

ภาวะโรคร่วมทางจิตเวช ในผู้มีปัญหาการดื่มสุรา

Review of Psychiatric Comorbidity in Alcohol Abusers



ภาวะโรคร่วมทางจิตเวช ในผู้มีปัญหาการดื่มสุรา

Review of Psychiatric Comorbidity in Alcohol Abusers



การทบทวนองค์ความรู้ เรื่อง

ภาวะโรคร่วมทางจิตเวชในผู้มีปัญหาการดื่มสุรา

Review of Psychiatric Comorbidity in Alcohol Abusers

เรียบเรียงโดย

แพทย์หญิงบุญศิริ จันศิริมงคล และคณะ

ISBN : 978-974-296-792-5

สนับสนุนโดย

แผนงานการพัฒนาระบบการดูแลผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุรา (พรส.)
แผนงานวิชาการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้เสพสารเสพติดในชุมชน
สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา
กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข
สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

พิมพ์ เผยแพร่ และสงวนลิขสิทธิ์โดย

แผนงานการพัฒนาระบบการดูแลผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุรา (พรส.)
ชั้น 2 อาคารฟื้นฟูสมรรถภาพ โรงพยาบาลสวนปรุง
เลขที่ 131 ถนนช้างหล่อ ตำบลห้วยยา อำเภอมือง จังหวัดเชียงใหม่ 50100
โทรศัพท์ 0 5328 0228 ต่อ 60236, 60525 โทรสาร 0 5327 3201
มือถือ 08 0491 0505, 08 0500 2140
www.i-mapthailand.org

พิมพ์ครั้งที่ 1 : กรกฎาคม 2556
จำนวน : 154 หน้า
จำนวนที่พิมพ์ : 3,000 เล่ม
ออกแบบ/พิมพ์ : วนิตาการพิมพ์ โทรศัพท์ 0 5311 0503-4, 08 1783 8569

ข้อมูลค้นคว้า :

บุญศิริ จันศิริมงคล และคณะ. การทบทวนองค์ความรู้เรื่อง ภาวะโรคร่วมทางจิตเวชในผู้มีปัญหาการดื่มสุรา. เชียงใหม่:
แผนงานการพัฒนาระบบการดูแลผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุรา; 2556.

เอกสารนี้เผยแพร่เป็นเอกสารสาธารณะ ไม่อนุญาตให้จัดเก็บ ถ่ายทอด ไม่ว่าด้วยรูปแบบหรือวิธีการใด ๆ ด้วยกระบวนการทางอิเล็กทรอนิกส์
การถ่ายภาพ การบันทึก การสำเนา หรือวิธีการอื่นใดเพื่อวัตถุประสงค์ทางการค้า หน่วยงานหรือบุคคลที่มีความสนใจ สามารถติดต่อขอรับ
การสนับสนุนเอกสารได้ที่แผนงาน พรส. โทรศัพท์ 0 5328 0228 ต่อ 60236, 60525 โทรสาร 0 5327 3201 หรือดาวน์โหลดข้อมูลได้ที่
www.i-mapthailand.org

คำนิยาม

ปัญหาการดื่มสุรา ไม่เพียงจำกัดเฉพาะฤทธิ์จากแอลกอฮอล์โดยตรงเท่านั้น ปัญหาที่พบร่วมได้บ่อยคือปัญหาสุขภาพจิตที่พบรวมกับการดื่มสุรา หรือที่เรียกว่า ภาวะหรือโรคทางจิตเวชที่พบร่วมในผู้ที่มีปัญหาจากการดื่มสุรา ที่ทำให้ปัญหาการดื่มสุรารุนแรงและเรื้อรังมากขึ้น ทั้งอาการจากปัญหาการดื่มสุรา และอาการจากปัญหาสุขภาพจิตหรือโรคจิตเวชที่พบร่วม การดูแลรักษายุ่งยากซับซ้อนมากขึ้น มีความต้องการบริการบำบัดรักษาที่เฉพาะมากขึ้น การกลับป่วยซ้ำบ่อยครั้งมากขึ้น ส่งผลกระทบต่อผู้ดูแล ครอบครัว และการกระทำผิดทางกฎหมาย รวมถึงมีผลลัพธ์ทางด้านการทำหน้าที่ทางสังคมที่ลดลง

อนึ่ง ภาวะหรือโรคทางจิตเวชที่พบร่วมในผู้ที่มีปัญหาจากการดื่มสุราดังกล่าว ต้องอาศัยการตระหนักถึงปัญหาและประเมินวินิจฉัยโรคร่วม อีกทั้งมีผลต่อการดำเนินของโรคและผลลัพธ์การรักษา ดังนั้นจึงมีความจำเป็นในการพัฒนาระบบการดูแลรักษาภาวะหรือโรคทางจิตเวชที่พบร่วมในผู้ที่มีปัญหาจากการดื่มสุรา ทั้งในผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุราเป็นวินิจัยโรคหลัก หรือในผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตหรือโรคจิตเวชเป็นวินิจัยโรคหลัก และมีการผสมผสานประยุกต์วิธีการบำบัดรักษาควบคู่กันไปทั้งสองโรค และสามารถให้การดูแลได้ทั้งสองปัญหาอย่างต่อเนื่องไร้รอยต่อได้ในที่สุด

แผนงานการพัฒนากระบวนการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุรา ภายใต้การสนับสนุนของสำนักสนับสนุนการสร้างสุขภาวะและลดปัจจัยเสี่ยงหลัก สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ได้เล็งเห็นถึงปัญหาดังกล่าว จึงได้จัดทำกรทบทวนองค์ความรู้เรื่อง **“ภาวะโรคร่วมทางจิตเวชในผู้มีปัญหาการดื่มสุรา”** โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประมวลความรู้ในเรื่องการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุราที่มีโรคร่วมจิตเวช การพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุราที่มีโรคร่วมจิตเวชแบบบูรณาการ และประยุกต์การดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุราหรือสารเสพติดที่มีโรคร่วมจิตเวชให้เหมาะสมกับระบบบริการสาธารณสุขของประเทศไทย

แผนงานฯ หวังว่า เอกสารวิชาการฉบับนี้จะเป็นประโยชน์ต่อบุคลากรสุขภาพ ให้เกิดความเข้าใจและตระหนักถึงปัญหาภาวะโรคร่วมทางจิตเวชในผู้มีปัญหาการดื่มสุรา และสามารถจัดบริการสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับผู้มีปัญหาการดื่มสุรา เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดกับผู้รับบริการ

แพทย์หญิงพันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์

ผู้จัดการแผนงานการพัฒนากระบวนการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุรา (พรส.)

คำนำ

การสำรวจภาวะโรคและการบาดเจ็บของประเทศไทยปี พ.ศ.2552 โดยทีมวิจัยจากสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP) พบว่าการดื่มสุราเป็นพฤติกรรมและปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่เป็นสาเหตุอันดับ 1 ของการสูญเสียปีสุขภาวะ (DALYs) สำหรับเพศชาย และจากการศึกษาความชุกของความผิดปกติพฤติกรรมการดื่มสุราและโรคจิตเวชร่วมในคนไทย: การสำรวจระดับชาติ ปี พ.ศ.2551 พบความชุกของโรคจิตเวชร่วมในผู้มีปัญหาการดื่มสุรา ร้อยละ 7.1 โดยพบโรคความผิดปกติทางอารมณ์ โรควิตกกังวล และกลุ่มโรคจิตตามลำดับ

ผลกระทบที่พบในผู้ดื่มสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชนั้นมีมากมาย เช่น สมรรถภาพร่างกายเสื่อมถอย อาการทางจิตกำเริบ ครอบครัวไม่มีความสุข มีปัญหาการทำงาน การสูญเสียหน้าที่สำคัญต่างๆ มากขึ้น ความสัมพันธ์กับผู้อื่นแย่ลง และยังมีโอกาสเกิดปัญหาด้านอื่นๆ เพิ่มขึ้น เช่น ด้านกฎหมาย ครอบครัว เศรษฐกิจ การไร้ที่อยู่อาศัย นอกจากนี้ภาวะโรคร่วมยังเพิ่มความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย และมีผลต่อความร่วมมือในการรักษาต่อเนื่องอีกด้วย อย่างไรก็ตามแม้ว่าผู้ป่วยจะตระหนักถึงปัญหาจนเกิดแรงจูงใจในการเลิก แต่ก็พบว่ายังกลับไปดื่มซ้ำจนเกิดปัญหารุนแรงกลับมา ส่วนหนึ่งเนื่องจากภาวะโรคจิตเวชร่วมที่ยังไม่ได้รับการวินิจฉัยหรือรับการรักษา

โครงการพัฒนาระบบและรูปแบบการดูแลผู้ป่วยสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวช ภายใต้การสนับสนุนจากแผนงานการพัฒนาระบบการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุรา (พรส.) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) และกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข นำโดยแพทย์หญิงบุญศิริ จันศิริมงคล นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ หัวหน้ากลุ่มงานจิตเวชยาเสพติด สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ได้ทำการศึกษาถึงปัญหา สาเหตุ ผลเสีย ผลกระทบ และการบำบัดผู้มีปัญหาการดื่มสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวช ทำการทบทวนองค์ความรู้ร่วมกับผู้เชี่ยวชาญจากโรงพยาบาลจิตเวชจำนวน 6 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนครินทร์ โรงพยาบาลสวนปรุง โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ และสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

การทบทวนองค์ความรู้ฉบับนี้ กล่าวถึงความชุก พยาธิสภาพ โรคจิตเวช ผลกระทบ ระบบการดูแล การคัดกรองประเมินวินิจฉัย และการบำบัดด้วยยาและจิตสังคมในรูปแบบเฉพาะต่างๆ ซึ่งเป็นส่วนสำคัญในการวางแผนทางปฏิบัติการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชแบบบูรณาการ คณะผู้จัดการโครงการฯ จึงหวังว่าท่านผู้สนใจจะได้รับประโยชน์เพื่อความเข้าใจและประยุกต์ความรู้นี้ในการปฏิบัติงานต่อไป

แพทย์หญิงบุญศิริ จันศิริมงคล
ผู้อำนวยการศูนย์พลังแผ่นดินเอาชนะยาเสพติด กรมสุขภาพจิต
หัวหน้าโครงการพัฒนาระบบและรูปแบบ
การดูแลผู้ป่วยสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวช

กิตติกรรมประกาศ

การทบทวนองค์ความรู้เรื่อง “ภาวะโรคร่วมทางจิตเวชในผู้มีปัญหาการดื่มสุรา” สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี เนื่องจากการได้รับการส่งเสริมสนับสนุนและร่วมมือจากหลายฝ่ายที่เกี่ยวข้อง

ขอขอบพระคุณ **แพทย์หญิงพันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์** ผู้จัดการแผนงานการพัฒนาระบบการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุรา (ผรส.) ที่ได้สนับสนุนและกำหนดให้มีการประมวลผลความสำเร็จเชิงคุณภาพของการดำเนินงาน โดยได้รับการสนับสนุนอย่างเต็มที่จาก **นายแพทย์สินเงิน สุขสมปอง** ผู้อำนวยการสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ที่เอื้ออำนวยทรัพยากรบุคคลและสถานที่ตลอดระยะเวลาการดำเนินการ

ขอขอบพระคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวช ผู้ปฏิบัติงานซึ่งรับผิดชอบหลักจากกลุ่มงานจิตสังคมบำบัดและผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องทั้ง 6 แห่งที่ให้ความร่วมมือ และให้ข้อมูลในการสัมภาษณ์เชิงลึกที่สำคัญ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชทุกท่าน และคณะทำงานที่ให้ข้อมูลตลอดระยะเวลาการดำเนินงาน

คณะผู้จัดทำ

สารบัญ

บทนำ	1
วัตถุประสงค์	1
วิธีการดำเนินงาน.....	2
คำนิยามและความหมาย.....	3
ความชุก	4
ความสัมพันธ์ของพฤติกรรมการดื่มสุราที่ผิดปกติและโรคร่วมทางจิตเวช	12
พยาธิสภาพและความสัมพันธ์	12
ทฤษฎีการเกิดโรคร่วมจิตเวชและความผิดปกติพฤติกรรมดื่มสุรา.....	16
ภาวะโรคจิตเวชร่วม	20
โรคซึมเศร้า	20
โรคอารมณ์แปรปรวน	23
กลุ่มโรควิตกกังวลและความเครียด	27
โรคจิตเภท.....	30
โรคสมองตื้อสารเสพติด	34
บุคลิกภาพผิดปกติแบบต่อต้านสังคม.....	36
พฤติกรรมและความคิดฆ่าตัวตาย.....	38
ผลกระทบจากโรคร่วมทางจิตเวช	43
การดูแลรักษาแบบบูรณาการ.....	47
หลักการบูรณาการดูแลบำบัดรักษาฟื้นฟู	54
การคัดกรองประเมินแบบบูรณาการ	58

การคัดกรองแบบบูรณาการ	61
แบบคัดกรองภาวะสุขภาพจิต: K10	62
แบบคัดกรอง PsyCheck.....	63
แบบคัดกรอง MMS (Modified MINI Screening)	64
แบบคัดกรอง Mental Health Screening Form	65
Full List of Screening Instruments.....	66
การประเมินแบบบูรณาการ.....	68
The Four Quadrants.....	69
การบริหารจัดการผู้ป่วยโรคสารเสพติดและจิตเวชตามระดับความรุนแรง	71
การบำบัดด้วยยา	77
จิตสังคมบำบัดแบบบูรณาการ.....	85
การบำบัดรูปแบบอื่นๆ.....	86
การให้คำปรึกษารายบุคคล.....	86
การให้คำปรึกษาและบำบัดแบบกลุ่ม	87
การให้ครอบครัวบำบัด.....	87
การจัดการผู้ป่วยรายกรณี.....	91
การบำบัดรักษาแบบอยู่ในสถานบำบัด	92
การให้การฟื้นฟูแบบผู้ป่วยนอกแบบเข้มข้น	93
การบำบัดแบบมีเงื่อนไข Contingency Management	93
การบังคับบำบัด Legal Intervention	94
การเข้าร่วมกลุ่มบำบัดอิสระ การเลิกสุราต่อเนื่องหลังบำบัด	95
การบำบัดเฉพาะโรคจิตเวชร่วมผู้มีปัญหาการดื่มสุรา	97
โรคซึมเศร้าร่วม	97
ผู้ป่วยที่มีโรคร่วมทางอารมณ์ผิดปกติหรือวิตกกังวล	101
ผู้มีปัญหาการดื่มสุราที่มีภาวะโรคจิตร่วม	103
ผู้มีปัญหาการดื่มสุราที่มีบุคลิกต่อต้านสังคม	114
การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ.....	115
เอกสารอ้างอิง	125
คณะผู้จัดทำ	141

บทสรุปผู้บริหาร

ภาวะหรือโรคทางจิตเวชที่พบร่วมในผู้ที่มีปัญหาจากการดื่มสุรา มีคำที่ใช้หลากหลาย ดังนี้ psychiatric comorbidity, comorbidity, co-existing, dual-diagnosis, mental illness and chemical abuse (MICA), mental illness and substance abuse (MISA) เป็นต้น ซึ่งเป็นส่วนที่ทำให้โรคจิตเวชหลักที่ผู้ป่วยได้รับมีอาการแย่ลง ทั้งนี้การวินิจฉัยที่ค่อนข้างยากกว่าโรคใดเป็นโรคหลักที่เกิดขึ้นก่อนหน้า สรุปองค์ความรู้ที่ได้จากการทบทวนมีดังนี้

ความชุกและโรคจิตเวชที่พบบ่อยในผู้ดื่มสุรา

ภาวะโรคร่วมจิตเวชในผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุราในประชากรทั่วไปพบได้ร้อยละ 37¹ จากการสำรวจความชุกของความผิดปกติพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราและโรคจิตเวชร่วมในคนไทย: การสำรวจระดับชาติ ปี พ.ศ.2551² ผู้มีความผิดปกติของการดื่มสุราพบโรคจิตเวชใด ๆ ร่วมร้อยละ 7.1 โดยผู้หญิงพบมากกว่าผู้ชาย และความชุกของโรคจิตเวชร่วมในผู้ติดสุราพบสูงกว่าผู้ดื่มแบบอันตราย กลุ่มโรคความผิดปกติทางอารมณ์เป็นกลุ่มโรคจิตเวชร่วมที่พบได้มากที่สุด รองลงมาเป็นกลุ่มโรควิตกกังวล และกลุ่มโรคจิต แต่เมื่อสำรวจโรคร่วมจิตเวช ผู้ป่วยสุราที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน โรงพยาบาล ราชบุรีรักษายังใหม่สูงถึงร้อยละ 60³ ส่วนใหญ่โรคที่พบบ่อยได้แก่ โรคซึมเศร้า โรคอารมณ์แปรปรวน โรคจิตเภท โรควิตกกังวล โรคติดสารเสพติดอื่น รวมทั้งพฤติกรรมฆ่าตัวตายและปัญหาบุคลิกภาพผิดปกติ^{1, 2, 4, 5, 6}

ความสัมพันธ์ของโรคร่วมทางจิตเวช

การเกิดโรคร่วมทางจิตเวชในผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุราพบว่า มีหลายทฤษฎีที่พยายามอธิบายลำดับการเกิด แต่ยังไม่พบข้อสรุป ดังนั้นควรตระหนักถึงการค้นหาเพื่อวินิจฉัยโรคและให้การดูแลในผู้ป่วยแต่ละรายอย่างครบถ้วน ทั้งนี้ผลกระทบที่พบในผู้ดื่มสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวช ปัญหาทั้งด้านร่างกาย อาการทางจิตกำเริบ ครอบครวั สังคม เศรษฐกิจ การทำงาน กฎหมาย อย่างไรก็ตามอย่างไรก็ดีพบว่า แม้ว่าผู้ป่วยจะตระหนักถึงปัญหาการดื่มสุราจนเกิดแรงจูงใจในการเลิก แต่เนื่องจากมีโรคจิตเวชอื่นๆ ร่วมด้วยทำให้เกิดปัญหาทางจิตซ้ำซ้อนจนยากแก่การบำบัดรักษา

การบูรณาการแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวช (Integrated Treatment of Alcohol use disorders and Co-occurring psychiatric disorders)

การคัดกรองแบบบูรณาการ (Integrated Screening) ผู้บำบัดควรตระหนักในการคัดกรองโรคจิตเวชในผู้ป่วยสุรา ขณะเดียวกันในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชควรได้รับการคัดกรองปัญหาสุรา⁷ ปัจจุบันในประเทศไทย การคัดกรองผู้มีปัญหาการดื่มสุราเบื้องต้นมากมาย และเครื่องมือคัดกรองโรคจิตเวชเบื้องต้น เช่น โรคซึมเศร้า ด้วยแบบประเมิน 2Q, 9Q, 8Q⁸ หากบูรณาการการคัดกรองทั้งสองประเด็นร่วมกันจะทำให้จำแนกโรคร่วมทางจิตเวชพื้นฐาน เพื่อเป็นข้อมูลทีมผู้บำบัดในการประเมินและวินิจฉัยโรคให้แม่นยำโรคและปัญหาอย่างครอบคลุม ทำให้ประหยัดเวลาในการเข้าใจปัญหาภาวะผู้ป่วยและเพิ่มประสิทธิภาพการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพ

การประเมินปัญหารอบด้าน (Integrated Assessment) การบูรณาการการประเมินและการวินิจฉัยโรคจิตเวชที่เกิดร่วม ได้แก่ เครื่องมือเพื่อการวินิจฉัยโรคจิตเวช Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) Thai version 5.0.0-Revised 2007 (ฉบับภาษาไทย ปรับปรุงเมื่อปี พ.ศ.2550) DSM-IV⁹ การประเมินความพร้อมในการเลิกสุราของผู้ป่วยแต่ละคน เช่น แบบวัดแรงจูงใจหรือขั้นตอนของความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงกับความต้องการรักษา (Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale, Socrates-8A)¹⁰ และความต้องการในการแก้ปัญหาของผู้ป่วยที่ควรได้รับความช่วยเหลือต่างๆ เพื่อการวางแผนบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพ เช่น ประเมินความจำ การช่วยเหลือของครอบครัวหรือผู้ดูแล ความสามารถในการทำงาน และการหารายได้ เป็นต้น

ระบบและรูปแบบการรักษาทั้งสองระบบ (Integrated Intervention) การบูรณาการการดูแลโรคจิตเวชและปัญหาพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราให้ไปพร้อมๆ กันต้องอาศัยการบำบัดที่มีรูปแบบขั้นตอนจำเพาะ¹¹ หรือใช้เทคนิคการบำบัดเฉพาะสำหรับผู้ป่วยสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชทุกราย ทั้งนี้ความรู้เรื่องสุราและโรคทางจิตเวชมากขึ้น การรับยาจิตเวชช่วยบรรเทาอาการอยากสุรามีความสำคัญอย่างมากที่จะช่วยไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทางจิตที่รุนแรง และมีโอกาสหยุดดื่มได้อย่างถาวร โดยต้องมีการให้จิตสังคมบำบัดที่สำคัญแบบผสมผสาน การสร้างแรงจูงใจในการเลิกสุรา (motivational enhancement therapy) และการให้ความรู้ความเข้าใจในการดูแลตัวเองกรณีโรคจิตเวชร่วม (psychoeducation) การฝึกทักษะต่างๆ เพื่อช่วยในการลดปัญหาในการดำรงชีพ (skill based training) ครอบครัวบำบัด คู่ครองบำบัด และการเยียวยาทางสังคม เช่น การฝึกทักษะชีวิตและอาชีพ ตลอดจนผู้บำบัดติดตาม

รายการนี้ (case manager) ติดตามอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ และส่งต่อจิตเวชชุมชนอย่างเป็นระบบ เป็นต้น ผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงต้องใช้เวลาการบำบัดที่ยาวนานมากขึ้น ผู้รับผิดชอบเฉพาะที่ทำงานประจำ ซึ่งควรเป็นทีมสหวิชาชีพที่สามารถดูแลได้ทั้งจิตเวชและสุราสารเสพติดที่มีทิศทางการดูแลเดียวกัน

ปัจจุบันประเทศไทยกำลังพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้มากขึ้น จึงเป็นความท้าทายในการพัฒนาระบบ รูปแบบ และวิธีการบำบัดรักษาผู้มีปัญหาการดื่มสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชแบบบูรณาการ โดยมีเป้าหมายให้ผู้ป่วยรับผลกระทบจากสุราให้น้อยที่สุด ขณะเดียวกันทุเลาจากอาการเจ็บป่วยจากโรคจิตเวชที่เกิดร่วมด้วย



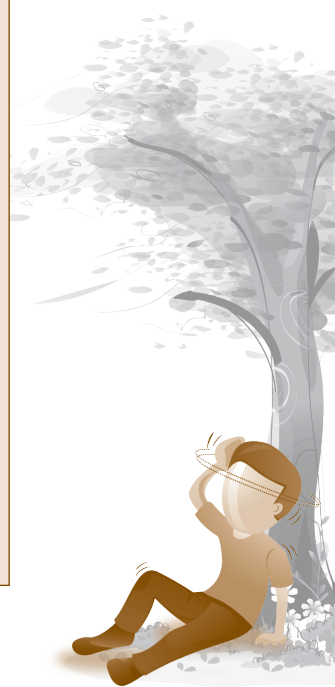
บทนำ

ผู้มีปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพหรือพฤติกรรมที่เกิดขึ้นร่วมกันอย่างน้อย 1 ถึง 2 โรค (co-occurring disorders; COD) ได้แก่ ผู้มีปัญหการดื่มสุราที่มีโรคร่วมทางกายหรือมีโรคร่วมทางจิตเวช เช่น ภาวะตับแข็ง โรคกระเพาะ โรคซึมเศร้า ทั้งนี้การวินิจฉัยจำเป็นต้องอาศัยผู้เชี่ยวชาญในการสังเกต สัมภาษณ์ และค้นหา เพื่อให้ได้ปัญหาที่ครบถ้วนตามความรุนแรงของผู้ที่มีปัญหการดื่มสุราทุกระดับ โดยมีกรอบแนวคิดที่ครอบคลุมในการวินิจฉัย ดังนี้

1. **ภาวะการติดสุรา (alcohol dependence)** มักเป็นสาเหตุโดยตรงของภาวะโรคร่วม เช่น alcoholic hallucinosis, anxiety, stress brain damage
2. **ภาวะของพิษสุรา (alcohol intoxication)** มักเป็นสาเหตุของภาวะโรคร่วม เนื่องจากพยาธิสภาพของสมอง จนทำให้เกิดภาวะหลงลืม
3. **ภาวะถอนพิษสุรา (alcohol withdrawal)** ซึ่งเป็นสาเหตุโดยตรงของโรคร่วมทางจิตเวช เช่น โรควิตกกังวล อารมณ์หงุดหงิด
4. **การดื่มที่มากจนเกินไป (heavy alcoholic drinking)** ทำให้เกิดภาวะโรคทางจิตเวชและปัญหาทางสุขภาพจิต โดยส่วนใหญ่จะเป็นโรควิตกกังวล โรคซึมเศร้า สมองเสื่อมจากสุรา (Wernicke's encephalopathy)
5. **ผู้มีปัญหการดื่มสุรา (alcohol use disorders)** ทำให้เกิดปัญหาทางจิตเวช เช่น low self-esteem
6. **โรคทางจิตเวชที่เป็นสาเหตุของการดื่มสุรา** เช่น hypomania, major depression, some psychotic states social phobia
7. **ปัญหการดื่มสุราที่ไม่ได้เป็นสาเหตุโดยตรงกับการเกิดโรคร่วม** แต่เกิดจากปัญหการดื่มสุราเป็นระยะเวลานาน ส่งผลให้โรคจิตมีอาการรุนแรงมากขึ้น

วัตถุประสงค์

การทบทวนองค์ความรู้ครั้งนี้ เพื่อประมวลความรู้ในเรื่องการดูแลผู้มีปัญหการดื่มสุราที่มีโรคร่วมจิตเวช ในการพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลผู้มีปัญหการดื่มสุราที่มีโรคร่วมจิตเวชแบบบูรณาการ และประยุกต์การดูแลผู้มีปัญหการดื่มสุราที่มีโรคร่วมจิตเวชให้เหมาะสมกับระบบบริการสาธารณสุขของประเทศไทย



วิธีการดำเนินงาน

การสืบค้นงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์อื่นๆ เพื่อการบำบัดปัญหาที่มีหลักการสืบค้นดังนี้

กำหนดแหล่งสืบค้น จากฐานข้อมูล/แหล่งในการสืบค้น

ฐานข้อมูล Electronic ได้แก่ www.guideline.gov ฐานข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับแนวปฏิบัติผู้ป่วยจิตเวช ได้แก่ www.highwire.org, www.bmjs.com, www.joannabriggs.edu.au, Cochrane, CINAHL, Science direct, Pub Med และการสืบค้นด้วยตนเองจากเอกสารแนวปฏิบัติของสถาบันต่างๆ และตำราวิชาการ ห้องสมุดมหาวิทยาลัย ห้องสมุดของหน่วยงาน

กำหนดกรอบในการสืบค้น จากหลัก “PICO framework”

P = Population คัดเลือกเฉพาะงานวิจัยที่มีกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวข้องกับผู้มีปัญหาการดื่มสุราและมีโรคร่วมจิตเวช ได้แก่ co-occurring disorder, comorbidity, dual diagnosis, alcohol use disorder, alcohol dependence, alcohol abuse, psychiatric patient, mental illness

I = Intervention คัดเลือกงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับวิธีการบำบัดรักษา ได้แก่ integrated, treatment, management, screening, assessment, psychosocial intervention, cognitive behavioral therapy (CBT), motivational interviewing (MI), motivational enhancement therapy (MET), after care, case management.

C = Comparison intervention (งานวิจัยเปรียบเทียบ) วิธีการดูแลบำบัดรักษาผู้มีปัญหาการดื่มสุราและมีโรคร่วมจิตเวชในรูปแบบต่างๆ

O = Outcome คือ ผลประสิทธิผลการดูแลบำบัดรักษาผู้มีปัญหาการดื่มสุราและมีโรคร่วมจิตเวช

การวิเคราะห์และประเมินหลักฐาน

คัดเลือกงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ทุกระดับ¹² ที่เกี่ยวข้องสำหรับการวิเคราะห์และสังเคราะห์ เพื่อนำโปรแกรมที่มีประสิทธิผลที่ดีที่สุดมาใช้ตามหลักการประเมินโดยประเมินว่าสอดคล้องกับงานทางคลินิกหรือไม่ เชื่อถือได้หรือไม่ สามารถนำไปปฏิบัติในสถานการณ์จริงได้หรือไม่ และมีความคุ้มค่าหรือไม่



ขอบเขตการดำเนินงาน

โดยร่วมกับบุคลากรหน่วยงานสารเสพติด โรงพยาบาลจิตเวช 6 แห่ง สังกัดกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ โรงพยาบาลสวนปรุง โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชสิมาราชนครินทร์ โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ และสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา ในการทบทวนวรรณกรรมตามหัวข้อที่กำหนด

คำนิยามและความหมาย

ผู้มีปัญหาการดื่มสุราที่มีโรคร่วมจิตเวชคือ ผู้ที่มีภาวะหรือโรคทางจิตเวชที่พบร่วมกับปัญหาที่เกิดจากการดื่มสุรา คำที่ใช้บ่อยได้แก่ psychiatric comorbidity, comorbidity, co-existing, dual-diagnosis, mental illness and chemical abuse (MICA), mental illness and substance abuse (MISA), co-occurring disorders (COD) แต่บางครั้งการวินิจฉัยว่าโรคใดเป็นโรคหลักที่เกิดขึ้นก่อนหน้าและโรคใดเกิดตามหลังนั้นยาก¹³

คำว่า **“comorbidity”** นำมาใช้ครั้งแรก ในกรณีกลุ่มโรคหนึ่งที่เกิดขึ้นระหว่างการดำเนินโรคหลักที่ผู้ป่วยมีอยู่ และในทางจิตเวชได้นำคำนี้มาใช้อย่างแพร่หลาย ไม่เพียงแต่หมายถึงโรคร่วมทางจิตเวชและโรคทางกาย เช่น โรคซึมเศร้าและความดันโลหิตสูง แต่ยังหมายรวมถึงผู้ป่วยที่มีโรคจิตเวชตั้งแต่สองโรคขึ้นไป เช่น โรคซึมเศร้า และโรคตื่นตระหนก¹⁴ ส่วน **Homotypic comorbidity** เป็นภาวะโรคร่วมในกลุ่มวินิจฉัยโรคเดียวกัน เช่น การติดสารเสพติดสองชนิด เสพยาบ้าและดื่มสุรา และ **Heterotypic comorbidity** เป็นภาวะโรคร่วมจากโรคที่ต่างกลุ่มวินิจฉัยโรค เช่น การติดสุราและโรควิตกกังวล เป็นต้น¹⁵

ในระยะเวลา 10 ปีที่ผ่านมา งานวิจัยส่วนใหญ่จะกล่าวถึงเฉพาะโรคจิตเวชกับสารเสพติดชนิดต่าง ๆ หรือสุรา และมีการใช้คำที่หลากหลายมากขึ้นโดยใช้คำว่า **“co-existing”** หรือ **“dual-diagnosis”** บ่งชี้ให้เห็นความสัมพันธ์กันระหว่างสองโรคนี้ โดยเฉพาะสาเหตุการเกิดร่วมกัน และได้นำมาใช้อย่างแพร่หลายในการเรียกการปรากฏขึ้นหรือปรากฏการณ์ที่ภาวะความผิดปกติทางจิตใจ (mental disorders) เกิดร่วมกับความผิดปกติของการใช้สารเสพติด (substance misuse or substance use disorders: SUD)¹³ ดังนั้นหากบุคคลที่ได้รับการวินิจฉัย **“dual diagnosis”** บุคคลนั้นควรได้รับการดูแลทั้งภาวะความผิดปกติทางจิตใจและการใช้สารเสพติดที่ผิดปกติ โดยทั้งนี้ต้องคำนึงถึงธรรมชาติของแต่ละโรคหรือความผิดปกติที่เกิดขึ้น¹⁶



ในปี ค.ศ.2005 สถาบัน SAMHSA (Substance Abuse and Mental Health Services Administration) ประเทศสหรัฐอเมริกา ได้กล่าวถึงผู้ป่วยสารเสพติดและสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวช โดยใช้คำว่า **“co-occurring disorders (COD)”** เพื่อพัฒนาการดูแลผู้ที่มีปัญหาสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวช¹⁷ ซึ่งต่อมามีการใช้กันอย่างแพร่หลาย

ความชุก

การทบทวนงานวิจัยที่สามารถสะท้อนประชากรที่แท้จริงเพื่อการประมาณขนาดและลักษณะของโรคร่วมทางจิตเวชในผู้ที่มีปัญหาการติ่มสุรานั้นมีความยุ่งยากซับซ้อน เนื่องจากวิธีการเก็บข้อมูลและนำมาสังเคราะห์ที่หลากหลาย ทั้งนี้จึงทบทวนตามองค์ประกอบ ได้แก่

- แหล่งที่อยู่ของประชากรกลุ่มตัวอย่าง
- ระยะเวลาการเจ็บป่วย
- ลักษณะการติ่มสุราที่ผิดปกติ
- เพศของประชากร
- การวินิจฉัยและดูแลบำบัดโรคจิตเวชที่เกิดร่วม

ข้อมูลจากการสำรวจระบาดวิทยาที่สำคัญในผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้แก่

ตารางที่ 1 การสำรวจระบาดวิทยาผู้ป่วยที่มีปัญหาสุราและสารเสพติดของ ประเทศสหรัฐอเมริกา

การสำรวจ	ปีที่สำรวจ	จำนวนประชากร	เกณฑ์การวินิจฉัย	คณะผู้วิจัย
Epidemiologic Catchment Area Study (ECA)	1980-1984	N = 20,291 คน อายุ 18 ปีขึ้นไป	DSM-III-R (DIS)	Rogier et al., 1990
National Comorbidity Survey (NCS)	1990-1992	N = 8,089 คน อายุ 15-54 ปี	DSM-III-R (CIDI)	Kessler et al., 1994
NCS-R	2001-2002	N = 9,082 คน วัยผู้ใหญ่	DSM-IV (CIDI)	Kessler et al., 2005
NESARC	2001-2002	N = 43,093 คน วัยผู้ใหญ่	DSM-IV	Grant et al., 2004

การศึกษาระบาดวิทยา Epidemiologic Catchment Area Study (ECA) ทำการสำรวจความชุกของโรคจิตเวชในประชากรอเมริกันอายุ 18 ปีขึ้นไป ในปี ค.ศ.1980-1984 จำนวน 20,291 คน พบว่ามีปัญหาโรคจิตเวชโดยที่ไม่เกี่ยวข้องกับการใช้สารเสพติดร้อยละ 22.5 มีปัญหาการดื่มสุราทั้งแบบติดและดื่มแบบอันตรายร้อยละ 13.5 มีปัญหาใช้สารเสพติดร่วมด้วยร้อยละ 6.1 ผู้ป่วยจิตเวชซึ่งมีโอกาสติดสารเสพติดสูงถึงร้อยละ 29 หรือ 2.7 เท่าของคนทั่วไป ในขณะที่ผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุราร่วมด้วยโรคจิตเวชร้อยละ 37 มีปัญหาการติดสารเสพติดมากกว่าสุรา ทั้งนี้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีโอกาสเกิดโรคจิตเวชสูงถึงร้อยละ 53 หรือ 4.5 เท่าของคนทั่วไป และพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีโรคจิตเวชรุนแรงร่วมกับการติดสารเสพติดนั้นอยู่ในเรือนจำคือ โรคบุคลิกภาพต่อต้านสังคม โรคจิตเภท และโรคอารมณ์แปรปรวน¹

การสำรวจภาวะโรคร่วมจิตเวชระหว่างผู้เสพสารเสพติดและไม่เสพสารเสพติด (National Comorbidity Survey: NCS) ในประชากร 8,089 คน อายุระหว่าง 15-54 ปี ในสหรัฐอเมริกา ช่วงปี ค.ศ.1990-1992 โดยใช้เครื่องมือ The Composite International Diagnosis Interview (CIDI) พบว่าผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุราในตลอดช่วงชีวิตมีโรควิตกกังวลร่วมด้วย โดยเป็นเพศชายจำนวนร้อยละ 36 เพศหญิงร้อยละ 61 ส่วนผู้ติดสุรามักพบโรคผิดปกติทางอารมณ์อย่างน้อย 1 โรค โดยเป็นเพศชายร้อยละ 28 และเพศหญิงร้อยละ 54 และมีปัญหาการใช้สารเสพติดโดยเป็นเพศชายร้อยละ 41 และเพศหญิงร้อยละ 47 แล้วยังพบโรคร่วมทางจิตเวชอย่างน้อย 1 โรค โดยเป็นเพศชายร้อยละ 78 และเพศหญิงร้อยละ 86^{4, 6}

จากงานวิจัยนี้ยังพบว่าลักษณะของกลุ่มประชากรผู้ดื่มสุราที่มีโรคทางจิตเวชที่พบส่วนใหญ่ อายุระหว่าง 36-44 ปี สถานภาพหย่าร้าง แยกกันอยู่ มีรายได้ไม่เพียงพอ ประมาณปีละ 20,000-69,000 เหรียญสหรัฐอเมริกา มีประวัติคนในครอบครัวป่วยด้วยโรคทางจิตเวช และมักมีปัญหาทางกฎหมาย ในเวลาต่อมาปี ค.ศ.2005 มีการสำรวจลักษณะคล้ายกัน⁵ พบว่ากลุ่มประชากรส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อายุไม่มากนัก (18-29 ปี) ไม่เคยแต่งงาน รายได้ต่ำ และมีคนในครอบครัวป่วยทางจิตเวช



ตารางที่ 2 แสดงข้อมูลการเปรียบเทียบความชุกของโรคจิตเวชของการดื่มสุราที่ผิดปกติ¹⁸

Comorbid Disorder	Alcohol Abuse		Alcohol Dependence	
National Comorbidity Survey (NCS)	1-year rate (%)	Odds ratio	1-year rate (%)	Odds ratio
Mood Disorders	12.3	1.1	29.9	3.6*
Major depressive episode	11.3	1.1	27.9	3.9*
Bipolar disorder	0.3	0.7	1.9	6.3*
Anxiety Disorders	29.1	1.7	36.9	2.6*
Generalized Anxiety Disorders	1.4	0.4	11.6	4.6*
Panic Disorder	1.3	0.5	3.9	1.7
PTSD	5.6	1.5	7.7	2.2*
Epidemiological Catchment Area Study (ECA)	Lifetime rate (%)	Odds ratio	Lifetime rate (%)	Odds ratio
Schizophrenia	9.7	1.9	24	3.8

หมายเหตุ *Odds ratio was significantly different from 1 at 0.05 level.

จากการเปรียบเทียบข้อมูลข้างต้นพบว่า กรณีผู้ที่ดื่มสุราแบบเสี่ยงหรืออันตราย (alcohol abuse) นั้น การสำรวจ ECA พบว่าผู้ที่ดื่มสุราแบบเสี่ยงหรืออันตรายได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภทประมาณร้อยละ 10 และผู้ป่วยจิตเภทมีโอกาสจะดื่มสุราแบบเสี่ยงหรืออันตรายได้ถึง 1.9 เท่าของคนทั่วไป ในขณะที่การสำรวจ NCS พบกลุ่มโรคผิดปกติทางอารมณ์ร้อยละ 12.3 (รวมโรคซึมเศร้าและโรคอารมณ์แปรปรวน) โรควิตกกังวล (General Anxiety Disorder: GAD) ร้อยละ 1.4 และโรคตื่นตระหนก (Panic Disorder) ร้อยละ 1.3

กรณีผู้ที่ติดสุรา (alcohol dependence) การสำรวจ ECA พบว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับการวินิจฉัยว่าติดสุร่าจำนวนร้อยละ 7.9 และ 1 ใน 3 หรือร้อยละ 29.2 ของผู้ป่วยข้างต้น มีปัญหาการดื่มสุราในตลอดช่วงชีวิต และผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มสุราในตลอดช่วงชีวิตพบได้สูงถึงร้อยละ 24 ในขณะเดียวกันผู้ที่ติดสุรามีโอกาสเกิดโรคจิตเภทสูง 3.8 เท่าของคนที่ไม่ติดสุรา ซึ่งต่างจากการศึกษาของ NCS ที่พบว่าผู้ที่ติดสุรามีปัญหาเป็นโรคอารมณ์ผิดปกติ ได้แก่ โรคซึมเศร้าร้อยละ 27.9 หรือ 3.9 เท่าของคนทั่วไป และพบโรควิตกกังวล

ร้อยละ 36.9 ได้แก่ โรควิตกกังวลทั่วไป (GAD) ร้อยละ 11.6 โรคตื่นตระหนกร้อยละ 3.9 และโรค PTSD ร้อยละ 7.7

การศึกษาของ NESARC ในปี ค.ศ.2001-2002 ทำการสำรวจกลุ่มตัวอย่างในสหรัฐอเมริกาจำนวน 43,093 คน ด้วยวิธีสัมภาษณ์¹⁹ พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีปัญหาการดื่มสุราในตลอดช่วงชีวิต ดื่มสุราแบบเสี่ยงหรืออันตราย (alcohol abuse) ร้อยละ 17.8 และกลุ่มตัวอย่างที่มีปัญหาการดื่มสุราในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมาพบร้อยละ 4.7 เป็นผู้ติดสุรา (alcohol dependence) ในตลอดช่วงชีวิตร้อยละ 12.5 และผู้ติดสุราในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมาพบร้อยละ 3.8 ทั้งนี้การสำรวจเพิ่มเติมของ NIAAA เรื่องปัญหาการติดสุราในกลุ่มตัวอย่างของสหรัฐอเมริกาดังแต่ปี ค.ศ.1991-1992 และปี ค.ศ.2001-2002 พบว่าผู้ดื่มสุราแบบเสี่ยงหรืออันตราย (alcohol abuse) ในช่วง 12 เดือนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ในเพศชายคิดเป็นร้อยละ 4.7-6.9 และเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 1.5-2.6 ส่วนผู้ดื่มสุราแบบติด (alcohol dependence) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ โดยในเพศชายจากร้อยละ 6.3 เป็นร้อยละ 5.4 และเพศหญิงจากร้อยละ 2.6 เป็น 2.3 เด็กผู้ชายมีอัตราการเริ่มดื่มสุราในอายุน้อยกว่าเพศหญิงคือ เริ่มดื่มเมื่อเข้าโรงเรียนอายุ 10 ปี และผู้หญิงเริ่มดื่มเมื่ออายุ 14 ปี (อัตราส่วน 4:1) จึงเห็นได้ว่าการเริ่มดื่มอายุน้อยขึ้นนั้นมีความสัมพันธ์กับการติดสุรา²⁰

ตารางที่ 3 แสดงภาวะโรคร่วมทางจิตเวชจากการศึกษาของ NESARC⁵

Disorder	Alcohol only	Drug only	Alcohol any drug	No alcohol or drug
Any personality disorder	25.3	44.0	50.8	13.2
Any mood disorder, past year	16.4	27.5	35.3	8.1
Any anxiety disorder, past year	15.6	24.0	26.5	10.4

การสำรวจของ NESARC ดังกล่าวยังพบว่า ผู้ติดสุราจำนวนร้อยละ 24.1 เท่านั้นที่ได้รับการรักษา และผู้มีปัญหาการดื่มสุรามีโอกาสการใช้สารเสพติด คิดเป็น 2.0-18.7 เท่าของคนทั่วไป โอกาสเกิดโรคความผิดปกติทางอารมณ์ โรควิตกกังวล บุคลิกภาพผิดปกติและภาวะติดสุรามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญสูงถึง 2.1-4.8 เท่า ทั้งนี้**โรคบุคลิกภาพผิดปกติ**ในผู้ติดสุรามักพบ 2 ลักษณะได้แก่ **histrionic** และ **antisocial**



ตารางที่ 4 เปรียบเทียบอัตราการใช้สารเสพติดในผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุรา
การสำรวจ NESARC⁵

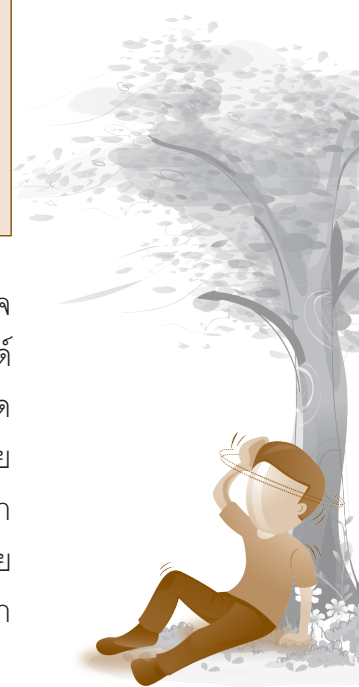
Drug Use Disorders	OR	(95% CI)
any drug use disorder	7.4	(6.00-9.03)
any drug abuse	5.7	(4.49-7.30)
any drug dependence	9.9	(6.47-15.01)
sedative use disorder	3.4	(1.89-6.29)
sedative abuse	5.3	(2.44-11.31)
sedative dependence	1.8	(0.65-4.93)
tranquilizer use disorder	5.7	(2.55-12.69)
tranquilizer abuse	7.1	(2.52-20.17)
tranquilizer dependence	4.0	(1.30-12.16)
opioid use disorder	7.7	(5.18-11.41)
opioid abuse	6.1	(3.76-9.91)
opioid dependence	12.9	(6.18-26.89)
amphetamine use disorder	8.8	(4.24-18.29)
amphetamine abuse	5.2	(2.14-12.59)
amphetamine dependence	20.3	(6.18-66.94)
hallucinogen use disorder	12.8	(5.18-31.49)
hallucinogen abuse	10.7	(4.24-26.80)
cannabis use disorder	6.8	(5.36-8.75)
cannabis abuse	6.2	(4.80-7.90)
cannabis dependence	7.3	(3.92-13.72)
cocaine use disorder	19.2	(10.71-34.56)
cocaine abuse	10.5	(4.85-22.56)
cocaine dependence	43.0	(17.83-103.49)
solvent/Inhalant abuse	3.6	(0.52-25.82)

ความสัมพันธ์ระหว่างการดื่มสุราและการใช้สารเสพติดพบว่า **ผู้ป่วยสุรานั้นมีโอกาสติดสารกระตุ้นกลุ่มแอมเฟตามีนสูงถึง 8.8 เท่าของคนทั่วไป**⁵ ในประเทศสหรัฐอเมริกา มีประชากรที่ดื่มสุราและมีปัญหาการติดสารเสพติด 2.3 ล้านคน โดยส่วนใหญ่เป็นเพศชายอายุน้อย โสด มักมีปัญหาทางด้านสังคมและเศรษฐกิจ ส่วนการรักษาพบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 31.76 ได้รับการรักษาแบบแยกส่วน ร้อยละ 9.04 ได้รับการรักษาควบคู่ทั้งสุราและสารเสพติด ร้อยละ 7.91 รักษาสุราอย่างเดียว และร้อยละ 7.82 ได้รับการรักษาด้านสารเสพติดอย่างเดียว⁵

จากงานวิจัยข้างต้น ทั้ง NCS, NESARC และ NIAAA สามารถสรุปลักษณะผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้สอดคล้องกัน²¹ คือ

- มีโอกาสเจ็บป่วยทางจิตเวชตั้งแต่อายุน้อย
- ความรุนแรงของความเจ็บป่วยเพิ่มขึ้นกว่าเดิม
- มีโอกาสเกิดโรคร่วมทางจิตเวชสูงขึ้น
- อัตราการรักษาสูงขึ้น
- อัตราขาดการติดตามการรักษา (Drop out) สูงขึ้น
- ขาดการช่วยเหลือทางสังคม
- ผลลัพธ์การรักษาต่ำกว่าเดิม

ประเทศแถบทวีปยุโรป การสำรวจภาวะสุขภาพจิตประมาณ 10 รายงาน โดยสำรวจในประเทศอังกฤษ 3 รายงาน ประเทศเยอรมนี 3 รายงาน และจากประเทศกรีซ สเปน ฟินแลนด์ และไอซ์แลนด์ พบว่ากลุ่มตัวอย่างจำนวนร้อยละ 60-90 ที่มีปัญหาการใช้สารเสพติดพบโรคร่วมทางจิตเวชอย่างน้อย 1 โรค ส่วนผู้ป่วยที่เข้ารับบริการด้านสุขภาพจิตถูกวินิจฉัยว่ามีปัญหาการใช้สารเสพติดร้อยละ 20-50 การศึกษา²² พบว่าผู้ป่วยสุราร้อยละ 10 มีปัญหาโรคร่วมทางจิตเวช ซึ่งพบว่าส่วนใหญ่ผู้ป่วยกลุ่มนี้มักเกิดอาการทางจิตเมื่ออายุน้อยเป็นเพศชาย ส่วนการศึกษาเมื่อไม่นานมานี้ ในประเทศอังกฤษพบว่าร้อยละ 24 มีปัญหาโรคทางจิตเวชรุนแรง และผู้ป่วยกลุ่มนี้ร้อยละ 61 มีปัญหาการดื่มสุราร่วมด้วย²³



ประเทศออสเตรเลีย การสำรวจภาวะสุขภาพประชากร (The National Survey of Mental Health and Wellbeing: NSMHW) ปี ค.ศ.1997 ทำการสำรวจในประชากรวัยผู้ใหญ่ 10,000 คน ผลการสำรวจพบว่า ร้อยละ 34 มีปัญหาการดื่มสุรา และมี 3,800 คนพบปัญหาโรคจิตเวช ซึ่งส่วนใหญ่มีอาการทางจิตจากการใช้สารกระตุ้น²⁴ นอกจากนี้การศึกษาผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นพบว่า มีความสัมพันธ์ของการใช้สารเสพติดถึงร้อยละ 39²⁵

ประเทศเกาหลีใต้ ทำการศึกษาประชากรจำนวน 5,176 คน ทำการสัมภาษณ์ด้วย Korean Version Diagnostic Interview Schedule (DIS) พบว่า โรคจิตเวชนั้นมีความสัมพันธ์กับการติดสุราและสารเสพติดมาก พบว่าผู้ชายที่ติดสุราเกิดโรคซึมเศร้าได้ร้อยละ 4.49 และผู้ชายที่ติดสุรามีโอกาสเกิดโรคซึมเศร้าได้สูงถึง 6.71 เท่าของคนที่ไม่ดื่มสุรา และที่สำคัญผู้ชายที่ติดสุรามีโอกาสติดสารเสพติดได้ถึง 20.95 เท่าของคนที่ไม่ติดสุรา ส่วนเพศหญิงที่ติดสุราพบว่าป่วยด้วยโรคซึมเศร้าเรื้อรังร้อยละ 11.57 และผู้หญิงที่ติดสุรามีโอกาสเกิดโรคนี้อีกถึง 3.80 เท่าของคนที่ไม่ดื่ม²⁶

ประเทศไทย การสำรวจการดื่มสุราของประชากรไทยปี พ.ศ.2546 พบว่าประชากรร้อยละ 58.5 เคยดื่มสุราในช่วงชีวิตร้อยละ 46.4 ดื่มในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา และร้อยละ 34.8 ดื่มในช่วง 30 วัน ก่อนหน้านั้นมีการสำรวจพบว่ากลุ่มที่ดื่มประจำหรือผู้ที่มีโอกาสดื่มแบบติดสูงขึ้นจากร้อยละ 3.5 ในปี พ.ศ.2544 เป็นร้อยละ 4.1 ในปี พ.ศ.2546²⁷ และในปี พ.ศ.2550 ได้มีการสำรวจสถานภาพการดื่มสุรา ซึ่งเก็บข้อมูลในประชากรอายุ 12-65 ปีทั่วประเทศ ประชากรทั้งสิ้น 26,633 คน โดยใช้แบบสอบถาม AUDIT ฉบับภาษาไทย และแบบสอบถามแบบแผนการดื่มสุราในชีวิต พบว่าร้อยละ 22.7 จัดเป็นผู้ดื่มแบบเสี่ยง (hazardous drinker) ร้อยละ 3.1 จัดเป็นผู้ดื่มแบบอันตราย (harmful drinker) และร้อยละ 1.9 จัดเป็นผู้ดื่มแบบติด (dependence drinker)²⁸



การสำรวจระดับชาติปี พ.ศ.2551 จากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 17,140 คน พบว่ามีผู้เข้าเกณฑ์ความผิดปกติของพฤติกรรมการดื่มสุราในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ร้อยละ 10.9 โดยเป็นผู้ดื่มแบบอันตราย (alcohol abuse) ร้อยละ 4.2 และเป็นผู้ดื่มแบบติด (alcohol dependence) ร้อยละ 6.6 และพบโรคร่วมจิตเวชในผู้ที่มีความผิดปกติของพฤติกรรมดื่มสุรา ร้อยละ 7.1 โดยพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย กลุ่มโรคที่พบมากที่สุดคือ โรคความผิดปกติทางอารมณ์ รองลงมาเป็นกลุ่มโรควิตกกังวล และกลุ่มโรคจิต และผู้หญิงที่ดื่มแบบอันตรายมีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายสูงกว่าหญิงที่ติดสุรา ในขณะที่ผู้ชายที่ติดสุรา มีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายสูงกว่าผู้ชายที่ดื่มแบบอันตราย² อย่างไรก็ตาม พบว่าผู้มีปัญหาการดื่มสุรา (alcohol abuse) กลับมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 9.2 เมื่อเปรียบเทียบกับโรคจิตเวชอื่นที่พบจากกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเป็นอัตราที่น้อยกว่าที่ได้จากการศึกษาในต่างประเทศ²⁹

โรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่ได้มีการศึกษาภาวะโรคร่วมจิตเวชในผู้ป่วยสุราที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล³ พบว่าร้อยละ 60 พบโรคทางจิตเวชร่วมมากที่สุด 6 ลำดับแรก ได้แก่ โรคจิตเรื้อรัง (lifetime psychotic disorders) ร้อยละ 27.5, พฤติกรรมฆ่าตัวตาย (lifetime suicidality) ร้อยละ 18.3, ภาวะอารมณ์ฟุ้งพล่าน (lifetime manic episode) ร้อยละ 15.8, โรคซึมเศร้า (current major depressive disorders) ร้อยละ 15.0, โรควิตกกังวล (current generalized anxiety disorders) และโรคบุคลิกภาพต่อต้านสังคม (lifetime antisocial personality disorders) ร้อยละ 7.5 ของกลุ่มศึกษาทั้งหมดตามลำดับ โดยโรคจิตเวชในปัจจุบัน (current) มีอัตราการเกิดร่วมกับโรคจิตเวชอื่นมากที่สุดร้อยละ 9.2 ได้แก่ โรคซึมเศร้า (major depressive disorders), พฤติกรรมฆ่าตัวตาย (suicidality), ภาวะโรคจิต (psychotic disorders) ซึ่งสอดคล้องกับการสำรวจในโรงพยาบาลจิตเวช โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ มีสถิติผู้ป่วยจิตเภทซับซ้อนที่เข้ารับการรักษแบบผู้ป่วยในและได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยจิตเภทซับซ้อนที่ติดสารเสพติดร่วม (schizophrenia with substance dependence) ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2549-2551 คิดเป็นร้อยละ 40, 44.62 และ 47.48 ตามลำดับ³⁰ ซึ่งปัญหาโรคร่วมนี้ทำให้ผลลัพธ์ในการรักษาไม่ดีขึ้น ค่าใช้จ่ายในการรักษาสูงกว่าผู้ป่วยอื่นที่ไม่มีโรคร่วม³¹



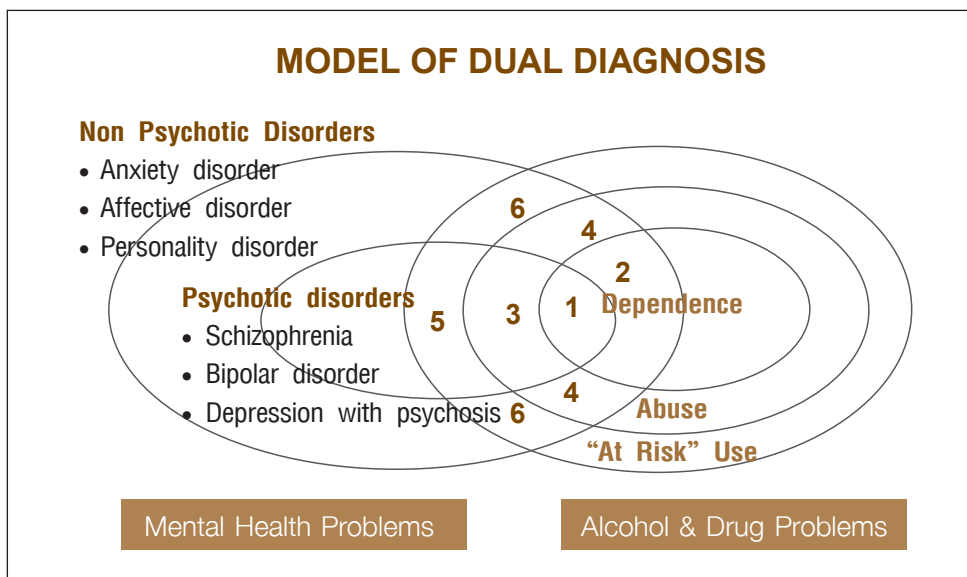
ความสัมพันธ์ของพฤติกรรมการดื่มสุรา ที่ผิดปกติและโรคร่วมทางจิตเวช

พยาธิสภาพและความสัมพันธ์ (Chronology and Etiology)

การเกิดโรคร่วมทางจิตเวชในผู้มีปัญหาการดื่มสุราพบว่า มีหลายทฤษฎีที่พยายามอธิบายลำดับการเกิด แต่ยังไม่พบข้อสรุป ตัวอย่างเช่นผู้ป่วยที่ดื่มสุราเพื่อบรรเทาอาการทางจิตของตนเอง หรือในอีกด้านหนึ่งการดื่มสุราก็เป็นตัวกระตุ้นให้เกิดอาการทางจิตเวช เช่น ภาวะซึมเศร้า ดังนั้นควรตระหนักถึงการค้นหาเพื่อวินิจฉัยโรคในผู้ป่วยแต่ละราย มีการศึกษาแบบระยะยาวพบว่า ผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการรุนแรงมักดื่มสุราในปริมาณที่เพิ่มขึ้น ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความถี่ในการกลับมาอนโรงพยาบาลซ้ำ ทั้งนี้การติดสุราอาจเป็นสาเหตุของอาการทางจิต ในทางตรงข้ามอาการทางจิตทำให้เกิดการติดสุรา อย่างไรก็ตามอาการทั้งสองนี้เกิดขึ้นพร้อม ๆ กัน เพราะมีสาเหตุเดียวกันก็เป็นไปได้³²

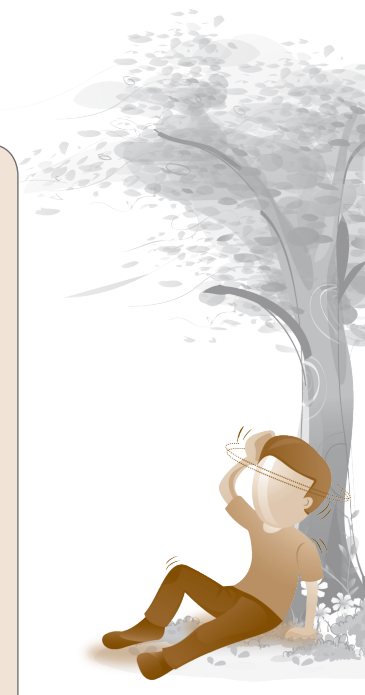


แบบจำลองที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดื่มสุรา การเสพสารเสพติด และโรคจิตเวช

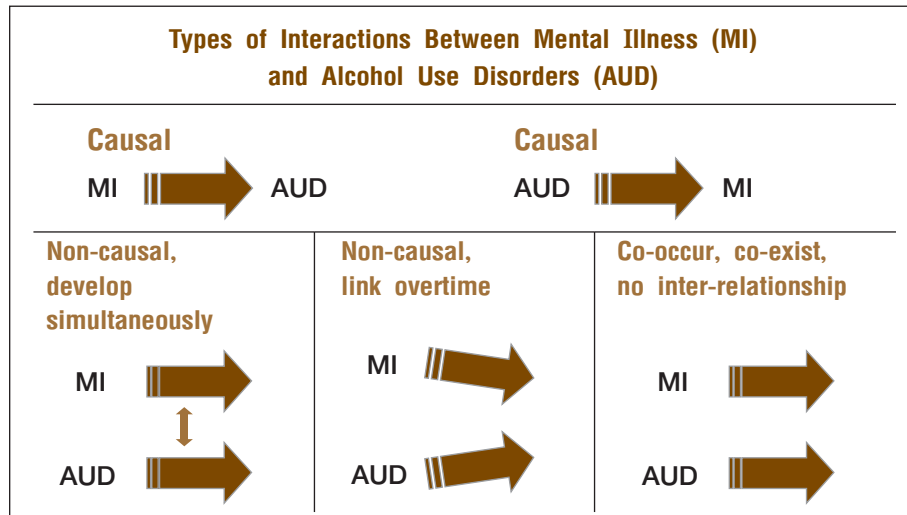


Source : Jennn, Kavannagh, Greenaway, et al. (1998)

- กลุ่มที่ 1:** ผู้ป่วยกลุ่มโรคจิต (psychotic disorders) เช่น schizophrenia, bipolar disorder, major depression with psychotic features ที่เข้าได้กับเกณฑ์ substance dependence
- กลุ่มที่ 2:** ผู้ป่วยกลุ่มโรคจิตเวชชนิด non-psychotic disorders เช่น anxiety disorders, affective disorders, personality disorders ที่เข้าได้กับเกณฑ์ substance dependence
- กลุ่มที่ 3:** ผู้ป่วยกลุ่มโรคจิตที่เข้าได้กับเกณฑ์ substance abuse
- กลุ่มที่ 4:** ผู้ป่วยกลุ่มโรคจิตเวชชนิด non-psychotic disorders ที่เข้าได้กับเกณฑ์ substance abuse
- กลุ่มที่ 5:** ผู้ป่วยกลุ่มโรคจิตที่ดื่มสุราหรือเสพสารเสพติดจนมีความเสี่ยงต่อสุขภาพ (at risk use)
- กลุ่มที่ 6:** ผู้ป่วยกลุ่มโรคจิตเวชชนิด non-psychotic disorders ที่ดื่มสุราหรือเสพสารเสพติดจนมีความเสี่ยงต่อสุขภาพ (at risk use)



แบบจำลองที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างโรคจิตเวชและความผิดปกติพฤติกรรม ดื่มสุรา³³



1. Causal model แบบจำลองโดยทั่วไป ได้แก่

- โรคจิตเวช (mental illness: MI) เป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยดื่มสุรา (AUD) เพื่อลดหรือบรรเทาอาการทางจิตเวชที่เรียกว่า **“self medication”**
- การดื่มสุราที่ผิดปกติ (alcohol use disorders: AUD) ทำให้เกิดโรคจิตเวชหรือมีบุคลิกภาพเปลี่ยนแปลง (MI) ความสามารถเชิงนึกคิด (cognitive capacities) ที่เปลี่ยนแปลงหลังการดื่มสุราด้วย เช่น การดื่มสุราจนทำให้เกิดอาการหูแว่ว ประสาทหลอน (alcohol induced psychosis) แม้ว่าหยุดดื่มสุราแล้วอาการทางจิตเวทยังหลงเหลืออยู่

2. Non-causal model แบบจำลองอื่นๆ ได้แก่

- โรคจิตเวชและความผิดปกติพฤติกรรมดื่มสุราเกิดขึ้นมาพร้อมกัน (develop simultaneously) ที่ต่างปรากฏขึ้นจากปัจจัยเสี่ยงร่วมกัน
- โรคจิตเวชและความผิดปกติพฤติกรรมดื่มสุราไม่เป็นสาเหตุซึ่งกันและกัน (non-causal, link overtime) ที่ต่างปรากฏขึ้นในเวลาเดียวกันแล้วทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของอีกภาวะหนึ่ง
- โรคจิตเวชและความผิดปกติพฤติกรรมดื่มสุราเกิดขึ้นร่วมกัน (co-occur, co-exist, no inter-relationship) แต่ต่างปรากฏขึ้นในผู้ป่วยคนเดียวกันโดยไม่มีเหตุสัมพันธ์กันอย่างชัดเจน

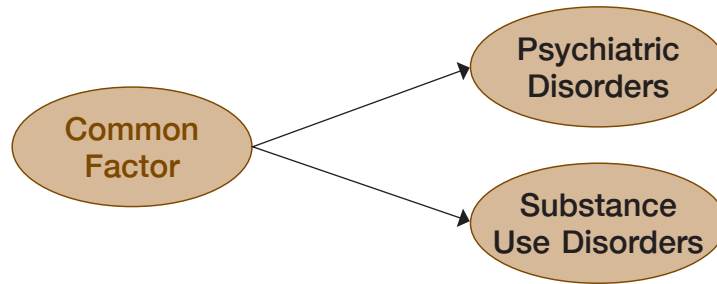
สรุป

แบบจำลองที่ 1 นั้นพยายามอธิบายความสัมพันธ์จากข้อมูลระบาดวิทยา ในขณะที่แบบจำลองที่ 2 พยายามอธิบายความสัมพันธ์ที่เป็นไปได้ของการติดเชื้อและโรคทางจิตเวชที่ปรากฏในผู้ป่วยแต่ละราย ความพยายามหาคำอธิบายความสัมพันธ์ดังกล่าว ยังพบว่ามีข้อสงสัยในความสัมพันธ์นี้อีกมาก อย่างไรก็ตามได้มีทฤษฎีที่พยายามอธิบายความสัมพันธ์นี้ที่ได้รับการยอมรับอย่างมากในปัจจุบัน



ทฤษฎีการเกิดโรคร่วมจิตเวชและ ความผิดปกติพฤติกรรมดื่มสุรา³⁴

1. Common factor models



ปัจจัยที่ทำให้เกิดปรากฏการณ์พฤติกรรมผิดปกติการดื่มสุรา สารเสพติด และโรคจิตเวช ได้แก่

- **ปัจจัยทางกายภาพ** เช่น สมองได้รับความกระทบกระเทือน (trauma brain injury) หลังฟื้นมาแล้วดีขึ้น การเกิดเหตุการณ์สะเทือนใจในอดีต (PTSD) มีช่วงชีวิตที่วิฤติ มี physical & sexual abuse สารเคมีในสมองผิดปกติหรือพันธุกรรม โรคทางจิตเวช รวมทั้งผลข้างเคียงของยาทางจิตเวช (neuroleptics-induced syndromes)

- **ปัจจัยทางบุคลิกภาพ ภาวะอารมณ์พื้นฐาน** เช่น เครียดง่าย ชี้ง่วง หลุดหลุดความรู้สึกเบื่อ ว้าวุ่น เหงา ซึมเศร้า ได้แก่ บุคลิกภาพต่อต้านสังคม (Antisocial personality disorder: ASPD) บุคลิกภาพแบบวิตกกังวล (neuroticism)

- **ปัจจัยทางสังคมและสิ่งแวดล้อม** เช่น ทักษะทางสังคมไม่ดี ขาดเพื่อน ปัญหาการเรียน ปัญหาการทำงานและเศรษฐกิจ ดังนั้นผู้ด้อยโอกาสทางสังคม มีแนวโน้มก่อให้เกิดการใช้สารเสพติด³⁵ ในขณะที่เดียวกันมักพบการป่วยเป็นจิตเภทมีปัญหาด้านสถานะสังคม³⁶ ดังนั้นอาจสรุปได้ว่าผู้ด้อยโอกาสทางสังคม เป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดผลกระทบร่วมกันของโรคจิตเภทและการใช้สารเสพติด ทั้งนี้ยังพบว่าผู้ด้อยโอกาสทางสังคมจะพบปัญหาการหย่าร้าง แยกกันอยู่ได้สูง เนื่องจากภาวะโรคจิตเภทและโรคซึมเศร้าที่เกิดขึ้นด้วย ปัจจัยอื่นๆ ที่พบได้อีก เช่น พ่อแม่เจ็บป่วยทางจิตเวช ครอบครัวมีปัญหา ซึ่งปัจจัยดังกล่าวเพิ่มโอกาสการป่วยทางจิตเวชและการเสพติดสารหรือปัจจัยทั้งหลายรวมกัน

2. Secondary substance use disorder models



โรคทางจิตเวช (mental illness) เป็นสาเหตุให้เกิดความผิดปกติของพฤติกรรม การดื่มสุรา (alcohol use disorders) หรือในทางกลับกันความผิดปกติของพฤติกรรมเสพติดเป็นสาเหตุของการเกิดโรคทางจิตเวช คนทั่วไปบางคนมีความผิดปกติของสมองที่ไม่สามารถอธิบายได้ว่าการดื่มสุราเพียงปริมาณเล็กน้อยก็สามารถติดสุราได้และเลิกสุราได้ยาก ดังนั้นในผู้ป่วยจิตเวชที่มีความผิดปกติของสมองอยู่แล้วก็อาจเกิดกรณีเช่นเดียวกันได้

self-medication hypothesis เป็นสมมติฐานที่กล่าวถึงมากที่สุดคือ เป็นการดื่มสุราเพื่อลดหรือบรรเทาปัญหาสุขภาพจิตและอาการของโรคทางจิตเวช โดยปกติทุกคนมีธรรมชาติของกลไกทางจิตใจในการเผชิญและแก้ปัญหา ไม่ว่าจะสาเหตุมาจากทางชีวภาพหรือสังคม แต่เมื่อมีการเรียนรู้การแก้ปัญหาที่ผิดวิธี เช่น การดื่มสุราเพื่อคลายทุกข์ กลไกที่เกี่ยวข้องกับการทำงานของสารเคมีในสมองส่วนควบคุมอารมณ์และการตัดสินใจ อันได้แก่ โดปามีน mesolimbic dopamine (DA) pathway ทำให้มีความสุข และผ่อนคลาย สุราจึงถูกนำมาบรรเทาความเจ็บปวดของจิตใจหรือคลายเครียดนั่นเอง เช่น ดื่มสุราเพื่อให้ผ่อนคลายอารมณ์หลังทำงานหนัก การดื่มสุราเพื่อให้นอนหลับง่าย ลดความรู้สึกถูกกดดันทางสังคม³⁷ ผู้ป่วยโรควิตกกังวลจำนวนไม่น้อยที่ดื่มสุราเพื่อคลายเครียด เนื่องจากสุรามีฤทธิ์ลดอาการวิตกกังวลในระยะแรก เมื่อหมดฤทธิ์สุราทำให้เกิดอารมณ์ซึมเศร้าได้ เนื่องจากการลดลงของสารสื่อประสาท³⁸ ทำให้ง่ายต่อการนำไปสู่ภาวะเสพติดสุรา (alcohol dependence) ในที่สุด³⁹ เมื่อดื่มสุราระยะยาวเรื้อรัง ก็จะกลับมาส่งผลทำให้เพิ่มอาการวิตกกังวลมากขึ้นไปอีก

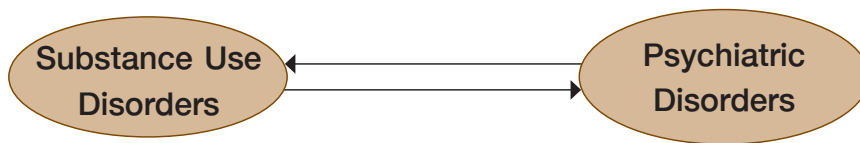


3. Secondary psychiatric disorder models



ฤทธิ์ของสุราให้ผลในทางเสริมแรง ทำให้เกิดความติดใจและต้องการดื่มอยู่เรื่อย ๆ นำไปสู่การเสพติด ตัวอย่างเช่น ผู้ติดสุราที่มีอาการซึมเศร้าและอาการมักดีขึ้นเมื่อดื่ม แต่เมื่อดื่มสุรามากเกินไปจะทำให้เกิดอาการทางจิตเวชตามมา เช่น หนูแว่ว ประสาทหลอน หรือที่เรียกว่า alcoholic psychosis นอกจากนี้ยังพบว่า สุราทำให้เกิดภาวะผิดปกติทางสมองที่เรียกว่า organic brain syndrome (intoxication, black out, delirium) และพบอีกว่าทำให้เกิดอาการกำเริบ (episode) ของผู้ป่วยโรคจิตกึ่งหวล โรคซึมเศร้า และโรคอารมณ์แปรปรวน

4. Bidirectional models



แนวคิดนี้เชื่อว่าความผิดปกติทั้งสองอย่างต่างเสริมแรงซึ่งกันและกัน (co-incidence) กล่าวคือ การดื่มสุราส่งผลให้เกิดความผิดปกติทางจิต และในทางกลับกันความผิดปกติทางจิตส่งผลให้เกิดการดื่มสุราที่เป็นปัญหา ทั้งนี้ผู้ดื่มสุราปฏิเสธว่าอาการทางจิตเวชนั้นเป็นปัญหาหรือรู้สึกกับอาการทางจิต เช่น ดื่มแล้วเมา สนุก ได้แสดงความรู้สึกเต็มที่ จึงทำให้ดื่มสุราอย่างต่อเนื่องจนเกิดภาวะติดสุรา และเมื่อติดสุราก็ทำให้เกิดโรคจิตเวชอื่นได้อีกอย่างค่อยเป็นค่อยไป ผู้ป่วยเองก็ดื่มสุราเพื่อลดอาการทางจิต วนเวียนซ้ำไปมาจนปัญหาซ้ำซ้อนขึ้นเรื่อย ๆ จนบอกได้ยากว่าการดื่มสุราและโรคจิตเวชที่เกิดขึ้นสิ่งใดเป็นเหตุ สิ่งใดเป็นผล (evolving spiral)

โดยสรุปโรคร่วมจิตเวชและปัญหาการติ่มสุรานี้สามารถเกิดได้จากหลายปัจจัยจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่ามีหลายแนวคิดและหลายรูปแบบ ซึ่งมีการพัฒนาและทำการศึกษาวิจัยมาอย่างต่อเนื่องและต้องใช้หลายแนวคิดมาช่วยในการอธิบายทั้งด้านกายภาพ ชีวภาพ และปัจจัยทางสังคม อย่างไรก็ตามทุกแนวคิดและทฤษฎีพยายามบอกถึงสิ่งที่ผู้บำบัดควรให้ความสำคัญในทุกปัจจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อนำไปสู่การดูแลที่เหมาะสม



ภาวะโรคจิตเวชร่วม

โรคซึมเศร้า

ความชุก

พบว่าผู้ติดสุราจะป่วยเป็นโรคซึมเศร้าสูงถึง 3.7 เท่าของคนที่ไม่ติดสุรา และยังพบว่าผู้ดื่มสุราร้อยละ 40.7 จะพบโรคความผิดปกติทางอารมณ์อย่างน้อย 1 โรค^{40, 41} ทั้งนี้หากสัมภาษณ์ปัญหาการดื่มสุราในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าพบได้ร้อยละ 16 ในขณะที่ประชากรทั่วไปซึ่งพบเพียงร้อยละ 7 และยังพบความชุกของการดื่มสุราในตลอดช่วงชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงถึงร้อยละ 30 ซึ่งนับว่าสูงมาก เมื่อเทียบกับประชากรทั่วไปอาจมีเพียงร้อยละ 16-24⁴² ผลการศึกษาปัจจัยทางด้านประชากรและสังคมต่อการเกิดโรคซึมเศร้ารุนแรงในผู้ติดสุราของประชากรทั่วไปของ The National Comorbidity Study (NCS) พบผู้มีอาการซึมเศร้ารุนแรงร้อยละ 8.6 มีปัญหาติดสุรา ในขณะที่ร้อยละ 19.6 ของผู้ติดสุราเคยมีอาการซึมเศร้ารุนแรงอย่างน้อย 1 ครั้งในช่วง 12 เดือน โดยพบปัญหาซึมเศร้ารุนแรงในผู้ติดสุราเพศชายร้อยละ 24.3 และเพศหญิงร้อยละ 48.5 ทั้งนี้อาการซึมเศร้ารุนแรง การติดสุรา และโรคจิตเวชร่วม มีความสัมพันธ์กับอายุผู้ดื่มน้อย (12-24 ปี) การหย่าร้าง การแยกกันอยู่ หรือเป็นหม้าย และมีรายได้ในครอบครัวต่ำ⁴³

พยาธิสภาพและสาเหตุ

1. ปัจจัยทางพันธุกรรม (genetic factor)

เด็กที่เกิดจากพ่อหรือแม่ที่ติดสุรามีโอกาสติดสุราได้มากกว่าเด็กที่มีพ่อหรือแม่บุญธรรมที่ติดสุรา⁴⁴ ผู้ติดสุราส่วนใหญ่ร้อยละ 64.3 มักมีพ่อแม่หรือญาติที่ดื่มสุรา²⁷ การศึกษาในคู่แฝดประเทศฟินแลนด์จำนวน 1,282 คน เพื่อหาความเกี่ยวข้องระหว่างปัจจัยทางกรรมพันธุ์ อาการซึมเศร้า และการดื่มสุรา โดยผู้ศึกษาทำการสัมภาษณ์พ่อแม่ของวัยรุ่นกลุ่มตัวอย่างคู่แฝด เพื่อประเมินปัญหาจากการดื่มสุราในพ่อแม่ (alcoholism screening test) จากนั้นประเมินภาวะซึมเศร้าในเด็กวัยรุ่น (children depressive inventory) โดยแบ่งเป็นช่วงอายุ 12, 14 และ 17.5 ปี พบว่าปัจจัยทางกรรมพันธุ์จากการดื่มสุราของพ่อแม่ มีผลต่ออาการซึมเศร้าในวัยรุ่นถึงร้อยละ 40-50 เมื่อได้ตัดปัจจัยทางสิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบออกไปแล้ว⁴⁵

2. ปัจจัยทางด้านสารสื่อประสาท (neurochemical factor)

การศึกษาทางระบบประสาทวิทยาของเอทานอล (neurobiology of ethanol) ออกฤทธิ์ต่อระบบสารสื่อประสาทหลายตัว มีฤทธิ์ทั้งกระตุ้นและยับยั้งการทำงานของระบบสารสื่อประสาท ทำให้มีการเพิ่มขึ้นของ dopamine ที่ mesolimbic area มีการกระตุ้น 5-HT serotonin receptor ในแอลกอฮอล์ขนาดต่ำ มีผลช่วยลดความวิตกกังวล ความทุกข์ ความเศร้าหมอง^{46, 47, 48} แต่ในขณะเดียวกันพบว่า ผู้ป่วยติดสุราหลังจากหยุดพฤติกรรมดื่มสุรา จะมีระดับสารสื่อประสาท dopamine สาร endorphins และ serotonin ในบริเวณ nucleus accumbens ต่ำ ทำให้มีโอกาสเกิดอารมณ์ซึมเศร้าและอาการทางจิตได้ง่ายขึ้น ดังนั้นจึงเกิดพฤติกรรมดื่มสุราซ้ำๆ เพื่อให้ได้รับความสุขดังกล่าว เมื่อหยุดดื่มก็ทำให้อาการขาดสุรา เช่น วิตกกังวล ทุกข์ใจ และอาการซึมเศร้ากลับมาอีก ทำให้กลับไปเสพซ้ำจนเป็นเหตุให้เกิดการติดสุราได้ในที่สุด^{49, 50}

การศึกษาในสัตว์ทดลอง (หนู) ซึ่งพยายามอธิบายว่าการใช้สุรามีผลต่อสารเคมีในสมองอย่างไรจึงทำให้เกิดอาการซึมเศร้า โดยให้หนูได้รับเอทานอล (ethanol) จากนั้นศึกษาพฤติกรรมการตอบสนองอาการคล้ายซึมเศร้า (depressive-like behavior) ที่เกิดขึ้น และตรวจวัดสารเคมีในสมองสัตว์ทดลองที่มีอาการนั้น พบว่ามีการลดลงของสาร norepinephrine ที่บริเวณสมองส่วนหน้า (frontal cortex), dopamine และ serotonin ลดลงทั้งใน cortex และ hippocampus⁵¹ ดังนั้นผลของสุราทำให้ระดับสาร serotonin และ norepinephrine ในสมองต่ำลง ซึ่งมีผลต่อการรักษาระดับอารมณ์ปกติของมนุษย์ซึ่งมีส่วนทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า⁵²

3. ปัจจัยทางด้านกายวิภาคและการทำงานของสมอง

การดื่มสุราจะกระตุ้นให้สมองเกิดความอยากดื่ม ในบริเวณ insula, cingulate, VTA, striatum และ thalamus ในผู้ที่มีการซึมเศร้าได้เป็นอย่างมาก ซึ่งอาจอธิบายได้ว่าเมื่อผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้าหรือวิตกกังวลนั้น อาจเกิดวงจรการทำงานของสมองที่เหมือนหรือคล้ายคลึงกับการตอบสนองต่อตัวกระตุ้นให้เกิดความอยากดื่ม และทำให้ผู้ป่วยดื่มสุราในที่สุด ดังนั้นผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจึงมักพบโรคร่วมจากการดื่มสุรามากกว่าคนปกติ⁵³

การเปลี่ยนแปลงของ cerebral blood flow ในผู้ที่ดื่มสุราที่มีปริมาณแอลกอฮอล์ไม่มาก (0.6 mg/kg) cerebral blood flow จะเพิ่มขึ้นที่ prefrontal cortex ด้านซ้าย แต่ถ้าดื่มปริมาณมากขึ้น (1 mg/kg) จะมีการลดลงของ cerebral blood flow และ metabolism ทั่วสมอง⁴⁶ ทำให้ผู้ดื่มสุราระยะยาว มีการลดลงของ cerebral blood flow และ metabolism ในสมองทั้ง frontal, parietal, temporal, cingulated ซึ่งทำให้สมองมีผลต่ออารมณ์เศร้า



4. ปัจจัยทางด้านจิตใจ

โรคซึมเศร้านั้นสามารถเกิดขึ้นได้ทั้งก่อนและหลังจากการดื่มสุรา โดยความสัมพันธ์ระหว่างโรคซึมเศร้าและความผิดปกติจากการดื่มสุราสามารถเกิดได้สองทิศทาง กล่าวคือ โรคซึมเศร้าทำให้ความชุกของปัญหาการดื่มสุรามากขึ้น ในขณะเดียวกัน การดื่มสุราก็ทำให้ความชุกของโรคซึมเศร้าเพิ่มขึ้นเช่นเดียวกัน ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าหลายคนมักดื่มสุราหรือใช้สารเสพติดเพื่อบรรเทาอาการซึมเศร้าที่เกิดขึ้นในช่วงแรก แต่การดื่มสุราเป็นระยะเวลานานสามารถทำให้อาการซึมเศวร้ายิ่งรุนแรงมากยิ่งขึ้น และอาจนำไปสู่การฆ่าตัวตายในที่สุด⁴¹

ผู้ดื่มสุราที่มีโรคซึมเศร้า เมื่อดื่มสุราจะส่งผลให้เกิดอารมณ์เศร้าที่มากขึ้น อารมณ์โกรธ ความกังวล เบื่อหน่าย โดดเดี่ยว รู้สึกผิด และอับอายที่ไม่สามารถควบคุมการดื่มสุราได้ รวมถึงลดระดับความสามารถในการอดทนและจัดการกับปัญหาต่าง ๆ ซึ่งผู้ป่วยมักจะใช้การดื่มสุราเป็นวิธีการบรรเทาความรู้สึกดังกล่าว ในผู้ป่วยสุราที่มีโรคซึมเศร้าส่วนใหญ่ มักเกิดการสูญเสียสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ปัญหาครอบครัว สูญเสียหน้าที่การงานและเศรษฐกิจ ซึ่งทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพ (disability) ในมุมมองของผู้ป่วยเองอันจะส่งผลให้อาการซึมเศร้าและการติดสุราแย่ลงไปอีกอย่างมีนัยสำคัญ⁵⁴

การวินิจฉัยโรค

ผู้ป่วยสุราที่มีโรคซึมเศร้าจำนวนหนึ่งพบว่าอาการซึมเศร้าดีขึ้นในช่วงที่มีฤทธิ์ของสุราในขณะที่ผู้ป่วยจำนวน 1 ใน 3 กลับพบอาการซึมเศร้าเด่นชัดในช่วงการดื่มสุราหรือหยุดดื่มสุราเป็นระยะเวลา 2-4 สัปดาห์ (secondary depression) ดังนั้นการวินิจฉัยโรคซึมเศร้าในผู้ดื่มสุราจึงควรเว้นระยะเวลาอย่างน้อย 4 สัปดาห์หลังหยุดดื่มจึงจะประเมินภาวะซึมเศร้าได้อีกครั้งหนึ่ง⁵⁴



โรคอารมณ์แปรปรวน

ความชุก

จากการศึกษาของ ECA พบว่าร้อยละ 32 ของผู้ป่วย affective disorder (major depression, dysthymic disorder และ bipolar disorder) มีความผิดปกติพฤติกรรมเสพติด ร้อยละ 16.5 และผู้ป่วย bipolar disorder มีความผิดปกติพฤติกรรมเสพติดสูงถึงร้อยละ 56.1¹ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา NCS พบว่าผู้ที่เข้ากับเกณฑ์กลุ่มโรคความผิดปกติทางอารมณ์มีโอกาสใช้สารเสพติดตลอดช่วงชีวิตเป็น 3 เท่าและในช่วง 12 เดือนเป็น 2.3 เท่า ในผู้ป่วย bipolar disorder พบการเสพติดสุราในชีวิต 9.7 เท่าและการเสพติดในช่วง 12 เดือนเป็น 8.4 เท่าของผู้ที่ไม่มีภาวะนี้⁴ สำหรับประเทศไทย การสำรวจระบาดวิทยาประชากรไทยระดับชาติปี พ.ศ.2551 พบว่าผู้มีปัญหาการดื่มสุรา (AUD) ป่วยด้วยโรคอารมณ์แปรปรวนร้อยละ 4.6 ผู้ดื่มสุราแบบอันตรายป่วยด้วยโรคทางอารมณ์ร้อยละ 2.9 และผู้ติดสุราร้อยละ 5.6 ตามลำดับ²

พยาธิสภาพและสาเหตุ

1. ปัจจัยทางพันธุกรรม (genetic factor)⁵⁵

บทบาทของปัจจัยทางพันธุกรรมในโรคจิตเวชเพิ่งได้รับความสนใจเมื่อไม่นานมานี้ มีหลักฐานที่สามารถอ้างอิงได้ว่าปัจจัยทางพันธุกรรมมีผลต่อการเกิดโรคอารมณ์แปรปรวนและการติดสุรา^{56, 57} Preisig และคณะ (2001)⁵⁸ ทำการศึกษาครอบครัวผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนและมีปัญหาการติดสุราจำนวน 226 ราย พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีสมาชิกในครอบครัวป่วยด้วยโรคอารมณ์แปรปรวนและติดสุรามีโอกาสป่วยเป็นโรคนี้เช่นกันถึง 14.5 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มตัวอย่างที่มีสมาชิกในครอบครัวป่วยด้วยโรคซึมเศร้าที่มีโอกาสเกิดโรคเพียง 1.7 เท่า การศึกษาครั้งนี้ทำให้เห็นความสำคัญของการป้องกันปัญหาการติดสุราในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวน



2. ปัจจัยทางด้านสารสื่อประสาท (neurochemical factor)

ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนมีโอกาสเสี่ยงที่สัมพันธ์กับการเกิดโรคสมองติดยา เนื่องจากสุราและสารเสพติดบรรเทาอาการหงุดหงิดได้ ในขณะที่เดียวกันการดื่มสุราก็ทำให้เกิดอารมณ์แปรปรวนเป็นระยะๆ โดยผ่านการกระตุ้น kindling mechanism⁵⁹ ซึ่งทำให้เกิดพฤติกรรมผิดปกติและอาการเช่นเดียวกับโรคอารมณ์แปรปรวน ทั้งนี้โรคอารมณ์แปรปรวนและความผิดปกติจากการใช้สารเสพติดอาจมีปัจจัยเสี่ยงร่วมกัน⁵⁹ kindling mechanism สามารถนำมาใช้ในการอธิบายกลไกของผู้ป่วยไบโพลาร์และโรคติดยาได้ โดยผ่านหลักการว่า ตัวกระตุ้นในระดับที่น้อยกว่าแต่เกิดในระยะเวลานานนั้น สามารถก่อให้เกิดการกระตุ้นได้ เหมือนกันกับตัวกระตุ้นที่เกิน threshold ตัวอย่างเช่น ความเครียดทางจิตสังคมในระดับต่ำๆ เพิ่มแนวโน้มของผู้ป่วยที่จะป่วยเป็นโรคไบโพลาร์ได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเริ่มเกิดอาการในผู้ป่วยอายุน้อย ซึ่งเป็นลักษณะแบบเดียวกันกับตัวกระตุ้นในระดับต่ำกว่าระดับที่ทำให้ชักได้ แต่หากเกิดซ้ำๆ ก็สามารถกระตุ้นให้เกิดอาการชักได้ ในกรณีที่ความเครียดทางจิตสังคมเป็นปัจจัยกระตุ้นและมีส่วนสำคัญต่อการเกิดโรคไบโพลาร์ใน episodes แรกๆ ขณะที่ใน episodes หลังๆ จะเกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน⁵⁹

kindling mechanism สามารถพบได้ในโรคสุราเช่นกัน ยกตัวอย่างเช่น ความรุนแรงของอาการถอนพิษสุรานั้นจะรุนแรงมากขึ้นเรื่อยๆ แปรผันตามสัดส่วนของปริมาณและช่วงเวลาที่ดื่มสุรา นอกเหนือจากนั้นแล้วภาวะถอนพิษสุราที่เกิดขึ้นซ้ำแล้วซ้ำอีกยังส่งผลให้เกิดภาวะเสพติดหรือพึ่งพาสุราทางร่างกายเร็วขึ้น (physical dependence) และมีอาการชักจากการถอนพิษสุราที่รุนแรงขึ้น⁵⁹

ถึงแม้ว่าจะนำหลักการดังกล่าวข้างต้นมาอธิบายการเกิดปรากฏการณ์ต่างๆ ได้ กลับพบว่า “สมองที่เกิดปรากฏการณ์” นั้นเป็นคนละตำแหน่งกับ “สมองที่ได้รับผลกระทบ” กล่าวคือ โรคไบโพลาร์เกิดปรากฏการณ์ kindling กับสมองส่วน limbic แต่อาการชักจากภาวะถอนพิษสุรากลักลับเกิดปรากฏการณ์ kindling ในสมองส่วน inferior collicular cortex⁵⁹

ระบบของสารสื่อประสาทหลายระบบที่มีบทบาทสำคัญในกลไกของการเกิดโรคไบโพลาร์ที่เกี่ยวข้องกับประสาทชีววิทยาของสารเสพติด โดยสารสื่อประสาทที่มีบทบาทสำคัญใน brain reward system ได้แก่ dopamine serotonin และ GABAergic system ซึ่งก็เป็นระบบของสารสื่อประสาทเดียวกันกับที่เกี่ยวข้องกับพยาธิกำเนิดของโรคไบโพลาร์⁵⁹



ระบบการทำงานของสาร dopamine ที่พบในวงจร mesolimbic และ mesocortical นั้นมีบทบาทสำคัญมากใน reward motivation system และมีส่วนเชื่อมโยงกับโรคไบโพลาร์ โดยที่ dopamine นั้นส่งผลต่อระบบประสาทส่วนกลางในการเสริมฤทธิ์ของสารที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท รวมไปถึงสุรา โคเคน และฝิ่น ยิ่งไปกว่านั้นระบบสารสื่อประสาท serotonin ยังมีบทบาทสำคัญในการเป็นตัวปรับสมดุลให้กับทั้งระบบ noradrenergic ที่มีความเกี่ยวข้องกับโรคไบโพลาร์ และใน reward circuit ที่มีความเกี่ยวข้องกับการเสพติด โดยระดับ serotonin ที่ต่ำลงในระบบประสาทส่วนกลางตามสมมติฐานเรื่อง permissive hypothesis⁵⁹ ซึ่งเป็นสาเหตุต่อเนื่องของทั้งช่วงซึมเศร้าและช่วงครื้นเครงในโรคไบโพลาร์ จากสมมติฐานนี้ ระดับของ serotonin ในประสาทส่วนกลางที่ต่ำลงนั้น ทำให้ไม่สามารถปรับสมดุลของระบบ noradrenergic ได้อย่างเหมาะสมซึ่งนำไปสู่การเพิ่มขึ้นของสัญญาณ noradrenergic ในช่วงที่เกิดความเครียดหรือภาวะถูกกระตุ้น อันเป็นสมมติฐานของการแสดงออกของอาการ euphoric และ grandiose ในช่วง mania ร่วมกับ dopamine เช่นกัน⁵⁹

GABA นั้นมีความเกี่ยวข้องกับกลไกการเกิด kindling ภาวะการเสพติดทางร่างกาย การชักกับภาวะถอนพิษสุรา การเสริมฤทธิ์ของสุราและการควบคุมภาวะอารมณ์ ดังนั้นยาที่เพิ่มการทำงานของ GABA จะก่อให้เกิดผลในแง่ของการทำให้อารมณ์คงที่ การทำงานที่ลดลงของ dopamine ส่งผลให้มีลักษณะของ anhedonia การไม่กระตือรือร้น psychomotor retardation ซึ่งในสัตว์ทดลองพบได้ในภาวะเครียดเรื้อรัง ซึ่งแม้จะอยู่ในภาวะนั้น หากตัวกระตุ้นที่มีแรงเสริมอย่างสูงก็สามารถกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมได้เช่นกัน ซึ่งสุราและสารเสพติดสำหรับมนุษย์แล้ว จัดเป็นตัวเสริมแรงที่มีความรุนแรงมาก การควบคุมที่เกิดจาก GABAergic และ serotonin ที่น้อยกว่าปกตินั้นสามารถทำให้เกิดภาวะการถูกกระตุ้นอย่างรุนแรงจากระดับปกติ เมื่อระบบ noradrenergic dopaminergic และ glucocorticoid ที่ขาดการควบคุมส่งผลให้เกิดภาวะ psychotic และ/หรือ mania แบบ dysphoric/mixed⁵⁹



3. ปัจจัยทางด้านจิตใจ

อารมณ์แปรปรวน ลดภาวะตึงเครียด เพิ่มพลังกำลัง ลดภาวะซึมเศร้า หรือช่วยให้ภาวะสนุกสนานในช่วงอารมณ์ครึ้นเคร่งอยู่ได้นานขึ้น เกิดจากการที่บุคคลนั้นมีความเปราะบางต่อการเกิดโรค⁶⁰

โรคอารมณ์แปรปรวน อาจเพิ่มพฤติกรรมเสี่ยงต่อการดื่มสุรา ในขณะเดียวกัน การดื่มสุราเรื้อรัง ทำให้เกิดความเสียหายต่ออาการของโรคอารมณ์แปรปรวนกำเริบบ่อยครั้งขึ้น⁵⁵ หรือแสดงอาการทางคลินิกออกมาชัดเจน ในระหว่างภาวะเมาสุรา หรือภาวะถอนพิษสุรา⁵⁹ การดำเนินโรคอารมณ์แปรปรวนแย่ลง ทุเลาหรือหายจากอาการป่วยช้ากว่าปกติมีความรุนแรงของอาการและระยะเวลาการแสดงอาการนานขึ้น¹⁸ มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูงขึ้น⁶¹ มีอัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเพิ่มสูงขึ้น ความร่วมมือในการรักษาลดลง⁵⁵

การวินิจฉัย

การวินิจฉัยโรคอารมณ์แปรปรวนนั้น ควรทำเมื่อผู้ป่วยไม่ได้ดื่มสุราหรือสารเสพติดอื่นมาเป็นเวลา 1-2 สัปดาห์ เกณฑ์การวินิจฉัยนั้นสามารถประเมินได้จากอาการของผู้ป่วย เช่น อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย หงุดหงิด รู้สึกว่าตนเองมีความสามารถมากกว่าผู้อื่น ความต้องการนอนลดลง พุดมากขึ้น อยู่ไม่นิ่ง ไม่มีสมาธิ พฤติกรรมหุนหันพลันแล่น มีความคิดแล่นเร็ว ชอบเข้าร่วมกิจกรรมที่สนุกสนาน ใช้เงินเปลือง หรือมีความสัมพันธ์กับผู้อื่นหลายคน⁶²

โรคอารมณ์แปรปรวนและพฤติกรรมความผิดปกติของการดื่มสุรามักเกิดขึ้นร่วมกันได้บ่อย เห็นได้จากกระบวนวิทยาของ ECA และ NCS และมีการดำเนินโรคที่เรื้อรังและยาวนาน (chronic illness model) ธรรมชาติของโรคอารมณ์แปรปรวนและการดื่มสุรา มีความเกี่ยวข้องกันอย่างซับซ้อน ไม่ว่าจะเป็นกรรมพันธุ์ สารสื่อประสาทในสมอง รวมทั้งสังคม วัฒนธรรม และการเลี้ยงดู ทั้งนี้ยังไม่มีคำตอบที่ชัดเจนว่าอะไรที่เป็นปัจจัยที่แน่นอนในการเกิดร่วมกันของทั้งสองโรค ในการตรวจทางคลินิกหลายครั้งที่ยังไม่สามารถแน่ชัดว่าโรคใดเกิดก่อนกัน พบเพียงว่าผู้ที่ป่วยด้วยโรคอารมณ์แปรปรวน และมีปัญหาดื่มสุรา มีโอกาสนอนโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น⁵⁵

กลุ่มโรควิตกกังวลและความเครียด

ความชุก

จากการศึกษา ECA พบว่าอย่างน้อย 1 ใน 4 ของผู้ป่วยโรควิตกกังวลนี้มีความผิดปกติ พฤติกรรมเสพติดรวมทั้งการดื่มสุราร้อยละหนึ่งชนิด¹ จากการศึกษานี้ของ NESARC กลุ่มโรควิตกกังวลในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ร้อยละ 15 มีความผิดปกติพฤติกรรมเสพติดอย่างน้อยหนึ่งชนิดร่วมด้วย มีภาวะติดสุราร้อยละ 8.1 และพฤติกรรมการดื่มแบบเสี่ยงและอันตรายอีกร้อยละ 5.0 โดยโรควิตกกังวลที่พบมากที่สุดคือ panic disorder, agoraphobia และ generalized anxiety disorder¹⁹

การสำรวจ NESARC ยังพบอีกว่าเพศชายและเพศหญิงที่ป่วยด้วยโรควิตกกังวล มีปัญหาการดื่มสุราในตลอดช่วงอายุ จำนวนร้อยละ 65 และ 32.8 ตามลำดับ⁶³ การสำรวจ อัตราการเกิดโรควิตกกังวลในผู้ที่มาใช้บริการที่แผนกผู้ป่วยนอกในคลินิกบำบัดสารเสพติด พบผู้ป่วย 39 ราย คิดเป็นร้อยละ 46 พบโรควิตกกังวลร่วมกับปัญหาการดื่มสุรามากถึง ร้อยละ 67 ของจำนวนผู้ป่วยโรคทั้งหมด ระยะเวลาการป่วยประมาณ 12.5 ปี⁶⁴ ส่วนการศึกษาในประเทศไทยพบว่า ผู้ติดสุรา (alcohol dependence) จะมีปัญหาด้านความผิดปกติทางอารมณ์และวิตกกังวลสูงกว่าผู้ไม่ติดสุรา⁶⁵

ผู้มีความผิดปกติของการดื่มสุราพบโรควิตกกังวลร้อยละ 2.8 และพบความเสี่ยงการป่วยได้ 1.6 เท่าของผู้ที่ไม่ดื่มสุรา²

พยาธิสภาพและสาเหตุ

ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะวิตกกังวล โรควิตกกังวล และการดื่มสุราเป็นปัญหาซับซ้อนและมีความสัมพันธ์กัน 2 ทาง โดยผู้ดื่มสุรามักใช้สุราเพื่อบรรเทาอาการวิตกกังวล การศึกษาในห้องปฏิบัติการพบว่ามีความสัมพันธ์ระหว่างการดื่มสุราและภาวะวิตกกังวล และเมื่ออาการถอนพิษสุราดีขึ้น ระดับความวิตกกังวลจะเพิ่มขึ้น⁶⁶ มีการศึกษาทางระบาดวิทยาหลายเรื่องที่ยืนยันการเกิดภาวะโรคร่วมทางจิตเวชเกี่ยวกับปัญหาการดื่มสุราพบว่า ภาวะวิตกกังวลมีความสัมพันธ์กับการดื่มสุราอย่างมีนัยสำคัญ⁶⁷ สำหรับ social phobia และ agoraphobia ปัญหาการดื่มสุราจะเกิดขึ้นภายหลังจากที่มีอาการวิตกกังวลเกิดขึ้นแล้ว อาการเหล่านี้ไม่สามารถจำแนกแยกโรคจากอาการถอนพิษสุรา ดังนั้นจึงเป็นการยากที่จะวินิจฉัยว่าอาการที่เกิดขึ้นนั้นมาจากการขาดสุราหรืออาการวิตกกังวล ในอีกด้านหนึ่ง สุรามีผลทำให้อาการวิตกกังวลเพิ่มขึ้นได้ตามมา⁶⁷ การดื่มสุราสามารถลดความเครียด วิตกกังวล



ได้ในระยะสั้น แต่ในที่สุดแล้วเมื่อติ่มต่อเนื่องไปเรื่อย ๆ อาการวิตกกังวลก็จะเพิ่มขึ้น เกิดความกระวนกระวายใจ หรือไวต่อสิ่งกระตุ้นได้ง่าย ซึ่งเป็นผลมาจากการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติที่เชื่อมโยงกับอาการขาดสุราและอาการวิตกกังวล ทำให้เกิดพฤติกรรม การติ่มสุราเพิ่มมากขึ้น⁶⁸

ความสัมพันธ์ของความเครียด และพฤติกรรมการติ่มสุรา

ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดและการใช้สารเสพติดเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องอย่างมาก มีการศึกษาในสัตว์ทดลองพบว่า เมื่อมีความเครียดเข้ากระตุ้น จะเพิ่มความถี่ในการใช้สารเสพติดเพื่อบรรเทาอาการเครียดของตนเอง⁶⁹ ศูนย์ควบคุมฮอว์โมน คอร์ติโคโทรปิน (Corticotropin releasing factor : CRF) เป็นปัจจัยสำคัญที่เกิดขึ้นในการตอบสนองเมื่อเกิดความเครียด และเข้ามามีบทบาทเมื่อเกิดความเครียดและการบรรเทาอาการเครียดด้วยตนเองของสัตว์ทดลอง อีกทั้งยังเกี่ยวข้องกับพยาธิสรีรวิทยา โรควิตกกังวล และโรคอารมณ์แปรปรวน⁷⁰ เมื่อมีความเครียดเกิดขึ้น จะกระตุ้นวงจร CRF เพิ่มฤทธิ์ของการหลั่ง dopamine ในบริเวณ mesolimbic reward pathway ดังนั้นเมื่อความเครียดเพิ่มมากขึ้นก็จะกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมการใช้สารเสพติดตามมาด้วย จากหลักฐานข้างต้น ทำให้ได้ข้อสรุปว่า mesolimbic dopamine system หรือ brain reward circuit เป็นส่วนของสมองที่มีหน้าที่เกี่ยวข้องกับ reinforcing property ของสารเสพติด ซึ่งทำให้ผู้เสพเกิดความพอใจ หรือภาวะ “high” และมีความต้องการใช้ซ้ำอีก ซึ่งนำไปสู่ภาวะติดสุราในที่สุด จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ethanol นั้น ทำให้อัตราของ dopamine เพิ่มขึ้นใน nucleus accumbens โดยกลไกการออกฤทธิ์บางส่วนเกี่ยวข้องกับ 5-HT₃ receptor⁷¹ ทำให้เคลิบเคลิ้ม (euphoria) และมีความอยากติ่ม (craving) ดังนั้นบุคคลจึงติ่มสุราซ้ำๆ เพื่อให้ได้รับความสุขดังกล่าว ขณะเดียวกันผลของการติ่มสุราจะช่วยลดความวิตกกังวลและทุกข์เศร้าหมอง ขณะที่หยุดติ่มก็ทำให้มีอาการขาดยา เช่น วิตกกังวลและทุกข์ใจ อาการซึมเศร้า ก็จะกลับมาอีกทำให้บุคคลกลับไปเสพซ้ำ จนเป็นเหตุให้เกิดการติดสุรา⁴⁹



ความสัมพันธ์ของโรค PTSD และพฤติกรรมการดื่มสุรา⁷² อธิบายได้ 4 ทฤษฎีได้แก่

1. ทฤษฎีความเสี่ยง (high risk theory) กล่าวว่า ปัญหาการใช้สุราและสารเสพติดเกิดขึ้นก่อนโรค PTSD ซึ่งการใช้สุราและสารเสพติดนั้นทำให้ผู้ป่วยเกิดความเสี่ยงกับตนเอง และสถานการณ์ที่เสี่ยงมากๆ นั้น เมื่อเกิดเหตุการณ์รุนแรงขึ้น จะทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะ PTSD ตามมา

2. ทฤษฎีการใช้สุราเพื่อบรรเทาอาการด้วยตนเอง (self medication theory) อธิบายว่า ผู้ที่ป่วยด้วยโรค PTSD ดื่มสุราและเสพสารเสพติด เพื่อเป็นหนทางลดความเครียด และบรรเทาอาการของโรคที่ตนประสบอยู่ ตัวอย่างเช่น ดื่มสุราเพื่อบรรเทาอาการตื่นตระหนกรุนแรง

3. ทฤษฎีความไวต่อตัวกระตุ้น (susceptibility theory) อธิบายว่าการดื่มสุราหรือเสพสารเสพติดอาจจะเพิ่มความเสี่ยงให้บุคคลนั้นพัฒนากลายเป็นโรค PTSD หรือมีอาการภายหลังที่ผ่านเหตุการณ์รุนแรงที่กระทบกระเทือนจิตใจมาแล้ว

4. ทฤษฎีภาวะเสี่ยงสูง (share vulnerability theory) อธิบายว่าบุคคลมีความเสี่ยงด้านพันธุกรรมที่จะก่อให้เกิดโรคและพัฒนามาเป็นโรค PTSD และปัญหาการใช้สารเสพติดภายหลังผ่านเหตุการณ์รุนแรง

การวินิจฉัย

การวินิจฉัยโรควิตกกังวลร่วมกับปัญหาการดื่มสุรานั้น เพื่อให้ได้ผลที่แม่นยำไม่ให้อัปเดตกับอาการที่คาบเกี่ยวในระยะถอนพิษสุรา เช่น วิตกกังวล หงุดหงิด ใจสั่น การวินิจฉัยควรทำภายหลังการหยุดดื่มสุราอย่างน้อย 2-4 สัปดาห์⁶⁶ และควรติดตามเพื่อประเมินการวินิจฉัยเป็นระยะๆ ในการเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวลเรื้อรัง



โรคจิตเภท

ความชุก

จากการศึกษา ECA พบผู้ป่วยจิตเภทมีโอกาสดื่มสุรแบบผิดปกติร้อยละ 3.8 ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีโอกาสพบความผิดปกติพฤติกรรมดื่มสุราเป็น 3.3 เท่าของคนที่ไม่ป่วย¹ สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมกว่า 60 การศึกษา ย้อนหลังตั้งแต่ปี พ.ศ.2539-2551 ความชุกของความผิดปกติพฤติกรรมดื่มสุราในผู้ป่วยจิตเภทในปัจจุบันพบร้อยละ 9.4 (Inter-quartile range, IQR 4.6-19.0, 18 การศึกษา) การศึกษาและความชุกชั่วชีวิต ร้อยละ 20.6 (Inter-quartile range, IQR 12.0-34.5, 47 การศึกษา) นั้นหมายถึง **ผู้ป่วยโรคจิตเภททุกๆ 5 คนจะมีความผิดปกติพฤติกรรมดื่มสุรา 1 คน**⁷³

