



ความจำในผู้ป่วยที่มีภาวะติดสุราเรื้อรัง Memory in Patients with Chronic Alcoholism

นรากร สารีแท้ พย.ม.* เสรี ชัดเข้ม PhD**
Narakorn Sareelae M.N.S.* Seree Chadcham PhD**

บทนำ

การดื่มสุราในปริมาณที่มากเป็นเวลานานจนกลายเป็นการดื่มแบบติด (Alcohol dependence) เมื่อดื่มหนักต่อเนื่องกันหลายปี ในผู้ที่ติดสุราพบว่าขนาดของสมองส่วนฮิปโปแคมปัสเล็กลง ทำให้สูญเสียการสื่อสารด้วยวาจาและความจำ จนก่อให้เกิดกลุ่มอาการทางสมองที่ทำให้สมองมีการสูญเสียความทรงจำที่เรียกว่า Wernicke - Korsakoff Syndrome หากยังคงดื่มสุราต่อไปก็อาจเกิดโรคสมองเสื่อมจากสุราได้

ในปัจจุบัน มีผู้นิยมดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นจำนวนมากและเกินขนาดจนเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตในผู้ป่วยที่ติดสุรา¹ จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบพบว่า การดื่มสุรานำไปสู่การเสพติดแอลกอฮอล์ (Alcohol addiction) โรคพิษสุราเรื้อรัง (Alcoholism) เกิดปัญหาต่อระบบต่างๆ ของร่างกาย² ที่สำคัญที่สุด คือ แอลกอฮอล์มีผลต่อระบบประสาท การดื่มแอลกอฮอล์ระยะสั้นทำให้สูญเสียความทรงจำ (Amnesia) ไม่สามารถจดจำเหตุการณ์ในขณะนั้นได้ สับสน (Confusion) เดินเซ (Ataxia) ส่วนผลของการดื่มแอลกอฮอล์ระยะยาวทำให้เกิดภาวะสมองฝ่อ (Cerebral atrophy) ความจำเสื่อม (Dementia) และ Wernicke- Korsakoff Syndrome ซึ่งเกิดจากการไม่สามารถดูดซึม Vitamin B1³ ได้

การติดสุรามีผลกระทบต่อสมองทั้งความบกพร่องที่มีต่อระบบประสาทและโครงสร้างทางสมอง ความรุนแรงในระดับต่างๆ ขึ้นอยู่กับชนิดของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และปริมาณที่ดื่มเข้าไปในร่างกาย⁴ จากการศึกษาวิจัยในต่างประเทศพบว่า การใช้แอลกอฮอล์อย่างยาวนาน (Chronic alcohol use) ส่งผลเสียต่อการเรียนรู้และความจำระยะสั้น ระบบประสาทด้านการรู้คิด (Neurocognitive) บกพร่อง และเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดความจำเสื่อม⁵ รวมถึงมีผลกระทบต่อความสามารถในการบริหารจัดการ (Executive function) และยังพบว่าการทำงานของสมองส่วนนี้ลดลงโดยสัมพันธ์กับปริมาณของการดื่มสุราอย่างหนัก⁶ จากการประเมินทางจิตประสาทวิทยาทำให้ทราบถึงแนวโน้มความสัมพันธ์และความบกพร่องในการทำหน้าที่ของสมองและนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ในการวางแผน ป้องกัน ส่งเสริม และพัฒนาการบำบัดรักษาที่มีการฟื้นฟูความจำของผู้ป่วยสุราได้

