นพนักงานอัยการ โจทก์ และมีการเพิ่มมาตรฐานของหลักฐานในการทดสอบ จากการใช้หลักฐานที่เด่นชัดกว่า เป็นหลักฐานต้องชัดเจน และน่าเชื่อถือ การทดสอบ ALI จึงถูกยกเลิกไป เพื่อสนับสนุนการทดสอบใหม่ที่ใกล้เคียงกับ M'Naghten's มากขึ้น การทดสอบใหม่นี้ผู้กระทำความผิดที่ได้รับความเจ็บป่วยทางจิตอย่างรุนแรงในเวลาที่ก่ออาชญากรรมเพียงอย่างเดียวที่จะสามารถอ้างความวิกลจริตได้ และไม่ต้องพิจารณาความสามารถในการควบคุมตัวเองของจำเลยอีกต่อไป

พระราชบัญญัตินี้ยัง จำกัดขอบเขตพยานผู้เชี่ยวชาญทางจิตเวช และขั้นตอนที่เข้มงวดมากขึ้นเกี่ยวกับการรักษาตัวในโรงพยาบาล และการปล่อยตัวผู้ที่ไม่มีความผิดจากความวิกลจริต

อาจกล่าวได้ว่า นิติจิตเวชศาสตร์เป็นแขนงหนึ่งของจิตเวชศาสตร์ ซึ่งกล่าวถึงการดูแลผู้ป่วยที่ไปประกอบอาชญากรรม ว่ามีความผิดปกติทางจิตมากน้อยเพียงใด และกล่าวถึงความรับผิดชอบ (Responsibility) ของผู้ผิดต่อกฎหมายต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งวิธีการดูแลรักษาหรือการให้พยาบาล (Management) ของผู้ป่วยนั้น ในต่างประเทศผู้ต้องหาคดีฆ่าคนตาย (Murderer) จะต้องได้รับการตรวจรักษาจากจิตแพทย์ทุกรายโดยไม่คำนึงถึงว่าผู้ผิดนั้นจะมีความผิดปกติหรือเคยเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวช (Mental disorders) มาก่อนหรือไม่<sup>16</sup>

จากจุดนี้จึงเป็นจุดเริ่มต้นของจิตเวชศาสตร์ ที่จะมาสัมพันธ์กับกฎหมาย กล่าวคือ ความสัมพันธ์ระหว่างการกระทำความผิดทางอาญา การประกอบอาชญากรรมกับการผิดปกติทางจิตก่อให้เกิดเป็นกระบวนการทางด้านกฎหมายขึ้นเรียกว่า Legal Psychiatry หรือ Forensic Psychiatry อาจกล่าวได้ว่า “Forensic Psychiatry is simply the application of general psychiatry to people who are in one way or another involved in the legal process” คือ นิติเวชศาสตร์เป็นวิชาที่

<sup>15</sup> Robert Bluglass, *Principles and practice of forensic psychiatry*, (London :Longman Group, , 1990), p.256.

<sup>16</sup> รณชัย คงสกนธ์, “นิติจิตเวช” ในจิตเวชศาสตร์ รวมฉบับที่ 1, พิมพ์ครั้งที่ 2 (กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์บริษัท บีคอนส์ เอ็นเทอร์ไพรซ์, 2548), น.471-481.

เกี่ยวข้องกับผู้ที่ทำความผิด ผู้ถูกกระทำผิดโดยมีสาเหตุหรือผลจากการเจ็บป่วยทางจิต (Who is in trouble with law)

### 2.1.2 ความเป็นมาของนิติจิตเวชศาสตร์ในประเทศไทย

สมัยอยุธยาตอนปลายในรัชสมัยของสมเด็จพระเพทราชา ประมาณปี พ.ศ. 2230 ได้มีการตรากฎหมายในส่วนที่เกี่ยวข้องกับคนวิกลจริตไว้ในบทอัยการลักษณะวิวาทาคำดีขึ้น ในมาตรา 15 สรุปได้ว่า “คนบ้า ถ้าฆ่าคนตาย ก็ให้พ่อแม่พี่น้องคนคนบ้าจ่ายค่าสินไหมทดแทน แล้วรับตัวกลับไปดูแลตามเดิม แต่ถ้าแค่ทำร้ายก็เอาโทษไม่ได้ ส่วนคนบ้า ที่เร่ร่อนไม่มีคนดูแลแล้วฆ่าหรือทำร้ายคนจะเอาโทษไม่ได้ให้แจ้งตำรวจจับไปดูแลแทน”<sup>17</sup> แล้วในสมัยสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวบรมโกศปี พ.ศ. 2293 ก็ได้บัญญัติกฎหมายเกี่ยวกับคนวิกลจริตไว้โดยสรุปได้ว่า “ถ้าคนบ้าไปทำอะไรก็จะได้รับการ ยกเว้นโทษ”<sup>18</sup>

ในสมัยรัตนโกสินทร์ตอนต้น พระบาทสมเด็จพระพุทธยอดฟ้าจุฬาโลกมหาราชทรงมีพระราชดำริให้มีการชำระสะสางกฎหมายเก่าๆ ที่มีการคัดลอกมาจากสมัยอยุธยา โดยกฎหมายที่ชำระขึ้นใหม่นี้เรียกว่า “กฎหมายตราสามดวง” โดยกฎหมายตราสามดวงจะมีบทบัญญัติที่เกี่ยวกับคนวิกลจริตกำหนดไว้อย่างชัดเจนในบทพระอัยการ ลักษณะวิวาทบัญญัติไว้ดังนี้

ลักษณะวิวาทมาตรา 15 มีว่า “คนบ้าก็เข้าบ้านท่าน ดีพันแทงคนดีตายจะไหมบ้ำใช้ท่านว่ามิชอบ เพราะบ้ำหาตำแหน่งแบ่งสัจมิได้ ท่านว่าให้ไหมพ่อแม่พี่น้องเผ่าพันธุ์บ้ำใช้ กิ่งเบี่ยงปลุกตัวผู้ตายให้เวรนั้นไปให้แก่พ่อแม่พี่น้องเผ่าพันธุ์นั้นจึงชอบ : ถ้ามันดีมีบาทเจ็บใช้หาโทษมิได้ ถ้ามีที่ไร่นาป่าดงพงแขมเปนที่อยู่แห่งคนผู้สูงอายุ แลคน พิกลจริตบ้ำใช้ ผู้ใดเข้าไปในที่มันอยู่ มันพันแทง มีบาทเจ็บแลตายก็ดี ถ้าพบมันกลางถนนหนทาง มิได้มีหลักแลมันพันแทงมีบาทเจ็บถึงตายก็ดี จะเอาโทษแก่มันมิได้เลย ให้โฆษณาแก่ นครบาลให้จับเอาตัวมันมาจำจองไว้กว่าจะสิ้นกรรม”

บทหนึ่งให้ประกาศ ณ วัน 15 ค่ำ ปีมะแม นกัษตรเอกศกมีว่า มีพระบรมราชโองการมา ณ พระบันฑูรสิงหนาท ให้ประกาศแก่ข้าราชการผู้ใหญ่ผู้น้อยแลราษฎรทั้งปวงให้รู้ทั่วกันว่า บรรดาคนซึ่งตั้งบ้านเรือนอยู่ในกำแพงพระนคร แลกำแพงพระนคร โดยชอบ แลที่วัดทุกอารามซึ่ง

<sup>17</sup> ประทีก ลีจิตเลอสรวง. “นิติจิตเวชศาสตร์เบื้องต้น,” ใน หนังสือรวมบทความทางวิชาการในโอกาสเกษียณอายุราชการ แต่ศาสตราจารย์นายแพทย์วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์, (กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์วิญญูชน, 2530), น.30.

<sup>18</sup> นวลจันทร์ ทัศนชัยกุล, รายงานวิจัยเรื่องผู้ป่วยจิตเวชกับการกระทำผิดกฎหมาย, (กรุงเทพมหานคร: คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, 2530) น.8.

ไปมาตลอดถึงกันได้ ถ้าญาติพี่น้องบุตรหลานบ่าวทาสของผู้ใด แลลูกศิษย์ตักศิลา สามเณร สิ  
ทของ พระองค์ไร เสียจะจริตเป็นบ้า คุ่มคลั่ง คุ่มดีคุ่มร้าย เป็นคราวๆ มีอยู่ ก็ให้ผู้นั้นเอาใจใส่  
พยาบาลรักษาถักขัง ระวังให้แน่นหนามั่นคง อย่าปล่อยให้เที่ยวไปตามตามลำพังได้ ถ้าคนเสียจริต  
พลัดพลางหลบหนีไปเมื่อใด ก็ให้เจ้าของบ้านเจ้าของเรือนญาติพี่น้อง ทกคนที่รับคนเสียจริตไว้  
รักษานั้นมาอาชฎรูปพรรณ สันถาน คำหั้น กิริยาอาการ ต่อเวรกรรมวังให้แน่นอน แล้วให้กรรมวัง  
จดหมายว่าวันนั้น เดือนนั้น ปีนั้น คนนั้น ชื่อ นั้น เป็นเจ้าของบ้า มาบอกอาชฎประตุต่อเวรกรรมวัง  
เวนนั้น ชื่อ นั้น เป็นผู้รับอาชฎว่าบ้าจำไว้หนีไป รูปพรรณ สันถาน อาการกิริยาคำหั้น นุ่งห่มอย่างนั้น  
แล้วให้เขียน ๖๖ บับ แล้วมอบให้นายประตุวิเศษไชยศรีฉบับหนึ่ง ประตุเทวาพิทักษ์ฉบับหนึ่ง  
ประตุพิทักษ์บรรณฉบับหนึ่ง ประตุสุนทรทิสกาลฉบับหนึ่ง ประตุเทวาภิรมย์ฉบับหนึ่ง เอาไว้ที่เวรหอวัง  
ฉบับหนึ่ง เรียกเอาเงินเข้าให้แก่ผู้ที่มาอาชฎไปฉบับหนึ่งแล้วให้กรรมวังผู้รับอาชฎ อาชฎแต่บาทหนึ่ง  
แล้วจึงให้เจ้าของบ้าไปบอกต่อกรมพระนครบาลให้ช่วยตามจับ แลให้เจ้าของบ้าเร่งติดตามจับเสีย  
ให้ให้ได้ตัวโดยเร็วอย่าให้หนึ่งนอนใจเสีย ถ้าญาติพวกพ้องเหลือกำลังที่จะระวังดูแลรักษา ก็ให้เอาคน  
เสียจะรตินั้นมามอบหมายส่งให้กรมพระนครบาลด้วยโปรดเกล้าฯ พระราชทานข้าวหลวงไว้สำหรับ  
แจกให้เลี้ยงคนเสียจะจริต ถ้าไม่มีฝ้านุ่งห่มให้กรมพระนครบาลไปรับที่โรงทานให้ ทรงพระกรุณา  
โปรดเกล้าฯ ไม่ให้ออดอยากขัดสน อนึ่งถ้าญาติ พวกพ้องรับคนเสียจะจริตไว้รักษาพยาบาล ปล่อยทิ้ง  
ไว้ให้เที่ยวไปตามตามลำพัง ถ้าคนเสียจะจริตเข้ามาในพระบรมมหาราชวังถึงชั้นในคือล่องเข้ามาใน  
ประตูพิมานไชยศรี ประตูคูสิตคาราม ประตูศรีสุนทร ประตูพวงคชศิลา เจ้าพนักงานจับได้ ถ้ามี  
สาตราวุธด้วยให้ปรับไหม ญาติพวกพ้องของคนเสียจะจริต เป็นเงินตราสามชั่ง ถ้าไม่มีเครื่อง  
สาตราวุธให้ปรับไหมสองชั่ง ถ้าจับได้ที่ชั้นกลาง คือล่องเข้ามาในประตูวิเศษไชยศรี ประตูเทวา  
พิทักษ์ ประตูรัตนพิศาล ถ้ามีอาวุธให้ปรับไหมสองชั่ง ไม่มีอาวุธให้ปรับไหมชั่งสิบตำลึง ถ้าจับได้ที่  
ชั้นนอกคือล่องเข้ามาในประตูพิทักษ์บรรณ ประตูสุนทรทิสกาล ประตูเทวาภิรมย์ ถ้ามีอาวุธให้ปรับไหม  
ห้าตำลึง ไม่มีสาตราวุธให้ปรับไหมสามตำลึง ผลเงินค่าปรับไหมทั้งปวงนี้จะพระราชทานเป็นกำลัง  
แก่เจ้าพนักงานผู้จับแลให้กรมมหาดไทย กรมพระกะลาโหม กรมพระสุรัสวดี กรมเมือง นาย  
อำเภอสังฆการี หมายประกาศแก่ข้าราชการฝ่ายทหาร พลเรือน เจ้าต่างกรม เจ้ายังไม่ได้ตั้งกรม ใน  
พระบรมมหาราชวัง และพระอารามนอกกำแพงพระนครราษฎรทุกบ้าน ทุกอำเภอ ทัวไป

บทพระอัยการดังกล่าวข้างต้นมีสาระสำคัญว่า หากคนบ้าทำร้ายร่างกายผู้อื่น จะปรับคน  
บ้ามิได้ให้ปรับพ่อแม่พี่น้องของคนบ้า และหากญาติพี่น้องใครเสียจริตเป็นบ้า ให้ญาติมีหน้าที่ดูแล

ให้ตี ห้ามปล่อยให้เที่ยวไปตามลำพัง หากฝ่าฝืนและคนบ้ำได้ล่วงเข้ามาในพระบรมมหาราชวัง ญาติ จะถูกปรับไหม

จากที่กล่าวมาข้างต้น จะเห็นว่า หลักกฎหมายดังกล่าวไม่มุ่งลงโทษบุคคลวิกลจริตและ แนวทางปฏิบัติในสมัยนั้น หากผู้กระทำความผิดเป็นบุคคลวิกลจริต ศาลจะส่งตัวไปให้แพทย์ รักษาพยาบาลจนกว่าจะหายเป็นปกติ แล้วจึงส่งตัวผู้กระทำความผิดไปรับการพิจารณาพิพากษาคดี ต่อไป ดังตัวอย่างการพิจารณาคดีที่ผู้กระทำความผิดเป็นบุคคลวิกลจริตต่อไปนี้

สำเนาคำพิพากษาที่ 34 (28 มิ.ย. ร.ศ.113)<sup>19</sup> คดีนี้อ้ายท้วมผู้ร้ายหาว่าพันนายคล้าตาย ศาลเห็นว่านายท้วมเสียดจริตพูดผิดปกติ ตระลาการพิจารณาอ้ายท้วมต่อไปเป็นการขัดข้อง จึงส่งตัว อ้ายท้วมไปให้แพทย์เจ้าพนักงาน รักษาอ้ายท้วมเพื่อจะได้คลายหายจริต ถ้าอ้ายท้วมคลายหายจริต แล้วเมื่อใด ให้แพทย์เจ้าพนักงานส่งตัวอ้ายท้วมกลับคืนมาศาล จะได้พิจารณาพิพากษาความอ้าย ท้วมต่อไปโดยบทพระอัยการ ศาลพระราชอาญา สนามสถิตยุดิธรรม วันที่ 30 ธันวาคม รัตนโกสินทร์ศก 121 ตามความอาญาในระหว่าง กรมอัยการ โจทย์ นายแมน จำเลยหาว่ากระทำผิด ฐานรอกทำร้ายต่อร่างกาย นายบุญ มีบาดแผลสาหัสอยู่ได้ 15 วัน นายบุญขาดใจตาย ที่ตำบลวัดบาง ประแก้ว แขวงกรุงเทพฯ คดีเรื่องนี้ศาลได้พิจารณาได้ความว่านายแมนจำเลย ได้เอามิดเหล็กมีคม พันนายบุญตายจริง แต่ได้ความจากพยานว่าจำเลยเป็นคนเสียดจริต เพื่อจะได้ประกอบยารักษาต่อไป

ช่วงประกาศใช้กฎหมายลักษณะอาญา

ต่อมา พ.ศ. 2441 ประเทศไทยได้ประกาศใช้กฎหมายลักษณะอาญา ร.ศ. 127 ซึ่งมีอยู่ หลายมาตราที่เกี่ยวข้องกับงานนิติจิตเวช เช่น

มาตรา 46 ผู้ใดกระทำความผิดในเวลาวิกลจริต อันเกิดแต่สัญญาวิปลาสก็ตาม เกิดแต่พยาธิ สภาก็ตาม ถ้าปรากฏว่าเป็นผู้ไม่สามารถจะรู้ผิดชอบหรือยับยั้งได้ในเวลาที่กระทำความผิด เพราะเหตุ วิกลจริตไซ้ ท่านว่าอย่าให้เอาโทษแก่มัน แต่ถ้าศาลพิเคราะห์เห็นว่า จะปล่อยปลະผู้วิกลจริตนั้นไป อาจจะมีเหตุอันตรายแก่ผู้อื่น จะสั่งให้ส่งตัวมันให้พนักงานกักขังรักษาไว้ในโรงพยาบาลสำหรับ คนวิกลจริต หรือเอาไปคุมขังรักษาไว้ในที่อื่น เพื่อป้องกันอันตรายอย่าให้มีแก่สาธารณชนก็ได้

มาตรา 47 ผู้ใดกระทำความผิดในเวลาวิกลจริตอันเกิดแต่สัญญาวิปลาสก็ตาม เกิดแต่พยาธิก็ ตาม ถ้าปรากฏว่าเวลากระทำนั้น มันยังพอมีสติพอจะรู้ผิดชอบหรือยับยั้งได้ ท่านว่ามันควรต้องโทษ

<sup>19</sup> ประทักษ์ ลิจิตเลอสรวง. “นิติจิตเวชศาสตร์เบื้องต้น,” ใน หนังสือรวมบทความทางวิชาการในโอกาส เถยิยณอายุราชการ แด่ศาสตราจารย์นายแพทย์วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์, (กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์วิญญูชน, 2530), น.30.

แต่ศาลจะเห็นสมควรลดหย่อนอาชญาให้เบาบางลงกว่าที่กฎหมายกำหนดไว้สำหรับความผิดนั้นก็ได้<sup>20</sup>

## 2.2 สภาพปัจจุบันเกี่ยวกับกฎหมายคนวิกลจริต

ประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา มาตรา 14 ที่บัญญัติว่า “ในระหว่างทำการสอบสวน ใต้สวนมูลฟ้องหรือพิจารณา ถ้ามีเหตุควรเชื่อว่าผู้ต้องหา หรือจำเลยเป็นผู้วิกลจริต และไม่สามารถต่อสู้คดีได้ ให้พนักงานสอบสวน หรือศาลแล้วแต่กรณี สั่งให้พนักงานแพทย์ตรวจผู้ นั้นเสร็จแล้วให้เรียกพนักงานแพทย์ผู้นั้นมาให้ถ้อยคำ หรือให้การว่าตรวจได้ผลประการใด จะมีกฎหมายอะไรมารองรับ และจะจัดการกับผู้ต้องหาที่พิสูจน์แล้ว ปรากฏว่าวิกลจริตต่อไปอย่างไร

ในกรณีที่พนักงานสอบสวน หรือศาลเห็นว่าผู้ต้องหา หรือจำเลยเป็นผู้วิกลจริต และไม่สามารถต่อสู้คดีได้ ให้งดการสอบสวน ใต้สวนมูลฟ้อง หรือพิจารณาไว้จนกว่าผู้นั้นหายจากอาการวิกลจริต หรือสามารถต่อสู้คดีได้ และให้มีอำนาจส่งตัวผู้นั้นไปยังโรงพยาบาลโรคจิต หรือมอบให้แก่ผู้อนุบาล ข้าหลวงประจำจังหวัด หรือผู้อื่นที่เต็มใจรับไปดูแลรักษาก็ได้ตามแต่จะเห็นสมควร”

ประมวลกฎหมายอาญามาตรา 65 บัญญัติว่า “ผู้ใดกระทำความผิดในขณะที่ไม่สามารถรู้ผิดชอบหรือไม่สามารถบังคับตนเองได้ เพราะมีจิตบกพร่อง โรคจิตหรือจิตฟั่นเฟือน ผู้นั้นไม่ต้องรับโทษสำหรับความผิดนั้น

แต่ถ้าผู้กระทำความผิดยังสามารถรู้ผิดชอบอยู่บ้าง หรือยังสามารถบังคับตนเองได้บ้าง ผู้นั้นต้องรับโทษสำหรับความผิดนั้น แต่ศาลจะลงโทษน้อยกว่าที่กฎหมายกำหนดไว้ สำหรับความผิดนั้นเพียงใดก็ได้”

ทั้งสองมาตรานี้มีความเกี่ยวข้องกันคือ ความวิกลจริตนั้น ก่อให้เกิดผลที่จะงดการสอบสวน ใต้สวนมูลฟ้อง หรือพิจารณาคดี ในแต่ละกระบวนการ ประการหนึ่ง และส่งผลไปถึงคำพิพากษาว่าไม่ต้องรับโทษ หรือได้รับการลงโทษจากศาล ซึ่งต้องพิจารณาถึงที่มา และความวิกลจริตในแง่ต่างๆ ดังนี้

<sup>20</sup> ประทับย์ ลิจิตเลอสรวง, “100ปี นิติจิตเวช,” เล่มที่ 36 วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, น. 43 (2534).



“กฎหมายอาญา” คือ บรรดากฎหมายกฎหมายทั้งหลายที่ระบุดังความผิดอาญา โทษ วิธีการเพื่อความปลอดภัย และมาตรการบังคับทางอาญาอื่น และเป็นกฎหมายที่กำหนดให้ความผิดอาญาเป็นเงื่อนไข การใช้โทษ วิธีการเพื่อความปลอดภัยและมาตรการบังคับทางอาญาอื่นนั้น<sup>21</sup>

“โทษ” โดยเฉพาะอย่างยิ่งได้แก่บรรดา “มาตรการบังคับทางอาญา” (Kriminalsaktion/criminal sanction) ที่บัญญัติไว้ในมาตรา 18

“วิธีการเพื่อความปลอดภัย” โดยเฉพาะอย่างยิ่งได้แก่บรรดา “มาตรการบังคับทางอาญา” (Kriminalsanktion/criminal sanction) ที่บัญญัติไว้ในมาตรา 39

ประมวลกฎหมายอาญาของไทยเราก็เป็นเช่นเดียวกับ ประมวลกฎหมายอาญาสมัยใหม่ของประเทศต่างๆ จำนวนมากตรงที่เป็นประมวลกฎหมายอาญา (Kriminalsanktion/criminal sanction) ที่เป็นมาตรการบังคับทางอาญาหลักสองมาตรการ คือ “โทษ” และ “วิธีการเพื่อความปลอดภัย”<sup>22</sup> อย่างไรก็ตาม ในการที่ใช้มาตรการบังคับทางอาญาหลักดังกล่าวมาแล้วนั้น ยังมีความแตกต่างกันอยู่ คือ

โครงสร้างความรับผิดชอบ และการลงโทษต้องตั้งอยู่บนพื้นฐานของ “ความชั่ว” (Schuld) ซึ่งหมายถึง การดำเนินได้ของเจตจำนง<sup>23</sup> ของผู้กระทำสำหรับการกระทำในอดีตของผู้กระทำ ความผิด การพิจารณาความรับผิดชอบให้พิจารณาในเรื่องของเจตนา ตามบทบัญญัติในประมวลกฎหมายอาญา

มาตรา 59 บัญญัติว่า

“บุคคลจะต้องรับผิดชอบในทางอาญาก็ต่อเมื่อได้กระทำโดยเจตนา เว้นแต่จะได้กระทำโดยประมาท ในกรณีที่กฎหมายบัญญัติให้ต้องรับผิดชอบเมื่อได้กระทำโดยประมาทหรือเว้นแต่ในกรณีที่กฎหมายบัญญัติไว้แจ้งชัดให้ต้องรับผิดชอบแม้ได้กระทำโดยไม่มีเจตนา

กระทำโดยเจตนา ได้แก่กระทำโดยรู้สำนึกในการที่กระทำ และในขณะที่เดียวกัน ผู้กระทำประสงค์ต่อผล หรือยอมถึงเห็นผลของการ กระทำนั้น

<sup>21</sup> Vgl. Etwa Paul Bockelmann, Strafrecht : Allgemeiner Teil, S. 1; Hermann Blei, Strafrecht I : Allgemeiner Teil, S. 4 f.; Hans-Heinrich Jescheck, Lehrbuch des Strafrechts : Allgemeiner Teil, S. 8

<sup>22</sup> Vgl. Etwa Claus Roxin, Strafrecht : Allgemeiner Teil, S.3

<sup>23</sup> Schuld ist Vorwerfbarkeit der Willenbildung

Vgl. Hans-Heinrich Jescheck, Lehrbuch des Strafrechts : Allgemeiner Teil, S. 363; Hans Welzel, Das Deutsche Strafrecht, S. 139

ถ้าผู้กระทำมิได้รู้ข้อเท็จจริงอันเป็นองค์ประกอบความผิด จะถือว่าผู้กระทำประสงค์ต่อผล หรือยอมเล็งเห็นผลของการกระทำนั้นมิได้

การกระทำโดยประมาท ได้แก่ การกระทำความผิดมิใช่โดยเจตนาแต่กระทำโดยปราศจากความระมัดระวังซึ่งบุคคลในภาวะเช่นนั้นจักต้องมีตามวิสัยและพฤติการณ์ และผู้กระทำอาจใช้ความระมัดระวัง เช่นว่านั้นได้ แต่หาได้ใช้ให้เพียงพอไม่

การกระทำ ให้หมายความรวมถึงการให้เกิดผลอันหนึ่งอันใดขึ้น โดยดเว้นการที่จักต้องกระทำเพื่อป้องกันผลนั้นด้วย”

ตามระบบ Common Law มีแนวความคิดว่า “การกระทำในตัวของมันเอง ไม่เป็นความผิด เว้นแต่ผู้กระทำจะมีจิตใจที่ผิดด้วย” หรือภาษาลาตินคือ “Actus non facit reum nisi mens sit rea” โดยอาจแบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่ Actus reus คือ การกระทำในสิ่งที่ผิดกฎหมาย และอีกส่วนคือ Mens rea ซึ่งเป็นองค์ประกอบทางด้านจิตใจ แต่ในระบบ Civil Law โครงสร้างความรับผิดฝรั่งเศสแบ่งเป็น 3 ส่วน คือ องค์ประกอบทางกฎหมาย องค์ประกอบทางการกระทำ และองค์ประกอบทางจิตใจ ซึ่งจะใกล้เคียงกับ โครงสร้างความรับผิดทางอาญาประเทศสหพันธรัฐเยอรมันที่แบ่งเป็น 3 ส่วนเช่นกัน คือ องค์ประกอบที่กฎหมายบัญญัติ ความผิดกฎหมาย และความชั่ว และในเรื่องขององค์ประกอบภายใน ระบบ Common Law เจตนาชั่วร้าย (Mens rea) ครอบคลุมทั้งเจตนาและประมาทโดยจงใจ ในขณะที่ระบบ Civil Law มีการแยกเจตนาออกจากประมาทอย่างชัดเจน<sup>24</sup>

การวินิจฉัยว่าเป็นการกระทำโดยประมาท หรือไม่ ตามมาตรา 59 วรรคสี่นั้น ทั้งในคดีแพ่ง และคดีอาญา ใช้หลักเกณฑ์เดียวกัน โดยจะถือว่าเป็นการกระทำโดยประมาทต่อเมื่อกระทำโดยไม่ได้มีเจตนา แต่ทำโดยไม่ได้ใช้ความระมัดระวังที่ดีพอ โดยต้องพิจารณาเรื่องวิสัย ภาวะ พฤติการณ์ ประกอบด้วย โดยจะมีการสมมติตัวบุคคลขึ้นมาให้อยู่ในภาวะ วิสัย และพฤติการณ์ เช่นเดียวกับจำเลยแล้วดูว่าบุคคลที่สมมติขึ้นมาโดยปกติแล้วเขาใช้ความระมัดระวังได้ดีกว่าจำเลยหรือไม่ หากสามารถใช้ความระมัดระวังได้ดีกว่า ก็ถือว่าจำเลยประมาท ซึ่งกรณีของกรณีทวิกลจริตค่อนข้างน่าสนใจ เพราะ หากเป็นกรณีทวิกลจริต เป็นคนไข้ที่ได้รับการรักษา แต่ตั้งใจไม่ทานยา ทั้งที่รู้ว่าอาจทำให้เกิดอาการวิกลจริตและอาจทำให้เกิดความเสียหายแก่บุคคลอื่น อาจถือว่า

<sup>24</sup> อัจฉริยา ชูตินันท์, ปัญหาชั้นสูงในกฎหมายอาญา, พิมพ์ครั้งที่ 2 (กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์วิญญูชน, 2557).



บุคคลวิกลจริตกรณีนี้มีความชั่ว ได้หรือไม่ ซึ่งเป็นกรณีที่แยกจากบุคคลวิกลจริตที่ไม่เคยเข้ารับการ รักษาแต่อย่างใด

ส่วนการใช้วิธีการเพื่อความปลอดภัยนั้น ไม่ขึ้นอยู่กับ“ความชั่ว” (Schuld) ของผู้กระทำความผิดสำหรับการกระทำในอดีตของผู้กระทำความผิด แต่เป็นการใช้เพื่อป้องกันอันตรายอันอาจเกิดจากผู้กระทำความผิดผู้นั้นเองในอนาคต

กรณีใดที่การกระทำใดเป็นการกระทำที่ปราศจาก“ความชั่ว” (Schuld) เช่น เพราะเป็นการกระทำที่ได้กระทำขณะที่ผู้กระทำความผิดไม่สามารถรู้ผิดชอบ หรือไม่สามารถบังคับตนเองได้ เพราะมีจิตบกพร่อง โรครจิต หรือจิตฟั่นเฟือน กรณีนั้นย่อมลงโทษผู้กระทำความผิดไม่ได้ ตามมาตรา 65 วรรคหนึ่ง

ในทางตรงกันข้าม กรณีใดที่การกระทำใดเป็นการกระทำที่ปราศจาก “ความชั่ว” (Schuld) กรณีนั้นศาลอาจใช้วิธีการเพื่อความปลอดภัยสำหรับการกระทำนั้นได้ ถ้าในกรณีนั้น เนื่องจากความไม่สามารถรู้ผิดชอบ หรือความไม่สามารถบังคับตนเองได้ ของผู้กระทำความผิด เพราะมีจิตบกพร่อง โรครจิต หรือจิตฟั่นเฟือนยังเป็นการไม่ปลอดภัยแก่ประชาชน เช่น อาชญากรโรครจิตที่ได้กระทำความผิดในขณะที่เป็นโรครจิต แต่เนื่องจากการกระทำของเขาเป็นการกระทำที่ปราศจาก“ความชั่ว” (Schuld) ศาลจึงต้องพิพากษายกฟ้อง<sup>25</sup>

แม้กระนั้นเพื่อความปลอดภัยของประชาชน ศาลมีอำนาจสั่งให้ส่งผู้กระทำความผิดที่ตกเป็นจำเลยไป “คุมตัวในสถานพยาบาล”ได้ และคำสั่งให้ส่งไปคุมตัวไว้ในสถานพยาบาลนี้ ศาลจะเพิกถอนเสียเมื่อใดก็ได้ ตามมาตรา48 ที่บัญญัติว่า

การกระทำ หรือไม่กระทำการอย่างใดเป็นความผิด และกำหนดโทษที่จะลงแก่ผู้กระทำความผิดด้วย อีกทั้งยังหมายถึงกฎหมายที่บัญญัติว่าการกระทำอย่างใดจะถูกใช้วิธีการบังคับ เพื่อความปลอดภัยอีกด้วย<sup>26</sup>

เมื่อมีการกระทำผิดทางอาญาขึ้น การพิจารณาว่าบุคคลจะต้องรับผิดชอบในทางอาญาหรือไม่นั้น ต้องพิจารณาว่าการกระทำของบุคคลนั้นครบองค์ประกอบของความผิด หรือไม่ คือ

### 1. มีการกระทำ

<sup>25</sup> คณิศ ฌ นคร, กฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา, พิมพ์ครั้งที่ 6. (กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์วิญญูชน, 2546), น.186, 546.

<sup>26</sup> เกียรติขจร วัจนะสวัสดิ์, คำอธิบายกฎหมายอาญา ภาค1. พิมพ์ครั้งที่4. . (กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2538), น.1.

2. การกระทำนั้นครอบคลุมองค์ประกอบภายนอกของความผิด

3. การกระทำนั้นครอบคลุมองค์ประกอบภายในของความผิด

4. ความสัมพันธ์ ระหว่างการกระทำ และผล

หากการกระทำครอบคลุมองค์ประกอบที่กฎหมายบัญญัติแล้ว ถือว่าผู้นั้นกระทำความผิดอาญา แต่บุคคลนั้นจะต้องรับโทษในทางอาญา หรือไม่ ต้องพิจารณาต่อไปว่าการกระทำนั้นมีกฎหมายยกเว้นความผิดไว้หรือไม่

กฎหมายอาญามีวัตถุประสงค์เพื่อลงโทษผู้กระทำผิด ดังนั้น การลงโทษควรลงโทษบุคคลที่รู้สภาพการกระทำของตนเอง การใช้กฎหมายอาญาลงโทษผู้กระทำผิดซึ่งป่วยทางจิต ไม่สามารถยับยั้งอันตรายที่จะเกิดขึ้นจากการกระทำของตัวผู้ป่วยทางจิตเองได้ เพราะการตัดสินใจของผู้ป่วยทางจิตบกพร่องไป ไม่สามารถรู้สภาพของการกระทำได้ว่าดีหรือชั่ว ถูกหรือผิด และไม่รู้ถึงผลร้ายที่จะได้รับจากการกระทำความผิด<sup>27</sup>

## 2.3 ทฤษฎี และศาสตร์ต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับคนวิกลจริต

ประเภทและความรุนแรงของอาการทางจิต ส่งผลถึงระดับของการรู้สำนึกในขณะกระทำความผิด ผู้ป่วยทางจิตเวชอาจเป็นเพียงประเภทบุคลิกภาพผิดปกติ (Personality Disorders) ประเภทโรคประสาท (Neurosis) หรือประเภทโรคจิต (Psychosis) และแต่ละประเภทนั้น อาจมีความรุนแรงหลายระดับ รวมถึงการมีภาวะจิตบกพร่องบางเวลา

2.3.1 สาเหตุของอาชญากรรม และทฤษฎีต่างๆ ในวิชาอาชญาวิทยา และทัณฑวิทยา ที่เกี่ยวข้องกับการกระทำความผิด และการรับโทษของคนวิกลจริต

แนวคิดเรื่อง การยกเว้นโทษ หรือ ลดโทษให้แก่ผู้กระทำผิดที่เป็นคนวิกลจริต หรือ ปัญญาอ่อน และผู้กระทำผิดที่เป็นเด็ก หรือเยาวชนนั้น เป็นแนวคิดของสำนักอาชญาวิทยาแก๊งดั้งเดิม (Neo-Classical School of Criminology) โดยมีนักคิดที่สำคัญได้แก่ รอซซี (Rossi) การ์ราวด (Garraud) และจอลี (Joly) โดยสำนักวิทยาศาสตร์แก๊งดั้งเดิมนำมาจุดอ่อนของสำนักกรีกเริ่ม หรือดั้งเดิม (Classical School) มาประยุกต์ใช้ และนำเสนอแนวคิดที่เป็นประโยชน์ คือ

<sup>27</sup> รัชชัช คงสกลนธ์, นฤมล โพธิ์แจ่ม, “ผู้ป่วยจิตเภท คดีฆ่าผู้อื่นโดยเจตนาการลงโทษ,” เล่มที่ 49 วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, น.325-331 (2547).

1. ให้มีการนำพฤติกรรมแห่งคดี มาใช้เพื่อประกอบการพิจารณา พิพากษาคดีด้วย อันเป็นผลทำให้กระบวนการยุติธรรม โดยเฉพาะศาลเริ่มหันมาสนใจสภาพแวดล้อมทางธรรมชาติและสังคมของผู้กระทำผิด

2.ให้นำประวัติภูมิหลังของผู้กระทำความผิดมาประกอบการพิจารณาคดีด้วย โดยไม่จำกัดการพิจารณาเพียงเฉพาะพฤติกรรมขณะประกอบอาชญากรรมเท่านั้น

3. ให้มีการยอมรับฟังคำให้การของผู้เชี่ยวชาญ หรือผู้ชำนาญการเฉพาะสาขาที่เกี่ยวข้องกับลักษณะคดี เพื่อประกอบการพิจารณาคดี ได้แก่ แพทย์ จิตแพทย์ จิตเวช นิติเวช เป็นต้น

4. ได้พยายามกระตุ้น และเสนอแนวทางปฏิบัติแก่กระบวนการยุติธรรม โดยเฉพาะศาลให้เริ่มหันมาสนใจบุคคลบางประเภทที่อาจมีความรับผิดชอบแตกต่างจากบุคคลทั่วไป เช่น คนวิกลจริต คนปัญญาอ่อน เด็ก คนชรามากๆ ซึ่งไม่สามารถมีเจตจำนงอิสระ (Free Will) ในการกระทำได้ทัดเทียมกับบุคคลทั่วไป

สรุป คือเสนอให้มีการนำสาเหตุปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการประกอบอาชญากรรม และเหตุอันควรแก่การปราณีลดหย่อนผ่อนโทษของอาชญากร มาประกอบการพิจารณาพิพากษาคดี ซึ่งมีอิทธิพลผลักดันให้เกิดการแก้ไขกฎหมายอาญาให้กำหนดข้อยกเว้น และวิธีพิจารณาคดีของศาลในปัจจุบันด้วย

ต่อมาสำนักอาชญาวิทยาสังคม (สมัยใหม่) (Sociological School) เริ่มขึ้นประมาณปี ค.ศ. 1915 ได้ศึกษานุคลิกภาพ (Personality) และสิ่งแวดล้อม (Environment) ในสังคมรอบๆตัวผู้กระทำความผิด เพื่อค้นคว้าหาสาเหตุ (Causes) แห่งการกระทำความผิดนั้น

1. นุคลิกภาพ คือ ร่างกาย และจิตใจ ซึ่งต้องอาศัยหลักวิชาทางชีววิทยา และจิตวิทยา

2. สิ่งแวดล้อมในทางสังคม หรือสภาพแวดล้อม ต้องอาศัยหลักวิชาทางมานุษยวิทยา สังคมวิทยา จิตวิทยาทางสังคม และสถิติอาชญากรรม

นักวิชาการสาขาต่างๆ ได้พยายามศึกษาวิเคราะห์สาเหตุของอาชญากรรมมาตลอด แต่ก็อธิบายสาเหตุของอาชญากรรมไปตามแนวความคิด ความรู้ และประสบการณ์ของตนเป็นหลัก โดยจากความคิดทั้งหลายนั้น อาจสรุปได้ว่าอาชญากรรมเกิดจากสาเหตุใหญ่ 2 ประการ คือ เกิดจาก

1. สาเหตุภายใน แยกออกเป็น สาเหตุทางชีววิทยา (ชีวกายภาพ) และสาเหตุทางจิตวิทยา (จิตใจ)

2. สาเหตุภายนอก แยกออกได้เป็นสาเหตุทางสังคม

กล่าวโดยละเอียด คือ บุคคลที่มีความบกพร่องทางร่างกาย และจิตใจ หรือเติบโตมาในครอบครัว สภาพแวดล้อม สังคมที่ไม่ดี หรือมีฐานะยากจน หรือบุคคลที่อยู่ในสถานการณ์ที่จำเป็น บีบบังคับ บีบคั้นอารมณ์ หรืออื่นๆ บุคคลเหล่านั้นไม่จำเป็นที่จะก่ออาชญากรรมทุกคน มีเพียงบางคน ที่สาเหตุทั้งภายใน และภายนอกสามารถกระตุ้นให้เขาก่ออาชญากรรมได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความรู้สึกนึกคิด รู้ผิดชอบชั่วดี และสติยับยั้งของแต่ละบุคคลว่าจะเข้มแข็งเพียงใด

### 2.3.2 สาเหตุอาชญากรรมทางชีววิทยา<sup>28</sup>

มีแนวคิดที่ได้รับความสนใจในวงการอาชญาวิทยา ดังนี้

#### 1. ทฤษฎีอาชญากรโดยกำเนิดของลอมโบโรโซ<sup>29</sup>

ลอมโบโรโซได้รับยกย่องว่าเป็น “บิดาแห่งอาชญาวิทยา” เขาเป็นทั้งสัลยแพทย์ จิตแพทย์ และนักอาชญาวิทยา ลอมโบโรโซสรุปว่า อาชญากรโดยกำเนิดได้รับการถ่ายทอดลักษณะบกพร่องทางกายภาพ โดยพบว่า<sup>30</sup> คนที่เป็นอาชญากรจะมีกะโหลกศีรษะที่ต่อกับไขสันหลังมีลักษณะผิดปกติ ไม่เหมือนกับบุคคลปกติที่มีได้กระทำผิด แต่อาชญากรกลับมีลักษณะเหมือนกับมนุษย์ในสมัยป่าเถื่อน หรือเหมือนสัตว์ป่า ซึ่งรูปร่างที่ถดถอย และสัณฐานตูดที่ป่าเถื่อนนั้นติดมาทางสายเลือดบรรพบุรุษหลายชั่วคน (Atavism) การเป็นอาชญากรโดยกำเนิด คือการที่สภาพธรรมชาติได้กำหนดให้บุคคลนั้น มีนิสัยจิตใจชอบทำร้าย และเบียดเบียนผู้อื่น มักต่อต้านสังคม ไม่สามารถปรับตัวให้เข้ากับระเบียบแบบแผนของสังคมอย่างคนปกติได้ ซึ่งอาชญากรวิกตอริกันนั้น ลอมโบโรโซเชื่อว่า โรคจิตเป็นโรคถ่ายทอดทางกรรมพันธุ์ ส่วนอาชญากรเป็นครั้งคราวไม่ใช่เกิดจากสาเหตุพันธุกรรม แต่เป็นเพราะสาเหตุทางด้านจิตใจ สภาพอารมณ์ และสังคมสิ่งแวดล้อมเป็นสำคัญ

#### 2. ทฤษฎีสูทั้น (Hooton's Theory)

เป็นทฤษฎีที่ได้รับการโจมตี และอาชญาวิทยามาก เนื่องจากผลการศึกษาวิจัยของเขา ทำให้เขามีความเห็นที่ สาเหตุเบื้องต้นของอาชญากรรม คือความมีลักษณะด้อยของบุคคล ซึ่งได้รับถ่ายทอดทางกรรมพันธุ์ โดยสุทั้นเสนอวิธีแก้ไขสาเหตุดังกล่าว โดยให้ทำหมันอาชญากรโดยกำเนิด เพื่อแก้ไขปัญหอาชญากรรมที่อาจเกิดจากอาชญากรเหล่านี้

<sup>28</sup> ประเทือง ธนียผล, อาชญาวิทยาและทัณฑวิทยา(LW440), (กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยรามคำแหง, 2549), น.73-79.

<sup>29</sup> ประชัช เปี่ยมสมบูรณ์, อาชญาวิทยา: สหวิทยาการว่าด้วยปัญหาอาชญากรรม, (กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2531) น.43-44, 115, 140-142.

<sup>30</sup> อัจฉริยา ชูตินันท์, อาชญาวิทยา และทัณฑวิทยา, (กรุงเทพมหานคร: บริษัท สำนักพิมพ์วิญญูชน จำกัด, 2557) น.73.

### 3. ทฤษฎีรูปร่าง

ทฤษฎีนี้มีมานานราวศตวรรษที่ 19 ถึง 20 โดยมีสมมติฐานว่า ขนาด ลักษณะ ของรูปร่างของบุคคล มีส่วนสัมพันธ์ กับสภาพจิตใจ อารมณ์ และพฤติกรรมของบุคคล

### 4. แนวคิดเรื่องกรรมพันธุ์<sup>31</sup> (Hererity Theory)

มีนักวิชาการสาขาต่างๆสนใจศึกษาในเรื่อง สายโลหิตที่ไม่ดี คือ มีลักษณะที่มีบุคลิกภาพผิดปกติ มีพฤติกรรมเบี่ยงเบนทั้งสายตระกูล หรือที่เรียกว่า “สายเลือดชั่ว” (Blood will tell) และจากการศึกษาสืบค้นสายตระกูลที่ดี และไม่ดีหลายตระกูลจึงสรุปแนวทฤษฎีนี้ได้ว่า มีการถ่ายทอดลักษณะที่ดี และไม่ดีทางกรรมพันธุ์จริง

### 5. ทฤษฎีโครโมโซม (XYZ Chromosome Theory)

ทฤษฎีโครโมโซม XYZ เป็นทฤษฎีที่เกี่ยวกับการถ่ายทอดลักษณะที่ผิดปกติ หรือบกพร่องทางกายภาพ (ลักษณะด้อย) หรือความผิดปกติทางจิตใจบางประการจากบรรพบุรุษผู้ถูกหลาน ซึ่งเรียกว่ากรรมพันธุ์ที่ผิดปกติ

ในการพิจารณาคดี ปัจจุบันได้นำความรู้ และผลงานวิจัยทางชีววิทยา เรื่องโครโมโซม XYZ มาประกอบในการตัดสินลงโทษ เช่น ประเทศฝรั่งเศส ออสเตรเลีย เคยมีคดีที่จำเลยกระทำผิดฐานฆ่าคนตายโดยเจตนา และนายจำเลย ได้เสนอข้อมูลผลการตรวจของแพทย์ว่าจำเลยจำเลยมีความผิดปกติทางโครโมโซม จึงขอให้ศาลลดหย่อนผ่อนโทษแก่จำเลย ซึ่งศาลก็ตัดสินลดโทษให้ แต่ก็ถูกโจมตีโดยนักชีววิทยาบางคน (Pai, 1974) ว่าบุคคลพวกนี้ไม่สมควรได้รับความปราณีจากศาล

### 6. ทฤษฎีต่อมไร้ท่อ<sup>32</sup>

ทฤษฎีนี้ถือว่า ความไม่สมดุล หรือความแปรปรวนผิดปกติในระบบต่างๆ ของต่อมไร้ท่อ (Endocrine of Ductless Glands) อาจเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้บุคคลนั้นกระทำผิดได้ง่ายกว่าคนปกติ

ในร่างกายของมนุษย์มีต่อมอยู่ ๒ ชนิด คือ

1. ต่อมมีท่อ (Duct Glands) คือ ต่อมที่มีทางระบายขับน้ำเลี้ยงไปสู่ส่วนต่างๆของร่างกาย ได้แก่ ต่อมน้ำตา ต่อมน้ำลาย ต่อมน้ำย่อย เป็นต้น

<sup>31</sup> ประชัย เปี่ยมสมบูรณ์, อาชญาวิทยา: สหวิทยาการว่าด้วยปัญหาอาชญากรรม, (กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2531), น.51-52.

<sup>32</sup> ไชยเจริญ สันติศิริ, อาชญาวิทยาและทัณฑวิทยา. (ภาค1 พระนคร : โรงพิมพ์ไทยพิทยา, 2502). น.97-99.

2. ต่อมไร้ท่อ (Ductless Glands) คือ ต่อมที่ไม่มีท่อ หรือ ทางระบายน้ำเลี้ยงออกมา แต่จะขับน้ำเลี้ยงของมันซึ่งเรียกว่า “ฮอร์โมน” มาผสมกับน้ำเหลือง หรือเลือด เพื่อไปหล่อเลี้ยงส่วนต่างๆของร่างกาย ถ้าต่อมไร้ท่อผิดปกติ หรือไม่ทำงานก็จะส่งผลให้เกิดความแปรปรวนของระบบประสาท และสมอง มีผลกระทบถึงอารมณ์ จิตใจ และความรู้สึกนึกคิด นำไปสู่พฤติกรรมที่เบี่ยงเบนได้

หลุยส์ เบอร์แมน (Louis Burman) นักชีววิทยายืนยันว่า ถ้าต่อมไร้ท่อผิดปกติ การขับฮอร์โมนไม่สมดุล จะมีผลทำให้บุคคลมีแนวโน้มที่จะก่ออาชญากรรมได้ง่ายกว่าคนปกติ

#### 7. ผาแฝด กรรมพันธุ์ และอาชญากรรม<sup>33</sup>

โจเฮนเนส แลงจ์ (Johannes Lange) จิตแพทย์ และนักจิตเวชชาวเยอรมัน เป็นผู้ริเริ่มการวิจัยเรื่องผาแฝดมีพันธุกรรมที่สัมพันธ์กับการก่ออาชญากรรม โดยพบว่าผาแฝดแท้คือแฝดที่เกิดจากไข่ใบเดียวกัน ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมที่สอดคล้องกัน คือได้รับโทษอาญาทั้งคู่ มากกว่าผาแฝดเทียมซึ่งเกิดจากไข่คนละใบ โดยเขาศึกษาจากผาแฝดทั้งหมดในเรือนจำบาเวเรีย และอาชญากรผาแฝดในสถาบันจิตเวชทั่วยุโรป

กรรมพันธุ์ หมายถึง การถ่ายทอดลักษณะทางร่างกาย บางอย่างทั้งลักษณะเด่น และลักษณะด้อย รวมทั้งลักษณะนิสัยจิตใจ และความสามารถพิเศษบางประการจากบรรพบุรุษ ซึ่งอาจปรากฏถ่ายทอดในช่วงชั้นของผู้สืบสกุลทุกช่วง หรือเว้นช่วงก็ได้

#### 8. ทฤษฎีเชาวน์ปัญญา<sup>34</sup> (Intelligent Quotient Theory)

เป็นการศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างสติปัญญา กับความประพฤติของอาชญากร นักอาชญาวิทยาคนแรกที่ศึกษาเรื่องนี้คือ กอดดาร์ด (Goddard) โดยทำการทดสอบจากกลุ่มเยาวชนที่กระทำความผิด และนักโทษของเรือนจำในมลรัฐนิวเจอร์ซีย์เพื่อวัดระดับสติปัญญา และพบว่าเยาวชนที่กระทำความผิด และนักโทษเหล่านี้มีระดับสติปัญญาต่ำ จึงสรุปได้ว่า บุคคลที่มีสติปัญญาอ่อนเป็นลักษณะของวิวัฒนาการที่ล่าช้าของมนุษย์ และบุคคลนั้นมีแนวโน้มที่จะประกอบอาชญากรรม

<sup>33</sup> ประชัช เปี่ยมสมบูรณ์, อาชญาวิทยา: สหวิทยาการว่าด้วยปัญหาอาชญากรรม, (กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2531), น.53-56.

<sup>34</sup> อัจฉริยา ชูตินันท์, อาชญาวิทยาและทัณฑวิทยา, (กรุงเทพมหานคร: บริษัท สำนักพิมพ์วิญญูชน จำกัด, 2557), 82-83.



ต่อมา กอร์ดอน (Gordon) ซึ่งเป็นนักอาชญาวิทยาอีกคน ได้ศึกษาวิจัย พบว่าเยาวชนผิวดำมีสติปัญญาต่ำกว่าเยาวชนผิวขาว โดยเปรียบเทียบจากคะแนนระดับสติปัญญาของเยาวชนประเทศสหรัฐอเมริกา ซึ่งสรุปได้ว่า สติปัญญากับพฤติกรรมของอาชญากรมีความสัมพันธ์กัน และเป็นปัจจัยให้เกิดอาชญากรรม

### 2.3.3 สาเหตุอาชญากรรมทางจิตวิทยา<sup>35</sup>

บุคคลที่จิตใจผิดปกติจะก่ออาชญากรรมโดยไม่มีแรงจูงใจจากภายนอก พวกนี้จะก่ออาชญากรรมเพราะความผิดปกติของจิต หรือความกดดันภายในที่เก็บกดซ่อนไว้ในจิตใต้สำนึก ทำให้เขาต้องกระทำผิดลงไป โดยไม่สามารถบังคับตนเองได้

อย่างไรก็ตามคนที่จิตผิดปกติ มิใช่ว่าจะต้องก่ออาชญากรรมเสมอไปทุกคน เพราะปรากฏว่าบุคคลที่มีความผิดปกติทางจิตใจอย่างรุนแรงมาก มักจะไม่ใช่ผู้ก่ออาชญากรรม ส่วนมากคนที่ประกอบอาชญากรรมมักจะเป็นคนที่จิตใจไม่ปกติ คือมีความผิดปกติทางจิตใจอยู่ในระดับที่ยังไม่ถึงขั้นวิกลจริต (บ้า) ซึ่งพวกที่มีจิตใจไม่ค่อยปกตินี้มีอยู่มากในสังคม โดยเฉพาะสังคมของเมืองที่มีความเจริญทางวัตถุสูง พวกนี้เวลาปกติจะสังเกตไม่รู้เลยว่า เป็นจิตใจไม่ปกติ เพราะเขาจะดำเนินชีวิตเหมือนคนธรรมดาทั่วไป แต่เมื่อใดที่มีสิ่งมากระตุ้นความผิดปกติในจิตใจที่เก็บซ่อนอยู่ก็จะมีแรงขับให้แสดงพฤติกรรมที่เกิดจากความผิดปกตินั้นออกมา เช่น ฆ่า ทำร้ายร่างกาย เป็นต้น

#### สาเหตุจากการผิดปกติของจิต (Mental Theory)

นักจิตวิทยาได้แบ่งประเภทบุคคลตามระดับความผิดปกติของจิตไว้ สรุปเป็นประเภทต่างๆได้ ดังนี้

#### 1. พวกโรคจิต

ในทางจิตวิทยานั้นพวกโรคจิตเป็นพวกที่มีความผิดปกติทางจิตใจอย่างรุนแรงมากจนถึงขั้นวิกลจริต หรือบ้า ส่วนใหญ่เกิดจากการได้รับความกระทบกระเทือนจิตใจ หรือสมองอย่างรุนแรง พวกนี้เป็นบุคคลไร้ความสามารถ และจะมีความนึกคิดอยู่ในโลกของเขา โดยไม่สามารถรับรู้เรื่องราวใดๆ ได้เลย อยู่ในสภาพไร้สำนึก พวกนี้มักไม่ก่ออาชญากรรม แต่อาจตกเป็นเหยื่อหรือถูกใช้เป็นเครื่องมือของคนอื่น ทำการช่วย หลอกล่อ ให้ก่ออาชญากรรมได้

#### 2. พวกจิตบกพร่อง

35

ประเทือง ธนิยผล, อาชญาวิทยาและทัณฑวิทยา(LW440), (กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยรามคำแหง, 2549), น.80-87.



พวกจิตบกพร่องนี้ ยังแบ่งย่อยออกเป็นหลายประเภท ได้แก่ พวกจิตทรมาน จิตผันผวน ผิดปกติทางเพศ พวกปัญญาอ่อน และพวกที่มีอาการวิปริตทางจิตอื่นๆ

พวกจิตทรมาน เป็นพวกมิได้มีปัญหาเสื่อมแต่อย่างใด ถ้าดูจากภายนอก อาจจะเป็นคนดี เพียงแต่มีจิตใจที่ผิดไปจากธรรมดาซึ่งมีลักษณะไปในทางเลวร้าย รู้สึกเป็นศัตรูต่อสังคม เห็นแก่ตัวอย่างรุนแรง ไม่มีความเห็นอกเห็นใจ หรือเมตตาปราณี ไม่มีศีลธรรมคล้ายกับว่ามีปมด้อย หรือมีสิ่งกดดันอยู่ภายใน และระบายออกไปในทางที่ขัดแย้งต่อสังคม เช่น พวกที่กระทำผิดทางเพศ อนาจาร ข่มขืน ชอบทำร้ายร่างกายทรมานคนด้วยวิธีโหดร้ายทารุณ

พวกผิดปกติทางเพศ ได้แก่ ผู้ที่มีความต้องการทางเพศที่ผิดปกติจากคนธรรมดา เช่น มีความต้องการทางเพศสูง และวิปริต ซึ่งอาจแบ่งเป็น ๒ พวก คือ พวกซาดีสม์ (Sadism) ชอบทำร้ายผู้อื่นจึงมีความสุขทางเพศ และพวกมาโซซิสม์ (Masochism) ชอบถูกผู้อื่นทำร้ายจึงมีความสุขทางเพศ พวกนี้หากมีอาการมาก จะเกิดอารมณ์รุนแรงจนก่ออาชญากรรมทางเพศ หรือฆ่าคนเพื่อความสุขทางเพศ

### 3. พวกปัญญาอ่อน

พวกนี้มีเซาว์ปัญญาต่ำกว่าเกณฑ์ปกติมาก และจะปรากฏให้สังเกตทางร่างกาย ซึ่งมักบกพร่องไม่สมบูรณ์ พวกนี้มีความรู้สึกนึกคิดคล้ายเด็ก หรือต่ำกว่าเด็ก เพราะสมองและระดับสติปัญญาไม่พัฒนา ไม่เจริญไปตามอายุ พวกนี้ปกติจะไม่เป็นภัยแก่สังคม ไม่ก่ออาชญากรรม แต่มักถูกหลอกใช้ให้กระทำผิด

### 4. พวกคาบเส้นระหว่างจิตปกติ กับจิตไม่ปกติ

พวกคาบเส้นนี้ เป็นพวกที่ยังไม่ถึงระดับจิตผิดปกติ แต่อยู่ในระดับคาบเส้นคือ เกือบจะผิดปกติ พวกนี้เป็นพวกที่ก่ออาชญากรรมได้ง่าย เมื่อใดที่ถูกกระตุ้นจากสิ่งเร้า สถานการณ์เหมาะ ก็ก่ออาชญากรรม พวกนี้จะเก็บซ่อนอาการที่ไม่ค่อยจะปกติของตนไว้อย่างแนบเนียน จัดเป็นพวกอันตรายมากพวกหนึ่ง และมีจำนวนมาก

### 5. พวกอารมณ์แปรปรวน

พวกนี้เป็นพวกที่มีบุคลิกภาพที่ผิดปกติ มีพฤติกรรมเบี่ยงเบนไปตามสภาพอารมณ์จิตใจและประสาท พวกนี้มีความเก็บกดสูง มีความกดดันจิตใจสูง อารมณ์รุนแรงไม่คงที่ ไม่แน่นอน ไม่อยู่กับร่องกับรอย ความคิดสับสน วิดกกังวลสูง เครียดมาก จนบางครั้งถึงขั้นประสาทหลอน พวกนี้มักมีโรคประจำตัวมาตั้งแต่เด็กคือ “โรคลมชัก” หรือ “ลมบ้าหมู” ซึ่งนักจิตวิทยาวิเคราะห์ว่า อาการโรคชักของโรคลมบ้าหมูเป็นการแสดงออกของพลังแรงขับภายในจิตใจ

พวกอารมณ์แปรปรวนนี้ ส่วนมากจะไม่มี ความเชื่อมั่นในตัวเอง จะลงมือก่ออาชญากรรมเพียงลำพังคนเดียว น้อยมาก ส่วนใหญ่จะเป็นผู้ร่วมก่ออาชญากรรม ในระดับลูกน้อง หรือร่วมกระทำผิดเป็นกลุ่ม

ปัจจุบันนักวิชาการทางจิตวิทยา และอาชญาวิทยา มีความสนใจในการศึกษาโรคจิตที่เชื่อมโยงกับพฤติกรรมอาชญากรอีก ๒ ประเภท คือ โรคจิตผันผวน (Psychopath) และโรคจิตเภท (Schizophrenia) เป็นอาการทางจิตที่เกิดจากการผิดปกติทางชีวเคมีในสมอง และระบบประสาท

โรคจิตผันผวน (Psychopath) มีความหมายมาจากการวิกลจริตทางศีลธรรม (Moral Insanity) ซึ่งหมายถึง ผิดปกติในด้านความรู้สึกนึกคิด อารมณ์ นิสัยใจคอ และสภาวะความเสื่อมด้านศีลธรรมของบุคคล โดยไม่มีลักษณะความผิดปกติทางเซวรัปัญญาพวกนี้ชอบแสดงออก มีความรู้สึกต่อสิ่งเร้าน้อยกว่าปกติ จึงเป็นผลให้ไม่ค่อยมีความเกรงกลัวในการถูกลงโทษ จึงกล้าทำผิด และเห็นว่าการกระทำผิดไม่ใช่เรื่องร้ายแรง อาชญากรประเภทจิตผันผวนจะไม่สามารถใช้วิธีแก้ไขให้เข็ดหลาบด้วยวิธีการลงโทษ แต่ต้องใช้วิธีการรักษาทางชีวเคมี ซึ่งมีหลายประเภทผ่าตัดสมองส่วนหน้าของอาชญากร หลังการผ่าตัดแล้วอาชญากรจะมีลักษณะบุคลิกภาพที่เปลี่ยนไปในทางสงบ ไม่รุนแรง

โรคจิตเภท (Schizophrenia) มักพบมากในวัยรุ่น และวัยหนุ่มสาว ผู้ป่วยประเภทนี้มีลักษณะเก็บตัว ไม่สมาคม มีความคิดวิตก ฟุ้งซ่านมาก จนเกิดอาการหลอนทางประสาท และขับออกมาในรูปแบบทำร้ายตัวเอง หรือทำร้ายคนใกล้ชิด โรคนี้ นักวิจัยพบว่ามี การถ่ายทอดทางกรรมพันธุ์ด้วย เพราะมีสาเหตุมาจากการผิดปกติในเรื่องสารเคมีในสมอง และส่งผลมายังระบบประสาท

แม้ว่าการเจ็บป่วยทางจิตจะเป็นสาเหตุสำคัญประการหนึ่ง ที่อาจทำให้เกิดอาชญากรรม แต่ก็มีอาชญากรส่วนน้อยที่เป็นโรคจิต อาชญากรส่วนใหญ่ก็คือคนที่มีจิตในระดับปกติ แต่ก็มีบุคลิกภาพที่เบี่ยงเบน จึงเป็นเหตุที่น่าสนใจว่าคนปกติจึงกระทำผิดก่ออาชญากรรมมากกว่าในวิชาอาชญาวิทยา

## 2. ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (Psychoanalytic Theory)

ทฤษฎีนี้ ผู้ตั้งทฤษฎีคือ ซิกมันด์ ฟรอยด์ (Sigmund Freud) โดยทางผู้เขียนจะกล่าวอธิบายต่อไปในทฤษฎีทางการแพทย์

## 3. ทฤษฎีปมค้อย (Inferiority Complex)

ทฤษฎีนี้ตั้งขึ้นโดยนักจิตวิเคราะห์ชื่อ อัลเฟรด แอดเลอร์ (Alfred Alder, 1870-1937) โดยแอดเลอร์ได้คิดคำว่า “ปมด้อย” (Inferiority Complex) ขึ้นตามความคิดของเขา โดยสรุปได้ว่าบุคคลเหล่านี้ต้องการความสนใจจากผู้อื่นเพื่อชดเชย ทดแทน “ปมด้อย” ของตนเองจึงก่ออาชญากรรม

ต่อมา คาร์ล จุง (Carl Jung, 1875-1960) ได้พัฒนาแนวความคิด และการมองหลักการเกี่ยวกับ

บุคลิกภาพแบบเปิด (Extrovert) หมายถึง การแสดงความสนใจต่อสภาพแวดล้อมรอบตัว ใส่ใจสังคม และบุคลิกภาพแบบปิด (Introvert) หมายถึง การให้ความสนใจเฉพาะตัวเอง เอาตัวเองเป็นหลัก ไม่สนใจ หรือใส่ใจใคร

แนวความคิดนี้เป็นที่สนใจ และนำมาประยุกต์ใช้ในการวิเคราะห์การกระทำผิดของบุคคล โดยเฉพาะการกระทำผิดซ้ำซาก การต่อต้านสังคม และจิตผั่นผวน เพราะบุคลิกภาพ 2 แบบนี้ หากบุคคลใดมีมากหรือน้อยเกินไปจนไม่พอดี ก็มีแนวโน้มไปสู่การกระทำผิดได้ง่าย

อเล็กซานเดอร์ และสจวบ (Alexander & Staub) นักจิตวิเคราะห์ 2 ท่านนี้ ได้ร่วมกันศึกษาค้นคว้าและเสนอแนวความคิดที่ชี้ให้เห็นความแตกต่างระหว่างอาชญากรโดยโรคประสาทกับอาชญากรธรรมดาว่า

“อาชญากรที่เป็นโรคประสาทนั้นจะรู้สึกผิดต่อการกระทำผิดของตนเอง แต่อาชญากรที่มีนิสัยเป็นอาชญากรที่ไม่ได้เป็นโรคประสาท ส่วนใหญ่จะไม่รู้สึกไม่สบายใจ หรือรู้สึกผิดในการกระทำผิด และยอมรับการกระทำผิดของตนเองอย่างหน้าตาเฉย ไม่สะทกสะท้าน”

#### 4. ทฤษฎีเชาว์ปัญญา

นักอาชญาวิทยาได้ให้ความสนใจเรื่องเกี่ยวกับเชาว์ปัญญาว่า น่าจะมีส่วนในการมีพฤติกรรมอาชญากร โดยตั้งสมมติฐานว่า อาชญากรน่าจะมีระดับสติปัญญาน้อยกว่าคนทั่วไปจึงขาดสติ ขาดความรู้สึกผิดชอบ ทำให้ก่ออาชญากรรมขึ้น

บินเน็ต (Binet) และไซมอน (Simon) ได้ทำการศึกษาวิจัยจากทุนสนับสนุนของกระทรวงศึกษาธิการประเทศฝรั่งเศส โดยคิดเครื่องมือ คือแบบทดสอบเพื่อใช้เป็นมาตรฐานวัดระดับสติปัญญาของบุคคลเพื่อแยกบุคคลที่มีความสามารถในการเรียนรู้สูง ออกจากบุคคลธรรมดา และบุคคลที่มีความสามารถในการเรียนรู้ระดับต่ำ

หลักของการวัดระดับมาตรฐานของเชาว์ปัญญาคือ เชาว์ปัญญา (I.Q.) คือผลหารระหว่างอายุทางปัญญา กับอายุจริง  $[I.Q. = (M.A. / C.A.) 100]$

### 2.3.4 แนวคิด ทฤษฎี ทางการแพทย์ เกี่ยวกับความผิดปกติทางจิต

พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ.2551 ได้วางนิยามของคำว่า

ความผิดปกติทางจิต คือ อาการผิดปกติของจิตที่แสดงออกมาทางพฤติกรรม อารมณ์ ความคิด ความจำ สติปัญญา ประสาท การรับรู้ หรือการรู้เวลา สถานที่หรือบุคคล รวมทั้งอาการผิดปกติของจิตใจที่เกิดจากสุรา หรือสารอื่นที่ออกฤทธิ์ต่อจิต และประสาท โดยหมายถึงเพียงความผิดปกติทางจิตบางกลุ่มเท่านั้น มิได้รวมความผิดปกติทุกประเภท (Mental disorder) ตามที่องค์การอนามัยโลกครั้งล่าสุด แบ่งแยกโรคระหว่างประเทศไว้ (International statistical classification of diseases and related health problem 10<sup>th</sup> Revision 1992 หรือ ICD10) โดยศาสตราจารย์ นายแพทย์ วิทยุ อึ้งประพันธ์ ได้แบ่งกลุ่มของอาการผิดปกติทางจิตข้างต้นว่า ได้แก่

1. กลุ่มความผิดปกติทางจิตที่เกิดจากพยาธิสภาพของสมอง (Organic symptomatic mental disorder) เช่น กลุ่มสมองเสื่อม (Dementia) และโรคต่างๆ ของสมองที่มีอาการทางจิต
2. กลุ่มผิดปกติทางจิต ที่เป็นโรคจิตเภท และหลงผิด
3. กลุ่มผิดปกติทางอารมณ์ (Mood or affective disorders)
4. กลุ่มปัญญาอ่อน (Mental retardation)
5. กลุ่มความผิดปกติทางจิต และพฤติกรรมที่เกิดจากการใช้สุรา และสารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท ซึ่งรวมถึงยาเสพติดด้วย

จิตใจเป็นส่วนที่เกี่ยวข้อง กับความคิด อารมณ์ ความรู้สึก บุคลิกภาพ ความจำ สติปัญญา การรับรู้ การรู้จักตน และการตัดสินใจ การทำงานจิตใจเกี่ยวข้องกับสมองส่วนกลาง และยังเกี่ยวข้องกับประสบการณ์ตั้งแต่วัยเด็กของบุคคลนั้นที่ได้รับจากการเลี้ยงดู และการหล่อหลอมจากสังคมอีกด้วย นอกจากนี้จิตใจยังมีความสัมพันธ์กับสภาวะทางร่างกาย เช่น เวลาโกรธ หน้าจะแดง หัวใจเต้นเร็ว เป็นต้น ตามธรรมชาติการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายจะหมดไป ถ้าอารมณ์ของคนนั้นกลับคืนเป็นปกติ แต่ถ้าจิตใจไม่สบายอยู่เป็นเวลานานๆ ก็อาจทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง เกิดความผิดปกติไปของร่างกายได้

Sigmund Freud (1856-1939)<sup>36</sup> แพทย์ และนักวิจัยชาวเวียนนา ซึ่งได้อธิบายเกี่ยวกับจิตใจ และโครงสร้างของบุคลิกภาพ ไว้ดังนี้

ทฤษฎีเกี่ยวกับจิตใจ

<sup>36</sup> Schwartz. C. Regression, A reconsideration of topographic theory, Psychoanal Rev. 83, 6(December 1996), p.813-825.