การสำรวจระบาดวิทยาาระดับชาติของประเทศไทย ปี พ.ศ.2551 พบผู้มีความผิดปกติของพฤติกรรมดื่มสุราเป็นโรคจิตร้อยละ 1.5 และผู้ติดสุราเป็นโรคจิตสูงถึงร้อยละ 2 และมีโอกาสป่วยถึง 3.8 เท่าของคนที่ไม่ดื่ม² ผู้ป่วยจิตเภทมีปัญหาการใช้สารเสพติดร่วมมีอัตราที่สูงขึ้น^{74, 75} โดยพบในอัตราที่สูงถึงร้อยละ 50⁷⁶ และสิ่งเสพติดที่ใช้นามากที่สุดคือสุรา^{74, 77}

พยาธิสภาพและสาเหตุ

1. ปัจจัยทางด้านพันธุกรรม (genetic factors)

ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีญาติสายตรง (first degree relative) ที่มีปัญหาการดื่มสุราและสารเสพติดมีปัจจัยเสี่ยงที่จะมีปัญหาการดื่มสุราและสารเสพติดได้มากกว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทกลุ่มอื่น⁷⁸ มีการศึกษาในคู่แฝด พบว่าคู่แฝดใบเดียวกัน (monozygotic twin) มีโรคร่วมจิตเภทและปัญหาการดื่มสุรามากกว่าคู่แฝดไข่คนละใบ (dizygotic twin)⁷⁹ ปัจจัยทางพันธุกรรมของปัญหาการดื่มสุราในผู้ป่วยโรคจิตเภทอาจสะท้อนออกมาในรูปแบบปัญหาทางด้านสังคม ความผิดปกติทางอารมณ์ ความผิดปกติของความวิตกกังวลของทั้งผู้ป่วยและคนในครอบครัว^{56, 80} เมื่อผู้ป่วยโรคจิตเภทมีปัญหาทางด้านสังคมจะทำให้มีความชุกและความรุนแรงของการดื่มสุราสารเสพติดมากขึ้นประมาณ 10 เท่า^{81, 82} ความผิดปกติทางอารมณ์และความผิดปกติของความวิตกกังวลเป็นเป้าหมายที่พบได้มากที่สุดในการรักษาตัวเองในผู้ป่วยโรคจิตเภท⁸³



2. ปัจจัยทางด้านสารสื่อประสาท (neurochemical factor) ลักษณะทางด้านพยาธิสรีรวิทยาทางระบบประสาทของผู้ป่วยโรคจิตเภท ทำให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีแนวโน้มที่จะมีปัญหาการใช้สารเสพติดได้มากกว่าคนปกติ ซึ่งมีหลายการศึกษาที่พยายามศึกษาและใช้เครื่องมือต่างๆ เข้ามาช่วยในการศึกษา สรุปเป็นทฤษฎีต่างๆ ดังนี้

reward system circuit disturbances

แอลกอฮอล์ออกฤทธิ์ต่อระบบสารสื่อประสาทหลายตัว โดยออกฤทธิ์ต่อ inhibitory system ผ่าน GABA receptor และ glycine receptor ที่ ventral tagmental area มีผลทำให้ dopamine เพิ่มขึ้นที่ nucleus accumben ซึ่งเป็นสารสื่อประสาทหลัก (neurotransmitter) ในวงจร reward system ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการไม่ดี มีความสุขเมื่อได้ดื่มสุรา มีอาการถอนพิษสุราเมื่อไม่ได้ดื่ม รวมถึงต้องเพิ่มปริมาณการดื่มขึ้นเรื่อย ๆ⁸⁴

the neurobiological effects of chronic stress

การศึกษาภาวะเครียดเรื้อรัง (chronic stress) มีผลต่อการดื่มสุราและเสพติดในผู้ป่วยโรคจิตเภท ซึ่งอธิบายว่าการที่ผู้ป่วยมีปัญหาทางจิตเวชและปัญหาอื่นๆ ทำให้ผู้ป่วยมีภาวะเครียดเรื้อรัง มีผลในการเปลี่ยนแปลงการทำงานของสมอง และในขณะเดียวกันการดื่มสุราและเสพติดก็ทำให้เกิด neuroadaptation ใน brain reward pathway เกิดภาวะติดและภาวะถอนพิษจากสารเสพติด และทำให้เกิดภาวะเครียดเรื้อรังตามมา ซ้ำไปซ้ำมาจนเป็นวงจร⁸⁵ มีการศึกษาที่พยายามเจาะลึกถึงกลไกที่เชื่อมระหว่างโรคทางจิตเวชและปัญหาสารเสพติด ซึ่ง corticotrophin-releasing factor (CRF) เป็นตัวหนึ่งที่สำคัญที่ช่วยในการอธิบายกลไกนี้ ซึ่ง CRF และ noradrenergic pathway มีส่วนเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกรรมการหาสารเสพติด โดยเฉพาะอย่างยิ่งในภาวะที่มีความตึงเครียดด้านความคิดและอารมณ์เรื้อรัง ช่วงที่อยู่ในภาวะเป็นพิษหรือถอนพิษสารเสพติด^{86, 87} ทำให้ระดับ CRF เพิ่มขึ้นและต้องไปดื่มสุราเพื่อให้มีความสุขมากขึ้น เนื่องจากแอลกอฮอล์มีผลต่อ GABA และ dopamine receptor ใน reward system⁸⁸



3. ปัจจัยทางด้านกายวิภาคสมอง (anatomical factor)

ความผิดปกติที่ ventromedial prefrontal cortex ทำให้ผู้ป่วยมีลักษณะ myopic กล่าวคือ ผู้ป่วยจะตัดสินใจโดยเลือกสิ่งที่ไม่ดีที่หวังผลตอบแทนที่จะมองผลรวมทั้งหมดในระยะยาว และขาดการวางแผนในระยะยาว ซึ่งทำให้ผู้ป่วยนั้นเลือกการใช้สารเสพติดโดยไม่ได้คำนึงผลที่อาจจะเกิดขึ้นในระยะยาว และจะให้ความสำคัญของการเลิกใช้สารเสพติดว่าเป็นการลงโทษที่มากเกินไป⁸⁹ มีการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคร่วมจิตเภทและกลุ่มผู้ป่วยโรคติดสุรา โดยใช้เครื่องมือตรวจทางสมอง magnetic resonance images (MRI) แล้วนำมาเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมคือคนปกติพบว่า มีความผิดปกติของ gray matter ในทั้ง 3 กลุ่ม แต่จะพบความผิดปกติได้มากที่สุดในกลุ่มที่ป่วยทั้งสองโรค และบริเวณที่พบความผิดปกติในทั้ง 3 กลุ่มเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุมคือ prefrontal และ anterior superior temporal ในกลุ่มโรคจิตเวชร่วมพบความผิดปกติอย่างเด่นชัดที่บริเวณ prefrontal ส่วนปริมาณการดื่มสุราในผู้ป่วยกลุ่มโรคจิตเวชมีปริมาณน้อยกว่ากลุ่มที่มีปัญหาการติดสุราอย่างเดียวประมาณ 5 เท่า แต่ผู้ป่วยโรคร่วมทางจิตเวชมีผลกระทบจากสุราไม่แตกต่างจากกลุ่มติดสุราอย่างเดียว⁸⁴ และยังมีอีกการศึกษาพบความผิดปกติทางเมตาบอลิซึมใน orbital frontal cortex มีส่วนเกี่ยวข้องกับปัญหาการใช้สารเสพติดและปัญหา cognitive disinhibition⁹⁰

การศึกษาระยะยาวพบว่า ผู้ที่ดื่มสุรามาเป็นระยะเวลานาน อาจทำให้เกิดความเสื่อมของสมองและเกิดอาการทางจิตขึ้น เป็นเรื่องยากที่จะวินิจฉัยว่าผู้ป่วยที่มีประวัติดื่มสุราที่มีอาการทางจิตนั้นจะเป็นโรคจิตจากการดื่มสุราหรือเป็นโรคจิตเภท เนื่องจากโรคจิตจากการดื่มสุรามีความสัมพันธ์กับการหลั่งสาร dopamine ใน limbic system รวมทั้งระบบอื่นๆ ด้วย สมมติฐานของ dopamine ที่กล่าวว่า อาการทางจิตเกิดจากการเพิ่มการทำงานของระบบ dopamine และมีการศึกษาในสัตว์ทดลองพบว่า ระบบ dopamine จะเพิ่มการทำงานเมื่อสัตว์ทดลองได้รับแอลกอฮอล์ ในอีกด้านหนึ่งการขาดแอลกอฮอล์ทำให้เซลล์ dopamine ในบริเวณ ventral tegmental ลดลงและลดปริมาณสาร dopamine ในเซลล์ประสาทอีกด้วย⁹¹

พยาธิสรีรวิทยาของการดื่มสุราและการเกิดอาการทางจิต ยังไม่สามารถอธิบายได้ชัดเจน พบเพียงว่า เมื่อดื่มสุราระยะยาวมีผลทำให้ผู้ป่วยเกิดการขาดวิตามิน B1 (thiamine deficiency) ซึ่งทำให้ผู้ป่วยมีอาการหลงลืม สับสน หรือการสื่อสารบกพร่อง และเป็นสาเหตุของ Wernicke-Korsakoff syndrome⁹² อาจพบอาการทางจิตได้บ้างในผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษสุรา เช่น หวาดระแวง กลัวคนมาทำร้าย หนูแว่ว ประสาทหลอน ซึ่งมีอาการคล้ายคลึงกับอาการทางจิต



4. ปัจจัยทางด้านจิตใจ

มีหลายการศึกษาที่แสดงถึงการที่ผู้ป่วยใช้สุราและสารเสพติดช่วยในการลดอาการด้านลบของโรคจิตเภท ผู้ป่วยจิตเภทร้อยละ 50 ใช้สุราเพื่อลดอาการทางจิตเวช (negative symptoms) เช่น ภาวะแยกตัวออกจากสังคม ภาวะอารมณ์เฉยๆ อารมณ์เบื่อหน่าย ลดความวิตกกังวล ประหม่าในการเข้าสังคม ผู้ป่วยจึงดื่มสุราเพื่อเข้าสังคม และให้เกิดการยอมรับของกลุ่มเพื่อน หรือช่วยทำให้ผ่อนคลายจากความไม่สบายใจ (self-medication) ซึ่งเป็นวิธีการแสวงหาความสุขสบายใจอย่างหนึ่งของผู้ป่วย^{92, 93} บางครั้งเพื่อลดอาการผลข้างเคียงจากยาทางจิตเวช และลดอาการประสาทหลอนของตน^{85, 89, 91, 95}

5. ปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อม

ผู้ป่วยโรคจิตเภทยังมีความด้อยโอกาสในด้านอาชีพ โอกาสทางสังคม กิจกรรมนันทนาการ ซึ่งทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะ down-ward social shift อยู่ในสังคมที่ยากจนมากขึ้น การมีเวลาว่างมากจนกลายเป็นความเหงาร่วมกับภาวะโรค ทำให้ผู้ป่วยเป็นที่รังเกียจและมีโอกาสเป็นคนไม่มีที่อยู่อาศัย ซึ่งทำให้พวกเขามีแนวโน้มที่จะเข้าถึงสารเสพติดได้ง่ายและติดสารเสพติดในที่สุด^{85, 91, 96} การศึกษาผู้ป่วยโรคจิตเภทผู้หญิงที่เคยประสบเหตุการณ์ที่เลวร้ายในวัยเด็กมีพฤติกรรมใช้สารเสพติดมากกว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทกลุ่มอื่น⁹⁷ ปัญหาการดื่มสุราเป็นเรื่องที่พบได้บ่อยที่สุดในผู้ป่วยจิตเภทด้วยปัจจัยทางด้านชีววิทยาและสังคมจึงทำให้เกิดปัญหานี้ขึ้น⁹⁸

การวินิจฉัย

หลักสำคัญในการวินิจฉัยความผิดปกติการดื่มสุราร่วมในผู้ป่วยโรคจิตเภทคือ ผู้ป่วยต้องได้รับการวินิจฉัยโรคจิตเภทเป็นโรคหลักแล้วมีความผิดปกติการดื่มสุราเป็นโรคร่วม โดยต้องวินิจฉัยแยกโรคกับโรคอาการทางจิตที่เป็นผลจากแอลกอฮอล์ (alcohol induced psychotic disorder) หรือภาวะสับสนในช่วงที่ถอนพิษสุรา (delirium tremens) เนื่องจากการพยากรณ์โรค การรักษาที่แตกต่างกัน⁹⁹ สิ่งที่จะช่วยแยกคือหลักฐานทางคลินิกคือการดำเนินโรคของอาการทางจิต ถ้าหายเร็วมักเกิดจากสุรา หรืออาการเดิมก่อนที่จะมีอาการรุนแรงเกิดขึ้น ตามหลักเกณฑ์การวินิจฉัยของ DSM-IV TR อาการทางจิตที่เกิดจากสุราหรือสารเสพติดมักสิ้นสุดภายใน 4 สัปดาห์หลังจากที่ผู้ป่วยหยุดดื่ม และได้รับการบำบัดรักษาหากอาการทางจิตดำรงอยู่เป็นเวลานานหลังผู้ป่วยหยุดดื่มสุราแล้ว มักเป็นอาการของโรคจิตเภทมากกว่า⁹¹



โรคสมองตื้อสารเสพติด

ความชุก

แม้ว่าความชุกของความผิดปกติพฤติกรรมติ่มสุราค่อนข้างต่ำในประชากรทั่วไป แต่ในผู้ที่มีความผิดปกติพฤติกรรมติ่มสุราจะพบความผิดปกติของพฤติกรรมเสพติดร่วมเพิ่มขึ้นถึง 7 เท่า สารเสพติดที่พบบ่อยที่สุดคือ โคเคน รองลงมาคือ บาร์บิทูเรต¹ จากการศึกษานของ NESARC พบความสัมพันธ์สูง (strong association) ระหว่างความผิดปกติการเสพติดอื่นและความผิดปกติพฤติกรรมติ่มสุรา (odds ratios: 2.0-18.7) และถึงแม้ว่าจะควบคุมโรคจิตเวชร่วมอื่น ๆ แล้วค่าจะต่ำลงเล็กน้อย แต่ก็ยังคงมีความสัมพันธ์สูงและมีนัยสำคัญทางสถิติ (odds ratios: 1.8-7.5)¹⁹ ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อายุไม่มากนัก สถานภาพโสด มีปัญหาทางด้านสังคมและเศรษฐกิจ⁵ ส่วนการศึกษาในประเทศไทยที่ทำการสำรวจผู้ป่วยสุราที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่³ พบว่าผู้มีปัญหาการติ่มสุราพบภาวะติดสารเสพติดร้อยละ 3.3

พยาธิสภาพและสาเหตุ

1. ปัจจัยทางพันธุกรรม (genetic factor¹⁰⁰)

ปัจจัยทางพันธุกรรมมีผลต่อการเกิดพยาธิสภาพ ยีนเฉพาะของการเกิดโรคทั้งการติ่มสุรา การติดสารเสพติด ส่วนโรคพฤติกรรมเกเร (conduct disorder) และโรคบุคลิกภาพแบบอันธพาล (antisocial personality disorder) พบปัจจัยทางพันธุกรรมยังไม่พบความเฉพาะเจาะจง ซึ่งมีการศึกษาในฝาแฝดไข่ใบเดียวกันพบว่า บุคคลที่ติ่มสุราพร้อมกับติดสารเสพติดสามารถพบได้บ่อยร้อยละ 49 ซึ่งนอกจากปัจจัยด้านพันธุกรรมแล้วสิ่งที่มีอิทธิพลร่วมกันคือ ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม

2. ปัจจัยทางด้านสารสื่อประสาท (neurochemical factor)

ปัญหาการใช้สารเสพติดในผู้ติ่มสุรานั้นแบ่งได้เป็น 2 ประเภทคือ การใช้แบบอันตราย (abuse) และการใช้แบบติด (dependence) สารเสพติดที่ผู้ป่วยมักใช้แบบอันตรายได้แก่ กลุ่มยานอนหลับและยาคลายเครียด ส่วนการใช้แบบติดมักเป็นกลุ่มสารเสพติดประเภทอนุพันธ์ฝิ่น แอมเฟตามีน กัญชา และโคเคน⁵ ดังนั้นการทำความเข้าใจว่า ทำไมผู้ป่วยจึงเสพติดแบบอันตรายหรือเสพติดแบบติดนั้น ขึ้นอยู่กับความแตกต่างของสารเสพติดแต่ละชนิดที่มีความสัมพันธ์กับการติ่มสุรา ซึ่งจะเป็นตัวช่วยให้เข้าใจวงจรของทั้งโรคติ่มสุราและโรคติดสารเสพติด⁹⁸ ซึ่ง Lawyer และคณะ (ปี ค.ศ.2010)¹⁰¹ ได้ทำการศึกษาการ

เปลี่ยนแปลงของสมองในผู้ที่ติดสารแอมเฟตามีนและติดสุราพบว่า การติดสารกระตุ้นประสาททำให้ระบบสารสื่อประสาท dopamine ผิดปกติ โดยเฉพาะจะมีการเพิ่มของสาร dopamine ที่บริเวณ striatum และ prefrontal cortex และลดระดับของสารสื่อประสาท N-acetylaspartate ที่บริเวณสมองส่วนหน้า ทำให้เกิดอาการตื่นตัวของระบบประสาท และผู้ป่วยดังกล่าวจึงใช้สุราหรือสารที่มีส่วนประกอบของแอลกอฮอล์เพื่อช่วยในการนอนหลับ

3. ปัจจัยทางด้านกายวิภาคและการทำงานของสมอง

จากการศึกษาพบว่าการใช้สารแอมเฟตามีนในระยะยาว ทำให้เกิดความเสียหายต่อเนื้อสมองบริเวณ frontal lobe และ subcortical regions เกิดการไหลเวียนของสารสื่อประสาทบกพร่อง อีกทั้งยังพบว่าเกิดภาวะ cortical gray matter thickness ลดลงในผู้ป่วยที่ใช้สารแอมเฟตามีนและติดสุราอย่างรุนแรง¹⁰¹

4. ปัจจัยทางด้านจิตใจ

มีสมมติฐานที่อธิบายการดื่มสุราทำให้เกิดการเสพติดสารเสพติดต่างๆ เรียกว่า “gateway hypothesis” เช่น ดื่มสุราร่วมกับการเสพยาบ้า เป็นต้น⁸¹ และผู้ดื่มสุราที่เริ่มใช้สารเสพติดตั้งแต่อายุน้อยร่วมด้วย จะมีโอกาสพัฒนาการป่วยเป็นโรคจิตได้ง่าย

การวินิจฉัย

การวินิจฉัยแยกโรคระหว่างอาการทางจิตจากสุราและสารเสพติดนั้นสามารถพิจารณาได้หลายช่วงการบำบัด โดยในระยะแรกของภาวะถอนพิษสุราที่ชัดเจนจะอยู่ในระยะ 3-5 วันแรก หลังจากหยุดดื่ม มักมีลักษณะวิตกกังวล ใจสั่น ไข้ขึ้น ในขณะที่ภาวะถอนพิษสารเสพติดในระยะ 3-5 วันแรกหลังจากหยุดเสพนั้นจะมีอาการไข้เกียจ อยากนอน กินจุ แต่อาการทางจิตจากภาวะถอนพิษสุรามักดีขึ้นภายใน 2 สัปดาห์แรก แต่กรณีหยุดเสพยาเสพติดหลัง 2 สัปดาห์แรกจะมีอาการวิตกกังวล กระวนกระวาย หงุดหงิดอย่างมาก ซึ่งจะมีอาการมากที่สุดในช่วงสัปดาห์ที่ 3 และลดลงเหลืออยู่ได้ถึง 1-2 เดือน อย่างไรก็ตามกรณีผู้ดื่มสุราและมีภาวะโรคจิต (alcohol induced psychosis) การวินิจฉัยแยกโรคจาก substance induced psychosis ได้ยาก เพราะล้วนแต่ทำให้เกิดอาการระแวง ก้าวร้าวรุนแรง ต้องอาศัยการซักประวัติอย่างละเอียด ในช่วงของอาการที่เกิดขึ้นว่าใช้สุราหรือสารเสพติดชนิดใด ปริมาณ และเวลาที่ใช้ครั้งสุดท้าย จึงต้องอาศัยการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น การตรวจปัสสาวะหาสารเสพติดในกรณีผู้ป่วยดื่มสุราถูกตรวจระดับแอลกอฮอล์ทางลมหายใจ หรือตรวจเลือดหาเอนไซม์ตับชื่อ GGTP (Gamma-glutamyl transpeptidase)¹⁰² กรณีต้องการความแม่นยำมากขึ้นให้ตรวจหาสารเสพติดทางเส้นผม (2 สัปดาห์หลังใช้) ยกเว้นกัญชา⁴⁸



บุคลิกภาพผิดปกติแบบต่อต้านสังคม (Antisocial Personality Disorder)

ความชุก

ความยากในการวินิจฉัยปัญหาบุคลิกภาพ ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่เกิดขึ้นภายใน และ ฝังรากลึก การขาดทักษะในการจัดการหรือแก้ไขปัญหาชีวิต ทำให้มีปัญหาในเรื่องส่วนบุคคลและปัญหาสังคม ซึ่งอาจเกิดจากการเลี้ยงดูหรือวัฒนธรรมที่เกิดขึ้นที่ทำให้ความรู้สึกเบี่ยงเบนต่างไปจากบุคคลอื่นอย่างชัดเจนทั้งความคิดและความเข้าใจ ทั้ง conduct disorder และ antisocial personality disorder จะมีปัญหาการดื่มสุราในอัตราที่สูงกว่าคนที่ไม่มีปัญหาบุคลิกภาพผิดปกติ⁴⁰ ดังตารางที่ปรากฏด้านล่าง

ตาราง แสดงความชุกของผู้มีปัญหาการดื่มสุราและปัญหาสุขภาพจิตแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยแต่ละรายอาจได้รับการวินิจฉัยโรคมากกว่า 1 โรค

Disorders	Drug services (total = 216)	Alcohol services (total = 62)
Cluster A disorders	3.7%	6.5%
Paranoid	2.7%	4.8%
Schizoid	0.9%	3.2%
Cluster B disorders	30.1%	24.2%
Antisocial	10.2%	11.3%
Emotional unstable-impulsive	15.8%	3.2%
Emotional unstable-borderline	7.7%	9.7%
Histrioni	3.6%	3.2%
Cluster C disorders	13.0%	35.5%
Anankastic	0.9%	3.2%
Anxious	5.0%	27.4%
Dependent	8.1%	16.1%

Table 13c: Prevalence of personality disorders

(Source : Bowder-Jones et al. (2004). Note that individuals may have more than one diagnosis.)

กรอบความเข้าใจในเรื่องปัญหาความรุนแรงของปัญหาบุคลิกภาพ การวินิจฉัยบุคลิกภาพจุดประสงค์ในการรักษาที่เหมาะสม เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการตอบสนองของผู้ป่วยในการรักษา ถึงแม้ว่าจะไม่สอดคล้องหรือถูกต้องตามหลักการวินิจฉัยทางจิตเวชก็ตาม

พยาธิสภาพและสาเหตุ

ในการวินิจฉัยปัญหาบุคลิกภาพที่ผิดปกติ มีความหลากหลายของลักษณะบุคลิกภาพที่ดีหรือไม่ดีบางส่วนที่เกิดขึ้น โดยบุคลิกภาพได้ถูกเปลี่ยนไปตามการเจริญเติบโตของบุคคลนั้น ผนวกกับภาวะความเครียดที่สะสมมากขึ้นและรุนแรงขึ้น สำหรับโรคทางสมอง¹⁰³ แสดงให้เห็นถึงความรุนแรงของโรคทางบุคลิกภาพและความรุนแรงทางโรคจิตเวช พยาธิสภาพทางจิตเวชที่เห็นสัมพันธ์กับปัญหาทางสังคมและการบริการ ทำให้เกิดโรคร่วมกับบุคลิกภาพ โดยเฉพาะแบบ Cluster B ซึ่งส่วนใหญ่จะมีการใช้สารเสพติดร่วมด้วย

ปัจจัยทางด้านอารมณ์

ผู้ติดสุราจะมีอารมณ์แปรปรวนได้ง่ายเช่น วิตกกังวล โกรธ หงุดหงิดง่าย ซึมเศร้า มีปัญหาการนอนไม่หลับ เบื่อหน่าย ท้อแท้ ไม่มีกำลังใจ ขาดความยับยั้งใจ และควบคุมอารมณ์ไม่ค่อยได้ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ที่มีบุคลิกภาพแบบพึ่งพิง (dependence personality) และผู้ที่มีบุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคม (antisocial personality) มีแนวโน้มที่จะดื่มสุรามาก¹⁰³ บุคลิกภาพที่ผิดปกติในการวินิจฉัยร่วมกัน เป็นความเสี่ยงที่จะไม่ได้รับการวินิจฉัยและเป็นจุดสำคัญต่อการรักษา

การวินิจฉัย

บุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคมร่วมกับปัญหาการดื่มสุรา การวินิจฉัยที่ได้มาตรฐานนั้น ควรประเมินเป็นระยะๆ ตั้งแต่หลังหยุดดื่มอย่างน้อย 2-4 สัปดาห์ เพราะระยะเวลานั้น อารมณ์ที่หงุดหงิด ก้าวร้าวจากอาการอยากสุราจะเป็นอาการที่อาจคาบเกี่ยวกับระยะถอนพิษสุรา¹⁰⁴ ทั้งนี้บุคลิกภาพของคนโดยทั่วไปยังต้องอาศัยการสังเกตพฤติกรรม อารมณ์ ความคิด การแก้ไขปัญหา โดยติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 6 เดือน เพื่อให้มั่นใจในการวินิจฉัยและไม่สับสนจากภาวะเมาสุรา ถอนพิษสุรา หรืออารมณ์แปรปรวน เป็นต้น



พฤติกรรมและความคิดฆ่าตัวตาย

ความชุก

จากการศึกษาวิจัยพบว่า ปัญหาติดสุราเป็นสาเหตุของการฆ่าตัวตายประมาณ 1 ใน 4 และผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จประมาณ 9 ใน 10 มีความเจ็บป่วยทางจิตเวชอย่างใดอย่างหนึ่งขณะทำการฆ่าตัวตาย โดยมีสาเหตุสำคัญคือ ภาวะซึมเศร้า และการติดสุรา¹⁰⁵

การทบทวนเอกสารที่ตีพิมพ์ในปี ค.ศ.1991 ถึง 2001 จำนวน 37 การศึกษา ในหลาย ๆ ประเทศพบว่า ในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายมีการดื่มสุราระหว่างร้อยละ 10-73 และผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จพบว่า มีการดื่มสุราระหว่างร้อยละ 10-69¹⁰⁶ และเมื่อติดตามผู้ที่มีการบำบัดปัญหาการดื่มสุราเป็นระยะเวลา 5 ปี (prospective study) พบว่ามีการพยายามฆ่าตัวตายเป็น 7 เท่าของผู้ที่ไม่ดื่มสุราเมื่อเปรียบเทียบอายุที่เท่ากัน¹⁰⁷ การดื่มสุราแม้เพียงระยะสั้น ๆ หรือดื่มจนเกิดภาวะติดสุราล้วนมีผลต่อการเพิ่มความเสี่ยงฆ่าตัวตายแบบหุนหันพลันแล่นมากขึ้นในผู้ป่วยที่เป็นโรคซึมเศร้า มีการศึกษาผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลในฝรั่งเศสพบว่า มีผู้ป่วยมากถึงร้อยละ 40 ที่ดื่มสุราก่อนหน้าการพยายามฆ่าตัวตายเพียงไม่นาน โดยผู้ป่วยกลุ่ม alcohol abuse และ alcohol dependence พบว่ามีพฤติกรรมดื่มสุราเพียงคนเดียวและติดสารเสพติดอื่นร่วมด้วย¹⁰⁸ มีการศึกษาคนที่พยายามฆ่าตัวตายที่รักษาตัวในโรงพยาบาลพบว่า คนที่มีภาวะติดสุรามีโอกาสฆ่าตัวตายสำเร็จสูงกว่าคนที่ไม่มีภาวะติดสุราถึง 75 เท่า และอัตราการตายจากการฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้นตามความเสี่ยงต่อการดื่มสุราที่เพิ่มขึ้นเป็น 2.37 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับประชากรทั่วไป (SMR = 2.37) (95% CI = 1.14-4.37)¹⁰⁹

ในขณะที่อีกการศึกษาหนึ่งพบสูงถึงร้อยละ 90 ของผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จมักเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า โรคจากการดื่มสุราหรือทั้งสองภาวะร่วมกันขณะกระทำการฆ่าตัวตาย¹¹⁰ มีข้อสันนิษฐานว่าผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าและมีประวัติของการติดสุรามักจะมีความคิดทำร้ายตัวเองมากขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่ไม่มีประวัติของการติดสุรา โดยจะไปเพิ่มความเสี่ยงเกี่ยวกับพฤติกรรมฆ่าตัวตายไม่ว่าจะเป็น ความคิดฆ่าตัวตาย ความพยายามฆ่าตัวตาย หรือการตายสำเร็จมากกว่าคนทั่วไป อัตราพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายจะเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนคือ ร้อยละ 5 หากนำทั้งสองกรณีมาวินิจฉัยร่วมกัน แต่เมื่อเทียบกับการวินิจฉัยเพียงอย่างเดียวอย่างใดอย่างหนึ่งคือ เพิ่มเพียงร้อยละ 2¹¹¹

อีกการศึกษาหนึ่งพบว่า โรคซึมเศร้าที่เกิดขึ้นก่อนที่จะเข้าสู่ระยะติดสุรามักสัมพันธ์กับระดับความรุนแรงของความตั้งใจที่จะฆ่าตัวตายมากที่สุด ในขณะที่โรคซึมเศร้าที่เกิดขึ้นในขณะที่หยุดดื่มสุราจะสัมพันธ์กับจำนวนครั้งของการฆ่าตัวตายมากกว่า¹¹²



สำหรับในประเทศไทยพบว่า ประมาณร้อยละ 50 ของการฆ่าตัวตายมีความเกี่ยวข้องกับการใช้สารเสพติด (substance abuse) ในจำนวนดังกล่าวพบผู้ติดสุราประมาณร้อยละ 26¹¹³ และผู้ที่ดื่มสุรามีความเสี่ยงต่อการพยายามทำร้ายตนเอง 3.7 เท่าของกลุ่มอื่น¹¹⁴ และยังพบว่า ผู้มีความผิดปกติของพฤติกรรมการดื่มสุรามีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายสูงเป็น 1.7 เท่าของคนที่ไม่ดื่ม และผู้หญิงมีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายสูงกว่าผู้ชาย ส่วนผู้ชายที่ติดสุรามีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายสูงกว่าคนที่ดื่มแบบอันตราย แต่กลับพบว่า ในเพศหญิงที่ดื่มสุราแบบอันตรายกลับมีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายสูงกว่าผู้หญิงที่ติดสุรา ส่วนผู้ติดสุราพบความชุกของความเสี่ยงการฆ่าตัวตายเป็นร้อยละ 12.0²

พยาธิสภาพและสาเหตุ

การศึกษาทางระบาดวิทยาและข้อมูลทางคลินิกชี้ให้เห็นว่าพฤติกรรมฆ่าตัวตายในผู้ป่วยติดสุรา (alcohol dependence) มีอัตราสูงขึ้นในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายซึ่งมีลักษณะดังนี้ อายุน้อย สถานภาพโสด แยกหรือหย่า มีประวัติโรคทางจิตเวช และเคยพยายามฆ่าตัวตายมาก่อน มีการใช้สารเสพติดอื่น มีเหตุการณ์เครียดในชีวิต มีปัญหาสัมพันธภาพ ไม่มีแหล่งสนับสนุนทางสังคม อาศัยอยู่คนเดียว มีอารมณ์ด้านลบ ขาดความหวัง มีโรคทางกาย และมีความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงานหรือคู่ชีวิตไม่ดี ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ล้วนสัมพันธ์กับพฤติกรรมฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรัง¹¹⁵

ผู้ที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายนั้น ส่วนใหญ่มักมีปัญหาการดื่มสุราและใช้สารเสพติด และยังพบว่าบุคคลดังกล่าวได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมาธิสั้นและใช้สารเสพติดร่วมด้วย¹¹⁶

การศึกษาวิจัยในหลายๆ ประเทศพบว่า กลไกที่ทำให้ผู้ป่วยเมาสุราทำร้ายตัวเองเกิดจากอารมณ์ซึมเศร้าและความรู้สึกสิ้นหวังเป็นแรงกระตุ้นมากขึ้นขณะที่เมาสุรา นอกจากนี้การดื่มสุรายังทำให้เกิดการเสื่อมถอยทางสังคมมากขึ้น เช่น การว่างงาน หนี้สิน การแยกตัวจากสังคม ปัญหาทางด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งนำไปสู่การฆ่าตัวตายที่มากขึ้น¹⁰⁶

1. ปัจจัยด้านพันธุกรรม

การศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ผู้ที่มีปัญหาติดสุรามักสัมพันธ์กับพฤติกรรมก้าวร้าวและการทำร้ายตัวเอง ซึ่งปัจจัยทางพันธุกรรมอาจมีส่วนเกี่ยวข้องโดยเฉพาะ ปัจจัยทางพันธุกรรมของสารสื่อประสาท serotonin, norepinephrine และ dopamine โดยมีเอนไซม์ที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการเปลี่ยนแปลงสารสื่อประสาทเหล่านี้คือ catechol-O-methyl transferase (COMT) มีสมมติฐานว่าความแตกต่างทางพันธุกรรมของการทำงานของเอนไซม์นี้อาจมีผลต่อพฤติกรรมก้าวร้าวและการทำร้ายตัวเองในผู้ป่วยที่ดื่มสุราได้



โดยการศึกษาี้คัดเลือกจากอาสาสมัครที่มีภาวะติดสุราพบว่า ผู้ที่มียีน Met allele ของเอนไซม์ COMT มีส่วนเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมก้าวร้าวและทำร้ายตัวเองที่มากกว่ากลุ่มที่ไม่มียีน Met allele ของเอนไซม์ COMT นี้ ไม่ว่าจะให้การวินิจฉัยโรคทางจิตเวชใด ผลการศึกษานี้อาจพัฒนาต่อไปในอนาคตโดยการใช้ยีน Met allele ของเอนไซม์ COMT เป็นดัชนีชี้วัดความเสี่ยงการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยติดสุราได้ต่อไป¹¹⁷

2. ปัจจัยด้านสารสื่อประสาท

มีหลายการศึกษาบ่งชี้ว่า ความหุนหันพลันแล่นและความก้าวร้าว นั้นสัมพันธ์กับพฤติกรรมฆ่าตัวตายซึ่งเกี่ยวข้องในผู้ป่วยติดสุรา โดยอธิบายจากระดับสาร serotonin ที่ลดระดับลงในผู้ป่วยที่ติดสุรา ทำให้เกิดระดับความก้าวร้าวและความหุนหันพลันแล่นมากขึ้น¹¹⁸

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีสารสื่อประสาทหลักที่เกี่ยวข้องระหว่างการดื่มสุราและการฆ่าตัวตาย ได้แก่ GABA serotonin glutamate และมีสารสื่อประสาทที่อาจจะเกี่ยวข้องระหว่างการดื่มสุราและการฆ่าตัวตาย ได้แก่ dopamine noradrenaline¹⁰⁵

3. ปัจจัยด้านกายวิภาคสมอง

การศึกษาพบว่าภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวลพบได้บ่อยในผู้ที่ติดสุรา ซึ่งสุราอาจจะไปมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของสมองที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับอารมณ์ เช่น อะมิกดาลา (amygdala) และฮิปโปแคมปัส (hippocampus) ที่มีส่วนสัมพันธ์กับการเกิดโรคซึมเศร้า¹¹⁹

4. ปัจจัยทางด้านจิตใจ

• การเพิ่มความกดดันทางจิตใจ

ในผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จที่ดื่มสุราและใช้สารเสพติดก่อนฆ่าตัวตาย มักพบว่า มีปัจจัยที่กดดันภาวะจิตใจนำร่องมาก่อน เช่น การสูญเสียหรือทะเลาะเบาะแว้งกับบุคคลใกล้ชิด สุขภาพทรุดโทรม เกิดความเครียดจากงานและการเงิน ประสิทธิภาพในการทำงานต่ำ และมีปัญหาทางจิตสังคม^{115 120, 121}

• ความก้าวร้าว ความหุนหันพลันแล่น

พบว่าปัจจัยเสี่ยงสูงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังคือ ความก้าวร้าวและความหุนหันพลันแล่น การดื่มสุราทำให้พฤติกรรมก้าวร้าวมากขึ้น รวมถึงการพยายามฆ่าตัวตายซึ่งเป็นการก้าวร้าวต่อตัวเอง มีการศึกษาในวัยรุ่นพบว่าผู้ป่วยที่เป็นทั้งโรคติดสุราและภาวะซึมเศร้าที่พยายามหรือฆ่าตัวตายสำเร็จมีระดับของความก้าวร้าวและความหุนหันพลันแล่นสูงอย่างมีนัยสำคัญ เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่ไม่มีโรคดังกล่าว¹²³



นอกจากนี้การดื่มสุราเป็นการกระตุ้นให้ความคิดฆ่าตัวตายนำไปสู่การกระทำ เพราะการดื่มสุราหรือสารเสพติดจะทำให้ความยับยั้งชั่งใจลดลง โดยเฉพาะในผู้ที่มีความคิดฆ่าตัวตายอยู่แล้ว

- **ความรู้สึกลิ้นหวัง (hopelessness)**

มีการศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างหญิงในโรงพยาบาล 80 คน ซึ่งมีประวัติใช้สุรา แบ่งเป็นคนที่พยายามฆ่าตัวตาย 51 คน กลุ่มควบคุม (ไม่มีประวัติพยายามฆ่าตัวตาย) 29 คน พบว่าความรู้สึกลิ้นหวัง (hopelessness) เป็นปัจจัยที่เพิ่มความเสี่ยงของผู้หญิงในกลุ่มที่มีประวัติดื่มสุราให้ฆ่าตัวตายเพิ่มมากขึ้น¹²³

5. ปัจจัยด้านครอบครัวและประสบการณ์ในวัยเด็ก

มีการศึกษาปัจจัยเสี่ยงของการพยายามฆ่าตัวตายในผู้ป่วยที่ติดสุราจำนวน 499 ราย เป็นเพศหญิง 198 ราย พบว่าปัจจัยด้านเพศ ประวัติครอบครัวฆ่าตัวตาย และการโดนกระทำทางเพศในวัยเด็กเป็นปัจจัยเสี่ยงในการพยายามฆ่าตัวตาย¹²⁴ อีกการศึกษาหนึ่ง ที่ทำการศึกษากลุ่มตัวอย่างหญิงในโรงพยาบาล 80 คน ซึ่งมีประวัติดื่มสุรา แบ่งเป็นคนที่พยายามฆ่าตัวตาย 51 คน และกลุ่มควบคุม (ไม่มีประวัติพยายามฆ่าตัวตาย) 29 คน พบว่าคนที่มีบาดแผลทางจิตใจในวัยเด็ก (childhood trauma) มักมีการพยายามฆ่าตัวตายมากกว่าและนำไปสู่การดื่มสุราที่มากกว่าด้วย¹²⁵

6. ปัจจัยด้านโรคร่วมทางจิตเวช

ภาวะโรคจิต โรคความผิดปกติของอารมณ์ โรควิตกกังวล รวมไปถึงความอ่อนไหวต่อความเครียดอาจเพิ่มความเสี่ยงของพฤติกรรมฆ่าตัวตายในผู้ป่วยสุรา¹²⁶ มีหลายงานวิจัยที่สนับสนุนว่าความเสี่ยงการฆ่าตัวตายจะยิ่งเพิ่มมากขึ้นอย่างชัดเจนหากมีทั้งโรคซึมเศร้าและการใช้สุราร่วมด้วย¹²³ ความสัมพันธ์ระหว่างการดื่มสุรา การฆ่าตัวตาย และโรคทางจิตเวชโดยวิธี meta-analysis จำนวน 32 งานวิจัยพบว่า ในผู้ที่ทำการฆ่าตัวตายจำนวน 50 รายได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น alcohol use disorder เป็นวินิจฉัยหลักร้อยละ 23 และได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคร่วมจิตเวชอื่นๆ ถึงร้อยละ 37 ซึ่งสนับสนุนอีกการศึกษาหนึ่งพบว่า ผู้ที่กระทำการฆ่าตัวตายเป็นจริงนั้นมีจำนวนสูงถึงร้อยละ 85 พบว่ามีโรคซึมเศร้าและ/หรือการดื่มสุราเป็นโรคร่วม¹⁰² หากศึกษาเปรียบเทียบในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย และในผู้ที่ฆ่าตัวตายเป็นจริงพบว่า ผู้ที่ฆ่าตัวตายเป็นจริงมักมีโรคซึมเศร้าอย่างรุนแรงและความรู้สึกผิดมากกว่าร่วมด้วย¹¹⁸



บางการศึกษาบ่งชี้ว่าภาวะซึมเศร้าส่งเสริมให้เกิดการดื่มสุรา และนำไปสู่ภาวะฆ่าตัวตาย ในขณะที่บางการศึกษากลับบ่งชี้ว่าการดื่มสุรานั้นทำให้เกิดอาการของภาวะซึมเศร้า และภาวะฆ่าตัวตายตามมาโดยเฉพาะในวัยรุ่น¹¹⁹ ดังนั้นผู้ป่วยที่มีภาวะเสพติดสุราหรือภาวะซึมเศร้า ควรได้รับการตรวจหาอาการของโรคทางจิตเวชอื่นๆ และภาวะความเสี่ยงการฆ่าตัวตายร่วมด้วย¹²²

การติดสุราสัมพันธ์กับการเพิ่มอัตราการตายในผู้ป่วย bipolar disorder¹ อย่างชัดเจน โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีการเกิดโรคตั้งแต่อายุน้อยมากๆ ส่วนการศึกษาในประเทศตุรกีในผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 300 คน ซึ่งมีประวัติการพยายามฆ่าตัวตายมีภาวะการติดสุราร่วมด้วยในปริมาณมากกว่าคนที่ไม่มีประวัติการพยายามฆ่าตัวตายอย่างชัดเจน นอกจากนี้ยังมีบางการศึกษาพบว่าผู้ที่ดื่มสุราซึ่งพยายามฆ่าตัวตายมีอาการตื่นตระหนกง่าย (panic) มากกว่าคนปกติ¹⁰⁴



ผลกระทบจากโรคร่วมทางจิตเวช

อาการทางจิตเวชกำเริบ

การดื่มสุราเป็นระยะเวลานานๆ จนทำให้ติดสุรา ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ มีผลต่อสมองทำให้มีอาการปลาบปล้ำมีความสุขเกินความจริง และลดการควบคุมตัวเอง ทำให้แสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม¹²⁶ ผู้ป่วยจิตเวชเมื่อดื่มสุราเป็นระยะเวลานาน จะส่งผลทำให้สมองเกิดการเปลี่ยนแปลงการทำงานและเกิดอาการทางจิตเพิ่มขึ้น ประสิทธิภาพในการรักษาต่ำ⁷⁶ มีอาการแย่ลง หลังจากการใช้สารเสพติด¹²⁴

ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนที่มีการดื่มสุราด้วยมีการทุเลาหรือหายจากอาการป่วยช้ากว่าปกติ อาการกำเริบบ่อยขึ้น อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย และเกิดอาการ mania ได้ง่ายกว่าปกติ¹⁹ ความรุนแรงของอาการและระยะเวลาการแสดงอาการนานขึ้น และทำให้ความร่วมมือในการรักษาลดลง มักเกิดเป็นโรคอารมณ์แปรปรวนชนิดผสม เริ่มเกิดโรคอารมณ์แปรปรวนตั้งแต่อายุน้อย เป็นโรคอารมณ์แปรปรวนชนิดติดต่อยาลิเทียม และมีภาวะแทรกซ้อนฆ่าตัวตายสูง⁵⁵ ผู้ป่วยจิตเภทเมื่อดื่มสุราไปนานๆ มีผลทำให้สมองเกิดการเปลี่ยนแปลงการทำงานและเกิดอาการทางจิตเพิ่มขึ้นทำให้ประสิทธิภาพในการรักษาต่ำ⁷⁶ มีอาการทางจิตแย่ลงหลังดื่มสุราหรือสารเสพติด¹²⁴ รวมทั้งมีภาวะไร้บ้าน และมีอัตราการป่วยซ้ำและกลับเข้ารับรักษาซ้ำในโรงพยาบาลสูง⁷⁶

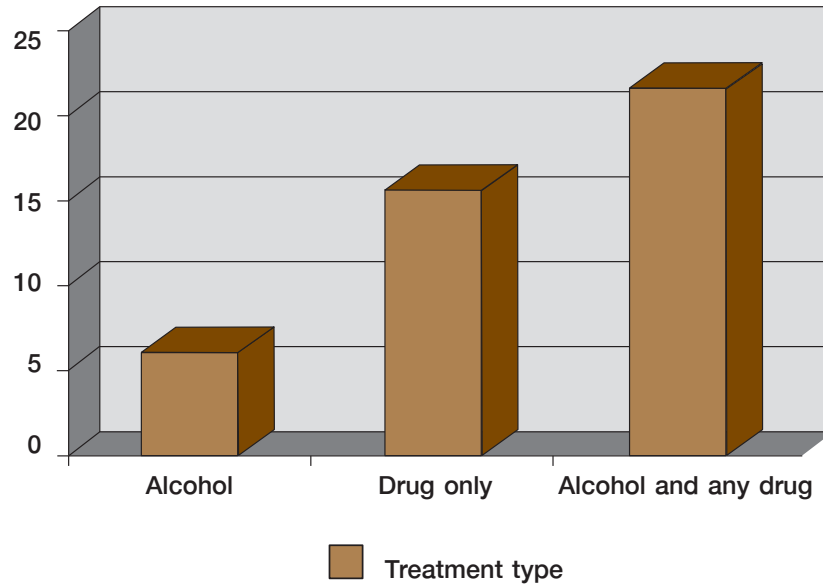
ขาดความต่อเนื่องในการบำบัดรักษาและติดตามทั้งสุราและโรคจิตเวช

การดื่มสุราเพื่อบรรเทาอาการทางจิต เนื่องจากรับประทานยาทางจิตเวชไม่ต่อเนื่อง การศึกษาพบว่าสาเหตุที่ผู้ป่วยจิตเวชกลับมาป่วยซ้ำมากที่สุดคือ การใช้สารเสพติดร่วมด้วย¹²⁵ และพบว่าผู้ป่วยที่เริ่มดื่มสุราหรือใช้สารเสพติดนั้นๆ จะกลายเป็นผู้ติดสุราได้เร็วขึ้น เนื่องจากผู้ป่วยมารับยาไม่ต่อเนื่อง การรับการบำบัดจนครบกระบวนการรักษาน้อยลง อัตราการนอนโรงพยาบาลสูง พบพฤติกรรมการณ์ฆ่าตัวตายสูงขึ้น ผู้ป่วยอยู่ในสังคมหรือทำงานได้ยากขึ้น ผู้ป่วยมีช่วงที่อาการดีขึ้นในระยะเวลาที่สั้นลง และผู้ป่วยสุรามากกว่าร้อยละ 40 มีโรคจิตเวชร่วม 3 อย่างขึ้นไป^{21, 29}



ต้องการการบำบัดรักษามากขึ้น

รูปแผนภูมิที่ 1 แสดงวิธีการรักษาผู้ป่วยสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวช⁵



จากการสำรวจข้อมูลการรักษาผู้ป่วยสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชพบว่า ในระยะเวลา 12 เดือนพบผู้ป่วยสุราที่มีปัญหาใช้สารเสพติดด้วยนั้นมาเข้ารับการรักษามากถึง ร้อยละ 21.76 รองลงมาคือ ผู้ป่วยที่มีปัญหาการใช้สารเสพติดเพียงอย่างเดียวเข้ารับการรักษาร้อยละ 15.63 และผู้ติดสุราเข้ารับการรักษาน้อยที่สุดคิดเป็นร้อยละ 6.06 จากแผนภูมินี้แสดงว่า การดื่มสุราร่วมกับการใช้สารเสพติด อาจทำให้เกิดปัญหาตามมาอย่างรุนแรง จึงทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้แสวงหาการรักษาเพิ่มขึ้นกว่าผู้ป่วยกลุ่มอื่น

ทั้งนี้การเข้ามารับการรักษา ขึ้นอยู่กับบุคลิกภาพของผู้ป่วย มีข้อมูลทางวิชาการพบว่า ประมาณการว่าร้อยละ 80 ของผู้มีปัญหาในการดื่มสุราเข้ารับบริการรักษาจะมีประสบการณ์อาการทางคลินิกที่สำคัญได้บ่อยครั้ง⁵ ได้แก่ โรคผิดปกติทางอารมณ์ วิดกกังวล ซึมเศร้า และนอนไม่หลับ ผู้ป่วยที่มีความรุนแรงมากโดยมีการทำร้ายตนเอง ความรู้สึกสิ้นหวัง เป็นสาเหตุที่ควรจะต้องตระหนัก การใช้ยาที่ไม่เหมาะสมทำให้เกิดอันตรายได้

ผลการศึกษา National survey of mental health and wellbeing ในปี ค.ศ.2007 แสดงให้เห็นถึงการใช้บริการสุขภาพ พบว่าผู้ที่อยู่ในกลุ่มโรคความผิดปกติทางอารมณ์ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา จะใช้บริการสุขภาพมากกว่าผู้ที่อยู่ในกลุ่มโรควิตกกังวลหรือกลุ่มความผิดปกติพฤติกรรมเสพติด ในผู้ที่อยู่ในกลุ่มโรคความผิดปกติทางอารมณ์นั้นมีเพียงร้อยละ 45 ที่ใช้บริการสุขภาพด้านจิตเวช ร้อยละ 80 เข้ารับบริการกับแพทย์เวชปฏิบัติ¹²⁷ ในกรณีของโรคร่วมพบว่า ผู้ที่มีโรคร่วมตั้งแต่สองโรคขึ้นไปเท่ากับร้อยละ 52 จะใช้บริการสุขภาพด้านจิตเวชเพิ่มมากขึ้น 2 เท่ากว่าผู้ที่มีเพียงโรคเดียวหรือเท่ากับร้อยละ 23 และผู้ที่มีโรคจิตเวชร่วมจากต่างกลุ่มเท่ากับร้อยละ 57 จะใช้บริการสุขภาพมากกว่าผู้ที่มีโรคจิตเวชร่วมกลุ่มเดียวกันเท่ากับร้อยละ 43 รวมถึงมีเพียงหนึ่งในสี่หรือเท่ากับร้อยละ 24 ของผู้ที่มีโรคร่วมจากต่างกลุ่มที่ได้พบนักจิตวิทยาเพื่อการรักษาปัญหาสุขภาพจิต

ขาดแรงจูงใจในการเลิกสูราอย่างแท้จริง

การที่บุคคลไม่สามารถเปลี่ยนแปลงการติ่มสูราได้มีปัจจัยหลายอย่าง ได้แก่

- **อาการอยากสูรา** เป็นอาการที่ผู้ติดสูราไม่สามารถอดทนต่ออาการถอนพิษสูราได้ ไม่สามารถแข็งใจที่จะปฏิเสธการติ่มสูราได้ หรือแพ้ใจตัวเอง ใจอ่อน เพราะอาการอยากเป็นความต้องการด้านจิตใจที่เกิดจากความคิด และความเชื่อที่ว่าถ้าได้ติ่มสูราจะทำให้รู้สึกหายเหนื่อย หายปวดเมื่อย และคลายความเครียด¹²⁸

- **ความตระหนักถึงผลเสียของการติ่มสูรา** การปฏิบัติตัวของมนุษย์มีอิทธิพลมาจากความเชื่อด้านสุขภาพคือ ความคิดที่จะเลิกติ่มสูราหรือหลีกเลี่ยงการเป็นโรคเพื่อสุขภาพของตนเองโดยด้านการรับรู้ 4 ด้านได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมการเลิกติ่มสูรา และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมการเลิกติ่มสูรา¹²⁸

- **อาการของโรคจิตเวช** ความเจ็บป่วยที่มีผลต่อพฤติกรรม อารมณ์ ความคิด ก่อให้เกิดความเครียดทั้งร่างกายและจิตใจ ทำให้ผู้ป่วยท้อถอย แม้ผู้ป่วยมีความตั้งใจและมีแรงจูงใจในการเลิกสูรา ปัญหาต่างๆ กลับเพิ่มทวีคูณขึ้น ทำให้แรงจูงใจในการเลิกลดลง หรือ Reduced motivation¹³⁰ จนมีโอกาสกลับไปติ่มสูราซ้ำสูง แม้ให้การบำบัดช่วยเหลือแล้ว ผู้ป่วยยังกลับไปติ่มซ้ำจนเกิดปัญหารุนแรงกลับมา เนื่องจากผู้ป่วยมีโรคจิตเวชร่วมที่ยังไม่ได้รับการวินิจฉัยหรือรับการรักษาอย่างเต็มที่⁷⁶