คำสำคัญ: ความจำในผู้ป่วยสุรา ภาวะติดสุราเรื้อรัง การฟื้นฟูความจำ

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลรัฐอุดรธานี

**รองศาสตราจารย์ วิทยาลัยวิทยาการวิจัยและวิทยาการปัญญา มหาวิทยาลัยบูรพา



ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความจำในผู้ที่ติดสุรา

ผู้ป่วยติดสุรามีความสามารถด้านการรู้คิดที่ต่ำกว่าคนปกติเมื่อเปรียบเทียบกับคนในวัยเดียวกัน จากการศึกษาวิจัยของ The Psychological Corporation ที่ศึกษาในกลุ่ม Korsakoff's Syndrome ซึ่งเป็นกลุ่มอาการผิดปกติจากการดื่มสุรา พบเช่นเดียวกันว่าความสามารถด้านความจำอยู่ในระดับต่ำกว่าเกณฑ์เฉลี่ย (Extremely low) ถึงระดับคาบเส้น (Borderline range) แสดงให้เห็นถึงผลกระทบจากการดื่มสุราระยะยาวเกี่ยวข้องกับการทำหน้าที่รู้คิด นอกจากนี้ยังพบว่า ถ้าคะแนนในส่วนของความจำทั้งแบบระยะสั้นและระยะยาวมีระดับต่ำ แสดงถึงการมีปัญหาในการทวนข้อมูลสำคัญต่างๆ ที่พบในชีวิตประจำวัน ทั้งจากการฟังและการมองเห็น รวมถึงปัญหาในการทวนข้อมูลเมื่อเวลาเลยผ่านไป ซึ่งอาจแสดงถึงความบกพร่องทางความจำในระดับต่ำถึงปานกลางได้ มีการศึกษาเกี่ยวกับความบกพร่องทางสติปัญญาด้านการรู้คิด (Executive dysfunction) ที่มีการดื่มสุราในระยะเวลาสองปีพบมีความผิดปกติด้านการรู้คิด ความรู้ความเข้าใจ ซึ่งมีผลจากเมธานอลที่เป็นส่วนผสมของแอลกอฮอล์ ส่งผลให้ความจำมีความผิดปกติอย่างชัดเจน⁸ นอกจากนี้ยังพบว่าในผู้ที่ดื่มสุราระยะยาว กับผู้ที่ดื่มสุราระยะสั้น ส่งผลกระทบต่อกระบวนการรู้คิด การแก้ไขปัญหาที่แตกต่างกัน ทั้งนี้ในผู้ที่ดื่มสุราเป็นระยะเวลายาวนานทำให้กระบวนการรู้คิดส่วนนี้สูญเสียไปมากกว่ากลุ่มที่ดื่มสุราน้อยหรือไม่ดื่มสุราเลย⁹

เมื่อกล่าวถึงปัจจัยส่วนบุคคลกับรูปแบบและองค์ประกอบของความจำอื่นๆ เช่น ด้านระดับการศึกษาพบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับทุกรูปแบบและองค์ประกอบของความจำ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาคือผู้ที่มีระดับการศึกษาที่น้อยมีความสัมพันธ์กับความสามารถด้านความจำในระดับที่ลดลง¹⁰ รวมถึงสัมพันธ์กับประสิทธิภาพของกระบวนการรู้คิด (Cognitive Function) และยังพบว่าความบกพร่องของความจำในผู้ป่วยติดสุราเฉพาะปัจจัยด้านอายุและการศึกษา พบเช่นเดียวกันว่าการศึกษามีระดับการศึกษาน้อยสัมพันธ์กับการลดลงของความจำ¹¹ ส่วนการเริ่มต้นดื่มสุราเมื่ออายุยังน้อยมีผลทำให้ผู้ป่วยเกิดการติดสุราได้มากกว่าคนที่เริ่มดื่มเมื่ออายุมาก¹² การสูญเสียความทรงจำที่รุนแรงอาจเกิดจากโรคหลายโรค เช่น โรคอัลไซเมอร์ โรคหลอดเลือดสมอง และโรคที่เป็นสาเหตุที่เสียความจำได้ คือโรคพิษสุราเรื้อรังเฉียบพลัน ทั้งนี้

การสูญเสียความจำนั้นจะขึ้นกับลักษณะแต่ละบุคคลและอายุของแต่ละบุคคลด้วย¹³

ผลกระทบของสุรา

ลักษณะของความจำที่เกิดจากการดื่มสุราที่มีความรุนแรง ส่งผลกระทบต่อหน่วยความจำระยะสั้น ทำให้เกิดความจำเสื่อมชนิดที่มีอาการ Wernicke-Korsakoff มากที่สุด^{14,17} ผู้ป่วยที่ติดสุราได้แสดงให้เห็นว่ามีความบกพร่องในการเรียกคืนเหตุการณ์อดีตชีวิตประวัติ (Autobiographical events) ทำให้ความทรงจำส่วนนี้สูญเสียไป¹⁵ และผลของการฟื้นฟูความทรงจำอดีตชีวิตประวัติที่มีศักยภาพด้วยการเลิกดื่มสุรา และการฝึกฝนอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งการติดสุรามีความสัมพันธ์ ระหว่างการรับรู้ปัญหาและความทรงจำเกี่ยวกับตนเอง¹⁶ ผู้ป่วยสุราส่วนใหญ่มักเกิดภาวะเสียความจำ (Amnesia) แบบไปข้างหน้า (Anterograde amnesia) มากกว่าแบบย้อนหลัง (Retrograde amnesia) ผู้ป่วยจะรู้สึกดี ทั้งนี้เกิดจากภาวะขาดสารอาหารไทอามีน (Thiamine) ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง Neuronal energy metabolism ในสมองส่วนกลาง และลดการนำของกระแสประสาท ผู้ป่วยจะมีอาการกลอกตาไม่ได้ (Ophthalmoparesis) ตากระตุก (Nystagmus) เดินเซ (Ataxia) และสับสน ซึ่งภาวะนี้ จัดเป็นภาวะฉุกเฉิน ภาวะหนึ่งในผู้ป่วยพิษสุราที่ต้องรักษา¹⁷