ระดับการรับรู้ของจิตใจ อาจแบ่งออกได้เป็น 3 ส่วน ได้แก่

จิตสำนึก (Conscious) ได้แก่ ความคิด ความรู้สึก และผลึกตันซึ่งอยู่ในระดับรับรู้ได้ เช่น เรากำลังคิดถึงใครคนหนึ่งอยู่ และเรารู้ตัวว่าขณะนี้เรากำลังคิดถึงคนๆ นั้น ความคิดนั้นจัดอยู่ในระดับจิตสำนึก

จิตใก้สำนึก (Preconscious) ได้แก่ ความคิด ความรู้สึก และแรงผลึกตันซึ่งเราไม่รู้ ต่อเนื่องกันตลอดเวลา บางเวลาที่เราไม่รู้ แต่สามารถดึงกลับมาให้รู้ได้ เช่น เราคิดโทรศัพท์มือถืออยู่กับตัว บางขณะเราก็รู้สึกที่โทรศัพท์อยู่กับเรา แต่บางขณะเราก็ไม่รู้สึก เพราะเราไม่ได้สนใจมัน แต่เมื่อเราต้องการจะใช้เราก็รู้ว่าจะหยิบใช้ได้ การที่เรารู้สึกบ้างว่าโทรศัพท์อยู่กับเรา แสดงว่าบางขณะความรู้สึกนี้อยู่ในจิตสำนึก และบางขณะก็อยู่ในจิตใก้สำนึก

จิตไร้สำนึก (Unconscious) ได้แก่ ความคิด ความรู้สึก และแรงผลึกตัน ซึ่งเราไม่รู้ ซึ่งอยู่ในจิตใก้สำนึก และเรียกกลับมาสู่จิตสำนึกไม่ได้ด้วยวิธีธรรมดา ต้องใช้วิธีพิเศษ เช่น วิธี การให้บอกเล่าเรื่องต่างๆ อย่างอิสระ หรือการให้เล่าเรื่องจากภาพ เป็นต้น ตัวอย่างเช่น ประสบการณ์ในวัยเด็ก (เมื่อ 20 ปี ก่อนขณะอายุ 2ปี ก่อนขณะอายุ 2ขวบ) เกี่ยวกับการถูกบิดาทำโทษขังในห้องมืด ผู้มีประสบการณ์อาจจำไม่ได้ และแม้จะพยายามนึกอย่างไรก็นึกไม่ออกแต่เมื่อให้เล่าเรื่องต่างๆ อย่างอิสระ (Free association) คนๆ นั้น อาจสัมพันธ์กับคำว่า พ่อ กับ ขัง หรือ มืด แล้วระลึกถึงเหตุการณ์ในครั้งนั้นได้ ประสบการณ์ดังกล่าวนี้ถือว่าอยู่ในจิตไร้สำนึก Freud เชื่อว่าแรงผลึกตันในจิตไร้สำนึกนี้เป็นสาเหตุสำคัญของโรคทางอารมณ์ และจิตใจ

โครงสร้างของบุคลิกภาพ

โครงสร้างของบุคลิกภาพ<sup>37</sup> ได้แก่

Id หรือ Instinct (สัญชาตญาณ) เป็นส่วนของจิตไร้สำนึกของคนเรา เป็นแหล่งที่รวบรวมแรงผลึกตันดั้งเดิมของสิ่งมีชีวิต ได้แก่ สัญชาตญาณเพื่อการสร้างความสุขให้ตัวเอง และเพื่อสืบพันธุ์ (Libido or life instinct) เช่น การรับประทาน การจับจ่าย และการร่วมเพศ สัญชาตญาณแห่งความก้าวร้าว หรือการทำลาย (Aggressive or death instinct) ได้แก่ การต่อสู้ การแข่งขัน และการทำร้ายผู้อื่น

37

Bortner, R W. The relationship between age and measures of Id, ego, and superego functioning. J Gerontol. 18 (July ,1963): p.286-289.

Ego (ตัวตน) คือ ส่วนที่ทำหน้าที่เป็นตัวกลางในการประนีประนอมระหว่าง ความต้องการสัญชาตญาณ (Id) สิ่งแวดล้อมภายนอก มโนธรรม (Super-ego) และประสบการณ์เก่าๆ ตลอดจนความต้องการของร่างกายแต่ละคน โดยใช้กลไกป้องกันของจิตใจ (Defense mechanisms of the ego) และขบวนการแก้ปัญหา Ego มีอยู่ทั้งในส่วนจิตสำนึก และจิตไร้สำนึก เกิดขึ้นตั้งแต่ ขวบปีแรกของชีวิต และเจริญเต็มที่เมื่ออายุประมาณ 6ปี

Super-ego (มโนธรรม) เป็นส่วนที่เกี่ยวกับคุณธรรม หรือสิ่งที่มนุษย์ถือว่าเป็นความ สำนึกผิดชอบชั่วดี รวมทั้งความพอใจ และภาคภูมิใจในตนเอง ซึ่งได้มาจากการถูกอบรมเลี้ยงดูใน วัยเด็ก มโนธรรมมีอยู่ทั้งในจิตสำนึก และจิตไร้สำนึก เริ่มเกิดเมื่ออายุ 2-5ปี และเจริญเต็มที่เมื่ออายุ 6-8ปี

#### กลไกการป้องกันของจิตใจ (Defense Mechanisms of the Ego)

จิตใจของมนุษย์โดยปกติถูกเรียกร่องด้วยความต้องการทางร่างกาย และแรงกระตุ้นจาก สัญชาตญาณ ซึ่งมักจะขัดกับความต้องการหรือกฎเกณฑ์ของโลกภายนอก หรือสังคม คุณธรรม หรือจริยธรรม และประสบการณ์เก่าๆ อยู่ตลอดเวลา ทำให้เกิดความขัดแย้งในจิตใจ แต่เมื่อ Ego ซึ่งเป็นอีกส่วนหนึ่งของจิตใจได้รับสัญญาณความขัดแย้งดังกล่าว ก็จะพยายามปรับ หรือเปลี่ยนแปลง ตัวเอง และสังคมหรือวัฒนธรรมนั้นๆ ทำให้จิตใจเข้าสู่สภาวะสมดุล หลุดพ้นจากความวิตกกังวล ไปได้ ขบวนการทำงานของ Ego นี้ เรียกว่า กลไกป้องกันของจิตใจ<sup>38</sup> ซึ่งส่วนใหญ่ทำงานอยู่ใน ระดับจิตไร้สำนึก และส่วนน้อยอยู่ในระดับจิตสำนึก ได้แก่

1. Repression
2. Rationalization
3. Sublimation
4. Projection
5. Displacement
6. Identification
7. Regression
8. Turn against the self (Introjection)
9. Isolation

<sup>38</sup> Gondon N.G. and Brackney, B.E. "Defense mechanism preference and dimensions of psychopathology". 44,1 *Psychol Rep.* 188: 90 (February 1979).



10. Reaction formation

11. Substitution

12. Restitution

13. Resistance

14. Dream

15. Fantasy

16. Symbolization

17. Conversion

18. Dissociation

19. Compensation

20. Denial

คนปกติใช้กลไกทางจิตเพื่อแก้ไขความขัดแย้งภายในใจเสมอ และเลือกใช้ชนิดที่มีประโยชน์ และเป็นไปในทางเสริมสร้าง แต่คนที่เจ็บป่วยทางจิต มักจะใช้กลไกทางจิตมากชนิดกว่าคนปกติ และใช้ชนิดที่ไม่ค่อยมีประโยชน์ หรือชนิดที่ผิดปกติ เช่น Repression, Regression, Projection, Isolation, Conversion, Dissociation หรือ Denial (ถ้าผู้อ่านสนใจ โปรดค้นหารายละเอียดเพิ่มเติม)

การพัฒนาบุคลิกภาพตามปกติ (Normal Personality Development)

บุคลิกภาพ คือ วิถีทางที่คนประพฤติ หรือแบบฉบับของพฤติกรรมซึ่งค่อยๆ เกิดขึ้น เนื่องจากคนเราต้องมีการปรับตัวระหว่างแรงผลักดัน หรือ ความต้องการของตน กับมโนธรรมและความเป็นจริง (Reality) อยู่ตลอดเวลาในชีวิตประจำวัน แบบฉบับของการตอบสนองทางพฤติกรรมที่เกิดซ้ำแล้ว ซ้ำเล่า จากสาเหตุดังกล่าวนั้น นานๆ ไปก็จะกลายเป็นลักษณะประจำตัว หรือบุคลิกภาพของคนคนนั้น ซึ่งค่อนข้างจะถาวร และอาจทำนายได้ บุคลิกภาพ จึงหมายถึง ลักษณะประจำตัวของแต่ละบุคคล ซึ่งได้แก่ ท่าทาง การแสดงออกของอารมณ์ และนิสัย<sup>39</sup>

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการพัฒนาทางบุคลิกภาพ มี 2 ประการ คือ

1. ตนเอง

2. สิ่งแวดล้อม

<sup>39</sup>

รณชัย คงสกนธ์, "บุคลิกภาพผิดปกติ," *จิตเวชศาสตร์รามธิบดี*. (กรุงเทพมหานคร: บริษัท บีคอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์, 2548), น.251-265.



### ความปกติ และผิดปกติทางจิต (Normality and Abnormality of mind)

ในทางจิตเวช และจิตวิทยา มิได้ใช้หลักอย่างฝ่ายกาย ซึ่งใช้หลักว่า ความปกติ หรือ ผิดปกติ คือ ความมีสุขภาพที่ดี หรือเจ็บป่วย ซึ่งทั้งสองลักษณะนี้ มีลักษณะแตกต่างกันมาก สามารถแยกได้ชัดเจนจากอาการ หรือความผิดปกติที่ตรวจพบ คนไม่ป่วย คือคนที่มีสุขภาพดี หรือ ปกติ ส่วนคนที่ป่วยคือคนที่ผิดปกติ แต่ใช้หลักพิจารณาเรื่องพฤติกรรมเป็นสำคัญ ความปกติ หรือ ผิดปกติไม่ได้หมายถึงการมีสุขภาพจิตดี หรือการป่วยอย่างเดียว แต่มีความหมายกว้างกว่า ความปกติมีความหมายตั้งแต่การไม่ป่วย จนถึงการมีสุขภาพจิตดี และความผิดปกติก็มีความหมายกว้างกว่าคำว่าป่วย เพราะการป่วยคุณลักษณะจะมีความหมายผิดปกติรุนแรง หรือต้องมีการเปลี่ยนแปลงในตัวอย่างชัดเจน ความปกติ และผิดปกติทางจิตใจ อาศัยหลักเกณฑ์หลายอย่างเป็นเครื่องตัดสิน ดังนี้

1. ในแง่กฎหมาย พิจารณาว่า มีความสามารถรับผิดชอบ หรือไม่มีความสามารถ รับผิดชอบ
2. ในแง่คุณธรรม พิจารณาว่า ดี หรือเลว
3. ในแง่สถิติ พิจารณาว่า มีพฤติกรรมเหมือน หรือต่างไปจากคนส่วนใหญ่ประพฤติ
4. มีพยาธิสภาพ หรือไม่มีพยาธิสภาพ

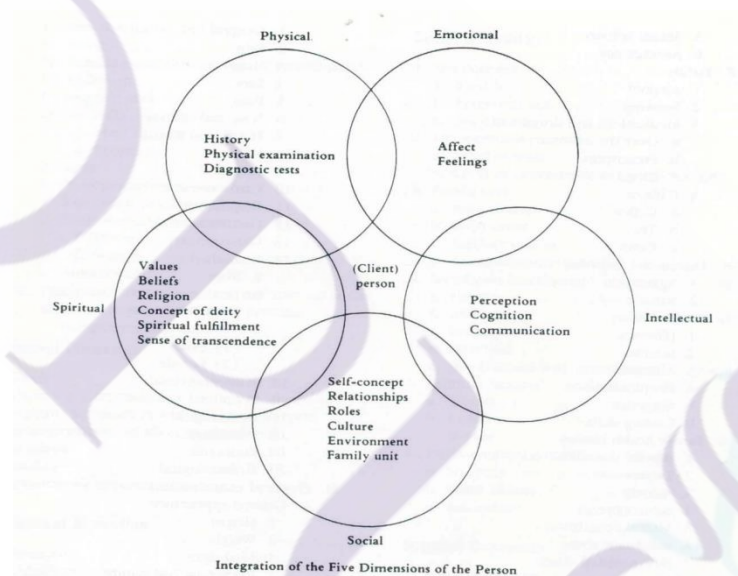
พฤติกรรมที่ปกติ หรือผิดปกติมีส่วนเกี่ยวข้องกับสังคม ขนบธรรมเนียมประเพณี วัฒนธรรมและศาสนาตลอดจนยุคสมัยด้วย ปัจจุบันความผิดปกติทางจิตยังรวมไปถึงความผิดปกติทางร่างกายบางอย่างซึ่งมีสาเหตุจากจิตใจ โดยอาจจะมี หรือไม่มีอาการทางจิตใจร่วมด้วยเลย เช่น โรคหอบหืด โรคแผลในกระเพาะอาหาร และโรคปวดศีรษะข้างเดียว เป็นต้น ซึ่งแต่เดิมเรียกว่า โรคจิตสรีระแปรปรวน (Psychosomatic disorders)

### สาเหตุ และกระบวนการเกิดโรคทางจิตใจ (Etiology and Psychopathology of Mental Disorders)

ปัจจัยที่พบว่าอาจเป็นสาเหตุโรคทางจิตใจ แบ่งเป็น 4 อย่าง คือ

1. ปัจจัยทางชีวภาพ ได้แก่
  - 1.1 การถ่ายทอดทางกรรมพันธุ์ และองค์ประกอบของร่างกาย
  - 1.2 ชีววิทยาของร่างกาย สรีระของสมอง และชีวเคมีของสมอง
2. ขบวนการทางจิตใจ และอารมณ์ (Psychodynamic)
3. สังคม และวัฒนธรรม
4. การเรียนรู้ตามหลักพฤติกรรมศาสตร์

ภาพที่ 2.2 การจำแนกรายละเอียดของแต่ละมิติที่หลากหลายรูปแบบ



การจำแนกรายละเอียดของแต่ละมิติที่หลากหลายรูปแบบ ในที่นี้จะนำเสนอรูปแบบของ Rawlin & Heacock (1993) ดังภาพ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์นภวัลย์ กัมพลาศิริ

ที่มา : ผู้ช่วยศาสตราจารย์นภวัลย์ กัมพลาศิริ

ในสมัยก่อนไม่ได้สนใจว่าความผิดปกติใน Gene จะมีส่วนเกี่ยวข้องกับโรคทางจิตใจ แม้จะทราบว่า โรค Phenylketonuria ซึ่งสามารถถ่ายทอดทาง

1 กรรมพันธุ์ได้โดย Autosomal recessive gene เป็นสาเหตุอย่างหนึ่งของโรคปัญญาอ่อน แต่สำหรับโรคจิต หรือโรคประสาทก็เชื่อกันว่าเกิดจากการพัฒนาบุคลิกภาพในวัยเด็กหรือสิ่ง

กระตุ้นบางอย่างก่อนเกิดอาการมากกว่า ต่อมา จึงมีผู้สนใจศึกษาว่าโรคจิตบางอย่างอาจจะเกิดจากการถ่ายทอดทางกรรมพันธุ์ โรคทางจิตเวชที่ปัจจุบัน พบว่า พันธุกรรมมีบทบาทในการเกิดโรคอย่างมาก คือ Mood disorders, Schizophrenia, Alcohol abuse และ Alzheimer's disease แม้ว่าจะยังไม่สามารถพบว่า DNA ที่ผิดปกตินั้นอยู่ที่ใด หรือมีวิธีการถ่ายทอดอย่างไร

ส่วนพฤติกรรมประเภทอาชญากรรม พบว่าเกี่ยวข้องกับปัจจัยทางสิ่งแวดล้อมมากกว่า แต่ระดับสติปัญญา มีความสัมพันธ์กับการถ่ายทอดทางกรรมพันธุ์มาก

องค์ประกอบของร่างกายอีกอย่างที่ควรกล่าวถึง คือ แรงขับ หรือแรงผลักดัน (Drive) ของเด็กแต่ละคน ซึ่งจะแสดงลักษณะของความต้องการอย่างรุนแรงที่จะได้รับการตอบสนอง นักวิจัยเกี่ยวกับเด็กอ่อน พบว่าแรงผลักดันเกี่ยวกับเด็กแต่ละคน มีความรุนแรงต่างกันตั้งแต่แรกเกิด

## 2. ชีววิทยาของร่างกาย สรีระของสมอง และชีวเคมีของสมอง

ชีววิทยาของร่างกายตั้งแต่เกิดจนตาย มนุษย์ต้องผ่านขบวนการเปลี่ยนแปลงในร่างกายตลอดเวลา โดยเฉพาะในช่วงเวลาของชีวิตจะมีการเปลี่ยนแปลงทางชีววิทยาอย่างมาก เช่น วัยแตกหนุ่มสาว วัยรุ่น และวัยต่อ ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ และจิตใจอย่างมากด้วย<sup>40</sup> การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ และจิตใจนี้ เชื่อว่าเป็นผลจากการเปลี่ยนแปลงในการเจริญเติบโตและระดับฮอร์โมนของร่างกาย โดยเฉพาะฮอร์โมนเพศ อย่างไรก็ตาม การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์และจิตใจดังกล่าว มีความแตกต่างกันในแต่ละคน ทั้งนี้ขึ้นกับการพัฒนาบุคลิกภาพในวัยก่อนๆ ความสามารถในการปรับตัว ความอบอุ่นในครอบครัว และความตึงเครียด หรือความกดดันในชีวิตด้วย

### สรีระของสมองเกี่ยวกับกระแสไฟฟ้า (Electrophysiology)

การศึกษาเกี่ยวกับเรื่องนี้อาศัยการตรวจคลื่นสมอง และมักศึกษาลักษณะการหลับ และการฝัน วงจรการหลับ การตื่น เป็นวงจรที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติ ถ้าสิ่งเร้า (Sensory stimulus) ลดลง เช่น ลดการได้ยินเสียง การเห็นภาพ หรือการสัมผัส คนก็จะหลับ ตรงกันข้าม หากมีการเพิ่มสิ่งเร้า เช่น มีเสียงดัง มีแสงสว่างจ้า คนก็จะตื่น

ในขณะที่หลับ มนุษย์ยังมีการฝัน และการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายอย่างอื่นตลอดเวลา เช่น ความดันโลหิต อัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจ และอัตราการใช้ออกซิเจน แสดงว่าแม้จะหลับ สมองก็ยังมีการทำงาน

40

รณชัย คงสกนธ์, ภาวะอารมณ์ผิดปกติก่อนมีประจำเดือน, (กรุงเทพมหานคร: สหประชาพาณิชย์, 2548), น.10-15.

การนอนหลับแบ่งออกเป็น 2 ชนิด

1. REM sleep (Rapid eye movement) คือ การนอนหลับซึ่งมีการกลอกตาอย่างรวดเร็ว
2. Non- REM sleep คือ การนอนหลับซึ่งไม่มีการกลอกตาอย่างรวดเร็ว

ปกติคนเราจะมี การนอนหลับชนิด REM sleep ร้อยละ 20-25 ของการนอนหลับทั้งหมดในแต่ละคืน ถ้าคืนไหนระยะ REM sleep น้อยไป จะได้รับการชดเชยในคืนต่อไป REM sleep จะเกิดเป็นระยะทุกๆ 90 นาที ของการนอนหลับ และครั้งหนึ่งๆประมาณ 10-15 นาที

ในคนปกติ ลักษณะการนอนที่คงที่ แม้จะมีความแตกต่างกันบ้างในแต่ละคน แต่เมื่ออายุมากขึ้น การนอนหลับจะเลวลงตามลำดับ โดยมีการตื่นเป็นครั้งคราว ระยะเวลาที่หลับสนิท และระยะเวลาที่นอนหลับทั้งหมดจะลดลง

ในคนที่เจ็บป่วยทางจิต พบว่ามีการเปลี่ยนแปลงในการหลับเช่นกัน คนที่เศร้าจะนอนไม่หลับ และมีการตื่นบ่อยๆ ตลอดคืน REM sleep<sup>41</sup> เป็นได้ทั้งเพิ่มและลด คนที่เศร้าอย่างเฉียบพลัน REM sleep จะเพิ่มขึ้นชั่วคราว ระยะเวลาระหว่างวงจรของ REM sleep จะลดจาก 90 เป็นประมาณ 30 นาที และจำนวนวงจรจะเพิ่มจาก 4-5 วงจรในแต่ละคืน เป็น 10 วงจร หรือมากกว่า การที่ช่วงระหว่าง REM sleep ตื้นลงเป็นผลให้หลับไม่สนิท (Restless sleep) และมีการตื่นคละกั้นไป โดยทั่วไปถ้ายิ่งเศร้ามากจะยิ่งมีความผิดปกติของการนอนมากขึ้น

ในโรคจิตทางอารมณ์ระยะคลั่ง (Manic episode) เวลาของการนอนหลับทั้งหมดจะลดลงรวมทั้งมีการลด REM sleep ด้วย เนื่องจากอาการของโรคนี้บางที่เป็นอยู่หลายๆเดือน เพราะฉะนั้นสันนิษฐานว่าความต้องการ REM sleep ของคนจะลดลงขณะป่วยด้วยโรคนี้

REM sleep มีความสำคัญสำหรับมนุษย์ พบว่าถ้าขาดจะมีความผิดปกติในพฤติกรรมเกิดขึ้น บางรายแสดงความคิดหวาดระแวง และ Autistic

การฝัน ปกติคนเราจะฝันได้ทุกระยะของการนอนหลับ ถ้าฝันในระยะ REM sleep จะมีลักษณะของความเพ้อฝัน เป็นความฝันที่มีสีสัน และถ้าตื่นในระยะนี้ร้อยละ 74 ของผู้ที่ฝันจะจำความฝันได้ ส่วนความฝันในระยะ REM sleep มักจะเกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ในชีวิตประจำวัน หรือปัญหาต่างๆ ถ้าตื่นในระยะนี้เพียงร้อยละ ๗ เท่านั้นที่จะจำความฝันได้ การฝันร้าย (Nightmares) หรืออาการผีอำ (Sleep paralysis) เกิดในระยะ REM sleep เพราะระยะนี้ Tone และ Reflex ของกล้ามเนื้อลดลง ทำให้เกิดความรู้สึกขยับเขยื้อนหนีอันตรายที่พบในความฝันไม่ได้ การละเมอพูด (Sleep talking) ก็เช่นกัน ถ้าอยู่ในระยะ REM sleep จะพูดในเรื่องที่เป็นการเพ้อฝัน แต่ถ้าอยู่ในระยะ

<sup>41</sup> รณชัย คงสกนธ์, 100 (ร้อย) เรื่องรัก..รุนแรง, (กรุงเทพมหานคร: สหประชาพานิชย์, 2547), น.1211-1215.

Non-REM sleep จะผูกเกี่ยวกับความเป็นจริง การละเมอเดิน (Sleep walking) พบว่าเกิดใน Non-REM sleep

ชีวเคมีของสมอง

ประมาณ 40ปีมานี้ นักวิทยาศาสตร์เริ่มมีความสนใจเกี่ยวกับสารเคมีในสมองว่าอาจทำให้เกิดอาการทางจิตใจ มีผู้ศึกษาและค้นคว้า ให้สมมติฐานของการเกิดโรคทางจิต โดยเฉพาะ โรคจิตเภท (Schizophrenia)<sup>42</sup> และ โรคจิตทางอารมณ์ (Affective psychoses)<sup>43</sup> ว่าเกี่ยวข้องกับสารเคมีในสมองอย่างไร ในระยะ 10ปีมานี้ก็มีการค้นพบบทบาทของ Neurotransmitter ในสมองส่วนกลาง (Central nervous system) Neurotransmitter ที่มีบทบาทสำคัญเกี่ยวกับพฤติกรรมของมนุษย์เท่าที่ทราบในขณะนี้ประมาณ 10ตัว คือ Acetylcholine, Dopamine, Norepinephrine, Serotonin, Enkephalins, Substance P, Gamma-amino-bu-tyric acid (GABA), Glycine, Glutamic acid, Histamine

ปัจจุบันนี้พบว่าสารเคมีในสมอง คือสาเหตุหลักที่ทำให้ผู้ป่วยมีอาการของโรคจิตเภท โดยอธิบายได้ดังนี้

สารเคมีในสมอง<sup>44</sup> (brain chemicals) หมายถึง สารสื่อประสาทประสาท โดยเป็นสารเคมีที่เซลล์ประสาทสร้างขึ้นมาเป็นส่วนใหญ่ เพื่อทำหน้าที่ในการให้กระแสประสาท(สัญญาณประสาท)จากเซลล์หนึ่งผ่านไปยังอีกเซลล์หนึ่ง

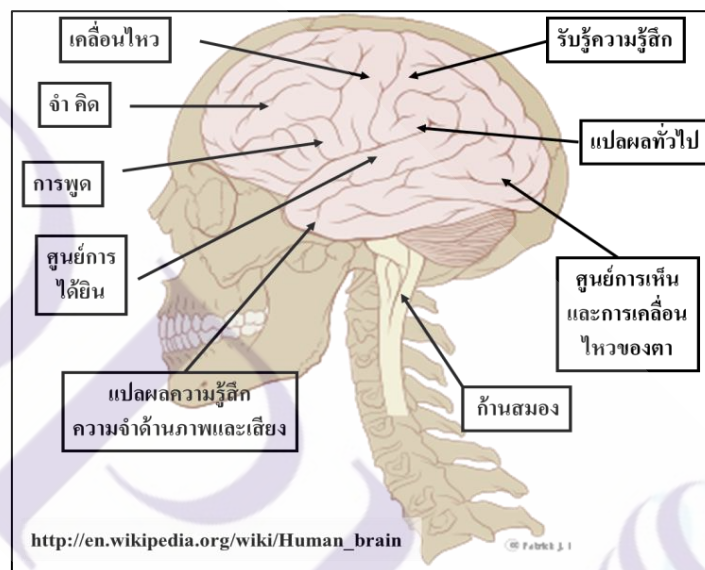
สมองเป็นอวัยวะที่เป็นศูนย์กลางของความรู้สึก นึกคิด จำ การรู้เรื่องต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น รวมทั้งสั่งการให้เกิดการกระทำต่างๆ

<sup>42</sup> Association AP. Diagnostic and statistical manual of menial disorders.4<sup>th</sup> ed. Washington DC: American Psychiatric Association 2000. pp.273-317

<sup>43</sup> รณชัย คงสกนธ์, เมญจมาศ พฤกษ์กานนท์, “รายงานผู้ป่วยใช้ Mirtazapine เกินขนาด 1ราย,” 45(3) วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2543 , น.271-276.

<sup>44</sup> น.พ.เอกชัย, นพ. วรุดิ เจริญศิริ. สารเคมีในสมอง(BRAIN CHEMICALS)สารสื่อประสาท(NEURO TRANSMITTERS).filepowerpoint

ภาพที่ 2.3 ภาพจำแนกการทำงานของสมอง

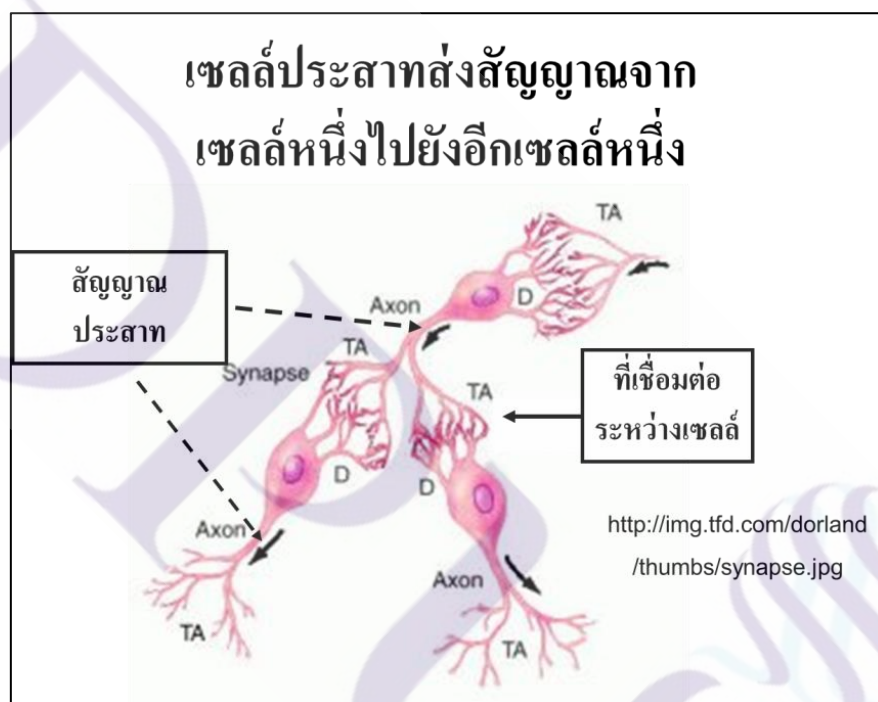


การทำงานของเซลล์ประสาท

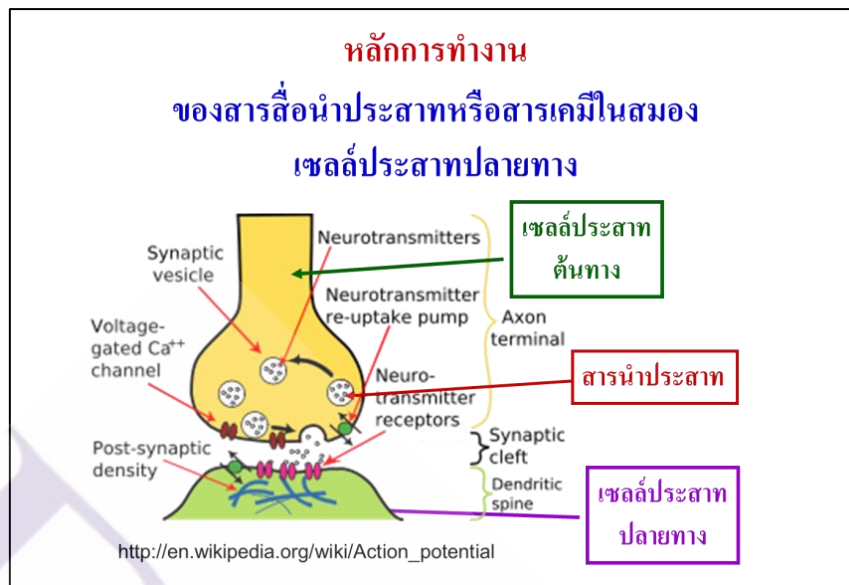
1. ทำให้สามารถรับและส่งกระแสประสาท(สัญญาณ)
2. ร่างกายจะมีระบบควบคุมไม่ให้สารนี้มีมากเกินไป
3. มีระบบดูดสารเคมีกลับมาไว้ที่เซลล์ประสาทส่วนต้น



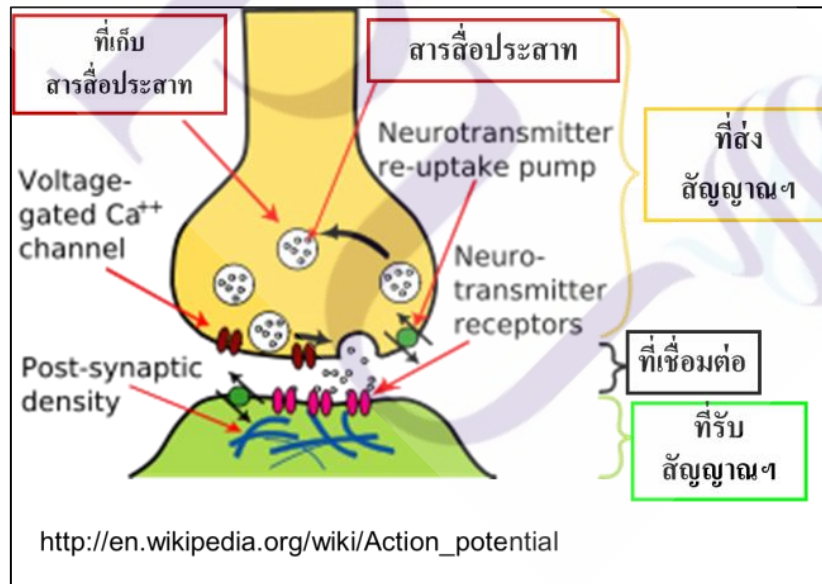
ภาพที่ 2.4 ภาพแสดงการส่งสัญญาณของเซลล์ประสาท



ภาพที่ 2.5 ภาพแสดงหลักการทำงานของสารสื่อประสาทของสมอง



ภาพที่ 2.6 ภาพการทำงานของสารสื่อประสาท



ซึ่งสารแต่ละตัวมีบทบาทในการทำงานของสมองต่างกัน เช่น

ซีโรโทนิน (serotonin) เป็นสารแห่งความสุข ช่วยให้คิดในแง่ดี จิตใจสงบ มีอารมณ์ดี  
ผ่อนคลาย โกรธและก้าวร้าวมากขึ้น หลับง่าย ทานอาหารได้

อาการของการมีซีโรโทนินน้อย คือ ซึมเศร้า กังวล ย้ำคิด ก้าว คัดแรงแม่ดี หงุดหงิด ไม่อดทน คิดฆ่าตัวตาย ความเชื่อมั่นลดลง โกรธง่าย ก้าวร้าว นอนไม่หลับ หลับตื่น

อาการของการมีซีโรโทนินมาก คือ เป็นโรคจิต โรคจิตเภท บ้าคลั่ง อารมณ์ผิดปกติ แปรปรวนปัญหาอ่อนในเด็ก ออติสติก (self-centered or self-focused mental state with no basis in reality) อัลไซเมอร์ เป็นต้น

เกี่ยวข้องกับโรคซึมเศร้า โรคไบโพลาร์ โรคย้ำคิดย้ำทำ โรคแพนิค โรคปวดศีรษะ

ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า อาจมีความผิดปกติอย่างชัดเจน คือ ซีโรโทนิน และนอร์เอปิเนฟริน ลดต่ำลง รวมทั้งอาจมีความผิดปกติของเซลล์รับสื่อเคมี ซึ่งเซลล์สมองจำนวนมากที่ใช้สารซีโรโทนิน และที่เซลล์สมองมีตัวรับซีโรโทนินอยู่หลายชนิด และความเครียดก็มีผลกับสารซีโรโทนิน ยาต้านซึมเศร้าที่ใช้กันจึงออกฤทธิ์โดยการไปปรับสมดุลของระบบสารเคมีเหล่านี้

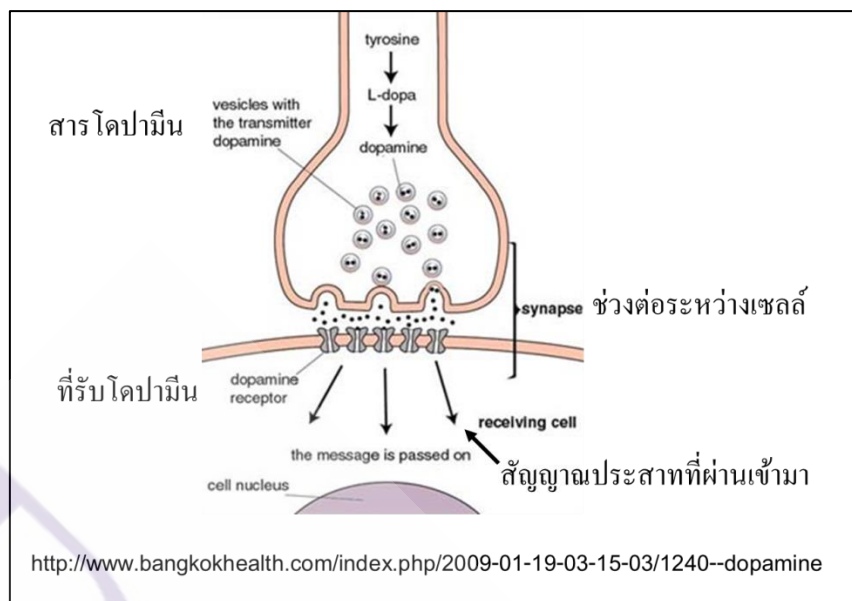
นอร์เอปิเนฟริน (norepinephrine) นอร์เอปิเนฟริน เป็นฮอร์โมนและเป็นสารสื่อประสาทที่ผลิตโดยต่อมหมวกไต เกิดขึ้นในขณะเวลาที่เกิดความกลัวและเครียด

นอร์เอปิเนฟรินเป็นฮอร์โมนและสารเคมีในสมองที่กระตุ้นการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติซิมพาเทติก เป็นผลให้เพิ่มอัตราการเต้นของหัวใจ เพิ่มความดันโลหิต เลือดไปยังกล้ามเนื้อ เพิ่มกลูโคส เพื่อพร้อมที่จะสู้ หรือหนีปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้น ควบคุมความตื่นตัว ความจำ และการเรียนรู้

ถ้าขาดอาจเกิดการความไม่ตื่นตัว ความจำ และการเรียนรู้ก็ลดลง เกี่ยวข้องกับโรคซึมเศร้า โรคไบโพลาร์ โรคแพนิค

โดปามีน (dopamine) เซลล์สมองที่มีโดปามีนมักจะอยู่ที่บริเวณของสมอง(ส่วน basal ganglia) พบว่าผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน มีการตายของเซลล์สมองที่มีโดปามีนทำให้สมองขาดสารโดปามีน การมีโดปามีน น้อยเกินไปจะทำให้เกิดเป็นโรคพาร์กินสัน การให้สารตั้งต้นของโดปามีน คือ L- dopa จะสามารถรักษาอาการของโรคพาร์กินสันได้

ภาพที่ 2.7 ภาพการทำงานของสารโดปามีน



อาการเด่นของพาร์กินสันมี 3 ประการ

คือ อาการสั่น เกร็ง และเคลื่อนไหวช้า อาการสั่น มักเกิดขึ้นขณะอยู่เฉยๆ และสั่นมากเวลาอยู่นิ่งๆ แต่ขณะยื่นมือทำอะไร อาการสั่นจะลดลง หรือหายไป มักเกิดขึ้นที่มือข้างใดข้างหนึ่ง

อาการเพิ่มเติม อาการเกร็ง มักมีอาการเกร็งแข็งแขนขาและลำตัวตึง เคลื่อนไหวช้า รุ่มง่าม ปวดตามกล้ามเนื้อ ทำอะไรช้าลงจากเดิมมาก ไม่ว่องไวเหมือนเดิม สังเกตได้ว่าแขนไม่แกว่ง และผู้ป่วยมักบ่นว่าแขนขาไม่มีแรง นอกจากนี้ยังพบความผิดปกติของท่าทาง และการทรงตัว เช่น หลังค่อม แขนงอ หกล้มง่าย นั่งตัวเอียง ส่วนอาการอื่นๆ ที่มักพบร่วมด้วย ได้แก่ อาการปวดตามกล้ามเนื้อ เนื้อ ชิมเศร้า นอนไม่หลับ สีหน้าเฉยเมย ไม่แสดงอารมณ์ น้ำลายไหล

ผลของการหลั่งสาร โดปามีนออกมา

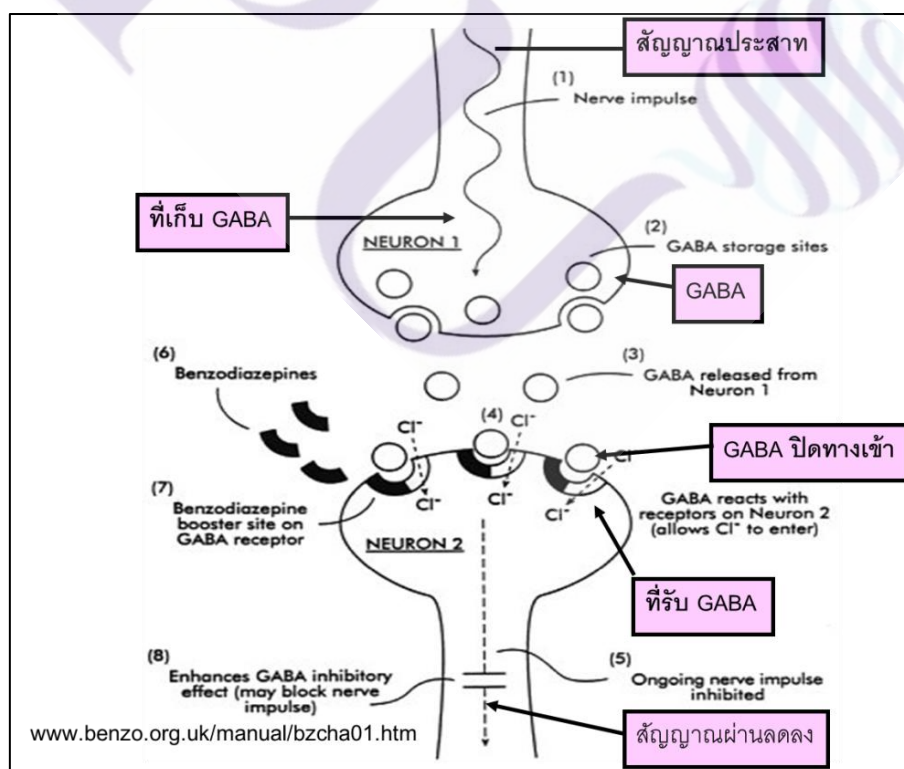
ต้นตอของอารมณ์ กระฉับกระเฉง มีสมาธิมากขึ้น ไวต่อสิ่งกระตุ้นต่างๆ รอบตัว เป็นสารที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมอารมณ์ มีอารมณ์พึงพอใจ ปิติยินดี รักใคร่ชอบพอ เรียบเรียงความนึกคิด และการทำหน้าที่ของสมองในการควบคุมการเคลื่อนไหว

โดปามีนเกี่ยวข้องกับโรคจิตเภท และโรคจิตชนิดอื่นๆ เพราะมีโดปามีนมากเกินไป โดปามีนมากเกินไป จะกระตุ้นให้คิด จนอาจไม่สามารถมีสติควบคุมความคิดของตนเองได้ และอาจเป็นโรคจิตเต็มขั้น โรคจิตเภทที่รุนแรง คือมีโดปามีนในสมองส่วนหน้ามากเกินไป ดังนั้นยาที่ใช้รักษาโรคจิตเภทหลายชนิดจะออกฤทธิ์ต้านสาร โดปามีน นอกจากนั้นสารเสพติด ก็ยังเกี่ยวข้องกับ

โดปามีน สารเสพติดที่กระตุ้นประสาทสมอง ให้หลังโดปามีนมากขึ้น ได้แก่ โคลเคน ผีน เฮโรอีน รวมทั้ง แอลกอฮอล์ และนิโคตินในบุหรี่

กาบ้า (GABA; gamma butyric acid) เป็นสารสื่อประสาทชนิดออกฤทธิ์ยับยั้งกระแส (สัญญาณ) ประสาทที่ผ่านบริเวณเชื่อมต่อระหว่างเซลล์ประสาท จึงให้กระแสประสาทผ่านได้น้อยลง

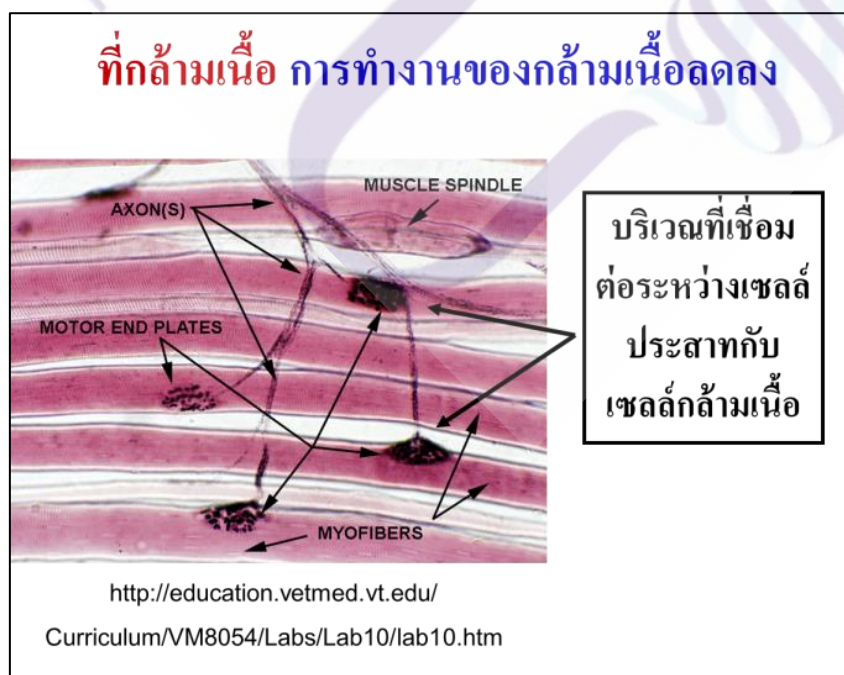
ภาพที่ 2.8 ภาพการทำงานของ GABA



กาบ้าเป็นสารยับยั้ง(inhibitor) เพื่อรักษาสมดุลในสมองที่ได้รับการกระตุ้นทำให้ผ่อนคลายและหลับสบาย ช่วยกระตุ้นต่อมไร้ท่อ (anterior pituitary) ที่ผลิตฮอร์โมนที่ช่วยในการเจริญเติบโต (growth hormone) ทำให้สร้างเนื้อเยื่อ กล้ามเนื้อ กระชับ ป้องกันการสะสมไขมัน เมื่อมีกาบาน้อย สมองก็จะคิดปรุงแต่งมากขึ้น เพราะขาดการยับยั้ง ดังนั้น คนที่มีระดับกาบาในสมองน้อยเกินไป จะมีอาการวิตกกังวล เพราะหยุด หรือควบคุมความคิดของตนเองไม่ได้ดี สารที่กระตุ้นโปรตีนตัวรับกาบา ได้แก่ แอลกอฮอล์ และบาร์บิทูเรต

อะเซทิล โคลีน (acetyl choline) เป็นสารเคมีในสมองชนิดแรกที่ถูกค้นพบที่ไขสันหลัง รอยเชื่อมต่อก้ามเนื้อทั่วร่างกาย กล้ามเนื้อเรียบของอวัยวะภายใน ปมประสาทอัตโนมัติ พาราซิมพาเทติก

ภาพที่ 2.9 หน้าที่ของอะเซทิล โคลีน ความจำ กระบวนการเรียนรู้ ควบคุมพฤติกรรม การเคลื่อนไหว





ถ้ามีอะเซทิลโคลีนในระดับต่ำที่สมอง จะทำให้มีอาการสมาธิสั้น ขี้ลืม ความจำไม่ดี โดยเฉพาะความจำระยะสั้น นอนหลับไม่สนิท โดยเฉพาะในระยะหลับลึก

โรคสมองเสื่อมอัลไซเมอร์ พบว่าในสมองของผู้ป่วยที่เป็นโรคนี้มีปริมาณของ อะเซทิลโคลีนลดลงถึง 90% เกี่ยวข้องกับโรคอัลไซเมอร์

## 2. ขบวนการทางจิตใจและอารมณ์ (Psychodynamic)

ขบวนการทางจิตใจ และอารมณ์ที่มีผลต่อพฤติกรรม และแรงจูงใจ (Motivation) ของคนเป็นสาเหตุอย่างหนึ่ง que เชื่อว่าทำให้เกิดโรคทางจิตใจหลายอย่าง ในที่นี้จะกล่าวถึงขบวนการทางจิตใจ และอารมณ์บางอย่างที่สำคัญเท่านั้น

### การยึดติด และการถอยหลัง (Fixation & Regression)

ในแง่ของพยาธิสภาพ อาการวิกลจริต (Psychoses) และบุคลิกภาพแปรปรวน (Character disorders) ที่เป็นมากๆ อาจสะท้อนให้เห็นผลของการพัฒนาทางจิตใจในระยะนี้

นอกจากการไม่สามารถแยกตนเองออกจากสิ่งแวดล้อม ลักษณะอื่นที่พบด้วย คือ การแตกแยกเป็นส่วนๆ (Fragmentation) ในวัยนี้ ความคิด ภาษา การรับรู้ และสิ่งต่างๆ ยังแตกแยกเป็นส่วนๆ เมื่อโตขึ้นการแตกแยกจะหลอมรวมเข้าด้วยกัน เกิดเป็นเอกลักษณ์ (Identify) เกิดความสามารถที่จะแยกระหว่างตัวเอง กับสิ่งแวดล้อม และสร้างภาษาสำหรับเรียกสิ่งต่างๆ การไม่สามารถหลอมรวมส่วนที่แตกแยกเข้าด้วยกัน เป็นรากฐานของการเกิดโรคจิต

ลักษณะของจิตใจ 2 อย่าง ซึ่งเป็นผลของประสบการณ์ที่ผิดปกติ (Pathological experience) ในระยะของการพัฒนาทางจิตใจอันทำให้เกิดอาการทางจิตอันทำให้เกิดอาการทางจิตดังกล่าวข้างต้น คือ การยึดติด (Fixation) กับการพัฒนาในระยะนั้น และการถอยหลังไปสู่ระยะของการพัฒนาทางจิตใจในวัยที่ต่ำกว่า (Regression) การยึดติด กับการพัฒนาในระยะหนึ่งอาจเป็นผลจากการที่คนเราไม่สามารถผ่านการยุ่งยากที่เกิดขึ้นในวัยนั้นได้ทำให้ไม่พร้อมที่จะเผชิญกับความตึงเครียดในวัยต่อไป ดังนั้นแม้ว่าจะผ่านระยะของการพัฒนานั้นไปแล้ว แต่ความขัดแย้งภายในจิตใจยังคงอยู่ สภาวะเช่นนี้เรียกว่า มีการยึดติด (Fixation) ส่วนการถอยหลัง (Regression) มักเกิดขึ้นเมื่อต้องเผชิญหน้า กับการคุกคาม หรือเมื่อมีความลำบากในการพัฒนาทางบุคลิกภาพของวัยนั้น บุคลิกภาพก็จะถอยหลังไปสู่วัยที่ต่ำกว่าซึ่งช่วยให้ความกังวลลดลง การถอยหลัง หรือการยึดติดนี้ถ้ายังรุนแรง คือติด หรือถอยไปสู่วัยแรกๆ ของชีวิตมากเท่าใด อาการทางจิตก็จะยิ่งรุนแรงขึ้นเท่านั้น

การถอยหลังนี้ ไม่จำเป็นต้องเกิดในทุกส่วนของบุคลิกภาพ ในบางส่วนของผู้ป่วยอาจทำหน้าที่ได้ตามปกติ เช่น คนป่วยที่เป็นโรคจิต และมีการถอยหลังของบุคลิกภาพไปสู่ระยะทารก ทำให้เกิดอาการหลายอย่าง และปฏิบัติหน้าที่ไม่ได้หลายๆด้าน อาจจะสามารถพูดคุยกับใครๆ ได้ อย่างเฉลียวฉลาด และมีความคิดที่เป็นเหตุเป็นผล ดังนั้น ในการประเมินความเจ็บป่วย ต้องให้ความสนใจทั้งสองด้าน คือ ด้านที่ป่วย และด้านที่ยังดีอยู่ (ด้านที่ยังมี Ego strength) เมื่อพิจารณาว่าจะทำหน้าที่ได้เพียงใดในสังคมขณะป่วย อันเป็นประโยชน์ต่อการรักษา

ความกังวล (Anxiety) ในวัยแรก ๆ ของชีวิต

ความกังวลเป็นสัญญาณบอกให้มนุษย์รู้ถึงอันตรายที่จะเกิดจากสภาวะการณ์ต่างๆ ในแต่ละวัยของชีวิต สภาวะที่เป็นอันตรายจะมีลักษณะแตกต่างกัน

อันตรายในวัยทารก คือ “การสูญเสียแม่ หรือผู้ที่เปรียบเสมือนแม่” ทั้งนี้ เนื่องจากทารกต้องพึ่งแม่ทุกอย่างเพื่อการมีชีวิต ความกังวลจึงเกิดกับทารกได้ ถ้าแม่พ้นสายตา ต้องจากไปไกล หรือเสียชีวิต

ต่อจากวัยทารก เป็นวัยที่เด็กมีความเป็นตัวของตัวเองมากขึ้น อันตรายในระยะนี้คือ “การกลัวจะเสียความรักจากพ่อแม่ หรือคนที่เปรียบเสมือนพ่อแม่” ซึ่งเป็นผู้ที่ให้ความรู้สึกปลอดภัยทางร่างกาย และจิตใจแก่เด็ก เพราะฉะนั้น การที่พ่อแม่ไม่ยอมรับ (Disapprove) เด็ก จึงเป็นการคุกคามอย่างหนึ่งที่ทำให้เกิดความวิตกกังวลในเด็ก ส่วนในผู้ใหญ่ที่วิตกกังวลเมื่อมีการจาก หรือเมื่อไม่เป็นที่ยอมรับของผู้อื่น มักพบว่าเคยมีประสบการณ์การสูญเสียของรัก และการสูญเสียความรักในวัยเด็ก

ความกังวลในระยะต่อไป คือเรื่อง “การบาดเจ็บทางร่างกาย” ในเด็กชายจะเจาะจงไปที่อวัยวะเพศเกิดความกังวลกลัวอวัยวะเพศของตนจะถูกตัดตอน (Castration anxiety) ในเด็กหญิงจะเกี่ยวข้องกับการถูกร่วมเพศ (Genital penetration) และการถูกระทำให้ร่างกายชอกช้ำ ยับยีน

ระยะสุดท้าย “การคุกคามจากมโนธรรม หรือ super-ego” เป็นสาเหตุสำคัญของของความวิตกกังวลส่วนหนึ่งของมโนธรรม หรือ Super-ego เกิดจากการตั้งมาตรฐานหรือข้อห้ามของพ่อแม่ อันเป็นเหตุให้เด็กเกิดความกังวล และรู้สึกผิด เมื่อเขาได้กระทำการที่เขาคิดว่าผิด ในคนที่สุขภาพจิตดี Super-ego ของเขาจะมีปริมาณปานกลาง และยึดหยุ่นได้ แต่ในคนที่ป่วยโรคประสาทแบบย้ำคิด ย้ำทำ Super-ego จะมีลักษณะรุนแรง ไม่สามารถผ่อนปรน เพราะฉะนั้น ไม่ว่าเขาจะคิดอะไร หรือทำอะไร Super-ego จะคอยควบคุม และคอยบอกเขาอยู่เสมอว่าสิ่งที่เขาคิด หรือสิ่งที่เขาทำเป็นสิ่งไม่ดี ไม่มีค่า และควรได้รับการลงโทษ

ความกังวลในวัยแรกๆ ของชีวิตดังกล่าว เป็นสิ่งกระตุ้นให้เกิดอาการของโรคประสาท ในความผิดปกติทางจิตแต่ละชนิด ความกังวลในระยะใดระยะหนึ่งมักจะเด่นชัดกว่าความกังวลในระยะอื่น เช่น โรคประสาทแบบซึมเศร้า ความรู้สึกจะเด่นชัด ในขณะที่โรคกร่วมเพศ หรือโรคกามตายด้าน (Impotence) ความกังวลกลัวถูกตัดตอน (Castration anxiety) เป็นลักษณะสำคัญ ความผิดปกติอื่นๆ เช่น อารมณ์เศร้าอย่างรุนแรง โรคประสาทแบบหวาดกลัวหรือการติดยาเสพติด ความกังวลต่อความแยกจาก (Separation anxiety) จะชัดเจนกว่าความกังวลอื่น

#### Primitive anxiety & Panic

ความกังวลในโรคจิตจะ Primitive กว่าที่กล่าวมาข้างต้น และเกิดขึ้นแต่ระยะแรกของการพัฒนาทางบุคลิกภาพที่เดียว นั่นคือ “ความกลัวว่าร่างกายจะถูกทำลาย” ความกลัวนี้จะกว้างขวางและมากมายถึงขนาดที่เรียกว่าตื่นตระหนก (Panic) เป็นผลทำให้เกิดการแตกแยกในหน้าที่ของ Ego จนคนๆ นั้นต้องรวบรวมกลไกป้องกันของจิตใจที่ Primitive ต่างๆ เท่าที่เขามีอยู่มาป้องกันตัวเอง ได้แก่ Projection, Denial และ Regression และทำให้เกิดการถอยหลังไปสู่ระดับของการพัฒนาทางบุคลิกภาพที่ต่ำกว่า การถอยหลัง และการใช้กลไกทางจิตใจซึ่ง Primitive นี้ ทำให้เขาไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ต่างๆ ในชีวิต และเกิดอาการมากมาย แต่เขาก็ยังยอมรับสิ่งเหล่านี้ และรู้สึกว่ายังดีกว่าที่ตัวเองถูกทำลาย

#### 3. สังคม และวัฒนธรรม

ปัญหาทางจิตใจหลายอย่าง ที่เห็นได้ชัดเจนว่าเกี่ยวข้องกับสังคมและวัฒนธรรม เช่น ปัญหาติดยา ปัญหาทางเพศบางอย่าง และโรคที่พบเฉพาะในบางวัฒนธรรม ปัจจุบันมีความหมายรวมไปถึงศาสนาขนบธรรมเนียมประเพณี ระดับเศรษฐกิจ ลัทธิการเมือง และกฎหมายด้วย จิตแพทย์หลายท่านมีความเชื่อว่า วัฒนธรรมและสังคมมีอิทธิพลต่อการพัฒนาทางบุคลิกภาพของคนเราตั้งแต่วัยเด็ก เพราะสังคมและวัฒนธรรมจะฝังอยู่ในตัวบุคคลผู้เลี้ยงดูเด็ก ปัจจุบันนี้อาจเป็นสาเหตุของโรคทางจิต และความสำคัญในแง่การวินิจฉัย ลักษณะทางจิตบางอย่าง บางสังคมถือว่าปกติ ในขณะที่สังคมอื่นถือว่าผิดปกติ หรือแม้ในสังคมเดียวกัน ยุคสมัยก็ยังสามารถวินิจฉัยโรคเปลี่ยนแปลงไป

โดยทั่วไป ปัจจัยทางสังคมที่จิตแพทย์ให้ความสำคัญมากที่สุดทั้งในด้านผู้ก่อปัญหา สร้างความแข็งแกร่ง หรือการรักษา คือครอบครัว โดยเฉพาะปัญหาความรุนแรงในครอบครัว ได้มีการศึกษาวิจัยพบว่า มีความสัมพันธ์กับปัญหาความผิดปกติทางจิตใจของลูกที่เติบโตจากครอบครัวที่มีปัญหาความรุนแรง

#### 4. การเรียนรู้ตามหลักพฤติกรรมศาสตร์

นักพฤติกรรมศาสตร์ได้พยายามอธิบายพฤติกรรมของมนุษย์เกือบทั้งหมด ไม่เฉพาะที่ปกติเท่านั้น แต่ที่ผิดปกติ หรือเป็น โรคด้วย เพราะเขาเชื่อว่าคนที่ป่วย ก็เรียนรู้การเกิดพฤติกรรมวิธีเดียวกับคนปกติ ต่างกันที่พฤติกรรมผิดปกติเป็นผลจากความโศคร้ายในประสบการณ์เรียนรู้ของคนนั้น

การอธิบายพฤติกรรมของมนุษย์ จำเป็นอย่างยิ่งต้องเลือกตัวอย่างให้เหมาะสม พฤติกรรมของมนุษย์เกิดจากหลายวิธี พฤติกรรมบางอย่างอาจเกิดจากโรคทางกาย เช่น โรคเนื้องอกของสมอง บางพฤติกรรมอาจเกิดจากการถูกจัดเป็นเงื่อนไข (Conditioning) เช่น การที่เด็กกลัวสุนัขเกิดจากเคยถูกสุนัขขู่คำรามใส่ หรืออาจเกิดจากหลายๆวิธีผสมกัน เช่น การปฏิกริยาสัมพันธ์ (Interaction) ระหว่างการเรียนรู้ และสาเหตุทางร่างกาย เป็นต้น พฤติกรรมส่วนใหญ่มักเกิดจากหลายๆวิธีรวมกัน

ในบางกรณี พฤติกรรมบางอย่าง เช่น การล้างมือบ่อยๆ เนื่องจากกลัวความสกปรก ก็จัดเป็นอาการย้ำคิดย้ำทำ ซึ่งอาจมีส่วนร่วมมาจากพฤติกรรมการเรียนรู้ และเกี่ยวข้องกับสารเคมีในสมองที่ผิดปกติ<sup>45</sup>

ข้อได้เปรียบหนึ่งของการอธิบายการเกิดพฤติกรรมโดยวิธีการเรียนรู้นี้ คือ เป็นการอธิบายความจริง ที่ได้จากการทดลองวิทยาศาสตร์ และสามารถพิสูจน์ให้เห็นจริงโดยการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมใหม่ให้เป็นอย่างนั้นอย่างนี้ ตามสิ่งเร้าหรือสิ่งแวดล้อมซึ่งเราจัดขึ้นใหม่ได้ พฤติกรรม หรือการตอบสนองที่เกิดขึ้นนั้น สามารถสังเกต วัด หรือนับได้ และผลของการทดลองนี้ก็สามารถพิสูจน์ตามหลักสถิติว่าเชื่อถือได้ หรือไม่เพียงใด

การอธิบายพฤติกรรมที่ผิดปกติ อาจอธิบายในแง่ชีววิทยา ในแง่ขบวนการทางจิตใจ และอารมณ์ (Psychodynamic) หรือสังคม และวัฒนธรรมก็ได้ แต่ในหลายๆ วิธี ดังกล่าว ทฤษฎีการเรียนรู้ ถือว่าเป็นทฤษฎีทางวิทยาศาสตร์ทฤษฎีหนึ่ง เพราะมีรากฐานมาจากการทดลอง มีข้อมูลซึ่งวัด หรือทดสอบได้

#### อาการโรคทางจิต (Symptomatology)

โดยปกติการวินิจฉัยโรคทางกายขึ้น กับสาเหตุ พยาธิสภาพ อาการ และอาการแสดง โรคทางจิตบางอย่าง เช่น โรคจิตที่เกิดจากสภาวะทางร่างกาย (Organic psychotic conditions) ก็อาจ

<sup>45</sup> รมชัย คงสกันธ์, "สาเหตุทางชีวภาพของโรคย้ำคิดย้ำทำ" ใน พฤติกรรมบำบัดในผู้ป่วยโรคย้ำคิดย้ำทำและโรคกลัว. (กรุงเทพมหานคร: ชีบา-ไก๊ ,2536), น.271-276.