ศักยภาพการทำงานต่ำลง

ผู้ป่วยที่มีปัญหาแทรกซ้อนทางจิตใจที่เกิดขึ้นและมีปัญหาการตีตรา ทำให้ขาดทักษะในการแก้ปัญหาของตัวเองและทักษะทางสังคม¹³¹ จากการศึกษา NCS ในสหรัฐอเมริกา พบว่าประชากรมากกว่าครึ่ง หรือร้อยละ 53.4 ที่มีปัญหาสุขภาพจิต หรือสุขภาพกาย โดยในกลุ่มนี้มีความบกพร่องในวันที่สามารถทำงานได้ (role disability day) ถึง 32.1 เท่าเมื่อเทียบกับกลุ่มประชากรเทียบเคียงกัน ประเมินการเป็นความสูญเสียถึง 3.6 พันล้านเหรียญสหรัฐ โดยโรคทางกล้ามเนื้อและโรคซึมเศร้ามีผลต่อความบกพร่องมากที่สุด ปัญหาสุขภาพจิตทำให้เกิดความบกพร่องในวันทำงานมากเกินครึ่งหนึ่งกว่าปัญหาสุขภาพกาย

การทำงานแย่งลง ผู้ป่วยบางราย เมื่อใช้สุราและสารเสพติด ส่งผลให้เกิดอาการทางจิตมากขึ้น จนนำไปสู่การป่วยซ้ำ ทำให้การคิดและความจำเสื่อมลงหรือ Cognitive impairment¹³⁰ การด้อยประสิทธิภาพในการทำงานและการปรับตัว มีภาวะไร้บ้านและกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลสูง⁷⁶

จากภาพรวมทั้งหมดพบว่า ภาวะโรคร่วมส่งผลให้เกิดปัญหาการดำเนินของโรคที่รุนแรง เรื้อรังขึ้น มีผลต่อความร่วมมือของความร่วมมือต่อการรักษาอีกด้วย จนเพิ่มอัตราการกลับป่วยซ้ำ เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ทำให้ต้องการบริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน⁸⁵ และบริการสุขภาพโดยรวมมากขึ้น ทั้งนี้ปัญหาในครอบครัว ความสัมพันธ์กับผู้อื่นแย่งลง การหย่าร้างสูงขึ้น ปัญหาการเรียน การว่างงาน และการสูญเสียหน้าที่สำคัญต่างๆ มากขึ้น ทำให้มีปัญหาการเงิน ส่วนในทางสังคมนั้น เช่น ด้านกฎหมาย เศรษฐกิจ การไร้ที่อยู่อาศัย¹³² ที่สำคัญภาวะโรคร่วมยังมีส่วนต่อการคิดต้นทุนค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ซึ่งในประเทศไทย เดิมใช้ระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnosis related group: DRG) และเมื่อนำมาใช้กับกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชพบว่า มีจุดอ่อนหลายประการ เป็นต้นว่า การที่ DRG ไม่สะท้อนการใช้ทรัพยากรการรักษาผู้ป่วยในจิตเวชได้ดีเท่าที่ควร การจัดสรรงบประมาณผู้ป่วยจิตเวชแยกออกมาต่างหากจากกลุ่มโรคอื่นๆ โดยวิธีการจัดกลุ่มโรคร่วมทางจิตเวช ด้วยการใช้เครื่องมือทางจิตเวชประเมินลักษณะและระดับอาการทางจิตของผู้ป่วย จัดกลุ่มผู้ป่วยที่มีลักษณะและระดับอาการทางจิตที่คล้ายคลึงกันเข้าไว้ในกลุ่มเดียวกัน พบว่าวิธีนี้สามารถนำมาใช้เป็นเครื่องมือในการจัดสรรงบประมาณรักษาพยาบาลผู้ป่วยในจิตเวชได้ดีกว่าระบบการจัดสรรงบประมาณแบบเดิม



การดูแลรักษาแบบบูรณาการ (Treatment Integration)

ผู้มีปัญหาการติดสุราและสารเสพติด (Alcohol and Other Drugs; AOD) ที่มีโรคร่วมทางจิตเวช (co-occurring disorder; COD) มักมีปัญหายุ่งยากซับซ้อนและผลลัพธ์การรักษาต่ำ การดูแลที่เหมาะสมควรให้การรักษแบบผสมผสาน การรักษาที่มีความยุ่งยากและมีผู้ป่วยหลายรายที่ให้ผลลัพธ์ในการรักษาต่ำ¹³² อีกทั้งยังมีค่าใช้จ่ายสูงและระยะเวลาในการรักษานานกว่าผู้ป่วยอื่น¹³³

งานวิจัยหลายเรื่องที่ทำการศึกษาเกี่ยวกับการบำบัดผู้ป่วยสุราที่มีโรคร่วม บ่งชี้ว่าการบำบัดแบบบูรณาการ (Integrated treatment) ทำให้ผลลัพธ์ในการรักษาดีขึ้นโดยเฉพาะผู้ป่วยสุราที่มีโรคร่วม^{134, 135, 136, 137} พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ประมาณหนึ่งในสี่ถึงหนึ่งในสองมีความต้องการการบำบัดปัญหาสุรา^{19, 138, 139, 140, 141}

ความแตกต่างระหว่างผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตและผู้ปฏิบัติงานด้านสุราและสารเสพติดคือ ความเชื่อ การฝึกทักษะ พฤติกรรมและแนวคิด การบำบัดรักษา กล่าวคือผู้ปฏิบัติงานทางด้านจิตเวทยังคงมีการถกเถียงปัญหาจากการติดสุราและสารเสพติด เกี่ยวกับอาการและปัญหามายในจิตใจ และแนวทางการรักษาที่เหมาะสม มีความพยายามที่จะจัดลำดับความสำคัญและรวบรวมแนวทางในการรักษาผู้ติดสุราและสารเสพติดให้ถูกต้องตามหลักการและมีความเหมาะสม แต่มีปัญหาคาดแหล่งองค์ความรู้ที่ดี ในขณะเดียวกันผู้ปฏิบัติงานด้านผู้ติดสุราและสารเสพติดก็ยังไม่เห็นด้วยต่อการรักษาทางจิตเวชเกี่ยวกับการวินิจฉัยที่เหมาะสมและการรักษาที่ต่อเนื่อง¹¹ รูปแบบสถานบริการสุขภาพส่วนใหญ่ที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคร่วมทางจิตเวชและสารเสพติด (Typical Location of Services for Different Co-occurring Populations) ตามความรุนแรงของอาการแบ่งเป็น 4 ส่วนที่แสดงในแผนภาพหน้า 48¹⁷

ปัญหาเหล่านี้ยังคงมีอยู่อย่างต่อเนื่องในระบบการดูแลสุขภาพในอเมริกา จากการสำรวจครัวเรือนแห่งชาติเมื่อไม่นานมานี้พบว่า มีเพียงร้อยละ 12 ของผู้ที่ป่วยทั้งโรคทางกายและปัญหาการติดสารเสพติดที่ได้รับการบำบัดรักษาทั้งสองปัญหา¹⁴² งานวิจัยในปัจจุบันจึงมักกล่าวถึงการบูรณาการงานบริการสุขภาพจิตกับการบำบัดผู้มีปัญหาสุราและสารเสพติดในระดับคลินิก¹⁴³

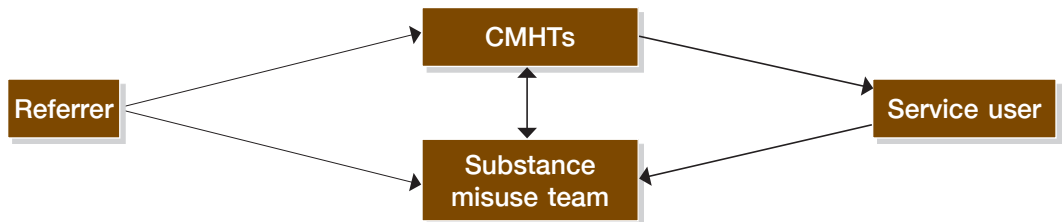


แผนภูมิแสดงรูปแบบต่างๆ ของการบริการผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชและสารเสพติด

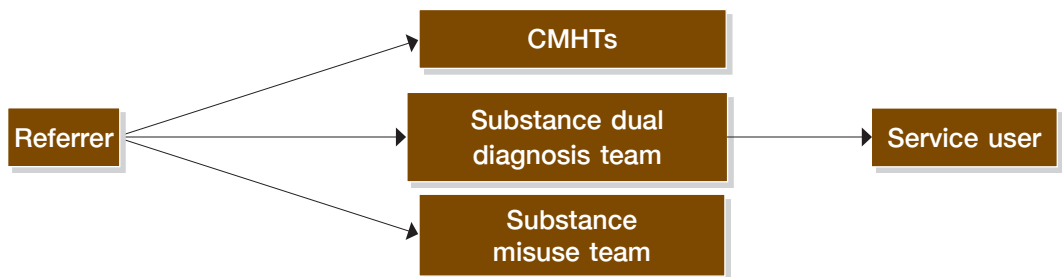
Serial model



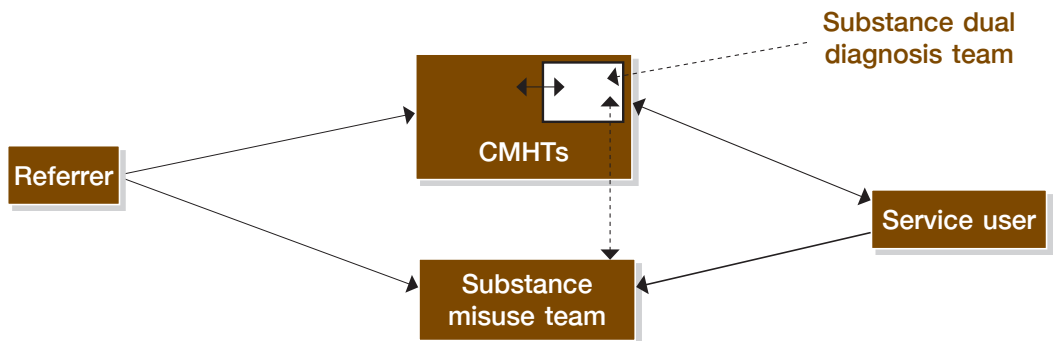
Parallel model



Integrated and dedicated model



Shared care model



หมายเหตุ CMHT: Crisis Mental Health Teams หน่วยบริการฉุกเฉินในพื้นที่
(จาก The Sainsbury Centre for Mental Health)

การบูรณาการการบำบัดรักษา

เป็นแนวคิดเชิงระบบที่เกิดขึ้นเมื่อปี ค.ศ.1980 จากการสังเกตว่าผู้ป่วยที่มีโรคร่วมในสหรัฐอเมริกา จะได้รับการบำบัดรักษาทั้งปัญหาสุขภาพจิตและการติดยาเสพติดเป็นจำนวนที่สูงมาก ภายใต้สถานการณ์ที่ระบบของการบริการที่เป็นอยู่นั้นแยกกันอย่างคู่ขนานและต่างคนต่างรักษา¹⁴⁴ ผู้รับบริการมีแนวโน้มที่จะถูกส่งให้เข้ารับบริการในระบบใดระบบหนึ่ง และบางครั้งก็เกิดการเกี่ยงให้เข้ารับบริการไปอีกระบบซึ่งเห็นได้ว่าเป็นมุมมองการรักษาทางเดียว ถึงแม้ผู้ป่วยได้รับการบำบัดรักษาในทั้งสองโรค การบำบัดรักษาที่ได้รับก็มักไม่สอดคล้องกันหรือไปด้วยกันไม่ได้ งานวิจัยเรื่องการบูรณาการการบำบัดรักษายังคงมีการขยายตัวอย่างต่อเนื่อง และจากผลการทบทวนบทความทางวิชาการได้รวบรวมไว้อยู่ในกลุ่มการบำบัดที่ได้ผลลัพธ์ดีเยี่ยม^{135, 145, 146}

ความจำเป็นในการบูรณาการการบำบัดรักษานั้นต้องให้ความสนใจสองประการ คือ

1. พัฒนาการเข้าถึง ทั้งการบริการด้านสุขภาพจิตและการบำบัดสารเสพติดในสถานบำบัดเดียวกัน

2. การพัฒนารูปแบบการดูแลทางคลินิกให้เหมาะสมกับแต่ละบุคคลโดยมีการผสมผสานประยุกต์วิธีการบำบัดรักษา เพื่อการจัดการปัญหาทั้งสองประการอย่างมั่นใจ และช่วยแบ่งภาระการบำบัดร่วมกับผู้ป่วย การบำบัดรักษาที่มีอยู่ในปัจจุบัน มีทั้งการให้คำปรึกษารายบุคคล การบำบัดรักษาแบบกลุ่ม หรือวิธีการอื่นๆ ต่างก็มุ่งเน้นทั้ง 2 ประการของการบูรณาการทางคลินิกรวมเข้าไว้ด้วยกันได้

อุปสรรคของการบูรณาการ คือการมีหลักสูตรการบำบัดที่หลากหลายมากมาย ปัญหาด้านค่าใช้จ่าย ขาดการฝึกอบรมความเชี่ยวชาญทั้งปัญหาการบำบัดทางจิตเวชและสารเสพติดไปด้วยกัน¹⁴⁷ ซึ่งต่อมาในหลายสถาบันได้มีการออกนโยบายและริเริ่มโครงการฝึกอบรมที่พยายามจะแก้ไขอุปสรรคเหล่านี้^{17, 148, 149} นอกจากนี้ยังพบปัญหาที่สำคัญได้แก่

- การตรวจคัดกรองและการส่งต่อ **ไม่เป็นระบบ ไม่ครอบคลุม และไม่ตรงกับปัญหาที่แท้จริง** พบว่าการรักษาเชิงจิตเวชศาสตร์ไม่ได้วินิจฉัยหรือคัดกรองระดับแอลกอฮอล์และในขณะที่การบำบัดสารเสพติดมิได้ซักประวัติค้นหาปัญหาทางจิตเวชซึ่งนำไปสู่การรักษาที่ขาดความเข้าใจ รวมทั้งการขาดทักษะและเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผู้ป่วย ส่งผลให้การส่งต่อผู้ป่วยไปยังผู้ดูแลรายใหม่ที่มีความเชี่ยวชาญมากกว่ามากขึ้นทำให้เกิดความไม่ต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้



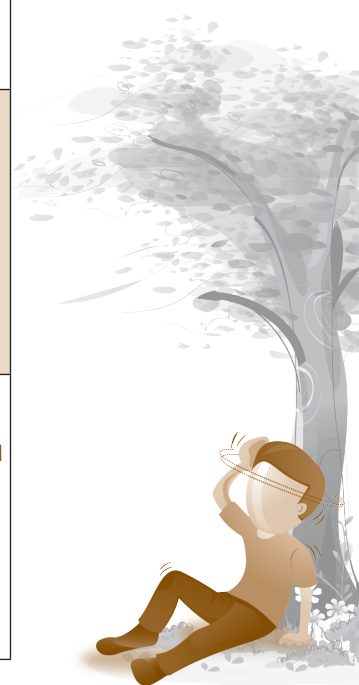
- การบำบัดรักษาด้านจิตสังคม ขาดการพัฒนาและประเมินอย่างต่อเนื่อง นับแต่มีการเห็นปัญหาของการเกิดโรคร่วมระหว่างความเจ็บป่วยทางจิตรุนแรงกับการติดสุราในปี ค.ศ.1980 อย่างไรก็ตามในปลายปี ค.ศ.1980 กลับพบว่าการศึกษาเกี่ยวกับการบำบัดรักษาส่วนใหญ่ ไม่มีความสัมพันธ์กันหรือไม่สอดคล้องกับบริบท¹⁴⁴ แม้การศึกษาในระยะ 10 ปีถัดมาจะถูกออกแบบให้มีการวิจัยประเมินการบำบัด ยังพบว่าการศึกษาที่มีการเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมยังมีจำนวนน้อยมาก¹⁵⁰ ซึ่งได้มีการศึกษาที่มีกลุ่มควบคุมมากขึ้นในปี ค.ศ.2007

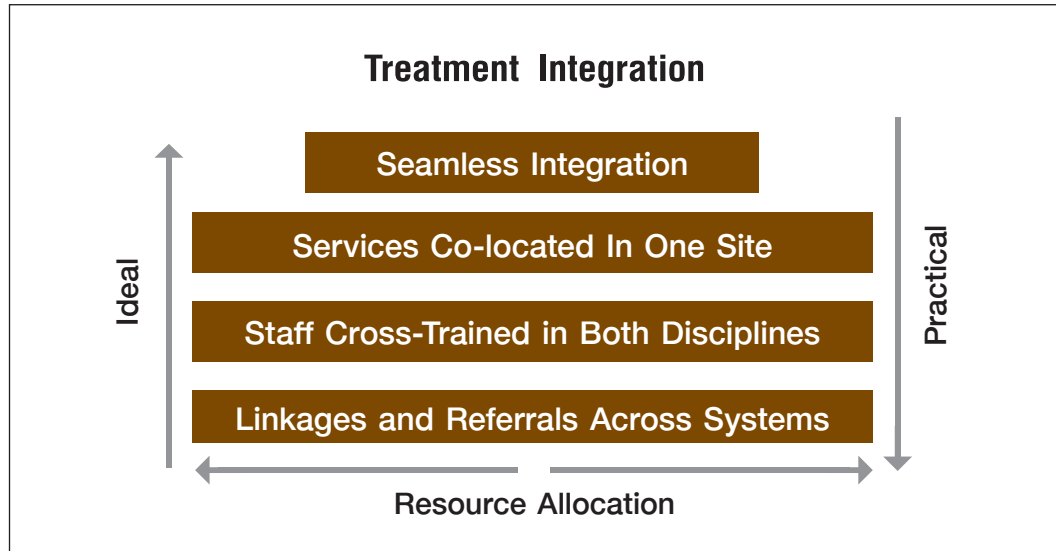
การพยายามจัดระบบการบริการตามความพร้อมของสถานบริการสุขภาพกับความรุนแรงของปัญหาในการบำบัด¹⁵¹ ดังต่อไปนี้



รูปแบบของระบบการดูแลบำบัดรักษา การประสานงาน ระบบการดูแล โรคจิตเวชและสารเสพติด

Treatment Model	ความหมาย	ลักษณะ
Serial or Sequential or Consecutive Treatment (การดูแลแยกกันเป็นส่วนๆ คนละหน่วยบริการ)	ให้การรักษาทีละโรค แยกทีมผู้รักษา โดยจำแนกประเภทความรุนแรงตามอาการของโรค ที่มารับการบำบัดรักษา ในโรงพยาบาล	• ได้ผลดีในโรครอง • ไม่มีการสื่อสารระหว่างหน่วยบริการ • ยังหาข้อสรุปได้ไม่ชัดเจน เรื่องการรักษา • ขาดความเชื่อมโยงในการรักษา
Parallel Treatment (การดูแลแบบคู่ขนานระหว่างสองส่วนไปพร้อมกัน แต่คนละหน่วยบริการ)	ให้การรักษาทั้งโรคจิตเวชและโรคการติดสุราไปพร้อมๆ กัน แต่ผู้บำบัดคนละคนกัน โดยมีการส่งต่อระหว่างหน่วยบริการจิตเวช จุกเงินในพื้นที่และหน่วยบำบัดสุรา	• เป็นการรักษาที่เฉพาะเจาะจง • ความเชื่อมโยงในการรักษาน้อย • ความรับผิดชอบของแพทย์ไม่ชัดเจน • ต้นทุนสูง
Integrated Treatment (ทีมการดูแลเฉพาะด้านสองส่วนไปพร้อมกัน ในหน่วยบริการเดียวกัน specialist Dual Diagnosis team)	ให้การรักษาแบบผสมผสาน ควบคู่กันไปทั้ง 2 โรค ทั้งโรคจิตเวชและการติดสุรา โดยส่งต่อผู้เชี่ยวชาญคนเดียวกัน	• ใช้ได้ในทั่วๆ ไป ได้ผลดี • ต้นทุนต่ำกว่า • มีการเชื่อมโยงบทบาทได้ดี • บทบาทของแพทย์เชี่ยวชาญชัดเจน
Share care model (ทีมให้การดูแลเฉพาะด้านสองส่วนไปพร้อมกัน ในหน่วยบริการย่อย เพื่อลดการส่งต่อ)	ให้การรักษาแบบผสมผสาน ควบคู่กันไปทั้ง 2 โรค ทั้งโรคจิตเวชและการติดสุรา โดยผู้เชี่ยวชาญเป็นคนเดียวกัน ในหน่วยบริการจิตเวช จุกเงินในพื้นที่	ความปลอดภัยจากการลดระบบส่งต่อ-ผู้เกี่ยวข้องที่ได้รับการอบรมเพิ่มทักษะทั้งสองกรณี จะสามารถให้การดูแลได้ทั้งสองกรณีอย่างต่อเนื่องไร้รอยต่อ (Seamless) ในที่สุด





Source : TCU Treatment System An Integrated Approach to Treatment for Addiction

Treatment Integrated คือ การดูแลบำบัดรักษาแบบบูรณาการ ซึ่งมีขั้นตอนจำเพาะหรือใช้เทคนิคการบำบัดเฉพาะสำหรับผู้ป่วยสุราหรือสารเสพติดที่มีโรคร่วมทางจิตเวชทุกราย (all COD diagnoses or symptoms) ร่วมกับการดูแลเฉพาะรายเป็นระยะๆ ทั้งนี้ให้ความสำคัญในการให้การดูแลบำบัดแบบขั้นต้น (acute Interventions) เพื่อความปลอดภัยจากโรคของผู้ป่วยในขณะนั้น เทียบเท่ากับการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย (Recovery Interventions) สู่การดูแลผู้ป่วยในชุมชน¹⁴⁸ ทั้งนี้รูปแบบการดูแลผู้ป่วย Treatment Integration ที่ผ่านมานั้นในทางเวชกรรมมักเป็นระบบส่งต่อ ซึ่งหากบูรณาการบำบัดทั้งสารเสพติดและจิตเวชแล้ว ผู้เกี่ยวข้องที่ได้รับการอบรมเพิ่มทักษะทั้งสองกรณี จะสามารถให้การดูแลได้ทั้งสองกรณีอย่างต่อเนื่องไร้รอยต่อ (Seamless) ในที่สุด

อุปสรรคในการบำบัดแบบผสมผสานสำหรับผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติดแบบไร้รอยต่อ¹⁴⁸ พบว่าการรักษาผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุราและมีโรคร่วมจิตเวชนั้น การรักษาด้วยยาเพียงอย่างเดียวไม่สามารถทำให้ผู้ป่วยหยุดการดื่มสุราได้ ดังนั้น การบำบัดรักษาจึงได้พัฒนาขึ้นมาตามลำดับ

ความสำคัญของการบำบัดรักษาทางจิตสังคมในผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุราและมีโรคร่วมจิตเวช ได้แก่

1. ผู้ป่วยจำนวนหนึ่งที่ไม่แนะนำให้รักษาด้วยยาบางชนิด เช่น ผู้ป่วยสุราที่มีภาวะวิตกกังวล ถ้าให้ยากลุ่ม Benzodiazepine อาจทำให้มีความเสี่ยงต่อการติดยาเพิ่มขึ้นได้
2. การบำบัดทางจิตสังคมมีประสิทธิภาพในการเพิ่มความสามารถในด้านการทำหน้าที่ของผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเวชเรื้อรัง เช่น โรคจิตเภท
3. การรักษาด้วยยาร่วมกับการรักษาทางจิตสังคมควบคู่กันไปมีความสำคัญอย่างมากในผู้ป่วยที่ไม่ร่วมมือในการรับประทานยา เช่น ผู้ป่วยที่แพทย์ให้ Disulfiram จะไม่ได้ผลเลย ถ้าหากผู้ป่วยไม่ร่วมมือในการรับประทานยา
4. การบำบัดรักษาแบบจิตสังคมบำบัด มีความสำคัญและเกิดประสิทธิภาพมากหากให้ในผู้ป่วยที่เพิ่งหยุดดื่มในระยะแรกที่ไม่มีอาการทางจิต เช่น ผู้ป่วย PTSD ผู้ที่มีประสบการณ์ความวิตกกังวลร่วมกับการดื่มสุรา



หลักการบูรณาการดูแลบำบัดรักษาฟื้นฟู

1. รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและสุราหรือสารเสพติดประยุกต์ใช้ไปด้วยกัน

(Integrate and modify mental health and addiction treatment)¹⁵² รูปแบบการบำบัดควรมีองค์ประกอบดังนี้^{153, 154}

- **Combine mental health and substance abuse treatment** การดูแลผู้ป่วยจิตเวชและสุราหรือสารเสพติดไปด้วยกัน

- **Outpatient/Inpatient** การดูแลแบบผู้ป่วยนอกและใน

- **Comprehensiveness** การบูรณาการครอบคลุมครบถ้วนทุกมิติการบำบัด การบำบัดทางจิตสังคม แบบสหวิชาชีพ ลักษณะกลุ่มบำบัดที่ดำเนินการในกลุ่มผู้ป่วยสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชได้แก่ กลุ่มสุขภาพจิตศึกษา (Psychoeducation) กลุ่มปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy) และทักษะชีวิต (Life skill) ทั้งนี้ลักษณะของกลุ่มผู้ป่วยสุรามีความแตกต่างจากกลุ่มผู้ป่วยสารเสพติดประเภทอื่นๆ เช่น ช่วงอายุ การรับรู้ ความคิด ความจำ วุฒิภาวะ ภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ภาวะสุขภาพที่พื้นตัวค่อนข้างต่ำ ลักษณะพฤติกรรมที่เป็นปัญหา

- **Medical management** การรักษาด้วยยาที่เหมาะสมทั้งถอนพิษสุราและอาการทางจิตเวช ทั้งนี้การเพิ่มทักษะและความชำนาญในการประเมินอาการถอนพิษสุรา การใช้แบบประเมิน Alcohol Withdrawal Scale (AWS) ซึ่งใช้กันเป็นส่วนใหญ่ รวมทั้งการดูแลให้ได้รับยาในกลุ่ม Benzodiazepine และอาการข้างเคียงจากยา ซึ่งโรงพยาบาลแต่ละแห่งให้การพยาบาลตาม Clinical Practice Guideline (CPG), Clinical Nursing Practice Guideline (CNPG) หรือ Clinical Pathway^{155, 156} ทั้งนี้ควรมีสถานบำบัดที่แน่นอนเหมาะสม เช่น หอผู้ป่วยเฉพาะโรค ทั้งนี้เพื่อเกิดความชำนาญในการวินิจฉัยและให้ยาลดความเสี่ยงของผู้ป่วย

- **Outreach** การติดตามเยี่ยมบ้านหลังจำหน่าย มักเกี่ยวข้องกับรูปแบบ Assertive community treatment; ACT161 หรืออาจเรียกว่าเป็น intensive case management เริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยอาการสงบ อยู่ในระยะเร่งรัดบำบัด ทั้งนี้ควรมีการบำบัดร่วมด้วยโดยมีขั้นตอนจำเพาะ หรือใช้เทคนิคการบำบัดเฉพาะสำหรับผู้ป่วยโรคสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชทุกราย (all Co-occurring disorder diagnoses or symptoms) ร่วมกับการดูแลเฉพาะรายเป็นระยะๆ ทั้งนี้ให้ความสำคัญในการให้การดูแลบำบัดแบบเบื้องต้น (Early Interventions) เพื่อความปลอดภัยจากโรคของผู้ป่วยในขณะนั้น เช่นเดียวกับการฟื้นฟูระยะยาว (Recovery



Interventions) สู่การดูแลผู้ป่วยในชุมชน¹⁵³ ทั้งนี้ในการให้บำบัดผู้ป่วยสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชเป็นเรื่องที่ยุ่งยากเช่นในการประเมิน AWS และโรคจิตเวช เนื่องจากผู้ป่วยมีความคิดการตัดสินใจค่อนข้างต่ำ แรงจูงใจไม่ดี ครอบครัวเปื้อนหาย ไม่ร่วมมือในการบำบัด การติดตามไม่ต่อเนื่อง ผู้ป่วยสุราเรื้อรัง อยู่ไม่เป็นที่ ครอบครัวแตกแยกไม่สามารถติดต่อได้ และยังพบว่าในชุมชนที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ยังมีการดื่มหรือผลิตสุราเป็นสินค้าประจำชุมชน หรือเป็นแหล่งท่องเที่ยวซึ่งมีแหล่งสุรามากมาย¹⁵⁸

- **Social Support** การช่วยเหลือทางสังคมและเครือข่าย การสนับสนุน การฝึกงานและการจ้างงาน การเลิกดื่มสุราได้สำเร็จทำให้ผู้ป่วยได้รับโอกาสที่ดีทางสังคม และการทำงานมากขึ้น หลังจากเลิกดื่มสุราได้สำเร็จ รวมทั้งได้รับการพิจารณาความดีความชอบ หรือเลื่อนตำแหน่งที่มากขึ้น ทำให้มีเงินเหลือเก็บ มีอนาคต ทั้งนี้ควรส่งเสริมที่เหมาะสมกับศักยภาพของผู้ป่วยด้วย การมีส่วนร่วมของชุมชนที่สำคัญมี 4 รูปแบบได้แก่ การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจการ การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ และการมีส่วนร่วมในการประเมินผล

2. สถานบริการมีการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคร่วมอย่างต่อเนื่องครบวงจร ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยต่างประเทศ¹¹ ว่าการขาดศักยภาพของระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชส่งผลกระทบต่อการวินิจฉัยและติดตามการใช้สารเสพติดในผู้ป่วยโรคจิตเวช ทำให้ไม่ได้มุ่งเน้นไปที่การบำบัดสารเสพติดและพฤติกรรมปรับตัวที่มีปัญหาของผู้ป่วย ทั้งนี้สารเสพติดที่ผู้ป่วยใช้มีฤทธิ์รบกวนประสิทธิภาพการให้ยารักษาโรคจิตเวชของผู้ป่วยอีกด้วย

3. การบำบัดรักษาแบบระยะยาว พบว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมารับการรักษาแบบผู้ป่วยในบ่อยขึ้นและหากผู้ป่วยไม่มีญาติจะทำให้อยู่โรงพยาบาลนาน ส่งผลให้ระยะเวลาในการดูแลบำบัดรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้ยาวนานมากขึ้น



องค์ประกอบกำรบำบดัรกดษำพื้ฟูแบบบูรณการ

1. ความร่วมมือในการดูแลแบบผสมผสานระหว่างผู้บำบดัเป็นจุดสำร็จในการพัฒนางานระบบบริการ^{159, 160, 161}

2. นโยบายในการบริการและการเข้าสู่ระบบบริการเป็นรื่องสำคัญ ผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสุรและสรเสพติดมีความคดัหวังว่ำตนเองควรได้ร่ำบกำบดัอย่ำงไรหรือจะส่งต่อเขำไปในที่ใด

3. การสื่อสารที่ชัดเจน ความคิดเห็นไปในแนวทงเดียวกัน มีเอกสรที่เชื่อถือได้ในการปฏิบัติงำน และเอกสรข้อตกลงรื่องการเงนของผู้ที่มีหน้าที่ชำระเงน เพื่อสร้งความมั่นใจและความร่ำบคดัขอพในการท่ำงำนร่ำมกัน

4. ค่ำม่นสำัญต่อผู้ป่วย ร่ำมทั้งการมำบดัรกดษำอย่ำงสม่ำเสมอ เป็นปัจจัยหลักในการท่ำงำน

5. การพัฒนาและปร่ำปรุงการบริการให้มีคุณภาพ โดยเปรียบเทียบกับองค์กรอื่นในเชิงระบบบริการ

6. การคดักรองประเมินอย่ำงครอบคลุมในทุกระบบ เช่น โปรแกรมการดูแลผู้มีปัญหำจากร่วมสุรและสรเสพติด หน่วยบริการสุขภาพจิต การดูแลระดับปฐมภูมิ โปรแกรมการดูแลโรคเรื้อรัง และการบริการฉุกเฉิน การประเมินควรท่ำได้เมื่อพบผู้ป่วยและสามารถส่งต่อได้เมื่อจำเป็น เน้นว่ำควรมีการประเมินดังนี้

- การคดักรองแอลกอฮอล์ในผู้ใหญ่ ร่ำมทั้งสตรีตั้งครรรภ์ด้วย
- คดักรองโรคร่วมจิตเวชและการใช้สุร/สรเสพติดและประเมินปัญหำและอาการแสดงที่พบ

• ตรวจคดักรองในระบบสถำนพินิจและสถำนสงเคราะห์ เนื่องจากมีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดภำวะโรคร่วมจิตเวชสุรและสรเสพติดในเด็กและวัยรุ่น³²

7. ทีมสหวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วย ควรผ่นการฝึกอบรม ทักษะในการวินิจฉัยโรคร่วมการรักษาและเทคนิคในการบำบดัผู้ป่วยมื่อใช้ชนิดขงโปรแกรมการดูแลแบบใด

8. การบำบดัแบบเข้มขัน รื่องการบำบดัและการดูแลรายโรค (การบำบดัรายบุคคล กลุ่มบำบดั ครอบครัวบำบดั การให้คำปรึกษำด้ำนอาชีพ การจัดการภำยในบ้ำน การวางแผนด้ำนการใช้เงน การจัดการรายกรณี)

9. การบำบดัทุกโรคที่ด้ำนการรักษำตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ



10. กลุ่มบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ ได้รับการพิสูจน์แล้วว่ามีประสิทธิภาพสูงสุดในการบำบัดรักษา¹⁶²

11. การดูแลรักษาระยะยาวซึ่งเป็นรูปแบบการดูแลโรคเรื้อรัง จะทำให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์มากกว่าการดูแลเฉพาะเวลามีอาการเท่านั้น

12. ทฤษฎีการลดความรุนแรงจากการเสพ (Harm reduction) ช่วยให้อาการทางจิตดีขึ้น

13. การใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสมในการช่วยดูแลบำบัดรักษา เช่น การติดตามทางโทรศัพท์ เครื่องมือและแบบประเมิน การบันทึกด้วยระบบสารสนเทศที่มีประสิทธิภาพ

14. การแลกเปลี่ยนข้อมูลผู้ป่วย รวมทั้งรายงานเวชระเบียนผู้ป่วย เมื่อมีความจำเป็น ให้กำลังใจ สนับสนุนผู้ป่วยด้านข้อมูลข่าวสาร ขัดกมลในการบำบัด แนวทางการจัดการข้อมูลผู้ป่วยควรมีความชัดเจน ปลอดภัย เพื่อสร้างความมั่นใจแก่ผู้ป่วย

15. ระบบบริหารด้านการเงิน ควรมีความยืดหยุ่นได้ เพื่อจะช่วยเหลืออุปสรรคในการบริการ

16. สถานที่ในการบริการควรเป็นที่เดียวกัน เพื่อให้บริการครบวงจร

17. ผู้บำบัดควรเป็นคนๆ เดียวกัน ถ้าเป็นไปได้ (เช่น ผู้บำบัดกลุ่มโรคร่วมจิตเวช และสุรา/สารเสพติดควรเป็นคนเดียวกัน)

18. โปรแกรมการดูแลและองค์กรควรมีความเชื่อมโยงเครือข่ายระหว่างกัน รวมถึงระบบบริการอื่นที่ผู้ป่วยไปใช้บริการ เช่น ระบบศาล เรือนจำ สถานสงเคราะห์ และการฝึกอาชีพต่างๆ

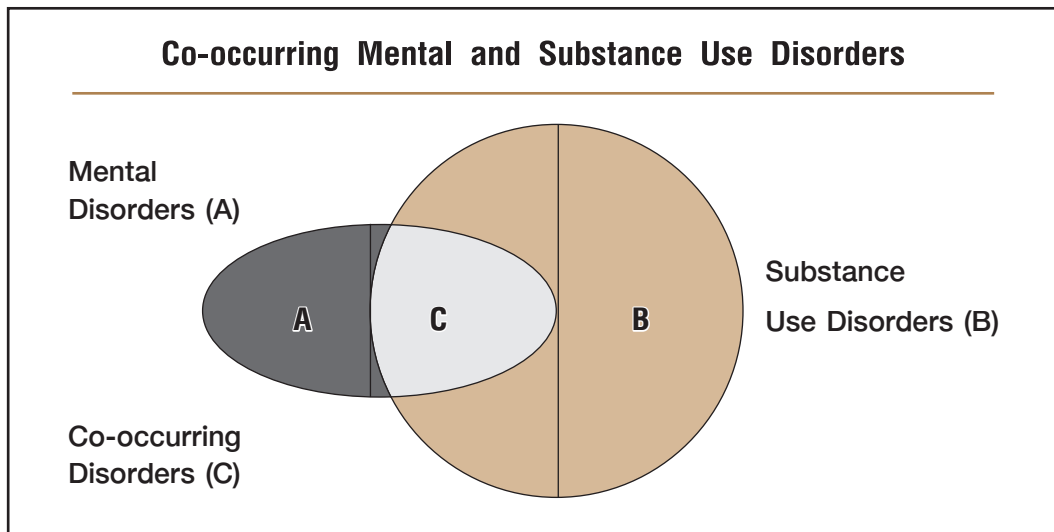


การคัดกรองประเมินแบบบูรณาการ (Integrated Screening and Assessment)

การที่มีรูปแบบกระบวนการคัดกรองประเมินว่า ผู้ป่วยมีความเป็นไปได้ที่จะมีภาวะโรคทางจิตเวชร่วมกับปัญหาการดื่มสุราหรือใช้สารเสพติดนั้น การคัดกรองทั้งภาวะทางสุขภาพจิตและการดื่มสุราจะต้องเป็นกระบวนการที่แม่นยำ เข้มข้น สั้นกระชับ ประหยัด เพื่อเชื่อมโยงต่อเนื่องกับการประเมินและการบำบัด ที่ส่งผลไปถึงการประเมินสถานบริการบำบัดรักษารูปแบบต่าง ๆ ที่เหมาะสมและจำเป็นต่อความรุนแรงของอาการผู้ป่วยอีกด้วย

เป้าหมายของการคัดกรองแบบบูรณาการ ผู้เข้ารับการบำบัดทั้งหมดที่มารับบริการบำบัดสุราต้องได้รับการคัดกรองหาโรคร่วมทางจิตเวช ในทางกลับกันผู้เข้ารับการบำบัดทั้งหมดที่มารับบริการบำบัดรักษาโรคทางจิตเวชควรต้องได้รับการคัดกรองหาเกี่ยวกับปัญหาการดื่มสุรา เนื่องจากทั้งสองภาวะมีการเชื่อมโยงกันอย่างมาก¹⁷

แผนภาพแสดงการคัดกรองแบบบูรณาการ โรคทางจิตเวช (Mental Disorders: A) ปัญหาการใช้สุราและสารเสพติด (Substance Use Disorders: B) และโรคทางจิตเวชร่วมกับปัญหาการดื่มสุราหรือใช้สารเสพติด (Co-occurring Disorders: C)



Source : adapted from Osher, F.C. (1996) COCE SAMHSA's Co-occurring Center for Excellence

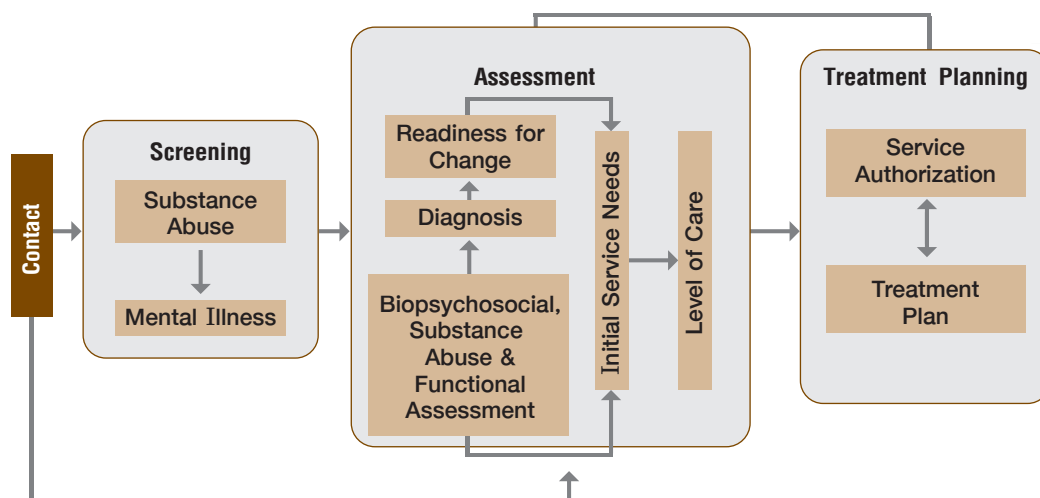
กระบวนการของการคัดกรองตรวจหาภาวะโรคร่วม

การตอบคำถามว่า “ใช่” หรือ “ไม่ใช่” ผู้ป่วยโรคสุรา (หรือโรคทางจิตเวช) ที่กำลังได้รับการคัดกรองนั้นคือการแสดงของปัญหาทางสุขภาพจิต (หรือสุรา) หรือไม่เพียงระลึกเสมอว่ากระบวนการคัดกรองนั้นไม่จำเป็นต้องชี้ชัดลงไปว่าผู้ป่วยอาจจะมีปัญหาแบบใดหรือมีความรุนแรงแค่ไหน แต่เป็นการประเมินว่าผู้ที่ได้รับการคัดกรองนั้นมีความจำเป็นที่จะต้องได้รับการประเมินที่มากขึ้นอีกหรือไม่¹⁶³

แผนภาพแสดงความสัมพันธ์ระหว่างการคัดกรอง การประเมิน และการวางแผนการบำบัดรักษา

Relationships Among Screening, Assessment and Treatment Planning

Figure 1 : Relationships Among Screening, Assessment and Treatment Planning



Source : CSAT (2005) COCE SAMHSA's Co-occurring Center for Excellence

ตารางแสดงการใช้เครื่องมือในการคัดกรองปัญหาการดื่มสุร่าจำแนกตามวิธีการประเมิน

Matrix of Assessment Instruments* with Selection Criteria Findings																				
	Substance Abuse				Mental Health				Trauma Informed		General Health	Diagnostic			Motivation and Readiness to Change				Treat Plan	Level of care
	ASI	ADS	GAIN	IAP	BDI	BHS	BPRS	GBI	PSS-SR	THQ	SF-36	DIS-IV	Mini	SCID	CMRS	RCQ	SOC-RATES	URICA	RATTE	LOCUS
Overview																				
Clinical utility: Detection	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Clinical utility: Placement	✓	✓	✓	✓	-	✓	✓	-	-	-	✓	-	✓	-	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Clinical utility: Treatment Planning	✓	✓	✓	✓	-	✓	✓	-	-	-	✓	-	-	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Clinical utility: Outcome	✓	-	✓	✓	✓		✓	-	✓	-	✓	✓	-	-		-	✓	✓	✓	✓
Severity Measure	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	-	✓	✓	-	-	-	-	-	-	-	-	-	✓
Methodological Considerations																				
Norms available	-	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	-	-	✓	✓	✓	-	✓	✓	-	✓	✓	-
Reliability on re-administration	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	-
Internal consistency	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	-
Validity	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	-
Setting Applicability: SU=Substance MH=Mental Health CJ=Criminal Justice	Mixed	Mixed	Mixed	SU	MH	MH	MH	Mixed	MH	MH	Mixed	Mixed	Mixed	Mixed	Mixed	Mixed	Mixed	Mixed	SU	Mixed

Legend: ✓ = Yes - No

* Information contained in the table was derived from TIP 42 (CSAT, 2005), Assessing Alcohol Problems (NIAAA, 2003), or specific sites containing instruments (see URLs contained in the Instrument Descriptions that follow). Information on the table may change over time based on advances in research and/or formats available.

การคัดกรองแบบบูรณาการ (Integrated Screening)

การคัดกรองโรคร่วมทางจิตเวชในผู้เสพสุรา/สารเสพติด (AOD) และการคัดกรองปัญหาการดื่มสุราในผู้ป่วยจิตเวช (Mental Health)¹⁶⁴

แนวปฏิบัติการคัดกรองและประเมินปัญหาโรคร่วมจิตเวชและสารเสพติดและโรคทางจิตเวช

Possible approaches to screening, assessment
and integrated treatment planning by service setting

Treatment setting		High prevalence of co-occurring	Screening	Assessment	Integrated Treatment Planning
A O D	AOD	- Anxiety & depression - Post traumatic stress disorder (PTSD) - Personality disorder - Risk	- K10 - PsyCheck - MH screening form - MINI	Low threshold for referral to Mental Health for risk assessment/management	AOD clinician or team addresses both disorders OR agrees & implements an individual treatment plan with mental health
	PDRSS	All substances	ASSIST	In-house, OR with clinical mental health or AOD	
M e n t a l H e a l t h	CAMHS/ Early Psychosis	- All substances - Cannabis - Alcohol	- Ongoing screening/ high index of suspicion - ASSIST for all people 13-years & older - Sensitive Questioning for younger people	In-house, integrated AOD assessment in response to positive AOD screen	MH clinician or team addresses both disorders OR agrees & implements an individual treatment plan with AOD service
	Adult Community	All substances	ASSIST	In-house, integrated AOD assessment in response to positive AOD screen	Integration needs to continue beyond acute intervention & through recovery by way of formal interaction & cooperation between agencies in reassessing & treating the client DHS 2007
	Adult Inpatient	- All substances - Substance withdrawal	ASSIST	- If positive ASSIST response - Withdrawal scales	
	Aged	- Alcohol - Prescription meds abuse	- AUDIT - ASSIST - Sensitive Questioning re prescription drugs	Full AOD assessment if positive AUDIT or ASSIST response	
	Primary Mental Health	- Alcohol abuse - Alcohol dependence	- AUDIT - ASSIST	Full AOD assessment if positive AUDIT or ASSIST response	BI's for harmful use Attempt referral to/ collaborative work with AOD if meets criteria for dependence

แบบคัดกรองภาวะสุขภาพจิต: K10

K10 scores	Level of anxiety or depressive disorder	SCT K10 version recommended responses
10 to 15	Low or no risk	
16 to 29	Medium risk	Refer for primary care mental health assessment
30 to 50	High risk	Refer for specialist mental health assessment

Screens for : Distress

Time to complete and score: 10 items - 2 minutes

Public domain? Yes

Can client complete it? Yes. The K10 can also be interviewer-administered to people with poor reading ability.

Where can I get it? Service Coordination Tool Templates (SCTT) version:
http://www.health.vic.gov.au/pcps/downloads/coordination/tool_profile_psychosocial_may02.pdf



แบบคัดกรอง PsyCheck

PsyCheck is comprised of:

- Self Reporting Questionnaire (WHO mental health screen)
- Suicide risk assessment
- Brief mental health history
- Mental health history
- Mental health probes

In sites where the PsyCheck project was rolled out as a demonstration project, workers were skilled up in deploying a linked cognitive behavioural intervention in response to positive PsyCheck screens.

Screens for:

- Likely presence of mental health symptoms that may be addressed within specialist AOD treatment services.
- Primarily screens for anxiety and depression but also provide some indication of suicide risk and history of psychotic illness.

Public domain?

Yes

More information:

Lee. N., Jenner, L., Kay-Lambkin, F., Hall, K., Dann, F., Roeg. S., Hunt, S., Dingle, G., Baker, A., Hides, L. & Ritter, A. (2007), PsyCheck: Responding to mental health issues within alcohol and drug treatment. Canberra, ACT: Commonwealth of Australia.



แบบคัดกรอง MMS (Modified MINI Screening)

Screens for:

The MMS is designed to identify people in need of an assessment in the domains of mood disorders, anxiety disorders and psychotic disorders. It is not diagnostic per se, but is intended as an indicator of when more thorough mental health assessment is required.

Time to complete and score: 10 to 15 minutes

Public domain?

Yes

Can client complete it?

Yes (not scoring)

When can I get it?

OASAS-MMS Tool: <http://www.oasis.state.ny.us/hps/research/documents/MMSTool.pdf>



แบบคัดกรอง Mental Health Screening Form

Screens for:

17-item screen that examines lifetime history. Questions 1-4 are about client's history of psychiatric treatment. Each of questions 5-17 is associated with a particular mental health diagnosis. Positive responses to these items suggest the need for more intensive assessment or consultation with a mental health professional.

Time to complete and score: About 10 minutes

Public domain?

Yes

Can client complete it?

Yes (not scoring)

Where can I get it?