ภาวะ Black out เป็นภาวะสุราเป็นพิษแบบหนึ่งเกิดได้ทั้งในกลุ่มสุราเป็นพิษเฉียบพลันหรือเรื้อรัง อาการที่แสดงออกคือ ผู้ที่มีสติ แต่ไม่สามารถจดจำเหตุการณ์ขณะนั้นได้ กล่าวคือผู้ป่วยเสียความทรงจำในระยะสั้นมากกว่าเสียความทรงจำในระยะยาว¹⁸ ถึงแม้จะเป็นอาการชั่วคราวแต่ก็อันตรายอย่างยิ่ง เนื่องจากสูญเสียความสามารถในการควบคุมตนเองอย่างชัดเจน ถ้าผู้ดื่มมีอาการแบบนี้บ่อยๆ พบว่ามีโอกาสเกิดการติดสุรา (Alcoholic dependent) ได้สูง ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยที่มีภาวะสูญเสียความทรงจำจากโรคพิษสุราเรื้อรังมีความจำเหตุการณ์ต่างๆ ได้ลดลง¹⁷ สถานะของความจำในผู้ป่วยที่มีอาการ Korsakoff syndrome ไม่สามารถบอกความแตกต่างของความจำและความรุนแรงที่อาจส่งผลให้เกิดภาวะสมองเสื่อมในอนาคตได้ แต่มีโอกาสที่จะเกิดภาวะนี้ได้หากยังมีการดื่มสุราในปริมาณที่เพิ่มขึ้น¹⁹



ผลกระทบของสุราต่อการทำงานของสมองและระบบประสาท

ผลกระทบของสุราทำให้ประสิทธิภาพการทำงานของหน่วยความจำลดลง ประสิทธิภาพของหน่วยความจำที่เสียไปขึ้นอยู่กับปริมาณแอลกอฮอล์ในร่างกาย และช่วงเวลาของการวัดปริมาณแอลกอฮอล์²⁰ จากหลายการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การดื่มแอลกอฮอล์มีผลกระทบต่อระบบประสาทส่วนกลาง โดยไปรบกวนระบบการทำงานของสารสื่อประสาทจำพวก Amino acid (Amino acid neurotransmitter systems) ทั้งชนิดกระตุ้น (Excitatory amino acids) ได้แก่ Glutamate และชนิดยับยั้ง (Inhibitory amino acids) ได้แก่ γ -Amino butyric acid (GABA) ผลของการดื่มแอลกอฮอล์ในระยะเฉียบพลัน (Acute alcohol consumption) มีผลทำให้ Glutamatergic neurotransmission ลดลง^{21,22} ดังนั้นการดื่มแอลกอฮอล์ในระยะสั้นๆ ทำให้เกิดการกดสมอง ผู้ดื่มจะรู้สึกอ่อนคลายเป็นมากขึ้น สมารถลดลง มึนงง (Stuporous) ปฏิกริยาตอบสนองอัตโนมัติช้าลงและอาจเสียชีวิตได้ โดยความรุนแรงของอาการจะขึ้นอยู่กับปริมาณแอลกอฮอล์ที่ดื่มเข้าไป

การดื่มสุราติดต่อกันเป็นระยะยาวหรือแบบเรื้อรัง (Chronic alcohol consumption) ทำให้เกิด Up-regulation ของ NMDA Receptor เซลล์ประสาทจึงถูกกระตุ้นมากขึ้น และเมื่อหยุดการดื่มแอลกอฮอล์กะทันหัน (Withdrawal) จะทำให้เกิดภาวะ Hyperexcitability อย่างรุนแรงจากการเสียสมดุลระหว่างระบบกระตุ้นและยับยั้ง จนอาจส่งผลทำให้ Neuron ตาย เนื่องจากถูกกระตุ้นมากเกินไป นอกจากนี้ยังทำให้เกิด Withdrawal Symptoms อื่นๆ เช่น วิตกกังวล (Anxiety) มือสั่น ตัวสั่น (Tremor) การรับรู้ผิดปกติ (Disorientation) กระสับกระส่าย (Agitation) เพื่อ (Delirium) เห็นภาพหรือได้ยินเสียงหลอน (Hallucinations) และอาการชักเกร็งกระตุก (Grand mal Seizures)^{21,22} โดยผลกระทบของสุราต่อการเกิดภาวะชักมักเกิดภายใน 12-48 ชั่วโมงหลังดื่มแอลกอฮอล์ครั้งสุดท้าย และต่อภาวะหูแว่ว ประสาทหลอน สับสน และซีมลง (Delirium tremens) มักเกิด ภายใน 48-96 ชั่วโมง หลังดื่มแอลกอฮอล์ครั้งสุดท้าย เนื่องจากมี Dopamine Transmission เพิ่มขึ้น²³ หลังจากอาการขาดสุราลดลงจะทำให้เกิดอาการเศร้า เบื่อ เหงา สมานใจไม่ได้ และมีอาการอยากดื่มสุรา (Craving)^{24,23}