ใช้หลักเดียวกันนี้ได้ แต่ส่วนใหญ่แล้วโรคทางจิตใจเกี่ยวข้องกับปัจจัยหลายอย่าง ได้แก่ ปัจจัยทางกรรมพันธุ์ ปัจจัยทางสรีรวิทยา ชีววิทยา และชีวเคมี ปัจจัยทางสังคม และอื่นๆ ซึ่งยังไม่แน่ชัดว่าปัจจัยใดเป็นสาเหตุของโรค นอกจากนั้นจิตพยาธิวิทยาก็ยังไม่แน่ชัด จึงทำให้การวินิจฉัยต้องขึ้นกับอาการ และอาการที่แสดงเป็นสำคัญ ถ้าเข้าได้กับลักษณะที่อธิบายไว้ในโรคใด ก็วินิจฉัยว่าเป็นโรคนั้น โดยทั่วไปอาการ และอาการแสดงของโรคทางจิต จำแนกออกเป็นพวกๆ เพื่อสะดวกในการตรวจ และการวิเคราะห์<sup>46</sup> ได้แก่

1. ผิดปกติในความรู้สึกตัว (Disturbances of consciousness) โดยอาจแบ่งได้เป็น ผิดปกติในระดับความรู้สึกตัว ผิดปกติในการนอนหลับ ความผิดปกติในความตั้งใจ และความผิดปกติเกี่ยวกับการคล้อยตาม
2. ผิดปกติในพฤติกรรม (Disturbances of behavior) เช่น ผิดปกติในพฤติกรรม การเคลื่อนไหว ความไม่สนใจตนเอง และสิ่งแวดล้อม(Withdraw) การถอยหลังไปสู่ระดับของการพัฒนาบุคลิกที่ต่ำกว่า (Regress) และการประพฤตซึ่งแปลกไปจากคนส่วนใหญ่ (Bizarre)
3. ผิดปกติในอารมณ์ (Affect disturbances) แบ่งได้เป็น การแสดงออกของอารมณ์ซึ่งไม่เหมาะสม (Inappropriate affect) การแสดงออกเมื่อพึงพอใจ (Pleasurable affect) การแสดงออกเมื่อไม่พึงพอใจ (Unpleasurable affect) และการแสดงทางอารมณ์อื่นๆ (Other affects)
4. ผิดปกติในการพูด (Disturbances of speech)
5. ผิดปกติในความคิด (Thinking disturbances) แบ่งได้เป็น ความผิดปกติในเนื้อหาของความคิด (Disturbances in content of thought) ความผิดปกติในการควบคุมความคิด ความผิดปกติในกระแสของความคิด (Stream of thought) และ ผิดปกติแบบ (Form)ของความคิด
6. ผิดปกติในการรับรู้ (Perceptual Disturbances) แบ่งได้เป็น ความผิดปกติที่ร่วมกับโรคทางสมอง ความผิดปกติที่ร่วมกับโรคประสาทแบบฮีสทีเรีย ประสาทหลอน (Hallucination) และการแปลความหมายของสิ่งเร้าผิดไป (Illusion)
7. ผิดปกติในความจำ (Disturbances of memory) แบ่งเป็น การลืม (Amnesia) ความผิดปกติในความจำชนิดต่างๆ (Confabulation :Paramnesia, Illusion of memory, Falsification of memory ) ความรู้สึกว่าได้เคยเห็นมาก่อน (Deja vu) การมีความทรงจำมากเกินไป (Hyper amnesia)
8. ผิดปกติในเชาวน์ปัญญา (Disorders of intelligence)

<sup>46</sup> สุวทนา อารีพรกร, ตำราจิตเวชศาสตร์, (กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2524)



แบ่งได้เป็น ปัญญาอ่อน (Mental retardation) และ การเสื่อมของเชาวน์ปัญญาอย่างถาวร (Dementia)

9. อื่น ๆ นอกจากอาการที่กล่าวมาแล้วทั้งหมด การตรวจโรคทางจิตเวชยังต้องคำนึงถึงความรู้จักตน (Insight) และการตัดสินใจ (Judgment) ของผู้ป่วยด้วย การขาดความรู้จักตน และการตัดสินใจเสีย หรือผิดพลาด แสดงให้เห็นถึงความรุนแรงของโรค

#### การจำแนกโรคทางจิตเวช

การจำแนกโรคทางจิตเวชศาสตร์ มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้การสื่อสาร ระหว่างบุคลากรทางการแพทย์ในแง่ของความคิดปกติทางจิตเวชทำได้สะดวกขึ้น แทนที่จะบอกว่าผู้ป่วยมีอาการอะไรบ้างในการเจ็บป่วยครั้งนี้ การสื่อสารกัน แทนว่าผู้ป่วยมาด้วยอาการในกลุ่ม Depressive disorders ก็สามารทำให้มีความเข้าใจตรงกัน นอกจากนี้ยังมีประโยชน์ในด้านการศึกษา และการวิจัยโดยทำให้สามารถศึกษาความคิดปกติแต่ละชนิดได้อย่างเฉพาะเจาะจง ทราบถึงการดำเนินโรค และทำให้มีการพัฒนาแนวทางในการรักษาที่เหมาะสมได้มากขึ้น

การจำแนกโรคทางจิตเวช ได้ประโยชน์ คือ

1. เพื่อความเข้าใจเกี่ยวกับความคิดปกติแต่ละชนิด
2. เพื่อการสื่อสารที่ตรงกันระหว่างผู้ให้การรักษา และผู้รับการรักษา
3. เพื่อการรวบรวมสถิติข้อมูลที่ต้องการ
4. เพื่อการทําวิจัยที่ต้องการในกลุ่มความคิดปกติ แต่ละชนิด

ในระบบการจำแนกโรคทางจิตเวช ที่พัฒนาโดยสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4<sup>th</sup> edition (DSM IV) ได้ระบุหลักในการพิจารณาว่าลักษณะอย่างไรที่จะใช้จำแนกเป็นโรคทางจิตเวชออกจากคนทั่วไป โดยมีแนวทางพิจารณาไว้ ดังนี้

1. เมื่อมีอาการด้านจิตใจ หรือพฤติกรรมที่มีความสำคัญทางคลินิก และอาการเหล่านี้ทำให้บุคคลนั้นเกิดความทุกข์ทรมาน หรือมีความบกพร่องในกิจวัตรต่างๆ หรือมีความเสี่ยงสูงที่จะถึงแก่ชีวิต หรือทุกข์ทรมาน หรือบกพร่องในกิจกรรมต่างๆ หรือมีกิจวัตรด้านต่างๆ จำกัดลงมาก

2. อาการที่เกิดขึ้นต้องไม่เป็นที่สังคมนั้นๆ ยอมรับกันว่าเป็นเรื่องปกติ เช่น อาการซึมเศร้าจากการสูญเสียผู้คนที่รัก พฤติกรรมที่เบี่ยงเบนไปจากค่านิยมด้านการเมือง ศาสนา หรือด้านเพศ หรือเป็นจากความขัดแย้งระหว่างบุคคลนั้นๆ กับสังคมไม่ถือว่าเป็นความคิดปกติทางจิตเวช นอกจากปัญหาเหล่านี้ก่อให้เกิดภาวะดังข้อแรก



ในปัจจุบัน ระบบในการจำแนกโรคที่นิยมใช้กันในปัจจุบันมีอยู่สองระบบ ได้แก่

1. ระบบการจำแนกโรคที่พัฒนาโดยสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ปัจจุบันใช้ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 5 Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5<sup>th</sup> edition (DSM -5) เริ่มใช้ ค.ศ. 2013

2. ระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก International Classification of Diseases and Related Health Problems, 10<sup>th</sup> revision (ICD-10) ปัจจุบันใช้ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 10 เวอร์ชัน 2016 ซึ่งหมวดจิตเวชจะอยู่ในหมวด F00-F99

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) สร้างขึ้นโดยสมาคมจิตแพทย์สหรัฐอเมริกา มีการตีพิมพ์ครั้งแรกในปี ค.ศ. 1952 ในเวลาใกล้เคียงกับ ICD-6 จากนั้นพัฒนาเรื่อยมาจาก DSM-I ถึง DSM-5 ที่ใช้ในปัจจุบัน DSM เหมาะสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ และนักวิจัย สะดวกต่อผู้รักษาในการสร้างโครงสร้างความคิดจากข้อมูล และการสื่อสารกับผู้อื่น สามารถจับความซับซ้อนของภาวะ และบรรยายความหลากหลายของอาการนำ ที่ทำให้ผู้ป่วยแจ้งได้ แม้จะได้รับการวินิจฉัยเดียวกัน อธิบายการเกิดโรค สามารถพยากรณ์ และวินิจฉัยโรคทางจิตได้ดีกว่า ICD มีหลักเกณฑ์ชัดเจนเป็นระบบ ประเมินผู้ป่วยในหลายด้าน ประเมินโรคทางจิต โรคทางกาย ปัญหาทางจิตสังคม สภาพแวดล้อม รวมทั้งความสามารถในการปรับตัว ซึ่งเกณฑ์การวินิจฉัย 2 ระบบนี้ ใช้กันอย่างแพร่หลาย และมีความสอดคล้องกัน ไม่แตกต่างกันมากนัก ส่วนใหญ่สามารถวินิจฉัยผู้ป่วยที่มีอาการเดียวกันได้ ยกเว้นบางกรณี เช่น

ตารางที่ 2.1 ตารางเปรียบเทียบตัวอย่างอาการ และกลุ่มโรคใน DSM-5 กับ ICD-10

โรค	DSM-5	ICD-10
โรคบุคลิกภาพแปรปรวนแบบ ย้ำคิด ย้ำทำ	Obsessive-compulsive Personality disorder	Anankastic Personality disorder
โรคบุคลิกภาพแปรปรวนแบบ คล้ายจิตเภท	Schizotypal personality disorder	Schizotypal disorder

ในการกำหนดรหัสโรคทั้ง ๒ ระบบ มีความแตกต่างกัน ต้องรักษาให้รอบคอบว่าต้องกำหนดรหัสอย่างไร เพราะรหัสโรค หรือชื่อโรคจะเป็นเครื่องมือ ในการสื่อสารระหว่างบุคลากร

ทางการแพทย์ทั่วโลก ใน DSM-5 จะอ้างอิงรหัสโรคใน ICD-10 ไว้ด้วย เช่น โรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (Posttraumatic stress disorder) รหัส DSM 309.81 รหัส ICD-10 F43.10 เป็นต้น

แนวคิดของโรคในปัจจุบัน (โรคซับซ้อน)

โรคส่วนใหญ่มีอาการ (Symptom คือคำบอกเล่าของผู้ป่วย) และอาการแสดง (sign คือสิ่งที่ตรวจพบโดยประสาทสัมผัสของแพทย์) ที่แตกต่างกัน ในระยะแรกที่ยังไม่ทราบสาเหตุ หรือกลไกการเกิดโรค แพทย์มักจับกลุ่มของอาการ และอาการแสดงต่างๆ ของภาวะดังกล่าวเข้าด้วยกัน แล้วเรียกชุดอาการดังกล่าวว่า กลุ่มอาการ (syndrome) แต่เมื่อค้นพบสาเหตุ และ/หรือกลไกการเกิดโรคแล้วแพทย์มักใช้ชื่อโรค (Disease) แทนชุดอาการดังกล่าว เช่น การเคลื่อนไหวช้า (bradykinesia), การมีจังหวะสะดุดในขณะที่ขยับข้อมือ (Cogwheel rigidity) และมือลั่นขณะพัก (Resting tremor) เป็นอาการ และอาการแสดงของ Parkinson's syndrome ซึ่งเมื่อมีการค้นพบว่าเกิดจากเสื่อมของเซลล์ประสาทที่บริเวณ substantia nigra ของสมองที่เร็วกว่าปกติ กลุ่มอาการดังกล่าวก็ถูกเรียกว่า Parkinson's disease แต่ในปัจจุบันมีกลุ่มจำนวนอาการจำนวนไม่น้อยที่ยังไม่ทราบสาเหตุ และกลไกการเกิดโรค กลุ่มอาการเหล่านี้จึงยังคงมีสถานะเป็นกลุ่มอาการต่อไป

ความรู้ และเทคโนโลยีทางการแพทย์มีมากขึ้นตลอดเวลา ในขณะที่ความเชื่อ และค่านิยมของมนุษย์ก็เปลี่ยนแปลงไปตามกาลเวลา และสังคม การตัดสินใจว่าความเปลี่ยนแปลง หรือความแตกต่างใดในร่างกายมนุษย์ควรจัดว่าเป็นโรคจึงมีความยุ่งยากมาก จนบางครั้งก็อาจเปรียบได้กับการตัดสินใจแบบนามธรรม เช่น ความสวย ความพอดี ตัวอย่างที่ชัดเจนประการหนึ่ง คือ Homosexuality ที่จัดว่าเป็นโรค และโรคนี้ถือว่าเป็นโรคทางจิตใจโรคหนึ่งที่ระบุอยู่ใน Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders ฉบับที่ 2 (DSM-II) ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ซึ่งตีพิมพ์ออกมาในปี ค.ศ.1967 แต่เมื่อยุคสมัยเปลี่ยนไป ภาวะ Homosexuality ได้ถูกคัดออกจาก DSM-II-7<sup>th</sup> printing ในปี ค.ศ.1974 และภาวะนี้ไม่ถือว่าเป็นโรคอีกต่อไป นอกจากนี้ยังมีการจัดตั้ง Association of Gay and Lesbian Psychiatrists (AGLP) ขึ้นในปี ค.ศ.1978 อีกด้วย

ผลการศึกษาในระยะหลังพบว่า แม้แต่ในกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ และกลุ่มคนทั่วไปก็มีความเห็นที่แตกต่างในภาวะที่เรียกว่า “โรค”

### 2.3.5 แนวคิดจิตพยาธิวิทยา (Concept of Psychopathology)

จิตพยาธิวิทยา เป็นการศึกษาอย่างเป็นวิทยาศาสตร์เกี่ยวกับอาการทางจิต และโรคทางจิตใจ (Psychological symptoms and mental disorders) จิตพยาธิวิทยาแบ่งได้เป็น 2 สาขาใหญ่ๆ คือ

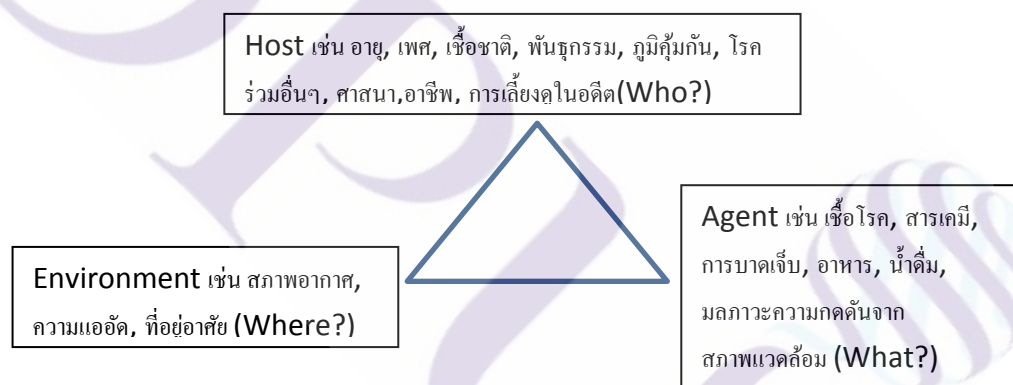
1. จิตพยาธิวิทยาด้านการพรรณนา (Descriptive psychopathology) ซึ่งเน้นการศึกษาอาการ (Symptom) และอาการแสดง (Sign) ทางพฤติกรรมที่แสดงถึงโรคทางจิตใจ ซึ่งแบ่งได้เป็น 2 ประเด็น คือ

1.1 การแยกระหว่างการมี และไม่มีอาการทางจิต

1.2 การจำแนกโรคทางจิตใจ (Classification of mental disorders)

2. จิตพยาธิวิทยาด้านการอธิบาย (Explanatory psychopathology) ซึ่งแบ่งได้เป็น 2 แนว คือ 1 ทฤษฎีทางจิตใจ เช่น Psychoanalytic theory, learning theory, Humanistic existential theory เป็นต้น และ 2 ทฤษฎีการเกิดโรคของ Epidemiological triad ซึ่งแบ่งปัจจัยที่มีผลต่อการเกิด และการรักษาออกเป็น 3 ประการ คือ Host, Agent และ Environment

ภาพที่ 2.10 ภาพแสดงทฤษฎีการโรคของ Epidemiological triad



การแยกระหว่างการมี และการไม่มีอาการทางจิต ตามจิตพยาธิวิทยา (Psychological symptoms)

ในขณะที่การแยกระหว่างการมีและ การไม่มีโรคทางกายมีความยุ่งยาก การแยกระหว่างการมี และการไม่มีอาการโรคทางจิตยิ่งมีความยุ่งยากมากกว่า เพราะในปัจจุบัน อาการทางจิตที่ไม่ได้เกิดจากโรคทางกายเกือบทั้งหมด ไม่สามารถตรวจวัดด้วยอุปกรณ์ทางวิทยาศาสตร์ใดๆ การประเมินจึงต้องทำผ่านการสัมภาษณ์ผู้ป่วย และผู้ดูแล การทดสอบผู้ป่วยด้วยคำถามต่างๆ และการสังเกตอาการแสดงของผู้ป่วย มุมมองหลายประเด็นที่สามารถนำมาใช้ในการระบุว่าพฤติกรรมใดเป็นอาการทางจิต หรือไม่ ประกอบด้วย

1. อาการทางจิตเบี่ยงเบนทางสถิติ (Statistical deviance)
2. อาการทางจิตเบี่ยงเบนทางสังคม (Social deviance)
3. อาการทางจิตเป็นการปรับตัวผิดปกติ (Maladaptive behavior)
4. อาการทางจิตเป็นสิ่งที่ควบคุมไม่ได้ (Dyscontrol)
5. อาการทางจิตทำให้เกิดความทุกข์ทรมานใจ หรือพิการ (Distress and disability)

#### 1. อาการทางจิตเป็นการเบี่ยงเบนทางสถิติ

ตามมุมมองนี้ อาการทางจิตเป็นสิ่งที่เบี่ยงเบนไปจากปกติ และพบไม่บ่อย หรืออาจเรียกได้เป็นภาวะที่ห่างจากค่าเฉลี่ย (average) ข้อดีของมุมมองนี้ คือ ตรงกับสามัญสำนึกของคนในสังคมที่ว่าอาการทางจิตควรเป็นอาการที่พบไม่บ่อย เช่น หูแว่ว (auditory hallucinations) เป็นพฤติกรรมที่พบได้ในคนส่วนน้อยของสังคม หูแว่วจึงเป็นอาการทางจิตประการหนึ่ง ตัวอย่างของอาการทางจิตที่มักใช้ได้ในคนส่วนน้อยของสังคม หูแว่วจึงเป็นอาการทางจิตประการหนึ่ง ตัวอย่างของอาการทางจิตที่มักใช้มุมมองนี้ในการตัดสิน คือ ความฉลาดทางสติปัญญา (intelligence quotient หรือ IQ) เช่น ผู้ที่ทดสอบมุมมองนี้ในการตัดสิน คือ ความฉลาดทางสติปัญญา (intelligence quotient หรือ IQ) เช่น ผู้ที่ทดสอบ IQ แล้วมีคะแนนอยู่ในช่วง 90-110 เป็นผู้ที่มีความฉลาดทางสติปัญญาปกติ

ปัญหาของมุมมองนี้ คือ ความยากลำบากของการวัด เช่น แบบประเมินความฉลาดทางสติปัญญาเป็นสิ่งที่เปราะบางหรือกลุ่มผู้เชี่ยวชาญพัฒนาขึ้น ผู้ใช้แบบประเมินต้องยอมรับก่อนว่าแบบประเมินดังกล่าวมีความแม่นยำในการวัดความฉลาดทางสติปัญญา บ่อยครั้งที่ยุคสมัยเปลี่ยนไปทำให้บรรทัดฐานของสังคมมีการเปลี่ยนแปลง และนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงรายละเอียดของแบบประเมินในที่สุด นอกจากนี้ พฤติกรรมหลายๆ ประการก็วัดเป็นค่าสถิติได้ยาก เช่น อารมณ์ซึมเศร้า หรืออารมณ์ครื้นเครง ต้องมีระดับมากน้อยเพียงใดจึงจะถือว่าเป็นอาการทางจิต

#### 2. อาการทางจิตเป็นการเบี่ยงเบนทางสังคม

แม้ว่าจะคล้ายคลึง กับการเบี่ยงเบนทางสถิติ แต่มุมมองนี้จะให้ความสำคัญ กับบรรทัดฐานทางสังคม หรือวัฒนธรรม (Social or cultural norms) เป็นหลัก ค่านิยม และความเชื่อของผู้คนในสังคมจะถูกนำมาใช้เป็นหลักในการตัดสินว่าพฤติกรรมใดเป็นอาการทางจิต เช่น คนส่วนใหญ่ในสังคมมีความเห็นว่าการเปลือยกายในที่สาธารณะ เป็นอาการทางจิต อย่างไรก็ตาม บรรทัดฐานทางสังคม หรือวัฒนธรรม ก็อาจแตกต่างกันไปได้ตามกาลเวลา หรือกลุ่มชนในสังคม เช่น homosexuality เป็นพฤติกรรมผิดปกติในหลายประเทศในเอเชีย แต่ถือว่าเป็นพฤติกรรมปกติในสังคมตะวันตก

### 3. อาการทางจิตเป็นการปรับตัวผิดปกติ

การปรับตัวเป็นการแสดงถึงประสิทธิภาพของพฤติกรรมมนุษย์ (effectiveness of a person's behavior) ในภาวะที่บุคคลหนึ่งมีความเครียดหรือต้องเผชิญปัญหาในชีวิต บุคคลนั้นต้องมีการปรับตัวทางพฤติกรรม ถ้าการปรับตัวนั้นไม่เป็นประโยชน์ต่อบุคคลนั้น หรือการปรับตัวดังกล่าวทำให้เกิดปัญหา หรือสถานการณ์แย่ลงไปอีก เราอาจเรียกพฤติกรรมนั้นว่าเป็นการปรับตัวที่ผิดปกติ ตัวอย่างของพฤติกรรมที่ใช้การปรับตัวเป็นเกณฑ์หนึ่งในการบ่งชี้ถึงอาการทางจิต คือ โรคการปรับตัวผิดปกติ (adjustment disorder) ซึ่งผู้ป่วยมีการปรับตัวที่ไม่ดีหลังมีเรื่องเครียด เช่น พฤติกรรมทำร้ายตนเองหลังเลิกกับแฟน

มุมมองนี้ไม่เหมาะที่จะใช้อธิบายอาการทางจิตที่เกิดขึ้น โดยไม่มีเรื่องเครียดนำมาก่อน

### 4. อาการทางจิตเป็นสิ่งควบคุมไม่ได้

โดยปกติแล้ว มนุษย์ควรควบคุมพฤติกรรมตนเองได้ ถ้าเมื่อไหร่ควบคุมไม่ได้ พฤติกรรมเหล่านั้นน่าจะถือว่าเป็นอาการทางจิต แนวคิดนี้มักใช้อธิบายพฤติกรรมการเสพติด เช่น การติดสุราเป็นอาการทางจิตเนื่องจากผู้ที่ติดสุราไม่สามารถควบคุมการดื่มของตนเองได้ ปัญหาของมุมมองนี้ คือ การที่ผู้ป่วยไม่ยอมรับว่าตนเองควบคุมพฤติกรรมบางอย่างไม่ได้ เช่น บุคคลหนึ่งดื่มสุรามากจนมีปัญหาต่างๆมากมาย แต่บุคคลนั้นก็ยังเชื่อว่า ตนเองควบคุมการดื่มได้ ในกรณีเช่นนี้ ใครจะเป็นคนตัดสินว่าพฤติกรรมดังกล่าวควบคุมไม่ได้

### 5. อาการทางจิตทำให้เกิดความทุกข์ทรมานใจ หรือพิการ

ผู้ป่วยทางจิตใจที่แสวงหาการรักษา มักมีอาการทางจิตที่รุนแรงพอ ที่จะทำให้รู้สึกทุกข์ทรมาน หรือไม่สามรถใช้ชีวิตได้ตามปกติ เช่น ผู้ป่วยที่ล้างมือบ่อยมากจนผู้ป่วยเองก็รู้สึกทุกข์ทรมานใจ แต่ก็ไม่สามารถหักห้ามตนเองได้ ผู้ป่วยที่ซึมเศร้ามากจนไม่ไปเรียน หรือไม่ไปสอบจนทำให้มีปัญหาด้านการเรียนอย่างมาก เป็นต้น โรคทางจิตใจส่วนใหญ่ใช้มุมมองนี้ในการวินิจฉัยโรค

ปัญหาของมุมมองนี้คือ แต่ละคนมีความอดทนต่ออาการทางจิตที่ไม่เท่ากัน และในกรณีที่ผู้ป่วยรู้สึกทุกข์ทรมาน หรือพิการเพียงเล็กน้อยจากพฤติกรรมบางอย่าง ก็อาจตัดสินได้ยากกว่าพฤติกรรมนั้น ควรจัดว่าเป็นอาการทางจิตหรือไม่ เช่น ภาวะซึมเศร้า หลังญาติเสียชีวิต เป็นต้น

### 6. โรคทางจิตใจ (Mental Disorders)

ในระบบ DSM-5 โรคทางจิตใจ (Mental disorder) คือ กลุ่มอาการที่รบกวนการรับรู้ (Cognition), การควบคุมอารมณ์ (mood regulation) หรือพฤติกรรม (Behavior) ของบุคคลหนึ่งอย่าง มีนัยสำคัญทางคลินิก โดยสังเกตได้ว่ามีการทำงานที่ผิดปกติ (Dysfunction) ของขบวนการด้านจิตใจ

, ชีวภาพ หรือพัฒนาการ โรคทางจิตใจมักสัมพันธ์กับความทุกข์ทรมาน (Distress) หรือความพิการ (Disability) อย่างมีนัยสำคัญในด้านการเข้าสังคม, อาชีพ และกิจกรรมอื่นๆที่สำคัญ

#### 2.4 ทฤษฎีการลงโทษคนวิกลจริต

คนวิกลจริตเป็นบุคคลที่ถูกหมายขกเว้นโทษทางอาญาให้ (Excuse-Discernment) เนื่องจากผู้กระทำ ไม่รู้ถึงสภาพการกระทำของตนเอง ซึ่งอาจเกิดจากอาการป่วยทางจิตของบุคคลผู้นั้น หรืออาจเกิดจากการกระทำผิดในขณะที่ไม่สามารถรู้ผิดชอบ หรือไม่สามารถบังคับตนเองได้<sup>47</sup> หรืออาจเกิดจากความโง่เขลาเบาปัญญาของผู้กระทำ ทำให้ไม่สามารถรู้สภาพของการกระทำของตน หรือไม่รู้ว่าการกระทำของตนดีหรือชั่ว ถูกหรือผิด และไม่รู้ถึงผลร้ายที่จะได้รับจากการกระทำ ความผิด สามารถแยกพิจารณาได้ ดังนี้

1. ความหมายของ ผู้มีจิตบกพร่อง โรคจิต หรือจิตฟั่นเฟือน

มาตรา 65 แห่งประมวลกฎหมายอาญา บัญญัติว่า

“ผู้ใดกระทำความผิดในขณะที่ไม่สามารถรู้ผิดชอบหรือไม่สามารถบังคับตนเองได้ เพราะมีจิตบกพร่อง โรคจิตหรือจิตฟั่นเฟือน ผู้นั้นไม่ต้องรับโทษสำหรับความผิดนั้น

แต่ถ้าผู้กระทำความผิดยังสามารถรู้ผิดชอบอยู่บ้าง หรือยังสามารถบังคับตนเองได้บ้าง ผู้นั้นต้องรับโทษสำหรับความผิดนั้น แต่ศาลจะลงโทษน้อยกว่าที่กฎหมายกำหนดไว้ สำหรับความผิดนั้นเพียงใดก็ได้”

47

Gunn. John and Taylor. Pamela J. Forensic Psychiatry: Clinical, Legal & ethical Issues, (CRC press Taylor & Francis Group : Butterworth-Heinemann Medical, 2014), pp.29-37.



เมื่อพิจารณาจากบทบัญญัติดังกล่าว คนวิกลจริต หมายถึง ผู้ที่กระทำความผิดในขณะที่ไม่สามารถรู้ผิดชอบ หรือไม่สามารถบังคับตนเองได้ เพราะมีจิตบกพร่อง โรครจิต หรือจิตฟั่นเฟือน (Not guilty by reason of insanity)<sup>48</sup> ซึ่งแยกพิจารณาได้ดังนี้

จิตบกพร่อง คือ ปัญญาอ่อน (Mental retardation)<sup>49</sup> ผู้ที่มีความหลงผิด (Delusion) ประสาทหลอน (Hallucination) และแปลผิด (Illusion)<sup>50</sup> ผู้ที่สมองไม่เจริญเติบโตตามวัย หรือสมองบกพร่องมาตั้งแต่กำเนิด

ฎีกาที่ 3106/2535<sup>51</sup> จำเลยเป็นคนปัญญาอ่อน กระทำผิดโดยใช้อวัยวะของจำเลยที่ อวัยวะเพศของผู้เสียหาย แต่ได้รับความจากแพทย์ผู้รักษาจำเลยว่า จำเลยเป็นโรคครีทิน ซึ่งเกิดจาก ไทรอยด์ฮอร์โมนมาตั้งแต่กำเนิด การเจริญเติบโตทางร่างกาย และสติปัญญาช้ากว่าอายุจริง จำเลยเดินได้เมื่อตอนอายุ 7ปี พูดเป็นประโยคได้เมื่ออายุ 9ปี เมื่ออายุ 11ปี 11เดือน มีความสามารถทาง สติปัญญาเท่ากับเด็ก 5ปี มีระดับไอคิวต่ำกว่าเด็กปกติ เรียนซ้ำชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 อยู่เป็นเวลา 5ปี จากการตรวจก่อนเกิดเหตุ 2เดือน สติปัญญาช้า แพทย์ยืนยันว่า จำเลยไม่รู้จักเหตุผล ไม่มี การวางแผน ไม่มีความรับผิดชอบ จะต้องรักษาตัวไปตลอดชีวิต ไม่มีทางหายขาดได้ ทั้งปรากฏว่าจำเลย ไม่ชอบเล่นกับเด็กวัยเดียวกัน ดังนี้ข้อเท็จจริงฟังได้ว่า จำเลยกระทำผิดไปในขณะที่ไม่สามารถรู้ผิดชอบ เพราะจิตบกพร่องด้วยป่วยเป็นโรคปัญญาอ่อนมาแต่กำเนิด จึงไม่ต้องรับโทษ

โรครจิต คือ สมองเป็นโรค

ฎีกาที่ 371/2527<sup>52</sup> จำเลยเป็นโรครจิตจากพิษสุรากำเริบ มีอาการประสาทหลอน กลัวจะถูกทำร้ายขณะคุยกับภริยา จำเลยใช้มีดฟันคอ และทำร้ายผู้ตาย มีคนพบจำเลยนั่งงุนงองอยู่ใกล้ๆ ดังนี้ ศาลเห็นว่าจำเลยกระทำความผิดขณะไม่สามารถรู้ผิดชอบ ไม่สามารถบังคับตนเองได้ เพราะโรครจิตจากพิษสุรา จำเลยไม่ต้องรับโทษ ตามประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 288 ประกอบกับมาตรา 65 วรรคแรก

<sup>48</sup> Williams. Katherine S., Textbook on criminology (Oxford University Press: Oxford , 2004,) pp.209.

<sup>49</sup> วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์, “วิกลจริต จิตบกพร่อง โรครจิต จิตฟั่นเฟือน ในแง่กฎหมาย,” วารสารอัยการ เล่ม 13, น.42, (สิงหาคม 2533).

<sup>50</sup> จิตติ เกษมศิริวัฒน์, “ปัญหากฎหมายเรื่องความรับผิดชอบของบุคคลวิกลจริต,” บทบัญญัติ เล่มที่ 57, น.144, (มีนาคม 2544).

<sup>51</sup> คำพิพากษาฎีกาที่ 3106/2535 (สงเสริม.), น.142.

<sup>52</sup> คำพิพากษาฎีกาที่ 371/2527 (เนติ.) น.243.

โรคจิตรวมไปถึง ความบกพร่องแห่งจิตที่เกิดจากโรค<sup>53</sup>

ฎีกาที่ 733/2521<sup>54</sup> ข้อเท็จจริงฟังได้ว่า จำเลยกับพวกได้ร่วมลักขโมยรถยนต์ของผู้เสียหายไปจริง ปัญหาที่ว่าจำเลยกระทำผิดขณะมีโรคจิต นายแพทย์ผู้ตรวจสุขภาพจิตของจำเลยซึ่งศาลเรียกมาเป็นพยานเบิกความในศาลว่า จำเลยเป็นโรคจิต ไม่เป็นคนปกติ คือไม่สามารถรับรู้สภาพความเป็นจริงได้เป็นปกติ ทำอะไรอาจจะผิดวิสัย จำเลยจะอยู่ร่วมกับบุคคลอื่นได้อย่างลำบาก หากมิได้รับการรักษา อาจทำความเดือดร้อนให้กับสังคม โดยคิดว่าสิ่งที่ตนกระทำไปนั้นถูกต้อง และอาจจะเป็นมาแล้วเป็นเดือน หรือเป็นปีก็ได้ เห็นว่านายแพทย์มิได้เบิกความยืนยันว่าอาการโรคจิตเภทนี้เกิดขึ้นเป็นบางเวลา จึงต้องฟังเป็นว่าอาการของโรคนี้เป็นติดตัวจำเลยไปจนกว่าจะได้รับการบำบัดให้หาย และมารดาจำเลยเบิกความว่า จำเลยเป็นโรคปัญญาอ่อนมาตั้งแต่เด็ก มีอาการผิดปกติจากบุคคลธรรมดา

ในทางการแพทย์โรคทางจิตเวช หมายถึง โรคต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับจิตใจ และจิตใต้นั้น หมายถึง ส่วนที่เกี่ยวข้องกับความคิด อารมณ์ ความรู้สึก บุคลิกภาพ ความจำสติปัญญา การรับรู้ การรู้จักตนเอง และการตัดสินใจ<sup>55</sup> โดยสามารถแบ่งกลุ่มโรคจิตออกเป็น 2กลุ่ม คือ<sup>56</sup>

1. กลุ่มโรคจิตสมองพิการ (Psychosis associated with organic brain syndrome or organic psychotic conditions) โรคในกลุ่มนี้ได้แก่ โรคจิตที่เกิดจากโรคของสมองเป็นส่วนใหญ่ เช่น โรคจิตจากโรคซิฟิลิสของสมอง (Psychosis with syphilis of central nervous system) โรคจิตจากสมองเสื่อม (Senile psychosis) เป็นต้น

2. กลุ่มโรคจิตที่ไม่เกี่ยวกับภาวะทางร่างกาย (Psychosis not attributed to physical conditions or non-organic psychosis) โรคจิตกลุ่มนี้เป็นความผิดปกติของจิตใจโดยเฉพาะ เช่น โรคจิตเภท (Schizophrenia) โรคอารมณ์แปรปรวน (Major affective disorder) โรคระแวง (Paranoid State) เป็นต้น

จิตฟั่นเฟือน คือ สมองแปลผิด จิตหลอน หูแว่ว หวาดระแวง<sup>57</sup> หรือผู้ที่มีความหลงผิด ประสาทหลอน และแปลผิด<sup>58</sup>

53 รมชัช กงสกันธ์, นฤมล โพธิ์แจ่ม, “ผู้ป่วยจิตเภท คดีฆ่าผู้อื่นโดยเจตนา รอการลงโทษ”, เล่มที่ 49 วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, น.307 (2547).

54 คำพิพากษาฎีกาที่ 733/2521 (เนติ) น.267.

55 สุวทันนา อารีพรกรรม, ความผิดปกติทางจิต(กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2524),น.1.

56 นवलจันทร์ ทศนชัยกุล, อาชญาวิทยาคลินิก, (กรุงเทพมหานคร: โอเดียนสโตร์, 2530) ,น.43.

ฎีกาที่ 371/2527<sup>59</sup> ก่อนเกิดเหตุ จำเลยได้เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลประสาท ขณะเกิดเหตุอาการป่วยจากโรคพิษสุรากำเริบขึ้นอีก มีอาการประสาทหลอน หวาดระแวง กลัวคนจะทำร้าย ผู้ตายซึ่งเป็นภริยาอยู่กินด้วยกันมา ไม่เคยทะเลาะวิวาทบาดหมางกัน จึงพาจำเลยไปรักษาที่บ้านบิดาจำเลย ขณะนั่งคุยกันอยู่ที่แคร่ไม้ข้างล่าง จำเลยใช้มีดเชือดคอและฟันทำร้ายผู้ตาย มีคนพบเห็นจำเลยนั่งงุนงงอยู่ใกล้ ๆ ดังนี้ จำเลยได้กระทำผิดในขณะที่ไม่สามารถรู้สึกชอบ และไม่สามารถบังคับตนเองได้ เพราะโรคจิตจากพิษสุรา จำเลยไม่ต้องรับโทษในความผิด ตามประมวลกฎหมายอาญามาตรา 288 ประกอบมาตรา 65 วรรคแรก

หากความไม่รู้สึกชอบ หรือไม่สามารถบังคับตนเองได้ เกิดจากสาเหตุอื่น ๆ ซึ่งมีไม่เกิดจาก จิต บกพร่อง โรคจิต หรือจิตฟั่นเฟือน ก็ไม่อยู่ในความหมายของมาตรา 65

ฎีกาที่ 834/2520<sup>60</sup> จำเลย เป็น โรคเปลี่ยนวัย คือ ประจำเดือนหมด มีอาการหงุดหงิด อารมณ์ฉุนเฉียว ถ้ามีอาการมากอาจฆ่าตัวตาย หรือกระทำในสิ่งไม่น่ากระทำได้ เมื่อแพทย์ให้ยาไปรับประทาน อาการก็ทุเลาลง จำเลยสามารถดำเนินธุรกิจ และนำเงินไปฝากธนาคารด้วยตนเองก่อนจะยิงโจทก์ร่วม จำเลยได้ด่าว่าโจทก์ร่วม หลังเกิดเหตุแล้ว จำเลยให้การรับสารภาพในชั้นสอบสวน นำพนักงานสอบสวนชี้ที่เกิดเหตุ และแสดงท่าทางให้ถ่ายภาพประกอบคำรับสารภาพโดยตลอด แสดงว่าจำเลยมีความรู้สึกผิดชอบดีเช่นบุคคลธรรมดาทั่วไป จะอ้างว่ายิงโจทก์ร่วมในขณะที่ไม่รู้สึกผิดชอบ หรือไม่สามารถบังคับตนเองได้นั้นหาได้ไม่

ความหมายของนิติจิตเวชศาสตร์

คำว่า “นิติจิตเวชศาสตร์” ในภาษาอังกฤษจะเรียกชื่อวิชานี้ได้หลายคำต่าง ๆ กัน เช่น คำว่า Law and Psychiatry หรือ Social Legal Psychiatry แต่ในทางแล้วมักจะใช้คำว่า “Forensic Psychiatry” ซึ่งคำว่า “Forensic” มาจาก “Forum” ในภาษาโรมัน หมายถึง ที่สาธารณะหรือตลาดซึ่ง

57 ทีวีเกียรติ มีนะกนิษฐ์. ประมวลกฎหมายอาญา ฉบับอ้างอิง, พิมพ์ครั้งที่ 14 (กรุงเทพมหานคร: วิญญูชน, 2546), น.135.

58 รณชัย คงสกนธ์, นฤมล โพธิ์แจ่ม. “ผู้ป่วยจิตเภท คดีฆ่าผู้อื่นโดยเจตนา รอลงโทษ,” เล่มที่ 49 วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, น.307(2547).

59 คำพิพากษาที่ 371/2527 (เนติ) น.243.

60 คำพิพากษาที่ 834/2520 (เนติ), น.467.

ในสมัยนั้นเป็นแหล่งที่เกิดการพิพาทและตัดสินคดีความกัน ต่อมาเริ่มมีห้องห้องพิจารณาคดี โดยเฉพาะจึงหมายถึงการอภิปราย หรือให้ปากคำในกระบวนการยุติธรรม<sup>61</sup>

คำว่า “Psychiatry” คือการศึกษาเกี่ยวกับโรคหรือความผิดปกติในทางจิตเวชซึ่งโรคหรือความผิดปกติในทางจิตเวช ซึ่งบางครั้งแยกจากภาวะปกติได้ไม่ชัดเจน เนื่องจากอาการที่เกิดขึ้นเป็นการเบี่ยงเบนของอารมณ์ ความคิดและพฤติกรรม ซึ่งเรียกว่า “นิติจิตเวชศาสตร์”

ดังนั้น “Forensic Psychiatry” หรือ “นิติจิตเวชศาสตร์” จึงหมายถึง การนำเอาวิชาการทางจิตเวชศาสตร์ไปประยุกต์ใช้ในกระบวนการพิจารณาคดีตัดสินคดีความทางศาลในกระบวนการยุติธรรม ซึ่งในกรณีที่ผู้ต้องหา จำเลย หรือนักโทษ ที่เป็นผู้กระทำความผิดถูกต้องสงสัยว่าเป็นผู้ป่วยทางจิตเวช หรือมีปัญหาทางจิตเวชในขณะที่กระทำความผิด หรือในระหว่างถูกดำเนินคดี ซึ่งเป็นผลมาจากการเป็นผู้ป่วยทางจิตเวช หรือมีปัญหาทางจิตเวชนั้น จะก่อให้เกิดผลทางกฎหมายคือ อาจได้รับการยกเว้นโทษ หรือได้รับโทษน้อยลง หรือระงับการดำเนินคดีจนกว่าจะหายเป็นปกติ

งานนิติจิตเวช เป็นการตรวจสภาพจิตของผู้ป่วยที่มีคดี โดยอาจเป็นผู้เสียหายเองหรืออาจเป็นผู้ต้องหา แต่โดยหลักแล้วคือ การตรวจสภาพจิตว่ามีความผิดปกติอย่างไรหรือไม่ ขณะที่กระทำความผิดมีสภาวะของจิตเป็นเช่นใด ซึ่งในการตรวจในลักษณะนี้ต้องใช้แพทย์เฉพาะทางคือจิตแพทย์<sup>62</sup> การตรวจก็ไม่สามารถกระทำได้โดยวิธีง่ายๆ คนไข้ต้องถูกตรวจโดยผู้เชี่ยวชาญเป็นทีม มีกระบวนการซับซ้อนซึ่งต้องใช้เวลา<sup>63</sup> และยังมีวิชาการทางจิตเวชศาสตร์ที่นำมาประยุกต์ใช้ ในปัจจุบันงานนิติจิตเวชนอกจากจะเกี่ยวข้องในเรื่องการตรวจวินิจฉัย การรายงาน และการเป็นพยานในกฎหมายอาญาแล้ว ยังรวมถึงการตรวจวินิจฉัย การบำบัดรักษา แก้ไขฟื้นฟูผู้กระทำความผิด ทั้งในกฎหมายอาญา กฎหมายแพ่ง และกฎหมายอื่นๆ นอกจากนี้ งานนิติจิตเวชศาสตร์ยังให้บริการทางสังคมนอกเหนือจากกฎหมายขึ้นเป็นลำดับ<sup>64</sup>

สำหรับความหมายของนิติจิตเวชศาสตร์ มีผู้ให้ความหมายไว้หลายท่าน ดังนี้

61 รัชชัช คงสกนธ์. “นิติจิตเวช” ในจิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี พิมพ์ครั้งที่ ๒. กรุงเทพมหานคร: บริษัทบิยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์, 2548: น.471-481.

62 รัชชัช คงสกนธ์, นฤมล โพธิ์แจ่ม, “ผู้ป่วยจิตเภท คดีฆ่าผู้อื่นโดยเจตนา รอรอการลงโทษ,” เล่มที่ 49 วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2546, น.325-311 (2547).

63 พรทิพย์ โรจนสุนันท์, นิติเวชศาสตร์การชันสูตรศพ, พิมพ์ครั้งที่ 4 (กรุงเทพมหานคร: วิญญูชน, 2545) น.16.

64 รัชชัช คงสกนธ์. “นิติจิตเวช” ใน จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี พิมพ์ครั้งที่ 2. (กรุงเทพมหานคร: บริษัท บิยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์, 2548), น.471-481.

นายแพทย์ ประทักษ์ ลิขิตเลอสรวง<sup>65</sup> ได้อธิบายว่า “นิติจิตเวชศาสตร์ คือ วิชาที่นำเอาวิชาการทางจิตเวชมาประยุกต์เพื่อประโยชน์แก่กระบวนการยุติธรรม และสังคม”

แสวง บุญเฉลิมวิภาส และ อเนก ขมจินดา<sup>66</sup> ได้อธิบายว่า “วิชานิติจิตเวช เป็นวิชาที่เกี่ยวข้องเนื่องกันระหว่างศาสตร์ทางจิตเวช และกฎหมาย”

ทรงฉัตร โดษยานนท์ และ ณรงค์ สิงห์ประเสริฐ<sup>67</sup> ได้อธิบายว่า “นิติจิตเวช (Forensic Psychiatry) เป็นวิชาซึ่งนำเอาความรู้ทางจิตเวชศาสตร์ไปใช้เพื่อประโยชน์ของกระบวนการยุติธรรม”

พรทิพย์ โรจนสุนันท์<sup>68</sup> ได้อธิบายว่า “นิติจิตเวช (Forensic Psychiatry) เป็นการตรวจสภาพจิตของผู้ป่วยที่มีคดี โดยอาจเป็นผู้เสียหายเอง หรือผู้ต้องหา”

นายแพทย์เกียรติภูมิ วงศ์รจิต<sup>69</sup> ได้อธิบายว่า “นิติจิตเวช เป็นวิชาแขนงหนึ่งของจิตเวชศาสตร์ ซึ่งเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ที่ไปประกอบอาชญากรรมว่า มีความผิดปกติมากน้อยเพียงใด และกล่าวถึงความรับผิดชอบ (Responsibility) ของผู้นั้นต่อกฎหมายต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ความสามารถ (Competency) ในการทำสัญญาหรือพินัยกรรม รวมถึงผู้เกี่ยวข้องในการดูแลรักษา หรือการให้การพยาบาลต่อผู้ป่วยด้วย”

โดยสรุป นิติจิตเวช (Forensic Psychiatry) เป็นการนำเอาหลักวิชาการทางจิตเวชศาสตร์ไปประยุกต์ใช้เพื่อประโยชน์ต่อกระบวนการยุติธรรม

กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับคนวิกลจริต

กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับคนวิกลจริตของไทยในปัจจุบันนั้นอาจแบ่งได้เป็น 2 มาตรการหลัก คือ กฎหมายที่กำหนดมาตรการการป้องกันก่อนมีความเสียหายเกิดขึ้นและกฎหมายที่กำหนดมาตรการแก้ไขภายหลังมีความเสียหายเกิดขึ้นแล้ว

1. กฎหมายที่กำหนดมาตรการการป้องกันก่อนมีความเสียหายเกิดขึ้น

<sup>65</sup> ประทักษ์ ลิขิตเลอสรวง, ตำราจิตเวชศาสตร์ สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, (กรุงเทพมหานคร : มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2536), น.1079.

<sup>66</sup> แสวง บุญเฉลิมวิภาส และอเนก ขมจินดา, กฎหมายการแพทย์, (กรุงเทพมหานคร: วิญญูชน, 2540), น. 97.

<sup>67</sup> ทรงฉัตร โดษยานนท์ และณรงค์ สิงห์ประเสริฐ, นิติเวชศาสตร์, (กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ 2519), น. 2.

<sup>68</sup> รณชัย คงสกนธ์, “นิติจิตเวช” ในจิตเวชศาสตร์ งามาธิบดิน, พิมพ์ครั้งที่ 2 (กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์บริษัท บี ขอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์, 2548), น.16.

<sup>69</sup> เพิ่งอ้าง, น.471-481.



กฎหมายที่กำหนดมาตรการการป้องกันก่อนเกิดผลร้ายขึ้นกับตัวผู้ป่วยหรือผู้อื่นมีหลายฉบับด้วยกัน

### 1.1 ประมวลกฎหมายอาญา

มาตรา 373 บัญญัติว่า “ผู้ใดควบคุมดูแลบุคคลวิกลจริต ปล่อยปละละเลยให้บุคคลวิกลจริตนั้นออกเที่ยวไปโดยลำพัง ต้องระวางโทษปรับไม่เกินห้าพันบาท” ประกอบมาตรา 6 พระราชบัญญัติแก้ไขเพิ่มเติมประมวลกฎหมายอาญา ฉบับที่ 22 พ.ศ. 2558

กฎหมายมาตราดังกล่าวข้างต้น มีไว้เพื่อให้ผู้ที่ควบคุมบุคคลวิกลจริตให้ดูแลบุคคลจิตด้วยความระมัดระวัง เพราะการปล่อยปละละเลยอาจก่ออันตรายแก่วิกลจริตเอง หรือบุคคลอื่นได้แม้ยังไม่เกิดผลร้ายใดๆ ขึ้นเลย ผู้ควบคุมดูแลบุคคลวิกลจริตก็ต้องรับผิดชอบแล้ว

### 1.2 พระราชบัญญัติราชทัณฑ์ พ.ศ. 2479

มาตรา 14 บัญญัติว่า “ห้ามมิให้ใช้เครื่องพันธนาการแก่ผู้ต้องขัง เว้นแต่

(2) เป็นบุคคลวิกลจริต หรือจิตไม่สมประกอบอันอาจเป็นอันตรายต่อผู้อื่น...”

โดยหลักแล้ว กฎหมายราชทัณฑ์บัญญัติห้ามใช้เครื่องพันธนาการแก่ผู้ต้องขัง แต่หากผู้ต้องขังเป็นบุคคลวิกลจริต หรือจิตไม่สมประกอบอันอาจเป็นอันตรายต่อผู้อื่น กฎหมายก็ให้อำนาจเจ้าหน้าที่เรือนจำใช้เครื่องพันธนาการแก่ผู้ต้องขังได้ ทั้งนี้ เพื่อป้องกันมิให้เกิดอันตรายแก่ผู้อื่น

### 3. พระราชบัญญัติว่าด้วยวินัยตำรวจ พ.ศ. 2477

มาตรา 9 บัญญัติว่า “... จำขัง คือ ขังในที่ควบคุม และจะใช้เครื่องพันธนาการแก่ผู้ต้องจำขังได้เฉพาะเมื่อผู้บังคับบัญชาตั้งแต่ชั้นผู้บังคับกองขึ้นไปสั่งในกรณีต่อไปนี้...

(2) เมื่อผู้ต้องจำขังมีอาการแสดงให้เห็นว่า เป็นบุคคลวิกลจริต หรือจิตฟั่นเฟือนไม่สมประกอบ อันอาจเป็นอันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่น...”

บทบัญญัติดังกล่าวมีสาระสำคัญคล้ายๆกับหลักการตามที่กำหนดไว้ในมาตรา 14 แห่งพระราชบัญญัติราชทัณฑ์ กล่าวคือให้อำนาจผู้บังคับกองมีอำนาจใช้เครื่องพันธนาการแก่ตำรวจผู้ได้บังคับบัญชาที่ถูกลงโทษทางวินัยชนิดจำขัง ในกรณีผู้ต้องจำขังมีอาการแสดงให้เห็นว่า เป็นบุคคลวิกลจริต หรือจิตฟั่นเฟือนไม่สมประกอบ อันอาจเป็นอันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่น ทั้งนี้ เพื่อป้องกันมิให้เกิดอันตรายต่อผู้วิกลจริตเองรวมทั้งต่อผู้อื่นด้วย

### 2. กฎหมายที่กำหนดมาตรการแก้ไขภายหลังมีความเสียหายเกิดขึ้นแล้ว



กฎหมายหลักที่กำหนดมาตรการแก้ไขในกรณีผู้ป่วยจิตเวชได้ก่อเหตุร้ายขึ้นแล้ว ได้แก่ ประมวลกฎหมายอาญาซึ่งบัญญัติว่า

“มาตรา 48 ถ้าศาลเห็นว่าการปล่อยตัวผู้มีจิตบกพร่อง ไร้จิตหรือจิตฟั่นเฟือน ซึ่งไม่ต้องรับโทษหรือได้รับการลดโทษตามมาตรา 65 จะเป็นการไม่ปลอดภัยแก่ประชาชน ศาลจะสั่งให้ส่งไปคุมตัวไว้ในสถานพยาบาลก็ได้ และคำสั่งศาลจะเพิกถอนเสียเมื่อใดก็ได้”

บทบัญญัตินี้มีสาระสำคัญว่า “ในกรณีที่ผู้ป่วยจิตเวชได้กระทำความผิดทางอาญา เช่น ทำร้ายร่างกายผู้อื่น กฎหมายอาญาบัญญัติว่า ผู้ป่วยจิตเวชมีความผิดแต่ไม่ต้องรับโทษ หรือได้รับการลดโทษ<sup>70</sup> แต่อย่างไรก็ดี ถ้าศาลเห็นว่า การปล่อยตัวผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งไม่ต้องรับโทษหรือได้รับการลดโทษจะเป็นการไม่ปลอดภัยแก่ประชาชน ศาลจะสั่งให้ส่งไปคุมตัวไว้ในสถานพยาบาลก็ได้ และคำสั่งนี้ศาลจะเพิกถอนเสียเมื่อใดก็ได้”

### 3. กฎหมายแพ่งที่เกี่ยวข้อง

#### 3.1 ประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์

มาตรา 28 บุคคลวิกลจริตผู้ใด ถ้าคู่สมรสที่ดี ผู้บุพการีกล่าวคือบิดา มารดา ปู่ย่า ตายาย ทวดก็ดี

ผู้สืบสันดานกล่าวคือ ลูก หลาน เหลน ลื้อก็ดี ผู้ปกครองหรือผู้พิทักษ์ก็ดี ผู้ซึ่งปกครองดูแลบุคคลนั้นอยู่ก็ดี หรือพนักงานอัยการก็ดี ร้องขอต่อศาลให้สั่งให้บุคคลวิกลจริตผู้นั้นเป็นคนไร้ความสามารถ ศาลจะสั่งให้บุคคลวิกลจริตผู้นั้นเป็นคนไร้ความสามารถก็ได้

บุคคลซึ่งศาลได้สั่งให้เป็นคนไร้ความสามารถตามวรรคหนึ่ง ต้องจัดให้อยู่ในความอนุบาล การแต่งตั้งผู้อนุบาล อำนาจหน้าที่ของผู้อนุบาลและการสิ้นสุดของความเป็นผู้อนุบาล ให้เป็นไปตามบทบัญญัติบรรพ 5 แห่งประมวลกฎหมายนี้

คำสั่งของศาลตามมาตรา นี้ ให้ประกาศในราชกิจจานุเบกษา

มาตรา 29 การใด ๆ อันบุคคลซึ่งศาลสั่งให้เป็นคนไร้ความสามารถได้กระทำลง การนั้นเป็นโมฆียะ

<sup>70</sup>

มาตรา 65 ผู้ใดกระทำความผิดในขณะที่ไม่สามารถรู้ผิดชอบหรือไม่สามารถบังคับตนเองได้ เพราะมีจิตบกพร่อง ไร้จิตหรือจิตฟั่นเฟือน ผู้นั้นไม่ต้องรับโทษสำหรับความผิดนั้น แต่ถ้าผู้กระทำความผิดยังสามารถรู้ผิดชอบอยู่บ้าง หรือยังสามารถบังคับตนเองได้บ้าง ผู้นั้นต้องรับโทษสำหรับความผิดนั้น แต่ศาลจะลดโทษน้อยกว่าที่กฎหมายกำหนดไว้ สำหรับความผิดนั้นเพียงใดก็ได้

มาตรา 30 การใด ๆ อันบุคคลวิกลจริตซึ่งศาลยังมิได้สั่งให้เป็นคนไร้ความสามารถได้กระทำการ การนั้นจะเป็น โหม้ยะ ต่อเมื่อได้กระทำในขณะที่บุคคลนั้นจิตวิกลอยู่ และคู่กรณีอีกฝ่ายหนึ่งได้รู้แล้วด้วยว่าผู้กระทำเป็นคนวิกลจริต

มาตรา 31 ถ้าเหตุที่ทำให้เป็นคนไร้ความสามารถได้สิ้นสุดไปแล้ว และเมื่อบุคคลผู้นั้นเองหรือบุคคลใด ๆ ดังกล่าวมาในมาตรา 28 ร้องขอต่อศาลก็ให้ศาลสั่งเพิกถอนคำสั่งที่ให้เป็นคนไร้ความสามารถนั้น

คำสั่งของศาลตามมาตรา นี้ ให้ประกาศในราชกิจจานุเบกษา

มาตรา 429 บุคคลใดแม้ไร้ความสามารถ เพราะเหตุเป็นผู้เยาว์ หรือวิกลจริตก็ยังคงรับผิดชอบในผลที่ตนทำละเมิด บิดามารดาหรือผู้ อนุบาลของบุคคลเช่นว่านี้ ย่อมต้องรับผิดชอบร่วมกับเขาด้วย เว้นแต่จะพิสูจน์ได้ว่าตนได้ใช้ความระมัดระวังตามสมควรแก่หน้าที่ดูแล ซึ่งทำอยู่นั้น

มาตรา 430 ครูบาอาจารย์ นายจ้างหรือบุคคลอื่นซึ่งรับดูแลบุคคลผู้ไร้ความสามารถอยู่ เป็นนิตยภัต ชั่วคราวก็ดี จำต้องรับผิดชอบร่วมกับผู้ไร้ความสามารถในการละเมิดซึ่งเขาได้กระทำการในระหว่างที่อยู่ในความดูแลของตน ถ้าหากพิสูจน์ได้ว่าบุคคลนั้นๆ มิได้ใช้ความระมัดระวังตามสมควร

มาตรา 431 ในกรณีทีกล่าวมาในสองมาตราก่อนนั้น ท่านให้นำบทบัญญัติแห่งมาตรา 426 มาใช้บังคับด้วยโดยอนุโลม

#### 4. พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551

พระราชบัญญัตินี้ถูกตราขึ้นเพื่อกำหนดกระบวนการในการบำบัดรักษาบุคคลที่มีความผิดปกติทางจิต อันเป็นการคุ้มครองความปลอดภัยของบุคคลนั้น และสังคม รวมทั้งกำหนดกระบวนการในการบำบัดรักษาบุคคลที่มีความผิดปกติทางจิต ซึ่งอยู่ระหว่างการสอบสวน การไต่สวนมูลฟ้อง หรือการพิจารณา หรือภายหลังที่ศาลมีคำพิพากษาในคดีอาญา ซึ่งเหตุผลในการประกาศกฎหมายฉบับนี้ คือ ประชาชนส่วนใหญ่ขาดความรู้ความเข้าใจ และมีทัศนคติด้านลบต่อบุคคลที่มีความผิดปกติทางจิต ทำให้บุคคลดังกล่าวไม่ได้รับการบำบัด รักษาอย่างถูกต้อง เหมาะสม เป็นเหตุให้ความผิดปกติทางจิตทวีความรุนแรงขึ้น จนอาจก่ออันตรายให้แก่ผู้อื่นได้

## บทที่ 3

### กฎหมายว่าด้วยสุขภาพจิตของต่างประเทศ

ในต่างประเทศจะมีความแตกต่างจากประเทศไทย คือ ในต่างประเทศมีกฎหมายสุขภาพจิตโดยเฉพาะ ซึ่งเป็นมาตรการที่กฎหมายกำหนดขึ้นเพื่อใช้บังคับกับผู้ป่วยจิตเวชอาจแบ่งเป็น 2 ประเภท คือ

1. กฎหมายที่กำหนดมาตรการป้องกันก่อนมีความเสียหายเกิดขึ้น
2. กฎหมายที่กำหนดมาตรการแก้ไขภายหลังมีความเสียหายเกิดขึ้นแล้ว

โดยในส่วนของ การพิสูจน์การกระทำความผิดของ คนวิกลจริตจะเน้นไปในส่วนที่สอง แต่ผู้จัดทำศึกษาจาก 3 ประเทศ ดังนี้

#### 3.1 สหรัฐอเมริกา

ในประเทศสหรัฐอเมริกา ความแตกต่างของการอ้างว่าวิกลจริตระหว่างรัฐ และในศาลรัฐบาลกลาง (Federal court) นั้นมาจากสิ่งสำคัญ 3 ประการ คือ

1. ใช้เป็นข้อต่อสู้ได้หรือไม่ (Available)
2. ความหมาย (Definition)
3. ภาระการพิสูจน์ (Burden of proof)

1. ใช้เป็นข้ออ้างได้หรือไม่ (Available)

โดยทั่วไปในคดีอาญา จำเลยสามารถยื่นคำร้องว่าวิกลจริตเป็นข้ออ้างได้ทุกศาลในทุกรัฐ ยกเว้น 4 รัฐ ได้แก่ Idaho, Kansas, Montana, และ Utah<sup>1</sup> แต่อย่างไรก็ตามรัฐที่ไม่อนุญาตให้ใช้ความวิกลจริตเป็นข้ออ้าง ก็ยังสามารถพิสูจน์ว่าขณะกระทำความผิดนั้น จำเลยมิได้กระทำโดยเจตนา แต่เป็นผลจากความเจ็บป่วยทางจิต<sup>2</sup>

<sup>1</sup> FindLaw, "The Insanity Defense Among the States", Retrieved 20 October 2017, From <http://criminal.findlaw.com/criminal-procedure/the-insanity-defense-among-the-states.html>

<sup>2</sup> Larson, Aaron, "What is the Insanity Defense". Expert Law. Retrieved 20 October 2017, From <https://www.expertlaw.com/library/criminal-law/what-insanity-defense>

กฎ "M'Naghten"

จำเลยไม่เข้าใจทั้งสิ่งที่ตนทำ หรือไม่สามารถแยกแยะถูกผิดได้ เนื่องจาก "โรคจิต"

ตัวอย่างความผิดทางกฎหมายภายใต้การทดสอบของ กฎ "M'Naghten"

ผู้ชายคนหนึ่งฆ่าภรรยาและลูกสาวของเขา หลังจากสงบลงเขารอให้ตำรวจมาถึง ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตสามคนเบิกความว่าเขาป่วยหนักเกินไปที่จะเข้าใจว่าการกระทำของเขา เป็นความผิดทางอาญา เขาถูกตัดสินว่าไม่มีความผิด จากเหตุวิกลจริต และให้อยู่สถานบำบัดจิต 10 ปี

ผู้หญิงที่เป็นโรคจิตเภทอย่างรุนแรง ถูกฟ้องว่าทำร้ายร่างกาย หลังจากที่ทำร้ายเพื่อน บ้านของเธอด้วยพลั่ว เธออ้างว่าเพื่อนบ้านเป็นปีศาจที่จะมาเก็บวิญญาณเธอ เธอถูกตัดสินว่าไม่มีความผิด ด้วยเหตุวิกลจริต ซึ่งศาลตัดสินเพราะเธอล้มเหลวในการเข้าใจธรรมชาติของการกระทำของเธอ

คำวิจารณ์ของ กฎ "M'Naghten"

การทดสอบความวิกลจริตทางกฎหมาย มีการคัดค้านด้วยเหตุผลหลายประการ เป็นที่ถกเถียงกันอยู่ว่า จำเลยวิกลจริตตามคำจำกัดความตามกฎหมายของความวิกลจริต เป็นไปตามเกณฑ์ทางการแพทย์สำหรับความวิกลจริต แต่ก็ถูกคัดค้านจากเพื่อบังคับการรักษาพยาบาลต่อไป อีกประการหนึ่งคือการแยกแยะระหว่างจำเลยที่อาจก่ออันตรายต่อสาธารณะ และผู้ที่จะไม่ก่อ หรือระหว่างกรณีปัญหาทางจิตชั่วคราว และมีสถานะตลอดชีวิต

นอกจากนี้ยังเป็นที่ยกเถียงกันอยู่ว่า กฎนี้ยากเกินไปสำหรับจำเลยที่มีความผิดปกติทางจิตอย่างรุนแรงที่จะหลบหนีความรับผิดชอบต่อการก่ออาชญากรรมใด ๆ โดยไม่คำนึงถึงว่าโรคจะมีบทบาทใหญ่ในการแสดงอาการอย่างไรต่อเหตุการณ์

การทดสอบ "The "Irresistible Impulse"

เป็นผลมาจากโรคทางจิตที่จำเลยไม่สามารถควบคุมแรงกระตุ้นของเขาซึ่งนำไปสู่การกระทำ ความผิดทางอาญา การพิสูจน์แรงกระตุ้นที่ไม่อาจต้านทานได้ " The "Irresistible Impulse" ในศาลของรัฐที่ใช้หลักนี้ หรือรวมการทดสอบหลักนี้ไว้ จำเลยในคดีอาญานี้ต้องแสดงหลักฐานเพียงพอเพื่อพิสูจน์ว่า

1. มีความเจ็บป่วยทางจิตอยู่ และ
2. ความเจ็บป่วยทางจิตนั้นทำให้ไม่สามารถควบคุมการกระทำของตน หรือการปฏิบัติตามกฎหมายได้

การพิสูจน์ว่าจำเลยไม่สามารถควบคุมการกระทำของตนในช่วงที่เกิดอาชญากรรมอาจเป็นเรื่องที่ท้าทายมาก บ่อยครั้งที่อาจจำเป็นต้องได้รับการตรวจสอบ และคำเบิกความจากพยานผู้เชี่ยวชาญ จาก

ผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์ ที่ชำนาญด้านสุขภาพจิต หลักฐานจะต้องพิสูจน์ เงื่อนไขการวินิจฉัยโรคเช่นเดียวกับผลกระทบต่อพฤติกรรมของจำเลย ที่อาจเกิดจากการกระตุ้นทางสภาพแวดล้อมบางอย่าง

"กฎ Durham"

คำนึงถึงการวินิจฉัยทางคลินิก "ข้อบกพร่องทางจิตใจ" ของจำเลยมีผลในการกระทำผิดทางอาญา

ตามกฎของ Durham จำเลยในคดีอาญาไม่สามารถถูกตัดสินว่าเป็นอาชญากรรมได้หากการกระทำนั้นเป็นผลมาจากโรคทางจิต หรือข้อบกพร่องในเวลาที่เกิดเหตุการณ์ มักเรียกกันว่ากฎ "ข้อบกพร่องของผล" แต่จำเลยต้องมีการวินิจฉัยทางการแพทย์เกี่ยวกับความเจ็บป่วยทางจิต หรือความผิดปกติ

ศาลรัฐบาลกลาง และศาลรัฐทั้งหมด ปฏิเสธหลักนี้ว่า เป็นเรื่องกว้างเกินไป ยกเว้นศาลจากรัฐนิวแฮมเชียร์ (NEW HAMPSHIRE) เพียงรัฐเดียว ที่ใช้หลักนี้

ตัวอย่างเช่น ผู้ติดยาเสพติดสามารถใช้ข้ออ้างวิกลจริตตามหลักนี้ เพื่อหลีกเลี่ยงการลงโทษสำหรับอาชญากรรมที่เกี่ยวข้องกับการติดยาเสพติดของพวกเขา

มลรัฐนิวแฮมป์เชียร์เป็นรัฐเดียวที่ยังคงใช้กฎนี้ แต่ศาลได้ จำกัด การตีความในความพยายามที่จะ จำกัด การป้องกันให้เฉพาะคดีที่ร้ายแรงเท่านั้น จำเลยต้องพิสูจน์ความวิกลจริตตามกฎหมายด้วยหลักฐานที่ชัดเจน และน่าเชื่อถือ

แบบ "Model Penal Code " การทดสอบความผิดกฎหมาย

การใช้การทดสอบ Model Penal Code Test จำเลยในคดีอาญาจะต้องพบว่าไม่มีความผิดด้วยเหตุความวิกลจริต ถ้าเขาได้รับการวินิจฉัยว่ามีอาการจิตบกพร่องมาเกี่ยวข้อง (เช่น ความผิดปกติทางจิตอย่างรุนแรง หรือ โรคจิตเภท) และในเวลาที่เกิดเหตุการณ์ไม่สามารถ

1. รู้สำนึกความผิดทางอาญาของตน หรือ

2. การกระทำสอดคล้องกับข้อกำหนดของกฎหมาย

ดังนั้น การใช้การทดสอบ Model Penal Code Test บุคคลที่วิกลจริตทางกฎหมายจะต้องได้รับการวินิจฉัยว่ามีข้อบกพร่องทางจิตใจ (โดยปกติผู้วินิจฉัยจะเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตที่ได้รับแต่งตั้งจากศาล) และไม่รู้ถูกหรือผิด หรือขาดความสามารถในการควบคุมแรงกระตุ้นที่นำไปสู่การก่อเหตุ

ตัวอย่างความผิดทางกฎหมายภายใต้การทดสอบของ Model Penal Code

จอห์นผู้ซึ่งได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทที่รุนแรงได้รับการตั้งข้อหาทำร้ายร่างกาย และทำร้ายร่างกายหลังจากโดนคนแปลกหน้าที่ป้ายรถเมล์ เป็นผลมาจากสภาพของเขาบางครั้งเขา ได้ยินเสียงกระดุนให้เขาโจมตีบางคน จอห์นรู้ว่าผิดที่จะทำร้ายบุคคลนี้ แต่อ้างว่าเขาไม่สามารถ ควบคุมแรงกระดุนให้ทำเช่นนั้นได้ ศาลที่ใช้การทดสอบของ Model Penal Code ตัดสินว่าเขาไม่มี ความผิดด้วยเหตุผลของความวิกลจริตเพราะเขาไม่สามารถทำตามกฎหมายที่ห้ามมิให้ทำร้าย ร่างกาย และใช้กำลังได้

เมื่อเทียบหลัก Model Penal Code กับหลักพิสูจน์ความวิกลจริตอื่นๆ

หลักนี้มีการถามจำเลยในเรื่องว่า สามารถเข้าใจอาชญากรรมที่ตนทำ ได้อย่างเต็มที่ หรือ สามารถปฏิบัติตามกฎหมายได้ หรือไม่ โดยดูรวมทั้งสององค์ประกอบ นอกจากนี้ยังกำหนดให้โรค ทางจิต หรือข้อบกพร่องทางจิต ต้องได้รับการวินิจฉัยโดยผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตที่ได้รับอนุญาต ด้วยวิธีนี้จึงเป็นการรวมองค์ประกอบแต่ละหลักเข้าด้วยกัน

ตารางที่ 3.1 อำนาจศาลในแต่ละมลรัฐเรื่องการทดสอบความวิกลจริต และการพิสูจน์

<b>ALABAMA</b>	ใช้หลัก the M'Naghten Rule, การพิสูจน์เป็นของจำเลย
<b>ALASKA</b>	ใช้หลัก the M'Naghten Rule รุ่นแก้ไข, การพิสูจน์เป็นของจำเลย อนุญาตให้มีคำชี้ขาดว่า มีความผิด แต่เจ็บป่วยทางจิต
<b>ARIZONA</b>	ใช้หลัก the M'Naghten Rule รุ่นแก้ไข, การพิสูจน์เป็นของจำเลย อนุญาตให้มีคำชี้ขาดว่า มีความผิด แต่เจ็บป่วยทางจิต
<b>ARKANSAS</b>	ใช้หลัก the M'Naghten Rule รุ่นแก้ไข, การพิสูจน์เป็นของจำเลย
<b>CALIFORNIA</b>	ใช้หลัก the M'Naghten Rule รุ่นแก้ไข, การพิสูจน์เป็นของจำเลย
<b>COLORADO</b>	ใช้หลัก the M'Naghten Rule รุ่นแก้ไข ร่วมกับ Irresistible Impulse Test, การพิสูจน์เป็นของรัฐ
<b>CONNECTICUT</b>	ใช้หลัก Model Penal Code rule รุ่นแก้ไข, การพิสูจน์เป็นของ จำเลย
<b>DELAWARE</b>	ใช้หลัก Model Penal Code rule รุ่นแก้ไข, การพิสูจน์เป็นของ จำเลย



ตารางที่ 3.1 (ต่อ) อำนาจศาลในแต่ละมลรัฐเรื่องการทดสอบความวิกลจริต และภาระการพิสูจน์

<b>DISTRICT OF COLUMBIA</b>	ใช้หลัก Model Penal Code rule รุนแก่ใจ , ภาระการพิสูจน์เป็นของจำเลย
<b>FLORIDA</b>	ใช้หลัก the M'Naghten Rule, ภาระการพิสูจน์เป็นของรัฐ
<b>GEORGIA</b>	ใช้หลัก the M'Naghten Rule รุนแก่ใจ , ภาระการพิสูจน์เป็นของจำเลย อนุญาตให้มีคำชี้ขาดว่า มีความผิด แต่เจ็บป่วยทางจิต
<b>HAWAII</b>	ใช้หลัก Model Penal Code rule, ภาระการพิสูจน์เป็นของจำเลย
<b>IDAHO</b>	เลิกให้ใช้ข้ออ้างว่าวิกลจริต, อนุญาตให้มีคำชี้ขาดว่า มีความผิดแต่วิกลจริต
<b>ILLINOIS</b>	ใช้หลัก Model Penal Code rule , ภาระการพิสูจน์เป็นของจำเลย
<b>INDIANA</b>	ใช้หลัก Model Penal Code rule, ภาระการพิสูจน์เป็นของจำเลย
<b>IOWA</b>	ใช้หลัก the M'Naghten Rule, ภาระการพิสูจน์เป็นของจำเลย
<b>KANSAS</b>	เลิกให้ใช้ข้ออ้างว่าวิกลจริต
<b>KENTUCKY</b>	ใช้หลัก Model Penal Code rule, ภาระการพิสูจน์เป็นของจำเลย
<b>LOUISIANA</b>	ใช้หลัก the M'Naghten Rule, ภาระการพิสูจน์เป็นของจำเลย
<b>MAINE</b>	ใช้หลัก Model Penal Code rule รุนแก่ใจ , ภาระการพิสูจน์เป็นของจำเลย
<b>MARYLAND</b>	ใช้หลัก Model Penal Code rule รุนแก่ใจ , ภาระการพิสูจน์เป็นของจำเลย
<b>MASSACHUSETTS</b>	ใช้หลัก Model Penal Code rule , ภาระการพิสูจน์เป็นของรัฐ
<b>MICHIGAN</b>	ใช้หลัก Model Penal Code rule , ภาระการพิสูจน์เป็นของรัฐ
<b>MINNESOTA</b>	ใช้หลัก the M'Naghten Rule, ภาระการพิสูจน์เป็นของจำเลย

ตารางที่ 3.1 (ต่อ) อำนาจศาลในแต่ละมลรัฐเรื่องการทดสอบความวิกลจริต และภาระการพิสูจน์

<b>MISSISSIPPI</b>	ใช้หลัก the M'Naghten Rule, ภาระการพิสูจน์เป็นของรัฐ, อนุญาตให้พ้นโทษด้วยคำชี้ขาดว่าวิกลจริต
<b>MISSOURI</b>	ใช้หลัก the M'Naghten Rule รุนแรงใจ, ภาระการพิสูจน์เป็นของจำเลย
<b>MONTANA</b>	เลิกให้ใช้ข้ออ้างว่าวิกลจริต, แม้ว่าอนุญาตให้มีคำชี้ขาดว่า มีความผิดแต่วิกลจริต
<b>NEBRASKA</b>	ใช้หลัก the M'Naghten Rule, ภาระการพิสูจน์เป็นของจำเลย
<b>NEVADA</b>	ใช้หลัก the M'Naghten Rule, ภาระการพิสูจน์เป็นของจำเลย
<b>NEW HAMPSHIRE</b>	ใช้หลัก the Durham standard, ภาระการพิสูจน์เป็นของจำเลย
<b>NEW JERSEY</b>	ใช้หลัก the M'Naghten Rule, ภาระการพิสูจน์เป็นของรัฐ
<b>NEW MEXICO</b>	ใช้หลัก the M'Naghten Rule ร่วมกับ Irresistible Impulse Test, ภาระการพิสูจน์เป็นของรัฐ
<b>NEW YORK</b>	ใช้หลัก Model Penal Code rule, ภาระการพิสูจน์เป็นของจำเลย
<b>NORTH CAROLINA</b>	ใช้หลัก the M'Naghten Rule, ภาระการพิสูจน์เป็นของจำเลย
<b>NORTH DAKOTA</b>	ใช้หลัก Model Penal Code rule, ภาระการพิสูจน์เป็นของรัฐ
<b>OHIO</b>	ใช้หลัก the M'Naghten Rule, ภาระการพิสูจน์เป็นของจำเลย
<b>OKLAHOMA</b>	ใช้หลัก the M'Naghten Rule, ภาระการพิสูจน์เป็นของรัฐ
<b>OREGON</b>	ใช้หลัก Model Penal Code rule, ภาระการพิสูจน์เป็นของจำเลย
<b>PENNSYLVANIA</b>	ใช้หลัก the M'Naghten Rule, ภาระการพิสูจน์เป็นของจำเลย
<b>RHODE ISLAND</b>	ใช้หลัก Model Penal Code rule, ภาระการพิสูจน์เป็นของจำเลย

ตารางที่ 3.1 (ต่อ) อำนาจอศาลในแต่ละมลรัฐเรื่องการทดสอบความวิกลจริต และภาระการพิสูจน์

<b>SOUTH CAROLINA</b>	ใช้หลัก the M'Naghten Rule, ภาระการพิสูจน์เป็นของจำเลย
<b>SOUTH DAKOTA</b>	ใช้หลัก the M'Naghten Rule, ภาระการพิสูจน์เป็นของจำเลย
<b>TENNESSEE</b>	ใช้หลัก Model Penal Code rule, ภาระการพิสูจน์เป็นของรัฐ
<b>TEXAS</b>	ใช้หลัก the M'Naghten Rule ร่วมกับ Irresistible Impulse Test, ภาระการพิสูจน์เป็นของจำเลย
<b>UTAH</b>	เลิกให้ใช้ข้ออ้างว่าวิกลจริต, แต่อนุญาตให้มีคำชี้ขาดว่า มีความผิด แต่เจ็บป่วยทางจิต
<b>VERMONT</b>	ใช้หลัก Model Penal Code rule, ภาระการพิสูจน์เป็นของจำเลย
<b>VIRGINIA</b>	ใช้หลัก the M'Naghten Rule ร่วมกับ Irresistible Impulse Test, ภาระการพิสูจน์เป็นของจำเลย
<b>WASHINGTON</b>	ใช้หลัก the M'Naghten Rule, ภาระการพิสูจน์เป็นของจำเลย
<b>WEST VIRGINIA</b>	ใช้หลัก Model Penal Code rule, ภาระการพิสูจน์เป็นของรัฐ
<b>WISCONSIN</b>	ใช้หลัก Model Penal Code rule, ภาระการพิสูจน์เป็นของจำเลย
<b>WYOMING</b>	ใช้หลัก Model Penal Code rule, ภาระการพิสูจน์เป็นของจำเลย

## 2. ความหมาย (Definition)

รัฐแต่ละรัฐ และระบบศาลของรัฐบาลกลาง ใช้การทดสอบต่อไปนี้ เพื่อกำหนดความวิกลจริตเพื่อจุดประสงค์ในการใช้ข้ออ้างความวิกลจริต กว่าทศวรรษของการใช้ความหมายของความวิกลจริตได้รับการแก้ไขโดยพระราชบัญญัติ โดยมีการเปลี่ยนแปลงการมีอยู่ของการใช้ข้ออ้างว่าวิกลจริต สิ่งที่ถือเป็นความวิกลจริตทางกฎหมาย ไม่ว่าจะ เป็นพนักงานอัยการ หรือจำเลยมีภาระ

ในการพิสูจน์ มาตรฐานของหลักฐานที่จำเป็นในการพิจารณาคดี กระบวนการพิจารณาคดี การสั่งให้ลงโทษจำคุก และขั้นตอนการปล่อยจำเลยที่พ้นผิดจากความวิกลจริต<sup>3</sup>

### 3. ภาระการพิสูจน์ (Burden of proof)

ภาระของการพิสูจน์ความวิกลจริต ในรัฐส่วนใหญ่เป็นของจำเลยที่ต้องพิสูจน์ความวิกลจริต โดยต้องพิสูจน์ความวิกลจริตด้วยความเหนือกว่าของหลักฐาน รัฐส่วนน้อย ภาระการพิสูจน์เป็นของพนักงานอัยการ โจทก์ที่ต้องพิสูจน์ความมีเหตุผลนอกเหนือไปจากข้อสงสัยที่สมเหตุสมผล

ในศาลของรัฐบาลกลาง และในArizona ภาระการพิสูจน์อยู่ที่จำเลยที่ต้องพิสูจน์ความวิกลจริตโดยหลักฐานที่ชัดเจน และน่าเชื่อ<sup>4</sup>

ทางเลือกหนึ่งในการอ้างความวิกลจริต ศาลบางแห่งมีอำนาจอนุญาตให้จำเลยรับสารภาพผิด แต่เพราะป่วยเป็นโรคจิต จำเลยอาจถูกตัดสินว่ามีความผิด แต่ป่วยเป็นโรคจิตโดยถูกตัดสินให้เข้ารับรักษาสุขภาพจิต และท้ายสุดของข้ออ้าง จำเลยจะรับโทษส่วนที่เหลือเช่นเดียวกับจำเลยอื่น

ในสหรัฐอเมริกา จิตแพทย์ นักจิตวิทยา หรือผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตคนอื่น ๆ มักได้รับการพิจารณาเป็นผู้เชี่ยวชาญในคดีความวิกลจริต แต่คำตัดสินทางกฎหมายที่ดีที่สุดเกี่ยวกับความมีเหตุผลของจำเลยกำหนดโดยคณะลูกขุนไม่ใช่ นักจิตวิทยา นักจิตวิทยาให้คำเบิกความ และความเห็นทางวิชาชีพ แต่ไม่ได้เป็นผู้รับผิดชอบในการตอบคำถามทางกฎหมายในท้ายที่สุด<sup>5</sup> เช่นเดียวกับประเทศอังกฤษ และ ประเทศญี่ปุ่น

#### 3.1.1 กฎหมายที่กำหนดมาตรการป้องกันก่อนมีความเสียหายเกิดขึ้น

<sup>3</sup> Callahan, Lisa; Meyer, Connie; Steadman, Henry J. (1987). "Insanity Defense Reform in the United States - Post Hinckley". *Mental & Physical Disability Law Reporter*, Retrieved 20 October 2017, From <http://heinonline.org/HOL/LandingPage?handle=hein.journals/menphydis11&div=20&id=&page=>

<sup>4</sup> "U.S. Attorneys' Manual, Criminal Resource Manual Sec. 638. Burden of Proving Insanity—18 U.S.C. § 17(b)". *U.S. Department of Justice*. Retrieved 20 October 2017, From <https://www.justice.gov/usam/criminal-resource-manual-638-burden-proving-insanity-18-usc-17b>

<sup>5</sup> Schlesinger, Louis B. (2009). "Forensic Psychology". In James, Stuart H. and Jon J. Nordby, *Forensic science : an introduction to scientific and investigative techniques* (3rd ed.). (Boca Raton, FL: CRC Press/Taylor & Francis Group), pp.585–604.

ในแถบประเทศสหรัฐอเมริกา และกลุ่มประเทศยุโรป มีกฎหมายที่ใช้ในการกำหนด มาตรการบังคับรักษาผู้ป่วยทางจิตก่อนที่ผู้ป่วยจะกระทำความผิด เรียกว่า The Involuntary Civil Commitment Law<sup>6</sup> มีสาระสำคัญ ดังนี้

1. เงื่อนไขซึ่งทำให้เกิดอำนาจในการบังคับรักษา

1.1 ผู้ป่วยทางจิต (Mental illness patient)<sup>7</sup>

1.2 ขาดความสามารถในการตัดสินใจในการรับการรักษา (lack the capacity to make an inform decision about hospitalization)

1.3 มีลักษณะว่าจะก่ออันตรายต่อตนเอง หรือผู้อื่น (is likely to cause harm to self or other)

1.4 มีความจำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษาโดยเร่งด่วนเพื่อป้องกันภัยอันตราย (needs immediate hospitalization to prevent such harm)

2. รูปแบบของการรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล แบ่งเป็น 4 ลักษณะ ได้แก่<sup>8</sup>

2.1 การบังคับรักษาในกรณีฉุกเฉิน (Emergency Commitment)

โรงพยาบาลจะรับผู้ป่วยในกรณีฉุกเฉินโดยญาติใกล้ชิด หรือเพื่อน (Nearest relative or friend) ตำรวจ (Sheriff) คณะกรรมการสุขภาพท้องถิ่น (Local Board Health) หรือโดยแพทย์ 1-2 คน จะส่งผู้ป่วยมาเป็นการฉุกเฉิน เนื่องจากผู้ป่วยมีความผิดปกติทางจิตอย่างรุนแรง เมื่อแพทย์ของโรงพยาบาลได้ประเมินอาการผู้ป่วย และเชื่อได้ว่าผู้ป่วยมีแนวโน้มที่มีอาการผิดปกติทางจิตอย่างรุนแรง (Serve mental disorder) และขาดความสามารถในการตัดสินใจให้ความยินยอมที่จะให้ แพทย์ทำการรักษา แพทย์ 1 คน จะต้องมีหนังสือรับรองว่า ผู้ป่วยมีแนวโน้มที่จะทำร้ายตนเอง หรือผู้อื่น และมีความจำเป็นเร่งด่วนที่จะต้องรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล ระยะเวลาในการควบคุมผู้ป่วย ในแต่ละรัฐในสหรัฐอเมริกามีความแตกต่างกัน ตั้งแต่ 24 ชั่วโมง ไปจนถึง 30 วัน เมื่อสิ้นสุดระยะเวลาควบคุมผู้ป่วยแล้ว ทางโรงพยาบาลต้องพิจารณาว่าจะให้ปล่อยตัวผู้ป่วยออกไป หรือร้องขอต่อ ศาลให้มีคำสั่งควบคุมตัวผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลเพื่อบังคับรักษาต่อไป (Petition for Court-ordered

<sup>6</sup> จิงซัย ศรประสิทธิ์, “มาตรการทางกฎหมายในการบังคับรักษาผู้ป่วยทางจิต”, (วิทยานิพนธ์ มหาวิทยาลัย คณะ นิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2540), น.27.

<sup>7</sup> แสวง บุญเฉลิมวิภาส และอนก ขมจินดา, กฎหมายการแพทย์ (กรุงเทพมหานคร: วิญญูชน, 2540), น.104.

<sup>8</sup> รณชัย คงสกนธ์, “นิติจิตเวช” ใน จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี, พิมพ์ครั้งที่ 2 (กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์บริษัท บี ยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์, 2548), น.35.

Commitment) ระยะเวลาก่อนที่ศาลจะนั่งพิจารณาคำขอให้ควบคุมผู้ป่วย อาจทำให้ผู้ป่วยต้องถูกควบคุมไว้ต่อไปอีกเป็นเวลาหลายสัปดาห์ หรือหลายเดือน และในบางมลรัฐให้อำนาจคณะกรรมการฝ่ายปกครอง หรือแพทย์ 1-2 คน มีหนังสือรับรองว่าผู้ป่วยอยู่ในเงื่อนไขที่ต้องบังคับรักษาตามกฎหมายโดยที่ไม่ต้องมีคำสั่งศาล

## 2.2 การบังคับรักษาชั่วคราว เพื่อสังเกตอาการ (Temporary or Observation Commitment)

กระบวนการรับผู้ป่วยไว้ควบคุมในโรงพยาบาลมีจุดมุ่งหมายเพื่อสังเกตอาการ และเพื่อให้แพทย์มีเวลาเพียงพอในการวินิจฉัยและจำแนกอาการของผู้ป่วยตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรค และเพื่อกำหนดรูปแบบกระบวนการรักษาประโยชน์ของการควบคุมผู้ป่วย โดยวิธีการดังกล่าวนี้เป็นการให้หลักประกันแก่ผู้ป่วยว่าจะไม่ถูกควบคุมตัวเพื่อรักษาเป็นระยะเวลานานโดยไม่จำเป็น อันเกิดจากการประเมินอาการที่ผิดพลาดของแพทย์ ซึ่งการพิจารณารับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลแต่ละมลรัฐมีรูปแบบที่แตกต่างกัน เช่น 8มลรัฐ กำหนดให้ศาล หรือคณะกรรมการฝ่ายปกครองเป็นผู้พิจารณามีคำสั่ง แต่อีกไม่น้อยกว่า 12 มลรัฐ กำหนดให้มีคำร้องขอจากญาติ หรือผู้ดูแลผู้ป่วย เจ้าหน้าที่หน่วยงานด้านสุขภาพ และมีหนังสือรับรองของแพทย์ 1 หรือ 2 คน ว่าจำเป็นต้องควบคุมผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล ระยะเวลาในการควบคุมผู้ป่วยในแต่ละมลรัฐมีตั้งแต่ 5 วัน จนถึง 3 เดือน และอาจขยายออกไปได้อีก เช่น มลรัฐ Georgia กำหนดระยะเวลาไว้ 5 วัน แต่สามารถขยายออกไปได้จนถึง 6 เดือน สำหรับมลรัฐ California, Georgia, Iowa, Minnesota, New York, Ohio, Texas, North Carolina และ Virginia กำหนดให้ต้องมีการควบคุมผู้ป่วยไว้เป็นการชั่วคราวก่อนที่จะพิจารณาควบคุมผู้ป่วยอย่างเป็นทางการ

## 2.3 การบังคับรักษาโดยไม่มีกำหนดเวลา หรือมีกำหนดเวลาที่อาจขยายระยะเวลาได้ (Indeterminate or Extended Commitment)

รูปแบบการควบคุมผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลเพื่อรักษา โดยไม่มีกำหนดระยะเวลามิใช่เกือบทุกมลรัฐในสหรัฐอเมริกา แต่องค์กรที่มีอำนาจพิจารณาคำสั่งมีความแตกต่างกัน เช่น กฎหมายสุขภาพจิตของมลรัฐ Connecticut ให้อำนาจศาล Iowa ให้อำนาจคณะกรรมการฝ่ายปกครอง Delaware ให้อำนาจแพทย์ใช้หนังสือรับรองทางการแพทย์ได้

### 2.3.1 คำสั่งให้บังคับรักษาโดยศาล (Judicial Hospitalization)

กฎหมายสุขภาพจิตของมลรัฐซึ่งกำหนดให้ผู้พิพากษาเป็นผู้พิจารณา และมีคำสั่ง ผู้ป่วยมีสิทธิได้รับการพิจารณาต่อหน้าศาล และมีสิทธิเสนอพยานหลักฐานหักล้างได้ ศาลจะมีอำนาจ



พิจารณาได้ต่อเมื่อมีคำร้องขอของบุคคลดังที่ระบุไว้ เช่น ญาติ เจ้าหน้าที่หน่วยงานสุขภาพจิต เป็นต้น แต่หลายมลรัฐให้สิทธิดังกล่าวแก่บุคคลทั่วไป แต่ต้องมีรายงานความเห็นของแพทย์ 2 คน ว่าผู้ป่วยมีความผิดปกติทางจิตอย่างรุนแรง และขาดความสามารถในการตัดสินใจยินยอมเข้ารับการบำบัดรักษาเมื่อได้รับแจ้งถึงวิธีการ และผลของการรักษาแล้ว นอกจากนี้ ต้องปรากฏว่าผู้ป่วยมีแนวโน้มที่จะทำอันตรายต่อตนเอง หรือผู้อื่น หรือจำเป็นต้องเข้ารับการบำบัดรักษาเพื่อป้องกันมิให้สภาพจิตของผู้ป่วยเสียไปลงกว่าเดิม ในบางมลรัฐให้หลักประกันแก่ผู้ป่วยที่จะได้รับการพิจารณาโดยคณะลูกขุน ถ้าศาลชั่งน้ำหนักพยานหลักฐาน แล้วศาลมีความเห็นว่าการควบคุมผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลเพื่อรักษายังไม่มีผลจำเป็น ผู้ป่วยจะได้รับการปล่อยตัว หรือกำหนดรูปแบบกระบวนการรักษาโดยวิธีอื่น เช่น การรักษาระบบผู้ป่วยนอก (Outpatient Commitment System) แต่ถ้าศาลมีความเห็นว่าเป็นต้องควบคุมตัวผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล ศาลจะมีคำสั่งให้ควบคุมตัวผู้ป่วยไว้ โดยกฎหมายสุขภาพจิตไม่ได้กำหนดเวลาควบคุมผู้ป่วยขึ้นอยู่กับผลการรักษา หรือกำหนดเวลาเป็นระยะๆ เพื่อทบทวนผลการรักษา บางรัฐกำหนดระยะเวลาไว้ 6 เดือน หรือ 1 ปี หากผลการทบทวนการรักษาปรากฏว่าจำเป็นต้องควบคุมตัวผู้ป่วยต่อไป ผู้ป่วยก็จะถูกควบคุมตัวต่อไปอีก และจะมีการทบทวนการรักษาอีกเป็นระยะๆต่อไป

ในการพิจารณามีคำสั่งให้ควบคุมตัวผู้ป่วย แต่รายงานของแพทย์ กระบวนการในการพิจารณารับฟังพยานหลักฐาน คล้ายกับการพิจารณาโดยศาล ซึ่งต้องมีรายงานความเห็นของแพทย์ เช่นเดียวกัน แต่กฎเกณฑ์เรื่องการแสดงพยานหลักฐาน ข้อห้ามในการรับฟังพยานหลักฐานมีความเคร่งครัดน้อยกว่าการพิจารณาโดยศาลบางมลรัฐในสหรัฐอเมริกาใช้รูปแบบนี้

### 2.3.2 คำสั่งให้บังคับรักษาโดยคณะกรรมการฝ่ายปกครอง (Administrative Hospitalization)

คณะกรรมการฝ่ายปกครองส่วนใหญ่จะประกอบไปด้วยแพทย์ กระบวนการพิจารณารับฟังพยานหลักฐานคล้ายกับการพิจารณาโดยศาลซึ่งต้องมีรายงานความเห็นของแพทย์เช่นเดียวกัน แต่กฎเกณฑ์ในเรื่องการแสดงพยานหลักฐาน ข้อห้ามในการรับฟังพยานหลักฐานมีความเคร่งครัดน้อยกว่าการพิจารณาโดยศาล มีมลรัฐอย่างน้อย 10 มลรัฐในสหรัฐอเมริกา ใช้รูปแบบนี้

### 2.3.3 คำสั่งให้บังคับรักษาโดยหนังสือรับรองแพทย์ (Medical Certification Hospitalization)

ในรูปแบบนี้แพทย์อย่างน้อย 1 คนต้องเป็นแพทย์ที่ได้รับการแต่งตั้ง (Designated Physician) และมีรายงานความเห็นการตรวจวินิจฉัยอาการประกอบด้วย ในกรณีนี้เพื่อเป็นหลักประกันแก่ผู้ป่วย ต้องให้ศาลเป็นผู้พิพากษาทบทวนรายงานความเห็นของแพทย์ก่อนเสมอ ถ้าศาลเห็นชอบด้วยจะสั่งให้ตำรวจ หรือเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพนำผู้ป่วยไปควบคุมไว้ในโรงพยาบาลที่

กำหนด รูปแบบนี้ไม่ต้องมีการพิจารณาสืบพยานหลักฐาน แต่ผู้ป่วยก็มีสิทธิขอให้ศาลทบทวนการควบคุมตัว หรือมีสิทธิขอให้ปล่อยตัวไปตามระยะเวลาที่กำหนดไว้ในกฎหมาย

#### 2.4 การบังคับรักษาแบบผู้ป่วยนอก (Outpatient Commitment)

การบังคับรักษาโดยวิธีนี้ถูกกำหนดขึ้น เนื่องจากผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาล ไม่ว่าจะถูกบังคับรักษา หรือ โดยสมัครใจเข้ารับการรักษา เมื่ออาการทางจิตเริ่มทุเลาลง และได้รับการจำหน่ายออกไปจาก โรงพยาบาล หลังจากนั้นผู้ป่วยจำนวนมากไม่ยอมมารับการรักษา หรือให้แพทย์ทำการตรวจประเมินอาการอย่างต่อเนื่อง (Follow-up) ทำให้อาการป่วยทางจิตมีอาการกำเริบอย่างรวดเร็ว และเป็นผลทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถปรับตัวให้อยู่กับสังคมได้เป็นปกติ ผู้ป่วยจึงมักถูกส่งตัวกลับเข้ารับรักษาในระบบผู้ป่วยในอีก จึงต้องมีมาตรการบังคับรักษาผู้ป่วยภายหลังที่ออกจากโรงพยาบาลไปแล้ว การทดลองปล่อยผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล (Trial discharges) โดยมีเงื่อนไขว่า ถ้าผู้ป่วยไม่ยอมเข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง หรือมีอาการป่วยทางจิตจนไม่สามารถปรับตัวให้เข้ากับสังคมได้อย่างปกติ เนื่องจากขาดผู้ดูแลเอาใจใส่ ผู้ป่วยจะถูกเรียกตัวกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอีกครั้ง โดยไม่ต้องมีการพิจารณาพยานหลักฐานอีก นอกจากนี้ ความจำเป็นในการนำรูปแบบการบังคับรักษาระบบผู้ป่วยนอกมาใช้อีกประการหนึ่ง คือ การรักษาในระบบผู้ป่วยในโดยสภาพเป็นการควบคุมหรือกักขังผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล ถือว่าเป็นการจำกัดเสรีภาพในการเคลื่อนไหวของผู้ป่วย ดังนั้น การจะออกคำสั่งให้ควบคุมผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล จะต้องปรากฏว่ามีความจำเป็นที่จะต้องกระทำ เช่น ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือ หรือปฏิเสธการรักษา ผู้ป่วยไม่มีญาติ หรือมีแต่ไม่เต็มใจ หรือไม่อยู่ในฐานะที่จะคุ้มครองดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม หรือผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่เป็นอันตรายต่อตนเอง หรือผู้อื่นอย่างมากจำเป็นต้องควบคุมตัวไว้ แต่หากไม่ปรากฏความจำเป็นดังกล่าวแล้ว ถ้าผู้ป่วยไม่ยินยอมเข้ารับการรักษาในฐานะผู้ป่วยใน ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะเลือกรูปแบบการรักษาในระบบผู้ป่วยนอกได้ โดยถือว่าเป็นทางเลือกของผู้ป่วยที่รัฐจะใช้มาตรการซึ่งเป็นการกระทบต่อเสรีภาพของผู้ป่วย หรือเป็นมาตรการที่รัฐใช้ความรุนแรงต่อผู้ป่วยน้อยที่สุด (Least Drastic Alternative Approach) ผู้ป่วยที่ถูกบังคับรักษาในระบบผู้ป่วยนอกจะต้องปฏิบัติตามข้อกำหนดของแพทย์โดยเคร่งครัด แต่การบังคับรักษาโดยวิธีนี้ก็ยังมีประสพกับปัญหา คือ ผู้ป่วยมักละเมิดข้อกำหนดของแพทย์ เช่น ไม่มารับการรักษาอย่างสม่ำเสมอ หรือไม่ยอมทานยาตามกำหนดเวลาที่แพทย์สั่ง ทำให้อาการของผู้ป่วยกำเริบและมีแนวโน้มที่จะเป็นอันตรายต่อตนเอง หรือผู้อื่นมากขึ้น

ในหลายๆ มลรัฐแก้ปัญหานี้โดยการบัญญัติเป็นกฎหมายให้อำนาจศาลเรียกผู้ป่วยมาศาลเพื่อตัดเตือน หากผู้ป่วยไม่ปฏิบัติตาม ศาลอาจมีคำสั่งให้ควบคุมผู้ป่วยเป็นระยะเวลาสั้นๆ ได้ หรือมีคำสั่งให้ควบคุมผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลในฐานะผู้ป่วยใน แบบมีกำหนดระยะเวลา หรือไม่มีกำหนดระยะเวลาก็ได้

### 3. รูปแบบการปล่อย หรือจำหน่ายผู้ป่วยทางจิต

สิทธิของผู้ป่วยทางจิตที่จะได้รับการปล่อยตัว ในสหรัฐอเมริกามีรูปแบบที่แตกต่างกัน

3.1 การทบทวนความจำเป็นในการควบคุมผู้ป่วยเป็นระยะๆ (Periodic review) บางรัฐให้โรงพยาบาลทบทวนเมื่อครบ 3-6 เดือน จากนั้นทบทวนทุกๆ 1-2 ปี ผู้ป่วยมีสิทธิตั้งผู้แทนทางกฎหมาย และจิตแพทย์อิสระทำการตรวจประเมินอาการ

3.2 การปล่อยตัวโดยมีเงื่อนไข (Conditional release) ให้นหน่วยงานบริการทางสังคม ท้องถิ่นดูแลผู้ป่วย หรือให้ทดลองเยี่ยมบ้าน เป็นเวลา 1 ปี และอาจขยายเวลาได้อีก

### 3.3 การปล่อยโดยไม่มีเงื่อนไข (Unconditional release)

#### 3.1.2 กฎหมายที่กำหนดมาตรการแก้ไขภายหลังมีความเสียหายเกิดขึ้นแล้ว

สหรัฐอเมริกาเป็นประเทศที่ใช้ระบบกฎหมาย Common Law ตัวโครงสร้างความคิดทางอาญาของระบบกฎหมายนี้ ก่อให้เกิดปัญหาในการวินิจฉัยความรับผิดชอบทางอาญาของผู้ป่วยทางจิต การที่จำเลยได้ยกข้ออ้างว่าไม่ต้องรับผิดชอบทางอาญา เนื่องจากการกระทำความผิดเพราะเหตุวิกลจริต (Not guilty by reason of insanity) โดยนำพยานหลักฐานมาพิสูจน์แสดงให้คณะลูกขุนเห็นว่าจำเลยได้กระทำความผิดเนื่องจากสาเหตุความผิดปกติทางจิต ก่อให้เกิดหลักการทดสอบสภาพจิตของจำเลย และหลักกฎหมายเรื่องความรับผิดชอบในทางอาญาของผู้ป่วยทางจิตหลายประการ ปัจจุบันสถาบันกฎหมายของสหรัฐอเมริกา (The American Law Institute, ALI) ได้เสนอร่างองค์ประกอบความรับผิดชอบทางอาญาของผู้ป่วยทางจิตให้มลรัฐต่างๆ พิจารณาปรับใช้ ดังนี้

Model Penal Code 1962 (Proposed official Draft) มาตรา 4.01

(1) ผู้ใดกระทำความผิด ขณะที่ เป็นโรครจิต หรือจิตบกพร่อง ซึ่งถึงขนาดทำให้บุคคลนั้นขาดความสามารถที่สำคัญที่จะควบคุมการกระทำที่กฎหมายบัญญัติไว้เป็นความผิดผู้นั้นไม่มีความผิด

(2) ทั้งนี้คำว่าโรครจิต หรือจิตบกพร่องไม่หมายรวมถึงความผิดปกติทางจิตที่ผู้กระทำความผิดได้กระทำความผิดซ้ำๆ หรือมีพฤติกรรมต่อต้านสังคม

ตาม Model Penal Code เมื่อจำเลยได้รับการตัดสินว่าไม่มีความผิดเนื่องจากเป็นโรครจิตหรือจิตบกพร่อง ศาลจะส่งจำเลยไปบำบัดรักษาในสถานบำบัดรักษาโดยไม่มีกำหนดเวลา แต่ให้

อำนาจ The Commissioner of Mental Hygiene สามารถทบทวนความจำเป็นในการควบคุมจำเลย ภายในกำหนดเวลาตามที่เห็นสมควร และจำเลยมีสิทธิขอให้ปล่อยตัวได้ตามระยะเวลาที่กฎหมาย กำหนด เมื่อ The Commissioner หรือจำเลยขอให้ปล่อย ศาลจะไต่สวนและมีคำสั่ง มีหลักเกณฑ์ ดังนี้

หลักเกณฑ์การส่งจำเลยซึ่งป่วยทางจิตไปควบคุมบังคับรักษา

Model Penal Code (Proposed official Draft 1962) มาตรา 4.08 การควบคุม และปล่อย จำเลยซึ่งไม่มีความผิดเนื่องจากเป็นโรคจิต หรือจิตบกพร่อง

(1) เมื่อจำเลยได้รับการตัดสินว่าไม่มีความผิดเนื่องจากเป็นโรคจิต หรือจิตบกพร่องศาล จะมีคำสั่งให้จำเลยอยู่ในความควบคุมของ The Commissioner of Mental Hygiene (Public Health) เพื่อนำจำเลยไปควบคุมดูแลในสถานพยาบาลทางจิตที่เหมาะสม

การควบคุมตาม (1) มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้จิตแพทย์อย่างน้อย 2 คน ซึ่งได้รับแต่งตั้งจาก ศาลโดยจิตแพทย์อย่างน้อย 1 คน ต้องเป็นจิตแพทย์อิสระ ทำการตรวจสอบประเมินสภาพจิตในเวลา ไม่เกิน 90 วัน แล้วรายงานให้ศาลทราบ ระยะเวลาดังกล่าวอาจขยายออกไปได้อีก ถ้าศาลได้ฟังการ พิจารณาจนเป็นที่พอใจว่า ระยะเวลาดังกล่าวไม่เพียงพอสำหรับการประเมินสภาพจิตของจำเลย แต่ จำเลยหรือผู้มีส่วนได้เสียก็มีสิทธิตั้งทนายเพื่อคัดค้านการขยายระยะเวลาดังกล่าวได้ เมื่อรายงาน ของจิตแพทย์เป็นที่พอใจแก่ศาล ว่าจำเลยไม่มีพฤติกรรมที่เป็นอันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่น ศาลจะมี คำสั่งปล่อยจำเลยหรือปล่อยโดยมีเงื่อนไขบางอย่าง ตามที่เห็นสมควรก็ได้ ถ้าตามรายงานความเห็น ของจิตแพทย์ยังไม่เป็นที่พอใจแก่ศาล The Commissioner หรือจำเลย หรือผู้มีส่วนได้เสียอาจร้อง ขอให้ศาลออกนั่งพิจารณาเพื่อมีคำสั่งว่าการปล่อยจำเลยเป็นการปลอดภัยหรือไม่ ก่อนการพิจารณา ต้องส่งสำเนาคำร้องให้พนักงานอัยการที่จำเลยถูกควบคุมภายในเขตอำนาจ ศาลจะตั้งทนายความ และพิจารณาคดีต่อหน้าจำเลย จำเลยจะมีภาระการพิสูจน์ข้อเท็จจริงในคดีแพ่งกล่าวคือ ต้องแสดง พยานหลักฐานให้มื่อน้ำหนักรับฟังได้เหนือกว่าพยานหลักฐานของฝ่ายอัยการ (Preponderance of the evidence) ว่าการปล่อยจำเลยจะเป็นการปลอดภัยต่อตนเองและผู้อื่น เมื่อศาลได้พิจารณาแล้วชื่อ ดังนั้น จำเลยจึงจะได้รับการปล่อยตัวหรือปล่อยโดยมีเงื่อนไขบางอย่าง ในกรณีเช่นนี้ The Commissioner จะเป็นผู้เสนอเงื่อนไขในการแก้ไขปรับปรุงแก้ไขสภาพจิตและพฤติกรรมของจำเลย โดยได้รับความเห็นชอบจากศาล เงื่อนไขดังกล่าวรวมถึงการกำหนดให้จำเลยต้องอยู่ในความดูแล ของสถานพยาบาลและต้องเข้ารับการรักษาตามระบบการรักษาแบบผู้ป่วยนอก ถ้าจำเลยไม่อาจ

พิสูจน์ให้ศาลเชื่อว่าปล่อยจะเลยจะเป็นการปลดกัย จำเลยจะถูกส่งตัวไปควบคุมตัวในสถานพยาบาลที่มีความเหมาะสมตามที่ The Commissioner เสนอเพื่อบังคับรักษา

(2) ในขณะที่จำเลยถูกบังคับรักษา The Commissioner มีอำนาจทบทวนผลการรักษาได้ หากเห็นว่าจำเลยไม่มีพฤติกรรมที่เป็นอันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่น และสมควรได้รับการปล่อยตัว The Commissioner จะร้องขอต่อศาลและส่งสำเนาคำร้องให้อัยการประจำเขตที่จำเลยถูกควบคุมตัว ศาลจะแต่งตั้งจิตแพทย์ 2 คน เพื่อตรวจประเมินสภาพจิตของจำเลยภายใน 60 วัน หรือภายในระยะเวลาที่ขยายออกไปตามที่เห็นสมควร และเพื่อให้การพิจารณาสะดวก ศาลจะสั่งให้ควบคุมจำเลยไว้ชั่วคราวในระหว่างพิจารณาในสถานที่ใกล้เคียงกับบริเวณศาลตามที่ The Commissioner เสนอ ภาระการพิสูจน์ การพิจารณาและคำสั่งศาลจะดำเนินการเช่นเดียวกับ (1)

(3) ถ้าตามรายงานความเห็นของจิตแพทย์เป็นที่พอใจแก่ศาลว่าจำเลยไม่มีพฤติกรรมว่าเป็นอันตราย ศาลจะสั่งปล่อยจำเลยโดยมีเงื่อนไขอย่างใด ๆ ตามที่เห็นสมควรก็ได้ ถ้าไม่เป็นที่พอใจ ศาลจะมีคำสั่งให้พิจารณาเพื่อวินิจฉัยว่า การปล่อยจำเลยจะเป็นการปลดกัยหรือไม่ จำเลยต้องมีการพิสูจน์ว่าการปล่อยจำเลยจะเป็นการปลดกัยเช่นเดียวกับ (1) ถ้าเป็นที่พอใจ ศาลจะมีคำสั่งให้ปล่อยจำเลยโดยมีเงื่อนไขอย่างใด ๆ หรือไม่ก็ได้ หากไม่เป็นที่พอใจ จำเลยจะถูกส่งไปบังคับรักษาในโรงพยาบาลอีกครั้งในความดูแลของ The Commissioner

(4) ในกรณีที่จำเลยได้รับการปล่อยตัวโดยมีเงื่อนไข ภายในเวลา 5 ปี นับแต่วันปล่อยตัว หากศาลได้พิจารณาจากพยานหลักฐานแล้วเห็นว่า การปล่อยจำเลยโดยมีเงื่อนไขไม่บรรลุเป้าหมายในการแก้ไขปรับปรุงจำเลย หรือเพื่อความปลอดภัยของจำเลยหรือผู้อื่น ศาลมีอำนาจเพิกถอนคำสั่งที่ให้ปล่อยตัวจำเลยโดยมีเงื่อนไขดังกล่าวและมีคำสั่งในทันทีให้จำเลยเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาล ภายใต้การควบคุมของ The Commissioner แต่จำเลยหรือผู้มีส่วนได้เสียก็มีสิทธิยื่นคำร้องขอให้ปล่อยตัวได้อีก

เมื่อครบกำหนด 5 ปีแล้ว ถ้าเป็นที่พอใจแก่ศาลตามคำร้องขอของ The Commissioner ศาลมีอำนาจสั่งขยายระยะเวลาการปล่อยจำเลยโดยมีเงื่อนไขต่อไปได้อีกไม่เกิน 1 ปี เมื่อครบกำหนด 5 ปี หรือครบกำหนดเวลา ตามที่ศาลขยายระยะเวลาออกไปแล้ว หากไม่มีคำสั่งศาลให้เพิกถอนการปล่อยตัวจำเลยโดยมีเงื่อนไข จำเลยก็จะได้รับการปล่อยตัวโดยสมบูรณ์

(5) ในระหว่างถูกบังคับรักษา จำเลยอาจยื่นคำขอให้ปล่อยตัวต่อศาลได้อีก เมื่อถูกควบคุมตัวมาแล้วไม่น้อยกว่า 6 เดือน นับแต่วันที่ศาลมีคำสั่งให้บังคับรักษาหรือนับแต่วันที่ศาลมีคำสั่งเพิกถอนการปล่อยตัวโดยมีเงื่อนไข หากศาลยกคำร้องของจำเลย จำเลยจะขอให้ปล่อยตัวอีก



ไม่ได้จนกว่าจะพ้น 1 ปี นับแต่วันที่มีการพิจารณาครั้งแรกหรือครั้งต่อมา แล้วแต่กรณี ภาระการพิสูจน์ การพิจารณา และคำสั่งศาลดำเนินเช่นเดียวกับ (1)

แต่อย่างไรก็ตาม ระยะเวลาการขอลปล่อยตัวดังกล่าวจำกัดสิทธิเฉพาะจำเลยหรือผู้มีส่วนได้เสียเท่านั้น ไม่เป็นการตัดสิทธิ The Commissioner ที่จะร้องขอให้ปล่อยจำเลยภายในเวลาตามที่เห็นสมควร

สรุปตาม Model Penal Code กำหนดให้ศาลส่งจำเลยซึ่งถูกตัดสินว่าไม่มีความผิด เพราะเหตุวิกลจริต (Not guilty by reason of insanity) ไปอยู่ในความควบคุมของ The Commissioner of Mental Hygiene เพื่อให้แพทย์ที่ศาลแต่งตั้ง 2 คน ซึ่งอย่างน้อย 1 คน ต้องเป็นจิตแพทย์ประเมินอาการทางจิตว่าจำเลยมีพฤติกรรมที่เป็นอันตรายต่อตนเอง หรือผู้อื่นหรือไม่ แล้วต้องรายงานต่อศาลภายใน 90 วัน หรือภายในกำหนดเวลาที่ศาลขยายออกไป ถ้าศาลยังไม่พอใจ รายงานของแพทย์ ศาลจะไต่สวนเพื่อพิจารณาว่าการปล่อยจำเลยจะเป็นการปลอดภัยหรือไม่ จำเลยมีภาระการพิสูจน์ว่าการปล่อยจำเลยจะเป็นการปลอดภัย โดยการพิสูจน์ให้มีน้ำหนักเหนือกว่า พยานหลักฐานของพนักงานอัยการ เช่นเดียวกับการพิสูจน์ข้อเท็จจริงในคดีแพ่ง ถ้าจำเลยพิสูจน์ได้ ศาลจะสั่งปล่อยจำเลยโดยกำหนดเงื่อนไขอย่างใด ๆ ตามที่ The Commissioner เสนอ และศาลเห็นสมควรก็ได้ แต่ถ้าพิสูจน์ไม่ได้ จำเลยจะถูกส่งไปบังคับรักษาในสถานบำบัดทางจิตตามที่ The Commissioner เสนอโดยไม่มีกำหนดระยะเวลาในระหว่างที่จำเลยถูกควบคุม The Commissioner มีอำนาจทบทวนความจำเป็นในการควบคุมจำเลย เมื่อใดก็ได้ตามที่เห็นสมควร หากเห็นว่าจำเลยไม่มีพฤติกรรมที่เป็นอันตรายจะขอให้ศาลปล่อยจำเลย ศาลจะแต่งตั้งแพทย์ 2 คน ประเมินอาการทางจิต ถ้ายังไม่เป็นที่พอใจ ศาลจะไต่สวนเพื่อพิจารณาว่าการปล่อยจำเลยจะเป็นการปลอดภัย หรือไม่ จำเลยมีภาระการพิสูจน์เช่นเดียวกัน ศาลมีอำนาจปล่อยจำเลยโดยกำหนดเงื่อนไขอย่างใด ๆ ตามที่ The Commissioner เสนอ และศาลเห็นสมควรก็ได้ ถ้าภายใน 5 ปี หรือภายในเวลาที่ศาลขยายออกไปอีก 1 ปี ศาลเห็นว่า การปล่อยจำเลยโดยมีเงื่อนไขไม่บรรลุผลสำเร็จในการแก้ไขปรับปรุง จำเลย หรือเพื่อความปลอดภัยแก่จำเลย หรือผู้อื่น ศาลมีอำนาจเพิกถอนเงื่อนไข และเรียกจำเลยกลับเข้าโรงพยาบาลได้ หากพ้นกำหนดเวลาดังกล่าว และไม่มีคำสั่งเพิกถอนเงื่อนไข จำเลยจะได้รับการปล่อยตัวโดยสมบูรณ์

ในระหว่างที่ถูกบังคับรักษา นอกจาก The Commissioner มีอำนาจขอให้ปล่อยจำเลยแล้ว จำเลยมีสิทธิยื่นคำร้องต่อศาลขอให้ปล่อยได้ เมื่อควบคุมตัวมาแล้วไม่น้อยกว่า 6 เดือน นับแต่



วันที่ถูกควบคุมตัว หรือนับแต่วันที่ศาลเพิกถอนคำสั่งให้ปล่อยตัวโดยมีเงื่อนไข ภาวะพิสูจน์ตกแก่ จำเลย หากศาลยกคำร้อง จำเลยมีสิทธิยื่นคำร้องได้อีกเมื่อครบ 1 ปี นับแต่วันที่ศาลยกคำร้อง

ข้อต่อสู้ที่ว่าจำเลยวิกลจริตนั้น อาจดูเพิ่มขึ้น ทำให้รู้สึกว่าการอ้างว่าวิกลจริตมีการใช้กัน อย่างแพร่หลาย แต่จากการศึกษาของ 8มลรัฐ<sup>9</sup> การอ้างวิกลจริตถูกนำมาใช้น้อยกว่า 1% ของคดีใน ศาลทั้งหมด และใช้อ้างสำเร็จเพียง 26% ในบรรดาคดีที่ประสบความสำเร็จ และ 90% ของคดีที่ตั้ง อ้างได้ จำเลยได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็น โรครจิตมาก่อนหน้านี้

### 3.2 อังกฤษ

ความหมายของความผิดปกติทางจิต<sup>10</sup> มาตรา 1 (2) พระราชบัญญัติสุขภาพจิต ปี2007 ได้มีการแก้ไขเพิ่มเติมมาตรา 1 (2) ของพระราชบัญญัติสุขภาพจิต 1983 และระบุนความผิดปกติทาง จิตว่า "ความผิดปกติใดๆ หรือพิการทางจิตใจ" (ความเจ็บป่วยทางจิต mental illness การด้อยค่าทาง จิต mental impairment ความผิดปกติทางจิตอย่างรุนแรง severe mental impairment และความ ผิดปกติของ โรครจิต psychopathic disorder) ถูกแก้ไข เป็นคำจำกัดความเดียว คำนิยามนี้ใช้กับ พระราชบัญญัติสุขภาพจิต 1983

ตัวอย่างของความผิดปกติทางจิตที่รู้จักกันในทางคลินิก ได้แก่ ความผิดปกติของ บุคลิกภาพ, การกินผิดปกติ, ความผิดปกติของออทิสติกสเปกตรัม, โรครทางจิต เช่นภาวะซึมเศร้า ความผิดปกติอารมณ์ 2 ขั้วและ โรครจิตเภท กับความบกพร่องทางการเรียนรู้

"ความบกพร่องทางการเรียนรู้" หมายถึง "สภาพจิตใจหยุดการพัฒนา หรือพัฒนาไม่ สมบูรณ์ ซึ่งรวมถึงความด้อยสติปัญญาอย่างมีนัยสำคัญ และหน้าที่ทางสังคม (หมวด 2 (3) พระราชบัญญัติสุขภาพจิต 2007 แทรกอนุมาตรา 1 (2A) ลงในพระราชบัญญัติสุขภาพจิต 1983)

การพึ่งพาแอลกอฮอล์ หรือเสพยาเสพติดไม่ได้อยู่ในความหมายของ "โรครทางจิต" เพื่อ ความมุ่งประสงค์ของพระราชบัญญัติสุขภาพจิต 1983 (มาตรา 1 (3)) แต่อย่างไรก็ตาม ความผิดปกติ ทางจิตที่เกิดขึ้นหรือเกี่ยวข้องกับการใช้ หรือหยุดการใช้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หรือยาเสพติด แม้จะ เกิดขึ้นจากการพึ่งพาสารเหล่านี้อาจอยู่ภายใต้ความหมายของ "ความผิดปกติทางจิต" สำหรับ วัตถุประสงค์ของพระราชบัญญัติสุขภาพจิต 1983

<sup>9</sup> Frank Schmalleger, Criminal Justice A Brief Introduction, (New Jersey: Prentice Hall, 2001).

<sup>10</sup> The Crown Prosecution Service, "Mentally Disordered Offenders", Retrieved 20 October 2017, From [http://www.cps.gov.uk/legal/l\\_to\\_o/mentally\\_disordered\\_offenders/](http://www.cps.gov.uk/legal/l_to_o/mentally_disordered_offenders/)

มาตรา 1 (3) พระราชบัญญัติสุขภาพจิต 1983 ได้รับการแก้ไขเพิ่มเติม เพื่อยกเลิกการที่บุคคลอ้างว่าวิกลจริต ให้ถือว่าเป็นโรคทางจิตเพียงอย่างเดียว ด้วยเหตุผลจากความหลากหลายของพฤติกรรมผิดปกติอื่นๆ หรือพฤติกรรมที่ผิดศีลธรรม หรือความเบี่ยงเบนทางเพศ ทั้งนี้เนื่องจากความหลากหลายหรือพฤติกรรมที่ผิดศีลธรรม อื่นๆ ไม่ได้รับการยอมรับทางคลินิกว่าเป็นความผิดปกติทางจิต

หากมีพยานหลักฐานสำคัญเพื่อยืนยันว่าจำเลยหรือผู้ต้องสงสัยมีอาการป่วยทางจิตอย่างมีนัยสำคัญ การฟ้องผู้วิกลจริตนั้น อาจไม่เหมาะสม เว้นแต่ความผิดนั้นจะร้ายแรง หรือมีความเป็นไปได้ที่จะทำซ้ำอีก

หากได้มีการเริ่ม หรือกำลังดำเนินการพิจารณา และ CPS มีรายงานทางการแพทย์ระบุไว้ว่าความเครียด จากกระบวนการยุติธรรมอาจส่งผลให้สุขภาพจิตของจำเลยแย่ลงมาก ผลของรายงานควรได้รับการพิจารณาอย่างรอบคอบ<sup>11</sup>

ภายใต้กฎหมายปัจจุบันมีการใช้อ้างความวิกลจริตอยู่ 2 รูปแบบ คือ จำเลยอ้างว่าวิกลจริตในเวลาที่เขากระทำผิด กับจำเลยอ้างว่าเขาวิกลจริตในช่วงกระบวนการพิจารณา และไม่สามารถต่อสู้คดีได้อย่างมีประสิทธิภาพ<sup>12</sup> โดยข้ออ้างส่วนใหญ่จะถูกนำมาใช้ในศาลควีนส์คอร์ท เพราะก่อนหน้านี้เชื่อว่าต้องใช้คณะลูกขุน (ในคดี DPP v Harper [1997]) และจึงถูกนำมาใช้ในศาลชั้นต้น

ในกรณีที่จำเลยถูกกล่าวหาว่าเป็นคนวิกลจริตในขณะที่กระทำความผิด ปัญหาที่สามารถทำได้ด้วยวิธีหนึ่งใน 3 วิธี<sup>13</sup>

1. จำเลยสามารถอ้างว่าเขาวิกลจริต (insane)
2. จำเลยสามารถยก โรคลมชัก (Automatism) ที่ผู้พิพากษาตัดสินใจว่าเป็นแทนความวิกลจริต หรือ
3. จำเลยสามารถยื่นคำร้องขอลดความรับผิดชอบ ที่ผู้พิพากษา หรือพนักงานอัยการอีกครั้ง เพื่อให้เห็นว่ามีความเหมาะสมกับความวิกลจริตมากกว่า

ไม่ว่าวิธีใดที่จำเลยเลือกที่อ้างว่าทำให้เกิดความวิกลจริต ใช้การทดสอบเดียวกัน ในแต่ละครั้งตามที่กำหนดไว้ในกฎหมายของ M'Naghten

11

The Crown Prosecution Service, "Mentally Disordered Offenders", Retrieved 20 October 2017, From [http://www.cps.gov.uk/legal/l\\_to\\_o/mentally\\_disordered\\_offenders/#b08](http://www.cps.gov.uk/legal/l_to_o/mentally_disordered_offenders/#b08)

12

Herring, Jonathan, *Criminal Law: Texts, Cases and Materials* (3rd Ed.), (Oxford: Oxford University, 2008), p.675

13

Ibid.,p.676

"เพื่อสร้างพื้นฐานการอ้างความวิกลจริตจึงต้องได้รับการพิสูจน์อย่างชัดเจนว่าในช่วงเวลาของการกระทำของความผิด ฝ่ายที่ถูกกล่าวหาว่ากำลังอยู่ภายใต้ข้อบกพร่องของเหตุผลจากโรคของจิตใจ ไม่รู้ถึงลักษณะ และเนื้อหาของการกระทำที่เขากำลังทำ หรือถ้าเขารู้ เขาก็ไม่รู้ว่า สิ่งที่เขา กำลังทำ เป็นสิ่งที่ผิด"<sup>14</sup>

"โรคของจิตใจ" (Disease of the mind) ไม่ใช่คำทางการแพทย์ แต่หมายถึง จำเลยต้องแสดงว่าเขาเป็นโรคที่ส่งผลต่อการทำงานของจิตใจซึ่งไม่จำเป็นต้องเป็น โรคของสมอง ซึ่งเรื่องนี้ได้รับการยืนยันในกรณีของ (R v Kemp [1957]) เป็นกรณีที่จำเลยมีภาวะหลอดเลือดตีตันทำให้ นำไปสู่การทำร้ายร่างกายภรรยาของเขาในขณะที่เขาไม่มีสติ<sup>15</sup> จากนั้นจะต้องแสดงให้เห็นว่าโรคของจิตใจนำไปสู่ "ข้อบกพร่องของเหตุผล" (defect of reason) ว่าความสามารถของจำเลยที่จะมี หรือใช้เหตุผลบกพร่องไปเนื่องจากโรค<sup>16</sup>

จำเลยอ้างว่าวิกลจริตในช่วงกระบวนการพิจารณา

ถ้าจำเลยในช่วงเวลาของการพิจารณาคดีอ้างว่าเขาเป็นคนบ้า นี้ขึ้นอยู่กับว่าเขาสามารถเข้าใจข้อกล่าวหาหรือไม่ความแตกต่างระหว่าง "ผิด" และ "ไม่ผิด" และสามารถปรึกษาทนายความได้ ถ้าเขาไม่สามารถทำสิ่งเหล่านี้ได้เขาก็จะถูกค้นพบว่า "ไม่เหมาะที่จะต่อสู้คดี" ภายใต้มาตรา 4 แห่งประมวลกฎหมายอาญา (Insanity) Act 1964 ในสถานการณ์เช่นนี้ผู้พิพากษามีดุลยพินิจเป็นอย่างมากว่าจะทำอย่างไรกับจำเลย

ยกเว้นในคดีฆาตกรรมที่เขาต้องถูกกักตัวไว้ในโรงพยาบาล<sup>17</sup>

พยานผู้เชี่ยวชาญ

1. ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตที่ผ่านการรับรอง Approved Mental Health Professionals (AMHP)

กำหนดไว้ในพระราชบัญญัติในฐานะผู้ประกอบการวิชาชีพที่มีความรู้ และประสบการณ์ในการทำงานกับผู้ที่มีความผิดปกติทางจิต โดยการรับรองนี้ ถูกจำกัดไว้เฉพาะนักสังคมสงเคราะห์

<sup>14</sup> Herring, Jonathan, *Criminal Law: Texts, Cases and Materials* (3rd Ed.), (Oxford: Oxford University, 2008), p.677

<sup>15</sup> Sally Cunningham, Clarkson, C.M.V, H.M. Keating, *Clarkson and Keating Criminal Law: Texts and Materials* (6th Ed.), (United Kingdom :Sweet & Maxwell, 2007), p.385

<sup>16</sup> Herring, Jonathan, *Criminal Law: Texts, Cases and Materials* (3rd Ed.), (Oxford: Oxford University, 2008), p.679

<sup>17</sup> Ibid., p.682.

