

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เป็นการศึกษาบุคลิกภาพแปรปรวนของผู้ที่เป็นโรคจิตจากสุรา ครอบคลุมหัวข้อต่อไปนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับบุคลิกภาพแปรปรวน
 - 1.1 ความหมายของบุคลิกภาพแปรปรวน
 - 1.2 ลักษณะและประเภทของบุคลิกภาพแปรปรวน
 - 1.3 เกณฑ์การวินิจฉัยบุคลิกภาพแปรปรวน
2. โรคจิตจากสุรา
 - 2.1 ลักษณะของผู้ที่เป็นโรคจิตจากสุรา
 - 2.2 ปัจจัยของการเกิดโรคจิตจากสุรา
 - 2.3 บุคลิกภาพแปรปรวนในผู้ที่เป็นโรคจิตจากสุรา
 - 2.4 ผลกระทบของโรคจิตจากสุรา
 - 2.5 การประเมินผู้ที่เป็นโรคจิตจากสุราเพื่อการรักษาอย่างครอบคลุม
3. การประเมินและวินิจฉัยบุคลิกภาพแปรปรวน

แนวคิดเกี่ยวกับบุคลิกภาพแปรปรวน

ความหมายของบุคลิกภาพแปรปรวน

คำว่าบุคลิกภาพตามพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2535 ได้ให้ความหมายว่า หมายถึง สภาพนิสัยจำเพาะคน ตรงกับภาษาอังกฤษว่า Personality มาจากภาษาละตินว่า Persona แปลว่าหน้ากากหรือ หัวโขน (แสงสุรีย์ ตำอานกุล, 2535) โดยทั่วไปแล้ว คำว่า “บุคลิกภาพ (Personality)” มักจะถูกใช้ในความหมายที่บ่งบอกถึงความสามารถของบุคคลในการสร้างความรู้สึกที่ดีจากการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นในปัจจุบันนักจิตวิทยาต่างเห็นพ้องกันว่าบุคลิกภาพ คือ ลักษณะเฉพาะของบุคคลซึ่งเป็นที่บ่งชี้ความเป็นปัจเจกบุคคล และเป็นสิ่งที่กำหนดลักษณะการมี

ปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมหรือสถานการณ์ของบุคคลนั้น มิลลอน (Millon cited in Townsend, 1993) ได้ให้ความหมายของบุคลิกภาพไว้ว่า หมายถึงแบบแผนลักษณะทางจิตที่ซับซ้อนส่วนใหญ่เป็นจิตไร้สำนึกที่ยากต่อการควบคุม ลักษณะทางจิตเช่นนี้จะแสดงตัวอย่างอัตโนมัติแทรกไปในการทำหน้าที่ของทุกองค์ประกอบแห่งความเป็นบุคคล แหล่งกำเนิดของจิตใจในลักษณะนี้มาจากความซับซ้อนเชื่อมโยงขององค์ประกอบทางชีวภาพ ประสบการณ์ การเรียนรู้ การคิด และการใช้ความรู้ความคิดในการแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ในบุคคลที่มีบุคลิกภาพที่ผิดแปลกแตกต่างไปจากคนทั่วไปอย่างมาก ถือได้ว่าเป็นผู้ที่มีบุคลิกภาพผิดปกติ หรือมีบุคลิกภาพแปรปรวน และถือได้ว่าเป็นความผิดปกติทางจิตเวชอย่างหนึ่ง

ระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก ครั้งที่ 10 (International Classification of Disease and Related Health Problems-10th Edition [ICD-10]) (สถาบันสุขภาพจิต, 2537) ได้ให้ความหมายของบุคลิกภาพแปรปรวน หมายถึงลักษณะพฤติกรรมที่ฝังแน่นและเบี่ยงเบนไปอย่างมากหรือสุดโต่งจากสังคมวัฒนธรรมของบุคคลในสังคมเดียวกัน ทั้งด้านการรับรู้ ความคิด ความรู้สึก โดยเฉพาะอย่างยิ่งความสัมพันธ์กับคนอื่น ๆ ซึ่งแบบแผนพฤติกรรมนี้ครอบงำองค์ประกอบหลายด้าน มักก่อให้เกิดความเดือดร้อนต่อบุคคลนั้น ๆ ในระดับต่าง ๆ รวมถึงบทบาทหน้าที่ด้านต่าง ๆ ทั้งด้านการทำงานด้านความสัมพันธ์กับผู้อื่นจะเริ่มปรากฏอาการในวัยรุ่นหรือวัยผู้ใหญ่ตอนต้น

ระบบการจำแนกโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกันครั้งที่ 4 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV Edition [DSM-IV]; APA, 1994) ได้ให้ความหมายของบุคลิกภาพแปรปรวนหมายถึง รูปแบบประสบการณ์ภายในและพฤติกรรมที่เบี่ยงเบนอย่างชัดเจนจากพฤติกรรมปกติในสังคมวัฒนธรรมของบุคคลนั้น พฤติกรรมมีลักษณะไม่ยืดหยุ่นและมีการปรับตัวไม่เหมาะสม ทำให้เกิดความบกพร่องในการทำหน้าที่ด้านต่าง ๆ ทั้งด้านกรงาน ด้านความสัมพันธ์กับผู้อื่น จะเริ่มปรากฏอาการในวันรุ่นหรือวัยผู้ใหญ่ตอนต้น

การให้คำจำกัดความหรือความหมายของบุคลิกภาพยังมีความหลากหลายและแตกต่างกันไป คำจำกัดความและการให้ความหมายตามที่ใช้กันอยู่นั้นเพียงสะท้อนให้เห็นถึงความสนใจในด้านต่าง ๆ ของบุคลิกภาพ ไม่ว่าจะเป็นความสนใจด้านชนิดและพฤติกรรมของแต่ละบุคคลสามารถแปรเปลี่ยนได้ตามสถานการณ์ แต่ยังคงมีความเที่ยงระดับหนึ่ง ซึ่งทำให้สามารถจำแนกลักษณะนิสัยหรือบุคลิกภาพของแต่ละคนได้ ด้วยเหตุนี้การวัดบุคลิกภาพจึงอาจจะเป็นเครื่องมือที่มีประโยชน์ในการทำนายความแตกต่างระหว่างบุคคลได้ แต่ทั้งนี้ลักษณะบุคลิกภาพและพฤติกรรมที่จะวัดจะต้องไม่แคบหรือจำเพาะเจาะจงมากเกินไป (Murphy & Davidshofer, 1994)

สำหรับการศึกษานี้ ผู้ศึกษาใช้แนวคิดของสมาคมจิตแพทย์อเมริกันครั้งที่ 4 (APA, 1994) เนื่องจากแบบสอบถามบุคลิกภาพแปรปรวน PDQ - 4 ของไฮเลอร์ (Hyer, 1994) ใช้แนวคิดตามเกณฑ์การจำแนกประเภทของบุคลิกภาพแปรปรวนตามระบบ DSM-IV (APA, 1994)

ลักษณะและประเภทของบุคลิกภาพแปรปรวน

ในการจำแนกประเภทบุคลิกภาพแปรปรวนที่นิยมใช้ในปัจจุบันมี 2 ระบบ คือ ตามระบบ ICD-10 และระบบ DSM-IV ซึ่งแบ่งประเภทย่อย ๆ พร้อมทั้งอธิบายลักษณะเฉพาะของแต่ละประเภทดังนี้

1. ประเภทของบุคลิกภาพแปรปรวน ตามระบบ ICD-10 แบ่งเป็น 8 ประเภท สรุปได้ดังนี้ (สถาบันสุขภาพจิต, 2537)

1.1 บุคลิกภาพประเภทหวาดระแวง (paranoid personality disorder) บุคลิกภาพประเภทนี้มีลักษณะหวั่นไหวง่าย มีแนวโน้มจะตีความว่าผู้อื่นมีเจตนาจะหมิ่นเกียรติ ไม่ให้ความสำคัญ ไม่ยุติธรรม ไม่ยอมรับ เต็มไปด้วยความระแวงสงสัย ถูกผู้ที่ค้อยกว่าและไม่เป็นมิตร การแสดงออกจะยึดตนเองเป็นศูนย์กลางหรือเห็นความสำคัญของตนเองมากเกินไป ขาดเหตุผลที่เหมาะสม

1.2 บุคลิกภาพแปรปรวนแยกตัว (schizoid personality disorder) บุคลิกภาพประเภทนี้มีลักษณะอารมณ์เย็นชา ห่างเหิน ไม่ยินดียินร้ายต่อการยกย่องสรรเสริญ มีข้อจำกัดในเรื่องการแสดงความรู้สึกอบอุ่น อ่อนโยน หรือโกรธต่อผู้อื่น มักสนใจกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่งโดยไม่เปลี่ยนแปลง มีเพียงกิจกรรมบางชนิดเท่านั้นที่สร้างความพึงพอใจได้ หมกมุ่นอยู่กับความฝันและตัวเองมากเกินไป มีความสนใจทางเพศน้อยลง ขาดเพื่อนสนิทหรือความสัมพันธ์ที่จริงจัง

1.3 บุคลิกภาพประเภทไม่สนใจสังคม (dissocial personality disorder) บุคลิกภาพประเภทนี้มีลักษณะอยู่ที่ความไม่สนใจบรรทัดฐานและกฎระเบียบทางสังคมไม่สนใจความรู้สึกของผู้อื่น ขาดความรับผิดชอบ ปลดปล่อยความโกรธออกมาได้ง่าย มีพฤติกรรมก้าวร้าว ไม่มีความรู้สึกผิดชอบที่จะดำเนินผู้อื่นหรืออ้างเหตุผลอย่างเฉลียวฉลาดในการอธิบายถึงพฤติกรรมที่ขัดแย้งกับสังคม มีอารมณ์หงุดหงิดฉุนเฉียวเป็นประจำ รวมทั้งไม่สามารถมีความสัมพันธ์ที่ยั่งยืนกับผู้อื่นได้

1.4 บุคลิกภาพประเภทแสดงออกทางอารมณ์ไม่คงที่ (emotional unstable personality disorder) บุคลิกภาพประเภทนี้มีแนวโน้มในการกระทำที่รุนแรงโดยไม่คำนึงถึงผลที่ตามมาพร้อมกับมีอาการที่ไม่คงที่ ความสามารถในการวางแผนล่วงหน้าต่ำ และสามารถแสดงความโกรธได้อย่างรุนแรง หรือนำไปสู่พฤติกรรมที่รุนแรงเมื่อถูกผู้อื่นกระตุ้นหรือขัดขวาง ซึ่งบุคลิกภาพ

ประเภทนี้แบ่งออกเป็น 2 ชนิด คือ ชนิดขาดการควบคุม (impulsive type) มักพบพฤติกรรมรุนแรงหรือข่มขู่ และชนิดคาบเส้น (borderline type) มีอารมณ์ไม่มั่นคงหลายอย่าง มีความไม่ชัดเจนและความผิดปกติในภาพพจน์แห่งตน เป้าหมายและความชอบภายใน จากความสัมพันธ์ที่ไม่มั่นคงอาจนำไปสู่ภาวะวิกฤติทางอารมณ์หรือพยายามอย่างยิ่งเพื่อหลีกเลี่ยงการถูกทอดทิ้ง

1.5 บุคลิกภาพประเภทแสดงละคร (histrionic personality disorder) บุคลิกภาพประเภทนี้มีลักษณะที่แสดงออกเกินจริง เหมือนการแสดงละคร แสดงอารมณ์มากเกินไป พยายามชักจูงให้ผู้อื่นคล้อยตามอารมณ์ หัวเราะไห้ได้ง่าย พยายามแสวงหาสิ่งที่ทำให้ตนเองตื่นเต้นเสมอ ยึดตนเองเป็นศูนย์กลาง ชอบที่จะเป็นจุดสนใจและให้ผู้อื่นชื่นชม มีพฤติกรรมการแสดงออกที่เข้ายวนทางเพศ และให้ความสำคัญกับความงามแห่งเรือนร่างมากเกินไป

1.6 บุคลิกภาพประเภทสงสัย (anankastic personality disorder) บุคลิกภาพประเภทนี้มีลักษณะสงสัยและระมัดระวัง หมกมุ่นอยู่กับรายละเอียดเล็ก ๆ น้อย ๆ มากเกินไป ต้องการความสมบูรณ์แบบจนกระทั่งเป็นอุปสรรคกับความสำเร็จ เกรงในศีลธรรมและหวังผลงานมากจนมีผลต่อมนุษยสัมพันธ์ ไม่ยืดหยุ่นให้ผู้อื่นทำตามความคิดของตนเองอย่างไร้เหตุผล

1.7 บุคลิกภาพประเภทวิตกกังวลหรือหลีกเลี่ยง (anxious or avoidant personality disorder) บุคลิกภาพประเภทนี้มีลักษณะเครียดและหวาดวิตกอย่างมากอยู่เสมอ เชื่อว่าตนเองไม่เก่งและด้อยกว่าคนอื่นกลัวการถูกตำหนิหรือการปฏิเสธจากสังคมพยายามไม่ยุ่งเกี่ยวกับคนอื่นจนกว่าจะแน่ใจว่าเป็นที่ชื่นชม หลีกเลี่ยงกิจกรรมทางสังคมที่ต้องติดต่อกับคนอื่นด้วยเหตุที่กลัวการวิพากษ์วิจารณ์หรือปฏิเสธ