ผลกระทบของสุราต่อโรคทางจิตเวช

ผู้ป่วยจิตเวชเมื่อใช้สุราและสารเสพติดนานๆ มีผลทำให้สมอง เกิดการเปลี่ยนแปลงการทำงานและเกิดอาการทางจิตเพิ่มขึ้น²⁵ ลักษณะเด่นที่ชัดเจนของผู้ป่วยสุราที่มีโรคจิตเวชร่วม คือ การคิดและความจำเสื่อม (Cognitive impairment) การดำรงอยู่ได้ในสังคมแย่งลง (Impairment in Social Functioning)²⁶ ผู้ดื่มสุรามักพบปัญหาโรคร่วมทางจิตเวชซึ่งภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาสำคัญที่พบบ่อยที่สุด^{27,28} นำไปสู่การใช้สารเสพติดนั้นเพื่อบรรเทาอารมณ์ที่ไม่สบายใจ ลดความวิตกกังวล ประหม่าในการเข้าสังคม และเป็นวิธีการแสวงหาความสุขสบายใจอย่างหนึ่ง²⁹ ผลของสุรายังทำให้ระดับสาร Serotonin และ Norepinephrine ในสมองต่ำลง ซึ่งมีผลต่อการรักษาระดับอารมณ์ปกติของมนุษย์และมีส่วนเกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าเช่นกัน รวมไปถึงพฤติกรรมการฆ่าตัวตายเป็นปัญหาสำคัญในผู้ที่ติดสุรา³⁰

การศึกษาที่มุ่งศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุราที่ส่งผลต่อความจำอื่น ๆ

นอกจากนี้ยังมีการวิจัยอีกหลายเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุราที่ส่งผลต่อความจำ และผลกระทบต่อการดื่มสุราที่ส่งผลต่อความจำ เช่น Bezdicek et al⁶ พบว่าความผิดปกติด้านการรู้คิด ความรู้ความเข้าใจ มีผลจากเมธานอลที่เป็นส่วนผสมของแอลกอฮอล์ ส่งผลให้ความจำมีความผิดปกติอย่างชัดเจน ส่วนการศึกษาของ Cuervo-Lombard et al¹⁵ แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยที่ดื่มสุรามีความบกพร่องในการเรียกคืนเหตุการณ์ในอดีตชีวประวัติ (Autobiographical events) ทำให้ความทรงจำส่วนนี้สูญเสียไป เช่นเดียวกับ Nandrino et al³¹ ที่พบว่าผู้ป่วยที่ดื่มสุรามีประสิทธิภาพในการรับรู้และการเข้าใจอารมณ์ของตนเองค่อนข้างต่ำ และมีความบกพร่องในการเรียกคืนเหตุการณ์ในอดีตชีวประวัติ (Autobiographical Memory) ซึ่งสอดคล้องกับ Poncin et al¹⁶ ผู้ที่ติดแอลกอฮอล์มีความทรงจำเกี่ยวกับอดีตชีวประวัติที่ลดลง โดยใช้การทดสอบความจำอดีตชีวประวัติ วัดความรู้สึกร่วมของ Auto noetic ด้วยกระบวนการทัศนการจำและการรับรู้

ยังมีการศึกษาผลกระทบของการดื่มสุราที่ส่งผลต่อความจำ และระดับสติปัญญา เช่น Ganguli et al¹⁰ พบว่าการที่ผู้ดื่มสุราอายุ และการศึกษาที่น้อย จะส่งผลต่อความจำ การรู้คิดและระดับสติปัญญา และยังพบว่า ส่งผลต่อความจำด้านภาษา ด้านความใส่ใจ และด้านมิติสัมพันธ์ (Visuospatial)



ที่ลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ Lindemann, Antille, & Clarke⁴ พบความบกพร่องทางสติปัญญาที่แตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับปริมาณที่ดื่มเข้าไปในร่างกาย มักทำให้เกิดความเสียหายจากสมองที่นำไปสู่ภาวะสมองเสื่อมได้ตลอดเวลา

นอกจากนี้ยังพบว่ามีผลต่อกระบวนการรับรู้ ความเข้าใจในด้านภาษา เช่น Nowakowska-Domagala et al⁹ ทำให้กระบวนการรับรู้ ความเข้าใจในด้านภาษา และความจำ มีความผิดปกติ และมีความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาปริมาณการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ทั้งนี้ปริมาณเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ส่งผลโดยตรงต่อความจำระยะสั้น และระยะยาว เช่นเดียวกับการศึกษาของ Pitel et al¹¹ แสดงให้เห็นถึงการเรียนรู้ ความเข้าใจด้านภาษา และความจำที่บกพร่อง ส่งผลต่อการเรียนรู้ตลอดระยะเวลาในการฝึกฝน ทำให้ต้องใช้เวลาในการฟื้นฟูความทรงจำที่นานมากขึ้น จนมีการพัฒนาวิธีการฟื้นฟูความจำของ Nguyen-Louie, Buckman, Ray, & Bates³² มีการใช้รูปภาพในการเรียกคืนความทรงจำในผู้ป่วยที่ดื่มสุรา ซึ่งมีผลต่อการเรียกคืนความทรงจำ หากมีการใช้รูปภาพที่เกี่ยวกับสุราจะทำให้ผู้ป่วยเรียกคืนความจำด้านการอยากดื่มสุรามากขึ้น และนอกจากนี้ยังมีการศึกษาด้านผลของการเรียกคืนความจำของ Poltavski, Marino, Guido, Kulland, & Petros²⁰ พบว่า ผลของการเรียกคืนความจำในผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์ ในแต่ละช่วงวัยมีความแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับปริมาณและผลกระทบที่เกิดขึ้นเกี่ยวกับสมองของผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์ ทั้งนี้ยังมีการศึกษาของ Hoffman, Sklar, & Nixon,⁵ พบว่า พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ที่มีปริมาณแอลกอฮอล์ในระดับต่ำและปานกลางในผู้สูงอายุ ทำให้ประสิทธิภาพการทำงานของหน่วยความจำลดลงทั้งชายและหญิง แต่ในผู้หญิงมีความสามารถในความจำน้อยกว่าผู้ชาย ซึ่งเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณต่ำอาจช่วยให้ความสามารถในการรับรู้ความสามารถบางอย่าง ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับปริมาณของแอลกอฮอล์ที่ดื่มเข้าไปด้วย

