

LỜI NÓI ĐẦU

(Cho lần in thứ nhất)

Nhằm thực hiện tốt những mục tiêu của “*Dự án hỗ trợ phát triển hệ thống trợ giúp xã hội và phục hồi chức năng cho người tâm thần, người rối nhiễu tâm trí giai đoạn 2013-2015*” của Bộ Lao động - Thương binh - Xã hội, Trường Đại học Lao động - Xã hội tổ chức biên soạn giáo trình Đại cương chăm sóc sức khỏe tâm thần.

Giáo trình được chia thành 2 phần chính:

- Phần thứ nhất: Những vấn đề chung

Trong phần này, sau khi đề cập đến lược sử hình thành và phát triển của công tác chăm sóc sức khỏe tâm thần trên thế giới và trong nước, giáo trình đề cập đến một số vấn đề chung như:

- Các loại mô hình chăm sóc sức khỏe tâm thần
- Phân loại các vấn đề sức khỏe tâm thần
- Các triệu chứng, hội chứng rối loạn tâm thần.

Phần thứ hai: Chăm sóc người có rối loạn tâm thần

Trong phần này, giáo trình đề cập đến những rối loạn tâm thần thường gặp như:

- Tâm thần phân liệt
- Nghiện chất
- Rối loạn khí sắc
- Rối loạn lo âu
- Các rối loạn liên quan đến phát triển
- Các rối loạn do tổn thương thực thể não và các rối loạn khác.

Ở từng dạng rối loạn, sau khi mô tả những đặc điểm lâm sàng nổi bật, giáo trình đề cập đến các hình thức cũng như kỹ thuật chăm sóc người có rối loạn tâm thần từ tiếp cận y học, tâm lý và xã hội.

Nhân tiện đây chúng tôi cũng xin có đôi điều muốn được trao đổi với các độc giả:

- Như đã biết, hiện nay có nhiều lực lượng xã hội khác nhau tham gia vào việc chăm sóc sức khỏe tâm thần, do vậy, về mặt thuật ngữ cũng không có sự thống nhất chung. Nếu thuật ngữ/khái niệm bệnh nhân/người bệnh và bệnh tâm thần, rối loạn tâm thần được dùng phổ biến trong lĩnh vực y học thì trong lĩnh vực tâm lý lâm sàng, thuật ngữ được dùng nhiều là thân chủ/khách hàng và rối

hiều tâm lí, vấn đề sức khỏe tâm thần. Trong công tác xã hội, ngoài thuật ngữ thân chủ/khách hàng, một số nước còn dùng thuật ngữ người tiêu dùng (với hàm ý là người tiêu dùng các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần). Trong giáo trình này, thuật ngữ mà chúng tôi sử dụng chủ yếu là “người có rối loạn tâm thần”. Ngoài cụm từ đó, tùy theo từng chỗ, chúng tôi dùng các thuật ngữ khác như: người bệnh, thân chủ mang tính chất thay thế.

- Một trong những hạn chế của giáo trình là chưa đề cập được một cách thấu đáo công tác điều dưỡng tâm thần nói chung, tại cộng đồng nói riêng.

Mặc dù đã có cố gắng song việc biên soạn khó tránh khỏi sơ xuất. Các tác giả xin được chân thành cảm ơn những ý kiến đóng góp quý báu về giáo trình để tài liệu được hoàn thiện hơn khi có điều kiện.

Nhân dịp này chúng tôi cũng xin bày tỏ lời cảm ơn đến ***Dự án hỗ trợ phát triển hệ thống trợ giúp xã hội và phục hồi chức năng cho người tâm thần, người rối nhiễu tâm trí giai đoạn 2013-2015*** của Bộ Lao động - Thương binh - Xã hội và Ban Giám hiệu Trường Đại học Lao động - Xã hội đã tạo điều kiện, cho phép chúng tôi biên soạn giáo trình này.

CÁC TÁC GIẢ

NỘI DUNG

| | |
|--|----|
| Phần thứ nhất..... | 17 |
| NHỮNG VẤN ĐỀ CHUNG..... | 17 |
| Chương 1..... | 18 |
| NHẬP MÔN..... | 18 |
| 1 KHÁI NIỆM CHUNG..... | 18 |
| 1.1 Sức khỏe tâm thần..... | 18 |
| 1.2 Các vấn đề về sức khỏe tâm thần..... | 19 |
| 1.3 Chăm sóc sức khỏe tâm thần..... | 21 |
| 1.3.1 Vai trò của các hệ thống nhà nước..... | 21 |
| 1.3.2 Các lực lượng, tổ chức tham gia trực tiếp vào công tác chăm sóc sức khỏe tâm thần..... | 21 |
| 2 LỊCH SỬ PHÁT TRIỂN..... | 24 |
| 2.1 Trên thế giới..... | 25 |
| 2.1.1 Thời kì thượng cổ..... | 25 |
| 2.1.2 Thời kì trung cổ..... | 25 |
| 2.1.3 Thời kì từ cuối thế kỉ 18 đến thế kỉ 19..... | 26 |
| 2.1.4 Thời kì từ đầu thế kỉ 20 đến những năm 1960..... | 27 |
| 2.1.5 Thời kì từ 1960 đến nay..... | 29 |
| 2.2 Chăm sóc sức khỏe tâm thần tại Việt Nam..... | 30 |
| 2.2.1 Trước thế kỉ 20..... | 30 |
| 2.2.2 Thời kì thuộc Pháp..... | 30 |
| 2.2.3 Thời kì từ 1954 đến nay..... | 31 |
| 3 MỘT SỐ MÔ HÌNH CHĂM SÓC SỨC KHỎE TÂM THẦN..... | 32 |
| 3.1 Khu vực Tâm thần học..... | 32 |
| 3.2 Khu vực Dịch tễ học..... | 33 |
| 3.3 Chiến lược trạm trung gian..... | 33 |
| 3.4 Bệnh viện tâm thần ban ngày..... | 34 |
| 3.5 Phong trào sức khỏe tâm thần cộng đồng..... | 34 |
| 3.6 Các chương trình hỗ trợ cộng đồng..... | 35 |
| 3.7 Mô hình nhà câu lạc bộ (Clubhouse model)..... | 37 |
| 3.8 Chăm sóc có quản lí..... | 38 |
| Chương 2..... | 40 |

| | |
|---|----|
| NGUYÊN NHÂN VÀ PHÂN LOẠI CÁC VẤN ĐỀ SỨC KHỎE TÂM THẦN | 40 |
| 1 NGUYÊN NHÂN VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN | 40 |
| 1.1 Các nguyên nhân sinh học | 40 |
| 1.1.1 Di truyền..... | 40 |
| 1.1.2 Cấu trúc và chức năng của não | 43 |
| 1.1.3 Đáp ứng nội tiết..... | 50 |
| 1.1.4 Các yếu tố bệnh lí nội khoa..... | 50 |
| 1.2 Các nguyên nhân tâm lí | 51 |
| 1.2.1 Lí thuyết Phân tâm học | 51 |
| 1.2.2 Lí thuyết Hành vi | 51 |
| 1.3 Các yếu tố xã hội | 54 |
| 1.3.1 Sự khác biệt về vị thế kinh tế- xã hội..... | 54 |
| 1.3.2 Vị thế thiểu số | 55 |
| 1.3.3 Tuổi và giới | 56 |
| 1.3.4 Những sự kiện trong đời | 57 |
| 1.3.5 Các yếu tố văn hóa | 59 |
| 1.3.6 Mô hình sinh-tâm-xã hội | 59 |
| 1.3.7 Mô hình thể trạng stress | 60 |
| 2 PHÂN LOẠI CÁC VẤN ĐỀ SỨC KHỎE TÂM THẦN..... | 60 |
| 2.1 Giới thiệu chung | 60 |
| 2.2 ICD | 60 |
| 2.3 Hệ thống phân loại của Hội Tâm thần học Mỹ | 62 |
| Chương 3 | 63 |
| MỘT SỐ TRIỆU CHỨNG, HỘI CHỨNG RỐI LOẠN TÂM THẦN..... | 63 |
| 1 RỐI LOẠN CẢM GIÁC | 63 |
| 1.1 Cảm giác là gì | 63 |
| 1.2 Tăng cảm giác..... | 63 |
| 1.3 Giảm cảm giác | 64 |
| 1.4 Loạn cảm giác bản thể | 64 |
| 2 RỐI LOẠN TRI GIÁC..... | 64 |
| 2.1 Tri giác là gì..... | 64 |
| 2.2 Tri giác nhầm..... | 65 |
| 2.2.1 Khái niệm | 65 |

| | | |
|-------|--|----|
| 2.2.2 | Các loại tri giác nhầm | 65 |
| 2.3 | Ảo giác..... | 66 |
| 2.3.1 | Ảo giác là gì | 66 |
| 2.3.2 | Các loại ảo giác | 66 |
| 3 | RỐI LOẠN TƯ DUY..... | 68 |
| 3.1 | Tư duy là gì..... | 68 |
| 3.2 | Các triệu chứng rối loạn hình thức tư duy..... | 68 |
| 3.2.1 | Theo nhịp điệu ngôn ngữ | 68 |
| 3.2.2 | Theo hình thức phát ngôn | 69 |
| 3.2.3 | Theo kết cấu ngôn ngữ..... | 70 |
| 3.2.4 | Theo ý nghĩa, mục đích của ngôn ngữ..... | 70 |
| 3.3 | Các triệu chứng rối loạn nội dung tư duy..... | 70 |
| 3.3.1 | Định kiến/ý tưởng quá đáng..... | 70 |
| 3.3.2 | Ảm ảnh..... | 71 |
| 3.3.3 | Hoang tưởng..... | 73 |
| 3.4 | Các hội chứng rối loạn tư duy | 75 |
| 3.4.1 | Hội chứng hoang tưởng - ảo giác..... | 75 |
| 3.4.2 | Hội chứng paraphrenia..... | 75 |
| 3.4.3 | Hội chứng nghi bệnh..... | 76 |
| 4 | RỐI LOẠN CẢM XÚC | 76 |
| 4.1 | Khái niệm chung về cảm xúc và tình cảm..... | 76 |
| 4.1.1 | Định nghĩa..... | 76 |
| 4.2 | Các rối loạn cảm xúc | 76 |
| 4.2.1 | Các triệu chứng riêng lẻ..... | 76 |
| 4.2.2 | Các hội chứng rối loạn cảm xúc..... | 77 |
| 5 | RỐI LOẠN TRÍ NHỚ..... | 79 |
| 5.1 | Khái niệm về trí nhớ | 79 |
| 5.2 | Các rối loạn trí nhớ | 79 |
| 5.2.1 | Giảm nhớ..... | 79 |
| 5.2.2 | Tăng nhớ..... | 79 |
| 5.2.3 | Quên | 80 |
| 5.2.4 | Loạn nhớ..... | 80 |
| 6 | RỐI LOẠN HOẠT ĐỘNG..... | 81 |
| 6.1 | Rối loạn hoạt động có ý chí..... | 81 |

| | | |
|-------|--|-----|
| 6.2 | Rối loạn hoạt động bản năng..... | 81 |
| 6.2.1 | Hành vi xung động..... | 81 |
| 6.2.2 | Xung động bản năng..... | 81 |
| 6.3 | Các hội chứng rối loạn vận động..... | 82 |
| 6.3.1 | Các hội chứng căng trương lực..... | 82 |
| 6.3.2 | Các hội chứng kích động tâm lí – vận động..... | 84 |
| 6.3.3 | Các hội chứng bất động tâm lí – vận động..... | 85 |
| 7 | RỐI LOẠN Ý THỨC..... | 86 |
| 7.1 | Khái niệm về ý thức..... | 86 |
| 7.2 | Các hội chứng rối loạn ý thức..... | 87 |
| | Chương 4..... | 89 |
| | ĐIỀU TRỊ VÀ PHỤC HỒI TÂM THẦN..... | 89 |
| 1 | CÁC LIỆU PHÁP SINH HỌC..... | 89 |
| 1.1 | Dùng thuốc..... | 89 |
| 1.2 | Sốc điện..... | 90 |
| 1.2.1 | Khái niệm chung..... | 90 |
| 1.2.2 | Phản đối liệu pháp sốc điện..... | 92 |
| 1.2.3 | Ảnh hưởng của sốc điện đến trí nhớ..... | 93 |
| 1.3 | Phẫu thuật tâm thần..... | 93 |
| 1.3.1 | Khái niệm chung..... | 93 |
| 1.3.2 | Cơ hội cho phẫu thuật tâm thần..... | 94 |
| 1.3.3 | Hiệu quả sau phẫu thuật..... | 94 |
| 2 | LIỆU PHÁP TÂM LÍ..... | 95 |
| 2.1 | Một số vấn đề chung..... | 95 |
| 2.1.1 | Khái niệm, thuật ngữ..... | 95 |
| 2.1.2 | Hiệu quả của liệu pháp tâm lí..... | 95 |
| 2.1.3 | Đạo đức nghề nghiệp..... | 97 |
| 2.2 | Các dạng liệu pháp tâm lí..... | 97 |
| 2.2.1 | Thư giãn..... | 97 |
| 2.2.2 | Liệu pháp phân tích tâm lí..... | 98 |
| 2.2.3 | Liệu pháp hành vi và hành vi – nhận thức..... | 101 |
| 2.2.4 | Liệu pháp thân chủ là trung tâm của Carl Rogers..... | 103 |
| 2.2.5 | Liệu pháp tâm lí nhóm và gia đình..... | 105 |
| 3 | LIỆU PHÁP BỔ SUNG..... | 106 |

| | | |
|-------|---|-----|
| 3.1 | Giới thiệu chung | 106 |
| 3.2 | Y học thực phẩm chức năng | 107 |
| 3.3 | Bấm huyệt và châm cứu | 108 |
| 3.4 | Chế độ ăn và dinh dưỡng..... | 108 |
| 3.5 | Yoga..... | 109 |
| 3.6 | Liệu pháp vật nuôi | 109 |
| 4 | PHỤC HỒI TÂM THẦN | 109 |
| 4.1 | Một số vấn đề chung..... | 109 |
| 4.1.1 | Định nghĩa..... | 109 |
| 4.1.2 | Hai mô hình phục hồi tâm thần..... | 110 |
| 4.2 | Những nguyên tắc cơ bản của phục hồi tâm thần | 111 |
| 4.3 | Một số nội dung chính của phục hồi tâm thần | 114 |
| 4.3.1 | Đánh giá | 114 |
| 4.3.2 | Các phương pháp đánh giá..... | 115 |
| 4.3.3 | Tự quản lí bệnh | 119 |
| 4.3.4 | Quản lí trường hợp | 120 |
| | Phần thứ 2..... | 123 |
| | CHĂM SÓC NGƯỜI TÂM THẦN | 123 |
| | Chương 5 | 124 |
| | TÂM THẦN PHÂN LIỆT | 124 |
| 1 | KHÁI NIỆM CHUNG | 124 |
| 2 | LÂM SÀNG TÂM THẦN PHÂN LIỆT | 125 |
| 2.1 | Các triệu chứng âm tính và dương tính | 125 |
| 2.1.1 | Triệu chứng âm tính | 125 |
| 2.1.2 | Triệu chứng dương tính..... | 126 |
| 2.2 | Các thể lâm sàng..... | 128 |
| 2.3 | Tiêu chuẩn chẩn đoán TTPL theo ICD-10 | 132 |
| 3 | NGUYÊN NHÂN | 134 |
| 3.1 | Các yếu tố di truyền..... | 134 |
| 3.2 | Giả thuyết dopamin | 136 |
| 3.3 | Cơ sở vật chất thần kinh | 136 |
| 3.4 | Nhiễm virus | 137 |
| 3.5 | Mang thai và tai biến sản khoa | 137 |
| 3.6 | Stress của mẹ | 138 |

| | | |
|-------|--|-----|
| 3.7 | Lạm dụng chất | 138 |
| 3.8 | Các yếu tố tâm lí xã hội | 138 |
| 3.9 | Mô hình sinh-tâm lí học..... | 140 |
| 3.10 | Mô hình tâm lí | 141 |
| 3.11 | Mô hình đối phó | 141 |
| 4 | ĐIỀU TRỊ VÀ CAN THIỆP | 143 |
| 4.1 | Thuốc chống tâm thần | 143 |
| 4.2 | Sốc điện | 144 |
| 4.3 | Điều trị tâm lí..... | 145 |
| 4.3.1 | Trị liệu hành vi nhận thức | 145 |
| 4.3.2 | Can thiệp gia đình | 147 |
| | Chương 6 | 148 |
| | NGHIỆN CHẤT..... | 148 |
| 1 | MỘT SỐ VẤN ĐỀ CHUNG..... | 148 |
| 1.1 | Các chất tác động tâm thần..... | 148 |
| 1.2 | Các quan niệm khác nhau về nghiện | 149 |
| 1.2.1 | Nghiện là một rối loạn nhân cách | 149 |
| 1.2.2 | Nghiện là một bệnh | 149 |
| 1.3 | Rối loạn tâm thần và hành vi do sử dụng chất | 150 |
| 2 | NGHIỆN RƯỢU | 150 |
| 2.1 | Khái niệm chung..... | 150 |
| 2.2 | Các triệu chứng của nghiện rượu..... | 151 |
| 2.3 | Sự hấp thụ và bài tiết rượu..... | 152 |
| 2.4 | Ảnh hưởng của rượu | 152 |
| 2.4.1 | Ảnh hưởng đến cơ thể..... | 152 |
| 2.4.2 | Biến đổi nhân cách | 153 |
| 2.4.3 | Tồn hại về mặt gia đình, xã hội..... | 154 |
| 2.5 | Đặc điểm dịch tễ và các yếu tố liên quan | 154 |
| 2.5.1 | Tuổi | 154 |
| 2.5.2 | Giới..... | 154 |
| 2.5.3 | Học vấn và nghề nghiệp..... | 155 |
| 2.5.4 | Văn hóa - xã hội | 155 |
| 2.6 | Các giai đoạn của nghiện rượu | 155 |
| 2.6.1 | Giai đoạn I..... | 155 |

| | | |
|-------|---|-----|
| 2.6.2 | Giai đoạn II | 156 |
| 2.6.3 | Giai đoạn III | 156 |
| 2.7 | Các trạng thái rối loạn tâm thần do rượu..... | 156 |
| 2.7.1 | Say rượu | 156 |
| 2.7.2 | Hội chứng cai rượu..... | 158 |
| 2.7.3 | Sảng rượu | 159 |
| 2.7.4 | Ảo giác do rượu..... | 159 |
| 2.7.5 | Hoang tưởng do rượu | 160 |
| 2.7.6 | Loạn thần Korsacov | 161 |
| 2.8 | Các yếu tố liên quan đến nghiện rượu | 161 |
| 2.8.1 | Các yếu tố xã hội..... | 161 |
| 2.8.2 | Những yếu tố tâm lí..... | 162 |
| 2.8.3 | Các yếu tố sinh học | 163 |
| 2.9 | Can thiệp..... | 163 |
| 2.9.1 | Các biện pháp y học | 163 |
| 2.9.2 | Các biện pháp tâm lí-xã hội | 164 |
| 3 | NGHIỆN MA TÚY | 167 |
| 3.1 | Khái niệm về ma túy..... | 167 |
| 3.2 | Nghiện heroin | 168 |
| 3.2.1 | Khái niệm chung | 168 |
| 3.2.2 | Điều trị nghiện heroin | 169 |
| 3.3 | Nghiện ma túy tổng hợp | 169 |
| 3.3.1 | Sự phát triển của ma túy tổng hợp | 169 |
| 3.3.2 | Nghiện đa chất..... | 170 |
| 3.3.3 | Chất ma túy mới..... | 170 |
| 3.4 | Một số loại ma túy tổng hợp thường gặp | 170 |
| 3.4.1 | Amphetamin | 170 |
| 3.4.2 | Methamphetamin..... | 171 |
| 3.4.3 | MDMA (Ecstasy) | 171 |
| 3.4.4 | Ketamin | 172 |
| 3.4.5 | Cỏ Mỹ..... | 172 |
| 3.4.6 | Crack | 173 |
| 3.4.7 | Muối tắm | 173 |
| 3.4.8 | Cần sa | 174 |

| | |
|---|-----|
| Chương 7 | 176 |
| RỐI LOẠN KHÍ SẮC | 176 |
| 1 GIỚI THIỆU CHUNG | 176 |
| 1.1 Thuật ngữ..... | 176 |
| 1.2 Dịch tễ..... | 176 |
| 1.2.1 Tỷ lệ | 176 |
| 1.2.2 Giới..... | 176 |
| 1.2.3 Tầng lớp xã hội | 177 |
| 1.2.4 Hôn nhân | 177 |
| 2 TRẦM CẢM | 177 |
| 2.1 Giới thiệu chung | 177 |
| 2.2 Đặc điểm lâm sàng | 177 |
| 2.2.1 Rối loạn trầm cảm điển hình theo ICD-10F (1992):..... | 177 |
| 2.2.2 Rối loạn trầm cảm không điển hình..... | 178 |
| 2.3 Các mức độ trầm cảm..... | 179 |
| 2.4 Một số dạng đặc biệt của trầm cảm..... | 180 |
| 2.4.1 Trầm cảm ẩn..... | 180 |
| 2.4.2 Trầm cảm ở người vị thành niên..... | 181 |
| 2.4.3 Trầm cảm sau sinh | 182 |
| 2.4.4 Trầm cảm ở người cao tuổi..... | 182 |
| 2.5 Điều trị..... | 183 |
| 2.5.1 Các liệu pháp sinh học | 183 |
| 2.5.2 Can thiệp tâm lí..... | 183 |
| 3 RỐI LOẠN LƯỠNG CỰC | 185 |
| 3.1 Đặc điểm..... | 185 |
| 3.2 Trị liệu rối loạn lưỡng cực..... | 186 |
| 3.2.1 Liệu pháp sinh học | 186 |
| 3.2.2 Tiếp cận hành vi nhận thức | 186 |
| 4 TỰ SÁT..... | 187 |
| 4.1 Một số vấn đề chung..... | 187 |
| 4.2 Tỷ lệ..... | 188 |
| 4.3 Nguyên nhân của tự sát | 189 |
| 4.4 Liệu pháp giải quyết vấn đề..... | 190 |
| Chương 8 | 192 |

| | |
|---|-----|
| RỐI LOẠN LO ÂU VÀ CÁC RỐI LOẠN LIÊN QUAN ĐẾN STRESS | 192 |
| 1 RỐI LOẠN LO ÂU..... | 192 |
| 1.1 Khái niệm chung..... | 192 |
| 1.2 Rối loạn lo âu lan tỏa..... | 192 |
| 1.2.1 Đặc điểm | 192 |
| 1.2.2 Trị liệu rối loạn lo âu lan tỏa..... | 193 |
| 1.3 Rối loạn hoảng sợ..... | 194 |
| 1.3.1 Đặc điểm lâm sàng chung | 194 |
| 1.3.2 Đặc điểm lâm sàng cơn hoảng sợ kịch phát..... | 195 |
| 1.3.3 Trị liệu rối loạn hoảng sợ | 196 |
| 1.4 Âm ảnh sợ xã hội (lo âu xã hội) | 197 |
| 1.5 Âm ảnh sợ chuyên biệt | 198 |
| 1.6 Rối loạn ám ảnh cưỡng bức..... | 198 |
| 1.6.1 Khái niệm chung | 198 |
| 1.6.2 Âm ảnh..... | 198 |
| 1.6.3 Cưỡng bức..... | 198 |
| 1.6.4 Điều trị rối loạn ám ảnh cưỡng bức | 200 |
| 2 CÁC RỐI LOẠN LIÊN QUAN ĐẾN STRESS | 202 |
| 2.1 Khái niệm..... | 202 |
| 2.2 Phản ứng stress cấp..... | 203 |
| 2.2.1 Khái niệm chung | 203 |
| 2.2.2 Nguyên nhân và các yếu tố phụ trợ..... | 203 |
| 2.2.3 Đặc điểm lâm sàng | 204 |
| 2.3 Rối loạn stress sau sang chấn | 204 |
| 2.3.1 Đặc điểm lâm sàng | 204 |
| 2.3.2 Trị liệu rối loạn stress sau sang chấn | 207 |
| 2.4 Rối loạn phân li..... | 209 |
| 2.4.1 Khái niệm chung | 209 |
| 2.4.2 Nguyên nhân | 210 |
| 2.4.3 Các biểu hiện..... | 210 |
| 2.5 (Rối loạn) đa nhân cách..... | 212 |
| Chương 9 | 214 |
| RỐI LOẠN TÌNH DỤC..... | 214 |
| 1 RỐI LOẠN CHỨC NĂNG TÌNH DỤC..... | 214 |

| | | |
|-------|---|-----|
| 1.1 | Rối loạn cương cứng..... | 214 |
| 1.1.1 | Một số vấn đề chung | 214 |
| 1.1.2 | Trị liệu rối loạn chức năng cương cứng..... | 215 |
| 1.2 | Co thắt âm đạo | 216 |
| 1.2.1 | Khái niệm chung | 216 |
| 1.2.2 | Trị liệu tâm lí co thắt âm đạo | 217 |
| 2 | LOẠN DỤC ĐA DẠNG..... | 217 |
| 3 | LOẠN DỤC VỚI TRẺ EM..... | 218 |
| 3.1 | Đặc điểm..... | 218 |
| 3.2 | Trị liệu loạn dục với trẻ em | 219 |
| 3.2.1 | Trị liệu thể chất | 219 |
| 3.2.2 | Trị liệu hành vi | 220 |
| 3.2.3 | Ngăn ngừa tái phát | 221 |
| 3.3 | Hiệu quả của trị liệu..... | 221 |
| 4 | LOẠN DỤC CÁI TRANG..... | 222 |
| | Chương 10 | 225 |
| | RỐI LOẠN ĂN | 225 |
| 1 | CHÁN ĂN TÂM LÍ..... | 225 |
| 2 | CUỒNG ĂN TÂM LÍ..... | 227 |
| 3 | NGUYÊN NHÂN CỦA CHỨNG CHÁN ĂN VÀ CUỒNG ĂN | 229 |
| 3.1 | Yếu tố di truyền | 229 |
| 3.2 | Yếu tố văn hoá xã hội | 229 |
| 3.3 | Sự giải thích về mặt tâm lí..... | 230 |
| 3.3.1 | Sơ đồ liên quan tới cân nặng..... | 230 |
| 3.3.2 | Hình ảnh méo mó về bản thân | 232 |
| 4 | CAN THIỆP | 233 |
| 4.1 | Can thiệp đối với chứng chán ăn | 233 |
| 4.1.1 | Khuyến khích tăng cân..... | 233 |
| 4.1.2 | Tiếp cận hành vi nhận thức | 234 |
| 4.1.3 | Tiếp cận trị liệu gia đình | 236 |
| 4.1.4 | Can thiệp dược lí | 238 |
| 4.2 | Can thiệp đối với chứng cuồng ăn..... | 238 |
| 4.2.1 | Trị liệu hành vi nhận thức | 238 |
| 4.2.2 | Tâm lí trị liệu liên cá nhân | 240 |

| | | |
|---|--|-----|
| 4.2.3 | Can thiệp dược lí | 240 |
| Chương 11 | | 242 |
| RỐI LOẠN PHÁT TRIỂN VÀ TĂNG ĐỘNG GIẢM CHÚ Ý | | 242 |
| 1 | CHẬM PHÁT TRIỂN TÂM THẦN | 242 |
| 1.1 | Thuật ngữ/khái niệm..... | 242 |
| 1.2 | Các mức độ chậm phát triển tâm thần | 242 |
| 1.2.1 | Chậm phát triển tâm thần mức độ nhẹ | 242 |
| 1.2.2 | Chậm phát triển tâm thần mức độ vừa | 243 |
| 1.2.3 | Chậm phát triển tâm thần mức độ nặng | 243 |
| 1.2.4 | Chậm phát triển tâm thần mức độ trầm trọng | 243 |
| 1.3 | Các yếu tố liên quan đến chậm phát triển tâm thần..... | 244 |
| 1.3.1 | Trước thời kì mang thai..... | 244 |
| 1.3.2 | Trong khi mang thai | 244 |
| 1.3.3 | Trong khi sinh | 244 |
| 1.3.4 | Sau khi sinh: | 244 |
| 1.3.5 | Các nguyên nhân đặc biệt | 245 |
| 1.4 | Chăm sóc xã hội đối với người chậm phát triển tâm thần..... | 247 |
| 1.4.1 | Phong trào bình thường hóa | 247 |
| 1.4.2 | Đi học | 248 |
| 1.4.3 | Chuẩn bị cho tuổi trưởng thành | 248 |
| 1.4.4 | Nghề nghiệp và việc làm..... | 249 |
| 1.4.5 | Sống bên ngoài cơ sở điều dưỡng..... | 249 |
| 1.5 | Can thiệp tâm lí đối với người chậm phát triển tâm thần..... | 250 |
| 1.5.1 | Các chương trình hành vi lứa tuổi mẫu giáo..... | 250 |
| 1.5.2 | Can thiệp hành vi nhận thức..... | 251 |
| 1.5.3 | Đối phó với những hành vi nguy cơ | 251 |
| 2 | TỰ KỈ | 252 |
| 2.1 | Khái niệm chung..... | 252 |
| 2.2 | Những hạn chế cơ bản của tự kỉ | 254 |
| 2.2.1 | Cách li xã hội | 254 |
| 2.2.2 | Thiếu hụt giao tiếp | 254 |
| 2.2.3 | Hành động ám ảnh-cưỡng bức và nghi thức | 255 |
| 2.3 | Nguyên nhân..... | 255 |
| 2.3.1 | Yếu tố di truyền..... | 255 |

| | | |
|-----------|--|-----|
| 2.3.2 | Cơ chế sinh học | 255 |
| 2.4 | Điều trị | 258 |
| 2.4.1 | Tiếp cận sinh học | 258 |
| 2.4.2 | Tiếp cận hành vi | 258 |
| 3 | RỐI LOẠN TĂNG ĐỘNG/GIẢM CHÚ Ý | 260 |
| 3.1 | Đặc điểm chung | 260 |
| 3.2 | Một số vấn đề liên quan đến chẩn đoán tăng động/giảm chú ý | 261 |
| 3.3 | Nguyên nhân | 262 |
| 3.3.1 | Yếu tố di truyền | 262 |
| 3.3.2 | Cơ chế sinh học | 262 |
| 3.3.3 | Giải thích tâm lí học | 263 |
| 3.3.4 | Mô hình sinh- tâm- xã hội | 264 |
| 3.4 | Trị liệu | 265 |
| 3.4.1 | Can thiệp dược lí | 265 |
| 3.4.2 | Tiếp cận hành vi thao tác | 266 |
| 3.4.3 | Luyện tập chú ý | 266 |
| 3.4.4 | Tạo môi trường thuận lợi | 266 |
| 3.4.5 | Làm việc với gia đình | 267 |
| Chương 12 | | 269 |
| | RỐI LOẠN TÂM THẦN DO TỖN THƯƠNG, | 269 |
| | THOÁI HÓA NÃO | 269 |
| 1 | BỆNH ALZHEIMER | 269 |
| 1.1 | Đặc điểm chung | 269 |
| 1.2 | Nguyên nhân | 271 |
| 1.2.1 | Các yếu tố di truyền | 271 |
| 1.2.2 | Các quá trình thần kinh | 271 |
| 1.2.3 | Các yếu tố môi trường | 271 |
| 1.3 | Điều trị | 272 |
| 1.3.1 | Can thiệp dược lí | 272 |
| 1.3.2 | Tiếp cận tâm lí | 272 |
| 2 | RỐI LOẠN TÂM THẦN DO CHẤN THƯƠNG SỌ NÃO | 275 |
| 2.1 | Đặc điểm chung | 275 |
| 2.2 | Phục hồi nhận thức sau chấn thương sọ não | 277 |
| 2.2.1 | Đôi phó với những vấn đề về trí nhớ | 277 |

| | | |
|-------|---|-----|
| 2.2.2 | Cải thiện “chức năng thi hành” | 278 |
| 2.2.3 | Đối với những cảm xúc âm tính..... | 279 |
| 2.3 | Trợ giúp người chăm sóc..... | 280 |
| 3 | XƠ VỮA RẢI RÁC | 280 |
| 3.1 | Đặc điểm chung | 280 |
| 3.2 | Nguyên nhân xơ vữa rải rác..... | 282 |
| 3.2.1 | Yếu tố di truyền..... | 282 |
| 3.2.2 | Cơ chế sinh học | 283 |
| 3.2.3 | Stress và xơ vữa rải rác | 283 |
| 3.3 | Hậu quả tâm lí của xơ vữa rải rác..... | 283 |
| 3.3.1 | Những vấn đề nhận thức | 283 |
| 3.3.2 | Trầm cảm..... | 284 |
| 3.4 | Can thiệp tâm lí..... | 286 |
| 3.4.1 | Đối phó với sự suy giảm nhận thức | 286 |
| 3.4.2 | Đối phó với những vấn đề cảm xúc | 286 |

CÁC CHỮ VIẾT TẮT

| | |
|--------|---|
| ADHD | Tăng động/giảm chú ý (Attention Deficit Hyperactivity Disorder) |
| CBT | Liệu pháp hành vi nhận thức (Cognitive Behavioral Therapy) |
| CPTTT | Chậm phát triển tâm thần |
| CTSN | Chấn thương sọ não |
| DSM-5 | Sách hướng dẫn chẩn đoán và thống kê các rối loạn tâm thần của Hội Tâm thần học Hoa Kỳ lần thứ 5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5 th Edition) |
| ICD-10 | Bảng phân loại bệnh Quốc tế lần thứ 10 (International Statistical Classification of Diseases, 10 th Edition) |
| LPTL | Liệu pháp tâm lý |
| MCBT | Liệu pháp chánh niệm hành vi nhận thức (Mindfulness Cognitive–Behavioral Therapy) |
| OCD | Rối loạn ám ảnh – cưỡng bức (Obsessive-Compulsive Disorder) |
| PHTT | Phục hồi tâm thần |
| PTSD | Rối loạn stress sau sang chấn (Posttraumatic Stress Disorder) |
| SKTT | Sức khỏe tâm thần |
| RLTT | Rối loạn tâm thần |
| TTPL | Tâm thần phân liệt |

Phần thứ nhất
NHỮNG VẤN ĐỀ CHUNG

Chương 1

NHẬP MÔN

Những nội dung chính của chương này gồm: một số khái niệm cơ bản như: sức khỏe tâm thần; bệnh tâm thần và rối loạn tâm thần. Phần thứ 2 của chương đề cập đến lược sử phát triển công tác chăm sóc sức khỏe tâm thần trên thế giới và trong nước. Phần cuối của chương giới thiệu một số mô hình chăm sóc sức khỏe tâm thần hiện nay.

1 KHÁI NIỆM CHUNG

1.1 Sức khỏe tâm thần

Tổ chức Y tế Thế giới đã đưa ra định nghĩa về sức khỏe tâm thần (SKTT): đó là trạng thái thoải mái, trong đó cá nhân có thể thể hiện được những năng lực của mình, có thể ứng phó được với những stress thông thường trong cuộc sống, làm việc một cách có hiệu quả và có khả năng đóng góp cho cộng đồng¹.

Cũng như định nghĩa về sức khỏe, trạng thái khỏe mạnh về tâm thần không chỉ là không có bệnh hoặc rối loạn tâm thần (RLTT).

Maslow, một nhà tâm lý học nổi tiếng của Mỹ đã mô tả trạng thái hoàn toàn khỏe mạnh về tinh thần:

- Tri giác/tiếp nhận hiện thực bên ngoài một cách phù hợp
- Có hiểu biết về bản thân, về người khác và về bản chất của con người
- Có khả năng tập trung chú ý vào vấn đề đang được giải quyết
- Có nhu cầu tách biệt và mong muốn riêng tư
- Độc lập, tự chủ, biết phản ứng với những cái phi văn hóa
- Có những cảm xúc mãnh liệt
- Cảm nhận được những điều có ý nghĩa, có giá trị
- Có khả năng đạt được sự thỏa mãn trong các mối quan hệ với người khác
- Tính cách dân chủ
- Sáng tạo.

Những gì mà Maslow mô tả là mang tính lý tưởng. Do vậy, theo ông, con người luôn vươn tới sự hoàn thiện, hoàn mỹ.

¹ http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/en/

1.2 Các vấn đề về sức khỏe tâm thần

- Bệnh tâm thần

Chăm sóc sức khỏe, chữa trị bệnh tật cho con người là chức năng của Y học. Tiếp cận từ góc độ Y học, bệnh là những vấn đề bất thường của sức khỏe. Do vậy bệnh tâm thần chính là những bất thường của SKTT. Những bất thường về SKTT rất đa dạng và phong phú. Đó có thể chỉ là những giảm sút về trí nhớ, chú ý; cũng có thể là thay đổi về tính tình hoặc là có những hành vi kích động không có nguyên nhân rõ ràng v.v..

Người có bệnh tâm thần được gọi là người bệnh/bệnh nhân.

- Rối loạn tâm thần

Theo thời gian, người ta dần thấy rằng gọi là bệnh tâm thần là không thỏa đáng đối với nhiều trường hợp, như chậm phát triển tâm thần (CPTTT), bệnh nhân cách (psychopathy). Những người này không cần phải vào viện để điều trị tình trạng của họ. Tiếp đó, các nhà tâm thần học trên thế giới thống nhất với nhau, như trong Bảng Phân loại bệnh Quốc tế lần thứ 10 ICD-10 (1982), rằng hạn chế đến mức tối thiểu việc sử dụng thuật ngữ “bệnh”, chỗ nào có thể thì dùng từ “rối loạn”: rối loạn trầm cảm; rối loạn phân liệt; rối loạn nhân cách. Nhiều tác giả còn cho rằng dùng từ “rối loạn” thay cho “bệnh tâm thần” còn nhằm hạn chế sự kỳ thị của xã hội đối với người “bệnh tâm thần” hoặc lạm dụng chẩn đoán bệnh tâm thần để nhằm mục đích chính trị.

Tuy vậy thuật ngữ *Rối loạn* lại cũng có tính phức tạp của nó. Rối loạn được hiểu theo bốn cách:

- Các bệnh theo nghĩa y học thông thường.
- Các bệnh như là trường hợp riêng biệt của bệnh.

Năm loại triệu chứng rối loạn tâm thần

- *Các triệu chứng cơ thể*: đau, mệt mỏi, rối loạn giấc ngủ. Cần nhớ rằng các bệnh tâm thần thường gây ra những triệu chứng cơ thể.

- *Các triệu chứng cảm xúc*: điển hình là buồn hoặc sợ hãi.

- *Các triệu chứng nhận thức*: điển hình là ý tưởng tự sát, nghĩ rằng có ai đó đang làm hại mình, khó khăn trong suy nghĩ một cách rõ ràng và hay quên.

- *Các triệu chứng hành vi*: các triệu chứng này liên quan đến việc cá nhân đó đang làm. Ví dụ, hành xử một cách hung hăng, toan tự sát.

- *Các triệu chứng tri giác*: các triệu chứng này xuất hiện từ một trong các cơ quan giác quan, ví dụ nghe thấy tiếng nói, nhìn thấy những thứ mà người khác không nghe thấy, nhìn thấy.

(Nguồn: Patel V. (2003). *Where There Is No Psychiatrist. A mental health care manual*, The Royal College of Psychiatrists.)

- Tật chứng hoặc là loạn hoạt năng như là hậu quả của bệnh hiện thời.
- Kiểu hành vi kém thích nghi.

Cũng theo ICD-10: *Rối loạn là một thuật ngữ không chính xác lắm nhưng ... (ý muốn nói) tồn tại một nhóm các triệu chứng hoặc hành vi có thể nhận ra được về mặt lâm sàng, trong đa số các trường hợp, kết hợp với sự đau khổ và sự cản trở các hoạt động cá nhân. Sự lệch lạc về xã hội hoặc xung đột đơn độc, không có loạn chức năng cá nhân, không được coi là RLTT như đã xác định ở đây.*

Còn theo DSM-5 (Sách hướng dẫn chẩn đoán và thống kê của Hội Tâm thần học Hoa Kỳ, phiên bản 5, năm 2013): *Một rối loạn tâm thần là một hội chứng đặc trưng bởi sự xáo trộn đáng kể trên lâm sàng đối với nhận thức của cá nhân, điều chỉnh cảm xúc hoặc hành vi thể hiện một rối loạn về tâm lí, sinh học hoặc các quá trình phát triển chức năng tâm thần. Các rối loạn tâm thần thường liên quan đến sự đau khổ đáng kể hay nạn nghiêm trọng hay thường khuyết tật trong các hoạt động xã hội, nghề nghiệp, hoặc các hoạt động quan trọng khác.*

Một phản ứng được dự đoán trước hoặc phù hợp về văn hóa với một tác nhân gây stress thông thường hoặc mất mát, ví dụ như cái chết của một người thân yêu, không phải là một rối loạn tâm thần. Hành vi lệch lạc về mặt xã hội (ví dụ, chính trị, tôn giáo, hoặc tình dục) hoặc các xung đột giữa cá nhân và xã hội không phải là rối loạn tâm thần trừ khi các lệch lạc hoặc xung đột đó là kết quả của rối loạn chức năng của cá nhân như mô tả ở trên.

Nói chung để định nghĩa được như thế nào là bệnh hay một RLTT là một việc làm khó. Tác giả Patel đã khái quát một cách dễ hiểu hơn năm nhóm triệu chứng RLTT thường gặp (xem trang trước).

- Các vấn đề sức khỏe tâm thần

Ngay từ đầu thế kỉ 20, các nhà tâm lí học lâm sàng cũng đã tham gia vào lĩnh vực chăm sóc SKTT. Tuy nhiên phải đến những năm 1950, khi các nhà tâm lí học hành vi và sau đó không lâu, các nhà công tác xã hội vào cuộc đã tạo ra những thay đổi trong lĩnh vực chăm sóc SKTT, trong đó có cả thay đổi về khái niệm, thuật ngữ. RLTT được thay bằng vấn đề SKTT; người bệnh được thay bằng thân chủ/khách hàng, thậm chí là người tiêu dùng.

1.3 Chăm sóc sức khỏe tâm thần

1.3.1 Vai trò của các hệ thống nhà nước

Có người nói rằng nhìn vào lĩnh vực chăm sóc SKTT thì có thể đánh giá được mức độ phát triển văn minh của một quốc gia. Trong một chừng mực nào đó thì quả đúng như vậy. Hiện nay ở nhiều quốc gia, bên cạnh các văn bản luật pháp về chăm sóc sức khỏe nói chung còn có luật về SKTT. Ngành Tâm thần Việt Nam cũng đang có những động thái để sớm có được dự thảo về Luật Sức khỏe tâm thần ở Việt Nam.

Có những nội dung đang được quan tâm, bàn thảo như:

- Người có RLTT có phải điều trị bắt buộc không hay chỉ là một số trường hợp nhất định?

- Những trường hợp nào không được phép kết hôn?

- Người có hành vi phạm tội trong trạng thái RLTT mà sẽ bị xử như thế nào? v.v..

1.3.2 Các lực lượng, tổ chức tham gia trực tiếp vào công tác chăm sóc sức khỏe tâm thần

1.3.2.1 Tâm thần học

Mãi đến cuối thế kỉ 18, người có RLTT với được đối xử như là một người bệnh: họ cần được chăm sóc y tế. Mặc dù trải qua các giai đoạn khác nhau, song ở hầu hết các nước hiện nay, đội ngũ bác sĩ, điều dưỡng viên tâm thần vẫn đang là lực lượng chủ đạo và then chốt trong việc chăm sóc SKTT cho người dân.

- Hệ thống các cơ sở điều trị tâm thần ngày càng được quan tâm, đổi mới. Nếu như trước đây người có RLTT bị nhốt trong các buồng bệnh thì xu hướng chung hiện nay là sử dụng hệ thống cửa mở có quản lí: người có RLTT được đi lại, sinh hoạt trong một phạm vi không gian rộng, có các hoạt động vui chơi, giải trí. Không xây dựng các cơ sở điều trị tâm thần cách li với cộng đồng mà ngược lại, ở gần những nơi đông dân. Hạn chế việc xây dựng các bệnh viện có quy mô lớn. Tăng cường xây dựng khoa tâm thần trong các bệnh viện đa khoa. Điều này có 2 cái lợi: người có RLTT cũng được hưởng lợi khi những vấn đề nội, ngoại khoa khác của họ, ví dụ như bệnh truyền nhiễm hay mổ xẻ, họ sẽ được các chuyên gia có tay nghề cao của các chuyên gia chuyên ngành đó chăm sóc. Ngược lại, những vấn đề về SKTT của người bệnh thuộc các chuyên khoa khác, ví dụ như trầm cảm – lo âu ở người bệnh nội ngoại khoa khác cũng có cơ hội được chuyên gia tâm thần chăm sóc.

- Các phương tiện chữa bệnh ngày càng tốt hơn. Phương tiện điều trị tâm thần chủ yếu là thuốc. Sự phát triển của khoa học – công nghệ đã giúp cho ngành công nghiệp dược phẩm có những tiến bộ đáng kể trong việc sản xuất thuốc. Cũng như các thuốc khác, thuốc chữa tâm thần đã có thêm nhiều loại mới, ít tác dụng không mong muốn.

1.3.2.2 Tâm lí Lâm sàng

Mãi đến giữa thế kỉ 20, các nhà tâm thần học mới có được phương tiện điều trị tâm thần hữu hiệu: dùng thuốc. Trước đó đã có những nỗ lực như: dùng phương pháp sốc insulin, gây cơn co giật bằng thuốc, gây cơn co giật bằng điện; gây ngủ bằng máy gõ nhịp để điều trị tâm thần.

Trong khi đó, cuối thế kỉ 19, Mesmer, một bác sĩ tâm thần người Áo đã sử dụng thành công thôi miên để chữa bệnh. Kể từ đó, liệu pháp tâm lí (LPTL) được quan tâm và sử dụng nhiều hơn trong việc chữa trị những trường hợp RLTT do nguyên nhân tâm lí.

Sự phát triển của Tâm lí học vào đầu thế kỉ 20 cũng đã ảnh hưởng rất nhiều đến thực hành chăm sóc SKTT. Trên các cơ sở lí thuyết của mình, lúc đầu là Phân tâm học, sau đó là Tâm lí học Hành vi và muộn hơn một chút là Tâm lí học Nhân văn đã cung cấp thêm rất nhiều dạng liệu pháp/trị liệu tâm lí khác nhau. Phạm vi chỉ định không còn bó hẹp ở các RLTT do căn nguyên tâm lí mà đã mở rộng sang các chẩn đoán khác như trầm cảm, thậm chí cả TTPL. Tính chất của liệu pháp đã chuyển từ điều trị/chữa trị sang can thiệp hỗ trợ, giáo dục. Thậm chí LPTL còn được ứng dụng sang các chuyên ngành nội, ngoại khoa khác trong lâm sàng.

1.3.2.3 Công tác xã hội trong lĩnh vực tâm thần

Một điều khá rõ ràng rằng lực lượng ngành y tế chỉ chăm sóc người có RLTT tại các cơ sở điều trị của mình. Mặc dù Tâm thần học cũng có những liệu pháp phục hồi tâm thần (PHTT) và vào những năm 1960 đã dần xuất hiện xu hướng chăm sóc tâm thần tại cộng đồng, song về cơ bản, người có RLTT mới chỉ được chăm sóc về tâm thần và thể chất chứ chưa được chăm sóc nhiều về mặt xã hội.

Có một thực tế là nhiều người có RLTT, sau một thời gian được điều trị ổn định tại bệnh viện, khi trở lại cộng đồng thì gặp phải những khó khăn trong cuộc sống, trong đó những khó khăn trong các mối quan hệ con người là chủ yếu.

Trợ giúp cho những người mắc các RLTT trong các mối quan hệ xã hội chính là mảng hoạt động của công tác xã hội trong lĩnh vực tâm thần. Trên cơ sở những tư liệu đã được lưu trong hồ sơ quản lý trường hợp (các tư liệu của cá nhân, hồ sơ bệnh án những lần điều trị nội trú trong bệnh viện, phỏng vấn những người thân, những người có quan hệ mật thiết với thân chủ, các chủ sử dụng lao động, nơi thân chủ đã từng hoặc đang làm việc, tình trạng SKTT của thân chủ trong thời gian gần đây), nhân viên công tác xã hội có kế hoạch trợ giúp cho thân chủ nhằm giải quyết khó khăn.

Ở một cách tiếp cận khác, có thể chia công tác xã hội trong lĩnh vực tâm thần thành 3 cấp độ ứng dụng:

- Ngăn ngừa
- Can thiệp
- Phục hồi chức năng.

Nhân viên công tác xã hội có thể thực hành chuyên sâu trong một cấp độ hoặc xuyên suốt cả ba cấp độ nhằm đáp ứng nhu cầu đa dạng của nhóm đối tượng, gia đình và cộng đồng.

Ngăn ngừa: Hướng tới việc giảm thiểu các tác nhân và yếu tố nguy cơ gây ra bệnh hoặc làm suy giảm chức năng của cá nhân thông qua việc can thiệp tác động vào môi trường tiêu cực và củng cố khả năng của cá nhân nhằm đối phó với các vấn đề nguy cơ. Can thiệp hướng tới việc nâng cao và duy trì một tình trạng sức khỏe khỏe mạnh thông qua việc giáo dục, nâng cao các tiêu chí với nhu cầu cơ bản và các biện pháp bảo vệ cụ thể đối phó với các nguy cơ của các vấn đề SKTT. Trong lĩnh vực chăm sóc SKTT, các hoạt động ngăn ngừa bao gồm việc giáo dục cá nhân, cộng đồng liên quan đến việc tự chăm sóc tinh thần và mối quan hệ khỏe mạnh, xây dựng các kỹ năng kiến thức tại cộng đồng (phát triển cộng đồng), các hành động xã hội và biện hộ cho nhóm đối tượng.

Can thiệp: Mảng hoạt động này của nhân viên công tác xã hội có nhiều điểm giống với nhà tâm lý lâm sàng và tâm thần. Trong một số trường hợp cần thiết, nhân viên công tác xã hội trong lĩnh vực tâm thần cũng tiến hành các LPTL đối với thân chủ. Đó có thể là LPTL cá nhân, can thiệp khủng hoảng, liệu pháp gia đình hoặc liệu pháp nhóm.

Phục hồi: Công tác PHTT hướng tới giảm thiểu hậu quả của trạng thái RLTT của thân chủ sau khi đã được chữa trị về mặt y tế. Phục hồi còn nhằm trợ giúp cho thân chủ sử dụng tối đa các khả năng của cá nhân. Trong lĩnh vực

chăm sóc SKTT, các hoạt động phục hồi tập trung vào xây dựng kiến thức, kỹ năng và cung cấp các nguồn lực đào tạo, hướng nghiệp và biện hộ cho nhóm đối tượng nhằm đảm bảo sự phát triển của các dịch vụ cần thiết để thay đổi thái độ kì thị của cộng đồng với nhóm đối tượng này từ đó giúp nhóm đối tượng này hòa nhập với xã hội và đảm bảo sự phát triển tốt nhất cho họ.

1.3.2.4 *Đội chuyên gia hỗn hợp*

Chăm sóc SKTT không còn là lĩnh vực riêng của ngành y tế. Như trên đã đề cập, ngoài đội ngũ bác sĩ, điều dưỡng viên chuyên khoa tâm thần, tham gia vào công tác chăm sóc SKTT còn có các nhà tâm lý lâm sàng và nhân viên công tác xã hội. Để phối hợp hoạt động của các chuyên gia, nhiều nước đã tổ chức đội chuyên gia hỗn hợp/liên ngành như trên.

Đội chuyên gia hỗn hợp thường do bác sĩ tư vấn tâm thần phụ trách bởi họ là người có trách nhiệm về mặt y tế đối với những người có các vấn đề về SKTT. Bác sĩ chính là người kê đơn cho họ. Điều dưỡng viên trong đội hỗn hợp phải là những người được đào tạo chuyên khoa về chăm sóc người có RLTT. Họ phải là người đa năng: theo dõi sự tiến triển của bệnh, hướng dẫn điều chỉnh thuốc, thực hiện những LPTL cơ bản và lúc cần là luật sư cho người có RLTT. Các nhà tâm lý lâm sàng thực hiện trị liệu đối với những trường hợp có các vấn đề phức tạp, hỗ trợ các chuyên gia khác trong công tác trị liệu với thân chủ thông qua sự giám sát lâm sàng và đào tạo kỹ năng trị liệu. Các nhà trị liệu nghề nghiệp cũng có thể giúp cho cá nhân duy trì và phát triển các kỹ năng sống dạng như nấu ăn hoặc các phương thức đối phó với stress. Cuối cùng các nhân viên xã hội sẽ giúp cá nhân giải quyết những vấn đề xã hội, ví dụ như những vấn đề trong quan hệ gia đình, chuyện tiền bạc hay thất nghiệp.

2 LỊCH SỬ PHÁT TRIỂN

Có thể nói kể từ khi trở thành con người thông minh, loài người đã biết quan tâm đến những vấn đề về sống chết, về ốm đau và khỏe mạnh. Sự ra đời của thần thánh hay ma quỷ không chỉ được sử dụng cho việc giải thích nguyên nhân của các hiện tượng tự nhiên như cháy rừng hay lụt lội, hạn hán hay động đất mà còn dùng để giải thích cho cả những RLTT. Trong quá trình phát triển như vậy, con người không chỉ đơn thuần là ngày càng tích lũy được nhiều hơn kiến thức về bệnh lý tâm thần mà đây còn là cuộc đấu tranh kéo dài giữa một bên là thái độ miệt thị, khinh rẻ, sợ hãi và một bên là nhân đạo, tôn trọng và giúp đỡ.

2.1 Trên thế giới

2.1.1 Thời kì thượng cổ

Cũng như các loại bệnh tật khác, bệnh tâm thần có lẽ đã xuất hiện ngay từ khi bắt đầu có loài người. Khi đó, do những quan niệm thô sơ, nguyên thủy, người ta cho rằng bệnh tâm thần là do ma quỷ hoặc do thánh thần. Người có RLTT bị đánh đập, hành hạ.

Ở Châu Âu, có lẽ Hyppocrate (460-370 TCN) là người đầu tiên đưa ra lời giải thích mang tính khoa học về tâm lí và tâm thần. Ông cho rằng bệnh tâm thần là bệnh của bộ não. Theo ông, trong cơ thể con người có 4 loại dịch: mật vàng, mật đen, máu và chất nhầy. RLTT là do sự mất cân bằng giữa các thể dịch này. Ví dụ, dư thừa mật vàng sẽ gây ra hưng cảm; thừa mật đen gây ra trầm cảm. Việc trị liệu là nhằm làm giảm mức độ của chất dịch tương ứng bằng nhiều cách khác nhau. Để làm giảm mức độ của mật đen thì phải sống cuộc sống bình lặng, ăn rau là chủ yếu, không dùng rượu, tập thể dục và kiêng quan hệ tình dục. Mặc dù có những bằng chứng cho thấy trong thời kì này người ta đã sử dụng một số cách thức thô bạo để chữa trị bệnh tâm thần như: trích máu, sử dụng những dụng cụ cơ học song trị liệu tiến bộ nhất ở cả Hy Lạp và La Mã cổ đại nhìn chung đều là nhân đạo và trong đó bao gồm cả việc tạo ra một bầu không khí dễ chịu, hỗ trợ người có RLTT.

2.1.2 Thời kì trung cổ

Khi nói đến thời kì trung cổ, chúng ta thường hay liên tưởng đến sự tàn bạo, man rợ. Đó cũng là những từ có thể được dùng để chỉ cách thức người có RLTT bị đối xử. Họ bị coi là phù thủy độc ác hoặc là hiện thân của quỷ, reo rắc bệnh dịch, tai họa. Do vậy người có RLTT bị trừng phạt rất dã man, bị bỏ rét ngoài trời tuyết, bị buộc chặt vào một trục và bị quay như xay lúa, bị chìm nước, thậm chí có thể bị thiêu sống vì có như vậy, ma quỷ mới chịu từ bỏ người có RLTT.

Vào thế kỉ thứ XII, ở Châu Âu, mặc dù đã có những cơ sở đầu tiên dành cho người có RLTT được xây dựng, song đó cũng chỉ là các trại tập trung trong các tu viện kín cổng cao tường. Có nơi còn nhốt chung người có RLTT với những phạm nhân tại các trại giam. Một số nơi khác xây dựng các trại tập trung dành riêng cho người "điên" với chế độ quản lí hà khắc và tàn bạo.

Một trong những cơ sở nổi tiếng như vậy là Bệnh viện Bethlem ở London. Tại đây người có RLTT bị xích lại và vào những kì trăng nhất định, một số bị

dùng xích kéo căng ra để tránh gây rối loạn. Sự đối xử thật thô bạo và phi nhân đạo. Bệnh viện trở thành một trong những nơi thu hút khách du lịch nổi tiếng ở London. Người ta trả tiền để được xem những người điên loạn.

2.1.3 Thời kì từ cuối thế kỉ 18 đến thế kỉ 19

Sang đến thế kỉ 18, cùng với sự phát triển của khoa học, kĩ thuật là những quan điểm tiến bộ về tự do, bác ái. Năm 1789, Cuộc đại cách mạng tư sản Pháp thành công. Năm 1793, bác sĩ người Pháp, Philippe Pinel (1745-1826) là người đầu tiên đã xoá bỏ xiềng xích cho những người có RLTT tại 2 trại người "điên" là Bicêtre và Salpêtrière. Ông đã cải tiến chế độ săn sóc cứu trợ, cải thiện hoàn cảnh sinh hoạt, phân loại sắp xếp người có RLTT theo mức độ bệnh nặng hay nhẹ, chống những hành vi ngược đãi, tàn bạo, khinh thường người có RLTT. Ông yêu cầu đổi tên những trại người điên thành các bệnh viện. Ảnh hưởng của Pinel đã lan rộng ra nhiều nước, tạo thành một cuộc cách mạng trong lĩnh vực chăm sóc SKTT.

Tại Anh, William Tuke (1732-1822) là người đầu tiên thành lập Bệnh viện tâm thần tư, đối xử nhân đạo với người có RLTT. Hoạt động thường ngày của người có RLTT gắn liền với giao tiếp xã hội, luyện tập thể dục thể thao, các hoạt động sản xuất. Tại Mỹ, Dorothea Dix là người đi đầu trong việc triển khai những ý tưởng như vậy trong các bệnh viện tâm thần. Bà cũng là người khởi động cho phong trào vệ sinh tâm thần (Hygiene mental movement). Phong trào này xuất hiện ở Mỹ như là một phản kháng với sự xuống cấp của các cơ sở chữa bệnh tâm thần luôn chật cứng và người bệnh bị đối xử thô bạo.

Như vậy dựa trên quan niệm rằng nếu như tất cả những người có các vấn đề về SKTT mà được trị liệu nhân đạo thì họ có thể có tiến triển tốt thậm chí sau đó không cần phải chữa trị nữa. Tuy nhiên tỉ lệ thành công không đạt được như mong muốn. Sau đó người ta nhận thấy rằng không phải tất cả những người được chữa trị theo cách đó đều khỏi và thái độ thành kiến đối với những người có các vấn đề về SKTT lại tăng lên. Và lại tiếp tục trong một khoảng thời gian dài, việc giam giữ người có RLTT đã trở lại bình thường.

Cũng trong thời kì này, các thầy thuốc tâm thần đã nhận lấy trách nhiệm chăm sóc người có RLTT. Nhiều thầy thuốc tâm thần nổi tiếng với những kết quả nghiên cứu của mình trong lĩnh vực tâm thần như: Kahlbaum (1828-1899), Kraepelin (1856-1926), Korsakov (1854-1900); H. Maudsley (1835-1918)...

2.1.4 Thời kì từ đầu thế kỉ 20 đến những năm 1960

Ở nhiều nước trên thế giới, Tâm thần học ngày càng phát triển mạnh mẽ cả theo hướng nghiên cứu và tổ chức điều trị. Nghiên cứu về phản xạ có điều kiện của nhà bác học người Nga, I. Pavlov trong những năm đầu thế kỉ 20 đã mở đường cho những hiểu biết quan trọng về sinh lí hoạt động thần kinh cao cấp - cơ sở của các hoạt động tâm thần. Cũng trong thời gian này, các nghiên cứu điện não của H. Berger (1924); của Alzheimer (1907) về bệnh mất trí tuổi già; về TTPL của E. Bleuler (1911)...đã góp phần làm cho chăm sóc SKTT đã có được những tiến bộ rất đáng kể.

Nếu cuộc cách mạng lần thứ nhất trong lĩnh vực chăm sóc SKTT do Pinel khởi xướng – người đem “Hơi ám tình người” đến cho người có RLTT thì cuộc cách mạng lần thứ hai được đánh dấu bởi Freud.

Sigmund Freud (1865-1939) là bác sĩ người Áo. Theo quan điểm của S. Freud thì hành vi của con người không những được quyết định bởi sự đánh giá đúng về thực tế khách quan do ý thức, mà còn được quyết định bởi những động cơ bản năng chìm trong vô thức. Sự xung đột giữa ý thức và vô thức chính là nguồn gốc của các RLTT.

Từ một phương pháp điều trị tâm lí mới – phương pháp phân tâm (phân tích tâm lí), Freud đã tạo ra một trường phái tâm lí học nổi tiếng – Phân tâm học. Trường phái Phân tâm học có ảnh hưởng rất lớn ở nhiều nước Châu Âu, đặc biệt là ở Mỹ vào những năm 1940-1970.

Gọi Phân tâm học tạo ra cuộc cách mạng lần thứ hai không chỉ vì tầm ảnh hưởng của nó mà nó làm thay đổi cách thức đối xử với những người có các vấn đề SKTT. Tôn trọng những gì mà con người có, cho dù đó là bản năng vô thức. Những vấn đề SKTT không chỉ là đơn thuần do bệnh lí của não mà đó còn có thể là do những xung đột tâm lí bên trong.

Thời kì này cũng là thời kì đánh dấu sự “vào cuộc” của các nhà tâm lí học trong công tác chăm sóc SKTT. Sau Phân tâm học, Tâm lí học Hành vi thâm nhập vào lĩnh vực trị liệu từ những năm 1950. Một loạt các kĩ thuật liệu pháp hành vi cũng được xây dựng.

Nếu như Freud và những môn đệ của ông vừa là nhà tâm lí lại vừa là thầy thuốc (điều kiện để trở thành nhà phân tâm là ứng viên phải có bằng bác sĩ) thì các nhà tâm lí học hành vi là những nhà tâm lí học “thuần túy”.

Không chỉ Phân tâm học và Tâm lí học Hành vi, vào giai đoạn này xuất hiện thêm “Lực lượng thứ ba”: Tâm lí học Nhân văn ở Mỹ và Tâm lí học Hiện sinh ở Châu Âu. Gọi là lực lượng thứ ba bởi vì Tâm lí học Nhân văn và Hiện sinh chống cả Phân tâm học và Tâm lí học Hành vi. Nếu như Phân tâm học nhìn vào con người thì thấy chủ yếu là những nhu cầu bản năng, vô thức, mang tính sinh vật; Tâm lí học Hành vi xem xét con người như một cái máy vô hồn thì Tâm lí học Nhân văn và Hiện sinh sử dụng cách tiếp cận tôn trọng con người.

Một trong những nét điển hình của Tâm lí học Nhân văn là ở chỗ họ không gọi những người có các vấn đề về SKTT là người có RLTT mà gọi là thân chủ. Nhà trị liệu không phải là người ra mệnh lệnh hoặc yêu cầu người có các vấn đề về SKTT phải làm điều này hay điều khác, trái lại nhà trị liệu phải thấu cảm; tôn trọng vô điều kiện và chân thành đối với thân chủ. Những yêu cầu về phẩm chất cần có đối với một nhà trị liệu như vậy không còn là “sở hữu” riêng của các nhà trị liệu nhân văn.

Từ góc độ Y học, một số tác giả coi cuộc cách mạng lần thứ hai trong lĩnh vực chăm sóc SKTT là vào năm 1952, khi mà J. Delay và P. Deniker, 2 bác sĩ tâm thần người Pháp lần đầu tiên sử dụng thuốc Chlorpromazin vào lâm sàng tâm thần và cho kết quả tốt. Thành công này đã mở ra thời kì mới, dùng thuốc chữa bệnh tâm thần như các bệnh nội khoa khác. Từ đó, người ta liên tiếp tổng hợp được nhiều loại thuốc điều trị tâm thần khác nhau. Bộ mặt của ngành tâm thần cũng có những thay đổi đáng kể:

- Các bệnh viện tâm thần được xây dựng theo hệ thống mở thay thế hệ cho hệ thống kín, làm mất ấn tượng bệnh viện tâm thần là nhà tù.

- Có thể xây dựng bệnh viện tâm thần ngay giữa nơi dân cư đông đúc, gần gũi với nhân dân.

- Cho phép giảm số người có RLTT nội trú, giảm số ngày nằm viện và đại đa số người có RLTT có thể được điều trị ngoại trú với kết quả tốt.

- Thu hẹp phạm vi của liệu pháp sốc điện.

Sau khi một loạt các thuốc mới đã được tổng hợp tạo nên sự tiến bộ trong việc điều trị bệnh nhân tâm thần, quan niệm về bệnh, điều trị bệnh tâm thần đã thay đổi, và đặc biệt là quản lí: bệnh nhân không cần phải điều trị nội trú kéo dài. Đầu những năm 1950, xuất hiện và phát triển mạnh phong trào phi tập trung hóa. Phong trào này xuất hiện ở Mỹ sau đó lan sang các nước khác. Ví dụ như ở

Mĩ, năm 1955 có đến 559.000 bệnh viện tâm thần thì đến năm 1998 rút xuống chỉ còn chưa đầy 60.000 bệnh viện (Lamb & Bachrach, 2001).

2.1.5 Thời kì từ 1960 đến nay

Từ đầu những năm 1960, công tác chăm sóc SKTT bước vào một cuộc cách mạng mới, cuộc cách mạng lần thứ ba: đưa công tác chăm sóc SKTT về cộng đồng. Những chiến lược lớn của thời kì này là:

- Không xây dựng các bệnh viện tâm thần lớn và tập trung nữa mà xây dựng các bệnh viện tâm thần cỡ nhỏ và trung bình 100 – 500 giường bệnh ở gần khu vực dân cư.

- Giải tỏa các cơ sở nội trú gò bó, đưa tối đa người có RLTT trở về với gia đình, giảm giường bệnh nội trú.

Một đặc điểm nổi bật trong thời kì này là sự vào cuộc của nhiều lực lượng, đặc biệt là của Công tác xã hội. Những phương thức điều trị hiện đại cho phép hàng ngàn người bị RLTT mạn tính, những người mà ở vào nửa đầu thế kỉ 20 cần được chăm sóc tại bệnh viện thì nay có thể điều trị tại cộng đồng. Sự thay đổi chăm sóc chuyển từ bệnh viện sang cộng đồng bắt đầu ở Anh từ cuối những năm 1950, sau đó đạt đỉnh cao vào những năm 1970. Trong khoảng thời gian đó, rất nhiều người đã ở hàng năm, thậm chí hàng chục năm trong bệnh viện, dần dần được chuyển về cộng đồng, nơi họ đã từ đó vào viện. Đây là một quá trình không đơn giản bởi lẽ sự thay đổi như vậy cần phải được luật pháp hoá và nhiều người có RLTT đã bị hội chứng lưu viện. Những người này đã quen với việc hành động theo những nguyên tắc của bệnh viện, nơi mà nhìn chung có thể chấp nhận những khác biệt nhiều hơn so với cộng đồng. Bản thân họ cũng có ít những kĩ năng tự chăm sóc bản thân bởi lẽ trong một thời gian kéo dài nhiều năm, họ không phải chịu trách nhiệm về việc nấu ăn, giặt giũ và những công việc tự chăm sóc khác. Nhiều khi cuộc sống kéo dài trong bệnh viện làm cho họ tàn phế hơn cả chính bệnh mà do nó họ phải vào viện. Điều này không có gì phải nghi ngờ cũng như chuyện họ đi lang thang hay có trở thành người mẹ không dám cưới. Do những yếu tố đó, trước khi đưa người có RLTT trở lại cộng đồng phải dạy cho họ cách sống trong môi trường ngoài bệnh viện. Nếu không như vậy thì sẽ có nhiều rắc rối xảy ra sau khi người có RLTT được ra viện và cuối cùng có thể dẫn đến vòng tròn luẩn quẩn: nhanh chóng đưa họ trở về cộng đồng rồi cũng nhanh chóng lại phải nhập viện trở lại.

Để tránh những khó khăn như vậy, trị liệu hiện đại tìm cách giảm thiểu các cơ sở điều trị nội trú, tăng cường quản lí người có RLTT tại cộng đồng nơi họ sinh sống. Những người có các vấn đề về SKTT nhưng không nặng lắm, thường là những trường hợp lo âu, trầm cảm nhẹ và vừa thì chuyển cho bác sĩ đa khoa điều trị trong hệ thống chăm sóc sức khoẻ ban đầu. Ngay cả những trường hợp có các vấn đề về SKTT nặng thì vẫn có thể được một đội chuyên gia hỗn hợp điều trị ngoại trú tại nhà. Chỉ đưa người có RLTT vào viện khi họ có các cơn khủng hoảng hoặc vấn đề đã trở nên nghiêm trọng và sau đó đưa họ trở lại cộng đồng ngay sau khi có thể.

2.2 Chăm sóc sức khỏe tâm thần tại Việt Nam

2.2.1 Trước thế kỉ 20

Cũng như trong lịch sử loài người, ở nước ta, có lẽ các RLTT cũng được con người nhận biết từ lâu. Tùy theo sự hiểu biết của mình mà xã hội, cộng đồng có những cách ứng xử khác nhau với những người có RLTT.

Do không có được những tài liệu lưu trữ nên chúng ta cũng chưa thể khẳng định được việc những người có RLTT được chăm sóc về mặt y tế bắt đầu có từ khi nào.

Tuệ Tĩnh, một thầy thuốc sống ở thế kỉ thứ XV đã bàn đến các bệnh thuộc tâm, các chứng mất ngủ, điên cuồng, kém trí nhớ. Ông phân biệt điên và cuồng:

- Điên: vui, cười, nói năng rối loạn. Điên là do không đủ tâm huyết, do vậy để điều trị điên phải dùng an thần dưỡng huyết.

- Cuồng: nói sai, làm sai, chạy nhảy lung tung, làm bậy bạ. Cuồng do đàm hỏa thịnh. Điều trị cuồng bằng thanh hỏa hạ đàm, lợi đại tiện, không nên ăn no.

Ngoài ra Tuệ Tĩnh cũng còn có các bài thuốc nam để chữa trị các chứng lo sợ, bực bội quá mức hay các chứng như nói cười vô cớ, thao cuồng...

Một danh y khác là Hải Thượng Lãn Ông Lê Hữu Trác (thế kỉ thứ XVIII). Hải Thượng Lãn Ông đã luận bàn nhiều về tâm và thần, về nguyên nhân xuất hiện và các phương pháp chữa trị tâm thần, về phương pháp tiết dục, phương pháp an thần bổ tâm, an thần dưỡng tâm.

2.2.2 Thời kì thuộc Pháp

Trong thời kì thực dân Pháp thống trị, việc điều trị bệnh tâm thần chưa được quan tâm. Môn Tâm thần học không có trong chương trình giảng dạy ở trường Đại học Y khoa Hà Nội và không có một bác sĩ chuyên khoa tâm thần nào. Các nhà thương Biên Hoà, nhà thương Vôi ở Bắc Giang và khu "Trại điên"

ở Bạch Mai - Hà Nội thực chất là nơi giam giữ người "điên" để khỏi phá rối trật tự xã hội. Những người có RLTT bị nhốt trong các phòng chật hẹp và hôi thối, trần truồng, tranh nhau những nắm cơm ném qua lỗ hờ đục ở cửa. Khi kích động, người có RLTT bị roi vọt, dây trói, áo trói, cùm chân tay...Nhiều người có RLTT chết ở đây không có tên tuổi mà được gọi bằng các con số.

Dưới thời thuộc Pháp, cả nước ta có 2 cơ sở tâm thần được xây dựng theo kiểu tập trung. Ở miền Nam, có Bệnh viện Tâm thần Biên Hòa xây dựng từ năm 1915 với nhiều đợt tu bổ và phát triển thêm. Bệnh viện hoạt động cho đến ngày nay (hiện nay là Bệnh viện Tâm thần Trung ương II). Năm 1975 có tới 1800 giường bệnh, thu dung người có RLTT của tất cả các tỉnh miền Nam.

2.2.3 Thời kì từ 1954 đến nay

Sau năm 1954, ở miền Bắc, công tác chăm sóc sức khỏe nói chung, SKTT đã được chú trọng. Khoa tâm thần Bệnh viện Bạch Mai đã được sửa chữa lại. Năm 1963, Bệnh viện Tâm thần Thường Tín được thành lập. Đây là bệnh viện tâm thần đầu ngành lúc bấy giờ.

Do đất nước có chiến tranh, các cơ sở điều trị tâm thần cũng phải bị phân tán nhỏ lẻ. Mãi đến sau 1975, Đảng và Nhà nước đã dành nhiều sự quan tâm cho lĩnh vực chăm sóc SKTT. Các bệnh viện tâm thần lớn như Bệnh viện Tâm thần Thường Tín (sau đổi tên thành Bệnh viện Tâm thần Trung ương và nay là Bệnh viện Tâm thần Trung ương I, Bệnh viện Tâm thần Biên Hòa (nay là Bệnh viện Tâm thần Trung ương II) đã được đầu tư, nâng cấp cả về cơ sở vật chất và chất lượng phục vụ.

Sang đến những năm 1990, Ngành Y tế đã có những chuyển hướng lớn:

- Không xây dựng thêm các bệnh viện lớn tập trung, mà xây dựng các bệnh viện chuyên khoa tâm thần của tỉnh cỡ nhỏ và trung bình, khoảng từ 100-300 giường bệnh tùy số dân của từng địa phương. Cho đến nay, trên cả nước đã có 35 bệnh viện tâm thần tỉnh trong tổng số 63 tỉnh thành trong cả nước. Những tỉnh chưa có bệnh viện tâm thần thì có khoa tâm thần trong bệnh viện đa khoa.

- Tổ chức hệ thống khám bệnh tâm thần ngoại trú ở tuyến quận, huyện và xã, phường để người dân có nhu cầu tư vấn có thể tiếp cận được dễ dàng hơn với tổ chức chăm sóc SKTT và với tổ chức chăm sóc sức khỏe ban đầu ở cộng đồng.

- Việc đào tạo đội ngũ những người làm công tác chăm sóc SKTT, trước hết là trong lĩnh vực y tế đã được quan tâm nhiều hơn. Bên cạnh đó, nhà nước

cũng có các chế độ đãi ngộ cho cả những người có RLTT và các cán bộ nhân viên làm việc tại các cơ sở điều trị tâm thần.

Đặc biệt, từ năm 1999, Chương trình chăm sóc SKTT cộng đồng, chương trình cấp quốc gia đã được triển khai trên toàn quốc. Từ đó đến nay, các hoạt động chăm sóc sức khỏe cộng đồng đã đi vào nề nếp.

Từ những năm 1980 và nhất là thập kỉ gần đây, sự tham gia của các nhà tâm lí lâm sàng vào công tác chăm sóc SKTT đã trở nên rõ rệt hơn, đặc biệt ở những thành phố lớn như Hà Nội, thành phố Hồ Chí Minh.

Năm 1989, Trung tâm nghiên cứu tâm lí trẻ em N-T đã được thành lập do bác sĩ Nguyễn Khắc Viện phụ trách. Bên cạnh những hoạt động nghiên cứu, Trung tâm đã thực hiện trị liệu tâm lí cho trẻ em tại nhiều cơ sở của mình.

Hoạt động tư vấn, chăm sóc tâm lí cũng còn được thực hiện ở nhiều trung tâm tư vấn tâm lí. Các Bệnh viện tâm thần Trung ương I và II đã thành lập Khoa Tâm lí Lâm sàng. Nhiều cơ sở điều trị tâm thần, ví dụ như Viện SKTT Quốc gia, Khoa Tâm thần Bệnh viện 103 có các hoạt động đánh giá và can thiệp tâm lí.

Mặc dù “vào cuộc” muộn hơn nhưng Ngành Lao động – Xã hội có những hoạt động rất mạnh mẽ trong lĩnh vực chăm sóc SKTT. Nhiều dự án lớn đã được triển khai.

3 MỘT SỐ MÔ HÌNH CHĂM SÓC SỨC KHỎE TÂM THẦN

3.1 Khu vực Tâm thần học

Khu vực Tâm thần học, tương ứng với một khu vực địa lí với dân số 67.000 dân theo thông tư ngày 15 tháng 3 năm 1960 - Cộng hoà Pháp. Khu vực Tâm thần học được xác định bởi 4 tiêu chuẩn:

- Về địa lí: là khu vực quản lí một số dân cư nhất định.
- Về bệnh: các bệnh tâm thần, nghiện rượu, nghiện ma túy.
- Về chính sách y tế: phát hiện sớm, phòng bệnh và chăm sóc sau khi ra viện.

- Thực hiện chăm sóc SKTT: do đội chuyên gia hỗn hợp.

Mỗi khu vực tâm thần có một khoa nội trú 50 giường tại một bệnh viện tâm thần gần nhất.

Mục đích:

- Làm cho mọi công dân có thể được chăm sóc có chất lượng ở gần nhà mình nhất.

- Tránh việc nằm viện hoặc tái nằm viện bằng cách hướng các cố gắng vào việc phòng bệnh và điều trị sau đợt nằm viện.

- Cải thiện các điều kiện nằm viện và nhất là chuyển các nhân viên gác người có RLTT thành y tá.

Tương đương với 2 khu vực tâm thần chung, có một khu vực tâm thần trẻ em.

3.2 Khu vực Dịch tễ học

Khu vực Dịch tễ học được thành lập ở Mỹ năm 1963, quản lý một khu vực địa lý với 200.000 dân. Nhiệm vụ cũng tương tự như của khu vực tâm thần của Pháp. Đây là mô hình chăm sóc SKTT tiên tiến nhưng chỉ có thể áp dụng cho các nước phát triển:

- Về cơ sở tâm thần: một giường bệnh tâm thần cho 1.000 dân.

- Về nhân lực: Tương tự như ở Pháp, đội chuyên gia hỗn hợp gồm có bác sĩ tâm thần, nhà tâm lý lâm sàng, nhân viên xã hội trong lĩnh vực tâm thần, điều dưỡng tâm thần.

Những năm sau này, mạng lưới chăm sóc SKTT trong các trường học cũng đã được tổ chức và phát triển. Đội chuyên gia có những nhiệm vụ rất cụ thể, có chương trình làm việc với cha mẹ học sinh, nhà trường, quản lý những học sinh có các vấn đề về SKTT. Ở nhiều nước khác trên thế giới và trong khu vực, ví dụ như ở Úc hay ở Thái Lan đã thực hiện nhiều đề án lồng ghép công tác chăm sóc SKTT với giáo dục.

3.3 Chiến lược trạm trung gian

Vào thời kì đầu của phi tập trung hóa, nhiều bệnh nhân xuất viện đã trở về sống với gia đình. Tuy nhiên cũng có nhiều bệnh nhân tâm thần, sau khi ra viện lại không trở về với gia đình. Đây thường là những bệnh nhân loạn thần nặng, do nằm viện dài ngày, hay tái phát. Họ lại đi lang thang và gây nhiều rắc rối cho xã hội. Để tránh việc bệnh nhân lại đi lang thang, người ta xây dựng những cơ sở mang tính chất trung chuyển/tạm để đưa số bệnh nhân tâm thần này tới đó quản lý. Những cơ sở này nằm ở cộng đồng và có sự chăm sóc của nhân viên y tế. Lẽ đương nhiên họ không được chăm sóc toàn diện như ở bệnh viện. Các cơ sở/nhà trung chuyển nhằm mục đích làm bước trung gian giữa bệnh viện và cộng đồng, giúp người có RLTT có thể thích ứng trở lại với đời sống xã hội.

Bắt đầu từ những năm 1970, trong lĩnh vực chăm sóc SKTT phát triển chương trình luyện tập kĩ năng cho người có RLTT. Nếu như thường quy đòi

(dựa vào lí thuyết Hành vi thao tác) chỉ tập trung vào làm giảm những hành vi không mong muốn, tăng cường những hành vi mong muốn thì các chương trình luyện tập kĩ năng nhằm tập luyện cho người có các vấn đề SKTT những kĩ năng cần thiết, ví dụ, những kĩ năng giao tiếp, nhằm giúp họ tái thích ứng xã hội. Nhiều tác giả đã kết hợp giữa điều trị, giáo dục gia đình với luyện tập kĩ năng, coi luyện tập kĩ năng là thành tố cơ bản.

3.4 Bệnh viện tâm thần ban ngày

Một mô hình khác trong công tác chăm sóc SKTT: mô hình điều trị bán trú hoặc bệnh viện ban ngày. Với mô hình này, người có RLTT tâm thần nặng được chăm sóc toàn diện hơn, giá thành thấp hơn so với nội trú. Lúc đầu, bệnh viện ban ngày cũng tỏ ra có kết quả. Tuy nhiên dần dần các cơ sở này chuyển sang hướng phục hồi hơn là những cơ sở của các bệnh viện. Những nghiên cứu của nhiều tác giả (Anthony & Liberman, 1992; Creed, Black, & Anthony, 1989; Pryce, 1982; Marshall et al., 2001) cho thấy việc điều trị kéo dài tại các cơ sở điều trị ban ngày lại không có lợi cho những người có RLTT nặng. Mặc dù là hướng đến những mục đích phục hồi nhưng bản thân người bệnh lại không thể tách khỏi đó để đảm nhận được vai trò của một người bình thường trong cộng đồng.

3.5 Phong trào sức khỏe tâm thần cộng đồng

Tại Mỹ, năm 1963, đạo luật về các trung tâm SKTT cộng đồng đã được Quốc hội thông qua. Những trung tâm này thực hiện các dịch vụ phục vụ người bệnh tâm thần: chăm sóc nội trú, chăm sóc ngoại trú, bán trú, các dịch vụ cấp cứu và tư vấn và giáo dục. Mục tiêu lớn nhất của các trung tâm là nhằm đáp ứng nhu cầu chăm sóc toàn diện SKTT.

Mặc dù có những khởi đầu lạc quan song các trung tâm SKTT cộng đồng vẫn không được phát triển bởi chúng không đáp ứng được việc chăm sóc những bệnh nhân tâm thần nặng. Có mấy lí do:

- Một là: những nhân viên của các trung tâm này không được đào tạo các kiến thức cần thiết để chăm sóc bệnh nhân tâm thần nặng. Họ thích làm việc với những bệnh nhân nhẹ hơn. Với những bệnh nhân nhẹ, họ có thể thực hiện các liệu pháp tâm lí chiều sâu, dạng liệu pháp đang được sử dụng nhiều vào những năm 1970 - 1980.

- Thứ hai là: đối với nhiều thầy thuốc tâm thần, thuốc đã là đủ. Công việc tái thích ứng, đối phó với những khó khăn trong cuộc sống cộng đồng là công

việc của người bệnh. Ngoài ra cũng còn có những vấn đề khác liên quan đến nơi cư trú, lao động và việc làm, xã hội hóa...Do vậy dần dần những người có RLTT cũng không đến những trung tâm này nữa.

Một nội dung quan trọng nữa của công tác chăm sóc SKTT tại cộng đồng, đó là công tác dự phòng. Dự phòng gồm 3 bậc:

- Dự phòng bậc I: hướng đến cả cá nhân và ngoại cảnh, nhấn mạnh vào hai mục tiêu:

- Hỗ trợ cá nhân nâng cao khả năng đối phó hiệu quả với stress.
- Xác định và loại trừ các nhân tố có hại từ ngoại cảnh.

- Dự phòng bậc II: xác định sớm các vấn đề SKTT ở thân chủ, cụ thể, sớm nhận biết các dấu hiệu, triệu chứng ban đầu hoặc các dấu hiệu, triệu chứng tái phát của RLTT, kịp thời có các biện pháp can thiệp, chuyển viện điều trị hiệu quả. Một số hoạt động cụ thể:

- Thường xuyên theo dõi, đánh giá những cá nhân có nguy cơ cao về SKTT. Có thể đánh giá tại nhà hoặc tại một cơ sở y tế cộng đồng như: trung tâm y tế, nhà chăm sóc ban ngày...
- Tăng cường chăm sóc cho các cá nhân có các dấu hiệu bệnh tật đã được đánh giá: tham vấn cá nhân hoặc nhóm, điều chỉnh thuốc dùng, các can thiệp khác như can thiệp hỗ trợ khác.
- Giới thiệu đi bệnh viện điều trị cho các cá nhân có dấu hiệu bệnh tật đã được phát hiện.

Dự phòng bậc III có 2 nội dung chính:

- Ngăn ngừa các biến chứng của bệnh
- Thúc đẩy phục hồi chức năng hướng đến mức tối đa cho hoạt động của mỗi cá nhân.

Hiện nay, ba cấp độ dự phòng không chỉ giới hạn trong lĩnh vực chăm sóc SKTT mà đã được vận dụng sang nhiều lĩnh vực khác.

3.6 Các chương trình hỗ trợ cộng đồng

Ở Mỹ, đầu những năm 1970, phong trào SKTT cộng đồng tập trung chủ yếu vào việc kiểm soát các triệu chứng và duy trì sự ổn định bệnh, đã bị thất bại do không đáp ứng được những nhu cầu về tâm lý - xã hội của bệnh nhân nặng. Đến năm 1975, một chương trình mới được đưa ra, Chương trình hỗ trợ cộng đồng (Community support program). Chương trình hỗ trợ cộng đồng đưa ra những nguyên tắc mới, khác cơ bản so với các trung tâm SKTT cộng đồng.

Nếu như các trung tâm SKTT cung cấp những dịch vụ mang tính chất thời điểm, khi người có vấn đề về SKTT cần, ví dụ, khi có khủng hoảng, thì Chương trình hỗ trợ cộng đồng là một hệ thống triển khai những dịch vụ mang tính liên tục. 10 chức năng cơ bản của Chương trình hỗ trợ cộng đồng là:

- Các hoạt động mở rộng (những vấn đề liên quan đến chỗ ở, thông báo cho người có RLTT những dịch vụ hiện có, bảo đảm sự tiếp nhận).

- Hỗ trợ đáp ứng những nhu cầu thiết yếu: lương thực, thực phẩm, quần áo, an toàn, chăm sóc y tế và răng miệng, hỗ trợ thu nhập.

- Chăm sóc SKTT (chẩn đoán bệnh, quản lý thuốc, tư vấn).

- Hỗ trợ khủng hoảng 24/24, kể cả hỗ trợ chỗ ở tạm thời.

- Các dịch vụ tâm lý - xã hội và nghề nghiệp .

- Địa điểm các hoạt động PHTT và những hoạt động hỗ trợ.

- Tư vấn và giáo dục (với gia đình, bạn bè, chủ sử dụng lao động, chủ nhà cho thuê...).

- Hệ thống trợ giúp tự nhiên (chấp nhận và tham gia vào các nhóm tự giúp đỡ, đi lễ nhà thờ, tham gia vào các tổ chức cộng đồng).

- Bảo vệ quyền lợi của người tiêu dùng (những người có các vấn đề về SKTT không được gọi là người có RLTT nữa mà là thân chủ hoặc người tiêu dùng, ý muốn nói là những người sử dụng các dịch vụ chăm sóc SKTT).

- Quản lý trường hợp.

Một trong những xu hướng nổi bật, được hình thành trong chương trình hỗ trợ cộng đồng là giúp đỡ cá nhân ngay trong hệ thống cộng đồng bình thường, không cần đến sự giám hộ của hệ thống điều trị tâm thần.

Vào những năm 1980, các tiếp cận “hỗ trợ” đã tỏ ra có hiệu quả cao hơn trong việc hướng đến những mục đích PHTT so với những tiếp cận mang tính chất “bảo vệ”, ví dụ như điều trị ban ngày hay nhà lưu trú tạm thời.

Tiếp cận hỗ trợ tập trung vào những lĩnh vực chính như: nhà ở, việc làm và giáo dục. Trong mỗi lĩnh vực, các chuyên gia giúp đỡ/hỗ trợ cả về hình thức cũng như nội dung nghề nghiệp giúp người có RLTT đạt đến vai trò một người bình thường.

- Hỗ trợ nhà ở bao gồm: xác định nhà ở phù hợp và có thể hỗ trợ họ có được cuộc sống tự lập trong nhà/căn hộ của mình. Những người ủng hộ tiếp cận hỗ trợ nhà ở phê phán các tiếp cận nhà ở tạm rằng việc người người tiêu dùng

(người có vấn đề SKTT) chuyển nhiều lần sẽ tạo thêm stress và khó ổn định cuộc sống trong khi bản thân họ lại chậm thích ứng.

- Trợ giúp việc làm (Supported employment). Nếu như trợ giúp nhà ở xuất phát từ trong lĩnh vực SKTT thì hỗ trợ việc làm lại có nguồn gốc từ lĩnh vực giáo dục đặc biệt. Mô hình này xuất hiện từ đầu những năm 1980 và rất hiệu quả đối với những người có khuyết tật về phát triển. Chính vì vậy nó được triển khai dành cho người có vấn đề SKTT, thậm chí cả đối với người có rối loạn nặng. Vấn đề là ở chỗ phải xác định được công việc phù hợp trong hệ thống việc làm nói chung và luôn phải có các dịch vụ hỗ trợ.

- Trợ giúp giáo dục (Supported education) được xây dựng và phát triển như là một hệ thống các chiến lược trợ giúp người có vấn đề SKTT được thụ hưởng giáo dục và đào tạo (trong các trường đại học, cao đẳng, các trung tâm cộng đồng và những cơ sở giáo dục, đào tạo khác).

3.7 Mô hình nhà câu lạc bộ (Clubhouse model)

Mô hình này khởi đầu từ những năm 1940, nằm ngoài hệ thống chăm sóc SKTT và có những đóng góp đáng kể cho công tác PHTT. Phong trào nhà câu lạc bộ dựa trên những luận điểm chính như:

- Những cá nhân bị RLTT nặng có vai trò và trách nhiệm quan trọng đối với việc PHTT cho chính họ.

- Người tiêu dùng (người có vấn đề SKTT) cũng có quyền được sống một cuộc sống bình thường.

- PHTT phải là tự nguyện chứ không phải là hàng loạt các buổi gặp gỡ đã được ấn định.

- Một nhu cầu cơ bản khác của con người là nhu cầu được làm việc.

Ban đầu nhà câu lạc bộ chỉ là nơi gặp gỡ của các thành viên với mục đích trợ giúp quá trình xã hội hóa. Tại đây mọi thành viên đều được chấp nhận. Beard et al. (1982) khẳng định rằng chính nhà câu lạc bộ đã giúp cho người tiêu dùng (người có vấn đề SKTT) tự tin hơn, cảm thấy họ là người mà người khác cần đến. Các nhu cầu của con người mà như sơ đồ tháp nhu cầu của Maslow (1970) đều được tôn trọng.

Chính trong phong trào này đã xuất hiện hai mô hình:

- Tham gia vào nhóm làm các công việc thông thường trong cuộc sống như dọn dẹp nhà, chuẩn bị bữa ăn.

- Làm những công việc phù hợp. Những công việc mang tính tạm thời hoặc bán thời gian, khi mà họ chưa thể đảm nhận được công việc làm với đầy đủ thời gian.

Cũng theo Beard et al.,1982, chính trong những hoạt động như vậy, các thành viên cảm nhận được sự cần thiết của bản thân, rằng mình cũng còn có ích chứ không phải là vô dụng như nhiều khi họ vẫn nghĩ.

Năm 1977, ở Mỹ đã xây dựng được một chương trình quốc gia về đào tạo nhà câu lạc bộ. Với sự trợ giúp của chương trình, số lượng nhà câu lạc bộ tăng nhanh vào thập kỉ sau đó: 270 cơ sở trên toàn thế giới.

Năm 1989, Hội thảo quốc tế về mô hình nhà câu lạc bộ đã đưa ra 35 tiêu chuẩn và được tập hợp trong *Các tiêu chuẩn cho những chương trình nhà câu lạc bộ*.

Năm 1994, *Trung tâm Quốc tế phát triển nhà câu lạc bộ* đã được thành lập, và đến năm 2002 Trung tâm đã có 250 thành viên-nhà câu lạc bộ trên toàn thế giới.

3.8 Chăm sóc có quản lí

Ngoại trừ một số nước, tại đa số những nước phát triển, dịch vụ y tế là một dịch vụ sinh lời. Trong những năm 1980, ở Mỹ, giá cả dịch vụ y tế tăng với mức độ chóng mặt. Nếu năm 1965, chi phí cho dịch vụ y tế chiếm 5% tổng sản phẩm quốc gia thì đến đầu 1990, con số này đã lên đến 15%. Tỷ lệ chi phí cho chăm sóc sức khỏe tăng gần gấp 2 lần so với tỷ lệ lạm phát (Kent A.J.,2000). Mặc dù có chậm hơn, song các cơ sở điều trị tâm thần, nhất là các phòng khám, bệnh viện tâm thần tư ở Mỹ cũng tăng lên nhanh chóng trong những năm 1980-1990 và kéo theo đó là giá cả chi cho dịch vụ chăm sóc SKTT cũng tăng. Chính phủ (Hoa Kỳ) và các doanh nghiệp tư rất quan tâm và chú ý vấn đề này bởi vì cơ bản, họ là người chi trả chủ yếu cho các dịch vụ chăm sóc sức khỏe. Một chiến lược mới được đưa ra nhằm giảm giá thành chăm sóc sức khỏe: *Chăm sóc có quản lí*. Nội dung cơ bản của chiến lược này là quản lí và chăm sóc sức khỏe toàn diện cho người dân, việc chi trả cho các dịch vụ này là rất thấp, mang tính trọn gói. Quản lí và chăm sóc ngay tại cơ sở, giúp tăng cường sức khỏe cho người dân, phát hiện sớm bệnh, kịp thời xử trí, giảm thiểu những trường hợp phát hiện muộn, dẫn đến tốn kém trong chữa trị. ²

² Tuy nhiên cũng có những ý kiến phân đôi chăm sóc có quản lí trong lĩnh vực sức khỏe tâm thần.

CÂU HỎI ÔN TẬP

1. Sức khỏe tâm thần là gì? Vai trò của nó trong đời sống con người?
2. Trình bày những nội dung chính của Công tác xã hội trong lĩnh vực tâm thần .
3. Những đặc điểm nổi bật của công tác chăm sóc sức khỏe tâm thần ở Việt Nam từ sau 1975 đến nay?
4. Phân tích những nội dung chính của Phong trào sức khỏe tâm thần cộng đồng?
5. Trình bày những nội dung chính của các chương trình hỗ trợ cộng đồng trong công tác chăm sóc sức khỏe tâm thần.

Chương 2

NGUYÊN NHÂN VÀ PHÂN LOẠI CÁC VẤN ĐỀ SỨC KHỎE TÂM THẦN

Chương 2 đề cập đến những yếu tố được xem là nguyên nhân hoặc thúc đẩy các vấn đề sức khỏe tâm thần: các nguyên nhân sinh học, tâm lý và xã hội. Phần thứ hai của chương giới thiệu 2 cách phân loại chủ yếu: phân loại của Tổ chức Y tế Thế giới và phân loại của Hội Tâm thần học Hoa Kỳ.

1 NGUYÊN NHÂN VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN

1.1 Các nguyên nhân sinh học

1.1.1 Di truyền

Ngoại trừ trứng, tinh trùng và hồng cầu còn các tế bào khác trong tổng số khoảng 100 tỉ tế bào của cơ thể con người chứa 2 bộ gen: một bộ từ người mẹ và một từ người cha. Toàn bộ có 23 bộ nhiễm sắc thể, mỗi bộ nhiễm sắc thể chứa khoảng 60.000 đến 80.000 gen, chúng có vai trò nhất định đối với những đặc điểm về cơ thể và cả tâm lý của cá nhân.

Mỗi bộ gen ảnh hưởng đến một quá trình được gọi là alen (gen tương ứng). Sự qui định tính trạng của từng bộ gen tương ứng có thể giống nhau hoặc khác nhau giữa cha và mẹ, ví dụ, một người mắt nâu và một người mắt xanh. Nếu các alen giống nhau thì được gọi là đồng hợp tử còn nếu khác nhau thì được gọi là dị hợp tử. Trong “cuộc đua” này, tính trạng của những gen trội sẽ được thể hiện ra bên ngoài. Một số gen, ví dụ như gen qui định màu mắt nâu thường là gen trội. Gen lặn chỉ thể hiện khi nó cũng gặp gen lặn khác có cùng qui định về tính trạng. Sự phát triển của hầu hết các vấn đề SKTT đều liên quan đến gen lặn. Nếu chúng là của gen trội thì hầu như các rối loạn sẽ chắc chắn xuất hiện trong các thế hệ tiếp theo.

Người ta đã sử dụng một số phương pháp để nghiên cứu di truyền nguyên nhân các vấn đề SKTT. Nghiên cứu gia đình nhằm xác định kiểu di truyền ảnh hưởng đến các cá nhân có nguy cơ RLTT ở những mức độ khác nhau. Nếu có mối liên hệ di truyền, có thể nhận định rằng rối loạn sẽ có khả năng xuất hiện cao hơn ở người có cùng cấu trúc di truyền (sinh đôi cùng trứng) so với người khác không có cùng cấu trúc di truyền hoặc sinh đôi khác trứng - những người

có khoảng 50% số gen giống nhau. Với người họ hàng như cô, di nguy cơ bị rối loạn còn thấp hơn do mức độ tương đồng di truyền thấp hơn. Nhiều nghiên cứu gia đình còn chú ý đến mức độ mà cả sinh đôi cùng trứng và sinh đôi khác trứng đều có cùng một rối loạn. Nếu ở sinh đôi cùng trứng có tỉ lệ rối loạn cao hơn so với sinh đôi khác trứng thì điều này có nghĩa là nguy cơ di truyền cao hơn. Tuy nhiên cách tiếp cận này cũng có những hạn chế. Vấn đề là các thành viên trong gia đình không chỉ gần gũi nhau về mặt gen mà họ còn có chung môi trường. Ví dụ sinh đôi cùng trứng được đối xử giống nhau nhiều hơn là sinh đôi sinh đôi khác trứng. Sự xuất hiện của bất kì bệnh nào cũng đều có sự đóng góp của việc chúng chia sẻ các yếu tố môi trường chứ không chỉ là chia sẻ về gen.

Để nhằm tách biệt các yếu tố môi trường với di truyền, nhiều nghiên cứu đi xác định tỉ lệ tương đồng ở những cặp sinh đôi sống trong những môi trường khác nhau, thường là một người được nhận làm con nuôi ở nhà khác. Giả thuyết chính của phương pháp này là 2 người sinh đôi có cùng kiểu gen nhưng sống trong môi trường khác nhau; nếu họ cùng bị một bệnh nào thì đó là do yếu tố di truyền. Tuy nhiên cũng có rất nhiều lí do làm giảm mức độ tin cậy của hệ số di truyền mà phương pháp này xác lập được. Trước hết, ngay cả khi 2 người sinh đôi sống tách biệt thì họ cũng có thể có các yếu tố khác nhau chứ không chỉ đơn thuần là có chung kiểu gen. Sau nữa là dù không có sự khác nhau về các yếu tố đó thì họ còn có chung những yếu tố khác nữa chứ không chỉ là di truyền. Thậm chí họ cũng còn chịu chung với những gì mà có thể gây ra nguy cơ các rối loạn khác nhau trong thời kì người mẹ mang thai.

Một yếu tố khác cũng có thể góp phần vào việc đánh giá quá mức vai trò của di truyền đối với những hành vi của trẻ, đặc biệt là khi chúng “khó bảo” hoặc “có vấn đề”. Đó là những trường hợp trẻ cũng có những hành vi tương tự như những người chăm sóc chúng. Và như vậy, trẻ sống riêng vẫn có thể có chung kiểu di truyền và nền tảng gia đình mặc dù chúng không sống trong một nhà. Khi phản ứng gia đình cũng là một trong những yếu tố đóng góp vào nguy cơ các vấn đề về cảm xúc và hành vi thì nó cũng có thể làm tăng mức độ tương đồng hơn là so với các yếu tố di truyền riêng rẽ theo cách phân tích truyền thống giữa 2 trẻ sinh đôi.

