



ลักษณะพยาธิสภาพทางจิตของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุรา

วิชชุดา ยะสินธ์ วท.ม.*, สุชีรา ภัทรายุตวรรตน์ Ph.D**

กนกรัตน์ สุขะตุงคะ กศ.ม., วท.ม.**, เจริญชัย งามทิพย์วัฒนา พบ.**

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา เพื่อศึกษาลักษณะพยาธิสภาพทางจิตของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุรา (alcohol use disorders) และความสัมพันธ์ของระหว่างพฤติกรรม การดื่มสุรากับลักษณะพยาธิสภาพทางจิต

วิธีการศึกษา: ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราที่มา รับการรักษาแบบผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสวนปรุง จำนวน 200 ราย ด้วยแบบสัมภาษณ์ข้อมูล ส่วนบุคคลและแบบทดสอบ MCMI-III

ผลการศึกษา พบลักษณะบุคลิกภาพผิดปกติ ตามแบบทดสอบ MCMI-III ร้อยละ 55.5 ประเภท ลักษณะบุคลิกภาพที่พบมากที่สุด 3 ลำดับแรกคือประเภท dependent ร้อยละ 24.0 negativistic ร้อยละ 16.5 และ depressive ร้อยละ 13.0 ในกลุ่มอาการของโรคจิตเวชระดับความรุนแรง ของอาการร้อยละ 80.5 โดยกลุ่มอาการที่พบมากที่สุด 3 ลำดับแรกคือกลุ่มอาการ anxiety ร้อยละ 63.0, alcohol dependence ร้อยละ 62.0 และ dysthymia ร้อยละ 12.0 นอกจากนี้ยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมดื่มสุราที่แตกต่างกันมีลักษณะพยาธิสภาพทางจิตที่แตกต่างกัน **สรุป** จากการศึกษาพบว่าลักษณะพยาธิสภาพทางจิตของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุรา ทั้งลักษณะบุคลิกภาพผิดปกติและกลุ่มอาการทางจิตเวชในอัตราที่ค่อนข้างสูง ซึ่งอาจเป็น อุปสรรคต่อการบำบัดรักษาหรือทำให้ผลการรักษาไม่ดีเท่าที่ควร จากการศึกษาจึงเสนอแนะว่า ควรประเมินลักษณะพยาธิสภาพทางจิตในผู้ป่วยโรคติดสุราให้ครอบคลุมเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับ ประโยชน์สูงสุดจากการรักษา และเป็นแนวทางในการตัดสินใจเลือกการบำบัดรักษาให้เหมาะสม กับผู้ป่วย โดยดูจากพื้นฐานลักษณะบุคลิกภาพและโรคทางจิตเวชที่เกิดขึ้นร่วมกัน

คำสำคัญ ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุรา ลักษณะพยาธิสภาพทางจิต

วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2554; 56(2): 167-178

* บัณฑิตศึกษา สาขาจิตวิทยาคลินิก ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

** ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล



Psychopathological Characteristic of Patients with Alcohol Use Disorders

Witchuda Yasin M.Sc.* Sucheera Phatthayuttawat Ph.D.**

Kanokrat Sukhatunga M.Ed., M.Sc.** Thienchai Ngamthipwatthana M.D.**

ABSTRACT

Objective: To describe psychopathological characteristics of patients with alcohol use disorders and correlation with the alcohol consumption behaviors.

Method: A descriptive study was conducted. The subjects were 200 patients who receiving treatment at Suanprung Psychiatric Hospital. Two research tools were used in this study, personal information and the Thai version of the Millon Clinical Multiaxial Inventory-III (MCMI-III)

Results: It was found that 55.5% of the patients received significant scores showing severe personality patterns. The first three personality patterns' scores, which most of the patients obtained, were dependent 24.0%, negativistic (passive-aggressive) 16.5%, and the depressive 13.0%. 80.5% of the patients scored high in the area of clinical syndromes. The top three clinical symptoms were anxiety 63.0%, alcohol dependence 62.0%, and dysthymia 12.0%. In addition, the study showed that patients with different styles of alcohol consumption showed dissimilar psychopathological characteristics.

Conclusion: The study results showed the severe level of the test scores in both personality patterns and psychopathological characteristics, which might interfere with the efficacy of treatment and delay recovery of the alcohol use patients. Therefore, to benefit more from the treatment with more suitable diagnosis, the alcohol use patients should be evaluated in terms of psychopathological characteristics including their personality patterns.

Keywords: alcohol use disorders, psychopathological characteristics

J Psychiatr Assoc Thailand 2011; 56(2): 167-178

* Faculty of Graduate Studies, Clinical Psychology Program, Department of Psychiatry, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University.