จนปี 2007 มีการแก้ไขให้ผู้เชี่ยวชาญด้านวิชาชีพอื่นๆ เช่นพยาบาล นักจิตวิทยาคลินิก และนักจิตบำบัด ได้รับอนุญาตให้ปฏิบัติหน้าที่นี้ได้แล้ว

การฝึกอบรมเกี่ยวกับงานวิชาการ และการฝึกงานใช้เวลา 1 ปี AMHP มีบทบาทสำคัญในองค์กร และการประยุกต์ใช้การประเมิน กฎหมายสุขภาพจิต และให้มุมมองที่ไม่ใช่ทางการแพทย์อันมีประโยชน์ในกระบวนการทางกฎหมาย และความรับผิดชอบ

## 2. แพทย์ Approved doctors

มาตรา 12 แพทย์ที่ได้รับการรับรอง เป็นแพทย์ที่มีคุณสมบัติทางการแพทย์ซึ่งได้รับการยอมรับตามมาตรา 12 (2) แห่งพระราชบัญญัติ โดยเป็นแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะในโรคทางจิต และได้รับการฝึกอบรมเพิ่มเติมตามที่พระราชบัญญัติ กำหนด มักเป็นจิตแพทย์ บางคนเป็นแพทย์ทั่วไปที่มีความสนใจด้านจิตเวชเป็นพิเศษ

3. ผู้เชี่ยวชาญในการรักษาที่ได้รับการรับรอง และผู้เชี่ยวชาญในการรักษาที่มีความรับผิดชอบ Approved Clinician (AC) and Clinical Responsible Clinician (RC)

ผู้เชี่ยวชาญในการรักษาที่ได้รับการรับรอง เป็นผู้ประกอบโรคศิลปะที่มีความสามารถในการรับผิดชอบในการรักษาผู้ป่วยโรคจิตที่ถูกคุมขังตามกฎหมาย ผู้เชี่ยวชาญในการรักษาต้องทำการฝึกอบรมพิเศษ และแสดงให้เห็นถึงความสามารถในผลงานที่เป็นมืออาชีพของตนเพื่อที่จะได้รับการอนุมัติเป็นผู้เชี่ยวชาญในการรักษา จนมีการแก้ไขในปี ค.ศ. 2007 พวกเขาเกือบจะจิตแพทย์ที่ปรึกษาพิเศษ แต่ผู้เชี่ยวชาญด้านอื่นๆ เช่น นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยาคลินิก และพยาบาล ได้รับการสนับสนุนให้เข้าทำตำแหน่งนี้ เมื่อผู้เชี่ยวชาญในการรักษา ดูแลผู้ป่วยเฉพาะราย พวกเขาจะเรียกว่า ผู้เชี่ยวชาญการรักษาที่มีความรับผิดชอบสำหรับผู้ป่วยรายนั้น

### 3.2.1 กฎหมายที่กำหนดมาตรการป้องกันก่อนมีความเสียหายเกิดขึ้น

ในประเทศอังกฤษมีกฎหมายที่กำหนดมาตรการบังคับรักษาผู้ป่วยทางจิตก่อนที่ผู้ป่วยจะกระทำความผิดในประเทศอังกฤษ คือ พระราชบัญญัติสุขภาพจิต ค.ศ. 1983 (The Mental Health Act 1983, MHA)<sup>18</sup> ซึ่งมีสาระสำคัญ ดังต่อไปนี้

#### 1. เงื่อนไขที่ก่อให้เกิดอำนาจบังคับรักษา

ตามกฎหมายอังกฤษ บุคคลที่อยู่ในข่ายที่ต้องถูกบังคับรักษา ได้แก่<sup>19</sup> Mental disorder หมายถึง บุคคลที่ป่วยทางจิต (Mental Illness) บุคคลที่ในการพัฒนาการทางจิตบกพร่อง หรือไม่

<sup>18</sup> รณชัย คงสกนธ์, "นิติจิตเวช" ในจิตเวชศาสตร์ ราชบัณฑิต, พิมพ์ครั้งที่ 2 (กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์บริษัท บีคอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์, 2548), น.27

<sup>19</sup> เฟ็งอ้าง, น.104-105

สมบุรณ์ (Arrested or incomplete development of mind) รวมทั้งบุคคลที่มีพฤติกรรมผิดปกติแบบ Psychopathic disorder คือ ปัญหาความคิดปกติ แต่สติไม่ดี และความผิดปกติทางจิตอื่นๆ หรือ บุคคลที่ไม่สามารถรู้ผิดชอบ (Other disorder or disability of mind) อันได้แก่บุคคลที่มีอาการ ดังนี้

(1) Severe mental impairment หมายถึง บุคคลที่มีการพัฒนาทางจิตบกพร่อง หรือไม่สมบุรณ์ รวมทั้งความบกพร่องของเขาว์ปัญญา และบกพร่องในการปรับตัวให้เข้ากับสังคม (Impairment of intelligence and social functioning) ซึ่งมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมผิดปกติแบบ ก้าวร้าว หรือขาดความรู้สึกลผิดชอบชั่วดีอย่างรุนแรง (Abnormally aggressive or seriously irresponsible conduct) เช่น บุคคลปัญญาอ่อนซึ่งมีระดับเขาว์ปัญญาค่ำกว่า ๕๐

(2) Mental impairment หมายถึง บุคคลที่การพัฒนาทางจิตบกพร่อง หรือไม่สมบุรณ์ (ไม่รวมถึงบุคคลตามข้อ (1)) รวมทั้งมีความบกพร่องอย่างชัดเจนทางเขาว์ปัญญา และการปรับตัวให้เข้ากับสังคม ซึ่งมีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมผิดปกติแบบก้าวร้าว หรือขาดความรู้สึกลผิดชอบชั่วดี เช่น บุคคลปัญญาอ่อน ซึ่งมีระดับเขาว์ปัญญาอ่อนตั้งแต่ 50

(3) Psychopathic disorder หมายถึง บุคคลที่มีความผิดปกติที่ต่อเนื่อง หรือความสามารถของจิตใจ (มาว่าจะมีความบกพร่องทางเขาว์ปัญญา และสังคมด้วยหรือไม่ก็ตาม) ซึ่งมีผลทำให้เกิดความก้าวร้าวที่ผิดปกติ หรือความประพฤติที่ไม่รับผิดชอบอย่างรุนแรงของบุคคลนั้น เช่น บุคคลที่มีอาการผิดปกติทางจิตเนื่องจากไม่สามารถรู้ผิดชอบ มีความผิดปกติทางจิตอย่างก้าวร้าวรุนแรงขาดจริยธรรม และมโนธรรม (Immoral conduct) มีพฤติกรรมทางเพศที่ผิดปกติ (Sexual deviancy) หรือมีความผิดปกติทางจิตเนื่องจากเสพสุรา หรือสารเสพติด (Dependence on alcohol or drugs) บุคคลปัญญาอ่อน (Mental retardation or handicap) กลุ่มอาการโรคจิตเนื่องจากสมองสูญเสียหน้าที่การทำงาน และไม่สามารถทำงาน ได้อย่างปกติ (Organic brain syndrome)

## 2. รูปแบบการนำเข้าสู่ระบบบังคับรักษา

รูปแบบการนำผู้ป่วยทางจิตเข้าสู่ระบบบังคับรักษาไว้ในโรงพยาบาล 7 กรณี<sup>20</sup> ได้แก่

2.1 การบังคับรักษาในกรณีฉุกเฉินเพื่อประเมินอาการ (Compulsory emergency admission for assessment)

เมื่อผู้ป่วยถูกนำส่งโรงพยาบาลในกรณีเร่งด่วนฉุกเฉินเนื่องจากมีความเจ็บป่วยทางจิตอย่างรุนแรงโดยญาติใกล้ชิด (Nearest Relative) หรือมีคำขอของนักสังคมสงเคราะห์ (Approved

<sup>20</sup> Robert Bluglass, *Principles and practice of forensic psychiatry*, (London :Longman Group, 1990), p.39.



Social Worker) ซึ่งได้ทราบอาการผู้ป่วยมาก่อนแล้วภายใน 24 ชั่วโมง ก่อนนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาล และจะควบคุมผู้ป่วยได้ต่อเมื่อมีรายงานความเห็นของแพทย์ 1 คน (Medical recommendation) ว่ามีความจำเป็นเร่งด่วนที่ต้องควบคุมผู้ป่วยไว้เพื่อประเมินอาการทางจิต เว้นแต่ไม่มีเวลาพอจะขอรายงานความเห็นของแพทย์ โรงพยาบาลก็มีอำนาจรับตัวผู้ป่วยไว้ได้ ระยะเวลาในการควบคุมตัวไม่เกิน ๗๒ ชั่วโมง นับแต่เวลาที่รับผู้ป่วยไว้ เมื่อสิ้นสุดระยะเวลา ผู้ป่วยมีสิทธิปฏิเสธไม่อยู่ในโรงพยาบาลได้ แต่โรงพยาบาลก็มีสิทธิควบคุมผู้ป่วยไว้ต่อไป หากปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ในการควบคุมผู้ป่วยเพื่อประเมินอาการ หรือเพื่อบังคับรักษา

## 2.2 การบังคับรักษาเพื่อประเมินอาการ (Compulsory admission for assessment)

การควบคุมผู้ป่วยโดยวิธีนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้แพทย์มีระยะเวลาเพียงพอในการตรวจวินิจฉัยอาการของผู้ป่วย และกำหนดมาตรการในการปฏิบัติต่อผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม เช่น กำหนดรูปแบบการรักษา วิธีการควบคุมตัว เป็นต้น กระบวนการรับผู้ป่วยไว้ เริ่มจากเมื่อมีคำร้องของญาติผู้ป่วยหรือนักสังคมสงเคราะห์ซึ่งทราบอาการของผู้ป่วยมาแล้วไม่น้อยกว่า 14 วัน และได้ปรึกษากับญาติผู้ป่วยแล้ว นอกจากนี้จะต้องมีรายงานความเห็นของแพทย์ 2 คน ซึ่งแพทย์ 1 ใน 2 คน ต้องเป็นแพทย์ที่ได้รับการรับรอง (Approved Doctor) และแพทย์ 2 คนดังกล่าวนี้ ต้องไม่ได้เป็นแพทย์ของโรงพยาบาลนั้น เว้นแต่เป็นการล่าช้าที่จะหาแพทย์จากที่อื่นได้ แพทย์ต้องตรวจวินิจฉัย และมีความเห็นภายใน 5 วันว่าจะมีความจำเป็นต้องควบคุมผู้ป่วยไว้เพื่อประเมินอาการ ระยะเวลาควบคุมผู้ป่วยต้องไม่เกิน 28 วัน หลังจากนั้นต้องพิจารณาต่อไปว่ามีความเหมาะสมหรือไม่ ที่จะใช้วิธีการควบคุมผู้ป่วยเพื่อรักษาในโรงพยาบาล (Compulsory admission for treatment)

## 2.3 การบังคับรักษาสำหรับผู้ป่วยที่สมัครใจรักษา แต่ต้องการออกจากโรงพยาบาล (Change to compulsory admission)

กรณีผู้ป่วยซึ่งสมัครใจเข้ารับการรักษา อยู่ในโรงพยาบาล และต้องการให้แพทย์สั่งให้จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล แต่แพทย์เจ้าของไข้ (Doctor in charge) หรือแพทย์ที่ได้รับการรับรอง 1 คน เห็นว่า มีความจำเป็นต้องควบคุมผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล 72 ชั่วโมง นับแต่เวลาที่ได้รับแจ้ง จากผู้ป่วยว่าต้องการออกจากโรงพยาบาล แพทย์จะต้องมีรายงานความเห็น ว่า ผู้ป่วยควรได้รับการรักษา ในลักษณะบังคับรักษาได้ กรณีจำเป็นเร่งด่วน ไม่สามารถขอรายงานความเห็นของแพทย์ได้ทัน กำหนดเวลาดังกล่าวได้ พยาบาลซึ่งดูแลผู้ป่วยมีอำนาจควบคุมผู้ป่วยต่อไปได้อีก 6 ชั่วโมง โดยมีบันทึกรับรองว่าผู้ป่วยมีอาการป่วยทางจิตและการควบคุม ผู้ป่วยมีความจำเป็นเพื่อประโยชน์ต่อ



สุขภาพของผู้ป่วย หรือป้องกันผู้อื่น เมื่อครบกำหนดเวลาดังกล่าวแล้ว หากไม่มีรายงานความเห็นของแพทย์ โรงพยาบาลจะต้องยินยอมให้ผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล

#### 2.4 การบังคับรักษาโดยคำสั่งศาล (Magistrate's court order)

เมื่อนักสังคมสงเคราะห์เชื่อว่าผู้ป่วยทางจิตคนใดไม่ได้รับการคุ้มครอง ดูแลที่เหมาะสม หรือไม่สามรถดูแลตนเองได้ หรือถูกทอดทิ้ง นักสังคมสงเคราะห์มีอำนาจเข้าไปในเคหะสถานของบุคคลใดเพื่อตรวจสอบข้อเท็จจริงดังกล่าว และมีอำนาจร้องขอต่อศาลแขวง ขอให้ออกหมายเพื่อเคลื่อนย้ายผู้ป่วยมายังสถานที่ปลอดภัยได้โดยปกติ เช่น โรงพยาบาล

#### 2.5 การควบคุมผู้ป่วยโดยตำรวจ (Police constable order)

เมื่อเจ้าหน้าที่ตำรวจพบบุคคลใดในที่สาธารณะ และเชื่อว่าบุคคลนั้นป่วยทางจิต และมีความจำเป็นเร่งด่วน ต้องได้รับการรักษา หรือต้องควบคุมไว้เพื่อป้องกันอันตราย หรือเพื่อประโยชน์ต่อสุขภาพของผู้ป่วย เจ้าหน้าที่ตำรวจมีอำนาจควบคุมผู้ป่วยไว้ เพื่อให้แพทย์ตรวจวินิจฉัยอาการ และจัดการตามที่จำเป็นสำหรับการดูแลรักษาได้ แต่ควบคุมได้ไม่เกิน 12 ชั่วโมง

#### 2.6 การควบคุมบังคับรักษา (Compulsory admission for treatment)

ผู้ป่วยที่ถูกควบคุมไว้กรณีฉุกเฉิน หรือควบคุมไว้เพื่อประเมินอาการ ผู้ป่วยที่ต้องการออกจากโรงพยาบาลแต่ถูกควบคุมโดยแพทย์ หรือพยาบาล หรือถูกควบคุมไว้โดยคำสั่งศาล หรือควบคุมโดยเจ้าหน้าที่ตำรวจ และแพทย์ 2 คน ที่มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม (Registered Medical Practitioners) ซึ่งได้รับการรับรอง มีความเห็นว่าผู้ป่วยมี

ความเจ็บป่วยทางจิต (Suffering from mental illness),

ปัญญาอ่อน (Mental impairment),

ปัญญาอ่อนอย่างรุนแรง (Severe mental impairment) หรือ

มีอาการผิดปกติทางจิตแบบต่อต้านสังคม (Psychopathic disorder)

อย่างใดอย่างหนึ่งใน 4 แบบ ซึ่งมีสภาพ หรือระดับของอาการป่วยเป็นการเหมาะสม หรือจำเป็นจะต้องได้รับการรักษาใน โรงพยาบาล ผู้ป่วยจะถูกควบคุมไว้ในโรงพยาบาล มีกำหนดระยะเวลา 6 เดือน เมื่อสิ้นสุดระยะเวลาแล้ว อาการของผู้ป่วยยังไม่บรรเทาลง หรือเป็นการเหมาะสมที่ผู้ป่วยควรจะต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาลต่อไป แพทย์ผู้รับผิดชอบ 2 คน มีอำนาจควบคุมผู้ป่วยต่อไปอีก 6 เดือน และหากจะควบคุมผู้ป่วยต่อไปอีก จะต้องมีการทบทวนความจำเป็นในการควบคุมผู้ป่วยทุกๆ 1 ปี ผู้ป่วยมีสิทธิอุทธรณ์คำสั่งของแพทย์ให้ปล่อยตัวต่อคณะกรรมการทบทวนสุขภาพจิต (Mental Health Review Tribunal) ได้ทุกๆ ระยะเวลาเมื่อแพทย์มีคำสั่งให้ควบคุมตัว

และแม้ไม่มีอุทธรณ์คำสั่ง ของผู้ป่วย คณะกรรมการทบทวนสุขภาพจิตจะต้องทบทวนความจำเป็น ในการควบคุมผู้ป่วยเพื่อบำบัดรักษาโดยอัตโนมัติทุกๆ 3 ปี จนกว่าอาการของผู้ป่วยจะหาย หรือ บรรเทา และไม่จำเป็นต้องควบคุมรักษาผู้ป่วยในโรงพยาบาลอีก

### 2.7 คำสั่งให้ผู้ป่วยอยู่ในความคุ้มครอง (Guardianship order)

กรณีการบังคับรักษาผู้ป่วยในโรงพยาบาลยังไม่มีที่เหมาะสมเพียงพอ หรือไม่มี ความจำเป็นต้องควบคุมผู้ป่วยในโรงพยาบาลต่อไปอีก เมื่อมีรายงานความเห็นของแพทย์ 2คนตาม คำร้องขอของญาติผู้ป่วย หรือนักสังคมสงเคราะห์ว่าผู้ป่วยมีความเจ็บป่วยทางจิตอย่างใดอย่างหนึ่ง ใน 4แบบ และจำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษาเป็นเวลานาน แพทย์จะมีคำสั่งให้บังคับรักษาผู้ป่วย ไว้ในชุมชน โดยให้อยู่ในความดูแลของผู้คุ้มครอง (Guardian) ซึ่งหน่วยงานให้บริการทางสังคมใน ท้องถิ่น (Local Social Service Department) จะเป็นผู้แต่งตั้งผู้คุ้มครอง ระยะเวลาตามคำสั่งให้อยู่ใน ความคุ้มครองมีกำหนด 6 เดือน และขยายได้อีกคราวละ 6เดือน ผู้คุ้มครองมีอำนาจกำหนดสถานที่ ให้ผู้ป่วยอาศัย กำหนดให้ผู้ป่วยไปรับการรักษา ฝึกอาชีพ ให้การศึกษา หรือฝึกหัดงานตามสถานที่ และในเวลาที่กำหนด ให้ผู้ป่วยต้องรับการตรวจเยี่ยมจากแพทย์ นักสังคมสงเคราะห์ หรือบุคคลอื่น ตามที่กำหนด อย่างไรก็ดี ผู้คุ้มครองจะให้ผู้ป่วยรับการรักษาแบบหนึ่งโดยผู้ป่วยไม่ยินยอมไม่ได้ หรือจะจำกัดเสรีภาพในการเคลื่อนไหว หรือให้อยู่ในการดูแลคุ้มครองใดๆ อันเป็นการขัดต่อเจตนา ผู้ป่วยไม่ได้ ผู้คุ้มครองมีอำนาจเพียงกำหนดสถานที่ที่อยู่อาศัย แต่ไม่ได้มีอำนาจกำหนดให้ผู้ป่วยต้อง อยู่กับบุคคลใดๆ ในกรณีที่ผู้ป่วยหลบหนีไปจากสถานที่ที่ผู้คุ้มครองกำหนดโดยไม่ได้ได้รับความ ยินยอมจากผู้คุ้มครอง ผู้ป่วยจะถูกติดตามจับ และควบคุมตัวไว้เป็นเวลา 28วัน ในสถานที่ที่กำหนด ถ้าผู้ป่วยไม่ยินยอมการคุ้มครองดูแลจะสิ้นสุดลง ในกรณีเช่นนี้จะต้องพิจารณาต่อไปว่าจะกำหนด มาตรการอย่างใดกับผู้ป่วยเพื่อให้การรักษาผู้ป่วยต่อไป

เมื่อผู้ป่วยถูกควบคุมตัวตามข้อ (1)-(7) ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลจะต้องแจ้งเป็นหนังสือ ให้ผู้ป่วย และญาติทราบว่าผู้ป่วยถูกควบคุมโดยกฎหมายมาตราใด ผู้ป่วยมีสิทธิในการขอให้ปล่อย ตัว หรือปฏิเสธวิธีการรักษาบางอย่างได้

### 3. รูปแบบการปล่อย หรือจำหน่ายผู้ป่วยทางจิต

ระยะเวลาในการปล่อยผู้ป่วยทางจิตขึ้นอยู่กับลักษณะ หรือรูปแบบในการใช้อำนาจ ควบคุมผู้ป่วย ตามพระราชบัญญัติสุขภาพจิต ค.ศ. 1983 ดังนี้<sup>21</sup>

<sup>21</sup> Robert Bluglass, *Principles and practice of forensic psychiatry*, (London :Longman Group, 1990), p.51

3.1 เมื่อผู้ป่วยถูกนำส่งโรงพยาบาลในกรณีฉุกเฉิน เนื่องจากมีอาการป่วยทางจิตรุนแรง โดยญาติ หรือมีคำขอของนักสังคมสงเคราะห์ หรือเมื่อผู้ป่วยยินยอมเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และภายหลังต้องการออกจากโรงพยาบาล แต่แพทย์ผู้รับผิดชอบ หรือพยาบาลเห็นว่าจำเป็นต้องควบคุมผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลในลักษณะบังคับรักษา หรือผู้ป่วยที่ถูกควบคุมตามคำสั่งศาลแขวงตามคำร้องของนักสังคมสงเคราะห์ และกรณีที่ผู้ป่วยถูกควบคุมโดยเจ้าหน้าที่ตำรวจ และส่งมาโรงพยาบาล ตามมาตรา 4 มาตรา 5 มาตรา 135 และมาตรา 136 เมื่อแพทย์ผู้รับผิดชอบตรวจประเมินอาการผู้ป่วยแล้ว เห็นว่าไม่มีความจำเป็นต้องควบคุมผู้ป่วยไว้เพื่อประเมินอาการ หรือเพื่อบังคับรักษา หรืออาการของผู้ป่วยไม่อยู่ในหลักเกณฑ์รูปแบบใดรูปแบบหนึ่งใน 4 รูปแบบ ตามที่กฎหมายกำหนด แพทย์มีอำนาจจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลได้ แม้แพทย์ไม่ได้จำหน่ายผู้ป่วยแต่เมื่อครบกำหนดเวลา 72 ชั่วโมง โรงพยาบาลก็จะควบคุมผู้ป่วยในลักษณะบังคับรักษาไม่ได้ การที่จะควบคุมผู้ป่วยในโรงพยาบาลไว้ต่อไปได้ แพทย์จะต้องได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยเท่านั้น

### 3.2 การร้องขอให้ปล่อยตัวผู้ป่วยโดยตัวผู้ป่วย หรือญาติของผู้ป่วย

การที่ผู้ป่วยถูกบังคับรักษาจนครบ 6 เดือนแรก ตามมาตรา 3 ผู้ป่วยหรือญาติ มีสิทธิร้องขอให้ปล่อยตัวผู้ป่วยได้ ในกรณีนี้ ญาติผู้ป่วยมีสิทธิขอให้แพทย์อิสระ เข้าไปทำการตรวจประเมินอาการ และรักษาผู้ป่วย เพื่อให้คำแนะนำแก่ญาติผู้ป่วยถึงความเป็นไปได้ที่จะขอให้ปล่อยผู้ป่วย เมื่อผู้อำนวยการ โรงพยาบาลได้รับคำร้องขอให้ปล่อยตัวผู้ป่วยแล้ว แพทย์ผู้รับผิดชอบจะต้องตรวจประเมินอาการและทำรายงานความเห็นต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลให้เสร็จภายใน 72 ชั่วโมง ถ้าเห็นว่าผู้ป่วยยังคงมีพฤติกรรมที่มีแนวโน้มว่าจะเป็นอันตรายต่อตนเอง หรือผู้อื่น ผู้อำนวยการโรงพยาบาลก็จะยกคำร้องขอให้ปล่อย หรือจะอนุญาตให้ปล่อยโดยมีเงื่อนไขตามที่เห็นสมควรก็ได้ ในกรณีเช่นนี้ ผู้ป่วย หรือญาติมีสิทธิอุทธรณ์คำสั่งต่อคณะกรรมการทบทวนสุขภาพจิต (Mental Health Review Tribunal) ภายใน 28 วัน เพื่อขอให้ทบทวนคำสั่งของผู้อำนวยการโรงพยาบาลได้ หากกรรมการพิจารณาแล้วเห็นว่าผู้ป่วยไม่มีพฤติกรรมที่เป็นอันตราย ก็จะสั่งให้ปล่อย ผู้ป่วย หรือหากไม่ใช่สิทธิอุทธรณ์คำสั่งผู้ป่วย หรือญาติมีสิทธิขอให้ปล่อยตัวได้อีกเมื่อครบกำหนด 6 เดือน ถัดไป และทุกๆ ปี หลังจากนั้น นอกจากนี้ญาติผู้ป่วยไม่มีสิทธิขอให้ปล่อยจำเลยที่ถูกส่งตัวเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลตามคำสั่งศาล หรือรัฐมนตรีว่าการกระทรวงมหาดไทยตามมาตรา 37 และ 47 (จำเลยที่ถูกตัดสินว่ามีความผิด มีโทษจำคุก แต่เจ็บป่วยทางจิต หรือนักโทษซึ่งป่วยทางจิต

และถูกส่งตัวมาโรงพยาบาล) ผู้มีอำนาจในการปล่อยตัวจำเลย คือ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงมหาดไทย หรือคณะกรรมการทบทวนสุขภาพจิตเท่านั้น

สำหรับผู้ป่วยที่อยู่ในความคุ้มครอง (Guardianship Order) ญาติผู้ป่วยมีสิทธิขอให้ปล่อยตัวเมื่อครบ 6 เดือนแรก และอีก 6 เดือนถัดมา หลังจากนั้นจะมีสิทธิขอให้ปล่อยได้อีก ทุกๆ 1 ปี

### 3.3 การปล่อยผู้ป่วยโดยแพทย์ผู้รับผิดชอบ และผู้อำนวยการโรงพยาบาล

ในกรณีที่ผู้ป่วยถูกบังคับรักษาครบ 6 เดือนแรกแล้ว ผู้ป่วยจะได้รับการปล่อยออกจากโรงพยาบาล เว้นแต่แพทย์ผู้รับผิดชอบ ซึ่งได้ตรวจประเมินอาการผู้ป่วยภายในเวลา 2 เดือนก่อนครบกำหนด 6 เดือน และได้ปรึกษากับบุคคลอื่นอย่างน้อย 1 คน เห็นว่ามีความจำเป็นที่จะต้องควบคุมผู้ป่วยต่อไปอีก เพื่อสุขภาพของผู้ป่วย หรือเพื่อความปลอดภัย หรือเพื่อป้องกันผู้อื่น เมื่อผู้ป่วยยังคงมีอาการป่วยที่มีลักษณะ (Nature) และระดับ (Degree) อาการป่วยแบบหนึ่งแบบใดใน 4 แบบตามที่กฎหมายกำหนด และการบำบัดรักษาจะช่วยบรรเทา หรือป้องกันมิให้สภาพจิตของผู้ป่วยเสื่อมลง หรือถ้าปล่อยผู้ป่วยออกไปแล้ว ผู้ป่วยจะไม่สามารถดูแลตนเองได้ และการดูแลรักษาผู้ป่วยในโรงพยาบาลจะคุ้มครองประโยชน์ของผู้ป่วยได้ดีกว่า

แพทย์จะรายงานความเห็นนี้ไปยังผู้อำนวยการโรงพยาบาล เพื่อขยายระยะเวลาในการควบคุมผู้ป่วยต่อไปอีก 6 เดือน และทุก 1 ปีหลังจากนั้นในการขยายระยะเวลาควบคุมผู้ป่วยแต่ละครั้ง แพทย์ผู้รับผิดชอบจะต้องตรวจประเมินอาการผู้ป่วย และทำรายงานความเห็นคามวิธีการดังกล่าวทุกครั้ง เมื่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลได้รับรายงานความเห็นของแพทย์แล้ว ผู้อำนวยการมีอำนาจในการสั่งขยายระยะเวลาการควบคุมผู้ป่วย หรือสั่งปล่อยผู้ป่วยโดยมีเงื่อนไขตามที่เห็นสมควรก็ได้ แม้จะขัดต่อคำแนะนำของแพทย์ก็ตาม ในกรณีที่ผู้อำนวยการของโรงพยาบาลสั่งขยายระยะเวลาการควบคุมตัวผู้ป่วย ญาติมีสิทธิอุทธรณ์คำสั่งต่อคณะกรรมการทบทวนสุขภาพจิตให้ปล่อยตัวได้ภายใน 28 วัน

### 3.4 การปล่อยผู้ป่วยโดยคณะกรรมการทบทวนสุขภาพจิต (The Mental Health Review Tribunal)

ผู้ป่วยทางจิตมีสิทธิได้รับการปล่อยตัวโดยคำสั่งของคณะกรรมการทบทวนสุขภาพจิตตามคำร้องอุทธรณ์คำสั่งบังคับรักษา และคำสั่งให้อยู่ในความคุ้มครอง และมีสิทธิได้รับการพิจารณาทบทวนคำสั่งโดยอัตโนมัติ แม้ไม่มีคำร้องอุทธรณ์คำสั่ง ตามระยะเวลาและหลักเกณฑ์ดังนี้

3.4.1 เมื่อมีอุทธรณ์คำสั่งควบคุมผู้ป่วยเพื่อประเมินอาการผู้ป่วย หรือญาติต้องอุทธรณ์ภายใน 14 วัน นับแต่วันที่มิคำสั่งควบคุมผู้ป่วย

3.4.2 เมื่อมีอุทธรณ์คำสั่งควบคุมผู้ป่วยเพื่อบังคับรักษา ผู้ป่วยหรือญาติต้องอุทธรณ์คำสั่งภายใน 28 วัน นับแต่วันที่ครบกำหนดเวลาควบคุมครั้งแรก (6 เดือน) และอุทธรณ์ได้อีกเมื่อครบ 6 เดือนถัดมา หลังจากนั้นมิสิทธิอุทธรณ์ได้ทุกๆ 10 ปี กรณีที่ผู้ป่วยได้รับการปล่อยตัวโดยมีเงื่อนไขมิสิทธิอุทธรณ์ได้เมื่อพ้น 1 ปี นับแต่วันที่ได้รับการปล่อยตัว และในทุก ๆ 2 ปีหลังจากนั้น แต่หากผู้ป่วยถูกเรียกให้กลับเข้าโรงพยาบาลเพื่อรักษา จะมีสิทธิอุทธรณ์ได้เมื่อครบ 6 เดือนไปแล้ว หลังจากนั้นทุกๆ 1 ปี ในกรณีที่ไม่มีอุทธรณ์ของผู้ป่วย หรือญาติ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล หรือรัฐมนตรีว่าการกระทรวงมหาดไทย มีหน้าที่ต้องขอให้คณะกรรมการทบทวนสุขภาพจิต ทำการทบทวนคำสั่งที่ควบคุมผู้ป่วยเพื่อบังคับรักษาโดยอัตโนมัติ เมื่อครบ 6 เดือนแรกที่มีการควบคุมผู้ป่วย หลังจากนั้นทบทวนคำสั่งทุก 3 ปี เว้นแต่ผู้ป่วยที่ได้รับการปล่อยตัวโดยมีเงื่อนไข และไม่ถูกเรียกกลับเข้าโรงพยาบาลจะไม่มีการทบทวนคำสั่งโดยอัตโนมัติ

3.4.3 เมื่อมีอุทธรณ์คำสั่งให้ผู้ป่วยอยู่ในความคุ้มครอง ผู้ป่วย หรือญาติต้องอุทธรณ์คำสั่งเมื่อครบ 6 เดือนแรก และเมื่อครบ 6 เดือนถัดมา หลังจากนั้นจะมีสิทธิอุทธรณ์ได้ทุกๆ 1 ปี คณะกรรมการไม่มีอำนาจทบทวนคำสั่งโดยอัตโนมัติ

### 3.5 การปล่อยตัวชั่วคราว หรือลาพัก (Leave of absence)

ในระหว่างที่ผู้ป่วยถูกควบคุมตัวในโรงพยาบาล ผู้ป่วยจะมีสิทธิได้รับการปล่อยชั่วคราว หรือลาพักในโอกาสพิเศษต่างๆ ตามที่แพทย์เห็นสมควรภายในระยะเวลาที่กำหนด และอาจขยายระยะเวลาออกไปได้อีก และเพื่อประโยชน์ในการคุ้มครองผู้ป่วย หรือเพื่อความปลอดภัยแก่ผู้อื่น แพทย์อาจกำหนดเงื่อนไขบางอย่างใดอย่างหนึ่งตามที่เห็นสมควรก็ได้ เช่น การให้ผู้ป่วยพักอาศัยอยู่กับบุคคลใดตามที่กำหนด และให้ไปรับการรักษาที่โรงพยาบาล หรือคลินิกอื่นแบบผู้ป่วยนอก เป็นต้น

ในกรณีผู้ป่วยหลบหนีระหว่างที่ได้รับอนุญาตให้ลาพัก แพทย์มีอำนาจยกเลิกการลาพัก และเรียก หรือร้องขอให้เจ้าหน้าที่ตำรวจจับผู้ป่วยกลับเข้ามาโรงพยาบาลได้

### 3.2.2 กฎหมายที่กำหนดมาตรการแก้ไขภายหลังมีความเสียหายเกิดขึ้นแล้ว

พระราชบัญญัติสุขภาพจิต ค.ศ. 1983 และแก้ไขเพิ่มเติมปี 2007 ของอังกฤษ ให้อำนาจศาลส่งตัวจำเลยที่ถูกตัดสินว่ามีความผิด และต้องได้รับโทษจำคุก แต่จำเลยมีอาการป่วยทางจิต



รูปแบบใดรูปแบบหนึ่งใน ๔รูปแบบ ไปบังคับรักษาแทนแทนการลงโทษจำคุก การบังคับรักษา  
จำเลยที่เจ็บป่วยทางจิตโดยศาลมีหลักเกณฑ์ดังจะกล่าวต่อไปนี้

1. กระบวนการนำจำเลยเข้าสู่ระบบบังคับรักษา มี 6กรณี คือ

1.1 คำสั่งให้บังคับรักษาในโรงพยาบาล (Hospital order)

เมื่อข้อเท็จจริงปรากฏตามทางพิจารณาของศาลว่าจำเลยได้กระทำการอันกฎหมาย  
บัญญัติว่าเป็นความผิดจริง และต้องได้รับโทษจำคุก แต่จำเลยมีความผิดปกติทางจิต (Mental  
disorder) ได้แก่

1. มีความเจ็บป่วยทางจิต (Mental illness)

2. ปัญญาอ่อน (Mental impairment)

3. ปัญญาอ่อนอย่างรุนแรง (Severe mental impairment) หรือ

4. ความผิดปกติทางจิตแบบต่อต้านสังคม (Psychopathic disorder)

อย่างไรอย่างหนึ่งศาลมีอำนาจออกคำสั่งให้ควบคุมจำเลยไว้ในโรงพยาบาลเพื่อบังคับ  
รักษาได้ก่อนที่ศาลจะมีคำสั่งดังกล่าว จะต้องฟังรายงานความเห็นของแพทย์ 2คน ดังกล่าวจะต้อง  
เห็นพ้องกันในกลุ่มของหลักเกณฑ์การวินิจฉัยโรคว่าผู้ป่วยมีความผิดปกติทางจิตแบบใดแบบหนึ่ง  
ดังกล่าวข้างต้น โดยเฉพาะจำเลยซึ่งป่วยทางจิตแบบ Psychopathic disorder และ Mental  
impairment จะต้องมีความเห็นว่าการรักษาจะทำให้อาการของโรคบรรเทาลง หรือเพื่อป้องกันมิให้  
อาการทางจิตของจำเลยเสื่อมลง และโรงพยาบาลสามารถรับจำเลย (Admit) ไว้ดูแลรักษาภายใน 28  
วัน

เมื่อศาลได้พิจารณาสภาพแวดล้อม บุคลิกลักษณะ ประวัติ และสภาพระดับความรุนแรง  
ของอาการป่วยทางจิตของจำเลย ประกอบกับเงื่อนไขตามที่แพทย์เสนอแล้วเห็นว่าเป็นการ  
เหมาะสมที่จะใช้วิธีการรักษาจำเลยแทนการส่งตัวไปจำคุก ศาลจะมีคำสั่งให้ส่งตัวจำเลยไปบังคับ  
รักษาในโรงพยาบาลมีกำหนดเวลา 6เดือน และถ้ามีความจำเป็นต้องควบคุมจำเลยต่อไปเนื่องจาก  
อาการทางจิตยังไม่บรรเทาลงอาจขยายเวลาควบคุมจำเลยได้อีกคราวละ 6เดือน ในระหว่างถูก  
ควบคุม จำเลยมีสิทธิได้รับอนุญาตให้ลาพักกลับไปอยู่บ้านได้ตามเงื่อนไขที่แพทย์กำหนด  
เช่นเดียวกับผู้ป่วยทั่วไป จำเลยสามารถอุทธรณ์ต่อคณะกรรมการทบทวนสุขภาพจิต (Mental  
Health Review Tribunal) ให้พิจารณาปล่อยตัวออกจากโรงพยาบาลได้เมื่อพ้นกำหนด 1 ปี นับแต่  
วันที่ถูกบังคับรักษาหากไม่มีคำร้องขอให้ปล่อยตัวคณะกรรมการจะต้องทบทวนคำสั่งบังคับรักษา  
ทุก ๆ 3 ปี



## 1.2 คำสั่งให้บังคับรักษาในโรงพยาบาลชั่วคราว (Interim hospital order)

ในกรณีที่ศาลยังไม่มั่นใจว่าควรจะใช้วิธีการบังคับรักษาหรือลงโทษจำคุกจำเลย เนื่องจากรายงานความเห็นของแพทย์ยังไม่เป็นที่พอใจว่าจำเลยเจ็บป่วยทางจิตแบบใดแบบหนึ่งใน 4 แบบ แก่จำเลย หรือจำเลยจะไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา หรือเพื่อให้มีเวลาเพียงพอในการจัดหาโรงพยาบาลที่เหมาะสมให้แก่จำเลย ศาลมีอำนาจออกคำสั่งให้ควบคุมจำเลยไว้ในโรงพยาบาล โรคจิตหรือสถานพยาบาลทางจิตที่กำหนดเป็นการชั่วคราวเพื่อประเมินอาการหรือเพื่อรักษาชั่วคราวเป็นเวลาไม่เกิน 12 ชั่วโมง และสามารถขยายระยะเวลาได้อีกคราวละ 28 วัน แต่รวมทั้งหมดต้องไม่เกิน 6 เดือน เมื่อครบกำหนดระยะเวลาตามคำสั่งศาลหรือคำสั่งขอขยายระยะเวลาแล้ว จำเลยจะถูกส่งตัวกลับมายังศาลเพื่อกำหนดมาตรการบังคับตามพิพากษา (Re-Sentencing) ศาลจะต้องกำหนดวิธีการบังคับอย่างหนึ่งอย่างใดแก่จำเลย

## 1.3 คำสั่งที่มีข้อจำกัดสิทธิของจำเลย (Restriction order)

คำสั่งที่มีข้อจำกัดสิทธิจำเลย หมายถึง คำสั่งของศาลที่สั่งให้บังคับรักษาจำเลยในโรงพยาบาลโดยไม่มีกำหนดระยะเวลาหรือมีกำหนดเป็นระยะเวลายาวนาน และจำเลยจะถูกจำกัดสิทธิบางประการเช่น ไม่มีสิทธิยื่นคำร้องขอให้ปล่อยตัวออกจากโรงพยาบาล เป็นต้น คำสั่งนี้เป็นมาตรการสำหรับใช้กับจำเลยซึ่งก่ออาชญากรรมร้ายแรงและมีความเสี่ยงอย่างมากที่จำเลยจะกระทำความผิดในอนาคตได้ เมื่อศาลได้พิจารณาถึงการกระทำความผิดของจำเลยในคดี พฤติกรรมของจำเลยในคดี พฤติกรรมของจำเลยในอดีตและความจำเป็นเพื่อคุ้มครองสังคม ศาลมีอำนาจออกคำสั่งที่มีข้อจำกัดสิทธิของจำเลยโดยมีกำหนดระยะเวลาในการปล่อยตัวไว้หรือไม่ก็ได้ ก่อนศาลจะพิจารณามีคำสั่งนี้จะต้องฟังรายงานความเห็นของแพทย์ 2 คน ซึ่ง 1 ใน 2 คน จะต้องเป็นแพทย์ที่ขึ้นทะเบียนรับรองแล้วก่อนผลของคำสั่งนี้จำเลยจะถูกบังคับรักษาในโรงพยาบาลโดยไม่มีกำหนดระยะเวลา หรือมีกำหนดเวลาตามคำสั่งจนกว่าอาการทางจิตจะหายหรือทุเลาลงและได้รับการปล่อยตัวออกจากโรงพยาบาลในระหว่างที่มีคำสั่งมีผลใช้บังคับจำเลยหรือญาติไม่อาจยื่นคำร้องขอให้ปล่อยตัว การขอลาพักจากการควบคุมตัวในโรงพยาบาล (Leave of absence) การย้ายโรงพยาบาล การเปลี่ยนแปลงคำสั่งจะต้องได้รับอนุญาตจากรัฐมนตรีว่าการกระทรวงมหาดไทย (Secretary of State) หากจำเลยได้รับอนุญาตให้ลาพักและหลบหนีไปจากโรงพยาบาล รัฐมนตรีว่าการกระทรวงมหาดไทยมีอำนาจนำตัวจำเลยกลับมาควบคุมไว้ในโรงพยาบาลได้ นอกจากนี้ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงมหาดไทยมีอำนาจเพิกถอนคำสั่งที่มีข้อจำกัดสิทธิของศาลได้ หากในระหว่างเวลาที่บังคับรักษา จำเลยไม่มีพฤติกรรมที่เป็นอันตรายและไม่มีความจำเป็นต้องคุ้มครอง

สังคมอีกต่อไป ในกรณีเช่นนี้ คำสั่งที่มีข้อจำกัดสิทธิจะเปลี่ยนไปเป็นคำสั่งให้เข้าโรงพยาบาล (Hospital order) ผลคือจำเลยมีสิทธิยื่นคำร้องขอให้ปล่อยตัวออกจากโรงพยาบาลได้เมื่อครบ 6 เดือน นับแต่วันที่มีการเปลี่ยนแปลงคำสั่งและรัฐมนตรีว่าการกระทรวงมหาดไทยยังมีอำนาจปล่อยจำเลย ออกจากโรงพยาบาล โดยมีเงื่อนไขอย่างหนึ่งอย่างใดให้เหมาะสมแก่จำเลย (Compulsory after-care) ก่อนที่คำสั่งที่มีข้อจำกัดสิทธิซึ่งศาลกำหนดระยะเวลาไว้จะสิ้นสุดลง เมื่อปล่อยตัวแล้วจะเรียก จำเลยกลับเข้าโรงพยาบาลเมื่อใดก็ได้

#### 1.4 คำสั่งให้อยู่ในความดูแลคุ้มครอง (Guardianship order)

ในกรณีที่ศาลเห็นว่ายังไม่มีความจำเป็นต้องควบคุมจำเลยไว้ในโรงพยาบาลเพื่อบังคับ รักษา ศาลมีอำนาจออกคำสั่งให้จำเลยรับการรักษาในชุมชน (Community care) มีกำหนดเวลา 6 เดือน และสามารถขยายเวลาได้อีกคราวละ 6 เดือน จำเลยจะถูกส่งตัวไปอยู่ในความดูแลของหน่วยงานให้บริการทางสังคมในท้องถิ่น (Local Social Service Authority) หรืออยู่ในความดูแลของบุคคลใดบุคคลหนึ่งที่ยินยอมและได้รับความเห็นชอบจากหน่วยงานดังกล่าว คำสั่งนี้เป็น ทางเลือกหนึ่งของศาลในกรณีที่ปรากฏจากรายงานความเห็นของแพทย์และการประเมินบุคลิกภาพ จำเลยแล้ว สามารถนำวิธีการนี้มาใช้บำบัดรักษาจำเลยได้อย่างเหมาะสมผลของคำสั่งนี้ผู้ทำหน้าที่ ดูแล (Guardian) มีอำนาจกำหนดที่อยู่จำเลย ให้จำเลยไปรับการรักษาประกอบอาชีพ รับการศึกษาศึกษา หรือฝึกหัดงานในสถานที่หรือในเวลาที่กำหนดให้จำเลยได้รับการตรวจเยี่ยมจากแพทย์ นักสังคม สงเคราะห์ หรือบุคคลอื่นตามที่กฎหมายกำหนด ในกรณีที่จำเลยปฏิเสธไม่ยอมรับการรักษาที่ เหมาะสมและจำเป็น ผู้ดูแลจะส่งจำเลยกลับไปยังโรงพยาบาลเพื่อพิจารณาขอให้ศาลกำหนด มาตรการอย่างหนึ่งอย่างใดแก่จำเลย ถ้าจำเลยหลบหนีไปจากความดูแล จำเลยจะถูกติดตามจับตัว กลับมา และบุคคลที่ให้ที่พักอาศัยแก่จำเลยจะมีความผิดฐานให้ที่พักพิงแก่จำเลยและละเมิดอำนาจ ศาลได้ จำเลยมีสิทธิอุทธรณ์ต่อคณะกรรมการทบทวนสุขภาพจิตได้ คณะกรรมการไม่มีอำนาจ ทบทวนคำสั่งได้เองหากไม่มีกรอุทธรณ์คำสั่ง

1.5 คำสั่งให้ส่งตัวนักโทษจากเรือนจำเข้าโรงพยาบาลโดยรัฐมนตรีว่าการ กระทรวงมหาดไทย (Transfer from prison)

สำหรับจำเลยซึ่งศาลพิพากษาลงโทษจำคุกและมีอาการป่วยทางจิตอย่างหนึ่งอย่างใดใน 4 แบบ ที่กำหนดไว้ในพระราชบัญญัติสุขภาพจิต เมื่อแพทย์ 2 คน ซึ่ง 1 ใน 2 คน ต้องเป็นแพทย์ที่ ได้รับการขึ้นทะเบียนรับรองเห็นว่่านักโทษมีความเจ็บป่วยทางจิต จำเป็นที่จะต้องส่งตัวไปควบคุม ไว้ในโรงพยาบาลเพื่อบังคับรักษา เมื่อรัฐมนตรีว่าการกระทรวงมหาดไทยเห็นชอบจะออกคำสั่งให้

ส่งตัวไปควบคุมไว้ในโรงพยาบาลเสมือนเป็นคำสั่งให้เข้าโรงพยาบาล (Hospital order) และมีอำนาจออกคำสั่งที่มีข้อจำกัดสิทธิได้ (Restriction order) เมื่อนักโทษหายดีแล้วจะต้องถูกส่งกลับไปรับโทษในเรือนจำต่อ ในกรณีที่ครบกำหนดเวลาการลงโทษตามคำพิพากษาแล้ว แต่นักโทษยังมีความเจ็บป่วยทางจิตจะต้องถูกควบคุมตัวไว้ในโรงพยาบาลเพื่อบังคับรักษาต่อไปเสมือนเป็นคำสั่งให้เข้าโรงพยาบาล (Hospital order) และจะมีสิทธิยื่นคำร้องขอให้ปล่อยตัวได้ภายใน 6 เดือน นับแต่มีคำสั่งให้เข้าโรงพยาบาล

#### 1.6 คำสั่งคุมประพฤติ (Psychiatric probation or Supervision order)

ในกรณีที่ศาลเห็นว่าความผิดปกติทางจิตของจำเลยยังไม่เป็นการเหมาะสมที่จะบังคับรักษาจำเลยในโรงพยาบาลโรคจิต ศาลมีอำนาจกำหนดเงื่อนไขคุมประพฤติให้จำเลยเข้ารับการรักษาย่างต่อเนื่องมีกำหนดเวลาตั้งแต่ 6 เดือนถึง 3 ปี ดังต่อไปนี้

1.6.1 ให้จำเลยเข้ารับการรักษานในสถานะผู้ป่วยใน ซึ่งมีใช้โรงพยาบาล โรคจิตหรือในสถานพยาบาลผู้ป่วยทางจิต (Mental nursing home)

1.6.2 ให้จำเลยเข้ารับการรักษารูปแบบผู้ป่วยนอกในสถานพยาบาลตามที่กำหนด

1.6.3 ให้จำเลยไปรับการรักษารักษาจากแพทย์ตามที่กำหนดให้

#### 2. การปล่อยตัว

##### 2.1 การปล่อยจำเลยที่ป่วยทางจิตโดยคณะกรรมการทบทวนสุขภาพจิต

จำเลยซึ่งถูกตัดสินว่ามีความผิดมีโทษจำคุก แต่ศาลส่งตัวมาบังคับในโรงพยาบาล (ไม่ว่าจะจำกัดสิทธิของจำเลยหรือไม่ก็ตาม) มีสิทธิ ยื่นคำร้องต่อคณะกรรมการทบทวนสุขภาพจิตขอให้ปล่อยตัวได้ แม้ไม่คำร้องของจำเลยก็ตาม คณะกรรมการก็มีหน้าที่ทบทวนคำสั่งควบคุมบำบัดรักษาจำเลยตามระยะเวลาที่กฎหมายกำหนด กระบวนการพิจารณารับฟังพยานหลักฐาน และคำสั่งของคณะกรรมการมีหลักเกณฑ์ ดังนี้

##### กระบวนการพิจารณาการรับฟังพยานหลักฐาน (Procedure and Hearing)

1. ก่อนการพิจารณาคำขอ ฝ่ายโรงพยาบาลจะต้องจัดทำรายการเกี่ยวกับประวัติผู้ป่วยหรือจำเลย ประวัติควบคุมการรักษา รายงานการประเมินอาการป่วย คำสั่งที่ไม่อนุญาตให้ปล่อยผู้ป่วย รวมทั้งข้อเสนอว่าสมควรจะควบคุมผู้ป่วย หรือจำเลยต่อไปหรือไม่ ให้แก่คณะกรรมการผู้ป่วย หรือจำเลย และรัฐมนตรีว่าการกระทรวงมหาดไทย (ถ้ารัฐมนตรีเป็นผู้ขอให้ทบทวนการควบคุม) ถ้าโรงพยาบาลเห็นว่าข้อเท็จจริงบางอย่างไม่สมควรเปิดเผยให้ผู้ป่วย หรือจำเลยทราบ เนื่องจากอาจก่อให้เกิดผลเสียแก่สภาพจิตของผู้ป่วย หรือจำเลย และได้รับอนุญาตจาก

คณะกรรมการแล้วจะไม่ส่งเอกสารบางอย่างให้แก่ผู้ป่วย หรือจำเลยก็ได้ นอกจากนี้คณะกรรมการ ซึ่งเป็นจิตแพทย์จะต้องตรวจ และประเมินอาการผู้ป่วย หรือจำเลยเพื่อทำเป็นรายงานเก็บเป็นข้อมูล ของคณะกรรมการด้วย

2. การพิจารณาปกติ กระทำที่โรงพยาบาล ฝ่ายผู้ป่วย หรือจำเลย โรงพยาบาลหรือ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงมหาดไทย มีสิทธิตั้งผู้แทนทางกฎหมาย ซึ่งมีประสบการณ์โดยได้รับการ เห็นชอบจากคณะกรรมการได้ และแม้ผู้ป่วยหรือจำเลยไม่ตั้งผู้ทำแผนทางกฎหมาย คณะกรรมการก็ มีอำนาจตั้งผู้แทนทางกฎหมายให้ผู้ป่วย หรือจำเลยได้ ระหว่างพิจารณาคณะกรรมการมีอำนาจ พิจารณาลับหลังผู้ป่วย หรือจำเลยได้ หากเห็นว่าผู้ป่วย หรือจำเลยมีผู้แทนทางกฎหมาย และ ข้อเท็จจริงบางประการที่จะนำมาแสดงระหว่างพิจารณา อาจเป็นผลเสียต่อสภาพจิตของผู้ป่วย หรือ จำเลย รูปแบบการพิจารณากระทำแบบไม่เป็นทางการ และไม่อยู่ภายใต้ข้อจำกัดเรื่อง พยานหลักฐาน คณะกรรมการจะปิดโอกาสให้แต่ละฝ่ายสอบถามซึ่งกันและกันได้โดยอิสระ ทั้งนี้ กระบวนพิจารณาต่างๆ จะต้องกระทำโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประโยชน์ของผู้ป่วย หรือจำเลยเป็น สำคัญ ในกรณีที่มีการสอบการแพทย์ ผู้ป่วย หรือจำเลย หรือญาติผู้ป่วย คณะกรรมการจะให้แพทย์ ผู้ป่วย หรือจำเลยออกไปนอกห้องพิจารณาได้แล้วแต่กรณี ทั้งนี้เพื่อให้บุคคลที่จะถูกถามไม่ต้อง เกรงกลัวว่า คำให้การของตนอาจกระทบความสัมพันธ์ระหว่างกันได้

3. ประเด็นในการพิจารณาว่าผู้ป่วย หรือจำเลย จำเป็นต้องถูกควบคุมเพื่อบังคับรักษา หรือเพื่อคุ้มครอง ดูแลต่อไปหรือไม่ หากปรากฏว่า

3.1 ผู้ป่วยหรือจำเลยไม่มีลักษณะ หรือระดับอาการป่วยทางจิตเข้าหลักเกณฑ์อาการป่วย รูปแบบใด รูปแบบหนึ่งใน 4รูปแบบ หรือ

3.2 ไม่มีความจำเป็นต้องควบคุมผู้ป่วย หรือจำเลยต่อไป เพื่อสุขภาพ หรือ เพื่อความปลอดภัย หรือ เพื่อป้องกันผู้อื่น

คณะกรรมการจะต้องส่งปล่อยผู้ป่วย หรือจำเลย ในกรณีเช่นนี้คณะกรรมการจะต้อง พิจารณาต่อไปอีก ว่าถ้าหากจะต้องปล่อย แต่ผู้ป่วย หรือจำเลยจำเป็นต้องได้รับการบังคับรักษา ต่อไป เพื่อบรรเทาหรือป้องกัน มิให้สภาพจิตของผู้ป่วยเสื่อมลง ผู้ป่วย หรือจำเลยสามารถดูแล ตนเอง และหากอยู่ในสังคม จะได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม หรือไม่เพื่อกำหนดมาตรการหลังการ ปล่อยตัวต่อไป

4. คณะกรรมการมีอำนาจส่งปล่อยผู้ป่วย หรือจำเลย โดยมีเงื่อนไขอย่างหนึ่งอย่างใด ตามที่เห็นสมควรได้ ในกรณีดังนี้

- 4.1 คำสั่งให้ปล่อย ภายในเวลาที่กำหนด
- 4.2 คำสั่งพักการควบคุม และส่งตัวไปพักอาศัยที่บ้าน (Leave of absence to home)
- 4.3 คำสั่งให้ส่งไปควบคุมที่โรงพยาบาลอื่น (Transfer to another hospital)
- 4.4 คำสั่งให้ส่งไปอยู่ในความคุ้มครอง (Transfer to guardianship)

2.2 การปล่อยจำเลยที่ถูกควบคุม โดยรัฐมนตรีว่าการกระทรวงมหาดไทย (Discharge restricted offenders by Secretary of State)

กรณีที่ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลโรคจิต หรือจิตแพทย์เห็นว่าไม่มีความจำเป็นจะต้องควบคุมจำเลยไว้ในโรงพยาบาลเพื่อบังคับรักษา จะขอให้รัฐมนตรีว่าการกระทรวงมหาดไทยสั่งปล่อยจำเลยก็ได้ หรือรัฐมนตรีอาจสั่งปล่อยจำเลยโดยไม่มีคำขอของโรงพยาบาลก็ได้ หากรัฐมนตรีพิจารณาแล้วเห็นว่าจะเป็นการปลอดภัยหากปล่อยจำเลย และรัฐมนตรีมีอำนาจบังคับเหนือจำเลย (Compulsory supervision) โดยอาจเรียกจำเลยกลับเข้าโรงพยาบาลในเวลาใดๆ ก็ได้ตามที่เห็นสมควร

2.3 การปล่อยจำเลยโดยมีคำร้องขอ และการทบทวนความจำเป็นในการควบคุมโดยอัตโนมัติในระหว่างที่จำเลยถูกบังคับรักษา 6 เดือน แพทย์จะต้องทบทวนความจำเป็นในการควบคุมจำเลยทุกๆ 6 เดือน หากแพทย์เห็นว่าจำเป็นต้องควบคุมจำเลยต่อไป เมื่อครบ 1 ปี แล้วจำเลยมีสิทธิยื่นคำร้องอุทธรณ์คำสั่งควบคุมให้คณะกรรมการทบทวนสุขภาพจิตปล่อยตัวได้ เมื่อคณะกรรมการพิจารณาตามข้อ 2.1 แล้วมีคำสั่งไม่อนุญาต จำเลยมีสิทธิร้องขอให้ปล่อยตัวอีกทุก 1 ปี ในกรณีที่คณะกรรมการมีคำสั่งให้ปล่อยจำเลย จำเลยมีสิทธิขอให้คณะกรรมการปล่อยตัวโดยสมบูรณ์ได้เมื่อครบ 1 ปี นับแต่วันที่จำเลยได้รับการปล่อยตัวโดยมีเงื่อนไข และมีสิทธิร้องขอได้อีกทุก 2 ปี หลังจากนั้น แต่หากจำเลยถูกเรียกตัวกลับเข้าโรงพยาบาล เนื่องจากประพฤติดีผิดเงื่อนไข จำเลยมีสิทธิร้องขอให้ปล่อยตัวได้อีกเมื่อครบ 6 เดือน และทุก ๆ 1 ปีหลังจากนั้น

ในกรณีที่ไม่มีคำร้องขอให้ปล่อยตัวจากจำเลยตามระยะเวลาดังกล่าวข้างต้น ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลโรคจิต หรือรัฐมนตรีว่าการกระทรวงมหาดไทยมีหน้าที่ต้องขอให้คณะกรรมการทบทวนคำสั่งควบคุมบังคับรักษาจำเลยโดยอัตโนมัติทุก ๆ 3 ปี นับแต่วันที่ควบคุมจำเลย เว้นแต่จำเลยได้รับการปล่อยตัวโดยมีเงื่อนไข และไม่ถูกเรียกตัวกลับเข้าโรงพยาบาล จะไม่มีการทบทวนคำสั่งโดยอัตโนมัติ แต่ถ้าหากจำเลยถูกเรียกตัวกลับเข้าโรงพยาบาล ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลโรคจิต หรือรัฐมนตรีว่าการกระทรวงมหาดไทย จะต้องขอให้คณะกรรมการทบทวน



ควบคุมจำเลย ภายใน 1 เดือน นับแต่วันที่จำเลยถูกเรียกเข้าโรงพยาบาล สำหรับจำเลยซึ่งถูกสั่งให้อยู่ในการควบคุม (Guardianship) มีสิทธิอุทธรณ์ต่อคณะกรรมการทบทวนสุขภาพจิตได้เมื่อครบ 6 เดือนแรก และ 6 เดือนถัดมา จากนั้นอุทธรณ์ได้ทุก ๆ 1 ปี คณะกรรมการไม่มีอำนาจทบทวนคำสั่งอัตโนมัติ

สรุปกฎหมายสุขภาพจิตของอังกฤษ กำหนดให้ศาลมีคำสั่งให้จำเลยที่ได้รับการตัดสินว่ามีความผิดมีโทษจำคุก แต่จำเลยมีความผิดปกติทางจิตแบบใดแบบหนึ่งใน 4 แบบ ไปบังคับรักษาในโรงพยาบาล 6 เดือน และแพทย์จะต้องทบทวนความจำเป็นในการควบคุมจำเลยทุก ๆ 6 เดือน ถ้าศาลยังไม่พอใจรายงานความเห็นของแพทย์ 2 คน หรือเพื่อป้องกันความผิดพลาดในการกำหนดมาตรการที่จะใช้แก่จำเลย หรือจำเลยจะไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา หรือเพื่อให้มีเวลาเพียงพอในการจัดหาโรงพยาบาลที่เหมาะสม แต่รวมทั้งหมดต้องไม่เกิน 6 เดือน จากนั้นจำเลยจะถูกส่งกลับมาศาลเพื่อกำหนดมาตรการที่จะใช้บังคับแก่จำเลยต่อไป เช่น ถ้าหากจำเลยหายจากอาการป่วย หรือวิธีการรักษาไม่เหมาะสมกับจำเลย ศาลอาจส่งจำเลยไปจำคุก หรือคุมประพฤติจำเลย หรือส่งตัวไปอยู่ในความคุ้มครอง (Guardianship) เพื่อรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชนก็ได้ ถ้าศาลเห็นว่าจำเลยประกอบอาชญากรรมร้ายแรง และมีความเสี่ยงมากที่จะกระทำความผิดในอนาคตอีก ศาลอาจสั่งบังคับจำเลยภายใต้คำสั่งที่มีข้อจำกัดสิทธิ (Restriction orders) ผลคือจำเลยไม่มีสิทธิยื่นคำร้องขอให้ปล่อยตัว ลาพัก หรือขอให้ส่งตัวไปควบคุมที่โรงพยาบาลอื่น สำหรับนักโทษในเรือนจำที่ป่วยทางจิต เมื่อมีรายงานความเห็นของแพทย์ 2 คน รัฐมนตรีว่าการกระทรวงมหาดไทยมีอำนาจส่งไปบังคับรักษา และจะออกคำสั่งที่มีข้อจำกัดสิทธิด้วย หรือไม่ได้ ถ้านักโทษหายจากอาการป่วย จะถูกส่งกลับไปปรับโทษต่อในเรือนจำ กรณีที่ครบกำหนดโทษแล้ว แต่นักโทษยังไม่หายจากอาการป่วย จะต้องถูกบังคับรักษาต่อไปอีก 6 เดือน เหมือนเป็นคำสั่งให้บังคับรักษาในโรงพยาบาล (Hospital order) และต้องมีการทบทวนความจำเป็นในการควบคุมทุก ๆ 6 เดือน และนักโทษมีสิทธิยื่นคำร้องอุทธรณ์คำสั่งต่อคณะกรรมการทบทวนสุขภาพจิตได้เช่นเดียวกับผู้ป่วยทางจิตต่อไป จำเลยซึ่งถูกบังคับรักษา (ไม่ว่าจะมีคำสั่งที่มีข้อจำกัดสิทธิด้วย หรือไม่มีก็ตาม) มีสิทธิได้รับการปล่อยตัว 2 กรณี คือ

1. คำสั่งของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงมหาดไทยตามรายงานความเห็นของแพทย์ ซึ่งระบุว่าไม่มีความจำเป็นต้องควบคุมจำเลยต่อไป เมื่อแพทย์ได้ทบทวนความจำเป็นในการควบคุมจำเลยทุก ๆ 6 เดือน หรือแม้ไม่มีรายงานความเห็นของแพทย์ รัฐมนตรีก็สามารถสั่งให้ปล่อยจำเลยได้ และจะกำหนดเงื่อนไขอย่างใด ๆ ตามที่เห็นสมควรเพื่อประโยชน์ของจำเลย และความปลอดภัยของ



สังคม นอกจากนี้ระหว่างที่ได้รับการปล่อยตัว รัฐมนตรีจะเรียกจำเลยกลับเข้าโรงพยาบาลเมื่อใดก็ได้

## 2. คำสั่งของคณะกรรมการสุขภาพจิต

2.1 ตามคำร้องอุทธรณ์คำสั่งไม่อนุญาตให้ปล่อยจำเลยเมื่อจำเลยถูกควบคุมครบ 1 ปี และทุก ๆ 1 ปีถัดมา จำเลยที่ได้รับการปล่อยโดยมีเงื่อนไขจะอุทธรณ์ขอให้ปล่อยโดยสมบูรณ์เมื่อครบ 1 ปี นับแต่วันที่ปล่อย และทุก ๆ 2 ปีถัดมา จำเลยที่ประพฤติดีผิดเงื่อนไข และถูกเรียกกลับเข้าโรงพยาบาล มีสิทธิอุทธรณ์ได้เมื่อครบ 6 เดือนแรก นับแต่วันที่ยังตกอยู่ในความคุ้มครอง และ 6 เดือนถัดมา หลังจากนั้นอุทธรณ์ได้ทุก ๆ 1 ปี

2.2 เมื่อไม่มีคำร้องอุทธรณ์ของจำเลย คณะกรรมการมีหน้าที่ต้องทบทวนความจำเป็นในการควบคุมจำเลยทุก ๆ 3 ปี แต่ไม่มีอำนาจทบทวนคำสั่งให้อยู่ในความคุ้มครอง เว้นแต่มีอุทธรณ์ของจำเลย

คณะกรรมการทบทวนสุขภาพจิต มีอำนาจสั่งให้ปล่อยจำเลยโดยมีเงื่อนไขอย่างไรก็ได้ เช่น ปล่อยภายในเวลาที่กำหนด พักการควบคุมตัว ส่งไปควบคุมที่โรงพยาบาลอื่น สั่งให้ส่งจำเลยไปอยู่ในความคุ้มครอง เป็นต้น

## 3.3 ญี่ปุ่น

จากคำพิพากษา ปี 2551 วันที่ 25 เมษายน ศาลฎีกาญี่ปุ่นวางหลักในเรื่องพิสูจน์ความวิกลจริตของจำเลยไว้ว่า ตราบใดที่ไม่มีสถานการณ์ ที่ทำให้ไม่อาจยอมรับความเห็นของผู้เชี่ยวชาญทางจิตเวชได้ ศาลต้องเคารพความเห็นนั้น โดยเมื่อก่อนศาลจะฟังความเห็นของคณะลูกขุน (Lay judge) ด้วย แต่เพื่อลดภาระของลูกขุน อีกทั้งลูกขุนเป็นบุคคลธรรมดา (Lay judge)<sup>22</sup> ที่ไม่มีความรู้ทางจิตเวชทำให้มีการใช้อารมณ์ที่อ่อนไหวตัดสินจำเลย โดยคดีที่จำเลยอ้างว่าวิกลจริตจำเป็นต้องใช้ความรู้ทางการแพทย์มาวิเคราะห์การกระทำของจำเลย ว่าผู้กระทำความผิดมีจิตใจที่วิกลจริตหรือไม่ จะใช้อารมณ์ ความรู้สึกแบบคนธรรมดาทั่วไปไม่ได้<sup>23</sup>

### 3.3.1 กฎหมายที่กำหนดมาตรการป้องกันก่อนมีความเสียหายเกิดขึ้น

<sup>22</sup> Green, Stephen, "Ichihashi trial key test of legal reforms: Extensive media coverage could sway lay judges", The Japan Times, (December 8, 2009): p.12.