Cách lí giải vấn đề như vậy dẫn đến những phương pháp luận mới trong dạng nghiên cứu này. Thay vì đánh giá bản chất môi trường sống của cá nhân, người ta đi đo yếu tố di truyền, stress môi trường, xã hội và các stress cuộc sống

khác. Những số liệu này được đưa vào xử lí bằng các phương pháp thống kê và nhà nghiên cứu sẽ xác định mức độ tham gia của các yếu tố môi trường và di truyền trong sự phát triển các rối loạn được nghiên cứu.

Dạng nghiên cứu như vậy có khả năng xác định được độ chặt chẽ của bất kì mối liên hệ di truyền nào. Tuy nhiên nó cũng không thể phân lập được gen hoặc những gen nào tham gia vào. Việc xác định được bản đồ gen hiện nay mở ra nhiều hứa hẹn cho những nghiên cứu cơ bản theo hướng này. Hầu hết các rối loạn đều liên quan đến nhiều gen (còn gọi là đa gen) và trong một số trường hợp vấn đề lại nổi lên khi thiếu vắng (chứ không phải là hiện diện) một gen nào đó. Ví dụ, có những cứ liệu cho thấy một gen nằm ở thể nhiễm sắc 4 có thể “bảo vệ” cá nhân chống lại những vấn đề nghiện rượu.

Mặc dù không chiếm ưu thế tuyệt đối song công nghệ gen cũng gây ra rất nhiều hậu quả xã hội. Ở mức cực đoan nhất, các nhóm chính trị và xã hội dạng như phong trào Ưu sinh học ở vào cuối thế kỉ 19, đầu thế kỉ 20 đã ủng hộ cho việc kiểm soát, lựa chọn sinh đẻ và triệt sản để giải thoát dân tộc khỏi sự “thoái hoá dân tộc và chủng tộc” mà người ta cho rằng là do các bệnh tâm thần, tội phạm, nghiện rượu, ngu đần... Những tư tưởng đó cũng đã được cổ vũ vào những năm giữa thế kỉ 20 khi Hitler đã tàn sát hàng loạt những người có các vấn đề SKTT hoặc nhận thức chậm.

Việc tiếp tục tìm kiếm những gen gây nguy cơ những vấn đề cả về SKTT và thể chất cũng tạo ra hàng loạt thách thức trong xã hội hiện đại. Hiện nay các chương trình sàng lọc gen gây nguy cơ các rối loạn như: xơ bàng quang, bệnh Huntington, ung thư phổi, vòm họng hoặc trực tràng đang được nhiều cơ sở nghiên cứu triển khai. Các chương trình tìm kiếm kéo theo nhiều vấn đề về sắc tộc. Ví dụ, chương trình tìm kiếm gen gây nguy cơ ung thư vú ở Anh nhằm xác định xem ai có nguy cơ thấp, ai trung bình và ai cao. Chúng ta cũng còn chưa biết rõ con người sẽ đối phó ra sao với nguy cơ họ bị mắc bệnh. Song người ta nhận thấy rằng việc kiểm tra đó đã gây ra lo âu nặng nề với những khoảng thời gian dài ngắn khác nhau (Brain et al. 2002). Ở cấp độ xã hội, xét nghiệm gen đã kéo theo những vấn đề về bảo hiểm y tế và thậm chí cả tuyển chọn nghề. Liệu kết quả xét nghiệm gen có làm cho những người tầng lớp dưới gặp khó khăn hoặc thậm chí không thể có được bảo hiểm hay công việc làm? Thời gian sẽ trả lời.

Mặc dù đã phát hiện thấy mối liên quan đến gen song nhìn chung người ta đều nhất trí cho rằng gen chỉ có ảnh hưởng đến nguy cơ bị một RLTT nào đó nào đó. Điều rất quan trọng cũng cần phải chú ý đến là mặc dù nguy cơ bị một RLTT nào đó có thể tăng cao do các yếu tố gen song rất nhiều người, nếu như không nói là hầu hết, bị RLTT nhưng không tìm thấy gen liên quan. Ví dụ 89% số người được chẩn đoán là RLTT không tìm thấy có mối liên quan đến gen. Không phát hiện thấy gen làm tăng nguy cơ bị rối loạn cũng không có nghĩa là bạn đã miễn dịch đối với rối loạn đó.

Nguy cơ suốt đời bị TTPL là 1%, đối với con của những người bị bệnh này là 10 %. Tương tự, đối với rối loạn cảm xúc lưỡng cực là 1-2% và 20%. Những nguy cơ này không phải do bất thường 1 gen đơn độc, ví dụ hội chứng Down, mà là do nhiều gen. Đã có gen được xem là có vai trò trong loạn thần, song vẫn chưa có gen nào được xác định rõ ràng.

Yếu tố di truyền cũng chịu sự chi phối của môi trường. Ví dụ, người có kiểu gen apolipoprotein đặc biệt tăng nguy cơ mắc bệnh Alzheimer khởi phát muộn. Con của những người bị trầm cảm cũng có nguy cơ bị trầm cảm cao hơn và nặng hơn so với cha mẹ. Sự can thiệp tâm lí sớm có thể hi vọng làm giảm cả về nguy cơ và mức độ trầm trọng.

Sự tương tác giữa gen và môi trường được thể hiện rõ qua các nghiên cứu sinh đôi (cùng trứng và khác trứng, sống chung và sống riêng...). Các nghiên cứu cho thấy 30% nguy cơ mắc bệnh trầm cảm và lo âu ở giai đoạn trưởng thành là do yếu tố di truyền, 10% là do các yếu tố của thời thơ ấu còn 60% là do môi trường hiện tại. Tuy nhiên những yếu tố này lại tác động qua lại với nhau. Ví dụ, nguyên nhân trầm cảm của một người có RLTT là do những khó khăn trong hôn nhân (yếu tố môi trường hiện tại), điều này có thể là do thời thơ ấu có những thất bại trong quan hệ. Mặt khác, sự tác động này không phải là bền vững, nó có thể bị thay đổi, ví dụ dưới ảnh hưởng của LPTL.

1.1.2 Cấu trúc và chức năng của não

Não là một tổ hợp phức tạp của các tế bào thần kinh. Nó được chia thành 4 khu vực giải phẫu: não sau, não giữa, não trước và tiểu não.

Não sau, não giữa và não trước

Não sau chứa những phần não cần thiết cho các chức năng sống: thân não kiểm soát chức năng hô hấp, huyết áp và nhịp tim, thể lưới kiểm soát trạng thái thức ngủ, cầu não và tiểu não điều chỉnh cơ và tư thế.

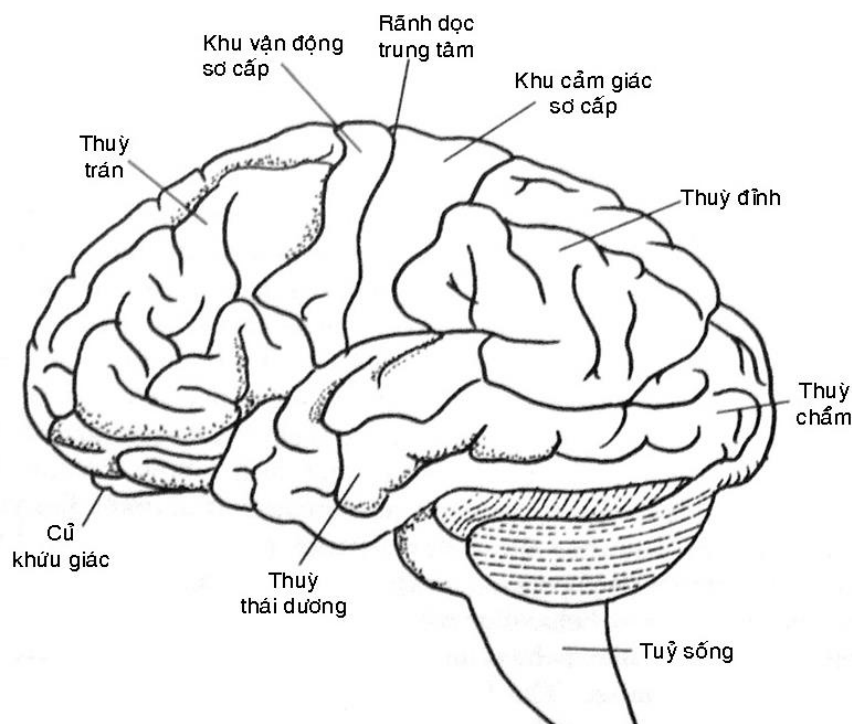
Não giữa có nhiệm vụ chỉ huy các phản xạ tích hợp và đáp ứng tự động bao gồm các hệ thống thính giác và thị giác tham gia vào các vận động cơ bắp.

Trong não trước có rất nhiều tổ chức quan trọng ảnh hưởng đến hành vi và cảm xúc:

- *Đồi não* (thalamus): là cầu nối các chức năng cơ bản của não sau và não giữa với các trung khu xử lí nằm ở vỏ não. Đồi não cũng có nhiệm vụ điều khiển chú ý và tham gia vào các chức năng của trí nhớ. Ngoài ra nó cùng với hệ viền trong việc thể hiện cảm xúc.

- *Dưới đồi* (hypothalamus): điều tiết sự ngon miệng, kích thích tình dục và khát. Vùng này cũng tham gia vào chức năng kiểm soát cảm xúc.

- *Hệ viền* còn được gọi là “computer cảm xúc” bởi vai trò của nó trong việc điều phối quá trình đánh giá mức độ giá trị của thông tin giác quan (ví dụ đe dọa) và kiểm soát những đáp ứng hành vi và tự chủ sau đó.



Hình 2.1 Hình giải phẫu ngoài của não

Đại não

Nằm trên 3 cấu trúc đó chính là đại não. Đây là phần của não mà chúng ta đã quá quen thuộc. Trong đại não, tổ chức quan trọng nhất chính là vỏ não. Đó là lớp gập ngoài của chất xám được tạo thành từ các thân tế bào và những môi

nội xi nạp của chúng. Hầu hết các khu vực của vỏ não đều tham gia với các mức độ khác nhau vào việc điều hoà các hành vi phức tạp mặc dù có những trung tâm kiểm soát chức năng ở não. Đại não được chia làm 2 nửa chức năng, nối với nhau bởi thể trai và vô số các sợi nối thần kinh ở phần nền. Não cũng còn được chia làm 4 thùy: thùy trán, thùy thái dương, thùy chẩm và thùy đỉnh (hình 2.1).

Thùy trán

Thùy trán chiếm khoảng 1/3 khối lượng não. Vỏ thùy trán có chức năng điều hành, phối hợp một loạt các quá trình phức tạp bao gồm: ngôn ngữ, điều hoà vận động và lập chương trình hành vi. Mất chức năng điều hành, ví dụ do bị tổn thương, kéo theo một loạt các hậu quả như: giảm quan tâm, lo lắng về tương lai, xung động, kém sáng kiến, giảm trí nhớ hiện thời, mất khả năng tư duy trừu tượng, không có khả năng lập và thực hiện kế hoạch hành động cũng như suy tính về kết quả hành động. Cá nhân bị tổn thương thùy trán trở nên kém linh hoạt và cứng nhắc. Họ rất khó chuyển từ hướng suy nghĩ hoặc nhiệm vụ này sang hướng khác, thay đổi từ thói quen hoặc hành vi này sang thói quen hoặc hành vi khác. Những rối loạn như vậy có thể kéo theo hiện tượng lặp đi lặp lại, khi một hành vi cụ thể nào đó vẫn cứ được tiếp tục mặc dù đã có hướng dẫn thay đổi. Thùy trán cũng được coi là ảnh hưởng đến tầng bậc động cơ. Tổn thương thùy trán có thể gây ra những trạng thái như suy nhược/kiệt sức, thể hiện ở suy giảm ngôn ngữ hoặc các hành vi bên ngoài.

Thùy thái dương

Mặc dù các chức năng đã được phân bố song vẫn có những trung khu rõ rệt trong thùy thái dương. Các trung khu này nằm ở những vị trí khác nhau tùy thuộc vào tay thuận. Ở người thuận tay phải, trung khu ngôn ngữ chính nằm ở bán cầu não phải còn trung khu xử lí không gian – thị giác nằm ở bán cầu não trái. Đối với người thuận tay trái, sự định khu không rõ rệt bằng. Thùy thái dương cũng là nơi có quan hệ mật thiết với hệ thống giác quan ngửi và nghe. Nó cũng còn có chức năng tích hợp những thông tin thị giác với các giác quan khác để tạo thành các đơn vị có nghĩa. Tổn thương ở thùy thái dương, ví dụ như hậu quả của động kinh thái dương, có thể gây ra tri giác nhầm hoặc ảo thị giác. Cũng có những thông báo về ảo khứu nhưng ít hơn. Do chức năng đa dạng của thùy thái dương, tri giác nhầm hoặc ảo giác có thể kèm theo những cảm xúc khá bền vững, cụ thể là sợ hãi. Thùy thái dương có vai trò quan trọng trong trí nhớ và những hệ thống lưu giữ. Tổn thương một bên thùy thái dương có thể làm giảm

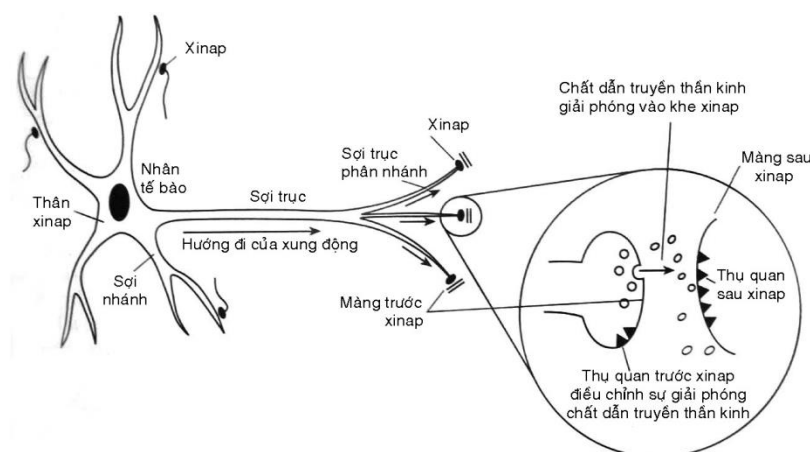
sút trí nhớ. Điều này có thể được xác định bằng các test tâm lí. Tuy nhiên nó cũng không gây cản trở nhiều cho cá nhân. Tổn thương cả 2 bên có thể gây rối loạn sâu sắc trí nhớ. Cuối cùng thủy thái dương có liên quan mật thiết đến hệ viền và với cảm xúc đối với các sự kiện và trí nhớ.

Thùy chẩm và thùy đỉnh

Những thùy này chủ yếu có nhiệm vụ tích hợp thông tin giác quan. Những chức năng này phân bố đều và không có một trung khu não rõ rệt. Thùy chẩm chủ yếu đảm nhận thị giác. Những mối liên kết với vỏ não cho phép phân tích các kích thích thị giác.

Các chất dẫn truyền thần kinh

Ở vỏ não có hàng tỉ tế bào thần kinh (hay còn gọi là nơ ron) kết nối với nhau. Sự hoạt hoá các hệ thống não là do dòng điện nhỏ chạy qua hàng loạt các nơ ron khác nhau và mạnh dần lên.



Hình 2.2 Sơ đồ nơ ron thần kinh và xi nap được phóng to

Dòng điện này bị gián đoạn khi gặp các khe giãn nơ ron – xi nap. Ở đây, các hợp chất hoá học với tên gọi các chất dẫn truyền thần kinh chịu trách nhiệm hoạt hoá hệ thống. Mỗi nơ ron có một sợi trục (axon) và nhiều sợi nhánh. Cuối mỗi nhánh chính là tận cùng trước xi nap. Tận cùng trước xi nap này nằm kề với tận cùng sau xi nap của nơ ron khác. Khu vực giữa 2 tận cùng đó được gọi là khe xi nap. Các chất dẫn truyền thần kinh được chứa trong những túi nhỏ được gọi là túi xi nap. Dưới tác động của kích thích điện, các chất chứa trong túi xi nap được giải phóng vào khe xi nap. Sau đó các chất dẫn truyền thần kinh được những tế bào đặc biệt - các thụ cảm thể nằm ở vùng sau xi nap hấp thu. Khi đó nơ ron tiếp theo sẽ được hoạt hoá. Trong trường hợp tất cả các chất dẫn truyền thần kinh không được các thụ cảm thể sau xi nap hấp thu, hoạt hoá có thể bị ức

chế hoặc các chất này lại bị tái hấp thu trở lại túi hoặc làm giảm hoạt hoá của các chất khác.

Các chất dẫn truyền thần kinh đóng vai trò quan trọng trong các hoạt động tâm lí, hành vi.

Bảng 2.1. Bảy chất dẫn truyền thần kinh quan trọng nhất

| <i>Chất DTK</i> | <i>Chức năng bình thường</i> | <i>Những vấn đề liên quan đến sự mất cân bằng</i> | <i>Các chất ảnh hưởng đến chất DTK</i> |
|-----------------|--|--|---|
| Dopamin | -Tạo cảm giác dễ chịu, khoan khoái - Được sử dụng trong hệ TKTW trong các vận động chủ ý | - Tâm thần phân liệt - Bệnh Parkinson | Cocaine, Amphetamin, Methylphenidate (Ritalin), rượu |
| Serotonin | Điều chỉnh giấc ngủ, mơ, khí sắc, đau, gây hấn, cảm giác ngon miệng và hành vi tình dục | Trầm cảm, một số rối loạn lo âu, rối loạn ám ảnh-cưỡng bức | Fluoxetine (Prozac) Các chất gây ảo giác (ví dụ, LSD) |
| Norepinephrine | - Được sử dụng trong nơ ron hệ thần kinh tự chủ và trong hầu hết các khu vực của não. - Kiểm soát nhịp tim, giấc ngủ, sự đáp trả, cảnh giác và cảm giác ngon miệng. | - Huyết áp cao - Trầm cảm | - Thuốc chống trầm cảm 3 vòng - Các thuốc chẹn beta. |
| Achetylcholine | - Trong các nơ ron ly tâm chuyên thông tin từ HTKTW - Tham gia vào một số dạng học tập và trí nhớ | - Một số dạng rối loạn cơ - Bệnh Alzheimer | - Nicotine - Nọc độc của nhện Quả phụ đen - Ngộ độc thịt - Nhựa độc cura (*) - Atropine - Barbiturates |
| GABA | Chất DTK ức chế chủ yếu trong HTKTW | - Rối loạn lo âu - Động kinh | Các thuốc an tĩnh (tranquilize) tối thiểu, ví dụ, |

| | | | |
|------------|---|--|--|
| | | | Valium, Librium, rượu. |
| Glutamate | Chất DTTK kích thích chủ yếu trong HTKTV Tham gia vào hoạt động học tập và trí nhớ | Phóng thích dư thừa Glutamate dường như gây tổn thương não sau đột quy | Phencyclidine (PCP) |
| Endorphins | Cảm giác dễ chịu và kiểm soát đau | Làm giảm các mức độ do nghiện Opiate gây ra | Các Opiate: thuốc phiện, heroin, morphine, methadone |

(Dẫn theo: Canli T. (2006), *Biology of Personality and Individual Differences*, The Guilford Press)

Trong các RLTT, người ta cũng phát hiện thấy những bất thường liên quan đến một hoặc một số chất DTTK. Đầu tiên, trục trặc trong hoạt động của acetylcholine được tìm thấy ở bệnh nhân mắc chứng Alzheimer . Norepinephrine, serotonin và dopamin đều liên quan đến các rối loạn khí sắc/cảm xúc (mood disorders). Dopamin được nhắc đến nhiều trong TTPL và nghiện chất.

Tính khả biến thần kinh

Cho đến gần đây, giới khoa học vẫn cho rằng não người trưởng thành hầu như không thay đổi về cấu trúc cũng như kích thước sau khi đã đạt được giới hạn của sự phát triển. Tuy nhiên những nghiên cứu mới đã đưa các nhà khoa học đến sự thay đổi rất lớn về nhận thức.

Hệ thống thần kinh trong não người trưởng thành không phải là “bất biến” mà là “khả biến”- có khả năng biến đổi. Một loạt các nghiên cứu mới đã xuất hiện trong mấy thập kỉ vừa qua. Năm 1998, Eriksson và CS đã phát hiện thấy có sự xuất hiện các nơ ron mới, hay còn gọi là tăng trưởng thần kinh (neurogenesis) ở vùng hồi hải mã trong não người trưởng thành. Đây là vùng tham gia vào chức năng trí nhớ. Sau đó cũng đã xuất hiện những nghiên cứu tăng trưởng thần kinh ở các vùng vỏ não vận động, cảm giác cơ thể và những vùng khác.

Đặc biệt khi xuất hiện MRI và sau đó là fMRI (MRI chức năng), các phương tiện kĩ thuật hiện đại đã hỗ trợ rất hiệu quả cho các nhà nghiên cứu tăng trưởng thần kinh. Ví dụ, Elbert, Pantev, Wienbruch, Rockstroh & Taub (1995) đã ghi nhận thấy sự tăng trưởng thần kinh – xuất hiện thêm các nơ ron mới ở

vùng vỏ não cảm giác cơ thể ở một nhạc công chơi violon sau nhiều giờ luyện tập. Draganski và CS (2004) ở diễn viên xiếc chơi trò tung hứng, Pascual-Leone và CS (2005) nghiên cứu trên nghệ sĩ chơi piano, Marguire và CS (2000) nghiên cứu trên lái xe tắc xi cũng phát hiện thấy tình trạng tương tự.

Đặc biệt, một hướng nghiên cứu khác cũng cho kết quả làm ngạc nhiên nhiều người. Đó là những bằng chứng nghiên cứu cho thấy thiên ảnh hưởng tích cực đến tính khả biến thần kinh.

Như vậy có thể khẳng định rằng việc luyện tập cả về thể chất cũng như tâm lí/ tinh thần đều có thể ảnh hưởng tốt đến sự tăng trưởng – xuất hiện các nơ ron mới; xi nập mới, tăng cường kết nối, trao đổi thông tin trong bộ máy thần kinh trung ương, cải thiện tính khả biến thần kinh nói chung.

Tính khả biến của hệ thần kinh được thể hiện ở:

- Khả năng hình thành các nơ ron và các tế bào glia mới.
- Thêm/giảm các sợi nhánh (dendrits), thu ngắn/kéo dài sợi trục (axon).
- Khả năng hình thành xi nập mới, thay đổi hoặc mất đi các xi nập cũ.

Việc phát hiện ra tính khả biến thần kinh có ý nghĩa lâm sàng rất to lớn. Các tác giả như Taub và CS (2006) đã khẳng định rằng những người trước đây được xem như là tổn thương thần kinh vĩnh viễn/không hồi phục, ví dụ như bị đột quỵ, vẫn có thể được chữa trị trên cơ sở những biện pháp phục hồi được thiết kế hướng đến vùng bị tổn thương.

Cũng trên cơ sở của tính khả biến thần kinh, các nhà khoa học còn nhận định rằng các biện pháp phục hồi không chỉ là có hiệu quả đối với những người bị tổn thương thực thể não mà còn đối với cả các RLTT. Điều này là hoàn toàn có cơ sở bởi lẽ não cũng có thể có sự thay đổi về cấu trúc, chức năng nào đó dưới tác động của học tập hoặc các yếu tố môi trường xã hội nói chung. Rất nhanh sau đó, điều này đã được khẳng định. Kết quả của các nghiên cứu cho thấy LPTL đã làm thay đổi chức năng hoạt động của não. Ở bệnh nhân trầm cảm, sau đợt trị liệu bằng liệu pháp hành vi nhận thức – CBT - cùng với sự cải thiện về lâm sàng là sự gia tăng nồng độ serotonin trong các xi nập. Hoặc như kết quả nghiên cứu hình ảnh não ở bệnh nhân rối loạn ám ảnh cưỡng bức – OCD – được trị liệu bằng kỹ thuật hành vi nhận thức chánh niệm (mindfulness cognitive-behavioral therapy - MCBT) ghi nhận được sự thay đổi chức năng của vùng vỏ trán ổ mắt và thể vân (striatum). Đây là 2 cấu trúc có những hoạt động bất thường trong OCD. Các nghiên cứu cũng cho thấy có sự thay đổi trong

cấu trúc não sau quá trình trị liệu tâm lí ở những bệnh nhân khác, ví dụ như trầm cảm, rối loạn hoảng sợ, hội chứng mệt mỏi mạn tính (chronic fatigue syndrome)...

1.1.3 Đáp ứng nội tiết

Các chất dẫn truyền thần kinh có tác động rất nhanh song lại không duy trì được lâu. Để có thể đáp ứng được lâu với stress, một hệ thống khác được hoạt hoá bởi hệ thần kinh giao cảm... Hệ giao cảm tăng cường hoạt động sẽ làm tăng hoạt động của tuyến thượng thận. Tuyến này có nhiệm vụ bài tiết vào máu các hormon bổ sung cho các chất dẫn truyền thần kinh norepinephrine và epinephrine. Các chất này được lưu hành đến cơ quan cần đến và tại đó, chúng được các thụ cảm thể hấp thu và duy trì hoạt động đã được các chất dẫn truyền thần kinh khởi đầu.

Khi xuất hiện cảm xúc hoặc stress, hệ thần kinh giao cảm sẽ chiếm ưu thế. Khi đó hoạt động của cơ thể dẫn đến nguy cơ có thể bị tổn thất. Ở vào thời điểm này, đáp ứng đó được gọi là *chiến đấu hoặc bỏ chạy* (fight or flight). Hoạt động hệ thần kinh giao cảm chiếm ưu thế nên tim đập nhanh hơn và mạnh hơn, máu được bơm mạnh đến các cơ và rút khỏi hệ thống ruột, cơ xương bị căng lên để chuẩn bị cho hành động. Cá nhân có thể run lên, tăng tốc độ hoặc sẵn sàng cho một hành động nào đó. Đáp ứng cổ xưa đó rõ ràng là có ưu thế khi nguyên nhân gây stress là cấp tính và đe dọa đến cuộc sống.

1.1.4 Các yếu tố bệnh lí nội khoa

Bệnh lí não

CTSN và u não có thể gây ra những biến đổi về nhận thức, cảm xúc và hành vi. Những triệu chứng loạn thần có thể là một phần của động kinh, đặc biệt là động kinh cục bộ phức tạp. Những bệnh thoái hoá thần kinh có thể kèm theo các RLTT. Ví dụ: người bị bệnh Parkinson thường có xu hướng trầm cảm, rối loạn hành vi và nhận thức.

Những bệnh khác có thể ảnh hưởng đến khí sắc bao gồm mất trí do bệnh mạch máu và xơ rải rác. Viêm mạch não như trong luput ban đỏ hệ thống có thể có triệu chứng loạn thần cảm xúc và nhận thức.

Các bệnh nội khoa ảnh hưởng tới não

Một số rối loạn nội tiết có thể gây ra các triệu chứng tâm thần. Nhiễm độc giáp có thể gây lo âu, thiếu năng tuyến giáp có thể gây chậm phát triển trí tuệ. Bệnh lí nhiễm trùng, nhiễm khuẩn và cúm có thể gây ra mệt mỏi kéo dài. Ở

người bệnh HIV/AIDS có thể có các cơn trầm cảm, hưng cảm và mất trí do nhiễm khuẩn thần kinh trực tiếp và thay đổi đáp ứng miễn dịch.

Các chất ảnh hưởng tới não

Nhiều loại chất khi sử dụng có thể gây ra các triệu chứng tâm thần cấp tính hoặc mạn tính. Rượu là một ví dụ điển hình. Uống rượu lâu ngày sẽ ảnh hưởng trực tiếp lên tế bào thần kinh và gây tổn thương não không hồi phục.

Nhiễm độc cấp và hội chứng cai có thể xuất hiện khi dùng ma túy, thuốc an thần, kích thần...

Thuốc tránh thai, thuốc corticoid có thể gây trầm cảm.

1.2 Các nguyên nhân tâm lí

1.2.1 Lí thuyết Phân tâm học

Trong tâm lí học cũng như sinh học, khi bàn về bản năng, người ta thường quan niệm rằng có 2 loại bản năng chính: bản năng sống, bản năng bảo vệ sự tồn tại của cá thể và bản năng bảo đảm sự tái sinh của nòi giống. Lúc đầu Freud cũng chấp nhận 2 loại bản năng này. Tuy nhiên sau đó, trong quá trình nghiên cứu của mình ông đưa ra 2 loại bản năng: (ông gọi là xung năng – drive/pulsion) xung năng sống và cũng là tính dục và xung năng chết. Ngay từ đầu, con người đã mang trong mình bản chất cái chết, chứ không phải trong con người chỉ có bản năng tự bảo tồn để sống mãi. Luận điểm này của Freud cho đến nay vẫn còn tiếp tục gây tranh cãi.

Trong quá trình phát triển nhân cách, những khó khăn không được giải quyết ở một hoặc nhiều giai đoạn sẽ là tiền đề cho những rối loạn tâm lí ở giai đoạn trưởng thành.

Không đồng ý với Freud, một nhà phân tâm học tên là Bowlby cho rằng sự phát triển của các triệu chứng rối loạn tâm lí, cụ thể như trầm cảm, ám ảnh sợ khoảng trống và các rối loạn nhân cách ở trẻ em và người lớn có liên quan đến sự gắn bó mẹ con thời thơ ấu.

1.2.2 Lí thuyết Hành vi

Watson được xem là người sáng lập ra Tâm lí học Hành vi khi ông cho rằng Tâm lí học phải nghiên cứu hành vi chứ không phải cái gọi là tâm lí. Thuyết của ông còn được gọi là Thuyết Hành vi cổ điển bởi sau đó có một số nhà tâm lí học hành vi khác đưa ra lí thuyết riêng. Trong số đó nổi bật lên có Thuyết Hành vi Thao tác và Hành vi Nhận thức.

Thuyết Hành vi cổ điển

Dựa trên lí thuyết phản xạ có điều kiện của Pavlov, Watson phát triển những luận điểm tâm lí học mới. Với công thức S→R (Kích thích – Đáp ứng) nổi tiếng, Watson cho rằng các hành vi kém thích ứng/dị thường xuất hiện là do những kích thích không phù hợp. Để khẳng định điều đó, Watson đã cùng trợ lí của mình tiến hành thực nghiệm gây sợ hãi ở bé Albert.³

Bé Albert gần 9 tháng tuổi, thích chơi chuột bạch. Để gây phản ứng sợ, mỗi lần Watson đưa cho bé con chuột bạch, trợ lí của ông lại gõ mạnh vào thanh kim loại đằng sau cậu bé khiến cậu giật mình, sợ hãi. Chỉ sau 5 lần, ở bé Albert đã hình thành phản ứng sợ chuột bạch. Không chỉ sợ chuột, bé Albert còn sợ cả những vật màu trắng khác như những túm bông trên mặt nạ ông già Noel.



Điều kiện hoá thao tác

Điều kiện hóa thao tác của Skinner nhấn mạnh đến kết quả của hành vi sẽ ảnh hưởng đến tần suất lặp lại của nó trong tương lai. Những kết quả làm tăng sự lặp lại của hành vi được gọi là sự tăng cường/ củng cố. Phần thưởng chính là một sự củng cố điển hình, củng cố dương tính. Theo luận điểm của *Điều kiện hóa thao tác*, những hành vi kém thích ứng, ví dụ, những hành vi hoảng sợ ở người có rối loạn hoảng sợ hay trầm cảm (thu mình hoặc không tiếp xúc với người khác) là do những hành vi này đã được củng cố trong quá khứ.

Hành vi nhận thức

Các nhà tâm lí học hành vi – nhận thức lại cho rằng những hành vi không phù hợp, kém thích ứng không phải là do hoàn cảnh, tình huống mà do những niềm tin, ý nghĩ không hợp lí.

Ví dụ, theo Beck, con người thường hay có những đánh giá cực đoan tuyệt đối với các phẩm chất của những người khác hoặc đối với hoàn cảnh, tình huống. Một sinh viên bị điểm thấp hơn so với dự kiến đã vội vã cho mình là kẻ thất bại.

³ Thực nghiệm này đã gây nhiều tranh cãi về đạo đức nghiên cứu. Theo một số tài liệu, mẹ của bé Albert đã yêu cầu dừng thực nghiệm và đưa bé vào bệnh viện để điều trị chứng sợ hãi lan tỏa.

Bảng 2.1. Những nhận thức sai lầm thường gặp

| <i>Nhận thức</i> | <i>Mô tả</i> |
|---|---|
| <i>Suy nghĩ nước đôi</i> | Mọi việc được xem xét theo cách nhìn hai cực tuyệt đối hoá, hoặc là thành công hoặc là thất bại, hoặc là tốt hoặc xấu. |
| <i>Kết luận vội vã</i> | Một sự kiện nào đó lại được khái quát thành cái tổng thể mà bỏ qua khía cạnh rằng nó cũng chỉ là một trong các sự kiện khác. Ví dụ: người vợ không chú ý nghe đã vội kết luận rằng là không quan tâm đến những vấn đề của chồng, trong khi chính cô ta lại là người rất quan tâm đến chồng con. |
| <i>Khái quát lệch lạc</i> | Chỉ chú ý đến một khía cạnh nào đó của tình huống phức tạp mà bỏ qua cái toàn cục. Ví dụ: chỉ chú ý đến một vài đánh giá thấp mà bỏ qua rất nhiều những đánh giá tốt khác. |
| <i>Loại trừ những cái tích cực</i> | Không chấp nhận những cái tích cực có mâu thuẫn với quan điểm tiêu cực của bản thân. Ví dụ: không tin vào những nhận xét tích cực của bạn bè, đồng nghiệp vì cho rằng đó chỉ là những nhận xét xã giao, không thực lòng. |
| <i>Độc ý nghĩ</i> | Cho rằng người khác phản ứng tiêu cực mà không có cơ sở. Ví dụ: suy nghĩ “Tôi biết anh ta nghĩ rằng tôi là một thằng ngốc”, mặc dù trên thực tế đối phương xử sự một cách lịch sự. |
| <i>Đoán trước</i> | Cá nhân hành động cứ như thể là sự chờ đợi tiêu cực về sự kiện trong tương lai đã trở thành hiện thực. Ví dụ: “Anh ấy sẽ bỏ rơi tôi. Tôi biết mà”. Tiếp đó hành xử cứ như là chuyện đó là sự thực. |
| <i>Tai họa hoá</i> | Các sự kiện tiêu cực có thể xảy ra và thay vì nhìn về phía trước lại bận tâm với ý nghĩ đó là một tai họa không chịu đựng nổi: “Ôi, chúa ơi! Điều gì sẽ xảy ra nếu như tôi bị ngất xỉu”. Ngất xỉu là chẳng dễ chịu, xấu hổ, |

| | |
|------------------------------|--|
| | nhưng đó không phải là quá kinh khủng. |
| Tối thiểu hoá | Những đặc điểm hoặc kì vọng tích cực lại bị xem là không đáng kể. Ví dụ “Tôi biết tôi đã làm tốt công việc, nhưng tại sao cha mẹ vẫn không tôn trọng tôi”. |
| Suy diễn theo cảm xúc | Suy diễn rằng cảm xúc phản ánh chân thực tình huống. Ví dụ: thấy một người tuyệt vọng thì suy diễn rằng tình huống đúng là tuyệt vọng. |
| Phải... phải... | Luôn nghĩ “phải...phải...” để thúc đẩy và kiểm soát hành vi. Ví dụ: “Mẹ là mẹ, mình phải nghe lời mẹ.” |

(Nguồn: *Hersen M., Thomas J.C., 2006, Comprehensive handbook of personality and psychopathology. John Wiley & Sons, Inc.*)

Những nhận thức sai lầm chính là nguyên nhân dẫn đến lo âu, trầm cảm.

1.3 Các yếu tố xã hội

Nguy cơ của các vấn đề SKTT có liên quan đến rất nhiều yếu tố xã hội và kinh tế. *Nghiên cứu Điều tra cơ cấu bệnh tâm thần ở Anh* do Jerkins và CS (1998) đã thu được nhiều kết quả. Các nhà nghiên cứu đã tiến hành phỏng vấn chẩn đoán với 10.000 người có nhà và vô gia cư. Trong những người có nhà ở, những người phụ nữ sống ở thành thị, người thất nghiệp, những người độc thân, li dị hay goá bụa có tỉ lệ cao các rối loạn tâm căn (hiện nay chẩn đoán này ít được sử dụng). Đàn ông mắc chứng nghiện rượu cao gấp 3 lần và nghiện ma tuý gấp 2 lần so với phụ nữ. Chứng loạn thần phổ biến ở thành thị hơn ở nông thôn. Những rối loạn tâm căn phổ biến trong số những người sống ở nhà trọ với tỉ lệ 38% và ở những người sống trong khu cư trú ban đêm là 60%, ở những người ngủ lang thang là 57%. Tỉ lệ của chứng loạn thần và nghiện rượu, nghiện ma tuý cũng cao ở mức tương tự.

1.3.1 Sự khác biệt về vị thế kinh tế- xã hội

Các biến cố xã hội

Tiếp cận này cho rằng những vấn đề về SKTT chiếm tỉ lệ cao ở những người thuộc tầng lớp kinh tế – xã hội bên dưới là do các cá nhân luôn phải đối mặt với những vấn đề về kinh tế để tồn tại. Họ có thể không duy trì được công

việc hoặc không thể làm thêm gì để duy trì mức sống và điều đó càng đẩy họ trượt xuống phía dưới của bậc thang kinh tế- xã hội.

Stress xã hội

Tiếp cận này cho rằng sống trong các điều kiện kinh tế – xã hội khác nhau sẽ tạo ra những mức độ stress khác nhau: càng ở phía dưới của bậc thang kinh tế – xã hội thì mức stress càng cao. Stress liên quan đến những vấn đề suy giảm vị thế kinh tế- xã hội sẽ gây ra các vấn đề về SKTT.

Mô hình thiếu nguồn lực:

Tương tự như mô hình stress xã hội, mô hình này cho rằng những người có kinh tế kém thì cũng ít có nguồn lực để giúp họ giải quyết những yêu cầu của cuộc sống. Những nguồn lực này có thể là kinh tế, tâm lí, xã hội hoặc môi trường. Do vậy những vấn đề về SKTT cũng được xem như là hậu quả của thiếu nguồn lực.

1.3.2 Vị thế thiểu số

Nhằm lẫn với tầng lớp xã hội

Mô hình này cho rằng sự liên quan giữa vị thế thiểu số với những vấn đề SKTT thực ra là không đúng. Điều này, theo mô hình, là bản thân những người thuộc các nhóm sắc tộc thiểu số thường chủ yếu rơi vào tầng lớp kinh tế – xã hội bên dưới. Do vậy những vấn đề SKTT của họ là do kinh tế – xã hội chứ không phải do họ là sắc tộc thiểu số.

Thái độ kì thị

Mô hình này cho rằng có mối liên hệ trực tiếp giữa người sắc tộc thiểu số với SKTT. Những vấn đề SKTT có thể do những stress mà họ gặp phải do là người sắc tộc thiểu số như thái độ kì thị quá đáng.

Giao thoa văn hoá

Một nguồn có thể gây stress nữa là sự căng thẳng khi cá nhân phải chấp nhận hoặc chối bỏ mục chuẩn văn hoá của họ hay của nền văn hoá khác. Điều này cũng có thể gây ra những vấn đề SKTT.

Mô hình hệ thống gia đình

Một hệ thống khép kín có thể ảnh hưởng tới SKTT chính là gia đình. Các nhà lí thuyết về hệ thống gia đình quan niệm rằng các thành viên trong gia đình đều nằm trong một hệ thống có các tác động qua lại. Mỗi người đều ảnh hưởng đến những người xung quanh. Hành vi của mỗi cá nhân trong hệ thống này cũng

như giao tiếp giữa họ có thể dẫn từng thành viên cá nhân ứng xử theo cách được coi là “bất thường”. Có lẽ một trong những dạng rối loạn gia đình nổi bật là khi có sự lạm dụng tình dục trẻ em trong gia đình. Mức độ lạm dụng tình dục rất cao ở những phụ nữ tìm đến trị liệu tâm lý với các trạng thái khác nhau như: trầm cảm, lo âu và chán ăn tâm lý (Jaffe et al. 2002).

Một trong những mô hình đầu tiên của tác động qua lại trong gia đình có liên quan đến SKTT được quan tâm đến chính là những người mắc TTPL. Brown và cs. (Brown et al. 1972) là người đầu tiên xác định người mắc TTPL trong gia đình hay có không khí thù địch, phê phán công kích hoặc can thiệp quá sâu vào công việc của người khác thường có tỉ lệ tái phát cao hơn so với cá nhân ở trong gia đình khác.

Hai là, theo các nhà trị liệu gia đình, hệ thống gia đình càng phức tạp thì càng ảnh hưởng đến sự phát triển chán ăn tâm lý ở những phụ nữ trẻ (Minuchin 1974).

1.3.3 Tuổi và giới

Phụ nữ có tỉ lệ bị trầm cảm và lo âu cao hơn nam giới. Ngược lại nam giới lại dễ lạm dụng chất gây nghiện và rối loạn nhân cách chống đối xã hội. Tỉ lệ trầm cảm tăng ở phụ nữ một phần là do trầm cảm sau sinh, một phần là do sự thay đổi vai trò của người phụ nữ trong xã hội hiện đại.

Đã có nhiều giả thuyết cố gắng giải thích những kết quả nghiên cứu thuyết phục rằng phụ nữ có nhiều các vấn đề SKTT hơn là nam giới. Một giả thuyết cho rằng những khác biệt đó chỉ là bề ngoài hơn là có thực bởi lẽ phụ nữ sẵn lòng nói về những stress tâm lý của còn đàn ông thì ngược lại. Giả thuyết này chưa được chứng minh mặc dù một số những nghiên cứu được tổ chức chặt chẽ đã tìm thấy những sự khác biệt về giới trong tỉ lệ những vấn đề SKTT khi một mẫu khách thể ngẫu nhiên được phỏng vấn về những triệu chứng tâm thần họ có (Weich và cs, 1998). Những nghiên cứu khác cũng đưa ra một cơ chế tương tự cơ chế dùng để giải thích sự khác biệt về kinh tế- xã hội liên quan đến sức khỏe: khác biệt về phơi nhiễm và tính dễ tổn thương trước các tác nhân gây stress.

Những giả thuyết về khác biệt stress cho rằng phụ nữ gặp nhiều stress trong cuộc đời hơn so với nam giới và vì vậy dễ gặp phải những vấn đề SKTT hơn. Có bằng chứng cho rằng phụ nữ gặp nhiều chuyện khó khăn hơn đàn ông trong công việc cũng như trong vai trò ở gia đình (Rieker & Bird, 2000). Thêm vào đó, phụ nữ gặp nhiều sự căng thẳng, giằng co hơn giữa yêu cầu của

công việc và gia đình. Ngay cả khi làm việc đầy đủ thời gian, phụ nữ vẫn thường phải làm nhiều việc nhà hơn người bạn đời của mình. Những stress mang lại có thể đặt họ vào nguy cơ cao trước những vấn đề SKTT. Điều này được thể hiện rõ trong các nghiên cứu của Lundberg và cs. (1981). Họ đã tìm ra rằng mức hormon stress của phụ nữ làm quản lí vẫn tăng cao sau khi xong công việc trong khi ở đồng nghiệp nam lại giảm. Tác động này được đặc biệt ghi nhận khi người phụ nữ quản lí có con. Có vẻ như đàn ông thư giãn khi về nhà để bù trừ cho những lúc làm việc khó khăn trong khi phụ nữ vẫn tiếp tục phải đương đầu với những yêu cầu trong gia đình, công việc. Sự khác biệt về tính phơi nhiễm trước stress có thể trở nên tồi tệ hơn do việc thiếu sự ủng hộ người phụ nữ trong công việc hay trong gia đình.

Phụ nữ cũng thường là đối tượng của sự bạo hành thể xác trong gia đình, cưỡng hiếp và những sự kiện gây sang chấn khác nhiều hơn là đàn ông. Mặc dù những sự kiện này có thể tương đối ít gặp, chúng thực sự tác động rất mạnh mẽ đến những người phải trải qua chúng và góp phần tạo nên tỉ lệ cao về lo âu hoặc trầm cảm ở phụ nữ (Wetzel, 1994). Cloutier và cs. (2002) cho thấy 19% số phụ nữ của mẫu đại diện North Carolina đã là đối tượng của tấn công tình dục một thời điểm nào đó trong đời họ. Tỉ lệ những người phụ nữ này gặp những vấn đề về SKTT cao gấp 2,5 lần những phụ nữ không có những trải nghiệm tương tự. Nguồn stress cuối cùng ở phụ nữ có thể là sự nghèo khổ. Theo Strickland (1992), 75% người sống trong nghèo khổ là phụ nữ và trẻ em. Tính dễ bị tổn thương với các vấn đề SKTT như một hậu quả của vị thế kinh tế-xã hội thấp, do vậy nó có thể ảnh hưởng đến phụ nữ nhiều hơn.

Nhiều bệnh lí tâm thần có đặc trưng về tuổi khởi phát. Trầm cảm thường khởi phát sau tuổi dậy thì. Rối loạn lưỡng cực và TTPL hầu như không gặp ở trẻ em. Lứa tuổi thường gặp nhất là 15-25, ít gặp ở người lớn. Mất trí thường gia tăng theo tuổi tác, có khoảng 20% những người trên 85 tuổi bị mất trí.

1.3.4 Những sự kiện trong đời

Những sự kiện trong đời mang tính đặc thù cao hơn. Ví dụ thảm họa chiến tranh, thiên tai, li hôn, bệnh nặng, cái chết của người thân v.v.. ảnh hưởng của những sự kiện trong đời còn phụ thuộc vào sự hỗ trợ của xã hội.

Trong các nguyên nhân gây bệnh luôn có sự kết hợp của 2 nhóm yếu tố: những yếu tố nguy cơ và yếu tố bảo vệ. Những yếu tố bảo vệ bao gồm các trải nghiệm dương tính trong thời thơ ấu như sự đầm ấm trong gia đình, cảm giác an

toàn của đứa trẻ; những yếu tố nâng đỡ hiện tại như các mối quan hệ tốt giữa vợ chồng, gia đình, bè bạn, sự đảm bảo về tài chính và sự hài lòng với công việc. Kỹ năng ứng xử/ giao tiếp cũng là một vấn đề đáng kể.

Cả 2 yếu tố gây tổn thương và bảo vệ không chỉ ảnh hưởng đến quá trình khởi phát mà còn ảnh hưởng đến cả sự hồi phục của bệnh ngay cả đối với những bệnh lí có yếu tố sinh học cao như TTPL, rối loạn cảm xúc lưỡng cực, Alzheimer. Một số người có RLTT trở thành người tàn phế trong khi đó một số khác lại dễ dàng thích ứng với tật chứng của mình.

Nhìn chung có nhiều chứng cứ ủng hộ giả thuyết nguyên nhân xã hội. Thực tế, sự thay đổi về mặt xã hội thường có vẻ xuất hiện trước hơn là sau giai đoạn trầm cảm (Moos et al. 1998). Những hậu quả này thậm chí có thể ảnh hưởng nhiều thế hệ. Năm 1998 Ritsher và cs. đã theo dõi một nhóm người có bố mẹ đã trải qua một thời kì trầm cảm và một nhóm có bố mẹ chưa từng trải qua trầm cảm. Họ giả định rằng nếu mô hình lí thuyết nguyên nhân xã hội có hiệu lực, những đứa trẻ là con của gia đình công nhân sẽ có nguy cơ bị trầm cảm cao. Nếu như thuyết về tụt hậu xã hội quyết định, việc có bố mẹ bị trầm cảm sẽ đặt những đứa trẻ vào vị thế kinh tế- xã hội thấp. Các kết quả nghiên cứu ủng hộ thuyết nguyên nhân xã hội. Những đứa trẻ có bố mẹ là công nhân có nguy cơ mắc chứng trầm cảm cao hơn gấp ba lần những trẻ con gia đình trí thức. Tình trạng trầm cảm của cha mẹ không báo trước vị thế kinh tế- xã hội thấp kém ở con cái họ. Cũng không có một bằng chứng nào về sự suy giảm vị thế kinh tế- xã hội theo sau sự xuất hiện của trầm cảm.

Những phát hiện này không gây ngạc nhiên. Cá nhân càng ở vị trí thấp trong cấu trúc xã hội, thì họ phải càng gặp nhiều sự kiện, vấn đề, phiền nhiễu căng thẳng trong cuộc sống và họ càng chịu nhiều tác động về mặt cảm xúc (House et al. 1991). Thất nghiệp cũng gây ra những tác động tiêu cực đối với SKTT. Ví dụ như năm 2001, Ferrie và cộng sự cũng đã tìm ra rằng những công việc không bảo đảm lâu dài kèm theo sự dư thừa nhân công có liên quan đến sự tăng cao những vấn đề SKTT nhẹ và gọi đến bác sĩ gia đình.

Nhìn chung một người bị thất nghiệp không chỉ bị áp lực về tài chính mà còn dễ mất tự tin. Điều này còn ảnh hưởng đến cả bản thân và gia đình. Đã có những báo cáo về mối liên quan giữa thất nghiệp và bệnh lí tâm thần. Đã có thời kì người ta cho rằng những điều kiện xã hội ở thành phố bị suy thoái là nguyên

nhân của TTPL. Tuy nhiên người ta cũng thấy tần suất bị TTPL gia tăng ở những thành phố lớn là do sự nhập cư của người có RLTT.

1.3.5 Các yếu tố văn hóa

Ở mỗi nền văn hóa khác nhau có những quan niệm khác nhau về RLTT cũng như nguyên nhân của các rối loạn này. Ví dụ như hiện tượng lên đồng ở Việt Nam được xem như là bình thường thì ở một số nước Âu, Mỹ, hiện tượng như vậy dễ được coi là bệnh lí.

Tuy vậy cũng có điểm chung ở hầu hết các nước là chỉ có TTPL, rối loạn lưỡng cực với được xem là RLTT bởi theo quan niệm của nhiều người, RLTT là để chỉ những trường hợp nặng.

1.3.6 Mô hình sinh-tâm-xã hội

Trong lĩnh vực chăm sóc SKTT hiện nay không còn nhiều những quan niệm cho rằng các RLTT chỉ do một nguyên nhân duy nhất. Một rối loạn nào đó xuất hiện thường là do sự kết hợp nhiều nguyên nhân khác nhau. Tiếp cận sinh - tâm - xã hội cho rằng các rối loạn thể hiện trên lâm sàng là do những tác động qua lại liên tục của các yếu tố: sinh học; tâm lí và xã hội. Nói cách khác, những biểu hiện tâm bệnh là do sự tác động không ngừng giữa các yếu tố bên ngoài như: kinh tế, văn hoá, các mối quan hệ xã hội...với các yếu tố bên trong như các đặc điểm di truyền, sinh hoá, sinh lí của não, các đặc điểm nhân cách.v.v..

Đối với hầu hết những vấn đề SKTT các rối loạn thường được gây ra bởi nhiều yếu tố, trong số đó có:

- *Các yếu tố sinh học*: gen, nhiễm khuẩn, chấn thương.
- *Các yếu tố tâm lí*: chấn thương thời thơ ấu, đáp ứng kém đối với các sự kiện môi trường.
- *Các yếu tố xã hội/ môi trường*: stress kinh tế - xã hội, các mối quan hệ cá nhân không tốt, thiếu sự hỗ trợ xã hội.

Cũng cần phải lưu ý rằng ranh giới giữa các hướng đó chỉ là tương đối, thậm chí đây có thể xem như sự phân tích đơn giản để nhằm nhấn mạnh đến sự tương tác giữa các yếu tố. Ví dụ, những người thuộc tầng lớp kinh tế - xã hội bên dưới có thể dễ bị nhiễm virus hoặc chấn thương hơn. Những người có lối sống thích ứng đối phó ít nhiều đều có được kinh nghiệm từ gia đình. Mặc dù vậy những yếu tố này cũng đã chỉ ra những hướng nguy cơ chủ yếu trong nguyên nhân các vấn đề SKTT.

1.3.7 Mô hình thể trạng stress

Mô hình thể trạng stress là một dạng cụ thể của mô hình sinh – tâm – xã hội. Trong mô hình này yếu tố thể trạng hàm ý đến tính dễ bị tổn thương về mặt sinh học. Stress có trong bất kỳ một sự kiện hoặc trạng thái bệnh lý nào cũng tương tác với tính dễ bị tổn thương và chi phối đến nguy cơ xuất hiện rối loạn. Tính dễ bị tổn thương sinh học của cá nhân càng thấp thì stress càng phải lớn mới có thể gây ra rối loạn và ngược lại, tính dễ bị tổn thương sinh học của cá nhân cao thì chỉ cần một stress nhỏ cũng có thể gây ra rối loạn. Bản chất chung của tính tổn thương sinh học và dạng stress là chúng gây ra những vấn đề khác nhau trong các rối loạn khác nhau.

Một số nhà nghiên cứu (ví dụ, Johnstone, 2000) đã cho rằng khi mô hình thể trạng stress đề cập đến vai trò của stress trong nguyên nhân các vấn đề SKTT thì nó vẫn phải vay mượn mô hình y khoa cơ bản của RLTT. Chính mô hình này đã cho rằng stress đã đánh thức quá trình bệnh, cái mà được quy định chủ yếu bởi các yếu tố sinh học. Nói một cách khác, vai trò stress chỉ là tối thiểu còn vai trò của các yếu tố sinh học mới là chủ yếu. Mô hình này không chấp nhận quan điểm cho rằng những vấn đề SKTT có thể khởi nguồn từ stress hoặc các sự kiện âm tính mà không có những thay đổi sinh học đáp lại stress và dẫn đến những vấn đề SKTT. Và như vậy vẫn là y khoa hoá những hiện tượng về cơ bản là tâm lý.

2 PHÂN LOẠI CÁC VẤN ĐỀ SỨC KHỎE TÂM THẦN

2.1 Giới thiệu chung

Khởi đầu cho việc phân loại các vấn đề SKTT là những nghiên cứu của Kraepelin ở vào cuối thế kỉ 19. Ông đã mô tả một loạt các hội chứng, mỗi hội chứng lại có một phức bộ các triệu chứng. Sự kết hợp các triệu chứng như vậy tạo nên sự khác biệt giữa hội chứng này với hội chứng khác. Đây cũng là cơ sở để Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) đưa ra Phân loại bệnh Quốc tế (ICD). Bảng phân loại mới nhất, lần thứ 10, đã cho thấy những nỗ lực nhằm xác định và phân loại một cách cẩn thận các vấn đề về SKTT.

2.2 ICD

Hệ thống phân loại bệnh Quốc tế ICD (International Statistical Classification of Diseases) là Bảng Phân loại bệnh quốc tế do Tổ chức Y tế Thế giới chủ trì, được phần lớn các nước trên thế giới sử dụng. Phiên bản hiện nay là Bảng phân loại lần thứ 10, được chính thức sử dụng từ 1992. Trong Bảng phân

loại này, các nhóm bệnh khác nhau được kí hiệu theo chữ cái khác nhau. Các RLTT được xếp vào phần F từ F00-F99. ICD-10F khá cụ thể và tỉ mỉ đã mô tả lâm sàng và các nguyên tắc chỉ đạo chẩn đoán trong từng mục, phản ánh tương đối đầy đủ những trường phái và truyền thống chủ yếu về Tâm thần học trên thế giới.

Về mặt thuật ngữ: ICD -10 dùng từ rối loạn thay cho bệnh để tránh sự gán ghép trầm trọng và phức tạp hoá. ICD -10F cũng không dùng các từ như tâm sinh (psychogenic) và tâm thể (psychosomatic) để tránh những cách hiểu khác nhau ở các nước khác nhau. Tuy vậy hiện nay trong Ngành Tâm thần Việt Nam (và cả một số tài liệu nước ngoài), thuật ngữ *bệnh tâm thần* vẫn được dùng khá phổ biến.

Các thuật ngữ tật chứng (impairment), rối loạn chức năng hoạt động (dysability) và tổn thất (handicap) vẫn được dùng theo định nghĩa của 1980. Mặc dù không còn sử dụng cách phân chia các rối loạn thành tâm căn và loạn thần song các thuật ngữ tâm căn và loạn thần vẫn còn được dùng như là những tên thay đổi cho một số rối loạn.

Phân loại bao gồm 10 khối (trừ phần không biệt định), được nhóm lại:

- Theo bệnh sinh: các RLTT thực tổn, các rối loạn do nghiện chất.
- Theo các nét lâm sàng chủ yếu: TTPL, các rối loạn cảm xúc, các rối loạn tâm căn, các rối loạn liên quan đến stress và dạng cơ thể.
- Giai đoạn phát triển: các rối loạn bắt đầu ở tuổi thơ ấu và tuổi thanh, thiếu niên...

Các khối của ICD -10F gồm:

1. Các RLTT thực tổn, bao gồm các RLTT triệu chứng
2. Các RLTT và hành vi do sử dụng chất tác động tâm thần
3. TTPL, các rối loạn loại phân liệt và các rối loạn hoang tưởng
4. Các rối loạn khí sắc (cảm xúc)
5. Các rối loạn tâm căn có liên quan đến stress và rối loạn dạng cơ thể
6. Các hội chứng hành vi kết hợp với các rối loạn sinh lí và các yếu tố thực thể (ăn, giấc ngủ, tình dục...)
7. Các rối loạn nhân cách và hành vi ở người trưởng thành
8. Chậm phát triển tâm thần
9. Các rối loạn phát triển tâm lí

10. Các rối loạn hành vi và cảm xúc thường bắt đầu ở tuổi thơ ấu hoặc tuổi thanh thiếu niên⁴.

2.3 Hệ thống phân loại của Hội Tâm thần học Mỹ

Hội Tâm thần học Mỹ cũng đưa ra bảng phân loại của mình *Sách Chẩn đoán và Thống kê* (DSM). Mặc dù có không ít những điểm chung song giữa hai hệ thống, ICD và DSM có sự khác nhau về nhiều chi tiết. Phân loại của Hội Tâm thần học Hoa Kỳ cũng được nhiều nước sử dụng vì tính tiện lợi của nó.

Một đặc điểm nổi bật nữa của DSM là nó luôn được cập nhật, đổi mới. Phiên bản DSM –IV ra đời năm 1994, sau ICD-10 hai năm thì 6 năm sau, năm 2000, nó đã được bổ sung, chỉnh lí lại thành DSM-IV- TR.

Tuy vậy sau 13 năm, DSM-IV-TR đã được thay thế bởi phiên bản mới hơn. Tháng 5 - 2013, DSM-5 đã được chính thức đi vào sử dụng.

CÂU HỎI ÔN TẬP

1. Vai trò của các yếu tố di truyền trong những vấn đề sức khỏe tâm thần?
2. Vai trò của các tổ chức não trong các vấn đề sức khỏe tâm thần?
3. Trình bày những luận điểm chính của Tâm lí học về nguyên nhân của các vấn đề sức khỏe tâm thần?
4. Phân tích vai trò của các yếu tố xã hội đối với các vấn đề sức khỏe tâm thần?
5. ICD là gì? Trình bày những nội dung chính của ICD-10F?

⁴ Chi tiết của ICD-10 được trình bày trong phần phụ lục

Chương 3

MỘT SỐ TRIỆU CHỨNG, HỘI CHỨNG RỐI LOẠN TÂM THẦN

Chương 3 trình bày những biểu hiện chính của các rối loạn tâm thần: các triệu chứng, hội chứng rối loạn tâm thần. Những triệu chứng, hội chứng được đề cập trong chương gồm: rối loạn cảm giác, tri giác, tư duy, cảm xúc, trí nhớ, hoạt động và rối loạn ý thức.

1 RỐI LOẠN CẢM GIÁC

1.1 Cảm giác là gì

Mỗi sự vật, hiện tượng quanh ta đều được bộc lộ bởi hàng loạt các thuộc tính bề ngoài như màu sắc (xanh, đỏ...), trọng lượng (nặng, nhẹ...), khối lượng (to, nhỏ...). Chúng ta biết được những thuộc tính đó là nhờ bộ não. Biểu tượng của những thuộc tính bề ngoài của sự vật hiện tượng khi sự vật, hiện tượng đang trực tiếp tác động vào ta được gọi là các biểu tượng nhận thức cảm tính. Quá trình chúng ta nhận biết được các thuộc tính đó là quá trình nhận thức cảm tính. Nhận thức cảm tính gồm 2 quá trình: cảm giác và tri giác.

Ví dụ: khi ta nhắm mắt, người bạn đặt vào lòng bàn tay ta một vật gì đó. Nếu không sờ mó, nắm, bóp, ta chỉ có thể cảm nhận được vật đó nặng hay nhẹ, nóng hay lạnh. Nóng, lạnh, nặng, nhẹ chính là cảm giác. Biểu tượng từng thuộc tính đó là biểu tượng cảm giác.

Cảm giác là biểu tượng tâm lí về một thuộc tính riêng lẻ nào đó của sự vật hiện tượng đang trực tiếp tác động vào giác quan của ta. Quá trình chúng ta có được biểu tượng cảm giác đó (khi sự vật đang trực tiếp tác động vào giác quan) được gọi là quá trình cảm giác.

1.2 Tăng cảm giác

Tăng cảm giác là tăng khả năng thụ cảm với những kích thích tự nhiên (ngưỡng kích thích hạ thấp) mà trong trạng thái bình thường không nhận thấy. Ánh sáng bình thường cũng làm cho người có RLTT hoa mắt, màu sắc của các vật xung quanh trở nên rực rỡ khác thường, hình thù của chúng đặc biệt rõ ràng. Những tiếng động làm inh tai, tiếng đập cửa như sấm nổ. Các mùi trở nên nồng nặc, có tính chất kích thích, v.v...

Tăng cảm giác thường gặp trong trạng thái quá mệt mỏi ở người bình thường, trạng thái suy kiệt nặng, hội chứng suy nhược thần kinh, trong một số bệnh cơ thể cấp tính và các biểu hiện ban đầu của một số bệnh loạn tâm thần cấp tính, sự phát triển này đi trước một số trạng thái mù mờ ý thức.

1.3 Giảm cảm giác

Giảm cảm giác là giảm khả năng thụ cảm với những kích thích tự nhiên (nói cách khác là ngưỡng kích thích tăng lên).

Tất cả mọi sự vật người có RLTT tiếp thu một cách lơ mờ, không rõ rệt, xa xăm như thể nhìn qua một màn sương mù, mờ mờ ảo ảo, không rõ hình thù.

Âm thanh nghe mờ nhạt, thiếu sự cộng hưởng, tiếng nói của những người xung quanh trở nên không có bản sắc và không rõ của ai v.v...

Giảm cảm giác thường gặp trong trạng thái trầm cảm và trong tổn thương đồi thị.

1.4 Loạn cảm giác bản thể

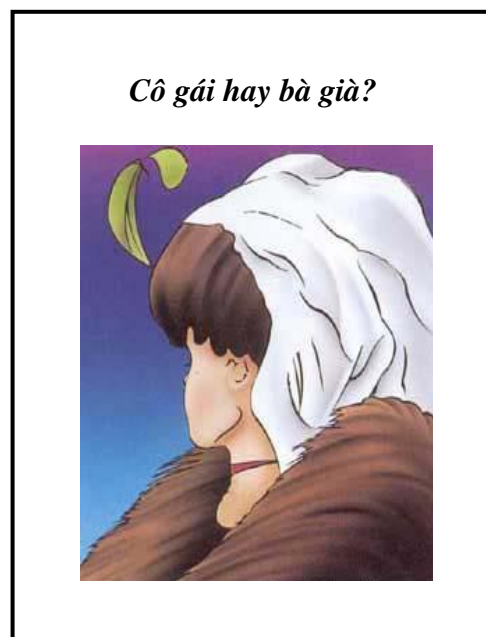
Loạn cảm giác bản thể là những cảm giác rất đa dạng, rất lạ lùng và khó tả, rất khó chịu và nặng nề trong các nội tạng. Người có RLTT trở nên gò bó, nóng ran, đè nén, đau xé, trào ra, đảo lộn, ngứa ngáy, v.v...mà không xác định được nguyên nhân. Loạn cảm giác bản thể thường gặp trong các hội chứng nghi bệnh, trong các trạng thái trầm cảm.

2 RỐI LOẠN TRI GIÁC

2.1 Tri giác là gì

Cũng như cảm giác, tri giác là một quá trình nhận thức cảm tính. Gọi là nhận thức vì biểu tượng về sự vật hiện tượng của các quá trình này (biểu tượng cảm giác hay tri giác) giúp chúng ta nhận biết được hiện thực khách quan. Gọi là cảm tính vì những hành ảnh này xuất hiện khi sự vật hiện tượng đang trực tiếp tác động vào giác quan của con người.

Nếu như biểu tượng cảm giác chỉ là hình ảnh của từng thuộc tính riêng lẻ thì biểu tượng tri giác là hình ảnh trọn vẹn của sự vật hiện tượng. Tri giác phản ánh sự vật, hiện tượng theo những cấu trúc nhất định. Cấu trúc này là sự tổng



hợp và khái quát của các cảm giác. Trong cấu trúc này đã có sự liên hệ nhất định giữa các thành phần với nhau, tạo nên một tổng thể trọn vẹn.

2.2 Tri giác nhầm

2.2.1 Khái niệm

Tri giác nhầm (Một số tài liệu dùng thuật ngữ ảo tưởng) là tri giác sai lệch về một sự vật hay một hiện tượng khách quan (sự vật có thật ở bên ngoài), ví dụ: "Trông gà hoá cuốc".

Có thể gặp tri giác nhầm ở người bình thường trong các điều kiện đặc biệt làm cho quá trình tri giác bị trở ngại như: ánh sáng mờ, chú ý không đầy đủ, quá mệt nhọc, quá lo lắng, sợ hãi. Ngoài ra, tri giác nhầm cũng còn là một hiện tượng hay gặp trong các trạng thái bệnh lí tâm thần.

2.2.2 Các loại tri giác nhầm

- Tri giác nhầm thị giác

Đây là dạng tri giác nhầm khá đa dạng, sinh động, phong phú và rất kì lạ, xuất hiện không phụ thuộc vào cảm xúc của người có RLTT mà ngược lại làm thay đổi cảm xúc của họ.

Trong trường hợp có giảm trương lực hoạt động tâm thần và thụ động, những đường hoa văn trên tấm thảm, những chỗ nứt trên tường, những hình đắp trên trần nhà, v.v... người có RLTT lại trông ra những người ăn mặc khác thường, những vị anh hùng trong chuyện thần thoại, những quái vật, những toà nhà khổng lồ, những cảnh vật sặc sỡ nhiều màu sắc.

- Tri giác nhầm lời nói

Tri giác nhầm lời nói là tri giác sai lầm về nội dung lời nói. Người có RLTT nghe rất rõ lời nói nhưng nghe câu này thành câu khác. Trong trường hợp này cần phân biệt với hoang tưởng liên hệ. Đối với hoang tưởng liên hệ, người bệnh không nghe rõ mà suy đoán câu chuyện qua thái độ của người xung quanh hoặc họ nghe rõ ràng câu nói nhưng tìm một ý nghĩa thầm kín phía sau câu nói ấy theo trạng thái cảm xúc của mình.

- Tri giác nhầm cảm xúc

Tri giác nhầm cảm xúc thường xuất hiện trong các trạng thái cảm xúc bệnh lí như: lo âu, sợ hãi, trầm cảm, hưng cảm...

Ví dụ: một người có RLTT có hoang tưởng bị truy hại, khi thoáng thấy bóng người qua cửa sổ thì co người lại vì sợ công an đến bắt.

Cần phân biệt tri giác nhầm với sự nhận xét sai lầm và kết luận không đúng đắn. Nhận nhầm những mảnh kính vỡ do mặt trời chiếu sáng chói lòa không phải là tri giác nhầm, không phải nhận thức cảm tính bị đánh lừa mà là một sự phán đoán sai lầm.

2.3 Ảo giác

2.3.1 Ảo giác là gì

Ảo giác là tri giác về một sự vật không hề có trong thực tại khách quan, đó là tri giác không có đối tượng.

Đối với người có RLTT, ảo giác là một tri giác có thật chứ không phải là một điều gì tưởng tượng. Trong ảo giác, người bệnh trông thấy, nghe thấy, ngửi thấy thật (họ cho là như vậy) chứ không phải là tưởng tượng, hình dung ra.

2.3.2 Các loại ảo giác

2.3.2.1 Chia theo giác quan

- *Ảo thanh* (ảo thính giác): Ảo thanh gồm có ảo thanh thô sơ và ảo thanh rõ rệt. Ảo thanh thô sơ: nghe như tiếng chuông, tiếng còi, tiếng máy nổ, tiếng súng... còn ảo thanh rõ rệt tức là nghe thấy tiếng nói, tiếng trò chuyện. Tính chất của nó có thể là bình phẩm hoặc ra lệnh. Nội dung cũng có thể rất đa dạng, từ phê bình, chế nhạo cho đến miệt thị, chửi rủa. Tiếng nói có thể của một người hoặc nhiều người, có thể của đàn ông hoặc đàn bà hay trẻ con, có thể của người quen hoặc người lạ. Tiếng nói cũng có thể là nói một mình hoặc đối thoại với người có RLTT. Ảo thanh cũng có thể xảy ra liên tục hoặc từng thời gian.

Ảo thanh có thể ảnh hưởng đến cảm xúc và hành vi của người có RLTT. Nó có thể làm người bệnh vui vẻ phấn khởi hoặc buồn rầu, lo lắng, giận dữ. Người bệnh có thể phản ứng bằng cách bịt tai, lấy gối đè kín đầu hoặc chạy trốn, tự sát hay tấn công người khác.

Ảo thanh rất hay gặp trong TTPL và có thể là khởi đầu của bệnh này. Ngoài ra ảo thanh còn gặp trong loạn thần do rượu và một số RLTT khác.

- *Ảo thị* (ảo giác thị giác): ảo thị cũng thường gặp nhưng so với ảo thanh thì ít hơn. Nội dung của ảo thị cũng khá đa dạng như: một ngọn lửa, đom đóm, khói, sương mờ mờ hay rõ rệt, có thể một nội dung hoặc nội dung thay đổi, có thể là một hình ảnh đơn độc hoặc một bộ phận cơ thể (một con mắt, một cái tai..) một đám đông người hoặc một bầy sâu bọ. Đặc biệt có thể có ảo thị tự nhìn thấy mình. Kích thước của ảo thị có thể giống tự nhiên hoặc rất lớn (ảo thị khổng lồ) hay rất nhỏ (ảo thị tí hon). Có thể là ảo thị không lời hoặc kèm theo

lời nói, có thể không màu hoặc có màu sắc hoặc nhiều màu rực rỡ khác thường. Ảo thị có thể bất động hoặc sinh động.

Ảo thị thường gặp trong loạn thần cấp như trong loạn thần nhiễm trùng nhiễm độc, loạn thần do rượu hoặc trong cả TTPL.

- *Ảo khứu* (ảo giác khứu giác): người có RLTT ngửi thấy những mùi khác nhau như mùi thường là những mùi khó chịu như: trứng thối, mùi cao su cháy, mùi hoá chất...với các cường độ khác nhau.

- *Ảo xúc giác* (ảo giác xúc giác): xuất hiện cảm giác như có sâu bọ bò trên người; có những vật lạ dưới da...

Ảo vị (ảo giác vị giác): vị giác kì lạ trong miệng. Ảo vị thường gắn liền với ảo khứu, ví dụ, người có RLTT ngửi và cảm thấy trong thức ăn có mùi vị khó chịu, dạng như thuốc độc.

- *Ảo giác nội tạng*: cảm giác kì lạ trong cơ thể, ví dụ, dị vật trong ổ bụng, trong người có các sinh vật đang di chuyển hoặc nằm im.

2.3.2.2 Ảo giác thật và ảo giác giả

Theo nhận thức và thái độ của người có RLTT đối với ảo giác, có thể chia thành: ảo giác thật và ảo giác giả.

Đối với ảo giác thật, người có RLTT cảm thấy là thật: nhìn thấy thật, nghe thấy thật. Khác với ảo giác thật, ảo giác giả không giống với thực tế. Trong trường hợp ảo giác giả, người có RLTT thường kể về những tiếng nói đặc biệt, khác hẳn với tiếng nói trong thực tế, những hình ảnh tưởng tượng riêng. Trái với

Ảo thanh ra lệnh

Nguyễn Thị Như M. 19 tuổi, khu tập thể Kim Liên, Hà Nội kể: "Cháu không bị gì cả, chỉ rất khó chịu vì luôn luôn có tiếng nói của ông già chừng 70-75 tuổi, giọng nói còn rất rắn giỏi, văng vẳng bên tai mà nói rằng: "Cháu nhất định phải chết, vì đời trước tổ tiên cháu mắc nợ với trời phật". Cháu đã nói với mẹ và cháu đã được điều trị ngoại trú ở bệnh viện Bạch Mai. Bệnh đã ổn định, nhưng chỉ dùng thuốc một tuần, tiếng nói lại xuất hiện, vẫn tiếng nói của ông già như cũ. Cách đây khoảng 3 tuần, tiếng nói xuất hiện dồn dập hơn và yêu cầu cháu phải nhảy xuống sông Hồng mà chết, thế là cháu chạy một mạch thẳng ra bến phà Đen rồi nhảy xuống sông, cháu không còn suy nghĩ nào khác. Rất may, cháu được cứu thoát và được đưa vào đây điều trị. Cháu cảm ơn các chú đã làm sốc điện cho cháu hết tiếng nói rồi. Bây giờ, cháu cảm thấy rất thoải mái".

(Nguồn: Nguyễn Văn Ngân, Ngô Ngọc Tân, *Tâm thần học đại cương và điều trị các bệnh tâm thần*, NXB QĐND, 2003).

ảo giác thật, ảo giác giả không xuất chiếu ra bên ngoài, ra các sự vật mà là các biểu tượng phát sinh trong đầu.

- Ảo thanh giả: là những tiếng nói phát sinh “ở bên trong”, “được làm sẵn”, “thuộc về tư duy”, tiếng vang của tư duy. Những tiếng nói đó có thể không phải của người nào, có thể quen hoặc không quen. Nội dung của ảo thanh giả cũng như ảo thanh thật: những lời quở trách, chửi mắng, bình luận, ra lệnh.

Ảo thị giả: biểu tượng thị giác kì lạ, có thể không rõ hình thù, có hoặc không màu sắc, xuất hiện dưới dạng những hình ảnh đơn độc hoặc cũng khá phong phú, giống với sân khấu. Nội dung ảo giác có thể vô nghĩa hoặc làm kinh sợ. Cũng như các ảo giác giả khác, ảo thị giả thể hiện tính được làm sẵn.

Ảo khứu giả, ảo vị giả, ảo xúc giả, ảo giác nội tạng. Điểm khác biệt lớn nhất vẫn là cảm giác “làm sẵn”, bị cưỡng bức. Người có RLTT than phiền về sự chi phối từ bên ngoài làm cho họ cảm thấy những mùi vị khó chịu trong thức ăn hoặc đồ uống, những sâu bọ, vật lạ trong người.

Ảo giác vận động: người có RLTT có cảm giác là những động tác nào đó không phải do ý muốn của mình mà do sự chi phối, cưỡng bức từ bên ngoài. Họ đang ngồi yên nhưng dường như có ai đó làm tay chân họ cử động.

3 RỐI LOẠN TƯ DUY

3.1 Tư duy là gì

Tư duy là một quá trình tâm lí phản ánh gián tiếp và khái quát các thuộc tính, các mối liên hệ bản chất của sự vật, hiện tượng.

Khác với các quá trình nhận thức cảm tính là cảm giác và tri giác, tư duy phản ánh những mối liên hệ bên trong, mang tính quy luật của các sự vật khách quan. Do đó có thể nói rằng tư duy là một quá trình nhận thức lí tính.

Đặc điểm của tư duy là gắn liền với ngôn ngữ. Ngôn ngữ là phương tiện để diễn đạt tư duy. Vì vậy, trong lâm sàng tâm thần học người ta nghiên cứu rối loạn tư duy thông qua nghiên cứu những biểu hiện về ngôn ngữ.

3.2 Các triệu chứng rối loạn hình thức tư duy

3.2.1 Theo nhịp điệu ngôn ngữ

Nhịp nhanh:

- Tư duy phi tán: liên tưởng mau lẹ, nội dung nông cạn, chủ đề luôn thay đổi, gặp trong trạng thái hưng cảm.

- Tư duy dồn dập: ý nghĩ các loại dồn dập đến với người có RLTT, ngoài ý muốn của người có RLTT, làm họ rất khó chịu (thường gặp trong TTPL, đây là hình thức ban đầu của hội chứng tư duy tự động).

- Nói hồ lớn: nói luôn miệng, ý tưởng linh tinh, nội dung vô nghĩa (gặp ở người có sa sút trí tuệ).

Nhịp chậm:

- Tư duy chậm chạp: dòng ý tưởng chậm, suy nghĩ khó khăn, sau mỗi câu hỏi phải rất lâu mới trả lời được (gặp trong trạng thái rối loạn trầm cảm).

- Tư duy ngắt quãng: khi đang nói chuyện, dòng ý tưởng như bị cắt đứt làm cho người có RLTT không nói được nữa, mãi sau đó lại tiếp tục nói về chủ đề khác (gặp trong TTPL).

- Tư duy lai nhai: người có RLTT rất khó chuyển chủ đề câu chuyện, luôn đi vào chi tiết vụn vặt của một chủ đề (gặp trong bệnh động kinh).

- Tư duy định hình: luôn luôn lặp lại một chủ đề (gặp trong hội chứng paranoia).

3.2.2 Theo hình thức phát ngôn

- *Nói một mình*: nói rõ ràng hay lảm bảm một mình, không có liên quan đến xung quanh (gặp trong TTPL).

- *Nói tay đôi trong tưởng tượng*: thường là nói chuyện với ảo thanh (gặp trong bệnh TTPL).

- *Trả lời cạnh*: hỏi một đằng người có RLTT trả lời một nẻo (gặp trong TTPL).

- *Không nói*: có nhiều nguyên nhân khác nhau: do trầm cảm; phủ định; lú lẫn; sa sút; liệt chức năng phát âm hoặc do ảo giác hoang tưởng chi phối.

- *Nói lặp lại*: luôn luôn nói lặp lại một từ, cụm từ hoặc một câu, không ai hỏi cũng nói.

- *Đáp lặp lại*: người có RLTT trả lời tất cả các câu hỏi khác nhau bằng một từ, cụm từ hoặc một câu nhất định (gặp trong hội chứng căng trương lực).

- *Nhại lời*: hỏi người có RLTT không trả lời mà chỉ nhắc lại câu hỏi (gặp trong rối loạn tâm căn, hội chứng căng trương lực).

- *Cơ xung động lời nói*: đang im lặng, lảm lì tự nhiên chửi rủa tục tằn.

3.2.3 Theo kết cấu ngôn ngữ

- *Rối loạn kết âm và phát âm*: bao gồm nhiều loại như nói khó, nói thì thào, nói lắp, nói giọng mũi, giả giọng địa phương, giả giọng nước ngoài, các giọng tiếng kí sinh khi nói (khịt mũi, háng giọng..).

- *Ngôn ngữ phân liệt*: từng câu đúng ngữ pháp, có ý nghĩa, giữa các câu mất logic, không có ý nghĩa... (gặp trong TTPL giai đoạn cuối).

- *Ngôn ngữ không liên quan*: người có RLTT nói những từ và những câu rời rạc không liên quan với nhau (gặp trong rối loạn ý thức của hội chứng lú lẫn).

- *Chơi ngữ pháp*: đảo lộn các thành phần trong câu, dùng trạng từ chỉ thời gian thay cho các trạng từ chỉ địa điểm... (gặp trong TTPL).

- *Chơi chữ*: câu nối tiếp nhau theo vần, không có ý nghĩa (gặp trong hội chứng hưng cảm, TTPL). Ví dụ: trời xanh, ăn chanh, uống nước, đi năm bước...

- *Nói tiếng riêng*: người có RLTT bịa ra một thứ tiếng riêng chỉ họ mới hiểu nổi.

3.2.4 Theo ý nghĩa, mục đích của ngôn ngữ

- *Suy luận bệnh lí*: sử dụng thao tác tư duy cứng nhắc, vụn vặt (gặp trong TTPL).

- *Tư duy hai chiều*: trong ngôn ngữ luôn luôn xuất hiện hai câu có ý nghĩa trái ngược nhau (gặp trong TTPL).

- *Tư duy tự kỉ*: người có RLTT nói về thể giới bên trong kì lạ của mình (gặp trong TTPL).

- *Tư duy tượng trưng*: gán cho sự việc thực tế những ý nghĩa tượng trưng (gặp trong TTPL).

3.3 Các triệu chứng rối loạn nội dung tư duy

Các rối loạn nội dung tư duy được chia ra 3 loại chính: định kiến, ám ảnh và hoang tưởng.

3.3.1 Định kiến/ý tưởng quá đáng

Định kiến/ý tưởng quá đáng là những ý tưởng dựa trên cơ sở những sự kiện có thực, nhưng người có RLTT gán cho nó một ý nghĩa quá mức. Ý tưởng ấy chiếm ưu thế trong ý thức người có RLTT và được duy trì bằng một cảm xúc mãnh liệt.

Định kiến phát sinh từ những hoàn cảnh thực tế. Người có RLTT không thấy chỗ sai của định kiến nên không tự đấu tranh, tuy nhiên khi được đả thông

có dẫn chứng cụ thể hoặc do thời gian mà định kiến có thể suy giảm dần. Ví dụ: đối với một sự việc không vừa lòng nhỏ nhặt như sai hẹn, góp ý không chính xác hoặc là những bất công nhỏ bé nào đó xảy ra trong thực tế, theo thời gian không những không mất đi mà ngược lại tăng cường lên và chiếm một vị trí thống trị trong ý thức của người có RLTT, mọi ấn tượng tiếp theo không những không làm lãng quên mà ngược lại còn gián tiếp nhắc nhở làm cho phản ứng cấp diễn thêm lên. Sự xúc phạm do chế độ không bị quên đi với thời gian, mà càng suy nghĩ nhiều về nó, người có RLTT càng thêm xúc động mạnh mẽ. Luôn luôn nhớ lại, người có RLTT càng thêm đau khổ. Đầu óc thường xuyên bận rộn về những chuyện suy đi nghĩ lại, về mọi chi tiết của sự bất công đã qua và về những kế hoạch trả thù sắp tới.

3.3.2 Âm ảnh

- Là những ý tưởng, hồi ức, cảm xúc, hành vi không phù hợp với thực tế, luôn luôn xuất hiện ở người có RLTT với tính chất cưỡng bức. Người có RLTT còn biết phê phán hiện tượng đó là vô lí, là không cần thiết, là sai, muốn tự xoa đuổi đi nhưng không thể được.

- Những hiện tượng âm ảnh thường đi kèm với nhau, hình thành hội chứng hay trạng thái âm ảnh. Nó bao gồm ý tưởng âm ảnh ám ảnh sợ và xu hướng hành vi ám ảnh.

3.3.2.1 Ý tưởng âm ảnh

- *Suy luận âm ảnh:*

Người có RLTT luôn luôn phải suy nghĩ về những vấn đề không có ý nghĩa, không thể giải quyết được. Ví dụ, tại sao trái đất hình cầu? Nếu trái đất hình trụ thì sẽ ra sao? Tạo sao cái ghế lại bốn chân?

- *Tính toán âm ảnh:*

Người có RLTT luôn phải bận tâm với những tính toán vô ích. Ví dụ, người có RLTT cứ phải đếm biển số nhà trên đường phố, đếm các cửa sổ, đếm các bậc thang... Có khi phải lẩm nhẩm liên miên các bài toán trong óc.

- *Nhớ âm ảnh:*

Luôn luôn phải nhớ tên, tuổi những người thân quen, nhớ những từ, những thuật ngữ khác nhau...

- *Ý tưởng xúc phạm, ý tưởng bất hạnh:*

Đó là những ý tưởng trái với tình cảm và mối quan hệ trong thực tế khiến người có RLTT đau khổ. Ví dụ, con chiêm đến nhà thờ mà xuất hiện ý tưởng xấu là xúc phạm đến chúa. Bố mẹ có ý nghĩ là con mình sẽ ốm hoặc tai nạn chết...

- *Hoài nghi ám ảnh:*

- Người có RLTT luôn luôn hoài nghi, phân vân về một sự việc đã xảy ra, ví dụ như đã ra khỏi nhà, tự tay mình khoá cửa nhưng người có RLTT vẫn phân vân là có thực mình đã khoá cửa phòng hay không. Con chết đã chôn mà cứ phân vân là chưa chết thật.

- Hoài nghi thường dẫn đến hành động kiểm tra lại: quay về nhà xem khoá cửa chưa, đào mộ lên xem con có chết thật không...

3.3.2.2 *Ám ảnh sợ*

Cũng như sự sợ hãi của con người trong cuộc sống, nội dung ám ảnh sợ hết sức đa dạng: sợ khoảng rộng, sợ nơi cao, sợ nơi đông người, sợ vật nhọn, sợ vật sắc, sợ bản, sợ bệnh...

- Có thể có ám ảnh lo sợ tất cả và cũng khi lo sợ bị ám ảnh sợ.

- Một loại riêng trong ám ảnh sợ là *lo sợ thực hiện*. Đó là trạng thái lo sợ không thực hiện được một số động tác, hoạt động nào đó.

Ví dụ: Sợ sẽ quên mất nội dung khi phát biểu trước công chúng. Sợ sẽ bị bối rối khi phải trả lời câu hỏi. Sợ vấp vấp khi phát âm một từ nào đó hay thực hiện vụng về một động tác bắt buộc trong hoàn cảnh cần thiết. Lo sợ không ngủ được. Có khi lo sợ một thói quen nào đó như sợ đổ mặt trước đám đông.

3.3.2.3 *Xu hướng hành vi ám ảnh:*

- *Xu hướng ám ảnh:* là xu hướng muốn tiến hành những hành động vô nghĩa, thường là nguy hiểm.

Ví dụ: xu hướng chửi người qua đường, muốn đánh vào mặt họ. Xu hướng cầm dao đâm con... Người có RLTT rất sợ sẽ thực hiện những điều đó.

- *Nghi thức ám ảnh:* là những vận động và hành vi ám ảnh xuất hiện cùng với ám ảnh sợ và hoài nghi ám ảnh. Đây là phương thức đấu tranh tự vệ với các loại ám ảnh trên. Ví dụ, người có ám ảnh sợ người thân chết, nên mỗi khi ra khỏi nhà phải nhìn lại cửa sổ nhà mình ba lần mới yên tâm đi thẳng. Theo họ, động tác này làm mất điều không may có thể xảy ra.

Có những hành vi nghi thức liên quan tới những điều mê tín. Ví dụ, để mong gặp may mắn trong công việc, ra khỏi nhà phải bước chân phải hoặc cần

người nam giới " đón ngõ "... Đó không thuộc biểu hiện của ám ảnh, nhưng trong trạng thái bệnh lí có thể trở thành nội dung của ám ảnh.

- *Thói quen ám ảnh*: là những động tác thực hiện trái với ý muốn, người có RLTT cố kìm nhưng không được.

- Cần phân biệt thói quen với thói quen ám ảnh. Thói quen là những hành động được lặp đi lặp lại thường xuyên, trở nên tự động hoá và chuyển thành nhu cầu. Ví dụ, thói quen tập thể dục, thói quen đánh răng trước khi đi ngủ trở thành nhu cầu của con người.

- Hội chứng ám ảnh hay gặp nhất trong rối loạn lo âu và sau đó là trong giai đoạn đầu của TTPL.

3.3.3 Hoang tưởng

3.3.3.1 Định nghĩa

Hoang tưởng là những ý tưởng, phán đoán sai lầm, không phù hợp với thực tế, do bệnh tâm thần sinh ra, nhưng người có RLTT cho là hoàn toàn chính xác, không thể giải thích thuyết phục được.

3.3.3.2 Tính chất

- *Tính lập luận sai lầm*: trong ý nghĩ hoang tưởng của mình, người có RLTT có lập luận, nhưng cơ sở logic đã bị rối loạn, những nguyên tắc đã được xác định sai lầm, dẫn tới kết luận sai lầm.

- *Sự tin tưởng vững chắc, tính cố định*: mặc dù những ý tưởng, phán đoán rất mâu thuẫn với thực tế nhưng người có RLTT có sự tin tưởng vững chắc như một chân lí không thể bác bỏ được.

- *Sự chi phối của hoang tưởng*: hoang tưởng chiếm lĩnh hoàn toàn ý thức người có RLTT, chi phối mạnh mẽ hành vi của họ.

3.3.3.3 Các loại hoang tưởng

- *Hoang tưởng liên hệ*: người có RLTT cho rằng tất cả xung quanh đều có mối liên hệ đặc biệt với họ, mọi người nhìn họ một cách đặc biệt hoặc bàn tán, cười cợt, chế diễu họ. Người có RLTT cũng "cho rằng" đài phát thanh cũng đang nói hoặc ám chỉ về mình.

- *Hoang tưởng bị truy hại*: người có RLTT khẳng định có một người hay một nhóm người theo dõi, ám hại mình bằng mọi hình thức: đầu độc, ám sát, bắt giữ lấy của cải... cho rằng người thân nhất (bố mẹ, vợ hoặc chồng...) cũng hại mình.

- *Hoang tưởng bị chi phối*: người có RLTT cho rằng có người nào đó dùng quyền thế, phù phép hay một phương tiện, biện pháp để chi phối toàn bộ tư tưởng, cảm xúc và hành vi của họ. Ý tưởng bị chi phối thường là thành phần chủ yếu của ảo giác giả và hội chứng tâm thần tự động.

Nếu người có RLTT có hoang tưởng bị chi phối bằng phương tiện vật lí như dòng điện, các sóng điện từ, tia tử ngoại, hồng ngoại... gọi là hoang tưởng bị tác dụng vật lí. Hoang tưởng này thường kèm theo ảo giác xúc giác hay ảo giác nội tạng.

- *Hoang tưởng ghen tuông*: người có RLTT dựa vào những hiện tượng vô lí, bằng chứng không chắc chắn để khẳng định vợ (chồng) phản bội hay có quan hệ ngoại tình.

- *Hoang tưởng tự buộc tội*: người có RLTT tự cho mình là hèn kém, có phẩm chất xấu xa hoặc có tội lớn, không đáng sống. Hoang tưởng này thường đưa đến ý tưởng và hành vi tự sát.

- *Hoang tưởng nghi bệnh*: người có RLTT cho mình bị bệnh nặng, khó chữa.

- *Hoang tưởng tự cao*: người có RLTT cho rằng mình rất thông minh, tài giỏi, có sức lực mạnh mẽ, việc gì cũng làm được. Có người cho rằng mình có địa vị cao, quyền lực lớn, có họ hàng với các bậc vĩ nhân. Có người lại cho rằng mình giàu có nhất đời, vàng bạc nhiều vô kể.

- *Hoang tưởng phát minh*: người có RLTT khẳng định rằng họ có phát minh độc đáo, kì lạ về khoa học, triết học, cải cách xã hội... Họ luôn trình bày và tìm cách thuyết phục mọi người công nhận.

- *Hoang tưởng được yêu*: người có RLTT cho rằng có người hoặc nhiều người yêu mình, tìm cách biểu lộ tình yêu với mình một cách tượng trưng nhưng người có RLTT không yêu lại.

- *Hoang tưởng nhận nhầm*: nhận người lạ là người thân hoặc người thân là người lạ. Người có RLTT cho rằng người mình đang thấy là người mình đang giả dạng, đóng giả vai trò hiện tại.

- *Hoang tưởng gán ý*: người có RLTT gán cho sự vật, hiện tượng tự nhiên một ý nghĩa riêng: báo hiệu cho tương lai, số phận của mình.

- *Hoang tưởng kì quái*

Nội dung của hoang tưởng kì quái rất đa dạng:

+Nội dung khuếch đại với tính chất hưng cảm: lên cung tiên sống trong thế giới giàu sang; lãnh đạo quân đội toàn thế giới; làm trọng tài cho các cuộc chiến tranh thế giới...

+Nội dung phủ định với tính chất trầm cảm: nỗi đau khổ vô biên, tất cả người thân đều chết, nhà cửa tan nát.

+Phủ định với ngoại cảnh: thế giới bị huỷ diệt, bị ngập lụt, các thành phố bị sụp đổ, tan hoang.

+ Phủ định với bản thân: nội tạng người có RLTT bị hư hỏng, thối rữa...gặp trong bệnh TTPL, RLTT ở người cao tuổi, RLTT do tai biến mạch máu não,...

- *Hoang tưởng di chứng*

Là hoang tưởng còn sót lại sau những trạng thái loạn tâm thần cấp, trong khi các triệu chứng loạn tâm thần khác đã mất. Thường gặp sau các trạng thái rối loạn ý thức, mê sảng, mê mông, lú lẫn.

3.4 Các hội chứng rối loạn tư duy

3.4.1 Hội chứng hoang tưởng - ảo giác

Hội chứng hoang tưởng - ảo giác còn được gọi là hội chứng paranoid. Trong hội chứng này nổi bật nhất là hoang tưởng bị chi phối: tư duy, cảm xúc, vận động đều do người khác áp đặt, không phải là của mình (tam chứng tự động). Các ảo giác thường là ảo giác giả. Những triệu chứng của hội chứng này thường liên quan với nhau.

- *Tư duy tự động*: những ý nghĩ được xuất hiện trong đầu một cách cưỡng bức, đã được ai đó “làm sẵn”, tự động diễn ra không theo chủ ý của người có RLTT. Người bệnh cho rằng mọi người đã biết rõ mọi ý nghĩ, kể cả những ý nghĩ thầm kín nhất của họ (tư duy bộc lộ).

- *Cảm giác tự động*: người có RLTT có những cảm giác nóng ran, lạnh cóng, đói khát...mà do người khác làm ra để nhằm mục đích điều khiển họ.

- *Vận động tự động*: tất cả mọi cử chỉ, hành vi của người có RLTT đều không phải do ý muốn của họ mà do ai đó (một lực lượng, một sức mạnh nào đó...) áp đặt. Tay họ vung lên, cầm dao đâm người khác đều là do sự điều khiển từ bên ngoài.

Hội chứng hoang tưởng - ảo giác thường gặp trong TTPL.

3.4.2 Hội chứng paraphrenia

Đây là hội chứng dựa trên cơ sở paranoid với nội dung kì quái:

- Nội dung khuếch đại với tính chất hưng cảm, thấy mình lên cung tiên, sống trong thế giới giàu sang.

- Nội dung phủ định với tính chất trầm cảm: hoang tưởng hư vô.

3.4.3 Hội chứng nghi bệnh

Hội chứng nghi bệnh rất đa dạng. Đó có thể là sự chú ý quá mức, lo lắng quá mức đến sức khoẻ của mình (hội chứng nghi bệnh), có thể biểu hiện dưới dạng quá lo lắng, thường xuyên nghi ngờ, ám ảnh sợ mắc một bệnh không chữa được (ám ảnh nghi bệnh). Trong những trường hợp khác, người có RLTT than vãn dai dẳng vì thường xuyên thấy khó chịu, đau đớn ở những phần khác nhau của cơ thể, tin một cách tuyệt vọng rằng mình bị mắc một bệnh trầm trọng và thường kèm theo suy sụp khí sắc (trầm cảm nghi bệnh).

4 RỐI LOẠN CẢM XÚC

4.1 Khái niệm chung về cảm xúc và tình cảm

4.1.1 Định nghĩa

Cảm xúc- tình cảm là sự phản ánh thế giới khách quan thể hiện ở thái độ của chủ thể đối với những sự vật, hiện tượng có liên quan đến sự thoả mãn nhu cầu về vật chất hoặc tinh thần của chủ thể đó.

Cũng là sự phản ánh hiện thực khách quan, song các quá trình nhận thức (cảm giác, tri giác, tư duy) phản ánh bản thân đối tượng, còn cảm xúc tình cảm phản ánh mối quan hệ của chủ thể đối với đối tượng có liên quan đến việc thoả mãn nhu cầu của chủ thể.

4.2 Các rối loạn cảm xúc

4.2.1 Các triệu chứng riêng lẻ

- *Giảm khí sắc*: nét mặt buồn rầu, ủ rũ, đau khổ, đây là triệu chứng chủ yếu trong hội chứng trầm cảm.

- *Vô cảm - cảm xúc bàng quan*: người có RLTT không biểu hiện cảm xúc qua nét mặt, hoàn toàn thờ ơ dửng dưng với xung quanh và ngay cả bản thân mình. Người có RLTT mất phản ứng cảm xúc kèm theo mất hưng phấn ý chí. Triệu chứng này thường gặp trong TTPL

- *Mất cảm giác tâm thần*: biểu hiện mất mọi phản ứng cảm xúc, nhưng nếu kiên trì kích thích vẫn có thể tiếp xúc được. Có thể có triệu chứng mất cảm giác tâm thần kèm theo cảm xúc rất đau khổ về hiện tượng mất cảm xúc của mình. Triệu chứng này gọi là mất cảm giác tâm thần đau khổ. Đôi khi sự đau khổ này dẫn đến hành vi tự sát.

Các triệu chứng này có thể gặp trong rối loạn lưỡng cực, trong TTPL.

- *Tăng khí sắc*: nét mặt vui vẻ, người có RLTT thấy vui sướng cùng với sự say mê mãnh liệt, thấy sức khỏe dẻo dai, cường tráng, cuộc sống dễ chịu thoải mái. Triệu chứng này thường gặp trong hội chứng hưng cảm.

- *Khoái cảm*: là trạng thái vui vẻ, vô tư lự một cách vô nghĩa, không phù hợp với hoàn cảnh và lứa tuổi, đồng thời có kết hợp với những yếu tố kích thích vận động, đùa tếu. Khoái cảm có thể có ở người lành mạnh về tâm thần khi uống một chút rượu, trong lúc bị gây tiền mê và dùng một số thuốc kích thích. Triệu chứng này còn có thể gặp trong nhiễm độc mạn tính (ví dụ, nhiễm độc lao). Nó cũng có thể là dấu hiệu bệnh trầm trọng như u não vùng trán, giang mai não, tổn thương mạch máu não...

- *Cảm xúc say đắm - ngẩn ngơ*: là trạng thái tăng cảm xúc cao độ, xuất hiện đột ngột và có tính chất nhất thời trước một kích thích, một hoàn cảnh nào đó. Người có RLTT ở tư thế say đắm, không nói, không cử động, mồm há hốc, nhìn về xa xăm...

- *Cảm xúc không ổn định*: người có RLTT dễ chuyển từ cảm xúc này sang cảm xúc khác trái ngược nhau, cười đầy nhưng lại khóc đầy, vừa lạc quan đã lại bi quan... Sự biến đổi khí sắc như vậy có thể xảy ra với một lí do bên ngoài không đáng kể.

Cảm xúc không ổn định thường gặp trong những trạng thái suy nhược, trong tổn thương thực thể não, bệnh mạch máu não (xơ vữa động mạch, huyết áp cao).

- *Các cảm xúc dị thường*:

+ *Cảm xúc hai chiều*: ở người có RLTT xuất hiện hai loại cảm xúc trái ngược nhau trước một đối tượng như: vừa yêu vừa ghét, vừa thích vừa không thích... Cảm xúc hai chiều thường gặp trong TTPL.

+ *Cảm xúc trái ngược*: cảm xúc không thích hợp hay hoàn toàn trái ngược với sự kiện, hoàn cảnh xảy ra. Ví dụ: trong đám tang, mọi người đang buồn thì người có RLTT lại vui cười hớn hở. Triệu chứng này cũng thường gặp trong TTPL.

4.2.2 Các hội chứng rối loạn cảm xúc

4.2.2.1 Hội chứng trầm cảm

Biểu hiện của sự ức chế toàn bộ hoạt động tâm thần. Hội chứng này bao gồm các triệu chứng sau:

- *Cảm xúc bị ức chế*: khí sắc giảm buồn rầu, ủ rũ... nỗi buồn bã, u sầu trong nội tâm. Nhìn cảnh vật xung quanh thấy ảm đạm, bi quan.

- *Tư duy bị ức chế*: suy nghĩ chậm chạp, liên tưởng khó khăn, có ý nghĩ tự cho mình là hèn kém. Có thể có hoang tưởng bị tội hoặc tự buộc tội và đưa đến ý tưởng, hành vi tự sát.