** Department of Psychiatry, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University.

บทนำ

การบริโภคสุราถือเป็นปัญหาหนึ่งที่สำคัญของโลก และนับวันสถานการณ์จะยิ่งมีความรุนแรงมากขึ้น จากรายงานขององค์การอนามัยโลกพบว่า ประชากรจำนวน 76.3 ล้านคน ได้รับการวินิจฉัยเป็นความผิดปกติของการดื่มสุรา (alcohol use disorders) และคนไทยมีปริมาณการดื่มสุราสูงเป็นอันดับ 42 ของโลก¹ จากการสำรวจความชุกของโรคทางจิตเวชในประเทศไทย ซึ่งเป็นการสำรวจระดับชาติ ของ พรเทพ ศิริวนารังสรรค์ และคณะ พบความชุกของ alcohol use disorders ร้อยละ 28.5² จากรายงานผลการปฏิบัติงานของโรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลจิตเวชในเขตภาคเหนือของประเทศไทย พบว่าสถิติผู้ป่วย alcohol use disorders ที่เข้ารับการรักษาแผนกผู้ป่วยใน ในปีงบประมาณ 2549-2551 และ 2551 จำนวนเฉลี่ย 3 ปีเท่ากับ 709 ราย³ การศึกษาถึงลักษณะพยาธิสภาพทางจิตในโรคติดสุราพบว่า มักมีโรคร่วมทางจิตเวช⁴ คือ โรควิตกกังวล^{5,6} โรคอารมณ์แปรปรวน^{6,7} และบุคลิกภาพผิดปกติ^{6,8-11} การศึกษาลักษณะพยาธิสภาพทางจิตของผู้ป่วยโรคติดสุรานั้น จะทำให้เข้าใจลักษณะพื้นฐานของผู้ป่วยมากขึ้นและสามารถใช้เป็นแนวทางในการบำบัดได้ การประเมินลักษณะพยาธิสภาพทางจิตนั้นการศึกษาส่วนใหญ่มักใช้วิธีรายงานตนเอง (self report inventory) เพราะเป็นเครื่องมือที่ใช้เวลาน้อย มีระบบการคิดคะแนนชัดเจน จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าแบบทดสอบ Millon Clinical Multiaxial Inventory (MCMI) ซึ่งเป็น self report inventory ที่ถูกนำไปใช้อย่างแพร่หลาย โดยมีการศึกษาว่า 650 เรื่องที่เลือกใช้ MCMI ในการศึกษาจุดเด่นของแบบทดสอบ MCMI-III คือ พัฒนาสอดคล้องไปพร้อมกับระบบ DSM-IV, Scale ต่างๆ ถูกพัฒนาให้ง่ายต่อการแปลผล เพราะใช้คำศัพท์เดียวกับระบบ DSM-IV มีประสิทธิภาพสูงในการใช้ประเมินเพื่อ

ประกอบการวินิจฉัยความผิดปกติและใช้เวลาในการทำน้อยเมื่อเทียบกับแบบทดสอบในระดับเดียวกัน^{12,13} สำหรับในประเทศไทย ธีธาร์ตัน ศรีสุขและสองโสม พึ่งพงศ์ได้แปลแบบทดสอบ MCMI-III เป็นฉบับภาษาไทย และหาความแม่นยำตรงของการใช้ MCMI-III ฉบับภาษาไทยในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชไทยแล้ว¹⁴ จากปัญหาและแนวคิดดังที่ได้กล่าวมา ทำให้ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาลักษณะพยาธิสภาพทางจิตของผู้ป่วยโรคติดสุราโดยใช้แบบทดสอบ MCMI-III ฉบับภาษาไทย เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาเป็นแนวทางในการวางแผนการบำบัดรักษาที่เหมาะสมกับผู้ป่วยกลุ่มนี้ต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาลักษณะพยาธิสภาพทางจิตของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุรา (alcohol use disorders)
2. เพื่อศึกษาความเกี่ยวข้องระหว่างพฤติกรรม การดื่มสุรากับลักษณะพยาธิสภาพทางจิตของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุรา (alcohol use disorders)

วัสดุและวิธีการ

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้ คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็น alcohol use disorders ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช DSM-IV (ใช้รหัส ICD-10) รหัสโรค F10.1 (alcohol abuse) และ F10.2 (alcohol dependence)¹⁵ จำนวน 200 ราย ที่มารับการรักษาแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสวนปรุง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่

1. แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลเกี่ยวกับการดื่มสุรา
2. แบบทดสอบ Millon Clinical Multiaxial Inventory - III (MCMI-III) ฉบับภาษาไทย สร้างและพัฒนาโดย Millon¹³ แปลเป็นฉบับภาษาไทยโดยธีธาร์ตัน

ศรีสุโข และ สองโสม พึ่งพงศ์¹⁴ ประกอบด้วยข้อคำถาม 175 ข้อ ซึ่งเป็นประโยชน์คั่นๆ ให้ผู้ป่วยรายงานตนเอง โดยเลือกตอบถูกหรือผิด MCMI-III ฉบับภาษาไทย มีค่า internal consistency ของแต่ละกลุ่มอาการจากการหาค่า Cronbach's alpha ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูงคือมีค่า 0.70 ขึ้นไป และเปรียบเทียบความสามารถในการจำแนกอาการโดยเปรียบเทียบคะแนนจาก MCMI-III ฉบับภาษาไทยกับอาการที่ได้จากการประเมินโดยผู้เชี่ยวชาญ พบว่าคะแนนจากการใช้ MCMI-III ฉบับภาษาไทย สามารถอธิบายลักษณะของผู้ป่วยได้เมื่อเปรียบเทียบกับอาการที่ได้จากการประเมินโดยผู้เชี่ยวชาญ ใน Axis I มี correlation = .88, Axis II มี correlation = .61¹⁴ ซึ่งลักษณะพยาธิสภาพทางจิตในการศึกษานี้หมายถึงลักษณะที่ประเมินได้จากแบบทดสอบ MCMI-III ซึ่งไม่เกี่ยวข้องกับอาการวินิจฉัยและการลงรหัสของโรคตาม ICD-10 ในแฟ้มประวัติของผู้ป่วย สำหรับการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้วิจัยได้รับอนุญาตให้ใช้แบบทดสอบ MCMI-III ฉบับภาษาไทยจากเจ้าของลิขสิทธิ์คือ NCS Pearson, Inc. อย่างถูกต้อง

ดำเนินการเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคลตามเกณฑ์การคัดเลือก โดยแจ้งวัตถุประสงค์ ประโยชน์ของการศึกษา ข้อมูลการพิทักษ์สิทธิ์และอธิบายวิธีการให้กลุ่มตัวอย่างทราบแล้วจึงให้กลุ่มตัวอย่างเริ่มตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลเกี่ยวกับการติ่มสุราและทำแบบทดสอบ MCMI-III ฉบับภาษาไทย ใช้เวลาในการทดสอบประมาณ 45 - 60 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติพรรณนา แจกแจงความถี่ อัตราร้อยละของลักษณะข้อมูลที่ได้จากแบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลและลักษณะพยาธิสภาพทางจิตสำหรับการเปรียบเทียบความแตกต่างของลักษณะพยาธิสภาพทางจิตกับพฤติกรรมการติ่มสุรา ใช้ t-test