1.8 บุคลิกภาพประเภทพึ่งพา (dependent personality disorder) บุคลิกภาพประเภทนี้เรียกร้องขอให้ผู้อื่นตัดสินใจแทนในเรื่องที่สำคัญของชีวิตตนเองยอมละความต้องการของตนเองเพื่อคล้อยตามผู้ที่ต้องพึ่งพาอย่างไม่มีเหตุผล ไม่พยายามเรียกร้องสิ่งต่าง ๆ จะรู้สึกอึดอัดหรือช่วยตนเองไม่ได้เมื่อต้องอยู่ตามลำพังเพราะความกลัวมากเกินไป หัวใจวิตกกังวลว่าจะถูกทอดทิ้งและปล่อยให้ตนเองขาดความสามารถในการตัดสินใจในเรื่องประจำวัน โดยไม่มีใคร

2. ประเภทของบุคลิกภาพแปรปรวน ตามระบบ DSM-IV (APA, 1994) แบ่งออกได้เป็น 3 กลุ่มใหญ่ ในแต่ละกลุ่มใหญ่มีกลุ่มย่อยซึ่งรวมทั้งหมดมี 10 ประเภท โดยบุคลิกภาพแปรปรวนแต่ละชนิดที่อยู่ภายในกลุ่มเดียวกัน จะมีลักษณะบางประการคล้ายคลึงกัน สรุปได้ดังนี้

2.1 กลุ่มเอ (cluster A) ในกลุ่มนี้มีลักษณะแปลก (odd) หรือประหลาด (eccentric) ประกอบด้วยบุคลิกภาพแปรปรวนประเภทย่อย 3 ประเภท ดังนี้

2.1.1 บุคลิกภาพประเภทหวาดระแวง (paranoid personality disorder)

บุคลิกภาพประเภทนี้มีลักษณะหมกมุ่นอยู่กับสงสัยอย่างเกินเหตุเกี่ยวกับความซื่อสัตย์ของเพื่อนร่วมงานหรือคู่ครอง แบบแผนพฤติกรรมขาดความไว้วางใจ มักแปลเจตนาของผู้อื่นเป็นความประสงค์ร้าย คิดว่าตนเองถูกหลอกลวงและเอาผลประโยชน์ มักระมัดระวังตัวอยู่เสมอ ไม่ยอมยกโทษต่อการถูกดูถูกเหยียดหยามหรือทำร้ายและมักมีปฏิกิริยาตอบสนองด้วยความขุ่นเคือง หรือตอบโต้อย่างทันที

2.1.2 บุคลิกภาพประเภทแยกตัวเอง (schizoid personality disorder) บุคลิกภาพประเภทนี้มีลักษณะพฤติกรรมถอนตัวและหลีกเลี่ยงการมีความสัมพันธ์ทางสังคม และยับยั้งการแสดงออกทางอารมณ์ของตนเอง ขณะมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นไม่ต้องการมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับใครรวมทั้งการเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว เลือกทำกิจกรรมตามลำดับแทบทุกครั้ง ขาดเพื่อนสนิทหรือคนที่ไว้วางใจได้ มักแสดงความเฉยชาและไม่สนใจต่อการชมเชยหรือการตำหนิของผู้อื่น

2.1.3 บุคลิกภาพประเภทจิตเภทแฝง (schizotypal personality disorder) บุคลิกภาพประเภทนี้มีลักษณะบกพร่องในการเข้าสังคมหรือสัมพันธ์กับผู้อื่นจะรู้สึกอึดอัดขึ้นมาทันทีเมื่อต้องสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้อื่น หรือความสามารถในการสร้างความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้อื่นลดลง มีความเชื่อและการรับรู้ที่ไม่เป็นไปตามปกติเกี่ยวกับอำนาจวิเศษโทรจิตหรือสัมผัสที่หก รวมไปถึงความคิดและพฤติกรรมการแสดงออกที่ดูเพี้ยนแปลก และขาดคนที่ไว้วางใจได้นอกจากญาติใกล้ชิด

2.2 กลุ่มบี (Cluster B) ในกลุ่มนี้ลักษณะเหมือนเล่นละคร (dramatic) แสดงอารมณ์ (emotion) หรือไม่แน่นอน (erratic) ประกอบด้วยบุคลิกภาพแปรปรวนประเภทย่อย 4 ประเภท

2.2.1 บุคลิกภาพประเภทปรปักษ์สังคม (antisocial personality disorder) บุคลิกภาพประเภทนี้มีลักษณะพฤติกรรมที่ละเมิดหรือไม่สนใจสิทธิของผู้อื่น ไม่ทำตามบรรทัดฐานของสังคมในแง่กฎหมาย พุคโคหกหลอกลวงเพื่อประโยชน์ส่วนตัว พฤติกรรมหุนหันพลันแล่น ใจร้อน หงุดหงิดและก้าวร้าวแสดงออกโดยการชกต่อยหรือทำร้ายร่างกายผู้อื่นอยู่เรื่อย ๆ บ้าระห่ำ ไม่สนใจความปลอดภัยของตนเอง และขาดความรับผิดชอบอยู่เสมอ

2.2.2 บุคลิกภาพประเภทคาบเส้น (borderline personality disorder) บุคลิกภาพประเภทนี้มีลักษณะอารมณ์ที่ไม่คงที่อย่างมาก ความสัมพันธ์กับผู้อื่นไม่มั่นคง ไม่แน่ใจในเอกลักษณ์แห่งตนเอง (identity) และความรู้สึกของตนเอง อารมณ์จะรุนแรงเปลี่ยนแปลงง่าย เป็นรูปแบบหุนหันพลันแล่น บุคคลเหล่านี้จะทนความเหงาหรืออยู่คนเดียวไม่ได้ กลัวการถูกทอดทิ้ง ฉะนั้นจึงสนิทสนมกับคนแปลกหน้าได้ง่าย

2.2.3 บุคลิกภาพประเภทเรียกร้องความสนใจมากเกินไป (histrionic personality disorder) บุคลิกภาพประเภทนี้มีลักษณะเรียกร้องความสนใจสูง จะแสดงความคิดและความรู้สึกที่เกินความเป็นจริง ลักษณะท่าทางเหมือนการแสดงละคร การใช้รูปร่างหน้าที่ ท่าทางช่วยวน

เพื่อต้องการให้ผู้อื่นสนใจตนเอง รู้สึกอึดอัดและเสียใจเป็นอย่างมากเมื่อไม่ได้เป็นที่ยอมรับ หรือเป็นที่สนใจ ความสัมพันธ์กับผู้อื่นมักเป็นแบบผิวเผิน มีความรู้สึกว่าต้องพึ่งพาผู้อื่น ไม่มีความมั่นใจในตนเองจึงเป็นเหตุให้ถูกชักจูงได้ง่าย

2.2.4 บุคลิกภาพประเภทหลงตนเอง (narcissistic personality disorder) บุคลิกภาพประเภทนี้มีลักษณะหลงตนเองคิดว่าตนเองยิ่งใหญ่และมีความสำคัญมาก เป็นคนพิเศษแตกต่างจากคนอื่นและมีแต่คนพิเศษหรือมีฐานะสูงอื่น ๆ เท่านั้นที่เข้าใจตนเอง จึงคาดหวังและต้องการให้ผู้อื่นชื่นชม ยกย่องสรรเสริญจะทนต่อคำวิพากษ์วิจารณ์ไม่ได้ จะแสวงหาผลประโยชน์จากความสัมพันธ์กับผู้อื่นเพื่อให้ตนเองได้ในสิ่งที่มุ่งหวังและไม่สนใจอารมณ์ความรู้สึกของผู้อื่น

2.3 กลุ่มซี (Cluster C) กลุ่มนี้มีความวิตกกังวล (anxious) และความกลัว (feaful) เป็นลักษณะเด่น ประกอบด้วยบุคลิกภาพแปรปรวนประเภทย่อย 3 ประเภท

2.3.1 บุคลิกภาพประเภทหลีกเลี่ยง (avoidant personality disorder) บุคลิกภาพประเภทนี้มีลักษณะไม่เข้าสังคม รู้สึกว่าตนเองไม่เก่ง ไม่มีความสามารถ อ่อนไหวง่ายต่อการถูกประเมินในทางลบ เลี่ยงกิจกรรมที่ต้องเกี่ยวข้องกับการพบปะผู้คนอย่างมาก เนื่องจากกลัวการถูกตำหนิหรือปฏิเสธ ระมัดระวังตนในสัมพันธภาพที่ใกล้ชิด เกรงว่าตนเองถูกทำให้อับอาย กังวลอยู่แต่เรื่องจะถูกตำหนิไม่แสดงออกในสถานการณ์ที่อยู่กับผู้อื่นที่ยังใหม่ต่อการรู้จักกัน มองตนเองว่าเข้าสังคมไม่เป็น

2.3.2 บุคลิกภาพประเภทพึ่งพา (dependent personality disorder) บุคลิกภาพประเภทนี้มีลักษณะต้องการพึ่งพาเป็นอย่างมาก ต้องการให้ผู้อื่นรับผิดชอบเรื่องราวในชีวิตเองแทบจะทั้งหมดกลัวการถูกแยกจนทำให้เป็นคนยอมไปทุกอย่างและยึดติดกับผู้นั้นตลอด ลำบากในการริเริ่มโครงการหรือทำสิ่งต่าง ๆ ด้วยตนเอง ถ้าจำเป็นต้องตัดสินใจจะต้องได้รับคำแนะนำและความมั่นใจจากผู้อื่นเป็นอย่างมากและไม่กล้าที่จะแสดงความไม่เห็นด้วยเพราะเกรงว่าจะไม่เป็นที่ยอมรับและไม่กล้าทำสิ่งต่าง ๆ ด้วยตนเอง เนื่องจากขาดความมั่นใจ จะรู้สึกไม่สบายหรือสิ้นหวังเมื่อต้องอยู่คนเดียว กลัวการถูกทอดทิ้งและพยายามหาความสัมพันธ์ใหม่ทันทีเมื่อความสัมพันธ์เก่า สิ้นสุด

2.3.3 บุคลิกภาพประเภทย้ำคิดย้ำทำ (obsessive compulsive disorder) บุคลิกภาพประเภทนี้มีลักษณะหมกมุ่นกับเรื่องของความเรียบร้อยสมบูรณ์แบบครบถ้วน โดยยึดติดกับกฎระเบียบเล็ก ๆ น้อย ๆ หรือรายละเอียดต่าง ๆ จนทำให้มองข้ามจุดสำคัญ ๆ ของกิจกรรมนั้นไปจนอาจกระทบต่อความสำคัญของงานเพราะต้องการความสมบูรณ์แบบมากเกินไป บุคคลเหล่านี้มีปัญหาด้านความสัมพันธ์กับผู้อื่น เนื่องจากไม่ยอมประนีประนอม และยื่นกรานให้ผู้อื่นทำตามความต้องการของตนเอง จริงจังเรื่องความถูกต้อง เกรงครัดในเรื่องที่เกี่ยวกับศีลธรรมจริยธรรมหรือค่านิยม ในบางคนไม่สามารถทิ้งสิ่งของที่ชำรุดหรือใช้การไม่ได้และไม่มีค่าแล้ว

การแบ่งประเภทย่อยของบุคลิกภาพแปรปรวนของทั้ง 2 ระบบดังกล่าวนี้ เป็นระบบที่ ได้รับการยอมรับและถือปฏิบัติกันทั่วไป ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาใช้แนวคิดของสมาคมจิตแพทย์ อเมริกัน เนื่องจากระบบการจำแนกบุคลิกภาพแปรปรวนทั้ง 10 ประเภท มีการจัดกลุ่มที่ค่อนข้าง ชัดเจนและส่วนใหญ่นิยมนำไปปฏิบัติในทางคลินิก ซึ่งการระบุว่าบุคคลใดมีบุคลิกภาพแปรปรวน หรือไม่นั้นสามารถทำได้ในบุคคลที่มีอายุ 18 ปี ขึ้นไป ทั้งนี้เนื่องจากบุคลิกภาพมีความคงที่และ เปลี่ยนแปลงได้ยากเมื่อเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ (Cloninger & Svrakic, 2000)

เกณฑ์การวินิจฉัยบุคลิกภาพแปรปรวน

เกณฑ์การวินิจฉัยบุคลิกภาพแปรปรวน หมายถึง ลักษณะพฤติกรรมที่ถูกกำหนดขึ้นเป็น เงื่อนไขซึ่งความผิดปกติของบุคลิกภาพ เกณฑ์การวินิจฉัยนิยมใช้ในปัจจุบันด้วยกัน 2 ระบบ คือ องค์การอนามัยโลกและสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. เกณฑ์การวินิจฉัยบุคลิกภาพแปรปรวนที่ครอบคลุมทุกประเภท ตาม ICD-10 (สถาบันสุขภาพจิต, 2537) บุคคลที่จะได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้มีบุคลิกภาพแปรปรวน จะต้องมีความ ผิดปกติ ที่เข้าได้กับเกณฑ์ดังต่อไปนี้ (ตั้งแต่ 3 ข้อขึ้นไป)