Version available at: <http://www.asapnys.org/Resoures/mhscreen.pdf>



Full List of Screening Instruments

1. Instruments with a *Substance Use Disorder Focus*

- CAGE Questionnaire (CAGE)
- Dartmouth Assessment of Lifestyle (DALI)
- Drug Abuse Screening Test (DAST)
- Short Alcohol Dependence Data Questionnaire (SADD)
- Simple Screening Instrument for Substance Abuse (SSI-SA)
- TCU-Drug Screen II (TCUDS)

2. Instruments with a *Mental Disorder Focus*

- Brief Symptom Inventory (BSI)
- The Mental Health Screening Form-III (MHSF-III)
- K10
- Referral Decision Scale (RDS)

3. Instruments with a *Focus on Substance Use and Mental Disorders*

- Addiction Severity Index (ASI)
- Global Appraisal of Individual Needs-Short Screener (GAIN SS)
- Massachusetts Youth Screening Instrument (MAYSI)
- Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I. Screen)

Source : reviewed by COCE//COSIG Workgroup, USA, 2007



สำหรับประเทศไทยพบว่า การคัดกรองที่สามารถนำมาใช้ได้อย่างแพร่หลาย และมีมาตรฐานเมื่อเปรียบเทียบกับทั้งสองมาตรฐาน ได้แก่

1. ปัญหาการดื่มสุรา ในผู้ป่วยจิตเวชและคนทั่วไปสามารถทำได้ตั้งแต่การถามตรง ๆ ว่าดื่มสุราหรือไม่ ไปจนถึงแบบสอบถามที่ได้มาตรฐานและได้นำมาใช้ในประเทศไทย เช่น แบบสอบถาม **CAGE** แบบสอบถาม **AUDIT** (Alcohol Use Disorders Identification Test) และเครื่องมือ **ASSIST** (Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening test)⁷

2. ปัญหาสุขภาพจิตเบื้องต้น ในผู้ป่วยสุราสารเสพติดและคนทั่วไปที่ใช้กันอย่างแพร่หลายมีเพียงแบบประเมินขั้นต้นก่อนพบแพทย์กรณี **ภาวะซึมเศร้า (2Q, 9Q)** **การฆ่าตัวตาย (8Q)**¹⁶⁵ และ **แบบคัดกรองโรคจิต**¹⁶⁶ เป็นต้น

3. ปัญหาทั้งสุขภาพจิตและสุราสารเสพติดได้พร้อมกัน ได้แก่ Mini International Neuropsychiatric Interview Thai version 5.0.0-Revised 2007 (ฉบับภาษาไทย ปรับปรุง 2550)¹⁶⁷ ประกอบด้วยการวินิจฉัยโรคทางจิตเวชตามแนวทาง DSM-IV เป็นการสัมภาษณ์แบบ Structured ใช้เวลาถึง 15-20 นาที ดังนั้นหากต้องทำการคัดกรองอย่างเดี่ยวควรใช้ Modified MINI แต่ทั้งนี้ยังไม่มีแปลเป็นภาษาไทย



การประเมินแบบบูรณาการ (Integrated Assessment)¹⁷ มีหลักการ 12 ขั้นตอนดังนี้

1. Engage the Client

- ไม่แสดงว่าสิ่งที่ผู้ป่วยทำเป็นสิ่งที่ผิด
- แสดงความเห็นอกเห็นใจผู้ป่วย
- ประเมินโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง
- คำนึงถึงวัฒนธรรมของแต่ละบุคคล
- คำนึงถึงความเจ็บปวดในอดีตทั้งด้านร่างกายและจิตใจ

2. Upon receipt of appropriate client authorization(s) identify and contact collaterals

- ผู้ป่วยอาจไม่เต็มใจในการเข้ารับการบำบัด
- ประเมินผู้อื่นร่วมด้วย ได้แก่ ครอบครัว เพื่อน หรือผู้ที่เกี่ยวข้องอื่นๆ
- ประเมินตามแนวปฏิบัติของแต่ละสถานพยาบาล

3. Screen for and detect COD

- ประเมินความเสี่ยงด้านการฆ่าตัวตายอาการก้าวร้าวรุนแรง ความบกพร่องด้านอื่นๆ
- ประเมินความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุรา
- ประเมินความเสี่ยงจากการใช้ยาและความสามารถในการดูแลตนเอง
- ประเมินพฤติกรรมความเสี่ยงด้านอื่นๆ
- ประเมินความสามารถด้านการรับรู้และการเรียนรู้
- ประเมินสิ่งที่ผู้ป่วยถูกกระทำทั้งอดีตและปัจจุบัน

4. Determine severity of mental and Alcohol or Substance use disorders

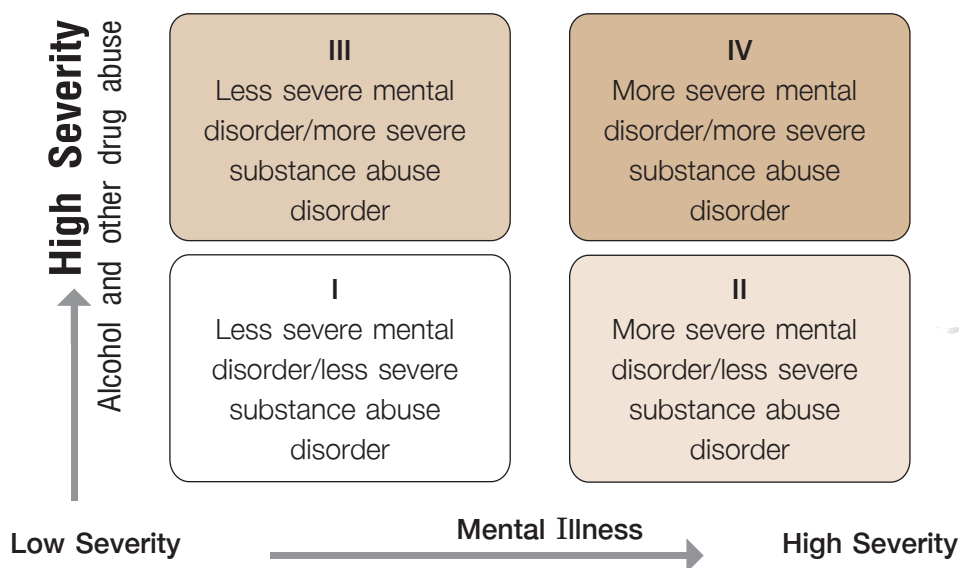
- ประเมินความก้าวหน้าของการเกิดอาการ เช่น การทำหน้าที่ อาการเจ็บป่วยการรักษา และการรักษาต่อเนื่อง
- ความสัมพันธ์ของอาการทางจิตและการดื่มสุรา
- ข้อมูลระยะเวลาการเจ็บป่วย
- เน้นระยะเวลาการเปลี่ยนแปลงของอาการ



The Four Quadrants

ในปี ค.ศ.2002 The Substance Abuse and Mental Health Services Administration ได้นำเสนอรูปแบบของ Quadrant model ในการจำแนกผู้ป่วยเพื่อให้เหมาะกับการใช้แหล่งบริการที่เหมาะสม แบ่งออกเป็น 4 กลุ่มตามความรุนแรงของการใช้สารเสพติดและความรุนแรงของความผิดปกติทางจิตของผู้มารับบริการ¹⁷ ดังแผนภาพด้านล่าง

แผนภาพแสดงรูปแบบการให้บริการการบำบัดรักษาผู้เสพยา/สารเสพติดที่มีปัญหาจิตเวช 4 ระดับ



Source : CSAT (2005) COCE SAMHSA's Co-occurring Center for Excellence



Quadrant I (Low severity of psychiatric and substance use disorders): ผู้ที่เริ่มมีปัญหาจากการใช้สารเสพติดแบบเสี่ยง ไม่ได้มีความเจ็บป่วยทางจิตชัดเจน สามารถรับบริการในหน่วยบริการทั่วๆ ไป หรือหน่วยบริการปฐมภูมิ

Quadrant II (High severity of psychiatric disorders and low severity of substance use disorders): ผู้ที่เริ่มมีปัญหาจากการใช้สารเสพติดแบบเสี่ยง แต่พบภาวะความผิดปกติทางจิต อารมณ์ พฤติกรรมเกิดขึ้นร่วมด้วย ควรได้รับการบริการจากหน่วยบริการสุขภาพจิต เพื่อดูแลอาการทางจิต หรือหน่วยบริการทุติยภูมิ

Quadrant III (High severity of substance use disorders and low severity of psychiatric disorders): ผู้ที่มีปัญหาติดสารเสพติด แต่ไม่ได้มีความเจ็บป่วยทางจิตชัดเจน ควรได้รับการบริการจากหน่วยบริการที่เน้นหนักทางการดูแลเรื่องสารเสพติด หรือหน่วยบริการทุติยภูมิ สถานบำบัดสารเสพติด

Quadrant IV (High severity of psychiatric and substance use disorders): ผู้ที่มีปัญหาติดสารเสพติด พบภาวะความผิดปกติทางจิต อารมณ์ พฤติกรรม เกิดขึ้นร่วมด้วย ทั้งนี้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มักจะรับบริการแบบฉุกเฉิน สถานพินิจ เรือนจำ โรงพยาบาลศูนย์ทุติยภูมิ โรงพยาบาลจิตเวช สถานบำบัดสารเสพติดเป็นส่วนใหญ่ ควรได้รับการบริการจากหน่วยบริการสุขภาพแบบบูรณาการทั้งสารเสพติดและโรคร่วมทางจิตเวช ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์ทุติยภูมิ โรงพยาบาลจิตเวช สถานบำบัดสารเสพติด



การบริหารจัดการผู้ป่วยโรคสารเสพติดและจิตเวชตามระดับความรุนแรง

Level of Care (LOC)	Low degree of mental illness	High degree of mental illness
Low level of substance use	Mainstream or addiction service Anxiety spectrum disorders Depressive disorders Moderate severity personality disorders	Mainstream service only Korsakoff's psychosis and dementia Severe personality disorder Obsessive-compulsive disorder
High level of substance use	Addiction service only Withdrawal states including delirium Wernicke's encephalopathy Residual psychoses	Mainstream and addiction services Schizophrenia Bipolar affective disorder Post-traumatic stress disorder

(Level of Care; LOC) Adapted from Department of Health (2002)

5. Determine appropriate care setting

- ผู้ป่วยรูปแบบการบำบัดที่เหมาะสม เช่น ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะถอนพิษที่มีอาการฉุกเฉินควรให้บำบัดแบบผู้ป่วยใน การบำบัดแบบผู้ป่วยนอก การบำบัดแบบโรงพยาบาลกลางวัน
- ประเมินภาวะแทรกซ้อนทางกาย
- ประเมินด้านอารมณ์ พฤติกรรม และการรับรู้ของผู้ป่วย
- ประเมินความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม
- ประเมินปัญหาการกลับไปดื่มสุราซ้ำ และปัญหาการดื่มสุราต่อเนื่อง
- ประเมินสถานะสังคมและสิ่งแวดล้อมที่ช่วยในการบำบัดฟื้นฟู



6. Determine diagnosis

- การวินิจฉัยโดยดูจากประวัติการใช้สารเสพติดร่วมด้วยกับอาการปัจจุบัน
- การบันทึกประวัติการดื่มสุราและเสพสารเสพติด รวมทั้งอาการทางจิตที่ปรากฏมีความสำคัญถึงแม้จะไม่ได้รับการวินิจฉัยที่ชัดเจน
- ระยะเวลาและลำดับการเกิดอาการทางจิตที่สำคัญสัมพันธ์กับการดื่มสุราหรือเสพสารเสพติด ทั้งนี้การวินิจฉัยโรคร่วมทางจิตเวชพื้นฐานเดิมว่ามีหรือไม่เพื่อเป็นข้อมูลและสร้างความตระหนักให้แก่แพทย์ที่มีหน้าที่ประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยวางแผนการรักษา 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์ และเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนทางกาย ซึ่งนอกเหนือจากการวินิจฉัยของแพทย์แล้ว ทีมผู้รักษาควรใช้เครื่องมือในการวินิจฉัยโรคจิตเวชเพิ่มเติมเช่น Mini International Neuropsychiatric Interview Thai version 5.0.0-Revised 2007 (ฉบับภาษาไทย ปรับปรุง 2550) DSM-IV 172 ประกอบด้วยการวินิจฉัยโรคทางจิตเวชตามแนวทาง DSM-IV แบบ Structured interview 15-20 นาที

7. Determine disability and Functional impairment

- ผู้ป่วยสามารถอยู่ได้ด้วยตนเองหรือไม่
- ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองด้านการเงินได้หรือไม่
- ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพทางสังคมกับผู้อื่นได้หรือไม่
- ผู้ป่วยมีความบกพร่องทางการรับรู้ การนึกคิด หรือไม่

การประเมินความจำและความคิดที่เสื่อมถอยลง จนทำให้ขาดความเข้าใจและประมวลข้อมูลต่าง ๆ¹¹ ได้แก่ Thai Mental State Examination (TMSE)¹⁶⁸ ทั้งนี้เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมก่อนการทำการประเมินโรคร่วมทางจิตเวชและการรับการบำบัดฟื้นฟูอาการของผู้ป่วย เนื่องจากอาการแตกต่างกันจะทำให้ใช้วิธีการรักษาที่แตกต่างกัน¹⁶⁹

8. Identify strength and support

- ความสนใจของผู้ป่วย
- ความสามารถในการประกอบอาชีพและการศึกษา
- เครือข่ายที่สนับสนุนให้เกิดแรงจูงใจ
- สิ่งสนับสนุนภายนอก
- ปัจจัยที่ทำให้ประสบผลสำเร็จในการบำบัด
- สิ่ง que ผู้ป่วยทำแล้วประสบความสำเร็จในปัจจุบัน



9. Identify cultural and linguistic needs and supports

- การบำบัดที่สอดคล้องกับวัฒนธรรม
- อุปสรรคในการบริการที่เกี่ยวข้องกับภาษาและวัฒนธรรม
- ปัญหาเกี่ยวกับแหล่งความรู้

10. Identify additional problem areas to address

ประเมินปัญหาจากปัจจัยภายนอก ได้แก่ การให้ความร่วมมือรักษาด้วยยา ด้านอาชีพการงาน ด้านครอบครัว สังคม ชุมชน ด้านกฎหมาย ด้านการเลี้ยงดูและผู้ดูแล ด้านเศรษฐกิจ ด้านรายได้ ด้านที่อยู่อาศัย ด้านความสะดวกในการรับบริการสุขภาพ ด้านการคมนาคม เป็นต้น

11. Determine readiness to change

- ประเมินระดับการเตรียมความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ผู้ป่วยสุราแต่ละคนมีความต้องการในการแก้ปัญหาของตนเองแตกต่างกัน ผู้ป่วยควรได้รับความช่วยเหลือต่างๆ รวมไปถึงการวางแผนบำบัดฟื้นฟู ที่จะส่งผลต่อการพัฒนาแรงจูงใจบำบัด ด้วยแบบประเมินระดับความพร้อมในการเปลี่ยนแปลง เช่น แบบวัดแรงจูงใจหรือขั้นตอนของความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงกับความต้องการรักษา (Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale, Socrates-8A) และการสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยอย่างเต็มความสามารถ¹⁰ เพื่อทราบความต้องการในการแก้ปัญหาของผู้ป่วยที่ควรได้รับความช่วยเหลือต่างๆ¹⁰ การประเมินเพื่อวางแผนบำบัดฟื้นฟู ได้แก่ การประเมินความพร้อมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย การมีส่วนร่วมของชุมชนและเครือข่ายในการบำบัด

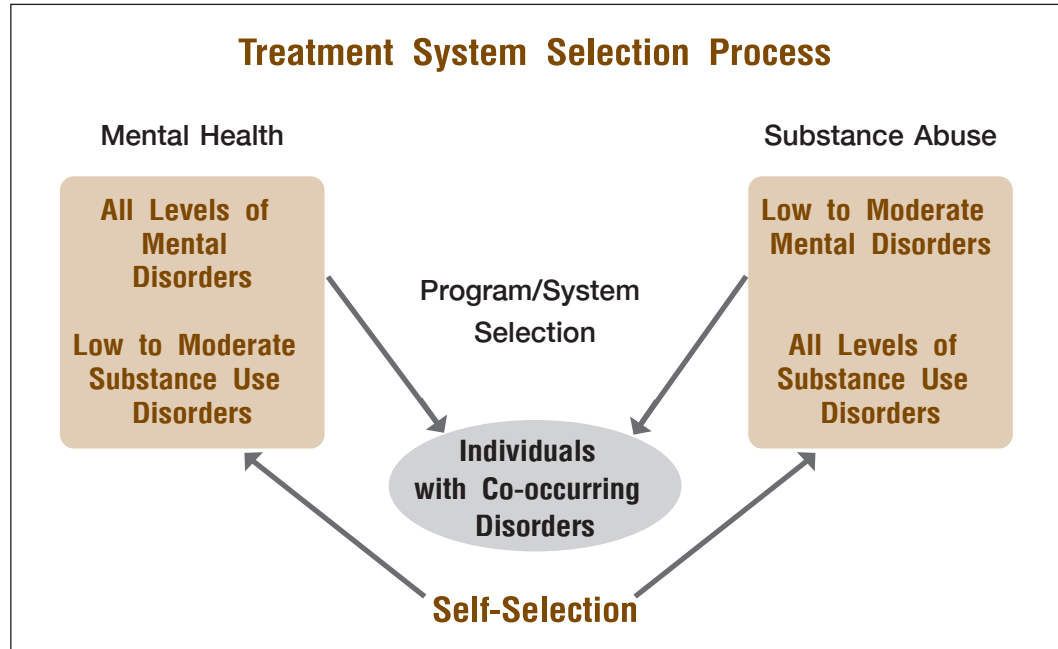
- ประเมินระดับของการรักษาปัญหาสุขภาพจิตและประเมินอาการทางจิตหลังจากอาการถอนพิษสุรา ซึ่งอาจเป็นอุปสรรคต่อการเรียนรู้อาการทางจิตที่ไม่สงบหรือดีขึ้น ทั้งนี้ควรใช้แบบวัดประเมิน เช่น การใช้แบบวัด Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS)¹⁷⁰ เป็นต้น

12. Plan treatment การประเมินเพื่อวางแผนการรักษาที่เหมาะสม¹¹

เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกพอใจและต้องการเข้ารับการบำบัดด้วยความเต็มใจ ดังแผนภาพด้านล่าง



แผนภาพแสดงระบบการบำบัดตามการคัดเลือกปัญหาแยกส่วน
ระหว่างปัญหาสุขภาพจิตและปัญหาสุรา/สารเสพติด



Source : TCU Treatment System An Integrated Approach to Treatment for Addiction

ทั้งนี้จึงต้องมีการบูรณาการประเมินทั้งหมดเพื่อเลือกการบำบัดที่ถูกต้องเหมาะสม และเป็นไปได้แก่ผู้รับบริการ

- ประเมินความต้องการในการบำบัดที่เร่งด่วน
- ประเมินระดับแรงจูงใจและปัญหาสุขภาพจิต
- ทำการตกลงร่วมกับผู้ป่วยในการตั้งเป้าหมายของพฤติกรรมที่ต้องการเปลี่ยนแปลง
- พิจารณารูปแบบการบำบัดที่จะนำไปสู่เป้าหมาย
- เลือกวิธีการประเมินผลลัพธ์การบำบัด
- กำหนดระยะเวลาในการประเมินและติดตามเพื่อการวางแผนที่เหมาะสม

จากหลักการการประเมินผู้ป่วยสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชทั้ง 12 อย่างข้างต้น จึงจำเป็นต้องมีการประเมินในส่วนต่างๆ ด้วยเครื่องมือ แบบสอบถามต่างๆ ที่หลากหลาย เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมและได้มาตรฐาน¹⁷ ดังต่อไปนี้

เมื่อสำรวจการประเมินของประเทศไทย พบว่า มีการประเมินดังนี้

1. Instruments with a Substance Use Disorder Focus

- DSM IV TR
- ICD-10
- การประเมินความพร้อมการเลิกสารเสพติด Socrates 8A

2. Instruments with a Mental Disorder Focus

- DSM IV TR
- ICD-10
- BPRS

3. Instruments with a Focus on Substance Use and Mental Disorders

- Addiction Severity Index (ASI)
- Mini-International Neuropsychiatric Interview

ซึ่งการประเมิน ตามหลักการ DSM IV TR และ ICD-10 นั้นแพร่หลายในจิตแพทย์ไทย แต่การประเมินอื่นๆ ที่กล่าวมายังพบว่าไม่แพร่หลายและเข้าใจแตกต่างกันในแต่ละสถานพยาบาล



ตารางแสดงการใช้เครื่องมือในการคัดกรองปัญหาการดื่มสุร่าำแนกตามวิธีการประเมิน

Matrix of Assessment Instruments* with Selection Criteria Findings																				
	Substance Abuse				Mental Health				Trauma Informed		General Health	Diagnostic			Motivation and Readiness to Change				Treat Plan	Level of care
	ASI	ADS	GAIN	IAP	BDI	BHS	BPRS	GBI	PSS-SR	THQ	SF-36	DIS-IV	Mini	SCID	CMRS	RCQ	SOC-RATES	URICA	RATTE	LOCUS
Overview																				
Clinical utility: Detection	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Clinical utility: Placement	✓	✓	✓	✓	-	✓	✓	-	-	-	✓	-	✓	-	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Clinical utility: Treatment Planning	✓	✓	✓	✓	-	✓	✓	-	-	-	✓	-	-	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Clinical utility: Outcome	✓	-	✓	✓	✓		✓	-	✓	-	✓	✓	-	-		-	✓	✓	✓	✓
Severity Measure	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	-	✓	✓	-	-	-	-	-	-	-	-	-	✓
Methodological Considerations																				
Norms available	-	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	-	-	✓	✓	✓	-	✓	✓	-	✓	✓	-
Reliability on re-administration	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	-
Internal consistency	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	-
Validity	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	-
Setting Applicability: SU=Substance MH=Mental Health CJ=Criminal Justice	Mixed	Mixed	Mixed	SU	MH	MH	MH	Mixed	MH	MH	Mixed	Mixed	Mixed	Mixed	Mixed	Mixed	Mixed	Mixed	SU	Mixed

Legend: ✓ = Yes - No

Legend: ✓ = Yes - No

* Information contained in the table was derived from TIP 42 (CSAT, 2005), Assessing Alcohol Problems (NIAAA, 2003), or specific sites containing instruments (see URLs contained in the Instrument Descriptions that follow). Information on the table may change over time based on advances in research and/or formats available.

การบำบัดด้วยยา (Medication Treatment)

ผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุราและมีโรคร่วมจิตเวช มีแนวทางวางแผนการดูแลดังนี้¹⁸ ต้องจำแนกผู้ป่วยให้ได้ก่อนว่าเป็นผู้ป่วยติดสุรารุนแรงระดับใด มีโรคร่วมจิตเวชอะไรร่วมบ้าง เพื่อวางแผนการรักษาที่ถูกต้อง หากผู้ป่วยมีอาการถอนพิษสุรา ต้องทำการดูแลบำบัดรักษาภาวะเมาสุราและถอนสุรา (treatment of intoxication and withdrawal) การรักษาภาวะนี้ในผู้ป่วยสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวช ไม่แตกต่างกับการรักษาภาวะเมาสุราในผู้ป่วยสุราทั่วไป^{171, 172} โดยยากลุ่ม benzodiazepines เป็นยาที่ได้รับการแนะนำให้ใช้รักษาอาการถอนสุราเนื่องจากเกิดปฏิกิริยาต่อยาอื่นน้อย (few drug interactions) และยังมีผลช่วยป้องกันอาการเพ้อจากสุรา (alcohol withdrawal delirium) และการชักจากการถอนสุรา (alcohol withdrawal seizure)¹⁷¹ หรือยารักษาโรคจิตบางขนาน โดยเฉพาะยา clozapine อาจทำให้ลด convulsion threshold ลงได้¹⁷¹ จึงต้องพิจารณาการใช้อย่างระมัดระวัง

กลุ่มยาต้านอารมณ์ซึมเศร้า (Antidepressant agents)

ในปัจจุบันมีบทบาทในการรักษาผู้ป่วยติดสุราหรือสารเสพติด เช่น ผู้ป่วยมีโรคอารมณ์ซึมเศร้าร่วมด้วย (comorbid depressive disorder) ผู้บำบัดสามารถให้ยาต้านอารมณ์ซึมเศร้าไปตามแนวทางของการรักษาโรคซึมเศร้า ทำให้เพิ่มประสิทธิภาพการบำบัดรักษาภาวะติดสุราหรือสารเสพติด

ยาด้านเศร้าชนิด SSRIs

กลุ่ม SSRIs เป็นยาขนานแรก (first line drug) ในการรักษาอาการซึมเศร้าในผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุรา¹⁷³ ประสิทธิภาพในการลดการดื่มสุรา^{174, 175} ได้ดีเทียบเท่าการรักษาอาการซึมเศร้า^{138, 176} ในผู้ป่วยสุราที่มีโรคร่วมจิตเวชและภาวะซึมเศร้า ได้แก่

- **Fluoxetine**

ปริมาณ 40 mg สามารถลดอารมณ์เศร้าและปริมาณการดื่มสุราลงได้¹³⁸ หรือมีผลต่อพฤติกรรมลดการดื่มหนัก¹⁰² แต่ก็มีบางการศึกษารายงานว่าได้ผลน้อยในการลดพฤติกรรมการดื่มสุรา¹²⁷ ยากลุ่มนี้จะมีความเสี่ยงน้อยกว่ายากลุ่ม tricyclic antidepressants (TCAs)⁴¹



- **Sertraline**

วันละ 50-150 mg/day เป็นเวลา 10 สัปดาห์ ช่วยลดอาการเศร้าและการดื่มสุราได้¹⁷⁷

- **Sertraline**

ร่วมกับยา Naltrexone ช่วยลดปริมาณการดื่มสุราลงได้ร้อยละ 53.7 ซึ่งลดลงได้มากถึง 3.7 เท่าของการรักษาแบบปกติ รวมทั้งเพิ่มจำนวนวันที่หยุดดื่มได้นานขึ้นมากกว่าการรักษาด้วยยาตัวใดตัวหนึ่งอย่างเดียว ส่วนด้านคะแนนระดับซึมเศร้าลดลง อาการซึมเศร้าลดลง เมื่อผู้ป่วยได้รับการรักษาครบตามเกณฑ์⁴¹

ยาต้านเศร้าชนิด Tricyclic antidepressant

จากผลการศึกษาวิจัยพบว่า ยาแก้ซึมเศร้ากลุ่ม tricyclic ช่วยในการลดการดื่มสุรา และอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยที่มีอารมณ์ซึมเศร้าร่วมด้วย (comorbid depression)¹⁷⁸ โดยเฉพาะยาด้านเศร้า imipramine, desipramine พบว่ามีประสิทธิภาพในการช่วยลดอารมณ์ซึมเศร้า¹⁷⁹ แต่ประสิทธิภาพในการลดการดื่มสุราหรือแอลกอฮอล์ และอาการซึมเศร้า ยังเห็นผลไม่ชัดเจน

- **Imipramine**

มีผลการศึกษาแนะนำว่าผู้ป่วยที่ได้รับ imipramine มีผลการตอบสนองต่อการรักษาถึงร้อยละ 50 เมื่อเทียบกับผู้ที่ได้ยาหลอกร้อยละ 25 แม้ว่าจำนวนของผู้ป่วยที่หยุดดื่มได้เด็ดขาดจะน้อย แต่การศึกษาก็ชี้ให้เห็นว่าการดื่มนั้นลดลงหลังได้ยา imipramine และอารมณ์เศร้านั้นก็ลดลงด้วย การศึกษาที่ประสบผลสำเร็จพบว่าสามารถลดอารมณ์ซึมเศร้าและลดการดื่มนั้นมักใช้ TCA ที่เป็นกลุ่มซึ่งออกฤทธิ์ Noradrenergic มากกว่า serotonergic¹⁸⁰ อีกทั้งยังพบว่ามีประสิทธิภาพในการรักษาผู้ป่วยที่เป็นโรคซึมเศร้าจากการดื่มสุรา⁴¹ และโรค PTSD ด้วย⁴⁰ แต่ต่อมามีการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับยา desipramine และ imipramine พบว่ามีประสิทธิภาพในการรักษาอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติเกี่ยวกับการดื่มสุรา แต่ไม่ปรากฏว่ามีประสิทธิภาพในการลดการดื่มสุรา¹⁸¹ อย่างไรก็ตามยังพบงานวิจัยบางชิ้นที่สนับสนุนว่าการใช้ยากลุ่ม TCAs ช่วยลดการดื่มสุราได้¹⁸²

ยาควบคุมอารมณ์ (mood stabilizers)

โรคอารมณ์สองขั้วเป็นโรคร่วมทางจิตเวชที่พบมากที่สุดในผู้ป่วยติดสุรา⁴ ยาต้านชักซึ่งถูกนำมาใช้เป็น mood stabilizer อาจเหมาะสมที่จะนำมาใช้ร่วมในการรักษาผู้ป่วยที่มีปัญหาการดื่มสุราที่มีโรคอารมณ์สองขั้วร่วมด้วย

- **sodium valproate**

พบว่ามีประสิทธิภาพในการรักษาโรคอารมณ์สองขั้ว เนื่องจากฤทธิ์ antikindling/ GABAergic ในยา sodium valproate จึงทำให้มีผลดีต่อการลดการดื่มสุราและช่วยลดอาการถอนสุรา³³ และลดความอยากดื่มสุรา¹⁸³

- **lamotrigine**

อยู่ในกลุ่มยาต้านชักจากผลการศึกษาวิจัย ในผู้ป่วยสุราที่มีโรคร่วมกับโรคจิตเภทซึ่งได้รับยาทำให้อารมณ์คงที่ พบว่าช่วยลดอาการอยากดื่มสุราและลดปริมาณการดื่มสุรา¹⁸⁴

ยารักษาโรคจิต (antipsychotics)

ยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่มีประสิทธิภาพเหนือกว่ายารักษาโรคจิตกลุ่มเดิม ในด้านการรักษาอาการทางจิต การลดอาการอยากดื่มสุราและการลดปริมาณการดื่มสุรา เนื่องจากยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่ทำให้เกิดอาการข้างเคียง (extrapyramidal side effects) น้อยกว่ายารักษาโรคจิตกลุ่มเดิม อีกทั้งความหลากหลายของ receptor ของยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่ช่วยลดอาการด้านลบ (negative symptoms) ได้ดีกว่า¹⁸⁵ จึงช่วยลดอาการอยากดื่มสุราและการลดปริมาณการดื่มสุรา⁷⁶

- **clozapine**

จากการศึกษา Antipsychotic เป็นยากลุ่มแรกที่ถูกเลือกมาใช้รักษาผู้ป่วยจิตเภทหรือผู้ที่มีอาการทางจิต ร่วมกับการดื่มสุรา พบว่าการใช้ clozapine มีประสิทธิภาพในการลดการดื่มสุราและทำให้อาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทดีขึ้นได้¹⁸⁵ เช่นเดียวกับการศึกษาเปรียบเทียบยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่กับยารักษาโรคจิตกลุ่มเดิม ในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีความผิดปกติเกี่ยวกับการดื่มสุรา พบว่ายา clozapine มีประสิทธิภาพสูงสุดในการรักษาผู้ป่วยที่มีความผิดปกติเกี่ยวกับการดื่มสุราที่มีโรคจิตเภทร่วมด้วย¹⁸⁶



- **Olanzapine**

มีประสิทธิภาพในการหยุดการติ่มสุราได้ดีกว่ายารักษาโรคจิตกลุ่มเก่าและประสิทธิภาพดีเทียบเท่าหรือมากกว่า clozapine¹⁸⁷ ยารักษาโรคจิตรูปแบบยาฉีด (depot formulations of antipsychotics) พบว่าช่วยเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยารักษาในผู้ป่วยกลุ่มนี้¹⁷¹

- **Risperidone constar injection (long acting)**

ประสิทธิภาพของยาฉีดออกฤทธิ์ระยะยาว มีประสิทธิภาพดีในการรักษาผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะโรคจิตเวชร่วม¹⁸⁸ ส่วนยาชนิดอื่นผู้รักษาควรพิจารณาจากประวัติผู้ป่วย การตอบสนองต่ออาการข้างเคียง ประวัติความร่วมมือในการรักษาด้วย การให้ยาสงบอาการ หรือยาที่มีฤทธิ์ทำให้ความต้านทานการชักลดลง จึงเป็นสิ่งสำคัญที่ควรระวังในผู้ป่วยกลุ่มนี้

การจัดการกับผลข้างเคียงของยา Antipsychotics

ผู้ป่วยสุราที่มีโรคร่วมกับโรคจิตเภทพบว่า มีอัตราของการเกิด extrapyramidal side effects ที่สูงขึ้น¹⁸⁹ ดังนั้นควรพิจารณาการใช้ยา anticholinergic ตั้งแต่เริ่มต้นการรักษา¹⁷¹

ยาคลายกังวล Antianxiety Agents

ยาที่ช่วยลดอาการวิตกกังวลได้อย่างมีประสิทธิภาพมีหลายชนิดในที่นี้รวมทั้ง TCAs, SSRIs, Benzodiazepine (BZD) ซึ่งยากลุ่ม BZD เป็นยาที่ใช้กันอย่างกว้างขวางในการรักษาโรควิตกกังวล แต่ BZD อาจเพิ่มอาการมึนงง หรือการเคลื่อนไหวบกพร่องจากการติ่มสุรา ซึ่งอาจไม่ปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จึงควรใช้ด้วยความระมัดระวัง¹⁹⁰

TCAs และ MAOIs แม้จะมีประโยชน์ในการรักษาภาวะวิตกกังวล หรือตื่นตระหนก แต่ต้องระมัดระวังในการใช้โดยเฉพาะเมื่อผู้ป่วยเพลอใช้ร่วมกับสุรา ส่วน SSRIs สามารถใช้ได้บ้างแต่ต้องระวังเกี่ยวกับผลข้างเคียงของยาทำให้หงุดหงิด กระสับกระส่ายได้¹⁰²

- **Bupirone**

ปริมาณ 60 มก.ต่อวัน ทำให้ผู้ป่วยติดตามการรักษายาวนานขึ้น มีผลต่ออาการวิตกกังวลอย่างมาก จนส่งผลให้หยุดติ่มสุราได้ และยังทำให้การทำงานของสมองด้านการประสานงานของตาและมือดีขึ้น (eye-hand coordination)¹⁰² แต่ทั้งนี้ระดับยาในการรักษาต้องใช้เวลาถึง 2 สัปดาห์หลังได้รับยา



ยาปรับพฤติกรรมก้าวร้าว บุคลิกต่อต้านสังคม

• Lithium

เมื่อใช้ในเวลา 3 เดือน สามารถลดพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ต้องขังได้ แต่ยังไม่พบว่าการนี้ผู้ป่วยสุราที่มีบุคลิกต่อต้านสังคม ส่วน SSRI; Fluoxetine ก็สามารถลดพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้มีปัญหาบุคลิกภาพเช่นนี้ได้¹⁰²

ตารางแสดงยาทางจิตเวชที่แนะนำให้ใช้ผู้ป่วยสุราที่มีโรคร่วม¹⁹⁰

Disorder	First choice	Second choice	Observation
Affective Bipolar disorder	Anticonvulsants	Lithium	แอลกอฮอล์สามารถทำให้เกิดภาวะ Lithium intoxication ได้
Attention Deficit and Hyperactivity	Methylphenidate	Antidepressants and bupropione	ถึงแม้ว่าความเสี่ยงในการเกิดการใช้ Methylphenidate แบบอันตราย แต่ก็ก็เป็นสิ่งที่ควรสังเกต
Anxiety disorder	Buspirone, SSRI	Benzodiazepine	อาจเกิดภาวะซึมเศร้าได้เมื่อใช้ร่วมกับแอลกอฮอล์
Depressive disorder	SSRI	TCAs	TCAs มีอาการข้างเคียงที่รุนแรงกว่า
Psychotic disorder	ยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่ (Atypical antipsychotics)	ยารักษาโรคจิตกลุ่มเก่า (Typical antipsychotics)	ยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่มีฤทธิ์ลดความอยากดื่มสุราได้



ยาที่ช่วยลดอาการอยากยา (anti-craving agents)

ควรดูอาการทางจิตของผู้ป่วยร่วมกับประเมินระดับแรงจูงใจของผู้ป่วยเพื่อการฟื้นฟูทางจิตสังคมต่อไป ซึ่งในการรักษาผู้ป่วยสุราที่มีโรคร่วมนั้น มียาที่สำคัญ 3 ชนิดได้แก่ Disulfiram, Naltrexone และ Acamprosate รวมทั้งยากลายกังวล ยาต้านเศร้า และ ยาต้านโรคจิตอื่น ๆ^{191, 192}

- **Disulfiram**

เป็นยาชนิดแรกที่องค์การอาหารและยาของสหรัฐอเมริกาอนุญาตให้นำมาใช้ในการรักษาผู้ติดสุรา ซึ่งยานี้เป็น irreversible inhibitors ของ acetaldehyde dehydrogenase (ALDH) มีงานวิจัยหลายชิ้นสนับสนุนประสิทธิภาพของยานี้ แต่อีกด้านหนึ่งมีการศึกษาแบบ RCT ระยะยาว 1 ปี พบว่ายาไม่ได้มีประสิทธิภาพในการลดการดื่มสุรา¹⁹³ จากเหตุผลนี้ทำให้ผู้เชี่ยวชาญด้านการบำบัดสุรา ไม่แนะนำให้ใช้ยาตัวนี้เป็นชนิดแรก เนื่องจากประสิทธิภาพที่ไม่ชัดเจนและยาอาจทำให้ผู้ป่วยไม่ร่วมมือในการรับประทานอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากยานี้ไม่ได้ลดความอยากดื่มสุราแต่ยาจะออกฤทธิ์เมื่อผู้ป่วยดื่มสุราเข้าไปในร่างกาย ยาจะยับยั้งเอนไซม์ aldehyde dehydrogenase ทำให้แอลกอฮอล์ไม่สามารถย่อยสลายได้ และเกิดอาการเป็นพิษขึ้น ได้แก่ อาการคลื่นไส้ อาเจียน กระสับกระส่าย สับสน ปวดศีรษะ รู้สึกเหมือนใกล้เสียชีวิต ซึ่งปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นนั้นจะรุนแรง และเมื่อหยุดการดื่ม อาการจะค่อยๆ ดีขึ้นตามลำดับ แต่ถ้าผู้ป่วยไม่ได้ดื่มยานี้จะเกิดการสลายตัวได้ตามปกติ

การศึกษาในผู้ป่วยจิตเภท อารมณ์แปรปรวน วิดกกังวล และบุคลิกภาพผิดปกติ พบว่ายา Disulfiram ไม่ทำให้อาการทางจิตแย่ลง แต่อาจทำให้ระดับยาต้านโรคจิตและยาต้านเศร้าในกระแสเลือดสูงขึ้น¹⁹⁴ แต่อีกการศึกษาหนึ่งได้ศึกษาเกี่ยวกับผลของยา Disulfiram พบว่าอาจทำให้เกิดอาการทางจิต ภาวะแพ้สับสน ซึมเศร้า อาการวิตกกังวล อารมณ์ดึกดำบรรพ์¹⁹⁵ ถึงแม้ว่าการใช้ยา Disulfiram จะมีผลทำให้เกิดอาการทางจิตเพิ่มขึ้น แต่ก็ยังเป็นยาที่มีความสำคัญในการรักษา หากจะใช้ควรพึงระมัดระวัง^{196, 197}

ข้อพึงระวังในการใช้ยา คือ Disulfiram มีความเสี่ยงที่จะกระตุ้นให้เกิดอาการทางจิต (psychosis) ขึ้นมาในผู้ป่วยสุราที่มีโรคร่วมกับโรคจิตเภท^{198, 199}

• Naltrexone

เป็นยาในกลุ่มอนุพันธ์ antagonist ของ Opioid receptor antagonist²⁰⁰ มีบทบาทในการบำบัดรักษาผู้ป่วยติดสุราในช่วงของการฟื้นฟูสมรรถภาพ ซึ่งองค์การอาหารและยาสหรัฐอเมริกาอนุญาตให้ใช้ได้เมื่อปี ค.ศ.1994 ซึ่งยาผ่านการวิจัยในมนุษย์แล้วพบว่ามีประสิทธิภาพในการรักษาผู้ติดสุรา ยาช่วยลดอาการอยากดื่มสุรา และความรู้สึกเป็นสุขจากการดื่มสุราลงได้ มีผู้ศึกษาประสิทธิภาพของยาเมื่อเปรียบเทียบกับการใช้จิตบำบัดและการใช้ยาหลอก พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับ Naltrexone มีการลดปริมาณการดื่มลง ความอยากดื่มลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ^{201, 202} และจากการศึกษาแบบ Meta analysis ในปี ค.ศ.1992-2000 พบว่า Naltrexone เป็นยาที่ถูกนำมาใช้ในการรักษาผู้ป่วยสุรามากที่สุด และมีประสิทธิภาพสูงเมื่อเทียบกับการรักษาแบบอื่น²⁰³

ในอีกด้านหนึ่งกลุ่มผู้ป่วยที่มีโรคทางจิตเวชที่สำคัญ เช่น PTSD โรคซึมเศร้า และโรควิตกกังวลไม่ได้ถูกตัดออกจากการวิจัย เนื่องจากไม่ได้รับยาด้านโรคจิต (กลุ่มตัวอย่างที่ถูกตัดออกได้แก่ ผู้ป่วยที่มีอาการทางจิต) พบว่าผู้ป่วยที่ไม่มีอาการทางจิตมีจำนวนวันที่ดื่มลดลง²⁰⁴ อีกทั้งยังมีงานวิจัยอีกหลายเรื่องที่สนับสนุนว่ายา Naltrexone สามารถลดการดื่มสุราลงได้อย่างมีประสิทธิภาพ^{197, 205} และจะได้ประสิทธิภาพสูงสุดเมื่อนำไปใช้คู่กับการบำบัดรักษาทางจิตสังคม มีการศึกษาเกี่ยวกับผลของยา Naltrexone พบว่าไม่ได้ทำให้อาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทแย่ลง²⁰⁶ และเป็นยาที่เกี่ยวข้องกับการต้านอนุพันธ์อื่น เช่น Naloxone เป็นยาที่ช่วยรักษาอาการทางจิตได้ดี²⁰⁷ ถึงแม้ว่าจะมีการศึกษาหลายชิ้นบอกว่ายาอาจเพิ่มอาการ mania ได้²⁰⁸ อย่างไรก็ตามยานี้จะช่วยให้ผลลัพธ์ทางคลินิกดีขึ้นซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยมาติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่องและลดจำนวนการดื่มสุราลงได้²⁰⁰

• Acamprosate

เป็นอนุพันธ์ของกรดอะมิโน มีผลต่อระบบสารสื่อประสาททั้ง GABA และ Glutamate เชื่อว่าการที่ยามีผลต่อ Glutamate เป็นสิ่งสำคัญในการรักษา มีการศึกษาในประเทศแถบยุโรปกลุ่มตัวอย่าง 4,500 คนที่ได้รับการวินิจฉัยว่าติดสุรา ได้รับยา Acamprosate ช่วยให้ผู้ป่วยคงอยู่ในการรักษาได้ดีขึ้นและลดปริมาณการดื่มลงได้ พบว่ายามีประสิทธิภาพได้ดีเมื่อใช้กับผู้ป่วยที่ไม่มีโรคร่วมทางจิตเวช^{18, 179}



- **Topiramate**

เป็นกลุ่มยากันชัก Anticonvulsion มีงานวิจัยสนับสนุนว่าสามารถนำมาใช้ในการลดการดื่มสุราลงได้ โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวน กลไกการออกฤทธิ์โดยยาจะเสริมการทำงานของ GABA ทำให้กระตุ้นตัวรับชนิด non-benzodiazepine ทำให้การหลั่งสาร Dopamine ลดลงและยังช่วยลดการทำงานของ Glutamate จากคุณสมบัตินี้ ยาน่าจะมีบทบาทในการรักษาผู้ป่วยสุราด้วย⁴⁶ ซึ่งพบว่ายาสามารถลดจำนวนวันที่ดื่มหนักได้ร้อยละ 8.44 อีกทั้งยังพบว่ายา Topiramate ใช้ได้ในผู้ป่วยที่ยังคงดื่มสุราอยู่ ซึ่งต่างจากยา Disulfiram และ Naltrexone ที่ต้องให้ผู้ป่วยหยุดดื่มสุราเสียก่อน²⁰⁹



จิตสังคมบำบัดแบบบูรณาการ

(Integrated Psychosocial Intervention for Co-occurring Disorder)

ผู้มีปัญหาสุราที่มีโรคทางจิตเวชที่เข้ามาขอรับการรักษาในโรงพยาบาลนั้น ส่วนใหญ่มักมีอาการจิตเวชรุนแรงจนไม่สามารถดูแลตัวเองได้ ปัญหาที่ยากซับซ้อนที่พบบ่อยได้แก่ ปัญหาครอบครัวและความสัมพันธ์ การจัดการความเครียดที่ไม่เหมาะสม ปัญหาประสิทธิภาพการทำงาน ภาวะตกงาน ปัญหาการจัดการการเงิน การไร้ที่อยู่ ขาดผู้ดูแล การกินยาจิตเวชไม่สม่ำเสมอ การกลับไปดื่มซ้ำ การเข้านอนในโรงพยาบาลซ้ำจากปัญหาความก้าวร้าวรุนแรง ซึมเศร้า ฆ่าตัวตาย ปัญหากฎหมาย โรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์²¹⁰ ซึ่งผลกระทบต่างๆ ส่งผลให้ผู้ป่วยเจ็บป่วยเรื้อรัง บางครั้งมีอาการกำเริบมาห้องฉุกเฉินเป็นปัญหาลังคมมากขึ้น การบำบัดรักษาแบบเดิมๆ ที่มีการรักษาตามปัญหาแยกส่วนกันระหว่างโรคทางจิตเวชและสุราสารเสพติด รวมไปถึงการแก้ปัญหาที่ยากซับซ้อนที่กล่าวมาเป็นส่วนๆ ทำให้การบำบัดรักษาล่าช้าไม่เท่าทันปัญหาที่เกิดขึ้นทำให้ผลการรักษาไม่ดีเท่าที่ควร²¹⁰ การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ในปัจจุบันจึงพยายามบำบัดทั้งสองระบบบูรณาการไปด้วยกัน เพื่อให้ผู้ป่วยรับประโยชน์สูงสุดในคราวเดียว

ดังนั้นจิตสังคมบำบัดสำหรับผู้ป่วยโรคร่วมสุราและจิตเวช จึงต้องเน้นให้มีการบำบัดฟื้นฟูทั้งสองกลุ่มโรคในคราวเดียวกันได้แก่ ความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคจิตเวชที่ตนเองเจ็บป่วยที่เชื่อมโยงกับปัญหาการดื่มสุราและใช้สารเสพติด การป้องกันการดื่มสุราจากตัวกระตุ้นและสถานการณ์เสี่ยงต่างๆ การเสริมสร้างแรงจูงใจในการเลิกดื่มสุราและการกินยาจิตเวชอย่างสม่ำเสมอและรักษาต่อเนื่อง ร่วมกับกิจกรรมที่ช่วยแก้ปัญหาที่ยากซับซ้อนที่พบบ่อยข้างต้นเป็นส่วนประกอบ²¹¹ ทั้งนี้หากผู้มีปัญหาการดื่มสุราได้รับการรักษาด้วยยาจิตเวชเป็นหลัก การทำจิตสังคมบำบัดจะทำให้เกิดประโยชน์อย่างมากเนื่องจาก

1. กลุ่มผู้ป่วยมีปัญหาการดื่มสุราที่มีความเสี่ยงต่อการบำบัดด้วยยา เช่น อาจเสพติดยาคลายกังวลได้ง่าย เช่น โรควิตกกังวล
2. ช่วยบำบัดฟื้นฟูศักยภาพในกรณีผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตเรื้อรัง เช่น ผู้ป่วยจิตเภท
3. กรณีผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการกินยา
4. กรณีผู้ป่วยที่หยุดดื่มสุราแล้วทำให้เกิดอาการทางจิตเวชเช่น ผู้ป่วย PTSD จะมีอาการวิตกกังวลมากขึ้น¹⁸ เป็นต้น



การบำบัดรูปแบบอื่นๆ

การให้คำปรึกษารายบุคคล (Individual Conselling)¹³⁶

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้คำปรึกษารายบุคคลนั้นส่วนใหญ่แล้วจะอ้างอิงเทคนิคของการสัมภาษณ์เพื่อกระตุ้นแรงจูงใจ²¹² การทบทวนบทความวิจัยเชิงทดลอง ซึ่งทั้งหมดเน้นไปที่ผลลัพธ์ของการใช้สารเสพติด แม้ทั้งหมดจะมีความแตกต่างกันอย่างมากทั้งในมิติด้านเวลาและเป้าหมาย พบการศึกษา 3 เรื่อง^{213, 214, 215} ที่ประเมินผลกระทบของการทำ session เดียว ผลที่ได้ในเรื่องของการใช้สารเสพติด สุขภาพจิต และผลลัพธ์อื่นๆ รวมถึงความร่วมมือในการบำบัดรักษา ซึ่งพบว่า**ไม่มีความสัมพันธ์กัน** ส่วนงานวิจัย 4 เรื่อง²¹⁶ ที่มีการให้คำปรึกษารายบุคคลหลายครั้ง พบว่าผลลัพธ์ในเรื่องของการใช้สารเสพติดให้ผลลัพธ์น่าพึงพอใจมากกว่าการสัมภาษณ์เพื่อกระตุ้นแรงจูงใจ (MET) เพียง 3 ครั้ง ในขณะที่ว่างานวิจัยพบ 3 เรื่องที่ทำการสัมภาษณ์เพื่อกระตุ้นแรงจูงใจแบบหลายครั้ง (ตั้งแต่ 3-12 ครั้ง) และ/หรือการให้คำปรึกษาด้านความคิดและพฤติกรรม (CBT) แล้วพบว่า**ไม่มีความแตกต่างของผลลัพธ์ในเรื่องของการใช้สารเสพติดและมีความแตกต่างเพียงเล็กน้อยในเรื่องของผลลัพธ์อื่นๆ**^{217, 218} แต่ทั้งนี้หากมีการบำบัดรักษาที่ทำในระยะยาวอาจช่วยให้มั่นใจในการบำบัดได้มากขึ้น

การรักษาโดยการสร้างแรงจูงใจแบบ **Motivational Enhancement Therapy** ได้ผลดี¹¹ ซึ่งเป็นการสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing) ร่วมกับการสะท้อนให้ผู้รับการบำบัดทราบถึงปัญหาและอุปสรรคที่แท้จริง (Feedback) ทั้งนี้การสร้างแรงจูงใจเป็นการรักษาที่เหมาะสมในระยะการฟื้นฟูทุกระดับขั้นตอนของการบำบัด



การให้คำปรึกษาและบำบัดแบบกลุ่ม (Group Therapy)¹³⁶

การบำบัดรักษารูปแบบนี้มีความหลากหลายอย่างมาก ส่วนใหญ่จะใช้เวลาหนึ่งหรือสองครั้งต่อสัปดาห์ มักใช้ระยะเวลานานประมาณ 6 เดือนหรือนานกว่านั้น และมักจะใช้เทคนิคของการบำบัดความคิดและพฤติกรรม (CBT) มีบางการศึกษาใช้ร่วมกันหลาย ๆ เทคนิค และบ้างก็ทำไปพร้อมกันกับการรักษาหรือการฟื้นฟู ประกอบด้วยการให้ความรู้ (Psychoeducation) กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน (Self help Group) และเน้นที่การร่วมแรงร่วมใจกันจัดการกับปัญหาสุขภาพจิตและการดื่มสุราหรือเสพสารเสพติด การทบทวนบทความแสดงให้เห็นอย่างสอดคล้องว่า การบำบัดรักษาแบบการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มนั้นให้ผลลัพธ์ที่น่าพอใจ หากผู้ป่วยสมัครใจเข้าร่วมในกลุ่มบำบัด¹³⁶

การให้ครอบครัวบำบัด (Family Therapy)¹³⁶

ครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่ผู้ให้ข้อมูลใกล้ชิดมากที่สุด ครอบครัวเป็นกลุ่มที่มีความผูกพันกันตามธรรมชาติ (Natural Support Systems) เป็นกลุ่มที่มีความสำคัญกลุ่มหนึ่ง ที่คอยดูแลช่วยเหลือให้กำลังใจและให้คำแนะนำแก่สมาชิกในครอบครัว²¹⁹ จากการได้รับคำชมยกย่องจากบุคคลในครอบครัว เมื่อผู้ป่วยเลิกดื่มสุราได้ นอกจากนี้สถานะทางเศรษฐกิจ (การเงิน) ดีขึ้น

ซึ่งก็เป็นเพียงส่วนหนึ่งของแรงสนับสนุน การใช้กำลังใจจากครอบครัวมาเป็นแรงสนับสนุนในการเลิกดื่มสุราคือความรู้สึกว่าตนเป็นที่ยอมรับของบุคคลในครอบครัว และเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัวนั่นเอง

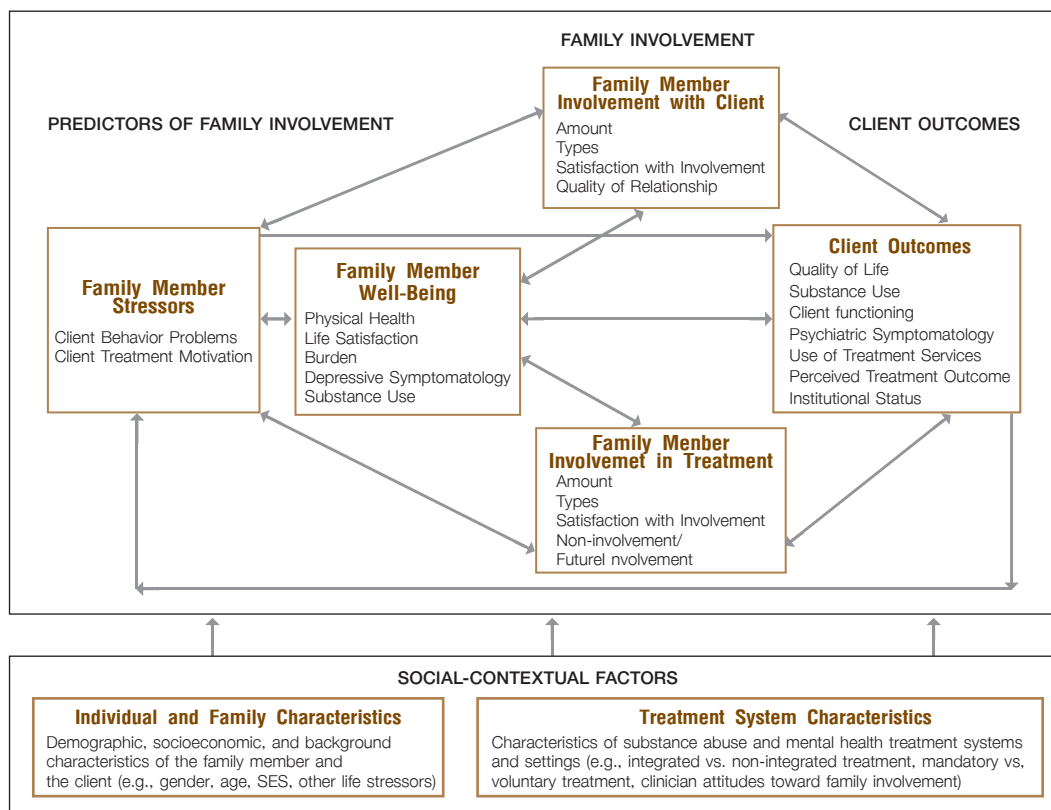
การบำบัดรักษาที่มีเป้าหมายเพื่อเพิ่มความรู้ สนับสนุนช่วยเหลือ และสอนทักษะการแก้ปัญหาให้กับสมาชิกครอบครัว การทบทวนบทความพบว่ามีการศึกษาเท่านั้นที่ให้การศึกษาแก่ครอบครัว¹³⁶ ซึ่งได้รวมเอาการบำบัดรักษาครอบครัวกับการให้คำปรึกษารายบุคคลเข้าด้วยกัน พบว่าได้ผลลัพธ์เชิงบวกในเรื่องลดการเสพสารเสพติดและผลลัพธ์ด้านอื่นๆ ในช่วงติดตามการรักษาระยะต่างๆ แต่ส่วนใหญ่จะลดลงเมื่อสิ้นสุดการบำบัดรักษา ดังนั้น การให้การบำบัดรักษาครอบครัวในผู้ที่มิโรควมนั้นยังไม่มีผู้ศึกษาอย่างเพียงพอ ไม่ว่าจะใช้เพียงลำพังหรือใช้ร่วมกับการบำบัดรักษาแบบอื่นๆ



ครอบครัวบำบัดในผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติด (Family Therapy for Dual diagnosis)

แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคร่วมทางจิตเวช จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากครอบครัวในการดูแล ได้นำสมมติฐาน ความสัมพันธ์เชิงโครงสร้าง และพื้นฐานทฤษฎีความเครียดของบุคคลในครอบครัว สภาพความเป็นอยู่ที่ดี และการดูแลผู้ป่วย แนวคิดเรื่องความเครียด²²⁰ ถูกพัฒนาเพื่ออธิบายกระบวนการดูแลผู้ป่วยที่อาจก่อให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพของผู้ดูแล แนวคิดนี้นำเสนอความเครียดที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแลเมื่อต้องรับภาระการดูแลผู้ป่วย ซึ่งมีผลกระทบทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ²²⁰ ซึ่งรวมถึงผลกระทบที่เกิดจากการเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยด้วย จากพฤติกรรมของผู้ป่วยที่อาจเป็นสิ่งที่กระตุ้นให้เกิดความเครียด ความเครียดเป็นผลกระทบด้านลบที่เกิดขึ้นจากภาวะสุขภาพของผู้ดูแล เช่น ภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล และปัญหาสุขภาพ

แผนภาพแสดงกรอบแนวคิดเพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมของครอบครัว ในผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติด²²⁰



ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแล

การมีส่วนร่วมของครอบครัวที่เหมาะสม ผลลัพธ์ในการรักษาก็จะออกมาดี ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับปัจจัยของผู้ดูแล **ความเครียดของผู้ดูแลขึ้นอยู่กับพฤติกรรมของผู้ป่วย สามารถทำให้เกิดผลกระทบทั้งร่างกายและสุขภาพจิต** อย่างไรก็ตามแนวคิดความเครียดนี้จะพูดถึงผลลัพธ์ที่เกิดกับผู้ดูแล ไม่ใช่กับผู้ป่วย ตัวอย่างเช่น การดื่มสุราหรือเสพสารเสพติดของผู้ป่วย ครอบครัวต้องเข้ามามีส่วนร่วม จะทำให้ได้ผลลัพธ์ที่ดีในการรักษา เนื่องจากปัญหาสุขภาพจิตของผู้ป่วยมีผลต่อตัวผู้ดูแลด้วยเช่นกัน การเกิดความเครียดในตัวผู้ดูแลก็อาจส่งผลกระทบถึงการดูแลผู้ป่วยต่อ