- *Vận động bị ức chế*: người có RLTT ăn uống kém, ít nói, ít hoạt động, thường nằm hoặc ngồi lâu một tư thế, đầu cúi gập, vai thõng...

Trạng thái trầm cảm thường nặng hơn vào buổi sáng, đặc biệt là sau khi ngủ dậy. Chính vào thời điểm này, người có RLTT hay tự sát.

Ba triệu chứng trên được gọi là tam chứng trầm cảm cổ điển. Ngoài các triệu chứng chính trên, người có RLTT còn có những triệu chứng thần kinh thực vật:

- Da mặt xám, kém căng, mắt lờ đờ.
- Tim nhịp nhanh, huyết áp tăng.
- Lưỡi khô, bụi trắng hay nâu.
- Táo bón.

Hội chứng trầm cảm có thể gặp trong rối loạn khí sắc chu kỳ hay rối loạn cảm xúc lưỡng cực, TTPL, các rối loạn stress...

4.2.2.2 Hội chứng hưng cảm

Biểu hiện sự hưng phấn toàn bộ hoạt động tâm thần. Hội chứng bao gồm các triệu chứng sau:

- *Cảm xúc hưng phấn*: khí sắc tăng vui vẻ, khoan khoái dễ chịu, nhìn cảnh vật thấy tươi sáng, cuộc sống đầy lạc quan.

- *Tư duy hưng phấn*: liên tưởng nhanh, tư duy phi tán, tự đánh giá khả năng cao, có nhiều chương trình, nhiều sáng kiến, có thể có ý tưởng tự cao hoặc hoang tưởng tự cao.

- *Vận động hưng phấn*: người có RLTT rất tích cực hoạt động, làm mọi công việc không biết mệt mỏi. Tuy nhiên do khó tập trung chú ý nên công việc thường bỏ dở, kém hiệu quả.

Ba triệu chứng trên được gọi là tam chứng hưng cảm cổ điển.

Những triệu chứng thần kinh thực vật kèm theo:

- Da đỏ (xung huyết), mắt long lanh.
- Nhịp tim nhanh.
- Rối loạn giấc ngủ.

Hội chứng hưng cảm điển hình thường gặp trong rối loạn cảm xúc lưỡng cực. Ngoài ra còn có thể gặp hội chứng này trong TTPL, RLTT triệu chứng...

Trong lâm sàng cũng như trong đời sống, có thể gặp một hội chứng hưng cảm nhẹ (hypomania) với các biểu hiện tam chứng hưng cảm ở mức độ rất nhẹ, gần giống như trạng thái khoái cảm.

4.2.2.3 Hội chứng loạn cảm

Hội chứng này bao gồm:

- Khí sắc u sầu, hần học, bất mãn.
- Tăng cảm giác, dễ bị kích thích.
- Dễ bùng nổ những cơn giận dữ, khuynh hướng bạo động, tấn công những người xung quanh.

Hội chứng này hay gặp trong bệnh động kinh, trong các bệnh thực thể não, trong rối loạn nhân cách.

5 RỐI LOẠN TRÍ NHỚ

5.1 Khái niệm về trí nhớ

Trí nhớ là một quá trình tâm lí, phản ánh những sự vật, hiện tượng đã từng tác động vào con người. Kết quả của quá trình nhớ là những biểu tượng của nhận thức, kinh nghiệm, cảm xúc, thái độ... về sự vật hiện tượng con người lưu giữ lại. Thực chất của trí nhớ là sự ghi lại, giữ lại và làm xuất hiện lại những gì cá nhân thu được trong hoạt động sống.

Trong lâm sàng, người ta quan tâm đến hiệu quả của các quá trình ghi nhớ (ghi nhớ có chủ định, không chủ định, ghi nhớ có ý nghĩa, ghi nhớ máy móc, ghi nhớ bằng mắt, bằng tai...); các quá trình giữ gìn, củng cố, để lưu giữ các dấu vết; các quá trình tái hiện (nhận lại, nhớ lại, hồi tưởng lại sự vật, hiện tượng). Ngoài ra người ta còn quan tâm đến các thuộc tính, đến chất lượng (độ tin cậy, độ chính xác, độ bền vững...) của trí nhớ.

5.2 Các rối loạn trí nhớ

5.2.1 Giảm nhớ

Giảm hiệu quả của quá trình nhớ và quá trình lưu giữ tài liệu, hay gặp trong quá trình lão hoá, giảm hiệu quả quá trình tái hiện hay gặp trong tổn thương não và trong những trạng thái đặc biệt, như khi sợ hãi, khi xúc động...

5.2.2 Tăng nhớ

Khối lượng ghi nhớ của người có RLTT tăng một cách bệnh lí, cao hơn hẳn so với những người khác. Đa số những người có RLTT này chỉ nhớ đến một

loại kích thích nhất định, liên quan đến những kí ức sâu sắc, đến điều kiện nghề nghiệp, mà họ không thể có cách gì để không nhớ đến kích thích đó.

5.2.3 Quên

Trong những thời điểm, hoàn cảnh nhất định, người có RLTT không thể nhớ được cái gì đã xảy ra trong quá khứ. Trong lâm sàng, thường gặp một số loại mất nhớ sau:

- *Quên toàn bộ hay quên từng phần*: quên toàn bộ là quên tất cả những sự việc cũ và mới thuộc mọi phạm vi, gặp trong sa sút trí tuệ nặng. Quên từng phần là quên một số khía cạnh, lĩnh vực nào đó, ví dụ quên thao tác nghề nghiệp, quên ngoại ngữ, quên một số sự kiện...Quên từng phần thường gặp trong tổn thương khu trú não.

Quên thuận chiều: sau CTSN, người bệnh bị hôn mê và khi tỉnh, họ không thể nhớ được điều gì đã xảy ra từ sau khi tai nạn đến lúc tỉnh.

Quên ngược chiều: người có RLTT không thể nhớ được các sự kiện đã diễn ra trước khi xảy ra sự cố. Loại mất nhớ này thường gặp trong CTSN, trong xơ vữa mạch não.

Quên thuận chiều và ngược chiều: là sự kết hợp cả quên thuận chiều và ngược chiều, quên những sự việc xảy ra trước và sau khi bị bệnh, gặp trong loạn thần cấp.

- *Quên trong cơn*: người có RLTT chỉ quên sự việc xảy ra trong cơn, trong thời gian bị bệnh. Quên trong cơn thường gặp ở cơn động kinh.

5.2.4 Loạn nhớ

- *Nhớ giả*: những sự kiện có thật trong cuộc sống của người có RLTT nhưng lại được nhớ vào một không gian, thời gian khác.

-*Nhớ bịa*: Đây là một triệu chứng phức tạp. Người có RLTT bổ sung vào trí nhớ của mình những nội dung không đúng, rất khác lạ, họ đã bịa ra. Nhớ bịa rất đa dạng và sinh động, hơn cả chuyện hoang đường và thường nảy sinh khi não bị tổn thương lớn hoặc trong RLTT sâu sắc. Đặc điểm của nhớ bịa là người có RLTT không duy trì lâu những cái mà họ khẳng định và nếu có sự không thống nhất thì cứ 1-2 lần lại thay đổi một nội dung khác, cũng giống như các chuyện hoang đường.

Nhớ giả và nhớ bịa thường gặp trong các bệnh thực thể nặng ở não.

- *Nhớ nhầm*: người có RLTT nhớ việc của mình thành ra việc của người khác hoặc sáng kiến, ý nghĩ của người khác lại thành ra của mình. Có những sự

kiện nghe người khác kể hoặc đã thấy ở đâu đó thì lại nhớ thành sự kiện của mình hoặc mình đã trải qua. Có người lại tưởng mình đang sống trong quá khứ. Những hiện tượng này có thể gặp ở động kinh.

6 RỐI LOẠN HOẠT ĐỘNG

Hoạt động gồm có 2 loại: hoạt động có ý chí và hoạt động không có ý chí (hoạt động bản năng).

6.1 Rối loạn hoạt động có ý chí

- Giảm hoạt động: gặp trong trạng thái suy nhược trầm cảm.
- Tăng hoạt động: gặp trong trạng thái hưng cảm.
- Mất hoạt động: gặp trong TTPL, rối loạn phân li.

6.2 Rối loạn hoạt động bản năng

6.2.1 Hành vi xung động

Khác với hành vi ám ảnh, các hành vi xung động xuất hiện đột ngột, không có sự đấu tranh bên trong để kiềm chế lại. Các hành vi này xảy ra vô cớ, vô nghĩa và mãnh liệt. Ví dụ: người có RLTT đột nhiên nhảy xuống đất khi ô tô đang chạy, đánh đập túi bụi, phá hoại tất cả những vật gì rơi vào tầm tay mình, lăn lộn trên nền đất, xé quần áo, tự sát, giết người thân.

6.2.2 Xung động bản năng

- *Xung động đi lang thang*: là khuynh hướng, khát vọng không thể nén được, xuất hiện có tính chất chu kỳ như bỏ nhà, bỏ trường học, bỏ gia đình, đi lêu lổng nơi xa... đi lang thang có thể kéo dài hàng ngày, hàng tuần.

- *Xung động trộm cắp*: là sự ham thích ăn cắp, xuất hiện đột ngột, không có mục đích hay lí do xác đáng, ăn cắp rồi đem vứt đi, đem cho hoặc tặng người khác hoặc bỏ quên hoặc trả lại cho chủ nhân.

- *Xung động đốt nhà*: là khát vọng đốt nhà không nén nổi, được tiến hành không có mục đích và gây ra tai nạn.

- *Xung động giết người*: đột nhiên xuất hiện không có nguyên cớ, có thể lặp đi, lặp lại nhiều lần.

- *Cuồng uống*: người có RLTT có những cơn khát nước, uống mãi cũng không đỡ khát.

- *Cuồng ăn*: người có RLTT có những cơn đói ghê gớm ăn mãi cũng không thấy no.

- *Lệch lạc tình dục*: khô dâm chủ động, khô dâm bị động, loạn dục với trẻ em, loạn dục với súc vật, loạn dục với xác chết...

Các rối loạn bản năng kể trên có thể gặp trong TTPL, liệt tiến triển, nhân cách bệnh... Nguyên nhân chính chưa xác định được, có những ý kiến về sự kết hợp các yếu tố di truyền và môi trường.

6.3 Các hội chứng rối loạn vận động

6.3.1 Các hội chứng căng trương lực

6.3.1.1 Hội chứng kích động căng trương lực

Thường xuất hiện đột ngột, từng đợt xen kẽ với trạng thái bất động. Trạng thái kích động mang nhiều hình thái khác nhau, thường có những trạng thái kế tiếp nhau như sau.

- *Kích động với tính chất bùng hoàng, kịch tính*

+ Cảm xúc: lúc đầu là sự hưng phấn cảm xúc theo kiểu bối rối, say đắm. Cùng với trạng thái bối rối là sự phấn khởi một cách quá đáng, thiếu tự nhiên, hay cười vô duyên có, nét mặt có những nét đối lập: miệng cười trong khi mắt đầy nước mắt.

+ Tư duy: người có RLTT nói nhiều nhưng có tính chất khoa trương, khó hiểu. Khó hiểu bởi ngôn ngữ người có RLTT biểu hiện như kết cấu phân liệt, tư duy ngắt quãng, ứ đọng và tư duy tượng trưng.

+ Vận động: cũng biểu hiện thiếu tự nhiên, kiểu cách. Thường có những động tác dị thường, vô nghĩa, mang tính chất định hình, đơn điệu, rung đùi, lắc người nhịp nhàng, trợn mắt nhìn trừng trừng, vỗ vỗ tay, đập đập vào tai...

Ngoài ra ở người có hội chứng này thường biểu hiện tính phủ định: hành động ngược lại hoặc chống đối một cách vô nghĩa, không duyên có.

Có hai loại phủ định:

+ **Phủ định chủ động:** người có RLTT làm ngược lại lời người thầy thuốc. Ví dụ: bảo há miệng lại mím chặt môi, chống đối không cho mở miệng. Khi cho ăn lại quay đi, khi mang thức ăn đi người có RLTT lại vờ lấy một cách tham lam...

+ **Phủ định thụ động:** người có RLTT không làm theo lời thầy thuốc.

- *Kích động với tính chất si dại, lố bịch*

+ Cảm xúc: từ hưng phấn cảm xúc say đắm, bối rối chuyển thành vô nghĩa đùa tếu, ví dụ như nhăn nhó một cách vô nghĩa, cười không duyên có, pha trò nhạt nhẽo...

+ Tư duy hưng phấn, nói nhiều theo hưng phấn cảm xúc.

+ Vận động hưng phấn theo cảm xúc, đùa tếu, nhào lộn, vồ vào những người xung quanh, ném vút đồ đạc, xé quần áo và có những hành động phủ định.

- *Kích động mang tính chất xung động*

+ Vận động: bỗng nhiên nhảy khỏi giường nằm, chạy như quay chong chóng tại chỗ, nhảy nhót, hét to, văng tục, cởi xé bỏ quần áo, phá phách mọi thứ gặp dưới tay, khạc nhổ, bôi phân lên người. Ở mức độ nặng hơn: kích động hỗn loạn, liên tục, điên dại. Người có RLTT ném lung tung, cào cấu tự gây thương tích cho mình, tàn bạo với tất cả sự chống đối việc giữ người có RLTT lại.

+ Cảm xúc: khi tìm cách giữ người có RLTT để cho ăn, uống thuốc,... họ lại chống đối một cách vô lí. Thường có biểu hiện giận dữ một cách vô nghĩa (được gọi là phản ứng xúc cảm giả).

+ Tư duy: ngôn ngữ rối loạn nặng, có các biểu hiện như nói lặp lại, đáp lặp lại. Có thể có triệu chứng nhại lời, nhại động tác của những người xung quanh.

- *Kích động im lặng*

Giai đoạn này vận động đối khác mang tính chất nhịp điệu, nhịp nhàng giống như múa vờn, múa giật. Trong kích động này người có RLTT không nói (còn gọi là kích động im lặng hoặc kích động câm).

6.3.1.2 Hội chứng bất động căng trương lực

Có thể gặp bất động không hoàn toàn và bất động hoàn toàn.

- *Bất động không hoàn toàn (bán bất động)*

+ Ngày càng ít nói đến không nói, ngồi lâu một tư thế.

+ Có hiện tượng định hình, lặp lại một cách định hình một động tác nào đó.

+ Có triệu chứng giữ nguyên dáng hay uốn sấp (người có RLTT giữ nguyên một tư thế đặt sẵn, đờ ra trong những tư thế không thuận lợi, kì lạ của đầu, tay và chân, giống như các hình được nặn bằng sáp). Triệu chứng uốn sấp đầu tiên xuất hiện ở cơ cổ sau đến tay và chân. Tiếp đó người có RLTT có triệu chứng Pavlov, đó là trạng thái giai đoạn nghịch thường :

- Hỏi bằng giọng bình thường người có RLTT không đáp ứng, hỏi thầm lại đáp ứng.

- Có khi không trả lời bằng lời nói nhưng lại viết vào giấy.

- Ban ngày thì bất động, im lặng, nhưng đến đêm yên tĩnh hoàn toàn thì lại bắt đầu vận động, ăn uống, có khi lại nói.

- *Bất động hoàn toàn (bất động phủ định):*

Người có RLTT nằm trong tư thế bào thai (tư thế các cơ gập); trương lực cơ tăng, tất cả các cơ căng cứng, hai hàm cắn chặt, đôi khi xuất hiện triệu chứng vùi tự phát. Không trả lời câu hỏi, không phản ứng đối với xung quanh cũng không phản ứng cả với tư thế của bản thân. Không có gì xung quanh có thể tác động tới trạng thái thờ ơ, bất động hoặc làm thay đổi nét mặt như tượng của người có RLTT. Sờ vào người, châm kim, kích thích nhiệt không gây phản ứng ở người có RLTT. Người có RLTT ít chớp mắt, nhưng còn chớp mắt phản xạ.

Trong trạng thái bất động hoàn toàn, người có RLTT biểu hiện rõ tính phủ định, mỗi sự can thiệp làm thay đổi tư thế người có RLTT đều gây hành động chống đối và trương lực cơ tăng mạnh lên.

Nhìn chung hội chứng bất động căng trương lực mang tính chất thâm lặng, phủ định và tăng trương lực cơ. Nó xuất hiện sau kích động căng trương lực hoặc sau khi bệnh mới phát sinh. Hội chứng có thể kéo dài hàng tuần hàng tháng.

6.3.2 Các hội chứng kích động tâm lý – vận động

6.3.2.1 Hội chứng kích động thanh xuân

Kích động mang tính chất dữ dội, mãnh liệt với những tác động si dại, lộ bịch, vô nghĩa, thiếu tự nhiên như cười hô hố, đùa cợt thô lỗ, nhăn nhó mặt mày, làm ngáo ộp, nhảy nhót gào thét đập phá, nằm ngòai theo những tư thế kì dị, tác phong thiếu lịch sự bừa bãi mất vệ sinh, ăn bốc, tiểu tiện ra nhà. Hội chứng này gặp trong TTPL.

6.3.2.2 Hội chứng kích động hưng cảm

Trên cơ sở rối loạn hưng phân vận động sẵn có, hoạt động của người có RLTT tăng quá mức, đột ngột...Hội chứng này gặp trong rối loạn hưng cảm khi cơ thể kiệt sức hoặc kèm theo bệnh cơ thể, nhiễm khuẩn.

6.3.2.3 Hội chứng kích động - động kinh

Kích động xuất hiện đột ngột trong trạng thái rối loạn ý thức (ý thức hoàng hôn) và loạn cảm. Hành vi người có RLTT mang tính chất vừa tự vệ vừa tấn công (thường do ảo giác ghê rợn và hoang tưởng bị truy hại chi phối) nên có xu hướng phá hoại, nguy hiểm cho xã hội. Sau cơn, người có RLTT quên hết sự việc xảy ra. Cơn có thể từ vài giờ đến vài ngày.

6.3.2.4 Hội chứng kích động kiểu phân li (hysteria)

Kích động xuất hiện sau sang chấn tâm lí hoặc sau cảm xúc mạnh. Người có RLTT hay có tư thế uốn, vặn, tay chân đập loạn xạ, xé quần áo, la hét khóc lóc... Hành vi mang tính chất phô trương, biểu diễn; nét mặt nhăn nhó, đau khổ, tái thể hiện nội dung sang chấn.

6.3.2.5 Hội chứng kích động rối loạn nhân cách

Kích động xuất hiện do nguyên nhân không đáng kể bên ngoài; tự nhiên căng thẳng, dữ tợn, đập phá, văng tục, đấm đá những ai đến can thiệp. Trong cơn không có rối loạn ý thức.

6.3.3 Các hội chứng bất động tâm lí – vận động

6.3.3.1 Hội chứng bất động trầm cảm

Hội chứng hình thành một cách từ từ. Người có RLTT suốt ngày ngồi im một tư thế, mặt đau khổ, nước mắt lưng tròng, không ăn, không tiếp xúc. Không có vận động dị thường và không có rối loạn ý thức.

6.3.3.2 Hội chứng bất động ảo giác

Xuất hiện do tác động của ảo giác, tri giác nhầm, ảo ảnh kì lạ. Trạng thái giống như ức chế vận động tạm thời. Tư thế người có RLTT tương ứng với hình thức và tính chất của ảo giác cũng như nội dung phản ứng cảm xúc. Trong hội chứng không có rối loạn ý thức.

6.3.3.3 Hội chứng bất động - động kinh

Hội chứng xuất hiện một cách đột ngột, trong trạng thái rối loạn ý thức. Người có RLTT trong tư thế ngơ ngẩn, mắt lơ đãng, nét mặt nghèo nàn, không phản ứng với kích thích ngoại cảnh. Trạng thái này kéo dài vài giờ đến vài ngày.

6.3.3.4 Hội chứng bất động sau cảm xúc mạnh

Trạng thái bất động xuất hiện sau cảm xúc quá mạnh và bất ngờ. Người có RLTT bất động hoàn toàn và giữ nguyên tư thế sẵn có; không nói được. Xuất hiện rối loạn thực vật: ra mồ hôi, mạch nhanh, mặt tái, ỉa lỏng... Hội chứng không kèm theo rối loạn ý thức, kéo dài vài giờ đến vài ngày và đột nhiên mất đi.

6.3.3.5 Hội chứng bất động phân li

Bất động phân li xuất hiện do sang chấn tâm lí, nhiều khi sang chấn không mạnh lắm. Người có RLTT từ từ ngã xuống và hoàn toàn bất động với tính chất trẻ con, tư thế kì dị, nét mặt mất linh hoạt, cảm xúc lo sợ buồn rầu, thường im

lặng không nói. Trong hội chứng này người có RLTT không có rối loạn ý thức. Trạng thái này mất đi khi hoàn cảnh gây sang chấn mất đi.

7 RỐI LOẠN Ý THỨC

7.1 Khái niệm về ý thức

Ý thức là chức năng tâm lí cao cấp của con người. Ý thức con người được nảy sinh và phát triển từ các nhân tố sau:

- Các tiền đề sinh vật, trong quá trình tiến hoá của vật chất, gần nhất là sự tiến hoá sinh vật đã hình thành bộ não - vật chất có tổ chức cao nhất. Đó là tiền đề sinh vật, là cơ sở vật chất cho sự xuất hiện ý thức.

- Các nhân tố xã hội - lịch sử, điều kiện quyết định nảy sinh ý thức con người là lao động. Lao động là nhân tố đầu tiên và nhân tố cơ bản nhất hình thành nên con người và làm nảy sinh ra ý thức: lao động làm biến đổi cấu trúc hình thái và sinh lí cơ thể người, tạo ra đặc điểm của bộ não, làm nảy sinh ra ngôn ngữ và hình thành ý thức.

Ý thức có những đặc điểm cơ bản như sau:

- Ý thức con người bao gồm tất cả những kiến thức về thế giới xung quanh. Đó là do hoạt động tổng hợp của các quá trình tâm thần (từ các quá trình cảm giác, tri giác đến tư duy...) mà con người có thể phản ánh ở mức cao nhất, toàn diện và chính xác nhất hiện thực khách quan.

- Ý thức giúp con người phân biệt được chủ thể với khách thể. Chỉ có con người mới có khả năng tự hiểu mình, tự đánh giá được hành vi của mình.

- Ý thức bảo đảm cho hoạt động của con người có mục đích. Trong quá trình hoạt động đó, con người phải lựa chọn các động cơ, thực hiện các hành động ý chí, dự đoán kết quả hoạt động và có những điều chỉnh kịp thời.

- Ý thức không chỉ biểu hiện ở sự hiểu biết hiện thực khách quan mà còn thể hiện thái độ đối với nó. Đó chính là tình cảm con người, trong đó phản ánh các mối quan hệ phức tạp, trước hết là các mối quan hệ xã hội.

Trong lâm sàng tâm thần học, ý thức được hiểu theo nghĩa hẹp hơn. Ở đây chủ yếu là mức độ sáng sủa, tỉnh táo của tâm thần, mức độ nhận thức của cá nhân về bản thân mình và mối liên hệ giữa bản thân mình với môi trường xung quanh. Tiêu chuẩn đánh giá về ý thức biểu hiện ở năng lực định hướng của cá nhân, bao gồm:

- Định hướng môi trường:

+ Không gian, cá nhân biết mình đang ở đâu, các địa điểm, địa phương lân cận ...

+ Thời gian, cá nhân biết ngày, tháng, năm hiện tại.

+ Định hướng về những người xung quanh, biết về nhân viên và những người bệnh cùng buồng.

- Định hướng về bản thân: cá nhân nắm được lí lịch về bản thân, định hướng về trạng thái bệnh của mình. Ngoài ra cần khảo sát các chức năng tâm thần khác có liên quan đến ý thức, tri giác, tư duy, phản ứng cảm xúc, trí nhớ...

7.2 Các hội chứng rối loạn ý thức

Cách phân chia chủ yếu hiện nay:

- Trạng thái bán hôn mê.
- Hôn mê thực sự gồm có 3

mức độ:

- +Hôn mê nông (hôn mê độ 1).
- +Hôn mê vừa (hôn mê độ 2).
- + Hôn mê sâu (hôn mê độ 3).

Trong lâm sàng tâm thần, thường gặp những hội chứng rối loạn ý thức kèm theo RLTT:

- Hội chứng mê sáng
- Hội chứng mê mộng
- Hội chứng lú lẫn
- Hội chứng ý thức hoàng hôn.

Thang đánh giá rối loạn ý thức Glasgow

Đáp ứng mở mắt:

- Mở mắt tự nhiên (4 điểm).
- Mở mắt khi gọi (3 điểm).
- Mở mắt khi kích thích đau (2 điểm).
- Không mở mắt khi kích thích đau (1 điểm).

Đáp ứng lời nói:

- Trả lời đúng câu hỏi (5 điểm).
- Trả lời chậm chạp mất định hướng (4 điểm).
- Trả lời không phù hợp với câu hỏi (3 điểm).
- Lời nói vô nghĩa (2 điểm).
- Không còn đáp ứng lời nói (1 điểm).

Đáp ứng vận động:

- Thực hiện vận động đúng theo yêu cầu (6 điểm).
- Đáp ứng vận động phù hợp khi kích thích đau (5 điểm).
- Đáp ứng vận động không phù hợp khi kích thích đau (4 điểm).
- Co cứng kiểu mất vỏ não (3 điểm).
- Duỗi cứng kiểu mất vỏ não (2 điểm).
- Không đáp ứng khi kích thích đau (1 điểm).

Tổng số là 15 điểm.

CÂU HỎI ÔN TẬP

1. Thế nào là cảm giác? Trình bày các loại rối loạn cảm giác?
2. Thế nào là tri giác? Trình bày các loại ảo giác?
3. Các triệu chứng rối loạn hình thức tư duy?
4. Thế nào là ám ảnh? Các loại ám ảnh?
5. Thế nào là hoang tưởng? Các loại hoang tưởng?
6. Trình bày các hội chứng rối loạn tư duy.
7. Các triệu chứng rối loạn cảm xúc?
8. Các hội chứng rối loạn cảm xúc?
9. Các loại rối loạn trí nhớ?
10. Trình bày các loại rối loạn hoạt động bản năng.
11. Các hội chứng căng trương lực?
12. Các hội chứng kích động tâm lí – vận động?
13. Ý thức là gì? Hãy trình bày các hội chứng rối loạn ý thức?

Chương 4

ĐIỀU TRỊ VÀ PHỤC HỒI TÂM THẦN

Chương 4 giới thiệu một cách tổng quát các phương pháp điều trị và phục hồi tâm thần. Phần đầu của chương đề cập đến các liệu pháp sinh học: dùng thuốc; sốc điện và phẫu thuật tâm thần. Tiếp đó, chương đề cập đến các liệu pháp tâm lí và các liệu pháp hỗ trợ, bổ sung. Phần cuối chương trình bày những nội dung chủ yếu của phục hồi tâm thần.

1 CÁC LIỆU PHÁP SINH HỌC

1.1 Dùng thuốc

Việc hoạt hoá các hệ thống não phụ thuộc vào hoạt năng của từng nơ ron. Đến lượt mình, hoạt năng của từng nơ ron lại phụ thuộc vào chất dẫn truyền thần kinh mà thụ thể sau xi náp tiếp nhận. Nếu quá nhiều, hệ thống hoạt động quá mức, còn nếu quá ít thì ngược lại, hệ thống hoạt động dưới mức cần thiết. Mục đích của trị liệu bằng thuốc là duy trì các chất dẫn truyền thần kinh ở mức độ tương thích. Tác động của chúng diễn ra theo một trong hai cách:

- Tăng khả năng của chất dẫn truyền thần kinh bằng cách ngăn ngừa tái hấp thu tại xi náp, ngăn ngừa phân huỷ trong khe xi náp hoặc thay thế một chất dẫn truyền thần kinh có nồng độ thấp bằng một dược chất tương ứng.

- Giảm khả năng của chất dẫn truyền thần kinh bằng cách làm giảm nồng độ của chất dẫn truyền thần kinh hoặc thay thế chất dẫn truyền thần kinh hoạt động mạnh bằng dược chất hoạt động yếu.

Thuốc thường được dùng theo đường uống hoặc tiêm bắp và qua đó vào máu. Thuốc thâm nhập vào não thông qua các mao mạch. Các thuốc được sáng chế nhằm chi phối hoạt động não cũng không phải là dễ dàng. Não được bảo vệ bởi hàng rào máu – não để ngăn ngừa vi khuẩn và các chất lạ xâm nhập từ đường máu. Ở những bộ phận khác của cơ thể, thuốc có thể dễ dàng đi tới mục tiêu bằng cách lọt qua những lỗ nhỏ ở thành mạch máu. Tuy nhiên, các mạch máu ở não không có những lỗ như vậy. Để tới đích, thuốc phải xâm nhập vào chính tế bào thành mạch. Cơ chế này có nghĩa là chỉ những thuốc có kích thước phân tử nhỏ mới vượt qua được hàng rào, thậm chí chúng cũng chỉ thâm nhập được với lượng nhỏ hơn nhiều so với những bộ phận khác của cơ thể.

Ứng hộ trị liệu bằng thuốc

Bất kỳ một thuốc nào chỉ có thể đạt được tác dụng nếu như dùng đều và ở liều điều trị (liều có tác dụng). Tuy nhiên thực tế không được như vậy. Gần 50% số thuốc điều trị tâm thần được kê đơn hoặc là không được dùng theo liều chỉ dẫn, hoặc là không dùng. Điều này có thể là do quên. Khoảng 15% số người thỉnh thoảng quên khi liều thuốc được chỉ định chỉ có 1 viên. 25% số người quên khi có đến 2 hoặc 3 loại thuốc được kê và tỉ lệ này là 35% nếu như có đến 4 - 5 loại thuốc được kê (Ley, 1997). Một trong những cách để khắc phục là có thể dùng thuốc tiêm giải phóng chậm (depot). Những thuốc này được tiêm định kì, thay vì cá nhân cứ phải nhớ uống thuốc vài lần trong một ngày.

Một trong những quyết định rằng có nên uống thuốc hay không là dựa vào sự phân tích lợi ích giá tiền. Một bên là có lợi khi uống thuốc, thường liên quan đến thuyên giảm triệu chứng và so sánh với giá của nó, thường là các tác dụng phụ kèm theo. Nếu thuốc càng nhiều tác dụng phụ thì nó ít được kê đơn và người có RLTT càng ít thiết tha với việc uống thuốc, đặc biệt khi uống hay quên thì cũng không làm thay đổi ngay những triệu chứng như ta thấy đối với nhiều loại thuốc tâm thần.

Không có gì đáng ngạc nhiên khi một số tác dụng phụ lại là vấn đề đối với người này nhưng lại là không đối với người khác. Tác dụng ngoại tháp, cái mà các bác sĩ tâm thần rất chú ý khi kê đơn, thì lại được đánh giá là không quan trọng. Khi được hỏi họ thích dùng thuốc uống hay thuốc tác dụng chậm (depot) hơn thì 80% số người được hỏi đã lựa chọn thuốc tác dụng chậm (Desai, 1999).

Ngoài ra cũng có những yếu tố khác ảnh hưởng đến việc dùng thuốc. Cùng quyết định trị liệu giữa thầy thuốc và người có RLTT cũng cải thiện việc dùng thuốc. Myers & Branthwaite (1992) cho thấy việc chấp hành chế độ điều trị đạt mức độ cao nhất khi người có RLTT, chứ không phải thầy thuốc, lựa chọn thời gian uống thuốc. Cuối cùng Sirey và cs. (2001) cũng đã xác định thấy việc chấp hành tự giác dùng thuốc cao có liên quan với việc thuốc không gây ra những điều phiền toái, tự đánh giá mức độ bệnh nặng, tuổi trên 60 và không có “bệnh lí nhân cách”.

1.2 Sốc điện

1.2.1 Khái niệm chung

Liệu pháp sốc điện (Electroconvulsive Therapy) là cho dòng điện phóng qua não trong một khoảng thời gian ngắn nhằm mục đích gây ra các cơn co giật

kiểu động kinh, giúp cải thiện trạng thái tâm thần. Khởi nguồn cho liệu pháp sốc điện là các quan sát từ những năm 1930, khi người ta nhìn thấy những cơn lộn nằm im lặng trong lò mổ. Tiếp đó là một giả thuyết đã được khẳng định rằng những người bị động kinh rất ít khi bị loạn thần và cứ sau cơn co giật, khí sắc lại được cải thiện (có lẽ cũng cần phải nhấn mạnh rằng không có bằng chứng nào cho thấy có mối quan hệ giữa động kinh và TTPL). Sau khi làm phép ngoại suy, các thầy thuốc đã tìm cách tạo ra các cơn động kinh để trị liệu rối loạn cảm xúc. Lúc đầu họ tiêm long não để nhằm gây ra các cơn co giật. Rất tiếc là có nhiều người đã bị chết trong quá trình điều trị. Hai bác sĩ tâm thần người Ý là Ugo Cerletti và Lucio Bini là hai người tiên phong của cách tiếp cận khác. Họ nhận thấy rằng có thể gây ra cơn co giật bằng cách cho dòng điện chạy qua đầu người có RLTT và họ cũng bắt đầu trị liệu cho người TTPL. Tuy nhiên sau đó Cerletti đã từ bỏ sốc điện và tìm kiếm cách trị liệu khác bởi một số biến chứng trong sốc điện: tổn thương cơ thể như sai khớp hàm, gãy xương và một số ảnh hưởng thần kinh, ví dụ, giảm sút trí nhớ.

Cho đến những năm 1950, người ta thực hiện liệu pháp sốc điện bằng cách đặt điện cực ở hai bên thái dương và cho một dòng điện 65v-140v “nhẹ nhàng” chạy qua trong khoảng nửa giây hoặc nhanh hơn. Ở người có RLTT xuất hiện cơn động kinh kéo dài từ nửa đến vài phút. Lúc đầu người có RLTT bị “co cứng” và mất hoàn toàn ý thức. Cơn co giật cơ quá mạnh có thể gây ra rạn xương do vậy sau này người ta thường tiêm thuốc giãn cơ trước khi làm sốc điện. Người có RLTT có thể lo âu hơn khi nhận biết được tình trạng tê liệt. Khi đó người ta có thể sử dụng thuốc gây mê gần như đồng thời với quá trình làm sốc. Qui trình này được gọi là sốc điện dưới gây mê.

Việc sử dụng liệu pháp sốc điện đạt đến đỉnh điểm và sau đó giảm xuống rõ rệt vào những năm 1950, khi đã có thuốc hướng tâm thần. Tuy nhiên cho đến nay, nhiều thầy thuốc tâm thần cho rằng liệu pháp sốc điện là lựa chọn thay thế để trị liệu những trường hợp bị trầm cảm kháng thuốc hoặc có ý định tự sát (Freeman, 1995). Viện Sức khỏe Quốc gia Hoa Kỳ cho rằng có thể dùng liệu pháp sốc điện để trị liệu ban đầu đối với một số hội chứng của TTPL. Tại Việt Nam, liệu pháp sốc điện được một số cơ sở điều trị tâm thần trong nước sử dụng.

Cho đến nay người ta vẫn chưa rõ liệu pháp sốc điện đạt được kết quả bằng cách nào, mặc dù Ishihara & Sasa (1999) cho rằng nó có thể làm tăng độ nhạy của các nơ ron trước xi náp đối với serotonin ở hồi cá ngựa và giảm nồng độ của dopamin. Các cứ liệu này cũng giải thích sự ảnh hưởng của qui trình đến cả trầm cảm và TTPL.

1.2.2 Phản đối liệu pháp sốc điện

Có thể thấy có 2 thái độ đối với việc sử dụng sốc điện: một là những người ủng hộ và một là những người phản đối. Những người phản đối dựa trên cơ sở đạo đức cũng như nghi ngờ về tính hiệu quả của nó. Ví dụ, theo Thomas Szasz (1971), sốc điện là một trị liệu: “người có RLTT với tư cách là một con người



và cả thầy thuốc với tư cách là một nhà tư tưởng lâm sàng và cả là người đại diện về đạo đức trở thành vật hiến tế”. Rất nhiều tổ chức tâm lí học, trong đó có cả Hội Tâm lí học Anh cũng có quan điểm trên. Thậm chí Hội Tâm lí học Anh còn đề nghị phải có những điều luật cấm sử dụng liệu pháp sốc điện ở Anh. Ngay cả những nhà tâm thần học tán thành sử dụng liệu pháp sốc điện cũng ý thức được sự phản đối. Tuyên bố đồng thuận (Consensus Statement) của Viện Sức khỏe Quốc gia Hoa Kỳ (1985) cũng cho rằng việc sử dụng liệu pháp sốc điện để trị liệu các rối loạn sẽ là không phù hợp nếu như không có bằng chứng về hiệu quả của nó và những nỗ lực như vậy chỉ càng gây ra bất lợi. Một điểm cũng đáng lưu ý nữa là việc sử dụng liệu pháp sốc điện như là một phương tiện để quản lí những người có RLTT hay gây rối, như trong phim *Một chuyến bay trên tổ Cúc cu* cũng góp phần củng cố ấn tượng rằng liệu pháp sốc điện là một công cụ cưỡng bức nhằm kiểm soát hành vi của mọi người có RLTT trong các cơ sở điều trị tâm thần.

Có một số nguy cơ liên quan đến liệu pháp sốc điện. Thứ nhất đó là trạng thái mất ý thức. Thứ hai, nguy cơ liên quan đến việc lên cơn co giật. Hiếm gặp biến chứng song nó vẫn có. Theo Tuyên bố Đồng thuận của Viện Sức khỏe Quốc gia Hoa Kỳ, tỉ lệ tử vong khoảng 4,5 người/100.000 lượt trị liệu, tương đương với nguy cơ gây mê bằng barbiturate đối với những bệnh khác. Người ta cũng lưu ý rằng nguy cơ chấn thương có thể ngày nay đã thấp hơn nhiều so với trước đây. Tỉ lệ này khoảng 1/1300 lượt – 1/1400 lượt. Các chấn thương có thể

gồm gãy răng, rạn xương sườn, cơ co giật không kiểm soát được, liệt nhẹ thần kinh ngoại vi và bỏng da. Một số người đã trải qua liệu pháp sốc điện thì thấy sợ hãi, cho rằng đó là sự xâm phạm tự do cá nhân. Một số người cảm thấy xấu hổ vì thái độ của xã hội.

1.2.3 Ảnh hưởng của sốc điện đến trí nhớ

Có lẽ vấn đề nổi cộm nhất của liệu pháp sốc điện chính là ảnh hưởng đến trí nhớ. Hầu hết ở những người vừa làm liệu pháp sốc điện xong đều xuất hiện một pha mất trí nhớ cấp tính. Phải khoảng 5-10 phút sau họ mới nhớ lại được họ là ai, đang ở đâu hoặc hôm nay là ngày thứ mấy (Friedberg, 1977). Liệu pháp sốc điện cũng làm tổn thất khả năng tiếp nhận và lưu giữ thông tin ở giai đoạn sau làm sốc, thậm chí có thể ảnh hưởng nghiêm trọng đến trí nhớ những sự kiện diễn ra trước điều trị hàng tháng hoặc hàng năm. Squire & Slater (1983) nhận thấy rằng 3 năm sau liệu pháp sốc điện, rất nhiều người cho biết trí nhớ của họ không còn được tốt như trước điều trị 6 tháng và người ta cho rằng điều này có liên quan đến liệu pháp sốc điện.

1.3 Phẫu thuật tâm thần

1.3.1 Khái niệm chung

Phẫu thuật tâm thần hiện đại bắt đầu từ những năm 1930 khi 2 bác sĩ thần kinh Bồ Đào Nha là Egas Moniz và Almeida Lima tiến hành cắt các mối nối đến và từ thùy trán ở những người “nhiều-loạn tâm” (psychoneuroses). Đến năm 1936 qui trình này được phát triển và được gọi là phẫu thuật thùy trán. Phẫu thuật này lúc đầu còn tương đối thô sơ. Bác sĩ phẫu thuật tự mình ước lượng cắt vùng não mà không có sự trợ giúp của chẩn đoán hình ảnh thần kinh. Tuy nhiên sau đó phẫu thuật được hoàn thiện dần. Vào giữa những năm 1936-



1961, khoảng trên 10.000 người đã được phẫu thuật ở Anh. Trong số đó ước tính có khoảng 20% số người mắc TTPL và khoảng một nửa số người mắc trầm cảm là có sự cải thiện nhất định. Tuy nhiên có 4% tử vong do phẫu thuật, 4% vận động tồi tệ hơn và gần 60% xuất hiện “những vấn đề” biến đổi nhân cách còn 15% xuất hiện cơn động kinh. Mặc dù có những vấn đề như vậy song vẫn

hiều người ủng hộ cách điều trị này. Cũng có thể trong thời gian đó, đối với nhiều người không có sự lựa chọn thay thế. Tỷ lệ phẫu thuật tâm thần giảm rất nhanh kể từ khi có những lựa chọn điều trị có hiệu quả. Ở Vương quốc Anh cho đến nay chỉ còn khoảng 20 ca phẫu thuật/ năm và cũng chỉ với điều kiện người có RLTT không đáp ứng với các dạng điều trị khác. Hiện nay các qui trình phẫu thuật đã được phát triển hơn.

1.3.2 Cơ hội cho phẫu thuật tâm thần

Luật pháp một số nước, ví dụ như của Đức hoặc một số bang nước Mỹ cấm phẫu thuật tâm thần. Ở Anh, hình thức trị liệu này chỉ được phép chỉ định khi cá nhân đã kháng tất cả các dạng trị liệu khác. Ví dụ, đối với trầm cảm, chỉ được chỉ định phẫu thuật tâm thần khi người có RLTT đã có ít nhất 2 lần định tự sát, bị bệnh ít nhất là 18 năm, pha hiện tại kéo dài đã 7 năm mà không có một giai đoạn thuyên giảm nào kéo dài quá 6 tháng. Những cá nhân này cũng đã được làm liệu pháp sốc điện trên 30 lần, dùng thuốc chống trầm cảm với liều cao và kết

quả trắc nghiệm tâm lý cho thấy trầm cảm ở mức độ nặng (Malizia & Bridges, 1991). Ở Anh và xứ Wales, nhóm đại diện gồm 3 người do Ủy ban hành động vì SKTT chỉ định để xác định rằng cá nhân hoàn toàn đồng ý phẫu thuật và rằng người có RLTT sẽ có lợi từ phẫu thuật này.

1.3.3 Hiệu quả sau phẫu thuật

Kể từ khi ứng dụng những kỹ thuật mới, tỉ lệ tử vong do phẫu thuật giảm xuống chỉ còn 1/1.000, động kinh sau phẫu thuật dao động ở khoảng 1-5% (Jenike, 1998). Cũng cần phải nói thêm rằng chưa có những bằng chứng cho thấy sự giảm sút trí tuệ sau phẫu thuật. Thậm chí nhiều người còn có kết quả trắc nghiệm tâm lý tốt hơn so với trước phẫu thuật. Điều này có thể là do trầm cảm đã thuyên giảm và họ đã được dùng hoặc giảm liều thuốc chống trầm cảm. Tương tự như vậy, chưa có bằng chứng về những “sự thay đổi nhân cách” đáng kể sau

Antonio Egas Moniz (1874-1955) là tác giả phương pháp phẫu thuật cắt bỏ chất trắng của thùy trán để điều trị một vài bệnh tâm thần và được giải Nobel về sinh lý học - y học năm 1949. Phương pháp này dù nhận giải Nobel nhưng vẫn là một giải Nobel gây tranh cãi đến 50 năm sau. Đây là phương pháp một thời được hợp pháp hóa ở nhiều nước nhưng hiện nay đã bị bãi bỏ chính thức trên toàn thế giới vì lí do đạo đức và khoa học. Liên bang Xô viết hợp pháp hóa năm 1950 và bãi bỏ năm 1987. Hoa Kỳ cũng hợp pháp hóa năm 1950 và bãi bỏ năm 1977.

Nguồn:

<http://www.giaoducsuckhoe.net/>

phẫu thuật tâm thần mặc dù nguy cơ có thể vẫn có thể tiềm ẩn bởi lẽ nội bộ can thiệp là thùy trán và là nơi được xem như có chức năng kiểm soát những nền tảng của cá nhân và nhân cách. Những test được đưa ra trong các nghiên cứu này không phải là những test dành riêng cho thùy trán. Tuy nhiên như Jenike (1998) khẳng định, các test cũng không thể bỏ qua những tổn thất của thùy trán.

Cũng có một số người tự sát sau phẫu thuật nhưng khó có thể qui kết đó là do phẫu thuật hoặc nó cũng có thể xảy ra ngay cả không có sự can thiệp này. Cũng có khả năng là một số người tự sát vì phẫu thuật như là cơ hội trị liệu cuối cùng nhưng sau lại thất vọng với kết quả. Lẽ đương nhiên cũng chưa có bằng chứng về mối liên hệ trực tiếp của tự sát với phẫu thuật.

Cho đến nay người ta vẫn chưa thể hiểu được đầy đủ bằng cách nào, phẫu thuật tâm thần lại đạt được kết quả.

2 LIỆU PHÁP TÂM LÝ

2.1 Một số vấn đề chung

2.1.1 Khái niệm, thuật ngữ

Về mặt thuật ngữ, ngoài cụm từ: liệu pháp tâm lý/tâm lý liệu pháp,

trong các tài liệu còn dùng những từ như: trị liệu tâm lý/tâm lý trị liệu; điều trị tâm lý; can thiệp tâm lý. Trong số những từ này, can thiệp tâm lý có nội hàm rộng hơn. Đối tượng của nó không chỉ là những trường hợp có các RLTT mà cả những trường hợp có các vấn đề SKTT theo nghĩa rộng nhất.

Xu hướng chung hiện nay định nghĩa: *Liệu pháp tâm lý là những biện pháp tác động lên tâm lý nhằm mục đích cải thiện và tăng cường sức khỏe tâm lý của thân chủ.*

2.1.2 Hiệu quả của liệu pháp tâm lý

Năm 1952, trong một bài báo: “Đánh giá hiệu quả của liệu pháp tâm lý”, Hans Eysenck, một nhà tâm lý học nổi tiếng thế giới, đã tuyên bố rằng sau

Ngày 10-10-2009, tại hội thảo “Điều trị phẫu thuật các rối loạn tâm thần” do Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bình Định tổ chức, TS bác sĩ Phạm Ty - giám đốc bệnh viện - đã công bố kết quả phẫu thuật 19 ca (tuổi từ 11-48, thời gian mắc bệnh từ 1-21 năm): không có ca nào hết các triệu chứng, trở về sinh hoạt bình thường, 14/19 ca có cải thiện nhưng vẫn còn vài triệu chứng, 3/19 ca cải thiện ít, một ca không cải thiện, một ca tử vong. Về biến chứng: một ca xuất huyết não, bảy ca yếu nửa người thoáng qua, ba ca yếu chân trái không hoàn toàn (ba tháng).

Nguồn: <http://tuoitre.vn/Chinh-tri-xa-hoi/Song-khoe/341737/hop-ve-phau-thuat-chua-tam-than.html>

50 năm nghiên cứu và thực hành, không có một bằng chứng nào cho thấy hiệu quả của LPTL. Cũng trong bài báo này, Eysenck đưa ra các kết quả LPTL đối với nhóm bệnh nhân loạn thần kinh (neurosis).

- Kết quả liệu pháp bằng các phương tiện phân tâm: có 44% số bệnh nhân được cải thiện;

- Liệu pháp theo kiểu chiết trung: 64% số trường hợp được cải thiện,

- Điều trị theo cách thông thường hoặc do các bác sĩ đa khoa thì tỉ lệ được cải thiện tốt là 72%.

Như vậy chẳng có gì để khẳng định cho hiệu quả của LPTL. Bài báo của Eysenck đã gây ra những phản ứng mạnh mẽ trong giới thực hành công tác chăm sóc SKTT, đặc biệt là những người làm LPTL. Những người phản đối thì cho rằng kết luận của Eysenck là dựa trên những nghiên cứu không được kiểm soát chặt chẽ, không có số liệu về mức độ nặng của bệnh, ngay cả các phương tiện dùng để đánh giá sự thuyên giảm cũng là thô sơ và nghèo nàn.

Sau đó không lâu người ta nhận thấy rằng những chỉ trích đối với Eysenck là hoàn toàn có lí và các số liệu mà Eysenck đưa ra là không có cơ sở. Vào những năm 1950, hầu hết các nhà LPTL đều tin rằng được trị liệu vẫn tốt hơn so với không. Tuy nhiên khi đó họ cũng chưa có đủ khả năng để thiết kế được những nghiên cứu nhằm khẳng định kết quả của LPTL.

Những người có thái độ hoài nghi thì vẫn cho rằng hiệu quả của LPTL, về thực chất, không khác với placebo (giả dược). Mặc dù vậy ngày càng có nhiều bằng chứng chứng tỏ hiệu quả của LPTL đối với nhiều loại rối loạn tâm lí khác nhau. Những nghiên cứu siêu phân tích (Meta-analysis) cho thấy LPTL có hiệu quả cao nhất đối với trầm cảm. Có đến 70% số trường hợp đạt kết quả tốt, 30% là không có kết quả. Trong khi đó nhóm dùng placebo chỉ đạt kết quả 30%, còn 70% không có cải thiện. Điều này cũng còn cho thấy những trường hợp được cải thiện trong LPTL không chỉ là do các kĩ thuật chuyên biệt mà còn do các yếu tố khác nữa.

Về thực chất, LPTL là sự tương tác giữa nhà trị liệu với người bệnh. Trong quá trình tương tác này, giao tiếp đóng vai trò cơ sở. Do vậy nhà trị liệu tâm lí cần phải có các kĩ năng giao tiếp. Bên cạnh đó, cho dù là nhà trị liệu dùng kĩ thuật gì, theo định hướng cơ sở lí luận nào thì sự thành công của liệu pháp

tâm lí cũng phụ thuộc rất nhiều vào những phẩm chất như: thấu cảm, chân thành, không phán xét.

Và một điều quan trọng nữa đảm bảo cho hiệu quả của LPTL, đó là thân chủ phải thực sự mong muốn thay đổi và hợp tác với nhà trị liệu.

2.1.3 Đạo đức nghề nghiệp

Không chỉ như Masson đề cập, trong quá trình LPTL có thể xảy ra hiện tượng thân chủ/người bệnh bị lợi dụng/lạm dụng. Tại nhiều nước trên thế giới, những quy định chặt chẽ về đạo đức nghề nghiệp đối với những người hành nghề LPTL đã được xây dựng.

2.2 Các dạng liệu pháp tâm lí

2.2.1 Thư giãn

Thư giãn, đó là một trạng thái thư thái về tinh thần và giãn mềm cơ bắp. Đây là một trạng thái nghỉ ngơi tích cực, giảm tiêu hao năng lượng và giảm sự căng thẳng ở mức độ tối ưu.

Kĩ thuật thư giãn của Jacobson

Kĩ thuật thư giãn tiến triển (Progressive Relaxation) do Jacobson đề xuất năm 1920. Bài tập được thực hiện theo từng bước. Đầu tiên là tập trung vào cảm giác căng cơ (căng hết mức). Giữ trạng thái căng cơ trong khoảng 10-15 phút, sau đó giãn cơ hết sức chậm. Bắt đầu bằng căng cơ tay (cơ cánh tay, sau đó là cơ cẳng tay). Sau đó tập sang các nhóm cơ khác. Jacobson chỉ ra 36 nhóm cơ có thể được tập luyện.

Thư giãn tiến triển được thực hiện trong tư thế nằm, thở chậm đều, hạn chế các vận động, tập trung suy nghĩ vào việc thư giãn. Phương pháp nhằm làm giảm căng thẳng cơ dẫn đến giảm căng thẳng cảm xúc.

Chỉ định:

- Rối loạn vận động: giảm vận động, ức chế vận động...
- Tri giác sai về sơ đồ cơ thể, về không gian và về thời gian
- Rối loạn ngôn ngữ: nói lắp, co thắt khi viết...
- Rối loạn tâm-vận động: tăng động, khó tập trung
- Rối loạn lo âu
- Rối loạn tâm thể: hen phế quản, viêm đại tràng, huyết áp cao...
- Các bệnh về khớp.

Thư giãn tập trung của Schultz

Phương pháp thư giãn tập trung (Concentrative Relaxation) do bác sĩ tâm thần người Đức Schultz đề xuất năm 1926.

Về cơ bản phương pháp của Schultz là tự ám thị để tạo ra các cảm giác khác nhau:

- Tạo cảm giác nặng ở tứ chi và toàn thân.
- Tạo cảm giác nhiệt.
- Làm chủ nhịp tim.
- Làm chủ nhịp thở.
- Tạo cảm giác nóng ở vùng đám rối dương (vùng rốn).
- Tạo cảm giác lạnh ở vùng trán.

Sau khi đạt được trạng thái thư giãn qua 6 bài cơ bản trên, thân chủ có thể tự ám thị bằng một mệnh lệnh mang tính chất điều trị.

Thư giãn trong Yoga và trong dưỡng sinh

Yoga là một học thuyết triết học Ấn Độ đã có từ lâu đời. Theo tiếng Phạn, Yoga có nghĩa là sự hợp nhất giữa thể xác và tinh thần. Yoga không chỉ là một trường phái triết học, cách nhìn về thế giới, về cuộc sống, về con người, mà cũng giống như một số xu hướng triết học Phương Đông khác, đó còn là những phương pháp rèn luyện sức khỏe. Hiện nay ở nước ta, luyện tập dưỡng sinh và luyện tập Yoga ngày càng được nhiều người lựa chọn để rèn luyện sức khỏe.

2.2.2 Liệu pháp phân tích tâm lí

2.2.2.1 Liệu pháp phân tâm cổ điển

Các liệu pháp phân tích tâm lí bao gồm phân tâm cổ điển và các phương pháp với những tên gọi khác nhau như: phân tích tâm lí, tâm lí động thái, tâm lí chiều sâu... Phân tâm chính là phương pháp do Freud sáng tạo ra sau khi ông thấy rằng bằng thôi miên không giải quyết được hết các vấn đề rối loạn tâm lí.

Liệu pháp phân tâm cổ điển của Freud được thực hiện dưới dạng trò chuyện mở, không định hướng, không gò bó. Nhiệm vụ chính của phân tâm là đưa vào trường ý thức để làm sáng tỏ những ham muốn, nhu cầu dục vọng vô thức bị kìm hãm. Theo Freud, chính những ham muốn, dục vọng này là nguyên nhân của những rối loạn tâm lí. Một khi những nguyên nhân gây bệnh đó được sáng tỏ ở bình diện ý thức thì trạng thái bệnh lí cũng được giải quyết.

Các kĩ thuật chính của phân tâm cổ điển bao gồm: liên tưởng tự do, phân tích nội dung các giấc mơ, phân tích nội dung chuyển di.

Liên tưởng tự do:

Thân chủ ở tư thế nằm ngả người trên ghế chuyên dụng. Nhà phân tâm ngồi phía đầu ghế nhưng ở ngoài tầm mắt của thân chủ. Thân chủ được động viên nói tất cả các suy nghĩ hiện thời, đang diễn ra trong đầu mà không cần để ý đến những gì đã làm trong cuộc sống cũng như không suy xét về đạo đức. Từ những liên tưởng tản mạn, tự do, nhà phân tâm sẽ chấp nối để tìm ra nguyên nhân thực bị dồn nén trong vô thức.

Phân tích giấc mơ

Cũng là một trong những kỹ thuật rất được coi trọng của phân tâm cổ điển. Theo Freud, nội dung giấc mơ được chia làm 2 phần:

- Nội dung thể hiện: những nội dung mà con người thấy trong giấc mơ, ví dụ, thấy mình bay được như chim.

- Nội dung tiềm ẩn: những nội dung ẩn đằng sau những gì mà con người mơ thấy. Đây chính là sự biểu hiện của những ham muốn, dục vọng bị dồn nén không được thỏa mãn. Không thỏa mãn được trực tiếp thì những ham muốn này “biến tướng” thành những nội dung có thể được chấp nhận và đó là những nội dung mà con người thấy khi mơ.

Từ những nội dung thực của giấc mơ, nhà trị liệu phân tích, làm sáng tỏ những xung đột vô thức của các ham muốn, bản năng. Một khi được làm sáng tỏ thì các triệu chứng bệnh lý cũng được xóa bỏ.

Phân tích chuyển di

Đương thời, Freud nhận thấy thỉnh thoảng thân chủ lại thể hiện tình cảm đối với ông một cách khác thường. Ví dụ, một bệnh nhân cao tuổi hơn Freud lại cư xử như đứa trẻ trong buổi trị liệu. Mặc dù những hành động này thường là tích cực song cũng nhiều lần thể hiện sự thù địch.

Qua phân tích, Freud nhận thấy đây là những di chứng còn sót lại trong quan hệ của thân chủ với người quan trọng (cha hoặc mẹ) của mình trong thời kỳ thơ ấu. Trong các buổi trị liệu, Freud với tư cách là một thầy thuốc, cũng được xem như là nhân vật quan trọng. Do đó những xung đột tâm lý của bệnh đã được "chuyển di" sang cho thầy thuốc.

Như vậy bằng cách tạo ra sự "chuyển di", những xung động bệnh lý vô thức bị kìm nén sẽ được giải tỏa.

Bên cạnh "chuyển di", Freud cũng đã lưu ý đến hiện tượng chuyển di ngược, khi thầy thuốc không kiểm soát được những vấn đề của mình và thân chủ lại trở thành "địa chỉ" cho sự chuyển di các vấn đề đó.

Kỹ thuật phân tích

Đây là bước giúp cho thân chủ đối mặt với những vấn đề của mình sau khi thầy thuốc đã có các cứ liệu thông qua liên tưởng tự do, phân tích nội dung giấc mơ và phân tích quan hệ chuyển di. Bác sĩ phân tâm phải chỉ rõ cho thân chủ những cơ chế tự vệ, ý nghĩa của các giấc mơ, cảm giác, ý nghĩ và hành động của họ. Việc phân tích này phải được thực hiện một cách chu đáo, từ tốn. Không nên quá vội vàng bởi lẽ thân chủ có thể không chấp nhận.

2.2.2.2 Liệu pháp liên nhân cách

Là một dạng rút gọn của liệu pháp phân tích cái Tôi, liệu pháp liên nhân cách nhấn mạnh đến sự tác động qua lại giữa thân chủ và môi trường xung quanh. H. Sullivan, một bác sĩ tâm thần Mỹ - người đã phát triển liệu pháp liên nhân cách, cho rằng vấn đề cơ bản của thân chủ là họ tiếp nhận một cách sai lệch thực tại. Sự sai lệch này bắt nguồn từ những quan hệ nhân cách thời thơ ấu, chủ yếu là quan hệ với bố mẹ.

Tuy nhiên khác với Freud, Sullivan cho rằng nhà trị liệu không phải là "người quan sát trong cuộc" để qua đó thân chủ "chuyển di" tâm căn mà giống như một nhà khoa học - một bộ phận vô hình trong quá trình nghiên cứu.

Sau Sullivan, liệu pháp liên nhân cách vẫn được nhiều tác giả phát triển tiếp như Wachtel (1977, 1982), Klerman, Weissman (1984), Koss Shiang (1994) v.v...

2.2.2.3 Liệu pháp động thái rút gọn

Với phương pháp phân tâm cổ điển, quá trình điều trị có thể kéo dài nhiều tháng, thậm chí vài năm. Để rút ngắn quá trình này, một số tác giả mà bắt đầu là Ferenzy (1920) và sau đó là Alexander và French (1946) đề xuất hình thức rút gọn nhằm đẩy nhanh quá trình điều trị.

Liệu pháp động thái rút gọn, về cơ bản vẫn dựa trên nền tảng lý luận của Phân tâm học về các rối loạn tâm thần, về quan hệ chuyển di v.v... Tuy nhiên quá trình điều trị chỉ tập trung vào vấn đề chủ yếu của thân chủ (do vậy liệu pháp này còn được gọi là liệu pháp cục bộ).

Theo Koss và Shiang (1994), nội dung chính của liệu pháp này nên tập trung vào những vấn đề sau:

- Đánh giá những chiều hướng cần được giải quyết sớm.

- Làm cho thân chủ hiểu rõ rằng liệu pháp được thực hiện trong một khoảng thời gian nhất định. Tình trạng phải được cải thiện sau một số buổi (có thể từ 6- 25 buổi).

- Mục tiêu phải cụ thể và phải tập trung vào việc cải thiện những triệu chứng tồi tệ nhất của thân chủ, giúp cho họ hiểu cái gì đang diễn ra với họ, nâng cao khả năng tự đối phó của họ đối với những vấn đề cuộc sống.

- Sự phân tích tập trung chủ yếu vào những vấn đề, những hành vi hiện tại của thân chủ, không quá quan tâm tới những vấn đề quá khứ.

- Không khuyến khích phát triển chuyển di tâm căn. Tuy nhiên có thể chấp nhận được một số chuyển di dương tính sang thầy thuốc nhằm cổ vũ thân chủ tuân thủ theo lời khuyên của thầy thuốc.

- Phải hiểu rằng liệu pháp tâm lý không phải là sự chăm sóc chung chung. Nó nhằm mục đích giúp đỡ thân chủ học cách đối phó tốt hơn với những tác nhân gây stress của cuộc sống .

2.2.3 Liệu pháp hành vi và hành vi – nhận thức

Vào những năm 1950, trong lĩnh vực thực hành điều trị tâm lý đã xuất hiện liệu pháp hành vi. Khi đó các kỹ thuật trị liệu chủ yếu dựa trên lý thuyết hành vi cổ điển của Watson. Không lâu sau, sự phát triển của những lý thuyết mới như: hành vi thao tác, nhận thức kéo theo sự phát triển của các dạng liệu pháp hành vi mới.

Liệu pháp hành vi, liệu pháp nhận thức hay liệu pháp hành vi - nhận thức có những kỹ thuật khác nhau. Ở đây chúng tôi chỉ giới thiệu một số kỹ thuật của liệu pháp hành vi và hành vi nhận thức.

Giải mã cảm có hệ thống

Giải mã cảm có hệ thống (Systematic Desensitization) do Joseph Wolpe phát triển dựa trên nguyên tắc hành vi của khử điều kiện hóa (Counter-conditioning). Giải mã cảm hệ thống bắt đầu bằng việc đưa thân chủ vào trạng thái thư giãn, ví dụ như theo kỹ thuật thư giãn tiến triển của Schultz. Trong trạng thái thư giãn, thân chủ tiếp cận với kích thích gây lo sợ bằng cách tưởng tượng hoặc nhà trị liệu sử dụng kỹ thuật trình chiếu (power point) những tình huống với mức độ gây lo sợ tăng dần. Khi xuất hiện trạng thái lo hãi thì dừng luôn ở tình huống đó. Thân chủ lại tập trung vào thư giãn. Thư giãn giúp giảm căng thẳng. Khi thân chủ đã cảm thấy hết lo hãi thì lại tiếp tục với tình huống tiếp theo. Quá trình này được thực hiện cho đến khi thân chủ thấy hết lo sợ.

Tiếp cận từ từ

Khác với giải mã cảm hệ thống, tiếp cận từ từ (Gradual Exposure) – còn gọi là tiếp cận tình huống thực – giúp thân chủ tiếp cận dần dần đến kích thích thực chứ không phải bằng tưởng tượng. Thân chủ cùng với nhà trị liệu xác lập một danh mục những kích thích/tình huống gây lo hãi và sắp xếp theo thứ tự gây lo sợ tăng dần. Kỹ thuật được thực hiện bắt đầu từ kích thích gây lo hãi thấp nhất. Sau khi đã “quen” thì tiếp cận ở mức độ tiếp theo. Ví dụ, một người sợ rắn thì có thể bắt đầu từ việc quan sát rắn nhốt trong lồng từ một khoảng cách xa. Khi xuất hiện lo sợ thì dừng lại ở mức độ đó cho đến khi nào không còn cảm giác sợ nữa thì tiến lại gần hơn chỗ con rắn. Khi xuất hiện cảm giác sợ thì lại dừng. Cứ như vậy cho đến khi tiến đến sát chỗ rắn, thậm chí có thể còn sờ vào rắn.

Liệu pháp nhấn chìm (Flooding)

Nhiều tác giả cho rằng thân chủ có rối loạn lo âu thường né tránh các tình huống gây lo âu và dẫn đến những phản ứng kém thích nghi. Do vậy để dập tắt những phản ứng lo sợ thì không để cho họ tiếp cận từ từ mà “nhấn chìm” họ vào tình huống gây lo sợ thực. Có thể lúc đầu thân chủ rất sợ nhưng sau đó họ nhận thấy rằng điều này không “quá sợ” như họ nghĩ và trạng thái lo âu sớm bị xóa bỏ.

Liệu pháp củng cố tích cực

Theo Skinner, những hành vi nào nhận được phần thưởng (củng cố) thì những hành vi đó có khả năng tái xuất hiện trong những tình huống tương tự cao hơn so với những hành vi không được củng cố. Dựa vào nguyên lý này, các nhà trị liệu hành vi thực hiện củng cố những hành vi tốt, phù hợp bằng cách thưởng phù hợp với sở thích của thân chủ. Ví dụ, người ta tập cho trẻ tự kỉ những hành vi phù hợp. Mỗi khi trẻ thực hiện được hành vi phù hợp thì chúng được nhận phần thưởng.

Kỹ thuật gây ghét sợ

Những kích thích có hại (Noxious Stimulus) xuất hiện ngay sau một hành vi nào đó thường sẽ làm ức chế hoặc loại trừ hành vi này. Để loại trừ hoặc ức chế những hành vi không phù hợp, người ta thường sử dụng kích thích gây hại ngay kèm theo hành vi đó. Ví dụ điển hình nhất là điều trị thân chủ nghiện rượu. Để cai rượu, người ta cho thân chủ uống một ít rượu ngay sau khi uống chất gây

nôn. Sau đó thân chủ bị nôn thốc, nôn tháo. Sau một số lần, thân chủ không dám uống rượu vì rất sợ phản ứng nôn.

Kỹ thuật mô hình hóa

Cá nhân có thể học tập hành vi mới bằng cách quan sát người khác làm. Ví dụ, có thể quan sát người khác đang tương tác với đối tượng/tình huống gây lo sợ. Sau đó nhà trị liệu động viên họ bắt chước những hành vi “mẫu”. Ví dụ, đối với trẻ sợ chó, người ta cho trẻ quan sát và bắt chước người đang chơi đùa với con chó.

Liệu pháp hành vi - nhận thức

Liệu pháp hành vi – nhận thức thực chất là sự kết hợp giữa các kỹ thuật của liệu pháp hành vi cổ điển và của liệu pháp nhận thức. Tùy theo từng trường hợp, tùy theo từng tác giả, sự kết hợp này là có thể khác nhau. Tuy nhiên về cơ bản, các liệu pháp hành vi – nhận thức đều có những kỹ thuật chung: xác định mục tiêu; đánh giá hành vi – nhận thức; tự giám sát; giải quyết vấn đề; hoạt hóa hành vi và ngăn ngừa tái phát.

2.2.4 Liệu pháp thân chủ là trung tâm của Carl Rogers

Carl Rogers được coi là người đi đầu trong việc xây dựng chuyên ngành tham vấn tâm lý từ liệu pháp tâm lý. Chính ông cũng là người đề xuất sự thay đổi cách gọi: thân chủ (Client), thay cho từ bệnh nhân (Patient) và dùng từ tham vấn tâm lý thay cho liệu pháp tâm lý. Cũng theo Rogers, điều quan trọng trong liệu pháp tâm lý không phải là các kỹ thuật mà là nhân cách của nhà trị liệu. Những phẩm chất nhân cách cần thiết của nhà trị liệu là: thấu cảm; thái độ tôn trọng tích cực vô điều kiện và chân thành.

2.2.4.1 Thấu cảm

Đó là quá trình nhà trị liệu tiếp cận đến những ý nghĩ, cảm xúc của thân chủ. ở mức độ lý tưởng nhất là nhà trị liệu hiểu được hoàn toàn các ý nghĩ và cảm xúc đó.

Trong câu chuyện của mình, thân chủ thường đề cập đến những trải nghiệm có ý nghĩa. Nếu nhà trị liệu bắt nhịp được những trải nghiệm đó thì quan hệ trị liệu được xác lập. Nếu thân chủ cảm nhận được sự thấu cảm của nhà trị liệu thì họ có thể kể những thứ hoàn toàn khác với những gì đã định, đã được chuẩn bị, thậm chí chính họ cũng không hiểu tại sao họ lại có thể kể ra những điều đó. Ví dụ, một bà mẹ đến tìm lời khuyên rằng phải làm thế nào để không

đánh mất mối quan hệ với con gái bởi con gái của bà quyết tâm yêu cậu con trai có tiền sự mà bà ta thì không muốn. Bà rất sợ con gái mình sẽ phải khổ, phải trả giá đắt khi sai lầm như mẹ nó. Cuối cùng bà ta kể về những sai lầm của mình ngày xưa, kiên quyết đi theo người con trai (hư hỏng), bất chấp can ngăn của cha mẹ.

Có thể thấu hiểu những hành vi của thân chủ nếu như xuất phát từ những trải nghiệm cơ thể của họ. Thấu cảm, đó là gia nhập vào thế giới nội tâm cùng với những cấu trúc, sắp xếp cơ bản trong thế giới đó của thân chủ. Thấu cảm có nghĩa là nhà trị liệu phải có khả năng nhạy cảm đối với những ý nghĩ và cảm xúc của thân chủ vốn rất khác nhau ở những người khác nhau.

Theo Rogers, thấu cảm là nhà trị liệu vẫn phải giữ được những quan điểm của mình, phải duy trì được một khoảng cách nhất định với thân chủ, không để bị cuốn theo dòng suy nghĩ, cảm xúc của thân chủ. Thấu cảm là thấu hiểu và cảm nhận chứ không phải đồng cảm với thân chủ.

2.2.4.2 Thái độ tôn trọng tích cực vô điều kiện

Để làm thay đổi được thân chủ, nhà trị liệu phải có thái độ tôn trọng tích cực vô điều kiện. Tôn trọng bởi vì mỗi con người ngay từ khi sinh ra đã có xu hướng tự hiện thực hóa - xu hướng phát triển và thể hiện những khả năng của mình, xu hướng trở thành con người hoạt động đầy đủ chức năng. Xu hướng này, theo Rogers, không phải là một cấu trúc lí thuyết trừu tượng mà là thực tiễn. Mỗi người có những khả năng riêng của mình. Nhà trị liệu không thể là người vạch ra được hướng phát triển, bộc lộ những khả năng đó mà chính là thân chủ. Họ là người tự phát hiện ra hướng phát triển, hiện thực hóa bản thân. Rogers đã ví vai trò của nhà trị liệu với bà đỡ. Bà đỡ không phải là người sinh ra đứa trẻ mà chỉ là người trợ giúp cho đứa trẻ ra đời.

Trong quá trình phát triển, trẻ thường phải đối mặt với điều kiện giá trị. Nói một cách khác, thái độ tốt của người khác, trước hết là những người quan trọng, mà trẻ có được là phải kèm theo điều kiện: phải làm theo, phải đáp ứng được những mong muốn, kì vọng của họ. Nếu không đáp ứng được thì đó là “không tốt”. Do những điều kiện như vậy, Cái Tôi - Quan niệm của trẻ đã phải xích lại gần hơn với Cái Tôi lí tưởng và làm giãn cách với những trải nghiệm cơ thể lớn hơn, các tiềm năng không được bộc lộ tối đa. Do đó thái độ tôn trọng của nhà trị liệu là phải vô điều kiện. Vô điều kiện để thân chủ có thể khám phá được những tiềm năng của bản thân, để hiện thực hóa.

2.2.4.3 *Chân thành*

Một điều kiện nữa đối với nhà trị liệu để có thể thực hiện được trị liệu, đó là phải chân thành (Congruent).

Theo Rogers, chân thành ở đây được hiểu theo 2 góc độ:

- Sự tương thích giữa ý nghĩ và cảm xúc của nhà trị liệu.
- Sự tương thích giữa ý thức về những cảm xúc và sự thể hiện các cảm xúc đó.

Nếu như nhà trị liệu che giấu cảm xúc của mình để cố gắng thể hiện mình là một chuyên gia thì đó là sự không tương thích, không chân thành. Điều này là xa lạ đối với trị liệu thân chủ là trọng tâm.

Rogers nhấn mạnh rằng phương tiện của trị liệu thân chủ là trọng tâm không phải là các kỹ thuật mà là chính nhân cách nhà trị liệu.

2.2.5 *Liệu pháp tâm lý nhóm và gia đình*

2.2.5.1 *Liệu pháp tâm lý nhóm*

LPTL nhóm là loại hình LPTL trong đó nhà trị liệu không chỉ sử dụng và phát huy tác dụng của mình trong mối quan hệ thầy thuốc - bệnh nhân mà còn sử dụng cả tác động của mối quan hệ giữa bệnh nhân - bệnh nhân nhằm mục đích điều trị. Phần lớn các kỹ thuật của LPTL cá nhân cũng được dùng trong LPTL nhóm.

Tùy theo khung lý thuyết của mình, nhà trị liệu có thể tổ chức trị liệu nhóm theo định hướng phân tâm, hành vi hay một khung lý thuyết khác

2.2.5.2 *Liệu pháp gia đình*

Gia đình là một dạng nhóm đặc biệt bởi lẽ các quan hệ trong gia đình có liên quan rất mật thiết đến nguyên nhân, diễn biến và kết quả điều trị các rối loạn tâm thần của người có RLTT.

Theo quan điểm hệ thống, gia đình là một hệ thống chứa trong mình các tiểu hệ thống. Ví dụ, các tiểu hệ thống như: vợ - chồng; mẹ - con gái; anh - em v.v.. Trong mỗi hệ thống/tiểu hệ thống đều có 2 loại thành tố chính: các cá nhân và mối quan hệ giữa các cá nhân - thành viên đó. Mỗi cá nhân là chủ thể của các hoạt động- nhưng giữa các cá nhân đều có sự ảnh hưởng, tác động qua lại. Mỗi con người trong gia đình phải đồng thời thể hiện một số vai trò khác nhau như vừa là cha nhưng lại vừa là con... Cùng với những đặc điểm tâm lý cá nhân riêng

của mình, không phải tất cả các thành viên đều thực hiện được một cách hài hoà các vai trò đó.

Mặt khác bản thân các mối quan hệ trong gia đình cũng luôn nằm trong trạng thái vận động theo thời gian và chịu những tác động của các yếu tố khác từ bên ngoài. Tất cả những tác động đó, nếu không được giải quyết một cách hài hoà (mà nói chung khó có thể thường xuyên làm được điều đó), dễ tạo ra stress, thậm chí những trạng thái bệnh lí cho một hoặc một số thành viên trong gia đình. Do vậy cũng dễ hiểu là không chỉ "thân chủ" cần được điều trị mà là cả gia đình cần được sự giúp đỡ về mặt tâm lí.

3 LIỆU PHÁP BỔ SUNG

3.1 Giới thiệu chung

Trong một thời gian dài, ở nhiều nước châu Âu và ở Mỹ, các liệu pháp điều trị tâm thần mang tính truyền thống hoặc các phương pháp chữa bệnh từ châu Á (Ấn Độ, Trung Quốc) hoặc từ Mỹ La tinh đã không được chú ý nhiều bởi những phương pháp này không được coi là thực chứng. Tuy nhiên ngày càng có nhiều người tìm đến các phương pháp điều trị bổ sung/thay thế và sử dụng để nhằm điều trị những vấn đề của SKTT. Bảng 4.1. giới thiệu một số liệu pháp bổ sung/thay thế. Trong số này có nhiều phương pháp xuất phát từ châu Á.

Bảng 4.1. Một số phương pháp điều trị bổ sung

| <i>Dạng điều trị</i> | <i>Dạng điều trị</i> |
|---|-----------------------------------|
| Châm cứu | Chữa bệnh bằng tay |
| Thực hành chăm sóc sức khỏe cộng đồng | Bấm huyệt |
| Y học môi trường | Trị liệu trường sinh học |
| Y học Ấn Độ | Liệu pháp xoa bóp |
| Liệu pháp tiền kiếp | Bấm huyệt bàn chân |
| Y học Tây Tạng | Điều trị cảm ứng |
| Y học truyền thống phương Đông | <u>Kiểm soát trí não / cơ thể</u> |
| <u>Ứng dụng sinh điện từ</u> | Liệu pháp nghệ thuật |
| Điều trị ánh sáng xanh và ánh sáng nhân tạo | Phản hồi sinh học |
| Điện châm | Tư vấn |

| | |
|--|--|
| Trường điện từ | Khiêu vũ trị liệu |
| Các thiết bị kích thích thần kinh bằng điện từ | Liệu pháp tiếng cười |
| Quang phổ cộng hưởng từ | Liệu pháp tâm lí |
| <u>Thảo dược</u> | Kĩ thuật thư giãn |
| Chiết suất gừng | Nhóm trợ giúp |
| Rễ nhân sâm | Yoga |
| <u>Thay đổi ăn uống, dinh dưỡng, sinh hoạt</u> | Phương pháp điều trị dược lí và sinh học |
| Thay đổi lối sống | Chất chống oxi hóa |
| Ăn kiêng | Điều trị tế bào |
| Liệu pháp Gerson | Liệu pháp thải loại |
| Vitamin tổng hợp | Liệu pháp trao đổi chất |
| Thực phẩm bổ sung | Chất oxi hóa (ô zôn, Hydrogen peroxide) |

(Nguồn: Townsend M.C. (2008). *Essentials of Psychiatric Mental Health Nursing. Concepts of Care in Evidence-based Practice*. F.A. Davis Company).

3.2 Y học thực phẩm chức năng

Sử dụng thực vật/thảo dược để chữa bệnh đã có từ lâu đời. Mỗi nền văn hóa, mỗi dân tộc đều lưu truyền các cây thuốc, bài thuốc để chữa bệnh, hỗ trợ sức khỏe. Nhiều người có vấn đề sức khỏe nói chung, SKTT nói riêng cũng tìm đến thực phẩm chức năng với suy nghĩ rằng nó vẫn có tác dụng tốt và cái cho rằng nó không độc hại, không có tác dụng phụ như tân dược.

Trong những năm gần đây, ngành công nghiệp thực phẩm chức năng phát triển rất mạnh. Sản phẩm đa dạng, phong phú; bộ máy quảng cáo hoạt động mạnh.

Để bảo vệ sức khỏe cho người dân, nhiều nước, ví dụ như ở Mỹ, Đức, tìm cách kiểm soát ngành công nghiệp nhiều lợi nhuận này. Tại Mỹ, Cục Quản lí thực phẩm và dược Hoa Kỳ (FDA) khẳng định rằng chừng nào những sản phẩm này còn chưa chứng minh được bằng thực nghiệm thì vẫn chưa được xếp vào thuốc. FDA cũng cảnh báo rằng “tự nhiên” không có nghĩa là tuyệt đối an toàn, vô hại.

3.3 Bấm huyết và châm cứu

Bấm huyết, châm cứu đã xuất hiện ở Trung Quốc từ 3000 năm trước công nguyên. Theo quan điểm của người Trung Hoa, trên cơ thể người có các đường kinh lạc, châm cứu hoặc bấm huyết là vừa tác động lên một cơ quan nào đó, ví dụ, tác động lên thận, thông qua tác động lên huyết chủ, đồng thời tác động lên toàn bộ cơ thể nói chung.

Theo Y học Phương Tây, tác dụng chính của châm cứu, bấm huyết là kích thích tăng tiết các chất giảm đau trong cơ thể .

Châm cứu có tác dụng đối với:

- Mất ngủ
- Đau đầu kéo dài
- Lo âu
- Trầm cảm
- Đau thắt lưng
- Nôn sau phẫu thuật, sau điều trị hóa chất
- Hen suyễn
- Rối loạn kinh nguyệt.

Ở nước ta cũng đã có những nghiên cứu sử dụng châm cứu, điện châm để cắt cơn nghiện ma túy.

Tại Mỹ, châm cứu cũng đã được chấp nhận, chỉ những người được cấp phép với có quyền làm châm cứu.

3.4 Chế độ ăn và dinh dưỡng

Chế độ ăn, dinh dưỡng, lối sống và sức khỏe có quan hệ mật thiết với nhau là điều không thể bàn cãi. Có rất nhiều bệnh liên quan đến hành vi, ví dụ như hút thuốc lá, ít hoạt động thể chất, dinh dưỡng kém. Nhiều chuyên gia chăm sóc sức khỏe cũng đã nhấn mạnh đến sự liên quan giữa lối sống với nguy cơ mắc bệnh. Ăn, dinh dưỡng còn được xem như là một phần của khoa học dự phòng. Mỗi cá nhân lựa chọn cho mình chế độ ăn và các loại thực phẩm như thế nào là dựa vào nhiều yếu tố chứ không chỉ là theo sở thích.

Cùng với chế độ dinh dưỡng là kiểm soát cân nặng và tăng cường hoạt động thể chất.

3.5 Yoga

Người ta cho rằng Yoga xuất hiện đầu tiên ở Ấn Độ, cách đây khoảng 5000 năm. Cơ sở quan trọng nhất của Yoga là sự tích hợp cả 3 dạng năng lượng: thể chất, tâm lí và tinh thần nhằm tăng cường và củng cố sức khỏe.

Kĩ thuật then chốt của Yoga là thở. Nhờ kĩ thuật này, ô xy được đưa đến mô não và các mô khác của cơ thể tốt hơn. Nhiều nghiên cứu đã chỉ ra tác dụng của Yoga đối với các vấn đề của sức khỏe như:

- Stress
- Trầm cảm
- Mất ngủ
- Đau nửa đầu
- Đau lưng
- Huyết áp cao
- Nhịp tim nhanh
-

3.6 Liệu pháp vật nuôi

Cho đến nay đã có nhiều nghiên cứu khẳng định hiệu quả của liệu pháp vật nuôi/thú cưng đối với sức khỏe thể chất và tâm thần của con người. Một số trong số đó:

- Nuôi chó, mèo ở người có huyết áp cao làm giảm huyết áp tối thiểu xuống 7,3 mm, giảm huyết áp tối đa xuống 8,1mm (Whitaker, 2000).
- Đem vật nuôi yêu quý của người già vào cùng họ trong trại dưỡng lão giúp cho người già ổn định trạng thái cảm xúc, tăng tương tác xã hội (Zetner, 2001).
- Những người có AIDS nhưng có vật nuôi bị trầm cảm ít hơn so với những người không có vật nuôi.

4 PHỤC HỒI TÂM THẦN

4.1 Một số vấn đề chung

4.1.1 Định nghĩa

Có sự khác biệt nhất định giữa LPTL và PHTT. Nếu LPTL hướng vào việc chữa trị/điều trị các vấn đề về SKTT thì các biện pháp PHTT hướng đến việc phục hồi những thiếu sót một hoặc một số chức năng tâm thần hay toàn bộ SKTT nói chung

Chúng tôi dẫn ra đây một số phát biểu định nghĩa khác nhau về PHTT:

- PHTT là: *Ứng dụng một cách hệ thống kết hợp những cách thức khác nhau nhằm tái hòa nhập cộng đồng cho những cá nhân có các giảm sút năng lực tâm thần* (Rutman 1977).

PHTT là: *“Đem đến cho những người suy giảm năng lực tâm thần cơ hội làm việc, sống trong cộng đồng và thỏa mãn với đời sống xã hội trong một không gian hiện thực, trong một bầu không khí tôn trọng, hỗ trợ, thực tế, theo kế hoạch”*. (Rutman, 1993). Trong định nghĩa này, PHTT dựa trên sự tập trung làm bình thường hóa các vai trò và những mối quan hệ xã hội, những thành tố thực tiễn của đời sống thường ngày.

Corrigan (2008): *Sự trợ giúp những cá nhân có các giảm sút năng lực tâm thần nhằm tăng cường khả năng của họ hoạt động một cách hiệu quả, phù hợp với môi trường đã lựa chọn và cần đến sự can thiệp nghề nghiệp một cách tối thiểu*.

Mặc dù có những phát biểu khác nhau song nhìn chung các tác giả thống nhất ở một số điểm chính:

- PHTT là những chương trình dành cho người có RLTT nặng, mạn tính.
- Không dành cho trẻ em

PHTT là nhằm tạo cho người có các rối loạn năng lực tâm thần cơ hội:

- Làm việc
- Sống trong cộng đồng
- Thụ hưởng cuộc sống phù hợp với bản thân
- Trong bầu không khí được tôn trọng, hỗ trợ.

4.1.2 Hai mô hình phục hồi tâm thần

Trong những thập kỉ vừa qua hình thành hai xu hướng quan niệm về PHTT.

Mô hình thứ nhất - mô hình y học: mô hình này nhấn mạnh đến phục hồi các chức năng tâm thần và tập trung, dựa vào những biện pháp can thiệp tâm thần. Phục hồi ở đây được hiểu rộng hơn các biện pháp trị liệu. Phục hồi liên quan đến những vấn đề về việc làm, chỗ ở và các khía cạnh khác trong đời sống cộng đồng.

Mô hình thứ hai: phục hồi tâm lí - xã hội dựa trên những can thiệp mang tính xã hội (Flexer, Solomon, 1993). Lúc ban đầu, phục hồi tâm lí - xã hội được xây dựng/thiết kế là một hệ thống các biện pháp xã hội chứ không phải là các biện pháp điều trị tâm thần; phục hồi cả về mặt thể chất và tâm lí - xã hội. Cụm

từ tâm lí - xã hội mà các tác giả đưa ra nhằm muốn nói đến củng cố về mặt tâm lí - xã hội với những giá trị cơ bản của cá nhân, tập trung trước hết vào sự tương tác của cá nhân với xã hội. Tuy nhiên do khái niệm tâm lí - xã hội rất rộng nên có những hiểu lầm về phục hồi tâm lí - xã hội. Do vậy xu hướng chung hiện nay là dùng cụm từ PHTT.

4.2 Những nguyên tắc cơ bản của phục hồi tâm thần

Chỉ trong vòng 3 thập kỉ qua (kể từ 1980 đến nay), PHTT đã có những phát triển đáng kể, đặc biệt là tăng nhanh về cách tiếp cận PHTT. Cho đến nay, nhiều tác giả đã xác định 11 nguyên tắc chính:

- Tự xác định
- Chú ý đến mục đích và những ưa thích của thân chủ
- Tập trung vào thế giới thực
- Tập trung vào những điểm mạnh
- Luyện tập kĩ năng
- Thay đổi môi trường và sự trợ giúp bên ngoài
- Tích hợp phục hồi và trị liệu
- Tổ công tác liên ngành
- Tính liên tục của dịch vụ
- Tích hợp môi trường
- Định hướng phục hồi.
 - Tự xác định

Nội dung nguyên tắc này nhấn mạnh đến vai trò quan trọng và là sự khởi đầu của chương trình PHTT, đó là thân chủ tự xác định quá trình PHTT vì chính họ là người quản trị những vấn đề sức khỏe và bệnh tật của mình. Nhiều chương trình PHTT còn xác định thân chủ chính là những “thành viên”, nhấn mạnh đến tính tích cực của thành viên.

- Chú ý đến những mong muốn và mục tiêu của cá nhân thân chủ PHTT được thiết kế và xây dựng xung quanh những mục tiêu và mong muốn và lựa chọn cá nhân của thân chủ. Quá trình xác lập mục tiêu bắt đầu từ thảo luận giữa thân chủ với chuyên gia phục hồi. Sự hợp tác của các bên là rất quan trọng trong việc lập kế hoạch PHTT. Nguyên tắc này thể hiện ở chỗ thân chủ được quyền thông tin về các chương trình và được quyền lựa chọn chương trình phù hợp chứ không phải là đưa họ vào chương trình đã được thiết kế sẵn.

Quyết định lựa chọn chương trình là một quá trình chứ không phải là một thời điểm.

- Tập trung vào hoàn cảnh thế giới thực

Nội dung chính của nguyên tắc này là tính thực tiễn. Cũng như những người khác, người sử dụng dịch vụ PHTT muốn có công việc ổn định, có bạn bè, sống cuộc sống của mình. Chuyên gia thực hành PHTT định hướng vào những sở thích, nguyện vọng, mong muốn của thân chủ và những khả năng thực tế để xây dựng chương trình phù hợp.

- Luyện tập kỹ năng

Các cách tiếp cận PHTT đều nhằm hình thành cho thân chủ những kỹ năng thích ứng với cuộc sống. Có nhiều cách tiếp cận và tương ứng, cũng có nhiều phương pháp luyện tập kỹ năng khác nhau. Tuy nhiên có điểm nổi bật là ngày càng có nhiều tiếp cận kết hợp luyện tập kỹ năng với can thiệp/liệu pháp nhận thức nhằm bù trừ cho những khiếm khuyết/thiếu sót của thân chủ trong lĩnh vực này.

- Thay đổi và hỗ trợ từ phía môi trường

Mặc dù luyện tập kỹ năng nhằm huy động nguồn lực nội tại của thân chủ để hình thành những kỹ năng thích ứng với cuộc sống, trong nhiều trường hợp, những nguồn lực cần thiết phải huy động từ phía bên ngoài môi trường.

Ví dụ, thân chủ không phải là người giữ gìn vệ sinh tốt thì có thể giúp thân chủ tìm việc tại các trung tâm xử lý chất thải, nơi không có những yêu cầu nghiêm ngặt về vệ sinh.

Hỗ trợ từ phía bên ngoài có thể đến một cách “tự nhiên” từ các thành viên trong gia đình, bạn bè, đồng nghiệp hoặc của những người nào đó không nằm trong lĩnh vực chăm sóc SKTT.

- Tích hợp phục hồi và điều trị

Theo quan niệm của nhiều người, điều trị công việc của các thầy thuốc, công việc phục hồi là công việc của nhóm chuyên gia hỗn hợp. Mặc dù sự tích hợp giữa phục hồi và điều trị là rất cần thiết, bởi lẽ có những thân chủ đang tham gia vào các hoạt động PHTT vẫn cần phải dùng thuốc. Sự phối hợp/tích hợp cần thiết là như vậy nhưng theo nhận xét của Corrigan (2008), trong lịch sử đã có những cuộc hợp tác “không dễ dàng” gì.

- Thực hiện do đội chuyên gia hỗn hợp

Tích hợp điều trị và phục hồi kéo theo một nguyên tắc nữa tiếp theo: thực hiện các hoạt động PHTT do một đội chuyên gia hỗn hợp thực hiện. Thông thường đội chuyên gia này gồm: bác sĩ tâm thần, điều dưỡng viên tâm thần, nhà tâm lý lâm sàng, nhân viên công tác xã hội trong lĩnh vực tâm thần. Tùy theo từng nơi, trong đội này còn có thể có: nhà tham vấn tâm lý; nhà trị liệu nghề nghiệp. Mỗi người đảm trách một mảng việc, tuy nhiên cũng có những công việc có thể một số chuyên gia thực hiện. Ví dụ, ngoài nhà tâm lý lâm sàng, LPTL còn có thể do nhân viên điều dưỡng, nhân viên công tác xã hội thực hiện. Tuy nhiên, như nhiều tác giả nhận xét, điều quan trọng nhất là trong đội phải hợp tác và tôn trọng lẫn nhau.

- Dịch vụ liên tục

Một nguyên tắc mang tính cơ bản nữa là các dịch vụ phải được cung cấp một cách liên tục. Dịch vụ mang tính liên tục đảm bảo cho sự ổn định cho thân chủ một khi sự ổn định này đã đạt được. Không những vậy, tính liên tục của dịch vụ còn là điều kiện cần thiết để thân chủ có thêm cơ hội thích ứng tốt hơn với công việc, với cuộc sống, với cộng đồng.

- Tích hợp cộng đồng

PHTT đã hàm chứa nguyên tắc bình thường hóa: đưa thân chủ trở về với cuộc sống bình thường như những người bình thường. Các chương trình phục hồi cho thân chủ phải mang tính tích hợp, tổng thể trong cộng đồng. Tích hợp cộng đồng được xây dựng sau khi các nhà thực hành PHTT nhận thấy tiếp cận từng bước không đạt được hiệu quả cao. Những chương trình xây dựng theo tiếp cận từng bước tách biệt từng mảng hoạt động riêng rẽ, khiến cho thân chủ khó đáp ứng được. Ví dụ, thân chủ được làm việc tạm thời tại một cơ sở sản xuất nhưng dù sao chăng nữa họ cũng cần phải thích ứng với nó. Trong khi đó chương trình về nhà ở lại độc lập với chương trình việc làm và điều trị ban ngày. Điều này cho thấy thiếu sự tích hợp cần thiết.

- Định hướng phục hồi

Mục tiêu tổng quát lớn nhất của PHTT là thúc đẩy quá trình phục hồi ở mỗi thân chủ. Các dịch vụ của PHTT cũng đều phải hướng đến mục tiêu tổng quát này. Định hướng phục hồi còn tạo niềm tin, sự lạc quan, hy vọng không chỉ cho thân chủ mà cả người thân của họ.

4.3 Một số nội dung chính của phục hồi tâm thần

4.3.1 Đánh giá

Đánh giá là nền tảng cho mọi can thiệp đối với người có suy giảm năng lực tâm thần. Đây cũng là nội dung quan trọng, không thể thiếu trong bất kì chương trình PHTT nào.

Đánh giá các suy giảm, tổn thất năng lực tâm thần

Những vấn đề của thân chủ là gì? Những lần điều trị nội trú là điều trị rối loạn gì? Đã được chẩn đoán ra sao? Những suy giảm gì còn hiện diện?

Các rối loạn tâm thần khác nhau ảnh hưởng khác nhau đến cuộc sống của thân chủ như thế nào? Cũng cần phải đánh giá kĩ xem những suy giảm nhận thức ảnh hưởng như thế nào đến các lĩnh vực hoạt động: nghề nghiệp; xã hội của cá nhân.

Đánh giá những điểm mạnh

Trước đây, đánh giá tâm lí - xã hội tập trung chủ yếu vào bệnh lí và những thiếu sót tâm thần mà không chú ý đến việc đánh giá vai trò của những tiềm năng hoặc những điểm mạnh của thân chủ. Điều này dễ làm cho thân chủ cảm thấy rằng mình không được động viên, cổ vũ. Do không chú ý đến những điểm mạnh của cá nhân nên các chương trình không phải lúc nào cũng đạt hiệu quả cao cho mọi cá nhân. Do vậy những chương trình phục hồi tâm thần sau này chú ý một cách toàn diện đến cả những hạn chế cũng như những điểm mạnh của cá nhân (Rapp, 1998). Cụ thể, đó là khả năng trí tuệ, khả năng tự đánh giá bản thân, óc hài hước...

Ngoài những điểm mạnh của cá nhân, cũng còn phải đánh giá những điểm mạnh của môi trường: đời sống cũng như mối quan hệ với các thành viên trong gia đình, sự thông cảm, sẻ chia của bạn bè trong cuộc sống và trong công việc cũng như trong các hoạt động giải trí. Ngoài ra cũng còn phải kể đến các dịch vụ khác như: câu lạc bộ sức khỏe địa phương, những hỗ trợ giảm giá cho người có thu nhập thấp, sự đảm bảo dịch vụ y tế của địa phương...

Giúp thân chủ ý thức được những điểm mạnh của mình chính là làm cho họ tự tin hơn, tin tưởng hơn vào tương lai.

Trong quá trình xác lập những mục tiêu phục hồi, cần phải có một bản nhận xét/ đánh giá tổng thể những điểm mạnh của người bệnh.

Xây dựng kế hoạch

Có thể có rất nhiều kế hoạch khác nhau nhằm đạt được mục tiêu phục hồi tâm thần. Các cứ liệu nghiên cứu cũng rất có ý nghĩa trong việc xây dựng kế hoạch phục hồi tâm thần. Ví dụ, nhiều nghiên cứu cho thấy sự hỗ trợ việc làm (employment) có hiệu quả hơn so với các mô hình hỗ trợ nghề (vocational), giúp cá nhân duy trì được công việc phù hợp với khả năng. Hoặc việc luyện tập các kỹ năng xã hội rất có hiệu quả trong việc giúp cá nhân cải thiện các mối quan hệ xã hội. Tuy nhiên không phải tất cả những người được hỗ trợ việc làm cũng đều có thể duy trì hoạt động lao động có hiệu quả. Tương tự, không phải tất cả những người được hỗ trợ luyện tập kỹ năng xã hội đều cải thiện được các mối quan hệ xã hội của mình. Do vậy việc xây dựng kế hoạch phục hồi cần phải mềm dẻo và sáng tạo.

Quản lý việc thực hiện kế hoạch

Chức năng cuối cùng của đánh giá là theo dõi tiến trình triển khai chương trình, định kỳ đánh giá những gì đã được, những vấn đề nào còn bế tắc và bế tắc ở khâu nào, có cần phải điều chỉnh kế hoạch hay không. Nếu không có quản lý/theo dõi tiến trình thì chúng ta không thể xác định được liệu chương trình phục hồi tâm thần đã được thiết kế có thực sự đem lại lợi ích cho cá nhân. Nhiều khi chương trình phục hồi tâm thần bị đổ vỡ là do việc quản lý tiến trình không phù hợp, ví dụ sự trợ giúp của nhân viên có thể là thừa, thiếu hoặc lại không phù hợp.

4.3.2 Các phương pháp đánh giá

Có rất nhiều các phương pháp khác nhau có thể dùng để đánh giá. Mỗi phương pháp đều có những điểm mạnh và hạn chế của mình.

Phỏng vấn

Phỏng vấn nhằm thu thập các thông tin về những điểm mạnh và hạn chế của cá nhân.

- Phỏng vấn phi cấu trúc: thường được dùng để xác lập quan hệ, giảm thiểu các cơ chế phòng vệ thường gặp trong những buổi nói chuyện lần đầu. Phỏng vấn phi cấu trúc còn được sử dụng để nhằm khảo sát những lĩnh vực nào cần phải đi sâu tìm hiểu.

- Phỏng vấn bán cấu trúc: các câu hỏi tập trung vào một chủ đề nhất định, đi sâu, làm sáng tỏ vấn đề chính và những khía cạnh liên quan, mối quan hệ của những khía cạnh đó với vấn đề chính.

- Phỏng vấn có cấu trúc: phỏng vấn tuân theo một quy trình với những câu hỏi đã được định trước. Phỏng vấn có cấu trúc thường được sử dụng để đánh giá mức độ của một năng lực hay thiếu sót tâm thần nào đó. Trong nhiều trường hợp, phỏng vấn có cấu trúc được xây dựng thành thang đo, ví dụ, Thang trầm cảm Hamilton hoặc Thang phỏng vấn lâm sàng có cấu trúc dựa theo DSM-IV.

Thông thường các câu trả lời của phỏng vấn có cấu trúc được quy ra điểm, ví dụ, triệu chứng đó rất rõ rệt: 3 điểm; không rõ lắm: 2 điểm; hoàn toàn không có: 1 điểm.

Phỏng vấn có cấu trúc có nhiều ưu điểm:

- Do các câu hỏi đã được lập sẵn nên hạn chế được sự khác nhau do cách đặt câu hỏi cũng như kỹ năng phỏng vấn nói chung giữa những người phỏng vấn khác nhau.

- Khi thiết kế, một vấn đề nào đó được hỏi một cách toàn diện, các khía cạnh, hạn chế việc bỏ sót vấn đề, đôi khi đó lại là vấn đề quan trọng.

- Các dữ liệu được định lượng nên thuận lợi cho việc xử lý. Nó là phương tiện đắc lực giúp đánh giá kết quả của từng giai đoạn cũng như của cả tiến trình phục hồi tâm thần hoặc so sánh hiệu quả của các chương trình khác nhau.

Tuy nhiên nó cũng có những hạn chế nhất định:

- Phỏng vấn có cấu trúc buộc người phỏng vấn phải đi theo một tiến trình nhất định, phải hỏi tất cả các câu đã được xác lập, làm hạn chế sự mềm dẻo, linh hoạt cũng như tính sáng tạo của người phỏng vấn.

- Do thiết kế, xây dựng các câu hỏi một cách toàn diện về một vấn đề nên không thể mọi vấn đề cũng đều có thể được xây dựng một cách đầy đủ các câu hỏi như vậy. Nếu có thì việc trả lời phỏng vấn của cá nhân lại trở thành gánh nặng không cần thiết.