<sup>23</sup> Sonoda Hisashi 園田寿, "Sumoto 5 murder case "Don't know what it is" Death Sentence Judgement" สืบค้นเมื่อวันที่ 20 ตุลาคม 2560, จาก <https://news.yahoo.co.jp/byline/sonodahisashi/>

กฎหมายที่กำหนดมาตรการบังคับรักษาผู้ป่วยทางจิตก่อนที่ผู้ป่วยจะกระทำความผิดในประเทศไทยญี่ปุ่น คือ กฎหมายสุขภาพจิตของญี่ปุ่น ค.ศ. 1988 (The Mental Health Law, MHL 1988) ซึ่งมีสาระสำคัญ ดังนี้

1. เงื่อนไขที่ก่อให้เกิดอำนาจบังคับรักษา

ประเทศไทยกำหนดเงื่อนไขที่ก่อให้เกิดอำนาจบังคับรักษาไว้ 2 ประการ<sup>24</sup> คือ

1.1 บุคคลที่มีความผิดปกติทางจิต (Mentally disordered person) หมายถึง บุคคลที่เป็นโรคจิต (Psychotic person) รวมทั้งอาการทางจิตในภาวะมึนเมา (Psychotic due to intoxication) บุคคลปัญญาอ่อน (Mentally retarded person)

1.2 มีแนวโน้มว่าจะทำร้ายตนเอง หรือผู้อื่น (Liable to injure himself or others)

2. รูปแบบการนำเข้าสู่ระบบบังคับรักษา

กระบวนการนำผู้ป่วยมาสู่ระบบการบังคับรักษา มี 4 รูปแบบ<sup>25</sup> คือ

2.1 การบังคับรักษาโดย Prefectural Governor (Involuntary admission by Prefectural Governor) เมื่อ Prefectural Governor ได้รับแจ้งจากบุคคลดังต่อไปนี้

2.1.1 เมื่อบุคคลใดก็ตาม พบบุคคลที่มีความผิดปกติทางจิต หรือสงสัยว่าบุคคลนั้นมีความผิดปกติทางจิตอาจร้องขอไปยัง Prefectural Governor เพื่อสั่งให้แพทย์ (Designated Physician) ตรวจวินิจฉัยอาการของบุคคลนั้น และกำหนดมาตรการบังคับรักษาบุคคลนั้น ในกรณีเช่นนี้ ผู้ร้องขอจะต้องระบุชื่อ ที่อยู่ อายุ ของผู้ร้องขอ ชื่อ ที่อยู่ อายุ เพศ และอาการของผู้ป่วยรวมทั้งชื่อ ที่อยู่ ของผู้ปกครองผู้ป่วยด้วย

2.1.2 เมื่อเจ้าหน้าที่ตำรวจพบบุคคลซึ่งมีพฤติกรรมที่สื่อให้เห็นว่ามีแนวโน้มที่จะทำอันตรายตนเอง หรือผู้อื่น เนื่องจากบุคคลนั้นมีความผิดปกติทางจิต โดยได้พิจารณาจากพฤติกรรมที่ผิดปกติของบุคคลนั้นที่ผิดปกติของบุคคลนั้น หรือพิจารณาจากสถานการณ์แวดล้อมอื่นๆ ต้องรายงานไปยัง Prefectural Governor โดยไม่ชักช้าผ่านทางผู้อำนวยการศูนย์สุขภาพจิตที่อยู่ใกล้ที่สุด (Director of the Nearest Health Center)

<sup>24</sup> Robert Bluglass, *Principles and practice of forensic psychiatry*, (London :Longman Group, 1990), p.30

<sup>25</sup> รณชัย คงสกนธ์, "นิติจิตเวช" ใน *จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี*, พิมพ์ครั้งที่ 2 (กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์บริษัท บีคอนส์ เอ็นเทอร์ไพรซ์, 2548), น.165

2.1.3 ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลโรคจิตโดยสมัครใจ และภายหลังต้องการออกจากโรงพยาบาล เมื่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลโรคจิต (Superintendent of the mental health) เห็นว่าผู้ป่วยมีความผิดปกติทางจิตตามที่ระบุในกฎหมายสุขภาพจิต และมีแนวโน้มว่าจะทำอันตรายต่อตนเอง หรืออื่นตนเอง หรือผู้อื่นจะต้องรายงานให้ Prefectural Governor โดยไม่ชักช้า

เมื่อ Prefectural Governor ได้พิจารณาคำร้องขอ หรือรายงานดังกล่าวแล้วเห็นว่าจำเป็นต้องสืบเสาะข้อเท็จจริงเพื่อให้ทราบถึงสภาพจิตของผู้ป่วยจะสั่งให้แพทย์ตรวจวินิจฉัยอาการผู้ป่วยแล้วรายงานให้ทราบ หากปรากฏว่าตามรายงานของแพทย์ ๒ คนระบุว่า มีพยานหลักฐานเชื่อได้ว่าผู้ป่วยมีแนวโน้มที่จะทำอันตรายต่อตนเอง หรือผู้อื่น ตามหลักเกณฑ์ที่รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข และสวัสดิการประกาศกำหนด ผู้ป่วยจะถูกควบคุมไว้ในโรงพยาบาลโรคจิต หรือโรงพยาบาลที่กำหนดเพื่อบำบัดรักษา และเพื่อประโยชน์แก่การสืบสวน และตรวจวินิจฉัยอาการผู้ป่วย แพทย์มีอำนาจเข้าไปในเคหะสถานของผู้ป่วยตามที่จำเป็นได้ แต่ต้องแสดงตัวให้ผู้ป่วยทราบ ถ้าผู้ป่วยมีผู้ปกครอง คู่สมรส หรือบุคคลใดก็ตามที่ดูแลผู้ป่วย บุคคลดังกล่าวมีสิทธิเข้าร่วมตรวจสอบกระบวนการตรวจวินิจฉัยอาการของแพทย์ได้ ผู้ป่วยซึ่งถูกควบคุมตัวสิทธิได้รับแจ้งรูปแบบขบวนการรักษา และวิธีการร้องขอให้ปล่อยตัวออกจากโรงพยาบาลระยะเวลาในการควบคุมผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลขึ้นอยู่กับอาการของผู้ป่วย แต่ละคนและความจำเป็นที่จะต้องควบคุม หรือจนกว่าจะได้รับการปล่อยตัวออกจากโรงพยาบาล

## 2.2 การควบคุมผู้ป่วยในกรณีฉุกเฉิน (Emergency admission)

2.2.1 ในกรณีฉุกเฉินเร่งด่วนเนื่องจากผู้ป่วยที่ได้รับการร้องขอ หรือมีรายงานจากบุคคล หรือเจ้าหน้าที่ตำรวจ หรือผู้อำนวยการโรงพยาบาลโรคจิตว่าพบบุคคลมีความผิดปกติทางจิต หรือสงสัยว่ามีความผิดปกติทางจิต และมีแนวโน้มอย่างมากว่าจะทำอันตรายต่อตนเอง หรือผู้อื่น ไม่ได้ถูกควบคุมไว้ในโรงพยาบาล เพื่อให้สามารถทำการสืบเสาะ และตรวจวินิจฉัยอาการของผู้ป่วยได้ทัน Prefectural Governor มีอำนาจควบคุมผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลโรคจิต หรือโรงพยาบาลอื่นที่กำหนด ภายในเวลาไม่เกิน 72 ชั่วโมง เพื่อสั่งให้แพทย์สืบเสาะ และตรวจวินิจฉัยอาการของผู้ป่วยหากปรากฏว่าผู้ป่วยมีความผิดปกติทางจิต และแนวโน้มจะทำร้ายตนเอง หรือผู้อื่น Prefectural Governor มีอำนาจสั่งให้ควบคุมผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลเพื่อบังคับรักษาต่อไป

2.2.2 ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถให้ความยินยอมรักษาได้ เมื่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลโรคจิตได้รับรายงานความเห็นของแพทย์ว่า ผู้ป่วยมีความผิดปกติทางจิต และมีแนวโน้มอย่างมากว่าจะทำร้ายตนเอง หรือผู้อื่น จำเป็นต้องจัดให้มีการบังคับรักษา เพื่อคุ้มครองดูแล และช่วยเหลือผู้ป่วย

ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลโรคจิตมีอำนาจออกคำสั่งให้ควบคุมผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลเพื่อรักษา ภายในเวลาไม่เกิน 72 ชั่วโมง ได้โดยไม่ต้องได้รับความยินยอมจากผู้ป่วย กรณีเช่นนี้ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลโรคจิตต้องรายงานเหตุผลในการควบคุมผู้ป่วยไปยัง Prefectural Governor โดยไม่ชักช้า

### 2.3 การควบคุมผู้ป่วยชั่วคราว (Temporary admission)

ในกรณีที่ผู้ดูแล คู่สมรส ผู้ปกครอง หรือบุคคลที่ปกครองดูแลบุคคลใด ร้องขอให้รับ บุคคลนั้นเข้ารับการรักษาใน โรงพยาบาลโรคจิต เมื่อแพทย์ได้ตรวจวินิจฉัยอาการของบุคคลนั้นแล้ว ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลโรคจิตสงสัยว่าบุคคลนั้นมีความผิดปกติทางจิต แต่ต้องใช้เวลาพอสมควร ในการตรวจวินิจฉัยโรคให้แน่ชัด ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลโรคจิตสงสัยว่าบุคคลนั้นมีความผิดปกติ ทางจิต แต่ต้องใช้เวลาพอสมควรในการตรวจวินิจฉัยโรคให้แน่ชัด ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลโรคจิต มีอำนาจสั่งให้ควบคุมผู้ป่วยไว้ใน โรงพยาบาลเป็นการชั่วคราว เพื่อตรวจวินิจฉัยอาการ ได้ภายใน เวลาไม่เกิน 3 สัปดาห์โดยไม่ต้องได้รับความยินยอมจากผู้ป่วย แต่ต้องแจ้งรูปแบบกระบวนการ รักษา และวิธีการร้องขอให้ปล่อยตัวออกจากโรงพยาบาลให้แก่ผู้ป่วยทราบ และต้องรายงานอาการ ผู้ป่วยไปยัง Prefectural Governor ภายใน 10 วัน

### 2.4 การควบคุมบังคับรักษา (Admission for medical care and custody)

เมื่อผลการตรวจทางการแพทย์ระบุว่า ผู้ป่วยมีความผิดปกติทางจิต และจำเป็นต้อง ควบคุมไว้ในโรงพยาบาลเพื่อบังคับรักษา และผู้รับผิดชอบในการควบคุมผู้ป่วยให้ความยินยอม ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลโรคจิตมีอำนาจควบคุมผู้ป่วยไว้ใน โรงพยาบาล โดยไม่จำเป็นต้องได้รับความ ยินยอมจากผู้ป่วย แต่ต้องรายงานอาการผู้ป่วยรวมทั้งข้อกำหนดอื่น ๆ ตามที่รัฐมนตรีว่าการ กระทรวงสาธารณสุข และสวัสดิการกำหนด พร้อมกับส่งหนังสือให้ความยินยอมดังกล่าวไปยัง Prefectural Governor ภายใน 10 วัน

กรณีที่ผู้ป่วยหลบหนีออกจากโรงพยาบาล ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลจะต้องแจ้งหัวหน้า สถานีตำรวจท้องที่ที่โรงพยาบาลตั้งอยู่ เพื่อติดตามจับผู้ป่วยมาควบคุมในสถานที่ที่เหมาะสม ได้แก่ สถานีตำรวจ หรือ โรงพยาบาล จนกว่าผู้อำนวยการ โรงพยาบาลจะมารับผู้ป่วยกลับไปควบคุมที่ โรงพยาบาลโรคจิต แต่ตำรวจจะควบคุมผู้ป่วยได้ไม่เกิน 24 ชั่วโมง

### 3. รูปแบบการปล่อย หรือจำหน่ายผู้ป่วยทางจิต

พระราชบัญญัติสุขภาพจิตของญี่ปุ่นกำหนดหลักเกณฑ์ในการปล่อยตัวผู้ป่วยทางจิตไว้ 4กรณี โดยมีรายละเอียด ดังนี้<sup>26</sup>

### 3.1 การปล่อยชั่วคราว (Temporary discharge)

เมื่อผู้อำนวยการ โรงพยาบาล โรครจิต ได้รับรายงานการตรวจประเมินอาการผู้ป่วยที่ถูกบังคับรักษาจากแพทย์แล้ว เห็นว่า เป็นการเหมาะสมที่จะปล่อยผู้ป่วยชั่วคราวเพื่อสังเกตอาการ เมื่อได้รับอนุญาตจาก Prefectural Governor แล้ว ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลมีอำนาจปล่อยผู้ป่วยจากโรงพยาบาลเป็นการชั่วคราว ภายในเวลาไม่เกิน 6เดือนได้ โดยมีเงื่อนไขให้ผู้ที่รับผู้ป่วยไว้ดูแลระหว่างปล่อยชั่วคราวต้องมารับคำแนะนำจากผู้อำนวยการ โรงพยาบาลในการดูแล และปฏิบัติเกี่ยวกับสุขภาพจิตของผู้ป่วยตามที่กำหนด

### 3.2 การปล่อยผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล

3.2.1 เมื่อ Prefectural Governor เห็นว่า ขณะผู้ป่วยถูกบังคับรักษาในโรงพยาบาล ผู้ป่วยไม่มีแนวโน้มที่จะเป็นอันตรายต่อตนเอง หรือผู้อื่น เมื่อได้ฟังรายงานความเห็นจากผู้อำนวยการ โรงพยาบาล โรครจิตแล้ว Prefectural Governor ต้องสั่งปล่อยผู้ป่วยโดยไม่ชักช้า ในกรณีเช่นนี้ผู้ที่รับผู้ป่วยไว้ดูแลภายหลังออกจาก โรงพยาบาลจะต้องมารับคำแนะนำจากผู้อำนวยการ โรงพยาบาลในการดูแลปฏิบัติเกี่ยวกับสุขภาพจิตของผู้ป่วยตามที่กำหนด หรือหาก The Direct of Health Center เห็นว่าผู้ป่วยยังคงมีความผิดปกติทางจิต และจำเป็นต้องได้รับการดูแลภายหลังปล่อยตัวจะสั่งให้แพทย์ หรือคณะนักสังคมสงเคราะห์ที่ได้รับการแต่งตั้งให้คำแนะนำ หรือไปเยี่ยมผู้ป่วย และให้คำแนะนำที่เหมาะสมในการปฏิบัติเกี่ยวกับสุขภาพจิตของผู้ป่วยได้

3.2.2 เมื่อคณะกรรมการทบทวนสุขภาพจิตได้รับรายงานอาการป่วยของผู้ป่วยขณะอยู่โรงพยาบาล และได้รับคำขอจาก Prefectural Governor คณะกรรมการมีอำนาจทบทวนความจำเป็นในการควบคุมผู้ป่วยใน โรงพยาบาล ได้ เมื่อได้ฟังความเห็นจากผู้อำนวยการ โรงพยาบาล โรครจิต ผู้ป่วย และบุคคลอื่นที่เกี่ยวข้องแล้วเห็นว่าไม่มีความจำเป็นต้องควบคุมผู้ป่วยต่อไป คณะกรรมการมีอำนาจปล่อย หรือสั่งให้ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลปล่อยผู้ป่วยไปทันที

3.2.3 เมื่อมีคำร้องของผู้ป่วย ผู้ดูแล คู่สมรส ผู้ใช้อำนาจปกครอง หรือบุคคลที่คุ้มครองดูแลผู้ป่วย ขอให้ปล่อยผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล คณะกรรมการทบทวนสุขภาพจิตจะต้องพิจารณาคำร้องโดยฟังความเห็นจากผู้อำนวยการ โรงพยาบาล โรครจิต และผู้ยื่นคำร้อง ถ้าเห็นว่าไม่มีความ

<sup>26</sup>

รัชชัย คงสกนธ์, “นิติจิตเวช” ในจิตเวชศาสตร์ งามาธิปิติ, พิมพ์ครั้งที่ 2 (กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์บริษัท บีคอนส์ เอ็นเทอร์ไพรซ์, 2548), น.54



จำเป็นต้องควบคุมผู้ป่วยต่อไป เมื่อ Prefectural Governor ได้รับแจ้งมติคณะกรรมการแล้ว จะต้องปล่อย หรือสั่งให้ผู้อำนวยการโรงพยาบาลโรคจิตปล่อยผู้ป่วยทันที

3.2.4 ในกรณีที่รัฐมนตรีว่ากระทรวงสาธารณสุข และสวัสดิการ หรือ Prefectural Governor สั่งให้แพทย์ที่ได้รับการแต่งตั้งตรวจประเมินอาการผู้ป่วยขณะควบคุมในโรงพยาบาลควบคุมผู้ป่วยต่อไป หรือการควบคุมผู้ป่วยเป็นการฝ่าฝืนพระราชบัญญัติสุขภาพจิตรัฐมนตรี หรือ Prefectural Governor มีอำนาจสั่งปล่อยผู้ป่วยได้

3.3.2 กฎหมายที่กำหนดมาตรการแก้ไขภายหลังมีความเสียหายเกิดขึ้นแล้ว

กฎหมายสุขภาพจิตของญี่ปุ่นบัญญัติให้ Prefectural Governor สั่งจำเลยซึ่งต้องคำพิพากษาให้ลงโทษจำคุก หรือกักขัง หรือจำเลยซึ่งถูกคุมประพฤติ หรือนักโทษที่จะได้รับการปล่อยตัว และมีความผิดปกติแบบใดแบบหนึ่งใน 3 แบบ ได้แก่ เป็นโรคจิต ปัญญาอ่อน และความผิดปกติทางจิตแบบก้าวร้าวรุนแรง หรือต่อต้านสังคมไปบังคับรักษาในโรงพยาบาลโรคจิตมีหลักเกณฑ์ดังนี้

1. เมื่อศาลพิพากษาลงโทษจำคุกหรือกักขังจำเลย และพนักงานอัยการเห็นว่า จำเลยมีความผิดปกติทางจิตจะต้องรายงานไปยัง Prefectural Governor โดยไม่ชักช้า

2. เมื่อหัวหน้าพนักงานคุมประพฤติ (Head of probation office) ทราบว่าบุคคลผู้อยู่ภายใต้คุมประพฤติความผิดปกติทางจิต หรือสงสัยว่าจะมีความผิดปกติทางจิตจะต้องรายงานไปยัง Prefectural Governor โดยไม่ชักช้า

3. เมื่อหัวหน้าหน่วยงานที่มีหน้าที่ปรับปรุงแก้ไขผู้กระทำผิด (หมายถึง การกักขังในบ้าน เรือนจำ สถานพินิจ สถานฝึกอบรมเด็ก สนาบฝึกอบรมนสตรี) จะปล่อยบุคคลที่ถูกควบคุมในหน่วยงานดังกล่าว ซึ่งมีความผิดปกติทางจิตหรือสงสัยว่าจะมีความผิดปกติทางจิต จะต้องระบุรายละเอียดดังต่อไปนี้ยัง Prefectural Governor

3.1 ชื่อ เพศ วันเดือนปีเกิด และสถานที่ที่บุคคลดังกล่าวไปพักอาศัย

3.2 อาการทางจิตพอสังเขป

3.3 วันที่ปล่อยตัว

3.4 ชื่อ ที่อยู่ของบุคคลที่รับตัวผู้กระทำผิดไป

เมื่อ Prefectural Governor ได้รับรายงานดังกล่าวแล้วเห็นว่า ต้องสืบเสาะข้อเท็จจริง เพื่อให้ทราบถึงสภาพจิตของผู้กระทำผิดจะสั่งให้แพทย์ 2 คน ตรวจวินิจฉัยอาการและรายงานให้ทราบ ถ้าปรากฏว่า ผู้กระทำผิดมีแนวโน้มว่าจะทำร้ายตนเองหรือผู้อื่น ตามหลักเกณฑ์ที่



รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขและสวัสดิการประกาศกำหนดผู้กระทำผิดจะถูกส่งตัวไป บังคับรักษาในโรงพยาบาลโรคจิตหรือโรงพยาบาลที่กำหนด ผู้กระทำผิดมีสิทธิได้รับแจ้งรูปแบบ ขบวนการรักษาและวิธีการร้องขอให้ปล่อยตัวออกจากโรงพยาบาลตามระยะเวลาควบคุมของผู้กระทำผิดแต่ละคน นอกจากนี้หากเป็นกรณีเร่งด่วนฉุกเฉิน เนื่องจากผู้กระทำผิดมีแนวโน้มอย่างมากว่าจะทำร้ายตนเองหรือผู้อื่นถ้าไม่ควบคุมตัวไว้ในโรงพยาบาลและไม่อาจรอรายงานความเห็นของแพทย์ได้ Prefectural Governor มีอำนาจควบคุมผู้กระทำผิดไว้ก่อนได้ภายในระยะเวลาไม่เกิน 72 ชั่วโมง เพื่อสั่งให้แพทย์ตรวจประเมินอาการ

สรุป กฎหมายสุขภาพจิตญี่ปุ่นกำหนดให้ Prefectural Governor มีคำสั่งให้ส่งจำเลยซึ่งมีความผิดปกติทางจิต ในกรณีที่ศาลลงโทษจำคุก หรือกักขังจำเลยตามที่พนักงานอัยการรายงาน หรือตามที่หัวหน้าพนักงานคุมประพฤติ หรือหัวหน้างานที่มีหน้าที่ปรับปรุงแก้ไขผู้กระทำความผิด รายงานให้ทราบไปบังคับรักษาในโรงพยาบาลโรคจิต หรือโรงพยาบาลที่กำหนด โดยที่รายงานความเห็นของแพทย์ 2 คน ระบุว่า จำเลย หรือผู้ถูกคุมความประพฤติ มีพฤติกรรมที่เป็นอันตรายต่อตนเอง หรือผู้อื่นตามหลักเกณฑ์ที่รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข และสวัสดิการกำหนด ผลคือจำเลยหรือผู้ถูกควบคุมความประพฤติจะมีสิทธิเช่นเดียวกับผู้ป่วยทางจิตทั่วไปตามกฎหมายสุขภาพจิต

นอกจากนี้ ประเทศญี่ปุ่นมีความคิดที่จะแก้ไขประมวลกฎหมายอาญา โดยเพิ่มบทบัญญัติว่า ด้วยวิธีการเพื่อความปลอดภัยในการส่งจำเลยซึ่งต้องคำพิพากษาให้ลงโทษจำคุก หรือกักขังแต่มีความผิดปกติทางจิตไปบังคับรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพ แต่ไม่ได้รับความเห็นชอบจากรัฐสภาญี่ปุ่น โดยมีหลักการนำวิธีการเพื่อความปลอดภัยมาใช้กับผู้ป่วยทางจิตตามแนวคิดการลงโทษระบบคู่ (Dual system) เช่นเดียวกับประมวลกฎหมายเยอรมัน

นักนิติศาสตร์ญี่ปุ่นได้รับแนวความคิดจากประเทศเยอรมันในการนำวิธีการเพื่อความ ปลอดภัยมาใช้เป็นมาตรการควบคู่กับการลงโทษผู้กระทำบางประเภท ซึ่งถือว่าเป็นมาตรการเสริม ทางการลงโทษ สำหรับปรับปรุงแก้ไขผู้กระทำผิดโดยการบำบัดรักษาโดยเฉพาะผู้กระทำผิด เนื่องจากความผิดปกติทางจิต นักนิติศาสตร์ญี่ปุ่นได้จัดเตรียมร่างประมวลกฎหมายอาญาขึ้นในปี ค.ศ. 1961 เพื่อใช้แทนกฎหมายอาญาเดิม

ร่างประมวลกฎหมายญี่ปุ่น ค.ศ.1961 (Preparatory Draft for The Revised Penal Code of Japan 1961) ได้แยกโทษ และวิธีการเพื่อความปลอดภัยออกจากกัน โดยบัญญัติวิธีการเพื่อความ

ปลอดภัยไว้ในภาคที่ 1 หมวดที่ 11 มาตรา 109 เรียกว่ามาตรการเพื่อความปลอดภัย (Security Measures) แบ่งเป็น 2 ประเภท คือ

1. การส่งผู้กระทำความผิดที่เจ็บป่วยทางจิตไปบังคับรักษา
2. การส่งตัวผู้กระทำความผิดที่ติดสุราเรื้อรัง หรือติดยาเสพติดไปบังคับรักษา

หลักเกณฑ์ และการบังคับใช้วิธีการเพื่อความปลอดภัยแก่ผู้ป่วยทางจิต มีรายละเอียด ดังนี้

1. หลักเกณฑ์การส่งผู้ป่วยทางจิตไปบังคับรักษา

“มาตรา 110 ผู้ใดเจ็บป่วยทางจิต (Suffering from a mental disorder) และได้กระทำความผิดซึ่งมีโทษกักขัง หรือโทษที่หนักกว่าโทษกักขัง ศาลจะสั่งให้ตัวผู้นั้นไปบังคับรักษาก็ได้ ถ้าศาลเห็นว่าผู้นั้นมีแนวโน้มว่าจะกระทำความผิดในลักษณะเดียวกันอีกในอนาคต และการส่งผู้นั้นไปรับการรักษามีความจำเป็นเพื่อความปลอดภัย หรือเพื่อคุ้มครองสังคม”

2. ลักษณะ และระยะเวลาในการรักษา

“มาตรา 111 ผู้ที่ถูกส่งตัวไปบังคับรักษา จะถูกควบคุมตัวไว้ในสถานที่ปลอดภัย และได้รับการคุ้มครองจากขบวนการรักษาตามที่เขาร้องขอ”

“มาตรา 112 การรักษาที่กำหนดระยะเวลา 5 ปี แต่ถ้าศาลเห็นว่ามีความจำเป็นอาจขยายระยะเวลาไปอีก 3 ปี ก็ได้”

3. การพิจารณาทบทวนคำสั่ง และการปล่อยตัว

“มาตรา 113

(1) ผู้ที่ถูกส่งตัวไปบังคับรักษา จะได้รับการปล่อยตัว โดยคำสั่งของฝ่ายวิชาการ (by administrative action)

(2) ฝ่ายบริหารต้องจัดให้มีการทบทวนการปล่อยตัวผู้ที่ถูกบังคับรักษาอย่างน้อย ปีละ 1 ครั้ง”

4. หลักเกณฑ์ในการปล่อยตัวชั่วคราว

“มาตรา 114

(1) ผู้ที่ถูกส่งตัวไปบังคับรักษา จะได้รับการปล่อยตัวชั่วคราว โดยคำสั่งของฝ่ายบริหาร

(2) บทบัญญัติมาตรา 112 ให้นำมาใช้บังคับแก่ผู้ที่ได้รับการปล่อยตัวชั่วคราวด้วย

(3) ผู้ที่ได้รับการปล่อยตัวชั่วคราว จะได้รับการจัดให้อยู่ในความดูแล ให้การรักษาต่อไป อีกตลอดระยะเวลาที่ถูกส่งตัวไปรับการรักษา

(4) คำสั่งให้ปล่อยตัวชั่วคราวจะถูกเพิกถอน ถ้าพฤติการณ์เกี่ยวกับผู้ที่ได้รับการปล่อยชั่วคราวบ่งชี้ให้เห็นว่ามีความจำเป็นต้องส่งตัวผู้นั้นไปบังคับรักษาต่อไป

(5) การบังคับโทษมาตรการเพื่อความปลอดภัย

“มาตรา 120 ผู้ใดต้องคำพิพากษาให้ลงโทษจำคุก หรือกักขัง และถูกบังคับใช้มาตรการเพื่อความปลอดภัย ให้นำมาตรการเพื่อความปลอดภัยมาใช้บังคับต่อจากโทษจำคุก หรือกักขัง อย่างไรก็ตาม ศาลอาจสั่งให้นำมาตรการเพื่อความปลอดภัยมาใช้บังคับก่อนโทษจำคุก หรือกักขังก็ได้”

(6) การพักใช้มาตรการเพื่อความปลอดภัย

“มาตรา 121 ผู้ใดต้องคำพิพากษาให้ลงโทษจำคุก หรือกักขัง และได้รับการปล่อยตัวโดยมีเงื่อนไข ผู้นั้นจะไม่ถูกบังคับใช้มาตรการเพื่อความปลอดภัยในระหว่างที่ได้รับการปล่อยตัว”

(7) การเปลี่ยนแปลงการบังคับโทษ และมาตรการเพื่อความปลอดภัย

“มาตรา 122

(1) ศาลจะสั่งเพิกถอนการบังคับใช้มาตรการการบังคับใช้มาตรการเพื่อความปลอดภัยเสียเมื่อใดก็ได้ ถ้าการบังคับตามวิธีดังกล่าวไม่มีความจำเป็นอีกต่อไป

(2) ศาลจะสั่งให้ยกโทษจำคุกทั้งหมด หรือแต่บางส่วนเสียเมื่อใดก็ได้ ถ้าการบังคับตามมาตรการเพื่อความปลอดภัยใช้ได้อย่างเหมาะสม และไม่มีความจำเป็นต้องบังคับโทษอีกต่อไป”

สรุป ร่างประมวลกฎหมายอาญาญี่ปุ่นนำวิธีเพื่อความปลอดภัย โดยการบังคับรักษามาใช้กับจำเลยซึ่งป่วยทางจิตที่มีพฤติกรรมที่เป็นอันตราย เป็นมาตรการควบคู่กับการลงโทษโดยให้ศาลสามารถเลือกใช้การบังคับโทษ หรือการบังคับรักษา หรือทั้ง 2 อย่าง ก่อนหรือหลังก็ได้ หากการบังคับรักษาแล้วแต่กรณี เป็นการเหมาะสมและเป็นประโยชน์ในการแก้ไขบำบัดพฤติกรรมของจำเลย กล่าวคือ ถ้าการบังคับรักษาประสบได้ผลสำเร็จ ศาลมีอำนาจยกเลิกโทษจำคุก หรือกักขังจำเลยก็ได้ แต่ถ้าการบังคับรักษาไม่ประสบผลสำเร็จ ศาลจะยกเลิกการบังคับรักษา และลงโทษจำคุก หรือกักขังจำเลยก็ได้ วิธีเช่นนี้เรียกว่า วิธีการสับเปลี่ยนแทนที่กัน (Substitutionary System) ระหว่างการบังคับโทษ และวิธีการเพื่อความปลอดภัย ประโยชน์ของวิธีการนี้ทำให้การแก้ไขบำบัดพฤติกรรมของจำเลยซึ่งป่วยทางจิต มีความยืดหยุ่น และเหมาะสมกับจำเลยเป็นรายๆ ไป

ในกรณีที่ศาลใช้วิธีการเพื่อความปลอดภัย จำเลยจะถูกส่งตัวไปควบคุม เพื่อบังคับรักษาเป็นเวลา 5 ปี แต่สามารถขยายได้อีก 3 ปี ในระหว่างที่ถูกบังคับรักษา จำเลยมีสิทธิได้รับการปล่อยชั่วคราวโดยมีเงื่อนไขให้อยู่ในความดูแล และรักษาอย่างต่อเนื่องตลอดระยะเวลาที่กำหนด และยังมี

สิทธิได้รับการทบทวนผลการรักษาเพื่อพิจารณาปล่อยตัวอย่างน้อย ปีละ 1 ครั้ง ตลอดระยะเวลาที่ถูก  
บังคับรักษา โดยกำหนดให้ฝ่ายบริหารมีอำนาจปล่อยตัว ปล่อยตัวชั่วคราว และทบทวนผลการรักษา  
หากปรากฏว่าการบังคับรักษาประสบได้ผลสำเร็จ และศาลเห็นว่าไม่มีความจำเป็นต้องบังคับโทษ  
อีกต่อไป ศาลจะมีคำสั่งให้ยกเลิกโทษจำคุก หรือกักขังทั้งหมดได้ แต่ถ้าการบังคับรักษาไม่ประสบ  
ผลสำเร็จ ศาลมีอำนาจเพิกถอนคำสั่งบังคับรักษา และบังคับโทษจำคุก หรือกักขังตามที่กำหนด



## บทที่ 4

### วิเคราะห์การพิสูจน์การกระทำความผิดขณะวิกลจริต

#### 4.1 ปัญหาทางกฎหมายเรื่องความหมายของคนวิกลจริต และปัญหาข้อเท็จจริงเกี่ยวกับความรับผิดชอบ

นักกฎหมายต้องคำนึงถึงคำนิยามทางจิตเวชศาสตร์ เพื่อให้สามารถพิจารณาประเภทและความรุนแรงของผู้กระทำความผิดได้อย่างถูกต้อง ตามแนวทางการพิสูจน์ในทางการแพทย์ โดยต้องคำนึงถึง การรู้สำนึกขณะกระทำความผิดของประเภท หรือระดับความรุนแรงของบุคคลดังกล่าว

การพิจารณาความรับผิดชอบให้พิจารณาในเรื่องของเจตนา ตามบทบัญญัติในประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 59

มาตรา 59 วรรคแรก บัญญัติว่า

“บุคคลจะต้องรับผิดชอบในทางอาญาก็ต่อเมื่อได้กระทำโดยเจตนา เว้นแต่จะได้กระทำโดยประมาท ในกรณีที่กฎหมายบัญญัติให้ต้องรับผิดชอบเมื่อได้กระทำโดยประมาทหรือเว้นแต่ในกรณีที่กฎหมายบัญญัติไว้แจ้งชัดให้ต้องรับผิดชอบแม้ได้กระทำโดยไม่มีเจตนา”

เห็นได้ว่าในคดีอาญาแม้ผู้กระทำไม่ได้มีเจตนาที่อาจต้องรับผิดชอบได้หากกระทำโดยประมาทและกฎหมายได้บัญญัติไว้ว่าหากกระทำโดยประมาทก็ต้องรับผิดชอบ เช่น ความผิดฐานประมาทเป็นเหตุให้ผู้อื่นได้รับอันตรายสาหัส ความผิดฐานทำให้คนตายโดยประมาท

มาตรา 59 วรรคสอง กระทำโดยเจตนา ได้แก่กระทำโดยรู้สำนึกในการที่กระทำ และในขณะที่เดียวกันผู้กระทำประสงค์ต่อผล หรือยอมเล็งเห็นผลของการ กระทำนั้น

วรรคสาม ถ้าผู้กระทำมิได้รู้ข้อเท็จจริงอันเป็นองค์ประกอบความผิด จะถือว่าผู้กระทำประสงค์ต่อผล หรือยอมเล็งเห็นผลของการกระทำนั้นมิได้

วรรคท้าย การกระทำ ให้หมายความรวมถึงการให้เกิดผลอันหนึ่งอันใดขึ้น โดยงดเว้นการที่จักต้องกระทำเพื่อป้องกันผลนั้นด้วย

จากสามวรรคนี้ ได้กล่าวถึงการกระทำ และงดเว้นการกระทำ อันเป็นการกระทำโดยเจตนา และไม่มีเจตนา ซึ่งเป็นความสัมพันธ์ขององค์ประกอบภายนอก และภายใน

ตามระบบ Common Law มีแนวความคิดว่า “การกระทำในตัวของมันเอง ไม่เป็นความผิด เว้นแต่ผู้กระทำจะมีจิตใจที่ผิดด้วย” หรือภาษาลาตินคือ “Actus non facit reum nisi mens sit rea” โดยอาจแบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่ Actus reus คือ การกระทำในสิ่งที่ผิดกฎหมาย และอีกส่วนคือ Mens rea ซึ่งเป็นองค์ประกอบทางด้านจิตใจ แต่ในระบบ Civil Law โครงสร้างความคิดฝรั่งเศสแบ่งเป็น 3 ส่วน คือ องค์ประกอบทางกฎหมาย องค์ประกอบทางการกระทำ และองค์ประกอบทางจิตใจ ซึ่งจะใกล้เคียงกับโครงสร้างความคิดทางอาญาประเทศสหพันธรัฐเยอรมันที่แบ่งเป็น 3 ส่วนเช่นกัน คือ องค์ประกอบที่กฎหมายบัญญัติ ความผิดกฎหมาย และความชั่ว และในเรื่องขององค์ประกอบภายใน ระบบ Common Law เจตนาชั่วร้าย (Mens rea) ครอบคลุมทั้งเจตนา และประมาทโดยจงใจ ในขณะที่ระบบ Civil Law มีการแยกเจตนาออกจากประมาทอย่างชัดเจน<sup>1</sup> ดังนั้นในกรณีพิจารณาความรับผิดของคนวิกลจริต หรือผู้ป่วยทางจิต ต้องไม่มีความชั่วเป็นจุดเริ่มต้น จึงจะพิจารณาต่อไปเรื่องการรับโทษ และเหตุยกเว้นโทษในเรื่องตัวบุคคลวิกลจริต

ในปัจจุบัน จิตแพทย์มีส่วนเกี่ยวข้องที่สำคัญ กับกระบวนการยุติธรรม ในแง่การให้ปากคำ และการดูแลรักษา กรณีที่ผู้ป่วยวิกลจริต ในแง่ความหมาย จิตแพทย์ต้องมีความเข้าใจความหมายของคำว่าวิกลจริต ให้ตรงกันกับ สหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องในคดี บุคคลวิกลจริตในทางอาญา หมายถึง ผู้มีจิตบกพร่อง โรคจิต หรือจิตฟั่นเฟือน ดังนี้

จิตบกพร่อง ในทางจิตเวชศาสตร์ ไม่ใช่คำว่าจิตบกพร่อง ในทางการแพทย์คือ ปัญญาอ่อน ซึ่งปัญญาอ่อนนั้น หมายถึง ภาวะที่เกิดความผิดปกติทางสติปัญญา เกิดขึ้นในระยะพัฒนาการของสมอง ตั้งแต่บุคคลนั้นปฏิสนธิ จนถึงอายุ 18 ปี โดยจะปรากฏความผิดปกติที่เห็นได้ทาง IQ และพฤติกรรมการปรับตัว ดังนั้น จิตแพทย์ต้องมีความเข้าใจที่ตรงกับ พนักงานสอบสวน และศาลว่าจิตบกพร่องในทางอาญา ตรงกับคำว่าปัญญาอ่อนในทางการแพทย์ จึงจะสามารถให้ปากคำได้ ถูกต้องว่าบุคคลที่วินิจฉัยว่าปัญญาอ่อน คือ บุคคลที่มีภาวะจิตบกพร่อง

โรคจิต ความหมายในทางจิตเวช แบ่งได้เป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มที่เป็นโรคจิตที่มีสาเหตุจากอารมณ์ หรือจิตใจ และอีกกลุ่มหนึ่งคือ โรคจิตที่มีสาเหตุจากสภาวะทางกาย หรือโรคทางฝ่ายกาย

อาจเป็นเพราะประเทศไทยใช้ระบบกฎหมายแบบ Civil Law ซึ่งโดยหลักนั้น กฎหมายลายลักษณ์อักษร จะบัญญัติกฎหมายที่มีลักษณะเป็นหลักเกณฑ์ทั่วไป(บททั่วไป) โดยจะใช้เทคนิคในการบัญญัติเพื่อให้ครอบคลุมในกรณีปัญหา และเปิดโอกาสให้ผู้ใช้กฎหมายมีดุลยพินิจในการใช้กฎหมายนั้น ให้เหมาะสมกับความเป็นธรรมในแต่ละคดี แต่ในบางบทมาตรหากไม่วางหลักเกณฑ์

<sup>1</sup> อัจฉริยา ชุตินันท์, ปัญหาชั้นสูงในกฎหมายอาญา, พิมพ์ครั้งที่ 2 (กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์วิญญูชน, 2557).



ทั่วไปได้อย่างสมบูรณ์ ก็จะบัญญัติเป็นรายละเอียด ซึ่งต่างกับ ระบบ Common Law ซึ่งวิธีการบัญญัตินั้น ต้องเขียนให้แน่นอนชัดเจน และละเอียด จึงทำให้ประมวลกฎหมายอาญามาตรา 65 ไม่ได้ลงความหมายของจิตบกพร่อง โรจิต หรือจิตฟั่นเฟือนไว้ วิเคราะห์การกระทำความผิดอาญาของผู้มีจิตบกพร่อง โรจิต หรือจิตฟั่นเฟือน

ผู้ป่วยที่มีความบกพร่องทางจิต อาจแบ่งเป็นกลุ่มใหญ่ 3 กลุ่ม ดังนี้

1. ประเภทบุคลิกภาพผิดปกติ (Personal Disorders) ในแต่ละบุคคลมีความแตกต่างกัน ในบุคลิกภาพตามธรรมชาติ บางคนอาจชอบแยกตัว บางคนเกิดภาวะเครียดได้ง่าย บางคนเก็บตัว บางคน โกรธง่าย และบางคนชอบต่อต้านสังคม แต่ถ้าไม่มีผลกระทบต่อตนเอง หรือสังคม ก็จะถือว่าเป็นบุคลิกภาพปกติ กรณีบุคลิกภาพผิดปกติ คือเป็นอาการดังกล่าวที่หากเกินปกติจนกระทบต่อสังคม หรือตนเอง เป็นกรณีประเภทบุคลิกภาพผิดปกตินี้ยังรู้สำนึกในขณะกระทำการใดๆ โรคบุคลิกภาพผิดปกติมีอยู่ด้วยกันหลายชนิด ซึ่งมีการแสดงออกถึงลักษณะอาการที่แตกต่างกันออกไป

บุคลิกภาพผิดปกติ เป็นบุคลิกภาพที่แตกต่างจากบุคลิกภาพของคนส่วนใหญ่เป็นอย่างมาก และเป็นอยู่นาน แต่โดยทั่วไปจะไม่ทำให้เกิดอาการที่รบกวนบุคคลผู้นั้น ดังนั้นบุคคลซึ่งมีบุคลิกภาพแปรปรวน หรือผิดปกติจึงมักจะไม่นำขอความช่วยเหลือจากแพทย์ด้วยตนเอง แต่โดยที่บุคคลซึ่งมีบุคลิกภาพผิดปกติจะทนต่อความตึงเครียดและความคับข้องใจได้น้อยกว่าคนธรรมดา เช่น เมื่อมีความกดดันเพียงเล็กน้อยเขาอาจวิตกกังวลอย่างมาก หรือถ้าความกดดันมากพอควรเขาอาจเกิดอาการของโรจิตชั่วคราวได้ รวมทั้งความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นมักบกพร่องไป ทำให้บุคคลผู้นั้นใช้ชีวิตอยู่ในสังคม โดยมีความสุข และความสำเร็จน้อยกว่าที่ควร บุคคลที่มีบุคลิกภาพแปรปรวน หรือผิดปกติ แบบที่กล่าวนี้จึงอาจประสบความสำเร็จในชีวิตได้บ้าง ผู้เขียนจึงขอกล่าวถึง 5 กลุ่มอาการที่จัดอยู่ในโรคบุคลิกภาพผิดปกติ ได้แก่

1.1ต่อต้านสังคม (Antisocial Personality Disorder) บุคคลที่เป็นโรคนี้จะมีพฤติกรรมเกเรมาตั้งแต่เด็ก ชอบทำตัวเป็นอันธพาล ก้าวร้าว จี้โมโห หยาบคาย ชอบความรุนแรง ชอบทำร้ายคนอื่น ชอบรังแกสัตว์ ชอบละเมิดสิทธิผู้อื่น เวลาที่โกรธจะชอบใช้กำลัง และไม่สามารถระงับอารมณ์ของตัวเองได้ บางรายมีประวัติในการใช้สารเสพติด ชอบทำผิดกฎหมาย หรือกฎหมาย ไม่มีความรู้สึกสำนึกผิดในการกระทำของตนเอง จัดได้ว่าเป็นบุคคลที่เป็นภัยต่อสังคม

1.2 ย้ำคิดย้ำทำ (Obsessive Compulsive Personality Disorder) โรคย้ำคิดย้ำทำนั้นมีอาการที่เกิดจากมีความวิตกกังวลมากๆ จนทำให้เกิดอาการ "ย้ำคิด" ที่ผุดเข้ามาในสมองโดยที่ไม่ได้ตั้งใจ ที่ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรม "ย้ำทำ" บางอย่างซ้ำๆ เพื่อให้ลดความกังวลในใจตนเอง เช่น ใน

กลุ่มที่กังวลมากในเรื่องความสะอาด ผู้ป่วยกลุ่มนี้มักจะแปรงฟันนาน และแปรงฟันวันละหลายๆ ครั้งจนเหงือกอักเสบ หรือบางราย อาจจะใช้สบู่ล้างมือหลายๆ วันละหลายๆ รอบจนมือเปื่อยเป็นแผล บางรายที่กังวลเกี่ยวกับสิ่งของ ก็มักจะตรวจนับสิ่งของของตนเองเข้าไปซ้ำมาวันละหลายๆ รอบ ซึ่งทำให้รบกวนการใช้ชีวิตประจำวันของผู้ป่วยและคนรอบข้างเป็นอย่างมาก

1.3 หลงตัวเอง (Narcissistic Personality Disorder) โรคหลงตัวเองคืออาการผิดปกติทางจิต ที่มองภาพลักษณ์ของตัวเองว่า เป็นคนที่หล่อสวยเก่งอย่างที่ไม่ไม่มีใครจะเทียบเทียมได้ จนกลายเป็นว่าตัวเองทำอะไรก็ดีไปหมดไม่เคยมีอะไรที่ผิดพลาดเลย คนที่หลงตัวเองต้องการให้คนอื่นยกย่องชมเชยตัวเองตลอดเวลา จนเป็นที่น่าหมั่นไส้ อีกทั้งยังเป็นคนที่มินิสมัยเห็นแก่ตัวโฟกัสแต่ตัวเอง ชอบเอาไรต์เอาเปรียบ และไม่เคยมีความเห็นอกเห็นใจผู้อื่น ดังนั้น คนที่หลงตัวเองมากจนผิดปกติ มักจะเป็นคนที่ไม่มีความสัมพันธ์ ไม่มีแฟน เพราะเป็นคนที่ไม่เอาแต่ใจตัวเองเท่านั้น ที่ถูกต้องเสมอ และเหยียดขี้ปากดูถูกคนรอบตัวไปเสียหมด จนไม่มีใครสามารถทนอยู่ด้วยได้

1.4 ชอบเรียกร้องความสนใจ (Histrionic Personality Disorder) บุคคลที่เป็นโรคนี้นี้มีพฤติกรรมที่ทำทุกอย่าง เพื่อให้ตนเองได้รับความสำคัญและเป็นที่สนใจอย่างมาก โดยที่ไม่สนใจว่าสิ่งที่ตนเองกระทำลงไปนั้น จะเป็นสิ่งที่ดีงามหรือไม่ ยกตัวอย่างลักษณะอาการของผู้ที่เป็นโรคชอบเรียกร้องความสนใจ เช่น บุคคลที่ชอบลงรูปภาพเปลือย หรือคลิปเปลือยของตัวเองลงในสื่อสังคมออนไลน์ โดยที่ไม่คิดว่าเป็นสิ่งที่ผิดศีลธรรม หรือน่าอับอาย หรือไม่สนใจว่าจะมีคนมาวิพากษ์วิจารณ์ตนเองในทางเสียหายแต่อย่างใด ขอเพียงแค่ได้โชว์เป็นจุดสนใจ ก็จะทำให้คนป่วยที่เป็นโรคนี้นี้มีความพอใจเป็นอย่างมาก

1.5 ชอบหวาดระแวง (Paranoid Personality Disorder) คนที่เป็นโรคนี้นี้มักคิดว่าตนเองกำลังถูกนิทนาว่าร้ายหรือถูกปองร้าย บางคนเป็นมากถึงขนาดคิดไปเองว่ามีคนนั้นคนนี่กำลังสะกดรอยตามทำร้ายตัวเองอยู่ จึงต้องพกอาวุธติดตัวอยู่ตลอดเวลา บางคนก็มีความหึงหวงคู่ของตนมากจนผิดปกติ คอยสอดส่องติดตามหรือจ้างนักสืบคอยติดตามคนรักของตัวเอง คนที่เป็นโรคนี้นี้มักจะมีอาการหมกมุ่นกับตัวเองเป็นอย่างมาก และมีความหวาดระแวงสงสัยอย่างไม่สมเหตุผลอยู่เสมอ

2. โรคประสาท (Neurosis) เป็นความผิดปกติทางจิตชนิดหนึ่งที่ไม่รุนแรง แสดงอาการทั้งทางร่างกาย และจิตใจ ทำให้จิตใจแปรปรวน อ่อนไหวง่าย มักมีความรู้สึกไม่สบายใจ วิตกกังวลอยู่เสมอ ไม่สามารถควบคุมความรู้สึกอารมณ์หรือพฤติกรรมให้เหมือนเดิมได้ อาการทางกายภาพแสดงออกได้ หลายรูปแบบ ซึ่งรู้ตัวเองอยู่ว่ามีความผิดปกติทางจิต ต้องการบำบัด แบ่งออกเป็น 5 ชนิด ได้แก่

2.1 ชนิดวิตกกังวล (Anxiety Neurosis) มีอาการวิตกกังวลเป็นสำคัญ ไม่สบายใจ หวาดหวั่นไม่สมกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น มีอาการตึงเครียดของกล้ามเนื้อ ใจสั่น อาจตัวร้อน หนาวเป็นแถบ ๆ หายใจไม่อิ่ม เบื่ออาหาร มีเหงื่อออกตามมือ และเท้า ก่อนหลับมีอาการสะดุ้งคล้ายตกเหว

2.2 ชนิดหวาดกลัว (Phobic Neurosis) มีความกลัวอย่างรุนแรงโดยไม่มีสาเหตุ อาการหวาดกลัวแสดงออกในรูปการเป็นลม อ่อนเพลีย ใจสั่น เหงื่อออก คลื่นไส้ และอาการหายไปเมื่อพ้นสภาพการณ์ สิ่งที่ถูกกลัวมักได้แก่ กลัวการอยู่ตามลำพัง กลัวสถานการณ์บางอย่าง กลัววัตถุ กลัวกิจกรรม

2.3 ชนิดย้ำคิดย้ำทำ (Obsessive Compulsive Neurosis) เกิดจากสภาวะที่ความวิตกกังวล ถูกแก้ไขด้วยการคิดหรือการกระทำบางอย่างซ้ำ ๆ กัน โดยไม่สามารถควบคุมตนเองได้

2.4 ชนิดซึมเศร้า (Depressive Neurosis) เป็นความแปรปรวนซึ่งมักเกิดจากความขัดแย้งภายในใจ หรือเหตุการณ์เกี่ยวกับการสูญเสีย ทำให้มีความรู้สึกเศร้า ขาดความสนใจ ความคิดช้า เคลื่อนไหวช้า อ่อนเพลีย เบื่ออาหารนอนไม่หลับ ท้องผูก

2.5 ชนิดบุคลิกวิปลาส (Depersonalization) จะรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของร่างกาย บุคลิกภาพตนเองเปลี่ยนแปลง รู้สึกสับสน ไม่รู้ตัวเองเป็นใคร

3. โรควิตกกังวล (Psychosis) เป็นความผิดปกติทางจิต ที่ทำให้บุคคลไม่สามารถดำเนินชีวิตในสังคม แสดงอาการออกมาอย่างชัดเจน อาการทั่วไปมีสามประการ คือ บุคลิกภาพเปลี่ยนไป การหลงผิดไม่อยู่ในโลกของความจริง การไม่รู้สภาวะตนเอง ทำให้ต้องเข้ารับการรักษามีอาการทางจิตชัดเจน มีทั้งแบบอาการด้านบวก (Positive Symptoms) และอาการด้านลบ (Negative Symptoms)

1. กลุ่มอาการด้านบวก (Positive Symptoms) หมายถึง อาการที่ผิดปกติเพิ่มมากกว่าคนทั่วไป ได้แก่

- อาการหลงผิด (Delusion) เป็นความเชื่อของผู้ป่วยเองที่ผิดไปจากความเป็นจริง เช่น คิดว่าคนอื่นจะมาทำร้าย คิดว่าตนจะถูกวางยาพิษ คิดว่าตนส่งกระแสจิตได้ คิดว่าตนเป็นบุคคลสำคัญของโลก เป็นต้น

- อาการประสาทหลอน (Hallucination) คือการรับรู้สิ่งเร้าที่ผิดจากความจริง ได้ยินเสียงคนมาพูดด้วยทั้งๆ ที่ไม่มีใครพูดด้วย (หูแว่ว) มองเห็นวิญญาณ (เห็นภาพหลอน) เป็นต้น

- ความคิดผิดปกติ (Thought Distortion) คิดแบบมีเหตุผลอย่างต่อเนื่องไม่ได้ ทำให้คุยกับคนอื่นไม่เข้าใจ มักพูดไม่เป็นเรื่องราว พูดไม่ต่อเนื่อง เปลี่ยนเรื่องพูดโดยไม่มีเหตุผล

- มีพฤติกรรมผิดปกติ มักเกี่ยวข้องกับความคิดและความเชื่อที่ผิดปกติ เช่น ทำร้ายตนเองตามเสียงหูแว่วที่สั่งให้ฆ่าตัวตาย พูดคนเดียว อยู่ในท่าแปลกๆ ซ้ำๆ

2. กลุ่มอาการด้านลบ (Negative Symptoms) หมายถึง อาการผิดปกติที่ขาดหรือบกพร่องไปจากคนทั่วไป ได้แก่ เก็บตัว ไม่อยากพบปะผู้คน ไม่ดูแลตัวเอง ไม่นอน ไม่มีความคิดริเริ่ม ไม่ทำงาน ผลการเรียนหรือการทำงานตกต่ำ สีหน้าเฉยเมย ไร้อารมณ์ ไม่มีอาการอินดีอินร้าย

กรณีในผู้ป่วยโรคจิตบางราย อาจจะมีอาการผิดปกติทางจิตเพียงบางเวลา คือบางเวลาก็ก็นormal ปกติ เรียกว่า โรคอารมณ์สองขั้ว (Bipolar)

การพิจารณาว่าผู้ป่วยซึ่งกระทำความผิดไปโดยไม่รู้สำนึกในขณะกระทำความผิดนั้น ขึ้นอยู่กับประเภท และระดับความรุนแรงของอาการทางจิตในขณะกระทำความผิดนั้น ซึ่งมีความจำเป็นในการพิสูจน์ว่า ผู้กระทำความผิดนั้นรู้สำนึก หรือไม่ในขณะกระทำความผิด จึงต้องมีการพิสูจน์ในทางการแพทย์ซึ่งเกี่ยวข้องกับประเภท และความรุนแรงของผู้ป่วยนั้น

การพิจารณาลงโทษผู้กระทำความผิด ต้องพิจารณาถึงสภาพตัวผู้กระทำความผิดด้วย โดยศาสตราจารย์ ดร. ประชัช เปี่ยมสมบูรณ์<sup>2</sup> ได้แสดงทัศนะว่า<sup>2</sup> สำนักอาชญาวิทยากิ่งดั้งเดิม (Neo-Classical School of Criminology) ได้เสนอแนะให้กระบวนการยุติธรรมโดยเฉพาะศาล นำพฤติกรรมแห่งคดีมาใช้เพื่อประกอบการพิจารณาคดี และควรพิจารณาถึงประวัติ และภูมิหลังของผู้กระทำความผิด และยอมรับฟังคำให้การของผู้เชี่ยวชาญในทางสาขาวิชา เช่น สาขาแพทยศาสตร์ สาขานิติเวชวิทยา และสาขาจิตเวช เพื่อประโยชน์ในการพิจารณาพิพากษาคดีได้อย่างถ่องแท้ยิ่งขึ้น โดยถือว่าผู้ชำนาญการ หรือผู้เชี่ยวชาญเหล่านี้ จัดเป็นพยานบุคคลประเภทหนึ่ง และให้ความสนใจกับบุคคลที่อาจมีความรับผิดชอบในทางอาญาแตกต่างไปจากบุคคลอื่นเป็นกรณีพิเศษ เพราะบุคคลเหล่านี้ย่อมไม่สามารถกำหนดเจตจำนงเสรีเท่าเทียมกับบุคคลอื่น และกฎหมายสมควรให้การปราณีและผ่อนปรนการลงโทษ

คนวิกลจริตเป็นบุคคลที่กฎหมาย ยกเว้นโทษทางอาญาให้ (Excuse-Discernment) เนื่องจากผู้กระทำ ไม่รู้ถึงสภาพการกระทำของตนเอง ซึ่งอาจเกิดจากอาการป่วยทางจิตของบุคคลผู้นั้น หรืออาจเกิดจากการกระทำผิดในขณะที่ไม่สามารถรู้ผิดชอบ หรือไม่สามารถบังคับตนเองได้<sup>3</sup> หรืออาจเกิดจากความโง่เขลาเบาปัญญาของผู้กระทำ ทำให้ไม่สามารถรู้สภาพของการกระทำของ

<sup>2</sup> ประชัช เปี่ยมสมบูรณ์, อาชญาวิทยา สหวิทยาการว่าด้วยปัญหาอาชญากรรม (โครงการตำราโรงเรียนนายร้อยตำรวจ), พิมพ์ครั้งที่ 4. (กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2531), น. 93.

<sup>3</sup> John Gunn and Pamela Taylor, Forensic Psychiatry: Clinical, Legal & ethical Issues, (Butterworth-Heinemann Medical: Taylor & Francis Group 1993), p.56.

ตน หรือไม่รู้ว่าการกระทำของตนดีหรือชั่ว ถูกหรือผิด และไม่รู้ถึงผลร้ายที่จะได้รับจากการกระทำ ความผิด สามารถแยกพิจารณาได้ ดังนี้

1. ความหมายของ ผู้มีจิตบกพร่อง โรครจิต หรือจิตฟั่นเฟือน

มาตรา 65 แห่งประมวลกฎหมายอาญา บัญญัติว่า

“ผู้ใดกระทำความผิดในขณะที่ไม่สามารถรู้ผิดชอบหรือไม่สามารถบังคับตนเองได้ เพราะมีจิตบกพร่อง โรครจิตหรือจิตฟั่นเฟือน ผู้นั้นไม่ต้องรับโทษสำหรับความผิดนั้น

แต่ถ้าผู้กระทำความผิดยังสามารถรู้ผิดชอบอยู่บ้าง หรือยังสามารถบังคับตนเองได้บ้าง ผู้นั้นต้องรับโทษสำหรับความผิดนั้น แต่ศาลจะลงโทษน้อยกว่าที่กฎหมายกำหนดไว้ สำหรับความผิดนั้นเพียงใดก็ได้”

เมื่อพิจารณาจากบทบัญญัติดังกล่าว คนวิกลจริต หมายถึง ผู้ที่กระทำความผิดในขณะที่ไม่สามารถรู้ผิดชอบ หรือไม่สามารบังคับตนเองได้ เพราะมีจิตบกพร่อง โรครจิต หรือจิตฟั่นเฟือน (Not guilty by reason of insanity)<sup>4</sup> ซึ่งแยกพิจารณาได้ดังนี้

จิตบกพร่อง คือ ปัญญาอ่อน (Mental retardation)<sup>5</sup> ผู้ที่มีความหลงผิด (Delusion) ประสาทหลอน (Hallucination) และแปลผิด (Illusion)<sup>6</sup> ผู้ที่สมองไม่เจริญเติบโตตามวัย หรือสมองบกพร่องมาตั้งแต่กำเนิด มีนักวิชาการทั้งทางนิติศาสตร์ และทางแพทยให้ความหมายว่า

ศาสตราจารย์จิติ ดิงศภักดิ์

“ผู้ที่สมองไม่เจริญเติบโตตามวัย หรือบกพร่องมาตั้งแต่กำเนิด หรือเสื่อมลงเพราะความชรา”

ศาสตราจารย์ ดร. หยุต แสงอุทัย

“คุณสมบัตินี้ของมันสมองบกพร่อง”

นายแพทย์เชียร สิริยานนท์

“ควรตรงกับคำว่า Mental deficiency หรือ defective หรือ feeble-mindedness คือโรคปัญญาอ่อน และบุคคลประเภทบกพร่อง หรือทราวมในศีลธรรม (Psychopath or Sociopath) อนึ่ง

<sup>4</sup> Katherine S Williams, *Textbook on criminology* (Oxford: Oxford University 2004), p.209.

<sup>5</sup> วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์, “วิกลจริต จิตบกพร่อง โรครจิต จิตฟั่นเฟือนในแง่กฎหมาย,” *วารสารอัยการ*, เล่ม 13, น.42 (สิงหาคม 2533).

<sup>6</sup> จิตติ เกษมศิริวัฒน์, “ปัญหากฎหมายเรื่องความรับผิดชอบอาญาของบุคคลวิกลจริต,” *บทบัญญัติ* เล่มที่ 57, น.144, (มีนาคม 2544).



พยาน-แพทย์ ให้ถ้อยคำเกี่ยวกับความรู้ผิด ฐชอบในรายปญญาอ่อนนั้น ๆ ว่าควรเทียบได้กับเด็กอายุเท่าใด (Mental age)

อย่างไรก็ตาม ความรู้ผิดทางอาญา ไม่ได้ขึ้นอยู่กับอายุเขาวนแต่อย่างเดียว ต้องดูสภาพจิตที่เหมาะสมกับการประกอบอาชญากรรมนั้น ๆ ด้วย ”

ฎีกาที่ 3106/2535<sup>7</sup> จำเลยเป็นคนปญญาอ่อน กระทำผิดโดยใช้อวัยวะของจำเลยที่อวัยวะเพศของผู้เสียหาย แต่ได้รับความจากแพทย์ผู้รักษาจำเลยว่ จำเลยเป็นโรคคริติน ซึ่งเกิดจากไทรอยด์ฮอร์โมนมาตั้งแต่กำเนิด การเจริญเติบโตทางร่างกาย และสติปญญาช้ากว่าอายุจริง จำเลยเดินได้เมื่อตอนอายุ 7ปี พุดเป็นประโยคได้เมื่ออายุ 9ปี เมื่ออายุ 11ปี 11เดือน มีความสามารถทางสติปญญาเท่ากับเด็ก 5ปี มีระดับไอคิวต่ำกว่าเด็กปกติ เรียนช้าชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 อยู่เป็นเวลา 5ปี จากการตรวจก่อนเกิดเหตุ 2เดือน สติปญญาช้า แพทย์ยืนยันว่ จำเลยไม่รู้จักเหตุผล ไม่มีการวางแผน ไม่มีความรับผิดชอบ จะต้องรักษาตัวไปตลอดชีวิต ไม่มีทางหายขาดได้ ทั้งปรากฏว่ จำเลยไม่ชอบเล่นกับเด็กวัยเดียวกัน ดังนี้ข้อเท็จจริงฟังได้ว่า จำเลยกระทำผิดไปในขณะที่ไม่สามารถรู้ผิดชอบ เพราะจิตบกพร่องด้วยป่วยเป็นโรคปญญาอ่อนมาแต่กำเนิด จึงไม่ต้องรับโทษ

โรคจิต คือ สมองเป็นโรค รวมไปถึง ความบกพร่องแห่งจิตที่เกิดจากโรค

1. กลุ่มโรคจิตสมองพิการ โรคในกลุ่มนี้ ได้แก่ โรคจิตที่เกิดจากโรคของสมองเป็นส่วนใหญ่

2. กลุ่มโรคจิตที่ไม่เกี่ยวกับภาวะทางร่างกาย โรคจิตกลุ่มนี้เป็นความผิดปกติของจิตใจ โดยเฉพาะ

ในทางการแพทย์โรคทางจิตเวช หมายถึง โรคต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับจิตใจ และจิตใจนั้น หมายถึง ส่วนที่เกี่ยวข้องกับความคิด อารมณ์ ความรู้สึก บุคลิกภาพ ความจำ สติปญญา การรับรู้ การรู้จักตนเอง และการตัดสินใจ<sup>8</sup> โดยสามารถแบ่งกลุ่มโรคจิตออกเป็น 2กลุ่ม คือ<sup>9</sup>

1. กลุ่มโรคจิตสมองพิการ (Psychosis associated with organic brain syndrome or organic psychotic conditions) โรคในกลุ่มนี้ ได้แก่ โรคจิตที่เกิดจากโรคของสมองเป็นส่วนใหญ่ เช่น โรคจิตจากโรคซิฟิลิสของสมอง (Psychosis with syphilis of central nervous system) โรคจิตจากสมองเสื่อม (Senile psychosis) เป็นต้น

<sup>7</sup> คำพิพากษาฎีกาที่ 3106/2535 (สงเสริม.), น.142.

<sup>8</sup> สุวทนา อารีพรกรม, ความผิดปกติทางจิต, (กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2524), น.1.

<sup>9</sup> นवलจันทร์ ทศนชัยกุล, อาชญาวิทยาคณินิก, (กรุงเทพมหานคร: โอเดียนสโตร์, 2530), น.43.



2. กลุ่มโรคจิตที่ไม่เกี่ยวกับภาวะทางร่างกาย (Psychosis not attributed to physical conditions or non-organic psychosis) โรคจิตกลุ่มนี้เป็นความผิดปกติของจิตใจโดยเฉพาะ เช่น โรคจิตเภท (Schizophrenia) โรคอารมณ์แปรปรวน (Major affective disorder) โรคระแวง (Paranoid State) เป็นต้น

มีนักวิชาการทั้งทางนิติศาสตร์ และทางแพทยให้ความหมายว่า  
ศาสตราจารย์จิตติ ดิงศกัทธิย์

“เป็นความบกพร่องแห่งจิตที่เกิดจากโรค (Pathological) รวมทั้งผู้ที่มีอาการคลุ้มคลั่งจิต  
เภท (Schizophrenia) หรือผู้ที่มีปัญญาความคิดดี แต่สติทรม (Psychopath)”

ศาสตราจารย์ ดร. หยุต แสงอุทัย

“มันสมองเป็นโรค”

นายแพทย์เชียร สิริยานนท์

“ควรตรงกับคำว่า mental disease หรือ disorder คือโรคทั้งปวงที่ทำให้เกิดความ  
วิกลจริตแก่มนุษย์”

ศาสตราจารย์ นายแพทย์อรุณ ภาคสุวรรณ

“ควรหมายถึง โรคจิตเภท (Schizophrenia) กับโรคอารมณ์วิปลาส”

ฎีกาที่ 371/2527<sup>10</sup> จำเลยเป็นโรคจิตจากพิษสุรากำเริบ มีอาการประสาทหลอน กลัวจะ  
ถูกทำร้ายขณะคุยกับภริยา จำเลยใช้มีดฟันคอ และทำร้ายผู้ตาย มีคนพบจำเลยนั่งงออยู่ใกล้ๆ ดังนี้  
ศาลเห็นว่าจำเลยกระทำความผิดขณะไม่สามารถรู้ผิดชอบ ไม่สามารถบังคับตนเองได้ เพราะโรคจิต  
จากพิษสุรา จำเลยไม่ต้องรับโทษ ตามประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 288 ประกอบกับมาตรา 65  
วรรคแรก

โรคจิตรวมไปถึง ความบกพร่องแห่งจิตที่เกิดจากโรค<sup>11</sup>

ฎีกาที่ 733/2521<sup>12</sup> ข้อเท็จจริงฟังได้ว่า จำเลยกับพวกได้ร่วมลักขโมยรถยนต์ของ  
ผู้เสียหายไปจริง ปัญหาว่ามีจำเลยกระทำความผิดขณะมีโรคจิต นายแพทย์ผู้ตรวจสุขภาพจิตของจำเลย  
ซึ่งศาลเรียกมาเป็นพยานเบิกความในศาลว่า จำเลยเป็นโรคจิต ไม่เป็นคนปกติ คือไม่สามารถรับรู้

<sup>10</sup> คำพิพากษาที่ 371/2527 (เนติ) น.243.

<sup>11</sup> รณชัย คงสกนธ์, นฤมล โพธิ์แจ่ม, “ผู้ป่วยจิตเภท คดีฆ่าผู้อื่นโดยเจตนา รอการลงโทษ,” เล่มที่ 49 วารสาร  
สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2546, น.307 (2547).

<sup>12</sup> คำพิพากษาที่ 733/2521 (เนติ) น.267.