1.1 ทศนคติและพฤติกรรมที่ไม่ราบรื่นกลมกลืน เกี่ยวข้องกับหน้าที่หลายอย่างของ จิตใจ เช่น อารมณ์ การตื่นตัว การควบคุมแรงขับ วิธีการรับรู้และความคิด และแบบฉบับแห่งความ สัมพันธ์กับบุคคลอื่น

1.2 รูปแบบพฤติกรรมที่ผิดปกติมีลักษณะที่คงทนถาวรเรื้อรังมานานและไม่จำกัด อยู่เฉพาะช่วงเวลาแห่งการป่วย

1.3 รูปแบบพฤติกรรมที่ผิดปกติมีลักษณะเบี่ยงเบนและปรับตัวผิดปกติอย่างชัดเจน ต่อสถานการณ์ต่าง ๆ ทั้งส่วนบุคคลและสังคม

1.4 อาการแสดงดังกล่าวเกิดในวัยเด็ก หรือวัยรุ่น และต่อเนื่องถึงวัยผู้ใหญ่เสมอ

1.5 ความผิดปกตินี้ก่อให้เกิดความยุ่งยากต่อตัวผู้ป่วย แต่อาจปรากฏชัดก็ต่อเมื่อ ระยะเวลาหลัง

1.6 ความผิดปกติมีสัมพันธกับปัญหาสำคัญในอาชีพการงานและสมรรถภาพทาง สังคมอยู่เสมอ

2. เกณฑ์การวินิจฉัยบุคลิกภาพแปรปรวนที่ครอบคลุมทุกประเภทตาม DSM-IV ผู้ที่จะ ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้มีบุคลิกภาพแปรปรวน จะต้องมีความผิดปกติเข้าได้กับเกณฑ์ดังต่อไปนี้ (APA, 1994)

2.1 แบบแผนความผิดปกติอื่น ๆ มีลักษณะผิดปกติแตกต่างจากวัฒนธรรมในสังคมของบุคคลนั้นอย่างเด่นชัด แบบแผนที่ผิดปกติต้องแสดงออกมามากกว่า 2 ด้านใน 4 ด้านต่อไปนี้

2.1.1 ด้านการรู้คิดหรือด้านปัญญา (cognition) ซึ่งหมายถึงวิถีแห่งการรับรู้และแปลความในเรื่องของตัวเอง เรื่องของบุคคลอื่น หรือเหตุการณ์ต่าง ๆ

2.1.2 ด้านการแสดงอารมณ์ (affectivity) หมายถึง สภาพมิติต่าง ๆ ของการตอบสนองทางอารมณ์ในด้านความเข้มของอารมณ์ สภาพการขึ้นลงของอารมณ์ในช่วงเวลาหนึ่ง ความเหมาะสมของอารมณ์กับเหตุการณ์

2.1.3 ด้านการทำหน้าที่ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล

2.1.4 ด้านการควบคุมพลังผลักดัน

2.2 แบบแผนความผิดปกติอื่น ๆ ในแต่ละด้านยืดหยุ่นไม่เพียงพอกับสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับตนเองและสังคม

สรุปได้ว่าผู้ที่มีบุคลิกภาพแปรปรวน มีพฤติกรรมที่มีลักษณะไม่ยืดหยุ่น และมีการปรับตัวไม่เหมาะสม ทำให้เกิดความบกพร่องในการทำหน้าที่ด้านต่าง ๆ ทั้งด้านการทำงาน ด้านความสัมพันธ์กับผู้อื่น เป็นโรคทางจิตเวชที่นำไปสู่ความรุนแรงของโรค เมื่อเกิดร่วมกับผู้ใช้สารเสพติด โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ดื่มสุรา ซึ่งถือว่าเป็นกลุ่มที่มีแบบแผนการปรับตัวไม่เหมาะสม เมื่อคำนึงผลที่ตามมาจึงน่าเป็นห่วงว่า อาจนำไปสู่การเพิ่มระดับ ความรุนแรงของการเจ็บป่วย เช่น โรคจิตจากสุรา

โรคจิตจากสุรา

โรคจิตจากสุราเป็นโรคทางจิตเวชในกลุ่มโรคที่สัมพันธ์กับการใช้สาร (Substance related disorder) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (Diagnosis and Statistical Manual of Mental Disorders Fourth Edition [DSM-IV]) ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (American Psychiatric association, 1994)

เกณฑ์การวินิจฉัยโรคจิตจากสุรา (Alcohol induced Psychotic disorder) ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน DSM-IV (APA, 1994) มีดังนี้

1. มีอาการประสาทหลอนหรือหลงผิดอย่างเด่นชัด
2. มีหลักฐานจากประวัติการตรวจร่างกาย หรือผลทางห้องปฏิบัติการดังข้อ 1 หรือ 2
 - 2.1 อาการในข้อ 1 เกิดขึ้นระหว่างหรือภายในช่วงหนึ่งเดือนที่มีแอลกอฮอล์

อินทอกซิเคชัน (Alcohol intoxication หรือ withdrawal)

2.2 การใช้สุราเป็นสาเหตุเกี่ยวข้องกับความคิดปกตดังกล่าว

3. ความคิดปกตนี้ไม่ได้เกณฑ์โรคจิตที่มาจากสุราโดยหลักฐานที่ชี้ว่าอาการเหล่านี้อยู่ในเกณฑ์กับโรคจิตที่ไม่ได้มีผลจากสุรา เช่น มีอาการก่อนการใช้หรือติดสุรา: อาการยังคงอยู่เป็นระยะเวลานานหลังจากหมดภาวะ Intoxication หรือมีอาการมากกว่าที่ควรจะเป็น เมื่อเทียบกับชนิด ปริมาณ หรือระยะเวลาที่ใช้สาร หรือมีหลักฐานอื่นที่แนะนำมีโรคจิตที่ไม่ขึ้นกับการใช้สุรา เช่น มีประวัติของช่วงที่มีอาการโดยไม่สัมพันธ์กับการใช้สารเป็นระยะ ๆ

4. ความคิดปกตมิได้เกิดแต่เฉพาะในช่วงภาวะเพ้อคลั่ง (delirium)

สำหรับการวินิจฉัยผู้เป็นโรคจิตจากสุราในโรงพยาบาลสวนปรุงนั้น ได้ใช้เกณฑ์การวินิจฉัยตามระบบของ DSM-IV และใช้ระบบการบันทึกเลขรหัสตามเกณฑ์ของ ICD-10 คือ F 10.5 ทั้งนี้เพื่อสะดวกต่อการจัดเก็บสถิติและให้เป็นไปในแนวทางเดียวกัน

ลักษณะของผู้ที่เป็นโรคจิตจากสุรา

โรคจิตจากสุราเกิดขึ้นเนื่องจากการดื่มสุราเป็นระยะเวลานานหลายสัปดาห์ หรือหลายเดือนหรือจะเกิดขึ้นในขณะที่หยุดดื่มหรือลดปริมาณลง บางรายอาจมีอาการภายหลังจากหยุดดื่ม 2-3 วัน (สมภพ เรื่องตระกูล, 2542) โดยมีอาการแสดงออก ได้แก่ วิตกกังวล นอนไม่หลับ ประสาทหลอน หลงผิด มีความคิดหวาดระแวงว่าถูกปองร้าย มีความกลัวอย่างรุนแรง จนถึงภาวะเพ้อคลั่ง แต่ยังมีระดับความรู้สึกตัวดี (Schuckit, 2000) โรคจิตจากสุราจะมีอาการประสาทหลอน มีอาการเด่น โดยเฉพาะประสาทหลอนทางหู ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นเสียงแว่ว เช่น เสียงนาฬิกา เสียงรถยนต์ เสียงคนพูดกัน หรือพูดชมผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยหวาดกลัว ตื่นตระหนก กระสับกระส่าย พยายามต่อสู้หรือทำร้ายตนเอง และอาการประสาทหลอนชนิดอื่น เช่น ประสาทหลอนทางตา ซึ่งแยกตัวจากกลุ่มอาการเพ้อคลั่ง (delirium) โดยที่ผู้ป่วยไม่มีอาการเพ้อ งุนงง สับสน หรือหลงลืม (มาโนช หล่อตระกูล, 2539) อาการเหล่านี้จะมีอยู่ไม่นาน อาจเป็นชั่วโมงถึงหลายวัน ซึ่งผู้ป่วยจะค่อย ๆ รู้ตัวว่าเสียงที่ได้ยินนั้นไม่จริง มีอยู่ส่วนน้อยที่อาการไม่หายเป็นปกติ ซึ่งต้องแยกจากอาการที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยจิตเภท เพราะอาการทางจิตที่เกิดขึ้นในผู้ที่เป็นโรคจิตจากสุราจะสัมพันธ์กับการดื่มสุรา และอาการจะหายไปถ้าเลิกดื่มสุราได้ อาการของโรคจิตจากสุราจะกำเริบขึ้นอีกได้ถ้าผู้ป่วยหวนกลับมาดื่มสุราอีก (มลิวัดย์ หงษ์นันท์, 2540)

อาการโรคจิตจากสุราจะสัมพันธ์กับภาวะเป็นพิษจากสุรา หรือภาวะถอนสุรา ซึ่งพบได้ถึงร้อยละ 43ของผู้ที่ติดสุรา โรคจิตจากสุราจะพบในผู้ชายมากกว่าในผู้หญิงอายุที่พบคือช่วง 40-50 ปี อาการโรคจิตที่เกิดขึ้นจะมีลักษณะการเกิดแบบเฉียบพลัน (acute) และเกิดขึ้นขณะที่ดื่มสุราอย่างมาก

หรือหยุดดื่มสุรา ช่วงระยะเวลาที่เกิดอาการอาจเป็นสัปดาห์หรือเดือนหรือมากกว่านั้น (Mc Kenna, 1997) หากนานเกิน 6 เดือน อาจจะต้องวินิจฉัยแยกโรคจากโรคจิตเภท (จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง, 2539) โรคทางจิตเวชชนิดอื่นที่พบร่วมด้วย คือ โรคอารมณ์แปรปรวนในกลุ่มกึ่งหวด บุคลิกภาพชนิดแปรปรีย์สังคม และติดสารเสพติดชนิดอื่น (สมภพ เรื่องตระกูล, 2542)

โรคจิตจากสุราส่วนใหญ่การพยากรณ์โรคไม่ดี เนื่องจากผู้ป่วยมักจะเลิกดื่มได้ชั่วคราวระยะหนึ่งแล้วกลับไปดื่มอีก ทำให้เกิดอาการเจ็บป่วยซ้ำ (สมภพ เรื่องตระกูล, 2542) ในช่วง 24-48 ชั่วโมงหลังการดื่มสุราครั้งสุดท้าย ผู้ป่วยมีอาการของภาวะขาดสุรา (alcohol withdrawal) อย่างรุนแรงและมีอาการหลงผิด (delusion) หรือประสาทหลอน (hallucinations) ที่ชัดเจนร่วมด้วย ในช่วงนี้ผู้ป่วยจะได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตจากสุรา (alcohol induced psychotic disorder) ผู้ที่ดื่มสุราบางรายอาจเกิดภาวะเพื่อคลั่งจากการขาดสุรา (delirium tremens หรือ alcohol withdrawal delirium) (มานิต ศรีสุรภานนท์ และไพรัตน์ พลฤษชาติคุณากร, 2542) ซึ่งเป็นภาวะที่เกิดจากการดื่มสุราในปริมาณที่มากเป็นระยะเวลานาน และมีการดื่มน้อยลงหรือหยุดดื่มทันที อาการจะปรากฏหลังหยุดดื่ม 48 ชั่วโมง หรือมีอาการภายใน 7 วัน โดยจะมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ตื่นเต้น อยู่ไม่ได้อันได้ ไม่ค่อยรู้สึกตัว มีประสาทหลอนทางตาหรือทางหู มีการสั่น งุนงง กระสับกระส่าย พูดเพ้อเจ้อ พูดไม่ติดต่อกัน อาจมีอาการตื่นกลัว และเห็นภาพผิดไป อาการทางกายจะมีเหงื่อออกมาก อุณหภูมิร่างกายสูงขึ้น ความดันโลหิตเพิ่มขึ้น อาจทำให้เกิดอาการชักได้ (สุนีย์ เกี้ยวกิ่งแก้ว, 2545) ในอดีตอัตราการตาย (mortality rate) ภาวะเพื่อคลั่งจากการขาดสุรา Alcohol withdrawal delirium มีค่าประมาณร้อยละ 20 แต่ด้วยการรักษาการจัดการดีขึ้น อัตราการตายในปัจจุบันได้ลดลงเหลือเพียงร้อยละ 5 (มานิต ศรีสุรภานนท์ และ ไพรัตน์ พลฤษชาติคุณากร, 2542) นอกจากนี้ยังพบว่ายังมีหลายโรคที่เกิดจากการดื่มสุรามากเกินไป เช่น โรคตับแข็ง ความดันโลหิตสูง มะเร็งในช่องปาก (Scott, 2000)