ผลการศึกษา

จากข้อมูลส่วนบุคคลพบว่ากลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดเป็นเพศชาย (ร้อยละ 94) ประมาณครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 53) อยู่ในวัยทำงาน (อายุระหว่าง 22 - 40 ปี) สถานะภาพการสมรสพอๆ กันทั้ง 3 กลุ่มคือสมรสคู่ (ร้อยละ 31.5) โสด (ร้อยละ 35.5) หย่า/แยกกันอยู่ และหม้าย (ร้อยละ 33) การศึกษาระดับมัธยมต้นมากที่สุด (ร้อยละ 30) ซึ่งมีสัดส่วนใกล้เคียงกันกับระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 28.5) ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างรายวันทั่วไปหรือรับจ้างทั่วไป (ร้อยละ 39) และมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 4,001 - 8,000 บาท (ร้อยละ 35)

ข้อมูลเกี่ยวกับการติ่มสุราพบว่า ส่วนใหญ่เริ่มติ่มสุราตั้งแต่อายุ 13 - 21 ปี (ร้อยละ 67) เหตุผลในการเริ่มติ่มครั้งแรกอยู่ในสัดส่วนใกล้เคียงกันคือเพื่อนชวน (ร้อยละ 35.9) และอยากลอง (ร้อยละ 32.3) ส่วนมากติ่มเป็นระยะเวลา 20 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 52) มารับการรักษาครั้งแรกเพราะการติ่มสุราเมื่ออายุ 22 - 40 ปี (ร้อยละ 67) เหตุผลในการติ่มปัจจุบันคือติ่มเพื่อคลายเครียดหรือผ่อนคลายมากที่สุด (ร้อยละ 33.8) ประเภทเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่นิยมติ่มคือ เหล้าขาว (ร้อยละ 26.2) ปริมาณการติ่มมากกว่า 10 ติ่ม มาตรฐานขึ้นไป (ร้อยละ 32) โดยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 76) ติ่มแบบเสี่ยงคือติ่มมากกว่า 5 ติ่มมาตรฐานขึ้นไปซึ่งเป็นปริมาณที่ก่อให้เกิดความผิดปกติจากการติ่มสุรา ความถี่ของการติ่มในช่วง 1 ปีที่ผ่านมาคือ ติ่มทุกวันหรือเกือบทุกวัน (ร้อยละ 63) ช่วงเวลาที่มักติ่มคือตอนเย็น (ร้อยละ 68.5) สำหรับสถานที่ในการติ่มประมาณครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 46.5) ติ่มที่ร้านอาหารหรือร้านขายสุรา ลักษณะในการติ่มคือติ่มกับเพื่อนหรือคนใกล้ชิด (ร้อยละ 54) ส่วนมากแล้วเคยหยุดติ่มได้ (ร้อยละ 93.5) ระยะเวลาที่หยุดติ่มสุราได้นานที่สุดคือมากกว่า 1 ปี (ร้อยละ 27.8) และส่วนใหญ่ไม่มีคนในครอบครัวหรือญาติที่ติ่มสุรา (ร้อยละ 61)

ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราส่วนใหญ่ (ร้อยละ 83.5) พบลักษณะของโรคจิตเวชร่วม ทั้งในส่วนของกลุ่มอาการทางจิตเวชและลักษณะบุคลิกภาพผิดปกติ

จากตารางที่ 1 พบว่าผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราส่วนใหญ่ (ร้อยละ 80.5) พบกลุ่มอาการทางจิตเวชและกว่าครึ่ง (ร้อยละ 55.5) พบลักษณะ

บุคลิกภาพผิดปกติ ประเภทของลักษณะบุคลิกภาพที่พบมากที่สุด 3 ลำดับแรกคือ dependent ร้อยละ 24.0, negativistic (passive-aggressive) ร้อยละ 16.5 และ depressive ร้อยละ 13.0 กลุ่มอาการทางจิตเวชที่พบมากที่สุด 3 ลำดับแรกได้แก่ anxiety ร้อยละ 63.0, alcohol dependence ร้อยละ 62.0 และ dysthymia ร้อยละ 12.0

ตารางที่ 1 สรุปลักษณะบุคลิกภาพและกลุ่มอาการทางจิตเวชตามสเกลของแบบทดสอบ MCMI-III (n = 200)

ลักษณะบุคลิกภาพ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	กลุ่มอาการทางจิตเวช	จำนวน (คน)	ร้อยละ
Schizoid	14	7.0	Anxiety	126	63.0
Avoidant	6	3.0	Somatoform	11	5.5
Depressive	26	13.0	Mania	4	2.0
Dependent	48	24.0	Dysthymia	24	12.0
Histrionic	0	0.0	Alcohol Dependence	124	62.0
Narcissistic	0	0.0	Drug Dependence	6	3.0
Antisocial	10	5.0	PTSD	18	9.0
Sadistic	2	1.0	Thought Disorder	4	2.0
Compulsive	0	0.0	Major Depression	12	6.0
Negativistic	33	16.5	Delusional	7	3.5
Masochistic	7	3.5			2.0
Schizotypal	2	1.0			6
Borderline	11	5.5			
Paranoid	10	5.0			
	111	55.5		161	80.5

หมายเหตุ * “พบกลุ่มอาการทางจิตเวช” หมายถึง มีคะแนนจากแบบทดสอบในส่วนของกลุ่มอาการในระดับสูงถึงเกณฑ์ที่สามารถพิจารณาเป็นอาการของโรคจิตเวชได้

** “พบลักษณะบุคลิกภาพผิดปกติ” หมายถึง มีคะแนนจากแบบทดสอบในส่วนของลักษณะบุคลิกภาพในระดับสูงถึงเกณฑ์ที่สามารถพิจารณาเป็นความผิดปกติของบุคลิกภาพได้

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างลักษณะบุคลิกภาพและกลุ่มอาการทางจิตเวชตามสเกลของแบบทดสอบ MCMI-III กับพฤติกรรมการติ่มสุรา