การบำบัดรักษาผู้ดื่มสุราและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การรักษาภาวะเสียความทรงจำต่อการดื่มสุราเรื้อรังโดยทั่วไปแล้วเป็นการบำบัดด้วยยา ร่วมกับการบำบัดทางจิตสังคม ซึ่งการบำบัดทางจิตสังคมที่ใช้บำบัดผู้ดื่มสุรา มีหลายรูปแบบด้วยกัน จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy: CBT) เป็นการบำบัดทางจิตสังคมวิธีหนึ่งที่ใช้ใน

การบำบัดผู้ดื่ม ผู้ดื่มสุราได้อย่างมีประสิทธิภาพ³³ ทำให้พฤติกรรมกรรมการดื่มสุราลดลงหลังเข้าร่วมโปรแกรม อธิบายได้ว่าการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมเป็นการบำบัดที่มุ่งเน้นปรับเปลี่ยนกระบวนการทางความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับการดื่มสุรา เช่น การดื่มสุราทำให้มีความสุข ทำให้คลายเครียด มีเพื่อนมาก ทำให้มีความกล้าเพิ่มขึ้น ทำให้หายเหนื่อย ปรับให้เป็นความคิดที่เหมาะสม³⁴ มีเป้าหมายเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถค้นหาและแก้ไข ความรู้สึกกังวลไปเป็นเกิดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ซึ่งถือเป็นหลักการสำคัญที่ทำให้ผู้ใช้สารเสพติดรวมทั้งผู้เสพติดสุรา มีพฤติกรรมลดลงอย่างมั่นคง³⁵

แนวทางการฟื้นฟูความจำสำหรับผู้ดื่มสุราและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การฟื้นฟูความจำสำหรับผู้ดื่มสุรา สาเหตุหนึ่งเกิดจากการขาดความสมดุลของหน่วยความจำ เป็นผลกระทบหลักของความพิการทางสติปัญญาและมีผลกระทบอย่างมากต่อชีวิตประจำวันในผู้ป่วยที่ดื่มสุรา การฝึกฝนความทรงจำจึงเป็นสิ่งจำเป็นและสำคัญในการเพิ่มประสิทธิภาพของหน่วยความจำให้กลับฟื้นคืนมา³⁶ การฟื้นฟูความจำด้วยการใช้เทคนิคการบำบัดด้วยความรู้ความเข้าใจ (Cognitive Behavioral Therapy Techniques) เป็นอีกทางเลือกหนึ่งในการฟื้นฟูความจำ ดังนี้

การบันทึกความคิด เช่น เมื่อมีการกลับไปดื่มสุราอีกครั้งหนึ่ง ก็ทำการบันทึกความคิดว่า “ฉันกลับไปดื่มสุราอีกครั้ง การกลับไปดื่มนี้ฉันได้เรียนรู้.....” ซึ่งผู้ป่วยจะเป็นผู้บันทึกความคิดนั้น และผู้ป่วยจะทำหน้าที่ในการแลกเปลี่ยนความคิดในทางที่ถูกต้องกับผู้ป่วย การบันทึกความคิดจะช่วยเปลี่ยนความเชื่อในระดับลึกของผู้ป่วยได้ การจัดกิจกรรมที่หลากหลาย เช่น การจดบันทึกตารางกิจวัตรประจำวันของตนเอง ทำให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้และมีการวางแผนการดำเนินชีวิตในทางที่ถูกต้อง จะทำการบันทึกว่า “เขียนเจ็ดวันถัดไปลงบนแผนกระดาษโดยเริ่มจากวันนี้”