การประเมินอาการและการรับรู้ของผู้ที่เป็นโรคจิตจากสุรา จึงเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการรักษาพยาบาลผู้ป่วย ซึ่งอาการและการรับรู้ของผู้ป่วยสามารถประเมินได้ตามเกณฑ์การจำแนกผู้ป่วยทางจิต และปัญญาอ่อน ของกรมสุขภาพจิต (กรมสุขภาพจิตและสมาคมพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทย, มปป) ซึ่งแบ่งผู้ป่วยออกเป็น 5 ประเภท ได้แก่ ผู้ป่วยฉุกเฉิน ผู้ป่วยวิกฤต ผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้ป่วยเร่ร่อน และผู้ป่วยบำบัดระยะยาว โดยพิจารณาตามเกณฑ์ดังนี้ 1) การรับรู้เวลา สถานที่ บุคคล เป็นการประเมินความสามารถของบุคคลในการรับรู้เกี่ยวกับตนเองและบุคคลอื่นที่มีความสัมพันธ์ด้วยการรับรู้เวลาในอดีตและปัจจุบันรวมทั้งสถานที่ที่เกี่ยวข้อง 2) การจัดการกับความคิด อารมณ์ และการแสดงออกของตน เป็นการประเมินเกี่ยวกับวิธีการคิด การจัดการกับปัญหาและการควบคุมอารมณ์ว่าเหมาะสมหรือไม่ เป็นอันตรายต่อตนเองและหรือผู้อื่นหรือไม่อย่างไร 3) ศักยภาพ

ส่วนบุคคล เป็นการประเมินเกี่ยวกับการดูแลตนเองในเรื่องกิจวัตรประจำวัน การร่วมกิจกรรมกลุ่ม การมีสัมพันธ์ภาพเชิงบำบัด พยาธิสภาพทางกายและผลกระทบจากการรักษาทางกาย ซึ่งผู้ที่เป็นโรคจิตจากสุราที่มีอาการทางจิตสงบและมีการรับรู้ดี ไม่สับสน จะจัดอยู่ในประเภทผู้ป่วยเรื้อรังหรือผู้ป่วยนำบำบัดระยะยาว

ปัจจัยของการเกิดโรคจิตจากสุรา

โรคจิตจากสุราเป็นผลมาจากการดื่มสุราติดต่อกันเป็นเวลานานและดื่มในปริมาณที่เพิ่มขึ้นจนติดสุรา ซึ่งปัจจัยที่มีผลต่อการติดสุรา ได้แก่ ปัจจัยด้านชีวภาพ ปัจจัยด้านสังคมและวัฒนธรรม ปัจจัยด้านภูมิหลังครอบครัว ปัจจัยด้านบุคลิกภาพและจิตใจ ซึ่งสรุปได้ดังนี้

1. ปัจจัยทางชีวภาพ (biological factors) จากการศึกษาพบว่าปัจจัยทางชีวภาพที่มีความสัมพันธ์กับการติดสุรา คือปัจจัยทางด้านพันธุกรรมและเพศ โดยเชื่อว่าการติดสุราเป็นโรคทางพันธุกรรม การพิสูจน์ถึงความสัมพันธ์ของปัจจัยทางพันธุกรรมว่ามีผลต่อการดื่มสุราหรือไม่นั้นสามารถกระทำได้ในหลายลักษณะ ได้แก่ การเปรียบเทียบระหว่างพี่น้องซึ่งพ่อหรือแม่เป็นโรคแอลกอฮอล์ซึม และดูว่าคนที่ถูกเลี้ยงโดยบุคคลอื่นและคนที่ถูกเลี้ยงโดยพ่อแม่แท้จริง จะมีการดื่มสุราต่างกันหรือไม่ หรือเปรียบเทียบลักษณะการดื่มสุราในคู่แฝดแบบไข่ใบเดียวกัน และคู่แฝดจากไข่คนละใบ รวมทั้งการศึกษาแบบ Cross fostering คือเปรียบเทียบระหว่างพ่อแม่ติดสุรา แต่ถูกเลี้ยงดูโดยพ่อแม่บุญธรรมที่ไม่มีปัญหาติดสุรา และเด็กที่ไม่มีประวัติพ่อแม่ติดสุราแต่ถูกเลี้ยงดูโดยพ่อแม่บุญธรรมที่ติดสุรา โดยดูว่ามีความแตกต่างในการดื่มสุราระหว่างเด็ก 2 กลุ่มนี้ หรือไม่อย่างไร จากการศึกษาของ เวดคิง (Wedding, 1999) ได้ศึกษาทั้งในฝาแฝดและบุตรบุญธรรมพบว่าเด็กในครอบครัวที่เป็นโรคพิษสุราเรื้อรังจะกลายเป็นผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังมากกว่าครอบครัวทั่วไป ฝาแฝดแท้มีโอกาสเป็นโรคพิษสุราเรื้อรังมากกว่าฝาแฝดเทียม และลูกชายของครอบครัวที่ป่วยเป็นโรคพิษสุราเรื้อรังมีโอกาสเป็นโรคพิษสุราเรื้อรังได้มากกว่า 4 เท่าของครอบครัวที่ไม่เป็นโรคพิษสุราเรื้อรัง ทำนองเดียวกับการศึกษาของชัคคิต, กูดวิน และ, วินนอร์ (Schuckit, Goodwin, & Winokur อ้างใน ภาณุพงศ์ จิตะสมบัติ, 2535) ได้ศึกษาแบบ Cross fostering พบว่าลูกของพ่อแม่ที่ติดสุรา ซึ่งถูกเลี้ยงดูด้วยพ่อแม่บุญธรรมที่ไม่มีปัญหาการดื่มสุรา จะเกิดปัญหาเรื่องการดื่มสุรา (alcohol abuse) มากกว่าเป็น 3 เท่าของกลุ่มที่ไม่มีพ่อแม่ที่เป็นโรคติดสุรา แม้ว่ากลุ่มหลังจะถูกเลี้ยงดูโดยพ่อแม่บุญธรรมที่เป็นโรคติดสุรา แต่อย่างไรก็ตามพบว่าลักษณะดังกล่าวก็ขึ้นกับปัจจัยทางชีวภาพของเด็กหรือการเลี้ยงดูของบิดามารดาด้วย

2. ปัจจัยด้านสังคมและวัฒนธรรม (social and cultural factors) วัฒนธรรมเป็นส่วนหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมและการแสดงออกของมนุษย์ โดยวัฒนธรรมดังกล่าวจะรวมถึงประเพณี ค่านิยมของสังคมและศาสนา จากการศึกษาของ แดงโก , จอห์นสัน, นาโกชิ, เยน และ จิดเล (Danko, Johnson, Nagosh, Yuen, & Gidley, 1988) ได้ศึกษาในชาวฮาวาย ซึ่งประกอบด้วยคนหลายเชื้อชาติ ได้แก่ชาวจีน ญี่ปุ่น ฟิลิปปินส์ และคอเคเซียนอยู่ร่วมกัน พบว่า การดื่มสุราในแต่ละกลุ่มเชื้อชาติมีความแตกต่างกัน เช่นเดียวกับการสำรวจการดื่มสุราในนักเรียนมัธยมในอเมริกา พบว่า นักเรียนที่มีเชื้อชาติ เอเชีย และผิวดำ มีการดื่มสุราแตกต่างจากนักเรียนผิวขาวโดยที่สภาพครอบครัว การศึกษา และภูมิภานาไปมีส่วนเกี่ยวข้อง (Bachman et al., 1991) ซึ่งผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าประเพณีและค่านิยมของแต่ละเชื้อชาติ น่าจะเป็นปัจจัยที่ทำให้การดื่มสุราแตกต่างกันในแต่ละเชื้อชาติหรือชุมชน

3. ปัจจัยด้านภูมิหลังและครอบครัว (family background factors) ครอบครัวเป็นสิ่งแวดล้อมที่ใกล้ชิดและอิทธิพลกับบุคคลมาก พบว่า มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มสุราในแต่ละบุคคลในหลายลักษณะ กlišเซอร์ และ บรูซ (Greiser & Brotz, 1990) ศึกษาถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลกับการดื่มสุราของเด็ก พบว่า เด็กที่ได้รับความสนใจและความอบอุ่นจากพ่อแม่จะมีการดื่มสุราน้อยกว่าพวกที่ไม่ได้รับสิ่งดังกล่าว จะมีผลเช่นเดียวกันในเด็กวัยรุ่น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ มาร์ติน และ พิซซาร์ท (Martin & Prithchad อ้างใน ภาณุพงศ์ จิตะสมบัติ, 2535) พบว่าครอบครัวที่ไม่มีเวลาสอดคล้องดูแลและแนะนำสั่งสอน เมื่อลูกเป็นวัยรุ่นมักจะดื่มสุรารอบยและดื่มมาก นอกจากนี้ยังพบว่าเด็กวัยรุ่นที่ดื่มสุรามีสภาพครอบครัว ซึ่งมีความขัดแย้งกันของสมาชิกในครอบครัว และจากการศึกษาของ อวิสตา จันท์แสนตอ (2541) พบว่า สตรีที่เริ่มติดสุราเนื่องจากขาดความอบอุ่นจากครอบครัวในวัยเด็ก ซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ดื่มสุรา จากการศึกษาดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าครอบครัวเป็นปัจจัยที่ทำให้มีการดื่มสุรา

4. ปัจจัยด้านบุคลิกภาพและจิตใจ ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ได้อธิบายว่าบุคคลที่ติดสุรามักจะมีบุคลิกภาพตรึงแน่น (fixation) ในช่วงของการแสวงหาความสุขจากอวัยวะปาก (oral stage) จึงใช้การกินและดื่มเพื่อลดความคับข้องใจ (Frosch cited in Keltner, 1995) ผู้ที่ใสสุราเป็นผู้ที่มีความกลัวอยู่ในระดับลึก มีปมด้อย มีความคิดด้านทำลายตัวเองสูง (self destructive) ด้วยเหตุนี้จึงเห็นได้ว่าผู้ที่ใช้สุราสามารถบอกได้ถึงโทษของสุราและทราบว่ามันมีผลเสียต่อร่างกายของเขา แต่ก็ไม่สามารถหยุดการดื่ม ทั้งนี้เนื่องจากความคิดทำลายตัวเองที่อยู่ในจิตไร้สำนึก (สุนีย์ เกี่ยวกิ่งแก้ว, 2545) จากการศึกษาทบทวนการศึกษาวัยรุ่นที่ใช้สุราในทางที่ผิด พบว่า หลายคนไม่สามารถจัดการกับปัญหาชีวิตได้ จึงดื่มสุราเพื่อหลีกเลี่ยงปัญหา การดื่มสุราทำให้พวกเขาารู้สึกผ่อนคลาย ลดความเครียด ลดความวิตกกังวลได้ และวัยรุ่นที่มีความรู้สึกกลัวพ่อแม่ไม่รักจะหันมาดื่มสุรา เพื่อเรียกร้องความสนใจเพราะการดื่มสุรา

ทำให้พวกเขารู้สึกโตเป็นผู้ใหญ่ขึ้น มีความสำคัญและได้รับความสนใจ (Varley อ้างใน สุภาภรณ์ สมพาน, 2546) นอกจากนี้บุคลิกภาพที่พบเหมือน ๆ กันในบุคคลที่ติดสุรา ก็จะมีความทนทานต่อความไม่สมหวังต่ำ ความไม่สมหวังเป็นสาเหตุของการที่ไม่สามารถเผชิญกับปัญหาความเครียดในชีวิตประจำวัน ซึ่งบ่อยครั้งจะเป็นสิ่งกระตุ้นที่จะนำไปสู่การดื่มสุราต่อไป (Goodner, 1994)

ในการศึกษาเพื่อหาว่าบุคลิกภาพแบบใดที่มีความเกี่ยวข้องกับการดื่มสุรานั้น สามารถทำได้โดยเปรียบเทียบปริมาณ หรือความถี่ของการดื่มสุราในบุคคลที่มีบุคลิกภาพแต่ละแบบโดยลักษณะทางบุคลิกภาพสามารถทราบได้โดยการใช้แบบทดสอบทางจิตวิทยา และการสัมภาษณ์ทางจิตเวชศาสตร์ ซึ่งในการศึกษาดังเดิมของโรบิน และ แมคคอร์ด (Robins & McCords อ้างใน ภาณุพงศ์ จิตะสมบัติ, 2535) ในเด็กที่มีพฤติกรรมปรปักษ์สังคม (antisocial behaviors) พบว่าผู้ที่มีบุคลิกภาพประเภทนี้มักมีปัญหาเรื่องดื่มสุรามาก จึงได้เสนอว่าบุคลิกภาพแบบปรปักษ์สังคม น่าจะเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดการดื่มสุรามาก จากการศึกษาของเลวิส, กรีกอวี, แมคโดเวลล์, และ เมสเนอร์ (Lewis, Gregory, Me Dowell & Messner, 1989) ได้กล่าวถึงบุคลิกภาพของผู้เสพติดสุรามีบุคลิกภาพอ่อนแอ มีความรู้สึกไม่มั่นคง ไม่เป็นมิตร มีความอิจฉาริษยา ซึมเศร้า รู้สึกผิด ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ และหมดหวัง นอกจากนี้ยังมีบุคลิกภาพโดดเด่นชอบแยกตัวเอง จากการศึกษาดังกล่าวพบว่าผู้ที่เสพติดสุราส่วนใหญ่จะมีบุคลิกภาพแบบปรปักษ์สังคม บุคลิกภาพแบบไม่เป็นมิตร บุคลิกภาพแบบแยกตัวเอง เมื่อแยกประเภทตามระบบ DSM-IV