Chính vì vậy, phỏng vấn đánh giá nói chung, dành cho phục hồi tâm thần nói riêng phải là sự kết hợp linh hoạt giữa phỏng vấn có cấu trúc, bán cấu trúc và phi cấu trúc. Thông thường phỏng vấn phi cấu trúc được dùng trong buổi đầu nhằm xác định lĩnh vực/những vấn đề của cá nhân cần được làm sáng tỏ. Tiếp đó, phỏng vấn bán cấu trúc được dùng để làm sáng tỏ thêm vấn đề và dùng phỏng vấn có cấu trúc để lượng giá mức độ của vấn đề đó.

Bộ câu hỏi tự đánh giá (Self-report questionnaires)

Các bộ câu hỏi tự đánh giá thường là dưới dạng giấy-bút. Thời gian gần đây, việc sử dụng máy tính đã nhiều hơn, giúp xử lý kết quả nhanh hơn.

Cá nhân thường phải trả lời các câu hỏi về các triệu chứng; về các chức năng hoặc sự thỏa mãn, hài lòng về một /một số lĩnh vực nào đó tùy theo mục đích thiết kế, ví dụ về những vấn đề liên quan đến trầm cảm, lo âu, về sức khỏe hoặc lạm dụng/nghiện chất. Câu trả lời có những dạng như đúng/sai hoặc đánh giá theo mức độ, ví dụ: 1-triệu chứng đó hoàn toàn không có; 2- triệu chứng đó có nhưng không rõ rệt; 3- triệu chứng có rõ rệt và 4- mức độ nặng nhất. Về góc độ này, bảng hỏi tự đánh giá có những điểm chung với phỏng vấn có cấu trúc.

Một trong những ưu điểm của bảng hỏi tự đánh giá là cùng một lúc có thể thăm dò được trên một nhóm người hoặc ngược lại, có thể phát cho các cá nhân để họ trả lời trong khoảng thời gian thích hợp sau đó họ chuyển lại cho người phỏng vấn.

Bộ câu hỏi tự đánh giá cũng có những hạn chế nhất định. Nếu cá nhân không được hướng dẫn kỹ và/hoặc cá nhân cố tình trả lời không đúng thì kết quả được quy ra thành điểm đó không phản ánh được đúng vấn đề, thậm chí có khi còn bị sai lạc. Một số triệu chứng khác, ví dụ hoang tưởng hoặc rối loạn nhận thức khó có thể phát hiện được bằng bộ câu hỏi tự đánh giá. Và cũng như trong phỏng vấn có cấu trúc, nhiều tác giả khi thiết kế bộ câu hỏi thường xen vào đó những câu nhằm đánh giá mức độ tin cậy của trả lời. Một hạn chế khác của phương pháp này là ở chỗ ít có sự tương tác giữa người hỏi và người trả lời. Do vậy khó có cơ hội để điều chỉnh khi cá nhân được phỏng vấn hiểu chưa chính xác câu hỏi. Để giảm thiểu hạn chế này, thường các bộ câu hỏi sau khi soạn thảo xong cần được làm thử (pilot) để điều chỉnh những điểm cần thiết.

Nếu dưới dạng giấy-bút, cá nhân được hỏi phải có kỹ năng đọc hoặc phải có kính nếu như người đó viễn thị hay cận thị nặng. Việc trả lời sẽ là khó khăn nếu như họ không có kính bên người.

Dạng câu hỏi được trình bày trên màn hình máy vi tính cũng đòi hỏi người trả lời có những kỹ năng sử dụng bàn phím nhất định. Hiện nay, khi thiết kế giao diện bảng hỏi tự đánh giá, có tác giả thiết kế đồng thời cả dạng câu hỏi bằng lời. Như vậy khi đọc, cá nhân có thể còn được nghe luôn chính câu hỏi đó. Điều này giúp hạn chế một số khó khăn mà cá nhân có thể gặp phải.

Đánh giá dựa trên thông tin từ người khác

Về cơ bản, đây là sự đánh giá dựa trên phỏng vấn người khác, những người có quan hệ gần gũi với cá nhân: các thành viên trong gia đình hoặc bạn bè, đồng nghiệp hay chủ sử dụng lao động...hoặc những người đã từng điều trị

cho bệnh nhân trước đó. Thông thường các cá nhân ít để ý, tự quan sát những hành vi của chính mình. Do vậy thông tin mà người khác cung cấp có giá trị đáng kể để đánh giá những vấn đề của người bệnh, ví dụ như các triệu chứng loạn thần hoặc những vấn đề rối loạn nhận thức. Trong lâm sàng tâm thần, thông tin do người khác cung cấp được coi là một phần đáng kể của các tư liệu khách quan.

Việc thu thập thông tin từ những người khác thường vẫn bằng các bảng phỏng vấn không, bán hoặc có cấu trúc. Ưu thế của đánh giá các tư liệu khách quan là ở chỗ nó cung cấp cho nhà nghiên cứu cách nhìn nhận đánh giá vấn đề của thân chủ từ một góc độ khác. Một điểm mạnh nữa của tư liệu khách quan là nó cho chúng ta nhận biết được những chuẩn mực xã hội-cộng đồng, nơi mà người bệnh đang sống. Một số bệnh nhân tâm thần thực sự gặp khó khăn khi phải tiếp nhận những chuẩn mực xã hội. Trong những trường hợp như vậy, họ cũng không thể tự đánh giá đúng mức khả năng hòa nhập của bản thân với cộng đồng.

Tuy nhiên đánh giá trên cơ sở tư liệu cũng có những hạn chế:

- Mặc dù gọi là khách quan song những thông tin chúng ta thu nhận được cũng do con người cung cấp và những thông tin này đã thông qua lăng kính chủ quan của họ. Mặt khác, mức độ “khách quan” còn phụ thuộc một phần vào mối quan hệ giữa người cung cấp thông tin với người bệnh.

- Những người cung cấp thông tin không phải là các nhà chuyên môn nên dù sao chăng nữa, cũng có những vấn đề họ không nhận diện ra được hoặc họ cho rằng đó không phải là thông tin có giá trị nên họ không đề cập đến.

Đánh giá thông qua tình huống chơi đóng vai

Thông thường có thể giả định một tình huống nào đó và hỏi trong tình huống như vậy thân chủ sẽ hành động như thế nào nếu như ở vào vai một người nào đó. Tình huống chơi đóng vai thường được dùng để đánh giá các kỹ năng xã hội thông qua việc quan sát cá nhân thể hiện trong các tình huống khác nhau. Một số tác giả đã thiết kế các bài tập tình huống, xử lý về mặt kỹ thuật để đánh giá kỹ năng xã hội, kỹ năng giải quyết các vấn đề dành cho những người bị suy giảm năng lực tâm thần (Bellack, 2006; Donahoe, Carter, Bloem, Hirsch, Laasi, et al., 1990).

Đối với việc đánh giá những kỹ năng lao động hoặc giao tiếp trong lao động, người ta có thể xây dựng các tình huống mô phỏng hoặc để thân chủ tham

gia vào tình huống lao động thực để quan sát. Thông qua bài tập tình huống, nhiều tác giả cũng nhằm đến việc đánh giá những kỹ năng chuyên biệt.

Bài tập tình huống cũng có những ưu điểm đáng kể. Nó cung cấp những thông tin chi tiết về điểm mạnh cũng như khía cạnh bị tổn thất. Những thông tin này được sử dụng trong quá trình thiết kế chương trình PHTT cá nhân.

Hạn chế chủ yếu của bài tập tình huống chính là thời gian: thường phải cần những khoảng thời gian nhất định để xây dựng và thực hiện tình huống, đặc biệt là những tình huống thực. Vì lý do đó nên trong nhiều chương trình PHTT người ta không sử dụng đánh giá qua tình huống đóng vai. Kỹ thuật này thường được sử dụng trong các nghiên cứu nhiều hơn.

4.3.3 Tự quản lý bệnh

Những bệnh mạn tính suốt đời như: tiểu đường, bệnh tim luôn cần được sự chăm sóc thường xuyên, liên tục để giảm thiểu những ảnh hưởng xấu của bệnh đến cuộc sống hằng ngày của người có RLTT. Y học hiện đại đã học được nhiều từ những nguyên tắc quản lý bệnh mạn tính. Ví dụ, trên cơ sở những hiểu biết về các loại thức ăn, đồ uống ảnh hưởng đến lượng đường trong máu, tự quản lý bệnh giúp cho người có RLTT có được chế độ ăn kiêng phù hợp. Thêm vào đó, những tiến bộ của khoa học – công nghệ cũng hỗ trợ: máy đo đường huyết giúp cho người có RLTT quản lý bệnh tốt hơn, tăng khả năng nâng cao chất lượng cuộc sống.

Chăm sóc SKTT cũng đã vận dụng kinh nghiệm đó vào trong công tác PHTT.

Hiểu theo nghĩa hẹp, tự quản lý bệnh của thân chủ có suy giảm năng lực tâm thần là:

- Giúp cho thân chủ học cách quản lý những suy giảm năng lực tâm thần của mình.
- Hiểu bản chất vấn đề sức khỏe của thân chủ.
- Hiểu về điều trị tâm thần nói chung, điều trị tình trạng của thân chủ nói riêng.

Theo nghĩa rộng, tự quản lý là giúp cho thân chủ:

- Xác định rõ những mục tiêu của cá nhân
- Tăng cường sức khỏe thể chất và tâm thần
- Sống lạc quan.

Có nhiều loại chương trình tự quản lí bệnh khác nhau. Nhìn chung những nội dung chính của các chương trình gồm:

- Giáo dục
- Tăng cường hiệu quả dùng thuốc
- Luyện tập ngăn ngừa tái phát
- Luyện tập kĩ năng ứng phó và tái cấu trúc nhận thức
- Giáo dục và hợp tác gia đình
- Tự trợ giúp và giúp đỡ đồng đẳng.

4.3.4 Quản lí trường hợp

Định nghĩa

Quản lí trường hợp xuất hiện sau phong trào phi tập trung hóa, khi mà trong số những người trở về từ bệnh viện, có người “không được chào đón” tại nhà của mình hoặc đơn giản là không có nhà để trở về. Mặt khác, những người suy giảm năng lực tâm thần cũng là những con người. Họ cũng có những nhu cầu của một con người chứ không chỉ là nhu cầu về dùng thuốc và điều trị bệnh,

Có nhiều cách định nghĩa khác nhau về quản lí trường hợp và tương tự, cũng có nhiều mô hình quản lí khác nhau. Tuy nhiên tựu chung lại, có thể hiểu quản lí trường hợp là: tiếp nhận và điều phối việc cung cấp các dịch vụ cho những cá nhân có suy giảm các năng lực tâm thần, tạo điều kiện để họ được thỏa mãn một cách tối đa và có hiệu quả các nhu cầu của họ. Nhu cầu ở đây muốn được lưu ý là cả những nhu cầu mạng tính sinh học và cả những nhu cầu mang tính xã hội.

Mục tiêu của quản lí trường hợp

Theo một số tác giả (Ellison et al., 1995; Sand, 2001), mục tiêu của quản lí trường hợp là:

- Duy trì kết nối thân chủ với các dịch vụ PHTT.
- Hạn chế ảnh hưởng xấu của bệnh dẫn đến tái phát và phải nhập viện điều trị.
- Rút ngắn thời gian nằm viện nếu như thân chủ phải điều trị nội trú.
- Cung cấp các dịch vụ tâm thần, cải thiện chức năng tâm lí – xã hội, đạt ở mức độ cao nhất có thể, tùy theo khả năng của thân chủ.
- Cải thiện chất lượng sống của thân chủ, các thành viên trong gia đình và của người chăm sóc thân chủ.

Chức năng của người quản lí trường hợp

Hoàn toàn có lí khi nói rằng người quản lí trường hợp có vai trò tích hợp của nhiều vai trò khác nhau: đánh giá, lập kế hoạch, kết nối, quản lí và bên vực/biện hộ.

- Như ở phần trên đã đề cập, đánh giá PHTT bao gồm đánh giá những thiếu sót, suy giảm, đánh giá những điểm mạnh, những vấn đề và cả những nhu cầu của thân chủ.
- Lập kế hoạch: kế hoạch cung cấp các dịch vụ PHTT nhằm đáp ứng những nhu cầu của thân chủ theo định hướng phục hồi, xem thân chủ là đối tác của chương trình.
- Kết nối thân chủ với các dịch vụ, các nguồn hỗ trợ cần thiết cho kế hoạch.
- Theo dõi, điều phối đảm bảo mọi dịch vụ, hỗ trợ cần thiết cho thân chủ đã được tiếp nhận. Theo dõi những cải thiện, diễn tiến tình trạng sức khỏe nói chung, SKTT nói riêng của thân chủ.
- Bảo vệ, biện hộ cho thân chủ theo các kênh chính thức để họ được tiếp cận với các nguồn và các dịch vụ, những nơi mà thân chủ được quyền hợp pháp tiếp cận nhưng bị từ chối.

Các mô hình quản lí trường hợp

Theo một số tác giả, đã có nhiều mô hình quản lí trường hợp khác nhau. Tuy nhiên hiện nay có 5 mô hình được vận dụng nhiều:

- *Mô hình trung gian*: người làm quản lí trường hợp có nhiệm vụ đánh giá tổng thể về thân chủ; kết nối thân chủ với các dịch vụ, trước hết là dịch vụ chuyên viên; quản lí và bảo vệ những quyền lợi hợp pháp cho thân chủ. Theo mô hình này, người quản lí trường hợp thường làm việc tại văn phòng để giải quyết các công việc.

- *Quản lí ca lâm sàng*: ngoài những nhiệm vụ như ở trong mô hình trung gian, người quản lí trường hợp còn có thêm các nhiệm vụ chăm sóc về mặt lâm sàng, hỗ trợ LPTL, luyện tập kĩ năng, giáo dục tâm thần.

- *Quản lí dựa vào thế mạnh*: trên cơ sở xác định được những điểm mạnh của thân chủ để thân chủ sử dụng vào trong các hoạt động PHTT, nhà quản lí trường hợp còn có nhiệm vụ khai thác các nguồn lực tự nhiên và xã hội, huấn luyện cho thân chủ tìm kiếm, khai thác các nguồn lực như vậy để ứng dụng vào hoạt động PHTT.

- *Quản lý trường hợp phục hồi*: triển khai mục tiêu phục hồi theo lựa chọn của thân chủ; đánh giá, luyện tập kỹ năng cho thân chủ

- *Quản lý trị liệu cộng đồng*: đây là mô hình dành cho đội chuyên gia hỗn hợp. Các thành viên trong đội chia sẻ công việc với nhau, thực hiện phân phối dịch vụ trong cộng đồng, kể cả những dịch vụ 24/24 giờ, cung cấp những dịch vụ xã hội, phục hồi và điều trị tâm thần, đáp ứng những nhu cầu của thân chủ, trong đó có cả quản lý thuốc.

* * *

*

Ngoài những vấn đề chúng tôi đề cập một cách khái lược ở trên, một số nội dung khác của PHTT sẽ được đề cập chi tiết hơn trong môn tương ứng.

CÂU HỎI ÔN TẬP

1. Hãy trình bày những nội dung chính của liệu pháp dùng thuốc và các vấn đề liên quan?
2. Những nội dung chính và các vấn đề liên quan của liệu pháp sốc điện?
3. Hãy phân tích những ưu điểm và hạn chế của phẫu thuật tâm thần?
4. Thế nào là phục hồi tâm thần? Hãy trình bày 2 mô hình chính của phục hồi tâm thần?
5. Những nguyên tắc cơ bản của phục hồi tâm thần?
6. Những nội dung chính của phục hồi tâm thần?

Phần thứ 2

CHĂM SÓC NGƯỜI TÂM THẦN

Chương 5

TÂM THẦN PHÂN LIỆT

Sau phần khái niệm chung, chương được đề cập đến lâm sàng tâm thần phân liệt: các triệu chứng dương tính và âm tính; các thể lâm sàng và tiêu chuẩn chẩn đoán tâm thần phân liệt. Phần tiếp theo đề cập đến những giả thuyết và nguyên nhân của tâm thần phân liệt. Cuối chương là các phương pháp điều trị rối loạn này.

1 KHÁI NIỆM CHUNG

Trong Tâm thần học, nhiều tác giả đưa ra định nghĩa về TTPL như sau: “Tâm thần phân liệt là một bệnh loạn thần nặng và phổ biến, căn nguyên chưa rõ, bệnh có tính chất tiến triển với những rối loạn đặc trưng về tư duy, tri giác và cảm xúc, dẫn đến những rối loạn cơ bản về tâm lí và nhân cách theo kiểu phân liệt, nghĩa là mất dần tính hài hoà, thống nhất gây ra chia cắt trong các mặt hoạt động tâm thần”.

Theo số liệu của Hội Tâm thần học Hoa Kỳ (2000):

- Có khoảng 1% số người trưởng thành được chẩn đoán là TTPL.
- Tỷ lệ mắc TTPL tương đối giống nhau ở các nước, các nền văn hoá khác nhau và qua các thời kì khác nhau.
- Tuổi khởi phát thường ở vào độ tuổi 20-35. Ở nữ, tuổi khởi phát thường muộn hơn 3-4 năm so với nam và có đỉnh thứ 2 ở vào thời kì mãn kinh.
- Tỷ lệ nam/nữ là khoảng 1/1.

Theo kết quả khảo sát của Ngành Tâm thần học Việt Nam (2002) trên 67.380 dân ở các vùng dân cư khác nhau, tỉ lệ TTPL là 0,47% dân số.

Ngày nay, một số các nhà tâm thần học trên thế giới lại cho rằng TTPL là một nhóm bệnh lí hay một nhóm các hội chứng phân liệt. Ví dụ, Breen (2001) cho rằng: TTPL là nhóm rối loạn đặc trưng bởi các rối loạn tư duy, cảm xúc và hành vi bao gồm những triệu chứng dương tính và âm tính.

2 LÂM SÀNG TÂM THẦN PHÂN LIỆT

2.1 Các triệu chứng âm tính và dương tính

Các triệu chứng trong bệnh TTPL là vô cùng phong phú, phức tạp và luôn biến đổi, nhưng đa số tác giả đều chia ra 2 loại triệu chứng chung gồm có các triệu chứng âm tính và các triệu chứng dương tính.

- Các triệu chứng dương tính là những triệu chứng xuất hiện trong quá trình bị bệnh. Ví dụ như: hoang tưởng, ảo giác, căng trương lực...

- Các triệu chứng âm tính là những hao hụt, mất mát, mất tính chất toàn vẹn, tính thống nhất của hoạt động tâm thần như: cảm xúc cùn mòn, vô cảm, thu hẹp các mối quan hệ xã hội, thu mình lại, giảm các thích thú và ngôn ngữ nghèo nàn.

2.1.1 Triệu chứng âm tính

Triệu chứng âm tính gồm 2 loại chủ yếu:

- Tự kỉ và thiếu hoà hợp trong hoạt động tâm thần.
- Giảm sút thể năng tâm thần.

Tính tự kỉ và thiếu hoà hợp

Tính tự kỉ

Hoạt động tâm thần của người có RLTT bị tách khỏi thế giới thực tại và quay vào thế giới tự kỉ. Thế giới tự kỉ là thế giới bên trong riêng biệt hết sức kì lạ với các qui luật tự nhiên và xã hội đều bị đảo lộn. Người có RLTT hiểu và làm những điều kì dị không ai có thể hiểu được. Họ vô có bỏ nghề đang làm hoặc bỏ học, ít tiếp xúc với mọi người, không quan tâm đến xung quanh.

Tính thiếu hoà hợp

Biểu hiện ở sự rối loạn về tính thống nhất, tính toàn vẹn các mặt hoạt động tâm thần. Người có RLTT có những thay đổi về tình cảm với người thân như tự nhiên ghét cha mẹ hoặc anh chị em ruột, cảm xúc mang tính 2 chiều, vừa yêu, vừa ghét hoặc cảm xúc dị thường, khi gặp chuyện vui lại tỏ ra buồn rầu còn khi gặp chuyện buồn lại cười nói bô bô, tỏ vẻ vui mừng.

Thiếu thống nhất trong các mặt hoạt động tâm thần được thể hiện trong cả nội tâm của người có RLTT. Họ cảm thấy khó điều khiển được những ý nghĩ, hành vi, cảm xúc của mình.

Tính tự kỉ và tính thiếu hoà hợp thường đi đôi với nhau, có mối quan hệ chặt chẽ với nhau, tạo nên những cái gọi là mất hài hoà tâm thần, chia cắt tâm thần.

Giảm sút thể năng tâm thần

Giảm thể năng tâm thần là giảm tính năng động, tính nhiệt tình trong mọi hoạt động tâm thần. Biểu hiện cảm xúc ngày càng cùn mòn, khô lạnh, tư duy ngày càng nghèo nàn, ý chí ngày càng suy giảm, hoạt động ngày càng yếu đuối đi đến chỗ không thiết làm công việc gì. Gia đình và bạn bè thường nhận xét rằng thân chủ không giống như trước đây nữa.

2.1.2 Triệu chứng dương tính

Là những triệu chứng xuất hiện (thêm) trong quá trình bị bệnh.

- *Hoang tưởng:*

Người mắc TTPL có thể có rất nhiều loại hoang tưởng như:

- Hoang tưởng bị theo dõi: thân chủ cho rằng có ai đó theo dõi họ bằng camera.
- Hoang tưởng bị hại: thân chủ cho rằng ai đó tìm cách hại họ.
- Có thể có hoang tưởng kì quái như cho rằng mình có quyền lực vô biên, chi phối hoạt động của toàn thế giới, điều khiển được thời tiết, điều khiển được chiến tranh.
- Người mắc TTPL có thể có các hành vi bất thường như:
 - Không dám đi ra khỏi nhà (sợ bị hại, bị theo dõi).

Các triệu chứng dương tính và âm tính trong TTPL

| Dương tính | Âm tính |
|--|--|
| <i>Ảo giác</i> - Ảo thanh - Ảo thị - Ảo khứu - Ảo xúc - Ảo vị. <i>Hoang tưởng</i> - Bị theo dõi - Kì dị - Liên hệ - Điều khiển. <i>Tư duy, ngôn ngữ hỗn loạn</i> - Mất liên kết - Liên tưởng ngẫu nhiên - Mớ từ lộn xộn - Bịa từ mới - Nhại lời - Tư duy cụ thể. <i>Hành vi vô tổ chức</i> - Hành vi tình dục không phù hợp - Kích động - Tăng vận động - Uốn sấp. | <i>Cảm xúc phẳng</i> - Không thay đổi nét mặt - Kém giao tiếp bằng mắt - Ít vận động biểu đạt - Cảm xúc không phù hợp - Giảm biểu hiện cảm xúc. <i>Nghèo ngôn ngữ</i> - Nói ngắn, đáp ứng trống rỗng - Mất trôi chảy ngôn ngữ. <i>Lãnh đạm, vô cảm</i> - Không có khả năng thực hiện những hành động hướng mục đích - Ít hoặc không quan tâm tới công việc và các hoạt động xã hội - Ăn mặc lười thôi. <i>Mất hứng thú</i> - Mất hứng thú với hoạt động xã hội - Không hứng thú tình dục Cách li xã hội. |

Nguồn: Townsend M.C. (2008). Essentials of Psychiatric Mental Health Nursing. Concepts of Care in Evidence-based Practice. F.A. Davis Company.

- Đánh người dễ tự vệ (hoang tưởng bị người khác hại nên người mắc TTPL phải tự vệ), đập phá, đốt nhà... (do hoang tưởng bị chi phối).

- *Ảo giác:*

+ *Ảo thanh*

Người mắc TTPL thường có các ảo thanh như:

- Ảo thanh bình phẩm: tiếng nói bình phẩm về hành vi của họ.
- Ảo thanh ra lệnh: tiếng nói ra lệnh cho người mắc TTPL phải làm một việc gì đó.
- Những tiếng nói trò chuyện với người mắc TTPL hoặc đơn thuần là những cuộc nói chuyện không có liên quan gì đến người bệnh.

Các tiếng nói này có thể xuất hiện trong đầu người mắc TTPL (ảo thanh giả), hoặc từ bên ngoài môi trường vọng vào đầu người bệnh (ảo thanh thật). Tiếng nói có thể rất rõ rệt, người mắc TTPL phân biệt được đó là giọng nói đàn ông hay đàn bà, người quen hay người lạ, thậm chí còn biết đó là giọng nói của ai. Nhưng tiếng nói có thể rất mơ hồ, không phân biệt được đó là người quen hay người lạ, giọng đàn ông hay đàn bà (ảo thanh giả).

+ *Ảo thị*

Ngoài ảo thanh ra, người mắc TTPL có thể có ảo thị giác: nhìn thấy các hình ảnh không có thật. Những hình ảnh này có thể xuất hiện trong thị trường với kích thước bình thường (ảo thị thật), nhưng cũng có thể là các hình ảnh xuất hiện ngoài thị trường (nhìn thấy sau gáy, sau lưng...), kích thước của vật có thể bằng vật thật, nhưng có thể là các hình ảnh tí hon, hình ảnh khổng lồ. Nhìn chung các hình ảnh thường có nội dung không dễ chịu khiến cho người mắc TTPL rất sợ hãi.

+ *Ảo xúc giác*

Ảo xúc giác là các cảm giác không có thật ở người mắc TTPL. Họ cảm thấy có các con sâu bò trên da, có con rắn bò trong dạ dày, có con giun sống trong tim của mình.

- *Tư duy tự động*

Người mắc TTPL cho rằng ý nghĩ của mình đã bị người khác ăn cắp mất (tư duy bị đánh cắp), ý nghĩ của mình bị mọi người xung quanh biết mất (tư duy bị bộc lộ), rằng tivi, radio đang nói ra ý nghĩ của người mắc TTPL (tư duy bị phát thanh), ý nghĩ của người bệnh do người khác áp đặt vào (tư duy bị áp đặt),

ý nghĩ của người mắc TTPL vang lên thành tiếng trong đầu (tư duy vang thành tiếng).

- Căng trương lực

Trương lực cơ của người mắc TTPL tăng đều toàn thân, họ giữ tay hoặc chân ở một tư thế không dễ chịu được rất lâu. Người mắc TTPL còn có thể có dấu hiệu gồng không khí (rút gồng ra khỏi đầu người mắc TTPL, nhưng người mắc TTPL vẫn giữ đầu không chạm xuống giường rất lâu), uốn sáp, tạo hình... Các triệu chứng này thường nhẹ đi vào buổi tối và nặng lên vào ban ngày.

Do người mắc TTPL nằm bất động một chỗ nên rất dễ bị loét vùng cùi chỏ. Trong chăm sóc người mắc TTPL căng trương lực cần chú ý đến việc ăn uống của họ.

- Hành vi thanh xuân

Người mắc TTPL có các hành vi lố lăng, không phù hợp, đùa cợt có tính chất trẻ con. Rối loạn này thường khởi phát ở tuổi rất trẻ, nhanh chóng tiến tới tan rã nhân cách.

- Ngôn ngữ thanh xuân

Ngôn ngữ, lời nói của người mắc TTPL rất kì dị, khó hiểu. Nội dung không ăn nhập gì với nhau cả. Ngoài ra, họ còn hay chơi chữ, nói to một mình nhưng không có nội dung gì cụ thể. Cùng với triệu chứng hành vi thanh xuân (trẻ lại), ngôn ngữ thanh xuân gặp ở TTPL thể thanh xuân. Đây là thể bệnh nặng, khởi phát rất sớm, khó điều trị và nhanh chóng tiến đến tan rã nhân cách.

Triệu chứng dương tính rất phong phú và đa dạng và luôn luôn biến đổi, xuất hiện nhất thời rồi lại mất đi hay được thay thế bằng những triệu chứng dương tính khác. Thí dụ: các cơn hưng cảm, trầm cảm, các hiện tượng ảo giác, hoang tưởng, ám ảnh, tâm thần tự động, nhân cách giải thể, v.v...

Triệu chứng âm tính và dương tính trong TTPL đều biểu hiện trong các mặt hoạt động tâm thần. Mối liên quan giữa các triệu chứng âm tính và dương tính phụ thuộc vào các thể tiến triển của bệnh. Các thể tiến triển càng nặng thì các triệu chứng âm tính càng chiếm ưu thế.

Tùy theo hội chứng nào nổi trội trong bệnh cảnh lâm sàng mà người ta chia TTPL thành các thể khác nhau. Trong mục tiếp theo chúng tôi giới thiệu các thể của TTPL theo Bảng Phân loại bệnh Quốc tế lần thứ 10 (ICD-10).

2.2 Các thể lâm sàng

F20.0. Thể hoang tưởng (paranoid)

Trong lâm sàng tâm thần, TTPL thể hoang tưởng thường được gọi theo từ gốc nước ngoài: thể paranoid. Đây là thể thường gặp nhất, chiếm khoảng 50% số trường hợp được chẩn đoán là TTPL. Các triệu chứng nổi bật nhất là các hoang tưởng và ảo giác (hội chứng hoang tưởng- ảo giác). Các hoang tưởng đặc trưng là hoang tưởng bị chi phối, bị kiểm tra và hoang tưởng bị truy hại.

Các ảo giác thường gặp nhất là ảo giác thính giác dưới dạng bình phẩm ý nghĩ hành vi của người mắc TTPL hoặc nói chuyện với nhau về người bệnh, hoặc đe dọa, ra lệnh cho họ. Các ảo giác khứu giác, vị giác, thị giác cũng có thể xuất hiện nhưng hiếm khi chiếm ưu thế.

Đồng thời xuất hiện hội chứng tâm thần tự động như tư duy vang thành tiếng, tư duy bị áp đặt hay bị đánh cắp. Có thể gặp tri giác sai thực tại và nhân cách giải thể.

Cảm xúc thường ít cùn mòn hơn các thể khác. Tuy nhiên thường gặp cảm xúc không thích hợp ở mức độ nhẹ như cáu gắt, giận dữ, sợ hãi và nghi ngờ. Các triệu chứng âm tính xuất hiện muộn và không sâu sắc.

TTPL thể hoang tưởng có thể tiến triển từng giai đoạn với thuyên giảm một phần hay hoàn toàn hoặc tiến triển mạn tính.

Thời gian khởi đầu có khuynh hướng chậm hơn các thể khác.

F20.1. Tâm thần phân liệt thể thanh xuân

Thể bệnh này thường xuất hiện ở tuổi trẻ từ 15-25 tuổi, nổi bật là hội chứng kích động thanh xuân: hành vi lố lăng si dại, cảm xúc hỗn hợp hời hợt, lúc khóc, lúc cười, hát nói trêu chọc người xung quanh.

Tư duy không liên quan, rời rạc, đặt ra chữ mới, giả giọng địa phương.

Hành vi tác phong điệu bộ, nhăn mặt, nheo mắt, tinh nghịch, quấy phá.

Các hoang tưởng và ảo giác thoáng qua và rời rạc.

Có thể có hội chứng căng trương lực kích động hoặc bất động lẻ tẻ.

Người mắc TTPL thể thanh xuân có khuynh hướng sống cô độc, cảm xúc và hành vi thiếu mục đích. Các triệu chứng âm tính xuất hiện sớm và tiến triển nhanh, đặc biệt cảm xúc cùn mòn và ý chí giảm sút, tiên lượng xấu.

F20.2. Thể căng trương lực

Bệnh thường xuất hiện cấp tính, giai đoạn đầu biểu hiện thay đổi tính tình, ít nói, ít hoạt động. Sau đó xuất hiện triệu chứng kích động dữ dội có tính chất xung động, định hình bối rối, hoạt động không có mục đích, không chịu ảnh

hưởng các kích thích bên ngoài. Sau đây chuyển sang bất động sững sờ, cứng như gỗ, không nói, không ăn, chống đối.

Các dáng điệu và tư thế không tự nhiên có thể duy trì trong một thời gian dài, gồng không khí, uốn sáp, tạo hình (người mắc TTPL duy trì chân tay và thân hình do những tư thế do người ngoài áp đặt) hoặc vâng lời tự động (tự động làm theo những chỉ dẫn của người khác) hoặc phủ định (chống đối với tất cả những chỉ dẫn của người khác, có khi người mắc TTPL làm ngược lại).

Hội chứng căng trương lực có thể kết hợp với một trạng thái ý thức giống mê mộng với những ảo giác sinh động.

Các triệu chứng âm tính xuất hiện sớm và trầm trọng hơn so với thể hoang tưởng.

F20.3. Tâm thần phân liệt thể không biệt định

Thể này bao gồm các trạng thái đáp ứng các tiêu chuẩn chung của bệnh TTPL, nhưng không tương ứng với bất cứ thể nào đã mô tả ở trên.

Bệnh cảnh biểu hiện đồng thời các nhóm triệu chứng mà không có một nhóm nào đặc trưng cho chẩn đoán nào chiếm ưu thế rõ rệt.

F20.4. Tâm thần phân liệt thể trầm cảm sau phân liệt

Biểu hiện một trạng thái trầm cảm kéo dài xuất hiện sau một quá trình phân liệt, đồng thời một số triệu chứng phân liệt vẫn còn tồn tại nhưng không còn chiếm ưu thế trong bệnh cảnh. Các triệu chứng phân liệt có thể là dương tính hoặc âm tính nhưng thường gặp các triệu chứng âm tính hơn.

Hội chứng trầm cảm không trầm trọng và mở rộng đến mức đáp ứng một giai đoạn trầm cảm nặng trong rối loạn cảm xúc. Nhiều trường hợp khó xác định trạng thái trầm cảm do bệnh với trầm cảm do các thuốc an thần kinh.

Trạng thái trầm cảm sau phân liệt thường đáp ứng kém với các thuốc chống trầm cảm và kèm theo nguy cơ tự sát ngày càng tăng.

F20.5. Tâm thần phân liệt thể di chứng

Thể này là một giai đoạn mạn tính trong tiến triển bệnh TTPL, các triệu chứng dương tính của giai đoạn toàn phát gồm một hay nhiều thời kỳ mất đi hay mờ nhạt không ảnh hưởng cảm xúc và hành vi của người bệnh nữa.

Những triệu chứng âm tính nổi bật lên biểu hiện hoạt động kém, cảm xúc cùn mòn, bị động trong cuộc sống, thiếu sáng kiến, ngôn ngữ nghèo nàn, kém chăm sóc bản thân và hoạt động xã hội, nhưng không có trạng thái mất trí.

F20.6. Tâm thần phân liệt thể đơn thuần

Bệnh bắt đầu bằng các triệu chứng âm tính, giảm sút dần khả năng học tập và công tác, không thích ứng với các yếu tố của xã hội, cảm xúc cùn mòn, ý chí giảm sút dần, các triệu chứng dương tính hoang tưởng và ảo giác không rõ ràng, lẻ tẻ và các biểu hiện loạn thần không rõ bằng các thể thanh xuân, hoang tưởng và căng trương lực của bệnh TTPL.

Các triệu chứng âm tính ngày càng sâu sắc, tiếp xúc xã hội ngày càng nghèo nàn, người mắc TTPL trở thành sống lang thang, thu mình lại, ăn không ngồi rồi và sống không có mục đích.

Họ và tên: Đỗ Đức L. Giới tính: Nam

Tuổi 38, dân tộc: kinh

Trình độ học vấn: đại học (ĐH BK Hà Nội)

Nghề nghiệp: kĩ sư

Nơi làm việc: Bưu điện Hà Nội

Nơi ở: Ba Đình, Hà Nội

Lí do vào viện: mất ngủ, nói nhiều, lo sợ vô cớ, thay đổi tính nết.

Vào viện ngày 9.11.2005.

Chẩn đoán: tâm thần phân liệt thể paranoid

Khám tâm thần: thân chủ tỉnh táo, định hướng bản thân còn tốt, tiếp xúc khó, phủ định bệnh, ý thức tỉnh, định hướng thời gian, không gian đúng. Chủ quan: thân chủ cho rằng mình là người có tài trong buôn bán xe máy. Mặc dù đã bị thua lỗ nhiều lần nhưng thân chủ vẫn cho rằng thua lỗ là do người mua họ tinh tường hơn thân chủ mà thôi. Ngoài tài giỏi trong buôn bán Vespa, thân chủ còn luôn cho rằng mình là người buôn bán, sẵn lòng đồ cổ rất giỏi. Thân chủ cũng còn khẳng định rằng mình đẹp trai, có tài nên vây quanh mình là vô số người yêu, những cô gái trẻ đẹp nhưng do thân chủ bận nên không quan tâm đến.

Luôn cho rằng mình quá tài giỏi và giàu sang nên luôn có những kẻ xấu muốn hại mình để cướp tài sản. Trước ngày nhập viện, thân chủ không ăn cơm ở nhà vì sợ bị bỏ thuốc độc vào thức ăn. Do vậy, thân chủ đi suốt ngày, chỉ ghé về nhà một lát rồi lại đi ngay. (Ngay trong quá trình khám tâm lí, thân chủ còn hỏi sinh viên: “Em có ghi âm không đấy, có thuốc súng không đấy?”.)

Khi được hỏi về gia đình, thân chủ hoàn toàn thờ ơ, lạnh nhạt nhưng lại nói là vợ chồng rất hạnh phúc. Sau đó lại nói là căm ghét gia đình vì đã cưỡng ép vào viện mà thân chủ thì không có bệnh gì.

Bố thân chủ kể lại: từ tháng 4.2005, thân chủ có biểu hiện ít ngủ. Hiện tượng này kéo dài. Thân chủ đi suốt ngày, không quan tâm tới gia đình và công việc. Đã từng buôn xe Vespa nhưng lại bị thua lỗ nặng, bị bạn bè phản

bộ nên phá sản. Thân chủ lại tiếp tục mua xe Vespa cũ nhưng lại mua với giá cao nên không bán được. Tuy nhiên : “Nó luôn cho rằng có tài buôn xe máy”. Thân chủ thay đổi tính cách và sở thích một cách đột ngột, ăn mặc lạ lùng và kì dị. Tự dưng thích đeo máy nghe nhạc, máy ảnh quanh cổ.

và không chịu tháo ra. Mỗi khi nghe điện thoại thì kéo ăngten rất dài và cài chip vào máy điện thoại vì luôn nghĩ có người theo dõi mình. Đang từ là một người hiền lành, ít nói, tự dưng trở nên người nói nhiều, nói linh tinh và nói một mình, hay đánh mắng vợ con một cách vô cớ. Thân chủ đã từng có một chiếc xe hơi, nhưng rồi lại cho ai đó, chỉ giữ lại miếng da ở chìa khóa vì cho rằng cái xe không giá trị gì còn miếng da với là quý vì sau này trở thành đồ cổ. Cũng theo bố của thân chủ: “ Những ai tốt với nó thì nó cho là hại nó, còn bọn bạn bè xấu, luôn muốn moi móc tài sản của nó thì nó lại cho là tốt, là giúp nó trong lúc khó khăn”.

2.3 Tiêu chuẩn chẩn đoán TTPL theo ICD-10

a/ Tư duy vang thành tiếng, tư duy bị áp đặt hay bị đánh cắp và tư duy bị phát thanh.

b/ Các hoang tưởng bị kiểm tra, bị chi phối hay bị động có liên quan rõ rệt với vận động thân thể hay các chi hoặc có liên quan với những ý nghĩ, hành vi hay cảm giác đặc biệt và tri giác hoang tưởng.

c/ Các ảo thanh bình luận thường xuyên về hành vi của người bệnh hay thảo luận với nhau về người bệnh hoặc các loại ảo thanh khác xuất hiện từ một bộ phận nào đó của cơ thể.

d/ Các hoang tưởng dai dẳng không thích hợp về mặt văn hoá và hoàn toàn không thể có được tính đồng nhất về tôn giáo hay chính trị hoặc những khả năng và quyền lực siêu nhiên như: khả năng điều khiển thời tiết hoặc đang tiếp xúc với người ở thế giới khác.

e/ Ảo giác dai dẳng bất cứ loại nào, có khi kèm theo hoang tưởng thoáng qua hay chưa hoàn chỉnh, không có nội dung cảm xúc rõ rệt hoặc kèm theo ý tưởng quá dai dẳng hoặc xuất hiện hàng ngày trong nhiều tuần hay nhiều tháng.

f/ Tư duy gián đoạn, hay thêm từ khi nói, đưa đến tư duy không liên quan hay lời nói không thích hợp hoặc ngôn ngữ bịa đặt.

g/ Tác phong căng trương lực như: kích động, giữ nguyên dáng, uốn sấp, phủ định và không nói hoặc sững sờ.

h/ Các triệu chứng âm tính như: vô cảm rõ rệt, ngôn ngữ nghèo nàn, đáp ứng cảm xúc cùn mòn hoặc không thích hợp thường dẫn đến cách li xã hội hoặc giảm sút hiệu suất lao động và các triệu chứng trên phải rõ ràng là không do trầm cảm hay thuốc an thần gây ra.

i/ Biến đổi thường xuyên và có ý nghĩa về chất lượng toàn diện của tập tính cá nhân biểu hiện như: mất thích thú, thiếu mục đích, lười nhác, thái độ mãi mê suy nghĩ về bản thân và cách li xã hội.

* *Yêu cầu chẩn đoán TTPL theo ICD-10:*

- Phải có ít nhất 1 triệu chứng rõ ràng hoặc phải có tối thiểu 2 triệu chứng (nếu các triệu chứng đó ít rõ ràng) thuộc các nhóm từ a đến d kể trên.

- Nếu là các nhóm từ e đến i thì phải có ít nhất là 2 nhóm triệu chứng.

- Thời gian của các triệu chứng phải tồn tại ít nhất là 1 tháng.

- Không được chẩn đoán TTPL nếu có triệu chứng trầm cảm hoặc hưng cảm mở rộng xuất hiện trước các triệu chứng nói trên.

- Không được chẩn đoán TTPL khi có bệnh não rõ rệt hoặc người có RLTT đang ở trong trạng thái nhiễm độc ma túy.

- Không được chẩn đoán TTPL khi có bệnh động kinh và các bệnh tổn thương thực thể não khác.

Chẩn đoán phân biệt

Chẩn đoán phân biệt là đưa ra những chẩn đoán khác, cũng có một số triệu chứng giống với chẩn đoán chính để nhằm củng cố chẩn đoán đã được xác định.

- Phân biệt với *Rối loạn stress cấp*. Rối loạn stress cấp phải có chấn thương tâm lý đủ mạnh. Bệnh cảnh lâm sàng chủ yếu tập trung vào yếu tố stress, không có các triệu chứng âm tính và thời gian tồn tại các triệu chứng dưới 1 tháng.

- Phân biệt với *Rối loạn khí sắc*. Cần phân biệt TTPL với chủ yếu là rối loạn lưỡng cực. Rối loạn lưỡng cực cũng có các triệu chứng hưng cảm hoặc trầm cảm, có thể giống với những triệu chứng của TTPL. Để loại trừ, cần phải căn cứ vào các dấu hiệu đặc trưng của rối loạn khí sắc mà phân biệt.

- Phân biệt với *Các rối loạn nhân cách*. Rối loạn nhân cách thường không có triệu chứng loạn thần, nếu có thì chỉ tạm thời hoặc thứ phát và bệnh ổn định lâu dài không tiến triển thêm.

- Phân biệt với *Các rối loạn hoang tưởng*. Các rối loạn hoang tưởng thường được chẩn đoán cho những trường hợp chỉ có hoang tưởng, thường là các hoang tưởng có hệ thống, không kì dị và thời gian kéo dài ít nhất 6 tháng, nhân cách ít biến đổi và còn làm việc tương đối tốt, không có ảo giác và các triệu chứng phân liệt khác, khởi phát muộn ở người lớn tuổi.

3 NGUYÊN NHÂN

3.1 Các yếu tố di truyền

Nguyên nhân của TTPL vẫn còn tiếp tục tranh luận song có lẽ yếu tố di truyền của nó là khó có thể bác bỏ.

Bảng 5.1. Nguy cơ mắc TTPL của họ hàng những người được chẩn đoán là TTPL

| Quan hệ | Gen chung (%) | Nguy cơ (%) |
|--|---------------|-------------|
| Quần thể chung | | 1 |
| Vợ/ chồng của người mắc TTPL | | 2 |
| Họ hàng bậc 3 | 12,5 | |
| Anh chị em họ | | 2 |
| Họ hàng bậc hai | 25 | |
| Cô, chú | | 2 |
| Cháu họ | | 4 |
| Cháu ruột | | 5 |
| Cùng cha khác mẹ hoặc cùng mẹ khác cha | | 6 |
| Quan hệ huyết thống bậc một | 50 | |
| Cha mẹ | | 6 |
| Anh/ chị em sinh đôi | | 9 |
| Con | | 13 |
| Con sinh đôi của cha/ mẹ bị TTPL | | 17 |
| Khác trứng | | 17 |
| Sinh đôi cùng trứng | 100 | 48 |
| Con của cha mẹ đều TTPL | 100 | 46 |

(Nguồn: Tsuang, M.T. (2000) Schizophrenia: genes and environment, Biological Psychiatry)

Những nghiên cứu về di truyền trước đây cho thấy những người có quan hệ huyết thống với người mắc TTPL có nguy cơ mắc TTPL cao hơn so với bình thường.

Bảng 5.1. trình bày khái quát các kết quả của một số nghiên cứu gia đình. Những nghiên cứu mới cũng cho thấy tỉ lệ cùng bị TTPL trong những người sinh đôi cùng trứng ở trong khoảng 30-40% còn ở những người sinh đôi khác trứng là vào khoảng 10-15%.

Tuy vậy khi các bằng chứng cho thấy trong các gia đình có xuất hiện TTPL thì điều đó cũng không có nghĩa là do nguyên nhân di truyền. Với những người có quan hệ gần gũi thì có nghĩa là họ cũng chia sẻ môi trường giống nhau và có thể bị ảnh hưởng hành vi của nhau.

Người ta cũng đã tìm cách đánh giá ảnh hưởng của môi trường và di truyền đến nguy cơ xuất hiện TTPL. Ví dụ các nghiên cứu về con nuôi ở Đan Mạch (Kety et al., 1975) đã nghiên cứu những người có quan hệ huyết thống với 34 trẻ được nhận làm con nuôi và sau bị mắc TTPL với 34 trường hợp đối chứng có “phả hệ trong sạch” và so sánh tỉ lệ TTPL trong số họ. Điều thú vị là họ phát hiện thấy chỉ một người được chẩn đoán là TTPL mạn tính trong số trong nhóm nghiên cứu và nhóm đối chứng. Chỉ khi họ mở rộng phạm vi chẩn đoán đến các rối loạn thuộc nhóm TTPL, so sánh nhiều chẩn đoán khác nhau, bao gồm trạng thái ranh giới, nhân cách không phù hợp và nghi ngờ là TTPL thì sự khác nhau giữa 2 nhóm mới tăng lên. Tuy vậy một số tác giả (ví dụ như Roberts, 2000) cho rằng nghiên cứu cũng chưa đưa ra được bằng chứng về sự di truyền bên trong TTPL.

Nghiên cứu về di truyền của Tienari và cs. (2000) đã so sánh tỉ lệ TTPL ở những người con nuôi của mẹ được chẩn đoán TTPL với con nuôi của những bà mẹ không bị TTPL. Nguy cơ mắc TTPL trong số các con của mẹ bị TTPL cao hơn gấp 4 lần so với con của các bà mẹ không bị TTPL: tỉ lệ mắc chung là 8,1% so với 2,3%. Tuy nhiên điều đó cũng không phải hoàn toàn là do di truyền. Sử dụng kết quả của chính nghiên cứu đó, Wahlberg và cs. (2000) thông báo về sự tương tác giữa các yếu tố di truyền và môi trường. Con của phụ nữ bị TTPL sống với cha mẹ nuôi không có các rối loạn giao tiếp nào thì không có nguy cơ cao rối loạn tư duy. Ngược lại, con của phụ nữ được chẩn đoán TTPL sống với gia đình có bằng chứng về lệch lạc giao tiếp thì có nguy cơ xuất hiện TTPL cao hơn so với những người có mẹ đẻ “bình thường” và cũng sống trong điều kiện tương tự. Như vậy sự phát triển TTPL dường như phụ thuộc cả vào nguy cơ di truyền và lệch lạc giao tiếp trong gia đình cha mẹ nuôi. Điểm lưu ý là lệch lạc

giao tiếp được phân tích xem xét trước khi nhận con nuôi chứ không phải là hệ quả của hành vi của trẻ.

Cùng với các kết quả nghiên cứu khác, những cứ liệu của các nhà nghiên cứu sinh học đã ủng hộ cho mô hình trong đó các yếu tố di truyền ảnh hưởng đến nguy cơ xuất hiện TTPL song đây không phải là nguyên nhân đơn nhất. Chúng kết thành một yếu tố khả năng dễ bị tổn thương hơn là yếu tố nguyên nhân. Những nghiên cứu nhằm tìm kiếm gen làm tăng nguy cơ bị TTPL cũng chưa đưa ra được kết quả cuối cùng mặc dù người ta đã nghi ngờ hàng tá nhiễm sắc thể (Tsuang, 2000). Thậm chí những người bệnh vực yếu tố di truyền như Corsinco & Meguffin (2001) đã tuyên bố rằng việc xác định mối quan hệ di truyền ở TTPL là “những khó khăn vĩ đại”. Khi đề cập đến vai trò của di truyền trong TTPL thì cần phải luôn lưu ý một điều là có 89% số người được chẩn đoán TTPL không biết gì về mối quan hệ với rối loạn đó. Rõ ràng còn có những yếu tố khác có liên quan đến sự phát triển.

3.2 Giả thuyết dopamin

Dopamin là một chất dẫn truyền thần kinh, có tác dụng kết nối giữa 2 nơ ron. Luận điểm then chốt của giả thuyết dopamin là những RLTT ở người được chẩn đoán TTPL là hậu quả của sự dư thừa dopamin hoặc các thụ thể ở xi náp của nơ ron mẫn cảm quá mức với lượng dopamin bình thường. Nhìn chung các bằng chứng dường như đang ủng hộ cho nhận định thứ 2, tuy nhiên theo cách khác, lí thuyết này lại giải thích rằng ít nhất cũng có một số trải nghiệm của người bị TTPL có thể là do hoạt hoá dopamin quá mức ở những vùng não do dopamin kiểm soát. Cứ liệu về tăng hoạt hoá dopamin ngày càng nhiều. Tuy nhiên cũng có những bằng chứng phản bác giả thuyết dopamin.

Những bằng chứng trái ngược nhau đó có thể nói lên những khó khăn trong việc thống nhất các quá trình sinh học khác nhau đứng đằng sau một rối loạn nhưng lại hoàn toàn có thể thể hiện khác nhau ở những người khác nhau. Tuy nhiên thay vì đi xác định những cơ sở sinh học đặc thù đối với những trải nghiệm tâm lí đặc thù, các nhà sinh học lại tiếp tục cố đưa ra một mô hình có thể giải thích mọi trải nghiệm của người bị TTPL. Một cách họ đã làm đó là mở rộng số lượng các chất dẫn truyền thần kinh tham gia vào nguyên nhân.

3.3 Cơ sở vật chất thần kinh

Cũng như những sai sót trong nồng độ chất dẫn truyền thần kinh, một số nghiên cứu cho rằng các triệu chứng âm tính, thanh xuân và một số triệu chứng

ương tính có thể là do tổn thương hệ thần kinh (Basoo et al. 1998). Những cứ liệu trên chụp cắt lớp não chủ yếu là giãn rộng các não thất (những khoang trống trong não để chứa dịch não liên thông xuống tủy sống – dịch não tủy) và teo vỏ não, đặc biệt ở thùy trán và thùy thái dương.

Nghiên cứu tử thi phát hiện thấy giảm mật độ và kích thước nơ ron ở vùng viền, thái dương và vùng trán. Điều này cũng kéo theo rối loạn các đường nối nơ ron. Hệ quả là nhiều chức năng tâm lí cũng bị ảnh hưởng như chú ý, trí nhớ và cảm xúc (hệ viền), lập kế hoạch và điều phối (thùy trán và trước trán), trí nhớ, âm thanh và ngôn ngữ (thùy thái dương).

Điều trị càng muộn, mức độ phá huỷ nơ ron càng lớn và càng khó khăn cho việc phục hồi hoàn toàn. Các nhà sinh học đã đưa ra một số nguyên nhân gây phá huỷ nơ ron.

3.4 Nhiễm virus

Có những bằng chứng chắc chắn cho thấy trẻ sinh vào mùa đông có nguy cơ mắc bệnh TTPL cao hơn so với mùa hè (Torrey et al. 1997). Người ta cũng chưa rõ tại sao lại như vậy. Tuy nhiên phỏng đoán được nhiều người chấp nhận là tổn thương nơ ron do virus mà các bệnh do virus thường gặp trong mùa đông. Jones và Cannon (1998) cũng đưa ra những bằng chứng để chứng minh cho giả thuyết này. Các tác giả đã nhận thấy trong số những trẻ bị nhiễm vi virus, tỉ lệ xuất hiện TTPL sau này cao gấp 5 lần so với những người không bị nhiễm. Tương tự như vậy, Takei và cs. (1995) phát hiện ra rằng thai nhi nữ (chứ không phải nam) bị nhiễm virus cúm trong 5 tháng cuối thai kì có nguy cơ bị TTPL ở tuổi trưởng thành cao hơn so với những thai nhi không bị nhiễm.

Tuy nhiên những nghiên cứu trên diện rộng không hoàn toàn khẳng định các cứ liệu trên. Trong khi một số nghiên cứu nhận thấy nguy cơ mắc TTPL ở những người sinh gần vào những đợt dịch virus cao hơn so với những người khác thì những nghiên cứu khác lại không thấy như vậy (Battle et al. 1999).

3.5 Mang thai và tai biến sản khoa

Mang thai và tai biến sản khoa cũng có thể gây ra những tổn thương vi thể của não và làm tăng nguy cơ mắc TTPL. Siêu phân tích (Meta-analysis) 11 nghiên cứu về khía cạnh này, Geddes và cs. (1999) so sánh số liệu trên 700 trẻ, những người sau này bị TTPL, với 835 người nhóm chứng. Một số biến chứng sản khoa có liên quan với vấn đề này là: cân nặng, đẻ non, phải can thiệp hoặc nuôi trong lồng kính, thiếu oxy và vỡ ối sớm.

3.6 Stress của mẹ

Một số nghiên cứu cũng đề cập đến vai trò của stress của người mẹ trong sự phát triển TTPL. Van Os và Selten (1998) đã phát hiện ra rằng con của những phụ nữ chịu các cuộc ném bom trong chiến tranh thế giới lần thứ 2 khi họ đang mang thai thì có nguy cơ mắc TTPL cao hơn so với những người không bị. Tuy vậy việc lí giải những cứ liệu này cũng có những phức tạp nhất định bởi những stress mà phụ nữ phải chịu đựng chưa chắc đã phát ra do những yếu tố trên. Hơn nữa, nguyên nhân của bất kì mối quan hệ nào giữa stress của người mẹ với các rối loạn tiếp theo cũng đều chưa thể chứng minh được một cách rõ ràng. Nó có thể là gián tiếp, ảnh hưởng thông qua những thay đổi về nội tiết trong những lần bị stress, những thay đổi trong hành vi sức khoẻ như hút thuốc lá, uống rượu, biến chứng sản khoa hoặc do một cơ chế nào đó.

3.7 Lạm dụng chất

Các chất kích thích có thể gây ra trạng thái loạn thần tạm thời và thúc đẩy sự thuyên giảm của một trạng thái loạn thần (Satel và Edell, 1991). Bằng chứng về sử dụng cần sa làm tăng nguy cơ mắc TTPL đã được phát hiện trong một nghiên cứu kéo dài 15 năm của Andreasson và cs. (1987) trên 45.000 người Thụy Điển. Những người sử dụng cần sa ở tuổi 18 trở lên phải vào viện với chẩn đoán TTPL nhiều hơn những người không sử dụng. Hơn thế nữa, có sự liên quan giữa tần số sử dụng với nguy cơ mắc TTPL: hút càng nhiều cần sa, nguy cơ mắc TTPL càng cao. Người ta cũng đã xác định được kênh hoá sinh mà thông qua đó cần sa có ảnh hưởng.

Giả thuyết được đưa ra là liệu những người sớm bị TTPL có thể dùng cần sa dưới dạng tự trị liệu để làm giảm nhẹ các triệu chứng âm tính hoặc trầm cảm (Peralta & Cuesta, 1992) và chính giả thuyết này đảo ngược mối quan hệ nhân quả.

3.8 Các yếu tố tâm lí xã hội

Tỉ lệ TTPL cao nhất là ở tầng lớp xã hội bên dưới. Enton và cs. (1989) đã tính toán rằng những cá nhân ở tầng lớp kinh tế xã hội thấp có nguy cơ bị TTPL cao gấp 3 lần so với nhóm cao nhất. Cứ liệu này có (ít nhất) 2 ý. Hoặc vị thế kinh tế xã hội là yếu tố nguy cơ xuất hiện TTPL và hoặc TTPL là yếu tố nguy cơ cho vị thế kinh tế- xã hội thấp: nguyên nhân hay là hậu quả xã hội.

Fox (1990) đã phân tích các tư liệu thu thập qua nhiều năm và những kết quả nghiên cứu khác đã được công bố và đi đến kết luận rằng không có bằng

chứng nào khẳng định cho giả thuyết về hậu quả xã hội. Như vậy dường như vị thế kinh tế-xã hội thấp là nguyên nhân gây ra TTPL hơn là hậu quả của nó.

Một giải thích khác ủng hộ cho các cứ liệu trên. Vị thế kinh tế-xã hội thấp thường liên quan đến stress cao và nó có thể là động lực thúc đẩy sự xuất hiện của TTPL ở những cá nhân dễ bị tổn thương. Nhận định đó được sự ủng hộ của một nghiên cứu khác. Khoảng 24% pha TTPL xuất hiện sau những stress cấp trong đời sống (Tsuang et al. 1986).

Stress kéo dài cũng làm tăng nguy cơ khởi phát lần đầu của TTPL. Gia đình cũng có thể là một tác nhân gây stress kéo dài. Một trong những lí thuyết ban đầu cho rằng mối quan hệ mẹ-con như là một trong những yếu tố nhạy cảm đối với TTPL. Đây chính là lí thuyết của một nhà phân tâm học Fromm – Reichman (1948). Theo tác giả, TTPL hầu như không có cơ hội xuất hiện khi mẹ là một người nhân hậu, hết mình vì con. Ngược lại cơ hội này xuất hiện cao hơn ở những người mẹ độc đoán, lạnh lùng- những người được gọi là “bà mẹ phân liệt”. Fromm – Reichman cho rằng những tín hiệu hỗn hợp mà người mẹ đưa ra càng làm nhiều cho trẻ, khiến chúng rất khó tiếp nhận và lí giải thế giới và quá trình này dễ dàng dẫn đến sự hỗn loạn về hành vi và nhận thức.

Bateson và cs. (1956) cũng đã từng đưa ra một lí thuyết tương tự. Lí thuyết “ràng buộc kép” của họ cho rằng một số cha mẹ thường đối xử với con cái một cách mâu thuẫn và rối nhiễu. Ví dụ họ có thể nói với con cái rằng họ rất yêu chúng nhưng với một giọng điệu ngược lại hoặc yêu cầu chúng làm những việc mâu thuẫn nhau như: “mẹ nghĩ rằng con cần phải đi chơi với bạn bè nhưng mẹ muốn con ở nhà với mẹ...”. Những đòi hỏi mâu thuẫn thường xuyên như vậy có thể làm cho con cái rối trí, dễ tạo ra những stress và có thể dẫn đến TTPL. Cả 2 mô hình đều có tính logic nhất định, tuy nhiên chưa có nhiều bằng chứng để khẳng định chúng.

Một lí thuyết gia đình nữa đưa ra cách giải thích khác. Theo lí thuyết này, thành tố nhạy cảm nhất trong gia đình là mức độ phê phán của gia đình đối với những biểu hiện của cá nhân. Cũng theo mô hình này, sự thể hiện ở mức độ cao của các cảm xúc âm tính, sự thù địch, hoặc phê phán có thể châm ngòi cho sự tái phát ở những người đã có ít nhất một pha TTPL. Bằng chứng về các quá trình gia đình dẫn đến khởi phát ban đầu TTPL đối với những cá nhân dễ bị tổn thương đã được đưa ra trong nghiên cứu của Wahlberg và cs. (2000).

3.9 Mô hình sinh-tâm lí học

Như vậy đã có những bằng chứng cho thấy có sự liên quan của dopamin, những tổn thương vi thể ở não và stress với căn bệnh TTPL. Tuy nhiên cái chưa làm được chính là giải thích bản chất của từng pha rối loạn hoặc các yếu tố tâm lí ảnh hưởng đến diễn biến của nó. Giả thuyết dopamin có thể mở rộng ra nhiều mối quan hệ giữa stress và TTPL khi có bằng chứng về việc nồng độ dopamin tăng lên khi động vật trong trạng thái stress (Walker & Diforio, 1997). Cũng bổ sung thêm rằng chuột nhạy cảm với dùng amphetamin kéo dài cho thấy có sự gia tăng hành vi và nồng độ dopamin trong trạng thái stress cao hơn so với nhóm đối chứng (Duncan et al. 1999). Như vậy từ cứ liệu trên có thể đưa ra một mô hình về khả năng liên quan giữa stress với tính dễ bị tổn thương ở TTPL. Mô hình này có thể bao gồm 3 giai đoạn:

- Giai đoạn 1- phát triển nơ ron rối loạn do di truyền, các yếu tố sản khoa hoặc thời kì thai nhi. Những vấn đề này là tiền đề cho các tổn thương tinh tế sớm các khía cạnh nhận thức, vận động và xã hội. Nó tạo ra khả năng dễ bị TTPL.
- Những thiếu hụt này có thể dẫn đến giai đoạn 2 xuất hiện ở lứa tuổi thanh thiếu niên và đầu tuổi trưởng thành. Vào thời kì này những trải nghiệm stress nhưng là thông thường dẫn đến tăng hoạt tính dopamin. Hậu quả nó làm rối loạn tổ chức nơ ron, hệ thống nơ ron điều tiết dopamin trở nên nhạy cảm hơn đối với nồng độ dopamin hiện thời và phản ứng mạnh hơn đối với chúng dẫn đến các triệu chứng dương tính của TTPL.
- Nếu kéo dài hoặc tái xuất hiện, nồng độ dopamin cao có thể dẫn đến thoái hoá nơ ron và tiếp đến là rối loạn cấu trúc nơ ron, khởi phát các triệu chứng âm tính.

Như vậy cốt lõi của TTPL là rối loạn điều phối có thể là hậu quả của cả 2 loại yếu tố: yếu tố sinh học làm tăng khả năng tổn thương và có thể đóng góp vào việc mạn tính và các yếu tố stress chậm ngời cho sự khởi bệnh. Thậm chí mô hình tâm- sinh- xã hội dưới con mắt của một số nhà phê bình là quá sinh học. Ví dụ, Johnstone (2000) cho rằng chưa có một cơ sở nền tảng nào cho bất kì một trụ cột sinh học đối với TTPL hoặc các thành tố của nó. Họ vẫn cảm thấy rằng chưa cần phải kết hợp các yếu tố sinh học với tâm lí và thiên về một mô hình tâm lí-xã hội hơn là mô hình sinh- tâm- xã hội.

3.10 Mô hình tâm lí

Những mô hình tâm lí thường đưa ra cách hiểu khác nhau về TTPL. Thay vì đi xác định các yếu tố tâm ngòi cho các “pha” TTPL họ lại tìm cách giải thích quá trình đứng đằng sau của mỗi thể khác nhau. Họ lựa chọn cách tiếp cận chiều hướng để hiểu những trải nghiệm của người được chẩn đoán TTPL, bởi theo cách lí giải của họ, những trải nghiệm của các cá nhân này chỉ là nằm ở phía cách xa so với “bình thường” hơn là khác với bình thường. Những quá trình nhận thức của các cá nhân này cũng được xem giống như mọi người, chỉ có điều khác về nội dung mà thôi.

Một trong cách tiếp cận tâm lí học là coi những quá trình nhận thức đứng đằng sau hành vi là có liên quan đến TTPL:

- Thiếu hụt trí nhớ là do không có khả năng liên kết các yếu tố, sự kiện riêng rẽ thành một khối, một tổng thể dễ nhớ.
- “Ảo giác” tiếng nói có thể khởi nguồn từ những dị thường trong tri giác ngôn ngữ và cơ chế tự vệ chống lại hiện thực của những trí nhớ gây chấn thương.
- Rối loạn tư duy thể hiện sự thiếu hụt chuyên biệt về quá trình xử lí ý nghĩa, xuất hiện từ những mối liên tưởng khác thường trong một hệ thống ngữ nghĩa.
- Các triệu chứng âm tính liên quan đến những thiếu hụt về trí tuệ, chức năng điều phối, trí nhớ và chú ý.

3.11 Mô hình đối phó

Đây là cách tiếp cận cuối cùng về trải nghiệm của những người được chẩn đoán TTPL. Theo mô hình này, TTPL chỉ là điểm cuối cùng của một chuỗi những chiến lược nghèo nàn đối phó với stress. Phân tích “các dấu hiệu sớm” trước khi khởi phát như DSM -IV gọi là pha TTPL, thường thấy xuất hiện những đặc điểm hành vi như: xa lánh bạn bè và gia đình, hay ở một mình trong phòng nhiều hơn, mất ngủ dẫn đến mệt mỏi, suy nhược, bỏ trễ sắp xếp công việc trong ngày và có thể bắt đầu dùng thuốc để làm giảm rối loạn stress hoặc khí sắc trầm. Trạng thái này cũng không khác trạng thái ức chế giác quan gây ra hoang tưởng hoặc ảo giác ở hầu hết mọi người.

Những dấu hiệu sớm của tái phát

Birchwood và cs. (2000) đã đề nghị thân chủ đánh dấu vào tờ phiếu “những dấu hiệu sớm”. Đó là những dấu hiệu mà họ cảm nhận được vào các thời điểm khác

nhau của quá trình tái phát. Một số khác được đề nghị xác định qua thảo luận. Dưới đây là một số dấu hiệu sớm được xác định bởi những người sử dụng cách tiếp cận này. Các dấu hiệu được sắp xếp theo thứ tự trong vòng vài tháng trước khi “tái phát” rõ ràng:

Sean

- . buổi sáng dậy muộn
- . ít tiếp xúc với mọi người- hay ở nhà
- . mất hứng thú âm nhạc
- . lo âu
- . hút thuốc và hay uống rượu bia hơn
- . paranoia- nghĩ rằng mình bị đầu độc
- . trầm cảm
- . ăn uống thất thường
- . không cạo râu
- . xả rác quanh nhà- không dọn dẹp
- . sợ hãi
- . suy nhược tâm thần - ảo giác ngoại vi lúc loé sáng, lúc tối.

Tony

- . lạm dụng ma tuý và rượu
- . nói dối mọi người
- . thù địch với mọi người
- . mất ngủ
- . tâm trạng thất thường
- . thích ăn uống
- . mệt mỏi và ngủ li bì
- . thờ ơ với bạn bè và gia đình
- . kêu khóc
- . ý nghĩ dồn dập
- . có những hành vi hung dữ, tức giận với cha mẹ
- . hút cần sa trong giờ làm việc
- . khó tách biệt được giữa ý nghĩ và hiện thực
- . tẩu gộ trong giờ làm việc – hay dùng lời lăng mạ, sỉ nhục
- . thiếu tập trung.

Khuôn mẫu nổi bật

Khuôn mẫu nổi bật so với những người khác là: ở những người được chẩn đoán TTPL khi phải đối mặt với một stress đời sống cụ thể thì thu mình, trở nên rất mệt mỏi, bỏ trễ sắp xếp công việc trong ngày và có thể dùng thuốc để làm giảm nhẹ những bất an. Trạng thái này không khác nhiều so với trạng thái ức chế giác quan, như đã biết, thường gây ra hoang tưởng và ảo giác. Do vậy có thể cho rằng trải

những người được chẩn đoán là TTPL cũng không khác nhiều so với trải nghiệm của những người khác. Sự “tái phát” dường như là kết cục khó tính của một chuỗi các hành vi đối phó không phù hợp và đặt họ vào nguy cơ có trải nghiệm khác thường chứ không phải là một sự xuất hiện một “rối loạn” khác biệt so với trải nghiệm của những người khác.

Nguồn: *Bennett P. (2003). Abnormal and Clinical Psychology, Open University Press.*

4 ĐIỀU TRỊ VÀ CAN THIỆP

4.1 Thuốc chống tâm thần

Hầu hết những người được chẩn đoán TTPL đều đã được dùng một loại thuốc nào đó mặc dù liều lượng có thể được giảm hoặc thậm chí được uống trong thời kỳ ổn định. Chlopromazin, haloperidol và clozapine là 3 loại thuốc được dùng nhiều nhất. Tác dụng lớn nhất của chúng là yên tĩnh. Chúng cũng còn có tác dụng trực tiếp đến ảo giác và hoang tưởng, mặc dù hiệu quả của chúng cũng rất khác nhau đối với các cá nhân khác nhau. Clopromazine và haloperidol được xem là chỉ có tác dụng đối với các triệu chứng dương tính của TTPL: clozapine là một loại thuốc mới, có hiệu quả trong điều trị các triệu chứng âm tính ngay cả khi các dạng khác không có hiệu quả. Các thuốc chống tâm thần có hiệu quả đối với người bị TTPL trong thời kỳ điều trị nội trú trung bình dưới 15 ngày, trong khi trước đây phải hàng tháng, hàng năm, hoặc suốt đời. Mặc dù thuốc chống tâm thần có thể là yếu tố bảo vệ quan trọng chống tái phát song tỉ lệ tái phát vẫn chiếm khoảng 40% trong 1 năm sau điều trị lần đầu và 15% trong những năm tiếp theo (Sarti & Cournos, 1990). Nhìn chung, chúng chỉ có tác dụng trì hoãn hơn là ngăn ngừa tái phát.

Việc sử dụng thuốc chống tâm thần không phải là không có vấn đề. Chúng có những tác dụng phụ khác nhau và thường dẫn đến việc những người dùng thuốc luôn tìm cách giảm liều hoặc bỏ thuốc. Ví dụ, tác dụng phụ của clopromazine bao gồm khô miệng và họng, buồn ngủ, rối loạn thị giác, tăng hoặc giảm cân, da nhạy cảm với ánh sáng mặt trời, táo bón và trầm cảm. Tuy nhiên vấn đề đáng kể nhất lại là các triệu chứng ngoại tháp. Những triệu chứng này bao gồm các triệu chứng Parkinson, rối loạn vận động muộn. Khoảng 1/4 số người dùng thuốc chống tâm thần kéo dài hoặc rất dài là có những triệu chứng này. Điều trị bằng clozapine thì không có nguy cơ bị các triệu chứng trên. Tuy

nhiên những người dùng nó lại có nguy cơ bị bệnh bạch cầu hạt và dễ dẫn đến tổn thương đáng kể hệ thống miễn dịch.

Chưa đến 25% số người sống ở cộng đồng tuân thủ chế độ dùng thuốc (Douohue et al, 2001). Điều này dường như không liên quan đến các biến số xã hội- dân số, mức độ nặng của rối loạn, hoặc thậm chí mở rộng ra cả những người có các hội chứng ngoại tháp (một số rối loạn do tác dụng phụ của thuốc, ví dụ, tăng vận động, tăng tiết đờm dãi...). Ngược lại, việc tuân thủ kém lại có liên quan đến thái độ đối với thuốc, kì vọng vào hiệu quả của thuốc, sự ủng hộ xã hội và chất lượng liên kết điều trị (Douohue et al. 2001). Nhớ kém cũng có thể góp phần vào tuân thủ kém.

Các chiến lược nhằm nâng cao tính tự giác chấp hành chế độ dùng thuốc bao gồm: giáo dục, phát triển chất lượng liên kết điều trị, trợ giúp cho những người trí nhớ kém. Thuốc tiêm tác dụng chậm cũng có thể có lợi.

Một trong những chiến lược mới giáo dục người có RLTT dùng thuốc đó là phỏng vấn động cơ (Miller và Rollnica, 2002). Cách tiếp cận trung hoà này không đặt ra những nỗ lực phải thuyết phục dùng thuốc. Ngược lại nó động viên thân chủ lựa chọn dùng hay không dùng thuốc sau khi đã thăm dò về giá cả và lợi ích dùng thuốc. Quá trình này tạo cho thân chủ khả năng kiểm soát ở mức độ nhất định, cải thiện liên kết trị liệu bởi nhà trị liệu không còn được xem như là người ra lệnh. Bên cạnh đó nó cũng còn tạo cơ hội xác định và điều chỉnh những hiểu biết sai lầm về thuốc. Như vậy có thể nói nó có hiệu quả hơn trong việc động viên thân chủ hơn là ép buộc họ uống thuốc (Coffey, 1999).

4.2 Sốc điện

Trước đây liệu pháp sốc điện là cách điều trị chủ công đối với TTPL và cũng có kết quả nhất định. Qua siêu phân tích, Tharyan (2002) đi đến kết luận rằng khoảng một nửa số người được điều trị bằng liệu pháp sốc điện có sự cải thiện chức năng chung khi so sánh với những người dùng placebo (giả dược). Tuy nhiên, hiệu quả không kéo dài. Hơn thế nữa liệu pháp sốc điện ít hiệu quả hơn các thuốc chống tâm thần. Kết hợp cả thuốc chống tâm thần với liệu pháp sốc điện cũng chỉ có tác dụng trong thời gian ngắn và cũng chỉ với khoảng 1/5 đến 1/6 số thân chủ. Vì những lí do đó hiện nay người ta hạn chế dùng liệu pháp sốc điện đồng thời tăng cường trị liệu bằng thuốc và tâm lí - xã hội.

4.3 Điều trị tâm lý

4.3.1 Trị liệu hành vi nhận thức

Có hai dạng trị liệu hành vi nhận thức đang ngày càng được sử dụng nhiều đối với những người bị TTPL. Dạng thứ nhất là quản trị stress bao gồm làm việc với từng cá nhân để giúp họ đối phó với stress liên quan đến những trải nghiệm loạn thần. Dạng thứ hai được biết đến dưới tên gọi thay đổi niềm tin bao gồm những nỗ lực nhằm thay đổi niềm tin hoang tưởng của cá nhân.

Quản trị stress

Các cách tiếp cận quản trị stress bao gồm đánh giá chi tiết những vấn đề và những trải nghiệm của cá nhân, những yếu tố châm ngòi và hậu quả và những chiến lược mà họ có thể sử dụng để đối phó. Khi những vấn đề được xác định, nhà trị liệu và thân chủ làm việc cùng nhau để phát triển những chiến lược đối phó chuyên biệt để giúp thân chủ có thể đối phó một cách có hiệu quả hơn. Những chiến lược tiềm tàng bao gồm các kỹ thuật nhận thức dạng như làm sao những ý nghĩ sai lầm hoặc nghi ngờ những ý nghĩa của nó, tăng hoặc giảm các hoạt động xã hội như là một cách để tách khỏi những ý nghĩ sai lầm hoặc khí sắc trầm và sử dụng các kỹ thuật thở hoặc thư giãn.

Trong một nghiên cứu kéo dài theo cách tiếp cận này, Tarrier và cs. (2000) đã khảo sát một cách ngẫu nhiên những người bị TTPL dùng thuốc hoặc kết hợp với quản trị stress hoặc tư vấn hỗ trợ. Can thiệp quản trị stress bao gồm 10 buổi trong 10 tuần và sau đó có 4 buổi củng cố sau 1 năm. Đến cuối đợt trị liệu thứ nhất, những người được can thiệp đã có sự cải thiện rất lớn so với những người ở nhóm tư vấn hỗ trợ. Trong khi đó những người ở nhóm chỉ dùng thuốc lại có chiều hướng xấu đi. 1/3 số người trong nhóm quản trị stress đã giảm được 50% những trải nghiệm loạn thần. Tỷ lệ này ở nhóm tư vấn hỗ trợ chỉ là 15%. 15% số người nhóm quản trị stress và 7% ở nhóm tư vấn hỗ trợ hết các triệu chứng dương tính. Ở nhóm chỉ dùng thuốc, không có ai đạt được chỉ tiêu này. Sau một năm, vẫn có sự khác biệt đáng kể giữa các nhóm. Sau 2 năm, nhóm chỉ dùng thuốc đã có những vấn đề nghiêm trọng hơn so với những nhóm trị liệu tích cực còn giữa nhóm quản trị stress và tư vấn hỗ trợ không có sự khác biệt.

Thay đổi niềm tin

Thay đổi niềm tin bao gồm sử dụng 2 dạng can thiệp nhận thức, dùng lời và thực hiện những hành vi dự kiến để đối phó với niềm tin hoang tưởng

và/hoặc ảo giác. Phương thức dùng lời giúp cá nhân nhìn nhận hoang tưởng như là một trong những cái có thể. Không nên nói với thân chủ rằng niềm tin của họ là sai lầm, tuy nhiên có thể yêu cầu họ chú ý đến cách nhìn khác mà nhà trị liệu đưa ra. Những khả năng mới có thể được kiểm tra trong “thế giới hiện thực”. Một quá trình tương tự khác cũng được sử dụng để đối mặt với ảo giác bằng cách tập trung niềm tin của người có RLTT vào sức mạnh của họ, xác định và quyết tâm. Làm thử hành vi dự kiến bằng cách đối mặt với các ý nghĩ một cách trực tiếp hơn bằng những hành vi cụ thể.

Do không tán thành với cách tiếp cận như vậy số nghiên cứu nhằm đánh giá sự can thiệp dạng này cũng không nhiều. Tuy nhiên Jones và cs. (2000) cũng đã có một siêu phân tích những kết quả của 4 nhóm thử nghiệm ngẫu nhiên và cho thấy có sự thuyên giảm cả về tần số và ảnh hưởng của ảo giác. Hơn thế nữa, khi mà sức thuyết phục của hoang tưởng đã bị giảm đi thì các rối loạn stress liên quan cũng giảm. Về tổng thể, trong số những người được dạy cách đối phó với hoang tưởng hoặc ảo giác thì tỉ lệ tái phát chỉ bằng một nửa so với người không được dạy.

Jones và cs. (2000) đã phân tích sâu 3 nghiên cứu về can thiệp chuyên biệt. Một trong số đó là nghiên cứu của Haddock và cs. (1998) so sánh tiếp cận nhận thức bằng cách nghi ngờ nội dung của ảo thanh với tiếp cận nhận thức bằng cách né tránh ảo giác. Cả 2 đều có hiệu quả trong một thời gian ngắn, giảm tần số ảo giác và hạn chế ảnh hưởng của nó đến đời sống thường ngày. Tuy nhiên những người được dạy cách nghi ngờ nội dung và bản chất của ảo giác cho biết họ tin tưởng vững chắc hơn so với nhóm né tránh rằng tiếng nói chính là những suy nghĩ của họ.

Drury và cs. (2000) cũng có một nghiên cứu can thiệp đa dạng. Sự can thiệp bao gồm cả trị liệu nhận thức cá nhân và trị liệu nhận thức nhóm. Những người tham dự được học cách đối phó với hoang tưởng và ảo giác. Bên cạnh đó họ còn tham gia vào một phần trong chương trình giáo dục tâm lí gia đình kéo dài 6 tháng và chương trình hoạt động nhóm luyện tập các kĩ năng cuộc sống. Kết quả của những can thiệp này được so sánh với những người tham gia vào các chương trình như thể thao, giải trí và các nhóm xã hội. Kết quả của các can thiệp trong thời gian ngắn và vừa là khá ấn tượng. Những người tham gia vào nhóm trị liệu hồi phục nhanh hơn. Sau 9 tháng, 56% ở nhóm đối chứng vẫn còn những vấn đề vừa và nặng, trong khi đó, tỉ lệ này ở nhóm can thiệp là 5%. Tuy

nhiên sau 5 năm thì không còn sự khác biệt. Như vậy, để có được kết quả lâu dài có lẽ cần phải có sự can thiệp củng cố.

4.3.2 Can thiệp gia đình

Do nhận thức được rằng stress cao sẽ góp phần thúc đẩy sự tái phát của TTPL nên đã có nhiều nghiên cứu tập trung vào can thiệp gia đình nhằm giảm nhẹ nguy cơ gây stress. Một trong những nghiên cứu sớm về can thiệp gia đình theo hướng này là của Leff & Vauglin (1985). Nghiên cứu đạt kết quả cao. 9 tháng sau trị liệu, chỉ có 8% trong số những người tham gia nhóm trị liệu bị tái phát so với 50% ở nhóm đối chứng. Sau 2 năm, tỉ lệ tái phát ở nhóm trị liệu là 40% còn ở nhóm chứng là 78%.

Falloon và cs. (1982) cũng có tiếp cận trị liệu tương tự. Chương trình can thiệp bao gồm giáo dục về vai trò của stress gia đình trong việc chậm ngòi cho các pha TTPL và làm việc với gia đình để phát triển kỹ năng giải quyết những vấn đề gia đình. Kết quả của họ cũng rất ấn tượng. Sau 9 tháng, chỉ có 5% người bị TTPL trong những gia đình tham gia trị liệu bị tái phát, so với 44% theo cách trị liệu bằng cách thông thường. Sau 2 năm, tỉ lệ tái phát ở nhóm nghiên cứu là 16% còn ở nhóm đối chứng là 83%. Trên cơ sở này và những cứ liệu khác, Pharoah và cs. (2000) đi đến kết luận rằng sự can thiệp gia đình làm giảm nguy cơ tái phát xuống một nửa so với cách trị liệu bằng thuốc. Họ cũng lưu ý rằng can thiệp gia đình còn làm giảm tần số nhập viện, thời gian điều trị nội trú và cải thiện tinh thần tự giác uống thuốc.

CÂU HỎI ÔN TẬP

1. Thế nào là các triệu chứng âm tính và dương tính? Những biểu hiện của các triệu chứng âm tính và dương tính trong tâm thần phân liệt?
2. Trình bày các thể lâm sàng của tâm thần phân liệt.
3. Các tiêu chuẩn chẩn đoán tâm thần phân liệt?
4. Phân tích vai trò của yếu tố di truyền trong tâm thần phân liệt?
5. Trình bày những nội dung chính của can thiệp gia đình đối với tâm thần phân liệt.
6. Trình bày những nội dung chính của trị liệu hành vi – nhận thức đối với tâm thần phân liệt.

Chương 6

NGHIỆN CHẤT

Sau khi đề cập đến một số vấn đề chung liên quan đến nghiện chất, chương đi sâu giới thiệu những rối loạn tâm thần do nghiện rượu và các yếu tố liên quan. Tiếp đó chương trình bày một số nội dung rối loạn tâm thần do nghiện ma túy.

1 MỘT SỐ VẤN ĐỀ CHUNG

1.1 Các chất tác động tâm thần

Các chất tác động tâm thần là những chất có tác động trên hệ thần kinh trung ương. Có hàng ngàn chất tác động tâm thần khác nhau, trong số đó có nhiều chất có khả năng gây lạm dụng và nghiện. Nghiện chất là một cách nói ngắn gọn của nghiện chất tác động tâm thần.

Có một số cách phân loại khác nhau. Cách phân loại được nhiều người dùng là phân nhóm theo tác dụng dược lí:

- Các chất làm giảm hoạt động của hệ thần kinh trung ương: rượu, các chất họ thuốc phiện như heroin, morphin, methadon, các thuốc an dũ...

- Các chất kích thích hệ thần kinh trung ương (các chất kích thần): amphetamin, metamphetamin, cafein, nicotin, cocain...

- Các chất gây ảo giác. Có rất nhiều các chất trong tự nhiên gây ảo giác đã được biết đến, đặc biệt là những chất có trong một số loại nấm. LSD (Lysergic acid Diethylamid) là một chất ma túy gây ảo giác được sử dụng phổ biến trên thế giới từ những năm 1960.

Sự phân chia cũng chỉ mang tính chất tương đối bởi có những chất mang tính hỗn hợp: vừa gây an dũ vừa gây ảo giác. Hoặc như rượu, chất làm giảm hoạt động của hệ thần kinh có thể gây kích thích ở liều vừa phải.

Khi tác động lên cơ thể con người, các chất tác động tâm thần đều có 2 mặt:

- *Tác dụng tích cực*: an thần, giảm đau, gây ngủ, gây mê, kích thích, hoạt hoá...nếu như dùng với lượng vừa phải.

- *Tác hại* của các chất tác động tâm thần thì tùy từng loại, phải sau một thời gian sử dụng con người mới nhận biết được. Thí dụ như: rượu phải sau

hàng nghìn năm hay thuốc phiện là một loại thần dược cũng phải sau 4-5 thế kỉ sử dụng mới nhận biết được tác hại của chúng.

1.2 Các quan niệm khác nhau về nghiện

Không có gì đáng ngạc nhiên khi chúng ta thấy có nhiều quan niệm, định nghĩa khác nhau về nghiện. Sự khác nhau này một phần là do mỗi ngành khoa học đưa ra một định nghĩa theo cách của mình mà nghiện lại là vấn đề nhận được sự quan tâm của nhiều ngành: Y học, Tâm lí học, Xã hội học... cũng như của xã hội nói chung.

1.2.1 Nghiện là một rối loạn nhân cách

Quan niệm nghiện là một rối loạn nhân cách mang tính lịch sử và có từ khá sớm. Các chất tác động tâm thần nói chung, ví dụ như rượu, thuốc phiện đã được con người sử dụng từ rất lâu và nhiều người sử dụng. Tuy nhiên chỉ một số ít người nghiện. Những người này được xem là có nét tính cách yếu đuối, kém kiểm soát bản thân. Lạm dụng hoặc thường xuyên sử dụng quá mức các chất gây nghiện càng đẩy cá nhân đến chỗ bê tha, suy đồi về đạo đức thậm chí dẫn đến tan rã nhân cách. Đó cũng còn được xem là quá trình diễn bệnh lí về nhân cách.

1.2.2 Nghiện là một bệnh

Vào những năm 1940-1950, E.M. Jellinek đã đưa ra quan điểm rằng nghiện chất là một bệnh. Do sử dụng quá mức, các chất gây nghiện đồng thời tạo ra những tổn thương ở nhiều hệ thống khác nhau của cơ thể, đặc biệt là hệ thần kinh.

Trong lĩnh vực lâm sàng tâm thần, đã từ lâu, nghiện chất được xếp vào nhóm rối loạn tâm thần ngoại sinh. Phân loại bệnh quốc tế ICD-10F hay Sách hướng dẫn chẩn đoán và thống kê các rối loạn tâm thần của Hội Tâm thần học Hoa Kỳ DSM-5 có các mã số dành cho chẩn đoán nghiện chất.

Dưới góc độ là một rối loạn tâm thần, nghiện chất có 2 tính chất nổi bật đáng lưu ý:

- Phụ thuộc về tâm lí: biểu hiện bằng ý muốn khản thiết phải dùng lại các chất tác động tâm thần để có một trạng thái tâm lí dễ chịu hay làm tan biến đi một cảm giác khó chịu.

- Phụ thuộc về thể chất: biểu hiện bằng một trạng thái thích ứng của cơ thể với các chất tác động tâm thần, bằng tăng khả năng dung nạp chất đó và xuất

hiện các triệu chứng cơ thể của hội chứng cai. Độ dung nạp biểu hiện bằng sự cần thiết phải tăng liều lượng ngày càng cao để đạt được hiệu quả mong muốn.

1.2.3. Mô hình dịch tễ - xã hội

Johnson (2011) đưa ra mô hình dịch tễ - xã hội về nghiện. Theo mô hình này, những vấn đề về nghiện ma túy hay nghiện rượu trước hết là vấn đề xã hội. Ngay từ những năm 1950, Ledermann đã cho rằng có mối liên hệ nhất định giữa mức độ sử dụng rượu với bệnh nghiện rượu. Trong khi đó có nhiều yếu tố liên quan đến mức độ sử dụng rượu: khả năng sản xuất và cung cấp rượu, truyền thống văn hóa và đặc biệt là bởi giá cả. Hoặch như việc sử dụng thuốc phiện, ở nhiều nước, cũng có sự chi phối của nhiều yếu tố như văn hóa, tôn giáo.

1.2.4. Nghiện là rối loạn hành vi

Vào những năm 1970, lí thuyết tâm lí học hành vi đã có nhiều ảnh hưởng trong các lĩnh vực xã hội. Theo lí thuyết hành vi thao tác, hành vi nghiện được củng cố bởi hậu quả của nó. Theo lí thuyết này, có thể giải thích cơ chế của hành vi nghiện ma túy như sau: do bị rử rê, lôi kéo hoặc bị hấp dẫn bởi cái gọi là trạng thái “phê” nên cá nhân “dùng thử”. Chính trạng thái sảng khoái là yếu tố củng cố, thúc đẩy cá nhân tiếp tục có hành vi sử dụng lại ma túy để đạt được trạng thái “phê”. Dựa vào cơ chế này, nhiều kĩ thuật hành vi đã được xây dựng để nhằm xóa bỏ nghiện ma túy.

1.3 Rối loạn tâm thần và hành vi do sử dụng chất

Có 2 dạng RLTT và hành vi liên quan đến sử dụng chất:

- Rối loạn do sử dụng chất: phụ thuộc và lạm dụng chất.
- Rối loạn do các chất gây ra: ngộ độc; trạng thái cai; sảng; mất trí; mất nhớ; rối loạn cảm xúc; rối loạn lo âu; loạn thần; rối loạn chức năng tình dục; rối loạn giấc ngủ.

2 NGHIỆN RƯỢU

2.1 Khái niệm chung

Uống rượu đã xuất hiện từ rất lâu trên thế giới. Ở nhiều nước, nhiều nền văn hóa, uống rượu được xem như là một thủ tục trong những dịp trang trọng: lễ hội, đám cưới, đám ma, sinh nhật, đón khách quý...

Rượu là một chất tác động mạnh lên hệ thần kinh nên dễ gây nghiện., Đứng về mặt xã hội, nghiện rượu không chỉ ảnh hưởng có hại đến sức khoẻ thể chất và tâm thần của cá nhân, làm cho lối sống trở nên bê tha, làm giảm sức lao động, mà còn làm rối loạn đời sống gia đình và xã hội.

Nghiện rượu khác với say rượu trong sinh hoạt thường ngày là biểu hiện rõ ràng hơn và có những dấu hiệu nhất định về mặt sinh học. Say rượu thường xuyên là giai đoạn đầu của nghiện rượu. Ở những người này đều có biến đổi nhân cách và suy thoái về đạo đức xã hội.

Nghiện rượu, đứng về mặt y học thì đó là một bệnh mạn tính, có đặc điểm là RLTT phát sinh phối hợp với rối loạn cơ thể do thèm bệnh lí đối với rượu, có hội chứng cai nếu ngừng uống rượu đột ngột, khả năng dung nạp rượu tăng, biến đổi nhân cách. Khi biểu hiện của bệnh rõ ràng thì người ta thấy các RLTT phối hợp với viêm dây thần kinh và các rối loạn bệnh lí ở một số cơ quan nội tạng khác (bệnh tim mạch, bệnh ung thư dạ dày-ruột).

Nghiện rượu là sự thèm muốn dẫn đến sự đòi hỏi thường xuyên đồ uống có cồn, dẫn đến rối loạn nhân cách, thói quen, giảm khả năng hoạt động ảnh hưởng đến sức khoẻ. Những trường hợp uống rượu vô tình hay hữu ý để gây hại cho sức khoẻ của mình được gọi là lạm dụng rượu (WHO, 1993).

- Theo Hardy (1994), có thể xác định nghiện rượu như sau: về mặt xã hội, nghiện rượu là tất cả các hình thái uống rượu vượt quá mức sử dụng thông thường và truyền thống.

- Viện Hàn lâm khoa học Pháp (1994): nghiện rượu là sử dụng quá 1ml cồn tuyệt đối cho 1kg cân nặng hoặc 0,75 lít rượu vang 10° cồn trong vòng 24 giờ cho một người đàn ông cân nặng 70 kg.

- Trong nước, các nhà lâm sàng thường sử dụng tiêu chuẩn xác định nghiện rượu là những trường hợp có nhu cầu uống tối thiểu 300ml rượu 40⁰/ngày, thời gian kéo dài trên 10 năm.

2.2 Các triệu chứng của nghiện rượu

Theo Tổ chức Y tế Thế giới (1993), có 7 triệu chứng chính của nghiện rượu:

- Cảm giác thôi thúc phải uống rượu.
- Thói quen uống rượu hàng ngày.
- Uống rượu được ưu tiên hơn các hành vi khác.
- Có hiện tượng dung nạp rượu.
- Lặp đi lặp lại hội chứng cai rượu.
- Uống rượu buổi sáng.
- Tái nghiện trở lại.

2.3 Sự hấp thụ và bài tiết rượu

Mức độ hấp thụ rượu phụ thuộc vào: loại rượu và nồng độ rượu, lượng thức ăn có trong dạ dày và thể trạng của người uống. Sau khi uống, khoảng 20% lượng rượu được hấp thụ vào cơ thể ngay tại dạ dày, số còn lại được hấp thụ ở ruột.

Cơ thể cũng có phản ứng tự bảo vệ. Khi nồng độ rượu được uống quá cao, màng trong dạ dày bị kích thích và sẽ tiết ra một chất nhờn để bảo vệ, làm giảm bớt sự hấp thụ. Đồng thời lúc đó môn vị co thắt, giữ rượu không cho qua ruột, làm cho người uống buồn nôn và nôn. Thức ăn, nhất là chất đạm và chất béo làm chậm, ngược lại nước uống làm tăng quá trình hấp thụ rượu.

Sau khi uống, 10% lượng rượu được thải ra bằng đường hô hấp và tiết niệu, số còn lại bị ô xy hoá để cung cấp năng lượng. Loại năng lượng này không tích trữ được mà phải sử dụng ngay. Vì vậy người uống rượu đủ năng lượng hoạt động nhưng lại thiếu các chất dinh dưỡng. Nếu uống rượu lâu ngày sẽ dẫn đến tình trạng thiếu dinh dưỡng.

2.4 Ảnh hưởng của rượu

2.4.1 Ảnh hưởng đến cơ thể

Không giống như nhiều người tưởng, rượu không phải là chất kích thích mà ngược lại, là một chất làm suy giảm hoạt động của hệ thần kinh trung ương. Rượu làm giảm sự ức chế của vỏ não dẫn đến mất sự cân bằng giữa 2 quá trình hưng phấn và ức chế.

Bảng 6.1. Nồng độ cồn trong máu và các biểu hiện tâm lý – hành vi

| <i>Nồng độ cồn trong máu</i> | <i>Biểu hiện tâm lý – hành vi</i> |
|-------------------------------|---|
| 0,5g/l (thấp) | - Khoan khoái, dễ chịu - Nói nhiều, hoạt động nhiều - Vận động thiếu chính xác - Dễ sàm sỡ, thô lỗ |
| 0.5 - 1.5 g/l (vừa) | - Rối loạn vận động - Rối loạn tư duy - Cơ thể bắt đầu bị ngộ độc rượu cấp tính |
| 3 - 4g/l (nặng) | Hôn mê |
| > 4g/l (trầm trọng) | Tử vong |

Khi nồng độ cồn trong máu thấp (khoảng 0.5g/l), người uống rượu cảm thấy khoan khoái, dễ chịu. Họ nói nhiều, hoạt động nhiều. Tuy nhiên do giảm khả năng phê phán nên họ dễ trở nên sàm sỡ, thô lỗ, vận động thiếu chính xác. Khi nồng độ cồn trong máu lên đến 0.5 - 1.5 g/l, vận động và tư duy bị rối loạn rõ rệt. Từ 1,5 - 2g/l thì cơ thể bắt đầu bị ngộ độc rượu cấp tính, từ 3 - 4g/l, xuất hiện hôn mê, trên 4g/l có thể gây tử vong.

Hệ tiêu hóa: rượu nhẹ dưới 20 độ cồn có tác dụng làm tăng tiết dịch vị, tăng nhu động ruột, tăng khả năng hấp thu của niêm mạc ruột. Ngược lại, rượu trên 20 độ cồn thì gây ức chế tiết dịch vị, ức chế khả năng hấp thu thức ăn của niêm mạc ruột. Nếu trên 40 độ cồn, rượu có thể phá hủy lớp nhầy bảo vệ niêm mạc, gây viêm ruột, co thắt vùng hạ vị và nôn.

Rượu được phân hủy tại gan, giải phóng năng lượng, nhưng năng lượng này không dự trữ được mà phải dùng ngay. Chính vì thế người nghiện rượu có thể chỉ uống rượu mà không ăn gì. Tuy nhiên do không có dự trữ nên người nghiện rượu thường gầy yếu, suy dinh dưỡng.

Các bệnh do rượu:

- Bệnh gan do rượu: gan nhiễm mỡ, viêm gan và xơ gan do rượu (do rượu chuyển hóa tại gan). Ung thư gan chiếm tỉ lệ 15% số người xơ gan.
- Viêm tụy cấp và mạn tính.
- Viêm, loét dạ dày, thủng dạ dày, chảy máu dạ dày, ung thư dạ dày.
- Bệnh tim mạch: bệnh cơ tim, loạn nhịp tim, tăng huyết áp.
- Bệnh viêm phổi.
- Bệnh cơ xương: xốp xương, bệnh gout.
- Rối loạn nội tiết, chuyển hóa: giảm chức năng sinh dục, teo tuyến yên, bệnh Cushing (vẻ mặt húp híp, béo phì, tăng huyết áp).
- Tổn thương não.
- Bệnh thần kinh ngoại vi.
- Chấn thương.
- Hội chứng rượu của thai (người mẹ mang thai khi nghiện rượu thường sinh ra con có những đặc điểm như mũi ngắn, môi trên mỏng, tai thấp, bất thường về tim).

2.4.2 Biến đổi nhân cách

Người nghiện rượu thường có những biến đổi nhân cách. Họ hay đùa tếu một cách thô lỗ nhưng lại dễ tự ái, nổi khùng với người khác, cho dù người ta

cũng chỉ đùa. Họ thường bỏ bê công việc, không quan tâm đến gia đình, thường tìm mọi cách để có tiền uống rượu. Người nghiện rượu trở nên ích kỷ hung dữ ác độc, hay đánh đập vợ con. Cùng với thời gian, cuộc sống của họ ngày càng trở nên bê tha. Khi ở họ xuất hiện hoang tưởng do rượu thì đa số các trường hợp là hoang tưởng ghen tuông. Luôn cho rằng vợ ngoại tình, họ hành hạ vợ bằng nhiều hình thức không thể tượng tượng nổi.

Về mặt xã hội: vị thế cũng như các mối quan hệ xã hội bị thu hẹp dần. Những người tốt cũng dần xa lánh, chỉ còn lại chủ yếu là bạn rượu. Phẩm chất đạo đức, xã hội bị thoái hóa dần dần đến hay có những hành vi vi phạm pháp luật.

2.4.3 Tổn hại về mặt gia đình, xã hội

Lạm dụng rượu và nghiện rượu là nguyên nhân của rất nhiều những xung đột, bạo lực trong gia đình. Về mặt xã hội, uống rượu và lạm dụng rượu kéo theo những tổn thất không chỉ về mặt y tế như tỉ lệ các bệnh liên quan đến sử dụng rượu gia tăng, tăng chi phí về y tế, mà còn một loạt các vấn đề xã hội khác, đặc biệt là an toàn giao thông.

2.5 Đặc điểm dịch tễ và các yếu tố liên quan

2.5.1 Tuổi

Nghiện rượu hay gặp ở lứa tuổi từ 30 trở lên (tuy nhiên theo nhiều kết quả nghiên cứu, độ tuổi này ngày càng trẻ hơn). Nghiện rượu cũng tăng nhanh theo tuổi: khoảng 70% số người nghiện rượu ở vào độ tuổi < 40 tuổi; 90% < 50 tuổi. Nghiện rượu càng sớm, hậu quả về mặt tâm thần và thể chất càng nặng nề. Nghiện rượu ở tuổi trẻ thì rối loạn nhân cách trầm trọng hơn, nguy cơ bị bệnh não thực tồn do rượu càng cao và nặng nề.

2.5.2 Giới

Ở Việt Nam, hầu hết người nghiện rượu đều là nam giới. Trên thế giới, tỉ lệ nam/nữ ở người nghiện rượu cũng khá khác nhau: dao động từ 4/1 đến 9/1.

Hiện nay trên thế giới, đặc biệt là ở các nước phát triển, tỉ lệ phụ nữ nghiện rượu có xu hướng gia tăng. Có ý kiến cho rằng những diễn biến lâm sàng nghiện rượu ở phụ nữ thường nhẹ hơn so với nam giới vì ít các yếu tố nguy cơ. Tuy nhiên cũng có nghiên cứu khẳng định rằng biến đổi nhân cách do rượu ở phụ nữ nghiện rượu diễn ra nhanh hơn so với nam giới.