หรืออีกทางเลือกหนึ่งของเทคนิคนี้คือการจัดตารางกิจกรรมประจำวัน การทำกิจกรรมที่ก่อให้เกิดอารมณ์ในแง่บวกในชีวิตประจำวันจะช่วยให้ความคิดในการดูแลตัวเองเพิ่มขึ้น และลดการอยากดื่มสุรา รวมไปถึงเทคนิคการเปิดภาพเพื่อฟื้นฟูความทรงจำ เป็นการระลึกถึงความทรงจำล่าสุดที่กระตุ้นอารมณ์เชิงลบที่แข็งแกร่ง ตัวอย่างเช่น “ภาพ



ตัวเองที่สุขภาพดี” การเปิดภาพทำให้ความทรงจำที่ตึกกลับมามากขึ้น ด้วยเหตุนี้ก็ยังมีความจำเป็นที่จะช่วยลดการหลีกเลี่ยงการเผชิญปัญหาการดื่มสุรา และความจำของผู้ป่วยจะกลับมาหากมีการฝึกอย่างสม่ำเสมอ³⁷ โดยมีรายงานวิจัยที่เกี่ยวกับการนำรูปภาพมาใช้ในการเรียกคืนความจำ เช่น การศึกษาของ Nguyen-Louie et al³² รูปเครื่องดื่มแต่ละชนิดมีผลต่อการเรียกคืนข้อมูลภาพที่ชัดเจน หากมีการฝึกซ้ำๆ สามารถเรียกคืนความจำได้อย่างมีนัยสำคัญ รูปแบบการบำบัดด้วยความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมในการรักษาผู้ติดยาและสารยาเสพติด การพัฒนาโปรแกรมการรักษาที่มีประสิทธิภาพในการรักษากลุ่มของผู้ติดยาเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพต้องมีทางเลือกหนึ่งสำหรับการรักษาอื่น ๆ ร่วมด้วยที่จะสามารถเข้าใจพฤติกรรมของผู้ติดยาได้³⁸ นอกจากนี้ยังมีการศึกษาของ นรากร สาริห์ และคณะ⁴² ที่พัฒนาโปรแกรมที่นำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย เพราะเชื่อว่าครอบครัวเป็นส่วนหนึ่งในการที่จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตัวเองได้ แต่ครอบครัวจะต้องได้รับการดูแลและส่งเสริมสุขภาพของตนเองเช่นกัน

การสร้างแรงจูงใจในการเลิกสุรา สามารถช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ทั้งนี้เพราะผู้ติดยามีความตั้งใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มของตัวเอง การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Enhancement Therapy: MET) เป็นการบำบัดอย่างเป็นระบบ โดยใช้การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational interviewing: MI) และการให้คำปรึกษารายบุคคล (Individual counseling) ในการแก้ไขความตั้งใจของผู้ป่วยโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เป็นวิธีการบำบัดที่ใช้กลยุทธ์ในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงด้วยตัวเอง³⁹ มีผลการศึกษาที่พบว่าผู้ติดยาที่ได้รับการบำบัดแบบเสริมสร้างแรงจูงใจเป็นระยะๆ จะมีอัตราการหยุดดื่มสุราสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการเสริมสร้างแรงจูงใจ⁴⁰ และใช้กลวิธีการบำบัดต่างๆ เพื่อสร้างให้เกิดแรงจูงใจที่เข้มแข็งในการเริ่มต้นปรับเปลี่ยนพฤติกรรม⁴¹

สรุป

พิษภัยของแอลกอฮอล์มีอันตรายต่อระบบประสาทอย่างยิ่ง โดยเฉพาะด้านความจำที่จะสูญเสียไปได้ ไม่ว่าจะเป็นความจำขณะทำงาน (Working memory) ความจำระยะยาว (Longterm memory) และอาจส่งผลต่อการเกิด

โรคสมองเสื่อมได้โดยความจำจะบกพร่องอย่างชัดเจน การตัดสินใจและการใช้เหตุผลผิดพลาดหรือบกพร่องไป ทักษะในการคิดก็เสื่อมลงตามตัวไปด้วย ในบางรายหากได้รับการรักษาไม่ทันอาจทำให้กลายเป็นโรคสมองเสื่อมอย่างถาวรได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งภาวะสูญเสียความทรงจำจากการดื่มสุราที่จำเป็นต้องใช้ระยะเวลาในการฟื้นฟูความจำที่นาน และมีรูปแบบการฟื้นฟูความจำที่ยังไม่มีความชัดเจนเกี่ยวกับการรักษาภาวะนี้ นอกจากนี้ผู้ติดยาส่วนใหญ่มักพบโรคร่วมทางจิตเวชด้วยค่อนข้างสูงเช่น โรคซึมเศร้า พฤติกรรมการฆ่าตัวตาย โรคจิตเภท โรคอารมณ์แปรปรวน เป็นต้น ส่งผลให้คุณภาพชีวิตที่ไม่ดีตามมาได้