ในเรื่องของบุคลิกภาพในทางการแพทย์สาขาจิตเวชศาสตร์ สรุปได้ว่า ประสบการณ์ชีวิตในวัยเด็กเป็นปัจจัยสำคัญที่หล่อหลอมบุคลิกภาพ รวมทั้งลักษณะเฉพาะส่วนบุคคล (trait) นอกจากนั้นการถูกเลี้ยงดูโดยพ่อแม่ที่ดื่มสุราหรือติดสุรา ในทางทฤษฎีพัฒนาการของจิตใจ วอง (Wong, 1989, อ้างใน ภาณุพงศ์ จิตะสมบัติ) กล่าวว่าอาจทำให้ลูกมีการเลียนแบบพ่อแม่ในเรื่องการดื่มสุรา รวมทั้งสภาพชีวิตในครอบครัวที่พ่อแม่ติดสุรา อาจทำให้เด็กมีความคับข้องใจและขัดขวางการพัฒนาทางบุคลิกภาพ ซึ่งอาจจะนำไปสู่การดื่มสุรามากเมื่อโตเป็นผู้ใหญ่ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอว์สตา จันท์แสนตอ (2541) พบว่าการดื่มสุราของสตรี เนื่องจากมีแบบอย่างบุคคลในครอบครัวติดสุรา

บุคลิกภาพแปรปรวนในผู้ที่เป็นโรคจิตจากสุรา

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่าบุคลิกภาพแปรปรวนพบร่วมกับการเสพติดสุรา ซึ่งหลักฐานทางการศึกษานี้ได้มาทั้งจากการศึกษาในประชาชนทั่วไป จากการศึกษาในคลินิกจิตเวช และการรวบรวมข้อมูลของหน่วยงานที่ดำเนินการแก้ไขปัญหาเสพติด ดังจะเห็นได้

จากผลการศึกษาของเคสเลอร์ และคณะ (Kessler et al, 1994) ได้สำรวจความชุกของความผิดปกติทางจิตของประชาชนชาวสหรัฐอเมริกาในช่วงชีวิตและช่วง 12 เดือน ผลจากการศึกษาตามโครงการ National Comorbidity Survey (NCS) ซึ่งเป็นโครงการใหญ่อีกหนึ่งโครงการของสหรัฐอเมริกาได้สำรวจกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุระหว่าง 15-54 ปี ผลการศึกษา พบความชุกของความผิดปกติทางจิตของประชาชนชาวสหรัฐ ร้อยละ 48 ในช่วงชีวิตและ ร้อยละ 30 ในช่วง 12 เดือน อีกทั้งยังมีรายงานความผิดปกติที่เกิดขึ้นระหว่างกันนี้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความผิดปกติทางจิตร่วมด้วย อย่างน้อยหนึ่งอย่างไม่ว่าจะเป็นภาวะซึมเศร้า การติดสุรา โรควิตกกังวลและบุคลิกภาพแปรปรวน โดยเฉพาะบุคลิกภาพประเภทปรปักษ์สังคม นอกจากนี้ได้มีการศึกษาในประเทศเนเธอร์แลนด์ ได้ศึกษานุคลิกภาพแปรปรวนของผู้ติดสุราและสารเสพติด กลุ่มตัวอย่างจำนวน 178 ราย พบว่า ผู้ติดสุรา ร้อยละ 78 ผู้ที่ติดสารเสพติด ร้อยละ 91 มีบุคลิกภาพแปรปรวนร่วมด้วย และพบว่าทั้งผู้ติดสุราและผู้ติดสารเสพติดมีบุคลิกภาพแปรปรวนมากกว่าหนึ่งประเภท โดยผู้ที่ติดสุราพบว่ามีบุคลิกภาพแปรปรวนเฉลี่ย 1.8 ประเภทต่อคนและผู้ติดสารเสพติดมีบุคลิกภาพแปรปรวนคนละ 4 ประเภท (Dejong, van den Brink, Harteveld, & van den Wilen, 1993) เช่นเดียวกับการศึกษาของเนิร์นเบิร์ก, ริฟกิน, และดอดดี (Numberg, Rifkin & Doddi, 1993) ศึกษาการเกิดโรคร่วมในผู้ที่ติดสุราที่มารับการบำบัดแบบผู้ป่วยนอกที่แผนกจิตเวชโรงพยาบาลควีน (Department of Psychiatry Queens Hospital Center, Jamaica) จำนวน 50 ราย โดยใช้แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างตามเกณฑ์การวินิจฉัยของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน พบว่าผู้ที่ติดสุรา ร้อยละ 64 มีบุคลิกภาพแปรปรวนร่วมด้วย มีบุคลิกภาพแปรปรวนมากกว่าหนึ่งประเภท ประเภทหวาดระแวงมากที่สุด ร้อยละ 44 รองลงมาเป็นประเภทปรปักษ์สังคม ร้อยละ 20 ประเภทหลีกเลี่ยง ร้อยละ 20 ประเภทคือเจียบ (Passive-aggressive) ร้อยละ 18 และประเภทคาบเส้น ร้อยละ 16

สำหรับในประเทศไทยนั้นไม่พบการศึกษานุคลิกภาพแปรปรวนของผู้ที่เป็นโรคจิตจากสุรา ส่วนใหญ่จะศึกษานุคลิกภาพของผู้เสพสารแอมเฟตามีน จากการศึกษาของ กชพร พงษ์รัตนสวัสดิ์ (2545) ได้ศึกษากลุ่มตัวอย่างจากผู้ที่เป็นโรคจิตจากแอมเฟตามีน พบว่า ร้อยละ 72.33 มีบุคลิกภาพแปรปรวน โดยมีบุคลิกภาพประเภทย้ำคิดย้ำทำ ร้อยละ 13.51 รองลงมาเป็นประเภทหวาดระแวง ร้อยละ 12.48 ประเภทหลีกเลี่ยง ร้อยละ 11.30 ประเภทแยกตนเอง ร้อยละ 8.22 ประเภทพึงพาร้อยละ 6.90 และ ประเภทเรียกร้องความสนใจมากเกินไป ร้อยละ 6.46

จากการศึกษาดังกล่าว จะเห็นได้ว่าในต่างประเทศมีการศึกษานุคลิกภาพแปรปรวนในผู้ติดสารเสพติดอย่างจริงจัง ในประเทศไทยมีการศึกษานุคลิกภาพแปรปรวนในผู้ติดสารแอมเฟตามีน แต่ยังไม่มีการศึกษานุคลิกภาพแปรปรวนในผู้เป็นโรคจิตจากสุรา การทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา ได้ชี้ให้เห็นว่าบุคลิกภาพแปรปรวนมักเกิดร่วมกับการติดสารเสพติด ดังนั้นสุรา

ซึ่งจัดว่าเป็นสารเสพติดชนิดหนึ่ง จึงอาจต้องคำนึงถึงปัญหาพฤติกรรมภาพแปรปรวนที่อาจพบร่วมกันได้ เช่นเดียวกับสารเสพติดชนิดอื่น

โดยสรุปจะเห็นได้ว่าการติดสุราเป็นลักษณะความผิดปกติของการดื่มสุราได้แก่ การอยากดื่มซ้ำแล้วซ้ำอีกติดต่อกันเป็นเวลานาน อาจมีการเพิ่มจำนวนสุราที่ดื่มขึ้นเรื่อย ๆ หรือไม่เพิ่มก็ได้ และสาเหตุของการดื่มสุรา สรุปได้เป็น 4 ปัจจัย คือ ปัจจัยทางชีวภาพ ปัจจัยด้านสังคมและวัฒนธรรม ปัจจัยด้านภูมิหลังของครอบครัว และปัจจัยด้านบุคลิกภาพและจิตใจ โดยปัจจัยเหล่านี้จะมีผลเกี่ยวเนื่องสัมพันธ์กันจนไม่สามารถจะบอกได้ว่าปัจจัยใดมีผลต่อการติดสุรามากที่สุด เนื่องจากผู้ที่ดื่มสุราส่วนใหญ่จะปฏิเสธว่ามีปัญหาจากการดื่มสุรา และสามารถเลิกดื่มได้ ถ้าต้องการเลิก ดังนั้นเมื่อมีพฤติกรรมและอารมณ์เปลี่ยนแปลงไป ก็พยายามหาเหตุผลมาอธิบายเกี่ยวกับสาเหตุที่ทำให้ดื่มสุราและมีการดื่มต่อไป จนกลายเป็นการดื่มสุราอย่างผิดปกติและเกิดการติดสุรา และก่อให้เกิดผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ และสังคมตามมา

ผลกระทบของโรคจิตจากสุรา

โรคจิตจากสุรามีการดำเนินโรครุนแรง ย่อมก่อให้เกิดผลกระทบในด้านต่าง ๆ ได้แก่ ผลกระทบด้านร่างกาย ผลกระทบด้านจิตใจ ผลกระทบต่อบุคคลในครอบครัวและผลกระทบด้านสังคม และเศรษฐกิจ ดังนี้

1. ผลกระทบด้านร่างกาย สุรามีผลกระทบต่อร่างกายทั้งแบบเฉียบพลันและเรื้อรัง ผลกระทบแบบเฉียบพลันต่อร่างกายขึ้นกับระบบแอลกอฮอล์ในเลือด แอลกอฮอล์จะผ่านไปตามทางเดินอาหารและดูดซึมเข้าสู่กระแสเลือด วนเวียนไปยังอวัยวะต่าง ๆ ทางร่างกาย ซึ่งเมื่อเข้าสู่สมอง จะก่อให้เกิดภาวะเคลิ้มสุข กล้ามเนื้อสั่นเทา ขาดความยับยั้งชั่งใจ และหากแอลกอฮอล์ที่ผ่านไปถึงสมองมีปริมาณมากพอ (0.2 – 2.4 กรัม / เดซิลิตร) จะกดการทำงานของระบบประสาทและกล้ามเนื้อ ทำให้ผู้ดื่มเกิดภาวะเป็นอัมพฤกษ์ได้ตลอดเวลาได้ช้าลง ซึ่งเป็นอันตรายต่อการขับขี้นวดยาน และแอลกอฮอล์ระดับสูงมาก ๆ (มากกว่า 0.4 กรัม / เดซิลิตร) จะไปกดศูนย์ควบคุมการหายใจที่ก้านสมอง อาจทำให้ผู้ดื่มหยุดหายใจและเสียชีวิตได้ (วีรวรรณ เล็กสกุลไชย, 2543) การที่ดื่มสุรานาน ๆ ติดต่อกันเป็นระยะเวลานาน จะทำให้เกิดภาวะเป็นพิษต่ออวัยวะทุกส่วนของร่างกาย เช่น มีผลกระทบต่อระบบประสาทส่วนกลาง มีการฝ่อลีบของสมองส่วนนอก ภาวะโซเดียมในเลือดต่ำ ทำให้เกิดอาการชักเกร็ง กดศูนย์การควบคุมการหายใจอาจเสียชีวิตได้ เกิดภาวะหัวใจวายจากแอลกอฮอล์ หัวใจเต้นผิดปกติ ผลต่อระบบทางเดินอาหารพบว่าการหลั่งของน้ำย่อยแกสตริน (gastrin) และน้ำย่อยเปปซินเพิ่มขึ้น ทำให้สารน้ำในกระเพาะมีความเป็นกรดมากขึ้น เกิดแผลในกระเพาะอาหารได้ เกิดการอุดตันของท่อ

น้ำดี ซึ่งทำให้เกิดปัญหาในการย่อยไขมันไม่ดี เกิดอาการท้องอืด ผลต่อระบบเอนโดครายน์ ระบบสายตา พบว่า คนที่ดื่มสุราเป็นประจำทำให้เกิดอาการตาฟางในที่มืดสลัวในเวลากลางคืน (night blindness) และสูญเสียความสามารถในการมองเห็นมากกว่าคนที่ดื่มไม่ประจำ (Kokavee & Crowe อ้างใน นิสานาด โชคเกิด, 2545) และการดื่มสุราในปริมาณที่มากเกินไปจะมีความสัมพันธ์กับอัตราป่วยและอัตราตายจากโรคต่าง ๆ เช่น โรคตับแข็ง มะเร็งในปาก มะเร็งคอหอย มะเร็งกล่องเสียง ความดันโลหิตสูง ตับอ่อนอักเสบเฉียบพลัน และเรื้อรัง (Scott, 2000)