2.5.3 Học vấn và nghề nghiệp

Theo các nghiên cứu ở Việt Nam, khoảng 80% số người nghiện rượu là những người lao động nặng nhọc, thu nhập thấp, học vấn chưa quá phổ thông trung học. Có đến 30% thất nghiệp.

2.5.4 Văn hóa - xã hội

Đặc điểm văn hóa, tập tục, lối sống có liên quan nhất định đến tệ nghiện rượu.

2.6 Các giai đoạn của nghiện rượu

2.6.1 Giai đoạn I

Dựa vào các dấu hiệu lâm sàng trong giai đoạn này có thể phân biệt được nghiện rượu với say rượu. Việc phân biệt đó có ý nghĩa rất quan trọng trong chẩn đoán sớm nghiện rượu.

- Một trong những dấu hiệu chủ yếu và sớm nhất trong giai đoạn nghiện rượu là say rượu bệnh lí, sự ám ảnh thường xuyên và sau đó là mất kiểm soát số lượng rượu được uống. Cá nhân thường có nhu cầu bắt buộc đối với rượu, luôn có ám ảnh thèm rượu, tranh thủ mọi cơ hội, tìm mọi cơ để uống rượu, liều rượu uống trong 24 giờ lên đến 400-500 ml hoặc nhiều hơn với rượu trắng 40 độ cồn.

- Thay đổi tính phản ứng cơ thể và phụ thuộc tâm lí đối với rượu.

- Triệu chứng đầu tiên của nghiện rượu là mất phản xạ nôn tự vệ hay là mất nôn khi uống rượu quá liều.

- Có biến đổi khả năng dung nạp rượu, do đó cá nhân sử dụng được liều rượu cao hơn những liều tối đa cho phép.

- Cũng trong giai đoạn này có thể có rối loạn trí nhớ và thay đổi tính nét rõ ràng. Họ trở nên độc ác, hay quấy nhiễu, dễ nổi khùng, hay đa nghi. Các triệu chứng RLTT nói trên đều được hình thành và phát triển trên nền suy nhược thần kinh (trạng thái uể oải, đuối sức, làm việc chóng mệt mỏi, rối loạn chú ý, đau đầu, mất ngủ, giảm sút quá trình hoạt động trí tuệ). Tất cả những rối loạn đó làm cho khả năng lao động giảm sút và chất lượng công tác kém.

Giai đoạn này có thể kéo dài từ 1-6 năm, phụ thuộc vào cường độ của nhu cầu bắt buộc đối với rượu. Có thể gặp các rối loạn chức năng hệ thần kinh, rối loạn vận mạch, rối loạn huyết áp, viêm thực quản, viêm dạ dày, viêm đại tràng, rối loạn chức năng gan, viêm gan, viêm tụy.

2.6.2 Giai đoạn II

Trong giai đoạn này biểu hiện của trạng thái phụ thuộc thực thể chiếm ưu thế. Tình trạng say rượu bệnh lí ngày càng gia tăng, không tự kiềm chế được và có tính chất cưỡng bức (thèm bắt buộc). Người nghiện rượu không đủ nghị lực để đấu tranh chống lại cơn thèm rượu. Các triệu chứng ở giai đoạn I không những không biến mất mà còn phát triển tăng lên. Đặc điểm nổi bật trong giai đoạn này là hội chứng cai xảy ra khi người nghiện rượu không uống rượu vài giờ hoặc một ngày.

Khả năng dung nạp rượu trong giai đoạn này tăng cao đến cực điểm và có thể duy trì hàng năm. Lượng rượu người nghiện rượu có thể uống đạt đến 1500-2000 ml rượu mạnh trong một ngày và triền miên trong trạng thái say rượu. Trong giai đoạn này khí sắc rất căng thẳng, hành vi hung bạo và độc ác, nhân cách biến đổi trầm trọng, mang tính chất bê tha.

Biểu hiện RLTT do rượu trong giai đoạn này thường là tiến triển cấp tính và kéo dài, triệu chứng đa dạng và ngày càng đậm nét hơn. Giai đoạn phụ thuộc thực thể này có thể kéo dài 3-5 năm.

2.6.3 Giai đoạn III

Giai đoạn III có đặc điểm là biến đổi từ từ làm cho các triệu chứng ở giai đoạn II nặng lên và xuất hiện thêm các triệu chứng mới. Thèm rượu có khuynh hướng giảm đi, bớt lè nhè và bớt quấy rầy hơn trước. Thèm bắt buộc đối với rượu xảy ra do các yếu tố loạn tâm thần nội sinh. Khả năng dung nạp rượu kém. Trạng thái say xảy ra với liều rượu nhỏ hơn giai đoạn I và II. Trong giai đoạn này người nghiện rượu chỉ uống được 150-200 ml rượu mạnh mỗi lần là đã say và thời gian say cũng kéo dài hơn trước. Khi uống lượng rượu lớn, dễ xuất hiện trạng thái choáng váng, nói nhiều và hay gây sự cãi nhau.

Lạm dụng rượu ở đây tuy liều nhỏ nhưng thường xuyên, hằng ngày. Khi người nghiện rượu tiếp tục uống thì khả năng dung nạp rượu càng giảm do những biến đổi thực tổn ngày càng nặng nề. Nổi bật ở giai đoạn này là xuất hiện các trạng thái/bệnh loạn thần do rượu, ví dụ như: loạn thần Korxakov.

2.7 Các trạng thái rối loạn tâm thần do rượu

2.7.1 Say rượu

Say rượu đơn thuần

Say rượu đơn thuần được chia thành 3 mức độ: nhẹ, vừa và nặng.

Bảng 6.2 Các biểu hiện tâm lý – hành vi của say rượu đơn thuần

| Mức độ | Biểu hiện tâm lý – hành vi |
|-------------|---|
| Nhẹ | <ul style="list-style-type: none">- Giảm ngưỡng cảm giác- Giảm tư duy- Giảm vận động (vận động chậm chạp)- Phản ứng chậm- Hay nổi khùng- Dễ kích động, gây hấn, bạo lực. |
| Vừa | <ul style="list-style-type: none">- Rối loạn chú ý nặng hơn- Hay đãng trí- Tri giác thiếu chính xác, sai thực tại- Tư duy lai nhai- Tăng ham muốn tình dục- Hành vi hung bạo- Rối loạn phối hợp vận động, đi đứng loạng choạng. |
| Nặng | <ul style="list-style-type: none">- Trạng thái choáng váng ngày càng tăng- Bán hôn mê hoặc hôn mê kèm theo rối loạn cơ thể nặng. |

Say rượu bệnh lý

Say rượu bệnh lý là các RLTT cấp tính xảy ra do uống rượu, trong một khoảng thời gian ngắn, triệu chứng khá đa dạng và phong phú. Trong say rượu bệnh lý chủ yếu thường gặp trạng thái rối loạn ý thức, rối loạn ngôn ngữ. Điểm cơ bản để phân biệt say rượu đơn thuần và say rượu bệnh lý là đặc điểm của trạng thái rối loạn ý thức. Trong say rượu đơn thuần chỉ có rối loạn ngôn ngữ và trạng thái choáng váng.

Say rượu bệnh lý xảy ra ngay sau khi uống không chỉ với một lượng rượu lớn mà còn cả khi uống với một lượng rượu nhỏ. Trong trạng thái say rượu bệnh lý, người nghiện rượu có hành vi nguy hiểm cho xã hội. Các hành vi này thực tế không phải là phản ứng mà là những hành vi xung động, hành vi kích động và ám ảnh bệnh lý kết hợp với các rối loạn vận động tự động và thăng bằng. Trạng thái say rượu bệnh lý được kết thúc đột ngột cũng như là khi chúng bắt đầu, đôi khi được kết thúc bằng một giấc ngủ sâu. Tất cả các giai đoạn của say rượu bệnh lý người nghiện rượu không nhớ được.

2.7.2 Hội chứng cai rượu

Hội chứng cai là trạng thái RLTT xuất hiện sau khi người nghiện rượu ngừng uống vì một lí do nào đó, ví dụ như phải đi điều trị bệnh hoặc nỗ lực bỏ rượu. Các triệu chứng của hội chứng cai gồm:

- *Thèm rượu*: vài giờ sau khi ngừng uống rượu, người nghiện rượu sẽ cảm thấy rất thèm rượu. Người nghiện rượu có thể uống tất cả những gì có chứa rượu như: rượu vang, bia, thuốc ho, nước hoa, thậm chí cả cồn công nghiệp.

- *Run tay*: run tay biên độ trung bình, xuất hiện cả khi nghỉ và khi làm việc. Nhiều người có run ở vùng miệng, vùng cổ, mặt. Sau đó cơn run lan ra toàn thân. Người nghiện rượu đi đứng loạng choạng, rất dễ ngã (chính vì vậy trên mặt những người nghiện rượu thường có nhiều vết sẹo, chứng tích của những lần ngã).

- *Chán ăn và buồn nôn*: thường ngày người nghiện rượu cũng đã là người ăn ít. Trong trạng thái cai, họ còn ăn ít hơn, thậm chí có người còn không ăn uống gì. Người nghiện rượu hay buồn nôn và nôn.

- *Mất ngủ*. Mất ngủ xuất hiện ngay tối đầu tiên sau khi ngừng uống rượu. Người nghiện rượu khó vào giấc ngủ, ngủ không sâu, hay tỉnh giấc sớm và nhiều ác mộng. Cũng có thể mất ngủ hoàn toàn (không ngủ được chút nào trong vài ngày liên tục).

- *Rối loạn thân kinh thực vật nặng nề*. Mạch của người nghiện rượu thường trên 100 lần/phút; huyết áp cao, dao động, ra mồ hôi rất nhiều (vã ra như tắm) mặc dù trời không nóng.

- *Tình trạng lo lắng quá mức, lú lẫn*. Các triệu chứng lo lắng và lú lẫn tăng lên vào buổi tối khi thị lực của người nghiện rượu ít phát huy hiệu quả.

- *Kích động tâm thần vận động*. Người nghiện rượu la hét, chửi bới lung tung, có thể đánh đập vợ, con, đập phá đồ đạc.

- *Hoang tưởng và ảo giác do cai rượu*. Người nghiện rượu có thể chỉ có hoang tưởng hoặc ảo giác hoặc có cả 2 triệu chứng này. Ảo giác hay gặp nhất trong cai rượu là ảo thanh thật. Ảo thị thường dưới dạng hình ảnh các loại động vật nhỏ như chim, chuột, rết, côn trùng... Cũng có trường hợp người nghiện rượu nhìn thấy những hành ảnh rất ghê rợn mà họ cho đó là ma quỷ. Hoang tưởng ở người có hội chứng cai thường là hoang tưởng ghen tuông, hoang tưởng bị hại.

- *Cơn co giật kiểu động kinh*: người nghiện rượu cũng có các giai đoạn co cứng trong vài giây, sau đó xuất hiện cơn co giật trong 1-2 phút. Tiếp theo là trạng

thái doãi mềm, quên trong cơn. Tất cả các đặc điểm trên khiến chúng ta dễ nhầm với động kinh cơn lớn.

Khoảng 1/3 số trường hợp có hội chứng cai rượu sẽ tiến triển thành sáng rượu.

2.7.3 Sáng rượu

Sáng rượu là một trạng thái loạn thần cấp tính do rượu, xuất hiện ở những người nghiện rượu mạn tính sau khi ngừng uống rượu. Sáng rượu được coi là một cấp cứu tâm thần, nếu không được điều trị kịp thời, tỉ lệ tử vong là 20%, chủ yếu do các bệnh lí cơ thể như viêm phổi, suy thận, suy gan, suy tim...

Sáng rượu thường xảy ra ở giai đoạn 2 của nghiện rượu mạn tính, khi người nghiện rượu ngừng uống rượu đột ngột từ 1 - 3 ngày. Các triệu chứng của sáng rượu rất đa dạng và phong phú nhưng chủ yếu tập trung thành 3 nhóm:

- *Mất ngủ* hoàn toàn kéo dài trong vài ngày, thậm chí hàng tuần.

- *Hội chứng hoang tưởng-ảo giác* trong sáng rượu diễn ra rất rầm rộ. Người nghiện rượu có hoang tưởng bị hại và có ảo thị: nhìn thấy các động vật nhỏ như chim, chuột, dơi, kiến... Ở một số người nghiện rượu có các ảo thị ghê rợn khiến họ lo lắng, sợ hãi. Người nghiện rượu cũng có thể có ảo thanh, tiếng nói rất rõ như của người nào đó, nội dung thường là đe dọa, chửi bới.

- *Rối loạn ý thức* ở các mức độ khác nhau. Người nghiện rượu có thể có rối loạn định hướng không gian, thời gian và bản thân, tình trạng rối loạn ý thức có thể tăng lên dẫn đến trạng thái ý thức u ám và hôn mê. Rối loạn ý thức trong sáng rượu thường tăng lên về ban đêm hoặc về sáng sớm.

Ngoài ra còn các rối loạn thần kinh thực vật như: run, giảm trương lực cơ, tăng phản xạ gân xương, xung huyết da, tăng tiết mồ hôi, tim đập nhanh, huyết áp động mạch dao động, có thể gặp cơn co giật kiểu động kinh và có hành vi tự sát. Các yếu tố bệnh cơ thể cũng biểu hiện rõ rệt như: nhiễm khuẩn huyết, viêm phổi, viêm tụy, viêm túi mật...

2.7.4 Ảo giác do rượu

Ảo giác do rượu là một trạng thái loạn thần. Các triệu chứng ảo thính giác thật chiếm ưu thế. Ý thức của người nghiện rượu ở thể bệnh này thường là sáng sủa. Những năm trước đây, theo mô tả của y văn thì thể bệnh này ít gặp. Nhưng trong khoảng 10 năm trở lại đây thì ảo giác do rượu cũng như hoang tưởng do rượu đều tăng lên ở những người loạn tâm thần cấp tính do rượu.

Hình ảnh lâm sàng nổi bật của ảo giác do rượu là ảo thính giác thật chiếm ưu thế. Các ảo giác ở đây đối với người nghiện rượu không thật sự rõ ràng. Nội dung ảo thính giác thường gặp là những lời nói đe dọa, chửi rủa, sỉ nhục người nghiện rượu. Ý thức của người nghiện rượu không có rối loạn. Định hướng bản thân, không gian và thời gian rất rõ ràng. Người nghiện rượu mất khả năng phê phán đối với ảo giác. Khí sắc phù hợp với nội dung của ảo giác. Có thể thấy biểu hiện lo âu, lo lắng chờ đợi một điều gì đó đang xảy ra cho người nghiện rượu. Nội dung của ảo giác chi phối hành vi của người nghiện rượu. Đặc biệt chú ý đến các ảo thanh ra lệnh, rất nguy hiểm cho tính mạng người nghiện rượu và những người xung quanh. Họ có thể phá phách, đốt nhà, giết người,... theo mệnh lệnh của ảo thanh. Cùng với ảo thanh, người ta còn gặp ảo thị giác thô sơ không bền vững.

Sự xuất hiện và phát triển ảo giác do rượu không chỉ phụ thuộc vào ảnh hưởng gây độc trực tiếp của rượu mà còn do rối loạn chuyển hoá chất, do biến đổi thực tổn của tổ chức não, do chấn thương và do một số yếu tố khác.

2.7.5 Hoang tưởng do rượu

Hoang tưởng do rượu cũng là một trạng thái loạn thần do rượu. Biểu hiện lâm sàng chủ yếu là hội chứng ảo giác-hoang tưởng với các hoang tưởng bị chi phối, ảo thanh và không có rối loạn ý thức.

Hoang tưởng ghen tuông và hoang tưởng bị truy hại là những triệu chứng lâm sàng chủ yếu của hoang tưởng do rượu. Nội dung của các hoang tưởng có liên quan đến những sự vật có thật xung quanh người nghiện rượu như với vợ, với hàng xóm, với đồng nghiệp, với bạn bè... Cảm xúc của người nghiện rượu rất đa cảm, họ luôn cảm thấy lo âu và hoảng sợ. Nội dung của hoang tưởng chi phối hành vi và tính cách của người bệnh và thường là họ có hành vi tấn công người khác. Hành vi ở người nghiện rượu có hoang tưởng ghen tuông có thể được điều chỉnh. Còn một số ít người nghiện rượu khác không thể che đậy được các hoang tưởng của mình, thể hiện sự ghen tuông bằng hành vi thô bạo làm cho việc chẩn đoán khó khăn và họ có thể trở thành những người nguy hiểm cho xã hội.

Đa số các hoang tưởng đi kèm theo ảo thính giác, ít khi thấy có ảo thị giác. Người nghiện rượu không có rối loạn định hướng thời gian và không gian nhưng tính cách rất bảo thủ.

Tiến triển của hoang tưởng do rượu được phân chia ra 3 loại: hoang tưởng cấp tính do rượu kéo dài 3-4 tuần, hoang tưởng bán cấp tính do rượu kéo dài 2-3 tháng và hoang tưởng mạn tính do rượu kéo dài hơn 3 tháng đến hàng năm.

2.7.6 Loạn thần Korsakov

Bệnh loạn thần Korsakov xảy ra trong giai đoạn cuối cùng của bệnh nghiện rượu. Nổi bật nhất là mất nhớ hoàn toàn. Người nghiện rượu không thể học tập được và không thể ghi nhận được các thông tin mới, ví dụ như tên bác sĩ điều trị cho mình mặc dù hàng ngày người nghiện rượu vẫn được nhắc đi nhắc lại. Một số ít người nghiện rượu mất nhớ không hoàn toàn. Khi trả lời câu hỏi, người nghiện rượu bịa ra những sự kiện thay thế cho sự khuyết hỏng của trí nhớ. Bệnh cứ tiếp tục tiến triển khi nhiễm độc rượu vẫn tiếp diễn hoặc khi ngừng trạng thái phụ thuộc rượu không thấy có biểu hiện tiến bộ gì. Hội chứng rối loạn trí nhớ nổi bật trong bệnh cũng được gọi là hội chứng Korsakov (sau này người ta phát hiện thấy hội chứng Korsakov còn xuất hiện ở một số bệnh khác). Các triệu chứng nổi bật của hội chứng Korsakov:

- *Quên thuận chiều*. Do ghi nhớ kém nên người có RLTT mất định hướng và quên tất cả những gì vừa mới xảy ra. Người có RLTT không biết mình đang ở đâu, vì sao đến đây, quên cả giường nằm, không nhớ đã ăn chưa và ăn món gì. Vừa mới chào bác sĩ sau đó lại chào và vẫn khẳng định rằng chưa gặp bác sĩ ngày hôm nay.

- *Loạn nhớ*: những sự kiện có thực trong cuộc sống của người bệnh thì lại được nhớ vào những khoảng thời gian, không gian khác (nhớ giả). Người bệnh có thể quên nhiều và thay vào đó là nói đến những sự việc chưa hề xảy ra nhưng không biết là mình bịa (nhớ bịa).

Tuy nhiên đối với những sự kiện cũ, trước khi bị bệnh thì vẫn nhớ đúng và chính xác. Trong hội chứng Korsakov người nghiện rượu thường lơ đãng, vô cảm, dễ mệt nhọc, đôi khi có khoái cảm và mau kiệt sức. Bệnh loạn tâm thần Korsakov là một trong các thể bệnh não thực tổn mạn tính do rượu. Hội chứng mất nhớ và viêm đa dây thần kinh là dấu hiệu chủ yếu của bệnh.

2.8 Các yếu tố liên quan đến nghiện rượu

2.8.1 Các yếu tố xã hội

Rượu là một thức uống hợp pháp về mặt xã hội và sự tiêu thụ rõ ràng bị ảnh hưởng bởi yếu tố xã hội và yếu tố môi trường. Bắt đầu uống rượu được xem là một bước chuyển từ tuổi thơ ấu sang tuổi trưởng thành, mặc dù điều này có

thể xảy ra khá sớm trong cuộc đời: 1/3 số trẻ 13-14 tuổi ở Anh đã uống rượu hơn một lần (Sutherland và Wilner 1998). Việc sử dụng rượu sớm ở những người trẻ tuổi liên quan đến thái độ ủng hộ đối với việc uống rượu, nhiều trường hợp có liên quan đến hành vi và thái độ của gia đình và anh em, bè bạn, và có thể là kết quả của hình ảnh cổ vũ việc tiêu thụ rượu trên tivi, phim ảnh, v.v.. .

Những yếu tố xã hội ảnh hưởng đến việc bắt đầu uống rượu. Ví dụ, việc mua bán qua lại có thể tăng sự uống rượu ở những người trẻ tuổi, mà với họ, rượu thường liên quan đến các hoạt động xã hội và của nhóm. Những chuyển biến trong cuộc đời, cả tốt lẫn xấu đều ảnh hưởng đến việc uống rượu: sự phát triển các mối quan hệ và gia đình, hoặc tìm được một việc làm và duy trì được công việc đó có thể hạn chế việc sử dụng rượu. Những sự kiện bất lợi trong cuộc sống có thể làm tăng việc sử dụng rượu, đặc biệt ở những người thường uống rượu để giải sầu (Perreira và Sloan 2001).

Sự phổ biến của những vấn đề về rượu rất đa dạng ở những nhóm văn hóa và xã hội khác nhau. Đàn ông thường nghiện nặng và uống nhiều hơn so với phụ nữ. Công nhân “cổ xanh” (những người phải làm các công việc nặng nhọc) uống nhiều hơn công nhân “cổ trắng” bởi họ uống rượu như một phần trong công việc của mình. Những cuộc chè chén say sưa thường thấy nhất ở những người trẻ tuổi, các cuộc tụ tập của đàn ông và nhóm những người thu nhập thấp và trình độ học vấn thấp (Hemmingsson et al. 1997).

2.8.2 Những yếu tố tâm lý

Những lý giải theo trường phái hành vi của việc uống rượu xem nó như kết quả của điều kiện hóa. Uống rượu đem lại khoái cảm có thể là về sinh lý, xã hội hoặc sự giảm nhẹ sau một căng thẳng. Một khi một cá nhân đã trở nên phụ thuộc hơn vào rượu thì một động lực xa hơn để tiếp tục uống rượu là để tránh các triệu chứng cai (đỡ thèm). Uống rượu có liên hệ với những sự kiện hoặc gợi nhớ cụ thể, nguy cơ phải đối mặt với những điều đó có thể lại là châm ngòi cho việc uống tiếp theo (Wilson 1988).

Khi bắt đầu uống rượu, những ý nghĩ như uống một chút để khởi đầu hoặc kết thúc công việc, tăng cường các mối quan hệ...chiếm ưu thế. Theo thời gian, dường như các sự kiện, công việc càng được gắn nhiều hơn với rượu. Thậm chí khi không có việc gì người ta cũng có thể nghĩ đến rượu.

2.8.3 Các yếu tố sinh học

Cũng không ít người uống rất nhiều rượu trong nhiều năm mà không bị phụ thuộc vào nó. Hầu hết mọi người giảm dần việc uống rượu khi trưởng thành hơn. Những người đàn ông trẻ tuổi uống rất nhiều rượu khi còn độc thân nhưng có thể điều chỉnh lại việc đó khi họ kết hôn, có con v.v.. Do vậy bất kì sự giải thích những vấn đề nào liên quan đến uống rượu cần phải tìm hiểu những yếu tố trong giai đoạn đầu uống rượu cũng như tại sao một vài người vẫn tiếp tục uống rượu và rồi trở nên lạm dụng nó. Mô hình tâm - sinh - xã hội tỏ ra hợp lí nhất khi có thể giải thích tại sao có những người lại có xu hướng phụ thuộc rượu nhiều hơn những người khác, cũng như những yếu tố xã hội và tâm lí có thể độc lập hoặc kết hợp mà dẫn tới trạng thái này.

Trong số các yếu tố sinh học, nhiều nhà nghiên cứu quan tâm đến yếu tố di truyền. Có một vài bằng chứng về tổ bẩm trong vấn đề về rượu. Prescott và Kendler (1999) đã thông báo tỉ lệ cùng có “sự tiêu thụ rượu cao trong cả cuộc đời” ở trẻ sinh đôi cùng trứng 47% và 32% ở trẻ sinh đôi khác trứng. Những nghiên cứu về việc nhận con nuôi cũng đã chỉ ra rằng con nuôi có cha mẹ để nghiện rượu có tỉ lệ mắc các vấn đề về rượu cao hơn những đứa trẻ mà cha mẹ bình thường (Cadoret et al. 1995).

Điều này không đòi hỏi nhất thiết phải chỉ ra một gen về nghiện rượu: vấn đề về rượu có thể là cái thứ cấp cho những nét trung gian về gen bao gồm những vấn đề về cảm xúc hoặc kiểm soát xung năng kém. Tuy nhiên, cũng có bằng chứng gián tiếp ám chỉ một hoặc nhiều gen cụ thể liên quan đến việc phụ thuộc rượu. Schuckit và cs. (1996) nhận thấy rằng những cá nhân từ những gia đình có mức độ sử dụng rượu cao có đáp ứng sinh lí với rượu thấp hơn so với nhóm đối chứng. Điều này có thể dẫn đến tình trạng tệ hơn, dễ nghiện nặng hơn. Cũng như thế, những người có lịch sử gia đình về nghiện rượu thường dễ dàng cảm thấy bết lo âu nhiều hơn sau khi uống rượu so với bình thường (Finn et al. 1992). Một lần nữa, điều này được xem như đã củng cố việc uống rượu.

2.9 Can thiệp

2.9.1 Các biện pháp y học

Ngoài việc xử trí những rối loạn, tổn thương cơ thể trong những trường hợp có RLTT, cai rượu (chữa trị chứng nghiện rượu) là một công việc hết sức khó khăn. Thậm chí có người cho rằng không thể chữa được.

Để giúp người nghiện rượu có thể từ bỏ uống rượu, hiện nay các thầy thuốc thường sử dụng disulfiram (esperal). Thuốc ngăn ngừa quá trình phân huỷ rượu do vậy những sản phẩm chuyển hoá trung gian sẽ tích tụ lại và gây ra những triệu chứng như mệt mỏi, đau đầu, đánh trống ngực, buồn nôn, đôi khi có nôn chỉ khoảng 20 phút sau uống rượu. Người nghiện rượu có thể được đưa cho một test phản ứng với rượu để cảnh báo họ về hậu quả của việc uống rượu. Lợi ích của disulfiram phụ thuộc vào việc sử dụng nó thường xuyên. Khi được củng cố, dường như xuất hiện một rào chắn hiệu quả ngăn ngừa uống rượu. Nó sẽ kém hiệu quả hơn khi được sử dụng tự nguyện (Hughes & Cook, 1997).

Một loại thuốc khác cũng được thầy thuốc sử dụng để chống tái nghiện rượu: naltrexon. Đây là loại thuốc được dùng điều trị củng cố cho những người nghiện ma túy nhóm morphin, heroin. Naltrexon cũng cho kết quả tốt trong chống tái nghiện rượu, tuy nhiên khá đắt tiền.

2.9.2 Các biện pháp tâm lý-xã hội

Phòng ngừa việc tiêu thụ rượu quá mức, kiểm soát việc uống rượu quá mức nếu có tác dụng đến tất cả mọi người cũng sẽ có tác dụng tới những người nghiện nặng hoặc có các vấn đề về rượu. Do vậy phòng ngừa tập trung vào tất cả những người uống rượu hơn là với những người uống quá nhiều.

Phòng ngừa theo hướng này thường cố gắng thay đổi nội dung và luật lệ liên quan đến việc tiêu thụ rượu. Rất nhiều trường hợp đã thành công. Những luật về việc lái xe khi uống rượu và các quảng cáo liên quan rõ ràng đã giảm con số vụ tai nạn có liên quan đến rượu và khiến cho việc lái xe khi uống rượu trở nên khó chấp nhận hơn nhiều.

Có hai quan điểm về nghiện rượu và giải quyết vấn đề:

- Quan điểm thứ nhất: nghiện rượu là một bệnh cơ thể. Như vậy, người nghiện rượu cần phải được điều trị (dùng thuốc) và phải ngừng uống rượu hoàn toàn. Hội những người không uống rượu ở Mỹ là một ví dụ.

- Quan điểm thứ hai: “uống rượu có vấn đề” là kết quả của những yếu tố tâm lý và xã hội và rằng mọi người có thể học cách uống rượu một cách thích hợp và điều độ. Nếu những nhà thực hành ở Mỹ tán thành quan điểm 1, thì ở Châu Âu có xu hướng tán thành quan điểm 2 nhiều hơn.

Những cố gắng về bỏ uống hoàn toàn có thể gây ra rất nhiều vấn đề chứ không phải chỉ là một vài vấn đề như một số người nghĩ. Đã có những nghiên cứu thử nghiệm đề nghị những người phụ thuộc rượu lựa chọn giữa việc uống

rượu có kiểm soát hoặc nhịn uống hoàn toàn (Booth et al. 1992) và cả 2 nhóm đều đạt được kết quả tốt. Như vậy mục tiêu trị liệu tốt nhất là thân chủ tự lựa chọn chứ không phải do nhà trị liệu.

Tiếp cận hành vi -nhận thức

Nhiều cách tiếp cận phản cảm đã được sử dụng trong điều trị những vấn đề liên quan đến rượu, bao gồm việc đưa ra các kích thích liên quan đến rượu cùng lúc với các cú sốc điện nhẹ hoặc tiêm một loại thuốc gây ra cảm giác ngạt thở, hoặc cho uống chút rượu ngay sau khi uống thuốc gây nôn. Những phương pháp này, ở mức độ tốt nhất, đã chứng tỏ hiệu quả nhất định trong thời gian ngắn (nhưng không dài) và hiện nay được xem như có vấn đề về đạo đức. Nhiều chương trình hành vi nhận thức gần đây tập trung vào việc luyện tập những kỹ năng xã hội và chiến lược trong việc tránh tái nghiện.

Những kỹ năng xã hội luyện tập bao gồm dạy kỹ năng giao tiếp và kỹ năng đánh giá để giúp những người nghiện rượu đương đầu hiệu quả hơn với những tình huống gây stress, từ chối uống rượu. Trong chương trình phòng ngừa tái phát, những tình huống có nguy cơ cao được xác định và cá nhân phát triển và tập dượt những chiến lược cụ thể để giúp họ đương đầu với chúng. Những điều này bao gồm các chiến lược thách thức ý nghĩ nghiện ngập và đương đầu với việc nài ép uống rượu.

Tái phát thường liên quan đến những vấn đề hôn nhân và được phòng tránh bởi quan hệ hôn nhân chặt chẽ. Với lý do này, một số chương trình liên quan đến bạn đời của những người có vấn đề với rượu. O'Farrell và Fals-Steward (2000) đã miêu tả một can thiệp nhằm tăng kỹ năng giao tiếp và giải quyết vấn đề của các cặp vợ chồng hơn là chỉ với cá nhân. Cả người nghiện rượu và bạn đời của họ đều học những chiến lược để giảm việc uống rượu, bao gồm việc thay đổi hành vi có thể thúc đẩy việc uống rượu ở những người bạn đời, tìm những cách thức mới để thảo luận việc uống rượu và những tình huống liên quan đến nó và những đáp ứng mới đối với việc uống rượu của bạn đời.

Một kiểu trị liệu khác lại tập trung vào kiểu hình và chất lượng giao tiếp giữa hai vợ chồng. Trong báo cáo của mình về hiệu quả của cách tiếp cận này, O'Farrell và Fals-Steward (2000) đã kết luận rằng nó có hiệu quả ổn định và cao hơn so với trị liệu cá nhân về việc điều chỉnh mức uống rượu, bỏ uống, những vấn đề liên quan đến rượu và chất lượng của các quan hệ hôn nhân.

Những trị liệu ngắn

Một số người uống rượu có vấn đề có thể được giúp đỡ bởi những can thiệp tương đối ngắn gọn. Chick (1991) cho rằng người nghiện rượu điều trị nội trú có thể được động viên để tăng cường thể lực chung và sàng lọc người nghiện rượu dùng rượu ở mức độ cao. Những người có các vấn đề liên quan đến rượu được phân công một cách ngẫu nhiên vào nhóm không có can thiệp gì hoặc nhóm tham vấn cá nhân và được phát một quyển sách nhỏ ghi chi tiết cách giảm uống rượu. Một năm sau, việc uống rượu giảm xuống ở những người tham gia các nhóm can thiệp hơn là những người không nhận bất kì một sự can thiệp nào.

Một can thiệp cơ hội tương tự được Monti và cs. (1999) thông báo. Các tác giả đã tiến hành đánh giá hiệu quả của một can thiệp được thiết kế để làm tăng động cơ hạn chế uống rượu ở thanh thiếu niên được chữa trị ở khoa cấp cứu sau tai nạn liên quan đến rượu. Ở những người được can thiệp, lái xe sau khi uống rượu, vi phạm giao thông, bị thương và các vấn đề do rượu thấp hơn rõ rệt so với những người không có can thiệp nào ở năm tiếp theo.

Phòng vấn động cơ

Can thiệp của Monti và cs. (1999) được biết như là phòng vấn động cơ. Mục tiêu ban đầu đầu là khích lệ các cá nhân khám phá cả những ý nghĩ tích cực và tiêu cực về một hành vi hoặc sự thay đổi hành vi cụ thể. Quá trình này nhằm khởi động một trạng thái bất đồng nhận thức. Trong trạng thái này, cá nhân chủ động xem xét hai hệ thống niềm tin và thái độ trái ngược nhau đối với một vấn đề cụ thể (trong trường hợp này, xem xét ‘cái tốt’ và ‘cái không tốt lắm’ trong uống rượu). Theo lí thuyết sự trái ngược về nhận thức, đây là một trạng thái đối lập, đòi hỏi phải có sự hoạt động của nhận thức để làm giảm sự khó chịu. Điều này có thể dẫn đến một sự loại bỏ những lí do mới được xem xét hoặc chấp nhận những ý nghĩ và hành vi mới- trong trường hợp này là hạn chế uống rượu.

Cách tiếp cận này, hoặc là một cuộc phỏng vấn chỉ diễn ra một lần, hoặc là một phần của can thiệp mở rộng, đã tỏ ra có hiệu quả trong việc giảm lượng rượu uống ở những người uống rượu có vấn đề. Sellman và cs. (2001) đã so sánh những hiệu quả của trị liệu động cơ, phản xạ nghe không định hướng, và không can thiệp trị liệu kiểm soát đối với những người uống rượu có vấn đề. Trong 6 tháng sau can thiệp, 43% người trị liệu động cơ vẫn tham gia các cuộc chè chén say sưa, so với 63% ở những nhóm khác.

3 NGHIÊN MA TÚY

3.1 Khái niệm về ma túy

Khi giải thích về ma túy/chất ma túy, nhiều tác giả thường dẫn ra những phát biểu trong các tài liệu nước ngoài. Theo những định nghĩa như vậy, ma túy đồng nghĩa với các chất tác động tâm thần, bao trùm tất cả chất như: thuốc phiện, heroin, cần sa, thuốc lá, rượu, các thuốc gây nghiện... Thậm chí có những tài liệu còn đưa ra các cách phân loại ma túy gồm 2 loại: ma túy hợp pháp và ma túy bất hợp pháp. Điều này có lẽ là do trong tiếng Anh, có 2 từ thường được dùng là: Drug và Substance. Cả hai từ đều không trùng hợp hoàn toàn với từ ma túy/chất ma túy trong tiếng Việt.

Theo Từ điển từ và ngữ Hán – Việt của Nguyễn Lâm (2003), ma túy là từ ghép gồm: ma là loại cây gai, cây có nhựa có thể làm cho say; túy là say. Ma túy là chất độc làm cho người ta tê mê, dùng quen thành nghiện. Trong đời sống xã hội ở Việt Nam, khái niệm ma túy thường được dùng với nghĩa tiêu cực, gắn với một số chất gây nghiện nguy hiểm như thuốc phiện, heroin, ma túy đá...

Luật Phòng, chống ma túy của Việt Nam (Luật số 23/2000/QH10) đã quy định:

Chất ma túy là các chất gây nghiện, chất hướng thần được quy định trong các danh mục do Chính phủ ban hành.

2. Chất gây nghiện là chất kích thích hoặc ức chế thần kinh, dễ gây tình trạng nghiện đối với người sử dụng.

3. Chất hướng thần là chất kích thích, ức chế thần kinh hoặc gây ảo giác, nếu sử dụng nhiều lần có thể dẫn tới tình trạng nghiện đối với người sử dụng.

Trên cơ sở Luật Phòng, chống ma túy đã được ban hành, Chính phủ cũng đã có Nghị định số 67/2001/NĐ-CP, tiếp theo đó là Nghị định số 82/2013/NĐ-CP và gần đây nhất là Nghị định số 73/2018 đã đưa ra danh mục:

- Danh mục I: Các chất ma túy tuyệt đối cấm sử dụng trong Y học và đời sống xã hội.

- Danh mục II: Các chất ma túy được dùng hạn chế trong phân tích, kiểm nghiệm, nghiên cứu khoa học, điều tra tội phạm hoặc trong lĩnh vực y tế.

- Danh mục III: Các chất hướng thần.

- Danh mục IV: Tiền chất.

Như vậy trong các Nghị định của Chính phủ đã xác định rõ các chất nào là ma túy và chúng được liệt kê trong danh mục I và II. Tất nhiên việc xác định các chất nào được gọi là chất ma túy và chất nào là không phải chỉ mang tính chất tương đối. Trong thực tế thường xuyên xuất hiện các loại ma túy mới và do đó các Nghị định của Chính phủ cũng phải thường xuyên cập nhật.

Theo một số tác giả, có 2 nhóm chính trong số các loại ma túy khác nhau. Đó là nhóm opioid và nhóm kích thần. Một trong những điểm khác biệt đáng kể giữa 2 nhóm này là ở chỗ trong trạng thái cai ma túy, cá nhân có những triệu chứng rất khó chịu như: đau cơ dữ dội, tiêu chảy, “dòi bò trong xương”...thì hội chứng cai ở nhóm kích thần là khá nhẹ. Cá nhân chỉ cảm thấy mệt mỏi, uể oải, ngủ nhiều. Tuy nhiên ở nhóm này, các triệu chứng ngộ độc ma túy lại rất mạnh mẽ. Cá nhân có thể rơi vào trạng thái hưng cảm mạnh, có các triệu chứng loạn thần: hoang tưởng, ảo giác râm rộ sau khi dùng ma túy.

3.2 Nghiện heroin

3.2.1 Khái niệm chung

Heroin là loại ma túy trong nhóm opioid được sử dụng rộng rãi nhất. Vào những năm 60 đến đầu những năm 90, heroin được sử dụng chủ yếu thông qua tiêm vào tĩnh mạch. Hiện nay, nó thường được sử dụng dưới dạng hít. Sử dụng heroin cho những cảm giác hoàn toàn về sự ấm áp, thư giãn và sáng khoái. Sự lo lắng, sợ hãi và mọi quan tâm đều được quên đi và lòng tự tin tăng lên. Về mặt cơ thể, heroin còn gây thay đổi huyết áp, nhịp tim, táo bón.

Theo DSM-5, các triệu chứng của hội chứng cai (cảm giác thiếu ma túy) heroin cũng như các opioid khác gồm:

- Bồn chồn
- Nôn hoặc buồn nôn
- Đau cơ
- Chảy nước mũi, nước mắt
- Giãn đồng tử, nổi da gà, hoặc ra mồ hôi
- Ỉa chảy
- Ngáp
- Sốt
- Mất ngủ.

Các triệu chứng này thường xuất hiện sau một thời gian dài dùng heroin liều cao, kéo dài từ vài giờ đến 5 hoặc 10 ngày.

3.2.2 Điều trị nghiện heroin

Trên thế giới, vào cuối những năm 1980, có tác giả đã sử dụng thuốc hướng thần để điều trị nghiện ma túy. Ở Việt Nam, từ năm 1995, Bộ Y tế đã cho phép áp dụng rộng rãi phương pháp cắt cơn nghiện ma túy opioid bằng thuốc hướng thần. Cho đến nay, mặc dù đã có nhiều phác đồ cắt cơn nghiện khác nhau nhưng có điểm chung là đợi khi ở bệnh nhân xuất hiện các triệu chứng cai, thầy thuốc dùng thuốc để điều trị các triệu chứng đó.

Ngoài việc sử dụng thuốc hướng thần, trong lâm sàng, các thầy thuốc còn có thể sử dụng phương pháp thay thế: sử dụng có kiểm soát một loại ma túy opioid có tác dụng kéo dài, dùng bằng đường uống, ít độc hại hơn để thay thế cho heroin. Như vậy, bệnh nhân tránh được các tệ nạn do heroin mang lại, giảm thiểu nguy cơ lây nhiễm bệnh viêm gan, HIV/AIDS do tiêm chích heroin. Do sử dụng ma túy opioid để thay thế heroin nên bệnh nhân hầu như không có hội chứng cai heroin, vẫn có khoái cảm do ma túy gây ra, vì thế người nghiện dễ chấp nhận sử dụng phương pháp này để cai heroin hơn. Tuy nhiên, phương pháp này có một nhược điểm rất lớn là người nghiện vẫn sử dụng ma túy opioid.

Ngoài methadon, một ma túy thay thế khác, cũng ở nhóm opioid là buprenorphin được dùng thí điểm từ 2015.

Các phương pháp hỗ trợ cai nghiện khác như: bằng điện châm, dùng thuốc đông y hoặc các phương pháp y học cổ truyền khác còn đang gây tranh cãi vì tính hiệu quả của chúng.

3.3 Nghiện ma túy tổng hợp

3.3.1 Sự phát triển của ma túy tổng hợp

Ma túy tổng hợp là những chất ma túy được điều chế bằng phương pháp tổng hợp hóa học toàn phần từ các hóa chất, các hóa chất này được gọi là những tiền chất ma túy.

Nhóm các ma túy tổng hợp bao gồm rất nhiều loại hợp chất mô phỏng tác dụng của các ma túy như chất kích thích hoặc chất gây ảo giác...

Ma túy tổng hợp bắt đầu xuất hiện tại Mỹ vào khoảng năm 2009, sau đó được phổ biến và tăng nhanh sang các nước khác. Tại Việt Nam trong những năm gần đây xuất hiện nhiều loại ma túy tổng hợp mới và được coi là “mạnh”

đang thay thế dần methamphetamin, hoặc MDMA (thuốc lắc). Điển hình là cần sa tổng hợp (cỏ Mỹ) đang trở thành “lựa chọn thay thế hợp pháp” cho cần sa. Các loại ma túy mới liên tục xuất hiện trên thị trường. Nhiều ma túy mới hiện nay vẫn chưa có trong danh mục chất cấm tại Việt Nam và trong Công ước quốc tế của Liên hợp quốc về các chất ma túy, chất gây nghiện. Trong số này tiêu biểu là cây Kratom và cỏ Mỹ.

3.3.2 Nghiện đa chất

Theo nghiên cứu của tổ chức sức khỏe gia đình quốc tế (FHI) tình trạng sử dụng đa chất (kết hợp từ hai loại ma túy trở lên cùng một lần hoặc các lần khác nhau) chiếm 2/3 tổng số đối tượng đồng giới nam, mại dâm nam và người chuyên giới có sử dụng ma túy (42/62). Các loại ma túy này gồm: heroin, ecstasy, amphetamin, ketamin và cần sa. Người sử dụng chất kích thích dạng amphetamin (ATS) có xu hướng sử dụng nhiều chất với nhau như rượu, cần sa và LSD.

3.3.3 Chất ma túy mới

Ma túy tổng hợp trực tiếp tác động đến hệ thần kinh trung ương, gây mất kiểm soát nhận thức và làm rối loạn hoạt động của các cơ quan đảm bảo chức năng sống của cơ thể như suy hô hấp, suy tuần hoàn và hầu như toàn bộ các cơ quan khác trong cơ thể như gan, thận, ruột, lách, tụy, huyết học. Bệnh nhân có thể tử vong đột ngột do loạn nhịp tim, tăng thân nhiệt, sốc, toan máu nặng...

Hơn nữa, sản phẩm ma túy tổng hợp thường pha trộn hai - ba loại ma túy để tăng độ “phê” cho người sử dụng dẫn đến độc tính tăng cao. Rất khó xác định chính xác loại, liều lượng đã sử dụng của độc chất. Do vậy dẫn tới khó điều trị.

Danh mục chất ma túy và tiền chất vẫn tiếp tục cập nhật thường xuyên.

Ma túy tổng hợp hiện nay được bào chế dưới dạng một cái bánh, một cái kẹo, hay đồ chơi, thảo mộc cùng những lời mời gọi, quảng cáo khiến các bạn trẻ cho rằng những thứ luật pháp không cấm thì không có hại và không bị xử phạt.

3.4 Một số loại ma túy tổng hợp thường gặp

3.4.1 Amphetamin

Amphetamin là chất kích thích thần kinh trung ương, dạng viên hoặc dạng bột, thường được dùng theo đường uống, nhưng cũng có thể hít hoặc tiêm.

Trong thực tế, tiêm tĩnh mạch và hút khiến nồng độ amphetamin trong huyết tương tăng nhanh hơn nhiều so với đường uống; dùng liều cao khiến nồng

độ đỉnh của ma túy trong huyết tương duy trì được lâu hơn. Nếu dùng đường uống, amphetamin có tác dụng kéo dài đến 6 giờ. Do vậy, người nghiện phải sử dụng amphetamin nhiều lần trong ngày.

Amphetamin và các chất cùng nhóm tác động dược lí rất mạnh mẽ. Các chất này có tác dụng kích thích tâm thần vận động mạnh mẽ là do chúng gây tăng giải phóng dopamin và norepinephrin ở các xi-náp thần kinh. Amphetamin gây ra khoái cảm, tăng ham muốn tình dục, giảm lo âu, tăng tỉnh táo, tăng khả năng tập trung chú ý, tăng năng lượng, tăng tự tin, dễ bị kích thích và kích động, cho mình là siêu nhân, gây ra ám ảnh, đa nghi và nếu dùng liều cao kéo dài thì amphetamin có thể gây ra hoang tưởng và ảo giác. Đây còn được gọi là hiện tượng ngáo đá.

3.4.2 Methamphetamin

Methamphetamin là chất kích thích mạnh, dạng bột tinh thể trắng hoặc dạng đá vụn. Meth có thể sử dụng theo đường nuốt, hít hoặc tiêm.

Meth tác dụng nhanh chỉ vài phút sau sử dụng. Sử dụng meth liều cao có thể gây trạng thái kích động kéo dài đến 14 giờ, nhịp tim nhanh, hô hấp nhanh, huyết áp và thân nhiệt tăng. Dùng meth liều cao có thể gây ra những hành xử không thể đoán trước, thậm chí bạo lực, đồng thời có thể dẫn tới tình trạng tăng thân nhiệt dẫn tới co giật và tử vong nếu không được xử trí kịp thời.

Các tác động ngắn khác bao gồm: khô miệng, tỉnh táo, mất ngủ, khó chịu, hung dữ, lo lắng, giảm cảm giác thèm ăn.

3.4.3 MDMA (Ecstasy)

MDMA (còn gọi là “Molly” hoặc Ecstasy) thường ở dạng viên nén hoặc viên nang. Tác dụng kéo dài khoảng 3 đến 6 giờ. MDMA ảnh hưởng đến 2 chất dẫn truyền thần kinh trong não là serotonin và norepinephrin. MDMA gây ra tích tụ serotonin, một chất có vai trò trong tâm trạng, giấc ngủ, cảm giác tình dục, nhạy cảm với cảm giác đau và khả năng bạo lực.

MDMA nâng cao tâm trạng, cho dù tâm trạng đó là hạnh phúc, buồn, hoặc tức giận. MDMA có thể làm cho người sử dụng cảm thấy tràn đầy năng lượng và thân thiện hơn với người khác, làm thay đổi nhận thức trải nghiệm hay nhận thức thời gian.

Ảnh hưởng tạm thời khác bao gồm: căng cơ, buồn nôn, mờ mắt, chóng mặt hoặc cảm thấy yếu, hoang tưởng và lo lắng, vã mồ hôi, ón lạnh, tăng nhịp tim, tăng huyết áp, tăng thân nhiệt.

MDMA làm cho người dùng có nguy cơ bị mất nước và một tình trạng nguy hiểm gọi là chứng tăng thân nhiệt (con sốt nóng). Chứng hyperthermia là một nguy cơ lớn nếu người dùng MDMA ở nơi đông người và nhiệt độ nóng. Tăng thân nhiệt có thể gây tổn thương não, suy thận, suy tim và trong một số trường hợp hiếm có thể dẫn đến tử vong.

Uống MDMA liều cao trong khoảng thời gian ngắn có thể gây tích tụ MDMA trong máu, xuất hiện cơn co giật động kinh và nhịp tim bất thường (loạn nhịp tim).

MDMA có thể làm cho mọi người nhạy cảm hơn khi đụng chạm cơ thể. Vì lý do này, người sử dụng MDMA có thể có quan hệ tình dục nhiều lần hơn, vì vậy nguy cơ mắc bệnh lây qua đường tình dục cao hơn.

3.4.4 Ketamin

Ketamin là một chất giảm đau, gây nghiện. Nó được bào chế vào thập niên 60 của thế kỷ trước như là một loại thuốc tê và sau đó trở thành món thuốc giải trí. Ketamin có ở dạng chất lỏng, bột tinh thể, viên nén, viên nhộng hòa tan trong nước và rượu. Nếu tiêm qua đường tĩnh mạch chỉ sau 1 phút người bệnh sẽ rơi vào tình trạng vô thức.

Ketamin còn được gọi bằng các tên lóng như: K, vitamin K, sinh tố K hoặc cat valium. Tới thập niên 1990, ketamin tái xuất hiện với tên mới là Special K. Ở người dùng ketamin có thể xuất hiện nhiều RLTT: mất cảm giác đau, kích động, mất nhớ ngắn hạn và đặc biệt có thể xuất hiện hoang tưởng, ảo giác như ở TTPL. Trong trạng thái kích động và dưới sự chi phối của hoang tưởng, ảo giác, cá nhân có thể thực hiện những hành vi nguy hiểm cho bản thân cũng như những người xung quanh.

Dùng nhiều ketamin có thể bị tử vong do suy hô hấp và suy tim.

3.4.5 Cỏ Mỹ

Thực chất "cỏ Mỹ" chứa chất gây nghiện, gây ảo giác giống như cần sa. Quá trình tổng hợp, điều chế dễ dàng nên "cỏ Mỹ" có giá thành rẻ hơn nhiều so với các loại ma túy khác. "Cỏ Mỹ" không phải là cần sa. Nó được bào chế (bắt

hợp pháp) để khi dùng giống với khi sử dụng cần sa, nhằm trốn tránh sự kiểm soát của pháp luật. "Cỏ Mỹ" còn được gọi là cần sa tổng hợp, được đóng gói dưới dạng các gói thảo mộc khô, cắt nhỏ, tẩm mùi thơm đặc trưng, với các nhãn hiệu ghi trên bao bì là K2/spice, Fake weed, Moon Rock...Như vậy, thực chất "cỏ Mỹ" là hỗn hợp thảo dược được tẩm ướp hóa chất cho cảm giác giống như cần sa.

Hậu quả sức khỏe do sử dụng "cỏ Mỹ" có nhiều mức độ nghiêm trọng khác nhau. Từ rối loạn tâm thần, liên tục buồn ngủ hay đau đầu tới tăng nhịp tim, mất khả năng điều khiển vận động hoặc bất tỉnh. Sử dụng "cỏ Mỹ" có thể dẫn tới xuất hiện các triệu chứng loạn thần. Lạm dụng "cỏ Mỹ" khiến người sử dụng tăng nhịp tim, tăng huyết áp, co giật cơ, xuất hiện cơn đau tim, đột quỵ, tổn thương thận, đặc biệt dễ gây ảo giác và/hoặc hoang tưởng các loại kéo dài. Nếu cần sa gây bệnh cảnh loạn thần sau nhiều năm sử dụng thì "cỏ Mỹ" có thể gây bệnh tâm thần dai dẳng chỉ sau một vài tháng. "Cỏ Mỹ" có thể gây ra những hậu quả nghiêm trọng, lâu dài lên não bộ người dùng.

3.4.6 Crack

Crack là cocain ở dạng tinh thể đá, trông giống những viên nhỏ màu trắng hoặc vàng kích cỡ khác nhau, sử dụng bằng cách nung nóng trong ống và hút khói. Crack được hấp thụ qua phổi và gần như ngay lập tức khởi động hệ thần kinh trung ương, tác dụng ngắn 5 đến 10 phút. Người sử dụng cảm thấy mạnh mẽ, tràn đầy năng lượng, sự phấn chấn và tỉnh táo tinh thần.

3.4.7 Muối tẩm

Tên "muối tẩm" nghe có vẻ như vô hại nhưng là chất kích thích rất mạnh và nguy hiểm. Dạng ma túy này được đóng gói và ghi là muối tẩm để nhằm tránh sự kiểm soát của pháp luật. Muối tẩm chứa các hóa chất nhân tạo được gọi là cathinon tổng hợp, làm tăng hoạt động não và hệ thần kinh trung ương theo cách tương tự amphetamin hoặc MDMA (ecstasy).

Muối tẩm được bán dưới dạng bột màu trắng. Muối có thể dùng theo đường nuốt, khói, hít qua mũi hoặc tiêm. Muối tẩm làm cho người dùng tâm trạng hân hoan, hoặc cảm thấy mê sảng. Những ảnh hưởng này có thể kéo dài từ 3 đến 4 giờ.

3.4.8 Cần sa

Cần sa là ma túy phổ biến nhất trên thế giới. Năm 2006, trên thế giới có 160 triệu người nghiện cần sa. Hơn 30 năm qua, cần sa đã trở thành ma túy được thanh niên ở các nước phát triển rất ưa chuộng. Số người sử dụng cần sa đang có xu hướng trẻ hóa, họ bắt đầu dùng cần sa ngay từ tuổi vị thành niên. Ở nước Mỹ, cần sa là chất kích thích hay được sử dụng, chỉ đứng sau cà phê, rượu và thuốc lá.

Ở Việt Nam, cần sa còn gọi là bồ đề, cây gai dầu, được trồng ở một số tỉnh giáp ranh biên giới Việt Nam-Campuchia và ở Tây Nguyên. Hút cần sa đã trở thành hiện tượng khá phổ biến ở thanh niên Việt Nam trong thời gian gần đây.

Các sản phẩm được sử dụng của cần sa được chế biến thành dạng nhựa cây, thuốc hút (giống thuốc lá) và dạng dầu. Dầu cần sa có màu nâu nhạt đến đen đậm. Hỗn hợp dầu và nhựa cần sa có màu sáng đến nâu-đen.

Người ta thường hút nhựa cần sa trong một điếu tròn giống như thuốc lá. Cũng có thể hút bằng các phương pháp khác nhau như dùng tẩu nước (giống với điếu cày), khói cần sa có chứa tất cả các chất hóa học có trong nó với nồng độ cao. Người nghiện cần sa cũng có thể trộn lẫn thuốc lá với nhựa hoặc dầu cần sa để hút bằng điếu thuốc lá hoặc bằng tẩu. Dầu cần sa khuếch tán rất nhanh trong khói khi hút.

Sau khi hút cần sa, người dùng cảm thấy "phê", tâm trạng trở nên vui vẻ, nhẹ nhõm. Dùng nhiều có khả năng nghiện. Ngoài ra cần sa cũng còn có thể gây ra

giảm trí nhớ, chú ý và khả năng tổng hợp thông tin. Nghiện cần sa càng lâu, dùng liều càng cao thì rối loạn nhận thức càng trầm trọng. Các phương pháp nghiên cứu hình ảnh của não cho thấy người nghiện cần sa mạn tính có hiện tượng teo não, suy giảm chức năng vùng trán, hệ thống limbic và tiểu não. Người dùng cần sa cũng có thể xuất hiện lo âu, hoảng sợ, sợ phát điên và trầm cảm. Thời gian sử dụng càng dài thì tỉ lệ bị lo âu cũng càng lớn.

CÂU HỎI ÔN TẬP

1. Thế nào là các chất tác động tâm thần? Phân tích các trạng thái phụ thuộc chất tác động tâm thần?
2. Thế nào là nghiện rượu? Các triệu chứng chính của nghiện rượu?
3. Ảnh hưởng của rượu đến cơ thể?

4. Các biểu hiện RLTT và hành vi của người nghiện rượu qua từng giai đoạn?

5. Đặc điểm lâm sàng trạng thái hoang tưởng do rượu?

6. Đặc điểm lâm sàng trạng thái ảo giác do rượu?

7. Đặc điểm lâm sàng hội chứng cai rượu?

8. Đặc điểm lâm sàng hội chứng sảng rượu?

9. Các liệu pháp tâm lý xã hội đối với nghiện rượu?

10. Trị liệu tâm lý đối với người nghiện ma túy?

Chương 7

RỐI LOẠN KHÍ SẮC

Có nhiều dạng rối loạn khí sắc khác nhau. Trong chương này chỉ đề cập đến rối loạn trầm cảm và rối loạn lưỡng cực. Đây là hai nhóm rối loạn thường gặp. Mặc dù không hoàn toàn thuộc về rối loạn khí sắc song tự sát cũng thường được các tài liệu nước ngoài xếp vào chương này.

1 GIỚI THIỆU CHUNG

1.1 Thuật ngữ

Khí sắc là từ dùng để chỉ trạng thái cảm xúc tương đối ổn định, kéo dài hơn so với phản ứng cảm xúc. Khí sắc ảnh hưởng/chi phối đến quá trình cá nhân tiếp nhận thế giới bên ngoài cũng như bên trong. Cảm xúc thường được dùng để chỉ trạng thái cảm xúc nhất thời, diễn ra trong thời gian ngắn, gắn với sự vật, hiện tượng liên quan đến sự thỏa mãn nhu cầu của cá nhân. Ví dụ, trẻ vui mừng vì được quà.

Tuy vậy trong các tài liệu nước ngoài cũng như trong nước, có tác giả dùng chung thuật ngữ rối loạn cảm xúc cho nhóm này.

Trong nhóm rối loạn khí sắc, trầm cảm chiếm vị trí chủ yếu, tiếp đó là rối loạn lưỡng cực. Ngoài ra còn có một số rối loạn khí sắc khác.

1.2 Dịch tễ

1.2.1 Tỷ lệ

Theo một số tác giả, tỷ lệ trầm cảm chiếm khoảng 10% dân số. Nguy cơ trong toàn bộ cuộc đời bị trầm cảm ở phụ nữ là 10 – 25% và ở nam giới là 5 – 12%. Rối loạn lưỡng cực chiếm khoảng 2,6% số người từ 18 tuổi trở lên (Townsend, 2008).

1.2.2 Giới

Ở hầu hết các nước trên thế giới, người ta đều nhận thấy tỷ lệ trầm cảm ở phụ nữ cao hơn nam giới. Có nhiều lý do được đưa ra nhằm giải thích:

- Do vị trí xã hội
- Do cơ hội kinh tế/thu nhập khác nhau.

1.2.3 Tầng lớp xã hội

Nhiều kết quả nghiên cứu cho thấy ở vị trí/tầng lớp xã hội càng thấp, tỉ lệ các triệu chứng trầm cảm càng tăng. Điều này có thể là do cơ hội sử dụng các nguồn lực đối phó với stress là khác nhau.

Tỉ lệ rối loạn lưỡng cực ở nhóm tầng lớp xã hội bên trên cao hơn bên dưới.

1.2.4 Hôn nhân

Ở những người độc thân, góa vợ, góa chồng và ở những người ít có các mối quan hệ thân thiết, gần gũi, tỉ lệ trầm cảm cao hơn bình thường.

2 TRẦM CẢM

2.1 Giới thiệu chung

Cũng như nhiều RLTT khác, cho đến nay người ta vẫn chưa xác định được rõ nguyên nhân của trầm cảm. Tuy nhiên các nhà khoa học cũng đã phát hiện thấy ở người có RLTT trầm cảm, nồng độ chất dẫn truyền thần kinh serotonin trong khe xi nap ở vỏ não thấp hơn so với bình thường. Do đó các thầy thuốc cho người trầm cảm dùng thuốc (thuốc chống trầm cảm) để làm tăng nồng độ serotonin trong xi nap. Mặc dù nguyên nhân sinh học chiếm vị trí quan trọng song các yếu tố tâm lí và xã hội cũng đóng vai trò nhất định trong sự hình thành và phát triển trầm cảm.

Trầm cảm là nguyên nhân hàng đầu gây ra tự sát (75% các trường hợp tự sát là do trầm cảm). Tự sát hay xảy ra nhất ở trầm cảm mức độ vừa (cũng có tác giả cho rằng tự sát liên quan đến trầm cảm nặng, khi mà thân chủ có hoang tưởng tự tội, không thiết sống).

2.2 Đặc điểm lâm sàng

Có thể chia trầm cảm thành 2 loại/nhóm: trầm cảm điển hình/trầm cảm chủ yếu và trầm cảm không điển hình.

2.2.1 Rối loạn trầm cảm điển hình theo ICD-10F (1992):

- Có ít nhất 2 trong số 3 triệu chứng chủ yếu là:

a/ Khí sắc trầm cảm.

b/ Mất mọi quan tâm và thích thú.

c/ Giảm năng lượng dẫn đến mệt mỏi và giảm hoạt động.

- Có ít nhất 2/7 triệu chứng phổ biến khác là:

d/ Giảm tập trung chú ý.

e/ Giảm tự trọng và lòng tự tin.

f/ Những ý tưởng bị tội và không xứng đáng.

g/ Nhìn tương lai ảm đạm và bi quan.

h/ Có ý tưởng và hành vi tự sát.

i/ Rối loạn giấc ngủ.

k/ Ăn không ngon miệng.

- Các điều kiện khác:

+ Thời gian tồn tại ít nhất là 2 tuần.

+ Giảm khí sắc không tương ứng với hoàn cảnh.

+ Hay lạm dụng rượu, ám ảnh sợ, lo âu và nghi bệnh.

+ Khó ngủ về buổi sáng và thức giấc sớm.

+ Ăn không ngon miệng, sút cân trên 5%/ 1 tháng.

2.2.2 Rối loạn trầm cảm không điển hình

- *Rối loạn trầm cảm thực vật*: các rối loạn thực vật nổi bật đôi khi át cả các rối loạn khí sắc, rối loạn cảm xúc. Các rối loạn thực vật rất đa dạng như cơn vã mồ hôi, cơn đánh trống ngực, cơn đau vùng trước tim, các cơn đau không xác định vị trí, cơn nôn mửa, cơn mạch nhanh, khô miệng, táo bón,...

- *Rối loạn trầm cảm mất cảm giác tâm thần*: giải thể nhân cách, tri giác sai thực tại nổi bật và đơn độc, ít thấy kết hợp với các triệu chứng khác.

- *Rối loạn trầm cảm nghi bệnh*: người bệnh có cảm giác nặng nề vì nghĩ mình có bệnh cơ thể dễ nhầm với các bệnh thực thể khác.

- *Rối loạn trầm cảm ám ảnh*: có ám ảnh sợ đa dạng, khi rối loạn trầm cảm tăng thì ám ảnh sợ thuyên giảm và rối loạn trầm cảm kết thúc thì các ám ảnh sợ cũng mất đi.

- *Các rối loạn trầm cảm không điển hình khác*: trong tiền sử có yếu tố bệnh cơ thể do hoàn cảnh sống tạo nên như rối loạn dinh dưỡng do ăn uống, đẻ khó, sảy thai, suy nhược sau nhiễm khuẩn và các bệnh do căn nguyên tâm lí.

Bệnh tiến triển rất chậm trong vài năm, thường ở lứa tuổi trên 40, lâm sàng không rõ ràng rất khó phân định với một số bệnh khác. Sự buồn rầu ở mức độ nhất định, khí sắc cau có, nặng nề, hay bất bình, thường cầu nhàu và ít khi chịu nhượng bộ.

Người bệnh không có ảo giác và hoang tưởng kèm theo. Có ý thức về bệnh tật, thường có cảm giác thấp hèn, nhút nhát. Khí sắc dao động trong ngày rất ít. Không có giải thể nhân cách và tri giác sai thực tại, nhưng có ý nghĩ về số

phận hẩm hiu, về cuộc sống trắc trở. Đôi khi còn gặp một số triệu chứng giống rối loạn phân li và rối loạn thần kinh thực vật.

2.3 Các mức độ trầm cảm

Giai đoạn trầm cảm nhẹ: khí sắc trầm, mất quan tâm, giảm thích thú, mệt mỏi nhiều, khó tiếp tục công việc hàng ngày và hoạt động xã hội.

Ít nhất phải có 2 trong số những triệu chứng chủ yếu cộng thêm 2 trong số những triệu chứng phổ biến khác ở trên để chẩn đoán xác định.

Thời gian tối thiểu phải có khoảng 2 tuần và không có hoặc có các triệu chứng cơ thể nhưng nhẹ.

Trầm cảm vừa: có ít nhất 2 trong 3 triệu chứng chủ yếu, cộng thêm ít nhất 3 triệu chứng phổ biến khác.

Thời gian tối thiểu là khoảng 2 tuần và có nhiều khó khăn trong hoạt động xã hội, nghề nghiệp hoặc công việc gia đình; không có hoặc có 2-3 triệu chứng cơ thể ở mức độ trầm trọng vừa phải.

Trầm cảm nặng, không có triệu chứng loạn thần: buồn chán, chậm chạp nặng hoặc kích động; mất tự tin hoặc cảm thấy vô dụng hoặc thấy có tội lỗi, nếu trầm trọng, có hành vi tự sát.

Triệu chứng cơ thể có mặt hầu như thường xuyên; có đủ 3 triệu chứng chủ yếu và ít nhất 4 triệu chứng nặng khác.

Thời gian kéo dài ít nhất 2 tuần, nếu có triệu chứng đặc biệt không cần đến 2 tuần; ít có khả năng hoạt động xã hội, nghề nghiệp và công việc gia đình.

Trầm cảm nặng, có triệu chứng loạn thần(có hoang tưởng, ảo giác): thoả mãn tất cả các tiêu chuẩn rối loạn trầm cảm và có hoang tưởng, ảo giác phù hợp với khí sắc của người bệnh hoặc sống sờ trầm cảm.

Hoang tưởng gồm tự tội, hèn kém hoặc những tai hoạ sắp xảy ra; ảo giác gồm ảo thanh, ảo khứu, những lời phỉ báng người bệnh, mùi khó chịu và giảm hoặc mất vận động.

Các giai đoạn trầm cảm khác: các triệu chứng chính của trầm cảm không rõ ràng, có những triệu chứng cụt và không có giá trị chẩn đoán như căng thẳng, lo lắng, buồn chán và hỗn hợp các triệu chứng đau hoặc mệt nhọc dai dẳng không có nguyên nhân thực tồn còn gọi là "trầm cảm ẩn".

2.4 Một số dạng đặc biệt của trầm cảm

2.4.1 Trầm cảm ẩn

Các triệu chứng cơ thể chiếm ưu thế che lấp các triệu chứng rối loạn trầm cảm. Biểu hiện chính là đau, thường gặp ở ống tiêu hoá, tim, đau xương, cơ, tiết niệu, sinh dục,... Đau không biệt định cho các cơ quan nào và không đáp ứng với các điều trị biệt định cho bệnh cơ thể.

Một số người trầm cảm chỉ biểu hiện phù hợp một phần với sự phát triển của rối loạn trầm cảm nội sinh, thường tìm gặp các bác sĩ nội chung, họ không thừa nhận bị trầm cảm. Người có RLTT thường làm các xét nghiệm và kế hoạch điều trị bằng các thuốc khác nhau. Khám thấy các triệu chứng rối loạn trầm cảm như mệt mỏi, mất sức sống, mất tập trung chú ý, hoạt động chậm chạp, không quyết đoán và bi quan. Việc điều trị bằng các thuốc chống trầm cảm có thể giúp xác định rõ chẩn đoán.

| | |
|---|---------------|
| Họ và tên: Trần Thị Ph. | Giới tính: nữ |
| Năm sinh: 1979 | |
| Trình độ học vấn: 12/12 | |
| Đơn vị: Sư đoàn 327 - QKIII | |
| Quê quán: Hà Nam | |
| Lí do vào viện: đau đầu, mất ngủ | |
| Chẩn đoán: Trầm cảm ẩn (F32.8) | |
| Vào Khoa Đông y, Viện 103 ngày 5/10/2005; Chuyển Khoa Tâm thần ngày 28/10/2005. | |
| Diễn biến của bệnh: | |
| Trước năm 2001, thân chủ là người khỏe mạnh, làm việc tốt, chăm sóc gia đình tốt, chu đáo với nhà chồng. Sau khi sinh con (cuối 2001), thân chủ cảm thấy hay mệt mỏi, hay lo lắng. Sự mệt mỏi ngày càng tăng lên, xuất hiện các triệu chứng đau: đau vai, đau gáy, đau lưng. Có lúc đau đến mức độ không chịu được: “Chỉ muốn dùng tay móc hết mọi thứ ra”. | |
| Đầu năm 2005, thân chủ ngày càng mệt mỏi hơn, đau đầu, mất ngủ, chán ăn, giảm cân, chỉ thích ngồi một chỗ. Tháng 6/2005, thân chủ đi khám phụ khoa và vào Bệnh viện tỉnh Hải Dương điều trị nhưng không có kết quả. Đến tháng 8/2005, thân chủ được giới thiệu đi khám ở Bệnh viện 103 và được nhận vào Khoa Đông y điều trị với các triệu chứng: đau tức vùng thượng vị, buồn nôn và nôn, đau bụng, chậm tiêu, hay đi ngoài vào buổi sáng, đại tiện phân nát, hay hoa mắt, chóng mặt, kinh nguyệt không đều, ít. Thân chủ đã được chẩn đoán là viêm loét dạ dày - tá tràng. Sau một thời gian, bệnh không những không giảm mà ngược lại, còn nặng hơn, sút cân | |

nhanh.

Thân chủ được người nhà đón về chữa bệnh (sau này chồng của thân chủ nói rằng về nhà để đi cúng bởi theo bói, trong khu vực đất của gia đình thân chủ có một bộ hài cốt nên thân chủ cần phải được cúng). Thời gian này, thân chủ liên tục sốt vào buổi sáng. Gia đình sốt ruột lại đưa thân chủ đến Khoa Đông y Viện 103 và nhiều nơi khác để khám nhưng không xác định được rõ là bệnh gì. Thể trạng ngày càng suy kiệt. Lúc chuyển khoa chỉ còn 34 kg.

Ngày 5/10/2005, thân chủ lại được nhận vào Khoa Đông y Viện 103 điều trị. Tuy nhiên tình trạng suy kiệt và ngất vẫn không được cải thiện. Ngày 28/10/2005, thân chủ được chuyển đến Khoa Tâm thần Bệnh viện 103 để điều trị với chẩn đoán là trầm cảm ẩn.

Khi hỏi chuyện (trong buổi thực nghiệm tâm lý), thân chủ luôn nhắc đi, nhắc lại sự đau nhức, khó chịu. Có những lúc chỉ muốn chết đi cho xong.

Theo lời kể của chồng: thân chủ là người hay suy nghĩ, lo lắng ngay cả trong công việc hằng ngày. Khi hỏi về nguyên nhân có thể có, chồng thân chủ cho rằng khó giải thích vì mọi việc vẫn ổn, không có mâu thuẫn gì với bố, mẹ, anh em. Vợ chồng vẫn yêu thương và hiểu nhau, con cái vẫn khỏe mạnh. Trong công việc cũng không có khó khăn hay mâu thuẫn gì. Lúc đầu thì cũng nghĩ là do bệnh phụ khoa (vì có rối loạn kinh nguyệt) nên đau đầu, mất ngủ, nhưng điều trị ở Bệnh viện tỉnh Hải Dương vẫn không đỡ. Tinh thần trở nên chán nản, mệt mỏi.

Sau một thời gian điều trị bằng thuốc chống trầm cảm, bệnh ổn định, thân chủ được xuất viện.

2.4.2 Trầm cảm ở người vị thành niên

Trước đây người ta cho rằng hiếm gặp trầm cảm ở người vị thành niên. Tuy nhiên những năm gần đây, tỉ lệ trầm cảm ở nhóm người này tăng lên nhanh chóng. Một số tác giả đưa ra con số 6-8%. Ngoài những triệu chứng chung thường gặp ở người trưởng thành, trầm cảm ở vị thành niên có những đặc điểm riêng:

- Khí sắc thường là kích thích (chứ không phải là trầm cảm).
- Mất cảm giác ngon miệng và sút cân hay gặp hơn.
- Mất ngủ thường xuyên hơn.
- Dễ bị kích thích.
- Mệt mỏi thường xuyên.
- Khó tập trung chú ý.
- Trí nhớ kém.

- Kết quả học tập giảm sút.
- Hay có ý định và hành vi tự sát.

2.4.3 Trầm cảm sau sinh

Trầm cảm sau sinh (Postnatal/pospartum depression) khác biệt với buồn sau sinh (baby blues) mặc dù chúng có nhiều triệu chứng giống nhau. Buồn sau sinh là một trạng thái biến đổi cảm xúc nhẹ, xuất hiện trong vòng mấy ngày đầu sau khi sinh con, kéo dài khoảng 5 – 10 ngày rồi tự mất đi hoàn toàn. Những biểu hiện chính của buồn sau sinh gồm: giảm khí sắc, giao động cảm xúc, buồn rầu, ủ rũ, lo âu, dễ cáu gắt, rối loạn giấc ngủ.

Có khoảng 70 – 80% phụ nữ sinh con lần đầu trải qua buồn sau sinh.

Trầm cảm sau sinh là trạng thái rối loạn cảm xúc nặng hơn nhiều. Những triệu chứng chính gồm:

- Cảm giác đuối sức.
- Cảm thấy không đủ khả năng chăm sóc con.
- Chán nản, buồn rầu, hay khóc lóc vô cớ.
- Lo âu, sợ hãi. Lo sợ làm tổn hại con.
- Mất ham muốn tình dục.
- Mất ngủ.

Tỉ lệ trầm cảm sau sinh chiếm khoảng 15% trong 3 tháng đầu, 15-25% trong năm đầu tiên sau sinh.

2.4.4 Trầm cảm ở người cao tuổi

Ở người cao tuổi, rối loạn nhận thức như: rối loạn chú ý, trí nhớ và tư duy trong trầm cảm rất nặng, được gọi là mất trí giả trong trầm cảm. Người có RLTT mất định hướng, quên ngược chiều.

Quên của người có RLTT và những thông tin thu lượm được từ gia đình có thể làm rõ thêm triệu chứng rối loạn trầm cảm như: buồn, mất ngủ, giảm sức sống, vận động chậm. Khi được điều trị bằng thuốc chống trầm cảm, rối loạn nhận thức biến mất.

Một đặc điểm khác của rối loạn trầm cảm ở người cao tuổi là có hoang tưởng nghi bệnh. Chẩn đoán rối loạn trầm cảm ở người cao tuổi rất khó, vì có liên quan đến các bệnh cơ thể mạn tính như: mệt mỏi, giảm khả năng tập trung chú ý, vận động chậm. Các triệu chứng này không đặc trưng cho cả trầm cảm và cả bệnh cơ thể. Rối loạn trầm cảm ở người cao tuổi có thể có các nguyên nhân sau:

- Có thể là sự phát triển tiếp tục rối loạn cảm xúc.
- Có thể là rối loạn cảm xúc khởi phát.
- Có thể do một bệnh cơ thể như: bệnh mạch máu não, tổn thương thần kinh, bệnh tim, gan, tiết niệu...
- Có thể do thuốc hoặc do hoá chất như: thuốc chữa huyết áp cao, thuốc nhóm corticoid.

2.5 Điều trị

2.5.1 Các liệu pháp sinh học

Dùng thuốc chống trầm cảm là chủ yếu. Bên cạnh việc dùng thuốc, có những trường hợp được chỉ định sốc điện (thường là những trường hợp trầm cảm nặng, kháng thuốc hoặc có ý định và hành vi tự sát).

Thuốc chống trầm cảm

Trong một số trường hợp, dùng thuốc chống trầm cảm gây ra tác dụng phụ như: khô miệng, táo bón, tăng cân hoặc rối loạn kinh nguyệt ở phụ nữ. Do vậy nhiều người bỏ thuốc hoặc tự ý giảm liều ngay sau khi tình trạng trầm cảm được cải thiện. Dù là bất cứ loại thuốc nào, việc quan trọng là phải duy trì chế độ dùng thuốc sau khi thuốc đã có hiệu quả, bởi có tới gần 50% người sử dụng tái phát trong vòng 1 năm nếu quá trình sử dụng thuốc của họ bị ngưng đột ngột (Montgomery et al. 1993).

Liệu pháp sốc điện

Trước đây, người ta đã tiến hành đánh giá tác dụng của liệu pháp sốc điện để so sánh hiệu quả của nó với hiệu quả của liệu pháp hoá dược trong phần lớn người bị trầm cảm. Gần đây hơn, thành công của thuốc chống trầm cảm trong điều trị bệnh này cũng như việc cân nhắc xem có thể chấp nhận liệu pháp sốc điện như liệu pháp hàng đầu hay không, đã khiến người ta sử dụng nó nhiều hơn. Nó là sự lựa chọn thứ 2 đối với những người không đáp ứng liệu pháp hoá dược và có lẽ cả các LPTL - những ca này được gọi là các ca kháng trị liệu. Ở điểm này, liệu pháp sốc điện tỏ ra có một số lợi thế và ít phản ứng với các liệu pháp khác, bất cứ điều gì đạt được ở điểm này cũng có thể được coi như một thành công (Mc.Call 2001).

2.5.2 Can thiệp tâm lí

Liệu pháp nhận thức

Điều trị trầm cảm bằng liệu pháp nhận thức được phát triển đầu tiên bởi Beck (1977). Dù có cái tên riêng cho mình, trị liệu trầm cảm của liệu pháp nhận

thức vẫn có nguồn gốc lịch sử của nó từ trong trường phái hành vi và vẫn duy trì yếu tố hành vi mạnh mẽ. Một cách điển hình, liệu pháp này liên quan đến nhiều chiến lược, bao gồm:

- Giai đoạn giáo dục, trong đó cá nhân học các mối quan hệ giữa nhận thức, cảm xúc và hành vi.
- Kích hoạt hành vi và lên kế hoạch các sự kiện thoả mãn để làm tăng các hoạt động sinh lí và sự tham gia vào các hoạt động xã hội cũng như những hoạt động được tán thành khác.
- Tập luyện nhận thức trong đó cá nhân hình thành và thực hành những chiến lược nhận thức và hành vi để giúp họ đương đầu với những bài kiểm tra các giả thuyết hành vi hoặc các tình huống khó khăn khác.
- Kiểm tra các giả thuyết về hành vi, trong đó cá nhân chủ định kiểm tra tính hiệu lực của những giả định tiêu cực của họ, với niềm hy vọng là nó sai.

Cho đến giữa những năm 1980, người ta đều nhất trí rằng ít nhất thì liệu pháp nhận thức cũng có hiệu quả tương đương thuốc chống trầm cảm trong điều trị trầm cảm vừa và trầm cảm nặng. Sự thống nhất này đã bị phá vỡ khi người ta công bố kết quả của thử nghiệm điều trị có hiệu lực nhất. Chương trình hợp tác về trầm cảm (Elkin et al. 1989) của Viện Sức khoẻ Tâm thần Quốc gia Hoa Kỳ (NIMH) là một thử nghiệm đặc biệt quan trọng bởi nó là nghiên cứu đầu tiên so sánh hai hướng trị liệu tâm lí - liệu pháp nhận thức và liệu pháp liên nhân cách (dựa trên nguyên tắc của chủ nghĩa nhân văn) - với liệu pháp dùng thuốc (imipramine) và can thiệp bằng placebo (giả dược).

Đến cuối giai đoạn trị liệu 16 tuần, mọi sự can thiệp tỏ ra có hiệu quả ngang nhau. Khác biệt duy nhất có ý nghĩa về mặt thống kê giữa các nhóm chỉ ra rằng can thiệp hoá dược có hiệu quả rõ rệt hơn so với can thiệp bằng placebo. Trong số những người được trị liệu bằng LPTL liên nhân cách, 55% có tiến bộ rõ rệt về mặt lâm sàng, so với 57% những người dùng thuốc chống trầm cảm, 51% những người áp dụng liệu pháp nhận thức và 29% nhóm dùng placebo. Đối với những người bị trầm cảm nặng, liệu pháp nhận thức tỏ ra ít hiệu quả so với liệu pháp hoá dược.

Kết quả nghiên cứu dài hạn của NIMH tỏ ra ủng hộ can thiệp tâm lí hơn (Shea et al. 1992). Trong một năm tiếp theo, những người từng được trị liệu bằng liệu pháp nhận thức có tình trạng rất tốt, với tỉ lệ cụ thể là 30% đối với

những người tham gia vào nhóm trị liệu hành vi - nhận thức, 26% cho nhóm trị liệu liên nhân cách, 19% trong nhóm điều trị bằng thuốc chống trầm cảm imipramine và 20% ở nhóm sử dụng placebo. Cho đến thời điểm đó, 14% trong số các cá nhân được trị liệu thành công ở nhóm liệu pháp hành vi-nhận thức bị tái phát, so với 50% ở nhóm sử dụng thuốc chống trầm cảm. Ở đây, có lẽ liệu pháp nhận thức đã tỏ ra có lợi thế hơn là liệu pháp dùng thuốc. Tỷ lệ tái phát do ngừng sử dụng thuốc thường cao hơn là tỷ lệ tái phát do liệu pháp nhận thức, ngay cả khi điều trị ban đầu tỏ ra thành công. Thậm chí khi được phẩm được chỉ định trong một năm để tối đa hoá hiệu quả của nó, người ta cũng tìm ra kết quả tương tự - dù là có một sự khác biệt không đáng kể đối với những điều kiện nghiên cứu khác nhau (Evans et al. 1992).

3 RỐI LOẠN LƯỠNG CỰC

3.1 Đặc điểm

Rối loạn cảm xúc lưỡng cực là rối loạn cảm xúc được đặc trưng bởi một giai đoạn rối loạn hưng cảm hoặc hưng cảm nhẹ, có phối hợp với các giai đoạn rối loạn trầm cảm trong quá trình phát triển bệnh.

Trong pha trầm cảm, cá nhân có các triệu chứng trầm cảm điển hình như đã đề cập ở trên. Ngược lại, ở vào pha hưng cảm, thân chủ thường có các triệu chứng sau:

- Tự đánh giá bị trợ lì hoặc cảm thấy mình vĩ đại
- Giảm nhu cầu ngủ
- Nói nhiều hơn bình thường hoặc sự thúc bách cần phải nói
- Tư duy dồn dập
- Dễ bối rối
- Tăng hoạt động hoặc kích động tâm vận động
- Tham gia quá mức vào các hoạt động nguy hiểm.

Những cá nhân hưng cảm đi lại rất nhanh, nói nhanh, to; những đoạn đối thoại của họ thường có nhiều lời bông đùa và cố gắng tỏ ra tài giỏi. Họ thích những gì chói lọi, sặc sỡ. Họ ít có khả năng phán xét và có thể tham gia vào những hoạt động nguy hiểm mà nếu như họ ít hưng cảm hơn, thì họ sẽ từ chối. Họ cũng có thể trở nên hoàn toàn bất mãn với hành động của người khác, những người họ cho rằng cản trở họ đạt được những kế hoạch to lớn của mình. Điều thú vị là, khi đang ở trong giai đoạn hưng cảm rất nhiều người tỏ vẻ hoàn toàn hạnh phúc, nhưng điều này không phải lúc nào cũng đúng.

Khoảng 1-1,5% người trưởng thành trải qua rối loạn cảm xúc lưỡng cực vào bất cứ lúc nào, tỉ lệ nói chung giữa nam và nữ không khác nhau. Tuy nhiên phụ nữ dường như trầm cảm nhiều hơn và ít hưng cảm hơn nam giới, mặt khác, ở phụ nữ, việc lặp đi lặp lại giữa các giai đoạn này thường xuyên hơn nam giới (APA 2000). Mức độ phổ biến cũng không khác nhau giữa các nhóm kinh tế-xã hội và dân tộc. Đợt rối loạn cảm xúc lưỡng cực đầu tiên thường diễn ra trong khoảng từ 20 đến 30 tuổi. Hơn một nửa những người khởi phát lần đầu với một đợt trầm cảm chủ yếu và ít nhất 80% những người khởi phát với đợt hưng cảm có khả năng tái phát bệnh 1 lần hoặc nhiều hơn (APA 1994). Mỗi đợt có thể kéo dài vài ngày, hàng tuần, hoặc trong một số trường hợp, hàng năm. Mức độ nghiêm trọng của rối loạn có xu hướng tăng cùng với thời gian, mặc dù sau khoảng 10 năm đã bớt nghiêm trọng đáng kể.

3.2 Trị liệu rối loạn lưỡng cực

3.2.1 Liệu pháp sinh học

Điều trị rối loạn lưỡng cực chủ yếu bằng thuốc. Tùy theo tình trạng bệnh, các thầy thuốc có thể chỉ định những loại thuốc khác nhau: thuốc an thần, thuốc chỉnh khí sắc hoặc thuốc chống trầm cảm.

Ở nhiều nước, lithium bicarbonate dạng thuốc viên được sử dụng đối với những biến đổi khí sắc vừa phải. Hiện nay ở nước ta, các thầy thuốc rất thận trọng đối với việc dùng lithium vì:

- Tỉ lệ tái phát cao ở những người ngừng thuốc khi hết các triệu chứng.
- Có những tác dụng phụ: tăng cân, có những vấn đề về định hướng, khát nước thái quá và rối loạn trí nhớ.
- Khoảng cách giữa một liều lithium không hiệu quả và một liều lithium gây ngộ độc là rất hẹp. Dùng một liều quá cao có thể dẫn đến ngộ độc lithium, và hậu quả của nó là buồn nôn, nôn, run, rối loạn chức năng thận và có thể dẫn đến tử vong. Do đó, lượng lithium cần phải được kiểm tra đều đặn bằng thử máu, đây là một nguyên nhân nữa làm người ta không muốn dùng nó lâu dài.
- Sốc điện cũng được xem như là một lựa chọn có hiệu quả đối với trầm cảm, đặc biệt là trầm cảm nặng, các pha hưng cảm và những trường hợp kháng thuốc.

3.2.2 Tiếp cận hành vi nhận thức

Mô hình sinh học về rối loạn cảm xúc lưỡng cực đã chiếm vị trí thống trị trong nhiều năm, và chỉ gần đây thì những thử nghiệm để thay đổi các giai đoạn

của rối nhiễu theo phương pháp nhận thức-hành vi mới được tiến hành. Những thử nghiệm này đã đạt được những thành công đáng kể, góp phần vào hiệu quả của lithium. Scott và cs. (2001) đã chia ngẫu nhiên các người có RLTT rối loạn cảm xúc lưỡng cực thành hai nhóm: một nhóm điều trị bằng lithium, một nhóm điều trị kết hợp lithium với liệu pháp nhận thức. Liệu pháp nhận thức bao gồm 3 yếu tố sau:

- Một giai đoạn giáo dục để chuẩn bị cho tiếp cận nhận thức.
- Tập trung vào các phương pháp hành vi - nhận thức trong việc điều chỉnh các triệu chứng, bao gồm: thiết lập một lịch hoạt động hàng ngày và quản lý thời gian, cũng như đối phó với các suy nghĩ rối nhiễu.
- Những kỹ thuật phòng tránh tái phát.

Sau cùng là cần phát triển các chiến lược điều chỉnh thuốc, các chiến lược của cá nhân để giải quyết stress, hoặc tìm kiếm sự trợ giúp trong những lúc mà bệnh có dấu hiệu khởi phát trở lại. Trị liệu duy trì trong 6 tháng. Sau 6 tháng, những người được trị liệu kết hợp tỏ ra được cải thiện rõ ràng khi đánh giá hoạt động nói chung và trầm cảm, so với những người chỉ điều trị bằng thuốc. Kết quả về sự tái phát cũng gây ấn tượng như vậy: 60% những người trị liệu kết hợp ít có khả năng tái phát hơn là những người trị liệu bằng thuốc.

4 TỰ SÁT

4.1 Một số vấn đề chung

Tự sát không phải là một rối loạn cảm xúc. Nó không chỉ liên quan duy nhất đến trầm cảm. Song, đây là một vấn đề nghiêm trọng và liên quan rõ rệt đến trầm cảm hơn bất cứ RLTT nào.

Tỉ lệ tự sát khác nhau giữa các quốc gia. Ví dụ như hàng năm ở Nga có 40/100.000 người tự sát, trong khi ở Hy Lạp thì tỉ lệ này ít hơn nhiều, khoảng 4/100.000 người (Tổ chức Y tế Thế giới: www.who.int). Tỉ lệ tự sát cũng thay đổi theo thời gian. Ở phụ nữ Anh, tỉ lệ tự sát đã giảm xuống kể từ những năm 1970; còn ở nam giới, tỉ lệ tự sát giảm trong những năm 1960-1975 đã được thay thế bằng sự tăng mạnh trong 10 năm sau đó (Mc.Clure 2000). Trong năm 2000, tỉ lệ tự sát ở Vương quốc Anh là 11,7/100.000 đối với đàn ông và 3,3/100.000 ở phụ nữ - đây là một sự khác biệt đáng kể. Hành vi tự sát đặc biệt phổ biến ở những người trẻ tuổi: 2/3 các ca tự sát ở độ tuổi dưới 35 (Hawton, 1997).

Một nửa trong số những người tìm đến tự sát có một vấn đề về SKTT, cụ thể, phổ biến nhất là trầm cảm, rối loạn liên quan đến lạm dụng chất và TTPL. Tự sát liên quan đến trầm cảm vừa hơn là trầm cảm nặng, vì những người bị trầm cảm nặng thậm chí còn không có cả ý chí để tác động vào cảm giác của mình. Thực tế, người bị trầm cảm có thể tự tử khi bệnh của họ bắt đầu khá lên; bởi một mặt, họ vẫn tuyệt vọng, nhưng mặt khác, ở họ, một động cơ và xung động nào đó lại tăng lên.

Một thông báo rằng trong những người được chẩn đoán là trầm cảm:

- 56% biểu hiện ý nghĩ về cái chết
- 37% muốn chết
- 69% có ý tưởng tự sát (Bronisch và Wittchen, 1994).

Tuy nhiên, những ý nghĩ này không phải chỉ xuất hiện ở người trầm cảm: 8% số người trong một nhóm đối chứng (chưa bao giờ được chẩn đoán một RLTT nào) biểu hiện ý tưởng tự sát, và 2% đã từng tự sát.

Tự sát ở người mắc TTPL thường là kết quả của sự cùn mòn cảm xúc hơn là hoang tưởng hay ảo giác. Những yếu tố nguy cơ khác gồm có độc thân, sống một mình, thiếu ngủ, trí nhớ giảm sút và tự buông xuôi (Bronisch, 1996).

Những đặc điểm tâm lý dẫn cá nhân đến hành vi tự sát:

- Các ý nghĩ như sự vô giá trị, tội lỗi, tuyệt vọng.
- Các triệu chứng trầm cảm, ảo giác.
- Tình trạng bất ổn bên trong và kích động.

Người tìm đến tự sát cũng có thể là những người có đặc điểm tính cách tiền bệnh lí như mức xung động cao, dễ bị kích động, chống đối và xu hướng xâm kích (Bronisch, 1996).

4.2 Tỷ lệ

- Thấp nhất ở những người đã kết hôn hoặc đang sống chung.
- Cao nhất ở những người đã ly hôn.
- Phụ nữ tự sát nhiều gấp 3 lần đàn ông; ngược lại, tỉ lệ tự sát thành công ở đàn ông nhiều gấp 3 lần phụ nữ.

- Khoảng 60% các ca tự sát xảy ra sau khi cá nhân vừa dùng đồ uống có cồn (Royal College of Psychiatrists, 1986).

4.3 Nguyên nhân của tự sát

Những vấn đề đẩy cá nhân đến hành vi tự sát đa dạng, tùy theo lứa tuổi. Theo Hawton (1997), trong số người trưởng thành đã từng có ý định hoặc hành vi tự sát:

- 72% là những người gặp khó khăn trong các mối quan hệ liên nhân cách
- 26% có vấn đề về việc làm.
- 26% gặp những khó khăn với con cái.
- 19% có những vấn đề về tài chính.

Ở tuổi vị thành niên, sự không ổn định về cảm xúc có thể là nguyên nhân đặc biệt khiến các em tự sát. Những vấn đề liên quan đến tình dục cũng có thể là một yếu tố nguy cơ cụ thể đối với vị thành niên. Ví dụ, Remafedi và cs. (1998) đã phát hiện ra rằng: 28% vị thành niên nam đồng tính từng tự sát, so với 4% ở vị thành niên nam bình thường. Đối với phái nữ con số tương đương là 21 và 15%.

Ở người già, tự sát có thể xảy ra như hậu quả của việc tăng cảm giác vô dụng/bất tài: 44% người cao tuổi được nghiên cứu tìm đến tự sát để không bị đưa vào viện dưỡng lão (Loebel et al.1991).

Tự sát ở những người vừa mất đi người thân cũng hay xảy ra.

Ngay từ 1897, Durkheim đã đưa ra 3 loại tự sát:

- Do không thuộc về một tổ chức (anomic).
- Vì người khác (altruistic).
- Vì mình (egoistic).

Theo Durkheim, tự sát do không thuộc về một tổ chức diễn ra khi cấu trúc xã hội mà cá nhân sống trong đó thất bại trong việc cung cấp cho cá nhân đầy đủ sự ủng hộ, và cá nhân mất đi cảm giác thuộc về một nơi nào đó - tình trạng mà Durkheim gọi là vô tổ chức/loạn kỉ cương.

Mức độ cao của sự không có tổ chức xảy ra vào lúc có cả thay đổi thuộc về xã hội lẫn con người, bao gồm các stress trong những vấn đề kinh tế, nhập cư và trạng thái bất ổn. Tự sát vì người khác xuất hiện khi một cá nhân chủ tâm hy sinh bản thân họ vì sự hạnh phúc của người khác hoặc của cả cộng đồng. Cuối cùng, tự sát vì mình xảy ra ở những người không bị các mực chuẩn xã hội kìm nén, họ là những người ngoài cuộc và đơn độc trong tình trạng bị xa lánh thường xuyên, hơn cả những người tìm đến tự sát do không thuộc về một tổ chức.

Giải thích của trường phái nhận thức

Nhiều người có hành vi tự sát có thiếu sót về trí nhớ và các kỹ năng giải quyết vấn đề, ngay cả khi so sánh với những người trầm cảm không tự sát (Schotte và Clum, 1987). Những thiếu hụt này khiến cho mỗi cá nhân gặp khó khăn trong việc đương đầu với những tình huống gây stress một cách thành công và hiệu quả; nó còn khiến cho cá nhân có xu hướng sử dụng những chiến lược ứng phó không thích hợp, bao gồm cả tự sát.

4.4 Liệu pháp giải quyết vấn đề

Đối với người có hành vi tự sát và có một RLTT, có thể tận dụng điều trị của chính rối loạn này mà không cần bận tâm đến ảnh hưởng của nó đối với khí sắc hay hành vi

của họ. Hoặc trị liệu có thể hướng trực tiếp đến những yếu tố thúc họ đẩy tự sát. Một trong những tiếp cận trị liệu là thông qua sự phát triển các chiến lược ứng phó có hiệu quả với những vấn đề mà họ đối diện. Thành tố mấu chốt trong cách tiếp cận này bao gồm:

“Tôi không thể tiếp tục được nữa... Tôi hư hỏng... Tôi bản thiu... Những gì tôi đã làm trước đây thật tồi tệ... Tôi đã làm những việc không nên làm với đàn ông ngay khi tôi mới 6 tuổi... tôi là một con điếm... Vì vậy lúc 11 tuổi tôi đã bị cưỡng hiếp... Tôi bản thiu... tồi tệ... một con điếm... và tôi không cố gắng thay đổi được, để tử tế. Yêu ai tôi cũng khiến họ cảm thấy kinh tởm vì tôi là tôi... vì tôi bản thiu. Tôi không thể làm gì để thay đổi... vì tôi hư hỏng, bản thiu...”

“Tôi không thể tìm được lối thoát cho mọi chuyện. Tôi đã cố gắng trong suốt 30 năm, để không trở nên tồi tệ. Nhưng tôi không dừng được chuyện đó. Có quá nhiều thứ tôi đã làm khiến tôi trở nên tồi tệ... Tôi không thể làm cho bản thân tốt hơn.”

“Chẳng có gì đáng sống nữa. Chồng và con gái tôi... Họ sẽ sống tốt hơn nếu không có tôi. Họ không cần tôi. Tôi khiến họ bất hạnh và khi tôi ra đi họ sẽ lại hạnh phúc. Họ không đáng để bị tôi làm khổ. Cho nên việc tốt nhất có thể làm là tự tử... kết thúc đau khổ cho cả tôi và họ.”

Nguồn: Bennett P. (2003)

Abnormal and Clinical Psychology, Open University Press.

- Cả thân chủ và nhà trị liệu đều có được sự hiểu biết chính xác về bản chất của vấn đề.
- Xác định xem có thể cải thiện được hoàn cảnh ở khía cạnh nào: xác định mục tiêu mong muốn (như mối quan hệ tốt hơn với bạn trai chẳng hạn).
- Xác định chiến lược để có thể đạt được các mục tiêu này (ví dụ, nói chuyện nhiều hơn, cùng đi chơi...).

Cách tiếp cận này có thể áp dụng cho cá nhân cũng như hai vợ chồng và thậm chí là cả gia đình. Có thể duy trì tần số cao cho các buổi trị liệu ở giai đoạn đầu, sau đó từ từ nói dần khoảng cách giữa các buổi khi cá nhân bắt đầu ứng phó tốt hơn với vấn đề của họ. Liệu pháp này đòi hỏi số buổi trị liệu vừa phải: một phần bởi đây có lẽ là hình thức trị liệu duy nhất có thể chấp nhận được đối với những người có hành vi tự sát, một phần để thúc đẩy tính độc lập của thân chủ ngay từ đầu (Hawton, 1997).

Nhìn chung những đánh giá về tính hiệu quả đã ủng hộ việc sử dụng phương pháp tiếp cận này. Trên thực tế, một siêu phân tích về sự can thiệp tâm lý-xã hội đối với hành vi tự sát cho thấy can thiệp nhận thức-hành vi và tập trung vào vấn đề là những phương pháp duy nhất tỏ ra có hiệu quả đối với nhóm này (Van der Sande et al. 1997). Salkovskis và cs. (1990) đã tiến hành một so sánh nhỏ: một bên là quá trình trị liệu gồm 5 buổi áp dụng phương pháp tiếp cận nhận thức-hành vi và giải quyết vấn đề; một bên là điều trị ngoại trú thông thường hàng ngày. Trong 6 tháng tiếp theo, 25% số người trong nhóm can thiệp tích cực có thêm ít nhất một hành vi tự sát nữa, so với 50% ở nhóm những người không nhận được sự can thiệp.

CÂU HỎI ÔN TẬP

1. Đặc điểm lâm sàng trầm cảm điển hình?
2. Đặc điểm lâm sàng trầm cảm không điển hình?
3. Các mức độ trầm cảm?
4. Các liệu pháp sinh học đối với trầm cảm?
5. Liệu pháp nhận thức đối với trầm cảm?
6. Đặc điểm lâm sàng rối loạn lưỡng cực?

Chương 8

RỐI LOẠN LO ÂU VÀ CÁC RỐI LOẠN LIÊN QUAN ĐẾN STRESS

Phần đầu chương đề cập đến các rối loạn: rối loạn lo âu lan tỏa, rối loạn hoảng sợ, ám ảnh sợ xã hội, ám ảnh sợ chuyên biệt và ám ảnh – cưỡng bức. Tiếp đó, giáo trình bàn đến: phản ứng stress cấp và rối loạn stress sau sang chấn. Phần cuối chương là các rối loạn phân li.

1 RỐI LOẠN LO ÂU

1.1 Khái niệm chung

Rối loạn lo âu là sự sợ hãi quá mức, không có nguyên nhân, do chủ quan của thân chủ và không thể giải thích được do một rối loạn tâm thần khác hoặc do một bệnh cơ thể. Rối loạn lo âu là rối loạn mà cá nhân không thể kiểm soát được, biểu hiện vững chắc, mạn tính và khuếch tán, thậm chí có thể xảy ra dưới dạng kịch phát.