ข้อเสนอแนะ

1) องค์ความรู้เกี่ยวกับความจำในผู้ป่วยสุราที่มีภาวะติดยาเรื้อรังมีค่อนข้างมาก มีการพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินฉบับภาษาไทยที่ใช้ได้สะดวก แต่ต้ององค์ความรู้ที่เป็นการดูแลและฟื้นฟูความจำในผู้ป่วยสุราที่มีค่อนข้างน้อย ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในต่างประเทศทั้งหมด ควรมีการนำองค์ความรู้ดังกล่าวมาประยุกต์ใช้ให้เข้ากับการดูแลผู้ป่วย และบริบทของประเทศไทย

2) การพัฒนาโปรแกรมในการฟื้นฟูความจำในผู้ป่วยสุรา จำเป็นต้องมีการประเมินระดับความจำในผู้ป่วย เพื่อนำมาใช้ในการออกแบบกิจกรรม ตลอดจนพัฒนาโปรแกรมให้สอดคล้องกับตัวผู้ป่วย บนพื้นฐานของข้อมูลทางวิชาการที่น่าเชื่อถือ และควรมีการจัดโปรแกรมให้มีความต่อเนื่องและสม่ำเสมอ

เอกสารอ้างอิง

- Laramée P, Leonard S, Buchanan-Hughes A, Warnakula S, Daepfen JB, Rehm J. Risk of all-cause mortality in alcohol-dependent individuals: a systematic literature review and meta-analysis. *EBioMedicine* 2015 Oct 31; 2(10): 1394-404.
- World Health Organization, World Health Organization. Management of Substance Abuse Unit. Global status report on alcohol and health, 2014. World Health Organization; 2014.
- Rose ME, Grant JE. Alcohol-induced blackout: phenomenology, biological basis, and gender differences. *Journal of addiction medicine* 2010 Jun 1; 4(2): 61-73.



4. Lindemann A, Antille V, Clarke S. Cognitive impairment in alcohol addiction. *Revue medicale suisse* 2011 Jul; 7(302): 450-2.
5. Hoffman LA, Sklar AL, Nixon SJ. The effects of acute alcohol on psychomotor, set-shifting, and working memory performance in older men and women. *Alcohol* 2015 May 31; 49(3): 185-91.
6. Fernández-Serrano MJ, Pérez-García M, Schmidt Río-Valle J, Verdejo-García A. Neuropsychological consequences of alcohol and drug abuse on different components of executive functions. *Journal of Psychopharmacology* 2010 Sep; 24(9): 1317-32.
7. Wechsler D. Wechsler adult intelligence scale—Fourth Edition (WAIS–IV). San Antonio, TX: NCS Pearson 2008; 22:498.
8. Bezdicek O, Michalec J, Vaneckova M, Klempir J, Liskova I, Seidl Z, Janikova B, Miovsky M, Hubacek J, Diblik P, Kuthan P. Cognitive sequelae of methanol poisoning involve executive dysfunction and memory impairment in cross-sectional and long-term perspective. *Alcohol* 2017 Mar 31; 59: 27-35.
9. Nowakowska-Domagala K, Jablkowska-Górecka K, Mokros Ł, Koprowicz J, Pietras T. Differences in the verbal fluency, working memory and executive functions in alcoholics: Short-term vs. long-term abstainers. *Psychiatry research* 2017 Mar 31; 249:1-8.
10. Ganguli M, Snitz BE, Lee CW, Vanderbilt J, Saxton JA, Chang CC. Age and education effects and norms on a cognitive test battery from a population-based cohort: The Monongahela–Youghiogheny Healthy Aging Team. *Aging and Mental Health* 2010 Jan 1; 14(1): 100-7.
11. Pitel AL, Witkowski T, Vabret F, Guillery-Girard B, Desgranges B, Eustache F, Beaunieux H. Effect of episodic and working memory impairments on semantic and cognitive procedural learning at alcohol treatment entry. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 2007 Feb 1; 31(2): 238-48.
12. Kienast T, Heinz A. Therapy and supportive care of alcoholics: guidelines for practitioners. *Digestive Diseases*. 2005; 23(3-4): 304-9.
13. Moffat N. Strategies of memory therapy. In *Clinical management of memory problems* 1992 (pp. 86-119). Springer US.
14. Ryback RS. The continuum and specificity of the effects of alcohol on memory: A review. *Quarterly journal of studies on alcohol*. 1971 Dec.
15. Cuervo-Lombard C, Raucher-Chéné D, Barrière S, Van der Linden M, Kaladjian A. Self-defining memories in recently detoxified alcohol-dependent patients. *Psychiatry research* 2016 Dec 30; 246: 533-8.
16. Poncin M, Neumann A, Luminet O, Weghe NV, Philippot P, de Timary P. Disease recognition is related to specific autobiographical memory deficits in alcohol-dependence. *Psychiatry research* 2015 Dec 15; 230(2): 157-64.
17. Albert MS, Butters N, Levin J. Temporal gradients in the retrograde amnesia of patients with alcoholic Korsakoff's disease. *Archives of Neurology* 1979 Apr 1; 36(4): 211-6.
18. US Department of Health and Human Services. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. Alcohol's damaging effects on the brain. *Alcohol Alert* 2004; 63: 1-7.
19. Cohen NJ, Squire LR. Retrograde amnesia and remote memory impairment. *Neuropsychologia*. 1981 Dec 31; 19(3):337-56.
20. Poltavski DV, Marino JM, Guido JM, Kulland A, Petros TV. Effects of acute alcohol intoxication on verbal memory in young men as a function of time of day. *Physiology & behavior* 2011 Jan 10; 102(1): 91-5.
21. Clapp P, Bhave SV, Hoffman PL. How adaptation of the brain to alcohol leads to dependence: a pharmacological perspective. *Alcohol Research & Health* 2008; 31(4): 310.
22. Nagy J. Alcohol related changes in regulation of NMDA receptor functions. *Current neuropharmacology* 2008 Mar 1; 6(1): 39-54.
23. McKeon A, Frye MA, Delanty N. The alcohol withdrawal syndrome. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry* 2008 Aug 1; 79(8): 854-62.