ลักษณะ	พฤติกรรมการติ่มสุรา							
	ช่วงอายุที่เริ่มติ่ม		ปริมาณการติ่ม		ระยะเวลาทั้งหมดในการติ่ม		ความถี่ของการติ่มในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา	
	t-test	p-value	t-test	p-value	t-test	p-value	t-test	p-value
ลักษณะบุคลิกภาพ								
Schizoid	2.495*	.013	-.88 ^{NS}	.380	-.552 ^{NS}	.582	-.636 ^{NS}	.525
Avoidant	2.494*	.014	-.425 ^{NS}	.671	.826 ^{NS}	.410	.695 ^{NS}	.488
Depressive	-.212 ^{NS}	.832	-.608 ^{NS}	.544	-2.225*	.028	-2.176*	.031
Dependent	1.112 ^{NS}	.268	.185 ^{NS}	.853	.165 ^{NS}	.869	-2.007*	.046
Antisocial	.641 ^{NS}	.522	-1.354 ^{NS}	.178	.000 ^{NS}	1.000	-1.229 ^{NS}	.220
Sadistic	.906 ^{NS}	.366	-.796 ^{NS}	.427	-.708 ^{NS}	.480	-1.420 ^{NS}	.158
Negativistic	.238 ^{NS}	.812	-2.815*	.006	.190 ^{NS}	.850	-.806 ^{NS}	.421
Masochistic	-1.341 ^{NS}	.184	-2.700*	.008	-.383 ^{NS}	.720	-2.711*	.008
Schizotypal	-.655 ^{NS}	.513	.863 ^{NS}	.389	-.708 ^{NS}	.480	.397 ^{NS}	.692
Borderline	-2.040*	.045	-.463 ^{NS}	.644	.618 ^{NS}	.537	-.010 ^{NS}	.992
Paranoid	-.784 ^{NS}	.434	-.302 ^{NS}	.763	-.808 ^{NS}	.420	.907 ^{NS}	.365
กลุ่มอาการทางจิตเวช								
Anxiety	1.746 ^{NS}	.084	-.082 ^{NS}	.935	-1.170 ^{NS}	.243	-2.706*	.008
Somatoform	.129 ^{NS}	.897	-3.432*	.001	-.154 ^{NS}	.878	-1.455 ^{NS}	.147
Mania	-.932 ^{NS}	.352	.047 ^{NS}	.963	-2.019*	.045	-2.024*	.045
Dysthymia	.458 ^{NS}	.647	-1.677 ^{NS}	.096	-.433 ^{NS}	.665	-.793 ^{NS}	.429
Alcohol dependence	3.161*	.002	-2.249*	.027	-2.051*	.045	-5.403*	.000
Drug dependence	-1.149 ^{NS}	.338	-2.491*	.014	-.206 ^{NS}	.837	-.163 ^{NS}	.871
PTSD	.119 ^{NS}	.905	-.761 ^{NS}	.448	-.369 ^{NS}	.713	-1.433 ^{NS}	.154
Thought Disorder	2.022*	.045	-2.020*	.045	-2.019*	.045	-2.024*	.045
Major Depression	-.891 ^{NS}	.375	-3.598*	.000	-.296 ^{NS}	.767	-1.669 ^{NS}	.097
Delusional	-1.341 ^{NS}	.184	.287 ^{NS}	.774	-.383 ^{NS}	.702	1.038 ^{NS}	.302

(หมายเหตุ : NS = no significant, * p < .05)

จากตารางที่ 2 แสดงให้เห็นว่าลักษณะพยาธิสภาพทางจิตที่พบในกลุ่มตัวอย่างนั้นแตกต่างกันตามอายุที่เริ่มติ่มตั้งแต่น้อย, ปริมาณการติ่มที่มาก, ระยะเวลาในการติ่มที่ยาวนานและความถี่ของการติ่มสุราในช่วง 1 ปีที่ผ่านมาดังนี้

กลุ่มตัวอย่างที่เริ่มติ่มสุราครั้งแรกในช่วงอายุที่แตกต่างกันพบลักษณะพยาธิสภาพทางจิตแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยกลุ่มตัวอย่างที่เริ่มติ่มครั้งแรกช่วงอายุต่ำกว่า 21 ปี นั้นพบลักษณะพยาธิสภาพทางจิตประเภท schizoid, avoidant,

alcohol dependence และ thought disorder มากกว่ากลุ่มที่เริ่มดื่มช่วงอายุ 22–40 ปี ยกเว้น borderline เท่านั้น ที่กลุ่มตัวอย่างซึ่งเริ่มดื่มครั้งแรกช่วงอายุ 22–40 ปี พบลักษณะพยาธิสภาพทางจิตมากกว่ากลุ่มที่เริ่มดื่มครั้งแรกช่วงอายุต่ำกว่า 21 ปี

กลุ่มตัวอย่างที่มีปริมาณการดื่มที่แตกต่างกัน พบลักษณะพยาธิสภาพทางจิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีปริมาณการดื่ม 5 ดื่มมาตรฐานขึ้นไปพบลักษณะบุคลิกภาพประเภท negativistic (passive-aggressive), masochistic (self-defeating) และกลุ่มอาการ somatoform, alcohol dependence, drug dependence, thought disorder และ major depression มากกว่ากลุ่มที่มีปริมาณการดื่ม 1–4 ดื่มมาตรฐาน

กลุ่มตัวอย่างที่มีระยะเวลาในการดื่มสุราที่แตกต่างกัน พบลักษณะพยาธิสภาพทางจิตที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีระยะเวลาในการดื่มสุรา 10 ปีขึ้นไปพบลักษณะบุคลิกภาพประเภท depressive และกลุ่มอาการ mania, alcohol dependence, thought disorder มากกว่ากลุ่มที่มีระยะเวลาในการดื่มสุรา 1–9 ปี