Rối loạn lo âu thường phối hợp với tăng cảm xúc, biểu hiện qua các triệu chứng chung về nội tạng và vận động.

Người có rối loạn lo âu, đặc biệt là những cơn xung động hoảng sợ, thường kèm theo rối loạn các chức năng xã hội và có nguy cơ lạm dụng chất cao hơn người khác. Những cá nhân này, nếu có rối loạn nhân cách kèm theo rối loạn lo âu thì điều trị bằng các thuốc rất kém hiệu quả.

1.2 Rối loạn lo âu lan tỏa

1.2.1 Đặc điểm

Rối loạn lo âu lan tỏa (Generalized anxiety disorder- GAD) là sự lo âu quá mức và kéo dài liên tục, xuất hiện ngày càng nhiều trong một khoảng thời gian ít nhất là 6 tháng. Thêm vào đó:

- Cá nhân thấy khó có thể kiểm soát được nỗi lo của mình.
- Sự lo âu, lo lắng thường đi kèm với các triệu chứng như:
 - Không nghỉ ngơi được hoặc cảm thấy nặng trĩu trong lòng hay cảm giác như mình đang đứng bên bờ vực thẳm.
 - Dễ bị mệt mỏi.

- Khó có thể tập trung hoặc thấy đầu óc trống rỗng.
- Cảm giác khó chịu.
- Tăng trương lực cơ.
- Xáo trộn giấc ngủ.

Lo âu, lo lắng hoặc những triệu chứng của cơ thể gây nên tình trạng kiệt sức hay suy yếu nghiêm trọng. Nỗi lo của những người mắc rối loạn lo âu lan tỏa thường liên quan đến những vấn đề của đời sống thường nhật hoặc những vấn đề không mấy quan trọng mà họ có thể nhận thức được song rất khó có thể kiểm soát nó. Theo Jenkins và cs. (1997), ở bất kỳ thời điểm nào, khoảng 3-4% dân số có những biểu hiện lo âu với các mức độ khác nhau có thể chẩn đoán là rối loạn lo âu lan tỏa, với tỉ lệ nữ gấp 2 lần nam.

Lo âu lan tỏa thường khởi phát ở tuổi trẻ em hay thanh thiếu niên. Khi đã xuất hiện, nó có xu hướng trở thành rối loạn mạn tính: có tới 80% người bị lo âu lan tỏa luôn mang nặng nỗi âu lo, phiền muộn của mình suốt đời (Bulter và cs., 1991).

1.2.2 Trị liệu rối loạn lo âu lan tỏa

Trị liệu tâm lí

Theo Bennett (2003), trị liệu hành vi – nhận thức theo cách thông thường thì không có hiệu quả đối với rối loạn lo âu lan tỏa bởi sự lo âu của thân chủ không tập trung vào một chủ đề/đối tượng nào cụ thể. Để có kết quả, cần cả 3 chiến lược chủ chốt:

- Cải tổ nhận thức những ý nghĩ gây lo âu
- Luyện tập thư giãn
- Đối mặt (exposure) với lo lắng.

Cải tổ nhận thức bao gồm việc xác định nhận thức nào đã dẫn tới lo lắng và cả việc nghi ngờ những thừa nhận không thích hợp. Các chiến thuật có thể được luyện tập trước khi đem áp dụng vào những tình huống thân chủ cảm thấy lo lắng.

Luyện tập thư giãn gồm chương trình học đã được thiết kế để học cách thư giãn cơ thể, biết cách thở chậm và kiểm soát được nhịp thở khi lo lắng.

Đối mặt với lo lắng lại theo hướng tiếp cận của phương pháp đối mặt và ngăn chặn phản ứng. Nhiều người bị lo âu lan tỏa thường nỗ lực tinh thần để chặn đứng hoặc quên đi những ý nghĩ tiêu cực, khủng khiếp.

Nội dung của liệu pháp phân tâm là khai thác và tìm hiểu các vấn đề cá nhân từ những mối quan hệ hiện thời, từ sự phát triển và từ trong giới hạn của sự chuyển dịch cũng như kháng cự vô thức trong mối quan hệ trị liệu .

Theo một số tác giả, phương pháp trị liệu hành vi nhận thức tỏ ra hiệu quả hơn nhiều so với trị liệu phân tâm. Ví dụ, trong một nghiên cứu được thực hiện trong vòng 6 tháng, 76% số người được trị liệu theo phương pháp trị liệu hành vi nhận thức có tiến triển "tốt hơn" hoặc "rất đáng ghi nhận"; chỉ có 42% số người theo phương pháp trị liệu phân tâm đạt được mức thành công tương tự. Tỷ lệ người bỏ cuộc theo phương pháp nhận thức hành vi cũng thấp hơn nhiều so với phương pháp phân tâm (tương ứng là 10% so với 24%).

Dùng thuốc

Không có thuốc đặc trị lo âu lan tỏa. Tuy nhiên trong nhiều trường hợp, người có rối loạn lo âu lan tỏa đáp ứng tốt với một số loại thuốc chống trầm cảm.

Đã có những nghiên cứu so sánh hiệu quả của thuốc benzodiazepines (valium và lorazepam) với trị liệu nhận thức. Kết quả cho thấy lúc đầu trong tiến trình trị liệu, thân chủ đều có tiến bộ như nhau song càng về sau thì cách trị liệu nhận thức càng có hiệu quả hơn.

1.3 Rối loạn hoảng sợ

1.3.1 Đặc điểm lâm sàng chung

Rối loạn hoảng sợ là những cơn lo âu tái diễn trầm trọng, không khu trú vào bất kỳ hoàn cảnh nào hoặc tình huống đặc biệt nào và không lường trước được. Các triệu chứng thường bắt đầu đột ngột như: đánh trống ngực, đau ngực, cảm giác bị choáng, chóng mặt và cảm giác không thực. Lúc nào cũng có mối sợ đe dọa như sợ chết, sợ bị bệnh và sợ mất tự chủ. Các cơn chỉ kéo dài vài phút với tần số rất thay đổi.

Trong cơn hoảng sợ, cá nhân thấy sợ hãi, các triệu chứng thần kinh thực vật tăng lên và bệnh nhân vội vã thoát ra khỏi hoàn cảnh. Thường cá nhân né tránh không để cho hoàn cảnh đó lặp lại. Cơn hoảng sợ thường tiếp theo sau một nỗi lo sợ dai dẳng là sẽ có một cơn khác.

Yếu tố hoảng sợ là các cơn hoảng sợ kịch phát quá mức, tái phát, bền vững, tiếp theo sau ít nhất là một tháng không có một cơn hoảng sợ kịch phát khác. Các cơn hoảng sợ kịch phát không phải là hậu quả của một chất hoặc của một bệnh thực tổn. Cuối cùng, các cơn hoảng sợ kịch phát không giải thích được

do một rối loạn tâm thần như: sợ biệt định hoặc sợ xã hội hoặc rối loạn ám ảnh-cưỡng bức hoặc PTSD hoặc rối loạn lo âu bị chia cắt.

Liên quan tới các cơn hoảng sợ tiếp theo là hành vi né tránh. Bên cạnh các cơn hoảng sợ, nhiều cá nhân có rối loạn lo âu, nhưng không phải là trung tâm trong các tình huống.

Trong một số trường hợp, mất hoặc gián đoạn mối liên hệ như rời khỏi nhà hoặc ly dị là yếu tố để khởi phát hoặc tái phát cơn hoảng sợ. Nhiều cá nhân mất tự tin và phải đi khám bệnh thường xuyên.

Rối loạn trầm cảm điển hình thường gặp khoảng 50-60% ở cá nhân có hoảng sợ. Gần 1/3 số thân chủ trên có cả 2 loại rối loạn, rối loạn trầm cảm là điều kiện thuận lợi cho việc bùng phát các cơn hoảng sợ. Khoảng 2/3 số còn lại, rối loạn trầm cảm có đồng thời hoặc sau cơn hoảng sợ.

Một số cá nhân có liên quan đến sử dụng rượu hoặc thuốc giải lo âu có thể có các rối loạn lo âu như: ám ảnh sợ xã hội (15-30%), ám ảnh-cưỡng bức (8-10%), ám ảnh sợ biệt định (10-20%) trong số những người có hoảng sợ. Tỷ lệ hoảng sợ trong cả cuộc đời là khoảng 1,5-3,5% và tỷ lệ trong 1 năm là khoảng 1-2%. Gần 1/3-1/2 số cá nhân hoảng sợ được chẩn đoán ở các khoa lâm sàng khác nhau chứ không chỉ ở khoa tâm thần. Ở phụ nữ gặp nhiều hơn nam giới.

1.3.2 Đặc điểm lâm sàng cơn hoảng sợ kịch phát

Cơn hoảng sợ kịch phát xuất hiện trong các rối loạn lo âu khác nhau. Đặc điểm của cơn hoảng sợ kịch phát là có một giai đoạn hoảng sợ kịch phát hoặc khó chịu, với cường độ mạnh phối hợp với một số triệu chứng cơ thể và nhận thức.

Cơn hoảng sợ kịch phát khởi phát đột ngột và nhanh chóng đạt đến cường độ tối đa (thường sau 10 phút hoặc ngắn hơn), phối hợp với cảm giác nguy hiểm hoặc đe dọa bị chết và mong muốn được thoát khỏi tình trạng này.

Những triệu chứng cơ thể và nhận thức thường gặp:

- Hồi hộp
- Ra mồ hôi
- Run
- Thở nông hoặc bị nghẹn ở cổ
- Cảm giác hụt hơi
- Đau hoặc khó chịu ở vùng trước tim
- Nôn hoặc khó chịu ở bụng

- Chóng mặt
- Giải thể nhân cách
- Sợ mất kiểm soát
- Sợ chết
- Dị cảm
- Rét run hoặc nóng bừng.

Khi xuất hiện cơn hoảng sợ kịch phát, các cá nhân thường đề nghị y tế can thiệp gấp vì nghĩ rằng họ sắp chết, mất kiểm soát, có cơn nhồi máu cơ tim hoặc co thắt mạch vành hoặc sẽ "bị phát điên". Các triệu chứng thường giống nhau, liên quan với nhau và thân chủ muốn nhanh chóng rời khỏi chỗ đó ngay tức khắc để tránh các cơn hoảng sợ kịch phát.

Khi cơn hoảng sợ kịch phát tái phát, cường độ sợ hãi có thể giảm đi và thở gấp là một triệu chứng thường gặp trong hoảng sợ kịch phát.

Đỏ mặt trong hoảng sợ kịch phát có liên quan đến ám ảnh sợ xã hội. Rối loạn lo âu thể hiện bằng cơn hoảng sợ kịch phát. Có thể khác với rối loạn lo âu lan toả là các cơn gián đoạn tự nhiên, cường độ kịch phát và mức độ nặng hơn các cơn hoảng sợ kịch phát.

Cơn hoảng sợ kịch phát xuất hiện trong rối loạn lo âu nói chung như hoảng sợ, ám ảnh sợ xã hội, ám ảnh sợ biệt định, PTSD và rối loạn stress cấp tính.

1.3.3 Trị liệu rối loạn hoảng sợ

Can thiệp hành vi nhận thức

Một số quy trình trị liệu pháp hành vi thành công đối với rối loạn hoảng sợ là dựa trên mô hình nguyên nhân của Clark. Clark và cs. đã xây dựng tiếp cận trị liệu 2 giai đoạn. Giai đoạn 1: dạy cho thân chủ mô hình nhận thức sự hoảng sợ. Giai đoạn hai gồm 3 khâu:

- Thư giãn để giảm đi kích thích sinh lí khi có stress
- Các quy trình nhận thức nhằm thay đổi nhận thức do hoảng sợ
- Các quy trình hành vi nhằm khống chế các triệu chứng hoảng sợ.

Thư giãn là học cách để cơ thể nghỉ ngơi, học cách thở chậm và điều hoà nhịp thở. Những kĩ thuật này có thể đem ra áp dụng khi sắp có cơn hoảng sợ, chẳng hạn như khi sắp phải tiếp cận hay trong suốt thời gian ở trong tình huống mà trước đó cơn hoảng sợ đã xảy ra. Các quy trình nhận thức bao gồm việc tự định hướng và thách thức nhận thức. Tập luyện khả năng tự định hướng là sự

củng cố hàng loạt trạng thái "lắng đọng" (caml-down) mà thân chủ sử dụng khi cảm thấy hoảng sợ. Sự luyện tập trước này có thể khiến cho các triệu chứng không xuất hiện khi nỗi sợ hãi đến với họ và họ áp dụng được các chiến lược đương đầu với nó như thư giãn chẳng hạn. Còn thách thức nhận thức lại có nghĩa là có khái niệm về sự hình thành nỗi hoảng sợ và luôn cố gắng phản đối những giả định không thích hợp.

Giai đoạn 2: khi đã nắm bắt được các triệu chứng qua các buổi trị liệu, những kỹ năng này có thể ứng dụng trong các tình huống thực. Điều đó thực hiện ở cuối quá trình trị liệu, bắt đầu từ những tình huống đơn giản rồi dần dần là các tình huống khó khăn hơn.

Hơn 80% số thân chủ không còn thấy hoảng sợ sau khi trị liệu bằng phương pháp này, trái lại chỉ có 12% số thân chủ cảm thấy đỡ trong các nhóm không được trị liệu. Dù sao đi nữa, phương pháp trị liệu nhận thức là phương pháp thành công nhất ở thời điểm này, cao hơn cả dùng thuốc, với 85% số thân chủ hết hoảng sợ trong khi chỉ có 60% số người khỏi bệnh do uống imipramine và áp dụng thư giãn.

1.4 Ám ảnh sợ xã hội (lo âu xã hội)

Ám ảnh có thể là sợ ăn uống ở nơi công cộng; sợ nôn nơi công cộng; sợ nói trước công chúng hoặc sợ gặp người khác giới trong mọi tình huống dẫn đến né tránh các hoàn cảnh xã hội. Ám ảnh sợ xã hội thường bắt đầu ở tuổi thanh thiếu niên, biểu hiện sợ người khác nhìn mình chăm chú ở một nhóm người. Ám ảnh sợ xã hội phổ biến đều nhau ở nam giới và nữ giới.

Những ám ảnh sợ xã hội phối hợp với tự ti và sợ bị phê bình có thể bộc lộ bằng những lời phàn nàn, bị đỏ mặt, run tay, buồn nôn hoặc mót đi tiểu. Các triệu chứng này có thể tiến triển thành cơn hoảng sợ né tránh hoàn toàn cách ly xã hội.

Các yếu tố ám ảnh sợ xã hội là bền vững và các tình huống xã hội có thể gây cho cá nhân những khó khăn. Trong các tình huống xã hội gây sợ, cá nhân có ám ảnh sợ xã hội hầu như luôn bộc lộ rối loạn lo âu:

- Đánh trống ngực
- Run
- Vã mồ hôi
- Khó chịu ở dạ dày và ruột
- Ìa chảy

- Căng trương lực cơ.

Sợ hãi hoặc né tránh ảnh hưởng đến cuộc sống bình thường hoặc chức năng nghề nghiệp và học tập hoặc quan hệ xã hội của thân chủ.

1.5 Ám ảnh sợ chuyên biệt

Đó là những ám ảnh sợ khu trú vào các tình huống đặc biệt như: sợ gần động vật, sợ độ cao, sợ sấm, sợ bóng tối, sợ đi máy bay, sợ nơi kín, sợ bị các bệnh hiểm nghèo...

Yếu tố ám ảnh sợ biệt định được xây dựng trên nền một sợ hãi mãnh liệt, bền vững và rõ rệt. Khi có các kích thích ám ảnh sợ sẽ dễ dàng gây ra đáp ứng lo âu.

1.6 Rối loạn ám ảnh cưỡng bức

1.6.1 Khái niệm chung

Rối loạn ám ảnh cưỡng bức là một trạng thái bất lực mạn tính. Nó đặc trưng bởi những ý nghĩ ám ảnh buộc chủ thể phải làm một số hành động hoặc những việc làm mang tính nghi thức nào đó để không xảy ra điều tồi tệ. Khi thực hiện những hành động, việc làm như vậy thì trạng thái lo âu cũng giảm đi. Những ý nghĩ thường thấy là sự phê phán luôn gắn với xung quanh, sự lo sợ bị nhiễm bệnh. Những hành động hay những ý nghĩ nhằm chống lại nỗi sợ hãi có thể kể đến như cọ rửa các vùng da trên cơ thể một cách nghi thức và lặp đi lặp lại, kiểm tra đi kiểm tra lại tới 20 lần hành động mình đã làm, tiến đến là các hành vi, ý nghĩ mang tính nghi thức, cứng nhắc.

1.6.2 Ám ảnh

- Những ý nghĩ, sự thôi thúc hay những hình ảnh lặp đi lặp lại và dai dẳng mà chủ thể phải trải nghiệm như một sự chịu đựng và vô lí, khiến cho chủ thể lo lắng và khổ sở một cách đáng kể. Hơn nữa:
 - ✓ đó không chỉ đơn giản là những lo lắng quá mức của các vấn đề trong đời sống thực.
 - ✓ chủ thể luôn cố gắng để quên đi hay kìm nén chúng lại bằng những ý nghĩ hay hành động khác
 - ✓ chủ thể nhận biết được rằng tự bản thân họ sinh ra các ý nghĩ đó.

1.6.3 Cưỡng bức

- Những hành vi lặp đi lặp lại (như rửa tay, kiểm tra) hay các hoạt động tinh thần (cầu nguyện, nhắm đi nhắm lại một số từ nào đó) khiến chủ thể cảm

thấy mình bị lôi kéo vào các phản ứng với những nỗi ám ảnh và các quy tắc cứng nhắc.

- Các hành vi hay các hoạt động tinh thần nhằm ngăn cản hay làm giảm đi nỗi khiếp sợ hoặc các tình huống hoặc sự kiện gây khiếp sợ thường là quá mức, xa rời với các cách vô hiệu hoá hay ngăn cản thông thường.

Tôi sợ phải chạm vào bất cứ cái gì mà M đã từng chạm vào- tôi không chạm vào đâu. Tôi biết là anh ta bị bệnh giang mai, có thể anh ta bị AIDS nữa, bạn biết là nó sẽ lây lan ra như thế nào rồi đấy... và bạn không có cách nào để tránh được đâu. Không thể thấy nó được đâu- và tôi chả dại gì mà chuốc lấy nguy cơ có thể tiếp xúc với nó cả. Tôi thực sự điên lên khi anh ta có mặt ở chỗ tôi làm việc. Tôi vốn đã tránh được những thứ bẩn khi tôi đã cửa bước vào, nhưng khi tôi biết anh ta đã chạm vào ghế ngồi của tôi, tôi thực sự phát hoảng vì tôi không muốn mình và gia đình có thể bị bệnh song tôi cũng không biết làm thế nào để tránh được. Tôi cọ rửa, lau chùi nó với thuốc tẩy và chà sát đôi tay của mình đến trầy cả ra nhưng như thế vẫn chưa thể đảm bảo là mọi thứ đều đã sạch hoàn toàn. Thế là tôi bắt đầu mỗi ngày với việc làm sạch chỗ làm, rửa sạch cánh tay, bàn tay của mình cho an toàn... để bảo vệ mình và gia đình khỏi bất cứ chất dơ bẩn nào mà anh ta dấy ra... Mỗi lần làm như vậy xong, tôi thấy thật thoải mái... Tôi vừa bị một vết chàm bội nhiễm ở tay vì việc cọ rửa quá nhiều, nó thực sự rất đau nhưng như thế cũng đáng thôi. Nó giúp tôi hết lo lắng về mọi thứ, mà như thế thì tệ lắm. Nếu lo lắng là tôi bắt đầu nghĩ đến bệnh AIDS, nghĩ đến cái chết, cả gia đình tôi sẽ chết. Tôi không thể ngừng nghĩ về những điều đó cho tới khi tôi nghĩ ra được cái gì đó hợp lí.

Từ lúc bắt đầu làm việc, tôi thực sự lo lắng. Tôi lo suốt dọc đường đi bởi tôi sắp phải đối mặt với nguy cơ mắc bệnh giang mai... Tôi thấy thực sự nhẹ cả người mỗi khi kết thúc việc cọ rửa, mặc dù tay tôi bị đau. Từ chỗ làm về, tôi rửa ráy sạch sẽ và cởi bỏ hết quần áo trước khi bước vào nhà. Tôi tống chúng vào máy giặt và giặt ngay lập tức - không thể để vợ tôi động vào chúng được... Tôi phải tắm trước khi làm gì đó và kì cọ thật kĩ lưỡng. Tôi sẽ không thể tha thứ cho mình nếu tôi mang mầm bệnh về nhà... Tôi để cả giày ở bên ngoài.

Tôi không quan tâm nếu những người khác sử dụng ghế làm việc của tôi - cho dù họ làm việc cùng M. Tôi không lo lắng về họ- họ nằm ngoài sự đề phòng của tôi. Nhưng nếu nói là họ không mắc bệnh thì cũng không chắc vì tôi biết là bệnh tật không dễ gì mà thấy được...Trông họ không có vẻ bị bệnh không có nghĩa là họ không bị bệnh thực sự. Nếu họ biết M, và sau đó thấy tôi liên tục đi rửa tay, họ sẽ hiểu là vì tôi lo lắng họ có thể bị nhiễm bệnh.

1.6.4 Điều trị rối loạn ám ảnh cưỡng bức

Các cách tiếp cận hành vi và hành vi nhận thức

Phương pháp trị liệu hành vi với người bị rối loạn ám ảnh cưỡng bức điển hình bao gồm việc để chủ thể biểu lộ ra bên ngoài và ngăn chặn các phản ứng. Ở đây, chủ thể biểu lộ những kích thích gây sợ hãi của mình ra, thường là theo một cách thức đã được phân loại, và sau đó họ được giúp đỡ để ngăn chặn sự né tránh thông qua cách họ sử dụng những nghi thức chạy trốn, đó là: “làm bản” những bàn tay và sau đó thì không rửa chúng. Điều này là để dập tắt phản ứng sợ hãi khi họ thấy không có sự liên quan giữa những ý nghĩ về sự nguy hiểm xảy ra với những hậu quả tiêu cực mà họ nghĩ. Cũng có thể luyện cho họ cách thư giãn để ứng phó khi có những rối nhiễu cơ thể ở mức độ cao có liên quan tới những phản ứng sợ hãi.

Rất nhiều nghiên cứu lâm sàng sử dụng cách tiếp cận này đạt được thành công nhất định, mặc dù chỉ có dưới 50% số người tham gia vào chương trình trị liệu là thuyên giảm hoàn toàn (Salkovskis và Kirk 1997).

Trị liệu nhận thức tập trung vào việc giảm mức độ thường xuyên của các hành vi ám ảnh thấy được (như kiểm tra) hay cả giấu diếm (ví dụ, những nghi thức có nhận thức) bằng cách:

- Hướng dẫn cho thân chủ biết rằng những ý nghĩ ám ảnh thì không liên quan gì tới hành động khác.
- Cảnh báo sự giải thích về những ý nghĩ ám ảnh – đặc biệt là trong trường hợp không thừa nhận sự hiểu sai về trách nhiệm.
- Không thừa nhận niềm tin rằng những hậu quả của việc không thực hiện những hành vi an toàn sẽ rất thảm khốc.

Cách tiếp cận nhận thức vẫn bao gồm đối mặt với những kích thích gây sợ hãi và ngăn chặn phản ứng. Tuy nhiên, quy trình này được tăng cường bởi một loạt những chiến lược về nhận thức gồm sự bác bỏ những ý nghĩ không phù hợp, những thử nghiệm về tinh thần, sự kiểm tra các hành vi giả định và ngừng suy nghĩ. Thử nghiệm về tinh thần cho phép chủ thể kiểm tra tính có căn cứ của những chờ đợi của họ, đặc biệt là tập trung vào mối đe dọa có liên quan tới những ý nghĩ của họ. Đối với một số người sợ những suy nghĩ của họ có thể giết chết một ai đó thì nên khuyến khích họ có thể kiểm tra tính thực tế của bản

khoản này bằng một cuộc thực nghiệm tinh thần, trong đó các nhà trị liệu rời thân chủ kiểm tra giả định tương tự – hãy để chúng ta hi vọng mà không có bất kì một kết quả xấu nào!

Ngừng suy nghĩ là sự trái ngược của việc thử thách nhận thức. Trong kĩ thuật này, thân chủ được học cách làm giảm những ý nghĩ của mình hơn là thách thức lại nội dung của những suy nghĩ đó. Luyện tập cách ngừng suy nghĩ gồm một chuỗi liên tiếp các bước thực hiện. Trước tiên, thân chủ sẽ thư giãn trong một chiếc ghế êm ái, dễ chịu và được yêu cầu nghĩ về những ý nghĩ mà họ muốn xoá bỏ. Khi những ý nghĩ đó bắt đầu, nhà trị liệu sẽ ngắt chuỗi suy nghĩ này bằng cách làm khách hàng giật mình thoát ra khỏi chúng (nhà trị liệu nói to “Ngừng lại!” và tạo ra nhiều tiếng ồn). Vào lúc này, thân chủ được yêu cầu tập trung vào một tưởng tượng hoặc một suy nghĩ được chuẩn bị trước, thông thường chúng khác với những suy nghĩ và tưởng tượng ban đầu của họ. Bước này là để nhắc lại, dần dần giảm cường độ của những kích thích bên ngoài và sau đó làm chúng trở thành những tín hiệu bên trong mà việc suy nghĩ từ “dừng lại!” gắn với một quá trình chuyển đổi từ những ý nghĩ hoang sợ tới một suy nghĩ hoặc tưởng tượng khác. Kết quả là có thể làm giảm đi những ý nghĩ đó bởi theo như cơ chế của phản ứng có điều kiện cổ điển: thân chủ có thể gọi ra phản ứng đó khi họ cảm thấy bị lấn áp bởi chính những ý nghĩ gây lo lắng của mình.

Tiếp cận phẫu thuật

Điều trị ám ảnh cưỡng bức bằng cách phẫu thuật nói chung chỉ sử dụng khi vấn đề rất trầm trọng mà các cách tiếp cận khác đều không hiệu quả. Quy trình phẫu thuật phổ biến nhất là cắt đường dẫn truyền dưới nhân đuôi. Nó cũng có một số kết quả đối với một số bệnh nhân nhất định. Chẳng hạn, Jenike và cs. (1991) nhận thấy có 25-30% các ca trị liệu có những tiến bộ đáng kể sau khi phẫu thuật. Tuy nhiên, 9% số họ lâm vào động kinh, 10% chuyển sang tự sát. Tuy vậy cũng chưa thể xác định được liệu đây là kết quả của sự thay đổi tâm trạng do phẫu thuật, thất vọng do trị liệu không có kết quả, hoặc cũng có thể ý tưởng tự sát đã có từ trước.

Một trong số không nhiều nghiên cứu tương tự sử dụng các nhóm đối chứng để đánh giá phương pháp trị liệu ám ảnh cưỡng bức bằng phẫu thuật là của Tan và cs. (1971). Các tác giả đã đánh giá hiệu quả của phẫu thuật chất trắng 2 bên. (Phẫu thuật này hiện nay không sử dụng nữa do những tác dụng xấu của nó rất lớn). Năm năm sau, 50% số bệnh nhân phẫu thuật được đánh giá là có

cải thiện rất đáng kể về những triệu chứng ám ảnh so với nhóm trị liệu thuốc là 23%. Về mức độ lo âu đo được thì tỉ lệ tương ứng của hai nhóm là 89% với nhóm phẫu thuật và 63% với nhóm trị liệu thuốc. Đây cũng là một trong số ít nghiên cứu về hậu quả kéo dài của phẫu thuật tâm thần trong ám ảnh cưỡng bức.

Bằng cách nào mà phẫu thuật tâm thần đạt được hiệu quả của nó đến nay vẫn chưa được rõ ràng, dù vậy giả thuyết hợp lí nhất vẫn là sự chia cắt sự liên hệ giữa vùng trán trên ổ mắt và vùng đồi thị, làm giảm dần hoạt động của vòng này và loại bỏ được các triệu chứng ám ảnh cưỡng bức.

2 CÁC RỐI LOẠN LIÊN QUAN ĐẾN STRESS

2.1 Khái niệm

Do không có từ tương thích nên trong các tài liệu tiếng Việt, thuật ngữ *stress* được sử dụng theo từ gốc tiếng Anh. Lúc đầu thuật ngữ *stress* được dùng trong Vật lí học, để chỉ sức nén mà một loại vật liệu phải chịu đựng. Sau đó nó được dùng trong các lĩnh vực khác, đặc biệt là Tâm lí học và Y học.

Trong Y học, từ lâu người ta đã đặt vấn đề là tại sao một số người mắc các bệnh khác nhau lại có những triệu chứng giống nhau. Nhiều tác giả đã mô tả các triệu chứng loét dạ dày, ruột ở những người bị bỏng ngoài da và ở những thân chủ sau một phẫu thuật lớn bị nhiễm trùng (Svon, 1823; Kerling, 1842). Viện Pasteur Roma đã mô tả tuyến thượng thận của chuột lang bị tăng trưởng và xuất huyết khi bị nhiễm bệnh bạch hầu. Những hiện tượng này được giải thích bởi hội chứng thích ứng chung, sau đó được lí giải từ góc độ stress nhiều hơn.

Có nhiều quan niệm khác nhau về stress và đồng thời cũng có nhiều phát biểu định nghĩa khác nhau. Ở một góc độ khác, chúng ta cũng nhận thấy stress và các vấn đề liên quan được nhiều nhà khoa học thuộc nhiều lĩnh vực khác nhau quan tâm: các nhà sinh lí học; y học, tâm lí học, xã hội học ...

Gần đây nhất, Cohen, Kessler và Gordan (1997) đã đưa ra một định nghĩa mang tính tổng quát:

Stress là một trạng thái tâm –sinh lí xuất hiện ở chủ thể nhằm đáp lại những kích thích mang tính đe dọa từ phía môi trường.

Đây cũng chỉ là một trong những phát biểu định nghĩa stress. Hiện nay, stress là đối tượng quan tâm của nhiều lĩnh vực: tâm lí, sinh học và xã hội. Mặc dù có những cách hiểu khác nhau song đa số các tác giả đều thống nhất ở những khái niệm chính:

- Tình huống/hoàn cảnh gây stress (Stressful situation): tình huống trong đó có sự hiện diện của tác nhân gây stress/stressor dẫn đến xuất hiện trạng thái stress ở chủ thể.

- Tác nhân gây stress/stressor: một kích, sự kiện, biến cố nào đó từ phía môi trường, mang tính đe dọa, vượt quá khả năng dàn xếp của chủ thể dẫn đến xuất hiện stress.

- Stress: những biến đổi cả về sinh lí và tâm lí nhằm đáp lại tác nhân gây stress.

Trong cuộc sống, con người gặp phải rất nhiều kích thích khác nhau. Tuy nhiên chỉ những kích thích nào đe dọa (chết hoặc mất cân bằng) với có thể gây ra stress. Có hai loại stress: stress sinh lí (những thay đổi sinh lí) và stress tâm lí (những thay đổi tâm lí). Ở đây chúng tôi chỉ đề cập đến các stress tâm lí.

2.2 Phản ứng stress cấp

2.2.1 Khái niệm chung

Phản ứng stress cấp là một trạng thái cấp tính của stress được đặc trưng bởi một RLTT nhất thời, rất trầm trọng, phát triển ở một cá nhân đáp ứng lại stress với một thể chất căng thẳng hoặc một trạng thái tâm thần đặc biệt và mất đi trong vòng vài giờ hoặc vài ngày.

2.2.2 Nguyên nhân và các yếu tố phụ trợ

Stress cấp diễn và dữ dội:

- Người thân chết.
- Thảm hoạ: động đất, núi lửa...
- Hoàn cảnh làm đảo lộn tình cảm sâu sắc.
- Tính mạng bản thân bị đe dọa.
- Sinh mạng chính trị bị đe dọa...

Stress kéo dài:

Ít gặp, có thể gặp stress kéo dài, nhưng khi có các yếu tố tác động sau:

- Mâu thuẫn kéo dài.
- Căng thẳng trong công việc.
- Bị cầm tù, bị bao vây trong chiến tranh...

Các yếu tố phụ trợ:

- Hệ thần kinh bị suy yếu sẵn trước khi bị stress.
- Khủng hoảng thời kì dậy thì và tiền mãn kinh.
- Nhân cách dễ phản ứng.

- Sức đề kháng về tâm thần yếu.
- Cơ thể bị suy nhược.

2.2.3 Đặc điểm lâm sàng

Xuất hiện ngay sau sốc tâm thần, có thể thay đổi từ kích động sang bất động trong một thời gian ngắn, bao giờ cũng kèm theo tình trạng rối loạn thần kinh thực vật như co cứng cơ, đái dầm...

Thể bất động:

- Giữ nguyên tư thế, không thể cử động, không nói mặc dù nguy hiểm đến gần.
- Mất khả năng phản ứng cảm xúc, mất khả năng đáp ứng với ngoại cảnh, ý thức thu hẹp, rối loạn chú ý và định hướng...
- Tình trạng trên có thể kéo dài vài giờ đến 2 - 3 ngày, sau đó là giai đoạn hồi phục, suy nhược và mất trí nhớ.

Thể kích động:

- Hưng phấn vận động và ngôn ngữ: đột ngột la hét bỏ chạy, có nhiều hành động vô nghĩa...
- Ý thức thu hẹp, rối loạn định hướng và chú ý.
- Con xảy ra rất nhanh, vài phút đến 20 phút.
- Sau cơn là tình trạng quên và suy sụp.

Rối loạn thần kinh thực vật:

Bao giờ cũng có, luôn đi kèm với trạng thái kích động hoặc bất động: vã mồ hôi, mạch nhanh,

2.3 Rối loạn stress sau sang chấn

2.3.1 Đặc điểm lâm sàng

Rối loạn stress sau sang chấn (Posttraumatic Stress Disorder- PTSD) là các rối loạn stress xuất hiện muộn, từ vài tuần đến vài tháng (tối đa là dưới 6 tháng sau sang chấn), có thể tiến triển thuận lợi (khỏi bệnh) hoặc dao động (tái phát tăng hoặc giảm bệnh). Một số ít có thể kéo dài và để lại biến đổi nhân cách.

Tỉ lệ PTSD thay đổi từ 1% - 14%. Các nghiên cứu về yếu tố nguy cơ ở từng cá thể như cựu chiến binh, tai nạn do núi lửa phun và nạn nhân do bạo lực tội phạm có tỉ lệ dao động từ 3% - 58%.

Ba nhóm triệu chứng chính:

- Kí ức xâm nhập: chấn thương được tái trải nghiệm qua những ý nghĩ xâm nhập, ác mộng hoặc hồi tưởng. Sự tái diễn như vậy có thể là có chủ tâm vì

cá nhân nghiên ngẫm lại các sự kiện gây sang chấn. Những hình ảnh có thể tự động nảy sinh trong tâm trí, dưới dạng những hồi tưởng. Những hình ảnh này thường đem lại cảm giác thật như là chính sự kiện nhưng có thể mang tính chớp vá hoặc bộ phận. Cảm xúc và cảm giác liên quan đến sang chấn có thể được sống lại với một mức độ mãnh liệt như lúc sự kiện diễn ra. Những hình ảnh thường được mô tả như thể chúng là bộ phim về sự kiện đó. Đầu tiên, cá nhân cảm thấy họ thực ra đang ở trong bộ phim đó: khi họ cảm thấy họ đang xem phim như một người quan sát bên ngoài là lúc họ bắt đầu thoát li khỏi sang chấn và dần hồi phục.

- Né tránh: là việc thực hiện những hành động, hoạt động tránh gợi nhớ lại sự kiện gây sang chấn. Né tránh có thể liên quan đến cơ chế phòng vệ tâm lí, bao gồm việc trở nên không thể nhớ lại hình ảnh về sang chấn, tê liệt cảm xúc, tách biệt khỏi những người khác cũng như những né tránh va chạm, tiếp xúc những điều có thể gợi nhớ đến sang chấn.
- Kích thích: kích thích quá mức, dai dẳng có thể được biểu hiện bởi sự cáu kỉnh, dễ giật mình hoặc quá thận trọng, mất ngủ hoặc khó tập trung.

Những sự kiện gây ra PTSD rất đa dạng. Nó có thể bao gồm những trải nghiệm chiến tranh, bị lạm dụng tình dục hoặc thể chất thời thơ ấu, cưỡng dâm, thiên tai hoặc những thảm họa do công nghệ.

Có lẽ nguyên nhân thường xuyên nhất của PTSD là tai nạn giao thông: khoảng 20% những người từng bị tai nạn giao thông có dấu hiệu của PTSD ở một mức độ nào đó (Ehler et al. 1998). Khoảng 1% dân số mắc phải PTSD ở một thời điểm nào đó (Kessler et al. 1995). Đối với những nhóm thường xuyên phải chứng kiến các sự kiện sang chấn, tỉ lệ người mắc PTSD là cao hơn nhiều. Ví dụ như Bennett và cs. đã tìm thấy rằng 20% nhân viên cấp cứu gặp phải PTSD trong khi tỉ lệ này ở nhóm cựu binh trong chiến tranh Việt Nam là 30% đối với nam giới và 27% đối với nữ giới (Kulka et al. 1990). PTSD thường bắt đầu trong vòng vài tuần sau sự kiện. Tuy nhiên, PTSD cũng có thể xuất hiện trở

Kể từ 11/9/2001 đã có gần 2,2 triệu lượt người Mỹ phục vụ ở I Rắc và Afghanistan. Trong số này đã có 167,000 trường hợp có rối loạn stress sau sang chấn (PTSD), 195,000 ca trầm cảm và rối loạn cảm xúc, 103,000 trường hợp rối loạn lo âu (<http://www.medscape.com/viewarticle/737039?src=mp&spoon=12> ngày 10/02/2011)

lại sau khi những triệu chứng đã nhạt phai nhưng do một sang chấn khác hoặc những sự kiện khác nhau trong cuộc sống như lễ kỉ niệm liên quan đến ngày có sang chấn, mất mát người thân và thay đổi tình trạng sức khoẻ.

Vào lúc đó, tôi đang làm việc trong một căn nhà tạm ở một khu công nghiệp ngoại ô. Họ đang xây dựng thêm một số khu nữa và có một xe tải cần trục để di dời mọi thứ ra khỏi vị trí xây dựng. Nó nằm ngay cạnh văn phòng của chúng tôi. Bạn không thể nhìn thấy nó bởi vì phía đó của toà nhà không có cửa sổ nhưng bạn vẫn biết là nó đang ở đó... Tôi không rõ tại sao nhưng vào ngày tai nạn xảy ra họ sử dụng cần trục mà không gắn chặt nó vào nền đất. Hậu quả của việc này là cần trục mất thăng bằng và rơi vào toà nhà mà tôi đang làm việc. Điều đầu tiên chúng tôi nhận thấy là có rất nhiều âm thanh máy móc và tiếng la hét, lúc đó chúng tôi hiểu rằng cần trục đã bị đổ. Sau đó, có một tiếng vỡ lớn và cánh tay của cần trục đập xuyên qua toà nhà. Tôi đang ở trong đó với bạn của tôi. Thật lạ kì là chẳng ai trong chúng tôi bị thương nhưng chúng tôi đều bị kẹt trong những mảnh vụn của toà nhà. Tôi nghĩ tôi bị choáng váng một lúc bởi vì tôi không thể nhớ chi tiết chuyện đã xảy ra, nhưng có thể chỉ là trong một, hai phút thôi. Tôi không bị thương nặng nhưng tôi bị kẹt. Phần tồi tệ nhất chính là chuyện phải ngồi đợi đến lúc được đưa ra ngoài. Tôi rất sợ những ống dẫn ga bị gãy và hình ảnh phải chết trong một đám cháy xuất hiện trong đầu tôi. Tôi ghét cảm giác không thể di chuyển và mọi hình ảnh về những chuyện có thể xảy ra khi tôi đang không thể nhúc nhích đều xuất hiện trong đầu tôi. Tôi thực sự cảm thấy kinh hoàng cho đến khi tôi nghe thấy tiếng người đến moi chúng tôi ra, và họ bắt đầu chuyển những thứ nặng trĩu đang đè lên tôi và tôi có thể cử động...

Khi tôi đã ra ngoài, tôi đến trạm y tế và được trả về nhà. Tôi bảo với họ rằng tôi ổn chỉ bởi vì tôi muốn được về nhà và thoát khỏi chuyện này. Tôi được đưa về nhà và vật vờ cả ngày trong nhà. Tôi chỉ thu mình lại. Tôi không muốn nói về nó. Tôi đã ngủ được. Tôi không thích bị mất việc nên tôi đi làm vào ngày hôm sau. Những đồng nghiệp của tôi đưa tôi đến xem căn nhà bị sập và họ đều nói rằng chúng tôi may mắn đến như thế nào vì đã sống sót. Tất cả mọi người tôi gặp đều nói như vậy! Tôi biết họ đang tỏ ra thân thiện nhưng điều đó làm cho chuyện trở nên tồi tệ hơn và tôi bắt đầu nghĩ đến những gì đã qua nhiều và nhiều hơn.. Tôi cảm thấy run lên và buồn nôn.. Cuối cùng, tôi phải đi về nhà.

Những cơn ác mộng bắt đầu vài ngày sau. Tôi mơ thấy tôi đang ở trong căn nhà đó- lần này tôi nhìn thấy cần trục rơi xuống và có cảm giác bị mắc kẹt khi nó đập xuống mặc dù trong thực tế thì tôi đã không nhìn thấy gì hết. Tất cả các giấc mơ đều rất đáng sợ và tôi toát mồ hôi hột, thở nặng nhọc khi thức dậy. Tôi có thể mơ hai, ba lần trong một đêm. Tôi phải dậy sớm và xem TV, uống một tách trà và làm việc gì đó để giúp mình bình tâm lại sau khi mơ... Tôi không tài nào ngủ lại được. Tôi đã phải nghỉ làm đến 8, 9 tuần vì tất cả những chuyện này. Tôi quá đuối

sức và mệt mỏi để có thể làm việc.

Tôi cũng đã khá bồn chồn, lo lắng trong suốt thời gian đó. Thông thường thì tôi là người rất thoải mái. Thế mà tôi và vợ tôi đã trực trặc với nhau bởi vì lúc đó thật khó khăn khi sống chung với tôi..

Những giấc mơ trở nên tốt hơn một cách từ từ và tôi cũng tự ép mình phải trở lại với công việc. Tôi có một vài cơn sợ hãi khi tôi bắt đầu làm việc lại vì chỗ làm mới của tôi là một căn nhà tạm thời, không có cửa sổ. Vì vậy, tôi đã hoảng sợ với ý nghĩ rằng có chuyện gì đó đang diễn ra bên ngoài. Sau này, văn phòng của tôi có cửa sổ rộng và điều đó thực sự rất tốt với tôi.

Nguồn: Bennett P. (2003). *Abnormal and Clinical Psychology*, Open University Press.

2.3.2 Trị liệu rối loạn stress sau sang chấn

Ở đây chúng tôi không giới thiệu trị liệu bằng thuốc mà chỉ đề cập đến một số LPTL đã được nhiều tác giả ứng dụng.

Phòng ngừa rối loạn stress sau sang chấn bằng phỏng vấn tâm lí (psychological debriefing)

Phỏng vấn tâm lí là một buổi phỏng vấn diễn ra ngay sau sự kiện sang chấn nhằm giúp những người liên quan đương đầu với những phản ứng cảm xúc của họ trước sang chấn, và ngăn chặn sự phát triển của PTSD. Nó bao gồm việc khuyến khích cá nhân nói về sự kiện và những phản ứng cảm xúc của họ đối với sự kiện một cách chi tiết và những cách xử lí. Người ta nghĩ rằng nó giúp tích hợp những kí ức về sự kiện vào hệ thống trí nhớ chung. Phỏng vấn tâm lí hiện nay thường được áp dụng sau khi có sự kiện sang chấn xảy ra, bất chấp những nghi ngờ ngày càng nhiều về tính hiệu quả của nó. Ví dụ như Rose và cs. (2002) đã kết luận dựa trên siêu phân tích kết quả bốn thử nghiệm về phỏng vấn tâm lí. Bốn thử nghiệm này cho rằng phỏng vấn tâm lí không chỉ không có hiệu lực trong việc phòng chống PTSD mà còn có thể làm tăng nguy cơ đối với rối loạn này. Không một nghiên cứu nào sử dụng phương pháp này lại chứng tỏ giảm nguy cơ mắc PTSD trong 3 hoặc 4 tháng sau khi sự kiện xảy ra. Hai nghiên cứu theo dõi kéo dài cho thấy những người được phỏng vấn tâm lí gần như có nguy cơ gặp PTSD cao gấp đôi so với những người không được can thiệp theo cách này. Điều đó có nghĩa phỏng vấn tâm lí có vẻ hạn chế sự hồi phục lâu dài đối với những sang chấn tâm lí.

Kĩ thuật đối mặt

Nguyên tắc nền tảng cho phương pháp đối mặt trong trị liệu PTSD là cá nhân cuối cùng sẽ có lợi ích từ việc tái đối mặt với những kí ức của sự kiện và

những cảm xúc liên quan. Mô hình điều kiện hoá cho rằng stress giảm đi khi những phản ứng cảm xúc của cá nhân đối với những kí ức trở nên quen dần theo thời gian. Một cách giải thích mang tính nhận thức nhiều hơn: sự đối mặt dần đến việc dung hoà kí ức và ý nghĩa của sự kiện sang chấn vào sơ đồ về thế giới đã có trước đó. Chỉ bằng thâm nhập và xử lí những kí ức đó, các triệu chứng sẽ dần tan biến.

Liệu pháp đối mặt có thể ban đầu làm trầm trọng thêm stress khi hình ảnh gây đau khổ, mà trước đó luôn bị né tránh, được cố ý khơi gợi lại. Để giảm stress này và để tránh việc bỏ dở quá trình điều trị, Leskin và cs. (1998) khuyến cáo sử dụng quá trình đối mặt từng bước. Trong quá trình này cá nhân ban đầu nói về một yếu tố cụ thể nào đó của sự kiện sang chấn ở một mức độ cụ thể mà họ chọn trong một thời gian cho đến khi họ không còn phản ứng trước những phản ứng stress. Bất cứ kí ức mới và có tiềm năng gây stress hơn sẽ được né tránh ở lần này và trở thành tiêu điểm của của những cấp độ điều trị tiếp theo. Việc tái kích hoạt các kí ức bằng quá trình này bao gồm việc mô tả cụ thể những kinh nghiệm, tập trung vào những gì đã xảy ra, những suy nghĩ và cảm xúc đã trải nghiệm trong thời gian đó và bất cứ kí ức nào mà sự kiện để lại. Cách tiếp cận cốt lõi này có thể được tăng lên bằng một loạt những kĩ năng hành vi nhận thức bao gồm huấn luyện thư giãn và tái cấu trúc nhận thức. Thư giãn có thể giúp cá nhân điều khiển sự khơi gợi của họ trong thời gian tái hiện sự kiện hoặc ở những thời gian trong ngày khi họ cảm thấy căng thẳng hoặc cáu giận. Tái cấu trúc nhận thức có thể giúp cá nhân đề cập đến bất cứ một nhận thức méo mó họ có trong phản ứng lại sự kiện và làm cho chúng bớt mang tính đe dọa hơn ('Tôi sắp chết đây!... Tôi cảm thấy tôi đang sắp chết, nhưng thực tế đó là cơn sợ hãi nhiều hơn là thực tế...').

Một số nghiên cứu đã chỉ ra rằng trị liệu dựa trên kĩ thuật đối mặt tốt hơn hẳn so với không trị liệu và những can thiệp tích cực khác bao gồm tư vấn nâng đỡ và liệu pháp thư giãn không có đối mặt (Keane et al. 1989).

Giải mã cảm vận động mắt và tái xử lí thông tin

Trị liệu gần đây nhất và gây nhiều tranh cãi nhất đó chính là giải mã cảm vận động mắt và tái xử lí thông tin (EMDR – Eye movement desensitization and reprocessing), được phát hiện một cách tình cờ bởi Shapiro (1995). Shapiro nhận thấy rằng khi bước đi trong rừng những suy nghĩ xáo động, nhiễu loạn của bà dần biến mất và khi gợi lại, những suy nghĩ đó trở nên ít khó chịu hơn trước đó.

Sự thay đổi này liên quan đến đôi mắt vận động tự nhiên, nhanh, ra phía sau, phía trước và lên theo một đường chéo. Từ đó, quá trình này đã được phát triển thành một liệu pháp can thiệp được chuẩn hoá và là một chủ đề của nhiều thử nghiệm lâm sàng trong điều trị PTSD.

Điều trị chủ yếu là thân chủ gọi lại những kí ức nào đó như những hình ảnh cùng với nhận thức tiêu cực, được trình bày ra bằng ngôn ngữ ở thời hiện tại ('Tôi đang kinh sợ'). Tiếp theo, thân chủ sẽ đánh giá mức độ mạnh mẽ của cảm xúc được gọi lên trong quá trình này. Thân chủ được yêu cầu theo dõi ngón tay của nhà trị liệu chuyển động tăng nhanh lại gần và ra xa dần theo tầm nhìn của thân chủ. Sau khoảng 24 chuyển động như vậy, thân chủ được chỉ dẫn để "xả nó ra đi" hoặc "giải thoát nó" và được yêu cầu đánh giá mức độ cảm xúc của mình. Quá trình này được lặp lại cho đến khi thân chủ trải nghiệm mức stress thấp nhất khi có mặt những hình ảnh và nhận thức tiêu cực. Nếu không xuất hiện một sự thay đổi nào, hướng chuyển động của mắt sẽ được thay đổi.

Davidson và Parker (2001) đã sử dụng siêu phân tích để kiểm tra mức độ hiệu quả của giải mã cảm vận động mắt và tái xử lí thông tin trong trị liệu PTSD. Kết quả cho thấy phương pháp này chỉ có được một lợi thế rất khiêm tốn so với không trị liệu và trị liệu không chuyên biệt, hiệu quả của nó là tương đương hoặc ít hơn cách tiếp cận đối mặt.

2.4 Rối loạn phân li

2.4.1 Khái niệm chung

Thuật ngữ *Dissociative disorder* "Rối loạn phân li" được Tổ chức Y tế Thế giới dùng trong Phân loại bệnh Quốc tế lần thứ 10 (ICD-10F) để thay thế từ *Hysteria*.

Rối loạn phân li là một nhóm các hội chứng đặc trưng bởi sự xảy ra đột ngột và tạm thời đối với một số chức năng tâm thần nào đó, biểu hiện bằng sự không phù hợp giữa ý thức, nhận biết, trí nhớ và vận động.

Tỉ lệ người mắc các rối loạn này chiếm 0,3-0,5 % dân số. Các rối loạn phân li hay phát sinh ở tuổi trẻ, nữ nhiều hơn nam. Trong các điều kiện không thuận lợi về tinh thần cũng như thể chất, các rối loạn có thể phát thành "dịch" trong một tập thể lớn.

Ở Việt Nam, các rối loạn này đã phát triển có tính chất tập thể trong các đội nữ thanh niên xung phong ở Quảng Bình năm 1968. Có từ 30-50 % thành viên của đội xuất hiện các cơn rối loạn phân li như cơn khóc, cơn cười, cơn kêu

la tập thể làm rung động cả một khu rừng trong điều kiện chiến tranh ác liệt. năm 1977 ở Lâm Đồng cũng xảy ra hiện tượng tương tự đối với một đơn vị thanh niên xung phong.

Những năm gần đây: tháng 5/2006, tại trường Trung học phổ thông Phú Mỹ, Bà Rịa-Vũng Tàu có 165 em học sinh bị ngất; cuối 2007, hàng loạt con phân li tập thể của học sinh ở các tỉnh An Giang, Vĩnh Long, Trà Vinh cũng đã được thông báo.

Biểu hiện triệu chứng lâm sàng của các rối loạn phân li rất đa dạng, có thể là các triệu chứng cơ thể, các triệu chứng về thần kinh, tâm thần, có thể giống rất nhiều loại bệnh khác nhau mà lại chẳng giống bệnh nào.

2.4.2 Nguyên nhân

Nguyên nhân chủ yếu của các rối loạn phân li là các chấn thương tâm lí, hoặc hoàn cảnh xung đột. Các chấn thương tâm lí thường là những chấn thương gây cảm xúc mạnh như lo sợ cao độ, tức giận quá mức, thất vọng nặng nề, v.v... Các rối loạn này thường phát sinh một thời gian ngắn sau khi chấn thương, nhưng đôi khi rất khó tìm thấy dấu vết của các chấn thương tâm lí, nhất là các trường hợp tái phát nhiều lần.

Các nhân tố thuận lợi thúc đẩy rối loạn phân li phải kể đến trước hết là những người có khí chất hay loại hình thần kinh yếu. Ngoài ra cũng có thể gặp các nhân tố có hại khác như nhiễm khuẩn, nhiễm độc, suy dinh dưỡng, CTSN. Các yếu tố có hại này làm suy yếu hệ thần kinh, làm giảm sút hoạt động của vỏ não, dễ làm phát sinh các rối loạn phân li ngay trên những người có loại hình thần kinh mạnh, thẳng băng.

2.4.3 Các biểu hiện

Quên phân li

Quên phân li là mất khả năng nhớ lại các thông tin cá nhân quan trọng do sang chấn tâm lí gây ra làm ảnh hưởng đến trí nhớ ngược chiều. Thân chủ không diễn tả trí nhớ bằng lời nói.

Một số thân chủ quên phân li có rối loạn trầm cảm, giải thể nhân cách, đau tâm căn. Họ trả lời gần đúng câu hỏi (ví dụ $2 + 2 = 5$). Ngoài ra thân chủ còn có thể gặp các vấn đề khác như mất chức năng tình dục, giảm khả năng lao động, hạn chế quan hệ với mọi người, hay cấu gât và có thể có xung động tự sát. Thân chủ rất dễ bị ám thị.

Rối loạn hay gặp ở những người bị tai nạn giao thông hoặc có người trong gia đình chết vì tự sát. Quên phân li có thể gặp ở tuổi từ thiếu niên trở lên. Biểu hiện chủ yếu là có khiếm khuyết về trí nhớ ngược chiều. Thời gian của sự kiện bị quên có thể kéo dài từ vài phút đến vài năm. Có thể chỉ có một giai đoạn quên duy nhất, nhưng thường có nhiều cơn quên. Quên cấp tính có thể tự hết khi tình huống sang chấn tâm lý đã qua, nhưng cũng có thể tiến triển mạn tính.

Con bỏ nhà ra đi

Con bỏ đi xảy ra đột ngột, thường bắt đầu từ nhà hoặc từ nơi làm việc. Trong cơn, cá nhân không nhớ gì về bản thân cũng như cuộc sống trước đây của mình. Có thể có một ý thức bản thân (identity) hoàn toàn mới. Họ không có hành vi kì dị, thường trầm lặng, biết tự chăm sóc bản thân nên không gây chú ý của người khác.

Con thường kéo dài từ vài giờ tới nhiều ngày, thậm chí có thể tới hàng tháng. Khác với quên phân li, thân chủ không biết là mình đã quên mọi thứ. Chỉ khi nào thân chủ sực tỉnh - đột ngột trở lại với ý thức về bản thân trước đây thì họ mới nhớ lại khoảng thời gian trước cơn. Tuy nhiên họ vẫn không nhớ những gì xảy ra trong cơn.

Rối loạn này cũng ít gặp, nếu có, thường gặp trong thời chiến, sau một thiên tai hoặc thảm họa hay một chấn thương tâm lý nghiêm trọng.

Sững sờ phân li

Thân chủ nằm hoặc ngồi gàn như bất động trong những khoảng thời gian dài, không nói, không có các cử động dù là tự phát hoặc có mục đích.

Cần phân biệt sững sờ phân li với sững sờ căng trương lực và sững sờ trầm cảm hoặc sững sờ hưng cảm. Sững sờ căng trương lực thường xuất hiện sau các triệu chứng của TTPL. Sững sờ trầm cảm và hưng cảm thường xuất hiện tương đối chậm.

Các rối loạn lên đồng và bị nhập

Mất ý thức tạm thời, có rối loạn định hướng môi trường và định hướng đặc tính cá nhân. Hành động của cá nhân như một nhân cách khác, một linh hồn khác, một vị thần hoặc một lực lượng nào đó điều khiển.

Sự chú ý và ý thức chỉ tập trung vào một khía cạnh nào đó của môi trường trực tiếp. Xuất hiện một số động tác, tư thế, lời nói hạn chế và lặp lại.

Các rối loạn đó xuất hiện không tự ý, không mong muốn và xuất hiện giữa các hoạt động thông thường xảy ra, ngoài các hoàn cảnh có tính chất tôn giáo.

Ngoài ra rối loạn phân li còn thể hiện dưới các dạng:

- Các rối loạn vận động phân li
- Co giật phân li
- Tê và mất giác quan phân li:
 - Mù phân li
 - Điếc phân li
 - Mất vị giác và khứu giác phân li.

2.5 (Rối loạn) đa nhân cách⁵

(Rối loạn) đa nhân cách (DSM-5 dùng thuật ngữ rối loạn xác định phân li): có hai hay nhiều hơn nhân cách khác nhau, có thể khác về lứa tuổi, giới tính, giọng nói, hiểu biết chung và cảm xúc, tồn tại độc lập với nhau, thay thế nhau kiểm soát hành vi của thân chủ nhưng thân chủ không nhận biết được sự tồn tại đa nhân cách của mình.

Người có (rối loạn) đa nhân cách thường dễ bị lạm dụng cơ thể và tình dục nghiêm trọng, đặc biệt khi còn bé. Hiện tượng có thể bắt đầu từ tuổi vị thành niên hoặc người lớn. Tỷ lệ ở nữ giới cao gấp từ 3-9 lần. Ở nữ thường có nhiều loại nhân cách hơn là nam, họ có khoảng trên 15 loại nhân cách, trong khi đó, nam thường chỉ có khoảng 8 loại nhân cách khác nhau.

Ở Mỹ, trong những năm gần đây, việc tăng đột biến tỉ lệ thân chủ đa nhân cách được giải thích bằng nhiều cách khác nhau. Một số người tin rằng do hiểu biết tốt của các nhà tâm thần học về loại bệnh này, nên việc xác định chẩn đoán bệnh tốt hơn. Ngược lại, một số người khác cho rằng việc xác định rối loạn đa nhân cách được chẩn đoán ở những người có tính tự ám thị cao.

(Rối loạn) đa nhân cách tiến triển dao động, mạn tính và tái phát. Thời gian xuất hiện triệu chứng đầu tiên cho đến khi được chẩn đoán xác định là 6-7 năm. Có hai loại tiến triển: tiến triển liên tục và tiến triển theo giai đoạn. (Rối loạn) đa nhân cách ít gặp sau 50 tuổi. Có thể tái phát do các stress hoặc lạm dụng một chất.

Tại Việt Nam chưa thấy một thông báo nào về (rối loạn) đa nhân cách.

⁵ Xu hướng chung hiện nay đang cân nhắc việc sử dụng thuật ngữ “rối loạn” đã thỏa đáng hay chưa?

CÂU HỎI ÔN TẬP

1. Đặc điểm lâm sàng rối loạn lo âu lan tỏa?
2. Trị liệu tâm lý đối với rối loạn lo âu lan tỏa?
3. Hãy trình bày đặc điểm lâm sàng rối loạn hoảng sợ.
4. Những nội dung chính của liệu pháp tâm lý đối với rối loạn hoảng sợ?
5. Đặc điểm lâm sàng ám ảnh sợ xã hội?
6. Đặc điểm lâm sàng ám ảnh sợ chuyên biệt?
7. Đặc điểm lâm sàng ám ảnh cưỡng bức?
8. Hãy trình bày những đặc điểm lâm sàng chủ yếu của phản ứng stress cấp.
9. Hãy nêu những đặc điểm lâm sàng chủ yếu của rối loạn stress sau sang chấn.
10. Những nội dung chính của trị liệu rối loạn stress sau sang chấn?
11. Các biểu hiện của rối loạn phân li và cách điều trị?

Chương 9

RỐI LOẠN TÌNH DỤC

Chương 9 bàn đến rối loạn chức năng tình dục ở cả 2 giới: những vấn đề rối loạn cương cứng ở nam giới và hiện tượng co thắt âm đạo ở nữ giới và có thể trị liệu bằng cách nào. Sau đó mô tả nguyên nhân và trị liệu loạn dục với trẻ em và loạn dục cải trang.

1 RỐI LOẠN CHỨC NĂNG TÌNH DỤC

Rối loạn chức năng tình dục bao gồm những vấn đề đáp ứng tình dục. Đó là những rối loạn ham muốn, dạng như chán ghét tình dục hoặc ít ham muốn, những vấn đề về cực khoái bao gồm phóng tinh sớm ở nam và mất khả năng đạt cực khoái ở cả nữ và nam. Ở đây chúng ta lưu ý đến 2 trạng thái: rối loạn chức năng cương cứng ở nam và co thắt âm đạo ở nữ. Cả hai vấn đề đều có thể gây trở ngại hoặc ngăn cản hành vi tình dục. Cả hai vấn đề đều có thể được trị liệu bởi những can thiệp hành vi đơn giản hoặc bằng thuốc.

1.1 Rối loạn cương cứng

1.1.1 Một số vấn đề chung

Tiêu chuẩn chẩn đoán DSM-5 về mất cương cứng là thường xuyên hoặc liên tục mất khả năng đạt hoặc duy trì cương cứng cho đến khi thực hiện xong hành động tình dục và điều này gây stress mạnh hoặc những khó khăn trong quan hệ. Đây cũng là rối loạn thường gặp, nhất là ở những người đàn ông cao tuổi, mặc dù Laumann và cs. (1999) thông báo rối loạn này chiếm tỉ lệ:

- 7% nam giới độ tuổi từ 18-29
- 9% độ tuổi 30-39
- 11% ở độ tuổi 40-49
- 10% ở độ tuổi 50-59.

Một số nguyên nhân gây rối loạn chức năng cương cứng gồm:

- Cơ thể, trong đó có cả huyết áp cao;
- Tác dụng lâu dài của các chất như rượu, heroin, cần sa và thuốc lá.

Tuy nhiên Masters và Johnson (1970) chỉ phát hiện thấy 7 trong tổng số 213 người được nghiên cứu là có nguyên nhân cơ thể. Nguyên nhân chủ yếu

nhất vẫn là tâm lí. Những nguyên nhân này có thể là trực tiếp hoặc do ảnh hưởng xa:

- Trực tiếp: lo âu, thiếu kích thích phù hợp, xung đột quan hệ, thiếu sự gần gũi của bạn tình, giao tiếp bạn tình nghèo nàn.

- Ảnh hưởng xa: chấn thương tình dục thời thơ ấu, quan hệ cũ chưa dứt khoát hoặc quá phụ thuộc vào cha mẹ, những vấn đề về định hướng hoặc xác định giới.

1.1.2 Trị liệu rối loạn chức năng cương cứng

Giải lo âu và giải mãn cảm

Chương trình trị liệu cổ điển đối với mất chức năng cũng do Masters và Johnson (1970) đề xuất được biết đến với cái tên tập trung vào cảm giác (sensitive focusing). Đây là một tiếp cận cấu trúc, được thiết kế nhằm loại bỏ stress ra khỏi quá trình giao hợp. Nó được bắt đầu bằng việc 2 người học cách môn trốn cơ thể nhưng không động chạm đến bộ phận sinh dục. Mục đích chính là tạo sự thích thú khi động chạm cơ thể nhưng không tạo hoặc nhận được khoái cảm tình dục. Một khi hai bên đã cảm thấy dễ chịu, họ thực hiện hành vi môn trốn bộ phận sinh dục để tạo ra và nhận được khoái cảm. Ở thời điểm này, họ vẫn chưa nên có hành vi giao hợp và người đàn ông cũng không nên cố và duy trì cương cứng (mặc dù điều này thường xuất hiện). Cuối cùng khi đôi bên đã hoàn toàn cảm thấy dễ chịu với sự gần gũi như vậy thì họ có thể thực hiện hành vi giao hợp. Đây là sự can thiệp thường được ứng dụng; mặc dù mới chỉ có một số nghiên cứu về hiệu quả của nó, song nhìn chung đều ghi nhận rằng nó có kết quả cao (Howton et al. 1986).

Kỹ thuật nhận thức

Chưa có nhiều những đánh giá về can thiệp nhận thức trong trị liệu rối loạn cương cứng, mặc dù Goldman và Carroll (1990) cũng đã thông báo kết quả của một số buổi thảo luận. Tại các thảo luận này, những người tham gia được cung cấp những thông tin tình dục phù hợp và cần thay đổi những thái độ nhận thức không hợp lí. Những người tham gia đã cho thấy họ có sự thay đổi đáng kể về nhận thức và thái độ đối với tình dục và tăng tần số hoạt động cũng như sự thoải mái trong khoảng thời gian ngắn. Chưa có các cứ liệu về kết quả lâu dài.

Can thiệp liên nhân cách

Howton và cs. (1992) thông báo rằng chỉ số dự báo quan trọng nhất kết quả chương trình tập trung vào cảm giác và các kỹ thuật kích thích từ từ chính là

sự đánh giá giao tiếp hôn nhân của 2 người trước trị liệu. Các nội dung chính của can thiệp liên nhân cách (Rosen 2001):

- Những vấn đề về vị thế và ưu thế
- Sự gần gũi và tin tưởng
- Mất hấp dẫn tình dục.

Ở một thời gian nào đó, một trong số những vấn đề trên chiếm vị trí nổi trội trong quan hệ tình dục. Những vấn đề về vị thế và ưu thế có thể nổi lên khi một người bị mất việc hoặc được đề bạt, cất nhắc; những vấn đề về sự gần gũi và tin tưởng có thể nổi lên khi có sự tăng cân hoặc những thay đổi về tâm- sinh lí. Theo Howton và cs., 70% số cặp vợ chồng cho rằng can thiệp hướng vào những yếu tố đó đã cho kết quả tốt.

Tiếp cận y khoa

Có lẽ thuốc thường dùng nhất để điều trị rối loạn cương cứng chính là Sildenafil được nhiều người biết đến với cái tên Viagra. Thuốc có tác dụng lên cơ trơn của dương vật. Nhìn chung thuốc có tác dụng điều trị với các loại rối loạn cương cứng. Ví dụ, Goldstein và cs. (1998) thông báo có khoảng 70% số người được điều trị bằng thuốc Viagra nói rằng có sự cải thiện về chất lượng và tần số cương cứng; 70% giao hợp thành công khi có ý định. Trong khi đó ở nhóm dùng placebo chỉ có 22% là thành công. Tuy nhiên cũng có khoảng 16% số người sử dụng có hiện tượng đau đầu; 10% thấy mặt đỏ; một số tác dụng phụ khác ít gặp hơn như rối loạn tiêu hoá, thay đổi thị giác màu. Một trong những tác dụng phụ mà người ta lo ngại nhất là có thể xuất hiện đau tim. Hiện nay người ta cho rằng đó là do kết quả của tập luyện chứ không phải do thuốc (Holmes, 2002). Một trong những ưu điểm của Viagra là tăng cường (chứ không phải là khởi động) đáp ứng tình dục. Do vậy cương cứng xuất hiện sau khi có kích thích tình dục chứ không phải sau khi dùng thuốc. Cũng có thể đạt được cương cứng bằng bơm chân không, tiêm thuốc trực tiếp vào dương vật và sử dụng dương vật giả. Từng phương pháp đều có những kết quả nhất định và có nhiều phương pháp vẫn tiếp tục được dùng. Tuy vậy mức độ cũng giảm đi do có Viagra và các thuốc tương tự (Ralph & McNicholas, 2000).

1.2 Co thắt âm đạo

1.2.1 Khái niệm chung

Co thắt âm đạo là cơn co dai dẳng hay xuất hiện, không tự ý các cơ lớp ngoài thứ 3 của âm đạo nhằm ngăn chặn giao hợp. Điều này có thể gây ra những

rối loạn stress đáng kể hoặc những khó khăn trong quan hệ liên nhân cách. Người ta cho rằng nó là một trong những rối loạn chức năng tâm – tính dục chủ yếu ở phụ nữ, mặc dù chưa có tỉ lệ chính xác trong dân cư. Khoảng 20% phụ nữ cảm thấy có những lần bị đau khi giao hợp, tuy nhiên chưa đến 1% bị co thắt âm đạo (Heiman & Lopiccolo, 1998).

1.2.2 Trị liệu tâm lý co thắt âm đạo

Một trong những cách giải lo âu liên quan đến hành vi tình dục là bằng kỹ thuật tập trung vào cảm giác, với mức độ tiến dần từ từ đến động chạm vào bộ phận sinh dục. Tuy nhiên cách thường dùng nhất để trị liệu co thắt âm đạo chính là giải mãn cảm hệ thống kết hợp với sử dụng các dụng cụ làm giãn. Có thể thực hiện bằng cách kết hợp với giáo dục, công việc trong gia đình và trị liệu nhận thức và thư giãn. Trong qui trình này, người phụ nữ, trong một số trường hợp có thể là bác sĩ, đưa dụng cụ làm giãn vào âm đạo và tăng kích thích dần cho đến khi người phụ nữ cảm thấy thoải mái và không còn các cơn co thắt âm đạo, không chú ý khi có vật thể lạ đi vào. Khi người phụ nữ có khả năng tự điều chỉnh được dụng cụ làm giãn, họ nên duy trì qui trình trong vài giờ mỗi tối. Dạng trị liệu này đã chứng tỏ rất hiệu quả. Masters và Johnson (1970), những người khởi đầu của cách tiếp cận này cho biết họ đã thành công hoàn toàn trong 29 trường hợp và không có trường hợp nào tái phát.

2 LOẠN DỤC ĐA DẠNG

Không dễ dàng gì phân biệt đâu là hoạt động tình dục “bình thường” và đâu là “không bình thường”. Tuy vậy cũng có những hành vi tình dục dễ dàng xếp vào “không bình thường”. Ở đây muốn đề cập đến loạn dục đa dạng (paraphilias). Loạn dục đa dạng bao gồm cả những hành vi hợp pháp như loạn dục cải trang và những hành vi bất hợp pháp như loạn dục với trẻ em (bảng 10.1)

Bảng 10.1. Một số dạng loạn dục đa dạng thường gặp

| | |
|---------------------------|---|
| <i>Loạn dục cải trang</i> | Thường xuyên xuất hiện những đòi hỏi bức xúc tình dục, tương tượng kích dục hoặc những hành vi bao gồm sử dụng các vật thể, thường là những đồ dùng của phụ nữ như quần lót, giày, ủng. |
| <i>Loạn dục phô bày</i> | Thường xuyên xuất hiện những đòi hỏi bộc lộ bộ phận sinh dục cho người khác giới, thường là khi có những tương tượng kích dục. |

| | |
|---------------------------|--|
| <i>Loạn dục nhìn trộm</i> | Thường xuyên xuất hiện những đòi hỏi bức xúc tình dục nhìn trộm người khác thay đồ hoặc giao hợp. |
| <i>Loạn dục bị đau</i> | Kích thích tình dục thông qua việc bị người khác hành hạ. |
| <i>Loạn dục cạo sát</i> | Thường xuyên xuất hiện những đòi hỏi bức xúc tình dục bằng cách động chạm hoặc cạo sát vào người khác mà không có sự đồng ý. |

Rất nhiều người có hành vi loạn dục đa dạng nhưng không hề có rối loạn stress hoặc họ cũng thấy không cần phải tìm kiếm sự trợ giúp để thay đổi bản chất hứng thú tình dục của họ. Do vậy những người có các hành vi tình dục khác thường này có thể được xem là nằm ở đầu mút của sự phân bố theo nhu cầu tình dục hơn là rối loạn. Với cách nghĩ như vậy, DSM-III nhấn mạnh rằng bất kỳ một hành vi loạn dục đa dạng nào xuất hiện do stress trong quá khứ của cá nhân thì cần phải xác định rõ trước khi chẩn đoán “rối loạn”. Tuy nhiên do có sự phê phán mạnh mẽ của cách tiếp cận quá tự do như vậy nên DSM-IV đã khẳng định rằng loạn dục với trẻ em phải được coi là rối loạn mà không cần tính đến phản ứng cảm xúc của chủ thể đối với hành vi của họ. Trong DSM-5 đã nhấn mạnh rằng loạn dục phô bày, loạn dục gây đau và loạn dục nhìn trộm cũng được coi là “rối loạn” nếu cá nhân hành động vì ham muốn của mình mặc dù hành vi đó không gây ra bất kỳ một rối loạn stress hoặc “rối loạn chức năng” nào. Các hành vi tình dục đang ngày càng được thuốc hoá nhiều hơn. Do vậy ngày càng ít người được chẩn đoán là loạn dục đa dạng. Tuy nhiên nhiều nhà chuyên môn cho rằng những hành vi như thế ngày càng nhiều hơn so với những gì được công bố.

3 LOẠN DỤC VỚI TRẺ EM

3.1 Đặc điểm

Loạn dục với trẻ em là: “thường xuyên xuất hiện những ham muốn bức xúc tình dục và những tưởng tượng kích dục về những hoạt động tình dục với trẻ nhỏ hoặc vị thành niên” và những người hành động theo những ham muốn đó, hoặc những ham muốn hoặc những tưởng tượng tình dục gây ra rối loạn stress hoặc những trở ngại trong quan hệ liên nhân cách. Cũng cần phải nói thêm rằng cá nhân phải từ 16 tuổi trở lên và ít nhất phải lớn hơn trẻ bị lạm dụng 5 tuổi. Cần chú ý đến sự trưởng thành về tình dục chứ không phải về tuổi của nạn nhân. Về mặt luật pháp, phải có ranh giới rõ ở tuổi nào cá nhân mới được phép quan hệ

tình dục. Việc vi phạm các giới hạn đó chưa chắc đã là loạn dục với trẻ em mà đã có thể là kẻ phạm pháp tình dục, trừ khi trẻ khác cũng là vị thành niên.

Những hành vi loạn dục với trẻ em cũng rất khác nhau. Một số người chỉ nhìn mà không đụng chạm vào trẻ. Một số khác lại thích động chạm hoặc cởi quần áo của chúng. Khi xuất hiện hoạt động tình dục, thường là tình dục đường miệng hoặc sờ mó bộ phận sinh dục của trẻ. Chỉ trừ những trường hợp loạn luân còn tuyệt đại đa số các trường hợp không có sự giao hợp. Khi có sự giao hợp thì thường là đối với trẻ lớn và có thể có yếu tố đe dọa, cưỡng bức. Tuy nhiên điển hình vẫn là các cá nhân này hay tìm cách thuyết phục, dụ dỗ và “thân mật” (Murray, 2000). Những cá nhân loạn dục nếu thích trẻ gái thì thường là độ tuổi 8-10 tuổi, còn nếu thích trẻ trai thì thích trẻ lớn hơn chút nữa (APA, 1994). Hầu hết những cá nhân này là người họ hàng, bạn bè hoặc hàng xóm của trẻ.

Greenberg và cs. (1993) thông báo có 33% số người có hành vi loạn dục với trẻ em là chỉ với trẻ nam, 44% là chỉ với trẻ nữ còn 23% là với trẻ cả 2 giới.

Rất khó xác định tỷ lệ loạn dục với trẻ em. Hầu hết các tổng quan đều thông báo tỷ lệ những người có hành vi lạm dụng tình dục hơn là tỷ lệ những người có hành vi loạn dục. Barbaree & Seto (1997) ước tính ít nhất có khoảng 7% số phụ nữ và 3% số nam giới Mỹ đã từng bị lạm dụng tình dục trẻ em. Một số tổng quan khác đưa ra các tỉ lệ cao hơn.

3.2 Trị liệu loạn dục với trẻ em

Hoạt động tình dục với trẻ em là một việc làm trái pháp luật và trị liệu thường được bắt đầu trong nhà tù hoặc các cơ sở pháp y. Thậm chí ngay tại những nơi này, cũng không bắt buộc phải chấp hành các chương trình trị liệu. Chỉ khoảng 25% số phạm nhân dạng này tham gia vào các chương trình trị liệu.

3.2.1 Trị liệu thể chất

Trị liệu thể chất nhằm trấn áp những bức xúc và hành vi tình dục song không làm thay đổi được đối tượng ham muốn. Hai qui trình phẫu thuật là thiến và phẫu thuật thần kinh đã không còn được chấp nhận. Tuy nhiên tiếp cận hoá dược bằng cách dùng thuốc phong toả sự sản xuất hoặc hoạt năng của androgens, những hormon ảnh hưởng đến đáp ứng tình dục nam giới thì vẫn còn được sử dụng. Tuy vậy kết quả cũng rất khiêm tốn. Ví dụ, Berlin & Meinecke (1981) đã theo dõi 20 người đàn ông dùng thuốc chẹn adrogen; 3 người tái phạm tội trong quá trình trị liệu và tỉ lệ tái phát cao sau khi dùng thuốc. Vấn đề chính của trị liệu chống androgen là có khoảng từ 30 đến 100% số người được kê đơn

đã không dùng thuốc (Barbaree & Seto, 1997). Phần lớn những người dùng thuốc là những người muốn tái phạm bởi họ không thay đổi được suy nghĩ và thái độ của mình về những hành vi lệch lạc. Hơn thế nữa, thuốc cũng có nhiều tác dụng phụ như tăng cân và teo tinh hoàn. Đây cũng là những yếu tố thúc đẩy họ bỏ thuốc. Cuối cùng những cách trị liệu này chỉ có hiệu quả đối với những người có nồng độ testosterone cao khác thường. Hầu hết những người có hành vi loạn dục với trẻ em đều không nằm trong số đó, do vậy họ không có lợi từ trị liệu cho dù họ có hoàn toàn hợp tác.

3.2.2 Trị liệu hành vi

Cả 2 phương pháp: liệu pháp phản cảm (aversion) và phương pháp thay đổi điều kiện thủ dâm đều được dùng đối với loạn dục với trẻ em. Trong liệu pháp phản cảm, kích thích tình dục không phù hợp xuất hiện cặp đôi với sự kiện phản cảm, ví dụ như một cú điện giật nhẹ hoặc một mùi rất khó chịu. Như vậy quá trình này được xem như là điều kiện hoá trạng thái cảm xúc âm tính đối với những kích thích tình dục. Hầu hết các nghiên cứu đều cho thấy có sự thuyên giảm ham muốn tình dục khi có kích thích (các cô bé, cậu bé). Tuy nhiên nó lại có thể không làm giảm phạm pháp. Ví dụ Rice và cs. (1991) theo dõi 136 kẻ quấy rối tình dục trẻ vô gia cư, 50 người trong số họ được trị liệu bằng phương pháp phản cảm sau khi được tha khỏi nhà tù. Trong khoảng thời gian trên 6 năm, 31% đã tái phạm tội. Tỷ lệ tái phạm ở những người được trị liệu bằng phản cảm cũng không thấp hơn so với những người không được trị liệu.

Thay đổi điều kiện thủ dâm được thực hiện bằng cách lúc đầu cá nhân tạo ra đáp ứng tình dục thông qua việc sử dụng những hình ảnh khiêu dâm ưa thích. Khi đã đạt được cương cứng, họ sẽ chuyển sang những hình ảnh phù hợp hơn, dạng như phụ nữ hoặc nam giới khoả thân. Họ tiếp tục thủ dâm để đạt đến cực khoái trong khi tập trung cao vào hình ảnh đó. Cách tiếp cận này có thể kết hợp với các loạt hình ảnh tiến dần về “bình thường”. Cách tiếp cận này cũng có nhiều ưu điểm hơn so với trị liệu phản cảm. Thứ nhất, nó ít có những vấn đề về sắc tộc và dễ được thân chủ chấp nhận hơn. Thứ hai, nó không cần các dụng cụ phòng thí nghiệm và có thể thực hành sau mỗi buổi trị liệu. Mặc dù chưa có nhiều các thực nghiệm để khẳng định hiệu quả của nó song nhìn chung nó cũng được xem là có kết quả nhất định (Laws & Marshall, 1991).

3.2.3 Ngăn ngừa tái phát

Việc ngăn ngừa tái phát được thực hiện bằng cách hướng dẫn cho cá nhân:

- Nhận diện được những tình huống có nguy cơ cao tái phạm những hành vi phạm pháp
- Thoát ra khỏi tình huống có nguy cơ
- Xem lầm lỗi cũng là một bài học
- Nhận diện được các yếu tố dẫn đến tái phát và xác định được cách tránh những yếu tố đó.

Chương trình ngăn ngừa tái phát do Marques và cs. (2000) đưa ra cũng là một điển hình theo dạng này. Chương trình này bao gồm chương trình nội trú tích cực có giám sát trong bệnh viện và chương trình hỗ trợ củng cố kéo dài 1 năm sau khi được tha. Những người tham dự được học về tình dục và các kỹ năng đối phó chung, dạng như thư giãn, quản trị stress và tức giận và các kỹ năng xã hội. Can thiệp chuyên biệt bao gồm xác định những hành vi thường xuất hiện trước hành vi phạm tội và làm thế nào để có thể cắt bỏ được chúng. Ngoài ra họ còn được thảo luận những vấn đề về mức độ trách nhiệm và cách hạn chế. Theo dõi sau 5 năm cho thấy theo dạng can thiệp này tỉ lệ tái phát là 10,8% so với 13% ở nhóm không có can thiệp – một số khác biệt rất khiêm tốn nhưng đáng kể. Chương trình này khá hiệu quả đối với những người mà nạn nhân của họ là phụ nữ song lại ít hiệu quả đối với những người mà nạn nhân của họ là nam giới. Người ta cũng chưa làm được sáng tỏ tại sao lại như vậy.

3.3 Hiệu quả của trị liệu

Việc đo được hiệu quả của các chương trình dành cho những người phạm tội là rất khó khăn. Nhưng thay đổi do sự khai báo cũng cần phải lưu ý và các cứ liệu về tái phát cũng thường dựa vào số liệu của các nhà chức trách. Đây cũng chỉ là những số liệu mà mọi người đã biết. Do vậy chưa có được những nghiên cứu thuyết phục về hiệu quả của các chương trình trị liệu. Mặc dù vậy, Hall (1995) cũng đã có một siêu phân tích về hiệu quả của các dạng can thiệp khác nhau. Điều đáng chú ý là có rất nhiều người bỏ dở ở cả 2 dạng can thiệp. Nguyên nhân thường là tiền sử phạm tội phức tạp, chối tội và có những rối loạn hành vi trong nhà tù. Nhìn chung có hiệu quả nhất vẫn là chương trình ngăn ngừa tái phát và liệu pháp hormon. Cả hai hình thức can thiệp này có hiệu quả tương đương nhau. Đối với những người tham gia chương trình ngăn ngừa tái

phạm, tỉ lệ tái phạm khoảng 15% trong thời gian 3 năm so với 35,5% ở nhóm người không tham gia. Còn đối với liệu pháp hormon, tỉ lệ tái phạm là 22% trong vòng 10 năm so với 36% ở những người không được can thiệp. Hall (1995) cũng thông báo có khoảng 2/3 số người tham gia vào liệu pháp hormon đã bỏ cuộc, trong số đó có hơn 50% ngay từ đầu đã không duy trì liên tục. Ngược lại, chỉ có 1/3 số người tham gia chương trình chống tái phạm là bỏ cuộc. Trên cơ sở này tác giả cho rằng chương trình phòng ngừa tái phạm có thể là một lựa chọn tốt.

4 LOẠN DỤC CẢI TRANG

Loạn dục cải trang là mặc quần áo của người khác giới. DSM-5 đã định nghĩa loạn dục cải trang là:

- Lặp đi lặp lại những tưởng tượng kích thích hoặc đòi hỏi tình dục với cường độ mạnh hoặc các hành vi như mặc quần áo của người khác giới trong khoảng thời gian ít nhất là trên 6 tháng ở nam giới không phải là tình dục đồng giới.
- Những tưởng tượng, đòi hỏi hoặc hành vi như vậy gây ra các rối loạn stress đáng kể về mặt lâm sàng hoặc những tổn thất về xã hội, nghề nghiệp hoặc các lĩnh vực chức năng quan trọng khác.

Chưa có nhiều chứng cứ về những rối loạn tương tự ở nữ giới. Khi chưa đến tuổi dậy thì, các cậu bé, mà sau này là những người đàn ông có các hành vi loạn dục cải trang cũng chưa có các hành vi “phụ nữ” hoặc thích mặc quần áo khác giới. Tương tự như vậy, các sở thích hoặc lựa chọn nghề nghiệp ở những người đàn ông loạn dục cải trang không có gì khác so với những người khác.

Các cậu bé loạn dục cải trang thường bắt đầu mặc quần áo khác giới ở tuổi dậy thì, ít gặp ở tuổi thanh niên trưởng thành. Đây là sự kích thích tình dục điển hình, mặc dù nhiều người cho rằng họ thích mặc như vậy bởi họ có thích có cảm giác thích thú với quần áo và hành vi của họ không vì một động cơ tình dục nào. Với những người này, một số thì ít khi mặc, một số lại cố tình mặc đồ phụ nữ bên trong đồ nam giới. Ở tuổi thanh niên, ít người trong số này muốn để người khác tưởng lầm là phụ nữ. Tuy nhiên mặc đồ phụ nữ thường kèm theo huyễn tưởng mình là phụ nữ và những huyễn tưởng như vậy có thể là hạt nhân cho các huyễn tưởng tình dục.

Trong một nghiên cứu điều tra trên 1000 người đàn ông trưởng thành có loạn dục cải trang, Docter và Prince (1997) cho thấy 40% luôn luôn có khoái

cảm tình dục hoặc cực khoái khi họ mặc đồ phụ nữ, chỉ có 9% trong số này nói rằng họ chưa bao giờ cảm thấy như vậy. Cá nhân càng trưởng thành dần lên thì khoái cảm tình dục khi mặc đồ khác giới cũng giảm dần, thậm chí có thể mất hẳn. Tuy nhiên mong muốn mặc đồ khác giới cũng có thể vẫn tồn tại lâu dài, thậm chí còn mạnh dần lên, thậm chí có thể còn kèm theo cảm giác dễ chịu. Thiếu cơ hội để mặc đồ khác giới có thể gây ra trầm cảm hoặc bức bối. Do vậy điều dễ hiểu là nhiều người loạn dục cải trang vẫn mặc đồ lót phụ nữ bên trong đồ lót nam giới. Trong số những người được Docter và Prince (1997) điều tra, 87% số này cho rằng họ hoàn toàn có đời sống tình dục khác giới; 83% đã có vợ hoặc đã từng lấy vợ tại thời điểm điều tra; 32% số bà vợ của những người này đã biết chồng mình mặc đồ lót phụ nữ trước khi làm đám cưới; 28% hoàn toàn chấp nhận hành vi này khi đã biết; trong khi đó 19% hoàn toàn phản đối. Một điều cũng thường gặp nữa là những người loạn dục cải trang thường bỏ được thói quen mặc đồ phụ nữ ngay trong những tháng hoặc năm đầu tiên khi có bạn gái, mặc dù vẫn có những người thỉnh thoảng lại thích mặc trở lại. Nhiều người thích sự giao hợp với phụ nữ một cách “bình thường” trong khi đó một số lại thích mang đồ lót nữ để đạt được khoái cảm tình dục.

Do xã hội có thể phản ứng rất mạnh nên những hành vi loạn dục cải trang thường xuất hiện ở những nơi có thể được chấp nhận như ở gia đình, ở các câu lạc bộ hoặc tổ chức của những người loạn dục cải trang. Tuy nhiên Docter và Prince (1997) cũng thông báo có đến 71% số người trong mẫu nghiên cứu mặc đồ khác giới công khai: 10% mặc khi đi xe buýt hoặc xe lửa, 28% mặc khi đi ăn ở nhà hàng, 26% sử dụng toa lét phụ nữ và 22% tìm cách lưu trữ quần áo phụ nữ. Khi được hỏi thích là giới nào, 11% vẫn muốn là đàn ông, 28% muốn trở thành phụ nữ và 60% là lựa chọn ngang nhau.

Một số người cảm thấy ân hận và xấu hổ về những ý nghĩ và hành vi của mình. Những cá nhân như vậy có thể nhiều lần nỗ lực để trở thành bình thường nhưng không thành công. Họ có thể phá bỏ tủ đựng quần áo phụ nữ của mình sau đó lại sưu tầm, tích trữ đồ phụ nữ trong nhiều tuần hoặc nhiều tháng. Chu kỳ như vậy có thể lặp đi lặp lại ở những người trẻ tuổi, những người mà sau này dễ dàng chấp nhận hơn những cảm giác của mình. Trong mẫu nghiên cứu của Docter và Prince, 70% đã từng phá tủ quần áo ít nhất 1 lần, 45% đã từng nhờ cậy đến tư vấn.

Vẫn chưa có một nghiên cứu dịch tễ nào về tỉ lệ những người mắc chứng loạn dục cải trang do vậy người ta vẫn chưa rõ tỉ lệ này trong cư dân.

Trị liệu loạn dục cải trang

Loạn dục cải trang không phải là một trạng thái cần phải trị liệu. Tuy nhiên đối với những người mà hành vi của họ ảnh hưởng đến các mối quan hệ hoặc cảm thấy không chấp nhận được những hành vi đó thì có thể cần đến trị liệu. Chính những vấn đề hôn nhân thường dẫn đến nỗ lực làm thay đổi hành vi hoặc bắt đầu trị liệu. Các bà vợ thường chán ghét, ác cảm với những hành vi của chồng, thậm chí cho dù họ đã biết từ trước (Bullough & Weinberg, 1998).

Trị liệu thường tập trung vào những thành tố tình dục của hành vi loạn dục cải trang. Dạng trị liệu thường dùng là liệu pháp phản cảm và thay đổi huyền tượng tình dục. Một số chương trình liệu pháp phản cảm cũng thu được kết quả nhất định. Marks cs. (1970) cho biết 2/3 số người tham gia vào liệu pháp phản cảm bằng điện đã có sự cải thiện kéo dài khoảng 2 năm sau. Trong khi đó, chỉ có một số người ở nhóm đối chứng là có sự cải thiện. Cách trị liệu thứ 2 đối với loạn dục cải trang là tái luyện tập thủ dâm. Ở đây cá nhân tiến hành thủ dâm với đối tượng tình dục do anh ta lựa chọn, kể cả việc tự mình hay người khác mặc đồ lót phụ nữ. Khi chuẩn bị đạt đến cực khoái cá nhân ngay lập tức chuyển sang tưởng tượng với đối tượng tình dục “bình thường”. Nhiều mô tả nghiên cứu ca và nghiên cứu phi kiểm soát cho thấy phương pháp này có kết quả tốt (Laws & Marshall, 1991).

CÂU HỎI ÔN TẬP

1. Hãy trình bày các đặc điểm rối loạn chức năng tình dục.
2. Liệu pháp tâm lí đối với rối loạn cương cứng?
3. Liệu pháp tâm lí đối với co thắt âm đạo?
4. Những biểu hiện của loạn dục trẻ em?
5. Các liệu pháp tâm lí đối với loạn dục trẻ em?
6. Các biểu hiện của loạn dục đa dạng?
7. Liệu pháp tâm lí đối với loạn dục đa dạng?
8. Đặc điểm của loạn dục cải trang và các kĩ thuật điều trị tâm lí?

Chương 10

RỐI LOẠN ĂN

Chương đề cập đến 2 loại rối loạn mang tính trái ngược nhau: chứng chán ăn và cuồng ăn, những giải thích về nguyên nhân và các cách thức can thiệp đối với hai loại rối loạn này.

Hầu hết chúng ta trong đời đều có vài lần phải ăn kiêng hoặc mong ước thay đổi hình dáng của mình. Rất nhiều người đã thành công hoặc ít nhất là trong một thời gian ngắn, mặc dù chúng ta thường bị tăng cân khi già đi. Có những trường hợp việc bắt buộc ăn kiêng hoặc thay đổi ngoại hình đã mang tính cực đoan. Hai rối loạn ăn được trình bày trong chương này là chứng chán ăn tâm lí và chứng cuồng ăn tâm lí.

Mặc dù cả hai rối loạn biểu hiện theo những cách khác nhau, chúng vẫn có một số điểm chung, và rất nhiều người mắc chứng chán ăn có thể chuyển sang chứng cuồng ăn trong một giai đoạn nào đó. Tất cả đều nằm trong việc kiểm soát trọng lượng. Cũng có nhiều dấu hiệu khác nhau giữa hai trường hợp. Khác với những người mắc chứng chán ăn, những người mắc chứng cuồng ăn thường thừa cân và coi trọng sự lôi cuốn về mặt tình dục.

1 CHÁN ĂN TÂM LÍ

Được đề cập đến lần đầu tiên vào cuối thế kỷ 19, chán ăn tâm lí bao gồm những thái độ, ý định làm cho bản thân càng gầy càng tốt. Thực vậy, nói một cách ngắn gọn lại về chán ăn là sự giảm cân một cách đáng kể. Nhìn chung có 2 cách giảm cân và kiểm soát nó. Cách thứ nhất, cách cổ điển: tự ép mình ăn đói và kiểu 2 là cứ ăn uống no nê rồi sau đó cho nôn ra hoặc dùng thuốc tẩy.

Theo DSM-5, những biểu hiện chính của chứng chán ăn tâm lí là:

- Hạn chế ăn quá mức dẫn đến trọng lượng cơ thể thấp dưới mức trung bình.
- Sợ hãi cực độ đối với việc tăng cân mặc dù đang thiếu cân
- Rối loạn nhận thức về cơ thể, bị ảnh hưởng quá mức (phi lí) bởi cân nặng và hình dáng bên ngoài lên tự đánh giá hoặc phủ nhận sự nghiêm trọng của xu hướng giảm cân.

- Có 80% – 90% số người chán ăn tâm lí là nữ,
- Lứa tuổi phổ biến là tuổi dậy thì từ 14-18 tuổi,
- Khoảng 0,02 % dân số và 0,1% số thanh nữ mắc chứng chán ăn tâm lí.

Với hầu hết những người mắc chứng chán ăn, việc kiểm soát cân nặng là một vấn đề rất lâu dài. Trong một nghiên cứu cho thấy 21 năm sau sự thừa nhận đầu tiên, chỉ hơn một nửa số phụ nữ được coi là chán ăn có thể "bình phục hoàn toàn", 21% số phụ nữ bình phục một phần và 10% vẫn bị chẩn đoán là có đầy đủ các dấu hiệu của chứng chán ăn. Một số cố tìm sự giúp đỡ hoặc bất kỳ hình thức trị liệu nào, và 16% đã chết vì các nguyên nhân liên quan tới chứng chán ăn.

Rất nhiều người mắc chứng chán ăn đã tiếp tục phát triển thành kiểu thói quen ăn uống của chứng cuồng ăn tâm lí. Khác với rất nhiều rối loạn sức khoẻ tâm thần khác, chứng chán ăn phổ biến hơn với những phụ nữ thuộc tầng lớp kinh tế xã hội cao, và có những người còn giành được những học hàm, học vị cao.

Do né tránh với việc ăn uống mà hầu hết những người chán ăn thường bận tâm nhiều đến các suy nghĩ về thức ăn. Họ có thể dùng hầu hết thời gian của họ để nghĩ về thức ăn, chuẩn bị thức ăn cho bản thân hoặc người khác, hoặc xem họ ăn. Họ có thể kể những giấc mơ về thức ăn, kinh nghiệm trải qua khi đói và kiểm chế những cơn thèm ăn. Trong chiến lược giảm cân của họ thường có những bài tập ở cường độ cao hoặc các hành động để làm tiêu hao calo. Hầu hết, nhưng không phải là tất cả, những người mắc chứng chán ăn đều có biểu tượng méo mó về hình thể, đề cao việc đánh giá sự cân đối của cơ thể, có suy nghĩ tiêu cực về vẻ bề ngoài của mình. Các vấn đề tâm lí bao gồm trầm cảm nhẹ, có xu hướng rối loạn ám ảnh và lo âu thường có trong chứng chán ăn.

Việc kiểm soát và giảm cân kết hợp với chán ăn có thể mang tới một số hậu quả về sức khoẻ:

- Hậu quả tức thì là mất kinh
- Loãng xương
- Giảm huyết áp
- Da khô, nứt nẻ
- Tóc khô và dễ gãy.

Vấn đề về sức khoẻ có thể trở nên nghiêm trọng về mặt trao đổi chất và chuyển hoá, đe dọa đến tính mạng. Theo một nghiên cứu, 21% người mắc chứng

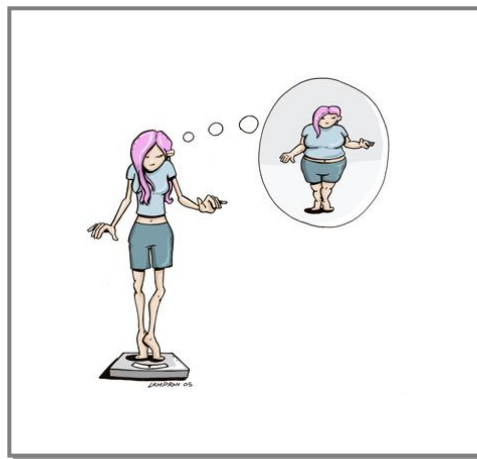
chán ăn chết do nguyên nhân chung là đói và tự sát (Steinhausen và Glanville 1983).

2 CUỒNG ĂN TÂM LÍ

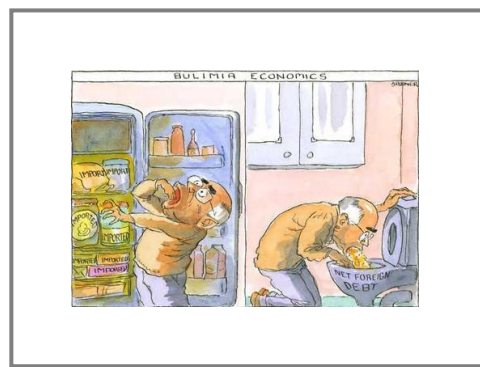
Chứng cuồng ăn được Russell G. mô tả lần đầu tiên vào năm 1979 trên cơ sở 30 người mắc chứng này đã được ông khám từ 1972 đến 1978.

Những đặc điểm nổi bật của cuồng ăn gồm:

- Thường xuyên có các pha ăn vô độ
- Thường xuyên có những hành vi bù trừ không hợp lý như nôn mửa sau khi ăn để ngăn chặn việc tăng cân
- Những hành vi bù trừ xuất hiện trung bình ít nhất 2 lần / tuần đều đặn trong 3 tháng
- Bị ảnh hưởng quá đáng bởi cân nặng và vẻ bề ngoài lên tự đánh giá bản thân.



Rất nhiều người mắc chứng cuồng ăn cảm thấy không hấp dẫn, sợ béo thêm, và nghĩ mình nặng hơn nhiều so với thực tế (McKenzie et al. 1993). Những cố gắng của họ nhằm tránh tăng cân diễn ra lộn xộn hơn so với chứng chán ăn. Việc kiểm soát việc ăn uống thường xuyên bị gián đoạn bởi những buổi ăn uống vô độ. Điều này kéo theo một loạt những hành vi



nhằm “sửa sai”. Số lượng thức ăn tiêu thụ trong những cuộc ăn uống như vậy có thể rất lớn, khoảng 5000 calo vào bất kỳ lúc nào. Ăn không phải để thưởng thức, thực sự nó thường là một bí mật, nhanh chóng và không kịp cảm nhận mùi vị. Những dấu hiệu báo trước thường là sự căng thẳng về tâm lý và thể chất, và ăn như là để giảm bớt sự căng thẳng này. Trong khi ăn uống vô độ, các cá nhân cảm nhận được sự mất kiểm soát, sau đó thường xuất hiện mặc cảm tội lỗi, tự buộc tội và trầm cảm. Cân nặng của người mắc chứng cuồng ăn thường ở mức độ bình thường mặc dù chúng có thể dao động tùy thời điểm.

Khoảng 80-90% người mắc chứng cuồng ăn thường cho nôn ra sau khi ăn để cố gắng kiểm soát cân nặng của mình, 1/3 thì lạm dụng thuốc nhuận tràng trong khi một số khác tập những bài tập quá sức (Anderson và Maloney 2001).