สภาพความเป็นจริงได้เป็นปกติ ทำอะไรอาจจะผิดวิสัย จำเลยจะอยู่ร่วมกับบุคคลอื่นได้อย่างลำบาก หากมิได้รับการรักษา อาจทำความเดือดร้อนให้กับสังคม โดยคิดว่าสิ่งที่ตนกระทำไปนั้นถูกต้อง และอาจจะเป็นมาแล้วเป็นเดือน หรือเป็นปีก็ได้ เห็นว่า นายแพทย์มิได้เบิกความยืนยันว่าอาการโรคจิตเภทนี้เกิดขึ้นเป็นบางเวลา จึงต้องฟังเป็นว่าอาการของโรคนี้เป็นติดตัวจำเลยไปจนกว่าจะได้รับการบำบัดให้หาย และมารดาจำเลยเบิกความว่า จำเลยเป็นโรคปัญญาอ่อนมาตั้งแต่เด็ก มีอาการผิดปกติจากบุคคลธรรมดา

จิตฟั่นเฟือน คือ สมองแปลผิด จิตหลอน หูแว่ว หวาดระแวง<sup>13</sup> หรือผู้ที่มีความหลงผิด ประสาทหลอน และแปลผิด<sup>14</sup> มีนักวิชาการทั้งทางนิติศาสตร์ และทางแพทย์ให้ความหมายว่า

ศาสตราจารย์จิตติ ติงศภัทิย์

“ผู้ที่มีความหลงผิด (Delusion) ประสาทหลอน (Hallucination) และแปรผิด (Illusion) ซึ่งเห็นว่าพวกนี้ความจริงก็เป็นโรคจิตอย่างหนึ่ง”

ศาสตราจารย์ ดร. หยุต แสงอุทัย

“ความผิดปกติที่เรียกกันว่า บ้า ๆ บอ ๆ แต่ไม่ถึงขนาดจิตโรคจิต”

นายแพทย์เชียร สิริยานนท์

“ควรตรงกับคำว่า Psychosis ซึ่งหมายถึง โรคจิตชนิดซึ่งเป็นอย่างมาก หรือมีอาการมา”

ศาสตราจารย์ นายแพทย์อรุณ ภาคสุวรรณ

“ควรหมายถึง ความวิกลจริตซึ่งเกิดจากพยาธิของสมอง (Organic psychosis) กับประเภทเกิดจากพิษต่าง ๆ (Toxic psychosis)”

ศาสตราจารย์ นายแพทย์วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์

“ควรมาจาก mental infirmity คือภาวะแปรปรวนทางจิตที่ยังไม่ถึงขนาดที่จะถือได้ว่า ผู้ นั้นวิกลจริต และไม่ใช่ว่าปัญญาอ่อน หมายถึงโรคทางจิตเวชหลายกลุ่ม คือ โรคประสาทบางชนิดที่ไม่อาจยับยั้งการกระทำของตนได้ และกลุ่มอาการทางจิตเนื่องจากสมองพิการซึ่งมีหลายโรค เช่น โรคสมองเสื่อมในวัยชรา โรคพิษสุรา โรคที่มีอาการทางจิตจากสารพิษ โรคซิฟิลิสขึ้นสมอง เป็นต้น”

<sup>13</sup> ทวีเกียรติ มีนะกนิษฐ, ประมวลกฎหมายอาญา ฉบับอ้างอิง, พิมพ์ครั้งที่ 14 (กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์วิญญูชน, 2546) น.135.

<sup>14</sup> รณชัย คงสกนธ์, นฤมล โพธิ์แจ่ม, “ผู้ป่วยจิตเภท คดีฆ่าผู้อื่นโดยเจตนา รอการลงโทษ,” เล่มที่ 49 วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2546, น.307 (2547).

รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ณรงค์ สกัทรพันธุ์

“ควรมาจาก mental instability เป็นสถานะของจิตใจที่มีลักษณะแปรปรวน ดีบ้างร้ายบ้าง ความผิดปกติในการควบคุมตนเอง โรคระบบประสาทบางชนิด และโรคที่เกี่ยวข้องกับวัฒนธรรม”

ฎีกาที่ 371/2527<sup>15</sup> ก่อนเกิดเหตุ จำเลยได้เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลประสาท ขณะเกิดเหตุอาการป่วยจากโรคพิษสุรากำเริบขึ้นอีก มีอาการประสาทหลอน หวาดระแวง กลัวคนจะทำร้าย ผู้ตายซึ่งเป็นภริยาอยู่กินด้วยกันมา ไม่เคยทะเลาะวิวาทบาดหมางกัน จึงพาจำเลยไปรักษาที่บ้านบิดาจำเลย ขณะนั่งคุยกันอยู่ที่แคร่ไม้ข้างล่าง จำเลยใช้มีดเชือดคอและฟันทำร้ายผู้ตาย มีคนพบเห็นจำเลยนั่งงุนงงอยู่ใกล้ ๆ ดังนี้ จำเลยได้กระทำผิดในขณะที่ไม่สามารถรู้สึกชอบ และไม่สามารถบังคับตนเองได้ เพราะโรคจิตจากพิษสุรา จำเลยไม่ต้องรับโทษในความผิด ตามประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 288 ประกอบมาตรา 65 วรรคแรก

หากความไม่รู้รู้สึกชอบ หรือไม่สามารถบังคับตนเองได้ เกิดจากสาเหตุอื่น ๆ ซึ่งมีไม่เกิดจาก จิต บกพร่อง โรคจิต หรือจิตฟั่นเฟือน ก็ไม่อยู่ในความหมายของมาตรา 65

ฎีกาที่ 834/2520<sup>16</sup> จำเลย เป็น โรคเปลี่ยนวัย คือ ประจำเดือนหมด มีอาการหงุดหงิด อารมณ์ฉุนเฉียว ถ้ามีอาการมากอาจฆ่าตัวตาย หรือกระทำในสิ่งไม่น่ากระทำได้ เมื่อแพทย์ให้ยาไปรับประทาน อาการก็ทุเลาลง จำเลยสามารถดำเนินธุรกิจ และนำเงินไปฝากธนาคารด้วยตนเองก่อนจะยิงโจทก์ร่วม จำเลยได้ค่าว่าโจทก์ร่วม หลังเกิดเหตุแล้ว จำเลยให้การรับสารภาพในชั้นสอบสวน นำพนักงานสอบสวนชี้ที่เกิดเหตุ และแสดงท่าทางให้ถ่ายภาพประกอบคำรับสารภาพโดยตลอด แสดงว่าจำเลยมีความรู้สึกผิดชอบ ดีเช่นบุคคลธรรมดาทั่วไป จะอ้างว่ายิงโจทก์ร่วมในขณะที่ไม่รู้สึกละอาย หรือไม่สามารถบังคับตนเองได้นั้นหาได้ไม่

วิเคราะห์เรื่องการรับโทษของบุคคลวิกลจริต

ในการพิจารณาการกระทำผิดของผู้ที่มีจิตบกพร่อง เป็น โรคจิต หรือจิตฟั่นเฟือนว่าจะต้องได้รับโทษ หรือได้รับโทษน้อยลง หรือไม่นั้น จะต้องพิจารณาว่า ในขณะที่กระทำผิด คนวิกลจริตสามารถรู้สึกผิดชอบ หรือสามารถ บังคับตนเองได้ หรือไม่ โดยสามารถแยกพิจารณาได้ 3 ระดับ ดังนี้

<sup>15</sup> คำพิพากษาที่ 371/2527 (เนติ) น.243.

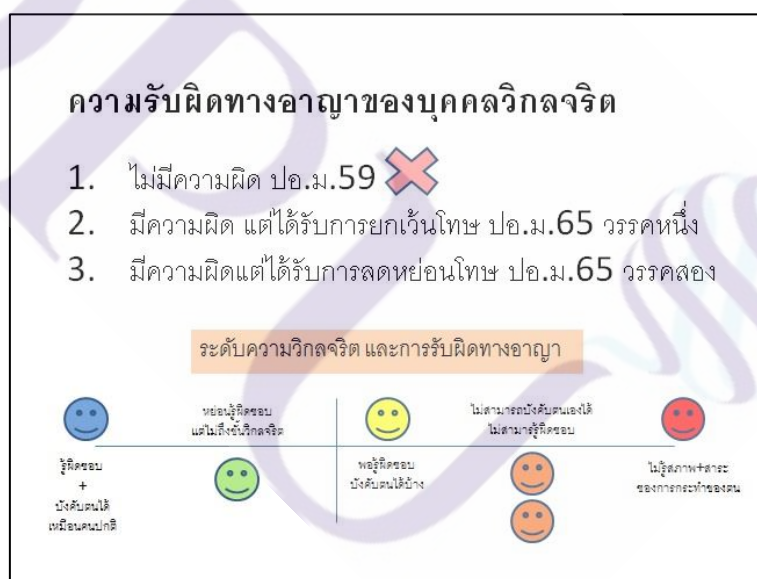
<sup>16</sup> คำพิพากษาที่ 834/2520 (เนติ) น.467.

1. ถ้าในขณะที่กระทำความผิด ผู้กระทำไม่รู้สำนึกในการกระทำ และไม่รู้สาระสำคัญของ การกระทำของตนเลย กล่าวคือ ไม่รู้ว่าตนเองกำลังทำอะไร และไม่รู้ว่าการกระทำนั้นถูกต้อง หรือไม่

2. ถ้าในขณะที่กระทำความผิด ผู้กระทำไม่สามารถรู้ผิดชอบ หรือไม่สามารถบังคับ ตนเองได้ เพราะมีจิตบกพร่อง โรคจิต หรือจิตฟั่นเฟือน ผู้นั้นไม่ต้องรับโทษตามประมวลกฎหมาย อาญา มาตรา 65

3. ถ้าในขณะที่กระทำความผิด ผู้กระทำยังสามารถรู้ผิดชอบ หรือยังสามารถบังคับตนเอง ได้บ้าง ผู้นั้นจะต้องรับโทษ แต่ศาลจะลงโทษน้อยกว่าที่กฎหมายกำหนดไว้สำหรับความผิดนั้น เพียงใดก็ได้ ตามประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 65 วรรคสอง

ภาพที่ 4.1 แผนภาพความรับผิดชอบทางอาญาของบุคคลวิกลจริต



โดยพิจารณาในเรื่องของความสามารถในการทำชั่ว (Schuldfähigkeit) ซึ่งบุคคลที่มีจิต บกพร่อง โรคจิต หรือจิตฟั่นเฟือน จัดอยู่ในกลุ่มบุคคลที่ขาด หรือไม่มี “ความสามารถในการทำชั่ว” (Schuldfähigkeit) เลย เช่นเดียวกับเด็กอายุยังไม่เกินสิบห้าปีขณะกระทำความผิด<sup>17</sup> ซึ่งความสามารถ ในการทำชั่ว(Schuldfähigkeit) กฎหมายอาญากำหนดการพิจารณาไว้ 2 สถานการณ์ คือ

<sup>17</sup> ดูประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 73, 74

1. พิจารณาที่อายุของบุคคล
2. พิจารณาที่ความสมบูรณ์ของจิตของบุคคล

หลักกฎหมายอาญาประการหนึ่ง คือจะลงโทษบุคคลโดยปราศจากความชั่วไม่ได้ หรือหลัก “ไม่มีการลงโทษโดยปราศจากความชั่ว”(nulla poena sine culpa) หลักกฎหมายอาญาดังกล่าว มีความหมายว่า

- (1) จะมีการลงโทษบุคคลโดยปราศจาก “ความชั่ว” (Schuld) ไม่ได้ และ
- (2) จะมีการลงโทษบุคคลนั้นเกิน “ความชั่ว” (Schuld) ของบุคคลนั้นไม่ได้

ซึ่งหลัก “ไม่มีการลงโทษโดยปราศจากความชั่ว”(nulla poena sine culpa) ก็คือ “หลักการลงโทษให้เหมาะสมกับบุคคล” (Individualization of Punishment) ดังนั้นการกำหนด “ความสามารถในการทำชั่ว” (Schuldfähigkeit) ของบุคคลนั้น นอกจากกฎหมายจะกำหนดโดยถือเอาอายุของบุคคลเป็นเกณฑ์ ยังต้องถือเอาความสมบูรณ์ของจิตของบุคคลเป็นปัจจัยในการพิจารณาถึง “ความชั่ว” (Schuld) อีกทาง กล่าวคือกฎหมายกำหนดว่าการกระทำของบุคคลที่มีจิตบกพร่อง โรคจิต หรือจิตฟั่นเฟือนเป็นการกระทำที่ปราศจาก “ความสามารถในการทำชั่ว” (Schuldfähigkeit) เป็นการกระทำที่ปราศจาก “ความชั่ว” (Schuld) เช่นเดียวกันตามมาตรา 65

ในมาตรา 65 นี้ การพิจารณาภาวะแห่งจิตของผู้กระทำความผิดนั้น กฎหมายอาญากระทำโดยวิธีผสมผสานของสภาวะสองประการเข้าด้วยกัน คือ “สภาวะในทางชีวภาพ” (Biologisch/ Biocical) และ “สภาวะในทางจิตภาพ” (Psychologisch/ Psychological)

สภาวะในทางจิตภาพ” (Psychologisch/ Psychological) อย่างเดียวไม่ทำให้ผู้กระทำความผิด “ความสามารถในการทำชั่ว” (Schuldfähigkeit) เช่น หญิงยิงชายเพราะมีอารมณ์รุนแรงเพราะถูกชายค่าจนเกิดโทสะจนขาดความยับยั้งคิด ใช้ปืนซึ่งศึกษาวิธีทดลองยิงในวันนั้นยิงชาย ไม่เป็นเหตุที่จะอ้างมาตรา 65<sup>18</sup>

“สภาวะในทางชีวภาพ” (Biologisch/ Biocical) ที่กฎหมายบัญญัติในมาตรา 65 คือ “จิตบกพร่อง โรคจิต หรือจิตฟั่นเฟือน”

ในการพิจารณาภาวะแห่งจิตของผู้กระทำความผิดที่จะนำไปสู่ความผิดในทางอาญาได้หรือไม่ นั้น ประการแรกต้องพิจารณาว่า กรณีนั้นๆ ผู้กระทำความผิดมี “จิตบกพร่อง โรคจิต หรือจิตฟั่นเฟือน” หรือไม่ ถ้าพิจารณาแล้วเห็นว่าผู้กระทำความผิด เป็นผู้ที่มี “จิตบกพร่อง โรคจิต หรือจิตฟั่น

<sup>18</sup> คู่มือที่ 2402/2522 (ข้อสั้น หญิงยิงชายเพราะมีอารมณ์รุนแรง ถูกชายค่าจนเกิดโทสะจนขาดความยับยั้งคิด ใช้ปืนซึ่งศึกษาวิธีทดลองยิงในวันนั้น ยิงชาย ไม่เป็นเหตุตาม ประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 65 วรรคแรก)

เพื่อน” ต้องพิจารณาต่อไปว่าผู้กระทำความผิดได้กระทำโดยรู้ และเข้าใจการกระทำของตนหรือไม่ ถ้าพิจารณาแล้วเห็นว่าผู้กระทำความผิดได้กระทำโดยรู้และเข้าใจการกระทำของตน กล่าวคือ เมื่อการกระทำใดประกอบด้วยเงื่อนไขดังกล่าวทั้งสองประการ ก็ถือว่าในกรณีนั้นผู้กระทำความผิดมี “ความสามารถในการทำชั่ว” (Schuldfähigkeit) การกระทำนั้นเป็นการกระทำที่มี “ความชั่ว” (Schuld) และผู้กระทำความผิดต้องรับผิดชอบทางอาญา

ในการยกร่างมาตรา 65 และกฎหมายได้บัญญัติคำว่า “จิตบกพร่อง โรคจิต หรือจิตฟั่นเฟือน” นั้น กล่าวกันว่าผู้ร่างไม่ได้สอบสวนความเห็นจากหน่วยงานทางการแพทย์แต่อย่างใด ถ้อยคำดังกล่าวจึงเป็นถ้อยคำที่ขาดความชัดเจนมาตั้งแต่ต้น<sup>19</sup> การพิจารณาหาความหมายของถ้อยคำดังกล่าวจึงหาความเป็นเอกภาพไม่ได้ เพราะนักวิชาการบางท่านได้พยายามอธิบายความหมายของถ้อยคำดังกล่าวโดยมิได้อ้างอิงความรู้ในทางการแพทย์<sup>20</sup>

การยืนยันสถานะทางชีวภาพเพียงอย่างเดียว ไม่เพียงพอที่จะถือว่าผู้กระทำความผิดขาด “ความสามารถในการทำชั่ว” (Schuldfähigkeit) แต่ต้องพิจารณาและยืนยันต่อไปด้วยว่า เนื่องจากความบกพร่องของสถานะในทางชีวภาพทำให้เกิดความรู้ผิดชอบ และการบังคับตนเองได้ของผู้กระทำความผิดเสียไป

มาตรา 65 วรรคสอง ความรับผิดชอบในทางอาญาของผู้ที่ “จิตบกพร่อง โรคจิต หรือจิตฟั่นเฟือน” ดังกล่าวต้องเป็นกรณีความบกพร่องถึงขนาดจนทำให้ผู้กระทำความผิดขาด “ความสามารถในการทำชั่ว” (Schuldfähigkeit) โดยสิ้นเชิง ถ้าผู้กระทำความผิดยังพอมี “ความสามารถในการทำชั่ว” (Schuldfähigkeit) อยู่บ้าง ก็ยังต้องมีความรับผิดชอบในทางอาญาอยู่<sup>21</sup>

19 แสง บุญเฉลิมวิภาส และอเนก ขมจินดา, กฎหมายการแพทย์, (กรุงเทพมหานคร: วิทยุชน, 2540), น. 10.

20 ดู เป็นต้นว่า หุศต แสงอุทัย, กฎหมายอาญา ภาค 1, น. 229, อุททิศ แสนโกสติก กฎหมายอาญา ภาค 1, น. 136

21 ฎีกาที่ 331/2513: จำเลยคลอดบุตรและเป็นโรคบ้าเลือด มีอาการผิดปกติไปจากบุคคลธรรมดา คุ่มคืดร้าย ซึ่งเป็นโรคจิตหรือจิตฟั่นเฟือนบางขณะ ไม่มีความรู้ผิดชอบเชิงบุคคลธรรมดา แต่ยังสามารถรู้ผิดชอบอยู่บ้าง หรือยังสามารถบังคับตนเองได้บ้าง จำเลยจึงต้องรับผิดชอบที่บัญญัติไว้ในประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 65 วรรคสอง

ฎีกาที่ 5058/2531: จำเลยป่วยเป็นโรคจิตชนิดจิตเภทเรื้อรัง วันเกิดเหตุโจทก์ร่วมนอนเล่นอยู่บนบ้าน จำเลยไปที่ใต้ถุนบ้าน โจทก์ร่วม และพูดคนเดียวโดยไม่มีใครรู้สาเหตุว่า คนแก่อะไรพูดไม่เป็นคำพูด โจทก์ร่วมได้ยินเสียงจำเลย จึงลุดไปที่ประตูถามจำเลยว่าพูดอะไร จำเลยตอบว่าไม่ให้โจทก์ร่วมสนใจ และอย่าใช้เสียงดังมิฉะนั้นจะฆ่าให้ตาย แล้วจำเลยเดินไปใช้ไม้ซัดไปจุดเผาหลังค่างั่วของโจทก์ร่วม พฤติการณ์เช่นนี้ไม่อาจรับฟังได้ว่าสาเหตุนี้เกิดขึ้นเพราะโจทก์ร่วมได้กล่าวจำเลยจนเป็นเหตุให้จำเลยโกรธแค้นขึ้นมาโดยฉับพลัน การกระทำของจำเลยเป็นเรื่องผิดปกติวิสัย ซึ่งไม่น่าเชื่อถือว่าบุคคลผู้มีจิตเป็นปกติจะกระทำเช่นนั้นได้ จำเลยมีอาการประสาทมาตั้งแต่ก่อนเกิดเหตุคดีนี้ คือชอบนั่งคอคอก ไม่พูดกับใคร ทำงานไม่ได้ ไล่ชกต่อยมารดาและเคยจะฟันพี่ชาย พูดด้วยไม่รู้เรื่อง บางครั้งต้องล่ามโซ่ล่ามไว้ พฤติการณ์เช่นนี้ฟังได้ว่าจำเลยกระทำความผิดในขณะที่จิตบกพร่อง หรือเป็นโรคจิต แต่ยังสามารถรู้ผิดชอบ หรือยังสามารถบังคับตนเองได้บ้างตามประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 65 วรรคสอง



การที่กฎหมายบัญญัติให้ศาลใช้ดุลพินิจลดโทษ (ลงโทษน้อยกว่าที่กฎหมายกำหนดไว้สำหรับความผิดนั้นเพียงใดก็ได้) ใต้นั้น ก็เพื่อให้สอดคล้องกับหลักกฎหมายอาญาที่ว่าลงโทษเกิน “ความชั่ว” (Schuld) ของบุคคลไม่ได้อันสืบเนื่องมาจากหลัก “ไม่มีการลงโทษโดยปราศจากความชั่ว” (nulla poena sine culpa)

บุคคลวิกลจริตจะได้รับการยกเว้นโทษในทางคดี ต้องพิจารณาหลักเกณฑ์ 4 ประการ ดังนี้

1. มีการกระทำเกิดขึ้น หรือไม่ โดยการกระทำ หมายถึง การกระทำตามมาตรา 59 คือ ผู้กระทำเคลื่อนไหว หรือไม่เคลื่อนไหวร่างกายโดยรู้สำนึก

“รู้สำนึก” หมายถึง รู้สภาพ หรือสาระสำคัญของ การกระทำของตน ถ้าผู้กระทำไม่รู้สำนึกในการกระทำ หรือและไม่รู้สาระของการกระทำของตน ถือว่าไม่มีความผิด เนื่องจากไม่มี การกระทำเกิดขึ้นเลย

2. การกระทำนั้น กฎหมายบัญญัติว่าเป็นความผิด หรือไม่ โดย การกระทำความผิด หมายถึง ความว่า การกระทำที่ได้กระทำลงไปนั้นกฎหมายบัญญัติว่าเป็นความผิด

3. ผู้กระทำทำความผิด ในขณะที่ไม่สามารถรู้ผิดชอบ หมายถึง ผู้กระทำ ไม่รู้ว่าการกระทำนั้นผิด หรือชอบด้วยศีลธรรม แต่ถ้ารู้ว่าเป็นการกระทำที่ไม่ควรกระทำ ถือว่ารู้ผิดชอบแล้ว ความรู้ผิดชอบนั้นจึงไม่รวมถึงการรับรู้ว่าการกระทำนั้นถูกกฎหมายหรือไม่ แต่เป็นการรู้ผิดชอบตามศีลธรรม<sup>22</sup> หรือไม่สามารถบังคับตนเองได้ หมายถึง การการกระทำที่ผู้กระทำรู้ว่าตนกำลังทำอะไรรู้ ทั้งรู้ว่าการกระทำนั้นเป็นความผิดอันไม่ควรกระทำ แต่ไม่สามารถยับยั้งการกระทำได้ หมายถึง ความว่า จิตใจของผู้กระทำสามารถบังคับการกระทำได้โดยรู้สำนึก และรู้ว่าผิด แต่ผู้กระทำไม่สามารถบังคับจิตใจของตนได้เพราะความบกพร่องของจิต<sup>23</sup>

4. ผู้กระทำ กระทำความผิด เพราะสาเหตุมีจิตบกพร่อง โรครจิต หรือจิตฟั่นเฟือน ผู้นั้น จึงไม่ต้องรับโทษ ตามประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 65

หากพอรู้ผิดชอบอยู่บ้าง ตามมาตรา 65 วรรคสอง ผู้กระทำความผิด เพราะจิตบกพร่อง แต่ยังสามารถรู้ผิดชอบอยู่บ้าง ศาลจะลงโทษน้อยกว่าที่กฎหมายกำหนดไว้ และให้รอการลงโทษได้ (ฎีกาที่ 963/2508 และ ฎีกาที่ 5058/2531)

<sup>22</sup> แสวง บุญเฉลิมวิภาส และอนงค์ ขมจินดา, กฎหมายอาญาแพย์, (กรุงเทพมหานคร: วิญญูชน, 2540), น. 116.

<sup>23</sup> เพิ่งอ้าง, น. 98.

ในกรณีที่ศาลพิพากษาว่าไม่ต้องรับโทษ หรือลงโทษน้อยกว่าตามที่กฎหมายกำหนด และศาลพิจารณาแล้วเห็นว่าปล่อยตัวบุคคลผู้มีจิตบกพร่อง โรคลจิต หรือจิตฟั่นเฟือนไปโดยไม่มีการควบคุมตัว หรือบำบัดรักษาผู้นั้นแล้วอาจจะไม่ปลอดภัยแก่ประชาชนทั่วไป ศาลสามารถสั่งให้คุมตัวบุคคลผู้มีจิตบกพร่อง โรคลจิต หรือจิตฟั่นเฟือนไว้ในสถานพยาบาลก็ได้ ซึ่งเป็นดุลพินิจของศาล และศาลอาจเพิกถอนคำสั่งให้คุมตัวในสถานพยาบาลก็ได้ ตามแต่ศาลเห็นสมควร เมื่อศาลเห็นว่าบุคคลผู้มีจิตบกพร่อง โรคลจิต หรือจิตฟั่นเฟือน หายจากอาการป่วย และสามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคมได้โดยไม่เป็นอันตรายต่อผู้อื่นอีกต่อไป (ฎีกาที่ 530/2542)<sup>24</sup> และในกรณีที่ผู้กระทำความผิด วิกลจริตมากจนถึงขนาดไม่รู้สภาพ หรือสาระสำคัญในการกระทำของตนเลย เช่น ยิงคนคิดว่ายิงต้นไม้ ถือว่าไม่มีการกระทำตามมาตรา 59 กรณีนี้ไม่อยู่ในบังคับของมาตรา 65 แต่น่าจะอยู่ในข่ายของมาตรา 48 ที่จะนำวิธีการเพื่อความปลอดภัย คือ การส่งคนวิกลจริตไปควบคุมตัวไว้ในสถานพยาบาลมาใช้ด้วย

เมื่อเทียบเคียงความหมายของวิกลจริตในทางอาญา กับนิยามคนไร้ความสามารถ และคนเสมือนไร้ความสามารถในทางแพ่ง (กรณีที่ยังบรรลุนิติภาวะแล้ว)

มาตรา 30 การใด ๆ อันบุคคลวิกลจริตซึ่งศาลยังมีได้สั่งให้เป็นคนไร้ความสามารถได้กระทำลง การนั้นจะเป็นโมฆียะ ต่อเมื่อได้กระทำในขณะที่บุคคลนั้นจิตวิกลอยู่ และคู่กรณีอีกฝ่ายหนึ่งได้รู้แล้วด้วยว่าผู้กระทำเป็นคนวิกลจริต

หลักเกณฑ์ในการเป็นคนไร้ความสามารถ มี 2 องค์ประกอบ คือ

1. ต้องเป็นคนวิกลจริต และ
2. ต้องมีคำสั่งศาลสั่งให้เป็นคนไร้ความสามารถ

คนวิกลจริต หมายถึง คนที่มีจิตไม่ปกติ ไม่มีสติสัมปชัญญะหรือสมองพิการ ซึ่งคนทั่วไปมักจะเรียกว่า “คนบ้า”<sup>25</sup>

เมื่อดูคำพิพากษาฎีกาที่ 490/2509 และ พิพากษาฎีกาที่ 74/2527 คนวิกลจริตนั้น จึงหมายถึงบุคคลที่มีอาการผิดปกติ เช่น ขาดความรำลึก ขาดความรู้สึกรู้ผิด ขาดความรับผิดชอบถึงขนาดไม่สามารถประกอบกิจการงาน ได้เลย นอกจากนั้นยังรวมถึงคนชราที่มีอาการไม่รู้ตัว พุดจาไม่รู้

<sup>24</sup> คำพิพากษาฎีกาที่ 530/2542 (สงเสริม.), น. 74.

<sup>25</sup> E-book มหาวิทยาลัยรามคำแหง, “ความสามารถบุคคล ใน วิชาหลักกฎหมายเอกชน (LW102),” สืบค้นเมื่อวันที่ 11 ตุลาคม 2560, จาก [http://e-book.ram.edu/e-book/1/LA102\(LW102\)54/chapter6.pdf](http://e-book.ram.edu/e-book/1/LA102(LW102)54/chapter6.pdf).

เรื่อง เดินทางไปไหนมาไหนไม่ได้ ซึ่งปัจจุบันผู้ที่มีอาการสมองพิการ หรือป่วยเป็นโรคอัลไซเมอร์ ก็อาจมีการร้องขอให้เป็นคนไร้ความสามารถได้

จากคำอธิบายถึงอาการวิกลจริตข้างต้นนี้ อาจกล่าวได้ว่าคนวิกลจริตนั้น อาจเป็นอาการทางจิต หรือเป็นอาการป่วยที่ทำให้มีอาการผิดปกติไป นอกจากนั้นแล้วอาการทั้งหมดที่กล่าวไปนั้น จะต้องมีอาการที่เป็นอย่างมาก และต้องเป็นประจำ จึงจะเข้าหลักเกณฑ์ที่ยอมรับกันว่าอยู่

เกณฑ์ที่จะขอให้ศาลมีคำสั่งให้คนวิกลจริตเป็นคนไร้ความสามารถได้ ความเห็นของแพทย์ย่อมจะเป็นหลักฐานพยานที่ดีที่จะแสดงต่อศาลได้ เพราะฉะนั้นอาการหลงลืมบางครั้งบางคราว หรือมีอาการไม่ได้สติ เพราะการเจ็บไข้ หรือเสพยาของมีนเมา ย่อมไม่ใช่เรื่องของอาการวิกลจริตตามความมาตรา 28 และสำหรับกรณี ต้องเป็นประจำนั้น เป็นกรณีที่ต้องมีอาการบ่อย ๆ จนถึงขั้นมีอาการวิกลจริตตลอดเวลา ไม่ใช่มีอาการคลุ้มคลั่ง หรือหลงลืมเดือนละครั้ง

ดังนั้น คนวิกลจริตอาจศาลยังไม่ได้สั่งให้เป็นคนไร้ความสามารถ อาจมีอาการเหมือนคนปกติอยู่ก่อนข้างมาก จนแทบแยกไม่ออก และอาการวิกลจริตก็อาจเป็นน้อยมาก มีเวลาห่างถึงขั้นไม่สามารถเรียกได้ว่าเป็นประจำ จนบางครั้งเหมือนเป็นคนปกติทำให้นุคคลเหล่านี้จึงยังใช้ชีวิตอยู่ในสังคมทั่วไป ญาติพี่น้องก็ดูแลเอาใจใส่ไม่มากแต่ประการใด รวมทั้งบางครั้ง แม้จะมีอาการน่าเป็นห่วงก็ปล่อยปละละเลย เพราะไม่อยากจะเปิดเผยให้สังคมทราบ รวมทั้งไม่อยากจะไปใช้สิทธิทางศาลในการไปร้องขอให้เป็นคนไร้ความสามารถอีกด้วย โดยแม้ว่าจะมีอาการมากแล้วก็ตาม ซึ่งมีผลต่อการทำนิติกรรม เพราะย่อมมีผลตามกฎหมายแตกต่างกับคนไร้ความสามารถที่ศาลสั่งแล้วแน่นอน เพราะก็ต้องมีการพิสูจน์ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 30 คือ การใดๆ อันบุคคลวิกลจริตซึ่งศาลยังมิได้สั่งให้เป็นคนไร้ความสามารถได้กระทำการนั้นจะเป็นโมฆียะต่อเมื่อ

1. ได้กระทำในขณะที่บุคคลนั้นจิตวิกลอยู่ และ
  2. คู่กรณีอีกฝ่ายหนึ่งได้รู้แล้วด้วยว่าผู้กระทำเป็นคนวิกลจริต
- ซึ่งจะต่างจากคนไร้ความสามารถที่ศาลสั่งแล้ว ที่จะเป็นโมฆียะทุกกรณี

ทำให้เห็นว่าความหมายคำว่าวิกลจริตนั้น ไม่มีบัญญัติไว้โดยตรง แต่ประชาชนทั่วไปก็จะเข้าใจเพียงว่าเป็นคนบ้า อีกทั้งกฎหมายอาญา และกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ ก็ค่อนข้างสอดคล้องกัน ถ้ามีความหมายที่ชัดเจนก็อำนวยความสะดวกให้แก่ศาล และนักกฎหมายในเรื่องการตีความมากขึ้น

เมื่อเปรียบเทียบหลักเกณฑ์ประเทศไทย กับต่างประเทศ

ตารางที่ 4.1 ตารางเปรียบเทียบหลักเกณฑ์การวินิจฉัยความผิดปกติทางการแพทย์ และทางกฎหมายจากการศึกษากฎหมายทั้ง 3 ประเทศ และเปรียบเทียบกับประเทศไทยได้

หัวข้อ	ประเทศ	สหรัฐอเมริกา	อังกฤษ	ญี่ปุ่น	ไทย
1. ความหมายคำว่าคน ผิดปกติตามกฎหมาย อาญา		ผู้ใดกระทำผิด ขณะที่ โรคจิต หรือจิตบกพร่อง ซึ่งถึงขนาดทำให้บุคคล นั้นขาดความสามารถที่ สำคัญที่จะควบคุมการ กระทำที่กฎหมายบัญญัติ ไว้เป็นความผิด ผู้นั้น ไม่มี ความผิด	ความผิดปกติทางจิต (Mental Disorder) คือ "ความผิดปกติใดๆ (any disorder) หรือพิการทาง จิตใจ" (disability of mind)	(1) การกระทำจากความ ผิดปกติไม่มีโทษ บุคคลที่มีความผิดปกติ ทางจิต (Mentally disordered person)	ผู้ใดกระทำความผิด ในขณะที่ไม่สามารถรู้ผิด ชอบ หรือไม่สามารถ บังคับตนเองได้ เพราะมี จิตบกพร่อง โรคจิตหรือ จิตฟั่นเฟือน
2. ประเภทคนผิดปกติ ในทางการแพทย์ที่ สามารถอ้างข้อต่อสู้เรื่อง ความผิดปกติตาม กฎหมายได้		คำว่าโรคจิต หรือจิต บกพร่องไม่หมายความ รวมถึงความผิดปกติทาง จิตที่ผู้กระทำผิดได้กระทำ ผิดซ้ำๆ หรือมีพฤติกรรม ต่อต้านสังคม	1. มีความเจ็บป่วยทางจิต (Mental illness) 2. ปัญญาอ่อน (Mental impairment) 3. ปัญญาอ่อนอย่าง รุนแรง (Severe mental impairment) หรือ 4. ความผิดปกติทางจิต แบบต่อต้านสังคม (Psychopathic disorder)	บุคคลที่เป็นโรคจิต (Psychotic person) บุคคลปัญญาอ่อน (Mentally retarded person) ความผิดปกติทางจิตแบบ ก้าวร้าวรุนแรง หรือ ต่อต้านสังคม	จิตบกพร่อง โรคจิต หรือ จิตฟั่นเฟือน
3. หลัก หรือ หลักฐานใน การพิสูจน์ความผิดว่า ขณะกระทำความผิด ผู้กระทำผิดมีอาการผิดปกติ หรือไม่		- ข้อกำหนดทางกฎหมาย เรื่องทฤษฎีหลักการพิสูจน์ ความผิดปกติแตกต่างกัน ไปในแต่ละรัฐ เช่น M'Naghten, The Irresistible Impulse, Durham , Model Penal Code และบางรัฐใช้ รูปแบบผสมกัน เพื่อ พิจารณาว่าบุคคลนั้นขณะ กระทำความผิดผิดปกติ หรือไม่ - จิตแพทย์อิงเกณฑ์ตาม DSM-5 กับ ICD10	- ใช้รายงานความเห็นของ แพทย์ 2คน ใช้หลัก M'Naghten พิสูจน์ความผิดปกติ - จิตแพทย์อิงเกณฑ์ตาม DSM-5 กับ ICD10	-ใช้รายงานทางการแพทย์ ของจิตแพทย์ โดย -จิตแพทย์อิงเกณฑ์ตาม DSM-5 กับ ICD10 (เมื่อก่อนใช้คำชี้ขาดของ ลูกขุนร่วมด้วย)	ดุลพินิจศาล? -จิตแพทย์อิงเกณฑ์ตาม DSM-5 กับ ICD10
4. การระงับการพิสูจน์		บางรัฐเป็นภาระของรัฐ บางรัฐเป็นภาระของจำเลย	จำเลย	รัฐ	จำเลย

จากตารางเปรียบเทียบจะเห็นว่า ความหมายของคำว่า วิกัลจริตของทั้ง 4 ประเทศจะค่อนข้างใกล้เคียงกัน แต่ในเรื่องประเภทคนวิกัลจริตในทางการแพทย์ที่สามารถอ้างอิงข้อต่อสู้เรื่อง ความวิกัลจริตตามกฎหมายได้ จะเริ่มมีความแตกต่างกัน โดยความแตกต่างในแต่ละประเทศนั้นจะขึ้นอยู่กับโรค และกลุ่มอาการที่แสดงออกมาของโรค ตัวอย่างของสหรัฐอเมริกา ในบางรัฐอาจไม่มีความผิด แต่ในบางรัฐก็ไม่ยอมรับข้ออ้างที่ว่าวิกัลจริตเลย เช่น ในรัฐ KANSAS ส่วนในอังกฤษ และญี่ปุ่น ยอมรับข้อต่อสู้ว่าวิกัลจริต ในกลุ่มอาการประเภทก้าวร้าว ต่อต้านสังคม ซึ่งเป็นกลุ่มอาการที่คนธรรมดาอาจคิดว่าเป็นแค่พวกไร้มารยาท ไม่ใช่คนวิกัลจริต ส่วนประเทศไทยยังไม่มีประเภทในแต่ละกลุ่มนิยามของคำว่า จิตบกพร่อง โรคจิต และจิตฟั่นเฟือนอย่างชัดเจน เรื่องหลักการพิสูจน์ว่าขณะจำเลยกระทำความผิดวิกัลจริตหรือไม่ ในทางการแพทย์ต้องให้จิตแพทย์ วินิจฉัยว่าความผิดที่จำเลยกระทำเป็นผลที่เกิดขึ้นจากโรคนั้นๆ หรือกลุ่มอาการนั้นๆ ได้หรือไม่ ตาม DSM-5 กับ ICD10 ส่วนในทางกฎหมาย สหรัฐอเมริกาในแต่ละจะใช้ทฤษฎีต่างกัน ได้แก่ M'Naghten, The Irresistible Impulse, Durham, Model Penal Code หรือบางรัฐใช้ผสมร่วมกัน อังกฤษใช้หลัก M'Naghten ส่วนญี่ปุ่น ปัจจุบันใช้หลักรับฟังตามรายงานของผู้เชี่ยวชาญ คือ จิตแพทย์เป็นหลัก ส่วนประเทศไทย แม้ในบางคดีจิตแพทย์จะลงความเห็น ว่า จำเลยวิกัลจริตก็ตาม ศาลก็ยังตัดสินให้จำเลยรับโทษ โดยอ้างวรรคสอง ของมาตรา 65 สุดท้ายในเรื่องของภาระการ พิสูจน์ สหรัฐอเมริกานั้นขึ้นอยู่กับศาลของแต่ละรัฐว่าจำเลย หรือรัฐเป็นผู้มีภาระการพิสูจน์ ส่วน อังกฤษ กับญี่ปุ่น ก็เป็นไปตามหลักระบบกฎหมาย Common Law ที่ใช้หลัก ผู้ใดกล่าวอ้าง ผู้นั้นมี ภาระการพิสูจน์ กับ Civil Law ที่รัฐต้องทำหน้าที่ค้นหาความจริง ส่วนไทย เป็นระบบ Civil Law แบบก้ำกึ่ง คือกฎหมายบางอย่างก็ใช้ของระบบ Common Law เช่นเรื่องวิกัลจริตนี้ จำเลยกล่าวอ้าง จึงเป็นภาระการพิสูจน์ของฝ่ายจำเลย ซึ่งตามระบบ Civil Law คดีอาญา ศาลต้องทำหน้าที่ไต่สวน และรวบรวมพยานหลักฐาน เพื่อความยุติธรรม และคุ้มครองประโยชน์ให้แก่จำเลย

เหตุผลที่ควรยกเว้น โทษให้แก่ผู้กระทำความผิดที่มีจิตบกพร่อง โรคจิต หรือจิตฟั่นเฟือน

#### ทฤษฎีลงโทษในทางอาญา

จากแนวคิดการลงโทษทางอาญา ประมวลกฎหมายอาญาของไทยนั้น ไม่มีเนื้อหาของกฎหมายที่ได้บัญญัติเป็นแนวทางที่ให้ศาลคำนึงถึงองค์ประกอบ หรือเงื่อนไขใด ๆ เพื่อให้ศาล นำมาใช้ในการกำหนดโทษไว้อย่างชัดเจน แต่ได้กำหนดให้ศาลใช้ดุลพินิจในการกำหนดโทษ เพิ่มโทษหรือยกเว้นโทษไว้ในบททั่วไป และในทางปฏิบัติพบว่าเกิดปัญหาในการกำหนดโทษเกิดขึ้น

มากมาย ศาสดายุทธธรรมจึงควรปรับปรุง และพัฒนาองค์ความรู้เกี่ยวกับหลักอาชญาวิทยา และทัณฑวิทยาเพิ่มขึ้น เพื่อให้เป็นมาตรฐาน และมีกรอบแนวคิดไปในแนวทางเดียวกัน ทำให้ปัญหาต่าง ๆ ในการลงโทษลดน้อยลง อาจส่งผลให้มีอุทธรณ์ ฎีกา อันเกี่ยวกับดุลพินิจในการลงโทษของศาลน้อยลงด้วย<sup>26</sup>

หลักการใช้ดุลพินิจในการกำหนดโทษที่จะลงแก่ผู้กระทำความผิด อันก่อให้เกิดความเป็นธรรมแก่ผู้เสียหาย และสังคม รวมถึงผู้กระทำความผิดเอง การลงโทษผู้กระทำความผิดอาญา มีทฤษฎีการลงโทษ แบ่งเป็น 5 ประเภท คือ

1. ทฤษฎีการลงโทษเพื่อแก้แค้นทดแทน
2. ทฤษฎีการลงโทษเพื่อป้องปราม หรือยับยั้งชั่งน้ำหนัก
3. ทฤษฎีการลงโทษเพื่อป้องกัน
4. ทฤษฎีการลงโทษเพื่อตัดโอกาส
5. ทฤษฎีการลงโทษเพื่อแก้ไข หรือแก้ไขฟื้นฟู

ปัญหาข้อกฎหมายเกี่ยวกับความผิดทางอาญาของบุคคลวิกลจริต

ตามทฤษฎีการลงโทษในทางอาญา ไม่ว่าจะเป็นการลงโทษเพื่อแก้แค้นทดแทน ทฤษฎีการลงโทษเพื่อป้องปราม หรือยับยั้งชั่งน้ำหนัก ทฤษฎีการลงโทษเพื่อป้องกัน ทฤษฎีการลงโทษเพื่อตัดโอกาส และทฤษฎีการลงโทษเพื่อแก้ไขทัศนคติ หรือแก้ไขฟื้นฟู ล้วนมีที่มาจากวัตถุประสงค์ของการลงโทษเพื่อป้องกันการเกิดอาชญากรรม การปราบผู้ก่ออาชญากรรม หรือผู้กระทำความผิด ต้องเข้าใจในเรื่องที่ผู้กระทำต้องถูกลงโทษนั้น เมื่อบุคคลวิกลจริตไม่เข้าใจในเรื่องที่เขาต้องถูกลงโทษ การลงโทษบุคคลวิกลจริต ย่อมไม่เกิดประโยชน์ต่อสังคมโดยรวม จึงเกิดเป็นปัญหาเกี่ยวกับการลงโทษบุคคลวิกลจริตขึ้น

#### 1. การลงโทษประหารชีวิต

ถ้าบุคคลวิกลจริตซึ่งต้องคำพิพากษาให้ประหารชีวิต เกิดวิกลจริตก่อนประหารชีวิต การนำตัวบุคคลวิกลจริตไปประหารชีวิต ย่อมไม่บรรลุวัตถุประสงค์อันแท้จริงของการลงโทษ เพราะบุคคลวิกลจริตไม่เข้าใจเรื่องเหตุที่ทำให้ตนต้องถูกประหารชีวิต กฎหมายจึงให้รอการประหารชีวิตไว้ก่อนจนกว่าผู้นั้นจะหายวิกลจริต ถ้าบุคคลวิกลจริตนั้นหายจากอาการวิกลจริตภายหลัง 1ปี นับแต่คำพิพากษาถึงที่สุด ให้ลดโทษประหารชีวิตลงเหลือจำคุกตลอดชีวิต

<sup>26</sup>

สุกิจ เกศนารายณ์, “ความรับผิดชอบทางอาญาของบุคคลวิกลจริต,” ใน หลักสูตรผู้บริหารในศาลชั้นต้น รุ่น10 (กรุงเทพมหานคร :สถาบันพัฒนาการข้าราชการฝ่ายตุลาการศาลยุติธรรม สำนักงานศาลยุติธรรม, 2555), น.5-6.



## 2. การลงโทษจำคุก และกักขัง

ในระหว่างที่จำเลย ได้รับโทษจำคุกจำเลยเกิดวิกลจริตขึ้นมา จำเลยยอมไม่เข้าใจเรื่องที่ต้องต้องถูกลงโทษ เมื่อสามี หรือภริยา หรือญาติของจำเลย พนักงานอัยการ ผู้บัญชาการเรือนจำ หรือเจ้าพนักงานผู้มีอำนาจ หน้าที่จัดการตามหมายจำคุก ร้องขอ หรือเมื่อศาลเห็นสมควร ศาลมีอำนาจสั่งให้ทุเลาการบังคับให้จำคุกไว้ก่อน

เมื่อจำเลยวิกลจริต ขณะได้รับโทษจำคุก ความรับผิดชอบทางอาญาของบุคคลวิกลจริต จะต้องยุติลงตามสิทธิที่บุคคลวิกลจริตมี ผู้เกี่ยวข้องกับการบังคับโทษต้องส่งตัวจำเลยที่วิกลจริตไปรักษาอาการวิกลจริตก่อน จึงนำตัวเขามารับโทษต่อไปเพื่อให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการลงโทษ

## 3. การลงโทษปรับ และริบทรัพย์สิน

โทษปรับ และริบทรัพย์สิน เป็นโทษที่บังคับเอาแก่ทรัพย์สินของผู้กระทำความผิด โดยโทษดังกล่าวต้องถูกบังคับในวันที่ศาลมีคำพิพากษา ซึ่งในวันที่ศาลอ่านคำพิพากษา จำเลยจะต้องเป็นบุคคลที่มีปกติ ศาลจึงจะพิพากษาลงโทษได้

ดังนั้น การริบทรัพย์สิน ศาลมีอำนาจสั่งให้ริบทรัพย์สินได้ทันที เพราะเป็นทรัพย์ที่มีไว้เป็นความผิด หรือใช้ในการกระทำความผิด ส่วนการลงโทษปรับ หากจำเลยไม่ชำระค่าปรับ จำเลยต้องถูกกักขังแทนค่าปรับ เฉพาะกรณีที่จำเลยถูกกักขังแทนค่าปรับแล้วจำเลยมีอาการวิกลจริตขึ้นในระหว่างนี้ ผู้เขียนเห็นว่าน่าจะเป็นเหตุให้ทุเลาการลงโทษกักขังแทนค่าปรับไว้ก่อนได้ จนกว่าจำเลยจะหายจากอาการวิกลจริต ทั้งนี้เพื่อให้จำเลยเข้าใจเหตุที่ต้องถูกลงโทษ

วัตถุประสงค์ของการลงโทษแก่บุคคลที่รู้ถึงสภาพของการกระทำของตนเอง ดังนั้น การลงโทษคนวิกลจริตซึ่งกระทำผิดไปโดยไม่รู้ถึงสภาพของการกระทำของตน หรือไม่รู้ว่าการกระทำของตนดี หรือชั่ว ถูก หรือผิด และไม่รู้ถึงผลร้ายที่จะได้รับจากการกระทำความผิดนั้น จึงไม่บรรลุวัตถุประสงค์ของการลงโทษ ด้วยเหตุนี้ กฎหมายจึงยกเว้นโทษให้แก่ผู้กระทำความผิด เพราะวิกลจริต ซึ่งพิจารณาได้ ดังนี้<sup>27</sup>

### 1. การป้องกันมิให้กระทำความผิดอีกในอนาคต

การลงโทษเพื่อให้มีผลป้องกันมิให้ผู้กระทำความผิดเดิม การกระทำความผิดอีกในอนาคต กระทำได้เฉพาะผู้มีสติสัมปชัญญะปกติ ซึ่งตระหนักได้ถึงผลร้ายของการถูกลงโทษ การ

รมช.ชย ครงสนธิ์, นฤมล โพธิ์แจ่ม, “ผู้ป่วยจิตเภท คดีฆ่าผู้อื่นโดยเจตนาขอการลงโทษ,” เล่มที่ 49 วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, น. 308-309 (2547).

ลงโทษผู้วิกลจริตจะไม่มีผลเป็นการป้องกัน แม้ขณะถูกลงโทษผู้นั้นจะหายจากอาการวิกลจริต การลงโทษสำหรับการกระทำความผิดขณะวิกลจริต ก็ไม่มีผล เพราะผู้รับโทษไม่เข้าใจว่าถูกลงโทษ เพราะการกระทำความผิดใด

### 2. การตัดผู้กระทำความผิดออกจากสังคม

วัตถุประสงค์หนึ่งของการลงโทษ คือ การตัดผู้กระทำความผิดซึ่งเป็นผู้ที่เป็นภัยออกจากสังคม การลงโทษผู้วิกลจริตบรรลุวัตถุประสงค์นี้ เพราะ เป็นการตัดผู้วิกลจริตที่อาจก่อภัยออกจากสังคม และการตัดออกนี้สามารถทำได้โดยการส่งตัวไปควบคุมในสถานพยาบาลอยู่แล้ว โดยไม่จำเป็นต้องไปปรับโทษในเรือนจำ มีผลเป็นการตัดออกจากสังคมเช่นกัน

### 3. การตัดนิสัย

การแก้ไขคนวิกลจริตให้หาย กลับเป็นคนปกติ นั้น มีวิธีแตกต่างจากการตัดนิสัยผู้กระทำความผิดทั่ว ๆ ไปให้กลับเป็นคนดี และเหตุนี้ หากลงโทษผู้วิกลจริตในเรือนจำ เหมือนนักโทษทั่วไป จะไม่มีผลเป็นการบำบัดให้ผู้กระทำความผิดหายจากการเป็นคนวิกลจริตได้

### 4. การข่มขู่คนอื่น ๆ ไม่ให้กระทำอย่างเดียวกัน

การลงโทษจะมีผลเป็นการข่มขู่บุคคลทั่ว ๆ ไปก็เฉพาะกรณีที่บุคคลทั่วไปเห็นว่า ผู้ลงโทษมีสภาพอย่างเดียวกัน การลงโทษคนวิกลจริตจึงไม่มีผลเป็นการข่มขู่บุคคลทั่วไปที่ปกติ เนื่องจากเห็นว่ามิสภาพ และเงื่อนไขต่าง ๆ ผิดกัน

### 5. ด้านการศึกษา

การลงโทษมีอีกวัตถุประสงค์หนึ่ง คือ เป็นการให้การศึกษาแก่ประชาชนทั่วไปว่าการกระทำซึ่งไม่เป็นสิ่งที่ผิดในตัวเอง แต่ผิดเพราะมีกฎหมายห้าม (Mala prohibita) นั้น เป็นความผิดทางอาญา ทั้งนี้ เพื่อให้ประชาชนทราบ และไม่ทำอย่างเดียวกัน การลงโทษคนวิกลจริตจึงไม่มีประโยชน์ในแง่การให้การศึกษาแก่ประชาชน เพราะความผิดที่คนวิกลจริตทำส่วนใหญ่เป็นเรื่องที่ประชาชนทั่วไปรู้อยู่แล้วว่าการกระทำนั้น ๆ เป็นความผิด

## 4.2 ปัญหาในการพิสูจน์ความผิดกรณีวิกลจริตขณะกระทำความผิด

กรณีที่พิสูจน์ว่าเป็นความผิด จะต้องบัญญัติ การรับโทษเอาไว้ในระยะเวลาที่แตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับระดับความรุนแรงของความบกพร่องทางจิต โดยทั่วไป แพทย์มักให้ความสำคัญ กับโรค การวินิจฉัยโรค และการวินิจฉัยโรคทางจิตใจ มากกว่าอาการทางจิต การวินิจฉัยโรคทางจิตใจเป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยให้แพทย์สามารถพยากรณ์โรค วางแผนการรักษา และประมาณการณ์ผลการรักษา

ได้ ซึ่งคู่มือวินิจฉัยและสถิติโรคทางจิตใจ (Diagnostic and statistical Manual of Mental Disorders หรือ DSM) ที่พัฒนาขึ้นเป็นครั้งแรก (DSM-I) ในปี ค.ศ. 1952 และได้ปรับปรุงเป็น DSM-II ในปี ค.ศ. 1968 การระบุเกณฑ์วินิจฉัยโรค (Diagnostic criteria) ของแต่ละโรคอย่างชัดเจนถูกนำมาใช้ครั้งแรกใน DSM-III (1980) ซึ่งการระบุเกณฑ์ดังกล่าวทำให้การวินิจฉัย และการจำแนกโรคทางจิตเวชมีความแม่นยำมากขึ้น และการพัฒนาด่าสุด คือ DSM-5 ได้ถูกนำมาใช้ในปี ค.ศ. 2013

โรคทางจิตเวชคืออะไร และเมื่อไรจึงจะถือว่าเป็นโรคทางจิตเวช

ความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรม เป็นอาการ และอาการแสดงเมื่อมีความไม่สบายใจ หรือปัญหากระทบจิตใจ พบได้ทั้งในคนปกติ และผู้ป่วย เช่น นอนไม่หลับ กังวล ความคิดหรืออารมณ์แปรปรวน ทำร้ายตนเองหรือผู้อื่น เป็นต้น

จะวินิจฉัยโรคทางจิตเวชก็ต่อเมื่อมี 2 องค์ประกอบ

1. อาการเข้าได้กับกลุ่มโรคหรือ syndrome ต่าง ๆ ที่ เฉพาะหรือเข้าเกณฑ์การวินิจฉัยโรค
2. เสียหน้าที่ (Dysfunction) ซึ่งอาจเป็นการงานอาชีพ (Occupational dysfunction) หรือ การเข้าสังคมหรือ รักษาสัมพันธภาพกับผู้อื่น (Social dysfunction) หรือ รู้สึกเป็นทุกข์ (Distress)

ระบบการวินิจฉัยโรคแบบหลายแกน (Multiracial diagnosis) DSM IV TR(7) มีการกำหนดระบบการวินิจฉัยโรคจิตเวช ออกเป็นหลายแกน เนื่องจากมีการประเมินผู้ป่วยแบบหลายด้าน แต่ละด้านหรือแกน (axis) ให้ข้อมูลที่แตกต่างกัน เป็นการช่วยผู้รักษาในการวางแผนการดูแลผู้ป่วย และทำนายผลการรักษาได้

แกนต่าง ๆ ได้แก่

แกนที่ 1 (Axis I) โรคทางจิตเวช (Psychiatric diagnosis)

แกนที่ 2 (Axis II) โรคบุคลิกภาพแปรปรวน หรือ ปัญญาบกพร่อง (Personality disorders/Mental retardation)

แกนที่ 3 (Axis III) โรคทางกาย (General medical condition)

แกนที่ 4 (Axis IV) ปัญหาทางจิตสังคมและปัญหาสิ่งแวดล้อม (Psychosocial and environmental problems)

แกนที่ 5 (Axis V) ระดับความสามารถในการใช้ชีวิตทั่วไปของผู้ป่วย (Global Assessment of Functioning scale หรือ GAF scale)

ระดับความสามารถในการใช้ชีวิตทั่วไปของผู้ป่วย (Global Assessment of Functioning scale หรือ GAF scale) GAF scale นี้ควรจะลงโดยแพทย์เปลี่ยนแปลงได้ ตลอดเวลาตามพัฒนาการทางการรักษา ควรมีการติดตามเป็นระยะ ๆ เช่น เมื่อเริ่มรับไว้รักษา เมื่อเวลาผ่านไประยะหนึ่งหรือ เมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เป็นต้น ให้พิจารณาระดับความสามารถในการใช้ชีวิต ทางด้านจิตใจ สังคม และอาชีพการงาน โดยตั้งอยู่บนพื้นฐานการพิจารณาความเจ็บป่วยทางจิตเวช ห้ามรวมความบกพร่องในการใช้ชีวิตจากความจำกัดของสภาพร่างกาย หรือสภาพแวดล้อม

กระบวนการพิจารณาว่าบุคคลใดเป็นบุคคลวิกลจริต ต้องอาศัยจิตแพทย์เป็นผู้วินิจฉัย และเพื่อความเป็นธรรมในการกำหนดโทษ และช่วยเหลือบุคคลนั้น โดยทั่วไปแล้วจิตแพทย์จะเกี่ยวข้องกับกระบวนการยุติธรรม 3 ประเด็น คือ

1. วินิจฉัยว่าผู้ต้องหา หรือจำเลยวิกลจริต หรือไม่
2. มีความสามารถต่อสู้คดีได้ หรือไม่
3. ขณะกระทำความผิดรู้ผิดชอบ หรือบังคับตนเองได้ หรือไม่

กรณีที่ผู้ป่วยบกพร่องทางจิตอยู่บ้าง กรณีที่เป็นการกระทำความผิดโดยประมาท คำนึงถึงพฤติกรรมเกี่ยวกับการกระทำความผิด เช่น การขาดยาแล้วไปขับรถ ซึ่งเป็นการขาดความระมัดระวังมาตั้งแต่เริ่มต้น กรณีหากเป็นประมาทโดยจงใจตามความเห็นของผู้เขียนจึงเห็นว่ามีความชั่วแล้ว หากกินยาตามแพทย์สั่งก็จะอาการไม่กำเริบ แต่เพราะไม่กินยา อีกทั้งรู้ว่าตัวเองป่วยและอาจก่อความเสียหายแก่ผู้อื่นกรณีดังกล่าว ควรปรับใช้กับมาตรา 65 ทันที เว้นแต่จะพิสูจน์ได้เป็นอย่างอื่น

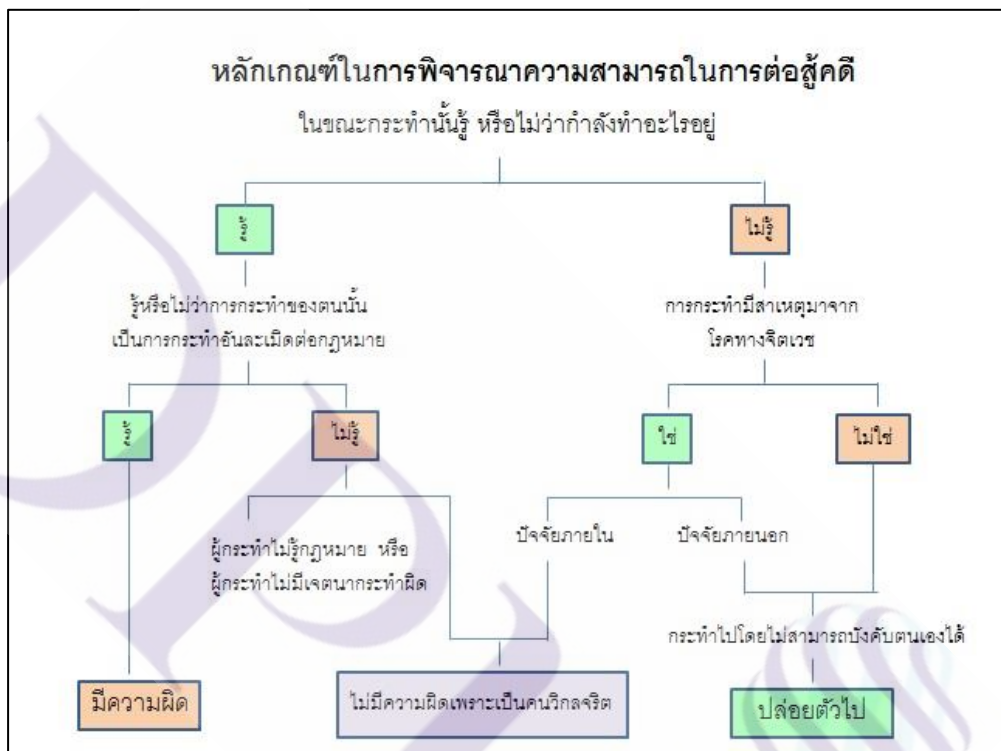
เรื่องสำคัญอีกเรื่องหนึ่งที่นักกฎหมายอาจเข้าใจผิด คือ ประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา มาตรา 14 ที่บัญญัติว่า

“ในระหว่างทำการสอบสวน ใต้สวนมูลฟ้องหรือพิจารณา ถ้ามีเหตุควรเชื่อว่าผู้ต้องหาหรือจำเลยเป็นผู้วิกลจริต และไม่สามารถต่อสู้คดีได้ ให้พนักงานสอบสวน หรือศาลแล้วแต่กรณี สั่งให้พนักงานแพทย์ตรวจผู้นั้นเสร็จแล้วให้เรียกพนักงานแพทย์ตรวจผู้นั้นมาให้ถ้อยคำ หรือให้การว่าตรวจได้ผลประการใด

ในกรณีที่พนักงานสอบสวน หรือศาลเห็นว่าผู้ต้องหา หรือจำเลยเป็นผู้วิกลจริต และไม่สามารถต่อสู้คดีได้ ให้งดการสอบสวน ใต้สวนมูลฟ้องหรือพิจารณาไว้จนกว่าผู้นั้นหายวิกลจริต หรือสามารถต่อสู้คดีได้ และให้มีอำนาจส่งตัวผู้นั้นไปยังโรงพยาบาลโรคจิต หรือมอบให้แก่ผู้อนุบาล ข้าหลวงประจำจังหวัดหรือผู้อื่นที่เต็มใจรับไปดูแลรักษาก็ได้ตามแต่จะเห็นสมควร

กรณีศาลลงคำพิพากษาได้ส่วนมูลฟ้อง หรือพิจารณาดังบัญญัติไว้ในวรรคก่อน ศาลจะสั่งจำหน่ายคดีเสียชั่วคราวก็ได้”

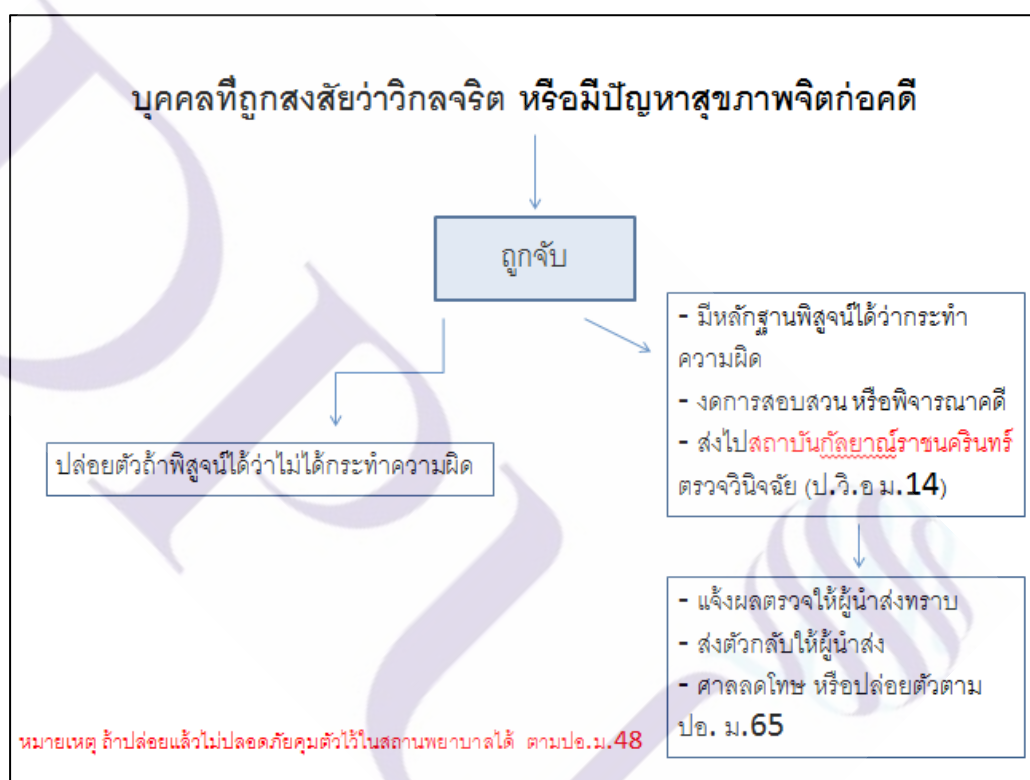
ภาพที่ 4.2 แผนภาพหลักเกณฑ์ในการพิจารณาความสามารถในการต่อสู้คดี



ความวิกลจริตในมาตราดังกล่าวต้องมีความหมายเดียวกับมาตรา 65 ของประมวลกฎหมายอาญา แต่เป็นคนละประเด็นกัน กล่าวคือ ความวิกลจริต ตามมาตรา 14 นั้น เกิดขึ้นคนละช่วงกับ มาตรา 65 ของประมวลกฎหมายอาญา ที่หมายถึงความวิกลจริตเกิดขึ้น หรือสันนิษฐานว่าเกิดขึ้นได้ใน “ขณะกระทำความผิด” แต่ประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา มาตรา 14 นั้น หมายถึงวิกลจริตในขั้นตอนกระบวนการต่อสู้คดีในแต่ละชั้น อาจเกิดขึ้นในเวลาใด หรือกระบวนการชั้นไหนก็ได้ เช่น ในชั้นสอบสวน ชั้นไต่สวนมูลฟ้อง หรือในชั้นพิจารณา รวมถึงขณะบังคับโทษในชั้นราชทัณฑ์ ซึ่งการงดการสอบสวน หรืองดการพิจารณา ไม่ได้หมายความว่าจำเลยจะเป็นคนวิกลจริตในขณะที่กระทำความผิดตามมาตรา 65 เพราะจะเป็นเรื่องที่มีความวิกลจริต เกิดขึ้นภายหลังที่กระทำความผิดไปแล้ว ซึ่งต้องมีมาตรการอื่นจัดการต่อไป เช่น การกำหนดให้อายุความ