กลุ่มตัวอย่างที่มีความถี่ของการดื่มสุราในช่วง 1 ปีที่ผ่านมาที่แตกต่างกัน พบลักษณะพยาธิสภาพทางจิตที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยกลุ่มตัวอย่างที่ดื่มทุกวันหรือเกือบทุกวันจะพบลักษณะบุคลิกภาพประเภท depressive, dependent, masochistic (self-defeating) และกลุ่มอาการ anxiety, mania, alcohol dependence, thought disorder มากกว่ากลุ่มที่ดื่มน้อยกว่า 4 วันต่อสัปดาห์

วิจารณ์

1. การเปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรม การดื่มสุรากับลักษณะพยาธิสภาพทางจิตของกลุ่ม

ตัวอย่าง พบว่าพฤติกรรมกรดื่มสุราที่แตกต่างกันนั้น จะพบลักษณะพยาธิสภาพทางจิตที่แตกต่างกัน กล่าวคือ อายุที่เริ่มครั้งแรกยิ่งดื่มเร็วเท่าไรทำให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคทางจิตเวชมากขึ้น ข้อค้นพบจากการศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เริ่มดื่มครั้งแรกช่วงอายุต่ำกว่า 21 ปี นั้นพบลักษณะพยาธิสภาพทางจิตมากกว่ากลุ่มที่เริ่มดื่มช่วงอายุ 22–40 ปี สอดคล้องกับการศึกษาของ Hingson ที่พบว่าผู้ที่เริ่มดื่มครั้งแรกตั้งแต่อายุน้อยจะกลายเป็นผู้ติดสุราตั้งแต่อายุน้อยและนำไปสู่ลักษณะการติดสุราซ้ำแบบเรื้อรัง¹⁶ การศึกษาของ Wang และ El-Guebaly พบว่าการเริ่มดื่มตอนอายุน้อย (12–24 ปี) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการติดสุรา ซึมเศร้าและโรคเครียดทางจิตเวช¹⁷ กลุ่มตัวอย่างที่มีปริมาณการดื่มค่อนข้างมาก คือ 5 ดื่มมาตรฐานขึ้นไปพบลักษณะพยาธิสภาพทางจิตมากกว่ากลุ่มที่มีปริมาณการดื่ม 1–4 ดื่มมาตรฐาน ซึ่งในทางการแพทย์ได้มีการจัดกลุ่มผู้ดื่ม ตามรูปแบบการดื่ม 4 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มดื่มแบบมีความเสี่ยงน้อย (low risk drinking) 2) กลุ่มดื่มแบบเสี่ยง (hazardous drinking) 3) การดื่มแบบมีปัญหา (harmful use) 4) การดื่มแบบติด (alcohol dependence) โดยใช้ผลที่เกิดจากการดื่มมาพิจารณาและกำหนดจากปริมาณการดื่มที่เรียกว่าดื่มมาตรฐาน โดยกลุ่มดื่มแบบเสี่ยง (hazardous drinking) จะมีการดื่มมากกว่า 4 ดื่มมาตรฐานต่อวันในผู้หญิง และมากกว่า 5 ดื่มมาตรฐานต่อวันในผู้ชาย¹⁸ การศึกษานี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ดื่มเกิน 5 ดื่มมาตรฐานต่อวัน สอดคล้องกับการศึกษาของ Hingson และคณะที่พบว่าผู้ติดสุรานั้นดื่มมากกว่า 5 ดื่มมาตรฐานต่อวัน¹⁶ และการดื่มมากกว่า 29 ดื่มมาตรฐานต่อสัปดาห์สามารถทำให้เกิดความเสี่ยงของโรคทางจิตเวชได้อีกเท่าตัว¹⁹ สำคัญเพราะพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีระยะเวลาในการดื่มสุรา 10 ปีขึ้นไปพบลักษณะพยาธิสภาพทางจิต

มากกว่ากลุ่มที่มีระยะเวลาในการดื่มสุรา 1-9 ปี ข้อค้นพบจากงานวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่าการดื่มเป็นระยะเวลานาน 10 ปีขึ้นไปทำให้เกิดการติดสุรา อีกประเด็นคือความถี่ของการดื่มสุราในช่วง 1 ปีที่ผ่านมาพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ดื่มทุกวันหรือเกือบทุกวันจะมีลักษณะพยาธิสภาพทางจิตมากกว่ากลุ่มที่ดื่มน้อยกว่า 4 วันต่อสัปดาห์ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 63.5) ดื่มสุราทุกวันหรือเกือบทุกวัน แสดงให้เห็นถึงการติดสุราเพราะไม่สามารถควบคุมการดื่มหรือไม่สามารถหยุดดื่มได้หรือหากหยุดดื่มแล้วอาจเกิดอาการถอนพิษสุราจึงต้องดื่มเพื่อลดอาการถอนพิษสุราเกิดเป็นวงจรไปเรื่อยๆ¹⁵

2. ลักษณะบุคลิกภาพผิดปกติที่พบในกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 55.5 นั้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Bowden-Jones และคณะ ที่พบความชุกของบุคลิกภาพผิดปกติในกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้ติดสุราร้อยละ 53⁹ Fernandez-Montalvo และคณะ พบความชุกของบุคลิกภาพผิดปกติในผู้ติดสุราร้อยละ 52⁹ การศึกษาครั้งนี้พบลักษณะบุคลิกภาพผิดปกติประเภท dependent มากที่สุดคือร้อยละ 24.0 รองลงมาคือ negativistic (passive-aggressive) ร้อยละ 16.5 สอดคล้องกับการศึกษาของ Craig ที่พบว่าบุคลิกภาพผิดปกติประเภท avoidant, dependent และ negativistic เป็นลักษณะที่พบในผู้ติดสุรา²⁰ อธิบายได้ว่าผู้ที่มีลักษณะบุคลิกภาพประเภท dependent นั้นมีลักษณะต้องการพึ่งพาผู้อื่น มีความลำบากในการตัดสินใจในเรื่องราวต่างๆ ไม่นั่นใจในความสามารถหรือการตัดสินใจของตนเอง นอกจากนี้ยังมีความลำบากในการแสดงความคิดเห็นที่แตกต่างจากผู้อื่นโดยเฉพาะผู้ที่ตนต้องพึ่งพาเนื่องจากกลัวว่าจะขาดผู้ช่วยเหลือ¹⁵ ลักษณะเหล่านี้เอื้อต่อการติดสุราได้ง่ายเพราะทำให้ผู้ป่วยไม่กล้าปฏิเสธคำชักชวนของผู้อื่นในการดื่ม เพราะกลัวไม่ได้รับการยอมรับหากไม่ร่วมดื่ม และต้องพึ่งพิงการดื่มสุราเพื่อให้สามารถเข้าร่วมสังคมได้ สำหรับลักษณะบุคลิกภาพประเภท negativistic