Các hành vi bù trừ có thể làm giảm bớt cảm giác lo lắng, bức dọc, ghê tởm bản thân hoặc thiếu kiểm soát việc ăn uống vô độ. Tuy nhiên họ thường xuyên thất bại trong việc ngăn chặn việc tăng thêm calo vào do ăn quá nhiều thức ăn. Cuồng ăn kéo theo một vài nguy cơ về sức khỏe. Liên tục nôn mửa và lạm dụng thuốc nhuận tràng có thể dẫn tới vấn đề về như đau bụng, các vấn đề về đường tiêu hoá, mất nước, tổn thương niêm mạc dạ dày và răng miệng, nơi mà các chất axit do nôn mửa thường xuyên có thể làm hỏng men răng. Vấn đề nghiêm trọng nhất xảy ra có thể là suy thận và tiềm tàng các bệnh loạn nhịp tim.

- Huyết áp cao
- Tăng cholesterol
- Bệnh tim
- Tiểu đường
- Bệnh túi mật
- Bệnh thận.

Bảng 10.1 Sự khác nhau giữa chán ăn tâm lý “cổ điển” và cuồng ăn tâm lý.

| Chán ăn | Cuồng ăn |
|---|---|
| Cân nặng dưới mức bình thường một cách đáng kể theo lứa tuổi và chiều cao | Cân nặng khác nhau: thừa cân, thiếu cân hoặc gần với mức bình thường theo lứa tuổi và chiều cao |
| Ít trải qua những cơn đói dữ dội | Nhiều lần trải qua những cơn đói dữ dội |
| Ít khi thừa cân trong quá khứ | Thường thừa cân trong quá khứ |
| Thường chưa trưởng thành về mặt giới tính và không có kinh nghiệm | Mạnh mẽ về mặt giới tính |
| Có những hành vi được xem như là hợp lý và bình thường | Có những hành vi không bình thường |
| Ít khi lạm dụng chất kích thích và rượu | Thường lạm dụng chất kích thích và rượu |

| | |
|---|---|
| Ít khi tiến những hành động có chủ ý làm hại bản thân | Thường có ý định huỷ hoại bản thân |
| Có khuynh hướng phủ nhận các xung đột gia đình | Thừa nhận các xung đột gia đình |
| Tuổi dậy thì thường vào khoảng từ 14-18 | Tuổi dậy thì thường từ 15-21 |
| Tương đối độc lập | Thường tìm kiếm sự tán thành của người khác; muốn lôi cuốn người khác. |
| Giảm cân không phải bởi ước muốn được trông nữ tính hơn | Quan triệt quan niệm của xã hội về " yếu điệu, mảnh mai" và muốn được trông như thế |
| Kiểm soát bản thân cao | Xung động và cảm xúc không ổn định |

(Nguồn: Bennett P. (2003). Abnormal and Clinical Psychology, Open University Press.)

- Tỷ lệ cuồng ăn dao động khoảng 0,5-1% dân số. Tuy nhiên trong số các phụ nữ trẻ, tỷ lệ này cao hơn.

3 NGUYÊN NHÂN CỦA CHỨNG CHÁN ĂN VÀ CUỒNG ĂN

3.1 Yếu tố di truyền

Gen có thể góp phần làm tăng nguy cơ chán ăn và cuồng ăn. Ví dụ, Klump và cs. (2001) ước tính 74% các hành vi chán ăn khác nhau của chứng chán ăn có thể quy cho yếu tố gen.

3.2 Yếu tố văn hoá xã hội

"Gầy thật quyền rũ". Những người mắc chứng cuồng ăn và chán ăn coi hình dáng và cân nặng là quan trọng hàng đầu có thể bởi vì xã hội phương Tây nói chung coi trọng dáng vẻ bên ngoài. Từ những năm 1960 trở lại đây, hình mẫu phụ nữ lí tưởng là người gầy, mảnh.

Sự đánh giá về cân nặng không chỉ bị chi phối bởi tính thẩm mỹ mà còn do nhiều thuộc tính cá nhân dựa trên dáng vẻ bề ngoài của cơ thể. Thức ăn, cách ăn và cân nặng còn được nhiều người cho là những vấn đề đạo đức và hình dáng cơ thể có thể là tiêu chuẩn chính của tự đánh giá bản thân và đánh giá người khác (Wardle & Marsland 1990). Rất nhiều người giữ những cái nhìn tiêu cực đối với người béo.

Một số nhà trị liệu gia đình cũng có thể đưa ra được mô hình chán ăn hoàn toàn khác. Trong mô hình này, cá nhân chán ăn được xem như là triệu chứng của sự rối loạn chức năng gia đình. Minuchin và cs. (1978) mô tả các đặc điểm của một "gia đình chán ăn" là: dễ lúng túng, bảo hộ quá mức, cứng nhắc và né tránh xung đột. Như vậy có thể là có xung đột giữa cha mẹ và nó được kiểm soát và giấu diếm. Theo Minuchin và cs. (1978), vị thành niên là một thời kỳ đầy stress trong những gia đình như thế, sự cố gắng của vị thành niên để có được sự độc lập của họ trong gia đình gia tăng nguy cơ bộc lộ xung đột của cha mẹ. Sự phát triển của chứng chán ăn ngăn chặn hoàn toàn mọi bất đồng trong gia đình, và có thể giữ các thành viên lại xung quanh "bệnh nhân đáng thương". Sự ồm yếu, cần được chăm sóc của thành viên trẻ trong gia đình đem lại bảo đảm chắc chắn vị trí trung tâm của gia đình và đánh lạc hướng các xung đột của cha mẹ. Bằng chứng cho thuyết này được dựa trên cơ sở vững chắc là các kinh nghiệm lâm sàng trị liệu gia đình của nhóm Minuchin.

Mô hình văn hoá xã hội cuối cùng chỉ ra rằng cả chán ăn và cuồng ăn cũng có thể là hậu quả của lạm dụng tình dục (Oppenheimer et al. 1985). Theo mô hình này, hậu quả của lạm dụng ở trẻ vị thành niên gái là làm cho họ có quan điểm tiêu cực mạnh mẽ đối với vẻ nữ tính. Kết quả là sự cự tuyệt đối với kiểu người có dáng vẻ nữ tính và cố gắng chống lại nó. Điều này hầu hết thường xuất hiện ở tuổi dậy thì. Bằng chứng cho điều này không mạnh lắm. Mặc dù lạm dụng tình dục chiếm tỉ lệ cao trong số những người rối loạn ăn, song đây không phải là đặc điểm then chốt bởi nó cũng không cao hơn so với những người rối loạn lo âu hay các rối loạn tâm lí khác.

3.3 Sự giải thích về mặt tâm lí

3.3.1 Sơ đồ liên quan tới cân nặng

Yếu tố xã hội biểu hiện ra hành vi qua quá trình nhận thức. Mặc dù có nhiều sự khác nhau trong trình bày vấn đề, mô hình nhận thức của Fairburn (1977) cho rằng ở cả hai dạng chán ăn và cuồng ăn đều có chung một sự rối nhiễu tâm lí: một tập hợp những niềm tin và quan điểm méo mó về hình dáng cơ thể và cân nặng. Gầy và giảm cân là sự ưu tiên hàng đầu, có lẽ bởi vì mong muốn cao là trông gầy và hấp dẫn hơn, các cá nhân làm việc để chống tăng cân và bị béo. Sơ đồ đưa ra bao gồm đánh giá giá trị của ai đó dựa trên cơ sở là đạt được một cơ thể nhẹ cân và gầy gọi là "sơ đồ cân nặng cá nhân".

Một khi các sơ đồ liên quan tới cân nặng được xác định, nó làm méo mó cách mà cá nhân tiếp nhận và lí giải kinh nghiệm của mình. Những người khác đánh giá không phải dựa vào phẩm chất cá nhân mà ở giới hạn của việc gầy hơn hay béo hơn các cá nhân khác. Tất cả các hoạt động đều được xem xét dưới góc độ kiểm soát cân nặng, và bất kỳ một hoàn cảnh nào cũng đều dẫn đến việc tự đánh giá kéo theo đó là tập trung cao độ vào cân nặng và hình dáng. Bất kỳ sự dao động nào của cân nặng cũng có ảnh hưởng sâu sắc tới suy nghĩ và tình cảm.

Với một vài người, sự quan tâm và ưu tiên kiểm soát của họ đối với cân nặng cho thấy một sự thiếu yêu quý bản thân và khát khao kiểm soát việc tăng cân trở thành một khía cạnh trong cuộc sống của họ. Họ hi vọng cảm thấy tốt hơn về bản thân nếu họ gầy hơn- một quá trình dẫn họ đến việc không bao giờ thoả mãn với dáng vẻ của mình và tiếp tục thực hiện quá trình giảm cân. Trầm cảm có vẻ là kết quả của hành vi chán ăn, tự đánh giá thấp và tăng sự phụ thuộc vào việc kiểm soát cân nặng như là một cách để duy trì giá trị của bản thân.

Lúc đầu cố gắng giảm cân có thể được khơi ra bởi một vài yếu tố bao gồm sự phê phán, bình phẩm về cân nặng hay hình dáng, trêu chọc hay vai trò của thời kỳ khủng hoảng chuyển từ một đứa trẻ thành một phụ nữ. Thay đổi chế độ ăn được duy trì bởi nhiều quá trình củng cố. Củng cố tích cực lúc đầu có thể là trải nghiệm khi được khen là trông mảnh mai. Khi điều đó trở nên được quan tâm, họ có thể tiếp tục tạo ra những củng cố tích cực khi cá nhân đó thu hút được sự chú ý của gia đình. Một dạng phản hồi có thể rất quan trọng: sự củng cố hàng ngày hay hàng tuần của cái cân trong phòng tắm. Những điều này cung cấp sự phản hồi chắc chắn về thành quả. Với những người có tự đánh giá thấp, giảm cân có thể cung cấp một yếu tố của kiểm soát và thành công trong cuộc đời họ. Giảm cân trở nên ngang hàng với giá trị bản thân, tự trọng bản thân và có thể còn hơn hẳn một số yếu tố khác trong cuộc đời. Hành vi chán ăn có thể được dẫn dắt bởi quá trình củng cố tiêu cực. Những người chán ăn trải nghiệm một nỗi sợ hãi dữ dội đối với việc lên cân. Để tránh cảm giác sợ này giới hạn sự ăn uống lại cũng mang đến sự giảm nhẹ cảm giác sợ.

Cả chán ăn và cuồng ăn đều phản ánh những cách khác nhau trong việc giải quyết vấn đề song họ có chung nền tảng nhận thức. Theo Fairburn (1997), những người chán ăn có thể kéo dài một thời gian kiểm soát việc ăn uống của mình tốt hơn những người cuồng ăn vốn hỗn loạn và ít kiên định. Ông nhận định rằng bởi vì thói quen ăn kiêng hạn chế, các cá nhân mắc cả chứng chán ăn và

cuồng ăn đều phải chịu áp lực đáng kể cả về mặt tâm lí và sinh lí rằng cần ăn vô độ. Đối phó với những đòi hỏi này, cả hai nhóm đều phải lập ra những luật lệ để kiểm soát chế độ ăn: khi cần ăn thì cái gì họ có thể và cái gì không được ăn. Những nguyên tắc này là rất hoàn hảo nhưng khó thực hiện. Mặc dù vậy, những người mắc chán ăn thường có đủ khả năng tự kiểm soát để theo đuổi luật lệ mà họ đặt ra. Trong khi đó những người cuồng ăn thường thất bại khi làm như vậy.

Khi một người cuồng ăn bắt đầu ăn, họ thường phân đôi suy nghĩ của mình ("Mình đã ăn, kế hoạch ăn kiêng đã phá sản. Đây là vấn đề của việc cố gắng ăn kiêng...? ") và bắt đầu ăn vô độ. Ăn vô độ cũng thường có khuynh hướng cải thiện tâm trạng tiêu cực, và vì thế bản thân nó là một sự củng cố. Điều này là do nhiều nguyên nhân, bao gồm tình trạng uể oải do việc ăn một lượng lớn thức ăn và với những người tìm cách nôn mửa ra có được cảm giác bớt căng thẳng. Những cảm giác tích cực ban đầu thường xuất hiện theo sau những cảm giác kinh tởm và xấu hổ với việc ăn quá nhiều, điều này làm tăng thêm nỗ lực thực sự để theo đuổi kế hoạch ăn kiêng, song ăn kiêng lại có thể đem lại nguy cơ ăn vô tội , và vì thế vòng luẩn quẩn lại tiếp tục.

3.3.2 Hình ảnh méo mó về bản thân

Mô hình nhận thức thứ hai, chỉ dành cho những người chán ăn, đề cập đến một hình ảnh méo mó về bản thân. Đó là việc những người mắc chứng chán ăn cảm thấy "béo" thậm chí ngay cả khi cân nặng của họ không bình thường về mặt lâm sàng (Bruch 1982). Trong tổng quan một số lượng quá nhiều các nghiên cứu, Gupta và Johnson (2000) cho rằng rất nhiều người chán ăn có sự đánh giá cực đoan về sự cân xứng của cơ thể, cụ thể đánh giá thấp về vẻ ngoài của mình và cho rằng nó không hấp dẫn.

Hạn chế ăn còn kéo theo những hậu quả sinh học khác, không liên quan gì tới số đo và ngoại hình cơ thể và còn dẫn tới nhận thức lệch lạc kéo dài. Sự đói ăn ảnh hưởng tới một số quá trình nhận thức, làm kém tập trung, tư duy chậm chạp, cứng nhắc, thu mình, hành vi ám ảnh cưỡng bức, trầm cảm. Kết quả là sự đói ăn có thể làm cho những phản hồi tích cực bị bung bít lại, người chán ăn trở nên càng cứng nhắc hơn trong niềm tin và không thể thoát ra để nhìn vấn đề của mình theo cách khác (Whittal và Zaretsky 1996).

4 CAN THIỆP

4.1 Can thiệp đối với chứng chán ăn

Có rất nhiều nguyên nhân dẫn đến chứng chán ăn, do vậy trị liệu tối ưu nhất tùy thuộc vào từng cá nhân. Những dạng can thiệp có thể được sử dụng gồm trị liệu hành vi nhận thức, trị liệu gia đình, trị liệu tâm lý chiều sâu, mỗi sự can thiệp đó được thực hiện như những lời khen ngợi, động viên hơn là can thiệp cạnh tranh. Can thiệp có thể được chia thành 2 giai đoạn: giai đoạn ban đầu thường ở bệnh viện, tập trung vào việc tăng cân, và giai đoạn sau là một thời kỳ trị liệu ngoại trú kéo dài, tập trung vào thay đổi nhận thức và hành vi.

4.1.1 Khuyến khích tăng cân

Cần phải cho thân chủ điều trị nội trú trong trường hợp cân nặng của họ giảm nghiêm trọng, dưới 75% cân nặng bình thường. Sự can thiệp ở bệnh viện thường tập trung vào cải thiện số cân nặng còn thiếu. Quá trình này dựa trên điều kiện hoá thao tác bao gồm xác định trước mức thưởng cụ thể cho số cân sẽ đạt được, cái giá trị nhất trong số đó có thể là ra viện sau khi đạt được mục đích tăng cân. Cần tránh nguy cơ nhồi nhét thức ăn vào rồi lại nôn ra làm vô hiệu việc chữa bệnh.

Vài năm trước đây, những phần thưởng như vậy có thể là được nói chuyện điện thoại hoặc xem TV. Tuy nhiên những điều này bây giờ được xem là quyền cơ bản, và việc thay đổi chúng cũng giống như xâm phạm đến quyền công dân. Do vậy ‘phần thưởng’ cho việc ăn thường do tự cá nhân xác định và phải ngoài những điều thông thường dành cho bệnh nhân nội trú. Đó có thể là tăng thêm các đặc ân xã hội, được tiếp chuyện với các vị khách mời và thực hiện các đặc ân xã hội.

Tiếp nhận calo phải tăng một cách từ từ theo thời gian: nếu tiếp nhận quá nhiều, lượng calo lúc đầu có thể không tiêu thụ hết. Y tá cũng có thể hướng dẫn các cá nhân về chứng chán ăn và cung cấp thông tin phòng ngừa và động viên. Điểm mấu chốt ở đây là sự bảo đảm rằng việc tăng cân trong thời gian này không chuyển thành thừa cân về lâu dài. Schwartz và Thompson (1981) phân tích kết quả của các chương trình điều trị nội trú dạng như trên và thấy rằng một thời gian sau nội trú, có 6% bệnh nhân chết vì tự làm mình đói, 49% khỏi bệnh, 31% đã có cải thiện nhưng vẫn rối loạn ăn uống, 18% bệnh tình vẫn như cũ.

Trong khi phần lớn những người tham gia trị liệu đã tăng cân trong thời gian đầu thì một số khác tiếp tục giảm cân và thậm chí còn có trường hợp đe dọa

đến tính mạng. Điều này đã tạo ra sự thách thức cả về lâm sàng và đạo đức đối với những người tham gia vào chương trình như vậy. Vấn đề then chốt ở đây là liệu có cần cung cấp dinh dưỡng cho người bệnh cho dù họ không mong muốn? Tranh luận tập trung vào năng lực của người chán ăn để tạo ra quyết định cái gì là cuộc sống thực của họ hoặc quyết định chết. Một số nhà lâm sàng (ví dụ, Russon và Alison 1998) cho rằng đa số những người chán ăn có đủ năng lực tinh thần để ra những quyết định ăn hay không ăn. Do vậy việc trị liệu đi ngược lại những nguyện vọng của họ là không thích hợp, cho dù nó có thể dẫn họ đến chỗ chết. Một số khác (ví dụ, Treasure 2001), trong khi thừa nhận rằng nuôi dưỡng cưỡng bức là vô nhân đạo và không thể chấp nhận được, lại có quan điểm rằng cả hai điều đó và những cách điều trị tích cực khác có thể được dùng một cách hợp pháp với những người chán ăn một cách cực đoan bởi họ không có đủ năng lực tinh thần để ra quyết định mà có thể hậu quả là dẫn họ đến cái chết.

Treasure (2001) nhận diện 4 nguyên tắc chung để xác định rõ khi nào cá nhân có đủ năng lực hợp pháp đưa ra quyết định lựa chọn hoặc từ chối điều trị. Đó là:

- Hiểu và nhớ được những thông tin cần thiết cho quyết định của họ, ý thức được những hậu quả có thể xảy ra của việc có hoặc không điều trị
- Tin vào các thông tin
- Cân nhắc các thông tin như là một phần của quá trình ra quyết định
- Thừa nhận rằng họ có vấn đề về sức khỏe và tìm kiếm các phương thuốc cho tình trạng của họ.

Theo Treasure (2001), các cá nhân mắc chứng chán ăn thường không đáp ứng với các tiêu chuẩn trên và do đó thường bị quy kết một cách bất hợp pháp rằng không đủ năng lực ra quyết định đi chữa bệnh được và điều đó có thể nguy hiểm cho tính mạng của họ. Vì thế bác sĩ có quyền chữa bệnh cho họ mà không cần họ đồng ý. Quan điểm này cũng phù hợp với các thông lệ hợp pháp trước đó (Dyer 1997) rằng cần phải điều trị cưỡng bức đối với những người mắc chứng chán ăn bao gồm cả cưỡng bức nuôi dưỡng, tất cả đều hợp pháp và trong trường hợp cần thiết.

4.1.2 Tiếp cận hành vi nhận thức

Giai đoạn thứ hai trong việc trị liệu là những can thiệp nhằm thay đổi hành vi và duy trì được lâu dài sự thay đổi đó. Có thể cách tiếp cận hành vi nhận thức được sử dụng một cách rộng rãi nhất là của Garner và Bemis (1985). Nó

được chia làm nhiều giai đoạn, giai đoạn đầu tiên là xác lập mối quan hệ làm việc với cá nhân. Garner và Bemis nhận định rằng ở thời điểm này, vấn đề mấu chốt nhất chính là niềm tin cơ bản của họ không bị lung lay, dẫn đến kết quả là họ từ chối trị liệu. Do vậy, nhà trị liệu phải hiểu cá nhân, nhận biết được chiến lược kiểm soát cân nặng của họ và đánh giá đúng được các chiến lược đó thành công ở mức nào. Điều này có thể liên quan đến câu hỏi khi nào thì có thể đạt được tất cả những gì cá nhân dự định và đánh giá được cái giá phải trả về mặt cảm xúc và thể chất cho việc ăn kiêng một cách cực đoan. Những buổi đầu có thể phải dùng chỉ để xác lập những kết quả và cái giá phải trả cho những hành vi chán ăn. Đây cũng có thể là sự thăm dò sơ đồ nằm sâu bên trong các hành vi này. Giao bài tập về nhà cũng có thể được sử dụng để thu thập dữ liệu về việc các sự kiện ảnh hưởng như thế nào tới suy nghĩ cảm xúc và cung cấp cơ hội để thử nghiệm các cách khác nhau để làm sáng tỏ mối quan hệ giữa các sự kiện với ăn uống và cân nặng. Chỉ khi xác lập được mối quan hệ công việc tốt và cá nhân có động cơ thay đổi, ít nhất thì cũng chú ý đến điều này, khi đó trị liệu nhận thức mới bắt đầu.

Can thiệp nhận thức có thể có nhiều mục đích bao gồm thay đổi những nhận thức sai lệch và phát triển sự tự chủ. Có thể nhấn mạnh vào những cảm giác và thái độ sai lệch. Mặc dù có thể không làm thay đổi mong muốn được gầy, tuy nhiên ý thức được sự lệch lạc và chấp nhận sự thật rằng ít nhiều họ đã phóng đại, có thể giúp họ có thiện chí ăn uống. Tự chủ có thể được củng cố bởi sự đối mặt với những nhận thức tiêu cực và khích lệ cá nhân tin vào trực giác và cảm giác bên trong của họ. Sự thách thức về mặt nhận thức khích lệ cá nhân quan tâm đến cái giá là những cảm xúc mạnh do hành vi đưa lại, giúp họ thăm dò một vài sơ đồ nằm sâu bên trong của các hành vi đó, dạng như niềm tin rằng trọng lượng cơ thể hay ngoại hình có thể là tiêu chuẩn duy nhất cho giá trị bản thân và kiểm soát hoàn toàn bản thân là điều cần thiết. Những người tham gia trị liệu có thể cũng được học các kỹ năng giải quyết vấn đề để giúp họ đương đầu một cách hiệu quả với bất cứ cơn khủng hoảng có thể xuất hiện.

Mặc dù vấn đề mang tính đe dọa cuộc sống và trường diễn, một số tác giả vẫn tiến hành tác động thử nghiệm có kiểm soát nhằm thăm dò hiệu quả của can thiệp hành vi nhận thức đối với chán ăn (Pike 1998). Có thể do tính chất mạn tính của tình trạng cho nên có những người tham gia nhiều chương trình trị liệu khác nhau và rất khó xác định được sự thay đổi hành vi của họ là do sự can thiệp

nào. Tình trạng không trị liệu kéo theo nguy cơ lâu dài gây tổn thương nghiêm trọng và nguy cơ bỏ dở trị liệu cũng rất cao khiến cho việc thiết kế các thử nghiệm chuẩn là rất khó khăn.

Dù cho các cứ liệu như thế nào chẳng nữa, người ta vẫn coi trị liệu hành vi nhận thức là một can thiệp hiệu quả. Trong một thử nghiệm sớm, Channon và cs. (1989) đã so sánh tiếp cận hành vi và tiếp cận hành vi nhận thức. Trị liệu hành vi bao gồm đối mặt từ từ với những thức ăn né tránh. Trị liệu hành vi nhận thức lại nhận diện niềm tin bất thường đối với ăn uống. Có một số khác biệt giữa hai cách can thiệp này ở cả 6 tháng và 12 tháng tiếp theo, mặc dù các tác giả cho rằng quy trình nhận thức dễ được chấp nhận hơn liên kết trị liệu tốt hơn nên kết quả của cả 2 loại can thiệp đều tốt hơn. Do trong nghiên cứu không có nhóm 'không trị liệu' vì như vậy là vi phạm đạo đức cho nên cũng khó xác định được chính xác hiệu quả thực của can thiệp.. Trong một so sánh tương tự, Treasure và cs. (1995) so sánh hiệu quả của trị liệu nhận thức và trị liệu kết hợp nhận thức-phân tâm. Sau 1 năm can thiệp, cả hai loại trị liệu chứng tỏ hiệu quả như nhau, 63% người tham gia có kết quả tốt hoặc khỏi "ngay lập tức".

4.1.3 Tiếp cận trị liệu gia đình

Có nhiều cách trị liệu gia đình khác nhau đã được sử dụng để trị liệu chứng chán ăn, tuy nhiên tất cả đều tìm kiếm cách thay đổi cấu trúc quyền lực trong gia đình bằng cách tăng cường sức mạnh cho cha mẹ, ngăn cản liên minh xuyên thế hệ, và giảm sự căng thẳng cũng như các vấn đề của cha mẹ. Cần lưu ý rằng cách tiếp cận này tương phản rõ rệt với can thiệp hành vi nhận thức được mô tả ở trên với cách khích lệ tự chủ và kiểm soát việc ăn uống của cá nhân.

Trị liệu cấu trúc gia đình

Một trong những cách tiếp cận gia đình đầu tiên để điều trị chứng chán ăn được báo cáo bởi Minuchin và cs. 1978. Họ thông báo rằng tỉ lệ thành công là 85%. Tuy nhiên điều này đã được xem xét với một vài thận trọng như nó dựa trên một số trường hợp ca điển hình với các gia đình tương đối trẻ và nguyên vẹn hơn là các dữ liệu từ những cuộc thử nghiệm có kiểm soát. Rusell và cs. (1978) tiếp tục cách tiếp cận trị liệu tương tự, tập trung vào những stress trong gia đình. Cách tiếp cận có 3 nhiệm vụ. Đầu tiên bao gồm sắp xếp cho gia đình bước vào quá trình trị liệu. Giai đoạn hai là thời kì bồi dưỡng ăn uống. Đây là giai đoạn gia đình tiến hành ăn cùng nhau để củng cố mối quan hệ gia đình, đưa ra những sự giúp đỡ, các quy định về thức ăn và ăn uống. Thời điểm này, " bệnh

nhân" và các anh chị em ruột của họ được động viên liên kết với nhau nhằm củng cố những ranh giới hợp lý trong gia đình. Giai đoạn cuối cùng bao gồm sự thay đổi trong hệ thống gia đình, trong đó có lấy lại quyền kiểm soát ăn uống của cha mẹ, củng cố sự hợp tác giữa cha mẹ, và xoá bỏ sự liên kết hoặc thông đồng giữa cha hoặc mẹ với thành viên có rối loạn ăn uống.

Rusell và cs. (1987) so sánh sự hiệu quả của cách tiếp cận này với kỹ thuật nâng đỡ cá nhân trong trị liệu cả những người chán ăn và cuồng ăn. Kết quả của họ không được lạc quan cho lắm. Mặc dù rất nhiều người với chứng chán ăn có dấu hiệu tăng cân chút ít, song đó chỉ tăng cân ở một mức độ khiêm tốn so với mức độ chung. Sau 1 năm nghiên cứu, 23% người tham gia có kết quả tốt, 16% có kết quả khá và 61% có kết quả kém. Trị liệu gia đình cải thiện được nhiều hơn so với trị liệu cá nhân trong điều chỉnh cân nặng, chức năng kinh nguyệt, thích ứng tâm lý xã hội cho những người tham gia mà các vấn đề xuất hiện trước tuổi 19 và những vấn đề đó kéo dài chưa đến 3 năm. Trị liệu cá nhân cải thiện về mặt bên ngoài hiệu quả hơn so với trị liệu gia đình ở những người tham gia lớn tuổi hơn.

Trị liệu hành vi gia đình

Trị liệu hành vi gia đình (Robin et al. 1995) kết hợp tiếp cận hệ thống và trị liệu hành vi. Mục tiêu của trị liệu bắt đầu từ việc khôi phục cân nặng. Chiến lược nhằm đạt được mục tiêu bao gồm thay đổi thói quen ăn, trị liệu nhận thức nhằm giảm thiểu sai lệch về hình ảnh cơ thể, nỗi sợ béo và cảm giác vô hiệu quả. Mẫu tương tác gia đình như tránh xung đột, sự lúng túng và phòng vệ quá mức cũng được đặt ra. Trị liệu theo ba giai đoạn. Đầu tiên, kiểm soát việc ăn uống sẽ được chuyển từ con cái sang cho cha mẹ để khôi phục lại trật tự trong gia đình. Cha mẹ được hướng dẫn và khích lệ thực hiện chương trình hành vi tăng cân cho con của họ, bao gồm chuẩn bị bữa ăn, tập thể dục đều đặn và lập bảng theo dõi những việc làm theo hay không làm theo kế hoạch. Khi tăng cân thì việc trị liệu được chuyển sang giai đoạn 2. Nó kết hợp 3 yếu tố:

- Cải tổ biểu tượng sai lệch về cơ thể và các niềm tin phi lý vào thức ăn.
- Làm việc với gia đình để sửa đổi lại sự lúng túng, sự liên minh và trật tự không thích hợp trong gia đình.
- Chuyển từ từ việc kiểm soát ăn cho người bị rối loạn.

Cuối cùng, gia đình có thể được hướng dẫn cách giải quyết vấn đề, và các kỹ năng giao tiếp. Robin và cs. (1995) đánh giá hiệu quả cách tiếp cận của họ, so

sánh với trị liệu kích lệ cá nhân, trong một nhóm nữ vị thành niên từ 12-19 tuổi. Sau một năm nghiên cứu, cả hai kiểu trị liệu đều có hiệu quả tích cực, mặc dù không có sự khác biệt giữa hai nhóm.

4.1.4 Can thiệp dược lí

Can thiệp dược lí không cho hiệu quả đặc biệt trong điều trị chứng chán ăn. Jimerson và cs. (1993) tiến hành siêu phân tích tất cả các nghiên cứu có kiểm soát trong việc điều trị chứng chán ăn bằng thuốc chống trầm cảm và thuốc hướng thần để xem hiệu quả. Họ cho thấy có rất ít bằng chứng về hiệu quả. Sau tổng quan này, các nghiên cứu thử nghiệm cũng không làm thay đổi bức tranh chung. Mặc dù, điều trị bằng thuốc nhóm SSRI có thể có hiệu quả trong điều trị trầm cảm đi kèm theo chán ăn, song không có bằng chứng nào về sự thay đổi chắc chắn trong những triệu chứng cơ bản của chứng chán ăn (Fergusson et al. 1999). Tuy nhiên cũng có một số ngoại lệ trong nghiên cứu này. Kaye và cs. (2001) sử dụng fluoxetine hoặc bằng placebo có kiểm soát đối với những phụ nữ chán ăn. Với những người được dùng fluoxetine, 63% có đáp ứng tốt như tăng cân, duy trì được mức cân nặng thoả đáng, cải thiện được sự ám ảnh, những triệu chứng rối loạn ăn cơ bản, và khí sắc. Chỉ có 16% trong số dùng placebo đạt được kết quả cân nặng đáng kể. Hiệu quả của can thiệp bằng thuốc có thể phụ thuộc vào sự sẵn sàng dùng thuốc của bệnh nhân, tỉ lệ này nói chung còn thấp. Trong một siêu phân tích những so sánh giữa trị liệu tâm lí và dùng thuốc, Bacaltchuk và cs. (2002) nhận thấy tỉ lệ thuyên giảm toàn bộ là 20% đối với những người điều trị bằng thuốc chống trầm cảm so với 39% trị liệu tâm lí. Tỉ lệ bỏ dở giữa chừng ở người dùng thuốc chống trầm cảm cao hơn người trị liệu tâm lí.

4.2 Can thiệp đối với chứng cuồng ăn

4.2.1 Trị liệu hành vi nhận thức

Trái ngược với can thiệp trong chán ăn, đối với chứng cuồng ăn có kết cấu hơn và tiên lượng tốt hơn (Anderson và Maloney 2001). Một trong những cách trị liệu hành vi nhận thức tiên phong trong chứng cuồng ăn là tiếp cận 3 giai đoạn (Fairburn 1997). Giai đoạn thứ nhất có 2 mục tiêu: chứng minh sự cần thiết phải trị liệu, và hai là thay đổi thói quen ăn vô độ bằng một hình thức ăn đều đặn hơn. Việc ăn tập trung nghiêm túc vào 3 bữa chính thêm 2 đến 3 bữa nhẹ có kế hoạch trước, không được cho nôn hoặc các hành vi tương tự khác. Điều này thường không làm tăng cân. Ngược lại, giảm tần số ăn uống vô độ có thể giúp

giảm cân. Các hoạt động giúp tiêu hao năng lượng như tắm, gấp ghế bàn bẻ có thể được sử dụng để giảm nguy cơ ăn uống vô độ. Một khi bữa ăn được thực hiện đều đặn, ý muốn nôn sẽ giảm một cách tự nhiên. Tuy nhiên ở đây còn có một vấn đề nữa là có thể cần phải sử dụng tiếp tục những hành vi để kìm chế ăn trong vòng một giờ hoặc hơn sau khi ăn. Nên chấm dứt sử dụng thuốc nhuận tràng và thuốc lợi tiêu trong giai đoạn này. Để trợ giúp cho thân chủ, cần phổ biến cho họ thấy rằng các chiến lược không nhằm ngăn cản sự hấp dẫn của thức ăn. Phần cuối của giai đoạn này, những buổi trị liệu có thể bao gồm cả thân chủ và bạn bè thân thiết, họ hàng, với mục đích đưa ra là một môi trường có thể hỗ trợ sự thay đổi hành vi.

Giai đoạn thứ hai bao gồm sử dụng cả quy trình hành vi và nhận thức nhằm chống lại sự định kiến hình dáng, cân nặng và những nhận thức lệch lạc khác. Can thiệp hành vi có thể bao gồm ăn những loại thức ăn trước đây né tránh, nếu cần có thể tăng năng lượng đầu vào. Điều này được thực hiện theo hệ thống thứ bậc, bắt đầu từ những thức ăn có thể chấp nhận được cho đến những thức ăn có thể gây ra lo âu mức độ nặng hoặc mong muốn ăn vô độ hoặc dùng thuốc xổ. Cùng thời điểm đó, thân chủ được khuyến khích nhận diện những sự nhận thức tiêu cực về hình dáng và cân nặng của họ, tìm kiếm bằng chứng để củng cố hoặc chống lại chúng bằng cách sử dụng kỹ thuật thách thức khả năng nhận thức. Fairburn (1997) chỉ ra rằng rất nhiều thân chủ có vốn suy nghĩ như vậy do nhiều những tình huống khác nhau. Bằng cách xem xét đi xem xét lại những suy nghĩ và những tình huống gây ra những suy nghĩ đó, tiềm lực và tính tự động của những ý nghĩ này được giảm một cách từ từ. Tiếp đó, việc kiểm tra giả thuyết hành vi gồm thực hiện một cách từ từ những hành vi trước đây né tránh và gây sợ hãi như phơi bày hình thể bằng cách mặc đồ bó sát, cởi bỏ quần áo ở bể bơi hoặc thậm chí không mặc đồ trong bóng tối.

Giai đoạn thứ ba liên quan đến việc duy trì những sự tiến bộ đạt được trong 2 giai đoạn đầu, cân nhắc chiến lược ngăn ngừa tái phát khi trị liệu đã kết thúc.

Trị liệu hành vi - nhận thức được xem như là sự lựa chọn của trị liệu tâm lý đối với chứng cuồng ăn (Anderson và Maloney 2001). Trị liệu này thường cho kết quả tốt nhanh chóng cũng như lâu dài. Ví dụ, Wilson (1996) cho rằng trung bình có khoảng 55% người tham gia trị liệu hành vi nhận thức không xổ ruột nữa đến cuối đợt trị liệu và những người đó tiếp tục thuyên giảm rất nhiều. Còn

những người tiếp tục dùng thuốc tây thì cũng giảm rất nhiều số lần dùng thuốc: trung bình có 86% giảm số lần dùng thuốc nhuận tràng. Các cứ liệu theo dõi lâu dài cũng rất đáng khích lệ. Fairburn và cs. (1995) thông báo rằng 63% các ca của họ không tái lại sau gần 6 năm tiếp theo. So sánh trị liệu hành vi và trị liệu hành vi nhận thức cho thấy, cả hai đều có hiệu quả ngang nhau trong việc làm giảm ăn vô độ - xỏ ruột ngay sau khi bắt đầu trị liệu. Tuy nhiên trị liệu hành vi nhận thức có ưu thế hơn trong việc giảm “gốc rễ bệnh lí” của những nhận thức sai lạc về mặt hình thể, cân nặng, và việc duy trì những thay đổi trong một thời gian dài (Fairburn 1997).

4.2.2 Tâm lí trị liệu liên cá nhân

Một cách tiếp cận trị liệu tâm lí khác cũng khá hiệu quả trong trị liệu cuồng ăn. Tâm lí trị liệu liên cá nhân tập trung chủ yếu vào những chiến lược cải thiện mối quan hệ liên cá nhân trong việc loại trừ bất kỳ vấn đề trị liệu nào khác. Fairburn và cs. thấy rằng nó kém hiệu quả hơn trị liệu nhận thức trong các đợt trị liệu ngắn ngày. Tuy nhiên kết quả sau 1 năm không còn khác biệt và đối với những người tham gia trị liệu tâm lí liên cá nhân vẫn tiếp tục có sự cải thiện. Tỷ lệ thuyên giảm ở thời điểm này là 46% với trị liệu tâm lí liên cá nhân và 39% với trị liệu nhận thức. Các tác giả cho rằng những trường hợp có kết quả tốt của trị liệu tâm lí liên cá nhân là nhờ sự cải thiện giá trị bản thân và các mối quan hệ, điều đó làm cho hình thể và cân nặng trở nên không quá quan trọng đối với cá nhân. Do hiệu quả của trị liệu tâm lí liên cá nhân gián tiếp hơn so với các phương pháp nhận thức nên nó cần nhiều thời gian hơn để thể hiện rõ rệt.

4.2.3 Can thiệp dược lí

Nói chung, thuốc chống trầm cảm cho cuồng ăn làm giảm tần số ăn vô độ với tỉ lệ trung bình là 56%, so sánh với 11% của placebo (Jimerson et al. 1993). Tuy nhiên rất nhiều người trị liệu bằng thuốc chống trầm cảm đã bỏ dở giữa chừng do bị phụ thuộc vào thuốc. Thêm vào đó, tỉ lệ tái phát ở nhóm này lên đến 30% - 45%, sau khoảng 4-6 tháng bỏ điều trị. Jimerson và cs. (1993) tổng kết số liệu đã cho thấy rằng khoảng 50% số người dùng thuốc chống trầm cảm theo đơn có sự cải thiện, tuy nhiên chỉ 1/3 trong đó duy trì được sự thuyên giảm.

Ba trong số năm nghiên cứu so sánh trị liệu hành vi nhận thức với can thiệp dược lí cho thấy sự không có sự khác nhau về hiệu quả (Bacaltchuk et al. 1999). Hai nghiên cứu cho thấy can thiệp bằng nhận thức hành vi tốt hơn. Nhìn chung, tỉ lệ thuyên giảm kéo dài trong nhóm dùng thuốc chống trầm cảm 20%,

và ở tiếp cận nhận thức 39%. Tỷ lệ bỏ dở cũng cao hơn ở những người dùng thuốc chống trầm cảm so với trị liệu nhận thức: 40% so với 18%. Trong nghiên cứu của mình, Agras và cs. (1994) phân chia ngẫu nhiên số phụ nữ mắc chứng cuồng ăn vào một số dạng trị liệu, bao gồm một đợt trị liệu ngắn bằng thuốc chống trầm cảm, trị liệu hành vi nhận thức hoặc trị liệu kết hợp. Sau 4 tháng, cả trị liệu nhận thức và kết hợp đều hiệu quả hơn dùng thuốc đơn thuần trong trị liệu ăn vô độ và xổ ruột. Những kết quả trên được duy trì một năm tiếp theo đó. Kết quả là: 18% những người dùng thuốc đã không còn ăn vô độ và xổ ruột so với 78% tỷ lệ của những người được trị liệu kết hợp.

CÂU HỎI ÔN TẬP

1. Đặc điểm lâm sàng của chứng chán ăn tâm lí?
2. Tiêu chuẩn chẩn đoán cuồng ăn tâm lí?
3. Nguyên nhân của chán ăn tâm lí?
4. Nguyên nhân của cuồng ăn tâm lí?
5. Can thiệp tâm lí đối với chán ăn tâm lí?
6. Can thiệp tâm lí đối với cuồng ăn tâm lí?

Chương 11

RỐI LOẠN PHÁT TRIỂN VÀ TĂNG ĐỘNG GIẢM CHÚ Ý

Trong chương này, chúng tôi chỉ đề cập đến hai nhóm rối loạn phát triển chính là: chậm phát triển tâm thần và tự kỉ. Ngoài ra chương cũng giới thiệu rối loạn tăng động/ giảm chú ý, một dạng rối loạn thường gặp trong các rối loạn hành vi ở trẻ em.

1 CHẬM PHÁT TRIỂN TÂM THẦN

1.1 Thuật ngữ/khái niệm

CPTTT là một khái niệm rộng, bao gồm nhiều trạng thái khác nhau và đặc điểm nổi bật nhất là tổn thất đáng kể chức năng trí tuệ. Những khái niệm được dùng để mô tả những người có trạng thái như vậy có sự khác nhau trên thế giới và qua từng thời kì. Trước đây người ta dùng thuật ngữ *Thiếu năng trí tuệ* hoặc *Thiếu năng tâm thần*. Xu hướng chung hiện nay là dùng cụm từ CPTTT hoặc Chậm phát triển trí tuệ. Ở một số nước thậm chí còn dùng cụm từ khó học (Learning difficulties).

Sự thay đổi khái niệm không phải là ngẫu nhiên, trước hết nó nhằm giảm thiểu sự kì thị, phân biệt đối xử, sau là nhằm chính xác hóa khái niệm.

Tiêu chuẩn đầu tiên để chẩn đoán CPTTT là khởi phát trước tuổi 18, ngoại trừ những rối loạn cảm xúc do chấn thương hoặc những bệnh thần kinh khởi phát muộn. Tiêu chuẩn bổ sung nữa là điểm trắc nghiệm trí tuệ của cá nhân phải dưới mức bình thường. Điểm cận trên của test IQ chuẩn cho chẩn đoán này là ở vào khoảng 70.

1.2 Các mức độ chậm phát triển tâm thần

1.2.1 Chậm phát triển tâm thần mức độ nhẹ

Trẻ CPTTT mức độ nhẹ có thể khái quát hoá kinh nghiệm, nhưng không tiếp thu được ý tưởng trừu tượng. Vốn từ của trẻ nghèo nàn, nói năng không linh hoạt. Chúng có khả năng sử dụng ngôn ngữ cho các mục đích hàng ngày, nắm được những câu chuyện giao tiếp và thực hiện được các cuộc trò chuyện khi khám bệnh.

Trẻ CPTTT mức độ nhẹ có thể học được những năm đầu ở trường phổ thông, sau này làm được một số nghề thủ công đơn giản, tích lũy được một số kiến thức. Trí nhớ máy móc khá phát triển, nhưng không thể xử lý được các tình

huống khó khăn, dễ bị ám thị, tính tình nhút nhát. Hầu hết trẻ CPTTT mức độ nhẹ có khả năng tự chăm sóc được bản thân như: ăn uống, tắm rửa, mặc quần áo và đại tiểu tiện. Chúng có những khó khăn trong học tập và những rối loạn về đọc và viết. Hiểu và sử dụng ngôn ngữ chậm ở các mức độ khác nhau, những khó khăn về sử dụng ngôn ngữ có thể kéo dài đến thời kì trưởng thành. Có thể có một số bệnh lí kết hợp như tự kỉ, động kinh, rối loạn hành vi nhẹ.

IQ của trẻ CPTTT mức độ nhẹ ở khoảng 50-70.

1.2.2 Chậm phát triển tâm thần mức độ vừa

Trẻ CPTTT mức độ vừa có phản ứng với xung quanh kém linh hoạt, thường biểu hiện những cảm xúc sơ đẳng, thô bạo, khoái cảm, giận dữ. Mặc dù trẻ sử dụng được ngôn ngữ đơn giản, tự chăm sóc bản thân nhưng vận động chậm nên cần có người khác chăm sóc, giúp đỡ suốt đời. Lớn lên, trẻ CPTTT mức độ vừa có thể làm được các công việc đơn giản nhưng phải có người giám sát. Thực hành giao tiếp xã hội đơn giản và ít khi kể về tình trạng sức khỏe của mình được rõ ràng, thường rất ngại tiếp xúc với người lạ, dễ bị ám thị nên dễ bị lợi dụng. Ngôn ngữ phát triển kém, có một số vốn từ thông dụng hàng ngày, nhưng phát âm sai và chỉ có tư duy cụ thể, không tiếp thu được những ý tưởng trừu tượng và khái quát. Các chương trình giáo dục đạt hiệu quả kém, chỉ đạt được một số kĩ năng cơ bản và phải học rất lâu. Một số trẻ có thể tập đếm, đọc và viết được.

CPTTT mức độ vừa thường kèm theo nhiều rối loạn nặng như: tự kỉ, RLTT thực tồn, rối loạn lo âu đặc biệt là ám ảnh sợ, sợ khoảng trống, động kinh và các thiếu sót về hệ thống thần kinh trung ương.

IQ : 35-50.

1.2.3 Chậm phát triển tâm thần mức độ nặng

CPTTT nặng thường có thiếu sót về thần kinh và cơ thể rất rõ rệt hoặc lệch lạc của hệ thống thần kinh trung ương nặng.

IQ : 20-35.

1.2.4 Chậm phát triển tâm thần mức độ trầm trọng

Trẻ có thể phát âm được những từ riêng lẻ hay những cụm từ. Phản ứng cảm xúc thể hiện các nhu cầu bản năng, nhu cầu sinh vật như thích la hét lớn, cười thô lỗ hay giận dữ và đập phá. Hoạt động của trẻ chỉ đơn điệu, ngồi im, lác lư, đi lại lờ đờ, động tác định hình, không làm được động tác phức tạp, không tự phục vụ được và phải có người giúp đỡ như: cho ăn, mặc quần áo, đại tiểu tiện.

Trẻ CPTTT mức độ trầm trọng sử dụng ngôn ngữ rất hạn chế, chỉ hiểu biết rất sơ đẳng và nói những câu đơn giản rất khó hiểu. Khi trưởng thành, một số người có thể tham gia được một phần các công việc thực hành đơn giản trong gia đình.

Các căn nguyên thực tổn nặng nề ở hầu hết các trường hợp và có các thiếu sót trầm trọng về cơ thể và hệ thống thần kinh trung ương.

IQ < 20.

1.3 Các yếu tố liên quan đến chậm phát triển tâm thần

1.3.1 Trước thời kì mang thai

- Các yếu tố di truyền: đơn yếu tố, đa yếu tố, các bất thường về gen và nhiễm sắc thể, bệnh Down.

- Các yếu tố khác ảnh hưởng đến sức khoẻ của cha mẹ.

1.3.2 Trong khi mang thai

- Nhiễm khuẩn, nhiễm độc, tác động của các tia vật lí, hoá chất, các yếu tố cơ học.

- Rối loạn nội tiết ở người mẹ: đái đường, bệnh tuyến giáp.

- Không phù hợp nhóm máu: yếu tố Rh.

- Tổn thương ở nhau thai và các yếu tố khác gây thiếu oxy cho thai nhi.

1.3.3 Trong khi sinh

- Đẻ thiếu tháng, thai ngạt, thiếu vitamin K.

- Các chấn thương sản khoa.

1.3.4 Sau khi sinh:

- Nhiễm khuẩn: viêm não, viêm màng não, các bệnh nhiễm khuẩn khác ảnh hưởng đến não.

- Thiếu dinh dưỡng, vitamin và các yếu tố vi lượng.

- CTSN.

- Các rối loạn nội tiết, chuyển hoá ảnh hưởng tới não.

- Các bất thường của hộp sọ ảnh hưởng đến phát triển của não và lưu thông của dịch não tủy.

- Các bệnh lí ảnh hưởng tới não.

- Tính phản ứng của cơ thể.

- Thiếu sót giác quan (mù, câm, điếc...).

- Thiếu các kích thích tâm lí-xã hội và thiếu các điều kiện chăm sóc giáo dục.

1.3.5 Các nguyên nhân đặc biệt

Bệnh phenylcetone niệu:

Bệnh phenylcetone niệu còn gọi là bệnh Folling do thiếu chất phenylalanine oxydase là một enzyme chuyển hoá phenylalanine thành tyrosine. Vì vậy phenylalanine tăng trong máu và axit phenylpyruvic tăng trong nước tiểu.

Bệnh biểu hiện bằng các triệu chứng: nôn, nước tiểu có mùi hôi bất thường, con co giật, giảm sắc tố ở tóc, da, tăng trương lực cơ, rối loạn tác phong, chậm phát triển trí tuệ mức độ trung bình đến nghiêm trọng.

Hội chứng Down (trisomie XXI):

Hội chứng Down thường gặp, chiếm tỉ lệ 1/600 - 1/700 lần sinh, có những biểu hiện bất thường về cơ thể và chậm phát triển về tâm thần, vận động, ngôn ngữ, trí tuệ.

Trẻ có đầu nhỏ, tròn, thóp rộng và chậm liền, tóc thưa thớt, hai tai nhỏ và không đối xứng, hai má phính đỏ, mắt một mí, xếch hay bị lé, nếp da ở góc trong của mắt thường vắt ngược. Răng mọc chậm, thưa, không đều, không đủ, môi ướt hay chảy dãi, lưỡi to hay thè ra ngoài. Bàn tay thường rộng, ngắn và dày. Trương lực cơ giảm, hệ thống dây chằng kém phát triển nên các khớp thường lỏng lẻo. Có thể có nhiều dị tật bẩm sinh kèm theo.

Trẻ chậm phát triển về tâm thần vận động như chậm biết ngồi, đi, nói, so với trẻ bình thường. Ngôn ngữ phát triển vừa chậm và vừa không đầy đủ, không rõ ràng hay nói lắp. Trẻ có thể hiền lành, biết nghe lời, biết e thẹn, hoà hợp với mọi người. Có thể có một số trẻ (thường từ 10 – 14 tuổi) hay tỏ ra ngang bướng, dễ giận dữ.

Mức độ CPTTT thường là từ trung bình đến nghiêm trọng. IQ thường dưới 50, vì vậy những đứa trẻ này cần được giáo dục ở các trường đặc biệt.

Những người bị hội chứng Down có thân hình đậm và thấp với những đặc điểm điển hình ở khuôn mặt: mắt xếch, tóc thẳng và thưa, lưỡi to, dày, hay thè ra ngoài do hốc miệng bé. Ngoài ra họ cũng còn có một số đặc điểm ít điển hình hơn trong đó có dị tật nghiêm trọng ở tim. Tất cả những người có hội chứng này đều gặp phải vấn đề khó học. Kết quả sinh thiết cho thấy mô não của người có hội chứng Down rất giống với mô não của những người bệnh Alzheimer.

Hội chứng Down chiếm tỉ lệ 1/500-600 ca sinh và chiếm khoảng 3% số thai nhi bị xảy trước 20 tuần tuổi thai. Tuy nhiên điều này không xảy ra thường

xuyên. Cha mẹ của người bệnh Down thường là người khoẻ mạnh, do vậy có thể loại trừ yếu tố di truyền. Nguy cơ có con bị Down tăng lên theo tuổi của người mẹ khi mang thai, đặc biệt là đối với những bà mẹ khi sinh con ở ngoài tuổi 32 nên trước đây người ta nghĩ rằng hội chứng Down có thể là hậu quả của “tương tác không tốt” trong quá trình mang thai giữa mẹ và thai nhi. Tuy vậy, bây giờ ta đã xác định được hội chứng Down là do sự bất thường của nhiễm sắc thể. Người bị hội chứng Down có không phải 2 mà là 3 nhiễm sắc thể số 21. Do đó nó còn có tên là trisomy-21.

Quá trình này đã xuất hiện ngay từ lúc phân chia những tế bào đầu tiên trong quá trình thụ tinh. Trong trisomy-21, tế bào trứng ở người phụ nữ được phân đôi nhưng không triệt để. Một số tế bào giới tính lại có 2 nhiễm sắc thể 21, một số thì không có. Nếu những trứng này được thụ tinh bởi tinh trùng bình thường thì sẽ xảy ra hiện tượng hoặc là có tế bào có 3 hoặc là không có nhiễm sắc thể 21. Trường hợp sau (không có nhiễm sắc thể 21) hợp tử không sống được và bị thải ra. Tuy nhiên trường hợp trisomy-21, hợp tử và sau là bào thai vẫn sống được. Nguy cơ liên quan đến tuổi được coi là do tế bào trứng tích lũy được sự tổn thất nào đó về mặt cơ học cũng như chuyển hoá từ khi còn nằm trong buồng trứng trước khi rụng vài chục ngày.

Hội chứng đoạn X

Hội chứng đoạn X chiếm tỉ lệ khoảng 1/1000 trường hợp sinh là nam và 1/2500 trường hợp sinh là nữ. Hội chứng này là do khuyết tật trong gen FMR-1 (chậm phát triển tâm thần đoạn X - Fragile X mental retardation) nằm ở nhiễm sắc thể X. Trong hội chứng này, một đoạn gen được lặp lại. Sự lặp lại một đoạn axit amin này làm cho gen dài hơn thường lệ. Nếu đoạn lặp lại tương đối ngắn, cá nhân thường không có dấu hiệu rối loạn. Nếu dài hơn, ở cá nhân xuất hiện hiện tượng rối loạn khả năng học. Ở những gia đình có các bằng chứng về hội chứng đoạn X, số lần lặp lại và độ dài của nhiễm sắc thể cũng tăng theo thế hệ và kéo theo đó là các triệu chứng cũng nặng hơn.

Do có mối liên hệ với nhiễm sắc thể X nên tỉ lệ hội chứng này ở trẻ nam cao hơn so với trẻ gái. Phụ nữ thông thường có 2 nhiễm sắc thể X, còn nam giới có một nhiễm sắc thể X và một nhiễm sắc thể Y. Những phụ nữ nhiễm sắc thể X mang đoạn gen lặp lại như trên được thừa hưởng từ cha/mẹ thì họ cũng còn có một nhiễm sắc thể X bình thường khác được thừa hưởng từ người còn lại. Chính nhiễm sắc thể bình thường này đã che dấu sự hiện diện của đoạn gen thừa. Tuy

nhiên khuyết tật này vẫn có thể được di truyền lại cho thế hệ sau. Ngược lại, do nam giới chỉ có một nhiễm sắc thể X nên nếu như họ được thừa hưởng khuyết tật gen này thì đồng thời cũng thể hiện cả các rối loạn này. Tuy nhiên mô hình di truyền đơn giản này không phải lúc nào cũng được hiện thực hoá. Có khoảng 20% số người đàn ông có đột biến gen FMR-1 hoặc không bị rối loạn hoặc rối loạn ở mức độ nhẹ. Thêm vào đó, bản sao của đột biến gen cũng có thể gây ra hội chứng này ở một số phụ nữ. Cho đến nay người ta vẫn chưa biết được điều này xảy ra bằng cách nào.

1.4 Chăm sóc xã hội đối với người chậm phát triển tâm thần

1.4.1 Phong trào bình thường hóa

Việc chăm sóc người CPTTT một phần thuộc về xã hội và giáo dục và một phần thuộc về tâm lí. Cuộc sống của những người CPTTT chịu ảnh hưởng của nhiều yếu tố chính trị – xã hội cũng như can thiệp tâm lí và xã hội.

Một trong những trào lưu tư tưởng được biết đến với cái tên *Bình thường hoá* (Wolfenberger 1972) có những ảnh hưởng đáng kể. Trào lưu này bắt đầu từ những năm 1960 nhằm phản ứng lại đối với những điều kiện xã hội nghèo nàn dùng cho những người CPTTT. Phong trào đã kêu gọi rằng những người CPTTT phải được sống cuộc sống gần với bình thường ở mức độ tối đa, có được nhịp sống bình thường và các phương tiện để xác lập cũng như duy trì những hành vi gần gũi với các mực chuẩn văn hoá. Dưới khẩu hiệu *bình ổn vai trò xã hội* (Wolfenberger 1983), phong trào kêu gọi những sự sáng tạo, ủng hộ và bảo vệ những giá trị vai trò xã hội đối với người có CPTTT. Phong trào đã đưa ra 5 mục tiêu cơ bản cho những dịch vụ dùng cho người CPTTT:

- *Xuất hiện trong cộng đồng*: những người CPTTT phải được sống trong cộng đồng, trong ngôi nhà bình thường chứ không phải cái cơ sở điều trị. Để tránh định kiến, nhà ở cần phải phân phối thông qua cộng đồng.
- *Lựa chọn*: mọi người được quyền lựa chọn chỗ ở, sự chăm sóc, những hoạt động thường ngày phù hợp với cư dân “bình thường”.
- *Năng lực*: những năng lực của người CPTTT cần phải được thừa nhận và phải được phát huy ở mức độ tối đa.
- *Tôn trọng*: những người CPTTT cũng cần được tôn trọng trong cộng đồng.

- *Tham gia*: những người CPTTT phải được quyền bình đẳng tham gia vào xã hội, gồm làm việc, giải trí, các hoạt động chính trị và các mối quan hệ tình dục cũng phải được như người dân bình thường.

Với tinh thần của tiếp cận tích hợp, những đứa trẻ chậm phát triển CPTTT phải được dạy dỗ nhiều hơn trong những lớp thông thường, và hầu hết những người CPTTT trưởng thành phải được sống trong cộng đồng nhưng gần các cơ sở điều trị. Tuy nhiên những thay đổi chỉ được trong một thời gian ngắn và vẫn còn nhiều việc phải làm để đạt được những mục tiêu bình thường hoá. Ví dụ, ở Anh vẫn còn 63% số người lớn chậm CPTTT vẫn tiếp tục sống tách biệt - đây là tỉ lệ cao so với dân cư bình thường.

1.4.2 Đi học

Chính sách của hầu hết các nước phương Tây trong những năm 1990 là tất cả trẻ em phải được học trong các trường thông thường, mặc dù vậy, ít nhất cũng là ở Anh, các quan chức ngành giáo dục đã không chú ý đến hướng này và cho đến nay vẫn còn tồn tại nhiều “trường đặc biệt” dành cho trẻ CPTTT. Tuy nhiên số trẻ học trong các trường như vậy đang giảm dần: Năm 1988 chỉ còn 1,35% số trẻ từ 5-15 tuổi ở Anh là đang học trong các trường đặc biệt (Emerson et al. 2001). Đường lối chính trị xã hội như vậy đã được khẳng định bằng các kết quả: giáo dục và có hỗ trợ thêm những trẻ có rối loạn khả năng học trong các trường đại trà đạt được kết quả ít nhất là cũng ngang với những trường “đặc biệt” (Emerson et al. 2001).

1.4.3 Chuẩn bị cho tuổi trưởng thành

Quá trình chuyển từ nhà trường sang tuổi trưởng thành đòi hỏi phải có kế hoạch và nhiều người cần được sự hỗ trợ xã hội ở tuổi trưởng thành. Khi trẻ rời nhà trường, chúng cần được đánh giá và phác thảo về kế hoạch chăm sóc cũng như những dịch vụ có thể đáp ứng được những nhu cầu tiếp theo của trẻ. Hoàn cảnh của mỗi cá nhân có thể khác nhau, tuy nhiên quá trình này thường bao gồm những điểm:

- Các hoạt động ban ngày trong tương lai: bao gồm khả năng học tiếp, hỗ trợ việc làm và tham gia vào các dịch vụ ban ngày
- Kế hoạch cho cuộc sống: có thể lựa chọn tiếp tục sống trong nhà của gia đình hoặc sống độc lập
- Các cơ hội giải trí
- Những nhu cầu chăm sóc sức khoẻ thể chất.

1.4.4 Nghề nghiệp và việc làm

Sự hỗ trợ cho người CPTTT ở tuổi trưởng thành thường được thực hiện thông qua một số dạng chăm sóc ban ngày hoặc việc làm. Ở Anh, điều này bao gồm tham gia vào các trung tâm đào tạo dùng cho người lớn. Trong những trung tâm này, các cá nhân tham gia vào các hoạt động “tạo sản phẩm” bao gồm thực hiện những hợp đồng lao động đơn giản và họ được nhận tiền “lương”, luyện tập kỹ năng đơn giản, tham gia vào thể thao, nghệ thuật hoặc lao động thủ công. Những trung tâm như vậy cũng cung cấp dịch vụ chăm sóc ban ngày cho những người rối loạn nặng hoặc phức tạp.

Hiện nay, những nỗ lực đáng kể tập trung vào việc đưa những người CPTTT tham gia vào môi trường lao động thực thụ. Một trong những mô hình tốt nhất, theo cách tiếp cận này là *Mô hình hỗ trợ việc làm* được tổ chức ở Mỹ. Quan điểm của mô hình này là mọi người đều có thể làm việc được nếu như có sự hỗ trợ tương thích. Theo cách thông thường, mô hình này còn được gọi là mô hình “vị trí, đào tạo và duy trì”. Gọi như vậy bởi vì quá trình này bao gồm xác định được công việc phù hợp sau đó đào tạo họ để có thể làm việc có hiệu quả và hỗ trợ họ trong công việc với qui trình giảm dần đến mức độ tối thiểu có thể. Điều này chỉ kết quả khi có sự kết hợp ở nơi làm việc, cụ thể là những nơi công nhân cũng làm được đào tạo phù hợp (Farris & Stancliffe, 2001).

1.4.5 Sống bên ngoài cơ sở điều dưỡng

Hầu hết những người CPTTT ở độ tuổi trưởng thành vẫn sống trong gia đình. Một số khác có thể sống độc lập trong các căn hộ thuê. Có một số phương thức hỗ trợ với các mức độ khác nhau, bao gồm:

- *Nhà chăm sóc có đăng kí*: có thể đến 20 đơn nguyên song thông thường là 3-6 đơn nguyên. Tại đây, dịch vụ chăm sóc là 24/24 giờ, bao gồm cả nuôi dưỡng.
- *Chung cư*: thường là các nhóm 3-4 người, dịch vụ hỗ trợ cũng rất khác nhau, sự thăm viếng của nhân viên có thể là 1 hoặc 2 lần/1 tuần cho 24/24 giờ. Những người sống ở đây có thể tự mình đi chợ mua sắm, nấu ăn, dọn dẹp nhà cửa với sự hỗ trợ của nhân viên.
- *Nhóm căn hộ hoặc nhà ngủ*: thường là căn hộ tự quản, có thể là căn hộ cá nhân hoặc có cửa thông sang phòng bên cạnh. Cũng có sự hỗ trợ của nhân viên song nhìn chung các cá nhân tương đối độc lập hơn so với những cơ sở khác.

1.5 Can thiệp tâm lý đối với người chậm phát triển tâm thần

Can thiệp tâm lý đối với những người CPTTT thường nhằm một hoặc hai mục đích:

- Hoặc là luyện tập cho cá nhân những kỹ năng cần thiết nhằm phát huy tối đa khả năng của họ.

- Hạn chế những hành vi không phù hợp.

Cả 2 cách tiếp cận đều dựa trên cơ sở của điều kiện thao tác trong đó những hành vi đúng được củng cố bởi một loạt các phần thưởng hoặc trừng phạt (ít dùng hơn).

1.5.1 Các chương trình hành vi lứa tuổi mẫu giáo

Hầu hết số trẻ CPTTT đều sống ở gia đình. Các chương trình dành cho lứa tuổi mẫu giáo tạo cơ hội dạy cho trẻ những kỹ năng thiết yếu theo lứa tuổi trước khi trẻ đến trường. Một trong những chương trình như vậy được sử dụng rộng rãi là Portage.

Được khởi động đầu tiên tại thị trấn Portage ở Mỹ, dịch vụ thăm nom tại nhà những trẻ độ tuổi mẫu giáo nhưng có những nhu cầu đặc biệt, giờ đã lan rộng sang các nước như Ấn Độ, Anh, Nhật cũng như ở Mỹ. Bước đầu tiên của quá trình dạy trẻ là đánh giá những khả năng của chúng. Sau đó nhà trị liệu cùng cha mẹ của trẻ thống nhất chương trình luyện tập thiết yếu: kích thích động viên, phát triển xã hội, ngôn ngữ giao tiếp, tự phục vụ, phát triển nhận thức và phát triển vận động. Một khi chương trình đã được thiết kế, cha mẹ sẽ làm việc với trẻ theo kế hoạch luyện tập kỹ năng và hàng tuần có sự thăm viếng của các nhà chuyên môn về sức khỏe để có những sự hỗ trợ hoặc đánh giá sự tiến bộ. Để thuận tiện cho công việc, cha mẹ trẻ sử dụng một bộ phiếu hướng dẫn chi tiết những việc phải làm để dạy 580 hành vi. Mỗi phiếu gồm có mô tả hành vi của một kỹ năng, cung cấp những tài liệu giảng dạy và sử dụng dạy củng cố phát triển. Mặc dù được sử dụng rộng rãi song vẫn còn một số định mức hình thức cho tiếp cận này. Tuy nhiên dù cứ liệu nào thì cũng cho thấy cách tiếp cận này là có hiệu quả. Ví dụ Revill và Bleenden (1977) cho thấy có sự gia tăng mạnh trong việc hình thành những kỹ năng và điểm số trên thang đo phát triển tâm thần ở nhóm 19 trẻ, tuổi từ 8 tháng cho đến 4 tuổi được áp dụng chương trình Portage.

1.5.2 Can thiệp hành vi nhận thức

Đối với trẻ lớn và người trưởng thành có thể đáp ứng tốt với những can thiệp được thiết kế nhằm dạy các kỹ năng phù hợp theo lứa tuổi và giúp họ đối phó với những yêu cầu về học tập. Ví dụ, với người CPTTT có thể học những kỹ năng xã hội bao gồm cả những hành vi xã hội phức tạp và học cách đáp ứng với một số trợ giúp xã hội. Ví dụ, Corrigan (1991) thông báo về kết quả đạt được ở những nghiên cứu về hiệu quả của những dạng huấn luyện như vậy đối với những người CPTTT có loạn thần và những người phạm tội. Những người CPTTT thu được kết quả rất đáng kể qua can thiệp. Họ đạt được điểm số rất tốt trên các thang đo kỹ năng trong trò chơi đóng vai và duy trì được những kỹ năng này sau đó. Tuy nhiên khả năng vận dụng những kỹ năng này vào các hoàn cảnh khác, không giống với những gì đã học, có kém hơn.

Luyện tập tự hướng dẫn (Meichenbrum 1985) cũng có thể được sử dụng nhằm giúp trẻ đối phó có hiệu quả hơn quá trình học. Theo cách thức như vậy, quy trình thường dùng nhất là quy trình 5 bước. Trong quy trình này, trẻ được học cách tự nói chuyện, học kỹ năng mới hoặc cách giải quyết vấn đề. Quy trình bao gồm:

1. Dạy cách diễn đạt nhiệm vụ hướng dẫn nói to
2. Trẻ trình bày nhiệm vụ theo hướng dẫn của giáo viên
- 3 và 4. Trẻ thực hiện 2 lần (hoặc nhiều hơn) nhiệm vụ, lần đầu vừa làm vừa nói to hướng dẫn và sau đó nói thầm
5. Trẻ chỉ làm bài tập và nghĩ đến hướng dẫn.

Cách tiếp cận này cũng có thể được sử dụng để nhằm giải tỏa lo âu bằng cách những mệnh lệnh tự hướng dẫn tập trung vào giảm trạng thái lo âu.

Kamann và Wong (1993) đã sử dụng tự hướng dẫn làm giảm lo âu về môn toán ở 20 trẻ khó học và 20 trẻ có kết quả bình thường. Sau luyện tập sử dụng tự hướng dẫn, nhóm trẻ CPTTT cũng đã đạt được những kết quả rất đáng khích lệ so với nhóm trẻ thông thường. Chúng cũng có được kết quả khá hơn về môn toán.

1.5.3 Đối phó với những hành vi nguy cơ

Khoảng 10-15% số người CPTTT có những hành vi nguy cơ, đó là những hành vi vượt quá những vai trò xã hội, thường là những hành vi gây rối, phá phách, gây hại cho người khác hoặc cho chính bản thân. Emerson (1998) đã xác

định một số nguyên tắc có thể áp dụng trong can thiệp nhằm giảm nhẹ những hành vi nguy cơ.

Làm giàu môi trường

Lí thuyết củng cố cho rằng tỉ lệ hành vi được duy trì bởi những củng cố dương tính sẽ bị giảm đi nếu như mức độ nền của củng cố tăng lên. Làm giàu môi trường bằng cách tăng cường các tác động xã hội hoặc cung cấp những thứ cần, phù hợp hứng thú giúp cho cá nhân giảm nhẹ những hành vi nguy cơ. Điều này xem ra rất đúng với những hành vi rập khuôn, những hành vi được coi là tự củng cố, còn đối với những hành vi nguy cơ khác thì kém hiệu quả hơn.

Hạn chế đối mặt với những yếu tố châm ngòi cho hành vi nguy cơ

Một trong những cách đơn giản để ngăn ngừa những hành vi nguy cơ là giảm thiểu hoặc loại trừ những yếu tố châm ngòi. Ví dụ Touchette et al. (1985) đã nhận thấy rằng những cơn giận dữ của phụ nữ thường liên quan đến sự có mặt của họ trong nhóm cộng đồng sinh sống hoặc trước lúc học nghề. Sau khi thay đổi thì hầu như cũng hết những hành vi xâm hại.

Hướng dẫn hoặc ủng hộ những hành vi thay thế

Hầu hết các hành vi nguy cơ đều được xem là có chức năng nhất định, dạng như nhằm giành lấy phần thắng cuối cùng. Do vậy can thiệp then chốt là dạy cho cách có thể giành được kết quả mà không cần phải có những hành vi nguy cơ. Để có được hiệu quả, hành vi mới cũng phải đạt được kết quả như hành vi ban đầu và cách đạt được mục tiêu phải “phù hợp”. Steege và cs. (1985) cũng đã thông báo về việc dạy 2 đứa trẻ mất chức năng đa dạng mức độ nặng học cách ấn nút micro của máy ghi âm để tạm nghỉ các hoạt động tự chăm sóc. Quá trình này đã làm giảm đáng kể những hành vi tự gây hại mà trước đây từng được sử dụng để dừng những hoạt động như vậy.

Cũng cần lưu ý rằng trong danh mục không có việc sử dụng các hình phạt, cái đã thường được dùng để phạt cá nhân do những nỗ lực nhằm giành lấy quyền kiểm soát cuộc sống.

2 TỰ KỈ

2.1 Khái niệm chung

Trẻ em bị rối loạn tự kỉ thường hay biểu hiện bất thường trong mối quan hệ xã hội (không có giao lưu tình cảm), khó khăn trong giao tiếp (bằng ngôn ngữ hoặc phi ngôn ngữ); thu hẹp các hoạt động và sở thích. Vấn đề này nhận thấy ở trẻ dưới 3 tuổi, trong nhiều trường hợp cha mẹ tưởng trẻ bị điếc.

Tự kỉ là rối loạn ít gặp, 1/1000, nam gấp 3 lần nữ. Rối loạn này có thể do các ảnh hưởng tâm lí từ cha mẹ, do di truyền (gây gen X), viêm não siêu vi, rối loạn miễn dịch. 2/3 số trẻ tự kỉ vượt qua được và có cuộc sống độc lập khi trưởng thành. 1/3 sống bán độc lập.

Lần đầu tiên, tự kỉ được nhận diện là vào năm 1943 và mãi đến năm 1971 nó mới được tách biệt ra khỏi TTPL. Hiện nay tự kỉ được xem không phải là một rối loạn đơn độc mà là một chuỗi liên tiếp : phổ tự kỉ.

Những đặc điểm chính của phổ tự kỉ có thể được xếp thành 3 nhóm :

Nhóm 1. Tật chứng tương tác xã hội:

- Tật chứng trong sử dụng những hành vi phi ngôn ngữ, dạng như nhìn thẳng vào mắt, sử dụng nét mặt, dáng điệu để điều chỉnh tương tác xã hội.
- Tổn thất về phát triển các mối quan hệ đồng đẳng.
- Thiếu những tìm kiếm ngẫu hứng nhằm chia sẻ sự thích thú hoặc thành quả đạt được với người khác.
- Thiếu sự trao đổi về xã hội hoặc cảm xúc.

Nhóm 2. Những nét dị thường trong giao tiếp:

- Trì trệ hoặc thiếu hoàn toàn sự phát triển ngôn ngữ nói
- Ở những cá nhân có ngôn ngữ phù hợp có sự tổn thất rõ rệt về khả năng bắt đầu hoặc duy trì cuộc nói chuyện
- Thiếu sáng kiến trong các trò chơi giả định hoặc trò chơi mô phỏng.

Nhóm 3. Hành vi, hứng thú, hoạt động mang tính hạn hẹp, lặp lại và rập khuôn.

- Kém linh hoạt trong việc thực hiện những quy trình công việc hoặc nghi thức đặc biệt, không thường xuyên.
- Kiểu vận động định hình, rập khuôn.
- Bận tâm dai dẳng với phần, bộ phận của đồ vật.

Ở thể nặng nhất, tự kỉ chiếm tỉ lệ khoảng 4-15/10.000 dân. Đó là chưa kể đến một số vấn đề khác nhẹ hơn, khá phổ biến trong dân cư (Bailey và cs. 1995).

Những khả năng và khó khăn của người tự kỉ cũng rất khác nhau. Một số người có khả năng tham gia vào một phần các hoạt động xã hội mà người quan sát thông thường khó phát hiện thấy những thiếu sót mặc dù họ có thể có những vấn đề rất đáng kể trong việc lập và duy trì các mối quan hệ. Có khoảng 80% số trẻ tự kỉ đạt điểm test trí tuệ dưới 70. Do vậy chúng thường được xếp vào nhóm rối loạn khả năng học. Những thiếu hụt ở đây mang tính đặc thù, nó liên quan

đến tư duy trừu tượng, biểu tượng hoá và thao tác logic. Một số người có thể có một vài kỹ năng riêng biệt thậm chí đạt đến mức độ tài năng lớn, ví dụ như tài năng về toán học hoặc những kỹ năng về trí nhớ, những hiện tượng được gọi là “bác học ngốc” (idiot savant).

Tiên lượng

Tiên lượng của trẻ tự kỉ là khá phức tạp. Những trẻ kém học thường kém thích ứng ở tuổi trưởng thành và hầu hết cần được chăm sóc giám sát ở một mức độ nào đó. Ngược lại, những trẻ không có rối loạn khả năng học thường có được một cuộc sống độc lập, có được việc làm. Một số còn tạo ra được những thay đổi trong đời sống của mình. Tuy vậy hầu hết vẫn tiếp tục với các mối quan hệ xã hội bị tổn thất đáng kể, chỉ hiểu biết được một vài khía cạnh hạn hẹp về cảm xúc cũng như xã hội của đời sống.

2.2 Những hạn chế cơ bản của tự kỉ

Những hạn chế cơ bản liên quan đến tự kỉ gồm cách li xã hội, thiếu hụt giao tiếp và hành vi ám ảnh-cưỡng bức hoặc nghi thức.

2.2.1 Cách li xã hội

Nhiều trẻ tự kỉ thường hành động dường như không có sự khác biệt với những vật vô tri. Khi còn bé, chúng không đáp ứng với mẹ khi được vuốt ve hoặc được bú, thậm chí có thể còn chống lại sự âu yếm, xoa lưng. Đến khoảng 2-3 tháng tuổi chúng mới có thể có mối quan hệ tình cảm yếu ớt với cha mẹ. Một số trẻ lúc này mới bắt đầu chơi với các trẻ khác, tuy nhiên chúng cũng thường không đáp ứng khi trẻ khác rủ chúng chơi cùng. Giao tiếp qua ánh mắt cũng thường bị chúng né tránh, nhìn đi chỗ khác. Ngược lại trẻ tự kỉ có mối gắn bó rất chặt chẽ với đồ vật, luôn đem theo người những khi có thể.

2.2.2 Thiếu hụt giao tiếp

Khoảng 50% số trẻ tự kỉ không khi nào học nói. Do vậy điều này tạo ra nhiều nét dị thường. Một trong những đặc điểm thường gặp ở ngôn ngữ của chúng là chứng nhại lời: nhắc lại ngay sau đó hoặc sau vài giờ thậm chí vài ngày (từ hoặc đoạn ngữ đã được người khác nói với chúng). Người ta cho rằng đây cũng chính là nỗ lực giao tiếp và nó có thể liên quan đến sự kiện hoặc kích thích. Nhắc lại câu, ví dụ “Cháu có muốn ăn kẹo không?” được xem như là liên tưởng tập nhiễm giữa câu và được cho kẹo. Đặc điểm thứ 2 thường gặp là đảo ngược đại từ. Đây là trường hợp trẻ xưng hô ở ngôi thứ 3. Điều này có thể liên quan đến chứng nhại lời, thể hiện điều trẻ đã nghe thấy người khác nói như thế nào về

chúng (ví dụ, khi được nghe câu hỏi: “Cháu thế nào Hương?”, trẻ trả lời bằng đại từ ngôi thứ 3: “Cô bé ở đây”).

2.2.3 Hành động ám ảnh-cưỡng bức và nghi thức

Trẻ tự kỉ ít khi tham gia những trò chơi ước lệ. Chúng thường có những hành vi lặp lại, rập khuôn và vô nghĩa. Những hành vi như vậy bao gồm vận động tay một cách nghi thức, dạng như dùng ngón tay vuốt mặt hoặc những cử động thân thể lặp đi lặp lại dạng lắc người hoặc đi trên đầu ngón chân. Trò chơi của chúng thường mang tính ám ảnh, đồ chơi xếp thành hàng hoặc sắp xếp theo những vật dụng trong nhà.

2.3 Nguyên nhân

2.3.1 Yếu tố di truyền

Các nghiên cứu gen hầu như không phát hiện thấy có yếu tố di truyền trong tự kỉ. Tuy nhiên cũng có một vài nghiên cứu cho là có. Ví dụ, Mc Bride và cs. (1996) cho thấy anh chị em ruột thịt của những người bị tự kỉ có nguy cơ bị tự kỉ cao gấp 75 lần so với những người không ở vào trường hợp này. Nghiên cứu trên trẻ sinh đôi (Ví dụ, Bailey et al. 1995) cho thấy tỉ lệ cùng mắc tự kỉ ở sinh đôi cùng trứng là khoảng từ 60-91% trong khi đó ở sinh đôi khác trứng là 20%. Những mô hình được đưa ra đều cho rằng tự kỉ là do đa gen. Có 6 vị trí tiềm ẩn gen nguy cơ này nằm trên những nhiễm sắc thể 79 và 16p (Liên hiệp Quốc tế nghiên cứu di truyền phân tử về tự kỉ, 1988), mặc dù những cứ liệu này chưa phải đã là tuyệt đối đúng.

2.3.2 Cơ chế sinh học

Lí thuyết opioid

Rất khó để có thể đưa ra một mô hình hoá sinh về tự kỉ. Lí thuyết được ủng hộ rộng rãi nhất là thuyết opioid. Thuyết này cho rằng tự kỉ là do opioid xâm nhập sớm quá mức vào hệ thần kinh trung ương. Cũng có một số nghiên cứu đã dùng thuốc hoặc chế độ ăn kiêng nhằm ức chế quá trình ruột hấp thụ opioid để trị liệu chứng tự kỉ. Những nghiên cứu này cũng đạt được một số kết quả nhất định. Tuy nhiên những nghiên cứu trị liệu mới chỉ có thể đưa ra một phép thử cho thuyết opioid chứ chưa giải thích được liệu những thay đổi nơ ron do dư thừa opioid có hồi phục.

Tiêm phòng và tự kỉ

Sự dư thừa opioid cũng còn có thể là do viêm nhiễm thành ruột. Và như vậy ở đây còn có thể có mối liên hệ của vacxin sởi, quai bị và sốt phát ban.

Wakefield và cs. (1998) đã khám 12 trẻ được chuyển đến viện có tiền sử phát triển bình thường sau đột nhiên bị rối loạn các kỹ năng nhận thức kèm theo một số triệu chứng đau bụng. Ở 8 trẻ, các triệu chứng xuất hiện sau khi tiêm phòng vaccin sởi, quai bị và sốt phát ban; 9 trẻ được chẩn đoán là tự kỉ. Cả 9 trẻ này cũng đã từng bị viêm thành ruột dạng tăng sản limphô. Wakefield và cs. (1998) cho rằng điều này có thể là do ăn kiêng những thức ăn giàu protein thực vật và động vật, do vậy nó đã chôn ngòi cho tự kỉ. Kết quả này và sự lo ngại về tiêm phòng vaccin sởi, quai bị và sốt phát ban đã khởi động cho cuộc tranh luận lan rộng và những giám sát đáng kể sự hấp thu của vaccin sởi, quai bị và sốt phát ban.

Cũng có nhiều nghiên cứu sau đó theo cả hai hướng ủng hộ và chống lại những kết luận của Wakefield. Cũng nhóm nghiên cứu này (Uhlmann et al. 2001) so sánh 91 bệnh nhân tăng sản limphô với nhóm 70 người bình thường. Ở nhóm có tăng sản limphô, 75 người phát hiện thấy có virus sởi trong ruột, trong khi đó ở nhóm chứng có 5 người. Họ đi đến kết luận rằng đây là chứng cứ về khả năng có mối liên hệ giữa vaccin sởi, quai bị và sốt phát ban và tăng sản limphô và mối liên hệ tiềm ẩn của chúng với tự kỉ. Taylor và cs. (1991) lại đưa ra kết quả trái ngược. Các tác giả đã nghiên cứu những xu hướng khi sinh và ghi nhận đăng kí những trẻ có các nhu cầu đặc biệt và mất khả năng từ 1979 ở Anh. Họ thông báo có sự gia tăng dần số trẻ bị tự kỉ nhưng không có tăng đột biến nào tương hợp với tiêm vaccin sởi, quai bị và sốt phát ban và cũng không có bằng chứng nào về xuất hiện thoái triển ở trẻ trong vòng 2 đến 4 tháng sau tiêm phòng.

Cả 2 phương pháp, hoặc là đi vào những trường hợp đặc biệt, hoặc là cộng đồng dân cư đều có những điểm yếu. Hàng năm có khoảng 600.000 trẻ được tiêm phòng sởi, quai bị và sốt phát ban, hầu hết những trường hợp tự kỉ cũng thể hiện rõ rệt vào thời điểm đó. Như vậy có thể những trường hợp được xác định là tự kỉ xuất hiện đồng thời với tiêm phòng. Nếu tách biệt những trẻ bị tự kỉ ra thì mối liên hệ đó càng cao như trong nghiên cứu của Wakefield và cs. (1998). Mặt khác, cũng có thể có mối liên hệ giữa vaccin sởi, quai bị và sốt phát ban và khởi phát các triệu chứng đã được cha mẹ trẻ tạo ra và mối liên hệ như vậy chưa thể là chính xác. Thường rất khó xác định được chính xác thời điểm khởi phát các triệu chứng tự kỉ và hầu hết mọi người đều tìm kiếm “nguyên nhân” của những vấn đề như vậy. Nếu cha mẹ quy kết những vấn đề của trẻ với

tiêm phòng thì sẽ tạo ra thành kiến trong trí nhớ vô thức về mối liên hệ giữa tự kỉ với tiêm phòng vaccin sởi, quai bị và sốt phát ban. Các nghiên cứu dịch tễ cũng có thể bị thiên lệch. Khi nghiên cứu ở một cộng đồng dân cư rộng rãi thì dường như đã cung cấp cho người ta một thiên kiến làm thất bại trong việc xác định mối liên hệ nào đó giữa vaccin sởi, quai bị và sốt phát ban với một số lượng nhỏ trẻ em nhạy cảm với vaccin như trong nghiên cứu của Wakefield. Do vậy cần phải có thêm các nghiên cứu để hiểu rõ đầy đủ hơn vấn đề phức tạp này.

Giải thích tâm lí động thái

Những lí thuyết ban đầu tập trung vào các quá trình tâm lí động thái. Tự kỉ được xem như 1 dạng chạy trốn môi trường mà ở đó thiếu vắng sự chăm sóc, đầm ấm. Ví dụ, Bettelheim (1967) cho rằng cha mẹ trẻ tự kỉ là những người hay từ chối nên có khả năng trẻ thường có những cảm xúc âm tính. Do vậy trẻ đã học được rằng những hành động của chúng hoặc là không ảnh hưởng hoặc là ảnh hưởng không đáng kể đến tình cảm hoặc hành vi của cha mẹ. Chúng trở nên tin rằng chúng chẳng có một sức mạnh nào để có thể ảnh hưởng đến thế giới nên đã lựa chọn cách không gia nhập vào thế giới đó. Thay vào đó, chúng xây dựng một “pháo đài trống rỗng” của tự kỉ để chống lại nỗi đau đớn và thất vọng đó. Rất tiếc là theo quan điểm của Bettelheim, người ta không phát hiện thấy sự khác biệt nào giữa cha mẹ trẻ tự kỉ với cha mẹ trẻ phát triển bình thường. Ví dụ, Cox và cs. (1975) thấy rằng cha mẹ trẻ tự kỉ và cha mẹ trẻ có những vấn đề về thông hiểu ngôn ngữ cũng không có sự khác biệt về sự thể hiện cũng như đáp ứng cảm xúc đối với con cái hoặc đối với xã hội.

Mô hình sinh-tâm-xã hội

Mô hình sinh-tâm-xã hội của Koegal và cs. (2001) cũng có cách giải thích tương tự. Họ cho rằng trẻ tự kỉ thiếu những động cơ giao lưu với người khác và do vậy chúng thu mình khỏi các tương tác xã hội. Điều này có thể xuất hiện từ rất sớm và do rối loạn chức năng thần kinh. Tuy nhiên điều này có thể bị trầm trọng thêm do nỗ lực của những người chăm sóc muốn “giúp đỡ” trẻ nhưng không để ý gì đến hành vi của chúng. Bất kể trẻ có làm điều gì, chúng cũng chỉ đều nhận được một loại đáp ứng từ phía môi trường. Do vậy tương tác và giao tiếp xã hội là điều quá khó nên chững trở về với những hình thức giao tiếp sơ khai là kêu khóc hoặc hờn dỗi để đạt được những nhu cầu và tránh được tương tác xã hội.

2.4 Điều trị

2.4.1 Tiếp cận sinh học

Dùng thuốc

Có nhiều thuốc tác động tâm thần có thể được dùng để điều trị các triệu chứng của tự kỉ. Có lẽ những thuốc được dùng hầu hết là các thuốc hướng tâm thần. Tiếp đó là thuốc chống trầm cảm.

Chế độ ăn

Một tiếp cận sinh học khác đề xuất giảm mức độ ăn kiêng các thực phẩm giàu protein động vật và thực vật nhằm tạo điều kiện cho opiate tiếp tục được hấp thu qua thành ruột. Tuy nhiên hiệu quả của tiếp cận này vẫn chưa được khẳng định. Ví dụ, Knivsberg và cs. (1998) thông báo kết quả thử nghiệm ở nhóm 20 trẻ có hoặc không có chế độ ăn kiêng nghiêm ngặt trong vòng 1 năm. Các tác giả cho thấy có kết quả rõ rệt về hành vi và giao tiếp ở nhóm trị liệu so với nhóm đối chứng. Tuy nhiên số trẻ tham gia vào thử nghiệm là quá ít và còn thiếu những phân tích thống kê cũng như đo lường chế độ ăn kiêng của trẻ nên kết quả của các tác giả mới chỉ là bước đầu.

2.4.2 Tiếp cận hành vi

Nhiều chương trình thay đổi hành vi liên quan đến tự kỉ đã sử dụng củng cố trực tiếp hành vi, dạng như ngôn ngữ hoặc các hành vi tiền xã hội. Trong những trường hợp này, nhà trị liệu hoặc huấn luyện viên thường đưa ra những trợ giúp, hay gặp dưới dạng câu hỏi hoặc yêu cầu nhằm gợi ra đáp ứng chuyên biệt. Nếu cần, có thể có những kích thích về mặt cơ thể. Việc thực hiện những hành vi như vậy được củng cố bằng những phần thưởng rõ ràng dạng như cái kẹo: “Hãy nhìn vào tôi”-nếu cần có thể xoay đầu về phía mặt nhà trị liệu và điều này được thưởng một cái kẹo. Trong một số chương trình, những hành vi không phù hợp dạng như tự gây thương tích có thể được giải quyết bằng đáp ứng phản cảm, bao gồm sốc điện nhẹ hoặc ngủi amoniac (Koegel và cs. 2001). Nhiều chương trình khác không sử dụng quy trình phản cảm thậm chí cả đối với hành vi nguy cơ. Dạng tiếp cận như vậy làm giảm nhẹ những hành vi tự gây thương tích, xâm kích, nhại lời và đạt được những tiến bộ nhất định qua tiếp xúc bằng ánh mắt, phát âm và vệ sinh cá nhân.

Phân tích hành vi ứng dụng (Applied Behavior Analysis-ABA)

Một trong những nhà nghiên cứu nổi bật trong lĩnh vực này là Ivar Lovaas, người đã phát triển chương trình điều kiện hóa thao tác tích cực cho trẻ

lên tầm cao mới. Trong nghiên cứu ban đầu của ông (Lovaas 1987), trị liệu được thực hiện trong 2 năm với trẻ đi lại hàng giờ liền ở nhà cũng như ở trường. Trẻ được thưởng nếu như ít có những hành vi xâm kích, nhiều những hành vi mang tính xã hội hơn: nói chuyện, chơi với trẻ khác v.v... Trong một số trường hợp chúng cũng có thể bị phạt vì những hành vi nguy cơ. Chúng được dạy trong nhóm bạn đồng đẳng mà không bị tách thành nhóm riêng. Sự can thiệp tích cực này được so sánh với trị liệu tương tự nhưng chỉ thực hiện 10 giờ/tuần. Sự khác biệt giữa 2 nhóm là đáng kinh ngạc. Đến cuối năm thứ 2 của chương trình, chỉ số IQ trung bình của nhóm can thiệp tích cực là 83; trong khi đó nhóm can thiệp ít hơn là 55; 12 trong tổng số 19 trẻ nhóm can thiệp tích cực có chỉ số IQ trên trung bình, trong khi đó ở nhóm can thiệp ít hơn chỉ có 2/40 trẻ. Kết quả này được chuyển sang trường phổ thông. 9 trẻ nhóm can thiệp tích cực được nhận vào học lớp thường theo độ tuổi, cùng với bạn bè đồng đẳng. Ở nhóm can thiệp ít tích cực hơn chỉ có một trẻ. Sau 4 năm, kết quả của nhóm can thiệp tích cực vẫn được duy trì.

Nghiên cứu này đã mở ra cuộc tranh luận khá sôi nổi trong đó có những phê phán về nền tảng phương pháp luận (ví dụ, Gresham và MacMillan 1998). Một trong những phê phán tập trung vào đối tượng trị liệu và nhóm kiểm soát không được lựa chọn một cách ngẫu nhiên, do vậy có thể có những biến số quan trọng khác, tạo nên sự khác biệt giữa 2 nhóm nhưng vẫn không được kiểm soát. Phê phán thứ 2 tập trung vào các phép đo trước và sau trị liệu không phải là những phép đo dành cho tất cả trẻ em. Loại phê phán thứ 3 cho rằng nghiên cứu này không thể áp dụng vào thực tiễn và cũng chưa có nghiên cứu nào phát triển tiếp cận trị liệu phi phản cảm của Lovaas chứng minh được hiệu quả (Gresham và MacMillan 1998). Lovaas đã phản đối mạnh mẽ những chỉ trích này (www.feet.org/Lovaas). Cũng cần phải nói thêm rằng một số nghiên cứu, (ví dụ T.Smith et al. 2000) cũng đã thu được kết quả tương tự như kết quả nghiên cứu ban đầu của Lovaas. Như vậy có thể thấy cách tiếp cận này có thể không đạt được hiệu quả trị liệu như những gì mà Lovaas đã đạt được song nó cũng cho thấy đây là cách tiếp cận hoàn toàn có triển vọng trong trị liệu trẻ tự kỉ.

Koegel và cs. (2001) đã phát triển sâu thêm tiếp cận điều kiện hóa thao tác bằng cách phân lập những cái mà họ cho là yếu tố ban đầu xuất hiện trước và những hậu quả của chúng hay là những yếu tố thứ cấp: ví dụ, kỹ năng giao tiếp nghèo nàn thường xuất hiện trước những vấn đề hành vi nghiêm trọng. Can

thiệp có thể giúp tăng cường ngôn ngữ và kỹ năng giao tiếp và khi đó sẽ không cần phải có sự can thiệp để giải quyết những vấn đề về hành vi. Koegel và các đồng nghiệp cho rằng mục tiêu hướng tới là những hành vi xã hội khác nhau sẽ trợ giúp nhiều cho quá trình giao tiếp, bao gồm cải thiện tiếp xúc bằng ánh mắt, uốn nắn vị trí đầu, giảm những vận động rập khuôn và những thể hiện nét mặt khác thường cũng như động viên trẻ tham gia vào tương tác xã hội.

Sáng kiến thứ 2 dựa trên ý tưởng rằng mục tiêu của bất kì một chương trình hành vi nào không chỉ là thay đổi một hành vi cụ thể mà còn thúc đẩy cá nhân thể hiện những hành vi tương tự. Thành tố chủ chốt trong những chương trình hành vi của họ do vậy là đưa ra phần thưởng cho những hành vi gần với những hành vi cần xây dựng. Một trong những ví dụ khác biệt giữa cách tiếp cận này với cách tiếp cận trước đây là thông báo của Koegel và cs. (1988). Theo tiếp cận điều kiện tạo tác truyền thống, những ngữ âm đặc biệt sẽ được củng cố và do vậy nó sẽ tìm dần đến từ theo thời gian. Để có được củng cố, trẻ phải có những đáp ứng, ít nhất là phải tốt bằng với đáp ứng đã có. Theo tiếp cận mới sẽ củng cố tất cả những âm thanh gần với ngữ âm cho dù âm phát ra có được cẩn thận hay không cẩn thận. Khi so sánh trực tiếp giữa 2 cách tiếp cận, Koegel và cs. (1988) thấy rằng phương pháp mới đạt được kết quả nhanh hơn trong việc sử dụng ngôn ngữ phù hợp, đạt được các hành vi tiền xã hội ở mức độ cao hơn so với phương pháp truyền thống.

Sáng kiến cuối cùng của tiếp cận này là họ cho phép trẻ kiểm soát phần thưởng do có được những hành vi đúng mục đích. Có thể nói phần thưởng rất lớn, ví dụ, lại là cho phép trẻ có những hành vi rập khuôn hoặc nghi thức. Có thể nói đây là phần thưởng rất lớn cho sự hoàn thành những bài tập. Chiến lược này cho thấy đã làm giảm nguy cơ những hành vi la hét, xâm kích hoặc những hành vi “phá ngang” khi luyện tập (Charlop-Christy & Haymes 1990).

3 RỐI LOẠN TĂNG ĐỘNG/GIẢM CHÚ Ý

3.1 Đặc điểm chung

Đặc điểm nổi bật của tăng động – giảm chú ý:

- Chú ý nghèo nàn,
- Hành vi tăng động- xung động

Hầu hết những trẻ có rối loạn này đều có thêm một loạt vấn đề khác nữa. Tiêu chuẩn cho mỗi chẩn đoán là có ít nhất 6 hành vi trong bảng 13.1 trong khoảng thời gian ít nhất 6 tháng.

Để đưa ra chẩn đoán, vấn đề hành vi của trẻ phải xuất hiện trước 7 tuổi, có cả ở trường học cũng như ở nhà và tổn thất đáng kể về mặt chức năng. Nhiều trẻ có ADHD rất khó xác lập được quan hệ bạn bè với trẻ đồng đẳng. Chúng không nhận ra rằng những hành vi của chúng đã quấy rầy người khác và chúng cũng có thể có những hành vi phi xã hội. Chúng chỉ có thể hiểu điều đó khi được giảng giải song vẫn mắc sai lầm khi chuyển sự hiểu biết vào đời sống thực (Whalen et al. 1985). Khoảng 25% số trẻ ADHD có khó học ở mức độ nhất định và rất nhiều trẻ trong số đó được đưa vào những trường đặc biệt do có những hành vi phá phách.

Ước tính ở Mỹ có khoảng 3- 5% trẻ có ADHD (APA 1994). Một số vấn đề (chứ không phải là tất cả) sẽ dịu đi khi cá nhân trưởng thành. Khoảng 40% số trẻ được chẩn đoán ADHD thì những vấn đề tiếp tục kéo dài sang tuổi thanh thiếu niên và khoảng 10% số trường hợp vẫn còn một vài triệu chứng với các mức độ khác nhau ở tuổi trưởng thành (Mannuzza & Klein 2000).

Khoảng 1-6% số người trưởng thành đáp ứng với những tiêu chuẩn chẩn đoán ADHD (Murphy & Barkley 1996). Tuy nhiên hầu hết trong số họ đã thích ứng với các triệu chứng của mình và vẫn làm việc được.

3.2 Một số vấn đề liên quan đến chẩn đoán tăng động/giảm chú ý

Rất nhiều trẻ em có một số đặc điểm của ADHD. Ranh giới không rõ ràng giữa hành vi “bình thường” và “bệnh lí” và tiềm ẩn sự lạm dụng chẩn đoán ADHD để bắt những đứa trẻ quậy phá phải điều trị dẫn đến lí do đặt ra câu hỏi rằng liệu ADHD có phải là một rối loạn độc lập hay những hành vi như vậy chỉ

Bảng 13.1 Những đặc điểm cơ bản của các tiêu chuẩn chẩn đoán ADHD

| <i>Kém chú ý</i> | <i>Tăng động – xung động</i> |
|---|---|
| Không tập trung được chú ý vào các chi tiết hoặc mắc lỗi cầu thả trong các bài học, công việc hoặc các hoạt động khác | Ngồi vắn vẹo, bồn chồn |
| Không tập trung được chú ý vào bài tập cũng như trò chơi | Hay rời khỏi chỗ ngồi khi không được phép |
| Không thể chú ý nghe | Không thể chơi cũng giải trí một cách yên lặng |
| Không thể làm được theo hướng dẫn hoặc hoàn thành bài tập hoặc một | Chạy nhảy, leo trèo liên tục; ở tuổi thanh, thiếu niên hoặc tuổi trưởng |

| | |
|---|--|
| việc nào đó (không phải là hành vi chống đối hoặc không hiểu) | thành thì có thể chỉ còn cảm giác chủ quan về sự không nghỉ ngơi |
| Có rắc rối khi phải tổ chức hoạt động hoặc nhiệm vụ | Đi liên tục |
| Không thích hoặc né tránh những công việc cần nỗ lực tinh thần | Nói quá nhiều |
| Đánh mất vật dụng cho các hoạt động: sách vở, bút, dụng cụ học tập... | Trả lời ngay khi vừa mới nghe câu hỏi |
| Đễ chú ý đến kích thích bên ngoài | Có rắc rối khi phải chờ đợi |
| Hay quên | Hay làm gián đoạn, can thiệp vào công việc của người khác |

là điểm xa của dải phân bố những hành vi bình thường. Do vậy nên xem xét trạng thái này như là những hành vi tăng đậm chứ không nên xem xét nó là một đơn vị (rối loạn) độc lập.

Các nhà lâm sàng cũng lưu ý rằng trẻ có thể có những vấn đề đáng kể nào đó trong một lĩnh vực cụ thể nào đó song chúng không cần trợ giúp bởi không “đáp ứng” được các tiêu chuẩn chẩn đoán ADHD và do vậy không nên coi chúng là có “vấn đề”. Tương tự như vậy, chẩn đoán ADHD dễ bị hiểu là cho phép dùng thuốc đối với trẻ trong khi có thể các cách tiếp cận khác có lợi cho chúng nhiều hơn.

3.3 Nguyên nhân

3.3.1 Yếu tố di truyền

Dường như yếu tố di truyền có tham gia vào sự phát triển ADHD. Một nghiên cứu sớm trong lĩnh vực này (Goodman & Stevenson 1989) xác định được rằng tỉ lệ cùng bị ADHD ở trẻ sinh đôi cùng trứng là 51% còn ở trẻ sinh đôi khác trứng là 31%. Những nghiên cứu gần đây cho thấy tỉ lệ cùng mắc ADHD ở sinh đôi cùng trứng dao động trong khoảng từ 58%- 83% còn ở sinh đôi khác trứng là khoảng 31%- 47%, với hệ số di truyền những vấn đề chú ý ước tính vào khoảng 60- 70% (Wender et al. 2001).