2. ผลกระทบด้านจิตใจ สุราทำให้มีการเปลี่ยนแปลงสารสื่อประสาทในสมอง ผู้ที่ติดสุราเมื่อหยุดดื่มจะเกิดภาวะขาดสุรา ซึ่งจะเกิดหลังจากดื่มสุรามานานและดื่มในปริมาณที่มากเกินไปจนไม่สามารถดื่มต่อไปได้อีก หรือการลดปริมาณลงของสุรา ก็จะทำให้เกิดอาการจากการหยุดใช้สุรา (withdrawal symptom) เช่น อาการสั่น คลื่นไส้ อาเจียน หนาวสั่น วิตกกังวลและในกรณีที่รุนแรงจะมีอาการของโรคจิตจากสุรา โดยจะมีอาการหลงผิด และประสาทหลอนร่วมด้วย (มานิต ศรีสุรภานนท์ และไพรัตน์ พงกษชาติคุณากร, 2542) ผู้ติดสุราจะมีอารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย หงุดหงิด และมีความรู้สึกผิด (อวิศา จันทร์แสนตอ, 2541) จากการศึกษาเกี่ยวกับความคิดอัตโนมัติ ด้านลบกับความซึมเศร้าในผู้ติดสุราเรื้อรังโดย เอื้อมเคือน เนตรแจม (2541) พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 90 มีความซึมเศร้าเนื่องจากผู้ติดสุราส่วนใหญ่มีบุคลิกภาพอ่อนแอ และมีพฤติกรรมการเผชิญปัญหาต่าง ๆ ไม่เหมาะสม และไม่นับถือตนเองคิดว่าตนเองด้อยกว่าคนอื่น ๆ จากการศึกษาเกี่ยวกับความชุกและภาวะสุขภาพจิตของคนไทยที่ติดสุรา (ปริทรรศ ศิลปกิจ, วนิดา พุ่มไพศาล, และ พันธุ์ภา กิตติรัตน์ไพบูลย์, 2542) พบว่าร้อยละ 51.2 ของกลุ่มตัวอย่างที่ดื่มสุรามีความเครียดอยู่ในระดับสูงถึงรุนแรง ร้อยละ 48.1 มีอาการซึมเศร้าอยู่ในระดับที่ต้องการการดูแลช่วยเหลือจากแพทย์ ร้อยละ 11.9 มีความต้องการอยากฆ่าตัวตาย และ ร้อยละ 11.3 มีความคิดอยากฆ่าผู้อื่น ผลจากการดื่มสุราที่ทำให้เกิดอาการมาจะมีการแสดงทางอารมณ์ คือ อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย ฉุนเฉียว ก้าวร้าว และแสดงพฤติกรรมไม่เหมาะสมโดยเฉพาะในรายที่มีปัญหาทางอารมณ์และมีบุคลิกภาพผิดปกติอยู่ก่อน (เกษม ดันติผลาชีวะ, 2536)

3. ผลกระทบต่อบุคคลในครอบครัว ผู้ดื่มสุราบางรายอาจมีพฤติกรรมรุนแรง ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ก่อให้เกิดการทะเลาะเบาะแว้งในครอบครัว นอกจากนี้ผู้ที่ป่วยด้วยโรคจิตจากสุรายังก่อให้เกิดความเครียดในครอบครัวมากขึ้น เกิดความระแวง ก้าวร้าวทำให้ความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดระหว่างบุคคลเป็นไปได้ไม่ดี เกิดปัญหาการหย่าร้างและก่อให้เกิดปัญหาเศรษฐกิจในครอบครัว คุณภาพความมั่นคงในการทำงาน ขัดขวางการทำหน้าที่ของครอบครัว (Brown & Munson, 1987) ครอบครัวที่มีหัวหน้าครอบครัวป่วยด้วยโรคจิตจากสุรา จะส่งผลกระทบต่อสมาชิกในครอบครัวได้ทั้งทางร่างกายและจิตใจโดยภรรยาต้องรับผิดชอบมากขึ้น ต้องตัดสินใจ

มากขึ้นในที่สุดภรรยาต้องเป็นผู้นำครอบครัวแทนสามี การที่ต้องทำหน้าที่หลายบทบาทบางครั้ง ทำให้ได้ไม่สมบูรณ์ก็จะเกิดความเครียดความคับข้องใจ มีอารมณ์โกรธจึงระบายออกกับบุตร (เอี่ยมเดือน เนตรเขม, 2541) ทำให้บุตรเกิดความสับสนไม่แน่ใจสถานการณ์ในบ้าน หรือมีความมั่นใจตนเองต่ำ รู้สึกไม่มั่นคงในความรักของบิดามารดา มักมีอาการปวดศีรษะ ปวดท้อง นอนไม่หลับ ซึมเศร้า เด็กกลุ่มนี้จะพัฒนามาเป็นผู้ที่มีความผิดปกติทางอารมณ์หรือบุคลิกภาพผิดปกติ (Gelder, Mayou , & Coven, 1996) บุตรของผู้ติดสุราจะดื่มสุราเก่ง คือมีอาการติดสุราหรือ tolerance สูง บุตรชายที่บิดาติดสุราจะมีโอกาสติดสุรามากกว่าคนปกติถึง 4 เท่า (สมภพ เรื่องตระกูล, 2542)

4. ผลกระทบด้านสังคมและเศรษฐกิจ การดื่มสุรามาก ๆ จะก่อให้เกิดอุบัติเหตุ การจราจรได้บ่อย ก่อให้เกิดปัญหาอาชญากรรม การทารุณกรรมทางเพศ ด้านเศรษฐกิจ พบรายงานจากกระทรวงสาธารณสุขว่าค่ารักษาพยาบาลด้วยโรคที่เกี่ยวกับสุราเป็นจำนวนสูงถึง 250,000 ล้านบาทต่อปี (สมภพ เรื่องตระกูล, 2543)

จะเห็นได้ว่าปัญหาที่เกิดจากผู้ที่เป็นโรคจิตจากสุราจะส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วย ครอบครัวและสังคม ผู้ป่วยไม่สามารถรับผิดชอบตนเองและครอบครัว ไม่สนใจดูแลตนเอง อาการป่วยมักจะกลับเป็นซ้ำ จากการดื่มสุราอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นการรักษาพยาบาลผู้ที่เป็นโรคจิตจากสุรานอกจากจะมีจุดประสงค์เพื่อให้อาการทางจิตดีขึ้นแล้ว การรักษาพยาบาลยังมุ่งเน้นที่จะฟื้นฟูสมรรถภาพและต้องรักษาภาวะโรคร่วมควบคู่ไปด้วย

การประเมินผู้ที่เป็นโรคจิตจากสุรา เพื่อการรักษาอย่างครอบคลุม

จากการที่ภาวะโรคร่วม (comorbidity) พบได้บ่อยในผู้ป่วยที่มาด้วยปัญหาจิตเวช หรือปัญหาสารเสพติด ซึ่งสุราจัดเป็นสารเสพติดชนิดหนึ่ง ดังนั้นในการประเมินวินิจฉัยผู้ที่เป็นโรคจิตจากสุราในขั้นต้นควรประเมินภาวะโรคร่วมเสมอ (เชียรชัย งามทิพย์วัฒนา, มาลัย เฉลิมชัยนกุล, และ วิลาสินี ชัยสิทธิ์, 2545) โดยเฉพาะในกรณีที่ผู้ป่วยอาการไม่ดีขึ้นทั้ง ๆ ที่ให้การรักษาที่เหมาะสม มาโรงพยาบาลบ่อยกว่าที่ควร มาโรงพยาบาลไม่ตรงตามนัด เจาะจงขอยาบางประเภท เช่น ยานอนหลับ มาด้วยอาการไม่จำเพาะกับโรคใดโรคหนึ่ง (nonspecific symptoms) มีประวัติอุบัติเหตุบ่อย ๆ มีประวัติครอบครัวใช้สารเสพติด หรือประวัติการเจ็บป่วยทางจิตเวช

ในกรณีการถามถึงประวัติการใช้สารเสพติด ผู้รักษานอกจากจะถามถึงระยะเวลาและปริมาณที่ใช้แล้ว สิ่งที่ต้องสอบถามเพิ่มเติมคือ สาเหตุของการใช้สารเสพติด และผลกระทบที่มีต่ออาการทางจิตและการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย

การประเมินปัญหาการใช้สารเสพติดในผู้ป่วยจิตเวชมีข้อที่ควรคำนึงดังนี้ (เรียรชัช งามทิพย์วัฒนา, มาลัย เฉลิมชัยนกุล , และ วิลาสินี ชัยสิทธิ์, 2545)

1. การประเมินปัญหาการใช้สารเสพติดควรทำในช่วงที่อาการทางจิตคงที่แล้ว และผู้ป่วยไม่มีอาการเมายา (intoxication) หรืออาการถอนยา (withdrawal)
2. การประเมินควรใช้ทั้งประวัติจากผู้ป่วยเองและประเมินลักษณะของปัญหาจากครอบครัวข้าง
3. ประเมินถึงเหตุผลที่ผู้ป่วยให้ข้อมูลไม่ตรงกับที่เป็นจริง และหยาบประเด็นนี้ขึ้นมาพูดคุยกับผู้ป่วย
4. ให้ความมั่นใจในเรื่องการรักษาความลับของผู้ป่วย
5. การประเมินปัญหาควรทำหลังจากที่ได้พูดคุยถึงเรื่องอื่น ๆ ในชีวิตของผู้ป่วย เพื่อเป็นการสร้างสัมพันธภาพในการรักษา
6. บรรยากาศของการสัมภาษณ์ ควรมีลักษณะผ่อนคลายและไม่ตัดสินถูกผิดในพฤติกรรมของผู้ป่วย
7. ให้คำถามปลายเปิดและพยายามทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าเป็นเรื่องธรรมดาในการคุยกันถึงการใช้และปริมาณการใช้สารเสพติด
8. การกำหนดเวลาที่ชัดเจนของการใช้สารและช่วงเวลาที่เกิดอาการทางจิตจะทำให้สามารถพิจารณาความสัมพันธ์ของภาวะทั้งสองได้
9. การประเมินเป็นระยะเป็นสิ่งจำเป็นในช่วงของการรักษา

ส่วนการคัดกรองในผู้ที่มีแนวโน้มว่าจะมีบุคลิกภาพแปรปรวนสามารถกระทำได้ เช่น การคัดกรองในเด็กและวัยรุ่นที่มาจากครอบครัวที่มีปัญหารุนแรง เด็กมีพฤติกรรมผิดปกติก้าวร้าวแล้วให้ความช่วยเหลือเป็นพิเศษก่อนที่จะกลายเป็นบุคลิกภาพแปรปรวนในวัยผู้ใหญ่ เป็นรูปแบบการบริการสุขภาพจิตในแนวใหม่ซึ่งจะช่วยลดปัญหาการเกิดบุคลิกภาพแปรปรวน สามารถทำได้ด้วยวิธีการป้องกันและลดความเสี่ยงต่อการเกิดบุคลิกภาพแปรปรวนได้ (Department Health and Home office, 1999) ดังนั้นการคัดกรองบุคลิกภาพในกลุ่มเสี่ยงเหล่านี้จึงเป็นส่วนที่จำเป็นเพื่อจะได้มีการส่งเสริมการปรับตัวให้กับบุคคลดังกล่าว ส่งผลให้มีการปรับแก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพหันเข้าหา ยาเสพติดน้อยลง ซึ่งเป็นการป้องกันการเกิดโรคจิตจากสุราในระยะยาวได้

จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องไม่พบเอกสารที่ระบุถึงการบำบัดรักษาโรคจิตจากสุราควบคู่กับผู้ที่บุคลิกภาพแปรปรวน ผู้ศึกษาจึงขอกล่าวแยกการบำบัดรักษาออกเป็น 2 ส่วนได้แก่ การรักษาผู้ที่เป็นโรคจิตจากสุราตามด้วยการรักษาผู้ที่มีบุคลิกภาพแปรปรวน

การรักษาผู้ที่เป็นโรคจิตจากสุรา เป้าหมายของการรักษา คือ การช่วยให้ผู้ป่วยหยุดดื่มสุราอย่างถาวร กลับคืนสู่สังคม ดำรงชีวิตได้อย่างปกติ โดยกระบวนการบำบัดรักษา แบ่งออกเป็น 4 ระยะ มีรายละเอียดดังนี้

ระยะที่ 1 ขั้นตอนการรักษา จากการซักประวัติตรวจร่างกายและตรวจสภาพจิต สามารถวินิจฉัยโรคเบื้องต้นได้ว่าผู้ป่วยมีความผิดปกติที่สัมพันธ์กับการดื่มสุราอย่างไร ในการใช้ยาทางจิตเวชเพื่อมุ่งเน้นให้พฤติกรรมสงบลงถ้ามีอาการวุ่นวาย โดยใช้ยาฮาโลเพอริดอล(haloperidol) นิดครั้งละ 5 มก. เข้ากล้ามเนื้อ (สาวิตรี อัญณงค์กรชัย และสุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล, 2543)