(passive-aggressive) ที่พบรองลงมานั้นอาจอธิบายได้ว่าวัฒนธรรม การอบรมเลี้ยงดูของคนไทยที่ขัดเกล่าให้เป็นคนอ่อนน้อมถ่อมตน มีสัมมาคารวะ เชื่อฟังผู้ใหญ่ ทำให้ไม่กล้าแสดงออกและค่อนข้างเก็บกด จนอาจเกิดความขัดแย้งทางจิตใจ อายากแต่ทำไม่ได้เพราะถูกจารีตทางสังคมกำกับอยู่จึงทำให้กลายเป็นคนดื้อเงียบ ไม่แสดงออกความโกรธอย่างตรงไปตรงมา แต่กลับต่อต้านอยู่ในใจลึกๆ และแปรเปลี่ยนไปสู่สิ่งที่สังคมยอมรับได้คือการดื่มสุราเพื่อระบายออก

3. พบกลุ่มอาการทางจิตเวชในกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 80.5 ผลการศึกษาค้นคว้าครั้งมีตัวเลขที่ค่อนข้างสูงเมื่อเทียบกับการศึกษาอื่นๆ ซึ่งเป็นไปในทิศทางเดียวกัน เช่น Schneider และคณะพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีโรคร่วมทางจิตเวชใน Axis I ร้อยละ 53.1⁷ Flensburg-Madsen และคณะพบว่าร้อยละ 50.3 ของผู้ป่วย alcohol use disorders มีโรคร่วมทางจิตเวช⁶ ในการศึกษาครั้งนี้กลุ่มอาการทางจิตเวชที่พบมาก 3 ลำดับแรกคือ anxiety ร้อยละ 63.0, alcohol dependence ร้อยละ 62.0 และ dysthymia ร้อยละ 12.0 ซึ่งส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มโรควิตกกังวลและโรคอารมณ์แปรปรวน การเกิดโรคร่วมกันของ alcohol use disorders และโรคจิตเวชนั้นยังไม่มีใครสามารถสรุปได้อย่างแน่ชัดว่าจะอะไรเป็นเหตุอะไรเป็นผลกันแน่ โดยมีแนวคิดอยู่ 3 แบบคือ 1) alcohol use disorders ทำให้เกิด disorders 2) disorders ทำให้เกิดการพัฒนาไปเป็น alcohol use disorders 3) ทั้ง alcohol use disorders และ disorders เป็นผลมาจากกรรมพันธุ์และอิทธิพลของสภาพแวดล้อม^{6,7} การศึกษาของ Flensburg - Madsen และคณะพบว่าผู้ที่ถูกวินิจฉัยเป็นผู้ป่วย alcohol use disorders มีความเสี่ยงที่จะพัฒนาเป็นโรคจิตเวช เช่น โรควิตกกังวล โรคอารมณ์แปรปรวนและพบว่าร้อยละ 56.9 ถูกวินิจฉัยเป็น alcohol use disorders ก่อนที่จะถูกวินิจฉัยเป็นโรควิตกกังวล⁶ ในทางตรงกันข้าม โรควิตกกังวลและโรคอารมณ์แปรปรวน

อาจส่งผลให้บุคคลที่ดื่มจนเกิดเป็น alcohol use disorders ได้ เพราะบุคคลที่เป็นโรควิตกกังวลหรือโรคอารมณ์แปรปรวนมักใช้สุราเป็นทางออกเพื่อให้เกิดความผ่อนคลาย บรรเทาความทุกข์ทรมานที่เกิดจากโรคหรือดื่มสุราเพื่อแก้ปัญหา จัดการกับอารมณ์เศร้าหรือความวิตกกังวลของตน^{6,7} โดยอธิบายตามกรอบทฤษฎีการเรียนรู้ได้ว่าบุคคลที่เป็นโรควิตกกังวลหรือโรคอารมณ์แปรปรวนมักใช้สุราเป็น self – mediation เพื่อได้รับการเสริมแรงทางบวกจากการดื่ม เช่น ดื่มแล้วทำให้มีความสุข คลายจากอาการซึมเศร้า วิตกกังวลหรือเพิ่มความมั่นใจในการเข้าสังคม จึงมีการดื่มอย่างต่อเนื่อง²¹

สำหรับกลุ่มอาการ alcohol dependence ที่พบร้อยละ 62.0 จากศึกษานี้ ทั้งๆ ที่กลุ่มตัวอย่างถูกคัดเลือกอย่างเจาะจงจากกลุ่มผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราซึ่งควรพบกลุ่มอาการ alcohol dependence มากกว่านี้ อธิบายได้ว่าเป็นผลมาจากเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินคือ MCMI-III ซึ่งเป็น self report inventory ที่ให้ผู้ป่วยรายงานตนเองซึ่งต้องอาศัยความร่วมมือจากผู้ป่วยในการรายงานตนเองโดยไม่ปิดบังข้อมูล กลุ่มตัวอย่างเหล่านี้มารับการรักษาเพราะผลจากการดื่มสุราและอยู่ในกระบวนการบำบัดอาการติดสุราประกอบกับผู้ป่วยเมื่อผ่านพ้นช่วงถอนพิษสุรามานแล้วสติสัมปชัญญะและการรู้ตัวค่อนข้างดี รวมถึงข้อคำถามจาก MCMI-III ใน scale alcohol dependence ค่อนข้างเจาะจงเรื่องการดื่มและปัญหาจากการดื่มสุราจึงอาจทำให้กลุ่มตัวอย่างรายงานตนเองแบบปกป้องตนเองหรือรายงานน้อยกว่าความเป็นจริง ทั้งนี้ผู้ที่ติดสารเสพติดมักสามารถหลีกเลี่ยงการตอบในลักษณะที่จะถูกจับได้เกี่ยวกับการใช้สารเสพติดในการทำแบบทดสอบ MCMI²⁰ เพราะหากรายงานตามความเป็นจริงอาจกลัวว่าจะถูกให้อยู่รับการบำบัดนานขึ้น ดังนั้นผลที่ได้จากแบบทดสอบแบบ self report