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ครอบครัวที่มีสมาชิกป่วยด้วยโรคจิตเวชรุนแรงร่วมกับปัญหาการดื่มสุราหรือเสพสารเสพติด มีโอกาสเกิดภาวะเครียดได้สูง ซึ่งกรอบแนวคิดนี้แสดงความสัมพันธ์ของการเกิดความเครียด การดูแลของครอบครัวอาจเกิดขึ้นได้จากหลายปัจจัย แต่รูปแบบกรอบแนวคิดขออธิบาย 2 แหล่งใหญ่ที่นำมาอยู่ในกรอบแนวคิดนี้คือ ประสบการณ์ความเครียดโดยสมาชิกในครอบครัว และสมาชิกครอบครัวที่มีสุขภาพะดี²²⁰ ความเครียดของผู้ดูแลอาจเกิดจากปัญหาพฤติกรรมผู้ป่วย เช่น ปัญหาด้านอารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย พฤติกรรมที่ไม่สามารถคาดเดาได้ การแยกตัวจากสังคม และการขาดแรงจูงใจในการรักษา (ผู้ป่วยปฏิเสธการรักษา คิดว่าสามารถรักษาเองได้) ซึ่งความเครียดเหล่านี้มีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สามารถเชื่อถือได้ว่าเป็นสิ่งที่มีผลต่อการรักษาผู้ป่วย และจากการศึกษาพบว่า ครอบครัวที่มีผู้ป่วยด้วยโรคจิตเวชรุนแรงเมื่อเปรียบเทียบกับครอบครัวที่มีผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้ดูแลสมาชิกที่ป่วยทางจิตรุนแรงมีความรู้สึกเป็นภาระมากกว่า²²⁰ อีกทั้งยังพบว่าครอบครัวที่ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคสมองเสื่อมและมีปัญหาด้านพฤติกรรม อาจทำให้ผู้ดูแลป่วยเป็นโรคซึมเศร้าเรื้อรังได้²²⁰

แนวคิดนี้มีวัตถุประสงค์ที่จะศึกษาข้อเท็จจริงเกี่ยวกับความแตกต่างระหว่างสิ่งที่เกิดขึ้นก่อนและสิ่งที่เกิดขึ้นตามมาของสุขภาพะดีในหลาย ๆ มุมมอง ตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยที่มีแรงจูงใจในการรักษาต่ำสามารถที่จะทำนายได้ว่า สมาชิกในครอบครัวจะมีความรู้สึกเป็นภาระสูง แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพะดีของสมาชิกครอบครัวด้านร่างกาย ในทางกลับกันมุมมองของการมีสุขภาพะดีที่ดี อาจมีความแตกต่างตามมาได้ ตัวอย่างเช่น ความรู้สึกเป็นภาระ สมาชิกในครอบครัวจะสามารถทำนายการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยได้ (ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย) มากกว่าสมาชิกในครอบครัวที่มีสุขภาพร่างกายแข็งแรง



เป้าหมายของการทำครอบครัวบำบัด

การนำครอบครัวบำบัดมาใช้ในผู้ป่วยสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชนั้นยังมีไม่มากนัก จากการศึกษาพบว่า การทำครอบครัวบำบัดในกลุ่มเป้าหมายที่ติดสุราและมีโรคทางจิตเวชร่วม ช่วยให้ครอบครัวรู้สึกตระหนักและรู้ความต้องการของครอบครัวมากขึ้น และเกิดความร่วมมือในการรักษา และช่วยส่งเสริมการฟื้นฟูของผู้ป่วย การทำครอบครัวบำบัดเป็นการส่งเสริมให้ครอบครัวซึ่งได้แก่ ตัวผู้ป่วย ผู้ดูแล และผู้บำบัดให้สื่อสารและเข้าใจความหมายของพฤติกรรมต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น รับรู้ว่าสิ่งใดคือสิ่งที่ปัญหาและหาแนวทางแก้ไขร่วมกัน เพื่อช่วยให้พฤติกรรมติดสุราดีขึ้น เช่น

- ทำไมผู้ป่วยจึงแก้ปัญหาที่เกิดจากคนในครอบครัว ด้วยวิธีการใช้สุรา/สารเสพติด
- ผลกระทบที่เกิดจากการใช้สุรา/สารเสพติดของผู้ป่วย มีอะไรบ้าง อย่างไร
- ผลกระทบของการใช้สุรา/สารเสพติดที่เกิดขึ้นกับครอบครัวคืออะไรบ้าง

ครอบครัวบำบัดจะไม่เน้นเรื่องการตัดสินว่าใครถูก ใครผิด แต่จะช่วยให้สัมพันธภาพระหว่างบุคคล สัมพันธภาพส่วนบุคคล และสิ่งแวดล้อมเกิดการเปลี่ยนแปลง และช่วยให้ผลกระทบที่เกิดจากปัญหาการใช้สุรา/สารเสพติดบรรเทาไปได้ ครอบครัวบำบัดเน้นให้ผู้ป่วยและครอบครัวทำงานร่วมกัน เป้าหมายสำคัญของครอบครัวบำบัดคือการป้องกันไม่ให้ปัญหาการใช้สุราและสารเสพติดแพร่ออกไปจากรุ่นหนึ่งไปสู่อีกรุ่นหนึ่ง ช่วยให้ครอบครัวกลับสู่ภาวะสมดุล และอยู่ร่วมกันได้อย่างมีความสุข



การจัดการผู้ป่วยรายกรณี (Case Management)¹³⁶

เป็นกลยุทธ์การดูแลผู้ป่วยรูปแบบหนึ่ง ถือเป็นรูปแบบการบริการที่เกิดขึ้นเพื่อแก้ไขปัญหาการบริการแบบแยกส่วนและช่วยลดค่าใช้จ่ายจากการดูแลผู้ป่วยแบบเรื้อรัง (Thornicroft, 1991) การดูแลผู้ป่วยในรูปแบบนี้ได้รับการพัฒนาขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการวางแผนการดูแลต่อเนื่องก่อนการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแล้วกลับไปรักษาตัวต่อที่บ้านและในชุมชนเท่าที่จะทำได้ การจัดการรายกรณีจึงเป็นการบริการการดูแลแบบผสมผสาน (Integration) และมีความต่อเนื่อง (Continuity) **เป็นกระบวนการการดูแลผู้ป่วยโดยกำหนดแผนการดูแลร่วมกันระหว่างทีมสหวิชาชีพอย่างเป็นระบบ เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง เกิดประสิทธิผลสูงสุด**

การทำงานเป็นทีมอันประกอบด้วยสหวิชาชีพอย่างเข้มข้น มีการบริการร่วมกันทางคลินิก มักเกี่ยวข้องกับรูปแบบ Assertive community treatment; ACT¹⁵⁷ กับ intensive case management การศึกษาเหล่านี้มีผลลัพธ์เชิงบวกในด้านอื่นอยู่บ้าง เช่น ทำให้ความผูกพันเพิ่มมากขึ้น อยู่ในชุมชนได้นานขึ้น การมาโรงพยาบาลลดลง และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ซึ่งเป็นผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับการดูแลด้วย Case Management

ความเข้มข้นและการทำงานเป็นทีมของ Case management อาจเป็นส่วนขับเคลื่อนการบูรณาการการบำบัดรักษาการเจ็บป่วยทางจิตกับการดื่มสุราและใช้สารเสพติดได้ ผู้ติดตามรายกรณี (Case manager) จึงควรส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยให้จิตเวชชุมชนอย่างเป็นระบบ สามารถดูแลได้ทั้งจิตเวชและสารเสพติด ดังนั้นผู้จัดการรายกรณีควรได้รับการฝึกอบรมโปรแกรมการบำบัดผู้ป่วยสุราที่มีโรคทางจิตเวชร่วม¹⁵⁷



การบำบัดรักษาแบบอยู่ในสถานบำบัด (Residential Treatment)

การรักษาแบบนี้คือ ผู้ป่วยอยู่ในสถานบำบัดระยะยาว เช่น โรงพยาบาลธัญญารักษ์ บ้านพักฟื้น ข้อดีของการบำบัดรักษาในสถานบำบัดคือ ได้รับการฟื้นฟูสภาพทั้งด้านร่างกาย และจิตสังคม การทบทวนบทความพบว่า งานศึกษาเกือบทั้งหมดได้ทำการเปรียบเทียบกับวิธีการที่มีการบูรณาการกันมากกว่าหนึ่งโปรแกรม ตั้งแต่โปรแกรมที่ใช้ระยะเวลาสั้น ๆ (ต่ำกว่า 6 เดือน) ไปจนถึงการศึกษาที่มีระยะเวลานาน (1 ปีขึ้นไป) ส่วนใหญ่ผู้ป่วยเหล่านี้ มีลักษณะเฉพาะ เช่น ภาวะคนไร้บ้าน (Homeless) ที่มีสองวินิจัยและไม่ตอบสนองต่อการบำบัดรักษาที่มีให้ที่แผนกผู้ป่วยนอก การทำ Residential Treatment ระยะยาว จะให้ประสิทธิผลในเรื่องของผลลัพธ์การใช้สารเสพติดคงอยู่นานมากกว่าระยะสั้น นอกจากนี้ การบำบัดในระยะยาวยังพบว่าให้ผลลัพธ์เชิงบวกในด้านอื่นอย่างสอดคล้องกันอีกด้วย

Residential Treatment ประสิทธิภาพของการบำบัดรักษาแบบนี้ต่อการใช้สารเสพติด และต่อผลลัพธ์อื่นๆ พบว่า มีความสัมพันธ์กันอย่างชัดเจน ให้ประสิทธิผลและบรรลุเป้าหมายได้ในวงกว้าง ในผู้ติดสุราที่เข้าบำบัดจะต้องเริ่มต้นงดใช้สุรา จึงทำให้เกิดอาการอยากดื่ม หรืออาการของการเลิกใช้สุรา หรืออาการถอนพิษสุรา (Withdrawal symptoms) อาการที่เกิดขึ้นจะทำให้เกิดความทรมานทางร่างกาย ส่งผลให้มีอาการหงุดหงิด บกพร่องต่อการควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมตนเอง การบำบัดแบบผู้ป่วยใน (Inpatient care) ในลักษณะนี้ จึงเกิดประโยชน์เมื่อให้ผู้ป่วยเข้านอนรักษาตัวในโรงพยาบาล เมื่อผู้ป่วยพ้นภาวะวิกฤต เช่น ภาวะถอนพิษสุรารุนแรง มีอาการทางจิต ซึ่งโรงพยาบาลจะให้ยาจิตเวชช่วยลดอาการถอนพิษสุราและโรคทางจิตเวชควบคู่กัน การให้การรักษาอาการถอนพิษสุรา (Alcohol detoxification) ช่วยให้ผู้ป่วยผ่านช่วงของการถอนพิษสุราได้อย่างปลอดภัย ซึ่งจะถูกนำมาใช้ภายในเวลาที่กำหนด

หลังจากถอนพิษสุราจึงให้ผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพต่อไป เนื่องจาก บุคลิกลักษณะของผู้ติดสุราที่แต่เดิมมีความบกพร่องในการยับยั้งตนเอง อ่อนไหวง่าย บางรายจึงไม่สามารถอดทนต่ออาการดังกล่าว ทำให้หันกลับไปดื่มสุราอีก การบำบัดรักษา ในระยะนี้บางรายอาจต้องให้ยาทดแทนเพื่อลดอาการอยากสุรา ร่วมกับโปรแกรมระยะสั้น ที่โรงพยาบาลกำหนด การดูแลชนิดนี้ไม่เน้นการอยู่โรงพยาบาลระยะยาว เนื่องจาก ข้อจำกัดด้านทรัพยากรและสถานที่²¹⁰



โดยสรุป ผลลัพธ์ของการให้การบำบัดแบบอยู่ในสถานบำบัดของผู้ป่วยภาวะโรคร่วมระยะยาวจึงให้ผลลัพธ์เชิงบวกอย่างแท้จริง และการให้การบำบัดรักษาแบบอยู่ในสถานบำบัดระยะยาวก็เป็นเพียงการบำบัดรักษาเดียวที่สามารถช่วยเหลือผู้ที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาอื่นได้ อย่างไรก็ตามการศึกษาในเรื่องของการบำบัดรักษาแนวนี้ยังขาดการทดลองอย่างจริงจัง

การให้การฟื้นฟูแบบผู้ป่วยนอกแบบเข้มข้น (Intensive outpatient Rehabilitation)

โปรแกรมที่มีความครอบคลุมและใช้เวลาในการบริการหลายชั่วโมงในหลาย ๆ วันต่อสัปดาห์ เช่น Day Rehabilitation, Day Treatment และ Evening Program พบว่าเป็นการบำบัดรักษาที่จัดอยู่ในกลุ่มการรักษาทางเลือก ซึ่งพบว่ามีผลลัพธ์ไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม

การบำบัดแบบมีเงื่อนไข Contingency Management¹³⁶

หมายถึง การบำบัดอย่างเป็นระบบของการกระตุ้นหรือเสริมแรงสำหรับพฤติกรรมเฉพาะบางอย่าง เช่น เมื่อมาบำบัดครบตามกำหนดก็ให้รางวัล หรือจับฉลากเล็กๆ น้อยๆ ทำให้ผู้ป่วยอยากมาอยู่ในกลุ่มอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเหล่านั้น แม้โดยปกติแล้วจะเป็นรูปแบบการบำบัดที่ทำระยะสั้นโดยเน้นเฉพาะการลดการใช้สารเสพติด ใช้เวลาในการทำประมาณ 4-6 เดือน แต่ผลลัพธ์ที่ได้จากการศึกษาพบว่าได้ผลลัพธ์เพิ่มเติม เกือบทุกการศึกษาพบว่ามีพัฒนาการที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญในเรื่องผลลัพธ์ของการใช้สารเสพติด จึงพบว่าการบำบัดรูปแบบนี้เป็นการบำบัดรักษาที่มีความหวังสูงสำหรับการจัดการกับปัญหาการใช้สารเสพติดในผู้ป่วยภาวะโรคร่วม

Contingency management มีแนวโน้มที่จะเน้นเฉพาะการใช้สารเสพติดแต่ผลลัพธ์กลับพบว่าใช้ได้ดีกับด้านอื่นๆ ด้วย สภาพที่ดีขึ้นที่สัมพันธ์กับการบำบัดแบบนี้อาจไม่สัมพันธ์กับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกระตุ้นแรงจูงใจและกระบวนการรับรู้อื่นๆ ซึ่งอาจเป็นความท้าทายสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะโรคร่วม อย่างไรก็ตามการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดรูปแบบนี้ยังอยู่ในขั้นเริ่มต้น แต่การศึกษาต่อไปในอนาคตน่าจะสามารถให้ความมั่นใจได้อย่างชัดเจน



การบังคับบำบัด Legal Intervention¹³⁶

เป็นรูปแบบของการบำบัดรักษาในลักษณะของการบังคับบำบัด (ออกคำสั่งหรือการเฝ้าติดตามอื่น ๆ) แต่ในการทบทวนบทความนี้ศึกษาเพียงการเบี่ยงเบนการถูกจองจำและการลดการจองจำเท่านั้น ซึ่งทั้งหมดเป็นวิจัยกึ่งทดลอง การบำบัดรักษารูปแบบนี้ให้ผลในเรื่องของการใช้ประโยชน์ของการบริการเพิ่มมากขึ้น และให้ผลลัพธ์ที่ดีอย่างกว้างๆ ในด้านอื่นๆ Legal interventions ทำให้เกิดการมีส่วนร่วมในการบำบัดรักษาเพิ่มมากขึ้น

จากการทบทวนการบำบัดทั้ง 8 อย่างข้างต้น แสดงให้เห็นว่ามีการบูรณาการการบำบัดรักษาอย่างน้อย 3 ชนิดสำหรับผู้ที่มีปัญหาการใช้สุราสารเสพติด ซึ่งพบว่ามีประสิทธิภาพในผู้ป่วยที่มีภาวะโรคร่วม อันได้แก่ **Group therapy, Contingency Management และ long-term residential treatment** สำหรับประสิทธิผลของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มคือมีความสอดคล้องหรือเข้ากันได้กับกลุ่มประเภทอื่นๆ ซึ่งแนะนำให้ใช้ได้ร่วมกับกลุ่มที่ไม่มีผลกระทบพิเศษ เช่น การสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยยอมรับการมารักษาอย่างสม่ำเสมอ (MET) การให้สุขภาพจิตศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ของการเป็นโรคจิตเวชและการดื่มสุรามีส่วนเกี่ยวข้องกันอย่างไร (Comorbidity Psychoeducation) การใช้เทคนิคพฤติกรรมบำบัด (Behavioral Therapy) การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (CBT) ทักษะการแก้ปัญหาและการคงการหยุดดื่มต่อไป (Skill base therapy) กลุ่มสร้างทักษะ (Social skilled training) การจัดการตารางเวลาชีวิตประจำวันและบริหารเงิน (Money management) การเข้าร่วมเครือข่ายทางสังคม (Social support) และกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน (Self help group) ฯลฯ²²¹



การเข้าร่วมกลุ่มบำบัดอิสระ การเลิกสุราต่อเนื่อง หลังบำบัด (After care)

การเข้าร่วมกลุ่มเครือข่ายผู้เลิกสุรา กลุ่มเอเอ (Alcoholics Anonymous: AA)

เป็นกลุ่มช่วยเหลือตนเองโดยผู้ป่วยด้วยกันเอง กลุ่มเอเอเป็นการบำบัดสุราภาคประชาชนและฟื้นฟูสภาพทางจิตวิญญาณ (Spiritual recovery) ซึ่งการรวมกลุ่มของผู้ป่วยยึดหลักทฤษฎีว่า การติดสุราเป็นโรคทางกายอย่างหนึ่ง (Disease Concept) ไม่ใช่ความอ่อนแอของจิตใจ เป็นโปรแกรมที่ฟื้นฟูสภาพทางจิตวิญญาณสำหรับผู้ติดสุราที่เป็นรูปธรรม และได้รับการยอมรับในวงกว้างจนมีเครือข่าย ปัจจุบันมีงานวิจัยหลายชิ้นพบว่า การเข้าร่วมกลุ่มเอเอมีส่วนสัมพันธ์กับผลลัพธ์ที่ดีของการหยุดดื่มสุราโดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยนอก²²²

กระบวนการกลุ่มที่สำคัญของกลุ่มเอเอได้แก่หลักทำบำบัด 12 ขั้นตอน

(12-step Facilitation) ทั้งนี้ควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยไปเข้าร่วมกลุ่มเอเอในชุมชนหรือในสถานพยาบาล ซึ่งทำให้ผู้ป่วยฟื้นตัวจากโรคติดสุราอย่างยั่งยืนต่อไป ปัจจุบันมีการดำเนินการกลุ่มเอเอตามแนวพุทธและมีกิจกรรมการนำเสนอตัวอย่างผู้ที่เลิกสุราได้ให้เป็นแบบอย่าง

การรักษาสุขภาพจิตร่วมกับการติดสุราและสารเสพติดแตกต่างกันในเรื่องการใช้กลุ่มช่วยเหลือตนเอง ซึ่งเป็นปัจจัยส่งเสริมให้เกิดความสำเร็จมากกว่านำมาใช้ในบริบทของจิตเวชศาสตร์²²³ มีหลายงานวิจัยที่กล่าวว่าผู้ป่วยสุราและสารเสพติดจะได้รับประโยชน์จากการเข้าร่วมกลุ่มบำบัดแบบ 12 ขั้นตอนมากกว่าผู้ป่วยอื่น^{224, 225, 226} ในตลอด 20 ปีที่ผ่านมา กลุ่มช่วยเหลือตนเองที่มีรากฐานมาจากการบำบัดแบบ 12 ขั้นตอน ได้พัฒนาและปรับเปลี่ยนไป การประชุมความต้องการของสมาชิก จำนวนสมาชิกที่เพิ่มขึ้นและการประเมินผลที่ได้ทั้งทางตรงและทางอ้อมที่เป็นส่วนประกอบที่จะใช้ฟื้นฟูผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสุราและสารเสพติดต่อไป²²⁵ การบำบัดรักษาทางจิตสังคมนั้นถ้าจะให้ได้ดีผู้ป่วยควรหยุดการดื่มสุรามาแล้วอย่างน้อย 2-4 สัปดาห์¹⁹⁰



ถึงแม้ว่าการบำบัดการติดสุราและสารเสพติดจะมีหลายแนวทาง แต่แนวทางใหญ่ที่มีอิทธิพลแนวทางหนึ่งได้แก่ กลุ่มสุรานินนาม (Alcohol Anonymous: AA) และรูปแบบการรักษาแนวใหม่ที่ใช้ในสหรัฐอเมริกาคือ “Minnesota Model”^{227, 228} ซึ่งมีรากฐานจากการบำบัดแบบ 12 ขั้นตอน กลุ่มสุรานินนามหรือโปรแกรมของกลุ่มจะจูงใจให้เข้าร่วม ถูกนำมาใช้มาก ไม่เน้นการแข่งขัน²²⁹ โปรแกรมให้ความสำคัญเรื่องการให้ข้อมูลแบบเผชิญหน้ามากกว่าการบำบัดเชิงจิตเวชศาสตร์ ซึ่งให้ความสำคัญกับการใช้เทคนิคระดับประคองหรือใช้วิธีการที่สงบ ไม่คุกคามผู้ป่วยจนกระทั่งผู้ป่วยอาการดีขึ้น มีผู้ป่วยจำนวนมากที่ประสบความสำเร็จและสามารถหยุดดื่มสุราได้จากการเข้ากลุ่มสุรานินนาม จนไม่ยอมรับการรักษาด้วยยาต่อไป เช่น ยา Methadone, Naltrexone ในทางตรงข้ามสิ่งที่เกิดขึ้นบ่อยๆ กับการรักษาเชิงจิตเวชศาสตร์ มีความจำเป็นที่ควรปรับแนวทางการรักษาด้วยยาให้เข้ามาใช้กับผู้ป่วยสุราและสารเสพติดเช่นเดียวกัน

ปัจจุบันเชื่อว่าการบำบัดรักษาผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุราและมีโรคร่วมจิตเวชที่ดีที่สุดคือการรักษาแบบทีมสหวิชาชีพ ซึ่งเป็นผู้ที่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเวชศาสตร์สารเสพติดและทำงานร่วมกับผู้ที่มีปัญหาพฤติกรรมเสพติดได้ดี รวมทั้งมีการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่มีประสิทธิภาพ จิตแพทย์ควรให้การดูแลผู้ป่วยทั้งอาการทางจิตและปัญหาการดื่มสุราไปพร้อมๆ กัน เพื่อให้การดูแลที่ครอบคลุมจะเป็นวิธีที่ดีที่สุด **การผสมผสานระหว่างการบำบัดทางจิตสังคมและการรักษาด้วยยาถือว่าเป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพสูงสุด**²²¹



การบำบัดเฉพาะโรคจิตเวชร่วม ผู้มีปัญหาการดื่มสุรา

โรคซึมเศร้าร่วม (Co-occurring Depressive Disorder)

การให้คำปรึกษาอย่างสั้น (Brief intervention, BI)

การศึกษพบว่า การให้คำปรึกษาอย่างสั้น (Brief intervention) สามารถเพิ่มอัตรา
การติดตามอาการตามกำหนดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การดื่ม
ที่ลดลง และเห็นผลกระทบของการดื่มต่ออาการซึมเศร้า และเพิ่มศักยภาพในตนเอง
(self efficacy)²³⁰

การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivation Enhancement Therapy; MET)

สรุปพื้นฐานหลัก 4 ข้อ²¹² ดังนี้

1. แสดงความเข้าใจ ความเห็นอกเห็นใจ
2. การทำให้ผู้ป่วยเห็นความแตกต่างระหว่างสถานการณ์ในปัจจุบันกับเป้าหมายที่เป็น
3. การหลีกเลี่ยงการโต้แย้งกับผู้ป่วย
4. การส่งเสริมศักยภาพที่มีในผู้ป่วย

มีการศึกษาจำนวนมากเพื่อประเมินประสิทธิภาพของ Motivational Interviewing (MI)
จากปัญหาการดื่มสุราในผู้ป่วยวัยรุ่นซึ่งมีโรคทางจิตเวชในบริบทที่แตกต่างกัน เช่น
ผู้ป่วยวัยรุ่นที่ไร้ที่พึ่ง²³¹ ร่วมกับนักศึกษาวัยรุ่นตอนปลาย²³² พบว่าสามารถลดการดื่มสุรา
และความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องในวัยรุ่นน้อยลงได้²³¹



การปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติ (Cognitive Behavioral Therapy; CBT)

การบำบัดความคิดด้านลบที่ไม่เหมาะสม (dysfunctional thought) ซึ่งในผู้ป่วยสุราที่มีโรคร่วมซึมเศร้าพบว่า มีความเชื่อมโยงระหว่างอารมณ์ทางด้านลบและการตัดสินใจใช้สุรา อันมีผลมาจากความคิดที่บิดเบือนแบบต่าง ๆ นอกจากนี้ในแง่ความคุ้มค่าในการรักษาและผลลัพธ์ที่ออกมา พบว่าการผสมระหว่างโครงสร้างของการรักษาแบบ MET และ CBT เป็นการรักษาที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด²³³

การทำจิตบำบัดเชิงลึก (Psychodynamic Psychotherapy)

การบำบัดซึ่งมุ่งเน้นปมความขัดแย้งและการพัฒนาความสัมพันธในวัยเด็ก ระหว่างเด็กและผู้ดูแลซึ่งมีผลต่อการติดสุราและโรคซึมเศร้า โดยกล่าวว่าสามารถใช้การบำบัดทั้งจิตพลวัต (Psychodynamic) และ CBT ในผู้ป่วยสุราที่มีโรคความผิดปกติทางอารมณ์ได้¹⁷

การบำบัดความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal Psychotherapy; ITP)

การบำบัดซึ่งมุ่งเน้นความสัมพันธ์ระหว่างอารมณ์ เหตุการณ์ บุคคลรอบตัว ใช้ได้ผลดีในผู้ป่วยที่มีโรคความผิดปกติทางอารมณ์⁶²

การบำบัดฟื้นฟูภาวะโรคร่วมจิตเวชสุรา/สารเสพติด (Dual Recovery Therapy; DRT)

การบำบัดแบบ Dual Recovery Therapy คือ การบำบัดและฟื้นฟูซึ่งผสมผสานระหว่างการบำบัดโรคร่วมจิตเวชและโรคจากสุรา/สารเสพติด ซึ่งใช้หลักการบำบัดแบบบูรณาการ โดยมีรูปแบบที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยแต่ละบุคคล การบำบัดผู้ป่วยสุราที่มีโรคร่วมซึมเศร้าโดยวิธี Dual Recovery Therapy นั้นใช้หลักการบำบัดบางประการร่วมกันระหว่างสองสภาวะโรค ตัวอย่างเช่น การประเมินแรงจูงใจในการเลิกดื่มสุราและแรงจูงใจในการรักษาโรคซึมเศร้าอย่างต่อเนื่อง การปรับเปลี่ยนวิธีการแก้ปัญหาที่ไม่เหมาะสมที่พบร่วมกันในผู้ป่วยทั้งสองกลุ่ม เป็นต้น⁵⁴ ดังนั้นจิตบำบัดสำหรับผู้มีปัญหาการดื่มสุราที่มีโรคร่วมจิตเวชซึ่งรับการพัฒนามาอย่างต่อเนื่อง โดยใช้เทคนิคการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (CBT) ใช้ในการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ (Relapse Prevention; RP) การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (MET)¹⁸

เป้าหมายของการรักษา คือ ผู้ป่วยมีอาการทางจิตสงบ คงที่ ไม่กำเริบ และมีการตัดสินใจหรือเกิดความลังเลที่จะหยุดดื่มสุรา¹³⁶ ทั้งนี้จิตสังคมบำบัดชนิดนี้เหมาะสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เป้าหมายเพื่อลดอาการซึมเศร้าและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยให้ดีขึ้น อาการซึมเศร้าที่พบในผู้ป่วยมักสัมพันธ์กับความโศกเศร้าจากการสูญเสีย เรื่องที่กระทบกระเทือนทางจิตใจ ความอาย ความรู้สึกแปลกแยก ความรู้สึกโดดเดี่ยว และความภาคภูมิใจในตนเองที่ลดลง และระยะเวลาการเกิดโรคซึมเศร้านั้นสามารถเกิดขึ้นภายหลังการฟื้นคืนจากภาวะติดสุราอย่างน้อย 1 ปี การบำบัดจึงต้องมีความต่อเนื่อง การบำบัดชนิดนี้ เน้นประเด็นการให้ความหวัง การยอมรับผู้ป่วย และการเสริมสร้างกำลังใจ ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของการฟื้นฟูผู้ป่วยเหล่านี้⁵⁴ การบำบัดนั้นมีความซับซ้อนและมีปัจจัยของความสำเร็จของการบำบัดหลากหลาย

หลักการบำบัด

1. เป็นการบำบัดแบบบูรณาการระหว่าง bio psychosocial-spiritual model
2. ควรปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมกับ stage of change และแรงจูงใจของผู้ป่วย
3. ให้ความสำคัญกับการเข้าถึงผู้ป่วย (engaging) และการสร้างแรงจูงใจ
4. เสริมสร้างทักษะและพฤติกรรมที่เหมาะสม

บทบาทของผู้บำบัด

1. การเข้าถึง (engaging) ผู้ป่วยโดยใช้วิธีการทางบวก การเคารพผู้ป่วย และการเข้าหาอย่างกระตือรือร้น (active approach)
2. คำนึงถึงการฟื้นฟูทั้งสองโรคคือ โรคซึมเศร้าและโรคจากสุรา ตลอดกระบวนการบำบัดรักษา
3. เน้นการเรียนรู้แบบที่มีโครงสร้างชัดเจนและการเสริมสร้างทักษะ
4. สอนหลักการบำบัดแบบฟื้นฟูสภาพ (recovery concept) และการป้องกันการป่วยซ้ำ
5. สนับสนุนให้เกิด group support และการเสริมแรงทางบวกซึ่งกันและกัน
6. ผสมผสานประเด็นทางจิตวิญญาณและคุณค่าความเป็นมนุษย์ไว้ในกระบวนการบำบัดรักษา



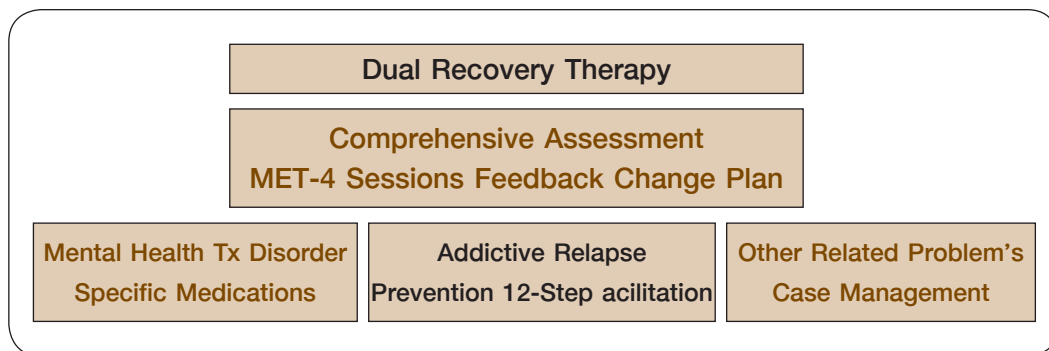
เครื่องมือทางคลินิก (clinical tools)

1. การฝึกการหายใจและการผ่อนคลาย
2. การวิเคราะห์การป่วยซ้ำ
3. การระบุช่วงเวลาการเกิดโรคซึมเศร้าและการดื่มสุรา
4. การฝึกการตัดสินใจที่เหมาะสม
5. การใช้บทบาทสมมติ

ระยะของการบำบัด

1. Early recovery เป้าหมายเพื่อการหยุดดื่มและควบคุมอาการซึมเศร้า ซึ่งการรักษาด้วยยาจะเป็นบทบาทหลัก
2. Middle recovery เน้นประเด็น interpersonal และความเชื่อทางจิตวิญญาณในการบำบัด
3. Late recovery การจัดสมดุลชีวิตและการแก้ไขปัญหาบุคลิกภาพต่างๆ การบำบัดทางจิตสังคมนี้รวมถึงการให้การบำบัดแบบ 12 ขั้นตอนด้วยแบบจำลองข้างต้น เป็นการดูแล 4 ส่วนหลักดังนี้

แผนภาพแสดงการบำบัดฟื้นฟูภาวะโรคร่วมจิตเวชสุรา/สารเสพติด



การสร้างแรงจูงใจ (Motivational Enhancement Therapy) อย่างน้อย 4 ครั้งและสะท้อนข้อมูลกลับ Feedback ให้ผู้ป่วยรับทราบ

การดูแลด้านจิตเวช (Core mental health therapy approaches) การถอนพิษสุราสารเสพติด การให้ยาตามกลุ่มโรคและอาการทางจิตเวช จิตสังคมบำบัดเฉพาะรายโรค

การดูแลด้านสุราสารเสพติด ได้แก่ การป้องกันการเสพซ้ำ (Relapse Prevention) การทำจิตบำบัด 12 ขั้นตอน (12-step Facilitation)

ผู้ป่วยที่มีโรคร่วมทางอารมณ์ผิดปกติหรือวิตกกังวล Co-occurring Mood and Anxiety Disorder

ผู้ป่วยที่มีปัญหาการดื่มสุรามักพบโรคร่วมด้วยเสมอ โดยโรคทางด้านอารมณ์แปรปรวน และโรควิตกกังวล ซึ่งจากการศึกษาการบำบัดรักษานั้นพบว่า การใช้ CBT มีประสิทธิภาพ ในการลดความวิตกกังวลและลดการดื่มสุราได้ รวมทั้งการฝึกทักษะการผ่อนคลาย การจัดการความเครียด และการฝึกทักษะทางสังคมด้านต่าง ๆ

Cognitive-Behavioral (Alcohol and Substance Abuse) Counseling : CBC

การประยุกต์การบำบัด หลักการเพื่อดูแลสุขภาพ การดูแลตัวเอง การควบคุมตัวเอง โดยการฝึกทักษะต่าง ๆ เพื่อหลีกเลี่ยงการดื่มสุรา

จุดประสงค์และขั้นตอน CBC

- **Engagement:** ให้ผู้ป่วยเข้าใจความสัมพันธ์สุราและโรคทางจิตเวช โดยต้องมีเทคนิค Empathy คำถามปลายเปิด ตั้งใจฟังผู้ป่วย ไม่ตัดสิน แสดงถึงความจริงใจ
- **Persuasion:** เพิ่มแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงเพื่อเลิกดื่ม การรักษาโรคจิตเวช
- **Active Treatment:** ลดการดื่มสุราและจัดการโรคจิตเวช

ขั้นตอนประกอบด้วย

1. **Action Plan:** วิเคราะห์ตัวกระตุ้นที่ทำให้ดื่มซ้ำของตนเอง แล้วพยายามหลีกเลี่ยงได้ โดยการฝึกฝนทักษะต่าง ๆ เป็นการจัดการความคิดและพฤติกรรมเพื่อเลิกสุรา/สารเสพติด

การจัดการความอยากสุรา (Managing Craving) เช่น การลุกเดิน ฟังเพลง การทำอาหารสุขภาพทานเล่น การสนับสนุนจากคนรอบข้าง การสำรวจความเครียดและหมั่นฝึกจัดการอย่างสม่ำเสมอ การฝึกลมหายใจ การทำสมาธิ การสวดมนต์ หากพลาดดื่มซ้ำให้ตั้งสติแล้ววิเคราะห์ว่าเพราะอะไรถึงดื่มซ้ำแล้วพยายามหลีกเลี่ยง



2. A skill-based approach therapy¹⁷⁸

ทั้งนี้การจัดการความเครียด ความคิดความรู้สึกที่ไม่พอใจ หรือสถานการณ์เสี่ยง ที่กระตุ้นให้ดื่มแอลกอฮอล์ (Coping with unpleasant emotions) ได้แก่ ทักษะต่อไปนี้

- ทักษะการคลายเครียด (Relaxation skills) ได้แก่ การฝึกลมหายใจ โยคะ ดนตรี กีฬา เป็นต้น
- ทักษะการใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ (Leisure skills)
- ทักษะการใช้ชีวิตให้มีความสุขในที่ทำงาน (Work skills)
- ทักษะทางสังคม (Social skills) ได้แก่ ทักษะการปฏิเสธ การคบเพื่อนหรือหาเพื่อนใหม่ที่เหมาะสม การรับฟังผู้อื่น การแสดงออกอารมณ์ที่เหมาะสม เป็นต้น ทั้งนี้ควรฝึกฝนทักษะต่างๆ อย่างสม่ำเสมอทุกวัน
- การพัฒนาเครือข่ายสังคม (Social network) เพื่อสนับสนุนช่วยเหลือให้ผู้ป่วยเข้มแข็ง สามารถเลิกดื่มสุราได้



ผู้มีปัญหาการดื่มสุราที่มีภาวะโรคจิตร่วม Co-occurring Psychosis Disorder

การเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing: MI)²¹¹

จากการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับแรงจูงใจในการเลิกสุราและสารเสพติดของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ดื่มสุราและเสพยาเสพติด²³⁴ พบว่า การจำแนกตามชนิดของสารเสพติด มีแรงจูงใจในระดับต่ำ (Pre-contemplation and Contemplation) ดังนี้ สุราร้อยละ 48 โคเคนร้อยละ 60 กัญชาร้อยละ 51 และฝิ่นร้อยละ 41 ทั้งนี้การจำแนกตามข้อมูลประชากร พบผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ดื่มสุราอายุมากกว่า 40 ปี มีแรงจูงใจในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Motivational building จะใช้ในระยะแรกเมื่อผู้ป่วยผ่านการรักษาภาวะถอนพิษสุราแล้ว เหตุผลที่ใช้ในการเสริมสร้างแรงจูงใจก่อนเพื่อสร้างความตระหนักในปัญหาการดื่มสุราของผู้ป่วยก่อน โดยมีแนวคิดดังนี้

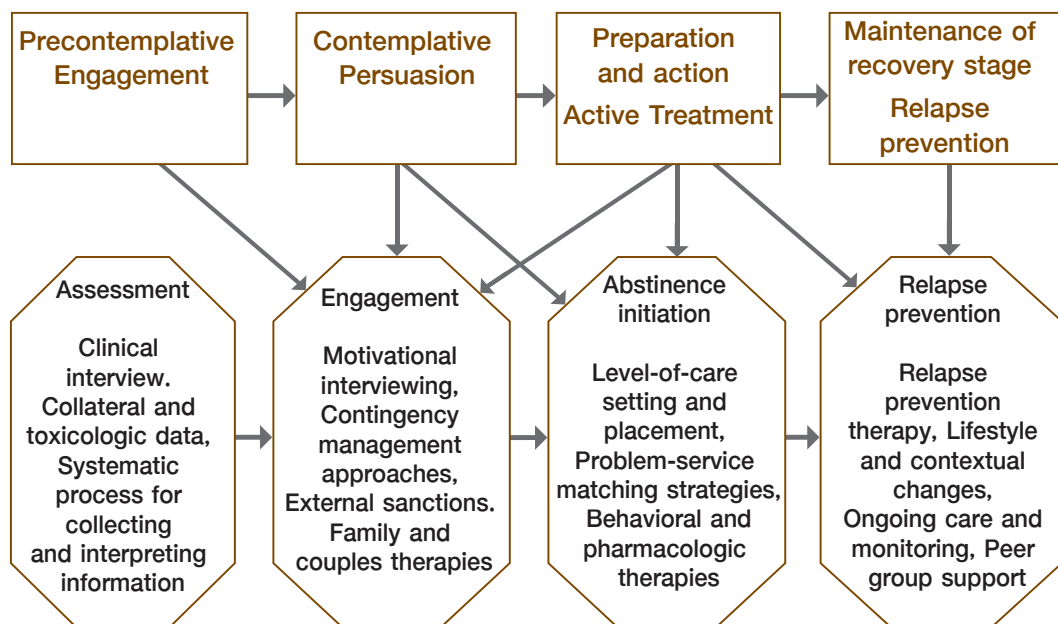
1. ค้นหาปัญหาของผู้ป่วย รวมทั้งประเมินระยะของการเปลี่ยนแปลง stage of change ว่าอยู่ในระดับใด เพื่อให้ผู้บำบัดวางแผนใช้เครื่องมือและเทคนิคในการบำบัดได้อย่างเหมาะสม
2. ผู้บำบัดต้องใช้เทคนิคของ MI ในการสนทนา เพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดความลังเลใจ โดยเน้นให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงความรับผิดชอบต่อปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเอง และสิ่งที่เปลี่ยนแปลงไปหากผู้ป่วยเลิกดื่มสุราได้²¹¹
3. ไม่บังคับให้ผู้ป่วยเปลี่ยนแปลง แต่ผู้บำบัดควรชี้ให้เห็นแง่มุมทั้งสองด้านคือ ด้านบวกและด้านลบของการดื่ม และไม่ได้เถียงผู้ป่วย²¹¹
4. ตั้งเป้าหมายของระยะนี้คือ ต้องการให้ผู้ป่วยเกิด Change Talk ด้วยตนเอง และสร้างแรงจูงใจในการเลิกดื่มสุรา
5. ใช้การเสริมสร้างแรงจูงใจในระยะแรก 1-5 สัปดาห์หลังพ้นระยะถอนพิษสุรา
6. การเพิ่มจำนวนครั้งในการรักษาจะทำให้เกิดการทบทวนเนื้อหาซ้ำ ๆ ซึ่งได้รับการแนะนำให้ทำร่วมกับผู้ป่วย schizophrenia²³⁵



7. ทำให้เกิดการบูรณาการกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตจริงเป็นสิ่งที่ดีในการอภิปราย เพราะผู้ป่วยจะมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็น ทำให้เกิดความพร้อมในการเปลี่ยนแปลง และการกระตือรือร้นที่จะเลิกสูราและสารเสพติด²³⁵
8. ผู้ป่วยโรคร่วมอาจใช้เทคนิคการฟื้นฟูเรื่องภาษาที่ได้รับการเรียนรู้ในการบำบัดสุรา ก่อนหน้านี้ เช่น การใช้คำพังเพยเข้าร่วมกับเทคนิค MI มีประโยชน์เสริมสร้างความมั่นใจด้วยคำพูดในความหมายของตนเอง
9. สนับสนุนให้ใช้ MI เพื่อให้เกิดการเข้าร่วมในการรักษา ซึ่งมุ่งเน้นการสนับสนุนให้เกิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ และการตัดสินใจได้ด้วยตนเองในการรักษาผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตที่รุนแรงและเรื้อรัง²³⁶
10. ในกลุ่มภาวะโรคจิตเภทให้ใช้เทคนิคการแนะนำ ซึ่งการใช้เทคนิคที่ยึดผู้ป่วยเป็นหลัก นั้นขึ้นอยู่กับอาการทางจิตหรือความผิดปกติของผู้ป่วย จาก Bellack และ DiClemente (1999) ผู้ป่วยจิตเภทมีความบกพร่องเรื่องความคิดและการสื่อสาร จึงอาจต้องทำ MI ที่มีการดัดแปลงให้เหมาะสมกับความสามารถของผู้ป่วย ใช้เทคนิคที่สั้น ไม่เป็นแบบแผนมาก



แผนภาพแสดงรูปแบบความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและรูปแบบการบำบัดที่เชื่อมโยงกับระดับของความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยสุราที่มีอาการทางจิต^{238, 239}



11. การเสริมสร้างแรงจูงใจควรใช้ทั้งเทคนิคของ MI และกระตุ้นให้ผู้ป่วยร่วมมือในการรักษาด้วยยา
12. การรักษาผู้ป่วยในระยะเวลานานมีผลต่อการเพิ่มสมรรถภาพ ทำให้เข้าร่วมการรักษา MI จะมีประสิทธิภาพมากขึ้นหากทำในช่วงผู้ป่วยใกล้จะกลับบ้าน หรือทำเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการให้กลับบ้าน²¹³

ตัวอย่างการใช้การบำบัดแบบเสริมสร้างแรงจูงใจในผู้ป่วยสุราที่มีอาการทางจิต

Session 1: ไม้บรรทัดวัดใจ

ใช้หลักการของ Importance and confidence scales ซึ่งได้จากการดัดแปลง importance and confidence rulers ซึ่งอธิบายโดยกระบวนการเสริมสร้างแรงจูงใจที่จะช่วยในการวัดระดับแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย

Session 2 และ 3: ให้ข้อมูลสะท้อนกลับ Personalized feedback

ซึ่งถูกนำมาใช้เป็นเครื่องมือในการทำ Motivational Enhancement Therapy (MET) การ feedback เป็นกุญแจสำคัญในการบำบัด²¹² ซึ่งได้รับการพัฒนาสำหรับ Project MATCH (Matching Alcoholism Treatments to Client Heterogeneity; Miller, Zweben, DiClemente & Rychtarik, 1992) การทำ MI ระยะสั้นในผู้ป่วยปฐมภูมิ (Maisto et al., 2001) และกลุ่มผู้ดื่มวุ่นที่มีความเสี่ยง³⁵

รายละเอียดที่ใช้ในการทำ personalized feedback จะนำมาใช้อย่างมีโครงสร้างหรือไม่ก็ได้ขึ้นอยู่กับเป้าหมายในการรักษา การ feedback ในแนวทางการรักษาถูกกำหนดไว้อย่างจำกัดและเป็นรูปธรรมแบ่งเป็น 4 กลุ่มดังนี้

1. ปริมาณในการดื่มต่อสัปดาห์
2. รูปแบบการดื่มที่เป็นความเสี่ยงและสุขภาพ
3. เงินที่ใช้จ่ายไป
4. ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุรา

การทำ personalized feedback มีจุดประสงค์ดังต่อไปนี้

1. เพิ่มความตระหนักในเรื่องการดื่มและปัญหาจากการดื่มสุราในปัจจุบัน
2. พัฒนาให้เห็นความแตกต่างหลังการเลิกดื่มสุรา
3. เกิดการแลกเปลี่ยนที่มีคุณค่าและเป็นประโยชน์มากขึ้น



มีเป้าหมายในการรักษาดังนี้

- เพื่อเพิ่มโอกาสให้ผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิตได้มองเห็นถึงพฤติกรรมของตนและจัดการกับความคิดและความรู้สึกเกี่ยวกับการดื่มและผลที่ตามมา
- เพื่อพัฒนาให้เห็นความแตกต่างหลังการเลิกดื่ม การ feedback จะทำให้เห็นความแตกต่างหลายรูปแบบดังนี้
 1. ระหว่างตนเองและผู้อื่น
 2. ระหว่างตัวตนที่แท้จริงกับตัวตนที่หวังไว้
 3. ระหว่างตัวตนปัจจุบันและตัวตนในอดีต
 4. ระหว่างความปรารถนาที่มีสุขภาพดีและความเสี่ยงต่อสุขภาพในการดื่ม
 5. ระหว่างค่าใช้จ่ายที่ดื่มและไม่ดื่ม
 6. ระหว่างชีวิตที่มีปัญหาเนื่องจากการดื่มและความปรารถนาที่จะมีความสุขมากขึ้น

Session 4-6: การชั่งน้ำหนักผลดีผลเสีย (Decisional balance)

การตัดสินใจเกิดจากการพิจารณาข้อดีข้อเสียของแต่ละทางเลือก ข้อดีและข้อเสีย²⁴⁰ ซึ่งจะช่วยให้เพิ่มแรงจูงใจเพราะจะชี้ให้เห็นอย่างชัดเจนยิ่งขึ้น

Session 7: การตั้งเป้าหมายการเลิก Personal goals

Personal goals ยึดพื้นฐานจาก personal striving assessment ซึ่งดัดแปลงมาใช้สำหรับการใช้สารเสพติด²⁴¹ โดยกำหนดเป้าหมายของแต่ละบุคคลผ่านทางพฤติกรรม

Session 8-12: การตั้งเป้าหมายและการค้นหาวិธีการที่จะเปลี่ยนแปลงตนเอง Next steps

ยึดจากพื้นฐานของบทความทางวิชาการเกี่ยวกับด้านบวกของการตั้งเป้าหมายต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านสุขภาพ ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ระยะ
 ระยะที่ 1 เน้นการตั้งเป้าหมาย และการสร้างขั้นตอนที่ชัดเจนเพื่อนำสู่เป้าหมาย
 ระยะที่ 2 เริ่มจากการทบทวนเป้าหมายที่สร้างไว้ อภิปรายเรื่องอุปสรรค

การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy: CBT)

ใช้การเสริมสร้างแรงจูงใจ (MI) ร่วมกับการสนับสนุนให้ผู้ป่วยเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้ลดการใช้หรือหยุดการดื่มได้ โดยมีแนวคิดดังนี้

1. สร้างความคิดใหม่และทำให้ผู้ป่วยเห็นว่า สถานการณ์เสี่ยงใดที่เป็นปัญหาและอาจนำไปสู่การกลับไปใช้สุราและสารเสพติดซ้ำ
2. การเน้นย้ำให้ผู้ป่วยสังเกตอาการเตือนของตนเองที่อาจทำให้มีโอกาสกลับไปใช้สุราและสารเสพติดซ้ำ²¹¹
3. ใช้ CBT เพื่อทำให้ผู้ป่วยที่มีอาการหลงผิดและหูแว่วประสาทหลอนดีขึ้น²⁴²
4. การให้ความรู้สร้างความเข้าใจเรื่องอาการทางจิต และการใช้สุราและสารเสพติด (Comorbid Psychoeducation) เช่น เมื่อผู้ป่วยมีอาการหูแว่ว ระวัง นอนไม่หลับ หากใช้สุราอาจทำให้อาการทางจิตเพิ่มขึ้นได้²¹¹
5. สอนวิธีการจัดการอาการทางจิตที่เหมาะสม
6. ใช้เทคนิค CBT ในสัปดาห์ที่ 6 โดยทำสัปดาห์ละ 1 ครั้ง จนครบการบำบัด 24 สัปดาห์²¹¹
7. ใช้เทคนิค CBT โดยรวมจะต้องใช้ระยะเวลาหลายครั้งเพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

การให้การปรึกษารอบครัว (Family Intervention)

สามารถใช้ร่วมกับการบำบัดรูปแบบอื่นที่กล่าวมาข้างต้น เนื่องจากมีการศึกษาวิจัยหลายเรื่องพบว่า ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเลิกดื่มสุราของผู้ป่วยคือ การสนับสนุนจากครอบครัว²⁴³ ดังนั้นการให้ความสำคัญของการบำบัดแบบผสมผสานจึงรวมกับการให้การปรึกษารอบครัวด้วย²¹¹

1. เน้นย้ำให้ผู้ดูแล หรือสมาชิกในครอบครัวเห็นความสำคัญของการดูแลผู้ป่วย
2. ประเมินความรู้ ความเข้าใจของผู้ดูแล และให้ความรู้เรื่องการดูแล และการสื่อสารทางบวกในครอบครัว²⁴⁴



การบูรณาการแนวทางบำบัดแบบ motivational interviewing และ cognitive behavioral therapy

มีการพยายามทดลองนำการบำบัด MI และ CBT มาทำการบำบัดร่วมกันแล้ววัดผลลัพธ์พบว่า Relapse and admissions ในระยะเวลา 24 เดือน ผู้ป่วยกลุ่มทดลองร้อยละ 39.1 ผู้ป่วยกลุ่มควบคุมร้อยละ 37.9 ป่วยซ้ำด้วยอาการทางจิตอย่างน้อยหนึ่งครั้ง และ Substance abuse นั้น

- จำนวนวันที่ไม่ใช้สารเสพติดหรือสุราไม่มีความแตกต่างกันทั้งสองกลุ่ม
- การบำบัดแบบบูรณาการมีผลต่อปริมาณการใช้สารเสพติด (รวมสุรา) ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการบำบัดแบบบูรณาการ ลดปริมาณการใช้สารเสพติดลงมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการบำบัดแบบเดิม

ทั้งนี้การบำบัดแบบบูรณาการมีผลต่อ Readiness to change ในช่วงระยะเวลา 12 เดือน แต่ไม่ได้ผลในระยะเวลา 24 เดือน²⁴⁵

การบูรณาการแนวทางบำบัดแบบ Motivational interviewing, Cognitive behavioral therapy และ Family intervention

มีการพยายามทดลองนำการบำบัด MI, CBT, Family therapy มาทำการบำบัดร่วมกันรวม 29 sessions โดยผู้ดูแลอยู่กับผู้ป่วยมากกว่า 10 ชั่วโมง/สัปดาห์ แล้ววัดผลลัพธ์พบว่า

อาการทางจิต (Positive and Negative Symptoms) การติดตามผลเดือนที่ 12 พบว่ากลุ่มที่ได้รับการบำบัดแบบผสมผสาน (Integrated intervention program) มีอาการทางจิตน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบเดิม และการกลับเป็นซ้ำ (Patient relapse) ซึ่งกลุ่มทดลองมีการ relapse น้อยกว่ากลุ่มควบคุม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ทั้งนี้ยังพบผลอื่นอีกด้วยได้แก่

- การวัดผล The Drugs Attitude Inventory สังเกตความร่วมมือในการรับประทานยา
- การประเมินญาติ/ผู้ดูแล การแสดงออกทางอารมณ์ การมาเข้าร่วมกลุ่ม
- การเสพสารเสพติดของผู้ป่วย (Patients' substance use)
- การประเมินความต้องการเสพสารเสพติดทางด้านจิตใจต่อระยะเวลาของการใช้สารเสพติด (The Leeds Dependence Questionnaire)

ทั้ง 2 กลุ่มไม่พบว่ามีผลแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ²¹¹



การบูรณาการดูแลแบบเข้มข้นของผู้ป่วยโรคมะเร็งจิตเวชที่มีปัญหายุ่งยากซับซ้อน²³⁹

การดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งจิตเภทและสุราสารเสพติดนั้น ได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่องจากการทำวิจัยเรื่องการดูแลผู้ป่วย เพราะที่สำคัญนั้นเน้นที่การดูแลแบบพิเศษเข้มข้น แต่บางครั้งระบบการดูแลกลับล้มเหลว ขาดประสิทธิภาพเนื่องมาจากการดูแลที่ไม่เข้มข้น ถึงแม้ว่าโปรแกรมการดูแลจะดีเพียงไร แต่ถ้าหากนำมาใช้แต่ไม่ควบคุมคุณภาพ หรือไม่สามารถทำให้รูปแบบการดูแลคงอยู่แบบเดิมนั้น ก็จะทำให้ผลลัพธ์ออกมาไม่ดีเท่าที่ควร และพบว่ารูปแบบการดูแลที่ยังขาดหายไปเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้คือ การจัดการรายกรณี การฝึกพฤติกรรม ระบบการดูแลแบบเข้มข้น การจัดการเรื่องการเงินและการติดตามในชุมชน

การบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยโรคมะเร็งจิตเภทและสุราสารเสพติดนั้น จำเป็นต้องใช้การดูแลทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม รูปแบบที่คาดหวังคือการดูแลด้านการรักษาด้วยยา การฝึกทักษะ การรักษาด้านยาเสพติด การจัดการรายกรณี การจัดการด้านสิ่งของ การจัดการเรื่องการเงิน และการให้คำปรึกษาครอบครัว โครงสร้างการบำบัดนั้นมีความต่อเนื่องตลอดระยะเวลาการรักษา มีการผสมผสานการดูแลและการประสานงานกับทีมสหวิชาชีพ แต่ในความเป็นจริง ระบบการดูแลก็ไม่สามารถทำได้แบบที่คาดหวัง ดังนั้นการดูแลที่ดีที่สุดจึงมักพบในโปรแกรมการวิจัยเท่านั้น



โปรแกรมการบำบัดผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชและสุรายาเสพติดที่มีปัญหายุ่งยากซับซ้อน²³⁹ มีดังต่อไปนี้

รูปแบบ	ปัญหา	การแก้ไขปัญหา
การจัดการรายกรณีแบบ ACT (case management: assertive community treatment team)	การสำรวจประชากรเป้าหมายเพิ่มขึ้น (Census growth)	ให้การดูแลด้วย Intensive case management
การจัดการรายกรณีแบบ Intensive case management (case management: Intensive case management)	ปริมาณประชากรกลุ่มเป้าหมายเพิ่มมากขึ้น ภาระงานมาก (Excessively large caseloads)	เพิ่มการกระจายหน้าที่การดูแล (Dispersion of function)
การบำบัดแบบกลุ่ม (Group treatment) Experimental groups Full group schedule	ขาดงบประมาณ ผู้บำบัดเหนื่อยล้า (Termination or funding loss staff attrition) ไม่สามารถคาดเดาได้ว่าผู้ใดจะขาดการเข้ากลุ่ม	สนับสนุนให้นักศึกษาหรือผู้มาฝึกงานช่วยทำกลุ่มที่สามารถทำได้ - ให้ผู้ป่วยมาเป็นผู้ช่วยผู้นำกลุ่ม - หาผู้ช่วยผู้นำกลุ่มจากภายนอก - ใช้วิดีโอทดแทน
การให้แรงสนับสนุนตัวเงิน (Token economy)	ถูกตัดงบประมาณ (funding cuts)	ลดการแลกเปลี่ยน (Reduced rate of exchange)
องค์กรผู้ดูแลผลประโยชน์จากรัฐให้กับผู้ป่วย (Representative payee)	ขาดผู้รับเงินแทน (insufficient payee slots)	เลิกให้รวดเร็วขึ้น Accelerated phase-out
การผสมผสานการดูแลทางกาย (Physical integration)	รูปแบบผู้ป่วยในแยกจากผู้ป่วยนอก (separation of inpatient and outpatient setting)	Formal transition procedure
การดูแลติดตามต่อเนื่องเป็นระยะในชุมชน Progress of patients to less intensive of care	อุปสรรคในชุมชน (community barriers)	การมีส่วนร่วมระหว่างโรงพยาบาลและชุมชน (hospital community partnerships)

การจัดการรายกรณี (Case management)

วัตถุประสงค์ของการจัดการรายกรณี

1. เพื่อลดระยะเวลาในอนโรพยาบาลและค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวช
2. เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติได้รับการที่ถูกต้องตามมาตรฐานแต่ละวิชาชีพ และส่งผลให้ผู้ป่วยและญาติได้รับการที่มีคุณภาพตลอดจนเกิดความพึงพอใจ
3. เพื่อให้มีการทำงานร่วมกันเป็นทีมแบบสหวิชาชีพ โดยมีแผนการดูแลผู้ป่วยล่วงหน้า (Clinical pathway) สำหรับผู้ป่วยสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวช มีเครื่องมือในการดูแลร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพ และเพิ่มความพึงพอใจต่อการทำงานเป็นทีม

องค์ประกอบสำคัญของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ในผู้ป่วยสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวช องค์ประกอบสำคัญประกอบด้วยบุคลากรในทีมสหวิชาชีพ แผนการดูแลผู้ป่วยล่วงหน้า (Clinical pathway) และผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี (Case manager) ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

บุคลากรในทีมสหวิชาชีพ (Multidisciplinary Team) ได้แก่ แพทย์เจ้าของไข้ พยาบาลประจำหอผู้ป่วย พยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ นักอาชีวบำบัด เกษัชกร และนักโภชนาการ ซึ่งจะมีบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบร่วมกัน ในการดูแลผู้ป่วยสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชตามมาตรฐานของแต่ละสาขาวิชาชีพ นับตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาจนกระทั่งจำหน่าย และดูแลต่อเนื่องในชุมชน ให้ความร่วมมือในการประชุมปรึกษาหารือเพื่อแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น รวมทั้งร่วมกันหาแนวทางพัฒนาการดูแลผู้ป่วยสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ซึ่งแต่ละวิชาชีพมีบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบที่แตกต่างกันไปเพราะปัจจัยหลายอย่าง ความเรื้อรังและโอกาสที่จะเกิดอาการกำเริบของผู้ที่ใช้สุราและสารเสพติด การใช้การจัดการรายกรณีเป็นการประยุกต์ใช้บุคลากรสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วย การจัดการรายกรณีถูกนำมาประยุกต์ใช้ในผู้ป่วยสารเสพติด ซึ่งรูปแบบการดูแลจะมีความแตกต่างจากผู้ป่วยจิตเวชทั่วไป

การจัดการรายกรณีตั้งอยู่บนพื้นฐานการทำงานของสหวิชาชีพ ตัวผู้ป่วยและสิ่งแวดล้อม ซึ่งมีผลประโยชน์ได้ทั้ง 2 ฝ่าย ซึ่งได้มีการเสนอแนวคิดเรื่องการจัดการรายกรณีไว้ ดังนี้

1. ช่วยให้ผู้รับบริการมีความพึงพอใจที่อยู่ภายในสภาพแวดล้อมภายนอก
2. ช่วยเหลือผู้รับบริการให้มีความสามารถในการดำเนินชีวิตเพิ่มมากขึ้น
3. วางแผนป้องกันการกลับไปดื่มสุราซ้ำ



บทบาทของผู้จัดการรายกรณี ประกอบด้วย

1. การประเมินสภาพผู้ป่วยอย่างครอบคลุม ทั้งด้านร่างกาย ความต้องการด้านจิตสังคม รวมถึงภาวะสุขภาพ การจัดการรายกรณีต้องรวมไปถึงการประสานความร่วมมือกับผู้ป่วยและครอบครัวด้วย
2. วางแผนร่วมกับผู้ป่วย ครอบครัวหรือผู้ดูแล ทีมบุคลากร เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพและผลลัพธ์สูงสุด
3. มีการติดต่อประสานความร่วมมือระหว่างทีมสหวิชาชีพเพื่อช่วยในการคิดแก้ไขปัญหาของผู้ป่วย
4. ให้ความรู้ผู้ป่วยและครอบครัว รวมทั้งทีมสหวิชาชีพในเรื่องแหล่งประโยชน์ทางสังคม การประกันรายได้ การดูแลด้านจิตสังคมเมื่อกลับไปอยู่บ้าน
5. เสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยในการแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง โดยค้นหาปัญหาการดูแลวางแผนช่วยเหลือที่สามารถทำได้ รวมทั้งการประเมินผลลัพธ์
6. ชื่นชม ให้กำลังใจผู้ป่วย
7. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยพิทักษ์สิทธิของตนเอง รวมทั้งการตัดสินใจเลือกใช้บริการตามความต้องการ
8. เอื้ออำนวย ส่งเสริมให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีทั้งผลลัพธ์ต่อผู้ป่วย ผลลัพธ์ด้านการบริการ อีกทั้งผู้ให้การสนับสนุนค่าใช้จ่าย ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชน ได้รับผลประโยชน์เช่นกัน แต่อย่างไรก็ตามอาจมีข้อขัดแย้งเกิดขึ้นได้ แต่ควรยึดประโยชน์ของผู้ป่วยเป็นสำคัญ

ผลสำเร็จของการจัดการรายกรณี ขึ้นอยู่กับองค์ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเวชการรักษาด้วยยา กฎหมายสุขภาพจิต ทักษะการปฏิบัติการทางคลินิก การวิเคราะห์จุดอ่อน จุดแข็ง ความคุ้มค่าคุ้มทุนในการใช้รูปแบบการดูแลแต่ละชนิด และสุดท้ายต้องมีความสามารถในการจูงใจและพร้อมที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยได้

การฝึกทักษะทางพฤติกรรม (Behavioral skill training)

เป็นหัวใจหลักของการรักษาผู้ป่วยโรคร่วมในโรงพยาบาล รูปแบบนี้จะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาด้านการทำหน้าที่และการเข้าสังคมของผู้ป่วยดีขึ้น การจัดการปัญหาการเสพติดก็เป็นเรื่องที่สำคัญในหัวข้อนี้ เพื่อพัฒนาให้ผู้ป่วยสามารถนำไปใช้เมื่ออยู่ในเหตุการณ์จริง จะช่วยลดอันตรายจากการเสพลงได้



การจัดการเรื่องการเงิน (Money management)²⁴⁶

การดูแลผู้ป่วยโรคร่วมในการศึกษาช่วงหลังที่ผ่านมาพบว่า ปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์อย่างมากที่ทำให้ผู้ป่วยหยุดการใช้สุราและสารเสพติดได้คือ การจัดการเรื่องการเงิน (Money management) เนื่องจากกว่าผู้ป่วยโรคร่วมเหล่านี้มีปัญหาเรื่องการตัดสินใจ รวมทั้งการวางแผนการใช้จ่ายไม่เหมาะสม แนวคิดนี้จึงสนับสนุนให้มีผู้ดูแลควบคุมการใช้จ่ายเงินทองของผู้ป่วย โดยอาจเป็นญาติหรือพยาบาลผู้จัดการรายกรณี มีคนคอยดูแลติดตามการใช้จ่ายเงิน เหตุผลการใช้เงิน และการวางแผนการใช้จ่ายเงินในแต่ละสัปดาห์ของผู้ป่วย รวมทั้งมีการติดตามผลด้วยการตรวจระดับแอลกอฮอล์ในลมหายใจหรือตรวจปัสสาวะหาสารเสพติด แต่อุปสรรคพบว่าจำนวนผู้ติดตามผลของโปรแกรม รวมทั้งผู้ที่เป็นผู้จ่ายเงินให้ผู้ป่วยยังมีจำนวนไม่มากนัก แต่ถึงแม้จะมีผู้ร่วมโครงการไม่มากนัก แต่ผลที่ออกมาเป็นที่น่าพึงพอใจเรื่องการหยุดดื่ม รวมทั้งผู้ป่วยสามารถปรับตัวและเปลี่ยนแปลงแบบแผนการใช้จ่ายได้สมเหตุสมผลมากขึ้น

รูปแบบการฝึกทักษะการจัดการเรื่องการเงิน

ทำความเข้าใจเรื่องกฎและวัตถุประสงค์ของการฝึกทักษะผู้จัดการรายกรณี ซึ่งอาจเป็นจิตแพทย์ พยาบาล หรือนักสังคมสงเคราะห์ลงไปพบผู้ป่วยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ให้ผู้ป่วยทำสมุดบันทึกรายรับ-รายจ่าย ตรวจสอบปริมาณเงินคงเหลือ และสอบถามเหตุผลการใช้เงิน ติดตามผลการตรวจแอลกอฮอล์ในลมหายใจหรือตรวจปัสสาวะเพื่อหาสารเสพติด นัดผู้ป่วยมาติดตามหลังการบำบัดอย่างต่อเนื่อง ผลการศึกษาพบผลลัพธ์ด้านอาการทางจิตของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลเรื่องการจัดการเรื่องการเงิน มีพฤติกรรมหยุดดื่มสุราและหยุดเสพติดได้



ผู้มีปัญหาการดื่มสุราที่มีบุคลิกต่อต้านสังคม Co-occurring Antisocial Personality Disorder

ยังไม่พบหลักฐานทางวิชาการว่าการทำจิตสังคมบำบัดแบบใดได้ผลดี ทั้งนี้การทำบำบัดรายบุคคลระยะยาว ยังมีความพยายามศึกษาและให้การบำบัดอยู่บ้างได้แก่

Cognitive behavioral therapy (CBT)

กลุ่มผู้ป่วยบุคลิกต่อต้านสังคมที่มีปัญหาการดื่มสุรา การรักษาที่ตั้งอยู่บนหลักการควรจะหลีกเลี่ยงการคุยกับผู้ป่วยกลุ่มนี้ โดยการตีความและการวิเคราะห์ความเข้าใจในเรื่องความคิดที่บิดเบือนไปในกลุ่มผู้ป่วยนี้จะต้องอาศัยรูปแบบของผู้บำบัด ซึ่งแนะนำว่าจำเป็นต้องมีลักษณะดังนี้ได้แก่ แสดงความมั่นใจ มีความน่าเชื่อถือ มีการสื่อสารที่ใช้อารมณ์ มีความสม่ำเสมอของบุคลิกภาพ มีความสามารถในการควบคุมรูปแบบบำบัดให้อยู่ในวงที่จำกัดได้ และควบคุมอารมณ์ตนเองได้

Dialectical behavior therapy (DBT)¹⁰²

มุ่งเน้นการฝึกความอดทนกับอารมณ์เศร้าหมองของตัวเอง ความสัมพันธ์ระหว่างผู้อื่น และทักษะการจัดการปัญหาด้วยตนเอง อาจช่วยเหลือในกรณีผู้ที่มีบุคลิกภาพต่อต้านสังคม มีปัญหาทางอารมณ์และดื่มสุราอย่างหนักได้บ้าง



การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ (Relapse Prevention)

การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ (Relapse Prevention: RP) เป็นส่วนสำคัญอย่างหนึ่งของการรักษาผู้ป่วยสุรา รูปแบบการป้องกันการกลับเป็นซ้ำที่พัฒนาโดย Malatt & Gordon ได้รวบรวมสิ่งที่เกิดขึ้นในทันทีกับสถานการณ์เสี่ยงต่างๆ ทักษะการแก้ปัญหา ผลลัพธ์ที่คาดหวัง และผลของการหยุดดื่ม รวมทั้งสถานการณ์ หรือสิ่งที่เกิดขึ้นก่อนการกลับเป็นซ้ำ ได้แก่ ปัจจัยด้านการดำเนินชีวิต ความปรารถนาอย่างรุนแรงที่จะดื่มหรืออาการอยากสุรา โดยใช้แนวคิดพื้นฐานเรื่อง Social-cognitive psychology และผสมผสานแนวคิดการปรับความคิด และพฤติกรรมเพื่อป้องกันการกลับไปดื่มซ้ำ โดยแบ่งเป็น 2 ส่วนใหญ่ๆ คือ สิ่งที่เกิดขึ้นในทันทีกับสถานการณ์เสี่ยงต่างๆ ทักษะการแก้ปัญหา ผลลัพธ์ที่คาดหวัง และผลของการหยุดดื่ม และสิ่งที่เกิดขึ้นก่อนการกลับเป็นซ้ำ ได้แก่ ปัจจัยด้านการดำเนินชีวิต ความปรารถนาอย่างรุนแรงที่จะดื่ม อาการอยากสุรา ซึ่งแนวคิดนี้เชื่อว่าสามารถป้องกันการกลับเป็นซ้ำได้

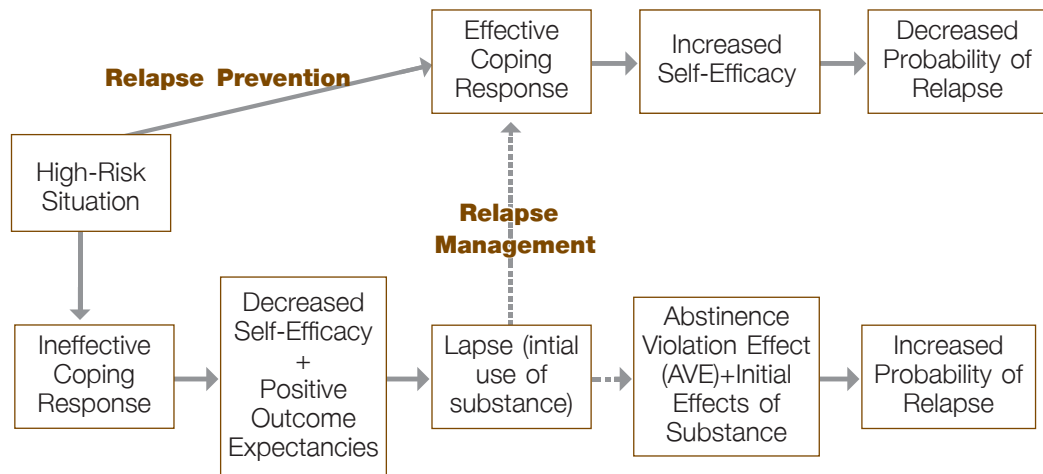
การป้องกันการกลับเป็นซ้ำใช้แนวคิดทักษะเฉพาะด้านและกลวิธีการบำบัดที่เป็นสากลมาผสมผสานกัน ผู้บำบัดและผู้ป่วยจึงต้องมีความเข้าใจในแต่ละขั้นตอนการบำบัด กระบวนการบำบัดที่สำคัญคือ ทักษะการจัดการสถานการณ์เสี่ยง เพื่อเพิ่มทักษะให้ผู้ป่วยในการจัดการปัญหาต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นได้เมื่อกลับไปอยู่ในสภาพแวดล้อมเดิม ซึ่งจะช่วยเพิ่มการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยได้ ทำให้มีความมั่นใจเพิ่มมากขึ้น จัดอาการอยากสุราได้ และการปรับโครงสร้างความคิดให้ผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยตกอยู่ในสถานการณ์เสี่ยงต่อการกลับไปดื่มซ้ำ โดยวัตถุประสงค์ของ RP ต้องการให้ผู้ป่วยใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข เรียนรู้การจัดการปัญหาด้วยตนเอง พัฒนาความรู้สึกด้านบวกในการเลิกดื่มได้ สามารถจัดการตัวกระตุ้นของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การประเมินผู้ป่วยตามแนวคิด RP นั้น เริ่มต้นจากการประเมินสภาพแวดล้อมที่มีผลต่อจิตใจ และอารมณ์ที่ตอบสนองต่อเหตุการณ์หรือสถานการณ์เสี่ยงที่มากระตุ้นผู้ป่วยที่จะส่งผลให้เกิดการกลับไปดื่มซ้ำได้ หลังจากทำความเข้าใจในลักษณะของบุคคลแล้ว ผู้บำบัดต้องวิเคราะห์ผู้ป่วยว่าจะมีการตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นอย่างไรบ้าง อาจใช้การยกตัวอย่างที่เข้ากับชีวิตจริงและให้ผู้ป่วยวิเคราะห์ด้วยตนเอง เพื่อเพิ่มทักษะการเผชิญกับตัวกระตุ้น แต่ผู้บำบัดควรระวังมัดระวังในเรื่องจุดอ่อนของผู้ป่วยที่มีทักษะการคิดและพฤติกรรมที่มีปัญหา เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ (Mary E. Larimer, Rebekka S. Palmer and Alan Marlatt, 1999)



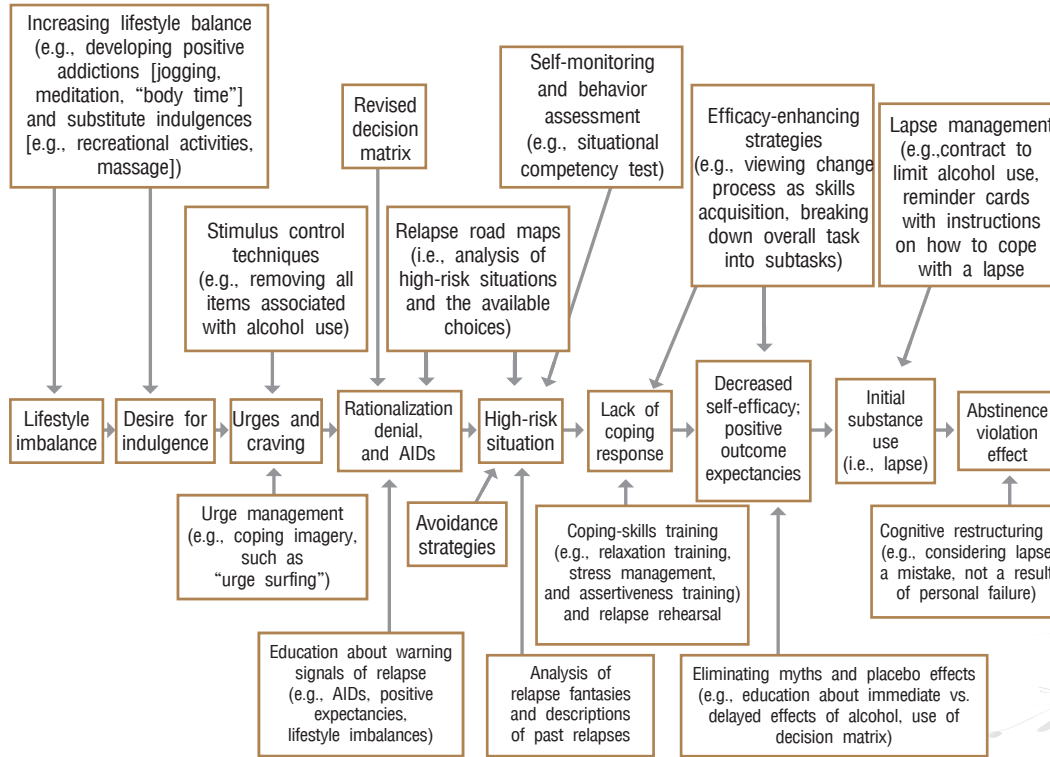
แผนภาพแสดงรูปแบบความคิดและพฤติกรรมการกลับไปเสพสารเสพติด/ ดื่มสุราซ้ำ

A Cognitive-Behavioral Model of the Relapse Process: Immediate Precipitants



แผนภาพนี้อธิบายรูปแบบของความคิดและพฤติกรรมที่อาจทำให้กลับไปดื่มซ้ำ (แนวล่าง) และการจัดการสถานการณ์เสี่ยงที่ดี จะลดโอกาสการกลับไปดื่มซ้ำได้ (แนวบน) คนที่มีทักษะแก้ไขปัญหที่ดี เมื่อถูกกระตุ้นด้วยสถานการณ์เสี่ยงใดๆ ก็ตาม จะสามารถจัดการปัญหาได้ ซึ่งจะช่วยเพิ่มความมั่นใจในตนเอง และสามารถผ่านสิ่งกระตุ้นไปได้ด้วยดี โอกาสที่จะดื่มซ้ำก็จะลดลง แต่ในอีกด้านหนึ่ง ผู้ที่มีทักษะการจัดการปัญหาสถานการณ์เสี่ยงไม่มีประสิทธิภาพ ก็จะเกิดความรู้สึกว่าตนไม่สามารถจัดการสิ่งใด ๆ ได้ ความรู้สึกเชื่อมั่นในตนเองลดลง จะใช้วิธีการดื่มเข้าช่วยให้เกิดความรู้สึกดีต่อการดื่ม ซึ่งก็จะเกิดการพลั้งเผลอกลับไปดื่ม และเมื่อผู้ป่วยดื่มและเกิดอาการไม่สุขสบายจากการหยุดดื่ม ผู้ป่วยไม่อาจทนต่ออาการไม่สุขสบายนี้ได้ ส่งผลให้มีโอกาสกลับไปดื่มซ้ำได้

แผนภาพแสดงกระบวนการกลับเสพยาเสพติด/ดื่มสุรารักษา และการบำบัดเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ



ภาพนี้อธิบายสิ่งที่เกิดขึ้นก่อนและสิ่งที่เกิดขึ้นทันทีเมื่อเกิดการกลับเป็นซ้ำและเทคนิคการบำบัดสมดุลในชีวิต (lifestyle balance) เป็นสิ่งสำคัญที่เชื่อว่าจะช่วยป้องกันการกลับเป็นซ้ำได้ ถ้าบุคคลมีความเครียดเกิดขึ้น และไม่สามารถจัดการกับความเครียดหรือสิ่งกระตุ้นนั้นได้ บุคคลนั้นมีโอกาสที่จะใช้แอลกอฮอล์เพื่อช่วยลดความเครียดของตนเอง ปฏิภีรียนนี้มักเกิดขึ้นบ่อย และนำไปสู่การตัดสินใจดื่ม เพื่อลดความทุกข์และเพื่อให้เกิดความสนุกสนาน จะพัฒนาไปสู่ความอยากดื่มและการดื่มตามมา มีกลไกความคิดอยู่ 2 ประเภทที่จะนำไปสู่การดื่มซ้ำ ได้แก่ การหาเหตุผลที่จะดื่ม (rationalization) และการปฏิเสธ (denial) เพื่อจะเป็นเกณฑ์การตัดสินใจให้การดื่มสุรานั้นมีความสมเหตุสมผล ซึ่งจะทำให้เกิดสถานการณ์เสี่ยงขึ้นได้ เมื่อดูที่ส่วนกลางของภาพ คนที่มีทักษะการตัดสินใจ/แก้ปัญหาไม่เหมาะสม เมื่อเขาดกอยู่ในสถานการณ์เสี่ยง จะรู้สึกว่าเขาไม่มั่นใจ ไม่สามารถ



จัดการได้ดังเช่นอดีตที่ผ่านมา อีกทั้งผู้ที่รู้สึกดีต่อการดื่มสุรา เช่น คิดถึงประโยชน์ที่ได้รับจากการดื่ม ก็มีโอกาที่จะกลับมาดื่มซ้ำได้ ปัจจัยที่กล่าวมาทั้งหมดสามารถกระตุ้นการดื่มสุราได้ รวมทั้งเกิดผลกระทบของการหยุดดื่ม อาการไม่สุขสบายที่เกิดขึ้น ก็อาจนำไปสู่การดื่มซ้ำได้ การดูแลและป้องกันการกลับไปดื่มซ้ำคือ การวิเคราะห์สถานการณ์เสี่ยงหรือสิ่งกระตุ้นที่จะทำให้ผู้ป่วยกลับไปดื่มซ้ำและหาวิธีการจัดการที่เหมาะสม เช่น การทบทวนตนเอง ประเมินพฤติกรรม วิเคราะห์หาความคิดที่อาจทำให้กลับไปดื่ม และทบทวนเหตุการณ์ที่กลับไปดื่มเมื่อครั้งที่ผ่านมา เพราะถือว่าเป็นสถานการณ์เสี่ยงของผู้ป่วยฝึกฝนด้วยเทคนิคเฉพาะ เช่น ทักษะด้านต่างๆ แสดงบทบาทสมมติเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ การให้ความรู้และปรับโครงสร้างความคิด รวมถึงการฝึกเทคนิคทั่วๆ ไป เช่น ทักษะการผ่อนคลายความเครียด การจินตนาการภาพ การมีการ์ดเตือนความจำ สามารถช่วยลดการกลับไปดื่มซ้ำได้

หลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นสถานการณ์เสี่ยง (High Risk Situations) ที่อาจกลับไปดื่มซ้ำ

หลังจากที่เลิกดื่มสุราแล้วไม่ค่อยมีเพื่อน เจอหน้าก็ไม่ค่อยทักทายกันเหมือนเก่า ทำตัวเหินห่างรู้สึกไม่สนุกเหมือนก่อน ซึ่งความรู้สึกเช่นนี้จะค่อยๆ สร้างปัญหาในอนาคตหากไม่หาวิธีแก้ไข โดยจะทำให้รู้สึกว่าการเลิกดื่มสุราส่งผลด้านลบให้กับผู้เลิก คือทำให้ 'ไม่สนุก ทำให้ไม่มีเพื่อน จึงอยากกลับไปเหมือนเดิม' อีกกรณีที่พบปัญหาจากเพื่อนคือ เพื่อนมาหาแล้วจะยั่วยุให้ดื่ม พูดยั่ว พูดทำ เหมือนกับจะแกล้งให้กลับไปดื่ม หากหลงเชื่อหรือเกิดการกลัวเสียศักดิ์ศรี ไม่ชอบให้ใครมาทำ ก็อาจกลับไปดื่มสุราอีกได้ การแก้ไขคือใช้วิธีเดินหนีซึ่งก็สามารถใช้ได้ แต่ก็มีอีกหลายวิธีที่สามารถนำมาแก้ปัญหาได้ เช่น การปฏิเสธโดยใช้เหตุผลหรือข้ออ้าง การไปพูดคุยกับคนที่ไม่ดื่มสุรา หรือหากิจกรรมใหม่ๆ ที่ทำให้สนุกและสามารถทำได้ ทำให้ผู้ติดสุราหยุดดื่มได้นานขึ้น

เปลี่ยนค่านิยมการเข้าสังคม

สภาพสังคม วัฒนธรรม วิธีชุมชนที่ส่งเสริมและสนับสนุนการดื่มสุราเพื่อการเข้าสังคม โอกาสและความสามารถในการเข้าถึงสุราได้ง่าย ความไม่เข้มแข็งของมาตรการทางสังคมต่อการยับยั้งการดื่มสุราเป็นสาเหตุที่กระตุ้นให้ผู้เคยเลิกดื่มสุรากลับมาเสพซ้ำ



มีความรู้ในการเลิกสูรอย่างปลอดภัย

ผู้ป่วยรู้สึกไม่สะดวกใจ ไม่มั่นใจที่จะคาดหวังการบำบัดเพื่อหยุดดื่มสุรา การมาปรึกษาแพทย์เพื่อหยุดสุราแทนการหักดิบ หลังหักดิบจะมีอาการอยากสุรา หงุดหงิด กระวนกระวาย ไม่มีสมาธิ เป็นต้น ซึ่งอาการจะมากขึ้นแตกต่างกันตามภาวะการณติด ขึ้นอยู่กับชนิดของสุราที่ดื่ม ซึ่งจะมีความเข้มข้นของแอลกอฮอล์ (มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์) แตกต่างกันไป²⁴⁸ ปริมาณและระยะเวลาที่ดื่มเป็นสำคัญ ซึ่งอาการที่เกิดขึ้นจะมีผลต่อร่างกายและจิตใจ หากไม่มีความตั้งใจอย่างจริงจังอาจกลับไปดื่มได้โดยไม่รู้ตัว

แนวปฏิบัติสำหรับการนำรูปแบบการป้องกันการกลับเป็นซ้ำไปสู่เวชปฏิบัติ (Clinical Guideline for Implementing Relapse Prevention Therapy (RPT))

พัฒนาจากโครงการการฟื้นฟูสมรรถภาพและจัดการพฤติกรรมสุขภาพ (ธันวาคม 2002) A Guideline Developed for the Behavioral Health Recovery Management Project (December 2002)

RPT ได้พัฒนารูปแบบการบำบัดจาก CBT มานานกว่า 30 ปี โดย (Marlett and Gordon 1985; Parks, Anderson, & Marlatt, 2001) การบำบัดรูปแบบนี้มีการตั้งประเด็นจากหลายสถานการณ์และคำถามดังนี้

1. มีปัจจัยหรือสถานการณ์ใดเฉพาะเจาะจงหรือไม่ที่ทำให้เสพยา
2. การกลับไปใช้ซ้ำครั้งแรกมีปัจจัยเดียวกันกับการเสพยาครั้งอื่นๆ หรือไม่ ถ้าไม่ใช่สามารถจำแนกปัจจัยต่างๆ ได้หรือไม่
3. ทำอย่างไรจะจัดลำดับความเสี่ยงหรือสถานการณ์ที่มีผลต่อการเสพยาและสามารถจัดการได้ในแต่ละบุคคล
4. มีความเป็นไปได้หรือไม่ที่จะวางแผนการป้องกันการเสพยาโดยแทรกเข้าในสถานการณ์ที่จัดสร้างขึ้นในแต่ละบุคคล
5. มีประเด็นหรือจุดสำคัญอะไรในกระบวนการเสพยาที่สามารถบอกสาเหตุการกลับไปเสพยาและติดสารเสพติดได้อีก
6. มีความเป็นไปได้หรือไม่ที่จะมีการเตรียมผู้เสพระหว่างการบำบัดให้ตั้งเป้าหมายและสอนวิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันการกลับไปเสพยาที่อาจเกิดขึ้นในภายหลัง



เพื่อที่จะวิเคราะห์คำถามสำคัญเหล่านี้และหาความเชื่อมโยงในการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำอย่างได้ผล จึงควรให้ความสนใจในสถานการณ์ ตัวบุคคลและปัจจัยทางจิตสังคมของบุคคลที่มีอยู่เดิมและส่งผลต่อการกลับไปเสพซ้ำ การวิเคราะห์นี้บอกให้รู้ว่าการที่จะเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างต่อเนื่องต้องใช้ความพยายามอย่างมาก บุคคลต้องมีการเรียนรู้วิธีการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำจากประสบการณ์เดิมที่ผ่านมาและเรียนรู้วิธีการป้องกันการเสพซ้ำที่จะเกิดขึ้นในอนาคตด้วย

The Cognitive Behavioral Model of Relapse เชื่อมโยงถึงสถานการณ์เสี่ยงที่เกิดขึ้นอย่างทันทีทันใดในการกลับไปเสพซ้ำของบุคคล ใน RPT เชื่อว่าผู้เสพที่สามารถเลิกสารเสพติดหรือสุราได้นานเป็นเพราะเขารู้สึกตัวเองมีความสามารถ (Self-efficacy) ที่จะเลิกได้อย่างต่อเนื่อง แต่ถ้าผู้เสพไม่เรียนรู้วิธีตอบสนองต่อการหลีกเลี่ยงการกลับไปเสพซ้ำ ไม่มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเสพและขาดแรงจูงใจในการเลิก ต่อมาผู้เสพจะมีโอกาสที่จะเสพซ้ำได้ การลดการกลับไปเสพซ้ำควรมีความคาดหวังในทางบวก การที่ผู้เสพรู้สึกว่าความสามารถของตนลดลงเป็นความเสี่ยงสำคัญที่นำมาซึ่งการกลับไปเสพซ้ำ

หากแม้ว่ามีการกลับไปเสพซ้ำ กลวิธีการป้องกันการเสพซ้ำยังช่วยในการลดการเสพที่อันตรายได้และป้องกันการกลับไปติดสารเสพติดอย่างถาวร ผู้เสพที่กลับไปเสพซ้ำอาจนำประสบการณ์ที่ผิดพลาดของตนเองนี้โดยกำหนดเกณฑ์ของตนเองเพื่อใช้ในการป้องกันไม่ให้เกิดการเสพซ้ำได้อีก²⁴⁹ ในระดับของความรู้สึก AVE (Abstinence Violation Effect) จะช่วยให้ความเป็นไปได้ในการกลับไปเสพซ้ำ เนื่องจากเมื่อเกิดการเสพซ้ำขึ้น ผู้เสพรู้สึกละอาย รู้สึกผิด ต่ำหนืดตนเอง เกิดแรงจูงใจในทางลบของการเลิกเสพหรือเลิกดื่ม ยิ่งไปกว่านั้น AVE มีผลต่อการกลับไปเสพซ้ำที่เกี่ยวข้องกับระดับการรับรู้ที่เชื่อมโยงกับความขัดแย้งในจิตใจ ทำให้พฤติกรรมการเลิกเสพไม่มีความต่อเนื่อง ในที่สุด AVE เป็นสิ่งที่ทำให้ผู้เสวยังคงล้มเหลว และกลับไปเสพซ้ำเพราะปัจจัยภายในส่วนบุคคลเป็นจุดบกพร่องในการทำให้กลับไปเสพซ้ำซึ่งมีอิทธิพลมากกว่าความตั้งใจที่จะเลิกเสพ

ในขณะเดียวกันการรับรู้และความรู้สึกของบุคคลก็มีผลต่อ AVE ทำให้ผู้เสพเห็นความสำคัญของการกลับไปเสพซ้ำ เห็นถึงผลกระทบที่เกิดขึ้น เช่น ความพึงพอใจของการเสพ การลดความเจ็บปวด จะนำไปสู่การกลับไปเสพซ้ำอย่างถาวร การคาดหวังผลทางบวกของการเสพ เช่น ความรู้สึกสนุกสนาน จากการเสพสารเสพติดหรือดื่มสุรา ในทางคล้ายกัน หากผลของการลดการเสพสารทำให้เกิดผลในทางลบ เช่น ความเจ็บปวด ความรู้สึกหรืออารมณ์ทางลบ ผู้เสพยาเสพติดหรือดื่มแอลกอฮอล์ก็ไม่สามารถเลิกดื่มสุราหรือเลิกเสพยาเสพติดได้



การแทนที่ปฏิกริยาของการเสพติด บุคคลจะเกิดความรู้สึกตำหนิตนเองหรือล้มเหลวด้วย ทฤษฎีการป้องกันการเสพติด (RPT) การจัดการกับสิ่งที่เรียกว่า “การล้มเหลว” ที่เกิดขึ้นในทางบวกโดยการมองจากภายนอก มุมมองจากภายนอกให้ความหมายว่าเป็นการผิดที่ให้ผู้ป่วยเรียนรู้จากสถานการณ์ของตนเอง ผู้เสพติดบางรายเรียนรู้และพัฒนาได้ช้า ถึงแม้จะพยายามหลายครั้งกว่าที่จะบรรลุเป้าหมาย หลายรายพบว่าไม่มีความพยายามอย่างเพียงพอในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม บางรายอาจยกเลิกการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและรอคอยความช่วยเหลืออื่นๆ เช่น ความสามารถในการแก้ปัญหา การงานที่ยั่งยืน การสนับสนุนจากครอบครัวและเพื่อน ไม่ว่าผู้เสพติดจะรู้สึกล้มเหลวหรือประสบความสำเร็จในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อเลิกสารเสพติด เป้าหมายของทฤษฎีการป้องกันการเสพติด (RPT) คือ การช่วยป้องกันไม่ให้ผู้เสพติดกลับไปเสพติด ไม่ว่าผู้เสพติดจะพลาดหรือกลับไปเสพติดก็ตาม หลังจากผู้เสพติดเข้าสู่กระบวนการแล้ว กลวิธีการจัดการการกลับไปเสพติดยังคงดำเนินต่อไป

การจำแนกสถานการณ์เสี่ยงสูง

(An Empirically Derived Taxonomy of High-Risk Situation)

การจำแนกสถานการณ์เสี่ยงสูงต่อการกลับไปเสพติดทั้งจากการศึกษาวิจัยและแนวปฏิบัติมีมานานกว่า 20 ปีแล้ว ซึ่งเป็นผลจากการบำบัดผู้ติ่มสุรา เป้าหมายคือการสัมภาษณ์ผู้ติ่ม 46 คน จาก 65 คน คิดเป็นร้อยละ 74 (มีประวัติติ่มสุราอย่างน้อย 1 ครั้งภายใน 3 เดือน) และหลังจากจำหน่ายจากโปรแกรม 3 เดือน กลับไปติ่มสุรา การสัมภาษณ์เกี่ยวกับการติ่มสุราได้แก่ ปริมาณ ความถี่ และสถานการณ์ที่ติ่ม 4 คำถาม

1. โปรดบอกสถานการณ์เสี่ยงสำคัญที่อาจทำให้ท่านติ่มสุราเป็นครั้งแรก โดยเติมคำตามประโยคเหล่านี้ “เมื่อฉันกลับไปติ่มครั้งแรก สถานการณ์เสี่ยง คือ....”
2. อะไรคือเหตุผลสำคัญที่ทำให้คุณกลับไปติ่มซ้ำ....
3. อธิบายถึงความคิด ความรู้สึกที่ทำให้คุณตัดสินใจติ่ม ณ เวลานั้น....
4. อธิบายถึงสถานการณ์หรือสิ่งที่เกิดขึ้นทั่วๆ ไปที่เกิดขึ้นกับคุณ และทำให้คุณต้องการหรือตัดสินใจติ่มสุรา



นำคำตอบที่ได้จาก 4 คำถามปลายเปิดนี้มาวิเคราะห์ลักษณะเฉพาะของผู้เสพแต่ละราย สารเสพติดซึ่งครอบคลุมชนิดของสารเสพติดตั้งแต่ บุหรี่ แอลกอฮอล์ และเฮโรइन ท้ายสุด มีการแยกกลุ่มของปัจจัยที่ทำให้เสพติดเป็น 2 กลุ่ม (แอลกอฮอล์และสารเสพติดอยู่ในกลุ่มแรก)

ปัจจัยแรกที่ทำให้เสพติด

- Intrapersonal-Environment Determinants ความเป็นปัจเจกบุคคล (ด้านกาย จิต สังคมของแต่ละบุคคล) สภาพแวดล้อม เช่น การแก้ปัญหาอารมณ์ด้านลบ หรือ การแก้ปัญหาด้านอื่นๆ เช่น ความผิดหวัง อุบัติเหตุ ปัญหาเศรษฐกิจ สิ่งเหล่านี้มีความสำคัญและไม่ได้ถูกรายงานไว้ว่าเป็นปัจจัยที่ต้องคำนึงถึง

- Interpersonal Determinants ปัจจัยสองที่ทำให้เสพติดคือ ลักษณะภายใน ของบุคคล ความขัดแย้งในใจ แรงกดดันจากสังคม เป็นต้น

ปัจจัยต่างๆ เหล่านี้มีปัจจัยเสี่ยงสูง 8 ประการที่ทำให้บุคคลกลับไปเสพติด (5 ปัจจัย เกี่ยวกับความเป็นปัจเจกบุคคลและสภาพแวดล้อม 3 ปัจจัยเกี่ยวกับลักษณะภายใน ของบุคคล) ดังต่อไปนี้

1. Intrapersonal-Environment Determinants

ก. การแก้ปัญหาอารมณ์ด้านลบ (Coping with negative emotional state)

- ความไม่สบายใจ และ/หรืออารมณ์โกรธ หงุดหงิด ก้าวร้าว เป็นต้น
- อารมณ์ด้านลบอื่นๆ เช่น ความไม่พอใจ กลัว วิตกกังวล ความเครียด ซึมเศร้า เหนื่อยหน่าย ความหวาดหวั่น การสูญเสีย ตกงาน ภาวะเศรษฐกิจ เป็นต้น

ข. การแก้ปัญหาทางกายภาพ ด้านความไม่สบาย และความเจ็บปวด (Coping with negative physical-physiological state)

- การแก้ปัญหาด้านร่างกายที่เกี่ยวข้องกับสารเสพติด เช่น ภาวะถอนพิษสารเสพติด
- การแก้ปัญหาด้านร่างกายอื่นๆ ที่ไม่เกี่ยวข้องกับสารเสพติด เช่น ความเจ็บปวด การบาดเจ็บ เป็นลม หน้ามืด ปวดศีรษะ เป็นต้น

ค. ใช้สารเสพติดเพื่อเพิ่มอารมณ์สนุกสนาน ครื้นเครง ความอิสระเสรี หรือระหว่างการเดินทาง (Enhancement of positive emotional state)

ง. การทดสอบความเข้มแข็งของตนเอง หรือการลอง “ใช้อีกสักครั้ง” ดูว่าจะเกิดอะไรขึ้น กับตนเอง (Testing personal control)



- จ. แรงกระตุ้นหรือสิ่งกระตุ้นต่าง ๆ (Giving into temptations or urges)
- สิ่งกระตุ้นที่เป็นสถานที่ เช่น เดินผ่านแหล่งขาย ผับ บาร์ บุหรี่
 - สิ่งกระตุ้นเฉพาะบุคคล

2. Interpersonal Determinants คือ ลักษณะภายในของบุคคล

- ก. ความขัดแย้งภายในใจ และสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Coping with interpersonal conflict) เช่น การสมรส เพื่อน แบบแผนครอบครัว อาชีพการงาน
- ภาวะความไม่พอใจ ความโกรธ ก้าวร้าว การไม่ลงรอย การอิจฉา ความบาดหมาง ความรู้สึกผิด เป็นต้น
 - ภาวะความขัดแย้งในใจอื่นๆ นอกเหนือจากความไม่พอใจ และความโกรธ เช่น วิตกกังวล ความเครียด หวาดกลัว
- ข. ความกดดันทางสังคม (Social pressure)
- ความกดดันทางสังคมโดยตรง เช่น การได้รับเสนอให้สารเสพติดแก่ผู้เสพ
 - ความกดดันทางสังคมทางอ้อม เช่น การพบปะและเข้าไปอยู่ในกลุ่มผู้เสพยาเสพติดด้วยกัน
- ค. การใช้สารเสพติดเพื่อเพิ่มอารมณ์สนุกสนาน บันเทิง การเฉลิมฉลอง การเพิ่มความตื่นเต้นทางเพศ เป็นต้น (Enhancement of positive emotional state)

Relapse Prevention Therapy in Clinical Practice

จากเดิมโปรแกรมการบำบัดผู้ติดสารเสพติดจะไม่ให้เกิดพฤติกรรมกลับไปเสพซ้ำ โดยการให้ผู้เข้ารับการบำบัดทำข้อตกลงการบำบัดและเน้นเรื่องการจัดการกับสถานการณ์เสี่ยง มีการฝึกทักษะต่างๆ เพื่อเตรียมผู้เสพไม่ให้เกิดกลับไปเสพซ้ำ แต่การเสนอให้ผู้เสพยาเสพติดมีทักษะในการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ โดยเพิ่มทักษะการรับรู้และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จะช่วยในการเลิกสารเสพติด ในสมัยปัจจุบันการบำบัดสารเสพติดส่วนใหญ่จะเพิ่มการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำเข้าไปในโปรแกรมการบำบัดด้วย

Therapeutic Components of the RPT

RPT ได้ถูกคิดค้นเพื่อให้ผู้เสพได้มีวิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อบรรลุสู่จุดหมายของชีวิต โดยมีคู่มือที่สามารถปฏิบัติได้ตั้งแต่วะยะเริ่ม คือ

1. **RPT** สอนวิธีการจัดการกับปัญหาดังแต่วะยะเริ่มต้นที่เกิดขึ้นเฉียบพลัน คือ ภาวะถอนพิษสุราหรือสารเสพติด



2. RPT ทำให้ผู้เสพได้รู้ถึงแผนภูมิของการเกิดสถานการณ์เสี่ยงต่าง ๆ จุดอ่อนอันตราย หรือหลุมพรางต่าง ๆ และสอนเทคนิควิธีการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม และการป้องกันไม่ให้ล้มเลิกระหว่างกระบวนการบำบัด การฝึกฝนตัวเองให้เปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การเลิกติ่มสุราอย่างต่อเนื่อง (จนเกิดเป็นนิสัย)

3. RPT ให้ผู้เสรมีเทคนิคในการให้ผู้เสพฝึกคิดและแก้ปัญหา **“อาการเตือน”** ที่ทำให้กลับไปติ่มหรือเสพยา และอาจสร้างสถานการณ์จำลองให้ผู้เสพได้ทดลองปฏิบัติ เพื่อให้ผู้เสพได้เรียนรู้วิธีการเผชิญกับสถานการณ์ที่เสี่ยงมาก รู้จักวิธีแยกแยะระดับอันตรายของสถานการณ์และคิดหาวิธีเฉพาะที่จะจัดการกับสถานการณ์เสี่ยงนั้นให้ได้

4. RPT ช่วยให้ผู้เสพได้เห็นความสำคัญของคำว่า **“เลิกติ่มวันต่อวัน”** พยายามหา กิจกรรมที่ทำให้เกิดความพึงพอใจทดแทนความพึงพอใจที่เกิดจากการติ่มสุราหรือเสพยา เสพติด ภาวะการติดสุราหรือสารเสพติด ทำให้ช่วงชีวิตของผู้เสรมีทั้งสุขและทุกข์ และเป็นการยากที่จะหากิจกรรมอื่นมาทดแทนความรู้สึกเหล่านี้ ซึ่งผู้ที่หยุดติ่มสุราจะต้องเรียนรู้วิธีการที่จะรับรู้ความรู้สึกภายในจิตใจที่แท้จริงของตนเอง นอกเหนือจากความหงุดหงิด ความตึงเครียดของภาวะถอนพิษสุรา RPT สอนให้ผู้เสพรู้วิธีการใหม่ในการจัดการกับความเครียดและทำกิจกรรมที่เติมเต็มความสุข ความพึงพอใจให้เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันของผู้เสพ

5. ท้ายที่สุด RPT ช่วยให้ผู้เสที่ตั้งเป้าหมายและเตรียมพร้อมอย่างมีความเป็นไปได้ ผู้เสพลหลายคนเริ่มที่จะเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อให้บรรลุตามความคาดหวังและความต้องการของตัวเอง และมักคาดหวังสูงว่าจะผ่านอุปสรรคต่าง ๆ ไปได้โดยไม่พลาดแม้แต่ครั้งเดียว ซึ่งการคาดหวังเช่นนี้มีโอกาสที่จะทำให้ผู้เสพรู้สึกล้มเหลว RPT ส่งเสริมให้ผู้เสที่ตั้งความหวังบนพื้นฐานของความเป็นจริงและแม้ว่าจะติ่มหรือเสพยาบ้างก็สอนให้เรียนรู้วิธีการแก้ไขปัญหาจากประสบการณ์เหล่านั้น และมุ่งมั่นที่จะเลิกติ่มต่อไป

การเกิดประสบการณ์ที่ล้มเหลวของผู้เสพเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นได้และพบได้เป็นส่วนใหญ่ แรงจูงใจก็มีส่วนเกี่ยวข้องในการเลิกติ่มแทนที่ผู้เสพจะคิดว่าความผิดพลาดเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นได้ระหว่างกระบวนการเลิกสุรา มักตำหนิตัวเองและรู้สึกว่าเป็นความล้มเหลว RPT ควรสอนให้ผู้เสพรู้และคิดว่าเป็นสิ่งที่อาจเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา แม้ว่าเขาจะพยายามอย่างมากแล้วก็ตาม เป้าหมายของ RPT คือ ช่วยให้การเลิกติ่มสุราของผู้เสพดำเนินต่อไปให้ได้ แม้ว่าจะมีการกลับไปติ่มซ้ำก็ตาม



เอกสารอ้างอิง

1. Regier DA, Farmer ME, Rae DS, Locke BZ, Keith SJ, Judd LL, et al. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. JAMA. 1990 Nov 21; 264(19): 2511-8.
2. บุญศิริ จันศิริมงคล, พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์, มธุริน คำวงศ์ปิ่น, วรวรรณ จุฑา, ธรณินทร์ กองสุข, จินตนา ลีจิงเพิ่มพูน. ความชุกของความผิดปกติของพฤติกรรมดื่มสุราและโรคจิตเวชร่วมในคนไทย: การสำรวจระดับชาติ 2551. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 2554; 19(2): 88-102.
3. อรัญญา แพทย์, นรัญญา ศรีบุรพา. ภาวะโรคจิตเวชร่วมในผู้ติดสุราที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในของศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดเชียงใหม่. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 2552; 54(1): 63-74.
4. Kessler RC, Crum RM, Warner LA, Nelson CB, Schulenberg J, Anthony JC. Lifetime co-occurrence of DSM-III-R alcohol abuse and dependence with other psychiatric disorders in the National Comorbidity Survey. Arch Gen Psychiatry. 1997 Apr; 54(4): 313-21.
5. Stinson FS, Grant BF, Dawson DA, Ruan WJ, Huang B, Saha T. Comorbidity between DSM-IV alcohol and specific drug use disorders in the United States: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. Drug Alcohol Depend. 2005 Oct 1; 80(1): 105-16
6. Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S, et al. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. Arch Gen Psychiatry. 1994 Jan; 51(1): 8-19.
7. สวัสดิ์ วัฒนศักดิ์กรชัย. การทบทวนองค์ความรู้เรื่องการคัดกรองผู้มีปัญหาการดื่มสุรา=Review of alcohol screening. พิมพ์ครั้งที่ 2. เชียงใหม่: วนดาการพิมพ์; 2552.
8. กระทรวงสาธารณสุข กรมสุขภาพจิต. แนวทางการจัดการโรคซึมเศร้า สำหรับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปในสถานบริการระดับปฐมภูมิ และทุติยภูมิ=Clinical Practice Guideline of Major Depressive Disorder for General Practitioner: CPG-MDD-GP [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรม; 2552 [เข้าถึงเมื่อ 10 มกราคม 2555]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.thaidepression.com/www/news54/CPG-MDD-GP.pdf>
9. พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์, มธุริน คำวงศ์ปิ่น. ความตรงของเครื่องมือวินิจฉัยโรคทางจิตเวช Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) ฉบับภาษาไทย=The Validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.)-Thai Version. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 2548; 13(3): 125-135.
10. พิชัย แสงชาญชัย. คู่มือการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจของผู้ป่วยติดสุรา ยาเสพติดการอบรมเชิงปฏิบัติการหลักสูตรจิตเวช ยาเสพติดสำหรับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป. กรุงเทพฯ: กองจิตเวชและประสาทวิทยา โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า; 2546.
11. Flynn PM. Co-Occurring Disorder (COD) and treatment systems [Internet]. Texas: TCU Institute of Behavioral Research Fort Worth, 2007. [cited 2012 Jan 10]. Available from: <http://www.samhsa.gov/co-occurring/topics/healthcare-integration/FlynnCODandTreatmentSystems.pdf>
12. Melnyk BM, Fineout-Overholt E. Evidence-based practice in nursing and health care: a guide to best practice. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005.