สะดวกอยู่ เพื่อทบทวนความสามารถในการตรวจสอบความสามารถในการต่อสู้คดีของจำเลย เพื่อป้องกันเรื่องคดีจะขาดอายุความ เป็นต้น เพราะถ้าขณะกระทำความผิดจำเลยรู้ผิดชอบ หรือมีสติ ที่ควบคุมการกระทำได้ แม้จำเลยจะเคยมีประวัติว่าเคยมีอาการทางจิต จำเลยก็ต้องรับโทษ แต่ศาล อาจใช้ดุลพินิจในการลดโทษให้แก่จำเลยได้

ภาพที่ 4.3 แผนภาพการดำเนินงานต่อบุคคลที่ถูกสงสัยว่าวิกลจริตก่อคดี



ซึ่งผลของคำนิยามที่ไม่ตรงกัน จึงทำให้เกิดปัญหา ดังกรณีปัญหา ดังนี้

คำพิพากษาศติหมายเลขแดงที่ 6957/2549 (คดีจิตจรตลา)

แพทย์สถาบันกัลยาณิราชนครินทร์ เบิกความว่าจำเลย มีอาการป่วยเป็นจิตเภทเรื้อรังมา ตั้งแต่อายุ 20ปี โดยแพทย์ให้ความเห็นว่าจำเลยป่วยเป็นโรคจิตเภท ประเภทหวาดระแวง หูแว่ว ประสาทหลอน ต้องฉีดยา และกินยารักษาตัว โดยจำเลยจะใช้ชีวิตได้ตามปกติได้ รู้รับผิดชอบการกระทำของตนเองได้บ้าง



ศาลเห็นว่า แม้ทางการแพทย์จะลงความเห็นดังกล่าว แต่พฤติกรรมของจำเลยที่แห่งนักเรียนลูกครึ่งไทยอินเดีย และลูกครึ่งไทยจีน มีการเฝ้าดูนักเรียนผู้เสียหายที่เฝ้าก่อน มีการคัดกรองซื้อเมล็ดหลายเล่มไว้ก่อนเหตุแห่ง ทั้งยังมีการเปลี่ยนเสื้อผ้า ทรงผมหลังก่อเหตุตลอดจนให้การกับพนักงานสอบสวนถึงเหตุการณ์ตั้งแต่ ต้นจนถึงขั้นตอนที่แพทย์ทำการรักษา เป็นการล่าับเหตุการณ์อย่างปกติ ที่จำเลยอ้างว่าขณะเกิดเหตุมีปัญหาการป่วยทางจิต ไม่สามารถบังคับตัวเองได้ จึงเป็นเพียงข้ออ้าง กล่าวลอยๆ ซึ่งไม่มีหลักฐานอื่นมาสนับสนุน ซึ่งคดีนี้ศาลตัดสินจำคุก 8 ปี จำเลยให้การรับสารภาพเป็นประโยชน์ต่อรูปคดีลดเหลือจำคุก 4 ปี

คดีนี้แม่แพทย์จะวินิจฉัยว่า จำเลยมีอาการป่วยเป็นโรคจิตเภท แต่ศาลกลับยังลงโทษจำเลยโดยไม่พิจารณาถึงคำวินิจฉัยของแพทย์ซึ่งผู้เขียนเห็นว่าไม่น่าจะถูกต้อง

คำพิพากษาฎีกาที่ 74/2527

คำว่า บุคคลวิกลจริต ตามที่บัญญัติไว้ในประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 29 นั้น มิได้หมายความว่าถึงบุคคลผู้มีจิตผิดปกติหรือตามที่เข้าใจกันทั่วไปว่าเป็นบ้า เท่านั้นไม่ แต่หมายรวมถึงบุคคลที่มีกิริยาอาการผิดปกติเพราะสติวิปลาส คือ ขาดความรำลึก ขาดความรู้สึกและขาดความรับผิดชอบด้วย เพราะบุคคลดังกล่าวนี้ไม่สามารถประกอบกิจการของตนหรือประกอบกิจการส่วนตัวของตนได้ทีเดียว

มารดาผู้ร้องและผู้คัดค้านมีอาการไม่รู้สึกตัวเอง ไม่รู้จักสถานที่และเวลาพูดจาไม่รู้เรื่องบ้าง ไม่รู้เรื่องบ้างซึ่งนายแพทย์เรียกอาการเช่นนี้ว่า สมองเสื่อมหรือวิกลจริต และไม่มีโอกาสที่จะรักษาให้หายได้ ทั้งเดินทางไปไหนไม่ได้อีกด้วย แสดงให้เห็นว่ามารดาผู้ร้องเป็นคนไม่มีสติสัมปชัญญะไร้ความสามารถที่จะดำเนินการทุกสิ่งทุกอย่างด้วยตนเองได้ พอถือได้ว่าเป็นบุคคลวิกลจริตตามความหมายแห่งประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 29 แล้ว (อ้างคำพิพากษาฎีกาที่ 490/2509 ประชุมใหญ่)

จากกรณีดังกล่าว แม้จะเป็นคดีแพ่ง แต่ผลจากการร้องขอให้ศาลมีคำสั่งเช่นว่านั้น อาจมีผลกระทบต่อบุคคลอื่น หากไม่มีการรับรองยืนยันจากแพทย์ในการตรวจพิสูจน์ถึงความวิกลจริตที่ผู้ร้องได้อ้างนั้น

คำพิพากษาฎีกาที่ 3024/2525

ตามประวัติอาการป่วยของจำเลยเคยมีอาการทางประสาทได้รับการรักษาตัวที่โรงพยาบาลก่อนเกิดเหตุจำเลยเกิดความหวาดกลัวว่าจะถูกเพื่อนยิง จึงปิดประตูป้องตัวเองอยู่ในห้องมา 4 วัน โดย

อดอาหารและไม่ได้หลับนอนมาตลอด ขณะเกิดเหตุจำเลยเห็นภาพหลอนมี ปากกระบอกปืน มา  
 จ้องตามช่องไม้แตกมีเสียงดังแจ๊ก ๆ จึงได้จุดไฟเผาสิ่งของในห้องให้บังเกิดควันคลบแล้วจำเลย  
 กระโดดหนีออกไปทางหน้าต่างข้อเท็จจริงเพียงแค่นี้แม้ยังไม่เป็นการชัดเจนว่าจำเลยกระทำ  
 ความผิดในขณะ ไม่สามารถรู้ผิดชอบหรือไม่สามารถบังคับตนเองได้ อันจะทำให้ไม่ต้อง รับโทษ  
 ตามประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 65 วรรคแรกก็จริง แต่ก็แสดงว่าจำเลยมีอาการผิดปกติทางจิตใจ  
 หรือจิตบกพร่องอยู่บ้างซึ่งศาลจะลงโทษน้อยกว่าที่กฎหมายกำหนดไว้สำหรับความผิดนั้น เพียงใด  
 ก็ได้ตามมาตรา 65 วรรคสอง

กรณีตามปัญหานั้น ศาลจะใช้ดุลพินิจเองว่าอาการของจำเลยนั้นมีจิตบกพร่องอยู่บ้าง  
 ผู้เขียนไม่เห็นด้วย เพราะเพื่อความยุติธรรมตามมาตรา 65 ต้องพิจารณาถึงขณะกระทำผิด มิใช่  
 นำเรื่อง โรค หรืออาการมาพิจารณาเป็นเหตุในการวิเคราะห์ว่าจำเลยจะมีความรู้สำนึกอยู่บ้าง ควรให้  
 แพทย์ผู้มีความรู้เป็นผู้วินิจฉัย

คำพิพากษาศาลฎีกาที่ 1816/2541

ตาม ประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา มาตรา 14 ในกรณีที่ศาลเห็นว่าผู้ต้องหาหรือ  
 จำเลยเป็นผู้วิกลจริต และไม่สามารถต่อสู้คดีได้ ให้ศาลลงการไต่สวนมูลฟ้องหรือพิจารณาไว้  
 จนกว่าผู้นั้นหายวิกลจริต หรือสามารถต่อสู้คดีได้ ศาลชั้นต้นจึงมีอำนาจตามกฎหมายที่จะชี้ขาด  
 ในกรณีมีเหตุควรเชื่อว่า ผู้ต้องหา หรือจำเลยเป็นผู้วิกลจริตและไม่สามารถต่อสู้คดีได้หรือไม่ เมื่อ  
 ศาลชั้นต้นชี้ขาดว่าจำเลยสามารถต่อสู้คดีได้ และจำเลยก็มีได้โต้แย้งคัดค้านการดำเนินกระบวน  
 พิจารณาของศาลชั้นต้นต่อมาจึงชอบด้วยกฎหมาย

การที่แพทย์เบิกความเป็นพยานในชั้นที่ศาลชั้นต้นจะต้องชี้ขาดว่า สภาพของจำเลยใน  
 ขณะที่ถูกฟ้องคดีนี้สามารถต่อสู้คดีได้หรือไม่ตามประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา มาตรา  
 14 โดยแพทย์เบิกความเมื่อวันที่ 22 กันยายน 2536 ว่า จำเลยเข้ารับการรักษาดังแต่ปี 2532 ตรวจ  
 พบว่าจำเลยเป็น โรคจิตเภท ขณะตรวจพบว่าจำเลยมีอาการวิตกกังวล ไม่สามารถตอบคำถามได้  
 อย่างต่อเนื่อง จากสภาพของจำเลยขณะที่ตรวจ แพทย์วินิจฉัยว่าจำเลยเป็น โรคทางจิต และ  
 ไม่สามารถต่อสู้คดีได้เมื่อไม่ปรากฏความเห็นของแพทย์ที่ตรวจอาการของจำเลยระหว่างเกิดเหตุ และ  
 เมื่อศาลชั้นต้นนัดพร้อม กลับปรากฏข้อเท็จจริงต่อหน้าศาลว่า จำเลยสามารถถามตอบต่อศาลได้  
 ดังนี้ ความเห็นของแพทย์ดังกล่าวจึงยังไม่สามารถรับฟังเป็นยุติได้ว่าขณะกระทำผิดจำเลยมีจิต

บกพร่อง โรคจิต หรือจิตฟั่นเฟือน อันจะทำให้จำเลยไม่ต้องรับโทษตาม ประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 65 วรรคหนึ่ง

กรณีตามคำพิพากษาดังกล่าว เห็นได้ชัดว่า กระบวนการพิจารณายังมีความสับสนกัน ใน เรื่องของความวิกลจริตขณะวิกลจริต และกระบวนการพิจารณาที่ต้องงดไว้เพราะจำเลยวิกลจริต การที่จำเลยสามารถตอบคำถาม หรือดำเนินกระบวนการพิจารณาได้ เป็นคนละประเด็นกับวิกลจริต ขณะกระทำความผิด เมื่อแพทย์วินิจฉัยว่าจำเลยเป็น โรคทางจิต ศาลควรค้นหาความจริงต่อไป มิใช่ ใช้ดุลพินิจว่าตอบคำถามได้ จำเลยจะรู้สำนึกในขณะกระทำความผิด

ดังนั้นจากคำพิพากษาที่ผู้เขียนยกตัวอย่างมา เห็นได้ว่าปัญหาในเรื่องนี้มีผลต่อกระบวนการ ยุติธรรมอย่างไร และเหตุใดจึงควรมีนियาม หรือหลักที่ชัดเจนในการแยกการกระทำความผิดของ ประเภทบุคคลวิกลจริตต่อไป

#### 4.3 แนวทางการพิจารณากฎหมายเพื่อการพิสูจน์ความผิด และการรับโทษโดยสอดคล้องกับ คำนียามทางจิตเวชศาสตร์

ดังที่กล่าวมาแล้วข้างต้น กฎหมายต้องคำนึงถึงค่านิยมทางจิตเวชศาสตร์ เพื่อให้ สามารถพิจารณาประเภท และความรุนแรง ของผู้กระทำความผิดได้อย่างถูกต้อง ตามแนวทางการ พิสูจน์ในทางการแพทย์ โดยต้องคำนึงถึง การรู้สำนึกขณะกระทำความผิดของประเภท หรือระดับ ความรุนแรงของบุคคล เพื่อใช้เป็นแนวทางในการพิจารณาให้สอดคล้องกับทางการแพทย์ต่อไป เพื่อลดปัญหาความไม่เป็นธรรมในการอำนวยความยุติธรรมแก่คนวิกลจริต และประชาชนต่อไป ซึ่งสรุปนิยามศัพท์ และความหมายทางจิตเวช ดังนี้

“โรคจิต” หมายถึง Psychosis คือ ภาวะผิดปกติทางจิตที่มีความผิดปกติของความคิด อารมณ์ พฤติกรรมอย่างมากจนไม่อยู่ใน โลกของความเป็นจริง เช่น คนบางคนอาจจะมีอาการของ ความคิดหลงผิด (ระวางถูกสะกดรอยตาม, ถูกทำร้าย, ถูกนินทา, ถูกควบคุมโดยอำนาจไสยศาสตร์ หรือ ไมโครชิพ) ประสาทหลอน (ได้ยินหูแว่วเสียงคนพูดถึงตนเอง, ภาพหลอน)

“จิตบกพร่อง” หมายถึง Mental deficiency, mental sub normality คือ ปัญญาอ่อนโดย กำนัด หรือคนที่สมองเสื่อมในวัยสูงอายุ ปัญญาอ่อน (Mental Retardation)

“วิกลจริต” (ไม่มีความหมายในทางจิตเวช)

หมายเหตุ มีจิตแพทย์ให้ความเห็นว่า ผู้ป่วยที่เป็น โรคจิต จะสูญเสียหน้าที่การทำงาน ของจิตใจอย่างมาก ทำให้ไม่สามารถดำเนินชีวิตตามปกติได้

“จิตเพื่อน” หมายถึง น่าจะเป็น mental disorder คือ โรคและอาการทางจิตเวช ทั้งหมด ได้แก่ ผู้ที่มีความหลงผิด ประสาทหลอน และแปรผิด ยกเว้น โรคจิต (Psychosis) และ ปัญญาอ่อน (เป็นความหมายที่น่าจะต้องการคุ้มครองคนที่ไม่ถึงขั้นวิกลจริต) ได้แก่

ก. โรคประสาทแพนิก มีอาการของความวิตกกังวลเฉียบพลัน เวลามีอาการมาก ๆ อาจควบคุมตัวเองไม่ได้ โดยอาจจะทำอะไรก็ได้เพื่อให้ตัวเอง หลุดพ้นออกไปจากสภาพที่กำลัง เป็นอยู่ซึ่งอาจจะก่อให้เกิดอันตรายแก่ผู้อื่นได้

ข. โรคประสาทดิสโซซิเอทีฟ มีลักษณะกำกวมกับพวกที่มีผีเข้า ซึ่งในช่วงเวลานั้นไม่สามารถที่จะ จำแนกถูกผิดได้ บางคนก็ไม่รู้ตัวด้วย พวกนี้มีลักษณะคล้ายกับพวกลมชัก

ค. Impulsive disorder พวกนี้ควบคุมตัวเองไม่ได้ แต่จำแนกถูกผิดได้ โดยปกติแล้วทางกฎหมาย ไม่ยอมรับความผิดปกติในลักษณะนี้ พวกนี้ ได้แก่ พวกถ้ำมอง พวกชอบขโมยของหยิบเอา ของผู้อื่น โดยควบคุมความต้องการไม่ได้

ง. Personality disorder คือ borderline personality disorder and schizotypal personality disorder พวกนี้เวลาที่มีความเครียดจะควบคุมตนเองไม่ได้เกิดอาการ โรคจิตช่วงสั้นๆ เวลาหายจากอาการ โรคจิตแล้ว อาจจะมีลักษณะความคิดแปลกกว่าคนทั่วไป

จ. พวกที่มีความผิดปกติทางวัฒนธรรม เช่น พวกผีเข้า พวกบ้าจี้ พวกนี้จะมีอาการที่ไม่รู้ตัวและ จำแนกถูกผิดไม่ได้

แนวทางที่ควรใช้พิสูจน์ ควรใช้นิติจิตเวชศาสตร์ ซึ่งเป็นวิชาที่เกี่ยวกับศาสตร์ทางจิตเวช และศาสตร์ทางด้านกฎหมาย ให้เกิดความเข้าใจในตรวจพิสูจน์ แยกแยะ และการปฏิบัติต่อผู้ที่มีความผิดปกติทางจิต ซึ่งในการพิจารณาคดีของศาลนั้น ต้องถือหลักการค้นหาความจริง เพื่อให้การพิจารณาพิพากษาคดีเป็นไปอย่างรัดกุม โดยเฉพาะในกรณีที่ผู้กระทำความผิด ได้กระทำความผิดในขณะที่ไม่สามารถรู้ผิดชอบ หรือไม่สามารถบังคับตนเองได้ เมื่อมีข้อสงสัยในประเด็นนี้ ศาลจะสั่งให้นำสืบจิตแพทย์ ซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญมาให้ความเห็น และในการดำเนินคดีอาญากับบุคคลใด บุคคลนั้นจะต้องอยู่ในฐานะที่จะต่อสู้คดีได้ หากบุคคลนั้นมีความผิดปกติทางจิตถึงขนาดไม่สามารถต่อสู้คดีได้ พนักงานสอบสวนจะต้องส่งตัวผู้นั้นไปรับการรักษาก่อน

ความสำคัญของกฎหมายในการนำมาใช้กับคนวิกลจริต

นิติจิตเวชศาสตร์นั้นเกี่ยวข้องกับกฎหมาย เป็นการนำความรู้ทางกฎหมายมาใช้อำนวยความสะดวกให้กับบุคคลวิกลจริต หรือผู้ที่มีความบกพร่องทางจิต ซึ่งมีศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ตามรัฐธรรมนูญ และสิทธิเสรีภาพ เช่นเดียวกับประชาชนทั่วไป และถึงแม้ว่าคนวิกลจริตจะ

กลายเป็นผู้ต้องหา หรือจำเลยในกระบวนการยุติธรรม คนวิกลจริตเหล่านั้นก็ควรได้รับการรักษาจนสามารถต่อสู้คดีได้ รวมถึงสิทธิที่มีในกระบวนการยุติธรรมทั้งทางอาญา และทางแพ่ง ศาสตร์ทางนิติจิตเวชจึงมีความสำคัญ ดังนี้

#### ความสำคัญของนิติจิตเวชในชั้นสอบสวนฟ้องร้อง

ในการดำเนินคดีอาญา กับบุคคลใด บุคคลนั้นจะต้องอยู่ในฐานะที่จะต่อสู้คดีได้ หากบุคคลนั้นมีความผิดปกติทางจิตถึงขนาดไม่สามารถต่อสู้คดีได้ พนักงานสอบสวนต้องส่งตัวผู้นั้นไปรักษาก่อน ส่วนนี้มีความสำคัญมาก หากพนักงานสอบสวนไม่มีความรู้ทางด้านนิติจิตเวชจะทำให้ดำเนินคดีได้อย่างไม่ถูกต้อง แต่หากนำความรู้ทางด้านนิติจิตเวชมาช่วยในการพิจารณา และทำงานร่วมกับจิตแพทย์ ผู้ป่วยจิตเวชก็จะได้รับความคุ้มครองตั้งแต่ขั้นแรกของการดำเนินคดี จากการศึกษาของผู้เขียนซึ่งค้นคว้า จากวิทยานิพนธ์ของคุณอรกนก ทับทิมทอง เรื่อง การตรวจสอบความจริงในชั้นเจ้าพนักงานกับการคุ้มครองสิทธิของผู้ถูกกล่าวหา โดยศึกษาเฉพาะกรณีผู้ถูกกล่าวหาเป็นคนวิกลจริต พบว่าการดำเนินคดีในชั้นเจ้าพนักงาน พนักงานสอบสวนมิได้ดำเนินคดีตามหลัก “หลักการดำเนินคดีอาญา โดยรัฐ” เมื่อมีความผิดเกิดขึ้นพนักงานสอบสวนมิได้มีการตรวจสอบความจริง และในการรวบรวมพยานหลักฐานในทางที่เป็นผลร้ายเพียงด้านเดียว อันเป็นการกระทบสิทธิของผู้ต้องหาโดยเฉพาะ และในระหว่างสอบสวน พนักงานสอบสวนทราบ หรือมีเหตุอันควรเชื่อได้ว่าผู้ต้องหามีความวิกลจริต หรือไม่สามารถต่อสู้คดีได้ พนักงานสอบสวนจะงดการสอบสวน หรือ ผู้ต้องหาที่มีความวิกลจริต แต่สามารถต่อสู้คดีได้ พนักงานสอบสวนจะดำเนินคดีต่อไป โดยไม่ได้ส่งผู้ต้องหาไปให้แพทย์ตรวจถึงความวิกลจริต และความสามารถในการต่อสู้คดี หรือกรณีที่มีการส่งไปให้แพทย์ตรวจ ก็มีได้มีการรวบรวมผลการตรวจของแพทย์ หรือพยานหลักฐานเกี่ยวกับการวิกลจริตไว้ในสำนวนการสอบสวน ซึ่งทำให้คนวิกลจริตที่แท้จริงไม่ได้รับความเป็นธรรม

สำหรับพนักงานอัยการ หลักในการดำเนินคดีอาญาก็คือ การค้นหาความจริง หากปรากฏตามพยานหลักฐานว่าจำเลยมีการกระทำความผิดจริง พนักงานอัยการชอบที่จะดำเนินการฟ้องร้องต่อศาล แต่หากอัยการพบว่า ขณะจำเลยกระทำความผิด จำเลยมีความผิดปกติทางจิต ถึงขนาดไม่สามารถรู้ผิดชอบ หรือไม่สามารถบังคับตนเองได้ โดยหลักกฎหมายพนักงานจะนำสืบให้ศาลเห็นในประเด็นนี้ด้วย การวินิจฉัยในเรื่องการนำสืบต้องอาศัยความรู้ทางนิติจิตเวช เช่นกัน

#### ความสำคัญของนิติจิตเวชในชั้นการพิจารณาพิพากษาคดี



ในการพิจารณาคดีของศาลนั้น ในทางคดีแพ่ง ศาลจะพิจารณาจากพยานหลักฐานที่คู่ความนำมาสืบ โดยศาลจะวางตัวเป็นกลาง ฟังข้อเท็จจริงจากคู่ความทั้ง ๒ ฝ่าย แต่สำหรับในคดีอาญาที่ถือหลักการค้นหาความจริง ในกรณีที่ผู้กระทำความผิดได้กระทำความผิด ในขณะที่ไม่สามารถรับรู้ผิดชอบ หรือไม่สามารถบังคับตนเองได้ หากศาลมีข้อสงสัยในประเด็นนี้ ศาลควรสั่งให้นำสืบจิตแพทย์ซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญ มาให้ความเห็น ซึ่งศาสตร์ทางนิติจิตเวชจะช่วยให้การค้นหาความจริง และการใช้ดุลพินิจในการลงโทษเป็นไปอย่างเหมาะสมกับผู้กระทำผิด ดังนั้นเพื่อประโยชน์แก่นักกฎหมายจึงควรมีนิยามศัพท์เฉพาะ ที่อธิบายถึงลักษณะความรุนแรงของความวิกลจริตให้เป็นที่เข้าใจแก่นักกฎหมาย

ดังนั้น จิตแพทย์ และบุคลากรทางด้านสาธารณสุขจึงควรมีความรู้ทางด้านกฎหมายด้วย โดยเฉพาะในเรื่องหลักการ และสาระสำคัญของกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับจิตเวช แต่อย่างไรก็ตาม จิตแพทย์และบุคลากรทางสาธารณสุข อาจจะไม่จำเป็นที่จะต้องเข้าใจ หรือรอบรู้ในวิชากฎหมายทั้งหมดอย่างลึกซึ้ง การนำกฎหมายมาใช้ นั้น จะนำมาใช้ทั้งในส่วนของการช่วยเหลือ และในด้านการลงโทษผู้ป่วย แต่อย่างไรก็ตามกฎหมายก็ยังคงให้ความยุติธรรมกับผู้ป่วยจิตเวชเป็นอย่างดีเพื่อป้องกันการกระทำความผิด และป้องกันมิให้ถูกเอาเปรียบจากบุคคลในสังคม และยังช่วยเหลือเยียวยา รวมทั้งช่วยเหลือในเรื่องการรักษาพยาบาลให้ผู้ป่วยสามารถอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข นอกจากนี้ กฎหมายยังช่วยอำนวยความสะดวกโดยการช่วยเหลือเยียวยาบุคคลภายนอก ซึ่งได้รับความเสียหายจากการกระทำของผู้ป่วยจิตเวชอีกด้วย

ผู้ที่ต้องเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยทางจิตเวช เมื่อพิจารณาถึงผู้ที่มีหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วย หรือผู้ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยทางจิตเวชอาจแบ่งได้อย่างคร่าว ๆ ดังนี้

1. แพทย์ หรือบุคลากรทางการแพทย์ผู้ดูแลผู้ป่วย หมายถึง การที่แพทย์หรือผู้ให้การดำเนินการ ทางการแพทย์ ซึ่งมีหน้าที่ในการให้การดูแลผู้ป่วย
2. ผู้ดำเนินการสถานพยาบาลในฐานะผู้แทนสถานพยาบาล หมายถึง ผู้ที่เป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม (แพทย์) ที่เป็นผู้ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ดำเนินการสถาน พยาบาลเอกชน ตามพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541
3. ญาติ หรือบุคคลที่ดูแลผู้ป่วย หมายถึง ผู้ที่ดูแลผู้ป่วยตามกฎหมาย เช่น ผู้แทนโดยชอบธรรม บิดามารดา ผู้อนุบาล ผู้พิทักษ์ เป็นต้น

การดูแลผู้ป่วยทางจิตเวช อาจมีปัญหาที่เกิดขึ้นต่อไป กล่าวคือ การที่ผู้ป่วยกระทำการอย่างหนึ่งอย่างใดขึ้น อันเนื่องมาจากสภาพของโรค และอาจทำให้ผู้ที่มีหน้าที่ดูแลผู้ป่วยดังกล่าว



ควรต้องมีส่วนในผลแห่งการกระทำของผู้ป่วยทางจิตเวชนั้นด้วย หรือไม่ ซึ่งเป็นเรื่องที่น่าศึกษาค้นคว้าต่อไป



## บทที่ 5

### บทสรุป และข้อเสนอแนะ

#### 5.1 บทสรุป

มาตรา 65 แห่งประมวลกฎหมายอาญา บัญญัติว่า

“ผู้ใดกระทำความผิดในขณะที่ไม่สามารถรู้ผิดชอบ หรือไม่สามารถบังคับตนเองได้ เพราะมีจิตบกพร่อง โรคจิตหรือจิตฟั่นเฟือน ผู้นั้นไม่ต้องรับโทษสำหรับความผิดนั้น

แต่ถ้าผู้กระทำความผิดยังสามารถรู้ผิดชอบอยู่บ้าง หรือยังสามารถบังคับตนเองได้บ้าง ผู้นั้นต้องรับโทษสำหรับความผิดนั้น แต่ศาลจะลงโทษน้อยกว่าที่กฎหมายกำหนดไว้ สำหรับความผิดนั้นเพียงใดก็ได้”

การพิจารณาตามเนื้อหาของบทบัญญัติกฎหมายดังกล่าวข้างต้น โดยสรุปว่าตามกฎหมายอาญาในมาตรานี้ หมายความว่าแม้ว่าผู้กระทำความผิดจะมีความบกพร่องของเจตนาในการกระทำอันเนื่องจากสภาพทางจิตใจก็ตามแต่ก็ยังคง “ต้อง” ถือว่าการกระทำที่ได้กระทำไปนั้นเป็นความผิดกฎหมายอาญาอยู่เพียงแต่การรับโทษจะมีเพียงใดเท่านั้น

1. ถ้าสภาพทางจิตปรากฏอย่างชัดเจนว่าไม่สามารถรู้ผิดชอบ หรือไม่สามารถบังคับตนเองได้ ก็ไม่ต้องรับโทษในความผิดนั้น

2. ถ้าสภาพทางจิตยังคงรู้ผิดชอบอยู่บางส่วน ผู้นั้นย่อมต้องรับผิดสำหรับความผิดนั้น โดยศาลจะเป็น ผู้กำหนดโทษว่าสมควรที่จะได้รับ โทษเพียงใด (คำพิพากษาศาลฎีกาที่ 371/2527)

แยกองค์ประกอบของมาตรา 65 ได้ ดังนี้

1. ต้องมีการกระทำ มีการกระทำหมายความถึง ผู้กระทำเคลื่อนไหว หรือไม่เคลื่อนไหว ร่างกายโดยรู้สำนึก คือรู้สภาพ หรือสาระสำคัญแห่งการกระทำของตน เช่น รู้ว่ากำลังยิงคนอื่น หากเป็นการกระทำที่ไม่รู้สภาพและสาระสำคัญของตน เช่น ยิงคนคิดว่ายิงศพ เช่นนี้ ถือว่าไม่มีการกระทำ เพราะไม่รู้สภาพ และสาระสำคัญของการกระทำของตน เมื่อไม่มีการกระทำก็ไม่ใช้กรณีตามมาตรา 65

2. ได้กระทำการอันกฎหมายบัญญัติว่าเป็น ความผิด คือ ต้องครบองค์ประกอบของความผิด ทั้ง องค์ประกอบภายนอก องค์ประกอบภายในและผล สัมพันธ์กับการกระทำ ตามโครงสร้างกฎหมาย

### 3. กระทำในขณะที่

3.1 ไม่สามารถรู้ผิดชอบ หมายความว่า ไม่สามารถรู้ได้ว่าการกระทำนั้นผิดศีลธรรม คือ ไม่อาจแยกได้ว่าสิ่งใดถูกต้องตามหลักศีลธรรม และสิ่งใดผิดศีลธรรม

3.2 ไม่สามารถบังคับตนเองได้ หมายความว่า แม้ผู้กระทำจะรู้ดีว่าการกระทำของตนเป็นการผิดศีลธรรมแต่ตนก็จำต้องกระทำการนั้น เพราะไม่อาจบังคับใจตนเองได้

### 4. เพราะมีจิตบกพร่อง โรคจิต หรือ จิตฟั่นเฟือน

จิตบกพร่อง ซึ่งได้แก่ผู้ที่สมองไม่เจริญเติบโต ตามวัย หรือบกพร่องมาแต่กำเนิด

โรคจิต คือความบกพร่องแห่งจิตที่เกิดจากโรค

ดังนั้น โดยหลักในการพิจารณาตามองค์ประกอบของความผิดแล้ว ในมาตรา 65 ซึ่งใช้คำว่า

“ผู้ใดกระทำความผิด” ซึ่งหมายความว่า การกระทำนั้น เป็นความผิด หากการกระทำนั้นไม่เป็นความผิด เช่น เพราะผู้กระทำไม่มีเจตนา เนื่องจากไม่รู้ข้อเท็จจริง อันเป็นองค์ประกอบภายนอกของความผิดตามมาตรา 59 วรรคสาม การกระทำนั้นก็ไม่เป็นความผิด ไม่ใช่กรณีมาตรา 65 เช่นกัน

### ความสำคัญของบุคคลวิกลจริตในทางกฎหมาย

บุคคลวิกลจริตในทางการแพทย์มีหลายโรค และสื่อให้ปรากฏด้วยหลายคำ โดยแต่ละคำมีความหมายเฉพาะ โดยอาศัยคุณสมบัติ สภาพ พยาธิสภาพ อาการ คุณลักษณะ (criteria) และอื่นๆ เพื่อช่วยในการจำแนกว่าเป็น โรคใด และหมายถึงสภาวะใด ซึ่งถือว่ามีความหมายเฉพาะ ทำให้ในทางการแพทย์สามารถให้การดูแล รักษา และดำเนินการกับผู้มีอาการ เจ็บป่วยเหล่านี้ได้อย่างถูกต้อง ส่วนในทางกฎหมายก็มีคำในบทบัญญัติของกฎหมายเช่นเดียวกัน และเป็นคำที่ “อาจ” หรือ “น่าจะ” เกี่ยวข้องสัมพันธ์เป็นคำเดียวกัน หรือความหมายเดียวกัน แต่มิได้ใช้คำในทางการแพทย์บัญญัติไว้ในกฎหมาย จึงอาจเกิดความสับสน และเกิดปัญหาใน “การตีความ” และ “การปรับใช้” ในทางกฎหมายว่า ความหมายของผู้ป่วยจิตเวช หรือบุคคลวิกลจริตที่เกี่ยวข้อง กับความหมายในทางกฎหมายที่มีบัญญัติไว้ในบทบัญญัติกฎหมายนั้น แท้จริงหมายถึง โรคหรือสภาวะใดกันแน่

การวินิจฉัยบุคคลวิกลจริต อันได้แก่ จิตบกพร่อง โรครจิต หรือจิตฟั่นเฟือน ปัจจุบันมีกระบวนการพิจารณา ดังนี้

1. จิตบกพร่อง หรือภาวะปัญญาอ่อน จะต้องมีการพิจารณา เมื่อพบว่าบุคคลนั้น มีความสามารถทางด้านสติปัญญา ต่ำกว่าเกณฑ์เฉลี่ย คือ IQ อยู่ที่ระดับ 70 หรือต่ำกว่า ร่วมกับความความสามารถในการปรับตัวบกพร่อง และแสดงอาการก่อนอายุ 18ปี การพิจารณาภาวะจิตบกพร่องหรือปัญญาอ่อนต้องแยกแยะกับบุคคลที่มีปัญหาทางอารมณ์ ซึ่งเป็นกลุ่มบุคคลที่สติปัญญาปกติ ต้องอาศัยการซักประวัติครอบครัว การตรวจสภาพจิต และการทดสอบด้านจิตวิทยา

ความแตกต่างระหว่างจิตบกพร่อง หรือปัญญาอ่อน กับโรครจิต มีดังนี้ จิตบกพร่อง หรือปัญญาอ่อนเป็นมาตั้งแต่เด็ก เป็นโรคเรื้อรัง รักษาไม่หาย และไม่มีอาการทางจิต เช่น ประสาทหลอน หูแว่ว แปรผิด หรือหวาดระแวง แต่โรครจิต จะเกิดขึ้นในระยะใดระยะหนึ่งของชีวิตก็ได้ รักษาหายได้ และอาจเป็นใหม่ได้ ดังนั้น การพิจารณาว่าบุคคลใดเป็นจิตบกพร่อง หรือปัญญาอ่อน ต้องอาศัยนิติจิตเวชมาใช้ในการวินิจฉัย

2. โรครจิต โรครจิตจัดว่าเป็นโรครทางจิตเวชที่รุนแรง ผู้ป่วยมักไม่ยอมรับว่าตนเองป่วย ในกระบวนการพิจารณาดูเหมือนไม่ยาก เพราะคนส่วนใหญ่รู้จัก โรครนี้กันมาก มีตัวอย่างคดีให้เห็นในหลายคดี โรครจิตทางจิตเวช คือ โรครจิตที่มีสาเหตุมาจากอารมณ์ หรือจิตใจ ที่สำคัญคือ โรครจิตเภท โรครจิตหลงผิด โรครจิตทางอารมณ์ ซึ่งโรครจิตเภทจะเป็นโรครจิตที่พบบ่อยสุด

ทางการแพทย์การวินิจฉัยโรคร มักต้องแยกกับโรครประสาทซึ่งไม่มีอาการทางจิต เช่น หูแว่ว ประสาทหลอน และถ้าวินิจฉัยว่าเป็นโรครจิต ต้องระบุให้ชัดเจนว่า เป็นโรครจิตเภท หรือ โรครจิตหลงผิด หรือโรครจิตทางอารมณ์ เพื่อการดูแลรักษา และติดตามโรครต่อไป ในทางกฎหมายไม่ว่าจะเป็นโรครจิตชนิดใดก็ตาม ถือว่าบุคคลนั้นเป็นบุคคลวิกลจริต ต้องมีขั้นตอนการพิสูจน์ว่าสามารถรู้ผิดชอบ หรือต่อสู้คดีได้ หรือไม่ต่อไปอีก

3. จิตฟั่นเฟือน ศาสตราจารย์จิตติ ดิงสภักย์ ได้ให้ความหมายว่า ผู้ที่มีความหลงผิด ประสาทหลอนและแปรผิด

นอกจากการพิจารณาว่าบุคคลนั้นวิกลจริตแล้ว จิตแพทย์ควรให้ความเห็นในเรื่องว่าบุคคลนั้นสามารถต่อสู้คดีได้ หรือไม่ ซึ่งเป็นคนละเรื่องกับข้ออ้างว่าวิกลจริต ตามมาตรา 65 โดยดูจาก อาการจิตสงบ สามารถควบคุมอารมณ์ หรือทำความเข้าใจ และตอบคำถามได้ดีพอสมควร ต้องรู้ว่าตนเองต้องคดีอะไร ความหนักเบาของโทษ และผลที่ได้รับหากสารภาพ หรือปฏิเสธ สามารถจดจำ และเล่ารายละเอียดที่เกี่ยวข้องกับคดีได้บ้าง เข้าใจขั้นตอนในการดำเนินคดี ตลอดจนบทบาท

และหน้าที่ของบุคคลที่เกี่ยวข้องในกระบวนการยุติธรรม และสามารถร่วมมือ กับทนายความในการ ปกป้องสิทธิ และประโยชน์ของตนได้

โดยทั่วไป แพทย์มักให้ความสำคัญ กับ โรค การวินิจฉัยโรค และการวินิจฉัยโรคทาง จิตใจ มากกว่าอาการทางจิต การวินิจฉัยโรคทางจิตใจเป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยให้แพทย์สามารถพยากรณ์ โรค วางแผนการรักษา และประมาณการณ์ผลการรักษาได้ ซึ่งคู่มือวินิจฉัยและสถิติโรคทางจิตใจ (Diagnostic and statistical Manual of Mental Disorders หรือ DSM) ที่พัฒนาขึ้นเป็นครั้งแรก (DSM-I) ในปี ค.ศ. 1952 และได้ปรับปรุงเป็น DSM-II ในปี ค.ศ. 1968 การระบุเกณฑ์วินิจฉัยโรค (Diagnostic criteria) ของแต่ละโรคอย่างชัดเจนถูกนำมาใช้ครั้งแรกใน DSM-III (1980) ซึ่งการระบุ เกณฑ์ดังกล่าวทำให้การวินิจฉัย และการจำแนกโรคทางจิตเวชมีความแม่นยำมากขึ้น และการ พัฒนาล่าสุด คือ DSM-5 ได้ถูกนำมาใช้ในปี ค.ศ. 2013

ในผู้ป่วยแต่ละประเภทของโรค หรืออาการทางจิตย่อมจะมีรายละเอียดในการวินิจฉัย ไว้อย่างชัดเจนในหลักทางการแพทย์ แต่เมื่อจะปรับกับสถานะทางกฎหมาย ตามมาตรา 65 นั้นทำได้ ยาก เพราะบางกลุ่มอาการ หรือโรคจะแสดงอาการแค่บางช่วง ซึ่งบุคลากรที่ไม่มีความรู้ในศาสตร์ ทางจิตเวชจะไม่สามารถแยกได้เลยว่า จำเลยบางคนเป็นผู้ที่มีอาการทางจิตเวชแล้ว หรือจำเลยบาง คนเป็นคนปกติ แต่เสื่งว่ามีอาการวิกลจริต เป็นต้น ซึ่งต้องใช้บุคลากรที่มีความรู้ ความเชี่ยวชาญ มาตรวจสอบโดยวิธีทางนิติจิตเวช แต่อย่างไรก็ตามกฎหมายก็ควรวางกรอบความหมายของคำว่า บุคคลวิกลจริตให้ชัดเจนก่อนเพื่อให้ นักกฎหมาย เข้าใจนิยามศัพท์ตรงกันตามกฎหมายแต่ละฉบับ และใช้แนวทางพิสูจน์เพื่อให้อยู่ในกรอบความหมายเดียวกัน โดยไม่ใช่ดุลพินิจที่ไม่มี ความ เชี่ยวชาญ ทำให้ไม่เกิดความยุติธรรมที่แท้จริงกับบุคคลวิกลจริต ตัวอย่างที่เห็นชัดเจน เช่นคดี จิตรลดา

คำพิพากษาศาลฎีกาที่ 6957/2549<sup>1</sup>

ศาลอาญากรุงเทพใต้ที่พนักงานอัยการฝ่ายคดีอาญากรุงเทพใต้ 3 และนายชุมเจตน์ อารีพ บิดา ค.ณ.ชมนรรัฐ นักเรียนโรงเรียนเซนโยเซฟคอนเวนต์ ผู้เสียหายเป็นโจทก์ยื่นฟ้อง น.ส. จิตรลดาหรือเป็ดซึ่งเป็นผู้มีอาการจิตเภทเป็นจำเลยในความผิดฐานพยายามฆ่าผู้อื่น และพกพาอาวุธ ไปในที่สาธารณะในเมือง หรือในหมู่บ้านโดยไม่มีเหตุอันควรตามฟ้องโจทก์เมื่อวันที่ 25 ธันวาคม พ.ศ.2549 ระบุนความผิดจำเลย สรุปว่า เมื่อวันที่ 9 กันยายน พ.ศ.2548 เวลากลางวัน จำเลยได้เข้าไป

<sup>1</sup> วิสัยพร บรรพต, “อายุความสะกดหยุดอยู่ในกรณีที่ถูกกล่าวหาเป็นผู้วิกลจริตภายหลังกระทำความผิด,” (วิทยานิพนธ์ มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิตย์, 2556), น.4.

ในโรงเรียนเซน โยเซฟคอนเวนต์ โดยพกมีดสามเล่มเข้าไปด้วย จากนั้นได้ก่อเหตุแทงนักเรียน ชั้น ป.6 เป็นคนแรก จากนั้นได้แทงนักเรียนชั้น ม.2 อีก 3 คน ได้รับบาดเจ็บสาหัสก่อนจะทิ้งมีด และวิ่งหลบหนีออกมาจากโรงเรียน แล้วจึงเรียกรถจักรยานยนต์หลบหนีไปภายหลัง จากก่อเหตุไม่กี่วัน เธอถูกจับกุมตัวที่ร้านอาหารแห่งหนึ่งในกรุงเทพฯ และเธอก็ยอมรับว่าเป็นผู้ลงมือกระทำความผิดจริง ส่วนประเด็นที่จำเลยจะมีจิตบกพร่อง ฟันเฟืองหรือไม่สามารถมีความรับผิดชอบตัวเอง บังคับตัวเองได้บ้างหรือไม่ นั้น ซึ่งแพทย์สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ เบิกความว่าจำเลย มีอาการป่วยเป็นจิตเภทเรื้อรังมาตั้งแต่อายุ 20 ปี โดยแพทย์ให้ความเห็นว่าจำเลยป่วยเป็นโรคจิตเภท ประเภท หวาดระแวง หูแว่ว ประสาทหลอน ต้องฉีดยา และกินยารักษาตัว โดยจำเลยจะใช้ชีวิตได้ตามปกติได้ รู้รับผิดชอบการกระทำของตัวเองได้บ้าง ซึ่งศาลเห็นว่า แม้ทางการแพทย์จะลงความเห็นดังกล่าวแต่พฤติกรรมของจำเลยที่แทงนักเรียนลูกครึ่งไทยอินเดีย และลูกครึ่งไทยจีน มีการเฝ้าดูนักเรียนผู้เสียหายที่มาก่อน มีการดักรอซื้อมีดหลายเล่ม ไว้ก่อเหตุแทง ทั้งยังมีการเปลี่ยนเสื้อผ้าทรงผมหลังก่อเหตุตลอดจนให้การ กับพนักงานสอบสวนถึงเหตุการณ์ตั้งแต่ ต้นจนถึงขั้นตอนที่แพทย์ทำการรักษา เป็นการลำดับเหตุการณ์อย่างปกติ ที่จำเลยอ้างว่าขณะเกิดเหตุมีปัญหาการป่วยทางจิต ไม่สามารถบังคับตัวเองได้จึงเป็นเพียงข้ออ้าง กล่าวลอยๆ ซึ่งไม่มีหลักฐานอื่นมาสนับสนุน ซึ่งคดีนี้ศาลตัดสินจำคุก 8 ปี จำเลยให้การรับสารภาพเป็นประโยชน์ต่อรูปคดีลดเหลือจำคุก 4 ปี เมื่อพ้นโทษให้ส่งบำบัดทางจิตที่สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ต่อ และให้แพทย์รายงานอาการทุก 6 เดือน

จากคดีนี้เห็นว่า แม้แพทย์จะเบิกความ และให้ความเห็นแก่ศาล ถึงอาการวิกลจริตของจำเลย เกี่ยวกับ โรคจิตเภท และอาการของโรคของจำเลยในทางการแพทย์ แต่ศาลก็ยังใช้ดุลพินิจของศาลเองในการตัดสินว่า การกระทำของจำเลย ดังกล่าวจำเลยบังคับตัวเองได้ จำเลยจึงต้องรับโทษ

#### 1. แพทย์ หรือบุคลากรทางการแพทย์ผู้ดูแลผู้ป่วย

หมายถึง แพทย์ หรือผู้ให้การดำเนินการทางการแพทย์ ที่มีหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะ จิตแพทย์ที่มีหน้าที่ดูแล (Attending psychiatrist) หรือแพทย์เจ้าของไข้ (Attending physician) หรือ บุคลากรทางการแพทย์อื่น ว่าผู้ป่วยลักษณะเช่นนี้อาจเกิดความกังวลว่า จะให้การดูแลรักษาอย่างไร และถ้าผู้ป่วยถูกจำหน่ายไปจากสถานพยาบาล และได้กระทำความผิดขึ้นไม่ว่าจะทางแพ่ง หรือทางอาญา ผู้มีหน้าที่ดูแลข้างต้น จะต้องมีส่วนในการรับผิดชอบเมื่อมีการกระทำผิดหรือไม่ ในกรณีที่ผู้ป่วยมีประวัติในการเป็นโรคจิตประการสำคัญก็คือ ผู้ให้การดูแลผู้ป่วยประเภทนี้ ต้องทราบว่ามีอำนาจในการดูแล และการรักษาผู้ป่วยประเภทนี้



ก. การรักษา หมายถึงการให้การบำบัดตาม มาตรฐานการประกอบวิชาชีพเวชกรรม สาขาจิตเวชศาสตร์ โดยตรง ตามที่องค์กรวิชาชีพได้กำหนดขึ้น เช่น การให้ยาเพื่อการรักษา การรักษาโดยใช้วิธีจิตบำบัด (Psychotherapy), การบำบัดกลุ่ม, การรักษาโดยใช้วิธีไฟฟ้า หรือโดยวิธีการอื่น ๆ

ข. การดูแล หมายถึง การให้การดำเนินการ เสริมเพื่อให้เกิดประโยชน์  
ด้านตัวผู้ป่วย: การดำเนินการอย่างหนึ่ง อย่างใดหรือหลายอย่าง เพื่อให้สมเจตนาในการรักษา

ด้านครอบครัว: เพื่อให้การดำเนินการจาก ครอบครัวไปเป็นไปอย่างเต็มที่ และครอบครัวมีความปลอดภัย

ด้านสังคม: เป็นการทำให้สังคมปลอดภัยจากผู้ป่วย

สถานพยาบาลที่มีหน้าที่ดูแลรับผิดชอบในโรคนั้น

ความเสี่ยง

ตามเกณฑ์มาตรฐานในทางการแพทย์ (วิชาชีพเวชกรรม) ทั้งนี้เป็นไปตามพระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525 รวมถึงข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยการรักษาจริยธรรมในหมวดต่างๆ ดังในหมวด 3 การประกอบวิชาชีพเวชกรรม

“ข้อ 1. ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ต้องรักษา มาตรฐานของการประกอบวิชาชีพเวชกรรมในระดับที่ ดีที่สุด และพยายามให้ผู้ป่วยพ้นจากอาการทรมานจากโรคและความพิการต่าง ๆ โดยไม่เรียกร้องสินจ้างรางวัล พิเศษนอกเหนือจากค่าบริการที่ควรได้รับตามปกติ”

ตามประมวลกฎหมายอาญา

ที่บัญญัติให้แพทย์ต้องมีหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วย ดังนี้

มาตรา 307 “ผู้ใดมีหน้าที่ตามกฎหมายหรือ ตามสัญญาต้องดูแลผู้ซึ่งพึ่งตนเองมิได้ เพราะอายุ ความป่วยเจ็บกายพิการ หรือจิตพิการ ทอดทิ้งผู้ซึ่งพึ่งตนเองมิได้นั้นเสียโดยประการที่น่าจะเป็นเหตุให้เกิดอันตรายแก่ชีวิต ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินสามปี หรือปรับไม่เกินหกพันบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ”

มาตรา 308 “ถ้าการกระทำความผิดตาม มาตรา 306 หรือมาตรา 307 เป็นเหตุให้ผู้ถูกทอดทิ้ง ถึงแก่ความตาย หรือรับอันตรายสาหัส ผู้กระทำต้องระวางโทษดังที่บัญญัติไว้ในมาตรา 290 มาตรา 297 หรือมาตรา 289”

2. ผู้ดำเนินการสถานพยาบาลในฐานะผู้แทนสถานพยาบาลสำหรับผู้ป่วยทางจิตเวชที่เกี่ยวข้องกับสถาน พยาบาลนั้นย่อมเป็นไปตามสถานพยาบาลเฉพาะความหมายของ “สถานพยาบาล” ตามมาตรา 4 แห่งพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 เท่านั้น ซึ่งหมายถึง “สถานที่รวมถึงตลอดถึงยานพาหนะซึ่งจัด ไว้เพื่อการประกอบโรคศิลปะตามกฎหมายว่าด้วยการประกอบโรคศิลปะ

การจำหน่ายผู้ป่วยต้องคำนึงถึงสภาพของโรค มาตรการความปลอดภัย ทั้งต่อผู้ป่วยเอง ต่อบุคลากรทางการแพทย์ ต่อสถานพยาบาล และต่อสังคม โดยผู้ป่วยทางจิตเวช หรือบุคคลวิกลจริต จำเป็นต้องมีการประเมินอย่างยั้ง เพื่อให้ทราบว่ามีสภาพของโรคเพียงใด เพื่อที่จะสามารถทราบว่าจะดำเนินการอย่างไรกับผู้ป่วยเหล่านี้ อย่างถูกต้องตามมาตรฐานทางการแพทย์ โดยเฉพาะการที่จะจำหน่ายผู้ป่วยทางจิตเวช ออกจากโรงพยาบาล ต้องทำการประเมินผู้ป่วยให้ถูกต้องตามมาตรฐานอย่างแท้จริง การที่มีได้มีการจัดทำกรประเมินผู้ป่วยที่ดีเพียงพอ หากผู้ป่วยทางจิตเวชที่ถูกจำหน่ายออกไปไปกระทำความผิดอันเป็นผลจากโรคทางจิตเวช ผู้ที่เป็นแพทย์อาจเข้าข่ายในความผิดทางอาญา และทางแพ่งตามมาได้

## 5.2 ข้อเสนอแนะ

เพื่อประโยชน์ในการคุ้มครองสิทธิ และความเป็นธรรมแก่บุคคลวิกลจริตในการวินิจฉัย ความวิกลจริตของจำเลย ให้เหมาะสมกับความผิด และโทษที่จำเลยสมควรได้รับ อีกทั้งเพื่อประโยชน์ในแง่กระบวนการวิธีพิจารณาความอาญาด้วย ผู้เขียนจึงมีความเห็นว่าดังนี้

1. ผู้เขียนมีความเห็นว่า ควรมีการแก้ไขบทบัญญัติในประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 65 วรรคหนึ่ง และเพิ่มเติม วรรคสาม และวรรคสี่ โดย แก้ไข และเพิ่มเติมข้อความ ดังนี้

“มาตรา 65 ผู้ใดกระทำความผิดในขณะที่วิกลจริต ผู้นั้นไม่ต้องรับโทษสำหรับความผิด นั้น

แต่ถ้าผู้กระทำความผิดยังสามารถรู้ผิดชอบอยู่บ้าง หรือยังสามารถบังคับตนเองได้บ้าง ผู้นั้นต้องรับโทษสำหรับความผิดนั้น แต่ศาลจะลงโทษน้อยกว่าที่กฎหมายกำหนดไว้สำหรับความผิด นั้นเพียงใดก็ได้

“วิกลจริต” หมายความว่า การกระทำอันไม่สามารถรู้ผิดชอบหรือไม่สามารถ บังคับตนเองได้ เพราะมี

(1) จิตบกพร่อง หมายถึง โรคปัญญาอ่อน

## (2) โรคจิต หมายถึง

(ก.) โรคอันเกิดมาจากความผิดปกติทางสมอง หรือสารเคมีในสมองผิดปกติ

(ข.) โรคอันเกิดมาจากความผิดปกติทางจิตใจ

## (3) จิตเพื่อน หมายถึง กลุ่มอาการ หรือ โรคทางจิตเวช อันมีอาการสำแดงเป็นครั้ง

คราว

กรณีตาม (2) และ(3) จำต้องมีรายงานผลการตรวจวินิจฉัยโดยจิตแพทย์มาประกอบแก่ศาล และหากศาลยังมีข้อสงสัย ศาลชอบที่จะเรียกพยานผู้เชี่ยวชาญเข้ามาในคดีเพิ่มเติมได้

2. เพื่อประโยชน์ในการคุ้มครองบุคคลวิกลจริต ควรกำหนดให้มีระดับมาตรฐานการพิสูจน์ให้ชัดเจนถึงความวิกลจริตของจำเลย โดยกำหนดให้จิตแพทย์ หรือกลุ่มสหวิชาชีพทางจิตเวช หรือนิติจิตเวช หรือคณะกรรมการสถานบำบัดรักษา ตามพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 มาตรา 12 ตรวจ วินิจฉัยเกี่ยวกับอาการผิดปกติทางจิต โดยทำเป็นสรุปรายงานผลการวินิจฉัยโรค และอาการ ส่งให้แก่ศาล ว่าจำเลยเป็นบุคคลวิกลจริต หรือไม่ ถ้าเป็นวิกลจริตประเภทใดตามกฎหมาย(ที่ผู้เขียนแนะนำไว้ตามวรรคสามของมาตรา 65) มีอาการของโรคแสดงออกแบบใดได้บ้าง และทำให้จำเลยถึงขนาด ไม่สามารถรู้ผิดชอบ หรือไม่สามารถบังคับตนเองได้ ใช่หรือไม่ เพื่อศาลได้รับฟังการวินิจฉัยความผิดปกติทางจิต โดยมีใช้ดุลยพินิจที่ไม่มีองค์ความรู้ ในทางที่ขัดแย้งกับความเห็นทางการแพทย์ ตัดสินความวิกลจริตของจำเลยเอง หากศาลมีข้อสงสัย ชักถามศาลชอบที่จะเรียกพยานหลักฐานเพื่อยืนยันข้อเท็จจริงในการตรวจพิสูจน์ความวิกลจริตเพิ่มเติม หรือศาลอาจเรียกให้แพทย์ท่านอื่น มาให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการวิกลจริต เปรียบเทียบเพิ่มเติมโดยอาจบัญญัติเพิ่มไว้ในประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา มาตรา 14

3. เพื่อประโยชน์แห่งคดีในการลงโทษจำเลยผู้กระทำความผิดในขณะวิกลจริตได้อย่างเหมาะสมและสอดคล้องกับความเห็นทางการแพทย์ เพื่อประกอบดุลพินิจของศาล จึงสมควรกำหนด ประเภทระดับความรุนแรงของความวิกลจริตในขณะกระทำความผิดไว้ในกฎหมายเป็น 3 ระดับ ได้แก่

1. บุคลิกภาพผิดปกติ (Personal Disorders) บุคลิกภาพของบุคคลมีมากมายหลายแบบ บางคนเป็นคนสุขภาพเรียบร้อย ชี้อัตถ์สุจริต ขยันหมั่นเพียร และมีความกระตือรือร้น แต่บางคนก้าวร้าว ติ่อ้น หรือเฉื่อยชา บุคลิกภาพที่มีลักษณะต่างจากของคนทั่วไปมากๆ ถือว่าเป็นบุคลิกภาพ

แปรปรวน ซึ่งเป็นบุคลิกภาพที่อาจสร้างความเดือดร้อนให้บุคคลที่เป็นเจ้าของและสังคมได้ ตามคำจำกัดความของคำว่า บุคลิกภาพแปรปรวนหรือบุคลิกภาพผิดปกติ หมายถึง กลุ่มของความผิดปกติทางพฤติกรรมที่ฝังลึก ยากแก่การเปลี่ยนแปลง ซึ่งโดยทั่วไปจะเริ่มปรากฏในวัยรุ่นหรืออายุนั้น และจะดำเนินต่อไปเกือบตลอดชีวิตผู้ใหญ่ แต่อย่างไรก็ตาม ลักษณะดังกล่าวจะชัดเจนน้อยลงในวัยกลางคน และวัยชรา

2. โรคประสาท (Neurosis) เป็นโรคเกี่ยวกับระบบประสาท โรคทางจิตประเภทหนึ่ง ซึ่งมีลักษณะคือ ขาดความสามารถในการควบคุมอารมณ์และพฤติกรรม โดยสาเหตุอาจจะเกิดจากความวิตกกังวล ไม่สบายใจ จิตใจแปรปรวน อ่อนไหวง่าย มีความขัดแย้งในจิตใจ มีความรู้สึกไม่สบายใจ วิตกกังวล ซึ่งจะมีการแสดงออกตามมา แต่อาการไม่รุนแรงมากเท่าโรคจิต โรคประสาทนี้ ผู้ป่วยยังสามารถมีจิตนึกคิดได้ตามเหตุการณ์ปกติ และรู้ตัวเองอยู่เสมอ ผู้ป่วยจะไม่มีอาการประสาทหลอน การเห็นภาพลวงตา อาการหูแว่ว ผู้ป่วยโรคประสาทสามารถใช้ชีวิตได้เหมือนคนปกติทั่วไป และอาการโรคประสาทสามารถเกิดขึ้นได้กับคนในทุกเพศทุกวัย

3. โรคจิต (Psychosis) คือ ความเจ็บป่วยทางจิตใจนั้นมีหลายรูปแบบ เป็นความเจ็บป่วยที่สามารถเกิดขึ้นกับใครก็ได้ภาวะอาการทางจิต หรือการเจ็บป่วยทางจิตใจแบบหนึ่ง ที่ผู้ป่วยมักมีอาการหลงผิดไปจากความเป็นจริง ประสาทหลอน หูแว่ว เห็นภาพ หรืออาจรับรู้ในสิ่งที่ไม่ได้อยู่จริง อาการโรคจิตหรือวิกลจริตนี้เป็นปัญหาสุขภาพจิตที่อาจเกิดขึ้นได้จากหลายสาเหตุ ทั้งปัจจัยภายในอย่างความผิดปกติทางจิตต่าง ๆ อาการเจ็บป่วยทางร่างกาย เช่น เกิดจากความผิดปกติของความคิด ความจำ อารมณ์ พฤติกรรม และปัจจัยภายนอก เช่น การใช้ยาหรือสารเสพติด แม้อาการบางอย่างของผู้ป่วยโรคจิตจะทำให้ครอบครัว และบุคคลรอบข้างเป็นกังวล แต่หากได้รับการรักษาและการดูแลที่เหมาะสม ผู้ป่วยมีโอกาสที่จะอาการดีขึ้นจนกลับมาใช้ชีวิตประจำวันตามปกติได้

การให้ความเห็นทางการแพทย์นั้น จึงควรต้องระบุถึงอาการวิกลจริตขณะกระทำความผิด โดยให้เห็นถึง ความรู้สำนึก และความรุนแรงของอาการทางจิตในขณะกระทำความผิด และให้ศาลใช้ดุลพินิจตามความเห็นของแพทย์ ในการลงโทษผู้กระทำความผิดตามกฎหมายกำหนด หรือไม่ลงโทษเนื่องจากความวิกลจริต



**บรรณานุกรม**

## บรรณานุกรม

### ภาษาไทย

#### หนังสือ

เกียรติจักร วัจนะสวัสดิ์. คำอธิบายกฎหมายอาญา ภาค 1. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพมหานคร:

โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2542.

รณชัย คงสกนธ์. นิติจิตเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วนจำกัด

บางกอกบล็อกร, 2549.

คณิต ณ นคร. กฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพมหานคร:

สำนักพิมพ์วิญญูชน, 2546.

คณิต ณ นคร. กฎหมายอาญาภาคทั่วไป. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: วิญญูชน, 2551.

ณรงค์ ใจหาญ. กฎหมายอาญาว่าด้วยเรื่องโทษและวิธีการเพื่อความปลอดภัย. กรุงเทพมหานคร:

สำนักพิมพ์วิญญูชน, 2543.

ประทีภย์ ลิจิตเลอสรวง. ตำราจิตเวชศาสตร์ สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร:

โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2536.

ปกป้อง ศรีสนธิ. กฎหมายอาญาชั้นสูง. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์วิญญูชน

, 2559.

อัจฉริยา ชูตินันท์. อาชญาวิทยาและทัณฑวิทยา. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร:

สำนักพิมพ์วิญญูชน, 2557.

ประเทือง ธนิยผล. อาชญาวิทยาและทัณฑวิทยา. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร:

มหาวิทยาลัยรามคำแหง, 2549.

มานิตย์ จุมปา. คำอธิบายรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย (พ.ศ. 2540). กรุงเทพมหานคร:

สำนักพิมพ์นิติธรรม, 2546.

สุวทนา อารีพรรค. ความผิดปกติทางจิต. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย,

2524

สุกิจ เกศนราวัฒน์. ความรับผิดชอบทางอาญาของบุคคลวิกลจริต. กรุงเทพมหานคร: สถาบันพัฒนา

ข้าราชการฝ่ายตุลาการศาลยุติธรรม, 2555



### วารสาร

ไชยยศ เหมะรัชตะ. “ข้อสังเกตบางประการเกี่ยวกับความรับผิดชอบทางอาญาของบุคคลวิกลจริต.”

เล่มที่ 37. สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. (มกราคม-มีนาคม 2535).

ไชยยศ เหมะรัชตะ. “นิติจิตเวชศาสตร์.” เล่มที่ 37. สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย.

(มกราคม-มีนาคม 2535).

ประทีภย์ ลิจิตเลอสรวง และมานิดา สิริวรรณ. “กุมประพฤติผู้ใหญ่: อีกก้าวหนึ่งของงาน

นิติจิตเวช.” วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. เล่มที่ 36. สมาคมจิตแพทย์

แห่งประเทศไทย. (มกราคม-มีนาคม 2534).

### วิทยานิพนธ์

ชิงชัย ศรีประสิทธิ์. “มาตรการทางกฎหมายในการบังคับรักษาผู้ป่วยทางจิต.”

วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2540.

อรกนก ทับทิมทอง. “การตรวจสอบความจริงในชั้นเจ้าพนักงานกับการคุ้มครองสิทธิของ

ผู้ถูกกล่าวหา: ศึกษาเฉพาะกรณีผู้ถูกกล่าวหาเป็นบุคคลวิกลจริต.” วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต

คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิตย์, 2558.

วิไลพร บรรพต. “อายุความสะดุดหยุดอยู่กรณีผู้ถูกกล่าวหาเป็นผู้วิกลจริตภายหลังกระทำ

ความผิด.” วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิตย์, 2557.

ศศิประภา อ่อนสระ. “มาตรการทางกฎหมายในการให้ความคุ้มครองบุคคลวิกลจริต.”

วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิตย์, 2555.

กิตติพิชญ์ แสงจันทร์เทศ. “มาตรการทางกฎหมายในการป้องกันอันตรายจากผู้ป่วยทางจิต.”

วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิตย์, 2554.

### กฎหมายที่เกี่ยวข้อง

ประมวลกฎหมายอาญา

ประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา

ประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์

พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545

พระราชบัญญัติราชทัณฑ์ พ.ศ. 2479

พระราชบัญญัติว่าด้วยวินัยตำรวจ พ.ศ. 2477

พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551

พระราชบัญญัติวิธีดำเนินการคุ้มครองความประพฤติตามประมวลกฎหมายอาญา พ.ศ. 2522

## ภาษาอังกฤษ

### Books

Andreasen, NC and Black, DW. Introductory Textbook of Psychiatry. Washington,

DC: American Psychiatric, 1991.

Association AP. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Washington,

DC: American Psychiatric Association, 2000.

Bluglass, Robert. Principles and Practice of Forensic Psychiatry. Longman Group, 1990.

Madders, J. Stress and Relaxation. London: Macdonald and Co, 1979.

### Journal

Truscott,D. “The Psychotherapist’s Duty to Protect: An Annotated Bibliography”.

Journal of Psychiatry and Law. (1993) : 21.

### Code

The Involuntary Civil Commitment Law

The Mental Health Act 1983, MHA

The Mental Health Law, MHL 1988

Preparatory Draft for The Revised Penal Code of Japan 1961

### ประวัติผู้เขียน

ชื่อ – นามสกุล

ประวัติการศึกษา

ตำแหน่งและสถานที่ทำงานปัจจุบัน

ภาวนา แสงอำนาจ

พ.ศ. 2553 นิติศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ

ผู้จัดการแผนกขึ้นทะเบียนผลิตภัณฑ์เครื่องมือแพทย์

บริษัท เทคโนโลยีคัล จำกัด (มหาชน )

เลขที่ 29 ซอยลาดพร้าว92 ถนนลาดพร้าว

แขวงพลับพลา เขตวังทองหลาง จังหวัด

กรุงเทพมหานคร