inventory โดยเฉพาะเรื่องเกี่ยวกับการดื่มสุราในผู้ป่วยโรคติดสุราอาจต้องมีการประเมินอย่างครอบคลุม

ข้อจำกัดในการศึกษา

1. เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาลักษณะพยาธิสภาพทางจิตครั้งนี้คือ MCMI-III ซึ่งครอบคลุมลักษณะทางจิตเวชเพียงแค่ 24 กลุ่มอาการ และการประเมินจากมุมมองของผู้ป่วยที่รายงานตนเอง แม้จะทำให้เห็นภาพมุกกว้างของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราในระดับหนึ่งแต่แบบทดสอบนี้ก็ยังไม่ครอบคลุมโรคทั้งหมดตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช จึงควรประเมินอย่างครอบคลุมกลุ่มโรคนั้นและควรประเมินจากทีมผู้บำบัดรักษาและญาติด้วย
2. กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาค้างนี้เป็นผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุรา แผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลสวนปรุง ซึ่งเป็นการสุ่มแบบเจาะจงจึงอาจมี sampling bias ทำให้พบความรุนแรงของโรคที่มากและอาจได้ผลการศึกษาที่แตกต่างหากศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยผู้ป่วยนอก ประกอบกับเกณฑ์ในการคัดเลือกเข้าการศึกษา ที่เลือกเฉพาะผู้ที่สามารถอ่านเขียนภาษาไทยได้ทำให้ต้องคัดผู้ป่วยที่ไม่เข้าตามเกณฑ์ข้อนี้ออกไปนั้นอาจทำให้ลักษณะพยาธิสภาพทางจิตที่พบในการศึกษานี้ไม่ได้เป็นตัวแทนทั้งหมดของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราการนำข้อมูลไปใช้ในกรณีทั่วไปควรคำนึงถึงข้อจำกัดเหล่านั้นด้วย

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาค้างนี้สามารถเป็นแนวทางสำหรับผู้บำบัดในการตัดสินใจเลือกการบำบัดรักษาให้เหมาะสมกับผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราโดยดูจากพื้นฐานบุคลิกภาพและโรคร่วมทางจิตเวช เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการบำบัด รวมไปถึงการพัฒนาแบบการบำบัดที่เฉพาะมากขึ้นสำหรับผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราและมีโรคร่วมทางจิตเวช

2. ควรมีการสัมภาษณ์ญาติเพื่อจะได้ทราบข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยมากขึ้นและให้ญาติเข้ามามีส่วนร่วมกับกระบวนการบำบัดเพื่อให้ญาติเกิดความตระหนักและเข้าใจถึงลักษณะพื้นฐานทางบุคลิกภาพและโรคจิตเวชร่วมที่ผู้ป่วยเป็น ซึ่งจะส่งผลดีต่อการบำบัดรักษาในระยะยาวหลังจากผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้าน

สรุป

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ทำให้เห็นว่าลักษณะพยาธิสภาพทางจิตของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุรานั้นพบลักษณะบุคลิกภาพผิดปกติและกลุ่มอาการทางจิตเวชเป็นโรคจิตเวชร่วม (psychiatric comorbid) ในอัตราที่ค่อนข้างสูง ซึ่งอาจเป็นอุปสรรคต่อการบำบัดรักษาหรือทำให้ผลการรักษาเกิดขึ้นได้ช้าลง ด้วยเหตุนี้จึงควรให้ความสำคัญกับการประเมินลักษณะพยาธิสภาพทางจิตและวินิจฉัยโรคร่วมทางจิตเวชในผู้ป่วยกลุ่มนี้ให้ครอบคลุมเพื่อนำข้อมูลไปเป็นแนวทางในพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาฟื้นฟูให้เหมาะสมและมีประสิทธิภาพมากที่สุด

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลสวนปรุงที่อนุญาตให้เก็บข้อมูล และกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการทำการทดสอบ

เอกสารอ้างอิง

1. The World Health Organization (WHO). Global Status Report on Alcohol 2004 [Internet]. 2004 [cited 2008 October 18]. Available from: http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_status_report_2004_overview.pdf

2. พรเทพ ศิริวนารังสรรค์, ธรณินทร์ กองสุข, สุวรรณอรุณพงศ์ไพศาล, พันธน์ภากิตติรัตน์ไพบุลย์, อัจฉรา จรัสสิงห์. ความชุกของโรคทางจิตในประเทศไทย: การสำรวจระดับชาติ; 2546. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2547; 12:177-88.
3. โรงพยาบาลสวนปรุง. รายงานผลการปฏิบัติงานโรงพยาบาลสวนปรุง ปีงบประมาณ 2551. เชียงใหม่: โรงพยาบาลสวนปรุง กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2551.
4. อรัญญา แพจ้อย, นรัญชญา ศรีบูรพา. ภาวะโรคจิตเวชร่วมในผู้ติดสุราที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในของศูนย์บำบัดรักษายาเสพติด เชียงใหม่. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2552; 54:63-74.
5. สมนึก หลิมศิริโรรัตน์. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม การเลิกดื่มสุราของผู้ติดสุราที่มารักษาในโรงพยาบาลราชบุรี. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2551; 53: 143-50.
6. Flensburg-Madsen T, Mortensen EL, Knop J, Becker U, Sher L, Grønbaek M. Comorbidity and temporal ordering of alcohol use disorders and other psychiatric disorders: results from a Danish register-based study. Compr Psychiatry [internet]. Available from: http://www.science direct.com/science?_ob=MIimg&_imagekey=B6WCV-4TYXM63-1-1&cdi=6748&_user=206209&orig=search&coverDate=08%2F31%2F2009&_sk=999499995&view=c&wchp=dGLbVzbzSkWA&md5=63bc6e6d96e80e7c761d53cab03e7c5a&ie=/sdarticle.pdf [cited 2009 September 26] 2009; 50:307-14.