ระยะที่ 2 ขั้นตอนพิษสุรา (ลำช้า ลักษณะภิกษนัชช อังโน ไพรัช บวรสมพงษ์, 2542) เป็นขั้นตอนของการบำบัดรักษาอาการทางกายและอาการทางจิตที่เกิดจากการหยุดดื่มสุรา คือ อาการขาดสุรา ซึ่งมุ่งเน้นการบำบัดรักษาอาการวิตกกังวล อาการประสาทหลอน อาการชักและอาการคลุ้มคลั่ง (delirium tremens) ยาที่ใช้ในการรักษาคือกลุ่มเบนโซไดเซพีน (Benzodiazepine) เพราะสามารถลดอาการชักมีพิษน้อย กดการหายใจและหัวใจน้อยกว่ายาเสพติดประเภทอื่น ลดอาการขาดสุราได้ ส่วนยากันชักสามารถให้เพิ่มได้ตามแต่อาการแต่ไม่ควรให้ระยะยาวเพราะอาการชักจะหายไปได้เองยกเว้นแต่ในรายที่เป็นโรคลมชักมาก่อน ยาต้านอาการซึมเศร้าบางตัวนอกจากจะช่วยลดอาการซึมเศร้าแล้วยังลดอาการอยากดื่มสุราได้เช่นฟลูออกซิทีน (Fluoxetine) ฟลูอามีน (Fluoxamine) ซิตราโลแปม (Citalopam) ระหว่างการรักษาควรให้ยาบำรุงประสาท บำรุงตับ สารน้ำ และเกลือแร่ร่วมไปด้วย โดยเฉพาะในรายที่มีภาวะขาดสารน้ำและทุพโภชนาการ

ระยะที่ 3 การฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตใจและสังคม เป็นระยะหลังจากที่ภาวะเฉียบพลันหรือการถอนพิษสุราผ่านไปแล้ว จึงเป็นช่วงเวลาของการฟื้นฟูสภาพด้านร่างกาย และจิตใจ ซึ่งปัญหาทางร่างกายที่มักเป็นปัญหาเรื้อรังและพบมากในผู้ป่วยโรคจิตจากสุรา เช่น การติดเชื้อมตามระบบต่าง ๆ ของร่างกาย การขาดสารอาหารและอาการของระบบประสาท สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้ต้องได้รับการรักษาในทางการแพทย์ เช่น ให้อาหาร วิตามิน การดูแลเรื่องอาหารและการออกกำลังกาย ส่วนทางด้านจิตใจ พบว่า ผู้ป่วยโรคจิตจากสุรามักจะมีอารมณ์เศร้า มีความท้อแท้ วิตกกังวล หรือมีความเครียด โดยเฉพาะการไม่ยอมรับปัญหาของตนเอง (อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2543) จึงจำเป็นต้องใช้การบำบัดทางจิตสังคมมาช่วย เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดทักษะในการปฏิเสธ การหลีกเลี่ยงและการเผชิญกับสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงสูง (high-risk situation) ต่อการสูญเสียความสามารถในการควบคุมตนเอง ซึ่งนำไปสู่การกลับไปใช้สุราอีก (มานิต ศรีสุรภานนท์ และ ไพรัตน์ พงกษชาติ คุณากร, 2542)

แนวทางการบำบัดรักษาทางจิตสังคมเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตใจและสังคม ให้ผู้ที่เป็นโรคจิตจากสุราสามารถควบคุมพฤติกรรมการดื่มหรือหยุดดื่มได้นานที่สุด มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นสรุปได้ดังนี้ (สาวิตรี อัยณรงค์กรชัย และ สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, 2543)

3.1 ด้านจิตใจ ใช้จิตบำบัดแบบประคับประคอง โดยผู้รักษาต้องใช้วิธีการแบบเชิงรุก (active & supportive psychotherapy) โดยมุ่งเน้นเฉพาะทักษะการแก้ปัญหาตามสถานการณ์ (coping skill to deal with situations), สร้างแรงจูงใจให้หยุดสุรา (motivation), เรียนรู้และคาดการณ์ถึงผลกระทบจากการดื่ม

3.2 การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive behavioral therapies) เป็นการรักษาเพื่อเปลี่ยนความคิดผิด ๆ ที่ฝังลึกและแนวคิดใหม่ที่ถูกต้องคิดแบบมีเหตุผล ตัดสินใจแก้ปัญหาอย่างเหมาะสม เพิ่มทักษะการเข้าสังคม ควบคุมตนเองไม่ให้ดื่มสุราโดยกลยุทธ์ในการควบคุมตนเอง ได้แก่ การตั้งเป้าหมาย (goal setting) การติดตามและประเมินตนเอง (selfmonitoring) การให้รางวัลเมื่อสามารถทำได้ตามเป้าหมาย (reward for goal attainment) การวิเคราะห์การผลอใช้ (functional analysis of drinking antecedents) และการเรียนรู้ทางเลือก (learning alternative coping skill)

3.3 การบำบัดทางพฤติกรรม (Behavioral therapies) ได้แก่การรักษาแบบชุมชนบำบัด (community reinforcement approach) ซึ่งใช้หลักของพฤติกรรมบำบัด การบำบัดรักษาประกอบด้วยครอบครัวบำบัด (conjoint therapy) การฝึกทักษะการหางานทำ (training in job finding) การให้คำปรึกษาเกี่ยวกับกิจกรรมทางสังคม และเน้นหนักการโดยปลอดสุรา (counselling focused on alcohol free social recreational activities) การเข้าชมรมปลอดสุรา (Alcohol free social)

3.4 กลุ่มช่วยเหลือกัน (Self help group) เป็นรูปแบบการรักษาที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดที่จัดตั้งโดยผู้เคยติดสุรา รู้จักกันคือในนาม (Alcoholic Anonymous or AA) เป็นกลุ่มที่จัดตั้งขึ้นเพื่อช่วยเหลือประคับประคองผู้ป่วยติดสุราที่มีความพยายามจะเลิกดื่ม ช่วยให้เขาหยุดดื่มสุรานานที่สุดเท่าที่จะทำได้ กลุ่มจะจัดประชุมกันทุกสัปดาห์ เล่าประสบการณ์ และความรู้สึกละเลิกการดื่มสุรา สมาชิกฟัง ทุกคนต่างให้กำลังใจ ไม่มีการตำหนิ และเข้าใจกัน ต่างเสริมให้ตนเองละเลิกการดื่มสุรา

ระยะที่ 4 ขั้นติดตามหลังการรักษา เป็นการติดตามดูแลหลังการฟื้นฟูสภาพจิตใจแล้วเป็นการติดตามเพื่อให้ความช่วยเหลือ ให้คำแนะนำและเสริมสร้างกำลังใจ และที่สำคัญคือ ป้องกันการดื่มสุราซ้ำ เป็นการปฏิบัติเพื่อให้ผู้ป่วยที่รักษาหายแล้ว สามารถดำเนินชีวิตในสังคมได้ตามปกติโดยไม่ต้องพึ่งสุราอีกต่อไป (ลำงำ ลักษณะวิชนชัย อังนิน ไพรซ์ บวรสมพงษ์, 2542)

จากขั้นตอนการรักษาดังกล่าวจะเห็น ได้ว่าการรักษาในขั้นการฟื้นฟูสมรรถภาพเป็นขั้นตอนที่สำคัญในการบำบัดรักษาผู้ที่เป็นโรคจิตจากสุรา การรักษาในขั้นตอนนี้เป็นการรักษาด้วยกระบวนการทางจิตสังคม มุ่งเน้นที่จะฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตใจและพฤติกรรม เพื่อป้องกันการ

ดื่มสุราซ้ำ เนื่องจากผู้ที่เป็นโรคจิตจากสุรานั้นเมื่ออาการทางจิตดีขึ้น หรือเมื่อมีความเครียด หรือต้องเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ ผู้ป่วยมักกลับไปดื่มสุราซ้ำเพื่อสร้างความมั่นใจให้ตนเอง ลดความวิตกกังวล หรือความคับข้องใจ ซึ่งทำให้เพิ่มโอกาสในการกลับมาป่วยเป็นโรคจิตจากสุราซ้ำ

ส่วนการรักษาพยาบาลผู้มีบุคลิกภาพแปรปรวน มีเป้าหมายมุ่งเน้นที่จะลดพฤติกรรมเฉพาะเรื่องที่ไม่ยืดหยุ่น หรือลดลักษณะนิสัยบางประการที่ไม่ยืดหยุ่น ลดความไม่รับผิดชอบที่เป็นอุปสรรคต่อการทำหน้าที่การทำงานประจำวัน ลดปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ส่วนใหญ่จะใช้การบำบัดทางจิตที่เน้นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล เน้นที่การวิเคราะห์จิต เน้นที่การใช้ประโยชน์จากกลุ่ม การบำบัดพฤติกรรม และการรักษาด้วยยาทางจิต มีรายละเอียด ดังต่อไปนี้ (อุบล นิวัติชัย, 2544)

1. การบำบัดที่เน้นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การบำบัดลักษณะนี้ พบว่าได้ผลดีกับผู้มีบุคลิกภาพแปรปรวนประเภทหวาดระแวง จิตเภทแฝงคาบเส้น หลงตัวเองและประเภทย้ำคิดย้ำทำ ทั้งนี้เนื่องด้วยบุคลิกภาพแปรปรวนประเภทเหล่านี้มีเหตุปัจจัยหลักมาจากปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล วิธีการบำบัดตามรูปแบบนี้มีทั้งแบบย่อส่วนจำกัดเวลา และการบำบัดแบบลึก ใช้เวลานาน จะใช้แบบใดขึ้นอยู่กับสภาพปัญหาและเป้าหมายการบำบัด กลยุทธ์สำคัญที่ใช้ในการบำบัดก็คือ การให้กำลังใจ ให้การเกื้อหนุนเพื่อให้เกิดการทำหน้าที่รับผิดชอบหรือสนับสนุนพฤติกรรมที่แสดงว่ามีความยืดหยุ่น มีการปรับตัวที่เหมาะสม ไม่ว่าจะเรื่องการทำหน้าที่การทำงาน หรือการทำหน้าที่ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ทั้งนี้เป็นวิธีการทำตรงกันข้ามหรือความคุมลักษณะนิสัยแปรปรวนของบุคลิกภาพนั่นเอง

2. การบำบัดจิตที่เน้นการวิเคราะห์จิต การบำบัดลักษณะนี้จิตแพทย์มักเลือกใช้รักษาผู้มีบุคลิกภาพแปรปรวนประเภทเรียกร้องความสนใจมากเกินไป การบำบัดจะมีจุดเน้นที่พลังผลักดันของจิตไร้สำนึก ซึ่งเป็นตัวการแสวงหาความพึงพอใจจากผู้อื่นให้ตัวเองทั้งหมด โดยปกติความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่มีความหมายต่อกันจะมาจากการปฏิบัติที่แสดงถึงความรักใคร่ผูกพัน และรับผิดชอบต่ออีกคนและกัน แต่ผู้มีบุคลิกภาพแปรปรวนจะบกพร่องในเรื่องเหล่านี้ จึงแทนที่ความพึงพอใจจะได้รับการทุ่มเทการปฏิบัติของตนเองส่วนหนึ่งกลับต้องการได้จากผู้อื่นทั้งหมด

3. การบำบัดที่เน้นการใช้ประโยชน์จากกลุ่มหรือสิ่งแวดล้อม ในปัจจุบันพบว่า การบำบัดลักษณะนี้ได้ผลดีกับผู้มีบุคลิกภาพแปรปรวนปรักภัยสังคม ทั้งนี้เนื่องด้วยพลังของกลุ่ม หรือพลังของสภาพแวดล้อม โดยเฉพาะเรื่องของการให้กำลังใจ การประคับประคองซึ่งกันและกัน การให้ข้อมูลย้อนกลับในทางสร้างสรรค์ จะช่วยลดความวิตกกังวลและช่วยให้ความไว้วางใจต่อกันเกิดได้ง่ายและเรื่องดังกล่าวจะเป็นตัวเอื้อที่สำคัญ นำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมต่อไป

4. การบำบัดที่พฤติกรรม รูปแบบการบำบัดรักษาแบบนี้เน้นการเสริมแรง เพื่อให้ผู้มีบุคลิกภาพแปรปรวนเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปในทางที่เหมาะสม เทคนิคการบำบัดที่พฤติกรรมซึ่งได้ผลดี สำหรับผู้มีบุคลิกภาพแปรปรวนประเภทย้ำคิดย้ำทำ ประเภทปรีภยสังคม และประเภทหลีกเลี่ยงสังคม เช่น การฝึกหัดทักษะทางสังคม การฝึกหัดพฤติกรรมกล้าแสดงออกตามสิทธิ การฝึกหัดวิธีจัดการกับความคับข้องใจ เป็นต้น

5. การรักษาด้วยยาทางจิต โดยทั่วไปยาทางจิตไม่ใช่ตัวการที่รักษาความแปรปรวนของบุคลิกภาพโดยตรงเพียงแต่ไปช่วยยับยั้งอาการบางลักษณะ เช่น ไทโอทิกซีน (thiothixine) ช่วยลดระดับของอาการภาพหลอน (illusion) ความคิดอ้างอิง (ideas of references) อาการย้ำคิดย้ำทำ (obsessive compulsive symptoms) และอาการตื่นตระหนกตกใจ (phobia anxiety) ในผู้มีบุคลิกภาพแปรปรวน ประเภทจิตเภทแฝงได้ผลดี หรือฮาโลเปอร์ิดอล (haloperidol) ช่วยลดอาการประสาทหลอนหลงผิด ความคิดหวาดระแวง ความวิตกกังวลและความไม่เป็นมิตรในผู้ป่วยประเภทปรีภยสังคมได้ผลดีเช่นกัน