24. Ait-Daoud N, Malcolm RJ, Johnson BA. An overview of medications for the treatment of alcohol withdrawal and alcohol dependence with an emphasis on the use of older and newer anticonvulsants. *Addictive behaviors* 2006 Sep ; 31(9): 1628-49.
25. 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. *American journal of psychiatry* 1998 Feb 1; 155(2): 226-31.
26. Twamley EW, Jeste DV, Bellack AS. A review of cognitive training in schizophrenia. *Schizophrenia bulletin* 2003; 29(2):359.
27. Hausmann A, Fleischhacker WW. Differential diagnosis of depressed mood in patients with schizophrenia: a diagnostic algorithm based on a review. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2002 Aug 1;106(2): 83-96.
28. Harris KM, Edlund MJ. Self-medication of mental health problems: New evidence from a national survey. *Health Services Research* 2005 Feb 1;40(1): 117-34.
29. Hoff RA, Rosenheck RA. Long-term patterns of service use and cost among patients with both psychiatric and substance abuse disorders. *Medical Care* 1998 Jun 1;36(6): 835-43.
30. Roy A, Janal MN. Risk factors for suicide attempts among alcohol dependent patients. *Archives of Suicide Research* 2007 Mar 21;11(2): 211-7.
31. Nandrino JL, Gandolphe MC, Alexandre C, Kmiecik E, Yguel J, Urso L. Cognitive and affective theory of mind abilities in alcohol-dependent patients: the role of autobiographical memory. *Drug and alcohol dependence* 2014 Oct 1;143: 65-73.
32. Nguyen-Louie TT, Buckman JF, Ray S, Bates ME. Drinkers' memory bias for alcohol picture cues in explicit and implicit memory tasks. *Drug and alcohol dependence* 2016 Mar 1; 160:90-6.
33. Longabaugh R, Morgenstern J. Cognitive-behavioral coping-skills therapy for alcohol dependence current status and future directions. *Alcohol Research & Health* 1999 Mar 22;23(2):78-.
34. Ryle AE. *Cognitive Analytic Therapy: Developments in theory and practice*. John Wiley & Sons; 1995.
35. McKee SA, Carroll KM, Sinha R, Robinson JE, Nich C, Cavallo D, O'Malley S. Enhancing brief cognitive-behavioral therapy with motivational enhancement techniques in cocaine users. *Drug and Alcohol Dependence* 2007 Nov 2;91(1):97-101.
36. Palermo E, Laut J, Nov O, Cappa P, Porfiri M. Spatial memory training in a citizen science context. *Computers in Human Behavior* 2017 Aug 31;73:38-46.
37. Kuyken W, Padesky CA, Dudley R. *Collaborative case conceptualization: Working effectively with clients in cognitive-behavioral therapy*. Guilford Press; 2008 Dec 10.
38. Rangé BP, Marlatt GA. Cognitive-behavioral therapy for alcohol and drug use disorders. *Revista Brasileira de Psiquiatria* 2008 Oct;30:s88-95.
39. Miller WR, Rollnick S. *Motivational interviewing: Helping people change (applications of motivational interviewing)*. Guilford press; 2012 Sep 1.
40. UKATT Research Team. Effectiveness of treatment for alcohol problems: findings of the randomised UK alcohol treatment trial (UKATT). *BMJ* 2005 Sep 8;331(7516): 541.
41. Vasilaki EI, Hosier SG, Cox WM. The efficacy of motivational interviewing as a brief intervention for excessive drinking: a meta-analytic review. *Alcohol and Alcoholism* 2006 May 1;41(3): 328-35.
42. นรากร สารีแหลล์, อัจฉรา คำมะทิตย์, กรรณิกา นามหย่อง, ว่าที่ ร.ต.รัตนชัย เพ็ชรสมบัติ. ผลของโปรแกรมสนับสนุน ครอบครัวสำหรับครอบครัวผู้ติดสารเสพติดในโรงพยาบาลรัฐอุตรดิตถ์ The Effectiveness of Family Support Program for Families of Substance Users: Thanyarak Udonthani Hospital. *Journal of Nursing and Health Care* 2017 Apr 25;35(1): 146-57.