3.3.2 Cơ chế sinh học

Những đặc điểm chủ yếu của ADHD chính là sự thể hiện của những vấn đề về quản trị và kiểm soát hành vi. Xung đột không chỉ là do không có khả năng chú ý mà còn là do những vấn đề của chức năng quản lí: mất khả năng quyết định thời điểm hành động và phải quản lí hành động đó như thế nào. Điều

này là do những rối loạn chức năng thùy trán, khu vực được xem là trung tâm của rối loạn. Chứng cứ ủng hộ cho giả thuyết này đã được Castellanos và cs. (1996) đưa ra khi các tác giả phát hiện thấy thùy trán của những trẻ có ADHD nhỏ hơn so với nhóm trẻ “bình thường”.

Dopamin là chất dẫn truyền thần kinh được xem là có tham gia vào ADHD. Các cứ liệu ủng hộ cho nhận định này chủ yếu xuất phát từ những nghiên cứu phát hiện thấy nồng độ dopamin tăng thì các triệu chứng của ADHD giảm. Ngoài ra cũng còn một loạt các hợp chất khác cũng được xem là có vai trò trong ADHD, ví dụ như các dạng khác nhau của amphetamin. Điều này có vẻ như là một nghịch lí bởi amphetamin thực tế làm giảm mức độ hoạt động thể lực song có lẽ nó thực hiện được điều đó thông qua tăng cường hoạt động thùy trán và kiểm soát những rối loạn chức năng thừa hành - nền tảng của hành vi.

Một giải thích sinh học khác tập trung vào vai trò của các độc tố trong môi trường. Feingold (1979) cho rằng các chất màu, chất thơm nhân tạo đều có liên quan đến ADHD. Tuy nhiên trị liệu theo chế độ ăn mà Feingold đưa ra loại bỏ những chất độc đó cũng chỉ có hiệu quả đối với một số trẻ và thấp hơn so với dùng thuốc (Hiel 1998).

3.3.3 Giải thích tâm lý học

Như ở trên đã chỉ ra, ADHD có đặc điểm nổi bật là không chỉ ở tính tăng động mà tính xung động cũng ở mức độ cao. Theo Barkley (1997), trẻ có ADHD làm những gì trẻ khác cũng nghĩ đến làm nhưng thực tế không làm. Đòi hỏi thực hiện hành động đã không bị ức chế. Trẻ đáp ứng ngay lập tức với tình huống. Hạt nhân của ADHD chính là mất khả năng ức chế những đáp ứng không phù hợp với các sự kiện môi trường. Cũng cần phải nói thêm rằng trẻ có ADHD đáp ứng cảm xúc với các sự kiện môi trường cao hơn so với hầu hết các trẻ khác. Chúng nghèo nàn về cảm xúc kiểm soát và kém chịu đựng những cảm xúc âm tính. Cảm xúc của chúng được dẫn dắt bởi thời điểm và đối tượng chú ý của chúng ở thời điểm đó. Do vậy chúng rất kém duy trì được những hành vi hướng mục đích, đặc biệt khi nó lại liên quan đến những cảm xúc âm tính. Chúng cũng rất khó duy trì được quá trình thực hiện bài tập để có thể được thưởng hoặc để hài lòng với bài tập đã được hoàn thành. Đối với chúng, công việc ở trường cũng như một số yêu cầu nào đó là những công việc tẻ nhạt, khó chịu, không giữ được chúng tập trung chú ý và chúng nhanh chóng chuyển chú ý sang những hoạt động khác.

Barkley (1997) cho rằng khi lớn lên, trẻ thường dùng đối thoại bên trong làm phương tiện tự kiểm soát. Ngôn ngữ nội tâm hoá được phát triển vào độ tuổi 3-4 tuổi, đây là thời điểm mà ADHD thường được xác định lần đầu. Điều này cũng không phải là ngẫu nhiên: Barkley cho rằng trẻ có ADHD có những vấn đề về tổ chức ngôn ngữ bên trong và điều này góp phần vào rối loạn tổ chức đáp ứng đối với những sự kiện bên ngoài. Barkley cũng lưu ý rằng trẻ có ADHD có vẻ như là người “thích tán gẫu”, tuy nhiên câu chuyện của chúng lại thường gắn liền với hiện tại hơn là tương lai: những ý nghĩ không dẫn dắt đến lập kế hoạch dự định tương lai. Sự rối loạn tổ chức như vậy đồng nghĩa với việc trẻ có ADHD rất khó khăn khi phải giải quyết những vấn đề trừu tượng. Chúng rất khó giải thích, mô tả sự vật. Một điểm khá lí thú nữa là Barkley (1997) đã đưa ra quan điểm tâm lí học về ADHD nhưng lại dựa trên nền tảng sinh học và có những nguyên nhân do các yếu tố hoá sinh và thần kinh. Ông đã mô tả những người có ADHD là những người “lạc hậu về hoá sinh” theo cách nhìn chiều hướng về hành vi của họ hơn là phạm trù.

3.3.4 Mô hình sinh- tâm- xã hội

Bettelheim (1973) đã tích hợp những mô hình hoá sinh với các yếu tố tâm lí và xã hội thành mô hình sinh- tâm- xã hội về ADHD. Ông cho rằng ADHD xuất hiện ở trẻ có cơ địa sinh học thiên về tăng động và phát triển mạnh hơn trong môi trường có đặc tính độc đoán mạnh mẽ hoặc một môi trường có những hành vi không phù hợp kéo dài liên tục. Cũng theo Bettelheim, nếu trẻ có cơ địa tăng động, khi phản ứng mà lại có sự khó chịu của cha mẹ thì chúng thường cảm thấy không đáp ứng được những yêu cầu của cha mẹ rằng phải làm chủ được hành vi, phải ngoan ngoãn nghe lời. Cả 2 bên phản ứng với nhau đều theo cách âm tính và điều này tiếp tục xoay quanh cuộc chiến giữa cha mẹ và con cái và hậu quả là dẫn đến ADHD.

Bằng chứng về vai trò của động thái gia đình như là yếu tố gây ra ADHD cũng rất khác nhau. Ví dụ như A.J.Smith và cs. (2002) cho thấy có mối liên quan mật thiết giữa mối quan hệ xung khắc mẹ- con và ADHD. Ngược lại, Rey và cs. (2000) chỉ ra rằng môi trường gia đình không tốt liên quan đến rối loạn hành vi đạo đức và chống đối chứ không liên quan ADHD. Cũng cần phải nói thêm rằng mặc dù quan hệ gia đình có trẻ bị ADHD có thể rất căng thẳng song cũng có những cứ liệu cho thấy khi bắt đầu trị liệu thì mối quan hệ cha mẹ- con cái cũng được cải thiện. Điều này cho thấy nhận định rằng môi trường gia đình

xung đột trong một chừng mực nào đó là sự đáp lại chứ không phải là nguyên nhân gây ra những hành vi của trẻ (Tallmage & Barkley 1983).

3.4 Trị liệu

3.4.1 Can thiệp dược lí

Có lẽ thuốc tốt nhất đối với ADHD là methylphenidate, được biết nhiều hơn với cái tên Ritalin. Kết quả của các nghiên cứu thăm dò hiệu quả của thuốc cho thấy 60% số người được chỉ định có sự cải thiện đáng kể, trong khi đó tỉ lệ này ở những người dùng placebo là 10% (Wender et al. 2001). Ưu điểm cơ bản nhất của Ritalin là nó làm giảm nhẹ cả 2 nhóm triệu chứng kém chú ý và tăng động, cho phép cá nhân tập trung tốt hơn vào những vấn đề học tập, xã hội và gia đình. Ví dụ, Pelham và cs. (1993) so sánh kết quả chương trình thay đổi hành vi ở trường học kết hợp với Ritalin trong vòng 8 tuần và chương trình này kết hợp với placebo trong trị liệu nhóm trẻ nam có ADHD. Trong chương trình hành vi có hệ thống cho thưởng đối với hành vi phù hợp và “phạt” những hành vi không phù hợp trong lớp. Số điểm tổng cuối cùng có thể được quy đổi ra những thứ trẻ lựa chọn. Hiệu quả của chương trình can thiệp hành vi kết hợp với Ritalin cao hơn hẳn so với chương trình kết hợp với placebo theo cả 2 chỉ số: hành vi trong lớp và kết quả học tập.

Hiện nay Ritalin được dùng khá rộng rãi ở một số nước, nhiều đến nỗi một số người cho rằng đã có sự lạm dụng về kê đơn- dùng để kiểm soát những hành vi không mong muốn chứ không phải là để cho ADHD. Điều này dẫn đến sự lo lắng của một số nhóm, ví dụ nhóm những cha mẹ phản đối Ritalin và có những hành động về mặt pháp lí. Ở nhiều bang nước Mỹ đã có đơn kiện sự thông đồng và gian dối của các hãng dược phẩm sản xuất thuốc Ritalin. Họ khẳng định rằng Ritalin đã được phóng đại và rằng các công ty đã cố tình không cung cấp đầy đủ thông tin cho người tiêu dùng, cho các thầy thuốc cũng như các trường học những vấn đề liên quan đến rủi ro (của thuốc).

Tác dụng phụ của Ritalin gồm có: giảm ngon miệng, đau bụng, giảm cân, mất ngủ và tăng nhịp tim. Trẻ dùng thuốc kéo dài có thể xuất hiện chậm tăng trưởng. Đáng quan tâm hơn là thuốc có thể châm ngòi cho các triệu chứng loạn thần. Cherland và Fitzpatrick (1999) thông báo trong số 192 trẻ điều trị ADHD bằng Ritalin có đến 9% số trường hợp loạn thần, trong đó có ảo giác và paranoia. Những triệu chứng này cũng hết ngay sau khi dùng thuốc. Không thấy thông báo những trường hợp loạn thần nào trong những trẻ có ADHD nhưng

không dùng thuốc. Nguy cơ cuối cùng liên quan đến Ritalin là lạm dụng có đang ngày càng gia tăng ở Mỹ. Cũng giống như amphetamin, nó ức chế sự ngon miệng, hạn chế ngủ và tăng kích thích cảm xúc. Khi lạm dụng, thuốc có thể được dùng theo đường uống hoặc nghiền nhỏ và hít. Một số người nghiện hoà thuốc ra nước và tiêm, điều này có thể gây ra những biến chứng bởi những chất không tan trong thuốc có thể làm tắc các mao mạch.

3.4.2 Tiếp cận hành vi thao tác

Can thiệp hành vi của Pelham và cs. (1993) là một can thiệp điển hình dựa trên cơ sở thao tác. Can thiệp thường có dạng thưởng quy đổi: trẻ được thưởng vì có những hành vi đặc hiệu. Phần thưởng có thể được lưu lại cho đến khi nào đủ nhiều được đổi ra thứ mà trẻ thích. Tiếp cận này có nhiều phương thức khác nhau, bao gồm gắn sao ghi nhận những hành vi phù hợp và sau đó có thể đổi thành những phần thưởng thực. Mặc dù dạng can thiệp này tự nó cũng đã có hiệu quả song những nghiên cứu của Pelham và cs. cho thấy nó có thể có hiệu quả hơn nếu kết hợp với Ritalin.

3.4.3 Luyện tập chú ý

Nhiệm vụ luyện tập chú ý như đối với người bị CTSN cũng có thể được dùng cho trẻ có ADHD. Ví dụ Semrud- Clikeman và cs. (1999) đã nghiên cứu thăm dò hiệu quả của chương trình luyện tập chú ý kết hợp với luyện tập giải quyết vấn đề trong hệ thống trường học đối với những học sinh được xác định là có những vấn đề về chú ý và không hoàn thành các công việc. Kết quả của chương trình luyện tập cho thấy trẻ có tiến bộ trong các bài tập luyện, hoàn thành nhiều hơn các bài tập trên lớp và các thầy cô giáo cũng thông báo về trẻ có chú ý nhiều hơn. Sử dụng các tài liệu phát triển chuyên biệt cho trẻ, Kern và cs. (1999) cho thấy sự tiến bộ đạt được trong nhóm trẻ 7-11 tuổi cũng tốt hơn như chương trình luyện tập chú ý. Cuối kì luyện tập, những người tham gia đạt kết quả cao trong các bài tập nhận thức mới, trong học tập và trong thông báo của giáo viên về tính xung động.

3.4.4 Tạo môi trường thuận lợi

Do có nhiều hành vi liên quan đến ADHD được xem như là sự đáp lại tức thì đối với môi trường nên cũng có 1 cách nữa có thể ảnh hưởng đến những hành vi đó là môi trường thuận lợi. Trung tâm nguồn lực giáo dục và thông tin - Clearinghouse về giáo dục năng khiếu và rối loạn chức năng đã xây dựng được

một số chương trình cơ bản, trong đó có tạo dựng môi trường học tập tự nhiên, giúp giáo viên làm việc với trẻ có ADHD. Chương trình này bao gồm:

- Bố trí học sinh có ADHD ngồi ở phía trước, quay lưng lại phía sau để cho những học sinh khác không nằm trong tầm mắt của các em này
- Xung quang những học sinh có ADHD là những mô hình vai trò tốt
- Tránh những kích thích gây chú ý
- Tạo khu vực hạn chế kích thích để dùng cho dạy học (có thể đưa thêm học sinh khác vào để tránh việc bị cô lập).

Bên cạnh những yếu tố môi trường đó, các tác giả còn lưu ý đến một loạt các yếu tố khác như hướng dẫn duy trì và tăng cường tự đánh giá, đáp lại những hành vi không phù hợp và quá trình dạy học. Tất cả những yếu tố này đều góp phần nhằm đạt kết quả thực hành cao nhất khi dạy trẻ có ADHD.

3.4.5 Làm việc với gia đình

Như đã đề cập ở trên, gia đình có trẻ bị ADHD cũng thường phải trải nghiệm những stress đáng kể. Có nhiều nghiên cứu nhằm giảm nhẹ những vấn đề của gia đình bằng cách làm việc với toàn bộ gia đình. Ví dụ, Barkley và cs. (2001) đã so sánh hiệu quả của luyện tập giao tiếp giải quyết vấn đề hoặc luyện tập này theo sau chương trình luyện tập các kỹ năng quản trị hành vi nhằm giảm thiểu xung đột trong gia đình.

Luyện tập giao tiếp giải quyết vấn đề là một quá trình huấn luyện 5 bước: xác định vấn đề, những giải pháp tiềm năng bất ngờ, thoả thuận và quyết định của gia đình xem sẽ sử dụng giải pháp nào và sau đó là ứng dụng giải pháp. Quản trị kỹ năng hành vi bao gồm học cách thay đổi những yếu tố châm ngòi hoặc đáp lại hành vi rối loạn bằng cách sử dụng quy trình điều kiện hóa thao tác. Cả 2 cách can thiệp đều chứng tỏ được hiệu quả. Tuy nhiên khi chỉ có chương trình luyện tập giải quyết vấn đề thì số người bỏ cuộc nhiều gấp 3 lần so với can thiệp kết hợp. Do vậy có thể cho rằng một số can thiệp kết hợp cũng là sự lựa chọn trị liệu.

CÂU HỎI ÔN TẬP

1. Đặc điểm lâm sàng chậm phát triển tâm thần mức độ nhẹ?
2. Đặc điểm lâm sàng chậm phát triển tâm thần mức độ vừa?
3. Đặc điểm lâm sàng chậm phát triển tâm thần mức độ nặng?
4. Đặc điểm lâm sàng chậm phát triển tâm thần mức độ trầm trọng?
5. Các yếu tố liên quan đến chậm phát triển tâm thần?

6. Chăm sóc xã hội đối với người chậm phát triển tâm thần?
7. Các liệu pháp tâm lý đối với chậm phát triển tâm thần?
8. Những hạn chế cơ bản của tự kỉ?
9. Liệu pháp tâm lý đối với trẻ tự kỉ?
10. Đặc điểm lâm sàng rối loạn tăng động/giảm chú ý?
11. Các liệu pháp tâm lý đối với tăng động/giảm chú ý?

Chương 12

RỐI LOẠN TÂM THẦN DO TỔN THƯƠNG,

THOÁI HÓA NÃO

Phần đầu của chương đề cập đến bệnh Alzheimer, một bệnh thường gặp ở người cao tuổi. Tiếp đó chương trình bày những rối loạn tâm thần ở người bị chấn thương sọ não và cuối chương là những rối loạn tâm thần ở bệnh xơ vữa rải rác.

1 BỆNH ALZHEIMER

1.1 Đặc điểm chung

Bệnh Alzheimer là một dạng thường gặp nhất của mất trí, chiếm khoảng 5-10% số người trên 65 tuổi và ít nhất 20% số người trên 80 tuổi (Roca et al. 1998). Mặc dù vậy, bệnh không chỉ gặp ở những người cao tuổi. Người mà Alois Alzheimer lần đầu tiên mô tả bệnh vào những năm đầu thế kỷ 20 là ở một phụ nữ trung niên. Những đặc điểm nổi bật thường được tóm tắt bằng 4 chữ A (theo tiếng Anh):

- *Mất nhớ* (amnesia)
- *Mất ngôn ngữ* (aphasia)
- *Mất vận động* (apraxia): mất khả năng thực hiện các vận động mặc dù chức năng vận động vẫn còn được bảo toàn
- *Mất nhận thức* (agnosia): mất khả năng nhận thức được đồ vật mặc dù chức năng cảm giác vẫn còn bảo toàn
- *Rối loạn chức năng điều hành* (ví dụ, chức năng lập kế hoạch, tổ chức, suy diễn, khái quát).

Để chẩn đoán là Alzheimer, các thiếu hụt này phải gây ra những tổn thất đáng kể về chức năng nghề nghiệp hoặc xã hội và tạo ra sự khác biệt rõ nét so với trước đây. Mất nhớ tiến triển, điển hình là trí nhớ hiện tại bị rối loạn trước, sau đó là trí nhớ xa- trí nhớ được xem như là bền vững vì được luyện tập củng cố theo thời gian. Tuy nhiên khi bệnh tiến triển, người bệnh cũng quên cả những sự kiện xa chứa đầy cảm xúc. Lúc đầu là quên những sự kiện vẫn xảy ra, tiếp đến là quên cả những công việc thường ngày và sau là thậm chí quên cả người trong gia đình. Một hiện tượng khác cũng rất thường thấy là khó tìm từ phù hợp. Trong giai đoạn cuối cùng, Alzheimer phá hỏng chức năng giao tiếp.

Ở những thời kỳ đầu của Alzheimer, người bệnh còn đủ khả năng nhận ra được những khuyết tật của mình. Tuy nhiên cùng với sự tiến triển của bệnh, người bệnh cũng mất dần khả năng này. Họ cũng mất hết mọi cảm giác về bản thân và cuộc sống của họ phải hoàn toàn phụ thuộc vào sự chăm sóc của người khác.

Các hiện tượng thường gặp khác là: tính nghi kị và hoang tưởng. Cá nhân có thể có những thay đổi cảm xúc thất thường bao gồm cả tức giận, bực bội cũng như kích động. Lú lẫn cũng là hiện tượng thường gặp, nhất là về đêm khi những điểm tựa giúp cá nhân định hướng thời gian và vị trí ít đi và oxy cung cấp cho não cũng bị giảm. Mặc dù tất cả các dịch vụ chăm sóc sức khoẻ đều nhằm tối đa hoá khả năng độc lập của cá nhân và duy trì họ ở lại trong căn nhà của mình song đến một lúc nào đó những người này vẫn phải vào điều trị nội trú. Đến lúc đó, họ đã lú lẫn rất nhiều về thời gian, không tự kiểm soát được bản thân và đáp ứng rất kém với môi trường.

Từ lúc được chẩn đoán là Alzheimer cho đến khi người bệnh bị chết có thể kéo dài đến 20 năm hoặc hơn. Tuy nhiên khoảng thời gian thường thấy là 4-8 năm. Trong thời gian này, cá nhân trải qua các giai đoạn:

- *Nghi ngờ có sa sút trí tuệ*: cá nhân bắt đầu có những hành vi “lạ thường” và những vấn đề kéo theo.
- *Sa sút trí tuệ mức độ nhẹ*: sa sút trí tuệ là rõ ràng, tuy nhiên cá nhân vẫn có thể tự chăm sóc được.
- *Sa sút trí tuệ mức độ vừa*: cần phải có sự giúp đỡ để người bệnh thực hiện được những việc hàng ngày, những hành vi “có vấn đề”, ví dụ lạc đường, xâm hại đã thể hiện rõ.
- *Sa sút trí tuệ mức độ nặng*: cá nhân đã trở nên yếu ớt nhiều hơn, thậm chí suốt ngày chỉ có giường và ghế.

Bệnh Alzheimer không ảnh hưởng ngay lập tức tới cá nhân. Trong số những người bị bệnh, nữ chiếm tỷ lệ cao (Parker và Lawton, 1990). Có thể chăm sóc người bị sa sút trí tuệ ngay tại nhà của họ thậm chí cho đến khi bệnh đã nặng. Những người này thường trải qua stress nặng.

1.2 Nguyên nhân

1.2.1 Các yếu tố di truyền

Nếu một người bị bệnh Alzheimer thì gần 50% số người có quan hệ huyết thống cấp I của bệnh nhân cũng sẽ bị bệnh (Korten et al. 1993). Các gen nằm ở nhiễm sắc thể số 14, 21 và nhiễm sắc thể 19 có liên quan đến bệnh Alzheimer.

Tuy nhiên gen chỉ đóng vai trò nguy cơ. Cũng có nhiều người có gen này nhưng không bị bệnh.

1.2.2 Các quá trình thần kinh

Bệnh Alzheimer là do sự thoái hoá sớm các hệ thống não. Sự thoái hoá mang tính tiến triển và quá trình Alzheimer có thể được đánh dấu trên bản đồ não. Thông thường các vấn đề khởi đầu từ vỏ phía trong sau đó lan sang hồi cá ngựa và lan dần sang các vùng khác, cụ thể là lên vỏ não. Do các nơ ron vùng cá ngựa bị thoái hoá nên nó kéo theo sự suy giảm trí nhớ ngắn hạn và khả năng thực hiện những công việc hàng ngày. Khi bệnh lan truyền đến vỏ não, nó bắt đầu ảnh hưởng đến ngôn ngữ.

Một trong những chất dẫn truyền thần kinh có vai trò quan trọng trong bệnh Alzheimer chính là acetylcholine: ở người bệnh Alzheimer, acetylcholine giảm đến 90% (Whitehouse et al. 1982). Acetylcholine tham gia vào quá trình trí nhớ và ảnh hưởng đến hoạt động của nơ ron của hồi cá ngựa và vỏ não. Các chất dẫn truyền thần kinh khác cũng có thể tham gia vào quá trình này. Ở một số người bệnh Alzheimer, nồng độ serotonin và noradrenalin thấp hơn bình thường, do vậy chúng cũng có thể góp phần vào các rối loạn giác quan và hành vi xâm hại. Các hormon này cũng có thể liên quan đến những rối loạn tâm lí khác trong những kỳ đầu của bệnh như trầm cảm và lo âu.

1.2.3 Các yếu tố môi trường

Nguy cơ mắc Alzheimer một phần là do các yếu tố môi trường mặc dù chưa xác định được chính xác vai trò của chúng trong nguyên nhân. Một trong những yếu tố nguy cơ khá rõ chính là vết thương não trong tiền sử (Mc Powell, 2001). Giả thuyết trước đây về nguy cơ phơi nhiễm do hàm lượng nhôm tăng cao đã không còn được ủng hộ, mặc dù ở Anh, việc sử dụng nước ô nhiễm nhôm có thể dẫn đến giảm sút nhận thức ở một số ít người (Altmann et al. 1999).

Hút thuốc lá được xem là yếu tố bảo vệ mặc dù có người trong số này tiền sử gia đình có người bị mất trí. Những yếu tố bảo vệ khác bao gồm thể dục, dùng lượng vừa phải rượu vang đỏ, chế độ ăn có vitamin B6, B12 và acid folic

cao. Nhiều thuốc cũng có tác dụng bảo vệ bao gồm các thuốc non-steroid, các thuốc chống nôn và liệu pháp thay thế oestrogen ở phụ nữ mãn kinh.

1.3 Điều trị

1.3.1 Can thiệp dược lí

Tăng nồng độ acetylcholine

Nếu giảm acetylcholine gây ra Alzheimer thì tăng acetylcholine đến nồng độ thích hợp có thể phục hồi được các triệu chứng của bệnh. Các thuốc được điều chế nhằm ngăn ngừa quá trình phân huỷ acetylcholine ở khe xi nap và tăng khả năng tái hấp thu ở thụ thể sau xi nap. Ví dụ, thuốc Donepezil (Aracept) nhìn chung có thể giúp cải thiện nhận thức trong một thời gian ngắn và dường như nó kém hơn là ngăn ngừa suy giảm nhận thức (Rogers et al. 1998). Rất tiếc là nhiều người dùng thuốc lại có tác dụng phụ, trong số đó chủ yếu là rối loạn đường tiêu hoá và có đến 35% số người tham gia dùng thử thuốc đã bỏ cuộc (Rogers et al. 1998). Bên cạnh đó, không phải tất cả mọi người đều đáp ứng với điều trị và điều này vẫn chưa giải thích được (Forette & Kockwood 1999).

Phương pháp thứ hai để làm tăng nồng độ acetylcholine là uống nicotine nhằm tăng tiết acetylcholine. Thực nghiệm cho thấy bằng cách này đã cải thiện được trí nhớ ở khi già (Buccafusco and Jackson 1991). Những người bị bệnh Alzheimer cũng có sự cải thiện một số khía cạnh về nhận thức và cảm xúc sau khi tiêm nicotine. Tuy nhiên chưa có đủ cứ liệu tin cậy chứng tỏ hiệu quả của nicotine trong điều trị Alzheimer.

Sử dụng vacxin

Một cách tiếp cận dược lí hoàn toàn khác đó là sử dụng vacxin. Nghiên cứu thử trên chuột cho thấy vacxin có được một số mức độ bảo vệ. Bước đầu cũng cho thấy tiêm một loại vacxin vẫn bảo đảm an toàn trên người. Hơn thế nữa, Weiner và cs. (2000) đã phát hiện thấy đáp ứng tuy nhỏ nhưng rất quan trọng khi dùng trên chuột bằng đường nhỏ mũi: cách điều trị này có thể được chấp nhận trong khoảng thời gian dài (thậm chí suốt đời).

1.3.2 Tiếp cận tâm lí

Can thiệp tâm lí nhằm cải thiện tối đa chất lượng cuộc sống và các chức năng tâm lí trong diễn tiến của bệnh. Các nhóm hỗ trợ gồm những người khác nhau với những vấn đề giống nhau có thể cải thiện hỗ trợ các chiến lược đối phó

trong những giai đoạn sớm của Alzheimer (Yale, 1995). Trong những giai đoạn muộn thường có 3 cách tiếp cận trị liệu được sử dụng.

Định hướng hiện thực

Định hướng hiện thực gồm trang bị cho người già có dấu hiệu lú lẫn những thông tin phù hợp giúp họ hiểu cẩn thận hơn về thế giới xung quanh. Có 2 dạng định hướng hiện thực: định hướng 24 giờ nhằm tạo ra một môi trường với nhiều chỉ dẫn giúp cá nhân định hướng được thời gian, không gian và bản thân: những chiếc đồng hồ và lịch rất to; các chỉ dẫn nhắc nhở tên gọi của cơ sở hoặc khu điều trị tên gọi các phù hiệu v.v. . Sự can thiệp xã hội đối với cá nhân cũng được xây dựng nhằm cung cấp những thông tin thích hợp. Ví dụ, thường xuyên sử dụng các câu đơn giản, đặc hiệu, nhắc lại những thông tin trong ngày hoặc trong đề giao tiếp. Lớp định hướng hiện thực gồm những nhóm nhỏ, gặp nhau trong khoảng từ 30-60 phút. Mặc dù có tên gọi như vậy nhưng buổi học tiến hành ở phòng tiện nghi, có các ghế mềm với một bầu không khí thư giãn. Lựa chọn người tham gia dựa theo khả năng, các buổi học gồm tranh luận và cung cấp thông tin, thúc đẩy trí nhớ bằng nhiều cách trợ giúp với các kênh khác nhau: từ báo chí, tranh cho đến trò chuyện v.v...

Tổng quan 21 buổi thử nghiệm định hướng hiện thực, Holden và Wood (1995) đưa ra kết luận rằng kết quả đạt được tuy nhỏ nhưng rất quan trọng trong định hướng, so với những trường hợp không được trị liệu hoặc trị liệu không có thiết kế trước. Trong những lĩnh vực khác như nhận thức hay kỹ năng hành vi, kết quả không được cao lắm, mặc dù cũng có nghiên cứu (Reever & Ivison, 1985) có thông báo rằng đã đạt được một số tiến bộ về khả năng tự kiểm chế sau khi có sự kết hợp giữa lớp học và định hướng hiện thực 24 giờ.

Tuy vậy định hướng hiện thực 24 h, cụ thể là đối với những trường hợp cần nhắc nhở cho bệnh nhân ở những thông tin dễ gây stress. Ví dụ, rất nhiều người bệnh Alzheimer đã quên rằng vợ/chồng mình đã chết và họ cứ yêu cầu được gặp. Đây thực sự là tin xấu cho người có RLTT. Rất tiếc là người bệnh sau đó lại quên và tiếp tục hỏi, tìm bạn đời đòi người chăm sóc phải phủ nhận thông tin rằng bạn đời của họ đã mất: chu trình như vậy lại tiếp tục gây stress cho cả người bệnh và người chăm sóc.

Trị liệu hiệu lực

Để khắc phục những nhược điểm của định hướng hiện thực 24 giờ, một tác giả (Feil, 1990) đã đưa ra một dạng trị liệu khác: trị liệu 'hiệu lực'. Trị liệu này

bao gồm lắng nghe và chú ý đến tất cả những sự lo sợ của người bệnh, dành thời gian để hiểu cặn kẽ những vấn đề của họ và làm cho những vấn đề này có “hiệu lực” bằng cách đánh giá những gì họ cần phải nói. Tuy nhiên tiêu điểm là tập trung vào nghe và đáp lại các phản ứng cảm xúc hơn là nội dung thực những gì họ nói.

Trong trị liệu nhóm, các nhóm nhỏ có thể được bố trí để thảo luận về những cảm giác khi diễn tả như tức giận, cách li hoặc mất mát (Bleathman & Morton, 1992). Feil (1990) cho rằng bằng cách từ ngữ hoá trí nhớ và suy nghĩ và hiệu lực hoá bởi nhóm, cá nhân có được cảm giác được chấp nhận. Phương pháp này nhấn mạnh đến sự cần thiết phải giải quyết những xung đột chưa được giải quyết. Trong một nghiên cứu Feil (1990) thông báo rằng đã hạn chế được những cơn khóc lóc, đi lại lộn xộn sau đợt trị liệu hiệu lực, tuy nhiên không có cứ liệu về hiệu quả bền vững hoặc những lợi ích lớn hơn so với các tiếp cận khác.

Liệu pháp hồi tưởng

Liệu pháp hồi tưởng dựa trên mô hình phát triển của Erikson (1980), theo đó, về cuối cuộc đời, con người hay nhìn nhận, đánh giá những gì đã trải qua. Trong liệu pháp cá nhân, nhà trị liệu trợ giúp cá nhân làm sáng tỏ hơn và hiệu quả hơn sự phân tích bản thân. Trong liệu pháp nhóm, các nhóm nhỏ xem xét cuộc sống của các thành viên thông qua việc sử dụng những gợi ý như các bức ảnh cũ, các buổi phát thanh hoặc truyền hình v.v... Chưa có nhiều nghiên cứu về hiệu quả của liệu pháp hồi tưởng. Những người tham gia chủ yếu thích được tham gia vào nhóm hồi tưởng.

Thay đổi hành vi

Mặc dù những cách tiếp cận hành vi thao tác nhằm thay đổi hành vi ở những người già lú lẫn. Ví dụ, Burgio và cs. (1988) đã ứng dụng chương trình nhằm gia tăng việc sử dụng toilet hợp lí và giảm thiểu mức độ không tự chủ. Chương trình này bao gồm hỏi thường xuyên, điều đặn xem các cá nhân có muốn vào toilet hay không và tiếp đó là củng cố việc sử dụng toilet. Chương trình đã đạt được hiệu quả rõ rệt mặc dù các cá nhân chưa tự mình chủ động dùng toilet. Nhìn chung các thành viên tham gia chương trình đã biết tăng cường sử dụng hệ thống trợ giúp. Các chương trình khác cùng làm giảm được những hành vi đi lang thang, định hình và tăng tương tác, vận động xã hội. Theo các tác giả, thành tố cơ bản để đảm bảo cho các qui trình thao tác không phải là “phần thưởng”

cho những hành vi làm đúng mà rất có thể là việc sử dụng hệ thống chỉ dẫn trợ giúp hành vi đóng vai trò quan trọng hơn.

Giúp đỡ những người chăm sóc

Chăm sóc những người bị Alzheimer tại nhà cũng tạo ra rất nhiều căng thẳng cho những người chăm sóc, nhất là khi mà bản thân họ cũng thường là người già và sức khỏe cũng có hạn chế. Một số hình thức hỗ trợ và giúp đỡ cũng đem lại lợi ích nhất định. Những sự trợ giúp này có thể do những người tình nguyện, dạng như Hội Alzheimer ở Anh, và những khoảng thời gian ngắn người chăm sóc được nghỉ ngơi khi người bệnh vào viện. Ngoài ra cũng có thể có những hình thức can thiệp khác.

2 RỐI LOẠN TÂM THẦN DO CHẤN THƯƠNG SỌ NÃO

2.1 Đặc điểm chung

CTSN kín xuất hiện khi đầu bị va chạm mạnh nhưng không có tổn thương hộp sọ hoặc vết thương não đặc biệt. Dạng chấn thương như vậy thường gây ra sự chấn động toàn bộ não trong hộp sọ và tổn thương lan toả. Khoảng một nửa số trường hợp CTSN kín là do tai nạn giao thông. Nguyên nhân chiếm vị trí thứ 2 là ngã, đặc biệt là đối với người già và trẻ nhỏ. Do đánh nhau chiếm khoảng 20% số trường hợp, trong khi đó chấn thương do thể thao chỉ chiếm khoảng 3%. Lạm dụng rượu cũng làm tăng nguy cơ. Những người ở độ tuổi 15-20 cũng là nhóm có nguy cơ cao. Tại Anh hàng năm có khoảng 150/100.000 dân bị chấn thương sọ não phải nhập viện (Jenentt, 1996).

Một chỉ số đơn giản để xác định mức độ nặng của chấn thương, đó là “thời gian thực hiện theo yêu cầu”, đó là khoảng thời gian sau chấn thương cho đến khi cá nhân có đủ khả năng đáp ứng những yêu cầu đơn giản

- CTSN mức độ nhẹ: dưới 1 giờ
- CTSN mức độ vừa: từ 1 giờ đến 13 ngày
- CTSN mức độ nặng: 14 ngày hoặc hơn.

Khoảng 30%-50% trường hợp tử vong do CTSN nặng.

Trạng thái thực vật:

- 10% số trường hợp trạng thái “thực vật” kéo dài đến 3 tháng sau chấn thương;

- 4% kéo dài đến 6 tháng và
- 2-3% kéo dài đến 1 năm.

Đối với những người sống sót và hồi phục ý thức, sự hồi phục diễn ra theo cách thức khá điển hình.

- Ở giai đoạn đầu tiên là sự lú lẫn cấp tính và rối loạn định hướng. Trong giai đoạn này họ không có khả năng nhớ: *mất nhớ sau chấn thương*. Giai đoạn mất nhớ này càng kéo dài bao nhiêu thì kết thúc càng xấu bấy nhiêu. Tuy vậy giai đoạn mất nhớ sau chấn thương kéo dài cũng không nhất thiết đồng nghĩa với tiên lượng phục hồi kém. Ví dụ, Jennett và cs. (1981) thông báo có đến 7% số người mất nhớ sau chấn thương kéo dài từ 1 đến 2 tuần có kết thúc tốt.

- Sau giai đoạn mất nhớ sau CTSN mức độ vừa và nặng đều xuất hiện những vấn đề về cơ thể, nhận thức và hành vi. Hầu hết những vấn đề về cơ thể đều có thể được giải quyết mặc dù có thể một số triệu chứng vẫn còn tiếp tục như chứng căng cơ, khó nuốt và rối loạn thăng bằng. Có khoảng 5% số người bị CTSN kín mức độ vừa và nặng có cơn động kinh: có thể so sánh với vết thương thấu sọ, tỷ lệ này là từ 35-50%. Sau 5 năm, nguy cơ bị động kinh vẫn cao hơn so với bình thường.

Những thiếu sót về nhận thức và hành vi- thần kinh hầu hết đều là những di chứng thường gặp ở CTSN kín. Tổn thương não lan toả gây ra những rối loạn nhận thức đặc trưng, bao gồm giảm tốc độ nhận thức, giảm chú ý cộng với rối loạn trí nhớ, các chức năng ngôn ngữ phức tạp và “chức năng thức tỉnh”. Muộn hơn chút nữa là những vấn đề về trí nhớ hiện tại, giải quyết vấn đề, thể hiện khả năng kiểm soát và tổ chức. Những phục hồi cơ bản diễn ra trong 6 tháng đầu sau chấn thương, mặc dù sự phục hồi vẫn có thể tiếp tục sau 1 năm nữa nhưng chậm. Trong vòng tháng đầu, hầu hết số nạn nhân bị CTSN mức độ vừa và nặng đều có những rối loạn đáng kể về nhận thức. Trong 6 tháng đầu sau chấn thương, khoảng 8% những người bị tổn thương mức độ vừa và 16% những người ở mức độ nặng phải vào viện điều trị vì những rối loạn nhận thức. Tỷ lệ tương tự sau 1 năm là 0% và 10%. Chỉ có 1/2 số người bị CTSN là còn khả năng trở lại công việc cũ (Sherer et al. 2000).

Những triệu chứng hành vi- thần kinh ở những người bị CTSN mức độ nặng gồm: tăng tính kích thích, đau đầu, lo âu, khó tập trung, mệt mỏi, bồn chồn và trầm cảm. Những triệu chứng này thường gặp nhiều hơn so với những triệu chứng cơ thể hoặc các thiếu hụt nhận thức khác và có thể ảnh hưởng lâu dài đến kết thúc bệnh.

Một trong những đặc điểm quan trọng của sự phục hồi muộn sau CTSN là giảm sút khả năng tự ý thức. Có lẽ vì vậy mà người thân của những người bị CTSN kéo dài thường dễ nhận thấy thay đổi tâm lí của nạn nhân hơn là chính nạn nhân. Những vấn đề mà người thân của nạn nhân thường thông báo gồm: chậm chạp, tăng kích thích, mệt mỏi, trầm cảm, nhanh chuyển cực cảm xúc và lo âu (Brooks et al. 1986). Hậu quả xa của CTSN kín dai dẳng và làm tăng nguy cơ li hôn, thất nghiệp, suy giảm kinh tế và lạm dụng chất. Có lẽ cũng không có gì ngạc nhiên khi tỉ lệ trầm cảm và tự sát ở những người CTSN cao hơn bình thường (Teasdale & Eng berg, 2001).

2.2 Phục hồi nhận thức sau chấn thương sọ não

Đối với những trường hợp CTSN vừa và nặng, việc phục hồi bao gồm một số tiếp cận trị liệu do chuyên gia sức khỏe chuyên ngành khác nhau đưa ra. Trị liệu y học bao gồm kiểm soát đau đối với đau đầu, trị liệu hoá dược đối với động kinh và phẫu thuật đối với não nước. Trị liệu vật lí nhằm tăng cường sức mạnh và sự linh hoạt của các cơ, trị liệu nghề nghiệp trang bị, hình thành những khả năng cần thiết cho sự chăm sóc bản thân hoặc cá nhân có thể trở lại một số nghề nhất định. Nhà trị liệu ngôn ngữ có thể làm việc với cá nhân để cải thiện sự hiểu biết cũng như phát âm. Từ hướng tâm lí, can thiệp chủ yếu tập trung vào những hậu quả về hành vi và nhận thức của chấn thương.

2.2.1 Đối phó với những vấn đề về trí nhớ

Có một số kĩ thuật chung nhằm cải thiện trí nhớ như luyện tập nhớ, kết hợp hình và từ để cải thiện sự tái hiện v.v... Các kĩ thuật chuyên biệt cũng được phát triển để dành cho những người bị CTSN. Những kĩ thuật này thường có các bài tập học tập rất chuyên biệt. Ví dụ, Wilson (1989) đã sử dụng phương pháp xem trước, câu hỏi, đọc và kiểm tra (test PQRS) nhằm cải thiện sự mã hoá cũng như tái hiện danh mục từ. Phương pháp này được thực hiện bằng cách người tham gia xem xét các bài tập, suy nghĩ về những yêu cầu của bài sau đó đọc qua một vài lần danh mục các từ, đầu tiên là đọc to sau đó là đọc thầm, cuối cùng mới làm kiểm tra. Người ta cho rằng quá trình nhận thức bổ sung trong phương pháp này sẽ tăng cường sự học nhiều hơn so với việc nhắc lại thuần túy danh mục các từ. Rất tiếc rằng trí nhớ được củng cố qua những buổi tập này thường lại không phát huy được các bài tập trí nhớ chuyên biệt. Hơn nữa nhiều người bệnh CTSN thường không đánh giá đúng mức sự giảm sút trí nhớ nên không phải lúc nào các chương trình này cũng được chấp nhận. Dobkin (1996)

đã kết luận rằng nên dùng “trị liệu” trợ giúp là trị liệu trí nhớ (dành cho những người bị xơ vữa rải rác và bệnh Alzheimer). Theo tác giả, những phương tiện có thể được sử dụng để trợ giúp trí nhớ gồm máy ghi âm, sổ tay, máy tính loại nhỏ, đồng hồ, máy bộ đàm hoặc sử dụng hệ thống truyền thanh trong nhà.

Đối với những người có tổn thương đáng kể thì có thể cần phải luyện tập sử dụng các phương tiện trợ giúp trí nhớ. Ví dụ, Sohlberg và Mateer (1989) đã sử dụng quá trình luyện tập 3 bước để sử dụng sổ tay ghi nhớ.

Bước thứ nhất là luyện tập về nội dung và mục đích sổ tay ghi nhớ. Điều này được củng cố dưới dạng hỏi - đáp (“5 phần trong sổ tay ghi nhớ của bạn là những phần nào”).

- Bước thứ hai: cá nhân thực hành theo nội dung sổ tay dưới dạng trò chơi đóng vai.

- Cuối cùng, họ sử dụng sổ tay vào “đời sống thực”.

Theo cách tiếp cận này, người tham gia vào chương trình mất khoảng 17 ngày luyện tập hình thành các kỹ năng cần thiết sử dụng sổ tay.

Trợ giúp trí nhớ cần phải hữu ích trong việc nhắc nhở cá nhân làm những việc mà họ có thể quên. Ví dụ, Wilson và cs. (2001) đánh giá việc sử dụng hệ thống các trang giấy đã đánh số để nhắc nhở người bị CTSN làm những việc khác nhau trong ngày. Hầu hết những trang này đều hữu ích cả ngay thời điểm làm việc đó và cả trong khoảng 7 tuần sau đó. Ưu điểm của nó có thể là xác lập được những mẫu hành vi tương đối bền vững.

2.2.2 Cải thiện “chức năng thi hành”

Vấn đề thứ hai mà những người bị CTSN phải đối mặt đó là sự suy giảm các kỹ năng giải quyết vấn đề. Can thiệp nhằm bù trừ những thiếu hụt đó được thiết kế tập trung vào giải quyết vấn đề và chia ra từng bước. Một trong những mô hình như vậy là IDEAL. Mô hình này sử dụng những chữ cái đầu câu đơn giản do Bralford và Stein xây dựng năm 1984.

I- Xác định (identification) vấn đề

D- Làm rõ (defining) vấn đề (nguyên nhân và hậu quả của nó)

E- Tìm kiếm (exploring) các phương án giải quyết

A- Hành động (action) theo phương án đã được xác định ở bước E

L- Kiểm tra hiệu quả của kế hoạch đã lựa chọn.

Những người bị chấn thương sọ não cũng có thể được hướng dẫn rằng không nên cố giải quyết đồng thời các vấn đề phức tạp, tuy nhiên cần cố gắng các vấn đề đặc biệt và giải quyết kế tiếp nhau.

Khi cá nhân bị suy giảm chú ý trong giải quyết vấn đề hoặc các nhiệm vụ khác thì có thể luyện tập cho họ bù trừ chú ý. Bước đầu tiên của phương pháp này là cá nhân xác định thời điểm bị giảm chú ý, sau đó sử dụng những chiến lược dạng như tự hướng dẫn (Meichenbaum 1985: “nào bắt đầu chú ý vào đây”) để trợ giúp sự tập trung chú ý. Những trợ giúp bên ngoài cũng có thể có tác dụng (Wilson et al. 2001).

Một số chương trình chuẩn đã được xây dựng nhằm khắc phục những vấn đề về chú ý. Ví dụ như *Chương trình luyện tập chú ý* của Park và cs. (1999) đã sử dụng một số chiến lược khác nhau. Một số bài tập khác nhằm củng cố chú ý như: chú ý nghe băng, khi phát hiện những từ hoặc câu theo yêu cầu thì nhấn chuông, nghe một đoạn và bài tập kiểm tra sự thông hiểu, và các bài tập tính nhẩm. Luyện tập di chuyển chú ý bằng bài tập gồm nghe băng để phát hiện từ cần nghe tiếp theo từ đã xác định được. Bài tập được thực hiện lần lượt từ dễ đến khó, được nhắc lại cho đến khi cá nhân làm đúng theo yêu cầu. Nếu cần thiết, họ sẽ được luyện tập ở nhà hoặc ở nhà với sự giúp đỡ của người thân.

Cách tiếp cận này cũng đạt được kết quả nhất định. Hầu hết các nghiên cứu cũng đều cho thấy có sự tiến bộ trong các trắc nghiệm tâm lí về trí nhớ hoặc chú ý sau khi thực hiện các chương trình này... Đối với “thế giới thực” dường như ít có sự cải thiện hơn mặc dù cũng có những cứ liệu cho thấy có sự tiến bộ trong một số kết quả trắc nghiệm, ví dụ kĩ năng lái xe, sống tự lập hoặc trở lại làm việc (Sohlberg & Mateer 2001). Một số chiến lược khác hướng vào việc tăng cường chú ý hoặc ngăn ngừa sự đãng trí.

2.2.3 Đối với những cảm xúc âm tính

Trầm cảm và tự sát chiếm tỷ lệ cao ở những người bị CTSN giai đoạn muộn. Nhìn chung người ta cho rằng một số can thiệp về tâm lí và dược lí có tác dụng cải thiện khí sắc ở nhóm người này. Ví dụ, theo Viện sức khỏe Quốc gia Hoa Kỳ, trị liệu tâm lí có thể là sự trợ giúp rất quan trọng trong việc phục hồi cảm xúc, hạn chế trầm cảm và cải thiện khả năng đánh giá liên quan đến rối loạn nhận thức. Họ cũng cho rằng những sự can thiệp như vậy cần phải tạo ra được sự cổ vũ cảm xúc, giải thích về chấn thương và hậu quả của nó, giúp điều chỉnh tự đánh giá bằng cách cố gắng đạt được những mục đích có thể đạt được, hạn

chế từ chối và làm tăng khả năng quan hệ của cá nhân với gia đình và xã hội. Mặc dầu có những lạc quan như vậy song người ta cũng nhận xét rằng trị liệu tâm lí đối với người bị CTSN chưa được nghiên cứu một cách hệ thống và do vậy lợi ích của nó cũng chưa được chứng minh. Ngoài ra người ta cũng còn lưu ý rằng bên cạnh những kết quả tốt, thuốc chống trầm cảm cũng có thể gây ra những tác dụng phụ nghiêm trọng ở nhóm người này. Do vậy khi cho người bệnh dùng thuốc cần phải theo dõi chặt chẽ và cần chỉ định những liệu pháp khác nếu thấy phù hợp.

2.3 Trợ giúp người chăm sóc

Những người sống cùng, chăm sóc người bị di chứng CTSN cũng có thể bị stress hoặc rối loạn stress đáng kể (Harris et al. 2001). Mới chỉ có một số cứ liệu cho thấy áp lực lên gia đình được giảm nhẹ khi người bệnh đạt được sự cải thiện về nhận thức và sức khoẻ. Tuy vậy cũng có những cơ sở vững chắc cho các chương trình trợ giúp gia đình đối phó với stress do chăm sóc người bệnh CTSN. Mặc dù vậy cũng chưa có nhiều nghiên cứu trợ giúp đối phó về cảm xúc của chân thương và hậu quả chân thương sọ não và tương tự, cũng chưa có nhiều nghiên cứu về hiệu quả của các chương trình như vậy. Bên cạnh đó, hầu hết những nghiên cứu đã được thực hiện một cách tự nhiên và không kiểm soát. Do vậy rất khó đánh giá sự ảnh hưởng của gia đình hoặc các chương trình trợ giúp (Sinnakaruppan & Williams 2001).

3 XƠ VỮA RẢI RÁC

3.1 Đặc điểm chung

Xơ vữa rải rác (MS-Multiple Sclerosis) là một bệnh thần kinh xuất hiện do phân huỷ vỏ myelin bao quanh các tế bào thần kinh và hệ thần kinh trung ương. Khi xuất hiện sự phân huỷ, các mảng xơ vữa hình thành, những mảng này cản trở sự dẫn truyền bình thường của xung thần kinh. Xơ vữa có thể xuất hiện ở bất kỳ khu vực nào của não hoặc tuỷ sống cho nên chúng cũng có thể gây ra những triệu chứng rất khác nhau, từ mất chức năng các chi, mất kiểm soát đường ruột, bàng quang cho đến mù do viêm dây thần kinh thị giác và những tật chứng về nhận thức. Co cứng cơ cũng là một đặc điểm thường gặp, đặc biệt là ở các chi trên, 95% số người bị xơ vữa rải rác cảm thấy mệt mỏi suy nhược. Điều này đã ngăn cản những hoạt động thể lực lâu bền ở 40% số trường hợp. Gần 1/2 số người bị xơ vữa rải rác coi đây là triệu chứng nặng nhất của họ (Lechtenberg

1988). Khoảng 30-50% số trường hợp cần đến sự trợ giúp về vận động hoặc xe đẩy.

Tiến trình xơ vữa rải rác rất khác nhau ở các cá nhân. Ít có trường hợp khởi phát trước 15 tuổi; 20% số trường hợp bị xơ vữa rải rác có dạng khởi đầu giống như một bệnh trong đó các triệu chứng hầu như không tiến triển sau khi xuất hiện. Một số trường hợp thì lại có dạng ác tính, gây ra suy giảm chức năng liên tục hoặc dẫn đến tử vong rất nhanh sau khi bệnh khởi phát. Thẻ này thường khởi phát sau tuổi 40. Trong đa số các trường hợp, bệnh thường mang tính giai đoạn, có những pha cấp tính xen kẽ thuyên giảm. Mỗi pha cấp tính lại làm tiêu hao những mức độ chức năng đã đạt được ở pha thuyên giảm trước đó nên từ từ dẫn đến tan rã. Tử vong thường là do những tai biến của xơ vữa rải rác như: ngạt, viêm phổi, suy thận. Tỷ lệ tự sát ở những người mắc xơ vữa rải rác cao hơn rất nhiều so với bình thường (Sadnovick et al 1991).

Tôi bị xơ vữa rải rác đã 4 năm. Bệnh diễn ra cũng khá kì quặc. Lúc đầu tôi nghĩ rằng chẳng có gì nghiêm trọng mặc dù người ta cũng thường lo lắng về những triệu chứng mà mình chưa hiểu. Bệnh bắt đầu từ khi tôi cảm thấy có những vấn đề thị lực. Tôi không nhìn rõ được như trước đây. Nó xuất hiện đột ngột nên tôi cảm thấy đây không phải là vấn đề tuổi tác và rõ ràng là có cái gì đó không bình thường. Lúc đầu tôi cũng hơi hoảng sau lại nghĩ rằng cũng chưa có gì rõ ràng cả. Tuy nhiên tôi thấy mình hay quên các việc nhiều hơn trước. Tôi đến chỗ bác sĩ của mình để khám mắt và được bác sĩ chuyển đến khám chỗ bác sĩ thần kinh. Ông ta đã cố gắng thuyết phục tôi rằng không có gì tồi tệ rằng ông ta chỉ muốn kiểm tra lại một số triệu chứng. Nhưng tôi bắt đầu cảm thấy lo lắng... người ta không gửi đến bệnh viện để khám nếu như không có vấn đề gì. Ông ta nói rằng có thể đây là xơ vữa rải rác nên tại sao người ta lại không gửi tôi đến bác sĩ nhãn khoa. Ngay sau đó tôi đến chỗ bác sĩ thần kinh. Bà ấy cho làm vài test để kiểm tra và trong mấy tuần khám sức cơ, thăng bằng, đọc, châm kim nhiều lần. Cuối cùng tôi được chẩn đoán là xơ vữa rải rác. Nhà tư vấn của tôi nói chuyện với tôi và chồng tôi và cho phép chúng tôi hỏi mọi vấn đề. Chúng tôi cũng được nói chuyện với chuyên gia điều dưỡng, người đã giúp chúng tôi nhiều năm. Bà ta dành nhiều thời gian nói chuyện với chúng tôi hơn là bác sĩ. Chúng tôi nói về cái gì có thể chờ đợi và chúng tôi được sự hỗ trợ gì. Mặc dù vậy tôi vẫn nghĩ rằng nếu được nghe chẩn đoán từ phía bác sĩ thì vẫn tốt hơn.

Tôi cũng phải thú nhận rằng lúc đầu tôi thực sự cảm thấy nặng nề – anh không biết cái gì đang chờ đợi mình và có thể đó là điều tồi tệ nhất. Anh cũng nghe thấy những câu chuyện ghê sợ về cái chết của những người xơ vữa rải rác và không ai có thể thuyết phục được rằng bạn không có vấn đề gì... Sau vài năm,

tôi đã nhận ra những biến đổi trong cơ thể mình và thấy mọi việc càng tồi tệ hơn. Tất nhiên những điều đó diễn ra một cách từ từ và có những khoảng thời gian rất dài không có những thay đổi gì. Chính điều này đã làm tôi nghĩ rằng không phải mọi việc sụp đổ ngay lập tức và vẫn còn nhiều hy vọng.

Điều tệ hại nhất là sự mệt mỏi và nặng nề. Ông Chúa, mắt của tôi đã khá hơn. Tôi đã có thể dùng gậy để đi quanh nhà. Thỉnh thoảng tôi cũng có thể đi ra khỏi nhà một đoạn. Nói chung tôi thường phải dùng xe lăn. Tôi rất nhanh mệt nên cũng ít khi cố đi bộ, cũng bởi vì tôi không thể đi được xa...

Tôi cảm ghét xơ vữa rải rác. Trước đây tôi hay chơi thể thao, đi ra ngoài, làm nhiều việc thú vị. Bây giờ thì tôi không thể làm được gì. Bây giờ tôi thường xuyên thấy mệt. Trí nhớ của tôi chưa bao giờ tốt nhưng bây giờ nó còn tệ hơn trước. Tôi không thể trò chuyện được và ngay cả việc chú ý đến điều gì đó cũng thực sự là khó khăn. Có lẽ như vậy mọi người cũng rất khó nói chuyện với tôi. Chồng tôi cũng vậy. Ông ta đã cưới một phụ nữ vui nhộn, ưa thể thao... thế mà bây giờ tôi đã là người thiếu sinh khí, tàn tạ, tăng cân bởi vì ăn nhưng không tập tành gì. Mặc dù mọi người bảo không nhưng tôi vẫn nhận ra điều đó. Tôi ít đi ra ngoài phố vì ngại gặp phiền phức với cái xe lăn... đường phố thiết kế không phải để cho những người ngồi trên xe lăn... và người ta cũng không thích những người ngồi trên xe lăn. Có thể anh không biết... nhưng tôi muốn nói rằng: "Xin chào, tôi đây. Tôi có những vấn đề về não, mọi người biết không..." tôi biết những lời như vậy như là một sự xúc phạm bản thân. Thỉnh thoảng tôi cũng cảm thấy dễ chịu. Tuy nhiên tôi sống chủ yếu với những khó khăn triền miên. Liệu hôm nay tôi sẽ có một ngày tồi tệ? Liệu tôi có nổi cáu- có phải vào bệnh viện, uống mega-steroid và rồi mọi việc trở nên tồi tệ hơn lúc tôi vào? Tôi cũng đoán được rằng mình chẳng còn sống được mấy ngày... nhưng sao nặng nề vậy.

Nguồn: Bennett P. (2003). Abnormal and Clinical Psychology, Open University Press.

3.2 Nguyên nhân xơ vữa rải rác

3.2.1 Yếu tố di truyền

Nguy cơ mắc xơ vữa rải rác ở trong dân cư là 1/800. Đối với con cái của những người bị bệnh, tỉ lệ này tăng lên 1/50 và đối với anh, chị, em ruột là 1/20. Tuy nhiên tỉ lệ tăng cao trong thành viên gia đình như vậy cũng chưa thể kết luận về nguyên nhân di truyền. Anh, chị, em cùng bị mắc xơ vữa rải rác thường khởi bệnh vào cùng một năm chứ không phải cùng một tuổi. Điều này cho thấy có thể còn có các yếu tố môi trường chi phối đến nguy cơ bị xơ vữa rải rác (Haines & Pericak-Vance 1999)

3.2.2 Cơ chế sinh học

Cho đến nay người ta vẫn chưa hiểu được đầy đủ nguyên nhân của xơ vữa rải rác, mặc dù đã có giả thuyết được nhiều người ủng hộ là do trực tiếp trong hệ miễn dịch hoặc do virus.

3.2.3 Stress và xơ vữa rải rác

Có những bằng chứng cho thấy stress có thể ảnh hưởng đến hoạt động của hệ miễn dịch. Trong khi đó hệ miễn dịch dường như có vai trò trong nguyên nhân của xơ vữa rải rác, do vậy stress cũng có thể ảnh hưởng đến sự khởi phát và diễn biến của bệnh. Cứ liệu đã được Palumbo và cs. đưa ra từ 1998. Các tác giả đã phỏng vấn nhóm người bị xơ vữa rải rác và nhóm khỏe mạnh về tần số và dạng stress mà họ gặp phải trong vòng 1 năm trước khi bị bệnh hoặc khoảng thời gian tương đương. Những người bị xơ vữa rải rác cho thấy họ gặp sự kiện gây stress trong đời sống nhiều hơn so với nhóm chứng. Có thể đây là yếu tố thúc đẩy cho sự khởi phát bệnh. Rất tiếc là mặc dù các cứ liệu cho thấy có sự liên quan giữa stress và xơ vữa rải rác song cũng chưa thể khẳng định được chắc chắn mối liên quan này. Nhiều người bị bệnh cơ thể nặng cũng cố tìm những nguyên nhân gây bệnh và họ đều cũng nhận thấy rằng stress là yếu tố thúc đẩy quan trọng dẫn đến bệnh. Cũng cần lưu ý rằng mọi sự khác biệt giữa 2 nhóm về stress trước khi bị bệnh có thể thể hiện rõ nét hơn so với thực tế.

Những nghiên cứu bổ dọc về những ảnh hưởng của stress đến tiến triển của xơ vữa rải rác cũng cho thấy stress cũng có thể có vai trò nhất định trong xơ vữa rải rác. Trong một nghiên cứu, Mohr và cs. (2002a) đã sử dụng nhiều phép đo stress khác nhau và tiến triển của bệnh với quãng thời gian 4 tuần/ 1 lần. Nghiên cứu được thực hiện ở nhóm người bị xơ vữa rải rác trong vòng 100 tuần. Các tác giả đã nhận thấy rằng cứ sau các stress cá nhân thì diễn biến của bệnh cũng tăng lên. Những cứ liệu này phù hợp với nghiên cứu của Schwartz và cs. (1999) phát hiện thấy mối liên quan hai chiều giữa stress và xơ vữa rải rác: stress làm tăng nguy cơ tiến triển của bệnh và tiến triển bệnh nặng lên làm tăng stress. Như vậy giữa stress và xơ vữa rải rác tạo nên một vòng tròn khép kín.

3.3 Hậu quả tâm lí của xơ vữa rải rác

3.3.1 Những vấn đề nhận thức

Cũng như những vấn đề về cơ thể, người bệnh xơ vữa rải rác thường có những thiếu sót về nhận thức trong trí nhớ, chú ý, tư duy cũng như những khả năng về ngôn ngữ. Đến gần một nửa số người mắc xơ vữa rải rác phàn nàn về sự

giảm sút trí nhớ. Không lâu sau khi bệnh tiến triển rõ rệt, một số vấn đề về trí nhớ dài hạn được phục hồi, trí nhớ ngắn hạn ít khi bị tổn thất. Tốc độ xử lý thông tin chậm hơn so với những người không bị bệnh. Điều này một phần là do sự trì trệ dần chức năng tâm lí- vận động bởi do sự trì trệ hoạt tính nơ ron (Brassington & Marsh 1999). Chú ý thính giác và thị giác cũng có thể bị tổn thất.

Các thiếu sót nhận thức càng tăng lên khi tổn thương não tiến triển. Feinstein và cs. (1993) đã tiến hành đánh giá nhận thức 2 tuần/ lần và chụp MRI vùng não sau 6 tháng ở nhóm xơ vữa rải rác. Nghiên cứu cho thấy kết quả các bài tập nhận thức có sự khác biệt tùy theo sự tiến triển của bệnh. Ở những người có sự tiến triển tổn thương trên hình ảnh MRI thì kết quả trắc nghiệm cũng giảm dần. Ngược lại, ở nhóm bệnh không tiến triển thì kết quả trắc nghiệm không bị giảm, thậm chí còn có thể có sự cải thiện đôi chút. Sự phá huỷ thể trai, bó sợi nối 2 bán cầu vỏ não kéo theo hệ quả tổn thương nhiều dạng nhận thức, trong đó có khả năng về thị giác không gian và tốc độ tư duy, giải quyết vấn đề. Tổn thương ở đỉnh trước dẫn đến tổn thất trí nhớ và học tập (Huber et al. 1992).

3.3.2 Trầm cảm

Các nghiên cứu cho thấy tỷ lệ trầm cảm ở xơ vữa rải rác dao động từ 14-57%, cao hơn so với một số bệnh thần kinh khác (Schubert & Foliart 1993). Tuy vậy người ta còn chưa rõ rằng đây là hậu quả trực tiếp của tổn thất nơ ron hay chỉ là phản ứng tâm lí đối với bệnh. Cũng có thể là cả hai.

Trầm cảm do những thay đổi thần kinh có lẽ là chỉ số rõ nét nhất và có thể là dấu hiệu đầu tiên của xơ vữa rải rác, trước cả các triệu chứng thần kinh – nhận thức hàng tháng trời thậm chí có thể là cả năm (Berrios & Quemada 1990). Những người ủng hộ mô hình thần kinh thì cho rằng điều này là do các mảng xơ vữa hình thành ở những tổ chức não có liên quan đến cảm xúc, ví dụ như ở hệ viền. Tuy nhiên cũng có cách giải thích khác rằng trầm cảm là yếu tố thúc đẩy sự khởi phát của MS (giống như stress) hơn là một chỉ báo về sự xuất hiện của bệnh.

Những kết quả nghiên cứu của Dalos và cs. (1983) cũng ủng hộ quan điểm nguyên nhân tâm lí. Nghiên cứu nhằm khảo sát mối quan hệ giữa khí sắc và tiến triển của bệnh được thực hiện trên nhóm 64 bệnh nhân trong thời gian 1 năm. Trong khoảng thời gian này, 90% số trường hợp bệnh tiến triển hoặc tái phát có trầm cảm. Trong khi đó chỉ có 39% số người có xơ vữa rải rác ổn định

và 12% số người nhóm tổn thương tuỷ sống là có trầm cảm. Kết quả này góp phần khẳng định trầm cảm là một phản ứng đối với sự suy giảm chức năng ngày càng gia tăng. Aronson (1997) còn đưa ra những cứ liệu để khẳng định rằng trầm cảm là phản ứng đối với những hậu quả tâm lí và xã hội của bệnh: trong mẫu nghiên cứu nhóm người bị xơ vữa rải rác, khí sắc giảm liên quan đến thất nghiệp, hạn chế vận động, mệt mỏi, sự bực bội hoặc những cản trở tham gia vào các hoạt động xã hội.

Tuy nhiên kết quả Lyon-Caen và CS (1986) lại cho thấy sự phức tạp trong mối quan hệ giữa khí sắc và bệnh thần kinh. Các tác giả cho thấy ở một số người bệnh thần kinh, trong đó có cả xơ vữa rải rác, có sự trái ngược giữa cảm xúc và hành vi thể hiện: không thấy buồn nhưng vẫn có thể khóc, không thấy vui nhưng vẫn có thể cười v.v... Những người có hội chứng này giảm sút khả năng tự chủ, dễ chuyển trạng thái cảm xúc và quá mẫn cảm với các kích thích cảm xúc. Lyon-Caen và CS thông báo có 9 trong số 19 người không trầm cảm và 5 trong số 11 người trầm cảm là có hiện tượng trái ngược cảm xúc với hành vi thể hiện.

Trầm cảm không chỉ là vấn đề đơn thuần. Nó có thể kéo theo nhiều hậu quả âm tính cho sức khoẻ. Johnston và cs. (1999) đã có một nghiên cứu kéo dài 6 tháng trên 38 người mới được chẩn đoán là xơ vữa rải rác; trong số đó 10 người đã chết trong giai đoạn nghiên cứu. Khí sắc trầm cảm ở trạng thái ranh giới là một tiên lượng về tử vong, bệnh tiến triển càng nhanh mức độ mất khả năng càng nặng trong vòng 6 tháng. Ở trạng thái ranh giới không có mối liên hệ giữa mức độ nặng của các triệu chứng với trầm cảm. Người ta cho rằng trầm cảm chỉ báo những kết thúc như vậy một cách độc lập so với mức độ nặng của bệnh.

Thực ra trầm cảm dự báo/ tiên lượng mức độ suy giảm chức năng do xơ vữa rải rác không còn là điều ngạc nhiên. Những người bị trầm cảm dường như không “cố ép mình” để duy trì sự độc lập hoặc tuân thủ các chế độ luyện tập. Tuy nhiên ảnh hưởng của nó tới nguy cơ tử vong còn đang là điều khó giải thích. Mặc dù vậy, Johnston và cs. cũng đã đưa ra 3 cách giải thích cho những kết quả của mình. Thứ nhất, những người trầm cảm có thể có cách hành xử khác với những người không bị trầm cảm do vậy có thể làm tăng nguy cơ bệnh tiến triển: hút thuốc nhiều hơn, ăn ít đi và cũng ít chăm sóc bản thân. Do vậy họ cũng chấp hành các chế độ điều trị kém hơn so với người không bị trầm cảm (Mohr et al. 2000). Thứ hai là những người bị trầm cảm có thể bị ảnh hưởng hành vi của

những người xung quanh chăm sóc họ hoặc những cán bộ chuyên môn về chăm sóc sức khỏe, chỉ quan tâm đến việc người bệnh phải chấp hành nghiêm ngặt các chế độ chứ ít quan tâm đến những nhu cầu của chính người bệnh. Điều này có thể kéo dài dẫn đến người bệnh suy giảm khả năng đối phó về mặt cảm xúc. Cuối cùng, trầm cảm liên quan đến các chức năng của hệ miễn dịch- hệ thống này có thể ảnh hưởng trực tiếp đến tiến triển của bệnh. Người ta cũng chưa rõ được giải thích nào trong 3 giải thích trên (và cũng có thể có giải thích khác) là đúng.

Trái ngược hoàn toàn với những gì đã bàn ở trên, một số người mắc xơ vữa rải rác lại có những thời kỳ có khoái cảm (euphoria). Hiện tượng này gặp ở người bệnh nặng và được cho là hậu quả của sự tạo thành sẹo ở hệ viền dẫn đến cách li nó với sự kiểm soát của vùng trán. Tuy vậy những kết quả MRI chưa thể khẳng định được giả thuyết này (Minden & Schiffer 1990). Steroid được dùng để điều trị giai đoạn cấp tính của xơ vữa rải rác cũng có thể đóng vai trò thúc đẩy cho pha rối loạn cảm xúc dạng này.

3.4 Can thiệp tâm lí

Can thiệp tâm lí đối với xơ vữa rải rác nhằm 2 mục tiêu cơ bản: thứ nhất, giúp cá nhân quản lí được những triệu chứng nhận thức và các triệu chứng khác của xơ vữa rải rác; thứ hai là trợ giúp người bệnh đối phó về mặt cảm xúc đối với những ảnh hưởng của bệnh.

3.4.1 Đối phó với sự suy giảm nhận thức

Rất nhiều các phương tiện trợ giúp trí nhớ dùng cho người bị sa sút trí tuệ và CTSN có thể dùng cho những người bị xơ vữa rải rác. Goldstein và cs. (1992) cho rằng “gợi ý chính” có thể là sự trợ giúp rất mạnh cho trí nhớ những người bị xơ vữa rải rác. Các tác giả cũng lưu ý rằng ở những người bị xơ vữa rải rác, trong khi họ gặp khó khăn khi phải nhớ lại những chi tiết đặc biệt thì họ lại có khả năng tái hiện ý chính, những thành tố cơ bản của sự kiện. Dựa theo mô hình như vậy, việc phục hồi chức năng cần phải tập trung vào hướng dẫn người bệnh chất lọc, rút ra thông tin hơn là cố tái hiện chi tiết. Mặc dù vậy, hiệu quả của phương pháp này đến đâu vẫn chưa được đánh giá đầy đủ.

3.4.2 Đối phó với những vấn đề cảm xúc

Có rất nhiều can thiệp có thể được sử dụng nhằm trợ giúp cá nhân đối phó với các triệu chứng của xơ vữa rải rác. Một trong những phương pháp đơn giản là cung cấp thông tin về khả năng diễn biến của bệnh cũng như diễn biến bất

thường có thể liên quan đến khí sắc trầm. Thực tế cũng cho thấy những dạng can thiệp phức tạp, tinh tế cũng có thể làm giảm nhẹ các triệu chứng trầm cảm của xơ vữa rải rác. Trong một nghiên cứu siêu phân tích, Mohr & Goodkin (1999) cho thấy cả 2 dạng can thiệp: tâm lý và hoá dược đều có hiệu quả như nhau đối với trầm cảm. Cho đến thời điểm đó cũng mới chỉ có 5 nghiên cứu được công bố cho nên cũng cần chú ý trước khi đưa ra một kết luận nào. Tuy nhiên những can thiệp hành vi nhận thức rút gọn dường như có những ưu thế hơn so với một số dạng liệu pháp hành vi khác.

CÂU HỎI ÔN TẬP

1. Đặc điểm lâm sàng bệnh Alzheimer?
2. Những nguyên nhân của bệnh Alzheimer?
3. Các kỹ thuật trị liệu tâm lý đối với Alzheimer?
4. Đặc điểm lâm sàng rối loạn tâm thần do chấn thương sọ não?
5. Những biện pháp phục hồi nhận thức sau chấn thương sọ não?
6. Đặc điểm lâm sàng xơ vữa rải rác?
7. Hậu quả tâm lý của xơ vữa rải rác?
8. Can thiệp tâm lý đối với xơ vữa rải rác?

TÀI LIỆU THAM KHẢO

| | |
|--|---|
| | <p>Bennett P. (2003) Tâm lí học lâm sàng và dị thường, Open University Press. (Bản dịch của Nguyễn Sinh Phúc và CS. Tài liệu sử dụng nội bộ).</p> |
| | <p>Bloch S., Singh B.S. (2001) Cơ sở của lâm sàng Tâm thần học. NXB Y học, Hà Nội. (Bản dịch của Trần Viết Nghị và CS)</p> |
| | <p>Cao Tiên Đức (chủ biên), Bùi Quang Huy, Nguyễn Văn Ngân, Ngô Ngọc Tản, Nguyễn Sinh Phúc (2016) Giáo trình Bệnh học tâm thần, NXB QĐND.</p> |
| | <p>Nguyễn Văn Ngân, Ngô Ngọc Tản (2003) Tâm thần học đại cương và điều trị các bệnh tâm thần. NXB QĐND.</p> |
| | <p>Ngô Ngọc Tản, Nguyễn Văn Ngân, Nguyễn Sinh Phúc (2007) Tâm thần học và Tâm lí học Y học, NXB QĐND.</p> |
| | <p>Nguyễn Minh Tuấn (2011) Chẩn đoán và điều trị trạng thái lệ thuộc (nghiện), NXB Y học, HN.</p> |
| | <p>American Psychiatric Association (2013) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition.</p> |
| | <p>Canli T. (2006) Biology of Personality and Individual Differences, The Guilford Press.</p> |
| | <p>Cocks G. et al. (2016) Neural Plasticity and Neurogenesis in Mental Disorders, Neural Plasticity, Vol. 2016.</p> |
| | <p>Corrigan P.W., Mueser K.T., Bond G.R., Drake R.E., Solomon P. (2008) Principles and Practice of Psychiatric Rehabilitation An Empirical Approach. The Guilford Press.</p> |
| | <p>Hersen M., Thomas J.C.(2006) Comprehensive Handbook of Personality and Psychopathology. John Wiley & Sons, Inc.</p> |
| | <p>Kays J.L., Hurley R.A., Taber K.H. (2012) The Dynamic Brain: Neuroplasticity and Mental Health, J.</p> |

| | |
|--|--|
| | Neuropsychiatry Clin. Neurosci, Spring: 24(2). |
| | Patel V. (2003). Where There Is No Psychiatrist. The Royal College of Psychiatrists |
| | Rhoads J. (2011) Clinical Consult for Psychiatric Mental Health Care. Spinger Publishing Company. |
| | Rodriguez J. (2001) Psychology and Mental Health. Salem Press,Inc. |
| | Townsend M.C. (2008) Essentials of Psychiatric Mental Health Nursing. Concepts of Care in Evidence-based Practice. F.A. Davis Company. |
| | Tsuang, M.T. (2000) Schizophrenia: Genes and Enviroment, Biological Psychiatry. |
| | http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/en/ |
| | WHO (1982) Phân loại bệnh Quốc tế lần thứ 10. Giơ ne vơ |

PHỤ LỤC

BẢNG PHÂN LOẠI BỆNH QUỐC TẾ LẦN THỨ 10 (ICD-10)

Theo ICD10 các bệnh tâm thần được xếp vào phân F từ F00-F99.

◆ F00-F09: Các rối loạn tâm thần thực tổn bao gồm cả rối loạn tâm thần triệu chứng:

F00: Mất trí trong bệnh Alzheimer.

.0: Khởi phát sớm.

.1: Khởi phát muộn.

.2: Thể không điển hình hoặc thể hỗn hợp.

.9: Không biệt định.

F01: Mất trí trong bệnh mạch máu.

.0: Mất trí mạch máu khởi phát sớm.

.1: Mất trí do nhồi máu rải rác.

.2: Mất trí mạch máu dưới vỏ não.

.3: Mất trí mạch máu vỏ, dưới vỏ não hỗn hợp.

.8: Mất trí mạch máu khác.

.9: Mất trí mạch máu không biệt định.

F02: Mất trí trong các bệnh khác được xếp loại ở chỗ khác.

.0: Mất trí trong bệnh Pick.

.1: Mất trí trong bệnh Creutzfeldt-Jacob.

.2: Mất trí trong bệnh Huntington.

.3: Mất trí trong bệnh Parkinson.

.4: Mất trí trong bệnh nhiễm HIV.

.8: Mất trí trong các trạng thái biệt định khác được phân loại ở chỗ khác.

F03: Mất trí không biệt định.

F04: Hội chứng quên thực tổn không do rượu và các chất tác động tâm thần khác.

F05: Sảng không do rượu và các chất tác động tâm thần khác.

F06: Các rối loạn tâm thần khác do tổn thương và rối loạn chức năng não và bệnh lý cơ thể.

.0: Các ảo giác thực tổn.

.1: Rối loạn căng trương lực thực tổn.

.2: Rối loạn hoang tưởng thực tổn.

.3: Rối loạn khí sắc thực tổn.

- .4: Rối loạn lo âu thực tổn.
- .5: Rối loạn phân li thực tổn.
- .6: Rối loạn cảm xúc không ổn định thực tổn.
- .7: Rối loạn nhận thức nhẹ.
- .8: Các rối loạn tâm thần biệt định khác do tổn thương và rối loạn chức năng não và do bệnh cơ thể.

.9: Rối loạn tâm thần không biệt định do tổn thương não và rối loạn chức năng não và bệnh cơ thể.

F07: Các rối loạn nhân cách và hành vi do bệnh não, tổn thương và rối loạn chức năng não.

.0: Rối loạn nhân cách thực tổn.

.1: Hội chứng sau viêm não.

.2: Hội chứng sau chấn động não.

.8: Các rối loạn nhân cách và hành vi thực tổn khác do bệnh não, tổn thương não hoặc rối loạn chức năng não.

.9: Rối loạn hành vi và nhân cách thực tổn không biệt định do bệnh não, tổn thương não hoặc rối loạn chức năng não.

F09: Rối loạn tâm thần thực tổn hoặc triệu chứng không biệt định.

◆ F10-F19: Các rối loạn tâm thần và hành vi do sử dụng các chất tác động tâm thần:

F10: Các rối loạn tâm thần và hành vi do sử dụng rượu.

F11: Các rối loạn tâm thần và hành vi do sử dụng các thuốc an thần và thuốc ngủ.

F12: Các rối loạn tâm thần và hành vi do sử dụng cần sa.

F13: Các rối loạn tâm thần và hành vi do sử dụng các thuốc an thần và thuốc ngủ.

F14: Các rối loạn tâm thần và hành vi do sử dụng cocain.

F15: Các rối loạn tâm thần và hành vi do sử dụng các chất kích thích khác bao gồm cả cafein.

F16 Các rối loạn tâm thần và hành vi do sử dụng các chất gây ảo giác .

F17: Các rối loạn tâm thần và hành vi do sử dụng thuốc lá.

F18: Các rối loạn tâm thần và hành vi do sử dụng các dung môi dễ bay hơi.

F19: Các rối loạn tâm thần và hành vi do sử dụng nhiều loại ma túy và các chất tác động tâm thần khác.

F1x.0: Nhiễm độc cấp.

F1x.1: Sử dụng gây hại.

F1x.2: Hội chứng nghiện.

F1x.3: Trạng thái cai.

F1x.4: Trạng thái cai với mê sảng.

F1x.5: Rối loạn loạn thần.

F1x.6: Hội chứng quên.

F1x.7: Rối loạn loạn thần di chứng và khởi phát muộn.

F1x.8: Các rối loạn tâm thần và hành vi khác.

F1x.9: Rối loạn tâm thần và hành vi không biệt định.

◆ F20-F29: Bệnh tâm thần phân liệt, các rối loạn loại phân liệt và các rối loạn hoang tưởng:

F20: Bệnh tâm thần phân liệt.

.0: Tâm thần phân liệt thể paranoid.

.1: Tâm thần phân liệt thể thanh xuân.

.2: Tâm thần phân liệt thể căng trương lực.

.3: Tâm thần phân liệt thể không biệt định.

.4: Tâm thần phân liệt thể trầm cảm sau phân liệt.

.5: Tâm thần phân liệt thể di chứng.

.6: Tâm thần phân liệt thể đơn thuần.

.8: Tâm thần phân liệt các thể khác.

.9: Tâm thần phân liệt thể không biệt định.

F21: Các rối loạn loại phân liệt.

F22: Các rối loạn hoang tưởng dai dẳng.

.0: Rối loạn hoang tưởng.

.8: Rối loạn hoang tưởng dai dẳng khác.

.9: Rối loạn hoang tưởng dai dẳng không biệt định.

F23: Các rối loạn loạn thần cấp và nhất thời.

.0: Rối loạn loạn thần cấp đa dạng không có triệu chứng của bệnh tâm thần phân liệt.

.1: Rối loạn loạn thần cấp đa dạng với triệu chứng của bệnh tâm thần phân liệt.

- .2: Rối loạn loạn thần cấp giống phân liệt.
- .3: Rối loạn loạn thần cấp khác với hoang tưởng là chủ yếu.
- .8: Rối loạn loạn thần cấp và nhất thời khác.
- .9: Rối loạn loạn thần cấp và nhất thời không biệt định.
- F24: Rối loạn hoang tưởng phản ứng.
- F25: Các rối loạn phân liệt cảm xúc.
 - .0: Rối loạn phân liệt cảm xúc, loại hưng cảm.
 - .1: Rối loạn phân liệt cảm xúc, loại trầm cảm.
 - .2: Rối loạn phân liệt cảm xúc, loại hỗn hợp.
 - .8: Các rối loạn phân liệt cảm xúc khác.
 - .9: Rối loạn phân liệt cảm xúc không biệt định.
- F28: Các rối loạn loạn thần không thực tồn khác.
- F29: Bệnh loạn thần không thực tồn không biệt định.
- ◆ F30-F39: Rối loạn khí sắc (cảm xúc):
 - F30: Giai đoạn hưng cảm.
 - .0: Hưng cảm nhẹ.
 - .1: Hưng cảm không có các triệu chứng loạn thần.
 - .2: Hưng cảm có các triệu chứng loạn thần.
 - .8: Các giai đoạn hưng cảm khác.
 - .9: Giai đoạn hưng cảm không biệt định.
 - F31: Rối loạn cảm xúc lưỡng cực.
 - .0: Rối loạn cảm xúc lưỡng cực, hiện tại giai đoạn hưng cảm nhẹ.
 - .1: Rối loạn cảm xúc lưỡng cực, hiện tại giai đoạn hưng cảm không có triệu chứng loạn thần.
 - .2: Rối loạn cảm xúc lưỡng cực, hiện tại giai đoạn hưng cảm có triệu chứng loạn thần.
 - .3: Rối loạn cảm xúc lưỡng cực, hiện tại giai đoạn trầm cảm nhẹ và vừa.
 - .4: Rối loạn cảm xúc lưỡng cực, hiện tại giai đoạn trầm cảm nặng không có triệu chứng loạn thần.
 - .5: Rối loạn cảm xúc lưỡng cực, hiện tại giai đoạn trầm cảm nặng có triệu chứng loạn thần.
 - .6: Rối loạn cảm xúc lưỡng cực, hiện tại giai đoạn hỗn hợp.
 - .7: Rối loạn cảm xúc lưỡng cực, hiện tại thuyên giảm.
 - .8: Các rối loạn cảm xúc lưỡng cực khác.

.9: Rối loạn cảm xúc lưỡng cực không biệt định.

F32: Giai đoạn trầm cảm.

.0: Giai đoạn trầm cảm nhẹ.

.1: Giai đoạn trầm cảm vừa.

.2: Giai đoạn trầm cảm nặng không có các triệu chứng loạn thần.

.3: Giai đoạn trầm cảm nặng có các triệu chứng loạn thần.

.8: Giai đoạn trầm cảm khác.

.9: Giai đoạn trầm cảm không biệt định.

F33: Rối loạn trầm cảm tái diễn.

.0: Rối loạn trầm cảm tái diễn hiện tại giai đoạn nhẹ.

.1: Rối loạn trầm cảm tái diễn hiện tại giai đoạn vừa.

.2: Rối loạn trầm cảm tái diễn hiện tại giai đoạn nặng không có triệu chứng loạn thần.

.3: Rối loạn trầm cảm tái diễn hiện tại giai đoạn nặng có triệu chứng loạn thần.

.4: Rối loạn trầm cảm tái diễn hiện tại thuyên giảm.

.8: Các rối loạn trầm cảm tái diễn khác.

.9: Rối loạn trầm cảm tái diễn không biệt định.

F34: Các trạng thái rối loạn khí sắc dai dẳng.

.0: Khí sắc chu kỳ.

.1: Loạn khí sắc.

.8: Các rối loạn khí sắc dai dẳng khác.

.9: Rối loạn khí sắc dai dẳng không biệt định.

F38: Các rối loạn khí sắc khác.

.0: Các rối loạn khí sắc đơn độc khác.

.1: Các rối loạn khí sắc tái diễn khác.

.8: Các rối loạn khí sắc biệt định khác.

F39: Rối loạn khí sắc không biệt định.

◆ F40-F48: Các rối loạn bệnh tâm căn có liên quan đến stress và dạng cơ thể:

F40: Các rối loạn lo âu ám ảnh sợ.

.0: ám ảnh sợ khoảng trống.

.1: ám ảnh sợ xã hội.

.2: ám ảnh sợ đặc hiệu.

- .8: Các rối loạn lo âu ám ảnh sợ khác.
 - .9: Rối loạn lo âu ám ảnh sợ không biệt định.
- F41: Các rối loạn lo âu khác.
- .0: Rối loạn hoảng sợ.
 - .1: Rối loạn lo âu lan toả.
 - .2: Rối loạn hỗn hợp lo âu và trầm cảm.
 - .3: Các rối loạn lo âu hỗn hợp khác.
 - .8: Các rối loạn lo âu biệt định khác.
 - .9: Rối loạn lo âu không biệt định.
- F42: Rối loạn ám ảnh nghi thức.
- .0: ý nghĩ hoặc nghiền ngẫm ám ảnh chiếm ưu thế.
 - .1: Hành vi nghi thức chiếm ưu thế.
 - .2: Các ý nghĩ và hành vi ám ảnh hỗn hợp.
 - .8: Các rối loạn ám ảnh nghi thức khác.
 - .9: Rối loạn ám ảnh nghi thức không biệt định.
- F43: Phản ứng với stress trầm trọng và rối loạn sự thích ứng .
- .0: Phản ứng stress cấp.
 - .1: Rối loạn stress sau sang chấn.
 - .2: Các rối loạn sự thích ứng.
 - .8: Các phản ứng với stress trầm trọng khác.
 - .9: Phản ứng với stress trầm trọng không biệt định.
- F44: Các rối loạn phân li.
- .0: Quên phân li.
 - .1: Trốn nhà phân li.
 - .2: Sững sờ phân li.
 - .3: Các rối loạn lên đồng và bị xâm nhập.
 - .4: Các rối loạn vận động phân li.
 - .5: Các cơ giật phân li.
 - .6: Mê và mất giác quan phân li.
 - .7: Các rối loạn phân li hỗn hợp.
 - .8: Các rối loạn phân li khác.
 - .9: Rối loạn phân li không biệt định.
- F45: Các rối loạn dạng cơ thể.
- .0: Rối loạn cơ thể hoá.

- .1: Rối loạn dạng cơ thể không biệt định.
 - .2: Rối loạn nghi bệnh.
 - .3: Rối loạn chức năng thần kinh thực vật dạng cơ thể.
 - .4: Rối loạn đau dạng cơ thể dai dẳng.
 - .8: Các rối loạn dạng cơ thể khác.
 - .9: Rối loạn dạng cơ thể không biệt định.
- F48: Các rối loạn tâm căn khác.
- .0: Bệnh tâm căn suy nhược.
 - .1: Hội chứng giải thể nhân cách-tri giác sai thực tại.
 - .8: Các rối loạn tâm căn biệt định khác.
 - .9: Rối loạn tâm căn không biệt định.
- ♦ F50-F59: Các hội chứng hành vi kết hợp với các rối loạn sinh lý và các nhân tố cơ thể:
- F50: Các rối loạn ăn uống.
- .0: Chán ăn tâm thần.
 - .1: Chán ăn tâm thần không điển hình.
 - .2: Ăn vô độ tâm thần.
 - .3: Ăn vô độ tâm thần không điển hình.
 - .4: Chứng ăn nhiều kết hợp với các rối loạn tâm lý khác.
 - .5: Chứng nôn kết hợp với các rối loạn tâm lý khác.
 - .8: Các rối loạn ăn uống khác.
 - .9: Rối loạn ăn uống không biệt định.
- F51: Các rối loạn giấc ngủ không thực tồn.
- .0: Mất ngủ không thực tồn.
 - .1: Ngủ nhiều không thực tồn.
 - .2: Các rối loạn nhịp thức ngủ không thực tồn.
 - .3: Miên hành.
 - .4: Hoảng sợ khi ngủ.
 - .5: ác mộng.
 - .8: Các rối loạn giấc ngủ không thực tồn khác.
 - .9: Rối loạn giấc ngủ không thực tồn không biệt định.
- F52: Loạn chức năng tình dục không do rối loạn hoặc bệnh thực tồn.
- .0: Thiếu hoặc mất ham muốn tình dục.
 - .1: Ghét sợ tình dục và thiếu thích thú tình dục.

- .2: Thất bại trong đáp ứng tình dục.
- .3: Loạn chức năng khoái dục.
- .4: Phóng tinh sớm.
- .5: Co thắt âm đạo không thực tồn.
- .6: Đau khi giao hợp không thực tồn.
- .7: Xu hướng tình dục quá mức.
- .8: Loạn chức năng tình dục khác không do rối loạn hoặc bệnh thực tồn.
- .9: Loạn chức năng tình dục không biệt định, không do rối loạn hoặc bệnh thực tồn.

F53: Các rối loạn hành vi và tâm thần kết hợp với thời kỳ sinh đẻ, không phân loại ở nơi khác.

- 0: Các rối loạn tâm thần và hành vi nhẹ kết hợp với thời kỳ sinh đẻ không phân loại ở nơi khác.
- .1: Các rối loạn tâm thần và hành vi nặng kết hợp với thời kỳ sinh đẻ không phân loại ở nơi khác.
- .8: Các rối loạn tâm thần và hành vi khác kết hợp với thời kỳ sinh đẻ không phân loại ở nơi khác.
- .9: Các rối loạn tâm thần thời kỳ sinh đẻ không biệt định.

F54: Các nhân tố tâm lý và hành vi kết hợp với rối loạn hoặc bệnh phân loại ở nơi khác.

F55: Lạm dụng các chất không gây nghiện.

- .0: Các thuốc chống trầm cảm.
- .1: Các thuốc nhuận tràng.
- .2: Các thuốc giảm đau.
- .3: các chất kháng axit.
- .4: Các vitamin.
- .5: Các steroid hoặc hormon.
- .6: Các thuốc dân tộc hoặc cây cỏ đặc hiệu.
- .8: Các chất khác không gây nghiện.
- .9: Không biệt định.

F59: Các hội chứng hành vi không biệt định kết hợp với các rối loạn sinh lý và các nhân tố cơ thể.

◆ F60-F69: Các rối loạn nhân cách và hành vi ở người thành niên:

F60: Các rối loạn nhân cách đặc hiệu.

- .0: Rối loạn nhân cách paranoid.
 - .1: Rối loạn nhân cách dạng phân liệt.
 - .2: Rối loạn nhân cách chống xã hội.
 - .3: Rối loạn nhân cách cảm xúc không ổn định.
 - .4: Rối loạn nhân cách kịch tính (hysteria).
 - .5: Rối loạn nhân cách ám ảnh nghi thức.
 - .6: Rối loạn nhân cách lo âu.
 - .7: Rối loạn nhân cách phụ thuộc.
 - .8: Các rối loạn nhân cách đặc hiệu khác.
 - .9: Rối loạn nhân cách không biệt định.
- F61: Các rối loạn nhân cách hỗn hợp và các rối loạn nhân cách khác.
- .0: Các rối loạn nhân cách hỗn hợp.
 - .1: Các biến đổi nhân cách phức tạp.
- F62: Các biến đổi nhân cách lâu dài không thể gán cho một tổn thương não hoặc một bệnh não.
- .0: Biến đổi nhân cách kéo dài sau trải nghiệm thảm họa.
 - .1: Biến đổi nhân cách lâu dài sau bệnh tâm thần.
 - .8: Các biến đổi nhân cách lâu dài khác.
 - .9: Biến đổi nhân cách lâu dài không biệt định.
- F63: Các rối loạn thói quen và xung động.
- .0: Đánh bạc bệnh lí.
 - .1: Gây cháy bệnh lí.
 - .2: Ăn cắp bệnh lí.
 - .3: Nhổ tóc bệnh lí.
 - .8: Các rối loạn thói quen và xung động khác.
 - .9: Rối loạn thói quen và xung động không biệt định.
- F64: Các rối loạn về phân định giới tính.
- .0: Loạn dục chuyển giới.
 - .1: Loạn dục cải trang 2 vai trò.
 - .2: Rối loạn phân định giới tính của trẻ em.
 - .8: Các rối loạn phân định giới tính khác.
 - .9: Các rối loạn phân định giới tính không biệt định.
- F65: Các rối loạn về ưa chuộng giới tính.
- .0: Loạn dục đồ vật.

- .1: Loạn dục cải trang đồ vật.
- .2: Loạn dục phô trương.
- .3: Loạn dục nhìn trộm.
- .4: Loạn dục với trẻ em.
- .5: Loạn dục gây đau chủ động hoặc bị động.
- .6: Các rối loạn về ưa chuộng tình dục nhiều loại.
- .8: Các rối loạn về ưa chuộng tình dục khác.
- .9: Rối loạn về ưa chuộng tình dục không biệt định.

F66: Các rối loạn hành vi và tâm lí kết hợp với sự phát triển và định hướng giới tính.

- .0: Rối loạn về sự trưởng thành tình dục.
- .1: Định hướng tình dục loạn trưng lực bản thân.
- .2: Rối loạn quan hệ tình dục.
- .8: Các rối loạn phát triển tâm lí tình dục khác.
- .9: Rối loạn phát triển tâm lí tình dục không biệt định.

F68: Các rối loạn khác về hành vi và nhân cách ở người thành niên.

- .0: Sự hình thành của những triệu chứng cơ thể vì những lý do tâm lí.
- .1: Dụng ý đưa ra hay giả tạo các triệu chứng hoặc rối loạn các hoạt năng cơ thể hay tâm lí.
- .8: Các rối loạn biệt định khác về nhân cách và hành vi người thành niên.

F69: Rối loạn không biệt định về hành vi và nhân cách ở người thành niên.

◆ F70-F79: Chậm phát triển tâm thần:

- F70: Chậm phát triển tâm thần nhẹ.
- F71: Chậm phát triển tâm thần vừa.
- F72: Chậm phát triển tâm thần nặng.
- F73: Chậm phát triển tâm thần trầm trọng.
- F78: Chậm phát triển tâm thần khác.
- F79: Chậm phát triển tâm thần không biệt định.
- F7x.0: Không có tật chứng về tác phong.
- F7x.1: Tật chứng về tác phong rõ ràng.
- F7x.8: Những tật chứng tác phong khác.
- F7x.9: Không nêu tật chứng về tác phong.

◆ F80-F89: Các rối loạn về phát triển tâm lí:

F80: Các rối loạn đặc hiệu về phát triển lời nói và ngôn ngữ.

.0: Rối loạn đặc hiệu về kết âm.

.1: Rối loạn ngôn ngữ về khía cạnh thể hiện.

.2: Rối loạn ngôn ngữ về khía cạnh tiếp nhận.

.3: Vọng ngôn mắc phải với động kinh (bệnh Landau-Kleffner).

.8: Các rối loạn khác về phát triển lời nói và ngôn ngữ.

.9: Rối loạn phát triển của lời nói và ngôn ngữ không biệt định.

F81: Các rối loạn đặc hiệu về phát triển các kỹ năng ở học đường.

.0: Rối loạn đặc hiệu về đọc.

.1: Rối loạn đặc hiệu về chính tả.

.2: Rối loạn đặc hiệu về kỹ năng tính toán.

.3: Rối loạn hỗn hợp về kỹ năng ở học đường.

.8: Các rối loạn khác về phát triển kỹ năng ở học đường.

.9: Rối loạn phát triển kỹ năng ở học đường không đặc hiệu.

F82: Rối loạn đặc hiệu về phát triển chức năng vận động.

F83: Các rối loạn hỗn hợp và đặc hiệu về phát triển.

F84: Các rối loạn phát triển lan toả.

.0: Tính tự kỉ của trẻ em.

.1: Tính tự kỉ không điển hình.

.2: Hội chứng Rett.

.3: Rối loạn phân rã khác của tuổi trẻ em.

.4: Rối loạn quá động kết hợp với chậm phát triển tâm thần và động tác định hình.

.5: Hội chứng Aspergers.

.8: Các rối loạn lan toả khác về phát triển.

.9: Rối loạn phát triển lan toả không biệt định.

F88: Các rối loạn khác của phát triển tâm lí.

F89: Các rối loạn không đặc hiệu của phát triển tâm lí.

◆ F90-F98: Các rối loạn hành vi và cảm xúc thường khởi phát ở tuổi trẻ em và thanh thiếu niên:

F90: Các rối loạn tăng động.

.0: Rối loạn của hoạt động và chú ý.

.1: Rối loạn hành vi tăng động.

- .8: Các rối loạn tăng động khác.
 - .9: Các rối loạn tăng động không biệt định.
- F91: Các rối loạn hành vi.
- .0: Rối loạn hành vi trong môi trường gia đình.
 - .1: Rối loạn hành vi ở những người kém thích ứng xã hội.
 - .2: Rối loạn hành vi ở những người còn thích ứng xã hội.
 - .3: Rối loạn thách thức chống đối.
 - .8: Các rối loạn hành vi khác.
 - .9: Rối loạn hành vi không biệt định.
- F92: Các rối loạn hỗn hợp của hành vi và cảm xúc.
- .0: Rối loạn hành vi trầm cảm.
 - .8: Các rối loạn hỗn hợp khác của hành vi và cảm xúc.
 - .9: Rối loạn hỗn hợp của hành vi và cảm xúc không biệt định.
- F93: Các rối loạn cảm xúc với sự khởi phát đặc biệt ở tuổi trẻ em.
- .0: Rối loạn lo âu, sợ chia li ở trẻ em.
 - .1: Rối loạn lo âu ám ảnh sợ ở trẻ em.
 - .2: Rối loạn lo âu sợ xã hội ở trẻ em.
 - .3: Rối loạn ganh tị giữa anh chị em ruột.
 - .8: Các rối loạn cảm xúc khác ở trẻ em.
 - .9: Rối loạn cảm xúc ở trẻ em không biệt định.
- F94: Rối loạn hoạt động xã hội với sự khởi phát đặc biệt ở trẻ em và thanh thiếu niên.
- .0: Không nói chọn lọc.
 - .1: Rối loạn phản ứng trong sự gắn bó của trẻ em.
 - .2: Rối loạn giải ức chế trong sự gắn bó của trẻ em.
 - .8: Các rối loạn hoạt động xã hội khác của trẻ em.
 - .9: Rối loạn hoạt động xã hội ở trẻ em không biệt định.
- F95: Các rối loạn tic.
- .0: Rối loạn tic nhất thời.
 - .1: Rối loạn tic vận động và lời nói mạn tính.
 - .2: Rối loạn tic phối hợp nhiều loại vận động và lời nói (hội chứng Tourette).
 - .8: Các rối loạn tic khác.
 - .9: Rối loạn tic không biệt định.

F98: Các rối loạn hành vi và cảm xúc khác thường khởi phát ở tuổi trẻ em và thanh thiếu niên.

.0: Đái dầm không thực tồn.

.1: ỉa đùn không thực tồn.

.2: Rối loạn ăn uống ở tuổi sơ sinh và trẻ em.

.3: Ăn bậy bạ (ăn các thức ăn không dinh dưỡng) của sơ sinh và trẻ em.

.4: Các rối loạn vận động định hình.

.5: Nói lắp.

.6: Nói lúng búng.

.8: Các rối loạn hành vi và cảm xúc biệt định khác thường khởi phát ở tuổi trẻ em và thanh thiếu niên.

.9: Các rối loạn hành vi và cảm xúc không biệt định thường khởi phát ở tuổi trẻ em và thanh thiếu niên.

F99: Rối loạn tâm thần không biệt định khác.

Mục này không khuyến khích dùng, chỉ sử dụng khi không thể sử dụng một mã số nào khác từ F00-F98.

Bảng phân loại bệnh Quốc tế lần thứ 10 về các bệnh tâm thần khá cụ thể và tỷ mỉ đã mô tả lâm sàng và các nguyên tắc chỉ đạo chẩn đoán trong từng mục nhằm đáp ứng các yêu cầu phát triển của ngành Tâm thần. Bảng phân loại theo ICD-10 đã phản ánh tương đối đầy đủ những trường phái và truyền thống chủ yếu về Tâm thần học trên thế giới.