7. Schneider U, Altmann A, Baumann M, Bernzen J, Bertz B, Bimber U, et al. Comorbid anxiety and affective disorder in alcohol-dependent patients seeking treatment: the first multicentre study in Germany. *Alcohol & Alcoholism* [Internet]. [cited 2009 Available from: <http://alcalc.oxfordjournals.org/cgi/reprint/36/3/219> September 26]; Vol. 36, No. 3, pp. 219–223.
8. Bowden-Jones O, Iqbal MZ, Tyrer P, Seivewright N, Cooper S, Judd A on behalf of the COSMIC study team, et al. Prevalence of personality disorder in alcohol and drug services and associated comorbidity. *Addiction* [Internet]. Available from: <http://www3.interscience.wiley.com/cgi-bin/fulltext/118795669/PDFSTART> [cited 2009 May 09]; 2004;99; 1306–14.
9. Fernandez-Montalvo J, Landa N, Lopez-Gonzi JJ, Lorea I. Personality disorders in alcoholics: A comparative pilot study between the IPDE and the MCMI-II. *Addictive Behaviors* [Internet]. Available from : http://www.sciencedirect.com/science?_ob=MIimg&_imagekey=B6VC9-4HC7780-2-1&_cdi=5949&_user=206209&_orig=search&_coverDate=08%2F31%2F2006&_sk=999689991&view=c&wchp=dGLbVlbzSkzk&md5=f391c66e7d1440d06cded53e49af12fe&ie=/sdarticle.pdf [cited 2009 May 09]; 2006;31:1442-8.
10. Echeburu'a E, Brovo de Medina R, Aizpiri J. Alcoholism and personality disorders: An exploratory study. *Alcohol & Alcoholism* [Internet]. Available from: <http://alcalc.oxfordjournals.org/cgi/reprint/40/4/323> [cited 2009 May 09]; 2005;40:323-6.
11. Echeburu'a E, Brovo de Medina R, Aizpiri J. Comorbidity of alcohol dependence and personality disorders: A comparative study. *Alcohol & Alcoholism* [Internet]. Available from: <http://alcalc.oxfordjournals.org/cgi/content/full/42/6/618> [cited 2009 May 09]; 2007; 42:618-22.
12. Millon T, Grossman S, Millon C, Meagher S, Ramnath R. *Personality disorders in modern life*. 2nded. New Jersey: John Wiley & Sons, Inc; 2004.
13. Millon T, Davis R, Millon C. *MCMI-III Manual*. 2nded. Minneapolis (MN): NSC Pearson, Inc; 1997.
14. อิตารัตน์ ศรีสุโข, ส่องโสม พึ่งพงศ์. ความแม่นยำของการใช้แบบทดสอบ Millon Clinical Multiaxial Inventory – III (MCMI-III) ในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวช. *เชียงใหม่*, 2550.
15. ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, มาโนช หล่อตระกูล, ผู้แปล และเรียบเรียง. *เกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช DSM-IV ฉบับภาษาไทย (ใช้รหัส ICD-10)*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชวนพิมพ์; 2541.
16. Hingson RW., Heeren T, Winter MR. Age of Alcohol-Dependence Onset: Associations with Severity of Dependence and Seeking Treatment. *PEDIATRICS* [Internet]. Available from: <http://pediatrics.aappublications.org/cgi/reprint/118/3/e755> September [cited 2010 June 27]; 2006;118:755-63

17. Wang J, El-Guebaly N. Sociodemographic Factors Associated With Comorbid Major Depressive Episodes and Alcohol Dependence in the General Population. *Can J Psychiatry* [Internet]. Available from: <https://ww1.cpa-apc.org/Publications/Archives/CJP/2004/January/wang.asp> [cited 2010 June 27]; 2004; 49:37-44
18. หทัยชนนี บุญเจริญ, พันธุ์นภา กิตติรัตน์ไพบูลย์. ทบทวนองค์ความรู้เรื่องแอลกอฮอล์. ใน: พันธุ์นภา กิตติรัตน์ไพบูลย์, หทัยชนนี บุญเจริญ, บรรณานิการ. แนวเวชปฏิบัติกรให้บริการผู้มีปัญหาสุขภาพจิตจากแอลกอฮอล์ในโรงพยาบาลจิตเวช. พิมพ์ครั้งที่ 1. เชียงใหม่: ไอแอมออเกโนเซออร์แอนด์แอดเวอร์ไทซิง, 2549.
19. Johnson BA, Ait-Daoud N. Alcohol: Clinical Aspects. In: Lowinson JH, Ruiz P, Millman RB, Langrod JG, editors. *Substance abuse: a comprehensive textbook*. 4th ed. Philadelphia: LIPPINCOTT WILLIAMS & WILKINS 2005. p. 151-63.
20. Craig RJ. Overview and current status of the Millon Clinical Multiaxial Inventory. *Journal of personality assessment* [Internet]. Available from: <http://www.informaworld.com/smpp/ftinterface?content=a785039309&rt=0&format=pdf> 1999 [cited 2009 May 09]; 1999;72:390-406.
21. Barlow DH, Durand VM. *Abnormal psychology an integrative approach*. Belmont, CA: Thomson Wadsworth, 2005.