การรักษาพยาบาลโรคจิตจากสุรา และการรักษาพยาบาลผู้มีบุคลิกภาพแปรปรวน เป็นแนวทางการรักษาที่ต้องควบคู่กันไปด้วย โดยสรุป การรักษาพยาบาลผู้ติดสารเสพติดจะต้องคำนึงถึงภาวะโรคร่วม (comorbidity) ซึ่งหากไม่ได้รับการวินิจฉัยและรักษา จะทำให้เกิดผลแทรกซ้อนอื่นตามมา (เชียรชัย งามทิพย์วัฒนา, มวลัย เกลิมชัยนกุล, และ วิลาสินี ชัยสิทธิ์, 2545)

การประเมินและวินิจฉัยบุคลิกภาพแปรปรวน

ในการที่จะรู้ว่าบุคคลมีบุคลิกภาพแปรปรวนหรือไม่นั้น จำเป็นต้องอาศัยการประเมินเพื่อแยกบุคลิกภาพแปรปรวนจากบุคลิกภาพของคนส่วนใหญ่ในสังคม และการประเมินนี้ถือได้ว่าเป็นส่วนหนึ่งของการรวบรวมข้อมูลอย่างเป็นระบบที่ช่วยในการวินิจฉัยโรคตรงตามสภาพ สามารถนำไปให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยให้ตรงกับสภาพปัญหา ซึ่งการประเมินที่ดีจึงต้องใช้วิธีการที่เป็นระเบียบรัดกุมมีกฎเกณฑ์ และเครื่องมือที่ใช้ต้องเป็นมาตรฐาน จึงจะทำให้การประเมินบุคลิกภาพแปรปรวนเกิดความน่าเชื่อถือ ซึ่งวิธีประเมินบุคลิกภาพแปรปรวนที่รู้จักและนิยมใช้แบ่งเป็น 3 วิธีดังนี้

1. วิธีสังเกต เป็นวิธีการประเมินบุคลิกภาพที่กระทำโดยผู้สังเกตที่ได้รับ การฝึกหัดมาโดยตรงคอยเฝ้าดูพฤติกรรมที่บุคคลแสดงออกมาในสถานการณ์ต่าง ๆ ซึ่งอาจจะเป็นสถานการณ์ธรรมชาติ หรือสถานการณ์ในสภาพการทดลองเช่น การสังเกตพฤติกรรม ขณะการสัมภาษณ์ (รจเรช อินทโชติ, 2539)

2. วิธีการสัมภาษณ์ เป็นวิธีการประเมินบุคลิกภาพ. โดยการสัมภาษณ์ที่เป็นการสนทนาอย่างมีเป้าหมาย ซึ่งสามารถแบ่งออกเป็นการสัมภาษณ์อย่างไม่มีโครงสร้าง (unstructured) ที่เป็นการสัมภาษณ์ที่ผู้สัมภาษณ์มีความอิสระ ในการคัดแปลงการสนทนาตามแต่จะเห็นว่าเหมาะสมที่สุดในการสัมภาษณ์แต่ละครั้ง การสัมภาษณ์ชนิดนี้นิยมนำไปใช้ในงานทางจิตวิทยาคลินิก และงานบริการให้คำปรึกษา การสัมภาษณ์อีกลักษณะหนึ่ง คือ การสัมภาษณ์อย่างมีโครงสร้าง (structured) ซึ่งการสัมภาษณ์ชนิดนี้ผู้สัมภาษณ์จะกำหนดแบบแผนการสัมภาษณ์ไว้ล่วงหน้า บางทีอาจทำรายการคำถามไว้หมด ตลอดการสัมภาษณ์ เพื่อให้แน่ใจว่าเนื้อหาที่ต้องการถามได้กระทำไว้อย่างครอบคลุม ซึ่งมักนำไปใช้ในการคัดเลือกบุคคลเข้าทำงาน หรือใช้ในการศึกษาวิจัยที่ต้องการนำข้อมูลมาเปรียบเทียบ

ข้อมูลที่ได้จากการสังเกตและการสัมภาษณ์สามารถจัดกระทำให้เป็นแบบมาตรฐานได้ด้วยการใช้มาตราส่วนประเมินค่า ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ใช้ในการบันทึกการตัดสินใจเกี่ยวกับบุคลิกภาพต่าง ๆ ของบุคคล เป็นการช่วยให้ผู้สังเกตหรือผู้สัมภาษณ์มีขอบเขตพฤติกรรมที่จะประกอบการวินิจฉัยได้อย่างเป็นหลักฐาน โดยผู้ประเมินจะต้องมีความเข้าใจในการใช้มาตราการวัดเพื่อป้องกันความผิดพลาดของการประเมิน (รจเรช อินท โชติ, 2539)

3. วิธีสำรวจโดยรายงานด้วยตนเอง เป็นวิธีสำรวจโดยให้เจ้าของบุคลิกภาพรายงานด้วยตนเอง โครงสร้างของแบบรายงานตนเองจะสำรวจเกี่ยวกับพฤติกรรมความเชื่อและความรู้สึก และเขียนเป็นข้อความให้เลือกตามที่กำหนดไว้ เช่น “ใช่” “ไม่ใช่” หรือมีระดับคะแนนให้เลือกตอบ ผู้ถูกประเมินต้องพิจารณาว่าตนเองมีลักษณะตามข้อความนั้นหรือไม่ เป็นการรายงานความรู้สึกและการกระทำของตนเอง คำตอบที่ได้จะถูกนำมาแปลผลตามเกณฑ์มาตรฐานที่มีอยู่แล้ว โดยมีการกำหนดตัวเลขหรือจัดแบ่งที่เป็นระบบที่แทนลักษณะบุคลิกภาพ วิธีการนี้ใช้ได้ง่ายและเหมาะสมกับกลุ่มที่มีขนาดใหญ่และสามารถคิดคะแนนได้จากค่ามาตรฐาน ผลไม่ได้ขึ้นอยู่กับกรถูกฝึกและการแปลความของผู้ทดสอบ โดยมากแล้ววิธีนี้สามารถทำได้ง่ายและระยะเวลาที่ใช้ในการประเมินค่อนข้างรวดเร็ว จึงมักใช้สำหรับการคัดกรองในเบื้องต้น (Feldman, 1993) ซึ่งคลาร์คกิน, เฮิร์ท, และมาทิส (Clarkin, Hurt, & Mattis, 1999) ได้สรุปแบบรายงานด้วยตนเองที่นิยมนำมาใช้กันทั่วไป เช่น แบบสอบถาม PDQ-4 (Personality Diagnostic Questionnaires-4), MCMI (Millon clinical Multiaxial Inventory), และ MMPI (The Minnesota Multiphasic Personality Inventory) เป็นต้น

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ใช้แบบสอบถามบุคลิกภาพแปรปรวนชนิดรายงานด้วยตนเอง ชื่อ PDQ-4 ของไฮเลอร์ (Hyer, 1994) ของสถาบันสุขภาพจิต (Psychiatric Institute of Mental Health) ประเทศสหรัฐอเมริกา ซึ่งแบบสอบถาม PDQ-4 เป็นแบบรายงานด้วยตนเอง ที่สร้างและพัฒนามาจากแบบสอบถาม PDQ และ PDQ-R เพื่อใช้ในการประเมินบุคลิกภาพแปรปรวนตามเกณฑ์การวินิจฉัยของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน แบบสอบถามนี้ประกอบด้วยข้อคำถามบอกเล่า จำนวน

85 ข้อ มีลักษณะให้ผู้ตอบรายงานด้วยตนเอง ลักษณะคำตอบเป็นใช่ และไม่ใช่ ในแต่ละข้อจะประเมินตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ DSM-IV ข้อความในเนื้อหาครอบคลุมเนื้อหาต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับความคิด ความรู้สึก และการกระทำในช่วงหลายปีที่ผ่านมา การตอบแบบสอบถามใช้เวลาประมาณ 20-30 นาที ซึ่งแบบสอบถามนี้ได้มีผู้นิยมนำไปใช้เพื่อคัดกรองบุคลิกภาพแปรปรวนทั้งในการปฏิบัติทางคลินิกและงานวิจัยจำนวนมาก ผู้สร้างได้หาความตรงของข้อคำถามในแต่ละข้อเพื่อให้มั่นใจว่าสามารถวัดในสิ่งที่ต้องการวัดได้ โดยใช้แบบสอบถามศึกษากับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 552 ราย และหาความสอดคล้องกันระหว่างผลการตอบแบบสอบถาม และผลการวินิจฉัยบุคลิกภาพแปรปรวนจากจิตแพทย์ จำนวน 287 ราย ซึ่งใช้เครื่องมือที่เป็นมาตรฐานในการวินิจฉัย ได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ 0.63 และหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือด้วยวิธีวัดซ้ำ ได้ค่าความเชื่อมั่น ≥ 0.6 ซึ่งเป็นแบบสอบถามที่มีความเชื่อมั่นเป็นที่ยอมรับ เป็นแบบสอบถามที่เหมาะสมใช้ได้กับภาษาจีน, ดัตช์, ฝรั่งเศส, อิตาลี, ญี่ปุ่น, เกาหลี และอีกหลาย ๆ ภาษา (Hylar, 1994 ; Hylar, Reider, & William, 1988) ไม่มีปัญหาในเรื่องการใช้แบบประเมินข้ามวัฒนธรรม เนื่องจากแบบสอบถามบุคลิกภาพแปรปรวน PDQ-4 ของไฮเลอร์ (Hylar, 1994) ซึ่งกษพร พงษ์รัตนสวัสดิ์, อุบล นิวัติชัย และภัทรภรณ์ พุ่งปันคำ (2545) แปลจากต้นฉบับเป็นภาษาไทย ดังนั้นความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือได้ตรวจสอบด้วยวิธีการแปลย้อนกลับเป็นภาษาอังกฤษ (back translation) โดยผู้ทรงคุณวุฒิด้านจิตเวช และภาษาอังกฤษ 2 ท่าน และอาจารย์พยาบาลจิตเวช 1 ท่าน และได้้นำแบบสอบถามทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างของผู้ที่เป็นโรคจิตจากสารแอมเฟตามีนโดยวิธีการวัดซ้ำ (test-retest) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .74

นอกจากนี้ รวีวรรณ นิวัตพันธุ์ (2530) ได้ทำการสำรวจบุคลิกภาพผิดปกติของนักศึกษาวิทยาลัยครูในกรุงเทพมหานครทัศนคติของนักศึกษาต่อวิชาชีพ ได้ดัดแปลงแบบสอบถามจาก PDQ ของไฮเลอร์ (Hylar) เพื่อให้เหมาะสมกับคนไทย ทั้งหมด 152 ข้อ และได้้นำแบบสอบถามไปทดสอบได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .75

ดังนั้นจากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้น จะเห็นว่า แบบสอบถามบุคลิกภาพแปรปรวนที่พัฒนาโดย ไฮเลอร์ (Hylar) นั้น สามารถใช้ประเมินบุคลิกภาพของคนไทยได้ดี แสดงว่า สามารถใช้แบบวัดนี้ในบริบทของวัฒนธรรมไทยได้

กรอบแนวคิด

การเจ็บป่วยทางจิตอย่างรุนแรงและเรื้อรัง มักเกิดในบุคคลที่มีประวัติโรคอื่นมาก่อน อย่างน้อยหนึ่งโรค เช่น โรคซึมเศร้า โรควิตกกังวล และบุคลิกภาพแปรปรวน ผู้ที่เป็นโรคจิตจากสุรา ถือเป็นการเจ็บป่วยที่รุนแรงและยากต่อการบำบัดรักษา ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้อาจจะมีบุคลิกภาพแปรปรวน เป็นโรคร่วม การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาบุคลิกภาพแปรปรวนในผู้ที่เป็นโรคจิตจากสุรา โดยใช้แนวคิดการประเมินและเกณฑ์การวินิจฉัยบุคลิกภาพแปรปรวนของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (American Psychiatric Association, 1994) ซึ่งเน้นรูปแบบความคิด การรับรู้พฤติกรรมของบุคคลที่ เบี่ยงเบนไปอย่างมากเป็นระยะเวลานาน โดยมีลักษณะขาดความยืดหยุ่นและมีปัญหาการปรับตัวซึ่ง เริ่มปรากฏความผิดปกติในวัยผู้ใหญ่ตอนต้น และจำแนกบุคลิกภาพแปรปรวนเป็น 10 ประเภท ได้แก่

- 1) บุคลิกภาพหวาดระแวง
- 2) ประเภทแยกตนเอง
- 3) ประเภทจิตเภทแฝง
- 4) ประเภทปรักภัยสังคม
- 5) ประเภทคาบเส้น
- 6) ประเภทเรียกร้องความสนใจมากเกินไป
- 7) ประเภทหลงตนเอง
- 8) ประเภทหลีกเลียง
- 9) ประเภทพึ่งพา
- 10) ประเภทย้ำคิดย้ำทำ