13. Banerjee S, Clancy C, Crome I, editors. Co-existing problems of mental disorder and substance misuse ("Dual Diagnosis"): an information manual. London: Royal College of Psychiatrists; 2002.
14. Feinstein AR. The pre-therapeutic classification of co-morbidity in chronic disease. *Journal of Chronic Diseases*. 1970; 23(7): 455-68.
15. Angold A, Costello EJ, Erkanli A. Comorbidity. *J Child Psychol Psychiatry*. 1999 Jan; 40(1): 57-87.
16. รุ่งนภา พานิรัตน์. การพยาบาลผู้ป่วยเสพยาเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วม (Dual Diagnosis). ใน: เอกสารประชุมวิชาการทางการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดแห่งชาติ ครั้งที่ 4 รร.เซนต์พาราไดซ์ดิเวลล์ จ.เชียงใหม่. ปทุมธานี: สถาบันธัญญารักษ์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2552.
17. Center for Substance Abuse Treatment. Substance Abuse Treatment for Persons With Co-Occurring Disorders. Rockville (MD): Substance Abuse and Mental Health Services Administration; 2005. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series, No. 42, DHHS Publication No. (SMA) 05-3992
18. Ismene LP, Gerardo G, Robert R, Krystal JH. Comorbidity of Alcoholism and Psychiatric Disorders. *Alcohol Res Health*. 2002; 26(2): 81-9.
19. Hasin DS, Stinson FS, Ogburn E, Grant BF. Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV alcohol abuse and dependence in the United States: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Arch Gen Psychiatry*. 2007 Jul; 64(7): 830-42.
20. Payne K, Sun Q, Sacchettini J, Hatfull GF. Mycobacteriophage Lysin B is a novel mycolylarabinogalactan esterase. *Mol Microbiol*. 2009 Aug; 73(3): 367-81.
21. Carroll KM. Research Society on Alcoholism. In: Lecture series RSA/ISBRA meeting; 2008 June 27-28; Grand Hyatt, Washington, DC; 2005.
22. Glass JC, Jackson KL. Integrating resource development and institutional planning. *Community College Journal of Research and Practice*. 1998 1998/01/01; 22(8): 715-39.
23. Graham HL, Maslin J, Copello A, Birchwood M, Mueser K, McGovern D, et al. Drug and alcohol problems amongst individuals with severe mental health problems in an inner city area of the UK. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2001 Sep; 36(9): 448-55.
24. Henderson VW, Paganini-Hill A, Miller BL, Elble RJ, Reyes PF, Shoupe D, et al. Estrogen for Alzheimer's disease in women: randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Neurology*. 2000 Jan 25; 54(2): 295-301.
25. Weaver MF, Dupre MA, Cropsey KL, Koch JR, Sood BA, Wiley JL, et al. Addiction epidemiology in adolescents receiving inpatient psychiatric treatment. *Addict Behav*. 2007 Dec; 32(12): 3107-13.
26. Cho MJ, Hahm BJ, Suh T, Suh GH, Cho SJ, Lee CK. Comorbid mental disorders among the patients with alcohol abuse and dependence in Korea. *J Korean Med Sci*. 2002 Apr; 17(2): 236-41.
27. บัณฑิต ศรีไพศาล, จุฑาภรณ์ แก้วมุงคุณ, ดวงกมล ไชยพุทธ, กมลลา วัฒนพร, ไศภิต นาสีบ, ดารินทร์ กำแพงเพชร, และคณะ. รายงานสถานการณ์สุราประจำปี 2549. กรุงเทพฯ: ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา; 2549.

28. สวัสดิ์ อัมมวงศ์กรชัย. แบบแผนการดื่มสุราและปัญหาจากการดื่มสุราในประเทศไทย. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 2552; 54(ฉบับภาคผนวก1): 139s-52s.
29. หวาน ศรีเรือนทอง, ธรณินทร์ กองสุข, วชิระ เพ็งจันทร์, พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์, เกษราภรณ์ เคนบุปผา, ฐัณณิ ยั่งยืน, และคณะ. ความเสี่ยงการฆ่าตัวตายของคนไทย: การสำรวจระดับชาติ. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 2554; 56(4): 413-24.
30. โรงพยาบาลสวนสราญรมย์. รายงานประจำปีงบประมาณ 2552. สุราษฎร์ธานี: โรงพยาบาล; 2552.
31. Abou-Saleh MT, Janca A. The epidemiology of substance misuse and comorbid psychiatric disorders. *Acta Neuropsychiatrica*. 2004; 16(1): 3-8.
32. Sterling S, Chi F, Hinman A. Integrating care for people with co-occurring alcohol and other drug, medical, and mental health conditions. *Alcohol Research Health*. 2011; 33(4): 338-45.
33. Rosenthal RN, Westreich L. Treatment of persons with dual diagnoses of substance use disorder and other psychological problems. In McCrady BS, Epstein EE, editors. *Addictions: a comprehensive guidebook*. New York: Oxford University Press; 1999. p. 439-76.
34. Mueser KT, Drake RE, Wallach MA. Dual diagnosis: a review of etiological theories. *Addict Behav*. 1998 Nov-Dec; 23(6): 717-34.
35. Hawkins JD, Catalano RF, Miller JY. Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: implications for substance abuse prevention. *Psychol Bull*. 1992 Jul; 112(1): 64-105.
36. Bruce ML, Takeuchi DT, Leaf PJ. Poverty and psychiatric status. Longitudinal evidence from the New Haven Epidemiologic Catchment Area study. *Arch Gen Psychiatry*. 1991 May; 48(5): 470-4.
37. Drake RE, Osher FC, Wallach MA. Alcohol use and abuse in schizophrenia. A prospective community study. *J Nerv Ment Dis*. 1989 Jul; 177(7): 408-14.
38. ทรงเกียรติ ปิยะกะ, ชาญวิทย์ เงินศรีตระกูล, อานนท์ วิทยานนท์. จากยาบ้าสู่ยาอีและยาเลิฟ. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 2541; 43(2): 184-9.
39. Leshner AI. Addiction is a brain disease, and it matters. *Science*. 1997 Oct 3; 278(5335): 45-7.
40. Brady KT, Sonne SC. The role of stress in alcohol use, alcoholism treatment, and relapse. *Alcohol Res Health*. 1999; 23(4): 263-71.
41. Pettinati HM, Silverman BL, Battisti JJ, Forman R, Schweizer E, Gastfriend DR. Efficacy of extended-release naltrexone in patients with relatively higher severity of alcohol dependence. *Alcohol Clin Exp Res*. 2011 Oct; 35(10): 1804-11.
42. Sullivan GM, Oquendo MA, Simpson N, Van Heertum RL, Mann JJ, Parsey RV. Brain serotonin1A receptor binding in major depression is related to psychic and somatic anxiety. *Biol Psychiatry*. 2005 Dec 15; 58(12): 947-54.
43. Wang J, El-Guebaly N. Sociodemographic factors associated with comorbid major depressive episodes and alcohol dependence in the general population. *Can J Psychiatry*. 2004 Jan; 49(1): 37-44.

44. สมภพ เรืองตระกูล. ตำราจิตเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ: เรือนแก้ว; 2542.
45. Edwards AC, Sihvola E, Korhonen T, Pulkkinen L, Moilanen I, Kaprio J, et al. Depressive symptoms and alcohol use are genetically and environmentally correlated across adolescence. *Behav Genet.* 2011 Jul; 41(4): 476-87.
46. พิชัย แสงชาญชัย, พงศธร เนตราคม, นวพร หิรัญวิวัฒน์กุล, บรรณานิการ. ตำราจิตเวชศาสตร์การติดสารเสพติด. กรุงเทพฯ: บางกอกบล็อก; 2549.
47. Lerner P, Goodwin FK, van Kammen DP, Post RM, Major LF, Ballenger JC, et al. Dopamine-beta-hydroxylase in the cerebrospinal fluid of psychiatric patients. *Biol Psychiatry.* 1978 Dec; 13(6): 685-94.
48. George TP, Krystal JH. Comorbidity of psychiatric and substance abuse disorders. *Current Opinion in Psychiatry.* 2000; 13(3): 327-31.
49. Heinz A, Lober S, Georgi A, Wrase J, Hermann D, Rey ER, et al. Reward craving and withdrawal relief craving: assessment of different motivational pathways to alcohol intake. *Alcohol Alcohol.* 2003 Jan-Feb; 38(1): 35-9.
50. Wang GJ, Volkow ND, Fowler JS, Franceschi D, Wong CT, Pappas NR, et al. Alcohol intoxication induces greater reductions in brain metabolism in male than in female subjects. *Alcohol Clin Exp Res.* 2003 Jun; 27(6): 909-17.
51. Getachew B, Hauser SR, Taylor RE, Tizabi Y. Alcohol-induced depressive-like behavior is associated with cortical norepinephrine reduction. *Pharmacol Biochem Behav.* 2010 Oct; 96(4): 395-401.
52. James S. How alcohol causes depression [internet]. EzineArticle.com; c2013 [update 2008 July 2; cited 2010 Jun 12]. Available from: <http://ezinearticles.com/?Fake-Paypal-Emails&id=129474>
53. Feldstein Ewing SW, Filbey FM, Chandler LD, Hutchison KE. Exploring the relationship between depressive and anxiety symptoms and neuronal response to alcohol cues. *Alcohol Clin Exp Res.* 2010 Mar 1; 34(3): 396-403.
54. Westermeyer JJ, Weiss RD, Ziedonis DM, editors. Integrated treatment for mood and substance use disorders. Baltimore: John Hopkins University Press; 2003.
55. Sonne SC, Brady KT. Bipolar disorder and alcohol. *Alcohol Res Health.* 2002; 26(2): 103-8.
56. Merikangas KR, Gelernter CS. Comorbidity for alcoholism and depression. *The Psychiatric clinics of North America.* 1990; 13(4): 613-32.
57. Berrettini WH, Ferraro TN, Goldin LR, Detera-Wadleigh SD, Choi H, Muniec D, et al. A linkage study of bipolar illness. *Arch Gen Psychiatry.* 1997 Jan; 54(1): 27-35.
58. Preisig M, Fenton BT, Stevens DE, Merikangas KR. Familial relationship between mood disorders and alcoholism. *Compr Psychiatry.* 2001 Mar-Apr; 42(2): 87-95.
59. Brady KT. Bipolar illness and alcohol abuse: course and treatment [Internet]. WebMD LLC, c 1994-2013. [cited 2010 Jun 12]. Available from: www.medscape.org/viewarticle/420260
60. Salloum IM, Thase ME. Impact of substance abuse on the course and treatment of bipolar disorder. *Bipolar Disord.* 2000 Sep; 2(3 Pt 2): 269-80.

61. Potash JB, Kane HS, Chiu YF, Simpson SG, MacKinnon DF, McInnis MG, et al. Attempted suicide and alcoholism in bipolar disorder: clinical and familial relationships. *Am J Psychiatry*. 2000 Dec; 157(12): 2048-50.
62. NSW Department of Health. Drug and alcohol treatment guidelines for residential setting [Internet]. North Sydney: Department; 2007. [cited 2012 Jun 12]. Available from: http://www.health.nsw.gov.au/pubs/2007/pdf/drug_a_guidelines.pdf
63. Vesga-Lopez O, Schneier FR, Wang S, Heimberg RG, Liu SM, Hasin DS, et al. Gender differences in generalized anxiety disorder: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC). *J Clin Psychiatry*. 2008 Oct; 69(10): 1606-16.
64. Smith JP, Book SW. Comorbidity of generalized anxiety disorder and alcohol use disorders among individuals seeking outpatient substance abuse treatment. *Addict Behav*. 2010 Jan; 35(1): 42-5.
65. วิชัย ไปษยะจินดา, อาภา ศิริวงศ์ ณ อยุธยา. สุราในสังคมไทย. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2545.
66. Brady KT, Tolliver BK, Verduin ML. Alcohol use and anxiety: diagnostic and management issues. *Am J Psychiatry*. 2007 Feb; 164(2): 217-21; quiz 372.
67. Kushner MG, Sher KJ, Beitman BD. The relation between alcohol problems and the anxiety disorders. *Am J Psychiatry*. 1990 Jun; 147(6): 685-95.
68. Oei TP, Loveday WA. Management of co-morbid anxiety and alcohol disorders: parallel treatment of disorders. *Drug Alcohol Rev*. 1997 Sep; 16(3): 261-74.
69. Piazza PV, LeMoal M. Stress as factor in addiction in principle of addiction medicine. In: Graham AW, Schultz TK, editors. *Principles of addiction medicine*. Chevy Chase, MD: American Society of Addiction Medicine, 1998. p. 83-93.
70. Nemeroff CB. The corticotropin-releasing factor (CRF) hypothesis of depression: new findings and new directions. *Mol Psychiatry*. 1996; 1: 336-42.
71. Sinha R, Easton C, Renee-Aubin L, Carroll KM. Engaging young probation-referred marijuana-abusing individuals in treatment: a pilot trial. *Am J Addict*. 2003 Jul-Sep; 12(4): 314-23.
72. Tull M. The connection between PTSD and alcohol and drug use [Internet]. About.com:© c2013. [update 2008 Oct 28; cited 2012 Jun 10]. Available from: <http://ptsd.about.com/od/relatedconditions/a/drugalcohol.html>
73. Koskinen J, Lohonen J, Koponen H, Isohanni M, Miettunen J. Prevalence of alcohol use disorders in schizophrenia--a systematic review and meta-analysis. *Acta Psychiatr Scand*. 2009 Aug; 120(2): 85-96.
74. Brady KT, Sinha R. Co-occurring mental and substance use disorders: the neurobiological effects of chronic stress. *Am J Psychiatry*. 2005 Aug; 162(8): 1483-93.
75. National Institute on Drug Abuse (NIDA). Comorbid drug abuse and mental illness [Internet]. MD: NIDA. [update 2007 Oct; cited 2012 Jun 10]. Available from: <http://www.drugabuse.gov/publications/topics-in-brief/comorbid-drug-abuse-mental-illness>
76. Green AI, Drake RE, Brunette MF, Noordsy DL. Schizophrenia and co-occurring substance use disorder. *Am J Psychiatry*. 2007 Mar; 164(3): 402-8.

77. Cooper E. Dual Diagnosis [Internet]. 2006. [cited 2009 Jun 10]. Available from: <http://www.nida.nih.gov>
78. Noordsy DL, Drake RE, Biesanz JC, McHugo GJ. Family history of alcoholism in schizophrenia. *J Nerv Ment Dis*. 1994 Nov; 182(11): 651-5.
79. Kendler KS. Overview: a current perspective on twin studies of schizophrenia. *Am J Psychiatry*. 1983 Nov; 140(11): 1413-25.
80. Clark DB. The natural history of adolescent alcohol use disorders. *Addiction*. 2004 Nov; 99 Suppl 2: 5-22.
81. Mueser KT, Nishith P, Tracy JI, DeGirolamo J, Molinaro M. Expectations and motives for substance use in schizophrenia. *Schizophr Bull*. 1995; 21(3): 367-78.
82. Galen LW, Brower KJ, Gillespie BW, Zucker RA. Sociopathy, gender, and treatment outcome among outpatient substance abusers. *Drug Alcohol Depend*. 2000 Dec 22; 61(1): 23-33.
83. Goswami S, Mattoo SK, Basu D, Singh G. Substance-abusing schizophrenics: do they self-medicate? *Am J Addict*. 2004 Mar-Apr; 13(2): 139-50.
84. Mathalon DH, Pfefferbaum A, Lim KO, Rosenbloom MJ, Sullivan EV. Compounded brain volume deficits in schizophrenia-alcoholism comorbidity. *Arch Gen Psychiatry*. 2003 Mar; 60(3): 245-52.
85. Brady KT, Verduin ML. Pharmacotherapy of comorbid mood, anxiety, and substance use disorders. *Subst Use Misuse*. 2005; 40(13-14): 2021-41, 43-8.
86. Sinha R. How does stress increase risk of drug abuse and relapse? *Psychopharmacology (Berl)*. 2001 Dec; 158(4): 343-59.
87. Koob GF. A role for GABA mechanisms in the motivational effects of alcohol. *Biochem Pharmacol*. 2004 Oct 15; 68(8): 1515-25.
88. Moghaddam B. Stress activation of glutamate neurotransmission in the prefrontal cortex: implications for dopamine-associated psychiatric disorders. *Biol Psychiatry*. 2002 May 15; 51(10): 775-87.
89. Chambers RA, Krystal JH, Self DW. A neurobiological basis for substance abuse comorbidity in schizophrenia. *Biol Psychiatry*. 2001 Jul 15; 50(2): 71-83.
90. Goldstein JA. Clinical relevance of genetic polymorphisms in the human CYP2C subfamily. *Br J Clin Pharmacol*. 2001 Oct; 52(4): 349-55.
91. Drake RE, Mueser KT. Co-occurring alcohol use disorder and schizophrenia. *Alcohol Res Health*. 2002; 26(2): 99-102. [cited 2011 Jun 10]. Available from: <http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/arh26-2/99-102.html>.
92. Casanova MF. Wernicke's disease and schizophrenia: a case report and review of the literature. *Int J Psychiatry Med*. 1996; 26(3): 319-28.
93. Hoff RA, Rosenheck RA. The cost of treating substance abuse patients with and without comorbid psychiatric disorders. *Psychiatr Serv*. 1999 Oct; 50(10): 1309-15.

94. Pádraig C, Aiden C .The clinical impact of substance use in schizophrenia: a study in an Irish population. Trinity Student Med J. 2008; 9: 14-7.
95. Keltner NL, Schwecke LH, Bostrom CE. Psychiatric Nursing. 3Rd ed. Missouri: Mosby; 1999.
96. Wobrock T, Falkai P, Schneider-Axmann T, Frommann N, Wolwer W, Gaebel W. Effects of abstinence on brain morphology in alcoholism: a MRI study. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci. 2009 Apr; 259(3): 143-50.
97. Gearon JS, Bellack AS, Rachbeisel J, Dixon L. Drug-use behavior and correlates in people with schizophrenia. Addictive Behaviors. 2001; 26(1): 51-61.
98. Drake RE, Mercer-McFadden C, Mueser KT, McHugo GJ, Bond GR. Review of integrated mental health and substance abuse treatment for patients with dual disorders. Schizophr Bull. 1998; 24(4): 589-608.
99. Drake RE, Osher FC, Noordsy DL, Hurlbut SC, Teague GB, Beaudett MS. Diagnosis of alcohol use disorders in schizophrenia. Schizophr Bull. 1990; 16(1): 57-67.
100. Dick DMPD, Agrawal APD. The Genetics of Alcohol and Other Drug Dependence. Alcohol Res Health. 2008 Sep; 31(2): 111-8.
101. Lawyer G, Bjerkan PS, Hammarberg A, Jayaram-Lindstrom N, Franck J, Agartz I. Amphetamine dependence and co-morbid alcohol abuse: associations to brain cortical thickness. BMC Pharmacol. 2010; 10: 5.
102. Modesto-Lowe V, Kranzler HR. Diagnosis and treatment of alcohol-dependent patients with comorbid psychiatric disorders. Alcohol Res Health. 1999; 23(2): 144-9.
103. Seivewright N, Daly C. Personality disorder and drug use: a review. Drug Alcohol Rev. 1997; 16(3): 235-50.
104. Bowden-Jones O, Iqbal MZ, Tyrer P, Seivewright N, Cooper S, Judd A, et al. Prevalence of personality disorder in alcohol and drug services and associated comorbidity. Addiction. 2004 Oct; 99(10): 1306-14.
105. ณัฐธิดา นิมิตรดี, หรรษา เศรษฐบุปผา, สมบัติ สกุลพรรณ. ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการเลิกดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยที่มาใช้บริการในคลินิกอดสุรา. พยาบาลสาร. 2551; 35(3): 154-64.
106. ประเวช ตันติพิวัฒนสกุล, สุรสิงห์ วิศรุครัตน์. แม่ตัวตาย: การสอบสวนหาสาเหตุและการป้องกัน. กรุงเทพฯ: กรมสุขภาพจิต; 2541.
107. Cherpitel CJ, Borges GL, Wilcox HC. Acute alcohol use and suicidal behavior: a review of the literature. Alcohol Clin Exp Res. 2004; 28(5 Suppl): 18-28.
108. Preuss UW, Schuckit MA, Smith TL, Danko GP, Bucholz KK, Hesselbrock MN, et al. Predictors and correlates of suicide attempts over 5 years in 1,237 alcohol-dependent men and women. Am J Psychiatry. 2003 Jan; 160(1): 56-63.
109. Lejoyeux M, Huet F, Claudon M, Fichelle A, Casalino E, Lequen V. Characteristics of suicide attempts preceded by alcohol consumption. Arch Suicide Res. 2008; 12(1): 30-8.

110. Schneider B, Baumert J, Schneider A, Marten-Mittag B, Meisinger C, Erazo N, et al. The effect of risky alcohol use and smoking on suicide risk: findings from the German MONICA/KORA-Augsburg Cohort Study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2011 Nov; 46(11): 1127-32.
111. Hirschfeld RM, Russell JM. Assessment and treatment of suicidal patients. *N Engl J Med.* 1997 Sep 25; 337(13): 910-5.
112. Tsuang TM, Tohen M, editors. Textbook in psychiatric epidemiology. 2nd ed. Chichester: John Wiley & Sons; 2002.
113. Aharonovich E, Liu X, Nunes E, Hasin DS. Suicide attempts in substance abusers: effects of major depression in relation to substance use disorders. *Am J Psychiatry.* 2002 Sep; 159(9): 1600-2.
114. พิเชฐ อุดมรัตน์. ระบาดวิทยาของปัญหาสุขภาพจิตและโรคทางจิตเวชในประเทศไทย. สงขลา: ลิขมบราเดอร์การพิมพ์; 2547.
115. ปราชญ์ บุญวงศ์โรจน์, สมควร หาญพัฒนชัยกูร, บารมี จรัสสิงห์. รายงานการวิจัยเรื่องปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการทำร้ายตนเองในประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร: กองแผนงาน กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2547.
116. Sher L. Alcohol and suicide: neurobiological and clinical aspects. *ScientificWorldJournal.* 2006; 6: 700-6.
117. NIDA New Release. Co-occurring disorders increase suicide risk: early drug use a factor in adolescents [Internet]. About.com: ©2013. [update 2004 May4; cited 2012 Jun 10]. Available from: <http://alcoholism.about.com/cs/dual/a/blnida040504.htm>
118. Nedic G, Nikolac M, Sviglin KN, Muck-Seler D, Borovecki F, Pivac N. Association study of a functional catechol-O-methyltransferase (COMT) Val108/158Met polymorphism and suicide attempts in patients with alcohol dependence. *Int J Neuropsychopharmacol.* 2011 Apr; 14(3): 377-88.
119. เบญจพร ปัญญา. การปฐมพยาบาลผู้มีปัญหาการดื่มสุรา. กรุงเทพมหานคร: วนิตการพิมพ์; 2552.
120. Wikipedia contributors. Long term effect of alcohol [Internet]. Wikipedia, The Free Encyclopedia; c2006. [cited 2010 Oct 20]. Available from: http://en.wikipedia.org/wiki/Long-term_effects_of_alcohol
121. Weiss RD, Hufford MR. Substance abuse and suicide. In: Jacobs DG, editor. The Harvard Medical School guide to suicide assessment and intervention. San Francisco: Jossey-Bass Publication; 1999. p. 300-310.
122. DeJong TM, University CWR. A Direct comparison of suicide attempters and suicide completers with major depressive disorder. Cleveland, OH: Case Western Reserve University; 2007.
123. Ganz D, Sher L. Suicidal behavior in adolescents with comorbid depression and alcohol abuse. *Minerva Pediatr.* 2009 Jun; 61(3): 333-47.
124. Kingree JB, Thompson MP, Kaslow NJ. Risk factors for suicide attempts among low-income women with a history of alcohol problems. *Addict Behav.* 1999 Jul-Aug; 24(4): 583-7.
125. Roy A, Janal MN. Risk factors for suicide attempts among alcohol dependent patients. *Arch Suicide Res.* 2007; 11(2): 211-7.
126. Pompili M, Serafini G, Innamorati M, Dominici G, Ferracuti S, Kotzalidis GD, et al. Suicidal behavior and alcohol abuse. *Int J Environ Res Public Health.* 2010 Apr; 7(4): 1392-431.

127. Modesto-Lowe V, Brooks D, Ghani M. Alcohol dependence and suicidal behavior: from research to clinical challenges. *Harv Rev Psychiatry*. 2006 Sep-Oct; 14(5): 241-8.
128. Swartz MS, Swanson JW, Hiday VA, Borum R, Wagner HR, Burns BJ. Violence and severe mental illness: the effects of substance abuse and nonadherence to medication. *Am J Psychiatry*. 1998 Feb; 155(2): 226-31.
129. National GAINS Center Substance abuse and mental health service administration. Just the fact: The prevalence of co-occurring mental and substance disorder in criminal justice system. Rockville, MD: National GAINS Center; 1997.
130. Assanangkornchai S, Mukthong A, Intanont T. Prevalence and patterns of alcohol consumption and health-risk behaviors among high school students in Thailand. *Alcohol Clin Exp Res*. 2009 Dec; 33(12): 2037-46.
131. Kushner MG, Abrams K, Borchardt C. The relationship between anxiety disorders and alcohol use disorders: a review of major perspectives and findings. *Clin Psychol Rev*. 2000 Mar; 20(2): 149-71.
132. นิชนันท์ คำลั่น. การใช้กลุ่มบำบัดตามแนวคิดการปรับเปลี่ยนทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ติดสุรา. [ปริญญาานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. ขอนแก่น: สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2547.
133. Curran GM, Sullivan G, Williams K, Han X, Allee E, Kotrla KJ. The association of psychiatric comorbidity and use of the emergency department among persons with substance use disorders: an observational cohort study. *BMC Emerg Med*. 2008; 8:17.
134. Craig TK, Johnson S, McCrone P, Afuwape S, Hughes E, Gournay K, et al. Integrated care for co-occurring disorders: psychiatric symptoms, social functioning, and service costs at 18 months. *Psychiatr Serv*. 2008 Mar; 59(3): 276-82.
135. Drake RE, Mueser KT, Brunette MF, McHugo GJ. A review of treatments for people with severe mental illnesses and co-occurring substance use disorders. *Psychiatr Rehabil J*. 2004 Spring; 27(4): 360-74.
136. Drake RE, O'Neal EL, Wallach MA. A systematic review of psychosocial research on psychosocial interventions for people with co-occurring severe mental and substance use disorders. *J Subst Abuse Treat*. 2008 Jan; 34(1): 123-38.
137. Goldman HH, Thelander S, Westrin CG. Organizing mental health services: an evidence-based approach. *J Ment Health Policy Econ*. 2000 Jun 1; 3(2): 69-75.
138. Cornelius JR, Bukstein O, Salloum I, Clark D. Alcohol and psychiatric comorbidity. *Recent Dev Alcohol*. 2003; 16: 361-74.
139. Kessler RC. The epidemiology of dual diagnosis. *Biol Psychiatry*. 2004 Nov 15; 56(10): 730-7.
140. Grant BF, Stinson FS, Dawson DA, Chou SP, Ruan WJ, Pickering RP. Co-occurrence of 12-month alcohol and drug use disorders and personality disorders in the United States: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Arch Gen Psychiatry*. 2004 Apr; 61(4): 361-8.
141. Kessler RC, Angermeyer M, Anthony JC, R DEG, Demyttenaere K, Gasquet I, et al. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. *World Psychiatry*. 2007 Oct; 6(3): 168-76.

142. Epstein J, Barker P, Vorburger M, Murtha C. Serious mental illness and its co-occurrence with substance use disorders. Analytic Series A-24. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration; 2004. DHHS Publication No. SMA 04-3905
143. McHugo GJ, Drake RE, Brunette MF, Xie H, Essock SM, Green AI. Enhancing validity in co-occurring disorders treatment research. *Schizophr Bull.* 2006 Oct; 32(4): 655-65.
144. Ridgely MS, Osher FC, Talbott JA. Chronic mentally ill young adults with substance abuse problems: Treatment and training issues. Rockville, MD: Alcohol, Drug Abuse and Mental Health Administration; 1987.
145. Brunette MF, Mueser KT, Drake RE. A review of research on residential programs for people with severe mental illness and co-occurring substance use disorders. *Drug Alcohol Rev.* 2004 Dec; 23(4): 471-81.
146. Mueser KT, Drake RE, Sigmon SC, Brunette M. Psychosocial interventions for adults with severe mental illnesses and co-occurring substance use disorders: a review of specific interventions. *J Dual Diagnosis.* 2005; 1: 57-82.
147. Ridgely MS, Goldman HH, Willenbring M. Barriers to the care of persons with dual diagnoses: organizational and financing issues. *Schizophr Bull.* 1990; 16(1): 123-32.
148. Drake RE, Mueser KT. Managing comorbid schizophrenia and substance abuse. *Curr Psychiatry Rep.* 2001 Oct; 3(5): 418-22.
149. New Freedom Commission on Mental Health. Achieving the promise: transforming mental health care in America. Final Report. Rockville MD, Department of Health and Human Services, 2003. DHHS pub no SMA-03—3832. [cited 2007 Jun 10]. Available at www.mentalhealthcommission.gov/reports/finalreport/fullreport-02.htm
150. Drake RE, McHugo GJ, Clark RE, Teague GB, Xie H, Miles K, et al. Assertive community treatment for patients with co-occurring severe mental illness and substance use disorder: a clinical trial. *Am J Orthopsychiatry.* 1998 Apr;68(2): 201-15.
151. Raistrick D, Heather N, Godfrey C. Review of the effectiveness of treatment for alcohol problems. London: National Treatment Agency for Substance Misuse; 2006.
152. Drake RE. Substance use reduction among patients with severe mental illness. *Community Ment Health J.* 1996 Jun; 32(3): 311-4.
153. Drake RE, Essock SM, Shaner A, Carey KB, Minkoff K, Kola L, et al. Implementing dual diagnosis services for clients with severe mental illness. *Psychiatr Serv.* 2001 Apr; 52(4): 469-76.
154. Tsuang J. Dual diagnosis [Internet]. San Francisco: California Society of Addiction Medicine; 1997. [cited 2012 Jun 10]. Available from: <http://www.csam-asam.org/sites/default/files/pdf/misc/Tsuang.pdf>
155. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. มาตรฐานการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีปัญหาจิตเวชร่วม=Psychiatric Comorbidity (ฉบับทดลอง). นนทบุรี: กระทรวง; 2546.
156. พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์, หทัยชนนี บุญเจริญ (บรรณาธิการ). แนวเวชปฏิบัติการให้บริการผู้มีปัญหาสุขภาพจิตจากแอลกอฮอล์. เชียงใหม่: ไอแอมออกแกโนเซอร์แอนแอ็ดเวอร์ไทซิง; 2549.

157. Stein LI, Test MA. Alternative to mental hospital treatment. I. Conceptual model, treatment program, and clinical evaluation. Arch Gen Psychiatry. 1980 Apr; 37(4): 392-7.
158. รัชดาภรณ์ กาวิวงศ์. ความทุกข์ในการเสพยาของวัยรุ่นและพฤติกรรมการสื่อสารในครอบครัวตามการรับรู้ของวัยรุ่นที่เสพยาในเขตกิ่งอำเภอแม่อน จังหวัดเชียงใหม่. [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2548.
159. Minkoff K. Integration of addiction and psychiatric services. In: Minkoff K, Pollack D, editors. Public sector managed mental health care: a survival manual. Amsterdam: Harwood Academic; 1997. p. 233-45.
160. Minkoff K. Developing standards of care for individuals with co-occurring psychiatric and substance use disorders. Psychiatr Serv. 2001; 52: 597-9.
161. Mueser KT, Noordsy DL, Fox L, Wolfe R. Disulfiram treatment for alcoholism in severe mental illness. Am J Addict. 2003 May-Jun; 12(3): 242-52.
162. Cleary M, Hunt G, Matheson S, Siegfried N, Walter G. Psychosocial interventions for people with both severe mental illness and substance misuse. Cochrane Database Syst Rev. 2008(1): CD001088.
163. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). Understanding evidence-based practice for co-occurring disorders: overview paper 5. Rockville, MD: SAMHSA; 2007. DHHS Publication No. (SMA) 07-4278. [cited 2012 Jun 10]. Available from: <http://www.samhsa.gov/co-occurring/topics/training/OP5-Practices-8-13-07.pdf>
164. Croton G. Screening for and assessment of co-occurring substance use and mental health disorders. Victoria: Victorian Dual Diagnosis Initiative Advisory Group; 2007.
165. กรมสุขภาพจิต. คู่มือการให้คำปรึกษาสำหรับผู้ประสบปัญหาแอลกอฮอล์. นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2548.
166. อภิชัย มงคลและคณะ. แบบคัดกรองโรคจิต โครงการจัดทำโปรแกรมสำเร็จรูปในการสำรวจสุขภาพจิตในพื้นที่ ปี 2545. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2545.
167. พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์. โรคจิตจากเมทแอมเฟตามีน.วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 2552; 17(2): 129-44.
168. นิพนธ์ พวงวรินทร์. แบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย. สารศิริราช. 2536; 35(6): 359-74.
169. Co-occurring Mental Health and Substance Use Disorders Initiative [Winnipeg Region] Addiction Foundation of Manitoba available from <http://www.afm.mb.ca/codi.html>.
170. Sadock BJ, adock VA, editors. Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry. 8th ed. Baltimore: Lippincott; 2005.
171. Soyka M, Hollweg M, Naber D. [Alcohol dependence and depression. Classification, comorbidity, genetic and neurobiological aspects]. Nervenarzt. 1996 Nov; 67(11): 896-904.
172. Wobrock T, Sittinger H, Behrendt B, D'Amelio R, Falkai P, Caspari D. Comorbid substance abuse and neurocognitive function in recent-onset schizophrenia. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci. 2007 Jun; 257(4): 203-10.

173. Berman RM, Charney DS. Models of antidepressant action. *J Clin Psychiatry*. 1999; 60 Suppl 14: 16-20; discussion 31-5.
174. Cornelius JR, Salloum IM, Cornelius MD, Perel JM, Ehler JG, Jarrett PJ, et al. Preliminary report: double-blind, placebo-controlled study of fluoxetine in depressed alcoholics. *Psychopharmacol Bull*. 1995; 31(2): 297-303.
175. Cornelius JR, Salloum IM, Ehler JG, Jarrett PJ, Cornelius MD, Perel JM, et al. Fluoxetine in depressed alcoholics. A double-blind, placebo-controlled trial. *Arch Gen Psychiatry*. 1997 Aug; 54(8): 700-5.
176. Roy A. Placebo-controlled study of sertraline in depressed recently abstinent alcoholics. *Biol Psychiatry*. 1998 Oct 1; 44(7): 633-7.
177. Kranzler HR, Mueller T, Cornelius J, Pettinati HM, Moak D, Martin PR, et al. Sertraline treatment of co-occurring alcohol dependence and major depression. *J Clin Psychopharmacol*. 2006 Feb; 26(1): 13-20.
178. Ziedonis DM, D'Avanzo K. Schizophrenia and substance abuse. In: Kranzler HR, Rounsaville BJ, editors. *Dual diagnosis and treatment: substance abuse and comorbid medical and psychiatric disorders*. New York: Marcel Dekker. p. 427-65.
179. Mason BJ, Ownby RL. Acamprosate for the treatment of alcohol dependence: a review of double-blind, placebo-controlled trials. *CNS Spectr*. 2000 Feb; 5(2): 58-69.
180. Nunes EV, McGrath PJ, Quitkin FM, Stewart JP, Harrison W, Tricamo E, et al. Imipramine treatment of alcoholism with comorbid depression. *Am J Psychiatry*. 1993 Jun; 150(6): 963-5.
181. Kessler HR, Rounsaville BJ. *Dual Diagnosis and Treatment: substance abuse and comorbid medical and psychiatric disorders*. New York: Marcel Dekker; 1998.
182. Torrens M, Fonseca F, Mateu G, Farre M. Efficacy of antidepressants in substance use disorders with and without comorbid depression. A systematic review and meta-analysis. *Drug Alcohol Depend*. 2005 Apr 4; 78(1): 1-22.
183. Brady KT, Sonne SC, Anton R, Ballenger JC. Valproate in the treatment of acute bipolar affective episodes complicated by substance abuse: a pilot study. *J Clin Psychiatry*. 1995 Mar; 56(3): 118-21.
184. Kalyoncu A, Mirsal H, Pektas O, Unsalan N, Tan D, Beyazyurek M. Use of lamotrigine to augment clozapine in patients with resistant schizophrenia and comorbid alcohol dependence: a potent anti-craving effect? *J Psychopharmacol*. 2005 May; 19(3): 301-5.
185. Drake RE, Xie H, McHugo GJ, Green AI. The effects of clozapine on alcohol and drug use disorders among patients with schizophrenia. *Schizophr Bull*. 2000; 26(2): 441-9.
186. Green AI, Salomon MS, Brenner MJ, Rawlins K. Treatment of schizophrenia and comorbid substance use disorder. *Curr Drug Targets CNS Neurol Disord*. 2002 Apr; 1(2): 129-39.
187. Brunette MF, O'Keefe C, Zimmet S, Wojcik J, Dawson R, Green AI. Clozapine, olanzapine, or typical antipsychotics for alcohol use disorder in patients with schizophrenia. *J Dual Diagnosis*. 2008; 4(4): 344-354.
188. Rubio G, Martinez I, Ponce G, Jimenez-Arriero MA, Lopez-Munoz F, Alamo C. Long-acting injectable risperidone compared with zuclopenthixol in the treatment of schizophrenia with substance abuse comorbidity. *Can J Psychiatry*. 2006 Jul; 51(8): 531-9.

189. Olivera AA, Kiefer MW, Manley NK. Tardive dyskinesia in psychiatric patients with substance use disorders. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 1990; 16(1-2): 57-66.
190. Alves H, Kessler F, Ratto LR. Comorbidity: alcohol use and other psychiatric disorders. *Rev Bras Psiquiatr*. 2004 May; 26 Suppl 1: S51-3.
191. Batki SL, Dimmock JA, Ploutz-Snyder R, Carey KB, Maisto SA, Cavallerano M, et al. Naltrexone treatment for patients with schizophrenia and alcohol dependence: The role of adherence-preliminary findings. *Alcohol Clin Exp Res*. 2007; 31(6 suppl): 255A.
192. Roessler E, Ouspenskaia MV, Karkera JD, Velez JI, Kantipong A, Lacbawan F, et al. Reduced NODAL signaling strength via mutation of several pathway members including FOXH1 is linked to human heart defects and holoprosencephaly. *Am J Hum Genet*. 2008 Jul; 83(1): 18-29.
193. Fuller RK, Branchey L, Brightwell DR, Derman RM, Emrick CD, Iber FL, et al. Disulfiram treatment of alcoholism. A Veterans Administration cooperative study. *JAMA*. 1986 Sep 19; 256(11): 1449-55.
194. Larson EW, Olincy A, Rummans TA, Morse RM. Disulfiram treatment of patients with both alcohol dependence and other psychiatric disorders: a review. *Alcohol Clin Exp Res*. 1992 Feb; 16(1): 125-30.
195. Kofoed L, Kania J, Walsh T, Atkinson RM. Outpatient treatment of patients with substance abuse and coexisting psychiatric disorders. *Am J Psychiatry*. 1986 Jul; 143(7): 867-72.
196. Petrakis IL, Gonzalez G, Rosenheck R, Krystal JH. Comorbidity of alcoholism and psychiatric disorders. *Alcohol Res Health*. 2002; 26: 81-89.
197. Petrakis IL, Nich C, Ralevski E. Psychotic spectrum disorders and alcohol abuse: a review of pharmacotherapeutic strategies and a report on the effectiveness of naltrexone and disulfiram. *Schizophr Bull*. 2006 Oct; 32(4): 644-54.
198. Ewing JA. A biopsychological look at drinking and alcoholism. *J Am Coll Health Ass*. 1977; 25: 204-208.
199. Major LF, Murphy DL. Platelet and plasma amine oxidase activity in alcoholic individuals. *Br J Psychiatry*. 1978 Jun; 132: 548-54.
200. Maxwell S, Shinderman MS. Use of naltrexone in the treatment of alcohol use disorders in patients with concomitant major mental illness. *J Addict Dis*. 2000; 19(3): 61-9.
201. O'Malley SS, Jaffe AJ, Chang G, Schottenfeld RS, Meyer RE, Rounsaville B. Naltrexone and coping skills therapy for alcohol dependence. A controlled study. *Arch Gen Psychiatry*. 1992 Nov; 49(11): 881-7.
202. Anton RF. What is craving? Models and implications for treatment. *Alcohol Res Health*. 1999; 23(3): 165-73.
203. Kranzler HR, Van Kirk J. Efficacy of naltrexone and acamprosate for alcoholism treatment: a meta-analysis. *Alcohol Clin Exp Res*. 2001 Sep; 25(9): 1335-41.
204. Morris PL, Hopwood M, Whelan G, Gardiner J, Drummond E. Naltrexone for alcohol dependence: a randomized controlled trial. *Addiction*. 2001 Nov; 96(11): 1565-73.
205. Petrakis IL, Leslie D, Rosenheck R. Use of naltrexone in the treatment of alcoholism nationally in the Department of Veterans Affairs. *Alcohol Clin Exp Res*. 2003 Nov; 27(11): 1780-4.

206. Sernyak MJ, Glazer WM, Heninger GR, Charney DS, Woods SW, Petrakis IL, et al. Naltrexone augmentation of neuroleptics in schizophrenia. *J Clin Psychopharmacol*. 1998 Jun; 18(3): 248-51.
207. Pickar D, Vartanian F, Bunney WE, Jr., Maier HP, Gastpar MT, Prakash R, et al. Short-term naloxone administration in schizophrenic and manic patients. A World Health Organization Collaborative Study. *Arch Gen Psychiatry*. 1982 Mar; 39(3): 313-9.
208. Luby ED, Marrazzi MA. A panic attack precipitated by opiate blockade--a case study. *J Clin Psychopharmacol*. 1987 Oct; 7(5): 361-2.
209. Johnson BA, Rosenthal N, Capece JA, Wiegand F, Mao L, Beyers K, et al. Improvement of physical health and quality of life of alcohol-dependent individuals with topiramate treatment: US multisite randomized controlled trial. *Arch Intern Med*. 2008 Jun 9; 168(11): 1188-99.
210. Drake RE, Mueser KT. Psychosocial approaches to dual diagnosis. *Schizophr Bull*. 2000; 26(1): 105-18.
211. Barrowclough C, Haddock G, Tarrier N, Lewis SW, Moring J, O'Brien R, et al. Randomized controlled trial of motivational interviewing, cognitive behavior therapy, and family intervention for patients with comorbid schizophrenia and substance use disorders. *Am J Psychiatry*. 2001 Oct; 158(10): 1706-13.
212. Miller WR, Rollnick S. *Motivational interviewing: preparing people for change*. New York: Guilford Press; 2002.
213. Baker A, Lewin T, Reichler H, Clancy R, Carr V, Garrett R, et al. Evaluation of a motivational interview for substance use within psychiatric in-patient services. *Addiction*. 2002 Oct; 97(10): 1329-37.
214. Hulse GK, Tait RJ. Six-month outcomes associated with a brief alcohol intervention for adult in-patients with psychiatric disorders. *Drug Alcohol Rev*. 2002 Jun; 21(2): 105-12.
215. Swanson AJ, Pantalon MV, Cohen KR. Motivational interviewing and treatment adherence among psychiatric and dually diagnosed patients. *J Nerv Ment Dis*. 1999 Oct; 187(10): 630-5.
216. Graeber DA, Moyers TB, Griffith G, Guajardo E, Tonigan S. A pilot study comparing motivational interviewing and an educational intervention in patients with schizophrenia and alcohol use disorders. *Community Ment Health J*. 2003 Jun; 39(3): 189-202.
217. Baker A, Bucci S, Lewin TJ, Kay-Lambkin F, Constable PM, Carr VJ. Cognitive-behavioural therapy for substance use disorders in people with psychotic disorders: Randomised controlled trial. *Br J Psychiatry*. 2006 May; 188: 439-48.
218. Kavanagh DJ, Waghorn G, Jenner L, Chant DC, Carr V, Evans M, et al. Demographic and clinical correlates of comorbid substance use disorders in psychosis: multivariate analyses from an epidemiological sample. *Schizophr Res*. 2004 Feb 1; 66(2-3): 115-24.
219. Pender NJ. *Health promotion in nursing practice*. 3rd ed. Stanford: Appleton and Lange; 1996.
220. Pearlin LI, Mullan JT, Semple SJ, Skaff MM. Caregiving and the stress process: an overview of concepts and their measures. *Gerontologist*. 1990 Oct; 30(5): 583-94.

221. Lynskey MT. The comorbidity of alcohol dependence and affective disorders: treatment implications. *Drug Alcohol Depend.* 1998 Nov 1; 52(3): 201-9.
222. พิชัย แสงชาญชัย. การทบทวนองค์ความรู้กลุ่มผู้ติดสุราเรื้อรังนิรนาม (เอเอ)=Alcoholics Anonymous (AA). เชียงใหม่: แผนงานการพัฒนากระบวน รูปแบบ และวิธีการบำบัดรักษาผู้มีปัญหาการบริโภคสุราแบบบูรณาการ (ผรส.); 2553.
223. Timko C, DeBenedetti A. A randomized controlled trial of intensive referral to 12-step self-help groups: one-year outcomes. *Drug Alcohol Depend.* 2007 Oct 8; 90(2-3): 270-9.
224. Chi FW, Satre DD, Weisner C. Chemical dependency patients with cooccurring psychiatric diagnoses: service patterns and 1-year outcomes. *Alcohol Clin Exp Res.* 2006 May; 30(5): 851-9.
225. Magura S. Effectiveness of dual focus mutual aid for co-occurring substance use and mental health disorders: a review and synthesis of the "Double Trouble" in Recovery evaluation. *Subst Use Misuse.* 2008; 43(12-13): 1904-26.
226. Timko C, Sempel JM. Intensity of acute services, self-help attendance and one-year outcomes among dual diagnosis patients. *J Stud Alcohol.* 2004 Mar; 65(2): 274-82.
227. Committee of the Institute of Medicine. Broadening the base of treatment for alcohol problems. Washington, DC: National Academy Press; 1990.
228. Kaskutas LA. Methodology and characteristics of programs and clients in the social model process evaluation. *J Subst Abuse Treat.* 1998 Jan-Feb; 15(1): 19-25.
229. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. Alcohol and Health: Ninth Special Report to the U.S. Congress on Alcohol and Health. Rockville MD: U.S. Department of Health and Human Services; 1997. Pub. No. 97-4017.
230. Ramsey SE, Engler PA, Stein MD. Alcohol Use Among Depressed Patients: The Need for Assessment and Intervention. *Prof Psychol Res Pr.* 2005 Jan 1; 36(2): 203-7.
231. Garrett SB, Higa DH, Phares MM, Peterson PL, Wells EA, Baer JS. Homeless youths' perceptions of services and transitions to stable housing. *Eval Program Plann.* 2008 Nov; 31(4): 436-44.
232. Barnett NP, Borsari B, Hustad JT, Tevyaw TO, Colby SM, Kahler CW, et al. Profiles of college students mandated to alcohol intervention. *J Stud Alcohol Drugs.* 2008 Sep; 69(5): 684-94.
233. Dennis M, Godley SH, Diamond G, Tims FM, Babor T, Donaldson J, et al. The Cannabis Youth Treatment (CYT) Study: main findings from two randomized trials. *J Subst Abuse Treat.* 2004 Oct; 27(3): 197-213.
234. Ziedonis DM, Trudeau K. Motivation to quit using substances among individuals with schizophrenia: implications for a motivation-based treatment model. *Schizophr Bull.* 1997; 23(2): 229-38.
235. Carey KB, Leontieva L, Dimmock J, Maisto SA, Batki SL. Adapting Motivational Interventions for Comorbid Schizophrenia and Alcohol Use Disorders. *Clin Psychol (New York).* 2007 Mar; 14(1): 39-57.
236. Rusch N, Corrigan PW. Motivational interviewing to improve insight and treatment adherence in schizophrenia. *Psychiatr Rehabil J.* 2002 Summer; 26(1): 23-32.
237. Baker AH, Edwards DR, Murphy G. Metalloproteinase inhibitors: biological actions and therapeutic opportunities. *J Cell Sci.* 2002 Oct 1; 115(Pt 19): 3719-27.

238. McGovern MP, Xie H, Acquillano S, Segal SR, Siembab L, Drake RE. Addiction treatment services and co-occurring disorders: the ASAM-PPC-2R taxonomy of program dual diagnosis capability. *J Addict Dis.* 2007; 26(3): 27-37
239. Reno R. Maintaining quality of care in a comprehensive dual diagnosis treatment program. *Psychiatr Serv.* 2001 May; 52(5): 673-5.
240. Janis IL, Mann L. *Decision Making: A Psychological Analysis of Conflict, Choice, and Commitment.* New York: Collier Macmillan; 1977.
241. Simon SL, Domier C, Carnell J, Brethen P, Rawson R, Ling W. Cognitive impairment in individuals currently using methamphetamine. *Am J Addict.* 2000 Summer; 9(3): 222-31.
242. Haddock G, Tarrier N, Spaulding W, Yusupoff L, Kinney C, McCarthy E. Individual cognitive-behavior therapy in the treatment of hallucinations and delusions: a review. *Clin Psychol Rev.* 1998 Nov; 18(7): 821-38.
243. สมนึก หลิมศิริวัฒน์. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเลิกดื่มสุราของผู้ป่วยติดสุราที่มารักษาในโรงพยาบาลราชบุรี. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย.* 2551; 53(2): 143-150.
244. Birchwood M, Smith J, Macmillan F, Hogg B, Prasad R, Harvey C, et al. Predicting relapse in schizophrenia: the development and implementation of an early signs monitoring system using patients and families as observers, a preliminary investigation. *Psychol Med.* 1989 Aug; 19(3): 649-56.
245. Barrowclough C, Haddock G, Wykes T, Beardmore R, Conrod P, Craig T, et al. Integrated motivational interviewing and cognitive behavioural therapy for people with psychosis and comorbid substance misuse: randomised controlled trial. *BMJ.* 2010; 341: c6325.
246. Rosen MI, Rounsaville BJ, Ablondi K, Black AC, Rosenheck RA. Advisor-Teller Money Manager (ATM) therapy for substance use disorders. *Psychiatr Serv.* 2010 Jul; 61(7): 707-13.
247. Rosen MI, Carroll KM, Stefanovics E, Rosenheck RA. A randomized controlled trial of a money management-based substance use intervention. *Psychiatr Serv.* 2009 Apr; 60(4): 498-504.
248. เทอดศักดิ์ เดชคง. คู่มือการให้คำปรึกษาสำหรับผู้ประสบปัญหาแอลกอฮอล์. กรุงเทพฯ: ชมรมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2548.
249. Curry S, Marlatt GA, Gordon JR. Abstinence violation effect: validation of an attributional construct with smoking cessation. *J Consult Clin Psychol.* 1987 Apr; 55(2): 145-9.

คณะผู้จัดทำ

1. พ.ญ.บุญศิริ จันศิริมงคล	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ	สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา
2. นางลูกจันทร์ วิทยถาวรวงศ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา
3. นางเพ็ญพักตร์ ดารากร ณ อรุณยา	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา
4. นางสาวสาวิตรี สุริยะฉาย	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา
5. นายเกษม กรกำจายฤทธิ์	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา
6. นางจุฑามาศ ตั้งมโนธรรม	พนักงานกายภาพบำบัด	สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา
7. นายผดุงศักดิ์ ครูทพูน	นักจัดการงานทั่วไป	สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา
8. นายทรงศักดิ์ ยุทธดนัยกุล	พนักงานช่วยเหลือคนไข้	สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา

กิตติกรรมประกาศ

นอกเหนือจากผู้ทรงคุณวุฒิที่กล่าวไว้ข้างต้น คณะผู้จัดทำขอขอบคุณนักวิชาการผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้ความกรุณาในการให้ความรู้ ความคิดเห็นอันเป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการจัดคู่มือเล่มนี้ อันได้แก่

1. พ.ญ.จิตติมา แก้วทอง	นายแพทย์เชี่ยวชาญ	โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์
2. พ.ญ.หทัยชนนี บุญเจริญ	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ	โรงพยาบาลสวนปรุง
3. พ.ญ.กนกกาญจน์ วิโรจน์อุไรเรือง	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ	โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์
4. พ.ญ.สรสพร จวงษ์	นายแพทย์ชำนาญการ	โรงพยาบาลสวนสราญรมย์
5. น.พ.ปทานนท์ ขวัญสนิท	นายแพทย์ชำนาญการ	สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา
6. น.พ.ปิยดิถี เจริญสุข	นายแพทย์ชำนาญการ	สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา
7. พ.ญ.ประภาศรี จรัสสุริ	นายแพทย์ปฏิบัติการ	สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา
8. พ.ญ.ทรัพย์ลิตี เกิดประกอบ	นายแพทย์ปฏิบัติการ	สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา
9. พ.ญ.จันทกานต์ อยู่เย็น	นายแพทย์ปฏิบัติการ	สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา
10. นางสาวสุนันท์ จำรูญสวัสดิ์	นักวิชาการสาธารณสุข	แผนงานการพัฒนากระบวนการดูแล ผู้มีปัญหาการดื่มสุรา (ผรส.)
11. นางเพชร คันธสายบัว	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา
12. นางสาววัฒนาภรณ์ พิบูลอาลักษณ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา
13. นางสาวธวิไล ไตรจักร์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา
14. นางอุณจิตร คุณารักษ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา
15. นางจรีรัตน์ ไกรวงษ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา
16. นางสมควร วรณมณี	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	โรงพยาบาลสวนปรุง
17. นางกุศลิน กัณหา	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์



Psychiatric Comorbidity in Alcohol Abusers



แผนงานการพัฒนากระบวนการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุรา (พรส.)

ชั้น 2 อาคารฟื้นฟูสมรรถภาพ โรงพยาบาลสวนปรุง
เลขที่ 131 ถนนช่างหล่อ ตำบลทรายยา อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ 50100
โทรศัพท์ 0 5328 0228 ต่อ 60236, 60525 โทรสาร 0 5327 3201
มือถือ 08 0491 0505, 08 0500 2140
www.i-mapthailand.org